



---

# Referate

---

anlässlich der

**51. Jahrestagung  
der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD**

vom 19. – 20. Oktober 2017

**in der**

**LWL-Klinik Dortmund**



Neues Bettenhaus der LWL-Klinik Dortmund „Phönix-Haus“, Foto: LWL/Thimm

## **Vorsitzender**

Holger Höhmann  
LVR-Klinik Langenfeld  
Kölner Straße 82  
40764 Langenfeld

**Herausgeber:**

**VKD**

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)  
Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen

**Verantwortlich:**

Holger Höhmann, Vorsitzender der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD

**Titelbild:**

Neues Bettenhaus der LWL-Klinik Dortmund „Phönix-Haus“, Foto: LWL/Thimm

Dezember 2017

# Referentenverzeichnis

---

- Holger Höhmann, Vorsitzender der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD), Kaufmännischer Direktor und Vorstandsvorsitzender, LVR-Klinik Langenfeld, Kölner Str. 82, 40764 Langenfeld
- Urban Roths, Stellv. Geschäftsführer des Dezernats II, Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Wegelystr. 3, 10623 Berlin
- Volker Thesing, Geschäftsführer, Asklepios Fachklinik Stadtroda gGmbH, Bahnhofstr. 1a, 07646 Stadtroda
- Michael van Brederode, Kaufmännischer Direktor, LVR-Klinik Düren, Meckerstr. 15, 52353 Düren
- Thomas Brobeil, Geschäftsführer, Vinzenz von Paul Hospital Rottweil gGmbH, Schwenninger Str. 55, 78628 Rottweil
- Professorin Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Ärztliche Direktorin, LVR-Klinik Köln, Wilhelm-Griesinger-Str. 23, 51109 Köln
- Professor Dr. habil. Hans-Ulrich Wittchen, Leiter der Abt. Gesundheitsforschung, GWT-TUD GmbH, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden, Chemnitzer Str. 46, 01178 Dresden, Psychiatrische Universitätsklinik LMU, Geschwister-Scholl-Platz 1, 80539 München
- Maja Nicole Moll, Rechtsanwältin, Seufert Rechtsanwälte, Residenzstr. 12, 80333 München
- Landesrat Professor Dr. Meinolf Noeker, LWL-Krankenhausdezernent, Freiherr-vom-Stein-Platz 1, 48147 Münster
- Dr. Michael Schormann, Stellv. Ärztlicher Direktor (komm.), LVR-Klinik Bonn, Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn
- Paul Bomke, Geschäftsführer, Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie, Weinstr. 100, 76889 Klingenmünster
- Professor Marian Dutczak, Bergstermann + Dutczak Architekten Ingenieure GmbH, Westenhellweg 75-79, 44137 Dortmund
- Barbara Kaulhausen, Abteilungsleiterin, 31.10 – Neubau, Umbau- und Erweiterungsmaßnahmen, mit Detlev Bülls, Teamleiter, 31.13 – Technische Gebäudeausrüstung, Landschaftsverband Rheinland, Kennedy-Ufer 2, 50679 Köln
- Professor Dr. Jens Bothe, Kaufmännischer Direktor, LWL-Klinik Dortmund, Marsbruchstr. 179, 44287 Dortmund
- Professorin Dr. Birgit Janssen, LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf
- Kerstin Gierse, kerstin gierse architekten, Vogteier Str. 19, 42555 Velbert

# Inhaltsverzeichnis

---

## Begrüßung und Eröffnung

- Holger Höhmann, Vorsitzender der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)
- Matthias Löb, Direktor des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe
- Professor Dr. Jens Bothe, Kaufmännischer Direktor der LWL-Klinik Dortmund

## Zukunftschancen und Entwicklungsmöglichkeiten unter den gegebenen Rahmenbedingungen I

- Holger Höhmann, Vorsitzender der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)
- Urban Roths, Stellv. Geschäftsführer des Dezernats II, Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)

## Mit welchem Personal können die Anforderungen bewältigt werden?

### Personalkostennachweis in Budgetverhandlungen

- Maja Nicole Moll, Rechtsanwältin bei Seufert Rechtsanwälte

### Mitgliederversammlung

Holger Höhmann, Vorsitzender der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)

## Zukunftschancen und Entwicklungsmöglichkeiten unter den gegebenen Rahmenbedingungen II

- Volker Thesing, Geschäftsführer der Asklepios Fachklinik Stadtroda
- Michael van Brederode, Kaufmännischer Direktor der LVR-Klinik Düren
- Thomas Brobeil, Geschäftsführer der Vinzenz von Paul Hospital gGmbH
- Professorin Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Mitglied im Vorstand der Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)

## Investitionen in Steine oder Prozesse?

### Entwicklung im Bereich stationsäquivalenter Leistungen

- Landesrat Professor Dr. Meinolf Noeker, LWL-Krankenhausdezernent

### Das Bonner 64er-Modell DynaLIVE

- Dr. Michael Schormann, Stellv. Ärztlicher Direktor (komm.), LVR-Klinik Bonn

### Agiles Management bei Investitionen in der psychosozialen Versorgung: Krankenhausneubauten oder psychosoziale Infrastruktur?

- Paul Bomke, Geschäftsführer im Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie

## **Bau und Architektur in der Psychiatrie**

### **Architektur in psychiatrischen Kliniken – Aktuelle Trends**

- Professor Marian Dutczak, Bergstermann + Dutczak Architekten Ingenieure GmbH

### **Nachhaltigkeit: lohnt sich Passivhausstandard?**

- Barbara Kaulhausen, Abteilungsleiterin, 31.10 – Neubau, Umbau- und Erweiterungsmaßnahmen, Landschaftsverband Rheinland mit Detlev Bülls, Teamleiter, 31.13 – Technische Gebäudeausrüstung, Landschaftsverband Rheinland

### **Zusammenarbeit von Klinikbetreibern (-management) mit Architekturbüros**

- Professor Dr. Jens Bothe, Kaufmännischer Direktor der LWL-Klinik Dortmund

### **Neue Therapiekonzepte = neue (bauliche) Standards?**

- Professorin Dr. Birgit Janssen, LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

# Zukunftschancen und Entwicklungsmöglichkeiten unter den gegebenen Rahmenbedingungen I

---

**51. Fachgruppentagung**

vom 19. – 20. Oktober 2017

in der  
LWL-Klinik Dortmund

# Zukunftschancen und Entwicklungsmöglichkeiten unter den gegebenen Rahmenbedingungen I

---

## Lage der Krankenhäuser 2017

51. Fachgruppentagung

vom 19. – 20. Oktober 2017

in der  
LWL-Klinik Dortmund

von

Holger Höhmann, Vorsitzender der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)



# Lage der Krankenhäuser 2017

**Holger Höhmann, MAS, MIM, MBA**

Vorstandsvorsitzender der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)

Kaufmännischer Direktor und Vorstandsvorsitzender der LVR-Klinik Langenfeld

Vizepräsident des Subcommittee Mental Health der European Association of Hospital Managers (EAHM)

51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD



19./20.10.2017

51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD



Die Finanzierung und Erhaltung der  
Krankenhäuser wird stetig schwieriger –  
*Abwärtsspirale!*

&

Eine Vielzahl der Länder kommt ihren  
Investitionsverpflichtungen nicht nach –  
*Verstärkung der Abwärtsspirale!*

19./20.10.2017

51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD

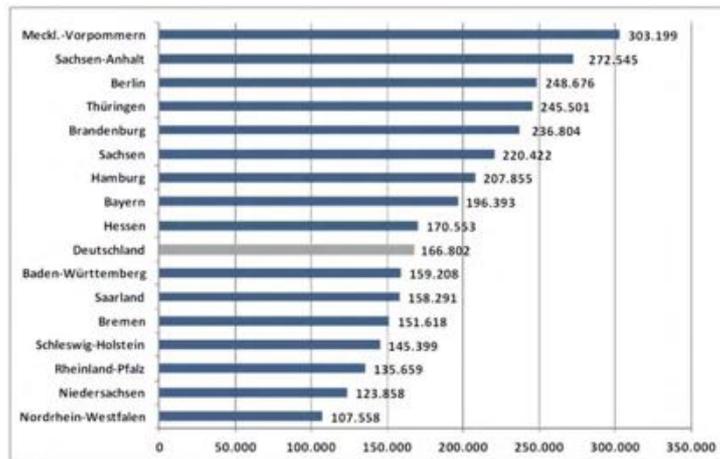


19./20.10.2017

51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD



## Investitionsfinanzierung



Summe der KHG-Investitionsfördermittel im Zeitraum von 1991 bis 2013 je KHG-Bett in Euro

Quelle: Bericht des LVR über das "Bündnis für gesunde Krankenhäuser - Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser in NRW"

19./20.10.2017

51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD



## Investitionsfinanzierung

### Summe der KHG-Investitionsfördermittel im Zeitraum von 1991-2013 je KHG-Bett nach Bundesländern

- **Deutschland:** 166.802 € pro KHG-Bett  
(→ ca. 7.252 € pro Bett pro Jahr)
- **Max.:** Mecklenburg-Vorpommern mit 303.199 €  
pro KHG-Bett (→ ca. 13.183 € pro Bett pro Jahr)
- **Min.:** Nordrhein-Westfalen mit 107.558 € pro KHG-Bett  
(→ ca. 4.678 € pro Bett pro Jahr)

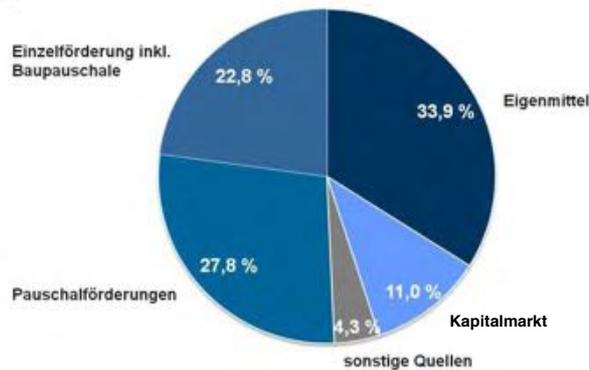
19./20.10.2017

51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD



## Investitionsfinanzierung

### Herkunft der Investitionsmittel der Krankenhäuser 2012 bis 2014



Eigene Darstellung auf Datenbasis von:  
BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft; Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (2015): Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser, S. 14.  
19./20.10.2017 51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD



## Investitionsfinanzierung

### Investitionsstau in NRW wird auf größer als 10 Mrd. bis über 12,5 Mrd. € beziffert. (Vgl. RWI (2016): Investitionsbarometer)

- die alte Landesregierung (Frau Ministerin Steffens) NRWs hatte auf Druck der Krankenhäuser am Ende der Legislaturperiode 1 Mrd. € versprochen
- die neue Landesregierung (Herr Minister Laumann) hat immerhin 250 Mio. € Investitionsfördermittel für die Krankenhäuser im Nachtragshaushalt 2017 des Landes NRW verabschiedet
- „ein respektables Zeichen für einen Neustart bei der Investitionsfinanzierung“ (Jochen Brink, Präsident der KGNW)

**Dennoch bleibt abzuwarten, ob die zusätzlichen Mittel auch in den kommenden Haushaltsjahren fließen werden, um die weiterhin große Investitionslücke zu schließen!**



19./20.10.2017

51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD



## Investitionsfinanzierung

### Fehlende Investitionsmittel:

- ➔ Substanz der Kliniken gefährdet
- ➔ notwendige Weiterentwicklung z.B. hinsichtlich **Digitalisierung**, Realisierung von **baulichen Maßnahmen** und die Verbesserung der **instrumentellen Ausstattung** nicht möglich

19./20.10.2017

51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD

## Digitalisierung

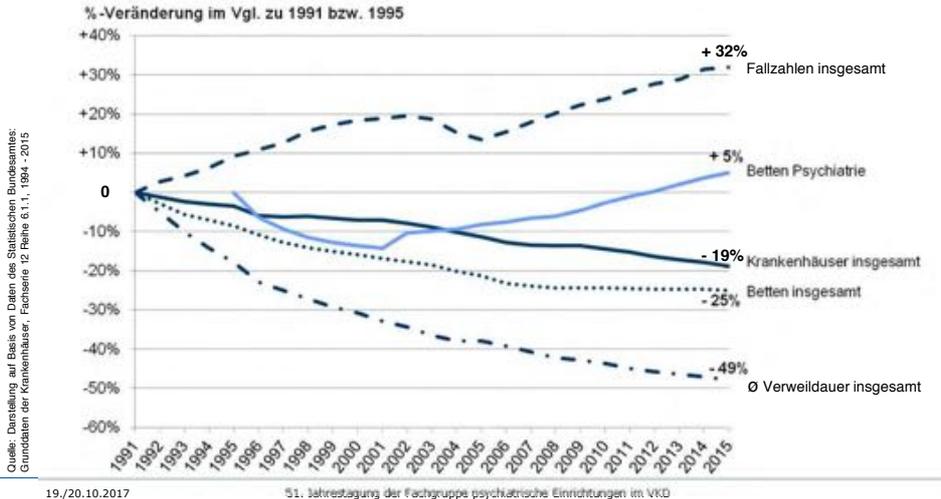
**Deutschland liegt im Vergleich mit 20 europäischen Ländern bzgl. der Einführung der elektr. Patientenakte nur auf dem 10. Platz**

- nur sechs Prozent der Kliniken in Deutschland sind mit anderen Akteuren auf regionaler oder nationaler Ebene vernetzt, in Schweden, Island oder Dänemark beträgt der Anteil ca. 50%
- in den USA wurde der Anteil der Krankenhäuser mit elektronischer Patientenakte durch staatliche Förderung in sieben Jahren von neun auf ca. 85 % erhöht

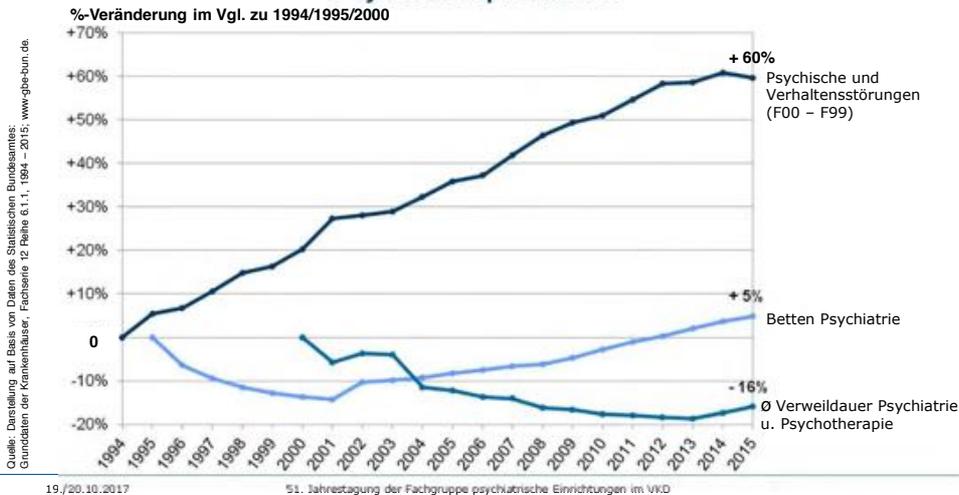
**Investitionsoffensive des Bundes zur Schaffung einer digitalen Infrastruktur im Klinikbereich dringend notwendig!**



### Veränderung Anzahl d. Krankenhäuser, Bettenzahl, Fallzahlen und Verweildauer in % zu 1991 & Veränderung Anzahl d. psych. Betten in % zu 1995 im Vergleich



### Veränderung Anzahl vollstationärer Patienten und Patientinnen mit Hauptdiagnose F00-F99 in % zu 1994, Veränderung Anzahl psych. Betten in % zu 1995 im Vergleich & Veränderung Ø Verweildauer Psychiatrie u. Psychotherapie zu 2000



## Ökonomie vs. Ethik

- steigende Fallzahlen und verkürzte Verweildauern führen zu einer Arbeitsverdichtung für das Klinikpersonal
- ökonomischer Druck

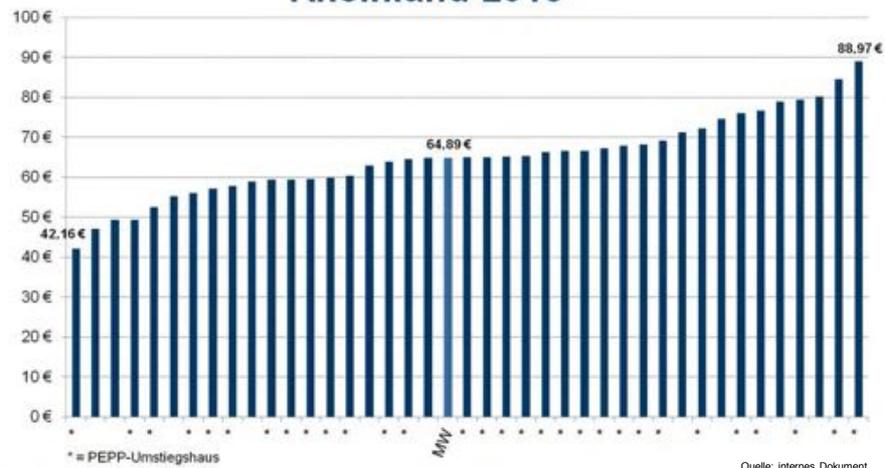
### ? Ethische Grundsätze der Patientenversorgung gefährdet!?

➔ Ethik und Ökonomie sind zwei Seiten der gleichen Medaille, die sich insbesondere bei der Erbringung qualitativ hochwertiger Leistungen gegenseitig bedingen!

19./20.10.2017

51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD

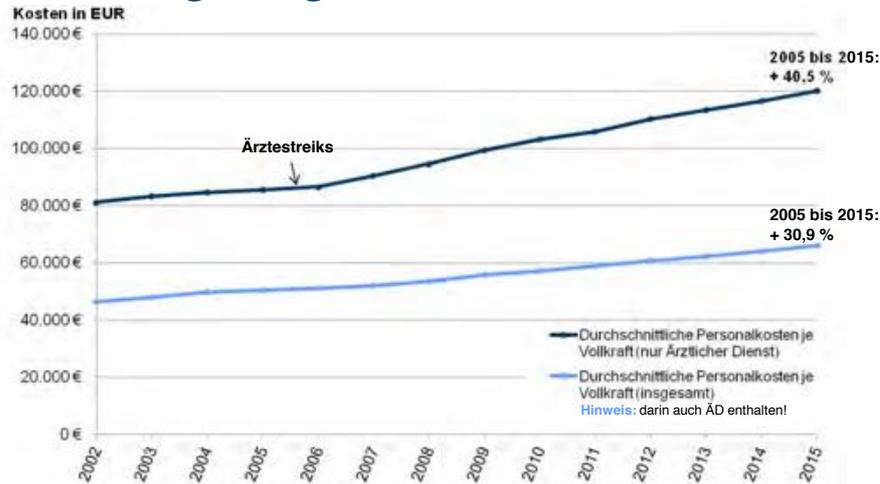
## Vereinbarte vollstationäre Basispflegesätze im Rheinland 2015



19./20.10.2017

51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD

## Tarifsteigerungen im ärztlichen Bereich



19./20.10.2017

51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD

## Doppelte Degression

- bei ansteigender Leistungsmenge der Krankenhäuser in einem Bundesland im Vergleich zum Vorjahr:

1. Kürzung des Landesbasisfallwertes
2. Vergütungsabschlag für Mehrleistungen

➡ Doppelte Sanktion für Häuser, die Mehrleistungen erbringen!

➡ Durch die Kürzung des Landesbasisfallwertes auch Krankenhäuser betroffen, die keine Mehrleistungen erbracht haben!

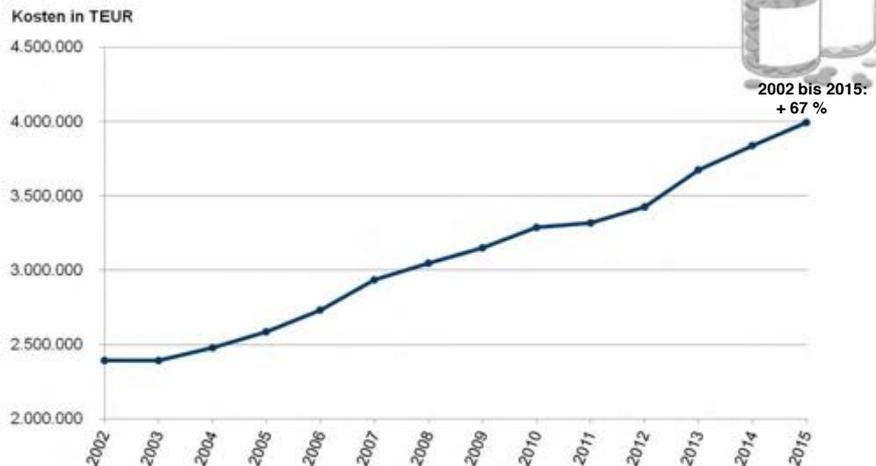


**Ungerechtfertigte Bereicherung der Kostenträger?**

19./20.10.2017

51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD

## Arzneimittelkosten der Krankenhäuser



19./20.10.2017

51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD

## Steigerung der Arzneimittelkosten

- **hohe Arzneimittelkosten in Deutschland im europäischen Vergleich**
- **die Krankenkassen – und somit die Patienten – zahlen in Deutschland deutlich mehr für Medikamente als in anderen EU- Ländern**
- **Ergebnisse einer Untersuchung im Jahr 2009:**
  - ➔ für die dreißig umsatzstärksten GKV-Arzneimittel zahlt die GKV in Deutschland rund **eine Milliarde Euro mehr** als in anderen EU-Ländern

(Vgl. Fromm, Rinckelmann (2010): Ware Patient – Woran unsere medizinische Versorgung wirklich krankt, S. 68 ff.)

19./20.10.2017

51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD



## Übernahme soll Lanxess Rekordgewinn bescheren

Köln. Der Chemiekonzern Lanxess ist gut ins Jahr gestartet. Der Umsatz legte um 25 Prozent auf 2,4 Milliarden Euro zu, der Gewinn (Ebitda) verbesserte sich ebenfalls um 25 Prozent auf 328 Millionen. Lanxess hat die Absatzmengen in allen drei Sparten erhöhen können und konnte teilweise auch höhere Preis durchsetzen. "Das zeigt deutlich, dass unsere Aufstellung stimmt", sagte Lanxess-Chef Matthias Zachert. Auch für das zweite Quartal ist er optimistisch und peilt für 2017 einen Rekordgewinn von bis zu 1,3 Milliarden Euro an.

Quelle: Rheinische Post, 12.05.2017



## Ambulante Notfallvergütung

- **Seit 01.04.2017: Abklärungspauschale**
  - Weiterleitung von Patienten, die in einer Notfallambulanz aufschlagen, aber keinen unbedingten Behandlungsbedarf zeigen, an die niedergelassenen Ärzte
  - hierbei wird nach der Registrierung des Patienten eine ärztliche Abklärung erforderlich

	Vergütung bis 31.03.2017	Abklärungspauschale ab 01.04.2017
Notfallpauschale 07:00 – 19:00 Uhr	13,37 €	4,47 €
Notfallpauschale Nacht/Wochenende/Feiertag	20,30 €	8,42 €

## Ambulante Notfallvergütung

### Beispielrechnung:

Erlöse für Notfalleleistungen – Notfallpauschale vs. Abklärungspauschale

2016	Anzahl erbrachter Notfalleleistungen	Erlöse Notfallpauschale	Erlöse Abklärungspauschale	Differenz
Notfallpauschale 07:00 – 19:00 Uhr	1269	16.966,53 €	6.015,06 €	- 10.951,47 €
Notfallpauschale Nacht/Wochenende/Feiertag	985	19.729,55 €	8.293,70 €	- 11.435,85 €
<b>Summe</b>	<b>2254</b>	<b>36.696,08 €</b>	<b>14.308,76 €</b>	<b>- 22.387,32 €</b>

- ➔ Abklärungspauschale erlaubt keine qualitativ hochwertige Versorgung des Patienten
- ➔ Keinesfalls kostendeckend!

## Steigender Dokumentationsaufwand

- ständige Erweiterung der Dokumentationspflichten für Krankenhäuser
- steigender bürokratischer Mehraufwand, um den Anforderungen des MDK gerecht zu werden
- Umfrage des akp zum Dokumentationsaufwand:
  - ➔ ca. 64 % der befragten Kliniken schätzen den durchschnittlichen Anteil der Dokumentation an der Gesamtarbeitszeit pro Tag des Ärztlichen Dienstes auf mehr als 30 %
  - ➔ ca. 58 % der befragten Kliniken schätzen den durchschnittlichen Anteil der Dokumentation an der Gesamtarbeitszeit pro Tag des Pflegedienstes auf mehr als 30 %



## Steigender Dokumentationsaufwand

- **PEPP Entgeltkatalog 2018**

- keine wesentliche Erleichterung der Dokumentationsanforderungen erkennbar
- Vereinfachung des Systems ist Gesetzesauftrag!
- Anzahl der Codes seit 2015 um ca. 250% gestiegen

**Konsequenz: Die Patientenversorgung bleibt auf der Strecke!  
Eine Reduzierung der Dokumentationslast zu Gunsten der  
Patientenversorgung ist dringend erforderlich!**



## Systembedingte Aufrüstung im Klinikmanagement

- personelle Aufrüstung der Kliniken im Bereich Medizincontrolling/ Dokumentationsassistenten, um Zunahme des Dokumentationsaufwands bewältigen zu können
- auch der erhöhte Dokumentationsaufwand für das therapeutische Personal bedarf der personellen Aufrüstung, um die Patientenversorgung weiterhin zu gewährleisten

### **Anzahl der MDK-Prüfungen LVR-Klinik Langenfeld:**

- vor PEPP: ca. 20 – 30 pro Jahr
- Nach Umstieg auf PEPP mit 341 Fällen (2016) **mehr als verzehnfacht!**



---

## Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB)

→ Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Verband der PKV sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 01.08.2017.

### Zu begrüßen sind folgende Punkte:

- die Entscheidung, ob die Voraussetzungen für eine stationsäquivalente Behandlung erfüllt sind, in der Verantwortung der Kliniken
- Patientenkontakt muss nicht zwingend im häuslichen Umfeld erfolgen
- kein zeitlicher Mindestumfang für den Patientenkontakt



---

## Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB)

### Kritisch zu sehen sind dagegen:

- Widerspruch: Anforderung, die Krankenhausbedürftigkeit zu attestieren ↔ Behandlung im häuslichen Umfeld
  - ➔ Freibrief für die GKV, künftig die vollständige Leistung eines Krankenhauses zu Hause am Bett der Patientinnen und Patienten zu fordern?
- Befürchtung umfassender MDK-Prüfungen aufgrund fehlender Abgrenzungen zu ambulanten Behandlungsmöglichkeiten
- keine Berücksichtigung von Fahrt- und Wartezeiten in der Therapiezeit



## Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB)

- ➔ In den Zentralen Fragen zur Indikation und dem wesentlichen Leistungsmerkmal bleibt die Vereinbarung unscharf.
- ➔ Es obliegt der reinen Willkür der Kostenträger auf Ortsebene, ob dieses Angebot sinnvoll angeboten werden kann!

**Es bleibt abzuwarten, welche Erfahrungen mit der Umsetzung von ersten StäB-Konzepten gemacht werden!**

- ➔ Erste Projekte (z.B. Prof. Dr. Längle – zfp Reutlingen) werden zunächst ohne spezielles Budget geleistet – **das kann es ja wohl nicht der Sinn der Einführung von StäB sein?!**

19./20.10.2017

51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD



## Personalmindestvorgaben/Nachweispflicht

### Anfrage der Fraktion DIE LINKE vom 14.03.2013:

„Sieht die Bundesregierung die **Notwendigkeit, verbindlich Mindestanforderungen an die personelle Ausstattung in Krankenhäusern zur Sicherung einer ausreichenden Mindestpersonalbesetzung** im Pflegedienst gesetzlich vorzugeben, ihre Einhaltung zu kontrollieren und durchzusetzen, und wenn nein, warum nicht?“

(Vgl. Drucksache 17/12787, S. 2)

19./20.10.2017

51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD



---

## Personalmindestvorgaben/Nachweispflicht

### Antwort der Bundesregierung vom 11.04.2013:

„Eine gesetzliche Vorgabe verbindlicher Mindestanforderungen an die personelle Ausstattung mit Pflegekräften in Krankenhäusern **würde die notwendigen Dispositionsmöglichkeiten der Krankenhäuser unangemessen einschränken**. Die **Verantwortung einer ausreichenden Personalausstattung hat vielmehr bei den Kliniken zu verbleiben**, denn nur sie können auf ihre jeweilige Situation zugeschnittene Lösungen finden.“  
(Vgl. Drucksache 17/13041, S. 5)



---

## Personalmindestvorgaben/Nachweispflicht

3,5 Jahre später...

### 10.11.2016 Verabschiedung des PsychVVG im Bundestag:

- ➡ Auftrag des G-BA zur **Ausgestaltung verbindlicher Mindestanforderungen** an das therapeutische Personal ( § 136a Absatz 2 SGB V)
- ➡ Einführung der **Nachweispflicht** nach § 18 Abs. 2-3 BpflV



## Studie zur Erfassung des Ist-Zustands der Personalausstattung

- Auftrag des G-BAs
- durchgeführt von der Gesellschaft für Forschungs- und Wissenstransfer der Technischen Universität Dresden (GWT-TUD GmbH) unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen
- Grundlage für die Entwicklung von verbindlichen Anforderungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal



Kliniken erhalten keine Informationen zum aktuellen Stand der Studie.

**Warum diese Geheimniskrämerei seitens des G-BA?**



## Personalmindestvorgaben/Nachweispflicht



Wie kann die Nachweispflicht ausgestaltet werden, ohne die Krankenhäuser in eine Abwärtsspirale zu schicken?



## Arbeitsentwurf des BMG zur Direktausbildung zum Psychotherapeuten

- Studium mit Bachelor-Master-Struktur
- Inhalte können pro Bundesland unterschiedlich festgelegt werden
- Approbationserteilung nach Ablegen eines Staatsexamens
- **Modellstudiengänge zur Verordnung von Medikamenten geplant**
- Differenzierung „Psychologischer Psychotherapeut“ und „Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut“ soll entfallen, stattdessen nur ein Beruf „Psychotherapeut“



Welche finanziellen und inhaltlichen Konsequenzen wird diese Novellierung der Psychotherapeuten-Ausbildungen nach sich ziehen?

19./20.10.2017

51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD



## Reichtum der Krankenkassen



Quelle: Solinger Tageblatt, 09.06.2017

19./20.10.2017

51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD



## Reichtum der Krankenkassen

### aktuell:

- Überschuss der GKV im 1. Quartal 2017: **620 Millionen Euro**
- Entwicklung der Rücklagen bis 2017:  
Krankenkassen: **16,5 Milliarden Euro**  
Gesundheitsfonds: **9,1 Milliarden Euro**  
*Gesamtreserve: 25,6 Milliarden Euro*

### 2012:

- Überschuss der Krankenkassen: **5 Milliarden Euro**
- *Gesamtreserve* von Krankenkassen und Gesundheitsfonds:  
**ca. 28 Milliarden Euro**

Quelle: Solinger Tageblatt, 09.06.2017; ntv.de: „Rekordüberschuss bei KrankenkassenRegierung will Beiträge senken“, 16.03.2013

19./20.10.2017

51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD



## Reichtum der Krankenkassen

**Reklame in der Bundesliga – aber die Kliniken  
bleiben „in der Luft hängen“!**



**Wie kann das zusammen passen?  
Was nützt das unseren Patienten?**

19./20.10.2017

51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD



---

# **Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

# Zukunftschancen und Entwicklungsmöglichkeiten unter den gegebenen Rahmenbedingungen I

---

## Neue Rahmenbedingungen durch das PsychVVG

51. Fachgruppentagung

vom 19. – 20. Oktober 2017

in der  
LWL-Klinik Dortmund

von  
Urban Roths, Stellv. Geschäftsführer des Dezernats II,  
Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung,  
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)



## Neue Rahmenbedingungen durch das PsychVVG

**51. Jahrestagung  
der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD  
am 19. Oktober 2017 in Dortmund**

Urban Roths  
Stellvertreter des Geschäftsführers im Dezernat II,  
Krankenhausfinanzierung und Planung  
DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT  
Bundesverband der Krankenhausträger  
in der Bundesrepublik Deutschland  
Wegelystraße 3, 10623 Berlin  
Telefon 030/39801-1201, Telefax 030/39801-3210, U.Roths@dkgev.de



### Wesentliche Regelungsbereiche des Psych-VVG



#### **Richtungskorrektur der Finanzierungsreform**

- Budget- statt Preissystem (Anpassungsvereinbarung statt Landeskonvergenz)
- PEPP für Abrechnung und Krankenhausvergleich (Leistungsorientierung)
- Bürokratieabbau im PEPP-System
- Transparenz über Personalausstattung und Mittelverwendung

#### **Einführung der Stationsäquivalenten Behandlung (StäB)**

- Entwicklung der Leistungsbeschreibung (OPS)
- Vereinbarung der Qualitäts- und Dokumentationsanforderungen
- Abbildung im PEPP-System

#### **Weitere Regelungen des PsychVVG**

- G-BA-Personalanforderungen, PiA, PSiA, Krankenhausvergleich, Krankenhaus-Standort-Verzeichnis ...

### Einführungsphasen und „Budgetsystematik“

- Verschiebung um 1 Jahr, verbindliche Anwendung des PEPP-Systems ab 2018
- Bis Ende 2019 „budgetneutral“ (Psych-PV-Nachweis)
- Ab 2020 Anpassungsvereinbarungen (KH-Vergleich)

### Vorschriften für die Budgetverhandlungen ab 2020

- Die Psych-PV wird durch Personal-Mindestanforderungen des G-BA abgelöst.
- Die Umsetzung der Personalanforderungen und die Mittelverwendung sind gegenüber dem InEK und den Krankenkassen nachzuweisen.
- Der „leistungsorientierte Vergleich“ (Krankenhausvergleich) wird als Instrument bzw. Orientierungshilfe zur Budgetfindung eingeführt.
- Die Vertragsparteien auf der Ortsebene treffen „Anpassungsvereinbarungen“ zur Weiterentwicklung der krankenhausesindividuellen Budgets
- *Keine gesetzlichen Vorschriften zum Zusammenwirken von Personalanforderungen, Nachweispflichten und Krankenhausvergleich.*

**⇒ Gesundheitspolitisches Ziel: „Stärkung der Ortsebene“**

### Vorschriften für die Budgetverhandlungen 2017 bis 2019

- Für die Krankenhäuser „budgetneutral“ (?), d.h.
  - Ab 2018 ist die PEPP-Anwendung für alle KH verbindlich.
  - Der Gesamtbetrag ist in entsprechender Anwendung des § 6 Abs. 1 der BPfIV in der am 31.12.2012 geltenden Fassung zu vereinbaren.
  - Der Gesamtbetrag des Vorjahrs wird gemindert/berichtigt/verändert und sachgerecht aufgeteilt auf die Entgeltarten des PEPP-Systems.

**⇒ Budgetverhandlungen „wie bisher“,  
nur mit „technischer“ Umstellung auf das PEPP-System ...**

**... wenn nicht die Nachweispflichten zur Psych-PV  
gegenüber den Krankenkassen gekommen wären !**

### Nachweispflichten zur Umsetzung der Psych-PV (2017 bis 2019)

- Nachweispflichten in § 18 Abs. 2 BPfIV
  - Personalstellen und zweckentsprechende Mittelverwendung
  - Gegenüber dem InEK und den Krankenkassen
- Nachverhandlungsmöglichkeit in § 18 Abs. 3 BPfIV
  - Soweit der Nachweis bei der tatsächlichen Stellenbesetzung für 2016 eine Unterschreitung der Psych-PV ausweist, ist der Gesamtbetrag für die Jahre 2017 bis 2019 in Höhe der Kosten für zusätzlich zu besetzende Stellen zu erhöhen.
  - Eine Rückzahlung und eine Absenkung des Gesamtbetrags ist nicht vorzunehmen, wenn das KH nachweist, dass die im Gesamtbetrag vereinbarten Mittel für Personal vollständig für die Finanzierung von Personal verwendet wurden.
  - Wurden Personalmittel nicht zweckentsprechend verwendet, ... haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist.
- Auftrag der Selbstverwaltung auf der Bundesebene in § 9 Abs. 1 Nr. 8 BPfIV
  - Ausgestaltung des Nachweises bis zum 31.03.2017

## Nachweise und Nachverhandlung zur Psych-PV

### Rechtsauffassung der DKG

- Der Nachweis der tatsächlichen VK dient der Schaffung von Transparenz über die Umsetzung der Psych-PV und ist Grundlage für die Nachverhandlungsmöglichkeit nach § 18 Absatz 3 BPfIV.
- Auch der Mittelverwendungsnachweis (für das Psych-PV-Personal) dient ausschließlich der Schaffung von Transparenz. Eine Zweckbindung von Budgetanteilen wird an keiner Stelle gesetzlich normiert.
- Nach § 18 Absatz 3 BPfIV haben die KH einen Rechtsanspruch auf zusätzliches Psych-PV-Personal und erstmalig auf eine vollständige Finanzierung von zusätzlich vereinbarten Stellen.
- *Rückzahlungen und Budgetabsenkungen können ggf. nur die Budgetanteile für nachverhandelte und nicht besetzte Personalstellen betreffen.*
- Nur für diesen Fall dient der Mittelverwendungsnachweis nach § 18 Absatz 3 (als Ausnahmeregelung) der Absicherung der gesamten Personalkosten des Krankenhauses.

⇒ **Rechtsauffassung der Krankenkassen ?**

### Vereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 8 BPfIV zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Abs. 2 S. 2 und 3 BPfIV (Psych-Personalnachweis-Vereinbarung)

- Auf Grund der konträren Rechtsauffassungen hochkonfliktäre Verhandlungen
- Entscheidung über das „Gesamtpaket“ in den Gremien Ende Juni 2017
- Inkrafttreten der Vereinbarung zum 1. Juli 2017

#### „Gesamtpaket“ als Kompromiss auf der Bundesebene

- Für die Berechnung des Umsetzungsgrades der Psych-PV sind neben den budgetrelevanten VK (wie bisher) auch die VK für eine vollständige Umsetzung der Psych-PV mit den Krankenkassen zu vereinbaren.
- Für den Nachweis der Ist-VK und der Ist-Kosten ist (mit besonderem Ausweis) die Anrechnung von weiteren Berufsgruppen ohne überzogene Darlegung möglich.
- Die tatsächlichen Personalkosten für das Psych-PV-Personal (einschl. der anrechnungsfähigen Sachkosten) sind in Summe nachzuweisen.
- Klarstellung, dass die „Absicherungsklausel“ nach § 18 Abs. 3 BPfIV das gesamte Personal des Krankenhauses betrifft.

### **NEUE und tiefgreifende Transparenz**

- Vereinbarte Stellenbesetzung (nach Psych-PV-Berufsgruppen)
- Tatsächliche Stellenbesetzung (nach Psych-PV-Berufsgruppen)
- Zweckentsprechende Mittelverwendung (Kosten in Summe)

### **Paradigmenwechsel für die Budgetverhandlungen**

- Seit über 20 Jahren „gelebtes“ Budgetrecht (Obergrenze, 2 Säulen-Theorie, unzureichende Finanzierung von Personalkosten und Investitionen etc.).
- Das Gesamtergebnis der Verhandlungen stand sowohl für das Krankenhaus als auch für die Krankenkassen immer im Vordergrund.
- Mit der Nachweispflicht sollen KH und KK stärker als bisher zur Umsetzung der Psych-PV verpflichtet werden (Ziel: Vollständige Umsetzung bis 2020).
- Als „Kollateraleffekt“ wird dabei eine „indirekte Zweckbindung“ von wesentlichen Budgetanteilen eingeführt, ohne den Anspruch des KH auf die Ausfinanzierung des Bestandspersonals gesetzlich zu verankern .

### Aufträge der Selbstverwaltung

- Weiterentwicklung des PEPP-Systems ( § 17d Abs. 1 S. 4 KHG)
  - „... dabei muss unter Berücksichtigung des Einsatzzwecks des Vergütungssystems als Budgetsystem sein Differenzierungsgrad praktikabel und der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt sein.“
- Weiterentwicklung der OPS-Psych ( § 9 Abs. 1 Nr. 7 BPfIV)
  - Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren die Beschreibung von Leistungen, die in den OPS einzuführen sind und die Schlüsseln, die zu streichen sind, da sie sich als nicht erforderlich erwiesen haben.
  - Frist 31.03.2017, ab 2018 bis zum 28.02. jeden Jahres

## Ergebnisse für das Psych-Entgeltsystem 2018

### Abschluss der Vereinbarung zum OPS am 30.03.2017

- Zusammenlegen der Regelcodes der KJP 9-65 und 9-66
- Zusätzlich zahlreiche, einseitige Vorschläge der DKG zur OPS-Anpassung

### Kodierung und Dokumentation 2018

- Keine grundlegenden Änderungen (außer StäB)

### PEPP-Katalog 2018

- Keine grundlegenden Änderungen (außer StäB)

### Abrechnungsbestimmungen (PEPPV 2018)

- Reduktion der Fristen für Fallzusammenführung von 21/120 auf 14/90 Tage
- Abschaffung der Fallzusammenführung über den Jahreswechsel ab 2018/2019

### Repräsentativität der PEPP-Kalkulation (KHSG)

- Am 22.09.2017 Ziehung von 20 Krankenhäusern aus dem Bereich des Psych-Entgeltsystems und 40 KH für die Kalkulation der Investitions-BR

### Aufträge der Selbstverwaltung

- Entwicklung der Leistungsbeschreibung / OPS ( § 115d Abs. 3 SGB V)
  - Die Vertragsparteien „... vereinbaren bis zum 28. Februar 2017 im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften die Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung ...“
- Vereinbarung der Anforderungen ( § 115d Abs. 2 SGB V)
  - Die Vertragsparteien vereinbaren bis zum 30. Juni 2017 im Benehmen mit der KBV die Anforderungen an Dokumentation, Qualität der Leistungserbringung und die Anforderungen für die Beauftragung von Dritten.
- Abbildung im PEPP-System ( § 17d Abs. 2 S. 1 KHG)
  - „Mit den (pauschalen) Entgelten werden die voll- und teilstationären sowie stationsäquivalenten allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet.“
- Bericht der Selbstverwaltung an das BMG ( § 115d Abs. 4 SGB V)
  - Bis zum 31. Dezember 2021, Auswirkungen der StäB auf die Versorgung sowie die finanziellen Auswirkungen.

## Ergebnis: StäB im Psych-Entgeltsystem 2018

### Vereinbarung zur Leistungsbeschreibung vom 30.03.2017

- Inhalte: Konsentiertere und dissente Teile der Leistungsbeschreibung zur Klärung im weiteren DIMDI-Verfahren (OPS vom DIMDI noch nicht bekannt gegeben).

### Vereinbarung zu den Anforderungen vom 01.08.2017

- Vielfältige Inhalte: Eignung und Zustimmung des häuslichen Umfelds, Kindeswohl und Eltern-Kind-Behandlung, Behandlungsteam, Patientenkontakte, Sicherstellung der Behandlung, Beauftragung von Dritten, Dokumentation und Datenübermittlung.

### PEPP-Katalog 2018

- Anlage 6b mit 2 unbewerteten PEPP (Erwachsene und KJP).
- Vereinbarung von weiter differenzierenden Entgelten auf der Ortsebene möglich.

### Abrechnungsbestimmungen (PEPPV 2018)

- analog voll- und teilstationär, Fallzusammenführung „nur“ der StäB-Aufenthalte.
- Ersatzbetrag vor Abschluss der Budgetvereinbarung 200 €
- Kein Ersatzbetrag nach Abschluss der Budgetvereinbarung.
- Bewertungsrelation für Zwischenrechnung 0,8 (bzw. 1,2 KJP).

### PIA – Leistungsdokumentation ( § 295 Abs. 1b SGB V)

- *Auftrag* mit Frist 01.01.2018:
  - Art und Umfang der Leistung sowie der eingesetzten personellen Kapazitäten getrennt nach Berufsgruppen und Fachgebieten.
  - Festlegung, ob Umsetzung des PIA-Prüfauftrags auf der Grundlage einer Vollerhebung oder einer repräsentativen Stichprobe erfolgen soll.
- Abgestimmter DKG-Entwurf liegt vor, Verhandlungen DKG/GKV/PKV terminbedingt im Herbst 2017.

### PSiA – Zugangsvoraussetzungen ( § 118 Abs. 3 SGB V)

- *Auftrag* (ohne Frist): Für die Psychosomatischen Institutsambulanzen sind die Zugangsvoraussetzungen, die besonderen Anforderungen sowie das Verfahren zum Nachweis der Vertragsvorgaben zu vereinbaren.
- Abgestimmter DKG-Entwurf liegt vor, Verhandlungen DKG/GKV/KBV terminbedingt im Herbst 2017.

### Standortdefinition ( § 2a KHG)

- *Auftrag* mit Frist 30.06.2017:
  - Definition/Kriterien für Standort des Krankenhauses und Ambulanzen
  - Vereinbarung GKV/DKG im Benehmen mit den Ländern, KBV und PKV

### Krankenhaus-Standort-Verzeichnis ( § 293 Abs. 6 SGB V)

- *Auftrag* mit Frist 30.06.2017:
  - Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer
  - Ausgestaltung des Verzeichnisses der Standorte
- Zu beiden Vereinbarungen Einigung vor der Bundesschiedsstelle am 29.08.2017
  - Eine fachliche Organisationseinheit (z. B. Fachabteilung, Tagesklinik oder Ambulanz) an einem räumlich eindeutig beschreibbaren Ort wird mit einer Geokoordinate beschrieben.
  - Das InEK wird als Verzeichnisstelle beauftragt.

### Leistungsorientierter Krankenhausvergleich ( § 4 BPfIV)

- *Auftrag* mit Frist 01.01.2019, auf Grundlage eines Konzepts des InEK
- Grundlagen (Daten) des Vergleiches sind insbesondere
  - die der letzten Budgetvereinbarung zugrunde gelegten Leistungen,
  - die regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung,
  - die vereinbarten Entgelte,
  - die Ergebnisse der Personalnachweise nach § 18 Abs. 2 BPfIV.
- Ergebnisdarstellung insbesondere
  - die der letzten Budgetvereinbarung zugrunde gelegten Leistungen,
  - die Bandbreite der vereinbarten Entgelte mit statistischen Lage- und Streumaßen,
  - die regionalen oder strukturellen Besonderheiten,
  - der Umfang der personellen Ausstattung.
  - Ausweis der Ergebnisse grundsätzlich bundes- und landesweit und
  - nach Fachgebieten (KJP ist vorgegeben) zu untergliedern.
- Beratung mit InEK und GKV-SV im April 2017, Fortsetzung im November 2017

### G-BA Personalanforderungen ( § 136 a Abs. 2 SGB V)

- Ergänzungen durch das Psych-VVG:
  - Der G-BA bestimmt verbindliche Mindestvorgaben für die Personalausstattung sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung.
  - Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen.
  - Der G-BA bestimmt zu den Personalanforderungen notwendige Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen.
  - Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind durch den G-BA in die Entscheidung einzubeziehen.

## Fazit zu den neuen Rahmenbedingungen

### Tiefgreifende Transparenz auf allen Ebenen

- Nachweispflichten, Standortverzeichnis, PiA-Dokumentation ...

### Bürokratieabbau, insbesondere im PEPP-System

- Nutzung der gesetzlichen Möglichkeiten bisher enttäuschend -> Noch viel zu tun!

### Weiterentwicklung der Versorgung

- Voraussetzungen für eine individuelle Umsetzung der StäB sind geschaffen.
- Diskussionen über die Versorgung in den PiA geht weiter.

### Ausblick für die Budgetverhandlungen

- Langfristig: Krankenhausindividuelle Budgets mit Berücksichtigung von regionalen und strukturellen Besonderheiten, ab 2020 leistungsorientierter KH-vergleich.
- Kurzfristig: Chance zur Nachforderung und Finanzierung von Psych-PV-Personal ... aber auch Risiko durch „Absenkungspotential“ der Transparenz (Nachweise).

**=> Gesundheitspolitisches Ziel: „Stärkung der Ortsebene“**

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**



# Mit welchem Personal können die Anforderungen bewältigt werden?

---

## **51. Fachgruppentagung**

vom 19. – 20. Oktober 2017

in der  
LWL-Klinik Dortmund

# Mit welchem Personal können die Anforderungen bewältigt werden?

---

## Personalkostennachweis in Budgetverhandlungen

51. Fachgruppentagung

vom 19. – 20. Oktober 2017

in der  
LWL-Klinik Dortmund

von  
Maja Nicole Moll, Rechtsanwältin bei Seufert Rechtsanwälte

## Der Personalnachweis nach § 18 BPfIV

51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische  
Einrichtungen im VKD  
Dortmund, 19. Oktober 2017

Maja Nicole Moll  
moll@seufert-law.de  
089 – 29 033 126

### Gesetzgeberisches Ziel

- Gesetzesbegründung:
  - Ziel ist, eine verbesserte Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV zu erreichen.
- Gesetzgeber will den Krankenhäusern finanzielle Mittel für die Personalausstattung zur Verfügung stellen, knüpft daran aber letztlich die Bedingung, dass das Geld zweckgebunden verwendet wird

**Rechtsgrundlagen: § 18 Abs. 2 und 3 BPfIV**

- § 18 Abs. 2 BPfIV enthält mehrere Nachweise:
  - **Satz 1:** Nachweis der tatsächlichen jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung und der Mittelverwendung bei Vereinbarung von § 6 Abs. 4 BPfIV a.F.
  - **Satz 2:** Nachweis, inwieweit die Vorgaben der Psych-PV zur Zahl der Personalstellen für die Jahre 2016-2019 eingehalten wurden
  - **Satz 3:** Nachweis, inwieweit die Vorgaben des GBA-Vorgaben ab 2020 zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal eingehalten werden
  
- § 18 Abs. 3 BPfIV:
  - Nachweis, dass sie im Gesamtbetrag vereinbarten Mittel für Personal vollständig für die Finanzierung von Personal verwendet wurden

**§ 18 Abs. 2 Satz 2 BPfIV**

- Wortlaut:

Für die Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019 hat das Krankenhaus dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und den anderen Vertragsparteien nach § 11 nachzuweisen, inwieweit die Vorgaben der Psych-PV zur Zahl der Personalstellen eingehalten werden.

- Auftrag an Bundesebene: § 9 Abs. 1 Nr. 8 BPfIV:
  - bis zum 31. März 2017 die Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Abs. 2 Satz 2 und 3, insbesondere den einheitlichen Aufbau der Datensätze sowie das Verfahren für die Übermittlung der Daten;

**Psych-Personalnachweis-Vereinbarung (i.F.: PPNV)**

- 31. März 2017 knapp verfehlt: PPNV datiert vom 26. Juni 2017
- regelt Geltungsbereich und konkrete Vorgaben für
  - zu vereinbarenden Stellenbesetzung,
  - tatsächlichen Stellenbesetzung,
  - dem Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung,
  - Umsetzungsgrad sowie
  - die Einzelheiten der Übermittlung und Auswertung

**§ 18 Abs. 2 Sätze 4 und 5 BPfIV**

- regeln, dass für den Nachweis eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen ist
- und
- dass aus dem Nachweis insbesondere die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Vollkräften, jeweils gegliedert nach Berufsgruppen, sowie der Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen hervorgehen muss
  - Frist: 31.03. jeden Jahres, erstmals 01.08.2017 für 2016

### Umsetzung in den Budgetverhandlungen 2017

- Nachweis für 2016
- § 8 Abs. 1: Übermittlung des Nachweises an InEK und andere Vertragsparteien
- § 8 Abs. 3: Übermittlung umfasst Anlagen 1 und 2 für 2016
- § 8 Abs. 4: für 2016 Übermittlung bis 1. November 2017 verlängert
- § 8 Abs. 5: Genehmigung für BV (16 oder 17) vor 1. August 2017 und keine vollständige Dokumentation der nach § 3 PPNV erforderlichen Angaben: Anlage 1 muss nicht übermittelt werden

### Keine Anlage 1 für 2016

- Anspruch nach § 18 Abs. 3 Satz 1 BPfIV:
  - Unterschreitung der Vorgaben der Psych-PV
  - Anlage 1 = Vorgaben der Psych-PV 2016
    - wie Nachweis für Anspruch nach § 18 Abs. 3 Satz 1 BPfIV erbringen? Denn Voraussetzung für Unterschreitung der Vorgaben der Psych-PV ist Kenntnis der Vorgaben der Psych-PV
    - Lösung: „Anlage 1“ – ähnliche Darstellung der VK, die Budget 2016 zu Grunde liegen sowie der entsprechenden PK
    - ohne Unterschrift der Vertragsparteien

### Wer hat nachzuweisen

- Anwendungsbereich: § 2 Abs. 1 PPNV = § 1 Abs. 2 Psych-PV
- voll- und teilstationäre Leistungen, ab 2018 auch stationsäquivalente Leistungen
- getrennter Nachweis KJP und Erw
- PSM und Psych gemeinsam: Nachweis für beide Versorgungsbereiche gemeinsam
- Modellvorhaben: wenn Psych-PV nicht angewendet, kein Nachweis

### Vorgaben der Psych-PV = Anlage 1 – I

- Das umfasst **ALLES**, was in der Psych-PV angesprochen wird:
  - § 3 Abs. 1: Regeldienst, incl. Stationssockel, Ausfallzeiten, Leitungskräften
  - § 3 Abs. 2:
    - Nachtdienst
    - Bereitschaftsdienst
    - ärztliche Rufbereitschaft
    - ärztlicher Konsiliardienst
    - Nachtkliniken
  - § 3 Abs. 4: abweichend vereinbarte Zahl der Personalstellen
  - § 6 Abs. 2: Ersetzung von Berufsgruppen

### Vorgaben der Psych-PV = Anlage 1 - II

- „Vorgaben der Psych-PV“ = im Budget vereinbarte Zahl der Personalstellen nach der Psych-PV: Zwang, die vollständige Umsetzung der Vorgaben zu vereinbaren
- **Ausnahme:** Stufenplan
- ab 2017 Anlage 1 explizit im Rahmen der Budgetverhandlungen zu vereinbaren
  - jahresdurchschnittliche VK, gegliedert nach Psych-PV-Berufsgruppen
  - vereinbarte PK je VK je Berufsgruppe
  - BD und ärztliche Rufbereitschaft berufsgruppenbezogen als VK berücksichtigen
  - Umsetzungsgrad

### Tatsächliche Stellenbesetzung = Anlage 2 - I

- jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung gegliedert nach Berufsgruppen
- beim Krankenhaus tatsächlich beschäftigtes Personal
- Teilzeit – Umrechnung in VK

**Tatsächliche Stellenbesetzung = Anlage 2 - II**

- Berücksichtigung von:
  - BD-Vergütung
  - RufBD-Vergütung
  - Überstundenvergütung
- Umrechnung in jahresdurchschnittliche VK
- Berücksichtigung in jeweiliger Berufsgruppe als IST-VK

**Tatsächliche Stellenbesetzung = Anlage 2 - III**

- Anrechnungen:
  - Auszubildende: Schlüssel nach § 17a KHG
  - Psychotherapeuten in Ausbildung: wenn sie eine Vergütung entsprechend des Grundberufes erhalten

**Tatsächliche Stellenbesetzung = Anlage 2 - IV**

- Ersetzung nach § 6 Abs. 2 Psych-PV
- 1. mit Psych-PV-Berufsgruppen-**Fachkräften**:
  - Erbringung von Regelaufgaben der Berufsgruppe, die sie ersetzen sollen
  - als VK berücksichtigen
- 2. mit anderen **Fachkräften**:
  - nicht im ÄD
  - Erbringung von Regelaufgaben der Berufsgruppe, die sie ersetzen sollen
  - als VK berücksichtigen

**Tatsächliche Stellenbesetzung = Anlage 2 - V**

- 3. **Fachkräfte** ohne direktes Beschäftigungsverhältnis
  - nur Fachkräfte aus Psych-PV-Berufsgruppen
  - Erbringung von Regelaufgaben der Berufsgruppe, die sie ersetzen sollen
  - als VK berücksichtigen

**Fachkraft § 4 Abs. 4 und 5 PPNV**

- § 4 Abs. 4: Fachkräfte aus Psych-PV-Berufsgruppen
  - unproblematisch, weil Rückkopplung zu § 6 Abs. 2 Psych-PV
- § 4 Abs. 5: Fachkräfte anderer nicht in § 5 Abs. 1 Psych-PV genannter Berufsgruppen
  - Fachkraft bedeutet abgeschlossene Berufsausbildung in dem entsprechenden Beruf
  - Hilfskräfte nur vorübergehend wg. Arbeitsmarktsituation akzeptabel, siehe amtliche Begründung Psych-PV

**Ergebnis Nachweis**

- Erfüllung Vorgaben der Psych-PV: keine weiteren Rechtsfolgen
- Nichterfüllung der Vorgaben der Psych-PV: Erhöhungsanspruch gem. § 18 Abs. 3 Satz 1 BPfIV
- Szenarien:
  - Nichterfüllung, aber Geld ausgegeben, da nie ausreichend finanziert
  - Nichterfüllung, aber Geld nicht ausgegeben
  - Erfüllung, aber Geld nicht ausgegeben (Glücksfall?)

### Erhöhungsanspruch

- Nachweis für das Jahr **2016** weist Unterschreitung der Vorgaben der Psych-PV aus
- Vorgaben der Psych-PV sind Stellen
- d.h.: maßgeblich sind nicht besetzte Stellen
- im Jahresdurchschnitt 2016 – im Vergleich zu den vereinbarten Stellen = Erfüllung der Vorgaben der Psych-PV
  
- → Gesamtbetrag 2017 zu erhöhen (§ 18 Abs. 3 Satz 1 BPfIV n.F. – gilt entsprechend für Nichtumsteiger, § 18 Abs. 3 Satz 5)
- Das heißt: in 2017 gibt es bei Unterbesetzung 2016 erst einmal Geld
- Stellen sind zusätzlich zu besetzen – Prüfung dann in 2018
- Unterbesetzung in 2016 hat in 2017 dann keine negative Konsequenz
- Mehrkosten sind nicht durch VÄW gedeckelt

### Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Seufert Rechtsanwälte  
Residenzstraße 12  
80333 München

Rechtsanwältin Maja Nicole Moll  
moll@seufert-law.de  
089 – 29 033 126



# Mitgliederversammlung

am 19. Oktober 2017

## **51. Fachgruppentagung**

vom 19. – 20. Oktober 2017

in der  
LWL-Klinik Dortmund

von  
Holger Höhmann, Vorsitzender der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)



## Protokoll der Mitgliederversammlung der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD)

**Datum:** 19.10.2017  
**Uhrzeit:** 14:05 Uhr bis 14:15 Uhr  
**Ort:** LWL-Klinik Dortmund

### Teilnehmende:

Siehe Anlage

Herr Holger Höhmann begrüßt die anwesenden Mitglieder. Der Frage, ob die Anwesenheit von Nicht-VKD-Mitgliedern im Saal akzeptiert wird, wird von den anwesenden Mitgliedern zugestimmt.

### TOP 1 - Bericht des Vorsitzenden

Herr Höhmann berichtet von den Aktivitäten des Fachgruppenvorstandes. Seit der letzten Jahrestagung im Oktober 2016 hat der Fachgruppenvorstand sich zu vier Vorstandssitzungen zusammengefunden. Auf europäischer Ebene wurden von Vertreterinnen und Vertretern des Fachgruppenvorstandes zwei Termine wahrgenommen. Die Arbeitsgruppe Neues Entgelt unter Moderation von Herrn Dr. Voigt hat seit Oktober 2016 insgesamt vier Mal getagt. Zusätzlich haben zwei Vorstandssitzungen des Arbeitskreises der Krankenhausleitungen psychiatrischer Kliniken (akp) stattgefunden.

Im Dezember 2016 veröffentlichte die Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD eine Stellungnahme anlässlich der Verabschiedung des „Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen zu dem neuen Entgeltsystem in der Psychiatrie“ (PsychVVG). Die Stellungnahme wurde sowohl politisch als auch in der Presse verbreitet.

Der EDV-Benchmark für psychiatrische Krankenhäuser, welcher durch die Fachgruppe initiiert wurde, wurde mit einem finalen Gutachten im August 2017 abgeschlossen.

Zudem wurde durch den akp Anfang 2017 eine „Befragung zur Veränderung des Dokumentationsaufwandes in psychiatrischen Kliniken“ initiiert. Die Befragung wurde von der Hochschule Niederrhein ausgewertet. Eine Publikation der Ergebnisse der Befragung steht bevor.

Die Kooperation mit der Salzburg Management und Business School (SMBS) der Universität Salzburg zum Health Care Management-Lehrgang wurde auch in diesem Jahr weiter vorangetrieben.

#### **TOP 2 - Aussprache**

Es gab keine Wortmeldungen.

#### **TOP 3 - Tagung 2018**

Die 52. Fachgruppentagung ist für den 13. und 14. September 2018 geplant. Die Mitglieder werden über den noch festzulegenden Austragungsort rechtzeitig informiert.

#### **TOP 4 – Verschiedenes**

Es gab keine Wortmeldungen unter diesem Punkt.

Für die Richtigkeit des Protokolls:

Linda Undorf

# Zukunftschancen und Entwicklungsmöglichkeiten unter den gegebenen Rahmenbedingungen II

---

## 51. Fachgruppentagung

vom 19. – 20. Oktober 2017

in der  
LWL-Klinik Dortmund

# Zukunftschancen und Entwicklungsmöglichkeiten unter den gegebenen Rahmenbedingungen II

---

## Aus Sicht der privaten Träger

51. Fachgruppentagung

vom 19. – 20. Oktober 2017

in der  
LWL-Klinik Dortmund

von  
Volker Thesing, Geschäftsführer der Asklepios Fachklinik Stadtroda  
gGmbH

51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD  
Psychiatrie unter Druck (?) – Das PsychVVG und seine Folgen



## Zukunftschancen und Entwicklungsmöglichkeiten unter den gegebenen Rahmenbedingungen – aus Sicht eines privaten Trägers

Dortmund, 19.10.2017

Volker Thesing, Regionalgeschäftsführer, Asklepios Kliniken

## Agenda Kurzvortrag

- 1 Die gegebenen Rahmenbedingungen
- 2 Zukunftschancen und Entwicklungsmöglichkeiten für Asklepios
- 3 Beispiele
- 4 Schlussfolgerungen
- 5 Fragen



## 1. Gegebene Rahmenbedingungen

**Welche aktuellen Rahmenbedingungen gibt es für die Psychiatrie?  
Was ist neu – was ist alt?**

- Personalnachweise nach PsychVVG (neu)
- Personalvorgaben in Form von Mindestmengen (neu - Beispiel: Thüringen)
- Zugleich eine zunehmende Verknappung der Ressource Pflegepersonal (alt – aber weiter zunehmend)
- Stationsäquivalente Leistungen (neu)
- Sektorübergreifende Qualitätssicherungsverfahren (neu – Beispiel: Schizophrenie)
- Neue gesetzliche Regelungen zur Zwangsbehandlung (neu)
- Nach wie vor eine nicht ausreichende Investitionsförderung (alt)

## 1. Gegebene Rahmenbedingungen

### 1. Ausgangslage:

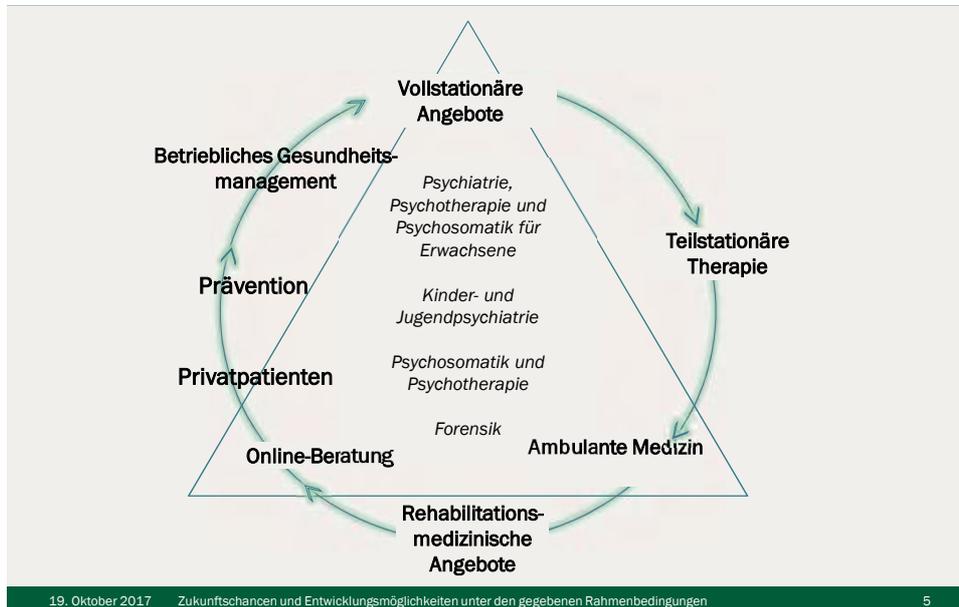
- Die jüngsten Entwicklungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen (Personalnachweise, Personalmindestmengen etc...) für die Psychiatrie stellen eine deutliche Verengung der ohnehin bereits begrenzten unternehmerischen Spielräume für psychiatrische Krankenhausbetreiber dar.



### 2. Anpassungsreaktion:

- Als ein auf unternehmerisches Handeln ausgerichteter Krankenhausbetreiber ist Asklepios deshalb darauf angewiesen, ergänzend zu seiner Rolle als Pflichtversorger nach zusätzlichen Handlungs- und Gestaltungsoptionen zu suchen, die einer geringeren Beschränkung durch den Gesetzgeber unterliegen

## 1. Die gegebenen Rahmenbedingungen



## 1. Die gegebenen Rahmenbedingungen

### Betätigungsfelder für Krankenhäuser jenseits voll- und teilstationärer Behandlungen innerhalb der gegebenen Rahmenbedingungen :

- MVZ-Gründung/-Erweiterung, § 95 SGB V
- Psychiatrische Institutsambulanzen, § 118 SGB V
- Ambulante Psychiatrische Pflege, § 37 SGB V i. V.m. § 14 SGB XI, insbesondere bei psychiatrischen Problemlagen
- Ambulante Hilfen, § 75 SGB XI

⇒ **Trend zur Ambulantisierung ist nicht neu  
Möglichkeiten suchen, Potentiale ausschöpfen**

## 2. Zukunftschancen und Entwicklungsmöglichkeiten für Asklepios



Asklepios strebt neben der Nutzung der Möglichkeiten der vorhandenen Rahmenbedingungen zusätzlich nach Erlösquellen außerhalb des GKV-Systems:

### 1. Asklepios Ambulante Hilfen (AAH) & Asklepios Psychiatrischer Pflegedienst (APP)

- ⇒ Erweiterung des AAH-Angebots, Beispiel AFK Göttingen: 117 Helfer (auch freiberuflich), Abrechnung über Stadt/Landkreis auf Grundlage v. Leistungsvereinbarung

### 2. Betriebliches Gesundheitsmanagement

- ⇒ Asklepios Connecting Health GmbH „Gesundheit für Unternehmen“

### 3. Internet-/App-basierte Therapieangebote

- ⇒ Entwicklung von digitalen Therapieangeboten (z.B. Pilotprojekt **OBA**: online-gestützte Therapie bei Alkoholabhängigkeit am AK Harburg mit Techniker Krankenkasse)
- ⇒ Beteiligung an Health-Care-Start-Ups

### 4. Ausdehnung Segment Privatpatienten/Selbstzahler

- ⇒ Asklepios Privatklinik Blumenburg
- ⇒ Komfort Plus & Privita Komfortstationen

## 3. Beispiele Asklepios



### Asklepios Ambulante Hilfen (AAH) & Asklepios Psychiatrischer Pflegedienst (APP)

**Vom Gesetzgeber forciert, von Asklepios frühzeitig erkannt und ausgebaut!**

Art	Anzahl
Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)	49 Standorte
Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	10 Arztsitze
Ambulante Psychiatrische Pflegedienste (APP)	4 Dienste
Asklepios Ambulante Hilfen (AAH)	117 Helfer

Durch das Netz an ambulanten psychiatrischen Versorgungseinrichtungen bietet Asklepios seinen Patienten Angebote für die Zeit vor oder nach einem stationären Aufenthalt. Der gesundheitspolitische Trend hin zu stationsäquivalenten Leistungen („home treatment“) wird den Ausbau ergänzender ambulanter Leistungen weiter befördern. Dazu gehören auch der Einsatz von ambulanten fachpsychiatrischen Pflegediensten und Ambulanten Hilfen, deren Tätigkeit ein unabhängiges und selbstbestimmtes Leben der Patienten in ihrer eigenen Wohnung unterstützen soll. Mit diesen Diensten wird die Versorgungslücke zwischen stationärem Aufenthalt und anschließender Nachsorge geschlossen.

### 3. Beispiele Asklepios



#### **Leistungen APP am Beispiel AFK Stadtroda (Einzugsradius bis zu 80 km, erfasst Gebiet mit mehr als 300.000 Einwohnern)**

- Hilfe bei der Beantragung der Verordnung und Kostenübernahme
- Gemeinsame Pflegeplanung
- Gemeinsame Erarbeitung von Lösungen zur Krisenbewältigung und Sicht- und Verhaltensweisen
- Angstexpositionstraining (Training angstbesetzter Alltagssituationen und -tätigkeiten)
- Hilfe bei der Tages- und Wochenstrukturierung
- Psychische Entlastung im Alltag (bei Gefühlen von Angst, Trauer und Freude)
- Lebenspraktisches Training
- Förderung sinnvoller Beschäftigungs- und Freizeitmöglichkeiten
- Kognitives Training (Gedächtnistraining)
- Zusammenarbeit mit Familienangehörigen und Bezugspersonen (z.B. Anleitung)
- Kontaktaufnahme und Kooperation mit anderen an der Behandlung Beteiligten, Diensten und Institutionen
- Begleitung zu notwendigen Arztbesuchen
- Anleitung zum eigenverantwortlichen Umgang mit Medikamenten, Hilfe bei der Einnahme und Kontrolle medikamentenbedingter Wirkung und Nebenwirkungen

### 3. Beispiele Asklepios



#### **Asklepios Connecting Health**

##### **Bedarf:**

- Kontinuierliche Steigerung der Arbeitsunfähigkeit durch psychische Störungen seit den 1980er Jahren
- Psychische Störungen Hauptursache für Frühberentungen
- Psychische Beanspruchung größte Bedeutung unter arbeitsbedingten gesundheitlichen Gefährdungen

##### **Angebot:**

- Leistungen zur Prävention, Früherkennung und zeitnahe Versorgung von psychischen Erkrankungen in Unternehmen mit Belegschaften von über 500 Personen
- Asklepios Connecting Health bietet Vorträge & Beratungsangebote, eine Vor-Ort-Sprechstunde zu psychischer Gesundheit an und vermittelt ggf. die nahtlose Behandlung sowie unterstützt bei der betrieblichen Wiedereingliederung
- Kooperation mit Asklepios-Kliniken

### 3. Beispiele Asklepios

ASKLEPIOS CONNECTING HEALTH

## REFERENZEN FÜR VERTRAUENSVOLLE ZUSAMMENARBEIT.



19. Oktober 2017    Zukunftschancen und Entwicklungsmöglichkeiten unter den gegebenen Rahmenbedingungen    11

### 3. Beispiele Asklepios

online-/app-gestützte Therapieangebote:

#### Techniker Krankenkasse Thesen Internet-Therapie

- 1. Internet-Therapie ist wirksam und nachhaltig**
  - internationale Studien demonstrieren eine signifikante Verbesserung der Symptomatik und gleichzeitig eine hohe Nachhaltigkeit
- 2. Internet-Therapie findet hohe Akzeptanz bei den Betroffenen**
  - hohe Akzeptanz in Studien als auch im Versorgungsalltag
- 3. Internet-Therapie ist flexibel und leicht zugänglich**
  - niedrigere Hemmschwelle für Inanspruchnahme
  - maximale zeitliche und räumliche Flexibilität

Quelle: Knaevelsrud, Fegert, Goldbeck, Tossmann, Ballast und Rupp 2013

#### OBA

- 1. Wirksamkeit von OBA**
  - deutliche Reduktion des Alkoholkonsums, auch nach einem halben Jahr nach Abschluss der Behandlung stabil
- 2. Akzeptanz und Attraktivität von OBA**
  - sehr hohe Weiterempfehlungsquote
  - OBA ist eine gute Methode, um Trinkgewohnheiten zu ändern
- 3. Praktikabilität von OBA**
  - Patient kann zuhause an einem PC bleiben, muss nicht persönlich mit dem Therapeuten zusammen treffen, individuelle Einpassung in Tagesablauf
  - Vereinbarkeit mit Berufstätigkeit, räumlicher Entfernung, an die Wohnung gebundene Menschen

### 3. Beispiele Asklepios



#### Techniker Krankenkasse Forderung zur Weiterentwicklung

##### 1. Bedarf einheitlicher Qualitätsstandards

- Standardisierte, wissenschaftlich evaluierte Therapieprogramme gekoppelt mit Qualifikation und Qualifizierung der Berater
- Anforderung an Datenschutz und Datensicherheit
- Struktur- und Prozessqualität

##### 2. Rechtssicherheit der Anwendung

- Klärung der Vereinbarkeit mit der Berufsordnung

##### 3. Wissenschaftliche Begleitung

- Weitergehende Untersuchung der Wirksamkeit und des krankheitsspezifischen Nutzens durch begleitende Versorgungsforschung

#### OBA

##### 1. Bedarf einheitlicher Qualitätsstandards

- Datenschutz und Datensicherheit sind somit durch eine tragfähige Einwilligung des Patienten und durch einen gehobenen Sicherheitsstandard nachhaltig gelöst.
- OBA erfolgt durch professionellen Suchttherapeuten (Arzt, Psychotherapeut)

##### 2. Rechtssicherheit von OBA

- OBA kann ohne weitere rechtliche Probleme der Fernbehandlung durchgeführt werden

##### 3. Wissenschaftliche Begleitung bei OBA

- Regelmäßige Befragungen (zu Beginn, Zwischenerhebung, Nacherhebung, Erhebung nach 6 Wochen und 6 Monaten)
- Datenauswertung und Evaluation erfolgen fortlaufend

Quelle: Knaevelsrud, Fegert, Goldbeck, Tossman, Ballast und Rupp 2013

### 3. Beispiele Asklepios



#### Privatversicherte/ Selbstzahler

##### Komfort Plus

- Eingestreute Patientenzimmer mit gehobenem Ausstattungsniveau (u.a. Mindestgröße, W-LAN) besseren Service-Leistungen und größerer Menü-Vielfalt für Privatpatienten bzw. Zuzahler

##### Privita Komfortstationen

- Eigene Stationen für Privatpatienten/Selbstzahler mit gehobenem Ausstattungsniveau, anspruchsvollem Ambiente (u.a. großzügiges Patientenzimmer & Bad, bevorzugte Lage, Hotel-Standard) und Chefarzt-Behandlung
- 23 Asklepios-Kliniken verfügen über eine Privita-Station
- Grundlage der Vergütung ist eine Rahmenvereinbarung mit dem Verband der privaten Krankenversicherungen e.V.



Ziel: Ausbau des Komfort-Plus & Privita-Angebots

### 3. Beispiele Asklepios



#### Privita Komfortstation am Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn (Niedersachsen)

Akademisches Lehrkrankenhaus der Georg-August-Universität Göttingen

##### Allgemein

- Eröffnung im Januar 2016
- Station für Privat- und Zusatzversicherte mit 30 Betten
- Klinikgelände am Wasser: ruhiger und landschaftlich attraktiver Ort
- Unter persönlicher Leitung des ärztlichen Direktors des AFK Tiefenbrunn



##### Behandlungsprofil

- Psychodynamischer und tiefenpsychologischer Ansatz
- Therapeutische Beziehung im Mittelpunkt – hohe Anforderungen an kommunikativen & interaktive Kompetenzen der Mitarbeiter
- Patientenindividueller Behandlungsplan, insb. Einzel-Psychotherapie
- Komplementärtherapien: Stresstoleranz- und Achtsamkeitstraining; Körper- und Gestaltungstherapie



### 3. Beispiele Asklepios



#### Asklepios Privatklinik Blumenburg

- Inbetriebnahme Psychiatrische Privatklinik für 2019 geplant
- Gebäude („Blumenburg“) am Selenter See (Ostholstein), umgeben von 2500.000 qm Wald- und Parkflächen, im Sommer 2017 erworben
- Investitionsvolumen (ohne Grundstück): ca. 12 Mio. €



### 3. Beispiele Asklepios



#### Aufbau – Asklepios Schlossklinik Blumenburg

##### Standort & Lage

- Landschaftlich reizvoll gelegenes, historisches Schloss, umgeben von Wald- und Parklandschaft
- Umbau und Schaffung von 60 Betten in Neubau
- Blumenburg: Restaurant, Lounge und Therapieflächen



##### Marktverhältnisse

- Wachstumsregion mit ca. 4,75 Mio. EW, davon ca. 578 Tsd. PKV-Versicherte
- Kein relevanter Wettbewerber im Segment Privatpsychiatrie
- Fallzahlpotential für Privatversicherte von ca. 8.200 in HH/SH



### 4. Schlussfolgerungen



1. Asklepios sieht die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen – insbesondere Personalmindestmengen - für die Erbringung psychiatrischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Leistungen als Behinderung seiner Tätigkeit als unternehmerisch handelnder Krankenhausbetreiber.
2. Asklepios will sein Leistungsangebot außerhalb des GKV-Systems erweitern
3. Asklepios will vielfältiger und ambulanter werden.
4. Asklepios will nicht mehr „nur“ ein Krankenhausbetreiber sein, sondern sich zu einem „integrierten Gesundheitsdienstleister“ entwickeln.
5. Dies schließt die Integration kliniknaher Dienstleistungen in den Konzern ein.

## 5. Fragen

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

**Haben Sie Fragen ?**

**Volker Thesing**  
**Regionalgeschäftsführer**  
**Geschäftsführer**

**ASKLEPIOS Fachklinikum Stadtroda GmbH**  
**Bahnhofstraße 1a - 07646 Stadtroda**  
**Tel. +49 (36428) 56 1101 - FAX +49 (36428) 56 1102**

**E-Mail: [v.thesing@asklepios.com](mailto:v.thesing@asklepios.com) - [www.asklepios.com](http://www.asklepios.com)**



# Zukunftschancen und Entwicklungsmöglichkeiten unter den gegebenen Rahmenbedingungen II

---

## Aus Sicht der kommunalen Träger

51. Fachgruppentagung

vom 19. – 20. Oktober 2017

in der  
LWL-Klinik Dortmund

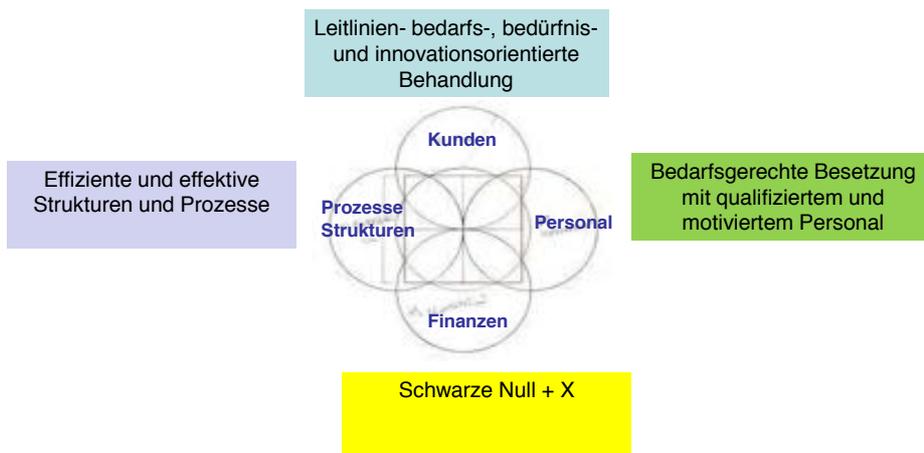
von  
Michael van Brederode, Kaufmännischer Direktor der LVR-Klinik Düren

## Zukunftschancen und Entwicklungsmöglichkeiten unter den gegebenen Bedingungen ... aus Sicht der kommunalen Träger



Michael van Brederode  
LVR-Klinik Düren

### Chancen und Entwicklungsmöglichkeiten?





## Prozesse und Strukturen

	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Umstieg PEPP/PsychVVG <i>technisch</i> bewältigt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anstieg für die Patientenversorgung unproduktiver administrativer Zeiten</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kern- und Unterstützungsprozesse definiert, strukturiert qualitätsgesichert und zertifiziert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bürokratisierung und Unübersichtlichkeit</li> <li>➤ Black Box Personaleinsatz im Behandlungsprozess</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ IT-Unterstützung implementiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Optimierungspotential</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bauliche Strukturen und Sozialraumorientierung verbessert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ langfristige Finanzierungslasten</li> <li>➤ Weitere Investitionen erforderlich</li> </ul>

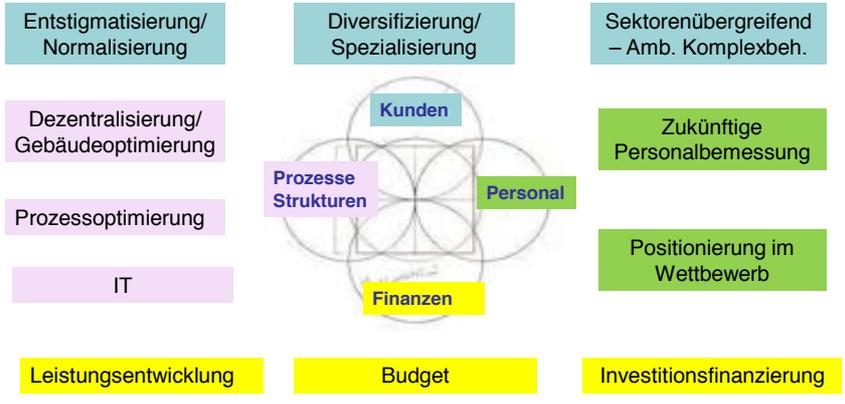
Michael van Brederode, Düren

## Kunden

	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kontinuierlicher Anstieg der Patientenzahlen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Langfristige Entwicklung?</li> <li>➤ Erhöhte MDK-Prüfrisiken</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Zunehmende Diversität der Patienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ veränderte Anforderungen an Behandlungsorganisation</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gesetzliche Grundlage für ambulante Komplexbehandlung: stationsäquivalente Behandlung ( § 115d)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ bedarfsgerecht, flexibel?</li> <li>➤ erhöhte MDK-Prüfanfälligkeit?</li> </ul>

Michael van Brederode, Düren

### Chancen und Entwicklungsmöglichkeiten?



### ... und das wichtigste Potential?



# Zukunftschancen und Entwicklungsmöglichkeiten unter den gegebenen Rahmenbedingungen II

---

## Aus Sicht der konfessionellen Träger

51. Fachgruppentagung

vom 19. – 20. Oktober 2017

in der  
LWL-Klinik Dortmund

von  
Thomas Brobeil, Geschäftsführer der Vinzenz von Paul Hospital gGmbH



## VINZENZ VON PAUL HOSPITAL ROTTWEIL

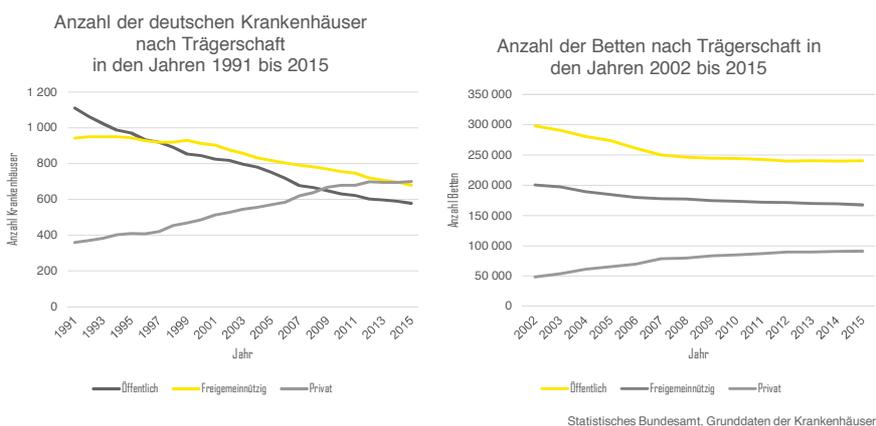
*Seit 1898  
im Dienst  
für Menschen*

... eine Einrichtung der Barmherzigen Schwestern von Untermarchtal



Thomas Brobel

### Marktsituation deutscher Krankenhäuser



## Betriebswirtschaftliche Implikationen und Besonderheiten für Caritas und Diakonie

⇒ Betriebswirtschaftliche Erwartungen	⇒ Verpflichtungen kirchlicher Unternehmen/Krankenhäuser
 <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Leitbild</li> <li>&gt; Unternehmensziele</li> <li>&gt; Compliance Strukturen</li> <li>&gt; Infrastruktur</li> <li>&gt; Preiswettbewerb</li> <li>&gt; Qualitätswettbewerb</li> <li>&gt; Ressourcenwettbewerb</li> <li>&gt; Finanzierung</li> <li>&gt; Innovation</li> <li>&gt; Shareholder Value</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Keine Gewinnmaximierung</li> <li>&gt; Generierung von Shareholder Value nicht im Vordergrund</li> </ul> <p>→ Grundsätzliche betriebswirtschaftliche Herausforderungen gelten auch für Caritas und Diakonie</p>

Kirchliche Krankenhäuser müssen ebenso **wirtschaftlich** sein wie ein Unternehmen doch stehen weitere Aspekte insbesondere in Bezug auf Nächstenliebe und christliche Werte im Vordergrund.

## Lösungsansätze für ein zukunftsfähiges Krankenhaus

Handlungsfelder für eine stabile Zukunft	Chancen für Caritas und Diakonie
 <p><b>Zukunftsfähiges und für Patienten und Mitarbeitende attraktives Krankenhaus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Ansprechende und prozessoptimierte Infrastruktur</li> <li>&gt; Hohe Qualität</li> <li>&gt; Solide Finanzierung</li> <li>&gt; Starke Marke</li> <li>&gt; Digitalisierung</li> <li>&gt; Attraktivität für Personal</li> </ul>	<p><b>Hohe Qualität mit dem Patienten im Mittelpunkt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Qualitätsorientierte Vergütung stellt den Patienten in den Mittelpunkt – Lösung eines Zielkonflikts?</li> </ul> <p><b>Starke Marke Diakonie / Caritas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Christliche Werte als Alleinstellungsmerkmal im Wettbewerb</li> <li>&gt; Arbeitgebermarke</li> </ul> <p><b>Digitalisierung nutzen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Digitale Initiativen ermöglichen in der stationären Versorgung und Altenpflege vielfältige Verbesserungen</li> </ul>



Hohe Qualität





Starke Marke





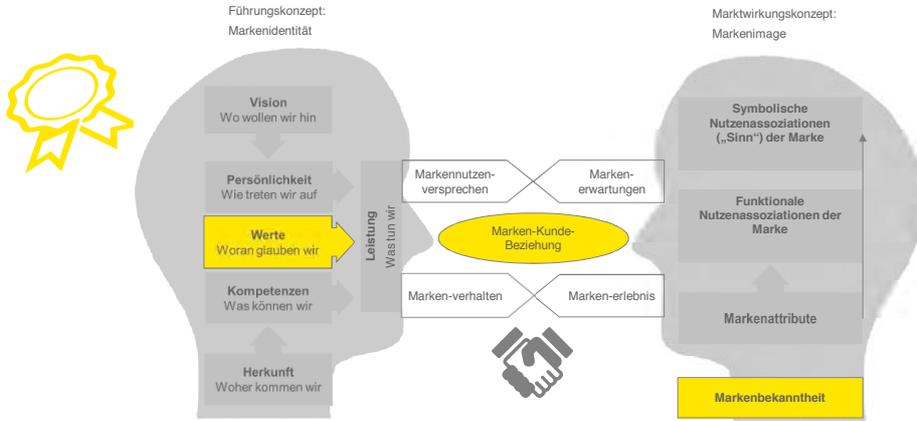
Digitale Transformation





Stabile Zukunft

# Einfluss der Marke auf die strategische Ausrichtung



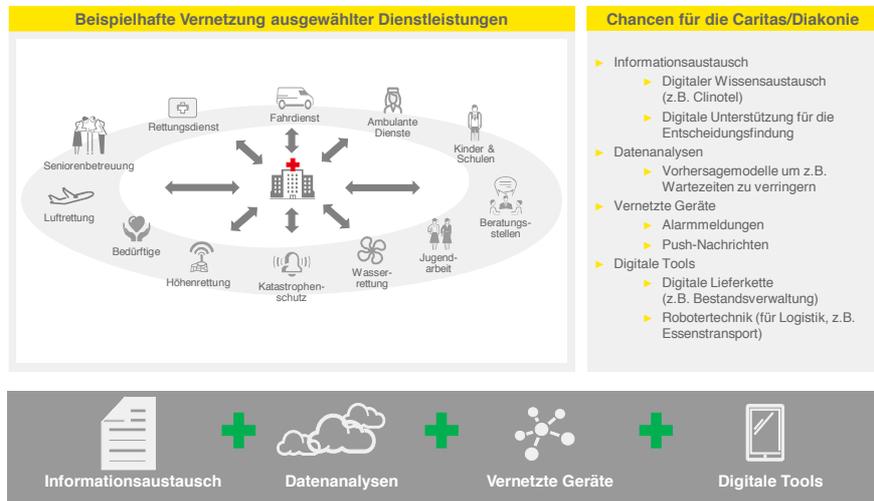
Nach: Wirtschaftslexikon.gabler.de, Grafik Burmann  
<https://www.marketinginstitut.biz/blog/markenidentitaet/>



# Unternehmerische Lösungsansätze – unter Beachtung christlicher Werte



# Zielbild eines vernetzten und modernen Gesundheitsdienstleisters



Seite 7

Landestreffen der kirchlichen Krankenhäuser



## Wesentliche Handlungsfelder



- **Versorgungsauftrag**
- **Vermögens / Substanzerhalt**
- **Mitarbeiter**
- **Rendite / Investitionsfähigkeit**



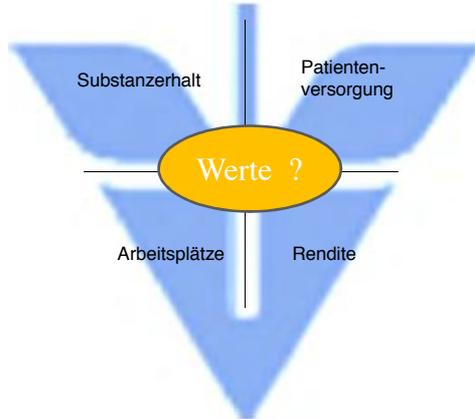
➔ Handlungsfelder in denen wir tätig sind

„Wert“ - los ? oder -voll ?

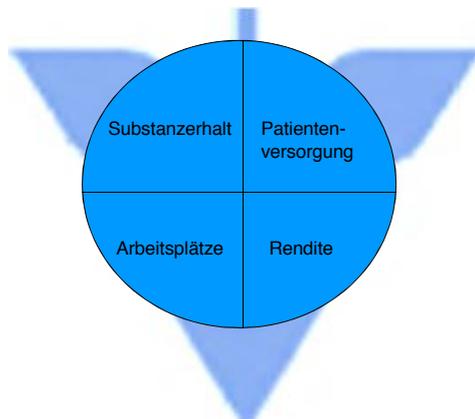




## Gleichgewicht für nachhaltiges Handeln

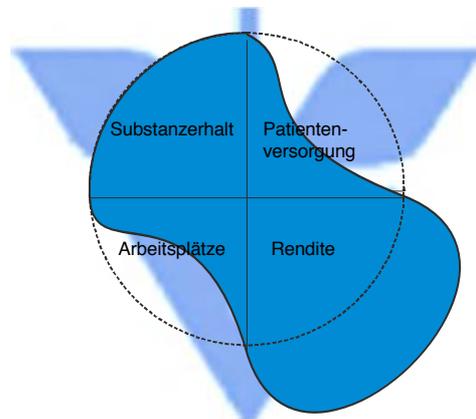


## Gleichgewicht für nachhaltiges Handeln





## Gleichgewicht für nachhaltiges Handeln



## Was sind die Grundprobleme in der heutigen Zeit ??

**Was** getan wird, wird bestimmt durch:

- Fachdisziplinen wie:
- Medizin,
- Pflegewissenschaft
- Betriebswirtschaft



**Wie es** getan wird, wird bestimmt durch:

- unsere eigene Einstellung
- in welchem Geist wir etwas tun





## Aus welchem Geist heraus tun wir bestimmte Dinge ??



- Zuspruch vor Anspruch
- Gnade vor Recht
- Zukunft vor Vergangenheit
- Sein vor Sollen
- Tat vor Reden

## Wie schaffen wir es :

**, dass die Würde des Menschen Maßstab  
unseres Handels ist**

**, dass ein kooperativer Führungsstil umgesetzt  
werden kann, dass gegenseitige  
Wertschätzung vorhanden ist**

**. ....**

„ Ohne Wirtschaftlichkeit ist kein **Durchhalten** möglich“ ...

„ Ohne Menschlichkeit ist kein **Aushalten** möglich“ ...

Thomas Brobell



# Zukunftschancen und Entwicklungsmöglichkeiten unter den gegebenen Rahmenbedingungen II

---

## Aus Sicht der Bundesdirektorenkonferenz

### 51. Fachgruppentagung

vom 19. – 20. Oktober 2017

in der  
LWL-Klinik Dortmund

von  
Professorin Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Mitglied im Vorstand  
der Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)

# Zukunftschancen und Entwicklungsmöglichkeiten unter den gegebenen Rahmenbedingungen

## Aus Sicht der BDK

E. Gouzoulis-Mayfrank, Köln

51. Tagung Fachgruppe Psychiatrie VKD - Psychiatrie unter Druck (?) – Das PsychVVG und seine Folgen 19.-20.10.2017, Dortmund

## Personelle Ressourcen

**entscheidend für Versorgungsqualität im psychiatrischen KH !**

**Systematik für die Personalbemessung im psychiatrisch  
psychotherapeutischen Krankenhaus ab 2020?**

- Einfluss von Diagnosen (PEPPs) auf die Personalbemessung ?
  - gesetzlicher Auftrag erfordert aufwandshomogene Gruppen
  - aber: Aufwandshomogenität über Diagnosen nicht möglich
  - welche Kriterien / Parameter könnten nutzbar sein ?
- Kalkulation der Ressourcen
  - bezogen auf Patienten ?
  - oder auf Setting (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik, KJP, jeweils stationär, teilstationär etc.) ?
  - oder Beides ?

## Personelle Ressourcen

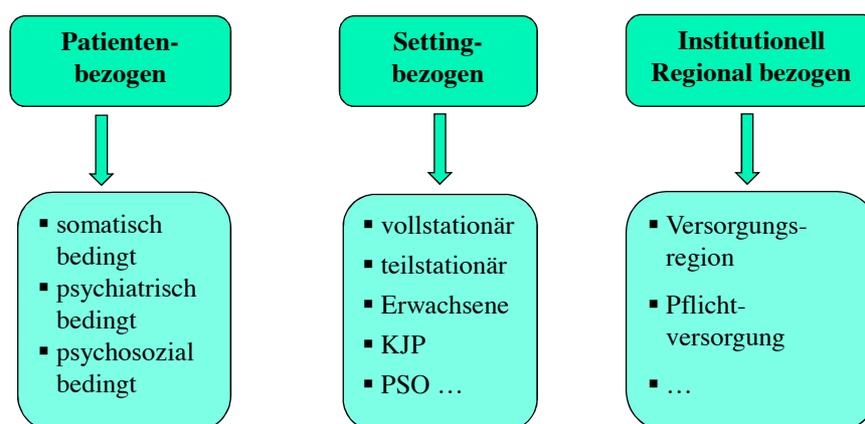
sollten berücksichtigen:

- **Aufwände durch Behandlungssetting**
  - Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik, KJP
  - jeweils stationär, teilstationär etc.
  - Mindestbesetzung garantiert

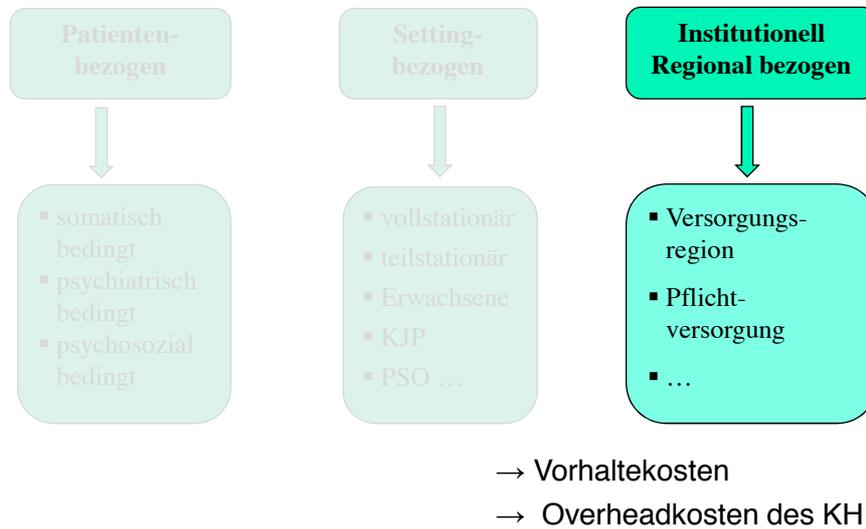
und

- **Aufwände durch Patientenvariablen**
  - patientenbezogener Aufwand kann bei Settingwechsel unverändert bleiben

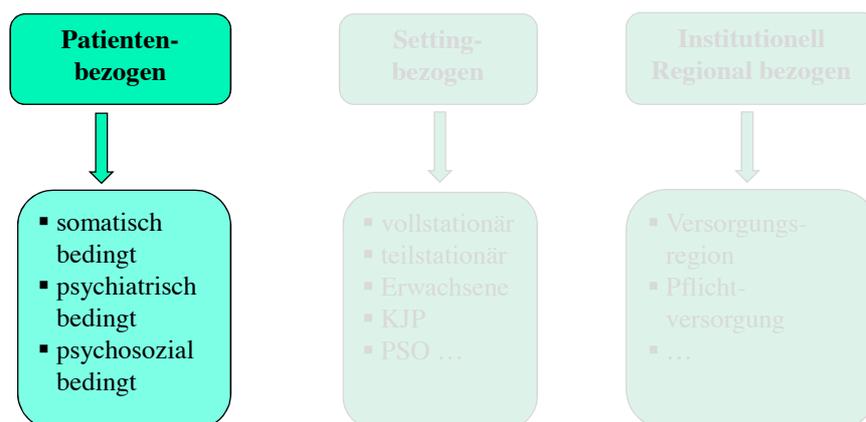
## Aufwand (für Ermittlung von Ressourcenbedarf)



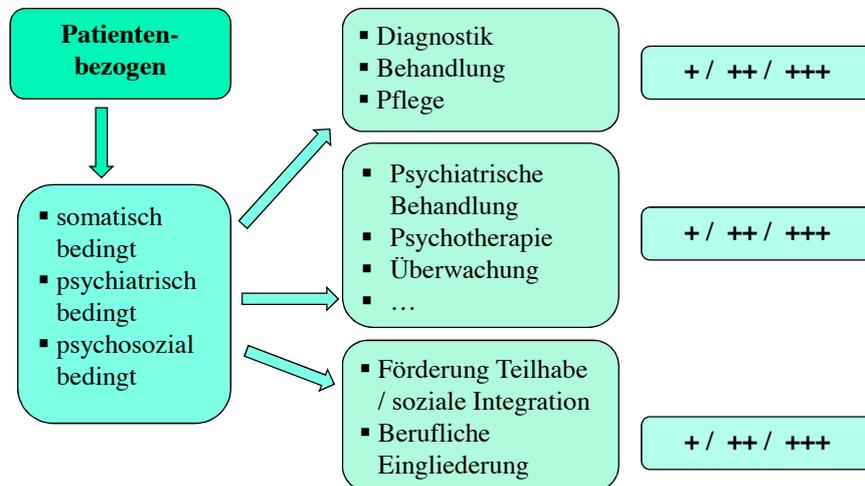
## Aufwand (für Ermittlung von Ressourcenbedarf)



## Aufwand (für Ermittlung von Ressourcenbedarf)



## Aufwand (für Ermittlung von Ressourcenbedarf)



→ Kalkulation von Relativgewichten anhand Syndrome/Schweregrade

## Aufwand patientenbezogen

Aufwand bedarfs- und nicht diagnoseorientiert

Beispielhaft:

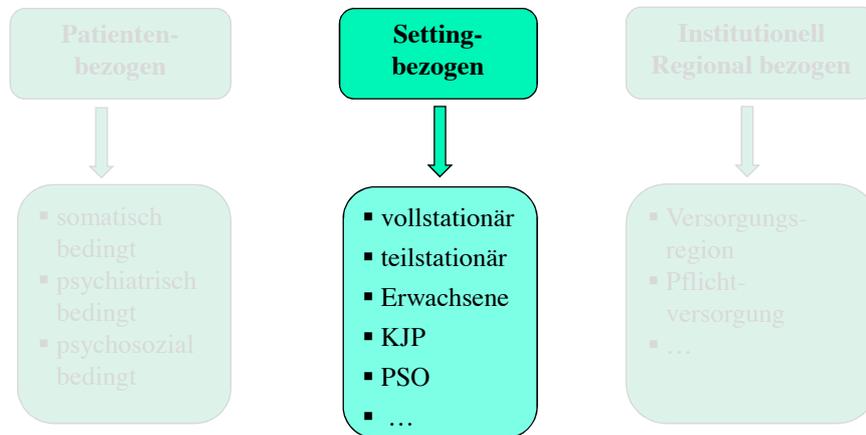
Aufwand	Somatisch bedingt	Psychiatrisch bedingt	Psychosozial bedingt
schweres depressives Syndrom	+	+++	++
akute Psychose	++	+++	+
Psychose mit starker Negativ-Symptomatik	+	+	+++
Delir	+++	++	++

→ erforderliche Schritte:

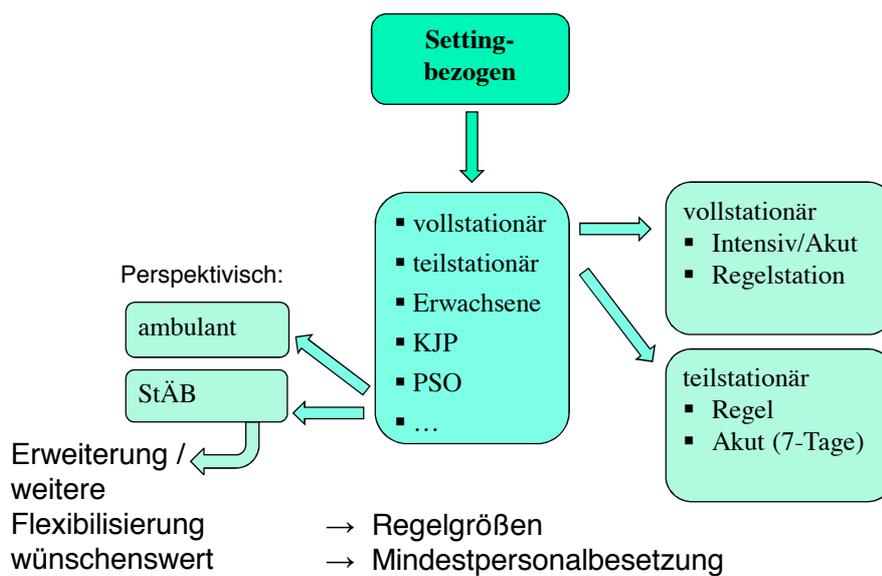
Festlegung Kriterien, Leistungen, personelle Ressourcen

→ Überprüfung in regelmäßigen Abständen

## Aufwand (für Ermittlung von Ressourcenbedarf)



## Aufwand (für Ermittlung von Ressourcenbedarf)



## Arbeitsteilung bei knappen Ressourcen und Fachkräftemangel

Aufgaben	
Ärztlicher Dienst	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnostik, somatische / Psychotherapie</li> <li>▪ Gesamtbehandlungsplan u. -verantwortung</li> </ul>
Psychologischer Dienst	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beiträge zur Diagnostik</li> <li>▪ Beiträge zur Therapie (Psychotherapie)</li> </ul>
▪ Sozialdienst	Beiträge zur Therapie (Fokus Teilhabe/Rehabilitation)
Co-Therapeutische Dienste (Ergo/Sport)	Beiträge zur Therapie
▪ Pflegedienst	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beiträge zur Diagnostik</li> <li>▪ Somatische Pflege / Psychiatrische (Beziehungs)pflege</li> <li>▪ Organisation der Stationsabläufe / der Behandlung</li> <li>▪ Beiträge zur Therapie (Psychotherapie)</li> </ul>
Unterstützende Dienste (z.B. Kodierfachkräfte)	Unterstützung bei Dokumentation

## Arbeitsteilung bei knappen Ressourcen und Fachkräftemangel

Aufgaben künftig ?	
Ärztlicher Dienst	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnostik, somatische / Psychotherapie</li> <li>▪ Gesamtbehandlungsplan u. -verantwortung</li> </ul>
Psychologischer Dienst	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beiträge zur Diagnostik</li> <li>▪ Beiträge zur Therapie (Psychotherapie)</li> </ul>
Sozialdienst	Beiträge zur Therapie (Fokus Teilhabe/Rehabilitation)
Co-Therapeutische Dienste (Ergo/Sport)	Beiträge zur Therapie
<b>Pflegedienst</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beiträge zur Diagnostik</li> <li>▪ Somatische Pflege / Psychiatrische (Beziehungs)pflege</li> <li>▪ Organisation der Stationsabläufe / der Behandlung</li> <li>▪ <b>Beiträge zur Therapie (Psychotherapie)</b></li> </ul>
Unterstützende Dienste ( <b>Stationssekretariat, MFA, Hotelfachkräfte, Kodierfachkräfte, PA ?</b> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Organisation der Stationsabläufe / der Behandlung</b></li> <li>▪ <b>Vorbereitung von Arztbriefen / Blutabnahmen</b></li> <li>▪ Unterstützung bei Dokumentation</li> </ul>

## Arbeitsteilung bei knappen Ressourcen und Fachkräftemangel

Aufgaben künftig ?	
Ärztlicher Dienst	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnostik</li> <li>▪ Ge...</li> </ul>
Psychologischer Dienst	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ...</li> <li>▪ ...</li> </ul>
Sozialdienst	Beiträge ...
Co-Therapeutische Dienste (Ergo/Sport)	Beiträge zur Therapie
Pflegedienst	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beiträ...</li> <li>▪ Sor...</li> <li>▪ Org...</li> <li>▪ Beitr...</li> </ul>
Unterstützende Dienste (Stationssekretariat, MFA, Hotelfachkräfte, Kodierfachkräfte, PA ?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Organisation der Stationsabläufe / der Behandlung</b></li> <li>▪ <b>Vorbereitung von Arztbriefen / Blutabnahmen</b></li> <li>▪ Unterstützung bei Dokumentation</li> </ul>

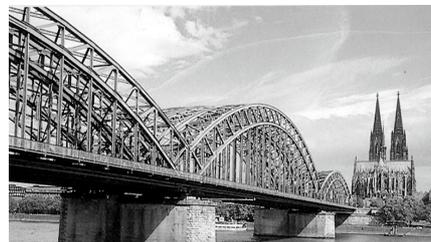
▪ keine selbstständige „dritte Säule“ im KH  
 ▪ kein „Arzt light“, der Psychopharmaka verschreibt

Bedarf an psychotherapeutischer Qualifizierung



[euphrosyne.gouzoulis-mayfrank@lvr.de](mailto:euphrosyne.gouzoulis-mayfrank@lvr.de)

Vielen Dank  
 für Ihre  
 Aufmerksamkeit !



# Investitionen in Steine oder Prozesse?

---

**51. Fachgruppentagung**

vom 19. – 20. Oktober 2017

in der  
LWL-Klinik Dortmund

# Investitionen in Steine oder Prozesse?

---

## Entwicklung im Bereich stationsäquivalenter Leistungen

51. Fachgruppentagung

vom 19. – 20. Oktober 2017

in der  
LWL-Klinik Dortmund

von  
Landesrat Professor Dr. Meinolf Noeker, LWL-Krankenhausdezernent

# Entwicklung im Bereich stationsäquivalenter Leistungen

Prof. Meinolf Noeker, LWL-Landesrat

51. Jahrestagung  
Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VDK  
- LWL-Klinik Dortmund -

19.10.2017

---

1

|

**LWL**

## Übersicht StäB

1. Kurzer Rückblick: fachlich – ökonomisch - rechtlich
2. Das prinzipielle Potential der StäB: Beispiel LWL-Klinik Lengerich
3. Vereinbarung zur StäB: Relevante Textpassagen und erste Bewertungen
4. Vereinbarung zu unbewerteten PEPPs und OPS
5. Diskussion und Perspektiven

---

2

|

**LWL**

## Erfolge im Vergleich zur Ursprungsfassung

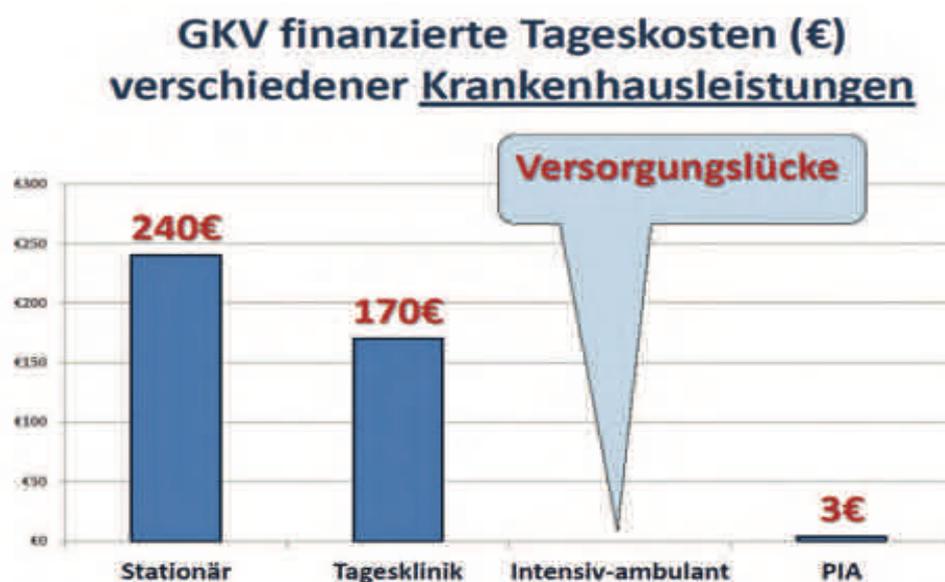
1. Abwendung eines äquivalenten Bettenabbaus im KH-Plan
2. Abwendung der Voraussetzung „akute Krankheitsphase“  
(hoch streitanfällig bei MDK-Prüfung)
3. Vereinbarungsentwurf aus 04/2017. Damalige Position GKV:  
„Die Behandlung des Patienten umfasst mindestens 210 Minuten pro Tag im persönlichen Kontakt zum Patienten. Fahrzeiten werden dabei nicht angerechnet.“

3

|

LWL

### Die fachliche Ausgangssituation



(Koch-Stöcker, EVKB Bielefeld)

4

|

LWL

Das Potential von StäB:  
Projekt der LWL-Klinik Lengerich

### Ziele

- Verbesserung der Versorgung von „High Utilizern“ im Kreis Steinfurt
- Reduktion der stationären Aufnahmepflichtigkeit und Behandlungstage
- Versorgungslücke zwischen stationären, teilstationären und ambulanter Therapie soll geschlossen werden
- Höchstmögliche Lebensqualität für die Betroffenen trotz ihrer krankheitsbedingten Einschränkungen

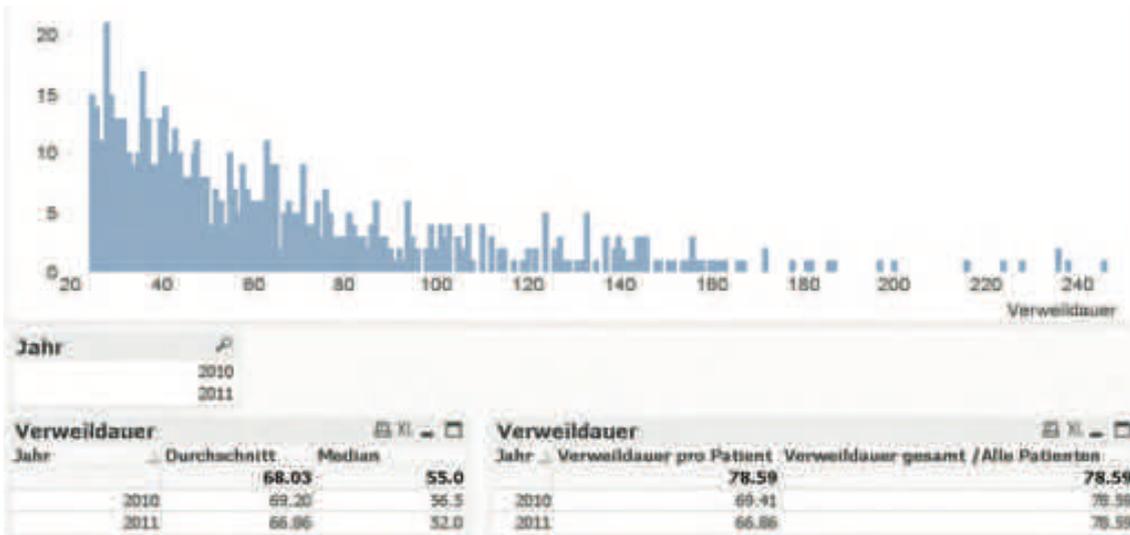
Das Potential von StäB:  
Projekt der LWL-Klinik Lengerich

### Einschlusskriterien

- Chronische Schizophrenie (F20-25)
- > 25 Tage kumulierte Ø stationäre VWD
- rezidivierende Krisen,
- eingeschränkte Compliance,
- mindestens ein stationärer Aufenthalt,
- hohes Wiedereinweisungsrisiko
- Patienten sind der Klinik bekannt und nach individueller fachärztlich/pflegerischer Einschätzung geeignet
- Wunsch, Einverständnis des Patienten

## Das Potential von StÄB: Projekt der LWL-Klinik Lengerich

### Einschlusskriterien: VWD



7

|

LWL

## Das Potential von StÄB: Projekt der LWL-Klinik Lengerich

### Ausschlusskriterien

- keine Erstbehandlung zu Hause
- Betreuung im selbstständigen Wohnumfeld wird nicht toleriert
- Somatische Pflegebedürftigkeit, gerontopsychiatrische Indikation
- Suchtproblematik > Schizophrenie
- Suizidalität und / oder Fremdgefährdung sind erkennbar

8

|

LWL

Das Potential von StäB:  
Projekt der LWL-Klinik Lengerich  
(2012, also vor § 115d)

## Konzept

- Störungsspezifische Behandlung zu Hause
- Zusammenarbeit mit Angehörigen und involvierten Diensten
- 24/7 Krisentelefon und -intervention zu Hause, bei Bedarf täglich
- Psychiatrische Pflege (z.B. Medikation am Wochenende)
- Stationärer Kriseninterventionsplatz im Notfall (Stationäres „Belegbett“)
- Stationäre oder ambulante Behandlung möglichst durch das gleiche Team
- Kontinuierliche Anpassung des Behandlungsbedarfes
- Supervision / Fallbesprechungen: 1 x wöchentlich 30-45 min., besser kürzer, im Behandlungsteam oder auf der Fahrt
- Besprechungen mit Diensten, Angehörigen, Freunden u.a. möglichst *in Gegenwart* des Patienten beim Hausbesuch

Das Potential von StäB:  
Projekt der LWL-Klinik Lengerich

## Termingestaltung

- 85% der Hausbesuche erfolgten regulär nach fester Terminabsprache
- 10% der Hausbesuche waren ‚Notfalleinsätze‘ nach Anforderung durch Patient, Angehörige, Freunde, Nachbarn oder komplementäre Dienste
  - Zweier-Team in Krisen, bei neuen Patienten und nach Bedarf
  - im stabilen Verlauf allein
- 5% der Hausbesuche erfolgten fürsorglich ohne besondere Anmeldung („Ich war gerade in der Gegend und wollte nach Ihnen schauen.“)
- Dauer und Frequenz der Hausbesuche: völlig individuell
  - von 10 Minuten bis 2,5 Stunden
  - Frequenz zwischen 1 x wöchentlich bis 14 x wöchentlich)
- Teilnahme an Gruppen auf der Schwerpunktstation;
- Nutzen des AT-, Sport und Ergotherapieangebotes der Klinik
- Nach Abschluss: Termine wieder in der PIA

Das Potential von StäB:  
Projekt der LWL-Klinik Lengerich

Zeitaufwand über die Berufsgruppen

Aufwand Gesamt pro Patient										
Dienststart	Für 12 Monate (Hochrechng.)							Pro Monat		
	Behandlung (min.)	Fahrtzeit (min.)	Behandlung (Std.)	Fahrtzeit (Std.)	Behandlung/Patient	Fahrtzeit / Patient	Summe	Behandlung/Patient	Fahrtzeit / Patient	Summe
Arzt	14.661	6.725	244,4	112,1	20,40	9,30	29,70	1,7	0,8	2,5
Pflege	53.518	27.793	892,0	463,2	74,30	38,60	112,90	6,2	3,2	9,4
Therap. Dienst	19.562	5.979	326,0	99,7	27,20	8,30	35,50	2,3	0,7	3,0
Doku-Hilfe	11.037	0	184,0	0,0	15,30	0,00	15,30	1,3	0	1,3
<b>Summe</b>	<b>98.778</b>	<b>40.497</b>	<b>1.646</b>	<b>675</b>	<b>137,2</b>	<b>56,3</b>	<b>193,5</b>	<b>11,4</b>	<b>4,7</b>	<b>16,1</b>

Das Potential von StäB:  
Projekt der LWL-Klinik Lengerich

Ressourcenaufwand pro Patient / Jahr

- ohne Medikation, ohne stationäre Kriseninterventionen
- Medizinische Personalressourcen: 14.354 Euro
- Basisressourcen (PKW / Verwaltung): 3737 Euro
- Summe **18.091 Euro**
- Vergleich: Aufwand bei stat. Beh. ca. 23.000 Euro
- Daten aus 2014/2015 weisen bei „gemischtem Klientel“ auf etwa halbierten Ressourcenaufwand von ca. 9700,- Euro hin

**08/2017 Abschluss**  
einer Vereinbarung zur  
Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung  
nach § 115d Abs. 25GB V  
zwischen GKV/PKV vs. DKG

Nach § 115 d Abs. 2 SGB V war die Selbstverwaltung beauftragt, eine Vereinbarung im Benehmen mit der KBV zu schließen zu

1. Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung,
2. Beauftragung von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern
3. Dokumentation der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung.

## § 2 Grundsätze

(1) Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung umfasst eine Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld durch mobile fachärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht **hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und der Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung**. Es handelt sich um eine integrierte multimodale psychiatrische Behandlung anhand einer ärztlich geleiteten Therapiezielplanung.

(2) Die Entscheidung über die Erbringung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung unterliegt bei Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen der therapeutischen und organisatorischen Entscheidung des Krankenhauses. **Entscheidungsleitend ist, auf welche Weise das Therapieziel bei einem Patienten mit Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit am ehesten zu erreichen ist.**

(3) Es gilt das Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1 a SGB V.

## Bewertung

(1) **Es ergibt sich folgende Kaskade der medizinischen Indikationsstellung**

- **Schritt 1: Indikation zum Setting:** Differentielle Eignung von StäB versus vollstationäre Behandlung zur Erreichung des therapeutischen Ziels
- **Schritt 2: Indikation zu dem häuslichen Setting spezifisch angepassten** Behandlungsleistungen
- **Beispiel:** Indikation zu Konfliktmoderation mit Angehörigen, Nachbarn oder Vermieter. Keine Indikation zu Bewegungstherapie in der Turnhalle oder Ergotherapie in der Gruppe.

## KH- Position

1. Es geht um *Funktionelle* Äquivalenz zur Zielerreichung, nicht um Deckungsgleichheit mit Art und Umfang typischer stationärer Leistungen (MDK)!
2. Auch bei weniger komplexem Mitteleinsatz (z.B. Verzicht auf im stationären Setting übliche Leistungen), aber mindestens gleichwertiger Therapiezielerreichung ist die Indikation für StäB legitimiert und MDK-resistent.

## Passung des häuslichen Umfelds

§ 3 Eignung des häuslichen Umfelds

§ 4 Zustimmung des häuslichen Umfeldes

§ 5 Berücksichtigung des Kindeswohls

§ 6 Eltern-Kind-Behandlung

## § 7 Behandlungsteam

(1) Das Krankenhaus hält Vertreter der folgenden Berufsgruppen vor:

- Ärzte,
- Psychologen,
- Pflegefachpersonen,
- Spezialtherapeuten.

Das Team für die stationsäquivalente Behandlung besteht aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe oder Spezialtherapeuten.

**Bewertung:** Definition der Berufsgruppen spiegelt

- OPS-Entgeltbestimmung (Anlage 6a und 6b)
- PIA-Dokumentation: Offen halten einer späteren Harmonisierung?

## § 7 (4) Fachärztliche Leitung

„Die fachärztliche Leitung hat sicherzustellen, dass bei stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung **an mehr als sechs Tagen in Folge** eine wöchentliche multiprofessionelle Fallbesprechung durchgeführt wird, in die mindestens drei der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen einbezogen werden. Diese Regelung umfasst ebenfalls die beauftragten Leistungserbringer nach § 10. Die Fallbesprechung kann unter Zuhilfenahme von Telekommunikation geschehen.“

## § 8 Patientenkontakte

(1) Das Krankenhaus hat sicherzustellen, dass mindestens ein Mitglied des multiprofessionellen Teams **mindestens einmal täglich** einen direkten Patientenkontakt durchführt.

(2) Kommt ein direkter Kontakt aus Gründen nicht zustande, die der Patient zu verantworten hat, zählt der unternommene Kontaktversuch als direkter Patientenkontakt im Sinne dieser Vereinbarung.

(3) Die fachärztliche Leitung hat sicherzustellen, dass bei stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung an mehr als sechs Tagen in Folge eine wöchentliche ärztliche Visite im direkten Patientenkontakt **in der Regel** im häuslichen Umfeld durchgeführt wird. Der Facharztstandard ist zu gewährleisten.

### Bewertung

Regelung folgt der Logik eines auf tägliche Kontinuität angelegten stationären Behandlungsregimes („StäB am Stück“)

### KH-Position

- Intermittierende (z.B. 1 x pro Woche) Behandlung muss unbürokratisch und unstrittig möglich sein! Vgl. Beispiele Lengerich, Bochum, Bonn & weitere Modellprogramme
- Legitimation der Indikation für StäB: 1 Tag Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit, dann über Intervall von 6 Tagen keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit?

## § 9 Sicherstellung der Behandlung

- (1) Das Krankenhaus hat **verbindliche Vorgehensweisen festzulegen**, wie es die individuellen Hilfeleistungen durch das multiprofessionelle Team **im Fall von sehr kurzfristigen und wechselnden Bedarfslagen** der Patienten organisiert, die sich in stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung befinden.
- (2) Die **Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandlungsteams** ist werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes sicherzustellen (Rufbereitschaft).
- (3) Darüber hinaus ist eine jederzeitige, **24 Stunden an sieben Tagen in der Woche, ärztliche Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus zu gewährleisten**. Bei kurzfristigen Verschlechterungen des Gesundheitszustandes des Patienten muss umgehend mit einer vollstationären Aufnahme reagiert werden können.

### Bewertung und KH-Position

- Verpflichtung zur Vorhaltung
- Abbildung dieser Vorhaltekostenkosten 24/7 in den Entgelten ??!

## § 10 Anforderungen an die Beauftragung von weiteren Leistungserbringern

- an Niedergelassene oder Krankenhäuser
- Haftung bleibt beim StäB-Krankenhaus
- Maximal 50% der Leistungen beauftragbar

## § 11 Anforderungen an die Dokumentation in der Patientenakte

„(1) Das Krankenhaus hat dafür Sorge zu tragen, dass in der Patientenakte die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit mit dem Aufnahmebefund und der Anamnese beziehungsweise Fremdanamnese dokumentiert wird. Die Patientenakte umfasst zudem die Therapiezielplanung und die Verlaufsdokumentation. Vom Patienten zu vertretende Gründe eines nicht zustande gekommenen direkten Kontaktes nach § 8 Abs. 2 sind ebenfalls zu dokumentieren.“

### Bewertung:

- Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Verlauf (MDK)?
- Wie dokumentieren bei intermittierender Behandlung?

## § 12 Anforderungen an die Datenübermittlung nach § 301 SGB V an die Krankenkassen und an die privaten Krankenversicherungen

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, im Rahmen der Datenübertragung nach § 301 SGB V die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung kenntlich zu machen. Es ist dabei der Ort des häuslichen Umfelds (Privatwohnung, Pflegeheim, weitere Wohnformen) kenntlich zu machen.

(2) Darüber hinaus hat das Krankenhaus die Therapiezeiten am Patienten separat und berufsgruppenspezifisch (Ärzte, Psychologen, Pflegefachpersonen, Spezialtherapeuten) an die Krankenkassen zu übermitteln. Fahrzeiten sind dabei nicht berücksichtigt.

### Bewertung:

- Datenübermittlung und Dokumentationspflicht nimmt PEPP / OPS-Kodierung vorweg.
- Einengung der örtlichen Verhandlungsfreiheit zu Vergütungsmodalitäten ?

## § 13 Inkrafttreten, Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt zum 1. August 2017 in Kraft.

Hurra, Sie können starten!

Anlage 6a

PEPP-Version 2018

**Stationsäquivalente Behandlung  
Bewertete Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung  
nach § 115d SGB V**

STAEB	Bezeichnung	OPS Version 2018		Betrag
		OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5

- Anlage 6a: Bewertete Entgelte sind nicht kalkulierbar, daher zunächst irrelevant
- Dr. Heimig (InEK) am 01.09.2017:  
„Aufgrund fehlender Leistungsbezeichner und fehlender Vereinbarung zur Vergütung sind noch keine Entgelte definiert.“

## ... bleibt Anlage 6b: Unbewertete Entgelte

### Unbewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung

Für die nachfolgend aufgeführten Leistungen sind krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 8 Abs. 1 Satz 1 BPTfV zu vereinbaren, soweit diese als Krankenhausleistung erbracht werden dürfen. Dabei können für die aufgeführten PEPP-Entgelte auch weiter differenzierende Entgelte vereinbart werden. Bei der Vereinbarung der Entgelte ist die Leistungsbeschreibung für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im OPS zu berücksichtigen.

PEPP	Bezeichnung
1	2
QA80Z	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen
QK80Z	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen
<b>Fehler-PEPP bei stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung</b>	
PF05Z	Fehlkodierung bei stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung

Der OPS ist noch nicht bekannt.

Vermutlich wird es ein Tagescode mit folgender Struktur:

#### 5. Stelle: eine von 4 Berufsgruppen

- .1 Ärzte
- .2 Psychologen
- .3 Spezialtherapeuten
- .4 Pflegefachpersonal

#### 6. Stelle: Eine von 7 Zeitklassen

- .0 bis 30 Minuten
- .1 >30 bis 60 Minuten
- .2 >60 bis 90 Minuten
- .3 >90 bis 120 Minuten
- .4 >120 bis 180 Minuten
- .5 >180 bis 240 Minuten
- .6 ....>240 Minuten

-Innerhalb einer Berufsgruppe sind die Therapiezeiten eines Tages zu addieren

#### Erste Bewertung:

- Entgelthöhe krankenhausesindividuell zu definieren
- Konzeptionelle Nähe zur PIA-Vergütung Bayern !
- > 8000 Kombinationen = nicht kalkulationsfähig
- **Basisentgelt? Overhead? Fahrtzeiten? Bisher keine konkreten Aussagen !!  
Örtliche Antworten?!?**

## Diskussion und Perspektiven I

### Grundsätzliche Definition und Interpretation der Leistungsvoraussetzung

- StäB = eine neue Form der Behandlung des Krankenhaus (vgl. § 2)  
versus
- Indikation für stationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit muss vorliegen, wird aber in einem anderen Setting umgesetzt (vgl. § 11)

vgl. einerseits § 2 Grundsätze

- (1) „Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung umfasst **eine Krankenhausbehandlung** im häuslichen Umfeld durch mobile fachärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. „

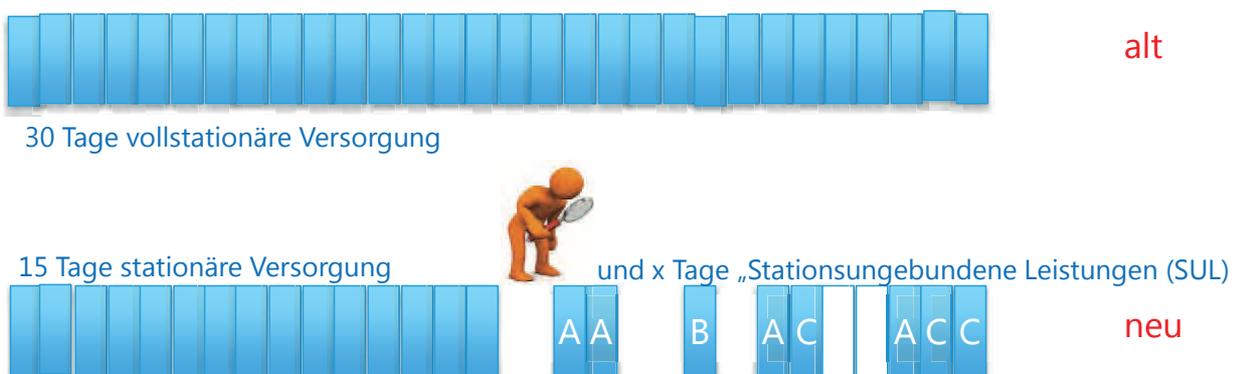
vgl. andererseits §11 Anforderungen an die Dokumentation in der Patientenakte

- (1) „Das Krankenhaus hat dafür Sorge zu tragen, dass in der Patientenakte **die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit** mit dem Aufnahmebefund und der Anamnese beziehungsweise Fremdanamnese dokumentiert wird.“

## Diskussion und Perspektiven II

### Klarstellung der Rechtssicherheit der Intermittierenden Therapie

Vgl. Modellprojekt § 64b: LWL-Universitätsklinik Bochum und LVR-Klinik Bonn



## Diskussion und Perspektiven III

### Leitplanken für die örtliche Entgeltverhandlung

- 5. Stelle: eine von 4 Berufsgruppen
- 6. Stelle: Eine von 7 Zeitklassen

1. Overhead?
2. Vorhaltekosten?
3. Fahrtzeiten Personal?
4. Sachkosten, Fahrtkosten Kfz?
5. ....

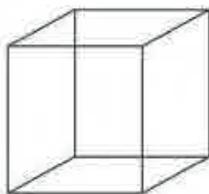
Bisher keine konkreten Aussagen! 2 Varianten

1. Tagesgleicher Teilbetrag für den Grundaufwand und weitere Teilbeträge in Abhängigkeit des Therapieaufwands
2. Einpreisung des Grundaufwands in den Stundenaufwand

Örtlich divergierend und damit niemals kalkulationsfähig?

## Diskussion und Perspektiven IV

### OPS: 8 Tagesbezogene Pakete (vgl. Bochum und Bonn) oder Entgelt nach Zeitaufwand



1. Klinik vs. Häusliches Milieu
2. Standardbehandlung vs. Krisenbehandlung
3. Arzt/Psych, vs. 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
I (übergangsweise)	Klinik	Psychosomatik	Alle

## Diskussion und Perspektiven V Flexibilität beim Ort der Erbringung der StäB

Schreiben Ministerialrat M. Algermissen (BMG) an  
DKG Frau Dr. Schlottmann (DKG) vom 15.05.2017

„... Eine Einengung der Behandlungsmöglichkeiten ausschließlich auf das häusliche Umfeld würde aber der Intention des Gesetzes widersprechen, mit der Einführung der stationsäquivalenten Behandlung die sektorübergreifende Versorgung zu stärken. Beispielsweise sollte es auch im Rahmen einer StäB möglich sein, an einer Gruppentherapie teilzunehmen, die im Krankenhaus durchgeführt wird. Gleiches gilt für Leistungen wie Physio-, Ergo-, oder Psychotherapie, die ggf. von Kooperationspartnern an einem anderen Ort als dem häuslichen Umfeld erbracht werden. Oder aber für therapeutisch begleitende Gespräche am Arbeitsplatz des Patienten, oder bei Kindern in der Schule oder der KiTa stattfinden. Schließlich kann es auch das Ziel einer StäB sein, eine Aktivierung, Mobilisierung und Befähigung des Patienten zu erreichen, sich aus dem häuslichen Kontext herauszubewegen. Aus meiner Sicht gibt es weder formale noch fachliche Gründen, die Flexibilität bei der StäB einzuschränken.“

## Diskussion und langfristige Perspektiven VI: Zukunftsszenarien StäB und PIA

	Klinikbasiert	Häusliches Umfeld
StäB	←	
PIA	→	

1. Bemerkenswerte Annäherung bei der Dokumentation: Langfristige Integration?
2. Parallele Koexistenz?
  - StäB: „Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit“
  - PIA: „Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten“
3. Forcierte Ausweitung StäB in Klinik vs. PIA in häusliches Umfeld?
4. DKG, GKV/PKV legen bis um 31.12. 2021 einen gemeinsamen Bericht zu den Auswirkungen der StäB vor (§115d Absatz 4 SGB V)

## Diskussion und langfristige Perspektiven VII: Wille zur konstruktiven Gestaltung oder zur Abwicklung?

„Wenn diese Form der Versorgung hilft, Leiden zu verringern, wäre viel gewonnen. Absehbar ist aber schon jetzt, dass es sich um eine kleine Patientengruppe handelt. Im Einzelfall sollten Patient und Arzt zusammen gut abwägen, ob diese Behandlungsform wirklich die beste Variante darstellt“.

Johann-Magnus v. Stackelberg, stv. Vorstandsvorsitzender GKV-SV  
In: Gemeinsame Pressemitteilung DKG, GKV, PKV vom 22.08.2017

## Entwicklung im Bereich stationsäquivalenter Leistungen

Prof. Meinolf Noeker, LWL-Landesrat

51. Jahrestagung  
Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VDK  
- LWL-Klinik Dortmund -

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

19.10.2017

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.  
Auf Wiedersehen.

**Landschaftsverband  
Westfalen-Lippe (LWL)  
Abteilung Muster**

Freiherr-vom-Stein-Platz 1  
48147 Münster  
Tel.: 0251 591-01  
Fax: 0251 591-33 00  
lwl@lwl.org

Besuchen Sie uns im Internet: **[www.lwl.org](http://www.lwl.org)**

# Investitionen in Steine oder Prozesse?

---

## Das Bonner 64er-Modell DynaLIVE

51. Fachgruppentagung

vom 19. – 20. Oktober 2017

in der  
LWL-Klinik Dortmund

von  
Dr. Michael Schormann, Stellv. Ärztlicher Direktor (komm.), LVR-Klinik  
Bonn

## Das Modellvorhaben DynaLIVE in der LVR – Klinik Bonn

51. Jahrestagung der Fachgruppe  
Psychiatrische Einrichtungen im VKD  
Dortmund, den 19.10.2017  
**Dr. Michael Schormann**



### Agenda

1. Worum geht es bei dem Modellvorhaben?
2. Bisherige Erfahrungen und Fallbeispiele

## Das Modellvorhaben nach § 64b SGB V

### Ziel:

Verbesserung der  
Patientenversorgung mit  
sektorenübergreifenden  
Leistungserbringung,  
einschließlich der  
psychiatrischen Behandlung im  
häuslichen Umfeld.



Dr. Michael Schormann, Das Modellvorhaben der LVR - Klinik Bonn, 19.10.2017

## Zielsetzungen

- ✓ zeitnahe Intervention bei Krisen
- ✓ Verbesserung der Behandlungsqualität durch:  
Berücksichtigung des Lebensumfelds
- ✓ Stärkung von „Empowerment“/Selbstwirksamkeit bei den Betroffenen
- ✓ Integration in die ambulanten sozialpsychiatrischen Hilfesysteme

Dr. Michael Schormann, Das Modellvorhaben der LVR - Klinik Bonn, 19.10.2017

---

### **Ziele des Modellvorhabens für Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger**

- sektorübergreifende Behandlung
- Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen
- Vermeidung von Hospitalisierung und Chronifizierung
- Budgetsicherung für Laufzeit über 8 Jahre

---

Dr. Michael Schormann, Das Modellvorhaben der LVR – Klinik Bonn, 19.10.2017

---

### **Schnittstellen und Erfolgsfaktoren**

#### **Wichtige Schnittstellen:**

- Kooperation mit externen Partnern, z. B. Niedergelassene Hausärzte, Psychiater, Psychotherapeuten, Gesundheitsämter
- Therapeutische Dienste
- Qualitätsmanagement

#### **Erfolgsfaktoren:**

- Erfolgreiche Schulung der Mitarbeitenden
- Entwicklung eines Therapieausfallkonzeptes
- Patienten- und Anwenderfreundliche Kalender- und Terminplanung

---

Dr. Michael Schormann, Das Modellvorhaben der LVR – Klinik Bonn, 19.10.2017

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

Dr. Michael Schormann, Das Modellvorhaben der LVR – Klinik Bonn, 19.10.2017

### 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)



Dr. Michael Schormann, Das Modellvorhaben der LVR – Klinik Bonn, 19.10.2017

**Beispiele von PatientInnen mit F3-Diagnose und hohem Funktionsniveau:**

**Grundsätzliche Anmerkung: Reale Beispiele, zum Zweck der Anonymisierung geringfügige Änderung der lebensgeschichtlichen Daten**

- Herr D., 35 Jahre, Diplomeologe, lebt in Bonn-Zentrum. Depressive Störung im Rahmen Überlastung nach Umzug von Frankreich nach Bonn, seit 3 Jahren Promotionsvorhaben in molekularer Botanik.

Nach 7 Wochen „normaler“ stationärer Behandlung aktuell stationsintegrierte Phase. Fokus auf kognitivem Training zur Heranführung an Fertigstellung seiner Promotion.

Nutzt SUL für berufsgruppenübergreifende Kontakte mit Fokus auf kognitivem Bürotraining.

Dr. Michael Schormann, Das Modellvorhaben der LVR – Klinik Bonn, 19.10.2017

**Beispiele von PatientInnen mit F3-Diagnose und hohem Funktionsniveau:**

- Frau T., 37 Jahre, Sachbearbeiterin in Elternzeit, 2 Söhne 3/5. Lebt in Siegburg. Schwerer 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.

Dr. Michael Schormann, Das Modellvorhaben der LVR – Klinik Bonn, 19.10.2017

---

**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.

---

Dr. Michael Schormann, Das Modellvorhaben der LVR – Klinik Bonn, 19.10.2017

---

**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.

---

Dr. Michael Schormann, Das Modellvorhaben der LVR – Klinik Bonn, 19.10.2017

---

**Beispiele von PatientInnen mit chronischer F2-Diagnose:**

- Herr K., 42 Jahre, schwere Schizophrenie mit häufigen Krankenhausaufenthalten und Hospitalisierungstendenz mit brüchiger sozialer Integration.

Daher stationäre Aufnahme, nach 8 Wochen stationsintegrierte Phase.

Nutzt SUL für niederschwellige, höherfrequente berufsgruppenübergreifende Kontakte, die Halt und Struktur geben.

---

Dr. Michael Schormann, Das Modellvorhaben der LVR – Klinik Bonn, 19.10.2017

---

**Beispiele von PatientInnen mit chronischer F2-Diagnose:**

- Herr T., 55 Jahre, seit 21 Jahren schizoaffektive Psychose. Aufnahme wegen schizomanischer Exazerbation nach Absetzen von Lithium und Aripiprazol.

7 Wochen stationäre Behandlung, aktuell seit 2 Wochen stationsintegrierte Phase mit Ziel der Reintegration in GVP=niederschwellige Werkstatt.

Nutzt SUL zur Stärkung alltagspraktischer Fertigkeiten und Teilnahme an Holz- und Ergotherapie

---

Dr. Michael Schormann, Das Modellvorhaben der LVR – Klinik Bonn, 19.10.2017

---

**Beispiele von PatientInnen mit chronischer F2-Diagnose:**

- Frau A., 36 Jahre, wiederholte psychotische Phasen. In ambulanter Behandlung in unserer Ambulanz.

Nach psychischer Verschlechterung direkte stationsintegrierte Behandlung über 3 Wochen zur Entaktualisierung und Vermeidung einer stationären Aufnahme.

---

Dr. Michael Schormann, Das Modellvorhaben der LVR – Klinik Bonn, 19.10.2017

---

**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

---

Dr. Michael Schormann, Das Modellvorhaben der LVR – Klinik Bonn, 19.10.2017

### Bisherige Akzeptanz:

ModellpatientInnen:	<b>Positiv</b>
Evaluation:	bisher ca. 100 PatientInnen behandelt wenige Krisen in stationsintegrierter Phase, grundsätzlich Krisenübernachtung im Modell möglich mehr PatientInnen mit F3 u. hohem Funktionsniveau als F2 im Median Dauer 3 Wochen in stationsintegrierter Modellphase im Durchschnitt 3 Behandlungstage pro Woche

Dr. Michael Schormann, Das Modellvorhaben der LVR – Klinik Bonn, 19.10.2017

### Bisherige Akzeptanz:

Nicht-ModellpatientInnen:	Bisher keine Beeinträchtigung, aber Nachfragen
Mitarbeiter:	Potential des Modellprojekts wird positiv erlebt Hoher Schulungsbedarf negative Belastung
Mehraufwand:	a) Einpflegen in Ambulanz-KIS beim Phasenwechsel b) Doppelte Leistungsdokumentation (im Verlauf + SUL-Ziffer) c) Anwendung des Kalender-planbar-Systems
Konsequenz:	Einsatz MFA zur effizienten Aufgabenverteilung
Externe Kooperationspartner:	Großes Interesse

Dr. Michael Schormann, Das Modellvorhaben der LVR – Klinik Bonn, 19.10.2017

---

**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:         Patientenorientiertere Behandlung  
                          Vermeidung von Hospitalisierung, Erhalt der sozialen Bindungen

---

Dr. Michael Schormann, Das Modellvorhaben der LVR – Klinik Bonn, 19.10.2017

**Herzlichen Dank!**

---

Dr. Michael Schormann, Das Modellvorhaben der LVR – Klinik Bonn, 19.10.2017

# Investitionen in Steine oder Prozesse?

---

## Agiles Management bei Investitionen in der psychosozialen Versorgung: Krankenhausneubauten oder psychosoziale Infrastruktur?

51. Fachgruppentagung

vom 19. – 20. Oktober 2017

in der  
LWL-Klinik Dortmund

von  
Paul Bomke, Geschäftsführer des Pfalzkrankenhauses für Psychiatrie und  
Neurologie

51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische  
Einrichtungen im VKD – Psychiatrie unter Druck (?) – Das  
PsychVVG und seine Folgen

# Agiles Management bei Investitionen in der psychosozialen Versorgung: KH-Neubauten oder psychosoziale Infrastruktur ?

Paul Bomke  
Geschäftsführer  
Pfalzkllinikum

ODER ...?

WENIGER „BETON“ MEHR „BASAR“ ???



BOLOGNA 2016:  
WAS SIND DIE KATHEDRALEN DER MODERNE ???

## WIE FANGE ICH AN ...?

- 1) Wo KOMME ICH HER ?
- 2) BEGRIFFE: HIERARCHIE UND AGILITÄT
- 3) KRANKENHAUS, ARCHITEKTUR UND INSTITUTION
- 4) EXKURS: WAS WIRKT?
- 5) WELCHE ARCHITEKTUR PASST ZU AGILITÄT IM PSYCHOSOZIALEN KONTEXT?
- 6) WIRKUNGEN UND FAZIT

## Wo KOMME ICH HER...



### ECKDATEN:

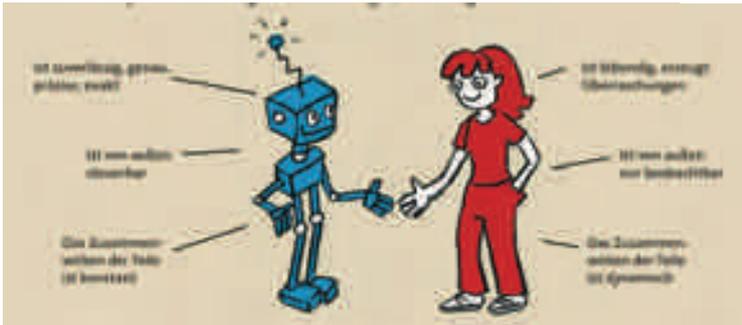
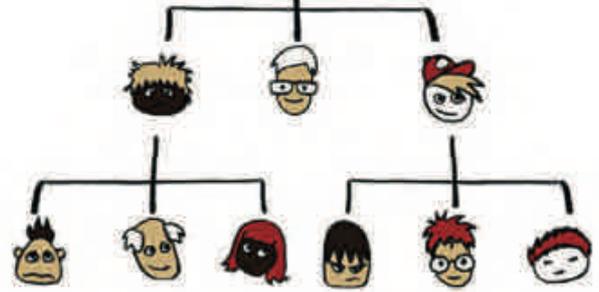
2044 MITARBEITER, 105,2 Mio. € UMSATZ, 1.060 BETTEN UND PLÄTZE  
FACHGEBIETE PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOSOMATIK, NEUROLOGIE,  
MASSREGELVOLLZUG , AMBULANZEN, GEMEINDEPSYCHIATRIE  
PRÄVENTION – DIE PFALZ MACHT SICH/DICH STARK – WEGE ZUR RESILIENZ

STAND: 12/2016

# BEGRIFFE ...



## HIERARCHIE



## AGILITÄT

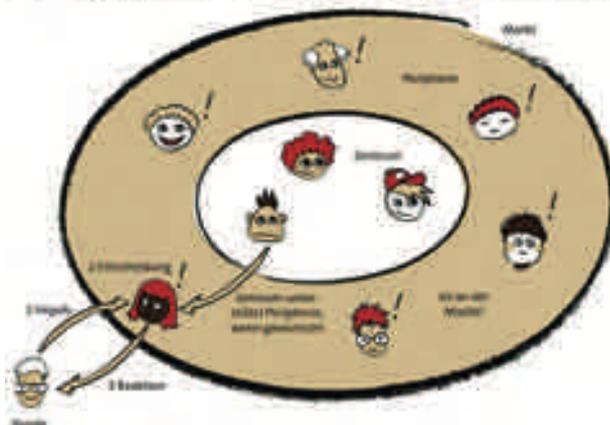
IDEE, BILDER UND AUSSAGEN AUS: PFLÄGING (2015) UND PFLÄGING/HERMANN (2016)



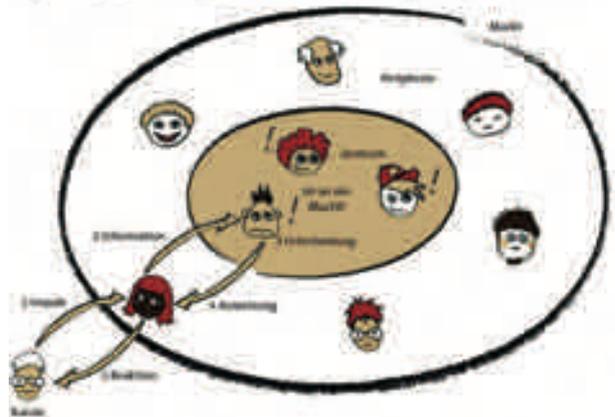
# ... UND WAS WIRKT WIE??

## HIERARCHIE

Design-Praxis: Daten, Entscheidungsrecht ist dezentralisiert, Führung per Wahlstimmen und Delegation



Design-Praxis: Agiles Selbstmanagement mit verteiltem, Steuerung per Wahlstimmen und Delegation



## AGILITÄT

IDEE, BILDER UND AUSSAGEN AUS: PFLÄGING (2015) UND PFLÄGING/HERMANN (2016)



## BEGRIFFE ...

KRANKENHAUS



ARCHITEKTUR



INSTITUTION

QUELLEN: PFALZKLINIKUM - KAISERSLAUTERN, ROCKENHAUSEN, KLINGENMÜNSTER, STATIONSFLUR KLINIK FÜR FORENSISCHE PSYCHIATRIE; LWL KLINIK DORTMUND

## BEGRIFFE ...

LEBENSWELT ?

PERSONENZENTRIERUNG ?

AUGENHÖHE ?

SOZIALRAUMORIENTIERUNG ?

VERHANDELN STATT BEHANDLEN ?

HOMETREATMENT ?

DEINSTITUTIONALISIERUNG ?

QUELLEN: PFALZKLINIKUM - GEMEINDEPSYCHIATRISCHES ZENTRUM SPEYER-WEST (AUF SUPERMARKT UND GESCHÄFTE)

## ... ALSO BASAR - ODER LIEBER HIERACHIE UND BETON ?



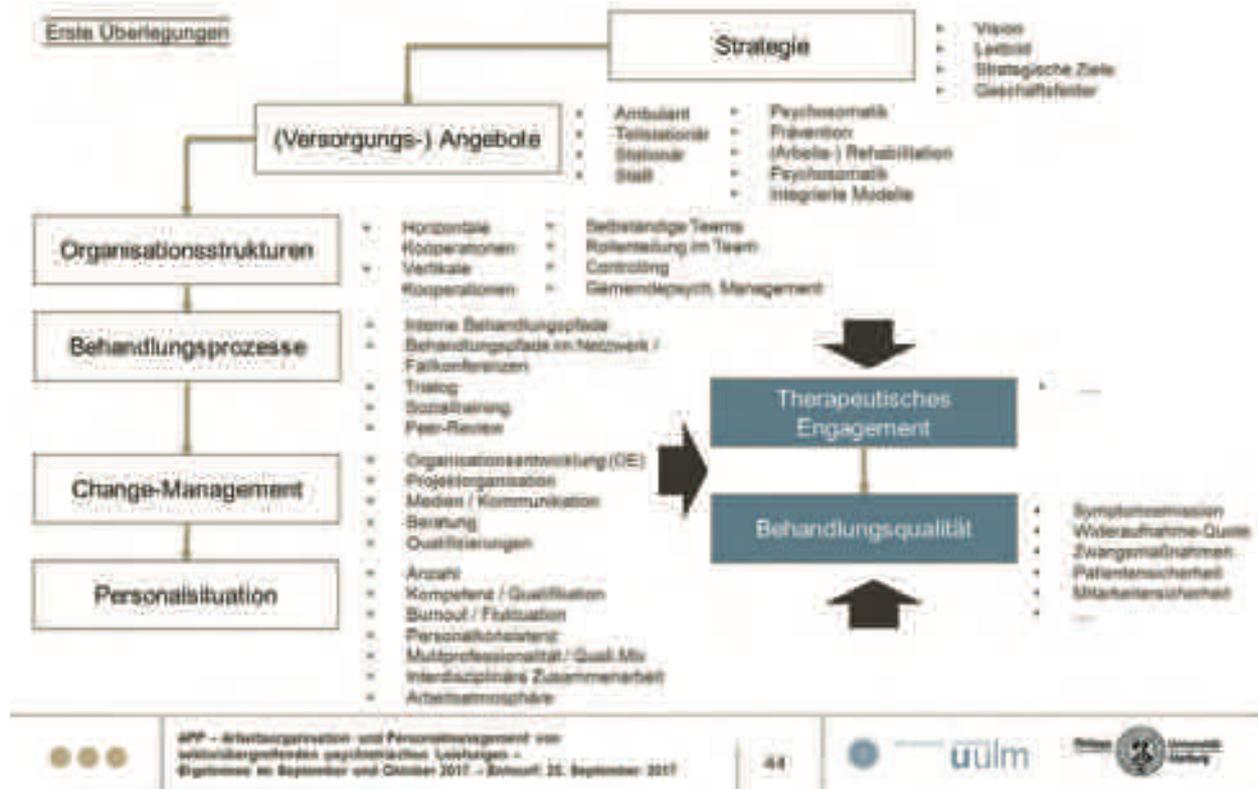
QUELLEN: [HTTP://WWW.HAMBURG.DE/FISCHMARKT/](http://www.hamburg.de/fischmarkt/) UND BUNDESHEER (PLANUNGSGEMEINSCHAFT PODSEDENSEK, RATH, SPIRK UND PARTNER)

## EXKURS: WAS WIRKT ? (ZWEI MODELLE)

### OECD-MODELL DER LEISTUNGSFÄHIGKEIT VON GESUNDHEITSSYSTEMEN (ARAH ET AL. (2006))

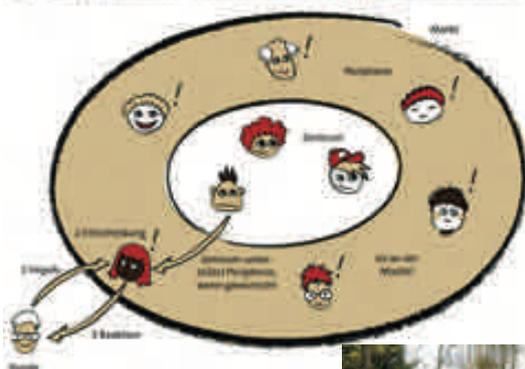
Health Care System Performance					
	Quality			Access	Cost / Expenditure
	Effectiveness	Safety	Responsiveness / Patient-centredness	Accessibility	
Meeting needs:					
Staying healthy					
Getting better					
Living with illness or disability					
Coping with end-of-life					

# ARBEITSORGANISATION UND PERSONALMANAGEMENT VON SEKTORÜBERGREIFENDEN PSYCHIATRISCHEN LEISTUNGEN (APP) (BRÜCKNER-BOZETTI ET AL. 2017)

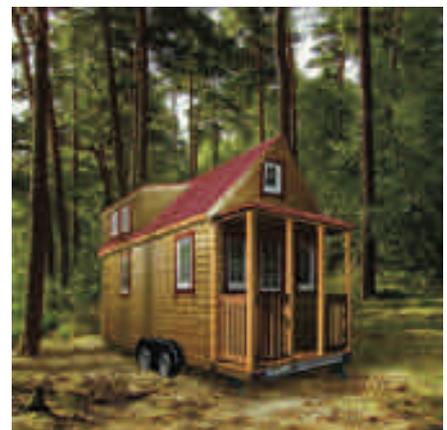


## ... UND JETZT: WELCHE ARCHITEKTUR PASST ZU AGILITÄT IM PSYCHOSOZIALEN KONTEXT ?

Design-Praxis: Eine Untersuchungsmöglichkeit der Arbeitskultur, Führung von Unternehmen und Teams.



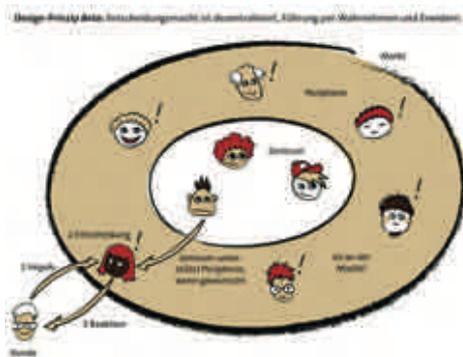
... DAS KLEINE HAUS ODER DAS ZELT ?



QUELLEN: PFLÄGING (2015) UND PFLÄGING/HERMANN (2016) SOWIE TINY HOUSE UNTER: [HTTPS://WWW.GOTINY.DE](https://www.gotiny.de) SOWIE MONGOLISCHE JURTE UNTER: [HTTP://MONGOLEISHOP.DE](http://mongoleishop.de)



# ... UND JETZT: WELCHE ARCHITEKTUR PASST ZU AGILITÄT IM PSYCHOSOZIALEN KONTEXT ?

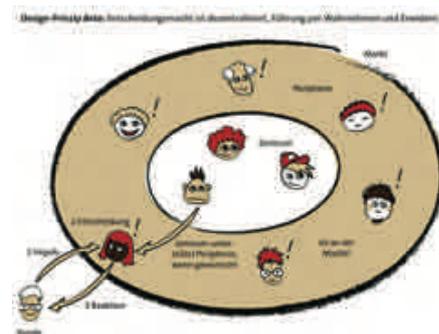


... ODER KRANKENHAUS NEU GEDACHT ?



QUELLEN: PFLÄGING (2015) UND PFLÄGING/HERMANN (2016) SOWIE INTERESSENGEMEINSCHAFT SOZIALPSYCHIATRIE BERN (MIT SOTERIA) UNTER: [HTTPS://WWW.IGSBERN.CH/DE/SOTERIA/BLLDER.PHP](https://www.igsbern.ch/de/soteria/blllder.php)

# ... UND JETZT: WELCHE ARCHITEKTUR PASST ZU AGILITÄT IM PSYCHOSOZIALEN KONTEXT ?



... ODER PSYCHOSOZIALE ANGEBOTE ALS NETZWERK?



QUELLEN: PFLÄGING (2015) UND PFLÄGING/HERMANN (2016) SOWIE [HTTPS://WWW.PFALZKLINIKUM.DE/STANDORTE/BELLHEIM/](https://www.pfalzlinikum.de/standorte/bellheim/)

## WIRKUNGEN ...

---

**ARCHITEKTUR** BZW. DIE STRUKTUR MUSS DEM AUFTRAG FOLGEN! SIE SPIEGELT **HALTUNG** WIDER!

---

WENN WIR DIE **PSYCHOSOZIALEN ENTWICKLUNGEN** ERNST NEHMEN, BRAUCHEN WIR WENIGER HIERARCHIE BZW. WENIGER INSTITUTION UND:

---

... MEHR **SELBSTREGULIERUNG** UND MEHR AUSSEN STATT INNEN

---

... MEHR BASARSTRUKTUR (**INFRASTRUKTUR**)

---

... MEHR FOKUSSIERUNG AUF DIE RELEVANTEN WIRKFAKTOREN, ALSO DIE ENTWICKLUNG EINES ANDEREN **MANAGEMENTMODELL VON GESUNDHEIT**

---

... UND SOMIT MEHR **ZELTE**, MEHR **SOTERIA**, MEHR **TINY-HOUSES** , MEHR **NETZWERKE?**

---

## ... MEIN FAZIT!

---

**ENTRÜMPELN** WIR UNSER KRANKENHAUS IN SACHEN **HIERARCHIE** UND **FÜHRUNG** UND **VERANTWORTUNG**

---

**ENTRÜMPELN** WIR UNSER **DENKEN**

---

KONZENTRIEREN WIR UNS AUF DIE **SUCHE** UND DEN **ERHALT GUTER LEUTE**

---

**ENTRÜMPELN** WIR DIE **KRANKENHAUSFINANZIERUNG**

---

**DEFINIEREN** WIR KRANKENHAUS **NEU**

---

... UND BAUEN GEMEINSAM AN **HÄUSERN**, „**BRÜCKEN**“, „**NETZEN**“ UND **VERTRAUEN**

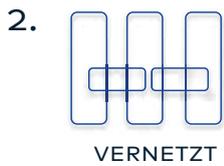
---

– **AUCH DAFÜR WERDEN GUTE ARCHITEKTEN BENÖTIGT.**

---

# Zusammenfassung

## GESUNDHEITSWESEN

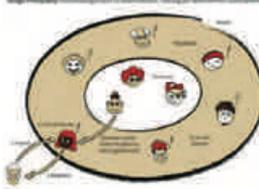
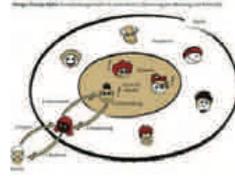


## 4. PUBLIC – HEALTH

## BAUEN



## ORGANISATION



## HALTUNG

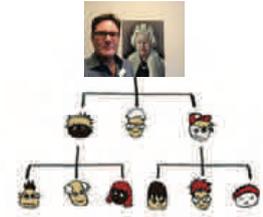


Tabelle 2: OECD-Maßstab der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen (Joshi et al. 2006)

Healthcare Results	Quality			Access	Cost / Expenditure
	Efficiency	Safety	Appropriateness / Patient-centredness		
Survival benefits					
Quality of care					
Living with illness or disability					
Costing with health care					



Danke für Ihr Ohr!

Paul Bomke  
Geschäftsführer

Telefon: 06349/900-1000

E-Mail: [paul.bomke@pfalzkl. klinikum.de](mailto:paul.bomke@pfalzkl. klinikum.de)

Internet: [www.pfalzkl. klinikum.de](http://www.pfalzkl. klinikum.de)

# Bau und Architektur in der Psychiatrie

---

**51. Fachgruppentagung**

vom 19. – 20. Oktober 2017

in der  
LWL-Klinik Dortmund

## Architektur in psychiatrischen Kliniken – Aktuelle Trends

51. Fachgruppentagung

vom 19. – 20. Oktober 2017

in der  
LWL-Klinik Dortmund

von  
Professor Marian Dutczak, Bergstermann + Dutczak Architekten  
Ingenieure GmbH

## Architektur in psychiatrischen Kliniken

Prof. Marian Dutzak  
Dipl.-Ing. Architekt + Stadtplaner BDA



Wolfgang Bergstermann



Prof. Marian Dutzak



Michael Schwarze

### Büroprofil

Bergstermann + Dutzak ging aus dem im Jahre 1956 von Theo Schwill in Dortmund gegründeten Architekturbüro hervor.

Das Architekturbüro besteht seit 1956 ohne Unterbrechung und verfügt über jahrzehntelange Erfahrung insbesondere im Krankenhausbau, Laborbau und Bürobau. Wir sind bundesweit und international tätig.

Büropartner und Mitarbeiter nehmen regelmäßig an nationalen und internationalen Fortbildungsveranstaltungen, Fachmessen sowie Kongressen teil.

Über 80% unserer Projekte sind öffentlich geförderte Baumaßnahmen.



bergstermann + dutczak

**Krankenhäuser**



St. Johannes Hospital Dortmund  
Westflügel und Magistrale

Evangelische Stiftung Tannenhof Remscheid  
Neubau Gerontopsychiatrie

LVR - Klinik in Düren  
Neubau Bettenhaus



bergstermann + dutczak



**Laborbauten**



Westfälische Wilhelms-Universität Münster  
Neubau Meet-Arkaden

Hessisches Baumanagement  
Neubau Synthetische Mikrobiologie

Technologiepark Münster  
Neubau eines Laborgebäudes



bergstermann + dutczak



## Bürobauten

Antonia Verlagsgesellschaft  
Lensing Camée Dortmund



bergstermann + dutczak



Schlüchtermann Schiller'sche  
Familienstiftung  
Neubau Geschäftshaus

Kirchhoff- Gruppe  
Umbau und Sanierung  
Verwaltungsgebäude



## Wettbewerbe



St. Vincentus-Kliniken Karlsruhe  
1. Preis



Uniklinikum Freiburg, Kinder- und Jugendklinik  
2. Preis ( 1. Preis wurde nicht vergeben)

bergstermann + dutczak

---

Psychiatrische Kliniken im Wandel der Zeit

**oder**

Was ist heute anders?

---

bergstermann + dutczak

---

Verwahranstalten

Irrenhäuser

Heime

versteckt

verschwiegen

eingesperrt

---

bergstermann + dutczak

### **Wandel durch:**

- Aufklärung in den Medien
- Werteverstärkungen innerhalb unserer Gesellschaft
- Höhere gesellschaftliche und politische Toleranz gegenüber unseren Mitmenschen



bergstermann + dutczak

### **Resultate:**

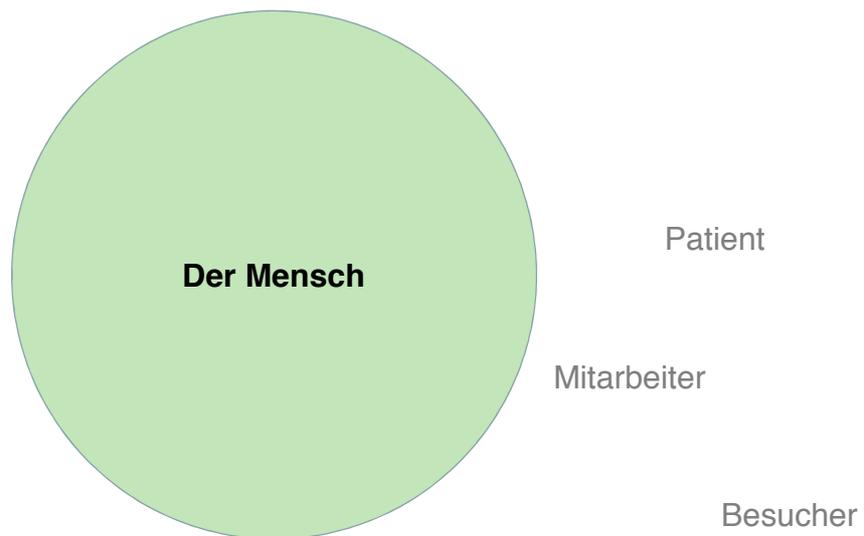
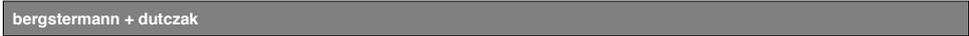
- Veränderte Wahrnehmung der Patienten und Erkrankungen
- Neue Formen der Unterbringung
- Menschliches und heilendes Ambiente



bergstermann + dutczak

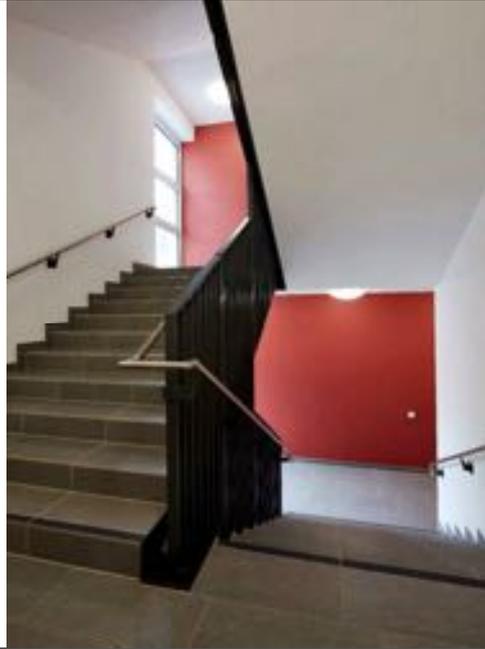


## Anforderungen an zeitadäquate Bauten



**Kriterien:**

- Familiäre Atmosphäre im wohnlichen Ambiente
- Helle und tageslichtdurchflutete Räume
- Nutzungsadäquate Auswahl von Materialien + Farben



bergstermann + dutczak

Gebaut - **Beispiele**

bergstermann + dutczak

**Evangelische Stiftung Tannenhof**

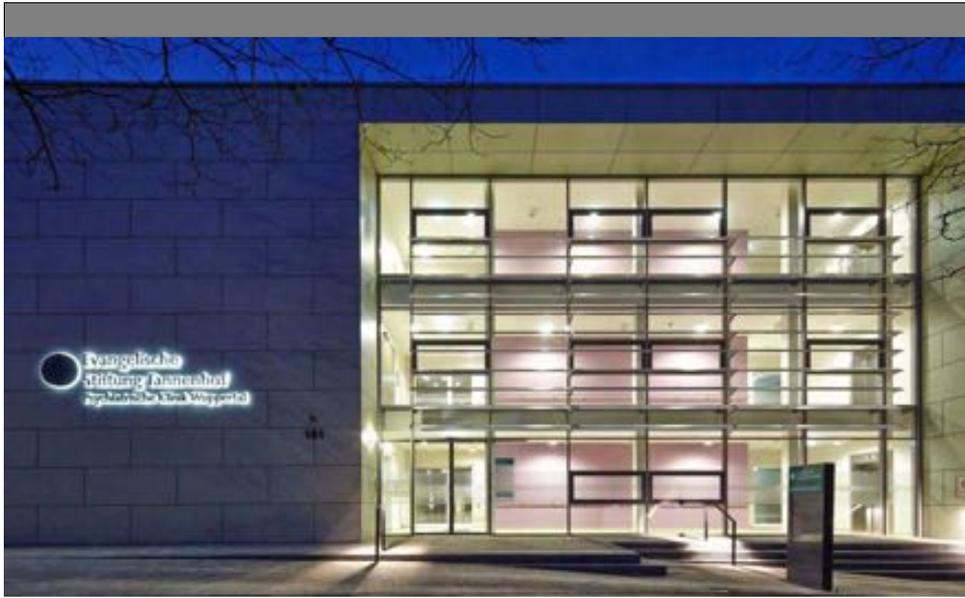
Neubau Gerontopsychiatrie  
Wuppertal

Architekten  
Bergstermann + Dutczak



bergstermann + dutczak





Architektur + Städtebau

bergstermann + dutczak

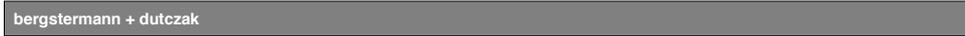


Öffentlich + privat

bergstermann + dutczak



Licht + Blickbeziehungen



Material + Farbe





Material + Farbe

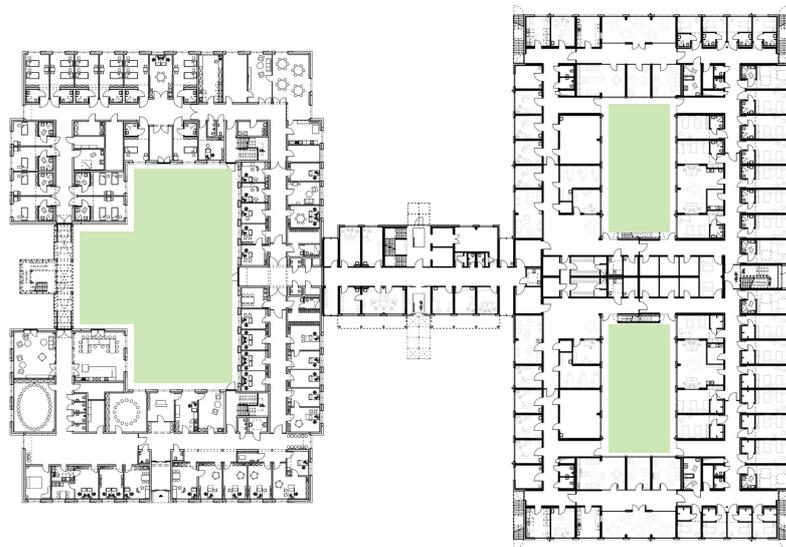
bergstermann + dutczak

**LVR - Klinik Düren**  
Neubau Psychiatrie 1.+ 2. BA

Architekten  
Bergstermann + Dutczak



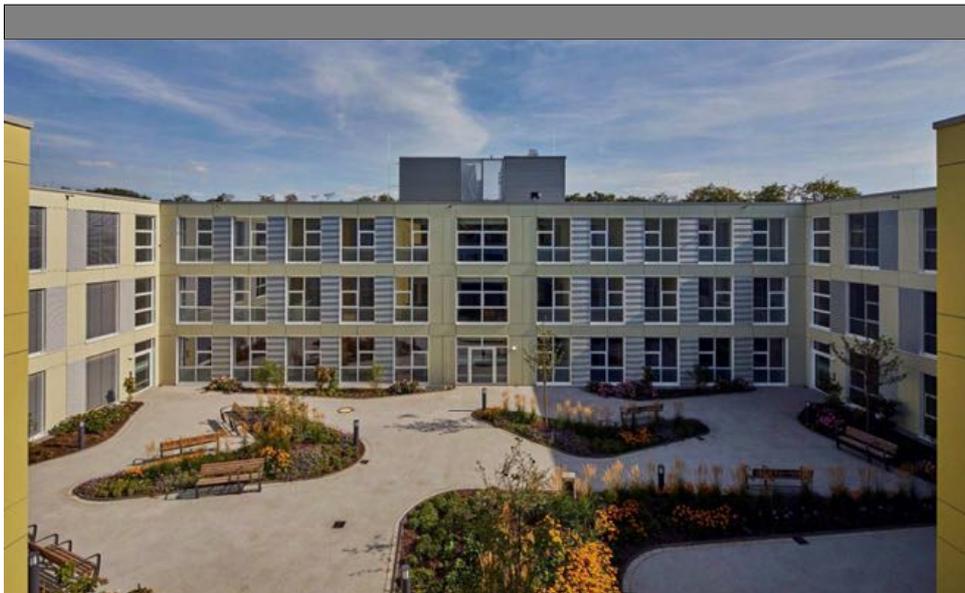
bergstermann + dutczak



2. BA

1. BA

bergstermann + dutczak



Architektur + Städtebau

bergstermann + dutczak



Architektur + Städtebau

bergstermann + dutczak



Material + Farbe

bergstermann + dutczak



Material + Farbe

bergstermann + dutczak



Material + Farbe

bergstermann + dutczak



Licht + Blickbeziehungen

bergstermann + dutczak



Funktion + Gestalt

bergstermann + dutczak

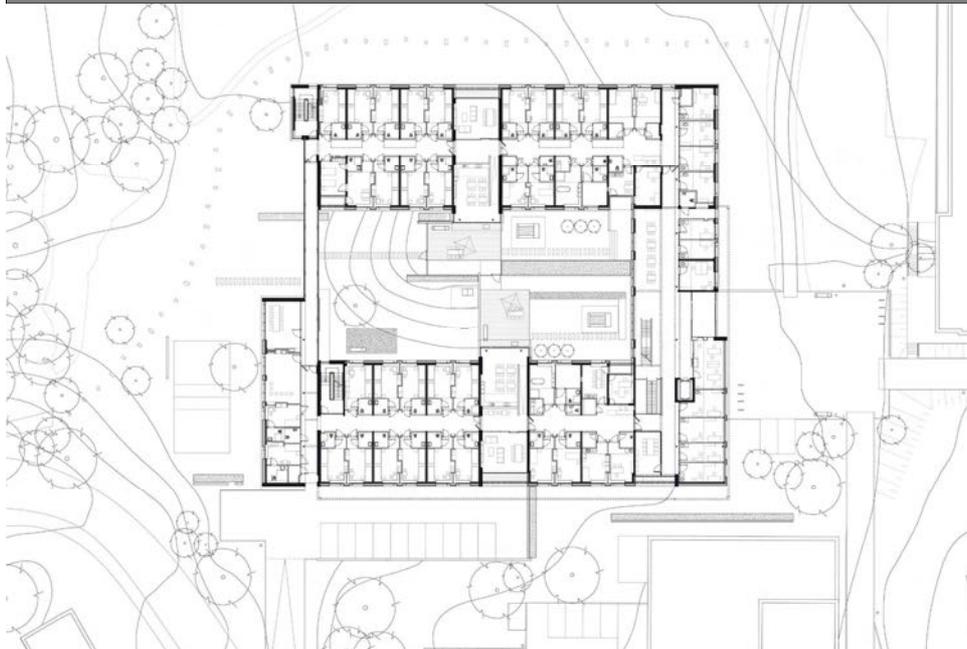
## Zentrum für Psychiatrie

Friedrichshafen

Architekten  
huber staudt architekten bda



bergstermann + dutczak



bergstermann + dutczak



Architektur + Städtebau

bergstermann + dutczak

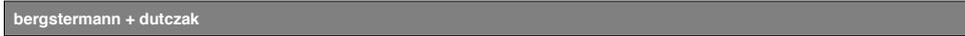


Architektur + Städtebau

bergstermann + dutczak



Licht + Blickbeziehungen

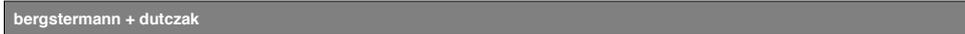


Material + Farbe





Material + Farbe



### Ausblick

- Zunahme psychischer Erkrankungen z. B. durch:
  - Reizüberflutung im täglichen Leben
  - Dauerstress am Arbeitsplatz
  - Demoskopische Entwicklungen



## Ausblick

- Anerkennung und Gleichstellung psychischer Erkrankungen mit den somatischen
- Stärkung der Netzwerke zwischen
  - ambulant / Praxen
  - teilstationär / Tageskliniken
  - stationär / psychiatrische Kliniken
- Ausbau familienähnlicher Wohngemeinschaften außerhalb der Krankenhäuser



bergstermann + dutczak

### Bergstermann + Dutczak

Architekten Ingenieure GmbH

Wolfgang Bergstermann  
Dipl.-Ing. Architekt BDA

Prof. Marian Dutczak  
Dipl.-Ing. Architekt + Stadtplaner BDA

Michael Schwarze  
Dipl.-Ing. Architekt BDA

Westenhellweg 75-79  
44137 Dortmund  
Tel. 0231 9145560  
Fax 0231 91455666  
info@bergstermann-dutczak.de  
www.bergstermann-dutczak.de



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

## Nachhaltigkeit: lohnt sich Passivhausstandard?

51. Fachgruppentagung

vom 19. – 20. Oktober 2017

in der  
LWL-Klinik Dortmund

von  
Barbara Kaulhausen, Abteilungsleiterin Neubau, Umbau- und  
Erweiterungsmaßnahmen, und Detlev Bülls, Teamleiter  
Technische Gebäudeausrüstung im LVR-Fachbereich Umwelt,  
Baumaßnahmen und Betreiberaufgaben

# 51. Jahrestagung der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD Psychiatrie unter Druck - Das PsychVVG und seine Folgen

## Bau und Architektur in der Psychiatrie Nachhaltigkeit: lohnt sich Passivhausstandard?

Dortmund, 20.10.2017

### „Lohnt sich Passivhausstandard“

- **Warum Energie sparen?**
- **Klimaschutzziele –UN-Bund-**
- **Wie erreichen wir die Ziele?**
- **Was bedeutet Passivhausstandard?**
- **Passivhausstandard beim LVR und anderen öffentlichen Bauherren**
- **Ausblick**



## Warum Energie sparen?

- Emissionen von Kohlendioxid und anderen sogenannten **„Treibhausgasen“** können zu einem **irreversiblen Klimawandel** führen.
- **Treibhausgase sind u.a. Kohlendioxid (CO<sub>2</sub>), Methan, Lachgas und einige FCKW.** CO<sub>2</sub> wird insbesondere bei der Verbrennung von organischer Materie freigesetzt, z.B. bei der Verbrennung von Kohle, Erdgas oder Treibstoffen (Benzin).
- Gleichzeitig ist weltweit eine der **größten „CO<sub>2</sub>-Fallen“, der tropische Regenwald**, von Raubbau und Abholzung bedroht.



18.10.2017

Folie 3

## Warum Energie sparen?

### UN –Klimakonferenz Überblick

- **Die Klimarahmenkonvention ist das internationale, multilaterale Klimaschutzabkommen der Vereinten Nationen.**
- **Ziel ist es, eine gefährliche anthropogene - also eine vom Menschen verursachte - Störung des Klimasystems zu verhindern.**
- **Die UNFCCC wurde 1992 im Rahmen der Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung (UNCED) in Rio de Janeiro ins Leben gerufen und trat zwei Jahre später in Kraft.**
- **Mittlerweile haben 195 Staaten die UNFCCC ratifiziert und damit nahezu alle Staaten der Welt.**

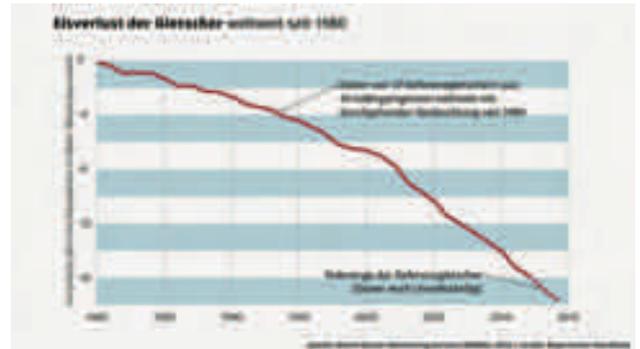


18.10.2017

Folie 4

## Warum Energie sparen?

- **Anstieg der mittleren Erdtemperaturen** um 0,3 bis 0,6° C seit Ende des 19. Jahrhunderts.
- Durch Abschmelzens der Polkappen und Binnenlandgletscher **Anstieg der Meeresspiegel** in den letzten 100 Jahren um 10 bis 25 cm.
- Prognostiziert werden eine **Zunahme an Wolkenbildung und Niederschlägen**, eine **erhöhte Verdunstungsrate**, welche einige Regionen stärker austrocknen lässt, der globale durchschnittliche Meeresspiegel wird um rund 50 cm ansteigen, landwirtschaftlich genutzte Gebiete und natürliche Ökosysteme werden sich polwärts verlagern, und die **Häufigkeit und Intensität von Wetterextremen könnten sich ändern**.



## Klimaschutzziele –UN-Bund- Ziele der Klimarahmenkonvention

- **anthropogene Störung des Klimasystems zu verhindern.**
- **Stabilisierung der Treibhausgaskonzentrationen**
- **Anpassungsmöglichkeit der natürlichen Ökosysteme,**
- **Begrenzung** des globalen Temperaturanstieg auf **unter zwei Grad Celsius** gegenüber vorindustrieller Zeit.
- Möglichkeit der **Begrenzung auf 1,5 Grad Celsius** offen lassen.
- **dafür müssen die Industrieländer ihre Treibhausgasemissionen bis 2050 um 80 bis 95 Prozent gegenüber 1990 reduzieren**



## Klimaschutzziele –UN-Bund- Paris COP 21 2015

- Vertragsstaaten vereinbarten im Pariser Abkommen den **Anstieg der globalen Mitteltemperatur auf deutlich unter 2 ° C gegenüber** dem vorindustriellen Temperaturniveau zu begrenzen.
- Darüber hinaus sollen sich die Staaten anstrengen, den **Temperaturanstieg unter 1,5 ° C zu halten**. In der zweiten Hälfte des Jahrhunderts soll die Welt treibhausgasneutral werden.
- ab **2020 Vorlage ambitionierte Klimaschutzpläne alle 5 Jahre**
- **2018 erste Bilanzierung** der Anstrengungen im Hinblick auf die Einhaltung der 2 ° C-Obergrenze



COP21-CMP11  
**PARIS 2015**  
UN CLIMATE CHANGE CONFERENCE



18.10.2017

Folie 8

## Klimaschutzziele –UN-Bund- COP 21 PARIS „Pariser Abkommen“ 2015



**Gemeinsam für weltweiten Klimaschutz**

**Klimaschutz-Abkommen von Paris**

- Erderwärmung auf deutlich unter 2°C begrenzen; möglichst auf unter 1,5°C
- Globale Treibhausgasneutralität in der zweiten Jahrhunderthälfte
- Anspruchsvollere Klimaschutzpläne alle fünf Jahre
- Unterstützung für Entwicklungsländer bei Klimaschutz und Anpassungen

**Was unternimmt Deutschland?**

- Klimafreundliches Bauen und Wohnen
- Energiewende von Atomkraft & fossilen Brennstoffen hin zu Erneuerbaren Energien
- Energieeffizienz und Innovation
- Klimaschutz in Landwirtschaft und Landnutzung
- Förderung einer nachhaltigen Mobilität

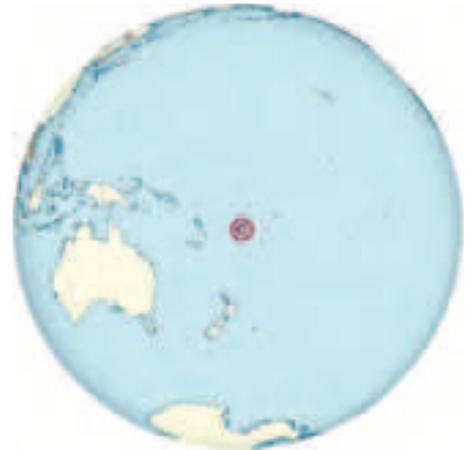
www.lvrmb.bund.de

18.10.2017

Folie 9

## Klimaschutzziele –UN-Bund- COP 23 Bonn 2017

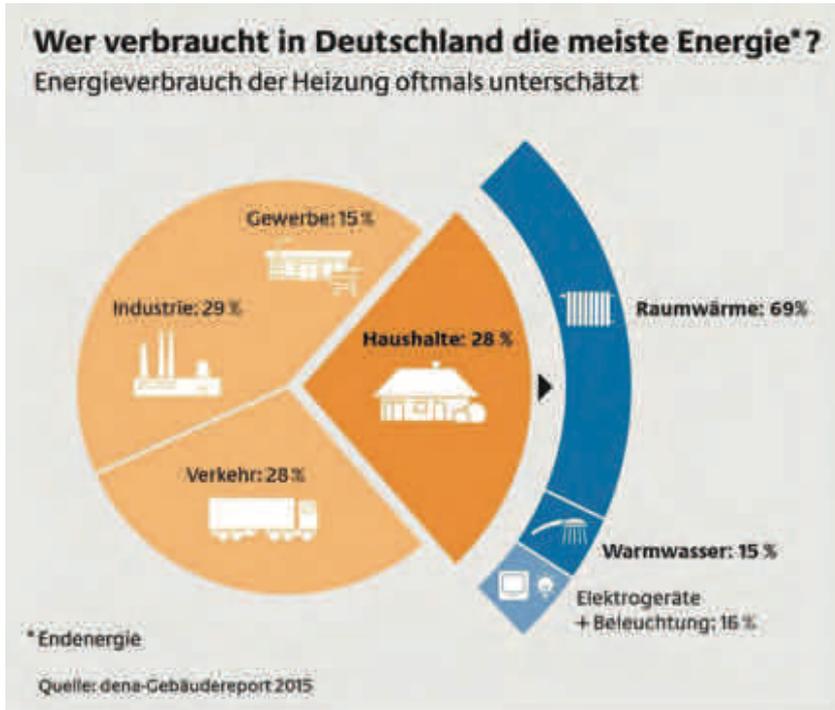
- Turnusmäßig fällt die **COP-Präsidentschaft 2017** an ein Land aus der **asiatischen Gruppe**.
- Die nächste Klimakonferenz wird **unter der Präsidentschaft von Fidschi in Bonn**, am Sitz der UN-Klimarahmenkonvention stattfinden. In Bonn hat das UN-Klimasekretariat (UNFCCC) seinen Sitz.
- Es kann immer dann als Austragungsort gewählt werden, **wenn das Vorsitzland dies nicht selbst sein möchte**, zum Beispiel wegen der **fehlenden Infrastruktur oder aus wirtschaftlichen Gründen**.
- Der Inselstaat leidet selbst besonders unter den Folgen des Klimawandels.



## Klimaschutzziele –UN-Bund- Deutsche Klimaschutzpolitik

- Zentrales Ziel der deutschen Klimaschutzpolitik ist die Minderung von Treibhausgasemissionen. Deutschland hat sich zum Ziel gesetzt, seine nationalen Treibhausgasemissionen bis **2020 um 40 Prozent** und bis **2050 um 80 bis 95 Prozent** unter das Niveau von 1990 zu reduzieren.
- Der **Klimaschutzplan 2050** der Bundesregierung ist ein Gesamtkonzept für die Energie- und Klimapolitik bis zum Jahr 2050. Er legt die Maßnahmen fest, die erforderlich sind, um die gesetzten, langfristigen Klimaziele Deutschlands zu erreichen.
- Um sicherzustellen, dass Deutschland sein **Treibhausgaseminderungsziel 2020** erreichen wird, hat die Bundesregierung am 3. Dezember 2014 das **Aktionsprogramm Klimaschutz 2020** beschlossen.
- Im **November 2016 wurde der Klimaschutzbericht** vom Kabinett beschlossen

## Wie erreichen wir die Ziele?



18.10.2017

Folie 12

## Wie erreichen wir die Ziele?

Das Projekt KLIK – Klimamanager für Kliniken existiert seit 2014 und wurde vom Bundesumweltministerium gefördert. Warum spielt das Thema Klima/ Klimaschutz/Energie sparen in Krankenhäusern und Rehakliniken überhaupt so eine besondere Rolle?

Klimaschutz ist vielleicht nicht das vorrangige Anliegen der Kliniken, aber einige Krankenhäuser sind offen dafür. Energiesparen ist dann schon eher ein Thema, gerade wenn die Preise für Energieträger steigen. Krankenhäuser haben in den letzten Jahren energetisch aufgerüstet, vor allem in der Raumluft, aber auch in der Medizintechnik. Krankenhäuser haben heute höhere Energiekosten als vor zehn Jahren. **Für ein einziges Krankenhausbett wird so viel Energie benötigt, wie für mindestens vier Einfamilienhäuser.** Interessant für Krankenhäuser

ist dann auch, dass wir im KLIKProjekt mit nicht oder geringinvestiven Maßnahmen beginnen. Also, einfach nur mit der eigenen Expertise durchs Haus zu gehen und damit, nach Energieverschwendung zu schauen, wenn beispielsweise Räume zu Zeiten geheizt und belüftet werden, in denen sich niemand dort aufhält. Oder Treppenhäuser und Flure beleuchtet sind, obwohl kein Mensch dort unterwegs ist. Damit ist schon viel zu erreichen.



18.10.2017

Folie 13

## Wie erreichen wir die Ziele?

Europäische Gebäuderichtlinie EPBD 2010

Ab **2020 sollen alle Neubauten in der EU fast keine Energie** mehr benötigen für Heizung, Warmwasser, Lüftung und Kühlung.

Neubauten von Behörden sollen bereits ab 2019 diese Anforderungen erfüllen.

18.10.2017

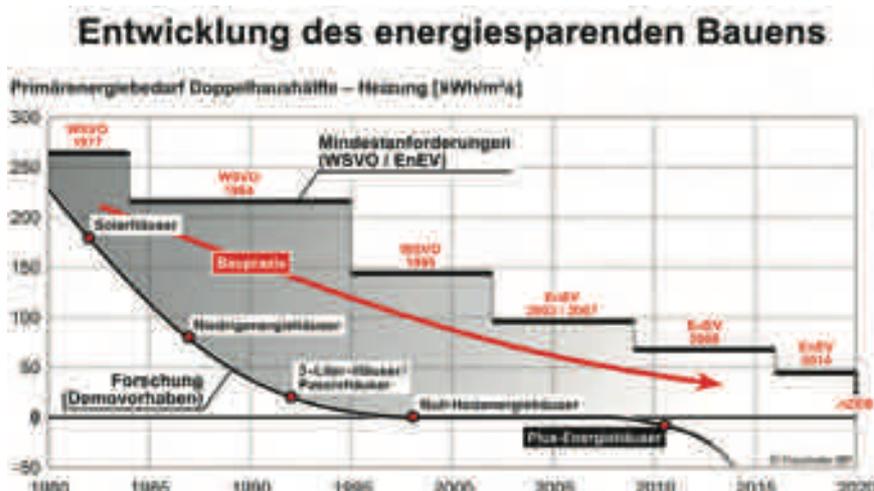
Folie 14

## Wie erreichen wir die Ziele?

Diesem Thema widmet die Richtlinie den neuen Artikel 9  
„**Fast-Nullenergiegebäude**“.

Das sind Gebäude mit einer sehr hohen Gesamtenergieeffizienz

Der nahezu inexistenten oder äußerst geringfügigen Energiebedarf sollte möglichst durch Energie aus **erneuerbaren Energiequellen** – auch am Standort oder in der Nähe des Gebäudes erzeugt – gedeckt werden



18.10.2017

Folie 15

## Wie erreichen wir die Ziele

### Einsatz erneuerbarer Energien

EEWärmeG Januar 2017  
mindestens 15% der  
Heizenergie aus EE  
generieren

Erdwärme  
Solarthermie  
Photovoltaik  
Biomasse  
Windenergie

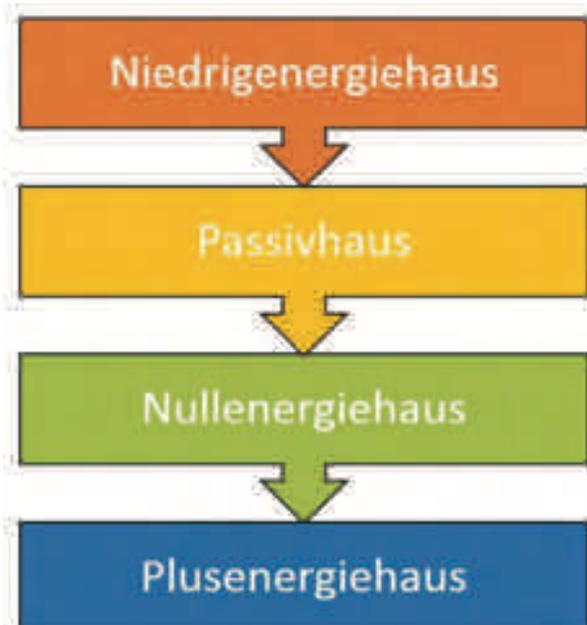
Wirkungsgrad dieser  
Technik stark  
verbessert!!



## Wie erreichen wir die Ziele

hocheffiziente Baustandards

z. B. Passivhäuser / Nullenergiehäuser



Gesetzlicher Standard

Stand heute

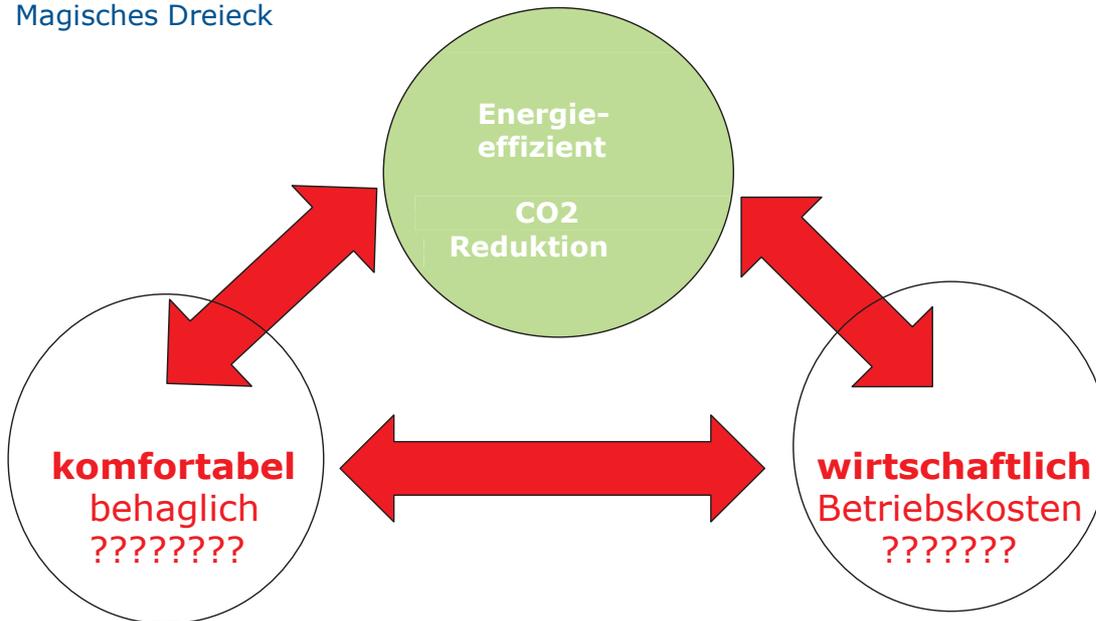
ab 2020 (!)

möglichst bald



## Was bedeutet Passivhausstandard?

Magisches Dreieck

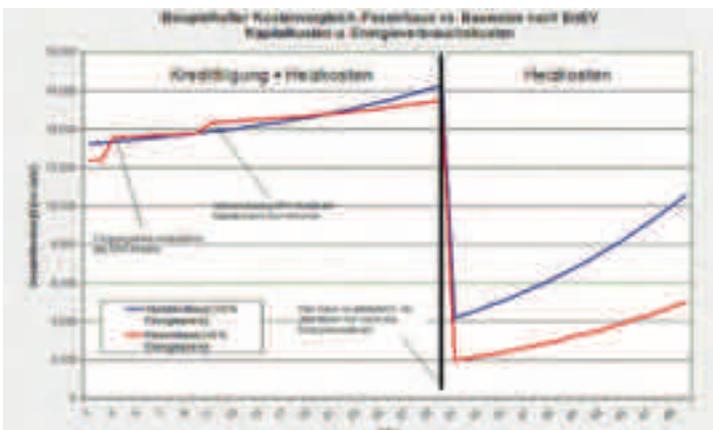


18.10.2017

Folie 20

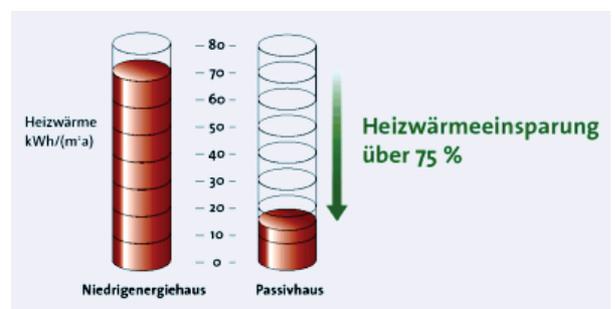
## Was bedeutet Passivhausstandard?

wirtschaftlich



Studie des Energiereferat Frankfurt a.M. 2010. S. 4

effizient



Passivhausinstitut

18.10.2017

Folie 21

## Was bedeutet Passivhausstandard?

### wirtschaftlich

#### PROGNOSE FÜR DIE EEG-UMLAGE 2018 UND 2019

EEG-Umlage für Haushalts- und Gewerbetunden in Deutschland



Daten: Agora Energiewende © STROM-REPORT

#### STROMPREISENTWICKLUNG 2000 - 2017

Anstieg der Strompreise für Privathaushalte um 109% seit Jahrtausendwende



Daten: BDEW 2017 © STROM-REPORT

#### ZUSAMMENSETZUNG DES STROMPREISES 2017

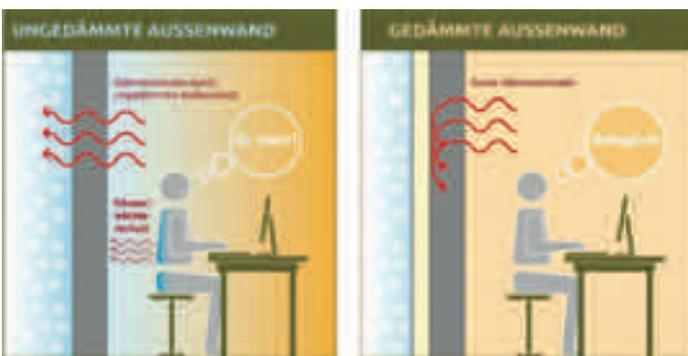
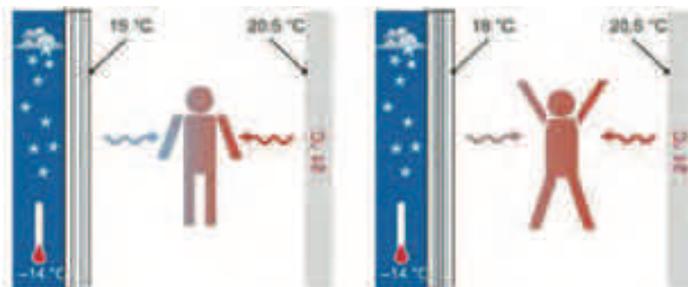
Durchschnittlicher Strompreis für Haushaltskunden in Deutschland\*



Daten: BDEW 2017 © STROM-REPORT.DE

## Was bedeutet Passivhausstandard?

### komfortabel / thermische Behaglichkeit



## Was bedeutet Passivhausstandard? Komfortabel???

Das sagen die Nutzer

- zu kalt
- zu warm
- zu träge
- schlechte Luft
- kein Fenster zum öffnen



18.10.2017

Folie 24

## Was bedeutet Passivhausstandard?

Daran müssen wir gemeinsam weiterarbeiten:

- Planungsphase „0“ verstärken
- hier werden die Ziele gemeinsam definiert
- Nutzen des Gebäudes klären
- Nutzerverhalten klären
- Nutzer sensibilisieren
- Behaglichkeit steigern
- Nutzungseinschränkungen verhindern
- dies erfordert erhöhten Abstimmungsbedarf
- Datenerhebung über Monitoring
- ggfls. Entscheidung zu anderen **hocheffizienten** Gebäudestandards



18.10.2017

Folie 25

- **Passivhausstandard beim LVR**

- **LVR arbeitet aufbauend auf der Agenda 21** (Unterzeichnung der Charta von Johannesburg).
- LVR **unterstützt die Klimaschutzziele** der Bundesregierung und hat daher ein **Integriertes Klimaschutzkonzept** erstellt.
- **Klimaschutzkonzept ist der Grundstein** für die weitere Klimaschutzarbeit.
- Das Klimaschutzkonzept enthält ein **vielfältiges Maßnahmenpaket** zur Umsetzung.
- Vorbereitung **Klimaschutzteilkonzept Eigene Liegenschaften**.

18.10.2017

Folie 26

## Passivhausstandard beim LVR

Überblick über realisierte Projekte im PH-Standard

vier Tageskliniken  
drei Turnhallen  
drei Schulgebäude  
vier Stationsgebäude

vier weitere Bettenhausneubauten im Bau



18.10.2017

Folie 27

## Passivhausstandard beim LVR

Ergebnisse aus den ersten Betriebsjahren

Beispiel LVR-Tagesklinik Köln Chorweiler



Baujahr	2011
Energiekennwert (PHPP)	13 KWh/m <sup>2</sup> a
Primärenergiewert	115 KWh/m <sup>2</sup> a
A/V Verhältnis	0,37
Zertifizierung	Nein
PHPP Nachweis	JA

Primärenergieverbrauch 2013-2016  
137 KWh/m<sup>2</sup>/a im Mittel

## Passivhausstandard beim LVR

Ergebnisse aus den ersten Betriebsjahren

Beispiel LVR-Gutenbergschule in Stolberg



Baujahr	2010
Energiekennwert (PHPP)	15 KWh/m <sup>2</sup> a
Primärenergiewert	115 KWh/m <sup>2</sup> a
A/V Verhältnis	0,48
Zertifizierung	NEIN
PHPP Nachweis	JA
Schule und Turnhalle im PH-Standard	

Primärenergieverbrauch 2013-2016  
119,24 KWh/m<sup>2</sup>/a im Mittel

## Passivhausstandard beim LVR

Ergebnisse aus den ersten Betriebsjahren

Beispiel LVR-Klinik Viersen, Neubau Stationsgebäude Kinder- und Jugendpsychiatrie



Baujahr	2010/2012
Energiekennwert (PHPP)	10 KWh/m <sup>2</sup> a
Primärenergiewert	<b>105 KWh/m<sup>2</sup>a</b>
A/V Verhältnis	0,34
Zertifizierung	JA
PHPP Nachweis	JA
2 Gebäude im PH-Standard	

**Primärenergieverbrauch 2013-2016**  
**109 KWh/m<sup>2</sup>/a im Mittel**

## Passivhausstandard beim LVR

Hocheffizienzgebäude

Beispiel LVR-Klinik Düren Neubau Bettenhaus 1. Bauabschnitt



Baujahr	2012/2013
Primärenergiewert	<b>100 KWh/m<sup>2</sup>a</b>
Modulgebäude	
kein PH Standard, jedoch Einhaltung des	
Primärenergiebedarfes durch PV- Anlage 76	
KWp	
<b>KWh 2013-2016</b>	<b>236.000</b>



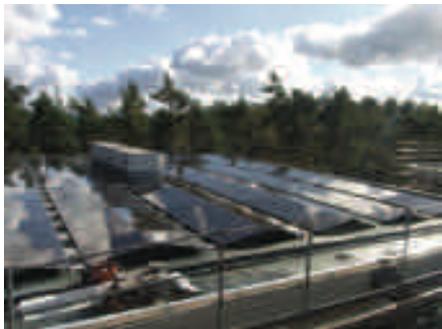
## Passivhausstandard beim LVR

Hocheffizienzgebäude

Beispiel Freilichtmuseum Kommern, Ausstellungspavillons



Baujahr  
kein PH Standard  
Sanierung Bestandsgebäude 2012/2013  
PV-Anlage 81 KWp  
KWh 2013-2016 187.650



18.10.2017

Folie 32

## Passivhausstandard bei anderen öffentlichen Bauherren

[https://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=5343481&ffmpar\[\\_id\\_inhalt\]=5343485](https://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=5343481&ffmpar[_id_inhalt]=5343485)

<https://www.hcm-magazin.de/krankenhaeuser-energie-sparen-durch-passivhaus-standard/150/10738/237421>

[http://ig-passivhaus.de/upload/2016\\_07\\_11\\_Pressemitteilung\\_Klinikum\\_Frankfurt\\_Hochst.pdf](http://ig-passivhaus.de/upload/2016_07_11_Pressemitteilung_Klinikum_Frankfurt_Hochst.pdf)

[http://www.dbz.de/artikel/dbz\\_Pionierarbeit\\_Krankenhausbau\\_in\\_Passivhausstandard\\_1236959.html](http://www.dbz.de/artikel/dbz_Pionierarbeit_Krankenhausbau_in_Passivhausstandard_1236959.html)

**Ausblick**

wie war noch die Frage ?

lohnt sich Passivhausstandard?

**Das ist nicht die Frage!! Die Frage muss lauten:**

**Wie schaffen wir noch mehr?**



18.10.2017

Folie 34

**Ausblick**

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit**



18.10.2017

Folie 35

# Bau und Architektur in der Psychiatrie

---

## Zusammenarbeit von Klinikbetreibern (-management) mit Architekturbüros

51. Fachgruppentagung

vom 19. – 20. Oktober 2017

in der  
LWL-Klinik Dortmund

von  
Professor Dr. Jens Bothe, Kaufmännischer Direktor der  
LWL-Klinik Dortmund



## Zusammenarbeit von Klinikbetreibern mit Architekturbüros

Prof. Dr. Jens Bothe, VKD, Fachtagung, 20.10.2017, Dortmund



### Agenda

- **Anforderungen an den Psychatriebau**
- Benötigte Spezialisierungen der Architekturbranche
- Form der Zusammenarbeit
- Neubauerstellung in Dortmund

VKD 19.10.17 Jens Bothe



## Verortung im Zielplanungsprozess

1. Strategische Zielplanung (Analyse einrichtungsspezifischer Therapie- und Behandlungsangebote, Landeskrankenhausplan, SWOT Standort, Abgleich Leistungsangebot/Marktnachfrage)
2. Bauliche Zielplanung (Analyse Bestandsinfrastruktur, bauliche Besonderheiten Standort, erforderliche Nutzfläche/Abgleich, **Nutzeranforderungen**, Optimierung der Betriebsorganisation, mit Analyse Funktionsbeziehung, Erstellung Raumprogramm, baurechtliche Rahmenbedingungen)
3. Umsetzungsplanung, Aufsetzen Projektorganisation
4. Bauaufgabensteuerung (transparente Entscheidungen, wirtschaftlicher Mitteleinsatz, Zielerreichung bei Qualität, Kosten und Terminen)

VKD 19.10.17 Jens Bothe

**LWL**  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

WER NICHT  
WEIß, WAS ER  
WILL, BEKOMMT  
SELTEN, WAS  
ER BRAUCHT...



VKD 19.10.17 Jens Bothe

**LWL**  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

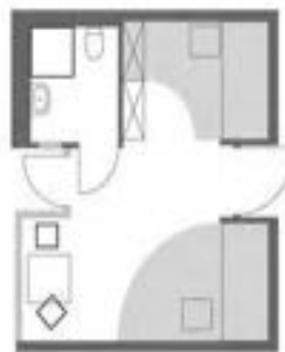
# 1. Bedarfe psychiatrischer Patienten (Beispiele)

- Bewegungsradius größer als bei somatischen Patienten: erweitert sich auf die gesamte Einrichtung
  - Geeignete Aufenthalts- und Freizeitangebote schaffen – gemeinsame Mittagessen, aktive Freizeitgestaltung
  - Rückzugsmöglichkeiten anbieten – Bedürfnis nach Privatsphäre entsprechen
- Wohnbedürfnisse mit Sicherheit und Schutz, Alleinsein und Privatheit, Zusammensein
- Primäre Territorien – Verfügbarkeit über Areale oder Objekte für persönliche Nutzung (Autonomie und Kontrolle über Territorium vermittelt Gefühl von Schutz und Privatsphäre) – Aneignung durch Personalisieren und Markieren zur Abgrenzung (Vandalismusschutz!)

Quelle: Institut für evidenzbasierte Architektur VKD 19.10.17 Jens Bothe  
im Gesundheitswesen, [www.eph-psychiatrie.de](http://www.eph-psychiatrie.de)



## Primärterritoriale Integrität



Quelle: Institut für evidenzbasierte Architektur VKD 19.10.17 Jens Bothe  
im Gesundheitswesen, [www.eph-psychiatrie.de](http://www.eph-psychiatrie.de)



## Störung der Umweltwahrnehmung nach Indikation

Erkrankung/ Zustand	Ursache der Wahrnehmungs- störung	Auswirkung auf die Wahrnehmung
Agnosien* (akustisch, optisch, taktil)	Störungen in den Hirnrindenarealen	Identifizierung des Geschehens gestört, z. B. Symbolwert von Farben wird nicht mehr erkannt
Depressives Syndrom	Störungen der Bewertung von Sinneseindrücken	Sinnestäuschungen, akustische Halluzinationen, Projektion des eigenen Gemütszustandes auf die Umweltwahrnehmung; ungenaue, verlangsamte Wahrnehmung möglich
Manisches Syndrom	Affektive Enthemmung, Störung der Gefühlssphäre	erhöhte Ansprechbarkeit auf Außenreize
Affektive Erregung (Angst) oder unter toxischen Einflüssen	-	Unterempfindlichkeit der Wahrnehmung von Umwelteinflüssen
Schizophrene Krankheitsformen	Störung der Selektion der Wahrnehmung	Störungen in der Wahrnehmung der Grenzen des eigenen Körpers - Dinge außerhalb des Körpers können furchtbar wichtig werden, Vertrauen mehr auf Nah- als Fernsinne; ebenso ungehemmte, verlangsamte Wahrnehmung bis zu einer gesperrten Wahrnehmung (z. B. Stupor) möglich
Organische Hirnerkrankungen (Hirnarteriosklerose, progressive Paralyse)	Vermindertes Auffassungsvermögen, Mangelnde Konzentrationsfähigkeit, Störung der Merkfähigkeit	Orientierungsstörungen, Urteilschwäche

Quelle: Kunze 1994, S.13 ff.

VKD 19.10.17 Jens Bothe

**LWL**  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

## Licht, Farbe und Formen

- Orientierungsunterstützung – einprägsame und wiedererkennbare Referenzpunkte
- Behandlung depressiver Patienten – selbständiges Zurechtfinden, z.B. in Stresssituationen
- Gestaltung der psychiatrischen Einrichtung – Orientierungshilfen „kurz, exakt und übersichtlich!“

Quelle: Schädle-Deininger 2006, S. 248; Universalraum, Glasow

**LWL**  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

# Evidenzbasierte Healing Environments?

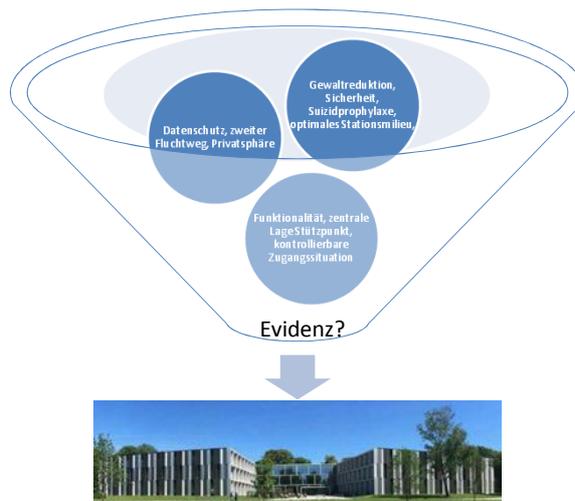
Healthcare Outcomes	Design Strategies or Environmental Interventions										
	Single-bed rooms	Access to daylight	Appropriate lighting	Views of nature	Family zone in patient rooms	Carpeting	Noise-reducing finishes	Ceiling lifts	Nursing floor layout	Decentralized supplies	Acuity-adaptable rooms
Reduced hospital-acquired infections	**										
Reduced medical errors	*		*				*				*
Reduced patient falls	*		*		*	*			*		*
Reduced pain	*	*	*	**			*				
Improved patient sleep	**	*	*				*				
Reduced patient stress	*	*	*	**	*		**				
Reduced depression	**	**	*	*							
Reduced length of stay	*	*	*								*
Improved patient privacy and confidentiality	**				*		*				
Improved communication with patients & family members	**				*		*				
Improved social support	*				*	*					
Increased patient satisfaction	**	*	*	*	*	*	*				
Decreased staff injuries	*	*	*	*				**			*
Decreased staff stress	*	*	*	*			*				
Increased staff effectiveness	*		*				*		*	*	*
Increased staff satisfaction	*	*	*	*			*				

VKD 19.10.17 Jens Bothe

Quelle: Ulrich et al., Health Environment Research and Design, 1(3), 2008



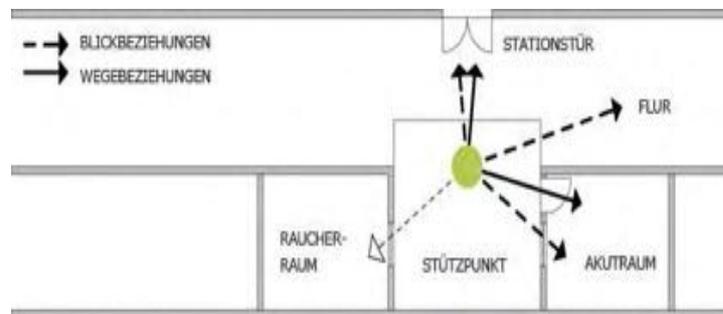
## 2. Anforderungen der Behandler



Quelle: Adaptiert nach Dobrothoff/Llewellyn-Jones, D 19.10.17 Jens Bothe International Psychogeriatrics (2011): 23:2



## Blickbeziehung



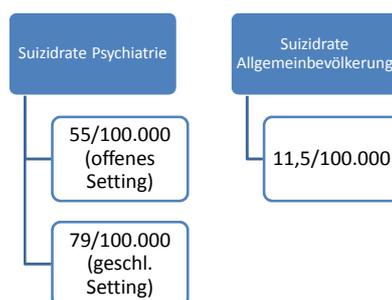
Stärkere Präferenz zur Selbstverletzung und Suizidalität –  
Vermeidung versteckter Bereiche

Quelle: Universalraum, Glasow (2011)

VKD 19.10.17 Jens Bothe

**LWL**  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

## Suizidalität



- Etwa gleiche Verteilung Geschlechter
- Durchschnitt 48J.; alle Altersgruppen
- Ort: 60% außerhalb Gelände, davon ca. 50% weit außerhalb, 8% im Gelände, ca. 1/3 im Gebäude
- 22% nach Entweichung

- Zusammenhang zwischen Architektur und Suizidverhalten
- Große Bedeutung Suizidprävention, LWL-Baurichtlinie
- Einfluss dennoch begrenzt (Ortswahl Suizide)

Quelle Suizidaten: Glasow (2011)

VKD 19.10.17 Jens Bothe

**LWL**  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

### 3. Gesetzliche/technische Anforderungen vs. Psychiatrieanforderung

Beispiel: Sonderbauverordnung:  
vorgeschriebener sichtbar montierter  
Feuerlöscher. In der Praxis ggf. Missbrauch  
der Löscher durch aggressive Patienten und  
damit Gefährdung von  
Mitpatienten/Personal.

Unter Einbezug der zuständigen Feuerwehr  
ist daher ein geeigneteres  
Brandschutzkonzept zu entwickeln, das  
diese Problematik berücksichtigt.



VKD 19.10.17 Jens Bothe

**LWL**  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

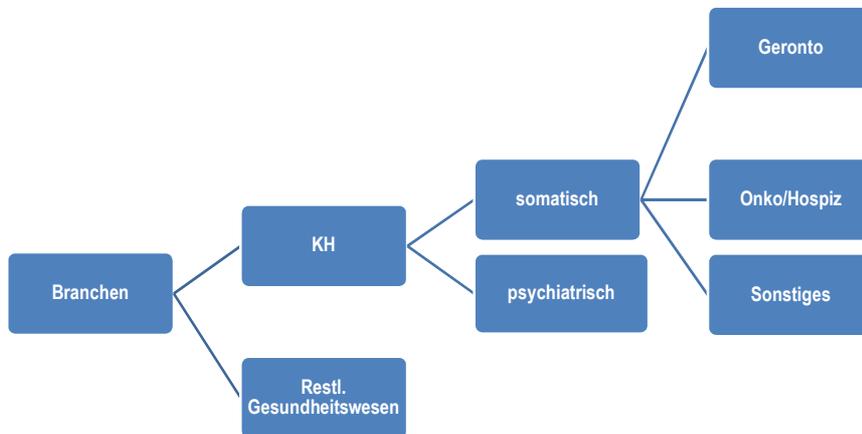
### Agenda

- Anforderungen an das psychiatrische Bauen
- **Benötigte Spezialisierungen der Architekturbranche**
- Form der Zusammenarbeit
- Neubauerstellung in Dortmund

VKD 19.10.17 Jens Bothe

**LWL**  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

## Spezialisierung nach Branchen

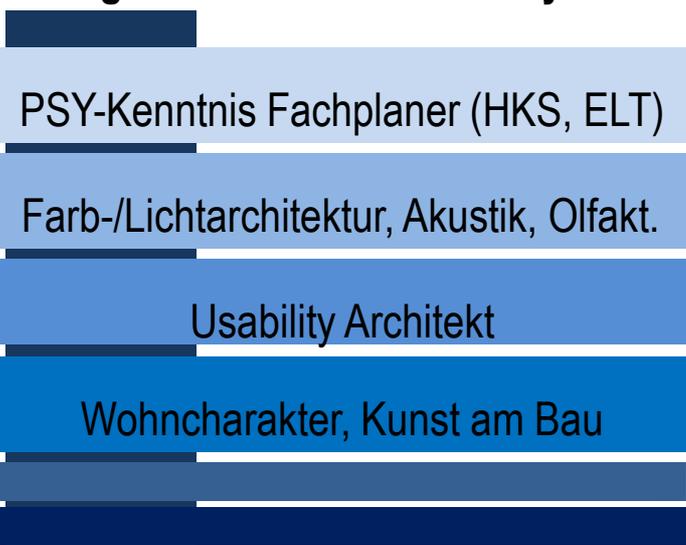


Sonstige: nach Bauform, nach Prestige, nach Materialien

VKD 19.10.17 Jens Bothe

**LWL**  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

## Branchenspezifität allein reicht aber noch nicht für Healing Environment in der Psychiatrie



VKD 19.10.17 Jens Bothe

**LWL**  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

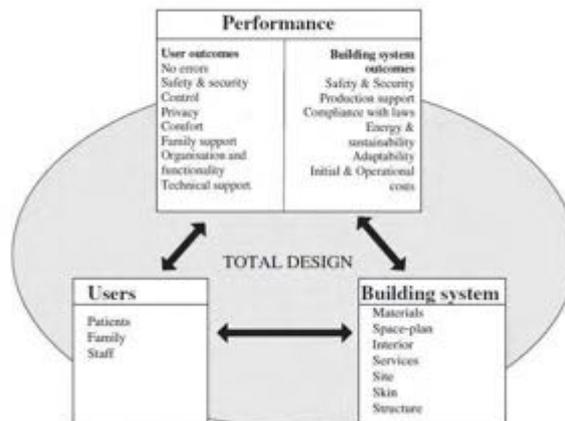
# Agenda

- Anforderungen an das psychiatrische Bauen
- Benötigte Spezialisierungen der Architekturbranche
- **Form der Zusammenarbeit**
- Neubauerstellung in Dortmund

VKD 19.10.17 Jens Bothe



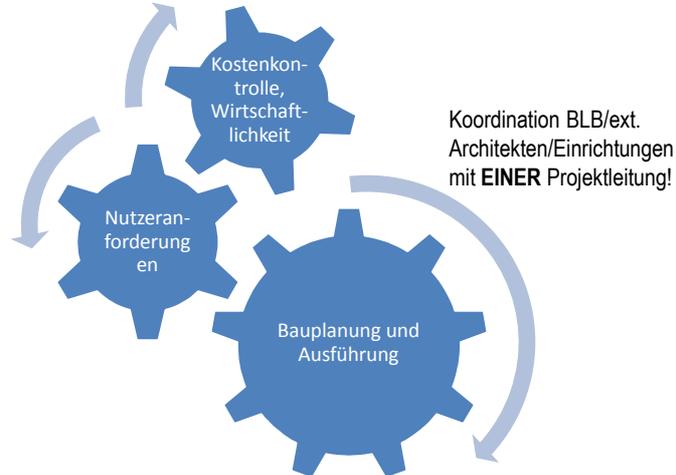
## Form der Zusammenarbeit



Quelle: Huisman et al., A review of the impact of physical environment on users, Building&Env. 58, 2012, 70-80



## Iterative Verzahnung der Elemente notwendig...



- Baufgabensteuerung (transparente Entscheidungen, wirtschaftlicher Mitteleinsatz, Zielerreichung bei Qualität, Kosten und Terminen)
- Regelmässige Sachstandsberichte und Steuerungsmöglichkeiten erforderlich!

VKD 19.10.17 Jens Bothe

**LWL**  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

## Kostenkontrollblatt als Hilfsinstrument

Kostenhochrechnung Projekt Klinik

Die aktuelle Kostenhochrechnung der Klinik weist folgende Ergebnisse aus:

KG 200 - 700	Kostenberechnung gem. HOAI	Kosten nach PAA + Umbudgetierung	Kostenprognose	Unter-Überdeckung	Differenz zur Umbudgetierung
					in %
Stand 2014					
KG 200	800.240 €	800.240 €	800.240 €	0 €	0,00%
KG 300	16.916.234 €	17.725.662 €	18.132.323 €	406.661 €	2,29%
KG 400	5.835.713 €	6.141.435 €	5.897.618 €	-243.817 €	-3,97%
KG 500	776.228 €	718.661 €	888.849 €	170.188 €	23,68%
KG 600	3.908.425 €	3.789.979 €	3.410.382 €	-379.597 €	-10,02%
O&E Erstausrüstung KG 600					
KG 700	4.263.160,00 €	4.455.160 €	4.455.160 €	0 €	0,00%
Kosten gemäß Baubeschluss KG 200 - 700	32.500.000 €	33.631.137 €	33.584.572 €	-46.565 €	-0,14%

VKD 19.10.17 Jens Bothe

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.





VKD 19.10.17 Jens Bothe



Spange: 1 Team, 2 Stationen, ca. 48 Betten



VKD 19.10.17 Jens Bothe





**LWL**  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



**LWL**  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

VKD 19.10.17 Jens Bothe



VKD 19.10.17 Jens Bothe



VKD 19.10.17 Jens Bothe





VKD 19.10.17 Jens Bothe



VKD 19.10.17 Jens Bothe





**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**



VKD 19.10.17 Jens Bothe

**LWL**  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

# Bau und Architektur in der Psychiatrie

---

## Neue Therapiekonzepte = neue (bauliche) Standards?

51. Fachgruppentagung

vom 19. – 20. Oktober 2017

in der  
LWL-Klinik Dortmund

von  
Professorin Dr. Birgit Janssen, LVR-Klinikum Düsseldorf,  
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

**Birgit Janssen**

**Neue Therapiekonzepte =  
neue (bauliche) Standards?**

---

**Gliederung**

**Geschichte baulicher Standards in der Psychiatrie**

**Evidenzbasierte Architektur/Design in der Psychiatrie**

**Transsektorale Therapiekonzepte und bauliche  
Notwendigkeiten**

---

## Gliederung

### *Geschichte baulicher Standards in der Psychiatrie*

#### Evidenzbasierte Architektur/Design in der Psychiatrie

#### Transsektorale Therapiekonzepte und bauliche Notwendigkeiten

**Bedlam, London, seit ca.  
1357 psychiatrische  
Anstalt**

**Unter Verrückten  
(Buchillustration von  
1710)**



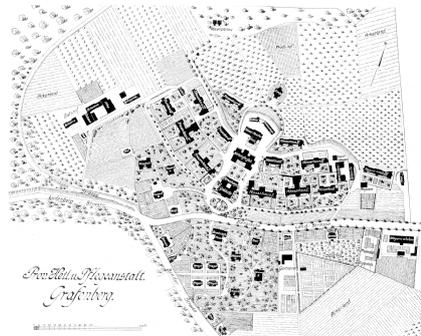
---

## Narrenturm in Wien

**Gleichsetzung  
psychisch Kranker  
mit Asozialen und  
Kriminellen**

## Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Grafenberg

**Gegründet 1876**



## Landeskrankenhaus Langenfeld

**Umbau ca. 1960,  
incl. Isolierstation und  
„gehobener  
Beschäftigungstherapie“**



*Panse, 1964, Das psychiatrische Krankenhauswesen*

## Landeskrankenhaus Düsseldorf

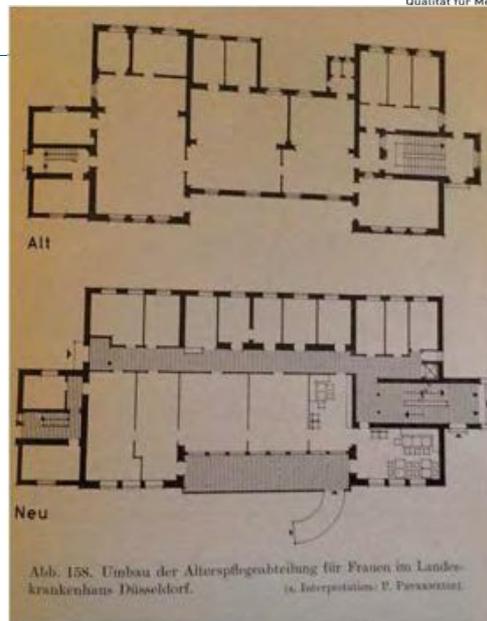
**Umbau 1961 zur Geriatrie,  
jetzt Psychosomatik und  
Psychotherapie**



*Panse, 1964, Das psychiatrische Krankenhauswesen*

## Umbau Innenraum 1961

- Zimmer verkleinert
- Mehr Privatsphäre
- Annäherung an somatische Krankenhausarchitektur



Panse, 1964, *Das psychiatrische Krankenhauswesen*

## Gliederung

### Geschichte baulicher Standards in der Psychiatrie

### *Evidenzbasierte Architektur/Design in der Psychiatrie*

### Transsektorale Therapiekonzepte und bauliche Notwendigkeiten

## Evidence-based design (EBD)

is a field of study emphasizing credible evidence to influence design. This approach has become popular in healthcare to improve patient and staff **well-being, patient healing, stress reduction and safety**. Evidence-based design is a relatively new field, borrowing terminology and ideas from disciplines such as environmental psychology, architecture, neuroscience and behavioral economics.

[https://en.wikipedia.org/wiki/Evidence-based\\_design](https://en.wikipedia.org/wiki/Evidence-based_design), 10.9.2017, 16.15

## Healing architecture (Roger S. Ulrich, 1984, Science)

Science

April 27, 1984 v224 p420(2)

Page 1

### View through a window may influence recovery from surgery.

by Roger S. Ulrich

© COPYRIGHT 1984 American Association for the Advancement of Science. Due to publisher request, Science cannot be reproduced until 360 days after the original publication date.

View Through a Window May Influence Recovery from Surgery

Investigations of aesthetic and affective responses to outdoor visual environments have shown a strong tendency for American and European groups to prefer natural scenes more than urban views that lack natural elements (1, 2). Views of vegetation, and especially water, appear to sustain interest and attention more effectively than urban views of equivalent information rate (2). Because most natural views apparently elicit positive feelings, reduce fear in stressed subjects, hold interest

procedure with similar postoperative management in the uncomplicated cases. Only cholecystectomies performed between 1 May and 20 October (1972 through 1981) were identified because the trees have foliage during those months. Patients younger than 20 years or older than 69, patients who developed serious complications, and those with a history of psychological disturbances were excluded. Patients were then matched so that one member of each pair had a view of the trees and the other, the brick wall. The criteria for matching were sex, age (within 5 years), being a smoker or nonsmoker, being obese or within normal weight limits, general nature of previous hospitalization, year of surgery (within 6 years), and floor level. Patients on the second floor, a surgical floor, were also matched by the color of their room (rooms on that floor alternate between blue and green). The 2-year interval for year of surgery was established on the

**„Evidenzbasierte Architektur“ bzw. „Evidenzbasiertes Design“ haben ihre Wurzeln im Gesundheitssystem, insbesondere da man sich hier gut messbare Ergebnisse erhoffte, die von hoher individueller Relevanz sind (Verbesserung Überlebensrate etc.).**

**“EBD took hold in hospital design because of the existing evidence-based medicine culture.”**

*Watkins, 2010*

---

Watkins 2010 <http://www.iida.org/resources/category/1/1/1/6/documents/sp10-ebd.pdf> 10.9.2017, 15.30

---

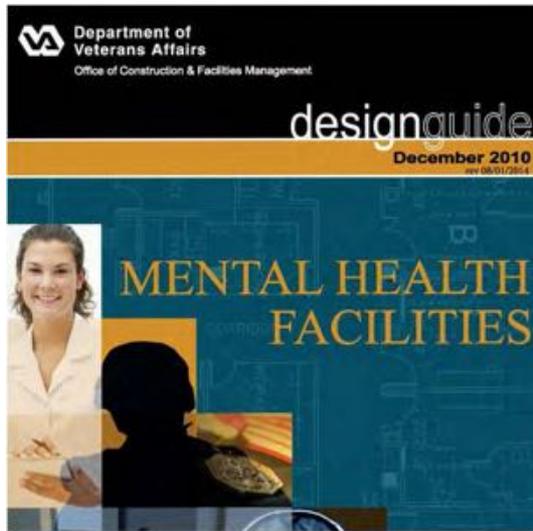
## **Einflüsse räumlicher Gestaltung auf Patienten und Therapie in der Psychiatrie**

- Grundriss/Station (Zugänglichkeit zu Räumen)
- Raum pro Person
- Übersichtlichkeit
- Rückzugsmöglichkeit (Privatheit)
- Tages- und Kunstlicht
- Fenstergröße
- Wand- und Bodenfarben
- Möblierung
- Zugang zu Natur
- Offen/geschlossen
- Dekoration
- Kunst
- Orientierung/Signaletik
- Technische Ausstattung (TV, PCs etc.)

---

*nach Huisman et al 2012, Drahotova et al 2012*

Sowohl in  
Großbritannien,  
als auch in den  
USA sind offizielle  
Richtlinien für  
psychiatrische  
Kliniken publiziert



<https://www.cfm.va.gov/til/dGuide/dqMH.pdf>, 10.9.20:20

## Gliederung

Geschichte baulicher Standards in der Psychiatrie

*Evidenzbasierte Architektur/Design in der Psychiatrie*

*- Suizidalität*

Transsektorale Therapiekonzepte und bauliche  
Notwendigkeiten

## Suizidprävention

**Pelman, Ärztlicher Direktor der Irrenanstalt Grafenberg, in einem Bericht über Suizide der Jahre 1876-1885: „ Absolut zu verhüten sind sie nicht!“**

**Edel (1891) Ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Klinik in Berlin-Charlottenburg: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie: „Es ist ja möglich, dass in dem ein oder anderen Fall ich hätte die Sorgfalt der **Überwachung** noch vergrößern können, andererseits muss man bedenken, dass nach dem heutigen Prinzip der freieren Behandlung, dem No-restraint, eine nach in Gefängnissen übliche Methode gehandhabte Überwachung sich nicht verträgt und gerade **entgegen dem Heilzweck die Kranken erregt oder schädigt.**“**

**Paetz (1893) „Offene-Tür-System“ verringert Suizide**

*Zitiert nach Wolfersdorf, 2000, Der suizidale Patient in Klinik und Praxis*

Lancet Psychiatry. 2016 Sep;3(9):842-9. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30168-7. Epub 2016 Jul 29.

### **Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study.**

Huber CG, Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, von Felten S, Walter M, Zinkler M, Beine K, Heinz A, Borgwardt S, Lang UE.

Inpatient suicide and absconding of inpatients at risk of self-endangering behaviour are important challenges for all medical disciplines, particularly psychiatry. Patients at risk are often admitted to locked wards in psychiatric hospitals to prevent absconding, suicide attempts, and death by suicide. **However, there is insufficient evidence that treatment on locked wards can effectively prevent these outcomes.** We did this study to compare hospitals without locked wards and hospitals with locked wards and to establish whether hospital type has an effect on these outcomes.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27477886>

## Beispiele zur Suizidprävention



<http://www.eph-psychiatrie.de>, 8.9.2017, 15.01

## Gliederung

### Geschichte baulicher Standards in der Psychiatrie

#### *Evidenzbasierte Architektur/Design in der Psychiatrie*

- Suizidalität
- *Aggression*

### Transsektorale Therapiekonzepte und bauliche Notwendigkeiten

**Architektur und Design psychiatrischer Einrichtungen**  
Eine systematische Literaturübersicht zu den Effekten der räumlichen Umgebung auf Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie

**Architecture and Design of Mental Health Institutions**  
Systematic Review on the Consequences of the Physical Environment on Adult Psychiatric Patients

**Autoren** Dirk Richter<sup>1</sup>, Holger Hoffmann<sup>2</sup>

**Institute** <sup>1</sup> Fachbereich Gesundheit, Bemer Fachhochschule  
<sup>2</sup> Universitäre Psychiatrische Dienste Bern

Richter und Hoffmann, 2014

Tabelle 1: Eigenschaften und Resultate der eingeschlossenen Publikationen (gefiltert nach Publikationsdatum)

Autoren	Publikationsjahr	Land	Kliniktyp	Setting	Stichprobe	Intervention/Interventionsschritt	Outcome	Studiendesign	Ergebnisse
Kaspar et al. [46]	1968	US	Allgemeinpsychiatrie	Institutionsumgebung	115	unterschiedliche gestrichelte Ecken (Böden, Tapeten, Beleuchtung)	Stimmung	KC	+
Hogg [47]	1970	US	Allgemeinpsychiatrie	Stationen	120	neue Stationsumgebung (keine Deckenplatten)	SWK, Verhaltensbeobachtungen	KC	+
Robson et al. [48]	1970	US	Geriatrische Kliniken	Patientenzimmer	n.s.	geringere Bettenzahl pro Zimmer	Verhaltensbeobachtungen	KC	+
Holahan [49]	1972	US	Allgemeinpsychiatrie	Tagessaal	120	unstrukturierte Sitzanordnungen	Verhaltensbeobachtungen	KC	++
Holahan u. Sargent [50]	1973	US	Allgemeinpsychiatrie	Stationen	50	Remodierung	Verhaltensbeobachtungen	KC	+
Holahan [51]	1976	US	Allgemeinpsychiatrie	Stationen	25	Remodierung	Verhaltensbeobachtungen	KC	+
Whitehead et al. [52]	1984	UK	Geriatrische psychiatrie	Stationen	n.s.	Remodierung	Verhaltensbeobachtungen	PP	++
Robson [53]	1985	UK	Forensik	Stationen	140	verbundene Mittelräume	Aggressive Ereignisse (Schreien, Schimpfen, Medikation)	KC	++
Robson et al. [54]	1988	US	Allgemeinpsychiatrie	Stationen	60	Remodierung	Stationsumgebung (SWK)	PP	++
Orkánfeld et al. [54]	1989	US	Geriatrische psychiatrie	Stationen	n.s.	Remodierung	Verhaltensbeobachtungen	KC	+++
DeFoe et al. [55]	1992	US	Allgemeinpsychiatrie	Stationen	84	Remodierung (Beleuchtung, Böden, Tapeten, Pflanzen)	Behavioral Mapping	PP	+
Beauchemin u. Hogg [56]	1996	CDN	Allgemeinpsychiatrie	Patientenzimmer	174	Standardisiertheit	Verweildauer	KC	+
Benediti et al. [56]	2001	I	Allgemeinpsychiatrie	Patientenzimmer	822	Standardisiertheit	Verweildauer	KC	++
McCaigle u. Allan [57]	2002	UK	Forensik	Stationen	27	Umgebung	Psychopathologie	KC	+
Durheim et al. [58]	2003	AUS	Forensik	Klinik	n.s.	Remodierung	Aggressionsereignisse	PP	++
Rapachek [59]	2005	IL	Allgemeinpsychiatrie	Stationen	61	Umgebung	Aggressionsereignisse	PP	++
Waller et al. [60]	2005	N	Allgemeinpsychiatrie	Stationen	56	Remodierung	Aggressionsereignisse	KC	++
Osar et al. [61]	2008	AUS	Forensik	Stationen	73	Umgebung	Psychopathologie, Aggressionsereignisse	PP	++
W. S. Min [62]	2009	US	Geriatrische Institutionen	Stationen	n.s.	Remodierung (Böden, Beleuchtung, Vorhänge etc.)	Aggressionsereignisse	PP	++
Edgerton et al. [63]	2010	US	Allgemeinpsychiatrie	Korridor	100	Remodierung	Behavioral Mapping	PP	++
Southard et al. [64]	2010	US	Geriatrische Institutionen	Stationen	81	offen vs. verglast	Stationsumgebung (SWK)	PP	+
Lang et al. [65]	2011	UK	Forensik	Stationen	8	Umgebung	Stationsumgebung (SWK), Psychopathologie, Zufriedenheit	PP	+++

Nanda et al. [68]	2011	US	Allgemein-psychiatrie	Wartebüro	n. S.	Kunstinstallationen	Bedarfsmedikation	KG	+
Nijman et al. [32]	2011	UK	Allgemein-psychiatrie	Stationen	n. S.	offene vs. geschlossene Stationsstruktur	Entweichungen	MLA	-

Richter D, Hoffmann H. Architektur und Design... Psychiatr Prax 2014; 41: 128-134

Übersicht

Tab. 1 (Fortsetzung)

Autoren	Publikationsjahr	Land	Kliniktyp	Setting	Stichprobe	Intervention/Unterschied	Outcome	Studien-design	Ergebnisse
van der Schaaf et al. [67]	2013	NL	Allgemein-psychiatrie, Forensik	Stationen	n. a.	diverse Merkmale (Raum pro Patient, Tageslicht, Zugang zu natürlichen Umgebungen, persönliches Mobiliar, Fensteröffnung, Sicherheitsvorkehrungen, Isolationskabinen, Freizeitmöglichkeiten, etc.)	Isolierungen	MLA	+

Abkürzungen: n. S.: nicht bekannt; n. a.: nicht anwendbar; KG: Kontrollgruppendesign; PP: Pre-Post Design; MLA: Meta-Analyse; WIS: Ward Atmosphere Scale; MA: Mitarbeiter; +: signifikanter Unterschied und positive Auswirkungen auf Patienten/Patienten; -: signifikanter Unterschied und negative Auswirkungen auf Patienten/Patienten; =: kein Unterschied.

J Psychiatr Res. 2017 Aug 26;95:189-195. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.08.017. [Epub ahead of print]

### Aggression and violence in psychiatric hospitals with and without open door policies: A 15-year naturalistic observational study.

Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, Schröder K, von Felten S, Zinkler M, Beine KH, Heinz A, Borgwardt S, Lang UE, Bux DA, Huber CG

Aggressive behavior and violence in psychiatric patients have often been quoted to justify more restrictive settings in psychiatric facilities. However, the effects of open vs. locked door policies on aggressive incidents remain unclear. The effect of open vs. locked door policy was non-significant in all analyses of aggressive behavior during treatment. Restraint or seclusion during treatment was less likely in hospitals with an open door policy. On open wards, any aggressive behavior and restraint or seclusion were less likely, whereas bodily harm was more likely than on closed wards. Hospitals with open door policies did not differ from hospitals with locked wards regarding different forms of aggression. Other restrictive interventions used to control aggression were significantly reduced in open settings. **Open wards seem to have a positive effect on reducing aggression.** Future research should focus on mental health care policies targeted at empowering treatment approaches, respecting the patient's autonomy and promoting reductions of institutional coercion

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28866330>, 9.9.2017, 15:20

Psychiatr. Prax., 2017 Apr;44(3):141-147. doi: 10.1055/s-0042-105181. Epub 2016 Jul 11.

### [Comparison of Aggressive Behavior, Compulsory Medication and Absconding Behavior Between Open and Closed door Policy in an Acute Psychiatric Ward].

[Article in German]

Cibis ML<sup>1</sup>, Wackerhagen C<sup>1</sup>, Müller S<sup>1</sup>, Lang UE<sup>2</sup>, Schmidt Y<sup>1</sup>, Heinz A<sup>1</sup>.

#### ⊕ Author information

#### Abstract

**Objective** According to legal requirements coercive treatment must be limited to acts necessary for the protection of patients and cannot be used for institutional interests. Here, we aimed to test the hypothesis that opening psychiatric wards can reduce the number of aggressive assaults and of coercive treatment without increasing absconding rates. **Methods** Numbers of absconding, coercive medication, fixation and special security actions were collected retrospectively and compared between phases of closed (N total=409; N legally committed=64) and 90% of daytime opened (N total=571; N legally committed=99) doors in an acute psychiatric ward. **Results** During the phase of opened doors we observed significantly reduced aggressive assaults ( $p<0,001$ ) and coercive medication ( $p=0,006$ ) compared to the closed setting, while the absconding rate did not change ( $p=0,20$ ). **Limitation** Given the retrospective non-experimental design, no causal interpretations can be drawn. **Conclusion** The results suggest that open door is associated with reduction of aggressive assaults and coercive medication without increasing absconding rates. This speaks for a stronger implementation of open door policies in acute wards in order to preserve human rights in psychiatry. To collect more robust evidence for this thesis, longer phases should be monitored and moderating variables such as atmosphere and social cohesion should be assessed.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27399589>, 20.9.1017, 19:18

## Gliederung

### Geschichte baulicher Standards in der Psychiatrie

#### *Evidenzbasierte Architektur/Design*

- Suizidalität
- Aggression
- *Besondere Anforderungen bei Demenz*

### Transsektorale Therapiekonzepte und bauliche Notwendigkeiten

## Untersuchung von Zusammenhängen zwischen Umweltmerkmalen von Altenpflegeeinrichtungen und dem Auftreten von Agitation, Aggression, Depression, Selbstrückzug und psychotischen Symptomen alzheimererkrankter Bewohner

- Einzelzimmer und eine nichtinstitutionelle Umgebung mindern Unruhe und Aggressionen
- Vielzahl verschiedener Gemeinschaftsbereiche mindern Rückzug
- Deutlich sichtbare, verschlossene Ausgangstüren fördern Anzeichen von Depressionen
- Ausreichende Privatheit mindert psychotische Symptome

Zeisel et al.(2003)

Zitiert nach: Kriterienkatalog Demenzfreundliche Architektur, Möglichkeiten zur Unterstützung der räumlichen Orientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen, Dipl.-Ing. Gesine Marquardt, Dissertation an der Fakultät Architektur der Technischen Universität Dresden, 2006

## Beispiel einer Geriatrischen Station

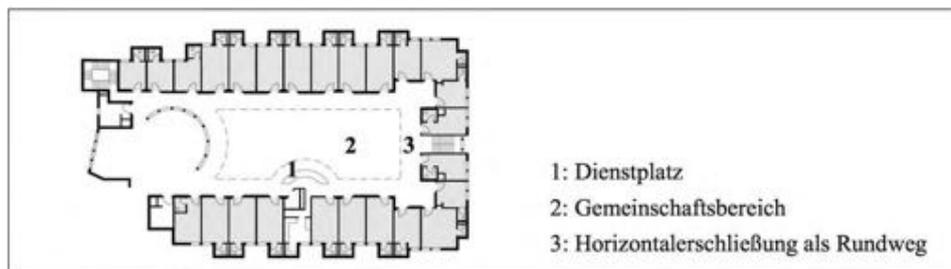


Abbildung 15. Grundriss des Weiss Institute, Philadelphia Geriatric Center, Philadelphia, PA (USA)<sup>150</sup>

Zitiert nach: Kriterienkatalog Demenzfreundliche Architektur, Möglichkeiten zur Unterstützung der räumlichen Orientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen, Dipl.-Ing. Gesine Marquardt, Dissertation an der Fakultät Architektur der Technischen Universität Dresden, 2006

Anforderung	Bauliche Umsetzung
Belastungsverkürzung, Autonomie und Unabhängigkeit	Sichere Umwelt und Barrierefreiheit
Orientierung (örtlich, zeitlich, persönlich)	Anker- und Referenzpunkte Einfache Grundrissstrukturen Sichtbeziehungen
Vertrautheit (Tagesstruktur, Personen, Orte)	Gemeinschaftsbereiche Kleinbauge Strukturen
Privatheit	Zonierung im Patientenzimmer
Naturerleben	Bester Zugang zu Außenräumen Geschützte Außenbereiche Blickbeziehungen
Verstehen der Umwelt	Ableitbare Funktion der Räume
Beschäftigung und Aktivität	Therapie- und Gemeinschaftsräume Geschützte Außenbereiche
Gemeinschaft und Zugehörigkeit	Raum für gemeinsame Mahlzeiten Therapie- und Gemeinschaftsräume
Besugtpersonen	Rooming in für Angehörige Gliederung großer Stationen
Emotionale Sicherheit	Nah-institutioneller Charakter Gemeinschaftsbereiche
Physische Sicherheit	Barrierefreiheit Ausschaltung von Gefahrenquellen

## Bauliche Voraussetzungen der Behandlung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus

S. Kreiser, Diplomarbeit Sommersemester 2014, TU-Dresden

<http://www.qucosa.de/fileadmin/data/qucosa/documents/18088/Sammelmappe1.pdf>, 9.9.2017 17:46

## Gliederung

### Geschichte baulicher Standards in der Psychiatrie

#### *Evidenzbasierte Architektur/Design in der Psychiatrie*

- Suizidalität
- Aggression
- **Besondere Anforderungen bei Demenz**
- **Atmosphäre, well-being**

### Transsektorale Therapiekonzepte und bauliche Notwendigkeiten

-

## Atmosphäre

- Soteria- Konzept
  - Licht
  - Farben, Musik etc.
  - Möblierung
  - Entspannungsmöglichkeiten
  - Kommunikationsbereiche
- 

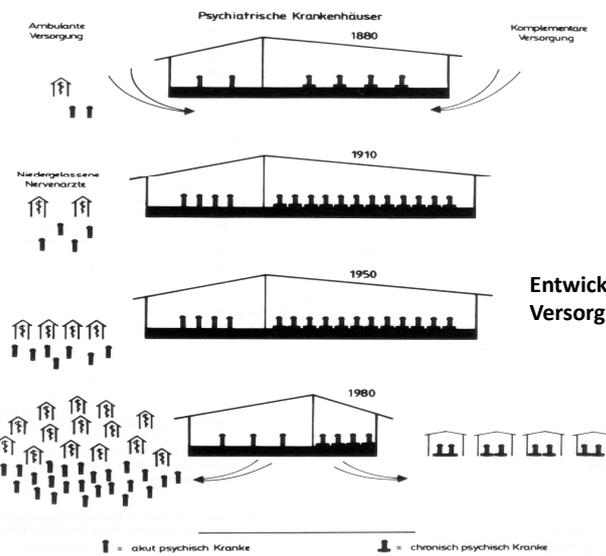
## Gliederung

**Geschichte baulicher Standards in der Psychiatrie**

**Evidenzbasierte Architektur/Design in der Psychiatrie**

***Transsektorale Therapiekonzepte und bauliche  
Notwendigkeiten***

---



Entwicklung psychiatrischer  
Versorgung 1880 – 1980

Zitiert aus Höfner und Rössler, 1989

**„It is important to map processes before rather than after building a facility, so that this process mapping can inform design and we do not keep falling into the trap of building a beautiful new facility but losing the opportunity to make care better.“**

Ayra D, 2011

## Perspektiven künftiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und Versorgung

- Patienten- vs Institutionsorientierung
- Verbesserte institutionelle Koordination und Kooperation
- Differenzierung und funktionale Vernetzung
- Verbesserte Möglichkeiten der Früherkennung und Krisenintervention
- Verzahnung mit kommunalen Strukturen
- Abbau von Stigma und Diskriminierung
- Verzahnung von Forschung, Lehre und Versorgung

### 3. Die S3-Leitlinien „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“

Projektleitung: T.Becker, S.Rieder-Heller, S.Weinmann

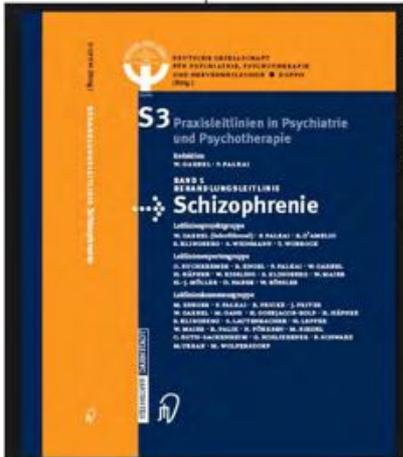
19-3/2011

schisch Kranke (>2 J., ICF, GAF)

(keine reine Sucht, keine Demenz !!)

umfassende Bewertung von psychosozialen Therapien  
umfassend zur Unterbewertung derselben bei anderen Leitlinien

**zfp**  
Zusammenfassung



## Zunehmende Orientierung an Leitlinien

## Patientenorientierung – „Patient first“

- **Patient steht im Mittelpunkt – zunehmende gesundheitspolitische Forderung.**
- **Seit 1981 als Health-Center-Initiative in den USA, inzwischen 71 Zentren, ebenso erste Zentren in Großbritannien**
- **Prinzip: Patient erhält jederzeit Diagnose und Therapie, primär bisher als ambulantes Setting gedacht.**

## Mögliche relevante Qualitätsindikatoren für Patienten

### Strukturindikatoren

- Alltags- und Wohnortnähe der Behandlung
- Strukturierung der Institution zur Gewährung der Intimsphäre (z.B. bei Telefonaten)
- Anwesenheit von einer ausreichenden Zahl von Personal an Wochenenden und Feiertagen
- Zugänglichkeit patientenrelevanter Informationen
- Hotelqualität (Essen, Sauberkeit, etc.)

### Prozessindikatoren

- Klinische, soziale und kommunikative Kompetenz der Leistungserbringer
- Koordination des Behandlungsverlaufs
- Kooperation zwischen des Leistungserbringern
- Einbeziehung der Angehörigen
- Mitspracherecht bei Behandlungsentscheidungen

### Ergebnisindikatoren

- Qualität des Behandlungserfolgs
- Lebensqualität
- Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nach einer Krankheitsepisode
- Reduzierung der Arztbesuche nach Entlassung
- Verbesserung des Wissens über die Erkrankung

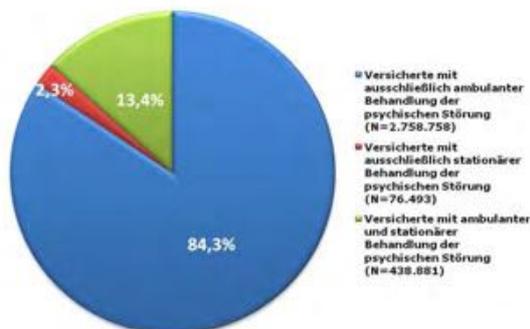
## Evidenzbasierung vs. Konsumentenorientierung?

- Formulierung *wissenschaftlicher Empfehlungen* zur Festlegung der bestmöglichen Behandlung in definierten Behandlungssituationen
  - Schaffung einer *transparenten und rationalen Grundlage* für medizinische Entscheidungen
  - *Externe klinische Evidenz* als Ergänzung zur individuellen *klinischen Erfahrung / Expertise*
  - *Unabhängig von* individuellen *Patientenpräferenzen*
- ⚡
- Aktive Konsumentenrolle des Patienten und Betrachtung der psychiatrischen Versorgung als *Dienstleistung*
    - Verändertes Arzt-Patient Verhältnis: Die Rolle des Patienten verschiebt sich vom passiven Behandlungsobjekt hin zum *aktiven Partner* des Professionellen
    - Patient als *Auftraggeber*, der über Art und Dauer der Behandlung mitbestimmt, z.B. im „shared decision making“

modif. nach Priebe, 2003, *Psychiatr Praxis*; 30: 48-43.

## Inanspruchnahme verschiedener Versorgungsbereiche

Sektorübergreifende Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen (F0-F5) 2005-2007



N=3.274.132; alle Versicherten mit ambulanter und/oder stationärer Behandlung aufgrund psychischer Störungen 2005-2007.

Der Großteil psychischer Störungen wird **ausschließlich ambulant** behandelt (**84,3%**).

Nur **13,4%** der Betroffenen nahmen **sowohl ambulante als auch stationäre Behandlung** in Anspruch.

## Klinik als Community Mental Health Center?

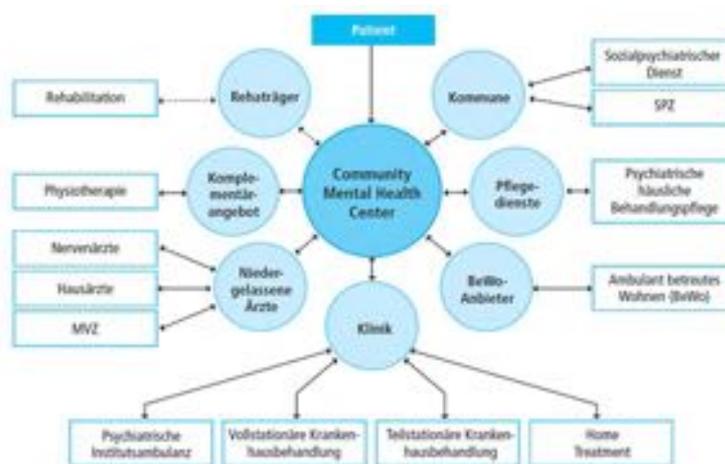
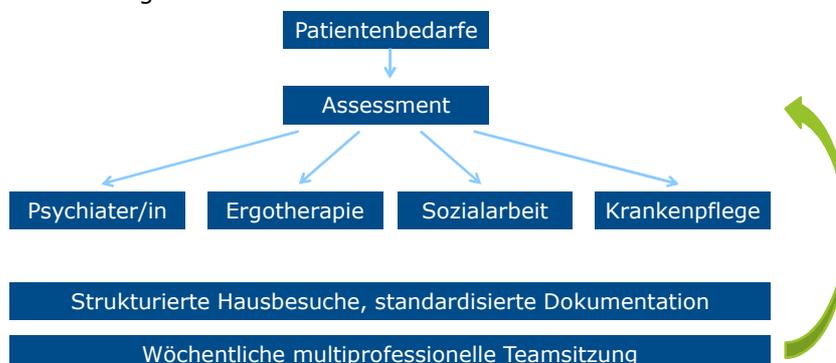


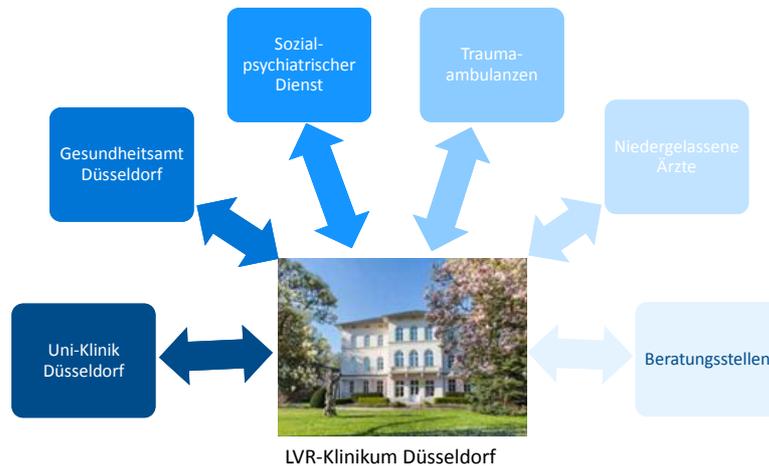
Abbildung aus: Gaebel W et al. (2015) Die Psychiatrie 12:2: 118-127

## Ambulante Behandlung (Home Treatment)

Home Treatment ist eine zeitlich begrenzte, teambasierte, multiprofessionelle, aufsuchende, bedarfsorientierte, medizinische Akutbehandlung



## Vernetzung



## Patientenorientierung – „Patient first“

### Bauliche Umsetzung im DTFZ Düsseldorf (1)

- **Leicht zugänglicher Bereich für alle Patienten, für akute und ambulante Behandlungen.**
- **Fächerübergreifend (räumliche Nähe von Neurologie und Psychiatrie), Differenzierung und Vernetzung schnell umsetzbar.**
- **Diagnostik und Behandlungsplanung direkt möglich, bzw. planbar (incl. Früherkennung und anderer ambulanter diagnostischer und therapeutischer Angebote).**
- **Neue Therapiekonzepte (z.B. Home-treatment) integrierbar.**

## Bauliche Umsetzung im DTFZ Düsseldorf (2)

- **Planung unter Einbeziehung der Mitarbeitern der Klinik.**
- **Funktionelle Anpassung an Bedarfe (kurze Wege, Synergien bei Überwachungsbedürftigkeit etc.).**
- **Abbau „geschlossener Bereiche“.**
- **Sicherstellung ausreichender Kapazitäten im stationären Behandlungsbereich.**
- **Well-being Aspekte (Licht, Farben etc.) berücksichtigt, insbesondere im stationären Bereich.**

## Beispiel „gemeinsamer“ Eingangsbereich



## Beispiel Farb- und Lichtkonzept

Gesamt-Farbkonzept

ARCHITEKTEN BDA RDS PARTNER



**Die Linde**

Die Linde ist ein Baum, der in Deutschland schon lange eine besondere Stellung einnimmt und das mit sehr positiven Image. Die Linde steht für die Weiblichkeit, Lieblizkeit, Fruchtbarkeit, den Sommer, Fröhlich, Schönheit und Liebe.

Ihre Eigenschaft, sich schnell zu verjüngen und immer wieder neu auszuschlagen, lässt die Blüme so manchen Rückschlag überstehen. Allerdings reagiert sie sehr empfindlich auf eine gestörte Umwelt. Der Linde werden heilsame Kräfte zugeschrieben, so ergaben z.B. getrocknete Lindenblätter einen Heißes, der beruhigend auf die Nerven wirkt.

**Linde als Baum Kommunikationsplatz und Baum der Gerechtigkeit**

Bei den Germanen und den Slaven galt die Linde wegen ihres annehmen Alters als heiliger Baum. Angelegentlich von gemeinschaftlichem Interesse wurden diskutiert und entschieden, Probleme gelöst. Der der Götter Freya geweihte Baum konnte besuchen, dass die Wahrheit ans Licht kam. Lindenbüschel sollte streitende Parteien verdrängen und Richter zu milderen Urteilen bewegen. Sie war der Baum der Weisheit, der Zusammenkunft und der Gastfreundschaft.

**Linde als Schicksalsbaum**

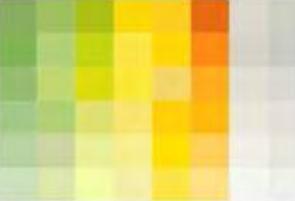
Linden werden oft gepflanzt in Erinnerung an bestimmte Ereignisse, z.B. Friedenstinden auf Amöhen nach Ende eines Krieges, nach einer überstandenen Epidemie oder ein Lindenbaum zur Geburt des ersten Kindes.

**Linde als mythischer Baum | die „Unverwundbarkeit des Sieghard“**

In der Nibelungenage kommt der Linde eine entscheidende Rolle zu: Beim Bad Sieghards in Draachenblut, welches seine Haut verformen ließ und unverwundbar macht, legt ein Lindenblatt zwischen seine Schulterblätter, deckt einen Teil des Körpers ab und schafft dort eine verwundbare Stelle.



Farben des Lindenbaumes als Prinzip für die Gebäudefarben



## Vernetzung Forschung, Lehre und Versorgung

### Bauliche Umsetzung im DTFZ Düsseldorf:

- Räume für Forschungsaktivitäten und Lehre in die Bereiche zur Diagnostik und Therapie integriert.



### **Offene Fragen**

- ***Sind Betroffene und Psychiatrieerfahrene bei der baulichen Planung einbezogen?***
- ***Lässt sich der Abbau von Stigmatisierung, über die Öffnung von Stationen hinaus, noch besser baulich umsetzen?***
- ***Sind die Behandlungsprozesse wirklich über alle Bereiche definiert? Lassen sich die Prozesse, angesichts der schnellen Veränderungen in der Medizin, überhaupt schon alle im Vorfeld definieren?***

---

### Offene Fragen

- *Lässt sich eine engere Verzahnung mit kommunalen Strukturen auch baulich besser umsetzen?*
- *Ist eine flexible Raumgestaltung noch optimierbar? (Schnelle Anpassung an neue Studierendenzahlen und Ausbildungscurricula in der Lehre? Anpassung an neue Bedarfe der Forschungsaktivitäten?)*

### Zusammenfassung und Fazit

- Bereits seit den 60er Jahren gewinnt die bauliche Gestaltung von Psychiatrien an Bedeutung.
  - Zunehmende Forschung zum Zusammenhang von Elementen der Architektur und Therapieerfolgen, zuerst in der somatischen Medizin, später auch in der Psychiatrie, führen zu deutlichen Veränderungen der Architektur (Beispiel Standardbettenhäuser des LVR, „Milieuthapie“).
  - Neue **Behandlungsprozesse** und zunehmende **Patientenorientierung** machen weitere Anpassungen, notwendig. Hier sind insbesondere die Verzahnung unterschiedlicher medizinischer Disziplinen, Vernetzung von Forschung, Lehre und Behandlung, sowie die Aufhebung starrer Trennung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung zu nennen.
-

---

## Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

„So haben die Patienten ihre eigenen Areale und Rückzugsmöglichkeiten.  
Der Entwurf gliedert sich in vier Themenhöfe, die das Ankommen,  
Behandeln, Therapieren und Entspannen fördern und erleichtern sollen.“  
AKG (Architekten für Krankenhausbau und Gesundheitsförderung)-  
Förderpreis 2017

---