

52. Treffen der Beauftragten des Bundes und der Länder für die Belange behinderter Menschen

Jörg Utschakowski

Psychiatriereferent bei der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz

Vortrag :

Weiterentwicklung der Psychiatrie im Bundesland Bremen - Ein Blick hinter die Kulissen

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bedanke mich ganz herzlich für die Einladung zu dem Treffen der Beauftragten des Bundes und der Länder für die Belange behinderter Menschen.

Für mich ist die Ratifizierung der UN-BRK durch die Bundesrepublik Deutschland ein Meilenstein für die Umsetzung der Rechte von Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen. Dies hat einen Paradigmenwechsel vom medizinischen zum menschenrechtlichen Modell eingeleitet. Dass Anderssein keine Ausnahme, sondern Vielfalt normal ist, erfordert einen Umdenkungsprozess im großen gesellschaftlichen und rechtlichen Sinne aber auch im Alltag. Das müssen viele und auch ich immer wieder lernen.

Ich selbst bin vor 1 ½ Jahren von einem psychiatrischen Forschungs- und Fortbildungsträger in die Behörde gewechselt, vieles ist für mich immer noch neu und daher kann ich Ihnen den Blick hinter die Kulissen vielleicht auch etwas authentischer gewähren, als wenn ich schon viele Jahre dabei sein würde.

Psychiatrie umfasst ein weites Feld. Dazu gehören die Psychiatrischen Krankenhäuser mit Tageskliniken und Institutsambulanzen, der Sozialpsychiatrische Dienst, Ambulante psychiatrische Pflege, niedergelassene ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen, Wohnheime, Betreutes Wohnen, der Bereich Arbeit und Beschäftigung, Tagesstätten, Selbsthilfe und vieles mehr. Hinzu kommen die unterschiedlichsten Kostenträger. Die Anzahl der Krankenkassen wurde zwar in den letzten 40 Jahren um 90% reduziert, aber es gibt derzeit immer noch 118. Hinzu kommen Sozialhilfeträger, Rentenversicherungsträger, Job-Center....

Psychiatrie ist auch beeinflusst von Gesetzen zur Finanzierung von Krankenhausleistungen, durch Gesetze über Hilfen und Schutzmaßnahmen (PsychKGs) und vielen mehr.

Alle Prozesse zu beschreiben, die in Bremen mit der Weiterentwicklung der Psychiatrie einhergehen, würde hier den Rahmen sprengen.

Deshalb werde ich Sie zu einigen markanten Themen hinter die Kulissen blicken lassen.

Die drei wichtigsten Fundamente meiner Arbeit als Psychiatriereferent des Landes Bremen für die Weiterentwicklung der Psychiatrie sind:

- Die Gemeindepsychiatrische Tradition im Lande Bremen, die mit der ersten Auflösung eines psychiatrischen Langzeitkrankenhauses in Deutschland in den 1980ern begann.
- Der von allen Parteien ohne Gegenstimmen gefasste Beschluss von Januar 2013 zur Reform der Psychiatrie mit den Schwerpunkten Gemeindepsychiatrische Vernetzung, Umwandlung stationärer Plätze in ambulante Angebote und Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen.
- Der Landesaktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK im Lande Bremen, in dem u.a. der Aufbau von Home Treatment und die Einstellung von GenesungsbegleiterInnen gefordert wird.

Aus diesen Grundbedingungen leiten sich auch unsere Handlungsschwerpunkte ab.

Ein prioritäres Ziel ist die Transformation von stationären Behandlungsplätzen in ambulante Angebote. Menschen sollen in und mit ihren sozialen Bezügen behandelt werden. Die Hilfen sollen wohnortnah erbracht werden. Die Ambulantisierung ermöglicht neue Formen der Krisenintervention, die effektiv Zwangseinweisungen verhindern.

Wie kann das gehen?

- Wir haben eine Begleitgruppe Psychiatriereform ins Leben gerufen
- Wir haben Parameter für die Qualität der psychiatrischen Versorgung aufgestellt

- Wir fördern Modellprojekte zur Kooperation unterschiedlicher Leistungserbringer im Sinne gemeindepsychiatrischer Verbände. Damit wollen wir unter anderem sicherstellen, dass auch die Menschen erreicht werden, die aufgrund eines komplexen Hilfebedarfs und mangelnder Kooperation der einzelnen Leistungserbringer in geschlossenen Wohnheimen untergebracht werden
- Wir verhandeln mit den Kliniken über Meilensteine zu Ambulantisierung.

Aber leider setzt das Finanzierungssystem immer noch Anreize, die eine stationäre Versorgung wirtschaftlich attraktiv machen. In diesem Zusammenhang hoffen wir auf das neue Gesetz zur Finanzierung der Krankenhausleistungen (PsychVVG), das als stationärsersetzende Leistung erstmals auch eine Finanzierung von Home Treatment ermöglicht.

Ein weiteres Ziel ist die verstärkte Beteiligung von GenesungsbegleiterInnen in den psychiatrischen Angeboten in Bremen. GenesungsbegleiterInnen sind Menschen mit eigener Psychiatrie-Erfahrung, die eine Ausbildung gemacht haben (EX-IN), die ihr Erfahrungswissen herausarbeitet und sie zu ExpertInnen durch Erfahrung macht. GenesungsbegleiterInnen wirken als ÜbersetzerInnen, MutmacherInnen, HoffnungsgeberInnen und GenesungsexpertInnen. Ihre Beteiligung, so zeigen zahlreiche Studien, verbessert die psychiatrische Versorgungsqualität. Im Bremer Landeshaushalt 2016 / 2017 stehen Mittel zur Verfügung zur Qualifizierung von GenesungsbegleiterInnen, für Stipendien für deren Einstellung und für das Coaching der GenesungsbegleiterInnen und der Betriebe.

Aber natürlich ist die Weiterentwicklung der Psychiatrie nicht nur eine Erfolgsstory. Durch das Personaleinsparungsprogramm im öffentlichen Dienst, das uns als Haushaltsnotlageland auferlegt ist, sind wir als Behörde, aber auch andere Bereiche getroffen. So mussten auch bei den Sozialpsychiatrischen Diensten Stellen abgebaut werden. Dies ließ sich im letzten Jahr nicht mehr kompensieren, so dass wir den ehemals 24-stündigen Krisendienst auf die Zeit von 08:00 bis 21:00 reduzieren mussten. Das ist immer noch mehr als die meisten anderen Regionen in Deutschland vorhalten, aber dies hat zu sehr viel Kritik und Unmut in Bremen geführt. Andererseits versuchen wir diese Situation auch zur Verbesserung der Krisenversorgung zu nutzen, denn trotz des 24-stündigen Krisendienstes hat sich die Zahl der Zwangseinweisungen

in den letzten 20 Jahren kontinuierlich gesteigert. Wir versuchen nun in Kooperation mit den freien Trägern in den Regionen niedrigschwellige Krisenangebote in der Zeit in der der Krisendienstes nicht arbeitet zu organisieren.

Zuletzt möchte ich Ihnen über unsere Ideen zur Verbesserung der Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen in die Psychiatrieplanung berichten. Einbeziehung im Bereich Psychiatrie kann auf verschiedenen Ebenen realisiert werden. Zum Teil wird von NutzerInnen- oder Betroffenenorientierung gesprochen. Hiermit ist in der Regel gemeint, dass Psychiatrische Fachkräfte einen ressourcenorientierten und personenzentrierten Blick auf die Bedarfe der Betroffenen haben, das ist aber keine aktive Einbeziehung. Eine weitere Ebene ist die Beteiligung, d.h. der Zugang zu Informationen und die Möglichkeit der Mitsprache für Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige. Das ist die Situation, die wir momentan in Bremen haben. Psychiatrie-Erfahrene und Betroffene sind in allen wichtigen Gremien und Ausschüssen beteiligt. Sie können mitsprechen und mitentscheiden. Dennoch haben sie einen schlechteren Zugang zu Informationen, sie sind gegenüber den Fachpersonen in der Minderzahl und sie beteiligen sich ehrenamtlich, während alle anderen für die Gremienzeit bezahlt werden.

In England bin ich auf das Konzept der Ko-Produktion gestoßen. Ko-Produktion bedeutet die partnerschaftliche Zusammenarbeit von Behörden, Kostenträgern, Leistungserbringern und Leistungsempfängern. Es geht um die individuelle und kollektive Einflussnahme der Psychiatrie-Erfahrenen auf die Gestaltung, Zulassung, Durchführung und Evaluation psychiatrischer Dienste sowie auf die Leitlinienentwicklung für das Versorgungssystem. Ziele sind, Über-, Unter-, Fehlversorgung zu identifizieren sowie Angebote vorzuhalten, die gebraucht, gewünscht und genutzt werden. Voraussetzungen für die Ko-Produktion ist, dass Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige als voll- und gleichwertige Partner akzeptiert werden, sie gleichwertiger Zugang zu Informationen haben und verbindlich in Planungsprozesse eingebunden werden. Ko-Produktion setzt voraus, dass Sitzungen in angemessener Form (Dauer, Pausen, Sprache...) abgehalten werden und dass der Begriff der Beteiligung sich erweitert, in dem z.B. Sitzungsräume nicht nur die der

Behörden, Krankenkassen und Träger sind, sondern auch die Räume von Selbsthilfegruppen oder ein selbstverwaltetes Café.

Es muss klar vereinbarte Rollen und Verantwortungen geben und die Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen müssen darüber informiert werden, welche Auswirkungen ihre Einflussnahme hatte. Eine weitere wichtige Grundlage ist die Sicherstellung der Teilhabe. Das bedeutet, dass die Betroffenen auch in die Lage versetzt werden, mitzugestalten. Hierzu können z.B. Fortbildungen über Sitzungsleitung, freies Sprechen, Protokollführung und vieles mehr hilfreich sein. Ko-Produktion beutet einen Kulturwechsel. Der vollzieht sich nicht von heute auf morgen, sondern erfordert einen langen Atem und immer wieder die Reflektion der gemeinsamen Prozesse.

Psychiatrie gerät leicht aus dem Blick, wenn es um die Belange behinderter Menschen geht, z.B. beim Bundesteilhabegesetz, oder wenn es um Inklusion geht (was sind Teilhabehindernisse für Menschen mit psychischen Erkrankungen?). Deswegen freue ich mich besonders, dass Sie hier in Bremen das Thema Psychiatrie zum Schwerpunkt gemacht haben.

Dafür möchte ich Ihnen allen und Herrn Dr. Steinbrück und seinem Team im Besonderen ganz herzlich danken.

Ich erlebe unsere Zusammenarbeit als sehr fruchtbar und ich bin froh, dass die Aussagen und Forderungen zur Psychiatrie in unserem Landesteilhabeplan sehr fundiert, engagiert und fortschrittlich sind und wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der Psychiatrie in Bremen bieten.