

Niederschrift  
über die 5. Sitzung des Gesundheitsausschusses  
am 04.02.2022 in Köln, Horion-Haus  
- öffentlicher Teil -

**Anwesend vom Gremium:**

**CDU**

Heister, Joachim  
Hermes, Achim (für Baer)  
Kipphardt, Guntmar (für van Benthem)  
Loepp, Helga  
Nabbefeld, Michael  
Schavier, Karl  
Stieber, Andreas-Paul

**SPD**

Bausch, Manfred (für Kucharczyk)  
Engler, Gerd  
Krossa, Manfred  
Recki, Gerda (für Karl)  
Schulz, Margret  
Thiele, Elke (für Heinisch)

**Bündnis 90/DIE GRÜNEN**

Hoffmann-Badache, Martina  
Kresse, Martin  
Schäfer, Ilona Vorsitzende  
Tietz-Latza, Alexander  
Zsack-Möllmann, Martina (für Manske)

**FDP**

vom Berg, Joachim  
Breuer, Klaus

**AfD**

Dr. Schnaack, Frank

**Die Linke.**

Inderbieten, Georg (für Onori)

## **Die FRAKTION**

Lukat, Nicole

## **Gruppe FREIE WÄHLER**

Alsdorf, Georg

## **Verwaltung:**

Wenzel-Jankowski

LVR-Dezernentin "Klinikverbund und Verbund  
Heilpädagogischer Hilfen"

Lüder (digital)  
Dr. Möller-Bierth

LVR-Fachbereichsleiter "Maßregelvollzug"  
LVR-Fachbereichsleiterin "Personelle und  
organisatorische Steuerung"

Stephan-Gellrich (digital)

LVR-Fachbereichsleiterin "Planung, Qualität und  
Innovationsmanagement"

Thewes (digital)  
Piel (digital)

Vorsitzender des Vorstands IFuB  
stellvertretende Gleichstellungsbeauftragte LVR-  
Stabsstelle Gleichstellung und Gender  
Mainstreaming

Groeters

LVR-Fachbereich "Personelle und organisatorische  
Steuerung (Protokoll)

## **Referent\*innen:**

Prof. Dr. Banger

Herr Prof Dr. Markus Banger, Ärztlicher Direktor  
der LVR-Klinik Bonn (bis TOP 4)

Dr. Marggraf

Herr Dr. Ralph Marggraf, Ärztlicher Direktor der  
LVR-Klinik Viersen (bis TOP 4)

## Tagesordnung

### **A: Gesundheitsausschuss**

#### **Öffentliche Sitzung**

#### **Beratungsgrundlage**

1. Anerkennung der Tagesordnung
2. Niederschrift über die 4. Sitzung vom 19.11.2021
3. Modellvorhaben DynaLIVE nach § 64b SGB V in der LVR-Klinik Bonn
4. Stationsäquivalente Angebote in der LVR-Klinik Viersen
5. Bericht über die Einrichtung von regionalen Vergabestellen für die LVR-Kliniken zur Neuorganisation des Vergabewesens in den LVR-Kliniken **15/754 K**
6. Studien- und Informationsreise des Gesundheitsausschusses im Jahr 2022 **15/763 E**
7. Maßregelvollzug
- 7.1. Änderung der Geschäftsordnung für die Planungsbeiräte der forensischen Einrichtungen im Gebiet des Landschaftsverbandes Rheinland **15/732 B**
- 7.2. Belegungssituation im Maßregelvollzug
8. Anträge und Anfragen
- 8.1. Stellungnahme des LVR: Solidarität und Toleranz statt Pflichtimpfung **Antrag 15/50 AfD E**
- 8.2. Befragung der Pflegefachkräfte im LVR, ob diese für oder gegen eine Pflegekammer sind. **Antrag 15/51 AfD E**
- 8.3. Gender-Medizin 2022 im LVR transparent machen und aktiv umsetzen **Antrag 15/54 AfD B**
- 8.4. Prüfung ob, wie und wo Glasprodukte als Ersatz für Kunststoffprodukte verwendet werden können **Antrag 15/55 AfD E**
- 8.5. Fragestellungen zur Pflegekammer an die Fachpflegekräfte im LVR **Anfrage 15/11 AfD K**
- 8.5.1. Beantwortung der Anfrage 15/11
- 8.6. Anfrage zu Kündigungen von Fachpflegepersonal und Pflegehilfspersonal in 2021 und zukünftig in 2022 **Anfrage 15/12 AfD K**
- 8.6.1. Beantwortung der Anfrage 15/12
- 8.7. Werden seelische Traumata und posttraumatische Belastungsstörungen der Flutopfer aus 2021 weiterhin behandelt? **Anfrage 15/13 AfD K**
- 8.7.1. Beantwortung der Anfrage 15/13

- 8.8. Personalsachstand- und Aktions-Abfrage des Personals der Kliniken des LVR **Anfrage 15/14 AfD K**
- 8.8.1. Beantwortung der Anfrage 15/14
9. Beschlusskontrolle
10. Bericht aus der Verwaltung
11. Verschiedenes

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

**Öffentliche Sitzung**

12. Verschiedenes

**C: Gesundheitsausschuss**

**Nichtöffentliche Sitzung**

13. Niederschrift über die 4. Sitzung vom 19.11.2021
14. Bestellung zum Ärztlichen Direktor für den Bereich Forensik im Vorstand der LVR-Klinik Bedburg-Hau **15/759 B**
15. "Letter of Intent" Neurologie LVR-Klinik Bonn- Gemeinschaftskrankenhaus Bonn **15/758 K**
16. Aktueller Bericht aus dem Maßregelvollzug
17. Anträge und Anfragen
18. Beschlusskontrolle
19. Bericht aus der Verwaltung
20. Verschiedenes

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

**Nichtöffentliche Sitzung**

21. Verschiedenes

Beginn der Sitzung:	09:30 Uhr
Ende öffentlicher Teil:	11:00 Uhr
Ende nichtöffentlicher Teil:	11:15 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.

Die Vorsitzende schlägt vor, sich um 10:00 Uhr an der Schweigeminute für die am 31.01.2022 getötete Polizistin und den getöteten Polizisten in Rheinland-Pfalz zu beteiligen.

Der Gesundheitsausschuss ist damit einverstanden.

## **Öffentliche Sitzung**

### **Punkt 1**

#### **Anerkennung der Tagesordnung**

Der Tagesordnung für die Sitzung des Gesundheitsausschusses am 04.02.2022 wird zugestimmt.

### **Punkt 2**

#### **Niederschrift über die 4. Sitzung vom 19.11.2021**

Gegen den öffentlichen Teil der Niederschrift werden keine Einwendungen erhoben.

### **Punkt 3**

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

Herr Prof. Dr. Banger stellt das Modellvorhaben DynaLIVE in der LVR-Klinik Bonn vor. In diesem Rahmen werde entschieden, ob ein Mensch eine ambulante, teilstationäre oder stationäre Versorgung benötige. Zur Evaluation bestehe eine enge Zusammenarbeit mit dem LVR-Institut für Versorgung und Bildung. Es sei festzustellen, dass in der Psychiatrie die Anzahl der behandelten Menschen steige und es eine unzureichende sektorübergreifende Vernetzung gebe. Mit der Einführung des § 64b SGB V habe der Gesetzgeber die Grundlage für die Erprobung alternativer Versorgungsmodelle geschaffen. Durch die Beteiligung der Ersatzkassen an dem Modellvorhaben könnten 45 % der Patient\*innen in der LVR-Klinik Bonn ein deutlich erweitertes Leistungsangebot erhalten. Leider beteiligten sich andere Krankenkassen, wie beispielsweise die AOK Rheinland/Hamburg, nicht an dem Modellvorhaben, so dass 55 % der Patient\*innen von dem Modell ausgeschlossen seien. In dem Modellvorhaben werde eine sogenannte Kopfpauschale gezahlt, die alle stationären, teilstationären und ambulanten Leistungen umfasse, die die Patient\*innen benötigten, so dass sie die Leistungen bekämen, die sie brauchten. Hierbei gelte der Grundsatz ambulant vor teilstationär und vor stationär. Es handele sich um eine ganzheitlich an den Patient\*innen orientierte Versorgung, wobei eine Optimierung des Ressourceneinsatzes erfolge. Der Weg gehe von der Institutionszentrierung zur Patient\*innenzentrierung. Der Vertrag zum Modellvorhaben sei zum 01.10.2016 unterschrieben worden und auf acht Jahre abgeschlossen. Für die Mitarbeitenden bestehe ein hoher Schulungsaufwand, da sehr unterschiedliche Leistungen erbracht und koordiniert werden müssten. In der Coronapandemie sei insbesondere problematisch gewesen, dass die Patient\*innenströme nicht durchmischt werden durften. Es solle kein Konkurrenzsystem zur ambulanten ärztlichen Versorgung entstehen. Sowohl die Leistungserbringer als auch die Kostenträger hätten das Interesse, das Modellvorhaben zu verlängern und auszuweiten. Es solle weiter versucht werden, die AOK für das Modellvorhaben zu interessieren.

Die PowerPoint-Präsentation von Herrn Prof. Dr. Banger ist als **Anlage 1** der Niederschrift beigelegt.

Die Sitzung wird für 3 Minuten unterbrochen, um in einer Schweigeminute der am 31.01.2022 getöteten Polizistin und des getöteten Polizisten in Rheinland-Pfalz zu gedenken.

Auf Fragen von Frau Hoffmann-Badache und Herrn Inderbieten antwortet Herr Prof. Dr. Banger, das Modellvorhaben DynaLIVE sei kompatibel mit PEPP. Vor Jahren habe die AOK Rheinland/Hamburg einem vergleichbaren geplanten Modellvorhaben, an dem auch der niedergelassene Bereich beteiligt werden sollte, nicht zugestimmt. Leider sei die AOK Rheinland/Hamburg bis heute bei ihrer ablehnenden Haltung, auch zu dem neuen Modellvorhaben, geblieben.

Frau Wenzel-Jankowski ergänzt, die AOK Rheinland/Hamburg habe fortschrittliche Ideen, die aber auf der Arbeitsebene nicht immer umgesetzt würden. Nächstes Jahr müsse entschieden werden, ob das Modellvorhaben fortgeführt werden solle. Dafür sei u. a. eine Evaluation durch das LVR-Institut für Forschung und Bildung geplant. Mit der Techniker Krankenkasse solle nochmals auf die AOK Rheinland/Hamburg zugegangen werden, um ihr die Möglichkeit zu geben, sich an dem Modellvorhaben zu beteiligen. Es sei festzustellen, dass durch das Modellvorhaben die stationäre Verweildauer zurückgehe.

Auf Fragen von Herrn Krossa antwortet Herr Prof. Dr. Banger, bei dem Modellvorhaben sei Casemanagement sehr wichtig, damit die Patient\*innen durch die einzelnen Module geführt würden. Zukünftig solle auch die Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich intensiviert werden. Es gebe viele Forschungsberichte auf Bundesebene zu der Thematik und durch die eigene Evaluation solle die AOK Rheinland/Hamburg überzeugt werden, sich an dem Modellvorhaben zu beteiligen.

Herr Kresse führt aus, wichtig sei, dass es neue Angebote gebe, so dass dann insgesamt Potential bestehe, auch das System zu verändern. Problematisch sei in den Jahren 2020/2021, dass sich die Zahlen durch die Coronapandemie verändert hätten und daher keine sichere Planungsgrundlage seien.

Die Vorsitzende bittet, die Evaluation des Modellvorhabens DynaLIVE nach § 64b SGB V in der LVR-Klinik Bonn durch das LVR-Institut für Forschung und Bildung, sobald sie vorliege, dem Gesundheitsausschuss in einer der nächsten Sitzungen zur Kenntnis zu geben.

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

#### **Punkt 4** **Stationsäquivalente Angebote in der LVR-Klinik Viersen**

Herr Dr. Marggraf erläutert, Hometreatment sei eine Behandlungsform, bei der ein Behandlungsteam akut psychiatrische Patient\*innen in gewohnter Umgebung versorge. Die Behandlung orientiere sich dabei an Leitlinien, wobei es nicht primär um eine Kostenreduzierung und den Abbau stationärer Kapazitäten gehe. Stationsäquivalente Angebote (StäB) seien eine Form des Hometreatments, aber hochreglementiert. StäB sei seit 01.01.2018 im § 115d SGB V geregelt, wonach StäB im häuslichen Umfeld anstelle einer vollstationären Behandlung erbracht werden könne. Die Finanzierung gestalte sich in Teilen schwierig. Im Rahmen des OPS-Codes gebe es Strukturmerkmale und Mindestmerkmale, wobei mindestens ein direkter Patient\*innenkontakt durch mindestens ein Mitglied des multiprofessionellen Teams pro Tag erforderlich sei. In der LVR-Klinik Viersen würden bis zu sechs Patient\*innen in der Erwachsenenpsychiatrie gleichzeitig behandelt, wobei eine Steigerung der Fallzahlen in 2022 gewünscht sei. Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen und in Pflegeheimbereichen gebe es bisher keine Erfahrungen. Die Patient\*innen seien mit dem StäB-Angebot sehr zufrieden.

Für das StäB in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gebe es pro Abteilung drei Patient\*innen, wobei es kein eigenes Team gebe, sondern die Betreuung von der Station aus erfolge. An den Wochenenden erfolgten statt einer aufsuchenden Behandlung Telefonkontakte. Die Fahrtwege seien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie weiter, da das Pflichtversorgungsgebiet größer als in der Erwachsenenpsychiatrie sei. Daneben müssten die Anforderungen der Schule einbezogen werden und Familiengespräche seien unverzichtbar.

Nur ca. 30 von rund 400 psychiatrischen Kliniken und Abteilungen in Deutschland würden aktuell StäB betreiben. Die Budgetverhandlungen seien in dem Bereich schwierig, insbesondere in der Coronasituation. Im Rahmen der MK-Strukturprüfung habe die LVR-Klinik Viersen aber eine positive Strukturbegutachtung erzielt. Bei den MK-Prüfungen würden viele Behandlungsfälle negativ bewertet, wobei festzustellen sei, dass dieses gutachterabhängig sei.

Die PowerPoint-Präsentation von Herrn Dr. Marggraf ist als **Anlage 2** der Niederschrift beigelegt.

Auf Fragen der Vorsitzenden, Herrn Krossa, Herrn Heister und Frau Hoffmann-Badache antwortet Herr Dr. Marggraf:

- StäB habe bei den Patient\*innen einen hohen Stellenwert, wenn die Voraussetzungen vorlägen und das häusliche Umfeld stimme.
- 
- Zu StäB gebe es zahlreiche Studien, aber keine wissenschaftliche Begleitung. Für den Standort Viersen seien keine Korrelationsziffern vorhanden.
- 
- Seitens der Krankenkassen bestehe die Befürchtung, mehr Geld ausgeben zu müssen. Es sei sehr schwierig, hier entsprechendes Vertrauen zu gewinnen.
- 
- Es gebe keine Zuweisungen aus dem niedergelassenen Bereich, da StäB stationersetzend sei. Auch habe noch keine aktive Werbung stattgefunden.
- 

Frau Wenzel-Jankowski ergänzt, die Kommission Psychiatrie der Deutschen Krankenhausgesellschaft befasse sich auch mit StäB. § 115d SGB V sei zu eng gestrickt. Es seien evidenzbasierte Ergebnisse erforderlich. Im Bereich des StäB bestehe noch ein großer Entwicklungsbedarf, um bessere Behandlungsergebnisse zu erzielen.

Frau Wenzel-Jankowski sagt zu, in der nächsten Sitzung des Gesundheitsausschusses eine Vorlage zu den Auswirkungen des Koalitionsvertrages auf Bundesebene auf die psychiatrische Versorgung im LVR-Klinikverbund vorzulegen.

Die Vorsitzende lobt die Arbeit in der LVR-Klinik Viersen, die sich den Herausforderungen des StäB stelle. Es werde gehofft, Anregungen für neue Ansätze auf der Informationsreise des Gesundheitsausschusses nach München und Klingenmünster zu gewinnen.

Die PowerPoint-Präsentation von Herrn Dr. Marggraf wird zur Kenntnis genommen.

## **Punkt 5** **Bericht über die Einrichtung von regionalen Vergabestellen für die LVR-Kliniken zur Neuorganisation des Vergabewesens in den LVR-Kliniken** **Vorlage Nr. 15/754**

Keine Anmerkungen.

Der Gesundheitsausschuss nimmt nach § 16 Abs. 4 der Krankenhausbetriebsatzung und

die Krankenhausausschüsse nehmen nach § 17 Abs. 6 der Krankenhausbetriebssatzung den Bericht der Verwaltung zur Neuorganisation des Vergabewesens in den LVR-Kliniken gemäß der Vorlage Nr. 15/754 zur Kenntnis.

## **Punkt 6**

### **Studien- und Informationsreise des Gesundheitsausschusses im Jahr 2022 Vorlage Nr. 15/763**

Die Vorsitzende führt aus, der Landschaftsausschuss werde in seiner Sitzung am 14.02.2022 über die Durchführung der Studien- und Informationsreise entscheiden. Im Anschluss daran werde die konkrete Teilnahme der Mitglieder des Gesundheitsausschusses durch die Verwaltung abgefragt.

Herr Kresse begrüßt das Treffen mit dem Bezirkstagspräsidenten Josef Mederer des Bezirks Oberbayern und die anschließende Diskussion mit Mitgliedern des Sozial- und Gesundheitsausschusses. Er bittet, auch das Thema Krisendienst, mit dem sich in der letzten Wahlperiode der Landschaftsversammlung Rheinland befasst worden sei, in das Programm der Reise mit aufzunehmen, um auf diesem Gebiet auch nochmals neue Impulse zu bekommen.

Auf Frage der Vorsitzenden antwortet Frau Stephan-Gellrich, sobald der Beschluss des Landschaftsausschusses am 14.02.2022 gefasst sei, werde die Verwaltung in die Detailplanung einsteigen.

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

Der Studien- und Informationsreise des Gesundheitsausschusses nach München und Klingenmünster im Jahr 2022 wird gemäß Vorlage Nr. 15/763 zugestimmt.

## **Punkt 7**

### **Maßregelvollzug**

#### **Punkt 7.1**

### **Änderung der Geschäftsordnung für die Planungsbeiräte der forensischen Einrichtungen im Gebiet des Landschaftsverbandes Rheinland Vorlage Nr. 15/732**

Die Vorsitzende hebt hervor, in der Geschäftsordnung für die Planungsbeiräte der forensischen Einrichtungen im Gebiet des Landschaftsverbandes Rheinland sei in § 2 Abs. 1 eine Obergrenze von 25 Mitgliedern festgelegt. Im Rahmen der Gründung der Planungsbeiräte für die neuen forensischen Kliniken in Essen und Wuppertal habe sich gezeigt, dass bei Einhaltung dieser Obergrenze nicht alle gesellschaftlich relevanten Gruppen im Beirat vertreten sein könnten. Von daher solle für die Planungsbeiräte die Obergrenze von 25 Mitgliedern aufgehoben werden.

Der Gesundheitsausschuss fasst **einstimmig** folgenden Beschluss:

Die Änderung der Geschäftsordnung für die Planungsbeiräte der forensischen Einrichtungen im Gebiet des Landschaftsverbandes Rheinland wird gemäß Vorlage Nr. 15/732 beschlossen.



## **Punkt 7.2**

### **Belegungssituation im Maßregelvollzug**

Herr Kresse führt aus, die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie habe in einem Schreiben vom 02.02.2022 ausgeführt, dass Lockerungen im Maßregelvollzug nicht durch die Coronapandemie eingeschränkt sein sollten.

Herr Lüder berichtet, mit Aufkommen der Coronapandemie sei es im Jahr 2020 zu starken Einschränkungen für die Patient\*innen im Maßregelvollzug gekommen. Insbesondere Lockerungen der Patient\*innen außerhalb der Einrichtungen waren stark eingeschränkt. Zwischenzeitlich habe sich die Situation entspannt. Alle Patient\*innen des Maßregelvollzugs hätten ein Impfangebot bekommen und dies auch überwiegend angenommen. Die AHA-Regeln würden befolgt und Masken getragen. Dieses habe zwischenzeitlich zu einer deutlichen Normalisierung des Alltags in den Forensiken geführt. Lockerungen fänden wieder statt und Besuche in den LVR-Kliniken seien wieder möglich.

Die LVR-Kliniken hätten vor der Coronapandemie im Bereich des § 63 StGB durchschnittlich 120 Patient\*innen in einem Zeitraum von 12 Monaten entlassen. Von März 2020 bis März 2021 habe sich die Zahl der entlassenen Patient\*innen auf die Hälfte, knapp über 60 Personen, reduziert. Seit März 2021 sei die Zahl der Patient\*innen, die im Schnitt von 12 Monaten entlassen wurden, wieder regelmäßig angestiegen. Von Januar 2021 bis Ende Januar 2022 konnten insgesamt 108 Personen aus dem Maßregelvollzug entlassen werden. Ein anderer Indikator sei die Zahl der langfristig beurlaubten Personen. Sie sei von Februar 2021 bis Februar 2022 von 269 Personen auf aktuell 320 angestiegen. Damit seien die Einschränkungen im Maßregelvollzug deutlich zurückgegangen.

Zu den Baumaßnahmen könne aktuell berichtet werden, dass am Standort Porz der Neubau mit 20 Plätzen im gesicherten Bereich im 4. Quartal 2022 in Betrieb gehen solle. Im November 2021 seien in Porz bereits 40 Betten in Betrieb genommen worden. In der LVR-Klinik Bedburg-Hau solle der Neubau mit 69 Betten für Frauen im 4. Quartal 2022 in Betrieb gehen. Daneben seien zwei Neubauten mit jeweils 69 Plätzen für Patient\*innen gemäß § 64 StGB als Ersatz für die Häuser 25 und 28 geplant sowie der Umbau von Haus 32 zu einer geschlossenen Forensik, die im 1. Quartal 2024 in Betrieb gehen sollen. Für die LVR-Kliniken Langenfeld und Viersen fänden zu den Bauvorhaben zurzeit Finanzierungsgespräche mit dem Land statt.

Der Bericht der Verwaltung wird zur Kenntnis genommen.

## **Punkt 8**

### **Anträge und Anfragen**

#### **Punkt 8.1**

#### **Stellungnahme des LVR: Solidarität und Toleranz statt Pflichtimpfung Antrag Nr. 15/50 AfD**

Keine Anmerkungen.

Der Gesundheitsausschuss lehnt den Antrag **mehrheitlich** mit den Stimmen der Fraktionen CDU, SPD, Bündnis90/DIE GRÜNEN, FDP, Die Linke., Die FRAKTION und der Gruppe FREIE WÄHLER gegen die Stimme der AfD-Fraktion ab.

### **Punkt 8.2**

**Befragung der Pflegefachkräfte im LVR, ob diese für oder gegen eine Pflegekammer sind.**

**Antrag Nr. 15/51 AfD**

Keine Anmerkungen.

Der Gesundheitsausschuss lehnt den Antrag **mehrheitlich** mit den Stimmen der Fraktionen CDU, SPD, Bündnis90/DIE GRÜNEN, FDP, Die Linke., Die FRAKTION und der Gruppe FREIE WÄHLER gegen die Stimme der AfD-Fraktion ab.

### **Punkt 8.3**

**Gender-Medizin 2022 im LVR transparent machen und aktiv umsetzen**

**Antrag Nr. 15/54 AfD**

Keine Anmerkungen.

Der Gesundheitsausschuss lehnt den Antrag **mehrheitlich** mit den Stimmen der Fraktionen, CDU, SPD, Bündnis90/DIE GRÜNEN, FDP, Die Linke., Die FRAKTION und der Gruppe FREIE WÄHLER gegen die Stimme der AfD-Fraktion ab.

### **Punkt 8.4**

**Prüfung ob, wie und wo Glasprodukte als Ersatz für Kunststoffprodukte verwendet werden können**

**Antrag Nr. 15/55 AfD**

Keine Anmerkungen.

Der Gesundheitsausschuss lehnt den Antrag **mehrheitlich** mit den Stimmen der Fraktionen, CDU, SPD, Bündnis90/DIE GRÜNEN, FDP, Die Linke., Die FRAKTION und der Gruppe FREIE WÄHLER gegen die Stimme der AfD-Fraktion ab.

### **Punkt 8.5**

**Fragestellungen zur Pflegekammer an die Fachpflegekräfte im LVR**

**Anfrage Nr. 15/11 AfD**

Die Beantwortung der Anfrage liegt vor.

#### **Punkt 8.5.1**

**Beantwortung der Anfrage 15/11**

Keine Anmerkungen.

Die Beantwortung der Anfrage wird zur Kenntnis genommen.

#### **Punkt 8.6**

**Anfrage zu Kündigungen von Fachpflegepersonal und Pflegehilfspersonal in 2021 und zukünftig in 2022**

**Anfrage Nr. 15/12 AfD**

Die Beantwortung der Anfrage liegt vor.

**Punkt 8.6.1**

**Beantwortung der Anfrage 15/12**

Keine Anmerkungen.

Die Beantwortung der Anfrage wird zur Kenntnis genommen.

**Punkt 8.7**

**Werden seelische Traumata und posttraumatische Belastungsstörungen der Flutopfer aus 2021 weiterhin behandelt?**

**Anfrage Nr. 15/13 AfD**

Die Beantwortung der Anfrage liegt vor.

**Punkt 8.7.1**

**Beantwortung der Anfrage 15/13**

Keine Anmerkungen.

Die Beantwortung der Anfrage wird zur Kenntnis genommen.

**Punkt 8.8**

**Personalsachstand- und Aktions-Abfrage des Personals der Kliniken des LVR**

**Anfrage Nr. 15/14 AfD**

Die Beantwortung der Anfrage liegt vor.

**Punkt 8.8.1**

**Beantwortung der Anfrage 15/14**

Keine Anmerkungen.

Die Beantwortung der Anfrage wird zur Kenntnis genommen.

**Punkt 9**

**Beschlusskontrolle**

Keine Anmerkungen.

Der öffentliche Teil der Beschlusskontrolle wird zur Kenntnis genommen.

**Punkt 10**

**Bericht aus der Verwaltung**

Keine Anmerkungen.

**Punkt 11**  
**Verschiedenes**

Herr Kresse bittet im Hinblick auf das Hometreatment und die stationsäquivalente Behandlung, in einer der nächsten Sitzungen zu berichten, inwieweit durch die Richtlinie aus Dezember 2021 über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, die stationäre und ambulante Versorgung besser verzahnt werden könne.

Auf Frage von Frau Loepp zur Realisierung des Digitalisierungsprogramms nach dem Krankenhauszukunftsgesetz antwortet Frau Wenzel-Jankowski, die Förderanträge seien alle fristgerecht gestellt worden und lägen jetzt zur Prüfung beim Bundesamt für soziale Sicherung. Bisher sei noch keine Bewilligung erfolgt, da so viele Anträge vorlägen. Die Bearbeitung der Anträge solle aber sukzessive erfolgen.

**Punkt 12**  
**Verschiedenes**

Keine Anmerkungen.

Wuppertal, 02.03.2022

Die Vorsitzende

S c h ä f e r

Köln, 17.02.2022

Die Direktorin des Landschaftsverbandes  
Rheinland  
In Vertretung

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

# Das DynaLIVE Modell in Bonn

## Brücke zwischen den Versorgungsformen § 64b SGB V



Gesundheitsausschuss des LVR

Prof. Dr. Markus Banger

Köln, den 04.02.2022

---

## Was braucht ein/e psychiatrischer Patient/in an Therapie

- **Ambulant ganz wenig ( ein Termin alle drei Monate)**
- **Teilstationär genau an 5 Tagen von 8-16.00 Uhr**
- **Stationär ganz viel (24 Stunden/sieben Tage die Woche)**



---

# Agenda

- **Ausgangslage**
- **Vorstellung des DynaLIVE Modells**
- **Erste Erfahrungen**
- **Schlussbetrachtung**



## Ausgangslage

- Kontinuierlich steigende Behandlungsprävalenz psychiatrischer Krankheiten, steigende Berufsausfallzeiten und Krankengeldleistungen
  - hohe Krankenhaushäufigkeit bei hoher stationärer Versorgungsdichte
  - unzureichende sektorenübergreifende Vernetzung
  - ambulante Unter- und Fehlversorgung m. d. Folge von Behandlungsbrüchen,
  - hohe stationäre Wiederaufnahmehäufigkeit (Drehtür)
  - Demografische Wandel
- 
- In der Summe werden immer mehr Menschen behandelt werden.

## Der Ansatz der Modellprogramms:

- Durch eine transsektorale und vernetzte Behandlung mit erweiterten Handlungsmöglichkeiten für die Psychiatrischen Krankenhäuser soll eine bedarfsgerechte, leitliniengerechte und effiziente Versorgung und Substitution vollstationärer Versorgung sichergestellt werden.
- Mit dem § 64b SGB V hat der Gesetzgeber die gesetzliche Grundlage für die Erprobung alternativer Versorgungsmodelle geschaffen....
- ... die durch die Ersatzkassen in der LWL-Klinik Bochum und in der LVR-Klinik Bonn auf Basis des Modells DynaLife umgesetzt wird.
- Damit können wir ca. 45% unserer Patienten ein deutlich erweitertes Leistungsangebot anbieten.
- **55% (Nicht-Angehörige der Modellkassen) sind hiervon leider aktuell noch ausgeschlossen!**

## Die Drehtür soll sich nicht mehr drehen

LVR-Klinik und drei  
Krankenkassen  
stellten neues  
Therapiekonzept vor

**Bonn.** Immer mehr Menschen kommen mit psychischen Erkrankungen in die Bonner LVR-Klinik. Nach der Entlassung haben die Beschwerden oftmals kein Ende: Viele Patienten haben nach dem Ende der stationären Behandlung aber Probleme im Alltag, müssen oft monatelang auf einen Therapieplatz warten und lassen sich wie-



Ambulant oder (teil-)stationär war gestern!

### **Neue Behandlungswege in der Gerontopsychiatrie**

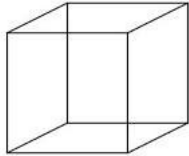
Die LVR-Klinik Bonn bietet mit dem Modellvorhaben DynaLIVE neue Behandlungsmöglichkeiten in psychischen Krisen an. Die Abkürzung DynaLIVE steht für: **D**ynamische, **l**ebensnahe und **i**ntegrative **V**ersorgung

## Generierung der Erlöse im Modell

### System der „Kopfpauschale“

- Krankenkassen bezahlen eine „Flatrate“ für ein Behandlungsjahr
- Umfasst alle stationären und ambulante Leistungen
- **Steuerung über Leistung**
  - Patient sollte die möglichst günstigste Leistung erhalten
  - Patient soll keine Leistungen erhalten, die er nicht benötigt
    - ambulant vor teilstationär vor vollstationär
    - Möglichst frühe „Überführung“ in die jeweils niedrigere Behandlungsstufe
    - Reduktion der stationären Verweildauern durch intensivierete ambulante Behandlung
- **Wachstum über Kopffzahlen**
  - Möglichst neue Patienten akquirieren

## Stationsungebundene Module (SUL)

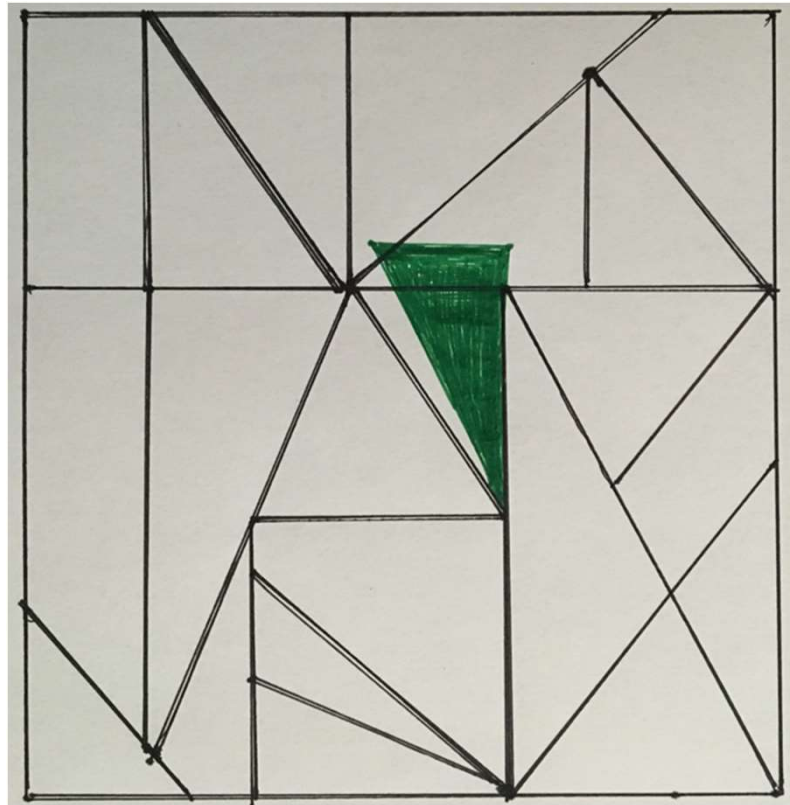


1. Wo? Klinik / Häusliches Milieu
2. Wie? Standardbehandlung / Krisenbehandlung
3. Wer? Arzt/Psych / Pflege/Spezialtherapie

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

## **SULs sind:**

- Stationsersetzende Leistungen ohne Unterkunft und Verpflegung
- multidisziplinär, am konkreten Bedarf orientiert
- Stationsintegriert, in Tagesklinik, Ambulanz oder in der häuslichen Umgebung
- Nicht so kompliziert, keine schwierigen Strukturvorgaben als Hebel für den MD
- Dokumentation und Leistungserfassung erfolgt in einem hierfür eingerichteten KIS-Modul



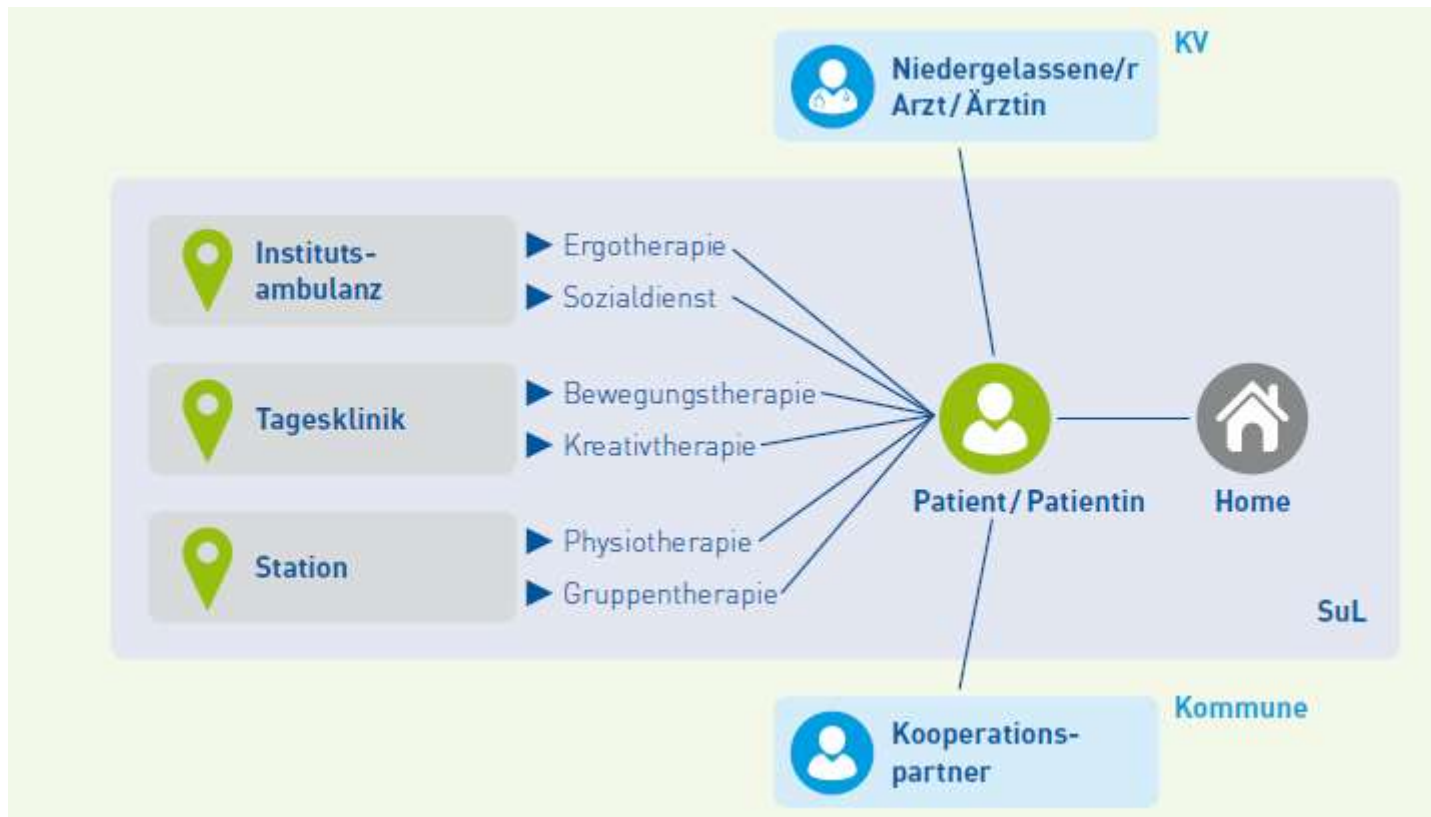
---

## Was wirkt in der Psychiatrie?

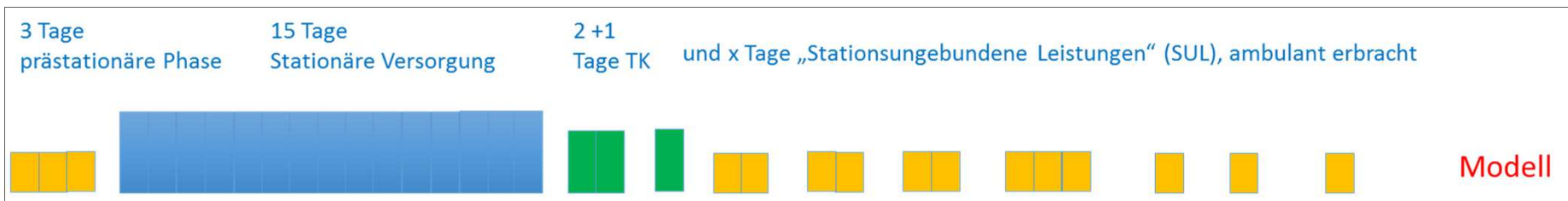
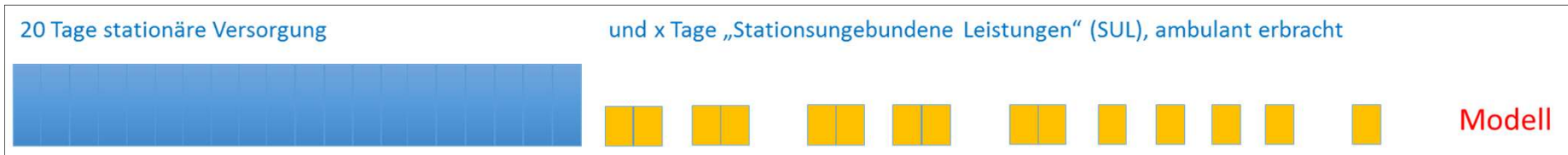
- Die therapeutische Beziehung
  - Das unterstützende Milieu auf der Station
  - Die Passung zwischen differenzierter Diagnostik und Medikation
  - Das spezifische psychotherapeutische Verfahren
  - Die sozialarbeiterische Unterstützung
  - Die pflegerische Unterstützung
  - Die Einbeziehung des familiären 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
  - .....
-



## Von der Institutionszentrierung zur Patientenzentrierung



## Möglichkeiten der Behandlungsführung



**Legende:** stationsersetzende Behandlungstage teilstationäre Behandlungstage vollstationäre Behandlungstage

## Entwicklung der teilnehmenden Kassen

**01.10.2016**



**DAK**  
Gesundheit

**BARMER**

**01.12.2017**



Kaufmännische  
Krankenkasse

**01.01.2018**



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

**hkk**  
KRANKENKASSE

 In der Summe rund 45% unserer Belegungstage (jährliche Kopfpauschale vs. Belegungstag)

## Ziele des Modellvorhabens:

- Ganzheitliche, am Patienten orientierte Versorgung
- Verbesserung der Versorgungsqualität über Sektoren (amb./teilstat./stat) hinweg
- Vermeidung von Drehtüreffekten
- Optimierung des Ressourceneinsatzes

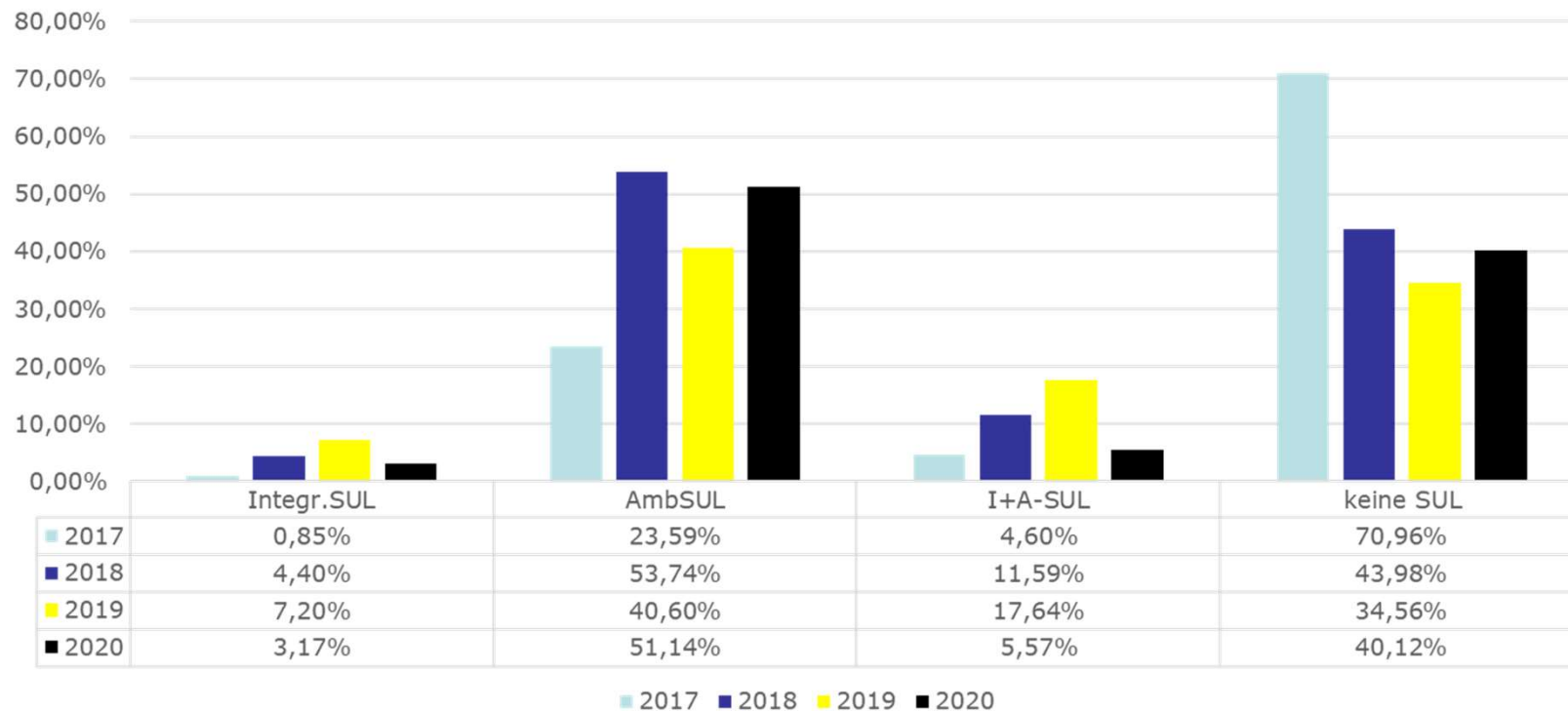


Reduzierung von Arbeitsunfähigkeitstagen

## Nicht Ziel des Modellvorhabens:

- Aufbau eines Konkurrenzsystems zur ambulanten ärztlichen Versorgung

### Anteil der Patienten mit SUL-Leistungen (%)



---

## Rückmeldungen und Erfahrungen

- **Patientinnen und Patienten**
  - Kommen zuverlässig, nehmen das Programm wichtig
  - Nachfragen von AOK Patienten, wie man Teil des Programmes werden kann
- **Mitarbeitenden**
  - Insgesamt positiv
  - hoher Schulungsbedarf
  - Qualitätssprung Richtung Nachhaltigkeit bei aufsuchender Arbeit in der GP
  - Qualitätssprung aufsuchende Arbeit in der KiJu
- **Niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen**
  - Bisher wenig Resonanz, weder positiv noch negativ
  - No news are good news
- **Extraklinische Kooperationspartner (Vereine für Gemeindenahe Psychiatrie etc.)**
  - Hohe Wertschätzung bei den Klienten für das Programm
  - Bessere Übergaben
  - Mehr Kontakt zur Klinik
- **Krankenkasse (Nicht-AOK)**
  - Spontane positive Versichertenrückmeldungen
  - Bei Anrufen von Fallmanagern positive Rückmeldungen
  - Rückgang von AU-Tagen

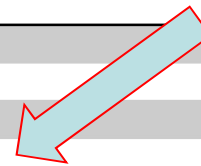
## Erste Ergebnisse (noch nicht abschließend)

Eine zentrale Zielsetzung des Modellvorhabens „DynaLive“ in der LVR-Klinik Bonn ist die **Senkung der Inanspruchnahme stationärer und teilstationärer Behandlungszeiten** durch die breite Einführung **von Leistungen der ambulanten Komplexbehandlung** (Stationsunabhängige Leistungen – **SUL**).

- So ist im Modellzeitraum für die Versicherten der Modellkassen insgesamt ein deutlich **stärkerer Rückgang der stationären Behandlungszeiten** sowie des **Anteils an stationären Wiederaufnahmen** zu verzeichnen als für die Versicherten der nicht-beigetretenen Kassen.
- Der Anteil der Patienten, die **ausschließlich ambulante Behandlungen** in Anspruch genommen haben stieg zwischen 2017 und 2019 in der MO-Gruppe gegenüber der RV-Gruppe um 3% an.

## Erfolgskriterien: Ist doch eigentlich ganz einfach?

Med. Verbesserung  
Ökonomische Verbesserung  
Überzeugende med. Inhalte  
Med. und Ökonomische Steuerbarkeit  
Abgestimmte Vergleichsgruppen (objektiver Wirksamkeitsvergleich)



Vertrauen zwischen den Vertragspartnern  
Offene Gesprächskultur  
Transparente Interessenslagen  
Personelle Kontinuität der Beteiligten  
Andere Standorte haben Interesse  
Verträge werden beidseits eingehalten  
Ausweitungsoptionen  
Akzeptanz auf der operativen Ebene und Leitungsebene  
Nicht zu komplexe Inhalte  
Positive Sekundäreffekte für die Partner  
Regelmäßiger Austausch zwischen den Partnern  
Kongruenz zu den eigenen Zielen  
Meilensteine werden eingehalten  
Vereinbarte Ziele werden erreicht  
Patientenzufriedenheit



## **Was macht ein Modellvorhaben erfolgreich? Eine Frage der Perspektive?**

- **Der Wirksamkeitsnachweis ist überzeugend gelungen**
- **Die Lebensqualität der Patienten/innen wird gesteigert**
- **Leistungserbringer und Kostenträger haben beide das Interesse das Modellvorhaben**
  - a) **zu verlängern**
  - b) **auszuweiten auf andere Häuser und Kostenträger**
- **Orts-, Landes- und Bundesebene der Entscheidungsträger finden einen Konsens**
- **Die Ziele des Modellvorhabens passen in die politische Landschaft**
- **Unterstützung durch andere Big Player (z.B. Verbände)**
- **Die AOK ist dabei**

---

**VIELEN DANK FÜR IHRE  
AUFMERKSAMKEIT!**

## Abgrenzung zu StäB

- Modell jetzt bereits verfügbar mit klar vereinbarten Preisen.
- Weniger restriktiv und mehr Gestaltungsmöglichkeiten.
- Keine Lead durch die Berufsgruppe Arzt notwendig.
- Kein verpflichtender, täglicher Kontakt.
- Geringerer Dokumentationsaufwand.
- Es wird nicht versucht die Klinik mit allen Berufsgruppen nach Hause zu bringen, sondern einzelne Berufsgruppen können nach Bedarf tätig werden.



# Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung - *StäB* -



**Stand der Entwicklung in der LVR-Klinik Viersen**

Dr. Ralph Marggraf  
Ärztlicher Direktor, LVR-Klinik Viersen

04.02.2022/ LVR-Gesundheitsauschuß



1. Kurze Einführung aufsuchende Behandlungsansätze
2. Entwicklung und Grundlagen der StäB
3. Umsetzungen in der LVR-Klinik Viersen (EWP/ KJPP)
4. Budget/ Krankenkassen/ Kosten
5. Fazit bisher



# Kurze Einführung Aufsuchende Behandlungsansätze

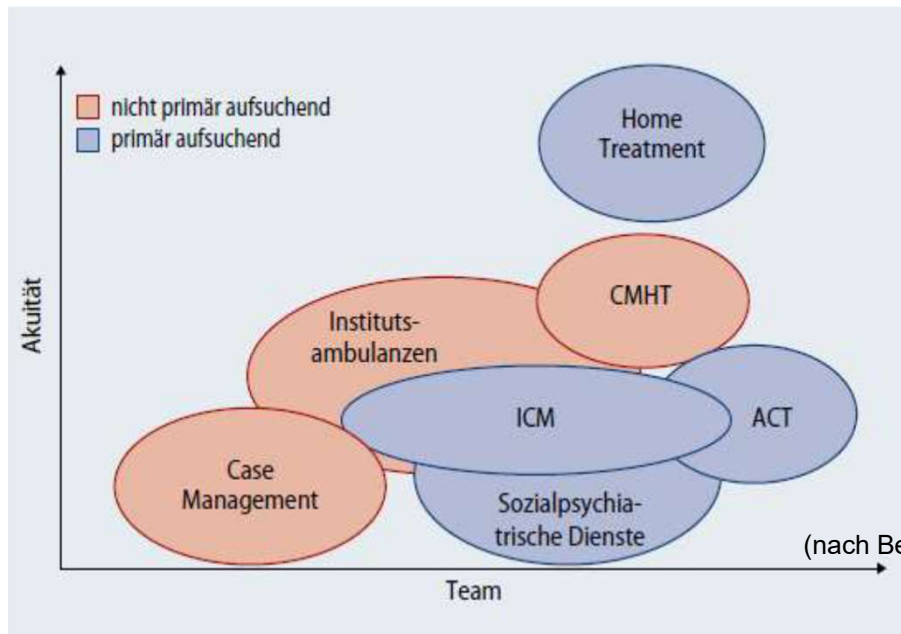
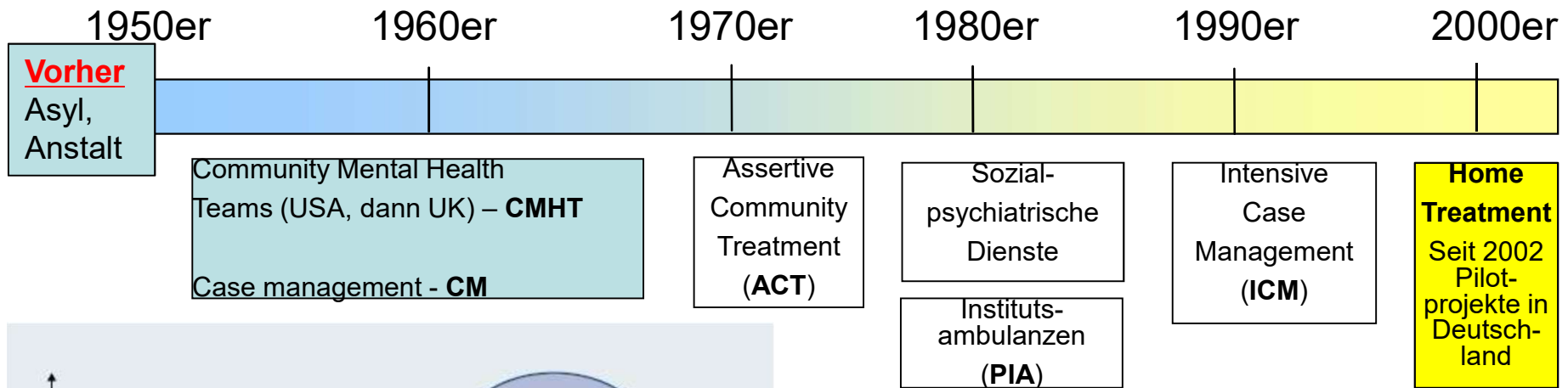


## Was ist „Home Treatment?“

- **Home Treatment ist eine Behandlung, bei der ein Behandlungsteam akut psychiatrische Patient\*innen in gewohnter Umgebung versorgt**
- Home Treatment ist eine leitliniengemäße moderne psychiatrische Behandlungsform, die im Einzelfall einer stationären Behandlung überlegen sein kann.
- Es geht dabei nicht primär um Kostenreduzierung oder um den Abbau stationärer Kapazitäten.



# Home Treatment-Ansätze international



(nach Becker et al. 2008)

## Weitere Ansätze:

- Crisis Resolution Teams (CRT)
- Need adapted Treatment (NAT)
- U.a.



### **Dt. Ärzteblatt, Februar 2006**

#### 6 Studien zur Effektivität von Home Treatment (HT)

- HT der stationären Behandlung entweder gleichwertig oder geringfügig überlegen
- soziale Funktionsniveau der HT-Patienten besser
- Angehörigen mit HT zufriedener, fühlten sich mehr entlastet

#### HT-Angebote 2006 in BRD

- An 3 Standorten
- Krefeld, Frankfurt am Main und Itzehoe

### **Gühne et.al. 2011**

Krankheitsauslösende und -aufrecht erhaltende Faktoren sowie Ressourcen treten zu Hause deutlicher hervor

- Bewältigungsstrategien realitätsbezogener
- Besserer Einbezug soziales Umfeld

Erfahrung bedürfnisgerechter Hilfe im häuslichen Umfeld

- statt „Scheitern“ zu Hause („ich kann nicht mehr, muss in die Klinik“).

Effektivität

- Symptomreduktion
- Wiederaufnahmeraten
- Kosten

### **Vortrag Prof. Bechtolf, StäB Tagung / 04.05.2021**

- International HT lange und weit verbreitet
- große Evidenz, dass HT effektiver
  - auch im deutschsprachigen Raum
  - (u.a. Bechtolf et al 2011, Munz et al 2010 und weitere)

*Diskussion*

- Erstaunliche Diskrepanz zwischen der klaren Evidenz einerseits und den großen Schwierigkeiten der Umsetzung

# Aktuelle Leitlinienempfehlungen

## DGPPN S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien (2018)

- Menschen mit akuten schweren psychischen Störungen sollen die Möglichkeit haben, von *mobilen multiprofessionellen Teams aufsuchend* in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden ...

## DGPPN S3-Leitlinie Schizophrenie (2019)

- *Teambasierte und gemeindenahe multiprofessionelle Versorgungsstrukturen* können zur Versorgung von schwer erkrankten Menschen mit Schizophrenie, Gewährleistung therapeutischer Kontinuität und zur Reduktion der Krankenhausaufnahmen beitragen.
- Wesentliche Aufgaben dieser Teams sollten neben der psychiatrischen Standardbehandlung die Gewährleistung von *Hausbesuchen* und die gemeinsame Verantwortung für die gesundheitliche als auch die soziale Versorgung der Betroffenen sein.

### Weitere Leitlinienempfehlungen:

- NICE (National Institute for Health and Care Excellence)
- WFSBP (World Federation of Societies for Biological Psychiatry)
- APA (American Psychiatric Association)
- ...

# Entwicklung und Grundlagen der StäB



## Was ist „StäB?“

*Eine Form des Hometreatments:*

- *Ärztlich geleitete Behandlung einer akuten psychischen Erkrankung im gewohnten Lebensumfeld*
- mit den Mitteln und *entsprechend einer stationären Behandlungsform*
  - nach Komplexität, Organisation, Zeitdauer, Zielsetzung
- *täglich intensiver Kontakt*
- Einsatz psychiatrischer, psychotherapeutischer und ergänzender Verfahren

StäB ist eine hochreglementierte Form des Hometreatments.



# „StäB“ Entwicklung

## Dezember 2016

Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (**PsychVVG**)

-> PsychVVG Artikel 5

-> Änderung SGB V § 39

- Die Krankenhausbehandlung wird stationär, **stationsäquivalent**, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht.
- Versicherte haben **Anspruch** auf vollstationäre oder **stationsäquivalente** Behandlung durch ein zugelassenes Krankenhaus ...

## 01.01.2018

§ 115d SGB V

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

- (1) Psychiatrische Krankenhäuser ... mit regionaler Versorgungsverpflichtung **können** in medizinisch geeigneten Fällen, **wenn eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vorliegt**, *anstelle* einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen. ...

**-> StäB ist vollstationärer Behandlung gleichwertig  
Entscheidung liegt beim Krankenhaus**

# StäB ist hoch reglementiert

-OPS-Code 9-701 (Erwachsene)

-OPS-Code 9-801 (Kinder und Jugendliche)

Vereinbarung  
zur  
Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung  
nach § 115d Abs. 2 SGB V

zwischen  
dem GKV-Spitzenverband, Berlin,  
und  
dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln,  
sowie  
der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin

-Vereinbarungsdokument der  
Selbstverwaltungspartner vom 31.03.2017

**DMi**  
medizinwissen  
Deutsches Institut für Medizinische  
Dokumentation und Information

**Kode-Suche in OPS  
Version 2016**

Drei- oder Viersteller:

Übersicht über die Kapitel

Kapitelgliederung

Gruppengliederung

Vorige Gruppe

Nächste Gruppe

Ergänzende Informationen

**Hinw.:** Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des OPS erbracht wurden.  
Die gleichzeitige somatische Diagnostik und Behandlung sind gesondert zu kodieren

**Diese Gruppe gliedert sich in folgende Kategorien:**

**9-80** Spezifische Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

**9-801** Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen

**Exkl.:** Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-656)  
Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen (9-672)  
Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationärsitzenden Umfeld und als halbtägige Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-691 ff.)  
Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (9-694 ff.)

**Hinw.:** Der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) ist gesondert zu kodieren  
Diese Codes sind für die Behandlung von Patienten anzuwenden, die zu Beginn der stationären Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (bei deutlichen Entwicklungsstörungen Voraussetzung für eine stationäre Behandlung ist das Vorliegen einer psychischen oder jugendpsychiatrischen Erkrankung. Die stationsäquivalente Behandlung umfasst: eine Indikation für eine stationäre Behandlung im häuslichen Umfeld des Patienten  
Sie stellt neben der aufsuchenden Behandlung auch die Nutzung weiterer Ressourcen für ergänzende Diagnostik und Therapie sicher  
Diese Codes sind für jeden Tag mit stationsäquivalenter Behandlung anzuwenden  
Bei Eltern-Gruppentherapien oder Eltern-Kind-Gruppentherapien sind zu addieren. Fahrzeiten werden nicht angerechnet oder 15 Teilnehmer begrenzt. Gruppen mit 4 bis 10 Teilnehmern werden in aller Regel nach dem 2-Therapeuten-Prinzip geführt. Gruppen mit 11 bis 15 Teilnehmern müssen nach dem 2-Therapeuten-Prinzip geführt werden. Pro Gruppentherapie dürfen Therapiezeiten für maximal 2 Therapeuten an gerechnet werden. Die Dauer der Gruppentherapie ist mit der Anzahl der Therapeuten zu multiplizieren und dann mit der Anzahl der teilnehmenden Patienten zu teilen. Diese Zeit wird jedem teilnehmenden Patienten zugeteilt  
Die Codes sind ebenfalls für Leistungen anzugeben, die von ambulanten psychiatrischen Einrichtungen erbracht werden  
Mindestmerkmale:  
• Therapiezielorientierte Behandlung durch ein mobiles multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) und Krankenschwestern, Erzieher, pädagogisch-pflegerischem Personal, einem Vertreter eines...

## StäB - Rahmenvereinbarung

**Krankenhausbehandlungsindikation:** ambulant oder teilstationär ist nicht ausreichend

**Wunsch der Patientin/ des Patienten bzw. der Sorgeberechtigten**

**Eignung des Umfeldes:** 4-Augen-Gespräch, Kindeswohlgefährdung, Zustimmung häusliches Umfeldes

**Mobiles multiprofessionelles Team:** mindestens 3 Berufsgruppen

**Fachärztliche Leitung:** 1mal wöchentliche aufsuchende ärztliche Visite (Facharztstandard)

**Krankenhausspezifische Diagnostik und Therapie:** festgelegte Verfahren

**Individueller Therapieplan:** u.a. Einbeziehung des sozialen Netzwerks

**Mindestens 1 direkter Patientenkontakt pro Tag** (je nach Einzelfall Ausnahmen möglich)

**Ständige ärztliche Eingriffsmöglichkeit:** Erreichbarkeit 24/7 plus Rufbereitschaft

**Einbeziehung externer Leistungserbringer:** möglich

**Entlass-Management:** Wie im stationären Kontext

**Dokumentationsanforderungen:** mindestens wie im stationären Kontext (eher höher)

# OPS-Code

## Strukturmerkmale:

- Mobiles multiprofessionelles Team
  - **Behandlungsleitung** durch Facharzt/-ärztin
  - bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe
    - Vorhandensein von Facharzt/-ärztin
    - Vorhandensein von Psycholog\*innen
    - Vorhandensein von Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)
    - Vorhandensein von Pflegefachpersonen
- Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandlungsteams werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (**Rufbereitschaft**).
- **jederzeitige**, 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche, (**fach-)ärztliche Eingriffsmöglichkeit**
- Möglichkeit zur umgehenden vollstationären Aufnahme bei Zustandsverschlechterung
- Durchführung einer **wöchentlichen ärztlichen Visite** im direkten Patientenkontakt, **in der Regel im häuslichen Umfeld**. Der Facharztstandard ist zu gewährleisten
- Durchführung einer **wöchentlichen multiprofessionellen Fallbesprechung**, in die mindestens 3 der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen einbezogen werden.
- Behandlung auf der Grundlage eines individuellen Therapieplans, orientiert an den Möglichkeiten und dem Bedarf des Patienten

## Mindestmerkmale:

- mindestens ein direkter Patientenkontakt durch mindestens ein Mitglied des multiprofessionellen Teams pro Tag



## Umsetzung in der LVR-Klinik Viersen (EWP und KJPP)

### **Koalitionsvereinbarung**

zwischen den Fraktionen der CDU und der SPD in der Landschaftsversammlung Rheinland für die XV. Wahlperiode 2020 – 2025:

„Im Bereich unserer Kliniken werden wir durch die Weiterentwicklung neuer Versorgungsformen - wie etwa durch die Einführung der stationsäquivalenten Behandlung - unser Angebot qualifizieren und optimieren.“



## StäB – Strukturen der LVR-Klinik Viersen

### Erwachsenenpsychiatrie

- 1 Team in der Abteilung Allgemeinpsychiatrie
  - Bereits zuvor Erfahrungen im Rahmen von HomeTreatment (HoT4) und integrierter Versorgung (3GL, NwPG)
- Start 9/ 2018
- Einbezug von EX-IN
- Bis zu 6 Patient\*innen gleichzeitig (2021)
  - Ziel 2022: Steigerung der Fallzahlen
- Bisher keine Erfahrungen im Bereich Abhängigkeitserkrankungen und in Pflegeheimbereichen

Berufsgruppe	VK-Anteil
Pflege- und Erziehungsdienst	1,5
Ergotherapie	0,5
Sozialdienst	0,5
Psychologe	0,25
Ärztlicher Dienst	0,6
Peer Counseler	0,25
Case Management	0,5
<b>Summe</b>	<b>4,1</b>



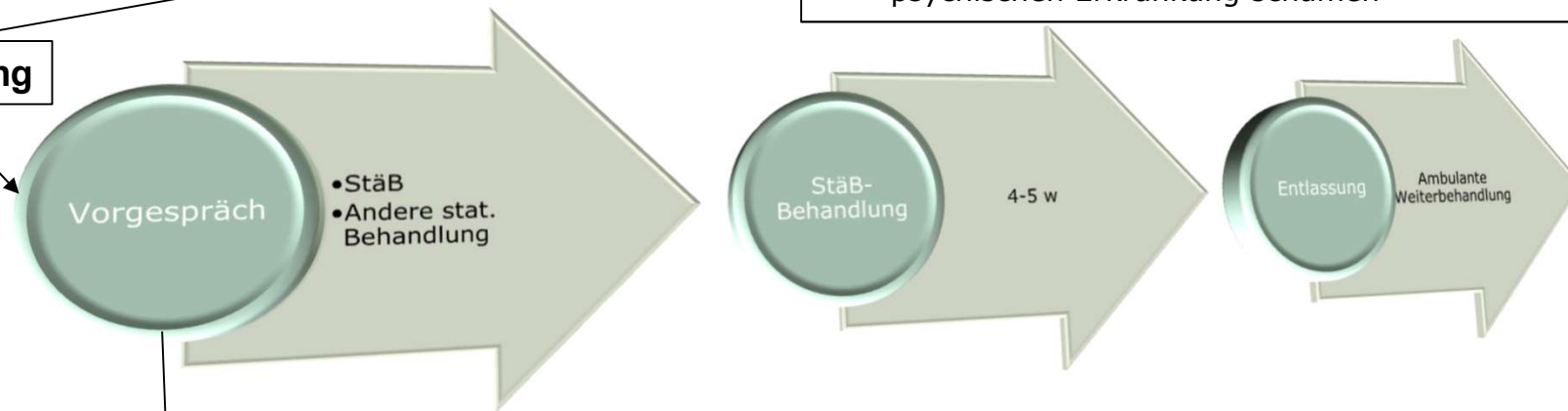
# Behandlungsablauf

- Aufnahmezentrum
- Ambulanz/ PIA
- Stationen der Allgemeinpsychiatrie
- PHG/ Gemeindepsychiatrischer Verbund
- Jobcenter
- Bisher keine Einweisungen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

## Bestimmte Patienten\*innen können besser erreicht werden

- Mütter mit Angst vor negativen familiengerichtlichen Konsequenzen
- Landwirte, die den Hof/ die Tiere nicht alleine lassen können oder wollen
- Patienten\*innen, die aufgrund eines Gerichtsbeschlusses in der Klinik behandelt werden und sofort nach Auslaufen der Frist die stationäre Behandlung beenden wollen, auch wenn eine weitere Behandlung erforderlich ist
- Patienten\*innen, die sich wegen ihrer psychischen Erkrankung schämen

Zuweisung



## Sorgfältige Patientenauswahl

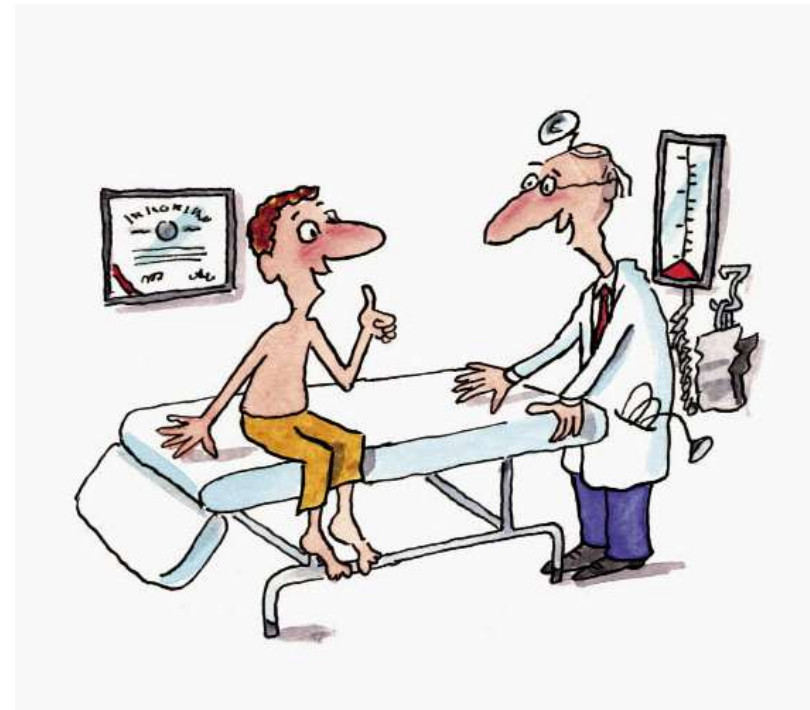
- Patienten mit *negativen Erfahrungen aus früheren stationären Behandlungen*, z.B. Anwendung von Zwangsmaßnahmen
- Patienten mit Schwierigkeiten, die in der Situation des Klinikalltags begründet liegen
  - z.B. Verantwortung für Angehörige (Kinder oder Pflegebedürftige)
- Patienten mit Schwierigkeiten nach einem längeren Klinikaufenthalt in den Alltag zurückzukehren

## Erfahrungen der therapeutischen Beziehung im StäB

- **Rollenwechsel**
  - Patient/ Patientin als Gastgeber
  - Patient/ Patientin kann Fähigkeiten demonstrieren
  - Läßt eine fremde Person in die Wohnung (Vertrauensvorschuß)
- **Therapeutische Beziehung tragender**
  - Wertschätzung durch besuchenden Therapeuten/ Therapeutin
  - Therapeut/ Therapeutin in der Rolle eines Begleiters
  - Begegnungsformen in anderem Rahmen
- **Erweiterte diagnostische und therapeutische Optionen**
  - Kenntnis von Patient und Umfeld
  - Familie und andere Wechselbeziehungen nutzbar
  - Entlastung der Patienten und der Angehörigen
  - Individuellere passgenaue Hilfen
- **Konkretisierung der Hilfen**
  - Praktische Hilfen (Einkaufsplan, Essensvorbereitung, Schlafrituale etc.)
  - Aktivitätsplanung (Kontakte, Hobbies, Ausflüge)
  - Expositionstraining/ unterstützte Exposition
- **Setting entstigmatisierend**

## Rückmeldungen

Die Patienten\*innen finden das StäB-Angebot gut und sind sehr zufrieden damit



# Besonderheiten in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen





## StäB – Strukturen KJP

- **Vorerfahrung**
  - nachstationäre Begleitung im häuslichen Umfeld im Rahmen der Pia
- **2018/ 2019 je ein StäB-Team pro Abteilung**
  - 3 Patient\*innen gleichzeitig pro Abteilung
  - Kein eigenes Team, sondern von Station aus
  - seit Juli 2018 erste Patienten und Patientinnen
  - an den Wochenenden regelhaft Telefonkontakte (-> upcoming Internet Therapy)
- **Änderung 2020: 1 Team in einer Abteilung**
  - Probleme: schwer sich aus der Station rauszuziehen

## KJP-StäB – Unterschiede zur EWP

- Symptomatik zeigt sich oft auch oder sogar nur in der **Schule**
  - Schulunterricht während der Behandlung meist unverzichtbar.
  - Durch den Besuch der Stammschule bleibt für StäB oft nur der Nachmittag.
- **Familiengespräche** sind unverzichtbar und berufstätige Eltern können oft nur am späten Nachmittag oder frühen Abend.
- Abends sind die Kinder müde und erschöpft.
- Die **Fahrtwege** sind weiter, da das Pflichtversorgungsgebiet größer ist.
- Direktkontakte in der Regel an 5 Tagen in der Woche, samstags und sonntags  
Telefonkontakte





# Budget/ Krankenkassen/ Kosten



## StäB Tagung

Zoom/ 04.05.2021

Nur ca. 30 von rund 400 psychiatrischen Kliniken und Abteilungen in Deutschland betreiben aktuell StäB.

### Vortrag Frau Leyh, BEK

26 Kliniken haben Vereinbarung mit den Kassen

Insgesamt zunehmende Fallzahl und Tage

Durchschnittliche Verweildauer 2020~ ca 31 Tage

Anfangs insgesamt 80 Prozent Negativgutachten

Geeignete Gruppen: F20, F 60.3, Demenz

Vortrag Prof. Dr. Gerhard  
Längle, ZfP Südwürttemberg,  
März 2019

#### Einrichtungen mit StäB-Teams:

Klingenmünster, Tübingen,  
Stuttgart, München, Berlin (div.),  
Brandenburg, Reichenau, Bethel

#### Abgeschlossene

#### Pflegesatzverhandlungen:

Zwiefalten, Bad Schussenried,  
Weissenau

#### In Verhandlung:

Klingenmünster, Tübingen,  
Reichenau, Stuttgart, Berlin,  
München

## Stand der Budgetvereinbarung mit den Gesetzlichen Krankenkassen:

- LVR-Klinik Viersen hat eine **Budgetvereinbarung**
  - StäB EWP Forderung 2190 Tage Erreicht 2021 1547 Tage
  - StäB KJPP Forderung 1800 Tage Erreicht 2021 827 Tage
- LVR-Klinik Viersen hat aktuell eine **positive Strukturbegutachtung** im Rahmen der MD-Strukturprüfungen

# Fälle 2021 Übersicht

Bereich	Anzahl
EP	52
männlich	13
<b>weiblich</b>	<b>39 (= 75% in der EP)</b>
KJP	16
männlich	8
weiblich	8
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>68</b>

- Meist mehrfach erkrankt (Komorbidität)
- höherer Anteil postpartale Störungen
- Bereitschaftsdienst
  - 3-4x in Anspruch genommen

EP	
Hauptdiagnose	Anzahl
F33 Depression	23
F32 Depression	8
F20 Schizophrenie	4
F41 Angst	4
F40 Angst	3
F60	2
F25	2
F31	2
F42	2
F61	1
F53	1

KJP	
Hauptdiagnose	Anzahl
F84 Autismus	5
F32 Depression	3
F41 Angst	3
F40 Angst	2
F91	1
F30	1
F42	1

Fachbereich	Mittelwert VWD	Max VWD
EP	30	85
KJP	62	95
<b>Gesamt</b>	<b>38</b>	

# MDK-Prüfungen

Viele Behandlungsfälle werden dem MDK zur Begutachtung vorgelegt

- MD Quote 2021 fast 70%
- Davon 58% negativ bewertet
- Bewertungen der Gutachter teils einseitig

MD Prüfquote 2021	Prüfung	Keine Prüfung	Frist läuft noch
EWP	67%	23%	10%
KJP	69%	25%	6%
Gesamtergebnis	68%	24%	9%

## Leistungsentscheid- Eingang 2021 StäB

	Anzahl Gutachten	Verteilung
Positiv Gutachten	8	42%
Negativ Gutachten	11	58%

Lfd Buchstabe	EWP		KJP	
	Neg	Pos	Neg	Pos
<b>Gutachter A</b>	<b>8</b>			<b>2</b>
Gutachter B		2	1	
Gutachter C			1	2
Gutachter D	1	2		

Viele Fälle sind mit Verweis auf negative Strukturbegutachtung des MD pauschal abgelehnt worden:

- Klinik hat das StäB-Konzept fortlaufend angepasst (inzwischen 8. Version)
- Stand 2022: MD Strukturprüfung POSITIV für 1 Jahr

MD prüft in der Regel formalistisch

- lehnt aufgrund von Strukturmerkmalen ab
- zB. Nicht-Herausgabe der Urkunden der Mitarbeiterqualifikation

### Kritikpunkte in 19 Gutachten

	Anzahl Kritikpunkte
häusliches Umfeld Prüfung zu Beginn und im Verlauf (Formular fehlt)	9
Zustimmung aller im Haushalt lebender volljähriger Personen (Formular fehlt)	8
Eltern-Kind-Behandlung (Prüfungsformular fehlt)	7
Anzahl der Gruppenmitglieder bzw. Dauer	6
fachärztliche Leitung	5
<b>Keine Indikation</b>	<b>5</b>
Telefonate als Therapiezeit	4
Individuelle Therapieplan fehlt	4
Kindeswohlgefährdung (Prüfungsformular fehlt)	4
Zusammensetzung des multiprofessionellem Teams (namentliche Doku)	2
Team und Visite unregelmäßig	2
Visite unregelmäßig	1
<b>Hauptdiagnose</b>	<b>1</b>
Team unregelmäßig	1
Schulbegleitung als OPS	1
keine Visite	1
<b>Gesamt</b>	<b>61</b>

## Bisheriges Fazit



### **Vortrag Prof. Bechtolf, StäB Tagung Zoom/ 04.05.2021**

- HT international lange und weit verbreitet
- große Evidenz, dass HT effektiv
  - auch im deutschsprachigen Raum
  - (u.a. Bechtolf et al 2011, Munz et al 2010 u.a.)
- HT ist normalisierend
  - Betroffene übernehmen mehr Verantwortung in der Krise, was sie stärkt
- Sinkende Wiederaufnahmeraten
- Leichtere Integration in Arbeit und Wohnumfeld
- Reduktion der Zwangseinweisungen (Schöttle et al 2018)
- Viele positive Erfahrungen
- Hohe Akzeptanz
- Bessere Erreichbarkeit sonst schwer erreichbare Gruppen
- StäB im Vergleich zu internationalen HT Modellen sehr starr

#### *Diskussion*

- Erstaunliche Diskrepanz zwischen der klaren Evidenz einerseits und den großen Schwierigkeiten der Umsetzung

### **U. Gühne et.al. 2011**

Krankheitsauslösende und -aufrecht erhaltende Faktoren sowie Ressourcen treten zu Hause deutlicher hervor

- Bewältigungsstrategien realitätsbezogener
- Besserer Einbezug soziales Umfeld

Erfahrung bedürfnisgerechter Hilfe im häuslichen Umfeld

- statt „Scheitern“ zu Hause („ich kann nicht mehr, muss in die Klinik“).

Effektivität

- Symptomreduktion
- Wiederaufnahmeraten
- Kosten



### **Bisherige Erfahrung:**

#### **StäB ist individuell und intensiv**

- Frequenz und Dauer von Einzelkontakten hoch (teilweise höher als im stationären Setting)
- Findet im privaten Raum statt, was zu einer anderen Qualität führt
  - o Patienten\*innen sind offener
  - o Die Psychodynamik des familiären Rahmens ist besser im Blick
  - o Patienten\*innen werden umfassender und in ihren tatsächlichen Bezügen wahrgenommen
- o Seitens der Kostenträger weiterhin Misstrauen (hohe MD-Prüffrequenz)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

