

Niederschrift
über die 18. Sitzung des Gesundheitsausschusses
am 17.11.2017 in Köln, Landeshaus
- öffentlicher Teil -

Anwesend vom Gremium:

CDU

Dr. Ammermann, Gert (für Schavier)
Dickmann, Bernd
Herbrecht, Wilhelm
Loepp, Helga
Meies, Fritz
Mucha, Constanze
Nabbefeld, Michael
Naumann, Jochen
Dr. Schlieben, Nils Helge

SPD

Arndt, Denis
Berten, Monika
Ciesla-Baier, Dietmar
Heinisch, Iris
Kiehlmann, Peter
Schmidt-Zadel, Regina
Schulz, Margret (Vorsitzende)

Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Barion, Katrin
Kresse, Martin
Platz, Dorothea-Luise (für Beck)

FDP

Feiter, Stefan (für Dr. Strack-Zimmermann, MdB)
Pabst, Petra

Die Linke.

Hamm, Gudrun

FREIE WÄHLER

Alsdorf, Georg

Verwaltung:

Wenzel-Jankowski, LVR-Dezernentin "Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen"

Lüder, LVR-Fachbereichsleiter "Maßregelvollzug"

Dr. Möller-Bierth, LVR-Fachbereichsleiterin "Personelle und organisatorische Steuerung"

Stephan-Gellrich, LVR-Fachbereichsleiterin "Planung, Qualität und Innovationsmanagement"

Thewes, LVR-Fachbereichsleiter "Wirtschaftliche Steuerung"

Henkel, LVR-Stabsstelle "Inklusion und Menschenrechte" (bis TOP 7)

Landorff, LVR-Fachbereich "Kommunikation"

Mäckle, LVR-Stabsstelle "Gleichstellung und Gender Mainstreaming"

Offermann, LVR-Fachbereich "Planung, Qualität und Innovationsmanagement"

Schneiders, LVR-Fachbereich "Finanzmanagement"

Groeters, LVR-Fachbereich "Personelle und organisatorische Steuerung" (Protokoll)

Referenten:

Prof. Dr. Banger, Ärztlicher Direktor der LVR-Klinik Bonn (bis TOP 3)

Dr. Schormann, Chefarzt der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie II der LVR-Klinik Bonn (bis TOP 3)

Tagesordnung

Öffentliche Sitzung

Beratungsgrundlage

1. Anerkennung der Tagesordnung
2. Niederschrift über die 17. Sitzung vom 15.09.2017
3. Sektorübergreifende Versorgung / Umsetzung des Modellvorhabens nach § 64 b in der LVR-Klinik Bonn
4. Wirtschaftsplanentwürfe 2018 des LVR-Klinikverbundes **14/2266 E**
5. Stellungnahme des LVR zum Entwurf der Landesregierung Nordrhein-Westfalen zur Novellierung des Krankenhausgestaltungsgesetzes **14/2317 K**
6. Follow up-Staatenprüfung zur UN-Behindertenrechtskonvention: Das Thema rechtliche Betreuung in den Abschließenden Bemerkungen des UN-Fachausschusses aus Perspektive des LVR **14/2102 K**
7. Peer Counseling im Rheinland - Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung und Evaluation **14/2125/1 K**
8. Anträge und Anfragen der Fraktionen
9. Mitteilungen der Verwaltung
10. Verschiedenes

Nichtöffentliche Sitzung

11. Niederschrift über die 17. Sitzung vom 15.09.2017
12. Personalmaßnahmen
- 12.1. Wiederbestellung zum Stellvertreter der Pflegedirektion im Klinikvorstand der LVR-Klinik Düren **14/2288 B**
- 12.2. Wiederbestellung zum Stellvertreter der Kaufmännischen Direktion im Klinikvorstand der LVR-Klinik Köln **14/2291 B**
- 12.3. Bestellung zum Stellvertreter der Ärztlichen Direktion im Klinikvorstand der LVR-Klinik Köln **14/2299 B**
13. Maßregelvollzug
- 13.1. Aktueller Bericht
- 13.2. Belegungssituation im Maßregelvollzug
14. Anträge und Anfragen der Fraktionen
15. Mitteilungen der Verwaltung

16. Verschiedenes

Beginn der Sitzung:	09:30 Uhr
Ende öffentlicher Teil:	11:00 Uhr
Ende der Sitzung:	11:15 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 17.11.2017 wird zugestimmt.

Punkt 2

Niederschrift über die 17. Sitzung vom 15.09.2017

Gegen den öffentlichen Teil der Niederschrift werden keine Einwendungen erhoben.

Punkt 3

Sektorübergreifende Versorgung / Umsetzung des Modellvorhabens nach § 64 b in der LVR-Klinik Bonn

Herr Prof. Dr. Banger führt aus, 2016 sei die Konzepterstellung der LVR-Klinik Bonn zur Umsetzung des Modellvorhabens erfolgt. Für die Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie sei eine vom Setting unabhängige Beziehungskontinuität von großer Bedeutung. Ziele des Modellvorhabens seien:

- Verlängerung der kontinuierlichen therapeutischen Beziehung,
- Optimierung der sektorenübergreifenden Leistungserbringung,
- Flexibilisierung des Behandlungsprozesses,
- verbesserte Vernetzung mit extramuralen Leistungserbringern,
- Konzentration der Ressourcen auf Patientenbehandlung,
- Ausbau der stationersetzenden Maßnahmen,
- Behandlung im häuslichen Umfeld.

Es sei notwendig, von einer institutionszentrierten zu einer patientenzentrierten Behandlungsorganisation zu kommen. Ziele des Modellvorhabens seien aus Kassensicht:

- ganzheitliche am Patienten orientierte Versorgung,

- Verbesserung der Versorgungsqualität über Sektoren hinweg,
- Vermeidung von Drehtüreffekten,
- Optimierung des Ressourceneinsatzes.

Wichtig sei, dass es durch das Modellvorhaben nicht zu einem Aufbau eines Konkurrenzsystems zur ambulanten ärztlichen Versorgung, der Schaffung von Überbelegung und zu einem Qualitätsdefizit bei Nicht-Modellkrankenkassenpatientinnen und -patienten und Krankenkassenpatientinnen und -patienten komme.

Die Teilnahme an dem Modellprogramm bedeute für die Organisationsstruktur der LVR-Klinik Bonn:

- Mehr fachliche Verantwortung für den Einzelnen,
- fachärztliches Bedarfsassessment und Behandlungssteuerung,
- Casemanager als Orientierungshilfe für die Patientinnen und Patienten,
- kontinuierliche Schulungen und Fortbildungen,
- ein zukunftsweisendes EDV-Konzept.

Bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten stehe die Multiprofessionalität im Vordergrund. Der Power-Point-Vortrag von Herrn Prof. Dr. Banger wird der Niederschrift als **Anlage 1** beigelegt.

Herr Dr. Schormann ergänzt, in der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie II der LVR-Klinik Bonn sei mit der Umsetzung des Modells begonnen worden. Bisher seien im Rahmen des Modells ca. 100 Patientinnen und Patienten behandelt worden. Insbesondere seien folgende Chancen hervorzuheben:

- Behandlung orientiert an Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten,
- Vermeidung von Hospitalisierung,
- Erhalt der sozialen Bindungen im Lebensumfeld.

Herr Dr. Schormann stellt vier Beispiele von Patientinnen und Patienten vor, die im Rahmen des Modellprogramms behandelt worden sind. Die Patientendaten wurden zur Anonymisierung verfälscht.

Der Power-Point-Vortrag von Herrn Dr. Schormann wird der Niederschrift als **Anlage 2** beigelegt.

Frau Schmidt-Zadel lobt das Modellvorhaben in der LVR-Klinik Bonn. Es sei ein zukunftsweisendes Projekt, das auf mehr Kliniken übertragen werden sollte. Bedauerlich sei, dass sich nicht alle Krankenkassen an der Finanzierung beteiligten. Für die Patientinnen und Patienten sei eine personenzentrierte Behandlung sehr zu begrüßen.

Herr Kresse erinnert an die Reise des Gesundheitsausschusses vom 09. - 11.12.2012 nach Hamburg und Itzehoe. Mit dem Modellvorhaben der LVR-Klinik Bonn würden die dort gewonnenen Erkenntnisse endlich in die Tat umgesetzt. Es sei bedauerlich, dass es den Konflikt zwischen Modellpatientinnen und -patienten und Regelpatientinnen und -patienten gebe. Wünschenswert wäre, wenn weitere personenzentrierte Modelle angeboten werden könnten.

Frau Wenzel-Jankowski berichtet, bundesweit gebe es 19 Modelle nach § 64 b SGB V in der Psychiatrie. Es sei schwierig in Verhandlungen mit den Krankenkassen, diese Modellprojekte vor dem Hintergrund des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) weiter auszuweiten. Dementsprechend kämen den Evaluationsergebnissen jetzt eine besondere Bedeutung zu. Die gesetzliche Begleitforschung durch die Krankenkassen werde durch ein Konsortium unter Federführung der Universität Dresden durchgeführt. Es gebe hier mittlerweile erste Zwischenergebnisse, die aber erst in 2018 veröffentlicht würden. Es sei bundesweit sehr schwierig, Modelle von stationsäquivalenter Behandlung zu implementieren, da es eine große Konkurrenz unter den Krankenkassen gebe. Bei der personenzentrierten Behandlung von Patientinnen und Patienten handele es sich um eine zukunftsweisende patientengerechte Versorgung.

Herr Prof. Dr. Banger ergänzt, gerade im Sinne der Patientinnen und Patienten wäre es gut, wenn sich alle Krankenkassen an dem Modellvorhaben beteiligen würden.

Auf Frage von Herrn Feiter antwortet Herr Prof. Dr. Banger, das Prozessmanagement bei der Einführung des Modellvorhabens in weiteren Abteilungen der LVR-Klinik Bonn müsse gut geplant werden, da es insbesondere einer Akzeptanz und Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der LVR-Klinik Bonn bedürfe.

Herr Dr. Schormann ergänzt, es gebe eine sehr gute Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich, da eine Entlassung von Patientinnen und Patienten aus dem Klinikbereich mit allen Beteiligten sehr gut geplant werden müsse. Daneben bestünden im Rahmen der Umsetzung des Modellvorhabens keine finanziellen Konkurrenzen zwischen der LVR-Klinik Bonn und dem niedergelassenen Bereich.

Die weitere Diskussion, an der sich Frau Schmidt-Zadel, Frau Wenzel-Jankowski, Frau Berten und Herr Prof. Dr. Banger beteiligen, fasst die Vorsitzende dahingehend zusammen, dass in einer der nächsten Sitzungen des Gesundheitsausschusses berichtet werden solle, welche sektor- und stationsübergreifende Modelle es in den anderen LVR-Kliniken gebe bzw. welche angedacht seien.

Die Berichte von Herrn Prof. Dr. Banger und Herrn Dr. Schormann werden zur Kenntnis genommen.

Punkt 4

Wirtschaftsplanentwürfe 2018 des LVR-Klinikverbundes Vorlage 14/2266

Der Gesundheitsausschuss fasst **einstimmig** folgenden empfehlenden Beschluss:

1. Die Wirtschaftsplanentwürfe des LVR-Klinikverbundes für das Jahr 2018 einschließlich der ihnen vorangestellten Betrauungsakte, des Kassenkreditrahmens und der Verpflichtungsermächtigungen werden in der Fassung der Vorlage Nr. 14/2266 festgestellt.
2. Die Verwaltung wird beauftragt, die Wirtschaftsplanentwürfe 2018 bis zur Drucklegung noch an die aktuelle Entwicklung anzupassen und ggf. erforderliche Änderungen ohne Einzelaufführung in Veränderungsnachweisen bei der Drucklegung der endgültigen Wirtschaftspläne vorzunehmen, soweit diese keine Auswirkungen auf die ausgewiesenen Ergebnisse haben.

Punkt 5

Stellungnahme des LVR zum Entwurf der Landesregierung Nordrhein-Westfalen zur Novellierung des Krankenhausgestaltungsgesetzes Vorlage 14/2317

Frau Wenzel-Jankowski erläutert, das Landeskabinett Nordrhein-Westfalen habe am 29.08.2017 den Entwurf eines Gesetzes zur Entfesselung der nordrhein-westfälischen Wirtschaft (Entfesselungspaket I) vorgestellt. Nach seinem Artikel 14 solle u. a. auch das Krankenhausgestaltungsgesetz (KHGG NRW) in einigen Punkten novelliert werden. Die Verwaltung habe in ihrer Stellungnahme vom 26.09.2017 im Rahmen der vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen durchgeführten Verbändeanhörung ihre Einwände dargelegt. Dabei sei sie insbesondere auf folgende Punkte eingegangen:

- Ausnahmen zur Übernahmepflicht der psychiatrischen Pflichtversorgung,
- verbindliche Zielvorgaben für die Krankenhausplanung,
- zusätzliche Möglichkeit der Einzelförderung.

Insbesondere zu diesen Punkten sei seitens der Verwaltung gegenüber dem Land noch um eine Konkretisierung bzw. Änderung gebeten worden.

Herr Nabbefeld bedankt sich für die Information und bittet die Verwaltung, die politische Vertretung über das weitere Verfahren zu informieren.

Die Stellungnahme des LVR vom 26.9.2017 zum Entwurf der Landesregierung Nordrhein-Westfalen zur Novellierung des Krankenhausgestaltungsgesetzes im Rahmen des Gesetzes zur Entfesselung der nordrhein-westfälischen Wirtschaft (Entfesselungspaket I) vom 29.8.2017 wird gemäß der Vorlage Nr. 14/2317 zur Kenntnis genommen.

Punkt 6

Follow up-Staatenprüfung zur UN-Behindertenrechtskonvention: Das Thema rechtliche Betreuung in den Abschließenden Bemerkungen des UN-Fachausschusses aus Perspektive des LVR Vorlage 14/2102

Frau Henkel informiert, im Rahmen der abschließenden Bemerkungen des UN-Fachausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zur ersten Staatenprüfung Deutschlands wurde dem Vertragsstaat Deutschland ausdrücklich angeraten, das bestehende System der rechtlichen Betreuung zu reformieren. Es wurde empfohlen, die ersetzende Entscheidung durch Verfahren der unterstützenden Entscheidungsfindung abzulösen. Dies bedeute, dass allen Menschen mit Behinderungen im Einzelfall geeignete Unterstützung angeboten werden solle, damit sie selbstbestimmte Entscheidungen treffen können. Vor diesem Hintergrund sei es notwendig, das Profil der Berufsbetreuung zu ändern. Weiterhin gehe es darum, im Rahmen der Möglichkeiten des LVR-Betreuungsamtes die Betreuungsvereine und damit mittelbar die ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuer zu stärken.

Herr Nabbefeld regt an, dass sich der Gesundheitsausschuss fachlich mit dem Thema der Betreuungen auseinandersetzen solle.

Die weitere Diskussion, an der sich Herr Kresse, Frau Schmidt-Zadel, Frau Wenzel-Jankowski und Frau Heinisch beteiligen, fasst die Vorsitzende dahingehend zusammen,

dass die Vorlage auch den Krankenhausausschüssen zur Kenntnis gegeben werden sollte. Im Anschluss an diese Beratungen sollte überlegt werden, inwieweit sich der Gesundheitsausschuss nochmals fachlich mit dem Komplex der Betreuungen befasse.

Die Empfehlungen des UN-Fachausschusses zur rechtlichen Betreuung werden gemäß Vorlage Nr. 14/2102 zur Kenntnis genommen.

Punkt 7

Peer Counseling im Rheinland - Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung und Evaluation Vorlage 14/2125/1

Frau Schmidt-Zadel und Herr Kresse bedauern, dass die Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter in den LVR-Kliniken aus Zeitgründen nicht mehr in die wissenschaftliche Begleitforschung und Evaluation des Peer-Counseling im Rheinland einbezogen werden konnten.

Frau Wenzel-Jankowski sagt zu, dass in einer der nächsten Sitzungen der Krankenhausausschüsse über die Arbeit der Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter in den LVR-Kliniken berichtet werden sollte.

Der Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung und Evaluation zum Thema "Peer Counseling im Rheinland" gemäß Vorlage 14/2125/1 wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 8

Anträge und Anfragen der Fraktionen

Herr Kresse weist auf den Vortrag von Herrn Kellmann in der Sitzung des Krankenhausausschusses 3 am 13.11.2017 zum Personalentwicklungskonzept Soziale Rehabilitation in den LVR-Kliniken Viersen und Mönchengladbach hin. Er erkundigt sich nach dem Sachstand in den anderen LVR-Kliniken.

Frau Wenzel-Jankowski antwortet, die Abschlussberichte für die Abteilungen für Soziale Rehabilitation der LVR-Kliniken würden im I. Quartal 2018 vorgelegt. Darin enthalten seien auch die Personalentwicklungskonzepte Soziale Rehabilitation für alle LVR-Kliniken.

Punkt 9

Mitteilungen der Verwaltung

Frau Stephan-Gellrich berichtet, die für den Haushalt 2017 und 2018 jeweils in Höhe von 450.000,-- € zur Verfügung gestellten Haushaltsmittel für die Förderung des Einsatzes von Sprach- und Integrationsmitteln (SIM) in der ambulanten psychiatrischen Versorgung durch SPZ und SPKoM können in diesem Jahr nicht ausgeschöpft werden. Die Gründe lägen darin, dass in 2017 vorwiegend nur Schulungsmaßnahmen seitens der SPKoM in den Versorgungsregionen der SPZ durchgeführt wurden und mehrsprachige Informationsbroschüren erstellt wurden. Es sei damit zu rechnen, dass die Einsätze in 2018 mit zunehmender Bekanntheit weiter steigen werden. Im Gegensatz dazu seien die LVR-Kliniken seit mehreren Jahren in dem Themenfeld fachlich etabliert. Der Förderansatz des Landschaftsverbandes Rheinland für diesen Bereich betrage aus dem LVR-Förderprogramm "Verbesserung der migrantensensiblen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung" derzeit jährlich 146.500,-- €. Die restliche Finanzierung stellten die Kliniken aus ihren Budgets zur Verfügung. Von daher schlage die Verwaltung vor, die Haushaltsmittel so zu verwenden, dass das Delta der LVR-Kliniken für 2017 in Bezug auf die SIM-Förderung mit den nicht verausgabten Mitteln im Bereich

SPZ/SPKoM aufgefangen werde.

Die CDU-Fraktion, die SPD-Fraktion, die Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN, die Fraktion Die Linke. und die Fraktion FREIE WÄHLER äußern Zustimmung zu diesem Verfahren.

Herr Feiter und Frau Papst weisen darauf hin, dass hierzu eine weitere Beratung notwendig sei, da es um die Verteilung öffentlicher Gelder gehe.

Die weitere Diskussion fasst die Vorsitzende dahingehend zusammen, dass sich der Gesundheitsausschuss mehrheitlich mit dem vorgeschlagenen Verfahren der Verwaltung einverstanden erkläre.

Herr Feiter weist darauf hin, ein Beschluss könne nicht unter dem Punkt "Mitteilungen der Verwaltung" gefasst werden.

(Hinweis: Durch die Verwaltung wird eine Vorlage für die kommenden Sitzungen des Finanz- und Wirtschaftsausschusses und des Landschaftsausschusses vorbereitet.)

Des Weiteren informiert Frau Wenzel-Jankowski über die Aufnahme des Projektes "Bedarfsgerechte psychiatrische/psychosomatische/psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen" des LVR-Klinikums Düsseldorf in die Landesinitiative "Gesundes Land Nordrhein-Westfalen".

Punkt 10 **Verschiedenes**

Herr Nabbefeld bittet für eine der nächsten Sitzungen des Gesundheitsausschusses darum, sich damit zu befassen, welche Erkenntnisse aus der Reise des Gesundheitsausschusses vom 20. - 22.06.2017 nach Südwürttemberg und in den Kanton Thurgau gezogen werden können.

Aachen, 11.12.2017
Die Vorsitzende

S c h u l z

Köln, 02.12.2017
Die Direktorin des Landschaftsverbandes
Rheinland
In Vertretung

W e n z e l - J a n k o w s k i



Sektorübergreifende Versorgung Umsetzung des Bonner Modellvorhabens

Prof. Dr. Markus Banger - Dr. Michael Schormann

Köln, den 17.11. 2017 Gesundheitsausschuss

Agenda

1. Warum ist eine sektorübergreifende Behandlung wichtig?
 2. Modellvorhaben nach 64b SGB V der LVR-Klinik Bonn
 3. Organisationsentwicklung in der Klinik
 4. Die wirtschaftliche Seite des Modellvorhabens
-

Was wirkt in der Psychiatrie?

- Die therapeutische Beziehung
- Das unterstützende Milieu auf der Station
- Die Passung zwischen differenzierter Diagnostik und Medikation
- Das spezifische psychotherapeutische Verfahren
- Die sozialarbeiterische Unterstützung
- Die pflegerische Unterstützung
- Die Einbeziehung des familiären Umfeldes
- Die Ergotherapie
- Die Kreativtherapie (Musik/Gestaltung/Tanz)
- Die Lichttherapie
- Die somatische Mitbehandlung
- Die Entlastung durch den stationären Aufenthalt
- Die Physiotherapie
- Die Kunsttherapie
- Die konkreten Hilfestellungen bei Problemen
- Die Tagesstruktur
-

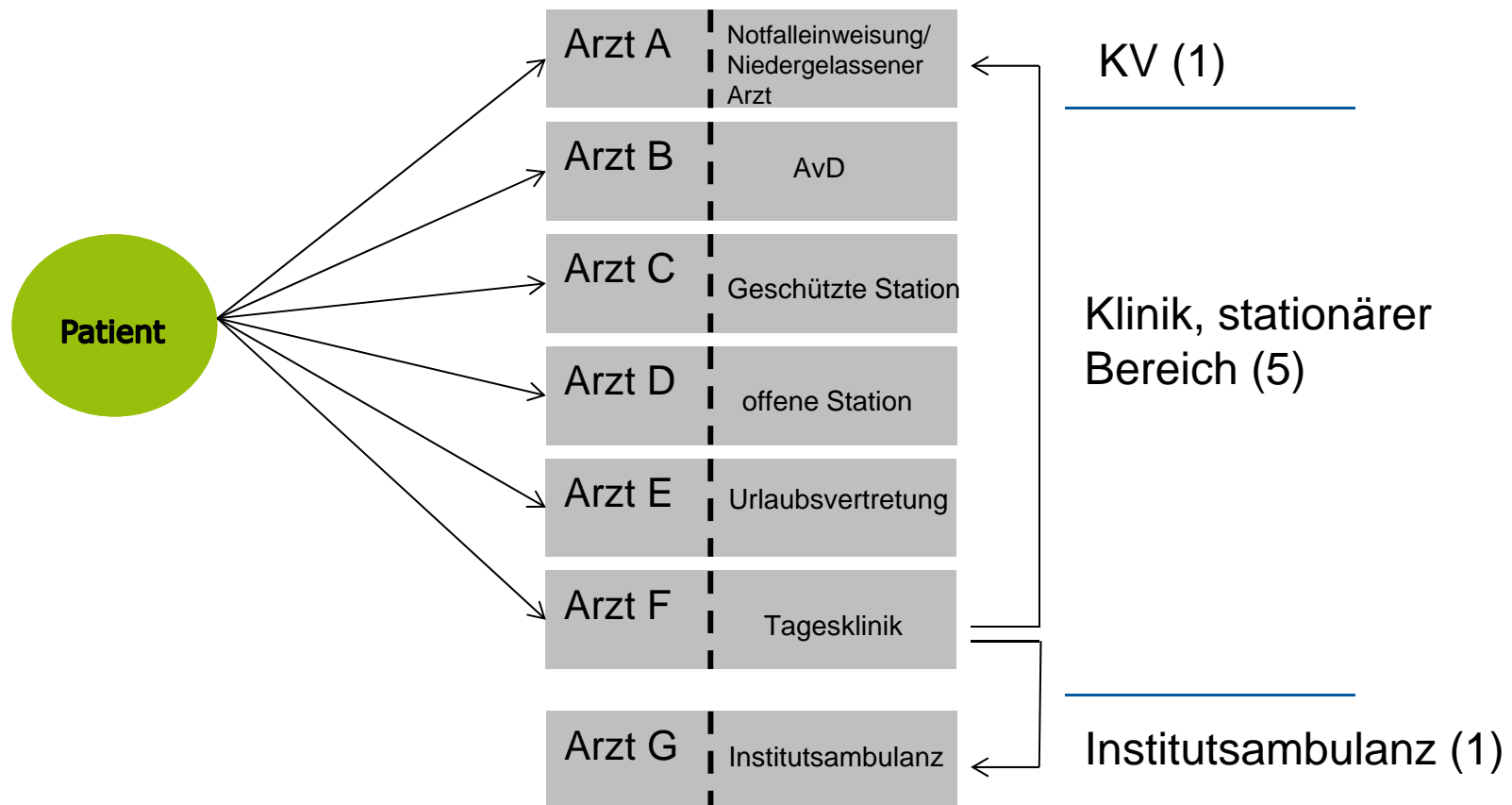
Was kennzeichnet eine therapeutische Beziehung in den Augen der Patientinnen und Patienten?

- „Der Therapeut interessiert sich für mich“.
- „Der Therapeut nimmt sich für mich Zeit“.
- „Ich halte den Therapeuten für kompetent“.
- „Ich vertraue dem Therapeuten“.
- „Der Therapeut will mir helfen“.
- „Es hilft mir, wenn ich offen von meinen Problemen berichte“.
- Er sieht mich.



Beziehungskontinuität (settingunabhängig)

Komplexer Beziehungsaufbau



Das Modellvorhaben nach § 64b SGB V, Abs. 1 und 2 SGB V

(1) **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; dabei kann ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden. Eine bestehende Verpflichtung der Leistungserbringer zur Versorgung bleibt unberührt. § 63 Absatz 3 ist für Modellvorhaben nach Satz 1 mit der Maßgabe anzuwenden, dass von den Vorgaben der §§ 295, 300, 301 und 302 sowie des § 17d Absatz 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht abgewichen werden darf. § 63 Absatz 5 Satz 1 gilt nicht.

Die Meldung nach Absatz 3 Satz 2 hat vor der Vereinbarung zu erfolgen.

(2) Die Modellvorhaben nach Absatz 1 sind im Regelfall auf längstens **acht Jahre** zu befristen.

Unter Vorlage des Berichts nach § 65 können die Krankenkassen und die Vertragsparteien bei den zuständigen Aufsichtsbehörden eine Verlängerung beantragen.

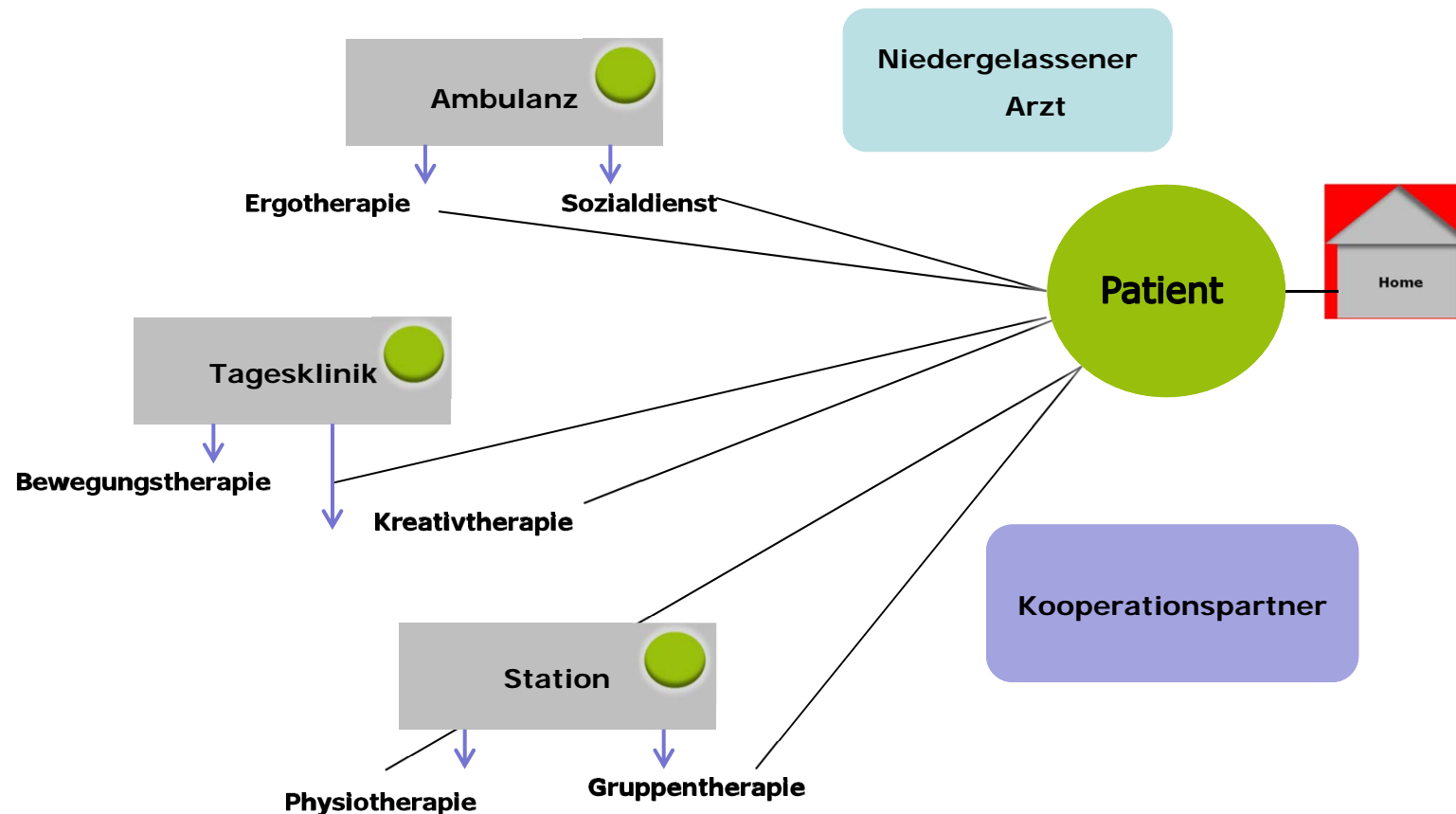
Chronologie

- **2005** Abschluss IV-Vertrag für chron. Suchtkranke mit AOK Rheinland, BEK, BKK, Landesverband NRW, BKK RWE, DAK, IKK, TK über 35 Plätze
- **2007** Ausweitung des IV-Vertrages (Suchtkranke) auf 70 Plätze und Beitritt der LVR-Klinik Köln mit eigenen Plätzen
- **2009**: Abschluss IV-Vertrag mit TK zu ausgewählten Diagnosen (Erfahrungsgewinn)
- **2010** Auslaufen des IV-Suchtvertrages
- 2014 Kündigung des IV-Vertrags mit TK
- **2015** Beginn Planung und Verhandlung mit TK und BARMER zu Modellvorhaben § 64b SGB V
- **2016** Konzepterstellung LVR-Klinik Bonn zur Umsetzung des Modellvorhabens
- Vertragsabschluss mit TK, BARMER GEK und DAK 1.10.2016 (Vorlage Bochum)
- Beitritt KKH, HKK, HEK 2017/2018

Ziele des Modellvorhabens

- **Verlängerung der kontinuierlichen therapeutischen Beziehung**
 - Optimierung der sektorenübergreifenden Leistungserbringung
 - Flexibilisierung des Behandlungsprozesses
 - verbesserte Vernetzung mit extramuralen Leistungserbringern
 - Konzentration der Ressourcen auf Patientenbehandlung
 - Ausbau der stationsersetzenden Maßnahmen
 - Behandlung im häuslichen Umfeld
-

Von der institutionszentrierten Behandlungsorganisation zur patientenzentrierten Behandlungsorganisation im Kontext des Modellvorhabens DynaLIVE nach § 64b SGB V



Das Modellvorhaben der LVR-Klinik Bonn*

alt

30 Tage vollstationäre Versorgung; Vergütung nach PEPP

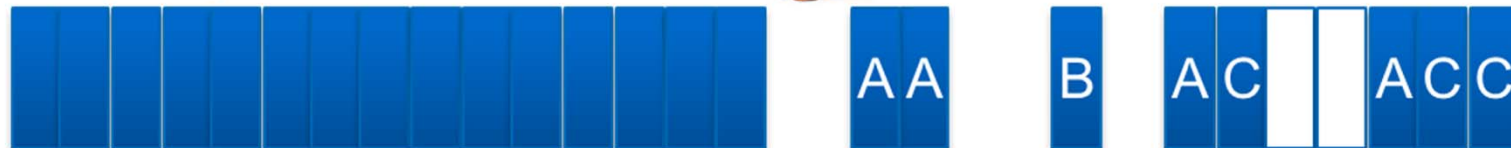


neu

15 Tage stationäre Versorgung;
Vergütung nach PEPP

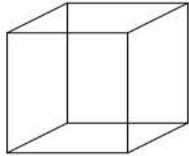


und x Tage SUL - Leistungen;
Vergütung über diff. Leistungspakete
(Pauschalen)



*in Anlehnung an das Modellvorhaben der LWL-Klinik Bochum

7 Stationsungebundene Module



1. Wo? Klinik / Häusliches Milieu
2. Wie? Standardbehandlung / Krisenbehandlung
3. Wer? Arzt/Psych / Pflege/Spezialtherapie

Leistungspaket	Setting	Leistungstyp	Leistungserbringer
A	Häusliches Umfeld	Krisenintervention	Arzt/Psych.
B	Häusliches Umfeld	Standardbehandlung	Arzt/Psych.
C	Häusliches Umfeld	Standardbehandlung	Pflege/Spezialtherapie
D	Klinik	Krisenintervention	Arzt/Psych.
E	Klinik	Psychotherapie	Arzt/Psych.
F	Klinik	Standardbehandlung	Arzt/Psych.
G	Klinik	Standardbehandlung	Pflege/Spezialtherapie
H	Klinik	Einfachkontakt	Alle

Budget des Modellvorhabens

- Das ausgegliederte Budget (vollstat. + teilstat. + amb.) beträgt für die LVR-Klinik Bonn 39% des Gesamtbudgets.
- Festes Budget für vereinbarte Anzahl von Patienten der Modellkassen (nicht Fällen) pro Jahr.
- Budget unabhängig von der Form der Leistungserbringung, es zählt nur die Zahl der behandelten Patienten.

Wirtschaftliche Rahmendaten	PLAN 2017
Patienten (Modellvorhaben)	5.600
Fallzahl (Gesamte Klinik)	9.000
vollstationär	8.000
teilstationär	1.000
Gesamtbudget (Modellvorhaben)*	28.000.000 €
ehemals vollstationär und teilstationär	26.000.000 €
PIA	2.000.000 €
Durchschnittlicher Erlös pro Patient	5.000,00 €

Ziele des Modellvorhabens (Kassensicht):

- Ganzheitliche, am Patienten orientierte Versorgung
- Verbesserung der Versorgungsqualität über Sektoren hinweg
- Vermeidung von Drehtüreffekten
- Optimierung des Ressourceneinsatzes



Reduzierung von Arbeitsunfähigkeitstagen
der Mitglieder der Modellkrankenkassen

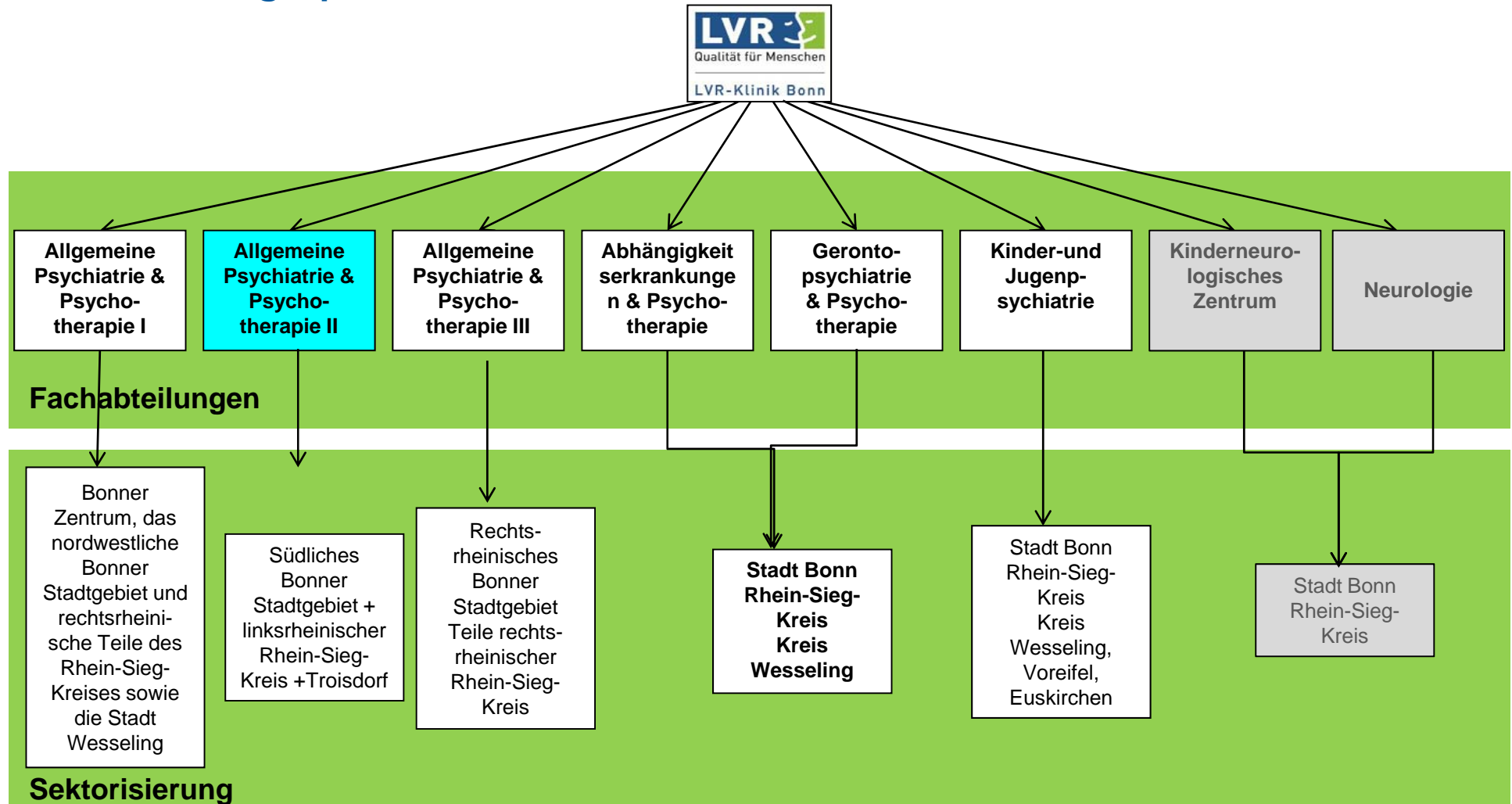
Nicht-Ziele des Modellvorhabens

- Aufbau eines Konkurrenzsystems zur ambulanten ärztlichen Versorgung
- Schaffung von Überbelegung
- Qualitätsdefizit bei Nicht-Modellkrankenkassenpatienten

Was bedeutet das für die Organisationsstruktur?

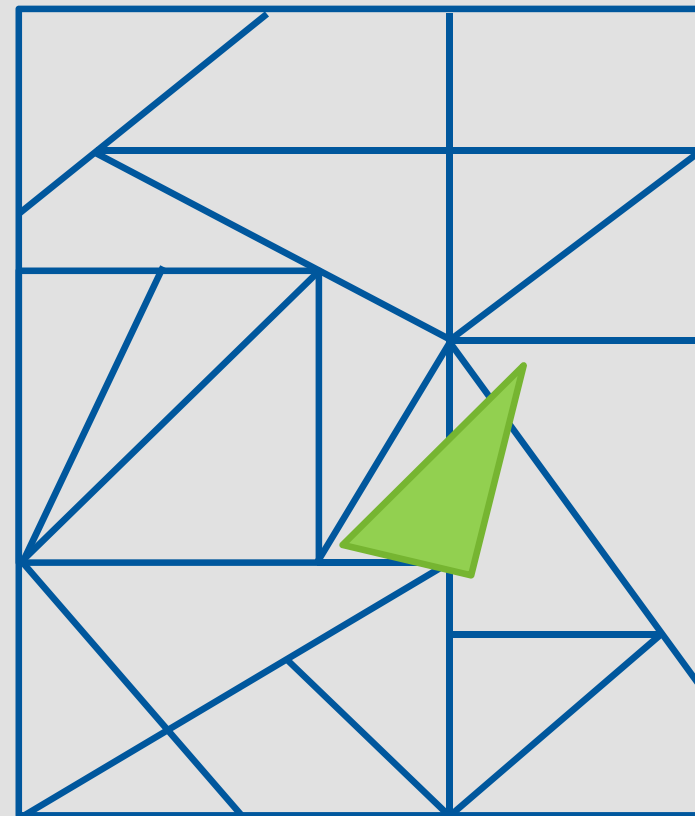
- Mehr fachliche Verantwortung für den Einzelnen
 - Fachärztliches Bedarfsassessment und Behandlungssteuerung
 - Casemanager als Orientierungshilfe für die Patientinnen und Patienten
 - Kontinuierliche Schulungen und Fortbildungen
 - EDV-Konzept
 - welcher Pat.
 - hat bei welchem Mitarbeiter
 - wo
 - wann einen Termin
 - was könnte ggf. bei Terminausfall alternativ angeboten werden
 - Wo gibt es offene Termine bei welchem Therapeuten
 - wie werden bei Terminausfall Pat. und Alternativtherapeut informiert
 - wie wird wo dokumentiert (Leistung wie inhaltlich)
-

Geographische Sektoren

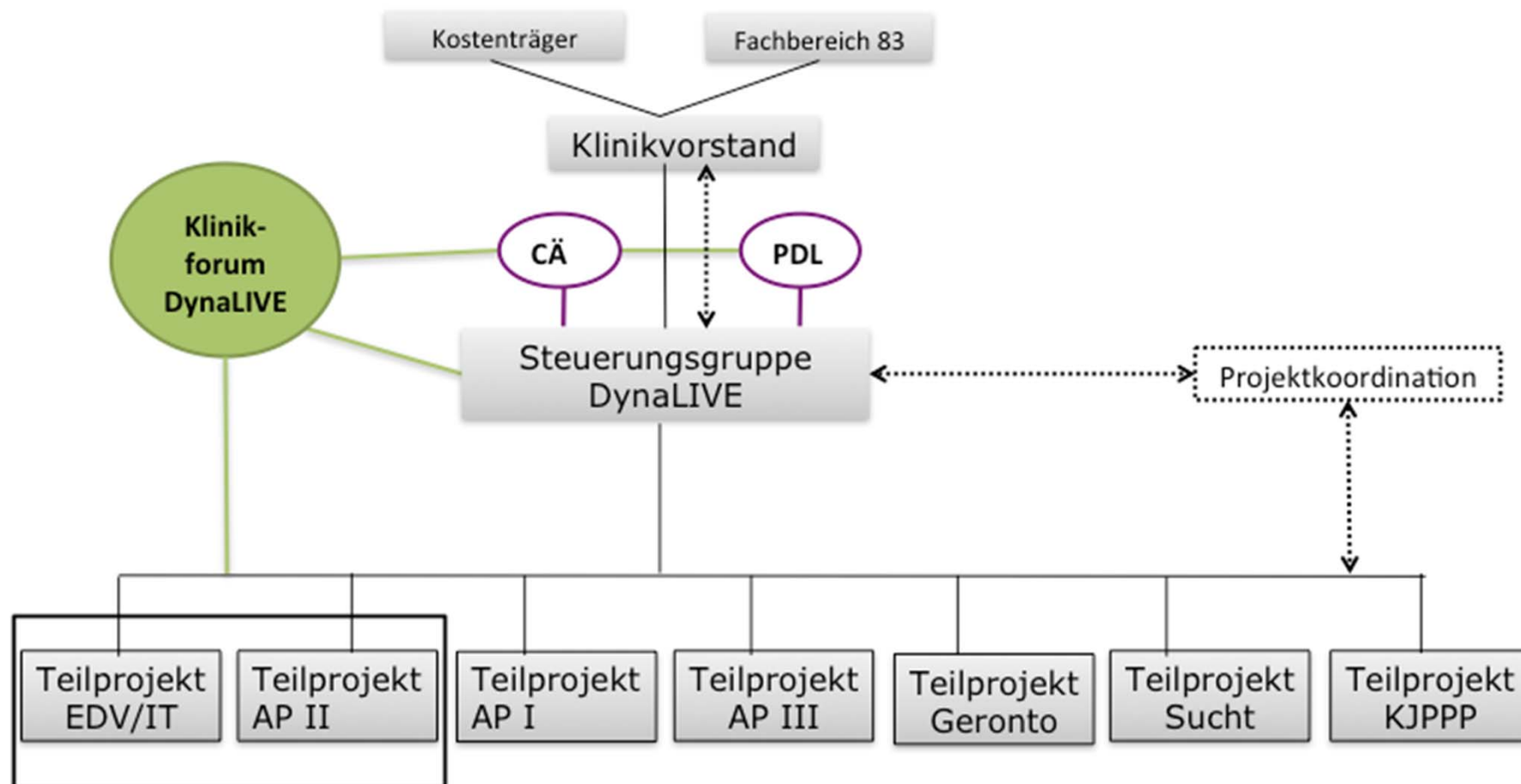


DynaLIVE – Organisationsentwicklung der Klinik als ganzheitlicher Prozess

In einem stabilen System erfordert jeder Entwicklungsschritt die Justierung aller Komponenten



Projektorganisation des Modellvorhabens (auf 8 Jahre angelegt)



- Gute psychiatrische Pflege?
- Gute ärztliche psychiatrische Behandlung?
- Gute Verwaltung in der Psychiatrie?
- **Die Multiprofessionalität muss neu gelebt werden**

Was bedeutet heute:



Modellprojekte nach § 64b seit September 2013 (1)

Landkreis	Einwohner	§ 64b seit	Konstrukt	Kostenträger	Budgetrealisierung	Laufzeit
Hanau	215.000	2013	IV/OVP	alle	PEPP ab 2015	31.08.2021
Steinburg (Itzehoe)	135.000	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Rendsburg-Eckernförde	270.000	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Dithmarschen (Heide)	135.000	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Herzogtum-Lauenburg (Geesthacht)	188.000	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Nordfriesland (Bredstedt)	166.000	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Zwickau	93.000 (+KJP)	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Glauchau	130.000	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Nordhausen	86.000 (+KJP)	2014	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2021

Modellprojekte nach § 64b seit September 2013 (2)

Landkreis	Einwohner	§ 64b seit	Konstrukt	Kostenträger	Budgetrealisierung	Laufzeit
Rüdersdorf	230.000	2014	IV/OVP	TK	PEPP ab 2015	31.12.2021
Hamm	190.000	2014	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2021
Lüneburg LK Harburg/ Lüneburg)	420.000	2014	RPB	AOK Niedersachse n	PEPP ab 2014	09.04.2022
Berlin Mitte-Tiergarten/ Mitte- Wedding Treptow-Köpenick	610.114	2014	IV	Barmer GEK	PEPP ab 2014	31.12.2021
Bochum	400.000	2015	IV	TK/ Barmer GEK	PEPP ab 2015	31.12.2022
Riedstadt	330.000 (+KJP)	2016	IV	alle	PEPP ab 2016	31.12.2023
Friedberg	200.000	2016	IV/OVP	alle	PEPP ab 2016	31.12.2023
Berlin Friedrichshain- Kreuzberg/ Spandau/ Reinickendorf/ Tempelhof-Schöneberg/ Neukölln/ Marzahn- Hellersdorf	1.684.238 (+KJP)	2016	RPB	DAK	PEPP ab 2016	31.12.2023
Bonn	960.000 (+KJP)	2016	RPB	TK/ Barmer/ DAK	PEPP ab 2016	30.09.2024

Fazit I

- Bei dem Modellvorhaben handelt es sich um eine Art „Flatrate“ für die Patientinnen und Patienten.
 - Welche Behandlungsform und welche Behandlungsintensität wir anwenden, liegt dabei ganz in unserer Hand. Die gesamte Organisation der Klinik wird neu durchdacht. Es ist kein Sparmodell.
 - Die Berufsgruppen benötigen z.T. neue Aufgabenbeschreibungen.
 - Wir müssen den Spagat gute Versorgung von Patienten/innen von den Modellkassen und von den Nicht-Modellkassen hinbekommen.
 - Vernetzung, Absprache und Qualitätssicherung mit Leistungserbringern und Kostenträgern wird noch wichtiger.
 - Budgetverhandlungen werden technisch kompliziert, wünschenswert wäre eine Modellbeteiligung der AOK-Rheinland/Hamburg
 - Eine Evaluation ist geplant (LVR/LWL-Institute für Versorgungsforschung, Uni-Dresden und Bundesevaluation).
-

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Das Modellvorhaben DynaLIVE in der LVR – Klinik Bonn

Gesundheitsausschuss
Köln, den 17.11.2017
Dr. Michael Schormann



Bei PatientInnen der Modellkassen gibt es **3 mögliche Behandlungsarten**:

1. Übliche vollstationäre Anfangsphase
2. Im Anschluss „stationsintegrierte“ Behandlungsphase:
Patient nimmt von zuhause aus „SUL“ wahr – Änderungen:
Therapieplan wird nach individuellem fachärztlichem Assessment festgelegt
3. Danach ambulante Weiterbehandlung: Beim niedergelassenen FA oder in Ambulanz

Beispiele von PatientInnen mit F3-Diagnose und hohem Funktionsniveau:

- Frau T., 37 Jahre, Sachbearbeiterin in Elternzeit, 2 Söhne 3/5. Lebt in Siegburg. Schwere Suizidversuch mit Pulsaderschnitten i. R. von Überlastung.

Nach 3 Wochen „normaler“ stationärer Behandlung 3 Wochen stationsintegrierte Phase. Kann dadurch besseren Kontakt zur Familie halten unter Vermeidung von erneuter Überforderung.

Nutzt SUL für berufsgruppenübergreifende Kontakte mit Fokus auf angemessenes Aktivitätsniveau, insbesondere Ergotherapie und Bezugspflege.

Beispiele von PatientInnen mit F3-Diagnose und hohem Funktionsniveau:

- Frau B., 55 Jahre, Archivarin, Angestellte der Stadt Bonn, lebt in Südstadt. Depressive Erkrankung, deshalb Aufnahme in Tagesklinik.

Nach 2 Wochen Beginn stationsintegrierte Phase, zeitgleich Wiedereingliederung nach Hamburger Modell.

Nutzt SUL für regelmäßigen psychotherapeutischen und ärztlichen Kontakt.

Beispiele von PatientInnen mit F3-Diagnose und hohem Funktionsniveau:

- Frau S., 41 Jahre, Schwere depressive Störung vor dem Hintergrund einer PTSD Typ II mit sexuellem Missbrauch. Lebt in Siegburg.

Nach stationärer Aufnahme nach 6 Wochen stationsintegrierte Phase.

Nutzt SUL mit psychotherapeutischem Fokus auf Stabilisierung vor weiterführender ambulanter Psychotherapie als Brückenfunktion.

Beispiele von PatientInnen mit chronischer F2-Diagnose:

- Frau S., 51 Jahre, langjährige schizoaffektive Psychose, Aufnahme nach psychotischer Exazerbation.

Nach 6 Wochen stationsintegrierte Phase zur Enthospitalisierung einschließlich einmal wöchentlichem **Hometreatment** in Meckenheim mit Schwerpunkt auf alltagspraktischen Fähigkeiten

Bisherige Akzeptanz:

ModellpatientInnen:

Positiv

Evaluation:

bisher ca. 100 PatientInnen behandelt

wenige Krisen in stationsintegrierter Phase,

grundsätzlich Krisenübernachtung im Modell möglich

mehr PatientInnen mit Depressionen u. hohem Funktionsniveau

als PatientInnen mit Psychosen

im Median Dauer 3 Wochen in stationsintegrierter Modellphase

im Durchschnitt 3 Behandlungstage pro Woche

Aktuelle bedeutsame Aspekte:

1. Intern: Integration der Modellpatienten in bisherige Stationsroutinen
Ziele: Miteinander der PatientInnen ohne Dissonanzen
Anpassung der Krankenhausstrukturen an neue Anforderungen,
zum Beispiel Ruhe- und Begegnungsräume
2. Extern: Gute Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern
3. Probleme: Mehraufwand in Bezug auf Verwaltungstätigkeiten
4. Chancen: Behandlung orientiert an Bedürfnissen der PatientInnen,
Vermeidung von Hospitalisierung,
Erhalt der sozialen Bindungen im Lebensumfeld

Herzlichen Dank!