



DGSP Landesverband , Eystruper Str. 6; 28325 Bremen

Landesverband Bremen

Geschäftsstelle

Hille Kruckenberg

Eystruper Str. 6

28325 Bremen

Telefon: 0421-420 313

e-mail: dgsp@hille-kruckenberg.de

Bremen, den 28.Januar 2011

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Landesverband Bremen e.V. zum Landespsychiatrieplan Bremen 2010

Der als Entwurf vorgelegte „Landespsychiatrieplan Bremen 2010“ stellt einleitend seine Absicht vor,

„psychiatriepolitische Leitgedanken... als Grundlage für zukünftige Gespräche und Verhandlungen mit den relevanten Akteuren – Leistungserbringern, Kostenträgern, Kammern, Dach- und Berufsverbänden und Patienten- bzw. Angehörigenvertretern“ zu formulieren (Seiten 5/6).

Der Landesverband Bremen der DGSP begrüßt und unterstützt die in Teil I des Landespsychiatrieplans 2010 für das Bundesland Bremen von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (SAFGJS) formulierten Leitgedanken und Zielsetzungen für die nächsten 10 Jahre:

- Erforderlich seien die Konsolidierung der in der Psychiatriereform entwickelten Bremer Versorgungsstruktur, deren Weiterentwicklung mit Fokussierung auf Personenzentrierung, Qualitätssicherung und sektorübergreifender Versorgung, die Entwicklung eines integrierten kooperierenden Verbundes aller Bremer Leistungserbringer sowie einer Qualitätsbewertung psychiatrischer Strukturen, die die Versorgung und Integration schwer Erkrankter zum Maßstab wählt. (S. 16)

Angesichts der hohen gesundheitspolitischen Relevanz psychischer Erkrankungen mit tief greifenden Folgen für Betroffene, Angehörige und die Gesellschaft, der vielfach kritisierten Fragmentierung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems sowie der aktuell sich entwickelnden neuen Versorgungsformen sieht die DGSP ebenso wie die SAFJGS die Notwendigkeit, einen breiten gesellschaftlichen Diskussionsprozess auf Landesebene anzustoßen und eine klare Zielplanung und Umsetzungsstrategien zu entwickeln.

An anderer Stelle wird auf zeitgemäße Weise eine über den engeren Zuständigkeitsbereich psychiatrischer Leistungserbringer hinausreichende gesamtgesellschaftliche Perspektive beschrieben:

- *„Eine integrative Arbeits-, Beschäftigungs-, Bildungs-, Sozial- und Stadtentwicklungspolitik trägt dazu bei, Menschen in sinnstiftende soziale Zusammenhänge einzubinden, und kann dadurch seelischen Krisen und Erkrankungen, die durch strukturelle Defizite begünstigt werden, vorbeugen.“*
(Seite 22)

Angesichts der Zunahme psychischer Erkrankungen in allen Altersgruppen, der damit verbundenen Steigerung der Krankheitsausfallzeiten und Frühberentungen, des höheren Bedarfs und der steigenden Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen gewinnen die Weiterentwicklung der Psychiatriereform, aber auch die Förderung seelischer Gesundheit in allen Sozialräumen, eine zunehmende gesellschaftspolitische Bedeutung. Dies um so mehr als die Schere zwischen arm und reich – vor allem für Kinder – zunimmt und die Forschung gezeigt hat, dass Arbeitslosigkeit und Armut ebenso wie Ausgrenzung mit der Zunahme psychischer Störungen einhergehen. Exemplarisch für präventive Arbeit und für Aufklärung gegen die Stigmatisierung psychisch kranker Bürger werden wichtige Projekte aufgeführt. Diese Beispiele implizieren eine Loslösung vom klassischen politischen Ressortdenken, die Herstellung ressortübergreifender Verantwortlichkeiten und die Formulierung von Querschnittaufgaben zwischen den zitierten Politikbereichen.

Andererseits sieht die DGSP die Vorbereitung des LPP und Teile des Berichts, die die Versorgungssituation konkret beschreiben und bewerten, kritisch:

- Der Begriff „Landespsychiatrieplan“ weist auf konkrete, datengestützte und mit den relevanten Akteuren abgestimmte Umsetzungsempfehlungen hin. Wenn festgestellt wird, dass die Koordination der Versorgung weitestgehend über Gremienarbeit erfolgt (Seite 19), so steht dem die Erkenntnis gegenüber, dass weder diese Gremien noch andere Akteure der Versorgung (Dach- und Fachverbände) im Vorfeld in die Vorbereitung der Erstellung des Planes einbezogen waren.
- Der Bezug zum Landespsychiatrieplan von 1996 fehlt völlig. Auch der Bezug zu den kommunalen Psychiatrieplänen ist allenfalls indirekt. Die dort vorgeschlagenen Empfehlungen wurden z.T. nicht aufgenommen oder erörtert.

- Die Vorstellung, der Diskussionsprozess sei bis Ende Februar abzuschließen (Protokoll Landespsychiatrieausschuss vom 29.10.2010), um im März eine endgültige Verabschiedung zu ermöglichen, deckt sich nicht mit der gebotenen fundierten Diskussion.

Generell zeigt sich aus der Sicht der DGSP eine Unausgewogenheit hinsichtlich der Gewichtung der Akteure in der regionalen Versorgung:

- Aspekte der Klinikentwicklung werden relativ breit ausgeführt, mit durchaus positiv zu sehenden Perspektiven in Richtung Weiterentwicklung der Regionalisierung, sektorübergreifender und vernetzter Leistungserbringung und Ambulantisierung – allerdings ohne erkennbare Tendenzen der Umsteuerung stationärer Versorgung verbunden mit Bettenabbau.
- Dagegen ist das Leistungsgeschehen in den Bereichen der außerklinischen Behandlung nach SGB V, in dem großen Bereich der Eingliederungshilfe und in der medizinischen Rehabilitation, vergleichsweise kurz und überschlüssig behandelt und wird u.E. der Bedeutung dieses Bereichs nicht gerecht.
- Hinsichtlich der bundesweit immer mehr anstehenden Leistungserbringer- und auch Leistungsträger-übergreifenden Steuerungsfragen fehlt eine positive wie kritische Würdigung der vorhandenen Gremienstruktur. Andererseits fällt die nicht hinterfragte Priorisierung einer Führungsposition des Krankenhauses auf. Konkrete Zielvorstellungen zur Weiterentwicklung der regionalen Steuerungssysteme auf Landesebene und in den Kommunen stehen aus.
- Die Bedeutung der Selbsthilfe auch für die Bewertung und Steuerung erscheint uns zu wenig gesehen.

Die Vorschläge zur Weiterentwicklung und Konkretisierung des LPP in Arbeitsgruppen sind im Grundsatz zu begrüßen, sind aber thematisch z.T. überlappend. Deshalb sollte eine kooperative übergreifende Prozesssteuerung implementiert werden.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt nimmt die DGSP noch nicht zu den einzelnen Abschnitten des LPP Stellung. Wichtiger erscheint es, zunächst das weitere Vorgehen auf Landes- und kommunaler Ebene zu klären:

1. Auf Landesebene möchten wir für die Erarbeitung der Umsetzungsstrategien eine Steuerungsgruppe und die Präzisierung der Arbeitsgruppenaufträge vorschlagen (s. Anlage).
2. Erst nach Erörterung und Konsentierung der Ergebnisse sollten diese in eine projektorientierte ständige Landesplanung übergehen.
3. Auf kommunaler Ebene sollten in der Zukunft die bestehenden Gremien gebeten werden, aktuelle Probleme und ggf. Lösungsempfehlungen zu formulieren und dem Koordinator (in Bremerhaven) bzw. der Steuerungsstelle zur weiteren Bearbeitung mit den zuständigen Akteuren zu übergeben. Auf Landesebene desgleichen an die Psychiatriereferentin.
4. Für die jeweiligen Arbeitsergebnisse – z.T. auch die Zwischenergebnisse - sollte auf kommunaler und Landesebene ein Internetzugang geschaffen werden, der Informationstransparenz schafft und Diskurse erleichtert.

für den Vorstand

Hille Kruckenberg

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Landesverband Bremen e.V. zum Landespsychiatrieplan Bremen 2010

Anlage 1

Vorschlag zur Erarbeitung der Umsetzungsstrategien

1. Ausgangsüberlegungen des senatorischen Fachreferates

Zu den im Landespsychiatrieplan vorgelegten Leitgedanken sollen nach der Vorstellung im Landespsychiatrieausschuss durch Arbeitsgruppen Umsetzungsstrategien entwickelt werden.

Aus dem Ergebnisprotokoll Landespsychiatrie-Ausschuss 29.10.2010:

„Umsetzungsstrategien des zukünftigen psychiatriepolitischen Rahmenkonzepts

Frau Stroth schlägt vor, zu vier psychiatriepolitischen Schwerpunktthemen Arbeitsgruppen zu bilden, die jeweils eine Umsetzungsstrategie für ihr Themenfeld erarbeiten und denen sich die Ausschussmitglieder nach Interesse und Fachlichkeit zuordnen mögen.

AG 1: Weiterentwicklung der Behandlungszentren zu 'Zentren seelischer Gesundheit' mit Fokus auf Vernetzung in der Region unter Stärkung ihrer regionalen Steuerungskompetenz.

AG 2: Qualitätsgesicherte Weiterentwicklung im Bereich der Verzahnung der SGB V-, IX-, XII-Hilfen; Verhinderung neuer Hospitalisierungsformen; Weiterführung der Integration in die Normalität.

AG 3: Sektorübergreifende Integration von Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik; Optimierung der Übergänge stationär/ambulant; Ausbau der professionen- und institutionsübergreifenden Kooperation.

AG 4: Sektorübergreifende regionale Qualitätssicherung und Evaluation in der Psychiatrie. Das Psychiatriferat wird zur Initiierung der Arbeitsgruppen aktiv werden.“ (Ende Zitat)

2. Präzisierende Interpretation durch die DGSP und Ergänzungsvorschläge

Die DGSP, Landesverband Bremen, begrüßt die Bildung von Arbeitsgruppen zur Erarbeitung von Umsetzungsstrategien für die im Teil I des Landespsychiatrieplans formulierten psychiatriepolitischen Leitgedanken. Dabei besteht die Möglichkeit und Notwendigkeit, die zuletzt vernachlässigte Einbeziehung der Fachgremien in die Planung vorzunehmen.

Es wäre nach Auffassung der DGSP kontraproduktiv, die Fachgremien und die im Rahmen der Umsetzung des Landespsychiatrieplans vorgesehenen Arbeitsgruppen unverbunden zu lassen!

Die DGSP hält es für notwendig, vor dem Tätigwerden der themenspezifischen Arbeitsgruppen auf der Grundlage der gesellschafts- und psychiatriepolitischen Rahmenvorgaben eine Zielplanung und Aufgaben zu formulieren, an denen sich die Arbeitsgruppen ausrichten haben.

Der Ausgangspunkt für diese Rahmenüberlegungen ist an zwei nach Auffassung der DGSP zentralen Zitaten im Landespsychiatrieplan festzumachen, zu denen es in den bisherigen Reaktionen einen breiten Konsens gibt:

- „Eine integrative Arbeits-, Beschäftigungs-, Bildungs-, Sozial- und Stadtentwicklungspolitik trägt dazu bei, Menschen in sinnstiftende soziale Zusammenhänge einzubinden und kann dadurch seelischen Krisen und Erkrankungen, die durch strukturelle Defizite begünstigt werden, vorbeugen.“ (Seite 22)
- „Für die Zukunft wünschenswert wäre anstelle des kompetitiven ein kooperatives Vorgehen der psychiatrischen Kliniken bzw. der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit dem ambulanten und komplementären Bereich, indem beide Seiten im Rahmen eines integrierten Versorgungsmodells die gemeinsame Pflichtversorgung in den psychiatrischen Regionen der Stadt Bremen übernehmen.“ (Seite 13/14)

Ein solcher Rahmen würde es erleichtern, die Tätigkeit der Arbeitsgruppen zielführend zu begleiten und im Sinne der Vermeidung von Doppelarbeit zu strukturieren. Die Frage der Steuerung muss in diesem Rahmen konsensorientiert behandelt werden, um unerwünschte Effekte (Fragmentierung, Konkurrenz, Selektion) bzw. nicht konsensfähige Steuerungsmodelle (operative Steuerung durch die Behandlungszentren) auszuschließen.

Daher wird vorgeschlagen, eine übergreifende Arbeitsgruppe „Steuerung“ zeitnah einzurichten, die

- **bis Ende Mai 2011 Zielplanung und Aufgaben so zu formulieren, dass sie Grundlage für die dann anstehenden politischen Arbeitsprogramme (Koalitionsvereinbarung bzw. Regierungsprogramm) und für die Tätigkeit der Arbeitsgruppen werden können.**
- **die Arbeit der einzelnen Arbeitsgruppen begleitet, indem sie Zwischenergebnisse auf der Grundlage des Steuerungskonzepts erörtert und übergreifend abstimmt bzw. den Arbeitsgruppen die Überarbeitung empfiehlt.**

3. Auftragsbeschreibung der Arbeitsgruppen

Die DGSP schlägt der Steuerungsgruppe vor die Aufgaben der Arbeitsgruppen wie folgt zu beschreiben:

Arbeitsgruppe 1

Weiterentwicklung der Behandlungszentren zu verbindlich kooperierenden oder vertraglich eingebundenen Mitgliedern im Gemeindepsychiatrischen Verbund der regionalen

Leistungserbringer, mit besonderer Verantwortung für die Sicherstellung der Pflichtversorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren akuten, rezidivierenden und/oder lang dauernden Störungen, die mit wesentlicher Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung einhergehen.

Aufgaben

(in der Reihenfolge der zeitlichen Bearbeitung):

- Formulierung von Qualitätskriterien für personenzentrierte Behandlung und Integration, orientiert an den Leitgedanken.
- Erarbeitung eines Umsetzungskonzepts für die personenzentrierte, lebensweltbezogene allseits verbindliche und zu dokumentierende Organisation der Arbeitsabläufe und Abstimmungen innerhalb der Behandlungszentren und zu den Kooperationspartnern im gemeindepsychiatrischen Verbund sowie mit den Selbsthilfeinitiativen der Region. Erarbeitung eines Konzepts für die Präzisierung der Aufgabenstellung und Zusammenarbeit der vorhandenen Gremien und Organisationen auf kommunaler und Landesebene (inkl. Beschwerdestellen, Besuchscommissionen, Selbsthilfegruppen) zur Ermittlung von Defiziten und Entwicklungserfordernissen und zur Projektplanung .

Arbeitsgruppe 2

Entwicklung von regionalen Leistungserbringer und Leistungsträger übergreifenden Finanzierungsmodellen und Organisationsformen des Managements, die fachlich gebotene Flexibilisierung und Verzahnung personenzentrierte und lebensweltbezogener Hilfen ermöglichen, Normalisierung stärken und Hospitalisierung vermindern – unterbesonderer Beachtung der Gewährleistung einer verteilungsgerechten regionalen Pflichtversorgung.

Aufgaben

(in der Reihenfolge der zeitlichen Bearbeitung):

- Konzipierung und Vorbereitung von pauschalierenden Finanzierungsmodellen, die wirksame Anreize bieten für personenzentrierte, flexible, lebensweltbezogene, nachhaltige und wirtschaftliche Formen der Behandlung (ergänzend für die Rehabilitation und Eingliederung) von Patienten mit schweren akuten, rezidivierenden und/oder langdauernden Störungen, die mit wesentlicher Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung einhergehen, und geeignet sind, interessen geleitete Leistungsausweitung oder Leistungsverweigerung zu erschweren und möglichst zu verhindern.
- Konzipierung und Vorbereitung einer regionalen Managementgesellschaft, die durch Einschluss möglichst vieler Leistungserbringer für sämtliche (oder zumindest für größere) Zielgruppen und Leistungsbereiche regionale Versorgungsverantwortung übernehmen kann.
- Prüfung der bundesweit in Erprobung befindlichen Modelle von Regionalbudgets und von Integrierter Versorgung und deren Eignung, Flexibilisierung, Planungssicherheit für Leistungserbringer und Leistungsträger sowie Transparenz hinsichtlich Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität zu ermöglichen.
- Darstellung konkreter Alternativmodelle zur Unterstützung der Entscheidungsfindung der Verantwortlichen

Arbeitsgruppe 3

Entwicklung eines praktikablen Konzepts zur sektorübergreifenden Behandlung und Rehabilitation von vorrangig oder ausschließlich psychotherapeutisch zu behandelnden Patienten (d.h. ohne besonderen Hilfebedarf bei der der Alltagsbewältigung) durch Vereinbarung verbindlicher Kooperation der ambulanten und stationären Leistungserbringer.

Aufgaben:

Das Kooperationsmodell soll

- die ambulante Behandlung, einzel- und gruppentherapeutisch, stärken und teilstationäre und besonders vollstationäre Behandlung reduzieren;
- bei sektorübergreifenden Übergängen therapeutische Kontinuität fördern, zumindest eine abgestimmte Konzeptbildung zwischen den Leistungserbringern und dem Patienten;
- im ambulanten Bereich in dringlichen Fällen zeitgerechte Behandlung ermöglichen, z.B. durch vorgehaltene Kontingente zur kurzfristigen Nutzung und/oder für initiale Krisenintervention in Vorbereitung einer längerdauernden Behandlung;
- Selbsthilfegruppen durch vereinbarte und finanzierte Beratung unterstützen;
- ergänzt werden durch ökonomische Anreize seitens der Leistungsträger zur bedarfsgerechten Leistungserbringung in Zusammenhang mit begleitender Evaluation.

Arbeitsgruppe 4

Entwicklung eines fachliche, organisatorische und finanziellen Aspekte einschließenden Konzeptes für die Beauftragung eines unabhängigen Instituts zur regionalen Qualitätssicherung und Evaluation für das psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfesystem im – Sinne der Erweiterung und Verstetigung üblicher Modellevaluationen in Verbindung mit spezifischen Aktivitäten des Verbraucherschutzes und systemischer Entwicklungsberatung.

Erläuterung:

Aufgaben:

Es handelt sich um ein Innovationsprojekt, das

- auf die in SGB V und IX hervorgehobenen besonderen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen zurückgeht, die vor allem bei schweren Störungen angemessene Ansprüche und Interessen oft nicht gegen die ökonomischen u.a. Interessen von Leistungserbringern und Leistungsträgern in dem fragmentierten, angebotsorientierten Hilfesystem durchsetzen können.
- sowohl die kommunale wie die landespolitische Koordination und Steuerung (unter Einbeziehung der wesentlichen Akteure und Betroffenen) zu ihrer Unterstützung braucht, weil dafür eine hinreichende „interessenbalanciert erarbeitete“ Transparenz über Qualität und Effizienz des Leistungsgeschehens im komplexen und fragmentierten Hilfesystem unabdingbar ist.

- nur schrittweise entwickelt werden kann (Anlaufphase über ca. 3 Jahre)
- eine Finanzierung seitens der Leistungsträger und Leistungserbringer benötigt, die durch absehbare Einsparungen leicht erwirtschaftet werden dürfte.

Aufgaben des Instituts

- Förderung und Auswertung der Aktivitäten von Beschwerdestellen, Besuchskommission, evtl. Ethikkommission, Selbsthilfeinitiativen, u.a. anhand der Leitgedanken des Landespsychiatrieplans und Leitlinien der Fachgesellschaften
- Zusammenarbeit mit Akteuren der Qualitätssicherung bei Leistungserbringern und Leistungsträgern (z.B. MDK, Steuerungsstelle am Gesundheitsamt) und gewichtende Auswertung (evtl. mit Unterstützung durch einen Qualitätsbeirat)
- Erhebung von Daten über Indikatoren zu Ergebnisqualität und Wirtschaftlichkeit des Hilfesystems und Vergleich mit zumindest nationalen Daten
- Formulierung von Erfordernissen und alternativen Möglichkeiten der Systementwicklung

4. Zusammensetzung der Arbeitsgruppen und Arbeitsplanung

Die Koordination der Arbeit der vier Arbeitsgruppen und die Präzisierung der Aufträge erfolgt durch das Psychiatriereferat.

Die Steuerungs-Arbeitsgruppe hat neben der Formulierung des Rahmenkonzeptes die Aufgabe, das Psychiatriereferat in seiner Koordinationstätigkeit zu unterstützen. Sie wird geleitet vom Psychiatriereferat und sollte bestehen aus den Koordinatoren der Zentralen Arbeitsgruppe ZAG, der vier kommunalen Fachausschüsse, der psycho-sozialen Arbeitsgruppe Bremerhaven, der Zentrumsleitung der Behandlungszentren, einer Vertretung der Landesarbeitsgemeinschaft Krankenkassen sowie der kassenärztlichen Vereinigung, der Vertretungen der Landesverbände der Angehörigen sowie der Psychiatrieerfahrenen.

Die vier Arbeitsgruppen sind grundsätzlich triadisch zu besetzen und sollen neben den Vertreter/innen der relevanten Institutionen auch fachlich geeignete Personen ohne institutionellen Bezug einbinden können (Fachverbände, Behindertenbeauftragter, Gleichstellungsbeauftragte). Die Besetzung der Arbeitsgruppen kann auf der Grundlage ihrer Aufgabenbeschreibung bereits vor der Erstellung des Rahmenkonzeptes durch die Arbeitsgruppe Steuerung erfolgen, damit die Arbeitsgruppen zeitnah nach Erscheinen des Arbeitsergebnisses der Steuerungsarbeitsgruppe mit ihrer Tätigkeit beginnen können.

Sie setzen sich zusammen aus Mitgliedern des Landespsychiatrieausschusses, der Zentralen Arbeitsgruppe und ihrer Fachausschüsse, der psycho-sozialen Arbeitsgemeinschaft Bremerhaven. Dabei wird sichergestellt, dass die Perspektiven der Steuerungsinstitutionen auf kommunaler und Landesebene und der Leistungserbringer angemessen berücksichtigt werden. Bei der Benennung von Arbeitsgruppenvertreter/innen ist darauf zu achten, dass in allen Arbeitsgruppen Psychiatrieerfahrene und Angehörige vertreten sind.

Die Arbeitsgruppen wählen Leitungen und Stellvertretungen, denen u.a. die Kommunikation zu den anderen Arbeitsgruppen und zur Arbeitsgruppe Steuerung obliegt.

Die Protokolle und Arbeitsergebnisse der Arbeitsgruppen werden im Internet allen an der Entwicklung der Versorgung interessierten Personen und Gremien zur Verfügung gestellt.

Ziel ist es, bis Anfang 2012 die Ergebnisse der Arbeitsgruppen vorliegen zu haben, damit sie in einem konsentierten Papier „Grundsätze und Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen im Land Bremen und in den Kommunen Bremen und Bremerhaven“ zusammengefasst und im Rahmen einer Arbeitstagung noch in der ersten Hälfte des Jahres 2012 verabschiedet werden können.

Für den Vorstand

Hille Kruckenberg