

Grundgedanken eines Zukunftskonzeptes für eine regionale psychiatrische Behandlung und Betreuung von Menschen mit schweren, akuten und chronischen psychischen Erkrankungen sowie komplexem Hilfebedarf in Bremen am Beispiel der Region Bremen-West

Stand 19.07.2017

Stichworte: Umbau von "Stationär" zu "Ambulant" durch Abbau von Krankenhausbetten, Sozialraumorientierung, Bildung multiprofessioneller mobiler Kriseninterventionsteams, Home Treatment, Einführung regionaler Budgets und Schaffung verbindlicher Kooperationsstrukturen bei den beteiligten Leistungsträgern...

Prolog

Die hier formulierten Grundgedanken für ein Zukunftskonzept für eine regionale psychiatrische Versorgung in Bremen und speziell zu einem Modellprojekt "Umbau von Stationär zu Ambulant in der Region Bremen-West" sind Ergebnis zahlreicher Gespräche und Diskussionen, die im Laufe des letzten Jahres in unterschiedlichen Gremien zu diesem Thema stattgefunden haben:

Bei der Blauen Karawane treffen sich seit einem halben Jahr Psychiatrie-Betroffene, Psychiatrie-Profis, Angehörige, interessierte Bürger. Bei der Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste mbH (GAPSY) wurde das Thema zwischen den MitarbeiterInnen und mit kooperierenden Ärzten entwickelt. Die (vorläufigen) Ergebnisse der "AG Regionale Versorgung und Krisenintervention" beim Psychiatriereferenten der Gesundheitssenatorin wurden weitgehend in den vorliegenden Text eingearbeitet. Die drei genannten Gesprächsrunden führten im Wesentlichen zu ähnlichen Ergebnissen. Außerdem nimmt das hier vorgelegte Zukunftskonzept Grundlinien der Bürgerschaftsbeschlüsse und der Berichte des Gesundheitsressorts von 2013 bis 2015 mit auf und es nimmt auch Bezug auf Leitgedanken der vom "Zentrum für psychosoziale Medizin der Gesundheit Nord/Klinikverbund Bremen" erstellten Papiere "Medizinstrategie 2020 Plus" und "Addendum".

Die hier vorgelegten Konzeptideen entsprechen darüber hinaus vollauf der "S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen" der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde und – last but not least – der UN-Behindertenrechtskonvention und dem Landesaktionsplan Bremens zu deren Umsetzung.

*"Die Politik muss in die Inklusion investieren
– in gemeinsames Wohnen, Arbeiten und Leben
und ein Leben von Menschen mit und ohne Be-
hinderungen ermöglichen. Nur so kann Ausgren-
zung und Stigmatisierung vermieden werden"*

Verena Bentele, Beauftragte der Bundesregierung
für die Belange von Menschen mit Behinderungen

Zur Situation

Die Notwendigkeit zu grundlegenden Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung wurde in den letzten Jahren in den Berichten des Senators für Gesundheit über den Stand der Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen deutlich. In den Berichten wurden u.a. folgende Mängel kritisiert:

- Mangel an Sektor- und Sozialgesetzbuchübergreifenden Strukturen (getrennte Budgets für "Ambulant" und "Stationär"), getrennte kassenfinanzierte und steuerfinanzierte Hilfesysteme (SGB V und SGB XII), Vielzahl der Kosten- und Leistungsträger.
- Dadurch keine Versorgung "aus einer Hand" möglich, die aber geboten ist. Mangelnde Kooperation, Hilfesysteme zu wenig kooperativ aufeinander bezogen, kein funktionierendes Verbundsystem.
- Orientierung am Krankenhausbett: Ansteigen statt Absinken der voll- und teilstationären Krankenhausbetten.
- Bremen hat eine der höchsten Bettenmessziffern in Deutschland.
- Die Senatorin will sich gezielt dafür einsetzen, dass die psychiatrischen Kliniken ihre Behandlungsangebote noch stärker ambulant ausrichten und vollstationäre Betten ab- statt ausbauen.
- Spezialisierung in der Krankenhauspsychiatrie, um lukrative Bereiche auszubauen zu Lasten der psychiatrischen Versorgung für Menschen mit schweren akuten und chronischen Erkrankungen (Zweiklassen-Psychiatrie).
- Institutionalisierung statt Normalisierung: Vielfältig institutionalisierte Versorgung "von der Wiege bis zur Bahre" in tendenziell allen Lebensbereichen (institutionell betreutes Leben, das soziale und berufliche Integration und Teilhabe im Sinne der Inklusion erschwert).
- Konkurrierendes, gewinnorientiertes Expansionsstreben auf dem "Markt der Psychiatrie-Dienstleistungen". Dadurch Erschwerung der "personen-orientierten Behandlung". Patient als "Kunde".

Nach dem einstimmig gefassten Bürgerschaftsbeschluss vom 13.01.2013 wurden für die Weiterentwicklung der Psychiatriereform folgende Aufgaben benannt:

- Einrichtung gemeindepsychiatrischer Verbände.
- Erprobung von Regionalbudgets nach § 64b SGB V.
- Einbeziehung von Patientinnen, Patienten und Angehörigen.
- Festlegung von Steuerungsverantwortung auf den verschiedenen Ebenen der Versorgung.
- Aufbau eines Verbraucherschutzes in der psychiatrischen Versorgung.
- Maßnahmen zur Prävention und Inklusion.

Im Landesaktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenkonvention im Lande Bremen vom November 2014 werden darüber hinaus u.a. folgende Aufgaben benannt:

- Weiterentwicklung der psychiatrischen Behandlungsmodelle in Kliniken in Richtung ambulanter Orientierung.
- Einführung des Leistungstyps "Betreute Beschäftigung".

- Einsatz von ausgebildeten Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern.
- Aufbau von Home Treatment Angeboten.

Im Rahmen des Bürgerschaftsauftrags „Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen – ein gesundheitspolitisches Zukunftskonzept“, das sich auf die Jahre 2013 bis 2021 erstrecken soll, hat die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz am 20.03.2014, 12.03.2015 und 18.08.2016 der Deputation für Gesundheit die ersten drei Berichte vorgelegt. Dort werden folgende Aufgaben zur Weiterentwicklung beschrieben:

- Verbesserung des Verbundsystems sowie der Sektor- und Sozialgesetzbuch- übergreifenden Kooperationsstrukturen (bisher: getrennte Finanzierung für "Ambulant" und "Stationär", getrennte kassenfinanzierte und steuerfinanzierte Hilfesysteme SGB V und SGB XII) zur kooperativen, personenzentrierten, regionalen Versorgung.
- Abbau stationärer psychiatrischer Betten zugunsten einer vornehmlich ambulant ausgerichteten Versorgung (Home Treatment).
- Spezialisierung in der Krankenhauspsychiatrie darf nicht zu Lasten der Ambulantisierung und der psychiatrischen Versorgung für Menschen mit schweren akuten und chronischen Erkrankungen führen.
- Der Institutionalisierung im außerklinischen Bereich im Sinne des Betreuten Wohnens oder der Heimunterbringung bis zum Lebensende müssen inklusive Konzepte entgegengestellt werden.

Daraus ergeben sich folgende Handlungsempfehlungen:

- Modelle vor allem für die Zielgruppe der schwer Erkrankten mit komplexem Hilfebedarf. Bevorzugt werden im Ergebnis prospektive Budget-Finanzierungen mit kombiniertem Einbezug von Behandlungsleistungen (SGB V) und Eingliederungshilfe (SGB XII).
- Sozialraumorientierung.
- Ausbau ambulanter Behandlung und stationsäquivalenter ambulanter Behandlung in der Häuslichkeit von Patienten (Home Treatment) unter Abbau vollstationärer Betten in den Kliniken.
- Aufbau multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Teams als zentrale Behandlungseinheit.
- Sicherstellung eines regional orientierten Krisendienstes (rund-um-die Uhr).
- Festlegung von Versorgungsverpflichtung.
- Ressourcenschonung durch Vermeidung von Doppelstrukturen und Qualitätssicherung.
- Einbezug Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger in die Qualitätssicherung.
- Schaffung von Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten, u.a. Umsetzung von Zuverdienst-Projekten ab 2015 und Schaffung eines "Budgets für Arbeit".

Von der Senatorin für Gesundheit ist seit 2014 die Begleitgruppe Psychiatrie zur Weiterentwicklung der Psychiatriereform einberufen.

Die Begleitgruppe hat beschlossen, kein vollständig entwickeltes Konzept für Gesamt Bremen abzuwarten, sondern sich an der Weiterentwicklung von Ansätzen in einigen Regionen zu beteiligen, die in die politisch und fachlich angestrebte Richtung arbeiten und als Modelle für die Entwicklung in anderen Regionen dienen können:

- Umsetzung von Home Treatment mit den Kliniken Bremen-Ost, Bremen-Nord und dem Klinikum Reinkenheide. (Stichworte: Multiprofessionelles Kriseninterventionsteam, Sozialraumorientierung, Kooperation der Kliniken mit anderen Leistungserbringern) mit dem Ziel der Umwandlung stationärer Betten in ambulante Angebote.
- Schaffung verbindlicher Kooperationsstrukturen in der Region West. (Stichworte: Kooperationsvertrag seit 2008 zwischen Krankenhaus, GAPSY, Initiative zur sozialen Rehabilitation, Bremer Werkgemeinschaft, Sozialwerk der Freien Christen Gemeinde; Beendigung von Verdrängungswettbewerben; verbindliche Teilnahme an Kooperationstätigkeiten; Einsatz der eigenen Mittel für übergeordnete Zwecke).

Psychiatrieentwicklung

Um unter Berücksichtigung der Analysen den politischen Beschlüssen nachzukommen, bietet sich eine Orientierung an bereits bewährten nationalen und internationalen Modellen an, die eine hohe Evidenz für die Sinnhaftigkeit der für Bremen getroffenen Empfehlungen zeigen.

Internationale Entwicklung

Gemeindeorientierte (besser vielleicht: gemeindeintegrierte) psychiatrische Dienste sind nicht nur leichter nutzbar für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen, sie beantworten auch wesentlich effektiver die Bedarfe als psychiatrische Krankenhäuser. (Dr. Benedetto Saraceno, Director of the WHO Mental Health and Substance Abuse Genf 2007).

Der Ort des Lebens ist auch der Ort der Behandlung (Empfehlung 4 der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen).

Im Unterschied zu Deutschland gehört Home Treatment in England, Skandinavien, den Niederlanden, Italien, Australien, Neuseeland und den USA zu den elementaren Bestandteilen der psychiatrischen Versorgung. Basis ist die Umverlagerung von stationärer Versorgung in ambulante Angebote. Damit ist mobile Krisenintervention rund um die Uhr möglich.

Im Mittelpunkt dieser Modelle stehen ambulante gemeindeorientierte Teams (Home Treatment, Assertive Community Treatment, Community Mental Health Teams), die durch Multiprofessionalität, Teambasierung und einen regionalen Versorgungsauftrag gekennzeichnet sind.

Versorgungssysteme, die konsequent von einer krankenhauserorientierten Versorgung auf lebensweltorientierte Versorgung mit ergänzenden stationären Angeboten umgebaut wurden, zeigen insgesamt eine höhere Effizienz und eine bessere Versorgungsqualität wie z.B. eine deutliche Reduzierung von Zwangsbehandlungen, weniger Vergabe von Psychopharmaka und weniger Menschen, die in Heimen oder anderen betreuten Wohnformen versorgt werden müssen (Aderhold 2007, Utschakowski 2002).

Nationale Entwicklung

Seit den 1970er Jahren wurden umfänglich Betten in der psychiatrischen Regelversorgung abgebaut. Seit einigen Jahren zeigt sich allerdings in der Psychiatrie (im Gegensatz zu der somatischen Medizin) die Tendenz des Aufbaus von stationären Kapazitäten, obwohl wiederholte Studien keinen Anstieg der Prävalenz in Deutschland zeigen.

Als Gründe erweisen sich „eine unzureichende Fallkoordination, Brüche in der Behandlungskontinuität, das Nebeneinander von Über- und Unterversorgung, Fehlanreize und Fehlallokation von Ressourcen, problematische Wettbewerbseffekte der Leistungserbringer untereinander sowie mangelnde Ausrichtung an der Ergebnisqualität“.

Derzeit werden Menschen mit einem intensiven Behandlungsbedarf in der Regel stationär versorgt. Der Kostenanstieg veranlasst die Kostenträger, auf kürzere Verweildauern zu drängen, die aber aufgrund des Mangels an intensiven ambulanten Leistungen zu einer erhöhten Wiederaufnahmerate führen (diesen Effekt beschreibt auch das KBO).

Auch auf nationaler Ebene zeigen sich die Vorteile einer ambulantiserten Psychiatrie, in der psychiatrische Akutversorgung im Lebensumfeld der Betroffenen organisiert wird und Krankenhausversorgung nur für Sonderbedarfe genutzt wird. Es gibt starke Evidenz dafür, dass während einer Akutbehandlung einer Krankheitsepisode im häuslichen Umfeld

- die Wahrscheinlichkeit stationärer Aufnahmen während der akuten Erkrankungsphase geringer ist,
- stationäre Behandlungszeiten reduziert sind,
- Behandlungsabbrüche seltener sind,
- erlebte Belastungen bei den Angehörigen geringer sind,
- die Zufriedenheit der Patienten und der Angehörigen höher ist,
- die Mortalität unverändert ist und
- die Kosteneffektivität der Behandlung höher ist. (S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen).

Mittlerweile gibt es eine nennenswerte Zahl von Modellen, die in der Regel auf eine durch Budgetfinanzierung ermöglichte Ambulantisierung von Kliniken zielen.

Im Kreis Herzogtum-Lauenburg mit einem Einzugsgebiet von 188.000 Einwohnern/innen stehen für die stationäre Versorgung mittlerweile nur noch 20 Betten zur Verfügung. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt nur 7 Tage. Trotzdem ist die Wiederaufnahmequote nicht gestiegen. Die Zwangseinweisungsrate konnte innerhalb von 6 Jahren um 60% reduziert und die Dauer der einzelnen Einweisungen verringert werden.

In Bremen gibt es neben den erheblichen Ressourcen im Bereich der psychiatrischen Kliniken ein gut entwickeltes System ambulanter Behandlung (niedergelassene Ärzte, Ambulante Psychiatrische Pflege, Soziotherapie, Ergotherapie) und die seit 30 Jahren gewachsenen steuerfinanzierten Angebote (Betreutes Wohnen, Heime, Tagesstätten), die für den Ausbau ambulanter Strukturen zur Verfügung stehen.

Zukünftige Ausrichtung der psychiatrischen Versorgung in Bremen

Der politische Wille in Bremen in Verbindung mit der hohen Evidenz für die geforderte neue Struktur führten zu einem Paradigmenwechsel: Die Versorgungsstrukturen werden nicht länger aus der Perspektive einer sich intern strukturierenden Klinik konzipiert sondern als sozialräumlich verwurzelte, weitgehend ambulante Angebote.

Sozialraumorientierung

Sozialraumorientierung bezeichnet in erster Linie eine Perspektive, die sich auf die Person und deren soziale Bezüge richtet, und wirft erst in zweiter Linie den Blick auf einen territorialen Zuschnitt (z.B. den Stadtteil). Eine nach dem Fachkonzept Sozialraumorientierung ausgerichtete Sozialpsychiatrische Praxis kann insofern auch als subjektorientiert bezeichnet werden.

Das Fachkonzept Sozialraumorientierung

- setzt konsequent am Willen und an den Interessen der AdressatInnen (PatientInnen) an
- aktiviert die AdressatInnen und fördert die Eigeninitiative
- konzentriert sich auf die Ressourcen der AdressatInnen, der im Quartier wohnenden Menschen und des Sozialraums
- verfolgt eine zielgruppen- und bereichsübergreifende Sichtweise
- lebt von der Bereitschaft der handelnden Akteure (Einrichtungen, Dienste, Institutionen, ...) zu kooperieren und sich zu vernetzen

(vgl. Hinte 2002)

Der sozialräumliche Ansatz stärkt die Infrastruktur durch Kooperation und Vernetzung und befördert eine qualitative Verbesserung der Lebenssituation im Stadtteil statt Angebots - Landschaften durch die Addition weiterer Angebote zahlenmäßig zu erweitern.

Das Verhältnis von AdressatInnen und professionellen UnterstützerInnen ist durch Respekt und Wertschätzung geprägt. An der Suche nach Lösungen (der geeigneten Therapie, Hilfe, Unterstützung, ...) werden die AdressatInnen konsequent beteiligt. So kann Vertrauen entstehen, Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen wachsen und der Fokus auf die Ressourcen statt auf die Defizite gerichtet werden.

Dieses Verhältnis muss sich entsprechend in der Hilfeplanung und in den Hilfeplänen (Dokumentation des Willens, des individuellen Bedarfs, des Ressourcen-Checks, ...) wiederfinden.

In der sozialräumlich orientierten Praxis werden Antworten auf Bedarfslagen des Individuums und des Stadtteils gesucht (responsive statt possessive Praxis). Um passgenaue Hilfen entwickeln zu können, müssen die in der Lebenswelt der AdressatInnen und die im Stadtteil vorhandenen Ressourcen erkannt, ggf. entwickelt und nutzbar gemacht werden. Voraussetzung ist dabei, dass die professionellen Akteure ihren Blick für die Alltags- und Lebenswelt der Menschen öffnen und die unterstützenden Potenziale des Gemeinwesens wahrnehmen (Ressourcen entdecken durch Fallübergreifende und Fallunspecifische Arbeit). Dies erfordert die Bereitschaft, die jeweiligen fachlichen Kompetenzen in einen subjektorientierten, sozialräumlich ausgerichteten interdisziplinären Handlungszusammenhang ein-

bringen zu wollen, und Rahmenbedingungen/Strukturen, die dies auch ermöglichen. Erst die Perspektive, gesetzes- und ressortübergreifend zu arbeiten, ermöglicht eine Praxis, die auf Anforderungen aus dem Feld adäquat (im Sinne der AdressatInnen) reagiert. Im Ergebnis werden die im Stadtteil vorhandenen und genutzten Ressourcen die Hilfs- und Angebotsqualität steigern.

Zukünftige inhaltliche Ausrichtung der Versorgung in Stichworten (Kernelemente, die sich in Projekten andernorts in Deutschland bewährt haben):

- Sozialraumorientierung, Entwicklung und Kultivierung "fallunspezifischer Arbeit", um im Sozialraum nicht-professionelle Ressourcen zu aktivieren und zu nutzen.
- Behandlung und Betreuung weitestgehend im Lebensumfeld des Patienten auch für Menschen mit akuten Krisen, Home Treatment (akut, kurzfristig, möglichst Vermeidung von stationärer Behandlung, Krisenintervention, 24-stündige Verfügbarkeit an 365 Tagen im Jahr, multiprofessionell).
- Aufsuchende, langfristige Behandlung mit personeller Kontinuität für chronisch und schwer psychisch kranke Patienten, für Menschen mit komplexem Hilfebedarf, "Assertive Community Treatment", hochfrequent, multiprofessionelles Team mit Home-Treatment- und Case-Management-Funktionen, 24-stündige Verfügbarkeit an 365 Tagen im Jahr.
- Organisation der akuten und kontinuierlichen aufsuchenden Arbeit in einem regionalen Gesundheitszentrum mit stationären, teilstationären, ambulanten Anteilen und einer Ausstattung als Krisenort.
- Für jeweils ca. 40.000 Einwohner der Region ist dem Gesundheitszentrum je ein mobiler multiprofessioneller Krisendienst zugeordnet.
- Vermeidung von Zwangsmaßnahmen (Zwangsmaßnahmen nur als "letztes Mittel").
- Orientierung an NAT Need Adapted Treatment, Netzwerkgespräche, offener Dialog.
- Orientierung an Empowerment- und Recovery-Praxis.
- Trialogischer bzw. tetralogischer Gesprächsansatz "auf Augenhöhe".
- Peer-Support, Einbezug von Psychiatrieerfahrenen, Ex-In-Ausgebildeten, GenesungsbeileiterInnen in die praktische Arbeit (und auch bei der Qualitätssicherung).
- Aufbau von Beschäftigung (Zuverdienst-Projekte) außerhalb psychiatrischer Einrichtungen (ggf. auch durch das "Budget für Arbeit").
- Sicherstellung fachübergreifender Fortbildung.

Sofern eine Zielgruppen spezifische therapeutische Kompetenz aus fachlicher Sicht erforderlich ist, muss diese für den gesamten stationär-ambulanten Versorgungszusammenhang (mit der dann entsprechend großen Zahl von MitarbeiterInnen) zur Verfügung stehen.

Der Ansatz, dass eine im Lebensmittelpunkt der Patienten stattfindende Behandlung erfolgreicher ist, gilt Zielgruppen- und Diagnose- übergreifend.

Voraussetzungen zur Verwirklichung des Zukunftskonzeptes in Stichworten:

- Paradigmenwechsel: Weitgehender Bettenabbau/Umbau von Stationär zu Ambulant. Nutzung der vormals stationären Ressourcen für den Umbau.
- Sektorübergreifende (SGB V, SGB XII) Versorgung, Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) mit verbindlichen Kooperationsstrukturen, ggf. Gründung einer Managementgesellschaft.
- Schaffung eines regionalen Psychriebudgets (RPB).
- Verbindlicher regionaler Versorgungsauftrag für schwer, akut und chronisch psychisch kranke PatientInnen, für Menschen mit komplexem Hilfebedarf (psychisch Kranke, Suchtkranke, alterspsychisch bzw. an Demenz erkrankte Menschen, geistig behinderte PatientInnen mit psychischen Störungen).
- Verhinderung von Fehlplatzierungen, Verhinderung von Abschiebungen in Einrichtungen anderer Bundesländer (durch trägerunabhängige Steuerungsstelle, Kontrollinstanz).

Zentraler Ausgangspunkt der zukünftigen regionalen Versorgung: Die Gesundheitszentren:

- Ein Gesundheitszentrum in jeder Region mit nur noch einem Bruchteil der vorherigen Krankenhausbettenzahl (ein Viertel bis ein Drittel) mit stationären, teilstationären, ambulanten und Krisenhaus-Funktionen – als Ausgangsort der multiprofessionellen Teams für ambulante kurz- und langfristige Behandlung/Betreuung im Lebensumfeld der PatientInnen und für Sozialraum orientierte Arbeit. (Anzahl der Vollzeitkräfte entspricht der Summe der Vollzeitkräfte aus den vorherigen stationären, tagesklinischen, institutsambulanten Tätigkeiten und denen des Sozialpsychiatrischen Dienstes).
- Für je ca. 40.0000 Einwohner jeder Region jeweils ein multiprofessionelles Kriseninterventionsteam (ca. zwölf Vollzeitkräfte).
- Vernetzung der multiprofessionellen Arbeit des Gesundheitszentrums mit den übrigen Berufsgruppen/Institutionen in der Region.
- Kooperation der an der regionalen Versorgung beteiligten Träger in einem **Gemeindepsychiatrischen Verbund** (Zur Struktur des neuen Gesundheitszentrums und seiner Vernetzung siehe auch das beigefügte Schaubild "Zukunftskonzept für eine regionale psychiatrische Versorgung psychisch kranker Menschen am Beispiel Bremen West").

Struktur und Aufgaben der regionalen gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV):

- Organisation verbindlicher, vertraglich gesicherter Kooperationsstrukturen und ggf. Gründung einer Managementgesellschaft als Anstellungsträger für das multiprofessionelle Gesamtteam des jeweiligen neuen Gesundheitszentrums.
- (Um das Ziel einer Versorgung mit Transformation der stationären in ambulante und Sozialraum bezogene Versorgungsangebote im Rahmen des regionalen Psychriebudgets (RPB) zu erreichen, bedarf es anstelle einer lockeren Kooperation eines verbindlichen Zusammenschlusses der Leistungserbringer im gemeindepsychiatrischen Verbund.)

- Vorbereitung und Unterstützung der Transformation der stationären Behandlung und Betreuung in ambulante, regionale Versorgungsangebote.
- Erstellung eines Leitlinienkataloges.
- Sicherstellung trägerunabhängiger Erstberatung von PatientInnen.
- Durchführung und Etablierung von Hilfeplankonferenzen mittels eines Koordinators / einer Koordinatorin bzw. eines Fallmanagers / einer Fallmanagerin.
- Erstellung einer Geschäftsordnung für Hilfeplankonferenzen. Bestandteile der Hilfeplankonferenzen u.a.: Assessment, ExpertInnen-Teams, Netzwerkorientierung mit dem Prinzip des offenen Dialogs.
- Fallbesprechungen.
- Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen bei der Planung, Durchführung und Evaluation von Versorgungsangeboten.
- Beteiligung weiterer an der Versorgung Beteiligter und Interessierter aus den Bereichen des SGB V und SGB XII (niedergelassene Psychiater, Psychotherapeuten, Hausärzte, Betreuer...).
- Beteiligung nichtpsychiatrischer Kooperationspartner (aus den Bereichen Soziales, Kultur, Politik...).
- Beteiligung der Kostenträger.
- Nutzung regionaler Ressourcen zur Versorgung schwer psychisch kranker Patienten und von Menschen mit komplexem Hilfebedarf.
- Verhinderung von Langzeitaufhalten in stationären psychiatrischen Einrichtungen und von Fehl- bzw. Fremdplatzierungen (in Zusammenarbeit mit der jeweiligen Regionalkonferenz und der überregionalen Steuerungsstelle).
- Beteiligung an der Organisation des Krisendienstes.
- Sicherstellung multiprofessioneller Fortbildungsangebote (Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen).
- Qualitätssicherung (Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen).
- Gemeinsames Beschwerdemanagement (auch im Sinne der Qualitätssicherung).
- Erstellung von Halbjahresberichten (für die Zentrale Arbeitsgemeinschaft ZAG).

Aufgaben der Regionalkonferenzen:

- Mitwirkung bei der Planung, dem Aufbau und der Weiterentwicklung des regionalen Betreuungs- und Behandlungsangebots für schwer und/oder chronisch psychisch Kranke und Menschen mit komplexem Hilfebedarf, für suchtkranke BürgerInnen, Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung, für alterspsychisch bzw. an Demenz erkrankte Menschen und Beratung der zuständigen Entscheidungsträger (Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz, Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport, Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Bremen e.V.).
- Erörterung und Stellungnahmen zu Verantwortlichkeit für Aufgabenbereiche und Klärung der Zusammenarbeit.

- Auffinden von Versorgungslücken und Fehlplatzierungen, Verhinderung von Fremdplatzierungen (im Zusammenwirken mit überregionaler Steuerungsstelle).
- Entwicklung neuer Projekte
- Erstellung von Halbjahresberichten (für die Zentrale Arbeitsgruppe ZAG).

Regionales Budget und Steuerung:

Die Sektor übergreifende (SGB V, SGB XII) Budgetfinanzierung sorgt dafür, dass keine unnützen Kosten durch Mehrgleisigkeit und Marktbestimmtheit der Angebotsstruktur entstehen.

Die aus dem abgebauten stationären Bereich freigewordenen Ressourcen sind die finanzielle Basis für die Arbeit des neuen Gesundheitszentrums. Um für die Krankenkassen/die Kostenträger sicher zu stellen, dass keine kostenträchtigen Bedarfe neben der im Rahmen des Budgets erfolgenden Versorgung heranwachsen, bedarf es einer trägerunabhängigen Steuerungsstelle (z.B. beim Gesundheitsamt), die mit den Regionalkonferenzen kooperiert.

Wenn sich im Laufe der Zeit weitere Träger in das budgetfinanzierte Projekt einbeziehen wollen, sodass das Projekt an Größe zunimmt, sollte das regionale psychiatrische Budget jeweils um den Betrag angehoben werden, den der hinzu kommende Träger einbringt, vorausgesetzt, dass der jeweilige gemeindepsychiatrische Verbund, die Regionalkonferenz und die Steuerungsstelle zustimmen.

Die Wege zu einer neuen regionalen psychiatrischen Versorgung werden in den fünf bremischen Regionen schon deswegen unterschiedlich verlaufen, da bereits gegenwärtig die Voraussetzungen unterschiedlich sind. Dies gilt bekanntermaßen insbesondere für die Region Bremen-Nord und auch zum Teil für die Region Bremen-Ost, in der seit einiger Zeit das Sektor übergreifende Behandlungsprojekt SÜB in Kooperation zwischen der Klinik, dem ASB und der GAPSY läuft.

Überregional herrscht weitgehende Übereinstimmung in den Fachkreisen und auch bei den politischen EntscheidungsträgerInnen darüber, dass eine Sektor übergreifende (SGB V und SGB XII Bereiche) Budgetfinanzierung notwendig ist, um die Umwandlung von "stationär" zu "ambulant" verwirklichen zu können. Ebenso besteht Einigkeit darüber, dass die Finanzierungssicherheit für die Versorgung nicht länger auf einer weiteren (vorsorglichen) Sicherung der Bettenzahl und der Fallzahlen in der Einzelfallhilfe basieren darf.

Im Folgenden wird der angestrebte Umbau von "stationär" zu "ambulant" am Beispiel der Region Bremen-West als Konzept für ein Modellprojekt beschrieben.

Modellprojekt "Umbau von stationär zu ambulant in der Region Bremen-West"

(siehe hierzu auch das beigegefügte Schaubild)

Im Folgenden wird ein Konzept für eine zukünftige psychiatrische Versorgung in der Region Bremen-West beschrieben, dass als Modellprojekt nach § 64b SGB V (Laufzeit acht Jahre) auf der finanziellen Grundlage eines regionalen Psychriatriebudgets (RPB) basiert.

Die grundlegenden Voraussetzungen für den beschriebenen Umbau sowie inhaltliche und strukturelle Grundgedanken gelten für die Region West ebenso wie für andere Regionen in Bremen (wie auf den vorigen Seiten beschrieben).

In den fünf Stadtteilsektoren Bremens leben jeweils zwischen 90.000 und 120.000 Einwohner (z.B. im Bremer Westen 91.000 Einwohner).

Laut Psychiatrieplan 2010 wurden für Bremen West an den Behandlungszentren 45 vollstationäre und 21 teilstationäre Betten vorgehalten.

Analog zu den Erfahrungen am Krankenhaus Geesthacht (Dr. Heißler) und zu Erfahrungen andernorts werden für den Bremer Westen statt 45 nur noch 15 stationäre psychiatrische Plätze erforderlich sein (Reduzierung der Krankenhausbettenzahl auf ein Drittel).

Die multiprofessionelle Arbeit in einem zukünftigen Gesundheitszentrum West – inklusive der Tagesklinik – wird sich weitgehend verändern. Sowohl akute Krisenversorgung wie langfristige Behandlung/Betreuung in personeller Kontinuität wird im neuen Gesundheitszentrum West durch die Verbindung von Home Treatment, Akuttagesklinik, Tagesklinik und Ambulanz gewährleistet werden. Auch die Verbindung mit dem stationären Bereich (im selben Haus) wird offen und flexibel gehandhabt.

Personelle Ressourcen für den Umbau von "Stationär" zu "Ambulant":

Der genaue bisherige Personalbedarf für die stationären und teilstationären Behandlungsplätze und die ambulanten Bereiche des Behandlungszentrums West liegt hier noch nicht vor. Bekannt ist aber der Gesamtpersonalbedarf 2016 (Regeldienst + Leitungskräfte + Nachtwachen), sodass sich proportional nach der Einwohnerzahl für den Bremer Westen folgende Zusammensetzung für die stationären und tagesklinischen Plätze ergibt:

7,1 Ärzte, 34,7 Pflegekräfte, 1,3 Diplompsychologen, 3,4 Ergotherapeuten, 0,8 Bewegungstherapeuten, 2,1 Sozialdienstmitarbeiter - d.h. zusammen 49,4 Vollzeitkräfte (dabei sind die nach ÖGD bezahlten Kräfte noch nicht eingerechnet).

Bei Einbeziehung von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung ergibt sich für die Zusammensetzung der MitarbeiterInnen eines zukünftigen multiprofessionellen Gesundheitsteams im Bremer Westen – in leichter Abwandlung der o.g. Personalbedarfszahlen – folgendes Gesamtteam:

Zukünftiges multiprofessionelles Gesundheitsteam West:

6 Ärzte, 28 Pflegekräfte, 5 Ergotherapeuten, 2 Dipl. Psychologen, 2 Sozialdienstkräfte,

1 Bewegungstherapeut/in, 6 Ex-In-Ausgebildete – zusammen 50 Vollzeitkräfte.

(Siehe hierzu den beiliegenden Plan "Personelle Besetzung des Gesundheitszentrums mit zwei KIDs nach Berufsgruppen".)

Das multiprofessionelle Gesundheitsteam West und seine Aufgabenteilung in Unter-teams:

Die gemeinsame Aufgabe ist die weitestgehend aufsuchende Behandlung von Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen/Störungen in ihrem Lebensfeld im Rahmen eines Standard- und Krisenversorgungsauftrages.

Die inhaltliche Ausrichtung und die Leitlinien gelten wie im zuvor beschriebenen allgemeinen Teil auf Seite 7.

Die Arbeit des gesamten Teams gliedert sich in drei Aufgabenbereiche (zwischen denen einzelne MitarbeiterInnen je nach aktuellem Bedarf wechseln können):

1. Mobiles Interventionsteam 1 und 2:

Analog zu den Erfahrungen im Kreis Herzogtum Lauenburg (Dr. Heißler) ist der Einzugsbereich für ein mobiles Kriseninterventionsteam größenordnungsmäßig etwa auf 40.000 Einwohner anzusetzen, sodass in Bremen-West zwei mobile Kriseninterventionsteams zu installieren sind, die zum Gesundheitszentrum West gehören: Kriseninterventionsteam 1 und 2 (KID 1, KID 2).

Beide Teams sind zuständig für akute ambulante Krisenintervention rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr: Home Treatment, möglichst Vermeidung von stationären Aufenthalten, kurzfristig, multiprofessionell, Beendigung nach Ende der Krise.

Aus dem MitarbeiterInnen-Pool werden zwei mobile Kriseninterventionsteams gebildet, eins für Walle/Findorff (56.000 Einwohner) und eins für Gröpelingen/Oslebshausen (35.000 Einwohner). In Anlehnung an bereits praktizierte Modelle kann das erste Team aus 9 (bis 12) Vollzeitkräften (VK) bestehen: Mindestens 1 Arzt/Ärztin, 6 – 9 Pflegekräfte, 1 Dipl. Psychologe/Psychologin oder 1 SozialdienstmitarbeiterIn, 1 Ex-In-Ausgebildete/r.

Das zweite KID-Team besteht aus 6 (bis 8) VK: Mindestens 1 Arzt/Ärztin, 3 – 5 Pflegekräfte, 1 Dipl. Psychologe/Psychologin oder 1 SozialdienstmitarbeiterIn, 1 Ex-In-Ausgebildete/r.

2. Team für langfristige kontinuierliche Behandlung für Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen:

Home Treatment, Assertive Community Treatment, hochfrequent, 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr, multiprofessionell, personelle Kontinuität, Vermeidung und Behandlung von Rückfällen, Team mit Case Management Funktion.

Aus dem MitarbeiterInnen-Pool wird ein Team von 11 bis 16 MitarbeiterInnen gebildet: 2 Ärzte/Ärztinnen, 2 – 7 Pflegekräfte, 1 Dipl. Psychologe/Psychologin oder 1 SozialdienstmitarbeiterIn, 3 Ergotherapeuten/-therapeutinnen, 1 Bewegungstherapeut/-therapeutin, 2 Ex-In-Ausgebildete.

3. Team für die Behandlung von Menschen mit akuten und schweren psychischen Erkrankungen/Krisen, die zeitweise nicht in ihrem Lebensumfeld bzw. mit den personellen Mitteln unter 1. u. 2. behandelt werden können und eines stationären Aufenthaltes bedürfen.

Bis zu 15 Betten können belegt werden. Aus dem MitarbeiterInnen-Pool wird ein Team von 19 MitarbeiterInnen gebildet:

2 Ärzte/Ärztinnen, 12 Pflegekräfte, 1 Dipl. Psychologe/Psychologin oder 1 SozialdienstmitarbeiterIn, 2 Ergotherapeuten/-therapeutinnen, 2 Ex-In-Ausgebildete.

Sowohl für die MitarbeiterInnen wie für die PatientInnen gilt, dass die drei Arbeitsbereiche nicht voneinander isoliert sind sondern eng kooperieren und Übergänge ermöglichen.

Die aus der früheren stationären Psychiatrie (mit 45 Betten) verbliebenen 15 Betten werden in den Stadtteil West in das Gesundheitszentrum verlagert. Die Tätigkeitsfelder der ehemaligen Tagesklinik West mit psychiatrischer Institutsambulanz und Sozialpsychiatrischem Dienst werden in die Aufgabenbereiche des neuen Gesundheitszentrums integriert.

Das Gesundheitszentrum West soll an seinem Ort nicht nur genügend Räumlichkeiten für die beschriebenen professionellen Tätigkeiten vorhalten sondern darüber hinaus möglichst vielen "nicht psychiatrischen" Aktivitäten Raum bieten, sodass sich engagierte BürgerInnen am sozialen und kulturellen Geschehen beteiligen können. Das neue Gesundheitszentrum wird damit nicht nur ein „Krisenort“ sondern auch ein Ort des bunten Lebens im Stadtteil.

Umgekehrt spielt sich die Arbeit der MitarbeiterInnen des Gesundheitszentrums – wie beschrieben – nicht dort wie in einer Klinik ab sondern gemeinwesen- bzw. sozial-raumorientiert; soweit wie möglich draußen, an nicht-psychiatrischen Orten.

Dies gilt u.a. insbesondere für den Aufbau von Projekten mit sinnstiftender Tätigkeit, die geeignet sind, Menschen mit und ohne Handicaps zusammen zu bringen, Gemeinschaft zu stiften und den Sozialraum zu beleben. Hierbei ist insbesondere das Know-how der Ergo-therapeuten/innen und Ex-In-MitarbeiterInnen gefragt – ebenso das von MitarbeiterInnen und Betreuten anderer Leistungsträger und von ehrenamtlich engagierten BürgerInnen.

Eine Kooperation mit bereits laufenden und geeigneten Projekten sollte unbedingt angestrebt werden.

Als Beispiel für den Bremer Westen sei hier die Blaue Karawane e.V. genannt, die seit vielen Jahren die sozialpolitische und kulturelle Arbeit fortsetzt (Inklusion), die seiner Zeit mit der Auflösung der psychiatrischen Anstalt Kloster Blankenburg begann.

Trägerübergreifende Kooperation:

Für die detailliertere Entwicklung des Konzeptes des neuen Gesundheitszentrums West, für die Zusammenstellung der MitarbeiterInnen-Teams, für die Arbeit des neuen Zentrums ist eine trägerübergreifende Kooperation erforderlich und ebenso für den Aufbau und die

Zusammenarbeit der weiteren psychiatrischen und nicht psychiatrischen Angebote im Stadtteil (SGB V u. SGB XII Bereiche, Beschäftigungs- u. Arbeitsprojekte, Gruppenangebote, sozialräumliche Angebote).

Einzubeziehen sind insbesondere MitarbeiterInnen der Klinik bzw. des Behandlungszentrums West, der Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste mbH (GAPSY), der Träger des betreuten Wohnens und der Heime, der Tagesstätte und außerdem interessierte Hausärzte, praktizierende Psychiater, Psychotherapeuten, Ergo-therapeuten und auch Vertreter sozialer, kultureller und politischer Institutionen.

Ambulante psychiatrische Behandlung/Betreuung im Lebensfeld der PatientInnen wird vor allem im Bremer Westen weitestgehend von der Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste mbH (GAPSY) geleistet (APP, MBE, Soziotherapie, Rückzugsräume, IV-Netzwerkverträge).

Die hier seit Jahren gesammelten Erfahrungen müssen beim Aufbau des beschriebenen zukünftigen Gesundheitszentrums West mit Home Treatment und seinen Kriseninterventionsteams genutzt werden.

Die Einbeziehung der Arbeit und der Ressourcen der GAPSY sind ein wichtiges Element, um die psychiatrische Versorgung im Bremer Westen zu einer trägerübergreifenden Versorgung auf der Basis eines regionalen Budgets umzugestalten.

Unabdingbar für eine lebensfeldorientierte Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung ist neben dem bereits beschriebenen Abbau/Umbau stationärer psychiatrischer Betten (SGB V Bereich) auch eine Umorientierung der psychiatrischen Betreuungsarbeit bei den Wohnbetreuungs- und Heimträgern (SGB XII Bereich): weg von der institutionellen Ausrichtung zu einer Gemeinwesen orientierten Arbeit (Sozialraumpflege, fallunspecifische Arbeit, Home Treatment).

Die Zahl der Heimplätze und der Plätze im betreuten Wohnen hat in Bremen, insbesondere für psychisch kranke Menschen im Bremer Westen, zugenommen: 240 Wohnbetreuungsplätze für psychisch kranke Menschen und 38 für Suchtkranke (legale Drogen) sowie 27 Heimplätze für psychisch Kranke und 30 Heimplätze für Suchtkranke bedeuten zusammen genommen, dass im Bremer Westen jeder 270. Bürger als psychisch Kranker oder Suchtkranker betreut wohnt.

Für eine neu ausgerichtete Versorgung nach der Logik des Regionalen Budgets sind neben den Ressourcen, die aus dem Abbau der stationären psychiatrischen Betten frei werden, auch die zu nutzen, die aus einem teilweisen Abbau von Betreuungsplätzen in Heimen und im Betreuten Wohnen frei werden. Die frei gewordenen Ressourcen müssen genutzt werden im Rahmen eines verbindlichen Zusammenschlusses der Leistungserbringer im **Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV)**.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) in der Region Bremen West:

Während der GPV in der Vergangenheit seine Aufträge und Aufgaben schwerpunktmäßig im SGB XII Bereich sah, müssen jetzt verbindliche Strukturen aufgebaut werden mit dem Ziel einer koordinierten und Sektor übergreifenden (SGB V und SGB XII Bereich) Versorgung.

Im Bremer Westen braucht der GPV zur Umsetzung des Modellprojektes im Rahmen des regionalen Psychriatriebudgets (RPB) vom gesundheitspolitischen Ressort den Auftrag, diese Strukturen zu entwickeln, um so den regionalen Versorgungsauftrag erfüllen zu können, sich insbesondere um die am schwierigsten zu behandelnden Patienten kümmern zu können: schwer akut und chronisch psychisch erkrankte Patienten, Menschen mit komplexem Hilfebedarf, suchterkrankte Menschen, geistig behinderte Menschen mit psychischen Störungen, alterspsychisch Kranke und demenzerkrankte Menschen. (Zu den Aufgaben des GPV sowie der Regionalkonferenz und der notwendigen Steuerung siehe die Seiten 8 bis 10).

Résumé

Die Bremer Bürgerschaft fordert seit Jahren eine zunehmend ambulant ausgerichtete psychiatrische Versorgung.

Internationale und nationale Modelle und Studien zeigen, dass eine weitgehende Reduzierung stationärer Kapazitäten zugunsten eines Ausbaus von Sozialraum orientierten Angeboten mit Home Treatment und 24-stündiger Krisenintervention eine qualitative Verbesserung der Versorgungssituation herstellt.

Die unterschiedlichen außerklinischen Träger im SGB V und SGB XII Bereich zeigen eine hohe Bereitschaft zur Kooperation und zur gemeinsamen Koordination der Angebote.

Bei einer Budgetlösung gehen die für die regionale Versorgung zur Verfügung stehenden Kapazitäten deutlich über die Ressourcen der psychiatrischen Klinik hinaus.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund im Bremer Westen benötigt von politisch zuständiger Seite den Auftrag, im Rahmen eines Modellprojektes ein Konzept zu erstellen für eine verbindliche Kooperation unter dem Dach eines regionalen Budgets bzw. zur Erstellung der Konzeption einer Managementgesellschaft. Dann besteht eine gute Grundlage für eine auf die Lebenswelt und das Gemeinwesen bezogene Versorgung „aus einer Hand“ mit Sektor übergreifenden Strukturen (SGB V und SGB XII).

Anlagen:

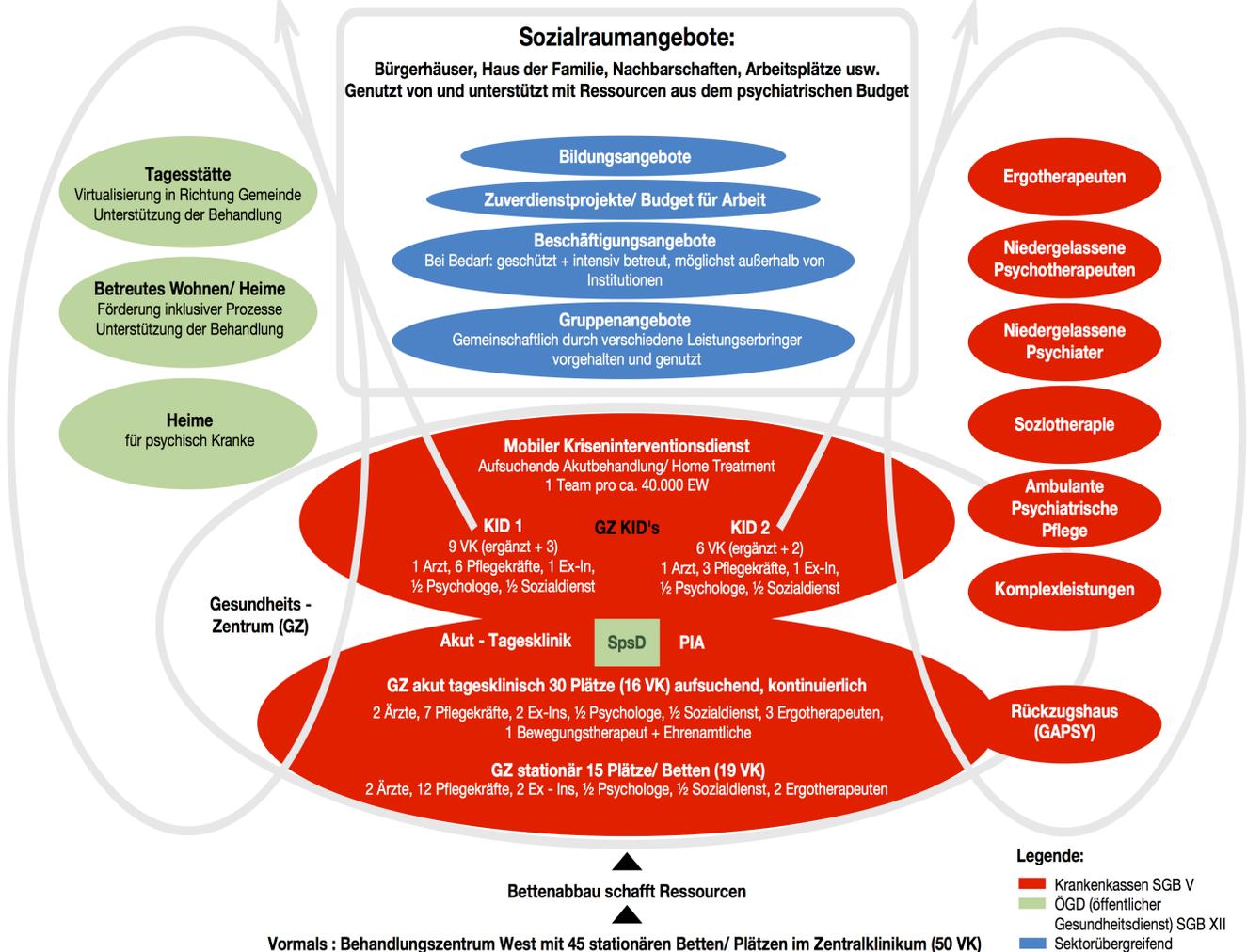
1. Schaubild "Zukunftskonzept für eine regionale psychiatrische Versorgung psychisch kranker Menschen am Beispiel Bremen-West".
2. Personelle Besetzung des Gesundheitszentrums mit zwei KIDs nach Berufsgruppen.
3. Finanzierung.

Klaus Pramann

Zukunftskonzept für eine psychiatrische Versorgung psychisch kranker Menschen am Beispiel Bremen-West

56.000 Einwohner in Walle/ Findorff

35.000 Einwohner in Gröpelingen/ Oslebshausen



Personelle Besetzung des Gesundheitszentrums Bremen-West mit 2 KID's nach Berufsgruppen

(entsprechend der schematischen Darstellung der vorgelegten Konzeptideen)

Berufsgruppe	KID 1 (Wal./Find. 56.000 EW)	KID 2 Gröp./Osl. 35.000 EW	Akut-TK 30Pl.	Stationär 15 Betten	Summe
ÄrztInnen: (Pool-Ärzt., Nie- dergel. Ä., KH-, BHZ-Ä.)	1	1	2	2	6
Pflegepers.: (KH, BHZ, fr. Träger)	6 (ggf. +3)	3 (ggf. +2)	7 (ggf. -5)	12	28
Ergotherapie: (Eig. Praxis, KH, BHZ, fr. Träger)			3	2	5
Psycholog.: (KH, BHZ, fr. Träger)	½	½	½	½	2
Sozialdienst: (KH, BHZ, fr. Träger)	½	½	½	½	2
Bew.-Therap.: (Eig. Praxis, KH, BHZ, Sportver- ein)			1		1
Ex-In-Ausgeb.	1	1	2	2	6
Ehrenamtliche Kräfte			X		
Vollzeitkräfte	9 (ggf. +3)	6 (ggf. +2)	16 (ggf. -5)	19	50

Bei einem 3-Schichten-Dienst ist davon auszugehen, dass – nach grober Schätzung - einschließlich Krankheits-, Urlaubs- und Fortbildungszeiten in beiden Tagesschichten insgesamt ca. je 16 VK und in der Nachtschicht 8 VK anwesend sind. Für die verschiedenen Dienste ergibt sich daraus etwa folgende Verteilung der Vollzeitkräfte:

Frühschicht	3	2	5	6	16
Spätschicht	3	2	5	6	16
Nachtschicht	1½	1	2½	3	8
Ehrenamtl. Kräfte			X		
Urlaub, Fort- bildung, AU:					10

Finanzierung für eine regionale psychiatrische Behandlung und Betreuung von Menschen mit schweren, akuten und chronischen psychischen Erkrankungen sowie komplexem Hilfebedarf in der Region Bremen-West

mit Kriseninterventionsdienst, Home Treatment und Akut-Tagesklinik

(entsprechend der schematischen Darstellung der vorgelegten Konzeptidee)

Ressource bei 30 (von 45) abgebauten Krankenhausbetten:

30 x 337,50 € (Tagessatz) x 365 Tage x 90% (Belegung): ca. 3.326.000,- €

Kosten einer Akut-TK-Betreuung (30 Plätze) mit 2 KID's (24 Std. an 7 Tagen / Woche):

1. Personalkosten (inkl. Komplementärmittel): 70.000,- € x 30 VK: 2.100.000,- €

2. Miete/NK für 2.000 m² x 16,- € x 12: 384.000,- €

3. Beköstigung von 30 Personen x 12,- €/Tag x 365 Tage: 131.400,- €

4. Medikamente für 30 Personen (je 1.000,- € Jahreskosten): 30.000,- €

5. Verwaltung (Pauschale von 20 % der Kosten von 1. – 4.): 529.080,- €

Summe: 3.174.480,-€

Verbleibender Rest: 151.520,- €

Weitere Ressourcen:

Ressourcen / Kosten für 15 Krisenbetten im neuen Gesundheitszentrum gleichen sich aus mit den 15 Betten, die von der Klinikstation ins Gesundheitszentrum-West verlagert werden.

Ressourcen für die Tagesklinik (314,55 € Tagessatz x 21 Plätze x 250 Jahrestage x 90% = 1.486.000 €), für den SPsD und die PIA werden für das neue Gesundheitszentrum genutzt, in dessen Versorgungsauftrag und Aufgabenbereiche die MitarbeiterInnen mit ihren Funktionen integriert werden.

Ressourcen aus der vormaligen Krisenversorgung der Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste mbH (GAPSY mit Rückzugsräumen, Krisentelefon und Nachtwerk) werden für das Gesundheitszentrum genutzt, in dessen Aufgabenbereich sie übergeht.

Freiwerdende Ressourcen durch den teilweisen Abbau von Wohnbetreuungs- bzw. Heimplätzen für psychisch kranke Menschen werden genutzt für sozialräumliche, ambulante (Home Treatment-) Angebote und für Beschäftigungs-, Gruppen- und Projekt-Aktivitäten.

Voraussetzung: Finanzierung der sektorübergreifenden und durch einen Kooperationsvertrag oder durch eine Managementgesellschaft geregelten Versorgung durch ein gemeinsames Regionales Psychiatrisches Budget, an dem die regionalen Träger beteiligt sind (Behandlungszentrum West des Klinikums Bremen Ost, Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste mbH GAPSY, Initiative zur sozialen Rehabilitation, Bremer Werkgemeinschaft, Sozialwerk der freien Christengemeinde, Martinsclub Bremen u.a.m.).