GPV-Mitte

Ausgangsposition:

Wir haben eine gemeinsame Grundhaltung. Wir wollen unseren Klient*innen auf Augenhöhe begegnen z.B. mit Netzwerkgesprächen und open dialogue
Wir streben eine wertschätzende und konkurrenzfreie Vernetzung und Zusammenarbeit an.
Wir wollen gern ein Krisenmanagement anbieten, wo keine*r unversorgt durch das Versorgungssystem fällt, Betroffene und Angehörige sind in allen Gremien vertreten und planen den Prozess mit. Genesungsbegleiter*innen sind in unsere' Arbeit einbezogen. (siehe Schaubild)

Vision:

Es ist anzustreben, dass jede*r Klient*in mit einem Persönlichen Budget ausgerüstet ist und sich dann individuell seine notwendigen Leistungen zusammenstellen kann. Dadurch ist eine Durchlässigkeit der Angebote und Sozialbücher gewährleistet.

Folgendes sind die Themen mit denen sich der GPV Mitte beschäftigt und Maßnahmen die sich der GPV Mitte vornimmt bzw. prüft, um die Ziele zu erreichen:

Maßnahmen zur Umsetzung:

- Gemeinsames Trägerübergreifendes Handeln (Hand in Hand) im Sinne des/der Klient*in. Dabei berücksichtigend das Wunsch- und Wahlrecht der Klient*innen
- Das Erarbeiten von Schnittstellen, wo scheitert jetzt das System und was lernen wir als GPV Mitte daraus
- Aufbau der Fürsprache und Beschwerdestelle, um Lücken im Versorgungssystem zu bearbeiten.
- Für Menschen u.a. mit einer Doppeldiagnose (Psychose und Sucht, Psychose und geistige Behinderung) versuchen wir individuelle Lösungsansätze zu finden, ebenso für Klient*innen mit illegalen Drogen
- Gendersensible Ausrichtung der Angebote
- Schaffung übergreifender Einzellösungen und nachgehender Hilfe
- Einbezug von Arbeit und Ressourcen

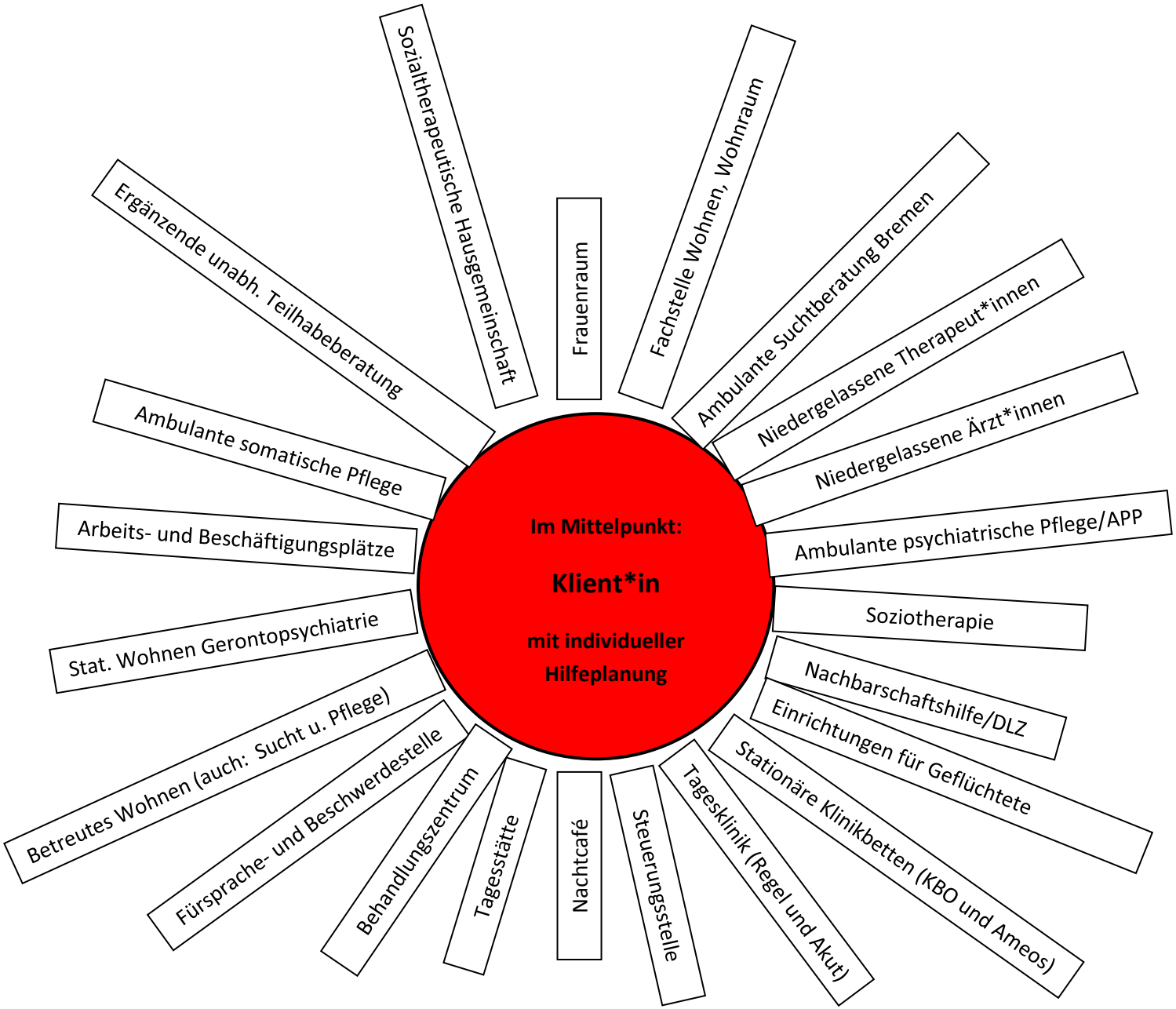
Maßnahmen, die ergriffen werden sollten, um insgesamt eine regionale Versorgung besser zu gewährleisten

-

- Installation eines Krisendienstes mit 24 Stunden Präsenz (trägerübergreifend) und Krisenrückzugsräume in Kooperation mit Verbundpartner*innen,
- Zugriff auf Wohnraum, damit Klient*innen ihr Recht auf Wohnraum haben
- Tagesklinik in Bremen-Mitte.
- Fakultativ geschlossene Unterbringung für Menschen mit komplexen Hilfebedarfen für das Land Bremen

Insgesamt wird eine übergreifende Geschäftsordnung gewünscht, um in allen Regionen mit gleichen Voraussetzungen arbeiten zu können. Der GPV sollte auch sinnvoll in das neue Teilhabegesetz eingebunden werden.

GPV Mitte (Ausgangssituation)



Der Gemeindepsychiatrische Verbund Bremen West

Darstellung für die Sondersitzung der Gesundheitsdeputation am 16.08.2018

Der Gemeindepsychiatrische Verbund West besteht in schriftlich vereinbarter Form seit 2008. Verbundpartner sind das Klinikum Bremen Ost, die Bremer Werkgemeinschaft, die Gesellschaft für Ambulante psychiatrische Dienste (GAPSY), die Initiative zur sozialen Rehabilitation e. V. und das Sozialwerk der Freien Christengemeinde.

Absicht der Vereinbarung ist, „dass bei der Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung psychisch erkrankter Menschen im Einzelfall die vorhandenen Möglichkeiten für eine personenzentrierte Versorgung ausgeschöpft werden können und dass im Rahmen der Evaluation der Versorgung deutlich werdende Versorgungslücken auf Grundlage der vorhandenen Möglichkeiten geschlossen werden, aber auch Überversorgungen vermieden werden können."

Maßnahmen zum Erreichen dieser Zielsetzung werden in einer alle zwei Monate tagenden Arbeitsgruppe aus VertreterInnen der Verbundpartner und Gästen sowie einer NutzerInnenvertretung erarbeitet. Diese Regelmäßigkeit hat sich mit der Benennung der GPV-West als Modellprojekt zur „Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen" eingestellt. Inhaltlich orientiert sich der GPV an den Qualitätskriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde.

Die Region West hat aufgrund ihrer soziokulturellen Gegebenheiten eine hohe Dichte an Leistungsberechtigten sowohl nach dem SGB V als auch nach dem SGB XII. Zusammen mit einer Vielfalt an LeistungserbringerInnen erfordert die nutzerInnenorientierte und die beabsichtigte trägerübergreifende Leistungserbringung ein hohes Maß an verbindlicher Abstimmung zwischen den Akteuren. Dazu wurden vom GPV West bisher etliche Aktivitäten initiiert und dabei vorhandene Strukturen einbezogen. Im Einzelnen sind dies:

Aktive Abstimmungskonferenz insbesondere als Zugangssteuerung für Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII.

Auf Initiative des GPV West wurde die Hilfeplankonferenz als Modellprojekt 2016/17 beantragt und bewilligt. Dieses Instrument wurde dazu eingesetzt, Leistungen aus verschiedenen Sozialgesetzbüchern und von unterschiedlichen LeistungserbringerInnen so aufeinander abzustimmen, dass vor allem Menschen mit intensiven und differenzierten Unterstützungsbedarfen erreicht werden. In seiner Gesamtheit sollte diese Konstruktion mehr hervorbringen als die Summe der Einzelleistungen.

Das Projekt fand seine Fortsetzung in der seit Ende 2017 regelmäßig tagenden Verbündekonferenz für die Stadtgemeinde Bremen. Unterbringungen von Menschen außerhalb Bremens sollen und werden damit reduziert.

Ein weiteres ebenfalls aus dem GPV West hervorgegangenes Modellprojekt ist das regionale trägerübergreifende Fürsprache- und Beschwerdemanagement. NutzerInnenbeteiligung und Verbraucherschutz sind zwei Zielsetzungen des Projektes. Dieses Vorhaben wird in Kooperation mit einem zweiten Modellprojekt in der Region Mitte in 2018 etabliert. Durchgeführt wird das Projekt von zwei Genesungsbegleiterinnen mit EX-IN Ausbildung. Gewollte Nebenwirkung dieses Projektes ist die qualitätssichernde Wirkung für die Unterstützungsleistungen.

In 2016/17 fand auf Initiative des GPV West eine von FOKUS (Weiterbildungsträger der Initiative…e.V.) in Zusammenarbeit mit dem Klinikum Bremen Ost durchgeführte, acht Module umfassende, Fortbildung statt. Teilgenommen haben vorwiegend MitarbeiterInnen der Verbundpartner, aber auch z.B. der Steuerungsstelle Psychiatrie beim Gesundheitsamt. Austausch über und Aufarbeitung von Methoden, Haltungen und Ansätze in der psychiatrischen Arbeit erfolgen mit dem Ziel eines gemeinsamen Selbstverständnisses und einer kooperativen Praxis im Verbund. Fester Bestandteil des Kolloquiums ist eine qualifizierte Hospitation bei einem Verbundpartner.

Darüber hinaus initiiert der Verbund regelmäßige Hospitationen.

Auf der Ebene von Verfahrensvereinbarungen sollen abgestimmte unter Beteiligung der PatientInnen / NutzerInnen entwickelte Assistenz- und Behandlungsplanungen Brüche in der Leistungserbringung verhindern. Der GPV ist sehr darum bemüht, hier zu einem hohen Maß an Verbindlichkeit zu gelangen ohne dabei die Flexibilität und Situationsbedingtheit der alltäglichen Leistungen einzuengen.

Zusätzlich zu dem bisher gesagten wurden den Senatorinnen für Soziales und Gesundheit sowie der Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege ein „Modellkonzept für eine regionale psychiatrische Behandlung und Betreuung von Menschen mit schweren akuten und chronischen psychischen Erkrankungen, sowie komplexen Hilfebedarfen in Bremen am Bsp. der Region West“ vorgelegt.

Verfasser und Unterzeichner dieses Konzeptes sind die Blaue Karawane e.V. und beteiligte NuterzerInnen, die Bremer Werkgemeinschaft GmbH, die Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V., die Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste GmbH, der Martinsclub Bremen e.V., und das Sozialwerk der Freien Christengemeinde e.V.

In dem Konzept wird Bezug genommen auf:

Die psychiatriepolitische Diskussion in Bremen seit dem Erscheinen des Landespsychiatrieplans 2010

Die evidenzbasierten Leitlinien für psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen und auf Erfahrungen zur Transformation vollstationärer Behandlungskapazitäten;

Die Erfahrungen aus anderen Regionen in Deutschland.

Das Konzept hat folgende Eckpunkte.

- 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
- Trialogischer Gesprächsansatz, Peer-Support

- NutzerInnen-Beteiligung an allen Prozessen
- Aufbau von betreuter Beschäftigung

Das Zentrum für Psychosoziale Medizin (ZPM) der Gesundheit Nord beteiligt sich aktiv am Aufbau von GPVs in den verschiedenen Bremer Regionen.

Das ZPM plant die Stärkung von lebensumfeldnaher Diagnostik und Behandlung über ein Transformationsbudget auf Grundlage von §64b SGB V abzubilden. In diesem Rahmen ist eine Vernetzung mit weiteren Leistungserbringern und den GPVs geplant.

Das ZPM versteht die Arbeit der Verbündekonferenz als Beitrag zur regionalen Versorgungsverpflichtung auch im ambulanten Bereich und sieht darin eine Herausforderung für die Zukunft

Eine differenzierte, einvernehmliche Bewertung der bisher geleisteten Arbeit inclusive der vorliegenden Konzepte zu den Herausforderungen der Zukunft ist aufgrund der engen Fristsetzung und der Urlaubszeit nicht möglich.

Die VertreterInnen der für die Region West erstellten Konzepte werden diese voraussichtlich in der Deputationssondersitzung am 16.08.18 vorstellen.

Für den GPV-West

Bernd Knies

Regionalkonferenz Bremen-Ost

Darstellung der Versorgungssituation 2018 und Ausblick

Die Region Bremen-Ost umfasst entsprechend den seit 30 Jahren geltenden Einteilungen der psychiatrischen Versorgung die Stadtteile Hemelingen, Vahr und Osterholz mit den zugehörigen Ortsteilen.

Besonderheiten in Bezug auf die Weiterentwicklung:

- Räumliche Nähe von stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten;
- Erprobung sektorübergreifender und trägerübergreifender Teams im Rahmen des SÜB-Projektes;
- Verfügbarkeit von zwei psychiatrischen Institutsambulanzen;
- Vorhaltung eines vollständigen Spektrums von Angeboten der Eingliederungshilfe und der Behandlung nach dem SGB V sowie von Eingliederungshilfen für Langzeitarbeitslose nach dem SGB II;
- enge Vernetzung der Tätigkeit der beiden größten ambulanten Leistungserbringer;
- eindeutige Positionierung des größten Leistungserbringers der Eingliederungshilfe zugunsten eines Trägerbudget im SGB XII als Einstieg in ein Regionalbudget.

Gemeindepsychiatrischer Verbund

Eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Gemeindepsychiatrischen Verbund besteht seit 2006 zwischen dem damaligen Klinikum Bremen-Ost und dem Arbeiter-Samariter-Bund. Eine neue Vereinbarung, die aktuelle datenschutz- und haftungsrechtliche Aspekte der Kooperation berücksichtigt und den Beitritt weiterer Partner vorsieht, ist Bestandteil der Förderung des SÜB-Projektes über Modellmittel und wird derzeit vorbereitet.

Ausweitung der ambulanten Versorgung

Bezüglich einer Ausweitung der ambulanten Anteile an der Versorgung besteht grundsätzlich Einvernehmen der Leistungserbringer. Auch dazu, dass künftig die Leistungserbringer ihre Ressourcen verstärkt in sektor- und trägerübergreifende Arbeitsformen einbringen sollen.

Besonderer Schwerpunkt ist dabei zur Zeit die Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen den ambulanten Leistungserbringern und den Institutsambulanzen, wobei diese Entwicklung bezüglich des Klinikums Bremen-Ost durch die Modellmittel gefördert wird: Das Projekt „Sektorübergreifende Behandlung“ (SÜB) konzentriert sich aktuell auf die Zusammenarbeit von PIA, Gapsy und ASB.

Die Modalitäten und möglichen Auswirkungen der stationsäquivalenten Behandlung nach §115d SGB V sind bisher noch nicht absehbar.

Finanzierungsformen

Offen sind alle Leistungserbringer für Finanzierungsformen, die eine flexiblere Gestaltung der Versorgung über Budgets ermöglichen.
Bezüglich der Möglichkeiten, im Rahmen bestehender gesetzlicher Regelungen notwendige Veränderungen zu erreichen, gibt es unterschiedliche Einschätzungen. Einvernehmen besteht allerdings dahingehend, dass eine flexiblere Handhabung bestehender Vereinbarungen seitens der Leistungsträger (Krankenkassen) den Prozess befördern würde.

Beteiligung

Die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten hat über die bestehenden institutionellen Regelungen (Besuchskommission, Heimbeirat, Patientenfürsprecher) hinaus zuletzt v.a. hinsichtlich der Beteiligung von Menschen mit Psychiatrieerfahrung an der Leistungserbringung stattgefunden: Genesungsbegleiter sind bei allen Leistungserbringern eingebunden. Der Einfluss auf die Arbeit ist hier direkter als durch die Beteiligung an Fachgremien. Eine neue Vereinbarung zum Gemeindepsychiatrischen Verbund wird die regelhafte Beteiligung psychiatrieerfahrener Menschen an den entsprechenden Gremien definieren. Über das Zeitschriftenprojekt „Zwielicht“ haben Betroffene die Möglichkeit erhalten und genutzt, die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung zu begleiten, ohne Beeinflussung zu bewerten und damit Öffentlichkeit herzustellen. Hier wird in besonderer Weise der unmittelbare Bezug zu individuellen Erfahrungen mit der psychischen Erkrankung wirksam.

Steuerungsverantwortung

Die Steuerungsverantwortung hat seit Veröffentlichung des Landespsychiatrieplans 2010 und der dadurch angestoßenen breiten Beteiligung von Leistungserbringern, Leistungsträgern und Politik eine andere Qualität erhalten, weil die Lösung der wesentlichen Probleme als gemeinsame Aufgabe angesehen wird. Bei diesem insgesamt als konstruktiv zu bewertenden Prozess kommt es jetzt darauf an, dass Leistungsträger (Kostenträger) und Politik die immer noch bestehenden Hindernisse durch Eigeninteressen der Leistungserbringer identifizieren und steuernd eingreifen.

Prävention und Inklusion

Der Paradigmenwechsel, vorzugsweise den Ort des Lebens zum Ort der Behandlung zu machen, ermöglicht grundsätzlich einen anderen Zugang zum Thema Inklusion. Notwendige nächste Schritte wären Ablösungen traditioneller institutioneller Lösungen sowohl im Bereich der klinischen wie auch der außerklinischen Versorgung. Hier folgen zur Zeit die Organisationsformen noch überwiegend den leistungsrechtlichen Einteilungen. Vorstellungen von „Sozialraum-Teams“, die das gesamte, bisher leistungsrechtlich aufgeteilte Handlungsspektrum multiprofessionell integrieren, sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit einer anderen Berufserfahrung noch schwer zu vermitteln.

Ein weiterer Aspekt der Inklusion, nämlich das Mitwirken der ursprünglich für die psychiatrische Versorgung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in sozialräumlichen Zusammenhängen, wird in vereinzelten Projekten umgesetzt. Am weitesten ist hier der Beschäftigungsbereich. Hier wird, auch durch Inanspruchnahme von Mitteln aus der Arbeitsförderung, für Menschen mit psychischen Erkrankungen ein Rollenwechsel erlebbar. Für Menschen, die keine Erfahrung mit psychiatrischer Unterstützung haben, aber aufgrund ihrer Lebenssituation (z.B. Langzeitarbeitslosigkeit) in eine „Psychiatriekarriere“ hinein zu gleiten drohen, entsteht hier eine präventive Wirkung.

Hinsichtlich der Steuerung durch Finanzierungsformen ist vor allem der Träger der Eingliederungshilfe gefordert, sozialräumliches, fallunspezifisches Arbeiten zu fördern.

PK BREMEN
PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BREMEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Stellungnahme der Psychotherapeutenkammer Bremen vom 30.07.2018 zur Vorlage an die Sondersitzung der Gesundheitsdeputation am 16.08.2018

Versorgung psychisch kranker Menschen im Land Bremen (Weiterentwicklung der „Psychiatriereform“)

Vorbemerkung

Aus unserer Sicht ist der Begriff „Psychiatriereform“ irreführend. Das Wort „Psychiatrie“ rekurriert auf eine Facharztgruppe, die Psychiater, bzw. den Versorgungsbereich der Psychiatrie. Wenn auf Fachkundebezeichnungen zurückgegriffen wird, sollte es heißen „Reform der psychiatrischen-psychotherapeutischen Versorgung“ bzw. „psychiatrischen-psychosomatischen-psychotherapeutischen Versorgung“, eine Begrifflichkeit, die auch vom „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ verwendet wird (SVR Gutachten 2018).

Versorgung aller psychisch kranken Menschen in den Blick nehmen

Im Mittelpunkt sollte die gesamte Versorgung psychisch kranker Menschen im Land Bremen stehen. Dem Bürgerschaftsbeschluss von 2013 wohnt eine Engführung inne, da er sich offensichtlich auf die Versorgung schwer bzw. chronisch psychisch kranker Menschen begrenzt, die einen komplexen Hilfebedarf haben. In Deutschland gibt es eine 12-Monats-Prävalenz für psychische Erkrankungen von 28 Prozent (Erwachsene), einschließlich Suchterkrankungen, allerdings ohne Nikotinabhängigkeiten (DEGS-Studie). Im Land Bremen leiden somit innerhalb eines Jahres 115.000 Menschen an einer psychischen Erkrankung. Psychotische Erkrankungen, die oft, aber nicht regelmäßig einen besonderen Behandlungsbedarf erfordern, sind deutlich seltener. Das Lebenszeitrisiko liegt bei 0,7 Prozent (Frantz u.a. 2018).

Psychotisch erkrankte Menschen brauchen Psychotherapie

Im Vordergrund der Behandlung psychotisch erkrankter Menschen stehen neben psychosozialen vor allem psychopharmakologische Ansätze. Psychotherapeutische Ansätze, deren Wirksamkeit inzwischen gut belegt ist, werden nicht ausreichend berücksichtigt. Dies

* Wenn die männliche Form in diesem Text verwendet wird, gilt sie jeweils gleichzeitig auch für weibliche Personen.

steht im Widerspruch zu gängigen Leitlinien, in denen eine Kombinationstherapie aus psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Komponenten empfohlen wird. Die Bedeutung psychotherapeutischer Ansätze wird auch in der aktuellen Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie) unterstrichen (Frantz u.a. 2018). Im Bürgerschaftsbeschluss von 2013 wird das Defizit an psychotherapeutischer Behandlung nicht reflektiert.

Gegenwärtig findet die Behandlung von psychotisch erkrankten Menschen vorwiegend in den Praxen niedergelassener Fachärzte* (Psychiater und Nervenärzte) und in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (Bremen-Ost, Bremen-Nord, Reinkenheide, Ameos Klinikum Dr. Heines) statt, seit einigen Jahren (Änderung der Psychotherapie-Richtlinie 2015) ebenfalls – wenn auch nicht in ausreichendem Maße - in den Praxen niedergelassener ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten, bei Kinder und Jugendlichen bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Hauptbehandlungsmittel sind im Rahmen des SGB V nach wie vor der Einsatz von Medikamenten und psychosozial unterstützend Maßnahmen der ambulanten psychiatrische Pflege, der Soziotherapie sowie Hilfen nach dem SGB XII, bzw. SGB IX.

Umsteuerung in der Krankenhausbehandlung

Insbesondere bedarf es in der Krankenhausversorgung einer Umsteuerung, wie wir schon in unserer Stellungnahme zum Krankenhausrahmenplan 2018 ausgeführt haben. Es bedarf Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung. Bezogen auf den Einsatz von Psychotherapie erfordert dies das Vorhalten von ausreichend Fachkräften mit psychotherapeutischer Qualifikation (Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Psychosomatik und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten). Dies wird jedoch in allen Kliniken nicht ausreichend eingehalten. Ärzte in der Weiterbildung zum Facharzt wie auch Psychotherapeuten in der Ausbildung gewährleisten diesen Qualitätsstandard nicht. Wir erkennen an, dass die Kliniken gegenwärtig Schwierigkeiten haben, ausreichend fachärztliches Personal zu gewinnen. Allerdings gibt es diese Nachwuchssorgen bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht. Uns ist unverständlich, warum auf diese Ressource nicht verstärkt, auch in Ersatz von Arztstellen, zurückgegriffen wird. Eine gute Versorgung psychisch kranker Menschen ohne Psychotherapie und ohne psychotherapeutisches Verständnis ist heute aus unserer Sicht als Kunstfehler anzusehen.

In der Behandlung von psychischen Störungen kommt es wesentlich auf die Beziehungsgestaltung und die Beziehungskontinuität an. Regionalisierung der Krankenhausversorgung kann ein hilfreicher Schritt sein, wenn die inhaltliche Ausrichtung entsprechend gestaltet wird.

Ambulantisierung und fachgerechte Krankenhaus-Behandlung gehören zusammen

Insgesamt bedarf es einer differenzierteren Betrachtung der Versorgung psychisch kranker Menschen. Eine Ambulantisierung von Krankenhausversorgung hin zu wohnfeldnaher gemeindeorientierter Konzepte (Stichworte: Community Mental Health Teams, Hometreatment, Need Adapted Treatment) ist vorrangig geeignet, **psychisch kranken Menschen mit komplexem Hilfebedarf** eine Behandlung im Lebensumfeld zu ermöglichen und damit unnötige Krankenhausbehandlungen zu vermeiden. Dies ist auch als Maßnahme im Sinne der geforderten Inklusion entsprechend der UN-Behindertenrechtskonvention zu

* Wenn die männliche Form in diesem Text verwendet wird, gilt sie jeweils gleichzeitig auch für weibliche Personen.

sehen. Zwingend erfordert dies aber auch eine Einbeziehung psychotherapeutischer Kompetenzen und Interventionen. Auf der anderen Seite gibt es psychisch kranke Menschen, die aufgrund der Tiefe und Schwere ihrer Störung eine stationäre bzw. teilstationäre Behandlung mit ihren aufeinander abgestimmten unterschiedlichen Behandlungskonzepten als Gesundungs- und Schutzraum benötigen.

Das Land Bremen, insbesondere die Stadt Bremen bedarf einer Versorgungsplanung, in der die Angebote der verschiedenen Kliniken (Klinikum Bremen Ost, Ameos Klinikum Dr. Heines, Klinikum Bremen Nord) nicht in Konkurrenz, sondern in gelingender Kooperation im Interesse einer möglichst guten Versorgung psychisch kranker Menschen entwickelt werden. Ebenso bedarf es einer größeren Durchlässigkeit zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.

Versorgungsleistungen niedergelassener Psychiater und Psychotherapeuten stärker gewichten

Die gegenwärtigen Überlegungen zu einer Reform der Versorgung psychisch kranker Menschen beziehen aus unserer Sicht nicht ausreichend die Versorgungsleistungen der ambulanten Leistungserbringer, der Psychiater und Psychotherapeuten ein. Gemeindepsychiatrische Verbünde, deren Entwicklung wir begrüßen, müssen die niedergelassenen Behandler, die die Hauptlast in der Versorgung psychisch kranker Menschen tragen, systematisch einbeziehen. Aus fachlicher Sicht müssen die Behandlungsverantwortung und die Koordination der Leistungen in den Händen der ambulant tätigen Psychiater und Psychotherapeuten liegen. Das bedarf einer entsprechenden Finanzierung dieser Steuerungs- und Koordinationsverantwortung. Die zurzeit geltenden sozialrechtlichen Vorgaben sehen dies nicht vor. Allerdings könnten solche Regelungen im Rahmen von Modellprojekten nach § 64b SGB V geschaffen werden.

Bedarfsplanung bildet Versorgungsrealität nicht ab

Die langen Wartezeiten auf eine Behandlung bei Psychotherapeuten und Psychiatern (bei Psychotherapeuten nach einer Erhebung der Bundespsychotherapeutenkammer von 2018 liegen sie im Land Bremen beim Erstkontakt bei 6,4 Wochen und bei Beginn einer Behandlung bei 22,8 Wochen) bedürfen dringend einer Korrektur der Bedarfsplanung. Auf der Basis der gegenwärtigen Bedarfsplanung ergibt sich bei der Arztgruppe „Psychotherapeuten“ eine nominelle Überversorgung von 172,3 Prozent in Bremen und 134,2 Prozent in Bremerhaven (Stand Mai 2018). Dies bildet nicht die faktische Versorgungsituation ab. Die PK Bremen hat in den zurückliegenden Jahren ihre Mitglieder motiviert, durch die Aufteilung von vollen Versorgungsaufträgen in zwei halbe und durch die verstärkte Implementierung von Gemeinschaftspraxen mittels Jobsharing die Versorgungsangebote zu erhöhen. Diese positiven Schritte wurden allerdings konterkariert durch einen Abbau von psychotherapeutischen Praxen seitens der KVHB bzw. den Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung zwischen 2014 und 2017 um 26 volle Versorgungsaufträge.

Kriseninterventionsdienst 24 Stunden / 7 Tage unverzichtbar

Wir möchten nicht versäumen, darauf hinzuweisen, dass wir den Abbau von ÖGD-Stellen im Sozialpsychiatrischen Dienst um 25 Prozent von 2003 bis 2014 als einen Fehler ansehen, der rückgängig gemacht werden muss. Ebenso bedarf es einer Wiedereinführung eines 24-

* Wenn die männliche Form in diesem Text verwendet wird, gilt sie jeweils gleichzeitig auch für weibliche Personen.

stündigen Kriseninterventionsdienstes 7 Tage die Woche. Wir haben in der Vergangenheit darauf hingewiesen, dass wir uns eine Beteiligung von Psychotherapeuten vorstellen können, wenn entsprechende Rahmenbedingungen gesichert sind (Finanzierung und entsprechende Änderungen des Status von Psychotherapeuten im PsychKG).

Die Psychotherapeutenkammer Bremen sieht sich als Fachkammer in der Verantwortung, an der Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen mitzuwirken. Entsprechend hat sie einerseits in ihre Mitgliedschaft hineingewirkt, um Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu ermuntern und zu befähigen, sich verstärkt auch psychotisch erkrankten Menschen zuzuwenden. Andererseits haben Vertreterinnen und Vertreter der Kammer sich an den entsprechenden Gremien (Landespsychiatrieausschuss und Unter-Arbeitsgruppen) beteiligt, um ihre Fachkompetenz einzubringen.

Literatur:

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018
- Inga Frantz, Anya Pedersen, Tania M. Lincoln, Psychotherapeutische Behandlungsansätze bei Psychosen, In: Psychotherapeut, Bd. 63, 2018

* Wenn die männliche Form in diesem Text verwendet wird, gilt sie jeweils gleichzeitig auch für weibliche Personen.

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

Bewertung durch den Arbeitskreis Psychiatrie und Sucht der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Bremen

12.12.2017

Vorbemerkung

Basierend auf den politischen Entscheidungen in Bremen und auf starker fachlicher Evidenz haben die Träger der Freien Wohlfahrtspflege mit dem Verein Blaue Karawane unter Einbeziehung psychiatrieerfahrener Menschen ein Modellkonzept für die künftige Versorgung im Bremer Westen vorgelegt.

In dieser Stellungnahme zum Konzept durch den Arbeitskreis Psychiatrie der LAG wird der psychiatriepolitische Hintergrund erläutert, vor dem das Modellkonzept entwickelt wurde.

1. Stand der fachlichen Diskussion und der politischen Beschlussfassung in Bremen

In dem Modellkonzept wird Bezug genommen auf

- die psychiatriepolitische Diskussion in Bremen seit dem Erscheinen des Landespsychiatrieplans 2010;

- die evidenzbasierten S3- Leitlinien für psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, die v.a. auf der Forschung in England und Skandinavien basieren.

- Erfahrungen aus anderen Regionen in Deutschland, die zeigen, dass eine Umstrukturierung der Versorgung im Sinne dieser fachlichen Evidenz realisierbar ist.

Hierdurch besteht eine sehr sichere Basis für die entworfenen Veränderungen.

Die im Arbeitskreis Psychiatrie der LAG kooperierenden Leistungserbringer befürworten eine Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung für das Land Bremen, die sich an den Strukturmerkmalen des Modellkonzeptes West orientiert.

Notwendig wäre eine aktualisierte politische Beschlusslage, die bezüglich der Beteiligung der Anbieter klinischer Leistungen alle psychiatrischen Kliniken im Land Bremen einbezieht (Klinikum Bremen-Ost, Klinikum Bremen-Nord, Ameos Klinikum Dr. Heines, Klinikum Reinkenheide).

2. Bewertung der psychiatriepolitischen Aktivitäten der letzten fünf Jahre

Ein Rückblick auf die fachöffentliche Diskussion der letzten fünf Jahre ermöglicht die Einordnung des Modellkonzeptes.

- Der Landespsychiatrieplan 2010 entstand ohne eine Beteiligung der Nutzer*innen und der Fachöffentlichkeit.

- In den Jahren nach der Veröffentlichung des Landespsychiatrieplans erfolgte jedoch, gestützt durch den Bürgerschaftsbeschluss vom Januar 2013, eine breite fachöffentliche und politische Debatte. Diese führte letztlich zu den jetzt in dem Modellkonzept angesprochenen politischen Entscheidungen bzw. Positionierungen des federführenden Gesundheitsressorts.

- Die LAG-Vertreter*innen in der Arbeitsgruppe zum Landespsychiatrieplan, die sich mit Region übergreifenden Steuerungsfragen befassten, sprachen sich seinerzeit gegen die Beschränkung der Diskussion auf die Erörterung von Steuerungsfragen und verbesserter Kommunikation aus und für eine Hinwendung zu Versorgungstrukturen.

Dieser Ansatz war aus heutiger Sicht wichtig für die spätere Einsetzung einer Begleitgruppe. Diese konzentrierte sich zunächst auf die „bewertende Begleitung“ von aktuell anlaufenden Projekten wie:

- Sektorübergreifende Behandlung im Bremer Osten (SÜB)
- Gemeindepsychiatrischer Verbund im Bremer Westen
- Hometreatment im Bremen Nord
- Mobile Psychiatrie Bremerhaven.

Durch die 2015 begonnene Diskussion um den Krisendienst in Bremen erweiterte sich der Arbeitsauftrag der Begleitgruppe:

Der Ausbau regionaler Versorgungsstrukturen mit einer Transformation bisher stationär gebundener Ressourcen wurde als Bedarf festgestellt, um Krisenintervention zur Regelaufgabe in überschaubaren Regionen zu definieren. Eine Arbeitsgruppe „Regionale Versorgungsstrukturen“ erhielt den Auftrag, solche regionalen Szenarien zu entwickeln.

Das Ergebnis war die Vorstellung einer Zusammenführung aller regionalen Ressourcen zu „Zentren für seelische Gesundheit“ einschließlich „Krisenintervention“.

Die hier entwickelten Vorstellungen entsprechen strukturell und konzeptionell dem Zukunftsmodell für den Bremer Westen.

Die Präsentation und Diskussion dieses Modells erfolgte zeitgleich mit einer öffentlichen Diskussion um die Ausrichtung der psychiatrischen Kliniken der Gesundheit Nord Anfang 2017.

Die von der Gesundheit Nord 2016 veröffentlichte **„Medizinstrategie 2020 plus“** war nach Auffassung der Gesundheitsbehörde nicht konsequent genug auf diese politische Linie ausgerichtet. In einem notwendigen **„Addendum“** nahm die Gesundheit Nord positiv Bezug auf das Modell zur Sektor-(und Träger-) übergreifenden Versorgung („SÜB“) und zum Gemeindepsychiatrischen Verbund. Nicht formuliert wurde die konsequente Umsetzung regionaler Zentren. Im Gegenteil: der Hinweis auf die geplante Einsetzung einer **zentralen** Leitung für die ambulanten Angebote der Klinik offenbarte ein fehlendes Grundverständnis regionaler Identität.[1]

Als Reaktion auf die 2016 erfolgte öffentliche Kritik an der Behandlungsqualität der Klinik wurde von der Zentrumsleitung die Verbesserung der Personalsituation zugesichert. Diese Maßnahme war keineswegs nur fachlicher Einsicht geschuldet. Sie war Reaktion auf die Regelungen des neuen Entgeltgesetzes (PsychVVG). Darin wird die Erfüllung der Vorgaben aus der seit 1991 geltenden Psychiatie-Personalverordnung (PsychPV) zur Bedingung für die Vereinbarung nach den neuen gesetzlichen Regelungen gemacht.

Die Ankündigung, sich in Richtung „100% PsychPV“ entwickeln zu wollen, wurde mehrfach fachöffentlich durch den Zentrumsleiter vorgetragen. Er fügte den Hinweis hinzu, dass dadurch der „Deckungsbeitrag“ der Psychiatrie für den Gesamtkonzern sinken werde. Damit war ausgesprochen, was seit Jahren als „Quersubventionierung“ kritisiert worden war: Psychiatrie-Patient*innen und Kostenträgern wurden jahrelang die vereinbarten Leistungen vorenthalten.

Die immer noch geltende Psychiatrie-Personalverordnung formulierte eindeutig bereits vor 25 Jahren die Forderung nach ambulanter Arbeit[2]. Durch jahrelange Nicht-Erfüllung der Personalvorgaben wurden diese Möglichkeiten in der Praxis allerdings nicht wahrgenommen.

Hinsichtlich der Nutzung verbesserter Ressourcen zur Behandlung von Psychiatriepatient*innen, der Wirksamkeit ambulanter Angebotsformen und damit der Möglichkeit eines massiven Bettenabbaus, bestehen erhebliche Differenzen zwischen ambulanten und stationären Anbietern.

Bundesweite Vergleiche zeigen, dass Bremen über eine sehr hohe Zahl an Klinikbetten verfügt.
Für das Herzogtum Lauenburg hält das Johanniter-Krankenhaus Geesthacht als Vollversorger ein Bett pro 10.000 Einwohner*innen vor, die Bremer Kliniken ein Bett pro 1.000 Einwohner*innen.
Es muss das Ziel für Bremen sein, die Zahl der Einwohner*innen pro Bett deutlich zu erhöhen, um eine Transformation von Ressourcen in die ambulante Versorgung zu ermöglichen.

[1] Medizinstrategie 2020plus und Addendum: Auszugsweise zitiert als Anlage zu dieser Stellungnahme
[2] Psychiatrie-Personalverordnung 1991, Verordnungstext, Begründung:
„Bestandteil jeder klinisch-psychiatrischen Behandlung ist die Ausrichtung auf Wiedereingliederung. Aus diesem Grund umfasst stationäre psychiatrische Behandlung nicht nur Tätigkeiten „am Bett“ oder auf dem Klinikgelände, sondern auch therapeutische Aktivitäten im privaten und beruflichen Lebensfeld.“

Die Klinik argumentiert derzeit immer noch „zirkulär“ und verweist auf ihre hohe Auslastung: Die Betten sind belegt, also werden sie gebraucht![3]

Dass es international und national andere Erfahrungen gibt, wird weitgehend ignoriert.

> **Angesichts fehlender fachlicher Einsicht, ist es unserer Meinung nach notwendig, dass politische Vorgaben gemacht werden.**

Das Modellkonzept für den Bremer Westen geht von einem Verhältnis von 1:6.000 aus (= 1 Bett pro 6.000 Einwohner*innen bzw. 15 Betten für 91.000 Einwohner*innen).

Bezogen auf Erfahrungen anderenorts sind die exemplarisch für den Bremer Westen aufgeführten Zielzahlen aus heutiger Sicht zwar ehrgeizig, aber nicht unrealistisch.

Die Klinik setzt aktuell v.a. auf den Aufbau der „stationsäquivalenten Behandlung“ nach §115d SGB V. Danach können psychiatrische Kliniken die ambulante Tätigkeit ausbauen, ohne dass allerdings ein verbindlicher Zusammenhang zum Bettenabbau besteht.

Das würde zu einer Kostenausweitung führen, während die Modellkonzeption für den Bremer Westen eine am derzeitigen Ausgabenbudget orientierte Umstrukturierung vorsieht.

> **Die Grundgedanken des für den Bremer Westen formulierten Modells können und müssen auf alle Regionen im Land Bremen übertragen werden. Eine Umsetzung, die sich an den jeweiligen regionalen Ressourcen orientiert, sollte überall zeitnah konzipiert werden.**

In allen Regionen gibt es die in die neue Struktur zu transformierenden Angebote. Teilweise sind bereits Ansätze für eine Umsetzung auf den Weg (Bremerhaven, Bremen-Nord, Bremer Osten).

Die modellhafte Begrenzung auf eine Region birgt das Risiko, dass die Klinik in einer Region eine Ambulantisierung mit trägt, sich aber in anderen Regionen oder durch spezialisierte zentrale Angebote die stationären Ressourcen sichert. Dadurch würde eine Umstrukturierung in allen Bremer Regionen verhindert werden.

Aufgrund der Ähnlichkeit des Modellkonzeptes West mit dem für Bremerhaven unter maßgeblicher Beteiligung der Krankenkassen breit diskutierten „funktionalen Basismodell“ sollte eine Bereitschaft der Krankenkassen zu erwarten sein, sich an diesem Transformationsprozess aktiv und konstruktiv zu beteiligen.

Bei der weiteren Bearbeitung des Modellkonzeptes West und bei der Erarbeitung von Konzepten für die übrigen Regionen ist es notwendig, das dynamische Zusammenspiel zwischen den drei Schwerpunktteams:

- *Mobiles Interventionsteam,*

[3] Hierzu Prof. Arno Deister, Chefarzt des Klinikums Itzehoe, wo seit 2003 im Rahmen einer Budgetfinanzierung rund 50% der Betten abgebaut wurden: **„Ein nicht belegtes Klinikbett ist ein Widerspruch in sich“**

- *Team für langfristige Begleitung und stationäres Team* - sowie den
- Akteuren der Regelversorgung

zu beschreiben.

Die Prozesse innerhalb der neuen Strukturen müssen dargestellt werden, um dem Eindruck einer Fragmentierung entgegen zu wirken, die nicht intendiert ist.

Die Quantifizierung einer Umsteuerung muss im Detail geprüft werden. Vergleichbare Mengengerüste wären für alle Bremer Regionen zu erstellen.

Die sachlich berechtigte Forderung in dem Modellkonzept nach einem Leistungsträger übergreifenden Budget wird schwerlich zeitnah umzusetzen sein. Daher sollten Überlegungen angestellt werden, parallele Budgetentwicklungen in den Bereichen SGB V und SGB XII zu entwickeln. Eine Verschiebung zwischen den Bereichen könnte in einer Übergangszeit durch eine zentralisierte Steuerungseinheit verhindert werden.
Auch innerhalb der bestehenden leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen und Finanzierungsformen können Verbesserungen erreicht werden, die später durch andere Organisations- und Finanzierungsformen dynamisiert und stabilisiert werden.

3. Die Rolle der LAG

Wir empfehlen, dass die LAG in diesem Prozess ihre Rolle neu definiert:

- Bisher hat sich die LAG in Fragen der Vertragsgestaltung im Wesentlichen auf eine Rolle als Interessenvertretung der Eingliederungshilfe beschränkt. Im Zusammenhang mit der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes besteht die Gefahr, dass sich diese Fokussierung weiter verstärkt.

- Die Träger von SGB-V-Leistungen in der LAG (v.a. GAPSY, ASB und ADP) arbeiten sich, ohne eine der Vertragskommission SGB XII vergleichbare Unterstützung, an den vielfältigen Kostenträger dieses Bereiches ab.

- Gleichzeitig haben die Vertreter*innen des Arbeitskreises Psychiatrie in den Fachgremien (Begleitgruppe, AG Krisendienst, AG Regionale Versorgung) erheblichen Einfluss auf die Formulierung von Strukturvorschlägen genommen, wie sie jetzt in dem Modellkonzept für den Bremer Westen vorliegen.

Es ist jetzt wichtig, dass eine offizielle Positionierung erfolgt und dass eine Öffnung der LAG für andere Leistungsformen und Finanzierungen stattfindet.

Die in dem Modellkonzept ausführlich begründete und dargestellte sozialräumliche Ausrichtung legt eine aktive Rolle der LAG nahe:
Sozialräumlich orientierte Konzepte entsprechen dem grundsätzlichen Anspruch der Wohlfahrtspflege. Dabei gilt es,, nicht nur und vorrangig eine ständige Anpassung und Optimierung von Versorgungsangeboten vorzunehmen, sondern durch die Mitgestaltung von Lebensverhältnissen den Bedarf an professionellen Betreuungsangeboten auf das notwendige Maß zu beschränken.

ARBEITSGEMEINSCHAFT DER KRANKENKASSENVERBÄNDE IN BREMEN

Bearbeitet durch

BKK LV

Mitglieder

AOK Bremen/Bremerhaven
Bürgermeister-Smidt-Straße 95
28195 Bremen
Telefon (0421) 17 61 467

BKK Landesverband Mitte
Büro Bremen
Hutfilterstr. 16-18
28195 Bremen
Telefon (0421) 33 777-0

IKK gesund plus
Konrad-Adenauer-Allee 42
28329 Bremen
Telefon (0421) 49 98 6-4752

Verband der Ersatzkassen e. V. (vde
- Landesvertretung Bremen -
Martinistraße 34
28195 Bremen
Telefon (0421) 16 56 56
Telefax (0421) 16 56 599

c/o Verband der Ersatzkassen e. V. • Martinistraße 34 • 28195 Bremen

Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit
und Verbraucherschutz
Ref. 41
z. H. Herr Utschakowski
Contrescarpe 72
28195 Bremen

Ihr Zeichen/Nachricht vom	Unser Zeichen	Gesprächspartner/in	Datum
		Stephan Hartmann	05.07.2018

Stellungnahme zur Psychiatriereform

Sehr geehrter Herr Utschakowski,

das zentrale Anliegen der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz einer Regionalisierung mit dem Ziel einer Stärkung der ambulanten Behandlungsangebote wird von den Krankenkassenverbänden grundsätzlich begrüßt und in seiner Umsetzung aktiv durch die Mitarbeit zum Beispiel in der Begleitgruppe und im Modellprojekt Bremerhaven unterstützt.

Folgende Rahmenbedingungen sind aus unserer Sicht beim Ambulantisierungsprozess zwingende Voraussetzung:

- Vernetzung aller an der regionalen psychiatrischen Versorgung Beteiligten. Dies sind insbesondere Kliniken, ambulante Leistungserbringer nach dem SGB V und Leistungsbringer nach dem SGB XII. In diesem Zusammenhang möchten wir darauf hinweisen, dass der Patient schon heute einen Anspruch auf eine auf ihn abgestimmte koordinierte Leistungserbringung aller Versorgungsebenen hat.

- Hierfür ist ein träger- und sektorenübergreifendes Behandlungskonzept erforderlich, welches die Behandlungspfade unabhängig von Partikularinteressen beschreibt. Ebenfalls sollten im Konzept die für eine erfolgreiche Umsetzung erforderlichen Qualifikationsprofile beschrieben sein. Die Erfahrungen der jüngeren Vergangenheit haben allerdings gezeigt, dass eben diese Einzelinteressen und finanziellen Aspekte im Vordergrund stehen. Als Lösungsansatz könnte hier über eine neutrale Steuerung nachgedacht werden.

- Der bereits begonnene Ambulantisierungsprozess spiegelt sich nicht in den aktuellen Krankenhausdaten wider. So sehen die Prognosen im aktuellen Entwurf des Krankenhausrahmenplanes bis 2021 den Aufbau von bis zu 91 psychiatrischen Planbetten (plus 13,5 %) bei gleichzeitigem Abbau von tagesklinischen Plätzen von bis zu 36 (minus 12,95 %) für das Land Bremen vor. (vgl. Seite 67 Tabelle 30 im Krankenhausrahmenplan)

Fazit: Bremen verfügt auf nahezu allen Versorgungsebenen über differenzierte und umfängliche Versorgungsangebote. Deshalb kann es primär nicht darum gehen, zusätzliche neue Leistungskapazitäten zu schaffen. Vielmehr muss es das Ziel sein, im Sinne einer stärkeren Ambulantisierung die vorhandenen Angebote wirkungsvoll miteinander zu verzahnen.

Die Krankenkassen werden auch in Zukunft an der Gestaltung der psychiatrischen Versorgungslandschaft im Land Bremen aktiv mitwirken.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Stephan Hartmann

ÄRZTEKAMMER
BREMEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

ÄRZTEKAMMER BREMEN – POSTFACH 10 77 29 – 28077 BREMEN

Die Senatorin für Wissenschaft,
Gesundheit und Verbraucherschutz
Herr Jörg Utschakowski
Contrescarpe 72
28195 Bremen

ANSPRECHPARTNERIN:
PD DR. JUR. HEIKE DELBANCO
HGF@AEKHB.DE
TELEFON 0421 3404 – 234
TELEFAX 0421 3404 – 209
WWW.AEKHB.DE
SPRECHZEITEN:
MO – DO 9.00-16.00 UHR
FREITAG 9.00-14.00 UHR

UNSER ZEICHEN: DEL
BREMEN, 11. JULI 2018

Deputationssitzung Psychiatriereform

Sehr geehrter Herr Utschakowski,

mit E-Mail vom 22. Juni 2018 hatten Sie die Ärztekammer und die KV Bremen gebeten, für die Gesundheitsdeputation am 16. August 2018 die Psychiatriereform zu bewerten und die Herausforderungen der Zukunft aus Sicht von Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung zu benennen. Dieser Bitte kommen wir gerne nach.

Nach Einschätzung von KV und Ärztekammer gibt es in Bremen eine gut funktionierende und qualitativ hochwertige ambulante ärztlich-psychiatrische Versorgung, auch die komplementäre Versorgung ist gut aufgestellt. Hervorzugheben ist insbesondere die gute Kommunikation und Zusammenarbeit der Akteure in der ambulanten ärztlichen und in der komplementären Versorgung. Aus unserer Sicht sollte der Bereich der ambulanten ärztlich-psychiatrischen Versorgung weiter gestärkt werden. Denn die ambulante psychiatrische Praxis ist prädestiniert als Steuerungsstelle für die Versorgung psychisch kranker Menschen. Dies erfordert allerdings zusätzliche personelle Ressourcen in den Arztpraxen, um die Ärztinnen und Ärzte von Aufgaben zu entlasten, die nicht der ärztlichen Tätigkeit im engeren Sinne zugehören. Wir würden deshalb aus dem Innovationsfond geförderte Modellprojekte begrüßen, bei denen ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten in den Quartieren bedarfsgerecht zusätzliches Personal mit Angeboten aus dem sozialen und pädagogischen Bereich zur Seite gestellt wird.

Trotz der guten ambulanten psychiatrischen Versorgung hat der stationäre Sektor in der psychiatrischen Versorgung weiterhin seine Berechtigung. Allerdings müssten seine spezifischen Aufgaben stärker herausgearbeitet und geschärft werden. Dabei würde erkennbar, dass spezielle stationäre Behandlungsangebote sinnvoll und dauerhaft notwendig sind.

Den Regionalbudgets stehen KV und Ärztekammer kritisch gegenüber. Wir befürchten einen zusätzlichen bürokratischen Überbau (Stichwort: „Managementgesellschaft“), der finanzielle Mittel entzieht, für die Patientinnen und Patienten aber nur von geringem Nutzen ist. Es ist

nicht erkennbar, dass mit diesen Budgets die Sektorenschnittstellen verbessert werden, eher werden neue Schnittstellen geschaffen.

Als einen Rückschritt sehen wir die Reduzierung des Krisendienstes, die zu einer deutlichen Verschlechterung der Versorgungssituation geführt hat.

Mit freundlichen Grüßen

PD Dr. jur. Heike Delbanco

Hauptgeschäftsführerin
Ärztekammer Bremen

Dr. med. Jörg Hermann

Vorstandsvorsitzender
KVHB

DGSP
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

DGSP LV Bremen • Waller Heerstr. 193 • 28219 Bremen

Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz
- z. H. Psychiatriereferent Jörg Utschakowski -
Contrescarpe 72

28195 Bremen

Landesverband Bremen
Geschäftsstelle

Sven Bechtolf
Waller Heerstraße 193
28219 Bremen

Fon: 0421 47 877-112
Fax: 0421 47 877-193

gs@dgsp-bremen.de
www.dgsp-bremen.de

Bremen, den 20.07.2018

Stellungnahme des DGSP Landesverbandes Bremen e. V. zum Stand der Umsetzung des Bürgerschaftsbeschlusses von 2013 zur Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen.

Sehr geehrter Herr Utschakowski,
vielen Dank für die wichtige Anfrage, die wir nach eingehender Beratung wie folgt beantworten:

1. Allgemeines:

Sowohl die Stadt Bremen als auch die Stadt Bremerhaven zeichnen sich gegenüber dem Bundesgebiet und den andern Stadtstaaten Hamburg und Berlin durch eine sehr hohe Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei einem hohen Anteil von Arbeitslosigkeit und sozialen Problemen bei unterprivilegierten Bevölkerungsgruppen aus. Zugleich ist die Bereitstellung von klinischen Einrichtungen und stationären/tagesklinischen Betten/Plätzen überproportional hoch.
Sowohl die Politik (Beschluss der Bremer Bürgerschaft 2013, Berichte der AOLG[1] 2007, 2012, 2017) als auch die Kostenträger (z.B. AOK, hkk, TK) drängen auf eine Umsteuerung in Richtung Ambulantisierung, "Enthospitalisierung", Regionalisierung, übergreifende Kooperationen mit extramuralen Diensten und v.a. auch Prävention - Suche nach Wegen zu den kranken Menschen mit personenzentrierten, therapeutisch zeitgemäßen Behandlungskonzepten in ihrem Lebensfeld **wie u.a. Recovery, Need adapted Treatment, Offener Dialog.**

Leider sind Fortschritte in dieser Richtung im Land Bremen in den letzten Jahren allenfalls punktuell wahrzunehmen!

---

1 Gesundheitsministerkonferenz, Arbeitsgruppen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG), AG Psychiatrie

2. Zu Ihren Fragen konkret:

- Zur Einrichtung gemeindepsychiatrischer Verbünde gibt es in einigen Regionen lose Vereinbarungen, aber keine Verträge und keine nachhaltige, trägerübergreifende, operative Praxis, auch kein Angebot eines gemeinsamen Krisendienstes oder eines Home-Treatments.

- Es gibt bis heute kein Regionalbudget nach § 64b SGB V. Die seit langem angekündigten Vorschläge des Leiters des ZPM im KBO in dieser Richtung sind uns bisher nicht bekannt gemacht worden. Die möglichen Effekte eines Budgets nach §64 b (Leistungsverlagerung der Klinik von stationär nach ambulant bei wirtschaftlicher Absicherung) konnten daher bisher nicht genutzt werden.
  Kritisch anzumerken ist allerdings, dass ein solches Budget auf den Zuständigkeitsbereich des SGB V beschränkt wäre und die wichtigen Komplexleistungen unter Einbezug der Überleitungsleistungen (Wohnraumbeschaffung, Anbindung an Gruppen, Arbeitsversuche, Krisenintervention), der Wiedereingliederung, der sozialen Integration und Teilhabe nicht anbieten kann. Die allseits beklagten Drehtür-Effekte der klinischen Psychiatrie (Schwierigkeiten der Entlassung und häufige Wiederaufnahmen in Krisensituationen) werden mit §64b-Modellen kaum beseitigt. Dafür bedarf es regionaler, gemeindepsychiatrischer Verbünde mit Unterstützung der Kostenträger aus allen betroffenen SGB-Bereichen. (vgl. Berichte der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (Gesundheitsministerkonferenz) v. 2002, 2007, 2012, 2017)

- Durch Bereitstellung von Mitteln aus dem Haushalt der Senatorin für Gesundheit konnten seit 2017 Genesungsbegleiter*innen in die Behandlung einbezogen werden. Erste Projekte sind angelaufen.

- Die Steuerung des Leistungsgeschehens i.S. der Bereitstellung von Komplexleistungen (s.o.) in der psychiatrischen Versorgung einer Region ist grundsätzlich anspruchsvoll, da unterschiedliche Akteur*innen, Träger und Kostenträger (Krankenhäuser - hier v.a. die GeNo, freie Träger, Therapeut*innen, KV, Krankenkassen, Sozialbehörden, Rentenversicherung, Arbeitsvermittlung, Wiedereingliederung, Behindertenbeauftragter) daran teilhaben sollten/müssen. Dazu gab es bisher keine erfolgreichen Ergebnisse, obwohl der Bürgerschaftsbeschluss zur Weiterentwicklung der Psychiatriereform 2013 die Ausarbeitung und Umsetzung eines Gesamtprogramms durch den Senat vorgibt.

- Der Verbraucherschutz in der psychiatrischen Versorgung konnte bez. der klinischen Behandlung durch die Stärkung der Stellung der Patientenfürsprecher*innen verbessert werden. Dies ist allerdings nur ein Ausschnitt des Versorgungsgeschehens.
  Regionale trägerübergreifende Fürsprache- und Beschwedestellen wurden in Mitte und West mit Hilfe senatorischer Mittel eingerichtetet. Diese Maßnahme stellt jedoch keine tatsächliche Unabhängigkeit der beratenden Vermittler*innen her. Unabhängigkeit ist ein strukturelles Merkmal, kein subjektives Empfinden. Unabhängigkeit kann daher nur durch Einrichtung einer Beschwerdestelle außerhalb von Klinik und Trägern gewährleistet werden.
  Kooperationsverträge mit den einzelnen Institutionen sind die Basis für die Beschwerdebearbeitung. Die DGSP unterstützt die Schaffung unabhängiger, trialogischer besetzter Beschwerdestellen. Unabhängige Beschwerdestellen sollten ins zukünftige PsychKG Eingang finden und damit ihre Finanzierung ermöglichen. Qualitätssicherne Maßnahmen sind ebenfalls sicher zu stellen.
  Eine Beurteilung der Versorgungsqualität in der Psychiatrie (und ggf. deren Veröffentlichung in

Anlehnung an Qualitätsberichte) wird bisher weiterhin kontrovers diskutiert - sollte aber angegangen werden.

3. Stellungnahme zur Gesamtsituation:

Es ist der Senatorin für Gesundheit bisher nicht gelungen, die wichtigsten Akteur*innen für die lange ausstehende Psychiatriereform zu gemeinsamen Aktivitäten/Vereinbarungen im Sinne eines personenzentrierten, lebensfeldbezogenen, koordinierten, letztlich auch wirtschaftlichen regionalen Gesamtprogramms für notwendige Komplexleistungen zu veranlassen.
Es ist verbreitet der Eindruck entstanden, dass die wirtschaftlichen Interessen des Klinikums Bremen-Ost eine Psychiatrie-Reform im Sinne des Bürgerschaftsbeschlusses blockieren.
Überdies muss festgestellt werden, dass das medizinische Paradigma (klinische Behandlung, Arzneimittel-Therapie, ärztliche Verordnungen usw.) gegenüber den sozial- und gemeinde-psychiatrischen Potenzialen dominiert und damit auch die Möglichkeiten der Prävention und der Vermeidung von stationären Behandlungen (z.B. ambulante Krisenintervention, stabilisierende Betreuung im Lebensumfeld durch kompetente Teams) verschüttet werden. Dabei wird auch seitens des KBO immer wieder darauf hingewiesen, dass der Anteil der Wiederaufnahmen (Drehtür) hoch sei und man große Schwierigkeiten habe, die Patient*innen poststationär in eine nachhaltige, ambulante Betreuung zu vermitteln. Stattdessen wird seitens der Klinik betont, dass man eher noch mehr Betten/Plätze benötige.
Dagegen wird von der psychiatrischen Abteilung des Klinikums Bremen-Nord schon seit einer Reihe von Jahren ein anderes Verhältnis ambulant/stationär, u.a. in Kooperationen mit extramuralen Diensten erfolgreich „gelebt", indem wesentliche Elemente des Bürgerschaftsbeschlusses umsetzt werden

Wir schlagen daher folgende Schritte und Beschlüsse vor:

1. **Aufnahme von Verhandlungen zwischen Geschäftsführung der GeNo, der KV, freien Träger*innen mit allen Kostenträger*innen (v.a. SGB V, VIII, IX, XI und XII) unter Federführung der Senatorin und dem Psychiatriereferenten mit dem Ziel: Entwicklung eines Gesamtkonzeptes der psychiatrischen Versorgung i.S. des Bürgerschaftsbeschlusses unter Einschluss der Bereiche Soziales und Arbeit.**
2. **Klärung der Behandlungs- und Betreuungsprozesse in der Psychiatrie und Suchtbehandlung und Entwurf von Steuerungsmodellen. Zuständig : Senatorische Dienststelle unter Beteiligung wissenschaftlicher Einrichtungen in Bremen. Dabei können die genannten Berichte der AOLG (s.o.) zugrunde gelegt werden.**
3. **Um die Psychiatrie-Reform in Bremen exemplarisch zu beschleunigen, schlagen wir vor, das Behandlungszentrum West mit den dort bereits i.S. der Reform tätigen freien Träger*innen kurzfristig (z.B. ab 1.1.2019) mit der Psychiatrischen Abteilung des KBN zu einem „integrierten Behandlungszentrum für die Behandlung schwer psychisch erkrankter Menschen" im Sinne eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes zu verbinden, um ein**

Modell zu etablieren, an dem die Psychiatrie-Reform über abgestimmte Komplexleistungen (i.o.g.Sinn) in einer definierten Region beispielhaft umgesetzt werden kann.
Die bisher für diesen Stadtteil (Walle, Gröpelingen, Oslebshausen, ca. 90.000 Ew.) zugehörigen Ressourcen (Personal, Betten, Budget) des KBO werden von der Senatorin f. Gesundheit (zugleich Vorsitzende des AR der GeNo) an das KBN verlagert.

4. **Eine konkrete Ausarbeitung des Modells sollte unter Federführung des Psychiatriereferenten der Senatorin und unter Beteiligung der Kostenträger und Projektteilnehmer*innen kurzfristig erfolgen, damit es als förderungswürdiges Innovationsprojekt beim Innovationsfonds (https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/) angemeldet werden kann.**

Mit freundlichen Grüßen

Sven Bechtolf
Vorstand DGSP

Gesundheitsamt Freie Hansestadt Bremen

Sozialmedizinischer
Dienst für Erwachsene
Dr. Patricia Hamer
Abteilungsleitung

Stellungnahme des Gesundheitsamtes Bremen als Vorlage zur Sondersitzung der Gesundheitsdeputation am 16.08.2018

Bei der Steuerungsstelle Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe liegt die fachliche Verantwortung für die Eingliederungshilfe für psychisch kranke und suchtkranke Menschen in der Stadtgemeinde Bremen.

Aufgabenschwerpunkte sind:

- die Koordination des Antrags- und Begutachtungsverfahrens für Maßnahmen der Eingliederungshilfe wie Betreutes Wohnen und Heimwohnen,
- umfassende Datenerhebung als Grundlage eines Fach- und Leistungscontrolling,
- ein umfangreiches und detailliertes Berichtswesen,
- fallbezogene Steuerungs- und Qualitätssicherungsaufgaben,
- Plausibilitätsprüfung der Stellungnahmen zum Gesamtplan und Beratung der Gutachter in Problemfällen und
- koordinierende Funktionen und Weiterentwicklung des Hilfesystems.

Aufgrund dieser Funktion ist auf der operativen Ebene eine gute Kooperation sowohl mit den Kostenträgern, den begutachtenden MitarbeiterInnen aus den psychiatrischen Behandlungszentren als auch den Leistungserbringern notwendig. Bei Unstimmigkeiten zwischen GutachterInnen, Leistungserbringern und Leistungsberechtigten unterstützt die Steuerungsstelle Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe federführend bei der gemeinsamen Entwicklung einer lösungsorientierten und realistischen Zielperspektive im Rahmen von Fallkonferenzen. Darüber hinaus besteht in Bremen für den Psychiatrie und Suchtbereich ein komplexes Gremiensystem, in dem die Steuerungsstelle Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe als Gast und zum Teil geschäftsführend tätig ist. Folgende Gremien werden in diesem Zusammenhang bedient:

- 5 regionale Abstimmungskonferenzen mit dem Ziel der Zugangssteuerung und des fachlichen Austausches innerhalb der Region, um eine gemeindenahe Versorgung sicherzustellen und weiter zu entwickeln
- 5 Regionalkonferenzen mit dem Ziel des fachlichen Austausches innerhalb der Region, um eine gemeindenahe Versorgung sicherzustellen und weiter zu entwickeln
- 5 Gemeindepsychiatrische Verbünde, mit dem Ziel des fachlichen Austausches innerhalb der Region, um eine gemeindenahe Versorgung sicherzustellen und weiter zu entwickeln
- Fachausschuss Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) als Vertretung des Sozialhilfeträgers mit dem Auftrag der Zugangssteuerung für den Personenkreis der Menschen mit seelischer Behinderung
- Fachausschuss Allgemeinpsychiatrie
- Fachausschuss Arbeit und Beschäftigung (geschäftsführend)

Gesundheitsamt Freie Hansestadt Bremen

Sozialmedizinischer
Dienst für Erwachsene
Dr. Patricia Hamer
Abteilungsleitung

- Fachausschuss Sucht
- Verbündekonferenz mit dem Ziel der Entwicklung einer fallbezogenen bedarfsgerechten Versorgung von Menschen mit besonderem Hilfebedarf in der Stadtgemeinde Bremen
- Vertragskommission
- Themenbezogene Unterarbeitsgruppen der Vertragskommission
- und weitere…

Federführend tätig sind wir darüber hinaus bei den Kooperationstreffen mit den SchwerpunktmitarbeiterInnen der psychiatrischen Behandlungszentren und im Rahmen der Entwicklung und Umsetzung von Fortbildungsangeboten.
Die oben genannten Gremien haben sich in der Praxis größtenteils bewährt, wobei eine Geschäftsordnung für alle Bereiche sinnvoll wäre, um den Auftrag der jeweiligen Gremien klar zu definieren und Doppelstrukturen zu vermeiden.
Bezüglich der Einrichtung Gemeindespychiatrischer Verbünde, welche als regionale Trägerverbünde das Ziel haben, verbindliche Kooperationsstrukturen zwischen den Leistungserbringern aufzubauen und zu erhalten, ist zu vermerken, dass eine weitere Ausgestaltung noch notwendig ist. Ein Workshop im Januar 2018 fand statt, wobei die Fortführung im Herbst 2018 geplant ist. Insbesondere für die Gemeindepsychiatrischen Verbünde bedarf es einer Trennschärfe zu den bereits bestehenden Gremienstrukturen. Dies wurde im 1. Workshop als Wunsch von den TeilnehmerInnen an die Senatorin für Gesundheit, Verbraucherschutz und Wissenschaft formuliert.
Die Eingliederungshilfeverfahren, und somit die jeweiligen Verantwortlichkeiten der Akteure, sind in den Verwaltungsanweisungen und Grundsätzen der Zusammenarbeit zwischen den Diensten geregelt. Des Weiteren sind die Aufgaben zwischen der Senatorin für Gesundheit, Verbraucherschutz und Wissenschaft, der Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport und dem Gesundheitsamt in einem Kooperationsvertrag festgelegt.
Insgesamt ist zu konstatieren, dass durch die Einführung des Bundesteilhabegesetzes, mit dem Fokus auf die Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen, die Umsetzung der komplexen Neuregelung in die Praxis sowohl für die Kostenträger als auch die Leistungserbringer eine große Herausforderung darstellt. Die Steuerungsstelle Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe ist in den entsprechenden Arbeitsgruppen aktiv und beratend tätig.

Bremen, den 17.07.2018

i.A.
Dr. Patricia Hamer
Abteilungsleitung Sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene

Bewertung zum aktuellen Stand der Psychiatriereform aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Sehr geehrte Mitglieder der staatlichen Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz,

leider kann ich wegen meines Urlaubs nicht an der Sitzung am 16.08.2018 teilnehmen. Deshalb wende ich mich vorher schriftlich an Sie. Ich möchte mich zu 6 wichtigen Punkten der Reform äußern:

1. **Einrichtung Gemeindepsychiatrischer Verbünde.**
   Mich wundert, dass es nach 5 Jahren immer noch keine funktionierenden Verbünde in den Stadtgebieten gibt. Das KBO hat Anfang 2017, nach öffentlicher Kritik, schnell reagiert und innerhalb eines Jahres vieles verbessert und Mängel abgestellt. Nun erwartet die Klinikleitung des KBO zu Recht, dass sich auch die ambulanten Träger bewegen sollten. Mein Eindruck aus den vielen AG´s ist, dass jeder Träger für sich das Beste herausholen will und man häufig gegeneinander arbeitet statt miteinander. So kommt man in einigen AG´s nach Jahren zu keiner Einigung. Eine zentrale Leitung der Reform scheint mir nötig zu sein.
2. **Erprobung von Regionalbudgets nach §64b SGB 5.**
   Die Idee dieser Förderung sehe ich positiv. Nachdem ein Projekt in Bremerhaven gescheitet ist, sollte man die Umsetzung im Bremer Westen unbedingt anstreben. Für eine politisch gewollte Reform muss man auch die Mitarbeiter im System begeistern. Die verschiedenen Finanzierungswege in der Psychiatrie sind verwirrend. Eine Zusammenarbeit verschiedener Träger sehe ich eher im Bremer Westen, als anderswo.
3. **Einbeziehung von Patientinnen, Patienten und Angehörigen**.
   Eine Einbeziehung der Betroffenenvertreter findet in allen erforderlichen Bereichen statt. Für den LVPE sind aktuell 6 Mitglieder in AG´s beteiligt, die sich mit der Psychiatriereform befassen. Die Vertretung der Angehörigen sehe ich als nicht ausreichend. Betroffene werden in der Planung (Landespsychiatrieausschuss) und Kontrolle (Besuchskommission) beteiligt. Es gibt immer mehr ausgebildete Genesungsbegleiter. Diese könnten vermehrt in der psychiatrischen Versorgung eingesetzt werden.
4. **Festlegung von Steuerungsverantwortung auf den verschiedenen Ebenen der Versorgung.**
   Das KBO hat sich 2017/18 neu aufgestellt. Trotz Kritik hat die Leitung ihre Pläne umgesetzt und diese erläutert. Die zuständige Abteilung für Psychiatrie in der Behörde scheint unterbesetzt und mit der Steuerung der Reform personell überlastet zu sein. Für den Zeitraum der Psychiatriereform hätte man die Abteilung personell aufstocken sollen. Das Ergebnis der AG-PsychKG kam mit einer Verspätung von 9 Monaten an die Teilnehmer. Dies verkürzt den Zeitraum für die öffentliche Diskussion über dieses Gesetz. Das PsychKG ist für ein Gelingen der Reform extrem wichtig, da es die Regeln für den Ablauf einer Behandlung vorgibt. An Gesetze müssen sich alle halten.
5. **Vorschläge für Maßnahmen zur Prävention und Inklusion**
   Die Modellprojekte sollten ausgewertet werden. Gut genutzte Angebote (z.B. Nachtwerk oder Frauenraum Eigenart) sollten in Zukunft fest finanziert werden. Wir haben in Bremen seit langer Zeit die Tagesstätten. Dort wird Betroffenen geholfen. Jeder Bürger kann in eine Tagesstätte gehen. Es sind Orte der Begegnung. Ein funktionierender Krisendienst kann Einweisungen in die Klinik durch Deeskalation und Hilfe verhindern. Leider gibt es als nächtlichen Krisendienst aktuell nur das Modellprojekt der Gapsy. Die zuständige Arbeitsgruppe in der Behörde hat nach Jahren noch keinen neuen Plan für einen Krisendienst abschließend erarbeitet. Genesungsbegleiter sind ausgebildet, Menschen in seelischen Krisen

zu begleiten. Sie könnten zur ganztägigen Begleitung von Menschen in Krisen eingesetzt werden, um so Klinikaufenthalte zu verhindern, sofern die Patienten nicht akut selbst- oder fremdgefährdet sind. Für nächtliche Krisen sind die Nachtcafe´s die richtigen Anlaufstellen.Es sollten zusätzliche Krisenbetten in den Stadtgebieten entstehen. Günstig wären mehrere Betten in einem BHZ-Mitte. Dazu ist natürlich zusätzliches Personal erforderlich. Wenn durch Prävention zukünftig weniger Patienten in die Klinik müssen, kann man dort Personal und Betten abbauen.

6. **<u>Aufbau eines Verbraucherschutzes in der psychiatrischen Versorgung</u>**
   Zum Verbraucherschutz gehören Informations- und Beschwerdestellen. Diese gibt es jetzt als Modellprojekte in Bremen Mitte und West. Zukünftig sollte es diese Stellen in der ganzen Stadt und in Bremerhaven geben. Es fehlt in Bremen eine Internetseite, die über das Psychiatriesystem informiert und Ratschläge gibt, wo und wie man schnell Hilfe bekommt. Ärzte sollten auch bei Psychopharmaka ihre Patienten über Risiken und Nebenwirkungen aufklären. Eine Zwangsmedikation lehne ich ab.

Beigefügt habe ich eine aktuelle „Stellungnahme zu Zwangsmaßnahmen“ und ein Referat über „Qualität in der Psychiatrie“ von 2013 (Beginn der Psychiatriereform).

Mit freundlichen Grüßen

Detlef Tintelott

(1.Vorsitzender des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Bremen e.V. und Patientenfürsprecher im Klinikum Bremen-Ost/Bereich Psychiatrie)