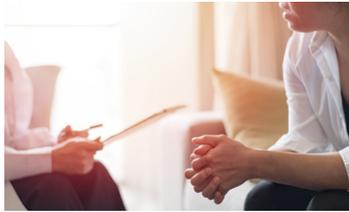


DynaLIVE

Dynamische, lebensnahe, integrierte Versorgung



Inhalt

0. Vorbemerkung	3
1. Grundlagen und Rahmenbedingungen	4
2. Das Modellvorhaben DynaLIVE an der LVR-Klinik Bonn	10
3. Vorteile für Patient*innen	12
4. DynaLIVE als optimale Ergänzung für lokale Behandler*innen	14
5. Wer ist leistungsberechtigt?	16
6. Ihre Ansprechpartner*innen	18
7. Über die LVR-Klinik Bonn.....	18

0. Vorbemerkung

Mit dem § 64b SGB V wurde eine gesetzliche Grundlage für die Vereinbarung von **Modellvorhaben zur Versorgung psychisch erkrankter Menschen** geschaffen. Ziel dieser Maßnahme ist die Verbesserung der Patient*innenversorgung sowie der sektorenübergreifenden Leistungen. Die Regelung sieht vor, dass in jedem Bundesland durch die Krankenkassen mindestens ein Modellvorhaben mit geeigneten Krankenhäusern umgesetzt wird. In **Nordrhein-Westfalen** wurden auf dieser Rechtsgrundlage insgesamt vier Modellvorhaben vereinbart, eines davon an der **LVR-Klinik Bonn**. Die Modellvereinbarung ermöglicht den beteiligten Kliniken ihre Behandlungsangebote zu erweitern und flexibler zu gestalten.

Diese Broschüre zeigt die wichtigsten Informationen rund um das Modellvorhaben auf: die **Ziele**, die **Folgen für die Versorgungsangebote** sowie die **Bedeutung für Patient*innen und beteiligte Behandler*innen**.

Für weitere Informationen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Klaus-Werner Szesik
Kaufmännischer Direktor
Vorstandsvorsitzender

Prof. Dr. Markus Banger
Ärztlicher Direktor

Elvira Lange
Pflegedirektorin

Impressum

Herausgeber:

Landschaftsverband Rheinland
LVR-Klinik Bonn
Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn
Tel 0228 551-1
www.klinik-bonn.lvr.de

Redaktion:

Michael van Brederode
Silvia Rottland

Layout und Druck:

LVR-Druckerei – Inklusionsabteilung
Tel 0221 809-2442

Bonn, Januar 2024

1. Grundlagen und Rahmenbedingungen

Bereits seit Beginn der 2000er-Jahre steigt kontinuierlich die Zahl der Menschen, die aufgrund **psychischer Störungen und Belastungen** Hilfe suchen. Aktuelle epidemiologische Studien zeigen, dass in Deutschland jährlich ca. 28 % der Bevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren von einer psychischen Erkrankung betroffen sind.¹

Zu den häufigsten Erkrankungen zählen:

- Angststörungen (15,4 %)
- affektive Störungen (9,2 %)
- unipolare Depressionen
- Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum (5,7 %)²
- neurotische Störungen
- Psychosen
- Persönlichkeitsstörungen
- Störungen durch psychotrope Substanzen
- Störungen des höheren Lebensalters
- Störungen des Kinder- und Jugendalters

Nur ein relativ kleiner Teil der Betroffenen – etwa 19 % oder 3,4 Mio. – nimmt aktuell bereits Hilfen durch Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und Krankenhäuser in Anspruch.¹ Es ist davon auszugehen, dass die **Zahl der Hilfesuchenden in den kommenden Jahren weiter ansteigen** wird. In Folge dessen kann es zu wachsenden Belastungen des Versorgungssystems kommen.

Die hohe Zahl an Personen mit psychischen Störungen schlägt sich erwartungsgemäß auch in einer stetigen Zunahme **beruflicher Ausfallzeiten** nieder. Im Jahr 2019 wurden 17 % der Arbeitsunfähigkeitstage durch psychische Erkrankungen verursacht. Die durchschnittliche Dauer der Krankschreibungen lag bei 43 Tagen. Psychische Erkrankungen sind überdies mit 42 % der häufigste Grund für Frühverrentungen.³

Die Ursachen für die zunehmende Bedeutung psychischer Störungen sind vielfältig: Spezifische Belastungen und Faktoren der Lebensbedingungen und der Arbeitswelt sowie die demografisch bedingte Zunahme von psychischen und neurologischen Alterserkrankungen werden neben anderen möglichen Ursachen als relevante Faktoren diskutiert. Daneben kommt aber auch der höheren **Sensibilisierung der Menschen für ihr psychisches Befinden und der steigenden Bereitschaft, professionelle Hilfe anzunehmen**, eine hohe Bedeutung zu. Mit anderen Worten: Viele Menschen sind besser in der Lage, psychische Leidenszustände als solche zu erkennen und dank der fortgeschrittenen Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und Hilfen auch stärker bereit, Hilfe zu suchen.



Lücken im psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfesystem

Deutschland verfügt über ein gut ausgebautes, differenziertes und qualifiziertes Angebot psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfen. Neben niedergelassenen Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen sowie psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern bzw. Fachabteilungen erfüllen zahlreiche komplementäre Dienste wichtige Aufgaben. Dennoch steigt **die Zahl der Menschen stetig an, die nicht rechtzeitig eine bedarfsgerechte Hilfe finden**. Oftmals gelingt es nicht, Patient*innen nach ihrer Entlassung aus der psychiatrischen Krankenhausbehandlung zeitnah in ein bedarfsgerechtes ambulantes Hilfsangebot zu vermitteln. So beträgt die durchschnittliche Wartezeit auf einen Sprechstundentermin bei Psychotherapeut*innen rund sechs Wochen. Bis zum Beginn der eigentlichen Richtlinien-therapie vergehen im Durchschnitt insgesamt 20 Wochen.⁴

Für viele Patient*innen, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, sind **Wartezeiten in dieser Größenordnung zu lang**. Für Menschen mit schwerwiegenden psychischen Störungen **stehen die Chancen, einen Therapieplatz zu finden, noch deutlich schlechter**, da ihr komplexer Hilfebedarf durch ambulante Psychotherapeut*innen häufig nicht adäquat aufgefangen werden kann.

Viele psychiatrische Krankenhäuser stehen bereits seit Jahren unter einem massiven Aufnahmepressur mit der Folge einer chronischen oder wiederkehrenden Überbelegung der Stationen. Infolgedessen besteht ein **erhöhter Druck, Patient*innen möglichst frühzeitig zu entlassen**, da bereits neue akute Notfälle zur Aufnahme anstehen.



Die Patient*innen verlassen das Krankenhaus daher häufig lediglich gebessert, aber nicht geheilt, und benötigen weitere Hilfen.

Als Schwachstelle des Versorgungssystems wird durch die meisten Expert*innen die **unzureichende Koordination und Vernetzung** der verschiedenen Angebote gesehen. Diese Situation führt in vielen Fällen zu Versorgungsbrüchen mit ungünstiger Rückwirkung auf den Heilungserfolg. So muss ein erheblicher Teil der in psychiatrischen Krankenhäusern Behandelten innerhalb eines Zeitraums von ein bis zwei Jahren nach Beendigung einer stationären Behandlung mindestens ein weiteres Mal stationär aufgenommen werden.⁵

Auch wenn Wiederaufnahmen in Einzelfällen geplanter Bestandteil eines individualisierten Behandlungskonzepts sein können, sind sie in ihrer Häufigkeit mitunter als Ausdruck von Versorgungsbrüchen nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts zu werten. **Viele Menschen leiden nach der intensiven Behandlung im Krankenhaus unter einer ambulanten „Unterversorgung“:** Die niedergelassenen Psychiater*innen können aufgrund der hohen Patient*innenzahlen häufig nur relativ kurze und sporadische Kontakte anbieten, das zeitnahe Finden einer psychotherapeutischen Behandlung ist für die Betroffenen nahezu unmöglich.

Versorgungslücken dieser Art betreffen vor allem schwerer erkrankte Menschen, die in besonderem Maße auf eine zeitnahe Nachbehandlung angewiesen sind. Häufig fehlt schwer und chronisch erkrankten Menschen auch die notwendige Ich-Stärke, die Hilfen aktiv zu nutzen, wie z. B. die verordneten Medikamente regelmäßig einzunehmen, Termine zu vereinbaren und einzuhalten sowie gegen übermächtige Regressionswünsche anzukämpfen.

Vor diesem Hintergrund wurden bereits in den 1990er-Jahren die psychiatrischen Institutsambulanzen der Krankenhäuser ermächtigt, Menschen mit besonderem Hilfebedarf ambulant zu behandeln. Mit dieser Gesetzesänderung wurde eine wesentliche Lücke im Versorgungssystem geschlossen. Ein besonderes Merkmal der Institutsambulanzen psychiatrischer Krankenhäuser ist, dass sie die Behandlung von Patient*innen durch multiprofessionelle Teams unter Wahrung einer erhöhten Kontinuität fortsetzen können.

Die guten Erfahrungen mit den psychiatrischen Institutsambulanzen ermutigen, diesen Ansatz weiterzudenken, um einen wirksamen Beitrag zur Schließung der bestehenden Versorgungslücken zu leisten. Mit dem § 64b des SGB V hat der Gesetzgeber eine **Grundlage gelegt, die Versorgung entlang dieses Ansatzes weiterzuentwickeln**. Erklärtes Ziel des Gesetzes ist es, die **sektorenübergreifende Leistungserbringung** – also die Verbesserung der Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Versorgung – zu stärken. In diesem Zusammenhang sollen auch Formen der **ambulanten Intensiv- oder Komplexbehandlung** unter **Einbeziehung des häuslichen Umfelds** umgesetzt und erprobt werden.



2. Das Modellvorhaben DynaLIVE an der LVR-Klinik Bonn

Zentrale Elemente des Modellvorhabens der LVR-Klinik Bonn sind:

- die Erweiterung des Behandlungsspektrums um Formen multiprofessioneller ambulanter Intensiv- und Komplexbehandlung – den sogenannten **Stationsunabhängigen Leistungen**
- die Verbesserung der Übergänge zwischen dem stationären und ambulanten Sektor und die Sicherstellung einer möglichst hohen **sektorenübergreifenden Behandlungskontinuität**
- die **Flexibilisierung und Dynamisierung der Behandlung** („Die Behandlungsintensität folgt dem aktuellen Bedarf.“)

Durch die Erweiterung und Intensivierung der ambulanten Angebote, die Sicherstellung einer hohen Behandlungskontinuität nach Entlassung der Patient*innen aus der stationären Behandlung und durch eine möglichst enge Orientierung der Behandlung an den wechselnden Behandlungsbedarfen der Patient*innen sollen Versorgungsbrüche beim Übergang zwischen stationärem und ambulanten Sektor geglättet und kurzfristige, ungeplante Wiederaufnahmen vermieden werden.



3. Vorteile für Patient*innen

Durch das Modellvorhaben an der LVR-Klinik Bonn werden erweiterte ambulante Behandlungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen geschaffen: Neben der Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus, in Tageskliniken und Institutsambulanzen wurde mit den **Stationsunabhängigen Leistungen ein neuer ambulanter Behandlungsansatz** installiert, der sich hinsichtlich der Häufigkeit und Dauer optimal an den Bedürfnissen der Patient*innen orientieren soll.

So können im Bedarfsfall tägliche oder mehrfach wöchentliche ambulante Kontakte in der Klinik oder auch im häuslichen Umfeld erfolgen, um damit ggf. eine andernfalls erforderliche erneute stationäre Behandlung zu vermeiden.

Im Falle der Verbesserung des psychischen Zustands kann die Behandlung schrittweise ausgedünnt werden, ohne dass der Kontakt zu den bisherigen Behandler*innen abreißt, die im Falle einer erneuten psychiatrischen Krise als Ansprechpersonen zeitnah zur Verfügung stehen.

Leitend für die Behandlungsintensität soll die jeweils aktuelle Situation der Patient*innen gemäß dem Motto **„die Häufigkeit und Intensität folgt dem aktuellen Bedarf“** sein. Unabhängig von ihrer konkreten Behandlungssituation sollen die Patient*innen auf einen Stamm bekannter, kompetenter und informierter Ansprechpersonen zurückgreifen können.



4. DynaLIVE als optimale Ergänzung für lokale Behandler*innen

Das Modellvorhaben soll die Behandlung durch niedergelassene Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und die Angebote der gemeindepsychiatrischen Dienste keinesfalls ersetzen, sondern diese **punktuell** bei jenen Patient*innen **ergänzen**, die im derzeitigen System der Hilfen nicht angemessen aufgefangen werden. Das sind i. d. R. schwerer, häufig chronisch erkrankte Personen, die bereits stationär behandelt wurden und unter dem ständigen Risiko eines erneuten stationären Behandlungserfordernisses stehen.

Das Modellvorhaben DynaLIVE setzt den Fokus auf eine **Substitution stationärer Behandlung** und ist keinesfalls ein Ersatz der etablierten ambulanten Hilfetragern. Die Intensivierung der ambulanten Leistungen steht insofern auch unter der Zielsetzung, den ansonsten drohenden weiteren Anstieg des Bedarfs an psychiatrischen Krankenhausbetten aufzufangen.

Die **Finanzierung der zusätzlichen ambulanten Leistungen** muss durch die LVR-Klinik Bonn vollständig durch Umschichtungen aus dem stationären Sektor gedeckt werden, d. h. es erfolgt durch die beteiligten Krankenkassen aktuell keine Finanzierung zusätzlicher Personalressourcen. Ob dieser Ansatz tatsächlich realistisch ist, kann zurzeit noch nicht sicher beurteilt werden. Es ist insofern Ziel des Modellvorhabens, weitere Erkenntnisse dazu zu gewinnen, inwieweit stationäre Behandlungen durch ambulante Komplexbehandlungen ersetzt werden können.

Der Beitrag der niedergelassenen Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und der gemeindepsychiatrischen Dienste bleibt insofern weiterhin unverzichtbar, um eine bedarfsgerechte Versorgung aller Betroffenen zu gewährleisten.

Ein wichtiges Teilziel des Modells ist es, das verstärkte Engagement der Klinik im ambulanten Feld auch in einer verbesserten **transsektoralen Zusammenarbeit** mit den übrigen ambulanten Versorgungsträgern fruchtbar werden zu lassen. Deshalb eröffnet die Modellvereinbarung mit den Krankenkassen erstmalig die Option, **Patient*innen in der Übergangsphase gleichzeitig im Rahmen der stationsunabhängigen Leistungen des Krankenhauses und durch niedergelassene Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen zu behandeln.**

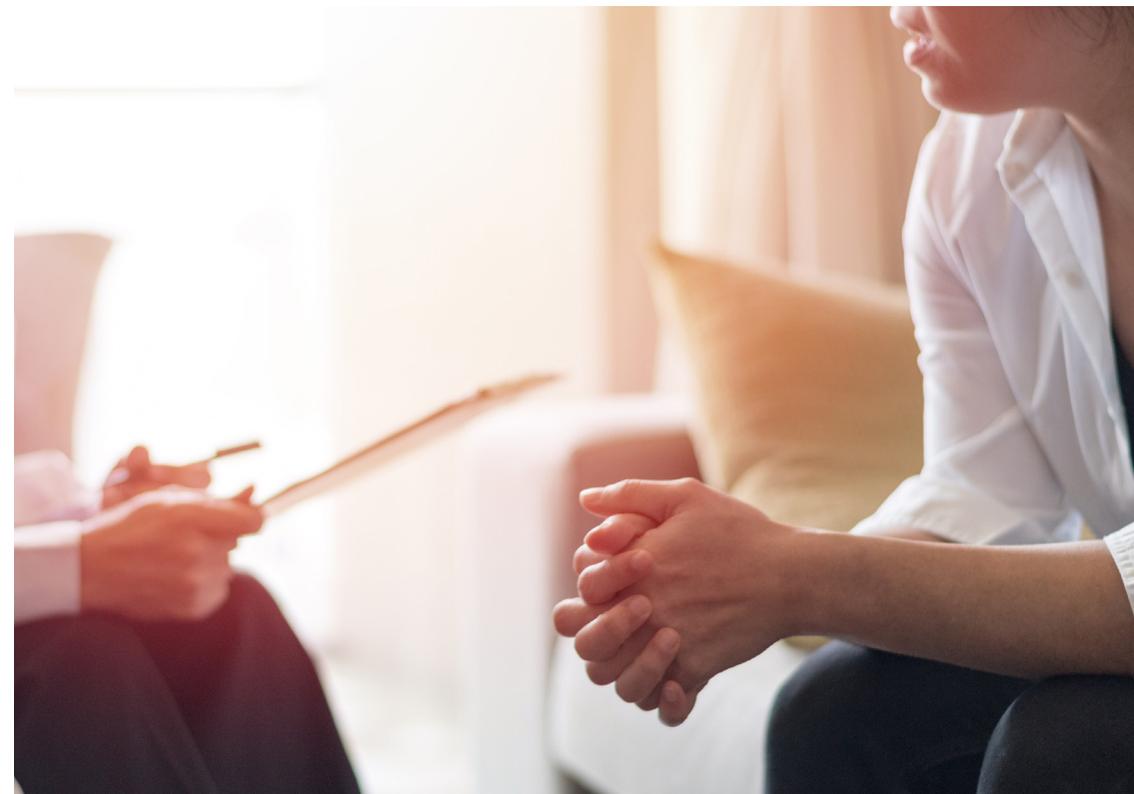


5. Wer ist leistungsberechtigt?

Leistungsberechtigt sind **Versicherte**

- im Anschluss an eine stationäre und teilstationäre Behandlung
- bei bestehender Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit anstelle einer stationären Behandlung
- ohne akute Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit sofern Art und Schwere der psychischen Erkrankung die Behandlung in einer Institutsambulanz gem. § 118 SGB V rechtfertigt.

Patient*innen sollten ihren Wohnsitz grundsätzlich im Versorgungsgebiet der jeweiligen Klinik haben. Im Rahmen der freien Krankenhauswahl können jedoch auch Personen aus anliegenden Regionen berücksichtigt werden.



6. Ihre Ansprechpartner*innen an der LVR-Klinik Bonn

Ihre Ansprechpersonen finden Sie unter klinik-bonn.lvr.de/dynalive oder über den QR-Code:



7. Über die LVR-Klinik Bonn

Die **LVR-Klinik Bonn** sichert als einer der größten Gesundheitsversorger der Region die psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Versorgung für die Bevölkerung der Städte Bonn und Wesseling sowie des Rhein-Sieg-Kreises. Das breit gefächerte Angebot umfasst die stationäre, tagesklinische und ambulante Diagnostik und Behandlung von psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie der Abhängigkeitserkrankungen sowohl bei Erwachsenen als auch bei Jugendlichen und Kindern. Die LVR-Klinik Bonn verfügt über rund 860 Betten und führt jährlich mehr als 11.000 Behandlungen durch.



Endnoten

- Mack S, Jacobi F, Gerschler A et al (2014) Self-reported utilization of mental health services in the adult German population-evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). zitiert aus: DGPPN-Faktenblatt 2021: Aktuelle Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie
- Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Nervenarzt 85:77-87 sowie (2016) Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung.Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). Nervenarzt 87:88-90 zitiert aus: DGPPN-Faktenblatt 2021: Aktuelle Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie
- Deutsche Rentenversicherung (2021) Statistikportal der Rentenversicherung: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI (Berichtsjahr 2020) zitiert aus: DGPPN-Faktenblatt 2021: Aktuelle Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie
- Bundespsychotherapeutenkammer (2018) Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie: Wartezeiten 2018 zitiert aus: DGPPN-Faktenblatt 2021: Aktuelle Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie
- Eine aktuelle Studie aus der LVR-Klinik Bonn hat zum Ergebnis, dass 52 % der im 1. Quartal 2018 Behandelten bis 2019 mindestens eine weitere stationäre oder teilstationäre Behandlung in Anspruch genommen haben. Durchschnittlich entfielen auf jeden Patienten 2,9 Aufnahmen.

LVR-Klinik Bonn

Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn

Tel 0228 551-1

www.klinik-bonn.lvr.de