Vorläufiger Entwurf (13.08.2020)

Konzept für eine regionale psychiatrische Krisenversorgung von Menschen mit schweren, akuten und chronischen psychischen Erkrankungen sowie komplexem Hilfebedarf in Bremen am Beispiel der Region Bremen-West:

Der Krisenort – ein Modul im zukünftigen *Zentrum für seelische Gesundheit*

PARDON-Konzept

***P**sychiatrie*
***A**mbulant:*
***R**ecovery- und*
***D**ialog-*
***O**rientierte*
***N**etzwerkarbeit*

Prolog……..3

1 Das Ziel……3

2 Zur Situation……3

3 Orientierung und inhaltliche Ausrichtung der psychiatrischen Krisenversorgung und des *Zentrums für seelische Gesundheit*……5

4 Offener Dialog……...……....7

5 Voraussetzungen zur Verwirklichung des PARDON-Konzeptes……....9

6 Nutzung von Erfahrungswerten anderweitig existierender psychiatrischer Behandlungsmodelle für Krisenintervention und nachgehende gemeindenahe Behandlung im Bremer Westen……..…...9

7 Personelle Ressourcen für den Umbau von „stationär“ zu „ambulant“ in der Region Bremen-West……10

7.1 Personelle Ressourcen der Klinik……10

7.2 Ressourcen aus ambulanten Leistungen nach SGB V……..…..10

7.3 Ressourcen von den freien Trägern aus dem Bereich der Leistungen der Eingliederungshilfe……..11

8 Der Transformationsprozess und das Krisenhaus im zukünftigen *Zentrum für seelische Gesundheit* im Bremer Westen……..12

8.1 Der Transformationsprozess in 3 Teilschritten……..……..……13

8.1.1 1. Teilschritt (2020 – 2022)……...……...…..13

8.1.2 2. Teilschritt (2022 – 2025)……..……..13

8.1.3 3. Teilschritt (2025 – 2028)……...14

9 Das zukünftige multiprofessionelle Team des *Zentrums für seelische Gesundheit* West und seine Aufgabenteilung nach erfolgter Transformation 2028……14

9.1 Modul 1……....14

9.2 Modul 2……15

9.3 Modul 3……..……...…..15

10 Behandlungsplanung, Kontext und Schnittstellen des PARDON-Konzeptes……....15

11 Kundencenter und Verwaltung……..……16

12 Lage, Umgebung und Räumlichkeiten des Zentrums und seine Einbettung in das Leben und den sozialen Raum des Stadtteils: Das *Zentrum für seelische Gesundheit* könnte als ein „Wohn-Container-Dorf“ beim Überseetor entstehen……..……...17

13 Trägerübergreifende Kooperation auf der Basis regionaler Budgets – der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) West……18

14 Schlussbemerkung……...…18

Prolog

Die Schließung des Rückzugshauses der GAPSY (Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste GmbH) an der Helgolander Straße in Bremen-Walle ist der unmittelbare aber nicht alleinige Anlass für die Erstellung des hier vorliegenden Konzeptentwurfes.

Die Kündigung der Rückzugshausverträge durch die beteiligten Krankenkassen zum Ende des Jahres 2019 und die endgültige Schließung ein paar Monate später waren erfolgt, da für die Krankenkassen die Einsparung von Behandlungskosten als nicht mehr in einem relevanten Maße gesehen wurden.
Dem gegenüber hatte die Gesundheitssenatorin auf Befragung durch den Beirat Walle am 03.12.2019 zum Thema der Schließung des Rückzughauses die Meinung vertreten, sie halte „das Rückzugshaus für ein wertvolles Element in einer regionalisierten psychiatrischen Versorgung. Die Rückzugsräume sind für Menschen in Krisensituationen eine gute Möglichkeit, sich aufzuhalten und Hilfe zu erhalten. Das Angebot ist geeignet, um Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Zudem können niedrigschwellig auch Menschen erreicht werden, die sonst das Hilfesystem nicht in Anspruch nehmen."

Mit der Schließung des Rückzughauses wurde vielen Patienten und Patientinnen eine für sie wichtige Alternative zur stationären Krankenhauspsychiatrie entzogen.
Bereits vor der Schließung des Rückzughauses war von allen beteiligten Seiten die Erstellung eines neuen Krisenhauskonzeptes für erforderlich gehalten worden. Der hier vorliegende Konzeptentwurf soll als aktualisierte Fortentwicklung des bereits vorliegenden Modellkonzeptes vom Dezember 2017 dazu dienen, die Diskussion um den Neuaufbau eines Krisenhauses und um die regionalpsychiatrische Versorgung insgesamt – namentlich im Bremer Westen – neu in Gang zu bringen.

1 Das Ziel

In diesem Konzept soll die regionale psychiatrische Krisenversorgung als ein integraler Bestandteil der Transformation von einer vornehmlich bettenorientierten psychiatrischen Versorgung hin zu einem weitestgehend ambulant versorgenden ***Zentrum für seelische Gesundheit*** in drei Schritten beschrieben werden.
In diesem Zentrum stellt das Krisenhaus (mit einer kleinen Anzahl stationärer Betten) ein Modul neben zwei weiteren dar. Dies sind zum einen das Modul einer lebensumfeldnahen Krisenintervention (Kriseninterventionsdienst KID für Menschen in einer akuten psychischen Krise) und zum anderen das Modul der Akut-Tagesklinik, die auch die Funktion einer langfristigen lebensumfeldnahen Behandlung erfüllt (Assertive Community Treatment, ACT, für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen).

2 Zur Situation

Die Klinikpsychiatrie der Gesundheit Nord (GeNo) ist auch sieben Jahre nach dem Bürgerschaftsbeschluss vom 13.01.2013 weiterhin im Wesentlichen an Belegung der Krankenhausbetten und einer nach Diagnosen ausgerichteten Spezialisierung orientiert.
Weiterhin läuft der Reformprozess insgesamt viel zu schleppend. Nach wie vor gilt für Bremen (wie auch anderswo), dass die Versorgungslandschaft gekennzeichnet ist durch eine Fehlallokation von Ressourcen, problematischen Anreizeffekten und einem Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung.
Durch die Fragmentierung der Leistungen im gegliederten System der sozialen Sicherung „ist die Fallkoordination äußerst aufwendig und oftmals ungenügend. Alle Instrumente zur Überwindung der mangelnden personenbezogenen Integration der im Quer- und Längsschnitt erforderlichen Behandlungs-, Rehabilitations- und Teilhabeleistungen haben sich bisher als wirkungslos erwiesen." (Ingmar Steinhart, Günther Wienberg (2017) in „Rundum ambulant – Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde“)

Ohne eine trägerübergreifende (Kostenträger, Leistungserbringungsträger, Behörden) Einigung auf die erforderlichen Rahmenbedingungen für die Zusammenführung der verschiedenen Versorgungselemente und für eine damit verbundene sektorübergreifende Organisation und Finanzierung kann es keine sektorübergreifende "Versorgung aus einer Hand" und keine Transformation der auf belegte Betten bzw. belegte Heim- oder Betreuungsplätze ausgerichteten Versorgung geben.
Für die gewünschte Transformation einer stationären, auf Bettenbelegung bzw. auf Betreuungsplatzbelegung orientierten Versorgung in eine weitestgehend ambulante, Lebensumfeld-orientierte und sektorübergreifende Versorgung ist die Einrichtung regionaler Budgets - sowohl den SGB-V-Sektor als auch den SGB-IX-Sektor betreffend – unabdingbar.

Immerhin ist in Bremen inzwischen die Gründung der regionalen gemeindepsychiatrischen Verbünde mit Kooperationsvereinbarungen, Satzung und dem Auftrag zur Versorgungsverpflichtung gelungen. Diese neuen Strukturen müssen jedoch noch mit Leben gefüllt werden. Dies kann nur gelingen, wenn sich das Regionalisierungsprinzip behauptet und nicht von der Klinikpsychiatriezentrale dominieren lässt und wenn alle Beteiligten in die Planung eines Transformationsprozesses einbezogen sind.

Einen weiteren wichtigen Schritt in die richtige Richtung beschreibt das Strategiepapier Psychiatriereform der Gesundheitssenatorin vom Januar 2019, in dem sie die Steuerungsverantwortung und Zielvereinbarungen und Zielzahlen bis zum Jahr 2022 benennt. Allerdings ist damit nur der erste Schritt des angestrebten Abbaus stationärer Psychiatriebetten benannt, während das Ziel des angestrebten Transformationsprozesses (nach Inhalten und Zahlen) nicht benannt ist.
Zudem ist bereits jetzt (August 2020) absehbar, dass die im Strategiepapier Psychiatriereform genannten Zielvereinbarungen und Zielzahlen kaum erreicht werden dürften.

Als Chance im Sinne einer sich einen Spalt breit öffnenden Tür könnte sich vielleicht erweisen, dass es inzwischen in den Verhandlungen zwischen dem Krankhausträger GeNo und den Krankenkassen erstmals in Bremen gelungen ist, stationäre psychiatrische Ressourcen als Budget kostenneutral für ambulante psychiatrische Arbeit in der Region zu nutzen. Die Weiterentwicklung eines darauf aufbauenden Transformationsprozesses wird davon abhängig sein, dass diesem erstmaligen Schritt der Nutzung stationärer Ressourcen für ambulante Arbeit weitere folgen – mit vereinbarten Zielzahlen und Zeiträumen.

(Das auf der genannten Vereinbarung basierende BravO-Konzept der GeNo für die Region Bremen-Ost erfüllt leider weder qualitativ noch quantitativ die Voraussetzungen für einen wirklichen Transformationsprozess, in dem alle an der regionalen psychiatrischen Versorgung relevant beteiligten Träger einzubeziehen wären und nicht nur ein (noch dazu viel zu kleines) Mitarbeiterteam der psychiatrischen Klinik.
Das BravO-Konzept gibt zwar vor, die Empfehlungen des Standardwerks "Rundum ambulant – Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde" von Ingmar Steinhart und Günther Wienberg umzusetzen; aber das BravO-Konzept folgt diesen Empfehlungen ebenso wenig wie den Erfahrungen, die andernorts mit Transformationsprozessen und den damit verbundenen Behandlungsmodellen gemacht wurden.)

Für die Versorgungsregion Bremen-West stehen für einen Transformationsprozess neben den stationären Ressourcen auch Ressourcen von den freien Trägern der Eingliederungshilfe und Ressourcen der Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste (GAPSY) zur Verfügung, wie dies in dem im Dezember 2017 gemeinsam erstellten Modellkonzept beschrieben wurde.

Dieses Konzept wurde bereits vor zwei Jahren der GeNo vorgestellt und auch öffentlich gemacht. Außer der GeNo haben alle wichtigen Leistungserbringer der Region Bremen-West ihre Bereitschaft zur Umsetzung bekundet. Alle Stadteilbeiräte im Bremer Westen haben das Konzept einstimmig unterstützt.

Mit dem hier vorliegenden aktualisierten Konzeptentwurf für eine regionale psychiatrische Krisenversorgung soll in drei Schritten die konkrete Zusammenführung verschiedener Versorgungselemente mit Zeiträumen und Zahlen modellhaft veranschaulicht werden, um so einen Anstoß zu geben, dass anhand dieses Modells die erforderlichen inhaltlichen, finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen mit allen beteiligten Seiten geklärt werden.
Diese Klärung wiederum ist die Voraussetzung dafür, dass sich dann alle Beteiligten auf ein gemeinsames konkretes Konzept verständigen und dieses dann miteinander umsetzen können. (Siehe hierzu auch S. 9: *Voraussetzungen zur Verwirklichung des Pardon-Konzeptes*.)

Selbstverständlich ist die Grundvoraussetzung für einen solchen Klärungsprozess, dass alle beteiligten Seiten im Interesse der Bürger*innen auch wirklich das gleiche gemeinsame Ziel als Vorrangiges vor den jeweils eigenen Interessen verfolgen.

3 Orientierung und inhaltliche Ausrichtung der psychiatrischen Krisenversorgung und des *Zentrums für seelische Gesundheit*

Das hier vorliegende Konzept ist - ebenso wie das bereits vorliegende „Modellkonzept für die Region Bremen-West" - eng angelehnt an die Empfehlungen aus dem Standardwerk von Ingmar Steinhart und Günther Wienberg „Rundum ambulant – Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde" von 2017.
Darüber hinaus folgt das Konzept den S-3-Leitlinien *Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, 2018.*

Im Weiteren entspricht das Konzept in seinen Zielsetzungen den Aussagen:

- des Bürgerschaftsbeschlusses vom 13.01.2013,
- des Deputationsbeschlusses vom 16.08.2018,
- des Strategiepapiers Psychiatriereform der Gesundheitssenatorin vom 30.01.2019,
- der Gesundheitssenatorin in ihrem Bericht an die Deputation vom 03.12.2019,
- der Gesundheitssenatorin in ihrem Bericht an die Deputation vom 07.02.2020

> ***Es geht um „mehr als um eine bloße Addition bestehender Dienste und Einrichtungen sowie deren forcierte „Ambulantisierung", sondern um einen völlig neuen Versorgungsmix mit einem eindeutig nicht institutionellen Mittelpunkt."***
> *(Aus „Rundum ambulant - Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde" von Ingmar Steinhart und Günther Wienberg, 2017)*

Im Einzelnen geht es um:

- **Systemtransformation** einer zentralisierten, institutionell ausgerichteten und an Bettenbelegung orientierten Krankenhauspsychiatrie in eine regionalisierte, gemeindenahe, an den Bedürfnissen der Bürger ausgerichtete ambulante Versorgung – weitestgehend im Lebensumfeld der Behandelten.
- **Einbeziehung von Heim- und Betreuungsplätzen** der Wiedereingliederungsträger in den Transformationsprozess.

- **Umsteuerung verfügbarer Ressourcen** der an der Versorgung beteiligten Träger.

- **Sozialraumorientierung**, Entwicklung und Kultivierung „fallunspezifischer Arbeit", um im Sozialraum nichtprofessionelle Ressourcen zu aktivieren und zu nutzen. Die Berücksichtigung des Sozialraums ist ein zentrales Element erfolgreicher Behandlung über Zielgruppen und Diagnosen hinweg.

- **Fallspezifische Steuerung** mit niederschwelligem Beratungsangebot.

- **Behandlung und Betreuung** weitestgehend **im Lebensumfeld** der Patient*innen auch bei akuten Krisen, *Home Treatment* (akut, kurzfristig, möglichst Vermeidung von stationärer Behandlung, Krisenintervention, 24-stündige Verfügbarkeit an 365 Tagen im Jahr, multiprofessioneller Kriseninterventionsdienst KID).
  > Modul 1 im zukünftigen Zentrum für seelische Gesundheit.
  (Jeweils ein multiprofessioneller Krisendienst (KID) für die Teilregion Walle/Findorff (KID 1) und für die Teilregion Gröpelingen/Oslebshausen KID 2.)

- **Aufsuchende, langfristige Behandlung mit personeller Kontinuität** (personelle Sicherstellung der *Gatekeeper*-Funktion) für chronisch und schwer psychisch erkrankte Patient*innen, für Menschen mit komplexem Hilfebedarf, *Assertive Community Treatment* (ACT), hochfrequent, multiprofessionelles Team mit *Home-Treatment*- und *Case-Management*-Funktionen, 24-stündige Verfügbarkeit an 365 Tagen im Jahr. ACT als integraler Bestandteil eines akut-tagesklinischen Versorgungsangebotes.
  > Modul 2 im zukünftigen Zentrum für seelische Gesundheit.

- Bis zu **15 stationäre psychiatrische Betten** für Menschen, die zeitweise nicht in ihrem Lebensumfeld behandelt werden können (Ausstattung als Krisenort bzw. Krisenhaus.)
  > Modul 3 im zukünftigen Zentrum für seelische Gesundheit.

- **Vermeidung von Zwangsmaßnahmen** (Zwangsmaßnahmen nur als „letztes Mittel").

- **Verhinderung von Fremd- bzw. Fehlplatzierung**.

- Orientierung an Methoden und Haltung des Prinzips des ***Empowerment***s und der ***Recovery-Praxis***.

- Trialogischer bzw. tetralogischer Gesprächsansatz **„auf Augenhöhe"**.

- ***Peer-Support***, Einbezug von Psychiatrieerfahrenen, Ex-In-Ausgebildeten, Genesungsbegleiter*innen in die praktische Arbeit.

- **Nutzer*innen-Beteiligung** an allen Prozessen und in den Organen des Versorgungssystems.

- Aufbau von **Beschäftigung außerhalb psychiatrischer Einrichtungen** (Nutzung des Bundesteilhabegesetzes BTHG und ggf. auch des Budgets für Arbeit).

- Sicherstellung **fachübergreifender Fortbildungen**.

- Sofern für eine Zielgruppe **spezifische therapeutische Kompetenz** aus fachlicher Sicht erforderlich ist, muss diese für den gesamten stationär-ambulanten Versorgungszusammenhang zur Verfügung stehen.

- **Die Prinzipien des „Offenen Dialogs"**. (In verschiedenen Regionen Bremens gibt es diesbezüglich seit Jahren umfangreiche Schulungsmaßnahmen bei den sozialpsychiatrischen Trägern.)

4 Offener Dialog

In den 80er Jahren erneuerte eine Gruppe progressiver Psycholog*innen und Psychiater*innen im Norden Finnlands die klassische psychiatrische Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Heraus kam eine Methode, die seit vielen Jahren herausragende Therapieerfolge aufweisen kann: der „Offene Dialog“.

„Offener Dialog“ bezeichnet eine Weise des Sich-In-Beziehung-Setzens, bei der dem Respekt vor dem Anderssein des Anderen besondere Bedeutung zukommt. In einer Begegnung auf Augenhöhe, in der jede*r Teilnehmer*in als Experte*in für seine*ihre Lebenserfahrung ernst genommen wird, ist alles, was gesagt wird, von Bedeutung. Dieses Prinzip soll nicht nur in sogenannten professionellen Kontexten gelten, sondern erweist sich als eine Art zu *sein* und greift damit philosophisch-historisch gewachsene Überlegungen zum Dialog im menschlichen Miteinander auf.

Da der Ausbruch von psychischen Erkrankungen in engen Zusammenhang mit emotionalen Problemen in der zwischenmenschlichen Beziehung gebracht wird, werden die Familie und das soziale Netz des*der Klient*in konsequent in den Behandlungsprozess miteinbezogen. Im „Offenen Dialog“ ist jede einzelne Stimme wichtig – insbesondere die des*der Klient*in selbst. In wertschätzender Atmosphäre werden Beziehungen und Bedürfnisse geklärt und damit gesundheitsfördernde Bedingungen in der häuslichen Umgebung geschaffen. Erst, wenn alle Beteiligten auf Augenhöhe gehört worden und miteinander ins Gespräch gekommen sind, können sich tragfähige Lösungen ergeben. Beim „Offenen Dialog“ werden die Probleme als sozial bedingt angesehen und in jedem Gespräch wieder neu erfasst.

Eine stationäre Einweisung in die psychiatrische Klinik wird möglichst umgangen, um Isolation und Stigmatisierung zu vermeiden. Neuroleptika werden nur bei Bedarf in geringen Dosen und zeitlich begrenzt gegeben.

Die sieben therapeutischen Prinzipien des Offenen Dialogs:

1. ***Sofortige Hilfe***

   Nach dem Grundsatz „berührt = geführt“ kümmern sich die Fachkräfte darum, dass ***innerhalb von 24 Stunden*** *nach Eingehen des Hilferufes das erste Netzwerktreffen bei der betroffenen Person oder an einem anderen für sie sicheren Ort stattfindet. Dies ist deshalb so wichtig, weil in den ersten Tagen der Krise die belastenden psychotischen Erfahrungen sehr viel leichter zur Sprache kommen können als später.*

2. ***Einbeziehen des sozialen Netzwerks***

   *Das persönliche Netzwerk der Patient*innen wird als positive Ressource betrachtet und sofort auch bei akuten Psychosen mit einbezogen. Die Familienangehörigen erleben es meist als entlastend, wenn weitere wichtige Personen mit dabei sind, die im Prozess hilfreich sein könnten. Weitere Leistungserbringende wie der/die ambulante Psychotherapeut*in oder EX-IN`ler*in (psychiatrieerfahrene, ausgebildete Peers) sollten ebenfalls mit dabei sein. Wenn im Behandlungsprozess weitere Personen – wie Lehrer*innen oder Arbeitgeber*innen – wichtig werden, können diese zeitweise mit dazu eingeladen werden.*

   „Bei einer Netzwerk-Perspektive sollten alle in den Prozess integriert werden; denn das Problem ist nur gelöst, wenn alle, die es als solches definiert haben, es nicht mehr als Problem bezeichnen“ (Jaakko Seikkula; Birgitta Alakare (2007): Offene Dialoge. In P. S. P. Lehmann: Statt Psychiatrie 2, S. 234 – 249, Berlin: Antipsychiatrie Verlag).

3. Flexible Einstellung auf die Bedürfnisse

*Im Vordergrund stehen die flexible Anpassung an die Sprache, den Stil und die Lebenswelt des*der Betroffenen und seines*ihres Netzwerks. Deshalb gibt es keine festgelegten Behandlungsprogramme; denn jede Krise wird als einmalig betrachtet. Das gilt auch für den zu wählenden Ort des Treffens, der sowohl bei*m der Patient*in zu Hause als auch am Arbeitsplatz oder in der Klinik liegen kann.*

4. Verantwortung

Nach einem Hilferuf übernimmt das psychiatrische Behandlungsteam die Verantwortung für die Organisation einer Therapieversammlung. Eine Überweisung an andere Stellen ist nicht vorgesehen. Mit dem Netzwerk und vielleicht zusätzlichen Fachleuten wird gemeinsam der bestmögliche Weg aus der Krise entwickelt.

5. Psychologische Kontinuität

*Ein Wechsel von Therapeut*innen sollte weitgehend vermieden werden, um über vereinbarte Zuständigkeit mehr Sicherheit zu vermitteln und damit auch Therapieabbrüche zu verhindern. Ambulante Psychotherapeut*innen sollten bei Bedarf zu den Sitzungen eingeladen werden, da sie einen Teil des vertrauten Netzwerks darstellen.*

6. Aushalten von Ungewissheit

*Eine Besonderheit des Offenen Dialogs liegt in der Haltung der Therapeut*innen, z.B. auf möglicherweise vorschnelle Diagnosen und Entscheidungen zu verzichten. Diese Toleranz von Ungewissheit setzt voraus, dass jeder Mensch Expert*in für seine*ihre Lebenserfahrungen ist.*

*Das Gespräch ist geprägt durch empathisches, klärendes Nachfragen sowie Verständnis und Vertrauen und verzichtet auf Wertungen. Sicherheit entsteht dabei durch die als sicher erlebte Gesprächssituation, bei der jede*r gehört wird.*

7. Förderung des Dialogs

*Der Schwerpunkt liegt auf der Förderung offener Dialoge, die durch eine Veränderung der Haltung des Teams entstehen und nicht durch Versuche, die Patient*innen verändern zu wollen.*

*Dialoge werden als gemeinsames Nachdenken verstanden, bei dem die Betroffenen die Handlungskompetenz für ihr eigenes Leben stärken können. Seikkula spricht hier von „fortgesetztem wechselseitigen Erstaunen“ als Bereitschaft, sich im Gesprächsprozess berühren zu lassen, wodurch Heilsames entsteht. Diese offene und empathische Haltung, die sich auch im Gesprächsprozess ausdrückt (Dr. Werner Schütze: „Niemand von uns weiß, was richtig ist; aber wir können gemeinsam schauen, was jetzt möglich ist“), ist für das Gelingen wichtiger als technische Methoden. Jede Stimme wird gehört – auch die möglicherweise zahlreichen Stimmen innerhalb jedes*r Teilnehmers*in (vertikale Polyphonie).*

5 Voraussetzungen zur Verwirklichung des PARDON-Konzeptes

Die folgende Tabelle verdeutlicht die Voraussetzungen zur Verwirklichung des Konzeptes in Stichwörtern:

Voraussetzungen und Aufgaben	Zuständig
Paradigmenwechsel von stationär zu ambulant	Alle Akteur*innen im Verbund
Bettenabbau in der psychiatrischen Klinik, Nutzung der vormals stationären Ressourcen für den Umbau	GeNo
Abbau/Umbau von Betreuungs- und Wohnheimplätzen im SGB-IX-Bereich, Nutzen der Ressourcen	Freie Träger des SGB-IX-Bereichs
Umwandlung der verordnungsbasierten ambulanten Leistungsangebote wie APP, Soziotherapie oder wie ehemals Rückzugsräume in das Leistungsgeschehen des Regionalen Budgets. (nach *Open Dialogue*)	Ambulant tätige SGB-V-Träger
Sektorübergreifende Versorgung unter Berücksichtigung der SGBs V, IX und XI	GeNo, ambulant tätige SGB-V-Träger, freie Träger des SGB-IX-Bereichs, Kostenträger
Optimierung des GPVs mit verbindlichen Kooperationsstrukturen. Evtl. trägerübergreifende Zusammenarbeit	GeNo, ambulant tätige SGB-V-Träger, freie Träger des SGB-IX-Bereichs
Schaffung eines oder zweier regionalen/r Psychiatriebudgets (RBP)	Die Ressorts Soziales und Gesundheit sowie Krankenkassen
Verbindliche regionale Versorgungsverpflichtung, insbesondere für schwer, akut und chronisch Erkrankte inkl. Menschen mit komplexem Hilfebedarf. Dazu sind zu zählen: psychisch Kranke, Suchtkranke mit psychischen Erkrankungen, altersbedingte Erkrankte (Demenz), Menschen mit geistigen Behinderungen u.Ä.	GeNo, ambulant tätige SGB-V-Träger, freie Träger des SGB-IX-Bereichs, Kostenträger mit Unterstützung/Aufforderung seitens der entsprechenden Ressorts Soziales und Gesundheit
Verhinderung von Fehl- und Fremdplatzierungen, insbesondere außerhalb Bremens	Steuerungsstelle und die Ressorts Soziales und Gesundheit

6 Nutzung von Erfahrungswerten anderweitig existierender psychiatrischer Behandlungsmodelle für Krisenintervention und nachgehende gemeindenahe Behandlung im Bremer Westen

Krisenintervention:

Nach dem gemeinsamen Fachkonzept „Regionale psychiatrische Krisenversorgung" der Kliniken des Bezirks Oberbayern und des Krisendienstes Psychiatrie München vom November 2012 ist bei 1.000 Einwohnern von 9 (München-Süd) bzw. 10,5 (ganz München) Krisenfällen auszugehen.
Es gibt zwar regionale Schwankungen; aber die Zahlen sind in ihrer Größenordnung auf andere – namentlich städtische – Regionen übertragbar.

Demzufolge ist für den Bremer Westen bei 91.000 Einwohner*innen mit ca. 800 bis 1.000 Krisenfällen pro Jahr (d.h. 2,2 bis 2,6 pro Tag) zu rechnen.

Im BravO-Konzept des Zentrums für Psychosoziale Medizin (ZPM) vom 27.06.2019 wird bei der Darstellung existierender Behandlungsmodelle auf fachliche Expertisen Bezug genommen, wonach ein Kriseninterventions-Team (KI-Team) eine Population von 40.000 bis 60.000 Einwohnern versorgt und bei einer Teamstärke von 15 Vollzeitkräften (VK) eine Behandlungskapazität von zeitgleich ca. 20 bis 30 Patientinnen und Patienten hat.
Auf den Bremer Westen bezogen bedeutet dies, dass man für 91.000 Einwohner ein Kriseninterventionsteam von 23 bis 34 VK (aufgeteilt in zwei Unterteams) benötigt.

Für die flexibel nachgehende gemeindenahe Behandlung (FACT) verweist das BravO-Konzept auf eine fachliche Quelle, wonach ein Team 35.000 bis 40.000 Einwohner*innen versorgt und bei einer Teamstärke von 10 VK eine Behandlungskapazität von ca. 200 Patient*innen hat .
Dies bedeutet, dass man im Bremer Westen ein *Assertive-Community-Treatment-Team* (ACT-Team) von 23 bis 26 VK mit einer Behandlungskapazität von ca. 460 bis 520 Patient*innen braucht.

Beide Teams im Bremer Westen (für KI und ACT) zusammen sollten demnach für die Versorgung von 91.000 Einwohnern – folgt man den o.g. Expert*innenerfahrungen - eine Stärke von 46 bis 60 VK haben.

*(Das BravO-Konzept sieht demgegenüber allerdings nur 18 VK für die KI- und FACT-Versorgung der Region Bremen-Ost mit ca. 100.000 Einwohnern vor, d.h. nur ein Drittel der von Expert*innen für eine solche Region für erforderlich gehaltenen Anzahl an VK, die man für einen Transformationsprozess von „stationär“ zu „ambulant“ braucht. Für einen solchen Transformationsprozess müssten aber die Ressourcen eines Abbaus von mindestens 50 zum Stadtteil Bremen-Ost gehörenden stationären Plätzen zur Verfügung gestellt werden und nicht nur von 20).*

Das hier vorliegende Konzept orientiert sich bei der Bemessung der notwendigen personellen Ressourcen und der einzuplanenden Teamstärken (in VK) an den von den Expert*innen genannten Erfahrungswerten.

7 Personelle Ressourcen für den Umbau von „stationär" zu „ambulant" in der Region Bremen-West

7.1 Personelle Ressourcen der Klinik

Durch den Abbau stationärer Klinikbetten soll erreicht werden, dass die freiwerdenden finanziellen und personellen Ressourcen für einen Auf- und Ausbau der ambulanten Versorgung der Region Bremen-West genutzt werden.
Das Personal, welches zuvor in der Klinik im stationären Kontext gearbeitet hat, soll in Zukunft weitestgehend ambulant in einem *Zentrum für seelische Gesundheit* der Region Bremen-West arbeiten.
Der genaue Personalbedarf für die stationären und teilstationären Behandlungsplätze und die ambulanten Bereiche des Behandlungszentrums West liegt hier nicht vor. Bekannt ist aber der Gesamtpersonalbedarf 2016 (Regeldienst + Leitungskräfte + Nachtwachen). Danach wird von insgesamt 50 VK ausgegangen – davon 34 für die stationären Bereich und 16 für den tagesklinischen und ambulanten Bereich des Behandlungszentrums West.

7.2 Ressourcen aus ambulanten Leistungen nach SGB V

Seit 2001 versorgt die GAPSY in der Region Bremen-West Patient*innen mit Regelleistungsangeboten nach SGB V. Das sind ambulante psychiatrische Pflege (APP) und Soziotherapie. Darüber hinaus hat die GAPSY mit unterschiedlichen Krankenkassen besondere Versorgungsverträge abgeschlossen. Insgesamt versorgt die GAPSY im Bremer Westen derzeit 100 Menschen pro Monat, aufsuchend in deren Lebensumfeld.

Die GAPSY rechnet ihre Leistungen aktuell über Einzelfallpreise, Fallpauschalen und Zuwendungsmittel ab.

Für den Bremer Westen sind 8 bis 10 VK in der ambulanten Versorgung tätig. Bis Ende 2019 arbeiteten zudem 8 VK im inzwischen geschlossenen Rückzugshaus. 4,5 VK waren in der Vergangenheit des Nachts im Kriseninterventionsteam der GAPSY tätig – mit Aufgaben im gesamten Stadtgebiet.
Eine Zusammenarbeit mit anderen Trägern wäre räumlich und organisatorisch in einem multiprofessionellen Team möglich – z.B. im Rahmen einer Personalüberlassung zu einem gemeinsamen, trägerübergreifenden Zusammenschluss der Leistungsträger. Im Falle der Einigung mit den Kostenträgern könnte eine personelle Ressource der GAPSY in ein neuerstelltes (regionales oder anderes) Budget einfließen – insbesondere aus dem Anteil der Rückzugsraum- und nächtlichen Kriseninterventions-Versorgung der Vergangenheit.

7.3 Ressourcen von den freien Trägern aus dem Bereich der Leistungen der Eingliederungshilfe:

Die freien Träger der Eingliederungshilfe verfügen über eine weitreichende Vernetzung und über fachliche Qualitätsstandards sowie über eine große Erfahrung und über infrastrukturelle Möglichkeiten, die sie der gemeinsamen Versorgung gemäß dem Zukunftskonzept zur Verfügung stellen können.

Zu nennen sind an dieser Stelle:

- Langjähriges, geschultes und qualifiziertes Personal mit zum Teil unterschiedlichen Qualifikationen.
- Vernetzung und gemeinsame Projekte in unterschiedlichsten Bereichen, die auch wesentlicher Bestandteil des Gemeindepsychiatrischen Verbundes West (GPV) und der Regionalkonferenz sind:
- Langjährige Kooperation in Fort- und Weiterbildung.
- Erarbeitung von einheitlichen Standards, Sprache, Zielen und Methoden (hier sei exemplarisch *Need Adapted Treatment* (NAT) bzw. „Offener Dialog" genannt.)
- Koordination und Verknüpfung von Leistungen für Anspruchsberechtigte (auch über den Bereich der Eingliederungshilfe hinaus)
- Erfahrung in der Akquise von Drittmitteln (z.B. Aktion Mensch, EU-Mittel u.ä.)
- Eine gut ausgebaute Infrastruktur in Bezug auf verschiedenste Wohnraumangebote, Begegnungsräume, Fahrzeuge u.ä.
- Inklusive, zum Teil gemeinsame Freizeitangebote.
- Verschiedene Möglichkeiten der Arbeit und Beschäftigung (z.B. ArBiS, GiB, Tagesstätten usw.)
- Implementierung bzw. Ausbau von Ex-In-Genesungsbegleitung sowie Ausbau von Trialog bzw. Tetralog.
- Übergreifende Gruppenangebote für Nutzer*innen im Sinne von *Recovery*, *Empowerment* sowie themenzentrierte Gruppen (z.B. Trauma, Sucht, Medikationsreduktion, gutes Leben usw.).
- Bestehende Beteiligungen an Nachtangeboten und KID.

- Verlagerung von ambulanten Betreuungsleistungen inklusive Personalressourcen der Anbieter von Eingliederungshilfeleistungen in das *Zentrum für seelische Gesundheit*. (Ein solcher Transformationsschritt liegt auch schon deshalb nahe, weil in den vergangenen Jahren ein erheblicher Anteil des Rückzugshausangebotes von Nutzer*innen aus betreuten Wohneinrichtungen wahrgenommen wurde.)

Bei dem hier vorliegenden Konzept geht es darum, die Versorgungs- und die fachlichen Arbeitsformen für die genannte Klientel zu ändern: Es geht um eine Transformation von der einzelfallorientierten Betreuung von „Bewohner*innen“ auf feststehenden „Wohnplätzen“ hin zu einer ambulanten, budgetfinanzierten und kostenneutralen Versorgung von „Bürger*innen“ in der Region (Kostenneutralität durch die Ressourcen aus der Reduzierung/Umwandlung von betreuten Wohnplätzen).
Dies gilt für alle Träger der Eingliederungshilfe im regionalen Einzugsgebiet (anteilig).

Sofern die Umwandlung in entsprechende neue Leistungstypen seitens der Kostenträger anerkannt wird, können die Träger im Bremer Westen ihre pädagogischen Mitarbeiter*innen einbringen.
Derzeit verfügen die Träger im Bremer Westen über eine Mitarbeiter*innen-Zahl von insgesamt 40,8 VK.

Bei einer im Rahmen der Umwandlung erfolgenden Reduzierung der im Bremer Westen überdurchschnittlich hohen Anzahl von Plätzen für betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen (lt. Bericht der Steuerungsstelle von 2014 sind das 240 Plätze) um beispielsweise zunächst 63 Betreuungsplätze könnte bei einem Betreuungsschlüssel von durchschnittlich 1:6,3 die Ressource von 10 VK in ein gemeinsames Budget einfließen. Danach läge die Anzahl der Plätze für betreutes Wohnen im Bremer Westen immer noch über dem Bremer Durchschnitt.

8 Der Transformationsprozess und das Krisenhaus im zukünftigen *Zentrum für seelische Gesundheit* im Bremer Westen

Die multiprofessionelle Arbeit in einem zukünftigen *Zentrum für seelische Gesundheit* wird sich weitgehend verändern. Sowohl akute Krisenversorgung wie langfristige Behandlung/Betreuung in personeller Kontinuität werden im neuen Zentrum durch die Verbindung von *Home Treatment*, (Akut-)Tagesklinik und Ambulanz gewährleistet sein. Auch die Verbindung mit dem stationären Bereich am selben Ort wird offen und flexibel gehandhabt werden.

Zusammengefasst führt der Transformationsprozess mit dem Krisenhaus und der Akut-Tagesklinik im *Zentrum für seelische Gesundheit* zu einer

- Transformation von zwei Dritteln der 45 stationären Bettenbehandlungsplätze in akut-tagesklinische und ambulante Behandlungsplätze.

- Verlagerung der verbleibenden 15 stationären Plätze in das neu aufgebaute Krisenhaus.

- Umwandlung des Behandlungszentrums West mit Tagesklinik, sozialpsychiatrischem Dienst und Institutsambulanz in das neue *Zentrum für seelische Gesundheit.*

- Transformation von (zunächst) 63 Wohnbetreuungsplätzen im Bremer Westen in eine ambulante, budgetfinanzierte Versorgung von Bürger*innen der Region durch das *Zentrum für seelische Gesundheit.*

8.1 Der Transformationsprozess in drei Teilschritten

8.1.1 1. Teilschritt (2020 – 2022)

- Aufbau des Krisenhauses im zukünftigen *Zentrum für seelische Gesundheit* mit zunächst zehn Betten (Verlagerung aus der Klinik Bremen-Ost).
  Multiprofessionelles gemischtes Team mit 16 VK: z.B. 5 VK aus der psychiatrischen Klinik, 2 VK über die senatorische Behörde (Daseinsvorsorge), 4 VK von Eingliederungshilfeträgern, 5 VK von ambulant tätigen SGB-V-Träger(n). (Siehe tabellarische Darstellung der Anlage 2.)

- Abbau von 16 stationären Behandlungsplätzen mit Aufstockung der tagesklinischen Plätze um 8 Plätze auf 38 Behandlungsplätze (davon 23 im Behandlungszentrum West und 15 im *Zentrum für seelische Gesundheit*. (Siehe Anlage 1.)

- Kompensation von 8 Behandlungsplätzen durch ambulante Behandlung (z.B. StäB, Institutsambulanz oder andere Vereinbarungen). (Siehe Anlage 1.)

- Somit Transformation von 16 stationären Behandlungsplätzen in tagesklinische und ambulante "Behandlungsplätze". (Anlage 1)

- Aufbau von 15 Akut-Tagesklinik-Plätzen im zukünftigen Zentrum für seelische Gesundheit mit Komm- und Geh- Struktur, auch mit ACT-Funktion (*Assertive Community Treatment*, *Home Treatment*, langfristige kontinuierliche Behandlung für Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen, Anfangs eventuell auch hochfrequent (24 Std./365 Tage), Team mit *Case-Management*-Funktion, multiprofessionell, gemischt). (Anlage 1)

- Aufbau eines mobilen Kriseninterventionsteams für Bremen-West, zunächst mit 12 VK (bspw. davon 3 VK aus der Ressource der Kompensation stationärer Plätze, 4 VK von Eingliederungshilfeträgern, 5 VK von ambulant tätigen SGB-V-Träger(n). (Anlage 2)
  Die Zusammenarbeit des KID-Teilteams und des Akut-TK-Teilteams erfolgt im Rahmen eines Gesamtteams mit koordinierter Aufgabenteilung.

8.1.2 2. Teilschritt (2023 -2025)

- Aufstockung des Krisenhauses von 10 auf 15 Betten (Verlagerung aus der Klinik Bremen-Ost). (Anlage 1)
  Behandlung durch 22 VK – gemischtes Team (bspw. jetzt 11 VK aus der Klinik, 2 VK über die Behörde (Daseinsfürsorge), 4 VK von Eingliederungshilfeträgern, 5 VK von ambulant tätigen SGB-V-Träger(n). (Anlage 2)

- Abbau von weiteren 14 stationären Behandlungsplätzen und Aufstockung der tagesklinischen Behandlung um 7 Behandlungsplätze auf 45 (davon weiterhin 23 im Behandlungszentrum West und jetzt 22 im *Zentrum für seelische Gesundheit*). (Anlage 1)

- Kompensation von weiteren 7 stationären Behandlungsplätzen durch ambulante Versorgungstätigkeit (s.o.). (Anlage 1)

- Transformation von (insgesamt) 30 stationären Behandlungsplätzen. (Anlage 1)

- Aufstockung der Akut-Tagesklinik im *Zentrum für seelische Gesundheit* (mit ACT-Funktion) um weitere 7 Plätze auf jetzt 22 akut-tagesklinische Behandlungsplätze. (Anlage 1)

- Aufstockung des mobilen multiprofessionellen Kriseninterventionsdienstes von zuvor 12 auf jetzt 26 VK (davon 17 durch die Kompensation stationärer Plätze mittels Ambulantisierung s.o.). (Anlage 1)

- Aufteilung des mobilen Kriseninterventionsdienstes auf 2 Unterteams: KID 1 (Kriseninterventionsdienst 1) mit 15,5 VK für die Bereiche Walle/Findorff (55.000 Einwohner*innen)

und KID 2 (Kriseninterventionsdienst 2) mit 10,5 VK für Gröpelingen/Oslebshausen (36.000 Einwohner*innen). (Anlage 2)
Beide Unterteams arbeiten im Rahmen eines Gesamtteams mit dem ACT-Team zusammen.

8.1.3 3. Teilschritt (2026 – 2028)

- Aufstockung der Akut-Tagesklinik mit ACT-Funktion im Zentrum für seelische Gesundheit von 22 (um 23 Plätze aus dem BHZ-West) auf jetzt 45 Behandlungsplätze und damit Komplettierung der Umwandlung des Behandlungszentrums West ins *Zentrum für seelische Gesundheit* Bremen-West. (Anlage 1)

In den Tabellen der Anlagen sind die 3 Schritte des Transformationsprozesses zur Veranschaulichung in "Zielzahlen" (als Beispiel, nicht als Festlegung) wiedergegeben.
Die Anlage 3 zeigt eine mögliche Aufteilung der VK der multiprofessionellen Teilteams nach Berufsgruppen und die Anlage 4 eine mögliche Aufteilung der VK auf 3 Schichten.

9 Das multiprofessionelle Team des *Zentrums für seelische Gesundheit* West und seine Aufgabenteilung nach erfolgter Transformation 2028

8 Ärzt*innen, bis zu 37 Pflegekräfte, 7 Ergotherapeut*innen, 5,5 Diplompsycholog*innen, 5,5 Sozialdienstkräfte, 1 Bewegungstherapeut*in sowie 11 Ex-In-Genesungsbegleiter*innen.
Bis zu 50 VK können aus dem jetzigen klinikstationären Kontext in das Zentrum für seelische Gesundheit wechseln und dort vorwiegend ambulant arbeiten.
Hinzu kommen 2 Vollzeitkräfte, die über die Gesundheitsbehörde ("Daseinsvorsorge") finanziert werden, 13 Vollzeitkräfte über ambulant tätige SGB-V-Träger sowie 10 Vollzeitkräfte über die Eingliederungshilfeträger.

Summe der Vollzeitkräfte somit insgesamt: 75

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

Die inhaltliche Ausrichtung und die Leitlinien gelten wie auf Seite 3 bis 6 beschrieben (*Orientierung und inhaltliche Ausrichtung der psychiatrischen Krisenversorgung und des Zentrums für seelische Gesundheit*).

Die Arbeit des gesamten Teams gliedert sich in 3 Aufgabenbereiche (Module), zwischen denen einzelne Mitarbeiter*innen bei Bedarf auch wechseln können.

9.1 Modul 1:

Mobiles Kriseninterventionsteam 1 und 2

Lt. Expertenmeinung ist der Einzugsbereich für ein mobiles Kriseninterventionsteam größenordnungsmäßig etwa auf 40.000 Einwohner*innen anzusetzen, sodass in Bremen-West zwei mobile Kriseninterventionsteams zu installieren sind, die zum *Zentrum für seelische Gesundheit* 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, *Gatekeeper*-Funktion, d.h. Begleitung und Steuerung in die weiterführende Behandlung.

Aus dem Mitarbeiter*innen-Pool werden zwei mobile Kriseninterventionsteams gebildet, KID 1 für Walle/Findorff (56.000 Einwohner*innen) und KID 2 für Gröpelingen/Oslebshausen (35.000 Einwohner*innen).

KID 1:
1 Arzt*in, 9,5 Pflegekräfte, 0,5 Ergotherapeut*in, 1,5 Psychlog*innen,
1 Sozialarbeiter*in, 2 Ex-In-Genesungsbegleiter*innen (insgesamt 15,5 VK).

KID 2:
1 Arzt*in, 4,5 Pflegekräfte, 0,5 Ergotherapeut*in, 1,5 Psycholog*innen,
1 Sozialarbeiter*in, 2 Ex-In-Genesungsbegleiter*innen (insgesamt 10,5 VK).

9.2 Modul 2:

Team für langfristige kontinuierliche Behandlung für Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen (Akut-Tagesklinik mit ACT-Funktion)

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. *Gatekeeper*-Funktion, d.h. Begleitungs- und Steuerungsfunktion für die weitere Versorgung.

Das berufsübergreifende Mitarbeiter*innen-Team:
3 Ärzt*innen, 11 Pflegekräfte, 4 Ergotherapeut*innen, 1,5 Psycholog*innen, 1,5 Sozialarbeiter*innen, 1 Bewegungstherapeut*in, 4 Ex-In-Genesungsbegleiter*innen (insgesamt 26 VK).

9.3 Modul 3:

Team für die Behandlung von Menschen mit akuten und schweren psychischen Erkrankungen/Krisen, die zeitweise nicht in ihrem Lebensumfeld behandelt werden können und eines stationären Aufenthaltes im Krisenhaus bedürfen

Bis zu 15 Betten können im Krisenhaus belegt werden. Aus dem Mitarbeiter*innen-Pool wird ein Team von 23 Mitarbeiter*innen gebildet mit 3 Ärzt*innen, 12 Pflegekräften, 2 Ergotherapeut*innen, 1 Psycholog*in, 2 Sozialarbeiter*innen und 3 Ex-In-Genesungsbegleiter*innen (insgesamt 23 VK).

Die Arbeitsbereiche der 3 Module arbeiten nicht voneinander isoliert sondern kooperieren miteinander und ermöglichen Übergänge.

10 Behandlungsplanung, Kontext und Schnittstellen des PARDON-Konzeptes

Die multiprofessionellen Teams der 3 Module arbeiten in einem 3-Schichtensystem: Früh-, Spät- und Nachtschicht. Modulübergreifend gilt das Bezugspersonensystem. Die Mitarbeiter*innen für das **Modul 1 (ambulante Krisenintervention)** machen ihre Besuche bzw. Netzwerkgespräche in der Regel zu zweit. Sie bilden mit den Mitarbeiter*innen des **Moduls 2 (Akut-Tagesklinik mit ACT-Funktion für langfristige kontinuierliche Betreuung)** ein gemeinsames Team, in dem sie von Zeit zu Zeit von einem in das andere Modul wechseln. Alle Mitarbeiter*innen folgen in ihrer Arbeit dem gemeinsamen Grundgedanken der Behandlungskontinuität und der Idee des Offenen Dialogs.

Der Tag in der Akut-TK beginnt jeweils mit einer Morgenrunde und endet mit einer Abschlussrunde. Gruppengespräche erfolgen regelmäßig zu festen Zeiten. Einzel-, Paar- und

Netzwerkgespräche erfolgen bei Bedarf. Weitere therapeutische Aktivitäten finden entweder auf dem Gelände des *Zentrums für seelische Gesundheit*, möglichst aber draußen im Stadtteil statt (für Beschäftigung Nutzung von „Nischen“ und von gewohnten Tätigkeitsfeldern).
Eine wichtige Rolle im Tagesablauf spielen u.a. das Thema Essen (Einkaufsplanung, Einkauf, Kochen, Essen, Abwaschen) sowie das Thema des Sauberhaltens von Räumen und Gelände. Beide Tätigkeitsfelder können unter Anleitung von Fachkräften sehr gut in das Therapieangebot eingebaut werden.
(Ggf. lässt sich auf dem dafür geeigneten Grundstück auch ein Gartenbereich aufbauen).

Teamgespräche für die Mitarbeiter*innen zu den Tagesaktualitäten und der Behandlungsplanung finden in den Schicht-überlappenden Zeiten (mittags und abends) statt.

Auch die Mitarbeiter*innen des **3. Moduls (stationärer Bereich, „Krisenhaus“)** arbeiten im 3-Schichtensystem. Auch hier gilt – nach Möglichkeit – das Prinzip der Behandlungskontinuität.
Der Tag beginnt mit einer Morgenrunde und endet mit eine Abschlussrunde. Je nach Möglichkeit können die „stationären“ Patient*innen am Tagesgeschehen der Akuttagesklinik und ggf. auch an Außenaktivitäten teilnehmen. Auf der Station erfolgen regelmäßige Gruppengespräche zu festen Zeiten und nach Bedarf Einzel-, Paar- oder auch Netzwerkgespräche. Auch im stationären Bereich wird das Thema „Kochen und Essen“ unter Anleitung therapeutisch genutzt.

Teamgespräche für die Mitarbeiter*innen zu den Tagesaktualitäten und zur Behandlungsplanung finden in den Schicht-überlappenden Zeiten (mittags und abends) statt.

Je nach Lage der aktuellen Belegung bzw. der freien Aktivitätsvalenzen können Mitarbeiter*innen auch mal zwischen den Modulen 3 und 2 wechseln.

11 Kundencenter und Verwaltung

Das **Kundencenter ist** – wie die multiprofessionellen Teams – **Teil des operativen Bereichs** und Anlaufstelle für alle am Behandlungsprozess beteiligten Personen/Institutionen:

- Patient*innen,
- Angehörige,
- Bezugspersonen,
- Mitarbeiter*innen,
- Krankenhäuser,
- Ärzt*innen,
- Psychotherapeut*innen,
- Krankenkassen (Abrechnung)
- usw.

Tagsüber ist das Kundencenter zu den üblichen Bürozeiten geöffnet. Für abends, nachts und am Wochenende ist das Kundencenter durch eine dort anwesende Person telefonisch erreichbar.

Das Sekretariat der **Verwaltung** ist besetzt mit Mitarbeiter*innen für Lohnbuchhaltung, Bilanzbuchhaltung und Korrespondenz.

12 Lage, Umgebung und Räumlichkeiten des Zentrums und seine Einbettung in das Leben und den sozialen Raum des Stadtteils: *Das Zentrum für seelische Gesundheit* könnte als ein „Wohn-Container-Dorf“ beim Überseetor entstehen

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 Adressat*innen und die im Stadtteil vorhandenen Ressourcen erkannt und nutzbar gemacht werden. Voraussetzung ist dabei, dass die professionellen Akteur*innen ihren Blick für die Alltags- und Lebenswelt der Menschen öffnen und die unterstützenden Potenziale des Gemeinwesens wahrnehmen (Ressourcen entdecken durch fallübergreifende und fallunspezifische Arbeit). Dies erfordert die Bereitschaft, die jeweiligen fachlichen Kompetenzen in den subjektorientierten, sozialräumlich ausgerichteten interdisziplinären Handlungszusammenhang einbringen 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 Adressat*innen) reagiert. Im Ergebnis werden die im Stadtteil vorhandenen und genutzten Ressourcen die Hilfs- und Angebotsqualität steigern.

Um den Transformationsprozess nicht von vornherein durch das Hindernis zu hoher Investitionskosten etwa für einen Neubau oder den Umbau eines bestehenden Gebäudes zu einem Zentrum für seelische Gesundheit zu blockieren, bietet sich die Möglichkeit der schrittweisen Errichtung eines solchen Zentrums aus Modulen, wie dies bspw. bei der Errichtung des Flüchtlingsdorfes in Bremen-Walle (des sog. Roten Dorfes – siehe Anlage 6) mittels Wohncontainern geschehen ist (Vorteile: niedrige Kosten, flexible Ausbaubarkeit und Gestaltbarkeit, mögliche Schaffung von Innenhöfen und Plätzen, Niedrigschwelligkeit, Nutzbarkeit für Aktivitäten als auch für Rückzugsbedarf, Möglichkeit für sozialräumliche bzw. kulturelle und andere Beschäftigungstätigkeiten, Möglichkeit der Bürgerbeteiligung).

Mit dem hier angedachten **Wohn-Container-Dorf** hätte das Zentrum für seelische Gesundheit West nicht nur genügend Räumlichkeiten für die beschriebenen professionellen Tätigkeiten, sondern darüber hinaus böte sich für viele nicht-psychiatrischen Aktivitäten Raum, sodass sich engagierte Bürger*innen am sozialen und kulturellen Geschehen beteiligen können. Das neue *Zentrum für seelische Gesundheit* wäre damit nicht nur ein „Krisenort“ sondern auch ein Ort, an dem Inklusion „gelebt“ wird.

Die Arbeit der Mitarbeiter*innen des *Zentrums für seelische Gesundheit* wird sich dort nicht wie in einer Klinik abspielen, sondern Gemeinwesen- bzw. Sozialraum-orientiert – soweit wie möglich draußen, an nicht-psychiatrischen Orten.
Dies gilt insbesondere auch für den Aufbau von Projekten mit sinnstiftender Tätigkeit, die geeignet sind, Menschen mit und ohne Handicap zusammen zu bringen, Gemeinschaft zu stiften und den Sozialraum zu beleben. Dies wäre im Wohn-Container-Dorf ideal gegeben.

Niedrigschwelligkeit und Akzeptanz, die das Milieu des Ortes ausstrahlen, werden dazu beitragen, dass das *Zentrum für seelische Gesundheit* von Patient*innen in Krisenzeiten besser angenommen wird als ein Krankenhaus und dass weniger Zwang bei Einweisungen und Behandlung erforderlich sind.
Somit dürfte auch die Anzahl der Zwangseinweisungen in das Klinikum Ost nach Psych-KG und solche, die gegen den Willen des/der Betroffenen nach Betreuungsrecht erfolgen, abnehmen.
(Dies ist z.B. die Erfahrung in der Region Bremen-Nord, wo das Behandlungszentrum ebenfalls über eine niederschwellige Anlaufstelle erreichbar ist.)

Eine dauerhafte bauliche Lösung, die u.a. auch die Voraussetzungen für stationäre Behandlung (nach Psych-KG bzw. Betreuungsrecht) in einem geschlossenen Bereich bietet, kann zu einem späteren Zeitpunkt erwogen werden, wenn sich die Bedarfe durch die dann eingespielte Alltagspraxis erkennen lassen und auch der notwendige bauliche und finanzielle Rahmen genauer bestimmt werden kann.

13 Trägerübergreifende Kooperation auf der Basis regionaler Budgets – der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) West

Zur detaillierteren Entwicklung des Konzeptes für das *Zentrum für seelische Gesundheit* Bremen-West, für die Zusammenstellung der Mitarbeiter*innen-Teams sowie 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- und SGB-IX-Bereiche, Beschäftigungs- und Arbeitsprojekte, Gruppenangebote, sozialräumlich Angebote).

Einzubeziehen sind insbesondere Mitarbeiter*innen der Klinik bzw. des Behandlungszentrums West, der ambulant tätigen SGB-V-Träger, der Träger des betreuten Wohnens und der Heime, der Tagesstätte und außerdem interessierte Hausärzt*innen, Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen und auch Vertreter*innen sozialer, kultureller und politischer Institutionen (Siehe hierzu das Schaubild der Anlage 5).
Die hier seit Jahren gesammelten Erfahrungen müssen beim Aufbau des hier beschriebenen *Zentrums für seelische Gesundheit* genutzt werden.

Für eine neu ausgerichtete Versorgung nach der Logik regionaler Budgets sind neben den Ressourcen, die aus dem Abbau psychiatrischer 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 im Rahmen eines **Zusammenschlusses der Leistungserbringer im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV)** genutzt werden.

Im Bremer Westen braucht der GPV vom gesundheitspolitischen und auch vom Sozial-Ressort den Auftrag und die Unterstützung, im Rahmen des/der regionalen Psychiatriebudgets (RPB) Strukturen zur Umsetzung des Projektes *Zentrum für seelische Gesundheit* zu entwickeln, um so den regionalen Versorgungsauftrag erfüllen zu können, sich insbesondere um die am schwierigsten zu behandelnden Patient*innen kümmern zu können: Schwer akut und chronisch psychisch kranke Patient*innen, Menschen mit komplexem Hilfebedarf, Suchtkranke mit psychischen Krankheiten, geistig behinderte Menschen mit psychischen Störungen, Menschen mit psychischen und Demenz-Erkrankungen im Alter.

14 Schlussbemerkung

Der Umbau wird seit Jahren von der Bremer Bürgerschaft gefordert. Er ist nach internationalen und nationalen Erfahrung machbar und qualitativ besser. Er entspricht den S3-Leitlinien und den Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention. Er wird von den außerklinischen Versorgungsträgern angestrebt und gefordert. Er braucht die entscheidende Unterstützung der Verantwortlichen auf politischer und Kostenträger-Seite sowie von der Seite der GeNo als Träger der psychiatrischen Klinik.

Arbeitskreis „Neue Psychiatrie im Bremer Westen“

Kontakt: Klaus Pramann, Blaue Karawane, Speicher XI Nr. 4, Am Speicher XI, 28217 Bremen
Tel.: 0421 380 1790, Fax: 0421 380 4582, E-Mail: info@blauekarawane.de,
E-Mail: klauspramann@web.de

Zielzahlen zu den Zielvereinbarungen zwischen der senatorischen Behörde und den Erbringern stationärer psychiatrischer Leistungen:

Transformation stationärer Behandlung (Betten) bis 2022 laut Strategiepapier der Gesundheitssenatorin zur Psychiatriereform vom 30.01.2019

Träger	**Stationäre Plätze**			**Tagesklinik**			**Kompensation stationärer Angebote durch StäB und Institutsambulanzen**		**Transformation stationärer Behandlungsplätze**	
	IST 2019	**SOLL 2020**	**SOLL 2022**	**IST 2019**	**SOLL 2020**	**SOLL 2022**	**SOLL 2020**	**SOLL 2022**	**SOLL 2020**	**SOLL 2022**
KBO	240	190	170	136	171	171	15	35	50	70

Zielzahlen für die Versorgungsregion Bremen-West analog zu den oben genannten Zielzahlen für Bremen – mit fortgesetzter Konzeption bis 2028

Transformation stationärer Behandlung (Betten) und Umwandlung des BHZ-West zum Zentrum für seelische Gesundheit (ZfsG) West bis 2028

Träger	**Stationäre Plätze im KBO / BHZ-West bzw. im Krisenhaus (KH) des ZfsG**				**Plätze in TK, PIA, SpsD im BHZ-West bzw. in der Akut-TK im ZfsG**				**Kompensation stationärer Plätze d. Transformation**				**Transformation stationärer Plätze**			
	2020	**2022**	**2025**	**2028**	**2020**	**2022**	**2025**	**2028**	**2020**	**2022**	**2025**	**2028**	**2020**	**2022**	**2025**	**2028**
(Anzahl d. Plätze)	45	29	15	15	30	38	45	45	0	8	15	15	0	16	30	30
KBO/BHZ-WEST (GeNo)	45	19 im KBO			30	23 im BHZ-W	23 im BHZ-W									
Zentrum für seelische Gesundheit (Trägerzusammenschluss = TZ des GPV-West)		10 im KH im ZfsG	15	15		15 im ZfsG	22 im ZfsG	45								

Personelle Ressourcen für die Transformation stationärer Behandlung und die Entwicklung des BHZ-West zum Zentrum für seelische Gesundheit

Träger	**VK für stat. Beh. im KBO / BHZ- West bzw. im Krisen-haus des ZfsG**				**VK für TK, PIA. SpsD im BHZ-West bzw. für die Akut-TK im ZfsG**				**VK für ambulante (Krisen-) Versorgung**				**Summen der VK der beteiligten Träger**			
	2020	**2022**	**2025**	**2028**	**2020**	**2022**	**2025**	**2028**	**2020**	**2022**	**2025**	**2028**	**2020**	**2022**	**2025**	**2028**
Summe von 1+2	34	27	11	12	16	20	22	21	0	3	17	17	50	50	50	50
1 KBO/BHZ-WEST	34	22 im KBO			16	13 im BHZ-W.	13 im BHZ-W.						50	35	13	0
2 Zentrum für seel. Gesundheit/Träger-zusammenschluss = TZ des GPV-West (KBO/BHZ-West)	0	5 im KH im ZfsG	11	12		7 im ZfsG	9 im ZfsG	21	0	3	17	17	0	15	37	50
3 Zentr.f.s.Ges./ TZ des GPV-West (Daseinsfürsorge, Gesundheitsbeh.)	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2
4 Zentr.f.s.Ges./ TZ des GPV-West (ambulanter SGB-V-Träger)	0	5	5	5	0	3	3	3	0	5	5	5	0	13	13	13
5 Zentr.f.s.Ges./ TZ des GPV-West (Träger der Ein-gliederungshilfe)	0	4	4	4	0	2	2	2	0	4	4	4	0	10	10	10
Summe 2-5 (VK im Zentr. f. s. Ges.)	0	16	22	23	0	12	14	26	0	12	26	26	0	40	62	75
Summe aller VK	34	38	22	23	16	25	27	26	0	12	26	26	50	75	75	75

Anlage 2

Entwicklung der multiprofessionellen personellen Besetzung des Zentrums für seelische Gesundheit Bremen-West mit Krisenversorgung - nach Berufsgruppen - 2022, 2025, 2028

		Modul 1 Ambulanter Krisendienst		Modul 2 (Akut-) Tagesklinische Behandlung		Modul 3 Stationäre Behandlung (Betten)		Summen der VK		Alle VK
Berufsgr.	**Jahr**	**ZfsG/Man.-Ges.**		**TK/BHZ**	**ZfsG/MG TK (ACT)**	**KBO/ BHZ**	**ZfsG/MG Krisenhs.**	**BHZ**	**ZfsG/ MG**	
		KID 1 Wa/Fin	**KID 2 Grö/Os**							
Ärzte	**2022**	1		1,5	1,5	2,5	1,5	4	4	8
	2025	1	1	1,5	1,5		3	1,5	6,5	8
	2028	1	1		3		3		8	8
Pflege-personal	**2022**	7		6	4	14	8	20	19	39
	2025	9,5	4,5	6	6		11	6	31	37
	2028	9,5	4,5		11		12		37	37
Ergothera-peuten	**2022**	1		1,5	2,5	1	1	2,5	4,5	7
	2025	0,5	0,5	1,5	2,5		2	1,5	5,5	7
	2028	0,5	0,5		4		2		7	7
Psycholo-gen	**2022**	1,5		1	0,5	1	1	2	3	5
	2025	1,5	1,5	1	0,5		1	1	4,5	5,5
	2028	1,5	1,5		1,5		1		5,5	5,5
Sozial-arbeiter	**2022**	0,5		1	0,5	1	2	2	3	5
	2025	1	1	1	0,5		2	1	4,5	5,5
	2028	1	1		1,5		2		5,5	5,5
Bewegungs therap.	**2022**			0,5	0,5			0,5	0,5	1
	2025			0,5	0,5			0,5	0,5	1
	2028				1		1		1	1
Ex-In-Ausgeb.	**2022**	1		1,5	2,5	2,5	2,5	4	6	10
	2025	2	2	1,5	2,5		3	1,5	9,5	11
	2028	2	2		4		3	10	11	11
Summen der VK	**2022**	12		22	16	13	12	35	40	75
	2025	15,5	10,5		22	13	14	13	62	75
	2028	15,5	10,5		23		26		75	75

Multiprofessionelle personelle Besetzung der Schichten im Zentrum für seelische Gesundheit Bremen-West

Die angegebenen VK-Zahlen betreffen die Besetzung pro 7-Tage-Woche
Die durchschnittliche tägliche VK-Zahl ergibt sich durch Multiplikation mit dem Faktor 0,71 (5 VK-Wochen-schichten verteilt auf 7 Wochentage)

		Modul 1 Ambulanter Krisendienst		**Modul 2** (Akut-) Tagesklinische Behandlung		**Modul 3** Stationäre Behandlung (Betten)		Summen der VK		Alle VK
Berufsgr.	**Jahr**	**ZfsG/Man.-Ges.**		**TK/BHZ**	**ZfsG/MG TK (ACT)**	**KBO/ BHZ**	**ZfsG/MG Krisenhs.**	**BHZ**	**ZfsG/ MG**	
		KID 1 Wa/Fin	**KID 2 Grö/Os**							
Früh-schicht	**2022**	3,5		5	3,5	6	3,5	11	10,5	21,5
	2025	4	3	4	4		5,5	4	16,5	20,5
	2028	4	3		8		6		21	21
Spät-schicht	**2022**	3,5		4	3,5	5	3,5	9	8,5	17,5
	2025	4	3	4	4		5,5	4	14	18
	2028	4	3		7		6		18	18
Nacht-schicht	**2022**	1			1	4	3	4	5	9
	2025	2	1		1,5		3		8	8
	2028	2	1		2		3		8	8
Summen der VK in Schichten	**2022**	8		9	8	15	10	24	26	50
	2025	10	7	8	9,5		15	8	41,5	49,5
	2028	10	7		17		16		50	50
Urlaub, Krankheit, Fortbildung	**2022**	4		4	4	7	6	11	14	25
	2025	5,5	3,5	5	4,5		7	5	20,5	25,5
	2028	5,5	3,5		9		7		25	25

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

Bildungsangebote

Zuverdienstprojekte/ Budget für Arbeit

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

Gruppenangebote
Gemeinschaftlich durch verschiedene Leistungserbringer vorgehalten und genutzt

Tagesstätte
Virtualisierung in Richtung Gemeinde
Unterstützung der Behandlung

Betreutes Wohnen/ Heime
Förderung inklusiver Prozesse
Unterstützung der Behandlung

Heime
für psychisch Kranke

Ergotherapeuten

Niedergelassene Psychotherapeuten

Niedergelassene Psychiater

Soziotherapie

Ambulante Psychiatrische Pflege

Komplexleistungen

Zentrum für seelische Gesundheit (ZfsG)

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

ZfsG KID´s

KID 1
15,5 VK:
1 Arzt, 9,5 Pflegekräfte, 0,5 Ergoth., 2 Ex-Ins, 1,5 Psychologen, 1 Sozialarbeiter

KID 2
10,5 VK:
1 Arzt, 4,5 Pflegekräfte, 0,5 Ergoth., 2 Ex-Ins, 1,5 Psychologen, 1 Sozialarbeiter

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

ZfsG akut tagesklinisch 45 Plätze (26 VK) aufsuchend, kontinuierlich, ACT
3 Ärzte, 11 Pflegekräfte, 4 Ex-Ins, 1,5 Psychologen, 1,5 Sozialarbeiter, 4 Ergotherapeuten, 1 Bewegungstherapeut + Ehrenamtliche

ZfsG stationär 15 Plätze/ Betten, Krisenhaus (23 VK)
3 Ärzte, 12 Pflegekräfte, 3 Ex-Ins, 1Psychologe, 2 Sozialarbeiter, 2 Ergotherapeuten

Legende:

- Krankenkassen SGB V bzw. vornehmlich SGB V
- Öffentl. Ges. Dienst, Eingliederungshilfe
- Sektorübergreifend

Bettenabbau schafft Ressourcen

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

Anlage 5

© Feldschnieders + Kister Architekten