

DGSP

Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.



Landesverband Bremen

Die Zukunft der psychiatrischen Versorgung in Bremen (I)

Weiterentwicklung der Behandlungszentren für Psychiatrie und Psychotherapie der Gesundheit Nord gGmbH durch verbindlich vereinbarte Kooperation

Eckpunkte der DGSP Bremen

Inhalt

1. Grundsatzpositionen	2
2. Der Maßstab: Qualitätskriterien für den weiteren Reformprozess.....	3
3. Weiterentwicklung der Behandlungszentren.....	4
3.1 Vereinbarte Kooperation bei der inneren Organisation der BHZ im Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie der Gesundheit Nord.....	4
3.2 Veränderung von Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufen	5
4. Neue Modelle der Finanzierung und Steuerung der Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund	6
4.1 Regionalbudget für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durch das Krankenhaus mit Pflichtversorgung auf der Grundlage einer Umsetzung der Psych-PV	7
4.2 Verbindung des Regionalbudgets mit Integrierter Versorgung gemäß § 140 SGB V	7
5. Qualitätssicherung und Steuerung des Prozesses.....	8
5.1 Notwendige Ergänzung durch interessenbalancierte regionale Qualitätssicherung und Evaluation.....	8
5.2 Gesundheitspolitische Vorgaben und Koordination durch die Stadtgemeinde und das Land Bremen.....	9
5.3 Zukünftige Aktivitäten der DGSP zur Förderung von Strukturwandel durch Kooperation – vorläufige Überlegungen.....	9

1. Grundsatzpositionen

Die Psychiatriereform hat sich als ein dynamischer Prozess erwiesen: über die Enquête, den personenzentrierten Ansatz, die dialogische Beteiligung von Psychiatererfahrenen und Angehörigen bis hin zur Forderung nach Inklusion. Die Zielsetzungen entwickelten sich schrittweise von einer bloßen Verbesserung institutioneller Angebote, über die kritische Infragestellung vieler institutioneller und professionell dominierter Lösungen bis hin zur Forderung nach der Realisierung von Lebensbedingungen, die seelische Gesundheit fördern und institutionelle Angebote immer weniger notwendig machen.

Nach der Blankenburg-Auflösung und den in der Folge ermöglichten Enthospitalisierungsprozessen, nach dem Aufbau sozialpsychiatrischer Dienste in den Stadtbezirken und der Integration mit Institutsambulanzen und regionalen Tageskliniken sowie einem Rund-um-die-Uhr-Krisendienst steht in der derzeitigen Phase die Entwicklung von Alternativen zu stationärer Akutversorgung auf dem Prüfstand. Ambulante Leistungserbringer in der Behandlung haben in vielen Ländern, z.T. auch in Deutschland (auch in Bremen) zeigen können, dass für viele Patientinnen und Patienten eine intensive Akutversorgung in der Lebenswelt, sog. Hometreatment, für die betroffenen Menschen nicht nur möglich, wirksam und nachhaltig, sondern auch wirtschaftlicher sein kann. Es ist durch internationale Forschungen nachgewiesen, dass für viele psychisch kranke Menschen frühzeitige ambulant vorgehaltene Angebote in der Lebenswelt traditionellen stationären Angeboten vorzuziehen sind.

Dabei ist es nicht zielführend, Behandlungszentren und ambulante Leistungserbringer gegeneinander auszuspielen. Stattdessen müssen traditionelle Abgrenzungen überwunden werden. Die Weiterentwicklung der Reform ist nicht nur durch wachsenden Kostendruck sondern nach wie vor durch eine Fragmentierung gefährdet, die durch das gegliederte Leistungsrecht verursacht wird.

Diese Erkenntnis muss Auswirkungen auf die Weiterentwicklung der Behandlungszentren für Psychiatrie haben, auf die bei einer Absicherung der für sie bisher durch die Psych-PV garantierten Ressourcen eine Umsteuerung von vollstationärer zu vermehrt ambulanter Versorgung für einen wesentlichen Teil ihre Pati-

enten zukommt. Dabei ist eine vertraglich vereinbarte Integration mit Angeboten von bereits ambulant tätigen Leistungserbringern anzustreben.

Darüber hinaus sollte der Reformprozess darauf ausgerichtet werden, nicht nur die Fragmentierung der Krankenbehandlung innerhalb des SGB V sondern auch die Fragmentierung der Versorgung über andere Leistungsgesetze schrittweise zu überwinden.

Aus der Sicht der DGSP geht es um einen Systemwandel von einer häufig dysfunktionalen und Ressourcen vergeudenden Struktur zu einer kooperativen und kontrollierten regionalen Systementwicklung mit ständiger Weiterentwicklung von Qualität und Effizienz.

Die DGSP steht für einen Strukturwandel durch verantwortliche Kooperation von Leistungsträgern, Leistungserbringern und Leistungsempfängern mit verbindlichen Vereinbarungen.

Eine gute Versorgung ist auch eine wirtschaftlich vertretbare Versorgung. Die Funktion soll die Finanzierung bestimmen.

2. Der Maßstab: Qualitätskriterien für den weiteren Reformprozess

Die im Folgenden aufgeführten vorrangigen Qualitätskriterien gelten gleichermaßen für die personenzentrierte Behandlung durch das Krankenhaus wie für die ambulanten Angebote in anderer Trägerschaft. Sie entsprechen dem internationalen Erfahrungsstand. Sie sind allerdings auch in Bremen nicht selbstverständlicher Standard und bisher nur ansatzweise erfüllt:

- *respektvolle, zugewandte, offene, verlässliche, Hoffnung und Selbstwert fördernde therapeutische Beziehung*
- *bedürfnis- und ressourcenorientiert – selbsthilfeorientiert*
- *zielorientiert (auf Fähigkeiten und Störungen; auf persönliche Beziehungen, Wohnen, Arbeiten, Freizeit)*
- *Einbeziehung des Umfelds – Vorrang von Selbsthilfe und nichtpsychiatrischen Hilfen*
- *fachlich kompetent – insbesondere psychotherapeutisch, sozialintegrativ*

- *niedrigschwelliger und zeitgerechter Zugang*
- *vorrangig ambulante, ortsnahe, lebensnahe Leistungserbringung – Normalisierung*
- *kontinuierlich begleitet, koordiniert, überprüft, angepasst durch eine koordinierende Bezugsperson im klientenzentrierten Team*
- *mit den KlientInnen sowie Berufs-, Einrichtungs- und Leistungsträgerübergreifend abgestimmt*
- *effektiv und effizient (wirksam und wirtschaftlich)*
- *gender- und kultursensibel unter Einbeziehung der Betroffenen geplant und organisiert*
- *angebotsübergreifend und regional evaluiert*

3. Weiterentwicklung der Behandlungszentren

3.1 Vereinbarte Kooperation bei der inneren Organisation der BHZ im Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie der Gesundheit Nord

Der Strukturwandel zu einer patientenorientierten Flexibilisierung des Leistungsgeschehens im regionalen Verbund erfordert ein komplexes prozessorientiertes Projektmanagement (evtl. mit externer Beratung), angepasst an das betriebswirtschaftlich Mögliche bei den jeweils aktuellen bzw. absehbaren Rahmenbedingungen im Sinne eines „lernenden Systems“.

Das muss einhergehen mit der Einbeziehung aller mit der Arbeit der Behandlungszentren beteiligten MitarbeiterInnen und Abstimmung im Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie, in der Somatik der beiden Krankenhäuser sowie mit den Kooperationspartnern in der Region und den Vertretern von NutzerInnen und Angehörigen.

Die Einteilung der Erwachsenenpsychiatrie in drei Abteilungen (KBO: BHZ Mitte, West, Süd und Ost, KBN: BHZ Nord) hat sich in gewachsener Kooperation mit den jeweils zuständigen Trägern der freien Wohlfahrtspflege als Vorstufe einer konsequenten Sektor-bezogenen Regionalisierung bewährt und bedarf keiner Änderung.

3.2 Veränderung von Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufen

Die Behandlung durch das Krankenhaus in den auf den Stadtbezirk bezogenen ambulanten, teil- und vollstationären Bereichen bedarf der Bildung von zielgruppenbezogenen Teams für die kontinuierliche Begleitung der PatientInnen, ergänzt durch Teams für spezielle strukturierte Angebote und durch milieutherapeutische Pflegeteams für die vollstationär zu behandelnden Patienten. Der konventionelle „Inselstatus“ der Stationen muss überwunden werden, eine echte „sektorenübergreifende“ Zusammenarbeit in Form einer Behandlungskontinuität anzustreben.

Dies ist auf ggfls. noch notwendigen Spezialstationen für bestimmte Erkrankungen nur begrenzt realisierbar.

Die Zusammenarbeit mit der Somatik bei Multimorbidität erfordert aus fachlichen und wirtschaftlichen Gründen besondere Organisationsformen.

Für die ambulante Arbeit müssen durch völlig neue Organisationsformen, z.B. Leistungserbringer-übergreifende Teambildungen, organisatorische und betriebswirtschaftliche Kooperationsbeschränkungen überwunden werden.

3.1.1 Personalakquisition und –Ausstattung

Akquisitionsprobleme haben zu qualitätsmindernden Defiziten in der Personalausstattung sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich geführt. Antworten darauf müssen gefunden werden durch

- Neuverteilung der Behandlungs- und Dokumentationsaufgaben, zwischen den schon vorhandenen und ergänzenden Berufsgruppen (PsychologInnen und ArzthelferInnen, Altenpflege- und PflegehelferInnen, besonders qualifizierte Psychiatrieerfahrene).
- Bundesweite Werbung mit einem überzeugenden Reformprogramm im Sinne der Eckpunkte.

3.1.2 Teamarbeit auf Augenhöhe und kooperativer Führungsstil

Das gegebene Gefälle in der Entscheidungskompetenz zwischen den Berufsgruppen ist noch zu oft mit unterschiedlicher Wertschätzung und Gewichtung der Beiträge zum Verständnis und zur Bewältigung der Aufgaben verbunden. Diese

traditionelle Organisationsform ist für eine ambulante Arbeit, die den MitarbeiterInnen mehr Eigenverantwortung abverlangt, untauglich.

Arbeitsformen wie Behandlungskonferenzen nach skandinavischen Vorbildern („open dialog“) können zu Verbesserung von Fachlichkeit, von therapeutischem Klima und persönlichem Klima unter den MitarbeiterInnen führen, ebenso die Mitarbeit von Psychiatererfahrenen. Arbeitsökonomisch organisierte Mitwirkung aller MitarbeiterInnengruppen an der Prozessentwicklung unterstützt durch die Betriebsräte verbessert regelmäßig die „Unternehmenskultur“.

3.1.3 Qualifizierung für die neuen Aufgaben und Supervision im Prozess

Neue oder veränderte Arbeitsformen müssen durch Qualifizierungsmaßnahmen gezielt vorbereitet und begleitet werden – Investitionen, die sich auszahlen, ebenso wie „strategisch“ d.h. zielorientierte Supervision.

3.1.4 NutzerInnenbeteiligung in verschiedenen Kontexten

Beteiligung aktueller und ehemaliger PatientInnen und deren Angehörigen im therapeutischen Alltag, in der Mitwirkung im Qualitätsmanagement und auch als MitarbeiterInnen kann ein entscheidender Faktor für „empowerment“ und „recovery“, für das Klima in der therapeutischen Arbeit und auch für die Wirtschaftlichkeit sein und bedarf konsequenter strukturierter Planung und Organisation.

4. Neue Modelle der Finanzierung und Steuerung der Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund

Die zukünftige Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung durch das Krankenhaus ist aktuell durch das KHRG in Bewegung. Dessen Umsetzung durch die Selbstverwaltung in den nächsten Jahren ist zur Zeit nicht absehbar. Sie kann die vom Gesetzgeber angestrebte vor allem sektorübergreifende, vermehrt ambulante und regional vernetzte Behandlung fördern oder noch stärker behindern. In jedem Fall wird es wichtig sein, die bestehenden Möglichkeiten modellhafter Erprobung neuer Formen der Finanzierung wie Regionalbudget und Integrierte Versorgung zu prüfen und nach Möglichkeit in einer interessenbalancierten Form in Bremen zu erproben. Die Entwicklung der Bremer

Psychiatrie und die besondere Situation des Stadtstaats bieten hierfür hervorragende Möglichkeiten.

4.1 Regionalbudget für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durch das Krankenhaus mit Pflichtversorgung auf der Grundlage einer Umsetzung der Psych-PV

Die notwendige Sicherstellung der Ressourcen durch Umsetzung der Psych-PV ist durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vorgegeben und Ausgangspunkt für Veränderungen in der Finanzierungs- und Angebotsstruktur.

Ein jahresbezogenes prospektives Regionalbudget für die Pflichtversorgung einer definierten PatientInnenzahl der Region bedeutet ein hohes Maß an Planungssicherheit für beide Vertragspartner, Krankenhausträger und Krankenkassen. Es setzt ökonomische Anreize für nachhaltige Ergebnisqualität durch Umsteuerung in kontinuierliche, ressourcensparende vermehrt ambulante Behandlung (z.T. evaluierte Modellerprobungen in Schleswig-Holstein)

4.2 Verbindung des Regionalbudgets mit Integrierter Versorgung gemäß § 140 SGB V

Die in den letzten Jahren vermehrt implementierten Modelle Integrierter Versorgung bergen gute Chancen für die Umsteuerung von Teilen stationärer Krankenhausbehandlung zu komplexen ambulanten Behandlungsprogrammen. Es bestehen allerdings auch erhebliche Risiken, wenn sie auf einzelne Krankenkassen begrenzt, nicht mit der Krankenhausbehandlung vernetzt und zudem keine regionale Zuständigkeit vereinbart worden ist.

Die Verbindung eines Regionalbudgets mit Integrierter Versorgung von Beginn an unter Einbeziehung der Gesundheit Nord und ambulanter Leistungserbringer im Bereich der Regelversorgung (APP und Soziotherapie) sowie der Integrierten Versorgung (unter Einschluss der VertragsärztInnen und der psychologischen PsychotherapeutInnen) ist für alle beteiligten Leistungserbringer und die Krankenkassen im Sinne einer ressourcensparenden und qualitätssteigernden Versorgung vorteilhaft (vgl. die Modelle in Itzehoe und Geesthacht).

Die Bedeutung dieser Verbindung im Sinne einer Qualitätssteigerung nimmt zu, wenn zeitnah konzeptionelle und organisatorische Möglichkeiten entwickelt werden, die steuerfinanzierten Leistungen (Eingliederungshilfe) und Leistungen aus dem Bereich anderer Sozialgesetzbücher (II, III, VI, XI) mit einzubeziehen.

5. Qualitätssicherung und Steuerung des Prozesses

5.1 Notwendige Ergänzung durch interessenbalancierte regionale Qualitätssicherung und Evaluation

Aufgrund der häufig eingeschränkten Fähigkeit von Menschen mit komplexem Hilfebedarf, ihre Ansprüche auf angemessene und notwendige Leistungen durchzusetzen, in Verbindung mit möglichen betriebswirtschaftlichen Interessen von Leistungsträgern und Leistungserbringern und internen Widerständen gegen Veränderungen in der Organisation von Diensten und Einrichtungen ist die Schaffung von Transparenz im Leistungsgeschehen durch eine verlässliche, angemessen finanzierte und unabhängige regionale Qualitätssicherung und Evaluation unerlässlich, die vertraglich von der Stadtgemeinde Bremen mit VertreterInnen der Leistungsträger, der Leistungserbringer und der NutzerInnen zu vereinbaren ist.

Qualitätssicherung und Evaluation müssen angebots- und sektorübergreifend erfolgen und eine Bewertung und Steuerung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen im Bundesland Bremen ermöglichen.

Daran zu beteiligen sind neben einem wissenschaftlich qualifizierten Institut insbesondere die Besuchskommission gem. Psych-KG, unabhängige Beschwerdestellen, Organisationen der Selbsthilfe von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen, die sozialpsychiatrische Abteilung am Gesundheitsamt, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, sowie MitarbeiterInnen der Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Leistungsanbieter. Die Ergebnisse der Evaluation müssen ggfs. mit ökonomischen Sanktionen verbunden werden können.

5.2 Gesundheitspolitische Vorgaben und Koordination durch die Stadtgemeinde und das Land Bremen

Die Bewertung der Ergebnisse der regionalen Qualitätssicherung und Evaluation in Verbindung mit Entwicklungskonzepten der Leistungserbringer und der Leistungsträger und der Empfehlungen von Fachgesellschaften wie der DGSP sollten in die kommunale und die Landespsychiatrieplanung eingehen und die Grundsatzentscheidungen der Gesundheit Nord wesentlich bestimmen.

Darüber hinaus fällt der Gesundheitsbehörde im Rahmen der Psychiatrieplanung eine wichtige Koordinations- und Vermittlungsfunktion bei der Weiterentwicklung der regionalen Versorgung zu.

Die Gesundheitsbehörde hat die Verantwortung für eine über alle Leistungsträger und Leistungserbringer sicherzustellende Versorgung und somit eine aktive Moderations- und Steuerungsfunktion zu übernehmen.

5.3 Zukünftige Aktivitäten der DGSP zur Förderung von Strukturwandel durch Kooperation – vorläufige Überlegungen

Die DGSP sieht als Fachverband ihre Aufgabe darin, unter Beachtung vielfältiger Erfahrungen aus anderen Bundesländern die Akteure in Bremen mit Anregungen zur Umstrukturierung zu konfrontieren und bei Bedarf den Prozess der Weiterentwicklung zu unterstützen und zu moderieren.

Vorgeschlagen wird ein Folgeworkshop im Februar 2011 mit Zwischenberichten aus der Projektorganisation der Gesundheit Nord, der Koordination durch die Gesundheitsbehörde, Rückmeldungen der AG der Krankenkassenverbände, der regionalen Partner der Freien Wohlfahrtspflege, der niedergelassenen FachärztInnen und PsychotherapeutInnen, der Vertreter der Angehörigen, der NutzerInnen und der Besuchskommission.

Bremen, den 7.Juli 2010 DGSP Landesverband Bremen e.V.