15. Landschaftsversammlung 2020-2025

An die Mitglieder
des Gesundheitsausschusses

Köln, 14.11.2023
Frau Groeters
Fachbereich 81

Gesundheitsausschuss

Freitag, 17.11.2023, 10:00 Uhr

Köln, Horion-Haus, Rhein/Erft

1. Aktualisierte Tagesordnung

A: Gesundheitsausschuss

Öffentliche Sitzung		**Beratungsgrundlage**
1.	Anerkennung der Tagesordnung	
2.	Niederschrift über die 13. Sitzung vom 15.09.2023	
3.	Haushalt 2024	
3.1.	Anträge zum Haushalt	
3.1.1.	Haushalt 2024: Durchführung einer Fachtagung FASD	**Antrag 15/122 GRÜNE** E
3.1.2.	Haushalt 2024; Arbeiten im Alter - eine klassische win-win-Situation	**Antrag 15/126 CDU, SPD** E
3.1.3.	Haushalt 2024; Nachhaltige Ernährung als Teil der Nachhaltigkeitsstrategie des LVR	
3.1.3.1.	**NEU:** Ergänzungsantrag zum Antrag Nr. 15/132 "Haushalt 2024; Nachhaltige Ernährung als Teil der Nachhaltigkeitsstrategie des LVR"	**Antrag 15/163 Die Linke.** E
3.1.3.2.	Haushalt 2024; Nachhaltige Ernährung als Teil der Nachhaltigkeitsstrategie des LVR	**Antrag 15/132 CDU, SPD** E
3.1.4.	Haushalt 2024; Qualifizierung von Genesungsbegleitenden durch das LVR-Institut für Forschung und Bildung im LVR	**Antrag 15/136 CDU, SPD** E
3.1.5.	Haushalt 2024; Aufbau eines Präventionsprojektes an der Schnittstelle von Allgemeinpsychiatrie und Maßregelvollzug	**Antrag 15/139 CDU, SPD** E

3.1.6.	Haushalt 2024; Machbarkeitsstudie und Entwicklung eines Konzeptes eines modellhaften Krisendienstes im Rheinland	**Antrag 15/141 CDU, SPD** E
3.1.7.	Haushalt 2024; Prüfung der Umsetzung eines standortübergreifenden Personalpools in den LVR-Kliniken	**Antrag 15/142 CDU, SPD** E
3.1.8.	Haushalt 2024: Weiterfinanzierung des Peer-Counseling in Sozialpsychiatrischen Zentren	**Antrag 15/152 Die Linke.** E
3.2.	Haushaltsentwurf 2024; hier: Zuständigkeiten des Gesundheitsausschusses Berichterstattung: LVR-Dezernentin Hötte	**15/1867/1** B
3.3.	Wirtschaftsplanentwürfe 2024 sowie Veränderungsnachweise zu den Wirtschaftsplanentwürfen 2024 des LVR-Klinikverbundes Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski	**15/1947** E
4.	Migration und Diversity im Wandel: Neuausrichtung des Aufgabenprofils der Integrationsbeauftragten im LVR-Klinikverbund Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski	**15/2012** B
5.	Führungskräfteentwicklung im LVR-Klinikverbund ab 2024 Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski	**15/1760** E
6.	Belegungssituation im Maßregelvollzug Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski	
7.	Anträge und Anfragen	
7.1.	Gewinnung von Auszubildenden	**Anfrage 15/85 Die Linke.** K
7.2.	Beantwortung der Anfrage 15/85 Die Linke.: Gewinnung von Auszubildenden	
7.3.	Übergriffe auf Mitarbeiter der LVR-Kliniken seit 2021	**Anfrage 15/90 AfD** K
7.4.	Beantwortung der Anfrage 15/90 AfD: Übergriffe auf Mitarbeiter der LVR-Kliniken seit 2021	
7.5.	Anfrage: Verteilung von Frauen und Männern in MINT- und SAGE-Berufen	**Anfrage 15/96 GRÜNE** K
7.6.	Beantwortung der Anfrage 15/96 GRÜNE: Verteilung von Frauen und Männern in MINT- und SAGE-Berufen	
8.	Bericht aus der Verwaltung	
9.	Verschiedenes	

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

Öffentliche Sitzung

10.	Tätigkeitsbericht des LVR-Instituts für Forschung und Bildung - LVR-Institut für Versorgungsforschung - vom 01.01.2022 - 31.12.2022 Berichterstattung: Vorsitzender des Vorstands LVR-IFuB Thewes	**15/1726** K **PowerPoint-Präsentation**
11.	Verschiedenes	

C: Gesundheitsausschuss

Nichtöffentliche Sitzung

12.	Niederschrift über die 13. Sitzung vom 15.09.2023	
13.	Personalmaßnahmen	
13.1.	Bestellung zum Stellvertreter der Kaufmännischen Direktion im Klinikvorstand der LVR-Klinik Bonn Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski	**15/1996** B
13.2.	Wiederbestellung zum Ärztlichen Direktor im Klinikvorstand des LVR-Klinikums Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf - Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski	**15/1955** B
13.3.	Bestellung zur Ärztlichen Direktorin sowie Abberufung als Stellvertreterin der Ärztlichen Direktion im Klinikvorstand der LVR-Klinik Langenfeld Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski	**15/2025** B
14.	Vergaben	
14.1.	Rahmenvereinbarung Headhunting mit mehreren Unternehmen für das LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen, die LVR-Kliniken und den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski	**15/2046** E
14.2.	Abschluss einer Rahmenvereinbarung über Kastenmöbel Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski	**15/2067** B
15.	Aktueller Bericht aus dem Maßregelvollzug Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski	
16.	Anträge und Anfragen	
17.	Bericht aus der Verwaltung	
18.	Verschiedenes	

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

Öffentliche Sitzung

19.	III. Quartalsbericht 2023 des Instituts für Forschung und Bildung Berichterstattung: Vorsitzender des Vorstands LVR-IFuB Thewes	**15/1966** K
20.	Verschiedenes	

Mit freundlichen Grüßen
Die Vorsitzende

S c h ä f e r

TOP 1 Anerkennung der Tagesordnung

Qualität für Menschen

Niederschrift
über die 13. Sitzung des Gesundheitsausschusses
am 15.09.2023 in Köln, Horion-Haus
- öffentlicher Teil -

Anwesend vom Gremium:

CDU

Baer, Gudrun	
Braumüller, Heinz-Peter	
De Bellis-Olinger, Teresa Elisa	
Heister, Joachim	
Körlings, Franz	(für Stieber)
Loepp, Helga	
Nabbefeld, Michael	
Renzel, Peter	

SPD

Heinisch, Iris	
Karl, Christiane	
Kaske, Axel	(für Engler)
Kucharczyk, Jürgen	
Schulz, Margret	
Walter, Karl-Heinz	(für Krossa)

Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Bortlisz-Dickhoff, Johannes	(für Hoffmann-Badache)
Kresse, Martin	
Manske, Marion	
Schäfer, Ilona	Vorsitzende
Tietz-Latza, Alexander	

FDP

vom Berg, Joachim
Breuer, Klaus

AfD

Dr. Schnaack, Frank

Die Linke.

Onori, Birgit

FREIE WÄHLER

Alsdorf, Georg

Die FRAKTION

Lukat, Nicole

Verwaltung:

Wenzel-Jankowski	LVR-Dezernentin "Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen"
Krüger	LVR-Fachbereichsleiter "Wirtschaftliche Steuerung"
Lüder	LVR-Fachbereichsleiter "Maßregelvollzug"
Dr. Möller-Bierth	LVR-Fachbereichsleiterin "Personelle und organisatorische Steuerung"
Stephan-Gellrich	LVR-Fachbereichsleiterin "Planung, Qualität und Innovationsmanagement"
Thewes	Vorsitzender des Vorstands "IFuB"
Dr. Eilerts	LVR-Fachbereich "Wirtschaftliche Steuerung"
Lohmanns	LVR-Fachbereich "Personelle und organisatorische Steuerung"
Schaefer	LVR-Fachbereich "Wirtschaftliche Steuerung"
Groeters	LVR-Fachbereich "Personelle und organisatorische Steuerung" (Protokoll)

Referent:

Prof. Dr. Janssen	Chefärztin Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und Psychotherapie in der LVR-Klinik Köln (bis TOP 3)

Gast:

Illigens	Wirtschaftsprüfungsgesellschaft ETL WRG GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Steuerberatungsgesellschaft (zu TOP 24)

T a g e s o r d n u n g

A: Gesundheitsausschuss

Öffentliche Sitzung		**Beratungsgrundlage**
1.	Anerkennung der Tagesordnung	
2.	Niederschrift über die 12. Sitzung vom 12.05.2023	
3.	Umsetzung neuer Behandlungsansätze in der psychiatrischen Behandlung	
4.	Haushaltsentwurf 2024; hier: Zuständigkeiten des Gesundheitsausschusses	**15/1867** B
5.	Wirtschaftsplanentwürfe 2024 des LVR-Klinikverbundes	**15/1821** E
6.	LVR-Kompetenzzentrum Migration als übergreifende fachliche Bündelungs- und Servicestruktur für die trans- und interkulturelle Arbeit innerhalb des LVR-Klinikverbunds - Vorschlag zur Förderung	**15/1862** B
7.	Bereitstellung von Hygieneartikeln für Mitarbeitende im Klinikverbund - Pilotierung im LVR-Klinikum Essen	**15/1768** K
8.	LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention: Entwurf Jahresbericht 2022	**15/1470/1** K
9.	Das neue Betreuungsrecht als Chance für mehr Selbstbestimmung: Dokumentation des 5. LVR-Dialog Inklusion und Menschenrechte	**15/1707** K
10.	Befristete Beschäftigungsverhältnisse 2022	**15/1581** K
11.	Belegungssituation im Maßregelvollzug	
12.	Anträge und Anfragen	
12.1.	Einsatz von Voll- und Teilzeitkräften HPH im Vergleich zu Krankenhäusern	**Anfrage 15/81 Die Linke.** K
12.2.	Beantwortung der Anfrage 15/81 Die Linke.: Einsatz von Voll- und Teilzeitkräften HPH im Vergleich zu Krankenhäusern	
12.3.	Versäumnisse im Zusammenhang mit der Unterbringung psychisch kranker Straftäter	**Anfrage 15/78 AfD** K
12.4.	Beantwortung der Anfrage 15/78 AfD: Versäumnisse im Zusammenhang mit der Unterbringung psychisch kranker Straftäter	
12.5.	Folgen der Cannabiseinnahme bei Patienten im LVR-Kliniken	**Anfrage 15/76 AfD** K

12.6.	Beantwortung der Anfrage 15/76 AfD: Folgen der Cannabiseinnahme bei Patienten im LVR-Kliniken	
13.	Beschlusskontrolle	
14.	Bericht aus der Verwaltung	
15.	Verschiedenes	

B: Gesundheitsausschuss

Nichtöffentliche Sitzung

16.	Niederschrift über die 12. Sitzung vom 12.05.2023	
17.	Personalmaßnahmen	
17.1.	Abberufung als Stellvertreter der Kaufmännischen Direktion im Klinikvorstand der LVR-Klinik Bedburg-Hau	**15/1858** B
17.2.	Bestellung zur Stellvertreterin der Ärztlichen Direktion im Klinikvorstand der LVR-Klinik Düren	**15/1914** B
17.3.	Bestellung zur Stellvertretung der Kaufmännischen Direktion im Klinikvorstand des LVR-Klinikums Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf -	**15/1894** B
17.4.	Befristete Weiterbeschäftigung und Wiederbestellung zum Kaufmännischen Direktor und Vorsitzenden des Klinikvorstandes der LVR-Klinik Langenfeld	**15/1906** B
17.5.	Befristete Weiterbeschäftigung und Bestellung zur Pflegedirektorin im Klinikvorstand der LVR-Klinik Köln	**15/1907** B
17.6.	Wiederbestellung zum Stellvertreter der Ärztlichen Direktion im Klinikvorstand der LVR-Klinik für Orthopädie Viersen	**15/1889** B
18.	Prüfung einer möglichen Reorganisation der Abteilungen für Soziale Rehabilitation durch eine Zusammenlegung mit dem LVR-Verbund HPH zu einem gemeinsamen LVR-Teilhabeunternehmen	**15/1893** E
19.	Aktueller Bericht aus dem Maßregelvollzug	
20.	Anträge und Anfragen	
21.	Beschlusskontrolle	
22.	Bericht aus der Verwaltung	
23.	Verschiedenes	

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

Nichtöffentliche Sitzung

24.	Bericht über die Prüfung des Jahresabschlusses und des Lageberichtes 2022 des LVR-Institut für Forschung und Bildung	**15/1754** K
25.	Lagebericht 2022 des LVR-Institut für Forschung und Bildung	**15/1753** K
26.	II. Quartalsbericht 2023 des Instituts für Forschung und Bildung	**15/1755** K
27.	Verschiedenes	

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

Öffentliche Sitzung

28.	Jahresabschluss 2022 LVR-Institut für Forschung und Bildung	**15/1752** B
29.	Verschiedenes	

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

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

Frau Heinisch weist auf das Flugblatt von Anbieter*innen der Behindertenhilfe "Es geht uns alle an." hin, das zu den Äußerungen des AfD-Politikers Björn Höcke Stellung nimmt, der das Ende der Inklusion und damit die aktive Ausgrenzung von Menschen mit Behinderungen fordert.

Die Vorsitzende bittet darum, das Flugblatt der Niederschrift beizufügen.

Nachstehend sind der Link zu dem Flugblatt:

https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/vielfalt-o-alternative/doc/Anzeige-Welt_AfD_halbes-nordisches-1_DRUCKEREI.pdf

sowie als Text beigefügt.

Es geht uns alle an.
Es ist mehr als ein Alarmzeichen.
Wenn der AfD-Politiker Björn Höcke das Ende der Inklusion und damit
die aktive Ausgrenzung von Menschen mit Behinderung fordert,
ist das kein Zufall und kein Ausrutscher.
In der AfD wird wiederholt gefordert, Menschen, die nicht in das Weltbild
des völkischen Nationalismus passen, zu entrechten oder aus dem Land zu werfen.

Wer so denkt und spricht, stellt die Würde des Menschen als Individuum,
die Universalität von Menschenrechten und damit die Grundlagen unserer demokratischen Gesellschaft in Frage.
Abwertung und Ausgrenzung von Menschen mit Behinderung sind in der AfD längst zum Programm geworden,
genauso wie die Abwertung und Ausgrenzung von Menschen aufgrund ihrer Herkunft,
ihres Glaubens oder ihrer selbstbestimmten geschlechtlichen Identität.

Wir lassen nicht zu, dass Ideologien der Ungleichwertigkeit von Menschen weiter Raum greifen,
die an die dunkelsten Kapitel der deutschen Geschichte erinnern.
Wir rufen die Zivilgesellschaft auf, sich der Gefahr, die von einer solchen Agenda
für den Zusammenhalt unserer Gesellschaft ausgeht,
gemeinsam und entschlossen entgegenzustellen.

Es geht uns alle an.
Wir alle sind gefordert.
Die Alarmzeichen sind nicht zu übersehen.

Der Paritätische Gesamtverband (V.i.S.d.P.) www.vielfalt-ohne-alternative.de

Öffentliche Sitzung

Punkt 1
Anerkennung der Tagesordnung

Der Tagesordnung für die Sitzung des Gesundheitsausschusses am 15.09.2023 wird zugestimmt.

Punkt 2
Niederschrift über die 12. Sitzung vom 12.05.2023

Gegen den öffentlichen Teil der Niederschrift werden keine Einwendungen erhoben.

Punkt 3
Umsetzung neuer Behandlungsansätze in der psychiatrischen Behandlung

Die Vorsitzende begrüßt Frau Prof. Dr. Janssen ganz herzlich in der heutigen Sitzung des Gesundheitsausschusses. Frau Prof. Dr. Janssen habe bereits in der Sitzung des Krankenhausausschusses 2 am 09.05.2023 berichtet. Das Thema sei aber von übergreifender Bedeutung, so dass der Vortrag auch in der Sitzung des Gesundheitsausschusses von großem Interesse sei.

Frau Prof. Dr. Janssen berichtet über die Umsetzung neuer biologischer Behandlungsansätze in der psychiatrischen Behandlung, wie Elektrokonvulsionstherapie (EKT), repititive Transkranielle Magnetstimulation (rTMS), (Es)Ketamin, Botolinumtoxin sowie Lichttherapie-Brillen in der LVR-Klinik Langenfeld. Dabei geht sie auch auf Fallbeispiele ein. Bei der EKT würden mit Hilfe von elektrischen Stromreizen Nervenzellen im Gehirn angeregt. Daneben gebe es auch eine Erhaltungs-EKT. In allen LVR-Kliniken würden die EKT-Behandlungen zunehmen und es bestehe regional ein hoher ungedeckter Bedarf an EKT. Bei der rTMS würden mit Hilfe von starken plusierenden Magnetfeldern Nervenzellen im Gehirn angeregt, wobei es sich um eine relativ neue Behandlungsmethode handele. (ES)Ketamin sei ein dissoziatives Anästhetikum, wobei Esketamin seit 2019 in der EU intranasal zur Behandlung von Suizidalität bei Depression und bei therapierefraktärer Depression zugelassen sei. Es habe sich herausgestellt, dass Botolinumtoxin auch bei Depressionen eingesetzt werden könne und Lichttherapiebrillen zur Behandlung der saisonalen Depression.

Die PowerPoint-Präsentation von Frau Prof. Dr. Janssen ist als **Anlage 1** der Niederschrift beigefügt.

Die Vorsitzende bedankt sich für den informativen Vortrag anhand von Fallbeispielen.

Auf Fragen der Vorsitzenden, Herrn Kresse und Frau Heinisch antwortet Frau Prof. Dr. Janssen:

- Eine EKT finde immer in Wechselwirkung mit psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung statt. Dabei würden auch immer die Wünsche von Patient*innen berücksichtigt.
-
- Die EKT habe in den letzten zehn Jahren eine Wiederbelebung erfahren. Dieses liege auch daran, dass sich die Narkoseverfahren verbessert hätten. Oftmals sei die EKT die letzte Möglichkeit, Patient*innen zu behandeln. Dieses zeige sich auch bei der Erhaltungs-EKT. Bei der Behandlung sei es sehr wichtig, sich mit den

Wünschen und Vorstellungen der Patient*innen zu befassen.

- Es gebe wenige aktuelle Forschungen auf dem Gebiet der EKT, da es nicht vertretbar sei, die Zustimmung der Ethikkommission zu erhalten, um bei Menschen mit depressiven Erkrankungen beispielsweise eine Doppelblindforschung durchzuführen.
- Bei allen biologischen Behandlungsansätzen sei eine Einwilligung der Patient*innen erforderlich. Sofern dieses nicht durch die Patient*innen selber erfolgen könne, müssten Betreuungen und Gerichte eingeschaltet werden.
- Eine Behandlung mit EKT hänge immer vom Einzelfall ab.

Herr Krüger antwortet auf Frage von Herrn Kresse, die EKT werde über ein Zusatzentgelt im PEPP-Katalog finanziert. Die EKT sei aber ein sehr kostenintensives Verfahren, da u. a. viele unterschiedliche Berufsgruppen an der Behandlung beteiligt und die Anästhesiekosten sehr hoch seien. Aus rein finanzieller Sicht würde sich die Leistungserbringung für die Kliniken nicht lohnen.

Herr Thewes informiert, für 2024 werde, in Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern, zur Förderung der EKT ein Antrag an den Innovationsfonds vorbereitet.

Die PowerPoint-Präsentation von Frau Prof. Dr. Janssen wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 4
Haushaltsentwurf 2024; hier: Zuständigkeiten des Gesundheitsausschusses
Vorlage Nr. 15/1867

Herr Nabbefeld bittet darum, den Haushalt als eingebracht anzusehen, da erst in den nächsten Tagen die Beratungen zum Haushalt in den Fraktionen stattfinden würden.

Der Gesundheitsausschuss stimmt dem zu.

Die Beratung und die Beschlussfassung werden auf die nächste Sitzung vertagt.

Punkt 5
Wirtschaftsplanentwürfe 2024 des LVR-Klinikverbundes
Vorlage Nr. 15/1821

Die Vorsitzende berichtet, den Wirtschaftsplanentwürfen 2024 des LVR-Klinikverbundes sei in allen Sitzungen der Krankenhausausschüsse einstimmig zugestimmt worden.

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

1. Die Krankenhausausschüsse und der Gesundheitsausschuss empfehlen der Landschaftsversammlung, die Wirtschaftspläne des LVR-Klinikverbundes für das Jahr 2024 einschließlich des Kassenkreditrahmens und der Verpflichtungsermächtigungen in der Fassung der Vorlage Nr. 15/1821 festzustellen.

2. Die Verwaltung wird beauftragt, die Wirtschaftsplanentwürfe 2024 bis zur Drucklegung noch an die aktuelle Entwicklung anzupassen und ggfs. erforderliche Änderungen ohne Einzelaufführungen in den Veränderungsnachweisen bei der Drucklegung der endgültigen Wirtschaftspläne vorzunehmen, soweit diese keine Auswirkungen auf die ausgewiesenen Ergebnisse haben.

Punkt 6
LVR-Kompetenzzentrum Migration als übergreifende fachliche Bündelungs- und Servicestruktur für die trans- und interkulturelle Arbeit innerhalb des LVR-Klinikverbunds - Vorschlag zur Förderung
Vorlage Nr. 15/1862

Frau Wenzel-Jankowski informiert, im Nachgang zu den Nachfragen in der Sitzung des Krankenhausausschusses 2 am 12.05.2023, zurzeit werde die Arbeit im LVR-Kompetenzzentrum Migration von den hauptamtlichen Akteuren der LVR-Kiniken mit geleistet. Durch die Förderung einer unbefristeten Stelle solle eine nachhaltigere Arbeit ermöglicht werden. Wenn sich das Angebot etabliert habe, könne dann eine Integration dieser Stelle in das LVR-Institut für Forschung und Bildung erfolgen.

Herr Kresse hebt hervor, unbedingt notwendig sei eine Beteiligung des außerklinischen Bereiches und die Etablierung von niedrigschwelligen Angeboten, die gut erreichbar seien.

Frau Wenzel-Jankowski antwortet, die Qualitätsentwicklungen für die bedarfsgerechte Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen mit Zuwanderungs- und Fluchtgeschichte würden in Zusammenarbeit mit den Sozialpsychiatrischen Zentren und den Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration erfolgen. Dabei weise sie auch auf die Ergebnisse der LVR-Migrationsfachtagung 2023 am 08. und 09. August 2023 hin. Es bestehe eine enge Vernetzung bei der Weiterentwicklung der Angebote für Menschen mit einem Migrationshintergrund mit der gemeindepsychiatrischen Versorgung und dem ambulanten Bereich.

Der Gesundheitsausschuss fasst **mehrheitlich** - **mit den Stimmen von den Fraktionen CDU, SPD, Bündnis 90/DIE GRÜNEN, FDP, DIE LINKE., Die FRAKTION und FREIE WÄHLER gegen die Stimme der AfD-Fraktion** - folgenden Beschluss:

Das LVR-Kompetenzzentrum Migration wird gemäß Vorlage Nr. 15/1862 ab 2024 für drei Jahre mit einer Summe i. H. v. derzeit 90.000 € pro Jahr aus dem LVR-Förderprogramm „Verbesserung der Versorgung von Patient*innen mit Migrationshintergrund in den LVR-Kliniken" gefördert.

Punkt 7
Bereitstellung von Hygieneartikeln für Mitarbeitende im Klinikverbund - Pilotierung im LVR-Klinikum Essen
Vorlage Nr. 15/1768

Herr Kresse weist darauf hin, die Bereitstellung von Hygieneartikeln für Mitarbeitende im LVR-Klinikverbund sei von allen Krankenhausausschüssen begrüßt worden.

Aufgrund der positiven Erfahrungen bittet die Vorsitzende die Verwaltung darum, die Erweiterung der Bereitstellung von Hygieneartikeln auf den gesamten LVR-Klinikverbund zu prüfen.

Der Bericht über die Pilotierung zur Bereitstellung von Hygieneartikeln für Mitarbeitende des LVR-Klinikverbundes - Pilotierung im LVR-Klinikum Essen wird gemäß Vorlage Nr. 15/1768 zur Kenntnis genommen.

Punkt 8
LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention: Entwurf Jahresbericht 2022
Vorlage Nr. 15/1470/1

Herr Kresse berichtet aus den Beratungen des Ausschusses für Inklusion am 01.06.2023. Es sei angeregt worden, mit Blick auf die Zielrichtung 5 auch den Stand der Barrierefreiheit und die geplanten Verbesserungen in den LVR-Kliniken zur Darstellung zu bringen.

Die Vorsitzende bittet darum, dass die LVR-Kliniken in einer der nächsten Sitzungen der Krankenhausausschüsse berichten, wie es mit der Barrierefreiheit in den einzelnen LVR-Kliniken aussehe.

Der Entwurf des Jahresberichtes 2022 zum LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention wird gemäß Vorlage Nr. 15/1470/1 zur Kenntnis genommen.

Punkt 9
Das neue Betreuungsrecht als Chance für mehr Selbstbestimmung: Dokumentation des 5. LVR-Dialog Inklusion und Menschenrechte
Vorlage Nr. 15/1707

Die Dokumentation des 5. LVR-Dialog Inklusion und Menschenrechte wird gemäß Vorlage Nr. 15/1707 ohne Aussprache zur Kenntnis genommen.

Punkt 10
Befristete Beschäftigungsverhältnisse 2022
Vorlage Nr. 15/1581

Der Bericht zur Entwicklung und zum aktuellen Stand der befristeten Beschäftigungsverhältnisse wird gemäß Vorlage Nr. 15/1581 ohne Aussprache zur Kenntnis genommen.

Punkt 11
Belegungssituation im Maßregelvollzug

Herr Lüder berichtet, es sei ein weiterer starker Anstieg der Belegung im stationären Bereich des Maßregelvollzugs zu verzeichnen.

Zur akuten Entlastung seien Bauvorhaben mit insgesamt 80 Plätzen in Angriff genommen worden. Es werde ein Neubau mit 40 Plätzen, verteilt auf zwei Stationen, in Modulbauweise im gesicherten Bereich des forensischen Dorfs der LVR-Klinik Düren errichtet, der 2024 in Betrieb gehen solle. Am Standort Köln-Porz werde ein Neubau mit 20 Plätzen in Modulbauweise im gesicherten Bereich in 2024 fertig gestellt. Die Kapazitätserweiterung mit 20 Plätzen am Standort Düsseldorf in Haus 3 solle aufgrund der verzögerten Fertigstellung der Sanierung von Haus 2 nach derzeitigem Stand voraussichtlich im 1. Quartal 2024 in Betrieb gehen.

Das Gesetz zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 des Strafgesetzbuches (StGB) werde zum 01.10.2023 in Kraft treten. Nach vorsichtiger Einschätzung der Fachleute, werde sich für den Maßregelvollzug die Zahl der

Neuaufnahmen um 10 % reduzieren. Die Novellierung des § 64 StGB solle dazu beitragen, dass sich die Behandlungen in den Entziehungsanstalten wieder stärker auf die Personen konzentrierten, die wirklich eine Therapie benötigten. Auch im Bereich der Behandlungen von Patient*innen nach § 63 StGB gebe es noch Nachbesserungsbedarf. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit & Soziales (MAGS) habe ein Qualitätsprojekt zur Unterbringung von Patient*innen nach § 63 StGB aufgelegt, das in den LVR-Kliniken umgesetzt werde.

Im Bereich des Maßregelvollzugs komme der Prävention eine immer größer werdende Bedeutung zu. Am 08.05.2023 habe der Arbeitskreis Forensik der BAG Psychiatrie getagt, der auch die große Bedeutung der Präventionsambulanzen hervorgehoben habe.

Der Bericht der Verwaltung wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 12
Anträge und Anfragen

Punkt 12.1
Einsatz von Voll- und Teilzeitkräften HPH im Vergleich zu Krankenhäusern
Anfrage Nr. 15/81 Die Linke.

Die Beantwortung der Anfrage liegt vor.

Punkt 12.2
Beantwortung der Anfrage 15/81 Die Linke.: Einsatz von Voll- und Teilzeitkräften HPH im Vergleich zu Krankenhäusern

Die Beantwortung der Anfrage wird ohne Aussprache zur Kenntnis genommen.

Punkt 12.3
Versäumnisse im Zusammenhang mit der Unterbringung psychisch kranker Straftäter
Anfrage Nr. 15/78 AfD

Die Beantwortung der Anfrage liegt vor.

Punkt 12.4
Beantwortung der Anfrage 15/78 AfD: Versäumnisse im Zusammenhang mit der Unterbringung psychisch kranker Straftäter

Die Beantwortung der Anfrage wird ohne Aussprache zur Kenntnis genommen.

Punkt 12.5
Folgen der Cannabiseinnahme bei Patienten im LVR-Kliniken
Anfrage Nr. 15/76 AfD

Die Beantwortung der Anfrage liegt vor.

Punkt 12.6
Beantwortung der Anfrage 15/76 AfD: Folgen der Cannabiseinnahme bei Patienten im LVR-Kliniken

Die Beantwortung der Anfrage wird ohne Aussprache zur Kenntnis genommen.

Punkt 13
Beschlusskontrolle

Keine Anmerkungen.

Punkt 14
Bericht aus der Verwaltung

Keine Anmerkungen.

Punkt 15
Verschiedenes

Herr Kresse informiert, der Ausschuss für Inklusion habe sich in seiner Sitzung am 07.09.2023 mit der Weiterentwicklung der Nachhaltigkeitsbemühungen des LVR im Sinne der Resolution "2030-Agenda für Nachhaltigkeit auf kommunaler Ebene gestalten" befasst. Diese Agenda sei gerade auch für den Gesundheitsbereich von besonderer Bedeutung.

Auf Anregung von Herrn Kresse bittet die Vorsitzende, dass Herr Thomas Voß, Kaufmännischer Direktor der LWL-Kliniken in Münster und Lengerich, in einer der nächsten Sitzungen des Gesundheitsausschusses zum Thema Nachhaltigkeit berichte. Herr Voß sei für den Ursula Hudson Preis vorgeschlagen worden, der das Engagement von Menschen und Initiativen unterstütze, die sich um eine Ernährungswende verdient machten.

Punkt 28
Jahresabschluss 2022 LVR-Institut für Forschung und Bildung
Vorlage Nr. 15/1752

Der Gesundheitsausschuss fasst **einstimmig** ohne Aussprache folgenden Beschluss:

1. Der Gesundheitsausschuss nimmt den Jahresabschluss 2022 des LVR-Institut für Forschung und Bildung gemäß Vorlage Nr. 15/1752 zur Kenntnis.

2. Er empfiehlt dem Landschaftsausschuss, den Jahresabschluss an die Landschaftsversammlung mit folgender Beschlussempfehlung weiterzuleiten:
2.1. Die Landschaftsversammlung stellt den Jahresabschluss 2022 des LVR-Institut für Forschung und Bildung fest. Im abgelaufenen Geschäftsjahr 2022 hat das LVR-Institut für Forschung und Bildung einen Jahresüberschuss in Höhe von EUR 11.286,20 erwirtschaftet.
2.2 Aus dem Jahresüberschuss zum 31.12.2022 in Höhe von EUR 11.286,20 zuzüglich des Gewinnvortrages in Höhe EUR 11.459,72 wird ein Betrag in Höhe von EUR 22.745,92

der Rücklage zugeführt.
3. Dem Institutsvorstand des LVR-Institut für Forschung und Bildung wird gem. § 16 Abs. 4 Ziff. 13 der Betriebssatzung Entlastung erteilt.

Punkt 29
Verschiedenes

Keine Anmerkungen.

Wuppertal, 24.09.2023	Köln, 20.09.2023
Die Vorsitzende	Die Direktorin des Landschaftsverbandes Rheinland In Vertretung
S c h ä f e r	W e n z e l - J a n k o w s k i

Umsetzung neuer Behandlungsansätze in der psychiatrischen Behandlung

Prof. Dr. med. Birgit Janssen
Stellv. Ärztliche Direktorin
Chefärztin Allgemeine Psychiatrie 2

LVR Qualität für Menschen

Gliederung

- EKT
- rTMS
- (Es)Ketamin
- Botolinumtoxin
- Und sonst?

Gliederung

- EKT
- rTMS
- (Es)Ketamin
- Botolinumtoxin
- Und sonst?

Was ist eine EKT?

Die Elektrokonvulsions-Therapie (kurz: EKT) gehört zu den sogenannten neurostimulatorischen Verfahren. Bei diesen Verfahren werden Nervenzellen im Gehirn stimuliert, das heißt angeregt. Das passiert bei einer EKT mit Hilfe von elektrischen Stromreizen. Dadurch werden vermutlich Botenstoffe im Gehirn beeinflusst und das Wachstum von Nervenzellen angeregt.

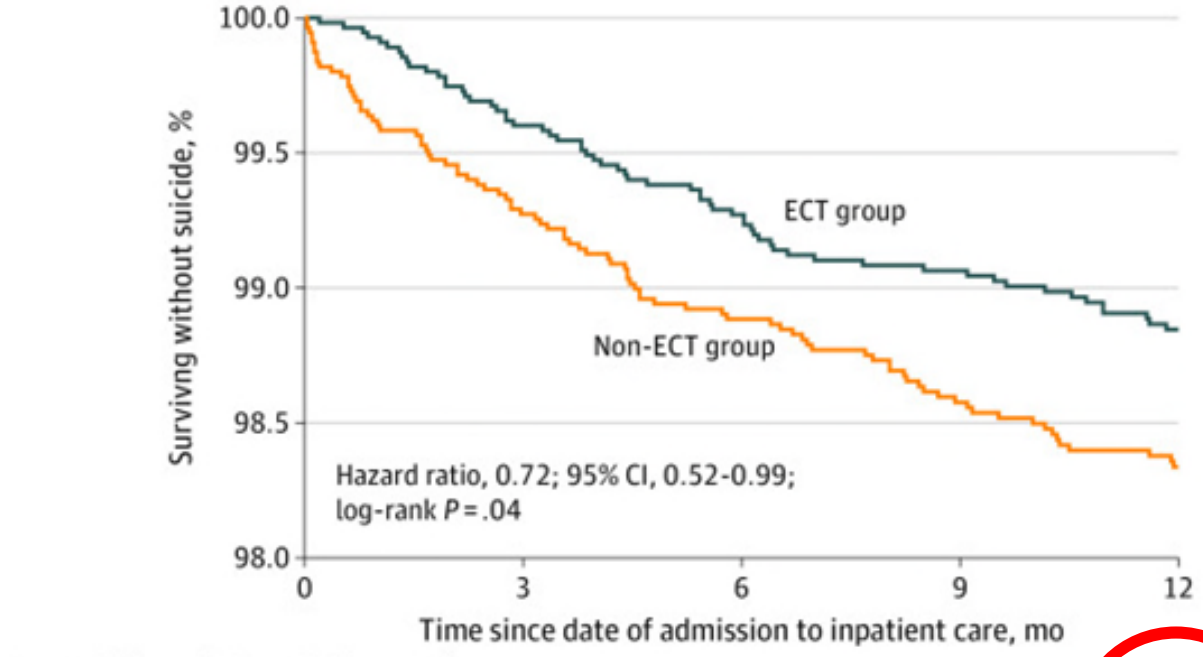
Ein veralteter Begriff für eine EKT ist „Elektrokrampf-Therapie".

https://register.awmf.org/assets/guidelines/Nationale_Versorgungs-Leitlinie/nvl-005p10-elektrokonvulsion_S3_Unipolare_Depression_2022-10.pdf, aufgerufen am 6.3.2023

Wem soll EKT angeboten werden?

- Depressiven Patient*innen: Antidepressiv – die Ansprechrate bei schweren Depressionen beträgt 50–90%
- Bipolaren Patient*innen: Stimmungsstabilisierend
- Schizophrene Patient*innen: Antipsychotisch (insbesondere bei katatoner Schizophrenie)
- Suizidalen Patient*innen
- Psychotische schwangeren Patient*innen

Grözinger et al. 2013



No. at risk (cumulative suicide events)

ECT group	5525 (0)	5484 (22)	5320 (40)	5104 (51)	4864 (62)
Non-ECT group	5525 (0)	5429 (40)	5233 (61)	5032 (77)	4817 (90)

Rönnqvist I, Nilsson FK, Nordenskjöld A. Electroconvulsive Therapy and the Risk of Suicide in Hospitalized Patients With Major Depressive Disorder. JAMA Netw Open. 2021 Jul 1;4(7):e2116589. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.16589. PMID: 34287633; PMCID: PMC8295734.

Wie läuft eine Behandlung ab?

Für die EKT-Behandlung werden Elektroden am Kopf angebracht. Außerdem werden Medikamente verabreicht, die die Muskeln entspannen. Der Eingriff erfolgt in kurzer Narkose. Dann werden kleine Stromimpulse über die Elektroden übertragen. Man spürt davon während des Vorgangs nichts.

2 bis 3 mal wöchentlich, 10 bis 15 Sitzungen

https://register.awmf.org/assets/guidelines/Nationale_Versorgungs-Leitlinie/nvl-005p10-elektrokonvulsion_S3_Unipolare_Depression_2022-10.pdf, aufgerufen am 6.3.2023

Durchführung EKT Personal

- 1 Anästhesist*in
- 1 Psychiater*in
- 1 Intensivpflegender
- 1 Psychiatriepflegender



Ärztliches EKT-Team der LVR Klinik Langenfeld, Leitung Jasper Klose

Nebenwirkungen der EKT

Häufiger:

- **Kopfschmerzen, Muskelkater**
- **Anterograde und retrograde Amnesie unterschiedlicher Ausprägung**

Selten:

- **Postiktales Delir (1x in drei Jahren in allen LVR-Kliniken)**

Sehr, sehr selten:

- **Herzrhythmusstörungen**
- **Prolongierter Anfall (1x in drei Jahren in allen LVR-Kliniken)**

Nebenwirkungen der EKT

Mögliche seltene Nebenwirkungen können während der Sitzung gut beherrscht werden.
Lediglich die Amnesie wird von den Patient*innen gelegentlich als subjektiv sehr unangenehm empfunden ist aber reversibel. Vor und nach EKT wird getestet.

Kontraindikationen (z.B. Hirntumor) werden vorher immer ausgeschlossen

Erhaltungs-EKT

Die Evidenzqualität für die EKT-Erhaltungstherapie ist sehr niedrig, vor allem aufgrund der schmalen Datenbasis und des Verzerrungsrisikos (v. a. Nicht-Verblindung). Doch auch langjährige klinisch-praktische Erfahrungen unterstützen eine EKT-Erhaltungstherapie, so dass die Leitliniengruppe eine starke Empfehlung ausspricht. Allerdings wird die Empfehlung aus versorgungspraktischen Gründen auf bestimmte Patientengruppen eingeschränkt, da eine EKT-Erhaltungstherapie aufwändig und nur (teil-)stationär möglich ist.

https://www.leitlinien.de/themen/depression/version-3/kapitel-7#e7-24, aufgerufen am 6.3.2023

Fallvignette 1

- 69jährige Patientin
- Jahrelange therapieresistente Depression
- Mehr als 5 Suizidversuche
- Beginn der EKT 2020 (erstmalig extern)
- Gute Response
- Erneute EKT-Serien 2021 und 2022
- Sommer 2022 Implantat Vagusnervstimulation
- Darauf keine Response, erneute Verschlechterung
- Seit Herbst 2022 1 bis 2 wöchentliche Erhaltungs-EKT
- Patientin seitdem beschwerdefrei zu Hause lebend

EKT in den LVR-Kliniken

- **Bonn:** Seit 5.2021; 12 (2021), 19 (2022), 6 (2023); WZ 2-3 Wochen, 2x/Woche
- **Essen:** ca. 30 Patienten/Jahr (333, 367, 114); WZ wenige Wochen, 3x/Woche
- **Langenfeld:** Seit 5.2021; 20 (2021), 28 (2022), 12 (2023); WZ keine, 2X/Woche
- **Düsseldorf:** 29 (2021); 33 (2022); 18 (2023); 433,448,127) WZ intern keine, von extern 1-2 Monate, 2x/Woche

In allen Kliniken nehmen die EKT-Behandlungen zu

EKT in den LVR-Kliniken

- Mönchengladbach: 1 (2021), 1 (2022), Düsseldorf und Essen, keine WZ
- Köln: < 10/Jahr, Uni Köln, Bergisch-Gladbach, Düsseldorf, Langenfeld, WZ 4 Wochen bis 3 Monate, werden kurzfristig eigene EKT anbieten
- Düren: Ca. 5 Fälle/Jahr, Düsseldorf o. Aachen. WZ Wochen bis Monate
- Viersen: Keine EKT seit 2021. Aachen. WZ (früher) 2-3 Wochen
- Bedburg-Hau: Keine EKT seit 2021, Essen o. Düsseldorf, WZ 2 Wochen

„Regional besteht ein hoher

ungedeckter Bedarf an EKT“

(Methfessel et al 2023)

Gliederung

- EKT
- rTMS
- (Es)Ketamin
- Botolinumtoxin
- Und sonst?

Was ist eine rTMS?

Die repetitive Transkranielle Magnetstimulation (kurz:rTMS) ist eine relativ neue Behandlungsmethode. Sie gehört zu den sogenannten neurostimulatorischen Verfahren. Bei diesen Verfahren werden Nervenzellen im Gehirn stimuliert, das heißt angeregt. Das passiert bei einer rTMS mit Hilfe von starken pulsierenden Magnetfeldern.

Was passiert bei der Behandlung?

Bei der rTMS bekommen Sie eine stromführende Spule am Kopf aufgelegt. Diese erzeugt für eine kurze Zeit ein Magnetfeld, das Sie nicht spüren.

https://register.awmf.org/assets/guidelines/Nationale_Versorgungs-Leitlinie/nvl-005p17-rTMS_S3_Unipolare_Depression_2022-10.pdf, aufgerufen 6.3.2023

repetitive Transkranielle Magnetstimulation (rTMS)



- Indikation: Unipolare Depression
- Kontraindikation: U. a. Herzschrittmacher, Epilepsie, Metallteile im Schädel/Gehirn, Cohleaimplantat…
- 15-20 Sitzungen
- Begleitende antidepressive Pharmakotherapie möglich

rTMS in der Behandlung depressiver Störung

Bessere antidepressive Effekte der rTMS

- **bei Applikation im Akutstadium (< 1 Jahr)**
- **bei Pat. < 65 Jahren**
- **bei partieller medikamentöser Response**

Wahrscheinlich nicht wirksam bei Depressionen mit psychotischen Symptomen

rTMS ist weniger effektiv als EKT

Gliederung

- EKT
- rTMS
- (Es)Ketamin
- Botolinumtoxin
- Und sonst?

Was ist Ketamin?

Ketamin ist ein dissoziatives Anästhetikum.

Was passiert bei der Behandlung mit Ketamin?

Ketamin wird in kleiner Dosierung i.v. oder subcutan gegeben. 2 bis 3x/Woche möglich, je nach klinischer Situation.

Was ist Esketamin?

Chemisch leicht verändertes Ketamin.
Seit 2019 in der EU intranasal zugelassen zur Behandlung von Suizidalität bei Depression und bei therapierefraktärer Depression.

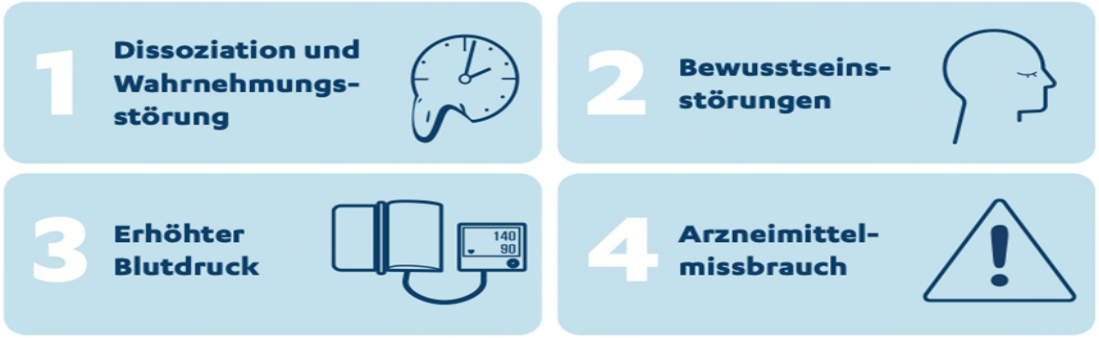
Was passiert bei der Behandlung mit Esketamin?

Akut: Nasenspray 2x/Woche über 4 Wochen.

Langzeit (wenn zwei Antidepressiva nicht geholfen haben): 1x/Woche, dann 1x alle zwei Wochen.

HINWEISE ZU BESONDEREN NEBENWIRKUNGEN UND RISIKEN

Auf den folgenden Seiten **erhalten Sie Informationen zu vier besonderen Nebenwirkungen und Risiken** bei der Anwendung von Esketamin Nasenspray.



https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/EducationMaterial/Anlagen/esketamin-spravato-patienten.pdf?__blob=publicationFile, aufgerufen 28.3.2023

LVR Qualität für Menschen

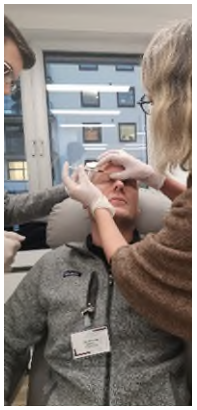
Fallvignette 2

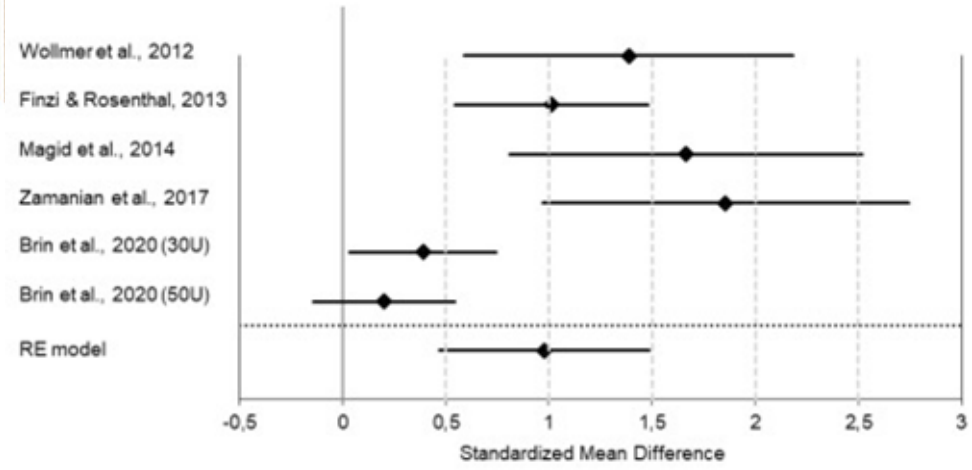
- 42jährige Patientin, hohes Bildungsniveau, 2 Kinder
- Rez. depressive Störung
- Jetzt 6 monatige Phase, therapieresistent, suizidal
- SSRI, SNaRI, Lithium-Augmentation, Olanzapinaugmentation, Amitriptylin
- rTMS, Lichttherapie, Psychotherapie
- Patientin wird ausführlich über EKT und Esketamin aufgeklärt
- Patientin entscheidet sich nach eigener Recherche für die EKT
- EKT läuft seit März 2022

Gliederung

- EKT
- rTMS
- (Es)Ketamin
- Botolinumtoxin
- Und sonst?







Effect Size (95% CI)	Relative Weight (%)
1.39 (0.59; 2.19)	14.34
1.01 (0.54; 1.48)	18.66
1.66 (0.81; 2.52)	13.63
1.86 (0.97; 2.74)	13.23
0.39 (0.03; 0.75)	19.99
0.20 (-0.14; 0.54)	20.16
0.98 (0.47; 1.49)	

Wollmer MA, Magid M, Kruger THC, Finzi E. Treatment of Depression with Botulinum Toxin. Toxins (Basel). 2022 May 31;14(6):383. doi: 10.3390/toxins14060383. PMID: 35737044; PMCID: PMC9231293.

Gliederung

- EKT
- rTMS
- (Es)Ketamin
- Botolinumtoxin
- Und sonst?

LVR
Qualität für Menschen

Behandlung der saisonalen Depression („Winterdepression“)

Lichttherapie-Brillen





Kochen gegen Depression

https://www.instagram.com/lvrkliniklangenfeld/

https://www.facebook.com/lvrkliniklangenfeld

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

TOP 3 Haushalt 2024

TOP 3.1 Anträge zum Haushalt

Antrag Nr. 15/122

öffentlich

Datum: 24.10.2023
Antragsteller: GRÜNE

Sozialausschuss	**07.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 3	**13.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 2	**14.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 4	**15.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 1	**16.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Gesundheitsausschuss	**17.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	**01.12.2023**	**empfehlender Beschluss**
Landschaftsausschuss	**07.12.2023**	**empfehlender Beschluss**
Landschaftsversammlung	**13.12.2023**	**Beschluss**

Tagesordnungspunkt:

Haushalt 2024: Durchführung einer Fachtagung FASD

Beschlussvorschlag:

Die Verwaltung wird beauftragt, eine Fachtagung zum Thema FASD (**Fetal Alcohol Spectrum Disorder** / Fetale Alkoholspektrum Störung) durchzuführen.

Begründung:

FASD ist eine der häufigsten angeborenen Behinderungen, ausgelöst durch Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft. Rund 10.000 Kinder werden in Deutschland jährlich mit FASD geboren. Die betroffenen Kinder zeigen Verhaltensauffälligkeiten, Lern- und Sprachprobleme, die nicht heilbar sind. Häufig werden sie aufgrund der Symptomatik in Pflegefamilien betreut. Eine Diagnostik erfolgt oft erst, wenn die Betroffenen bereits einen langen Leidensweg hinter sich haben, zum Teil ergibt sich ein Verdacht auf FASD erst im Erwachsenenalter.

Die durch Verhaltensauffälligkeiten erfahrene Ablehnung und Ausgrenzung führt dazu, dass Menschen mit FASD psychische Komorbiditäten wie etwa Depressionen entwickeln. Daher ist davon auszugehen, dass auch in den Kliniken des LVR Menschen mit einer bisher nicht erkannten FASD – Erkrankung behandelt werden. Um diese Menschen zielgerichteter unterstützen zu können, könnte im Rahmen von Fortbildungen und Schulungen stärker für dieses Thema sensibilisiert werden. Um die fachliche Grundlage hierfür zu legen und sich stärker mit anderen Akteuren zu vernetzen würde sich eine Fachtagung als Einstieg anbieten.

Ralf Klemm
Fraktionsgeschäftsführer

CDU-FRAKTION
LANDSCHAFTSVERSAMMLUNG
RHEINLAND

LVR Qualität für Menschen

SPD
Die SPD-Fraktion in der Landschaftsversammlung Rheinland

Antrag Nr. 15/126

öffentlich

Datum: 24.10.2023
Antragsteller: CDU, SPD

Ausschuss für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen	**10.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 3	**13.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 2	**14.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 4	**15.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 1	**16.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Gesundheitsausschuss	**17.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Ausschuss für Personal und allgemeine Verwaltung	**27.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Betriebsausschuss LVR-Jugendhilfe Rheinland	**28.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Ausschuss für Digitale Entwicklung und Mobilität	**29.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	**01.12.2023**	**empfehlender Beschluss**
Landschaftsausschuss	**07.12.2023**	**empfehlender Beschluss**
Landschaftsversammlung	**13.12.2023**	**Beschluss**

Tagesordnungspunkt:

Haushalt 2024; Arbeiten im Alter - eine klassische win-win-Situation

Beschlussvorschlag:

Die Verwaltung wird beauftragt, die Möglichkeiten einer Beschäftigung für die LVR-Mitarbeitenden nach Eintritt des Rentenalters bzw. Ruhestandes zu prüfen und ein entsprechendes Konzept zu erarbeiten.

Begründung:

Der Fachkräftemangel hat den LVR in nahezu allen Ebenen erreicht. Dabei steht der öffentliche Dienst vor der besonderen Herausforderung, in einem von Gesetzen und Tarifverträgen eng gesetzten Rahmen gut ausgebildete ArbeitnehmerInnen für eine Tätigkeit in der Verwaltung zu interessieren.

Nach aktuellen Zahlen des statistischen Bundesamtes ist für viele Menschen mit Erreichen des Rentenalters „noch lange nicht Schluss". Die Zahl derjenigen, die noch jenseits des Rentenalters weiterarbeiten, hat in den vergangenen Jahren stetig zugenommen. Arbeit wird dabei weit definiert: Erfasst werden mithin auch Minijobber, Selbständige oder EhrenamtlerInnen, wenn ihre Tätigkeit vergütet wird.

Die Gründe für das „Arbeiten im Alter" sind vielfältig. Neben finanziellen Gesichtspunkten spielen auch andere Erwägungen eine entscheidende Rolle. Für die meisten, die nach dem Rentenalter weiterarbeiten, bedeutet Arbeit Sinnstiftung für ihr Leben. Den Menschen geht es insbesondere darum, soziale Kontakte zu behalten oder sich weiter gebraucht zu fühlen.

Die Gruppe der älteren Beschäftigten sollte auch beim LVR nunmehr strategisch in den Fokus genommen werden. Denn ältere ArbeitnehmerInnen haben neben ihrer Qualifikation ein immenses Erfahrungswissen, das nur sehr schwer zu ersetzen ist.

Dank einer Neuregelung ist es seit dem 1.1.2023 möglich, gleichzeitig Frührente zu beziehen und (in Vollzeit) zu arbeiten, ohne Rentenkürzungen befürchten zu müssen. Das Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (kurz: Flexirentengesetz) zielt darauf ab, den flexiblen Übergang in die Altersrente zu erleichtern und das Arbeiten im Alter attraktiver zu gestalten.

Frank Boss Thomas Böll

TOP 3.1.3 Haushalt 2024; Nachhaltige Ernährung als Teil der Nachhaltigkeitsstrategie des LVR

DIE LINKE.
in der Landschaftsversammlung Rheinland

Antrag Nr. 15/163

öffentlich

Datum: 10.11.2023
Antragsteller: Die Linke.

Krankenhausausschuss 3	**13.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 2	**14.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 4	**15.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 1	**16.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Gesundheitsausschuss	**17.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Umweltausschuss	**22.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Betriebsausschuss LVR-Jugendhilfe Rheinland	**28.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	**01.12.2023**	**empfehlender Beschluss**
Landschaftsausschuss	**07.12.2023**	**empfehlender Beschluss**
Landschaftsversammlung	**13.12.2023**	**Beschluss**

Tagesordnungspunkt:

Ergänzungsantrag zum Antrag Nr. 15/132 "Haushalt 2024; Nachhaltige Ernährung als Teil der Nachhaltigkeitsstrategie des LVR"

Beschlussvorschlag:

Der Beschlusstext des Antrages Nr. 15/132 wird wie folgt ergänzt (Ergänzungen hervorgehoben):

Die Verwaltung wird beauftragt zu prüfen, inwieweit der Anteil der nachhaltigen Ernährung (u.a. ökologisch, regional, saisonal und fair gehandelt) in den Einrichtungen des LVR in den kommenden Jahren schrittweise weiter gesteigert werden kann.

Dabei sind insbesondere die folgenden Maßnahmen zu prüfen:

1. **Stärkere Nutzung der bestehenden Öffnungsklausel in den Rahmenverträgen für den Bezug von frischen Kartoffeln, Eiern, Äpfeln und Birnen, Spargel und Erdbeeren bei regionalen Erzeuger:innen.**
2. **Vereinbarung von Öffnungsklauseln für weitere Lebensmittel.**
3. **Ausweitung der Versorgung der Einrichtungen des Netzwerkes heilpädagogischer Hilfen und der Jugendhilfe Rheinland, die nicht durch das Competence Center Lebensmittel versorgt werden, mit ökologisch, regional, saisonal und fair gehandelten Lebensmitteln.**
4. **Ausweitung der Kochgruppen-Angebote auf Klinikstationen, in Wohngruppen und in HPH-Einrichtungen. In diesen erhalten Bewohner:innen und Patient:innen ein Budget, um frische Lebensmittel einkaufen und in den Stations-/Gruppenküchen selber kochen zu können.**

Begründung:
Erfolgt mündlich

Wilfried Kossen

CDU-FRAKTION
LANDSCHAFTSVERSAMMLUNG
RHEINLAND

Qualität für Menschen

Die SPD-Fraktion in der
Landschaftsversammlung
Rheinland

Antrag Nr. 15/132

öffentlich

Datum: 24.10.2023
Antragsteller: CDU, SPD

Schulausschuss	**06.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Ausschuss für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen	**10.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 3	**13.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 2	**14.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 4	**15.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 1	**16.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Gesundheitsausschuss	**17.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Umweltausschuss	**22.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Betriebsausschuss LVR-Jugendhilfe Rheinland	**28.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	**01.12.2023**	**empfehlender Beschluss**
Landschaftsausschuss	**07.12.2023**	**empfehlender Beschluss**
Landschaftsversammlung	**13.12.2023**	**Beschluss**

Tagesordnungspunkt:

Haushalt 2024; Nachhaltige Ernährung als Teil der Nachhaltigkeitsstrategie des LVR

Beschlussvorschlag:

Die Verwaltung wird beauftragt zu prüfen, inwieweit der Anteil der nachhaltigen Ernährung (u.a. ökologisch, regional, saisonal und fair gehandelt) in den Einrichtungen des LVR in den kommenden Jahren schrittweise weiter gesteigert werden kann.

Begründung:

erfolgt mündlich

Frank Boss Thomas Böll

CDU

CDU-FRAKTION
LANDSCHAFTSVERSAMMLUNG
RHEINLAND

LVR
Qualität für Menschen

SPD
Die SPD-Fraktion in der
Landschaftsversammlung
Rheinland

Antrag Nr. 15/136

öffentlich

Datum: 24.10.2023
Antragsteller: CDU, SPD

Krankenhausausschuss 3	**13.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 2	**14.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 4	**15.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 1	**16.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Gesundheitsausschuss	**17.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	**01.12.2023**	**empfehlender Beschluss**
Landschaftsausschuss	**07.12.2023**	**empfehlender Beschluss**
Landschaftsversammlung	**13.12.2023**	**Beschluss**

Tagesordnungspunkt:

Haushalt 2024; Qualifizierung von Genesungsbegleitenden durch das LVR-Institut für Forschung und Bildung im LVR

Beschlussvorschlag:

Die Verwaltung wird beauftragt, eine eigene Qualifizierung von Genesungsbegleitenden in enger Kooperation mit dem LVR-Institut für Forschung und Bildung (Sparte Bildung) zu etablieren.

Begründung:
Im psychiatrischen Versorgungssystem in Deutschland ist Peer Support in der Form von Genesungsbegleitung weiterhin ein relativ neues Element. Mit dem Antrag Nr. 14/71 erfolgte die modellhafte Erprobung von Genesungsbegleitung im LVR-Klinikverbund. Alle LVR-Kliniken haben sich beteiligt. Diese Erprobung konnte zwischenzeitlich erfolgreich abgeschlossen werden. Genesungsbegleitenden sind etablierte Teammitglieder und begleiten PatientInnen in unterschiedlichen Behandlungsformen und in unterschiedlichem Umfang in den LVR Kliniken.

Um den Ausbau des Einsatzes von Genesungsbegleitenden im LVR-Klinikverbund in allen Behandlungsbereichen und Settings auch längerfristig sicherzustellen, sollte eine entsprechende Qualifizierungsmaßnahme auch im Klinikverbund selbst etabliert werden. Sie sollte sinnvollerweise in enger Kooperation mit dem LVR-IFuB, Sparte Bildung entwickelt und angeboten werden. Die im Rahmen der Qualifizierungsmaßnahme erforderlichen praktischen Einsätze würden alle Kliniken von den zentralen, LVR-internen EX-IN-Kursen profitieren lassen.

Durch ein eigenes Angebot im LVR können interessierte PatientInnen besser erkannt und rekrutiert werden und die zukünftigen Genesungsbegleitenden würden einen erleichterten Zugang zur ihrer Qualifizierung erhalten.

Frank Boss Thomas Böll

CDU-FRAKTION
LANDSCHAFTSVERSAMMLUNG
RHEINLAND

Qualität für Menschen

Die SPD-Fraktion in der Landschaftsversammlung Rheinland

Antrag Nr. 15/139

öffentlich

Datum: 24.10.2023
Antragsteller: CDU, SPD

Krankenhausausschuss 3	**13.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 2	**14.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 4	**15.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 1	**16.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Gesundheitsausschuss	**17.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	**01.12.2023**	**empfehlender Beschluss**
Landschaftsausschuss	**07.12.2023**	**empfehlender Beschluss**
Landschaftsversammlung	**13.12.2023**	**Beschluss**

Tagesordnungspunkt:

Haushalt 2024; Aufbau eines Präventionsprojektes an der Schnittstelle von Allgemeinpsychiatrie und Maßregelvollzug

Beschlussvorschlag:

Die Verwaltung entwickelt ein Konzept zur Umsetzung einer sog. Präventionsstelle zur Verringerung von Aufnahmen nach § 126 a StPO aus der AP in den Maßregelvollzug an mindestens einem geeigneten Klinikstandort und verhandelt mit dem Land die Finanzierung.

Begründung:

Die Ausschussreise des Gesundheitsausschusses im Oktober 2022 machte den Besuch des kbo Isar-Amper-Klinikums in Bayern mit seinen innovativen Angeboten möglich. Im intensiven Austausch mit der Leiterin der dortigen Präventionsambulanz wurden überzeugend die Vorteile einer durch das Land finanzierten Präventionsstelle in der Zuständigkeit der Allgemeinpsychiatrie erörtert.

In den LVR-Kliniken besteht seit Längerem eine hohe und kontinuierliche Überbelegung in den forensischen Fachabteilungen. Zur Entlastung und zur besseren Behandlung in den Forensischen Kliniken sind eine Reihe von Neubauten in Planung und Umsetzung.

Eine weitere Entlastung könnte sich aber auch durch das Angebot einer Präventionsstelle ergeben. Es gibt eine ins Gewicht fallende Anzahl von PatientInnen, die unmittelbar aus der Allgemeinpsychiatrie oder in einem engen Zeitraum nach einer stationären Behandlung nach § 126 a StPO in den Maßregelvollzug eingewiesen werden. Die Präventionsstellen haben Gewaltschutz und damit auch Opferschutz zum Ziel, indem sie zielgerichtete Maßnahmen zur Vermeidung der Ausübung von Gewalt durch schwer psychisch erkrankter PatientInnen mit einem Gewaltrisiko ergreifen. Die Implementierung einer solchen schon im Vorfeld vor Straftaten und Gewalthandlungen auf Gewaltprävention spezialisierten Behandlungsmöglichkeit auch für PatientInnen mit einer Vorgeschichte in unseren LVR Kliniken, könnte ebenso wie in Bayern zur Vermeidung von Unterbringungen im Maßregelvollzug nach § 63 StGB führen.

Frank Boss Thomas Böll

CDU-FRAKTION
LANDSCHAFTSVERSAMMLUNG
RHEINLAND

LVR Qualität für Menschen

SPD
Die SPD-Fraktion in der Landschaftsversammlung Rheinland

Antrag Nr. 15/141

öffentlich

Datum: 24.10.2023
Antragsteller: CDU, SPD

Krankenhausausschuss 3	**13.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 2	**14.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 4	**15.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 1	**16.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Gesundheitsausschuss	**17.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	**01.12.2023**	**empfehlender Beschluss**
Landschaftsausschuss	**07.12.2023**	**empfehlender Beschluss**
Landschaftsversammlung	**13.12.2023**	**Beschluss**

Tagesordnungspunkt:

Haushalt 2024; Machbarkeitsstudie und Entwicklung eines Konzeptes eines modellhaften Krisendienstes im Rheinland

Beschlussvorschlag:

Die Verwaltung wird beauftragt, mit dem Institut für Forschung und Bildung nach einer Bestandsaufnahme/-analyse der heterogenen Versorgungsstruktur im Rheinland ein Modell für ein bis zwei Versorgungsregionen (städtisch/ ländlich geprägt) im Rheinland zu entwickeln. Dabei sind die bestehenden kommunalen Versorgungsstrukturen und Leistungsanbieter mit einzubeziehen. Zu prüfen ist auch die Frage, wie groß das Einzugsgebiet des Krisendienstes sein müsste, um zu einem effizienten und ressourcenschonenden Mitteleinsatz zu kommen. Ein Finanzierungskonzept ist zu entwickeln und mit allen in Betracht kommenden Kostenträgern (Land, Kommunen, Krankenkassen, LVR) abzustimmen.

Begründung:

Die Ausschussreise des Gesundheitsausschusses im Oktober 2022 hat die gute Gelegenheit geboten, sich vor Ort über den Krisendienst Psychiatrie Oberbayern zu informieren. Nach dem Beginn im Großraum München und der dann folgenden Ausweitung auf ganz Oberbayern besteht seit 5 Jahren ein 24/7 – Stundendienst, der seit 2021 auch auf Niederbayern ausgeweitet wurde.

Die Leitstelle des Krisendienstes ist am Isar-Amper-Klinikum (kbo) verortet und wird überwiegend durch Mitarbeitende des Klinikums gestellt. 80% der rd. 30.000 Anrufe p.a. werden telefonisch erledigt, in ca. 20 % erfolgt eine Bearbeitung durch das sogenannte Ausrückteam, in denen Mitarbeitende der kommunalen Kooperationspartner eingesetzt werden. Eine enge Zusammenarbeit erfolgt mit den Rettungsleitstellen, der Telefonseelsorge und der Polizei.

Obwohl dieses Modell von den Verantwortlichen bei kbo als Erfolgsmodell bezeichnet wird, ist ein konkreter Nachweis positiver Effekte wie z.B. einem Rückgang stationärer Aufnahmen zum Zeitpunkt des Besuchs (noch) nicht spürbar gewesen.

Dies und die heterogene Versorgungsstruktur im Rheinland machen es ratsam, vor einer bloßen Übertragung des bayrischen Krisendienstes ins Rheinland zunächst eine Bestandsaufnahme und Analyse der für ein modellhaftes Vorgehen geeigneten Region im Rheinland vorzunehmen. Ein Modell eines ambulanten Krisendienstes sollte dabei auf bereits bestehenden Strukturen und Kooperationspartnern wie der Gemeindepsychiatrie, kommunalen Krisendienststrukturen, weiteren Anbietern stationärer Versorgung etc. zurückgreifen, um möglichst effizient und ressourcenschonend zu sein.

Frank Boss Thomas Böll

CDU

CDU-FRAKTION
LANDSCHAFTSVERSAMMLUNG
RHEINLAND

LVR
Qualität für Menschen

SPD
Die SPD-Fraktion in der
Landschaftsversammlung
Rheinland

Antrag Nr. 15/142

öffentlich

Datum: 24.10.2023
Antragsteller: CDU, SPD

Ausschuss für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen	**10.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 3	**13.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 2	**14.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 4	**15.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 1	**16.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Gesundheitsausschuss	**17.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Ausschuss für Personal und allgemeine Verwaltung	**27.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	**01.12.2023**	**empfehlender Beschluss**
Landschaftsausschuss	**07.12.2023**	**empfehlender Beschluss**
Landschaftsversammlung	**13.12.2023**	**Beschluss**

Tagesordnungspunkt:

Haushalt 2024; Prüfung der Umsetzung eines standortübergreifenden Personalpools in den LVR-Kliniken

Beschlussvorschlag:

Die Verwaltung wird beauftragt, die Errichtung eines Kliniken übergreifenden Personalpools arbeits- und tarifrechtlich zu prüfen und einen Umsetzungsvorschlag vorzulegen.

Zielrichtung soll es sein, mit der Implementierung eines solchen Pools ein geeignetes Mittel zu schaffen, um Mitarbeitende, die ihre persönlichen Einsatzzeiten zeitlich begrenzen möchten, aber ansonsten, was den Einsatzort betrifft, flexibel sind, von einer Abwanderung zu Leiharbeitsfirmen abzuhalten.

In einem zweiten Schritt soll geprüft werden, ob eine solche Poollösung auch eine Möglichkeit sein könnte, Personal für die besonderen Wohnformen im Verbund der heilpädagogischen Hilfen zu binden.

Begründung:

Die Kliniken des Landschaftsverbandes sind ein wesentlicher Bestandteil in der Versorgung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen im Rheinland. Trotz intensiver Bemühungen, Personal zu finden und zu binden ist es teilweise nicht mehr möglich, auf den Einsatz von Leiharbeitskräften zu verzichten. Diese Leihfirmen binden immer mehr Fachkräfte, die für unsere Kliniken nicht mehr zur Verfügung stehen. Siehe dazu Antrag Nr.15/103 Resolution für die Regulierung der Arbeitnehmerüberlassung im Gesundheits- und Sozialwesen.

Dieser Trend hat zunehmend dynamische Auswirkungen auf den Arbeitsalltag in den LVR-Kliniken. Die Zusammenarbeit mit Leiharbeitskräften verkompliziert den eh schon anspruchsvollen Arbeitstag. Unzufriedenheit entsteht, wenn Leiharbeitskräfte Wunschdienste besetzen und unattraktive Arbeitszeiten vom Stammpersonal besetzt werden müssen. Dort, wo Kliniken in diesem Prozess bereits Nachteile haben, soll ein neues, zusätzliches Angebot Mitarbeitende binden, bevor sie den Kliniken den Rücken kehren und als Leiharbeitskräfte wieder zurückkommen. Dieser Personalpool soll Mitarbeitenden den Rahmen bieten, der sonst Leiharbeitsfirmen für sie so attraktiv macht: langfristige Dienstplanung mit sicherer Zeit für das Privatleben.

Im Bereich der Heilpädagogischen Hilfen mit der Vielzahl von dezentralen Angeboten erhoffen wir uns mit einer solchen Poollösung, dass mehr Personal gebunden werden kann, damit die Beziehungsarbeit zwischen KundInnen und Mitarbeitenden besser gesichert werden kann.

In der LVR-Klinik Düsseldorf bereits durchgeführte Initiativen in diesem Bereich konnten wegen des Verlaufs der Pandemie nicht zu einem erfolgreichen Ende geführt werden.
Die jetzige Initiative richtet sich auf einen Klinik übergreifenden Pool.

Frank Boss Thomas Böll

DIE LINKE.
in der Landschaftsversammlung Rheinland

Antrag Nr. 15/152

öffentlich

Datum: 26.10.2023
Antragsteller: Die Linke.

Gesundheitsausschuss	**17.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	**01.12.2023**	**empfehlender Beschluss**
Landschaftsausschuss	**07.12.2023**	**empfehlender Beschluss**
Landschaftsversammlung	**13.12.2023**	**Beschluss**

Tagesordnungspunkt:

Haushalt 2024: Weiterfinanzierung des Peer-Counseling in Sozialpsychiatrischen Zentren

Beschlussvorschlag:

Die Sozialpsychiatrischen Zentren sollen in die Lage versetzt werden,

1. die Stellen für Peer-Berater:innen und Peer-Mitarbeiter:innen zu entfristen zur Erhöhung der Planbarkeit;
2. die Beratungsstunden für Peer-Berater:innen und Peer-Mitarbeiter:innen aufzustocken;
3. die langfristige und stabile Finanzierung der Peer-Beratung zu sichern.

Begründung:

Peer-Counseling ist ein wichtiges Element zur Förderung der Partizipation und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen.
Zwischen den Menschen mit Behinderungen kann eine Beratung auf Augenhöhe stattfinden, die zu mehr Selbstbestimmung führt. Mit ihrem Wissen leisten Peer-Mitarbeiter:innen und Peer-Berater:innen wertvolle und wichtige Arbeit für die Klient:innen der SPZ. Derzeit sind viele Peer-Counseling-Stellen befristet und es können nur wenige Stunden pro Woche finanziert werden. Das ist teilweise unzureichend und es wird mehr Beratungszeit benötigt. Die Peer-Mitarbeiter:innen und Peer-Berater:innen

benötigen Planungssicherheit, damit sie ihre Arbeit sinnvoll und dauerhaft verrichten können.

Wilfried Kossen

Die Direktorin des Landschaftsverbandes Rheinland

Qualität für Menschen

Ergänzungsvorlage Nr. 15/1867/1

öffentlich

Datum: 03.11.2023
Dienststelle: Fachbereich 21
Bearbeitung: Herr van Bahlen

Gesundheitsausschuss	**17.11.2023**	**Beschluss**

Tagesordnungspunkt:

Haushaltsentwurf 2024; hier: Zuständigkeiten des Gesundheitsausschusses

Beschlussvorschlag:

Dem Entwurf des Haushaltes 2024 für die Produktgruppen 059, 060 (ohne das Produkt A.060.03), 061, 062 und 063 im Produktbereich 07 wird einschließlich des Veränderungsnachweises gemäß Vorlage Nr. 15/1867/1 zugestimmt.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

Diese Vorlage berührt eine oder mehrere Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der BRK.	nein

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2025.	nein

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (lfd. Jahr):

Produktgruppe:	
Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	Aufwendungen: /Wirtschaftsplan
Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:	Auszahlungen: /Wirtschaftsplan
Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:	
Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten	

In Vertretung

H ö t t e

Zusammenfassung

Mit Vorlage Nr. 15/1814 wurde der Entwurf des LVR-Haushaltes 2024 am 30. August 2023 in die Landschaftsversammlung eingebracht. Die Beratung wurde in die Fachausschüsse verwiesen.

In der Sitzung am 15. September 2023 hat der Gesundheitsausschuss die Vorlage Nr. 15/1867 über die Beratung der in seiner Zuständigkeit liegenden Produktgruppen in die Sitzung am 17. November 2023 vertagt.

In dieser Ergänzungsvorlage ist der Veränderungsnachweis für die Produktgruppe 062 im Produktbereich 07 enthalten. Der Veränderungsnachweis stellt eine haushaltsneutrale Verlagerung von Erträgen bei zwei Zeilen des Teilergebnisplanes dar.

Mit der Ergänzungsvorlage Nr. 15/1867/1 werden dem Gesundheitsausschuss die in seiner Zuständigkeit liegenden Produktgruppen 059, 060, 061, 062 sowie 063 im Produktbereich 07 einschließlich des Veränderungsnachweises bei PG062 zur Beschlussfassung vorgelegt.

Der Haushaltsauszug wird nur in digitaler Fassung zur Verfügung gestellt.

Begründung der Ergänzungsvorlage Nr. 15/1867/1:

Der Entwurf der Haushaltssatzung für das Jahr 2024 mit Haushaltsplan und Anlagen wurde am 30. August 2023 mit Vorlage Nr. 15/1814 in die Landschaftsversammlung Rheinland eingebracht und zur Beratung an die Fachausschüsse verwiesen.

Der Gesundheitsausschuss hat in seiner Sitzung am 15. September 2023 die Beratung der Vorlage Nr. 15/1867 vertagt.

Die nach der Einbringung des Haushaltsentwurfes 2024 eingetretenen Entwicklungen mit finanziellen Auswirkungen werden grundsätzlich in einem verwaltungsseitigen Veränderungsnachweisverfahren ermittelt und dargestellt.

In dieser Ergänzungsvorlage ist der Veränderungsnachweis für die Produktgruppe 062 im Produktbereich 07 enthalten. Der Veränderungsnachweis stellt eine haushaltsneutrale Verlagerung von Erträgen bei zwei Zeilen des Teilergebnisplanes dar.

Die finanziellen Auswirkungen bei den Personalaufwendungen und -erträgen werden ausschließlich im Rahmen der Vorlage über den Gesamtveränderungsnachweis für den Finanz- und Wirtschaftsausschuss sowie den Landschaftsausschuss dargestellt.

Nachfolgend sind die Begründungen zu den in der Zuständigkeit des Gesundheitsausschusses im Veränderungsnachweis aufgeführten Sachverhalten für den Produktbereich 07 aufgeführt.

Der Haushaltsauszug wird nur in digitaler Fassung zur Verfügung gestellt.

Produktbereich 07:

1. Produktgruppe 062 Psychiatrische Versorgung im Rheinland:

Gegenüber dem Haushaltsentwurf 2024 wird eine haushaltsneutrale Verlagerung zwischen zwei Zeilen bei den ordentlichen Erträgen erfasst. Konkret wird die Förderung im Rahmen der Laienhilfe i.H.v. 50.000,- Euro p.a. in der Zeile 2 „Zuwendungen und allgemeine Umlagen" zur Zeile 06 „Kostenerstattungen und Kostenumlagen" verlagert.

Begründung der Vorlage Nr. 15/1867:

Als Fachausschuss ist der Gesundheitsausschuss für die Beratung der folgenden Produktgruppen des Haushaltes zuständig:

Produktbereich 07 Gesundheitsdienste und Altenpflege		**Seiten:**
Produktgruppe 059	Dezentraler Service- und Steuerungsdienst Dezernat 8	4 - 9
Produktgruppe 060	Zentrale Steuerung des LVR-Klinikverbundes und des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen (mit Ausnahme des Produktes A.060.03 „Zentrale Steuerung des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen" – S. 11)	10 - 17
Produktgruppe 061	Maßregelvollzug	18 - 23
Produktgruppe 062	Psychiatrische Versorgung im Rheinland	24 - 29
Produktgruppe 063	Förderungen des Landes für das Landesbetreuungsamt und die Suchtkooperation NRW	30 - 37

In Vertretung

H ö t t e

Landschaftsverband Rheinland



Haushaltssatzung

Haushaltsplan

NKF

HAUSHALTSJAHR

2024

Entwurf

LVR
Qualität für Menschen

Gesundheitsausschuss

Produktgruppe 059 Dezentraler Service- und Steuerungsdienst Dezernat 8 ..... Seite 4

Produktgruppe 060 Zentrale Steuerung des LVR-Klinikverbundes und des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen ..... Seite 10

Produktgruppe 061 Maßregelvollzug ..... Seite 18

Produktgruppe 062 Psychiatrische Versorgung im Rheinland ..... Seite 24

Produktgruppe 063 Förderung des Landes für das Landesbetreuungsamt und die Suchtkooperation NRW ..... Seite 30

Haushaltsplan 2024 | **Produktgruppe 059** | **LVR-Dezernentin**

Dezentraler Service- und Steuerungsdienst Dezernat 8 | **Frau Martina Wenzel-Jankowski**

	Teilergebnisplan	Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)		Planung (€)		
		2022	2023	**2024**	2025	2026	2027
01	Steuern und ähnliche Abgaben	0,00	0	**0**	0	0	0
02	+ Zuwendungen und allgemeine Umlagen	146,00	110	**50**	50	50	50
03	+ Sonstige Transfererträge	0,00	0	**0**	0	0	0
04	+ Öffentlich-rechtliche Leistungsentgelte	0,00	0	**0**	0	0	0
05	+ Privatrechtliche Leistungsentgelte	0,00	0	**0**	0	0	0
06	+ Kostenerstattungen und Kostenumlagen	0,00	0	**0**	0	0	0
07	+ Sonstige ordentliche Erträge	0,00	250	**0**	0	0	0
08	+ Aktivierte Eigenleistungen	0,00	0	**0**	0	0	0
09	+/- Bestandsveränderungen	0,00	0	**0**	0	0	0
10	**= Ordentliche Erträge**	146,00	360	**50**	50	50	50
11	- Personalaufwendungen	981.895,32	1.000.741	**1.212.610**	1.236.863	1.261.599	1.286.832
12	- Versorgungsaufwendungen	0,00	0	**0**	0	0	0
13	- Aufwendungen für Sach- und Dienstleistungen	61.837,35	122.500	**127.000**	127.000	127.000	127.000
14	- Bilanzielle Abschreibungen	3.298,00	5.000	**2.100**	2.100	2.100	2.100
15	- Transferaufwendungen	0,00	0	**0**	0	0	0
16	- Sonstige ordentliche Aufwendungen	9.923,60	21.250	**12.700**	12.700	12.700	12.700
17	**= Ordentliche Aufwendungen**	1.056.954,27	1.149.491	**1.354.410**	1.378.663	1.403.399	1.428.632
18	**= Ordentliches Ergebnis (= Zeilen 10 u. 17)**	1.056.808,27-	1.149.131-	**1.354.360-**	1.378.613-	1.403.349-	1.428.582-
19	+ Finanzerträge	0,00	0	**0**	0	0	0
20	- Zinsen und sonstige Finanzaufwendungen	0,00	0	**0**	0	0	0
21	**= Finanzergebnis (= Zeilen 19 und 20)**	0,00	0	**0**	0	0	0
22	**= Ergebnis der laufenden Verwaltungstätigkeit (Zeilen 18 und 21)**	1.056.808,27-	1.149.131-	**1.354.360-**	1.378.613-	1.403.349-	1.428.582-
23	+ Außerordentliche Erträge	0,00	0	**0**	0	0	0
24	- Außerordentliche Aufwendungen	0,00	0	**0**	0	0	0
25	**= Außerordentliches Ergebnis (=Zeilen 23 und 24)**	0,00	0	**0**	0	0	0
26	**= Ergebnis vor Berücksichtigung der internen Leistungsbeziehung (=Zeilen 22 und 25)**	1.056.808,27-	1.149.131-	**1.354.360-**	1.378.613-	1.403.349-	1.428.582-
27	+ Erträge aus internen Leistungsbeziehungen	0,00	0	**0**	0	0	0
28	- Aufwendungen aus internen Leistungsbeziehungen	0,00	0	**0**	0	0	0
29	**= Ergebnis (= Zeilen 26, 27, 28)**	1.056.808,27-	1.149.131-	**1.354.360-**	1.378.613-	1.403.349-	1.428.582-

E r l ä u t e r u n g e n :

Sachaufwendungen: Zeile 13 "Aufwendungen für Sach- und Dienstleistungen" und Zeile 16 "Sonstige ordentliche Aufwendungen"

Aufteilung der Sachaufwendungen für folgende Aufgaben/Projekte:	2023	**2024**
1) IT-Aufwendungen für die Steuerungsunterstützung	109.000 €	**112.500 €**
2) Beratung, Honorare, Veranstaltungen	16.500 €	**9.500 €**
3) Kleingeräte	8.500 €	**10.000 €**
4) übrige (Verwaltungs- u. Betriebsaufw., Fortbildung, Dienstreise, Fachliteratur etc.)	9.750 €	**7.700 €**
Summe	143.750 €	**139.700 €**

Haushaltsplan 2024	Produktgruppe 059 Dezentraler Service- und Steuerungsdienst Dezernat 8	LVR-Dezernentin Frau Martina Wenzel-Jankowski

Personalplan im NKF-Haushalt	Ergebnis	Ansatz	
	2022	2023	2024
Beamte	7,86	10,50	10,50
Tariflich Beschäftigte	9,34	6,50	7,50

Haushaltsplan 2024 | **Produktgruppe 059** | **LVR-Dezernentin**

Dezentraler Service- und Steuerungsdienst Dezernat 8 | **Frau Martina Wenzel-Jankowski**

	Teilfinanzplan	Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)		Verpfl.-Erm. (€)	Planung (€)		
		2022	2023	**2024**	**2024**	2025	2026	2027
	Laufende Verwaltungstätigkeit							
01	Einzahlungen aus laufender Verwaltungstätigkeit	0,00	250	**0**	**0**	0	0	0
02	Auszahlungen aus laufender Verwaltungstätigkeit	1.077.790,09	1.144.491	**1.352.310**	**0**	1.376.563	1.401.299	1.426.532
03	**Saldo aus lfd. Verwaltungstätigkeit (Zeilen 1 u. 2)**	1.077.790,09-	1.144.241-	**1.352.310-**	**0**	1.376.563-	1.401.299-	1.426.532-
	Investitionstätigkeit							
	Einzahlungen							
04	aus Zuwendungen für Investitionsmaßnahmen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
05	aus der Veräußerung von Sachanlagen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
06	aus der Veräußerung von Finanzanlagen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
07	aus Beiträgen und ähnlichen Entgelten	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
08	aus sonstigen Investitionen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
09	**Summe der investiven Einzahlungen**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
	Auszahlungen							
10	für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
11	für Baumaßnahmen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
12	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
13	für den Erwerb v. Finanzanlagen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
14	von aktivierbaren Zuwendungen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
15	für sonstige Investitionen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
16	**Summe der investiven Auszahlungen**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
17	**Saldo Investitionstätigkeit (Zeilen 9 und 16)**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0

Haushaltsplan 2024 | **Produktgruppe 059** | **LVR-Dezernentin**

Dezentraler Service- und Steuerungsdienst Dezernat 8 | **Frau Martina Wenzel-Jankowski**

	Teilfinanzplan	Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)		Verpfl.-Erm. (€)	Planung (€)		
		2022	2023	**2024**	**2024**	2025	2026	2027
	Finanzierungstätigkeit							
	Einzahlungen							
18	EZ Investkredite/kreditähnliche Rechtsgeschäfte	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
19	EZ Rückflüsse Investkredite/kreditähnliche Rechtsgeschäfte	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
20	EZ a. d. Aufn./Rückfl. Kred. zur Liquiditätssicherung	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
21	**Summe der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
	Auszahlungen							
22	AZ Tilgung Investkredite/kreditähnliche Rechtsgeschäfte	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
23	AZ Gewährung Investkredite/kreditähnliche Rechtsgeschäfte	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
24	AZ f. d. Tilg./Gew. v. Kred. zur Liquiditätssicherung	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
25	**Summe der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
26	**Saldo aus Finanzierungstätigkeit (Zeilen 21 und 25)**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
27	**Saldo Einzahlungen ./. Auszahlungen (Zeilen 3, 17 u. 26)**	1.077.790,09-	1.144.241-	**1.352.310-**	**0**	1.376.563-	1.401.299-	1.426.532-

Haushaltsplan 2024 | **Produktgruppe 060** | **LVR-Dezernentin**

Zentrale Steuerung des LVR-Klinikverbundes und des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen Frau Martina Wenzel-Jankowski

	Teilergebnisplan	Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)		Planung (€)		
		2022	2023	**2024**	2025	2026	2027
01	Steuern und ähnliche Abgaben	0,00	0	**0**	0	0	0
02	+ Zuwendungen und allgemeine Umlagen	3.498,33	50	**0**	0	0	0
03	+ Sonstige Transfererträge	0,00	0	**0**	0	0	0
04	+ Öffentlich-rechtliche Leistungsentgelte	0,00	0	**0**	0	0	0
05	+ Privatrechtliche Leistungsentgelte	0,00	0	**0**	0	0	0
06	+ Kostenerstattungen und Kostenumlagen	9.116.391,14	2.846.000	**7.554.550**	7.574.150	7.594.150	7.614.550
07	+ Sonstige ordentliche Erträge	40.273,00	0	**0**	0	0	0
08	+ Aktivierte Eigenleistungen	0,00	0	**0**	0	0	0
09	+/- Bestandsveränderungen	0,00	0	**0**	0	0	0
10	**= Ordentliche Erträge**	9.160.162,47	2.846.050	**7.554.550**	7.574.150	7.594.150	7.614.550
11	- Personalaufwendungen	5.202.794,03	5.042.524	**6.403.074**	6.531.136	6.661.758	6.794.993
12	- Versorgungsaufwendungen	0,00	0	**0**	0	0	0
13	- Aufwendungen für Sach- und Dienstleistungen	8.418.509,33	4.916.000	**7.577.000**	7.502.000	7.502.000	7.502.000
14	- Bilanzielle Abschreibungen	1.314,00	1.500	**600**	600	600	600
15	- Transferaufwendungen	533.970,51	496.000	**496.000**	496.000	496.000	496.000
16	- Sonstige ordentliche Aufwendungen	11.127.412,24	9.687.500	**10.355.500**	10.555.500	10.755.500	10.955.005
17	**= Ordentliche Aufwendungen**	25.284.000,11	20.143.524	**24.832.174**	25.085.236	25.415.858	25.748.598
18	**= Ordentliches Ergebnis (= Zeilen 10 u. 17)**	16.123.837,64-	17.297.474-	**17.277.624-**	17.511.086-	17.821.708-	18.134.048-
19	+ Finanzerträge	388,18	0	**0**	0	0	0
20	- Zinsen und sonstige Finanzaufwendungen	0,00	0	**0**	0	0	0
21	**= Finanzergebnis (= Zeilen 19 und 20)**	388,18	0	**0**	0	0	0
22	**= Ergebnis der laufenden Verwaltungstätigkeit (Zeilen 18 und 21)**	16.123.449,46-	17.297.474-	**17.277.624-**	17.511.086-	17.821.708-	18.134.048-
23	+ Außerordentliche Erträge	0,00	0	**0**	0	0	0
24	- Außerordentliche Aufwendungen	0,00	0	**0**	0	0	0
25	**= Außerordentliches Ergebnis (=Zeilen 23 und 24)**	0,00	0	**0**	0	0	0
26	**= Ergebnis vor Berücksichtigung der internen Leistungsbeziehung (=Zeilen 22 und 25)**	16.123.449,46-	17.297.474-	**17.277.624-**	17.511.086-	17.821.708-	18.134.048-
27	+ Erträge aus internen Leistungsbeziehungen	0,00	0	**0**	0	0	0
28	- Aufwendungen aus internen Leistungsbeziehungen	0,00	0	**0**	0	0	0
29	**= Ergebnis (= Zeilen 26, 27, 28)**	16.123.449,46-	17.297.474-	**17.277.624-**	17.511.086-	17.821.708-	18.134.048-

Haushaltsplan 2024	Produktgruppe 060	LVR-Dezernentin
	Zentrale Steuerung des LVR-Klinikverbundes und des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen	Frau Martina Wenzel-Jankowski

Beschreibung

Die Produktgruppe umfasst die Produkte:

060.01 Zentrale Steuerung des LVR-Klinikverbundes
060.03 Zentrale Steuerung des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen

Zielgruppe(n)

LVR-Klinikverbund
LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen

Personalplan im NKF-Haushalt	Ergebnis	Ansatz	
	2022	2023	2024
Beamte	21,81	38,00	43,00
Tariflich Beschäftigte	31,62	30,00	31,00

Produkt 06001 Zentrale Steuerung des LVR-Klinikverbundes

Ziele

Steuerung des LVR-Klinikverbundes zur Erbringung einer zeitgemässen bedarfsgerechten Behandlung psychisch kranker und behinderter Menschen. Dazu gehört, dass
- einheitliche personelle und organisatorische Standards festgelegt,
- durch die Erreichung leistungsgerechter Budgets in den Verhandlungen mit den Kostenträgern finanzielle Spielräume für die LVR- Kliniken gewonnen,
- die Angebots- und Leistungsstrukturen der LVR-Kliniken kontinuierlich an die Bedarfsentwicklung, gesetzlichen und wirtschaftlichenRahmenbedingungen sowie den wissenschaftlichen Erkenntnisstand angepasst,
- Kooperation und Vernetzung der Kliniken untereinander und mit anderen Leistungserbringern gefördert,
- Dezentralisierungsplanungen durch Zielvereinbarungen mit den Klinikvorständen sichergestellt,
- neue Versorgungsformen entwickelt und implementiert sowie
- einheitliche Qualitätsstandards in den LVR-Kliniken festgelegt werden.

Mit Vorlage 14/4116 wurde eine Verlängerung des Stipendienprogramms für den Zeitraum 2021 bis 2024 beschlossen. Während dieses Zeitraums sollen bis zu 100 Stipendien vergeben werden.

	Ergebnis	Ansatz	
	2022	2023	2024
Kennzahlen (Leistungen u. Finanzen)			
- Anzahl der vergebenen Stipendien in Stück	13,00	27,00	27,00
Produktergebnis			
Primäre Erträge und Aufwendungen (DB I)	6.267.053-	1.900.000	5.446.000
- Erträge	8.320.000	1.923.000	5.575.000
- primäre Aufwendungen (Einzelkosten)	14.587.052	23.000	129.000
ILV mit Tarifen (DB II)	0	0	0
Produktgruppen-interne Kosten (DB III)	0	0	0
Querschnittskosten Dezernat (DB IV)	0	0	0
Querschnittskosten LVR (DB V)	0	0	0
Saldo aus ILV	0	0	0
Ergebnis	**6.267.053-**	**1.900.000**	**5.446.000**

Produkt 06003 Zentrale Steuerung des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen

Ziele

Steuerung des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen zur Erbringung eines einheitlichen, qualitativ hochwertigen Versorgungsstandards zur Betreuung und Förderung von Menschen mit geistiger Behinderung. Dazu gehört, dass

- einheitliche personelle und organisatorische Standards festgelegt,

- durch die Erreichung kostendeckender Pflegesätze in den Verhandlungen mit den Kostenträgern finanzielle Spielräume für den HPH- Verbund gewonnen und

- die Angebots- und Leistungsstrukturen des HPH-Verbundes - ambulant und stationär - kontinuierlich an die Bedarfsentwicklung, gesetzlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sowie den wissenschaftlichen Erkenntnisstand angepasst werden.

	Ergebnis	Ansatz	
	2022	2023	2024
Produktergebnis			
Primäre Erträge und Aufwendungen (DB I)	149.886-	96.000-	97.500-
- Erträge	73.779	4.000	0
- primäre Aufwendungen (Einzelkosten)	223.664	100.000	97.500
ILV mit Tarifen (DB II)	0	0	0
Produktgruppen-interne Kosten (DB III)	0	0	0
Querschnittskosten Dezernat (DB IV)	0	0	0
Querschnittskosten LVR (DB V)	0	0	0
Saldo aus ILV	0	0	0
Ergebnis	**149.886-**	**96.000-**	**97.500-**

Haushaltsplan 2024 | **Produktgruppe 060** | **LVR-Dezernentin**

Zentrale Steuerung des LVR-Klinikverbundes und des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen Frau Martina Wenzel-Jankowski

	Teilfinanzplan	Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)		Verpfl.-Erm. (€)	Planung (€)		
		2022	2023	**2024**	**2024**	2025	2026	2027
	Laufende Verwaltungstätigkeit							
01	Einzahlungen aus laufender Verwaltungstätigkeit	5.768.290,30	2.846.000	**7.554.550**	**0**	7.574.150	7.594.150	7.614.550
02	Auszahlungen aus laufender Verwaltungstätigkeit	10.653.945,98	11.303.624	**15.831.574**	**0**	15.884.636	16.015.258	16.147.998
03	**Saldo aus lfd. Verwaltungstätigkeit (Zeilen 1 u. 2)**	4.885.655,68-	8.457.624-	**8.277.024-**	**0**	8.310.486-	8.421.108-	8.533.448-
	Investitionstätigkeit							
	Einzahlungen							
04	aus Zuwendungen für Investitionsmaßnahmen	0,00	6.500.000	**0**	**0**	0	0	0
05	aus der Veräußerung von Sachanlagen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
06	aus der Veräußerung von Finanzanlagen	464.385,00	521.880	**516.080**	**0**	464.980	397.740	320.240
07	aus Beiträgen und ähnlichen Entgelten	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
08	aus sonstigen Investitionen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
09	**Summe der investiven Einzahlungen**	464.385,00	7.021.880	**516.080**	**0**	464.980	397.740	320.240
	Auszahlungen							
10	für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
11	für Baumaßnahmen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
12	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
13	für den Erwerb v. Finanzanlagen	459.600,00	564.300	**453.300**	**0**	503.400	622.200	720.000
14	von aktivierbaren Zuwendungen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
15	für sonstige Investitionen	36.813,00-	6.650.000	**150.000**	**0**	150.000	150.000	150.000
16	**Summe der investiven Auszahlungen**	422.787,00	7.214.300	**603.300**	**0**	653.400	772.200	870.000
17	**Saldo Investitionstätigkeit (Zeilen 9 und 16)**	41.598,00	192.420-	**87.220-**	**0**	188.420-	374.460-	549.760-

Haushaltsplan 2024 | **Produktgruppe 060** | **LVR-Dezernentin**

Zentrale Steuerung des LVR-Klinikverbundes und des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen **Frau Martina Wenzel-Jankowski**

	Teilfinanzplan	Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)		Verpfl.-Erm. (€)	Planung (€)		
		2022	2023	**2024**	**2024**	2025	2026	2027
	Finanzierungstätigkeit							
	Einzahlungen							
18	EZ Investkredite/kreditähnliche Rechtsgeschäfte	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
19	EZ Rückflüsse Investkredite/kreditähnliche Rechtsgeschäfte	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
20	EZ a. d. Aufn./Rückfl. Kred. zur Liquiditätssicherung	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
21	**Summe der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
	Auszahlungen							
22	AZ Tilgung Investkredite/kreditähnliche Rechtsgeschäfte	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
23	AZ Gewährung Investkredite/kreditähnliche Rechtsgeschäfte	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
24	AZ f. d. Tilg./Gew. v. Kred. zur Liquiditätssicherung	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
25	**Summe der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
26	**Saldo aus Finanzierungstätigkeit (Zeilen 21 und 25)**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
27	**Saldo Einzahlungen ./. Auszahlungen (Zeilen 3, 17 u. 26)**	4.844.057,68-	8.650.044-	**8.364.244-**	**0**	8.498.906-	8.795.568-	9.083.208-

Investitionsmaßnahmen Teilfinanzplan (Teil B)	Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)		Verpflicht.-ermächt. (€)	Planung (€)				bisher bereitgestellt	Gesamt-ein- u. -auszahlungen/VE
	2022	2023	**2024**	**2024**	2025	2026	2027	spätere Jahre		
Investitionsmaßnahmen oberhalb der festgelegten Wertgrenze										
0600100100000P Darlehen Stipendienprogramm Darlehensver										
Einzahlungen aus der Veräußerung von Finanzanlagen	464.385,00	521.880	**516.080**		464.980	397.740	320.240	0	2.609.834	4.308.874
Auszahlungen für den Erwerb v. Finanzanlagen	459.600,00	564.300	**453.300**	**0**	503.400	622.200	720.000	0	4.404.900	6.703.800
Saldo Maßnahme (Einzahlungen ./. Auszahlungen)	4.785,00	42.420-	**62.780**		38.420-	224.460-	399.760-	0	1.795.066-	2.394.926-
06081000000080 PG060 - Ersteinrichtung HPH										
Auszahlungen für sonstige Investitionen	36.813,00-	150.000	**150.000**	**0**	150.000	150.000	150.000	0	312.590	912.590
Saldo Maßnahme (Einzahlungen ./. Auszahlungen)	36.813,00	150.000-	**150.000-**		150.000-	150.000-	150.000-	0	312.590-	912.590-
06081000000100 PG060 - Umsetzung Krankenhauszukunftsges										
Einzahlungen aus Zuwendungen für Investitionsmaßnahmen	0,00	6.500.000	**0**		0	0	0	0	6.500.000-	6.500.000-
Auszahlungen für sonstige Investitionen	0,00	6.500.000	**0**	**0**	0	0	0	0	6.500.000-	6.500.000-
Saldo Maßnahme (Einzahlungen ./. Auszahlungen)	0,00	0	**0**		0	0	0	0	0	0
Summe aller Investitionsmaßnahmen										
Einzahlungen	464.385,00	7.021.880	**516.080**		464.980	397.740	320.240	0	3.890.166-	2.191.126-
Auszahlungen	422.787,00	7.214.300	**603.300**	**0**	653.400	772.200	870.000	0	1.782.510-	1.116.390
Gesamtsaldo (Einzahlungen - Auszahlungen)	41.598,00	192.420-	**87.220-**		188.420-	374.460-	549.760-	0	2.107.656-	3.307.516-

Haushaltsplan 2024 | **Produktgruppe 061**
Maßregelvollzug | **LVR-Dezernentin**
Frau Martina Wenzel-Jankowski

	Teilergebnisplan	Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)		Planung (€)		
		2022	2023	**2024**	2025	2026	2027
01	Steuern und ähnliche Abgaben	0,00	0	**0**	0	0	0
02	+ Zuwendungen und allgemeine Umlagen	147,00	120	**50**	50	50	50
03	+ Sonstige Transfererträge	0,00	0	**0**	0	0	0
04	+ Öffentlich-rechtliche Leistungsentgelte	0,00	0	**0**	0	0	0
05	+ Privatrechtliche Leistungsentgelte	62.880,00	35.000	**35.000**	35.000	35.000	35.000
06	+ Kostenerstattungen und Kostenumlagen	232.028.174,44	231.245.292	**260.371.137**	255.518.600	261.819.628	268.278.294
07	+ Sonstige ordentliche Erträge	0,00	0	**0**	0	0	0
08	+ Aktivierte Eigenleistungen	0,00	0	**0**	0	0	0
09	+/- Bestandsveränderungen	0,00	0	**0**	0	0	0
10	**= Ordentliche Erträge**	232.091.201,44	231.280.412	**260.406.187**	255.553.650	261.854.678	268.313.344
11	- Personalaufwendungen	1.615.291,55	1.210.134	**1.564.699**	1.595.993	1.627.912	1.660.471
12	- Versorgungsaufwendungen	0,00	0	**0**	0	0	0
13	- Aufwendungen für Sach- und Dienstleistungen	108.585,99	278.000	**476.000**	341.000	341.000	341.000
14	- Bilanzielle Abschreibungen	419,00	450	**300**	300	300	300
15	- Transferaufwendungen	229.778.004,19	229.164.658	**257.721.738**	252.957.246	259.210.303	265.619.956
16	- Sonstige ordentliche Aufwendungen	6.328,50	16.000	**17.000**	17.000	17.000	17.000
17	**= Ordentliche Aufwendungen**	231.508.629,23	230.669.242	**259.779.737**	254.911.539	261.196.515	267.638.727
18	**= Ordentliches Ergebnis (= Zeilen 10 u. 17)**	582.572,21	611.170	**626.450**	642.111	658.163	674.617
19	+ Finanzerträge	0,00	0	**0**	0	0	0
20	- Zinsen und sonstige Finanzaufwendungen	0,00	0	**0**	0	0	0
21	**= Finanzergebnis (= Zeilen 19 und 20)**	0,00	0	**0**	0	0	0
22	**= Ergebnis der laufenden Verwaltungstätigkeit (Zeilen 18 und 21)**	582.572,21	611.170	**626.450**	642.111	658.163	674.617
23	+ Außerordentliche Erträge	0,00	0	**0**	0	0	0
24	- Außerordentliche Aufwendungen	0,00	0	**0**	0	0	0
25	**= Außerordentliches Ergebnis (=Zeilen 23 und 24)**	0,00	0	**0**	0	0	0
26	**= Ergebnis vor Berücksichtigung der internen Leistungsbeziehung (=Zeilen 22 und 25)**	582.572,21	611.170	**626.450**	642.111	658.163	674.617
27	+ Erträge aus internen Leistungsbeziehungen	0,00	0	**0**	0	0	0
28	- Aufwendungen aus internen Leistungsbeziehungen	0,00	0	**0**	0	0	0
29	**= Ergebnis (= Zeilen 26, 27, 28)**	582.572,21	611.170	**626.450**	642.111	658.163	674.617

E r l ä u t e r u n g e n :

Die Direktorin des Landschaftsverbandes Rheinland als untere staatliche Maßregelvollzugsbehörde ist gemäß 53 Abs. 2 StUG NRW zuständig für die Durchführung von Maßregeln der Besserung und Sicherung gem. §§ 63 und 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus bzw. einer Entziehungsanstalt. Als Einrichtungen des Maßregelvollzuges (§ 2 Maßregelvollzugsgesetz NRW) unterhält der LVR in seinen LVR-Kliniken Bedburg-Hau, Düren, Düsseldorf, Essen, Köln, Langenfeld und Viersen forensische Fachabteilungen.

Zentrale Aufgaben der Arbeit im Maßregelvollzug sind einerseits der Schutz der Gesellschaft vor weiteren schweren Straftaten aber auch die Behandlung der kranken Straftäter, damit diese wieder ein Leben in der Gesellschaft führen können, ohne erneut straffällig zu werden. Zur Zeit werden in den LVR-Kliniken rund 1.890 psychisch kranke bzw. suchtkranke Straftäter behandelt.

Finanziert wird der Maßregelvollzug vom Land NRW. Der ausgewiesene Überschuss wird zur Deckung von sog. Gemeinkosten (Overhead) verwendet, die in anderen Produktgruppen ausgewiesen werden. Dem Grunde nach ist der Maßregelvollzug für den LVR ergebnisneutral.

Haushaltsplan 2024	Produktgruppe 061 Maßregelvollzug	LVR-Dezernentin Frau Martina Wenzel-Jankowski

Beschreibung

Die Produktgruppe umfasst das Produkt:

061.01 Durchführung des Maßregelvollzuges

Zielgruppe(n)

Patientinnen und Patienten
LVR-Kliniken
Landesbeauftragter MRV/Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Personalplan im NKF-Haushalt	Ergebnis	Ansatz	
	2022	2023	2024
Beamte	10,73	12,50	14,50
Tariflich Beschäftigte	6,77	8,00	7,00

Haushaltsplan 2024	Produktgruppe 061 Maßregelvollzug	LVR-Dezernentin Frau Martina Wenzel-Jankowski

Produkt 06101 Durchführung des Maßregelvollzuges

Ziele

- Wahrung angemessener Unterbringungs- und Behandlungsbedingungen (räumlich/fachlich/personell)
- Sicherstellung des Sicherungsauftrages
- Schaffung von Akzeptanz durch Öffentlichkeits- und Medienarbeit
- Herbeiführung einer kostendeckenden Finanzierung durch das Land NRW

	Ergebnis	Ansatz	
	2022	2023	2024
Produktergebnis			
Primäre Erträge und Aufwendungen (DB I)	2.260.132	2.115.304	2.191.399
- Erträge	232.090.822	231.280.412	260.406.137
- primäre Aufwendungen (Einzelkosten)	229.830.690	229.165.108	258.214.738
ILV mit Tarifen (DB II)	0	0	0
Produktgruppen-interne Kosten (DB III)	0	0	0
Querschnittskosten Dezernat (DB IV)	0	0	0
Querschnittskosten LVR (DB V)	0	0	0
Saldo aus ILV	0	0	0
Ergebnis	**2.260.132**	**2.115.304**	**2.191.399**

Haushaltsplan 2024	Produktgruppe 061 Maßregelvollzug	LVR-Dezernentin Frau Martina Wenzel-Jankowski

	Teilfinanzplan	Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)		Verpfl.-Erm. (€)	Planung (€)		
		2022	2023	**2024**	**2024**	2025	2026	2027
	Laufende Verwaltungstätigkeit							
01	Einzahlungen aus laufender Verwaltungstätigkeit	231.625.153,08	231.280.292	**260.406.137**	**0**	255.553.600	261.854.628	268.313.294
02	Auszahlungen aus laufender Verwaltungstätigkeit	226.921.065,81	230.668.792	**259.778.937**	**0**	254.910.739	261.195.715	267.637.927
03	**Saldo aus lfd. Verwaltungstätigkeit (Zeilen 1 u. 2)**	4.704.087,27	611.500	**627.200**	**0**	642.861	658.913	675.367
	Investitionstätigkeit							
	Einzahlungen							
04	aus Zuwendungen für Investitionsmaßnahmen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
05	aus der Veräußerung von Sachanlagen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
06	aus der Veräußerung von Finanzanlagen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
07	aus Beiträgen und ähnlichen Entgelten	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
08	aus sonstigen Investitionen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
09	**Summe der investiven Einzahlungen**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
	Auszahlungen							
10	für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
11	für Baumaßnahmen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
12	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
13	für den Erwerb v. Finanzanlagen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
14	von aktivierbaren Zuwendungen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
15	für sonstige Investitionen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
16	**Summe der investiven Auszahlungen**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
17	**Saldo Investitionstätigkeit (Zeilen 9 und 16)**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0

	Teilfinanzplan	Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)		Verpfl.-Erm. (€)	Planung (€)		
		2022	2023	**2024**	**2024**	2025	2026	2027
	Finanzierungstätigkeit							
	Einzahlungen							
18	EZ Investkredite/kreditähnliche Rechtsgeschäfte	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
19	EZ Rückflüsse Investkredite/kreditähnliche Rechtsgeschäfte	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
20	EZ a. d. Aufn./Rückfl. Kred. zur Liquiditätssicherung	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
21	**Summe der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
	Auszahlungen							
22	AZ Tilgung Investkredite/kreditähnliche Rechtsgeschäfte	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
23	AZ Gewährung Investkredite/kreditähnliche Rechtsgeschäfte	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
24	AZ f. d. Tilg./Gew. v. Kred. zur Liquiditätssicherung	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
25	**Summe der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
26	**Saldo aus Finanzierungstätigkeit (Zeilen 21 und 25)**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
27	**Saldo Einzahlungen ./. Auszahlungen (Zeilen 3, 17 u. 26)**	4.704.087,27	611.500	**627.200**	**0**	642.861	658.913	675.367

Haushaltsplan 2024

Produktgruppe 062
Psychiatrische Versorgung im Rheinland

LVR-Dezernentin
Frau Martina Wenzel-Jankowski

		Teilergebnisplan	Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)		Planung (€)		
			2022	2023	**2024**	2025	2026	2027
01		Steuern und ähnliche Abgaben	0,00	0	**0**	0	0	0
02	+	Zuwendungen und allgemeine Umlagen	1.531.000,00	1.537.000	**1.581.000**	1.581.000	1.581.000	1.581.000
03	+	Sonstige Transfererträge	0,00	0	**0**	0	0	0
04	+	Öffentlich-rechtliche Leistungsentgelte	0,00	0	**0**	0	0	0
05	+	Privatrechtliche Leistungsentgelte	0,00	0	**0**	0	0	0
06	+	Kostenerstattungen und Kostenumlagen	170.634,85	50.000	**0**	0	0	0
07	+	Sonstige ordentliche Erträge	0,00	0	**0**	0	0	0
08	+	Aktivierte Eigenleistungen	0,00	0	**0**	0	0	0
09	+/-	Bestandsveränderungen	0,00	0	**0**	0	0	0
10	**=**	**Ordentliche Erträge**	1.701.634,85	1.587.000	**1.581.000**	1.581.000	1.581.000	1.581.000
11	-	Personalaufwendungen	241.349,29	206.036	**285.133**	290.835	296.652	302.585
12	-	Versorgungsaufwendungen	0,00	0	**0**	0	0	0
13	-	Aufwendungen für Sach- und Dienstleistungen	13.126,81	19.000	**21.000**	21.000	21.000	21.000
14	-	Bilanzielle Abschreibungen	59,00	65	**0**	0	0	0
15	-	Transferaufwendungen	8.136.325,91	8.500.500	**8.221.500**	8.441.500	8.661.500	8.881.500
16	-	Sonstige ordentliche Aufwendungen	2.150,83	7.500	**7.000**	7.000	7.000	7.000
17	**=**	**Ordentliche Aufwendungen**	8.393.011,84	8.733.101	**8.534.633**	8.760.335	8.986.152	9.212.085
18	**=**	**Ordentliches Ergebnis (= Zeilen 10 u. 17)**	6.691.376,99-	7.146.101-	**6.953.633-**	7.179.335-	7.405.152-	7.631.085-
19	+	Finanzerträge	0,00	0	**0**	0	0	0
20	-	Zinsen und sonstige Finanzaufwendungen	0,00	0	**0**	0	0	0
21	**=**	**Finanzergebnis (= Zeilen 19 und 20)**	0,00	0	**0**	0	0	0
22	**=**	**Ergebnis der laufenden Verwaltungstätigkeit (Zeilen 18 und 21)**	6.691.376,99-	7.146.101-	**6.953.633-**	7.179.335-	7.405.152-	7.631.085-
23	+	Außerordentliche Erträge	0,00	0	**0**	0	0	0
24	-	Außerordentliche Aufwendungen	0,00	0	**0**	0	0	0
25	**=**	**Außerordentliches Ergebnis (=Zeilen 23 und 24)**	0,00	0	**0**	0	0	0
26	**=**	**Ergebnis vor Berücksichtigung der internen Leistungsbeziehung (=Zeilen 22 und 25)**	6.691.376,99-	7.146.101-	**6.953.633-**	7.179.335-	7.405.152-	7.631.085-
27	+	Erträge aus internen Leistungsbeziehungen	0,00	0	**0**	0	0	0
28	-	Aufwendungen aus internen Leistungsbeziehungen	0,00	0	**0**	0	0	0
29	**=**	**Ergebnis (= Zeilen 26, 27, 28)**	6.691.376,99-	7.146.101-	**6.953.633-**	7.179.335-	7.405.152-	7.631.085-

E r l ä u t e r u n g e n:

Zeile 2: Zuwendungen und allgemeine Umlagen

In der Planung der Aufwendungen wurden Fremdmittel (d.h. Aufwendungen, die durch zweckgebundene Erträge finanziert werden) wie folgt berücksichtigt:

- Förderung von Sozialpsychiatrischen Zentren		1.493.000 €
- Psychiatrische Versorgung von Migrantinnen und Migranten		38.000 €
- Förderung i.R.d. Laienhilfe		50.000 €

Zeile 15: Transferaufwendungen	Vorlagen		
- Förderung von Sozialpsychiatrischen Zentren	14/3008 und 14/3325	6.063.500 €	teilweise Deckung in Zeile 2
- Förderung Psychiatrische Versorgung von Migrantinnen und Migranten	14/3008 und 14/3325	626.500 €	teilweise Deckung in Zeile 2
- Förderung i.R.d. Laienhilfe	14/3750	270.000 €	teilweise Deckung in Zeile 2
- Förderung i.R.d. Fortbildung Sozialpsychiatrischen Zentren		26.500 €	
- Förderung Sprachmittler Sozialpsychiatrischen Zentren / Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration (SPKoM)	Antrag 14/140 i.V.m. 14/2392	300.000 €	
- Peer-Support und Care-Management Sozialpsychiatrischen Zentren / Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration(SPK)	14/3604	550.000 €	
- Förderung Gerontopsychiatrische Zentren	12/3496	70.000 €	
- Förderung Theater „mini-art"		25.000 €	
- Förderung Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	14/2569; Antrag 14/225	170.000 €	
- Peer-Support und Care-Management Selbsthilfe	14/3750	120.000 €	

Haushaltsplan 2024	Produktgruppe 062 Psychiatrische Versorgung im Rheinland	LVR-Dezernentin Frau Martina Wenzel-Jankowski

Beschreibung

Die Produktgruppe umfasst das Produkt:

062.01 Förderung und Unterstützung der Versorgung psychisch Kranker und Suchtkranker im Rheinland

Zielgruppe(n)

Träger der psychiatrischen Versorgung
Gebietskörperschaften

Personalplan im NKF-Haushalt	Ergebnis	Ansatz	
	2022	2023	2024
Beamte	2,00	2,00	2,00
Tariflich Beschäftigte		1,00	1,00

Produkt 06201 Förderung und Unterstützung der Versorgung psychisch Kranker und Suchtkranker im Rheinland

Ziele

Förderung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung psychisch kranker und suchtkranker Menschen im Rheinland durch verschiedene Programme. Im Bereich der SPZ-Förderung sollen als Ergebnis der Zielvereinbarung mit den Trägern alle 71 SPZ einen aus der Selbstbewertung und Visitation abgeleiteten Ziel- und Maßnahmenkatalog zur Qualitätsentwicklung vorlegen. Der Selbstbewertungszyklus ist auf drei Jahre angelegt und wurde letztmalig 2019 abgeschlossen. Nach Aussetzung des Verfahrens startet Anfang 2023 der nächste Zyklus. Bis Ende 2025 müssen alle 71 SPZ erneut einen Ziel- und Maßnahmenkatalog zur Qualitätsentwicklung vorlegen.

Mit Vorlage 14/3736 wurde zur Umsetzung des Haushaltsbeschlusses 14/225 beschlossen, einen Kooperationsverbund "Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen"" zu gründen, in dem 5 Modellregionen zusammengeschlossen sind. Die Modellregionen sollen über einen Zeitraum von vier Jahren mit insgesamt
299.990.- €/Modellregion gefördert werden."

	Ergebnis	Ansatz	
	2022	2023	2024
Kennzahlen (Leistungen u. Finanzen)			
- Anzahl der geförderten Vollkraftstellen in den SPZ	67	67	67
- Anzahl der geförderten Ehrenamtlichen-Initiativen in Stück	106	104	104
- Anzahl Fachtagungen in Stück	2	3	2
- Anzahl der geförderten Vollkraftstellen in den SPKoM	7	7	7
- Anzahl der sonstigen, zeitlich befristeten Fördermaßnahmen in Stück	4	4	4
- Anzahl der Modellregionen in Stück	4,00	4,00	4,00
Produktergebnis			
Primäre Erträge und Aufwendungen (DB I)	6.437.254-	6.913.500-	6.640.500-
- Erträge	1.701.635	1.587.000	1.581.000
- primäre Aufwendungen (Einzelkosten)	8.138.889	8.500.500	8.221.500
ILV mit Tarifen (DB II)	0	0	0
Produktgruppen-interne Kosten (DB III)	0	0	0
Querschnittskosten Dezernat (DB IV)	0	0	0
Querschnittskosten LVR (DB V)	0	0	0
Saldo aus ILV	0	0	0
Ergebnis	**6.437.254-**	**6.913.500-**	**6.640.500-**

Haushaltsplan 2024	Produktgruppe 062 Psychiatrische Versorgung im Rheinland	LVR-Dezernentin Frau Martina Wenzel-Jankowski

	Teilfinanzplan	Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)		Verpfl.-Erm. (€)	Planung (€)		
		2022	2023	**2024**	**2024**	2025	2026	2027
	Laufende Verwaltungstätigkeit							
01	Einzahlungen aus laufender Verwaltungstätigkeit	1.701.634,85	1.587.000	**1.581.000**	**0**	1.581.000	1.581.000	1.581.000
02	Auszahlungen aus laufender Verwaltungstätigkeit	8.381.338,44	8.733.036	**8.534.633**	**0**	8.760.335	8.986.152	9.212.085
03	**Saldo aus lfd. Verwaltungstätigkeit (Zeilen 1 u. 2)**	6.679.703,59-	7.146.036-	**6.953.633-**	**0**	7.179.335-	7.405.152-	7.631.085-
	Investitionstätigkeit							
	Einzahlungen							
04	aus Zuwendungen für Investitionsmaßnahmen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
05	aus der Veräußerung von Sachanlagen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
06	aus der Veräußerung von Finanzanlagen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
07	aus Beiträgen und ähnlichen Entgelten	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
08	aus sonstigen Investitionen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
09	**Summe der investiven Einzahlungen**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
	Auszahlungen							
10	für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
11	für Baumaßnahmen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
12	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
13	für den Erwerb v. Finanzanlagen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
14	von aktivierbaren Zuwendungen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
15	für sonstige Investitionen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
16	**Summe der investiven Auszahlungen**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
17	**Saldo Investitionstätigkeit (Zeilen 9 und 16)**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0

	Teilfinanzplan	Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)		Verpfl.-Erm. (€)	Planung (€)		
		2022	2023	**2024**	**2024**	2025	2026	2027
	Finanzierungstätigkeit							
	Einzahlungen							
18	EZ Investkredite/kreditähnliche Rechtsgeschäfte	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
19	EZ Rückflüsse Investkredite/kreditähnliche Rechtsgeschäfte	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
20	EZ a. d. Aufn./Rückfl. Kred. zur Liquiditätssicherung	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
21	**Summe der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
	Auszahlungen							
22	AZ Tilgung Investkredite/kreditähnliche Rechtsgeschäfte	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
23	AZ Gewährung Investkredite/kreditähnliche Rechtsgeschäfte	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
24	AZ f. d. Tilg./Gew. v. Kred. zur Liquiditätssicherung	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
25	**Summe der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
26	**Saldo aus Finanzierungstätigkeit (Zeilen 21 und 25)**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
27	**Saldo Einzahlungen ./. Auszahlungen (Zeilen 3, 17 u. 26)**	6.679.703,59-	7.146.036-	**6.953.633-**	**0**	7.179.335-	7.405.152-	7.631.085-

Haushaltsplan 2024 | **Produktgruppe 063** | **LVR-Dezernentin**

Förderungen des Landes für das Landesbetreuungsamt und die Suchtkooperation NRW | **Frau Martina Wenzel-Jankowski**

	Teilergebnisplan	Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)		Planung (€)		
		2022	2023	**2024**	2025	2026	2027
01	Steuern und ähnliche Abgaben	0,00	0	**0**	0	0	0
02	+ Zuwendungen und allgemeine Umlagen	760.222,39	408.400	**687.395**	696.123	705.025	714.106
03	+ Sonstige Transfererträge	0,00	0	**0**	0	0	0
04	+ Öffentlich-rechtliche Leistungsentgelte	0,00	0	**0**	0	0	0
05	+ Privatrechtliche Leistungsentgelte	0,00	0	**0**	0	0	0
06	+ Kostenerstattungen und Kostenumlagen	91.591,49	0	**0**	0	0	0
07	+ Sonstige ordentliche Erträge	0,00	0	**0**	0	0	0
08	+ Aktivierte Eigenleistungen	0,00	0	**0**	0	0	0
09	+/- Bestandsveränderungen	0,00	0	**0**	0	0	0
10	**= Ordentliche Erträge**	851.813,88	408.400	**687.395**	696.123	705.025	714.106
11	- Personalaufwendungen	325.275,11	279.826	**436.395**	445.123	454.025	463.106
12	- Versorgungsaufwendungen	0,00	0	**0**	0	0	0
13	- Aufwendungen für Sach- und Dienstleistungen	213.091,93	156.600	**246.000**	246.000	246.000	246.000
14	- Bilanzielle Abschreibungen	45,00	50	**0**	0	0	0
15	- Transferaufwendungen	320.552,39	0	**0**	0	0	0
16	- Sonstige ordentliche Aufwendungen	2.556,71	6.100	**5.000**	5.000	5.000	5.000
17	**= Ordentliche Aufwendungen**	861.521,14	442.576	**687.395**	696.123	705.025	714.106
18	**= Ordentliches Ergebnis (= Zeilen 10 u. 17)**	9.707,26-	34.176-	**0**	0	0	0
19	+ Finanzerträge	0,00	0	**0**	0	0	0
20	- Zinsen und sonstige Finanzaufwendungen	0,00	0	**0**	0	0	0
21	**= Finanzergebnis (= Zeilen 19 und 20)**	0,00	0	**0**	0	0	0
22	**= Ergebnis der laufenden Verwaltungstätigkeit (Zeilen 18 und 21)**	9.707,26-	34.176-	**0**	0	0	0
23	+ Außerordentliche Erträge	0,00	0	**0**	0	0	0
24	- Außerordentliche Aufwendungen	0,00	0	**0**	0	0	0
25	**= Außerordentliches Ergebnis (=Zeilen 23 und 24)**	0,00	0	**0**	0	0	0
26	**= Ergebnis vor Berücksichtigung der internen Leistungsbeziehung (=Zeilen 22 und 25)**	9.707,26-	34.176-	**0**	0	0	0
27	+ Erträge aus internen Leistungsbeziehungen	0,00	0	**0**	0	0	0
28	- Aufwendungen aus internen Leistungsbeziehungen	0,00	0	**0**	0	0	0
29	**= Ergebnis (= Zeilen 26, 27, 28)**	9.707,26-	34.176-	**0**	0	0	0

E r l ä u t e r u n g:

Zeile 2: Zuwendungen und allgemeine Umlagen

In der Planung der Aufwendungen wurden Fremdmittel (d.h. Aufwendungen, die durch zweckgebundene Erträge finanziert werden) für das Haushaltsjahr 2024 wie folgt berücksichtigt:

- Landesbetreuungsamt 205.173,40 Euro Zuwendungen und allg. Umlagen
- Geschäftsstelle der Suchtkooperation NRW 482.221,48 Euro Zuwendungen und allg. Umlagen

Haushaltsplan 2024	Produktgruppe 063	LVR-Dezernentin
	Förderungen des Landes für das Landesbetreuungsamt und die Suchtkooperation NRW	Frau Martina Wenzel-Jankowski

Beschreibung

Die Produktgruppe umfasst die Produkte:

063.01 Anerkennung und Förderung von Betreuungsvereinen
063.02 Geschäftsstelle der Landesstelle Sucht NRW

Zielgruppe(n)

Betreuungsvereine,
kommunale Betreuungsstellen,
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales,
Landeskoordinierungsstellen,
Kommunale Spitzenverbände,
Freie Wohlfahrtspflege,
Suchtselbsthilfe

Personalplan im NKF-Haushalt	Ergebnis	Ansatz	
	2022	2023	2024
Beamte	1,13	2,00	2,00
Tariflich Beschäftigte	3,85	2,50	3,00

Produkt 06301 Anerkennung und Förderung von Betreuungsvereinen

Ziele

Unterstützung der Betreuungsvereine bei der Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere bei der Gewinnung und Begleitung ehrenamtlicher Betreuerinnen und Betreuer

	Ergebnis	Ansatz	
	2022	2023	2024
Produktergebnis			
Primäre Erträge und Aufwendungen (DB I)	82.472	9.000	0
- Erträge	91.591	9.000	0
- primäre Aufwendungen (Einzelkosten)	9.120	0	0
ILV mit Tarifen (DB II)	0	0	0
Produktgruppen-interne Kosten (DB III)	0	0	0
Querschnittskosten Dezernat (DB IV)	0	0	0
Querschnittskosten LVR (DB V)	0	0	0
Saldo aus ILV	0	0	0
Ergebnis	**82.472**	**9.000**	**0**

Produkt 06302 Geschäftsstelle der Landesstelle Sucht NRW

Ziele

- Koordination und Bündelung von inhaltlichen und strukturellen Maßnahmen zur Suchtprävention und Suchthilfe insbesondere zur Umsetzung des Landesprogramms und des Aktionsplans gegen Sucht NRW

- Unterstützung und Beratung von Land, Kommunen und Freier Wohlfahrtspflege zur Weiterentwicklung der Suchtprävention, Suchthilfe und Suchtselbsthilfe in NRW

	Ergebnis	Ansatz	
	2022	2023	2024
Produktergebnis			
Primäre Erträge und Aufwendungen (DB I)	254.855	14.900	0
- Erträge	760.222	138.400	0
- primäre Aufwendungen (Einzelkosten)	505.367	123.500	0
ILV mit Tarifen (DB II)	0	0	0
Produktgruppen-interne Kosten (DB III)	0	0	0
Querschnittskosten Dezernat (DB IV)	0	0	0
Querschnittskosten LVR (DB V)	0	0	0
Saldo aus ILV	0	0	0
Ergebnis	**254.855**	**14.900**	**0**

Haushaltsplan 2024 | **Produktgruppe 063** | **LVR-Dezernentin**

Förderungen des Landes für das Landesbetreuungsamt und die Suchtkooperation NRW | **Frau Martina Wenzel-Jankowski**

	Teilfinanzplan	Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)		Verpfl.-Erm. (€)	Planung (€)		
		2022	2023	**2024**	**2024**	2025	2026	2027
	Laufende Verwaltungstätigkeit							
01	Einzahlungen aus laufender Verwaltungstätigkeit	656.813,88	408.400	**687.395**	**0**	696.123	705.025	714.106
02	Auszahlungen aus laufender Verwaltungstätigkeit	771.623,45	442.526	**687.395**	**0**	696.123	705.025	714.106
03	**Saldo aus lfd. Verwaltungstätigkeit (Zeilen 1 u. 2)**	114.809,57-	34.126-	**0**	**0**	0	0	0
	Investitionstätigkeit							
	Einzahlungen							
04	aus Zuwendungen für Investitionsmaßnahmen	5.000,00-	0	**0**	**0**	0	0	0
05	aus der Veräußerung von Sachanlagen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
06	aus der Veräußerung von Finanzanlagen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
07	aus Beiträgen und ähnlichen Entgelten	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
08	aus sonstigen Investitionen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
09	**Summe der investiven Einzahlungen**	5.000,00-	0	**0**	**0**	0	0	0
	Auszahlungen							
10	für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
11	für Baumaßnahmen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
12	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
13	für den Erwerb v. Finanzanlagen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
14	von aktivierbaren Zuwendungen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
15	für sonstige Investitionen	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
16	**Summe der investiven Auszahlungen**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
17	**Saldo Investitionstätigkeit (Zeilen 9 und 16)**	5.000,00-	0	**0**	**0**	0	0	0

	Teilfinanzplan	Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)		Verpfl.-Erm. (€)	Planung (€)		
		2022	2023	**2024**	**2024**	2025	2026	2027
	Finanzierungstätigkeit							
	Einzahlungen							
18	EZ Investkredite/kreditähnliche Rechtsgeschäfte	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
19	EZ Rückflüsse Investkredite/kreditähnliche Rechtsgeschäfte	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
20	EZ a. d. Aufn./Rückfl. Kred. zur Liquiditätssicherung	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
21	**Summe der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
	Auszahlungen							
22	AZ Tilgung Investkredite/kreditähnliche Rechtsgeschäfte	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
23	AZ Gewährung Investkredite/kreditähnliche Rechtsgeschäfte	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
24	AZ f. d. Tilg./Gew. v. Kred. zur Liquiditätssicherung	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
25	**Summe der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
26	**Saldo aus Finanzierungstätigkeit (Zeilen 21 und 25)**	0,00	0	**0**	**0**	0	0	0
27	**Saldo Einzahlungen ./. Auszahlungen (Zeilen 3, 17 u. 26)**	119.809,57-	34.126-	**0**	**0**	0	0	0

Die Direktorin des Landschaftsverbandes Rheinland

Qualität für Menschen

Vorlage Nr. 15/1947

öffentlich

Datum: 24.10.2023
Dienststelle: Fachbereich 83
Bearbeitung: Frau Hof / Frau Piecocha

Krankenhausausschuss 3	**13.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 2	**14.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 4	**15.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 1	**16.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Gesundheitsausschuss	**17.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	**01.12.2023**	**empfehlender Beschluss**
Landschaftsausschuss	**07.12.2023**	**empfehlender Beschluss**
Landschaftsversammlung	**13.12.2023**	**Beschluss**

Tagesordnungspunkt:

Wirtschaftsplanentwürfe 2024 sowie Veränderungsnachweise zu den Wirtschaftsplanentwürfen 2024 des LVR-Klinikverbundes

Beschlussvorschlag:

1. Die Wirtschaftsplanentwürfe des LVR-Klinikverbundes für das Jahr 2024 einschließlich des Kassenkreditrahmens und der Verpflichtungsermächtigungen werden unter Berücksichtigung der Veränderungsnachweise in der Fassung der Vorlage Nr. 15/1947 festgestellt.

2. Die Verwaltung wird beauftragt, die Wirtschaftsplanentwürfe 2024 bis zur Drucklegung noch an die aktuelle Entwicklung anzupassen und ggf. erforderliche Änderungen ohne Einzelaufführung in den Veränderungsnachweisen bei der Drucklegung der endgültigen Wirtschaftspläne vorzunehmen, soweit diese keine Auswirkungen auf die ausgewiesenen Ergebnisse haben

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

Diese Vorlage berührt eine oder mehrere Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der BRK.	nein

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2025.	ja

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (lfd. Jahr):

Produktgruppe:		
Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	Aufwendungen: /Wirtschaftsplan	ja
Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:	Auszahlungen: /Wirtschaftsplan	ja
Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:		
Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten		ja

In Vertretung

L i m b a c h

Zusammenfassung

Die Wirtschaftsplanentwürfe 2024 des LVR-Klinikverbundes wurden am 30.08.2023 als Anlage zum Entwurf der Haushaltssatzung 2024 in die Landschaftsversammlung eingebracht (Vorlage Nr. 15/1814); sie wurden von dort den Fachausschüssen zur weiteren Beratung zugeleitet. Der LVR-Klinikverbund plant für die LVR-Kliniken für das Wirtschaftsjahr 2024 einen Fehlbetrag in Höhe von 1.727 T€ (Vorjahr Fehlbetrag von 10.948 T€), für die LVR-Krankenhauszentralwäscherei einen Überschuss in Höhe von 25 T€ (Vorjahr Überschuss 36 T€) und für das LVR-Institut für Forschung und Bildung einen Überschuss in Höhe von 2 T€ (Vorjahr ausgeglichenes Ergebnis).

Begründung der Vorlage Nr. 15/1947:

I. Vorbemerkungen

Die Wirtschaftsplanentwürfe 2024 der LVR-Kliniken, der LVR-Krankenhauszentralwäscherei und des LVR-Instituts für Forschung und Bildung wurden am 30.08.2023 als Anlage zum Entwurf der Haushaltssatzung 2024 in die Landschaftsversammlung eingebracht (Vorlage Nr. 15/1814) und von dort den Fachausschüssen zur weiteren Beratung zugeleitet. Die Wirtschaftsplanentwürfe sind den Krankenhausausschüssen und dem Gesundheitsausschuss bereits in Ihren Sitzungen im September 2023 vorgelegt worden (Vorlage Nr. 15/1821).

Die Krankenhausausschüsse sowie der Gesundheitsausschuss haben in ihren Sitzungen am 11.09.2023, 12.09.2023, 13.09.2023, 14.09.2023 und 15.09.2023 beschlossen, der Landschaftsversammlung zu empfehlen, die Wirtschaftsplanentwürfe 2024 der LVR-Kliniken, der LVR-Krankenhauszentralwäscherei und des LVR-Instituts für Forschung und Bildung einschließlich des Kassenkreditrahmens und der Verpflichtungsermächtigungen in der Fassung der Vorlage Nr. 15/1821 festzustellen.
Zwischenzeitlich haben sich Veränderungen für die LVR-Kliniken Bedburg-Hau und Langenfeld ergeben (siehe Veränderungsnachweise).

In Abschnitt – B – sind die Wirtschaftsplanentwürfe des LVR-Klinikverbundes ausführlich abgebildet.

Die bis zum 11.10.2023 bekannt gewordenen Veränderungen mit Auswirkungen auf die Erfolgs- und Vermögenspläne der LVR-Kliniken, der LVR-Krankenhauszentralwäscherei und des LVR-Instituts für Forschung und Bildung sind in den beigefügten Veränderungsnachweisen ausgewiesen.

II. Allgemeine Erläuterungen zu den Wirtschaftsplänen des LVR-Klinikverbundes

Die Finanzierungs- und Rechtsgrundlagen, Eckdaten und Bestimmungen für die Ausführung der Wirtschaftspläne der LVR-Kliniken und der LVR-Krankenhauszentralwäscherei sind auf den Seiten B 5 – B 7 ausführlich dargestellt.

III. Veränderungsnachweise zu den Erfolgsplänen, Vermögensplänen und Investitionsprogrammen sowie den Stellenplänen

Für die weitere Beratung der Wirtschaftsplanentwürfe 2024 sind die Veränderungsnachweise zum Vermögensplan und Investitionsprogramm folgender LVR-Kliniken

LVR-Klinik Bedburg-Hau
LVR-Klinik Langenfeld

beigefügt.

1. Erfolgspläne und Stellenpläne

Bei den Erfolgsplänen und den Stellenplänen ergeben sich für die LVR-Kliniken, die LVR-Krankenhauszentralwäscherei und das LVR-Institut für Forschung und Bildung keine Änderungen. Redaktionelle Änderungen wurden entsprechend durchgeführt.

2. Vermögenspläne und Investitionsprogramme

a) LVR-Klinik Bedburg-Hau

Die Veränderungen im Vermögensplan der LVR-Klinik Bedburg-Hau entstehen durch die Aufnahme der Gesamtkosten für die investive Maßnahme „Umbau Haus 44 (Vitusklinik): Sanierung PP". Für das Jahr 2024 wurden die Haushaltsansätze angepasst und die Projekt-Nummer ergänzt.

b) LVR-Klinik Langenfeld

Die Änderungen für die LVR-Klinik Langenfeld ergeben sich bei der Maßnahme „Produktionsküche in Haus 12". Die Rate für den Haushaltsansatz 2024 und die Planungsraten für die Jahre 2025 und 2026 wurden angepasst. Die Nummer des Projektes wurde ergänzt.

IV. Ergebnisneutrale Veränderungen bis zur Drucklegung

Sollten rechtskräftig genehmigte Budgetvereinbarungen für das Jahr 2024 und ggf. weitere Änderungen in den Langzeitbereichen und sonstigen Bereichen sowie bei den Vermögensplänen/Investitionsprogrammen noch rechtzeitig vor den anstehenden Beratungen vorliegen, so ist beabsichtigt, die entsprechenden Ergebnisse im Rahmen einer Ergänzungsvorlage in die Wirtschaftspläne einzustellen. Sollte dies im zeitlichen Rahmen nicht mehr möglich sein, bittet die Verwaltung um Zustimmung, die Wirtschaftsplanentwürfe bis zur Drucklegung ggf. anzupassen.

In Vertretung

W e n z e l – J a n k o w s k i

LVR-Klinik Bedburg-Hau

	Gesamtübersicht	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz			Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
		EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
		2022	2024	2024	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2024	
			Entwurf	**Veränderung**	**Ansatz**							
	Investitionstätigkeit											
	Einzahlungen											
1	aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	36.602	800.000	560.033	1.360.033		0	0	0	0	503.398	1.900.033
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	294.924	1.862.572	0	1.862.572		1.692.214	1.319.537	0	0	484.153	5.653.400
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	361.267	361.267	0	361.267		361.267	361.267	361.267	361.267	361.267	2.528.869
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	501.807	0	501.807		489.099	489.099	489.099	489.099	301.926	2.760.129
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	621.655	0	621.655		632.847	632.847	632.847	632.847	390.977	3.544.020
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
9	**∑ der Einzahlungen**	**692.793**	**4.147.301**	**560.033**	**4.707.334**		**3.175.427**	**2.802.750**	**1.483.213**	**1.483.213**	**2.041.721**	**16.386.451**
	Auszahlungen											
10	für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
11	für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	469.411	5.930.000	3.496.770	9.426.770		3.150.000	2.434.000	0	0	1.336.590	16.816.771
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	123.653	114.286	0	114.286		42.857	55.693	0	0	280.304	616.793
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	1.123.462	0	1.123.462		1.121.946	1.121.946	1.121.946	1.121.946	692.903	6.304.149
14	für sonstige Investitionen	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
15	**∑ der Auszahlungen**	**593.064**	**7.167.748**	**3.496.770**	**10.664.518**		**4.314.803**	**3.611.639**	**1.121.946**	**1.121.946**	**2.309.797**	**23.737.713**
16	*Verpflichtungsermächtigung zu Lasten*	*0*	*0*	*0*	*0*	*5.682.550*	*3.192.857*	*2.489.693*	*0*	*0*	*0*	*5.682.550*
17	**Saldo Investitionstätigkeit**	**99.730**	**-3.020.447**	**-2.936.737**	**-5.957.184**		**-1.139.376**	**-808.889**	**361.267**	**361.267**	**-268.076**	**-7.351.261**
	Finanzierungstätigkeit											
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	261.537	3.381.714	2.936.737	6.318.451		1.500.643	1.170.156	0	0	629.343	9.880.130
20	Entnahme aus der Baupauschalenrücklage	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
21	**∑ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**261.537**	**3.381.714**	**2.936.737**	**6.318.451**		**1.500.643**	**1.170.156**	**0**	**0**	**629.343**	**9.880.130**
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
23	Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	361.267	361.267	0	361.267		361.267	361.267	361.267	361.267	361.267	2.528.869
24	**∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**361.267**	**361.267**	**0**	**361.267**		**361.267**	**361.267**	**361.267**	**361.267**	**361.267**	**2.528.869**
25	**Saldo aus Finanzierungstätigkeit**	**-99.730**	**3.020.447**	**2.936.737**	**5.957.184**		**1.139.376**	**808.889**	**-361.267**	**-361.267**	**268.076**	**7.351.261**

Veränderungsnachweis zum Entwurf des Vermögensplans 2024 sowie des Investitionsprogramms für die Jahre 2023 bis 2027

LVR-Klinik Bedburg-Hau

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz			Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2024	2024	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2024	
		Entwurf	**Veränderung**	**Ansatz**							
Umbau Haus 44 (Vitusklinik): Sanierung PP 16 Betten							**Projekt Nr.**	**1.918**			**Zuständigkeit: Klinik**
Einzahlungen											
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	36.602	800.000	560.033	1.360.033		0	0	0	0	101.398	1.498.033
∑ der Einzahlungen	**36.602**	**800.000**	**560.033**	**1.360.033**		**0**	**0**	**0**	**0**	**101.398**	**1.498.033**
Auszahlungen											
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	36.602	800.000	3.496.770	4.296.770		0	0	0	0	101.398	4.434.770
∑ der Auszahlungen	**36.602**	**800.000**	**3.496.770**	**4.296.770**		**0**	**0**	**0**	**0**	**101.398**	**4.434.770**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten		*0*		*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**0**	**-2.936.737**	**-2.936.737**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**-2.936.737**
Finanzierungstätigkeit											
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	0	2.936.737	2.936.737		0	0	0	0	0	2.936.737
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**0**	0	**2.936.737**	**2.936.737**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**2.936.737**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Veränderungsnachweis zum Entwurf des Vermögensplanes 2024 sowie des Investitionsprogrammes für die Jahre 2023 bis 2027

LVR-Klinik Langenfeld

	Gesamtübersicht	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz			Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
		EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
		2022	2024	2024	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2024	
			Entwurf	**Veränderung**	**Ansatz**							
	Investitionstätigkeit											
	Einzahlungen											
1	aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	4.029.120	0	4.029.120		6.633.919	1.000.000	0	0	0	11.663.039
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	174.080	100.000	0	100.000		0	0	0	0	80.920	355.000
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	0	0	0		4.519.222	0	0	0	0	4.519.222
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	422.745	422.745	0	422.745		422.745	422.745	422.745	422.745	422.745	2.959.215
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	1.018.304	0	1.018.304		1.018.000	1.018.000	1.018.000	1.018.000	920.039	6.010.343
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	511.169	0	511.169		511.079	511.079	511.079	511.079	448.459	3.003.944
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
9	**∑ der Einzahlungen**	**596.825**	**6.081.338**	**0**	**6.081.338**		**13.104.965**	**2.951.824**	**1.951.824**	**1.951.824**	**1.872.163**	**28.510.763**
	Auszahlungen											
10	für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	2.007.250	534.100	0	534.100		534.100	0	0	0	0	3.075.450
11	für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	338.944	5.580.000	1.000.000	6.580.000		13.523.966	1.000.000	0	0	8.561.584	30.004.494
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	65.144	20.000	0	20.000		0	0	0	0	606.292	691.436
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	1.629.473	0	1.629.473		1.598.079	1.529.079	1.529.079	1.529.079	1.368.498	9.183.287
14	von aktivierbaren Zuwendungen	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
14	für sonstige Investitionen	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
15	**∑ der Auszahlungen**	**2.411.337**	**7.763.573**	**1.000.000**	**8.763.573**		**15.656.145**	**2.529.079**	**1.529.079**	**1.529.079**	**10.536.374**	**42.954.667**
16	*Verpflichtungsermächtigung zu Lasten*	*0*	*0*	*0*	*0*	*15.127.066*	*14.127.066*	*1.000.000*	*0*	*0*	*0*	*15.127.066*
17	**Saldo Investitionstätigkeit**	**-1.814.512**	**-1.682.235**	**-1.000.000**	**-2.682.235**		**-2.551.180**	**422.745**	**422.745**	**422.745**	**-8.664.211**	**-14.443.903**
	Finanzierungstätigkeit											
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0	0		0	0	0	0	487.000	487.000
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	2.237.257	2.104.980	1.000.000	3.104.980		2.973.925	0	0	0	8.599.956	16.916.118
20	Entnahme aus der Baupauschalenrücklage	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
21	**∑ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**2.237.257**	**2.104.980**	**1.000.000**	**3.104.980**		**2.973.925**	**0**	**0**	**0**	**9.086.956**	**17.403.118**
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	0	0		0		0	0	0	0	0	0
23	Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	422.745	422.745		422.745		422.745	422.745	422.745	422.745	422.745	2.959.215
24	**∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**422.745**	**422.745**	**0**	**422.745**		**422.745**	**422.745**	**422.745**	**422.745**	**422.745**	**2.959.215**
25	**Saldo aus Finanzierungstätigkeit**	**1.814.512**	**1.682.235**	**1.000.000**	**2.682.235**		**2.551.180**	**-422.745**	**-422.745**	**-422.745**	**8.664.211**	**14.443.903**

Veränderungsnachweis zum Entwurf des Vermögensplanes 2024 sowie des Investitionsprogrammes für die Jahre 2023 bis 2027

LVR-Klinik Langenfeld

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz			Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2024	2024	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2024	
		Entwurf	**Veränderung**	**Ansatz**							
Produktionsküche in Haus 12							**Projekt Nr.**	**1.784**			**Zuständigkeit: Klinik**
Einzahlungen											
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	0	0	0		2.783.327	1.000.000	0	0	0	3.783.327
aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	0	0	0		4.519.222	0	0	0	0	4.519.222
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**7.302.549**	**1.000.000**	**0**	**0**	**0**	**8.302.549**
Auszahlungen											
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	1.000.000	1.000.000	2.000.000		10.207.474	1.000.000	0	0	0	13.207.474
∑ der Auszahlungen	**0**	**1.000.000**	**1.000.000**	**2.000.000**		**10.207.474**	**1.000.000**	**0**	**0**	**0**	**13.207.474**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten					*11.207.474*	*10.207.474*	*1.000.000*	*0*	*0*		*11.207.474*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**-1.000.000**	**-1.000.000**	**-2.000.000**	**0**	**-2.904.925**	**0**	**0**	**0**	**0**	**-4.904.925**
Finanzierungstätigkeit											
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	1.000.000	1.000.000	2.000.000		2.904.925	0	0	0	0	4.904.925
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**0**	**1.000.000**	**1.000.000**	**2.000.000**	**0**	**2.904.925**	**0**	**0**	**0**	**0**	**4.904.925**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Landschaftsverband Rheinland

LVR-Klinikverbund



Wirtschaftspläne 2024

ZUM HAUSHALTSPLAN

2024

Entwürfe

LVR
Qualität für Menschen

- Teil B -

W I R T S C H A F T S P L Ä N E

des

LVR-Klinikverbundes

Entwurf 2024

I N H A L T S Ü B E R S I C H T

Wirtschaftspläne der LVR-Kliniken 2024 Seite

Inhaltsübersicht..... B 3

Vorbemerkungen

I. Allgemeine Erläuterungen zu den Wirtschaftsplänen des LVR-Klinikverbundes..... B 5
II. Bestimmungen über die Ausführung der Wirtschaftspläne der LVR-Kliniken..... B 7
Gesamterfolgsplan der LVR-Kliniken..... B 9
Gesamtvermögensplan der LVR-Kliniken..... B 10

Wirtschaftsplan LVR-Klinik Bedburg-Hau B 13
1. Erfolgsplan mit Erläuterungen..... B 14
2. Vermögensplan / Investitionsprogramm..... B 18
3. Stellenübersicht..... B 22
4. Finanzplan..... B 24

Wirtschaftsplan LVR-Klinik Bonn B 25
1. Erfolgsplan mit Erläuterungen..... B 26
2. Vermögensplan / Investitionsprogramm..... B 30
3. Stellenübersicht..... B 35
4. Finanzplan..... B 37

Wirtschaftsplan LVR-Klinik Düren B 39
1. Erfolgsplan mit Erläuterungen..... B 40
2. Vermögensplan / Investitionsprogramm..... B 44
3. Stellenübersicht..... B 46
4. Finanzplan..... B 48

Wirtschaftsplan LVR-Klinikum Düsseldorf B 49
1. Erfolgsplan mit Erläuterungen..... B 50
2. Vermögensplan / Investitionsprogramm..... B 54
3. Stellenübersicht..... B 57
4. Finanzplan..... B 59

Wirtschaftsplan LVR-Klinikum Essen B 61
1. Erfolgsplan mit Erläuterungen..... B 62
2. Vermögensplan / Investitionsprogramm..... B 66
3. Stellenübersicht..... B 70
4. Finanzplan..... B 72

Wirtschaftsplan LVR-Klinik Köln B 73
1. Erfolgsplan mit Erläuterungen..... B 74
2. Vermögensplan / Investitionsprogramm..... B 78
3. Stellenübersicht..... B 81
4. Finanzplan..... B 83

Wirtschaftsplan LVR-Klinik Langenfeld B 85
1. Erfolgsplan mit Erläuterungen..... B 86
2. Vermögensplan / Investitionsprogramm..... B 90
3. Stellenübersicht..... B 95
4. Finanzplan..... B 97

Wirtschaftsplan LVR-Klinik Mönchengladbach B 99
1. Erfolgsplan mit Erläuterungen..... B 100
2. Vermögensplan / Investitionsprogramm..... B 104
3. Stellenübersicht..... B 106
4. Finanzplan..... B 108

I N H A L T S Ü B E R S I C H T

Wirtschaftspläne der LVR-Kliniken 2024 Seite

Wirtschaftsplan LVR-Klinik Viersen B 109
1. Erfolgsplan mit Erläuterungen..... B 110
2. Vermögensplan / Investitionsprogramm..... B 114
3. Stellenübersicht..... B 118
4. Finanzplan..... B 120

Wirtschaftsplan LVR-Klinik für Orthopädie Viersen B 121
1. Erfolgsplan mit Erläuterungen..... B 122
3. Vermögensplan / Investitionsprogramm..... B 126
4. Stellenübersicht..... B 128
5. Finanzplan..... B 130

Wirtschaftsplan LVR-Krankenhauszentralwäscherei B 131
1. Erfolgsplan mit Erläuterungen..... B 132
2. Vermögensplan / Investitionsprogramm..... B 135
3. Stellenübersicht..... B 138
4. Finanzplan..... B 139

Wirtschaftsplan LVR-Institut für Forschung und Bildung B 141
1. Erfolgsplan mit Erläuterungen..... B 142
2. Vermögensplan / Investitionsprogramm..... B 145
3. Stellenübersicht..... B 147
4. Finanzplan..... B 149

Vorbemerkungen

I. Allgemeine Erläuterungen zu den Wirtschaftsplänen des LVR-Klinikverbundes

1. Rechtsgrundlagen

Rechtsgrundlagen der kaufmännischen Buchführung im LVR-Klinikverbund sind die Bundespflegesatzverordnung, die Gemeindeordnung des Landes Nordrhein-Westfalen, die Eigenbetriebsverordnung, die Gemeindekrankenhausbetriebsverordnung, die Abgrenzungsverordnung, die Krankenhausbuchführungsverordnung und die Betriebssatzungen der LVR-Kliniken, der LVR-Krankenhauszentralwäscherei und des LVR-Instituts für Forschung und Bildung.

2. Verfahren zur Aufstellung der Wirtschaftspläne

Die Wirtschaftspläne 2024 werden entsprechend den gesetzlichen Vorschriften durch die Vorstände der LVR-Kliniken und die Betriebsleiter der LVR-Krankenhauszentralwäscherei und des LVR-Instituts für Forschung und Bildung aufgestellt. Im Mai/Juni 2023 wurden die Entwürfe zwischen den Einrichtungen des LVR-Klinikverbunds und dem Träger abgestimmt.

3. Finanzierungsgrundlagen

Rechtsgrundlage für die Pflegesatzverhandlungen im KHG-Bereich bilden neben dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und dem Krankenhausgestaltungsgesetz (KHGG NRW) die Bundespflegesatzverordnung (BPflV) und das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Aufgrund der andauernden Budgetdeckelung müssen die Planansätze für das Jahr 2024 unter Vorbehalt gestellt werden, da die Kostenträger nicht verpflichtet sind, die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 2 SGB V auszuschöpfen. Ebenso sind, im Rahmen der Budgetverhandlungen, die Ausnahmetatbestände nach § 6 Abs. 1 und Abs. 4 BPflV Verhandlungsgegenstand, die zu einer Veränderung der Planansätze führen können.

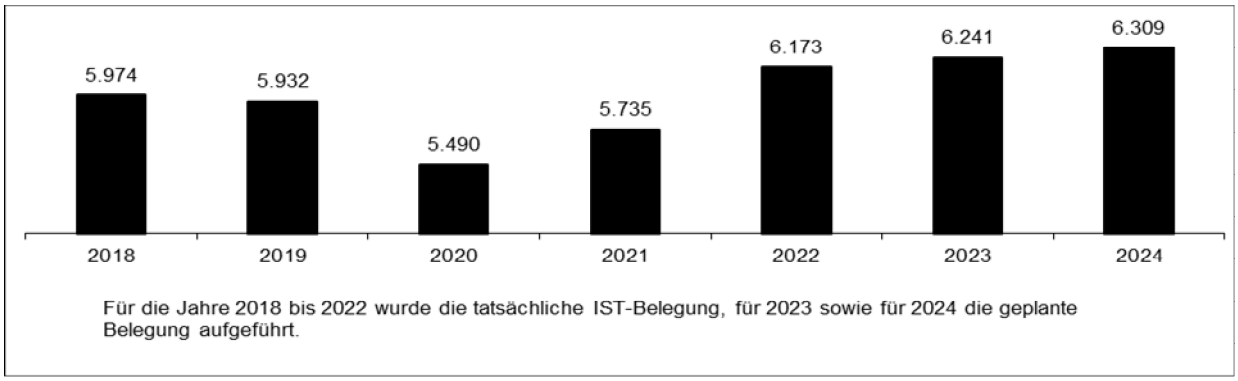
Für die LVR-Kliniken Bedburg-Hau und Bonn, das LVR-Klinikum Düsseldorf und die LVR-Klinik für Orthopädie Viersen wurden mit den Kostenträgern für die Fachabteilungen Neurologie bzw. Orthopädie Basisfallwerte und CMI's nach den Vorschriften des KHEntgG vereinbart.

Die Veranschlagung für den Maßregelvollzug erfolgt unter Berücksichtigung der durch das Land finanzierten Pauschalerlöse.

4. Eckdaten der Wirtschaftspläne

4.1 Belegung der LVR-Kliniken

Die voraussichtlichen Belegungszahlen für das Wirtschaftsjahr 2024 wurden von den LVR-Kliniken in Abstimmung mit dem Träger ermittelt und in den jeweiligen Wirtschaftsplan übernommen. Insgesamt wird für 2024 ein geringfügiger Belegungsanstieg von plus 68 Patienten (= 1,09 %) bei einer gleichzeitigen Erhöhung der Bettenkapazität um 67 Betten erwartet (Belegung lt. Wirtschaftsplan 2024 insgesamt: 6.309 Patienten). In dem nachstehenden Diagramm wird die Entwicklung der durchschnittlichen Belegung in den LVR-Kliniken von 2018 bis 2024 dargestellt.



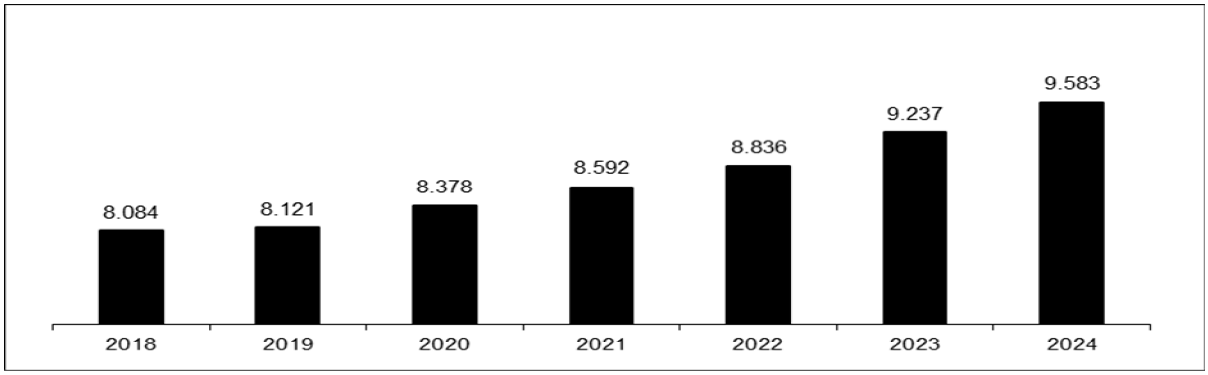
Für die Jahre 2018 bis 2022 wurde die tatsächliche IST-Belegung, für 2023 sowie für 2024 die geplante Belegung aufgeführt.

4.2 Volumen und Ausgleich der Wirtschaftspläne

Das Gesamtvolumen (Summe der Aufwendungen) der Wirtschaftspläne 2024 der KVR-Kliniken erhöht sich gegenüber dem Vorjahr um 8,21 %. Die KHG-Bereiche sind so geplant, dass eine ausreichende Finanzierung des Gesamtinvestitionsplanes sichergestellt ist.

4.3 Durchschnittliche Stellenbesetzung der LVR-Kliniken

In den Stellenübersichten der LVR-Kliniken sind per Saldo 345,89 Stellen (ohne FSJ, FÖJ und BFD) mehr ausgewiesen als im Vorjahr. Das nachstehende Diagramm zeigt die Entwicklung der Sollstellen in den LVR-Kliniken von 2018 – 2024.



4.4 Investitionsaufwendungen

Das für das Wirtschaftsjahr 2024 vorgesehene Investitionsvolumen verringert sich gegenüber dem Wirtschaftsjahr 2023 um 7,55 %.

4.5 Zuschüsse des Trägers

Die Zuschüsse des Trägers sind im Vermögensplan und in den Erläuterungen zum Erfolgsplan dargestellt.

4.6 Finanzpläne

Die Finanzpläne zu den Wirtschaftsplänen 2024 wurden erneut in Form eines fortgeschriebenen Erfolgsplanes erstellt. Sie umfassen den fünfjährigen Planungszeitraum von 2023 – 2027 und berücksichtigen jährliche Steigerungen.

4.7 Kassenkredite

Die Ausweisung eines Kassenkreditrahmens für jede einzelne LVR-Klinik beruht auf einer Forderung der Gemeindeprüfungsanstalt. Am bisherigen Verfahren zur Sicherstellung der Liquidität für die LVR-Kliniken durch die Kasse des Landschaftsverbandes ändert sich hierdurch nichts.

4.8 Vermögensplan

Der Vermögensplan berücksichtigt die Investitionsmaßnahmen gemäß Gesamtfinanzierungsplan des LVR-Klinikverbundes) soweit im Zeitraum 2023 – 2027 mit der Realisierung zu rechnen ist. Maßnahmen mit einer beschlossenen HU-Bau sind dabei mit den Gesamtkosten berücksichtigt. Die übrigen Maßnahmen sind lediglich mit den entsprechenden Planungskosten angesetzt.

II. Bestimmungen für die Ausführung der Wirtschaftspläne des LVR-Klinikverbundes

1. Ausführung der Wirtschaftspläne / Deckungsfähigkeit

Für die Ausführung der Wirtschaftspläne sind die Vorschriften der Eigenbetriebsverordnung, Gemeindekrankenhausbetriebsverordnung und die Betriebssatzungen der LVR-Kliniken, der LVR-Krankenhauszentralwäscherei und des LVR-Instituts für Forschung und Bildung zu Grunde gelegt.
Alle Ansätze des Erfolgsplanes sind gegenseitig deckungsfähig. Bei Inanspruchnahme der Deckungsfähigkeit ist die Zweckbindung von Einnahmen und die getrennte Finanzierung von Betriebskosten und Investitionen zu beachten.
Die Ansätze des Vermögensplanes werden für gegenseitig deckungsfähig erklärt. Diese Deckungsfähigkeit darf nach Zustimmung durch den Fachbereich Finanzmanagement in Anspruch genommen werden.

2. Verwendung der Erlöse aus allgemeinen Krankenhausleistungen

Unter Berücksichtigung der jeweiligen Kostenlage und offen ausgewiesenen Verlusten wurden für jede LVR-Klinik getrennt kostendeckende Budgets ermittelt.
Die LVR-Kliniken haben grundsätzlich die Auswirkungen von Mehr- oder Mindererträgen aus allgemeinen Krankenhausleistungen selbst zu verantworten. Mindererträge müssen im Rahmen des Wirtschaftsplanes ausgeglichen werden; Mehrerträge können zur Deckung von Mehrausgaben verwendet werden.

3. Mehraufwendungen, Mindererträge bzw. Mehrausgaben, Mindereinnahmen gegenüber dem Wirtschaftsplan

Das Verfahren bei Mehraufwendungen und Mindererträgen bzw. Mehrausgaben und Mindereinnahmen gegenüber dem Wirtschaftsplan ist in der Gemeindekrankenhausbetriebsverordnung und in den Betriebssatzungen geregelt. Danach ergeben sich folgende Zuständigkeiten:

3.1 Erfolgsplan

3.1.1 Mindererträge und Mehraufwendungen, die nicht erfolgsgefährdend sind

Abweichungen sind durch Mehrerträge oder im Rahmen der Deckungsfähigkeit der Aufwandsansätze auszugleichen.

3.1.2 Erfolgsgefährdende Mindererträge und Mehraufwendungen

Art der Abweichung vom Erfolgsplan	Zuständigkeit
Mindererträge	Vorstände der LVR-Kliniken / Betriebsleiter der KHZW
Mehraufwendungen	
-- unabweisbare Mehraufwendungen	Vorstände der LVR-Kliniken / Betriebsleiter der KHZW
-- nicht unabweisbare Mehraufwendungen nicht eilbedürftig	Krankenhausausschüsse / Betriebsausschuss
-- nicht unabweisbare, jedoch eilbedürftige Mehraufwendungen	LVR-Direktorin

3.2 Vermögensplan

3.2.1 Mindereinnahmen

Mindereinnahmen können den Ausgleich des Vermögensplans nicht gefährden, weil die Ausgabenansätze nur in Anspruch genommen werden dürfen, soweit die rechtzeitige Bereitstellung der Deckungsmittel gesichert werden kann.

3.2.2 Mehrausgaben

Art der Abweichung vom Vermögensplan	Zuständigkeit
-- Mehrausgaben unter 30 % bis 50.000,00 €	Vorstände der LVR-Kliniken / Betriebsleiter d. KHZW
-- Mehrausgaben über 30 % bis 25.000,00 €	Vorstände der LVR-Kliniken / Betriebsleiter d. KHZW
-- Mehrausgaben größeren Umfangs, nicht eilbedürftig	Krankenhausausschüsse / Betriebsausschuss
-- Mehrausgaben größeren Umfangs, eilbedürftig	LVR-Direktorin

Bei Einzelvorhaben ist in jedem Fall eine vorherige Abstimmung mit dem Fachbereich Finanzmanagement wegen der Sicherung der Finanzierung erforderlich.

3.3 Unterrichtungspflicht

Auf die allgemeinen und speziellen Unterrichtungspflichten gegenüber Krankenhausausschuss / Betriebsausschuss, LVR-Direktorin und Kämmerin wird ausdrücklich hingewiesen.

4. Änderung der Wirtschaftspläne

Der Erfolgsplan der LVR-Kliniken ist nach § 21 Abs. 3 der Betriebssatzung für die LVR-Kliniken zu ändern, wenn von den veranschlagten Erträgen und Aufwendungen in erheblichem Umfang abgewichen werden muss.
Der Vermögensplan der LVR-Kliniken ist nach § 21 Abs. 4 der Betriebssatzung für die LVR-Kliniken insbesondere zu ändern, wenn die Gesamtsumme der Ausgaben wesentlich erhöht werden soll oder wenn zusätzliche Deckungsmittel aus dem Haushalt des Landschaftsverbandes zum Ausgleich des Planes notwendig werden.

Die Wirtschaftspläne der LVR-Krankenhauszentralwäscherei und des LVR-Instituts für Forschung und Bildung sind ist nach § 14 Abs. 3 der Satzung für die LVR-Krankenhauszentralwäscherei bzw. nach § 20 Abs. 3 der Satzung für das LVR-Institut für Forschung und Bildung unverzüglich zu ändern, wenn
a) das Jahresergebnis sich gegenüber dem Erfolgsplan erheblich verschlechtern wird und diese Verschlechterung die Haushaltslage des Landschaftsverbandes beeinträchtigt oder eine Änderung des Vermögensplans bedingt oder
b) zum Ausgleich des Vermögensplans erheblich höhere Zuführungen des Landschaftsverbandes oder höhere Kredite erforderlich werden oder
c) im Vermögensplan weitere Verpflichtungsermächtigungen vorgesehen werden sollen oder
d) eine erhebliche Vermehrung oder Hebung der in der Stellenübersicht vorgesehenen Stellen erforderlich wird, es sei denn, dass es sich um eine vorübergehende Einstellung von Aushilfskräften handelt.

Sollte eine Änderung der Wirtschaftspläne notwendig werden, ist eine frühzeitige Unterrichtung der Kämmerin erforderlich, da die Wirtschaftspläne nur durch die Landschaftsversammlung geändert werden können.

Gesamterfolgsplan LVR-Kliniken

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	TEUR
Umsatzerlöse	1.038.501	948.936	910.825
Sonstige betriebliche Erträge	47.390	46.695	68.020
∑ Erträge	**1.085.891**	**995.631**	**978.845**
Personalaufwand	812.697	739.409	678.346
Materialaufwand	132.687	136.446	127.380
Sonstige Aufwendungen	134.133	121.754	166.648
∑ Aufwendungen	**1.079.517**	**997.609**	**972.374**
Zwischenergebnis (EBITDA)	**6.374**	**-1.978**	**6.471**
Abschreibungen (eigenfinanziert)	6.065	6.826	5.005
Operatives Ergebnis	**309**	**-8.804**	**1.466**
Finanzierungsaufwendungen	1.573	1.679	1.210
Finanzierungserträge	26	26	133
Finanzergebnis	**-1.547**	**-1.653**	**-1.077**
Erträge aus Auflösung von Pensionszahlungen	123	123	123
Aufw. a. Aufl. von Ford. a. Pens.rückstell. anderer	123	123	123
Außerordentliches Ergebnis	**0**	**0**	**0**
Ergebnis vor Steuern	**-1.238**	**-10.457**	**389**
Steuern	489	491	4.157
Überschuss / Fehlbetrag	**-1.727**	**-10.948**	**-3.768**
Entnahme aus Gewinnrücklagen	401	347	835
Ergebnis	**-1.326**	**-10.601**	**-2.934**

LVR-Kliniken **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

	Gesamtübersicht	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
		EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
		2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
	Investitionstätigkeit										
	Einzahlungen										
1	aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	44.035.163	3.668.000	5.968.120		3.863.995	0	0	0	4.177.734	58.045.012
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	174.080	100.000	100.000		0	0	0	0	80.920	355.000
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		0	0	0	0	330.000	330.000
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	294.924	0	1.862.572		1.692.214	1.319.537	0	0	484.153	5.653.400
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	4.232.738	4.006.935	3.688.435		3.688.435	3.688.435	3.688.435	3.688.435	4.744.497	27.419.412
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	8.518.607	8.987.503		8.983.087	8.993.087	9.003.087	9.013.087	8.518.607	53.498.458
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	2.526.497	2.910.734		2.922.926	3.340.926	2.924.926	2.925.926	2.526.497	17.551.936
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	1.947.337	0		0	0	0	0	2.079.337	2.079.337
9	**∑ der Einzahlungen**	**48.736.906**	**20.767.376**	**23.517.364**		**21.150.658**	**17.341.986**	**15.616.449**	**15.627.449**	**22.941.745**	**164.932.556**
	Auszahlungen										
10	für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	2.007.250	0	534.100		534.100	0	0	0	0	3.075.450
11	für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	84.371.365	26.786.040	22.884.700		10.266.492	2.434.000	0	0	48.682.061	168.638.619
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	4.435.233	2.045.444	1.448.948		56.260	55.693	0	0	3.656.842	9.652.976
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	11.045.104	11.998.237		11.975.013	12.334.013	11.928.013	11.939.013	11.045.104	71.219.394
14	für sonstige Investitionen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
15	**∑ der Auszahlungen**	**90.813.848**	**39.876.588**	**36.865.985**		**22.831.866**	**14.823.706**	**11.928.013**	**11.939.013**	**63.384.008**	**252.586.440**
16	*Verpflichtungsermächtigung zu Lasten*	*0*	*0*	*0*	*13.415.545*	*10.925.852*	*2.489.693*	*0*	*0*	*0*	*15.415.835*
17	**Saldo Investitionstätigkeit**	**-42.076.942**	**-19.109.213**	**-13.348.621**		**-1.681.208**	**2.518.280**	**3.688.436**	**3.688.436**	**-40.442.263**	**-87.653.884**
	Finanzierungstätigkeit										
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	19.885.669	13.248.333	5.593.678		3.800.000	0	0	0	17.676.352	46.955.699
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	26.733.423	10.103.822	12.915.147		3.303.970	2.904.482	1.734.326	1.734.326	27.828.672	77.154.347
20	Entnahme aus der Baupauschalenrücklage	0	610.000	0		0	0	0	0	360.000	360.000
21	**∑ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**46.619.092**	**23.962.155**	**18.508.825**		**7.103.970**	**2.904.482**	**1.734.326**	**1.734.326**	**45.865.024**	**124.470.046**
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	1.373.977	2.289.353	2.675.842		2.938.399	2.938.399	2.938.399	2.938.399	2.855.627	18.659.041
23	Zuführung aus der Baupauschalenrücklage	3.168.173	2.563.591	2.484.363		2.484.363	2.484.363	2.484.363	2.484.363	2.567.134	18.157.121
24	**∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**4.542.149**	**4.852.943**	**5.160.205**		**5.422.762**	**5.422.762**	**5.422.762**	**5.422.762**	**5.422.762**	**36.816.162**
25	**Saldo aus Finanzierungstätigkeit**	**42.076.943**	**19.109.212**	**13.348.620**		**1.681.208**	**-2.518.280**	**-3.688.436**	**-3.688.436**	**40.442.262**	**87.653.884**

LVR-Kliniken **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

Gesamtübersicht	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Baupauschale KHG										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	3.688.435	3.688.435	3.688.435		3.688.435	3.688.435	3.688.435	3.688.435	3.688.435	25.819.047
∑ der Einzahlungen	**3.688.435**	**3.688.435**	**3.688.435**		**3.688.435**	**3.688.435**	**3.688.435**	**3.688.435**	**3.688.435**	**25.819.047**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	0		0	0	0	0	0	0
∑ der Auszahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Saldo Investitionstätigkeit	**3.688.435**	**3.688.435**	**3.688.435**		**3.688.435**	**3.688.435**	**3.688.435**	**3.688.435**	**3.688.435**	**25.819.047**
Finanzierungstätigkeit										
Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	520.263	1.124.845	1.204.072		1.204.072	1.204.072	1.204.072	1.204.072	1.121.301	7.661.925
Zuführung aus der Baupauschalenrücklage	3.168.173	2.563.591	2.484.363		2.484.363	2.484.363	2.484.363	2.484.363	2.567.134	18.157.121
∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	**3.688.435**	**3.688.435**	**3.688.435**		**3.688.435**	**3.688.435**	**3.688.435**	**3.688.435**	**3.688.435**	**25.819.047**
Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**3.688.435**	**3.688.435**	**3.688.435**		**3.688.435**	**3.688.435**	**3.688.435**	**3.688.435**	**3.688.435**	**25.819.047**
Ergebnis	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

W I R T S C H A F T S P L A N

LVR-Klinik Bedburg-Hau

Entwurf 2024

Kapazität in Betten / Plätzen

Disziplin	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
Allgemeine Psychiatrie	222	222	222
Kinder- und Jugendpsychiatrie	30	30	30
Neurologie	58	58	58
Summe vollstationäre Betten	**310**	**310**	**310**
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	48	48	48
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	24	24	24
Summe teilstationäre Plätze	**72**	**72**	**72**
Summe KHG-Bereich	**382**	**382**	**382**
Maßregelvollzug	**404**	**398**	**398**
Soziale Reha	**80**	**80**	**80**
Suchtentwöhnung / Med. Reha	**20**	**20**	**20**
Pflegeheimbereich	**0**	**0**	**0**
Jugendhilfe	**0**	**0**	**0**
Klinik Gesamt	**886**	**880**	**880**

Entwicklung des Personals

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
Vollkräfte Gesamt	1.482,13	1.493,64	1.409,91

Erfolgsplan

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	TEUR
Umsatzerlöse	162.238	150.794	143.424
Sonstige betriebliche Erträge	3.793	6.062	8.073
∑ Erträge	**166.031**	**156.856**	**151.497**
Personalaufwand	124.933	116.107	109.461
Materialaufwand	20.256	23.416	18.967
Sonstige Aufwendungen	19.953	19.398	22.120
∑ Aufwendungen	**165.142**	**158.921**	**150.548**
Zwischenergebnis (EBITDA)	**889**	**-2.065**	**949**
Abschreibungen (eigenfinanziert)	729	710	691
Operatives Ergebnis	**160**	**-2.775**	**258**
Finanzierungsaufwendungen	147	161	173
Finanzierungserträge	0	0	0
Finanzergebnis	**-147**	**-161**	**-173**
Außerordentliches Ergebnis	**0**	**0**	**0**
Ergebnis vor Steuern	**13**	**-2.936**	**85**
Steuern	169	171	164
Überschuss / Fehlbetrag	**-156**	**-3.107**	**-79**
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	0	6
Ergebnis	**-156**	**-3.107**	**-73**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

1) Umsatzerlöse

Die Umsatzerlöse setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	TEUR
Erlöse aus Krankenhausleistungen	151.873	140.317	132.143
Erlöse aus Wahlleistungen	37	47	31
Erlöse aus ambulanten Leistungen	6.244	5.872	5.869
Nutzungsentgelte der Ärzte	306	296	282
GuV Pos. 4a, Umsatzerlöse gem. § 277 Abs. 1 HGB	3.778	4.262	5.099
Umsatzerlöse	**162.238**	**150.794**	**143.424**

Den "Erlösen aus Krankenhausleistungen" liegen folgende Leistungsmengen zu Grunde:

Berechnungstage

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
Allgemeine Psychiatrie	78.030	79.572	72.592
Kinder- und Jugendpsychiatrie	13.022	13.452	12.319
Summe vollstationär	**91.052**	**93.024**	**84.911**
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	11.761	11.462	10.968
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	6.000	5.095	6.043
Summe teilstationär	**17.761**	**16.557**	**17.011**
Summe KHG-Bereich	**108.813**	**109.581**	**101.922**
Maßregelvollzug	**212.280**	**204.400**	**207.494**
Soziale Reha	**28.548**	**28.288**	**23.806**
Suchtentwöhnung / Med. Reha	**0**	**4.745**	**4.115**
Pflegeheimbereich	**0**	**0**	**0**
Jugendhilfe	**0**	**0**	**0**
Klinik Gesamt	**349.641**	**347.014**	**337.337**

Den "Erlösen aus ambulanten Leistungen" liegen folgende Fallzahlen zu Grunde:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
Ambulanzen	**21.715**	**20.675**	**22.109**
ambulante OP	**0**	**0**	**0**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

2) Sonstige betriebliche Erträge

Die Sonstigen betrieblichen Erträge setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	TEUR
Bestandsveränderungen	0	0	-4
andere aktivierte Eigenleistungen	0	0	0
Zuweisungen und Zuschüsse	2.859	4.733	6.303
Erträge aus Hilfs- und Nebenbetrieben	0	0	0
Übrige Erträge (abzügl. GuV Pos. 4a)	934	1.329	1.774
Sonstige betriebliche Erträge	**3.793**	**6.062**	**8.073**

In den Zuweisungen und Zuschüssen sind Zuwendungen des LVR in Höhe von insgesamt 80.500 € enthalten. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um Zuschüsse zu Leben in Gastfamilien, Ombudsperson, Flüchtlinge und Migranten.

3) Personalaufwand

Die Personalaufwendungen verteilen sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	TEUR
Ärztlicher Dienst	12.929	12.746	10.952
Pflegedienst	67.719	60.102	58.810
Medizinisch-Technischer Dienst	18.236	14.681	13.449
Funktionsdienst	5.734	8.539	7.929
Klinisches Hauspersonal	0	0	0
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	6.480	6.677	6.297
Technischer Dienst	2.878	3.168	2.990
Verwaltungsdienst	7.325	6.700	6.159
Sonderdienst	566	549	528
Sonstiges Personal	8	0	8
Ausbildungsstätten	727	602	534
Nicht zurechenbare Personalkosten	2.331	2.343	1.805
Personalaufwand	**124.933**	**116.107**	**109.461**

Auf den Stellenplan wird verwiesen.

4) Materialaufwendungen

Die Materialaufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	TEUR
Lebensmittel	2.235	1.786	1.870
Medizinischer Bedarf	5.876	7.062	5.997
Wasser, Energie, Brennstoffe	7.563	10.764	6.279
Wirtschaftsbedarf	4.582	3.804	4.821
Sonstige	0	0	0
Materialaufwand	**20.256**	**23.416**	**18.967**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

5) Sonstige Aufwendungen

Die Sonstigen Aufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Verwaltungsbedarf	1.579	1.365	1.530
Zentrale Dienstleistungen	4.436	4.346	4.407
Instandhaltungen Aufwand	3.171	3.044	4.485
Instand.aufw.rücklagefin. Baumaßnahm. gem GFP	0	0	0
Instand.aufwend. rücklagenfin. Baumaßnahmen	0	0	0
Wartung	669	785	897
Abgaben, Versicherungen	1.180	810	952
Übrige Aufwendungen	8.918	9.048	9.849
Sonstige Aufwendungen	**19.953**	**19.398**	**22.120**

6) Kassenkreditrahmen

Die Höhe der Kassenkredite beträgt 19.175.500 €.

LVR-Klinik Bedburg-Hau **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023-2027**

	Gesamtübersicht	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
		EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
		2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
	Investitionstätigkeit										
	Einzahlungen										
1	aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	36.602	368.000	800.000		0	0	0	0	503.398	1.340.000
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		0	0	0	0	0	0
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	294.924	0	1.862.572		1.692.214	1.319.537	0	0	484.153	5.653.400
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	361.267	361.267	361.267		361.267	361.267	361.267	361.267	361.267	2.528.869
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	301.926	501.807		489.099	489.099	489.099	489.099	301.926	2.760.129
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	390.977	621.655		632.847	632.847	632.847	632.847	390.977	3.544.020
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
9	**∑ der Einzahlungen**	**692.793**	**1.422.170**	**4.147.301**		**3.175.427**	**2.802.750**	**1.483.213**	**1.483.213**	**2.041.721**	**15.826.418**
	Auszahlungen										
10	für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	0	0	0		0	0	0	0	0	0
11	für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	469.411	600.000	5.930.000		3.150.000	2.434.000	0	0	1.336.590	13.320.001
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	123.653	68.000	114.286		42.857	55.693	0	0	280.304	616.793
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	692.903	1.123.462		1.121.946	1.121.946	1.121.946	1.121.946	692.903	6.304.149
14	für sonstige Investitionen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
15	**∑ der Auszahlungen**	**593.064**	**1.360.903**	**7.167.748**		**4.314.803**	**3.611.639**	**1.121.946**	**1.121.946**	**2.309.797**	**20.240.943**
16	*Verpflichtungsermächtigung zu Lasten*	*0*	*0*	*0*	*5.682.550*	*3.192.857*	*2.489.693*	*0*	*0*	*0*	*5.682.550*
17	**Saldo Investitionstätigkeit**	**99.730**	**61.267**	**-3.020.447**		**-1.139.376**	**-808.889**	**361.267**	**361.267**	**-268.076**	**-4.414.524**
	Finanzierungstätigkeit										
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	261.537	300.000	3.381.714		1.500.643	1.170.156	0	0	629.343	6.943.393
20	Entnahme aus der Baupauschalenrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
21	**∑ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**261.537**	**300.000**	**3.381.714**		**1.500.643**	**1.170.156**	**0**	**0**	**629.343**	**6.943.393**
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
23	Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	361.267	361.267	361.267		361.267	361.267	361.267	361.267	361.267	2.528.869
24	**∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**361.267**	**361.267**	**361.267**		**361.267**	**361.267**	**361.267**	**361.267**	**361.267**	**2.528.869**
25	**Saldo aus Finanzierungstätigkeit**	**-99.730**	**-61.267**	**3.020.447**		**1.139.376**	**808.889**	**-361.267**	**-361.267**	**268.076**	**4.414.524**

LVR-Klinik Bedburg-Hau **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023-2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Sanierung und Erweiterung der Produktionsküche						**Projekt Nr.**	**1.785**			**Zuständigkeit: Klinik**
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	300.000	1.000.000		0	0	0	0	200.000	1.200.000
∑ der Auszahlungen	**0**	**300.000**	**1.000.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**200.000**	**1.200.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten		*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**-300.000**	**-1.000.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**-200.000**	**-1.200.000**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	300.000	1.000.000		0	0	0	0	200.000	1.200.000
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**0**	**300.000**	**1.000.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**200.000**	**1.200.000**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Energetische Sanierung (BHKW)						**Projekt Nr.**	**1.797**			**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	294.924	0	1.862.572		1.692.214	1.319.537	0	0	484.153	5.653.400
∑ der Einzahlungen	**294.924**	**0**	**1.862.572**		**1.692.214**	**1.319.537**	**0**	**0**	**484.153**	**5.653.400**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	432.808	0	3.400.000		3.150.000	2.434.000	0	0	735.192	10.152.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	123.653	0	114.286		42.857	55.693	0	0	178.304	514.793
∑ der Auszahlungen	**556.461**	**0**	**3.514.286**		**3.192.857**	**2.489.693**	**0**	**0**	**913.496**	**10.666.793**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten		*0*	*0*	*5.682.550*	*3.192.857*	*2.489.693*	*0*	*0*		*5.682.550*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**-261.537**	**0**	**-1.651.714**	**0**	**-1.500.643**	**-1.170.156**	**0**	**0**	**-429.343**	**-5.013.393**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	261.537	0	1.651.714		1.500.643	1.170.156	0	0	429.343	5.013.393
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**261.537**	**0**	**1.651.714**		**1.500.643**	**1.170.156**	**0**	**0**	**429.343**	**5.013.393**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Klinik Bedburg-Hau **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023-2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Sanierung Haus 41						**Projekt Nr.**	**NN**			**Zuständigkeit: Klinik**
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	730.000		0	0	0	0	0	730.000
∑ der Auszahlungen	**0**	**0**	**730.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**730.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten		*0*	*0*	*0*						*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**0**	**-730.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**-730.000**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	0	730.000		0	0	0	0	0	730.000
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**0**	**0**	**730.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**730.000**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Dependance Geldern						**Projekt Nr.**	**NN**			**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	268.000	0		0	0	0	0	402.000	402.000
∑ der Einzahlungen	**0**	**268.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**402.000**	**402.000**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	200.000	0		0	0	0	0	300.000	300.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	68.000	0		0	0	0	0	102.000	102.000
∑ der Auszahlungen	**0**	**268.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**402.000**	**402.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten		*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Klinik Bedburg-Hau **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023-2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Umbau Haus 44 (Vitusklinik): Sanierung PP 16 Betten						**Projekt Nr.**	**NN**			**Zuständigkeit: Klinik**
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	36.602	100.000	800.000		0	0	0	0	101.398	938.000
∑ der Einzahlungen	**36.602**	**100.000**	**800.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**101.398**	**938.000**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	36.602	100.000	800.000		0	0	0	0	101.398	938.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
∑ der Auszahlungen	**36.602**	**100.000**	**800.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**101.398**	**938.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten		*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Kurzfristige Anlagegüter 3 - 15 Jahre										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	301.926	501.807		489.099	489.099	489.099	489.099	301.926	2.760.129
Zuweisungen der Forensik	0	349.654	604.061		621.601	621.601	621.601	621.601	349.654	3.440.119
aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen (Reha-Bereich)	0	36.436	17.594		11.246	11.246	11.246	11.246	36.436	99.014
Zuweisungen des HPH-Bereiches	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Zuweisungen des LVR (übrige Bereiche)	0	4.887	0		0	0	0	0	4.887	4.887
∑ der Einzahlungen	**0**	**692.903**	**1.123.462**		**1.121.946**	**1.121.946**	**1.121.946**	**1.121.946**	**692.903**	**6.304.149**
Auszahlungen										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	692.903	1.123.462		1.121.946	1.121.946	1.121.946	1.121.946	692.903	6.304.149
∑ der Auszahlungen	**0**	**692.903**	**1.123.462**		**1.121.946**	**1.121.946**	**1.121.946**	**1.121.946**	**692.903**	**6.304.149**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*						
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Baupauschale KHG										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	361.267	361.267	361.267		361.267	361.267	361.267	361.267	361.267	2.528.869
∑ der Einzahlungen	**361.267**	**361.267**	**361.267**		**361.267**	**361.267**	**361.267**	**361.267**	**361.267**	**2.528.869**
Auszahlungen										
∑ der Auszahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Saldo Investitionstätigkeit	**361.267**	**361.267**	**361.267**		**361.267**	**361.267**	**361.267**	**361.267**	**361.267**	**2.528.869**
Finanzierungstätigkeit										
Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	361.267	361.267	361.267		361.267	361.267	361.267	361.267	361.267	2.528.869
∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	**361.267**	**361.267**	**361.267**		**361.267**	**361.267**	**361.267**	**361.267**	**361.267**	**2.528.869**
Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**361.267**	**361.267**	**361.267**		**361.267**	**361.267**	**361.267**	**361.267**	**361.267**	**2.528.869**
Ergebnis	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Klinik Bedburg-Hau

Stellenübersicht 2024 (Entwurf)

1. Beschäftigte	Entgelt-gruppe	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
	Sondervertrag	13,00	13,00	12,00
	15	11,00	6,00	7,78
	14	66,00	72,00	33,44
	13	8,00	6,00	29,72
	12	5,00	5,00	8,62
	11	21,00	23,00	26,47
	10	12,00	12,00	10,66
	9c	5,50	4,50	10,01
	9b	11,00	10,00	13,40
	9a	116,50	103,50	99,15
	8	25,50	28,50	34,36
	7	6,00	6,00	6,33
	6	87,50	87,50	66,00
	5	86,50	85,50	81,88
	4	8,00	8,00	13,61
	3	4,50	4,50	14,20
	2 Ü	0,00	0,00	1,92
	2	14,00	18,50	17,36
	1	50,00	55,50	51,65
Pflegedienst	P15	10,00	10,00	7,00
	P14	0,00	1,00	1,00
	P13	32,00	32,00	32,06
	P12	32,00	32,00	29,08
	P11	0,00	0,00	6,89
	P9	57,00	47,00	33,52
	P8	646,00	608,00	482,02
	P7	15,00	30,00	90,99
	P6	0,00	0,00	8,47
	P5	0,00	0,00	85,86
Sozial- und Erziehungsdienst	S 17	1,00	1,00	1,00
	S 15	0,00	0,00	1,00
	S 12	74,00	82,00	82,02
	S 9	0,00	0,00	1,69
	S 8b	47,00	44,00	49,64
	S 4	2,00	2,00	0,00
Ärzte	IV	9,00	10,00	8,23
	III	14,00	13,00	11,70
	II	63,00	59,00	12,05
	I	0,00	0,00	42,50
	Summe	**1.553,00**	**1.520,00**	**1.525,28**

2. Nachwuchskräfte

Ausbildungsverhältnis	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Berufspraktikant/ABM	0,00	0,00	0,00
Kr.- Pflegeschüler	122,00	122,00	109,00
Ausbild. Verwaltung	0,00	0,00	0,00
Ausbild. Handwerk	0,00	0,00	0,00
Psychologen im Praktikum	15,00	18,00	5,86
Summe	**137,00**	**140,00**	**114,86**

3. Beamte

Im Stellenplan für das Haushaltsjahr 2024 des Landschaftsverbandes Rheinland sind für Beamte nachgewiesen:

Laufbahngruppe	Besoldungsgruppe	Zahl der Stellen 2024			Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
		insgesamt	darunter			
			mit Zulage	ausgesondert		
Gehobener Dienst	- nichttechnischer Verwaltungsdienst -					
	A 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Summe	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

5. Sonstige Stellen

	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Bundesfreiwilligendienst	3,00	3,00	0,00
Freiwilliges Soziales Jahr	30,00	30,00	19,00
Summe	**33,00**	**33,00**	**19,00**

Katalog der Dienstposten mit Dienstwohnungsberechtigung

- Hausmeister, Arzt

LVR-Klinik Bedburg-Hau

Finanzplan 2023 - 2027 (Entwurf)

	2023 Wirtschaftsplan in T€	2024 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2025 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2026 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2027 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.
Umsatzerlöse	150.794	162.238	7,6%	166.643	2,7%	170.699	2,4%	174.869	2,4%
Sonstige betriebliche Erträge	6.062	3.793	-37,4%	1.032	-72,8%	1.032	0,0%	1.032	0,0%
∑ Erträge	156.856	166.031	5,8%	167.675	1,0%	171.731	2,4%	175.901	2,4%
Personalaufwand	116.107	124.933	7,6%	125.508	0,5%	128.460	2,4%	131.488	2,4%
Materialaufwand	23.416	20.256	-13,5%	20.962	3,5%	21.527	2,7%	22.105	2,7%
Sonstige Aufwendungen	19.398	19.953	2,9%	20.515	2,8%	21.088	2,8%	21.606	2,5%
∑ Aufwendungen	158.921	165.142	3,9%	166.985	1,1%	171.075	2,4%	175.199	2,4%
Zwischenergebnis (EBITDA)	-2.065	889	-143,1%	690	-22,4%	656	-4,9%	702	7,0%
Abschreibungen (eigenfinanz.)	710	729	2,7%	710	-2,6%	713	0,4%	715	0,3%
Operatives Ergebnis	-2.775	160	-105,8%	-20	-112,5%	-57	185,0%	-13	-77,2%
Finanzierungsaufwendungen	161	147	-8,7%	137	-6,8%	125	-8,8%	112	-10,4%
Finanzierungserträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Finanzergebnis	-161	-147	-8,7%	-137	-6,8%	-125	-8,8%	-112	-10,4%
Außerordentliche Erträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis vor Steuern	-2.936	13	-100,4%	-157	-1307,7%	-182	15,9%	-125	-31,3%
Steuern	171	169	-1,2%	169	0,0%	171	1,2%	172	0,6%
Überschuss / Fehlbetrag	-3.107	-156	-95,0%	-326	109,0%	-353	8,3%	-297	-15,9%
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis	-3.107	-156	-95,0%	-326	109,0%	-353	8,3%	-297	-15,9%

W I R T S C H A F T S P L A N

LVR-Klinik Bonn

Entwurf 2024

Kapazität in Betten / Plätzen

Disziplin	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
Allgemeine Psychiatrie	528	528	528
Kinder- und Jugendpsychiatrie	52	52	52
Neurologie	70	70	70
Kinderneurologisches Zentrum	30	30	30
Summe vollstationäre Betten	**680**	**680**	**680**
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	109	109	109
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	30	30	30
Summe teilstationäre Plätze	**139**	**139**	**139**
Summe KHG-Bereich	**819**	**819**	**819**
Maßregelvollzug	**39**	**39**	**39**
Soziale Reha	**0**	**0**	**0**
Suchtentwöhnung / Med. Reha	**0**	**0**	**0**
Pflegeheimbereich	**0**	**0**	**0**
Jugendhilfe	**0**	**0**	**0**
Klinik Gesamt	**858**	**858**	**858**

Entwicklung des Personals

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
Vollkräfte Gesamt	1.177,48	1.177,48	1.174,58

Erfolgsplan

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	TEUR
Umsatzerlöse	138.065	129.699	126.582
Sonstige betriebliche Erträge	810	275	2.039
∑ Erträge	**138.875**	**129.974**	**128.621**
Personalaufwand	101.927	96.820	93.855
Materialaufwand	20.565	19.817	21.610
Sonstige Aufwendungen	15.426	14.749	14.322
∑ Aufwendungen	**137.918**	**131.386**	**129.787**
Zwischenergebnis (EBITDA)	**957**	**-1.412**	**-1.166**
Abschreibungen (eigenfinanziert)	994	687	784
Operatives Ergebnis	**-37**	**-2.099**	**-1.950**
Finanzierungsaufwendungen	106	93	0
Finanzierungserträge	0	0	10
Finanzergebnis	**-106**	**-93**	**10**
Erträge aus Auflösung von Pensionszahlungen	123	123	123
Aufw. a. Aufl. von Ford. a. Pens.rückstell. anderer	123	123	123
Außerordentliches Ergebnis	**0**	**0**	**0**
Ergebnis vor Steuern	**-143**	**-2.192**	**-1.940**
Steuern	30	29	44
Überschuss / Fehlbetrag	**-173**	**-2.221**	**-1.984**
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	0	1
Ergebnis	**-173**	**-2.221**	**-1.983**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

1) Umsatzerlöse

Die Umsatzerlöse setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	TEUR
Erlöse aus Krankenhausleistungen	119.790	112.699	111.453
Erlöse aus Wahlleistungen	217	206	178
Erlöse aus ambulanten Leistungen	11.819	11.027	9.977
Nutzungsentgelte der Ärzte	843	1.000	745
GuV Pos. 4a, Umsatzerlöse gem. § 277 Abs. 1 HGB	5.396	4.767	4.229
Umsatzerlöse	**138.065**	**129.699**	**126.582**

Den "Erlösen aus Krankenhausleistungen" liegen folgende Leistungsmengen zu Grunde:

Berechnungstage

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
Allgemeine Psychiatrie	183.406	178.933	163.014
Kinder- und Jugendpsychiatrie	16.400	16.000	13.881
Summe vollstationär	**199.806**	**194.933**	**176.895**
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	23.087	22.524	23.538
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	6.150	6.000	4.666
Summe teilstationär	**29.237**	**28.524**	**28.204**
Summe KHG-Bereich	**229.043**	**223.457**	**205.099**
Maßregelvollzug	**18.300**	**19.710**	**19.235**
Soziale Reha	**0**	**0**	**0**
Suchtentwöhnung / Med. Reha	**0**	**0**	**0**
Pflegeheimbereich	**0**	**0**	**0**
Klinik Gesamt	**247.343**	**243.167**	**224.334**

Den "Erlösen aus ambulanten Leistungen" liegen folgende Fallzahlen zu Grunde:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
Ambulanzen	**39.208**	**38.007**	**33.638**
ambulante OP	**0**	**0**	**0**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

2) Sonstige betriebliche Erträge

Die Sonstigen betrieblichen Erträge setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Bestandsveränderungen	0	0	0
andere aktivierte Eigenleistungen	0	0	0
Zuweisungen und Zuschüsse	810	275	1.191
Erträge aus Hilfs- und Nebenbetrieben	0	0	0
Übrige Erträge (abzügl. GuV Pos. 4a)	0	0	848
Sonstige betriebliche Erträge	**810**	**275**	**2.039**

In den Zuweisungen und Zuschüssen sind Zuwendungen des LVR in Höhe von insgesamt 419 TEUR enthalten. Diese verteilen sich wie folgt: 65 TEUR Förderung LIGA, 7 TEUR Aufwandspauschale Ombudsperson, 39 TEUR Förderung Sprach- und Kulturmittler zur Versorgung von Migranten und 308 TEUR Qualitätssicherung im MRV.

3) Personalaufwand

Die Personalaufwendungen verteilen sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Ärztlicher Dienst	20.836	19.793	19.057
Pflegedienst	48.472	46.041	44.669
Medizinisch-Technischer Dienst	16.650	15.819	15.540
Funktionsdienst	3.734	3.547	3.211
Klinisches Hauspersonal	211	200	270
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	4.363	4.143	3.925
Technischer Dienst	1.648	1.566	1.661
Verwaltungsdienst	4.459	4.235	4.528
Sonderdienst	78	74	83
Sonstiges Personal	81	77	111
Ausbildungsstätten	655	623	618
Nicht zurechenbare Personalkosten	740	702	182
Personalaufwand	**101.927**	**96.820**	**93.855**

Auf den Stellenplan wird verwiesen.

4) Materialaufwendungen

Die Materialaufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Lebensmittel	3.862	3.481	3.378
Medizinischer Bedarf	8.113	7.487	9.824
Wasser, Energie, Brennstoffe	4.175	4.483	3.991
Wirtschaftsbedarf	4.415	4.366	4.417
Sonstige	0	0	0
Materialaufwand	**20.565**	**19.817**	**21.610**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

5) Sonstige Aufwendungen

Die Sonstigen Aufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Verwaltungsbedarf	1.575	1.546	1.616
Zentrale Dienstleistungen	4.761	4.118	4.674
Instandhaltungen Aufwand	1.458	1.335	1.952
Instand.aufw.rücklagefin. Baumaßnahm. gem GFP	0	0	0
Instand.aufwend. rücklagenfin. Baumaßnahmen	923	900	878
Wartung	991	1.035	929
Abgaben, Versicherungen	617	652	629
Übrige Aufwendungen	5.101	5.163	3.644
Sonstige Aufwendungen	**15.426**	**14.749**	**14.322**

6) Kassenkreditrahmen

Die Höhe der Kassenkredite beträgt 16.044.000 €.

LVR-Klinik Bonn **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023-2027**

	Gesamtübersicht	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlungen / VE
		EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
		2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
	Investitionstätigkeit										
	Einzahlungen										
1	aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		0	0	0	0	0	0
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	0	0		0	0	0	0	0	0
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	1.328.877	1.103.074	784.574		784.574	784.574	784.574	784.574	2.349.452	7.601.199
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	1.730.000	1.759.000		1.759.000	1.759.000	1.759.000	1.759.000	1.730.000	10.525.000
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	68.000	90.000		90.000	90.000	90.000	90.000	68.000	518.000
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	1.947.337	0		0	0	0	0	2.079.337	2.079.337
9	**∑ der Einzahlungen**	**1.328.877**	**4.848.411**	**2.633.574**	**0**	**2.633.574**	**2.633.574**	**2.633.574**	**2.633.574**	**6.226.789**	**20.723.536**
	Auszahlungen										
10	für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	0	0	0		0	0	0	0	0	0
11	für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	6.790.051	5.256.000	1.052.000		0	0	0	0	13.544.326	21.386.377
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	568.651	527.170	94.670		0	0	0	0	829.418	1.492.739
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	1.798.000	1.849.000		1.849.000	1.849.000	1.849.000	1.849.000	1.798.000	11.043.000
14	für sonstige Investitionen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
15	**∑ der Auszahlungen**	**7.358.702**	**7.581.170**	**2.995.670**		**1.849.000**	**1.849.000**	**1.849.000**	**1.849.000**	**16.171.744**	**33.922.116**
16	*Verpflichtungsermächtigung zu Lasten*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*
17	**Saldo Investitionstätigkeit**	**-6.029.825**	**-2.732.759**	**-362.096**		**784.574**	**784.574**	**784.574**	**784.574**	**-9.944.955**	**-13.198.580**
	Finanzierungstätigkeit										
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	4.897	2.787.333	1.146.670		0	0	0	0	7.003.843	8.155.410
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	6.809.502	120.000	0		0	0	0	0	3.365.686	10.175.188
20	Entnahme aus der Baupauschalenrücklage	0	610.000	0		0	0	0	0	360.000	360.000
21	**∑ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**6.814.399**	**3.517.333**	**1.146.670**		**0**	**0**	**0**	**0**	**10.729.529**	**18.690.598**
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	338	192.926	272.154		272.154	272.154	272.154	272.154	192.926	1.554.032
23	Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	784.236	591.648	512.420		512.420	512.420	512.420	512.420	591.648	3.937.986
24	**∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**784.574**	**784.574**	**784.574**		**784.574**	**784.574**	**784.574**	**784.574**	**784.574**	**5.492.018**
25	**Saldo aus Finanzierungstätigkeit**	**6.029.825**	**2.732.759**	**362.096**		**-784.574**	**-784.574**	**-784.574**	**-784.574**	**9.944.955**	**13.198.580**

LVR-Klinik Bonn **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023-2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Umbau Otto-Löwenstein-Komplex						**Projekt Nr.**	**1.412**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	1.947.337	0		0	0	0	0	2.079.337	2.079.337
∑ der Einzahlungen	**0**	**1.947.337**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**2.079.337**	**2.079.337**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	6.218.680	3.850.000	52.000		0	0	0	0	8.766.939	15.037.619
für Planungskosten (BPS / EPL)	439.803	84.670	94.670		0	0	0	0	213.403	747.876
∑ der Auszahlungen	**6.658.483**	**3.934.670**	**146.670**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**8.980.342**	**15.785.495**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**-6.658.483**	**-1.987.333**	**-146.670**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**-6.901.005**	**-13.706.158**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	1.987.333	146.670		0	0	0	0	5.266.580	5.413.250
Einzahlungen aus Eigenmitteln	6.658.483	0	0		0	0	0	0	1.634.425	8.292.908
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**6.658.483**	**1.987.333**	**146.670**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**6.901.005**	**13.706.158**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Neubau SPZ sowie Umbau Haus 27						**Projekt Nr.**	**1.543**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	30	200.000	1.000.000		0	0	0	0	699.970	1.700.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	4.867	100.000	0		0	0	0	0	237.293	242.160
∑ der Auszahlungen	**4.897**	**300.000**	**1.000.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**937.263**	**1.942.160**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**-4.897**	**-300.000**	**-1.000.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**-937.263**	**-1.942.160**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	4.897	0	1.000.000		0	0	0	0	937.263	1.942.160
Entnahme aus der Baupauschalenrücklage	0	300.000	0		0	0	0	0	0	0
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**4.897**	**300.000**	**1.000.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**937.263**	**1.942.160**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Erneuerung der technischen Betriebseinrichtungen zur Energieversorgung, Ersatz GLT						**Projekt Nr.**	**1.862**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	117.461	120.000	0		0	0	0	0	1.682.539	1.800.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	33.558	0	0		0	0	0	0	48.722	82.280
∑ der Auszahlungen	**151.019**	**120.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**1.731.261**	**1.882.280**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**-151.019**	**-120.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**-1.731.261**	**-1.882.280**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	151.019	120.000	0		0	0	0	0	1.731.261	1.882.280
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**151.019**	**120.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**1.731.261**	**1.882.280**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Klinik Bonn **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023-2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Erneuerung der technischen Betriebseinrichtungen zur Energieversorgung, Ersatz BHKW						**Projekt Nr.**	**1.863**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	544.303	318.500	0		0	0	0	0	1.564.878	2.109.181
∑ der Einzahlungen	**544.303**	**318.500**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**1.564.878**	**2.109.181**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	453.880	306.000	0		0	0	0	0	1.564.878	2.018.758
für Planungskosten (BPS / EPL)	90.423	12.500	0		0	0	0	0	0	90.423
∑ der Auszahlungen	**544.303**	**318.500**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**1.564.878**	**2.109.181**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Erneuerung der technischen Betriebseinrichtungen, Energieversorgung Küche						**Projekt Nr.**	**1.875**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	150.000	0		0	0	0	0	200.000	200.000
∑ der Auszahlungen	**0**	**150.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**200.000**	**200.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**-150.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**-200.000**	**-200.000**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	150.000	0		0	0	0	0	200.000	200.000
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**0**	**150.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**200.000**	**200.000**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Umbau Tagesklinik Sucht Haus 15 **15 TKL-Plätze**						**Projekt Nr.**	**NN**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	200.000	0		0	0	0	0	200.000	200.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	100.000	0		0	0	0	0	100.000	100.000
∑ der Auszahlungen	**0**	**300.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**300.000**	**300.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**-300.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**-300.000**	**-300.000**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	300.000	0		0	0	0	0	300.000	300.000
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**0**	**300.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**300.000**	**300.000**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Klinik Bonn **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023-2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Neubau Tagesklinik PP im Rhein-Sieg-Kreis						**Projekt Nr.**	**NN**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
32 TKL-Plätze										
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	300.000	0		0	0	0	0	300.000	300.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	200.000	0		0	0	0	0	200.000	200.000
∑ der Auszahlungen	**0**	**500.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**500.000**	**500.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**-500.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**-500.000**	**-500.000**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	500.000	0		0	0	0	0	500.000	500.000
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**0**	**500.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**500.000**	**500.000**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Neubau Tagesklinik KJPP im Rhein-Sieg-Kreis						**Projekt Nr.**	**NN**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
14 TKL-Plätze										
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	130.000	0		0	0	0	0	130.000	130.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	30.000	0		0	0	0	0	30.000	30.000
∑ der Auszahlungen	**0**	**160.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**160.000**	**160.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**-160.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**-160.000**	**-160.000**
Finanzierungstätigkeit										
Entnahme aus der Baupauschalenrücklage	0	160.000	0		0	0	0	0	160.000	160.000
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**0**	**160.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**160.000**	**160.000**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Kurzfristige Anlagegüter 3 - 15 Jahre										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	1.730.000	1.759.000		1.759.000	1.759.000	1.759.000	1.759.000	1.730.000	10.525.000
Zuweisungen der Forensik	0	68.000	90.000		90.000	90.000	90.000	90.000	68.000	518.000
∑ der investiven Einzahlungen	**0**	**1.798.000**	**1.849.000**		**1.849.000**	**1.849.000**	**1.849.000**	**1.849.000**	**1.798.000**	**11.043.000**
Auszahlungen										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	1.798.000	1.849.000		1.849.000	1.849.000	1.849.000	1.849.000	1.798.000	11.043.000
∑ der investiven Auszahlungen	**0**	**1.798.000**	**1.849.000**		**1.849.000**	**1.849.000**	**1.849.000**	**1.849.000**	**1.798.000**	**11.043.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*						
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Klinik Bonn **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023-2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Baupauschale KHG										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	784.574	784.574	784.574		784.574	784.574	784.574	784.574	784.574	5.492.018
∑ der Einzahlungen	**784.574**	**784.574**	**784.574**		**784.574**	**784.574**	**784.574**	**784.574**	**784.574**	**5.492.018**
Auszahlungen										
∑ der Auszahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Saldo Investitionstätigkeit	**784.574**	**784.574**	**784.574**		**784.574**	**784.574**	**784.574**	**784.574**	**784.574**	**5.492.018**
Finanzierungstätigkeit										
Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	338	192.926	272.154		272.154	272.154	272.154	272.154	192.926	1.554.032
Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	784.236	591.648	512.420		512.420	512.420	512.420	512.420	591.648	3.937.986
∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	**784.574**	**784.574**	**784.574**		**784.574**	**784.574**	**784.574**	**784.574**	**784.574**	**5.492.018**
Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**784.574**	**784.574**	**784.574**		**784.574**	**784.574**	**784.574**	**784.574**	**784.574**	**5.492.018**
Ergebnis	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Klinik Bonn

Stellenübersicht 2024 (Entwurf)

1. Beschäftigte	Entgelt-gruppe	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
	Sondervertrag	10,00	11,00	10,10
	15	6,00	4,00	5,78
	14	41,00	42,00	40,73
	13	32,00	31,00	32,35
	12	6,00	7,00	6,00
	11	6,00	6,00	5,34
	10	8,00	8,00	8,79
	9c	6,00	6,00	6,45
	9b	11,00	11,00	11,76
	9a	79,00	79,00	77,67
	8	18,00	18,00	17,68
	7	23,00	20,00	22,27
	6	33,00	32,00	32,54
	5	73,00	77,00	71,57
	4	10,00	10,00	10,00
	3	49,00	49,00	48,43
	2 Ü	1,00	1,00	1,00
	2	2,00	2,00	2,41
	1	5,00	5,00	5,22
Sozial- und Erziehungsdienst				
	S 12	48,00	43,00	48,21
	S 9	2,00	3,00	1,25
	S 8b	23,00	27,00	22,19
	S 4	1,00	1,00	0,75
	S 3	1,00	1,00	1,00
Pflegedienst	P15	7,00	7,00	7,00
	P13	28,00	28,00	26,98
	P12	37,00	37,00	37,01
	P11	10,00	10,00	8,83
	P10	4,00	4,00	3,41
	P9	24,00	24,00	18,75
	P8	402,00	402,00	391,69
	P7	42,00	42,00	41,61
	P6	18,00	18,00	16,75
	P5	10,00	10,00	9,07
Ärzte	IV	8,00	8,00	7,65
	III	29,00	25,00	29,20
	II	37,00	41,00	37,18
	I	74,00	74,00	73,90
	Summe	**1.224,00**	**1.224,00**	**1.198,52**

2. Nachwuchskräfte

Ausbildungsverhältnis	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Berufspraktikant	18,00	18,00	18,26
Kr.- Pflegeschüler	150,00	150,00	131,00
Pflegepraktikanten	2,00	2,00	0,00
Auszubildende	5,00	5,00	1,00
Summe	**175,00**	**175,00**	**150,26**

3. Beamte

Im Stellenplan für das Haushaltsjahr 2024 des Landschaftsverbandes Rheinland sind für Beamte nachgewiesen:

Laufbahngruppe	Besoldungsgruppe	Zahl der Stellen 2024			Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
		insgesamt	darunter			
			mit Zulage	ausgesondert		
Gehobener Dienst	- nichttechnischer Verwaltungsdienst -					
	A 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Summe	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

5. Sonstige Stellen

	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
FSJ/BuFD etc.	15,00	15,00	0,00
Summe	**15,00**	**15,00**	**0,00**

LVR-Klinik Bonn

Finanzplan 2023 - 2027 (Entwurf)

	2023 Wirtschaftsplan in T€	2024 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2025 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2026 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2027 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.
Umsatzerlöse	129.699	138.065	6,5%	141.517	2,5%	145.059	2,5%	148.692	2,5%
Sonstige betriebliche Erträge	275	810	194,5%	299	-63,1%	306	2,3%	313	2,3%
∑ Erträge	129.974	138.875	6,8%	141.816	2,1%	145.365	2,5%	149.005	2,5%
Personalaufwand	96.820	101.927	5,3%	104.008	2,0%	106.619	2,5%	109.297	2,5%
Materialaufwand	19.817	20.565	3,8%	21.003	2,1%	21.508	2,4%	22.028	2,4%
Sonstige Aufwendungen	14.749	15.426	4,6%	15.825	2,6%	16.219	2,5%	16.622	2,5%
∑ Aufwendungen	131.386	137.918	5,0%	140.836	2,1%	144.346	2,5%	147.947	2,5%
Zwischenergebnis (EBITDA)	-1.412	957	-167,8%	980	2,4%	1.019	4,0%	1.058	3,8%
Abschreibungen (eigenfinanz.)	687	994	44,7%	950	-4,4%	900	-5,3%	900	0,0%
Operatives Ergebnis	-2.099	-37	-98,2%	30	-181,1%	119	296,7%	158	32,8%
Finanzierungsaufwendungen	93	106	14,0%	150	41,5%	200	33,3%	200	0,0%
Finanzierungserträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Finanzergebnis	-93	-106	14,0%	-150	41,5%	-200	33,3%	-200	0,0%
Erträge aus Auflösung von Pensionszahlungen	123	123	0,0%	123	0,0%	123	0,0%	123	0,0%
Aufw. a. Aufl. von Ford. a. Pens.rückstell. ande	123	123	0,0%	123	0,0%	123	0,0%	123	0,0%
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis vor Steuern	-2.192	-143	-93,5%	-120	-16,1%	-81	-32,5%	-42	-48,1%
Steuern	29	30	3,4%	31	3,3%	32	3,2%	33	3,1%
Überschuss / Fehlbetrag	-2.221	-173	-92,2%	-151	-12,7%	-113	-25,2%	-75	-33,6%
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis	-2.221	-173	-92,2%	-151	-12,7%	-113	-25,2%	-75	-33,6%

W I R T S C H A F T S P L A N

LVR-Klinik Düren

Entwurf 2024

Kapazität in Betten / Plätzen

Disziplin	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
Allgemeine Psychiatrie	425	425	425
Summe vollstationäre Betten	**425**	**425**	**425**
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	116	116	96
Tagesklinik Gerontopsychiatrie	0	0	20
Summe teilstationäre Plätze	**116**	**116**	**116**
Summe KHG-Bereich	**541**	**541**	**541**
Maßregelvollzug	**258**	**258**	**218**
Soziale Reha	**31**	**31**	**33**
Suchtentwöhnung / Med. Reha	**0**	**0**	**0**
Pflegeheimbereich	**0**	**0**	**0**
Jugendhilfe	**0**	**0**	**0**
Klinik Gesamt	**830**	**830**	**792**

Entwicklung des Personals

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
Vollkräfte Gesamt	1.087,62	1.087,62	970,40

Erfolgsplan

	Plan		Ergebnis 2022 TEUR
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Umsatzerlöse	113.133	105.351	95.764
Sonstige betriebliche Erträge	6.289	6.092	6.136
∑ Erträge	**119.422**	**111.443**	**101.900**
Personalaufwand	95.198	87.190	75.456
Materialaufwand	10.023	11.803	10.290
Sonstige Aufwendungen	13.359	12.245	15.498
∑ Aufwendungen	**118.580**	**111.238**	**101.244**
Zwischenergebnis (EBITDA)	**842**	**205**	**656**
Abschreibungen (eigenfinanziert)	625	684	595
Operatives Ergebnis	**217**	**-479**	**61**
Finanzierungsaufwendungen	275	363	293
Finanzierungserträge	5	5	97
Finanzergebnis	**-270**	**-358**	**-196**
Außerordentliches Ergebnis	**0**	**0**	**0**
Ergebnis vor Steuern	**-53**	**-837**	**-135**
Steuern	46	56	52
Überschuss / Fehlbetrag	**-99**	**-893**	**-187**
Entnahme aus Gewinnrücklagen	250	200	395
Ergebnis	**151**	**-693**	**208**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

1) Umsatzerlöse

Die Umsatzerlöse setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Erlöse aus Krankenhausleistungen	105.728	98.477	88.667
Erlöse aus Wahlleistungen	130	130	107
Erlöse aus ambulanten Leistungen	3.963	3.856	3.567
Nutzungsentgelte der Ärzte	0	0	0
GuV Pos. 4a, Umsatzerlöse gem. § 277 Abs. 1 HGB	3.312	2.888	3.423
Umsatzerlöse	**113.133**	**105.351**	**95.764**

Den "Erlösen aus Krankenhausleistungen" liegen folgende Leistungsmengen zu Grunde:

Berechnungstage

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024	2023	2022
Allgemeine Psychiatrie	136.300	136.300	129.246
Summe vollstationär	**136.300**	**136.300**	**129.246**
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	26.573	24.600	20.565
Tagesklinik Gerontopsychiatrie	0	0	3.093
Summe teilstationär	**26.573**	**24.600**	**23.658**
Summe KHG-Bereich	**162.873**	**160.900**	**152.904**
Maßregelvollzug	**103.295**	**102.200**	**96.006**
Soziale Reha	**11.800**	**11.800**	**11.389**
Suchtentwöhnung / Med. Reha	**0**	**0**	**0**
Pflegeheimbereich	**0**	**0**	**0**
Klinik Gesamt	**277.968**	**274.900**	**260.299**

Den "Erlösen aus ambulanten Leistungen" liegen folgende Fallzahlen zu Grunde:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024	2023	2022
Ambulanzen	**18.575**	**18.560**	**18.290**
ambulante OP	**0**	**0**	**0**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

2) Sonstige betriebliche Erträge

Die Sonstigen betrieblichen Erträge setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Bestandsveränderungen	0	0	0
andere aktivierte Eigenleistungen	0	0	0
Zuweisungen und Zuschüsse	5.277	5.642	4.448
Erträge aus Hilfs- und Nebenbetrieben	8	8	0
Übrige Erträge (abzügl. GuV Pos. 4a)	1.004	442	1.688
Sonstige betriebliche Erträge	**6.289**	**6.092**	**6.136**

In den Zuweisungen und Zuschüssen sind Zuwendungen des MAGS in Höhe von rd. 2,7 Mio. € für Zuschüsse zum Qualitätsprojekt MRV enthalten. Im Übrigen betrifft der Ausweis mit rd. 0,8 Mio. € u.a. einen anteiligen pauschalen Ausgleich von mittelbar durch den Anstieg der Energiepreise verursachten Kostensteigerungen durch die Bezirksregierung Köln.

3) Personalaufwand

Die Personalaufwendungen verteilen sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Ärztlicher Dienst	13.823	12.188	10.365
Pflegedienst	49.014	44.788	40.094
Medizinisch-Technischer Dienst	10.010	9.437	8.218
Funktionsdienst	5.774	5.270	3.978
Klinisches Hauspersonal	0	0	0
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	3.394	3.289	3.029
Technischer Dienst	1.789	1.654	1.369
Verwaltungsdienst	7.021	6.510	5.200
Sonderdienst	316	291	253
Sonstiges Personal	1.952	1.731	1.227
Ausbildungsstätten	939	876	774
Nicht zurechenbare Personalkosten	1.166	1.156	949
Personalaufwand	**95.198**	**87.190**	**75.456**

Auf den Stellenplan wird verwiesen.

4) Materialaufwendungen

Die Materialaufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Lebensmittel	1.915	1.475	1.517
Medizinischer Bedarf	3.884	3.626	3.455
Wasser, Energie, Brennstoffe	2.300	4.300	2.577
Wirtschaftsbedarf	1.924	1.802	1.885
Sonstige	0	600	856
Materialaufwand	**10.023**	**11.803**	**10.290**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

5) Sonstige Aufwendungen

Die Sonstigen Aufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Verwaltungsbedarf	819	814	688
Zentrale Dienstleistungen	3.663	3.136	3.325
Instandhaltungen Aufwand	2.744	2.285	5.589
Instand.aufw.rücklagefin. Baumaßnahm. gem GFP	0	0	0
Instand.aufwend. rücklagenfin. Baumaßnahmen	250	200	238
Wartung	538	570	435
Abgaben, Versicherungen	463	405	397
Übrige Aufwendungen	4.882	4.835	4.826
Sonstige Aufwendungen	**13.359**	**12.245**	**15.498**

6) Kassenkreditrahmen

Die Höhe der Kassenkredite beträgt 13.794.000 €.

LVR-Klinik Düren **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023-2027**

	Gesamtübersicht	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlungen / VE
		EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
		2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
	Investitionstätigkeit										
	Einzahlungen										
1	aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		0	0	0	0	0	0
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	0	0		0	0	0	0	0	0
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	404.156	404.156	404.156		404.156	404.156	404.156	404.156	404.156	2.829.092
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	1.023.406	1.040.681		1.041.000	1.041.000	1.041.000	1.041.000	1.023.406	6.228.087
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	526.002	533.842		534.000	534.000	534.000	534.000	526.002	3.195.844
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
9	**∑ der Einzahlungen**	**404.156**	**1.953.564**	**1.978.679**		**1.979.156**	**1.979.156**	**1.979.156**	**1.979.156**	**1.953.564**	**12.253.023**
	Auszahlungen										
10	für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	0	0	0		0	0	0	0	0	0
11	für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	296.293	0	410.700		0	0	0	0	385.007	1.092.000
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	82.240	0	233.960		0	0	0	0	110.000	426.200
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	1.549.408	1.574.523		1.575.000	1.575.000	1.575.000	1.575.000	1.549.408	9.423.931
14	für sonstige Investitionen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
15	**∑ der Auszahlungen**	**378.533**	**1.549.408**	**2.219.183**		**1.575.000**	**1.575.000**	**1.575.000**	**1.575.000**	**2.044.415**	**10.942.132**
16	*Verpflichtungsermächtigung zu Lasten*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*
17	**Saldo Investitionstätigkeit**	**25.623**	**404.156**	**-240.504**		**404.156**	**404.156**	**404.156**	**404.156**	**-90.851**	**1.310.892**
	Finanzierungstätigkeit										
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	378.533	0	644.660		0	0	0	0	495.007	1.518.200
20	Entnahme aus der Baupauschalenrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
21	**∑ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**378.533**	**0**	**644.660**		**0**	**0**	**0**	**0**	**495.007**	**1.518.200**
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
23	Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	404.156	404.156	404.156		404.156	404.156	404.156	404.156	404.156	2.829.092
24	**∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**404.156**	**404.156**	**404.156**		**404.156**	**404.156**	**404.156**	**404.156**	**404.156**	**2.829.092**
25	**Saldo aus Finanzierungstätigkeit**	**-25.623**	**-404.156**	**240.504**		**-404.156**	**-404.156**	**-404.156**	**-404.156**	**90.851**	**-1.310.892**

LVR-Klinik Düren **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023-2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Sanierung Haus 14						**Projekt Nr.**	**1.802**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	296.293	0	410.700		0	0	0	0	385.007	1.092.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	82.240	0	233.960		0	0	0	0	110.000	426.200
∑ der Auszahlungen	**378.533**	**0**	**644.660**		**0**	**0**	**0**	**0**	**495.007**	**1.518.200**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**-378.533**	**0**	**-644.660**		**0**	**0**	**0**	**0**	**-495.007**	**-1.518.200**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	378.533	0	644.660		0	0	0	0	495.007	1.518.200
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**378.533**	**0**	**644.660**		**0**	**0**	**0**	**0**	**495.007**	**1.518.200**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Kurzfristige Anlagegüter 3 - 15 Jahre										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	1.023.406	1.040.681		1.041.000	1.041.000	1.041.000	1.041.000	1.023.406	6.228.087
Zuweisungen der Forensik	0	526.002	533.842		534.000	534.000	534.000	534.000	526.002	3.195.844
∑ der investiven Einzahlungen	**0**	**1.549.408**	**1.574.523**		**1.575.000**	**1.575.000**	**1.575.000**	**1.575.000**	**1.549.408**	**9.423.931**
Auszahlungen										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	1.549.408	1.574.523		1.575.000	1.575.000	1.575.000	1.575.000	1.549.408	9.423.931
∑ der investiven Auszahlungen	**0**	**1.549.408**	**1.574.523**	**0**	**1.575.000**	**1.575.000**	**1.575.000**	**1.575.000**	**1.549.408**	**9.423.931**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*						
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Baupauschale KHG										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	404.156	404.156	404.156		404.156	404.156	404.156	404.156	404.156	2.829.092
∑ der Einzahlungen	**404.156**	**404.156**	**404.156**		**404.156**	**404.156**	**404.156**	**404.156**	**404.156**	**2.829.092**
Auszahlungen										
∑ der Auszahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Saldo Investitionstätigkeit	**404.156**	**404.156**	**404.156**		**404.156**	**404.156**	**404.156**	**404.156**	**404.156**	**2.829.092**
Finanzierungstätigkeit										
Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	404.156	404.156	404.156		404.156	404.156	404.156	404.156	404.156	2.829.092
∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	**404.156**	**404.156**	**404.156**		**404.156**	**404.156**	**404.156**	**404.156**	**404.156**	**2.829.092**
Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**404.156**	**404.156**	**404.156**		**404.156**	**404.156**	**404.156**	**404.156**	**404.156**	**2.829.092**
Ergebnis	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Klinik Düren

Stellenübersicht 2024 (Entwurf)

1. Beschäftigte	Entgelt-gruppe	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
	Sondervertrag	9,00	9,00	9,00
	15	5,00	5,00	5,86
	14	28,01	27,10	21,96
	13	39,90	39,90	37,50
	12	2,00	1,00	2,00
	11	10,65	10,65	10,44
	10	13,50	11,50	9,37
	9d	1,00	1,00	0,00
	9c	3,10	3,10	5,77
	9b	4,75	4,75	3,10
	9a	63,64	61,39	58,78
	8	17,01	16,01	16,56
	7	5,00	5,00	5,59
	6	47,16	46,16	46,00
	5	53,12	53,12	52,27
	4	1,16	1,16	1,16
	3	16,91	16,91	13,03
	2 Ü	1,04	1,04	0,52
	2	12,00	12,00	14,05
Pflegedienst	P15	7,00	7,00	6,04
	P13	20,00	20,00	17,93
	P12	32,00	32,00	29,32
	P11	17,37	17,37	19,43
	P10	3,15	3,15	2,00
	P9	29,94	29,94	29,18
	P8	404,92	390,61	336,39
	P7	56,00	56,00	55,46
	P5	42,31	42,31	38,57
Sozial- und Erziehungsdienst	S 17	1,00	1,00	0,75
	S 12	42,62	41,47	39,31
	S 8	5,50	5,50	8,20
Ärzte	IV	7,00	7,00	5,00
	III	9,13	9,13	7,80
	II	33,73	30,98	23,65
	I	33,40	33,40	32,81
	Summe	**1.079,02**	**1.052,65**	**964,80**

2. Nachwuchskräfte

Ausbildungsverhältnis	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Berufspraktikant	1,00	1,00	0,00
Kr.- Pflegeschüler	75,00	75,00	63,00
Ergotherapieschüler	60,00	60,00	58,00
Ausbild. Handwerk	3,00	3,00	1,00
Summe	**139,00**	**139,00**	**122,00**

3. Beamte

Im Stellenplan für das Haushaltsjahr 2024 des Landschaftsverbandes Rheinland sind für Beamte nachgewiesen:

Laufbahngruppe	Besoldungsgruppe	Zahl der Stellen 2024			Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
		insgesamt	darunter			
			mit Zulage	ausgesondert		
Höherer Dienst						
	A 14		0,00	0,00	1,00	0,00
Gehobener Dienst	- nichttechnischer Verwaltungsdienst -					
	A 11		0,00	0,00	1,00	0,68
	A 10		0,00	0,00	1,00	0,00
	Summe	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**3,00**	**0,68**

5. Sonstige Stellen

	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Freiwilliges Soziales Jahr	5,00	5,00	1,00
Bundesfreiwilligendienst	15,00	12,00	14,00
Summe	**20,00**	**17,00**	**15,00**

Katalog der Dienstposten mit Dienstwohnungsberechtigung

LVR-Klinik Düren

Finanzplan 2023 - 2027 (Entwurf)

	2023 Wirtschaftsplan in T€	2024 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2025 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2026 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2027 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.
Umsatzerlöse	105.351	113.133	7,4%	116.225	2,7%	119.088	2,5%	122.230	2,6%
Sonstige betriebliche Erträge	6.092	6.289	3,2%	4.181	-33,5%	4.208	0,6%	4.320	2,7%
∑ Erträge	111.443	119.422	7,2%	120.406	0,8%	123.296	2,4%	126.550	2,6%
Personalaufwand	87.190	95.198	9,2%	95.497	0,3%	97.884	2,5%	100.332	2,5%
Materialaufwand	11.803	10.023	-15,1%	10.277	2,5%	10.532	2,5%	10.802	2,6%
Sonstige Aufwendungen	12.245	13.359	9,1%	13.785	3,2%	14.047	1,9%	14.397	2,5%
∑ Aufwendungen	111.238	118.580	6,6%	119.559	0,8%	122.463	2,4%	125.531	2,5%
Zwischenergebnis (EBITDA)	205	842	310,7%	847	0,6%	833	-1,7%	1.019	22,3%
Abschreibungen (eigenfinanz.)	684	625	-8,6%	625	0,0%	625	0,0%	825	32,0%
Operatives Ergebnis	-479	217	-145,3%	222	2,3%	208	-6,3%	194	-6,7%
Finanzierungsaufwendungen	363	275	-24,2%	265	-3,6%	255	-3,8%	245	-3,9%
Finanzierungserträge	5	5	0,0%	5	0,0%	5	0,0%	5	0,0%
Finanzergebnis	-358	-270	-24,6%	-260	-3,7%	-250	-3,8%	-240	-4,0%
Außerordentliche Erträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis vor Steuern	-837	-53	-93,7%	-38	-28,3%	-42	10,5%	-46	9,5%
Steuern	56	46	-17,9%	46	0,0%	46	0,0%	46	0,0%
Überschuss / Fehlbetrag	-893	-99	-88,9%	-84	-15,2%	-88	4,8%	-92	4,5%
Entnahme aus Gewinnrücklagen	200	250	25,0%	250	0,0%	250	0,0%	250	0,0%
Ergebnis	-693	151	-121,8%	166	9,9%	162	-2,4%	158	-2,5%

W I R T S C H A F T S P L A N

LVR-Klinikum Düsseldorf

Entwurf 2024

Kapazität in Betten / Plätzen

Disziplin	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024	2023	2022
Allgemeine Psychiatrie	411	391	411
Kinder- und Jugendpsychiatrie	52	52	52
Psychosomatik / Psychotherapie	24	24	24
Neurologie	36	36	36
Summe vollstationäre Betten	**523**	**503**	**523**
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	100	100	100
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	28	28	28
Tagesklinik Psychosomatik / Psychotherapie	28	28	28
Summe teilstationäre Plätze	**156**	**156**	**156**
Summe KHG-Bereich	**679**	**659**	**679**
Maßregelvollzug	**40**	**40**	**0**
Soziale Reha	**68**	**68**	**68**
Suchtentwöhnung / Med. Reha	**0**	**0**	**0**
Pflegeheimbereich	**0**	**0**	**0**
Jugendhilfe	**0**	**0**	**0**
Klinik Gesamt	**787**	**767**	**747**

Entwicklung des Personals

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024	2023	2022
Vollkräfte Gesamt	1.197,65	1.113,14	980,40

Erfolgsplan

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Umsatzerlöse	130.478	111.544	107.345
Sonstige betriebliche Erträge	9.171	7.698	10.050
∑ Erträge	**139.649**	**119.242**	**117.395**
Personalaufwand	109.219	90.521	78.434
Materialaufwand	15.885	16.763	14.469
Sonstige Aufwendungen	12.711	11.744	18.782
∑ Aufwendungen	**137.815**	**119.028**	**111.685**
Zwischenergebnis (EBITDA)	**1.834**	**214**	**5.710**
Abschreibungen (eigenfinanziert)	1.710	2.320	1.267
Operatives Ergebnis	**124**	**-2.106**	**4.443**
Finanzierungsaufwendungen	374	385	261
Finanzierungserträge	20	20	26
Finanzergebnis	**-354**	**-365**	**-235**
Außerordentliches Ergebnis	**0**	**0**	**0**
Ergebnis vor Steuern	**-230**	**-2.471**	**4.208**
Steuern	102	99	3.799
Überschuss / Fehlbetrag	**-332**	**-2.570**	**409**
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	0	0
Ergebnis	**-332**	**-2.570**	**409**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

1) Umsatzerlöse

Die Umsatzerlöse setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024	2023	2022
	TEUR	TEUR	TEUR
Erlöse aus Krankenhausleistungen	112.221	96.984	90.170
Erlöse aus Wahlleistungen	1.698	1.200	1.599
Erlöse aus ambulanten Leistungen	10.231	8.442	8.125
Nutzungsentgelte der Ärzte	1.859	993	1.501
GuV Pos. 4a, Umsatzerlöse gem. § 277 Abs. 1 HGB	4.469	3.925	5.950
Umsatzerlöse	**130.478**	**111.544**	**107.345**

Den "Erlösen aus Krankenhausleistungen" liegen folgende Leistungsmengen zu Grunde:

Berechnungstage

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024	2023	2022
Allgemeine Psychiatrie	129.058	129.085	130.042
Kinder- und Jugendpsychiatrie	18.391	18.340	17.663
Psychosomatik / Psychotherapie	8.563	8.540	8.512
Summe vollstationär	**156.012**	**155.965**	**156.217**
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	26.026	25.990	25.881
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	7.000	7.000	6.845
Tagesklinik Psychosomatik / Psychotherapie	7.000	7.000	6.469
Summe teilstationär	**40.026**	**39.990**	**39.195**
Summe KHG-Bereich	196.038	195.955	195.412
Maßregelvollzug	15.478	13.870	10.240
Soziale Reha	22.070	22.010	23.226
Suchtentwöhnung / Med. Reha	0	0	0
Pflegeheimbereich	0	0	0
Jugendhilfe	0	0	0
Klinik Gesamt	**233.586**	**231.835**	**228.878**

Den "Erlösen aus ambulanten Leistungen" liegen folgende Fallzahlen zu Grunde:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024	2023	2022
Ambulanzen	**30.604**	**28.707**	**28.616**
ambulante OP	**0**	**0**	**0**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

2) Sonstige betriebliche Erträge

Die Sonstigen betrieblichen Erträge setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Bestandsveränderungen	0	0	0
andere aktivierte Eigenleistungen	0	0	0
Zuweisungen und Zuschüsse	5.681	4.305	5.088
Erträge aus Hilfs- und Nebenbetrieben	370	530	0
Übrige Erträge (abzügl. GuV Pos. 4a)	3.120	2.863	4.962
Sonstige betriebliche Erträge	**9.171**	**7.698**	**10.050**

In den Zuweisungen und Zuschüssen sind Zuwendungen des LVR in Höhe von insgesamt 50.500 € enthalten. Hierbei handelt es sich um Zuschüsse zu Patientenclubs und Reinigung Patientenbekleidung.

3) Personalaufwand

Die Personalaufwendungen verteilen sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Ärztlicher Dienst	20.660	16.780	14.875
Pflegedienst	50.231	40.836	33.679
Medizinisch-Technischer Dienst	17.465	14.278	12.659
Funktionsdienst	5.757	5.245	4.581
Klinisches Hauspersonal	1.178	943	950
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	2.805	2.578	2.440
Technischer Dienst	2.427	2.061	1.755
Verwaltungsdienst	5.403	4.823	4.253
Sonderdienst	707	455	436
Sonstiges Personal	16	48	251
Ausbildungsstätten	643	596	491
Nicht zurechenbare Personalkosten	1.927	1.878	2.064
Personalaufwand	**109.219**	**90.521**	**78.434**

Auf den Stellenplan wird verwiesen.

4) Materialaufwendungen

Die Materialaufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Lebensmittel	1.646	1.509	1.392
Medizinischer Bedarf	8.518	8.419	8.219
Wasser, Energie, Brennstoffe	2.560	4.037	2.368
Wirtschaftsbedarf	3.161	2.798	2.490
Sonstige	0	0	0
Materialaufwand	**15.885**	**16.763**	**14.469**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

5) Sonstige Aufwendungen

Die Sonstigen Aufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Verwaltungsbedarf	1.188	1.125	1.122
Zentrale Dienstleistungen	4.970	4.681	4.992
Instandhaltungen Aufwand	2.335	1.912	2.688
Instand.aufw.rücklagefin. Baumaßnahm. gem GFP	0	0	0
Instand.aufwend. rücklagenfin. Baumaßnahmen	0	0	0
Wartung	921	683	618
Abgaben, Versicherungen	393	367	1.719
Übrige Aufwendungen	2.904	2.976	7.643
Sonstige Aufwendungen	**12.711**	**11.744**	**18.782**

6) Kassenkreditrahmen

Die Höhe der Kassenkredite beträgt 16.172.000 €.

LVR-Klinikum Düsseldorf **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023-2027**

	Gesamtübersicht	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlungen / VE
		EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
		2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
	Investitionstätigkeit										
	Einzahlungen										
1	aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	43.998.561	0	1.139.000		13.403	0	0	0	3.374.336	48.525.300
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		0	0	0	0	330.000	330.000
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	0	0		0	0	0	0	0	0
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	508.816	508.816	508.816		508.816	508.816	508.816	508.816	0	3.052.896
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	1.450.000	1.500.000		1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.450.000	8.950.000
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
9	**∑ der Einzahlungen**	**44.507.377**	**1.958.816**	**3.147.816**		**2.022.219**	**2.008.816**	**2.008.816**	**2.008.816**	**5.154.336**	**60.858.196**
	Auszahlungen										
10	für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	0	0	0		0	0	0	0	0	0
11	für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	74.630.971	1.161.000	2.300.000		0	0	0	0	4.283.960	81.214.931
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	3.031.138	28.024	28.024		13.403	0	0	0	238.106	3.310.672
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	1.450.000	1.500.000		1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.450.000	8.950.000
14	für sonstige Investitionen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
15	**∑ der Auszahlungen**	**77.662.110**	**2.639.024**	**3.828.024**		**1.513.403**	**1.500.000**	**1.500.000**	**1.500.000**	**5.972.066**	**93.475.603**
16	*Verpflichtungsermächtigung zu Lasten*	*0*	*0*	*0*	*13.403*	*13.403*	*0*	*0*	*0*	*0*	*13.403*
17	**Saldo Investitionstätigkeit**	**-33.154.733**	**-680.208**	**-680.208**		**508.816**	**508.816**	**508.816**	**508.816**	**-817.730**	**-32.617.407**
	Finanzierungstätigkeit										
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	19.720.000	0	0		0	0	0	0	0	19.720.000
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	14.797.263	2.042.737	2.042.737		853.714	853.713	853.713	853.713	2.180.259	22.435.112
20	Entnahme aus der Baupauschalenrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
21	**∑ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**34.517.263**	**2.042.737**	**2.042.737**		**853.714**	**853.713**	**853.713**	**853.713**	**2.180.259**	**42.155.112**
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	1.362.530	1.362.528	1.362.529		1.362.529	1.362.529	1.362.529	1.362.529	1.362.529	9.537.705
23	Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
24	**∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**1.362.530**	**1.362.528**	**1.362.529**		**1.362.529**	**1.362.529**	**1.362.529**	**1.362.529**	**1.362.529**	**9.537.705**
25	**Saldo aus Finanzierungstätigkeit**	**33.154.733**	**680.208**	**680.208**		**-508.816**	**-508.816**	**-508.816**	**-508.816**	**817.730**	**32.617.407**

LVR-Klinikum Düsseldorf **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023-2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Neubau DTFZ (Ersatz Haus 2, 3, 13), 1. Bauabschnitt insgesamt 267 Betten, davon 36 Neurologie						**Projekt Nr.**	**1.577**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	43.998.561	0	0		0	0	0	0	2.106.739	46.105.300
aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		0	0	0	0	330.000	330.000
∑ der Einzahlungen	**43.998.561**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**2.436.739**	**46.435.300**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	74.378.171	0	0		0	0	0	0	2.232.385	76.610.556
für Planungskosten (BPS / EPL)	3.001.692	0	0		0	0	0	0	204.354	3.206.046
∑ der Auszahlungen	**77.379.863**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**2.436.739**	**79.816.602**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**-33.381.302**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**-33.381.302**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	19.720.000	0	0		0	0	0	0	0	19.720.000
Einzahlungen aus Eigenmitteln	13.661.302	0	0		0	0	0	0	0	13.661.302
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**33.381.302**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**33.381.302**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Abriss Häuser 13 und 14, Bauteil 2						**Projekt Nr.**	**1.653**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	0	1.139.000		13.403	0	0	0	1.267.597	2.420.000
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**1.139.000**		**13.403**	**0**	**0**	**0**	**1.267.597**	**2.420.000**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	252.800	1.161.000	2.300.000		0	0	0	0	2.051.575	4.604.375
für Planungskosten (BPS / EPL)	29.446	28.024	28.024		13.403	0	0	0	33.752	104.626
∑ der Auszahlungen	**282.246**	**1.189.024**	**2.328.024**		**13.403**	**0**	**0**	**0**	**2.085.327**	**4.709.001**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten		*0*	*0*	*13.403*	*13.403*	*0*	*0*	*0*		*13.403*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**-282.246**	**-1.189.024**	**-1.189.024**		**0**	**0**	**0**	**0**	**-817.730**	**-2.289.000**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	282.246	1.189.024	1.189.024		0	0	0	0	817.730	2.289.000
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**282.246**	**1.189.024**	**1.189.024**		**0**	**0**	**0**	**0**	**817.730**	**2.289.000**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Klinikum Düsseldorf **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023-2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Kurzfristige Anlagegüter 3 - 15 Jahre										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	1.450.000	1.500.000		1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.450.000	8.950.000
∑ der investiven Einzahlungen	**0**	**1.450.000**	**1.500.000**	**0**	**1.500.000**	**1.500.000**	**1.500.000**	**1.500.000**	**1.450.000**	**8.950.000**
Auszahlungen										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	1.450.000	1.500.000		1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.450.000	8.950.000
∑ der investiven Auszahlungen	**0**	**1.450.000**	**1.500.000**		**1.500.000**	**1.500.000**	**1.500.000**	**1.500.000**	**1.450.000**	**8.950.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*						
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Baupauschale KHG										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	508.816	508.816	508.816		508.816	508.816	508.816	508.816	508.816	3.561.712
∑ der Einzahlungen	**508.816**	**508.816**	**508.816**		**508.816**	**508.816**	**508.816**	**508.816**	**508.816**	**3.561.712**
Auszahlungen										
∑ der Auszahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Saldo Investitionstätigkeit	**508.816**	**508.816**	**508.816**		**508.816**	**508.816**	**508.816**	**508.816**	**508.816**	**3.561.712**
Finanzierungstätigkeit										
Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	508.816	508.816	508.816		508.816	508.816	508.816	508.816	508.816	3.561.712
∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	**508.816**	**508.816**	**508.816**		**508.816**	**508.816**	**508.816**	**508.816**	**508.816**	**3.561.712**
Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**508.816**	**508.816**	**508.816**		**508.816**	**508.816**	**508.816**	**508.816**	**508.816**	**3.561.712**
Ergebnis	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Klinikum Düsseldorf

Stellenübersicht 2024 (Entwurf)

1. Beschäftigte	Entgelt-gruppe	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
	Sondervertrag	13,00	12,00	11,00
	15	10,00	10,00	10,61
	14	30,00	24,00	36,06
	13	32,00	34,00	27,48
	12	10,00	8,00	8,78
	11	7,00	10,00	9,02
	10	7,00	8,00	6,06
	9c	12,00	8,00	9,36
	9b	22,00	15,00	20,84
	9a	74,00	67,00	76,04
	8	29,00	28,00	25,44
	7	15,00	8,00	9,74
	6	43,00	50,00	38,64
	5	35,00	32,00	42,38
	4	1,00	2,00	3,00
	3	35,00	36,00	40,94
	2	4,00	4,00	2,55
	1	26,00	27,00	19,26
Pflegedienst	P15	6,00	7,00	6,80
	P14	1,00	0,00	0,00
	P13	16,00	18,00	16,00
	P12	39,00	38,00	28,11
	P11	15,00	13,00	13,18
	P10	0,00	0,00	1,00
	P9	15,00	22,00	16,36
	P8	410,00	359,00	224,19
	P7	0,00	0,00	63,50
	P6	0,00	0,00	17,22
	P5	0,00	0,00	28,38
Sozial- und Erziehungsdienst	S 12	50,00	48,00	58,02
	S 8 B	0,00	0,00	29,31
	S 7	0,00	0,00	3,60
	S 4	0,00	0,00	0,00
Ärzte	IV	7,00	7,00	3,90
	III	22,00	16,00	15,93
	II	20,00	15,00	14,19
	I	73,00	70,00	76,93
	Summe	**1.079,00**	**996,00**	**1.013,82**

2. Nachwuchskräfte

Ausbildungsverhältnis	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Berufspraktikant	9,00	9,00	6,19
Ausb.Psych.PT	42,00	42,00	17,70
Kr.- Pflegeschüler	140,00	140,00	115,00
Ausbild. Med. Fachangestell	2,00	0,00	0,00
Ausbild. Verwaltung	6,00	6,00	1,00
Summe	**199,00**	**197,00**	**139,89**

3. Beamte

Im Stellenplan für das Haushaltsjahr 2024 des Landschaftsverbandes Rheinland sind für Beamte nachgewiesen:

Laufbahngruppe	Besoldungsgruppe	Zahl der Stellen 2024 insgesamt	darunter mit Zulage	darunter ausgesondert	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Höherer Dienst						
	A 16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	A 15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	A 14	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00
	A 13	2,00	0,00	0,00	2,00	1,52
Gehobener Dienst	- nichttechnischer Verwaltungsdienst -					
	A 12	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00
	A 11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	A 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	A 9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Summe		**3,00**	**0,00**	**0,00**	**3,00**	**2,52**

5. Sonstige Stellen

	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Freiwilliges Soziales Jahr	37,00	37,00	25,55
Summe	**37,00**	**37,00**	**25,55**

Katalog der Dienstposten mit Dienstwohnungsberechtigung

- Brandschutzbeauftragter (kw)

LVR-Klinikum Düsseldorf

Finanzplan 2023 - 2027 (Entwurf)

	2023 Wirtschaftsplan in T€	2024 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2025 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2026 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2027 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.
Umsatzerlöse	111.544	130.478	17,0%	130.901	0,3%	136.037	3,9%	141.025	3,7%
Sonstige betriebliche Erträge	7.698	9.171	19,1%	9.061	-1,2%	9.422	4,0%	9.486	0,7%
∑ Erträge	119.242	139.649	17,1%	139.962	0,2%	145.459	3,9%	150.511	3,5%
Personalaufwand	90.521	109.219	20,7%	113.252	3,7%	117.973	4,2%	122.249	3,6%
Materialaufwand	16.763	15.885	-5,2%	12.935	-18,6%	13.252	2,5%	13.566	2,4%
Sonstige Aufwendungen	11.744	12.711	8,2%	11.901	-6,4%	12.190	2,4%	12.481	2,4%
∑ Aufwendungen	119.028	137.815	15,8%	138.088	0,2%	143.415	3,9%	148.296	3,4%
Zwischenergebnis (EBITDA)	214	1.834	757,0%	1.874	2,2%	2.044	9,1%	2.215	8,4%
Abschreibungen (eigenfinanz.)	2.320	1.710	-26,3%	1.710	0,0%	1.710	0,0%	1.710	0,0%
Operatives Ergebnis	-2.106	124	-105,9%	164	32,3%	334	103,7%	505	51,2%
Finanzierungsaufwendungen	385	374	-2,9%	363	-2,9%	352	-3,0%	341	-3,1%
Finanzierungserträge	20	20	0,0%	20	0,0%	20	0,0%	20	0,0%
Finanzergebnis	-365	-354	-3,0%	-343	-3,1%	-332	-3,2%	-321	-3,3%
Außerordentliche Erträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis vor Steuern	-2.471	-230	-90,7%	-179	-22,2%	2	-101,1%	184	9100,0%
Steuern	99	102	3,0%	104	2,0%	104	0,0%	104	0,0%
Überschuss / Fehlbetrag	-2.570	-332	-87,1%	-283	-14,8%	-102	-64,0%	80	-178,4%
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis	-2.570	-332	-87,1%	-283	-14,8%	-102	-64,0%	80	-178,4%

W I R T S C H A F T S P L A N

LVR-Klinikum Essen

Entwurf 2024

Kapazität in Betten / Plätzen

Disziplin	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024	2023	2022
Allgemeine Psychiatrie	153	153	153
Kinder- und Jugendpsychiatrie	50	50	50
Psychosomatik / Psychotherapie	21	21	21
Summe vollstationäre Betten	**224**	**224**	**224**
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	25	25	25
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	31	31	31
Tagesklinik Psychosomatik / Psychotherapie	27	27	27
Tagesklinik Gerontopsychiatrie	15	15	15
Summe teilstationäre Plätze	**98**	**98**	**98**
Summe KHG-Bereich	**322**	**322**	**322**
Maßregelvollzug	**54**	**54**	**54**
Soziale Reha	**0**	**0**	**0**
Suchtentwöhnung / Med. Reha	**0**	**0**	**0**
Pflegeheimbereich	**0**	**0**	**0**
Jugendhilfe	**0**	**0**	**0**
Klinik Gesamt	**376**	**376**	**376**

Entwicklung des Personals

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024	2023	2022
Vollkräfte Gesamt	693,07	637,10	626,96

Erfolgsplan

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Umsatzerlöse	65.857	58.912	60.439
Sonstige betriebliche Erträge	9.686	8.142	9.412
∑ Erträge	**75.543**	**67.054**	**69.851**
Personalaufwand	59.365	51.658	50.973
Materialaufwand	8.199	7.611	7.152
Sonstige Aufwendungen	8.275	7.884	11.952
∑ Aufwendungen	**75.839**	**67.153**	**70.077**
Zwischenergebnis (EBITDA)	**-296**	**-99**	**-226**
Abschreibungen (eigenfinanziert)	284	284	304
Operatives Ergebnis	**-580**	**-383**	**-530**
Finanzierungsaufwendungen	88	88	63
Finanzierungserträge	0	0	0
Finanzergebnis	**-88**	**-88**	**-63**
Außerordentliches Ergebnis	**0**	**0**	**0**
Ergebnis vor Steuern	**-668**	**-471**	**-593**
Steuern	50	50	5
Überschuss / Fehlbetrag	**-718**	**-521**	**-598**
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	0	24
Ergebnis	**-718**	**-521**	**-573**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

1) Umsatzerlöse

Die Umsatzerlöse setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024	2023	2022
	TEUR	TEUR	TEUR
Erlöse aus Krankenhausleistungen	56.318	50.364	51.261
Erlöse aus Wahlleistungen	685	668	532
Erlöse aus ambulanten Leistungen	8.216	7.252	7.064
Nutzungsentgelte der Ärzte	262	257	183
GuV Pos. 4a, Umsatzerlöse gem. § 277 Abs. 1 HGB	376	371	1.399
Umsatzerlöse	**65.857**	**58.912**	**60.439**

Den "Erlösen aus Krankenhausleistungen" liegen folgende Leistungsmengen zu Grunde:

Berechnungstage

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024	2023	2022
Allgemeine Psychiatrie	53.721	53.721	47.119
Kinder- und Jugendpsychiatrie	17.293	17.293	14.245
Psychosomatik / Psychotherapie	6.837	6.837	6.478
Summe vollstationär	**77.851**	**77.851**	**67.842**
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	7.783	7.783	5.858
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	7.394	7.394	8.082
Tagesklinik Psychosomatik / Psychotherapie	5.238	5.238	4.728
Tagesklinik Gerontopsychiatrie	4.040	4.040	3.419
Summe teilstationär	**24.455**	**24.455**	**22.087**
Summe KHG-Bereich	**102.306**	**102.306**	**89.929**
Maßregelvollzug	**20.805**	**20.805**	**19.926**
Soziale Reha	**0**	**0**	**0**
Suchtentwöhnung / Med. Reha	**0**	**0**	**0**
Pflegeheimbereich	**0**	**0**	**0**
Klinik Gesamt	**123.111**	**123.111**	**109.855**

Den "Erlösen aus ambulanten Leistungen" liegen folgende Fallzahlen zu Grunde:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024	2023	2022
Ambulanzen	**20.500**	**20.000**	**20.352**
ambulante OP	**0**	**0**	**0**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

2) Sonstige betriebliche Erträge

Die Sonstigen betrieblichen Erträge setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Bestandsveränderungen	0	0	0
andere aktivierte Eigenleistungen	0	0	0
Zuweisungen und Zuschüsse	5.091	3.739	3.883
Erträge aus Hilfs- und Nebenbetrieben	979	828	0
Übrige Erträge (abzügl. GuV Pos. 4a)	3.616	3.575	5.529
Sonstige betriebliche Erträge	**9.686**	**8.142**	**9.412**

In den Zuweisungen und Zuschüssen sind Zuwendungen des LVR in Höhe von insgesamt 14.000 € enthalten.

3) Personalaufwand

Die Personalaufwendungen verteilen sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Ärztlicher Dienst	10.727	9.515	9.693
Pflegedienst	24.081	21.510	20.246
Medizinisch-Technischer Dienst	12.965	10.204	9.977
Funktionsdienst	3.621	3.044	3.470
Klinisches Hauspersonal	131	128	143
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	808	789	738
Technischer Dienst	0	0	0
Verwaltungsdienst	3.664	3.643	3.180
Sonderdienst	277	214	205
Sonstiges Personal	2.089	1.465	2.065
Ausbildungsstätten	657	582	590
Nicht zurechenbare Personalkosten	345	564	666
Personalaufwand	**59.365**	**51.658**	**50.973**

Auf den Stellenplan wird verwiesen.

4) Materialaufwendungen

Die Materialaufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Lebensmittel	2.377	1.984	1.951
Medizinischer Bedarf	3.181	2.254	2.589
Wasser, Energie, Brennstoffe	881	1.672	889
Wirtschaftsbedarf	1.760	1.701	1.723
Sonstige	0	0	0
Materialaufwand	**8.199**	**7.611**	**7.152**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

5) Sonstige Aufwendungen

Die Sonstigen Aufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Verwaltungsbedarf	583	597	685
Zentrale Dienstleistungen	1.630	1.870	2.005
Instandhaltungen Aufwand	1.096	1.012	2.257
Instand.aufw.rücklagefin. Baumaßnahm. gem GFP	0	0	0
Instand.aufwend. rücklagenfin. Baumaßnahmen	0	0	0
Wartung	342	350	320
Abgaben, Versicherungen	236	235	230
Übrige Aufwendungen	4.388	3.820	6.455
Sonstige Aufwendungen	**8.275**	**7.884**	**11.952**

6) Kassenkreditrahmen

Die Höhe der Kassenkredite beträgt 8.799.500 €.

LVR-Klinikum Essen **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

	Gesamtübersicht	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
		EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
		2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
	Investitionstätigkeit										
	Einzahlungen										
1	aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		0	0	0	0	0	0
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	0	0		0	0	0	0	0	0
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	167.163	167.163	167.163		167.163	167.163	167.163	167.163	167.163	1.170.141
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	571.455	596.695		597.000	597.000	597.000	597.000	571.455	3.556.150
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	128.538	133.760		134.000	134.000	134.000	134.000	128.538	798.298
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
9	**∑ der Einzahlungen**	**167.163**	**867.156**	**897.618**		**898.163**	**898.163**	**898.163**	**898.163**	**867.156**	**5.524.589**
	Auszahlungen										
10	für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	0	0	0		0	0	0	0	0	0
11	für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	185.802	225.000	1.040.000		0	0	0	0	514.198	1.740.000
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	41.339	136.000	10.000		0	0	0	0	196.949	248.288
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	699.993	730.455		731.000	731.000	731.000	731.000	699.993	4.354.448
14	für sonstige Investitionen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
15	**∑ der Auszahlungen**	**227.142**	**1.060.993**	**1.780.455**		**731.000**	**731.000**	**731.000**	**731.000**	**1.411.140**	**6.342.736**
16	*Verpflichtungsermächtigung zu Lasten*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*
17	**Saldo Investitionstätigkeit**	**-59.979**	**-193.837**	**-882.837**		**167.163**	**167.163**	**167.163**	**167.163**	**-543.984**	**-818.147**
	Finanzierungstätigkeit										
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	289	51.000	0		0	0	0	0	268.000	268.289
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	226.853	310.000	1.050.000		0	0	0	0	443.147	1.719.999
20	Entnahme aus der Baupauschalenrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
21	**∑ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**227.142**	**361.000**	**1.050.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**711.147**	**1.988.288**
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	20	3.544	3.544		3.544	3.544	3.544	3.544	0	17.739
23	Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	167.143	163.619	163.619		163.619	163.619	163.619	163.619	167.163	1.152.402
24	**∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**167.163**	**167.163**	**167.163**		**167.163**	**167.163**	**167.163**	**167.163**	**167.163**	**1.170.141**
25	**Saldo aus Finanzierungstätigkeit**	**59.979**	**193.837**	**882.837**		**-167.163**	**-167.163**	**-167.163**	**-167.163**	**543.984**	**818.147**

LVR-Klinikum Essen **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Ersatz August-Schmidt-Haus, 20 TKL-Plätze						**Projekt Nr.**	**1.144**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	0		0	0	0	0	200.000	200.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	289	51.000	0		0	0	0	0	68.000	68.289
∑ der Auszahlungen	**289**	**51.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**268.000**	**268.289**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlg. ./. Auszahlg.)	**-289**	**-51.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**-268.000**	**-268.289**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	289	51.000	0		0	0	0	0	268.000	268.289
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**289**	**51.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**268.000**	**268.289**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Erwerb/ Umbau St. Augustinus (Bauteil 1/Pfarrheim)						**Projekt Nr.**	**1.834**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	47.219	25.000	0		0	0	0	0	52.781	100.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	12.482	25.000	0		0	0	0	0	62.518	75.000
∑ der Auszahlungen	**59.701**	**50.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**115.299**	**175.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten		*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlg. ./. Auszahlg.)	**-59.701**	**-50.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**-115.299**	**-175.000**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	59.701	50.000	0		0	0	0	0	115.299	175.000
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**59.701**	**50.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**115.299**	**175.000**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Umbau St. Augustinus (Bauteil 2 Kirche)						**Projekt Nr.**	**1.834**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	75.998	100.000	1.000.000		0	0	0	0	124.002	1.200.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	15.904	50.000	0		0	0	0	0	59.096	75.000
∑ der Auszahlungen	**91.902**	**150.000**	**1.000.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**183.098**	**1.275.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**-91.902**	**-150.000**	**-1.000.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**-183.098**	**-1.275.000**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	91.902	150.000	1.000.000		0	0	0	0	183.098	1.275.000
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**91.902**	**150.000**	**1.000.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**183.098**	**1.275.000**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	0

LVR-Klinikum Essen **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlungen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Umbau St. Augustinus (Bauteil 3 Pfarrhaus)						**Projekt Nr.**	**1.834**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	27.579	50.000	0		0	0	0	0	72.421	100.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	4.968	5.000	0		0	0	0	0	5.032	10.000
∑ der Auszahlungen	**32.547**	**55.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**77.453**	**110.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlg. ./. Auszahlg.)	**-32.547**	**-55.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**-77.453**	**-110.000**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	32.547	55.000	0		0	0	0	0	77.453	110.000
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**32.547**	**55.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**77.453**	**110.000**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Umbau St. Augustinus (Bauteil 4 Kaplanei)						**Projekt Nr.**	**1.834**		**Zuständigkeit: Klinik**	
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	35.006	50.000	0		0	0	0	0	64.994	100.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	7.697	5.000	0		0	0	0	0	2.303	10.000
∑ der Auszahlungen	**42.703**	**55.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**67.297**	**110.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlg. ./. Auszahlg.)	**-42.703**	**-55.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**-67.297**	**-110.000**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	42.703	55.000	0		0	0	0	0	67.297	110.000
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**42.703**	**55.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**67.297**	**110.000**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	0

TK KJPP Mülheim/Oberhausen						**Projekt Nr.**	**NN**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	20.000		0	0	0	0	0	20.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	5.000		0	0	0	0	0	5.000
∑ der Auszahlungen	**0**	**0**	**25.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**25.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlg. ./. Auszahlg.)	**0**	**0**	**-25.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**-25.000**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	0	25.000		0	0	0	0	0	25.000
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**0**	**0**	**25.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**25.000**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	0

LVR-Klinikum Essen **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Wickenburgstraße						**Projekt Nr.**	**NN**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	20.000		0	0	0	0	0	20.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	5.000		0	0	0	0	0	5.000
∑ der Auszahlungen	**0**	**0**	**25.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**25.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlg. ./. Auszahlg.)	**0**	**0**	**-25.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**-25.000**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	0	25.000		0	0	0	0	0	25.000
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**0**	**0**	**25.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**25.000**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	0

Kurzfristige Anlagegüter 3 - 15 Jahre										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	571.455	596.695		597.000	597.000	597.000	597.000	571.455	3.556.150
Zuweisungen der Forensik	0	128.538	133.760		134.000	134.000	134.000	134.000	128.538	798.298
∑ der investiven Einzahlungen	**0**	**699.993**	**730.455**		**731.000**	**731.000**	**731.000**	**731.000**	**699.993**	**4.354.448**
Auszahlungen										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	699.993	730.455		731.000	731.000	731.000	731.000	699.993	4.354.448
∑ der investiven Auszahlungen	**0**	**699.993**	**730.455**		**731.000**	**731.000**	**731.000**	**731.000**	**699.993**	**4.354.448**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*						
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Baupauschale KHG										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	167.163	167.163	167.163		167.163	167.163	167.163	167.163	167.163	1.170.141
∑ der Einzahlungen	**167.163**	**167.163**	**167.163**		**167.163**	**167.163**	**167.163**	**167.163**	**167.163**	**1.170.141**
Auszahlungen										
∑ der Auszahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Saldo Investitionstätigkeit	**167.163**	**167.163**	**167.163**		**167.163**	**167.163**	**167.163**	**167.163**	**167.163**	**1.170.141**
Finanzierungstätigkeit										
Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	20	3.544	3.544		3.544	3.544	3.544	3.544	0	17.739
Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	167.143	163.619	163.619		163.619	163.619	163.619	163.619	167.163	1.152.402
∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	**167.163**	**167.163**	**167.163**	**0**	**167.163**	**167.163**	**167.163**	**167.163**	**167.163**	**1.170.141**
Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**167.163**	**167.163**	**167.163**		**167.163**	**167.163**	**167.163**	**167.163**	**167.163**	**1.170.141**
Ergebnis	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Klinikum Essen

Stellenübersicht 2024 (Entwurf)

1. Beschäftigte	Entgelt-gruppe	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
	Sondervertrag	6,00	5,00	6,00
	15	5,00	5,00	5,01
	14	30,00	30,00	32,88
	13	50,00	40,00	50,10
	12	6,00	5,00	6,10
	11	7,00	7,00	7,18
	10	3,00	3,00	1,00
	9c	11,00	11,00	10,81
	9b	5,50	5,50	3,54
	9a	37,00	32,00	33,70
	8	19,00	19,00	16,11
	6	13,00	13,00	10,84
	5	50,00	32,00	54,03
	4	4,00	4,00	3,00
	3	18,00	18,00	18,76
	2	4,00	4,00	3,00
Sozial- und Erziehungsdienst	S12	31,50	30,00	30,22
	S 8b	15,50	15,50	14,24
Pflegedienst	P15	3,00	4,00	3,00
	P14	2,00	1,00	1,90
	P13	9,00	9,00	8,90
	P12	14,00	17,00	13,57
	P11	3,00	5,50	2,75
	P9	8,00	8,00	8,05
	P8	191,00	182,00	183,45
	P7	35,00	35,00	35,81
	P6	2,00	2,00	1,90
	P5	23,00	16,50	22,99
Ärzte	IV	5,00	5,00	5,00
	III	16,00	16,00	15,48
	II	10,00	10,00	11,13
	I	54,00	50,00	51,56
	Summe	**690,50**	**640,00**	**672,01**

2. Nachwuchskräfte

Ausbildungsverhältnis	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Berufspraktikant	5,00	5,00	1,00
Auszubildende	60,00	60,00	59,00
Weiteres Personal	19,00	6,00	19,69
Summe	**84,00**	**71,00**	**79,69**

3. Beamte

Im Stellenplan für das Haushaltsjahr 2024 des Landschaftsverbandes Rheinland sind für Beamte nachgewiesen:

Laufbahngruppe	Besoldungsgruppe	Zahl der Stellen 2024			Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
		insgesamt	darunter			
			mit Zulage	ausgesondert		
Höherer Dienst						
	A 16 *)	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00
	Summe	**1,00**	**0,00**	**0,00**	**1,00**	**1,00**

*) nachrichtlich: Lehrstuhlinhaber (C4) deren Besoldung durch das Land NRW erfolgt

5. Sonstige Stellen

	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
BFD/FSJ/Zivildienstleistende	10,00	8,00	9,00
Summe	**10,00**	**8,00**	**9,00**

LVR-Klinikum Essen

Finanzplan 2023 - 2027 (Entwurf)

	2023 Wirtschaftsplan in T€	2024 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2025 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2026 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2027 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.
Umsatzerlöse	58.912	65.857	11,8%	66.490	1,0%	68.163	2,5%	69.878	2,5%
Sonstige betriebliche Erträge	8.142	9.686	19,0%	9.525	-1,7%	9.720	2,0%	9.930	2,2%
∑ Erträge	67.054	75.543	12,7%	76.015	0,6%	77.883	2,5%	79.808	2,5%
Personalaufwand	51.658	59.365	14,9%	60.847	2,5%	62.369	2,5%	63.936	2,5%
Materialaufwand	7.611	8.199	7,7%	7.059	-13,9%	7.236	2,5%	7.414	2,5%
Sonstige Aufwendungen	7.884	8.275	5,0%	8.325	0,6%	8.531	2,5%	8.746	2,5%
∑ Aufwendungen	67.153	75.839	12,9%	76.231	0,5%	78.136	2,5%	80.096	2,5%
Zwischenergebnis (EBITDA)	-99	-296	199,0%	-216	-27,0%	-253	17,1%	-288	13,8%
Abschreibungen (eigenfinanz.)	284	284	0,0%	284	0,0%	289	1,8%	289	0,0%
Operatives Ergebnis	-383	-580	51,4%	-500	-13,8%	-542	8,4%	-577	6,5%
Finanzierungsaufwendungen	88	88	0,0%	88	0,0%	88	0,0%	88	0,0%
Finanzierungserträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Finanzergebnis	-88	-88	0,0%	-88	0,0%	-88	0,0%	-88	0,0%
Erträge aus Auflösung von Pensionszahlungen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Aufw. a. Aufl. von Ford. a. Pens.rückstell. anderer Kliniken	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis vor Steuern	-471	-668	41,8%	-588	-12,0%	-630	7,1%	-665	5,6%
Steuern	50	50	0,0%	50	0,0%	30	-40,0%	30	0,0%
Überschuss / Fehlbetrag	-521	-718	37,8%	-638	-11,1%	-660	3,4%	-695	5,3%
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis	-521	-718	37,8%	-638	-11,1%	-660	3,4%	-695	5,3%

W I R T S C H A F T S P L A N

LVR-Klinik Köln

Entwurf 2024

Kapazität in Betten / Plätzen

Disziplin	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
Allgemeine Psychiatrie	402	402	402
Summe vollstationäre Betten	**402**	**402**	**402**
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	72	72	72
Tagesklinik Psychosomatik / Psychotherapie	32	32	32
Tagesklinik Gerontopsychiatrie	36	36	36
Summe teilstationäre Plätze	**140**	**140**	**140**
Summe KHG-Bereich	**542**	**542**	**542**
Maßregelvollzug	**230**	**230**	**230**
Soziale Reha	**26**	**26**	**26**
Suchtentwöhnung / Med. Reha	**0**	**0**	**0**
Pflegeheimbereich	**0**	**0**	**0**
Jugendhilfe	**0**	**0**	**0**
Klinik Gesamt	**798**	**798**	**798**

Entwicklung des Personals

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
Vollkräfte Gesamt	1.040,92	1.013,65	975,47

Erfolgsplan

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Umsatzerlöse	120.977	108.858	106.597
Sonstige betriebliche Erträge	5.998	5.880	6.708
∑ Erträge	**126.975**	**114.738**	**113.305**
Personalaufwand	90.522	81.175	74.282
Materialaufwand	15.800	14.994	12.842
Sonstige Aufwendungen	20.276	18.481	26.883
∑ Aufwendungen	**126.598**	**114.650**	**114.007**
Zwischenergebnis (EBITDA)	**377**	**88**	**-702**
Abschreibungen (eigenfinanziert)	371	369	132
Operatives Ergebnis	**6**	**-281**	**-834**
Finanzierungsaufwendungen	0	0	0
Finanzierungserträge	1	1	0
Finanzergebnis	**1**	**1**	**0**
Außerordentliches Ergebnis	**0**	**0**	**0**
Ergebnis vor Steuern	**7**	**-280**	**-834**
Steuern	17	17	19
Überschuss / Fehlbetrag	**-10**	**-297**	**-853**
Entnahme aus Gewinnrücklagen	116	112	27
Ergebnis	**106**	**-185**	**-826**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

1) Umsatzerlöse

Die Umsatzerlöse setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Erlöse aus Krankenhausleistungen	111.903	100.401	91.861
Erlöse aus Wahlleistungen	977	868	255
Erlöse aus ambulanten Leistungen	6.240	5.886	5.033
Nutzungsentgelte der Ärzte	567	504	241
GuV Pos. 4a, Umsatzerlöse gem. § 277 Abs. 1 HGB	1.290	1.199	9.207
Umsatzerlöse	**120.977**	**108.858**	**106.597**

Den "Erlösen aus Krankenhausleistungen" liegen folgende Leistungsmengen zu Grunde:

Berechnungstage

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
Allgemeine Psychiatrie	140.266	140.266	130.765
Summe vollstationär	**140.266**	**140.266**	**130.765**
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	26.144	26.144	18.615
Tagesklinik Psychosomatik / Psychotherapie	8.000	8.000	9.348
Tagesklinik Gerontopsychiatrie	10.680	10.680	9.148
Summe teilstationär	**44.824**	**44.824**	**37.111**
Summe KHG-Bereich	**185.090**	**185.090**	**167.876**
Maßregelvollzug	**101.233**	**101.105**	**100.123**
Soziale Reha	**9.490**	**9.280**	**9.459**
Suchtentwöhnung / Med. Reha	**0**	**0**	**0**
Pflegeheimbereich	**0**	**0**	**0**
Klinik Gesamt	**295.813**	**295.475**	**277.458**

Den "Erlösen aus ambulanten Leistungen" liegen folgende Fallzahlen zu Grunde:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
Ambulanzen	**27.759**	**27.759**	**24.311**
ambulante OP	**0**	**0**	**0**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

2) Sonstige betriebliche Erträge

Die Sonstigen betrieblichen Erträge setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Bestandsveränderungen	0	0	0
andere aktivierte Eigenleistungen	0	0	0
Zuweisungen und Zuschüsse	1.881	1.863	2.323
Erträge aus Hilfs- und Nebenbetrieben	5	5	133
Übrige Erträge (abzügl. GuV Pos. 4a)	4.112	4.012	4.252
Sonstige betriebliche Erträge	**5.998**	**5.880**	**6.708**

In den Zuweisungen und Zuschüssen sind Zuwendungen des LVR in Höhe von insgesamt 4.556,17 € für Sitzungsgelder Krankenhausausschuss enthalten.

3) Personalaufwand

Die Personalaufwendungen verteilen sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Ärztlicher Dienst	16.610	14.910	12.826
Pflegedienst	45.024	40.218	38.194
Medizinisch-Technischer Dienst	12.565	11.096	9.626
Funktionsdienst	3.927	3.570	3.168
Klinisches Hauspersonal	743	672	629
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	2.792	2.540	2.472
Technischer Dienst	1.443	1.314	1.197
Verwaltungsdienst	5.631	5.179	4.546
Sonderdienst	275	253	363
Sonstiges Personal	105	95	170
Ausbildungsstätten	703	686	516
Nicht zurechenbare Personalkosten	704	642	575
Personalaufwand	**90.522**	**81.175**	**74.282**

Auf den Stellenplan wird verwiesen.

4) Materialaufwendungen

Die Materialaufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Lebensmittel	3.881	3.487	2.381
Medizinischer Bedarf	5.049	4.872	4.743
Wasser, Energie, Brennstoffe	2.453	2.672	2.041
Wirtschaftsbedarf	4.417	3.963	3.677
Sonstige	0	0	0
Materialaufwand	**15.800**	**14.994**	**12.842**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

5) Sonstige Aufwendungen

Die Sonstigen Aufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Verwaltungsbedarf	951	856	1.120
Zentrale Dienstleistungen	4.765	4.121	4.405
Instandhaltungen Aufwand	4.635	3.770	4.570
Instand.aufw.rücklagefin. Baumaßnahm. gem GFP	0	0	0
Instand.aufwend. rücklagenfin. Baumaßnahmen	0	0	0
Wartung	357	326	279
Abgaben, Versicherungen	277	249	454
Übrige Aufwendungen	9.291	9.159	16.056
Sonstige Aufwendungen	**20.276**	**18.481**	**26.883**

6) Kassenkreditrahmen

Die Höhe der Kassenkredite beträgt 14.652.200 €.

LVR-Klinik Köln **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

	Gesamtübersicht	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlungen / VE
		EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
		2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
	Investitionstätigkeit										
	Einzahlungen										
1	aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		0	0	0	0	0	0
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	0	0		0	0	0	0	0	0
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	419.559	419.559	419.559		419.559	419.559	419.559	419.559	419.559	2.936.913
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	1.071.894	1.089.988		1.089.988	1.089.988	1.089.988	1.089.988	1.071.894	6.521.834
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	528.031	544.000		544.000	544.000	544.000	544.000	528.031	3.248.033
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
9	**∑ der Einzahlungen**	**419.559**	**2.019.484**	**2.053.547**		**2.053.547**	**2.053.547**	**2.053.547**	**2.053.547**	**2.019.484**	**12.706.780**
	Auszahlungen										
10	für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	0	0	0		0	0	0	0	0	0
11	für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	1.659.894	12.100.000	5.452.000		3.800.000	0	0	0	17.556.106	28.468.000
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	523.067	710.000	469.008		0	0	0	0	1.173.982	2.166.057
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	1.599.925	1.633.988		1.633.988	1.633.988	1.633.988	1.633.988	1.599.925	9.769.867
14	für sonstige Investitionen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
15	**∑ der Auszahlungen**	**2.182.961**	**14.409.925**	**7.554.996**		**5.433.988**	**1.633.988**	**1.633.988**	**1.633.988**	**20.330.014**	**40.403.924**
16	*Verpflichtungsermächtigung zu Lasten*	*0*	*0*	*0*	*3.800.000*	*3.800.000*	*0*	*0*	*0*	*0*	*3.800.000*
17	**Saldo Investitionstätigkeit**	**-1.763.402**	**-12.390.441**	**-5.501.449**		**-3.380.441**	**419.559**	**419.559**	**419.559**	**-18.310.530**	**-27.697.144**
	Finanzierungstätigkeit										
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	160.483	10.410.000	4.447.008		3.800.000	0	0	0	9.917.509	18.325.000
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	2.022.478	2.710.795	2.092.056		880.613	880.613	880.613	880.613	9.693.193	17.330.179
20	Entnahme aus der Baupauschalenrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
21	**∑ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**2.182.961**	**13.120.795**	**6.539.064**		**4.680.613**	**880.613**	**880.613**	**880.613**	**19.610.702**	**35.655.179**
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	11.088	730.355	1.037.616		1.300.172	1.300.172	1.300.172	1.300.172	1.300.172	7.549.564
23	Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	408.471	0	0		0	0	0	0	0	408.471
24	**∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**419.559**	**730.355**	**1.037.616**		**1.300.172**	**1.300.172**	**1.300.172**	**1.300.172**	**1.300.172**	**7.958.035**
25	**Saldo aus Finanzierungstätigkeit**	**1.763.402**	**12.390.441**	**5.501.449**		**3.380.441**	**-419.559**	**-419.559**	**-419.559**	**18.310.530**	**27.697.144**

LVR-Klinik Köln **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Gebäude V						**Projekt Nr.**	**1.794**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
Ersatzneubau Stationsgebäude										
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	1.354.458	10.000.000	4.352.000		3.800.000	0	0	0	14.461.542	23.968.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	373.192	300.000	95.008		0	0	0	0	823.857	1.292.057
∑ der Auszahlungen	**1.727.650**	**10.300.000**	**4.447.008**		**3.800.000**	**0**	**0**	**0**	**15.285.399**	**25.260.057**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*3.800.000*	*3.800.000*	*0*	*0*	*0*		*3.800.000*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**-1.727.650**	**-10.300.000**	**-4.447.008**		**-3.800.000**	**0**	**0**	**0**	**-15.285.399**	**-25.260.057**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	10.300.000	4.447.008		3.800.000	0	0	0	9.777.992	18.025.000
Einzahlungen aus Eigenmitteln	1.727.650	0	0		0	0	0	0	5.507.407	7.235.057
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**1.727.650**	**10.300.000**	**4.447.008**		**3.800.000**	**0**	**0**	**0**	**15.285.399**	**25.260.057**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Gebäude U						**Projekt Nr.**	**1.827**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
Umbau und Neubau Betriebsrestaurant										
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	76.123	100.000	0		0	0	0	0	123.877	200.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	84.360	10.000	0		0	0	0	0	15.640	100.000
∑ der Auszahlungen	**160.483**	**110.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**139.517**	**300.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**-160.483**	**-110.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**-139.517**	**-300.000**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	160.483	110.000	0		0	0	0	0	139.517	300.000
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**160.483**	**110.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**139.517**	**300.000**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	0

Neubau Haus D						**Projekt Nr.**	**1.858**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	229.313	2.000.000	1.100.000		0	0	0	0	2.970.687	4.300.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	65.515	400.000	374.000		0	0	0	0	334.485	774.000
∑ der Auszahlungen	**294.828**	**2.400.000**	**1.474.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**3.305.172**	**5.074.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**-294.828**	**-2.400.000**	**-1.474.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**-3.305.172**	**-5.074.000**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	294.828	2.400.000	1.474.000		0	0	0	0	3.305.172	5.074.000
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**294.828**	**2.400.000**	**1.474.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**3.305.172**	**5.074.000**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Klinik Köln **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Kurzfristige Anlagegüter 3 - 15 Jahre										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	1.071.894	1.089.988		1.089.988	1.089.988	1.089.988	1.089.988	1.071.894	6.521.834
Zuweisungen der Forensik	0	510.099	526.058		526.058	526.058	526.058	526.058	510.099	3.140.389
aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen (Reha-Bereich)	0	17.932	17.942		17.942	17.942	17.942	17.942	17.932	107.644
∑ der investiven Einzahlungen	**0**	**1.599.925**	**1.633.988**		**1.633.988**	**1.633.988**	**1.633.988**	**1.633.988**	**1.599.925**	**9.769.867**
Auszahlungen										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	1.599.925	1.633.988		1.633.988	1.633.988	1.633.988	1.633.988	1.599.925	9.769.867
∑ der investiven Auszahlungen	**0**	**1.599.925**	**1.633.988**		**1.633.988**	**1.633.988**	**1.633.988**	**1.633.988**	**1.599.925**	**9.769.867**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*						
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Baupauschale KHG										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	419.559	419.559	419.559		419.559	419.559	419.559	419.559	419.559	2.936.913
∑ der Einzahlungen	**419.559**	**419.559**	**419.559**		**419.559**	**419.559**	**419.559**	**419.559**	**419.559**	**2.936.913**
Auszahlungen										
∑ der Auszahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Saldo Investitionstätigkeit	**419.559**	**419.559**	**419.559**		**419.559**	**419.559**	**419.559**	**419.559**	**419.559**	**2.936.913**
Finanzierungstätigkeit										
Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	11.088	419.559	419.559		419.559	419.559	419.559	419.559	419.559	2.528.442
Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	408.471	0	0		0	0	0	0	0	408.471
∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	**419.559**	**419.559**	**419.559**		**419.559**	**419.559**	**419.559**	**419.559**	**419.559**	**2.936.913**
Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**419.559**	**419.559**	**419.559**		**419.559**	**419.559**	**419.559**	**419.559**	**419.559**	**2.936.913**
Ergebnis	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Klinik Köln

Stellenübersicht 2024 (Entwurf)

1. Beschäftigte	Entgelt-gruppe	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
	Sondervertrag	9,00	9,00	9,00
	15	6,00	6,00	5,91
	14	28,00	30,00	27,66
	13	27,00	22,00	26,75
	12	17,00	13,00	16,25
	11	4,00	7,00	3,80
	10	10,00	10,00	9,67
	9c	5,00	4,00	5,00
	9b	16,00	15,00	15,23
	9a	69,00	67,00	68,58
	8	14,00	15,00	13,02
	6	23,00	24,00	22,54
	5	78,00	73,00	77,73
	4	12,00	12,00	10,13
	3	41,00	41,00	39,45
	2	6,00	0,00	0,00
	1	4,00	10,00	7,12
Sozial- und Erziehungsdienst	S 17	1,00	1,00	1,00
	S 15	2,00	1,00	1,00
	S 12	47,00	44,00	46,79
	S 8/S 8 Ü	10,00	14,00	8,56
	S 4	1,00	1,00	1,00
Pflegedienst	P15	6,00	6,00	7,00
	P13	29,00	29,00	27,96
	P12	37,00	37,00	36,03
	P11	2,00	4,00	1,78
	P10	3,00	3,00	2,86
	P9	31,00	31,00	28,29
	P8	355,00	330,00	353,46
	P7	34,00	37,00	33,23
	P6	19,00	21,00	17,29
	P5	35,00	39,00	34,39
Ärzte	IV	7,00	7,00	7,00
	III	18,00	16,00	17,09
	II	28,00	35,00	26,35
	I	55,00	50,00	54,73
	Summe	**1.089,00**	**1.064,00**	**1.063,65**

2. Nachwuchskräfte

Ausbildungsverhältnis	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Kr.- Pflegeschüler	100,00	100,00	75,00
Ausbild. Verwaltung	13,00	10,00	13,00
Summe	**113,00**	**110,00**	**88,00**

3. Beamte

Im Stellenplan für das Haushaltsjahr 2024 des Landschaftsverbandes Rheinland sind für Beamte nachgewiesen:

Laufbahngruppe	Besoldungsgruppe	Zahl der Stellen 2024			Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
		insgesamt	darunter mit Zulage	darunter ausgesondert		
Mittlerer Dienst						
	A 8	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00
	Summe	**1,00**	**0,00**	**0,00**	**1,00**	**1,00**

5. Sonstige Stellen

	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Freiwilliges Soziales Jahr	15,00	15,00	6,00
Summe	**15,00**	**15,00**	**6,00**

Katalog der Dienstposten mit Dienstwohnungsberechtigung

- Technischer Leiter, Handwerker, Hausmeister, Leitende Pflegekraft (kw)

LVR-Klinik Köln

Finanzplan 2023 - 2027 (Entwurf)

	2023 Wirtschaftsplan in T€	2024 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2025 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2026 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2027 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.
Umsatzerlöse	108.858	120.977	11,1%	122.394	1,2%	125.464	2,5%	128.610	2,5%
Sonstige betriebliche Erträge	5.880	5.998	2,0%	5.573	-7,1%	5.712	2,5%	5.854	2,5%
∑ Erträge	114.738	126.975	10,7%	127.967	0,8%	131.176	2,5%	134.464	2,5%
Personalaufwand	81.175	90.522	11,5%	90.741	0,2%	92.994	2,5%	95.302	2,5%
Materialaufwand	14.994	15.800	5,4%	16.202	2,5%	16.609	2,5%	17.025	2,5%
Sonstige Aufwendungen	18.481	20.276	9,7%	20.603	1,6%	21.115	2,5%	21.649	2,5%
∑ Aufwendungen	114.650	126.598	10,4%	127.546	0,7%	130.718	2,5%	133.976	2,5%
Zwischenergebnis (EBITDA)	88	377	328,8%	421	11,6%	458	8,8%	488	6,6%
Abschreibungen (eigenfinanz.)	369	371	0,5%	374	0,8%	376	0,5%	378	0,5%
Operatives Ergebnis	-281	6	-102,3%	47	636,7%	82	74,5%	110	34,1%
Finanzierungsaufwendungen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Finanzierungserträge	1	1	0,0%	1	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
Finanzergebnis	1	1	0,0%	1	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
Außerordentliche Erträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis vor Steuern	-280	7	-102,6%	48	550,4%	83	72,9%	111	33,7%
Steuern	17	17	0,0%	17	0,0%	17	0,0%	17	0,0%
Überschuss / Fehlbetrag	-297	-10	-96,8%	31	-422,2%	66	112,9%	94	42,4%
Entnahme aus Gewinnrücklagen	112	116	3,6%	118	1,7%	121	2,5%	124	2,5%
Ergebnis	-185	106	-157,5%	149	40,1%	187	25,5%	218	16,6%

W I R T S C H A F T S P L A N

LVR-Klinik Langenfeld

Entwurf 2024

Kapazität in Betten / Plätzen

Disziplin	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
Allgemeine Psychiatrie	386	386	402
Summe vollstationäre Betten	**386**	**386**	**402**
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	129	99	104
Summe teilstationäre Plätze	**129**	**99**	**104**
Summe KHG-Bereich	**515**	**485**	**506**
Maßregelvollzug	**211**	**211**	**211**
Soziale Reha	**4**	**4**	**4**
Suchtentwöhnung / Med. Reha	**16**	**16**	**16**
Pflegeheimbereich	**0**	**0**	**0**
Jugendhilfe	**0**	**0**	**0**
Klinik Gesamt	**746**	**716**	**737**

Entwicklung des Personals

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
Vollkräfte Gesamt	993,88	971,25	952,27

Erfolgsplan

	Plan		Ergebnis 2022 TEUR
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Umsatzerlöse	113.961	102.744	104.476
Sonstige betriebliche Erträge	2.387	4.005	2.832
∑ Erträge	**116.348**	**106.749**	**107.308**
Personalaufwand	83.630	77.445	75.517
Materialaufwand	14.753	15.933	13.556
Sonstige Aufwendungen	17.044	12.800	17.232
∑ Aufwendungen	**115.427**	**106.178**	**106.305**
Zwischenergebnis (EBITDA)	**921**	**571**	**1.003**
Abschreibungen (eigenfinanziert)	750	700	750
Operatives Ergebnis	**171**	**-129**	**253**
Finanzierungsaufwendungen	300	300	141
Finanzierungserträge	0	0	0
Finanzergebnis	**-300**	**-300**	**-141**
Außerordentliches Ergebnis	**0**	**0**	**0**
Ergebnis vor Steuern	**-129**	**-429**	**112**
Steuern	16	16	30
Überschuss / Fehlbetrag	**-145**	**-445**	**82**
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	0	0
Ergebnis	**-145**	**-445**	**82**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

1) Umsatzerlöse

Die Umsatzerlöse setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024	2023	2022
	TEUR	TEUR	TEUR
Erlöse aus Krankenhausleistungen	100.518	89.619	87.692
Erlöse aus Wahlleistungen	714	683	620
Erlöse aus ambulanten Leistungen	6.086	5.865	5.624
Nutzungsentgelte der Ärzte	349	334	189
GuV Pos. 4a, Umsatzerlöse gem. § 277 Abs. 1 HGB	6.294	6.243	10.351
Umsatzerlöse	**113.961**	**102.744**	**104.476**

Den "Erlösen aus Krankenhausleistungen" liegen folgende Leistungsmengen zu Grunde:

Berechnungstage

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024	2023	2022
Allgemeine Psychiatrie	138.511	138.511	146.437
Summe vollstationär	**138.511**	**138.511**	**146.437**
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	31.550	24.750	21.397
Summe teilstationär	**31.550**	**24.750**	**21.397**
Summe KHG-Bereich	**170.061**	**163.261**	**167.834**
Maßregelvollzug	**94.900**	**94.900**	**99.057**
Soziale Reha	**1.460**	**1.460**	**1.948**
Suchtentwöhnung / Med. Reha	**5.840**	**5.840**	**5.357**
Pflegeheimbereich	**0**	**0**	**0**
Klinik Gesamt	**272.261**	**265.461**	**274.196**

Den "Erlösen aus ambulanten Leistungen" liegen folgende Fallzahlen zu Grunde:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024	2023	2022
Ambulanzen	**24.080**	**24.080**	**24.564**
ambulante OP	**0**	**0**	**0**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

2) Sonstige betriebliche Erträge

Die Sonstigen betrieblichen Erträge setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Bestandsveränderungen	0	0	0
andere aktivierte Eigenleistungen	0	0	0
Zuweisungen und Zuschüsse	2.306	3.825	2.522
Erträge aus Hilfs- und Nebenbetrieben	0	0	0
Übrige Erträge (abzügl. GuV Pos. 4a)	81	180	310
Sonstige betriebliche Erträge	**2.387**	**4.005**	**2.832**

Die Zuweisungen und Zuschüsse in Höhe von gesamt ca. 2,3 Mio € setzen sich zusammen aus Zuwendungen des LVR für die Ombudsperson, für Kultur- und Sprachmittler sowie für LiGa. Der Bereich des MRV enthält im Wesentlichen Zuschüsse vom MAGS zum Qualitätsprojekt MRV.

3) Personalaufwand

Die Personalaufwendungen verteilen sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Ärztlicher Dienst	13.975	13.231	11.542
Pflegedienst	42.696	40.956	39.790
Medizinisch-Technischer Dienst	10.302	7.645	8.937
Funktionsdienst	5.568	4.627	4.721
Klinisches Hauspersonal	151	297	151
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	2.207	2.638	2.045
Technischer Dienst	1.624	1.752	1.515
Verwaltungsdienst	5.542	4.984	5.310
Sonderdienst	215	234	255
Sonstiges Personal	47	0	136
Ausbildungsstätten	624	468	495
Nicht zurechenbare Personalkosten	679	613	620
Personalaufwand	**83.630**	**77.445**	**75.517**

Auf den Stellenplan wird verwiesen.

4) Materialaufwendungen

Die Materialaufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Lebensmittel	1.789	1.600	1.528
Medizinischer Bedarf	7.190	6.713	6.605
Wasser, Energie, Brennstoffe	2.399	4.838	2.528
Wirtschaftsbedarf	3.375	2.782	2.895
Sonstige	0	0	0
Materialaufwand	**14.753**	**15.933**	**13.556**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

5) Sonstige Aufwendungen

Die Sonstigen Aufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Verwaltungsbedarf	1.718	887	1.474
Zentrale Dienstleistungen	4.401	2.979	3.881
Instandhaltungen Aufwand	2.436	2.507	2.953
Instand.aufw.rücklagefin. Baumaßnahm. gem GFP	0	0	0
Instand.aufwend. rücklagenfin. Baumaßnahmen	0	0	0
Wartung	512	466	442
Abgaben, Versicherungen	568	384	506
Übrige Aufwendungen	7.409	5.577	7.976
Sonstige Aufwendungen	**17.044**	**12.800**	**17.232**

6) Kassenkreditrahmen

Die Höhe der Kassenkredite beträgt 13.442.000 €.

LVR-Klinik Langenfeld **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

	Gesamtübersicht	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
		EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
		2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
	Investitionstätigkeit										
	Einzahlungen										
1	aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	3.000.000	4.029.120		3.850.592	0	0	0	0	7.879.712
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	174.080	100.000	100.000		0	0	0	0	80.920	355.000
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		0	0	0	0	0	0
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	0	0		0	0	0	0	0	0
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	422.745	422.745	422.745		422.745	422.745	422.745	422.745	422.745	2.959.215
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	920.039	1.018.304		1.018.000	1.018.000	1.018.000	1.018.000	920.039	6.010.343
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	448.459	511.169		511.079	511.079	511.079	511.079	448.459	3.003.944
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
9	**∑ der Einzahlungen**	**596.825**	**4.891.243**	**6.081.338**		**5.802.416**	**1.951.824**	**1.951.824**	**1.951.824**	**1.872.163**	**20.208.214**
	Auszahlungen										
10	für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	2.007.250	0	534.100		534.100	0	0	0	0	3.075.450
11	für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	338.944	5.130.000	5.580.000		3.316.492	0	0	0	8.561.584	17.797.020
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	65.144	290.000	20.000		0	0	0	0	606.292	691.436
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	1.368.498	1.629.473		1.598.079	1.529.079	1.529.079	1.529.079	1.368.498	9.183.287
14	für sonstige Investitionen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
15	**∑ der Auszahlungen**	**2.411.337**	**6.788.498**	**7.763.573**		**5.448.671**	**1.529.079**	**1.529.079**	**1.529.079**	**10.536.374**	**30.747.193**
16	*Verpflichtungsermächtigung zu Lasten*	*0*	*0*	*0*	*3.919.592*	*3.919.592*	*0*	*0*	*0*	*0*	*3.919.592*
17	**Saldo Investitionstätigkeit**	**-1.814.512**	**-1.897.255**	**-1.682.235**		**353.745**	**422.745**	**422.745**	**422.745**	**-8.664.211**	**-10.538.979**
	Finanzierungstätigkeit										
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	487.000	487.000
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	2.237.257	2.320.000	2.104.980		69.000	0	0	0	8.599.956	13.011.194
20	Entnahme aus der Baupauschalenrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
21	**∑ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**2.237.257**	**2.320.000**	**2.104.980**		**69.000**	**0**	**0**	**0**	**9.086.956**	**13.498.194**
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
23	Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	422.745	422.745	422.745		422.745	422.745	422.745	422.745	422.745	2.959.215
24	**∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**422.745**	**422.745**	**422.745**		**422.745**	**422.745**	**422.745**	**422.745**	**422.745**	**2.959.215**
25	**Saldo aus Finanzierungstätigkeit**	**1.814.512**	**1.897.255**	**1.682.235**		**-353.745**	**-422.745**	**-422.745**	**-422.745**	**8.664.211**	**10.538.979**

LVR-Klinik Langenfeld **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Neubau Tagesklinik Mettmann						**Projekt Nr.**	**1.761**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
30 TKL-Plätze										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	1.000.000	2.029.120		1.408.160	0	0	0	0	3.437.280
∑ der Einzahlungen	**0**	**1.000.000**	**2.029.120**		**1.408.160**	**0**	**0**	**0**	**0**	**3.437.280**
Auszahlungen										
für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	0	0	534.100		534.100	0	0	0	0	1.068.200
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	1.000.000	1.500.000		874.060	0	0	0	3.467.960	5.842.020
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	0		0	0	0	0	200.000	200.000
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	0	100.000		69.000	0	0	0	0	169.000
∑ der Auszahlungen	**0**	**1.000.000**	**2.134.100**		**1.477.160**	**0**	**0**	**0**	**3.667.960**	**7.279.220**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten		*0*	*0*	*1.477.160*	*1.477.160*	*0*	*0*	*0*		*1.477.160*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**0**	**-104.980**	**0**	**-69.000**	**0**	**0**	**0**	**-3.667.960**	**-3.841.940**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	0	104.980		69.000	0	0	0	3.667.960	3.841.940
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**0**	**0**	**104.980**		**69.000**	**0**	**0**	**0**	**3.667.960**	**3.841.940**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Neubau Haus 61 (Ersatz Häuser 50 + 51)						**Projekt Nr.**	**1.815**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
40 Betten										
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	178.897	1.050.000	0		0	0	0	0	1.121.103	1.300.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	51.111	270.000	0		0	0	0	0	390.325	441.436
∑ der Auszahlungen	**230.008**	**1.320.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**1.511.428**	**1.741.436**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten		*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**-230.008**	**-1.320.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**-1.511.428**	**-1.741.436**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	230.008	1.320.000	0		0	0	0	0	1.511.428	1.741.436
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**230.008**	**1.320.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**1.511.428**	**1.741.436**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Sanierung und Umbau Haus 32 für das Institut für Forschung und Bildung						**Projekt Nr.**	**1.832**		**Zuständigkeit: Klinik**	
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	1.000.000	1.000.000		0	0	0	0	3.043.000	4.043.000
∑ der Auszahlungen	**0**	**1.000.000**	**1.000.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**3.043.000**	**4.043.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**-1.000.000**	**-1.000.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**-3.043.000**	**-4.043.000**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	1.000.000	1.000.000		0	0	0	0	3.043.000	4.043.000
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**0**	**1.000.000**	**1.000.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**3.043.000**	**4.043.000**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Klinik Langenfeld **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Behandlungszentrum Leverkusen						**Projekt Nr.**	**NN**			**Zuständigkeit: Klinik**
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	2.000.000	2.000.000		2.442.432	0	0	0	0	4.442.432
∑ der Einzahlungen	**0**	**2.000.000**	**2.000.000**		**2.442.432**	**0**	**0**	**0**	**0**	**4.442.432**
Auszahlungen										
für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	2.007.250	0	0		0	0	0	0	0	2.007.250
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	2.000.000	2.000.000		2.442.432	0	0	0	864.568	5.307.000
∑ der Auszahlungen	**2.007.250**	**2.000.000**	**2.000.000**		**2.442.432**	**0**	**0**	**0**	**864.568**	**7.314.250**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*2.442.432*	*2.442.432*	*0*	*0*	*0*		*2.442.432*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**-2.007.250**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**-864.568**	**-2.871.818**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	487.000	487.000
Einzahlungen aus Eigenmitteln	2.007.250	0	0		0	0	0	0	377.568	2.384.818
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**2.007.250**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**864.568**	**2.871.818**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Produktionsküche in Haus 12						**Projekt Nr.**	**NN**			**Zuständigkeit: Klinik**
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	1.000.000		0	0	0	0	0	1.000.000
∑ der Auszahlungen	**0**	**0**	**1.000.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1.000.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**0**	**-1.000.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**-1.000.000**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	0	1.000.000		0	0	0	0	0	1.000.000
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**0**	**0**	**1.000.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1.000.000**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Kurzfristige Anlagegüter 3 - 15 Jahre										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	920.039	1.018.304		1.018.000	1.018.000	1.018.000	1.018.000	920.039	6.010.343
Zuweisungen der Forensik	0	425.094	486.981		487.000	487.000	487.000	487.000	425.094	2.860.075
aus Zuschüssen und Einnahmen (Reha-Bereich)	0	1.109	1.109		1.000	1.000	1.000	1.000	1.109	6.218
Zuweisungen für Dritte (Pflege u. a.)	0	22.256	23.079		23.079	23.079	23.079	23.079	22.256	137.651
∑ der investiven Einzahlungen	**0**	**1.368.498**	**1.529.473**		**1.529.079**	**1.529.079**	**1.529.079**	**1.529.079**	**1.368.498**	**9.014.287**
Auszahlungen										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	1.368.498	1.529.473		1.529.079	1.529.079	1.529.079	1.529.079	1.368.498	9.014.287
∑ der investiven Auszahlungen	**0**	**1.368.498**	**1.529.473**		**1.529.079**	**1.529.079**	**1.529.079**	**1.529.079**	**1.368.498**	**9.014.287**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*						
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Klinik Langenfeld **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Baupauschale KHG										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	422.745	422.745	422.745		422.745	422.745	422.745	422.745	422.745	2.959.215
∑ der Einzahlungen	**422.745**	**422.745**	**422.745**		**422.745**	**422.745**	**422.745**	**422.745**	**422.745**	**2.959.215**
Auszahlungen										
∑ der Auszahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Saldo Investitionstätigkeit	**422.745**	**422.745**	**422.745**		**422.745**	**422.745**	**422.745**	**422.745**	**422.745**	**2.959.215**
Finanzierungstätigkeit										
Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	422.745	422.745	422.745		422.745	422.745	422.745	422.745	422.745	2.959.215
∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	**422.745**	**422.745**	**422.745**		**422.745**	**422.745**	**422.745**	**422.745**	**422.745**	**2.959.215**
Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**422.745**	**422.745**	**422.745**		**422.745**	**422.745**	**422.745**	**422.745**	**422.745**	**2.959.215**
Ergebnis	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Klinik Langenfeld **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

Teil II Maßnahmen konsumtiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Rückbau Standardbettenhaus						**Projekt Nr.**	**1.791**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	174.080	100.000	100.000		0	0	0	0	80.920	355.000
∑ der Einzahlungen	**174.080**	**100.000**	**100.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**80.920**	**355.000**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	160.047	80.000	80.000		0	0	0	0	64.953	305.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	14.033	20.000	20.000		0	0	0	0	15.967	50.000
∑ der Auszahlungen	**174.080**	**100.000**	**100.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**80.920**	**355.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten		*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Klinik Langenfeld

Stellenübersicht 2024 (Entwurf)

1. Beschäftigte	Entgelt-gruppe	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
	Sondervertrag	11,00	9,00	11,00
	15	6,00	5,00	6,00
	14	29,00	29,00	28,00
	13	35,00	30,00	30,00
	12	8,00	6,00	7,50
	11	15,00	15,00	15,00
	10	10,00	6,00	8,50
	9c	8,00	8,00	7,00
	9b	19,00	19,00	17,00
	9a	65,00	61,00	59,00
	8	18,00	18,00	16,00
	7	3,00	2,00	3,00
	6	51,00	51,00	50,00
	5	45,00	45,00	47,00
	3	8,00	8,00	6,00
	2	24,00	24,00	26,00
Sozial- und Erziehungsdienst	S 15	3,00	3,00	3,00
	S 12	46,00	45,00	45,00
	S 8	20,00	20,00	18,00
Pflegedienst	P15	7,00	6,00	7,00
	P14	2,00	1,00	1,00
	P13	26,00	26,00	25,00
	P12	37,00	32,00	34,50
	P11	6,00	3,00	6,00
	P10	1,00	1,00	1,00
	P9	32,00	32,00	17,00
	P8	378,00	355,00	346,00
	P7	45,00	54,00	46,00
	P6	16,00	16,00	13,00
	P5	35,00	34,00	35,50
Ärzte	IV	10,00	10,00	9,00
	III	14,00	12,00	18,00
	II	33,00	33,00	21,00
	I	52,00	52,00	43,00
	Summe	**1.118,00**	**1.071,00**	**1.026,00**

2. Nachwuchskräfte

Ausbildungsverhältnis	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Kr.- Pflegeschüler	112,00	112,00	84,00
Ausbild. Verwaltung	3,00	3,00	5,00
Ausbild. Handwerk	3,00	3,00	2,00
Summe	**118,00**	**118,00**	**91,00**

3. Beamte

Im Stellenplan für das Haushaltsjahr 2024 des Landschaftsverbandes Rheinland sind für Beamte nachgewiesen:

Laufbahngruppe	Besoldungsgruppe	Zahl der Stellen 2024			Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
		insgesamt	darunter			
			mit Zulage	ausgesondert		
Höherer Dienst						
	A 14	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00
	Summe	**1,00**	**0,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**

5. Sonstige Stellen

	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
FSJ/BFD/FÖJ	15,00	15,00	10,00
Summe	**15,00**	**15,00**	**10,00**

Katalog der Dienstposten mit Dienstwohnungsberechtigung

- Techniker/Handwerker, Ärztlicher Leiter (kw), Angestellte/Arbeiter

Finanzplan 2023 - 2027 (Entwurf)

	2023 Wirtschaftsplan in T€	2024 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2025 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2026 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2027 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.
Umsatzerlöse	102.744	113.961	10,9%	116.798	2,5%	119.707	2,5%	122.681	2,5%
Sonstige betriebliche Erträge	4.005	2.387	-40,4%	1.076	-54,9%	1.093	1,6%	1.112	1,7%
∑ Erträge	106.749	116.348	9,0%	117.874	1,3%	120.800	2,5%	123.793	2,5%
Personalaufwand	77.445	83.630	8,0%	84.337	0,8%	86.425	2,5%	88.557	2,5%
Materialaufwand	15.933	14.753	-7,4%	15.121	2,5%	15.500	2,5%	15.891	2,5%
Sonstige Aufwendungen	12.800	17.044	33,2%	17.472	2,5%	17.909	2,5%	18.355	2,5%
∑ Aufwendungen	106.178	115.427	8,7%	116.930	1,3%	119.834	2,5%	122.803	2,5%
Zwischenergebnis (EBITDA)	571	921	61,3%	944	2,5%	966	2,3%	990	2,5%
Abschreibungen (eigenfinanz.)	700	750	7,1%	750	0,0%	750	0,0%	750	0,0%
Operatives Ergebnis	-129	171	-232,6%	194	13,5%	216	11,3%	240	11,1%
Finanzierungsaufwendungen	300	300	0,0%	300	0,0%	300	0,0%	300	0,0%
Finanzierungserträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Finanzergebnis	-300	-300	0,0%	-300	0,0%	-300	0,0%	-300	0,0%
Außerordentliche Erträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis vor Steuern	-429	-129	-69,9%	-106	-17,8%	-84	-20,8%	-60	-28,6%
Steuern	16	16	0,0%	16	0,0%	16	0,0%	16	0,0%
Überschuss / Fehlbetrag	-445	-145	-67,4%	-122	-15,9%	-100	-18,0%	-76	-24,0%
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis	-445	-145	-67,4%	-122	-15,9%	-100	-18,0%	-76	-24,0%

W I R T S C H A F T S P L A N

LVR-Klinik Mönchengladbach

Entwurf 2024

Kapazität in Betten / Plätzen

Disziplin	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
Allgemeine Psychiatrie	170	170	170
Summe vollstationäre Betten	**170**	**170**	**170**
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	36	36	66
Tagesklinik Gerontopsychiatrie	20	20	0
Summe teilstationäre Plätze	**56**	**56**	**66**
Summe KHG-Bereich	**226**	**226**	**236**
Maßregelvollzug	**0**	**0**	**0**
Soziale Reha	**45**	**45**	**45**
Suchtentwöhnung / Med. Reha	**0**	**0**	**0**
Pflegeheimbereich	**0**	**0**	**0**
Jugendhilfe	**0**	**0**	**0**
Klinik Gesamt	**271**	**271**	**281**

Entwicklung des Personals

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
Vollkräfte Gesamt	308,40	303,84	249,01

Erfolgsplan

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Umsatzerlöse	34.976	33.468	28.488
Sonstige betriebliche Erträge	2.262	2.080	3.277
∑ Erträge	**37.238**	**35.548**	**31.765**
Personalaufwand	27.077	25.046	19.360
Materialaufwand	2.390	2.634	2.650
Sonstige Aufwendungen	7.723	7.864	9.656
∑ Aufwendungen	**37.190**	**35.544**	**31.666**
Zwischenergebnis (EBITDA)	**48**	**4**	**99**
Abschreibungen (eigenfinanziert)	108	108	0
Operatives Ergebnis	**-60**	**-104**	**99**
Finanzierungsaufwendungen	68	74	77
Finanzierungserträge	0	0	0
Finanzergebnis	**-68**	**-74**	**-77**
Außerordentliches Ergebnis	**0**	**0**	**0**
Ergebnis vor Steuern	**-128**	**-178**	**22**
Steuern	7	7	2
Überschuss / Fehlbetrag	**-135**	**-185**	**20**
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	0	81
Ergebnis	**-135**	**-185**	**101**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

1) Umsatzerlöse

Die Umsatzerlöse setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Erlöse aus Krankenhausleistungen	33.214	32.104	27.118
Erlöse aus Wahlleistungen	314	127	303
Erlöse aus ambulanten Leistungen	1.234	1.041	957
Nutzungsentgelte der Ärzte	39	38	4
GuV Pos. 4a, Umsatzerlöse gem. § 277 Abs. 1 HGB	175	158	106
Umsatzerlöse	**34.976**	**33.468**	**28.488**

Den "Erlösen aus Krankenhausleistungen" liegen folgende Leistungsmengen zu Grunde:

Berechnungstage

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
Allgemeine Psychiatrie	66.426	66.426	49.206
Summe vollstationär	**66.426**	**66.426**	**49.206**
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	9.000	9.000	10.202
Tagesklinik Gerontopsychiatrie	5.000	5.000	0
Summe teilstationär	**14.000**	**14.000**	**10.202**
Summe KHG-Bereich	**80.426**	**80.426**	**59.408**
Maßregelvollzug	**0**	**0**	**0**
Soziale Reha	**16.243**	**16.243**	**15.854**
Suchtentwöhnung / Med. Reha	**0**	**0**	**0**
Pflegeheimbereich	**0**	**0**	**0**
Klinik Gesamt	**96.669**	**96.669**	**75.262**

Den "Erlösen aus ambulanten Leistungen" liegen folgende Fallzahlen zu Grunde:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
Ambulanzen	**4.500**	**4.500**	**4.297**
ambulante OP	**0**	**0**	**0**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

2) Sonstige betriebliche Erträge

Die Sonstigen betrieblichen Erträge setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Bestandsveränderungen	0	0	0
andere aktivierte Eigenleistungen	0	0	0
Zuweisungen und Zuschüsse	8	7	8
Erträge aus Hilfs- und Nebenbetrieben	0	0	0
Übrige Erträge (abzügl. GuV Pos. 4a)	2.254	2.073	3.269
Sonstige betriebliche Erträge	**2.262**	**2.080**	**3.277**

In den Zuweisungen und Zuschüssen sind Zuwendungen des LVR in Höhe von insgesamt 8.000 € enthalten. Hierbei handelt es sich um den Zuschuss für Sprach- und Kulturmittler sowie den Zuschuss für die Förderung von psychiatrischen Hilfsgemeinschaften und Ehrenamtlichen Initativen.

3) Personalaufwand

Die Personalaufwendungen verteilen sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Ärztlicher Dienst	6.042	5.610	2.895
Pflegedienst	15.094	14.065	11.197
Medizinisch-Technischer Dienst	3.221	2.892	3.052
Funktionsdienst	1.123	1.099	992
Klinisches Hauspersonal	0	0	0
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	734	638	453
Technischer Dienst	0	0	0
Verwaltungsdienst	511	376	418
Sonderdienst	76	75	71
Sonstiges Personal	59	40	176
Ausbildungsstätten	0	0	0
Nicht zurechenbare Personalkosten	217	251	106
Personalaufwand	**27.077**	**25.046**	**19.360**

Auf den Stellenplan wird verwiesen.

4) Materialaufwendungen

Die Materialaufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Lebensmittel	443	520	624
Medizinischer Bedarf	1.041	1.111	1.167
Wasser, Energie, Brennstoffe	502	621	482
Wirtschaftsbedarf	404	382	377
Sonstige	0	0	0
Materialaufwand	**2.390**	**2.634**	**2.650**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

5) Sonstige Aufwendungen

Die Sonstigen Aufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Verwaltungsbedarf	2.503	2.533	2.367
Zentrale Dienstleistungen	1.530	1.417	1.404
Instandhaltungen Aufwand	974	1.513	2.257
Instand.aufw.rücklagefin. Baumaßnahm. gem GFP	0	0	0
Instand.aufwend. rücklagenfin. Baumaßnahmen	0	0	0
Wartung	133	96	127
Abgaben, Versicherungen	156	129	145
Übrige Aufwendungen	2.427	2.176	3.356
Sonstige Aufwendungen	**7.723**	**7.864**	**9.656**

6) Kassenkreditrahmen

Die Höhe der Kassenkredite beträgt 4.312.500 €.

LVR-Klinik Mönchengladbach **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

	Gesamtübersicht	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen /VE
		EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
		2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
	Investitionstätigkeit										
	Einzahlungen										
1	aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		0	0	0	0	0	0
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	0	0		0	0	0	0	0	0
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	139.519	139.519	139.519		139.519	139.519	139.519	139.519	139.519	976.635
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	460.000	472.000		480.000	490.000	500.000	510.000	460.000	2.912.000
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	35.000	35.000		36.000	37.000	38.000	39.000	35.000	220.000
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
9	**∑ der Einzahlungen**	**139.519**	**634.519**	**646.519**		**655.519**	**666.519**	**677.519**	**688.519**	**634.519**	**4.108.635**
	Auszahlungen										
10	für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	0	0	0		0	0	0	0	0	0
11	für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	20.000		0	0	0	0	0	20.000
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	5.000		0	0	0	0	0	5.000
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	495.000	507.000		516.000	527.000	538.000	549.000	495.000	3.132.000
14	für sonstige Investitionen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
15	**∑ der Auszahlungen**	**0**	**495.000**	**532.000**		**516.000**	**527.000**	**538.000**	**549.000**	**495.000**	**3.157.000**
16	*Verpflichtungsermächtigung zu Lasten*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*
17	**Saldo Investitionstätigkeit**	**139.519**	**139.519**	**114.519**		**139.519**	**139.519**	**139.519**	**139.519**	**139.519**	**951.635**
	Finanzierungstätigkeit										
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	0	25.000		0	0	0	0	0	25.000
20	Entnahme aus der Baupauschalenrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
21	**∑ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**0**	**0**	**25.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**25.000**
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
23	Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	139.519	139.519	139.519		139.519	139.519	139.519	139.519	139.519	976.635
24	**∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**139.519**	**139.519**	**139.519**		**139.519**	**139.519**	**139.519**	**139.519**	**139.519**	**976.635**
25	**Saldo aus Finanzierungstätigkeit**	**-139.519**	**-139.519**	**-114.519**		**-139.519**	**-139.519**	**-139.519**	**-139.519**	**-139.519**	**-951.635**

LVR-Klinik Mönchengladbach **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen /V E
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Psychosomatische Station am Bethesda Krankenhaus						**Projekt Nr.**	**NN**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	20.000		0	0	0	0	0	20.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	5.000		0	0	0	0	0	5.000
∑ der Auszahlungen	**0**	**0**	**25.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**25.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**0**	**-25.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**-25.000**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	0	25.000		0	0	0	0	0	25.000
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**0**	**0**	**25.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**25.000**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Kurzfristige Anlagegüter 3 - 15 Jahre										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	460.000	472.000		480.000	490.000	500.000	510.000	460.000	2.912.000
aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen (Reha-Bereich)	0	35.000	35.000		36.000	37.000	38.000	39.000	35.000	220.000
∑ der investiven Einzahlungen	**0**	**495.000**	**507.000**		**516.000**	**527.000**	**538.000**	**549.000**	**495.000**	**3.132.000**
Auszahlungen										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	495.000	507.000		516.000	527.000	538.000	549.000	495.000	3.132.000
∑ der investiven Auszahlungen	**0**	**495.000**	**507.000**		**516.000**	**527.000**	**538.000**	**549.000**	**495.000**	**3.132.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*						
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Baupauschale KHG										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	139.519	139.519	139.519		139.519	139.519	139.519	139.519	139.519	976.635
∑ der Einzahlungen	**139.519**	**139.519**	**139.519**		**139.519**	**139.519**	**139.519**	**139.519**	**139.519**	**976.635**
Auszahlungen										
∑ der Auszahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Saldo Investitionstätigkeit	**139.519**	**139.519**	**139.519**		**139.519**	**139.519**	**139.519**	**139.519**	**139.519**	**976.635**
Finanzierungstätigkeit										
Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	139.519	139.519	139.519		139.519	139.519	139.519	139.519	139.519	976.635
∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	**139.519**	**139.519**	**139.519**		**139.519**	**139.519**	**139.519**	**139.519**	**139.519**	**976.635**
Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**139.519**	**139.519**	**139.519**		**139.519**	**139.519**	**139.519**	**139.519**	**139.519**	**976.635**
Ergebnis	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Klinik Mönchengladbach

Stellenübersicht 2024 (Entwurf)

1. Beschäftigte	Entgelt-gruppe	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
	Sondervertrag	4,00	4,00	3,00
	15	3,00	3,00	3,00
	14	19,50	19,50	3,52
	13	2,00	2,00	10,37
	12	3,00	3,00	3,00
	11	3,00	3,00	2,83
	9c	1,62	1,00	1,62
	9a	17,50	11,50	16,22
	8	4,30	3,00	5,30
	7	1,00	1,00	1,00
	6	6,00	5,50	5,86
	5	10,00	7,50	9,93
	4	0,91	0,00	0,91
	3	0,65	1,00	1,33
	2	12,00	12,00	13,24
Sozial- und Erziehungsdienst	S 12	17,00	17,00	18,17
	S 8	5,00	5,00	4,25
Pflegedienst	P15	1,00	1,00	2,00
	P13	3,00	3,00	3,00
	P12	17,50	17,00	17,90
	P11	7,50	7,50	6,75
	P9	10,00	10,00	9,15
	P8	110,00	110,00	107,50
	P6	1,75	1,75	0,75
	P5	7,50	7,50	6,94
Ärzte	IV	3,00	3,00	2,05
	III	4,00	4,00	3,63
	II	15,00	15,00	14,40
	Summe	**290,73**	**278,75**	**277,62**

2. Nachwuchskräfte

Ausbildungsverhältnis	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Berufspraktikant	2,00	2,00	2,00
Kr.- Pflegeschüler	26,00	25,00	24,00
Summe	**28,00**	**27,00**	**26,00**

3. Beamte

Im Stellenplan für das Haushaltsjahr 2024 des Landschaftsverbandes Rheinland sind für Beamte nachgewiesen:

Laufbahngruppe	Besoldungsgruppe	Zahl der Stellen 2024 insgesamt	darunter mit Zulage	darunter ausgesondert	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Höherer Dienst						
	A 14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	A 13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Gehobener Dienst	- nichttechnischer Verwaltungsdienst -					
	A 11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	A 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mittlerer Dienst						
	A 9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Summe	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

5. Sonstige Stellen

	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Freiwilliges Soziales Jahr	10,00	10,00	10,00
Summe	**10,00**	**10,00**	**10,00**

LVR-Klinik Mönchengladbach

Finanzplan 2023 - 2027 (Entwurf)

	2023 Wirtschaftsplan in T€	2024 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2025 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2026 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2027 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.
Umsatzerlöse	33.468	34.976	4,5%	35.849	2,5%	38.819	8,3%	39.755	2,4%
Sonstige betriebliche Erträge	2.080	2.262	8,8%	2.423	7,1%	2.583	6,6%	2.647	2,5%
∑ Erträge	35.548	37.238	4,8%	38.272	2,8%	41.402	8,2%	42.402	2,4%
Personalaufwand	25.046	27.077	8,1%	27.751	2,5%	30.101	8,5%	30.851	2,5%
Materialaufwand	2.634	2.390	-9,3%	2.448	2,4%	2.705	10,5%	2.770	2,4%
Sonstige Aufwendungen	7.864	7.723	-1,8%	8.019	3,8%	8.541	6,5%	8.723	2,1%
∑ Aufwendungen	35.544	37.190	4,6%	38.218	2,8%	41.347	8,2%	42.344	2,4%
Zwischenergebnis (EBITDA)	4	48	1100,0%	54	12,5%	55	1,9%	58	5,5%
Abschreibungen (eigenfinanz.)	108	108	0,0%	108	0,0%	108	0,0%	108	0,0%
Operatives Ergebnis	-104	-60	-42,3%	-54	-10,0%	-53	-1,9%	-50	-5,7%
Finanzierungsaufwendungen	74	68	-8,1%	68	0,0%	66	-2,9%	66	0,0%
Finanzierungserträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Finanzergebnis	-74	-68	-8,1%	-68	0,0%	-66	-2,9%	-66	0,0%
Außerordentliche Erträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis vor Steuern	-178	-128	-28,1%	-122	-4,7%	-119	-2,5%	-116	-2,5%
Steuern	7	7	0,0%	7	0,0%	7	0,0%	7	0,0%
Überschuss / Fehlbetrag	-185	-135	-27,0%	-129	-4,4%	-126	-2,3%	-123	-2,4%
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis	-185	-135	-27,0%	-129	-4,4%	-126	-2,3%	-123	-2,4%

W I R T S C H A F T S P L A N

LVR-Klinik Viersen

Entwurf 2024

Kapazität in Betten / Plätzen

Disziplin	Plan Entwurf 2024	Plan 2023	Ergebnis 2022
Allgemeine Psychiatrie	188	188	188
Kinder- und Jugendpsychiatrie	127	115	115
Psychosomatik / Psychotherapie	20	20	0
Qualifizierter Drogenentzug (KiJu)	10	10	10
Summe vollstationäre Betten	**345**	**333**	**313**
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	55	55	55
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	62	62	62
Tagesklinik Gerontopsychiatrie	16	16	16
Summe teilstationäre Plätze	**133**	**133**	**133**
Summe KHG-Bereich	**478**	**466**	**446**
Maßregelvollzug	**184**	**184**	**184**
Soziale Reha	**67**	**67**	**68**
Suchtentwöhnung / Med. Reha	**15**	**15**	**54**
Pflegeheimbereich	**0**	**0**	**0**
Jugendhilfe	**33**	**34**	**33**
Klinik Gesamt	**777**	**766**	**785**

Entwicklung des Personals

	Plan Entwurf 2024	Plan 2023	Ergebnis 2022
Vollkräfte Gesamt	1.289,31	1.279,96	1.144,19

Erfolgsplan

	Plan Entwurf 2024 TEUR	Plan 2023 TEUR	Ergebnis 2022 TEUR
Umsatzerlöse	135.554	125.983	119.001
Sonstige betriebliche Erträge	5.829	5.616	17.441
∑ Erträge	**141.383**	**131.599**	**136.442**
Personalaufwand	107.182	101.075	89.512
Materialaufwand	17.310	16.591	19.239
Sonstige Aufwendungen	16.152	13.251	27.015
∑ Aufwendungen	**140.644**	**130.917**	**135.766**
Zwischenergebnis (EBITDA)	**739**	**682**	**676**
Abschreibungen (eigenfinanziert)	430	900	416
Operatives Ergebnis	**309**	**-218**	**260**
Finanzierungsaufwendungen	205	205	200
Finanzierungserträge	0	0	0
Finanzergebnis	**-205**	**-205**	**-200**
Außerordentliches Ergebnis	**0**	**0**	**0**
Ergebnis vor Steuern	**104**	**-423**	**60**
Steuern	48	42	42
Überschuss / Fehlbetrag	**56**	**-465**	**18**
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	0	266
Ergebnis	**56**	**-465**	**284**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

1) Umsatzerlöse

Die Umsatzerlöse setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Erlöse aus Krankenhausleistungen	112.806	104.443	94.832
Erlöse aus Wahlleistungen	0	0	0
Erlöse aus ambulanten Leistungen	7.742	7.434	6.918
Nutzungsentgelte der Ärzte	106	106	103
GuV Pos. 4a, Umsatzerlöse gem. § 277 Abs. 1 HGB	14.900	14.000	17.148
Umsatzerlöse	**135.554**	**125.983**	**119.001**

Den "Erlösen aus Krankenhausleistungen" liegen folgende Leistungsmengen zu Grunde:

Berechnungstage

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024	2023	2022
Allgemeine Psychiatrie	67.025	67.025	61.978
Kinder- und Jugendpsychiatrie	44.545	45.275	37.169
Psychosomatik / Psychotherapie	7.430	7.430	7.110
Qualifizierter Drogenentzug	2.800	2.800	2.317
Summe vollstationär	**121.800**	**122.530**	**108.574**
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	13.659	13.659	12.998
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	15.500	15.500	14.846
Tagesklinik Gerontopsychiatrie	4.800	4.500	3.687
Summe teilstationär	**33.959**	**33.659**	**31.531**
Summe KHG-Bereich	**155.759**	**156.189**	**140.105**
Maßregelvollzug	**86.505**	**83.950**	**84.505**
Soziale Reha	**24.000**	**24.273**	**23.647**
Suchtentwöhnung / Med. Reha	**4.380**	**4.380**	**4.245**
Pflegeheimbereich	**0**	**0**	**0**
Jugendhilfe	**12.045**	**12.045**	**12.045**
Klinik Gesamt	**282.689**	**280.837**	**264.547**

Den "Erlösen aus ambulanten Leistungen" liegen folgende Fallzahlen zu Grunde:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024	2023	2022
Ambulanzen	**23.400**	**23.400**	**22.147**
ambulante OP	**0**	**0**	**0**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

2) Sonstige betriebliche Erträge

Die Sonstigen betrieblichen Erträge setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Bestandsveränderungen	0	0	0
andere aktivierte Eigenleistungen	0	0	0
Zuweisungen und Zuschüsse	2.510	2.456	6.053
Erträge aus Hilfs- und Nebenbetrieben	0	0	0
Übrige Erträge (abzügl. GuV Pos. 4a)	3.319	3.160	11.388
Sonstige betriebliche Erträge	**5.829**	**5.616**	**17.441**

In den Zuweisungen und Zuschüssen sind Zuwendungen des LVR in Höhe von insgesamt 217.000 € enthalten. Hierbei handelt es sich um Zuschüsse für Ombudsperson, LIGA Personalkosten und den Zuschuss zur Hanns-Dieter-Hüsch Schule.

3) Personalaufwand

Die Personalaufwendungen verteilen sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Ärztlicher Dienst	14.209	13.499	11.035
Pflegedienst	52.102	49.470	42.550
Medizinisch-Technischer Dienst	16.191	13.512	13.101
Funktionsdienst	5.939	6.730	5.745
Klinisches Hauspersonal	428	506	441
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	3.906	3.684	3.505
Technischer Dienst	3.171	3.230	2.953
Verwaltungsdienst	8.569	8.794	8.249
Sonderdienst	295	256	247
Sonstiges Personal	198	120	259
Ausbildungsstätten	764	64	645
Nicht zurechenbare Personalkosten	1.410	1.210	782
Personalaufwand	**107.182**	**101.075**	**89.512**

Auf den Stellenplan wird verwiesen.

4) Materialaufwendungen

Die Materialaufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Lebensmittel	2.123	1.803	1.623
Medizinischer Bedarf	6.600	6.576	8.935
Wasser, Energie, Brennstoffe	4.324	4.390	4.585
Wirtschaftsbedarf	4.263	3.822	4.096
Sonstige	0	0	0
Materialaufwand	**17.310**	**16.591**	**19.239**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

5) Sonstige Aufwendungen

Die Sonstigen Aufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Verwaltungsbedarf	1.390	1.440	1.356
Zentrale Dienstleistungen	5.430	3.820	5.013
Instandhaltungen Aufwand	2.579	2.065	2.978
Instand.aufw.rücklagefin. Baumaßnahm. gem GFP	0	0	239
Instand.aufwend. rücklagenfin. Baumaßnahmen	0	0	0
Wartung	584	549	551
Abgaben, Versicherungen	768	638	773
Übrige Aufwendungen	5.401	4.739	16.105
Sonstige Aufwendungen	**16.152**	**13.251**	**27.015**

6) Kassenkreditrahmen

Die Höhe der Kassenkredite beträgt 16.307.000 €.

LVR-Klinik Viersen **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

	Gesamtübersicht	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
		EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
		2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
	Investitionstätigkeit										
	Einzahlungen										
1	aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	300.000	0		0	0	0	0	300.000	300.000
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		0	0	0	0	0	0
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	0	0		0	0	0	0	0	0
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	315.710	315.710	315.710		315.710	315.710	315.710	315.710	315.710	2.209.970
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	727.600	742.318		742.000	742.000	742.000	742.000	727.600	4.437.918
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	401.490	441.307		441.000	858.000	441.000	441.000	401.490	3.023.797
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
9	**∑ der Einzahlungen**	**315.710**	**1.744.800**	**1.499.335**		**1.498.710**	**1.915.710**	**1.498.710**	**1.498.710**	**1.744.800**	**9.971.685**
	Auszahlungen										
10	für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	0	0	0		0	0	0	0	0	0
11	für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	2.314.040	1.100.000		0	0	0	0	2.500.290	3.600.290
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	0	286.250	474.000		0	0	0	0	221.791	695.791
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	1.129.090	1.183.625		1.183.000	1.600.000	1.183.000	1.183.000	1.129.090	7.461.715
14	für sonstige Investitionen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
15	**∑ der Auszahlungen**	**0**	**3.729.380**	**2.757.625**		**1.183.000**	**1.600.000**	**1.183.000**	**1.183.000**	**3.851.171**	**11.757.796**
16	*Verpflichtungsermächtigung zu Lasten*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*2.000.290*
17	**Saldo Investitionstätigkeit**	**315.710**	**-1.984.580**	**-1.258.290**		**315.710**	**315.710**	**315.710**	**315.710**	**-2.106.371**	**-1.786.111**
	Finanzierungstätigkeit										
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	2.300.290	1.574.000		0	0	0	0	2.422.081	3.996.081
20	Entnahme aus der Baupauschalenrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
21	**∑ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**0**	**2.300.290**	**1.574.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**2.422.081**	**3.996.081**
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
23	Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	315.710	315.710	315.710		315.710	315.710	315.710	315.710	315.710	2.209.970
24	**∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**315.710**	**315.710**	**315.710**		**315.710**	**315.710**	**315.710**	**315.710**	**315.710**	**2.209.970**
25	**Saldo aus Finanzierungstätigkeit**	**-315.710**	**1.984.580**	**1.258.290**		**-315.710**	**-315.710**	**-315.710**	**-315.710**	**2.106.371**	**1.786.111**

LVR-Klinik Viersen **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Paolo-Freire-Haus						**Projekt Nr.**	**1.886**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	213.750	1.100.000		0	0	0	0	300.000	1.400.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	86.250	374.000		0	0	0	0	102.000	476.000
∑ der Auszahlungen	**0**	**300.000**	**1.474.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**402.000**	**1.876.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**-300.000**	**-1.474.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**-402.000**	**-1.876.000**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	300.000	1.474.000		0	0	0	0	402.000	1.876.000
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**0**	**300.000**	**1.474.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**402.000**	**1.876.000**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Neubau Dependance Neuss 20 Betten						**Projekt Nr.**	**NN**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	300.000	0		0	0	0	0	300.000	300.000
∑ der Einzahlungen	**0**	**300.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**300.000**	**300.000**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	200.000	0		0	0	0	0	200.000	200.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	100.000	0		0	0	0	0	100.000	100.000
∑ der Auszahlungen	**0**	**300.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**300.000**	**300.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten		*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*0*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Kurzfristige Anlagegüter 3 - 15 Jahre										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	727.600	742.318		742.000	742.000	742.000	742.000	727.600	4.437.918
Zuweisungen der Forensik	0	388.906	429.428		429.000	429.000	429.000	429.000	388.906	2.534.334
aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen (Reha-Bereich)	0	12.584	11.879		12.000	429.000	12.000	12.000	12.584	489.463
∑ der investiven Einzahlungen	**0**	**1.129.090**	**1.183.625**		**1.183.000**	**1.600.000**	**1.183.000**	**1.183.000**	**1.129.090**	**7.461.715**
Auszahlungen										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	1.129.090	1.183.625		1.183.000	1.600.000	1.183.000	1.183.000	1.129.090	7.461.715
∑ der investiven Auszahlungen	**0**	**1.129.090**	**1.183.625**		**1.183.000**	**1.600.000**	**1.183.000**	**1.183.000**	**1.129.090**	**7.461.715**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*						
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Klinik Viersen **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Baupauschale KHG										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	315.710	315.710	315.710		315.710	315.710	315.710	315.710	315.710	2.209.970
∑ der Einzahlungen	**315.710**	**315.710**	**315.710**		**315.710**	**315.710**	**315.710**	**315.710**	**315.710**	**2.209.970**
Auszahlungen										
∑ der Auszahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Saldo Investitionstätigkeit	**315.710**	**315.710**	**315.710**		**315.710**	**315.710**	**315.710**	**315.710**	**315.710**	**2.209.970**
Finanzierungstätigkeit										
Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	315.710	315.710	315.710		315.710	315.710	315.710	315.710	315.710	2.209.970
∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	**315.710**	**315.710**	**315.710**		**315.710**	**315.710**	**315.710**	**315.710**	**315.710**	**2.209.970**
Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**315.710**	**315.710**	**315.710**		**315.710**	**315.710**	**315.710**	**315.710**	**315.710**	**2.209.970**
Ergebnis	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Klinik Viersen **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

Teil II Maßnahmen konsumtiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Rückbaumaßnahme für den Ersatzneubau Stationsgebäude, 2. BA						**Projekt Nr.**	**1.760**		**Zuständigkeit: Trägerverwaltung**	
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	1.900.290	0		0	0	0	0	2.000.290	2.000.290
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	100.000	100.000		0	0	0	0	19.791	119.791
∑ der Auszahlungen	**0**	**2.000.290**	**100.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**2.020.081**	**2.120.081**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten		*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*		*2.000.290*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**-2.000.290**	**-100.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**-2.020.081**	**-2.120.081**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	2.000.290	100.000		0	0	0	0	2.020.081	2.120.081
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**0**	**2.000.290**	**100.000**		**0**	**0**	**0**	**0**	**2.020.081**	**2.120.081**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Klinik Viersen

Stellenübersicht 2024 (Entwurf)

1. Beschäftigte	Entgelt-gruppe	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
	Sondervertrag	12,00	12,00	12,00
	15	11,50	10,50	10,08
	14	98,00	97,00	55,42
	13	13,50	7,00	56,24
	12	8,00	8,00	8,68
	11	24,50	24,50	24,84
	10	15,00	12,00	12,62
	9c	16,50	15,50	14,15
	9b	16,50	16,50	16,52
	9a	73,50	73,50	77,27
	8	31,50	32,50	40,84
	7	7,00	6,00	6,65
	6	75,00	75,00	84,07
	5	53,00	53,00	56,64
	4	4,00	4,00	3,54
	3	21,50	21,50	19,82
	2 Ü	2,00	2,00	1,50
	2	2,00	2,00	2,00
Sozial- und Erziehungsdienst	S 17	1,00	1,00	1,00
	S 12	62,02	55,00	58,74
	S 9	8,00	8,00	5,03
	S 8	81,03	64,00	74,94
	S 4	1,50	1,50	1,50
Pflegedienst	P15	7,00	7,00	6,92
	P13	32,00	32,00	32,59
	P12	52,00	52,00	55,21
	P11	14,00	14,00	14,26
	P9	22,00	22,00	24,86
	P8	443,00	412,00	434,46
Ärzte	IV	8,00	7,00	7,78
	III	11,00	11,00	10,68
	II	62,00	61,00	66,69
Sonstige (PiA, Honorarkr.)	FEB	17,00	17,00	19,00
	Summe	**1.306,54**	**1.237,00**	**1.316,54**

2. Nachwuchskräfte

Ausbildungsverhältnis	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Berufspraktikant	1,00	1,00	0,00
Kr.- Pflegeschüler	81,00	81,00	56,00
Ausbild. Verwaltung	3,00	5,00	1,00
Ausb.Heilerz.pflege	2,00	3,00	0,00
Ausbild. Handwerk	4,00	4,00	0,00
Ausbild. PKA	2,00	2,00	0,00
Summe	**93,00**	**96,00**	**57,00**

3. Beamte

Im Stellenplan für das Haushaltsjahr 2024 des Landschaftsverbandes Rheinland sind für Beamte nachgewiesen:

Laufbahngruppe	Besoldungsgruppe	Zahl der Stellen 2024 insgesamt	darunter mit Zulage	darunter ausgesondert	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Höherer Dienst						
	A 14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	A 13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Gehobener Dienst	- nichttechnischer Verwaltungsdienst -					
	A 12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	A 9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Summe	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

5. Sonstige Stellen

	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Freiwilliges Soziales Jahr	30,00	30,00	30,00
nachrichtlich:			
Lungenfachärzte	1,00	1,00	0,00
Küster / Organist	2,00	2,00	1,00
Summe	**33,00**	**33,00**	**31,00**

Katalog der Dienstposten mit Dienstwohnungsberechtigung

- Leitender Arzt

LVR-Klinik Viersen

Finanzplan 2023 - 2027 (Entwurf)

	2023 Wirtschaftsplan in T€	2024 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2025 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2026 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2027 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.
Umsatzerlöse	125.983	135.554	7,6%	138.462	2,1%	141.615	2,3%	144.511	2,0%
Sonstige betriebliche Erträge	5.616	5.829	3,8%	5.923	1,6%	6.016	1,6%	6.113	1,6%
∑ Erträge	131.599	141.383	7,4%	144.385	2,1%	147.631	2,2%	150.624	2,0%
Personalaufwand	101.075	107.182	6,0%	109.817	2,5%	112.485	2,4%	115.284	2,5%
Materialaufwand	16.591	17.310	4,3%	17.848	3,1%	18.130	1,6%	18.291	0,9%
Sonstige Aufwendungen	13.251	16.152	21,9%	15.931	-1,4%	16.203	1,7%	16.239	0,2%
∑ Aufwendungen	130.917	140.644	7,4%	143.596	2,1%	146.818	2,2%	149.814	2,0%
Zwischenergebnis (EBITDA)	682	739	8,4%	789	6,8%	813	3,0%	810	-0,4%
Abschreibungen (eigenfinanz.)	900	430	-52,2%	430	0,0%	430	0,0%	400	-7,0%
Operatives Ergebnis	-218	309	-241,7%	359	16,2%	383	6,7%	410	7,0%
Finanzierungsaufwendungen	205	205	0,0%	205	0,0%	205	0,0%	205	0,0%
Finanzierungserträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Finanzergebnis	-205	-205	0,0%	-205	0,0%	-205	0,0%	-205	0,0%
Außerordentliche Erträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis vor Steuern	-423	104	-124,6%	154	48,1%	178	15,6%	205	15,2%
Steuern	42	48	14,3%	48	0,0%	48	0,0%	48	0,0%
Überschuss / Fehlbetrag	-465	56	-112,0%	106	89,3%	130	22,6%	157	20,8%
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis	-465	56	-112,0%	106	89,3%	130	22,6%	157	20,8%

W I R T S C H A F T S P L A N

LVR-Klinik für Orthopädie Viersen

Entwurf 2024

LVR-Klinik für Orthopädie Viersen

Qualität für Menschen

Kapazität in Betten / Plätzen

Disziplin	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
Orthopädie	78	78	78
Summe vollstationäre Betten	**78**	**78**	**78**
Summe teilstationäre Plätze	**0**	**0**	**0**
Summe KHG-Bereich	**78**	**78**	**78**
Maßregelvollzug	**0**	**0**	**0**
Soziale Reha	**0**	**0**	**0**
Suchtentwöhnung / Med. Reha	**0**	**0**	**0**
Pflegeheimbereich	**0**	**0**	**0**
Jugendhilfe	**0**	**0**	**0**
Klinik Gesamt	**78**	**78**	**78**

Entwicklung des Personals

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
Vollkräfte Gesamt	148,78	140,34	131,00

Erfolgsplan

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Umsatzerlöse	23.262	21.583	18.709
Sonstige betriebliche Erträge	1.165	845	2.052
∑ Erträge	**24.427**	**22.428**	**20.761**
Personalaufwand	13.644	12.372	11.496
Materialaufwand	7.506	6.884	6.605
Sonstige Aufwendungen	3.214	3.338	3.188
∑ Aufwendungen	**24.364**	**22.594**	**21.289**
Zwischenergebnis (EBITDA)	**63**	**-166**	**-528**
Abschreibungen (eigenfinanziert)	64	64	66
Operatives Ergebnis	**-1**	**-230**	**-594**
Finanzierungsaufwendungen	10	10	2
Finanzierungserträge	0	0	0
Finanzergebnis	**-10**	**-10**	**-2**
Erträge aus Auflösung von Pensionszahlungen	0	0	0
Außerordentliches Ergebnis	**0**	**0**	**0**
Ergebnis vor Steuern	**-11**	**-240**	**-596**
Steuern	4	4	0
Überschuss / Fehlbetrag	**-15**	**-244**	**-596**
Entnahme aus Gewinnrücklagen	35	35	35
Ergebnis	**20**	**-209**	**-561**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

1) Umsatzerlöse

Die Umsatzerlöse setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Erlöse aus Krankenhausleistungen	21.372	19.623	17.098
Erlöse aus Wahlleistungen	440	440	412
Erlöse aus ambulanten Leistungen	430	500	386
Nutzungsentgelte der Ärzte	680	680	484
GuV Pos. 4a, Umsatzerlöse gem. § 277 Abs. 1 HGB	340	340	329
Umsatzerlöse	**23.262**	**21.583**	**18.709**

Den "Erlösen aus Krankenhausleistungen" liegen folgende Leistungsmengen zu Grunde:

Effektive Bewertungsrelationen

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
DRG eff. Bewertungsrelationen	**3.968,000**	**3.745,000**	**3.137,898**

Den "Erlösen aus ambulanten Leistungen" liegen folgende Fallzahlen zu Grunde:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
Ambulanzen	**9.100**	**9.100**	**8.625**
ambulante OP	**490**	**490**	**348**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

2) Sonstige betriebliche Erträge

Die Sonstigen betrieblichen Erträge setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Bestandsveränderungen	0	0	31
andere aktivierte Eigenleistungen	0	0	0
Zuweisungen und Zuschüsse	250	60	250
Erträge aus Hilfs- und Nebenbetrieben	850	750	813
Übrige Erträge (abzügl. GuV Pos. 4a)	65	35	958
Sonstige betriebliche Erträge	**1.165**	**845**	**2.052**

In den Zuweisungen und Zuschüssen sind Zuwendungen des LVR in Höhe von insgesamt 0,00 € enthalten.

3) Personalaufwand

Die Personalaufwendungen verteilen sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Ärztlicher Dienst	4.127	3.696	3.506
Pflegedienst	4.232	4.087	3.861
Medizinisch-Technischer Dienst	2.210	1.712	2.168
Funktionsdienst	1.991	2.012	1.138
Klinisches Hauspersonal	249	239	215
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	0	0	0
Technischer Dienst	0	0	0
Verwaltungsdienst	742	554	545
Sonderdienst	0	0	0
Sonstiges Personal	30	30	0
Ausbildungsstätten	0	0	0
Nicht zurechenbare Personalkosten	63	42	63
Personalaufwand	**13.644**	**12.372**	**11.496**

Auf den Stellenplan wird verwiesen.

4) Materialaufwendungen

Die Materialaufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Lebensmittel	322	368	299
Medizinischer Bedarf	5.737	5.221	4.884
Wasser, Energie, Brennstoffe	762	724	772
Wirtschaftsbedarf	684	570	650
Sonstige	1	1	0
Materialaufwand	**7.506**	**6.884**	**6.605**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

5) Sonstige Aufwendungen

Die Sonstigen Aufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Verwaltungsbedarf	1.463	1.244	1.375
Zentrale Dienstleistungen	648	742	638
Instandhaltungen Aufwand	415	577	474
Instand.aufw.rücklagefin. Baumaßnahm. gem GFP	0	0	0
Instand.aufwend. rücklagenfin. Baumaßnahmen	0	0	0
Wartung	230	167	246
Abgaben, Versicherungen	105	105	97
Übrige Aufwendungen	353	503	358
Sonstige Aufwendungen	**3.214**	**3.338**	**3.188**

6) Kassenkreditrahmen

Die Höhe der Kassenkredite beträgt 2.820.500 €.

LVR-Klinik Orthopädie Viersen **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

	Gesamtübersicht	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlungen / VE
		EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
		2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
	Investitionstätigkeit										
	Einzahlungen										
1	aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		0	0	0	0	0	0
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	0	0		0	0	0	0	0	0
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	164.926	164.926	164.926		164.926	164.926	164.926	164.926	164.926	1.154.482
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	262.287	266.710		267.000	267.000	267.000	267.000	262.287	1.596.997
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
9	**∑ der Einzahlungen**	**164.926**	**427.213**	**431.636**		**431.926**	**431.926**	**431.926**	**431.926**	**427.213**	**2.751.479**
	Auszahlungen										
10	für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	0	0	0		0	0	0	0	0	0
11	für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	0		0	0	0	0	0	0
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	262.287	266.710		267.000	267.000	267.000	267.000	262.287	1.596.997
14	für sonstige Investitionen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
15	**∑ der Auszahlungen**	**0**	**262.287**	**266.710**		**267.000**	**267.000**	**267.000**	**267.000**	**262.287**	**1.596.997**
16	*Verpflichtungsermächtigung zu Lasten*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*
17	**Saldo Investitionstätigkeit**	**164.926**	**164.926**	**164.926**		**164.926**	**164.926**	**164.926**	**164.926**	**164.926**	**1.154.482**
	Finanzierungstätigkeit										
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	0	0		0	0	0	0	0	0
20	Entnahme aus der Baupauschalenrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
21	**∑ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
23	Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	164.926	164.926	164.926		164.926	164.926	164.926	164.926	164.926	1.154.482
24	**∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**164.926**	**164.926**	**164.926**		**164.926**	**164.926**	**164.926**	**164.926**	**164.926**	**1.154.482**
25	**Saldo aus Finanzierungstätigkeit**	**-164.926**	**-164.926**	**-164.926**		**-164.926**	**-164.926**	**-164.926**	**-164.926**	**-164.926**	**-1.154.482**

LVR-Klinik Orthopädie Viersen **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Kurzfristige Anlagegüter 3 - 15 Jahre										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	262.287	266.710		267.000	267.000	267.000	267.000	262.287	1.596.997
∑ der investiven Einzahlungen	**0**	**262.287**	**266.710**		**267.000**	**267.000**	**267.000**	**267.000**	**262.287**	**1.596.997**
Auszahlungen										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	262.287	266.710		267.000	267.000	267.000	267.000	262.287	1.596.997
∑ der investiven Auszahlungen	**0**	**262.287**	**266.710**		**267.000**	**267.000**	**267.000**	**267.000**	**262.287**	**1.596.997**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*						
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Baupauschale KHG										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	164.926	164.926	164.926		164.926	164.926	164.926	164.926	164.926	1.154.482
∑ der Einzahlungen	**164.926**	**164.926**	**164.926**		**164.926**	**164.926**	**164.926**	**164.926**	**164.926**	**1.154.482**
Auszahlungen										
∑ der Auszahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Saldo Investitionstätigkeit	**164.926**	**164.926**	**164.926**		**164.926**	**164.926**	**164.926**	**164.926**	**164.926**	**1.154.482**
Finanzierungstätigkeit										
Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	164.926	164.926	164.926		164.926	164.926	164.926	164.926	164.926	1.154.482
∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	**164.926**	**164.926**	**164.926**		**164.926**	**164.926**	**164.926**	**164.926**	**164.926**	**1.154.482**
Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**164.926**	**164.926**	**164.926**		**164.926**	**164.926**	**164.926**	**164.926**	**164.926**	**1.154.482**
Ergebnis	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Klinik für Orthopädie Viersen

Stellenübersicht 2024 (Entwurf)

1. Beschäftigte	Entgelt-gruppe	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
	Sondervertrag	4,00	4,00	4,00
	11	1,00	1,00	0,00
	10	5,00	5,00	3,00
	9b	3,50	2,50	5,50
	9a	14,00	15,00	9,40
	8	5,00	1,50	8,08
	7	3,00	1,00	2,00
	6	0,00	3,50	0,00
	5	14,00	11,50	11,74
	3	5,00	7,00	7,60
Pflegedienst	P13	1,00	0,00	0,00
	P12	6,00	6,00	3,82
	P11	5,50	5,50	5,42
	P9	0,00	7,00	7,10
	P8	20,00	15,00	21,43
	P7	37,00	37,00	35,30
Ärzte	IV	5,00	5,00	4,85
	III	8,00	7,00	7,50
	II	10,00	10,00	4,80
	Summe	**147,00**	**144,50**	**141,54**

2. Nachwuchskräfte

Ausbildungsverhältnis	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Kr.- Pflegeschüler	50,00	50,00	36,00
Summe	**50,00**	**50,00**	**36,00**

3. Beamte

Im Stellenplan für das Haushaltsjahr 2024 des Landschaftsverbandes Rheinland sind für Beamte nachgewiesen:

Laufbahngruppe	Besoldungsgruppe	Zahl der Stellen 2024 insgesamt	darunter mit Zulage	darunter ausgesondert	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Höherer Dienst						
	A 14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Gehobener Dienst	- nichttechnischer Verwaltungsdienst -					
	A 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	A 9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mittlerer Dienst						
	A 9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Summe		**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

5. Sonstige Stellen

	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Freiwilliges Soziales Jahr	10,00	12,00	7,00
Summe	**10,00**	**12,00**	**7,00**

LVR-Klinik für Orthopädie Viersen

Finanzplan 2023 - 2027 (Entwurf)

	2023 Wirtschaftsplan in T€	2024 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2025 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2026 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2027 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.
Umsatzerlöse	21.583	23.262	7,8%	23.836	2,5%	24.425	2,5%	25.028	2,5%
Sonstige betriebliche Erträge	845	1.165	37,9%	1.186	1,8%	1.208	1,9%	1.230	1,8%
∑ Erträge	22.428	24.427	8,9%	25.022	2,4%	25.633	2,4%	26.258	2,4%
Personalaufwand	12.372	13.644	10,3%	13.983	2,5%	14.330	2,5%	14.686	2,5%
Materialaufwand	6.884	7.506	9,0%	7.693	2,5%	7.887	2,5%	8.074	2,4%
Sonstige Aufwendungen	3.338	3.214	-3,7%	3.283	2,1%	3.353	2,1%	3.435	2,4%
∑ Aufwendungen	22.594	24.364	7,8%	24.959	2,4%	25.570	2,4%	26.195	2,4%
Zwischenergebnis (EBITDA)	-166	63	138,0%	63	0,0%	63	0,0%	63	0,0%
Abschreibungen (eigenfinanz.)	64	64	0,0%	64	0,0%	64	0,0%	64	0,0%
Operatives Ergebnis	-230	-1	99,6%	-1	0,0%	-1	0,0%	-1	0,0%
Finanzierungsaufwendungen	10	10	0,0%	10	0,0%	10	0,0%	10	0,0%
Finanzierungserträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Finanzergebnis	-10	-10	0,0%	-10	0,0%	-10	0,0%	-10	0,0%
Außerordentliche Erträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis vor Steuern	-240	-11	95,4%	-11	0,0%	-11	0,0%	-11	0,0%
Steuern	4	4	0,0%	4	0,0%	4	0,0%	4	0,0%
Überschuss / Fehlbetrag	-244	-15	-93,9%	-15	0,0%	-15	0,0%	-15	0,0%
Entnahme aus Gewinnrücklagen	35	35	0,0%	35	0,0%	35	0,0%	35	0,0%
Ergebnis	-209	20	-109,6%	20	0,0%	20	0,0%	20	0,0%

W I R T S C H A F T S P L A N

LVR-Krankenhauszentralwäscherei

Entwurf 2024

Entwicklung des Personals

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024	2023	
Vollkräfte Gesamt	116,00	116,00	104,20

Erfolgsplan

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Umsatzerlöse	10.466	9.928	9.528
Sonstige betriebliche Erträge	514	489	683
∑ Erträge	**10.980**	**10.417**	**10.211**
Personalaufwand	6.086	5.699	4.903
Materialaufwand	3.095	2.982	3.500
Sonstige Aufwendungen	1.187	1.120	1.260
∑ Aufwendungen	**10.368**	**9.801**	**9.663**
Zwischenergebnis (EBITDA)	**612**	**616**	**548**
Abschreibungen (eigenfinanziert)	579	573	506
Operatives Ergebnis	**33**	**43**	**42**
Finanzierungsaufwendungen	2	2	1
Finanzierungserträge	0	0	0
Finanzergebnis	**-2**	**-2**	**-1**
Außerordentliche Erträge	0	0	0
Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0
Außerordentliches Ergebnis	**0**	**0**	**0**
Ergebnis vor Steuern	**31**	**41**	**41**
Steuern	6	5	6
Überschuss / Fehlbetrag	**25**	**36**	**35**
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	0	0
Ergebnis	**25**	**36**	**35**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

1) Umsatzerlöse

Die Umsatzerlöse setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Umsatzerlöse	**10.466**	**9.928**	**9.528**

Den Umsatzerlösen liegen folgende Leistungsmengen zu Grunde:

	Plan		Ergebnis 2022
Waschleistung in Tonnen	**Entwurf 2024**	**2023**	
Waschleistung gesamt	**4.415**	**4.400**	**4.419**

Aufgrund der positiven Leistungsentwicklung und der Preiserhöhung konnte das Umsatzniveau in 2022 die Kostensteigerung abdecken. Für die Folgejahre 2023 und 2024 stehen die Umsatzentwicklung in Abhängigkeit der finanziellen Anpassungen im Tarifrecht und der weiteren Entwicklung im Energiepreissektor.

2) Sonstige betriebliche Erträge

Die Sonstigen betrieblichen Erträge setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Bestandsveränderungen	0	0	0
Sonstige betriebliche Erträge	514	489	683
Sonstige betriebliche Erträge	**514**	**489**	**683**

Die sonstigen betrieblichen Erträgen setzen sich vor allem aus den Personalkostenzuschüssen für schwerbehinderte Mitarbeiter der Integrationsabteilung zusammen.

3) Personalaufwand

Die Personalaufwendungen verteilen sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	5.058	4.737	4.030
Technischer Dienst	264	247	229
Verwaltungsdienst	764	715	644
Personalaufwand	**6.086**	**5.699**	**4.903**

Auf den Stellenplan wird verwiesen.
Der Inflationsausgleich für den aktuellen Tarifabschluss wird mit einer Einmalzahlung in Höhe von 2.560 EUR in 2023 abgebildet. Für 2024 wird die tarifliche Steigerungsrate (5,5%) und der Inflationsausgleich eingerechnet.

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

4) Materialaufwendungen

Die Materialaufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
Wäschebeschaffung	901	804	972
Dampf	1.083	1.117	1.161
Wasser	192	183	195
Strom	277	264	291
Hilfs- und Betriebsstoffe	497	476	482
Aufwendungen für RHB	**2.950**	**2.844**	**3.101**
Aufwendungen für bezogene Leistungen	**145**	**138**	**399**
Materialaufwand	**3.095**	**2.982**	**3.500**

5) Sonstige Aufwendungen

Die Sonstigen Aufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	
außerordentliche Aufwendungen	0	0	0
Verwaltungskosten	457	439	301
Instandsetzung von Gebäuden	185	169	205
Instandsetzung von Maschinen	133	121	110
Beiträge, Versicherungen	82	78	79
Sonstige betriebliche Aufwendungen	330	313	565
Sonstige Aufwendungen	**1.187**	**1.120**	**1.260**

6) Kassenkreditrahmen

Die Höhe der Kassenkredite beträgt 1.264.500 €.

LVR-Krankenhauszentralwäscherei **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

	Gesamtübersicht	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
		EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
		2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
	Investitionstätigkeit										
	Einzahlungen										
1	aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		0	0	0	0	0	0
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	0	0		0	0	0	0	0	0
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	150.000	150.000		150.000	150.000	150.000	150.000	150.000	900.000
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
9	**∑ der Einzahlungen**	**0**	**150.000**	**150.000**		**150.000**	**150.000**	**150.000**	**150.000**	**150.000**	**900.000**
	Auszahlungen										
10	für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	0	0	0		0	0	0	0	0	0
11	für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	0		0	0	0	0	0	0
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	783.000	620.000		865.000	720.000	720.000	720.000	783.000	4.428.000
14	für sonstige Investitionen	0	48.000	52.000		47.000	47.000	47.000	47.000	48.000	288.000
15	**∑ der Auszahlungen**	**0**	**831.000**	**672.000**		**912.000**	**767.000**	**767.000**	**767.000**	**831.000**	**4.716.000**
16	*Verpflichtungsermächtigung zu Lasten*	*0*	*0*	*0*	*3.025.000*	*865.000*	*720.000*	*720.000*	*720.000*	*0*	*3.025.000*
17	**Saldo Investitionstätigkeit**	**0**	**-681.000**	**-522.000**		**-762.000**	**-617.000**	**-617.000**	**-617.000**	**-681.000**	**-3.816.000**
	Finanzierungstätigkeit										
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	681.000	522.000		762.000	617.000	617.000	617.000	681.000	3.816.000
20	Entnahme aus der Baupauschalenrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
21	**∑ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**0**	**681.000**	**522.000**		**762.000**	**617.000**	**617.000**	**617.000**	**681.000**	**3.816.000**
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
23	Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
24	**∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
25	**Saldo aus Finanzierungstätigkeit**	**0**	**681.000**	**522.000**		**762.000**	**617.000**	**617.000**	**617.000**	**681.000**	**3.816.000**

LVR-Krankenhauszentralwäscherei **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Ersatzbeschaffungen für den Fuhrpark						**Projekt Nr.**	**NN**			**Zuständigkeit: KHZW**
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	125.000	130.000		155.000	160.000	160.000	160.000	125.000	890.000
∑ der Auszahlungen	**0**	**125.000**	**130.000**		**155.000**	**160.000**	**160.000**	**160.000**	**125.000**	**890.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*635.000*	*155.000*	*160.000*	*160.000*	*160.000*		*635.000*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**-125.000**	**-130.000**		**-155.000**	**-160.000**	**-160.000**	**-160.000**	**-125.000**	**-890.000**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	125.000	130.000		155.000	160.000	160.000	160.000	125.000	890.000
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**0**	**125.000**	**130.000**		**155.000**	**160.000**	**160.000**	**160.000**	**125.000**	**890.000**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Neuinvestitonen in Trockner und Waschmaschinen Bedburg-Hau und Viersen						**Projekt Nr.**	**NN**			**Zuständigkeit: KHZW**
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	150.000	0		0	0	0	0	150.000	150.000
∑ der Einzahlungen	**0**	**150.000**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**150.000**	**150.000**
Auszahlungen										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	200.000	100.000		400.000	150.000	150.000	150.000	200.000	1.150.000
∑ der Auszahlungen	**0**	**200.000**	**100.000**		**400.000**	**150.000**	**150.000**	**150.000**	**200.000**	**1.150.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*850.000*	*400.000*	*150.000*	*150.000*	*150.000*		*850.000*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**-50.000**	**-100.000**		**-400.000**	**-150.000**	**-150.000**	**-150.000**	**-50.000**	**-1.000.000**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	50.000	100.000		400.000	150.000	150.000	150.000	50.000	1.000.000
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**0**	**50.000**	**100.000**		**400.000**	**150.000**	**150.000**	**150.000**	**50.000**	**1.000.000**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Neuinvestitonen in Mangel/Falttechnik Bedburg-Hau und Viersen						**Projekt Nr.**	**NN**			**Zuständigkeit: KHZW**
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	0	150.000		150.000	150.000	150.000	150.000	0	750.000
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**150.000**		**150.000**	**150.000**	**150.000**	**150.000**	**0**	**750.000**
Auszahlungen										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	458.000	390.000		310.000	410.000	410.000	410.000	458.000	2.388.000
∑ der Auszahlungen	**0**	**458.000**	**390.000**		**310.000**	**410.000**	**410.000**	**410.000**	**458.000**	**2.388.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*1.540.000*	*310.000*	*410.000*	*410.000*	*410.000*		*1.540.000*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**-458.000**	**-240.000**		**-160.000**	**-260.000**	**-260.000**	**-260.000**	**-458.000**	**-1.638.000**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	458.000	240.000		160.000	260.000	260.000	260.000	458.000	1.638.000
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**0**	**458.000**	**240.000**		**160.000**	**260.000**	**260.000**	**260.000**	**458.000**	**1.638.000**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Krankenhauszentralwäscherei **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023 - 2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Kurzfristige Anlagegüter 3 - 15 Jahre										
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen										
für sonstige Investitionen	0	48.000	52.000		47.000	47.000	47.000	47.000	48.000	288.000
∑ der investiven Auszahlungen	**0**	**48.000**	**52.000**		**47.000**	**47.000**	**47.000**	**47.000**	**48.000**	**288.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*0*						
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**-48.000**	**-52.000**		**-47.000**	**-47.000**	**-47.000**	**-47.000**	**-48.000**	**-288.000**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	48.000	52.000		47.000	47.000	47.000	47.000	48.000	288.000
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**0**	**48.000**	**52.000**		**47.000**	**47.000**	**47.000**	**47.000**	**48.000**	**288.000**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Krankenhauszentralwäscherei

Stellenübersicht 2024 (Entwurf)

1. Beschäftigte

Entgelt-gruppe	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Sondervertrag	1,00	1,00	1,00
15	0,00	0,00	0,00
14	0,00	0,00	0,00
13	0,00	0,00	0,00
12	0,00	0,00	0,00
11	1,00	1,00	1,00
10	0,00	0,00	0,00
9b	3,00	3,00	3,00
9a	0,00	1,00	1,00
9	0,00	0,00	0,00
8	0,00	0,00	0,00
7	0,00	0,00	0,00
6	12,00	12,00	12,00
5	31,00	32,00	32,00
4	15,00	15,00	15,00
3	2,00	2,00	2,00
2 Ü	1,00	1,00	1,00
2	15,00	16,00	16,00
1	57,00	53,00	53,00
Summe	**138,00**	**137,00**	**137,00**

2. Nachwuchskräfte

Ausbildungsverhältnis	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Ausbild. Verwaltung	0,00	0,00	0,00
Ausbild. Handwerk	3,00	3,00	3,00
Summe	**3,00**	**3,00**	**3,00**

LVR-Krankenhauszentralwäscherei

Finanzplan 2023 - 2027 (Entwurf)

	2023 Wirtschaftsplan in T€	2024 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2025 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2026 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2027 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.
Umsatzerlöse	9.928	10.466	5,4%	10.701	2,2%	10.967	2,5%	11.242	2,5%
Sonstige betriebliche Erträge	489	514	5,1%	529	2,9%	534	0,9%	539	0,9%
∑ Erträge	10.417	10.980	5,4%	11.230	2,3%	11.501	2,4%	11.781	2,4%
Personalaufwand	5.699	6.086	6,8%	6.239	2,5%	6.395	2,5%	6.555	2,5%
Materialaufwand	2.982	3.095	3,8%	3.173	2,5%	3.241	2,1%	3.322	2,5%
Sonstige Aufwendungen	1.120	1.187	6,0%	1.197	0,8%	1.227	2,5%	1.258	2,5%
∑ Aufwendungen	9.801	10.368	5,8%	10.609	2,3%	10.863	2,4%	11.135	2,5%
Zwischenergebnis (EBITDA)	616	612	-0,6%	621	1,5%	638	2,7%	646	1,3%
Abschreibungen (eigenfinanz.)	573	579	1,0%	592	2,2%	605	2,2%	618	2,1%
Operatives Ergebnis	43	33	-23,3%	29	-12,1%	33	13,8%	28	-15,2%
Finanzierungsaufwendungen	2	2	0,0%	1	-50,0%	1	0,0%	1	0,0%
Finanzierungserträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Finanzergebnis	-2	-2	0,0%	-1	-50,0%	-1	0,0%	-1	0,0%
Außerordentliche Erträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis vor Steuern	41	31	-24,4%	28	-9,7%	32	14,3%	27	-15,6%
Steuern	5	6	20,0%	6	0,0%	6	0,0%	6	0,0%
Überschuss / Fehlbetrag	36	25	-30,6%	22	-12,0%	26	18,2%	21	-19,2%
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis	36	25	-30,6%	22	-12,0%	26	18,2%	21	-19,2%

W I R T S C H A F T S P L A N

LVR-Institut für Forschung und Bildung

Entwurf 2024

Leistungsentwicklung

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024	2023	2022
Kurse	110	90	96
Teilnehmer*innen Akademie	1.890	1.571	1.525
Teilnehmer*innentage	6.150	5.833	5.765
Zertifikatsabschlüsse	20	19	12
Drittmittelprojekte	3	3	0
Teilnehmer*innen Traineeprogramm	3	3	0

Entwicklung des Personals

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024	2023	2022
Vollkräfte Gesamt	27,65	26,65	12,70

Erfolgsplan

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	2022 TEUR
Umsatzerlöse	1.125	1.166	937
Sonstige betriebliche Erträge	2.141	2.119	1.961
∑ Erträge	**3.266**	**3.285**	**2.898**
Personalaufwand	2.525	2.551	1.908
Materialaufwand	55	55	107
Sonstige Aufwendungen	680	675	868
∑ Aufwendungen	**3.260**	**3.281**	**2.883**
Zwischenergebnis (EBITDA)	**6**	**4**	**15**
Abschreibungen (eigenfinanziert)	4	4	4
Operatives Ergebnis	**2**	**0**	**11**
Finanzierungsaufwendungen	0	0	0
Finanzierungserträge	0	0	0
Finanzergebnis	**0**	**0**	**0**
Außerordentliches Ergebnis	**0**	**0**	**0**
Ergebnis vor Steuern	**2**	**0**	**11**
Steuern	0	0	0
Überschuss / Fehlbetrag	**2**	**0**	**11**
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	0	0
Ergebnis	**2**	**0**	**11**

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

1) Umsatzerlöse

Die Umsatzerlöse setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	TEUR
Leistungserlöse der LVR-Kliniken	0	0	0
Drittmittelerlöse	465	556	507
GuV Pos. 4a, Umsatzerlöse gem. § 277 Abs. 1 HGB	0	0	0
Teilnehmer*innengebühren	660	610	430
Umsatzerlöse	**1.125**	**1.166**	**937**

2) Sonstige betriebliche Erträge

Die Sonstigen betrieblichen Erträge setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	TEUR
Bestandsveränderungen	0	0	0
andere aktivierte Eigenleistungen	0	0	0
Zuweisungen und Zuschüsse	2.141	2.119	1.882
Erträge aus Hilfs- und Nebenbetrieben	0	0	0
Übrige Erträge (abzügl. GuV Pos. 4a)	0	0	79
Sonstige betriebliche Erträge	**2.141**	**2.119**	**1.961**

3) Personalaufwand

Die Personalaufwendungen verteilen sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

	Plan		Ergebnis 2022
	Entwurf 2024 TEUR	2023 TEUR	TEUR
Ärztlicher Dienst	245	235	147
Medizinisch-Technischer Dienst	858	953	660
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	49	46	49
Verwaltungsdienst	534	508	203
Sonstiges Personal	25	38	0
Ausbildungsstätten	814	771	734
Nicht zurechenbare Personalkosten	0	0	115
Personalaufwand	**2.525**	**2.551**	**1.908**

Auf den Stellenplan wird verwiesen.

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2024 (Entwurf)

4) Materialaufwendungen

Die Materialaufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024	2023	2022
	TEUR	TEUR	TEUR
Lebensmittel	5	5	8
Medizinischer Bedarf	0	0	0
Wasser, Energie, Brennstoffe	50	50	83
Wirtschaftsbedarf	0	0	3
Sonstige	0	0	13
Materialaufwand	**55**	**55**	**107**

5) Sonstige Aufwendungen

Die Sonstigen Aufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis
	Entwurf 2024	2023	2022
	TEUR	TEUR	TEUR
Verwaltungsbedarf	150	128	21
Zentrale Dienstleistungen	190	216	192
Instandhaltungen Aufwand	15	7	300
Wartung	1	1	0
Abgaben, Versicherungen	2	2	0
Übrige Aufwendungen	322	321	355
Sonstige Aufwendungen	**680**	**675**	**868**

6) Kassenkreditrahmen

Die Höhe der Kassenkredite beträgt 377.000 €.

LVR-Institut für Forschung und Bildung **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023-2027**

	Gesamtübersicht	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlungen / VE
		EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
		2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
	Investitionstätigkeit										
	Einzahlungen										
1	aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		0	0	0	0	0	0
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	0	0		0	0	0	0	0	0
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
9	**∑ der Einzahlungen**	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
	Auszahlungen										
10	für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	0	0	0		0	0	0	0	0	0
11	für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	0		0	0	0	0	0	0
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	50.000	50.000		5.000	5.000	5.000	5.000	0	70.000
14	für sonstige Investitionen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
15	**∑ der Auszahlungen**	**0**	**50.000**	**50.000**		**5.000**	**5.000**	**5.000**	**5.000**	**0**	**70.000**
16	*Verpflichtungsermächtigung zu Lasten*	*0*	*0*	*0*	*20.000*	*5.000*	*5.000*	*5.000*	*5.000*	*0*	*20.000*
17	**Saldo Investitionstätigkeit**	**0**	**-50.000**	**-50.000**		**-5.000**	**-5.000**	**-5.000**	**-5.000**	**0**	**-70.000**
	Finanzierungstätigkeit										
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	50.000	50.000		5.000	5.000	5.000	5.000	0	70.000
20	Entnahme aus der Baupauschalenrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
21	**∑ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**0**	**50.000**	**50.000**		**5.000**	**5.000**	**5.000**	**5.000**	**0**	**70.000**
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
23	Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
24	**∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit**	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
25	**Saldo aus Finanzierungstätigkeit**	**0**	**50.000**	**50.000**		**5.000**	**5.000**	**5.000**	**5.000**	**0**	**70.000**

LVR-Institut für Forschung und Bildung **Vermögensplan 2024 / Investitionsprogramm 2023-2027**

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun-gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2022	2023	2024	2024	2025	2026	2027	spätere Jahre	2023	
Ersatz- und Neubeschaffung Mobiliar						**Projekt Nr.**	**NN**			**Zuständigkeit: Institut**
Einzahlungen										
∑ der Einzahlungen	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Auszahlungen für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	50.000	50.000		5.000	5.000	5.000	5.000	0	70.000
∑ der Auszahlungen	**0**	**50.000**	**50.000**		**5.000**	**5.000**	**5.000**	**5.000**	**0**	**70.000**
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				*20.000*	*5.000*	*5.000*	*5.000*	*5.000*		*20.000*
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	**0**	**-50.000**	**-50.000**		**-5.000**	**-5.000**	**-5.000**	**-5.000**	**0**	**-70.000**
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	50.000	50.000		5.000	5.000	5.000	5.000	0	70.000
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	**0**	**50.000**	**50.000**		**5.000**	**5.000**	**5.000**	**5.000**	**0**	**70.000**
Saldo gesamt	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

LVR-Institut für Forschung und Bildung

Stellenübersicht 2024 (Entwurf)

1. Beschäftigte	Entgelt-gruppe	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
	Sondervertrag	1,30	1,30	1,25
	14	3,00	3,00	3,50
	13	11,00	11,00	9,58
	12	4,00	4,00	4,00
	11	3,00	3,00	3,00
	10	0,00	1,00	0,00
	9	1,00	1,00	1,00
	8	1,00	1,00	1,77
	6	0,50	0,50	0,50
	5	0,50	0,50	0,50
	4	0,00	0,00	0,21
	3	2,00	2,00	1,45
Ärzte	IV	1,00	1,00	1,00
	Summe	**28,30**	**29,30**	**27,76**

2. Nachwuchskräfte

Ausbildungsverhältnis	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Berufspraktikant/ABM	0,00	0,00	0,00
Kr.- Pflegeschüler	0,00	0,00	0,00
Ausbild. Verwaltung	0,00	0,00	0,00
Ausbild. Handwerk	0,00	0,00	0,00
Psychologen im Praktikum	0,00	0,00	0,00
Summe	**0,00**	**0,00**	**0,00**

3. Beamte

Im Stellenplan für das Haushaltsjahr 2024 des Landschaftsverbandes Rheinland sind für Beamte nachgewiesen:

Laufbahngruppe	Besoldungsgruppe	Zahl der Stellen 2024			Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
		insgesamt	darunter			
			mit Zulage	ausgesondert		
Höherer Dienst						
	A 16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	A 15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	A 14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	A 13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Summe	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

5. Sonstige Stellen

	Zahl der Stellen 2024	Zahl der Stellen 2023	Besetzt am 31.12.2022
Bundesfreiwilligendienst	0,00	0,00	0,00
Freiwilliges Soziales Jahr	0,00	0,00	0,00
Summe	**0,00**	**0,00**	**0,00**

LVR-Institut für Forschung und Bildung

Finanzplan 2023 - 2027 (Entwurf)

	2023 Wirtschaftsplan in T€	2024 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2025 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2026 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.	2027 Wirtschaftsplan in T€	Veränderung ggü. Vorjahr in v. H.
Umsatzerlöse	1.166	1.125	-3,5%	1.175	4,4%	1.225	4,3%	1.275	4,1%
Sonstige betriebliche Erträge	2.119	2.141	1,0%	2.333	9,0%	2.356	1,0%	2.398	1,8%
∑ Erträge	3.285	3.266	-0,6%	3.508	7,4%	3.581	2,1%	3.673	2,6%
Personalaufwand	2.551	2.525	-1,0%	2.725	7,9%	2.786	2,2%	2.845	2,1%
Materialaufwand	55	55	0,0%	25	-54,5%	25	0,0%	25	0,0%
Sonstige Aufwendungen	675	680	0,7%	756	11,2%	762	0,8%	796	4,5%
∑ Aufwendungen	3.281	3.260	-0,6%	3.506	7,5%	3.573	1,9%	3.666	2,6%
Zwischenergebnis (EBITDA)	4	6	50,0%	2	-66,7%	8	300,0%	7	-12,5%
Abschreibungen (eigenfinanz.)	4	4	0,0%	4	0,0%	4	0,0%	4	0,0%
Operatives Ergebnis	0	2	0,0%	-2	-200,0%	4	-300,0%	3	-25,0%
Finanzierungsaufwendungen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Finanzierungserträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Finanzergebnis	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliche Erträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis vor Steuern	0	2	0,0%	-2	-200,0%	4	-300,0%	3	-25,0%
Steuern	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Überschuss / Fehlbetrag	0	2	0,0%	-2	-200,0%	4	-300,0%	3	-25,0%
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis	0	2	0,0%	-2	-200,0%	4	-300,0%	3	-25,0%

Die Direktorin des Landschaftsverbandes Rheinland

Qualität für Menschen

Vorlage Nr. 15/2012

öffentlich

Datum: 02.11.2023
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Frau Schröder, Frau Scharf, Herr Blücher

Krankenhausausschuss 3	**13.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 2	**14.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 4	**15.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 1	**16.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Gesundheitsausschuss	**17.11.2023**	**Beschluss**
Ausschuss für Inklusion	**21.11.2023**	**Kenntnis**

Tagesordnungspunkt:

Migration und Diversity im Wandel: Neuausrichtung des Aufgabenprofils der Integrationsbeauftragten im LVR-Klinikverbund

Beschlussvorschlag:

Die Weiterentwicklung bzw. Erweiterung des Aufgabenprofils der Integrationsbeauftragten (auf Grundlage des LVR-Diversity-Konzepts) wird gemäß Vorlage Nr. 15/2012 beschlossen. Zur Umsetzung wird pro LVR-Klinik in 2024 eine verbindliche Freistellung von mindestens 0,5 Vollzeitstelle eingerichtet. Eine Anhebung auf bis zu 2,0 Vollzeitstellen in 2025 ff. kann vorgenommen werden, wenn Größe und Angebotsspektrum der LVR-Klinik es erforderlich machen.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

Diese Vorlage berührt eine oder mehrere Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der BRK.	ja

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2025.	ja

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (lfd. Jahr):

Produktgruppe:	
Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	Aufwendungen: /Wirtschaftsplan
Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:	Auszahlungen: /Wirtschaftsplan
Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:	
Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten	

In Vertretung

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

Worum geht es hier?

In leichter Sprache



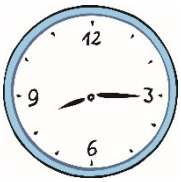
In den LVR-Kliniken arbeiten Integrationsbeauftragte.
Die Integrationsbeauftragten kümmern sich um Patient*innen mit Migrationshintergrund.

Die Menschen in Deutschland sind sehr unterschiedlich.
Auch die Patient*innen in den LVR-Kliniken sind verschieden.
Sie haben deshalb unterschiedliche Bedürfnisse.



Alle Patient*innen müssen gut behandelt werden.
Deswegen sollen sich die Integrationsbeauftragten jetzt um mehr Bedürfnisse kümmern.

Sie kümmern sich dann auch um Behinderung, Geschlecht und Alter.
Dafür sollen die Integrationsbeauftragten mehr Zeit bekommen.



Haben Sie Fragen zu diesem Text?
Dann können Sie beim LVR in Köln anrufen:
0221-809-2202.



Der Zusatztext in leichter Sprache soll zum einen die Verständlichkeit der Vorlage insbesondere für Menschen mit Lernschwierigkeiten konkret verbessern, zum anderen für die Grundsätze der Zugänglichkeit und Barrierefreiheit im Bereich Information und Kommunikation im Sinne der Zielrichtungen 6 und 8 des LVR-Aktionsplans zur UN-Behindertenrechtskonvention sensibilisieren.

Mit der Telefonnummer 0221-809-2202 erreicht man die zentrale Stabsstelle Inklusion – Menschenrechte – Beschwerden (00.300). Sie gibt oder vermittelt bei Bedarf gern weitere Informationen.

Zusammenfassung:

Aktuelle gesellschaftliche und politische Entwicklungen wie auch fachliche Diskurse und Forschungsergebnisse machen in Bezug auf Migration und Diversity eine teilweise Neuausrichtung der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgungskonzepte des LVR erforderlich. Grundlage hierfür ist u.a. das LVR-Diversity-Konzept. Um diskriminierungsfreie Zugänge zu Behandlung zu ermöglichen, müssen zukünftig (neben migrations- und kulturspezifischen Aspekten) weitere Vielfaltsdimensionen systematisch mit einbezogen werden.
Eine entsprechende übergreifende Gesamtstrategie für die klinische wie außerklinische Versorgung von Menschen mit Zuwanderungs- und Fluchtgeschichte wird den politischen Gremien in 2024 vorgestellt. Die in der hiesigen Vorlage Nr. 15/2012 beschriebene Weiterentwicklung und Erweiterung des Aufgabenprofils der Integrationsbeauftragten (IB) im LVR-Klinikverbund ist hierbei als ein wesentlicher Baustein der zukünftigen Gesamtstrategie anzusehen. Explizit sollen insbesondere die Bedarfe der Abteilungen des Maßregelvollzugs (MRV) in den LVR-Kliniken mit in den Fokus genommen werden.

Die IB sind als kompetente Ansprechpersonen für die Belange von zugewanderten und geflüchteten Patient*innen langjährig etabliert. Es erscheint daher folgerichtig, diese bereits bestehenden Strukturen für eine Diversity-orientierte Weiterentwicklung zu nutzen und durch eine gezielte Erweiterung von Kompetenzen der IB umzusetzen und zu professionalisieren. Dies kann jedoch nur durch eine gleichmäßige Bereitstellung ausreichender personeller Ressourcen und die strukturelle Verankerung als Stabsstelle – mit entsprechenden Handlungsbefugnissen – in allen LVR-Kliniken gelingen (je nach klinikspezifischer Weiterentwicklung als „Manager*in für Migration und Diversity", „Koordinationsstelle/Stabsstelle für Diversity und Migration", „Beauftragte*r für Antirassismus, Migration und Diversity", o.ä.).

Eine verbindliche Freistellung von mindestens 0,5 Vollzeitstelle pro LVR-Klinik in 2024 wird aufgrund der Erweiterung des Aufgabenspektrums als erforderlich angesehen. Eine Anhebung auf bis zu 2,0 Vollzeitstellen in 2025 ff. kann vorgenommen werden, wenn Klinikgröße, Angebotsspektrum (u.a. spezifische Bereiche wie MRV oder KJPPP, Dezentralisierungsgrad, etc.) und Ausdifferenzierung des Aufgabenprofils es erforderlich machen.
Pro Standort ist ein klinikspezifisches Konzept zu erarbeiten. Die dort festgelegten Maßnahmen und Aufgaben können dabei anteilig durch mehrere Fachkräfte mit unterschiedlichen Tätigkeitsschwerpunkten übernommen werden. In diesem Fall ist jedoch eine Leitung für die Stabs-/Koordinierungsstelle zu benennen. Auch klinikübergreifende Lösungen können und sollen nach Einrichtung der Freistellung von 0,5 Vollzeitstelle pro Klinik grundsätzlich mitgedacht, überprüft und dort, wo es inhaltlich und fachlich sinnvoll erscheint, umgesetzt werden.

Die LVR-Universitätsklinik Essen setzt seit dem 01.01.2023 als Modell-Klinik das LVR-Diversity-Konzept um. Das Tätigkeitsfeld des IB wurde auf das eines „Diversity- und Migrationsmanagers" erweitert, und die Freistellung auf 0,5 Vollzeitstelle erhöht. Der Klinikvorstand berichtet, durch die Ausrichtung des Konzepts auf die Bedürfnisse und Bedarfe von Mitarbeitenden und Patient*innen könnten Mitarbeitende die

Gleichstellung und Berücksichtigung ihrer persönlichen Bedarfe einfordern und fühlten sich dadurch deutlicher wertgeschätzt und gesehen. Dies führe zu einer positiveren Grundhaltung in der klinischen Arbeit, wodurch die Patient*innen noch mehr profitierten.

Die Verwaltung schlägt vor, die beschriebene Neuausrichtung des Aufgabenprofils der IB im LVR-Klinikverbund nach drei Jahren der Umsetzung auszuwerten und ggf. Anpassungen vorzunehmen.

Begründung der Vorlage Nr. 15/2012

Inhalt

1. Ausgangslage 4
2. Diversity und Migration: Entwicklung einer Gesamtstrategie für die zukünftige Ausrichtung in der klinischen und außerklinischen Versorgung 4
3. Arbeit und Aufgabenprofil der IB im LVR-Klinikverbund 5
3.1 Ist-Stand 5
3.2 Weiterentwicklungsbedarf des Aufgabenprofils 6
3.3 Erforderliche strukturelle und personelle Anpassungen 8
4. LVR-Universitätsklinik Essen: vom Integrationsbeauftragten zum Diversity- und Migrationsmanager - modellhafte Weiterentwicklung des Aufgabenbereichs 9
5. Zusammenarbeit mit dem LVR-Kompetenzzentrum Migration 10
6. Zusammenfassende Einschätzung und Ausblick 11

1. Ausgangslage

Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) unterstützt seit mehr als 20 Jahren aktiv die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen mit Zuwanderungs- und Fluchtgeschichte durch unterschiedliche Angebote, Initiativen und Förderprogramme. Innerhalb des LVR-Klinikverbundes war – neben der Umsetzung des LVR-Klinikverbundprojekt Migration, aus dem 2018 das LVR-Kompetenzzentrum Migration hervorgegangen ist - die Benennung von jeweils mindestens einer*m Integrationsbeauftragten (IB) pro Klinik ein zentraler Meilenstein. Außerdem setzt sich der LVR-Klinikverbund durch die aktive Beteiligung am bundesweiten Bündnis Sprachmittlung (vgl. Vorlage Nr. 15/1452) darüber hinaus für die Übernahme von Sprachmittlungskosten im Gesundheitswesen (SGB V) ein.

2. Diversity und Migration: Entwicklung einer Gesamtstrategie für die zukünftige Ausrichtung in der klinischen und außerklinischen Versorgung

In dem Bestreben, die psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Flucht- und Zuwanderungsgeschichte im LVR für die Zukunft ganzheitlicher und inklusiver auszurichten, ist perspektivisch eine neue gesamtstrategische Ausrichtung des LVR in Bezug auf Migration und Diversity in der klinischen wie außerklinischen Versorgung geplant. Diese soll den politischen Gremien durch den FB 84 im Laufe des Jahres 2024 vorgestellt werden.

Die in der hiesigen Vorlage Nr. 15/2012 beschriebene diversitätsorientierte Weiterentwicklung des Aufgabenprofils der IB ist hierbei als ein wesentlicher Baustein der Gesamtstrategie anzusehen. Die Bedarfe der Abteilungen des Maßregelvollzugs (MRV) in den LVR-Kliniken mit ihren eigenen Erfordernissen und Bedarfen sollen hierbei explizit mit in den Fokus genommen werden.

In Bezug auf die spezifische Versorgung von Patient*innen mit Zuwanderungs- und Fluchtgeschichte kann zukünftig nicht allein auf den Aspekt der (erzwungenen) Migration und damit „nur" auf die – weiterhin hoch relevanten - Sprach- und Kulturbarrieren

fokussiert werden. Weitere Vielfaltsdimensionen müssen systematisch mit einbezogen werden, um Patient*innen diskriminierungsfreie Zugänge zu Behandlung zu ermöglichen. Grundlage hierfür stellt das LVR-Diversity-Konzept dar, das mit einem deutlichen menschenrechtlichen Bezug seit 2021 die Weiterentwicklung der Gleichstellungs- und Antidiskriminierungsarbeit im LVR vorgibt (siehe Vorlage Nr. 15/584[1]).
Die Einnahme einer intersektionalen Perspektive erlaubt es hierbei, Wechselbeziehungen sozialer Ungleichheiten bzw. von Machtverhältnissen in den Blick zu nehmen. So können die komplexen Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Vielfaltsdimensionen besser nachvollzogen und darauf angemessen reagiert werden. Insbesondere die Schnittstelle von Migration und Armut sollte intensiver in den Blick genommen werden, um die Bedarfe und Bedürfnisse der strukturell besonders benachteiligten Mitglieder unserer Gesellschaft zu berücksichtigen und die Relevanz in Bezug auf fehlende Versorgungsgerechtigkeit hervorzuheben.

Für eine moderne personenzentrierte Versorgung aller Patient*innen bzw. Klient*innen/ Nutzenden müssen zukünftig die nicht-stationären und aufsuchenden Angebote der LVR-Kliniken ausgebaut sowie die klinischen und außerklinischen Versorgungsangebote deutlich enger miteinander verzahnt werden. Die allgemeine wirtschaftliche Situation und der Mangel an Fachkräften stellen hierbei eine große Herausforderung dar (vgl. hierzu Vorlagen Nr. 15/1313: „Stresstest" LVR-Klinikverbund und 15/1460: Bericht GA-Reise 2022). Gleichzeitig bietet sich hiermit jedoch auch die Chance, bedarfsgerechte Versorgung neu zu denken und zu konzipieren. Eine diversitätssensible Aufstellung und Positionierung des LVR-Klinikverbundes stellt nicht nur eine wichtige Erforderlichkeit in Bezug auf die Patient*innenversorgung dar, sondern kann – mit Hinblick auf den Fachkräftemangel –dazu beitragen, die Arbeitgeberattraktivität zu steigern, und bietet eine Möglichkeit zur Stärkung der Unternehmenskultur.

Für den Bereich Flucht und Migration werden hierbei Qualität und Vernetzung der Arbeit der IB der LVR-Kliniken, des LVR-Kompetenzzentrums Migration sowie der Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration (SPKoM) eine zentrale Rolle spielen. Die verbindliche Kooperation dieser wichtigen Akteur*innen muss - im Sinne eines Kompetenznetzwerks - gestärkt und nachhaltig verankert werden.
Das Angebot spezifischer Veranstaltungen zu den Themen Migration und Diversity für unterschiedliche Zielgruppen im LVR soll verstetigt und ggf. ausgebaut werden. Die LVR-Migrationsfachtagung am 08./09.08.2023 hat hierfür wichtige Impulse gegeben und Bedarfe aufgezeigt, die es zu decken gilt[2].

3. Arbeit und Aufgabenprofil der IB im LVR-Klinikverbund

3.1 Ist-Stand

Seit der Benennung des ersten IB in 2006 (LVR-Klinik Köln) haben sich durch gesellschaftliche Veränderungen im Hinblick auf das Thema Migration immer wieder wesentliche neue Herausforderungen ergeben. Zu nennen sind hier – nach den Anwerbeabkommen vor allem der 1950er und 1960er Jahre - beispielhaft die Arbeitsmigration im Rahmen der EU-Erweiterung sowie die Arbeitsaufnahme nach der

[1] https://www.charta-der-vielfalt.de/uploads/tx_dreipccdvdiversity/LVR-Diversity-Konzept.pdf
[2] https://tagungen-klinikverbund.lvr.de/de/nav_main/veranstaltungen/migrationsfachtagung/rueck__und_ausblick/rueck__und_ausblick.html

Westbalkanregelung, aber auch große Fluchtbewegungen der vergangenen Jahre aus unterschiedlichen Ländern nach Deutschland (z. B. der Krieg in Syrien). Seit 2022 trägt vor allem der Krieg in der Ukraine zur Aktualität der Thematik bei, aber auch der aktuell wiederaufgeflammte Nahostkonflikt und die Verschärfung der politischen Debatte rund um Einwanderung und Asylpolitik sollen hier genannt werden. Es kann festgestellt werden, dass die Thematik mitten in unserer Gesellschaft angekommen ist. Nicht zuletzt durch die zunehmend spürbaren Auswirkungen des Klimawandels und dem damit einhergehenden und prognostizierten Anstieg von Klimageflüchteten gewinnt das Thema der (erzwungenen) Migration bei gleichzeitig zunehmender Heterogenität dieser Gruppe perspektivisch eine stetig zunehmende Relevanz[3].

Die Arbeit der IB hat sich im klinischen Bereich als unverzichtbar erwiesen, um die bedarfsgerechte Versorgung von Patient*innen mit Zuwanderungs- und/oder Fluchtgeschichte im Blick zu behalten und – in Kooperation mit dem LVR-Kompetenzzentrum Migration - eine entsprechende Angebotsentwicklung und die hierfür erforderliche Qualifizierung von Mitarbeitenden zu unterstützen.

Für die Umsetzung der bisherigen Aufgaben der IB wurde 2016 gemäß Antrag Nr. 14/148 seitens des Gesundheitsausschusses eine Freistellung im Umfang von 0,25 Vollzeitstelle empfohlen. Aktuell sind die IB zwar in fast allen LVR-Kliniken freigestellt, der Umfang variiert jedoch von 0,5 Vollzeitstelle (LVR-Klinik Köln und LVR-Uniklinik Essen/seit 01.01.2023) über wenige Stunden pro Woche bis hin zu weiterhin fehlender Freistellung.

Die spezifischen Herausforderungen und Bedarfe der Abteilungen des MRV in Bezug auf Patient*innen mit Zuwanderungs- und Fluchtgeschichte sind durch den LVR-FB 82 in den Jahren 2020 und 2021 in einem Projekt[4] systematisch erhoben worden. Die o.g. bislang begrenzten Ressourcen der IB hatten allerdings zur Folge, dass - obwohl die Abteilungen des MRV formal (als Abteilungen in den LVR-Kliniken) ebenfalls zum Tätigkeitsfeld der IB zählen - in der Praxis nur punktuell eine Unterstützung in Bezug auf die Umsetzung spezifischer Maßnahmen erfolgen konnte. Auch die bislang grundsätzlich fehlende fachliche Expertise in Bezug auf die Belange des MRV muss hier genannt werden.

3.2 Weiterentwicklungsbedarf des Aufgabenprofils

Mittlerweile ist in den LVR-Kliniken das Bewusstsein dafür gewachsen, dass die bedarfsgerechte Versorgung von psychisch kranken Migrant*innen und Geflüchteten ein hoch relevantes Thema sowohl der Qualitätsentwicklung als auch der Patient*innensicherheit darstellt. Zur Herstellung wirklicher Versorgungsgerechtigkeit sind die bereits etablierten Angebote vor allem aufgrund fehlender Ressourcen jedoch nicht bedarfsdeckend. Davon abgesehen fehlen an einigen Standorten weiterhin valide Konzepte und Standards, sodass z. B. Zugangsbarrieren durch fehlende Sprachkompetenz, erschwerten Zugänge zu traumaspezifischen Angeboten (u.a. in den Traumaambulanzen) und insbesondere Rassismusproblemen im Gesundheitswesen (im

[3] Vgl. z.B. https://www.worldbank.org/en/news/infographic/2018/03/19/groundswell---preparing-for-internal-climate-migration ; https://www.internal-displacement.org/global-report/grid2023/ ; https://www.tagesschau.de/ausland/amerika/un-extremwetter-vertriebene-kinder-100.html

[4] „Analyse spezifischer Bedarfe in der Versorgung forensisch untergebrachter Patient*innen mit Migrationshintergrund" (Projektleitung Dr. S. Hufnagel, LVR-FB 82)

Sinne von strukturellem Ausschluss oder struktureller Gewalt) bislang nur unzureichend begegnet wird[5].

Unsere Gesellschaft ist heute vielfältiger denn je, was sich ebenfalls in der Patient*innenschaft des LVR-Klinikverbundes widerspiegelt.[6] Der gleich gute, diskriminierungsfreie Zugang zur Gesundheitsversorgung stellt ein Menschenrecht dar und fällt darüber hinaus unter das Diskriminierungsverbot gem. Art. 3 Abs. 3 Grundgesetz. Vor dem Hintergrund der steigenden Herausforderungen durch die wachsende Vielfalt innerhalb der Patient*innengruppen muss deshalb ein erhöhtes Bewusstsein für den Schutz vor Diskriminierung aufgrund des Vorliegens weiterer Diversity-Merkmalen bestehen[7].

Eine Erweiterung des Tätigkeitsfeldes der IB auf diese Vielfaltsdimensionen und der Aufbau transkategorialer Kompetenz ist erforderlich, um langfristig und nachhaltig eine ganzheitliche, diskriminierungssensible Versorgung von Patient*innen sicherzustellen. Es ist davon auszugehen, dass hierdurch ebenfalls eine weitere Verbesserung des Gewaltschutzes erreicht werden kann (im Sinne der Vorlage Nr. 15/300).
Es wird daher angestrebt, das Aufgabenprofil der IB auszuweiten. Die LVR-Universitätsklinik Essen hat auf Grundlage einer Bedarfsanalyse bereits modellhaft mit der Umsetzung des LVR-Diversity-Konzepts begonnen und das Stellenprofil des früheren IB entsprechend erweitert (siehe Kapitel 4.). Der in der Essener Klinik für die durchgeführte Bedarfsanalyse eingesetzte online-Fragebogen wird den anderen LVR-Kliniken als Instrument zur Verfügung gestellt, so dass alle LVR-Kliniken in die Lage versetzt werden, zu Beginn des kommenden Jahres eine entsprechende Erhebung durchzuführen.

Inhaltlich soll in jeder Klinik evaluiert werden, welche migrations- und diversitätssensiblen Maßnahmen und Konzepte bereits vorliegen, gebündelt und/oder ggf. ausgeweitet werden können bzw. sollen. In diesem Zusammenhang ist auch zu erfassen, welche Vielfaltsdimensionen – neben kultur- und migrationsspezifischen Aspekten - für die Patient*innenschaft und die Mitarbeitenden der jeweiligen LVR-Klinik in einem ersten Schritt von besonderer Relevanz sind.
Der Ausbau von Schnittstellen sowohl zu innerklinischen Bereichen (wie z.B. zu Personalverwaltung, -management und -recruiting, Rechtsabteilungen, Qualitätsmanagementbeauftragten sowie Öffentlichkeitsarbeit), zur LVR-Stabsstelle für Gleichstellung und Gender Mainstreaming, zur LVR-Stabsstelle für Menschenrechte, Inklusion und Beschwerden (ZBM, AGG-Stelle) als auch zu Akteur*innen der außerklinischen Versorgung ist ein weiterer Baustein. Auch sei nochmals explizit darauf verwiesen, dass insbesondere die konzeptionelle Weiterentwicklung zusammen mit den Abteilungen des MRV innerhalb der LVR-Kliniken in den Fokus genommen werden soll.

---

[5] Vgl. z.B. https://www.aerzteblatt.de/archiv/224906/Rassismus-im-Gesundheitswesen-Kein-Einzelfall

[6] Vgl. z.B. Berichte der Staatlichen Besuchskommissionen der letzten Jahre. Insbesondere bei der Prüfung von § 2 Abs. 1 PsychKG NRW konnte hier eine steigende Vielfältigkeit innerhalb der Patient*innenschaft festgestellt werden, z.B. in Bezug auf sexuelle Orientierung bzw. Identität.

[7] LVR-Diversity-Konzept, S. 3: „Das LVR-Diversity-Konzept basiert auf den sog. Diskriminierungsgründen des § 1 AGG und diesen sechs daraus abgeleiteten Vielfaltsdimensionen: Lebensalter, Geschlecht und geschlechtliche Identität, sexuelle Orientierung und Identität, Behinderung, ethnische Herkunft und Nationalität, Religion und Weltanschauung…"

Die inhaltliche sowie strukturelle Ausrichtung sollte in einem - zumindest grob skizzierten - klinikspezifischen Konzept im Laufe des ersten Halbjahrs 2024 (bis zum 30.06.2024) erarbeitet worden sein und ab dann fortlaufend evaluiert und angepasst werden.

Die Bezeichnung „Integrationsbeauftragte*r" wird dem erweiterten Aufgabeninhalt nicht mehr vollumfänglich gerecht und ist darüber hinaus nicht mehr zeitgemäß.
Daher wird aus Gründen der Außen- und Innendarstellung, Verständlichkeit und Verdeutlichung der dahinterstehenden diskriminierungssensiblen und diversitätsorientierten Haltung dringend empfohlen, die Bezeichnung entsprechend anzupassen (z.B. „Manager*in für Migration und Diversity", „Koordinationsstelle/ Stabsstelle für Diversity und Migration", „Beauftragte*r für Antirassismus[8], Migration und Diversity", o.ä.). Hier sind die seitens der Klinik als relevant identifizierten Handlungsfelder richtungsweisend. Die Entwurfsfassung der Stellenbeschreibung „Diversity- und Migrationsmanager" der LVR-Universitätsklinik Essen, die sich aktuell in externer Prüfung bzgl. der Wertigkeit befindet, ist beispielhaft angefügt (Anlage 1).

Das Konzept kann nur auf Basis einer entsprechenden Professionalisierung der mit der Koordinierung beauftragten Kolleg*innen erfolgreich umgesetzt werden, also durch Aufbau und stetige Aktualisierung theoretisch fundierten Wissens und praxisbezogener Expertise.
Um die Qualität der Arbeit in diesem Zusammenhang zu sichern, sollten grundlegende einschlägige Qualifizierungen vorliegen bzw. die Absolvierung solcher Qualifizierungen (z. B. Diversity-Training, Diversity-Management, Studium Gender Studies, etc.) ermöglicht sowie fortlaufende (spezifische) Weiterqualifizierungen gewährleistet werden. Für die Abteilungen des MRV können darüber hinaus juristische Expertise zur Schnittstelle MRV und Ausländer-/Asylrecht oder forensische Expertise als relevant benannt werden.

Inhaltliche Abstimmungen wie auch z.T. gebündelte Angebote hierzu im Klinikverbund (Fachforum Migration, LVR-Kompetenzzentrum sowie Verbundzentrale) erscheinen sinnvoll und ressourcenschonend. Diese sollen erarbeitet und in der zukünftigen Gesamtstrategie verankert werden.

3.3 Erforderliche strukturelle und personelle Anpassungen

Um die klinikspezifische Erweiterung des Aufgabenprofils mit entsprechend daraus folgenden Tätigkeiten der Diversity- und Migrationsmanager*innen zu ermöglichen, ist in allen LVR-Kliniken eine ausreichende Freistellung der Kolleg*innen sicherzustellen.

Im Laufe des Jahres 2024 ist für das erweiterte Aufgabenspektrum je LVR-Klinik eine verbindliche Freistellung von mindestens 0,5 Vollzeitstelle einzurichten. Abhängig von Größe und Ausrichtung der Klinik (u. a. Anzahl der Betten im KHG- und MRV-Bereich, Dezentralisierungsgrad, spezifische Bereiche wie die KJPPP, ausdifferenziertes Aufgabenspektrum, etc.) kann der Umfang der Freistellung auf bis zu 2,0 Vollzeitstellen in 2025 ff. ausgedehnt werden.

Aufgrund der Koordinierungsfunktion bezüglich der genannten Querschnittsaufgaben sollte(n) die*der „Manager*in für Migration und Diversity" als Stabsstelle dem

[8] Vgl. z.B.: https://www.uke.de/organisationsstruktur/zentrale-bereiche/personalbeauftragte/integrationsbeauftragte-des-uke/index.html

Klinikvorstand insgesamt zugeordnet und im Organigramm der Klinik entsprechend sichtbar verankert werden. Das Aufgabenspektrum muss dabei nicht allein von einer*m Mitarbeitenden erfüllt werden, sondern kann anteilig durch mehrere (qualifizierte oder entsprechend zu qualifizierende) Fachkräfte mit unterschiedlichen Tätigkeitsschwerpunkten erfolgen. In diesem Fall wäre eine Leitung der Stabs-/Koordinierungsstelle zu benennen. Diese ist federführend zuständig für Erstellung und Koordinierung der Umsetzung des klinikspezifischen Konzeptes. Innerhalb der in 2024 verbindlich einzurichtenden Freistellung von 0,5 Vollzeitstelle ist ihr ein Stellenanteil von mindestens 0,25 Vollzeitstelle zuzuordnen.

Die Erweiterung der Aufgabeninhalte sowie der Ausbau der Schnittstellen macht erforderlich, ein klares Aufgabenprofil für die Migrations- und Diversitymanager*innen zu erstellen, um den Tätigkeitsinhalt von rein operativen Aufgaben anderer Professionen, bspw. sozialarbeiterischen Tätigkeiten, abzugrenzen.

4. LVR-Universitätsklinik Essen: vom Integrationsbeauftragten zum Diversity- und Migrationsmanager - modellhafte Weiterentwicklung des Aufgabenbereichs

Die LVR-Universitätsklinik Essen hat als erste Klinik im Klinikverbund begonnen, sich dem Thema Diversity strukturiert anzunehmen, und setzt seit dem 01.01.2023 als Modell-Klinik das LVR-Diversity-Konzept um. Der Klinikvorstand ist überzeugt, dass die Bedarfe von Patient*innen durch den gesellschaftlichen Wandel weit über die bisher sehr guten Ergebnisse der Migrationsarbeit hinausgehen und sich die Klinik zeitgemäßer präsentieren muss. Aus eigener Überzeugung, aber auch um die Bedarfe der Patient*innen und zusätzlich die der Mitarbeitenden zu berücksichtigen, wird das LVR-Diversity-Konzept als notwendig, hilfreich und bereichernd erachtet.

Der frühere IB, Francesco Peulen, verfügt seit dem 01.01.2023 über eine Freistellung von 50 %/0,5 Vollzeitstelle (vormals 25 %/0,25 Vollzeitstelle) für die Aufgabenerfüllung in den Bereichen Migration und Diversity.
Das Tätigkeitsfeld des IB wurde auf das eines „Diversity- und Migrationsmanagers" erweitert. Herr Peulen hat mit Unterstützung der Klinik bereits erfolgreich eine Ausbildung zum Diversity-Trainer absolviert. Um das Diversity-Konzept in der Klinik zu etablieren, wurde zunächst eine Bedarfs- und Bedürfnisanalyse in Form einer zweiteiligen Mitarbeitendenbefragung durchgeführt, die vom 01.10.2022 bis 31.03.2023 im Rahmen eines Traineeprojekts durch die LVR-Verbundzentrale unterstützt wurde.

In einem ersten Schritt wurden im Rahmen von Berufsgruppen-, Hierarchie- und Abteilungs-übergreifenden Austauschtreffen Themen und Bedarfe zum Erleben von „Vielfalt am Arbeitsplatz" erarbeitet. Der zweite Teil der Analyse stellte eine anonyme Online-Mitarbeitendenbefragung dar.

Beispielhafte zentrale Aussagen der Befragungen sind u.a.:

- Diversität unter den Mitarbeitenden sei zwingend nötig, um die Diversität der Patient*innen berücksichtigen zu können
- Grundsätzlich wertschätzende und positive Grundhaltung gegenüber Vielfalt in der Essener Klinik, aber „Luft nach oben"

- Vielfalt wird insgesamt respektiert, bestimmte Bedarfe werden jedoch nicht immer gesehen und/oder berücksichtigt
- Haltung einzelner Mitarbeitender und Führungskräfte entscheidend für das Gelingen einer vielfaltssensiblen Arbeitsweise in einer Abteilung - Bedarfe (der MA und Pat.) werden noch nicht ausreichend berücksichtigt.

Erste Handlungsableitungen in der LVR-Universitätsklinik Essen anhand der Befragungsergebnisse sind:

- Durchführung von Schulungen und Fortbildungen als Sensibilisierungsmaßnahmen zur Vermeidung von Diskriminierung und für das Verständnis für Diversity
- Barrierefreiheit, Raum- und Milieugestaltung: Einführung von Unisex-Toiletten mit kostenfreien Hygieneprodukte, Gestaltung und deutlichere Übersicht barrierefreier Toiletten, Rückzugsmöglichkeiten für Gebetspausen, z.B. Raum der Stille u.m.
- Verbesserung der Versorgung von Transgender-Patient*innen im Rahmen eines Queer-Health-Projektes, konkrete Erarbeitung von Handlungsstrategien
- Verbesserung interkultureller Kompetenzen: Durchführung von mehr Inhouse-Schulungen und bedarfsorientierten Teamschulungen
- Projekte zum Thema „Lebensalter":
  Mentoring-Projekt - Wissenstransfer im Tandem (Wissen erfahrener pflegerischer Leitungen wird an unerfahrene (neue und junge) Leitungen im Tandem vermittelt), eine Ausweitung auf alle Mitarbeitende ist vorgesehen
  Generation Z - Wünsche und Erwartungen von Pflegefachpersonen der GenZ an ihren Arbeitgeber
- Bewerbung für das EU-Projekt „Förderung der Gleichstellung und zur Bekämpfung von Rassismus, Fremdenfeindlichkeit und Diskriminierung"

Die in der LVR-Universitätsklink begonnene Umsetzung des Diversity-Konzepts kann jetzt schon als erfolgreich erachtet werden, da dieses auf die Bedürfnisse und Bedarfe von Mitarbeitenden und Patient*innen ausgerichtet ist. Mitarbeitende können die Gleichstellung und Berücksichtigung ihrer persönlichen Bedarfe einfordern und fühlen sich dadurch deutlicher wertgeschätzt und gesehen. Dies führt zu einer positiveren Grundhaltung in der klinischen Arbeit, wodurch die Patient*innen noch mehr profitieren.

Es wird seitens der Verwaltung angeregt, dass Herr Peulen in der ersten Sitzung des Gesundheitsausschusses (19.01.2024) die Umsetzung des Themas „Diversity und Migration" in der LVR-Universitätsklinik Essen vorstellt.

5. Zusammenarbeit mit dem LVR-Kompetenzzentrum Migration

Wie bereits in Vorlage Nr. 15/1862 ausgeführt, wurde mit der Etablierung des LVR-Kompetenzzentrums Migration 2018 eine übergreifende fachliche Bündelungs- und Servicestruktur für die trans- und interkulturelle Arbeit innerhalb des LVR-Klinikverbunds geschaffen. Diese hat sich für unterschiedlichste Akteur*innen in den LVR-Kliniken wie auch in der außerklinischen Versorgung als äußerst wertvoll erwiesen. Insbesondere für die Arbeit der IB stellt das LVR-Kompetenzzentrum eine wichtige Unterstützungsstruktur dar, indem auf gemeldete Bedarfe reagiert wird, z.B. durch Konzeption und Angebot von Fortbildungen, (Inhouse-) Schulungen, Supervisionen oder die Entwicklung von Arbeitshilfen.

Durch Beschluss der Vorlage Nr. 15/1862 konnte erstmals eine dreijährige Förderung des LVR-Kompetenzzentrums gewährleistet werden, sodass nun eine Ressourcenallokation und damit eine langfristigere Planung, vor allem in Bezug auf die inhaltliche Gestaltung der Aufgaben des Kompetenzzentrums, ermöglicht wird.

Durch die geplante Einrichtung einer unbefristeten Stelle im LVR-Kompetenzzentrum Migration sind die personellen und zeitlichen Ressourcen gegeben, um neben der strategischen Ausrichtung des Kompetenzzentrums selbst auch die Weiterentwicklung der Diversity- und Migrationsmanager*innen zu begleiten und mit passend abgestimmten Aktivitäten zu unterstützen.

6. Zusammenfassende Einschätzung und Ausblick

Vor dem Hintergrund der aktuellen gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen, aber auch fachlicher Diskurse und Forschungsergebnisse muss die Gesamtstrategie des LVR in Bezug auf Migration und Diversity in der klinischen wie außerklinischen Versorgung in Teilen neu ausgerichtet werden. Grundlage hierfür ist unter anderem das im Jahr 2021 verabschiedete LVR-Diversity-Konzept.

Die IB im LVR-Klinikverbund sind bereits langjährig als kompetente und über das klinikverbundweite Fachforum Migration vernetzte Ansprechpersonen für die Belange von Patient*innen mit Zuwanderungs- und Fluchtgeschichte etabliert. Zudem wurde die diversitätsorientierte Weiterentwicklung in Kooperation mit dem LVR-Kompetenzzentrum Migration wie auch mit dem FB 84 in den vergangenen Jahren bereits punktuell vorangetrieben. Dies spiegelt sich z.B. in den mit den IB abgestimmten Schulungsangeboten des LVR-Kompetenzzentrums oder der Durchführung der LVR-Migrationsfachtagung im August 2023 wider.

Es erscheint daher folgerichtig, für eine Diversity-orientierte, rassismus- und diskriminierungssensible Weiterentwicklung im LVR-Klinikverbund diese bereits bestehenden Strukturen zu nutzen und durch die in Vorlage Nr. 15/2012 beschriebene Erweiterung von Kompetenzen der IB umzusetzen und zu professionalisieren.
Dies kann jedoch nur durch eine (bislang lediglich partiell realisierte) gleichmäßige Bereitstellung ausreichender personeller Ressourcen über alle Kliniken hinweg und die entsprechende strukturelle Verankerung als eine dem Klinikvorstand zugeordnete Stabsstelle – mit entsprechenden Handlungsbefugnissen - umgesetzt werden (z.B. als „Manager*in für Migration und Diversity", „Koordinationsstelle/Stabsstelle für Diversity und Migration", „Beauftragte*r für Antirassismus, Migration und Diversity", o.ä. – je nach klinikspezifisch gewählten Schwerpunktsetzungen).
Ein entsprechendes klinikspezifisches Konzept ist (auf Grundlage einer Ist-Stand-Erhebung) bis zum 30.06.2024 zu erarbeiten.

Das Aufgabenspektrum kann perspektivisch anteilig durch mehrere Fachkräfte mit unterschiedlichen Tätigkeitsschwerpunkten umgesetzt werden, wobei in diesem Fall die Benennung einer Leitung erfolgen sollte. Insbesondere in der Phase der Neukonzeption bzw. des Aufbaus ist sicherzustellen, dass Federführung, Koordinierung und Handlungskompetenz in einer Hand liegen. Innerhalb der in 2024 einzurichtenden, verbindlichen Freistellung von 0,5 Vollzeitstelle ist daher der*m Koordinator*in bzw. der

Leitung der Stabs-/ Koordinierungsstelle ein Stellenanteil von mindestens 0,25 zuzuordnen.
Auch klinikübergreifende Lösungen können und sollen nach Einrichtung einer Freistellung von 0,5 VK pro Klinik grundsätzlich mitgedacht, überprüft und dort, wo es inhaltlich und fachlich sinnvoll erscheint, umgesetzt werden. Ein besonders dringlich zu fokussierendes Thema stellt der Einbezug der Abteilungen des MRV dar.

Die gemeinsame Ausrichtung und Haltung auf Ebene des LVR-Klinikverbunds ist parallel hierzu voranzutreiben, um die Qualität der Arbeit sowie einheitliche Standards sicherzustellen und Synergieeffekte zu erzeugen. Es soll –mit Unterstützung aus FB 84 – z. B. darauf hinarbeitet werden, dass die (früheren) IB sowie die Kolleg*innen der SPKoM gemeinsame Qualifikationen durchlaufen. Perspektivisch soll ein verlässliches Kompetenznetzwerk aufgebaut werden (v.a. IB, LVR-Kompetenzzentrum Migration, SPKoM), welches als Ressource für die klinische wie außerklinische Arbeit genutzt werden und zukünftigen Versorgungskonzepten mit verstärkter ambulant-aufsuchender, sektorenübergreifender bzw. sozialraumorientierter Arbeit Rechnung tragen kann.

Wie das unter 4. beschriebene Modell der LVR-Universitätsklinik Essen zeigt, wird die begonnene Umsetzung des LVR-Diversity-Konzepts bereits nach wenigen Monaten durch den Klinikvorstand als Erfolg eingeschätzt: Dieses biete eine Ausrichtung auf die Bedürfnisse und Bedarfe von Mitarbeitenden und Patient*innen, Mitarbeitende könnten die Gleichstellung und Berücksichtigung ihrer persönlichen Bedarfe einfordern und fühlten sich dadurch deutlicher wertgeschätzt und gesehen. Dies führe zu einer positiveren Grundhaltung in der klinischen Arbeit, wodurch die Patient*innen ebenfalls profitierten.

Die Verwaltung schlägt vor, die Neuausrichtung des Aufgabenprofils der IB im LVR-Klinikverbund nach drei Jahren der Umsetzung auszuwerten und ggf. Anpassungen vorzunehmen.

In Vertretung

W e n z e l – J a n k o w s k i

Familienname, Vorname, Geburtsdatum			Funktionsbezeichnung	
Peulen, Francesco, 08.01.1978			Diversity- und Migrationsmanager	
LVR-Fachbereich	**LVR-Abteilung**	**Sachgebiet/Team/Gruppe**	**Stellen-Nr.**	**derzeitiger Stellenwert**
Dez 8	LVR Klinik Essen	Stabstelle Klinikvorstand		50%VK

Die Tätigkeiten nehme ich wahr seit:		
01.01.2023		
Ich bin unterstellt:	Mir sind folgende Stellen laut GVPlan unterstellt (Name, Funktion, Wertigkeit):	
Klinikvorstand	☐ Fachaufsicht	☐ Dienst- und Fachaufsicht
Ich werde vertreten von:	Ich vertrete:	
Keine Vertretung	---	

Entwurf

1. ARBEITSBESCHREIBUNG

Lfd. Nr.	Verzeichnis der Tätigkeiten (was wird getan?)	Ziel-/Aufgaben - Hintergrund (welche Aufgaben sollen erfüllt, welche Ziele erreicht werden?)	Anteilverh. in % (Zeitanteil)
1	Entwickeln und implementieren einer Strategie und eines Konzeptes zur Umsetzung von Diversity-Maßnahmen; Überprüfung von Zielen, messbaren Ergebnissen und Mitarbeitendenbefragung	1.Förderung von Vielfalt und Inklusion in der Klinik; Verfolgung des Fortschritts in Bezug auf Vielfalt und Inklusion	15%
2	Zusammenarbeit mit allen Abteilungen und Führungskräften, Implementierung und Betreuung einer Steuerungsgruppe mit Expert*innen zu den Diversity-Dimensionen	2.Sicherstellen, dass die Klinik eine inklusive und diverse Arbeitsumgebung schafft und die Durchdringung in den einzelnen Fachabteilungen stattfindet, Ansprechpartner*innen für einzelne Dimensionen betreuen und Aufgaben absprechen	25%
3	Planung und Durchführung von Schulungen und Sensibilisierungsmaßnahmen sowie themenorientierte Projekte, Anleitung von Mitarbeitende und Ansprechpartner für Patient*innen zum Thema Diversity und Inklusion; Begleitung und Mitarbeit von wissenschaftliche Arbeiten und Projekte (z.B. EU-Projekte in Kooperation mit verschiedenen Abteilungen und externen Kliniken	3. das Bewusstsein für Diversity und Inklusion stärken, Anleitung zur Umsetzung bieten, fachliche Informationen und Hintergrundwissen zum Thema Diversity und Inklusion vermitteln;	40%
4	Erstellung von Schulungsmaterialien, Berichten und Handlungsempfehlungen	4. für eine transparente Arbeit und zur Verbesserung der Diversitätsziele	10%

5	Aufbau eines Netzwerkes innerhalb des LVR und mit externen Organisationen	5.Austausch und Kooperationen, die Klinik extern zum Thema Diversity und Inklusion repräsentieren	10%

2. Dienstliche Beziehungen

Nr. der Tätigkeiten	Darstellung der wesentlichen dienstlichen Beziehungen unter Angabe von Zielsetzungen, von erläuterungsbedürftigen oder strittigen Themen und von Gesprächspartnern
1-6	• Berichtet regelmäßig Ergebnisse an den Klinikvorstand und jährlich vor dem Krankenhausausschuss, regelmäßige Jour Fixe Termine mit dem Klinikvorstand • Zusammenarbeit und Austausch mit allen Kliniken und Abteilungen, mit dem SQE (zur Implementierung von Diversity-Themen im Rahmen des EFQM und des Strategiehandbuches) • Kooperiert mit externen Organisationen, Netzwerken und Interessengruppen im Bereich Vielfalt und Migration • Kooperiert im Dezernat 8 und ich gesamten LVR mit wichtigen Dienststellen zum Thema Diversity und Inklusion, z.B. als Multiplikator der Gleichstellungsstelle für die Umsetzung des Präventionskonzepts zur sexuellen Belästigung am Arbeitsplatz

3. Handlungsspielraum

Nr. der Tätigkeiten	Bei welchen Tätigkeiten besteht Handlungsspielraum und wo ist er wie groß?
1-6	Erweiterter Handlungsspielraum bei der Umsetzung der mit dem Klinikvorstand besprochenen und vom Klinikvorstand genehmigten Maßnahmen • Verantwortlich für die Entwicklung und Implementierung der Diversitätsstrategie und -Maßnahmen • Alleinige Verantwortung bei Gestaltung und Durchführung von Diversity-Trainings, Schulungen und Sensibilisierungsmaßnahmen • Verantwortlich für die Datenanalyse und Berichterstattung zur Diversität und Inklusion in der Klinik • nimmt regelmäßig an Fortbildungen und Fachtagungen zum Thema Diversity und Migration teil

4a. Ausführungsverantwortung

Nr. der Tätigkeiten	Aufzählung der Bereiche oder Personenkreise, auf die sich das Arbeitsverhalten in der Regel auswirkt
1-6	Alle Mitarbeitende und Patient*innen der LVR Universitätsklink Essen, alle Kliniken und Abteilungen der LVR Universitätsklinik Essen

4b. Leitungsverantwortung

Erläuterung zu:

1. Größe der Zielgruppe
2. Anforderungen an Personalführung und Organisationsgestaltung
3. Anforderungen an Gestaltung und Bewirtschaftung des Budgets

Entwurf

5. Voraussetzungen, Anforderungsprofil

Sonstige Erklärungen über die zur Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Voraussetzungen (Kenntnisse, Fortbildungen, notwendige Lehrgänge, Vor- und Ausbildung etc.)
- Vorkenntnisse und Erfahrungen im interkulturellen Bereich / in der Arbeit mit Vielfalt und interkultureller Öffnung - Auseinandersetzung mit dem LVR- Diversity-Konzept und die Bereitschaft, ein daran angelehntes Konzept anzupassen und umzusetzen - Pädagogische Vorkenntnisse und Kommunikation, Moderationskenntnisse - Weiterbildung als Diversity-Trainer / Diversity-Manager und die Bereitschaft, sich stetig im Thema weiterzubilden - Fundiertes Verständnis der aktuellen Themen und Herausforderungen im Bereich der Vielfalt und Inklusion. - zwischenmenschliche Fähigkeiten und die Fähigkeit, mit verschiedenen Stakeholder und Führungskräften auf allen Ebenen Klinik zusammenzuarbeiten

Die Richtigkeit der Eintragungen wird bescheinigt: Unterschrift der Abteilungs- bzw. LVR-Fachbereichsleitung	Datum, Unterschrift des Stelleninhabers/der Stelleninhaberin
Unterschrift der Geschäftsleitung	

Entwurf

Die Direktorin des Landschaftsverbandes Rheinland

Qualität für Menschen

Vorlage Nr. 15/1760

öffentlich

Datum: 07.11.2023
Dienststelle: Fachbereich 81
Bearbeitung: Frau Groner

Krankenhausausschuss 3	**13.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 2	**14.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 4	**15.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Krankenhausausschuss 1	**16.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Gesundheitsausschuss	**17.11.2023**	**empfehlender Beschluss**
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	**01.12.2023**	**empfehlender Beschluss**
Landschaftsausschuss	**07.12.2023**	**Beschluss**

Tagesordnungspunkt:

Führungskräfteentwicklung im LVR-Klinikverbund ab 2024

Beschlussvorschlag:

Dem Konzept zur Führungskräfteentwicklung im LVR-Klinikverbund ab 2024 inklusive der finanziellen Auswirkungen wird gemäß Vorlage Nr. 15/1760 zugestimmt.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

Diese Vorlage berührt eine oder mehrere Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der BRK.	ja

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2025.	ja

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (lfd. Jahr):

Produktgruppe:	
Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	Aufwendungen: /Wirtschaftsplan
Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:	Auszahlungen: /Wirtschaftsplan
Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:	
Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten	

L u b e k

Zusammenfassung

Mit der Vorlage Nr. 13/622 wurde im Jahr 2010 das Programm zur Unterstützung der Führungskräfteentwicklung im LVR-Klinikverbund und das berufsgruppenübergreifende Programm für Führungsnachwuchskräfte für den LVR-Klinikverbund beschlossen.

Alle Führungskräfte im LVR-Klinikverbund tragen eine wichtige Verantwortung, denn sie prägen mit ihrem Führungsverhalten direkt das Arbeitsumfeld der Mitarbeitenden. Ein Arbeitsumfeld, das in Zeiten von ausgeprägtem Fachkräftemangel, wachsender Komplexität und dem gleichzeitigen Anspruch an eine hervorragende Versorgung im LVR-Klinikverbund allen Beteiligen Vieles abverlangt.

Im vorliegenden Konzept wird eine Aktualisierung der Führungskräfteentwicklung im LVR-Klinikverbund auf der Grundlage aktueller Entwicklungen und Rahmenbedingen vorgeschlagen. Das hier beschriebene neue Programm richtet sich an alle Führungskräfte mit Personalverantwortung, unabhängig von der Führungsebene sowie Nachwuchskräfte.

Es umfasst die Kompetenzbereiche Haltung, Entwicklung, Handlung, Wissen und Reflexion**.** Allen Kompetenzbereichen sind verschiedene Angebote in Form von ein- bis zweitägigen Seminaren zugeordnet. Die Führungskräfte nehmen die Angebote entsprechend ihrer individuellen Schwerpunktsetzung in Bezug auf die jeweils wahrgenommene Führungsfunktion, Vorerfahrung und den persönlichen Bedarf wahr. Den Rahmen gibt dabei die Verpflichtung zur Teilnahme an 6 Angeboten in fünf Jahren. Diese Pflicht beinhaltet auch die Teilnahme am Kernmodul „Wertorientierte Führung im LVR" aus dem Kompetenzbereich Haltung. Dieses bringt alle, die beim LVR Personal führen auf einen gemeinsamen Nenner und den Verbund näher an das Ziel eine gemeinsame Führungskultur zu entwickeln.

Darüber hinaus profitieren die Personen neben klassischen Präsenzformaten auch von Online-Formaten und Blended Learning Angeboten, eine Lernform, bei der Präsenzveranstaltungen und E-Learning kombiniert werden.

Die Steuerung des Angebotes erfolgt jahresaktuell bedarfs- und ressourcenorientiert über das IFuB (Sparte Bildung).

Das LVR-Institut für Training, Beratung und Entwicklung sowie das IFUB (Sparte Bildung) arbeiten im Rahmen der Angebote des Programmes zusammen.

Das neue Curriculum wurde in der Vorstandsvorsitzendenkonferenz des LVR-Klinikverbundes am 07.06.2023 abgestimmt. Eine Finanzierung soll anteilig aus dem Dezernats-Budget des Dezernates 8 und über die Umlage der Klinikbudgets erfolgen. Das personalvertretungsrechtliche Verfahren wurde eingeleitet.

Begründung der Vorlage Nr. 15/1760:

Führungskräfteentwicklung im LVR-Klinikverbund ab 2024

Inhalt

1. Rahmenbedingungen 3
2. Zielgruppe 4
3. Kompetenzbereiche und Kernmodul 4
   Kompetenzbereich Haltung 5
      Kernmodul 5
   Kompetenzbereich Entwicklung 6
   Kompetenzbereich Handlung 7
   Kompetenzbereich Wissen 8
   Kompetenzbereich Reflexion 9
4. Förderung von Führungsnachwuchskräften 10
5. Formate 10
   Veranstaltungen in Präsenz 10
   Online Veranstaltungen 10
   Blended Learning 11
   Mentoring 11
6. Anerkennungsmodalitäten 11
7. Organisation 11
8. Qualität 12
9. Finanzierung 12
10. Ausblick 12

1. Rahmenbedingungen

Mitarbeitende verlassen in der Regel nicht ihr Unternehmen, sondern ihre Chef*innen, heißt es laut Gallup Engagement Index[1]. Zudem haben 88% der Mitarbeiter*innen keine oder eine geringe Bindung zu ihrem Unternehmen. Jede dritte Person hat bereits wegen ihrer Führungskraft über eine Kündigung nachgedacht.[2]

Führungskräfte im LVR-Klinikverbund tragen demnach eine wichtige Verantwortung, denn sie prägen mit ihrem Führungsverhalten direkt das Arbeitsumfeld. Ein Arbeitsumfeld, das in Zeiten von ausgeprägtem Fachkräftemangel, wachsender Komplexität und dem gleichzeitigen Anspruch an eine hervorragende Versorgung im LVR-Klinikverbund allen Beteiligen Vieles abverlangt.

Im LVR-Klinikverbund spielt das Thema bereits eine wichtige Rolle: Seit 2012 ist ein verpflichtendes Führungskräfteentwicklungsprogramm für die erste und zweite Führungsebene etabliert und regelmäßig werden die Mitarbeitenden im Rahmen der Mitarbeitendenbefragung zu ihrem Arbeitsumfeld und zur Zufriedenheit mit dem Führungsverhalten befragt.

Nachdem die Führungskräfteentwicklung im LVR-Klinikverbund seit über 10 Jahren etabliert ist, wird hiermit eine Aktualisierung auf der Grundlage aktueller Entwicklungen und Rahmenbedingen vorgenommen. Das hier beschriebene neue Programm richtet sich an alle Führungskräfte mit Personalverantwortung, unabhängig von der Führungsebene.

Ab dem Jahr 2024 profitieren die Personen neben klassischen Präsenzformaten auch von Online-Formaten und Blended Learning Angeboten, eine Lernform, bei der Präsenzveranstaltungen und E-Learning kombiniert werden.

Das Curriculum ist in Kompetenzbereiche aufgegliedert, die LVR-weit in 2018 durch den Verwaltungsvorstand als LVR-Schlüsselkompetenzmodell für Führungskräfte in Kraft gesetzt worden sind. Das LVR-Schlüsselkompetenzmodell fußt auf den von der KGSt[3] im Bericht „Schlüsselkompetenzen für kommunale Führungskräfte" entwickelten Kompetenzen, die für den LVR ausgelegt sind und einheitliche Standards im Personalmanagement und in der Personalentwicklung für den gesamten Verband setzen.

In Bezug auf die Verbünde bedeutete dies zunächst keine inhaltliche Veränderung der Führungskräfteentwicklung, denn die laufenden Programme basieren bereits auf den entsprechenden Grundgedanken. Mit dem neuen Konzept wird jedoch die Zuordnung der Module entsprechend an die LVR-weite Systematik des Schlüsselkompetenzmodells der KGSt[4] angepasst und eine zukunftsweisende Kooperation mit dem Institut für Training

[1]https://www.gallup.com/de/321938/engagement-index-deutschland-2020.aspx (abgerufen am 26.6.2023)
[2]Repräsentativen Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Forsa, 2021. Abgerufen über Welt.de am 26.6.2023
[3]KGST - Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement B12/2017: Schlüsselkompetenzen für kommunale Führungskräfte
[4]KGST-Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement B12/2017: Schlüsselkompetenzen für kommunale Führungskräfte

Beratung und Entwicklung eingegangen, in deren Rahmen es längerfristig Pläne zu gemeinsamen Angeboten im Rahmen der Führungskräfteentwicklung gibt.

Das neue Führungskräftecurriculum umfasst dementsprechend die **Kompetenzbereiche Haltung, Entwicklung, Handlung, Wissen**. Ergänzt wird der Kompetenzbereich **Reflexion**, welcher bereits als wesentlicher und unverzichtbarer Baustein im Rahmen der Führungskräfteentwicklung im LVR-Klinikverbund etabliert ist. Alle Kompetenzbereiche sind in Kapitel 3 erläutert.

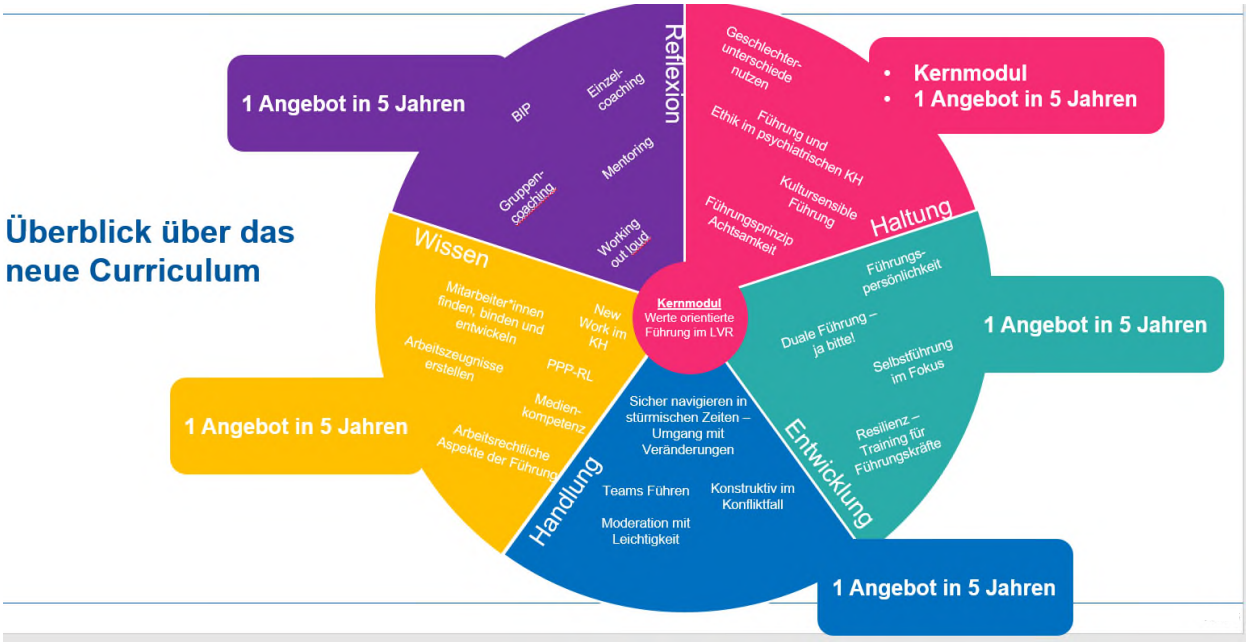
Allen Kompetenzbereichen sind verschiedene Angebote in Form von ein- bis zweitägigen Seminaren zugeordnet. Im Curriculum ab 2024 wird eine individuelle Schwerpunktsetzung in Bezug auf die jeweils wahrgenommene Führungsfunktion, Vorerfahrung und den persönlichen Bedarf möglich. Die Steuerung des Angebotes erfolgt jahresaktuell bedarfs- und ressourcenorientiert über das IFuB (Sparte Bildung).

Für alle Führungskräfte im LVR-Klinikverbund gilt als Rahmen die verpflichtende Teilnahme an 6 Angeboten in fünf Jahren (Kernmodul und ein Angebot pro Kompetenzbereich), das entspricht einer Investition von ca. 9 Tagen über fünf Jahre hinweg in die eigene Führungskompetenz. Das Programm unterliegt einer permanenten Qualitätssicherung und Evaluation. Nach Ablauf von fünf Jahren sind Anpassungen an globale Entwicklungen, Rahmenbedingungen und wissenschaftliche Erkenntnisse geplant.

2. Zielgruppe

Das Curriculum richtet sich ab dem 01.01.2024 verpflichtend an alle Personen im LVR-Klinikverbund mit Personalverantwortung.

3. Kompetenzbereiche und Kernmodul



Das Curriculum deckt die fünf Kompetenzbereiche Haltung, Entwicklung, Handlung, Wissen und Reflexion ab. Jedem Kompetenzbereich sind inhaltlich entsprechende Angebote zugeordnet. Aus jedem Kompetenzbereich wählt die Führungskraft jeweils ein Angebot, orientiert an ihrem persönlichen Bedarf in Bezug auf den Kompetenzbereich. Die inhaltliche Ausgestaltung erfolgt in einem kontinuierlichen Entwicklungsprozess. Damit kann auf aktuelle Entwicklungen oder besonders nachgefragte Inhalte durch das IFuB (Sparte Bildung). zeitnah reagiert werden. Im folgenden Abschnitt werden die Kompetenzbereiche vorgestellt und beispielhaft die Themen bzw. Angebote skizziert, die aktuell in Planung sind.

Der Kompetenzbereich Haltung beinhaltet zusätzlich ein verpflichtendes Kernmodul „Wertorientierte Führung im LVR", dieses bringt alle, die beim LVR Personal führen auf einen Nenner und den Verbund näher an das Ziel eine gemeinsame Führungskultur zu entwickeln.

Kompetenzbereich Haltung

Der Kompetenzbereich Haltung basiert auf den Schlüsselkompetenzen Ethische Kompetenz und Diversity Kompetenz. Der Fokus liegt dabei auf einer ethischen Führungskultur im LVR, in der Vielfalt als Chance verstanden wird. Hier setzen sich die Führungskräfte mit Fragen der Haltung auseinander, um bestenfalls selbstreflexiv, authentisch, motivierend, inspirierend, fürsorglich und selbstfürsorglich zu führen.

Kernmodul

Werteorientierte Führung (zweitägig):

Werteorientiert führen verlangt Reflexion des eigenen Wertekanons im Zusammenspiel mit Führungsaufgabe, Zielen und institutionellen Rahmenbedingungen im LVR. Konzepte und Instrumente werteorientierten Führens werden vermittelt, erprobt und im Diskurs weiterentwickelt, so dass die Führungskraft transparent Orientierung geben kann.

Angebote

Führung und Ethik im psychiatrischen Krankenhaus (eintägig)

Ethische Fragestellungen gehören für Führungskräfte und Mitarbeiter*innen im Klinikverbund zum Alltag. Im multiprofessionellen Zusammenspiel mit den angewandten Formaten Ethikkomitee und ethische Fallbesprechungen wird ethisches Handeln und Entscheiden möglich.

Das Potenzial von Geschlechterunterschieden nutzen (eintägig)

Die Sensibilisierung für Gendergerechtigkeit als eine Diversitydimension im Arbeitsfeld Psychiatrie ist ebenfalls ein wichtiger Haltungsaspekt. Regularien und Fördermöglichkeiten im LVR bieten Führungskräften Möglichkeiten der Gestaltung von gendergerechten Rahmenbedingungen.

Kultursensible Führung (eintägig)

Chancen und Risiken kultureller Vielfalt in Personalgewinnung und Führung zu kennen ermöglicht es, kultursensibel führen zu können. Dazu werden eigene kulturelle Prägungen reflektiert und Methoden des bewussten Umgangs angewandt und umgesetzt.

Führungsprinzip Achtsamkeit (eintägig)

Mit der Haltung von Achtsamkeit zu führen stärkt die Führungskraft in ihrer Resilienz und erhält damit Flexibilität und Kreativität in einem herausfordernden Arbeitsfeld. Methoden achtsamer Selbstführung, Teamführung und Führung in der Organisation werden erlernt und erprobt.

Gesunde Führung(eintägig)

Physische und psychische Belastungen am Arbeitsplatz gilt es zu vermeiden und die Führungskraft trägt mit ihrer Fürsorgepflicht Verantwortung für gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen. Haltung, Intervention und im LVR angewandte Konzepte unterstützen Führungskräfte darin gesund führen zu können. Aneignung, Austausch und Erprobung werden in diesem Seminar vermittelt.

Kompetenzbereich Entwicklung

Persönlichkeitsentwicklung, auch in der Rolle als Führungskraft, ist ein lebenslanger Prozess. Kontinuierlich wachsen und reifen wir an Herausforderungen, Krisen und Erfolgen. Reflexion und Austausch zu bewährten oder neuen Führungstheorien unterstützen diesen individuellen Lernprozess. Im Kompetenzbereich Entwicklung werden die soziale Kompetenz und die persönliche Kompetenz in Bezug auf die Führungsaufgabe weiterentwickelt.

Angebote

Führungspersönlichkeit werden. sein. bleiben. (zweitägig)

In der Bewusstheit über die persönliche Sozialisation und deren Einfluss auf die Führungspersönlichkeit werden professionsbezogene Denk- und Handlungsmuster hinterfragt. Eigene Stärken und Schwächen werden erkannt und nutzbar gemacht.

Damit wird die eigene Rolle immer weiter geschärft und geklärt. Ein authentischer Führungsstil, verwurzelt in aktuellen Konzepten zu guter Führung, wird weiterentwickelt.

Systemisch führen (zweitägig)

Die Grundlagen von Konstruktivismus und Systemtheorie werden vermittelt, erprobt und integriert sowie für den Führungsalltag nutzbar gemacht. Damit kann systemisch führen in Haltung und Handlung verwirklicht werden.

Effektive Entscheidung im multiprofessionellen Team (zweitägig)

Multiprofessionelles Arbeiten ist im Arbeitsfeld Psychiatrie/Psychotherapie nötige und zugleich herausfordernde Grundlage. Hier als Führungskraft ein Team auf Augenhöhe in

Entscheidungsprozesse zu führen umso mehr. Modellhaft werden Haltung und Interventionen aus der Soziokratie vorgestellt, erprobt und auf den eigenen Kontext übertragen.

Selbstführung im Fokus (eintägig)

Selbstverantwortung und eine proaktive Grundhaltung bilden das Kernstück von Selbstführung. Interventionen zu Verantwortungsübernahme, Selbstführung, Selbstorganisation und Effektivität werden vorgestellt und erprobt.

Kompetenzbereich Handlung

Der Kompetenzbereich Handlung steht in unmittelbarem Zusammenhang mit den anderen Kompetenzbereichen und fokussiert das komplexe Gebiet des rechten Handelns einer Führungskraft. Berücksichtigt werden dabei die Schlüsselkompetenzen digitale Kompetenz, strategische Kompetenz, Personalentwicklungskompetenz und Führungskompetenz.

Angebote

Führen mit Zielen (eintägig)

Die Mitgestaltung des Zielvereinbarungsprozesses im LVR-Klinikverbund ist eng verbunden mit dem Nutzen für das eigene Führungshandeln im Verantwortungsbereich. Führungskräfte benötigen Wissen und Fertigkeiten um dialogorientiert in den unterschiedlichen Ebenen der strategischen und operativen Führung interagieren und mit Zielen führen zu können.

Sicher navigieren in stürmischen Zeiten – vom Umgang mit Veränderungen (zweitägig)

Für Führungskräfte ist es hilfreich die Logik von Veränderungsprozessen kennen, verstehen und berücksichtigen zu können. Die Potenziale zur aktiven Mitgestaltung und Umsetzung durch die Mitarbeiter*innen werden so effektiv genutzt. Damit kann die Qualität guter psychiatrischer Behandlung gewahrt und aktualisiert werden.

Konstruktiv im Konfliktfall (zweitägig)

Konflikte sind alltäglich und können die Zusammenarbeit erheblich erschweren. Daher ist das Wissen über Konflikte und deren Dynamik unerlässlich. Die Kompetenzen zur Identifikation und einem konstruktiven Handeln im Konfliktfall werden weiterentwickelt und durch Instrumente handhabbar gemacht.

Teams führen (zweitägig)

Mitarbeiter*innen führen beinhaltet Teams zu führen. Kenntnisse der Dynamiken und prozesshaften Muster in Teams sind vorteilhaft, um ein Team effektiv zu führen. Damit werden die Wirkfaktoren guter Teamzusammenarbeit erkannt und können für das eigene Team nutzbar gemacht werden. Die Rolle der Führungskraft in der Teamführung wird gestärkt.

Professionell moderieren (eintägig)

Die Kompetenz der Moderation von Besprechungen und Sitzungen erfordert Kenntnis und Übung der aktuellen, auch digitalen, Tools zur Moderation.

Die Fünf (eintägig)

Fünf Kernelemente wirksamer Führung werden fokussiert und praxisbezogen bearbeitet: Sach- und personengerechte Kommunikation, Aufgabenerfüllung, Entscheiden, Konfliktfestigkeit und Wertschätzung.

Kompetenzbereich Wissen

Hier wird für Führungskräfte des LVR relevantes Wissen vermittelt, um das eigene Handeln zu justieren. Dazu zählt Wissen über die rechtlichen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen, im Personalwesen und Wissen zu neuen Entwicklung der Arbeitswelt.

Angebote

New work im Krankenhaus (eintägig)

Neue Arbeitsformen wie Agilität und Selbstorganisation sind auch für Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen attraktiv und zukunftsweisend. Die Chancen und Grenzen dieser Ansätze werden für die Arbeit im psychiatrischen Krankenhaus analysiert und diskutiert. Tools für die agile Führung werden vermittelt.

Arbeitszeugnis erstellen (eintägig)

Arbeitszeugnisse müssen den rechtlichen Anforderungen genügen, wohlwollend klingen und zugleich eine reale Aussagekraft haben. Führungskräfte entwickeln die Kompetenz, Arbeitszeugnisse inhaltlich korrekt und mit den treffenden Formulierungen zu erstellen.

Medienkompetenz (halbtägig)

Die Auswahl und der Einsatz geeigneter Wege für die Kommunikation als Führungskraft ist ein wichtiger Wirkfaktor gelingender Kommunikation. Ein gezielter und überlegter Einsatz von Medien steigert die Effizienz und mindert sowohl die Informationsflut, wie auch –defizite.

Mitarbeitende finden binden und entwickeln (eintägig)

Dem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen entgegen zu treten benötigt gute Prozesse im Recruiting und den Bereichen Personalentwicklung, einschließlich Fortbildung. Es bleibt aber immer Aufgabe der Führungskraft hier koordinierend, Rahmen gebend und kreativ vorzugehen. Zu diesen Themenbereichen erfolgen Information, Austausch und Vernetzung von guten Ideen zur Umsetzungen im Klinikverbund.

PPP-RL (eintägig)

Als Richtlinie über die personelle Ausstattung der Kliniken im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik setzt der G-BA Rahmenbedingungen, die Führungskräfte im LVR-

Klinikverbund kennen und anwenden müssen. Das aktualisierte Wissen zu diesem Themenbereich wird hier vermittelt.

Arbeitsrechtliche Aspekte (eintägig)

Eine Führungskraft sollte die arbeitsrechtlichen Grundlagen zur Führung von Mitarbeiter*innen kennen und anwenden. Diese werden vermittelt sowie kooperierende Stellen im LVR benannt.

Kompetenzbereich Reflexion

Der Kompetenzbereich bündelt die Angebote, die darauf abzielen, das eigene Denken, Fühlen und Handeln kritisch zu hinterfragen, um situativ und kontextbezogen führen zu können. Der Kompetenzbereich Reflexion umfasst damit das Fundament zur Entwicklung aller weiteren Kompetenzen. Verschiedene Formate greifen die Unterschiedlichkeit an Bedarfen auf, die innerhalb dieses Entwicklungsbereiches bestehen. Immer geht es um fallbezogene Bearbeitung und anlassbezogene Fragen.

Im Fall der Formate Gruppencoaching, welche innerhalb einer festen Gruppe auf die Wirksamkeit des Gruppenprozesses beruhen, ist die multiprofessionelle Vernetzung im Klinikverbund ein zusätzlicher Benefit.

Angebote

Gruppencoaching (viermal halbtägig)

Das Gruppencoaching ist entweder multiprofessionell oder professionsbezogen ausgerichtet. Der Prozess findet in einer feste Gruppe, bestehend aus Führungskräften des LVR-Klinikverbundes, statt. Folgende Maßnahmen werden bedarfsabhängig angeboten:

- Gruppencoaching – Multiprofessionell
- Gruppencoaching für Oberärzt*innen und leitende Psycholog*innen
- Gruppencoaching für Stationsleitungen

BIP

Mit dem BIP[5] werden über ein standardisiertes Verfahren der Selbsteinschätzung überfachliche Kompetenzen von Mitarbeiter*innen beschrieben. Diese Potenzialanalyse trägt zu einer gezielten Unterstützung der Personalentwicklung von Mitarbeiter*innen bei. Das Angebot umfasst die Bereitstellung des Verfahrens sowie ein vertrauliches Auswertungsgespräch mit einer*m Coach*in à 90 Minuten.

Einzelcoaching (vier Termine à 60 Minuten)

[5] Bochumer Inventar zur berufsbezogenen Persönlichkeitsbeschreibung (BIP, Hossiep & Paschen, 2019, Ruhr Uni Bochum

Im Einzelcoaching erfolgt die Bearbeitung von anlassbezogenen Fragestellungen aus dem Führungsalltag. Mit dem Coach werden andere Perspektiven entwickelt, so dass neue Lösungsmöglichkeiten oder Bewältigungsmechanismen entstehen.

Mentoring

Ein Blended Learning Mentoring Programm unterstützt insbesondere Personen, die neu in Führung sind ab 2025.

4. Förderung von Führungsnachwuchskräften

Die Inhalte der fachlichen Qualifikationen für das Arbeitsfeld Psychiatrie sind sehr vielfältig und beinhalten in einigen Fällen keine Vermittlung von Führungs-und Organisationswissen. Um angehenden Führungskräften, oder Personen kurz nach Übernahme einer Führungsposition mit Grundwissen- und fähigkeiten auszustatten wurde das Format „Let´s start" als Kompaktwoche entwickelt.

Der Zugang für diejenigen, die eine Weiterentwicklung mit der Übernahme von Führungsverantwortung anstreben und noch keine Führungsposition innehaben, erfolgt über eine gemeinsame persönliche Empfehlung von Vorstand und Führungskraft. Die Kompaktwoche wird jährlich nach Bedarf angeboten.[6]

5. Formate

In der Auswahl geeigneter Formate für die Führungskräfteentwicklung wurden inhaltliche und didaktische Überlegungen mit den vorhandenen Ressourcen Zeit und finanziellen Mitteln in Einklang gebracht. Dabei wurden aktuelle Entwicklungen im Bereich der Erwachsenenbildung integriert. Die Auswahl der Formate obliegt in den meisten Fällen der Führungskraft und kann damit flexibel an die persönlichen Rahmenbedingungen angepasst werden.

Das Curriculum beinhaltet die folgenden Lernformen:

Veranstaltungen in Präsenz

Präsenzveranstaltungen haben den Mehrwert der persönlichen Begegnung, der Vernetzung und des gemeinsamen Erarbeitens neuer Wahrnehmungen und Sichtweisen. Der Nutzen im Sinne des fallbezogenen Lernens macht diese Lernform in besonderer Weise praxistauglich und erlebbar.

Online Veranstaltungen

Veranstaltungen über eine Online Plattform, z.B. Zoom. Online Veranstaltungen vermitteln Wissen und folgen wie alle Bildungsformat den didaktischen Anforderungen der jeweils definierten Lernziele. Der Austausch im Onlineformat ist eher zielgerichtet und

[6] Das Wochenmodul steht auch allen anderen Personen offen, die die Pflichtmodule in diesem Format absolvieren wollen

sachbezogen. Ein großer Vorteil ist die zeitliche Komponente und Möglichkeit kürzere Bildungseinheiten in den Alltag integrieren zu können.

Blended Learning

Präsenzveranstaltungen und E-Learning werden nach einem didaktischen Konzept kombiniert und vereinen den Vorteil beider Bildungsformate miteinander. Konzepte, Modelle und Fragebögen werden vor dem Seminar auf einer Plattform bereitgestellt. Vor- und Nachbereitung erfolgen in eigener Verantwortung und Steuerung. Die Seminarzeiten in Präsenz fokussieren sich auf Verständnisfragen und Einstieg in einen themenbezogenen, fallorientierten, praxisbezogenen Lernprozess. Die Präsenzzeit umfasst Beginn und Ende um die Mittagszeit mit einer Übernachtung im externen Tagungshotel. Blended Learning Formate umfassen inhaltlich den Lernumfang eines zweitägigen Seminars und werden als solche hinsichtlich Anerkennung und Kosten veranschlagt.

Mentoring

Das Konzept folgt der Logik des Blended Learnings. Es umfasst dabei aber auch Online Veranstaltungen, Zugang zu einer Plattform sowie vereinbarte Treffen in Präsenz. Die Einführung eines Mentoring-Konzeptes ist ab 2025 vorgesehen.

6. Anerkennungsmodalitäten

Personen, die bereits entsprechende LVR-interne Fortbildungen absolviert haben, können diese anerkennen lassen, sofern sie nach Einführung der verpflichtenden Führungskräfteentwicklung im LVR-Klinikverbund stattgefunden haben (seit dem 01.01.2012). LVR-interne Fortbildungen in diesem Sinne sind die LVR-interne Stationsleitungskurse, das Führungskräftenachwuchsprogramm (FNP), das Führungskräfteentwicklungsprogramm (FEP), das Programm „Fit für die Pflegedienstleitung" und das Traineeprogramm.

Im hier beschriebenen Curriculum für fünf Jahre ab dem 01.01.2024 bedeutet diese Regelung, dass diejenigen, die seit dem 01.01.2012 an einer dieser Maßnahmen teilgenommen haben kein Kernmodul absolvieren und diejenigen, die in dem Zeitraum den Stationsleitungskurs besuchen, ausgenommen sind.

7. Organisation

Die Anmeldung erfolgt über die eigene Führungskraft an das IFuB (Sparte Bildung).

Die Steuerung des Programms und dessen Angebote obliegen dem IFuB (Sparte Bildung).

Die Gruppengröße folgt den inhaltlichen Anforderungen. Das bedeutet für das Gruppencoaching eine Begrenzung auf maximal 10 Personen. An den Formaten Präsenz und Blendet Learning nehmen in der Regel 16 Personen teil und die Online-Formate können je nach Inhalt ohne Begrenzung geöffnet werden.

8. Qualität

Referent*innen und Coach*innen im Programm sind Mitarbeiter*innen des LVR sowie externe Personen mit ausgewiesener Expertise in Führungskräfteentwicklung mit denen das IFuB (Sparte Bildung) teilweise langjährig kooperiert. Die Mitgliedschaft und Qualitätskontrolle durch Fachverbände im Bereich Supervision und Coaching ist gesichert.

Das Führungskräfte-Curriculum unterliegt einem fortlaufenden Monitoring und wird im Austausch mit den Teilnehmer*innen beständig weiterentwickelt bzw. angepasst. Nach

Abschluss der fünf Jahre erfolgt eine Evaluierung.

9. Finanzierung

Die Kosten für das Programm belaufen sich auf durchschnittlich ca. 580 € jährlich pro Person. Dies beruht auf einer Berechnung der durchschnittlich angenommenen Wahrnehmung der Angebote. Eine präzise Kostenkalkulation ist nicht möglich, da den Kompetenzbereichen verschiedene Angebote mit unterschiedlichen Formaten (Präsenz, Online, Blended-Learning, Mentoring) und Umfängen (zwischen 0,5 Tagen und 2 Tagen) zugeordnet sind, die in der Höhe der Kosten variieren und nach persönlichen Bedarf ausgewählt werden[7]. Aufgrund der Anerkennungsmodalitäten und einer unvorhersehbaren Fluktuation ist nicht vollumfänglich absehbar, wie viele Personen das volle Curriculum tatsächlich absolvieren werden.

Gesamtkosten Fünfjahrescurriculum inkl. 15 % Puffer	3.622.500,00 €
Gesamtkosten pro Person in fünf Jahren	2.898,00 €
Durchschnittskosten pro Person/Jahr	579,60 €

Bisher wurde die Führungskräfteentwicklung des LVR-Klinikverbundes vollständig von den LVR-Kliniken getragen. Die Kosten für das Führungsnachwuchsprogramm wurden in der Vergangenheit komplett aus Budgetmitteln des Dezernates 8 finanziert. Für die Führungskräfteentwicklung ab 2024 ist eine Finanzierung anteilig aus dem Dezernatsbudget des Dezernates 8 und über die Umlage der LVR-Kliniken geplant.

Die finanziellen Auswirkungen sind in Höhe von 70.000 € bereits im Dezernatsbudget des Dezernates 8 für das Jahr 2024 berücksichtigt.

10. Ausblick

Vorbehaltlich des Personalvertretungsrechtlichen Procederes und der vorgesehenen Ausschussbeteiligung tritt das Konzept ab dem 01.01.2024 in Kraft.

Die laufende Kooperation mit dem Institut für Training, Beratung und Entwicklung im Rahmen der Konzeption des Programmes soll auch in der Umsetzung fortgeführt werden.

[7] Die 580€ pro Person beruhen auf der Annahme, dass die Führungskraft drei 2-Tägige, zwei 1-Tägige Präsenzveranstaltungen besuchen und dass alle Teilnehmendem am (Gruppen-)Coaching teilnehmen.

Beispielsweise soll es eine Kooperation in Bezug auf das geplante Kernmodul oder im Zusammenhang mit anderen Themen, die sowohl für die Führungskräfte des LVR-Klinikverbundes und des restlichen LVR relevant sind, geben

Zur Einführung des Programmes werden die Führungskräfte über das neue Programm in Form einer Online-Informationsveranstaltung informiert.

In Vertretung

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

Klinikbelegung mit forensischen Patienten in 2022/2023

		Okt 22	Nov 22	Dez 22	Jan 23	Feb 23	Mrz 23	Apr 23	Mai 23	Jun 23	Jul 23	Aug 23	Sep 23	**1. Okt. 23**	davon: **in AP**	**gegendert** ♀	**gegendert** ♂	**zusätzlich:** außerhalb der Einrichtung (Grad 0)	**davon** ♀	**zusätzlich:** außerhalb der Einrichtung (Grad 0) in %	**Behandlungsplätze**
Forensische Kliniken																					
Bedburg-Hau	§ 63	204	208	198	205	201	206	201	209	204	200	199	197	**196**	**0**	**81**	**115**	**79**	**30**	**40,31%**	216
	§ 64	224	215	214	219	219	217	233	219	236	223	236	241	**252**	**9**	**19**	**233**	**108**	**10**	**42,86%**	182
	§ 126a	26	21	22	22	20	16	15	12	18	18	20	22	**25**	**0**	**17**	**8**				
	§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	sonstige *	0	0	0	1	1	2	2	2	1	1	1	2	**0**	**0**	**0**	**0**				
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	Summe	454	444	434	447	441	441	451	442	459	442	456	462	**473**	**9**	**117**	**356**	**187**	**40**	**39,53%**	**398**
Düren	§ 63	220	221	221	217	220	220	220	221	221	223	225	222	**227**	**2**	**2**	**225**	**28**	**1**	**12,33%**	**218**
	§ 64	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	**2**	**0**	**0**	**2**				
	§ 126a	14	13	16	20	21	18	17	18	21	21	23	24	**20**	**2**	**0**	**20**				
	§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	sonstige *	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	Summe	236	235	238	238	243	240	239	241	245	246	250	248	**249**	**4**	**2**	**247**	**28**	**1**	**11,24%**	**218**
Langenfeld	§ 63	159	160	159	159	156	159	165	165	167	168	170	172	**178**	**0**	**0**	**178**	**30**	**0**	**16,85%**	171
	§ 64	41	41	42	43	39	41	43	50	51	47	51	54	**49**	**0**	**0**	**49**	**23**	**0**	**46,94%**	40
	§ 126a	15	17	16	18	22	21	17	20	18	19	19	22	**18**	**0**	**0**	**18**				
	§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	sonstige *	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	Summe	215	218	217	220	217	221	225	235	236	234	240	248	**245**	**0**	**0**	**245**	**53**	**0**	**21,63%**	**211**
Viersen	§ 63	164	164	169	168	172	172	172	170	175	173	172	171	**172**	**7**	**0**	**172**	**27**		**15,70%**	166
	§ 64	44	43	43	44	44	41	43	45	43	44	45	50	**50**	**21**	**0**	**50**	**13**		**26,00%**	18
	§ 126a	13	14	15	18	13	15	17	15	14	14	13	14	**14**	**0**	**0**	**14**				
	§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	sonstige *	2	2	2	2	1	1	1	1	0	0	1	2	**2**	**0**	**0**	**2**				
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	Summe	223	223	229	232	230	229	233	231	232	231	231	237	**238**	**28**	**0**	**238**	**40**	**0**	**16,81%**	**184**
Köln	§ 63	216	213	220	224	219	219	221	220	222	224	226	221	**229**	**0**	**0**	**229**	**44**	**0**	**19,21%**	210
	§ 64	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	**2**	**0**	**0**	**2**		**0**		
	§ 126a	8	10	10	11	12	11	10	11	12	10	12	12	**10**	**0**	**0**	**10**				
	§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	sonstige *	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	Summe	226	225	232	237	233	232	233	233	236	236	240	235	**241**	**0**	**0**	**241**	**44**	**0**	**18,26%**	**210**
Essen	§ 63	2	3	3	5	4	4	3	4	5	5	2	2	**3**	**0**	**0**	**3**	**0**	**0**		
	§ 64	3	3	3	1	3	1	2	2	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**		
	§ 126a	51	48	50	48	48	51	47	47	45	52	56	54	**50**	**0**	**0**	**50**				54
	§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	sonstige *	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	Summe	56	54	56	54	55	56	52	53	50	57	58	56	**53**	**0**	**0**	**53**	**0**	**0**	**0,00%**	**54**

*sonstige: § 453c StPO - Vorläufige Sicherungsmaßnahme im Widerrufsverfahren

§ 73 JGG - Unterbringung zur Beobachtung

**§ 46 StVollzG / § 24 UVollzG NRW - Interkurente Behandlung von Strafgefangenen aus der JVA / U-Haft

Klinikbelegung mit forensischen Patienten in 2022/2023

		Okt 22	Nov 22	Dez 22	Jan 23	Feb 23	Mrz 23	Apr 23	Mai 23	Jun 23	Jul 23	Aug 23	Sep 23	1. Okt. 23	davon: in AP	gegendert ♀	gegendert ♂	zusätzlich: außerhalb der Einrichtung (Grad 0)	davon ♀	außerhalb der Einrichtung (Grad 0) in %	Behand-lungsplätze
Allgemeinpsychiatrien																					
Bonn	§ 63	36	39	37	37	37	39	37	34	38	39	40	37	**39**	**4**	**1**	**38**	**13**	**0**	**33,33%**	**39**
	§ 64	1	1	1	1	2	2	3	3	2	2	2	2	**2**	**0**	**0**	**2**	**0**	**0**		
	§ 126a	6	4	4	5	4	3	4	4	1	1	1	1	**3**	**2**	**0**	**3**				
	§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	**0**	**0**	**0**	**0**				
	sonstige *	0	0	1	0	1	2	2	2	1	2	2	2	**0**	**0**	**0**	**0**				
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	Summe	43	44	43	43	44	46	46	43	42	45	46	43	**44**	**6**	**1**	**43**	**13**	**0**	**29,55%**	**39**
Düsseldorf	§ 63	19	20	20	19	21	21	22	22	24	24	24	26	**26**	**5**	**0**	**26**	**8**	**0**	**30,77%**	**20**
	§ 64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**		
	§ 126a	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	sonstige *	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	Summe	22	23	23	22	24	24	25	25	25	25	25	26	**26**	**5**	**0**	**26**	**8**	**0**	**30,77%**	**20**
Mönchengladbach	§ 63	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**		
	§ 64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**		
	§ 126a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	sonstige *	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
	Summe	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**#DIV/0!**	**0**

Gesamtbelegung LVR		Okt 22	Nov 22	Dez 22	Jan 23	Feb 23	Mrz 23	Apr 23	Mai 23	Jun 23	Jul 23	Aug 23	Sep 23	1. Okt. 23							
Summe	§ 63	1021	1029	1028	1035	1030	1040	1041	1046	1056	1056	1058	1048	**1070**	**18**	**84**	**986**	**229**	**31**	**21,40%**	**1040**
	§ 64	316	306	306	311	311	306	328	323	336	320	338	351	**357**	**30**	**19**	**338**	**144**	**10**	**40,34%**	**240**
	§ 126a	136	130	136	145	143	138	130	130	130	136	145	149	**140**	**4**	**17**	**123**	**0**			**54**
	§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**			
	sonstige *	3	2	3	3	3	5	5	5	2	3	4	6	**2**	**0**	**0**	**2**	**0**			
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**			
Zwischensumme LVR	**ohne außerhalb der Einrichtung (Grad 0)**	1476	1467	1473	1494	1487	1489	1504	1504	1525	1516	1546	1555	**1569**	**52**	**120**	**1449**	**373**	**41**	**23,77%**	**1334**
Zwischensumme LVR	**mit außerhalb der Einrichtung (Grad 0)**	1804	1802	1813	1829	1819	1814	1827	1837	1854	1868	1897	1922	**1942**							
Zwischensumme LVR	**außerhalb der Einrichtung (Grad 0)**	328	335	340	335	332	325	323	333	329	352	351	367	**373**							

*sonstige: § 453c StPO - Vorläufige Sicherungsmaßnahme im Widerrufsverfahren
§ 73 JGG - Unterbringung zur Beobachtung

**§ 46 StVollzG / § 24 UVollzG NRW - Interkurente Behandlung von Strafgefangenen aus der JVA / U-Haft

Klinikbelegung mit forensischen Patienten in 2022/2023

		Okt 22	Nov 22	Dez 22	Jan 23	Feb 23	Mrz 23	Apr 23	Mai 23	Jun 23	Jul 23	Aug 23	Sep 23	**1. Okt. 23**	davon: **in AP**	**gegendert** ♀	**gegendert** ♂	**zusätzlich:** außerhalb der Einrichtung (Grad 0)	**davon** ♀	**zusätzlich:** außerhalb der Einrichtung (Grad 0) in %	**Behandlungsplätze**
Kliniken anderer Träger																					
NTZ-Duisburg	§ 64	100	98	100	102	99	101	100	102	100	105	100	99	**101**	**0**	**0**	**101**	**43**	**0**	**42,57%**	**100**
	Summe	100	98	100	102	99	101	100	102	100	105	100	99	**101**	**0**	**0**	**101**	**43**	**0**	**42,57%**	**100**
Fachklinik Im Deerth	§ 64	13	17	17	17	17	16	16	16	16	16	16	16	**16**	**16**	**0**	**16**	**2**	**0**	**12,50%**	**0**
	Summe	13	17	17	17	17	16	16	16	16	16	16	16	**16**	**16**	**0**	**16**	**2**	**0**	**12,50%**	**0**

Gesamtbelegung Kliniken anderer Träger		Okt 22	Nov 22	Dez 22	Jan 23	Feb 23	Mrz 23	Apr 23	Mai 23	Jun 23	Jul 23	Aug 23	Sep 23	**1. Okt. 23**	davon: **in AP**	**gegendert** ♀	**gegendert** ♂	**zusätzlich:** außerhalb der Einrichtung (Grad 0)	**davon** ♀	**zusätzlich:** außerhalb der Einrichtung (Grad 0) in %	**Behandlungsplätze**
Summe	§ 64	113	115	117	119	116	117	116	118	116	121	116	115	**117**	**16**	**0**	**117**	**45**	**0**	**38,46%**	**100**
Zwischensumme andere Träger	**ohne außerhalb der Einrichtung (Grad 0)**	113	115	117	119	116	117	116	118	116	121	116	115	**117**	**16**	**0**	**117**	**45**	**0**	**38,46%**	**100**
Zwischensumme andere Träger	**mit außerhalb der Einrichtung (Grad 0)**	156	157	158	160	158	161	163	163	163	165	158	159	**162**	**16**	**0**	**217**	**45**	**0**		
Zwischensumme andere Träger	**außerhalb der Einrichtung (Grad 0)**	43	42	41	41	42	44	47	45	47	44	42	44	**45**							

*sonstige: § 453c StPO - Vorläufige Sicherungsmaßnahme im Widerrufsverfahren
§ 73 JGG - Unterbringung zur Beobachtung

**§ 46 StVollzG / § 24 UVollzG NRW - Interkurente Behandlung von Strafgefangenen aus der JVA / U-Haft

Klinikbelegung mit forensischen Patienten in 2022/2023

		Okt 22	Nov 22	Dez 22	Jan 23	Feb 23	Mrz 23	Apr 23	Mai 23	Jun 23	Jul 23	Aug 23	Sep 23	**1. Okt. 23**	davon: **in AP**	**gegendert** ♀	♂	**zusätzlich:** außerhalb der Einrichtung (Grad 0)	davon ♀	außerhalb der Einrichtung (Grad 0) in %	**Behand-lungsplätze**
Gesamtbelegung Rheinland																					
Summe	§ 63	1021	1029	1028	1035	1030	1040	1041	1046	1056	1056	1058	1048	**1070**	**18**	**84**	**986**	**229**	**31**	**21,40%**	**1040**
	§ 64	429	421	423	430	427	423	444	441	452	441	454	466	**474**	**46**	**19**	**455**	**189**	**10**	**39,87%**	**340**
	§ 126a	136	130	136	145	143	138	130	130	130	136	145	149	**140**	**4**	**17**	**123**				**54**
	§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	**0**	**0**	**0**	**0**				
	sonstige *	3	2	3	3	3	5	5	5	2	3	4	6	**2**	**0**	**0**	**2**				
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**				
Gesamtsumme	**ohne außerhalb der Einrichtung (Grad 0)**	1589	1582	1590	1613	1603	1606	1620	1622	1641	1637	1662	1670	**1686**	**68**	**120**	**1566**	**418**	**41**	**24,79%**	**1434**
Gesamtsumme	**mit außerhalb der Einrichtung (Grad 0)**	1960	1959	1971	1989	1977	1975	1990	2000	2017	2033	2055	2081	**2104**							
	außerhalb der Einrichtung (Grad 0)	371	377	381	376	374	369	370	378	376	396	393	411	**418**							
Aufnahmen gem. § 63 StGB		10	18	15	11	11	27	16	13	8	7	10	9		**Gesamt:**		**155**				
Entlassungen gem. § 63 StGB		6	20	7	12	10	13	8	12	9	6	7	10		**Gesamt:**		**120**				

Warteliste	Okt 22	Nov 22	Dez 22	Jan 23	Feb 23	Mrz 23	Apr 23	Mai 23	Jun 23	Jul 23	Aug 23	Sep 23	**1. Okt. 23**	**gegendert** ♀	♂	**davon sofort**	**davon** ♀
§ 63	21	19	21	23	23	24	22	23	23	24	24	25	**24**	**1**	**23**	**3**	**0**
§ 64 Alkohol	22	24	27	26	26	28	24	22	25	23	16	17	**18**	**0**	**18**	**12**	**0**
§ 64 Drogen	205	210	221	221	229	230	239	237	234	254	244	228	**222**	**12**	**210**	**136**	**9**
Summe	248	253	269	270	278	282	285	282	282	301	284	270	**264**	**13**	**251**	**151**	**9**

§ 63 StGB - Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

§ 64 StGB - Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

§ 126a StPO - Anordnung der einstweiligen Unterbringung

§ 81 StPO - Unterbringung zur Beobachtung

*sonstige: § 453c StPO - Vorläufige Sicherungsmaßnahme im Widerrufsverfahren

§ 73 JGG - Unterbringung zur Beobachtung

**§ 46 StVollzG / § 24 UVollzG NRW - Interkurente Behandlung von Strafgefangenen aus der JVA / U-Haft

TOP 7 Anträge und Anfragen

DIE LINKE.
in der Landschaftsversammlung Rheinland

Anfrage Nr. 15/85

öffentlich

Datum: 12.09.2023
Anfragesteller: Die Linke.

Ausschuss für Personal und allgemeine Verwaltung	**25.09.2023**	**Kenntnis**
Landschaftsausschuss	**29.09.2023**	**Kenntnis**
Ausschuss für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen	**10.11.2023**	**Kenntnis**
Krankenhausausschuss 3	**13.11.2023**	**Kenntnis**
Krankenhausausschuss 2	**14.11.2023**	**Kenntnis**
Krankenhausausschuss 4	**15.11.2023**	**Kenntnis**
Krankenhausausschuss 1	**16.11.2023**	**Kenntnis**
Gesundheitsausschuss	**17.11.2023**	**Kenntnis**
Betriebsausschuss LVR-Jugendhilfe Rheinland	**28.11.2023**	**Kenntnis**

Tagesordnungspunkt:

Gewinnung von Auszubildenden

Fragen/Begründung:
Aufgrund des akuten Fachkräftemangels sind neue Wege zu begehen, um eine Ausbildung beim LVR zugänglicher und attraktiver zu gestalten.
Hierzu bittet die Fraktion DIE LINKE um die Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Für welche Ausbildungsberufe ist eine Ausbildung in Teilzeit möglich?
2. Wie erreicht der LVR Ausbildungsinteressierte außerhalb des schulischen Alters?

Wilfried Kossen

LVR-Dezernat Personal und Organisation
LVR-Fachbereich Personal und Organisation

Qualität für Menschen

LVR · Dezernat 1 · 50663 Köln

Vorsitzende des Ausschusses für
Personal und allgemeine Verwaltung, des
Landschaftsausschusses, des Ausschusses
für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen, der Krankenhausausschüsse 1-4, des
Gesundheitsausschusses und des Betriebsausschusses der LVR-Jugendhilfe Rheinland

Mitglieder und stellvertretende Mitglieder
des Ausschusses für
Personal und allgemeine Verwaltung, des
Landschaftsausschusses, des Ausschusses
für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen, der Krankenhausausschüsse 1-4, des
Gesundheitsausschusses und des Betriebsausschusses der LVR-Jugendhilfe Rheinland

nachrichtlich:
Geschäftsführungen der Fraktionen in der
Landschaftsversammlung Rheinland

über Stabsstelle 00.200

Datum und Zeichen bitte stets angeben

20.09.2023
12.20-2023-09-25 Anfrage15/85

Frau Altunkaynak
Tel 0221 809-2820
elisabeth.altunkaynak@lvr.de

**Beantwortung der Anfrage Nr. 15/85 der Fraktion DIE LINKE.
Gewinnung von Auszubildenden**

Europaaktive Kommune in Nordrhein-Westfalen

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Anfrage Nr. 15/85 der Fraktion DIE LINKE. vom 12.09.2023 nimmt die Verwaltung wie folgt Stellung:

EMAS Geprüftes Umweltmanagement

1. Für welche Ausbildungsberufe ist eine Ausbildung in Teilzeit möglich?

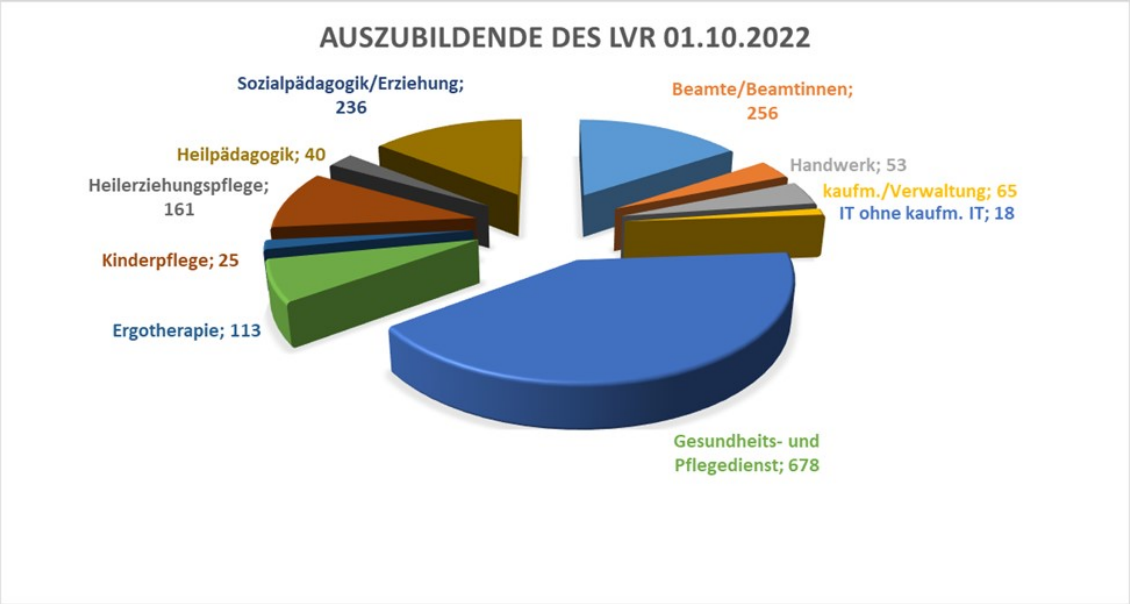
Mitglied im ERFOLGSFAKTOR FAMILIE Unternehmensnetzwerk

Ihre Meinung ist uns wichtig!
Die LVR-Geschäftsstelle für Anregungen und Beschwerden erreichen Sie hier:
E-Mail: anregungen@lvr.de oder beschwerden@lvr.de, Telefon: 0221 809-2255

LVR – Landschaftsverband Rheinland
Dienstgebäude in Köln-Deutz, Horion-Haus, Hermann-Pünder-Straße 1
Pakete: Dr.-Simons-Str. 2, 50679 Köln
LVR im Internet: www.lvr.de
USt-IdNr.: DE 122 656 988, Steuer-Nr.: 214/5811/0027

Bankverbindung:
Helaba
IBAN: DE84 3005 0000 0000 0600 61, BIC: WELADEDDXXX
Postbank
IBAN: DE95 3701 0050 0000 5645 01, BIC: PBNKDEFF370

In 2022 wurden im Verband mehr als 1.600 Personen ausgebildet. Die Ausbildungen bzw. dualen Studien erfolgten in mehr als 30 Berufsbildern (z.B. Techn. Systemplaner*in, Duales Studium Health-Care-Management, Erzieher*in, Fachinformatiker*in, Fachpraktiker*in für Holzverarbeitung, Gärtner*in, Veranstaltungskaufmann*frau, Verwaltungsfachangestellte, Duales Studium in der IT und der Verwaltung). Die Verteilung ist aus dem nachfolgenden Bild ersichtlich:



Eine Ausbildung in Teilzeit ist gem. § 7a Berufsbildungsgesetz (BBiG) *grundsätzlich* in jedem Ausbildungsberuf möglich. Ausnahmen können ggfs. aber dann greifen, wenn von Ausbildungsstätten der Theorieteil der Ausbildung ausschließlich auf Vollzeitausbildung ausgelegt ist. Als Beispiel kann hier das duale Studium der Energie- und Gebäudetechnik genannt werden.

Eine Ausbildung oder ein Studium in Teilzeit erfordert in der Regel eine entsprechende Verlängerung der Ausbildungszeit und einen für Teilzeitauszubildende und -studierende angepassten Lehrplan. Um Auszubildenden und Studierenden beim LVR daneben auch die Möglichkeit zu eröffnen, ohne diese angepassten Lehrpläne mit verlängerter Ausbildungszeit in der Regelausbildungszeit einen Abschluss zu erlangen, wird in einigen Berufen eine Ausbildung bzw. ein duales Studium mit einer verringerten Stundenzahl von mindestens 30 Stunden/ Woche angeboten. Beispielhaft

seien hier die die Ausbildung zur/zum Verwaltungsfachangestellten oder die Beamtenausbildung in der Laufbahngruppe 1, 2. Einstiegsamt genannt.

Zum Einstellungszeitpunkt 01.09.2023 ist an der Hochschule für Polizei und Verwaltung (HSPV) ein spezieller Studiengang „Kommunaler Verwaltungsdienst - *Teilzeit*" (LL.B.) gestartet, der die besondere Situation der Teilzeitstudierenden berücksichtigt. Bei diesem Studiengang wird auch der Theorieteil des dualen Studiums in Teilzeit absolviert. Die Lehrveranstaltungen finden grundsätzlich maximal an drei Tagen in der Woche in den Zeiten zwischen 8:45 Uhr bzw. 9:45 Uhr und 15.00 Uhr statt. Ausnahmsweise können die Lehrveranstaltungen im ersten und im vierten Studienabschnitt auf vier Tage verteilt werden. Ein Tag in der Woche ist lehrveranstaltungsfrei. In den Praxisabschnitten absolvieren die Studierenden in ihren Einstellungsbehörden eine wöchentliche Arbeitszeit von 30 Stunden. Die Gesamtstudienzeit beträgt vier Jahre.

2. **Wie erreicht der LVR Ausbildungsinteressierte außerhalb des schulischen Alters**?

Werbekampagnen auf Social-Media-Kanälen (Instagram/ Facebook) werden zielgruppengerecht ausgespielt. Die Anzeigen können so an unterschiedliche Altersgruppen adressiert werden. In der Akquisepraxis ist dies die Altersspanne zwischen 15 – 45 Jahren. Die Maßnahmen sind gerichtet an Schüler*innen, Schulabgänger*innen, Studienabbrecher*innen, Absolvent*innen anderer erster Studiengänge und Quereinsteiger*innen. Allgemein stellt der Instagram-Kanal „LVR Ausbildung" über die Kombination lebendiger Einblicke und informativer Beiträge (Bild- und Bewegtbild) ein wichtiges Medium für die Gewinnung von Ausbildungsinteressierten außerhalb des schulischen Alters dar. 50,1% der insgesamt 1.390 Follower*innen (Stand 15.09.2023) befinden sich in der Altersgruppe von 25 – 44 Jahren.

Für die persönliche Ansprache werden nicht nur Schulbörsen besucht, sondern auch überregionale Ausbildungsbörsen und Messen, wie die Einstieg, die Stuzubi, die Horizon, die Berufelive, Absolvent*innenmessen an den Fachhochschulen (speziell für die IT-Ausbildungs- und Studienberufe) oder die Jobmesse in Köln. Ebenso ist der

LVR auf Ausbildungsbörsen in mehreren Kommunen des Kölner Umlandes vertreten, die in den regionalen Medien beworben werden und daher alle Ausbildungssuchenden unabhängig vom Alter ansprechen. Es ist geplant, aktuelle Messetermine zukünftig über das Karriereportal des LVR (www.karriere.lvr.de) nach außen zu kommunizieren.

In den Stellenausschreibungen für die Ausbildungsberufe gibt es lediglich im Beamtenbereich eine gesetzlich vorgeschriebene Altersgrenze.

Ein besonderes personalstrategisches Projekt ist seit 2022 eine Kooperation mit dem Berufsförderungswerk Michaelshoven mit dem Ziel, eine größere Anzahl von dortigen Umschüler*innen zur/zum Verwaltungsfachangestellten für ein einjähriges Praktikum beim LVR zu gewinnen. Zielgruppe sind Umschüler*innen im Alter zwischen 35 und 45 Jahren. Die Auswahl erfolgt über ein Speed-Dating-Format.

Weiterhin wirbt der LVR-Ausbildungs- und Recruitingbereich auf Ausbildungs- und Stellenportalen wie azubiyo.de, studyflix.de, jobevolution.de, ausbildung.de, interamt.de, karriereweg-nrw.de, bund.de, iHK-Lehrstellenbörsen.de, planet-beruf.de, jobs.lvr.de, monster.de, etc. Zudem ist nach einem erfolgreich durchgeführten Pilotversuch mit der Schaltung von Anzeigen im Suchmaschinenmarketing (Google Ads) eine neue Kampagne bis Ende des Jahres 2023 geplant.

Mit freundlichen Grüßen
Die Direktorin des Landschaftsverbandes Rheinland
In Vertretung



Reiner Limbach
Erster Landesrat
LVR-Dezernat Personal und Organisation

Anfrage Nr. 15/90

öffentlich

Datum: 29.09.2023
Anfragesteller: AfD

Krankenhausausschuss 3	**13.11.2023**	**Kenntnis**
Krankenhausausschuss 2	**14.11.2023**	**Kenntnis**
Krankenhausausschuss 4	**15.11.2023**	**Kenntnis**
Krankenhausausschuss 1	**16.11.2023**	**Kenntnis**
Gesundheitsausschuss	**17.11.2023**	**Kenntnis**

Tagesordnungspunkt:

Übergriffe auf Mitarbeiter der LVR-Kliniken seit 2021

Fragen/Begründung:

1. Wie viele Übergriffe auf Mitarbeiter im LVR-Klinikverbund sind insgesamt seit Erhebungsbeginn im Januar 2021 erfasst worden?

2. Sind im zentralen elektronischen Verbandbuch auch Informationen über die für die seit dem 01.01.2021 erfassten Übergriffe verantwortlichen Patienten bzw. Täter hinterlegt? Wenn ja, welche?

3. Erfasst der LVR Daten über Krankschreibungen/Arbeitsausfälle von Mitarbeitern, die Opfer der seit dem 01.01.2021 erfassten Übergriffe geworden sind?

4. Welche Maßnahmen hat der LVR-Klinikverbund bislang ergriffen, um verbale und körperliche Übergriffe auf Mitarbeiter zu verhindern (beispielsweise Deeskalationstrainings, interkulturelle Schulungen, Selbstverteidigungstrainings, etc.)?

5. Wie gestaltet sich das inter- und intrabehördliche Verfahren (also innerhalb von und zwischen: LVR, kommunalen Ämter, Polizeibehörden, Gerichten, Staatsanwaltschaften,

etc.) bei der stationären Unterbringung von psychisch kranken Gefährdern zu präventiv-gefahrenabwehrenden Zwecken und deren Entlassung?

6. Wie gestaltet sich das inter- und intrabehördliche Verfahren (also innerhalb von und zwischen: LVR, kommunalen Ämter, Polizeibehörden, Gerichten, Staatsanwaltschaften, etc.) bei der stationären Unterbringung und der Entlassung von psychisch kranken Straftätern im/aus dem Maßregelvollzug?

Irmhild Boßdorf

LVR-Dezernat
Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
LVR-Fachbereich Personelle und organisatorische Steuerung

Qualität für Menschen

LVR · Dezernat 8 · 50663 Köln

Vorsitzende der Krankenhausausschüsse 1 – 4
und des Gesundheitsausschusses

Mitglieder und stellvertretende Mitglieder der
Krankenhausausschüsse 1 – 4 und des Gesund-
heitsausschusses

nachrichtlich:
Geschäftsführungen der Fraktionen in der Land-
schaftsversammlung Rheinland

über Stabsstelle 00.200

Datum und Zeichen bitte stets angeben

05.10.2023

Dr. Ulrike Möller-Bierth
Tel 0221 809-6606
Fax 0221 809-6948
Ulrike.moeller-bierth@lvr.de

Beantwortung der Anfrage Nr. 15/90 „Übergriffe auf Mitarbeiter der LVR-Kliniken seit 2021" der AfD-Fraktion

Sehr geehrte Damen und Herren,
die Anfrage Nr. 15/90 wird wie folgt beantwortet:

1. **Wie viele Übergriffe auf Mitarbeiter im LVR-Klinikverbund sind insgesamt seit Erhebungsbeginn im Januar 2021 erfasst worden?**

Im Zeitraum vom 01.01.2021 bis 30.09.2023 wurden im LVR-Klinikverbund 2.454 verbale und körperliche Übergriffe auf Mitarbeitende im elektronischen Verbandbuch erfasst. Ausgehend von rd. 63.000 Fällen in 2021, rd. 65.000 Fällen in 2022 und 48.750 Fällen in Q1 bis Q3 2023 (hier wird die gleiche Fallzahl zugrunde gelegt wie 2022) entspricht dies bezogen auf die Gesamtzahl der Fälle 0,0138 Übergriffen pro Fall im genannten Zeitraum.

2. **Sind im zentralen elektronischen Verbandbuch auch Informationen über die für die seit dem 01.01.2021 erfassten Übergriffe verantwortlichen Patienten bzw. Täter hinterlegt? Wenn ja, welche?**

Im elektronischen Verbandbuch wird eine Unfallbeschreibung hinterlegt. Es erfolgt keine systematische Erfassung von Informationen über die für die Übergriffe verantwortlichen Patient*innen.

Europaaktive Kommune in Nordrhein-Westfalen

EMAS Geprüftes Umweltmanagement

Mitglied im ERFOLGSFAKTOR FAMILIE Unternehmensnetzwerk

Ihre Meinung ist uns wichtig!
Die LVR-Geschäftsstelle für Anregungen und Beschwerden erreichen Sie hier:
E-Mail: anregungen@lvr.de oder beschwerden@lvr.de, Telefon: 0221 809-2255

3. Erfasst der LVR Daten über Krankschreibungen/Arbeitsausfälle von Mitarbeitern, die Opfer der seit dem 01.01.2021 erfassten Übergriffe geworden sind?

Krankschreibungen und Arbeitsausfälle werden im elektronischen Verbandbuch nicht erfasst.

4. Welche Maßnahmen hat der LVR-Klinikverbund bislang ergriffen, um verbale und körperliche Übergriffe auf Mitarbeiter zu verhindern (beispielsweise Deeskalationstrainings, interkulturelle Schulungen, Selbstverteidigungstrainings, etc.)?

Die LVR-Kliniken haben in allen Abteilungen Deeskalationskonzepte mit entsprechenden Schulungsinhalten implementiert. Zusätzlich werden in Zusammenarbeit mit dem LVR-Kompetenzzentrum für Migration regelmäßig interkulturelle Fortbildungen angeboten, wie in der Vorlage Nr. 15/1265 dokumentiert.
Ein wesentlicher Bestandteil der Prävention von Gewaltereignissen ist die Milieugestaltung (unterschiedliche Konzepte wie Safewards, Recovery und Adherence-Therapie wurden im stationären Alltag integriert).

5. Wie gestaltet sich das inter- und intrabehördliche Verfahren (also innerhalb von und zwischen: LVR, kommunalen Ämter, Polizeibehörden, Gerichten, Staatsanwaltschaften, etc.) bei der stationären Unterbringung von psychisch kranken Gefährdern zu präventiv-gefahrenabwehrenden Zwecken und deren Entlassung?

Im Rahmen der Unterbringung nach dem PsychKG NRW (Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten) wird die Unterbringung durch die örtliche Ordnungsbehörde veranlasst. Sie hat – mit Ausnahme der sofortigen Unterbringung nach § 14 PsychKG bei unmittelbarem Gefahrenverzug - bei dem zuständigen Betreuungsgericht eine gerichtliche Anordnung zu beantragen. Diese gerichtliche Anordnung ist bindend und es besteht für das regional zuständige psychiatrische Krankenhaus eine gesetzliche Aufnahmepflicht.

Die örtliche Ordnungsbehörde ist für Zuführung der betroffenen Person zuständig. Vollzugshilfe wird durch die Polizei geleistet.

Nach der Aufnahme ist die Klinik für die weitere Unterbringung zuständig. Sie hat die betroffene Person sofort zu untersuchen und zu prüfen, ob die Unterbringungsvoraussetzungen vorliegen (§ 17 PsychKG).

Der interne Aufnahmeprozess wie auch der weitere Ablauf der Unterbringung und die Behandlung wird von jeder LVR-Klinik eigenständig geregelt.

Liegen die Unterbringungsvoraussetzungen aus Sicht der Klinik nicht (mehr) vor, hat die Klinik dies u.a. dem Gericht und der Ordnungsbehörde mitzuteilen. Ohne gerichtliche Aufhebung der Unterbringungsanordnung ist eine Entlassung nicht zulässig.

Hebt das Gericht die Anordnung auf oder ist sie abgelaufen, hat die Klinik die betroffene Person umgehend zu entlassen. Über die Beendigung der Unterbringung

sind eine Reihe von Stellen nach § 15 PsychKG NRW zu informieren. Zu diesen Stellen gehören neben dem zuständigen Gericht der Sozialpsychiatrische Dienst, Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, welche die betroffene Person vor der der Unterbringung behandelt haben, die örtliche Ordnungsbehörde wie auch die gesetzliche Vertretung der Betroffenen.

Die weitere Nachsorge wird von dem zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst koordiniert. Informationen zum Behandlungsverlauf dürfen aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht nur in Ausnahmefällen weitergegeben werden. Die Voraussetzungen sind u.a. in § 14 GDSG NRW (Gesundheitsdatenschutzgesetz) oder § 32 BMG (Bundesmeldegesetz) geregelt.

6. Wie gestaltet sich das inter- und intrabehördliche Verfahren (also innerhalb von und zwischen: LVR, kommunalen Ämter, Polizeibehörden, Gerichten, Staatsanwaltschaften, etc.) bei der stationären Unterbringung und der Entlassung von psychisch kranken Straftätern im/aus dem Maßregelvollzug?

Die Zuständigkeiten der Behörden im Maßregelvollzug bzw. bei der einstweiligen Unterbringung sind gesetzlich im Strafgesetzbuch (StGB) bzw. in der Strafprozessordnung (StPO) geregelt. Über die Verurteilung zu einer Maßregel bzw. über die Beendigung der Maßregel bzw. der einstweiligen Unterbringung entscheiden die Gerichte. Das Vollstreckungsverfahren ist in der Strafvollstreckungsordnung geregelt.

Die Vollstreckung der Urteile bzw. Beschlüsse der Gerichte wird durch die Vollstreckungsbehörden (in der Regel die Staatsanwaltschaften, bei Jugendlichen und Heranwachsenden der/die Jugendrichter*in) eingeleitet. Hierzu übersenden die Vollstreckungsbehörden die Aufnahmeunterlagen (Aufnahmeersuchen, Urteil, Auszug aus dem Bundeszentralregister und psychiatrisches Einweisungsgutachten) an die Direktorin des Landschaftsverbandes als untere staatliche Maßregelvollzugsbehörde um den Vollzug der Unterbringung einzuleiten. Bei Aufnahme in eine Einrichtung (Klinik), Verlegung in eine andere Einrichtung bzw. Entlassung einer Person aus dem Vollzug der Maßregel des StGB oder der einstweiligen Unterbringung der StPO erfolgt eine Information des LKA NRW auf der Grundlage der §§ 13, 29 BKA-Gesetz.

Bei zur Entlassung anstehenden Patient*innen mit Sexualdelikten erfolgt bei Vorliegen der Voraussetzungen eine Meldung zum KURS-Programm beim LKA NRW, siehe: KURS NRW - Konzeption zum Umgang mit rückfallgefährdeten Sexualstraftätern in Nordrhein-Westfalen (polizei.nrw). Bei Entlassung aus dem Maßregelvollzug erfolgt die Information der Bewährungshilfe bzw. der Führungsaufsichtsstelle durch die Justizbehörden.

Die Direktorin des Landschaftsverbandes Rheinland
In Vertretung

W e n z e l – J a n k o w s k i

Anfrage Nr. 15/96

öffentlich

Datum: 19.10.2023
Anfragesteller: GRÜNE

Ausschuss für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen	**10.11.2023**	**Kenntnis**
Gesundheitsausschuss	**17.11.2023**	**Kenntnis**
Ausschuss für Personal und allgemeine Verwaltung	**27.11.2023**	**Kenntnis**
Ausschuss für Digitale Entwicklung und Mobilität	**29.11.2023**	**Kenntnis**
Kommission Gleichstellung	**30.11.2023**	**Kenntnis**
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	**01.12.2023**	**Kenntnis**
Landschaftsausschuss	**07.12.2023**	**Kenntnis**

Tagesordnungspunkt:

Anfrage: Verteilung von Frauen und Männern in MINT- und SAGE-Berufen

Fragen/Begründung:

Der LVR bietet im Rahmen des Girls‘ Days „Schnupper-Angebote“ in Druckerei, Schreinerei, Elektrowerkstatt und Gärtnerei an, ebenso wie bei der InfoKom und im Zentrum für Medien und Bildung in den Bereichen Computer, Hard- und Software und Audioproduktion. Auch in anderen Einrichtungen des LVR u. a. in Bonn, Düren, Düsseldorf und Essen wird ein Girls‘ Day angeboten.

In der Vorlage 15/1559/1 vom 25.4.2023 stellt die Verwaltung eine Übersicht über die Verteilung von Frauen und Männern in MINT- und SAGE-Berufen dar. Es fällt auf, dass die Anzahl der Männer im IT-Bereich ohne kaufmännische IT im Zeitraum 2016 bis 2022 um 15 % gestiegen ist, und im vergangenen Jahr rund 89 % der Auszubildenden in diesem Bereich ausgemacht hat, während die Anzahl der weiblichen Auszubildenden lediglich zwei betrug.

Gleichzeitig bleibt der Anteil der Männer im SAGE-Bereich deutlich unter 50 %. Im Bereich der Heilpädagogik betrug er im Jahr 2022 nur 17,5 % gegenüber 82,5 % Frauen in diesem Bereich.

Unter Punkt 3 der Vorlage werden die Maßnahmen und Aktivitäten aufgeführt, die der LVR unternimmt, um mehr Frauen für MINT- und mehr Männer für SAGE-Berufe zu gewinnen.

In der Befragung, die das Kompetenzzentrum Technik-Diversity-Chancengleichheit e.V. in Kooperation mit der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster im vergangenen Jahr durchgeführt hat, wurden die Eltern der Schülerinnen und Schüler als „Gatekeeper“ zwischen Berufswünschen und Stereotypen identifiziert.

Vor diesem Hintergrund fragen wir den LVR:

1. Liegen bereits Ergebnisse aus der vom LVR in der Vorlage angekündigten zielgruppenorientierten und öffentlichkeitswirksamen Kampagne vor und welche Schlüsse zieht der LVR daraus?

2. Welche Maßnahmen ergreift der LVR, um die Stereotype bei den Eltern zu durchbrechen und die MINT- und SAGE-Berufe beim jeweils anderen Geschlecht attraktiver zu machen?

3. Die LVR-Kliniken und der HPH-Verbund führen den Boys‘ Day und Girls‘ Day selbstständig durch.

   a) Welche Maßnahmen werden speziell von den Kliniken ergriffen, um die Gewinnung von Frauen und Männern in den MINT- und SAGE-Berufen zu fördern.

   b) Welche Kosten planen die Kliniken und der HPH-Verbund für diese Maßnahmen ein?

Ralf Klemm
Fraktionsgeschäftsführer

LVR-Dezernat Personal und Organisation
LVR-Stabsstelle für Gleichstellung und Gender Mainstreaming

Qualität für Menschen

LVR · Dezernat 1 · 50663 Köln

An die*den Vorsitzende*n
des Ausschusses des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen,
des Gesundheitsausschusses,
des Ausschusses für Personal und allgemeine Verwaltung,
des Ausschusses für Digitale Entwicklung und Mobilität,
der Kommission Gleichstellung,
des Finanz- und Wirtschaftsausschuss sowie
des Landschaftsausschusses

Mitglieder und stellvertretende Mitglieder
des Ausschusses des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen,
des Gesundheitsausschusses,
des Ausschusses für Personal und allgemeine Verwaltung,
des Ausschusses für Digitale Entwicklung und Mobilität,
der Kommission Gleichstellung,
des Finanz- Und Wirtschaftsausschusses sowie
des Landschaftsausschusses

nachrichtlich:
Geschäftsführungen der Fraktionen
in der Landschaftsversammlung Rheinland

über Stabsstelle 00.200

Datum und Zeichen bitte stets angeben

09.11.2023

Frau Sabine Brinkmann
Tel 0221/809-3582
Sabine.brinkmann@lvr.de

Frau Lena Piel
Tel 0221 809-3584
Lena.piel@lvr.de

Beantwortung der Anfrage Nr. 15/96 zum Thema „Verteilung von Frauen und Männern in MINT- und SAGE-Berufen"

Europaaktive Kommune in Nordrhein-Westfalen

Sehr geehrte Damen und Herren,

nachfolgend beantwortet die Verwaltung die von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gestellte Anfrage zum Thema „Verteilung von Frauen und Männern in MINT- und SAGE-Berufen".

EMAS Geprüftes Umweltmanagement

Mitglied im ERFOLGSFAKTOR FAMILIE Unternehmensnetzwerk

Ihre Meinung ist uns wichtig!
Die LVR-Geschäftsstelle für Anregungen und Beschwerden erreichen Sie hier:
E-Mail: anregungen@lvr.de oder beschwerden@lvr.de, Telefon: 0221 809-2255

LVR – Landschaftsverband Rheinland
Dienstgebäude in Köln-Deutz, LVR-Haus, Ottoplatz 2
Pakete: Dr.-Simons-Str. 2, 50679 Köln
LVR im Internet: www.lvr.de
USt-IdNr.: DE 122 656 988, Steuer-Nr.: 214/5811/0027

Bankverbindung:
Helaba
IBAN: DE84 3005 0000 0000 0600 61, BIC: WELADEDDXXX
Postbank
IBAN: DE95 3701 0050 0000 5645 01, BIC: PBNKDEFF370

1. Liegen bereits Ergebnisse aus der vom LVR in der Vorlage angekündigten zielgruppenorientierten und öffentlichkeitswirksamen Kampagne vor und welche Schlüsse zieht der LVR daraus?

Aktuell liegen keine Ergebnisse der öffentlichkeitswirksamen Kampagne zur Gewinnung von mehr Männern in SAGE-Berufen vor. Die Kampagne befindet sich noch in der Ausarbeitung und die Verwaltung wird zu gegebener Zeit dazu berichten.

Zum Großteil werden zielgruppenspezifische Ansprachen für die Gewinnung von mehr Frauen in MINT und mehr Männern in SAGE-Berufen in der Wort- und Bildsprache bereits im neuen Stellenportal des LVR umgesetzt. Beispiele hierzu finden Sie unter 2.

2. Welche Maßnahmen ergreift der LVR, um die Stereotype bei den Eltern zu durchbrechen und die MINT- und SAGE-Berufe beim jeweils anderen Geschlecht attraktiver zu machen?

LVR-InfoKom beteiligt sich an den MINT for you Projekttagen des Kolping-Bildungswerks Diözesanverband Köln e.V. (kbw-koeln.org) im Rahmen der Berufsmesse. Den Schüler*innen der Jahrgangsstufen 8 und 9 von Kölner Real- und Gesamtschulen werden die Informatik-Berufe, z.B. mit Lego-Mindstorm-Robotern nähergebracht. In Kooperation mit den Schulen wird dieses Angebot beworben, so dass dies von den Eltern wahrgenommen wird.

Der LVR ist bei MINT-Vernetzt (https://community.mint-vernetzt.de) vertreten und LVR-InfoKom nimmt regelmäßig an Austauschrunden über neue Maßnahmen und Möglichkeiten zur Gewinnung von Mädchen und Frauen in MINT-Berufen teil.

Beim Girls‘ Day und Boys‘ Day werden die Berufe in denen die Jugendlichen „reinschnuppern“ können über ein „Stellenradar“ im Internet geteilt. Auf dieser Internetseite werden alle anbietenden Unternehmen und deren Angebote aufgelistet. Eltern und Jugendliche können auf der Plattform nach Angeboten suchen und Kontakt zu den entsprechenden Stellen aufnehmen. Auch der LVR veröffentlicht hier seine Angebote.
Auf dieser Plattform bekommen die Mädchen die für Sie vorgesehenen offenen Stellen im Bereich MINT angezeigt. Ebenso erhalten die Jungen auf ihrer Stellenradarseite die für sie vorgesehenen Stellen aus dem Feld der SAGE-Berufe.
Dabei wird auf den Internetseiten mit einer deutlichen Bildsprache geworben. Hier werden beispielsweise Mädchen in verschiedenen Szenen von MINT-Berufen abgebildet, zum Beispiel aus dem Bereich der Vermessungstechnik. Auf der Seite der Jungen geschieht dies ebenfalls mittels einer ausgewählten Bildsprache. Hier wird beispielsweise ein Junge im erzieherischen Arbeitskontext gezeigt.
Unter der unten aufgeführten Internetseite betten sich somit die Angebote des LVR ein, so dass Stereotype mittels entsprechender Bildsprache aufgebrochen werden.

Siehe:



(Quelle: girls-day.de/Radar) – Mädchen abgebildet im Vermessungstechnikbereich



(Quelle: www.boys-day.de/boys-day-radar) – Junge abgebildet im erzieherisch-sozialpädagogischen Arbeitsfeld mit Kindern

Die Bildsprache wird auch auf den anderen Informationsseiten des Girls` Days und Boys` Days genutzt. So werden Mädchen und Jungen in entsprechenden Berufsbildern gezeigt:

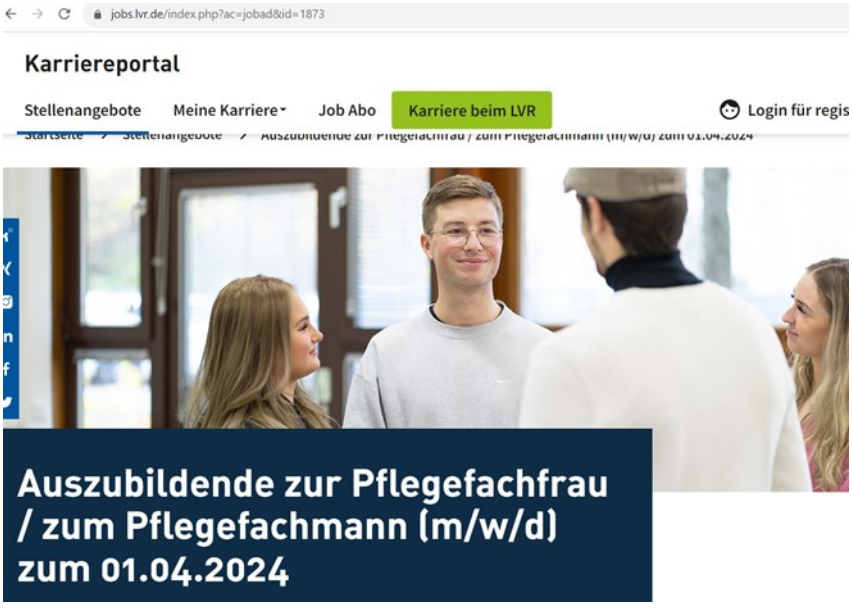


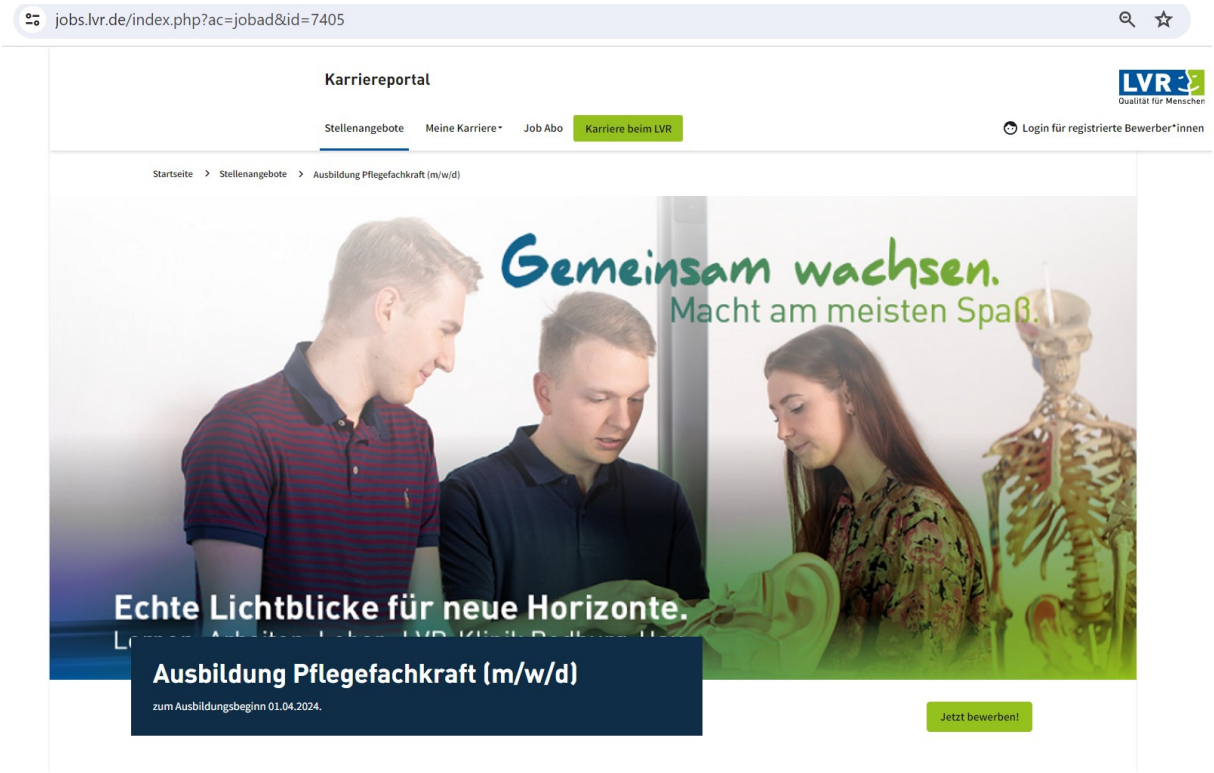
(Quelle: https://www.girls-day.de/ueber-den-girls-day/Berufeliste)



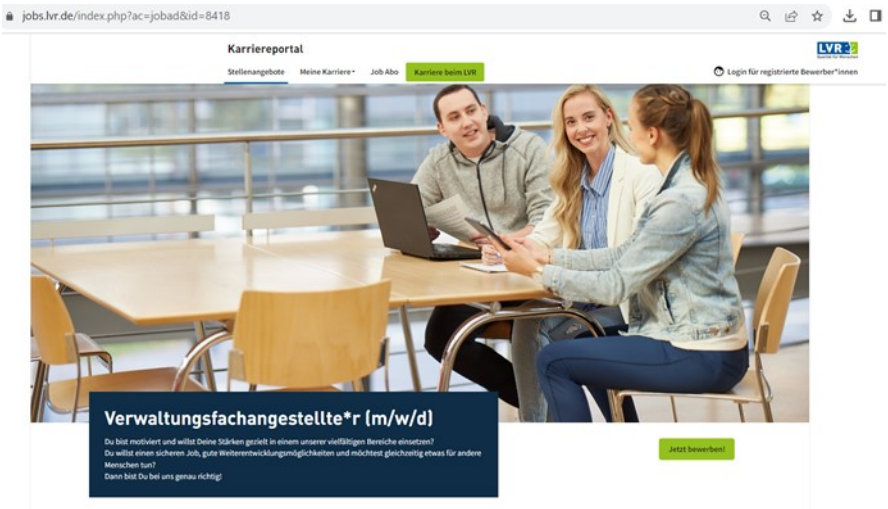
(Quelle: https://www.boys-day.de/ueber-den-boys-day/Berufeliste)

Auch der LVR setzt bei der Ausschreibung seiner Ausbildungsplätze auf eine bewusste und diverse Bildauswahl, um mögliche Geschlechterstereotype aufzubrechen. So sieht beispielsweise eine Anzeige zur Ausbildung zum Pflegefachmann bzw. Pflegefachfrau (m/w/d) bzw. zur Verwaltungsfachangestellte*r aus:





(Quelle: Karriereseite LVR)



(Quelle: Karriereseite des LVR)

Die auf dem neuen LVR-Karriereportal genutzten Bilder zeigen ebenfalls männliche und weiblich zu lesende Protagonisten, um somit möglichst alle Geschlechter anzusprechen und Stereotype aufzubrechen.

3. Die LVR-Kliniken und der HPH-Verbund führen den Boys‘ Day und Girls‘ Day selbstständig durch.

a) Welche Maßnahmen werden speziell von den Kliniken ergriffen, um die Gewinnung von Frauen und Männern in den MINT- und SAGE-Berufen zu fördern?
Die LVR-Kliniken und der LVR-Verbund HPH beteiligen sich regelmäßig am Girls‘ Day und Boys‘ Day. Es wird großen Wert auf die Schaffung von Chancengleichheit und die Ermutigung von Frauen und Männern, sich gleichermaßen in Berufsfeldern zu engagieren, gelegt. Schülerinnen und Schüler haben an den Girls‘ Days und Boys‘ Days die Möglichkeit, Einblicke in MINT- und SAGE-Berufe zu gewinnen, die Vielfalt dieser Berufe kennenzulernen und eventuelle Vorurteile abzubauen. Die Jungen können einen Einblick in die Pflegeschule und damit in den Beruf des Pflegefachmanns bekommen, wodurch der Einstieg von jungen Männern in den Bereich der SAGE-Berufe gefördert wird. Die Mädchen können MINT-Berufe wie Fachinformatikerin, Tischlerin, Elektrikerin für Energie und Gebäudetechnik oder Maler und Lackiererin kennenlernen.
Der Girls‘ Day und Boys‘ Day wird auf verschiedenen Medien und Plattformen beworben, die gleichermaßen Mädchen und Jungen erreichen: Instagram, Facebook, Website des Girls‘ Day und Boys‘ Day und in den Schulen im Umkreis.
Bei Veröffentlichungen bspw. Stellenausschreibungen sowie Social-Media Auftritten wird darauf geachtet, die Geschlechter-Diversität in MINT- und SAGE-Berufen abzubilden.
Bewerbungen von Frauen sind in den MINT-Berufen besonders erwünscht. Diese werden gemäß Landesgleichstellungsgesetz NRW (bei gleicher Eignung, Befähigung und fachlicher Leistung) bevorzugt berücksichtigt.

b) Welche Kosten planen die Kliniken und der HPH-Verbund für diese Maßnahmen ein?
Die Kosten für die Gewinnung von Frauen und Männern in den MINT- und SAGE Berufen variieren je nach Maßnahme. Die Finanzierung der Maßnahmen erfolgt zumeist im Rahmen des Gesamtbudgets der LVR-Kliniken bzw. des LVR-Verbundes HPH. Für den Boys- und Girls Day werden hauptsächlich personelle Kapazitäten für die Begleitung der Schülerinnen und Schüler zur Verfügung gestellt.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung

L i m b a c h
Erster Landesrat
und LVR-Dezernent für Personal und Organisation

TOP 8 Bericht aus der Verwaltung

TOP 9 Verschiedenes

Die Direktorin des Landschaftsverbandes
LVR-Institut für Forschung und Bildung

Qualität für Menschen

Vorlage Nr. 15/1726

öffentlich

Datum: 23.05.2023
Dienststelle: LVR-Institut für Forschung und Bildung
Bearbeitung: Frau Prof. Dr. Gouzoulis-Mayfrank

Krankenhausausschuss 3	**13.11.2023**	**Kenntnis**
Krankenhausausschuss 2	**14.11.2023**	**Kenntnis**
Krankenhausausschuss 4	**15.11.2023**	**Kenntnis**
Krankenhausausschuss 1	**16.11.2023**	**Kenntnis**
Gesundheitsausschuss	**17.11.2023**	**Kenntnis**

Tagesordnungspunkt:

Tätigkeitsbericht des LVR-Instituts für Forschung und Bildung - LVR-Institut für Versorgungsforschung - vom 01.01.2022 - 31.12.2022

Kenntnisnahme:

Der Tätigkeitsbericht des LVR-Instituts für Forschung und Bildung - LVR-Institut für Versorgungsforschung - vom 01.01.2022 - 31.12.2022 wird gemäß Vorlage Nr. 15/1726 zur Kenntnis genommen.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

Diese Vorlage berührt eine oder mehrere Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der BRK.	nein

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2025.	nein

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (lfd. Jahr):

Produktgruppe:	
Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	Aufwendungen: /Wirtschaftsplan
Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:	Auszahlungen: /Wirtschaftsplan
Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:	
Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten	

Für den Vorstand

T h e w e s
Vorsitzender des Vorstands

Zusammenfassung

Das LVR-Institut für Versorgungsforschung wurde am 01.07.2014 gemäß einem empfehlenden Beschluss des Gesundheitsausschusses vom 14.03.2014 und einem Beschluss des Landschaftsausschusses vom 07.04.2014 gegründet. Ein Tätigkeitsbericht über die Arbeit des LVR-Instituts für Versorgungsforschung soll regelmäßig der politischen Vertretung vorgelegt werden. Am 01.01.2021 wurde das LVR-Institut für Versorgungsforschung mit der LVR-Akademie für Seelische Gesundheit im LVR-Institut für Forschung und Bildung (LVR-IFuB) zusammengeführt. Der Vorlage ist der Tätigkeitsbericht des LVR-Instituts für Forschung und Bildung – LVR-Institut für Versorgungsforschung - für den Zeitraum vom 01.01.2022 – 31.12.2022 beigefügt.

Begründung der Vorlage Nr. 15/1726:

Das LVR-Institut für Versorgungsforschung wurde am 01.07.2014 gemäß einem empfehlenden Beschluss des Gesundheitsausschusses vom 14.03.2014 und einem Beschluss des Landschaftsausschusses vom 07.04.2014 gegründet. Träger des Instituts ist der LVR-Klinikverbund. Gründungsdirektor war in Personalunion der Ärztliche Direktor des LVR-Klinikums Düsseldorf, Herr Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, stellvertretende Direktorin des Instituts Frau Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis Mayfrank. Mit der Verabschiedung von Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel in den Ruhestand ging die Leitung des Instituts am 01.10.2016 an Frau Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Ärztliche Direktorin der LVR-Klinik Köln) über. Am 01.01.2021 wurde das LVR-Institut für Versorgungsforschung mit der LVR-Akademie für Seelische Gesundheit im LVR-Institut für Forschung und Bildung (LVR-IFuB) zusammengeführt. Der Vorstand des LVR-IFuB besteht aus Stefan Thewes (Vorsitzender des Vorstands und Kaufmännische Direktion), Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Fachliche Direktion Forschung) und Prof. Dr. Carolin Schuster (Fachliche Direktion Bildung).

In der Sitzung des Gesundheitsausschusses am 09.09.2022 hatte Frau Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank den Tätigkeitsbericht des LVR-Instituts für Versorgungsforschung vom 01.01.2021 – 31.12.2021 vorgelegt und über die weitere Entwicklung des LVR-Instituts für Versorgungsforschung berichtet.

Der Vorlage ist der Tätigkeitsbericht des LVR-Instituts für Forschung und Bildung – LVR-Institut für Versorgungsforschung - vom 01.01.2022 – 31.12.2022 zu Ihrer Information als **Anlage** beigefügt.

In der Sitzung des Gesundheitsausschusses am 17.11.2023 ist ein mündlicher Bericht von Frau Prof. Dr. Gouzoulis-Mayfrank vorgesehen.

Für den Vorstand

T h e w e s
Vorsitzender des Vorstandes

LVR-Institut für Versorgungsforschung

Tätigkeitsbericht 2022

Berichtszeitraum: 1. Januar 2022 - 31. Dezember 2022

E. Gouzoulis-Mayfrank, J. Zielasek

und das Team der Wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen des LVR-IVF

Köln, 31. März 2023

Inhalt

1 Einleitung 4
2 Projekte ohne Drittmittelförderung 6
2.1 Institutsprojekte 6
2.1.1 (Weiter-)Entwicklung, Implementierung und Analyse von Qualitätsindikatoren im LVR-Klinikverbund 6
2.1.2 DeFEM – Determinanten freiheitsentziehender Maßnahmen 8
2.1.3 Erfahrung mit Genesungsbegleitung in den LVR-Kliniken 8
2.1.4 Evaluation der Behandlungsvereinbarungen der LVR-Kliniken 9
2.1.5 Situation von Patient*innen mit Intelligenzminderung im Maßregelvollzug 10
2.1.6 Analysen des Versorgungsgeschehens in der COVID-19-Pandemie 12
2.2 Projekte von LVR-Kliniken in Kooperation mit dem LVR-IVF 13
3 Projekte mit Drittmittelförderung 15
3.1 LL-KoPsS: S3-Leitlinie Psychose mit komorbider substanzbezogener Störung 15
3.2 I-REACH: Internet-based Refugee Mental Healthcare 16
3.3 SoKo: Die Somatische Versorgung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität ... 17
3.4 Auswertung der Routinedaten der BAG-Psychiatrie (Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser) 19
3.5 eMEN: e-Mental Health innovation and transnational implementation platform North-West Europe 19
3.6 PsyKom: Psychosoziale Komplexbehandlung bei Psychischer Erkrankung 20
3.7 WohnLos: Wohnungslosigkeit bei psychischer Erkrankung: Risikofaktoren, Auswirkungen, Interventionen: Eine Bestandsaufnahme in Nordrhein-Westfalen 20
3.8. CANDY: CAre appropriate to the Needs of breast cancer patients with DisabilitY 21
4 Drittmittelanträge 22
5 Fachtagungen/Fortbildungsveranstaltungen 23
6 Studentische Lehre/Seminare/Promotionen 24
7 Vorträge 26
8 Wissenschaftliche Publikationen 28
8.1 Originalarbeiten 28
8.2 Übersichtsarbeiten 29

8.3 Weitere Publikationen (Redaktionelle Beiträge, Diskussionspapiere, Kurzberichte und Editorials) 29
9 Vernetzung 30
10 Personal 33
11 Finanzen 34
12 Ausblick 35
Anhang 1: Programme der Veranstaltungen 37
Anhang 2: Publikationen 42
Anhang 3: Tätigkeiten der Umlage- und der Drittmittel-finanzierten Wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen 2022 122

1 Einleitung

Das LVR-Institut für Versorgungsforschung (LVR-IVF) wurde im Jahre 2014 gegründet. Ziel der Institutsgründung war es, die Versorgungsforschung im LVR-Klinikverbund und im Bereich der psychischen Störungen zu intensivieren sowie bestehende Forschungsaktivitäten im Klinikverbund zu vernetzen. Das LVR-IVF versteht sich in diesem Sinne als **institutionelles Dach aller an der Versorgungsforschung interessierten Arbeitsgruppen in den LVR-Kliniken**. Eine der Hauptaufgaben ist die kontinuierliche Qualitätssicherung und -entwicklung mittels der **LVR-Qualitätsindikatoren**. Daher ist die Etablierung, Weiterentwicklung und Nutzung der Routinedaten einer verbundweiten **Statistikdatenbank** ein Schwerpunkt der Arbeit. Zudem ist die Entwicklung, Implementierung und Evaluation neuer Versorgungsmodelle ein wichtiges Arbeitsgebiet. Das LVR-IVF ist für die wissenschaftliche Programmgestaltung der **LVR-Symposien** und der **LVR-Fokustagungen** verantwortlich. Zudem forschen die Mitarbeitenden im Rahmen vielfältiger drittmittelfinanzierter Forschungsprojekte und sie beteiligen sich regelmäßig an Ausschreibungen, um Drittmittel für neue Forschungsprojekte einzuwerben.

In den ersten zwei Jahren nach der Gründung war das LVR-IVF dem LVR-Klinikum Düsseldorf angegliedert. Mit der Emeritierung des Gründungsdirektors, Herrn Professor W. Gaebel, zog das Institut im Jahr 2016 nach Köln um und war bis zum 31. Dezember 2020 organisatorisch eine Sparte der LVR-Klinik Köln. Zum 1. Januar 2021 wurde die seit 2018 geplante Fusion des LVR-IVF mit der Bildungseinrichtung des LVR-Klinikverbunds, der LVR-Akademie für Seelische Gesundheit, zum neuen **LVR-Institut für Forschung und Bildung (LVR-IFuB)** in Form eines Wie-Eigenbetriebs umgesetzt. Der Vorstand besteht aus der kaufmännischen Direktion, die auch den Vorstandsvorsitz innehat (seit dem 01.07.2021 S. Thewes; Stellvertretung M. Brehmer), der fachlichen Direktion der Sparte Forschung (Prof. Dr. E. Gouzoulis-Mayfrank; Stellvertretung Prof. Dr. T. Supprian), und der fachlichen Direktion der Sparte Bildung (A. Kuchenbecker, seit 1.10.2022 Prof. Dr. C. Schuster; Stellvertretung S. Jünger).

Das Berichtsjahr 2022 war in den ersten Monaten geprägt durch die COVID-19-Pandemie mit weitgehender Homeoffice-Regelung, die ab Mai 2022 schrittweise gelockert werden konnte, sodass wieder eine vermehrte persönliche Präsenz der Teammitglieder vor Ort möglich wurde. Bewährte Veranstaltungen wie der LVR-IVF-Fortbildungstag, das Trialog-Forum sowie die Schulungen und Arbeitsgruppentreffen in den Projekten fanden im Jahr 2022 weiterhin überwiegend als Online-Veranstaltungen statt. Bei stark veränderten Rahmenbedingungen wurden die wissenschaftlichen Forschungsprojekte fortgeführt und es wurden neue Projekte begonnen. Bei bestimmten Projekten kam es pandemiebedingt zu teils erheblichen Verzögerungen und es wurden Anpassungen in Projektabläufen und Projektplänen erforderlich. Die Einschränkung des wichtigen persönlichen Austauschs wog seit Beginn der Pandemie schwer, andererseits konnten auch positive Erfahrungen mit Online-Besprechungen gewonnen werden, sodass über die die akuten Pandemieperioden hinaus eine größere Flexibilisierung der Arbeitszeiten und –formate erfolgreich umgesetzt werden konnte. Dies trägt auch zu einer verbesserten Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei den Mitarbeiter*innen bei.

Im Berichtsjahr 2022 intensivierten sich die Arbeiten im Bereich mehrerer institutseigener Projekte, insbesondere in den Bereichen Evaluation von Behandlungsvereinbarungen und Analysen zur Situation von Patient*innen mit Intelligenzminderung im Maßregelvollzug. Im Drittmittelbereich kam es insbesondere im Projekt I-REACH zu Fortschritten, hier konnte im Jahr 2022 nach erheblichen pandemiebedingten Verzögerungen die klinische Studie mit der Patient*innenrekrutierung begonnen

werden. Auch im Projekt SoKo wurde mit der Übermittlung der Routinedaten der kooperierenden Krankenkasse an das LVR-IVF ein bedeutender Meilenstein erreicht.

Für die Sparte Forschung des LVR-IFuB bzw. für das LVR-IVF innerhalb des neugebildeten LVR-IFuB wurde ein neuer Wissenschaftlicher Beirat konstituiert, der am 3. Mai 2022 zu seiner bislang zweiten Sitzung zusammentrat. Die Institutsleitung stellte den Tätigkeitsbericht des Jahres 2021 vor, der von den Beiratsmitgliedern sehr positiv bewertet wurde. Insbesondere im Bereich der Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren sahen die Beiratsmitglieder ein erhebliches Potenzial und die Diskussion hierzu fokussierte auf die Themen Zwangsmaßnahmen und Nutzung der Qualitätsindikatoren für qualitätssichernde Maßnahmen sowie für das verbundinterne Benchmarking.

Im Folgenden werden die Projekte mit und ohne Drittmittelförderung sowie die im Jahr 2022 neu eingereichten Drittmittelanträge dargestellt. Es folgen Angaben zu den wissenschaftlichen Fachveranstaltungen, den wissenschaftlichen Vorträgen und den wissenschaftlichen Publikationen aus dem Berichtsjahr. Außerdem werden die Themenfelder Vernetzung, Beratung und Lehre sowie Finanzen dargestellt. Abschließend geben wir einen Ausblick auf die kommenden Jahre.

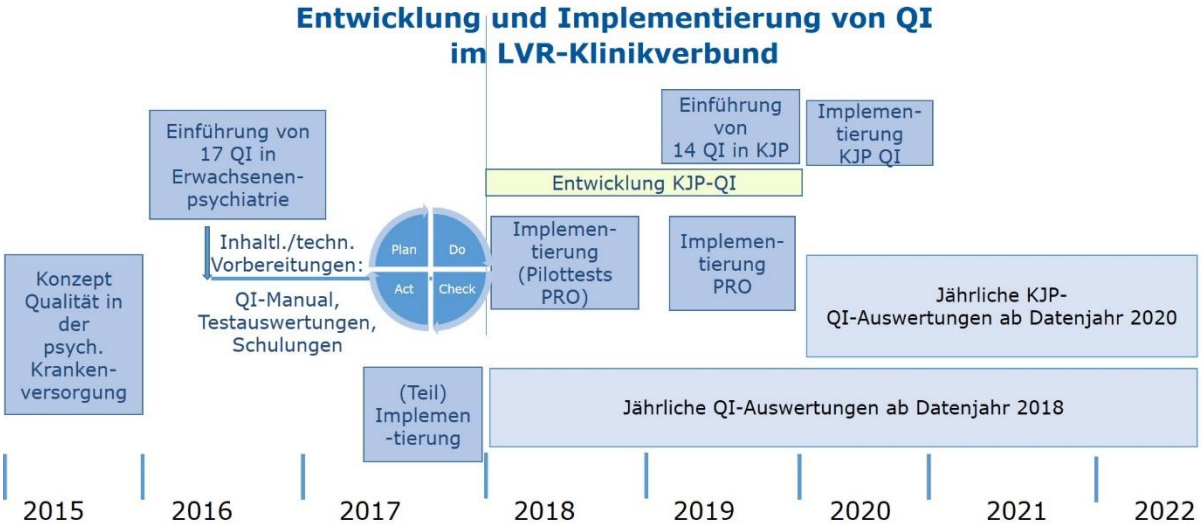
2 Projekte ohne Drittmittelförderung

Im Folgenden werden diejenigen Projekte beschrieben, bei denen das LVR-IVF federführend ist oder bei denen das LVR-IVF die LVR-Kliniken wissenschaftlich unterstützt.

2.1 Institutsprojekte

2.1.1 (Weiter-)Entwicklung, Implementierung und Analyse von Qualitätsindikatoren im LVR-Klinikverbund

Die Qualitätsindikatoren des LVR-Klinikverbunds (LVR-QI) wurden seit 2016 zunächst für den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie entwickelt und ab 2018 im LVR-Klinikverbund implementiert. Die folgende Abbildung fasst diese Geschichte der QI-Entwicklung im LVR-Klinikverbund zusammen.



Das QI-Set im Bereich der **Erwachsenenpsychiatrie** enthält vier Ergebnis-, acht Prozess- und vier Strukturindikatoren sowie eine Patient*innenbeurteilung. Für die Analysen nutzt das LVR-IVF die **Statistikdatenbank**, in die Routinedaten aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) der LVR-Kliniken übernommen und pseudonymisiert werden. Diese unter Federführung des LVR-Fachbereichs 81 (Personelle und Organisatorische Steuerung, Abteilung IT und Statistik) erstellte Statistikdatenbank ist die maßgebliche Datenquelle für die Analysen der LVR-QI und anderer Analysen von klinischen Routinedaten des LVR-Klinikverbunds.

Im Berichtszeitraum hat das Institut den sechsten kommentierten QI-Bericht für den Bereich der Allgemeinen Psychiatrie **(„Erwachsenenpsychiatrie“**, Datenjahr 2021) mit Auswertung aller Qualitäts-indikatoren erstellt. Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren wurden mit Ergebnissen aus der deutschsprachigen und der internationalen Literatur verglichen. Hierbei zeigten sich keine auffälligen Abweichungen. Es wurden auf Anregung des Lenkungsausschusses Qualitätsmanagement (LA-QM) erstmalig **geschlechtsspezifische Auswertungen** der einzelnen Qualitätsindikatoren durchgeführt. Ein diagnosespezifischer QI (Polypharmazierate bei Schizophrenie) wurde auf Beschluss des LA-QM gestrichen, damit das QI-Set ausschließlich aus „generischen“ (diagnoseübergreifenden) Indikatoren besteht. Zudem wurden die Ergebnisse mit den Vorjahren verglichen, sodass im neuen Bericht auch erstmals mehrjährige Zeitreihen präsentiert werden konnten, die teilweise interessante Rückschlüsse

auf pandemiebedingte Einflüsse zuließen. So zeigten sich in den „Covid-Jahren“ 2020 und 2021 reduzierte Fallzahlen im Vergleich zu den Vorjahren. Weiterhin gab es pandemiebedingt weniger psychosoziale Gruppentherapien und sowohl relativ als auch absolut mehr Zwangsmaßnahmen im Vergleich zum Vorjahr.

Zusätzlich wurde die Patient*innenzufriedenheits-Befragung mit dem ZUF-8-Fragebogen in den meisten LVR-Kliniken kontinuierlich erhoben. Die Rücklaufquoten solcher Befragungen liegen erfahrungsgemäß bei 30 bis 40 %. Im LVR-Klinikverbund lag die durchschnittliche Rücklaufquote im Jahr 2021 bei 26% und ist somit im Vergleich zum Vorjahr um 2% gestiegen. Die im Vergleich zur Literatur relativ niedrige Rücklaufquote dürfte am ehesten auf die Pandemiesituation zurückzuführen sein. Am 15. Juli 2022 wurden im Rahmen eines Treffens mit dem Fachbereich 84 Zusatzanalysen definiert, die künftig vom LVR-IVF durchgeführt werden sollen.

Im Berichtszeitraum fanden das jährliche klinikübergreifende Arbeitstreffen des LVR-IVF mit Klinikvertreter*innen und der jährliche Austausch mit den Multiplikator*innen für die CGI- und GAF-Beurteilungen erstmalig in einem zusammengelegten Termin (8. September 2022) online statt. Die Ergebnisse des QI-Berichts wurden im Lenkungsausschuss Qualitätsmanagement (LA-QM) in drei Sitzungen (18. Mai 2022, 15. September 2022 und 15. Dezember 2022) vorgestellt. Des Weiteren wurden die Ergebnisse im Juli 2022 bei Vorträgen in den LVR-Kliniken Bonn und Düren präsentiert. Am 8. September 2022 wurde im Arbeitskreis Gewaltprävention eine Zusatzanalyse für die Zwangsmaßnahmen in den ersten 24 Stunden nach der Aufnahme der Patient*innen im Bereich der Erwachsenen- sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt und diskutiert. Im Rahmen des LVR-IVF-Fortbildungstags am 27. September 2022 wurde die Entwicklung und Implementierung der LVR-QI sowie die Ergebnisse der LVR-QI und KJP-QI dargestellt und diskutiert. Im Jahr 2022 wurden drei QI-Newsletter erstellt und an die klinischen Mitarbeitenden der LVR-Kliniken versendet. Im Fokus standen dabei die Themengebiete Neuerungen im Bereich der QI ab dem Jahr 2022 (Januar 2022) sowie geschlechtsspezifische Auswertungen des LVR-QI-P4 „Psychosoziale Interventionen“ (Juli 2022). Im Dezember 2022 wurde ein QI-Newsletter zum Thema „Freiheitsentziehende Maßnahmen“ erstellt und distribuiert. Die Arbeiten an einer ersten wissenschaftlichen Publikation zum Entwicklungs- und Implementierungsprozess der Qualitätsindikatoren im LVR-Klinikverbund wurden im Jahr 2022 fortgesetzt.

Die LVR-QI im Bereich der **Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)** wurden seit 2018 entwickelt und ab 2020 im LVR-Klinikverbund implementiert. Das QI-Set der KJP enthält zwei Ergebnis-, sieben Prozess- und vier Strukturindikatoren. Im Februar 2020 wurde der KJPPP-QI-Monitor im Krankenhausinformationssystem implementiert und mit den neuen Dokumentationsfeldern zur Beurteilung der *Health of the Nation Outcomes Scale - Children and Adolescents* (HoNOSCA) bei Aufnahme und Entlassung versehen. Im Berichtszeitraum erstellte das Institut den zweiten kommentierten QI-Bericht zu allen Qualitätsindikatoren der KJP (Datenjahr 2021). Das klinikübergreifende Arbeitstreffen mit Vertreter*innen der KJP-Kliniken und dem LVR-IVF sowie die vierte HoNOSCA-Mulitplikator*innen-Schulung fanden am 7. September 2022 online statt. Die Ergebnisse des KJP-QI-Berichts wurden im LA-QM am 15. September 2022 vorgestellt und diskutiert (Datenjahr 2021/erstes Halbjahr 2022). Zusätzlich erfolgte im Sommer 2022 ein außerplanmäßiger Halbjahresbericht für das erste Halbjahr 2022 als Grundlage für eine Diskussion von QI-Set-Adaptationen im LA-QM. Zum 1. September 2022 wurden die Ergebnisse der KJP-QI des ersten Halbjahres 2022 fristgerecht an die Fachkonferenz KJPPP sowie den Fachbereich 84 distribuiert.

Im Bereich der suchtmedizinischen Versorgung begannen auf Initiative der Fachkonferenz Sucht im zweiten Halbjahr 2021 erste Beratungen zu einer möglichen Entwicklung suchtspezifischer Qualitätsindikatoren. Im Berichtsjahr 2022 wurden Analysen zu den von der Fachkonferenz (FK) Sucht vorgeschlagenen diagnosespezifischen Qualitätsindikatoren durchgeführt. Diese Analysen wurden der FK Sucht am 2. September 2022 vorgestellt und gemeinsam diskutiert. Weitere Arbeitstreffen sind für das kommende Jahr 2023 vorgesehen.

2.1.2 DeFEM – Determinanten freiheitsentziehender Maßnahmen

Das LVR-IVF beschäftigt sich seit mehreren Jahren mit der Identifizierung (modifizierbarer) Risikofaktoren für Zwangseinweisungen und weitere Zwangsmaßnahmen in der stationären Krankenhausbehandlung psychisch erkrankter Menschen. Im Rahmen einer großen retrospektiven Datenerhebung in allen psychiatrischen Kliniken in Köln wurden die soziodemographischen und klinischen Risikofaktoren für Zwangsaufnahmen einschließlich deren Interaktionen und besondere Risikogruppen mittels Maschinenlernverfahren ermittelt. Als wesentliche Risikofaktoren für unfreiwillige Einweisungen zeigten sich Diagnosen einer organischen psychischen Störung (ICD-10 F0) und einer Psychose (ICD-10 F2), die Art der prästationären Versorgung und die Aufnahmezeit außerhalb regulärer Dienstzeiten. Zusätzlich zeigte sich eine Relevanz von Umgebungsfaktoren wie eine hohe Arbeitslosenquote, eine dichte Bebauung und ein hoher Anteil an Ein-Personenhaushalten in der Wohnumgebung der Patient*innen. In den vergangenen Jahren wurden diese Ergebnisse bereits wissenschaftlich publiziert *(Schmitz-Buhl et al 2019; Karasch et al 2020)*.

Im Jahr 2021 wurden die Daten der retrospektiven Erhebung sekundär analysiert im Hinblick auf mögliche Unterschiede und differentielle Präventionsansätze für Patient*innen, die in unterschiedlichen Behandlungsphasen unfreiwillig untergebracht werden (direkt bei der Aufnahme vs. im weiteren Verlauf). Im Ergebnis waren die Unterschiede relativ gering, so dass keine spezifischen Präventionsansätze für die zwei Untergruppen vorgeschlagen werden können. Die Ergebnisse wurden im Berichtsjahr in einer internationalen Fachzeitschrift publiziert *(Peters et al., 2022)*. Ebenfalls wurden im Berichtsjahr weitere Analysen mit dem Ziel der Differenzierung von Risikofaktoren für öffentlich-rechtliche und betreuungsrechtliche Unterbringungen von Menschen durchgeführt. Im Ergebnis waren die Unterschiede auch diesbezüglich relativ gering. Eine Publikation der Ergebnisse dieser Analysen wurde im Berichtsjahr vorbereitet.

2.1.3 Erfahrung mit Genesungsbegleitung in den LVR-Kliniken

Genesungsbegleitende sind Personen, die selbst psychisch erkrankt und in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung waren. Sie haben eine Ex-In-Schulung *(Ex-In: Experienced Involvement)* abgeschlossen und unterstützen den Genesungsprozess anderer Betroffener. Die Evidenz zu Art und Ergebnissen des Einsatzes von Genesungsbegleitenden in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken ist begrenzt und das Projekt dient dem Ziel, diese Kenntnisbasis empirisch zu verbessern.

Das Projekt hatte im Oktober 2018 mit einer Befragung von Genesungsbegleitenden und klinischem Personal (ärztliches und pflegerisches Personal sowie Sozialdienst der LVR-Kliniken) begonnen, dabei hatte sich eine positive Bewertung der Bedeutung der Genesungsbegleitung und der Zusammenarbeit mit den Stationsteams von beiden Seiten gezeigt. Die Ergebnisse wurden im Jahr 2021 publiziert *(Groß et al., 2021*). Ebenfalls im Jahr 2021 erfolgte durch den FB84 und das IVF eine fragebogenbasierte

Erfassung der Tätigkeiten der Genesungsbegleitenden, die u. a. zeigte, dass die Mehrzahl der Beratungsgespräche als Einzelgespräch im stationären Kontext und vorwiegend in offenen Stationen erfolgt.

Im Herbst 2022 begannen auf Anregung des Gesundheitsausschusses konzeptionelle Überlegungen des FB84 mit dem LVR-IVF für weitergehende Analysen zu den Erfahrungen mit Genesungsbegleitung in den neun psychiatrischen LVR-Kliniken. Es wurde ein Projektplan für ein neues Projekt ausgearbeitet (GIVE: Erfahrungen mit der **G**enesungsbegleitung **I**n der klinischen **Ve**rsorgung), welches voraussichtlich im 2. Quartal 2023 starten wird. Methodisch sind quantitative Fragebogen-Surveys vorgesehen. Die Erfassungen sollen aus Sicht der Patient*innen (I), der Genesungsbegleitenden (II) sowie des medizinischen und pflegerischen Personals (III) erfolgen. Während es sich bei der Patient*innenbefragung (I) um eine neue Befragung handelt, basiert die Befragung der Genesungsbegleitenden (II) sowie der Professionellen (III) auf der früheren Befragung aus dem Jahr 2018.

2.1.4 Evaluation der Behandlungsvereinbarungen der LVR-Kliniken

Behandlungsvereinbarungen (BehV) zielen darauf ab, die Autonomie der Patient*innen zu fördern sowie Zwangsmaßnahmen zu minimieren. Diese gewünschten positiven Effekte von BehV zeigen sich jedoch nicht in allen Studien, so dass sich vermehrter Forschungsbedarf hinsichtlich der erreichten Zielgruppen sowie hinsichtlich der Wirkungen des Abschlusses einer BehV ergibt. In psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken in Deutschland ist das Angebot von BehV zwar vorhanden, die Nutzungsrate durch die Betroffenen ist jedoch gering. Das LVR-IVF hat seit 2018 an einem Konzept zur Evaluation und nachfolgend an den Vorbereitungen für eine konkrete Evaluation der BehV im LVR-Klinikverbund anhand von Routinedaten aus dem Krankenhausinformationssystem gearbeitet. Zunächst wurde die Datenlage geprüft und es wurde definiert, nach welchen Standards eine vorhandene BehV im Krankenhausinformationssystem dokumentiert werden soll, damit die Daten auswertbar sind. Nach weiteren Arbeitsschritten und Abstimmungen mit den LVR-Kliniken u. a. zu den Datengrundlagen begann das LVR-IVF ab Herbst 2020 mit den Analysen.

Bei den Analysen ging es zunächst um die Frage, ob die „richtigen“ Patient*innen eine BehV abschließen, worunter ausweislich einer hohen Anzahl an stationären Voraufenthalten und hohen Raten von Zwangsunterbringungen und anderen Zwangsmaßnahmen die besonders schwer Betroffenen zu verstehen waren. Im Einzelnen wurden die Hypothesen überprüft, dass Patient*innen mit BehV häufiger Diagnosen aus den Bereichen der Schizophrenien und der Bipolaren Störungen (ICD-10-Gruppen F2 und F30/F31) aufweisen, und dass sie vor dem Abschluss der BehV häufiger stationäre Aufenthalte und insbesondere häufiger unfreiwillige Aufenthalte und Aufenthalte mit weiteren Zwangsmaßnahmen aufweisen. Hierfür erfolgte eine retrospektive Erhebung, bei der die Anzahl und der Anteil der Patient*innen mit abgeschlossenen BehV ermittelt wurden (**Querschnittuntersuchung**). Es wurden alle voll- und teilstationären Fälle im Zeitraum 1.1.2017 bis 31.12.2020 im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie (Fachbereich 29) betrachtet, wobei bei Patient*innen mit mehreren Aufnahmen im Untersuchungszeitrum die jeweils erste Aufnahme als „Indexaufnahme“ herangezogen wurde. Auf diese Weise konnten bei der Analyse knapp 100.000 Betroffene bzw. knapp 200.000 Fälle berücksichtigt werden. Zur Betrachtung der Anzahl der stationären Voraufenthalte sowie zu bei Voraufenthalten durchgeführten Zwangsunterbringungen und anderen Zwangsmaßnahmen wurde ein retrospektiver Zeitraum von 36 Monaten vor der Indexaufnahme gewählt.

Das Vorliegen einer BehV war bei ca. 0,5% der Betroffenen bzw. bei 1,3% der Fälle dokumentiert. Alle eingangs formulierten Hypothesen wurden bestätigt, d.h. Patient*innen mit BehV hatten häufiger Diagnosen aus den Bereichen der Schizophrenien und der Bipolaren Störungen und sie hatten vor dem Abschluss der BehV häufiger stationäre Aufenthalte, unfreiwillige Aufenthalte und Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen. Allerdings hatten etwa 50% der Patient*innen mit BehV andere Diagnosen und der überwiegende Teil dieser Patient*innen hatte in den vergangenen 24 Monaten keine unfreiwilligen Unterbringungen und keine Zwangsmaßnahmen gehabt. Daraus ergibt sich, dass ergänzende qualitative Untersuchungen erforderlich wären, um Inhalte und Zielsetzungen von BehV näher zu analysieren.

Ein ausführlicher Bericht zu den Ergebnissen der Querschnittuntersuchung wurde im Frühjahr 2021 dem Fachbereich 84 vorgelegt. Die Ergebnisse wurden im November 2021 im Rahmen des DGPPN-Kongresses und im Berichtszeitraum im Rahmen des LVR-IVF-Fortbildungstags am 27. September 2022 vorgestellt. Im Berichtszeitraum wurde hierzu ein Manuskript erstellt, das im Dezember 2022 in der Zeitschrift „Der Nervenarzt“ publiziert wurde *(Weide et al., 2022).*

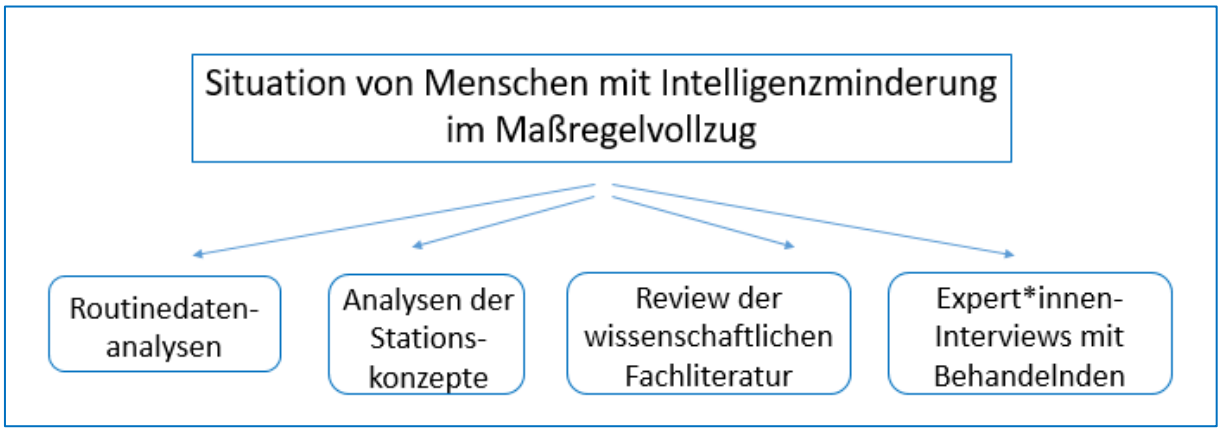
Des Weiteren erfolgte im Berichtszeitraum eine **Längsschnittuntersuchung** zu der Frage, ob der Abschluss von BehV einen günstigen Einfluss auf die Versorgungsverläufe ausübt, insbesondere im Sinne einer Reduktion der Häufigkeit und Dauer der unfreiwilligen Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen. Es wurden alle voll- und teilstationären Fälle im Zeitraum vom 1.1.2016 bis zum 31.12.2019 im Bereich der Psychiatrie und der Psychotherapie (Fachbereich 29) berücksichtigt, und es wurden jeweils die Zeiträume von 24 Monaten vor und 24 Monaten nach der Indexaufnahme betrachtet. Sowohl die Prä-Post Analysen als auch der Vergleich mit den Versorgungsverläufen einer Kontrollgruppe, die mit Hilfe der Propensity Score Matching-Methode ausgewählt wurde, ergaben Reduktionen der Aufnahmen und der kumulierten Verweildauer, aber keine signifikanten Reduktionen der unfreiwilligen Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen im Verlauf. Erste explorative Analysen mit Untergruppen von Patient*innen legen nahe, dass ein günstiger Einfluss auf die Versorgungsverläufe bei Patient*innen mit Schizophrenien/Bipolaren Störungen und einer Vorgeschichte von unfreiwilligen Aufnahmen zumindest partiell zu erkennen ist. Weitere Analysen hierzu sind zum Zeitpunkt der Vorlage des vorliegenden Berichtes noch nicht abgeschlossen.

Erste Zwischenergebnisse der Längsschnittuntersuchung wurden bereits im Rahmen des LVR-IVF-Fortbildungstags am 27. September 2022 vorgestellt und diskutiert. Im Februar 2023 wurden die Ergebnisse im LA-QM ausführlich dargestellt und diskutiert. Die Erstellung eines wissenschaftlichen Manuskripts ist für das Jahr 2023 in Planung.

2.1.5 Situation von Patient*innen mit Intelligenzminderung im Maßregelvollzug

Psychisch kranke Straftäter*innen können nach § 63 StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus) forensisch untergebracht und behandelt werden, wenn sie zum Zeitpunkt des Begehens der Straftat aufgrund ihrer psychischen Erkrankung schuldunfähig oder vermindert schuldfähig waren. Die Verweildauern im Maßregelvollzug belaufen sich auf mehrere Jahre. Besonders lang sind die Verweildauern bei Patient*innen mit Intelligenzminderung (ICD-10 Diagnosegruppe F7). Daraus ergibt sich das Interesse an Behandlungskonzepten und der Identifizierung konkreter Entlasshindernisse bei dieser Gruppe von Betroffenen.

In den Jahren 2021 und 2022 bearbeitete das LVR-IVF einen Auftrag des Fachbereichs 82 (Bereich Maßregelvollzug) des Dezernats 8 zur Analyse von Menschen mit Intelligenzminderung im Maßregelvollzug. Das Projekt bestand aus vier Bausteinen, die in der folgenden Abbildung dargestellt sind.



Im Jahr 2021 wurden zunächst die **Stationskonzepte** der forensischen Abteilungen der LVR-Kliniken hinsichtlich allgemeiner und störungsspezifischer Behandlungselemente für Betroffene mit Intelligenzminderung (F7-Diagnosen) sowie Routinedaten analysiert. Dabei zeigte sich, dass störungsspezifische Behandlungselemente in sehr unterschiedlichem Maße in den Konzepten beschrieben werden. Die ebenfalls im Jahr 2021 begonnene und bis Juli 2022 finalisierte **Routinedatenanalyse** ergab, dass bei den Betroffenen häufig eine Kombination mit Nebendiagnosen aus dem Spektrum der Persönlichkeitsstörungen und der Störungen der Sexualpräferenz (ICD-10 F6: ca. 1/3), der Abhängigkeitserkrankungen (ICD-10 F1: ca. 1/4) oder der Schizophrenien (ICD-10 F2: ca. 1/10) vorlag. Die Verweildauer lag bei den Patient*innen mit Hauptdiagnose aus der ICD-10-Gruppe F7 mit durchschnittlich ca. 10 Jahren etwa doppelt so hoch wie bei Patient*innen mit einer anderen Hauptdiagnose.

In den Jahren 2021 und 2022 wurde **eine Literaturrecherche** zu Behandlungskonzepten für Straftäter*innen mit Intelligenzminderung in deutsch- und englischsprachigen Quellen durchgeführt, die eine Vielzahl von Treffern ergab. Am häufigsten werden in der Literatur die Themen Psychotherapie und Pharmakotherapie behandelt, und eher selten fanden sich Studien zu heilpädagogischen Hilfen oder der Organisation der Versorgung für diese Betroffenengruppe. Auf Basis dieser umfangreichen Literaturrecherche wurde ein ausführlicher Ergebnisbericht erstellt, der dem FB82 Anfang 2022 vorgelegt wurde. Darüber hinaus wurde eine wissenschaftliche Publikation für eine forensische Fachzeitschrift erstellt und eingereicht. Zum Ende des Berichtsjahrs 2022 befand sich der Artikel im Reviewverfahren. Der Literaturreview diente als Grundlage zweier Fachvorträge, die auf dem Fortbildungstag des LVR-IVF im September 2022 und auf der Münchner Herbsttagung der AGFP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Forensischen Psychiatrie) im Oktober 2022 vorgestellt wurden.

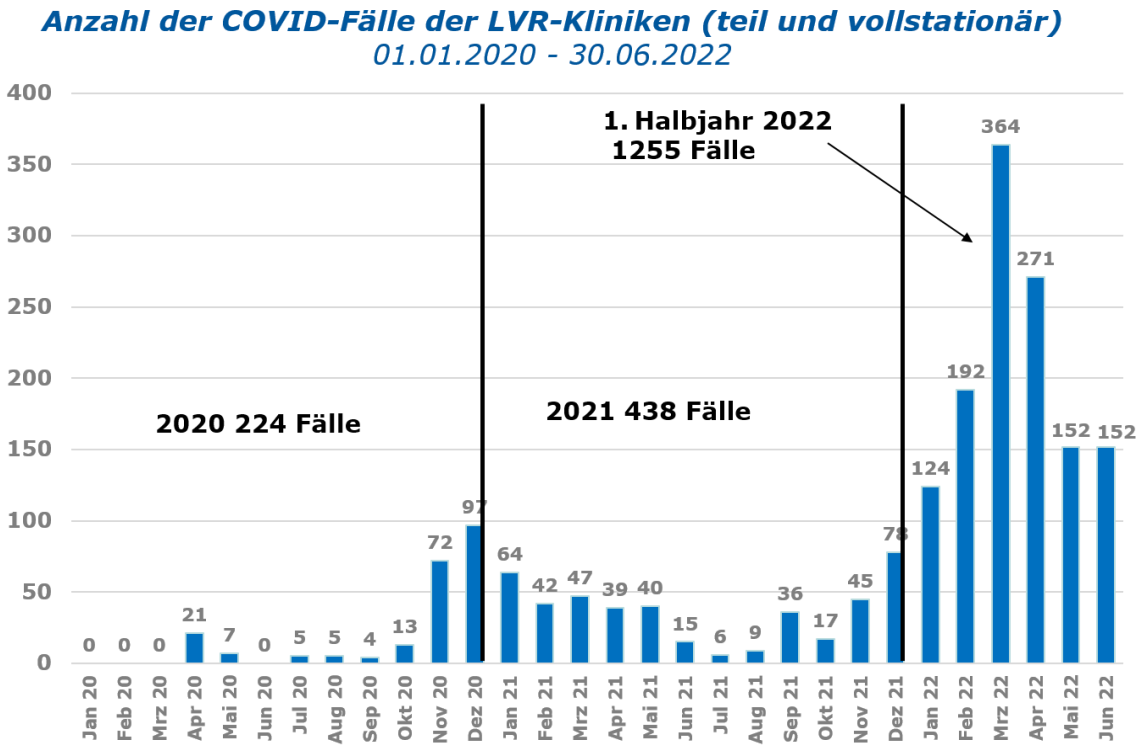
Als viertes und letztes Teilprojekt wurden im Sommer 2022 zehn **qualitative Interviews** mit langjährig erfahrenen Behandelnden aus drei LVR-Klinikstandorten zu den besonderen Herausforderungen in der Behandlung der Gruppe von Patient*innen mit Intelligenzminderung im Maßregelvollzug durchgeführt. Erfreulicherweise erklärten sich alle angefragten Mitarbeiter*innen aus den Standorten Köln, Langenfeld und Bedburg-Hau zur Teilnahme bereit. Auch inhaltlich ergab sich bei den Interviews, die im Durchschnitt knapp 50 Minuten Zeit in Anspruch nahmen, eine dichte und sehr fundierte Informationsgrundlage, so dass aus den geführten Interviews wichtige Informationen zu Entlasshindernissen

extrahiert werden konnten. So beschrieben die befragten Mitarbeiter*innen unisono, dass es sehr schwer sei, Menschen mit einer Intelligenzminderung aus einer forensischen Unterbringung in weiterbehandelnde Einrichtungen zu integrieren, derer es aber regelhaft bedarf. Insofern scheinen die langen Verweildauern im Maßregelvollzeug – neben einigen spezifischen und diagnoseassoziierten Schwierigkeiten, die im Behandlungsverlauf typischerweise auftreten – vor allem aus Schwierigkeiten bei der Vermittlung in geeignete Wohneinrichtungen zu resultieren. Es gebe grundsätzlich zu wenig geeignete Heime und Plätze. Zudem herrschten noch oft Vorbehalte auf Seite der Nachbehandelnden gegen das forensische Klientel. Als Subgruppen von forensischen Patient*innen mit einer Intelligenzminderung, die besonders schwer vermittelbar seien, wurden einerseits Menschen mit einer Sexualstraftat zulasten von Minderjährigen benannt, andererseits Untergebrachte, deren Eingangsdelikt bereits im Kontext eines Heimes stattfand (z.B. Brandstiftung oder Körperverletzung zulasten von Betreuungspersonen). Insgesamt belegte die Interviewstudie aber auch, wie vielfältig und fundiert die angewandten Behandlungskonzepte ausgestaltet sind.

Im November 2022 wurden die Interviews vorläufig inhaltsanalytisch ausgewertet und zunächst in Form einer Präsentation dem FB 82 zur Verfügung gestellt. Die Validierung der Inhaltsanalyse durch eine*n weitere*n Rater*in erfolgte Anfang 2023, gegenwärtig wird auf dieser Grundlage ein wissenschaftlicher Fachartikel erstellt.

2.1.6 Analysen des Versorgungsgeschehens in der COVID-19-Pandemie

In den Jahren 2020 und 2021 wurden wissenschaftliche Analysen zur Versorgungsinanspruchnahme im LVR-Klinikverbund während der COVID-19-Pandemie anhand der Routinedaten der Statistikdatenbank durchgeführt. Bis Sommer 2022 wurden 1917 COVID-Betroffene mit psychischen Erkrankungen in den psychiatrischen Kliniken des LVR-Klinikverbunds versorgt (siehe die folgende Abbildung).



Während der ersten Welle der Pandemie zeigte sich im Vergleich zum entsprechenden Zeitraum des Vorjahres ein Rückgang der voll- und teilstationären Fallzahlen um 25 %, der im teilstationären Versorgungsbereich relativ stärker als im vollstationären Bereich ausgeprägt war. Die Fallzahlreduktion betraf vorwiegend die affektiven Störungen und die Suchterkrankungen, während es bei einzelnen akuten psychischen Störungen zu einem Fallzahlanstieg kam (Delir und akute polymorphe psychotische Störung). Die Analysen zum Versorgungsgeschehen in der ersten Pandemiewelle wurden bereits im Jahr 2021 international publiziert *(Zielasek et al., 2021).* Weiterführende Analysen im Berichtsjahr 2022 zeigten, dass diese Veränderungen in abgeschwächter Form überdauerten und nicht in engem zeitlichen Zusammenhang mit den einzelnen Hochphasen der Pandemie standen. Es wurde eine Zunahme von Zwangsmaßnahmen verzeichnet, die u.a. mit der konflikteskalierenden Wirkung der Durchsetzung von Hygieneschutzmaßnahmen bei Patient*innen mit akuten psychischen Erkrankungen in Zusammenhang stehen dürfte. Die Ergebnisse der Analysen bis Sommer 2022 wurden in einem Vortrag im IVF-Fortbildungstag sowie beim DGPPN-Kongress 2022 vorgestellt. Ein Manuskript zu den Analysen bis Sommer 2021 wurde im Winter 2022 von einer internationalen Fachzeitschrift zur Veröffentlichung angenommen *(Zielasek et al., 2022).*

Darüber hinaus wurden im Berichtszeitraum erste Analysen zur Versorgungssituation im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgeführt. Diese zeigten einen starken Rückgang der Fallzahlen im ersten Halbjahr 2020 mit darauffolgender Stabilisierung der Fallzahlen auf dem Niveau der Vorjahre ab August 2020. Die vollstationäre Verweildauer reduzierte sich signifikant von 10-12 Tagen in den Jahren 2017-2019 auf 8 bis 9 Tage in den Pandemiejahren 2020/2021 (März 2020 bis Juli 2021). Des Weiteren stieg der Anteil an Mädchen (+6%) sowie an Adoleszenten (14-17 Jahre; +4%) im untersuchten Pandemiezeitraum signifikant an. Im Hinblick auf die kodierten Hauptdiagnosen nahmen affektive Störungen (+7%) sowie Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (+1%) im Bereich der KJPPP signifikant zu. Weitere Analysen hierzu sind im Rahmen einer Promotionsarbeit in Planung.

2.2 Projekte von LVR-Kliniken in Kooperation mit dem LVR-IVF

Das LVR-IVF kooperierte auch in diesem Berichtsjahr mit Arbeitsgruppen und Mitarbeitenden aus den LVR-Kliniken hinsichtlich der Evaluation neuer Versorgungsangebote sowie hinsichtlich wissenschaftlicher Auswertungen von Routinedaten. Zu diesen Projekten gehören:

- **Evaluation eines Modells der Integrierten Versorgung an der LVR-Klinik Köln (EVA-NETZ):** Das LVR-IVF evaluiert ein sektorübergreifendes Modell der Integrierten Versorgung, das im Rahmen des bundesdeutschen Netzwerks psychische Gesundheit (NWpG) an der LVR-Klinik Köln durchgeführt wird. Partner im NWpG Köln sind der Kölner Verein für Rehabilitation e. V., die LVR-Klinik Köln sowie mehrere Krankenkassen wie u. a. Techniker Krankenkasse, AOK, Pronova BKK und weitere Betriebskrankenkassen. Es werden zum einen Routinedaten aus den elektronischen Krankenakten wie die Art und Anzahl der Diagnosen sowie die Anzahl der stationären Behandlungstage ausgewertet. Zum anderen kommen standardisierte klinische Fragebögen zur Erfassung der Lebenszufriedenheit und der Symptombelastung zum Einsatz. Schließlich werden spezifische Erhebungsinstrumente zum Beispiel zur Erfassung der Therapieelemente genutzt, die zum Teil im Rahmen des Projektes neu entwickelt wurden. Die Baselinebefragungen und die Nachbefragungen sechs, zwölf und 24 Monate nach Einschluss in die Integrierte Versorgung wurden im Sommer 2021 abgeschlossen. Nach abgeschlossener Überprüfung der Datenqualität und

Datenplausibilität erfolgten im Berichtsjahr vorläufige Auswertungen, die im Vergleich der Patient*innen der Integrierten Versorgung zu Patient*innen der Kontrollgruppe u.a. eine höhere Behandlungszufriedenheit zeigten. Die finalen Analysen und eine wissenschaftliche Publikation sind für Anfang 2023 geplant.

- **Analyse der Polypharmazie bei Patient*innen mit geistiger Behinderung:** Hierzu fanden Ende 2022 erste Gespräche mit einer Arbeitsgruppe aus zwei Abteilungsleitungen und zwei weiteren Ärztinnen der LVR-Klinik Langenfeld statt. Vorgesehen ist eine medizinische Promotionsarbeit, die die Verbreitung der Polypharmazie bei Patient*innen mit geistiger Behinderung im Vergleich zu anderen Patient*innen untersuchen soll. Des Weiteren soll eine detaillierte Wirkstoffanalyse von polypharmazeutischen Behandlungen bei Patient*innen mit geistiger Behinderung erfolgen.

3 Projekte mit Drittmittelförderung

3.1 LL-KoPsS: S3-Leitlinie Psychose mit komorbider substanzbezogener Störung

Förderung: Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)
Förderdauer: Oktober 2022 – März 2025

LL-KoPsS ist ein durch den Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördertes Drittmittelprojekt zur Entwicklung der AWMF-S3-Leitlinie „Psychose mit komorbider substanzbezogener Störung“ unter Konsortialführung des LVR-IVF. Federführende Fachgesellschaften sind die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) und die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht). Die Projektleitung und Koordination der Leitlinienentwicklung obliegt dem LVR-IVF. Projektstart war am 1. Oktober 2022. Die folgende Abbildung zeigt den Zeitplan des Projekts.



Gemäß dem Regelwerk der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) wird die Leitlinienentwicklung in einem transparenten, strukturierten, evidenz- und konsensbasierten Prozess mit einer für den Nutzerkreis der Leitlinie repräsentativen Leitliniengruppe umgesetzt. Den Kern der Leitliniengruppe bildet eine Steuergruppe, deren Mitglieder die Leitlinie von Anfang an und in ihrer gesamten Breite gemeinsam entwickeln. Unterstützt wird die Steuergruppe durch eine Expert*innengruppe mit für ihre jeweiligen Bereiche ausgewiesene Expert*innen, die u.a. einschlägige Erfahrungen in der Entwicklung von Leitlinien haben und ihre Expertise themenbezogen einbringen. Die Mitglieder der Steuer- und Expert*innengruppen treffen sich regelmäßig, um Inhalte und Prozesse abzustimmen. Zusätzlich stimmt eine Konsensusgruppe über die Leitlinienempfehlungen auf der Basis der Evidenzrecherchen und der Vorschläge der Steuer- und Expert*innengruppe während Konsensuskonferenzen ab. Die Konsensusgruppe besteht aus Vertreter*innen von 30 Fachgesellschaften und -verbänden sowie Betroffenen und deren Angehörigen.

Zu Beginn der Förderung erfolgte die Einstellung zweier wissenschaftlicher Mitarbeiter*innen. Die ersten Meilensteine konnten im Jahr 2022 alle fristgerecht eingehalten werden. Diese umfassten die

Erarbeitung eines Datenschutzkonzeptes und die Etablierung der Leitliniengruppe bestehend aus Steuer-, Expert*innen und Konsensusgruppe. Dabei wurden mit allen Beteiligten Kooperationsvereinbarungen geschlossen sowie mögliche Interessenkonflikte geprüft und bewertet. Ein enger Austausch erfolgte zudem mit der Steuer- und Expert*innengruppe im Rahmen von zwei virtuellen Sitzungen. Dabei wurden organisatorische Prozesse sowie inhaltliche Aspekte (z.B. die Kapitelstruktur der Leitlinie) abgestimmt. Erste klinische Fragestellungen/PICO-Fragen der Leitlinie wurden entworfen und diskutiert. Diese sollen Anfang 2023 im Rahmen der Auftaktsitzung der Leitliniengruppe beraten werden.

3.2 I-REACH: Internet-based Refugee Mental Healthcare

Förderung: Bundesministerium für Forschung und Bildung (BMBF)
Förderdauer: April 2019 – Januar 2024

I-REACH ist ein durch das Bundesministerium für Forschung und Bildung (BMBF) gefördertes Konsortium unter der Leitung von Frau Professor C. Knaevelsrud (FU Berlin). Ziel des Konsortiums mit fünf Teilprojekten ist die Förderung und Evaluierung internetbasierter diagnostischer und therapeutischer bzw. therapieunterstützender Ansätze für Geflüchtete mit psychischen Störungen (https://www.mentalhealth4refugees.de/de/i-reach). Das vom LVR-IVF geleitete Teilprojekt 4 (TP4) untersucht die Implementierung einer internetbasierten Kommunikationsunterstützung im Rahmen eines Blended Care Ansatzes in der teil- und vollstationären psychiatrischen Versorgung von Arabisch und Farsi-sprechenden Geflüchteten. Die Studie wird multizentrisch in acht psychiatrischen Kliniken des Landschaftsverbandes Rheinland durchgeführt, wobei vier Kliniken der Interventions- und vier der Kontrollgruppe zugeordnet sind.

In den Jahren 2019 und 2020 war das LVR-IVF im Rahmen der Entwicklung der App im Teilprojekt 2 (TP2) mit einem kleinen Stellenanteil unterstützend tätig gewesen. Im Rahmen der CoVid-Pandemie kam es dabei zu erheblichen Verzögerungen. Im Jahr 2021 stand der Prozess der Anpassung der App an die Bedingungen der stationären klinischen Versorgung im *blended care* Ansatz im Vordergrund. Bei diesem umfangreichen Prozess, der in Zusammenarbeit zwischen dem TP2 und dem TP4 erfolgte, gab es weitere pandemiebedingte Verzögerungen, so dass die App unter dem Namen „ALMAMAR“ erst im Dezember 2021 in einer vorläufigen, deutschsprachigen Version im Google Play Store und im App Store veröffentlicht wurde. Im 1. Quartal des Berichtsjahres 2022 erfolgten in Zusammenarbeit mit den Projektpartnern aus dem TP2 weitere Anpassungen an der App für Patient*innen (d.h. Übersetzung in Farsi und Arabisch und Änderungen am App-Design) und am Admin Panel (in der Bedienoberfläche für Behandelnde).

Nach Finalisierung der App ALMAMAR wurden im 1. Quartal 2022 die Kick-off Veranstaltung in der Interventionsgruppe und in der Kontrollgruppe in einem digitalen Format durchgeführt. Anschließend wurden in den teilnehmenden LVR-Kliniken die Schulungsveranstaltungen für die fallverantwortlichen Ärzt*innen und Psycholog*innen sukzessive durchgeführt (Hybrid- und Präsenzformat). Die erste Schulung wurde im März 2022 in der LVR-Klinik Köln durchgeführt und die einzelnen Kliniken begannen ab dem 01.06.2022 sukzessive mit der Rekrutierung von Patient*innen der Zielgruppe. Nachschulungen wurden regelmäßig durchgeführt. Die geplante Rekrutierungszeit beträgt 24 Monate. Es gibt ein bislang informelles positives Signal des Fördermittelgebers hinsichtlich einer Verlängerung der Projektlaufzeit, die aufgrund der 16-monatigen Verzögerung bei der App-Entwicklung erforderlich sein wird. Bis zum Jahresende 2022 konnten 12 Patient*innen für das TP4 der Studie I-REACH rekrutiert

werden. Damit ist die Rekrutierung bislang nicht zufriedenstellend. Hier dürften mehrere Faktoren eine Rolle spielen, die sich aktuell ähnlich in allen Verbünden zeigen, die mit Förderung des BMBF zu Themen der Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Geflüchteten forschen. Noch im Berichtszeitraum wurden seitens des LVR-IVF mehrere Maßnahmen geplant und eingeführt, um den Bekanntheitsgrad des Projektes und die Rekrutierung von Patient*innen in den Kliniken zu befördern, so wurden z.B. regelmäßig Newsletter an alle teilnehmenden Kliniken versendet. Parallel dazu wurde seit Ende 2022 über mögliche förderliche Modifikationen des Studienprotokolls nachgedacht und mit der Konsortialführung besprochen. Eine Entscheidung hierzu soll im 1. Halbjahr 2023 getroffen werden.

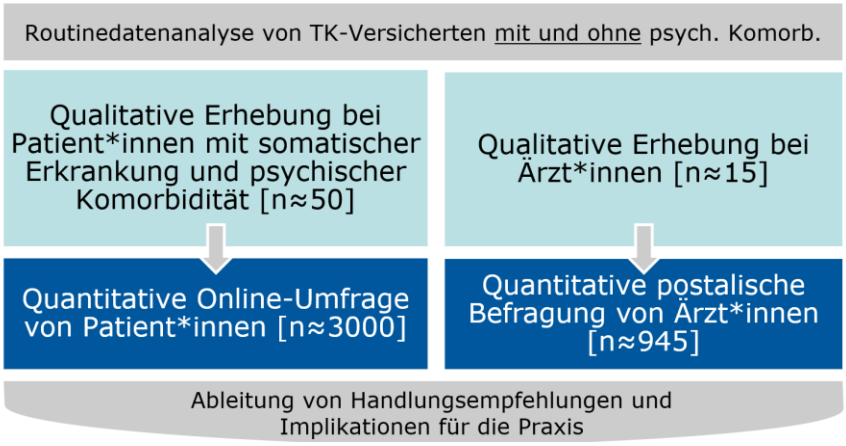
Damit im Studienzeitraum regelmäßige Monitoringvisiten in den acht teilnehmenden LVR-Kliniken durchgeführt werden können, unterstützt seit dem 15.10.2022 eine Studienassistentin (study nurse) mit 0,75 VK das I-REACH Projektteam. Ebenso wurde für das Querschnittsprojekt PrevDrop (Untersuchung von Dropout im Rahmen des I-REACH Projekts) eine studentische Hilfskraft über einen Werkvertrag mit der Freien Universität Berlin eingestellt.

Eine erste Publikation zur Veröffentlichung des Studienprotokolls ist in Vorbereitung. Im Berichtsjahr wurde ein Übersichtsartikel zum Thema der Implementierung von Apps im Klinikalltag in einer internationalen Fachzeitschrift publiziert (Zielasek et al., 2022).

3.3 SoKo: Die Somatische Versorgung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität

Förderung: Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)
Förderdauer: Juli 2020 – Juni 2024

Ziel des Projektes SoKo ist die Analyse der somatischen Versorgung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dabei wird in insgesamt fünf Arbeitspaketen mittels Routinedaten einer Krankenkasse sowie mittels Primärdatenerhebungen zur Perspektive von Betroffenen und Behandelnden die somatische Versorgung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen analysiert. Das LVR-IVF hat die Konsortialführung und kooperiert mit den Konsortialpartnern LVR-Klinikum Düsseldorf und der Landesvertretung NRW der Techniker Krankenkasse (TK-NRW). Zunächst sollen die Routinedaten der Versicherten mit der Diagnose bestimmter häufiger somatischer Erkrankungen und mit bzw. ohne psychische Komorbidität analysiert werden. Durch zusätzliche Erhebungen und Analysen der Befragungen von Patient*innen mit einer somatischen Diagnose und psychischer Komorbidität sowie von Versorgenden (Haus- und Fachärzt*innen) im Mixed-Methods-Design (qualitative und quantitative Methoden) sollen Förderfaktoren und Barrieren in der somatischen Versorgung von Menschen mit psychischer Komorbidität identifiziert werden. Die folgende Abbildung zeigt die Struktur des Projekts.



Im Berichtsjahr 2022 wurde weiterhin intensiv an der Plausibilisierung und Klärung der eingereichten anonymisierten Abrechnungsdaten der TK-NRW gearbeitet (Arbeitspaket 1). Die Behebung von Auffälligkeiten wurde mit der TK-NRW detailliert besprochen, sodass ein vorläufig finaler Datenabzug im August 2022 erfolgte. Die Daten wurden im September 2022 an das LVR-IVF übermittelt und wurden im 4. Quartal 2022 erneut umfangreich geprüft und plausibilisiert. Letzte verbleibende Auffälligkeiten sind aktuell noch zwischen den Konsortialpartnern in Klärung.

Parallel dazu wurden die qualitativen Untersuchungen mit Betroffenen und Professionellen im Sommer 2022 abgeschlossen. Es wurden insgesamt 45 Interviews mit Betroffenen geführt (Arbeitspaket 2). Hinzu kamen zwei Fokusgruppen (n=8 Teilnehmende) und ein Einzelinterview mit Ärzt*innen der Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Innere, Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und psychotherapeutisch tätigen Ärzt*innen (Arbeitspaket 3). Die qualitativen Transkripte wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Zudem dienten die Erkenntnisse aus den Interviews und Fokusgruppen als Grundlage für die Entwicklung der Fragebogen für die nachfolgenden quantitativen Projektpakete.

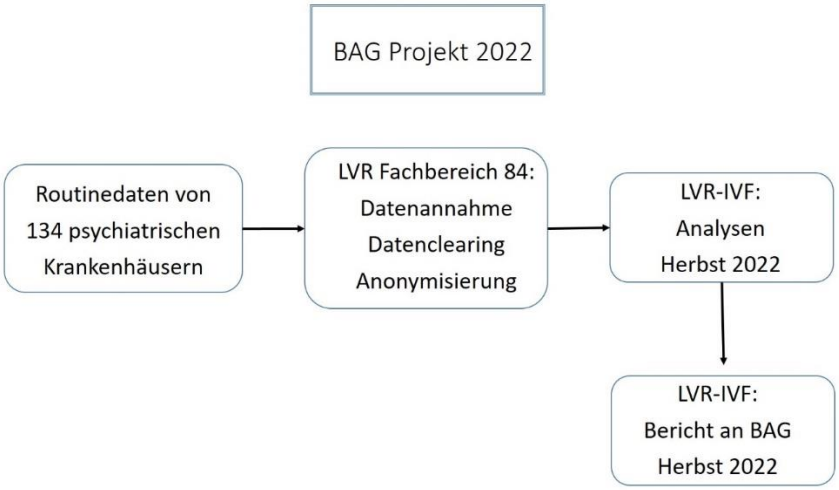
Im Rahmen der Entwicklung des Fragebogens für die Online-Befragung von Patient*innen (Arbeitspaket 4) hat das Studienteam mit Kolleg*innen der Psychologischen Hochschule Berlin zusammengearbeitet. Die Rekrutierung der Teilnehmenden hat die Techniker Krankenkasse übernommen. Dazu wurde im Berichtsjahr eine repräsentative Stichprobe von 40.000 Versicherten zur Befragung eingeladen. Weiter wurde ein Fragebogen für eine schriftliche Befragung von Ärzt*innen der Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Innere, Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen vorbereitet (Arbeitspaket 5). Es ist geplant eine repräsentative Stichprobe von n=6.300 Ärzt*innen aus Nordrhein-Westfalen einzuladen an der Befragung teilzunehmen. Die Adressen wurden über die zuständigen Ärztekammern ermittelt. Der Versand des Papierfragebogens mit einer gleichzeitigen Einladung zu einer Online-Umfrage wird im 1. Quartal 2023 erfolgen.

Gemeinsam mit Wissenschaftler*innen der Allgemeinmedizin der Universitätsklinik Düsseldorf und der Psychologischen Hochschule Berlin wurde ein Symposium mit vier Vorträgen zur Versorgung von Menschen mit somatischen und psychischen Komorbiditäten auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde im Herbst 2022 in Berlin organisiert. Darüber hinaus wurde das Projekt und erste Zwischenergebnisse im IVF-Fortbildungstag im September 2022 vorgestellt. Das Studienteam hat im Berichtsjahr die Methodik des SoKo-Projekts detailliert als wissenschaftliche Publikation beschrieben (study protocol). Das Manuskript soll im 1. Quartal 2023 in einer englischsprachigen Fachzeitschrift eingereicht werden.

3.4 Auswertung der Routinedaten der BAG-Psychiatrie (Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser)

In der Nachfolge der LVR-Verbundzentrale wurde das LVR-IVF ab dem Jahr 2016 mit einer Neukonzeption und der Durchführung der jährlichen Analysen der §21-Daten der psychiatrischen Kliniken in Trägerschaft der BAG-Mitglieder beauftragt. Die Arbeiten werden durch die BAG-Psychiatrie finanziell unterstützt.

Für das Datenjahr 2021 wurden die Daten von 134 Kliniken ausgewertet. Im ersten Quartal 2022 fanden Gespräche zwischen dem LVR-IVF und der BAG zur Weiterentwicklung des Berichtsformats sowie zur wissenschaftlichen Nutzung der Analysen statt. Unter anderem wurden erstmalig ab dem Bericht 2022 (Datenjahr 2021) Zeitreihenanalysen erstellt. Des Weiteren erfolgten Modifikationen bei einzelnen Analysen sowie im Design der Ergebnisdarstellung. Der BAG-Bericht 2022 (Datenjahr 2021) wurde im November 2022 fertiggestellt und an die BAG versendet. Die folgende Abbildung fasst den Projektverlauf im Jahr 2022 zusammen.



3.5 eMEN: e-Mental Health innovation and transnational implementation platform North-West Europe

Förderung: Europäischer Strukturfonds Interreg North West Europe
Förderdauer: Mai 2016 – November 2019; Verlängerung zunächst bis Mai 2020 und weitere Verlängerung als zweite Förderperiode bis Dezember 2021

Das unter niederländischer Konsortialführung stehende multinationale Projekt zur Implementierung und Evaluation von e-Mental-Health-Anwendungen wurde insgesamt mit zwei Verlängerungen bis Ende 2021 über fünfeinhalb Jahre gefördert. Das LVR-IVF war im Jahr 2022 an der weiteren Ergebnisaufbereitung gemeinsam mit den früheren Projektpartnern beteiligt, wobei die Überarbeitung und Aktualisierung der im Jahr 2021 erstellten Schulungsfolien für die Unterstützung der Kliniken bei der Implementierung von eMental Health Anwendungen im Vordergrund stand. Außerdem unterstützte das LVR-IVF die Rekrutierung von Teilnehmer*innen für eine Online-Befragung der niederländischen Konsortialführung und war an der Datenanalyse beratend beteiligt. Das internationale eMEN-Abschlusssymposium fand als Online-Veranstaltung am 12. Mai 2022 mit Beteiligung des LVR-IVF statt.

3.6 PsyKom: Psychosoziale Komplexbehandlung bei Psychischer Erkrankung

Förderung: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (MAGS)
Förderdauer: Juli 2017 – Dezember 2019; Verlängerung bis Juni 2020

Das Projekt PsyKom zielte auf eine Verbesserung der Versorgung psychisch schwer erkrankter Menschen, die die vorhandenen psychosozialen Hilfen nicht nutzen, eine eingeschränkte soziale Teilhabe aufweisen und gehäuft stationär, insbesondere unfreiwillig, aufgenommen werden. Die Versorgung im Projekt PsyKom wurde durch ein multiprofessionelles Team von Komplexbetreuenden (KoBs) koordiniert. Sie setzte vorrangig am Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung an und ermöglichte individuell abgestimmte, bedarfsorientierte sektor- und leistungsträgerübergreifende koordinative Leistungen. Das Projekt wurde in Kooperation mit der LVR-Klinik Köln durchgeführt und im Jahr 2020 erfolgreich abgeschlossen. Es zeigte sich, dass etwa zwei Drittel der Gruppe der schwer psychisch erkrankten Patient*innen von dem psychosozialen Komplexmodell profitierten und im Verlauf weniger stationäre Behandlungstage aufwiesen. Einige therapeutische Erfolge waren sehr beeindruckend und selbst dann erzielbar, wenn zuvor lange Phasen sehr ungünstiger Verläufe mit Chronifizierung von Krankheitssymptomen und erheblichen psychosozialen Einschränkungen vorlagen.

Das erste wissenschaftliche Manuskript über das Projekt wurde im Jahr 2022 veröffentlicht (*Reinhardt et al., 2022*). Eine weitere Publikation zu den Ergebnissen der qualitativen Befragung von Patient*innen und Professionellen wurde im Berichtsjahr zur Veröffentlichung eingereicht.

3.7 WohnLos: Wohnungslosigkeit bei psychischer Erkrankung: Risikofaktoren, Auswirkungen, Interventionen: Eine Bestandsaufnahme in Nordrhein-Westfalen

Förderung: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW
Förderdauer: Oktober 2019 – September 2021; Verlängerung bis Dezember 2021

Das Projekt WohnLos umfasste eine klinisch-epidemiologische Bestandsaufnahme zum Problemfeld Wohnungslosigkeit bei Patient*innen mit psychischen Störungen in NRW. Das Projekt wurde unter Federführung des LVR- Instituts für Versorgungsforschung (LVR-IVF) in Kooperation mit dem LWL-Forschungsinstitut für Seelische Gesundheit (LWL-FiSG) (Prof. Dr. Georg Juckel, Bochum) durchgeführt. Das Ausmaß des Problems der Wohnungslosigkeit und des Lebens in prekären Wohnverhältnissen sollte bei psychisch erkrankten Menschen mit dem Schwerpunkt auf stationär behandelte Patient*innen erhoben werden. Zusätzlich sollten Risikoprofile bzw. die assoziierten klinischen und soziodemographischen Kontextfaktoren erfasst werden. Das Projekt umfasste fünf Arbeitspakete, in denen retrospektive Auswertungen von Routinedaten der LVR- und LWL-Kliniken sowie prospektive Erhebungen durch standardisierte schriftliche Befragungen des Personals in LVR- und LWL-Kliniken, in weiteren psychiatrischen Kliniken in NRW und in Einrichtungen der Sozialen Rehabilitation in NRW umgesetzt wurden.

In den aufwändigen Stichtagserhebungen der Studie wurden hohe Prävalenzen von Wohnungslosigkeit (durchschnittlich ca. 7,5%) und prekären Wohnverhältnissen (durchschnittlich ca. 8%) bei den stationär behandelten Patient*innen in den teilnehmenden Kliniken des LVR- und LWL-Klinikverbunds ermittelt. Im Vergleich dazu führte die retrospektive Auswertung der Routinedaten zu einer deutlichen Unterschätzung der Problematik (Prävalenz von Wohnungslosigkeit durchschnittlich ca. 2,5%; prekäre

Wohnverhältnisse nicht erfasst). Mit beiden methodischen Ansätzen (retrospektive Erhebung vorliegender Routinedaten und prospektive Stichtagserhebungen) zeigte sich eine erhebliche Varianz bei den Prävalenzen, die in Kliniken in städtischen Gebieten sowie im Rheinland höher waren (Wohnungslosigkeit bis zu 17%, prekäre Wohnverhältnissen bis zu 19%).

Im Frühjahr 2022 wurde ein ausführlicher Abschlussbericht erstellt und beim Förderer eingereicht. Die Ergebnisse der Routinedatenanalyse wurden im Januar 2022 publiziert *(Haussleiter, Lehmann et al., 2022).* Ein zweites englischsprachiges Manuskript zur Problematik der Wohnungslosigkeit im Vorfeld des Einzugs von Betroffenen in Einrichtungen der Sozialen Rehabilitation wurde ebenfalls im Berichtsjahr eingereicht und bereits zur Publikation angenommen *(Überberg, Heinz et al., in Druck)*. Zwei weitere Manuskripte sind in Vorbereitung.

3.8. CANDY: CAre appropriate to the Needs of breast cancer patients with DisabilitY

Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG)
Laufzeit: April 2019-März 2020

Hauptziel des Projektes CANDY war es, mittels eines qualitativen Methodenansatzes (Einzelinterviews) erlebte behinderungsspezifische Barrieren, kommunikative Schwierigkeiten bei der Wissensvermittlung und Informationsbedarfe von Brustkrebspatientinnen mit unterschiedlichen vorbestehenden Behinderungsarten (körperlich, seelisch, geistig, Sinnes- oder Mehrfachbehinderung) zu erheben, um weitere Forschungsdesiderate abzuleiten. Das Projekt wurde im Juni 2020 abgeschlossen. Eingeschlossen wurden 23 Patient*innen mit körperlichen Behinderungen/chronischen körperlichen Erkrankungen, Sinnesbehinderungen, psychischen Erkrankungen oder geistiger Behinderung. Es zeigten sich Unterschiede hinsichtlich der Themen Kommunikation, Barrieren und Bedarfe zwischen Patient*innen mit psychischer Erkrankung/geistiger Behinderung und Patient*innen mit körperlicher Behinderung/ Sinnesbehinderung/chronischer körperlicher Erkrankung. Patient*innen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung haben eher Schwierigkeiten, sich selbstständig im Gesundheitssystem zurecht zu finden und sind vermehrt auf die Unterstützung von Angehörigen angewiesen.

Im Berichtsjahr 2022 wurde ein Manuskript mit den Ergebnissen aus dem Projekt in einer Fachzeitschrift veröffentlicht *(Klee et al., 2022).*

4 Drittmittelanträge

Im Berichtsjahr stellte das LVR-IVF als Konsortialführung und Gesamtprojektleitung einen Förderantrag beim Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Darüber hinaus beteiligte sich das LVR-IVF an drei weiteren Anträgen als Konsortial- bzw. Kooperationspartner. Im Einzelnen handelte es sich folgende Anträge:

1) Im Mai 2022 reichte das LVR-IVF einen Antrag in der Ausschreibungsrunde „Neue Versorgungsformen“ beim Innovationsfonds des G-BA ein. Dabei handelte es sich um die Entwicklung und Implementierung einer telepsychiatrisch unterstützten psychosozialen Komplexbehandlung für schwer psychisch Erkrankte auf der Basis des früheren PsyKom-Projektes (Akronym: **TelePsyKom**). Die Antragstellung erfolgte in Zusammenarbeit mit einer Krankenkasse sowie den LVR-Kliniken Köln und Langenfeld, den LWL-Kliniken Paderborn und Dortmund sowie den Vitos-Kliniken Kassel und Haina. Für die gesundheitsökonomische Evaluation wurde die Medical School Hamburg als Kooperationspartner gewonnen. Leider wurde der Antrag im November 2022 vom Innovationsfonds nicht zur Förderung vorgeschlagen.

2) Bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) wurde in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Palliativmedizin und der PMV Forschungsgruppe der Universitätsklinik Köln im Dezember 2022 ein Antrag zur Analyse von Versorgungsverläufen **(Patient Journeys)** von Menschen mit einer fortgeschrittenen lebenslimitierenden somatischen Erkrankung (LLE) und einer vorbestehenden, schweren und anhaltenden psychischen Störung (SMI) (Akronym: **SMI-LLE**). Bei diesem Antrag obliegt die Konsortialführung und Gesamtprojektleitung dem Zentrum für Palliativmedizin der Universitätsklinik Köln. Zum Zeitpunkt der Vorlage des vorliegenden Jahresberichts steht die Entscheidung der DFG noch aus.

3) Ein im Februar 2022 unter Federführung der Katholischen Universität Leuwen (Belgien) eingereichter Antrag im Rahmen der EU-Horizon 2022-Ausschreibung war in der ersten Antragsstufe erfolgreich, sodass ab Mai 2022 die Antragsstellung der zweiten Antragsstufe erfolgte. Thema des Antrags war die partizipative Entwicklung einer Virtual Reality-Anwendung zum Training sozialer Fähigkeiten für Menschen mit Intelligenzminderung. LVR-IVF war hier als Konsortialpartner beteiligt. Der Antrag der zweiten Stufe wurde im September 2022 fristgereicht eingereicht. Leider wurde der Antrag im Dezember 2022 von der EU nicht zur Förderung angenommen.

4) Schließlich hat sich das LVR-IVF als externer Kooperationspartner an einer über das LVR-Klinikum Düsseldorf initiierten LVR-Beteiligung an einem Konsortialantrag mehrerer Universitäten der Region Aachen-Bonn-Köln-Düsseldorf zur Entwicklung einer digitalen Daten- und Forschungsplattform im neurowissenschaftlichen und psychiatrischen Bereich beteiligt. Konsortialführer ist das Forschungszentrum Jülich. Das LVR-IVF wird sich in der Co-Design Phase beteiligen und Kontakte zu nicht-universitären Nutzer*innen vermitteln. Der Antrag wurde im Febraur 2023 durch das Ministerium für Wissenschaft und Kultur zur Förderung angenommen.

5 Fachtagungen/Fortbildungsveranstaltungen

Für die **LVR-Fokustagung 2022** stellte das LVR-IVF das wissenschaftliche Programm zusammen und beteiligte sich an den organisatorischen Vorbereitungen. Die LVR-Fokustagung fand am 30. März 2022 pandemiebedingt online zum Thema *Update Essstörungen – Prävention, Diagnostik und Therapie* statt.

In Absprache mit dem Dezernat 8 und dem Think Tank des Klinikverbunds wurde im Berichtsjahr das Thema der nächsten LVR-Fokustagung im Jahr 2023 festgelegt: *Update Posttraumatische Belastungsstörungen – Prävention, Diagnostik und Therapie*. Ebenfalls wurde nach Beratungen entschieden, dass das nächste LVR-Symposium im Jahr 2024 unter dem Arbeitstitel *„Klinik goes home - Flexibilisierung der Krankenhausversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankunge**n**“* vorbereitet werden soll. Das LVR-IVF hat im Jahr 2022 mit den notwendigen Programmplanungen begonnen und zunächst das wissenschaftliche Programm der LVR-Fokustagung 2023 fertiggestellt. Für das Programm des LVR-Symposiums 2024 fanden erste Beratungen mit der Leitung des Dezernats 8 sowie im Think Tank statt.

Der **jährliche IVF-Fortbildungstag** fand am 27. September 2022 als Präsenzveranstaltung statt. Bei der Veranstaltung wurde der LVR-IVF-Tätigkeitsbericht 2022 vorgestellt. Des Weiteren wurden in Fachvorträgen das Qualitätsindikatoren-Projekt, sowie erste Ergebnisse und Analysen aus den Projekten des Maßregelvollzugs und der Evaluation von Behandlungsvereinbarungen, sowie der Drittmittelprojekte I-REACH und SoKo dargestellt und diskutiert.

Die Programme der Veranstaltungen finden sich im Anhang 1.

6 Studentische Lehre/Seminare/Promotionen

Im Jahr 2022 fand regelmäßig der **Breakfast Club** als Fortbildung für die Wissenschaftlichen Mitarbeitenden des LVR-IVF statt. Er wird freitags in lockerer Abfolge (durchschnittlich zwei Mal monatlich) abgehalten. Thematischer Schwerpunkt des Jahres 2022 war die Diskussion und Beratung aktueller Institutsprojekte. Außerdem wurde die Veranstaltungsreihe *Primer for Beginners* fortgesetzt, in der neue Wissenschaftliche Mitarbeitende des LVR-IVF in für die alltägliche Arbeit relevante Themen wie der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland eingeführt werden. Parallel dazu wurde als Ergebnis der Rückmeldung der Primer-Teilnehmenden ein spezielles Seminar *Good Scientific Writing* konzipiert, das erstmals ab Frühjahr 2023 angeboten wird.

In der nachfolgenden Tabelle 1 sind die Lehr- und Seminarveranstaltungen aufgelistet, die im Berichtsjahr stattfanden.

Tabelle 1. Lehr- und Seminarveranstaltungen im Berichtsjahr 2022

Datum	Thema	Referent*in
14.1.2022	Primer for Beginners (V)	J. Zielasek
21.1.2022	Primer for Beginners (VI)	J. Zielasek
28.1.2022	Primer for Beginners (VII)	J. Zielasek
4.2.2022	Primer for Beginners (VIII)	J. Zielasek
8.6.2022	„Making Room for Zoom“ - Online Fokusgruppen: Herausforderungen und Vorteile (Breakfast Club)	L. Schlomann
15.7. 2022	Evidenzbasierung forensischer Suchtbehandlung“	J. Querengässer
14.10.2022	Fragebogenentwicklung – Was ist zu beachten?	I. Schellartz
15.11.2022	Primer for Beginners (I)	J. Zielasek
1.12.2022	Primer for Beginners (II)	J. Zielasek
2.12.2022	Auswertung von Expert*innen-Interviews zur Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung im Maßregelvollzug	J. Querengässer
15.12.2022	Gute Wissenschaftliche Praxis	J. Zielasek
16.12.2022	Mediator- und Moderatoranalysen	L. Schlomann

Im Rahmen der **Vorlesungsreihe Interdisziplinäre Entscheidungen** der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf wird die Vorlesung *Einführung in die Rehabilitation – Das Beispiel Schizophrenie* durch den Wissenschaftlichen Koordinator des LVR-IVF gestaltet, außerdem beteiligt sich LVR-IVF am Studierendenunterricht im Bereich der wöchentlichen Fallvorstellungen. An der Universitätsklinik Köln wird innerhalb der **Hauptvorlesung Psychiatrie** das Thema *Ethische und Rechtliche Aspekte im psychiatrischen Alltag* durch die Fachliche Direktorin des LVR-IVF gestaltet.

Im Berichtszeitraum wurden mehrere medizinische **Promotionen** an der Universität zu Köln und an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf betreut. Bei den Promovierenden handelt es sich um

Studierende und Mitarbeitende aus den LVR-Kliniken Köln und Langenfeld. Die Promotionsthemen umfassen die Bereiche der COVID-Analysen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Polypharmazie, Patientenautonomie, Risikofaktoren für und Haltung zu freiheitsentziehenden Maßnahmen, sowie psychische Gesundheit von Geflüchteten.

7 Vorträge

Das LVR-IVF berichtet regelmäßig in Fachvorträgen über Themen der Versorgungsforschung. Im Berichtsjahr wurde ein Teil der Veranstaltungen weiterhin im Online-Format durchgeführt. Die wissenschaftlichen Vorträge und Poster aus dem Berichtsjahr sind in der nachfolgenden Tabelle 2 aufgeführt.

Tabelle 2. Wissenschaftliche Vorträge und Poster im Berichtsjahr 2022

Datum	Veranstaltung	Vortrags-/Postertitel (Referent*in)
21.01.2022	Online Symposium Psychiatrische Versorgung der Zukunft, FEK Neumünster	Menschen mit schweren und komplexen psychischen Störungen in der Krankenhausversorgung (E. Gouzoulis-Mayfrank)
12.03.2022	7. Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein (online)	Zwangsbehandlung und Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung - Die Ärztliche Sicht (E. Gouzoulis-Mayfrank)
30.04.2022	19. Hausärztetag, Köln	Die somatische Versorgung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität – Die SoKo Studie (L. Schlomann)
07.05.2022	49. Symposium des Instituts für Konfliktforschung e. V., Maria Laach	Vom Scheitern der Behandlungsprognose - Resümee nach 20 Jahren der Erforschung (J. Querengässer)
16.05.2022	Fachtagung Führungsaufsicht der DBH, Bonn	§ 64 StGB vor der (nächsten) Novelle - aktuelle Reformansätze und Herausforderungen forensischer Suchtbehandlung. (J. Querengässer)
17.06.2022	25. Junitagung der Charité, Berlin	Ausweg aus suchtbedingter Delinquenz? Über die Effektivität forensischer Suchtbehandlung. (J. Querengässer)
01.07.2022	22. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin, München	Doppeldiagnose Psychose und Sucht (E. Gouzoulis-Mayfrank)
28.07.2022	LVR-Klinik Düren	LVR-Qualitätsindikatoren 2021 (E. Gouzoulis-Mayfrank)
28.07.2022	LVR-Klinik Bonn	LVR-Qualitätsindikatoren 2021 (J. Zielasek)
09.09.2022	8. Sitzung des LVR-Gesundheitsausschusses, Köln	Tätigkeitsbericht des LVR-Instituts für Forschung und Bildung - LVR-Institut für Versorgungsforschung - vom 01.01.2021 - 31.12.2021 (E. Gouzoulis-Mayfrank)
27.09.2022	Fortbildungstag des LVR-IVF, Köln	„Wer vieles bringt, wird manchem etwas bringen; Und jeder geht zufrieden aus dem Haus.“ Der Jahresbericht des LVR-Instituts für Versorgungsforschung 2021 (E. Gouzoulis-Mayfrank)
27.09.2022	Fortbildungstag des LVR-IVF, Köln	Fünf Jahre LVR-Qualitätsindikatoren – Ach ja, ach was und oh weh! (J. Zielasek)
27.09.2022	Fortbildungstag des LVR-IVF, Köln	Für immer die "Sorgenkinder" der Forensik? Intelligente Ansätze in der Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. (J. Querengässer)
27.09.2022	Fortbildungstag des LVR-IVF, Köln	Projekt I-Reach – Eine App für geflüchtete Menschen im LVR-Klinikverbund: Erste Erfahrungen und Erkenntnisse (I. Reinhardt)

27.09.2022	Fortbildungstag des LVR-IVF, Köln	„Wir können hier nur das Körperliche machen“ – die Versorgung von Patient*innen mit psychischen und komorbiden somatischen Erkrankungen aus Behandelnden- und Betroffenenperspektive (I.Schellartz und L.Schlomann)
27.09.2022	Fortbildungstag des LVR-IVF, Köln	Behandlungsvereinbarungen im LVR-Klinikverbund – wieviele, für wen und mit welchem Effekt? (C. Bahr)
27.09.2022	Fortbildungstag des LVR-IVF, Köln	Psychisch krank und wohnungslos, eine besonders vulnerable Gruppe - Die wichtigsten Ergebnisse aus dem Projekt WohnLos (E. Gouzoulis-Mayfrank)
06.10.2022	37. Münchner Herbsttagung der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Forensischen Psychiatrie (AGFP), online	Für immer die "Sorgenkinder" der Forensik? Empfehlungen für die Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. (J. Querengässer)
06.10.2022	12th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry, Rotterdam	Coercion in inpatient psychiatric treatment during the Covid-19 pandemic in the Rhineland region, Germany (E. Gouzoulis-Mayfrank)
17.10.2022	Keiner bleibt zurück – Tagung des zpbb (Zweckverband der katholischen psychiatrischen Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen), Köln	Perspektive Psychiatrische Krankenhausbehand-lung:Problemfelder – Entwicklungsbedarfe – Gesundheits-politische Forderungen (E. Gouzoulis-Mayfrank)
16.11.2022	LVR-Klinik Köln	LVR-Qualitätsindikatoren 2021 (E. Gouzoulis-Mayfrank)
24.11.2022	DGPPN-Kongress 2022	Inanspruchnahme stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgungsleistungen vor und während der COVID-19-Pandemie (S. Engemann, Posterbeitrag)
25.11.2022	DGPPN Kongress 2022	Komorbiditäten psychischer und somatischer Erkrankungen -Herausforderungen in der Behandlung von Patient*innen mit somatischen Erkrankungen und psychischen Komorbiditäten (L. Schlomann)
25.11.2022	DGPPN Kongress 2022	Entwicklung der Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Behandlungsleistungen seit Beginn der Pandemie – wohin geht die (weitere) Entwicklung? (J. Zielasek)
25.11.2022	DGPPN Kongress 2022	Versorgungsforschung bei Patient*innen mit Unterbringung nach BTG oder PsychKG (E.Gouzoulis-Mayfrank)
26.11.2022	DGPPN Kongress 2022	Komorbidität Psychose und Sucht – State of the Art (E. Gouzoulis-Mayfrank)
14.12.2022	Online Fachtagung Qualitätsindikatoren – Psychiatrische Behandlung messbar machen und optimieren. Vitos Akademie	Entwicklung und Implementierung von Qualitätsindikatoren für die Krankenhausbehandlung in der Psychiatrie und Psychotherapie - Stand der Entwicklung und Implementierung in Deutschland und im LVR-Klinikverbund (E. Gouzoulis-Mayfrank)

8 Wissenschaftliche Publikationen

Im Folgenden sind die wissenschaftlichen Publikationen aufgeführt, die im Jahr 2022 veröffentlicht oder zur Veröffentlichung angenommen wurden. Des Weiteren sind auch Publikationen aufgeführt, die im Berichtsjahr eingereicht wurden und bis zur Erstellung des vorliegenden Berichts (31.03.2023) zur Publikation angenommen wurden. (Ko)Autor*innen des LVR-IVF wurden durch **Fettdruck** hervorgehoben.

Die Publikationen finden sich im Anhang 2.

8.1 Originalarbeiten

Haussleiter IS, **Lehmann I**, Ueberberg B, **Heinz J**, **Zielasek J**, **Gouzoulis-Mayfrank E**, Juckel G. Homelessness among psychiatric inpatients in North Rhine-Westphalia: a retrospective routine data analysis. BMC Psychiatry 2022; 22: 132. https://doi.org/10.1186/s12888-022-03786-6.

Klee I, **Büscher H**, Groß-Kunkel A, Pfaff H, **Gouzoulis-Mayfrank E**, **Groß SE**. Die onkologische Versorgung von Brustkrebspatientinnen mit vorbestehender Behinderung — Ergebnisse einer qualitativen Studie über wahrgenommene Barrieren, kommunikative Schwierigkeiten und Bedarfe. Das Gesundheitswesen 2022. DOI: 10.1055/a-1967-9960.

Querengässer J, Baur A, Bezzel A, Körkel J, Schlögl C. Zieloffenheit in forensischer Suchttherapie - Alternativen zur impliziten Abstinenzorientierung sind rechtlich zulässig und therapeutisch sinnvoll. Recht & Psychiatrie 2023; 41(1): 3-8. DOI: 10.1486/rp-01-2023_01.

Querengässer J, Hein N, Schiffer B. Legalbewährung ehemaliger Maßregelvollzugspatienten nach einer Verhältnismäßigkeitserledigung gem. § 67d Abs. 6 Strafgesetzbuch. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 2022. https://doi.org/10.1515/mks-2022-0013.

Querengässer J, Traub HJ. Auslaufmodell verminderte Schuldfähigkeit? Die Dichotomisierung der Neuanordnungen gem. §§ 63/64 Strafgesetzbuch. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform. (Zur Veröffentlichung angenommen)

Reinhardt I, Heinz J, Zielasek J, Engemann S, Gouzoulis-Mayfrank E. Psychosoziale Komplexbetreuung bei schwerer psychischer Erkrankung: Implementierung und Begleitevaluation eines sektorübergreifenden Versorgungsmodells an einem psychiatrischen Fachkrankenhaus. Psychiatrische Praxis 2022. doi:10.1055/a-1706-0217.

Ueberberg B, **Heinz J**, Haussleiter IS, **Lehmann I, Zielasek J**, **Gouzoulis-Mayfrank E**, Juckel G. Homeless and mentally ill: An analyses from the perspective of the residential care facilities. Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health 2023. doi:10.1007/s40737-022-00326-z.

Weide A, Vrinssen J, Karasch O, Blumenröder T, Staninska A, Engemann S, Banger M, Grümmer M, Marggraf R, Muysers J, Rinckens S, Scherbaum N, Supprian T, Tönnesen-Schlack A, Mennicken R, **Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E.** Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie – Reale Praxis in einem Verbund psychiatrischer Kliniken. Der Nervenarzt 2022. doi: 10.1007/s00115-022-01419-7.

Zielasek J, Lehmann I, Vrinssen J, Gouzuolis-Mayfrank E. Analysis of the utilisation, processes and outcomes of inpatient mental healthcare during the first three waves of the COVID-19 pandemic in the federal state of North Rhine Westphalia, Germany. Frontiers in Psychiatry 2022. doi: 10.3389/fpsyt.2022.957951.

8.2 Übersichtsarbeiten

Zielasek J, Reinhardt I, Schmidt L, Gouzoulis-Mayfrank E. Adapting and Implementing Apps for Mental Healthcare. Current Psychiatry Reports 2022. https://doi.org/10.1007/s11920-022-01350-3.

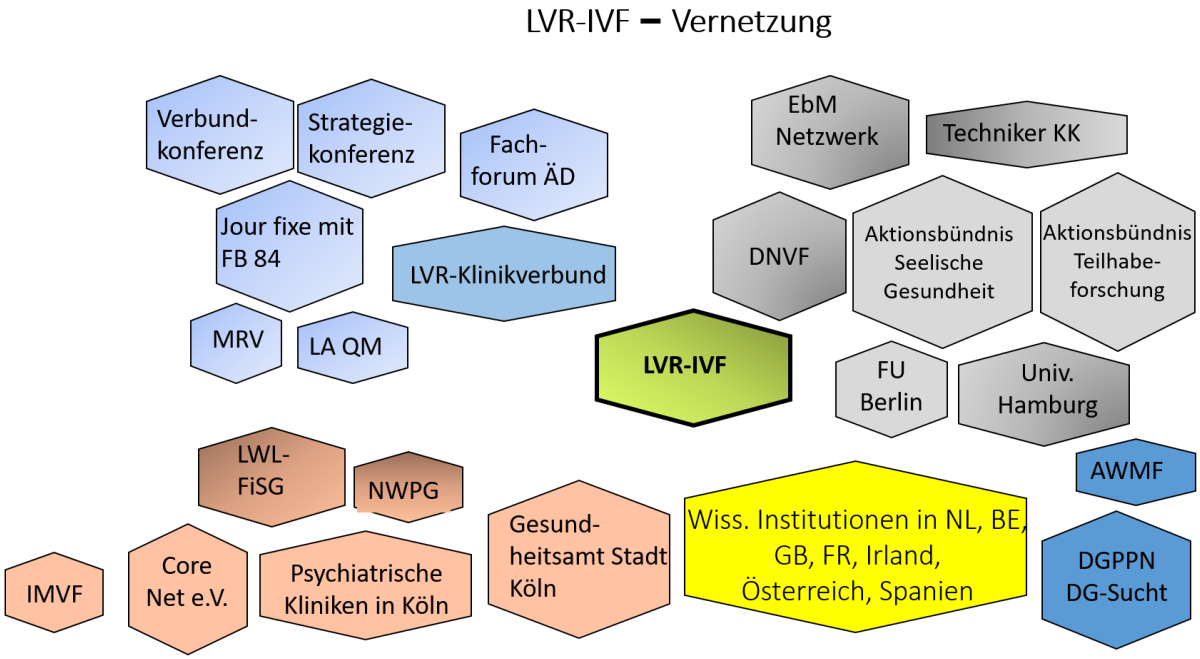
8.3 Weitere Publikationen (Redaktionelle Beiträge, Diskussionspapiere, Kurzberichte und Editorials)

Querengässer J. Störungen durch psychotrope Substanzen. In: B. Völlm & B. Schiffer (Hrsg.), Forensische Psychiatrie. Springer. Im Druck.

Querengässer J, Baur A, Berthold D. Skizze eines neuen § 64 StGB - Alternativen und Ergänzungen zum Reformvorschlag der Bund-Länder-Arbeitsgruppe. Kriminalpolitische Zeitschrift 2022; 7(3): 168-174.

9 Vernetzung

Das LVR-IVF ist sowohl LVR-intern und regional, als auch national und international mit einer Vielzahl von Projektpartnern vernetzt sowie in verschiedenen einschlägigen Fachgruppen vertreten. Die folgende Abbildung fasst diese Vernetzung grafisch zusammen.



Das LVR-IVF ist innerhalb des **LVR-Klinikverbunds** stark vernetzt und mit seiner Expertise als Partner und Berater in verschiedenen Ausschüssen, Gremien und Arbeitsgruppen wie dem ThinkTank, dem Lenkungsausschuss Qualitätsmanagement, der Strategiekonferenz und dem Arbeitskreis Gewaltprävention vertreten. Die einzelnen **Kliniken des LVR-Klinikverbunds** nehmen an Projekten teil, die seitens des LVR-IVF initiiert werden (z. B. Projekte I-REACH, WohnLos, s. Abschnitt 3), andererseits berät und unterstützt das LVR-IVF die forschungsaktiven und -interessierten Gruppen sowie Mitarbeitenden aus den LVR-Kliniken hinsichtlich eigener Projekte und Evaluationen (s. Abschnitt 2.2).

Außerhalb des LVR bestehen durch die Institutsleitung langfristig gewachsene, enge Kontakte zur Universität zu Köln. Seitens des Wissenschaftlichen Koordinators und des Stellvertretenden Fachlichen Direktors des LVR-IVF besteht eine Verbindung zur Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, nicht zuletzt im Zuge von Promotionen und Vorlesungstätigkeit. Ferner ist das Institut mit verschiedenen universitären, städtischen und klinischen Einrichtungen in und um Köln vernetzt im Rahmen von gemeinsamen Projekten. Dazu zählen an der Universität zu Köln das Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVF) sowie das Zentrum für Palliativmedizin. Zudem engagiert sich das LVR-IVF bei CoreNet, einem Kölner interdisziplinären Kompetenznetzwerk aus Forschung und Praxis, das sich für eine bessere Versorgung von Patient*innen in Köln einsetzt. Darüber hinaus sind die Vernetzung und Kooperation mit den psychiatrischen Kliniken in Köln sowie mit dem Gesundheitsamt der Stadt Köln zu nennen. Mit dem *Netzwerk psychische Gesundheit Köln* (NWpG Köln) besteht eine Zusammenarbeit im Rahmen der Evaluation des Behandlungsprojektes Integrierte Versorgung des NWpG (EVA-NETZ; s. Abschnitt 2.2).

Mit der Partnerforschungseinrichtung des LWL, dem LWL-Institut für Seelische Gesundheit (LWL-FiSG), findet auch nach Abschluss des gemeinsamen Projektes WohnLos ein regelmäßiger fachlicher Austausch statt. Zudem ist der LWL-FiSG Kooperationspartner im Forschungsprojekt SoKo.

Seit November 2018 ist die Institutsdirektorin Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sowie ab 2023 President Elect der DGPPN. Es fanden gemeinsame Beratungen mit der DGPPN zu einem Antrag beim Innovationsfonds im Bereich der Leitlinienentwicklung statt, die in ein konkretes und erfolgreiches Antragsvorhaben mündeten (s. Abschnitt 3.1), in dem die DGPPN, die AWMF und das LVR-IVF eng zusammenarbeiten.

Über das Konsortialprojekt I-REACH bestehen Arbeitsbeziehungen mit den Instituten für Klinische Psychologie in Berlin, Leipzig und Dresden sowie mit dem Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (IGV) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Im Sinne der nationalen Vernetzung ist das LVR-IVF seit 2017 **Mitglied des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF)** und beteiligt sich aktiv an der Entwicklung von Stellungnahmen und Positionspapieren. Zudem ist das LVR-IVF Gründungsmitglied der im Herbst 2017 gegründeten Fachgruppe Seelische Gesundheit des DNVF.

Des Weiteren ist das LVR-IVF seit 2018 **Mitglied des Aktionsbündnis Teilhabeforschung**, dessen Arbeitskreis Partizipative Forschung sich seit 2021 am Trialog-Forum des LVR-IVF beteiligt. Das LVR-IVF ist regelmäßig bei Treffen des Arbeitskreises vertreten, wodurch sich wertvolle Anregungen für die eigenen Aktivitäten im Bereich der Trialog-Arbeit ergeben.

Mit dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (Standort Rostock/Greifswald, Standortsprecher Professor Dr. W. Hoffmann) wurde im Jahr 2020 eine Unterstützung des Projekts **CureDem** vereinbart. Ziel ist die Entwicklung eines nationalen Netzwerks für Versorgungsforschung im Bereich der dementiellen Erkrankungen. Das LVR-IVF wird auch künftig - wie bereits im vergangenen Jahr - bei der Entwicklung von Forschungsfragen und Forschungsstrukturen sowie bei der Durchführung von Fokusgruppen unterstützen. Gemeinsam mit dem Netzwerk wurde ein wissenschaftliches Symposium beim DGPPN-Kongress 2022 zum Thema der Versorgungsforschung bei psychisch Erkrankten in besonderen Versorgungssituationen gestaltet. Themen waren Patient*innen mit Zwangsunterbringung, Patient*innen mit Intelligenzminderung, Patient*innen im Maßregelvollzug und Patient*innen mit Demenzerkrankung.

Schließlich ist das LVR-IVF seit 2022 **Mitglied des Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. (EbM-Netzwerk).**

Durch das Projekt eMEN kooperierte das LVR-IVF auf europäischer Ebene mit Projektpartnern in Belgien, Frankreich, Irland und den Niederlanden. Die Kontakte sind auch nach Abschluss des Projekts aktiv, so dass für das Jahr 2022 eine neue gemeinsame Antragsaktivität in einem europäischen Konsortium für den Bereich *e-Mental Health* angebahnt werden konnte (EU-Antrag zur Entwicklung einer Virtual Reality-Intervention für Menschen mit Intelligenzminderung; s. Abschnitt 4). Im Dezember 2022 wurde die Zusammenarbeit mit der Health Region Cologne-Bonn, die bereits seit 2019 besteht, im Zusammenhang mit Planungen für eine europäische Forschungsantragstellung im EU-Horizon 2023 Förderprogramm intensiviert. Am 13. Dezember 2022 erfolgte eine erste Besprechung des neuen Förderprogramms in einer internationalen Online-Konferenz mit dem Ziel, geeignete Calls zu identifizieren. Weitere Besprechungen sind ab Januar 2023 geplant.

Das **Trialog-Forum** des LVR-IVF findet seit 2018 einmal jährlich statt und dient der Vernetzung mit Betroffenen und Angehörigen zu Zwecken der partizipativen Entwicklung und Beratung von gemeinsamen Forschungsvorhaben. Pandemiebedingt fand auch im Berichtsjahr 2022 das Trialog-Forum als Online-Veranstaltung am 15. März 2022 statt. Es nahmen Mitarbeitende des Instituts, des einer Teilnehmerin war ein Konzept der Angehörigen Peer-Schulung in Hamburg, das mittlerweile sehr nachgefragt ist und interessante Anregungen für die eigenen trialogischen Vernetzungsaktivitäten ergab. Die bis dahin vorliegenden Zwischenergebnisse der drei Arbeitsgruppen wurden im Trialog-Forum vorgestellt und diskutiert mit dem Ergebnis, dass die Arbeiten fortgesetzt werden sollen. Bedingt durch Personalengpässe wurden diese Arbeiten jedoch weitgehend auf das Jahr 2023 verschoben.

Schließlich war das LVR-IVF im Berichtsjahr aktiv bei der Vorbereitung der Gründung eines **LVR-Ethikkomitees Forschung**. Diese Initiative entstand vor dem Hintergrund von Erfahrungen aus den vergangenen Jahren, bei denen die Problematik einer Lücke in der Zuständigkeit der Ethikkommission der Ärztekammer für bestimmte Projekte der Versorgungsforschung zu Tage trat. Diese Lücke betrifft Forschungsvorhaben, bei denen Nicht-Ärzt*innen wie Psycholog*innen oder Gesundheitswissenschaftler*innen außerhalb der Universitätskliniken (d. h. am LVR-IVF oder an den LVR-Kliniken, die keine Universitätsklinika sind) die Projektleitung innehaben. Der Träger betraute Vertreter*innen des Dezernats 8 und des LVR-IVF mit der Bedarfsabschätzung und der Konzeptionierung eines solchen Ethikkomitees. Am 5. Dezember 2022 erfolgte die virtuelle konstituierende Sitzung des LVR-Ethikkomitees Forschung unter Leitung von Herrn Dr. Prüter-Schwarte (Köln). Die sekretarielle Unterstützung des LVR-Ethikkomitees liegt in den Händen des Sekretariats der Fachlichen Direktorin des LVR-IVF.

10 Personal

Im Berichtszeitraum kam es zu größeren personellen Veränderungen. Drei Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen kehrten aus der Elternzeit zurück und zwei Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen sowie die Assistentin der Institutsdirektorin gingen in die Elternzeit, sodass neue Vertretungseinstellungen erforderlich wurden. Für das Institut konnte die Einstellung einer Mathematikerin/Data Scientist für den Bereich Statistikdatenbank und Routinedatenanalysen umgesetzt werden. Im Projekt I-REACH wurde eine Studienassistenz eingestellt und im Projekt SoKo neue Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen. In der Tabelle 3 sind alle Mitarbeitenden aufgeführt, die im Berichtszeitraum (z.T. nur über wenige Monate) aktiv waren.

Tabelle 3. Personaltableau LVR-IVF im Jahr 2022 (VK: Vollkräfte im Jahresdurchschnitt)

Direktorin	Prof. Dr. med. E. Gouzoulis-Mayfrank
Stv. Direktor	Prof. Dr. med. T. Supprian (LVR-Klinikum Düsseldorf)
Wissenschaftlicher Koordinator (1,0 VK)	Prof. Dr. med. J. Zielasek
Wissenschaftliche Mitarbeitende (3,3 VK)	C. Bahr T. Blumenröder S. Engemann Dr. S. E. Groß Dr. I. Lehmann Dr. J. Querengässer Dr. I. Reinhardt Dr. D. Reske L. Schmidt A. Weide
Wissenschaftliche Mitarbeitende (Drittmittel) (3,2 VK)	H. Betzing G. Braun H. Büscher I. Klee H. Liebermann-Jordanidis C. Ritschel I. Schellartz L. Schlomann L. Schmidt
Study Nurses (Drittmittel) (0,3 VK)	K. Mokhtar V. Klein
Wissenschaftliche Hilfskräfte (0.03 VK)	R. Holsten
Wissenschaftliche Hilfskräfte (Drittmittel) (0,5 VK)	V. Droste S. Geier S. Weber
Verwaltung und Controlling (1,2 VK)	J. Hahn S. Iserhardt
Data Management und Analysen (0,5 VK)	J. Vrinssen (durch Dezernat 8) Dr. A. Staninska

Eine detaillierte Aufstellung der Tätigkeiten der Umlage- und der Drittmittel-finanzierten Wissenschaftlichen Mitarbeitenden im Berichtsjahr findet sich im Anhang 3.

11 Finanzen

Das LVR-IVF wird durch eine Umlage des LVR-Klinikverbunds und ergänzend durch eingeworbene Drittmittel finanziert.

In der Tabelle 4 finden sich die eingeworbenen Drittmittel für Projekte, die im Berichtsjahr durchgeführt wurden. Die genannten Summen weisen jeweils den eingeworbenen Anteil des LVR-IVF für die gesamte Laufzeit des jeweiligen Projekts aus.

Tabelle 4. Eingeworbene Drittmittel

Projekt	Förderer	Summe [€]	Laufzeit	Projektende
I-REACH	BMBF	444.825	5 Jahre	2024
SoKo	Innovationsfonds	1.027.256	4 Jahre	30.06.2024
Analyse Routinedaten psychiatrischer Kliniken	BAG	10.000	Jährlich	Laufend

12 Ausblick

Wie schon die beiden Vorjahre war auch das Jahr 2022 durch Pandemiefolgen charakterisiert. Die teilweise guten Erfahrungen mit dem Homeoffice führen dazu, dass die Arbeit im Institut in einem deutlich größeren Umfang als vor der Pandemie entsprechend organisiert und flexibilisiert wird. Eine Herausforderung wird darin liegen, Führungsstrukturen, Kommunikationswege und Teambuilding der neuen Situation und den neuen Tendenzen im Arbeitsleben anzupassen. Daher wird für das Jahr 2023 ein Institutsretreat geplant, der u.a. diese Themen aufgreifen soll.

Hinsichtlich des Zusammenwachsens der beiden Sparten des IFuB sind mit der neuen Leitung der Akademie (Professor Schuster seit 1.10.2022) Impulse entstanden, die es im Jahr 2023 zu entwickeln gilt. Auch im LVR-IVF gab es im Jahr 2022 viele personelle Entwicklungen. So kehrten im Sommer und Herbst 2022 drei erfahrene Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen aus der Elternzeit zurück und es konnte ein weiterer erfahrener Mitarbeiter in Teilzeit gewonnen werden. Damit hat sich die personelle Situation stabilisiert und es eröffnen sich neue Perspektiven für die künftige Arbeit. Schließlich wurde im Berichtsjahr 2022 die neu geschaffene Stelle einer Data Scientist am LVR-IVF besetzt, sodass diese für die Arbeit des LVR-IVF zentrale Funktion personell zukunftssicher aufgestellt ist.

Ein wichtiges und zugleich neues Arbeitsgebiet für das Institut ist die Entwicklung einer S3-Leitlinie zur Behandlung von Menschen mit Psychose und komorbider substanzbezogener Störung. Dieses Projekt begann im Oktober 2022. Hier kommt dem Institut als Konsortialführung mit den Konsortialpartnern DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) und DG-Sucht (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V.) eine besondere Bedeutung und Verantwortung zu. Außerdem konnte der Bereich Forensische Versorgungsforschung mit einem einschlägig sehr erfahrenen Wissenschaftlichen Mitarbeiter besetzt werden, was sich bereits sehr förderlich auf die laufenden Forschungsarbeiten in diesem Bereich auswirkte und für die folgenden Jahre ein sehr gutes Entwicklungspotenzial bietet.

Sowohl die internen Anfragen von Seiten des LVR-Klinikträgers als auch die Anfragen externer wissenschaftlicher Arbeitsgruppen hinsichtlich Kooperationen und gemeinsamer Antragstellungen haben im Berichtsjahr 2022 weiter zugenommen. Diese Entwicklung ist erfreulich und herausfordernd zugleich. Etwas stagnierend waren hingegen die Anfragen aus den LVR-Kliniken, und auch die angebotene *Methodensprechstunde* für Mitarbeitende der LVR-Kliniken wurde weniger als zuvor in Anspruch genommen. Diese Entwicklung mag der besonderen Arbeitsdichte und schwierigen Versorgungssituation in den Krankenhäusern in Zusammenhang mit der Pandemie und den weiteren Krankheitswellen insbesondere im zweiten Halbjahr 2022 geschuldet sein. Um dieser Tendenz entgegenzuwirken, plant das LVR-IVF im Jahr 2023 proaktiv interessierte Kolleg*innen aus den LVR-Kliniken zu einem *Runden Tisch Versorgungsforschung* einzuladen, um gemeinsame Aktivitäten zu befördern. Insgesamt blickt das Team des LVR-IVF mit Zuversicht auf die künftigen Aufgaben. Wir danken dem LVR-Klinikverbund mit der Verbundzentrale, den Fachbereichen 84 und 82 sowie den neun psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkliniken für die sehr gute Zusammenarbeit und die Förderung der Entwicklung des LVR-IVF in den vergangenen Jahren.

Impressum:

LVR-Institut für Forschung und Bildung
LVR-Institut für Versorgungsforschung

Kontakt:

Prof. Dr. med. E. Gouzoulis-Mayfrank
Fachliche Direktorin Forschung
Wilhelm-Griesinger-Straße 23, 51109 Köln
Tel. 0221-8993 629, Fax 0221 8993-593
E-Mail: euphrosyne.gouzoulis-mayfrank@lvr.de

Köln, 31. März 2023

Anhang 1: Programme der Veranstaltungen

LVR-INSTITUT für VERSORGUNGSFORSCHUNG
Das wissenschaftliche Institut des LVR-Klinikverbunds

LVR-Institut für Forschung und Bildung

LVR Qualität für Menschen

LVR-Fokustagung 2022

Update Essstörungen – Prävention, Diagnostik und Therapie

30. März 2022
virtuell

Programm

09:30 – 09:45	**Begrüßung und Eröffnung** Fr. Wenzel-Jankowski, Prof. Dr. med. Gouzoulis-Mayfrank **Einführung** Univ.-Prof. Dr. med. Teufel
09:45 – 10:15	**Essstörungen – eine Erkrankungsgruppe im Umbruch** (Prof. Dr. Stephan Zipfel, Tübingen)
10:15 – 10:45	**Genetische Grundlagen der Anorexia nervosa – einer metabopsychiatrischen Störung** (Prof. rer. nat. Anke Hinney, Essen)
10:45 – 11:15	*Kaffeepause*
11:15 – 11:45	**Diagnostik und Komorbiditäten bei Essstörungen** (Prof. Dr. Martina de Zwaan, Hannover)
11:45 – 12:15	**Was ist unter „Severe and Enduring Anorexia Nervosa, SE-AN" zu verstehen? Diagnostische, therapeutische und ethische Überlegungen** (Univ.-Prof. Dr. Stephan Herpertz, Bochum)
12:15 – 13:15	*Mittagspause*
13:15 – 13:45	**Von der stationären Behandlung über die Tagesklinik zum Home Treatment – Behandlungspfade für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Anorexia nervosa** (Univ.-Prof. Dr. Beate Herpertz-Dahlmann, Aachen)
13:45 – 14:15	**Zu Hause-Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen: Ansätze und Erfahrungen im multiprofessionellen Team** (Univ.-Prof. Dr. Beate Herpertz-Dahlmann/ Ute Thevissen/ Varinja Blume, Aachen)
14:15 – 14:45	**COVID-19: Pandemieeinflüsse auf die Lebens- und Versorgungsrealität von Kindern und Jugendlichen, insbesondere mit Essstörungen** (Dr. Freia Hahn, Viersen)

14:45 – 15:30	*Kaffeepause*
15:30 – 16:00	**Neue pharmakologische Ansätze bei Essstörungen** (Prof. Dr. Johannes Hebebrand, Essen)
16:00 – 16:30	**Psychotherapie bei Essstörungen im Erwachsenenalter** (Prof. Dr. Hans-Christoph Friederich, Heidelberg)
16:30 – 16:45	**Verabschiedung** Prof. Dr. med. Gouzoulis-Mayfrank

LVR-INSTITUT für VERSORGUNGSFORSCHUNG
Das wissenschaftliche Institut des LVR-Klinikverbunds

LVR-Institut für Forschung und Bildung

LVR Qualität für Menschen

LVR-Institut für Forschung und Bildung

6. Wissenschaftlicher Fortbildungstag des LVR-Instituts für Versorgungsforschung

Dienstag, 27. September 2022, 10:00-15:00 Uhr
Seminarräume 1 und 2
LVR-Klinik Köln

Programm

9:30-10:00	*Begrüßungskaffee*
10:00-10:30	**„Wer vieles bringt, wird manchem etwas bringen; Und jeder geht zufrieden aus dem Haus." Der Jahresbericht des LVR-Instituts für Versorgungsforschung 2021** Prof. Dr. E. Gouzoulis-Mayfrank, Köln
10:30-11:15	**Fünf Jahre LVR-Qualitätsindikatoren – Ach ja, ach was und oh weh!** Prof. Dr. J. Zielasek, Köln
11:15-11:30	*Kaffeepause*
11:30-12:00	**Projekt I-Reach – Eine App für geflüchtete Menschen im LVR-Klinikverbund: Erste Erfahrungen und Erkenntnisse** Dr. I. Reinhardt, Köln
12:00-12:30	**„Wir können hier nur das Körperliche machen." – die Versorgung von Patient*innen mit psychischen und komorbiden somatischen Erkrankungen aus Behandelnden- und Betroffenenperspektive** I. Schellartz und L. Schlomann, Köln
12:30-13:15	*Mittagspause*
13:15-13:45	**Für immer die „Sorgenkinder" der Forensik? Intelligente Ansätze in der Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung** Dr. J. Querengässer, Köln
13:45 -14:15	**Behandlungsvereinbarungen im LVR-Klinikverbund – wieviele, für wen und mit welchem Effekt?** C. Bahr, Köln

14:15-14:45	**Psychisch krank und wohnungslos, eine besonders vulnerable Gruppe - Die wichtigsten Ergebnisse aus dem Projekt WohnLos** Prof. Dr. E. Gouzoulis-Mayfrank, Köln
14:45-15:00	**Schlusswort, Verabschiedung** Prof. Dr. E. Gouzoulis-Mayfrank, Köln

Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenlos. Wir bitten um **Anmeldung per E-Mail** an ivf@lvr.de. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt.

Die wissenschaftliche Leitung hat Prof. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank.
Die Fortbildung ist bei der Ärztekammer mit 5 CME-Punkten anerkannt.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
Fachliche Direktorin Forschung, LVR-IFuB

Anhang 2: Publikationen

BMC Psychiatry

RESEARCH

Open Access

Homelessness among psychiatric inpatients in North Rhine-Westphalia: a retrospective routine data analysis

Ida Sibylle Haussleiter[1,2*†], Isabell Lehmann[3†], Bianca Ueberberg[1], Josephine Heinz[3], Jürgen Zielasek[3,4], Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank[3,5†] and Georg Juckel[1,2†]

Abstract

Background: Within the last five years the number of homeless persons in Germany has more than doubled, with many suffering from mental illnesses that require treatment. Whether the mental illness itself led to losing shelter or whether the state of being homeless increased the likelihood of developing symptoms of a mental disorder remains unclear. The current study assessed the interaction of homelessness and mental illness from a care provider perspective.

Methods: We conducted a retrospective analysis of inpatient routine data from 20 psychiatric hospitals in North Rhine-Westphalia (NRW), Germany, over a period of four years ($N = 366{,}767$ inpatient treatment cases). Patients were considered "homeless" if they had no fixed unique address.

Results: About 2.4% of the analyzed cohort was classified as homeless, with increasing tendency over the study period (+14% from 2016 to 2019). The percentage of homeless patients varied broadly between the hospitals (0.2–6.3%). Homeless patients were more often male and on average eight years younger than patients with a fixed address. Homeless patients experienced more involuntary measures (admission and restraint), had a shorter course of treatment and were more often discharged within one day. Every second homeless case was diagnosed with a substance use disorder and every third homeless case with a psychotic disorder, whereas affective disorders were diagnosed less frequently in this group. Psychiatric comorbidity occurred more often in homeless patients whereas somatic diseases did not.

Conclusions: Multiple patient-related sociodemographic and local factors are associated with homelessness of psychiatric inpatients. In addition, clinical factors differ between homeless and non-homeless patients, pointing to more severe mental illness and treatment complications (e.g., coercive measures) in homeless persons. Thus, homelessness of psychiatric inpatients can imply special challenges that need to be considered by healthcare providers and politicians, with the goal of optimizing mental and social care and the mental health outcomes of homeless persons.

Keywords: Homelessness, Mental healthcare, Mental disorders, Hospital data, Routine data analysis

*Correspondence: Ida.S.Haussleiter@rub.de
†Ida Sibylle Haussleiter and Isabell Lehmann contributed equally to this work.
†Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank and Georg Juckel contributed equally to this work.
[1] LWL Research Institute for Mental Health, Ruhr University Bochum, LWL University Hospital, Bochum, Germany
Full list of author information is available at the end of the article

Background

Homelessness is considered an increasing social problem in developed countries [20]. The overall mortality and morbidity, including mental health problems, are clearly higher among homeless persons than amongst the general population [2, 18]. Mental disorders are also among

© The Author(s) 2022. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

the risk factors for age-standardized excess mortality rates in this group [29], which are 2–5 times higher than in the general population. Since the burden of psychiatric morbidity in homeless persons is substantial and there are strong indications of a complex relationship between homelessness and mental disorders as they promote each other and lead to poor healthcare outcomes [3, 18].

In Germany, there were approximately 678,000 homeless persons in 2018, a figure that had doubled within four years (2014–2018) mainly due to the large numbers of refugees in that period [5]. Within the last 20 years, there have been some studies on the mental health situation of homeless persons in different German cities. The most recent of these local studies evaluated 232 randomly drawn homeless people in the Bavarian metropolitan city of Munich during 2010–2015 and reported that psychiatric treatment started on average of six years before the persons became homeless [3]. A recent meta-analysis of 11 German studies with an overall study population of 1220 homeless persons in Germany resulted in 77.4% clinical disorders [according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), axis I, pooled point prevalence of eight studies], primarily substance use disorders (SUD) [38]. These data thus yielded a mental illness rate 3.8 times higher than in the general population [21]. The gender ratio in this largest German meta-analysis on mental health in homeless people was 1:9 in favor of the male gender [38].

Another perspective on the problem of homelessness and mental disorders offers the analysis of homelessness in persons who receive mental hospital care. The prevalence of homelessness among psychiatric inpatients varies considerably between studies from 0.55-39% [30, 44]. The most recent German study on the housing situation of psychiatric inpatients was the WOHIN- study. This cross-sectional patient survey included 540 inpatients in Berlin with a defined catchment area in an underprivileged district with approximately 270,000 inhabitants [40]. Due to the study design, 43.2% of all admitted patients in the study period were included into the survey and out of those, only 68.7% of the patients lived in an own apartment, whereas 13.0% were homeless and 18.3% were accommodated in sociotherapeutic facilities. Another German Study [45] included all 3174 admissions within a 12months period and observed homelessness in 31% of the patients. This relatively high percentage results from homeless definition as "no private home" and therefore count of all patients who lived in sociotherapeutic facilities. Another European study from Switzerland analyzed the data on 16247 patients consecutively referred to psychiatric hospitals over a four-year time period and observed a rate of 1.60% homelessness among them. Unlike traditional homelessness interventions with prerequisites for treatment or sobriety, recovery-oriented interventions such as Housing First in the USA and At Home/Chez Soi in Canada [35] offer permanent housing to participants immediately [42] and have been shown to reduce use of several types of health and social services among homeless individuals with mental illness [7]. User experiences with Housing First compared to treatment-first approaches have been published in North American context, but less is known for European context. A recent study compared experiences in seven European countries [16], but so far there are no comparable German studies on such low-demand supportive housing. Our study "Homelessness in persons with mental illness – risk factors, impact and interventions: An overview in North Rhine-Westphalia" (WohnLos) aimed at identifying the magnitude of the problem of homelessness in mentally ill persons in North Rhine-Westphalia (NRW) and at identifying the risk profiles of persons affected by homelessness. In the present retrospective part of our study, we analyzed routine data from a large sample of inpatients from 20 mental hospitals regarding the prevalence of homelessness. The hospitals are spread over the federal state of NRW, the fourth largest state in Germany by area and the largest state by population size (17.9 million inhabitants). The hospitals have a catchment area for mental healthcare for about half of the population of NRW. In 2020, the state of NRW counted 49,987 homeless persons [26], which is about 0.28% of the NRW population. A nationwide survey is scheduled for 2022. Our study aimed to assess the prevalence of homelessness among psychiatric inpatients in different areas of NRW and to identify the risk factors for being homeless at time of admission. In addition, our study aimed to analyze the routine care provided to homeless people in psychiatric hospitals compared to non-homeless patients. Due to our high patient case number and the large geographic area analyzed, our routine data analysis may provide more representative data than former studies.

Methods

Setting

Data were collected from 20 psychiatric hospitals belonging to the two communal councils of the federal state of NRW: the Council of Westphalia [Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), with eleven hospitals] and the Council of Northrhine [Landschaftsverband Rheinland (LVR), with nine hospitals]. Together, the LWL and LVR hospital groups form the biggest providers of psychiatric services in Germany, covering both rural and urban areas (6969 hospital beds). Each of the eleven LWL and nine LVR hospitals has a defined catchment area. The number of inhabitants at the hospital sites was 260,141 on average (range 12,933–1,087,863) or 1321 per km^2

(range 107–2860). According to the DeStatis [9] definition, most of the sites were classified as urban areas, four hospitals were located in semi-urban areas and no hospital was located in an exclusively rural area. The annual point-in-time count in 2019 registered an average of 1712 homeless persons (range 277–6198) at the hospital sites, corresponding to a rate of 1368 per 100,000 persons [26].

Procedures

A retrospective, large-scale multicenter comparative study of psychiatric treatment cases was carried out in the 20 LVR and LWL hospitals for the years 2016–2019. We analyzed hospital reimbursement data and additional routine data from the medical records of each case and combined these data with data on socioeconomic environments, such as urbanization. The hospital reimbursement data (Section 301 of Social Code Book V) are transferred to health insurance companies as part of the daily routine, thus leading to the accumulation of a reliable and comprehensive database of service utilization data for all patients treated in the LVR and LWL hospitals. Diagnoses according to the Tenth Revision of the International Classification of Diseases (ICD-10) were based on discharge records and up to 20 diagnoses were considered. The first two digits of the psychiatric main discharge diagnosis encoded in the system were used to specify the diagnostic subgroups of each case (such as ICD-10 code F2 for the group of psychotic disorders).

The housing status was categorized based on the documented housing situation at time of admission. For each hospital, we requested the common documentations for "homelessness". These included: "without permanent address" in the patients' address line; specific addresses, such as the address of the local train station or local homeless shelters; or the ZIP code "9999". Patients were subdivided into two groups corresponding to their housing situation (homeless vs. non-homeless). "Homeless" meant the absence of a fixed, unique address as defined by the European Commission [12]. This definition comprises the first two categories of the existing European Typology of Homelessness and Housing Exclusion (ETHOS) [11]: roofless (sleeping rough, unsheltered) and houseless (living temporarily with other persons or in transitional accommodation).

Pseudonymized data were provided by the IT department of the LWL and the LVR statistics database. All inpatient data were considered; 367,551 cases were registered in this period, of which 366,767 treatment cases were analyzed after data cleaning according to minimum data criteria (age, gender, main diagnosis). Readmissions were considered as new treatment cases in this design. The socioeconomic data at the hospital sites were obtained from official sources/databases such as Statistisches Bundesamt (destatis.de), Sozialberichterstattung NRW, Ministry of Work, Health and Social Matters of the federal state of NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales: MAGS) and from publications of the corresponding cities and communities (wegweiser-kommune.de). The study was approved by the responsible ethics committees for the LWL and LVR and all medical hospital directors gave their written consent.

Data analysis

Data were collected retrospectively. Analyses were carried out using a statistical software package (IBM SPSS Statistics 26.0®). Group differences (homeless vs. non-homeless cases) were analyzed using Pearson's chi-square test and/or Fisher's exact test for categorical variables and two-tailed *t*-tests for independent variables. A p value of less than 0.05 was interpreted as statistically significant. The main diagnosis was encoded dichotomously (F2 yes/no) and statistical testing was performed for each diagnosis separately. The housing status was also dichotomous (homeless or non-homeless). Principal component analysis (PCA) and binary logistic regression were performed.

Results

A total of 366,767 treatment cases (57.3% male, mean age 47.52 ± 18.31 years) were analyzed, of which 8636 cases (2.4%) were classified as homeless. The number of annual treatment cases decreased within the study period, from 92,837 in 2016 to 89,765 in 2019. Cases classified as homeless increased from 1998 to 2284 cases per year (+14%) in the same period, whereas the percentage of homeless patients increased only slightly (2016: 2.15%; 2017: 2.37%; 2018: 2.36%; 2019: 2.54%). Compared to the average prevalence of homelessness among the population at the hospital sites [26], the percentage among the inpatients of the psychiatric hospitals is higher. When looking at the different hospitals, the rate of homelessness among patients varied from 0.2% to 6.3%. The highest percentages were found in hospitals located in large and medium-size cities (Cologne: 6.3%,Münster: 5.8%; Düsseldorf: 3.7%; Paderborn: 3.2%; Essen: 3.1%) and the lowest percentages were found in small towns (Hemer: 0.2%; Gütersloh: 0.2%; Marsberg: 0.5%; Langenfeld: 0.9%).

Table 1 displays the demographic/clinical characteristics and group differences for the total cohort and Table 2 displays the results regarding hospital treatment. With regard to gender, 56.8% of the non-homeless and 80.2% of the homeless patients were male ($p < .001$). The two groups (homeless vs. non-homeless) differed significantly in age ($p < .001$), with the homeless patients being, on average, eight years younger. The three most frequent main diagnostic clusters were substance use (ICD-10 diagnostic code F1), psychotic

Table 1 Demographic/clinical characteristics and group differences

	Total (*N* = 366,767)	Non-homeless (*n* = 358,131)	Homeless (*n* = 8636)	Group comparison	*p*
Demographic characteristics					
Male gender (*n*, %)	210,228 (57.3)	203,306 (56.8)	6922 (80.2)	$\chi^2_{(1)} = 1884.85$	< .001
Age (years; mean, SD)	47.52 (18.31)	47.72 (18.39)	39.27 (12.3)	$t_{(9589.19)} = 62.15$	< .001
Clinical characteristics (main discharge diagnosis yes/no)					
F0 (*n*, %)	33,860 (9.2)	33,768 (9.4)	92 (1.1)	$\chi^2_{(1)} = 703.92$	< .001
F1 (*n*, %)	126,221 (34.4)	121,844 (34.0)	4377 (50.7)	$\chi^2_{(1)} = 1037.09$	< .001
F2 (*n*, %)	64,414 (17.6)	61,820 (17.3)	2594 (30.0)	$\chi^2_{(1)} = 950.58$	< .001
F3 (*n*, %)	100,546 (27.4)	99,850 (27.9)	696 (8.1)	$\chi^2_{(1)} = 1665.0$	< .001
F4 (*n*, %)	16,934 (4.6)	16,552 (4.6)	382 (4.4)	$\chi^2_{(1)} = 0.754$	.385
F5 (*n*, %)	645 (0.2)	643 (0.2)	2 (< 0.1)	$\chi^2_{(1)} = 11.75$	.001
F6 (*n*, %)	15,554 (4.2)	15,111 (4.2)	443 (5.1)	$\chi^2_{(1)} = 17.21$	< .001
F7 (*n*, %)	2947 (0.8)	2923 (0.8)	24 (0.3)	$\chi^2_{(1)} = 30.65$	< .001
F8 (*n*, %)	252 (0.1)	246 (0.1)	6 (0.1)	$\chi^2_{(1)} = 0.001$	.978
F9 (*n*, %)	884 (0.2)	876 (0.2)	8 (0.1)	$\chi^2_{(1)} = 8.10$	.004
F1 + F2 (*n*, %)	24,660 (6.7%)	22,852 (6.4%)	1808 (20.9%)	$\chi^2_{(1)} = 2848.37$	< .001
F1 + F6 (*n*, %)	19,276 (5.3%)	18,334 (5.2%)	942 (10.9%)	$\chi^2_{(1)} = 567.43$	< .001
add. psych. diagn. (mean, SD)	1.41 (1.49)	1.4 (1.5)	2.03 (1.74)	$t_{(8914.27)} = -33.22$	< .001
somatic diagn. (mean, SD)	2.29 (3.35)	2.32 (3.38)	1.18 (1.73)	$t_{(10299.27)} = 58.62$	< .001

F0 = organic, including symptomatic psychical disorders; F1 = substance use disorders; F2 = psychotic disorders; F3 = affective disorders; F4 = neurotic, stress-related and somatoform disorders; F5 = abnormal behavior with physical disorders and factors; F6 = personality disorders; F7 = reduction of intelligence; F8 = development disorders; F9 = behavioral and emotional disorders that begin in childhood and youth

Table 2 Treatment characteristics and group differences

	Total (*N* = 366,767)	Non-homeless (*n* = 358,131)	Homeless (*n* = 8636)	Group comparison	*p*
Treatment characteristics (mean, SD)					
Days of treatment	22.55 (28.16)	22.7 (27.96)	16.10 (35.08)	$t_{(8901.52)} = 17.37$	< .001
24-h cases (*n*, %)	37,744 (10.3)	36,195 (10.1)	1549 (17.9)	$\chi^2_{(1)} = 560.0$	< .001
Legal status at admission, PsychKG* (*n*, %)	39,959 (10.9)	38,427 (10.7)	1532 (17.7)	$\chi^2_{(3)} = 430.80$	< .001
Physical restraint (*n*, %)	6944 (1.9)	6711 (1.9)	233 (2.7)	$\chi^2_{(1)} = 30.83$	< .001
Number of days with restraint	0.1 (0.97)	0.10 (0.95)	0.14 (1.28)	$t_{(5414.45)} = -2.21$	.027
Days with restraint per treatment day	0.01 (0.13)	0.01 (0.13)	0.02 (0.12)	$t_{(5268.70)} = -2.47$	.013
Seclusion (*n*, %)	1379 (0.4)	1343 (0.4)	36 (0.4)	$\chi^2_{(1)} = 0.39$	.53
Number of days with seclusion	0.03 (0.63)	0.3 (0.64)	0.3 (0.51)	$t_{(5573.81)} = -0.63$	.53
Days with seclusion per treatment day	0.0022 (0.08)	0.0022 (0.08)	0.0028 (0.05)	$t_{(5577.43)} = -0.86$	.392
Number of somatic consultations	1.46 (0.93)	1.46 (0.93)	1.32 (0.72)	$t_{(56.40)} = 1.46$	.149
Somatic consultations per treatment day	0.10 (0.21)	0.10 (0.21)	0.09 (0.1)	$t_{(57.94)} = 1.14$	.258
Medical doctor units	3.4 (5.99)	3.42 (6.03)	2.21 (3.1)	$t_{(3350.88)} = 20.41$	< .001
Medical doctor units per treatment day	0.27 (0.83)	0.27 (0.84)	0.29 (0.44)	$t_{(3291.44)} = -1.80$	.071
Staff nurse units	11.42 (24.63)	11.53 (24.74)	5.59 (16.73)	$t_{(4933.44)} = 23.54$	< .001
Staff nurse units per treatment day	0.76 (3.82)	0.76 (3.86)	0.49 (1.13)	$t_{(6652.98)} = 14.85$	< .001
Social worker units	3.74 (5.47)	3.74 (5.47)	3.58 (4.89)	$t_{(965.99)} = 1.01$	.366
Social worker units per treatment day	0.25 (0.77)	0.25 (0.77)	0.27 (0.52)	$t_{(980.92)} = -1.25$	.211

* Legal status PsychKG = German Law on Help and Protective Measures for Mentally Ill Persons (Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten)

disorders (F2) and affective disorders (F3). Substance use (F1), psychotic disorders (F2) and personality disorders (F6) occurred more frequently within the homeless subgroup, with affective disorders (F3) diagnosed less frequently in this group. Every second homeless case was diagnosed with a SUD(F1: 50.7%) and every third case was diagnosed with a psychotic disorder (F2: 30.0%). Neurotic, stress-related and somatoform disorders did not differ between homeless and non-homeless patients but the overall occurrence was low, with less than 5% in all cases. In the homeless group, somatic comorbidity was less frequently diagnosed, whereas psychiatric comorbidity occurred more frequently. We tested two double diagnoses (F1+F2 and F1+F6) in relation to being homeless versus not being homeless and found significant associations between both double diagnoses and homelessness.

Table 2 shows that homeless patients had a shorter course of treatment and were significantly more often discharged within one day (24-hour cases). Involuntary admission and physical restraint occurred significantly more often in homeless patients. Regarding treatment resources, non-homeless patients obtained significantly more therapeutic units (one therapeutic unit = 25 minutes) from medical doctors and staff nurses. After adjusting for duration of treatment, this difference remained significant for staff nurse units but disappeared for medical doctor units (the trend even reversed). Groups did not differ in the quantity of social worker units obtained (Table 2).

PCA and logistic regression were chosen to determine the influential principal components on homelessness in psychiatric inpatients. The Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy was only .15, thus disabling factor analysis. Subsequently logistic regression was performed to determine predictive factors for dichotomous category membership (homeless vs. non-homeless). The model initially contained 19 independent variables, subdivided into patient-related (age, gender, psychiatric main discharge diagnosis, psychiatric comorbidity measured as number of secondary psychiatric diagnoses) and social–environmental variables at the hospital sites (number of inhabitants, homelessness, rate of migration and rate of poverty measured as number of households in the jobseeker subsistence system). The correlation between some predictor variables was high ($r > .75$), therefore rate of poverty measured as number of households in the jobseeker subsistence system was excluded as a variable and diagnoses were only considered if they had a frequency of at least 5% in the total sample. After this adjustment, multicollinearity was no longer a confounding factor in the analysis and correlations between predictor variables were low ($r < .75$). Goodness-of-fit was assessed using the Hosmer-Lemeshow test, indicating a poor model fit [$\chi^2(8) = 97.23, p < .001$].

The binomial logistic regression model was statistically significant [$\chi^2(10) = 8074.45, p < .001$] but Nagelkerke's R^2 was low at .110 and 97.6% of cases were already classified without further information. Thus, logistic regression was disabled as well.

Discussion

Homelessness in countries with developed economies is a difficult and significant social issue, especially when it comes to disadvantaged groups such as psychiatric patients. Our retrospective data analysis of more than 360,000 inpatient psychiatric treatment cases conducted identified a rate of 2.4% homeless patients (with distinct regional differences), who 1) were mainly male (80%) and eight years younger; 2) more likely to have a psychosis and SUD diagnosis; 3) had more additional psychiatric and less somatic diagnoses; 4) had fewer treatment days and were more often discharged within one day; and 5) had more involuntary admissions and physical restraints compared to non-homeless patients.

The rates of homelessness among psychiatric patients in international studies differ considerably. In this context, the different methodological approaches have to be considered: there have been European [4, 24, 28, 30–32, 40, 43, 45] and north American studies [13, 25, 41] vs. analysis from low-income Afro-Asian countries [17, 33, 37, 44], evaluation of a complete cohort [4, 24, 30, 32, 43, 45] vs. a defined subgroup with distinct patient characteristics [13, 17, 25, 28, 31, 33, 37, 40, 41, 44], the inclusion of current homelessness vs. probability and history thereof [13, 30], a definition of literally homeless vs. no private home [40, 45]. A rate of 2,4% homelessness as observed in the present study, is a relatively low prevalence, but other European studies with a similar design (inclusion of all consecutive psychiatric admissions) also found single digit prevalences of 0.5-1.58% in Denmark ("one-year cumulative probability of first homelessness after discharge", [30], 1.6% in Switzerland [24], and 3.8% in the UK (focus on ethnical differences in treatment, [4]. Previous Danish studies observed a rate of 6-8% [31, 32], and the recently published National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions in the US observed a rate of 5% homelessness between the two waves of the survey (only participants with Alcohol and Related Conditions, [13]. The rate of 13% homelessness in the German WOHIN-study was based ona homeless definition including literally homeless, emergency shelter, homeless shelter, women's refuge, refugee shelter, and improvised accommodation [40].

The sample of the present study is comprehensive and provides a large amount of representative data. The

coverage of four years enabled us to identify an increasing trend of homelessness among inpatients in psychiatric hospitals in NRW from 2016 to 2019 (+14%). Whereas half of the total sample as well as of the not homeless subgroup was attributed to the LWL sector, only one third of homeless treatment cases were registered there. If calculated per 100.000 people or treatment cases respectively, the rates differed significantly between hospitals. Since sociodemographic data could only be analyzed with reference to the hospitals' site (instead of the patients' whereabouts), conclusions are limited. The three hospitals with the highest percentage of homeless treatment cases (Düsseldorf, Münster, Cologne) were not congruent with the cities with the largest homeless populations (Bedburg-Hau, Lengerich, Langenfeld), but partly represented the most populated NRW cities (Köln, Düsseldorf, Dortmund) with 360,000 to 1 million inhabitants. Moreover, Cologne and Düsseldorf have the largest train stations in NRW. Homeless patients therefore might not be registered inhabitants of those cities but use the train station as an easily accessible shelter. Homelessness seems often linked not only to the general social support system and the availability of affordable accommodation, but also to the arrangement of such public space [10]. The train station not only offers basic infrastructure (such as sanitary facilities and social services), qualifies as a meeting place to stay without allowance, and represents, albeit precariously, a way of participating in social life [23]. Nevertheless, the large differences in homelessness rates between hospitals cannot be explained satisfactorily. Possibly factors of the local social support system for the homeless and local socioeconomic factors may play a role. Homelessness is often assumed to be an urban phenomenon [8], because homeless people are more numerous, more geographically concentrated, and more visible in urban areas. Today, most of the world's population is concentrated in urban centers. Urban homelessness, especially severe crowding, is the result of poverty and a lack of affordable housing and has risen disproportionately in areas with a shortage of affordable private rental housing and higher median rents [34]. But homelessness and housing exclusion are not just the prerogative of large cities [1].

With a focus on patient-immanent criteria, only one-fifth of our homeless sample was female. This result is congruent with other studies, which assessed male sex as a factor that most markedly differentiated homeless from domiciled patients [31, 32] and found about half (45%: [13] or even two thirds (70%: [24],75,8%: [40] of the homeless patients in psychiatry to be male. When interpreting this male predominance, it has to be taken into account that women more frequently tend to live "undercover" in hidden, insecure accommodation (such as in informal housing conditions, living temporarily with friends, relatives or a partner, living in women's shelters). These women are, therefore, effectively "hidden" from view, are generally not counted as homeless and therefore are not shown in the statistics [6]. At the same time, this group of hidden homeless women is very vulnerable because of reported mental illness, being in local authority care, experience of domestic violence and other forms of abuse and with current drug or alcohol dependencies [6].

Homeless patients in the current study had a mean age of 39.27 years and were on average eight years younger than non-homeless patients. Lauber et al. observed a mean age of 34.4 years in their homeless population (2005) and homeless participants in the WOHIN study were also significantly younger, but it remained unclear whether this was due to the increasing rate of homelessness among mentally ill people or to the increasing mental morbidity among homeless people [39, 40]. The Danish studies considered young age as risk factor for homelessness in psychiatric patients [31] and found their homeless patients to be most often under 45 years of age [32]. Whether the younger age of homeless patients means that homelessness precedes the onset of mental illness (and is therefore not the precursor) or that their mental illness is so severe that they lose their housing within a short period cannot be answered with our current data (no information on first onset of the disorder vs. last date of accommodation). It may be possible that previously homeless persons of higher age have received more extensive psychosocial services and are more often accommodated in (long-term, assisted) housing facilities, whereas younger homeless persons have not received such psychosocial services yet or to a smaller extent and tend to be living more often as homeless and/or they may opt to do so.

In accordance with other studies [24, 31, 32, 39], homeless patients in the present study more often had a diagnosis of psychosis and SUD. Moreover, as observed in the Swiss cohort, the homeless as compared to other psychiatric inpatients had lower rates of affective disorders, but higher rates of having a dual diagnosis [24]. Such dual diagnosis might not only interfere with compliance and treatment itself, but SUD would even occur before onset of homelessness [39] and increase the risk thereof after discharge [30]. The fact that the number of additional psychiatric diagnoses in the homeless sample was significantly higher is compatible with a higher severity of the disorder.

On the other hand, the number of somatic comorbidities in the present study was significantly lower in the group of homeless patients, as seen in Switzerland [24]. Homeless patients did not receive more somatic

consultations during the hospital treatment than patients with a fixed address. The significantly younger age of the homeless persons in our study may explain the low rates of somatic comorbidity. Still, this remains surprising because life on the street represents a major health burden, with evidence of accelerated ageing and high rates of acute and chronic infectious, circulatory, respiratory and musculoskeletal diseases [19, 22]. Again, access to sufficient but low-threshold and continuous medical care may be limited for the homeless and this may lead to underdiagnosis of somatic disorders. Or even if the homeless patients gain access as in our study, their shorter duration of treatment and as observed the high number of patients discharged within one day disables adequate physical examination with blood tests. Longer stays in somatic hospitals have been shown for homeless compared to house patients. But longer discharge delays were only significant in the absence of a psychiatric diagnosis [14]. The present data show this as well and are in accordance with the WOHIN study [40] and the analysis from Switzerland [24], where the length of hospital treatment was significantly shorter in homeless patients, who consecutively improved less [24]. The reasons for the shorter length of stay remain unclear and may include both patient- and service-related aspects. The higher number of 24-hour cases (discharged within one day) may be due to patient-related factors such as a diagnosis of substance use disorder, restlessness as a consequence of homelessness or individual pattern of coping. However, institutional factors also have to be considered and a long-term homeless patient without health insurance, with altered circadian rhythm and adjustment difficulties in strict institutional settings might be discharged earlier back onto the streets without adequate planning.

The present study found no difference between homeless and non-homeless patients in somatic consultations, medical doctor units or social worker units per treatment day and partly corresponds to Lauber et al., who did not observe disproportionate use of inpatient resources by homeless people (2005). Homeless psychiatric patients received or utilized even less staff nurse units per treatment day in this study. Homeless individuals are one socially disadvantaged population, sometimes experiencing stigma and discrimination in their psychosocial and health care seeking. Homeless persons in emergency situations might feel prejudged by clinicians as being drug-seekers. In a recent Canadian narrative inquiry, vulnerably housed individuals believed they received poor quality care or were even denied sufficient care for mental illness and addictions when clinicians became aware of their housing status [15]. Subsequently treatment can be further complicated by psychiatric comorbidities, missed appointments, and a lack of coverage for complementary therapies. Moreover, marginalizing behavior towards and inadequate address of patient's concerns can negatively impact on their overall health-seeking behavior and engagement in the long run [36]. The fact that almost every other of the homeless patients in the present study (44,67%) was admitted outside regular working hours validates this assumption. Moreover, they had a higher rate of involuntary and therefore emergency admissions than non-homeless patients. This finding is in accordance with the Swiss cohort [24]. The predominant involuntary legal status in the homeless group of the present study was the German Law on Help and Protective Measures for Mentally Ill Persons (so-called PsychKG), which includes endangerment of others as potential reason for involuntary admission. The alternative involuntary legal status based on §1906 of the German Civil Law Code (so-called BtG) makes the persons' welfare the most important priority and implies that a patient who refuses the admission to or tries to escape from hospital can be forced to receive clinical treatment if either a risk of endangerment of self exists or their health would be negatively affected. In order to issue an order for mental health care, the court requires not only a legal guardian's application, but also a medical certificate of a treating doctor about the indication and necessity of such court-ordered treatment against the person's will. In other words, to achieve such mandated treatment, some lead-time as well as targeted interdisciplinary cooperation is necessary. Not surprisingly, the rate of BtG admissions was low in the homeless group. Suicidal behavior and physical aggression against others often precede involuntary admission and behavioral aspects such as threats, agitation and physical aggression frequently lead to seclusion and use of restraint. There is no reason why a homeless patients per se would or should be more agitated or aggressive than domiciled patients. The later onset of treatment, a (comorbid) SUD, the feeling of discrimination through health care professionals and the loud, hectic and crowded emergency atmosphere with glaring lights and scarce privacy might nevertheless induce a certain agitation and confusion at the time of admission. Earlier research found that living situation was not associated with coercive measures [27]. Homeless patients in the present study still had more physical restraints, but the number of days with restraint as well as the rate of restraint events per treatment day did not differ between groups. This could be explained by the shorter duration of treatment in the homeless subgroup, but also by the need for restraint immediately following admission as mentioned above. In Contrast to Thomas et al. [41], who found forced medication to be more

likely instituted in psychiatric inpatients who are in a homeless living situation [41], the groups in this study did not differ significantly regarding forced medication (data not shown).

The present study has limitations that need to be taken into account when considering its results. The use of inpatient routine data enabled us to investigate the housing situation of the largest group of German psychiatric inpatients published so far. At the same time, the retrospective nature of this study and the structure of the data only allow limited conclusions. Due to the nature of our data (inpatient data with categories such as "zip code/city" and "place of residency"), the imminent risk of becoming homeless or living in precarious living conditions could not be considered. We had no information on mental and psychosocial care before and after the inpatient stays of the included patients, which might have given important further information about the risk of homelessness. A potential methodological limitation is the lack of standardized assessment and documentation of the housing situation of psychiatric inpatients in the medical records analyzed. We were able to identify the homeless persons by categorizing the documented addresses and zip codes as homeless or non-homeless. However, because there is no standardized documentation field "homeless", we may have slightly underestimated the percentage of homeless patients. Moreover, individual sociodemographic factors (such as income) and the local municipal support that may be available (and its use rate) were not available in our dataset. Such information would shed more light on the full extent of the problem of homelessness in mental healthcare inpatients and would enable specified analyses of the risk factors for homelessness among the mentally ill. Due to the structure of our data, we could only deduce assumptions from the sociodemographic data at the hospitals' sites. This does not represent reality directly, since not all patients (especially not the homeless ones) derive from the hospitals' catchment area, which furthermore can be quite large and inhomogeneous, especially in rural regions. The consideration of the sociodemographic profile of the patient's whereabouts might produce more valid results regarding this aspect, but were not available for analysis.The influence of other important factors (e.g., family background, physical and cognitive development status, education, suicidality and aggressive behavior, treatment variables such as medication or past experiences regarding the healthcare system) on the housing status also could not be investigated because they are not documented in a standardized way or are currently documented in separate documentation systems that were not available in our dataset (such as medication data).

The presented retrospective part of our WohnLos-study considered housing situation prior to hospital admission and the nature of data did not allow analysis of the housing situation after psychiatric hospitalization discharge. Other work packages of this study explicitly dealt with the problem of homelessness as nonmedical reason for hospital discharge delays as well as with post-discharge pathways to subsequent housing (Ueberberg et al., in preparation).

The observed high regional variability of homelessness rates indicates that local factors (e.g., sociodemographic and socioeconomic factors) or the degree of development of the local municipal social support system may interact with individual risk factors at patient level. Further studies are warranted to include such potential local sociodemographic and social support factors with a view to identifying the strength of the relative contributions of these factors towards homelessness among inpatients with mental illness.

Conclusions

Homelessness is an increasing social problem in Western European countries. In Germany, there has been an increase in homelessness in recent years. The coexistence of homelessness and mental disorders is evident. Mental illness is a risk factor for becoming homeless, but homelessness in itself also negatively affects mental health. Our study analyzed the problem of homelessness in a sample of 366,767 inpatient cases in 20 psychiatric hospitals in NRW, Germany, in the years 2016–2019. The routine data analysis established a 2.35% prevalence of homelessness, with vast differences of prevalence between hospitals (range: 0.2–6.3%).

Our analysis found that multiple individual sociodemographic and local factors are associated with the homelessness of psychiatric inpatients. In addition, clinical factors differ between homeless and non-homeless patients, pointing to more severe mental illness and treatment complications (e.g., more coercive measures) in homeless compared to non-homeless persons. Thus, homelessness of psychiatric inpatients can imply special challenges that need to be considered by healthcare providers and politicians, with the goal of optimizing mental and social care and the mental health outcomes of homeless persons.

Abbreviations

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition; ETHOS: European Typology of Homelessness and Housing Exclusion; ICD-10: International Classification of Diseases, Tenth Revision; LVR: Landschaftsverband Rheinland; LWL: Landschaftsverband Westfalen-Lippe; MAGS: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales; NRW: North Rhine-Westphalia; PCA: principal component analysis; SUD: Substance Use disorder.

Acknowledgements

The authors gratefully acknowledge the collaborative partners in the psychiatric hospitals of the LWL and LVR.

Authors' contributions
E.G.M. and G.J. designed the study and all authors contributed to the study protocol. I.S.H., I.L., B.Ü. and J.H. managed the collection and preparation of data, I.S.H. and I.L. conducted the analysis and J.Z. supported the interpretation of data. I.S.H. wrote the first draft of the manuscript. All authors contributed to and approved the final manuscript.

Funding
Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL. This work was supported by a research grant from the Ministry of Work, Health and Social Matters of the federal state of North Rhine-Westfalia (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW).

Availability of data and materials
Aggregated data are available on request. Please contact I.S.H. as corresponding author.

Declarations

Ethics approval and consent to participate
The research has been performed in accordance with the Declaration of Helsinki. The study has been approved by the ethics committee of the North Rhine Medical Association (2019437) and by the medical ethics committee of the Ruhr University Bochum (20-6858). Written consent from all medical directors to conduct the study has been obtained. Due to the analysis of pseudonymized (personally not identifiable) data a written informed consent of all patients was not necessary according to the approving Ethics committees.

Consent for publication
Not applicable.

Competing interests
The authors declare that they have no competing interests.

Author details
[1]LWL Research Institute for Mental Health, Ruhr University Bochum, LWL University Hospital, Bochum, Germany. [2]Department of Psychiatry, Ruhr University Bochum, LWL University Hospital, Alexandrinenstrasse 1, 44791 Bochum, Germany. [3]LVR Institute for Healthcare Research, LVR Institute for Research and Education, Wilhelm-Griesinger-Strasse 23, 51109 Cologne (Köln), Germany. [4]Medical Faculty, Heinrich Heine University, Düsseldorf, Germany. [5]LVR Clinics Cologne, Cologne, Germany.

Received: 20 November 2021 Accepted: 8 February 2022
Published online: 19 February 2022

References

1. Abbé Pierre Foundation and FEANTSA. Sixth Overview of Housing Exclusion in Europe. 2021. (https://www.feantsa.org/public/user/Resources/News/6th_Overview_of_Housing_Exclusion_in_Europe_2021_EN.pdflast accessed 28 Dec 2021).
2. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. Lancet. 2018;391:241–50.
3. Bäuml J, Brönner M, Baur B, Fischer A, Pitschel-Walz G, Jahn T. Die SEEWOLF-Studie Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen Der Wohnungslosenhilfe Im Großraum München. Gesundheitswesen. 2016;78 - V83. https://doi.org/10.1055/s-0036-1578898.
4. Bruce M, Smith J. Length of stay among multi-ethnic psychiatric inpatients in the United Kingdom. Compr Psychiatry. 2020;102: 152201. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2020.152201.
5. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe. Zahl der Wohnungslosen in Deutschland. www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/index.html (last accessed 15 Dec 2021).
6. Casey R, Goudie R, Reeve K. Homeless women in public spaces: Strategies of resistance. Hous Stud. 2008;23(6):899–916.
7. Chu CMT, Moodie EEM, Streiner DL, Latimer EA. Trajectories of Homeless Shelter Utilization in the At Home/Chez Soi Trial of Housing First. Psychiatr Serv. 2020;71(7):648–55. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900260.
8. Demaerschalk E, Hermans K, Steenssens K, Van Regenmortel M. Homelessness. Merely an urban phenomenon? Exploring hidden homelessness in rural Belgium. European Journal of Homelessness. 2019;13(1):99–118.
9. DeStatis. https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender.Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/Archiv/Definition_STL_bis_30122011.pdf? blob=publicationFile (last accessed 15 Dec 2021)
10. Doherty J, Busch-Geertsema V, Karpuskiene V, Korhonen J, O'Sullivan E, Sahlin I, et al. Homelessness and exclusion: regulating public space in European cities. Surveillance & Society. 2008;5(3):290-314.
11. Edgar W, Doherty J, Meert H. Third Review of Statistics on Homelessness in Europe. In: Developing an Operational Definition of Homelessness. Brussels: FEANTSA; 2004.
12. Edgar B, Harrison M, Watson P, Busch-Geertsema V. Measurement of Homelessness at European Union Level. Brussels: European Commission; 2007. (http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2007/study_homelessness_en.pdflast accessed 15 Dec 2021).
13. Elbogen EB, Lanier M, Wagner HR, Tsai J. Financial Strain, Mental Illness, and Homelessness: Results From a National Longitudinal Study. Med Care. 2021;59(Suppl 2):S132–8. https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001453.
14. Feigal J, Park B, Bramante C, Nordgaard C, Menk J, Song J. Homelessness and discharge delays from an urban safety net hospital. Public health. 2014;128(11):1033–1035. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.06.001.
15. Gilmer C, Buccieri K. Homeless Patients Associate Clinician Bias With Suboptimal Care for Mental Illness, Addictions, and Chronic Pain. J Prim Care Community Health. 2020;11:2150132720910289. https://doi.org/10.1177/2150132720910289.
16. Greenwood RM, Manning RM, O'Shaughnessy BR, Vargas-Moniz MJ, Loubière S, Spinnewijn F, Lenzi M, Wolf JR, Bokszczanin A, Bernad R, Källmén H, Ornelas J, HOME-EU Consortium Study Group. Homeless Adults' Recovery Experiences in Housing First and Traditional Services Programs in Seven European Countries. Am J Community Psychol. 2020;65(3–4):353–68. https://doi.org/10.1002/ajcp.12404.
17. Gureje O, Bamidele R. Thirteen-year social outcome among Nigerian outpatients with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1999;34(3):147–51.
18. Gutwinski S, Schreiter S, Deutscher K, Fazel S. The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. PLoS Med. 2021;18(8):e1003750. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003750.
19. Henwood BF, Lahey J, Rhoades H, Winetrobe H, Wenzel SL. Examining the health status of homeless adults entering permanent supportive housing. J Public Health (Oxf). 2018;40(2):415–8.
20. IGH (Institute of Global Homelessness). https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2019/05/CASEY_Louise_Paper.pdf (last accessed 15 Dec 2021).
21. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychol Med. 2004;34:597–611.
22. Kaduszkiewicz H, Bochon B, van den Bussche H, Hansmann-Wiest J, van der Leeden C. The medical treatment of homeless people. Dtsch Arztebl Int. 2017;114(40):673–9.
23. Kesselring, A. / Bohonnek, A. / Smoliner, S. (2013): HOPE in stations: Homeless People in European train stations. Final evaluation report (Paris: ANSA) http://www.garesolidaire.net/attachments/Rapporto_finale_Hope_in_stations_EN.pdf last accessed on 15 Dec 2021
24. Lauber C, Lay B, Rössler W. Homelessness among people with severe mental illness in Switzerland. Swiss Med Wkly. 2005;135(3–4):50–6.
25. Lévesque IS, Abdel-Baki A. Homeless youth with first-episode psychosis: A 2-year outcome study. Schizophr Res. 2020;216:460–9. https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.031.
26. MAGS (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales). http://www.sozialberichte.nrw.de/sozialberichterstattung_nrw/kurzanalysen/Kurzanalyse-2-2021.pdf last accessed 15 Dec 2021

27. McLaughlin P, Giacco D, Priebe S. Use of Coercive Measures during Involuntary Psychiatric Admission and Treatment Outcomes: Data from a Prospective Study across 10 European Countries. PloS one. 2016;11(12):e0168720. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168720.
28. Moloney N, O'Donnell P, Elzain M, Bashir A, Dunne CP, Kelly BD, Gulati G. Homelessness amongst psychiatric Inpatients: a cross-sectional study in the mid-west of Ireland. Ir J Med Sci. 2021. https://doi.org/10.1007/s11845-021-02546-x.
29. Nielsen SF, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: A nationwide register-based cohort study. Lancet. 2011;377:2205–14.
30. Nilsson SF, Laursen TM, Hjorthøj C, Nordentoft M. Risk of homelessness after discharge from psychiatric wards in Denmark: a nationwide register-based cohort study. Acta Psychiatr Scand. 2019;140(5):477–89. https://doi.org/10.1111/acps.13082.
31. Nordentoft M, Knudsen HC, Jessen-Petersen B, Krasnik A, Saelan H, Brodersen AM, Treufeldt P, Løppenthin P, Sahl I, Ostergård P. Copenhagen Community Psychiatric Project (CCPP): characteristics and treatment of homeless patients in the psychiatric services after introduction of community mental health centres. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1997;32(7):369–78. https://doi.org/10.1007/BF00788176.
32. Nordentoft M, Knudsen HC, Schulsinger F. Housing conditions and residential needs of psychiatric patients in Copenhagen. Acta Psychiatr Scand. 1992;85:385–9.
33. Onofa L, Fatiregun AA, Fawole OI, Adebowale T. Comparison of clinical profiles and treatment outcomes between vagrant and non-vagrant mentally ill patients in a specialist neuropsychiatric hospital in Nigeria. Afr J Psychiatry (Johannesbg). 2012;15(3):189–92. https://doi.org/10.4314/ajpsy.v15i3.25.
34. Parkinson S, Batterham D, Reynolds M, Wood G. (2019) The changing geography of homelessness: a spatial analysis from 2001 to 2016, AHURI Final Report No. 313, Australian Housing and Urban Research Institute Limited, Melbourne, https://doi.org/10.18408/ahuri-5119601 https://www.ahuri.edu.au/research/final-reports/313 last accessed 28 Dec 2021
35. Peng Y, Hahn RA, Finnie RKC, Cobb J, Williams SP, Fielding JE, Johnson RL, Montgomery AE, Schwartz AF, Muntaner C, Garrison VH, Jean-Francois B, Truman BI, Fullilove MT, Community Preventive Services Task Force. Permanent Supportive Housing With Housing First to Reduce Homelessness and Promote Health Among Homeless Populations With Disability: A Community Guide Systematic Review. J Public Health Manag Pract. 2020;26(5):404–11. https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001219.
36. Rae BE, Rees S. The perceptions of homeless people regarding their healthcare needs and experiences of receiving health care. J Adv Nurs. 2015;71(9):2096–107. https://doi.org/10.1111/jan.12675.
37. Ran MS, Chan CL, Chen EY, Xiang MZ, Caine ED, Conwell Y. Homelessness among patients with schizophrenia in rural China: a 10-year cohort study. Acta Psychiatr Scand. 2006;114(2):118–23. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00746.x.
38. Schreiter S, Bermpohl F, Krausz M, et al. The prevalence of mental illness in homeless people in Germany. Dtsch Arztebl Int. 2017;114(40):665–72. https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0665.
39. Schreiter S, Fritz FD, Rössler W, Majić T, Schouler-Ocak M, Krausz MR, Bermpohl F, Gutwinski S. Wohnsituation von Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen im akut-psychiatrischen Behandlungssetting in Berlin – eine querschnittliche Patientenbefragung [Housing Situation Among People with Substance Use Disorder in a Psychiatric Centre in Berlin, Germany - A Cross-Sectional Patient Survey]. Psychiatr Prax. 2021;48(3):156–60.
40. Schreiter S, Heidrich S, Zulauf J, et al. Housing situation and healthcare for patients in a psychiatric centre in Berlin, Germany: A cross-sectional patient survey. BMJ Open. 2019;9:e032576.
41. Thomas TE, Lane SD, Elkhatib RM, Hamilton JE, Pigott TA. Race, History of Abuse, and Homelessness Are Associated With Forced Medication Administration During Psychiatric Inpatient Care. J Psychiatr Pract. 2020;26(4):294–304. https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000485.
42. Tsemberis S, Eisenberg RF. Pathways to housing: supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. Psychiatr Serv. 2000;51(4):487–93. https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.4.487.
43. Tulloch AD, Fearon P, David AS. Timing, prevalence, determinants and outcomes of homelessness among patients admitted to acute psychiatric wards. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012;47(7):1181–91. https://doi.org/10.1007/s00127-011-0414-4.
44. Wang L, Zhang Z, Yan Q, Lu J, Gao B, Zhao Y, Pang Y. Diagnostic dilemma of pulmonary tuberculosis among adults with severe mental illness in Beijing, China. BMC Infect Dis. 2017;17(1):83. https://doi.org/10.1186/s12879-017-2190-6.
45. Wessel T, Pörksen N, Zechert C. Wohnungslose Patienten in der Psychiatrischen Klinik. Psychiatr Prax. 1997;24:167–71.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions



Persönliche PDF-Datei für
Inna Klee, Hannah Büscher, Anke Groß-Kunkel, Holger Pfaff, Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Sophie Elisabeth Groß

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de



Die onkologische Versorgung von Brustkrebspatientinnen mit vorbestehender Behinderung – Ergebnisse...

DOI 10.1055/a-1967-9960
Gesundheitswesen

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:
© 2022 . Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 0941-3790

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags

Thieme

Thieme

Die onkologische Versorgung von Brustkrebspatientinnen mit vorbestehender Behinderung – Ergebnisse einer qualitativen Studie über wahrgenommene Barrieren, kommunikative Schwierigkeiten und Bedarfe

Oncologic Care of Breast Cancer Patients with Preexisting Disabilities: Results of a Qualitative Study on Perceived Barriers, Communication Difficulties, and Needs

Autorinnen/Autoren
Inna Klee[1], Hannah Büscher[1], Anke Groß-Kunkel[2], Holger Pfaff[3], Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank[1], Sophie Elisabeth Groß[1]

Institute
1 Institut für Forschung und Bildung, LVR-Institut für Versorgungsforschung, LVR-Klinik Köln, Köln, Germany
2 Department Heilpädagogik und Rehabilitation, Humanwissenschaftliche Fakultät Universität zu Köln, Köln, Germany
3 Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR), Humanwissenschaftliche und Medizinische Fakultät der Universität zu Köln, Köln, Germany

Schlüsselwörter
Patientenperspektive, Qualitative Forschung, Brustkrebs, Behinderung, Versorgungsforschung, Barrieren

Key words
patient perspective, qualitative research, breast cancer, disability, health services research, barriers

online publiziert 2022

Bibliografie
Gesundheitswesen
DOI 10.1055/a-1967-9960
ISSN 0941-3790
© 2022. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse
Dr. Sophie Elisabeth Groß
LVR-Klinik Köln
LVR- Institut für Forschung und Bildung
Wilhelm-Griesinger-Straße 23
51109 Köln
Germany
sophie.gross@lvr.de

ZUSAMMENFASSUNG

Menschen mit Behinderung finden im Hinblick auf ihre individuellen Bedürfnisse bislang wenig Berücksichtigung in der Gesundheitsversorgung. Die Studie erhebt die Innenperspektive von Brustkrebspatientinnen mit einer vorbestehenden Behinderung in Bezug auf Bedarfe und Barrieren in der onkologischen Versorgung. Hierzu wurden qualitative, leitfadengestützte Interviews geführt und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Eingeschlossen wurden 23 Patientinnen mit körperlichen Behinderungen, chronischen körperlichen Erkrankungen, Sinnesbehinderungen, psychischen Erkrankungen und/oder geistiger Behinderung. In Abhängigkeit von der Art der Behinderung standen für Patientinnen unterschiedliche Barrieren im Vordergrund. Um die von Menschen mit Behinderung erlebten Barrieren in der Versorgung abzubauen, ist es notwendig, die Kooperation von Versorgenden aus verschiedenen Versorgungsbereichen zu fördern sowie Versorgende im Umgang mit Menschen mit Behinderung zu schulen.

ABSTRACT

Up to now, people with disabilities have received little consideration in health care with regard to their individual needs. This study gathers information on the internal perspective of breast cancer patients with a pre-existing disability with regard to needs and barriers in oncological care. For this purpose, qualitative, guideline-based interviews were conducted and analysed using qualitative content analysis. Twenty-three patients with physical disabilities, chronic physical illnesses, sensory disabilities, mental illnesses and/or intellectual disabilities were included. Depending on the type of disability, patients faced different barriers. In order to reduce the barriers experienced by people with disabilities in care, it is necessary to promote cooperation between care providers from different care sectors and to train care providers in dealing with people with disabilities.

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Einleitung

Menschen mit Behinderung (MmB) haben laut der UN-Behindertenkonvention eine körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigung, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren längerfristig an der gleichberechtigen gesellschaftlichen Teilhabe hindert [1]. Zudem weisen sie im Vergleich zum Rest der Bevölkerung einen schlechteren Gesundheitszustand auf [2].

Auch haben MmB häufig einen erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung und daher ein höheres Risiko für gesundheitliche Einschränkungen. Verschiedene Faktoren wie Versorgungs- und Betreuungssituation aber auch Lebensstil und sozioökonomischer Status beeinflussen die gesundheitliche Versorgung [3, 4]. Studien zeigen, dass MmB im Rahmen ihrer Gesundheitsversorgung auf Barrieren stoßen und behinderungsspezifische Bedarfe haben [5, 6]. Dennoch steht ihre Versorgung selten im Fokus der Versorgungsforschung, da unter anderem der Zugang zur Patientengruppe erschwert ist und aufwendigere Untersuchungsmethoden notwendig sind.

Stand der Forschung

Das Risiko an Krebs zu erkranken, liegt in der weiblichen Allgemeinbevölkerung bei etwa 43,5 % [7]. Mit über 70.000 Neuerkrankungen jährlich ist Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Zur Versorgung von Brustkrebspatientinnen mit einer vorbestehenden Behinderung liegen bisher wenig Daten vor, auch wenn davon ausgegangen wird, dass die Prävalenz von Krebserkrankungen bei MmB aufgrund der steigenden Lebenserwartung zunimmt [8].

Es zeichnen sich Hinweise auf Unterschiede in der Prävention, Inzidenz, Behandlung und Mortalität der Brustkrebspatientinnen ohne und mit vorbestehender Behinderung ab [5, 6, 9]. Gründe dafür könnten fehlende Informationen, mangelndes Verständnis für die Bedeutsamkeit des Mammographie-Screenings sowie Angst- und Schamgefühle sein, die bei Frauen mit Behinderung stärker ausgeprägt erscheinen als bei Frauen ohne Behinderung [4, 5, 9]. Die körperlich beeinträchtigten Teilnehmerinnen einer Studie berichteten zudem von baulichen Barrieren zu Versorgungseinrichtungen, die den Zugang erschweren [10].

Forschungsbedarf und Fragestellung

Um in Deutschland zu einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung von Brustkrebspatientinnen mit Behinderung beizutragen und den Zugang zu Gesundheitsleistungen zu verbessern, ist es unerlässlich, in einem ersten Schritt die Bedarfe dieser heterogenen Zielgruppe in einem explorativen Ansatz zu untersuchen. Da unterschiedliche Bedarfe zwischen Brustkrebspatient*innen mit körperlichen, seelischen, geistigen, Sinnes- und Mehrfachbehinderungen zu erwarten sind, wurden alle Behinderungsarten einbezogen [11, 12]. Hinsichtlich der somatischen Erkrankung Krebs wurde die Zielgruppe hingegen auf Frauen mit Brustkrebs eingegrenzt. Die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderte Studie fokussiert mittels eines qualitativen Forschungsansatzes folgende explorative Forschungsfrage:

Welche Barrieren, kommunikativen Schwierigkeiten und Bedarfe erleben MmB im gesamten Verlauf der Versorgung ihrer Brustkrebserkrankung?

Methodik

Design

Um die Innenperspektive der MmB und Brustkrebserkrankung in der Gesundheitsversorgung zu untersuchen, wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Als Erhebungsmethode wurden leitfadengestützte Interviews angewandt. Die Interviews wurden mittels Aufnahmegerät aufgezeichnet, professionell transkribiert und anonymisiert. Es lag ein positives Ethikvotum vor.

Der Leitfaden wurde auf Basis von Forschungsliteratur und Forschungsfragen entwickelt. Die zentralen Themenbereiche des Leitfadens waren Barrieren, Ressourcen, Kommunikation, Belastungen, Bedarfe und Bedürfnisse in der Gesundheitsversorgung während des gesamten Krebserkrankungsverlaufes. Der Leitfaden wurde breit angelegt, um in einem explorativen Ansatz zentrale Barrieren und Bedarfe im Krankheitsverlauf herauszuarbeiten.

Die Datenauswertung (durchgeführt mit der Software MaxQDA) orientierte sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz, indem deduktive und induktive Kategorien gebildet wurden [13].

Zwei Autorinnen (HB, SG) werteten unabhängig voneinander die Interviews aus. Bei den Analysen wurde darauf geachtet, welche der wiederkehrenden Themen behinderungsspezifisch und welche unabhängig von der Art der Behinderung auftreten. Es entstand ein Codebaum aus Haupt- und Subkategorien, welche systematisch analysiert wurden. Für die Konsensbildung wurden die Auswertung und der Codebaum im Projektteam (HB, SG, AGK) diskutiert

Rekrutierung

Als Einschlusskriterien für die Rekrutierung dienten die zwei Merkmale „Brustkrebspatientin“ und „Vorliegen einer Schwerbehinderung vor der Brustkrebserkrankung“. Rekrutiert wurde von Juni bis September 2019 über ein universitäres Institut in Nordrhein-Westfalen. Studieninformationen und Flyer wurden im Zuge einer jährlichen Patientinnenbefragung an allen Brustzentren Nordrhein-Westfalens versandt. Zusätzlich wurde über einen Verbund heilpädagogischer Hilfen rekrutiert. Studieninformationen waren auch in leichter Sprache verfügbar und konnten von Interessentinnen angefordert werden.

Insgesamt gab es 131 Rückmeldungen und 42 Patientinnen stimmten einer Teilnahme zu. Davon wurden 23 Teilnehmerinnen rekrutiert und 19 Personen ausgeschlossen. Ausschlussgründe waren das Nicht-Erfüllen der Einschlusskriterien sowie weitere Gründe (z. B. bei Anruf kein Interesse). Das purposeful sampling erfolgte hinsichtlich der Behinderungsarten mit dem Ziel, eine möglichst heterogene Gruppe mit einer hohen Varianz abzubilden. Eine theoretische Sättigung konnte in der Durchführung und Analyse der Interviews beobachtet werden. In zwei Fällen wurde das Interview jeweils mit einer Angehörigen durchgeführt, da sich die Betroffenen aufgrund einer Demenzerkrankung nicht selbst artikulieren konnten. Drei der Autorinnen (HB, SG, IK), welche zuvor im Umgang mit der Zielgruppe geschult wurden, führten die Interviews zwischen Juli und November 2019 durch. Auf Wunsch der Patientinnen wurden 22 Interviews bei den Patientinnen zu Hause sowie ein Interview im Brustzentrum durchgeführt. Die Interviews dauerten zwischen 20 und 88 Minuten (Durchschnitt: 48 min).

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung

Die Zusammensetzung der Stichprobe ist ▶ **Tab. 1** zu entnehmen.

Wichtige Ergebnisse unabhängig von der Art der Behinderung

Viele Patientinnen wiesen einen hohen ungedeckten behinderungsspezifischen Informationsbedarf im Rahmen der Krebsbehandlung auf und wünschten sich mehr Informationen zum individuellen Behandlungs- und Erkrankungsverlauf.

„Schwierigkeiten sind eigentlich nur immer die Gespräche mit den Ärzten, […] die so wenig von sich geben, wenn man Probleme hat[…] dass die Ärzte nicht mal […] eine Empfehlung geben können. […], dass die Ärzte nicht reagieren, wenn man Probleme [körperliche Behinderung] hat." (P18)

Rehabilitationsmaßnahmen bereiteten vielen Patientinnen Schwierigkeiten. Die vorbestehende Behinderung machte es teilweise unmöglich, Rehabilitationsmaßnahmen zu nutzen. So berichtete eine blinde Patientin, dass es keine Klinik gäbe, in der sie ohne Begleitperson aufgenommen würde. Auch nach der Nutzung äußerten viele Patientinnen unserer Studienpopulation Unzufriedenheit mit den Rehabilitationsmaßnahmen. Sie kritisierten, dass ausschließlich ihre Bedarfe als Krebspatientin versorgt wurden, nicht aber Bedarfe, die sich durch die Behinderung ergaben. Hier wird die Bedeutung der Zusammenarbeit der heilpädagogischen und medizinischen Bereiche deutlich.

„Würde ich nicht nochmal machen [Reha], das ist alles, aber nicht das, was sie brauchen, weil ihre richtigen Problemzonen [die behinderungsspezifischen] werden da schlicht und ergreifend ausgeblendet." (P17)

Der Fall einer demenzerkrankten Patientin mit Brustkrebs verdeutlicht ein systemisches Problem in der Organisation des Gesundheitswesens: Die Patientin sollte eine Biopsie erhalten. Der Onkologe riet dazu, auf die Biopsie zu verzichten und direkt den ganzen Tumor zu entfernen sowie zu untersuchen. Nach der OP wurde der Patientin und ihrer Angehörigen mitgeteilt, dass der Tumor bösartig sei und dass eine zweite OP zu erfolgen habe, weil doch nur eine Teilresektion durchgeführt worden war. Die Angehörige war entrüstet darüber:

„Wir waren vorher bei der Neurologin, wegen der Demenz, sagte sie, Schlimmste was ihr passieren könnte, wenn sie mehrmals operiert wird, weil die Narkosen für die Demenz so schlecht sind." (P13)

▶ **Tab. 1** Stichprobenbeschreibung (* Mehrfachnennungen möglich).

Merkmal	**Anzahl Teilnehmerinnen (N = 23)**
Alter: MW: 65 Jahre; Range: 44–88 Jahre	
Art der Behinderung *	
Körperliche Behinderung/ Chronische körperliche Erkrankung (Arthrose, Diabetes, Rheuma, Osteoporose, COPD)	17
Sinnesbehinderung (Sehbehinderung)	3
Psychische Erkrankung (Depression, Demenz, Posttraumatische Belastungsstörung)	10
Geistige Behinderung	1

An diesem Fall werden zwei Probleme erkennbar: (1.) es gibt Probleme an den Schnittstellen und (2.) medizinische Einrichtungen behandeln teilweise nur eine einzelne Erkrankung und eine u.U. vorliegende Multimorbidität findet nicht genug Beachtung.

Behinderungsspezifische Ergebnisse

Einige Barrieren, Kommunikationsbesonderheiten und Belastungen bezogen sich auf spezifische Behinderungsarten.

Generell bei psychischen Erkrankungen und insbesondere bei Demenz wurde berichtet, dass der Brustkrebs spät erkannt wurde. Über eine demenzerkrankte Patientin wurde mitgeteilt, dass sie die Veränderung der Brust nicht geäußert hatte und die pflegende Angehörige nicht wusste, dass sie das Abtasten der Brust hätte übernehmen sollen.

„…weil eigentlich meine Mutter müsste schon was gefühlt haben. Konnte es … Hat es aber nicht mit artikulieren können, aufgrund ihrer Demenzerkrankung. Also die Ärztin hatte direkt, relativ schnell einen Tastbefund und dann sagte meine Mutter so, ach ja und so, sie hätte da auch was gefühlt, hat es aber nicht mir gesagt, […] also ich wasche sie auch und so weiter, hätte sie ja … Oder jederzeit immer was sagen können. Das ist jetzt geschuldet der Demenzerkrankung." (P1)

Die Demenzerkrankung kann daher eine Barriere in der Früherkennung darstellen. Die aktive Einbeziehung von pflegenden Angehörigen bzw. Betreuenden in die Vorsorge könnte die Früherkennung erleichtern. Hinzu kommt, dass in Bezug auf Patientinnen mit Demenz oder geistiger Behinderung davon berichtet wurde, dass die Kommunikation mit Ärzt*innen und Pflegepersonal bis hin zur Therapieentscheidung über die Angehörigen oder Betreuenden geführt wurde. Patientinnen mit einer körperlichen Behinderung/ chronischen körperlichen Erkrankung fanden sich häufig selbständig im Gesundheitswesen zurecht. Brustkrebspatientinnen mit vorbestehenden psychischen Erkrankungen oder einer geistigen Behinderung waren hingegen auf Unterstützung angewiesen: Für die Organisation krankheitsbezogener Abläufe (z. B. von Terminen oder Fahrdiensten) waren in der Regel die Angehörigen verantwortlich.

„Also da waren wir gemeinsam […]. Und diese Prozesse habe ich gemeinsam mit meiner Mutter gemacht, weil sie das nicht mehr alleine machen kann." (P1)

Bei körperlichen Behinderungen spielte die fehlende Barrierefreiheit eine Rolle: Patientinnen waren auf Unterstützung angewiesen, um Versorgungsangebote nutzen zu können. Hier kann man daher von einer eingeschränkten Erreichbarkeit sprechen, die zu einer verringerten Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen führen könnte.

Patientinnen mit körperlicher Behinderung und/oder chronischer Erkrankung berichteten außerdem von körperlicher Doppelbelastung aufgrund der bestehenden Behinderung und zusätzlichen Einschränkungen, die sich durch die Krebsbehandlung ergaben. Viele Patientinnen bemängelten, dass sie von entsprechenden Unterstützungsangeboten nur auf Nachfrage oder von Dritten informiert worden waren.

„Ich konnte nicht im Stehen mich waschen mit meinem Rücken, ich konnt nicht vorn rüber am Waschbecken und duschen durft ich nicht und das fand ich ne Katastrophe. Und da hätte ich gerne Hilfe gehabt, aber da war ich ziemlich auf mich allein gestellt, also Hilfe […] beim Waschen, beim Ankleiden." (P23)

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

In Bezug auf Belastungen erzählten Patientinnen mit einer psychischen Erkrankung von verstärkten Ängsten und Depressionen, also einer erhöhten psychischen Belastung. Demenzerkrankungen bildeten eine Ausnahme: Angehörige beschrieben die Demenzerkrankung als „hilfreich" in der Verarbeitung der Krebserkrankung, da die Letztere wenig präsent sei. Insgesamt berichteten Patientinnen mit einer psychischen Erkrankung, dass die psychische Erkrankung – und nicht die Krebserkrankung – ihre Hauptbelastung sei.

„Brustkrebs macht mir keine Angst, das isst du noch so obendrauf. Und wie gesagt, da wird einem so viel angeboten und so viel Hilfe und, ja. Und die Leute sagen nur, mein Gott und hast du nicht gesehen. Aber mein anderes Problem [psychische Erkrankungen] ist für mich viel schlimmer. Viel, viel schlimmer." (P10)

Was den Umgang mit den psychischen Belastungen betrifft, beschrieben einige Patientinnen das onkologische Personal als wenig hilfreich und verständnisvoll. Andere wiederum fragten nicht nach Unterstützung, weil sie davon ausgingen, dass im Rahmen der Krebsbehandlung ihre psychische Komorbidität nicht versorgt werden kann.

„Das wäre jetzt so, wenn ich Schmerzen hab, die geben mir eine Tablette, schmerzfrei. Aber mit den Depressionen ist das anders. […] Und da können die Schwestern und die Ärzte, glaub ich, nicht in dem Moment so helfen. Und damit hab ich die auch nicht so belästigt." (P4)

Diskussion

Die vorliegende Studie untersucht die Bedarfe und Barrieren von Brustkrebspatientinnen mit vorbestehender Behinderung im Verlauf der Diagnosestellung, Brustkrebsbehandlung und Nachsorge. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Hauptbarriere darin begründet liegt, dass das deutsche Gesundheitssystem in seiner Organisation nicht immer zu den Bedarfen dieser Patientinnengruppe passt. In Abhängigkeit von der Behinderungsart standen für Patientinnen unterschiedliche Barrieren im Vordergrund. In Übereinstimmung mit Berichten aus bestehender Literatur [11, 14] erfuhren Patientinnen mit einer körperlichen Behinderung, Sinnesbeeinträchtigung und/oder chronischen körperlichen Erkrankung bauliche Barrieren und eine eingeschränkte Nutzbarkeit von Versorgungsleistungen. So war eine bedarfsgerechte Nutzung von Rehabilitationsmaßnahmen für MmB oft nicht möglich.

Brustkrebspatientinnen mit psychischen Erkrankungen oder geistiger Behinderung sind überwiegend auf Kommunikationsbarrieren und fehlende Orientierungshilfen gestoßen. Sie waren vermehrt auf die Unterstützung durch Angehörige und Betreuende angewiesen. Auch in anderen Studien wurde von Barrieren in der Gesundheitsversorgung und von der Übernahme der Kommunikation durch Angehörige berichtet, wobei unklar bleibt, wie sich dies auf den Gesundheitszustand der Patientinnen auswirkt [15].

Patientinnen berichteten von einem hohen ungedeckten behinderungsspezifischen Informationsbedarf im Rahmen der Krebsbehandlung. Dem kann auf Grund der Heterogenität der Einschränkungen, auf die ärztliches Personal in der Krebsbehandlung trifft, wahrscheinlich nicht immer entsprochen werden. Dennoch könnte der Austausch über vorbestehende Behinderungen und die Zusammenhänge mit der Krebsbehandlung aktiv von der ärztlichen und pflegerischen Seite angeregt werden. Voraussetzung dafür ist jedoch Fachwissen über die Behinderungen und psychischen Erkrankungen seitens der somatischen Versorgenden. Andere Studien legen nahe, dass den Versorgenden entsprechendes Wissen teilweise fehlt [16, 17].

Insbesondere für Patientinnen mit psychischer Erkrankung war die psychische Mehrbelastung durch die Krebserkrankung und –behandlung herausfordernd. Der Wunsch nach Verständnis und Unterstützung durch onkologisches Personal blieb oft unerfüllt. Vorarbeiten sprechen von einem Mangel an psychiatrischer Expertise [16, 18] und Feingefühl im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen [18] bei somatischen Ärzt*innen. Die in einer Arbeit befragten somatischen Ärzt*innen gaben an, Schulungen sowie Kooperation mit psychiatrisch erfahrenen Kolleg*innen zu benötigen, um diese Mängel zu beheben [16].

Unsere Befunde sind in Einklang mit anderen Berichten über Defizite der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung wie z. B. nicht angemessene Kommunikation, defizitäre therapeutische Versorgung der Zielgruppe und mangelndes Verständnis von Behinderung [15]. So wurde bei einer Untersuchung berichtet, dass die behinderungsspezifischen Bedarfe von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung in der akuten Krankenhausversorgung nicht erfüllt werden, weil dieser Mehraufwand seitens des Krankenhauspersonals nicht leistbar ist [15].

Bei der Versorgung von MmB muss neben der onkologischen die Perspektive der Behinderung mitgedacht werden. Das Versorgungssystem agiert jedoch nach einem Paradigma der Einzelerkrankung, was einerseits hilfreich für hochspezialisierte Versorgung ist, andererseits aber nicht den Bedarfen von multimorbiden Patient*innen gerecht wird [16]. Vorarbeiten wiesen auf die mangelnde Kooperation zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen [16] sowie fehlende psychiatrische Expertise von somatischen Ärzt*innen [16, 17] hin. Beides kann als Symptomatik des Einzelerkrankungsparadigmas angesehen werden und führt in der Konsequenz dazu, dass die Verantwortung dafür, Informationen zu sammeln, bei den Patient*innen selbst oder bei Angehörigen liegt [16].

Aus den Interviews geht die besondere Rolle der Betreuungspersonen (pflegende Angehörige und fachlich-(heil-)pädagogische Betreuende) hervor, die eine zentrale Funktion in der Inanspruchnahme der Versorgung übernehmen. Betreuungspersonen könnten als Förderfaktoren einer bedarfsorientierten Versorgung angesehen werden. Um diese Ressource bestmöglich und nachhaltig zu nutzen, wäre es notwendig, Betreuende aktiv in die Behandlung einzubinden, sie zu schulen und zu unterstützen.

Alternativ können die Forschungsergebnisse so gedeutet werden, dass die Gesundheitskompetenz von MmB gestärkt werden müsste, damit sie sich selbstständig im Gesundheitssystem zurechtfinden und weniger auf Betreuende angewiesen sind.

Limitationen der Arbeit

Aufgrund der geringen Fallzahl und der heterogenen Zusammensetzung der Stichprobe sind die Ergebnisse nicht auf alle Brustkrebspatientinnen mit Behinderung übertragbar, sondern bieten nur einen ersten Einblick in die Innenperspektive dieser Patientinnengruppe.

Es konnten keine Patientinnen mit komplexer Behinderung und nur eine Teilnehmerin mit geistiger Behinderung rekrutiert werden. Trotz verschiedener Rekrutierungswege und Einbezug von Ein-

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

richtungen der Behindertenhilfe war die Resonanz begrenzt. Eine weitere Limitation ist, dass zwei Interviews aufgrund von Artikulationsschwierigkeiten (Patientinnen mit Demenzerkrankung) nicht direkt mit den Betroffenen, sondern mit Angehörigen geführt wurden. Hier kann nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass die Angehörigen in der Lage waren, die subjektive Perspektive der Patientinnen auf die Versorgung wiederzugeben.

Schlussfolgerungen

Um Brustkrebspatientinnen mit vorbestehender Behinderung eine bedarfsorientierte Versorgung zu ermöglichen, könnten Anreize für die Kooperation mit anderen Versorgungseinrichtungen sowie heilpädagogischen und medizinischen Fachkräften geschaffen werden. Darüber hinaus sollten Versorgende im Umgang mit MnB geschult werden, um deren Gesundheitskompetenz zu stärken. Es ist ebenfalls ratsam, Betreuende mehr in die Versorgung einzubinden, sie zu schulen und entlastende Unterstützungsangebote zu schaffen.

Danksagung

Wir danken den teilnehmenden Patientinnen für ihre Offenheit in den Interviews. Außerdem danken wir den Gutachter*innen für Ihre hilfreichen Kommentare und Vorschläge.

Fundref Information

Deutsche Forschungsgemeinschaft — http://dx.doi.org/10.13039/501100001659; GR 5007/1-1

Interessenkonflikt

Frau Gouzoulis-Mayfrank: Wirtschaftliche Verbindungen: Drittmittel für Forschungsprojekte erhalten von dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, dem Bundesministerium für Bildung und Forschung, dem EU Fonds Interreg NWE, dem Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Kliniken für Auswertungen von Routinedaten der Mitgliedseinrichtungen Tätigkeit im Beirat der REHASAN – Kliniken Holding GmbH Persönliche Verbindungen: keine Mitgliedschaften in Fachgesellschaften oder Berufsverbänden: Mitglied im Vorstand der DGPPN Mitglied im Vorstand der BDK (Bundesdirektorenkonferenz - Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie) Die übrigen Autor:innen geben keine Interessenskonflikte an. leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie).

Literatur

[1] United Nations: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2006). Im Internet: https://www.behindertenrechtskonvention.info/uebereinkommen-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinderungen-3101/; Stand: 15.12.2020

[2] Reichard A, Stolze H, Fox MH. Health disparities among adults with physical disabilities or cognitive limitations compared to individuals with no disabilities in the United States. Disability and Health Journal 2011; 4: 59–67. doi:10.1016/j.dhjo.2010.05.003

[3] Willis DS. What influences women with intellectual disabilities to attend breast screening? Experiences of women who have and have not participated. British Journal of Learning Disabilities 2016; 44: 269–276. doi:10.1111/bld.12158

[4] Hasseler M. Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in gesundheitlicher Versorgung. Dtsch Med Wochenschr 2014; 139: 2030–2034. doi:10.1055/s-0034-1387334

[5] Truesdale-Kennedy M, Taggart L, Mcllfatrick S. Breast cancer knowledge among women with intellectual disabilities and their experiences of receiving breast mammography. Journal of Advanced Nursing 2011; 67: 1294–1304. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05595.x

[6] Satgé D, Sauleau EA, Jacot W et al. Age and stage at diagnosis: a hospital series of 11 women with intellectual disabilities and breast carcinoma. BMC Cancer 2014; 14: 150. doi:10.1186/1471-2407-14-150

[7] Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg). Krebs in Deutschland für 2013/2014. 11. Ausgabe. Berlin, 2017

[8] United Nations: Ageing and Disability. Im Internet: https://www.un.org/development/desa/disabilities/disability-and-ageing.html; Stand: 18.06.2022

[9] Groß SE, Pfaff H, Swora M et al. Health disparities among breast cancer patients with/ without disabilities in Germany. Disability and Health Journal 2019; 13: 100873. doi:10.1016/j.dhjo.2019.100873

[10] Iezzoni LI, Kilbridge K, Park ER. Physical access barriers to care for diagnosis and treatment of breast cancer among women with mobility impairments. Oncology Nursing Forum 2010; 37: 711–717. doi:10.1188/10.ONF.711-717

[11] Horner-Johnson W, Dobbertin K, Lee JC et al. Disparities in health care access and receipt of preventive services by disability type: Analysis of the medical expenditure panel survey. Health Services Research 2014; 49: 1980–1999. doi:10.1111/1475-6773.12195

[12] Iezzoni LI, Ngo LH, Li D et al. Early stage breast cancer treatments for younger medicare beneficiaries with different disabilities. Health Services Research 2008; 43: 1752–1767. doi:10.1111/j.1475-6773.2008.00853.x

[13] Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinhein: Beltz, Juventa; 2018

[14] Edwards DJ, Sakellariou D, Anstey S. Barriers to, and facilitators of, access to cancer services and experiences of cancer care for adults with a physical disability: a mixed methods systematic review. Disabil Health J 2020; 13: 100844. doi:10.1016/j.dhjo.2019.100844

[15] Hasseler M. Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen in der akut-stationären Versorgung. Ausgewählte Ergebnisse einer qualitativ-explorativen Untersuchung. Dtsch Med Wochenschr 2015; 140: e217–e223. doi:10.1055/s-0041-106610

[16] Björk Brämberg E, Torgerson J, Norman Kjellström A et al. Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: a qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. BMC Fam Pract 2018; 19: 1–11. doi:10.1186/s12875-017-0687-0

[17] Kroll T, Jones GC, Kehn M, Neri MT. Barriers and strategies affecting the utilisation of primary preventive services for people with physical disabilities: a qualitative inquiry. Health & Social Care in the Community 2006; 14: 284–293. doi:10.1111/j.1365-2524.2006.00613.x

[18] Kohn L, Christiaens W, Detraux J, De Lepeleire J, De Hert M, Gillain B et al. Barriers to somatic health care for persons with severe mental illness in Belgium: a qualitative study of patients' and healthcare professionals' perspectives. Front Psychiatry 2021; 12: 798530. doi:10.3389/fpsyt.2021.798530

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

R&P

Recht und Psychiatrie

Jan Querengässer, Alexander Baur, Adelheid Bezzel, Joachim Körkel, Christian Schlögl

Zieloffenheit in forensischer Suchttherapie – Alternativen zur impliziten Abstinenzorientierung sind rechtlich zulässig und therapeutisch sinnvoll

Abstinenz stellt aktuell das vorherrschende Behandlungsziel forensischer Suchtbehandlung dar. Dabei sieht das Strafrecht als Sinn jeglicher forensisch-psychiatrischer Intervention nur vor, dass es nach der Behandlung zu keinen weiteren Straftaten mehr kommt, die auf die psychiatrische Problematik zurückgehen. Es lässt offen, wie dies zu erreichen ist. In Bezug auf § 64 StGB ist der irreführende Begriff der Heilung vom »Hang«, Suchtmittel im Übermaß zu konsumieren, ebenso wenig mit Abstinenz gleichzusetzen, wie sich eine Abhängigkeitserkrankung nur durch vollständige Abstinenz überwinden lässt. Vielmehr ermöglichen Alternativen zur Abstinenzausrichtung auch und gerade im forensischen Kontext, dass jenen Patienten ein passendes Angebot gemacht wird, die zu Abstinenz nicht bereit oder in der Lage sind. Der vorliegende Artikel beleuchtet das Abstinenzziel aus juristischer Sicht und setzt sich kritisch mit der »Heilung« einer Suchterkrankung auseinander. Ein Fallbeispiel illustriert die Probleme, die durch eine Verengung auf Abstinenz als alleinigem Ziel forensischer Suchtbehandlung entstehen können. Als Fazit erscheint es angebracht, dass die implizite und ausschließliche Abstinenzausrichtung einer zieloffeneren Herangehensweise weicht.

Schlüsselwörter: Maßregelvollzug, Straftäterbehandlung, Abhängigkeitserkrankungen, Therapieziele, Psychotherapie

Herausgeber: Redaktion Recht & Psychiatrie
Redaktion: Michael Lindemann, Bielefeld (verantwortlich); Martin Zinkler, Bremen (verantwortlich); Alexander Baur, Dettenhausen/Augsburg; Manuela Dudeck, Ulm; Tanja Henking, Stuhr/Würzburg; Heinz Kammeier, Münster; Norbert Konrad, Berlin; Wolfgang Lesting, Oldenburg; Rolf Marschner, München; Martin Rettenberger, Wiesbaden; Dorothea Rzepka, Bielefeld/Darmstadt; Norbert Schalast, Essen; Anja Schiemann, Euskirchen; Herbert Steinböck, Haar
Redaktionsanschrift: Marina Broll, Staufenstr. 34, 44139 Dortmund; Tel.: 0231/1505460
E-Mail: brollmarina@gmail.com
Verlag: Psychiatrie Verlag, Ursulaplatz 1, 50668 Köln
verlag@psychiatrie.de; www.psychiatrie-verlag.de

Sonderdruck
2023, 41. Jahrgang, 1. Vierteljahr, Seite 3 – 8

Recht und Psychiatrie is regularly indexed in:
Journal Citation Reports/Social Sciences Edition, Juris, Journal Citation Reports/Science Edition, KJB, Science Citation Index Expanded (SciSearch)©, Social Sciences Citation Index (SSCI)©, Social Scisearch©, Scopus, EM-Care

Psychiatrie Verlag

Jan Querengässer[1, 2], Alexander Baur[3], Adelheid Bezzel[1], Joachim Körkel[4, 5], Christian Schlögl[1, 6]

Zieloffenheit in forensischer Suchttherapie – Alternativen zur impliziten Abstinenzorientierung sind rechtlich zulässig und therapeutisch sinnvoll

Abstinenz stellt aktuell das vorherrschende Behandlungsziel forensischer Suchtbehandlung dar. Dabei sieht das Strafrecht als Sinn jeglicher forensisch-psychiatrischer Intervention nur vor, dass es nach der Behandlung zu keinen weiteren Straftaten mehr kommt, die auf die psychiatrische Problematik zurückgehen. Es lässt offen, wie dies zu erreichen ist. In Bezug auf § 64 StGB ist der irreführende Begriff der Heilung vom »Hang«, Suchtmittel im Übermaß zu konsumieren, ebenso wenig mit Abstinenz gleichzusetzen, wie sich eine Abhängigkeitserkrankung nur durch vollständige Abstinenz überwinden lässt. Vielmehr ermöglichen Alternativen zur Abstinenzausrichtung auch und gerade im forensischen Kontext, dass jenen Patienten ein passendes Angebot gemacht wird, die zu Abstinenz nicht bereit oder in der Lage sind. Der vorliegende Artikel beleuchtet das Abstinenzziel aus juristischer Sicht und setzt sich kritisch mit der »Heilung« einer Suchterkrankung auseinander. Ein Fallbeispiel illustriert die Probleme, die durch eine Verengung auf Abstinenz als alleinigem Ziel forensischer Suchtbehandlung entstehen können. Als Fazit erscheint es angebracht, dass die implizite und ausschließliche Abstinenzausrichtung einer zieloffeneren Herangehensweise weicht.

Schlüsselwörter: Maßregelvollzug, Straftäterbehandlung, Abhängigkeitserkrankungen, Therapieziele, Psychotherapie

Forensic psychiatric addiction treatment and its implicit abstinence orientation – alternative treatment goals are legally permissible and therapeutically sensible

Abstinence is currently the predominant treatment goal of forensic psychiatric addiction treatment. However, the purpose of any forensic psychiatric intervention under criminal law is only to ensure that after treatment no further crimes are committed as a result of the psychiatric problem. It remains undefined how this is to be achieved. With regard to Section 64 of the German Criminal Code, the misleading concept of healing a »tendency« to consume addictive substances in excess is not to be equated with abstinence. Nor can a substance use disorder be overcome only by complete abstinence. Rather, alternatives to the abstinence orientation also and especially in the forensic context, allow for suitable options to those patients who are not willing or able to achieve abstinence. This article examines the goal of abstinence from a legal point of view and takes a critical look at »healing« an addiction illness. A case example illustrates the problems that can arise from narrowing the focus on abstinence as the sole goal of forensic addiction treatment. As a conclusion, it seems appropriate that the implicit and exclusive abstinence orientation gives way to a more goal-open approach.

Key words: *measures of rehabilitation and prevention, offender treatment, addiction, treatment goals, psychotherapy*

Einleitung

Forensische Suchtbehandlung gem. § 64 Strafgesetzbuch (StGB) erfreut sich zunehmender Beliebtheit. Diesen Schluss legt jedenfalls die seit Jahren steigende Zahl an Unterbringungsanordnungen nahe (vgl. Querengässer & Traub, 2021). Während einerseits erfreulich deutliche Wirksamkeitsbelege erbracht wurden (v. a. in Form der Essener Evaluationsstudie: Schalast, 2019), mahnen hohe Abbruchquoten (ein nicht unbeträchtlicher Anteil an Patienten wird gem. § 67d Abs. 5 StGB im juristischen Sinne mangels hinreichend konkreter Aussicht auf einen Behandlungserfolg vorzeitig aus der Maßregel entlassen) und die Identifikation eines solchen Therapieabbruchs als potenten Risikofaktor für eine schlechte Legalbewährung (Querengässer et al., 2018) zu einem differenzierten Blick auf »den Erfolg« des Behandlungssystems in toto. Denn zusammenfassend lässt sich sagen: Bei denjenigen, bei denen sie gelingt, wirkt sich forensische Suchtbehandlung im Rahmen des § 64 StGB sehr positiv auf das Risiko erneuter Straftatbegehung aus und kommt damit dem gesetzlichen Auftrag nach (s. u.). Das Problem liegt jedoch in jenem beträchtlichen Teil an Patienten, die an der Therapie scheitern – oder anders for-

1 Institut für Qualitätsmanagement des Maßregelvollzugs in Bayern (IfQM), Regensburg.
2 LVR-Institut für Versorgungsforschung, Köln
3 Juristische Fakultät der Universität Augsburg.
4 Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS), Nürnberg.
5 Institut für Motivational Interviewing Nürnberg.
6 Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, medbo-KU, Regensburg.

DOI: 10.1486/rp-01-2023_01

muliert: die von aktuellen Behandlungsangeboten und -ansätzen der sogenannten »Entziehungsanstalten« gem. § 64 StGB nicht profitieren können.

Zudem übersieht die Fokussierung auf Behandlungen im Rahmen des § 64 StGB, dass weitere Möglichkeiten für Suchtbehandlung im forensischen Kontext vorhanden sind: Behandlungen im Rahmen von Weisungen der Führungsaufsicht, als Bewährungsauflagen (gem. § 67b StGB sogar initial anstelle einer Maßregelunterbringung) oder gem. § 35 BtMG als Therapie statt Strafe bei Drogendelikten.

Der vorliegende Artikel stellt in diesem Schwerpunktheft zum Thema »Behandlungsziele in forensischer Suchttherapie« den Auftakt dar; er führt ins Thema ein, indem er das in der Behandlungspraxis vorherrschende Abstinenzziel aus juristischer Sicht beleuchtet und sich kritisch mit dem Begriff der »Heilung« vor dem Hintergrund der gegenwärtig gültigen medizinisch-psychiatrischen Klassifikationssysteme auseinandersetzt. Ein Fallbeispiel verdeutlicht abschließend, welche Probleme durch eine Verengung auf Abstinenz als alleinigem Ziel forensischer Suchtbehandlung entstehen können.

Perspektiven auf Abstinenz

Rechtliche Grundlagen: Abstinenz als gesetzlich vorgegebenes Ziel in forensischer Suchtbehandlung?

Die Behandlung in den Entziehungsanstalten gem. § 64 StGB verfolgt bislang rechtstatsächlich das Ziel, eine stabile Suchtmittelabstinenz herzustellen. Einzige Ausnahme stellt in der gegenwärtigen Behandlungspraxis die Substitution dar. Da jedoch nur die Substanzgruppe der Opioide substituiert werden kann, steht diese eine Option nur wenigen Patienten zur Verfügung. Als primär opioidabhängig werden aktuell nur rund 10 % aller nach § 64 StGB untergebrachten Patienten diagnostiziert (Berthold & Riedemann, 2021).[7] Für alle anderen Patienten sieht das derzeitige forensische Versorgungssystem lediglich die Abstinenz vom Suchtmittel als Behandlungsziel vor. Dieses Behandlungsziel wird vom Maßregelrecht jedoch gar nicht eindeutig vorgegeben: Ziel sämtlicher Maßregeln der Besserung und Sicherung und damit auch des § 64 StGB ist die Verhinderung neuer Straftaten (allgemeine Auffassung, vgl. dazu etwa van Gemmeren, 2020, § 64 Rn. 1: »*Schutz der Öffentlichkeit*« und besonders deutlich Cirener, 2022, § 64 Rn. 1: »*Schutz der Allgemeinheit mittels Behandlung*«). Die »Heilung« (§ 64 Satz 2 StGB) des untergebrachten Patienten ist in einem forensischen Kontext also kein Selbstzweck, sondern stets Mittel zum Zweck. Mit Blick auf die Anordnungsvoraussetzungen des § 64 StGB zeigt sich dies mit aller Deutlichkeit daran, dass sogar ein besonders hoher persönlicher Leidensdruck und eine ausgeprägte Behandlungsbereitschaft eine Unterbringung nach § 64 StGB für sich genommen nicht rechtfertigen können. Voraussetzung einer Anordnung ist vielmehr, dass durch eine unbehandelte Suchterkrankung die Gefahr weiterer erheblicher Straftaten begründet wird (§ 64 Satz 1 letzter HS StGB). Ein für die Allgemeinheit ungefährlicher Konsum bleibt für die Anordnung nach § 64 StGB unbeachtlich; im maßregelrechtlichen Sinne behandlungsbedürftig ist nur ein *kriminogener* Suchtmittelkonsum.

Vor diesem Hintergrund ist auch der in § 64 Satz 2 StGB verwendete Begriff der »Heilung« zu verstehen (auf den wir weiter unten noch kritisch eingehen). Er ist in einen kriminalpräventiven Regelungszusammenhang gerückt und ein Zwischenschritt für die Verhinderung neuer Straftaten. Vor allem dann, wenn Abstinenz als Behandlungsziel kaum erreichbar erscheint, der Gefahr weiterer Straftaten aber auch durch eine Zurücknahme des Behandlungsziels – wie etwa durch einen reduzierten, selbstkontrollierten Konsum – wirksam zu begegnen ist, widerspräche es geradezu dem Zweck des § 64 StGB, die Legitimität alternativer Behandlungsziele in Abrede stellen zu wollen. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch darauf, dass das Maßregelrecht allgemein und auch im Bereich des § 64 StGB bezüglich der zu wählenden Behandlungsstrategien und Therapieansätze große Zurückhaltung wahrt und diese weitgehend einer therapeutischen Fachlichkeit überlässt. Maßgeblich ist insoweit der Stand der Gesundheitsforschung (so auch mit Blick auf die Substitutionsbehandlung zu Recht Pollähne, 2017, § 64 Rn. 43).

Auch nach einer Entlassung aus der Unterbringung gemäß § 64 StGB lässt sich ein kontrollierter Konsum mit Mitteln des Maßregelrechts in einem ambulanten Setting sicherstellen. Ein beschränktes Suchtmittelkonsumverbot ist richtigerweise nach § 68b Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 StGB (Baur, 2022, § 68b Rn. 131), jedenfalls aber auf der Grundlage der Weisungsgeneralklausel des § 68b Abs. 2 Satz 1 StGB zulässig. Bei nicht abstinenzfähigen Straftätern kann in einem kontrollierten Konsum sogar die einzige Möglichkeit einer verhältnismäßigen und verfassungsrechtlich zulässigen Suchtmittelweisung bestehen (zur regelmäßigen Unverhältnismäßigkeit eines strikten Suchtmittelkonsumverbots bei abstinenzunfähigen Straftätern siehe BVerfG, Beschluss vom 30. März 2016 – 2 BvR 469/12 sowie dazu Körkel, 2020, S. 282). Gegen die Zulässigkeit eines kontrollierten Konsums als Behandlungsziel des § 64 StGB spricht insbesondere auch nicht dessen erschwerte Kontrollierbarkeit (vgl. auch dazu Baur, 2022, § 68b Rn. 131 sowie Rn. 138). Denn eine Pflicht zur Kontrolle einer erteilten suchtmittelbezogenen Weisung gibt es grundsätzlich nicht. Eine erschwerte Kontrollierbarkeit darf zudem einer kriminalpräventiv sinnvollen Weisungserteilung nicht im Wege stehen.

Ist die »Heilung« einer Suchterkrankung mit Abstinenz gleichzusetzen?

Der medizinische Begriff der »Heilung« wird im Kontext psychischer Störungen eher selten genutzt. Für Suchterkrankungen gilt dies aufgrund ihrer komplexen Ätiologie und Phänomenologie umso mehr. Umso befremdlicher wirkt es, dass die Heilung gerade im Gesetzestext des § 64 StGB als (Zwischen-)Ziel der Maßregel definiert wird. Zur Erhebung des Erfolges einer Suchtbehandlung erscheint es objektiver, diesen an der Symptomveränderung zu messen bzw. daran, ob diagnostische Kriterien (weiterhin) erfüllt sind. Sowohl ICD als auch DSM geben genau an, welche und wie viele Kriterien erfüllt sein müssen, um die Diagnose eines schädlichen Gebrauchs bzw. Abhängigkeitssyndroms (gem. ICD-10) oder einer leichten, mittelgradigen bzw. schweren Substanzkonsumstörung (gem. DSM-5) zu erfüllen. Dies wird im Übrigen auch bei dem demnächst gültigen Klassifikationssystem ICD-11 nicht anders sein.

7 Frühere Studien legen nahe, dass dieser Anteil eher zu sinken scheint: Bezzel (2008) und Querengässer et al. (2017 a) berichten von je etwa 13 % primärer Opiatabhängigkeit.

DOI: 10.1486/rp-01-2023_01

Allen Klassifikationssystemen gemein ist, dass bloßer Suchtmittelkonsum – und sei er noch so exzessiv – nicht die Diagnose einer Abhängigkeit bzw. Substanzkonsumstörung ermöglicht. Selbst für die vermeintlich »milde« Diagnose eines schädlichen Gebrauchs (ICD-10: F1x.1) muss belegt werden, dass der Konsum zu einer »tatsächlichen Schädigung der psychischen und physischen Gesundheit« geführt hat (Dilling & Freyberger, 2013).

In Bezug auf den Rechtsbegriff des Hanges bedarf die gegenwärtige Gesetzesfassung immer einer »Übersetzung« zwischen medizinischer und juristischer Terminologie. Ende 2021 legte eine eigens zu diesem Thema eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe (BL-AG) einen Reformentwurf vor, der im Mai 2022 in fast unveränderter Form von den Unionsparteien als Gesetzesentwurf eingebracht wurde (BT-Drs. 20/1723). Auch der auf § 64 StGB bezogene Teil des Referentenentwurfs des Gesetzes zur Überarbeitung des Sanktionenrechts, vorgelegt vom Bundesjustizministerium im Juli 2022, basiert auf dem Entwurf der BL-AG. Darin wird vorgeschlagen, dass bereits im Gesetzestext der »Hang« klarer und basierend auf medizinischer Terminologie definiert wird. Zentral ist dabei folgende Aussage: »der Hang erfordert eine Substanzkonsumstörung, [...]« (BL-AG zu § 64 StGB 2021, S. 2). Falls der Gesetzgeber diesen Entwurf an- und die Formulierung übernimmt, wird *noch* deutlicher werden, dass der Hang nicht (mehr) vorliegt, sobald die Kriterien einer Substanzkonsumstörung nicht erfüllt sind.

All dies unterstreicht, dass der Fokus auf Konsummenge, -häufigkeit und -form eine verkürzte Perspektive auf die Komplexität von Abhängigkeitserkrankungen darstellt. Natürlich stellt stabile Abstinenz einen *hinreichenden* Faktor dar, dass der »Hang« im juristischen Sinne verneint werden wird bzw. dass keine Abhängigkeitsdiagnose sensu ICD oder DSM mehr vergeben werden kann – dass es sich indes nicht um einen *notwendigen* Faktor handelt, sollte deutlich geworden sein.

Nachteile einer Zielbeschränkung auf Abstinenz

Für Patienten, die sich zu Abstinenz vom delikt(mit)bedingenden Suchtmittel entscheiden und durch eine Behandlung zu Abstinenz befähigt werden, sind darauf ausgerichtete Behandlungen ein passendes, erhaltenswertes Angebot. Allerdings hat ein Abstinenzzielmonopolismus seine Grenzen:

- Im Falle der Beschränkung auf Abstinenz als Behandlungsziel schließt man alle Patienten von einer Behandlung aus, die dieses Ziel nicht anstreben. Daten aus dem nicht forensischen Setting zufolge ist dies über alle Substanzen hinweg je *die Mehrzahl* (Körkel, 2021). Nach der vorliegenden Datenlage »ziehen« ca. 32 – 54 % der Alkoholabhängigen in Rehabilitationsbehandlungen und ca. 80 % derer in Alkoholentzugsbehandlungen eine Abstinenzbehandlung »durch«, obwohl sie innerlich ein Reduktionsziel anstreben (vgl. Körkel, 2012). Nicht anders sieht die Situation in Drogenlangzeittherapieeinrichtungen aus (Feder, 2003). Viele Erledigungen einer MRV-Behandlung dürften somit darauf zurückzuführen sein, dass das vorgegebene Abstinenzziel nicht dem Veränderungsziel der Patienten entspricht.
- Elementar für therapeutischen Erfolg ist eine gute Therapeut-Patient-Beziehung. Diese ist Voraussetzung für die nicht erzwingbare Bereitschaft des Patienten, sich an der Behandlung aktiv zu beteiligen (»commitment«), statt »gute Miene zum bösen Spiel« zu machen, um negative Folgen zu vermeiden. Das Offensein für, Eingehen auf und Ernstnehmen der Zielüberlegungen und -entscheidungen des Patienten (Reduktion, Abstinenz etc.) ist das A und O einer kooperativen Behandlungsbeziehung (»adherence«). Eine Abstinenzzielvorgabe untergräbt die Behandlungsmotivation nicht abstinenzbereiter/-fähiger Patienten und erschwert eine vertrauensvolle Therapeut-Patient-Beziehung deutlich. Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung einerseits und Zielkongruenz andererseits in forensischer Suchtbehandlung konnte bereits explorativ empirisch belegt werden (Querengässer et al., 2016; 2017 b).
- Abstinenzbehandlungen sind keineswegs »das Erfolgsmodell schlechthin«. Sie führen – entgegen mancher Annahme – mitnichten regelhaft zu Abstinenz (Körkel, 2020). Selbst nach intensiver, mehrmonatiger Alkoholentwöhnungsbehandlung (»Alkoholreha«) in einer deutschen Fachklinik trinken bereits innerhalb von zwölf Monaten, konservativ berechnet, 72 % der Behandelten erneut Alkohol (Bachmeier et al., 2022) und von den deutschen Heroinabhängigen, die sich in substitutionsgestützter Behandlung befinden, konsumieren rund 50 % ein Jahr nach Substitutionsbeginn andere illegale Substanzen (»Beikonsum«) – Alkohol und Cannabis nicht mitgerechnet (PREMOS-Studie; Wittchen et al., 2011). Von einem Erreichen kompletter Suchtmittelabstinenz kann bei auf Abstinenz hin Behandelten also nicht die Rede sein. Auch nach abstinenzorientierter forensischer Behandlung ist ein nicht geringer Teil der Patienten nicht bereit oder in der Lage, diese Zielsetzung weiterzuverfolgen und umzusetzen und konsumiert bereits in den ersten Wochen nach Entlassung auch jene Suchtmittel, die im Kontext seiner Deliktgenese als gefährdend eingestuft wurden (Bezzel & Schlögl, 2021; vgl. auch den Artikel von Bezzel und Querengässer in diesem Heft).

Fallbeispiel

Wir möchten die Probleme rein abstinenzorientierter Behandlung in forensischer Suchtbehandlung im Kontext des § 64 StGB an dieser Stelle anhand eines Fallbeispiels illustrieren:

Herr M. wurde mit 31 Jahren zur Therapie nach § 64 StGB aufgenommen. Es war sein erster Kontakt zu einem suchttherapeutischen Angebot. Er wurde wegen Handels mit Betäubungsmitteln in nicht geringer Menge zu einer Unterbringung in einer Entziehungsanstalt und parallel zu 36 Monaten Haftstrafe verurteilt. Es wurden keine Einschränkungen seiner Schuldfähigkeit gem. §§ 20 oder 21 StGB festgestellt.

Herr M. stammt vordergründig aus bürgerlichen Verhältnissen. Beim Vater bestand über Jahrzehnte ein massiver Alkoholkonsum, die Mutter hat eine rezidivierende depressive Störung. Der drei Jahre ältere Bruder führt ein bürgerliches Leben, hat aber früh das Elternhaus verlassen und distanziert sich weitgehend von der Familie.

Herr. M. begann mit 14 THC zu konsumieren, mit 17 kam ein Stimulanzienkonsum hinzu. Die letzten Jahre waren die Präferenzdrogen Kokain und große Mengen THC, Letzteres vorwiegend, um die Nebenwirkungen von Kokain zu kompensieren. Noch im Jugendalter begann er mit Dealen von THC und später Stimulanzien, initial um seinen Drogenkonsum zu finanzieren, führte dann aber mit den großen Gewinnen seines BTM-Handels einen phasenweise verschwenderischen Lebensstil. Wegen

DOI: 10.1486/rp-01-2023_01

BTM-Delikten wurde er dreimalig vorbestraft. Die Delikte wurden zunächst mit Geldstrafen und einmalig mit einer achtmonatigen Haftstrafe geahndet.
Zur Therapie zeigte sich Herr. M. glaubhaft motiviert und betonte, während seiner zehnmonatigen Untersuchungshaft keine Drogen konsumiert zu haben, obwohl ihm diese wiederholt angeboten worden seien.
Der Therapieverlauf gestaltete sich lange positiv. Herr M. zeigte sich sozialkompetent und übernahm eine protherapeutische Rolle in der Patientengruppe. Im psychotherapeutischen Prozess erarbeitete er sich zwar Rückfallstrategien, diese erschienen aber nur oberflächlich verankert. Er fokussierte sich vor allem auf seinen festen Willen zur Abstinenz. Die Resozialisierungsphase mit Wohn- und Arbeitserprobung startete zunächst erfolgreich. Er konnte in eine hochwertige berufliche Weiterbildung zum CNC-Fräser vermittelt werden, zeigte sich dabei als sehr leistungsfähig und wurde von seinem Arbeitgeber hoch geschätzt. Er zog wieder bei seiner langjährigen Lebensgefährtin ein und konnte die Beziehung zu seinem Sohn stabilisieren.
Nach einem Beziehungskonflikt kam es zu einer Destabilisierung. Trotz therapeutischer Interventionen begann er in Abständen von einigen Wochen meist im Rahmen weiterer Beziehungskonflikte Kokain und Amphetamine zu konsumieren, die zwar nicht unbedingt zu einer erhöhten Delinquenzgefahr führten, die aber immer wieder Lockerungseinschränkungen notwendig machten. Die Ausbildung absolvierte er aber weiterhin sehr zuverlässig. Nachdem die Therapie keine Fortschritte mehr erzielte und er den (vergleichsweise niederschwelligen) Konsum fortsetzte, wurde vonseiten der Klinik die Erledigung der Unterbringung beantragt und der Patient nach dem Beschluss der Strafvollstreckungskammer in die JVA verlegt.

Zusammenfassend wies der Patient einige Ressourcen auf (Arbeit, psychosoziale Integration, Distanzierung vom kriminellen Milieu), erreichte aber keine vollständige Abstinenz von den zuvor als gefährdend eingestuften Substanzen. Wegen dieser Ressourcen, der geringen kriminellen Identifikation und dem sich trotz allem »im Rahmen« haltenden Konsum, konnte dem Patienten keine ungünstige Legalprognose im Hinblick auf das gesetzlich geforderte Drohen erheblicher Delikte gestellt werden. Allenfalls drohten wiederholte »Delikte« durch Drogenbeschaffung zum Eigenkonsum.

Diese Konstellation wäre im ambulanten Setting der forensisch-psychiatrischen Ambulanzen aller Wahrscheinlichkeit nach mit angepassten suchttherapeutischen Interventionen und supportiver Unterstützung gut zu behandeln gewesen. Da der Patient noch nicht entlassen war und keinen Entlassbeschluss durch die Strafvollstreckungskammer hatte, galten jedoch die Regeln der stationären Unterbringung nach § 64 StGB, und damit eben eine Abstinenzvorgabe. Diese führten schließlich zur Rückverlegung in Haft und resultierten darin, dass alle bis dato aufgebauten Ressourcen zusammenbrachen.

Diese theoretischen Perspektiven und das Fallbeispiel zusammengenommen legen die Überlegung nahe, dass das vorherrschende Abstinenzparadigma auch und gerade im forensischen Kontext grundsätzlich einem zieloffeneren Ansatz weichen sollte. Denn oft vergessen und im forensischen Kontext meist ignoriert wird die Tatsache, dass Abstinenz nicht das einzige Ziel einer Suchtbehandlung ist. Zu den alternativen Zielen zählen etwa Schadensminimierung (z. B. *safer-use*-Ansätze), Reduktion oder Substitution des Suchtmittels. Zieldiversität steht in Einklang mit den bioethischen Grundsätzen, das Selbstbestimmungsrecht (Autonomie) des Patienten zu wahren und Patienten, die (z. B. durch komorbide psychiatrische Beeinträchtigungen) zu einer abstinenten Lebensweise nicht in der Lage sind, nichts Unmögliches abzuverlangen (»Sollen setzt Können voraus«). Der Artikel von Körkel in diesem Heft geht ausführlich auf Zieloffenheit ein und es werden Überlegungen angestellt, wie diese im Kontext des deutschen forensischen Behandlungssystems vertieft etabliert und umgesetzt werden könnten. Die Beiträge von Höfer et al. sowie Schlögl et al. geben Einblicke, wie derartige Überlegungen bereits heute die Behandlungspraxis des schweizerischen Maßnahmensystems bzw. einzelner deutscher MRV-Kliniken prägen.

Diskussion

Der »eigentliche« Zweck jeglicher forensischer Suchtbehandlung, und damit auch einer Unterbringung gem. § 64 StGB, wird aus rechtlicher Sicht nicht durch erfolgreiche Therapie und schon gar nicht durch Abstinenz von Suchtmitteln erreicht. Diese kann allenfalls als ein Mittel (von mehreren möglichen) zum Zweck (der Gefährlichkeitsreduktion) gesehen werden. Es gilt, sich klarzumachen, dass die vorgegebene lebenslange Abstinenz von Suchtmitteln für einen nicht unerheblichen Teil der Behandelten unrealistisch ist und somit ein Beharren auf Abstinenz und Darüberhinweggehen, was Untergebrachte anstreben und/oder ihnen umsetzbar ist, zum Erreichen des Zwecks des Maßregelvollzugs bzw. der forensischen Nachsorge bei dieser Gruppe nicht zielführend ist.

Nach den vorliegenden Studien (vgl. Bezzel, 2008, und den Artikel von Bezzel und Querengässer in diesem Heft) bzw. klinischer Erfahrung (Mache, 17.05.2017) führt erneuter (Bezzel, 2008; Mache, 17.05. 2017) bzw. reduzierter (Lange, 2019[8]) Substanzkonsum auch im forensischen Kontext nämlich keineswegs unweigerlich zu erneuten und v. a. schwerwiegenden Straftaten, sondern im Gegenteil: Ein limitierter Substanzkonsum senkt insbesondere bei nachsorgender Behandlung von Patienten, die nicht zu Abstinenz willig oder fähig sind, die Wahrscheinlichkeit weiterer Straftaten und manche Patienten mit Persönlichkeitsstörungen stabilisieren sich z. B. durch Cannabiskonsum, statt dadurch erneut strafrechtliche Delikte zu begehen (Lange, 2019). Ein Beharren auf dem Abstinenzziel kann bei jenen Patienten sogar als fahrlässig angesehen werden, die zu einer Reduktion bereit und fähig wären, bei denen dieser Erfolg versprechende Änderungsweg aber nicht beschritten wird. Dies wurde in dem geschilderten Fallbeispiel deutlich: Die Legalprognose des Patienten wird nach Entlassung aus der Haft mit hoher Wahrscheinlichkeit ungünstiger ausfallen, als zum Zeitpunkt des Therapieabbruchs. Dass diese Entwicklung dadurch hätte abgewendet werden können, dass die stationäre Unterbringung rasch in ein ambulantes Setting überführt worden wäre, in dem dann (z. B.) ein selbstkontrollierter Konsum erarbeitet werden könnte, ist zumindest anzunehmen.

Noch konsequenter wäre es jedoch, daraus abzuleiten, auch in stationärer Forensik zunehmend zu »Zieloffener Suchtbehandlung« überzugehen (siehe dazu auch die anderen Artikel in

8 Persönliche Mitteilung von Frau Dr. Kirsten Lange, 01.05.2019.

DOI: 10.1486/rp-01-2023_01

diesem Heft) und unter diesem Dach gleichberechtigt Abstinenzbehandlungen, Reduktionsbehandlungen und schadensmindernde Behandlungen (v. a. Substitutionsbehandlung) anzubieten (vgl. Körkel, 2018). Wichtig erscheint dabei eine qualitativ hochwertige empirische Begleitforschung. Denn den im forensischen Kontext verbreiteten Bedenken hinsichtlich der Tauglichkeit derartiger alternativer Konzepte lässt sich am ehesten durch eine objektive empirische Evaluation begegnen. In jedem Fall sollte der gegenwärtige Mangel an empirischen Befunden, die direkt aus dem forensischen Behandlungskontext stammen, nicht länger als Argument gegen alternative Ansätze genutzt, sondern vielmehr als ein Ansporn für die forensische Versorgungsforschung verstanden werden, entsprechende Konzepte zu evaluieren.

Grundsätzlich dürften sich ausdifferenzierte Behandlungsziele günstig auf die hohen Abbruchquoten forensischer Suchtbehandlung gem. § 64 StGB auswirken. Dies wäre nicht nur im Sinne aller Beteiligten, sondern auch im spezialpräventiven Interesse der Gesellschaft.

Die Chance auf eine erfolgreiche Therapie ergibt sich dann, wenn Patienten »mit im Boot sitzen« und ihre Behandlungszeit nicht nur absitzen. Das gilt für den Maßregelvollzug gem. § 64 StGB bzw. die forensische Nachsorge wie für jede andere Suchtbehandlung. Das Fordern von Abstinenz bei nicht abstinenzbereiten oder nicht abstinenzfähigen Patienten erzeugt Widerstand und die innere Abkehr von einer Behandlung, die dann ihrem Auftrag, die Bewältigung der Suchtproblematik und damit auch zukünftige Straffreiheit zu fördern, nicht mehr gerecht wird. Die normative Kraft des Faktischen – dass Menschen/Patienten tun, was sie für richtig halten, sobald sie nicht mehr äußerem Zwang unterliegen – legt nahe, auch in forensischen Behandlungskontexten im Rahmen der spezifischen organisatorischen Möglichkeiten und Besonderheiten des stationären und des ambulant-nachsorgenden Bereiches zieloffen vorzugehen. Dies lässt gute Behandlungserfolge erwarten, sowohl was positive Veränderungen des Suchtmittelkonsums, ggf. sogar sekundäre Übergänge zu Abstinenz als auch rechtskonformes Verhalten anbelangt. Zudem könnte durch eine Zieldiversifizierung für die im Maßregelvollzug und in forensischen Ambulanzen Tätigen, die anspruchsvolle, schwierige Arbeit mit mehrfach und i. d. R. chronisch beeinträchtigten Patienten leisten, auf realistischere Füße gestellt und etwas zu deren Psychohygiene beigetragen werden. Denn Behandler befinden sich in forensischen Settings in einem oft frustrierenden Zwiespalt zwischen institutionell vorgegebener, durch sie anzubahnender Abstinenz und Widerständen der Behandelten, die diesem Ziel nicht folgen wollen oder können und nicht selten nur mehr oder weniger geschickt getarnte Lippenbekenntnisse in Richtung Abstinenz(motivation) abgeben.

Der Übergang zu zieloffener Suchtarbeit erfordert jedoch die Auseinandersetzung mit den (oft missverstandenen) Rechtsnormen und dem Menschenbild bzw. Suchtverständnis der Mitarbeitenden, die Rezeption neuer Therapieansätze und ihrer Forschungsgrundlagen, die Aneignung weiterer Behandlungskompetenzen und Veränderungen in der institutionellen Kultur des Maßregelvollzugs und der forensischen Nachsorge.

Fazit

Abstinenz vom deliktassoziierten Suchtmittel (und ggf. weiteren) ist in forensischer Suchtbehandlung ein überaus sinnvolles Behandlungsziel. Eine erhebliche Anzahl – in vielen Studien die Mehrzahl – von Suchtpatienten strebt allerdings keine Abstinenz an (schon gar nicht von allen psychotropen Substanzen) oder ist voraussehbar nicht in der Lage, diese in Freiheit aufrechtzuerhalten. Insofern regen wir an, dass die implizite und ausschließliche Abstinenzausrichtung einer zieloffeneren Herangehensweise weicht. Die Etablierung alternativer Behandlungsziele und -pfade neben dem Primat der Abstinenz erscheint in forensischer Suchttherapie dabei sowohl rechtlich möglich als auch therapeutisch vielversprechend.

Wünschenswert wäre es, wenn die ersten, bereits vorhandenen Erfahrungen mit alternativen Behandlungszielen im forensischen Kontext zukünftig auf eine breitere Grundlage gestellt und in den Behandlungskonzeptionen der Forensik verankert werden könnten.

Literatur

Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Daniel, H., Funke, W., Kemmann, D., Klein, T., Medenwaldt, J., Premper, V., Reger, F., Teigeler, H., & Wagner, A. (2022). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2019 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. SuchtAktuell, 29 (1), 37 – 51.

Baur, A. (2022). Weisungen, § 68b StGB. In G. Cirener, H. Radtke, R. Rissing-van Saan, T. Rönnau & W. Schluckebier (Hg.), Leipziger Kommentar zum Strafgesetzbuch. Band 5 §§ 56 – 68g. De Gruyter.

Berthold, D., & Riedemann, C. (2021). Welche Patienten haben eine »hinreichend konkrete Aussicht« auf einen Behandlungserfolg in der Maßregel nach § 64 StGB? Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 15 (2), 169 – 178.

Bezzel, A. (2008). Therapie im Maßregelvollzug – und dann? Eine Verlaufsuntersuchung an forensischen Patienten (§§ 63 und 64 StGB). (Dissertation, Universität Regensburg). www.opus-bayern.de/uni-regensburg/volltexte/2009/1096/.

Bezzel, A., & Schlögl, C. (2021). Eine Retrospektive zum bayerischen Maßregelvollzug: »alles bewegt sich fort und nichts bleibt«? Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, 28 (2), 151 – 172.

Cirener, G. (2022). Unterbringung in einer Entziehungsanstalt, § 64 StGB. In G. Cirener, H. Radtke, R. Rissing-van Saan, T. Rönnau & W. Schluckebier (Hg.), Leipziger Kommentar zum Strafgesetzbuch. Band 5 §§ 56 – 68g. De Gruyter.

Dilling, H., & Freyberger, H. J. (Hg.) (2013). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Huber.

Feder, S. (2003). Konsumziele von Klienten in stationärer Drogentherapie (unveröffentliche Diplomarbeit). Ev. Fachhochschule Nürnberg.

Körkel, J. (2012). Wenn Alkohol das Problem ist, Abstinenz aber nicht die Lösung: Kontrolliertes Trinken als Behandlungsoption. In H. Schmidt-Semisch & H. Stöver (Hg.), Saufen mit Sinn? Harm Reduction und Alkoholkonsum (S. 141 – 165). Fachhochschulverlag Frankfurt.

Körkel, J. (2018). Zieloffenheit als Grundprinzip in der Arbeit mit Suchtkranken: Was denn sonst? Rausch, 7 (1), 95 – 103.

DOI: 10.1486/rp-01-2023_01

Anzeige

8

Forensische Psychiatrie und Psychotherapie

30. Jahrgang 2022 · Heft 3

Klaus Hoffmann & Reinhard Eher
Editorial

Anja Schiemann
Das Psychopathie-Konzept und kriminalpolitische und forensische Aspekte der diagnostischen Zuschreibung

Herbert Steinböck
Über einige ethische Probleme des „psychopathy"-Konstrukts

Stephan Gingelmaier & Nicola-Hans Schwarzer
Bedeutungen des Psychopathy-Konzeptes für Kinder und Jugendliche im inklusiven Diskurs

Matthias Burghart, Selina Kamzelak, Daniela Mier
Das Psychopathie Paradoxon – Alles eine Frage der Motivation?

Laura Freudenthaler & Reinhard Eher
Risikoprognostische Eigenschaften der PCL-R bei Männern mit Vergewaltigungsdelikten

Kasia Uzieblo & Wineke Smid & Uta Kröger
Warum wir uns oft über Psychopathie irren
Behandlungskonzepte bei Menschen mit Psychopathie

Nicole Claire Hauser, Pia Hollerbach & Elmar Habermeyer
Behandlungskonzepte bei Menschen mit Psychopathie

37. Münchner Herbsttagung der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentaton in der Forensischen Psychiatrie (AGFP)
Abstracts

Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
erscheint 3 x jährlich. Bezugspreise im Abonnement:
- pro Jahrgang 40,- €
- für Studenten und Assistenten an wissenschaftlichen Instituten 20,- €

Bei Einzelbezug pro Heft 15,- €. Alle Beiträge inkl. Versand und gesetzlicher Mehrwertsteuer.

Pabst Science Publishers
Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich
Tel. ++ 49 (0) 5484-308 · Fax ++ 49 (0) 5484-550
pabst@pabst-publishers.com
www.psychologie-aktuell.com/fpp
www.pabst-publishers.com

Körkel, J. (2020). Abstinenz als Primärziel in der Behandlung suchtmittelabhängiger Straftäter – ein zeitgemäßes Therapiekonzept? Bewährungshilfe, 67 (3), 269 – 294.

Körkel, J. (2021). Treating Patients with Multiple Substance Use in Accordance with their Personal Treatment Goals: A New Paradigm for Addiction Treatment. Drugs and Alcohol Today, 21 (1), 15 – 30.

Mache, W. (17.05.2017). Suchttherapie im Maßregelvollzug. 3. Fachtagung Maßregelvollzug und Sucht: »Zwangsheilung oder heilender Zwang?«, Dortmund.

Pollähne, H. (2017). Unterbringung in einer Entziehungsanstalt, § 64 StGB. In U. Kindhäuser, U. Neumann & H.-U. Paeffgen (Hg.), Nomos-Kommentar Strafgesetzbuch. Nomos.

Querengässer, J., Ross, T., Hoffmann, K., & Bulla, J. (2016). Therapieziele trotz Aussichtslosigkeit – Aussagen von Patienten und deren Therapeuten in der Entziehungsangstalt (§ 64 StGB). Suchtmedizin, 18 (1), 19 – 27.

Querengässer, J., Bulla, J., Ross, T., & Hoffmann, K. (2017 a). Welches Suchtmittel wurde vor der Tat konsumiert? – Unterschiedliche Patientenprofile als Herausforderung für Therapien nach § 64 StGB und die Bewährungshilfe. Bewährungshilfe, 64 (1), 34 – 45.

Querengässer, J., Hoffmann, K., Bulla, J., & Ross, T. (2017 b). Einflussfaktoren forensischer Suchttherapie aus Patienten- und Therapeutensicht. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 38 (2), 93 – 106.

Querengässer, J., Bulla, J., Hoffmann, K., & Ross, T. (2018). Therapieabbruch als Prädiktor erneuter Straftaten – Legalbewährung von Patienten nach Unterbringungen gemäß § 64 StGB. Nervenarzt, 89 (1), 71 – 77. DOI: 10.1007/s00115-017-0386-z.

Querengässer, J., & Traub, H.-J. (2021). Wenn die Bremse zum Gaspedal wird – Die Entwicklung der Unterbringungsanordnungen gemäß § 64 StGB vor und nach dessen Neuformulierung 2007. Recht & Psychiatrie, 39 (1), 19 – 27. DOI: 10.1486/RP-2021-01_19.

Schalast, N. (2019). Ergebnisse der Essener Evaluationsstudie. In N. Schalast (Hg.), Straffällige mit Suchtproblemen – Fakten, Erfahrungen und Ergebnisse der Essener Evaluationsstudie (S. 29 – 150). Pabst Science Publishers.

van Gemmeren, G. (2020). Unterbringung in einer Entziehungsanstalt, § 64 StGB. In V. Erb & J. Schäfer (Hg.), Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch StGB. Band 2 §§ 38 – 79b. Verlag C. H. Beck.

Wittchen, H.-U., Bühringer, G., & Rehm, J. (Hg.) (2011). Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome: Ergebnisse und Schlussfolgerungen der PREMOS-Studie (Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments). Suchtmedizin, 13 (5), 198 – 299.

Korrespondenzanschrift
Jan Querengässer
Institut für Qualitätsmanagement des Maßregelvollzugs in Bayern (IfQM); c/o medbo-KU
Universitätsstr. 84
93053 Regensburg
jan.querengaesser@medbo.de

DOI: 10.1486/rp-01-2023_01

Jan Querengässer, Nora Hein und Boris Schiffer*

Legalbewährung ehemaliger Maßregelvollzugspatienten nach einer Verhältnismäßigkeitserledigung gem. § 67 d Abs. 6 Strafgesetzbuch

Legal probation of former forensic inpatients after discharge due to proportionality reasons acc. to Sect. 67 d chapter 6 of the German Criminal Code

https://doi.org/10.1515/mks-2022-0013

Zusammenfassung: 2016 erfolgte eine Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Dabei wurden die Voraussetzungen für eine Erledigung der Maßregel gem. § 63 StGB aus Gründen der Unverhältnismäßigkeit explizit geregelt. Seither kam es gerade in Nordrhein-Westfalen zu zahlreichen Entlassungen, die auf dieser Grundlage erfolgten. Die vorliegende Studie untersucht anhand von Bundeszentralregisterauszügen die Legalbewährung aller in diesem Bundesland zwischen August 2016 und Juli 2018 entsprechend entlassenen Patienten in einem mittleren Beobachtungszeitraum von knapp 4 Jahren. Verglichen wird diese Gruppe einerseits mit bewährungsentlassenen Patienten derselben Entlasskohorte und andererseits mit einer gematchten Gruppe aus entlassenen Patienten früherer Jahre. Das Matching dieser Zwillingsgruppe erfolgte u. a. hinsichtlich der Delikt- und Diagnosenverteilung. Während von den Bewährungsentlassenen lediglich 9 % erneute Eintragungen im BZR aufwiesen, liegt diese Quote bei den »Erledigern« mit 28 % knapp dreimal so hoch. Fast dasselbe Verhältnis ergibt sich im direkten Zwillingsgruppenvergleich. Entsprechende Diskrepanzen in den Überlebenszeitanalysen zeigen sich auch auf allen anderen erhobenen Parametern (einschlägige, Gewalt- und Sexualdelikte sowie unterschiedliche Sanktionsformen als Schätzer der Deliktschwere). Da die Zwillingsgruppenvergleiche diese Befunde bestätigen, scheinen die Unterschiede nicht ausschließlich durch Selektionseffekte erklärbar zu sein. Eine Verhältnismäßigkeitserledigung bzw. deren strukturell-systemische Implikationen scheinen somit aus anderen Gründen einen Risikofaktor für eine ungünstige Legalbewährung darzustellen.

Schlüsselwörter: Straftäterbehandlung, forensische Psychiatrie, Maßregelvollzug, Redelinquenz, § 63 StGB

Abstract: In 2016, the German law on placement of offenders in a (forensic) psychiatric hospitals was amended. In the process, the preconditions for a discharge of a measure pursuant to section 63 of the German Criminal Code for reasons of disproportionality were explicitly regulated. Since then, there have been numerous releases on this basis, especially in North Rhine-Westphalia. The present study examines, on the basis of extracts from the Federal Central Register (BZR), the legal probation of all patients released accordingly in this federal state between August 2016 and July 2018 in an average observation period of almost 4 years. This group is compared on the one hand with paroled patients of the same release cohort and on the other hand with a matched group of released patients from earlier years. The matching of this twin group was done with regard to the distribution of offences and diagnoses, among other things. While only 9 % of the parolees had new entries in the BZR, this rate was almost three times as high for those released through to reasons of disproportionality with 28 %. Almost the same ratio results in a direct twin group comparison. Corresponding discrepancies in the survival analyses are also shown on all other parameters surveyed (relevant, violent and sexual offences as well as different sanction forms as estimators of offence severity). Since the twin group comparisons confirm

Jan Querengässer, LWL-Akademie für Forensische Psychiatrie (AFoPs), Herne, LVR-Institut für Versorgungsforschung, Köln, E-Mail: jan.querengaesser@lvr.de
Nora Hein, LWL-Akademie für Forensische Psychiatrie (AFoPs); c/o LWL-Maßregelvollzugsklinik Herne, E-Mail: nora.hein@lwl.org
***Kontaktperson: Boris Schiffer,** Abteilung für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, LWL-Akademie für Forensische Psychiatrie (AFoPs), Herne, E-Mail: boris.schiffer@rub.deboris.schiffer@rub.de

these findings, the differences do not seem to be explained exclusively by selection effects. Thus, a release through to reasons of disproportionality or its structural-systemic implications seem to represent a risk factor for unfavorable legal probation for other reasons.

Keywords: Offender treatment, forensic psychiatry, redelinquency, legal probation, principle of proportionality

1 Einleitung

Im Jahr 2016 erfolgte die jüngste Novellierung jenes Teils des Strafgesetzbuches (StGB), in dem die Maßregeln der Besserung und Sicherung geregelt sind. Die gesamte Gesetzesänderung erfolgte mit dem übergeordneten Zweck, lange Verweildauern im psychiatrischen Maßregelvollzug (MRV) gem. § 63 StGB in der Breite zu senken (BT-Drucksache 18/7244). Zwar wurde die grundsätzlich unbefristete Ausgestaltung dieser Vorschrift beibehalten und an den Entlassmöglichkeiten per se nichts geändert; insbesondere § 67 d Abs. 6 StGB wurde jedoch gänzlich neu ausgestaltet. Dieser Absatz regelt u. a. die Erledigung der Maßregel aus Gründen der Unverhältnismäßigkeit. Wiegt nämlich das individuelle Freiheitsgrundrecht des Untergebrachten in einer Rechtsgüterabwägung schwerer als der Sicherheitsanspruch der Allgemeinheit, so ist die Maßregel für erledigt zu erklären – ungeachtet des bis dahin erreichten Behandlungsstandes. Durch die Formulierung klar definierter Kriterien für die besagte Rechtsgüterabwägung wurde dieser Entlassmodus zwar deutlich aufgewertet, nach der Systematik des Gesetzes dürfte eine Aussetzung zur Bewährung jedoch immer Vorrang haben. Im Gegensatz dazu geht Baur (2017) davon aus, dass eine Maßregelaussetzung zur Bewährung bei Überschreiten der 6-Jahres Schwelle nur noch in Ausnahmefällen erwogen werden könne. Zwar gibt es bislang keine systematische bundesweite Untersuchung zur entsprechenden Rechtspraxis seit Inkrafttreten des Gesetzes, allerdings deuten die Zahlen des Kerndatensatzes der Länder (Ceus/FOGS, 2022) eher daraufhin, dass die Bewährungsentlassung mit einem Anteil von 74 % (vor der Novelle in 2015) sowie 71 % (4 Jahre nach ihrem Inkrafttreten 2020) praktisch unverändert den Regelfall darzustellen scheint. Lediglich im Jahr 2017, dem Jahr mit den lt. Kerndatensatz bislang meisten Erledigungsfällen (sowohl im Bund als auch in NRW) sank der Anteil der Bewährungsentlassenen über alle Beendigungsfälle hinweg einmal auf einen Anteil von 61 % (in NRW 52 %, aber hier lag der Anteil der Bewährungsentlassungen über alle Beendigungsfälle auch in 2015 und 2020 mit 66 % bzw. 65 % ebenfalls deutlich unter dem Bundesdurchschnitt). Leider weist der Kerndatensatz die Anzahl der Beendigungsfälle gruppiert nach Unterbringungsdauern >6 bzw. >10 Jahren nicht explizit aus, so dass anhand dieser Daten schwierig zu beurteilen ist, ob sich der Anteil der längerfristig Untergebrachten seit Inkrafttreten der Novelle vergrößert hat; die durchschnittlichen Entlassverweildauern deuten über die Jahre 2015 (9,85 Jahre), 2017 (9,44 Jahre) und 2020 (8,93 Jahre) allerdings nicht unbedingt darauf hin.

Bereits kurz nach der Gesetzesänderung wurden einige möglicherweise unbeabsichtigte Implikationen der Novelle problematisiert (Baur & Querengässer, 2017; Schmidt-Quernheim, 2017; Querengässer et al. 2019): Darunter fallen der Verzicht auf eine Übergangsregelung, unzureichende Einflussmöglichkeiten auf Krisen und Probleme nach der Entlassung, eine unklare Rechtslage hinsichtlich paralleler Freiheitsstrafen sowie eine mögliche Überforderung der forensischen Kliniken bzw. Nachsorgeambulanzen, was Entlassvorbereitungen, den Aufbau eines tragfähigen Entlasssettings und die poststationäre Betreuung angeht.

Bereits im damaligen Gesetzentwurf angekündigt wurde eine Evaluierung der Novelle durch das Bundeministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV). Diese wurde Ende 2021 veröffentlicht und deren Fazit liest sich wie ein voller Erfolg (BMJV, 2021): Die Belegungszahlen seien bundesweit zurückgegangen und die mittleren Verweildauern gesunken. Dabei stellen sich nicht nur methodische Fragen und Zweifel an der Nachhaltigkeit dieser Entwicklungen (Müller, 2021), auch bleibt unklar, ob die Sicherheit der Allgemeinheit etwa durch höhere Deliktrückfallraten belastet wurde. Bei entsprechend entlassenen Patienten handelt es sich regelhaft um solche, die die MRV-Kliniken selten mit einer günstigen Legalprognose verlassen. Hinweise auf den Verlauf der Wiedereingliederung oder gar der Legalbewährung sucht man in der Evaluation des BMJV vergeblich.

Um diese Forschungslücke – zumindest für Nordrhein-Westfalen – zu schließen, brachte der damalige Landesbeauftragte für den MRV ein Forschungsprojekt auf den Weg, das eine wesentlich umfassendere Evaluation zum Ziel hatte. Bereits publiziert wurden Ergebnisse zu Populationsunterschieden zwischen bedingt auf Bewährung und aus Gründen der Verhältnismäßigkeit entlassenen Patienten des Maßregelvollzugs (Hein et al., 2021) sowie Teilbefunde zum Behandlungsverlauf und der Wiedereingliederung von Patienten mit Verhältnismäßigkeitserledigung (Hein et al., 2022 a; b). Die vorliegende Arbeit fokussiert nun auf die Legalbewährung der untersuchten Entlasskohorte, wie sie sich anhand der eingeholten BZR-Auszüge darstellt.

1.1 Legalbewährung ehemaliger Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs

Aus der bundesweiten Rückfalluntersuchung von Jehle et al. (2010) lassen sich Rückfallquoten von ehemals gem. § 63 StGB untergebrachten psychisch kranken Rechtsbrechern entnehmen. In einem dreijährigen Risikozeitraum (*time at risk* = TAR) weisen knapp 5 % der beim Indexdelikt Schuldunfähigen und 14 % der vermindert Schuldfähigen erneute BZR-Einträge auf. Auch eine Verlängerung der TAR auf 6 Jahre geht nur mit einer moderaten Erhöhung der Rückfallraten einher (9 % bzw. 23 %; Jehle et al., 2013), dasselbe gilt für eine Verlängerung auf 9 Jahre (14 % bzw. 27 %; Jehle et al., 2016). Im Vergleich zu Rückfallraten von Straftätern, die aus einer Haftstrafe ohne Bewährung entlassen wurden, imponiert die Legalbewährung ehemaliger MRV-Patienten damit wesentlich günstiger: Ehemalige Inhaftierte werden bereits innerhalb von drei Jahren zu 45 % rückfällig; betrachtet man eine TAR von 12 Jahren, steigt die Rückfallquote gar auf zwei Drittel (Jehle et al., 2016).

Selbst wenn andere Studien, die auf kleineren Stichproben basieren, höhere Rückfallquoten ehemaliger Maßregelvollzugspatienten aufweisen (z. B. 15 % in einer einjährigen TAR: Bezzel, 2008; 16 % in einer zweijährigen: Veissmann, 2018; 22 % bei einer vierjährigen TAR: Seifert & Möller-Mussavi, 2005), handelt es sich im internationalen Vergleich um niedrige Quoten. Aus Großbritannien werden Rückfallraten von 33 % (bezogen auf eine mittlere TAR von 6 Jahren) berichtet (Coid et al., 2007), aus Schweden 38 % (bezogen auf eine mittlere TAR von 9 Jahren; Tabita et al., 2012). Vergleichbar hohe Rückfallraten finden sich für Deutschland nur in der bisher einzigen Langzeitkatamnese-Studie von Seifert et al. (2018): 35,2 % der ehemals gem. § 63 StGB untergebrachten Patienten wurden bei einer mittleren TAR von über 16 Jahren rückfällig; darunter weniger als die Hälfte (12,8 %) mit Gewalt- und/oder Sexualdelikten.

Unseres Kenntnisstandes nach existieren aus Deutschland bislang keine Untersuchungen zur Rückfälligkeit ehemaliger MRV-Patienten in Abhängigkeit vom juristischen Entlassmodus. Aus den Niederlanden werden insofern ambivalente Befunde berichtet, als dass jene Patienten, die gegen den Rat von externen Sachverständigen auf Bewährung entlassen wurden, wesentlich höhere Rückfallquoten aufwiesen als jene, bei denen das Gericht der positiven Entlassempfehlung folgte (Nagtegaal & Boonmann, 2016).

1.2 Hypothesen und Fragestellung

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollte untersucht werden, wie sich die Legalbewährung zweier Gruppen von ehemaligen Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs darstellt. Verglichen wurden Patienten, deren Maßregel gem. § 67 d Abs. 2 StGB bedingt zur Bewährung ausgesetzt wurde oder gem. § 67 d Abs. 6 StGB auf Grundlage einer Erledigungsentscheidung frei kamen.

Wir erwarteten erstens eine signifikant schlechtere Legalbewährung (hinsichtlich Rückfallhäufigkeit und -geschwindigkeit sowie der Art und Schwere der begangenen Taten) der Erledigergruppe im Vergleich zu den Bewährungsentlassenen (Hypothese 1). Zweitens gingen wir davon aus, dass diese vergleichsweise ungünstigere Legalbewährung nicht ausschließlich auf Selektionseffekte zurückzuführen sein würde, sondern sich auch im Vergleich zu einer aus früheren Entlassjahrgängen zusammengestellten Gruppe zeigen würde, die u. a. hinsichtlich Delikt- und Diagnoseverteilung gematcht wurde (Hypothese 2).

Abschließend sollte explorativ der Frage nachgegangen werden, ob sich die vonseiten der Behandlungspraxis als problematisch erachteten eingeschränkten Interventionsmöglichkeiten nach erfolgter Verhältnismäßigkeitserledigung in den Daten widerspiegeln.

2 Methoden

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine längsschnittliche Rückfallanalyse mit einem zwei-Quellen-Design. Zur Fall-Identifikation und zur soziodemographischen Beschreibung der Stichprobe wurden klinische Basisdaten herangezogen. Zur Ermittlung der Rückfälligkeit wurden Auszüge aus dem Bundeszentralregister (BZR) ausgewertet, die im Rahmen des Gesamtprojekts beim Bundesamt für Justiz (BfJ) angefordert wurden.

Die Stichprobe bestand mit N = 384 aus allen zwischen dem 01.08.2016 und dem 31.07.2018 aus dem Maßregelvollzug gem. § 63 StGB in NRW (ggf. kombiniert mit § 67g/h StGB) entlassenen Patienten. Darunter wurden n = 227 bedingt auf Bewährung gem. § 67 d Abs. 2 StGB entlassen (Kontrollgruppe; KG). Bei weiteren n = 157 wurde die Maßregel aus Gründen der Verhältnismäßigkeit in diesem Zeitraum für erledigt erklärt (Untersuchungsgruppe; UG). In der Untersuchungsgruppe befanden sich 6,4 % Frauen. Das Durchschnittsalter bei Aufnahme betrug 32,7 Jahre (SD = ± 11,51), und die mittlere Unterbringungsdauer lag bei 12,8 Jahren (SD = ± 6,56). In der Kontrollgruppe befanden sich 9,7 % Frauen. Das Durchschnittsalter bei Aufnahme betrug 34,5 Jahre (SD = ± 10,99), und die mittlere Unterbrin-

gungsdauer lag bei 10,3 Jahren (SD = ± 5,95). Für die Darstellung weitere Stichprobenparameter sei an dieser Stelle auf die o. g. Erstpublikation verwiesen (Hein et al., 2021).

Basierend auf der initialen Stichprobe (UG und KG zusammengenommen) wurden für n = 366 Patienten BZR-Auszüge angefordert. Die Differenz erklärt sich durch zwischenzeitlich erfolgte (und uns zur Kenntnis gebrachte) Todesfälle sowie einer in Einzelfällen fälschlichen Zuordnung zu den Gruppen, die erst im Projektverlauf bekannt wurde. Somit wurden für n = 149 (95 %) der initialen UG und für n = 217 (96 %) der initialen KG Auszüge angefordert.

Zusätzlich wurde zu jenen n = 74 Patienten der UG, die aus Kliniken in Trägerschaft des LWL entlassen wurden, eine Zwillingsgruppe (ZG) gebildet, die aus individuell nach den Kriterien Delikt, Diagnose, Lebensalter, Geschlecht und Unterbringungsdauer gematchten Patienten bestand, deren Unterbringung im Rahmen einer Bewährungsaussetzung *vor* dem 01.08.2016 beendet worden war[1].

Von diesen insgesamt n = 440 angeforderten BZR-Auszügen gingen 381 (86,6 %) in die Untersuchung ein. Zu 9 Patienten wurde kein Auszug und zu 14 ein leerer Auszug übersandt; möglicherweise befanden sich hierunter weitere Todesfälle, über die wir zuvor keine Kenntnis erlangten. In 5 Fällen war der BZR-Auszug im relevanten Eintrag unvollständig. In 24 Fällen ergaben sich nicht auflösbare Diskrepanzen zwischen der Entlassart, die hinsichtlich des Indexverfahrens im BZR-Eintrag angegeben wurde, und jener, die aus den Aufzeichnungen der Klinik hervorging. Diese Fälle wurden im Sinne eines konservativen Verfahrens für größtmögliche methodische Sicherheit ebenso aus der Auswertung ausgeschlossen, wie weitere 7 Fälle aus diversen anderen Gründen (z. B. unklarer Ablauf, Entlassung außerhalb des Index-Zeitraumes, direkte Verlegung in Haft nach der MRV-Unterbringung).

Im Falle eines erneuten Eintrages wurde die Dauer bis zum ersten Rückfalldelikt errechnet und dabei *unterschiedliche Delikte* betrachtet bzw. Zeiträume errechnet:

1. BZR-Eintrag generell: Hierunter gezählt wird jeder Eintrag im BZR (exkl. Sucheinträge).
2. Einschlägige Delikte: Darunter verstanden werden Delikte, die mindestens einem der Indexdelikte entsprechen, die zur initialen MRV-Unterbringung geführt hatten.
3. Gewaltdelikte: Diese Kategorie bezieht sich auf Delikte unter Anwendung tätlicher Gewalt (also exkl. Nötigung, Bedrohung – aber inkl. Raub).
4. Sexualdelikte: Es handelt sich um Delikte, die sich dem Bereich der Sexualstraftaten zuordnen lassen. Darunter fallen auch »hands-off«-Taten, wie Exhibitionismus oder Delikte im Kontext von Kinderpornographie.

Ebenfalls wurden unterschiedliche Sanktionsarten analysiert. Da aus den BZR-Auszügen keine Tathintergründe hervorgehen und auch innerhalb von Deliktarten unterschiedliche Schweregrade subsummiert werden, stellt die Auswertung nach Sanktionsart einen impliziten Hinweis auf die Deliktschwere dar. Unterteilt wurde in:

1. Delikte, die mit einer Geldstrafe geahndet wurden,
2. Delikte, die zu Freiheitsentzug führten, auch wenn dieser (zunächst) zur Bewährung ausgesetzt wurden. Darunter fallen (Bewährungs-)Haftstrafen oder MRV-Unterbringungen, selbst wenn diese gem. § 67 b StGB direkt zur Bewährung ausgesetzt wurden – unabhängig davon, ob es zu einem späteren Bewährungswiderruf kam.
3. Delikte, die zu direktem Freiheitsentzug führten, also Haftstrafen oder MRV-Unterbringungen ohne Bewährung.

Der individuelle Risikozeitraum (*time at risk* = TAR) jedes Patienten wurde aus der Differenz zwischen dem Entlassdatum aus dem Maßregelvollzug und dem Ausstellungsdatum des BZR-Auszugs errechnet.

Zur Bestimmung der Zeitdauer bis zum ersten Neueintrag diente das im BZR vermerkte »Datum der (letzten) Tat: [. . .]«, d. h. des ersten Folgedelikts nach Entlassung aus dem MRV. Fand sich hierzu im BZR-Auszug keine Information, wurde (im Sinne einer konservativen Schätzung) das Datum des BZR-Eintrags selbst herangezogen.

Nicht als erneuter Eintrag berücksichtigt wurden Neueintragungen von Delikten, die auf die Zeit vor oder während der Unterbringung im MRV datierten, sowie Bewährungswiderrufe aus früheren bzw. dem Indexdelikt[2], sofern sie nicht mit einem erneuten Delikt einhergingen.

1 Der direkte Vergleich der Bewährungsentlassenen und Verhältnismäßigkeitserledigten Patienten aus ein und derselben Kohorte hinsichtlich der Deliktrückfälligkeit ist fehleranfällig, da sich die beiden Gruppen schon auf struktureller Ebene sehr unterscheiden (z. B. hinsichtlich Diagnosen und Delikten), sodass keine klaren kausalen Aussagen getroffen werden können. Daher wurde über diese (in der Projektausschreibung vorgesehene) Vergleichsebene hinaus eine weitere Vergleichsgruppe an bewährungsentlassenen Patienten erstellt, bestehend aus gematchten (also strukturell vergleichbaren) Patienten früherer Entlassjahrgänge, für die ebenfalls BZR-Auszüge angefordert wurden.

2 Insgesamt 16mal erfolgte ein Bewährungswiderruf während der TAR, darunter elfmal bezüglich der zuvor erfolgten Aussetzung der Unterbringung gem. § 63 StGB zur Bewährung – dies betraf der gesetzlichen Logik folgend nur Patienten der KG – und sechsmal bezüglich

Tabelle 1: Anteile sowie Teststatistiken zum Gruppenvergleich UG vs. KG

Delikt-/Sanktionsart	UG (n = 138)		KG (n = 183)		Anteils-vergleich	Überlebenszeit-analyse	
	n	Anteil	n	Anteil	Chi²	Log-Rank	HR[1]
BZR-Eintrag überhaupt[2]	38	27,5 %	17	9,3 %	18,45***	22,30***	0,28
Einschlägiges Delikt[3]	27	19,6 %	5	2,7 %	24,84***	27,77***	0,12
Gewaltdelikt[4]	13	9,4 %	3	1,6 %	10,06**	11,16**	0,16
Sexualdelikt[5]	8	5,8 %	1	0,5 %	7,96**	8,43**	0,09
Geldstrafe	21	15,2 %	14	7,7 %	4,64*	5,46*	0,46
Freiheitsentzug[6]	22	15,9 %	4	2,2 %	20,00***	22,13***	0,12
Freiheitsentzug direkt[7]	15	10,9 %	2	1,1 %	14,99***	16,03***	0,09

Anmerkungen:
- Mehrfacheinträge möglich, d. h. ein Patient kann im Risikozeitraum beispielsweise sowohl ein einschlägiges Delikt als auch ein Sexualdelikt aufweisen. Gleiches gilt für die Sanktionsarten.
- Die Anzahlen und Anteile beziehen sich auf den gesamten überblickten Risikozeitraum. Dieser betrug in der UG durchschnittlich 3 Jahre und 9 Monate, in der KG 4 Jahre.

[1] HR = *hazard ratio*
[2] gewertet werden alle BZR-Neueintragungen (exkl. Sucheinträge)
[3] Delikte, die mindestens einem der Indexdelikte der initialen MRV-Unterbringung entsprechen
[4] Delikte unter Anwendung tätlicher Gewalt (inkl. Raub)
[5] Delikte aus dem Bereich der Sexualstraftaten (inkl. Hands-off-Taten)
[6] Inkl. zunächst zur Bewährung ausgesetzter Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehender Maßregel
[7] Darunter nicht zur Bewährung ausgesetzte Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel

3 Ergebnisse

3.1 Berechnung der Risikozeiträume

Die Risikozeiträume unterscheiden sich zwischen der KG mit durchschnittlich 4 Jahren (entspricht 1474 Tagen) und der UG mit 3 Jahren und 9 Monaten (entspricht 1358 Tagen) deskriptiv zwar nur um ca. 3 Monate aber dennoch statistisch signifikant mit t = 4,37 ($p < 0{,}001$).

Noch deutlicher ist dieser Unterschied in der TAR natürlich im Vergleich mit der ZG, die ja in retrospektiver Betrachtung wesentlich früher entlassen wurde (t = 15,80; $p < 0{,}001$). Im Mittel befanden sich die Patienten dieser Gruppe bereits seit 8 Jahren und 8 Monaten (entspricht 3172 Tagen) in Freiheit. Die entsprechende LWL-Vergleichsgruppe der UG befand sich im Mittel seit 3 Jahren und 6 Monaten (entspricht 1290 Tagen) in Freiheit.

3.2 Gruppenvergleich der Neueintragungen zwischen UG und. KG

Aufgrund des vergleichbaren Risikozeitraumes zwischen UG und KG (Hypothese 1) wurden zur Untersuchung der Häufigkeit erneuter BZR-Einträge zunächst die dichotomen Raten für alle sieben Eintragungs- und Sanktionsarten errechnet und per Chi²-Tests miteinander verglichen.

Beim Binnenvergleich der Entlasskohorte nach Art der Entlassung imponieren deutliche Unterschiede in der Häufigkeit der BZR-Neueintragungen und Deliktrückfälle (siehe Tabelle 1). Grundsätzlich finden sich in Bezug auf alle getesteten Eintragungs- bzw. Sanktionsarten höhere Anteile in der UG. Die Überrepräsentation steigt mit zunehmender Delikt- und Sanktionsschwere. So werden in der UG dreimal so viele BZR-Neueinträge berichtet, aber sechsmal so viele Gewalt- bzw. zwölfmal so viele Sexualdelikte. Ähnlich progressiv verhält es sich mit zunehmender Sanktionsschwere.

Wie aus Tabelle 1 ebenfalls zu entnehmen, unterscheidet sich die Art der verhängten Sanktionen deutlich. Während in der UG mehr als jeder zweite Patient mit Neueintrag während der TAR zu einem erneuten Freiheitsentzug verurteilt wurde (wenn auch nicht unbedingt als Reaktion auf den *ersten* BZR-Neueintrag), wurde diese Sanktionsart

des Widerrufs zuvor zur Bewährung ausgesetzter Strafhaft (KG und UG zusammen). In einem Fall erfolgten sowohl ein Haft- als auch ein Unterbringungswiderruf.
In sieben der 16 Fälle (44 %) erfolgte der Widerruf im Kontext eines eigenständig im BZR eingetragenen Rückfalldeliktes, das auch anderweitig sanktioniert wurde.

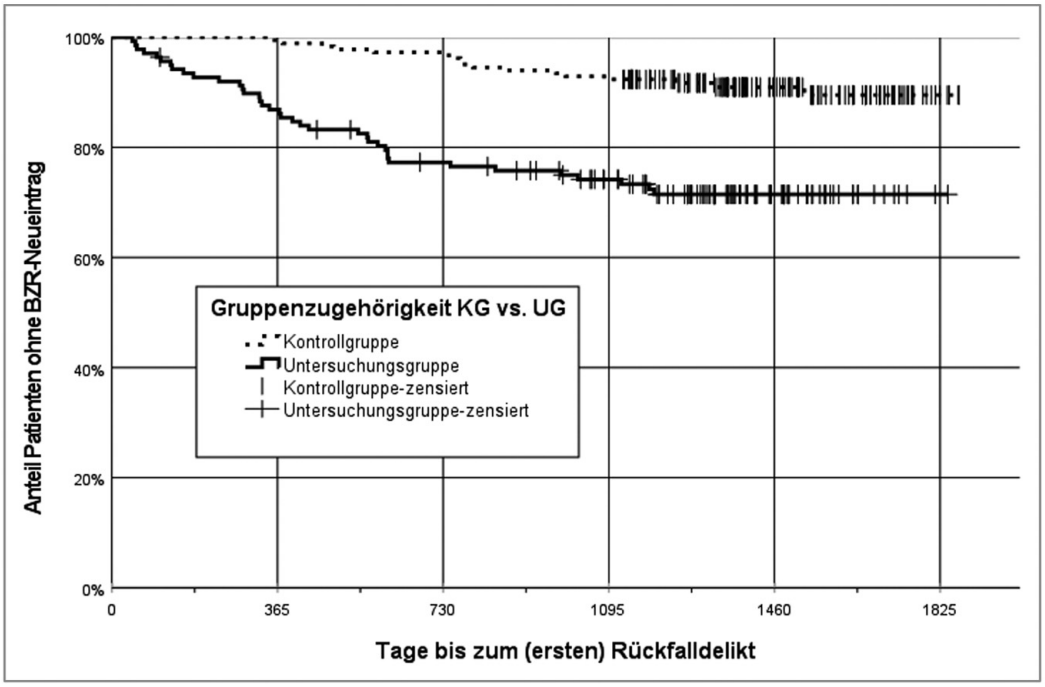


Abbildung 1: Kumulierte Anteile der KG und UG ohne BZR-Neueintrag im Zeitverlauf, Kaplan-Meier-Schätzung

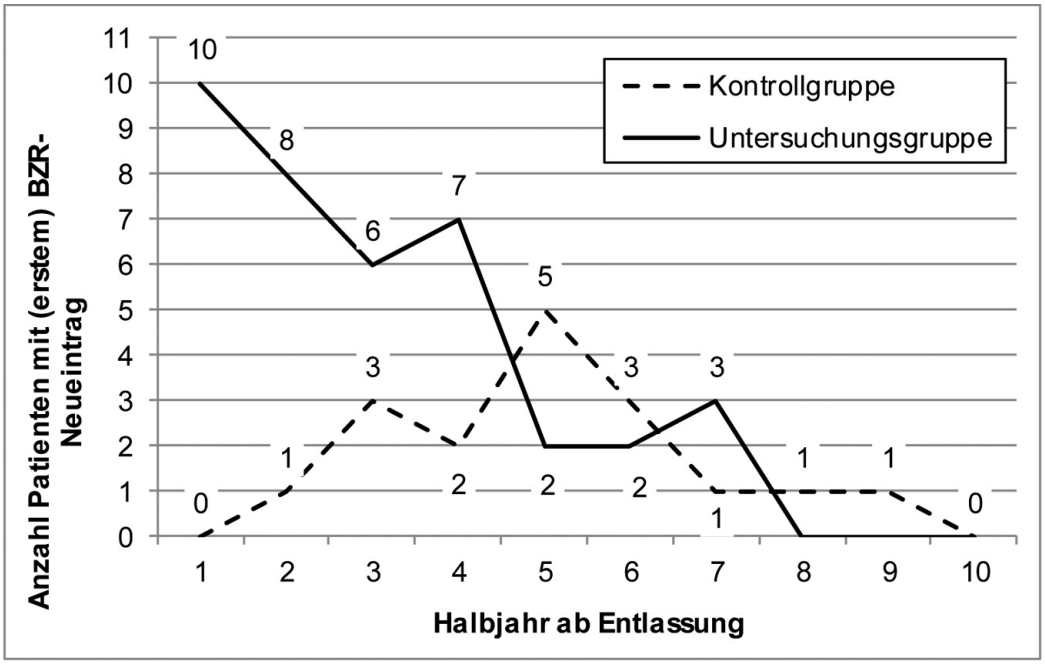


Abbildung 2: Anzahl an Patienten der KG und UG mit (erstem) BZR-Neueintrag je Halbjahr nach erfolgter Entlassung

nur für jeden vierten Patienten der KG gewählt. Über beide Gruppen hinweg wurde bei 15 der insgesamt 26 mit Freiheitsentzug sanktionierten ehemaligen Patienten erneut eine Maßregel angeordnet (zweimal gem. § 64 StGB, 13mal gem. § 63 StGB – worunter jedoch drei direkt gem. § 67 b StGB zur Bewährung ausgesetzt wurden). Dies entspricht einem Anteil von 58 % gegenüber reinen Haftstrafen als erneutem Freiheitsentzug.

Die Berechnung der dichotomen Rückfallraten per Chi²-Test erfolgte jedoch primär zur Vergleichbarkeit der vorliegenden Daten mit anderen Studien, da es sich eigentlich um ein statistisch inadäquates Verfahren für die Betrachtung von Zeitreihen handelt (siehe dazu auch Zwiener et al., 2011). Als statistisch korrektes Verfahren wurde eine Zeitreihenanalyse (*Kaplan-Meier*-Verfahren) zur Darstellung der unterschiedlichen Rückfallgeschwindigkeit erstellt und die

jeweiligen *Überlebenskurven* grafisch ausgegeben. Dies wiederum für alle sieben Delikt- und Sanktionsarten. Der Gruppenvergleich erfolgte mittels *Log-rank*-Test. Zur Quantifizierung des Einflusses des Faktors Entlassmodus auf die Rückfallgeschwindigkeit wurden *Cox*-Regressionen berechnet. Bei dem daraus resultierenden Parameter *hazard ratio* (HR) handelt es sich – etwas vereinfacht ausgedrückt – um die Quantifizierung eines zeitkonstanten Nachteils bzw. Vorteils hinsichtlich der Re-Delinquenz einer der beiden Gruppen. Vorteile des zeitreihenanalytischen Vorgehens sind, dass einerseits auch sehr unterschiedliche TAR miteinander verglichen werden können (wie es beim Vergleich von ZG und UG in Hypothese 2 der Fall ist), und dass andererseits je alle Patienten berücksichtigt werden. Jene ohne Rückfall vor Ende der TAR werden als »zensierte Fälle« (»censored cases«) mit einbezogen.

Bei der Interpretation der Tabelle 1 ist die Ungenauigkeit der Anteilsvergleiche (s. o.) zu beachten. Die errechneten Chi²-Werte lassen nicht nur den Verlaufsaspekt außen vor, sie unterschätzen die eigentlichen Differenzen sogar noch, da die UG über eine (wenn auch nur geringfügig) kürzere TAR verfügt (s. o.). Die Befunde werden jedoch auch durch die statistisch adäquaten Überlebenszeitanalysen bestätigt. Die *Log-rank*-Teststatistik unterschreitet für jede Delikt-/Sanktionskategorie das Signifikanzniveau.

Die HR (siehe letzte Spalte in Tabelle 1) als Quantifizierung der Gruppenunterschiede ist am Beispiel des Wertes von 0,28 für jeglichen BZR-Neueintrag (etwas vereinfacht) zu interpretieren: Das Risiko eines Neueintrages ist nach einer Bewährungsentlassung nur gut ein Viertel so hoch, wie in der UG. Die HR unterstützen damit die Befunde eines zunehmenden Risikos für gravierendere Rückfalltaten nach erfolgter Verhältnismäßigkeitserledigung, da der Vorteil der KG mit zunehmender Delikt-/Sanktionsschwere steigt (erkennbar an den kleiner werdenden HR).

Die auf der Kaplan-Meier-Methode beruhende Überlebensschätzung illustriert in Abbildung 1, verdeutlicht darüber hinaus die Unterschiede in der G*eschwindigkeit*, in der es zu Neueintragungen kommt: Während es in der Untersuchungsgruppe bereits in den ersten Monaten nach Entlassung zu Neueinträgen kommt und die Kurve danach abflacht, erfolgt der erste Neueintrag in der Kontrollgruppe erst gegen Ende des ersten Jahres. Die Kurve beginnt erst danach langsam und relativ linear zu sinken. Diese unterschiedlichen Geschwindigkeiten werden auch in Abbildung 2 deutlich, die den Anteil der Neueintragungen in Halbjahren ab Entlassung darstellt.

Entsprechende Abbildungen wurden für alle Eintragungs-/Sanktionskategorien erstellt. In keinem Fall überkreuzten sich jedoch die Überlebenskurven, was für die Anwendbarkeit der Log-Rank-Teststatistik spricht.

3.3 Gruppenvergleich der Neueintragungen zwischen UG und ZG

Aufgrund der sehr divergierenden Risikozeiträume zwischen der ZG (n = 60) und der entsprechenden UG (n = 64) wird auf die Angabe der (nicht vergleichbaren) Anzahlen und Anteile und die Berechnung der (nicht aussagekräftigen) Chi²-Werte verzichtet und in Tabelle 2 nur auf die Überlebenszeitanalyse eingegangen.

Tabelle 2: Teststatistiken zur gruppenvergleichenden Überlebenszeitanalyse zwischen UG vs. ZG

Delikt-/Sanktionskategorie	Überlebenszeitanalyse	
	Log-Rank	HR[1]
BZR-Neueintrag überhaupt[2]	7,25**	0,36
Einschlägiges Delikt[3]	8,17**	0,23
Gewaltdelikt[4]	3,59°	0,30
Sexualdelikt[5]	5,08*	0,02
Geldstrafe	7,33**	0,16
Freiheitsentzug[6]	3,12°	0,43
Freiheitsentzug direkt[7]	4,17*	0,28

Anmerkungen:
Mehrfacheinträge möglich, d. h. ein Patient kann im Risikozeitraum beispielsweise sowohl ein einschlägiges Delikt als auch ein Sexualdelikt aufweisen. Gleiches gilt für die Sanktionsarten.
[1] HR = *hazard ratio*
[2] gewertet werden alle BZR-Neueintragungen (exkl. Sucheinträge)
[3] Delikte, die mindestens einem der Indexdelikte der initialen MRV-Unterbringung entsprechen
[4] Delikte unter Anwendung tätlicher Gewalt (inkl. Raub)
[5] Delikte aus dem Bereich der Sexualstraftaten (inkl. Hands-off-Taten)
[6] Inkl. zunächst zur Bewährung ausgesetzter Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehender Maßregel
[7] Darunter nicht zur Bewährung ausgesetzte Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel

Ersichtlich wird aus Tabelle 2, dass die UG auch im Vergleich zur ZG, also zu strukturell vergleichbaren Patienten mit einer Bewährungsentlassung, wesentlich ungünstiger abschneidet (Hypothese 2). Sämtliche HR bewegen sich unter 0,5; lassen also mindestens auf eine Halbierung des Risikos für entsprechende Neueintragungen schließen, wenn eine Bewährungsentlassung erfolgt. Dass die statistische Testung nicht in allen Fällen signifikante Ergebnisse zeitigt, liegt in der kleinen Stichprobengröße sowie den geringen absoluten Rückfallzahlen begründet. So kam es während des Untersuchungszeitraumes in der ZG beispielsweise nur zu einem einzigen Sexualdelikt.

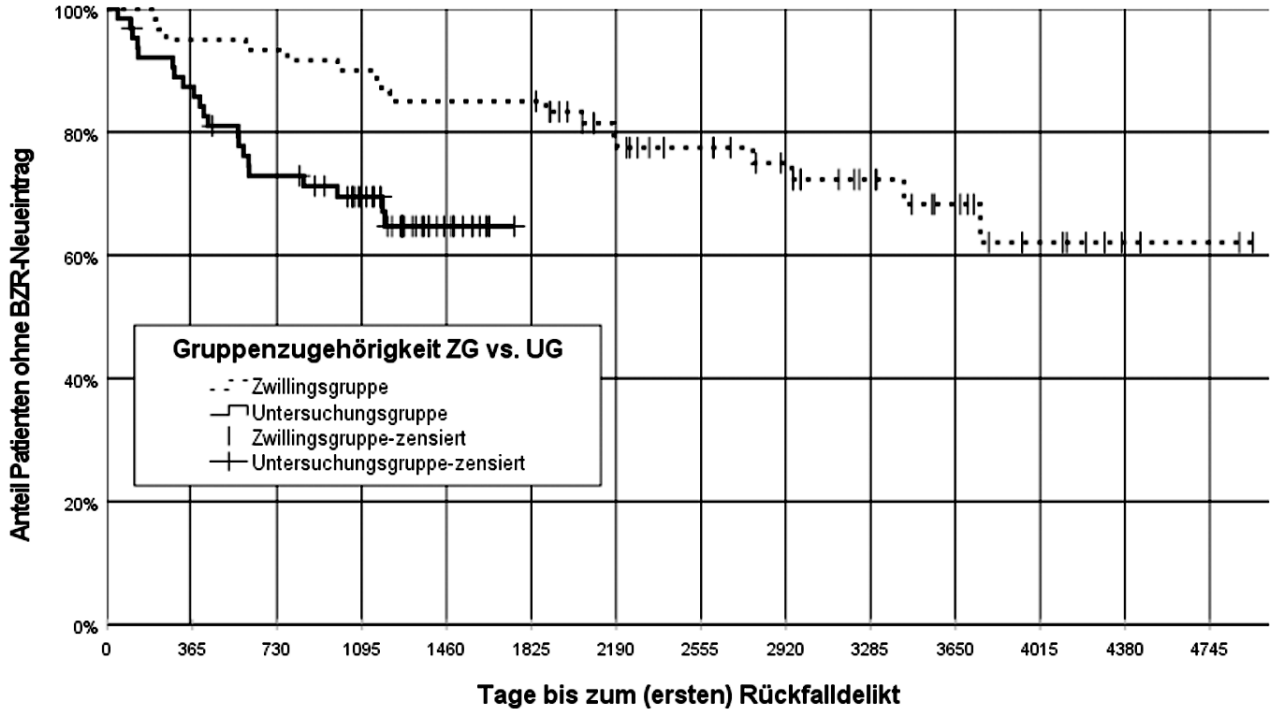


Abbildung 3: Kumulierte Anteile der ZG und UG ohne BZR-Neueintrag im Zeitverlauf, Kaplan-Meier-Schätzung
Anmerkung: Die hier analysierten Gruppen setzen sich aus Patienten zusammen, die aus Kliniken in Trägerschaft des LWL entlassen wurden; Zwillingsgruppe: n = 60; Untersuchungsgruppe n = 64.

Abbildung 3 lässt die unterschiedlichen Entwicklungen auch graphisch deutlich werden. Während in der Untersuchungsgruppe auf Basis der Kaplan-Meier-Schätzung bereits nach drei Jahren für ein gutes Drittel der Patienten erneute BZR-Eintragungen erfolgten, erreicht die Zwillingsgruppe diesen Anteil erst nach gut zehn Jahren; nach drei Jahren liegt die Quote in der ZG erst bei 10 %. Auch für den Vergleich dieser beiden Gruppen gilt, dass sich die Überlebenskurven für keine der Delikt-/Sanktionsarten kreuzten.

3.4 Eingeschränkte Reaktionsmöglichkeiten bei Erledigung der Unterbringung

Die Besonderheit, dass es nach erfolgter Erledigung der MRV-Unterbringung (jenseits des PsychKG) keine Möglichkeit mehr gibt, durch stationäre Maßnahmen auf Krisen der ehemaligen MRV-Patienten zu reagieren, wurde einleitend problematisiert. Zu Widerrufen ausgesetzter Unterbringungen gem. § 63 StGB kam es auch in der vorliegenden Studie in mind. 11 Fällen[3] (also bei 6 % aller Patienten der KG) – sei es in Form einer zeitlich befristeten Krisenintervention gem. § 67 h StGB oder einer unbefristeten Wiedereinsetzung gem. § 67 g StGB. Da die Widerrufe in 7 von 11 Fällen nicht im Kontext eines erneuten BZR-Eintrags geschahen, lässt sich ableiten, dass in diesen Fällen aus präventiven Gesichtspunkten die Notwendigkeit erkannt wurde, eine erneute Behandlung im forensisch-psychiatrischen Kontext anzuregen.

Selbstverständlich hat es derartige Konstellationen auch in der Gruppe der Patienten gegeben, die nach einer Verhältnismäßigkeitserledigung in Freiheit kamen. Es ist anzunehmen, dass hierdurch ein Teil der höheren Deliktrückfallraten erklärt werden kann, da entsprechende deliktpräventive Interventionsmöglichkeiten nicht zu Verfügung standen.

4 Diskussion

In der vorliegenden Studie imponiert die Legalbewährung der Gruppe bewährungsentlassener Patienten mit über 90 % bei durchschnittlich immerhin fast vierjähriger TAR etwas günstiger als man vor dem Hintergrund vergleichbarer Voranalysen (Jehle et al. 2013; 2016; Seifert & Möller-Mussavi, 2005) hätte erwarten können. Dies sogar vor dem Hintergrund, dass unsere Definition (jeglicher Neu-Eintrag

3 Aus Erfahrung ist davon auszugehen, dass nicht jeder Widerruf Eingang ins BZR findet.

ins BZR) konservativer ausfällt, als in den berichteten Studien. Auch die Ausdifferenzierung nach einschlägigen, Gewalt- sowie Sexualdelikten resultiert in sehr niedrigen Quoten. Die Sanktionsverteilung unterstreicht dabei die geringe Deliktschwere. Kommt es zu erneuter Delinquenz ist die Haupt-Sanktionsform eine Geldstrafe. Von direkt verhängtem erneutem Freiheitsentzug waren nur 2 (!) von 183 ehemaligen Patienten im Risikozeitraum betroffen. Diese Befunde können durchaus als Erfolgsbeleg einer Behandlung im psychiatrischen Maßregelvollzug gewertet werden. Resultiert diese in einer positiven Entlassprognose (was eine notwendige Bedingung für eine Bewährungsentlassung darstellt), so wird die positive Prognose mit erfreulich hoher Wahrscheinlichkeit zutreffen.

In allen Belangen deutlich ungünstiger zeigt sich jedoch die Legalbewährung der ehemaligen MRV-Patienten, die nach einer Erledigung wegen Verhältnismäßigkeit entlassen wurden. Mehr als jeder Vierte aus dieser Gruppe weist innerhalb des Risikozeitraums von durchschnittlich knapp vier Jahren mindestens einen erneuten BZR-Eintrag auf, jeder Fünfte begeht mindestens ein einschlägiges Delikt, fast jeder Zehnte ein Gewaltdelikt und immerhin fast jeder Neunte wurde direkt wieder zu Freiheitsentzug verurteilt.

Vor dem Hintergrund, dass der Gesetzgeber durch die Novelle implizit vorgibt, bei langen Verweildauern höhere Risiken einzugehen, sind die ermittelten Gruppenunterschiede im Grunde erwartungsgemäß. Sie lassen sich sogar insofern als günstig interpretieren, als dass bei umgekehrter Betrachtung immerhin mehr als zwei Drittel der Entlassenen mit bestenfalls »gemischter« Prognose im Risikozeitraum doch nicht auffällig wurden. Zumal sich auch diese Auffälligkeiten überwiegend im Bagatellbereich zeigen, was an der hohen Quote an Geldstrafen deutlich wird.

Die deutlichen Gruppenunterschiede in der Dauer bis zu erneuten Eintragungen im BZR können indes als Beleg für die Bedeutung eines tragfähigen und passenden Entlassraums interpretiert werden. Es ist bekannt, dass das Entlasssetting im Falle einer Verhältnismäßigkeitserledigung oft »mit heißer Nadel gestrickt« werden muss – also aus sozialpsychiatrischer Sicht nicht den Empfehlungen und Anforderungen entspricht (Hein et al. 2022a). Gerade in den von vielen Behandlern und Patienten gleichermaßen als herausfordernd erlebten ersten Monaten nach der Entlassung kommt es in der Kontrollgruppe zu keinem einzigen Neueintrag. Offensichtlich können diese Patienten auf mehr interne und externe Ressourcen zugreifen, die sie stabilisieren.

So deutlich die Gruppenunterschiede auch ausfallen – betrachtet man die beiden Gruppen zusammengenommen, so scheint die Gesamtpopulation entlassener MRV-Patienten in den letzten Jahren nicht rückfallgefährdeter geworden zu sein. Hierzu bietet sich ein Vergleich mit der Studie von Seifert und Möller-Mussavi (2005) an, da der hiesige Risikozeitraum sehr ähnlich ist zu jener Studie, in der die mittlere TAR 3,9 Jahre betrug. In der damaligen Stichprobe, die nur auf Bewährungsentlassenen basierte, kam es zu 22 % Rückfälligkeit insgesamt (18 % in der vorliegenden Studie) und zu je 4 % Sexual- und Gewaltdelinquenz (hier 3 % Sexual- und 5 % Gewaltredelinquenz). Bei nahezu 50 % der katamnestisch gescheiterten Patienten wurden bei Seifert und Möller-Mussavi (2005) von Seiten der Justiz freiheitsentziehende Maßnahmen (ohne Bewährung) in die Wege geleitet. Dieser Anteil beträgt in der vorliegenden Studie sogar nur 29 %.

Wenn aber heute die Gesamtgruppe (mindestens) ebenso gut abschneidet wie vor knapp 20 Jahren die Gruppe mit der günstigeren Prognose, wie lässt sich dies interpretieren? Eine Erklärung dürfte sicherlich im Ausbau und der Professionalisierung der forensischen Nachsorgeambulanzen in den letzten beiden Dekaden zu nennen sein. Deren stützende und mithin rückfallpräventive Wirkung ist in der Fachwelt unbestritten und empirisch belegt (Schmidt-Quernheim& Seifert, 2014; Seifert et al., 2003). Allerdings scheint sie von den Erledigern weniger gut angenommen zu werden als von den Bewährungsentlassenen (Hein et al., 2022b), was auch die Beobachtung erklären würde, dass gerade in den ersten Monaten nach Entlassung in der Kontrollgruppe kein Rückfall geschieht.

Über beide Gruppen hinweg wurde bei mehr als der Hälfte der mit Freiheitsentzug sanktionierten ehemaligen Patienten erneut eine freiheitsentziehende Maßregel angeordnet. Dies verdeutlicht wohl die Persistenz psychiatrischer Probleme als deliktrelevant.

Zusammenfassend scheint die Gesetzesnovelle nicht wie befürchtet zu insgesamt höheren Rückfallraten bei aus dem Maßregelvollzug entlassenen Patienten zu führen; selbst die Mehrheit der entsprechend entlassenen Patienten weist unproblematische Legalbewährungsverläufe auf. Allerdings findet sehr offenbar eine Ausdifferenzierung statt, die dazu führt, dass sich das früher verteilte Rückfallrisiko inzwischen in jener Gruppe der Patienten kumuliert, die den MRV aufgrund einer Verhältnismäßigkeitserledigung verlassen.

So nachvollziehbar und folgerichtig dies rechtsdogmatisch auch erscheinen mag, so ist aus behandlungspraktischer Sicht nach wie vor zu bemängeln, dass effektive Interventionsmöglichkeiten zur Vermeidung neuerlicher Straftaten bei dieser Gruppe weiterhin fehlen. Denn mit den vorliegenden Möglichkeiten kann die Risikokumulation in dieser Gruppe nicht effektiv eingegrenzt wer-

den. Eine entsprechende Nachschärfung der Gesetzesgrundlage – in Form der Schaffung ebensolcher Interventionsformen – erscheint daher wünschenswert.

4.1 Limitationen und Ausblick

Grundsätzlich gelten für die vorliegende Studie sämtliche Besonderheiten, die für die Rückfallforschung auf Grundlage von Auszügen aus dem BZR zu beachten sind: Darunter fallen methodische Unschärfen aufgrund von zwischenzeitlich getilgten Einträgen sowie zum Teil ungenaue oder unvollständige Meldungen. Zudem sollte nicht in Vergessenheit geraten, dass mehrere Monate vergehen können, ehe eine Ab-/Verurteilung vom jeweiligen Gericht an das BfJ gemeldet und ins BZR eingetragen wird. Diesen Besonderheiten wurde durch ein konservatives Vorgehen bei der Datenaufbereitung versucht Rechnung zu tragen. Jenseits der nie aktenkundig gewordenen Delinquenz (Dunkelfeld), zeigt sich auch anhand eines Quervergleichs der vorliegenden BZR-Daten mit Angaben der zuständigen Bewährungshelfer (siehe Hein et al., 2022b) zum Widereingliederungsverlauf, dass ein gewisses »Graufeld« existiert. Basierend auf dieser Quelle wurde für die KG eine Rückfälligkeit von 12 % und für die UG von 35 % berichtet – also leicht höhere Werte, als jene, die durch das BZR abgebildet werden. Freilich fällt diese systematische Unterschätzung beim Vergleich mit Ergebnissen aus anderen Studien, die ebenfalls auf BZR-Auszügen basieren, nicht ins Gewicht.

Jene neun bewährungsentlassene Patienten, die im Risikozeitraum ohne erneutes (aktenkundig gewordenes) Delikt mit einem Bewährungswiderruf in den MRV wiederaufgenommen wurden, wurden in der hiesigen Studie weder von der Auswertung ausgeschlossen noch als deliktrückfällig eingestuft. Natürlich ist davon auszugehen, dass es bei diesen Patienten faktisch zu einer Verkürzung der TAR gekommen ist, doch trifft dies ebenfalls für all jene Patienten zu, die auf anderer Grundlage stationär psychiatrisch behandelt wurden. Ein streng konservativ begründeter Ausschluss dieser Patienten aus der Auswertung wäre indes mit einer systematischen Verzerrung einhergegangen. Denn genau jene Patienten mit offensichtlichen psychiatrischen Krisen oder Auffälligkeiten, die aber (vielleicht auch wegen rechtzeitiger Intervention durch § 67g/h StGB) *nicht* in Deliktrückfälligkeit mündeten, wären dann aus der Analyse herausgefallen.

Aus dem Vergleich zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe aus derselben Entlasskohorte ergibt sich die Wahrscheinlichkeit von Selektionseffekten, die die Ergebnisse insofern beeinflussen, als dass die unterschiedliche Legalbewährung stets zu einem unklaren Anteil durch die prä- und peristationären Gruppenunterschiede erklärbar bleibt. Konkret heißt dies, dass nicht mit hinreichender Sicherheit davon auszugehen ist, dass die gezeigten Unterschiede primär auf den Entlassmodus zurückgehen.

Eben aufgrund dieser Einschränkung wurde der Vergleich mit einer gematchten Zwillingsgruppe angestellt. Dass sich auch in diesem Gruppenvergleich deutliche Unterschiede in allen Belangen der Legalbewährung zeigen, deutet stark daraufhin, dass es nicht bzw. nur zu einem geringen Teil Selektionseffekte sind, die zum höheren Rückfallrisiko der Verhältnismäßigkeitserledigten beitragen. Offensichtlich kann dieser Entlassmodus bzw. die damit verbundenen Besonderheiten (Zeitdruck bei der Gestaltung des Empfangsraumes, eingeschränkte Interventionsmöglichkeiten) unabhängig vom Behandlungs- und Entlassverlauf als Risikofaktor für eine schlechtere Legalbewährung gelten.

5 Fazit

Durch die vorliegende Studie wird die Gesetzesnovelle des Maßregelrechts aus 2017 erstmals bezüglich der Auswirkungen auf die Legalbewährung entlassener Patienten evaluiert. Jenseits von reinem Auszählen der Bestands- und Entlasszahlen wird auch die Ergebnisqualität einbezogen. Dabei zeigt sich zweierlei: Zwar hat die Gesetzesänderung nicht dazu geführt, dass die Gesamtheit der entlassenen MRV-Patienten »gefährlicher« geworden ist. Wohl aber dazu, dass das Risiko für eine ungünstige Legalbewährung in der Gruppe der Patienten mit einer Verhältnismäßigkeitserledigung kumuliert – dies sogar weitgehend unabhängig von Selektionseffekten – und dass das Rückfallrisiko durch einige unbeabsichtigte Implikationen dieses Entlassmodus offensichtlich noch potenziert wird.

Die Novelle mag damit erst einmal das vorab definierte Ziel erreicht haben, die Belegung der MRV-Kliniken nach § 63 StGB in der Breite zu senken. Dies geht im Falle der »Erlediger« jedoch mit höheren Re-Delinquenzraten einher, die zumindest teilweise durch die Implementierung spezifischer Interventionsmöglichkeiten analog zu § 67 h StGB verringert werden könnten.

Insgesamt kann jedoch festgehalten werden, dass auch das Gros der Patienten, die wegen fehlender Verhältnismäßigkeit einer Fortdauerentscheidung aus der Maßregel frei kamen, über einen relevanten Zeitraum delikt- und straffrei bleibt. Von einer Legalbewährungsquote von knapp drei Vierteln ist der Strafvollzug bei derartiger Schwere der Indexdelikte nach wie vor weit entfernt.

Literaturverzeichnis

Baur, A. (2017). Das neue Recht der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und seine Konsequenzen für die Praxis. *JR 2017*(8), 413-419. https://doi.org/10.1515/juru-2017-0079

Baur, A., & Querengässer, J. (2017). Falscher Weg zum richtigen Ziel? – Rechtsdogmatische und therapeutische Überlegungen zu Verhältnismäßigkeitserledigungen im Maßregelvollzug als Folge der Reform des Unterbringungsrechts. *Monatschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 100(5), 313-327.

Bezzel, A. (2008). *Therapie im Maßregelvollzug – und dann? Eine Verlaufsuntersuchung an forensischen Patienten (§§ 63 und 64 StGB)* [Doctoral-dissertation] Universität Regensburg.

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (2021). Evaluierung des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz zur Wirksamkeit des Gesetzes zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 des Strafgesetzbuches und zur Änderung anderer Vorschriften vom 16. Juli 2016 (BGBl. I S. 1610). Heruntergeladen von https://www.bmjv.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/Dokumente/Evaluierung_63.pdf?

Ceus/FOGS, 2022. Kerndatensatz im Maßregelvollzug, Teil 2: Tabellenband 2020 mit Zeitreihen ab 2010. Unveröffentlichte Daten.

Coid, J., Hickey, N., Kahtan, N., Zhang, T., & Yang, M. (2007). Patients discharged from medium secure forensic psychiatry services: reconvictions and risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 223-229.

Hein, N., Querengässer, J., & Schiffer, B. (2021). Erledigungen aus dem Maßregelvollzug nach § 63 StGB aus Gründen der Verhältnismäßigkeit gemäß § 67 d Absatz 6 StGB-differenzielle Merkmale der betroffenen Patienten. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 15, 376-385.

Hein, N., Querengässer, J., & Schiffer, B. (2022a). Verhältnismäßigkeitserledigungen als Ausdruck gescheiterter Maßregelvollzugsbehandlung? – Eine Analyse von Therapieverläufen. *Recht und Psychiatrie*, 40(2), 72-80.

Hein., N., Querengässer, J. & Schiffer, B. (2022b). Verhältnismäßigkeitserledigungen gem. § 67 d Abs. 6 StGB als Risikofaktor für eine erfolgreiche Wiedereingliederung. *Recht und Psychiatrie*, 40(3), 146-154.

Jehle, J.-M., Albrecht, H.-J., Hohmann-Fricke, S., & Tetal, C. (2010). Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine bundesweite Rückfalluntersuchung 2004 bis 2007.Heruntergeladen von https://www.bmj.de/SharedDocs/Archiv/Downloads/Legalbwaehrung_nach_strafrechtlichen_Sanktionen_2007_2010_u_2004_2010.pdf?

Jehle, J.-M., Albrecht, H.-J., Hohmann-Fricke, S., & Tetal, C. (2013). Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine bundesweite Rückfalluntersuchung 2007 bis 2010 und 2004 bis 2010. Heruntergeladen von https://www.bmj.de/SharedDocs/Archiv/Downloads/Legalbwaehrung_nach_strafrechtlichen_Sanktionen_2007_2010_u_2004_2010.pdf?

Jehle, J.-M., Albrecht, H.-J., Hohmann-Fricke, S., &Tetal, C. (2016). Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine bundesweite Rückfalluntersuchung 2010 bis 2013 und 2004 bis 2013. Heruntergeladen von https://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Service/StudienUntersuchungenFachbuecher/Legalbewaehrung_nach_strafrechtlichen_Sanktionen_2010_2013.pdf?

Müller, J. (2021). *Standards für die Behandlung im psychiatrischen Maßregelvollzug und Implikationen der Neuregelung 2016*. Vortrag auf der Interdisziplinären Fachtagung Best Practice und Innovation im Maßregelvollzug am 08.11.2021 in Rostock

Nagtegaal, M. H., & Boonmann, C. (2016). Conditional release of forensic psychiatric patients consistent with or contrary to behavioral experts‹ recommendations in the Netherlands: Prevalence rates, patient characteristics and recidivism after discharge from conditional release. *Behavioral Sciences & the Law*, 34 (2-3), 257-277.

Querengässer, J., Jörges, A.-M., & Schiffer, B. (2019). Verhältnismäßigkeitserledigungen – die Novellierung des § 67 d StGB als Herausforderung für Sozialarbeit und Psychotherapie im Maßregelvollzug. *Recht und Psychiatrie*, 37, 68-74

Schmidt-Quernheim, F. (2017). Wenn Recht auf Wirklichkeit trifft – das neue Recht der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 67 d Abs. 6 StGB. *Kerbe*, 4, 28-31.

Schmidt-Quernheim, F., & Seifert, D. (2014). Evaluation der ambulanten Nachsorge forensischer Patienten (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen. *Der Nervenarzt*, 85(9), 1133-1143.

Seifert, D., Klink, M., & Landwehr, S. (2018). Rückfalldaten behandelter Patienten im Maßregelvollzug nach § 63 StGB. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 12(2), 136-148.

Seifert, D., &Möller-Mussavi, S. (2005). Aktuelle Rückfalldaten der Essener prospektiven Prognosestudie. Werden Deliktrückfälle forensischer Patienten (§ 63 StGB) seltener? *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*,73, 16–22.

Seifert, D., Schiffer, B., &Leygraf, N. (2003). Plädoyer für die forensische Nachsorge. *Psychiatrische Praxis*, 30(05), 235-241.

Tabita, B., De Santi, M. G., &Kjellin, L. (2012). Criminal recidivism and mortality among patients discharged from a forensic medium secure hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(4), 283-289.

Veismann, S. (2018). Legalbewährung bei aus dem Hamburger Maßregelvollzug (§ 63 entlassenen Patienten. [Doctoraldissertation] Universität Hamburg.

Zwiener, I., Blettner, M.,& Hommel, G. (2011). Survival analysis— part 15 of a series on evaluation of scientific publications. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(10), 163–169.

Online publiziert: 26.01.2022

Thieme

Psychosoziale Komplexbetreuung bei schwerer psychischer Erkrankung: Implementierung und Begleitevaluation eines sektorübergreifenden Versorgungsmodells an einem psychiatrischen Fachkrankenhaus

Person-Centered Psychosocial Complex Care for People with Severe Mental Illness: Implementation and Evaluation of a Cross-Sectoral Care Model at a Psychiatric Hospital

Autoren

Isabelle Reinhardt[1], Josephine Heinz[1], Jürgen Zielasek[1], Sandra Engemann[1], Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank[1,2]

Institute

1 LVR-Institut für Forschung und Bildung, LVR-Institut für Versorgungsforschung
2 LVR-Klinik Köln, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

Schlüsselwörter

schwere psychische Erkrankung, sektorübergreifende Versorgung, psychosoziales Versorgungsmodell, Zwangsaufnahmen

Keywords

severe mental illness, cross-sectoral care, psychosocial care model, compulsory admissions

Bibliografie

Psychiat Prax
DOI 10.1055/a-1706-0217
ISSN 0303-4259
© 2022. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Dr. Isabelle Reinhardt, LVR-Institut für Forschung und Bildung, LVR-Institut für Versorgungsforschung, Wilhelm-Griesinger-Straße 23, 51109 Köln, Deutschland
isabelle.reinhardt@lvr.de

ZUSAMMENFASSUNG

Studienziel Implementierung und Evaluation eines sektorübergreifenden Komplexmodells für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung („severe mental illness“, SMI).
Methodik Das Versorgungsmodell wurde an einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachklinik implementiert. Mithilfe eines intensiven Fallmanagements setzte das patientenzentrierte und bedarfsorientierte Komplexmodell für Menschen mit SMI am Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung an. Die Evaluation erfolgte mittels einer gematchten Kontrollgruppe (Interventionsgruppe: n = 46; Kontrollgruppe: n = 21).
Ergebnisse Nach klinischer Einschätzung profitierten zwei Drittel der Patient*innen vom Versorgungsmodell. Bei den Betroffenen zeigte sich im Behandlungsverlauf eine signifikante Reduktion der Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgungsstrukturen sowie eine Verbesserung der klinischen Symptomatik.
Schlussfolgerung Für Menschen mit SMI besteht eine Versorgungslücke beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung, die durch das Versorgungsmodell partiell geschlossen werden konnte.

ABSTRACT

Aim of the study Implementation and evaluation of a cross-sectoral complex care model for persons with severe mental illness (SMI).
Methods The care model was implemented at a psychiatric-psychotherapeutic specialized clinic. Within this patient-centered and needs-oriented complex care model, intensive case management was applied to transition persons with SMI between inpatient and outpatient mental health care. Evaluation was conducted using a matched control group design (n = 46/21).
Results According to clinical assessment, two thirds of the patients benefited from the care model. In the course of treatment, the patients showed a significant reduction in the use of inpatient psychiatric care structures and an improvement in clinical symptoms.
Conclusion For people with SMI, there is a care gap in the in the transition from inpatient to outpatient care, which could be partially closed.

Heruntergeladen von: LVR-Klinik Köln. Urheberrechtlich geschützt.

Einleitung

„Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung (‚severe mental illness', SMI) haben […] komplexe Behandlungsbedarfe [die] oft mit einer intensiven Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Hilfen verbunden sind." ([1], S. 5). Die Versorgung von Menschen mit SMI ist durch häufige Akutaufnahmen in psychiatrischen Kliniken [2], Zwangsunterbringungen [3] und freiheitseinschränkenden Maßnahmen während stationärer Aufenthalte [4] belastet, während die Sicherstellung der längerfristigen ambulanten Behandlung oft schwierig ist [2].

Während sich international in der ambulanten Versorgung von Menschen mit SMI einige Ansätze als erfolgreich herausgestellt haben (z. B. [5, 6]), existieren in Deutschland (noch) keine flächendeckenden intensivierten ambulanten Versorgungsstrukturen für die Betroffenen. Aus Modellvorhaben gibt es Hinweise auf eine Reduktion stationärer Behandlungstage (z. B. [7, 8]) und Zwangsmaßnahmen [9]. Die Modelle wurden bislang jedoch nicht über die jeweilige Modellregion wesentlich hinausgehend umgesetzt und waren meist nur für bestimmte Patient*innengruppen vorgesehen [10]. Stationsersetzende Versorgungsmodelle (z. B. Home Treatment, stationsäquivalente Behandlung) konnten sich bislang ebenfalls nicht flächenhaft durchsetzen [11]. Psychiatrische Institutsambulanzen können aufgrund ihrer überwiegend limitierten und pauschalierten Finanzierung den intensiven Versorgungsbedarf von Menschen mit SMI meistens nicht decken. Gemeindepsychiatrische Modelle fokussieren auf die psychosoziale Betreuung im außerklinischen Bereich und sehen die Klinik allenfalls als die letzte Möglichkeit der Krisenhilfe [12–15]. Bei klinikbasierten Modellen mit Elementen von Home Treatment und intensivierter ambulanter Betreuung ist die soziale Teilhabe seltener im Fokus (z. B. [16]). Schließlich wird die Versorgung somatischer Komorbiditäten – obwohl dringend erforderlich [17] – häufig nicht ausreichend berücksichtigt.

Vor diesem Hintergrund wurde ein bedarfsorientiertes und personenzentriertes, sektorübergreifendes, *psy*chosoziales *Kom*plexbetreuungsmodell *(PsyKom-Modell)* für Menschen mit SMI entwickelt, implementiert und begleitend evaluiert. Das PsyKom-Modell setzte am Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung an. Hauptziele waren die Reduktion stationärer Wiederaufnahmen und Zwangsaufnahmen, die klinische Besserung und Stabilisierung der Betroffenen sowie eine verbesserte soziale Teilhabe. Nach erfolgter Stabilisierung sollte eine Überleitung in die ambulante Regelversorgung vollzogen werden können, ohne dass es zu einer erneuten Dekompensation kommt.

Das PsyKom-Modell wurde im Rahmen eines vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen geförderten Projekts von 2017 bis 2020 entwickelt und implementiert. Die Begleitevaluation wurde von der zuständigen Ethikkommission (Ärztekammer Nordrhein) beraten.

Methoden

Setting

Die Implementierung erfolgte in einer für ca. 600 000 Einwohner*innen einer Großstadt zuständigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachklinik der regionalen Pflichtversorgung. Das Modell wurde in einem Teilbereich einer Abteilung für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie umgesetzt (eine geschützte Aufnahmestation und eine offen geführte, sozialpsychiatrisch ausgerichtete Station sowie die Institutsambulanz). Pro Jahr versorgen die beiden beteiligten Stationen ca. 1228 voll- und teilstationäre Fälle. Die zu der Abteilung zählende Institutsambulanz versorgt jährlich ca. 3665 ambulante Patient*innen.

Zielgruppe

In das Modell wurden Menschen mit SMI aufgenommen, die mindestens 2 der folgenden Kriterien erfüllten, darunter obligat Kriterium 1 oder Kriterium 2: 1) mindestens ein unfreiwilliger stationär-psychiatrischer Aufenthalt in den vergangenen 12 Monaten; 2) erhebliche Beeinträchtigung der selbstständigen Inanspruchnahme von Hilfemaßnahmen oder der Teilhabe; 3) hoher individueller psychosozialer Unterstützungsbedarf; 4) Komorbidität von psychischer und somatischer Erkrankung; 5) Risiko für forensische oder öffentlich-rechtliche Zwangsunterbringung; 6) häufige regel- oder grenzüberschreitende Verhaltensweisen; 7) eingeschränkte Funktionsfähigkeit (GAF-Wert < 50).

Versorgungsmodell

Das PsyKom-Modell setzte vornehmlich am Übergang von der stationären zur ambulanten Weiterbehandlung an [18]. Die meisten Patient*innen wurden noch während des stationären Aufenthalts rekrutiert und sie willigten zur Teilnahme am Versorgungsmodell und der Evaluation im Rahmen der Studie ein. Im Rahmen des Modells wurden die Patient*innen sektorübergreifend – zumeist in personeller Kontinuität – von ausgewähltem Stationspersonal in den ambulanten Bereich hinein weiterbetreut. Zentrales Element war ein intensives Fallmanagement, das die Leistungen bedarfsgerecht auf der Grundlage eines individuellen, partizipativ mit dem/der Betroffenen erstellten Hilfeplans (IHP) steuerte und koordinierte. Diese Funktion übernahmen Pflegekräfte und/oder Sozialarbeiter*innen (*Kom*plex*be*treuende: „KOBs"), die sich neben ihrer Haupttätigkeit im stationären Setting auch im PsyKom-Projekt engagierten. Sie waren den Betroffenen häufig bereits aus vorhergehenden stationären Aufenthalten bekannt und vertraut. Die KOBs waren mit insgesamt 2 Vollzeitstellen tätig (verteilt auf 2 Sozialarbeitende, 6 Pflegekräfte und 1 Facharzt). Der Arbeitsumfang der KOBs im PsyKom-Projekt variierte zwischen 4–19 Wochenstunden. Die Intensität der Betreuung war zu Beginn der Intervention meist am stärksten, wenn notwendig, konnten mehrfach in der Woche aufsuchende Kontakte stattfinden. Die KOBs wurden durch eine Fachärztin und einen externen Supervisor supervidiert.

Die benötigten Unterstützungsleistungen wurden gemeinsam mit den Betroffenen identifiziert und durch die KOBs – teils

Heruntergeladen von: LVR-Klinik Köln. Urheberrechtlich geschützt.

in Klinikräumen und teils aufsuchend im Lebensumfeld der Patient*innen – erbracht. Die Leistungen umfassten ein effektives Medikamenten- und Nebenwirkungsmanagement, die Koordination somatischer Versorgungsbedarfe, die Vermittlung psychotherapeutischer und psychoedukativer Elemente, ein zielorientiertes Skills-Training, die Arbeit im sozialen Umfeld, Angehörigenarbeit, den Einbezug komplementärer Dienste und Versorgungskoordination sowie die Zusammenführung von Ressourcen aus SGB V und SGB IX. Ausdrücklich möglich war dabei auch eine niederschwellige Unterstützung und Begleitung durch die KOBs im Alltag der Betroffenen, z. B. beim Einkaufen, bei der Wohnungssuche, bis hin zu einer dringlichen Wohnungsrenovierung. Bei Kontaktlatenzen erfolgte proaktiv die Kontaktaufnahme seitens der KOBs. Es wurde eine individuelle Behandlungsdauer und -dichte ermittelt, die bedarfsorientiert im Zeitverlauf angepasst wurde. Bei erfolgreichem Verlauf und ausreichender Stabilisierung erfolgte die Beendigung der PsyKom-Behandlung und Überleitung in die ambulante Regelversorgung.

Evaluation

Die Evaluation wurde mithilfe einer gematchten Kontrollgruppe durchgeführt. Die Interventionsgruppe wurde zwischen September 2017 bis Dezember 2018 gemäß der Ein- und Ausschlusskriterien für die Aufnahme in die Komplexbehandlung durch die KOBs rekrutiert. Die Teilnahme an der Evaluation war Teil der Einwilligung zur Studie, Patient*innen wurden jedoch nicht vom Versorgungmodell ausgeschlossen, wenn sie an der Fragebogenerhebung nicht teilnehmen wollten oder konnten. Die Kontrollgruppe wurde im Zeitraum von April bis Dezember 2018 in einer anderen Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie dieser Klinik rekrutiert, in der das Versorgungsmodell nicht eingeführt worden war. Hierfür wurden Matching-Kriterien vorab festgelegt (Hauptdiagnose; Anzahl stationär-psychiatrischer Behandlungstage in den letzten 24 Monaten [< 100 Tage vs. > 100 Tage]). Die Endpunkte wurden in Bezug auf die oben genannten Ziele des Modells vorab definiert und operationalisiert.

Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte zu 3 Messzeitpunkten (vor Einschluss in das Modell [t_0] sowie 12 und 18 Monate später [t_{12} und t_{18}]). Sie umfasste Routinedaten aus dem elektronischen Krankenhausinformationssystem (Anzahl Wiederaufnahmen und stationäre Behandlungstage in der sektorversorgenden Klinik), klinische Fremdbeurteilungen durch die Behandelnden (GAF [19] und CGI [20]) sowie Fragebogenerhebungen bei den Patient*innen (Soziodemografische Daten, Behandlungszufriedenheit [21], Lebenszufriedenheit [22], Soziale Inklusion und Teilhabe [23]). Nach Beendigung der PsyKom-Behandlung gaben die KOBs – wann immer möglich gemeinsam mit den Patient*innen – eine globale Bewertung der Behandlung ab. Grundlage für die Einteilung in erfolgreiche, teilweise erfolgreiche oder nicht erfolgreiche Behandlung war die Bewertung der Erreichung der zuvor gemeinsam entwickelten und im Behandlungsplan festgehaltenen Ziele. Die Bewertung wurde nach Abschluss der Behandlung im Behandlungsteam diskutiert und konsentiert. Schließlich fand eine anonyme schriftliche Befragung der KOBs kurz nach Projektstart (‚Erwartungen an das Modell') und 12 Monate später (‚Erfahrungen mit dem Modell') statt.

Datenauswertung

Die Daten wurden mittels SPSS 25 ausgewertet. Häufigkeiten bei nominalskalierten Variablen wurden mittels Chi-Quadrat-Test berechnet. Für Prä-Post-Vergleiche bei verbundenen Stichproben wurde der Wilcoxon- bzw. der Friedmann-Test genutzt. Gruppenvergleiche wurden mithilfe des Mann-Whitney-U-Test berechnet, bei mehreren Messzeitpunkten wurden gemischte zweifaktorielle Varianzanalysen (‚mixed ANOVA') berechnet, da das Verfahren als ausreichend robust gegenüber Verletzungen der Normalverteilungen gilt [24]. Die Effektstärke r wurde aus den Prüfgrößen und den Stichprobengrößen berechnet [25]. Berichtet werden Analysen nach dem Intention-to-treat Prinzip (ITT), wobei fehlende Werte mithilfe eines einfachen Imputationsverfahrens (LOCF) ersetzt wurden. Zusätzlich erfolgten Analysen nach Ausschluss der Drop-outs (Treatment per Protocol, TPP). Alle statistischen Verfahren wurden mit zweiseitiger Testung verwendet. Ein Fehler I. Ordnung unter 5 % ($p < 0{,}05$) wurde als statistische Signifikanz der beobachteten Gruppenunterschiede interpretiert.

Ergebnisse

Beschreibung der Interventions- und Kontrollgruppe bei Studieneinschluss

Insgesamt wurden 46 Patient*innen für das PsyKom-Modell rekrutiert. Die Rekrutierung der Kontrollgruppe war schwierig, da diese Patient*innen im Gegensatz zur Interventionsgruppe keinen Mehrwert aus der Studie für sich ausmachen konnten. Schließlich musste die Rekrutierung bei 21 Kontrollpatient*innen beendet werden. Die Daten bei Einschluss in die Untersuchung (▶ **Tab. 1**) zeigen, dass sich die 2 Gruppen trotz Matching in einigen Variablen zuugunsten der Interventionsgruppe unterschieden.

Klinische Bewertung des Behandlungserfolgs in der Interventionsgruppe

Die 46 Patient*innen der Interventionsgruppe verblieben durchschnittlich 15 ± 9 Monate im Versorgungsmodell (456 ± 278 Tage; Median 483 Tage; Spannbreite 1–890 Tage). Die durchschnittliche Betreuungsintensität durch die KOBs betrug ca. 3,5 Stunden pro Patient*in pro Woche. Nach Abschluss des Projekts wurden die Patient*innen durch das KOB-Betreuungsteam und die supervidierende Fachärztin überwiegend gemeinsam mit den Patient*innen je nach Zielerreichung in 3 Kategorien eingeteilt (▶ **Tab. 2**).

29 von 46 Fällen (63 %) wurden als erfolgreich (Kategorie A: Behandlungsziele erreicht oder überwiegend erreicht und erfolgreiche Überleitung in die ambulante Regelversorgung) oder zumindest in Teilen erfolgreich bewertet (Kategorie B). Die anhand des individuellen Hilfeplans gemeinsam mit den Patient*innen vereinbarten Behandlungsziele umfassten psychosoziale Bereiche (z. B. Verbesserung der Wohnsituation, Krisen-

Heruntergeladen von: LVR-Klinik Köln. Urheberrechtlich geschützt.

▶ **Tab. 1** Beschreibung der Stichprobe bei Studieneinschluss.

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe		p
soziodemografische Angaben					
Alter (MW; SD)	41	12	41	13	0,887
Geschlecht: weiblich *(n; %)*	20	44	9	43	0,962
höchster Schulabschluss: ohne/gering *(n; %)*	22	47,8	11	52,4	0,776
aktuelle berufliche Situation: arbeitslos *(n; %)*	21	45,6	11	52,4	0,144
Lebensunterhalt: ALG II/Hartz IV *(n; %)*	20	43,5	9	45,0	0,585
Migrationshintergrund *(n; %)* eigene Migrationserfahrung kein Migrationshintergrund	 8 20	 17,4 43,5	 2 14	 9,5 66,7	0,470
Wohnsituation (letzte 6 Monate) *(n; %)* eigene Wohnung wohnungslos	 25 3	 54,3 6,5	 8 3	 38,1 14,3	0,138
Paarbeziehung: alleinstehend *(n; %)*	32	69,6	13	61,9	0,565
klinische Charakteristika					
Hauptdiagnosegruppe nach ICD-10 *(n; %)* F1 (Sucht) F2 (Psychose) F3 (Affektive Störung) F6 (Persönlichkeitsstörung)	 0 35 5 6	 – 76,1 10,9 13,0	 1 16 3 1	 4,8 76,2 14,3 4,8	0,351
Anzahl Nebendiagnosen *(MW; SD)*	2,2	1,6	1,2	1,5	**0,008**
davon **psychiatrische Nebendiagnosen** (F-Diagnosen) *(MW; SD)*	1,3	1,1	0,8	1,1	**0,018**
davon **somatische Nebendiagnosen** (nicht F-Diagnosen) *(MW; SD)*	0,9	1,3	0,4	0,8	0,127
Funktionsniveau (GAF), *(MW; SD)*	29	9,5	36	12,5	**0,017**
Schweregrad (CGI), *(MW; SD)*	2,2	0,8	2,8	0,6	**0,006**
Fragebogenerhebung (Selbstbeurteilung)					
Behandlungszufriedenheit (ZUF-8) *(MW; SD)*	24,2	5,0	24,7	4,4	0,707
Lebensqualität (WHOQOL-BREF), Gesamtskala *(MW; SD)*	82,1	15,8	82,7	19,1	0,819
Lebensqualität (WHOQOL-BREF), Unterskala psychische Gesundheit *(MW; SD)*	56,8	20,2	53,8	24,0	0,903
Anzahl Kontaktpersonen (F-INK) *(MW; SD)*	4,4	2,3	6,2	2,6	**0,022**
Inklusion (F-INK) *(MW; SD)*	1,7	0,6	1,9	0,6	0,323
Partizipation (F-INK) *(MW; SD)*	0,8	0,3	0,9	0,4	0,731
frühere stationäre Behandlungen (Routinedaten)	**Interventionsgruppe**		**Kontrollgruppe**		**p**
	MW (*Mdn*)	SD (range)	MW (*Mdn*)	SD (range)	p
durchschnittliche Anzahl stationärer Behandlungstage (letzte 12 Monate)	119 (106)	76 (0–337)	72 (69)	60 (8–225)	**0,007**
davon **durchschnittliche Anzahl stationärer Behandlungstage** mit **Zwangsunterbringung**	59 (46)	61 (0–316)	32 (14)	40 (0–118)	**0,041**
durchschnittliche Anzahl stationärer Aufenthalte (letzte 12 Monate)	4 (3)	3,7 (0–18)	3 (2)	2,3 (1–9)	**0,039**
davon **durchschnittliche Anzahl stationärer Aufenthalte** mit **Zwangsunterbringung**	2 (2)	1,7 (0–7)	1 (1)	1,5 (0–5)	**0,022**

MW = Mittelwert; n = Anzahl; SD = Standardabweichung; p = Signifikanz; *Mdn* = Median; range = Spannbreite

Heruntergeladen von: LVR-Klinik Köln. Urheberrechtlich geschützt.

▶ **Tab. 2** Einteilung der Patient*innen der Interventionsgruppe hinsichtlich des Behandlungserfolgs (Bewertung der KOBs, überwiegend in Abstimmung mit Patient*innen).

Kategorie	Anzahl Patient*innen von 46 (n, %)	klinische Bewertung	Verweildauer (in Tagen)	
			n (SD)	Mdn (range)
A	26 (56,5)	erfolgreiche/weitgehend erfolgreiche und mit der Überleitung in die ambulante Regelversorgung regelhaft abgeschlossene PsyKom-Behandlung	545 (242)	599 (97–890)
B	3 (6,5)	in Teilen erfolgreiche PsyKom-Behandlung und/oder keine erfolgreiche Überleitung in die ambulante Regelversorgung	785 (42)	786 (754–832)
C	17 (37)	PsyKom-Behandlung ohne Erfolg/Drop-out	265 (245)	293 (1–757)

n = Anzahl; % = Prozent; SD = Standardabweichung; Mdn = Median; range = Spannbreite

hilfe, Bereitstellung dauerhafter ambulanter psychosozialer Hilfen), medizinisch-therapeutische Aspekte (z. B. Symptomreduktion, Motivation zur Suchtmittelabstinenz, Aufbau einer Tagesstruktur, Sicherung oder Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit) sowie individuelle Ziele (z. B. Förderung sozialer/familiärer Kontakte). Die Hilfen wirkten sich nach klinischer Einschätzung auch positiv auf die körperliche Gesundheit der Betroffenen aus. Als wesentliche Wirkfaktoren des vorliegenden Modells wurden die Behandlungsintensität und -dauer sowie die (personelle) Behandlungskontinuität und Patient*innenzentrierung betrachtet.

In 17 Fällen (37 %) war die Behandlung ohne Erfolg bzw. sie wurde – teilweise sehr rasch nach der Entlassung – durch die Betroffenen abgebrochen (Drop-out). In 2 Fällen wurde die Komplexbehandlung seitens der KOBs beendet. Grund hierfür waren nicht tolerierbare, grenzüberschreitende Verhaltensweisen seitens der Patient*innen. Wesentliche den Behandlungserfolg limitierende Faktoren waren aus Sicht der Komplexbetreuenden eine diskontinuierliche Medikamenteneinnahme, fortgesetzter Suchtmittelkonsum, aber auch psychosoziale Faktoren wie Wohnungslosigkeit und/oder prekäre Wohnverhältnisse und fehlende soziale Unterstützung [26]. Bei 3 Patient*innen gelang auch nach sehr langer Dauer im Modell keine adäquate Überleitung in die Regelversorgung, schließlich endete bei diesen Patient*innen die Behandlung aufgrund der begrenzten Projektdauer.

Klinischer Verlauf und Versorgungsverlauf

Stationäre Aufenthalte und Behandlungstage (Routinedaten)

Im Vergleich der 3 Messzeitpunkte (t_0, t_{12}, t_{18}) der Interventionsgruppe zeigten sich signifikante Reduktionen der stationär-psychiatrischen Behandlungstage und der Aufenthalte, jeweils gesamt und mit Zwangsunterbringung. Post-hoc-Tests zeigten signifikante Unterschiede zwischen Einschluss in das Versorgungsmodell (t_0) und t_{12} sowie zwischen t_0 und t_{18}. Die Unterschiede zwischen t_{12} und t_{18} waren statistisch nicht signifikant (▶ **Tab. 3**).

Im Gruppenvergleich über alle 3 Messzeitpunkte zeigten sich signifikante Haupteffekte, die Interaktionseffekte blieben jedoch unter dem Signifikanzniveau. Lediglich bei den stationär-psychiatrischen Behandlungstagen zeigte sich ein Trend in Richtung einer stärkeren Reduktion bei der Interventionsgruppe ($p = 0{,}09$). Da der Messzeitpunkt t_{18} bei 33 % der Patient*innen der Kontrollgruppe (und bei 6,5 % der Interventionsgruppe) mit der ersten Welle der COVID-19-Pandemie zusammenfiel (Zeitraum März–Juni 2020), wurde eine Zusatzanalyse ohne den t_{18}-Messzeitpunkt durchgeführt, um den konfundierenden Faktor der Pandemie mit ihren erheblichen Veränderungen hinsichtlich Versorgungsangeboten der Klinik und Inanspruchnahmeverhalten der Patient*innen auszugrenzen. Dabei zeigte sich eine signifikante Interaktion bei der Anzahl der stationär-psychiatrischen Behandlungstage. Eine Kontrastanalyse zeigte eine signifikante Reduktion der stationären Behandlungstage von t_0 zu t_{12} in der Interventionsgruppe ($p = 0{,}01$), aber nicht in der Kontrollgruppe ($p = 0{,}40$) (▶ **Tab. 3**).

Funktionsniveau und klinischer Gesamteindruck (Fremdbeurteilung)

Die Beurteilungen der Behandelnden liegen zu t_0 für 44 Patient*innen der Interventionsgruppe (96 %) und 19 Patient*innen der Kontrollgruppe (90 %) vor. Bei insgesamt 4 Patient*innen wurde die Dokumentation seitens der Behandelnden zu t_0 versäumt. Zu t_{12} liegen die Beurteilungen bei 36 PsyKom- (78 %) und 5 Kontrollpatient*innen (24 %) vor; und zu t_{18} bei 9 PsyKom- (20 %) und 0 Kontrollpatient*innen. Hauptgründe für fehlende Werte war ein Kontaktabbruch oder diskontinuierliche Kontaktgestaltung seitens der Betroffenen, oder aber die Behandlung war abgeschlossen und Patient*innen konnte nicht mehr erreicht werden. Der t_{18}-Messzeitpunkt wurde aufgrund der hohen Anzahl fehlender Werte nicht in die Auswertung einbezogen. Patient*innen der Interventionsgruppe wiesen im Prä-Post-Vergleich (t_0–t_{12}) eine signifikante Verbesserung des Funktionsniveaus und eine signifikante Verringerung des Schweregrads der Erkrankung auf. Im Gruppenvergleich über 2 Messzeitpunkte (t_0, t_{12}) zeigte sich eine signifikante Interaktion beim Schweregrad der Erkrankung: Die Interventionsgruppe zeigte eine stärkere Verbesserung des Schweregrads der Erkrankung im Vergleich zu der Kontrollgruppe (▶ **Tab. 4**). Die Er-

Heruntergeladen von: LVR-Klinik Köln. Urheberrechtlich geschützt.

▶ **Tab. 3** Versorgungsverlauf: stationär-psychiatrische Behandlungstage (durchschnittliche monatliche Verweildauer) und Anzahl stationärer Aufenthalte.

	Interventionsgruppe (n = 46)			**Kontrollgruppe (n = 21)**			**ANOVA ($t_0/t_{12}/t_{18}$; nur Interventionsgruppe)**				**Mixed ANOVA ($t_0/t_{12}/t_{18}$; beide Gruppen)**			**Mixed ANOVA (t_0/t_{12}; beide Gruppen)**		
	t_0	t_{12}	t_{18}	t_0	t_{12}	t_{18}	**Test**	**Sign.**	**Post-hoc Test**	**Test; Effektstärke**	**Zeit x Gruppe**	**Zeit**	**Gruppe**	**Zeit x Gruppe**	**Zeit**	**Gruppe**
	MW (SD)	**MW (SD)**	**MW (SD)**	**MW (SD)**	**MW (SD)**	**MW (SD)**	χ^2	**p**			**F p**	**F p**	**F p**	**F p**	**F p**	**F p**
durchschnittliche monatliche stationäre **Verweildauer**[*1]	9,9 (6,4)	7,2 (8,8)	5,7 (8,9)	6,0 (5,0)	7,4 (6,9)	5,0 (7,9)	23,4	**0,001**	**t_0–t_{12}: 0,001**	$\chi^2 = 3,43$; r = 0,28	2,5 0,09	**3,8 0,03**	0,7 0,40	**4,6 0,04**	0,50 0,48	1,26 0,27
									t_{12}–t_{18}: 0,292	–						
									t_0–t_{18}: 0,001	$\chi^2 = 4,48$; r = 0,32						
davon durchschnittliche monatliche stationäre Verweildauer **mit Zwangsunterbringung**[*1]	4,9 (5,0)	1,9 (4,7)	2,2 (4,7)	2,6 (3,4)	1,6 (3,3)	0,8 (1,7)	26,9	**0,001**	**t_0–t_{12}: 0,001**	$\chi^2 = 3,95$; r = 0,30	1,0 0,37	**6,4 0,00**	2,8 0,10	1,54 0,21	**6,90 0,01**	2,11 0,15
									t_{12}–t_{18}: 0,874	–						
									t_0–t_{18}: 0,001	$\chi^2 = 3,80$; r = 0,29						
durchschnittliche monatliche **Anzahl stationärer Aufenthalte**	0,36 (0,3)	0,28 (0,4)	0,30 (0,7)	0,22 (0,2)	0,22 (0,2)	0,18 (0,3)	12,7	**0,002**	**t_0–t_{12}: 0,018**	$\chi^2 = 2,37$; r = 0,23	0,2 0,72	0,4 0,61	1,5 0,23	1,05 0,31	1,26 0,27	2,09 0,15
									t_{12}–t_{18}: 0,429	–						
									t_0–t_{18}: 0,002	$\chi^2 = 3,16$; r = 0,27						
davon durchschnittliche monatliche Anzahl stationärer Aufenthalte mit Zwangsunterbringung	0,16 (0,1)	0,08 (0,2)	0,13 (0,4)	0,10 (0,1)	0,06 (0,1)	0,05 (0,9)	27,1	**0,001**	**t_0–t_{12}: 0,001**	$\chi^2 = 3,69$; r = 0,28	0,4 0,57	1,5 0,23	**1,7 0,03**	1,05 0,31	**6,87 0,01**	2,14 0,15
									t_{12}–t_{18}: 0,833	–						
									t_0–t_{18}: 0,001	$\chi^2 = 3,90$; r = 0,29						

alle Parameter wurden für die letzten 12 Monate (t_0 und t_{12}) bzw. die letzten 6 Monate (t_{18}) erhoben; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p = Signifikanz; r = Effektstärke; χ^2 = Chi-Quadrat-Test; F = Prüfwert Mixed ANOVA

[*] kumulierte Tage stationär/Anzahl der Monate

Reinhardt I et al. Psychosoziale Komplexbetreuung bei… Psychiat Prax | © 2022. Thieme. All rights reserved.

Heruntergeladen von: LVR-Klinik Köln. Urheberrechtlich geschützt.

▶ **Tab. 4** Klinische Einschätzung, Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität, Inklusion und Partizipation.

	Interventionsgruppe (IV)			**Kontrollgruppe (KG)**			**Prä-Post Interventionsgruppe t_0/t_{12}; ITT/LOCF**		**Prä-Post Interventionsgruppe t_0/t_{12}; TPP-Analyse**		**Mixed ANOVA (IV/KG vs. t_0/t_{12})**		
	t_0	**t_{12}**	**t_{12} LOCF**	**t_0**	**t_{12}**	**t_{12} LOCF**	**Test**	**Sign.**	**Test**	**Sign.**	**Zeit x Gruppe**	**Zeit**	**Gruppe**
Variablen	**MW (SD)**	**MW (SD)**	**MW (SD)**	**MW (SD)**	**MW (SD)**	**MW (SD)**	**Z**	**p**	**Z**	**p**	**F p**	**F p**	**F p**
Funktionsniveau (GAF)	28,7 (9,5)	37,1 (12,7)	35,1 (12,6)	36,2 (12,4)	34,4 (15,3)	36,8 (13,2)	2,95	**0,003**	2,95	**0,003**	2,10 0,152	**5,25 0,026**	3,86 0,054
Schweregrad (CGI)	2,2 (0,8)	3,0 (0,8)	2,8 (0,9)	2,8 (0,8)	2,6 (1,1)	2,7 (0,8)	3,63	**0,001**	3,63	**0,001**	**7,42 0,008**	**7,42 0,008**	2,08 0,154
Behandlungszufriedenheit (ZUF-8)	24,2 (5,0)	26,1 (2,8)	26,3 (3,2)	24,7 (4,4)	24,5 (5,2)	23,9 (5,0)	2,28	**0,023**	2,28	**0,023**	**5,43 0,025**	1,06 0,308	0,721 0,401
Lebensqualität (WHOQOL-BREF) *Gesamtscore*	82,1 (16,6)	94,2 (16,1)	86,0 (19,6)	82,7 (19,1)	92,3 (10,8)	84,5 (17,7)	1,36	0,176	1,36	0,176	2,45 0,127	1,32 0,258	0,43 0,837
Lebensqualität (WHOQOL-BREF), Skala psychische Gesundheit *Transf. Score*	56,8 (20,2)	58,9 (17,6)	58,1 (18,8)	53,8 (24,0)	63,5 (7,6)	56,2 (21,3)	0,48	0,678	0,48	0,678	0,42 0.521	0,66 0,422	0,002 0,964
Anzahl Kontaktpersonen (F-INK)	4,4 (2,2)	3,7 (2,1)	4,1 (2,2)	6,2 (2,6)	4,4 (2,1)	5,4 (2,8)	0,37	0,715	0,37	0,715	0,71 0,406	0,71 0,406	**4,81 0,034**
Skala Inklusion (F-INK, G)	1,66 (0,6)	1,87 (0,7)	1,78 (0,7)	1,87 (0,6)	2,14 (0,3)	1,91 (0,5)	0,54	0,586	0,54	0,586	0,19 0,891	0,65 0,423	1,090 0,303
Skala Partizipation (F-INK, C)	0,8 (0,3)	1,0 (0,5)	0,9 (0,49)	0,9 (0,4)	1,0 (0,4)	0,9 (0,4)	0,53	0,596	0,53	0,596	0,64 0,430	0,07 0,792	0,00 0,994

n = Anzahl; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Z = Prüfwert Wilcoxon-Test; ITT = Intention-to-treat-Analyse; LOCF = last observation carried forward; TPP = Treatment-per-protocol-Analyse; zweiseitige Testung: p = Signifikanz

Heruntergeladen von: LVR-Klinik Köln. Urheberrechtlich geschützt.

▶ **Tab. 5** Erwartungen und Erfahrungen der Komplexbetreuenden.

Item	Erwartungen an das Versorgungsmodell t_0 (n = 7)		Erfahrungen mit dem Versorgungsmodell t_{12} (n = 9)		Signifikanz
	MW (Median)	SD (Spannweite)	MW (Median)	SD (Spannweite)	p
Item 1: Betreuungsintensität	1,3 (1)	0,5 (1–2)	1,2 (1)	0,4 (1–2)	0,837
Item 2: Vertrauensverhältnis zu den betreuten Patient*innen	1,7 (2)	0,5 (1–2)	1,8 (2)	0,4 (1–2)	0,837
Item 3: Individuelle, patient*innengerechte Versorgung	2 (2)	0 (2)	1,4 (2)	0,7 (0–2)	0,142
Item 4: Planung der Versorgung im nachstationären Bereich und im Bereich der sozialen Integration	1,7 (2)	0,5 (1–2)	1,1 (1)	0,6 (0–2)	0,298
Item 5: Versorgungssituation für die Patient*innen	1,8 (2)	0,5 (1–2)	1,4 (1)	0,5 (1–2)	0,091
Item 6: Meine Arbeitsbedingungen	0,1 (0)	0,4 (0–1)	–0,2 (0)	0,4 (–1–0)	0,299
Item 7: Art und Intensität, mit der ich mich um Patient*innen kümmern kann	1,4 (1)	0,5 (1–2)	1,2 (1)	0,7 (0–2)	0,606

Die Erwartungen und Erfahrungen konnten auf einer 5-stufigen Skala von – 2 (geringe Erwartungen/schlechte Erfahrungen) bis + 2 (hohe Erwartungen/gute Erfahrungen) angegeben werden.
n = Anzahl, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung; Mann-Whitney-U-Test, zweiseitige Testung.

gebnisse der hier vorgestellten ITT/LOCF-Analysen unterschieden sich nicht grundlegend von den TPP-Analysen.

Behandlungzufriedenheit, Lebensqualität, soziale Inklusion und Teilhabe (Selbstbeurteilung)

An der Fragebogenerhebung nahmen zu t_0 25 der 46 Patient*innen der Interventionsgruppe und alle 21 Kontrollpatient*innen teil. Für die Nichtteilnahme gaben 18 Patient*innen erkrankungsbezogene Gründe an (Belastung durch lange Befragung), weitere 3 Patient*innen gaben keine Gründe an. Auch hier wurde der t_{18}-Messzeitpunkt aufgrund einer sehr hohen missing-Quote in den Nachbefragungen (s. o.) beider Gruppen nicht in die Auswertung einbezogen. Im Prä-Post-Vergleich (t_0, t_{12}) der Interventionsgruppe zeigte sich eine signifikante Besserung der Behandlungszufriedenheit, im Gruppenvergleich wurde eine signifikante Interaktion bei der Behandlungszufriedenheit deutlich (▶ **Tab. 4**). Auch hier unterschieden sich die Ergebnisse der ITT/LOCF-Analysen nicht grundlegend von den TPP-Analysen.

Bewertung des Komplexmodells durch die Komplexbetreuenden (KOBs)

Die sieben befragten KOBs (78 % aller KOBs) äußerten zu Projektbeginn (t_0) hohe Erwartungen an das Komplexmodell (höchste Zustimmung für „individuelle patientengerechte Versorgung“ und „Versorgungssituation für Patient*innen“). Die geringsten Erwartungen wurden an das Item „Meine Arbeitsbedingungen“ gestellt. Die 9 nach 12 Monaten (t_{12}) zu ihren Erfahrungen befragten KOBs (100 % aller KOBs) äußerten eine hohe bis sehr hohe Zufriedenheit mit dem Modell, insbesondere beim „Vertrauensverhältnis zu den Patient*innen“ und bei der „Individuellen, patientengerechten Versorgung“. Die Unterschiede zwischen den beiden Zeitpunkten waren statistisch nicht signifikant (▶ **Tab. 5**).

Diskussion

Das Projekt PsyKom zeigte die Machbarkeit und klinische Effektivität der Einführung eines sektorübergreifenden, psychosozialen Komplexversorgungsmodells für schwer psychisch Erkrankte am Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung an einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachklinik. Für diese Patient*innen hatte es zuvor – ausweislich vielfacher, häufig unfreiwilliger stationärer psychiatrischer Akutaufnahmen – keine zufriedenstellende ambulante Versorgungsform gegeben.

Das PsyKom-Modell zeichnet sich durch eine besondere Flexibilität in der Behandlungsintensität und -dauer sowie eine (personelle) Behandlungskontinuität und Patient*innenzentrierung aus. Es zeigte sich in der klinischen Bewertung des Versorgungsverlaufs, dass etwa zwei Drittel der Gruppe der Patient*innen mit SMI von dem Versorgungsmodell profitierten und anschließend überwiegend in die Regelversorgung übergeleitet werden konnten. Die Dauer der Komplexbehandlung war interindividuell sehr variabel (wenige Wochen/Monate bis zu mehr als 2 Jahren). Einige therapeutische Erfolge waren sehr beeindruckend und selbst dann erzielbar, wenn zuvor lange Phasen sehr ungünstiger Verläufe mit Chronifizierung von

Heruntergeladen von: LVR-Klinik Köln. Urheberrechtlich geschützt.

Krankheitssymptomen und erheblichen psychosozialen Einschränkungen vorlagen.

Die Begleitevaluation zeigte, dass das Versorgungsmodell klinisch effektiv hinsichtlich einer Reduktion der stationär-psychiatrischen Behandlungstage, der Anzahl der stationären Aufenthalte und der Zwangsunterbringungen war. Im Versorgungsmodell behandelte Patient*innen erreichten im Verlauf eine bessere Funktionsfähigkeit und einen geringeren Schweregrad der Erkrankung und sie waren zufriedener mit der Behandlung im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Diese Ergebnisse stehen im Einklang miteinander und mit Ergebnissen aus anderen personenzentrierten Versorgungsmodellen (vgl. [5, 8, 27]). Die Kombination aus administrativen und klinischen Datenquellen stellt eine Stärke dieser Studie dar und kann bei der Interpretation der Daten hilfreich sein. Eine reduzierte Inanspruchnahme könnte theoretisch auch auf Unter- oder Fehlversorgung hindeuten. In dem vorliegenden Modell spricht die parallel verbesserte klinische Symptomatik aber eher für die Wirksamkeit des Versorgungsmodells.

Verantwortlich für das Fehlen signifikanter Veränderungen in Bezug auf Inklusion, Partizipation und Lebenszufriedenheit der Betroffenen könnte die eher kleine Stichprobe dieser Studie sein, allerdings sind die Ergebnisse hierzu auch in der Literatur eher uneinheitlich [27]. Die Effekte der PsyKom-Intervention werden im Gruppenvergleich möglicherweise unterschätzt, da die Kontrollgruppe im Vergleich zu der Interventionsgruppe trotz Matching weniger schwer krank und sozial beeinträchtigt war. Dies hängt damit zusammen, dass es sehr schwer war, gerade schwer psychisch Erkrankte zur Studienteilnahme als Kontrollpatient*innen zu motivieren (kein Mehrwert durch ein therapeutisches Angebot).

In der Rückschau zeigten sich aus Sicht der Behandelnden eine Reihe förderlicher und hinderlicher Faktoren für den Erfolg der Komplexbehandlung, die bei der Weiterentwicklung des Modells berücksichtigt werden sollten. Die Modellimplementierung gestaltete sich für die Behandlungsteams herausfordernd aufgrund der zeitlich parallelen Tätigkeit der Teammitglieder im Stationsdienst. Andererseits wurde gerade die Flexibilität in Bezug auf die Versorgungsleistungen vonseiten der Behandelnden als notwendig und vorteilhaft empfunden. Damit bieten Modellvorhaben wie PsyKom – anders als z. B. die bereits gesetzlich verankerte stationsäquivalente Behandlung (STäB) [11] – wesentliche Vorteile für die Versorgung schwer Erkrankter. Es stellt sich die Frage, warum Modellvorhaben trotz zahlreicher positiver Evaluationen (z. B. [7, 8, 16]) noch nicht Eingang in die Regelversorgung gefunden haben. Auch die S3-Leitlinie für psychosoziale Therapien empfiehlt aufsuchende Behandlung mit einem hohen Empfehlungscharakter [28].

Vonseiten der Patient*innen stieß das Modell an seine Grenzen bei wohnungslosen Menschen und fortgesetztem Substanzkonsum. Ferner zeigte sich, dass die Überleitung in die Regelversorgung frühzeitig geplant und langfristig vorbereitet werden muss. Ausgehend von den bisherigen Erfahrungen soll das Modell weiterentwickelt und in einer größeren, methodisch anspruchsvolleren Studie – auch mit gesundheitsökonomischer Evaluation – evaluiert werden.

Limitationen der Evaluation

Es wurde eine methodisch einfache Begleitevaluation ohne Randomisierung bei der Gruppeneinteilung durchgeführt. Die eingeschränkte Vergleichbarkeit von Interventions- und Kontrollgruppe könnte möglicherweise zu einer Unterschätzung der Interventionseffekte führen. Außerdem schränkt die kleine Stichprobengröße der Kontrollgruppe möglicherweise die statistische Power ein. Die schriftliche Befragung war für viele Patient*innen krankheitsbedingt nur mit Einschränkungen durchführbar. Aus diesem Grund sind die Stichprobengrößen bei den Befragungsergebnissen kleiner als bei den Routinedaten zu Wiederaufnahmen und stationären Behandlungstagen. Die Letzteren dürften aber auch im Verlauf – selbst bei Drop-outs – (weitgehend) vollständig vorliegen, da die Patient*innen aufgrund der Sektorzuständigkeit der Klinik nur selten oder gar nicht in anderen Kliniken aufgenommen werden.

KONSEQUENZEN FÜR KLINIK UND PRAXIS

Für schwer psychisch erkrankte Menschen mit komplexem Hilfsbedarf besteht eine Versorgungslücke beim Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich, die mit der PsyKom-Intervention in etwa zwei Dritteln der Fälle gefüllt werden konnte. Um eine Komplexbetreuung wie beim PsyKom-Projekt erfolgreich und nachhaltig aufstellen zu können, sind eine bedarfsadaptierte Betreuungsintensität und ausreichende Zeitperspektiven erforderlich.

Interessenkonflikt

JZ: Member of the Scientific Committee of the annual congress of the DGPPN. Member of the DGPPN.

Literatur

[1] DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Hrsg. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Kapitel 1: Zielsetzung, Anwendungsbereich und Adressaten. 2. Auflage. Berlin: Springer; 2019: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020l_S3_Psychosoziale_ Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf

[2] Frick U, Frick H, Langguth B et al. The revolving door phenomenon revisited: time to readmission in 17 415 patients with 37 697 hospitalisations at a German psychiatric hospital. PLOS One 2013: 8; e75612

[3] Zielasek J, Gaebel W. Mental health law in Germany. Br J Psych International 2015; 12: 14–16

[4] Adorjan K, Steinert T, Flammer E et al. Zwangsmaßnahmen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Nervenarzt 2017; 88: 802–810

[5] Dieterich M, Irving CB, Bergman H et al. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2017; 1: CD007906. doi:10.1002/14651858.CD007906.pub3

Heruntergeladen von: LVR-Klinik Köln. Urheberrechtlich geschützt.

[6] Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A et al. Implementation of the crisis resolution team model in adult mental health settings: a systematic review. BMC Psychiatry 2015; 15: 74. doi:10.1186/s12888-015-0441-x

[7] Schöttle D, Schimmelmann BG, Karow A et al. Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia spectrum and bipolar I disorders: the 24-month follow-up ACCESS II study. J Clin Psychiatry 2014; 75: 1371–1379. doi:10.4088/JCP.13m08817

[8] Neumann A, Baum F, Seifert M et al. Verringerung vollstationärer Behandlungstage in psychiatrischen Kliniken mit Modellvorhaben zur patientenzentrierten Versorgung mit globalem Budget (§ 64b SGB V). Psychiat Prax 2021; 48: 127–134. doi:10.1055/a-1274-3731

[9] Wullschleger A, Berg J, Bermpohl F et al. Can "Model Projects of Need-Adapted Care" Reduce Involuntary Hospital Treatment and the Use of Coercive Measures? Front Psychiatry 2018; 9: 168. doi:10.3389/fpsyt.2018.00168

[10] Schmid P, Steinert T, Borbé R. Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorenübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. Psychiat Prax 2013; 40: 414–424

[11] Knorr R, Huter J, Dittmeyer V et al. Zwei Jahre stationsäquivalente Behandlung: Ein Werkstattbericht. Fortschr Neurol Psychiatr 2021; 89: 12–22. doi:10.1055/a-1183-4140

[12] Aktion Psychisch Kranke. Personenzentrierte Hilfen im gemeindepsychiatrischen Verbund. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2006

[13] Steinhart I, Wienberg G. Das Funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen – Mindeststandard für Behandlung und Teilhabe. Psychiat Prax 2016; 43: 65–68

[14] Magez J, Ruppert D, Valentini J et al. „Die Krücke steht in der Ecke…" – Erfahrungen psychisch kranker Menschen in einem Versorgungsmodell der ambulanten sektorenübergreifenden vernetzten Versorgung. Eine qualitative Studie. Psychiat Prax 2018; 45: 359–366

[15] Ruppert D, Stegbauer C, Bramesfeld A et al. „Die Hoffnung stirbt zuletzt…" – sektorenübergreifende Kooperation in der Integrierten Versorgung. Eine qualitative Studie. Psychiat Prax 2017; 44: 134–140. doi:10.1055/s-0041-109470

[16] Weinmann S, Wiedmann S, Breidert T et al. Klinische Wirksamkeit von „FlexiTeam" (Home Treatment und intensivierte ambulante Behandlung) – Vergleich einer Behandlung in einem Modellprojekt nach § 64b in Berlin mit der stationären Behandlung. Psychiat Prax 2019; 46: 249–255. doi:10.1055/a-0881-1124

[17] Richter D, Gühne U, Stein J et al. Die Effekte nicht-pharmakologischer, gesundheitsfördernder Interventionen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Ein systematischer Literaturüberblick. Psychiat Prax 2018; 45: 347–357

[18] Heinz J, Engemann S, Reinhardt I et al. Personenzentrierte, psychosoziale Komplexbetreuung – ein Versorgungsmodell mit schwer psychisch Erkrankten im Fokus. Soziale Psychiatrie 2019; 163: 24–26

[19] Saß H, Wittchen HU, Zaudig M et al. Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen – DSM-IV-TR. Deutsche überarbeitete Version. Göttingen: Hogrefe; 2003

[20] Busner J, Targum SD. The Clinical Global Impression Scale. Applying a Research Tool in Clinical Practice. Psychiatry (Edgmont) 2007; 4: 28–37

[21] Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann WW. Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validierungsuntersuchung. Psychother med Psycho 1989; 39: 248–255

[22] Angermeyer MC, Kilian R, Matschinger H. WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO. Instrument zur Erfassung von Lebensqualität. 1. Auflage, Göttingen: Hogrefe; 2000

[23] Schützwohl M, Souza PML, Rackel Y. Fragebogen zur Erfassung von Partizipation und sozialer Inklusion chronisch psychisch erkrankter Menschen (F-INK). Psychiat Prax 2017; 44: 65–74

[24] Salkind NJ. Encyclopedia of Research Design (Vol. 2). Los Angeles: Sage; 2010

[25] Lenhard W, Lenhard A. Berechnung von Effektstärken. Abgerufen unter: Dettelbach: Psychometrica; 2016. doi:10.13140/RG.2.2.17823.92329

[26] Gouzoulis-Mayfrank E. Projekt PsyKom: Implementierung und Evaluation eines Modells der personenzentrierten, psychosozialen Komplexbetreuung schwer Betroffener mit psychischen Störungen an der LVR-Klinik Köln. Unveröffentlichter Abschlussbericht an das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW; 2020

[27] DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Hrsg. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Kapitel 10: Systeminterventionen. 2. Auflage. Berlin: Springer; 2019

[28] DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Hrsg. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Kapitel 7: Darstellung aller Empfehlungen und Statements im Überblick. 2. Auflage. Berlin: Springer; 2019: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020l_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf

Heruntergeladen von: LVR-Klinik Köln. Urheberrechtlich geschützt.

Nervenarzt 2023 · 94:18–26
https://doi.org/10.1007/s00115-022-01419-7
Angenommen: 17. November 2022
Online publiziert: 23. Dezember 2022
© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2022

Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie – reale Praxis in einem Verbund psychiatrischer Kliniken

A. Weide[1] · J. Vrinssen[1] · O. Karasch[1] · T. Blumenröder[1] · A. Staninska[1] · S. Engemann[1] · M. Banger[2] · M. Grümmer[3] · R. Marggraf[4] · J. Muysers[5] · S. Rinckens[6] · N. Scherbaum[7] · T. Supprian[8] · A. Tönnesen-Schlack[9] · R. Mennicken[10,11] · J. Zielasek[1,12] · E. Gouzoulis-Mayfrank[1,13]

[1] LVR-Institut für Forschung und Bildung, LVR-Institut für Versorgungsforschung, Köln, Deutschland
[2] LVR-Klinik Bonn, Bonn, Deutschland
[3] LVR-Klinik Düren, Düren, Deutschland
[4] LVR-Klinik Viersen, Viersen, Deutschland
[5] LVR-Klinik Langenfeld, Langenfeld, Deutschland
[6] LVR-Klinik Mönchengladbach, Mönchengladbach, Deutschland
[7] LVR-Klinikum Essen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Kliniken der Universität Duisburg-Essen, Essen, Deutschland
[8] LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland
[9] LVR-Klinik Bedburg-Hau, Bedburg-Hau, Deutschland
[10] LVR-Klinikverbund, Köln, Deutschland
[11] FOM Hochschule für Oekonomie und Management, Essen, Deutschland
[12] Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf, Deutschland
[13] Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln, LVR-Klinik Köln, Köln, Deutschland

Seit den 1990er-Jahren wird an psychiatrischen Kliniken in Deutschland der Abschluss einer Behandlungsvereinbarung (BehV) angeboten [10]. Behandlungsvereinbarungen dienen als Vorsorgeinstrumente für künftige Krisensituationen. Das Angebot einer BehV wird allerdings von den Betroffenen wenig in Anspruch genommen. Es ist bislang unklar, welche Patient*innen mit dem Angebot erreicht werden und warum die Inanspruchnahme von BehV insgesamt gering ist.

Hintergrund und Fragestellung

Behandlungsvereinbarungen (BehV) zwischen Patient*in und den behandelnden Ärzt*innen werden mit dem Ziel der Förderung der Betroffenenautonomie angeboten [1, 4, 12, 14]. Zielgruppen sind insbesondere Patient*innen mit Psychosen aus dem Formenkreis der Schizophrenien oder bipolaren Störungen, bei denen in akuten Krankheitsphasen Einschränkungen der Selbstbestimmungsfähigkeit zu erwarten sind [1]. BehV werden in einer stabilen Phase der Erkrankung abgeschlossen, bei der die Patient*innen ihren Willen frei entwickeln und äußern können [1, 15]. Sie werden auf Basis eines strukturierten Gesprächsprozesses zwischen Patient*in und Behandelnden und häufig vor dem Hintergrund der gemeinsamen Erfahrungen mit vorausgegangenen Krisensituationen mit Eskalationen und Zwangsmaßnahmen erstellt [5, 13]. In BehV werden typischerweise konkrete Vorgehensweisen bei der Psychopharmakotherapie und der Durchführung freiheitsentziehender Maßnahmen festgelegt. Es können aber auch Maßnahmen vereinbart werden, die über die medizinische Behandlung hinausgehen (z. B. allgemeine Aspekte des Umgangs mit der Patientin/dem Patienten, präferierte Station für die Behandlung, Kontaktierung einer bestimmten Vertrauensperson u.v.m.; [8, 13]). Einer BehV liegt ein dia-

QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Hier steht eine Anzeige.

Springer

Zusammenfassung

Hintergrund: Behandlungsvereinbarungen (BehV) werden an vielen psychiatrischen Kliniken angeboten, aber sie werden wenig in Anspruch genommen.
Ziel der Arbeit: Untersucht wurden die Quoten von BehV unter stationären Patient*innen und die klinischen Charakteristika der Patient*innen, die eine BehV abschließen.
Material und Methoden: Retrospektive Analyse von Routinedaten aus der einheitlichen Statistikdatenbank/Basisdokumentation des LVR-Klinikverbunds mit neun psychiatrischen Fachkrankenhäusern. Es wurden alle voll- und teilstationär aufgenommenen Fälle der Jahre 2016 bis 2020 berücksichtigt. Erfasst wurden das Vorhandensein einer BehV, Alter, Geschlecht und Hauptdiagnose bei Entlassung sowie Voraufenthalte, Unterbringungen nach dem PsychKG NRW (Psychisch-Kranken-Gesetz Nordrhein-Westfalen) und Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen (Isolierung/Fixierung) in den 24 Monaten vor der Indexaufnahme.
Ergebnisse: Insgesamt 467 von 117.662 Patient*innen (0,4 %) hatten eine BehV abgeschlossen. Patient*innen mit BehV litten häufiger an einer Schizophrenie, einer bipolaren affektiven Störung oder an einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung. In der Vorgeschichte hatten sie mehr stationäre Voraufenthalte und häufiger Erfahrungen mit Zwangsunterbringungen und Zwangsmaßnahmen. Allerdings hatten 50 % der Patient*innen mit BehV andere Diagnosen und der überwiegende Teil dieser Patient*innen hatte in den vergangenen 24 Monaten keine unfreiwilligen Unterbringungen und keine Zwangsmaßnahmen aufgewiesen.
Diskussion: Behandlungsvereinbarungen werden insgesamt selten abgeschlossen. Das Angebot erreicht die gewünschte Zielgruppe der Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen und Vorerfahrungen mit unfreiwilligen Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen, aber auch andere Patient*innen. Ergänzende qualitative Untersuchungen sind erforderlich, um Inhalte und Zielsetzungen von BehV näher zu analysieren.

Schlüsselwörter
Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung · Zwangsmaßnahmen · Schizophrenie · Bipolare Störung · Borderline Persönlichkeitsstörung

logischer Prozess zugrunde, der die Versorgung verbessern, die Adhärenz erhöhen und bei den Patient*innen zu mehr Selbstsicherheit im Umgang mit der Erkrankung führen soll [9]. Die Wirksamkeit von BehV in Bezug auf Wiederaufnahmen und Zwangsmaßnahmen ist unklar, es spricht aber einiges dafür, dass BehV Empowerment und subjektives Kontrollempfinden bei den Betroffenen verbessern [3, 9, 11]. In der S3-Leitlinie *Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen* werden BehV zur Vermeidung von Zwang empfohlen [6].

Das Angebot von BehV ist an psychiatrischen Kliniken in Deutschland weit verbreitet, die Nutzungsrate durch die Betroffenen jedoch gering. Nach einer Umfrage aus dem Jahr 2009 in psychiatrischen Kliniken mit Versorgungsauftrag und/oder der Möglichkeit einer Akutaufnahme lag die jährliche Abschlussrate im Median bei 2,7 BehV pro Klinik [2]. Eine weitere Umfrage in Bayern ergab für 2013 bis 2014 eine noch geringere Abschlussrate von 1,4 BehV pro Jahr und Klinik [12]. Die Gründe für diese geringe Inanspruchnahme des Angebots der BehV sind sicherlich komplex, wobei sowohl patient*innen- als auch institutionsbezogene Einflussfaktoren infrage kommen. Auch ist unklar, ob mit dem Angebot der BehV die Zielgruppe der schwer psychisch Erkrankten mit Psychosen und bipolaren Störungen und einer Vorgeschichte von Zwangsunterbringungen und Zwangsmaßnahmen erreicht wird.

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, die Verbreitung von BehV in einem großen Klinikverbund mit neun psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkliniken mit einem Versorgungsauftrag für knapp 4,5 Mio. Menschen zu analysieren.

Dabei standen folgende Fragestellungen im Fokus der Analyse:

1. Wie hoch ist die Inanspruchnahme von BehV aller voll- und teilstationär behandelten Fälle im Zeitraum 2016 bis 2020 in den Fachabteilungen Psychiatrie und Psychotherapie (einschließlich Gerontopsychiatrie und Abteilungen für Abhängigkeitserkrankungen) der Kliniken des Landschaftsverbands Rheinland (LVR)?
2. Welche Patient*innen werden mit BehV erreicht? Wie lassen sich Patient*innen mit BehV im Hinblick auf patientenspezifische Charakteristika (z. B. Alter, Hauptdiagnose, Erfahrungen mit Zwangsunterbringungen/Zwangsmaßnahmen, Häufigkeit der stationären Versorgung) charakterisieren?
3. Wie unterscheiden sich Patient*innen mit und ohne BehV im Hinblick auf patientenspezifische Charakteristika?

Folgende Hypothesen lagen den Auswertungen zugrunde:

1. Patient*innen mit einer BehV weisen im Vergleich zu Patient*innen ohne BehV häufiger Diagnosen aus dem Formenkreis der Schizophrenien (ICD-10 F2) und der bipolaren Störungen (ICD-10 F30/31) auf.
2. Patient*innen mit einer BehV haben im Vergleich zu Patient*innen ohne BehV eine höhere Anzahl stationärer Voraufenthalte.
3. Patient*innen mit einer BehV weisen im Vergleich zu Patient*innen ohne BehV häufiger Erfahrungen mit Zwangsunterbringungen und Zwangsmaßnahmen in der Vorgeschichte auf.

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Es erfolgte eine retrospektive Analyse aller Fälle, die von 2016 bis 2020 voll- oder teilstationär in den Fachabteilungen Psychiatrie und Psychotherapie (einschließlich Gerontopsychiatrie und Abteilungen für Abhängigkeitserkrankungen) der Kliniken des Landschaftsverbands Rheinland (LVR) behandelt wurden. Der LVR-Klinikverbund umfasst neun psychiatrische Fachkrankenhäuser, die gemeinsam ein Einzugsgebiet von ca. 4,5 Mio. Einwohnern versorgen. Datenquelle war die Statistikdatenbank des Klinikverbunds, die seit dem Jahr 1990 zu Zwecken der Qualitätssicherung und -entwicklung aufgebaut

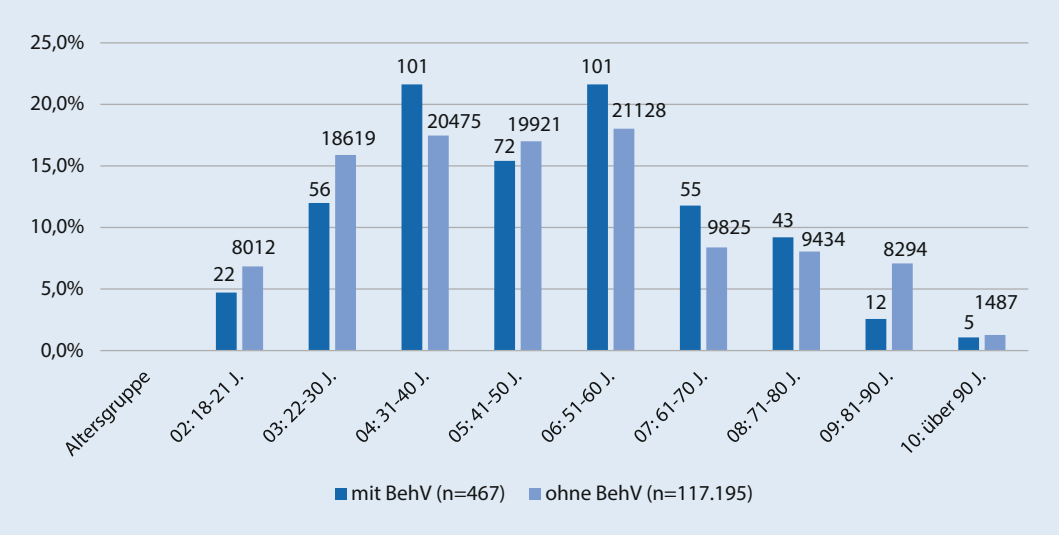


Abb. 1 ◀ Altersverteilung der Patient*innen mit und ohne Behandlungsvereinbarung (*BehV*)

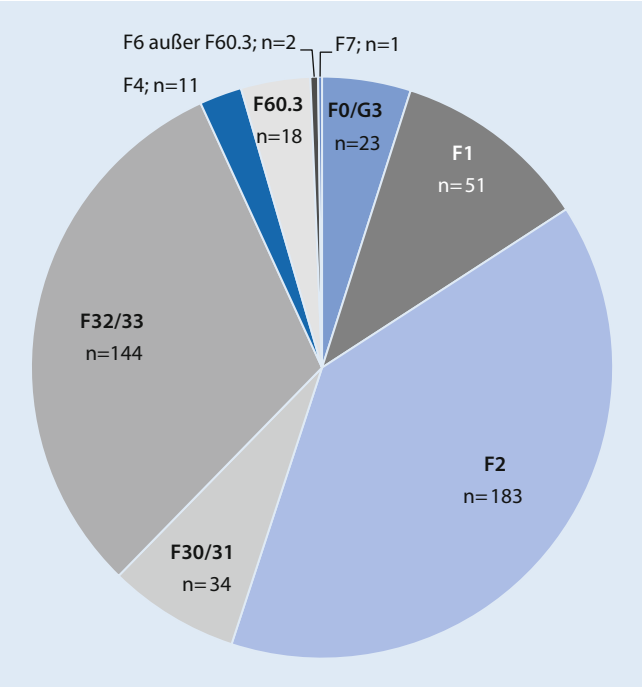


Abb. 2 ◀ Hauptentlassungsdiagnosen der 467 Patient*innen mit Behandlungsvereinbarung (*BehV*; für ICD-10-Codes s. ◘ **Tab. 1**)

und kontinuierlich weiterentwickelt wurde und standardisierte pseudonymisierte Individualdaten aus den elektronischen KIS(Krankenhausinformationssystem)-Akten aller Behandlungsfälle enthält. Das Vorliegen einer BehV wird standardisiert in einem eigens hierfür implementierten und auswertbaren KIS-Feld dokumentiert. In die Analyse wurden alle Patient*innen ab einem Alter von 18 Jahren mit mindestens einer voll- oder teilstationären Aufnahme im Zeitraum 01.01.2016 bis 31.12.2020 einbezogen. Bei Patient*innen mit mehr als einer Aufnahme im Erhebungszeitraum wurde als Indexaufenthalt der erste Aufenthalt definiert, bei dem zum Zeitpunkt der Aufnahme das Vorliegen einer BehV dokumentiert war. Bei Patient*innen ohne BehV wurde als Indexaufenthalt der erste Aufenthalt im Erhebungszeitraum definiert. Zwecks Erfassung der Voraufenthalte, Zwangsunterbringungen und Zwangsmaßnahmen wurde der Zeitraum von 24 Monaten vor dem Aufnahmedatum des jeweiligen Indexaufenthaltes betrachtet.

Folgende Variablen wurden erfasst: Vorliegen einer BehV, Alter, Geschlecht und Hauptdiagnose bei Entlassung sowie Anzahl der Voraufenthalte, Unterbringungen nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz-NRW (PsychKG-NRW) und Zwangsmaßnahmen (Fixierung/Isolierung) in den 24 Monaten vor dem Indexaufenthalt. Die Analyse der Diagnosen erfolgte nach den zweistelligen und bei den affektiven Störungen (F3) zusätzlich nach den dreistelligen ICD-10-Diagnosegruppen.

Die Analyse der Inanspruchnahme und Vergleiche zwischen Patient*innen mit und ohne BehV erfolgten mittels deskriptiver Analysen und schließender Verfahren. Die Testungen (χ^2-Test, Mann-Whitney-U-Test) erfolgten zweiseitig und eine statistische Signifikanz wurde bei $p < 0{,}01$ angenommen. Als Effektstärke für die χ^2-Tests wurden Cramers-V und beim Mann-Whitney-U-Test der Pearson-Korrelationskoeffizient r verwendet. Anschließend wurde eine binomiale logistische Regressionsanalyse durchgeführt, um die einzelnen (unabhängigen) Variablen dahingehend zu untersuchen, wie stark ihr Einfluss auf das Eintreten des Abschlusses einer BehV (als binomiale abhängige Variable) war. Die logistische Regressionsanalyse wurde mit der abhängigen dichotomen Variable „BehV ja/nein" und den unabhängigen Variablen Klinik, Alter, Geschlecht, Hauptdiagnosegruppe, Anzahl der stationären Voraufenthalte, Vorliegen mindestens einer Zwangsunterbringung (ja/nein) und Vorliegen mindestens einer Zwangsmaßnahme (Isolierung/Fixierung: ja/nein) bei Voraufenthalten in den 24 Monaten vor dem Indexaufenthalt berechnet. Bezüglich der Hauptdiagnosen wurden unter Berücksichtigung der

Tab. 1 Hauptentlassungsdiagnosen der Patient*innen mit und ohne Behandlungsvereinbarung (BehV)

ICD-10-Diagnose		Mit BehV [*n*]	Ohne BehV [*n*]	Quote BehV [%]
F0/G3	Organische psychische Störung	23	13.787	0,17
F1	Substanzbezogene Störung	51	27.132	0,19
F2	Schizophrenie	183	16.722	1,09
F3	Affektive Störung	178	47.806	0,37
Darunter				
F30	Manie	1	145	0,69
F31	Bipolare Störung	33	2328	1,42
F32	Depressive Episode	59	24.964	0,24
F33	Rezidivierende depressive Störung	85	20.357	0,42
F34; F38	Anhaltende affektive Störung; andere affektive Störung	0	8	0,00
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung	11	7230	0,15
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	20	3027	0,66
Darunter				
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörung	18[a]	2635	0,68
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörung	1	301	0,33
F62	Andauernde Persönlichkeitsänderung	1	8	12,5
F63	Abnorme Gewohnheiten und Störung der Impulskontrolle	0	76	0,00
F64; F65; F68; F69	Störung der Geschlechtsidentität; Störung der Sexualpräferenz; andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	0	7	0,00
Sonstige	–	1[b]	1491	0,07
Gesamt		*467*	*117.195*	*0,40*

[a]Alle 18 Fälle mit ICD-10 F60.3 (emotional-instabile Persönlichkeitsstörung)
[b]ICD-10 F7 (Intelligenzminderung)

Ergebnisse der deskriptiven Analysen vier Gruppen gebildet (F2, F30/31, F6 und alle weiteren F-Diagnosen). Im Rahmen der logistischen Regressionsanalyse wurden Odds Ratios (OR) und Wald-χ^2 berechnet.

Die Analysen erfolgten mithilfe von Microsoft Excel 2016 (Microsoft, Redmond, Washington, USA) und der Statistikprogramme SPSS Statistics (IBM, Armonk, New York, USA), R (R Core Team (2022). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL https://www.R-project.org/; R Version 4.2) und Knime (Konstanz Information Miner 4.6.4, KNIME AG, Zurich, Switzerland).

Ergebnisse

Im Erhebungszeitraum wurden 117.662 Patient*innen voll- oder teilstationär aufgenommen. Darunter hatten 467 Patient*innen eine BehV entsprechend einem Anteil von 0,4 % mit einem Range zwischen 0,1 % und 0,9 % in den neun Kliniken. Von den 467 Betroffenen mit BehV waren 201 (43 %) männlich und 266 (57 %) weiblich. Bei den Betroffenen ohne BehV war das Geschlechterverhältnis umgekehrt (53 % männlich, 47 % weiblich). Der Unterschied war signifikant mit einer Odds Ratio (OR) für Frauen von 1,52 (95 %-Konfidenzintervall 1,267–1,828). Das Lebensalter der Patient*innen mit und ohne BehV war vergleichbar (mit BehV: 48,5 ± 17,5 Jahre; ohne BehV: 48,1 ± 19,6 Jahre; [jeweils MW ± SD]) und verteilte sich über ein breites Altersspektrum mit zwei flachen Gipfeln in den Altersgruppen 31 bis 40 Jahre und 51 bis 60 Jahre (**Abb. 1**).

Die Verteilung der Hauptdiagnosen findet sich in **Tab. 1** und **Abb. 2**. Unter den 467 Patient*innen mit BehV fanden sich am häufigsten Patient*innen mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenien (ICD-10 F2; $n = 183$) und der affektiven Störungen (F3; $n = 178$) gefolgt von substanzbezogenen Störungen (F1; $n = 51$). Unter den Patient*innen mit affektiven Störungen fanden sich am häufigsten rezidivierende depressive Störungen (F33; $n = 85$), depressive Episoden (F32; $n = 59$) und bipolare Störungen (F31; $n = 33$).

Überdurchschnittlich hoch lag die Quote für das Vorliegen einer BehV bei Patient*innen mit einer Psychose aus dem Formenkreis der Schizophrenien (F2: 1,09 %), einer Manie (F30: 0,69 %), einer bipolaren affektiven Störung (F31: 1,42 %) und einer Persönlichkeitsstörung (F6: 0,66 %). Für die Gruppe der Patient*innen mit einer Manie oder bipolaren Störung (F30/31) lag die Quote durchschnittlich bei 1,36 %. Eine weitergehende Analyse der 20 Fälle mit BehV und einer Persönlichkeitsstörung ergab, dass in 90 % der Fälle eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vorlag (F60.3; $n = 18$).

Die Patient*innen mit BehV ($n = 467$) hatten in den 24 Monaten vor dem Indexaufenthalt durchschnittlich 2,4 ± 7,1 stationäre Voraufenthalte. Bei den Patient*innen ohne BehV ($n = 117.195$) waren es 0,3 ± 1,4 Aufenthalte (jeweils MW ± SD). Der Gruppenunterschied war signifikant (Mann-Whitney-U-Test: $U = 14.463.276$; $Z = -34,33$; $p < 0,01$; Pearson-Korrelationskoeffizient $r = 0,1$). 90 % der Patient*innen ohne BehV und 44 % der Patient*innen mit BehV hatten keinen Voraufenthalt ($\chi^2 = 1118$; $df = 1$; $p < 0,01$; Cramers $V = 0,097$). In **Abb. 3** findet sich die Verteilung der Anzahl der Voraufenthalte. 0,9 % der Patient*innen mit BehV ($n = 4$) und 0,1 % der Patient*innen ohne BehV ($n = 71$) hatten 20 und mehr stationäre Vorbehandlungen ($\chi^2 = 34,61$; $df = 1$; $p < 0,01$; Cramers $V = 0,017$).

Patient*innen mit BehV hatten häufiger Voraufenthalte mit Unterbringung nach PsychKG-NRW (22,3 % [$n = 104$] bei Patient*innen mit BehV vs. 2,0 % [$n = 2351$] bei Patient*innen ohne BehV) sowie häufiger Voraufenthalte mit Fixierungen (9,2 %; $n = 43$ vs. 0,6 %; $n = 739$) und Isolierungen (11,8 %; $n = 55$ vs. 0,5 %; $n = 596$). Die Gruppenunterschiede waren signifikant sowohl für die Unterbringung nach PsychKG-NRW ($\chi^2 = 925,02$; $df = 1$; $p < 0,01$;

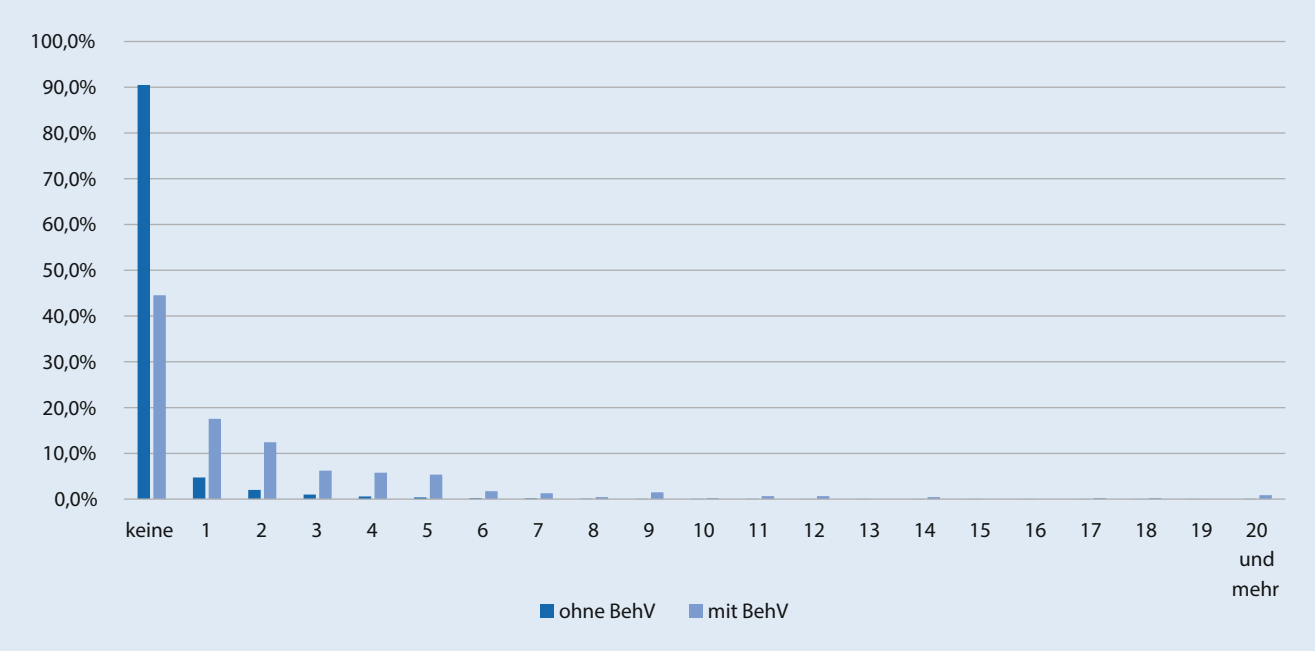


Abb. 3 ▲ Anzahl der voll- oder teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Voraufenthalte in den 24 Monaten vor der Indexaufnahme bei Patient*innen mit und ohne Behandlungsvereinbarung (*BehV*)

OR 14,0; Cramers V = 0,089) als auch für Fixierungen ($\chi^2 = 505{,}41$; df = 1; $p < 0{,}01$; OR 16,0; Cramers V = 0,066) und Isolierungen ($\chi^2 = 1053{,}1$; df = 1; $p < 0{,}01$; OR 26,1; Cramers V = 0,096). Sämtliche Effektstärken waren sehr gering.

Das Regressionsmodell war statistisch signifikant, $\chi^2 = 860$, $p < 0{,}001$ mit einer Varianzaufklärung von Nagelkerkes $R^2 = 0{,}144$. **Tab. 2** zeigt die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse. Alle aufgelisteten Variablen erhöhten die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer BehV. Am größten war der Einfluss der Klinik: Im Vergleich zu der Klinik mit den wenigsten BehV (Klinik 3, Referenz) lagen die OR der anderen Kliniken bei 2,9–18,8. Des Weiteren war eine BehV beim Vorliegen der folgenden Variablen wahrscheinlicher: stationäre Voraufenthalte (OR = 1,08; d. h. die Odds Ratio erhöhte sich mit jedem zusätzlichen Voraufenthalt um jeweils 8 %), PsychKG Unterbringung und Fixierung oder Isolierung in mindestens einem Voraufenthalt (OR = 4,93 und OR = 1,67), Hauptdiagnose aus den Gruppen der Schizophrenien (F2: OR = 3,58), bipolaren Störungen (F30/31: OR = 4,61) und Persönlichkeitsstörungen (F6: OR = 3,18), und weibliches Geschlecht (OR = 1,53).

Diskussion

Die Studie ist unseres Wissens die bislang umfassendste Analyse zur Abschlussrate von Behandlungsvereinbarungen (BehV) in psychiatrischen Kliniken im deutschsprachigen Raum. Mit einem Anteil von 0,4 % schlossen nur wenige Patient*innen in den Kliniken des LVR-Klinikverbunds eine BehV ab. Somit bestätigt sich der bekannte Befund, dass das Angebot in den Kliniken zwar vorhanden, die Nutzungsrate jedoch gering ist [2, 12, 14]. Mögliche Gründe hierfür könnten der zeitliche Aufwand mit einem etwa ein- bis zweistündigen Gespräch zwischen Patient*in und Behandler*in [13], Uneinigkeit hinsichtlich der Behandlungsmodalitäten zwischen Patient*in und Behandler*in oder fehlendes Wissen über das Angebot der BehV sein. Weiterhin denkbar wären Gründe wie personelle Ressourcenknappheit seitens der Klinik oder fehlende Nachfrage seitens der Patient*innen [2]. Die Unterschiede zwischen den Kliniken können auch durch unterschiedliche Versorgungstraditionen mit begründet sein oder durch einen unterschiedlichen zeitlichen Verlauf der Implementierung in den verschiedenen Kliniken. Die an der Umfrage von Borbé und Mitarbeitenden beteiligten psychiatrischen Kliniken gaben als wichtigsten Grund für das Nichtzustandekommen von BehV die mangelnde Nachfrage seitens der Patient*innen an [2]. Hierzu wären weitergehende Untersuchungen bei den Betroffenen und ihren Angehörigen sowie bei den Professionellen in verschiedenen Sektoren des Versorgungssystems erforderlich.

Nach unseren Analysen erreicht das Angebot der BehV zumindest zum Teil die beabsichtigten Zielgruppen: Signifikant häufiger fanden wir eine BehV bei Betroffenen mit häufigen stationären Voraufenthalten, Unterbringungen und Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen in der Vorgeschichte sowie bei Betroffenen mit den Diagnosen einer Schizophrenie oder einer bipolaren Störung/Manie. Aufgrund der häufig rezidivierend auftretenden akuten Exazerbationen dieser Erkrankungen und der damit einhergehenden Notaufnahmen erscheinen BehV für diese Patient*innengruppen besonders geeignet. Etwas häufiger als es der relativen Häufigkeit des Krankheitsbildes im Diagnosespektrum der Kliniken entsprach, fanden wir BehV auch bei Patient*innen mit Persönlichkeitsstörungen, wobei es sich fast ausschließlich um emotional-instabile Persönlichkeitsstö-

Tab. 2 Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse hinsichtlich der abhängigen dichotomen Variable „Behandlungsvereinbarung ja/nein"

Variable	Schätzung	Standardfehler	Wald	df	*p*-Wert	Odds Ratio	CI (95 %)	
							Lower	Upper
Klinik 1	2,771	0,355	60,857	1	< 0,001	15,98	8,363	34,165
Klinik 2	2,870	0,338	71,993	1	< 0,001	17,64	9,616	36,719
Klinik 4	2,332	0,347	45,188	1	< 0,001	10,31	5,501	21,752
Klinik 5	1,381	0,377	13,401	1	< 0,001	3,98	1,972	8,802
Klinik 6	1,564	0,403	15,069	1	< 0,001	4,78	2,221	10,982
Klinik 7	2,933	0,357	67,410	1	< 0,001	18,78	9,781	40,273
Klinik 8	1,066	0,379	7,876	1	0,005	2,90	1,429	6,442
Klinik 9	1,497	0,418	12,801	1	< 0,001	4,47	1,996	10,521
Geschlecht: weiblich	0,424	0,096	19,546	1	< 0,001	1,53	1,267	1,844
Diagnosegruppe: F2[a]	1,274	0,105	146,595	1	< 0,001	3,58	2,907	4,392
Diagnosegruppe: F30/31[a]	1,528	0,189	65,388	1	< 0,001	4,61	3,129	6,577
Diagnosegruppe: F6[a]	1,158	0,248	21,825	1	< 0,001	3,18	1,899	5,040
Stationäre Voraufenthalte	0,076	0,009	76,158	1	< 0,001	1,08	1,061	1,098
Fixierung oder Isolierung in Voraufenthalt	0,515	0,212	5,920	1	0,015	1,67	1,108	2,544
PsychKG in Voraufenthalt	1,596	0,177	80,909	1	< 0,001	4,93	3,441	6,906

Wald-Statistik: $z^2 = \left(\frac{Schätzung}{Standardfehler}\right)^2$, Odds Ratio: OR = exp (***Schätzung***)

df Freiheitsgrad

[a]Für ICD-10 Codes s. **Tab. 1**; die Odds Ratio wurde jeweils in Bezug auf die Gruppe aller weiteren F-Diagnosen ermittelt

rungen handelte. Deren Krankheitsverlauf ist erfahrungsgemäß ebenfalls durch wiederholte akute Krisen gekennzeichnet, sodass auch Erkrankte dieser Gruppe vom Abschluss einer BehV profitieren könnten. Interessant ist der Befund, dass die Betroffenen mit depressiven Störungen zwar keine Überrepräsentation von BehV aufwiesen, in der absoluten Anzahl jedoch einen großen Anteil der Patient*innen mit BehV ausmachten. Auch hatten mehr als 40 % der Betroffenen mit BehV keine stationären Voraufenthalte und die Mehrheit der Betroffenen mit BehV wiesen keine unfreiwilligen Unterbringungen und keine Zwangsmaßnahmen in den 24 Monaten vor dem Indexaufenthalt auf. Hier wäre durch weitergehende inhaltliche Analysen zu klären, welche Versorgungsfragen bei diesen Betroffenengruppen in den BehV geregelt werden.

In der multivariaten logistischen Regressionsanalyse zeigte sich die Klinik als stärkster prognostischer Faktor für das Vorliegen einer BehV, gefolgt von der Erfahrung einer Zwangsunterbringung in einem Voraufenthalt, der Diagnosegruppe, Erfahrung einer Zwangsmaßnahme in einem Voraufenthalt, Geschlecht der Betroffenen (Frauen überwogen) und der Anzahl der stationären psychiatrischen Voraufenthalte. Daraus lassen sich modifizierbare Faktoren eruieren, deren Veränderung zu einer höheren Abschlussrate führen könnten, beispielsweise durch ein gezieltes Ansprechen der Patient*innen bestimmter Diagnosegruppen oder durch spezielle Informations- und Fortbildungsveranstaltungen für das Personal an bestimmten Kliniken. Daneben könnten auch durch allgemeine Maßnahmen Besserungen der Abschlussrate erwartet werden. So zeigte eine Befragung von 565 Patient*innen mit bipolaren affektiven Erkrankungen in Großbritannien, dass mehr als 80 % der Befragten Interesse an einer BehV hatten, dass aber häufig logistische Aspekte dagegensprachen oder aber Sorgen um den Stellenwert der BehV in akuten Erkrankungsphasen, in denen die eigene Entscheidungsfindungskapazität nicht eingeschränkt ist [7]. Hieraus ergibt sich, dass neben dem Vorliegen der logistischen und der Implementierungsvoraussetzungen auch Aufklärungsarbeit hinsichtlich der Möglichkeit des Abschlusses einer BehV sowie Beratung hinsichtlich der Implikationen des Abschlusses, der Gültigkeit und der praktischen Umsetzung wichtig sein dürften.

Eine Stärke der vorliegenden Studie ist die Vollerfassung in einem großen Klinikverbund mit einer Stichprobengröße von 117.662 Patient*innen über einen Zeitraum von fünf Jahren. Die Ergebnisse dürften repräsentativ für Deutschland sein, zumal die Kliniken des LVR-Klinikverbunds typische Pflichtversorgungskliniken sind. Für die Repräsentativität spricht auch der Day-Mix-Index (DMI) des LVR-Klinikverbunds, der mit 0,9687 vergleichbar ist mit dem DMI von 0,9613 aus Nordrhein-Westfalen, Bayern und Sachsen-Anhalt [16]. Eine weitere Stärke der vorliegenden Studie ist, dass mehrere Variablen aus der Routinedokumentation zur Charakterisierung der Patient*innengruppe für die Analyse herangezogen wurden. Somit konnte ein gutes Bild zur Charakterisierung der Patient*innen geschaffen werden, welche eine BehV abschließen. Allerdings konnten Persönlichkeits-, differenzierte psychosoziale oder Ressourcenvariablen nicht berücksichtigt werden, weil diese Variablen sich nicht in den Routinedaten finden. Auch andere potenziell wichtige Faktoren, wie z. B. die Präferenzen der Behandelnden und deren Bewertung von Behandlungssituationen, konnten im Rahmen dieser Untersuchung nicht berücksichtigt werden, da hierzu keine Informationen in den analysierten Routinedaten vorliegen. Limitierend ist zudem der retrospektive Charakter der Untersuchung, sodass zwar ein gutes Bild der Ist-Situation gelang, jedoch nur Assoziationen und keine kausalen Zu-

sammenhänge zwischen dem Abschluss einer BehV und den modifizierenden Variablen aufgedeckt werden konnten. Ferner besteht die Limitation, dass einige Patient*innen mit BehV in der Analyse unberücksichtigt blieben, die zwar im Betrachtungszeitraum eine BehV, aber keinen stationären Aufenthalt aufwiesen, sodass sie keinen Indexfall darstellten. Auch musste der betrachtete Zeitraum vor dem Abschluss einer BehV auf 24 Monate limitiert werden, weil Zwangsmaßnahmen erst ab dem Jahr 2014 in auswertbarer Form in der Statistikdatenbank vorlagen. Schließlich muss einschränkend festgehalten werden, dass stationäre Aufenthalte in anderen Kliniken außerhalb des LVR-Klinikverbunds nicht erfasst werden konnten. Allerdings ist die stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in NRW stark nach dem Sektorprinzip organisiert, sodass insbesondere Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen ganz überwiegend im sektoral zuständigen Krankenhaus behandelt werden.

In Folgeuntersuchungen sollten über die Routinedaten hinaus weitere Patient*innenvariablen erhoben werden, die eine differenziertere Charakterisierung der Patient*innen über die Hauptdiagnose hinaus zulassen. Dazu könnten beispielsweise Persönlichkeitseigenschaften der Betroffenen, psychische und somatische Komorbiditäten sowie Aspekte des individuellen Inanspruchnahmeverhaltens zählen. In einem Mixed-Methods-Ansatz ließe sich auch qualitativ inhaltsanalytisch anhand von Interviews ermitteln, welche Zielsetzungen BehV in der Versorgungspraxis verfolgen, und welche hinderlichen und förderlichen Faktoren für den Abschluss einer BehV existieren. Ferner könnte im Rahmen eines prospektiven, längsschnittlichen Designs untersucht werden, in welchem Ausmaß Patient*innen durch den Abschluss einer BehV profitieren. Im Fokus solcher Folgeanalysen könnten die Auswirkungen von BehV auf den Versorgungsverlauf und die Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen stehen. Weitere relevante Indikatoren, die in einem prospektiven Design Berücksichtigung finden könnten, wären die Behandlungsadhärenz sowie die Behandlungszufriedenheit und Recovery der Patient*innen.

Abstract

Joint crisis plans in mental health hospitals—Real practice in an association of psychiatric hospitals

Background: Joint crisis plans (JCPs) are offered in many psychiatric hospitals, but patients only rarely make use of them.
Objective: To assess the rates of JCPs among inpatients of mental health hospitals and to analyze the clinical characteristics of patients who make use of a JCP.
Material and methods: We carried out a retrospective analysis of routine data from the statistical database/basis documentation of the LVR hospital association, which consists of nine psychiatric hospitals. The basis documentation is consistent in the nine hospitals. All admissions between 2016 and 2020 were considered. We recorded the existence of a JCP, age, gender and main diagnosis at release, as well as previous hospital stays, detention under the Mental Health Act of the Federal State of NRW and experiences with compulsory measures (seclusion/restraint) in the previous 24 months before index admission.
Results: Out of a total of 117,662 inpatients 467 (0.4%) had completed a JCP. Patients with JCP were more likely to be diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or emotionally unstable personality disorder. Patients with a JCP had more previous inpatient stays and they had more frequently experienced detentions and compulsory measures. However, 50% of the patients with a JCP had other diagnoses and the vast majority of them had experienced no detention or compulsory measure in the 24 months preceding the first documentation of a JCP.
Conclusions: Overall, the use of JCPs is limited. The targeted group of patients with severe mental illness and previous experience with involuntary placements and compulsory measures make use of the offer of a JCP but so do other patients as well. Additional qualitative analyses are required in order to analyze the content and objectives of JCPs in more detail.

Keywords
Psychiatric psychotherapeutic care · Compulsory measures · Schizophrenia · Bipolar disorder · Borderline personality disorder

Fazit für die Praxis

- **Bei insgesamt geringer Reichweite des Angebots einer BehV wurden insbesondere Patient*innen mit Schizophrenien, bipolaren Störungen und emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen sowie Patient*innen mit häufigen stationären Voraufenthalten und Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen (Isolierung) erreicht. Patient*innen mit depressiven Störungen und Patient*innen ohne Vorerfahrungen mit unfreiwilligen Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen nahmen aber das Angebot ebenfalls in Anspruch.**
- **Künftig könnten inhaltsanalytische Untersuchungen von BehV und qualitative Befragungen von Betroffenen und Ärzt*innen dazu beitragen, Inhalte und Zielsetzungen der BehV sowie fördernde und hinderliche Faktoren für den Abschluss einer BehV zu eruieren. Zudem sollte im Rahmen prospektiver längsschnittlicher Studien untersucht werden, ob und inwiefern Patient*innen Vorteile im Versorgungsverlauf durch den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung haben.**

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. E. Gouzoulis-Mayfrank
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln, LVR-Klinik Köln
Köln, Deutschland
euphrosyne.gouzoulis-mayfrank@lvr.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Weide, J. Vrinssen, O. Karasch, T. Blumenröder, A. Staninska, S. Engemann, M. Banger, M. Grümmer, R. Marggraf, J. Muysers, S. Rinckens, N. Scherbaum, T. Supprian, A. Tönnesen-Schlack, R. Mennicken, J. Zielasek und E. Gouzoulis-Mayfrank geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Borbé R, Jaeger S, Steinert T (2009) Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie. Psychiat Prax 36:7–15
2. Borbé R, Jaeger S, Borbé S, Steinert T (2012) Anwendung psychiatrischer Behandlungsvereinbarungen in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Nervenarzt 83:638–643
3. Braun E, Gaillard A, Vollmann J, Gather J, Scholten M (2022) Mental health service users' perspectives on psychiatric advance directives: a systematic review. Psychiatr Serv. https://doi.org/10.1176/appi.ps.202200003
4. Campbell LA, Kisely SR (2009) Advance treatment directives for people with severe mental illness (Review). Cochrane Database Syst Rev. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005963.pub2
5. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2014) Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. Nervenarzt 85:1419–1431
6. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2022) S3-Leitlinie Zwangsstörungen „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen" Version 30.06.2022; (Registernummer 038-017). https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-017.html. Zugegriffen: 29. Sept. 2022
7. Gergel T, Das P, Owen G, Stephenson L, Rifkin L, Hindley G, Dawson J, Keene AR (2021) Reasons for endorsing or rejecting self-binding directives in bipolar disorder: a qualitative study of survey responses from UK service users. Lancet Psychiatry 8(7):599–609
8. Grätz J (2009) Behandlungsvereinbarungen in der Gemeindepsychiatrie: Evaluation der Erfahrungen in Halle (Saale). Dissertation. https://opendata.uni-halle.de/bitstream/1981185920/7454/1/Behandlungsvereinbarungen%20in%20der%20Gemeindepsychiatrie.pdf. Zugegriffen: 17. Mai 2022
9. Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G (2009) Views of service users and providers on joint crisis plans—single blind randomized controlled trial. Soc Psychiat Epidemiol 44:369–376
10. Hildebrandt B, Dietz A (1998) Bielefeld: Offenheit und Neugier waren der Anfang. In: Dietz A, Pörksen N, Voelzke W (Hrsg) Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn, S 29–44
11. Hirsch S, Steinert T (2019) Measures to avoid coercion in psychiatry and their efficacy. Dtsch Arztebl Int 116:336–343
12. Schwarz K (2020) Behandlungsvereinbarungen in der Akutpsychiatrie. Eine methodenplurale Studie zur Einstellung klinisch tätiger Psychiater. Dissertation. https://edoc.ub.uni-muenchen.de/26138/1/Schwarz_Katja.pdf. Zugegriffen: 17. Mai 2022
13. Stoecker R (2017) Odysseus in der Psychiatrie: Zu den ethischen Grundlagen von Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie. Jahrb Wiss Ethik 22(1):183–204
14. Swanson J, Swartz M, Ferron J, Elbogen E, Van Dorn R (2006) Psychiatric advance directives among public mental health consumers in five U.S. cities: prevalence, demand, and correlates. J Am Acad Psychiatry Law 34:43–57
15. Swartz MS, Swanson JW, Easter MM, Robertson AG (2021) Implementing psychiatric advance directives: the transmitter and receiver problem and the neglected right to be deemed incapable. Psychiatr Serv 72:219–221
16. Zielasek J, Vrinssen J, Gouzoulis-Mayfrank E (2021) Utilization of Inpatient Mental Health Care in the Rhineland During the COVID-19 Pandemic. Front Public Health 9:593307

frontiers | Frontiers in Psychiatry

TYPE Original Research
PUBLISHED 22 December 2022
DOI 10.3389/fpsyt.2022.957951

Check for updates

OPEN ACCESS

EDITED BY
Elke Van Hoof,
Vrije University Brussels, Belgium

REVIEWED BY
Gaia Sampogna,
University of Campania "L. Vanvitelli", Italy
Christiane Montag,
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Germany

*CORRESPONDENCE
Jürgen Zielasek
✉ juergen.zielasek@lvr.de

SPECIALTY SECTION
This article was submitted to Public Mental Health, a section of the journal Frontiers in Psychiatry

RECEIVED 31 May 2022
ACCEPTED 30 November 2022
PUBLISHED 22 December 2022

CITATION
Zielasek J, Lehmann I, Vrinssen J and Gouzoulis-Mayfrank E (2022) Analysis of the utilization, processes, and outcomes of inpatient mental healthcare during the first three waves of the COVID-19 pandemic in the federal state of North Rhine-Westphalia, Germany. *Front. Psychiatry* 13:957951. doi: 10.3389/fpsyt.2022.957951

COPYRIGHT
© 2022 Zielasek, Lehmann, Vrinssen and Gouzoulis-Mayfrank. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

Analysis of the utilization, processes, and outcomes of inpatient mental healthcare during the first three waves of the COVID-19 pandemic in the federal state of North Rhine-Westphalia, Germany

Jürgen Zielasek[1,2]*, Isabell Lehmann[1], Jürgen Vrinssen[1] and Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank[1,3]

[1]LVR-Institute for Healthcare Research, Cologne, Germany, [2]Medical Faculty, Heinrich Heine University Düsseldorf, Düsseldorf, Germany, [3]LVR Clinic Cologne, Cologne, Germany

Background: During the first phase of the Coronavirus-19 disorder (COVID-19) pandemic in the spring of 2020, utilization of inpatient mental healthcare was significantly reduced. We now report on a long-term observational study of inpatient mental healthcare in a large psychiatric hospital association in North Rhine-Westphalia, Germany, covering the second and third pandemic waves of autumn and winter 2020 followed up until June 2021.

Objectives: Analysis of the changes of inpatient and day patient mental healthcare utilization in an association of psychiatric hospitals during the COVID-19 pandemic from January 2020 until June 2021.

Materials and methods: We used the statistics database of the association of the nine psychiatric hospitals of the Rhineland Regional Council (Landschaftsverband Rheinland, LVR). We compared the case numbers of the pandemic period with previous years and analyzed changes in the diagnostic spectrum, rates of coercion and therapeutic outcomes. We also analyzed age, gender, diagnoses and coercive measures of patients tested positive for COVID-19 during inpatient psychiatric healthcare.

Results: Case rates were reduced during and after the COVID-19 pandemic episodes of 2020 and the following months of spring and summer 2021. Changes varied between diagnostic groups, and there were even increases of case numbers for acute psychotic disorders. Coercive measures increased during the pandemic, but therapeutic outcomes were maintained at the pre-pandemic level. Women and patients of higher ages were overrepresented among psychiatric inpatients with COVID-19.

Conclusion: The COVID-19 pandemic led to over during reductions of inpatient psychiatric hospital admissions and changes of the diagnostic spectrum accompanied by increased rates of coercive measures. These effects may reflect an overall increased severity of mental disorders during the COVID-19 pandemic, deferrals of inpatient admissions or a lack of outpatient mental healthcare services utilization. To differentiate and quantitate these potential factors, further studies in the general population and in the different mental healthcare sectors are needed. In order to reduce the number of COVID-19 cases in psychiatric hospitals, vaccination of people of higher ages and with dementias seem to be the most needed strategy.

KEYWORDS

COVID-19, pandemic, psychiatric services utilization, mental healthcare, inpatient

Introduction

The coronavirus-19 (COVID-19) pandemic had an overall negative impact on the mental health of the general population (1, 2). Due to its medical and social consequences, the COVID pandemic has been traumatizing the general population for long time periods and increased the need of mental healthcare (3, 4). However, the individual mental health responses were heterogenous with a subgroup of approximately one third of the population showing increasing levels of anxiety and/or depression during the first year of the pandemic (5). Ahrens and coworkers (6) described marked interindividual differences in perceived stress between subgroups. In vulnerable groups, psychological state deteriorated over time, putting them at risk for mental disorder development. Consequently, health services should especially identify and allocate resources to vulnerable individuals (6).

Analyzing the time pattern of service utilization during a pandemic is of central importance to prepare services for future pandemics. For example, in a recent UK survey, Bu and coworkers (7) found that mostly friends and families were approached when people in lockdown faced mental health problems. Until now, there have been few reports about the utilization of inpatient mental healthcare during the pandemic. In an earlier study, we showed a reduction of overall inpatient psychiatric admission rates accompanied by a shift toward more acute cases during the initial pandemic phase of early 2020 in Germany (8). Some mental health services were reorganized to include telepsychiatry (9–11). An Italian study indicated an increased demand for urgent psychiatric consultations predominantly for vulnerable groups like people living in psychiatric facilities (12). Following the first pandemic wave in early 2020, two more waves developed in the course of 2020 and 2021. Emergency psychiatric admissions increased even after lockdown measures were curtailed, indicating over during effects of the pandemic and lockdown measures on mental healthcare services (13, 14). Therefore, we were interested in performing a follow-up study of psychiatric hospital admission rates spanning the subsequent pandemic phases in 2020 and 2021. Besides admission rates, we analyzed the long-term numbers and diagnoses of inpatients with mental disorders and COVID-19 comorbidity. These analyses should help to assess the impact of the COVID-19 pandemic on psychiatric inpatient utilization and to clinically characterize psychiatric inpatients with mental disorders who develop COVID-19 infections. Such analyses are expected to be helpful to prepare mental healthcare systems for future virus pandemics.

We studied admission rates and admission diagnoses of adult psychiatry departments of nine psychiatric hospitals of the hospital association of the Rhineland Regional Council [Landschaftsverband Rheinland (LVR)], which have approximately 2,835 beds and 750 day patient places. These hospitals provide mental healthcare services to approximately half of the population of the Rhineland (4.4 million inhabitants) and are representative of mental healthcare services in Germany as shown by their typical day mix indices (8).

Materials and methods

The observation period for this study was 1 January 2018 until 30 June 2021. This observation period covered the first minor phase of the COVID-19 pandemic in Germany in spring 2020, which was followed by a period of low COVID case numbers in summer 2020 and then by a two more pronounced waves of COVID 19 cases from fall 2020 until early spring 2021. Numbers of COVID-19 cases then again decreased in summer of 2021. We therefore compared the time period 1 January 2018 until 30 June 2019, with the time period 1 January 2020 until 30 June 2021.

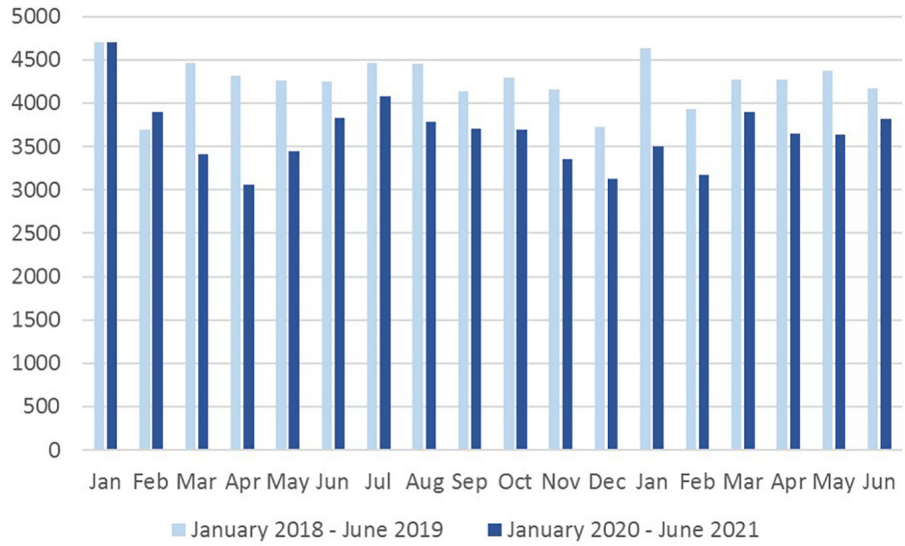


FIGURE 1
Monthly admission rates. Shown are the monthly admission rates in the adult psychiatric departments of nine psychiatric hospitals of the Rhineland region in Germany in the time periods 1 January 2018 until 30 June 2019 (light blue bars) and 1 January 2020 until 30 June 2021 (dark blue bars).

Clinical routine data were obtained from the LVR statistics database. These data are documented for clinical routine purposes of quality insurance and remuneration. They included age and sex, diagnoses, length of stay, frequency of coercive measures (involuntary admission, restraint and seclusion) and COVID-19 test results. The clinical routine data of the nine psychiatric hospitals are transferred on a daily basis to an anonymized statistics database, which serves quality assurance purposes. We analyzed the anonymized aggregated data of the departments of general psychiatry, addiction medicine, geriatric psychiatry and psychosomatic medicine by means of time series analysis of the monthly inpatient and day patient admission rates, frequencies of diagnoses of mental disorders, gender and age of patients. We also studied the number, age and gender of inpatients with COVID-19 as identified by the corresponding ICD-10-codes in the statistics database. Additional analyses addressed measures of coercion as identified by the rates of involuntary hospitalizations under the auspices of the North Rhine-Westphalia Mental Health Act, and the case-based rates of coercive measures (seclusion and restraint). For statistical analyses, we calculated odds ratios to assess the risk of COVID-19 infection in different groups of patients. We used Chi-square tests to compare rates of categorical variables between groups and used Student's *t*-test to compare the age distributions of people with and without COVID-19. Statistical analyses were performed using standard statistical software (SPSS 26, Konstanz Information Miner and GraphPad Version 9.3.1). We performed this retrospective epidemiological study following the principles of the Helsinki Declaration.

Results

Comparing the monthly inpatient and day patient admission rates for two 18-months observation periods, there was a decline of 12.5% in inpatients and 25.9% in outpatients (Figure 1). Numbers decreased already in March 2020, when the first COVID 19 pandemic wave occurred in Germany, and similarly so in summer 2020 coincidentally with the second wave. Admission rates never fully recovered to the pre-pandemic values throughout the observation period. The decline of case numbers affected nearly all diagnostic groups, but was different between diagnostic groups. Table 1 shows the changes for the 10 most frequent diagnoses of 2018/2019. The decline was most pronounced among those with affective and substance related disorders. Delirium superimposed on dementia (ICD-10 diagnostic group F05.1) increased slightly and a relatively large increase of 18% was observed for patients with acute polymorphic psychotic disorders (ICD-10 diagnostic group F23.1 from 539 to 636 cases).

We observed increased rates of involuntary admission and involuntary inpatient treatment accompanied by increased rates of coercive measures (restraint and seclusion) in 2020 compared to 2019 (Table 2). Rates were significantly different between the two observation periods for all three variables (two-sided Chi-square-test for all three comparisons $p < 0.0001$ and $df = 1$; PsychKG Chi-square = 280.3; restraint Chi-square = 172.8; seclusion Chi-square = 21.93).

During the reporting period January 2020 until June 2021, 475 cases of COVID-19 were documented among inpatients of the nine psychiatric hospitals. These cases occurred mainly in

TABLE 1 Change in the frequency of the 10 most frequent admission diagnoses of the 2018/2019 period.

	2018/2019	2020/2021	Difference	Change
F10.2	13,308	10,740	−2,568	−19%
F20.0	9,803	8,975	−828	−8%
F33.2	9,316	8,170	−1,146	−12%
F32.2	8,025	6,182	−1,843	−23%
F11.2	4,075	3,154	−921	−23%
F05.1	2,298	2,397	+99	+4%
F60.31	2,231	2,126	−105	−5%
F33.1	1,941	1,808	−133	−7%
F10.3	1,757	1,062	−695	−10%
F43.2	1,666	1,355	−311	−19%

We assessed the main discharge diagnoses in nine psychiatric hospitals of the Rhineland in Germany before the COVID pandemic (1 January 2018–30 June 2019) and during the COVID pandemic (1 January 2020–30 June 2021). Shown are the ICD-10 codes and numbers of admitted cases for the 10 most frequent admission diagnoses of the pre-pandemic time period (World Health Organization International Classification of Disorders, 10th revision (https://icd.who.int/browse10/2016/en#/V; last accessed 2 November 2021). Mental disorders with high rates of relative decreases are labeled in brown and one disorder is labeled in red as it showed a relative increase. F10.3, mental and behavioral disorders due to use of alcohol, withdrawal state; F20.0, paranoid schizophrenia; F33.2, recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms; F32.2, severe depressive episode without psychotic symptoms; F11.2, mental and behavioral disorders due to use of opioids, dependence syndrome; F05.1, delirium superimposed on dementia; F60.31, emotionally unstable personality disorder (borderline type according to the German modification of the ICD-10; https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kodesuche/htmlgm2021/block-f60-f69.htm); F33.1, recurrent depressive disorder, current episode moderate; F10.3, mental and behavioral disorders due to use of alcohol, withdrawal state; F43.2, adjustment disorders.

TABLE 2 Rates of involuntary psychiatric hospitalization under the auspices of the Mental Health Act (Psych KG NRW) and rates of coercive measures in the nine LVR psychiatric hospitals.

	2018/2019	2020/2021
PsychKG cases	14.3% (n = 11,393)	17.5% (n = 12,027)
Cases with restraint	3.3% (n = 2,622)	3.7% (n = 2,573)
Cases with seclusion	3.3% (n = 2,631)	4.6% (n = 3,186)
Number of admitted patients	79,756	68,894

Numbers in brackets are the numbers of cases of involuntary psychiatric hospitalization under the auspices of the Mental Health Act (Psych KG NRW) and numbers of cases with coercive measures (restraint and seclusion) followed by total numbers of cases in the respective observation periods. Data are presented for the periods January 2018 to June 2019 (before the COVID-19 pandemic) and January 2020 to June 2021 (during the COVID-19 pandemic).

the fall and winter months of 2020 and early in 2021 (Figure 2). All COVID-19 cases occurred in inpatients, no cases were observed in day patients. In total, 145 cases were identified between 0 and 4 days after inpatient admission, 97 cases were identified within 5–14 days after admission, and 233 cases were identified later during the course of psychiatric inpatient treatment. Allowing for an incubation period of several days, these figures indicate that the majority of COVID-19 infections (330/475 = 70%) occurred during the inpatient stay. Most psychiatric COVID-19 patients (n = 128) were diagnosed with an organic mental disorder including Alzheimer's dementia (Figure 3). For affective disorders and disorders of the group of schizophrenias, we found similar rates of both infected and non-infected inpatient psychiatric cases. In the group of addiction disorders, COVID-19 cases were relatively underrepresented. The odds ratios for finding a COVID-19 patient in the diagnostic group of the organic mental disorders including the dementias was as high as 4.25 [95%CI 3.44; 5.24], while in the group of addiction disorders, it was only 0.37 [95% CI 0.28; 0.49].

Psychiatric inpatients with COVID-19-infections were significantly older (median 58 years, mean ± SD 57 ± 21 years) compared to non-COVID-19 patients (median 46 years, mean ± SD 47 ± 18 years; t-test double-sided $p < 0.0001$, T = 10.1507; df = 479.02). The relative risk of COVID-19 infection of psychiatric inpatients was significantly increased in women compared to men (relative risk for women 1.32 95% confidence interval 1.100–1.587; Chi-square test $p < 0.00225$; df = 1; Chi-Square 9.3374). We found significantly higher rates of involuntary admissions and coercive measures among psychiatric inpatient cases with COVID-19 as compared to non-COVID-19 patient cases (Figure 4).

Discussion

In this follow up study, we confirm our findings obtained during the first wave of COVID-19 infections in Germany in spring 2020, in which we had shown a reduction of case numbers of psychiatric inpatients (8), which mostly in patients with affective and addiction disorders. We confirm the previously observed trend toward more acute cases, as indicated by diagnostic shifts toward more acute mental illnesses like Acute polymorphic psychotic disorder with symptoms of schizophrenia (ICD-10 F23.1) and increased rates of coercive measures. We further extend our initial findings by showing that these changes were over during beyond the second wave of COVID-19 in late 2020 and early 2021. In addition, we show that the admission rates did not recover during the periods of decreased COVID-19 cases in the summers of 2020 and 2021. This may be due to over during pandemic effects on outpatient consultation rates, which may have led to under assignment of patients to psychiatric inpatient care. Similar findings of an overall decrease of total numbers of unplanned psychiatric hospital admissions were reported from another large German hospital network in 2020 (15, 16). Of note, the diagnostic spectrum was somehow different in that Fasshauer et al. reported that the decrease of unplanned admissions was less pronounced for cases with substance use disorders. This may have been due to a focus on emergency admissions in the studies by Fasshauer et al. compared to all types of hospital admissions in our study.

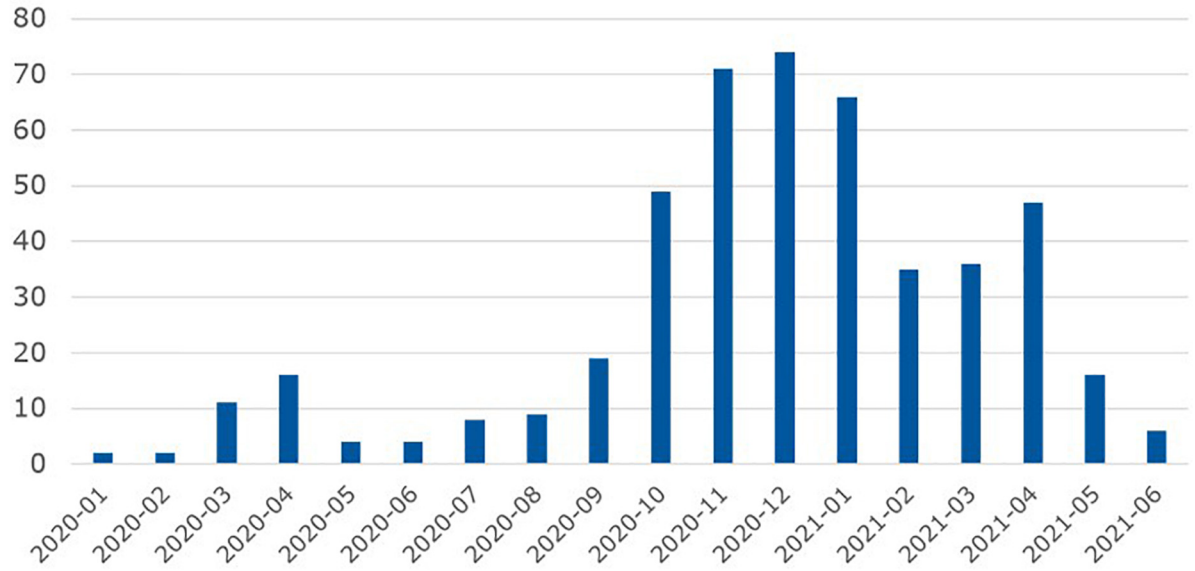


FIGURE 2
Monthly case numbers of COVID-19 among psychiatric inpatients of the nine psychiatric LVR-hospitals. Observation period: 1 January 2020 until 30 June 2021.

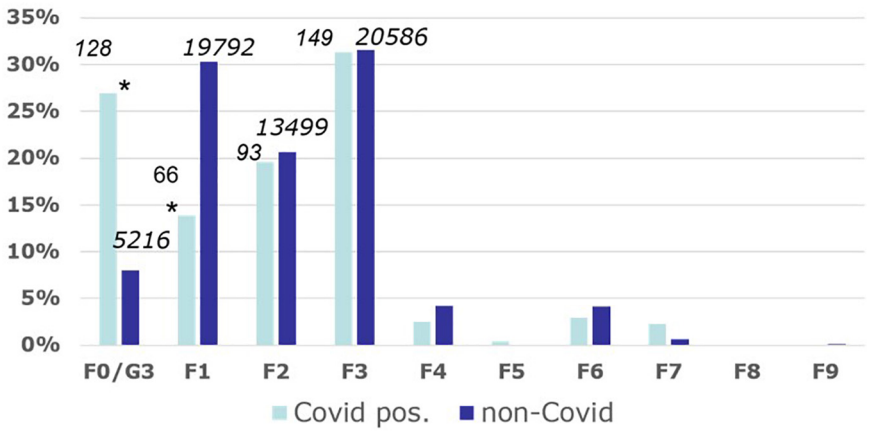


FIGURE 3
Spectrum of mental disorders of COVID-19-infected psychiatric inpatients. Frequency of COVID-19-cases in different diagnostic groups of psychiatric inpatients of the LVR psychiatric hospitals as differentiated by the World Health Organization International Classification of Disorders, 10th revision (https://icd.who.int/browse10/2016/en#/V; last accessed 2 November 2021). The figures above each bar indicate absolute case numbers during the observation period 1 January 2020 until 30 June 2021. Asterisks indicate that the group differences were significant in Chi square tests ($p < 0.001$). For example: The bars for the diagnostic group F0/G3 (organic mental disorders including dementias) indicate that 27% of all COVID-19-cases, but only 9% of the non-COVID-19-cases, were diagnosed with an F0/G3 disorder. F1, mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use; F2, schizophrenia, schizotypal and delusional disorders; F3, mood (affective) disorders; F4, neurotic, stress-related and somatoform disorders; F5, behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors; F6, disorders of adult personality and behavior; F7, mental retardation; F8, disorders of psychological development; F9, behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence.

In addition, we extend our previous findings by showing increased rates of involuntary admissions and coercive measures, which may be due to a relative increase of more severe psychiatric cases during the pandemic and/or the impact of the need to enforce hygiene measures in acute psychiatric wards. In line with our findings, Fasshauer et al. (16) also reported increased rates of involuntary psychiatric admissions and coercive measures in their sample from a large German wide hospital network. Flammer et al. (17), who used the case registry for coercive measures of the state of Baden-Wuerttemberg. Germany, reported similar trends. In contrast, one international study reported declining rates

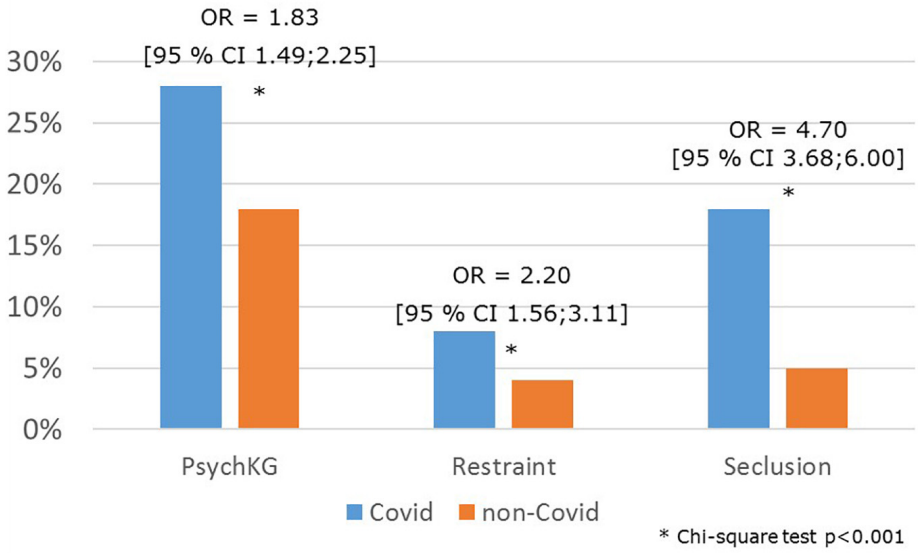


FIGURE 4
Rates of coercion among psychiatric inpatients with COVID-19. Given are the rates of cases of involuntary hospitalization [Psych KG, indicating the North-Rhine Westphalia Mental Health Act (Psychisch Kranke Gesetz NRW)], and rates of cases with seclusion and restraint in psychiatric inpatients with COVID-19 infections compared to patients without COVID-19 infection. Observation period: 1 January 2020 until 30 June 2021.

of seclusion and restraint in a Canadian psychiatric hospital during the COVID-19-pandemic (18). Further detailed studies focusing on patient characteristics associated with coercive measures are warranted to identify explanations for such divergent findings.

Especially older people with dementia are a particularly vulnerable group for contracting COVID-19 and the pandemic led to increased mental strains and depression also in caretakers, as was shown in a recent German questionnaire survey of caretakers (19). As in our previous study, there was an overrepresentation of women, people of higher ages and patients with organic mental disorders including dementias among the psychiatric inpatient cases with COVID-19. This finding is now on a firmer empirical basis given the longer observation period and the high number of cases in our present study.

The strengths of our analysis lie in the large numbers of observed cases, the long observation period covering several phases of the pandemic, the new analysis of psychiatric COVID-19 cases and the representativeness of the studied psychiatric hospitals for general psychiatry in Germany. Limitations are the use of routine data documented for clinical and remuneration purposes and the retrospective nature of the study.

Taken together, our study and results from other studies indicate that while psychiatric inpatient case numbers decreased, case severity and disease acuity increased in psychiatric outpatient emergency units (20, 21) and inpatient mental healthcare during the COVID-19 pandemic in Germany. Similar trends were reported from Denmark (9), France (22), Italy (23, 24), Portugal (25), Switzerland (13, 14), and the United Kingdom (26–29) suggesting that these trends are not specific to national mental healthcare services, but reflect more general effects of the pandemic on mental healthcare in Europe. This may have been due to a reduction of mild cases referred to psychiatric services during the pandemic or a reduced rate of use of outpatient services, but it may also indicate that referrals to psychiatric hospitals were deferred until a higher than usual case severity was reached, or that the COVID-19 pandemic led to an increased rate of acute and severe mental disorders in the general population.

An Italian study during the initial COVID-19 pandemic phase showed that the utilization of mental healthcare services increased and was modulated by individual psychosocial factors like the type of coping strategy, indicating that such factors need to be taken into account when preparing mental healthcare services for future pandemics (30). Further large scale follow-up studies in the general population are needed to address these issues. Hence, in response to the experiences during the COVID-19 pandemic the role of psychiatrists and psychiatry are changing with increased responsibilities for ascertaining adequate mental and somatic healthcare for vulnerable people with mental disorders (31, 32).

Data availability statement

The data analyzed in this study is subject to the following licenses/restrictions: The study was based on

anonymized hospital records which cannot be transferred to others due to data protection regulations. Requests to access aggregated statistical analyses should be directed to JZ, juergen.zielasek@lvr.de.

Ethics statement

Ethical review and approval was not required for the study on human participants in accordance with the local legislation and institutional requirements. Written informed consent for participation was not required for this study in accordance with the national legislation and the institutional requirements.

Author contributions

JZ and EG-M designed the study. JZ and JV analyzed the data. All authors interpreted the results and wrote the manuscript.

Funding

This study was supported by institutional funds of the LVR Hospital Association.

Conflict of interest

The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Publisher's note

All claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article, or claim that may be made by its manufacturer, is not guaranteed or endorsed by the publisher.

References

1. Vindegaard N, Benros M. COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun.* (2020) 89:531–42. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.048

2. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui L, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a systematic review. *J Affect Disord.* (2020) 277:55–64. doi: 10.1016/j.jad.2020.08.001

3. Adhanom Ghebreyesus T. Addressing mental health needs: an integral part of CO-VID-19 response. *World Psychiatry.* (2020) 19:129–30. doi: 10.1002/wps.20768

4. Unützer J, Kimmel R, Snowden M. Psychiatry in the age of COVID-19. *World Psychiatry.* (2020) 19:130–1. doi: 10.1002/wps.20766

5. Shevlin M, Butter S, McBride O, Murphy J, Gibson-Miller J, Hartman T, et al. Refuting the myth of a 'tsunami' of mental ill-health in populations affected by COVID-19: evidence that response to the pandemic is heterogeneous, not homogeneous. *Psychol Med.* (2021): Epub ahead of print. doi: 10.1017/S0033291721001665

6. Ahrens K, Neumann R, Kollmann B, Brokelmann J, von Werthern N, Malyshau A, et al. Impact of COVID-19 lockdown on mental health in Germany: longitudinal observation of different mental health trajectories and protective factors. *Transl Psychiatry.* (2021) 11:392. doi: 10.1038/s41398-021-01508-2

7. Bu F, Mak H, Fancourt D. Rates and predictors of uptake of mental health support during the COVID-19 pandemic: an analysis of 26,720 adults in the UK in lockdown. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* (2021) 56:2287–97. doi: 10.1007/s00127-021-02105-w

8. Zielasek J, Vrinssen J, Gouzoulis-Mayfrank E. Utilization of inpatient mental health care in the Rhineland during the COVID-19 pandemic. *Front Public Health.* (2021) 9:593307. doi: 10.3389/fpubh.2021.593307

9. Hansen J, van Sas T, Fløjstrup M, Brabrand M, Hvolby A. The effect of the march 2020 COVID-19 lockdown on national psychiatric contacts in Denmark: an interrupted time series analysis. *Brain Behav.* (2021) 11:e2264. doi: 10.1002/brb3.2264

10. Markowitz J, Milrod B, Heckman T, Bergman M, Amsalem D, Zalman H, et al. Psychotherapy at a distance. *Am J Psychiatry.* (2021) 178:240–6. doi: 10.1176/appi.ajp.2020.20050557

11. Schaub A, Michel C, Beck P, Falkai P. [Inpatient psychiatric treatment in the corona-crisis by psychologists and psychiatrists in home-office and in the clinic]. *Fortschr Neurol Psychiatr.* (2021) 89:424–32. doi: 10.1055/a-1483-9904

12. Di Lorenzo R, Pinelli M, Bertani D, Cutino A, Dragone D, Elia C, et al. The impact of COVID-19 pandemic on psychiatric emergencies in two different settings: emergency room and community mental health service. *Front Psychiatry.* (2022) 13:894939. doi: 10.3389/fpsyt.2022.894939

13. Ambrosetti J, Macheret L, Folliet A, Wullschleger A, Amerio A, Aguglia A, et al. Psychiatric emergency admissions during and after COVID-19 lockdown: short-term impact and long-term implications on mental health. *BMC Psychiatry.* (2021) 21:465. doi: 10.1186/s12888-021-03469-8

14. Ambrosetti J, Macheret L, Folliet A, Wullschleger A, Amerio A, Aguglia A, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on psychiatric admissions to a large Swiss emergency department: an observational study. *Int J Environ Res Public Health.* (2021) 18:1174. doi: 10.3390/ijerph18031174

15. Fasshauer J, Bollmann A, Hohenstein S, Hindricks G, Meier-Hellmann A, Kuhlen R, et al. Emergency hospital admissions for psychiatric disorders in a German-wide hospital network during the COVID-19 outbreak. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* (2021) 56:1469–75. doi: 10.1007/s00127-021-02091-z

16. Fasshauer J, Bollmann A, Hohenstein S, Mouratis K, Hindricks G, Meier-Hellmann A, et al. Impact of COVID-19 pandemic on involuntary and urgent inpatient admissions for psychiatric disorders in a German-wide hospital network. *J Psychiatr Res.* (2021) 142:140–3. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.07.052

17. Flammer E, Eisele F, Hirsch S, Steinert T. Increase in coercive measures in psychiatric hospitals in Germany during the COVID-19 pandemic. *medRxiv.* (2022) [Preprint]. doi: 10.1101/2022.02.03.22270373

18. Martin K, Arbour S, McGregor C, Rice M. Silver linings: observed reductions in aggression and use of restraints and seclusion in psychiatric inpatient care during COVID-19. *J Psychiatr Mental Health Nurs.* (2021): Epub ahead of print. doi: 10.1111/jpm.12752

19. Dominke C, Wie G, Piguet O, Kumfor F, Diehl-Schmid J. Auswirkungen der COVID-19-pandemie auf neuropsychiatrische symptome von menschen mit demenz und die psychische gesundheit ihrer pflegenden angehörigen. Eine online-studie. Impact of the COVID-19 pandemic on neuropsychiatric symptoms of patients with dementia and the mental health of their caregivers.

An online survey. *Nervenheilkunde.* (2021) 40:861–9. doi: 10.1055/a-1548-4602

20. Aly L, Sondergeld R, Hölzle P, Frank A, Knier B, Pausch E, et al. Die COVID-19-pandemie veränderte nicht die zahl, aber die art psychiatrischer notfälle: versorgungsdaten aus vergleichszeiträumen von 2019 und 2020 [The COVID-19 pandemic has not changed the number but the type of psychiatric emergencies: a comparison of care data between 2019 and 2020]. *Nervenarzt.* (2020) 91:1047–9. doi: 10.1007/s00115-020-00973-2

21. Hoyer C, Ebert A, Szabo K, Platten M, Meyer-Lindenberg A, Kranaster L. Decreased utilization of mental health emergency service during the COVID-19 pandemic. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* (2021) 271:377–9. doi: 10.1007/s00406-020-01151-w

22. Pignon B, Gourevitch R, Tebeka S, Dubertret C, Cardot H, Dauriac-Le Masson V, et al. Dramatic reduction of psychiatric emergency consultations during lockdown linked to COVID-19 in Paris and suburbs. *Psychiatry Clin Neurosci.* (2020) 74:557–9. doi: 10.1111/pcn.13104

23. Beghi M, Brandolini R, Casolaro I, Beghi E, Cornaggia C, Fraticelli C, et al. Effects of lockdown on emergency room admissions for psychiatric evaluation: an observational study from the AUSL Romagna, Italy. *Int J Psychiatry Clin Pract.* (2020) 2:1–5. doi: 10.1080/13651501.2020.1859120

24. Boldrini T, Girardi P, Clerici M, Conca A, Creati C, Di Cicilia G, et al. Consequences of the COVID-19 pandemic on admissions to general hospital psychiatric wards in Italy: reduced psychiatric hospitalizations and increased suicidality. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* (2021) 110:110304. doi: 10.1016/j.pnpbp.2021.110304

25. Gonçalves-Pinho M, Mota P, Ribeiro J, Macedo S, Freitas A. The impact of COVID-19 pandemic on psychiatric emergency department visits—A descriptive study. *Psychiatr Q.* (2020): Epub ahead of print. doi: 10.1007/s11126-020-09837-z

26. Abbas M, Kronenberg G, McBride M, Chari D, Alam F, Mukaetova-Ladinska E, et al. The early impact of the COVID-19 pandemic on acute care mental health services. *Psychiatr Serv.* (2021) 72:242–6. doi: 10.1176/appi.ps.202000467

27. Chen S, Jones P, Underwood B, Moore A, Bullmore E, Banerjee S, et al. The early impact of COVID-19 on mental health and community physical health services and their patients' mortality in Cambridgeshire and Peterborough, UK. *J Psychiatr Res.* (2020) 131:244–54. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.09.020

28. Chen S, She R, Qin P, Kershenbaum A, Fernandez-Egea E, Nelder J, et al. The medium-term impact of COVID-19 lockdown on referrals to secondary care mental health services: a controlled interrupted time series study. *Front Psychiatry.* (2020) 11:585915. doi: 10.3389/fpsyt.2020.585915

29. Tromans S, Chester V, Harrison H, Pankhania P, Booth H, Chakraborty N. Patterns of use of secondary mental health services before and during COVID-19 lockdown: observational study. *BJPsych Open.* (2020) 6:e117. doi: 10.1192/bjo.2020.104

30. Menculini G, Tortorella A, Albert U, Carmassi C, Carrà G, Cirulli F, et al. Access to mental health care during the first wave of the COVID-19 pandemic in Italy: results from the comet multicentric study. *Brain Sci.* (2021) 11:1413. doi: 10.3390/brainsci11111413

31. Stewart D, Appelbaum P. COVID-19 and psychiatrists' responsibilities: a WPA position paper. *World Psychiatry.* (2020) 19:406–7. doi: 10.1002/wps.20803

32. Kuzman M, Curkovic M, Wasserman D. Principles of mental health care during the COVID-19 pandemic. *Eur Psychiatry.* (2020) 63:e45. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.54

Current Psychiatry Reports (2022) 24:407–417
https://doi.org/10.1007/s11920-022-01350-3

PSYCHIATRY IN THE DIGITAL AGE (J SHORE, SECTION EDITOR)

Adapting and Implementing Apps for Mental Healthcare

Jürgen Zielasek[1,2] · Isabelle Reinhardt[1] · Laura Schmidt[1] · Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank[1]

Accepted: 1 June 2022 / Published online: 15 July 2022
© The Author(s), under exclusive licence to Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2022

Abstract

Purpose of Review To describe examples of adapting apps for use in mental healthcare and to formulate recommendations for successful adaptation in mental healthcare settings.

Recent Findings International examples are given to explore implementation procedures to address this multitude of challenges.

Summary There are only few published examples of adapting apps for use in mental healthcare. From these examples and from results of studies in implementation science in general clinical settings, it can be concluded that the process of adapting apps for mental healthcare needs to address clinician training and information needs, user needs which include cultural adaptation and go beyond mere translation, and organizational needs for blending app use into everyday clinical mental healthcare workflows.

Keywords Cultural adaptation · Blended care · Mental disorders · Implementation research

Introduction

With the advent of smartphones and apps, a great potential to improve mental healthcare was created. In a survey of use of depression and anxiety apps, Wasil and coworkers [1] showed that these apps had about 10,000 monthly downloads, several thousand daily active users, and several hundred thousand monthly active users. Potential promises of mental health app use include but are not limited to increased utilization of mental healthcare, shortening of waiting times, better access to mental healthcare for people from rural or remote areas, empowerment of persons with mental illness, and increased therapeutic flexibility about when and where therapy may take place. Increasing evidence suggests clinical efficacy for many mental healthcare apps, but there is at best limited clinical efficacy of standalone apps for mental disorders of "heightened severity" [2•]. Internet-based cognitive behavioural therapy has been shown to be effective in clinical routine practice, albeit with variable effect sizes, for example in depression and anxiety. Acceptability of the interventions was moderate to high and healthcare providers are faced with the challenge to select and integrate appropriate types of intervention for their clinical settings [3]. Early studies had shown that clinical efficacy in routine practice was high, for example in a large Dutch study of online cognitive behavioural treatment in routine clinical practice following a general practitioner referral for depression, panic disorder, posttraumatic stress disorder, or "burnout". Study attrition, however, was high with 33% at 6 weeks and 65% at 1 year [4••]. There are a number of important barriers to routine clinical use of apps in professional mental healthcare settings including their integration with clinical practice and clinical workflows [5]. Gaebel and coworkers had provided a survey of the various states of implementation of e-mental health in six European countries pre-COVID [6•], and the COVID-19 pandemic decreased professionals' negative sentiments about telehealth, but it also highlighted critical issues of technical difficulties and of challenges of adapting telehealth and digital healthcare to routine clinical workflows [7]. This review focuses on the potential that adapting apps to specific mental healthcare settings may have for increasing the uptake of efficient mental healthcare apps in clinical practice.

This article is part of the Topical Collection on *Psychiatry in the Digital Age*

✉ Jürgen Zielasek
juergen.zielasek@lvr.de

[1] Section of Healthcare Research, LVR-Institute for Research and Education, Wilhelm-Griesinger Str. 23, 51109 Cologne, Germany

[2] Medical Faculty, Heinrich Heine University Düsseldorf, Düsseldorf, Germany

Smartphones and apps are part of a wider "digital psychiatry" system, which also includes other technologies like artificial intelligence and virtual reality [8••]. The implementation of digital healthcare interventions like apps in clinical practice is subject to many barriers and facilitators, and scaling up to certain populations and/or settings are important challenges [9]. Surveys of people with mental illnesses and mental healthcare professionals show that although much research has been invested in studies showing the efficacy of mental healthcare apps, knowledge and clinical uptake are still limited. Few studies in real-world clinical settings are available regarding patient willingness to use an app for mental healthcare. As an example, Lipschitz and coworkers [10•] surveyed 149 US veterans who had consultations for anxiety, depression, or posttraumatic stress disorder. Eighty percent owned a smart device and 71% used apps in general. Seventy-three percent took interest in using an app for mental illness, but only 11% had done so. Recommendations by mental health providers were an important factor of raising interest in using a mental health app, and the most frequent concerns were lack of efficacy, data privacy, and how to find suitable apps. These factors seem to be of importance when adapting apps to mental healthcare.

Compared to other sectors, the digitalization of healthcare provision in general seems to be slow [11], and mental healthcare is no exception. In a recent German physician survey, 40% of respondents indicated that digital health apps were completely unknown to them, while 57% used mobile apps in their everyday work life [11]. For virtual reality applications (not necessarily as smartphone apps), the uptake was shown to be even lower in a recent Australian survey among mental healthcare professionals [12]. The task for professionals of identifying high-quality, evidence-based mental healthcare apps is complicated in that few repositories evaluate mental health apps and provide detailed information about clinical trials about the recommended apps, like the German DIGA list (Digitale Gesundheitsanwendungen, Digital Health Applications; http://diga.bfarm.de), or the American Psychiatric Association App Advisor project (https://psychiatry.org/psychiatrists/practice/mental-health-apps). Many apps have overlapping functionalities or are not updated regularly [13]. Uptake is also constrained from the patients' side. One recent study in Germany examined the uptake of an app-based symptom checker in an outpatient psychotherapy clinic, showing that 71% of the 49 users would have preferred a face-to-face over an app-based diagnostic assessment, although the usability of the app was rated very favourably by the users [14]. In a much smaller study with 17 veterans in the USA, acceptability and willingness to recommend a smartphone-based self-management intervention for people with severe mental illness were very good in that all but one veteran would have recommended the app to a friend. However, the question whether the veterans would have preferred a face-to-face service was not included [15]. Thus, acceptability may depend on the usability of the app, the care setting, and the target patient group, indicating that user group-specific and care setting-specific app adaptations may lead to increased rates of usability and acceptance. The last review on the topic of the integration of mobile apps into psychiatric treatment in 2017 [16] had reported that the integration process involved several aspects with a focus on the clinical workflow, the patient's culture and day-to-day life, and the patient's socioeconomic status. The app itself should be evaluated from user, clinical, business, and information systems perspectives. Specific methods to address user experiences and integrate such experiences in the mental health app development process are being refined [17]. An "onboarding" process may be necessary, whereby both app standalone solutions (with an app being prescribed by a physician) and physician-guided solutions are possible. A central aspect of an app as a "good product" may be usability also for persons with disabilities, cognitive issues, or low health literacy. Issues of "digital exclusion" of those without the necessary financial resources to own a smartphone or of those living in areas without internet access arise. Apps need to be developed in a culturally sensitive way, and this may lead to different culturally adapted solutions for different ethnic groups within a mental healthcare service. Social concerns and liability issues must be addressed.

A systematic literature review retrieved 48 studies about the implementation of electronic mental health interventions in routine mental healthcare and identified 37 areas of barriers and facilitators, which were categorized by the review authors into three broad categories: (1) acceptance by patients and professionals on the background of their preferences and expectations; (2) appropriateness of the intervention; and (3) availability, reliability, and interoperability of the intervention [18••]. Obviously, the multitude and complexities of these factors will make the clinical adaption of mental health apps in mental healthcare a major undertaking, which seems to be beyond the faculties of single psychiatrists or single psychiatric hospitals. Another aspect is the multitude of healthcare apps and more specifically apps for mental healthcare, which is difficult to oversee for individual mental healthcare providers. A recent systematic review of mental healthcare apps reported finding 158 articles (2013–2018) and most research targeted depression and anxiety disorders. However, only 16% of the studies were randomized controlled clinical trials (RCTs) and the authors concluded that there was a need for designing interventions for more mental disorders and to focus on RCTs to improve the robustness and trustworthiness of assessments [19•].

Specific requirements by users, professionals, or the health system context may lead to needs for adaptation of existing apps, and adaptation will thus become an essential component of the larger process of implementation of apps

in clinical routine workflows. App adaptation may become necessary because of patient characteristics, like limited cognitive capacities or language difficulties. Service context factors may also play a role, for example, when an app developed for standalone use is used in a blended care setting. Professionals may require special adaptations of the app to integrate an app into a clinical data management system. Data security and data protection regulations may lead to technical adaptations with the advent of new digital platforms for exchanging mental health data (e.g. electronic patient records). An underresearched aspect for app adaptation is which modules of an app users really activate and use in clinical settings, and how to adapt an app once such data become available [20]. A similar area of few studies is the question of the cost-effectiveness of implementing apps in mental healthcare services [21•]. Cultural adaptation is a term used to describe adaptations of mental health interventions to users' cultural backgrounds and may lead to increased acceptance and usability, but a recent meta-analysis could not identify which components of cultural adaptation of mental health interventions were effective [22] and another review also did not find studies directly comparing the efficacy of culturally adapted vs. culturally non-adapted internet- and mobile-based interventions for mental disorders [23••]. Of interest, the latter review identified 55 studies and 17 components of cultural adaptation, ranging from minor language tailoring to addressing differences in concepts of mental health and its treatment. This provides a taxonomy for further studies.

Implementation

Three quarters of French general practitioners participating in an online survey were interested in using mobile health apps, and among the factors related to increasing the probability of implementing mobile health apps in clinical practice were sound scientific evidence, app certification, and the availability of training support [24]. In a similar survey of inpatient psychiatrists in the European eMEN project in Germany, Sander and coworkers [25•] showed that mental healthcare professionals perceived the severity of mental disorders, a neglect of face-to-face contacts and insufficient technical equipment as potential barriers to implementation. Specific challenges may arise for special patient groups like patients with psychotic disorders [26•] or in specific settings (e.g. forensic settings, see discussion below). Implementation in routine mental healthcare will usually occur as a "blended" treatment approach, i.e. internet-based interventions are provided in parallel to face-to-face interventions. The implementation of apps in such a clinical setting may pose time demands on clinicians, which need to be addressed when apps are adapted to blended care [27]. For example, feedback opportunities for patients within an app need not only to be recorded; they also need to be assessed by clinicians. An important aspect of implementing new technologies in mental healthcare is to assess their usability [28•]. Recent research shows that validated short scales are becoming available, which may considerably aid in the process of adapting apps to user needs (e.g. the system usability scale for mental healthcare professionals using internet-based interventions for depression; [29]). To assess the implementation process as a whole, instruments like the Normalization Measure Development Questionnaire, which has been tested in mental healthcare settings, may be helpful [30].

Examples *I-REACH: An Example of Cultural Adaptation and Adapting an App for an Inpatient Mental Healthcare Setting.*

International studies show that refugees suffer from increased rates of mental healthcare problems (e.g. [31]). Due to several barriers (e.g. language and cultural barriers), current mental healthcare for refugees is insufficient. Implementation of blended care approaches in psychiatric-psychotherapeutic healthcare has the potential to improve the situation for "hard-to-reach target groups" (e.g. refugees).

The aim of the I-REACH consortium (Internet-based REfugee mentAl healtH Care) is to develop a culturally and contextually adapted internet-based intervention (app ALMAMAR) for Arabic and Farsi speaking refugees, and to implement and evaluate ALMAMAR in in- and outpatient settings in Germany. The evaluation of the app in an inpatient setting was planned as a controlled, multicentre intervention study, and is conducted in eight psychiatric hospitals in Germany. Refugees currently undergoing inpatient psychiatric healthcare due to a posttraumatic stress disorder, depression, or anxiety disorder are offered to use ALMAMAR as an add-on to routine mental healthcare.

ALMAMAR is based on CETA (Common Elements Treatment Approach, CETA; [32]), a transdiagnostic therapeutic intervention that has already shown medium to large effect sizes in different populations and different healthcare settings [33, 34]. CETA was designed to implement common cognitive behavioural treatment elements like psychoeducation and relaxation techniques and focusses on trauma, anxiety, depression, and behavioural problems. It allows to adapt the selection and dosing of each therapeutic element to individual treatment needs. As a preparatory step for the implementation in the I-REACH project, CETA was culturally and contextually adapted to the relevant target group (Arabic and Farsi speaking refugees) [35••]. In a second step, the adapted CETA version was converted into a digital format (app) and adapted to the specific clinical context (inpatient setting). Therefore, appropriate modules for

a psychiatric inpatient setting were selected. We decided to implement ALMAMAR as an *unguided* version in the framework of a blended care approach, hopefully reducing the workload for healthcare professionals and at the same time advancing patient self-empowerment. In the I-REACH context, ALMAMAR was considered a tool which supports communication with refugees during their inpatient stay in a psychiatric hospital.

In order to familiarize therapists with ALMAMAR, a training course for therapists (two hours) was developed. Therapists may decide which modules and exercises they assign to each patient according to the diagnosis and the current mental health status. Therapists may select a standard workflow, which consists of modules and exercises for a specific mental disorder (e.g. a standard workflow for depression), or an individualized workflow only consisting of an introductory module, where all other modules and exercises may later be assigned from a list. Therapists are able to monitor the progress in the app usage of their patients and see the content and ratings of completed modules in German. Patients have the opportunity to complete modules and exercises and to repeat these independently from therapeutic feedback. Usage frequency of modules and exercises is not predefined. The feasibility of this approach is currently under study in a controlled clinical implementation study in eight psychiatric hospitals in Germany.

Storm and coworkers [36] describe a pilot study using semistructured interviews and usability testing in Norway during the implementation of a US smartphone health app supporting self-management of somatic and mental disorders. Three persons with severe mental illness, two peer support workers, and six mental health professionals participated. Besides language translation, the study resulted in a recommendation to add context-specific content to tailor the app for its intended use in a Norwegian community in a peer-supported setting.

A project developing and adapting an app for displaced persons was the Hikma Health Electronic Health Record, initiated by a non-profit organization [37]. The authors stress the importance of three aspects as success factors for implementation: provider-tailored modular workflows, multilinguality of the app (English, Spanish, Arabic), and an offline-first capability. The last aspect is especially important for use in remote areas, where data are first recorded locally on the user's smartphone and are then sent to a central server once a connection is possible. Implementation was tested in a Syrian refugee camp in Lebanon and was underway at a rural healthcare clinic in Nicaragua.

Klein et al. [38•] described a co-design qualitative interview study to identify domains for tailoring a smoking cessation app to the needs of people with severe mental illness. The complexities of the intricate links between smoking and mental illnesses became evident, for example by addressing the symptoms of mental illness and nicotine dependency or by providing real-time assistance when the urge to smoke arose.

For older adults, there are many customized (adapted) internet-based solutions to reduce social isolation (reviewed by Thangavel and coworkers [39]). A special group among older adults is the group of people with dementia. Rai and coworkers [40] employed a systematic approach to develop an app for cognitive stimulation therapy via touchscreen tablets using agile project management principles integrating people with dementia and their relatives. Feasibility of using this app in this setting was shown in a subsequent controlled clinical trial, indicating that the methods of adapting the app were efficient [41]. The latter study also showed that users completed the app quicker than expected and that an extension of the app was needed to maintain user engagement for longer periods of time. While this was no adaptation of a previously existing app, the project may be taken as a guidance for a successful participatory approach when adapting an app to the special needs of people with dementia and their caregivers.

In a similar co-design approach with patients and professionals, a mobile health app was developed for patients with opioid use disorders beginning with a formative phase with several iterative steps to tailor the app design and contents for this user group followed by a pilot study assessing acceptability and usability [42]. Also in the area of substance use apps, Lord and coworkers [43•] identified facilitators and barriers for implementation of substance use recovery apps for community settings, indicating a large range of aspects to be considered. Among the facilitators, careful planning, engaging a dedicated team, working closely together with the app development team to address technical issues, and consistently reviewing app usage data to inform progress were central. The team used the Consolidated Framework for Implementation Research as a guiding principle.

From a patient perspective, Chiauzzi and Newell described the multitude of available app use options for an individual with bipolar disorder [44]. While this was a single-person account, it clearly showed that the needs of adapting an app for use in mental healthcare from a patient perspective go beyond aspects of usability or cultural adaptation. Adapting the app in a broader sense may mean intense discussions between patients and treatment providers about finding the features the patient wants, determining what works, deciding how to integrate apps into clinical sessions, and taking safety and privacy precautions (Table 1 in [44]). The authors conclude that the key to effective deployment of apps in psychiatric treatment rests on the flexible use of apps rather than the sole reliance on condition-specific apps, thus addressing the broad range of lifestyle challenges for people with mental disorders. Along a similar line of thinking, Miralles and Granell based on a literature review and focus

Table 1 List of examples of frameworks and approaches for app adaptation and implementation in mental healthcare cited in the text

Target area	Example with reference
App adaptation	Comprehensive language, cultural and contextual adaptation of cognitive behavioural therapy for Arabic and Farsi speaking refugees [35••]
	Language and content adaptation for an app supporting self-management of somatic and mental disorders in Norway [36]
	Development of an offline digital health system for refugee care [37]
	Co-design process to adapt a smoking cessation app for people with severe mental illness [38•]
	Agile project management principles to adapt an app for cognitive stimulation for people with dementia and their relatives [40, 41]
	Co-design process to develop an app for patients with opioid use disorders [42]
App implementation	Establishing an ecosystem of digital mental healthcare in existing routine clinical workflows [46, 47••, 48, 49••]
	Establishing "blended" mental healthcare by combining face-to-face and online therapies [51•]

group interviews with professionals described a multitude of dimensions which may need to be considered, connected, and related when designing context-sensitive mental health apps [45]. Three basic dimensions emerged in their study, which were related to the mental disorder, technical aspects of the app, and the spatiosocial context of its use.

In the USA, two examples of successful implementation of electronic mental healthcare were provided by Connolly and coworkers [46]. The authors use the term "digital clinic" to describe the synchronous provision of mental health visits (in person, by video, or by phone) and visits via digital health tools such as smartphone apps. One example describes the deliberate development of a general digital mental health clinic for patients with mood and anxiety disorders at the Boston Beth Israel Deaconess Center. Besides the development of a customizable app, the service includes the new role of a "digital navigator", who serves to assist in app selection, technical troubleshooting, and providing clinical summaries from app data. This new service allows clinicians to focus on clinical aspects of using the new technologies (see also [47••] for a more detailed description of the "digital clinic" implementation and technology-enabled clinical care in a mental health outpatient clinic, and [48] for clinical case examples). Another approach was taken to integrate a specific app (PTSD Coach) into Veterans Administration Primary Care. App use and in-person visits are blended together in a low-intensity stepped-care intervention, with clinicians providing patients with information about tailoring their app use. The implementation process was guided by the Consolidated Framework for Implementation Research. In a broad-based implementation process, the Australian Project Synergy developed, implemented, and evaluated an e-mental health clinic platform for diverse clinical settings across different age groups and populations. The system was integrated into existing mental healthcare services and the whole process followed co-design principles. The study authors list health professional and service readiness for change, leadership at the local service level, the appropriateness and responsiveness of the technology for the service end users, and availability of funds as important for success [49••]. The results and experiences of this process support the notion that successful app integration into routine clinical workflows is a complex task involving more steps than just adapting an app to user needs.

Special Mental Healthcare Settings

Within mental healthcare services, some areas deserve special attention because clinical studies are scarce and complicated and we focus on two special services: forensic services and services for people with intellectual disorders and comorbid mental disorders.

A recent survey in the Netherlands among forensic mental healthcare professionals showed a broad range of recommendations for fostering the implementation of digital mental healthcare in this setting [50]. Similar to non-forensic settings, the recommendations centred around the domains of the professionals, the patient, the technologies, and the organizational context. The same group of Dutch researchers has adapted a generic toolbox for adapting mental healthcare settings to the requirements of blended care for use in a forensic setting, in which an online intervention with more than 200 intervention modules was already in use, but with low frequencies (only 18% of patients used it) and with little endurance by patients (82% of patients who started a module did not finish it) [51•]. The adaptation process was user-centred and highly participative; it followed agile project management concepts and was divided into four phases (requirements for adaptation, identifying factors, content generation, and testing). The study group succeeded in developing new ways of integrating the internet-based intervention modules into clinical care, for example by better supporting professionals in their communication with patients about blended care and how to use the internet-based interventions. Although probable effects

of implementing this adapted version of the toolbox were not reported, the methods of adapting the toolbox may be used as a guideline for the process of optimizing the potential of digital technologies in blended mental healthcare.

In the field of people with mental disorders and intellectual disabilities, we could not find studies describing the adaptation of apps to this setting. However, given the challenge to develop appropriately tailored apps and especially a desire to offer non-textual interventions, it is encouraging to see studies employing virtual reality for this group of patients [52••].

A new concept is the user-centred just-in time adaptation of responses by an app itself after an automated analysis of a user's sensor data, for example for patients with depression [53•]. However, this approach has yet to be more fully studied regarding apps for mental illnesses.

Table 1 provides a summary of examples of frameworks and approaches for app adaptation and implementation in mental healthcare cited in the text.

The COVID-19 Pandemic: a Game Changer for Apps in Mental Healthcare?

The COVID-19 pandemic impacted on mental health [54] and mental healthcare. It leads to decreases of in-person consultations and increases of remote mental healthcare consultations [55•]. There was an increase of mental health app downloads [56], special app developments in mental healthcare [57], and aspects of problematic internet use especially among youths and adolescents arose [58]. A Canadian review identified 31 mobile apps and more than 100 internet sites of potential benefit for mental health [59] and reports began to appear about which mental health apps and other digital solutions were used by people with mental disorders in times of the pandemic (see, for example, Dahmen and coworkers for a study in Germany [60]). Satre and coworkers [61] described the opportunities that arose during the COVID-19 pandemic to integrate mobile app-based interventions into mental healthcare. These opportunities were influenced by increasing rates of mental disorders during the pandemic in parallel with treatment access limitations. This required the development of clinical decision processes and reliable information resources for both patients and professionals about which app to use in which clinical situation, and how to integrate them into clinical workflows. Satre and coworkers describe several "digital ecosystems", which emerged in the USA and other countries during the COVID-19 pandemic. In a comprehensive European online survey, DeWitte and coworkers assessed the experiences and opinions of 2082 mental health professionals from 13 European countries about online consultations during the first wave of the COVID-19 pandemic in 2020 [62]. The survey showed that there was a high uptake of online consultations and generally positive experiences, but a lack of training experiences and some concerns about relational aspects and practical considerations like privacy protection. Although this survey did not address apps, it shows that the pandemic was a driver towards digitalization of mental healthcare, and that professionals quickly adapted to the new challenges. As some of the regulatory and payment adaptation due to the pandemic was of a temporary nature, it remains to be seen which developments will be overduring.

Recommendations for Mental Healthcare Professionals

Panel reviews including a broad spectrum of stakeholders identified several dozens of facilitators and barriers for upscaling and implementing digital health solutions in healthcare [63]. More specifically, Connolly and coworkers [46] have provided suggestions for factors of success of implementing digital tools in routine mental healthcare, including but not limited to providing clinician and support staff training, integrating digital solutions into clinical workflows, and safety planning and defining borders of clinician responsibilities given the possible 24/7 use of digital technologies by patients. In order to avoid creating a new digital divide, increasing health literacy, providing hardware and software for free, and providing language and cultural adaptation of apps may be deemed necessary. For professionals working in regulatory services or policymakers, recommendations have been developed and published [6•, 64]. It may be advisable to integrate and adapt existing apps into complex local or regional digital health ecosystems, which may also allow and simplify the tailoring of apps for several clinical use cases. Torous and coworkers describe the development and implementation of such a complex platform solution employing a participative, interdisciplinary approach [65••], and the results of a similar approach in Australia have been published [49••]. These and other studies profited from strategies of user and professional co-design throughout the life cycle of a mental health app [66]. For app developers, a central tenet may be to include options for users to adapt the app to their needs, which was a frequent desire in user surveys in mental healthcare [67]. Table 2 summarizes the concluding recommendations for clinicians when considering to adapt or implement apps in their clinical routine mental healthcare practice.

A new potential which may be tapped to increase the uptake of mental health apps in specific mental healthcare settings may be peer-to-peer support, which was shown to be effective in an undergraduate student program to support digital mental health [68].

Table 2 Summary of key concluding recommendations for clinicians who consider to adapt or implement apps in their clinical routine mental healthcare practice

Target process	Recommendation
Adapting apps to mental healthcare	Define the target patient population and their needs
	Consult available evidence-based app repositories as sources to identify high-quality apps for clinical use; also check medical device status and regulatory aspects of app use like data safety and data protection, costs and liability issues when adapting, prescribing or recommending apps
	Address language barriers and cultural barriers
	Provide low-threshold access (e.g. ease of use, free access)
	Consider interoperability with existing clinical information systems
	Where possible, use co-design methods involving patients and staff
	Consider the use of standardized scales to assess the degree of adaptation reached (e.g. the System Usability Scale)
Implementing apps in mental healthcare	Create implementation teams ideally consisting of all relevant user and staff groups
	Consider to study already available clinical digital ecosystems and consider to use standardized guides to implementation (e.g. the Consolidated Framework for Implementation Research)
	Define target processes and structures that may change following app implementation, integrate app into existing clinical workflows and existing or emerging local digital health ecosystems
	Address concerns of potential users and professionals whose workflows may be influenced by app implementation; identify and engage with motivated staff members who may become multipliers of app use
	Ascertain sustained financial and managerial leadership support
	Define borders of clinician responsibilities
	Train patients and staff
	Constantly monitor implementation success (e.g. by measuring access rates and asking users to evaluate the app; consider the repeated use of standardized instruments like the Normalization Measure Development Questionnaire to assess implementation progress)
	Provide sustained support to patients and staff to ascertain long-term success of implementation

Conclusions

Digital mental healthcare, apps, and other electronic devices are emerging technologies which are now at a transition point between research and clinical implementation. Adaptation of apps to user needs and integration into existing clinical workflows is a complex process, which may, however, advance communication and patient empowerment, and support and sustain the clinical use of evidence-based clinically safe apps. The potential benefits and the unique opportunities to overcome cultural and language divides between healthcare professionals and patients by adapting apps are great. Also, processes of data sharing and user empowerment may significantly enrich clinical routine work. Such potential benefits are only beginning to emerge and implementation science will help to realize these potentials. Healthcare professionals, policy stakeholders, patients and their relatives, and technology experts need to cooperate closely to advance this novel field of mental healthcare.

Funding Work on this review was partially supported by the European Union InterReg NorthWest Europe funding program (project eMEN; https://www.nweurope.eu/projects/project-search/e-mental-health-innovation-and-transnational-implementation-platform-north-west-europe-emen/) and by the German Ministry of Research and Education (project I-REACH, Funding Code 01EF1806C).

Declarations

Conflict of Interest The authors declare no competing interests.

References

Papers of particular interest, published recently, have been highlighted as:
• Of importance
•• Of major importance

1. Wasil AR, Gillespie S, Shingleton R, Wilks CR, Weisz JR. examining the reach of smartphone apps for depression and anxiety. Am J Psychiatry. 2020;177(5):464–5. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19090905.2020a.
2.• Weisel KK, Fuhrmann LM, Berking M, Baumeister H, Cuijpers P, Ebert DD. Standalone smartphone apps for mental health-a systematic review and meta-analysis. NPJ Digit Med. 2019;2(2):118. https://doi.org/10.1038/s41746-019-0188-8.#. **Standalone apps were efficient for depression and smoking-related behaviour,**

but not for other mental disorders like anxiety or alcohol-related disorders. The authors conclude that using smartphone apps as standalone psychological interventions cannot be recommended.

3. Etzelmueller A, Vis C, Karyotaki E, Baumeister H, Titov N, Berking M, Cuijpers P, Riper H, Ebert DD. Effects of internet-based cognitive behavioral therapy in routine care for adults in treatment for depression and anxiety: systematic review and meta-analysis. J Med Internet Res. 2020;22(8): e18100. https://doi.org/10.2196/18100.
4.•• Ruwaard J, Lange A, Schrieken B, Dolan CV, Emmelkamp P. The effectiveness of online cognitive behavioral treatment in routine clinical practice. PLoS ONE. 2012;7(7): e40089. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0040089. **One of the early and few studies with longer follow-up (up to one year) on online therapist-assisted cognitive behavioral therapy in routine clinical practice performed in the Netherlands yielding important information on long-term effectiveness and usability.**
5. Huckvale K, Nicholas J, Torous J, Larsen ME. Smartphone apps for the treatment of mental health conditions: status and considerations. Curr Opin Psychol. 2020;36:65–70. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.04.008.
6.• Gaebel W, Lukies R, Kerst A, Stricker J, Zielasek J, Diekmann S, Trost N, Gouzoulis-Mayfrank E, Bonroy B, Cullen K, Desie K, Ewalds Mulliez AP, Gerlinger G, Günther K, Hiemstra HJ, McDaid S, Murphy C, Sander J, Sebbane D, Roelandt JL, Thorpe L, Topolska D, Van Assche E, Van Daele T, Van den Broeck L, Versluis C, Vlijter O. Upscaling e-mental health in Europe: a six-country qualitative analysis and policy recommendations from the eMEN project. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2021;271(6):1005–16. https://doi.org/10.1007/s00406-020-01133-y. **Results of a European project, which addressed the needs of policymakers for the successful uptake of e-mental health interventions based on a literature review and narrative country reports.**
7. Nitiema P. Telehealth before and during the COVID-19 pandemic: analysis of health care workers' opinions. J Med Internet Res. 2022;24(2): e29519. https://doi.org/10.2196/29519.
8.•• Torous J, Bucci S, Bell IH, Kessing LV, Faurholt-Jepsen M, Whelan P, Carvalho AF, Keshavan M, Linardon J, Firth J. The growing field of digital psychiatry: current evidence and the future of apps, social media, chatbots, and virtual reality. World Psychiatry. 2021;20(3):318–35. https://doi.org/10.1002/wps.20883. **A comprehensive overview of the promises, challenges and solutions for implementing digital technologies in mental healthcare.**
9. Klaic M, Kapp S, Hudson P, Chapman W, Denehy L, Story D, Francis JJ. Implementability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a conceptual framework. Implement Sci. 2022;17(1):10. https://doi.org/10.1186/s13012-021-01171-7.
10.• Lipschitz J, Miller CJ, Hogan TP, Burdick KE, Lippin-Foster R, Simon SR, Burgess J. Adoption of mobile apps for depression and anxiety: cross-sectional survey study on patient interest and barriers to engagement. JMIR Ment Health. 2019;6(1): e11334. https://doi.org/10.2196/11334. **A U.S. veteran survey study showing facilitators and barriers of mental health app implementation.**
11. Burmann A, Tischler M, Faßbach M, Schneitler S, Meister S. The role of physicians in digitalizing health care provision: web-based survey study. JMIR Med Inform. 2021;9(11): e31527. https://doi.org/10.2196/31527.
12. Chung OS, Johnson AM, Dowling NL, Robinson T, Ng CH, Yücel M, Segrave R. Are Australian mental health services ready for therapeutic virtual reality? An investigation of knowledge, attitudes, implementation barriers and enablers. Front Psychiatr. 2022;13: 792663. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.792663.
13. Lagan S, D'Mello R, Vaidyam A, Bilden R, Torous J. Assessing mental health apps marketplaces with objective metrics from 29,190 data points from 278 apps. Acta Psychiatr Scand. 2021;144(2):201–10. https://doi.org/10.1111/acps.13306.
14. Hennemann S, Kuhn S, Witthöft M, Jungmann SM. Diagnostic performance of an app-based symptom checker in mental disorders: comparative study in psychotherapy outpatients. JMIR Ment Health. 2022;9(1): e32832. https://doi.org/10.2196/32832.
15. Buck B, Nguyen J, Porter S, Ben-Zeev D, Reger GM. FOCUS mHealth intervention for veterans with serious mental illness in an outpatient department of veterans affairs setting: feasibility, acceptability, and usability study. JMIR Ment Health. 2022;9(1): e26049. https://doi.org/10.2196/26049.
16. Chan S, Godwin H, Gonzalez A, Yellowlees PM, Hilty DM. Review of use and integration of mobile apps into psychiatric treatments. Curr Psychiatry Rep. 2017;19(12):96. https://doi.org/10.1007/s11920-017-0848-9.
17. Lemon C, Huckvale K, Carswell K, Torous J. A narrative review of methods for applying user experience in the design and assessment of mental health smartphone interventions. Int J Technol Assess Health Care. 2020;36(1):64–70. https://doi.org/10.1017/S0266462319003507.
18.•• Vis C, Mol M, Kleiboer A, Bührmann L, Finch T, Smit J, Riper H. Improving implementation of eMental health for mood disorders in routine practice: systematic review of barriers and facilitating factors. JMIR Ment Health. 2018;5(1): e20. https://doi.org/10.2196/mental.9769. **This systematic review identified 37 areas of barriers and facilitators. These encompassed three main areas of acceptance by patients and professionals, appropriateness of the intervention, and availability, reliability and interoperability.**
19.• Miralles I, Granell C, Díaz-Sanahuja L, Van Woensel W, Bretón-López J, Mira A, Castilla D, Casteleyn S. Smartphone apps for the treatment of mental disorders: systematic review. JMIR Mhealth Uhealth. 2020;8(4): e14897. https://doi.org/10.2196/14897. **The authors found an increasing interest in smartphone-based interventions in mental healthcare over time mainly focused on high-prevalence mental disorders like depression and anxiety. Randomized controlled trials were still in the minority of study designs (15.8% of 158 articles retrieved in this systematic review).**
20. Wasil AR, Gillespie S, Patel R, Petre A, Venturo-Conerly KE, Shingleton RM, Weisz JR, DeRubeis RJ. Reassessing evidence-based content in popular smartphone apps for depression and anxiety: developing and applying user-adjusted analyses. J Consult Clin Psychol. 2020;88(11):983–93. https://doi.org/10.1037/ccp0000604.
21.• Piera-Jiménez J, Etzelmueller A, Kolovos S, Folkvord F, Lupiáñez-Villanueva F. Guided internet-based cognitive behavioral therapy for depression: implementation cost-effectiveness study. J Med Internet Res. 2021;23(5): e27410. https://doi.org/10.2196/27410. **One of the few examples of an health economy study of implementing digital psychiatry in clinical practice.**
22. Rathod S, Gega L, Degnan A, Pikard J, Khan T, Husain N, Munshi T, Naeem F. The current status of culturally adapted mental health interventions: a practice-focused review of meta-analyses. Neuropsychiatr Dis Treat. 2018;4(14):165–78. https://doi.org/10.2147/NDT.S138430.
23.•• Spanhel K, Balci S, Feldhahn F, Bengel J, Baumeister H, Sander LB. Cultural adaptation of internet- and mobile-based interventions for mental disorders: a systematic review. NPJ Digit Med. 2021;4(1):128. https://doi.org/10.1038/s41746-021-00498-1. **This systematic review provides a list of 17 domains of cultural adaptation, which may provide a taxonomy for this area of research.**

24. Della Vecchia C, Leroy T, Bauquier C, Pannard M, Sarradon-Eck A, Darmon D, Dufour JC, Preau M. Willingness of French general practitioners to prescribe mHealth apps and devices: quantitative study. JMIR Mhealth Uhealth. 2022;10(2): e28372. https://doi.org/10.2196/28372.
25.• Sander J, Bolinski F, Diekmann S, Gaebel W, Günther K, Hauth I, Heinz A, Kleiboer A, Riper H, Trost N, Vlijter O, Zielasek J, Gerlinger G. Online therapy: an added value for inpatient routine care? Perspectives from mental health care professionals. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2022;272(1):107–18. https://doi.org/10.1007/s00406-021-01251-1. **A qualitative content analysis of an online questionnaire survey of 176 German mental healthcare professionals from ten psychiatric hospitals based on the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology showing among others a need for staff training to integrate digital technologies into clinical routine practice.**
26.• Bucci S, Berry N, Morris R, Berry K, Haddock G, Lewis S, Edge D. "they are not hard-to-reach clients. We have just got hard-to-reach services." Staff views of digital health tools in specialist mental health services. Front Psychiatry. 2019 May 10;10:344. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00344. **A qualitative study addressing perceived barriers, acceptance and data security, safety and risk issues, from the viewpoints of mental healthcare professionals.**
27. Mol M, van Genugten C, Dozeman E, van Schaik DJF, Draisma S, Riper H, Smit JH. Why uptake of blended internet-based interventions for depression is challenging: a qualitative study on therapists' perspectives. J Clin Med. 2019;9(1):91. https://doi.org/10.3390/jcm9010091.
28.• Inal Y, Wake JD, Guribye F, Nordgreen T. usability evaluations of mobile mental health technologies: systematic review. J Med Internet Res. 2020;22(1): e15337. https://doi.org/10.2196/15337. **This review shows that usability, feasibility and acceptability are studied in mental healthcare mobile intervention studies using different approaches and that the development of a standardized questionnaire may be warranted.**
29. Mol M, van Schaik A, Dozeman E, Ruwaard J, Vis C, Ebert DD, Etzelmueller A, Mathiasen K, Moles B, Mora T, Pedersen CD, Skjøth MM, Pensado LP, Piera-Jimenez J, Gokcay D, Ince BÜ, Russi A, Sacco Y, Zanalda E, Zabala AF, Riper H, Smit JH. Dimensionality of the system usability scale among professionals using internet-based interventions for depression: a confirmatory factor analysis. BMC Psychiatry. 2020;20(1):218. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02627-8.
30. Vis C, Ruwaard J, Finch T, Rapley T, de Beurs D, van Stel H, van Lettow B, Mol M, Kleiboer A, Riper H, Smit J. Toward an objective assessment of implementation processes for innovations in health care: psychometric evaluation of the Normalization Measure Development (NoMAD) Questionnaire among mental health care professionals. J Med Internet Res. 2019;21(2): e12376. https://doi.org/10.2196/12376.
31. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a system-atic review and meta-analysis. The Lancet. 2019;394(10194):240–8.
32. Murray LK, Dorsey S, Haroz E, Lee C, Alyasiry MM, et al. A common elements treatment approach for adult mental health problems in low- and middle income countries. Cogn Behav Pract. 2014;21(2):111–23.
33. Kane JC, Van Wyk SS, Murray SM, Bolton P, Melendez F, et al. Testing the effectiveness of a transdiagnostic treatment approach in reducing violence and alcohol abuse among families in Zambia: study protocol of the Violence and Alcohol Treatment (VATU) trial. Global Mental Health. 2014;4: e18. https://doi.org/10.1017/gmh.2017.10.
34. Murray LK, Haroz EE, Doty SB, Singh NS, Bogdanov S. Testing the effectiveness and implementation of a brief version of the Common Elements Treatment Approach (CETA) in Ukraine: a study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2018;19(1):1–16.
35.•• Böttche M, Kampisiou C, Stammel N, El-Haj-Mohamad R, Heeke C, Burchert S, Heim E, Wagner B, Renneberg B, Böttcher J, Glaesmer H, Gouzoulis-Mayfrank E, Zielasek J, Konnopka A, Murray L, Knaevelsrud C. From formative research to cultural adaptation of a face-to-face and internet-based cognitive-behavioural intervention for Arabic-speaking refugees in Germany. Clin Psychol Europe 2021;3(Special Issue): e4623. https://doi.org/10.32872/cpe.4623. **Detailed description of the cultural and language adaptation of a psychotherapeutic mental healthcare app for Arabic-speaking refugees in Germany.**
36. Storm M, Fjellså HMH, Skjærpe JN, Myers AL, Bartels SJ, Fortuna KL. Usability testing of a mobile health application for self-management of serious mental illness in a Norwegian community mental health setting. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(16):8667. https://doi.org/10.3390/ijerph18168667.
37. Ashworth H, Ebrahim S, Ebrahim H, Bhaiwala Z, Chilazi M. A free, open-source, offline digital health system for refugee care. JMIR Med Inform. 2022;10(2): e33848. https://doi.org/10.2196/33848.
38.• Klein P, Lawn S, Tsourtos G, van Agteren J. Tailoring of a smartphone smoking cessation app (Kick.it) for serious mental illness populations: qualitative study. JMIR Hum Factors. 2019 Sep 3;6(3):e14023. https://doi.org/10.2196/14023. **An interview study which focusses on identifying user needs to adapt an app to the needs of people with severe mental illness.**
39. Thangavel G, Memedi M, Hedström K. Customized information and communication technology for reducing social isolation and loneliness among older adults: scoping review. JMIR Ment Health. 2022;9(3): e34221. https://doi.org/10.2196/34221.
40. Rai HK, Schneider J, Orrell M. An individual cognitive stimulation therapy app for people with dementia: development and usability study of thinkability. JMIR Aging. 2020;3(2): e17105. https://doi.org/10.2196/17105.
41. Rai HK, Schneider J, Orrell M. An individual cognitive stimulation therapy app for people with dementia and carers: results from a feasibility randomized controlled trial (RCT). Clin Interv Aging. 2021;22(16):2079–94. https://doi.org/10.2147/CIA.S323994.
42. Waselewski ME, Flickinger TE, Canan C, Harrington W, Franklin T, Otero KN, Huynh J, Waldman ALD, Hilgart M, Ingersoll K, Ait-Daoud Tiouririne N, Dillingham RA. A mobile health app to support patients receiving medication-assisted treatment for opioid use disorder: development and feasibility study. JMIR Form Res. 2021;5(2): e24561. https://doi.org/10.2196/24561.
43.• Lord S, Moore SK, Ramsey A, Dinauer S, Johnson K. Implementation of a substance use recovery support mobile phone app in community settings: qualitative study of clinician and staff perspectives of facilitators and barriers. JMIR Ment Health. 2016;3(2): e24. https://doi.org/10.2196/mental.4927. **An example of using the Consolidated Framework of Implementation Research as a guiding principle for developing and implementing a mental health app.**
44. Chiauzzi E, Newell A. Mental health apps in psychiatric treatment: a patient perspective on real world technology usage JMIR Ment Health. 2019;6(4): e12292. https://doi.org/10.2196/12292.
45. Miralles I, Granell C. considerations for designing context-aware mobile apps for mental health interventions. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(7):1197. https://doi.org/10.3390/ijerph16071197.
46. Connolly SL, Kuhn E, Possemato K, Torous J. Digital clinics and mobile technology implementation for mental health care. Curr Psychiatry Rep. 2021;23(7):38. https://doi.org/10.1007/s11920-021-01254-8.

47.•• Rodriguez-Villa E, Rauseo-Ricupero N, Camacho E, Wisniewski H, Keshavan M, Torous J. The digital clinic: implementing technology and augmenting care for mental health. Gen Hosp Psychiatry. 2020 Sep-Oct;66:59–66. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.06.009. **A comprehensive report about the implementation of a digital ecosystem implemented in clinical mental healthcare. The cornerstones are integrating digital technologies into clinical workflows, evidence-based healthcare, and shared decision making. Apps and sensors are used to collect data and inform healthcare service provision, which can supplement and/or integrate other telehealth applications.**

48. Rauseo-Ricupero N, Henson P, Agate-Mays M, Torous J. Case studies from the digital clinic: integrating digital phenotyping and clinical practice into today's world. Int Rev Psychiatry. 2021;33(4):394–403. https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1859465.

49.•• LaMonica HM, Iorfino F, Lee GY, Piper S, Occhipinti JA, Davenport TA, Cross S, Milton A, Ospina-Pinillos L, Whittle L, Rowe SC, Dowling M, Stewart E, Ottavio A, Hockey S, Cheng VWS, Burns J, Scott EM, Hickie IB. Informing the future of integrated digital and clinical mental health care: synthesis of the outcomes from project synergy. JMIR Ment Health. 2022;9(3): e33060. https://doi.org/10.2196/33060. **A concise report about the development, implementation and evaluation of a digital mental healthcare platform in routine mental healthcare in Australia. The project is an example of co-design development and practical experiences of adapting and integrating e-mental health features into clinical mental healthcare.**

50. Kip H, Oberschmidt K. Bierbooms JJPA. eHealth technology in forensic mental healthcare: recommendations for achieving benefits and overcoming barriers. Int J Forensic Ment Health 2021;20:1, 31–47. https://doi.org/10.1080/14999013.2020.1808914.

51.• Kip H, Wentzel J, Kelders SM. Shaping blended care: adapting an instrument to support therapists in using eMental health. JMIR Ment Health. 2020;7(11): e24245. https://doi.org/10.2196/24245. **A participative approach towards fostering the implementation of a web-based multimodular mental healthcare intervention in a blended care forensic setting by improving a toolbox for professionals used when informing and guiding patients.**

52.•• Nabors L, Monnin J, Jimenez S. A scoping review of studies on virtual reality for individuals with intellectual disabilities. Advn Neurodevelopmental Dis. 2020;4:344–56. **An important review of the use of virtual reality for individuals with intellectual disabilities, a group which is often neglected as a user group for e-mental health applications although features like non-textual training may be of specific benefit for this group.**

53.• Teepe GW, Da Fonseca A, Kleim B, Jacobson NC, Salamanca Sanabria A, Tudor Car L, Fleisch E, Kowatsch T. Just-in-time adaptive mechanisms of popular mobile apps for individuals with depression: systematic app search and literature review. J Med Internet Res. 2021;23(9): e29412. https://doi.org/10.2196/29412. **A review on automatic interventions provided by apps detecting momentary mental health states.**

54. Leucht S, Cipriani A, Furukawa TA, Peter N, Tonia T, Papakonstantinou T, Holloway A, Salanti G. A living meta-ecological study of the consequences of the COVID-19 pandemic on mental health. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2021;271(2):219–21. https://doi.org/10.1007/s00406-021-01242-2.

55.• Patel R, Irving J, Brinn A, Broadbent M, Shetty H, Pritchard M, Downs J, Stewart R, Harland R, McGuire P. Impact of the COVID-19 pandemic on remote mental healthcare and prescribing in psychiatry: an electronic health record study. BMJ Open. 2021;11(3): e046365. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046365. **A study from the U.K. showing that analysing electronic healthcare utilization data can provide rapid information on the clinical implementation of remote mental healthcare services during times of a virus pandemic.**

56. Wang X, Markert C, Sasangohar F. Investigating popular mental health mobile application downloads and activity during the COVID-19 pandemic. Hum Factors. 2021;7:18720821998110. https://doi.org/10.1177/0018720821998110.

57. Jaworski BK, Taylor K, Ramsey KM, Heinz A, Steinmetz S, Pagano I, Moraja G, Owen JE. Exploring usage of COVID coach, a public mental health app designed for the COVID-19 pandemic: evaluation of analytics data. J Med Internet Res. 2021;23(3): e26559. https://doi.org/10.2196/26559.

58. Gansner M, Nisenson M, Lin V, Pong S, Torous J, Carson N. Problematic internet use before and during the COVID-19 pandemic in youth in outpatient mental health treatment: app-based ecological momentary assessment study. JMIR Ment Health. 2022;9(1): e33114.

59. Strudwick G, Sockalingam S, Kassam I, Sequeira L, Bonato S, Youssef A, Mehta R, Green N, Agic B, Soklaridis S, Impey D, Wiljer D, Crawford A. Digital interventions to support population mental health in Canada during the COVID-19 pandemic: rapid review. JMIR Ment Health. 2021;8(3): e26550.

60. Dahmen A, Keller FM, Derksen C, Kötting L, Lippke S. Which digital services do psychosomatic rehabilitation patients use during the corona pandemic and do interrelations with anxiety and depressive symptoms exist? Psychother Psychosom Med Psychol. 2021;71(12):508–14. https://doi.org/10.1055/a-1503-5548.ArticleinGerman.

61. Satre DD, Meacham MC, Asarnow LD, Fisher WS, Fortuna LR, Iturralde E. Opportunities to integrate mobile app-based interventions into mental health and substance use disorder treatment services in the wake of COVID-19. Am J Health Promot. 2021;35(8):1178–83. https://doi.org/10.1177/08901171211055314.

62. De Witte NAJ, Carlbring P, Etzelmueller A, Nordgreen T, Karekla M, Haddouk L, Belmont A, Øverland S, Abi-Habib R, Bernaerts S, Brugnera A, Compare A, Duque A, Ebert DD, Eimontas J, Kassianos AP, Salgado J, Schwerdtfeger A, Tohme P, Van Assche E, Van Daele T. Online consultations in mental healthcare during the COVID-19 outbreak: an international survey study on professionals' motivations and perceived barriers. Internet Interv. 2021;26(25): 100405. https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100405.

63. Schlieter H, Marsch LA, Whitehouse D, Otto L, Londral AR, Teepe GW, Benedict M, Ollier J, Ulmer T, Gasser N, Ultsch S, Wollschlaeger B, Kowatsch T. Scale-up of digital innovations in health care: expert commentary on enablers and barriers. J Med Internet Res. 2022;24(3): e24582. https://doi.org/10.2196/24582.

64. Van Daele T, Karekla M, Kassianos AP, Compare A, Haddouk L, Salgado J, Ebert DD, Trebbi G, Bernaerts S, Van Assche E, De Witte NAJ. Recommendations for policy and practice of telepsychotherapy and e-mental health in Europe and beyond. J. Psychother Integrat 2020;30(2):160.173. https://doi.org/10.1037/int0000218.

65.•• Torous J, Wisniewski H, Bird B, Carpenter E, David G, Elejaldo E, Fulford D, Guimond S, Hays R, Henson P, Hoffman L, Lim C, Menon M, Noel V, Pearson J, Peterson R, Susheela A, Troy H, Vaidyam A, Weizenbaum E, Naslund JA, Keshavan M. Creating a digital health smartphone app and digital phenotyping platform for mental health and diverse healthcare needs: an interdisciplinary and collaborative approach. J Technol Behav Sci. 2019;4:73–85. **An example of a comprehensive digital system solution to implement and integrate digital psychiatric services employing an iterative co-design approach and providing versatile functions to tailor the system to specific service needs.**

66. Storm M, Venegas M, Gocinski A, Myers A, Brooks J, Fortuna KL. Stakeholders' perspectives on partnering to inform the software development lifecycle of smartphone applications for people with serious mental illness: enhancing the software development lifecycle through stakeholder engagement. Proc IEEE Glob Humanit Technol Conf. 2021;2021:195–9. https://doi.org/10.1109/ghtc53159.2021.9612444.
67. Alqahtani F, Orji R. Insights from user reviews to improve mental health apps. Health Informatics J. 2020;26(3):2042–66. https://doi.org/10.1177/1460458219896492.
68. Rosenberg BM, Kodish T, Cohen ZD, Gong-Guy E, Craske MG. A novel peer-to-peer coaching program to support digital mental health: design and implementation. JMIR Ment Health. 2022;9(1): e32430. https://doi.org/10.2196/32430.

Publisher's Note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Skizze eines neuen § 64 StGB – Alternativen und Ergänzungen zum Reformvorschlag der Bund-Länder-Arbeitsgruppe

Von Dr. Jan Querengässer,
Dr. Alexander Baur und Dörte Berthold *

Abstract
Mehrere Fachverbände und eine eigens dazu eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe haben sich in den letzten Monaten mit der Neugestaltung des § 64 StGB befasst. Mitte Mai 2022 brachten die Unionsparteien einen darauf gestützten Gesetzentwurf in den Bundestag ein. Ziel aller Regelungsvorschläge ist es, den rasanten Anstieg an Unterbringungsanordnungen zu bremsen oder umzukehren. Die vorliegenden Regelungsentwürfe enthalten ohne Zweifel zielführende Ansätze; sie setzen jedoch aus Sicht der Autoren falsche Schwerpunkte oder gehen nicht weit genug. Der Reformvorschlag der Bund-Länder-AG belässt weiterhin große Anordnungsspielräume, die dazu führen könnten, dass das Ziel, die Anordnungszahlen nachhaltig zu verringern, abermals verfehlt werden könnte. Auf Basis des im Februar 2022 in dieser Zeitschrift publizierten Vorstoßes „Vom gesetzlichen Anspruch und den Grenzen der gutachterlichen Möglichkeiten – Plädoyer für die Streichung der ‚Behandlungsprognose' aus § 64 StGB" wird im vorliegenden Beitrag ein konkreter alternativer Regelungsvorschlag formuliert, welcher neben der Reduktion der Anordnungszahlen auch das Ziel verfolgt, die regionalen Unterschiede in der Anordnungspraxis abzuschwächen. Im Zentrum dieses Vorschlags stehen Konkretisierungen der drei Eingangsvoraussetzungen des § 64 StGB – also des „Hangs" zum Substanzmittelkonsum im Übermaß, des Zusammenspiels von „Hang" und Legalverhalten und der Behandlungsprognose.

Several professional associations and an official federal working group set up specifically for this purpose have been working on the redrafting of Section 64 of the German Criminal Code (StGB) in recent months. In mid-May, the CDU/CSU parties introduced a bill based on this into the German parliament. The aim of all the proposed regulations is to slow down or reverse the rapid increase in placement orders. The present draft regulations undoubtedly contain targeted approaches; however, in the view of the authors, they set the wrong priorities or do not go far enough. The reform draft of the official federal working group continues to leave a great deal of decision-making leeway, which could lead to a further failure to achieve the goal of sustainably reducing the number of placement orders. Based on an article called „On the legal claim and the limits of the expert's possibilities – A plea for the deletion of the 'treatment prognosis' from § 64 StGB" published in this journal in February 2022, the present paper formulates a concrete alternative regulatory proposal that, in addition to reducing the number of orders, also aims to mitigate regional differences in ordering practices. At the heart of this proposal are concretizations of the three entry requirements of Sect. 64 StGB – i.e., the addiction to substance use in excess, the interaction of addiction and legal behavior, and the treatment prognosis.

I. Vorbemerkungen

Im Nachgang zu dem in dieser Zeitschrift im Februar publizierten Vorstoß *„Vom gesetzlichen Anspruch und den Grenzen der gutachterlichen Möglichkeiten – Plädoyer für die Streichung der ‚Behandlungsprognose' aus § 64 StGB"*[1] wurden wir gebeten, dieses Plädoyer doch einmal in Form eines konkreten Alternativentwurfs auszuformulieren – zumal es offensichtlich bei einigen Adressaten zu dem Missverständnis gekommen ist, die geforderte ersatzlose Streichung der Behandlungsprognose gehe mit dem Wegfall der Möglichkeit einher, eine laufende Unterbringung gem. § 64 StGB mangels hinreichend konkreter Erfolgsaussicht für erledigt zu erklären (§ 67d Abs. 5 StGB). Dies wäre jedoch nicht zwangsläufig die Folge, wie wir deutlich machen wollen. Wir greifen die Bitte nach einer Ausformulierung auch deswegen dankbar auf, weil sie uns die Möglichkeit gibt, den im Januar 2022 veröffentlichten Abschlussbericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe (BL-AG)[2] zur Reform des § 64 StGB aus unserer Perspektive kritisch zu bewerten. Die in diesem Bericht vorgeschlagenen Änderungen wurden am 10. Mai 2022 in fast unveränderter Form als Gesetzentwurf von den Unionsparteien CDU/CSU in den Bundestag eingebracht.[3] Da auch die Begründung des Gesetzentwurfes dem Abschlussbericht der BL-AG fast in Gänze entspricht, gehen wir im Verlauf nicht gesondert auf diesen Gesetzentwurf ein.

Beginnen möchten wir diesen Beitrag mit einer eigenen, auf dem Vorschlag der BL-AG aufbauenden Skizze, wie

* *Dörte Berthold* ist wissenschaftliche und psychotherapeutische Mitarbeiterin im MRVZN Bad Rehburg. Ihr obliegt die Auswertung der bundesweiten Stichtagserhebung zu § 64 StGB. *Dr. jur. Alexander Baur* ist Habilitand an der Universität Augsburg. *Dr. rer. nat. Jan Querengässer* ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am LVR-Institut für Versorgungsforschung mit Sitz in Köln und am Institut für Qualitätsmanagement des Maßregelvollzugs in Bayern (IfQM) mit Sitz in Regensburg. Er nahm in beratender Funktion an einigen Sitzungen einer Unterarbeitsgruppe der Bund-Länder-AG teil, die sich mit dem Hangbegriff befasste.

1 *Querengässer/Berthold*, KriPoZ 2022, 8 (14).
2 Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Prüfung des Novellierungsbedarfs im Recht der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 des Strafgesetzbuches (StGB), Abschlussbericht vom 22.11.2021. Online abrufbar unter: https://www.bmj.de/SharedDocs/Artikel/DE/2022/0113_BMJ_Bericht_Massregelvollzug.html. (zuletzt abgerufen am 26.1.2022).
3 BT-Drs. 20/1723.

ein „neuer“ § 64 StGB aussehen könnte. Auch wenn das System strafrechtlicher Sanktionen im Bereich der Maßregeln der Besserung und Sicherung mittlerweile an mehreren Stellen zu Wertungswidersprüchlichkeiten und Dysfunktionalitäten neigt und reformbedürftig ist, begnügen wir uns vorliegend mit einem Ansatz, der sich auf die Unterbringung in der Entziehungsanstalt nach § 64 StGB beschränkt. Denn es scheint (trotz anderslautender Absichtserklärungen im Koalitionsvertrag) gegenwärtig politisch kaum durchsetzbar, grundlegende Änderungen im Bereich des Maßregelrechts anzustoßen. Insofern gilt es aus unserer Sicht nun, den gewählten reformerischen Ansatz möglichst zu optimieren. Damit grenzen wir uns auch von den kürzlich vorgelegten Vorschlägen zweier psychiatrischer Fachgesellschaften ab. Etwas verkürzt ausgedrückt setzt der Ansatz der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) das Selbstbestimmungsrecht des Patienten absolut;[4] die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) schlägt vor, die freiheitsentziehenden Maßregeln samt der Schuldfähigkeitsregelung ganz abzuschaffen. [5]

II. Vorschlag für eine Neuformulierung des § 64 StGB

Unser Vorschlag für einen novellierten § 64 StGB, auf den wir im weiteren Text immer wieder rekurrieren werden, lautet folgendermaßen:

§ 64 StGB – Unterbringung in einer forensischen Klinik für Abhängigkeitserkrankungen

Hat eine Person eine substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung, infolge derer eine dauernde und schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensgestaltung, der Gesundheit, der Arbeits- oder der Leistungsfähigkeit eingetreten ist und fortdauert, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die überwiegend auf diese Erkrankung zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer forensischen Klinik für Abhängigkeitserkrankungen anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihrer Erkrankung erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

Die Anordnung verfolgt das Ziel, die substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung der Person durch die Behandlung in einer forensischen Klinik für Abhängigkeitserkrankungen innerhalb der Frist nach § 67d Absatz 1 Satz 1 oder 3 zu lindern und die Person damit über eine erhebliche Zeit von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihre Erkrankung zurückgehen.

Aufgrund des darin verwirklichten Wegfalls der Behandlungsprognose (dazu später mehr), regen wir auch eine Anpassung des § 67d Abs. 5 StGB an, der dann wie folgt lautet:

§ 67d StGB – Dauer der Unterbringung

[…]
5) Das Gericht erklärt die Unterbringung in einer forensischen Klinik für Abhängigkeitserkrankungen für erledigt, wenn keine hinreichend konkrete Aussicht mehr vorliegt, das in § 64 Satz 2 genannte Anordnungsziel zu erreichen. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.
[…]

Weiterer (redaktioneller) Anpassungsbedarf ergibt sich durch die vorgeschlagene Änderung der Begrifflichkeit auch in einigen weiteren Regelungen des StGB und der StPO, die auf § 64 StGB Bezug nehmen. Wir verzichten aus Platzgründen auf eine detaillierte Darstellung.

III. Zielsetzung(en) der anstehenden Novelle des § 64 StGB

Der Entwurf der BL-AG macht deutlich, dass es dem Gesetzgeber (erneut bzw. diesmal erst recht) sehr ernst ist, das Ziel einer nachhaltigen Reduktion der Unterbringungsanordnungen (UAO) gem. § 64 StGB zu erreichen.[6] Auch aus unserer Sicht ist dieses Ziel durchaus sinnvoll. Die Zahl der UAO übersteigt seit langem das Angebot deutlich. Überbelegung in den Kliniken, Wartelisten und teils monatelange Organisationshaft vor Verlegung in den MRV sind dadurch inzwischen vielerorts zu einem Normalzustand geworden.[7] Überbelegung und die darin immanente Überforderung der Behandelnden gehen jedoch immer auf Kosten der Behandlungsqualität. Dies führt dazu, dass das Behandlungssystem zurzeit nicht das zu leisten imstande ist, was es eigentlich leisten könnte.

Dennoch greift das Ziel der Reduktion der UAO nach unserem Dafürhalten als alleinige Stoßrichtung der Reform zu kurz. Denn es verkennt einen Umstand, der mindestens ebenso kritisch zu werten ist und der die Diskussionen rund um § 64 StGB seit Jahren gewissermaßen überwölbt: die drastischen rechtspraktischen Unterschiede zwischen Regionen, Bundesländern und sogar auf der Ebene einzelner Landgerichtsbezirke. Mit Zahlen lässt sich dieses Phänomen am besten in den Inzidenzunterschieden zwischen den Bundesländern beschreiben. So wurden in Brandenburg zwischen 2007 und 2016 im jährlichen Durchschnitt

---

4 *Müller/Böcker/Eusterschulte/Koller/Muysers/Pollmächer*, Nervenarzt 2021, 1155 (1162).

5 *Feißt/Lewe/Kammeier*, online abrufbar unter: https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Stellungnahmen/2022/Plaedoyer_fuer_eine_Transformation_der_Massregel.pdf (zuletzt abgerufen am 12.5.2022).

6 Schon in der letzten substanziellen Novelle 2007 des § 64 StGB wurde dieses Ziel bemüht. Die Zielerreichung lässt sich indes an zwei Zahlen illustrieren: 2007 erfolgten bundesweit 1.812 UAO gem. § 64 StGB, 2020 waren es mit 3.515 fast doppelt so viele (Quelle: Strafverfolgungsstatistik des statistischen Bundesamtes).

7 Vgl. dazu jüngst auch zum Vollzug einstweiliger Unterbringungen in der Untersuchungshaft *Schwarz/Radorn*, NStZ 2022, 270 ff.

1,01 UAO je 100.000 der strafmündigen Wohnbevölkerung ausgesprochen.[8] In Bayern waren es im selben Zeitraum 7,09.[9] Dieser Unterschied ist weder mit Abweichungen in der Kriminalitätsbelastung in den einzelnen Bundesländern noch mit einem unterschiedlichen Konsumverhalten bzw. der Suchtepidemiologie hinreichend erklärbar.[10]

Einzig regional unterschiedliche Anwendungsformen, man könnte auch von „rechtspraktischen Subkulturen" sprechen, können derartige Diskrepanzen erklären. Denn es handelt sich hierbei um die Anwendung derselben bundesweit einheitlichen Anordnungsvoraussetzungen und nicht um Phänomene, die auf eine länderspezifische Ausgestaltung des Vollzugs zurückgehen.[11]

IV. Exkurs: Intendierter und nicht intendierter Auslegungsspielraum

Sicherlich gibt es nicht den einen einzigen Grund zur Erklärung der erstaunlichen Beharrungstendenz der Steigungswerte der jährlichen UAO einerseits und der regionalen Differenzen andererseits. Es dürfte vielmehr – wie so oft – eine komplexe Interaktion aus Interessen und Motiven der beteiligten Institutionen vorliegen, auf die wir hier nicht weiter eingehen können. Worauf wir an dieser Stelle hingegen unseren Fokus legen wollen, ist die Beobachtung, dass sich gerade in der aktuellen Formulierung des Gesetzestextes großer nicht intendierter Auslegungsspielraum offenbart. Darunter verstehen wir Passagen oder Begrifflichkeiten, die „ungewollt" oder auch „zufällig" breiter ausgelegt und verstanden werden können, als es auf den ersten Blick scheint. Unserer Beobachtung und Analyse nach geschieht genau dies sehr oft in der Anwendung des § 64 StGB. Der nicht intendierte Spielraum bereitet gewissermaßen erst das Fundament, auf dem je nach Bundesland unterschiedliche Gebäude errichtet werden und auf dem im Laufe der Jahre immer größere Häuser entstanden sind.[12]

Konkret tut sich derartiger nicht (oder zumindest nicht in diesem Umfang) intendierter Auslegungsspielraum an drei Punkten im Regelungsgefüge des § 64 StGB auf: 1) an der Begrifflichkeit der zugrundliegenden Suchtproblematik, 2) am Zusammenhang zwischen Delinquenzneigung und der Suchtproblematik sowie 3) an der geforderten hinreichend konkreten Erfolgsaussicht der Unterbringung. Diese Vielzahl an Spielräumen und deren teils komplexe Beziehung zueinander können auch erklären, wieso es so schwierig ist, durch obergerichtliche Rechtsprechung eine Einheitlichkeit herzustellen und die Auslegungsvarianten „einzufangen".[13]

V. Änderungsbedarf und -vorschläge zur Einschränkung des Auslegungsspielraums

Der angesprochene Auslegungsspielraum begünstigt sicherlich beide als kritisch erachteten Phänomene. Im Umkehrschluss kann daher angenommen werden, dass eine Einschränkung des Spielraums gleichermaßen einen Lösungsansatz für beide Probleme darstellt. Die folgende Diskussion der Änderungsvorschläge der BL-AG und Vorstellung eigener Ergänzungen und Alternativen erfolgt somit unter dem übergeordneten Zweck, nicht intendierte Auslegungsspielräume des § 64 StGB einzuschränken, um beide Ziele (also Reduktion der UAO in der Breite sowie Harmonisierung der Anwendungspraxis) zu erreichen.

1. Begrifflichkeit der zugrundeliegenden Suchtproblematik

Das erste Eingangskriterium des § 64 StGB lautet bisher: „Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen". Unter dem Eindruck einer „Entgrenzung" des Hangbegriffs, also einer zunehmend weiten Auslegung desselben, mehrten sich in den letzten Jahren die Stimmen, den juristischen Hangbegriff näher an den medizinischen Sprachgebrauch anzulehnen oder durch medizinische Termini zu ersetzen. Diese Diskussion wurde auch in der BL-AG geführt.

Doch scheint diese Diskussion in einen Kompromiss gemündet zu sein. Jedenfalls sieht der Reformentwurf vor, dass sich an der Formulierung des „Hang[es], alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen" in § 64 S. 1 StGB nichts ändert. Wohl aber fügt die BL-AG dem ersten (Haupt-)Satz einen erläuternden Nachsatz hinzu. Dieser lautet: „der Hang erfordert eine Substanzkonsumstörung, infolge derer eine dauernde und schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensgestaltung, der Gesundheit, der Arbeits- oder der Leistungsfähigkeit eingetreten ist und fortdauert." Dieser Nachsatz nun hat es in der Tat in sich: Denn er „definiert" den Hang-Begriff gewissermaßen *en passant* neu. Aus unserer Sicht ist es positiv zu vermerken, dass erstmals versucht wird, klare und objektivierbare Kriterien zu nennen, die für die Annahme eines Hanges im Sinne des § 64 StGB erfüllt sein müssen. Dies wird den Auslegungsspielraum in Bezug auf die Begrifflichkeit der zugrundeliegenden Suchtproblematik sicherlich deutlich und nachhaltig einschränken. Gleichwohl wirkt die gefundene Lösung kompliziert, was uns fürchten lässt, dass es im Zusammenspiel zwischen erkennendem Gericht und gutachterlichen Sachverständigen zu noch mehr Abstimmungs- und Übersetzungsbedarf kommen wird.

---

8 *Querengässer/Traub*, R&P 2021, 19 (27).

9 A.a.O. Fn. 8.

10 Auch die soziologisch an sich zutreffende Feststellung, gerade bei den genannten Bundesländern handele es sich um strukturell sehr unterschiedliche, greift zu kurz. Große Inzidenzunterschiede finden sich auch zwischen diesbezüglich vergleichbaren Bundesländern, z.B. zwischen Bayern und Hessen, die um den Faktor 4,2 differieren.

11 Diese spielen allenfalls bei den unterschiedlich langen Verweildauern eine maßgebliche Rolle.

12 Gewiss sieht der Gesetzgeber durch die Soll-Formulierung des § 64 StGB auch einen intendierten Auslegungsspielraum vor, doch kann dieser allein die Zunahme der UAO und die regionalen Unterschiede nicht in Gänze erklären. Denn dazu ist der Spielraum, den eine Soll-Regelung lässt, eigentlich zu eng.

13 Ob dazu überhaupt ein Wille vorhanden ist, ist eine andere Frage.

Zunächst ist es schade, dass der Entwurf den überholten Begriff des „berauschenden Mittels" nicht antastet – in anderen Kontexten ist der Gesetzgeber da schon weiter.[14] Gerade da in dem Entwurf der BL-AG der Begriff „Rausch" gestrichen wird (s.u.), wäre es angebracht auch den ebenso antiquierten Terminus „berauschend" zu ändern. Unsere Kernkritik bezieht sich aber auf den künftig erforderlichen Dreischritt: Erstens (primär vonseiten der gutachterlichen Sachverständigen) ist zu prüfen, ob bei der Person eine Substanzkonsumstörung diagnostiziert werden kann; zweitens ist zu prüfen, ob aufgrund dieser eine „dauernde und schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensgestaltung, der Gesundheit, der Arbeits- oder der Leistungsfähigkeit eingetreten ist und fortdauert"; drittens muss auf dieser Grundlage der Rechtsbegriff des Hanges bejaht werden können. Wenn nun aber dieser Rechtsbegriff erst dann erfüllt ist, wenn beides andere vorliegt (der Hang „erfordert" diese Form der Störung) und keine weitere Option zur Bejahung des Hanges denkbar ist – weshalb wird der „Hang" dann überhaupt noch benötigt? Schließlich könnte durch die Reform sämtliches bisheriges Schrifttum zum „alten" Hangbegriff nicht mehr als Referenz herangezogen werden. Erschiene es da nicht wesentlich konsequenter, den ohnehin problematischen Hangbegriff ganz aufzugeben? Sinnvoll, den Hang-Begriff zu erhalten, wäre es, wenn dieser direkt durch die genannten objektivierbaren Kriterien mit Leben gefüllt worden wäre. Im vorliegenden Entwurf wird jedoch die Substanzkonsumstörung als medizinisch-psychiatrische „Zwischendiagnose" eingefügt – die zugleich verschärft und konkretisiert wird durch die erforderliche(n) Beeinträchtigung(en), die über die diagnostischen Anforderungen an die Stellung einer entsprechenden Diagnose noch hinausgehen. Aus dem Begriff der Substanzkonsumstörung wiederum ergibt sich ein weiterer Kritikpunkt. Eine Substanzkonsumstörung wird im gegenwärtigen psychiatrischen Klassifikationssystem DSM-5 klar definiert. Auch das in wenigen Jahren in Kraft tretende (und für die deutsche Versorgungslandschaft dann verbindliche) System des ICD-11 wird diesen Begriff aller Voraussicht nach so einführen. Es handelt sich somit um einen Begriff, der durch international gültige Klassifikationssysteme eindeutig definiert ist und auf die der deutsche Gesetzgeber keinen Einfluss hat. Zugleich ist es sehr wohl möglich, dass in späteren Klassifikationssystemen dieser Begriff wieder durch einen anderen ersetzt wird und aus dem medizinischen Sprachgebrauch verschwindet. Was dann? Muss dann das Strafgesetzbuch angepasst werden? Vermutlich war es dieser Umstand, der die BL-AG dazu veranlasste, den Hangbegriff nicht durch einen andernorts definierten medizinischen Begriff zu ersetzen.

Wir teilen das Ziel, sich nicht von internationalen Klassifikationssystemen abhängig zu machen, und sehen die Vorteile der vorgeschlagenen klaren und objektivierbaren Kriterien. Im Sinne einer deutlichen Herabsetzung der Komplexität schlagen wir jedoch vor, eine „substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung, infolge derer eine dauernde und schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensgestaltung, der Gesundheit, der Arbeits- oder der Leistungsfähigkeit eingetreten ist und fortdauert", als erstes Eingangskriterium zu formulieren.

Der überkommene Hang-Begriff würde dabei durch den Begriff der substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankung ersetzt. Dabei handelt es sich um einen Terminus, der zwar in den einschlägigen Klassifikationssystemen nicht verwendet wird (und somit weder extern definiert ist noch aus den Systemen getilgt werden kann), der im medizinischen Sprachgebrauch aber doch weit verbreitet ist und zugleich als ein neuer Rechtsbegriff ausgestaltet werden kann.[15] Durch die Verbindung zu dem von der BL-AG vorgeschlagenen Nachsatz, der von uns ohne Änderung als Relativsatz übernommen wird, handelt es sich zudem um einen relativ klar objektivierbaren Terminus, der in seiner Gesamtheit nur einen geringen Auslegungsspielraum offenlassen dürfte.[16] Die daraus resultierende Eingrenzung, dass nicht jede Form einer substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankung als Eingangskriterium im Sinne der Maßregel genügt, ist in folgender Überlegung begründet: Es gibt Formen von Abhängigkeitserkrankungen, die ausschließlich auf körperlich-medizinischen bzw. intrapsychischen Symptomen beruhen und die das soziale Funktionsniveau der betroffenen Personen nicht oder nur marginal beeinträchtigen.[17] Da das Strafrecht jedoch ein Regulativ (deviant) sozialen Verhaltens darstellt und keine Regelungsgrundlage für eine individuell-medizinische Behandlungsbedürftigkeit ist, erscheint es auch uns sinnvoll, den Aspekt eines beeinträchtigten sozialen Funktionsniveaus als Eingangsvoraussetzung aufzugreifen.

2. Konnexität zwischen Suchtproblematik und Delinquenzbegehung

Im aktuell geltenden Recht wird der Zusammenhang zwischen Suchtproblematik bzw. Hang und Straftat definiert als „rechtswidrige Tat, die sie [die Person] im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht". Da ein Rausch (mithin ein Zustand der Intoxikation durch psychoaktive Substanzen) weder eine hinreichende noch eine notwendige Voraussetzung für die zugrundeliegende Suchtproblematik darstellt, ist es nachvollziehbar und richtig, dass der Vorschlag der BL-AG diesen Passus ersatzlos streicht und stattdessen als zweite Eingangsvoraussetzung eine „rechtswidrige Tat, die überwiegend auf

[14] So etwa im Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG).

[15] Und der breiter verstanden werden kann, als die Begriffe „Abhängigkeit" bzw. „Abhängigkeitssyndrom", die sich wiederum in ICD und DSM finden. Insofern würde auch ein (durch den folgenden Relativsatz) qualifizierter Missbrauch bzw. schädlicher Gebrauch unter Umständen als Eingangskriterium genügen und die Voraussetzung wäre nicht an eine exklusive Diagnose gebunden.

[16] Natürlich wird es auch hierzu zahlreiche Urteile benötigen, ehe klar ist, was konkret unter einer „dauernde[n] und schwerwiegende[n] Beeinträchtigung" zu verstehen ist. Dennoch erscheint dieser Terminus schon expressis verbis klarer, als der bisherige Hang zum Substanzkonsum im Übermaß.

[17] So lässt sich nach ICD-10 ein Abhängigkeitssyndrom diagnostizieren, wenn die Person die Kriterien Toleranzentwicklung hinsichtlich des Suchtmittels, Craving und Entzugssymptome aufweist.

ihren Hang zurückgeht“ erfordert.[18] Durch das neu hinzugefügte Adjektiv „überwiegend“ soll der geforderte Zusammenhang essentieller sein bzw. auf einem gedachten Kontinuum zwischen bloßer Koinzidenz und klarer Monokausalität zum letztem Pol hin verschoben werden.

Ohne zu verkennen, dass die Verbindung zwischen Sucht und Delinquenz in der Regel komplex und vieldimensional ist, erscheint uns dies dennoch ganz im Sinne der Verengung des Auslegungsspielraumes, sodass auch in unserem Vorschlag die Formulierung der BL-AG übernommen wird – mit der einzigen Änderung, dass wir (konkludent zur ersten Eingangsvoraussetzung) den Begriff Hang durch die substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung ersetzen. Vorgeschlagen wird daher, das Vorliegen einer „rechtswidrigen Tat, die überwiegend auf diese Erkrankung zurückgeht“ als zweites Eingangskriterium zu formulieren.

3. Erfolgsaussicht einer Behandlung im Maßregelvollzug

Der zweite Satz des § 64 StGB ist derjenige, der unserer Erfahrung nach den größten nicht intendierten Spielraum für Auslegungen lässt. Wie schon in dem bereits angesprochenen Aufsatz aus Februar 2022 ausführlich dargelegt, kann die in § 64 S. 2 StGB formulierte Forderung nach einer „hinreichend konkrete[n] Aussicht“ auf Behandlungserfolg aus empirischer Sicht nicht valide erfüllt werden.[19] Es gibt schlicht keine bzw. zu schwache Prädiktoren, die zum Zeitpunkt der Begutachtung eine tragfähige Prognose über den später zu erwartenden Behandlungserfolg zulassen.[20] Gerade die daraus resultierende „Schwammigkeit“ öffnet den Verfahrensbeteiligten Tür und Tor, sich das Prognoseerfordernis für ihre Interessen zunutze zu machen.[21]

Wir plädieren aus diesem Grund für eine ersatzlose Streichung der Behandlungsprognose als viertes Eingangskriterium für eine UAO gem. § 64 StGB. Denn die von der BL-AG vorgeschlagene Umformulierung, statt einer „hinreichen konkreten Aussicht“ nun „tatsächliche Anhaltspunkte“ für Behandlungserfolg zu fordern, ändert nichts daran, dass es nach wie vor Aufgabe der Sachverständigen bliebe, eine Behandlungsprognose zu erstellen. Uns ist bewusst, dass das *BVerfG* bereits 1994 in einer viel zitierten Entscheidung,[22] die Rechtmäßigkeit einer Unterbringung gem. § 64 StGB „nur auf Probe“ verneint hat. Daraus wurde das Erfordernis einer hinreichend konkreten Erfolgsaussicht abgeleitet und 2007 in § 64 StGB übernommen. Doch erscheint uns die Urteilsbegründung einerseits nicht frei von Widersprüchen und andererseits in weiten Teilen auch nicht mehr kongruent zum empirischen Kenntnisstand.[23] Wir bleiben daher bei der Einschätzung, das Prognoseerfordernis als Unterbringungsvoraussetzung aus dem Gesetzestext zu streichen.

Dies bedeutet aber nicht – und hier liegt das eingangs angesprochene Missverständnis – dass der gesamte zweite Satz des § 64 StGB gestrichen werden sollte. Denn dies würde ein Folgeproblem mit sich bringen, was die Möglichkeit angeht, eine Unterbringung gem. § 64 StGB wegen nicht mehr hinreichend konkreter Erfolgsaussicht für erledigt zu erklären (gem. § 67d Abs. 5 StGB). Und auch wenn aus empirischer Sicht jede Erledigungsentscheidung eine zu viel ist, weil sie einen zusätzlichen Risikofaktor für eine ungünstige Legalbewährung darstellt,[24] wird es als Korrektiv wichtig sein, die Möglichkeit für eine solche Beendigung der Unterbringung zu erhalten. Wenn nun aber zum Begutachtungszeitpunkt keine Aussage getroffen werden kann über den erwartbaren Behandlungserfolg, wieso soll dies dann später gelingen und eine Erledigung rechtfertigen? Dies hängt damit zusammen, dass empirische Forschung sehr wohl Prädiktoren des Behandlungserfolges ermittelt hat, dass sich diese aber überwiegend erst während des Behandlungsverlaufs manifestieren und erkennen lassen. Insofern wäre eine entsprechende Änderung die Anpassung des normativ Geforderten an das empirisch Mögliche.

Vor diesem Hintergrund sprechen wir uns dafür aus, die bisher indirekt in Satz 2 verborgene Zielsetzung, was mit einer Unterbringung gem. § 64 StGB erreicht werden soll, explizit als Zielvorgabe zu benennen. Auf diese Weise kann in § 67d Abs. 5 StGB nach wie vor eine Erledigung vorgesehen bleiben, die dann eintritt, wenn das vorgegebene Ziel nicht mehr erreichbar erscheint.

So kompliziert dies auf den ersten Blick klingen mag, wird es doch klarer, wenn man sich unseren vorgeschlagenen Gesetzestext vor Augen hält. So regen wir an, dass

---

18 Gleichwohl bleibt offen, wieso im Entwurf der BL-AG zwar der Begriff „Rausch“ verschwindet, der ebenso antiquierte Begriff „berauschende Mittel“ jedoch bestehen bleibt.

19 A.a.O. Fn. 1.

20 Auch die BL-AG erkennt dies einerseits an, indem sie darlegt: „Zwar ist es selbst nach aktueller Studienlage schwierig, zuverlässige Prädiktoren für den Erfolg der Behandlung in der Maßregel nach § 64 StGB zu identifizieren […]", direkt danach wird jedoch behauptet: „Erkenntnisse aus der Praxis und die Ergebnisse verschiedener Katamnese-Studien legen jedoch verschiedene Zusammenhänge nahe“. Wer nun aber eine Aufzählung dieser Zusammenhänge erwartet, sieht sich stattdessen mit dem Verweis auf eine einzige Studie konfrontiert, in der der Grad der sozialen Integration mit der Legalbewährung nach Entlassung zusammenhing. Bei allen anderen in der Folge aufgezählten Phänomenen (unzureichende Sprachkenntnisse, Therapieunwilligkeit, langjähriger Rauschmittelkonsum oder dissoziale Charakterstruktur) handelt es sich nicht etwa um „tatsächliche Anhaltspunkte“ für Therapieerfolg, sondern um mehr oder weniger empirisch belegte Anhaltspunkte *dagegen*. A.a.O. Fn. 2, S. 27.

21 In manchen Verfahren wird sogar offen darüber gesprochen, ob nicht die Behandlungsprognose eine „Hintertüre“ öffnet, im konkreten Fall doch noch einen „64er“ zu verhängen – oder im umgekehrten Fall zu verhindern.

22 *BVerfG*, Beschl. V. 16.3.1994 – 2 BvL 3/90 u.a.

23 Ausführlich dazu siehe *Querengässer/Berthold*, Fn 1.

24 *Querengässer/Bulla/Hoffmann/Ross*, Nervenarzt 2018, 71 (77).

in § 64 S. 2 StGB das Vollzugsziel folgendermaßen benannt wird: „Die Anordnung verfolgt das Ziel, die substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung der Person durch die Behandlung in einer forensischen Klinik für Abhängigkeitserkrankungen […] zu lindern und die Person damit über eine erhebliche Zeit von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihre Erkrankung zurückgehen." Entsprechend dazu regen wir an, § 67d Abs. 5 StGB so umzuformulieren, dass eine Erledigung dann vorgesehen ist, „wenn keine hinreichen konkrete Aussicht mehr vorliegt, das in § 64 S. 2 benannte Anordnungsziel zu erreichen."

Zwei weitere Änderungsvorschläge unserer Skizze beziehen sich direkt auf die Zielsetzung einer Unterbringung gem. § 64 StGB. Bisher ist als Ziel formuliert, „die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt […] zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, […]" Aus therapeutischer Perspektive erscheint es wichtig, den Begriff der Heilung aus dem Gesetzestext zu streichen. Bei Suchterkrankungen ist eine Heilung im medizinischen Sinne nicht möglich.[25] Stattdessen sollte von einer Linderung oder einer Remission im Sinne von Besserung oder Reduktion von Krankheitssymptomen gesprochen werden; unter diesen Begriff ließe sich auch die bisherige Formulierung „vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren" subsumieren. Aus normativer Sicht bemisst sich der Erfolg der Unterbringung primär an der Gefährlichkeitsreduktion. Unter dem Vorzeichen des Maßregelrechts stellt die Behandlung (und damit der „medizinische" Behandlungserfolg) das Mittel zum Zweck (ebenjener Gefährlichkeitsreduktion) dar. Dies sollte auch aus der Formulierung des Gesetzestextes klarer hervorgehen, weshalb wir anregen, das Wort „damit" einzufügen. So würde klar, dass durch die Linderung der Abhängigkeitserkrankung die Gefährlichkeitsreduktion erreicht werden soll.

4. Weitere Änderungsvorschläge

Abschließend gehen wir an dieser Stelle noch kurz auf den Titel des § 64 StGB ein, dessen Änderung wir ebenso begrüßen würden. Wenn schon die überkommenen Begriffe „Rausch" und „berauschende Mittel" aus dem Gesetzestext gestrichen werden sollen, erscheint es nur folgerichtig, auch den Begriff der Entziehungsanstalt, der ebenfalls weder dem aktuellen Sprachgebrauch noch der Behandlungspraxis entspricht,[26] zu ersetzen. Was einen zeitgemäßen Alternativbegriff angeht, halten wir den Vorschlag der DGPPN,[27] nämlich von „forensischen Kliniken für Abhängigkeitserkrankungen" zu sprechen, für den passendsten. Zumal sich hierin eine direkte Korrespondenz zu dem neu einzuführenden Rechtsbegriff der Abhängigkeitserkrankung innerhalb des Paragraphen ergibt.

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass wir die von der BL-AG vorgeschlagenen Änderungen an „§ 67 StGB Reihenfolge der Vollstreckung" und „§ 463 StPO Vollstreckung von Maßregeln der Besserung und Sicherung" hinsichtlich der Erschwernis einer Halbstrafenentlassung und hinsichtlich der Berechnung des Vorwegvollzugs anhand des Zwei-Drittel-Zeitpunkts jedenfalls für vertretbar erachten.

VI. Diskussion

Alle Zeichen deuten darauf hin, dass es in allernächster Zukunft zu einer Reform des § 64 StGB kommen wird. Auch wenn sich im dafür erstellten Bericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe viele zielführende Ansätze wiederfinden, geht dieser Entwurf aus unserer Sicht nicht weit genug, um wenigstens den drängendsten Herausforderungen der Unterbringungspraxis zu begegnen: den rasant steigenden Anordnungszahlen und den drastischen regionalen Unterschieden.

Hierzu erscheint es uns vielmehr notwendig, die drei o.g. Eingangsvoraussetzungen des § 64 StGB (Hangbegriff, Konnexität und Behandlungsprognose) klarer zu fassen. Die Hoffnung wäre, dass weniger (vom Gesetzgeber mutmaßlich nicht so vorgesehener) Auslegungsspielraum verbleibt und sich dadurch auch die Unterbringungspraxis in den Ländern angleicht. Dafür wird es jedoch wichtig sein, an allen drei Punkten die Spielräume einzuschränken. Eine unverändert hohe Nutzung der verbleibenden Spielräume würde jedenfalls mit hoher Wahrscheinlichkeit eintreten, wenn der Entwurf der BL-AG ohne Änderungen so umgesetzt und verabschiedet wird. Konkret befürchten wir, dass die Behandlungsprognose nach wie vor als Hintertüre genutzt wird, um „den 64er doch irgendwie möglich zu machen". Unserer Erfahrung nach wird die Behandlungsprognose (zumindest in Einzelfällen) nämlich dazu genutzt, bei „uneindeutigen" Sachverhalten hinsichtlich der ersten beiden Eingangskriterien eine Anordnung dennoch zu legitimieren. Denn unter der Annahme, dass der Angeklagte ja sicherlich von einer Unterbringung gem. § 64 StGB profitieren würde (worauf auch immer dies dann gestützt ist), lässt sich gerne hinwegsehen, dass es sich möglicherweise nur um einen rudimentären „Hang" bei unklarem Zusammenhang zur Delinquenzneigung handelt. Wir gehen davon aus, dass die Streichung der Behandlungsprognose dazu führen würde, dass Sachverständige und Gerichte gezwungen würden, mehr Wert auf eine reliable und klare Prüfung der ersten beiden Eingangsvoraussetzungen zu legen. Dies hätte dann paradoxerweise sogar den Effekt, dass die Abschaffung einer der (ursprünglich ebenfalls als Filter gedachten) Eingangsvoraussetzungen die Filterfunktion der anderen fördert.

Uns ist klar, dass die zahlreichen Probleme und Herausforderungen rund um § 64 StGB nicht alle durch unsere Skizze gelöst werden können.[28] Dies wird nach unserer

[25] Dies wird verständlich, wenn man sich die Pschyrembel-Definition des Begriffs Heilung als eine „vollständige Wiederherstellung der Gesundheit (bzw. des Ausgangszustands) nach einer Erkrankung" vor Augen führt.

[26] In Maßregelvollzugskliniken gem. § 64 StGB findet weit mehr statt als eine reine „Entziehung" von der psychoaktiven Substanz.

[27] A.a.O. Fn. 4.

[28] Als Übersicht über die aktuellen Herausforderungen forensischer Suchtbehandlung siehe *Bezzel/Schlögl/Janele/Querengässer*, MSchrKrim 2022, 65 (73).

Einschätzung aber ohne eine ganz grundlegende Überarbeitung des Sanktionenrechts sowieso nicht gelingen. Ohnehin bedarf es auch spürbarer Veränderungen in der Behandlungs- und Begutachtungspraxis. Dennoch sind wir überzeugt, dass der vorliegende Entwurf eine tragfähige Alternative zum Entwurf der Bund-Länder-Arbeitsgruppe darstellt und bis auf Weiteres einige Probleme abfedern könnte – zumindest so lange, bis es eines Tages tatsächlich zu einer grundlegenden Revision des deutschen Sanktionssystems kommt.

VII. Anhang

Zur leichteren Verständlichkeit werden nachfolgend die in unserer Skizze vorgeschlagenen Gesetzesänderungen in konsolidierter Form (bezogen auf den gegenwärtig gültigen Gesetzestext) wiedergegeben:

§ 64 StGB – Unterbringung in einer ~~Entziehungsanstalt~~ forensischen Klinik für Abhängigkeitserkrankungen

Hat eine Person ~~den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen,~~ eine substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung, infolge derer eine dauernde und schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensgestaltung, der Gesundheit, der Arbeits- oder der Leistungsfähigkeit eingetreten ist und fortdauert, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die ~~sie im Rausch begangen hat oder die~~ überwiegend auf ~~ihren Hang~~ diese Erkrankung zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer ~~Entziehungsanstalt~~ forensischen Klinik für Abhängigkeitserkrankungen anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ~~ihres Hanges~~ ihrer Erkrankung erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung ~~ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die~~ verfolgt das Ziel, die substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung der Person durch die Behandlung in einer ~~Entziehungsanstalt~~ forensischen Klinik für Abhängigkeitserkrankungen innerhalb der Frist nach § 67d Absatz 1 Satz 1 oder 3 zu ~~heilen oder über~~ lindern und die Person damit eine erhebliche Zeit ~~vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und~~ von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ~~ihren Hang~~ ihre Erkrankung zurückgehen.

§ 67d – StGB Dauer der Unterbringung

[…]
5) Das Gericht erklärt die Unterbringung in einer ~~Entziehungsanstalt~~ forensischen Klinik für Abhängigkeitserkrankungen für erledigt, wenn ~~die Voraussetzungen des § 64 Satz 2 nicht mehr vorliegen~~ keine hinreichend konkrete Aussicht mehr vorliegt, das in § 64 Satz 2 genannte Anordnungsziel zu erreichen. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.
[…]

Anhang 3: Tätigkeiten der Umlage- und der Drittmittel-finanzierten Wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen 2022

Tätigkeiten der Umlage- und der Drittmittel-finanzierten Mitarbeitenden 2022

Personenmonate pro Projekt/Tätigkeit und Umrechnung in VK und Kosten

Projekt	Personenmonate 2022	VK (12 PM = 1,0 VK)	Höhe der Umlage- und Drittmittel-finanzierung [€]
Projekte ohne Drittmittelfinanzierung			
Qualitätsindikatoren im LVR-Klinikverbund	9,72 U	0,81	84.146€
Evaluation Genesungsbegleitung	0,37 U	0,03	3.203€
Evaluation Behandlungs-vereinbarungen	7,34 U	0,61	63.542€
Maßregelvollzug: Situation von Patient*innen mit Intelligenzminderung im Maßregelvollzug	2,70 U	0,23	23.373€
Analysen des Versorgungs-geschehens in der COVID-19-Pandemie	0,03 U	<0,01	259€
EVA-NETZ: Evaluation eines Modells der Integrierten Versorgung an der LVR-Klinik Köln [Kooperation mit LVR-Klinik Köln]	0,44 U	0,04	3.809€
Projekte mit Drittmittelfinanzierung			
LL-KoPsS: S3-Leitlinie Psychosen mit komorbider substanzbezo-gener Störung [Inno-Fonds; Laufzeit: 10/22-03/25]	2,76 D 1,93 U	0,23 D 0,16 U	16.627€ 16.708€
I-REACH: Internet-based Refugee Mental Healthcare [BMBF; Laufzeit: 04/19-01/24]	11,96 D 4,77 U	1,00 D 0,40 U	68.380€ 41.293€
SoKo: Die Somatische Versor-gung von Menschen mit psychi-scher Komorbidität [Inno-Fonds; Laufzeit: 07/20-06/24]	33,52 D 2,04 U	2,80 D 0,17 U	192.044€ 17.660€

Auswertung der Routinedaten der BAG-Psychiatrie [Laufzeit: unbegrenzt]	4,57 U	0,38 U	39.562€
eMEN: e-Mental Health innovation and transnational implementation platform North-West Europe [InterReg NWE; Förderung abgelaufen]	0,14 U	0,01 U	1.211€
PsyKom: Psychosoziale Komplexbehandlung bei Psychischer Erkrankung [MAGS; Förderung abgelaufen]	0,44 U	0,04 U	3.809€
WohnLos: Wohnungslosigkeit bei psychischer Erkrankung [MAGS; Förderung abgelaufen]	0,95 U	0,08 U	8.224€
CANDY: CAre appropriate to the Needs of breast cancer patients with DisabilitY [DFG; Förderung abgelaufen]	0,05 U	<0,01 U	432€
Projektübergreifende Tätigkeiten			
IVF Sekretariat und Controlling	14,50 U	1,21 U	93.096€
IVF Tätigkeiten umlagefinanzierter Wiss. MA ohne Projektbezug (z. B. Jour fixe, Gremiensitzungen, Fachtagungen/Fortbildungsveranstaltungen, Seminare, Drittmittelanträge, Trialog-Forum u.a.)	21,39 U	1,78 U	185.173€

U = Umlagefinanzierung
D = Drittmittelfinanzierung
Die Tätigkeit der Institutsdirektorin ist in dieser Tabelle nicht berücksichtigt.

Jahressumme

Verwaltung	1,21 VK U
IVF Allgemein	1,78 VK U
IVF nicht durch Drittmittel unterstützte Projekte	1,72 VK U
IVF Drittmittelprojekte	1,24 VK U + 4,03 VK D
Summe 2022	5,95 VK U + 4,03 VK D = 9,98 VK Gesamt

Fazit

Im Jahr 2022 wurden 1,24 VK umlagefinanzierter wissenschaftlicher Mitarbeitenden im Bereich der Drittmittelprojekte eingesetzt (wobei auch diejenigen Drittmittelprojekte hier als Drittmittelprojekte gezählt wurden, die bereits vor dem 1.1.2022 abgelaufen waren und daher 2022 keine Drittmittelförderung mehr erhielten).

3,50 VK (1,78+1,72) umlagefinanzierter wissenschaftlicher Mitarbeitenden wurden im Jahr 2022 im Bereich der nicht durch Drittmittel finanzierten Projekte eingesetzt.

Die umlagefinanzierten wissenschaftlichen Personalmittel wurden damit im Jahr 2022 zu 74% (3,50/(3,50+1,24)*100) für nicht durch Drittmittel finanzierte Projekte/Tätigkeiten eingesetzt.

TOP 11 Verschiedenes