

DGSP

Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.



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

den 6. September 2014

**Die Umsetzung des Bürgerschaftsbeschlusses vom März 2013
„Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen – ein
gesundheitspolitisches Zukunftskonzept“ durch den Senat**

Empfehlungen der DGSP Bremen

Die DGSP begrüßt ersten Bericht des Senators für Gesundheit an die Deputation für Gesundheit vom 20.03.2014. Der Bericht konkretisiert die Zielorientierung des Bürgerschaftsbeschlusses und verdeutlicht dies durch konkrete Ausführungen zu den Stärken und Schwächen des psychiatrischen Hilfesystems in Bremen. Besonders hervorzuheben ist das besondere Gewicht, dass der Bericht bei der Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen großen Wert auf die Kooperation zwischen den Leistungserbringern und den Leistungsträgern legt unter Einbeziehung der Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen auf allen Ebenen und in allen Bereichen. Besonders erfreulich ist es, dass diese Kooperation etwa in Bremerhaven bei der Vorbereitung des Modellprogramms und landesweit durch die Arbeitsgruppen des Landespsychiatrieausschusses schon gut auf dem Weg ist. Wir begrüßen auch, dass in der Zusammenfassung an erster Stelle auf die schon seit längerem bestehenden, gravierenden Probleme in der vollstationären Erwachsenenpsychiatrie verwiesen wird und dass innovative Projekte zur Verbesserung der Behandlungsqualität, zu Formen von Hometreatment verbunden mit dem Abbau stationärer Betten auf den Weg gebracht werden sollen. Ganz

wichtig ist hier wie an anderen Stellen die Verdeutlichung, dass der Senat bei der Umsetzung eine Führungsrolle einnehmen wird.

Allerdings fehlt es in diesem ersten Bericht hierzu noch an Konkretisierungen zu dem weiteren Vorgehen des Senats hinsichtlich der Schritte bei der Einnahme dieser Führungsrolle, im Rahmen des Auftrags und in der Begleitung der Bürgerschaft.

Für die Akteure, Beteiligten und Betroffenen im Hilfesystem müssen die angestrebten Ziele und das geplante Vorgehen aber deutlich beschrieben und der Entwicklungsprozess absehbar sein, damit nicht ein Eindruck entsteht, dass notwendige strukturellen Veränderungen ausbleiben könnten, wenn dazu evtl. kontroverse Entscheidungen erforderlich sein sollten.

Die DGSP wird deshalb aus ihrer Perspektive hierzu schrittweise Empfehlungen vorlegen, die Anstöße zur fachpolitischen und öffentlichen Diskussion geben können.

Dabei wollen wir uns zunächst dem Themenbereich zuwenden, in dem der Senat über den Aufsichtsrat der eine unmittelbare Umsetzungsverantwortung für die psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung durch das Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie hat, zunächst fokussiert auf die Behandlungszentren der Erwachsenenpsychiatrie der Klinik 1 (Mitte-West) und Klinik 2 (Süd-Ost) am Klinikum Bremen-Ost sowie das Behandlungszentrum Nord am Klinikum Bremen-Nord.

Teil I

Der Aufsichtsrat der Gesundheit Nord gGmbH könnte in Umsetzung der Vorlage des Senats vom 20.3.2014 folgende Aufträge für die Geschäftsführung beschließen:

1. Als Sofortmaßnahme: Die Abgrenzung des Psychriatriebudgets in den Kliniken Bremen-Ost und Bremen-Nord, wie schon 2001 bis 2004, als Voraussetzung für die Transparenz bei der Umsetzung der Psychiatriepersonalverordnung und für Verhandlungen über Umsteuerungsmaßnahmen in Richtung sektorübergreifender Behandlungsformen.
2. Kurzfristig: Die Beendigung der Quersubventionierung der Somatik und Einsatz der dann frei werden Mittel für
 - a. die schnellstmögliche Anpassung der Personalausstattung zu 100% an die Psych-PV, zuerst auf den Akutstationen, zur Verbesserung des milieutherapeutischen Klimas und der personenzentrierten therapeutischen Begleitung und zur Entlastung der zunehmenden Überbeanspruchung der MitarbeiterInnen.
 - b. Einsatz von GenesungsbegleiterInnen, die nach einer Erprobungsphase von ca. 2 Jahren angemessen auf die Psych-PV-Ausstattung angerechnet werden könnten.

- c. regelmäßige Qualifizierungsmaßnahmen für die MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen zur Förderung der sozialpsychiatrischen Orientierung, insbesondere bei der Prävention von und dem Umgang mit Zwangsmaßnahmen sowie zur Vorbereitung auf zukünftige sektorübergreifende ambulante Leistungen.
 - d. die Finanzierung einer Systemberatung mit fachlicher Kompetenz hinsichtlich der Entwicklung der Krankenhausbehandlung im regionalen Versorgungssystem auf internationalem Stand, unter Beachtung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und wirtschaftlicher Aspekte.
3. Verbesserung der Personalsituation für die Leistungen des SpsD in den Beratungsstellen um ca. 20 % aus Haushaltsmitteln des Senats. Ansonsten ist der Krisendienst gefährdet, der auch laut Deputationsvorlage unbedingt erhalten bleiben soll.
Anpassung der PIA-Vergütung an die Leistungszahlen, damit durch bessere Kontinuität der ambulanten Behandlung Klinikeinweisungen vermindert werden können.
 4. Erarbeitung eines Rahmenkonzepts für die organisatorische Gliederung der Kliniken am KBO und ihre Entwicklung in Richtung Umsteuerung zu vermehrt sektorübergreifender Versorgung (z.B. Hometreatment) und Bettenabbau.
 5. Verstärkte Beachtung von sozialpsychiatrischer Orientierung und Kompetenz bei der Einstellung neuer MitarbeiterInnen bei allen Berufsgruppen und auf allen Hierarchieebenen.

Begründung zu Teil I

1. Ohne überprüfte Budgetabgrenzung gibt es keine Transparenz. Überprüfung erforderlich auch im Sachkostenbereich. Unterschiede zwischen KBO und KBN müssen ableitbar sei.
2. Die Quersubvention seit ca. 2004 in jährlicher Millionenhöhe ist widerrechtlich. Andere Kliniken mit deutlich geringerem Tagespflegesatz können problemlos 100 % Psych-PV realisieren.
 - a. Es gibt keine vertretbare Begründung dafür, schwer psychisch kranken Menschen Ihr Recht auf halbwegs angemessene Behandlung zu nehmen, auch nicht Probleme in der Somatik. Vielmehr besteht historisch eine besondere Verpflichtung, ihre Grundrechte zu schützen.
Aus Berichten von Patientinnen, Mitarbeiterinnen, von Patientenfürsprechern, von der Besuchskommission liegen eindeutige Anhaltspunkte vor, dass die Behandlung vor allem auf Akutstationen, ständig mehr oder weniger unzureichend, zeitweilig traumatisierend ist.
Viele MitarbeiterInnen sind ständig überlastet und leiden zusätzlich darunter, dass die von ihnen angestrebte Qualität therapeutischer Arbeit nicht leistbar ist.

Nicht für die Behandlung psychisch kranker Patienten eingesetzte Personalkosten müssten den Krankenkassen rückerstattet werden.

Über den Sachverhalt sind die Verantwortlichen auf allen Ebenen informiert. Mehrfache nicht öffentliche Mahnungen haben zu einer Teilanpassung geführt, die weitere Anpassung blieb aus, obwohl bekannt ist, dass durch Leistungsverdichtung aufgrund Verweildauerverkürzung und fachlich erforderliche vermehrte psychotherapeutische Leistungsbedarfe 100% Psych-PV (von 1991) heute nicht mehr ausreichen.

- b. Die bisherigen positiven Erfahrungen mit Genesungsbegleiterinnen, z. B. in Bremerhaven, sind vielversprechend
 - c. Die aktuellen Probleme auf den Stationen und die anstehende Umsteuerung in Richtung sektorübergreifender Behandlung erfordern rechtzeitige Qualifizierungsmaßnahmen (s. auch frühere Umstellungen, so den Bericht über die Regionalisierung der Psychiatrie 2001-2003). Dazugehört auch die Vermittlung neuer Formen therapeutischer Begleitung wie NAT (Need adapted treatment), Recovery, Reflektierendes Team u.a.
 - d. externe Beratung ist zur Systementwicklung aufgrund der dafür erforderlichen Kompetenz, zum Ausgleich von Interessenkonflikten und für die Transparenz der Umsetzungsprozesse unabdingbar.
3. Der Stellenabbau im Funktionsbereich sozialpsychiatrischer Dienst in den letzten Jahren ist angesichts der Zunahme der Leistungszahlen unvermeidbar. Er ist aus Sicht der DGSP auch unwirtschaftlich; denn die Hilfen des sozialpsychiatrischen Dienstes sollen u.a. dazu beitragen, sehr viel aufwendigere Maßnahmen z.B. im Rahmen der Eingliederungshilfe und der Pflege zu verhindern oder zu reduzieren.
- Ein unzureichend ausgestatteter Krisendienst wird zu einem „Einweisungsdienst“ ins Krankenhaus. Die Zunahme der Zwangseinweisungen in den letzten Jahren könnte ein Symptom sein.
4. Sektorübergreifende wirksame Behandlung durch das Krankenhaus und ein dadurch möglicher Bettenabbau sind nur möglich, wenn dafür die Umsteuerung Finanzierungsgrundlagen geschaffen werden.

Die Erstellung eines Rahmenkonzepts für die Einleitung von Verhandlungen mit den Krankenkassen kann innerhalb von drei Monaten erfolgen (Es gibt einen vorläufigen konzeptuellen Entwurf der DGSP dazu). Das Rahmenkonzept müsste in der Mitarbeiterschaft und fachöffentlich erörtert werden, um durch Information, Diskussion und Transparenz die Motivation für einen gemeinsamen Aufbruch zu grundlegenden Qualitätsverbesserungen zu stärken.

Die Organisatorische Gliederung der Kliniken am KBO sollte die sektorenübergreifende Arbeit fördern, d.h. die Regionalisierung weiter entwickeln. Die Bildung bzw. Erhaltung von Spezialstationen darf unter gar keinen Umständen zu Lasten der Versorgung von

schwer chronisch kranken Patienten erfolgen. Ob zwei mit der Somatik vernetzte Stationen für Patienten mit schweren somatischen Problemlagen und z.T. aufwendiger somatischer Pflege (z.B. bei Multimorbidität, schwerer Demenz und prä-/deliranten Suchterkrankungen) notwendig sind, ist zu prüfen, ebenso eine Adoleszentenstation zusammen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Für spezielle Therapieverfahren sind nicht unbedingt spezielle Stationen erforderlich. Die sehr anerkannte Arbeit des Behandlungszentrums am KBN kommt seit einem Jahrzehnt ohne Spezialstationen aus. Empfohlen wird für das KBO die Aufrechterhaltung der Zuordnung der chefärztlich und pflegerisch geleiteten Kliniken P1 und P2 zu den Regionen W/M und S/O, weil sich die Regionalisierung bewährt hat und weil schon ein Verantwortungsbereich für 200 000 Einwohnern sehr groß ist.

Wir empfehlen die Umorganisation eines Teils der vollstationären Behandlung durch Bildung von Teams, die personenzentrierte ambulante Behandlung bei verschiedenen Graden der Beeinträchtigung – akut oder langdauernd – sektorenübergreifend vor allem ambulant ermöglichen, in Anlehnung an englische Erfahrungen (z.T. auch störungsspezifisch) und an die Entwicklung im BHZ Bremen Nord .

Teil II

Verhandlungen zu einer modellhaften Budgetvereinbarung mit den Krankenkassen

Mit folgender Zielsetzung:

1. In den Verhandlungen mit den Krankenkassen sollte ein evtl. Angebot der Budgetabsenkung um wenige Prozent geprüft werden, wenn eine Festschreibung des Budgets auf der Grundlage von 2013/14 nicht durchsetzbar ist.
2. Darauf aufbauend ist eine Vereinbarung über Budgetkonstanz für ca. 5 Jahre anzustreben, bei zusätzlicher Berücksichtigung tariflicher Steigerungen, bei Aufrechterhaltung oder geringer Abnahme (bis ca. 4 %) der Personenzahl – nicht der Fallzahl - der PatientInnen stationär, teilstationär und ambulant (PIA) und Beibehaltung der Pflichtversorgung (sog. „Korridor“).
3. Ziel der Vereinbarung muss unbedingt auch die Möglichkeit sein, aus dem Budget stationsersetzende Maßnahmen zu finanzieren bei Abbau vollstationärer Betten, verbunden mit kostenneutraler Umverteilung in
 - a. tagesklinische, auch akuttagesklinische Plätze (ca. 90 % des Tagespflegsatzes vollstationär, mit der Möglichkeit zu Hometreatment),

- b. ambulante Behandlungsleistungen - in einem zweiten Schritt nach Möglichkeit unter Einbeziehung von Anbietern ambulanter psychiatrischer Pflege und Sozialtherapie in das Budget
 - c. Vergütung von Vernetzungsleistungen durch niedergelassene Ärzte, wenn dadurch die Verweildauer reduziert werden kann.
4. Das personen- und tagesbezogene Finanzierungsmodell muss hinreichend transparent und überprüfbar sein, vor allem für die Vertrauensbildung zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen. Durch die Bildung eines Jahresbudgets entfällt aber der größte Teil des „Misstrauensaufwands“ über den MDK, wie die Erfahrungen von Regionalbudgets zeigen.

Begründung zu Teil II

1. Bei Zunahme oder Abnahme der Personenzahl über den „Korridor“ von ca. 4 % hinaus sind Nachverhandlungen erforderlich
2. Für den Fall, dass durch verbesserte nachhaltige Behandlung trotz verbindlicher Einhaltung der Pflichtversorgung und guter Qualität die Kosten zurückgehen, sollten die Krankenkassen am „Gewinn“ beteiligt werden (zu 1/3 ?).
3. Für das KBO, die GeNo und den Senat ist ein Bettenabbau auch deshalb wirtschaftlich interessant, weil aufwendige Baumaßnahmen entfallen.
4. Die Chancen für erfolgreiche Verhandlungen hängen von der Entwicklung des Entgeltsystems ab, die gegenwärtig noch nicht abzusehen sind. Bei Umsetzung des aktuellen Stands des PEPP-Systems – die Koalition strebt noch „systematische Veränderungen“ an -kann es sein, dass
 - a. unter den gegebenen Bedingungen die finanziellen Einbrüche für die Akutversorgung erheblich sind
 - b. die Krankenhäuser aus finanziellen mehr oder weniger gezwungen sind, schwer kranke PatientInnen sehr kurz zu behandeln und die Angebote für Psychotherapiepatienten auszuweiten.
5. Es erscheint sinnvoll, kurzfristig mit den Krankenkassen Gespräche zu führen, um gemeinsam zu einem patientenorientierten und wirtschaftlichen Versorgungskonzept zu kommen.
Langfristig wird sich die Bildung von Krankenhausbudgets, ergänzt durch Regionalbudgets sehr wahrscheinlich durchsetzen.

Teil III

Transparenz, Qualitätsentwicklung und Evaluation

Da psychisch schwer kranke Menschen in hohem Maße vom Hilfesystem abhängig sind und zumeist nur begrenzt in der Lage, berechnigte Eigeninteressen durchzusetzen, ist der Aufbau eines unabhängigen Systems der Qualitätsentwicklung über das Beschwerdewesen mit Beratung und Fürsprache sowie über die Evaluation des Leistungsgeschehens und der Behandlungsergebnisse von größter Bedeutung, letztlich verfassungsrechtlich geboten (s. auch hier die Ergebnisse der AG 2 des Landespsychiatrieausschusses).

Hier sind neue Wege zu beschreiten.

In diesem Bereich stehen wir nicht nur in Bremen vor der großen Aufgabe der Gestaltung eines konzeptionsgeleiteten, patientenorientierten, verlässlichen und von den Interessen von Leistungserbringern und Kostenträgern hinreichend unabhängigen Systems („besonderer Verbraucherschutz“).

Neben dem traditionellen einrichtungsbezogenen Qualitätsmanagements ist eine regionales QM in Zusammenarbeit von dem Koordinationsgremium der Leistungserbringer, der AG der Krankenkassen und den senatorischen Behörden zu entwickeln, unter Einbeziehung von Vertretern der Nutzer und der Angehörigen.

Aufgaben:

1. Die Systemberatung (s. I - 2 c) wird beauftragt, in Kooperation mit der „Begleitgruppe Weiterentwicklung Psychiatrie“ ein Konzept zu erarbeiten für eine vom Senat zu beauftragende unabhängige „Institution für die Evaluation der Entwicklung des psychiatrischen Hilfesystems“ in seinen verschiedenen Bereichen, im Hinblick auf die Behandlungsergebnisse und die Effizienz der Leistungserbringung.
2. Diese Institution – vorzugsweise von der Universität Bremen - steht regelmäßig oder bei aktuellem Anlass in Kontakt mit
 - unabhängigen, niederschweligen, gut erreichbaren, bei Bedarf aufsuchenden, trialogisch besetzten Beratungs- und Beschwerdestellen
 - Selbsthilfegruppen
 - Patientenfürsprechern, Besuchskommissionen und Ethikkommission
 - Projekten zur Evaluation von Teilbereichen des Hilfesystems
 - Aktivitäten zur Qualitätssicherung bei Leistungsträgern und Leistungserbringern. Es wertet die Informationen und Berichte zusammenfassend aus.
3. Gemeinsam mit Leistungserbringern und Leistungsträgern stimmt sie mittelfristig einen Set von Indikatoren zu einer praktikablen Qualitätsbeurteilung des Hilfesystems ab.

4. Die Finanzierung des Instituts erfolgt gemeinsam durch Leistungsträger und Leistungserbringer, die Vermittlung der Ergebnisse und die Koordination der Umsetzungen durch den Senat.
5. Die Institution kann eigene Untersuchungen initiieren und dafür externe Finanzierung beantragen.

Begründung zu Teil III

1. Zur Unterstützung berechtigter Ansprüche der Patienten und zur Verbesserung der Behandlungsqualität müssen regionale, niedrigrschwellig erreichbare, von den Leistungserbringern und Leistungsträgern unabhängige Beratungs-, Fortbildungs- und Beschwerdestellen, vermehrt geschaffen werden, ergänzend und in Verbindung auch Besuchskommissionen und eine Ethikkommission. Diese Umsetzung dieser Forderung auf dem Hintergrund der gesellschaftlichen Verpflichtung nach der Euthanasie in der Nazizeit und der Beschreibung „elender und menschenunwürdiger“ Zustände in den Fachkrankenhäusern durch die Enquêtekommission noch 1973 aber auch unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben aufgrund der UN-BRK überfällig.
2. Zur Evaluation der Leistungsqualität im Interesse der Wirtschaftlichkeit sind Erhebungen erforderlich, die Outcome-Parameter zur Krankheitssymptomatik, zu Behandlungsdaten, zur Lebensqualität, zum sozialen Funktionsniveau, zur Teilhabe, auch zur Kosteneffektivität erfassen.
3. Ohne ein unabhängiges, Transparenz schaffendes das Versorgungssystem ständig „spiegelndes“ Qualitätssicherungssystem, für das nach modellhaften Erprobungen gesetzliche Grundlagen zu schaffen sind, ist Transparenz in der Qualität der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen nicht zu sichern. Die Investition in ein solches System wird nicht zuletzt auch Einfluss auf den Abbau der Fragmentierung im Hilfesystem hinwirken und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern.

Teil IV

Der Weg zum Gemeindepsychiatrischen Verbund

1. Die Systemberatung (s. I - 2 c) wird beauftragt, in Kooperation mit der „Begleitgruppe Weiterentwicklung Psychiatrie“ unter Beratung durch die SenatorInnen für Gesundheit und Soziales ein Konzept für den schrittweisen Aufbau eines Gemeindepsychiatrischen Verbund der Leistungserbringer mit Pflichtversorgung (unter Einbeziehung von KBO und KBN und - bzgl. der Behandlung drogenabhängiger Patienten - der Klinik Dr. Heines) zu erarbeiten.

2. Die Erfahrungen bei der Vorbereitung des Modellprogramms in Bremerhaven sollen ebenso einbezogen werden wie die Konzepte und Interessen der betroffenen Leistungserbringer.
3. Erste Umsetzungsschritte sollten spätestens 2016 erfolgen.

Begründung zu Teil IV

1. Die fachlich und wirtschaftlich kontraproduktive Fragmentierung in der Pflichtversorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen muss schrittweise überwunden werden.
2. Erster Schritt ist die verbindliche Abstimmung der integrierten PatientInnen-zentrierten Behandlungsprogramme und die Abstimmung der Angebote unter Berücksichtigung fachlicher und wirtschaftlicher Aspekte.
3. Auf dieser Grundlage können Verhandlungen mit den Leistungsträgern zur Verbesserung der Steuerung des psychiatrisch–psychotherapeutischen Hilfesystems erfolgen

Teil V

Weitere Aufgabenbereiche in den nächsten Jahren

Ohne Gewichtung und Anspruch auf Vollständigkeit - z.T. in Anlehnung an die Deputationsvorlage und den Beschluss der Bürgerschaft

1. Systematische Verstärkung der Beteiligung Erfahrener und Angehöriger auf allen Ebenen
2. Modellprojekt Bremerhaven
3. Entwicklung der Kinder-und Jugend-Psychiatrie und –Psychotherapie im regionalen Verbund
4. Bedarfsgerechte Steuerung der ambulanten, tagesklinischen und vollstationären Behandlung von psychisch kranken Menschen mit vorrangig psychotherapeutisch- psychosomatischem Behandlungsbedarf
5. Prävention und Nachsorge in der Forensik
6. Zeitlich begrenzte Wohnbetreuung von psychisch kranken Menschen mit Risiken der Selbst- und Fremdgefährdung in Bremen (statt, wie zurzeit, in entfernten Regionen).
7. Ausbau von Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen und Suchterkrankungen

8. Aktionsplan zur UN-Behindertenrechtskonvention: Ansätze zur Prävention und Inklusion in den Lebensbereichen Familie und Wohnquartier, Bildung und Arbeit, Freizeit und Mitwirkung in der Zivilgesellschaft für das Land Bremen
9. Fachöffentliche Veranstaltungen
10. Aufgaben für die bundespolitische Ebene

Bremen, den 3. September 2014

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
Landesverband Bremen e.V.

Für den Vorstand

Hille Kruckenberg

Vorsitzende