

Neue Psychiatrie im Bremer Westen

**Modellkonzept
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**

Die Entstehung: Beteiligte und *unterzeichnende Beteiligte*

- Psychiatriebetroffene, Profis, Angehörige, interessierte Bürger und Bürgerinnen der Region
- *Blaue Karawane*
- *Bremer Werkgemeinschaft*
- *Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste*
- *Initiative zur sozialen Rehabilitation*
- *Martinsclub*
- *Sozialwerk der Freien Christengemeinde*
- Arnold Knigge (LAG)
- Hermann Schulte-Sasse (Paritätischer)

Eingereicht wurde das Konzept bei:

- der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz –
Frau Senatorin Prof. Dr. Eva Quante-Brandt
- der Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen,
Integration und Sport –
Frau Senatorin Anja Stahmann
- der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtsträger –
Vorstandssprecher
Herrn Dr. Arnold Knigge

Um wen es geht - die Zielgruppe

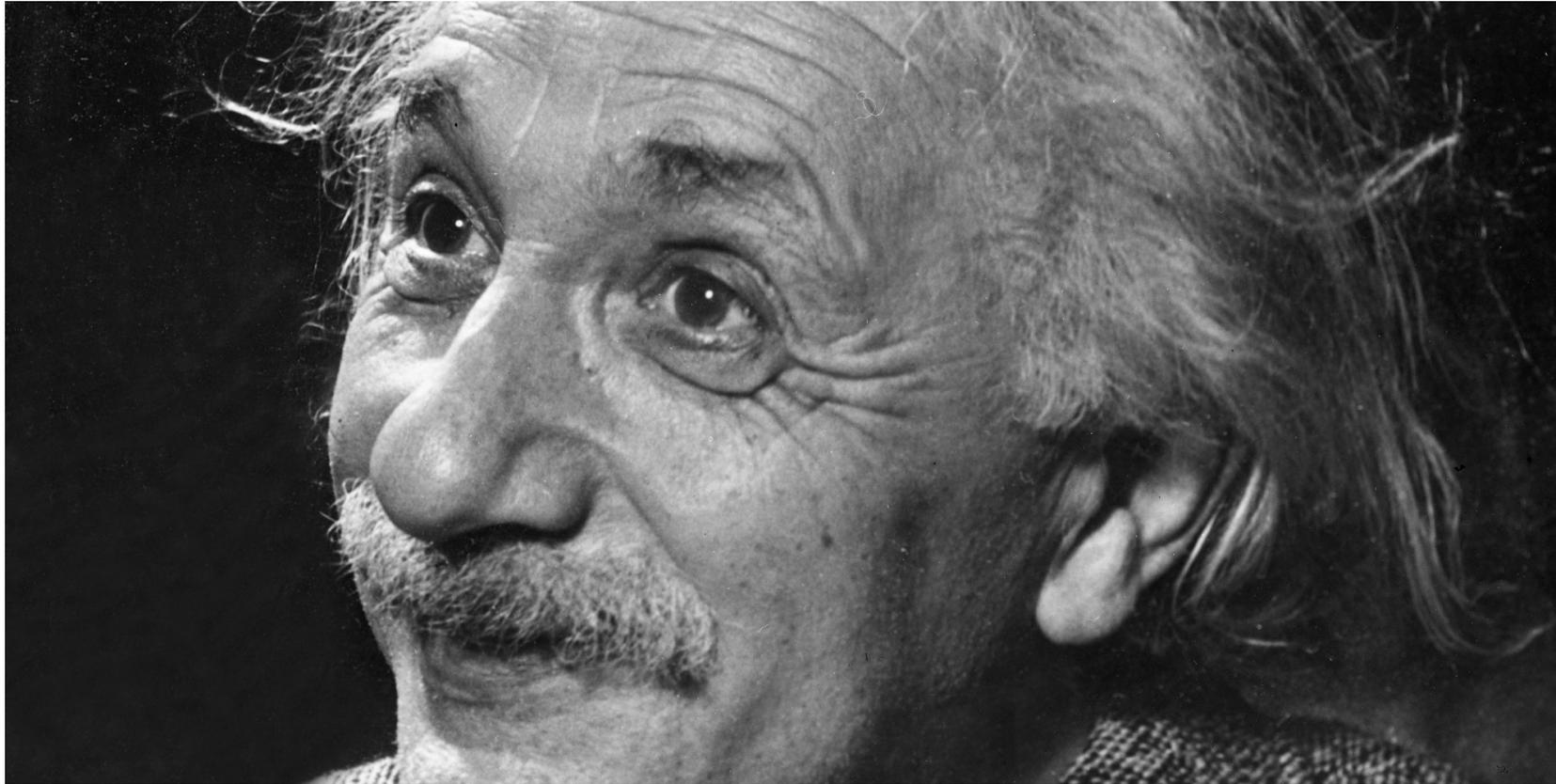
Schwer akut und chronisch Erkrankte inkl. Menschen mit komplexem Hilfebedarf: psychisch Kranke, Suchtkranke mit psychischen Erkrankungen, altersbedingt Erkrankte (Demenz), geistig behinderte Menschen mit psychischen Krisen u. Ä..

Diese Zielgruppe umfasst 1 – 2 % der Erwachsenenbevölkerung, d.h. ca. 400 – 700 in Bremen-West.

In hohem Maß von Armut und sozialer Exklusion bedroht:

Materielles Existenzminimum, geringe Bildungschancen, Arbeitslosigkeit, prekäre Wohnverhältnisse, fehlende Partnerschaft, eingeschränktes soziales Netzwerk.

"Die Definition von Wahnsinn ist, immer wieder das Gleiche zu tun und andere Ergebnisse zu erwarten".



Albert Einstein

Ambulantisierung: Das Märchen vom Bettenabbau

Seit den 70er Jahren bekannte Reformsprüche wie z. B.: „*So ambulant wie möglich, so stationär wie nötig*“ oder „*ambulant vor stationär*“. Der Irrtum: Ambulante Dienste könnten Betten leeren.

Aber:

Die ambulanten psychiatrischen Dienste waren immer als *Zusatz* zur stationären Psychiatrie konzipiert und nicht als *Alternative*, das heißt, sie machten die Betten nicht leer – im Gegenteil. Das galt besonders auch für den Krisendienst.

Folge:

Statt Bettenabbau Zunahme der stationären Betten (alle Einrichtungen zusammengenommen). Bremen mit höchster psychiatrischer Bettenmessziffer in Deutschland. *Sog* der bettenorientierten Psychiatrie – und der Heime. Auch Zunahme der Plätze im betreuten Wohnen.

Tendenz:

Immer mehr *Bürger* werden zu *betreuten Bewohnern*.

Das fragmentierte psychiatrische Versorgungssystem

- komplett institutionalisiert,
- geprägt vom medizinischen Modell,
- beherrscht von den Gesetzen des Marktes,
- Konkurrenz statt Kooperation,
- erfolgreich für die Existenz der Leistungserbringer, versagt in Bezug auf die Belange von Bürgern.

Die Versorgungsstruktur:

- orientiert sich an Kostenzuständigkeiten,
- orientiert sich nicht an Bedürfnissen von Menschen.

Die Ausstattung / Menge der Ressourcen: Spitze in Europa.
Aber: Durch Zerfall in Sektoren Zersplitterung der Wirkung.

Bürgerschaftsbeschluss vom 13.01.2013: Notwendige Schritte

- Schaffung von Sektor- und Sozialgesetzbuch übergreifenden Strukturen und ein funktionierendes Verbundsystem
- weg von der Orientierung am Krankenhausbett
- Stärkung des ambulanten Sektors / Home Treatment
- Deinstitutionalisierung der Versorgung aller Träger
- weg von der Marktorientierung der Dienstleistungen und dem Konkurrenzgebaren / hin zu bedürfnisorientierter Behandlung
- Schaffung gemeindepsychiatrischer Verbände
- regionales Psychriatriebudget nach § 64b SGB V
- Einbeziehung der Betroffenen (Genesungsbegleiter / Peer-Support)
- Festlegung einer Steuerungsverantwortung
- Einführung von betreuter Beschäftigung

Nach dem Bürgerschaftsbeschluss

Die Geno:

Zentralisierung: Schwächung des regionalen Bezugs.

Spezialisierung: Selektion, fördert 2-Klassen-Psychiatrie und Chronifizierung.
(Kompletter Widerspruch zum Bürgerschaftsbeschluss)

„Mini-Modellprojekte“ der Gesundheitssenatorin 2016/17 und 2018/19:

sollten zur Umsetzung des Bürgerschaftsbeschlusses dienen.

Bewertung: Hilfreich für die Beteiligten, aber unwirksam für die Lösung oder die Verkleinerung der Versorgungsprobleme im Sinne des Bürgerschaftsbeschlusses.

Die AG Regionale Versorgung und Krisenintervention beim Psychiatriereferenten formuliert Leitgedanken, die von weiteren Arbeitskreisen – besonders im Bremer Westen – aufgegriffen werden und zum vorliegenden Konzept ausgearbeitet werden.

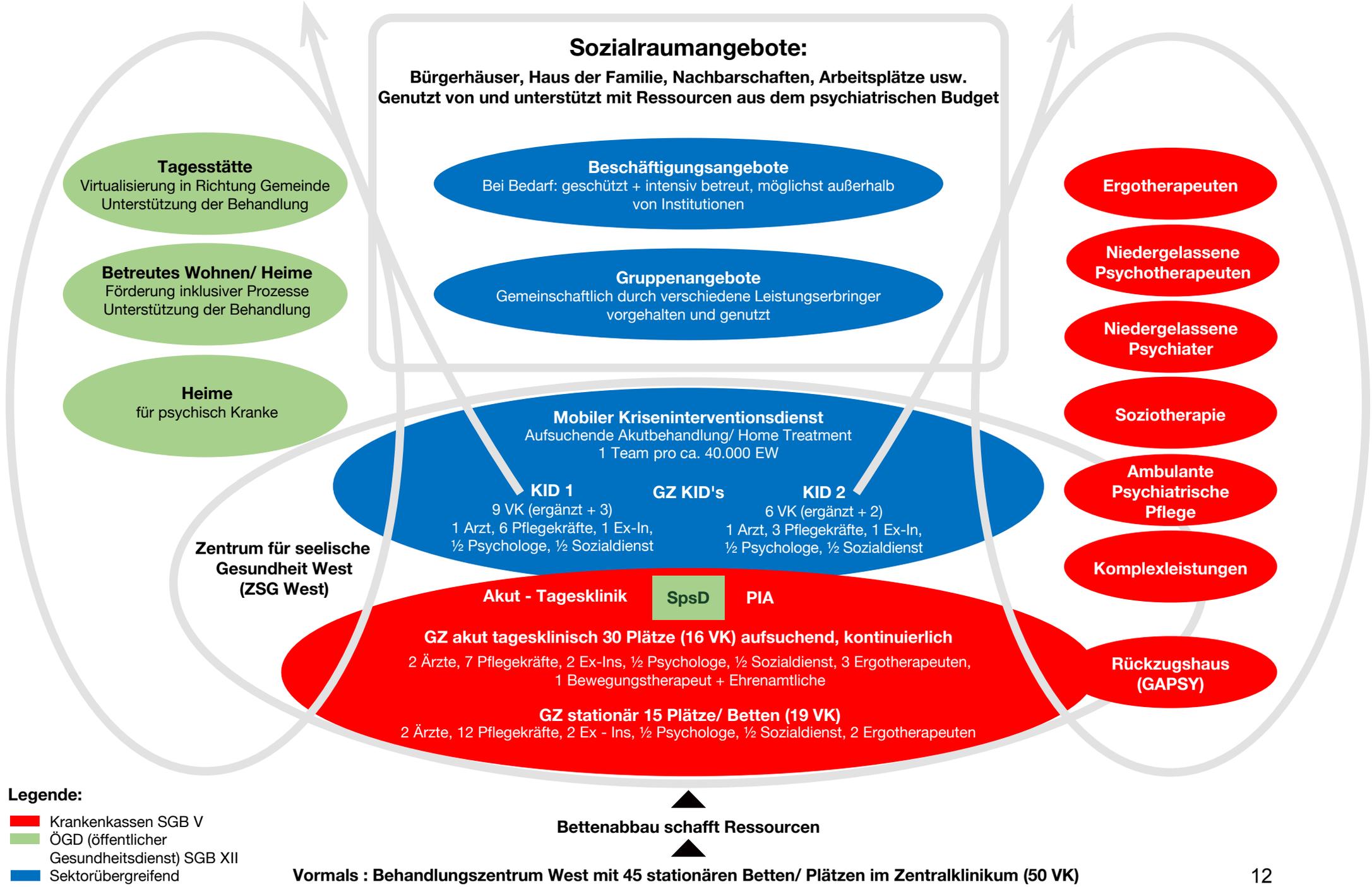
Inhaltliche Ausrichtung - Kern des Modellprojektes

- Versorgung „**aus einem Guss**“, Überwindung der Fragmentierung
- Umbau von **stationär zu ambulant**
- Bildung eines „Zentrums für seelische Gesundheit“ mit **multiprofessionellem, mobilem Kriseninterventionsteam** und mit **regionalem Krisenort** mit ambulanten, teilstationären und stationären Anteilen
- **Behandlung und Betreuung im Lebensumfeld**, auch in akuten Krisen, **Home Treatment**
- Aufsuchende lange Behandlung mit **personeller Kontinuität** für chronisch und schwer psychisch kranke Menschen
- **Sozialraumorientierung**
- Orientierung an Prinzipien des **offenen Dialogs** / Netzwerkgespräche
- Orientierung an Prinzipien von **Empowerment** und **Recovery**
- **Dialogischer Gesprächsansatz, Peer-Support**
- **NutzerInnen-Beteiligung bei allen Prozessen**
- Aufbau von **betreuter Beschäftigung**

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

56.000 Einwohner in Walle/ Findorff

35.000 Einwohner in Gröpelingen/ Oslebshausen



Sozialraumangebote:
 Bürgerhäuser, Haus der Familie, Nachbarschaften, Arbeitsplätze usw.
 Genutzt von und unterstützt mit Ressourcen aus dem psychiatrischen Budget

Beschäftigungsangebote
 Bei Bedarf: geschützt + intensiv betreut, möglichst außerhalb von Institutionen

Gruppenangebote
 Gemeinschaftlich durch verschiedene Leistungserbringer vorgehalten und genutzt

Mobiler Kriseninterventionsdienst
 Aufsuchende Akutbehandlung/ Home Treatment
 1 Team pro ca. 40.000 EW

KID 1
 9 VK (ergänzt + 3)
 1 Arzt, 6 Pflegekräfte, 1 Ex-In, ½ Psychologe, ½ Sozialdienst

GZ KID's

KID 2
 6 VK (ergänzt + 2)
 1 Arzt, 3 Pflegekräfte, 1 Ex-In, ½ Psychologe, ½ Sozialdienst

Zentrum für seelische Gesundheit West (ZSG West)

Akut - Tagesklinik **SpsD** **PIA**

GZ akut tagesklinisch 30 Plätze (16 VK) aufsuchend, kontinuierlich
 2 Ärzte, 7 Pflegekräfte, 2 Ex-Ins, ½ Psychologe, ½ Sozialdienst, 3 Ergotherapeuten, 1 Bewegungstherapeut + Ehrenamtliche

GZ stationär 15 Plätze/ Betten (19 VK)
 2 Ärzte, 12 Pflegekräfte, 2 Ex - Ins, ½ Psychologe, ½ Sozialdienst, 2 Ergotherapeuten

- Ergotherapeuten**
- Niedergelassene Psychotherapeuten**
- Niedergelassene Psychiater**
- Soziotherapie**
- Ambulante Psychiatrische Pflege**
- Komplexleistungen**
- Rückzugshaus (GAPSY)**

Legende:

- Krankenkassen SGB V
- ÖGD (öffentlicher Gesundheitsdienst) SGB XII
- Sektorübergreifend

▲
Bettenabbau schafft Ressourcen
 ▲

Vormals : Behandlungszentrum West mit 45 stationären Betten/ Plätzen im Zentralklinikum (50 VK)

Voraussetzungen zur Verwirklichung des Modellprojektes

- Von allen Beteiligten gewollter Paradigmenwechsel
- Regionales Psychiatriebudget (Modell nach §64b, SGB V), sektorübergreifende Finanzierung und Versorgung
- Beschluss eines weitgehenden Bettenabbaus und Nutzung der vormals stationären Ressourcen für den Umbau
- Abbau/Umbau von Wohnheim- und Betreuungsplätzen im SGB-XII-Bereich und Nutzung der Ressourcen
- Nutzung der verordnungsbasierten Ressourcen der GAPSY für das Leistungsgeschehen des Regionalen Budgets
- Verbindliche Kooperationsstrukturen des GPV (Gemeindepsychiatrischen Verbundes), evtl. Managementgesellschaft
- Verbindliche regionale Versorgungsverpflichtung
- Zugangssteuerung („neutrale“ Instanz, z.B. Gesundheitsamt)
- Verhinderung von Fehlplatzierungen (z.B. außerhalb Bremens)

Erfahrungen mit dem regionalen Psychriatriebudget nach § 64 b SGB V

- Stationäre Behandlungszeiten werden reduziert
- Wahrscheinlichkeit stationärer Aufnahmen sinkt
- Seltenerer Behandlungsabbrüche
- Weniger Belastung und mehr Zufriedenheit bei den Patienten und den Angehörigen
- Höhere Kosteneffektivität
- Weniger Zwang

Was / Wer spricht für das Modellkonzept?

- S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der DGPPN (2014)
- UN-Behindertenrechtskonvention (2008)
- AG Krisendienst und Regionale Versorgung (2017)
(Psychiatriereferat Gesundheitssenatorin)
- LAG (2017)
- „Das Funktionale Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde“ von Steinhart und Wienberg
- Inklusion als Gesellschaftsthema („Entpsychiatisierung“)

„Integrieren können nur Bürger andere Bürger“.



Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner

Wir brauchen politische Unterstützung für die
Verwirklichung des Projektes

Wir brauchen einen geeigneten Ort für das Zentrum
für seelische Gesundheit im Bremer Westen.

Keine Gelder für neue Bettenpsychiatrie im Klinikum
Bremen-Ost!