

Niederschrift
über die 11. Sitzung des Gesundheitsausschusses
am 10.03.2023 in Köln, Horion-Haus
- öffentlicher Teil -

Anwesend vom Gremium:

CDU

Baer, Gudrun
De Bellis-Olinger, Teresa Elisa
Heister, Joachim
Loepp, Helga
Nabbefeld, Michael
Renzel, Peter
Schönberger, Frank (für Braumüller)
Stieber, Andreas-Paul

SPD

Engler, Gerd
Heinisch, Iris
Karl, Christiane
Krossa, Manfred
Kucharczyk, Jürgen
Schulz, Margret

Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Hoffmann-Badache, Martina
Kresse, Martin
Manske, Marion
Schäfer, Ilona Vorsitzende
Tietz-Latza, Alexander

FDP

Breuer, Klaus
Dr. Rachner, Christine (für vom Berg)

AfD

Winkler, Michael (für Dr. Schnaack)

Die Linke.

Onori, Birgit

Die FRAKTION

Lukat, Nicole

Gruppe FREIE WÄHLER

Alsdorf, Georg

Verwaltung:

Wenzel-Jankowski	LVR-Dezernentin "Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen"
Krüger	LVR-Fachbereichsleiter "Wirtschaftliche Steuerung"
Lüder	LVR-Fachbereichsleiter "Maßregelvollzug"
Dr. Möller-Bierth	LVR-Fachbereichsleiterin "Personelle und organisatorische Steuerung"
Stephan-Gellrich	LVR-Fachbereichsleiterin "Planung, Qualität und Innovationsmanagement"
Brehmer	Stellvertreter der Kaufmännischen Direktion im Vorstand des LVR-IFuB
Schaefer	LVR-Fachbereich "Wirtschaftliche Steuerung" (bis TOP 10)
Bußenius	LVR-Fachbereich "Kommunikation"
Kaiser	LVR-Fachbereich "Finanzmanagement" (bis TOP 5)
Schneider	LVR-Fachbereich "Finanzmanagement" (bis TOP 5)
Woltmann	LVR-Stabsstelle "Inklusion - Menschenrechte - Beschwerden" (bis TOP 6)
Groeters	LVR-Fachbereich "Personelle und organisatorische Steuerung (Protokoll)"

Referent:

Prof. Dr. Banger	Ärztlicher Direktor der LVR-Klinik Bonn (bis TOP 3)
van Brederode	Projektbegleitung und Evaluation Modellvorhaben DynaLIVE (bis TOP 3)

Tagesordnung

A: Gesundheitsausschuss

Öffentliche Sitzung

Beratungsgrundlage

1. Anerkennung der Tagesordnung
2. Niederschrift über die 10. Sitzung vom 03.02.2023
3. Modellvorhaben DynaLIVE nach § 64b SGB V in der LVR-Klinik Bonn
4. LVR-Klinik Bonn - Kinderneurologische Zentrum - Neubau des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) am Kaiser-Karl-Ring 20 in Bonn;
hier: Grundsatzbeschluss **15/1435/1 K**
5. Entwurf zum Nachtragshaushalt 2023;
hier: Zuständigkeit des Gesundheitsausschusses **15/1401/1 B**
6. Beitritt des LVR zur Landesinitiative Gewaltschutz NRW **15/1417 K**
7. Maßregelvollzug
- 7.1. Evaluationsbericht des MAGS zum strafrechtsbezogenen Unterbringungsgesetz **15/1506 K**
- 7.2. Belegungssituation im Maßregelvollzug
8. Anträge und Anfragen
- 8.1. Auswirkungen der Lieferengpässe von Medikamenten auf die Kliniken des LVR **Anfrage 15/52 AfD K**
- 8.2. Beantwortung der Anfrage 15/52 AfD: Auswirkungen der Lieferengpässe von Medikamenten auf die Kliniken des LVR
- 8.3. Schäden durch die Corona-Impfung **Anfrage 15/53 AfD K**
- 8.4. Beantwortung der Anfrage 15/53 AfD: Schäden durch die Corona-Impfung
9. Bericht aus der Verwaltung
10. Verschiedenes

B: Ausschuss für das LVR-Institut für Forschung und Bildung

Öffentliche Sitzung

11. Verschiedenes

C: Gesundheitsausschuss

Nichtöffentliche Sitzung

12. Niederschrift über die 10. Sitzung vom 03.02.2023
13. Personalmaßnahmen

- | | | |
|-------|--|------------------|
| 13.1. | Befristete Weiterbeschäftigung und Wiederbestellung zur Kaufmännischen Direktorin und Vorsitzenden des Klinikvorstandes des LVR-Klinikums Essen - Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen - | 15/1504 B |
| 13.2. | Bestellung zum Stellvertreter der Ärztlichen Direktion im Klinikvorstand des LVR-Klinikums Essen - Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen - | 15/1509 B |
| 13.3. | Bestellung zum weiteren Stellvertreter der Ärztlichen Direktion im Klinikvorstand des LVR-Klinikums Essen - Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen - | 15/1510 B |
| 13.4. | Bestellung zur Stellvertreterin der Pflegedirektion im Klinikvorstand der LVR-Klinik Langenfeld | 15/1480 B |
| 13.5. | Wiederbestellung zum Ärztlichen Direktor im Klinikvorstand der LVR-Klinik Mönchengladbach | 15/1413 B |
| 13.6. | Befristete Weiterbeschäftigung und Wiederbestellung zum Pflegedirektor im Klinikvorstand der LVR-Klinik Viersen | 15/1419 B |
| 13.7. | Wiederbestellung zum Ärztlichen Direktor im Klinikvorstand der LVR-Klinik für Orthopädie Viersen | 15/1468 B |
| 14. | Aktualisierung Stresstest: Auswirkungen der gesetzlichen Energiepreishilfen | 15/1535 K |
| 15. | Aktueller Bericht aus dem Maßregelvollzug | |
| 16. | Anträge und Anfragen | |
| 17. | Bericht aus der Verwaltung | |
| 18. | Verschiedenes | |

D: Ausschuss für das LVR-Institut für Forschung und Bildung

Nichtöffentliche Sitzung

- | | | |
|-----|--|------------------|
| 19. | IV. Quartalsbericht 2022 des Instituts für Forschung und Bildung | 15/1483 K |
| 20. | Verschiedenes | |

Beginn der Sitzung:	10:00 Uhr
Ende öffentlicher Teil:	11:00 Uhr
Ende nichtöffentlicher Teil:	11:30 Uhr
Ende der Sitzung:	11:30 Uhr

Vor Eintritt in die Tagesordnung begrüßt die Vorsitzende die Mitglieder des Gesundheitsausschusses und die Verwaltung zu der heutigen Sitzung.

Öffentliche Sitzung

Punkt 1

Anerkennung der Tagesordnung

Der Tagesordnung für die Sitzung des Gesundheitsausschusses am 10.03.2023 wird zugestimmt.

Punkt 2

Niederschrift über die 10. Sitzung vom 03.02.2023

Gegen den öffentlichen Teil der Niederschrift werden keine Einwendungen erhoben.

Punkt 3

Modellvorhaben DynaLIVE nach § 64b SGB V in der LVR-Klinik Bonn

Die Vorsitzende begrüßt Herrn van Brederode und Herrn Prof. Dr. Banger ganz herzlich in der heutigen Sitzung des Gesundheitsausschusses.

Herr van Brederode berichtet, Modellvorhaben nach § 64b SGB V seien als Alternative zum Pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) eingeführt worden. § 64b SGB V habe folgende Zielsetzung:

- Erprobung von Alternativen zum Entgeltsystem PEPP sowie der Finanzierung der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA),
- Verringerung des stationären Behandlungsbedarfs durch verbesserte ambulante/teilstationäre Hilfen,
- Verbesserung der ambulanten Versorgungsstrukturen (insbesondere für Menschen mit schweren Erkrankungen) und
- Verbesserung der Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.
-

Mit Stand Sommer 2022 gebe es 22 Modellvorhaben, bei denen Vertragspartner Krankenkassen und psychiatrische Kliniken bzw. Fachabteilungen seien, wobei eine einheitliche Evaluation durch Institute der Universitäten Dresden/Magdeburg durchgeführt werde. Es sei eine Verlängerung der maximalen Laufzeit der Modellprojekte von ursprünglich acht auf fünfzehn Jahre möglich. Für das Modellprojekt nach § 64b SGB V werde ein Gesamtbudget aus der Summe der Erlöse aus stationärer, teilstationärer und ambulanter Leistung im Referenzjahr, verknüpft mit der Zahl der ambulant, teilstationär und stationär behandelten Personen im Referenzjahr, zur Verfügung gestellt. Das Budget sei als Finanzierungsbasis für die Modelllaufzeit garantiert. Das LVR-Institut für Versorgungsforschung führe eine eigene Evaluation durch, damit der LVR für seine Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung über aktuelle Zahlen verfüge. Eine Chance des Modellprojektes sei der Erhalt von Anstößen für die Entwicklung von Alternativen bzw. Verbesserungen zu PEPP und der PIA-Finanzierung und eine Weiterentwicklung der ambulanten und sektorübergreifenden Versorgung. Risiko sei, dass keine gesonderte Finanzierung für zusätzliche ambulante Hilfen erfolge. Ressourcen für erweiterte ambulante Hilfen müssten budgetneutral durch die Umschichtung aus dem stationären Bereich finanziert werden. Das Potential der Modellvorhaben sei deutlich reduziert, wenn nicht alle Krankenkassen beteiligt seien. In der Vergangenheit habe es ein Modellbudget und ein Restbudget gegeben, da unter anderem die AOK, die BKK und die IKK an dem Modellprogramm nicht teilgenommen hätten. Ein Beitritt solle jetzt zum 01.01.2024 erfolgen. Für die Evaluation konnten aber die Gruppen verglichen werden,

wobei die Hypothese geprüft wurde, dass erweiterte Behandlungsoptionen bei den Modellpatient*innen zu gegenüber der Kontrollgruppe verminderten stationären Leistungen führen könnten. Die Effekte zeigten sich dabei aber nur gestreckt durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie, die Größe und Komplexität der Klinik, der Umschichtung von Ressourcen für ambulante Hilfen aus dem stationären Bereich und die Folgen des Nichtbeitritts wesentlicher Kassen. Als besonders wirksam habe sich die Kontinuität des Personals während der gesamten Behandlung herausgestellt.

Herr Prof. Dr. Banger erläutert die möglichen Varianten der Kombination von vollstationärer, teilstationärer und stationärsersetzender Behandlung. Im Rahmen des DynaLIVE müsse die Organisationsentwicklung der Klinik als ganzheitlicher Prozess erfolgen, wobei eine Patient*innensteuerung und -begleitung, eine neue Kennzahlenentwicklung sowie eine neue Besprechungsmatrix auf unterschiedlichen Ebenen und ein gutes Ausfallmanagement entwickelt werden müssten. Dadurch, dass sich die weiteren Krankenkassen ab 01.01.2024 auch an dem Modell beteiligen werden, sei es erforderlich, in der LVR-Klinik Bonn die bestehenden Strukturen an die neuen Entwicklungen anzupassen und auszuweiten. Es müsse eine multiprofessionelle Zusammenarbeit aller Berufsgruppen auf der Patient*innen-, Mitarbeiter*innen- und Unternehmensebene erfolgen. Der*die Patient*in müsse im Mittelpunkt stehen, die Hilfen bedarfsgerecht sein und die reale Personalsituation berücksichtigen. Dabei seien für die Patient*innen und deren Angehörige die Fragen des Alltags von großer Bedeutung. Bei der weiteren Organisationsentwicklung sei sowohl die menschlich-personelle als auch die institutionell-strukturelle Entwicklung von großer Bedeutung und die Komponenten müssten ineinander greifen. Dabei seien folgende Bausteine zu beachten:

- regelmäßige Workshops bzw. Konferenzen mit den Führungskräften,
- engmaschige Information der Mitarbeiterschaft,
- kontinuierliche Kontrolle der Umsetzung auf Grundlage der Daten aus der internen Evaluation,
- Implementierung eines neuen Steuerungsmodells,
- Anpassung des Controllings,
- klinikinterne Leitlinien für die Umsetzung von Modellmaßnahmen,
- Erprobung verschiedener Organisationsmodelle und
- Anpassung der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzt*innen und gemeindepsychiatrischen Diensten an die neuen Anforderungen.
-

Dabei müsse unter anderem entschieden werden, welche Patient*innen für die neuen Versorgungsformen geeignet seien, welche Frequenz und Intensität die ambulanten Hilfen haben sollten, wie mit mangelnder Compliance umgegangen werde und wie individuelle Gefährdungen rechtzeitig zu erkennen seien.

Die PowerPoint-Präsentationen von Herrn van Brederode und Herrn Prof. Dr. Banger sind als **Anlagen 1 und 2** der Niederschrift beigefügt.

Die Vorsitzende bedankt sich für die sehr informativen Vorträge. Die ambulanten Behandlungen müssten ausgebaut werden und die Patient*innen benötigten für ihre Behandlungen einen personenzentrierten Ansatz.

Frau Heinisch schließt sich dem Dank an. Es stelle sich die Frage, wie die Angebote alle mit dem vorhandenen Personal zu leisten seien. Wichtig sei, das Personal für die neuen Entwicklungen zu begeistern und eine Personalakquise zu betreiben. Dabei sollten auch die in den Heimen untergebrachten Menschen in die Überlegungen des Modellprojekts einbezogen werden. Es sei auch eine Aktivierung dieser Menschen erforderlich. Es brauche auch Logistik-Kompetenz in der Mitarbeiterschaft.

Herr Kresse ergänzt, das Modellprojekt sei ein Erfolgsfaktor. Es gebe kürzere Verweildauern, das Behandlungsangebot sei für die Patient*innen und deren Angehörige

attraktiver und die Mitarbeitenden hätten mehr Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung. Darüberhinaus gebe es auch das Konzept der stationsäquivalenten Behandlung. Um Wiederaufnahmen zu vermeiden, seien die Krisendienste ein wichtiger Baustein. Darüberhinaus müsse die gute Kooperation im gemeindepsychiatrischen Verbund ausgebaut werden.

Auf Fragen von Frau Heinisch und Herrn Kresse antwortet Herr Prof. Dr. Banger, anspruchsvoll sei zur Zeit, dass DynaLive-Kapazitäten außer im stationären auch im teilstationären und im ambulanten Bereich geschaffen werden müssten. Die Aufgabe der Koordination der Angebote, die dringend erforderlich sei, würden die medizinischen Fachangestellten übernehmen. Eine Publikation der Evaluation der Angebote sei wünschenswert, aber sehr arbeitsintensiv. Das Projekt werde durch eine professionelle, zertifizierte Projektmanagerin begleitet. Bei den stationsäquivalenten Behandlungen handele es sich um einen anderen Konzeptansatz im Unterschied zum Modellprojekt.

Herr Krossa fügt hinzu, durch Best-Practice-Beispiele sollte evaluiert werden, welche Behandlungsform die geeignetste sei. Wichtig sei, dass das Modell langfristig in eine Regelversorgung überführt werde.

Auf Frage von Herrn Nabbefeld antwortet Herr van Brederode, die Modelle seien ein Anstoß, auch seitens des Gesetzgebers andere Finanzierungsmöglichkeiten zu prüfen und einzuführen. Eine follow-up Evaluation sei von großer Bedeutung. Durch die Ausweitung der Teilnahme der Krankenkassen am Modellprogramm sei es eine logistische Herausforderung, das Personal entsprechend einzusetzen, wobei das Personal sehr motiviert sei.

Herr Prof. Dr. Banger ergänzt, gerade auch mit der AOK könne eine Weiterentwicklung der Versorgungsangebote erfolgen und Möglichkeiten geprüft werden, Modellvorhaben in eine Regelversorgung zu überführen.

Frau Wenzel-Jankowski führt aus, die Evaluation durch das LVR-Institut für Versorgungsforschung sei sehr zu begrüßen. Der größte Teil der Kostenträger sei jetzt an dem Modellprojekt beteiligt, so dass gemeinsam eine Weiterentwicklung erfolgen könne. Auch die Krankenkassen seien daran interessiert, das Modell zum Erfolg zu führen. Daneben sollten auch andere Versorgungsformen, wie die stationsäquivalenten Behandlungen, gefördert werden. Stationsäquivalente Behandlungen und Modellvorhaben böten für die Institution eine Möglichkeit, die Arbeit zu verändern. Außerdem solle geprüft werden, ob durch das LVR-Institut für Versorgungsforschung eine Publikation für die Öffentlichkeit erarbeitet werden könne.

Die Vorsitzende bittet darum, nach zwei Jahren einen erneuten Erfahrungsbericht vorzustellen.

Die PowerPoint-Präsentation von Herrn van Brederode und Herrn Prof. Dr. Banger wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 4

**LVR-Klinik Bonn - Kinderneurologische Zentrum - Neubau des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) am Kaiser-Karl-Ring 20 in Bonn;
hier: Grundsatzbeschluss
Vorlage Nr. 15/1435/1**

Die Vorsitzende informiert, der Krankenhausausschuss 1 habe in seiner Sitzung am 09.03.2023 dem Beschlussvorschlag einstimmig zugestimmt.

Die Vorlage Nr. 15/1435/1 wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 5
Entwurf zum Nachtragshaushalt 2023;
hier: Zuständigkeit des Gesundheitsausschusses
Vorlage Nr. 15/1401/1

Herr Kresse informiert, die Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN werde sich enthalten, da die Beratungen zum Nachtragshaushalt 2023 innerhalb der Fraktion noch nicht abgeschlossen seien.

Der Gesundheitsausschuss fasst **einstimmig bei Enthaltungen der Fraktionen Bündnis 90/DIE GRÜNEN, AfD, DIE LINKE. und Die FRAKTION** nachstehenden Beschluss:

1. Dem Entwurf des Nachtragshaushaltes 2023 für die Produktgruppe 060 im Produktbereich 07 wird gemäß Vorlage Nr. 15/1401/1 zugestimmt.
2. Die Verwaltung wird ermächtigt, die Finanzplanung dem Beschluss entsprechend anzupassen.

Punkt 6
Beitritt des LVR zur Landesinitiative Gewaltschutz NRW
Vorlage Nr. 15/1417

Herr Woltmann informiert, das gemeinsame Ziel der Institutionen und Organisationen, die die Absichtserklärung unterzeichnet hätten, und bei der Landesinitiative zusammenarbeiteten sei, die Menschen in der Behindertenhilfe wirksamer vor Gewalt zu schützen. Der Schutz vor Gewalt sei ein Menschenrecht und eine gemeinsame Aufgabe aller Beteiligten. Die Ereignisse rund um den Wittekindshof hätten gezeigt, wie wichtig es sei, sich mit diesem Thema zu beschäftigen. Gewaltschutz werde als das Gewährleisten eines hohen Niveaus der Gewaltprävention verstanden und jegliche Form von Gewalt müsse identifiziert werden. Für die Mai-Sitzungsrunde 2023 der Ausschüsse sei der erste Monitoring-Bericht zur Vorlage "Grundsätze des Gewaltschutzes im LVR" vorgesehen.

Die Vorsitzende hebt hervor, es solle regelmäßig zu der Thematik berichtet werden.

Die Vorlage Nr. 15/1417 zum Thema "Beitritt des LVR zur Landesinitiative Gewaltschutz NRW" wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 7
Maßregelvollzug

Punkt 7.1
Evaluationsbericht des MAGS zum strafrechtsbezogenen Unterbringungsgesetz
Vorlage Nr. 15/1506

Frau Hoffmann-Badache bedankt sich für den Bericht der Verwaltung. Über das Maß der Freiheitsentziehung sollten weiterhin die Therapeutischen Leitungen der forensischen Abteilungen abschließend entscheiden. Die Ausführungen zum Nachteinschluss könnten sehr unterstützt werden.

Herr Lüder ergänzt, zu diesen Themen gebe es eine sehr gute Kommunikation mit dem Ministerium. Daneben erfolge auch immer wieder eine Sensibilisierung der Mitarbeitenden vor Ort.

Der Bericht zum Evaluationsbericht des MAGS zum strafrechtsbezogenen Unterbringungsgesetz vom 14.12.2022 wird gemäß der Vorlage Nr. 15/1506 zur Kenntnis genommen.

Punkt 7.2 **Belegungssituation im Maßregelvollzug**

Herr Lüder informiert über die Novellierung des Rechts der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB. In den letzten Jahren sei ein kontinuierlicher Anstieg der Zahl der Personen zu verzeichnen, die in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB untergebracht seien. Die Novellierung des § 64 StGB solle dazu beitragen, dass die Behandlungen in den Entziehungsanstalten sich wieder stärker auf die Personen konzentrierten, die wirklich eine Therapie benötigten. Über den Gesetzentwurf des Bundesministeriums der Justiz solle noch vor der Sommerpause abschließend beraten werden. Im günstigsten Fall könnten die neuen Regelungen zum 01.07.2023 in Kraft treten.

Der Bericht der Verwaltung wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 8 **Anträge und Anfragen**

Punkt 8.1 **Auswirkungen der Lieferengpässe von Medikamenten auf die Kliniken des LVR** **Anfrage Nr. 15/52 AfD**

Die Beantwortung der Anfrage liegt vor.

Punkt 8.2 **Beantwortung der Anfrage 15/52 AfD: Auswirkungen der Lieferengpässe von Medikamenten auf die Kliniken des LVR**

Die Beantwortung der Anfrage wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 8.3 **Schäden durch die Corona-Impfung** **Anfrage Nr. 15/53 AfD**

Die Beantwortung der Anfrage liegt vor.

Punkt 8.4 **Beantwortung der Anfrage 15/53 AfD: Schäden durch die Corona-Impfung**

Herr Winkler kündigt für die AfD-Fraktion noch eine schriftliche Nachfrage an.

Die Beantwortung der Anfrage wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 9
Bericht aus der Verwaltung

Keine Anmerkungen.

Punkt 10
Verschiedenes

Keine Anmerkungen.

Punkt 11
Verschiedenes

Keine Anmerkungen.

Wuppertal, 12.04.2023

Die Vorsitzende

Schäfer

Köln, 17.03.2023

Die Direktorin des Landschaftsverbandes
Rheinland

In Vertretung

Wenzel-Jankowski

Stand der Umsetzung des Modellvorhabens DynaLive in der LVR-Klinik Bonn

Michael van Brederode

LVR-Klinik Bonn/LVR-Institut für Versorgungsforschung

Gesetzliche Grundlage

§ 64b SGB V Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen

Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 kann auch die **Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen** sein, die auf eine **Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung** ausgerichtet ist, **einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld**. **In jedem Land** soll unter besonderer Berücksichtigung der **Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1** durchgeführt werden.

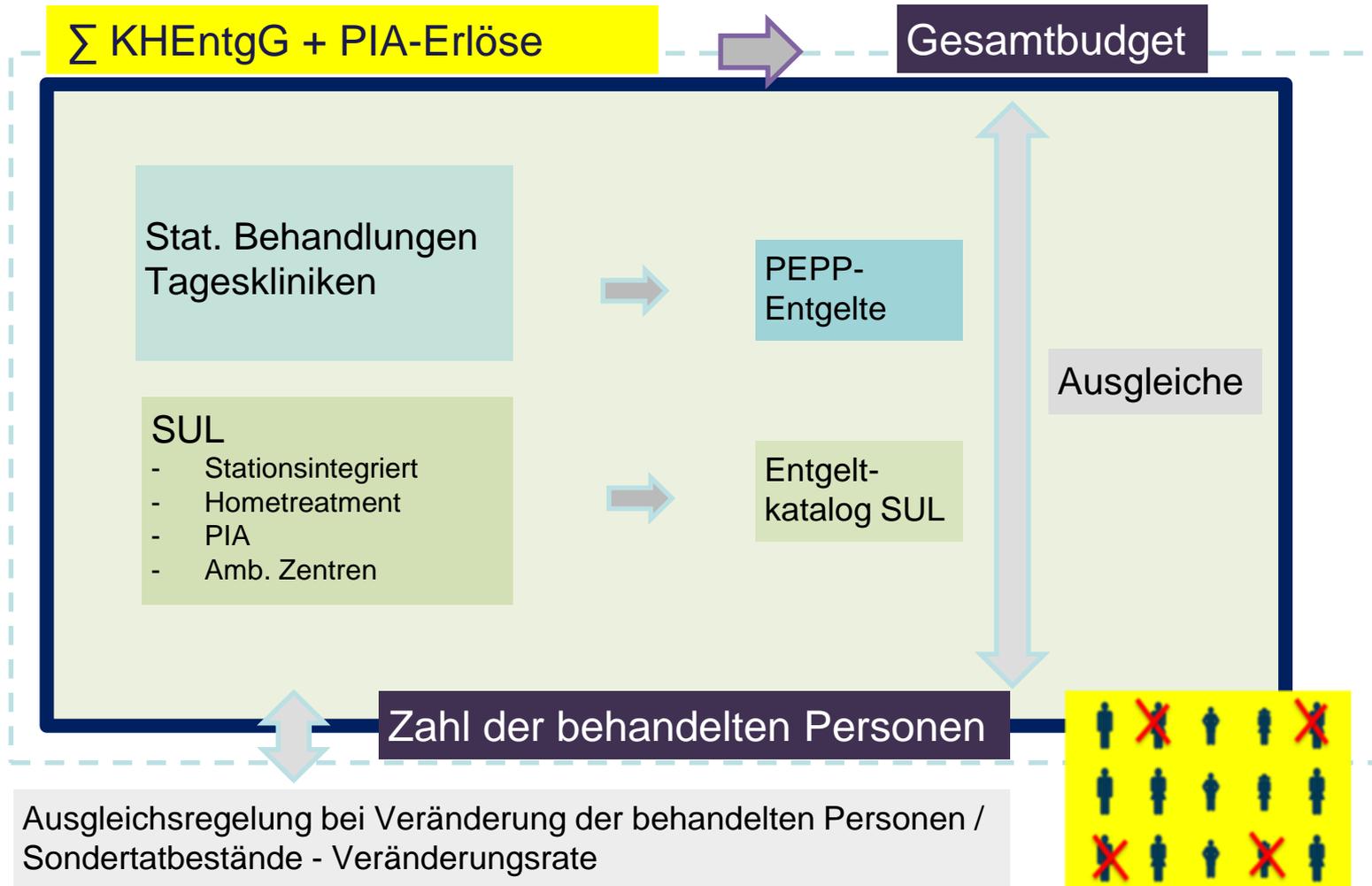
Zielsetzungen des § 64b SGB V

- Erprobung von Alternativen zum Entgeltsystem PEPP
- (sowie für die Finanzierung der PIA-Leistungen)
- Verringerung des stationären Behandlungsbedarfs durch verbesserte ambulante/teilstationäre Hilfen
- Verbesserung der ambulanten Versorgungsstrukturen (insbes. für Menschen mit schweren Erkrankungen)
- Verbesserung der Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Versorgung

Aktueller Stand

- bundesweit 22 Modellvorhaben (Stand Sommer 2022)
- (überwiegend) einheitliche Grundstruktur
- Vertragspartner: Krankenkassen – Psychiatrische Kliniken/Fachabteilungen
- einheitliche Evaluation durch Institute der Universitäten Dresden/Magdeburg: 2. Bericht 2021
- Verlängerung der max. Laufzeit von ursprünglich 8 auf 15 Jahre

Struktur der Modelle nach § 64 b SGB V



Struktur der Modelle nach 64 b SGB V

- Gesamtbudget aus Summe der Erlöse aus stationären, teilstationären und ambulanten Leistungen im Referenzjahr
- verknüpft mit der Zahl der ambulant, teilstationär und stationär behandelten Personen (nicht Fälle!) im Referenzjahr
- Budget als Finanzierungsbasis für die Modelllaufzeit garantiert: Unabhängig von Veränderungen im Leistungsspektrum
- + evtl. Veränderungen im Modellzeitraum: Veränderungswert, gesetzliche Regelungen mit finanziellen Auswirkungen, Erhöhung der Zahl der behandelten Personen
- PEPP-Abrechnungsziffern und Vergütungskatalog für die Stationsunabhängigen Leistungen (SUL) als reine Abrechnungsgrößen, die am Ende des Jahres entsprechend der Budgetrahmens ausgeglichen werden.
- Laufzeit: 8 Jahre – Verlängerung auf bis zu 15 Jahren möglich

Chancen

versorgungspolitisch

- Anstöße für die Entwicklung von Alternativen bzw. Verbesserungen: PEPP und PIA-Finanzierung
- Verbesserung der ambulanten und sektorenübergreifenden Versorgung

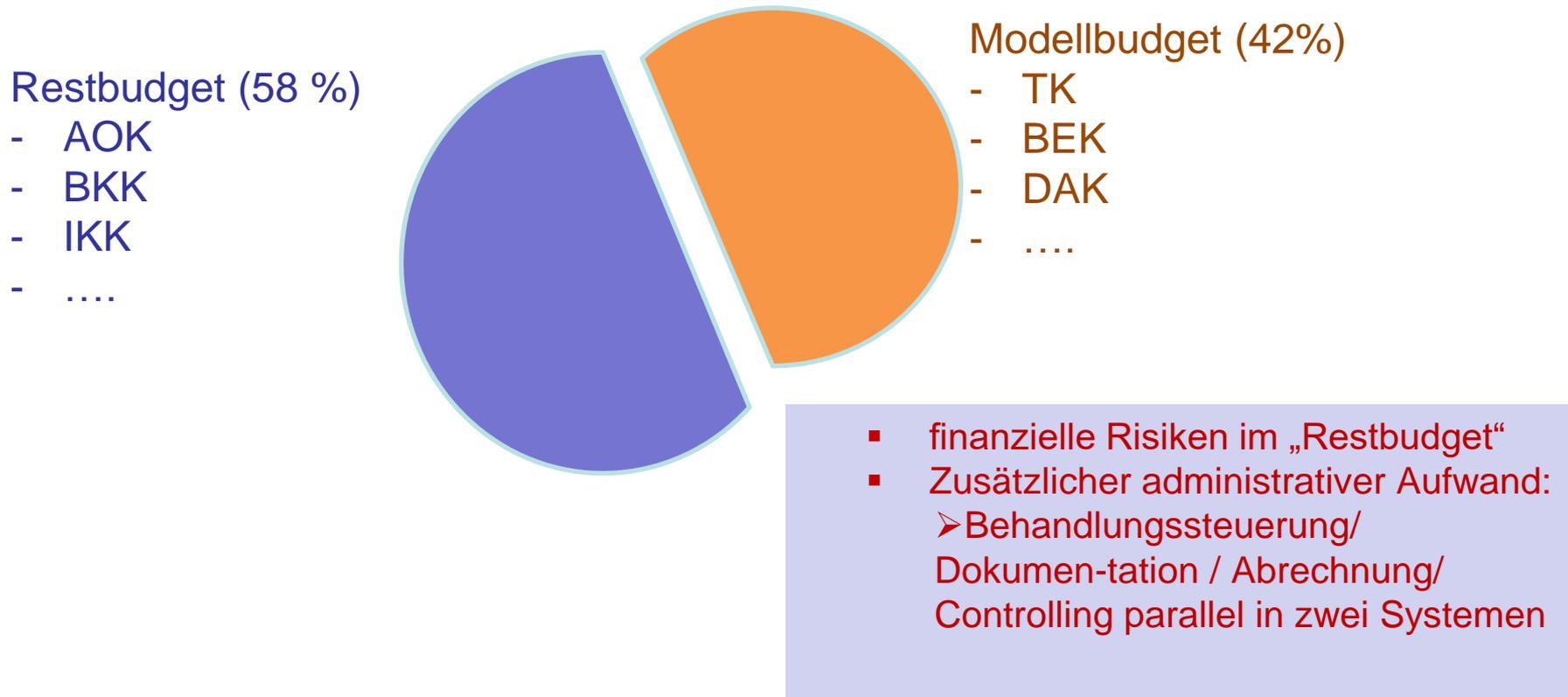
für beteiligte Kliniken

- Budgetsicherheit während der Modellphase....
 - eröffnet Freiräume für die Umstrukturierung der Behandlungsangebote (Substitution stationärer Hilfen durch ambulante Komplexbehandlung)
 - „geschützter“ Erfahrungsraum für die Erprobung und Umsetzung neuer Organisations- und Angebotsformen

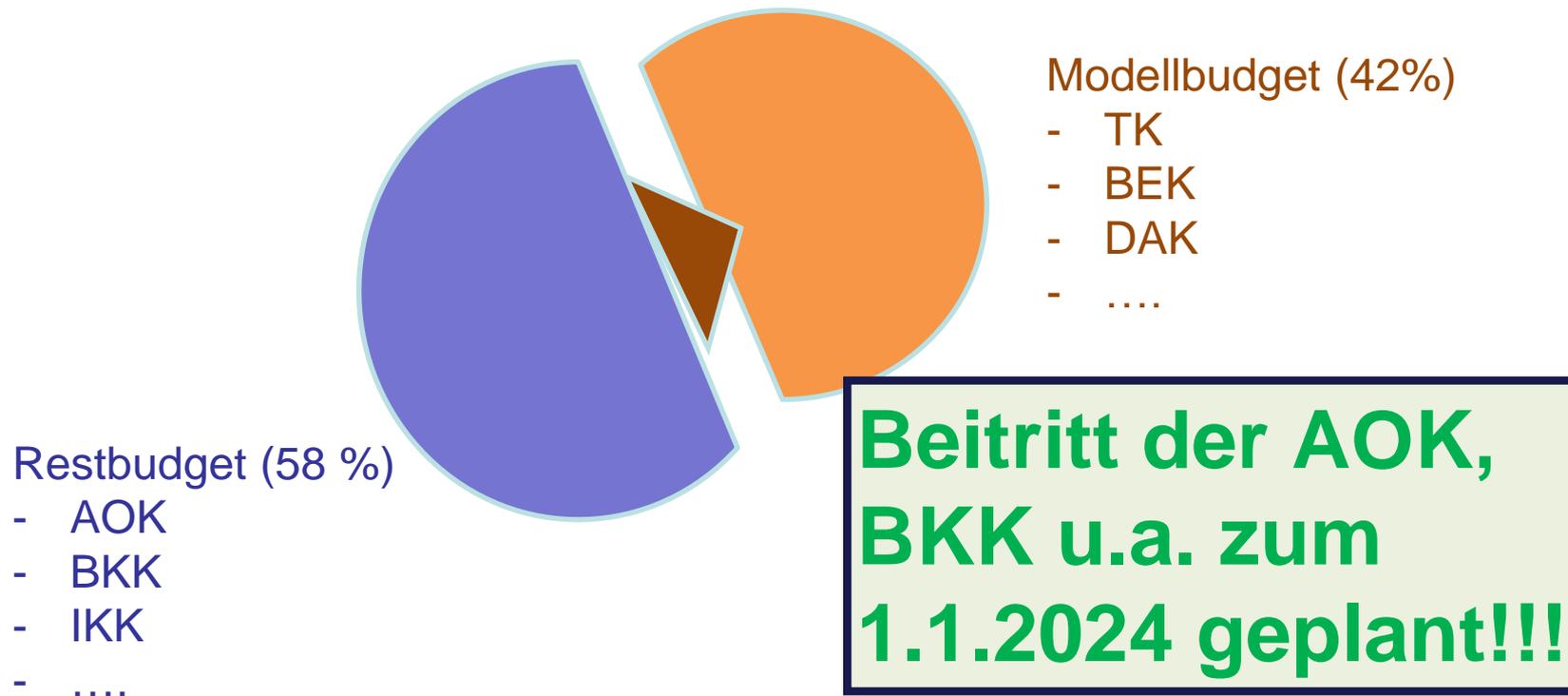
Risiken

- Keine Extrafinanzierung für zusätzliche ambulante Hilfen
Ressourcen für erweiterte ambulante Hilfen müssen budgetneutral durch Umschichtung aus dem stationären Sektor finanziert werden.
- Potential der Modellvorhaben deutlich reduziert, wenn nicht alle Krankenkassen beitreten.

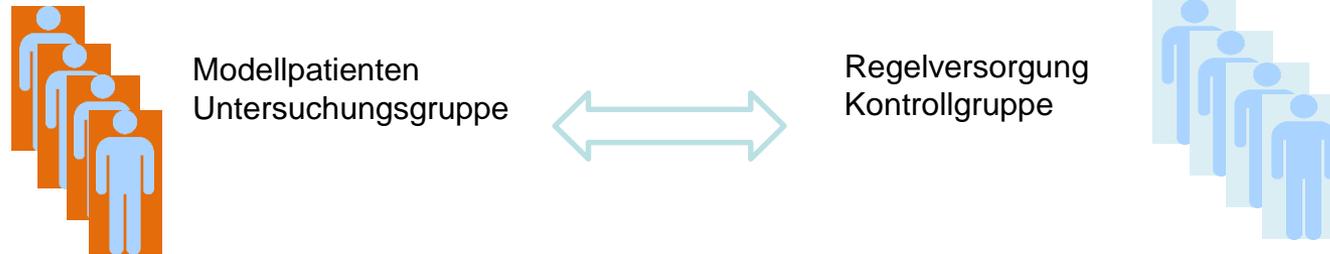
Problem für die Modellimplementierung in Bonn: Aufspaltung in zwei Teilbudgets



Ausgangsbedingungen für die Modellimplementierung: Aufspaltung in zwei Teilbudgets



Anlage der Evaluation: Gruppenvergleich



- Inanspruchnahme (teil-)stationärer und ambulanter Hilfen

Hypothese

Die erweiterten Behandlungsoptionen führen bei den Modellpatienten zu einer – gegenüber der Kontrollgruppe – verminderten Inanspruchnahme stationärer Leistungen.

Anlage der Evaluation: Gruppenvergleich

Modellpatienten mit
SUL-Leistungen

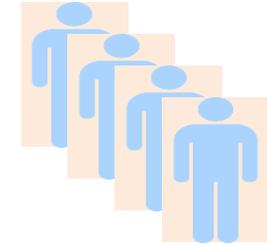
51,2%

bis 10 Std. 66,6%
10 – 20 Std. 17,6%
>20 Std. 15,8%
max. 430 Std.



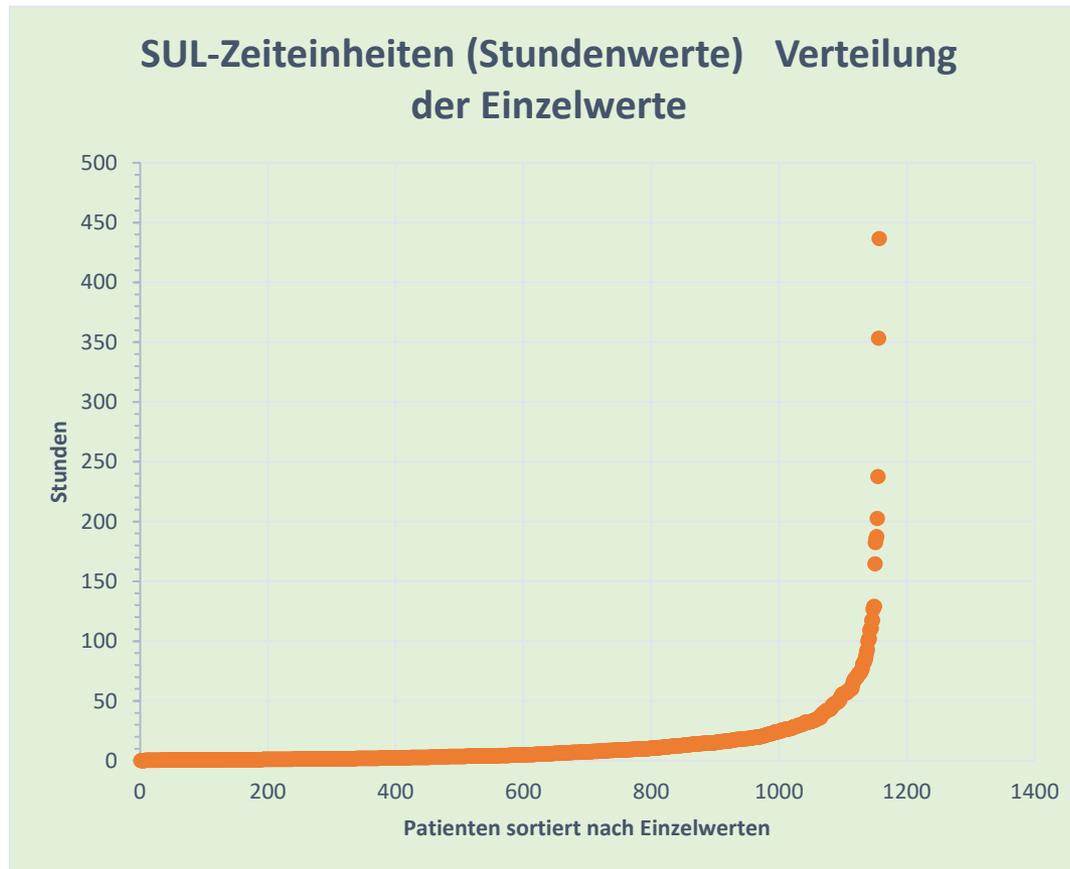
Modellpatienten ohne
SUL-Leistungen

49,8%



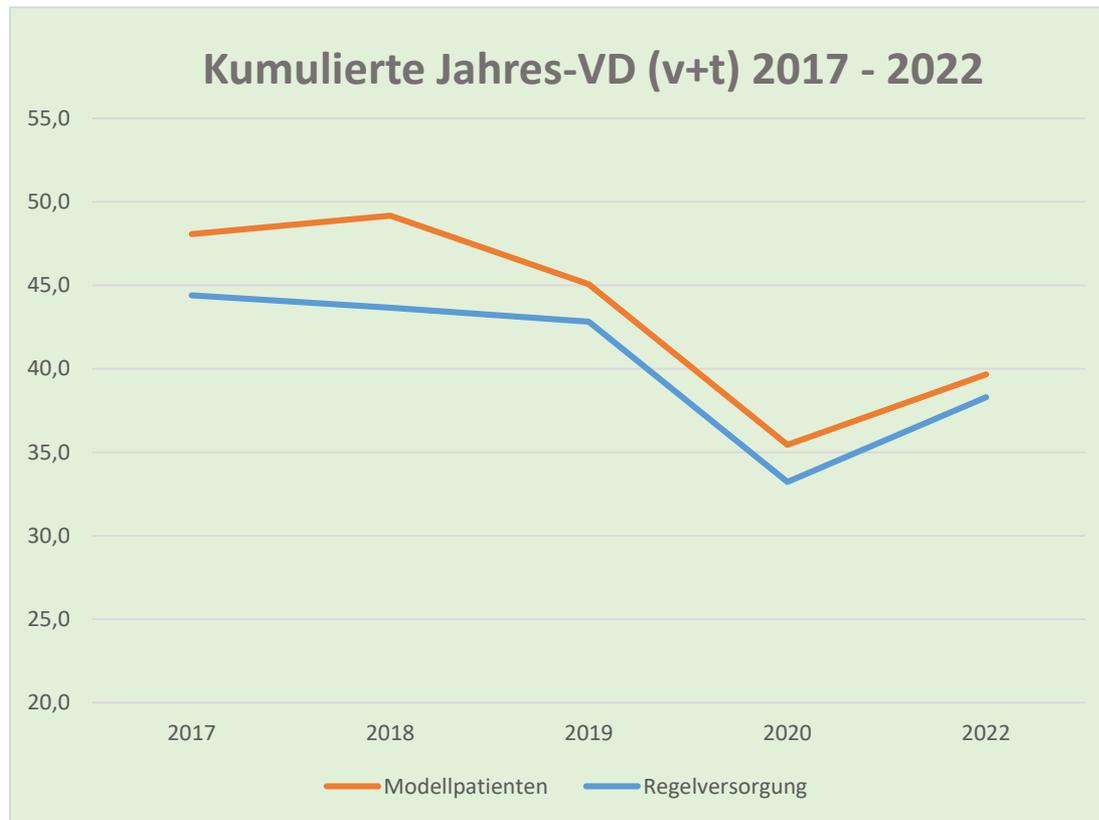
Der überwiegende Teil der Modellpatienten erhält bisher ambulante SUL-Leistungen im Umfang bis zu 10 Std.

Ergebnisse der Evaluation 2017 - 2022



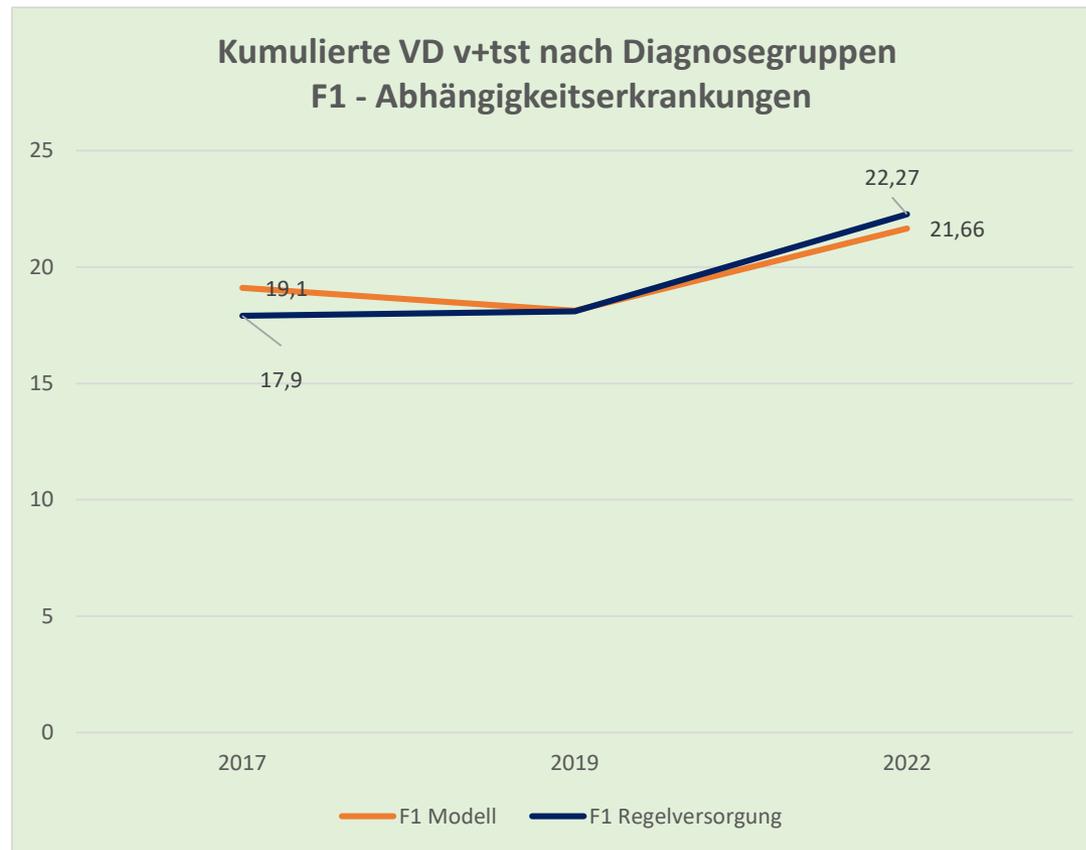
- Kontinuierliche Verringerung bis 2020 (MO>RV)
- Wiederanstieg nach 2020 (RV>MO)

Ergebnisse der Evaluation 2017 - 2022



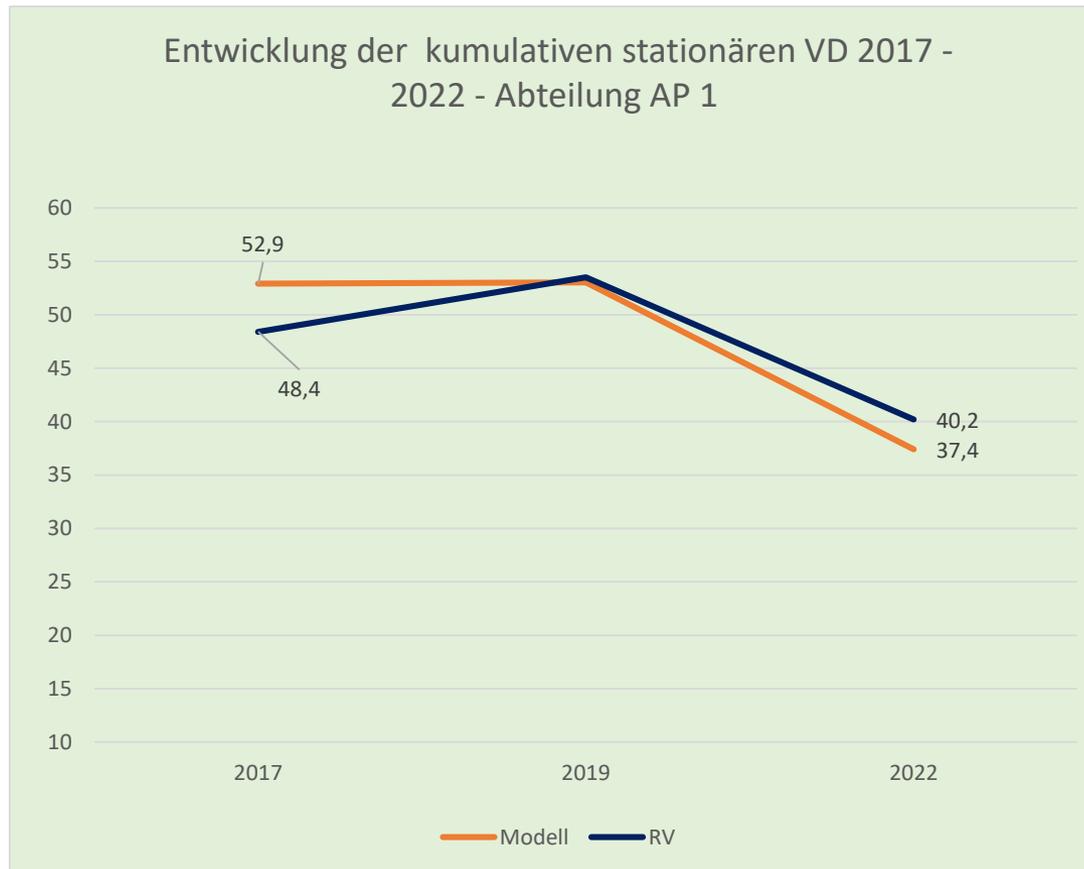
- Kontinuierliche Verringerung bis 2020 (MO>RV)
- Wiederanstieg nach 2020 (RV>MO)

Ergebnisse der Evaluation 2017 - 2022



- Anstieg **KVD Modell** um **13%** vs. Anstieg **RV** um **24%**

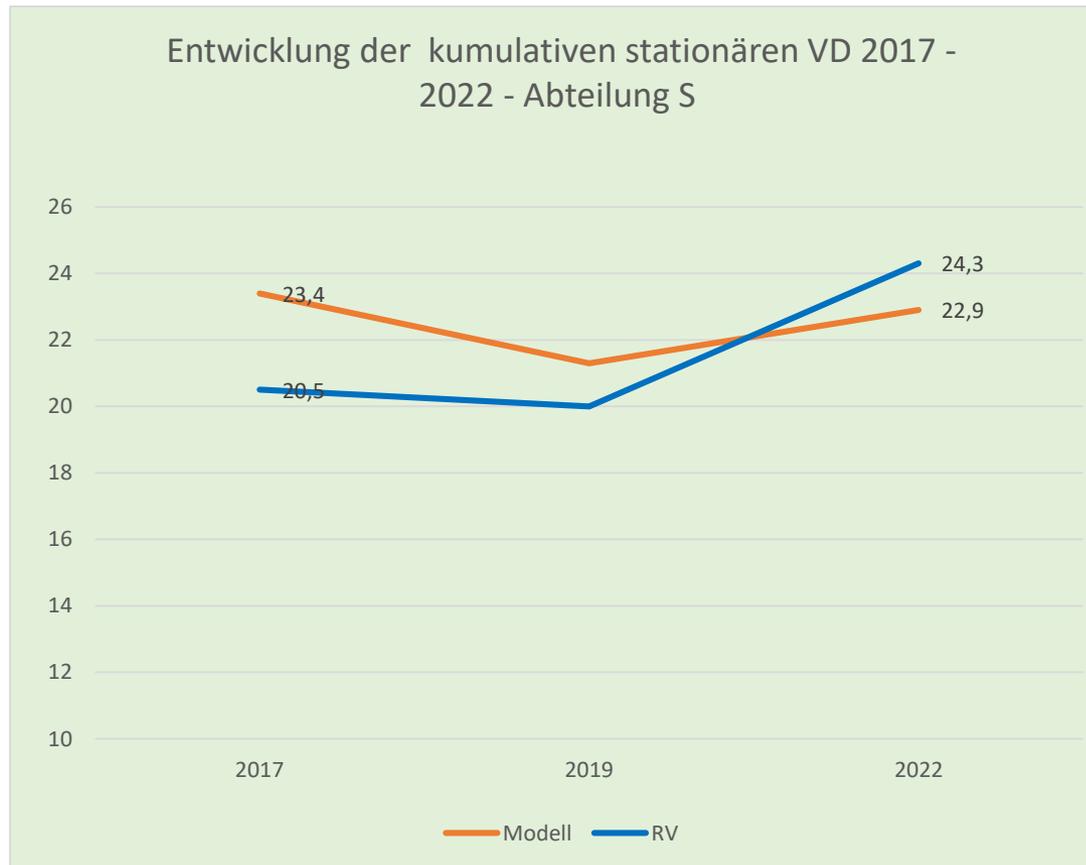
Ergebnisse der Evaluation 2017 - 2022



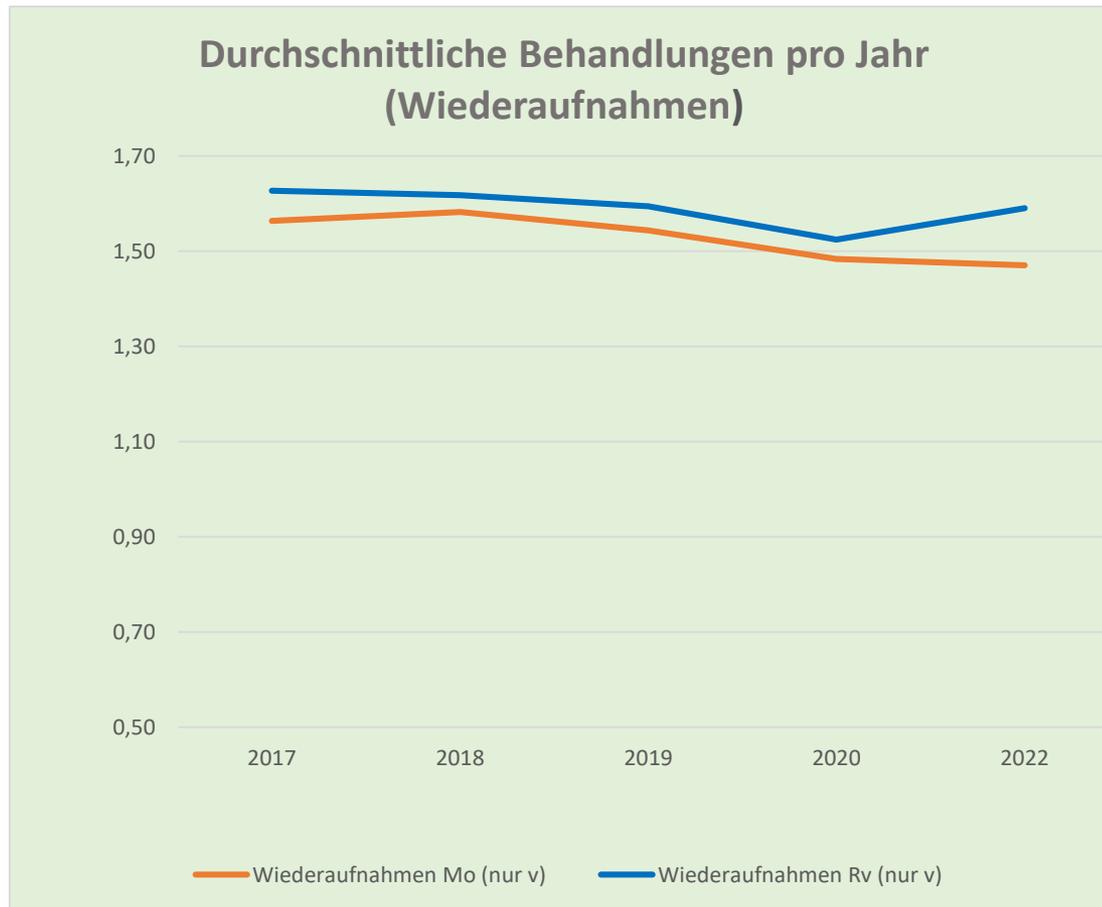
- Rückgang **KVD Modell** um **29%** vs. Rückgang **RV** um **19%**

Ergebnisse der Evaluation 2017 - 2022

- Rückgang **KVD Modell** um 2,2% vs. Anstieg **RV** um 18,5%



Ergebnisse der Evaluation 2017 - 2022



- Starker Wiederanstieg RV nach 2020
- Fortsetzung Rückgang MO

Gründe für den zeitlich gestreckten Eintritt der erwarteten Effekte

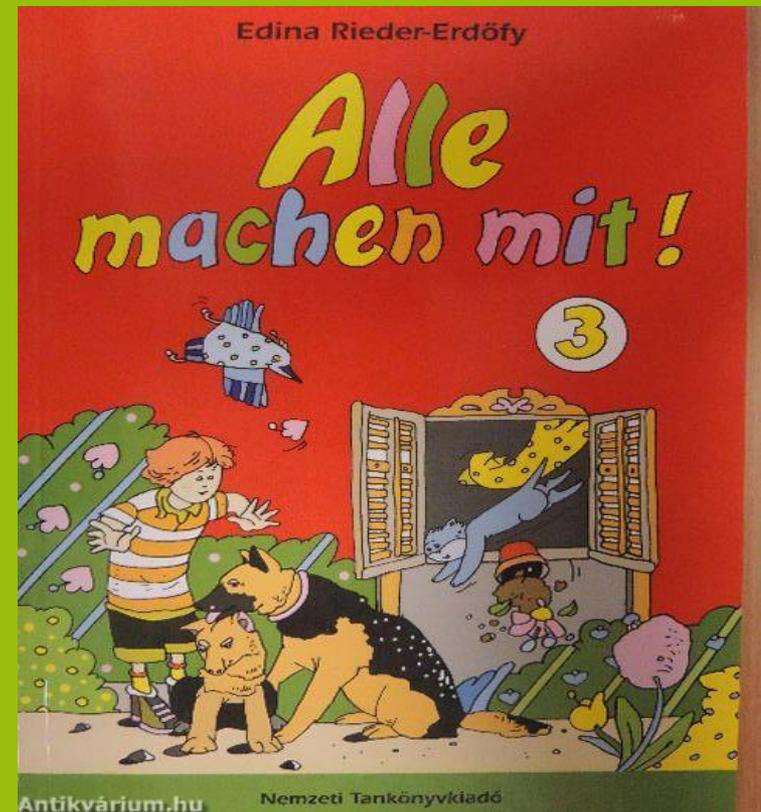
- Folgen des Nicht-Beitritts wesentlicher Kassen
- Einschnitte und Einschränkungen durch die Corona-Pandemie
- Keine Anlauffinanzierung: Ressourcen für ambulante Hilfen müssen schrittweise durch Umschichtung aus dem stationären Bereich freigesetzt werden
- Größe und Komplexität der Klinik – gestaffelt Umsetzung



Das Modellvorhaben nach § 64b SGB V in der LVR-Klinik Bonn

Köln, 10.03.2023

Prof. Dr. Markus Banger



Mögliche Varianten der Behandlung

30 Tage vollstationäre Versorgung



klassisch

20 Tage stationäre Versorgung

und x Tage „Stationsungebundene Leistungen“ (SUL), ambulant erbracht



Modell

Reine stationsersetzende Behandlung ohne vorherige stationäre Behandlung



Modell

3 Tage prästationäre Phase

15 Tage Stationäre Versorgung

2 +1 Tage TK

und x Tage „Stationsungebundene Leistungen“ (SUL), ambulant erbracht



Modell

30 Tage vollstationäre Versorgung

und x Tage „Stationsungebundene Leistungen“ (SUL) als „Add-on“



Fehlsteuerung

Legende:

■ stationsersetzende Behandlungstage

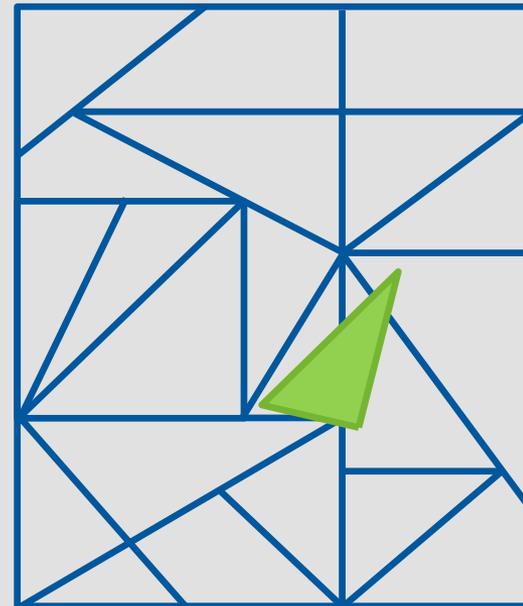
■ teilstationäre Behandlungstage

■ vollstationäre Behandlungstage

5

DynaLIVE – Organisationsentwicklung der Klinik als ganzheitlicher Prozess

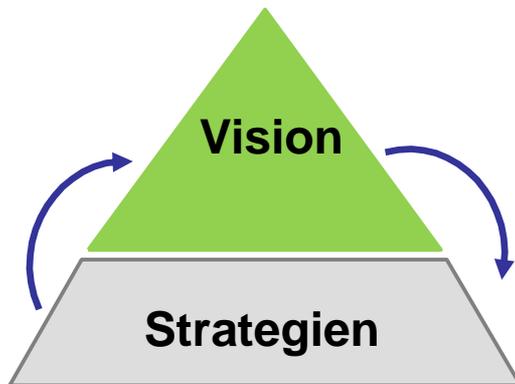
**In einem
stabilen System
erfordert jeder
Entwicklungsschritt
die Justierung
aller Komponenten**



Was bedeutet die Ausweitung des Modellvorhabens für unsere Klinik

- Patientensteuerung und -begleitung durch die Angebote
- Implementierung in der KIJU
- Kennzahlenentwicklung zur Steuerung
- Neue Besprechungsmatrix entwickeln auf den unterschiedlichen Ebenen
- Welche DynaLIVE Organisationsform (Station, TK, Ambulanz, eigenes Zentrum)?
- Entscheidungen und Vertrauen in die gegenseitige Kompetenz werden wichtiger
- Entwicklung von neuen Behandlungsabläufen?
- Änderung des multiprofessionellen Zusammenspiels?
- Neudefinition von Kompetenzbereichen?
- Neue Wirkfaktoren?

Steuerungskreislauf der Organisationsentwicklung



- Wie wollen wir als Klinik jetzt und in Zukunft gesehen werden?
- Was wollen wir mit DynaLIVE erreichen? (Patienten-, Mitarbeiter und Unternehmensebene)

Welchen Weg werden wir dazu beschreiten?

Der Patient steht im Mittelpunkt!



**Unsere Hilfen müssen bedarfsgerecht sein
und die reale Personalsituation berücksichtigen.**



Was wirkt in der Psychiatrie?

Was wird bei dem individuellen Pat. wirken?

Wie unterscheiden wir Bedarf und Bedürfnis?

Wie kommen wir ohne MD zurecht?

Wie und wann setzen wir Grenzen?

Welche Patienten sind für die neuen
Versorgungsformen geeignet?

Welche Maßnahmen sind indiziert und wirksam?

Welche Frequenz und Intensität der ambulanten
Hilfen?

Wir gehen wir mit mangelnder Compliance um?

Wie erkennen wir individuelle Gefährdungen
rechtzeitig?



Wie wollen wir das erreichen?

- Regelmäßige Workshops/Konferenzen mit den Führungskräften
- Engmaschige Information der Mitarbeiterschaft
- Kontinuierliche Kontrolle der Umsetzung auf Grundlage der Daten aus der internen Evaluation
- Implementation eines neuen Steuerungsmodells
- Anpassung des Controllings
- Klinikinterne Leitlinien für die Umsetzung der Modelmaßnahmen
- Erprobung verschiedener Organisationsmodelle
- Zusammenarbeit mit Niedergelassenen Ärzten und gemeindepsychiatrischen Diensten an die neuen Anforderungen anpassen

Für unsere Patienten sind Fragen des Alltags von hoher Bedeutung

- Bekomme ich im ambulanten Status weiterhin ein Mittagessen?
- Wer bezahlt die Fahrtkosten für die häufigen Besuche in der Klinik?
- Ist die Behandlung „genau so gut“ wie eine stationäre Behandlung oder dient das nur der Kostenersparnis?
- Möchte ich, dass meine Betreuer in meine Wohnung kommen? Und, dass sie sehen, wie unaufgeräumt es ist?

Oder aus Sicht der Angehörigen:

- Müssen wir nun wieder die Lasten der Erkrankung unseres Sohns, unserer Tochter, des Ehemanns, der Ehefrau tragen. Wer hilft uns, wenn es wieder schwierig wird.

Unsere Organisationsentwicklung verfolgt zwei Hauptziele

1. Menschliche- personelle Entwicklung
2. Institutionelle- strukturelle Entwicklung



Idealerweise greifen beide Stränge Hand in Hand

**"Wir müssen jetzt
die Köpfe
hochkrempeln -
und die Ärmel
auch"**

Lukas Podolski