

**Neue Psychiatrie im Bremer Westen
und das Zentrum für seelische Gesundheit
mit integriertem Krisenort**



**"AK Neue Psychiatrie im Bremer Westen"
der Blauen Karawane e.V.**

**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**

Inhaltsverzeichnis

Prolog	1
1 Das Ziel	2
1.1 Die „Zielgruppe“	2
2 Zur Situation	2
3 Psychiatricentwicklung	3
4 Die zukünftige Ausrichtung der psychiatrischen Versorgung in Bremen	4
4.1 Sozialraumorientierung	5
4.2 Offener Dialog	5
4.3 Zukünftige inhaltliche Ausrichtung der Versorgung in weiteren Stichworten	7
5 Voraussetzungen zur Verwirklichung des Zukunftskonzeptes in Stichworten	9
6 Zentraler Ausgangspunkt der zukünftigen regionalen Versorgung in Bremen	10
7 Struktur und Aufgaben des regionalen gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV)	10
8 Regionale Budgetfinanzierung und Steuerung	10
9 Modellprojekt "Umbau von stationär zu ambulant in der Region Bremen West"	11
9.1 Nutzung von Erfahrungswerten anderweitig existierender psychiatrischer Behandlungsmodelle für einen Kriseninterventionsdienst (KID) und die nachgehende gemeindenahe Behandlung (Akut-Tagesklinik mit ACT-Funktion) im Bremer Westen	11
10 Der Transformationsprozess und das zukünftige Zentrum für seelische Gesundheit mit integriertem Krisenort	13
10.1 Der Transformationsprozess in vier Teilschritten (Behandlungsplätze) (Anlagen 1 – 4)	14
10.1.1 Ausgangslage (2022, ZKH-Ost/BHZ-West: Stationäre Betten, Ambulanz, Tagesklinik)	14
10.1.2 1. Teilschritt (2023/24, SGB-V §64b-Modell, Regionales Budget, Home Treatment in Mieträumen in Bremen-West) (evtl. Trägerkonsortium)	14
10.1.3 2. Teilschritt (2025, Umzug, Trägerkonsortium vorübergehend in gemieteten Räumen, Transformation, Ambulanz/Home Treatment)	14

Inhaltsverzeichnis

10.1.4	3. Teilschritt (2026, Neustrukturierung: Kriseninterventionsdienst KID u. nachgehende längerfristige Home Treatment-Behandlung/Akut-Tagesklinik/Assertive Community Treatment, ACT) übergangsweise in gemieteten Räumen in Bremen-West	15
10.1.5	4. Teilschritt (2027) Umzug aller Mitarbeiter*innen in das neue Zentrum für seelische Gesundheit und Aufteilung des Dienstes in 3 Module (Anlagen 1 und 2)	15
10.2	Das multiprofessionelle Team des Zentrums für seelische Gesundheit West und seine Aufgabenteilung in Module nach erfolgter Transformation 2027 (Anlagen 2 – 4)	16
10.2.1	Modul 1: Mobiles Kriseninterventionsteam 1 und 2	16
10.2.2	Modul 2: Team für langfristige kontinuierliche Behandlung (Akut-Tagesklinik-Team mit ACT-Funktion)	16
10.2.3	Modul 3: Team für die Behandlung von Menschen mit akuten und schweren psychischen Erkrankungen/Krisen, die zeitweise eines stationären Aufenthaltes im Krisenhaus bedürfen	16
10.3	Behandlungsplanung und Arbeitskontext im Zentrum für seelische Gesundheit	17
10.4	Kundencenter und Verwaltung	17
10.5	Einbettung des Zentrums für seelische Gesundheit in den sozialen Raum des Stadtteils	17
11	Trägerübergreifender Zusammenschluss im Gemeindepsychiatrischen Verbund West auf der Basis eines regionalen (oder mehrerer) Budgets	18
12	Schlussbemerkung	18
	Anlage 1: Zielzahlen zur Transformation stationärer Behandlung für die Versorgungsregion Bremen-West	
	Anlage 2: Personelle Ressourcen für die Transformation stationärer Behandlung und die Entwicklung zum Zentrum für seelische Gesundheit (exemplarisch)	
	Anlage 3: Entwicklung der personellen Besetzung – aufgeteilt nach Berufsgruppen (exemplarisch)	
	Anlage 4: Multiprofessionelle personelle Besetzung der Schichten im Zentrum (exemplarisch)	
	Anlage 5: Schaubild: Schematische Darstellung des Konzeptes für eine zukünftige psychiatrische Versorgung in der Region Bremen West	

Prolog

Urheber des Konzepts sind der Arbeitskreis „Neue Psychiatrie im Bremer Westen“ und die Träger im GPV-Bremen-West, die das Konzept in der Ursprungsfassung vom 06.12.2017 unterschrieben und an die Gesundheitssenatorin geschickt haben: Bremer Werkgemeinschaft GmbH, Initiative zur sozialen Rehabilitation e. V., Gesellschaft für Ambulante Psychiatrische Dienste GmbH, Martinsclub Bremen e.V., Sozialwerk der Freien Christengemeinde Bremen e.V., Blaue Karawane e. V..

Das 2017 vorgelegte Konzept folgt den Bürgerschaftsbeschlüssen und den Empfehlungen des Gesundheitsressorts von 2013 bis 2015¹. Die Konzeptideen entsprechen sowohl der "S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen"² der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde als auch der UN-Behindertenrechtskonvention³ und dem Landesaktionsplan Bremens⁴ zu deren Umsetzung. Schließlich erfüllt das Konzept auch die (seit Juni 2021 geltenden) Vorgaben der WHO.

**„Die Politik muss in die Inklusion investieren
- in gemeinsames Wohnen, Arbeiten und Leben -
und ein Leben von Menschen mit und ohne Behinderungen ermöglichen.
Nur so kann Ausgrenzung und Stigmatisierung vermieden werden“.**

Verena Bentele, VdK-Präsidentin, ehemals Beauftragte der Bundesregierung
für die Belange von Menschen mit Behinderungen

1. Das Ziel

In diesem Konzept wird die regionale psychiatrische Krisenversorgung als integraler Bestandteil der Transformation einer vornehmlich Betten-orientierten psychiatrischen Versorgung hin zu einem weitestgehend ambulant versorgenden Zentrum für seelische Gesundheit (mit drei Modulen) beschrieben. Dabei stellt das Krisenhaus (mit nur 16 stationären Betten) ein Modul neben zwei weiteren dar. Dies sind das Modul eines lebensumfeldnahen Kriseninterventionsdienstes (KID, für Menschen in einer akuten psychischen Krise) und das Modul der Akut-Tagesklinik, die die Funktion einer langfristigen Lebensumfeld-nahen Behandlung erfüllt (Assertive Community Treatment (ACT), für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen).

1.1 Die Zielgruppe

Die Zielgruppe umfasst schwer akut und chronisch Erkrankte inklusive Menschen mit komplexem Hilfebedarf: psychisch Kranke, Suchtkranke mit zusätzlichen psychischen Erkrankungen, altersbedingt Erkrankte (u. a. Demenz), geistig behinderte Menschen mit psychischen Krisen u. Ä.. Nach ICD 10 gehören dazu die Diagnosegruppen F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, F3 Affektive Störungen, F4 Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen und F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Patienten der Gerontopsychiatrie und Suchtmedizin können ebenfalls behandelt werden.

Die Zielgruppe umfasst 1 – 2 % der Erwachsenenbevölkerung (im Bremer Westen ca. 400 – 700 Menschen). Da aber in der Region Bremen West ein hoher Anteil von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in betreuten Wohnformen lebt (mehr als 200 Betreuungsplätze), ist hier die Zielgruppengröße deutlich höher.

2. Zur Situation

Wegen der seit langem bekannten Notwendigkeit grundlegender Veränderungen der psychiatrischen Versorgung erfolgte am 13.01.2013 ein einstimmig gefasster Bürgerschaftsbeschluss. In diesem Beschluss und in den folgenden Berichten der Gesundheitssenatorin wurden (zusammengefasst) folgende Aufgaben benannt:

- Verbesserung des Verbundsystems und der Sektor- und Sozialgesetzbuch-übergreifenden Kooperationsstrukturen (bis dato: getrennte Finanzierung für ambulant und stationär, getrennte kassenfinanzierte und steuerfinanzierte Hilfesysteme, Vielzahl der Kosten- und Leistungsträger) zur kooperativen, personenzentrierten, regionalen Versorgung
- Einrichtung gemeindepsychiatrischer Verbünde zur Schaffung einer „Versorgung aus einer Hand“
- Abbau stationärer Betten (Bremen mit einer der höchsten Bettenmessziffern in Deutschland) zugunsten einer weitestgehend ambulant ausgerichteten Versorgung (Home Treatment)
- Inklusive Konzepte gegen die institutionalisierte und marktbestimmte Versorgung

- Schaffung von Modellen vor allem für die Zielgruppe der schwer Erkrankten mit komplexem Hilfebedarf auf der Basis von Budget-Finanzierung – mit Einbezug von SGB-V - und SGB-IX-Leistungen
- Sicherstellung eines regional orientierten Krisendienstes (Rund-um-die-Uhr)
- Inhaltliche Orientierung an den Prinzipien von Recovery, Empowerment, sozialräumlichem Denken (vgl. Kapitel 4.1) und des "Offenen Dialogs" (vgl. Kapitel 4.2)
- Einbezug Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger bei der Planung und Umsetzung sowie Einsatz von ausgebildeten Genesungsbegleiter*innen in der Praxis
- Festlegung von Steuerungsverantwortung auf den verschiedenen Ebenen der Versorgung
- Ressourcenschonung durch Qualitätssicherung und Vermeidung von Doppelstrukturen
- Spezialisierung nicht zu Lasten der Ambulantisierung

Aber auch nach 2013 war die Versorgungsstruktur zuerst weiterhin gekennzeichnet durch eine Fehlallokation von Ressourcen, falschen Anreizeffekten und einem Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung.

Daraus folgte: Ohne eine (Kosten-, Leistungserbringungs-, Behörden-)Träger-übergreifende Einigung auf die erforderlichen Rahmenbedingungen für die Zusammenführung der einzelnen Versorgungselemente und für die damit verbundene sektorübergreifende Organisation und Finanzierung kann es keine „Versorgung aus einer Hand“ und keine Transformation geben. Für die Transformation einer stationären, auf Betten- bzw. Betreuungsplatzbelegung orientierten Versorgung in eine weitestgehend ambulante, Lebensumfeld-nahe und Sektor-übergreifende Versorgung ist die Einrichtung regionaler Budgets – sowohl im SGB-V- als auch den SGB-IX-Sektor – unabdingbar.

Ein Schritt in Richtung Budgetfinanzierung war gelungen, als sich in Bremen 2019 erstmals der Krankenhausträger GeNo, Krankenkassen und die Gesundheitsbehörde darauf verständigt haben, den stationären Ressourcen-Anteil von 20 Betten als Budget kostenneutral für ambulante psychiatrische Arbeit zu nutzen – zunächst für die Region Bremen Ost im Rahmen des BravO-Projekts.

Mit der Ressource von 20 abgebauten stationären Betten wurden formal 25 – 30 Tagesklinikplätze geschaffen, mit denen Patient*innen virtuell aufgenommen und als Home Treatment-Patient*innen behandelt werden können.

Allerdings können mit einem solchen Klinikbudget nur wenige betroffene Bürger*innen ambulant krisen- und langzeitbehandelt werden. Für die meisten bliebe es weiterhin bei der vornehmlich stationären Versorgung.

Seit dem Frühjahr 2022 sind sich die Klinikleitung, das Gesundheitsressort und die GeNo einig in dem Bemühen um ein Regionales Budget nach § 64 b SGB V, das ab 2023 starten soll. Damit ist die wichtigste Voraussetzung für die gewünschte Transformation erfüllt.

Die Weiterentwicklung des proklamierten Transformationsprozesses hängt nun davon ab, mit welcher Konsequenz und mit welchen vereinbarten Zielzahlen und Zeiträumen dem ersten Schritt der Nutzung stationärer Ressourcen weitere folgen werden.

Der Arbeitskreis „Neue Psychiatrie im Bremer Westen“ hat das Modellkonzept an die zwischenzeitlich erfolgte Weiterentwicklung angepasst. Die Inhalte des Ursprungskonzeptes von 2017 blieben dabei unverändert.

Bei zwei Psychiatrie-Fachtagen im Oktober 2020 und im Juli 2021 haben beide senatorischen Ressorts (Gesundheit und Soziales) sowie die Ortsamtsleitung West und auch die neue psychiatrische Klinikleitung und weitere Fachleute ihre Befürwortung für das Modellkonzept und seine Verwirklichung ausgesprochen.

3. Psychiatrieentwicklung

International hat sich gezeigt: Gemeindenahe Dienste sind leichter nutzbar für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen und beantworten die Bedarfe wesentlich effektiver als psychiatrische Krankenhäuser⁵.

Im Unterschied zu Deutschland gehört Home Treatment in England, Skandinavien, den Niederlanden, Italien, Australien, Neuseeland und den USA⁶ zu den elementaren Bestandteilen psychiatrischer Versorgung⁷ mit der Umwandlung von stationärer in ambulante Versorgung und mit mobiler Krisenintervention rund um die Uhr

Versorgungssysteme, die konsequent von einer bettenorientierten auf eine lebensumfeldorientierte Versorgung umgebaut wurden, zeigen eine höhere Effizienz und eine bessere Versorgungsqualität wie z.B. eine deutliche Reduzierung von Zwangsbehandlungen, weniger Vergabe von Psychopharmaka und weniger Menschen, die in Heimen oder anderen betreuten Wohnformen versorgt werden müssen (Utschakowski 2002⁸).

Der Ort des Lebens ist auch der Ort der Behandlung (Empfehlung 4 der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen)⁹.

Auch national zeigen sich die Vorteile einer ambulantiserten Psychiatrie, in der die Akutversorgung im Lebensumfeld der Betroffenen organisiert und Krankenhausversorgung nur für Sonderbedarfe genutzt wird:

- Die Wahrscheinlichkeit stationärer Aufnahmen während der akuten Phase ist geringer
- Stationäre Behandlungszeiten sind reduziert
- Behandlungsabbrüche sind seltener
- Erlebte Belastungen bei den Angehörigen sind geringer
- Die Zufriedenheit der Patient*innen und der Angehörigen ist höher
- Die Mortalität ist unverändert
- Die Kosteneffektivität der Behandlung ist höher. (S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen)¹⁰

Mittlerweile gibt es etliche Modelle mit einer Ambulantisierung von Kliniken durch Budgetfinanzierung.

4. Die zukünftige Ausrichtung der psychiatrischen Versorgung in Bremen

In Bremen gibt es erhebliche Ressourcen aus dem Bereich der psychiatrischen Kliniken, aus dem Spektrum ambulanter Behandlung (niedergelassene Ärzt*innen, Ambulante Psychiatrische Pflege, Soziotherapie, Ergotherapie, Besondere Versorgungsverträge etc.) und aus den steuerfinanzierten Angeboten (Betreutes Wohnen, Heime, Tagesstätten), die für den Umbau zur Verfügung stehen.

Der politische Wille in Bremen und die hohe Evidenz für die angestrebte Veränderung fordern einen Paradigmenwechsel.

Es geht um „mehr als um eine bloße Addition bestehender Dienste und Einrichtungen sowie deren forcierte „Ambulantisierung“, sondern um einen völlig neuen Versorgungsmix mit einem eindeutig nicht institutionellen Mittelpunkt.“

(Aus „Rundum ambulant – Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde“ von Ingmar Steinhart und Günther Wienberg, 2017)¹¹

Dieses Konzept folgt den Empfehlungen aus dem genannten Standardwerk von Steinhart und Wienberg. Danach werden die Versorgungsstrukturen nicht länger aus der Perspektive einer sich intern strukturierenden Klinik konzipiert, sondern als sozialräumlich verwurzelte, weitgehend ambulante Angebote.

4.1 Sozialraumorientierung

Sozialraumorientierung bezeichnet in erster Linie eine Perspektive, die sich auf die Person und deren soziale Bezüge richtet und erst in zweiter Linie den Blick auf einen territorialen Zuschnitt (z.B. den Stadtteil).

Neben der „fallspezifischen Arbeit“ geht es um die Entwicklung und Kultivierung „fallunspezifischer Arbeit“, um im Sozialraum nichtprofessionelle Ressourcen zu aktivieren und zu nutzen.

Das Fachkonzept Sozialraumorientierung

- setzt konsequent am Willen und an den Interessen der Adressat*innen (Patient*innen) an
- aktiviert die Adressat*innen und fördert die Eigeninitiative
- konzentriert sich auf die Ressourcen der Adressat*innen, der Mitmenschen und des Sozialraums
- verfolgt eine zielgruppen- und bereichsübergreifende Sichtweise
- lebt von der Bereitschaft der handelnden Akteur*innen (Einrichtungen, Dienste, Institutionen, ...), zu kooperieren und sich zu vernetzen (vgl. Hinte 2002, 2006¹²)

Der sozialräumliche Ansatz stärkt die Infrastruktur durch Kooperation und Vernetzung und befördert eine qualitative Verbesserung der Lebenssituation im Stadtteil, statt Angebotslandschaften durch die Addition weiterer Angebote zahlenmäßig zu erweitern. Um passgenaue Hilfen entwickeln zu können, müssen die in der Lebenswelt der Adressat*innen und die im Stadtteil vorhandenen Ressourcen erkannt und nutzbar gemacht werden (fallübergreifende und fallunspezifische Arbeit). Dies erfordert die Bereitschaft, fachliche Kompetenzen in einen subjektorientierten, sozialräumlichen, interdisziplinären Handlungszusammenhang einbringen zu wollen. Erst die Perspektive, Gesetzes- und Ressortübergreifend zu arbeiten, ermöglicht eine Praxis, die auf Anforderungen aus dem Feld adäquat (im Sinne der Adressat*innen) reagiert.

4.2 Offener Dialog

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

„Offener Dialog“ meint eine Weise des Sich-in-Beziehung-Setzens, bei der dem Respekt vor dem Anderssein des Anderen besondere Bedeutung zukommt. In einer Begegnung auf Augenhöhe, in der jede*r Teilnehmer*in als Experte*in für seine*ihre Lebenserfahrung ernst genommen wird, ist alles Gesagte von Bedeutung.

Da der Ausbruch von psychischen Erkrankungen in engen Zusammenhang mit emotionalen Problemen in der zwischenmenschlichen Beziehung gebracht wird, werden die Familie und das Umfeld des*der Klient*in konsequent in den Behandlungskontext miteinbezogen. Im „Offenen Dialog“ ist jede Stimme wichtig – insbesondere die des*der Klientin selbst. Erst, wenn alle Beteiligten auf Augenhöhe gehört worden und miteinander ins Gespräch gekommen sind, können sich tragfähige Lösungen ergeben.

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

(In Bremen sind wesentliche Teile dieses Ansatzes auch als „Need Adapted Treatment“ (NAT) bekannt geworden. Seit Jahren gibt es bereits umfangreiche Schulungsmaßnahmen bei den sozial-psychiatrischen Trägern.)

Die sieben therapeutischen Prinzipien des Offenen Dialogs:

1. Sofortige Hilfe

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

2. Einbeziehen des sozialen Netzwerks

Das persönliche Netzwerk der Patient*innen wird als positive Ressource betrachtet und auch bei akuten Psychosen einbezogen. Die Familienangehörigen erleben es meist als entlastend, wenn weitere wichtige Personen mit dabei sind, die im Prozess hilfreich sein könnten. Auch der*die ambulante Psychotherapeut*in oder EX-IN'ler*in (psychiatrienerfahrene Peers) sollten dabei sein. Wenn im Behandlungsprozess weitere Personen wichtig werden, können diese auch dazu eingeladen werden. „Bei einer Netzwerk-Perspektive sollten alle in den Prozess integriert werden. Das Problem ist nur gelöst, wenn alle es nicht mehr als Problem bezeichnen“¹³.

3. Flexible Einstellung auf die Bedürfnisse

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

4. Verantwortung

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

5. Psychologische Kontinuität

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

6. Aushalten von Ungewissheit

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

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

7. Förderung des Dialogs

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

Dialoge werden als gemeinsames Nachdenken verstanden, bei dem die Betroffenen die Handlungskompetenz für ihr eigenes Leben stärken können. Seikkula¹⁴ spricht von „fortgesetztem wechselseitigen Erstaunen“ als Bereitschaft, sich im Gesprächsprozess berühren zu lassen, wodurch Heilsames entsteht. Diese offene und empathische Haltung ist für das Gelingen wichtiger als technische Methoden. Jede Stimme wird gehört – auch die evtl. zahlreichen Stimmen innerhalb jedes*r Teilnehmers*in (vertikale Polyphonie).

4.3 Zukünftige inhaltliche Ausrichtung der Versorgung in weiteren Stichworten

- Systemtransformation einer zentralisierten, an Bettenbelegung orientierten Krankenhauspsychiatrie in eine regionalisierte, an den Bedürfnissen der Bürger ausgerichtete ambulante Versorgung.
- Einbeziehung von Heim- und Betreuungsplätzen in den Transformationsprozess.
- Umsteuerung verfügbarer Ressourcen der an der Versorgung beteiligten Träger.
- Behandlung weitestgehend im Lebensumfeld auch bei akuten Krisen (Home Treatment: Krisenintervention kurzfristig, hochfrequent. 24-stündige Verfügbarkeit an 365 Tagen im Jahr, multiprofessionell).
 - ▶ Modul 1 im zukünftigen Zentrum für seelische Gesundheit.
- Aufsuchende, langfristige Behandlung mit personeller Kontinuität für chronisch und schwer psychisch erkrankte Patient*innen, für Menschen mit komplexem Hilfebedarf (Assertive Community Treatment¹⁵ (ACT), hochfrequent, multiprofessionelles Team, 24-stündige Verfügbarkeit an 365 Tagen im Jahr. ACT als integraler Bestandteil eines akut-tagesklinischen Versorgungsangebotes).
 - ▶ Modul 2 im zukünftigen Zentrum für seelische Gesundheit.
- Bis zu 16 stationäre psychiatrische Betten für Menschen, die zeitweise nicht in ihrem Lebensumfeld behandelt werden können (Ausstattung als Krisenort bzw. Krisenhaus).
 - ▶ Modul 3 im zukünftigen Zentrum für seelische Gesundheit.
- Vermeidung von Zwangsmaßnahmen (Zwangsmaßnahmen nur als „letztes Mittel“).
- Verhinderung von Fremd- bzw. Fehlplatzierung.
- Orientierung an Methoden und Haltungen der Prinzipien des Empowerments¹⁶.
- Orientierung an Recovery-Praxis und -Methoden¹⁷.
- Dialogischer¹⁸ bzw. tetralogischer¹⁹ Gesprächsansatz „auf Augenhöhe“.
- Peer-Support²⁰, Einbezug Psychiatrieerfahrener, Ex In-Ausgebildeter²¹, Genesungsbegleitender²²
- Nutzer*innen-Beteiligung an allen Prozessen und auch in den Organen des Versorgungssystems.
- Aufbau von Beschäftigung außerhalb psychiatrischer Einrichtungen.
- Sofern für eine Zielgruppe spezifische therapeutische Kompetenz erforderlich ist, muss diese für den gesamten stationär-ambulanten Versorgungs-Zusammenhang zur Verfügung stehen.
- Themenzentrierte Gruppenangebote (Sucht, Empowerment, Medikamentenreduktion u.a.).

5. Voraussetzungen zur Verwirklichung des Zukunftskonzeptes in Stichworten

Voraussetzungen und Aufgaben	Zuständigkeit
Paradigmenwechsel von Stationär zu Ambulant	Alle Akteur*innen im Verbund
Bettenabbau in der psychiatrischen Klinik. Nutzung der vormals stationären Ressourcen für den Umbau	GeNo
Abbau/Umbau von Betreuungs- und Wohnheimplätzen im SGB-IX-Bereich, Nutzen der Ressourcen, Schaffung einer Vertrauensbasis, Gegenseitige Offenlegung von für gemeinsame Ressourcennutzung relevanten Zahlen	Freie Träger des SGB-IX-Bereichs
Umwandlung der verordnungsbasierten ambulanten Leistungsangebote wie APP, Psychotherapie oder wie ehemals Rückzugsräume in das Leistungsgeschehen des Regionalen Budgets. (orientiert am "Offenen Dialog")	Ambulant tätige SGB-V-Träger
Sektorübergreifende Versorgung unter Berücksichtigung der SGBs V, IX, und XI	GeNo, ambulant tätige SGB-V-Träger, freie Träger des SGB-IX-Bereichs, andere Kostenträger
Optimierung des GPVs mit verbindlichen Kooperationsstrukturen. Evtl. trägerübergreifende Zusammenarbeit	GeNo, ambulant tätige SGB-V-Träger, freie Träger des SGB-IX-Bereichs
Schaffung zweier regionaler Psychriatriebudgets (RPB) ²³ – nach §64b im SGB-V-Bereich und als Eingliederungshilfe-Budget im SGB-IX-Bereich (Später ggfls. Zusammenführung der RPB`s zu einem gemeinsamen)	Die Ressorts Soziales und Gesundheit sowie Krankenkassen
Verbindliche regionale Versorgungsverpflichtung, insbesondere für schwer, akut und chronisch Erkrankte inkl. Menschen mit komplexem Hilfebedarf. Dazu sind zu zählen: Psychisch Kranke, Suchtkranke mit psychischen Erkrankungen, altersbedingte Erkrankte (u. a. Demenz), Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Krisen u.Ä.	GeNo, ambulant tätige SGB-V-Träger, freie Träger des SGB-IX-Bereichs, Kostenträger mit Unterstützung/Aufforderung seitens der entsprechenden Ressorts Soziales und Gesundheit
Verhinderung von Fehl- und Fremdplatzierungen, insbesondere außerhalb Bremens	Steuerungsstelle und die Ressorts Soziales und Gesundheit

6. Zentraler Ausgangspunkt der zukünftigen regionalen Versorgung in Bremen

Das Zentrum für seelische Gesundheit (ZfsG)

- ist ein Zentrum in jeder Region mit nur noch einem Teil der vorherigen Krankenhausbetten (ein Viertel bis ein Drittel) mit ambulanten, teilstationären und stationären (Krisenhaus-)Funktionen im Lebensumfeld der Betroffenen und für Sozialraum-orientierte Arbeit
- benötigt erfahrungsgemäß für je ca. 40.000 Einwohner*innen jeweils ein Kriseninterventions-team²⁴
- vernetzt seine multiprofessionelle Arbeit mit den übrigen Berufsgruppen/Institutionen in der Region
- kooperiert mit den übrigen Versorgungsträgern im gemeindepsychiatrischen Verbund (Zur Struktur und Vernetzung eines Zentrums für seelische Gesundheit siehe beigefügtes Schaubild - Anlage 5)

7. Struktur und Aufgaben des regionalen gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV)

(Siehe hierzu die Satzung und Kooperationsvereinbarung des GPV vom 05.02.2020: Organisation verbindlicher Kooperationsstrukturen). Gegebenenfalls erfolgt die Gründung eines trägerübergreifenden Zusammenschlusses als Anstellungsträger für das regionale Gesamtteam des jeweiligen neuen Zentrums für seelische Gesundheit.

8. Regionale Budgetfinanzierung und Steuerung

Notwendige Vorbedingungen sind zunächst die Umwandlung des Klinikbudgets (gemäß BravO-Konzept) in ein regionales Budget nach § 64b SGB V (Siehe Abschnitt 2 und 5) und die Schaffung von Eingliederungshilfe-Budgets im SGB-IX-Bereich (Siehe Abschnitt 5) – zunächst als getrennte, später gegebenenfalls als gemeinsame regionale Budgets.

Die aus dem abgebauten stationären Bereich freigewordenen Ressourcen sind die finanzielle Basis für die Arbeit des neuen „Zentrums für seelische Gesundheit“. Eine trägerunabhängige Steuerungsstelle im GPV stellt sicher, dass für die Krankenkassen keine kostenträchtigen Bedarfe neben der im Rahmen des Budgets erfolgenden Versorgung heranwachsen. Die Sektor-übergreifende Budgetfinanzierung sorgt dafür, dass keine zusätzlichen Kosten durch Doppelstrukturen und Marktbestimmtheit der Angebotsstruktur entstehen.

Wenn sich im Laufe der Zeit weitere Träger in das budgetfinanzierte Projekt einbeziehen wollen, so dass das Projekt an Größe zunimmt, sollte das regionale psychiatrische Budget jeweils um den Betrag angehoben werden, den der hinzukommende Träger einbringt.

(Die Wege zu einer neuen regionalen psychiatrischen Versorgung werden in den fünf bremischen Regionen unterschiedlich verlaufen, da bereits gegenwärtig die Voraussetzungen unterschiedlich sind.)

In Fachkreisen und bei politischen Entscheidungsträger*innen herrscht Einigkeit darüber, dass eine Sektor-übergreifende Budgetfinanzierung nötig ist, um die Umwandlung von stationär zu ambulant verwirklichen zu können. Ebenso besteht Einigkeit darüber, dass die Finanzierungssicherheit für die Versorgung nicht länger auf einer (vorsorglichen) Sicherung der Bettenzahl und der Fallzahlen in der Einzelfallhilfe basieren darf.

9. Modellprojekt

"Umbau von stationär zu ambulant in der Region Bremen West"

(Siehe hierzu auch das beigefügte Schaubild – Anlage 5)

Im Folgenden wird ein Konzept für eine Versorgung der Region Bremen West²⁵ beschrieben, das als Modell (Laufzeit acht Jahre) finanziell auf der Grundlage eines regionalen Psychriatriebudgets (RPB) basiert.

Die grundlegenden Voraussetzungen für den beschriebenen Umbau gelten für die Region West ebenso wie für andere Regionen in Bremen. In den fünf Stadtteilsektoren Bremens leben jeweils zwischen 90.000 und 120.000 Einwohner*innen (z.B. im Bremer Westen 93.000 Einwohner*innen).

Daten des Klinikums Bremen-Ost zufolge (Stand 2022) werden für die Region Bremen West 54 vollstationäre Betten und 30 tagesklinische teilstationäre Plätze vorgehalten.

Analog zu den Erfahrungen andernorts werden für den Bremer Westen statt 54 nur noch 16 stationäre psychiatrische Plätze erforderlich sein (Reduzierung der Krankenhausbettenzahl auf 30%).

9.1 Nutzung von Erfahrungswerten anderweitig existierender psychiatrischer Behandlungsmodelle für einen Kriseninterventionsdienst (KID) und die nachgehende gemeindenahere Behandlung (Akut-Tagesklinik mit ACT-Funktion) im Bremer Westen

Nach dem gemeinsamen Fachkonzept „Regionale psychiatrische Krisenversorgung“ der Kliniken des Bezirks Oberbayern und des Krisendienstes Psychiatrie München (von 2012) ist bei 1.000 Einwohner*innen jährlich von knapp 10 Krisenfällen auszugehen. Die Zahl ist größenordnungsmäßig auf andere (insbesondere städtische) Regionen übertragbar.

Demzufolge ist für den Bremer Westen bei 93.000 Einwohner*innen mit ca. 900 Krisenfällen pro Jahr, d.h. ca. 2,5 pro Tag zu rechnen.

Nach fachlichen Expertisen kann ein Kriseninterventionsteam (KI-Team) bei einer Teamstärke von 15 Vollzeitkräften (VK) mit einer Behandlungskapazität von zeitgleich ca. 20 bis 30 Patient*innen eine Population von 40.000 bis 60.000 Einwohner*innen versorgen.

Auf den Bremer Westen bezogen bedeutet dies, dass man für 93.000 Einwohner*innen ein Kriseninterventionsteam mit ca. 28 VK benötigen würde.

Für dienachgehende gemeindenahere Behandlung (Assertive Community Treatment) kann diesen fachlichen Expertisen zufolge ein (ACT-)Team bei einer Teamstärke von 10 VK mit einer Behandlungskapazität von ca. 200 Patient*innen eine Population von 35.000 bis 40.000 Einwohner*innen versorgen.

Auf den Bremer Westen bezogen bedeutet dies, dass ein längerfristig begleitendes ACT-Team mit ca. 25 VK benötigt würde.

Beide Teams (für KID und ACT) zusammen sollten demnach für die Versorgung von 93.000 Bürger*innen im Bremer Westen eine Stärke von ca. 53 VK haben.

9.2 Personelle Ressourcen für den Umbau (Transformation) von stationär zu ambulant in der Region Bremen West

9.2.1 Personelle Ressourcen der Klinik

Die finanziellen Ressourcen aus dem Abbau stationärer Betten sollen für den Aufbau der ambulanten Versorgung der Region Bremen-West genutzt werden. Das Personal, welches zuvor in der Klinik gearbeitet hat, soll in Zukunft weitestgehend ambulant im Zentrum für Seelische Gesundheit der Region Bremen-West arbeiten.

Den vorliegenden Daten zufolge wird von insgesamt 51 VK für den stationären Bereich ausgegangen und von 17 VK (zuzüglich 1,5 MFA) für den tagesklinischen, institutsambulanten und Beratungsstellen-Bereich (ÖGD) des Behandlungszentrums West.

9.2.2 Personelle Ressourcen aus ambulanten Leistungen nach SGB V

Bis Anfang 2020 wurden im Bremer Westen (von der Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste GmbH) ca. 100 Menschen pro Monat aufsuchend in ihrem Lebensumfeld mit SGB-V-Regelleistungs- und Sondervertrags-Angeboten (APP, Soziotherapie u.a.) versorgt. Für diese Versorgung waren 8 – 10 VK tätig. Im zwischenzeitlich geschlossenen Rückzugshaus arbeiteten bis zu diesem Zeitpunkt zusätzlich 8 VK, und 4,5 weitere VK waren im Kriseninterventionsdienst tätig.

Bei einer Einigung mit den Kostenträgern könnten diese personellen Ressourcen - einschließlich der aus der Krisenversorgung im ehemaligen Rückzugshaus (12,5 VK) - in ein neu erstelltes regionales Budget einfließen.

9.2.3 Ressourcen von den freien Trägern der Eingliederungshilfe /BTHG (SGB-IX-Leistungen)

Die Eingliederungshilfeträger im Westen sind gut vernetzt und verfügen über große Erfahrung und infrastrukturelle Möglichkeiten, die sie in die gemeinsame Versorgung nach dem Zukunftskonzept einbringen können:

- Langjährig geschultes und qualifiziertes Personal mit zum Teil unterschiedlichen Qualifikationen
- Eine gut ausgebaute Infrastruktur in Bezug auf Wohnraumangebote, Begegnungsräume, Fahrzeuge u.Ä.
- Vernetzung und gemeinsame Projekte in unterschiedlichsten Bereichen
- Verschiedene Möglichkeiten für Arbeit und Beschäftigung (z.B. ArBiS, GiB, Tagesstätten usw.)
- Implementierung bzw. Ausbau von Ex-In-Genesungsbegleitung sowie Ausbau von Trialog bzw. Tetralog
- Übergreifende Gruppenangebote für Nutzer*innen im Sinne von Recovery, Empowerment u.a.
- Nutzung von Personalressourcen der freien Träger für das ZfsG (Hinweis: Das Rückzugshausangebot wurde seinerzeit von vielen Nutzer*innen aus dem betreuten Wohnen in Krisen wahrgenommen)

Die Versorgungsform der Bewohner*innen-Klientel soll geändert werden: Es geht um die Transformation von Betreuung von Bewohner*innen auf festen Wohnplätzen hin zu ambulanter, budgetfinanzierter und kostenneutraler Versorgung von Bürger*innen der Region (durch die Ressourcen-Umwandlung von betreuten Wohnplätzen).

Dies gilt für alle beteiligten Träger der Eingliederungshilfe in der Region (anteilig).

Sofern die Umwandlung in entsprechende neue Leistungstypen seitens der Kostenträger anerkannt wird, könnten die Träger im Bremer Westen ihre pädagogischen Mitarbeiter*innen einbringen.

Derzeit verfügen die Träger im Westen über eine Mitarbeiter*innen-Zahl von insgesamt 40,8 VK (nach den vorliegenden Daten).

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

10. Der Transformationsprozess und das zukünftige Zentrum für seelische Gesundheit (ZfsG) mit integriertem Krisenort

Das Konzept folgt den im Strategiepapier der Gesundheitssenatorin 2019 genannten ersten Transformationsschritten, überträgt diese anteilig auf die Region Bremen-West und ergänzt sie um weitere Schritte bis zu einer Transformation (und dem Abbau) von insgesamt 70 Prozent der für den Bremer Westen vorgehaltenen Bettenplätze im Klinikum Bremen-Ost. Außerdem schließt dieses Konzept an den mit der BravO-Konzeption begonnenen Umwandlungsprozess an.

In den Abschnitten 10.1 (Teilschritte des Transformationsprozesses) und 10.2 (Aufgabenteilung des Teams im ZfsG in Module) wird dieser Prozess bis zur Fertigstellung (ca. 2027) des ZfsG beschrieben. Im ZfsG wird Home Treatment mit personeller Kontinuität das Prinzip sowohl für die akute Krisenversorgung als auch für die langfristige Behandlung sein. Ambulanz und (Akut-)Tagesklinik werden flexibel miteinander und auch mit dem im ZfsG integrierten stationären Bereich (dem Krisenort) verbunden sein.

Die im Einzelnen genannten Zahlen für die Verteilung der Behandlungsplätze bei den Transformationsschritten und für die Aufteilung der Mitarbeiter*innen in den Teams nach Berufsgruppen, wie sie in den Abschnitten 10.1 und 10.2 und auch in den Tabellen der Anlagen 1 bis 4 wiedergegeben sind, sind als exemplarisch zu verstehen und können sich auch anders ergeben.

Insgesamt führt der Transformationsprozess bis hin zum Zentrum für seelische Gesundheit (ZfsG) zu einer:

- Umwandlung von 38 der 54 Bettenplätze (70%) in Home Treatment-Behandlungsplätze
- Verlagerung der verbleibenden 16 stationären Plätze als Übernachtungsplätze in den Krisenort im ZfsG
- Umwandlung des Behandlungszentrums West und Umzug mit Tagesklinik, sozialpsychiatrischem Dienst und Institutsambulanz in das neue ZfsG - mit den drei Modulen Kriseninterventionsdienst KID, Akut-Tagesklinik mit ACT-Funktion und Krisenort
- Transformation von 63 Wohnbetreuungsplätzen im Bremer Westen in eine ambulante, budgetfinanzierte Versorgung von Bürger*innen in der Region durch das ZfsG

10.1 Der Transformationsprozess in vier Teilschritten (Die Behandlungsplätze) (Anlagen 1 – 4)

10.1.1 Ausgangslage (2022, ZKH-Ost/BHZ-West: Stationäre Betten, Ambulanz, Tagesklinik)

- Insgesamt 54 stationäre Plätze (51 Vollzeitkräfte = VK):
 - 2 Regional-Stationen Bremen-West mit jeweils 18 Plätzen (je 17 VK)
 - Anteilig (25% von 72) zu Bremen-West gehörende 18 Schwerpunkt-Plätze (und 17 VK), davon jeweils 4,5 Plätze (und je 3 VK) für die Bereiche Sucht, Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Gerontopsychiatrie/Demenz

- 30 Tagesklinikplätze und ambulante Versorgung (PIA, Beratungsstelle/SpsD.) (17 VK + 1,5 MFA)

10.1.2 1. Teilschritt (2023/24, §64b-SGB-V-Modell, Regionales Budget, Home Treatment in Mieträumen in Bremen-West) (evtl. Trägerkonsortium)

- Insgesamt 36 stationäre Plätze u. ca. 25 BravO Home Treatment-Plätze (51 VK) (Anlagen 1 u. 2):
 - 1 Regionalstation Bremen-West mit 18 Plätzen weiterhin in Bremen-Ost (17 VK)
 - Anteilig zu Bremen-West gehörende 18 Schwerpunkt-Plätze weiterhin in Bremen-Ost (17 VK)
 - Umwandlung von 18 Bettenplätzen in ca. 25 BravO Home Treatment-Plätze (§64b SGB-V-Modell) und Umzug in gemietete Räume im Bremer Westen (17 VK) (Siehe Anlagen 1 und 2)
- 30 Tagesklinikplätze (umgewandelt zu Akut-TK-Plätzen), PIA – Ambulanz, Beratungsstelle/SpsD (24 VK, davon 5 von SGB-IX- bzw. EGH-Trägern und 2 von der Gesundheitsbehörde / Daseinsvorsorge) (Siehe 9.2.3 und Anlagen 1 u. 2)

10.1.3 2. Teilschritt (2025, Umzug, Trägerkonsortium vorübergehend in gemieteten Räumen, Transformation, Ambulanz/HT)

- Insgesamt 16 stationäre Krisenplätze und ca. 52 virtuelle Home Treatment-Plätze (56 VK) (siehe Anlagen 1 u.2)
 - Umwandlung von 16 Schwerpunkt-Betten zu Krisenplätzen, weiterhin in Bremen-Ost (21 VK) (Siehe Anlagen 1 u. 2)
 - Transformation. von 18 stationären Regional- und von 2 Schwerpunkt-Plätzen in 25-30 (Geronto: 27) Home Treatment-Plätze (§64b SGB-V) (18 VK, davon 3 von SGB-IX- bzw. EGH-Trägern) (Siehe 9.2.3 und Anlagen 1 und 2)
 - ca. 25 BravO Home Treatment-Plätze (17 VK, davon 2 von SGB-IX- bzw. EGH-Trägern) Siehe 9.2.3 u. Anlagen 1 u. 2)
- Transformation von 30 Akut-TK-West-Plätzen in regionale Home Treatment-Plätze gem. §64b SGB V Modell, Beratungsstelle/SpsD. (24 VK, davon 5 von SGB-IX- bzw. EGH-Trägern und 2 von der Gesundheitsbehörde / Daseinsvorsorge) (Siehe 9.2.3 u. Anlagen 1 und 2). Nächtlicher Aufenthalt bei Bedarf möglich (ohne Betten)

10.1.4 3. Teilschritt (2026, Neustrukturierung: Kriseninterventionsdienst KID u. Nachgehende längerfristige HT-Behandlung/Akut-Tagesklinik/Assertive Community Treatment, ACT) übergangsweise in gemieteten Räumen in Bremen-West

- Insgesamt 16 stationäre Krisenplätze und 82 virtuelle HT-Plätze, 39 für KID (kurzfristig) und 43 für ACT (längerfristig) (80 VK) (Siehe Anlagen 1 u. 2)
 - 16 stationäre Krisenplätze in Bremen-Ost (24 VK, davon 2 von SGB-IX- bzw. EGH-Trägern)
 - Kriseninterventionsdienst (KID) mit 39 virtuellen Behandlungsplätzen (26 VK inkl. SpsD/ ÖGD, davon 3 von SGB-IX- bzw. EGH-Trägern) (Siehe Anlage 1 und 2)

- o Nachgehende längerfristige Behandlung (Akut-tagesklinische Behandlung / Assertive Community Treatment, ACT) mit 43 virtuellen Behandlungsplätzen (30 VK, davon 5 von SGB-IX-bzw. EGH-Trägern und 2 von der Gesundheitsbehörde / Daseinsvorsorge) (Mit bis zu 8 Übernachtungsplätzen) (Siehe Anlage 1 und 2)

10.1.5 4. Teilschritt (2027) Umzug aller Mitarbeiter*innen in das neue Zentrum für seelische Gesundheit und Aufteilung des Dienstes in 3 Module (Anlagen 1 und 2)

- 1. Modul: Kriseninterventionsdienst KID mit 39 virtuellen Behandlungsplätzen, diese aufgeteilt in:
 - o KID 1 mit 24 virtuellen Plätzen (15,5 VK (inkl. SpsD/ÖGD), davon 2 von SGB-IX- bzw. EGH Trägern) für Walle und Findorff mit 56.500 Einwohner*innen (Siehe Anlagen 1 und 2)
 - o KID 2 mit 15 virtuellen Plätzen (10,5 VK (inkl. SpsD/ÖGD), davon 1 von SGB-IX-Trägern) für Gröpelingen und Oslebshausen mit 36.500 Einwohner*innen (Siehe Anlagen 1 und 2)
- 2. Modul: Nachgehende längerfristige Behandlung (Akut-tagesklinische Behandlung bzw. Assertive Community Treatment ACT) mit 43 virtuellen Behandlungsplätzen (30 VK, davon 5 von SGB-IX- bzw. EGH-Trägern und 2 von der Gesundheitsbehörde / Daseinsvorsorge) (S. Anlagen 1 u. 2)
- 3. Modul: Krisenort mit 16 stationären Plätzen im ZfsG (24 VK, davon 2 von SGB-IX- bzw. EGH-Trägern) (Siehe Anlagen 1 und 2)

Für die erwarteten 900 Krisenfälle (Siehe 9.1) stehen pro Jahr ca. 82 virtuelle HT-Plätze und für jeden Krisenfall (jedes Home Treatment) ca. 33 Behandlungstage zur Verfügung, davon nach der o.g. Modulaufteilung 16 Tage für den Kriseninterventionsdienst und 17 Tage für die nachgehende längerfristige Behandlung.

(In den Anlagen sind die 4 Schritte des Transformationsprozesses zur Veranschaulichung in Zielzahlen (als Beispiel, nicht als Festlegung) wiedergegeben.

Anlage 3 zeigt eine mögliche Aufteilung der multiprofessionellen Teilteams nach Berufsgruppen und Anlage 4 eine mögliche Aufteilung der VK auf 3 Schichten.)

10.2 Das multiprofessionelle Team des Zentrums für seelische Gesundheit West und seine Aufgabenteilung in Module nach erfolgter Transformation 2027 (Anlagen 2 – 4)

10 Ärzt*innen, 40 Pflegekräfte, 6 Ergotherapeut*innen, 6,5 Psycholog*innen, 6,5 Sozialarbeiter*innen, 2 Bewegungstherapeut*innen und 9 Ex-In-Genesungsbegleiter*innen (davon bis zu 68 VK aus dem Klinikum Ost bzw. dem BHZ West) können im Zentrum für seelische Gesundheit vorwiegend ambulant arbeiten.

2 Vollzeitkräfte werden über die Gesundheitsbehörde ("Daseinsvorsorge") finanziert, 10 Vollzeitkräfte über die Eingliederungshilfeträger.

Summe der Vollzeitkräfte insgesamt: 80.

Die gemeinsame Aufgabe ist die weitestgehend aufsuchende Behandlung von Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen/Störungen in ihrem Lebensumfeld nach den Leitlinien, wie in Kapitel 4 beschrieben.

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

10.2.1 Modul 1: Mobiles Kriseninterventionsteam 1 und 2

Da der Einzugsbereich für ein mobiles Kriseninterventionsteam begrenzt sein muss (größenordnungsmäßig auf ca. 40.000 Einwohner*innen), werden aus dem Mitarbeiter*innen-Pool zwei Teams gebildet, die zum ZfsG gehören: KID 1 für Walle/Findorff (56.500 Einwohner*innen) und KID 2 für Gröpelingen/Oslebshausen (36.500 Einwohner*innen). Beide Teams sind zuständig für akute ambulante Krisenintervention rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr: Home Treatment, möglichst Vermeidung von stationären Aufenthalten, kurzfristig, multiprofessionell, Beendigung nach Ende der Krise, Gatekeeper-Funktion, d.h. Begleitung und Steuerung in die weiterführende Behandlung.

KID 1: 1,5 Ärzt*innen, 8 Pflegekräfte, 1,5 Psycholog*innen, 1,5 Sozialarbeiter*innen, 1 Ergotherapeut*in, 2 Ex In-Genesungsbegleiter*innen (insgesamt 15,5 VK)

KID 2: 1,5 Ärzt*innen, 5 Pflegekräfte, 1 Psycholog*in, 1 Sozialarbeiter*in, 1 Ergotherapeut*in, 1 EX In-Genesungsbegleiter*in (insgesamt 10,5 VK).

10.2.2 Modul 2: Team für langfristige kontinuierliche Behandlung (Akut-Tagesklinik-Team mit ACT-Funktion)

Home Treatment, Assertive Community-Treatment, 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr, multiprofessionell, personelle Kontinuität, Vermeidung und Behandlung von Rückfällen, Team mit Case-Management- und Gatekeeper-Funktion, d.h. Begleitungs- und Steuerungsfunktion für die weitere Versorgung.

Akut-TK-Team: 4 Ärzt*innen, 16 Pflegekräfte, 2 Ergotherapeut*innen, 2 Psycholog*innen, 2 Sozialarbeiter*innen, 1 Bewegungstherapeut*in, 3 Ex In-Genesungsbegleiter*innen (insgesamt 30 VK).

10.2.3 Modul 3: Team für die Behandlung von Menschen mit akuten und schweren psychischen Erkrankungen/Krisen, die zeitweise eines stationären Aufenthaltes im Krisenhaus bedürfen

Bis zu 16 Betten können belegt werden. Aus dem Mitarbeiter*innen-Pool wird ein Krisenhausteam gebildet.

Krisenhausteam: 3 Ärzten*innen, 11 Pflegekräfte, 2 Ergotherapeut*innen, 2 Psycholog*innen, 2 Sozialarbeiter*innen, 1 Bewegungstherapeut*in und 3 Ex In-Genesungsbegleiter*innen (insgesamt 24 VK).

Die Arbeitsbereiche der drei Module arbeiten nicht voneinander getrennt, sondern kooperieren miteinander und ermöglichen Übergänge.

10.3 Behandlungsplanung und Arbeitskontext im Zentrum für seelische Gesundheit

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

Auch die Mitarbeiter*innen des 3. Moduls (stationärer Bereich, „Krisenort“) arbeiten im 3-Schichten-System. Auch hier gilt – nach Möglichkeit – das Prinzip der Behandlungskontinuität.

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

10.4 Kundencenter und Verwaltung

Das Kundencenter ist Teil des operativen Bereichs und Anlaufstelle für alle am Behandlungsprozess beteiligten Personen und Institutionen: Patient*innen, Angehörige, Bezugspersonen, Mitarbeiter*innen, EX-In-Genesungsbegleiter*innen, Krankenhäuser, Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Krankenkassen (Abrechnung) usw..

Tagsüber ist das Kundencenter zu den üblichen Bürozeiten geöffnet. Es ist besetzt mit Medizinischen Fachangestellten sowie Mitarbeiter*innen für Lohnbuchhaltung, Bilanzbuchhaltung und Korrespondenz. Abends, nachts und am Wochenende ist das Kundencenter durch eine dort anwesende Person telefonisch erreichbar.

10.5 Einbettung des Zentrums für seelische Gesundheit in den Sozialraum der Region

Das ZfsG-West soll nicht nur Räume für die professionellen Tätigkeiten vorhalten, sondern darüber hinaus möglichst vielen nichtpsychiatrischen Aktivitäten Raum bieten, sodass sich engagierte und interessierte Bürger*innen am sozialen und kulturellen Geschehen beteiligen können. Das neue ZfsG wird damit nicht nur ein Krisenort, sondern auch ein Ort des bunten Lebens im Stadtteil. Die Arbeit der Mitarbeiter*innen des ZfsG spielt sich nicht wie in einer Klinik ab, sondern - so weit wie möglich - an nichtpsychiatrischen Orten. (Zu Sozialraumorientierung siehe Abschnitt 4.1.) Dies gilt besonders für den Aufbau von Projekten mit sinnstiftender Tätigkeit, die geeignet sind, Menschen mit und ohne Handicaps zusammen zu bringen, Gemeinschaft zu stiften und den Sozialraum zu beleben.

Hierbei ist u.a. das Know-how von Ergotherapeuten*innen, von Ex-In-Mitarbeiter*innen, von Mitarbeiter*innen und Nutzer*innen anderer Leistungsträger und von ehrenamtlich engagierten Bürger*innen gefragt.

11. Trägerübergreifender Zusammenschluss im Gemeindepsychiatrischen Verbund West auf der Basis eines regionalen (oder mehrerer) Budgets

Für eine neue Versorgung auf der Basis regionaler Budgets sind neben den Ressourcen, die aus dem Abbau psychiatrischer Betten frei werden (SGB-V-Bereich), auch die zu nutzen, die aus dem teilweisen Abbau von Betreuungsplätzen in Heimen und im Betreuten Wohnen (SGB-IX-Bereich) frei werden: weg von institutioneller und hin zu gemeinwesen orientierter Arbeit (Sozialraumpflege, fallunspezifische Arbeit, Home Treatment). Die frei gewordenen Ressourcen müssen im Rahmen eines Zusammenschlusses der Leistungserbringer im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) genutzt werden. Voraussetzungen für die diesbezüglichen Verhandlungsgespräche sind Offenheit und gegenseitiges Vertrauen der beteiligten Träger.

Die sektorübergreifende Zusammenarbeit aller Beteiligten ist in der Anlage 5 schematisch wiedergegeben.

12. Schlussbemerkung

Der Umbau von der zentralen, Bettenbelegungs-orientierten Psychiatrie hin zu einer regionalen, weitestgehend ambulanten Versorgung wird seit Jahren von der Bremer Bürgerschaft gefordert. Er ist nach internationalen und nationalen Erfahrungen machbar und qualitativ besser. Er entspricht den S3-Leitlinien, den Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention und auch denen der WHO. Er wird von den außerklinischen Versorgungsträgern angestrebt und braucht die entscheidende Unterstützung der Verantwortlichen auf politischer und Kostenträger-Seite und von der Seite der GeNo als Träger der psychiatrischen Klinik Bremen Ost.

- Anlage 1: Zielzahlen zur Transformation stationärer Behandlung für die Versorgungsregion Bremen-West
- Anlage 2: Personelle Ressourcen für die Transformation stationärer Behandlung und die Entwicklung zum Zentrum für seelische Gesundheit (exemplarisch)
- Anlage 3: Entwicklung der personellen Besetzung – aufgeteilt nach Berufsgruppen (exemplarisch)
- Anlage 4: Multiprofessionelle personelle Besetzung der Schichten im Zentrum (exemplarisch)
- Anlage 5: Schaubild: Schematische Darstellung des Konzeptes für eine zukünftige psychiatrische Versorgung in der Region Bremen West

- 1 https://www.gesundheit.bremen.de/detail.php?template=20_search_d&search%5Bsend%5D=true&lang=de&search%5Bvt%5D=Weiterentwicklung+der+Psychiatriereform+in+Bremen
- 2 S3 Leitlinien Psychosoziale Therapien: <https://psychiatrietogo.de/2014/09/23/s3-leitlinie-psycho-soziale-therapien>
- 3 UN-Behindertenrechtskonvention - <https://www.behindertenrechtskonvention.info>
- 4 https://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/2015-02-05_Landesaktionsplan_UN-BRK_Endgültige_Version_mit_Fotos.pdf
- 5 Dr. Benedetto Saraceno, Director of the WHO Mental Health and Substance Abuse Genf 2007, <https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr45/en/index.html>
- 6 https://de.wikipedia.org/wiki/Home_Treatment
- 7 Sonia Johnson, Justin Needle, Jonathan P. Bindman, Graham Thornicroft (Hrsg.): Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health Cambridge University Press, 11. August 2008, ISBN 978-0521678759 David S. Heath (Hrsg.): Home Treatment for Acute Mental Disorders: An Alternative to Hospitalization Routledge, 3. November 2004, ISBN 978-0415934084 Neil Brimblecombe(Hrsg.): Acute Care in the Community: Intensive Home Treatment (IHT) as an Alternative to Psychiatric Admission Wiley, 2001, ISBN 978-1861561893
- 8 In der Gemeinde. Mit der Gemeinde! Utschakowski 2002
- 9 <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-020.html>
- 10 <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-020.html>
- 11 <https://psychiatrie-verlag.de/product/rundum-ambulant>
- 12 <http://www.sozialraum.de/spatscheck-theorie-und-methodendiskussion.php>
- 13 Jaakko Seikkula; Birgitta Alakare (2007): Offene Dialoge. In P.S.P. Lehmann: Statt Psychiatrie 2, S. 234 – 249, Berlin: Antipsychiatrie Verlag
- 14 Jaakko Seikkula; Birgitta Alakare (2007): Offene Dialoge. In P.S.P. Lehmann: Statt Psychiatrie 2, S. 234 – 249, Berlin: Antipsychiatrie Verlag
- 15 https://en.wikipedia.org/wiki/Assertive_community_treatment
- 16 <https://de.wikipedia.org/wiki/Empowerment>
- 17 <https://de.wikipedia.org/wiki/Recovery-Modell>
- 18 <https://www.trialog-psychoseseminar.de/psychoseseminare/begriffe-und-definitionen>
- 19 Erweiterung des trialogischen Ansatzes um Genesungsbegleiter*innen
- 20 <https://de.wikipedia.org/wiki/Peer-Beratung>, <http://www.psychology48.com/deu/d/peer-support-system/peer-support-system.htm>
- 21 <http://www.ex-in.de>, <https://fokus-fortbildung.de/bildungsangebote/ex-in>

Zielzahlen zur Transformation stationärer Versorgung der Region Bremen-West zu einer weitestgehend ambulanten im Lebensumfeld (Home Treatment)

Ambulanz, SpsD/ÖGD, Tagesklinik.

Stationäre Plätze

2022	18 Schwerpunkt- Betten-Plätze im ZKH-Ost	18 Regional- Betten-Plätze im ZKH-Ost	18 Regional- Betten-Plätze im ZKH-Ost	Beratungsstelle/SpsD, PIA-Ambulanz, 30 Tagesklinik-Plätze
-------------	--	---	---	---

Transformation zum Modellprojekt mit Regionalem Budget nach § 64 b SGB V, Umzug des Home-Treatment-Teams in gemietete Übergangsräume in Bremen-West

2023	18 Schwerpunkt- Betten-Plätze im ZKH-Ost	18 Regional- Betten-Plätze im ZKH-Ost	18 Regional- Betten-Plätze im ZKH-Ost	Beratungsstelle/SpsD, 30 Akut-Tagesklinik- Plätze (= virt. HT-Plätze)
und				
2024				
2025	Umwandlung zu 16 Krisenbetten im ZKH-Ost	Umwandlung von 20 Betten und Umzug in gemietete Übergangsräume	Umwandlung und Umzug in gemietete Übergangsräume	Beratungsstelle/SpsD, 30 reg. virt. HT-Plätze, (nächtl. Aufenthalt mögl.)

Neustrukturierung: HT kurzfristig als Krisendienst (KID) und längerfristig als Akut-TK (ACT)

2026	16 Krisenbetten im ZKH-Ost	Krisendienst KID mit 39 virtuellen HT-Plätzen in gemieteten Übergangsräumen	Nachgehende längerfr. Behandlung, mit 43 virtuellen HT-Plätzen (Akut-TK bzw. ACT) in gemieteten Räumen (8 Übernachtungsplätze)
-------------	-------------------------------	---	--

U m z u g i n d a s n e u e Z e n t r u m f ü r s e e l i s c h e G e s u n d h e i t / M o d u l e 1 - 3

2027	U m z u g i n d a s n e u e Z e n t r u m f ü r s e e l i s c h e G e s u n d h e i t / M o d u l e 1 - 3	Modul 3	Modul 1	Modul 2	
2027	U m z u g i n d a s n e u e Z e n t r u m f ü r s e e l i s c h e G e s u n d h e i t / M o d u l e 1 - 3	Krisenort mit 16 Betten für nicht im Lebensumfeld be- handelbaren Krisen	KID 1 24 virtuelle HT- Plätze für Walle und Findorff	KID 2 15 virtuelle HT- Plätze für Gröpel. und Oslebsch.	Längerfristiges HT, 43 virtuelle Plätze, (Akut-Tagesklinik, bzw. ACT)

Personelle Ressourcen (VK und Teamstärken) für die Transformation stationärer Versorgung der Region Bremen-West zu einer weitestgehend ambulanten (68 VK vom ZKH-Ost/BHZ West, 10 VK von SGB-IX-Trägern, 2 VK von der Gesundheitsbehörde / Daseinsvorsorge).

Jahr	Stationäre Behandlung im ZKH-Ost	Ambulanz, SpsD/ÖGD, Tagesklinik, Summe aller VK
2022	18 Schw.p.-Betten 18 Reg. Betten 18 Reg.Betten 17 im ZKH-Ost im ZKH-Ost im ZKH-Ost	Berat.st./SpsD, PIA-Amb. 17 (1,5 MFA nicht ger.) Tagesklinik 68
Transformation zum Modellprojekt mit Regionalem Budget nach § 64b SGB V, Umzug des Home-Treatment-Teams in gemietete Übergangsräume in Bremen-West		
2023 und 2024	18 Schw.p.-Betten 18 Reg. Betten 17 im ZKH-Ost im ZKH-Ost	Berat.st./SpsD, PIA-Amb. 24 (17 + 5 SGB IX + 2 Ges.B.) Akut-Tagesklinik 75 (68+5 SGB IX + 2 Ges.B.)
2025	16 Krisenb. in Ost 21 im ZKH-Ost	Berat.st./SpsD, 30 virt. HT-Pl. 24 (17 + 5 SGB IX + 2 Ges.B.) (nächtl. Aufenth. mögl.) 80 (68+10 SGB IX + 2 Ges.B.)
2026	16 Krisenb. in Ost 24 (22 + 2 SGB IX)	Berat.st./SpsD, 30 virt. HT-Pl. Längerfr. Beh. mit 43 virt. HT-Pl. 30 (23 + 5 SGB IX + 2 Ges.B.) in gem. Räumen (8 Übernachtungspl.) +2 Ges.B.) 80 (68+10 SGB IX + 2 Ges.B.)
2027	Umzug in das neue Zentrum für seelische Gesundheit Krisenort, 16 Betten 24 (22 + 2 SGB IX) im Z.f.s.G.	Neustrukturierung: HT kurzfr. als Krisendienst (KID) und längerfristig als Akut-TK (ACT) Krisend. KID mit 39 virtuellen HT-Pl. Längerfr. Beh. mit 43 virt. HT-Pl. 30 (23 + 5 SGB IX + 2 Ges.B.) in gem. Räumen (8 Übernachtungspl.) +2 Ges.B.) 80 (68+10 SGB IX + 2 Ges.B.)
2027	Umzug in das neue Zentrum für seelische Gesundheit Krisenort, 16 Betten 24 (22 + 2 SGB IX) im Z.f.s.G.	Modul 1 Modul 2 Modul 3 Akut-TK (43 virt. Pl.) 30 (23 + 5 SGB IX + 2 Ges.B.) (Längerfr. Behandl.) + 2 Ges.B.) 80 (68+10 SGB IX + 2 Ges.B.)

Entwicklung der personellen Besetzung (in VK) – aufgeteilt nach Berufsgruppen – von 2022 bis 2027

Die VK-Zahlen zeigen die Berufsgruppen-Anteile an den Teams (Vergleiche hierzu die Anlagen 1 und 2)

Berufsgruppen	Jahr	Stationäre VK KBO	Z.f.s.G.	Ambulante VK/PIA/SpsD/Beratungsstelle/(Bravo-)Home- Treatment/Krisendienst KID 1 u. 2 /(Akut-)Tagesklinik			Summe der VK
Ärzte	2022	6				4	10
	2023/24	4			2	4	10
	2025	3		1,5	1,5	4	10
	2026	3			3	4	10
	2027		Modul 3 3	M o d u l 1 KID 1: 1,5	KID 2: 1,5	Modul 2 Akut-TK: 4	Module 1-3 10
Psychologen	2022	1,5				2,5	4
	2023/24	1			2	2	5
	2025	1		1,5	1,5	2	6
	2026	2			2	2	6
	2027		Modul 3 2	M o d u l 1 KID 1: 1,5	KID 2: 1	Modul 2 Akut-TK: 2	Module 1-3 6,5
Sozialarbeiter	2022	1,5				2,5	4
	2023/24	1			2,5	2,5	6
	2025	1		1,5	1,5	2	6
	2026	2			2	2	6
	2027		Modul 3 2	M o d u l 1 KID 1: 1,5	KID 2: 1	Modul 2 Akut-TK: 2	Module 1-3 6,5
Pflegepersonal	2022	38,5				5,5	44
	2023/24	24			8	12	44
	2025	11		10	10	11	42
	2026	11			14	16	41
	2027		Modul 3 11	M o d u l 1 KID 1: 8	KID 2: 5	Modul 2 Akut-TK: 16	Module 1-3 40
Ergo- Therapeuten	2022	1				2	3
	2023/24	1			1,5	1,5	4
	2025	1		1,5	1,5	1	5
	2026	2			2	2	6
	2027		Modul 3 2	M o d u l 1 KID 1: 1	KID 2: 1	Modul 2 Akut-TK: 2	Module 1-3 6
Bewegungs- therapeuten	2022	1,5				0,5	2
	2023/24	1			0	1	2
	2025	1		0	0	1	2
	2026	1			0	1	2
	2027		Modul 3 1	M o d u l 1 KID 1: 0	KID 2: 0	Modul 2 Akut-TK: 1	Module 1-3 2
Ex-In- Ausgebildete	2022	1				0	1
	2023/24	2			1	1	4
	2025	3		2	1	3	9
	2026	3			3	3	9
	2027		Modul 3 3	M o d u l 1 KID 1: 2	KID 2: 1	Modul 2 Akut-TK: 3	Module 1-3 9
Summen der VK	2022	51				17 (1,5 MFA n. ger.)	68
	2023/24	34			17	24	75
	2025	21		18	17	24	80
	2026	24			26	30	80
	2027		Modul 3 24	M o d u l 1 KID 1: 15,5	KID 2: 10,5	Modul 2 Akut-TK: 30	Module 1-3 80

**Multiprofessionelle personelle Besetzung der Schichten (in VK) im Zentrum für seelische Gesundheit
Bremen-West**

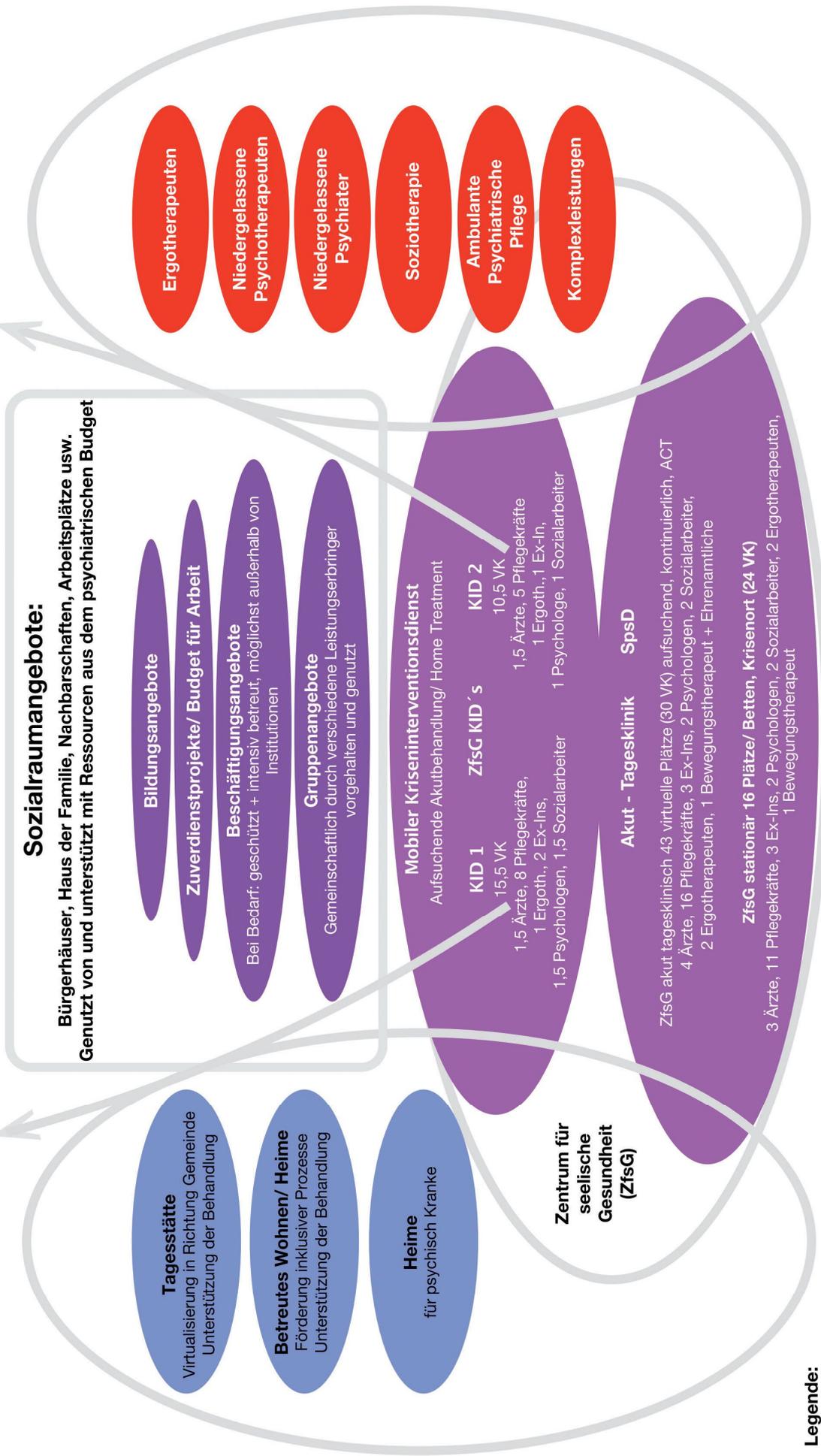
Die Zahlen geben annäherungsweise die **täglichen Anwesenheiten in VK** (7-Tage-Woche) wieder.
Berücksichtigt sind Abwesenheiten durch Urlaub, Krankheit und Fortbildung (ca. ein Drittel).

	Modul 3	Modul 1		Modul 2	Summe der VK pro Tag
		KID 1	KID 2		
Anwesenheit Frühschicht	4,5	2,5	1,5	4	12,5
Anwesenheit Spätschicht	4,5	2,5	1,5	4	12,5
Anwesenheit Nachtschicht	2		2	1	5
Summe der Anwesenheiten pro Tag	11	6	4	9	30
Summe der verfügbaren VK	16	10,5	7,5	20	54
Urlaub, Krankheit, Fortbildung	8	5	3	10	26
Summe der VK	24	15,5	10,5	30	80

Zukunftskonzept für eine psychiatrische Versorgung psychisch kranker Menschen am Beispiel Bremen-West

56.500 Einwohner in Walle/ Finndorff

36.500 Einwohner in Gröpelingen/ Oslebshausen



Sozialraumangebote:

Bürgerhäuser, Haus der Familie, Nachbarschaften, Arbeitsplätze usw.
Genutzt von und unterstützt mit Ressourcen aus dem psychiatrischen Budget

- Bildungsangebote**
- Zuverdienstprojekte/ Budget für Arbeit**
- Beschäftigungsangebote**
Bei Bedarf: geschützt + intensiv betreut, möglichst außerhalb von Institutionen
- Gruppenangebote**
Gemeinschaftlich durch verschiedene Leistungserbringer vorgehalten und genutzt

Mobilier Kriseninterventionsdienst

Aufsuchende Akutbehandlung/ Home Treatment

- KID 1** 15,5 VK
1,5 Ärzte, 8 Pflegekräfte,
1 Ergoth., 2 Ex-Ins,
1,5 Psychologen, 1,5 Sozialarbeiter
- ZfsG KID 's**
- KID 2** 10,5 VK
1,5 Ärzte, 5 Pflegekräfte
1 Ergoth., 1 Ex-In,
1 Psychologe, 1 Sozialarbeiter

Zentrum für seelische Gesundheit (ZfsG)

Akut - Tagesklinik SpsD
ZfsG akut tagesklinisch 43 virtuelle Plätze (30 VK) aufsuchend, kontinuierlich, ACT
4 Ärzte, 16 Pflegekräfte, 3 Ex-Ins, 2 Psychologen, 2 Sozialarbeiter,
2 Ergotherapeuten, 1 Bewegungstherapeut + Ehrenamtliche

ZfsG stationär 16 Plätze/ Betten, Krisenort (24 VK)

3 Ärzte, 11 Pflegekräfte, 3 Ex-Ins, 2 Psychologen, 2 Sozialarbeiter, 2 Ergotherapeuten,
1 Bewegungstherapeut

- Ergotherapeuten
- Niedergelassene Psychotherapeuten
- Niedergelassene Psychiater
- Soziotherapie
- Ambulante Psychiatrische Pflege
- Komplexleistungen

Legende:

- Krankenkassen SGB V
- Eingliederungshilfen SGB V
- Sektorübergreifend: SGB V, SGB IX
- ÖGD, Daseinsvorsorge
- Substanzmissbrauch

Bettenabbau schafft Ressourcen



Gefördert von:

**Die Senatorin für Gesundheit,
Frauen und Verbraucherschutz**



**Freie
Hansestadt
Bremen**

Impressum: Blaue Karawane e.V., AK Neue Psychiatrie im Bremer Westen
Eigenverlag, Bremen 2022