

Niederschrift  
über die Sitzung des Krankenhausausschusses 2  
am 01.09.2015 in LVR-Klinik Langenfeld  
- öffentlicher Teil -

**Anwesend vom Gremium:**

**CDU**

Bündgens, Willi  
Dr. Elster, Ralph  
Loepp, Helga  
Mucha, Constanze  
Rohde, Klaus  
Dr. Schlieben, Nils Helge  
Stieber, Andreas-Paul  
Schroeren, Michael  
Wirtz, Axel (MdL)

für Stricker, Günter

**SPD**

Ciesla-Baier, Dietmar  
Gabriel, Joachim  
Kaske, Axel  
Schmidt-Zadel, Regina  
Schulz, Margret  
Strauß, Rajiv  
Zepuntke, Klaudia

**Bündnis 90/DIE GRÜNEN**

Barion, Katrin  
Schäfer, Ilona  
Zsack-Möllmann, Martina

stellv. Vorsitzende

**FDP**

Dr. Strack-Zimmermann, Marie-Agnes  
Wirtz, Robert

**Die Linke.**

Glagla M.A., Daniela

**Freie Wähler/Piraten**

Bosch, Robert

### **Verwaltung:**

Wenzel-Jankowski, Martina	LVR-Dezernatsleitung 8
Heister, Joachim	LVR-Fachbereichsleiter 81
Lüder, Klaus	LVR-Fachbereichsleiter 82
Thewes, Stefan	LVR-Fachbereichsleiter 83
Kreacsik, Peter	LVR-Fachbereich 83
Kaulhausen, Barbara	LVR-Fachbereich 24
Stephan-Gellrich, Susanne	LVR-Fachbereich 84

### **LVR-Klinikum Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität**

Prof. Dr. Gaebel, Wolfgang	Ärztlicher Direktor
Maas, Klemens	Pflegedirektor
Wurth, Ralf	Stellv. Kaufmännischer Direktor

### **LVR-Klinik Langenfeld**

Muysers, Jutta	Ärztliche Direktorin
Ludowisy-Dehl, Silke	Pflegedirektorin
Höhmann, Holger	Kaufmännischer Direktor
Schramm, Martina	Schriftführerin

### **LVR-Klinik Köln**

Prof. Dr. Gouzoulis-Mayfrank, E.	Ärztliche Direktorin
Allisat, Frank	Pflegedirektor
Schürmanns, Jörg	Kaufmännischer Direktor

### **Zuhörer**

Foulon, Claudia	LVR-Klinikum Düsseldorf
Micheel, Thomas	LVR-Klinikum Düsseldorf
Mainka, Agathe	LVR-Klinik Köln
Balzer, Harald	LVR-Klinik Köln
Völkmann, Anja	LVR-Klinik Langenfeld
Gassen, Rolf	Ombudsman an der LVR-Klinik Langenfeld
Deckert, Klaus	LVR-Klinik Langenfeld
Cebrian-Velez, Carmen	LVR-Klinik Langenfeld

## Tagesordnung

### Nichtöffentliche Sitzung

### Beratungsgrundlage

1. Anerkennung der Tagesordnung
2. Niederschrift über die 4. Sitzung vom 19.05.2015
3. Berichte über die Prüfung der Jahresabschlüsse und Lageberichte 2014 der LVR-Kliniken
  - 3.1. Bericht über die Prüfung des Jahresabschlusses und des Lageberichtes 2014 des LVR-Klinikums Düsseldorf **14/686**
  - 3.2. Bericht über die Prüfung des Jahresabschlusses und des Lageberichtes 2014 der LVR-Klinik Köln **14/652**
  - 3.3. Bericht über die Prüfung des Jahresabschlusses und des Lageberichtes 2014 der LVR-Klinik Langenfeld **14/575**
4. Lageberichte 2014 der LVR-Kliniken
  - 4.1. Lagebericht 2014 des LVR-Klinikums Düsseldorf **14/680**
  - 4.2. Lagebericht 2014 der LVR-Klinik Köln **14/653**
  - 4.3. Lagebericht 2014 der LVR-Klinik Langenfeld **14/574**
5. Personalmaßnahmen
  - 5.1. Wiederbestellung zum Pflegedirektor im Klinikvorstand des LVR-Klinikums Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf - **14/630**
  - 5.2. Wiederbestellung zum Ärztlichen Direktor im Klinikvorstand des LVR-Klinikums Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf - **14/716**
  - 5.3. Wiederbestellung zum Pflegedirektor im Klinikvorstand der LVR-Klinik Köln **14/717**
6. Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung hier: LVR-Klinikum Düsseldorf und LVR-Kliniken Köln und Langenfeld **14/592**
7. Bericht über die Umsetzung des Gesamtfinanzierungsplans für den LVR-Klinikverbund (492 Mio. € Programm) **14/659**
8. Investitionsprogramm 2015 für Krankenhäuser des Landes Nordrhein-Westfalen **14/656**
9. Sachstandsbericht zur Krankenhausplanung NRW **14/698**
10. Baucontrollingbericht für die LVR-Kliniken Köln und Langenfeld sowie für das LVR-Klinikum Düsseldorf **14/683**
11. Aufwands- und Ertragsentwicklung im II. Quartal 2015

11.1.	II. Quartalsbericht 2015 des LVR-Klinikums Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf	<b>14/687</b>
11.2.	II. Quartalsbericht 2015 der LVR-Klinik Köln	<b>14/654</b>
11.3.	II. Quartalsbericht 2015 der LVR-Klinik Langenfeld	<b>14/618</b>
12.	Vergaben	
12.1.	Vergabe eines Auftrages zur Lieferung eines Speisenverteilsystems für die LVR-Klinik Köln	<b>14/719</b>
12.2.	LVR-Klinik Langenfeld Neubau eines Stationsgebäudes hier: Vergabe Rohbauarbeiten	<b>14/757</b>
13.	Vergabeübersichten über das I. Quartal 2015 mit einer Vergabesumme ab 10.000 €	
13.1.	Vergabeübersicht über das II. Quartal 2015 des LVR- Klinikums Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine- Universität Düsseldorf	<b>14/709</b>
13.2.	Vergabeübersicht über das II. Quartal 2015 der LVR-Klinik Langenfeld	<b>14/689</b>
13.3.	Vergabeübersicht über das II. Quartal 2015 der LVR-Klinik Köln	<b>14/672</b>
13.4.	Vergabeübersicht des LVR-Fachbereiches Gebäude- und Liegenchaftsmanagement für das LVR-Klinikum Düsseldorf sowie die LVR-Kliniken Köln und Langenfeld für das II. Quartal 2015	<b>14/662</b>
14.	Maßregelvollzug	
14.1.	Niederschrift über die konstituierende Sitzung des Beirates der Forensik bei der LVR-Klinik Langenfeld am 26.02.2015	<b>14/605</b>
14.2.	Auswirkungen des Maßregelvollzugs auf die Allgemeinpsychiatrie	
15.	Anträge und Anfragen der Fraktionen	
16.	Beschlusskontrolle	
17.	Mitteilungen der Verwaltung	
17.1.	LVR-Verbundzentrale	
17.2.	Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf	
17.3.	Klinikvorstand LVR-Klinik Köln	
17.4.	Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld	

18. Verschiedenes

### **Öffentliche Sitzung**

19. Niederschrift über die 4. Sitzung vom 19.05.2015
20. Jahresabschlüsse 2014 der LVR-Kliniken
- 20.1. Jahresabschluss 2014 des LVR-Klinikums Düsseldorf **14/675**
- 20.2. Jahresabschluss 2014 der LVR-Klinik Köln **14/648**
- 20.3. Jahresabschluss 2014 LVR-Klinik Langenfeld **14/573**
21. Home-Treatment - Ergebnisse; Qualitätsprojekt
22. Erfahrungsbericht des Ombudsmannes der LVR-Klinik Langenfeld
23. LVR-Klinik Langenfeld **14/570**  
Neubau einer Dependance in Solingen  
hier: Vorstellung der Planung und der Kosten
24. LVR-Klinik Langenfeld **14/627**  
Modernisierung Brandmeldeanlage
25. GKV-Versorgungsstärkungsgesetz-GKV-VSG/  
Krankenhausstrukturgesetz **14/703**
26. Gemeinschaftsinitiative gegen Alkoholmissbrauch bei  
Kindern und Jugendlichen (GigA) **14/639**
27. Förderung von Integrationsprojekten gem. §§ 132 ff. SGB **14/622**  
IX  
hier: Die Integrationsabteilung der LVR-Klinik Köln
28. Angebote des LVR als Beitrag zur Unterstützung der  
Kommunen bei der Unterbringung und Betreuung von  
Flüchtlingen
29. Anträge und Anfragen der Fraktionen
30. Beschlusskontrolle
31. Mitteilungen der Verwaltung
- 31.1. LVR-Verbundzentrale
- 31.2. Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf
- 31.3. Klinikvorstand LVR-Klinik Köln
- 31.4. Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld
32. Verschiedenes

Beginn der Sitzung:	10:00 Uhr
Ende öffentlicher Teil:	12:45 Uhr
Ende nichtöffentlicher Teil:	12:00 Uhr
Ende der Sitzung:	12:45 Uhr

Die stellv. Vorsitzende begrüßt alle Anwesenden und gratuliert Herrn Allisat im Namen des Ausschusses herzlich zum Geburtstag.

## **Öffentliche Sitzung**

### **Punkt 19**

#### **Niederschrift über die 4. Sitzung vom 19.05.2015**

Die Niederschrift wird einstimmig genehmigt.

### **Punkt 20**

#### **Jahresabschlüsse 2014 der LVR-Kliniken**

##### **Punkt 20.1**

#### **Jahresabschluss 2014 des LVR-Klinikums Düsseldorf Vorlage 14/675**

Der Krankenhausausschuss fasst einstimmig den folgenden Beschluss:

1. Der Krankenhausausschuss 2 nimmt den Jahresabschluss 2014 des LVR-Klinikums Düsseldorf gemäß Vorlage 14/675 zur Kenntnis.
2. Er empfiehlt dem Landschaftsausschuss, den Jahresabschluss an die Landschaftsversammlung mit folgender Beschlussempfehlung weiterzuleiten:
  - 2.1. Die Landschaftsversammlung stellt den Jahresabschluss 2014 des LVR-Klinikums Düsseldorf fest. Im abgelaufenen Geschäftsjahr 2014 hat das LVR-Klinikum Düsseldorf einen Jahresfehlbetrag in Höhe von EUR 766.581,97 erwirtschaftet.
  - 2.2 Mit dem Jahresfehlbetrag zum 31.12.2014 in Höhe von EUR 766.581,97 zuzüglich des Gewinnvortrages in Höhe von EUR 62.081,37 sowie einer Entnahme aus der zweckgebundenen Rücklage in Höhe von EUR 911.624,20 wird ein Betrag in Höhe von EUR 20.000,00 der Gewinnrücklage zugeführt.  
Der verbleibende Bilanzgewinn in Höhe von EUR 187.123,60 wird auf neue Rechnung vorgetragen.
3. Dem Klinikvorstand des LVR-Klinikums Düsseldorf wird gem. § 17 Abs. 3 Ziff. 18 der Betriebssatzung Entlastung erteilt.

##### **Punkt 20.2**

#### **Jahresabschluss 2014 der LVR-Klinik Köln Vorlage 14/648**

Der Krankenhausausschuss fasst einstimmig den folgenden Beschluss:

1. Der Krankenhausausschuss 2 nimmt den Jahresabschluss 2014 der LVR-Klinik Köln gemäß Vorlage 14/648 zur Kenntnis.
2. Er empfiehlt dem Landschaftsausschuss, den Jahresabschluss an die

Landschaftsversammlung mit folgender Beschlussempfehlung weiterzuleiten:

2.1. Die Landschaftsversammlung stellt den Jahresabschluss 2014 der LVR-Klinik Köln fest. Im abgelaufenen Geschäftsjahr 2014 hat die LVR-Klinik Köln einen Jahresüberschuss in Höhe von EUR 50.215,81 erwirtschaftet.

2.2. Aus dem Jahresüberschuss zum 31.12.2014 in Höhe von EUR 50.215,81 und zuzüglich einer Entnahme aus der zweckgebundenen Rücklage in Höhe von 76.674,92 wird ein Betrag in Höhe von EUR 77.297,48 der Gewinnrücklage zugeführt. Der verbleibende Bilanzgewinn in Höhe von EUR 49.593,25 wird auf neue Rechnung vorgetragen.

3. Dem Klinikvorstand der LVR-Klinik Köln wird gem. § 17 Abs. 3 Ziff. 18 der Betriebssatzung Entlastung erteilt.

### **Punkt 20.3**

#### **Jahresabschluss 2014 LVR-Klinik Langenfeld**

##### **Vorlage 14/573**

Der Krankenhausausschuss fasst einstimmig den folgenden Beschluss:

1. Der Krankenhausausschuss 2 nimmt den Jahresabschluss 2014 der LVR-Klinik Langenfeld gemäß Vorlage 14/573 zur Kenntnis.

2. Er empfiehlt dem Landschaftsausschuss, den Jahresabschluss an die Landschaftsversammlung mit folgender Beschlussempfehlung weiterzuleiten:

2.1. Die Landschaftsversammlung stellt den Jahresabschluss 2014 der LVR-Klinik Langenfeld fest. Im abgelaufenen Geschäftsjahr 2014 hat die LVR-Klinik Langenfeld einen Jahresüberschuss in Höhe von EUR 198.791,18 erwirtschaftet.

2.2. Aus dem Jahresüberschuss zum 31.12.2014 in Höhe von EUR 198.791,18 zuzüglich des Gewinnvortrages in Höhe von EUR 251.346,50 wird ein Betrag in Höhe von EUR 33.797,00 der Gewinnrücklage zugeführt.

Der verbleibende Bilanzgewinn in Höhe von EUR 416.340,68 wird auf neue Rechnung vorgetragen.

3. Dem Klinikvorstand der LVR-Klinik Langenfeld wird gem. § 17 Abs. 3 Ziff. 18 der Betriebssatzung Entlastung erteilt.

### **Punkt 21**

#### **Home-Treatment - Ergebnisse; Qualitätsprojekt**

Herr Prof. Gaebel berichtet über das Projekt. Der Vortrag ist der Niederschrift beigelegt.

### **Punkt 22**

#### **Erfahrungsbericht des Ombudsmannes der LVR-Klinik Langenfeld**

Herr Gassen berichtet über seine Erfahrungen als Ombudsman. Ein kurzer schriftlicher Bericht inklusive Auswertung liegt den Mitgliedern vor. Die stellvertretende Vorsitzende dankt ihm für sein Engagement.

### **Punkt 23**

#### **LVR-Klinik Langenfeld**

##### **Neubau einer Dependence in Solingen**

##### **hier: Vorstellung der Planung und der Kosten**

##### **Vorlage 14/570**

Der Krankenhausausschuss fasst einstimmig den folgenden Beschluss:

Der Planung und den Kosten in Höhe von 10.179.000,00 € brutto für den Neubau einer Dependence in Solingen für LVR-Klinik Langenfeld wird gemäß Vorlage-Nr. 14/570 zugestimmt. Die Verwaltung wird mit der Durchführung der Maßnahme beauftragt.

**Punkt 24**  
**LVR-Klinik Langenfeld**  
**Modernisierung Brandmeldeanlage**  
**Vorlage 14/627**

Herr Wirtz fragt, ob eine Einflussnahme bei der Vertragsgestaltung sicherstellen könnte, dass Ersatzteile länger verfügbar sind. Herr Höhmann erläutert, dass es sehr bedauerlich ist, dass keine Ersatzteile verfügbar sind. Im Bauausschuss wurde dies beraten und es wird seitens des FB 24 geprüft, ob ein entsprechender Passus über die Verfügbarkeit von Ersatzteilen in die Ausschreibung aufgenommen werden kann. Die Gefahr sei aus seiner Sicht, dass bei einer Verpflichtung zu einer langjährigen Verfügbarkeit von Ersatzteilen keine Angebote eingehen.

Der Krankenhausausschuss fasst einstimmig den folgenden Beschluss:

Die LVR-Klinik Langenfeld wird gemäß der Vorlage Nr. 14/627 beauftragt, die weitere Planung der Baumaßnahme und die Erstellung der Haushaltsunterlage-Bau zur Modernisierung der Brandmeldeanlage durchzuführen.

**Punkt 25**  
**GKV-Versorgungsstärkungsgesetz–GKV-VSG/**  
**Krankenhausstrukturgesetz**  
**Vorlage 14/703**

Der Bericht zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und zum Krankenhausstrukturgesetz wird gemäß Vorlage Nr. 14/703 zur Kenntnis genommen.

**Punkt 26**  
**Gemeinschaftsinitiative gegen Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen**  
**(GigA)**  
**Vorlage 14/639**

Der Bericht über das Modellprojekt GigA (Gemeinschaftsinitiative gegen Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen) wird gemäß Vorlage Nr. 14/639 zur Kenntnis genommen.

**Punkt 27**  
**Förderung von Integrationsprojekten gem. §§ 132 ff. SGB IX**  
**hier: Die Integrationsabteilung der LVR-Klinik Köln**  
**Vorlage 14/622**

Die Vorlage Nr. 14/622 wird zur Kenntnis genommen.



## **Punkt 28**

### **Angebote des LVR als Beitrag zur Unterstützung der Kommunen bei der Unterbringung und Betreuung von Flüchtlingen**

Die LVR-Verbundzentrale und die Klinikvorstände berichten den aktuellen Sachstand. Frau Stephan-Gellrich berichtet über die von der Landesdirektorin eingerichtete Task-Force Flüchtlinge eingerichtet hat. Sie selbst wird an dieser bis zum 30.9. teilnehmen, danach Frau Schröder, die aus dem LVR-Klinikum Düsseldorf dafür mit halber Stelle an den FB 84 abgeordnet wird.

Im LVR-Klinikum Düsseldorf gibt es nach Angaben von Herrn Wurth keine neuen Entwicklungen. Begehungen habe es gegeben, der Prüfungsprozess der Stadt sei noch nicht abgeschlossen.

Herr Schürmanns teilt mit, dass die Klinik in Köln keine Gebäude habe. Die Fallzahlen seien gestiegen. Die Behandlungen werden mit dem Gesundheitsamt abgestimmt und durchgeführt.

Herr Höhmann berichtet, dass die Stadt drei Gebäude auf dem LVR-Klinik Gelände nutzen wird. Zunächst sei ein Gebäude hergerichtet worden, das in der nächsten Woche fertig gestellt werde. Zudem sei seitens der Klinik in den Sektoren bekannt gemacht worden, dass eine Behandlung der Flüchtlinge in den Einrichtungen der Klinik möglich ist.

## **Punkt 29**

### **Anträge und Anfragen der Fraktionen**

Die Pflegedirektionen der drei Kliniken berichten auf Nachfrage von Frau Zsack-Möllmann, dass es sich bei den eingesetzten Sitzwachen um examinierte Krankenpflegekräfte und damit um qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter handelt.

## **Punkt 30**

### **Beschlusskontrolle**

## **Punkt 31**

### **Mitteilungen der Verwaltung**

#### **Punkt 31.1**

##### **LVR-Verbundzentrale**

Frau Stephan-Gellrich berichtet zum Sachstand der Weiterentwicklung der Sozialen Rehabilitation. Eine große Verbundkonferenz sei für den 20.10. terminiert. Anschließend werde in der ersten Sitzungsrunde im Jahr 2016 eine ausführliche Berichterstattung erfolgen.

#### **Punkt 31.2**

##### **Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf**

Keine Wortmeldungen.

**Punkt 31.3**  
**Klinikvorstand LVR-Klinik Köln**

Keine Wortmeldungen.

**Punkt 31.4**  
**Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld**

Keine Wortmeldungen.

**Punkt 32**  
**Verschiedenes**

Frau Loebb weist auf einen Artikel der RP Düsseldorf über die Behandlungen von Flüchtlingen in dem LVR-Klinikum Düsseldorf hin. Der Artikel wird dem Protokoll beigelegt.

Ort, 16.09.2015

Langenfeld, 01.09.2015

Mit freundlichen Grüßen

Die stellv. Vorsitzende

Für den Klinikvorstand

S c h ä f e r

H ö h m a n n  
Vorsitzender des Vorstands

# Qualitätsprojekt Home Treatment

**Wolfgang Gaebel, Philipp Görtz**

---

# Home Treatment als Behandlungsmodul

## *Definition und Ziele*

### **Definition:**

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

### **Ziele:**

- Therapieadhärenz verbessern
- Aktive Verbindung zum bestehenden Versorgungssystem herstellen
- Stationäre (Wieder-)Aufnahmen verkürzen oder vermeiden
- Standardbehandlungsqualität kostenneutral erreichen oder verbessern

---

## Home Treatment als Behandlungsmodul

### *Personaleinsatz*

Das Home Treatment Team besteht aus erfahrenen und geschulten Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen:

- Ärztliche Mitarbeiter-/in (Psychiater)
- Krankenpfleger-/in
- Ergotherapeut-/in
- Sozialarbeiter-/in

---

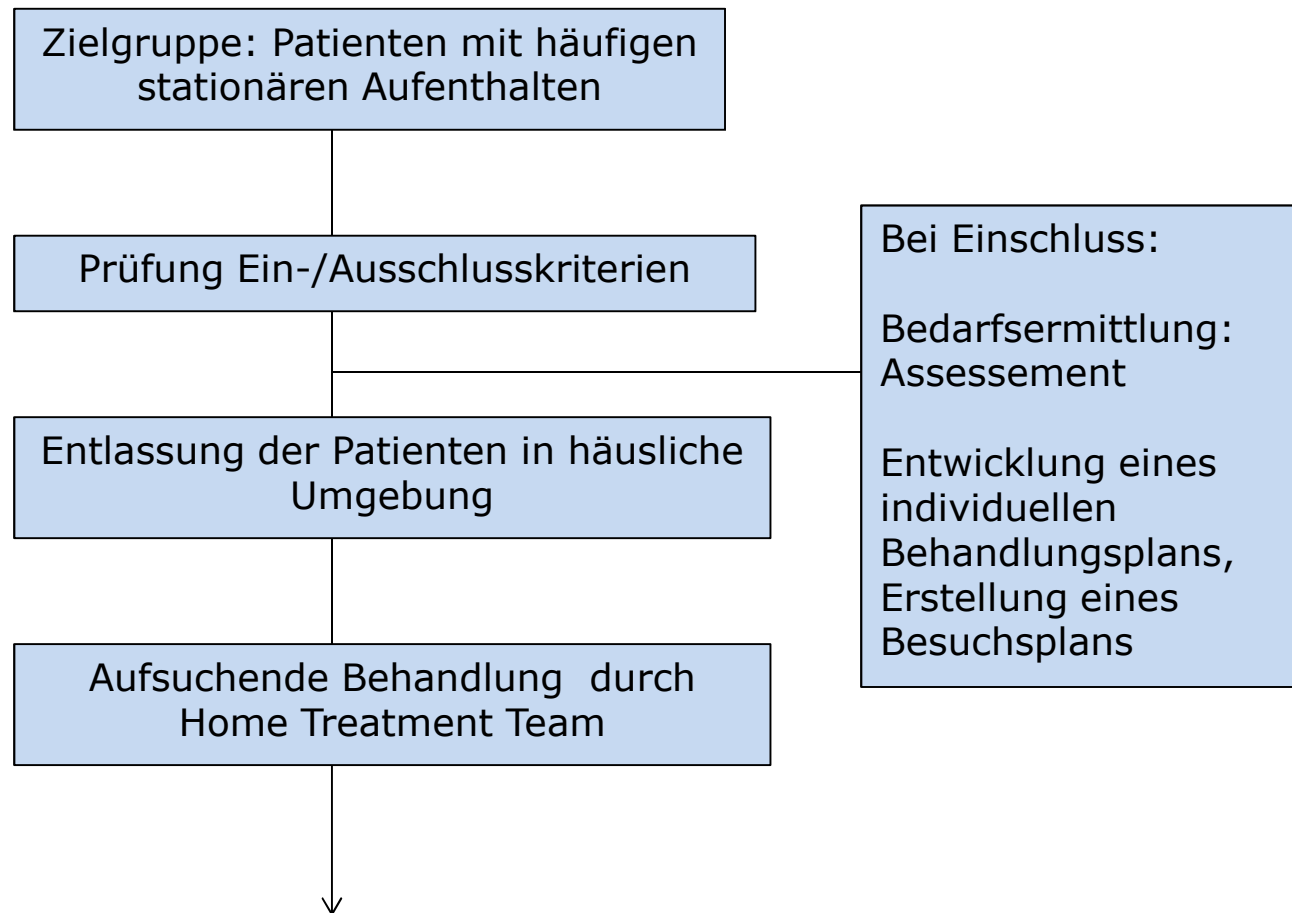
## Home Treatment als Behandlungsmodul

### *Einschlusskriterien*

- Diagnosen F2x.xx mit Liegezeiten > 30 Tage/Jahr in den vorausgegangenen Jahren
- Mehrere Behandlungsabbrüche im ambulanten Setting
- Gesicherte Wohnmöglichkeit (z.B. eigene Wohnung, bei Eltern etc.)
- Kooperationsbereitschaft der Patienten
- Keine akute Suizidalität oder Fremdgefährdung

## Home Treatment als Behandlungsmodul

### *Patienteneinschluss und Behandlungsbeginn*



## Home Treatment als Behandlungsmodul

### *Camberwell-Assesment European Version CAN-EU zur Bedarfsermittlung*

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 1 Wohnsituation                  | 12 Alkohol                                 |
| 2 Ernährung                      | 13 Drogen                                  |
| 3 Versorgung des Haushaltes      | 14 soziale Kontakte                        |
| 4 Persönliche Körperpflege       | 15 Partnerschaft                           |
| 5 Tägliche Aktivitäten           | 16 Sexualität                              |
| 6 Körperliche Gesundheit         | 17 Versorgung und Betreuung der Kinder     |
| 7 Psychotische Symptome          | 18 Kenntnisse im Lesen, Schreiben, Rechnen |
| 8 Information über die Krankheit | 19 Telefonieren                            |
| 9 Seelischer Druck               | 20 Verkehrsmittel                          |
| 10 Selbstgefährdung              | 21 Geld                                    |
| 11 Fremdgefährdung               | 22 Sozialleistungen                        |

**Lit.:** Steffen S, Puschner B, Becker T; Bedarfsorientierte Planung und Monitoring der Krankenhausentlassung für Patienten mit hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung (NODPAM): Interventionsmanual 2006



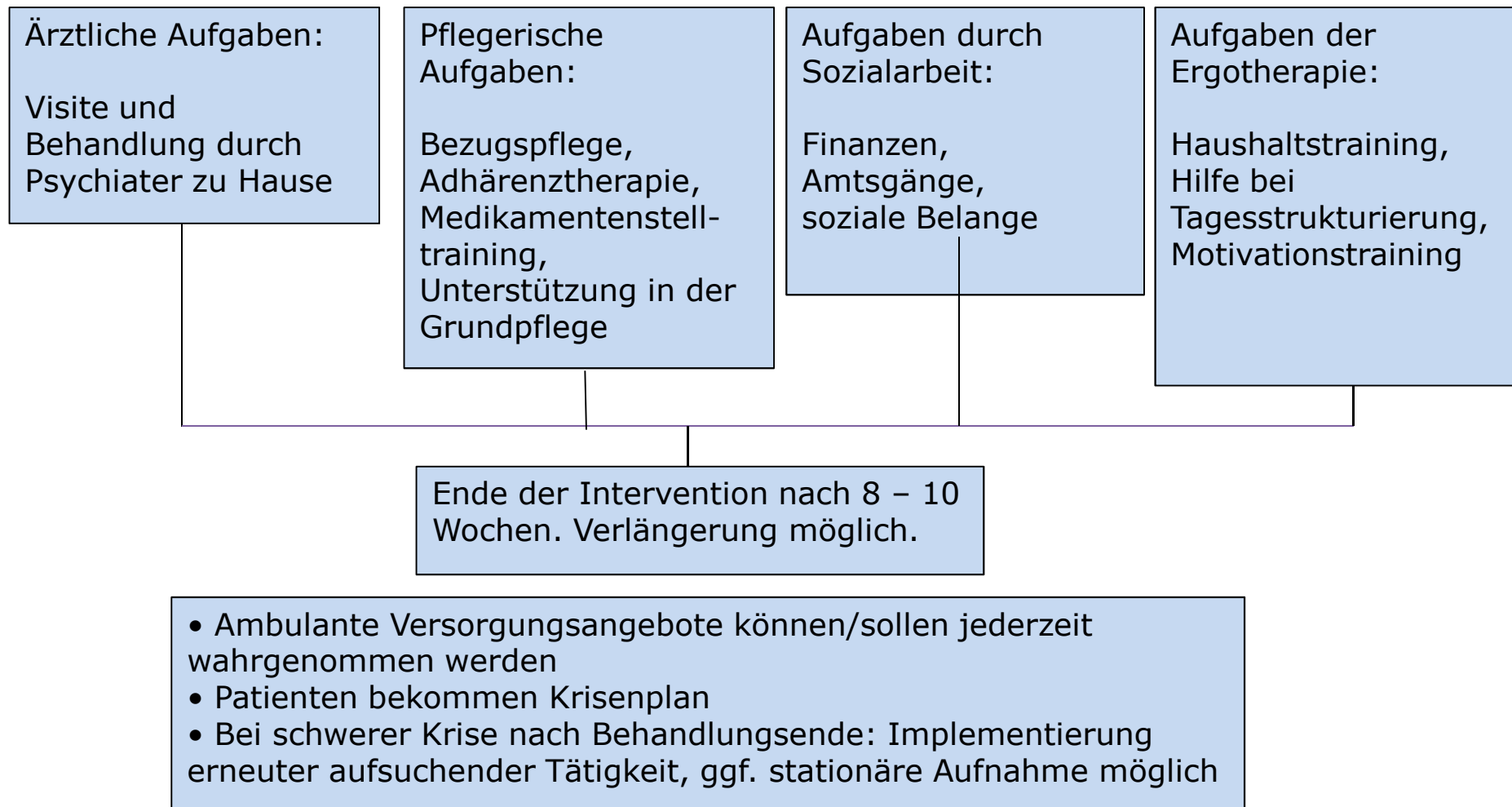
## Home Treatment als Behandlungsmodul

### *Therapieplan nach Bedarfsermittlung*

<b>Bedarf (1-22)</b>	<b>Problem</b>	<b>Lösungsvorschläge</b>	<b>Zeitpunkt der Zielerreichung</b>	<b>Verantwortlich</b>	<b>Weitere Maßnahmen</b>
Punkt 3 Versorgung des Haushalts	Wohnung verdreckt	Anleitung zum Säubern	2 Wochen	Ergotherapeut	Ggf. Haushalts- hilfe, (BeWO)
Punkt 7 Psychotische Symptome	Persistenz Wahn- erleben	Medikamen- töse Umstellung	2 Wochen	Arzt	ggf. Vorstellung PIA
Punkt 5 Tagesstruktur	Patient verläßt die Wohnung nicht	Kontak- taufbau zur Tagestätte	4 Wochen	Sozialarbeiter	Tagesstätte
Punkt 8 Krankheits- verständnis	Mangelnde medikamen- töse Compliance	Therapie- adherenz Schulung	4 Wochen	Pflege	Ambulante Gruppen z.B. Psycho- edukation

## Home Treatment als Behandlungsmodul

### *Bedarfsorientierte multiprofessionelle Aufgabenverteilung*



## Home Treatment als Behandlungsmodul

### *Evaluation*

Offene, interventionelle, prospektive Verlaufsstudie unter Verwendung standardisierter Fragebögen. Vergleich gegen gematchte (Alter und Geschlecht) Kontrollgruppe mit Standardtherapie.

	Home Treatment	Standard Behandlung
Hauptinterventionen	Pharmakotherapie, Psychotherapie, Ergotherapie	Pharmakotherapie, Psychotherapie, Ergotherapie
Ort der Therapie	Möglichst häusliche Umgebung des Patienten. Ambulanzen, falls erforderlich stationäre Behandlung.	Stationäre Behandlung, PIA
Arbeitsweise	Sektorübergreifende Teambegleitung stationär und ambulant	Sektorgetrennt

## Home Treatment als Behandlungsmodul

### *Kohorte/Anzahl der Hausbesuche*

Diagnose	F.20	F.25	F20+F1x	F25+F1x
Anteil	31%	23%	23%	23%

Diagnoseverteilung der Patienten bei Einschluss (n=32)

Anzahl Besuche	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	>30
Anzahl Patienten	8	4	4	6	3	3	4

Häufigkeit der Hausbesuche pro Patient: Berücksichtigt wurden vom Beginn in das Projekt eingeschlossene Patienten (n=32). Es wurden rund 600 Hausbesuche durchgeführt. Im Median entfielen 15,5 Besuche/Patient.

## Home Treatment als Behandlungsmodul

### *Evaluationsparameter: Primäre Outcomeparameter*

Messinstrument	Zielparameter	Zeitpunkte Datenerfassung
Elektron. Patienten- datenerfassung/ Interview	Wiederaufnahmerate	3, 6, 9 Monate
Elektron. Patienten- datenerfassung/ Interview	Verweildauer	3, 6, 9 Monate

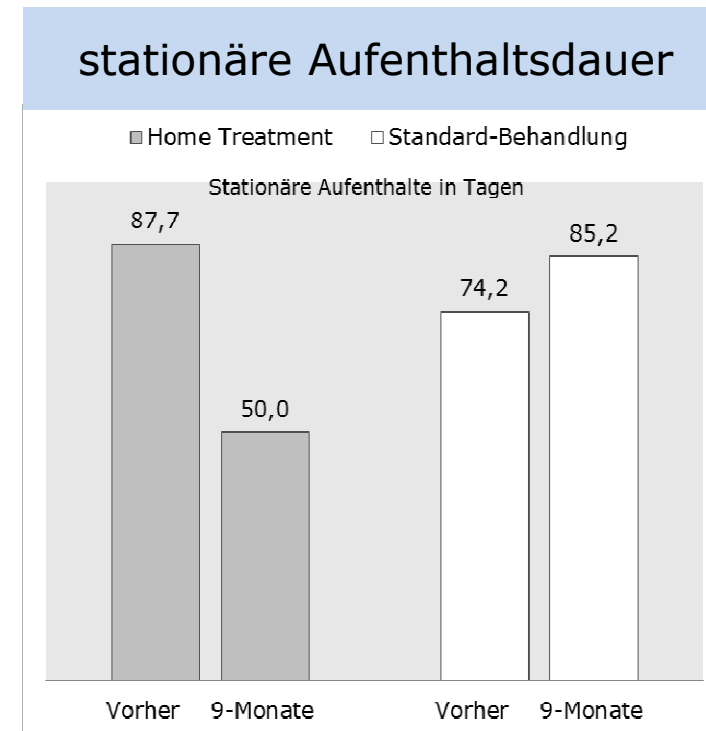
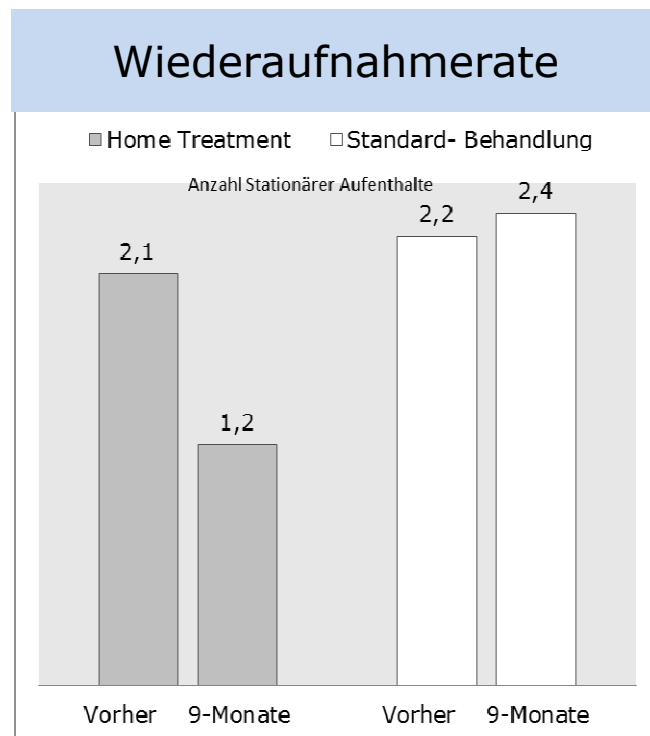
## Home Treatment als Behandlungsmodul

### *Evaluationsparameter: Sekundäre Outcomeparameter*

Mess- instrument	Fremd/ Selbstbeurteilung	Zielparameter	Dauer der Befragung
PANSS	Fremdbeurteilung	Prävalenz von Positiv- und Negativsymptomen	20 Minuten
BDI- II	Selbstbeurteilung	Schwere depressiver Symptomatik	ca. 15 Minuten
GAF	Fremdbeurteilung	Allgemeines Funktionsniveau	10 Minuten
WHOQOL- BREF	Selbstbeurteilung	Lebensqualität, Gesundheit, etc.	ca. 10 Minuten
ZUF 8	Selbstbeurteilung	Patientenzufriedenheit	ca. 10 Minuten
Morisky-Score	Fremdbeurteilung	Medikamentencompliance	5 Minuten

## Home Treatment als Behandlungsmodul

### Evaluationsparameter



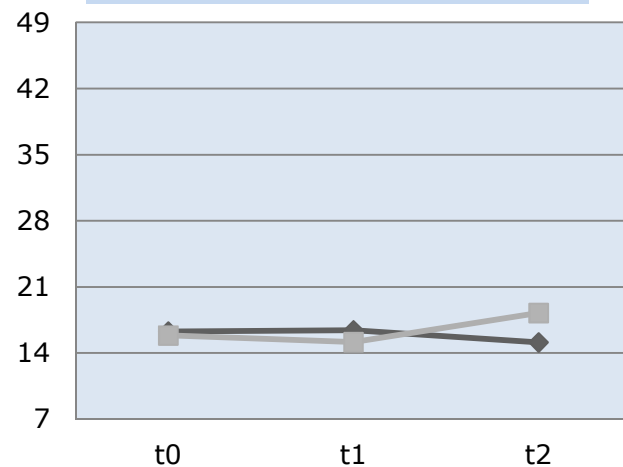
Die Home Treatment Intervention zeigt im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikante Unterschiede bezüglich:

- Wiederaufnahmerate
- stationärer Aufenthaltsdauer

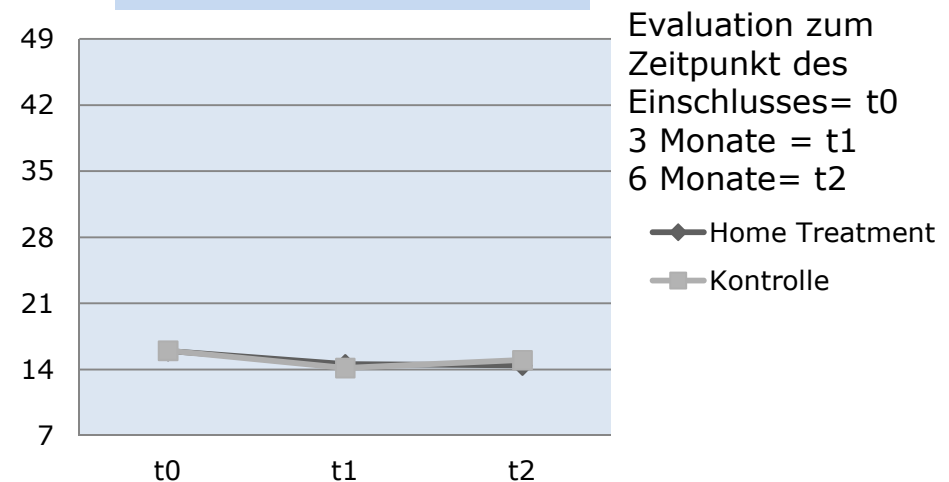
## Home Treatment als Behandlungsmodul

### Evaluationsparameter

PANSS Negativskala



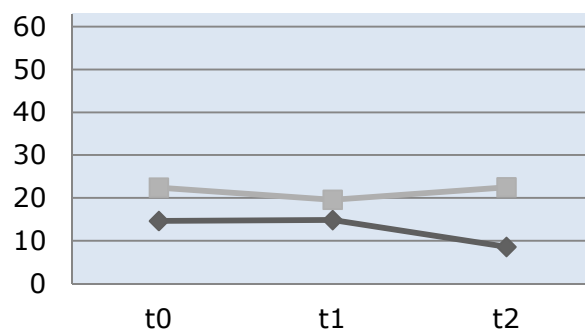
PANSS Positivskala



Evaluation zum  
 Zeitpunkt des  
 Einschlusses= t0  
 3 Monate = t1  
 6 Monate= t2

◆ Home Treatment  
 ■ Kontrolle

BDI 2



Die Home Treatment Intervention zeigt im Vergleich zur Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede bezüglich:

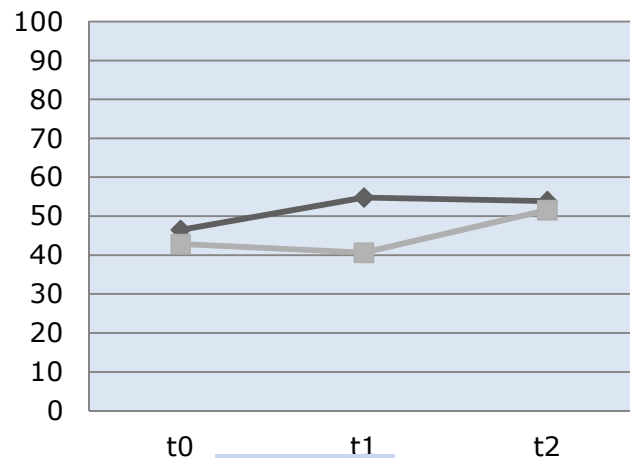
- Ausprägung positiver und negativer psychopathologischer Symptomatik (PANSS)
- Ausprägung depressiver Symptomatik (BDI II)



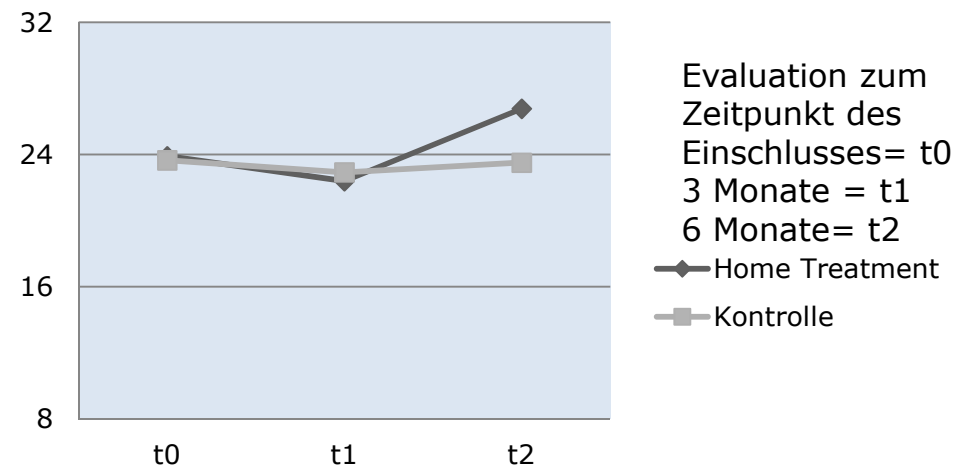
## Home Treatment als Behandlungsmodul

### Evaluationsparameter

WHO-QOL BREF

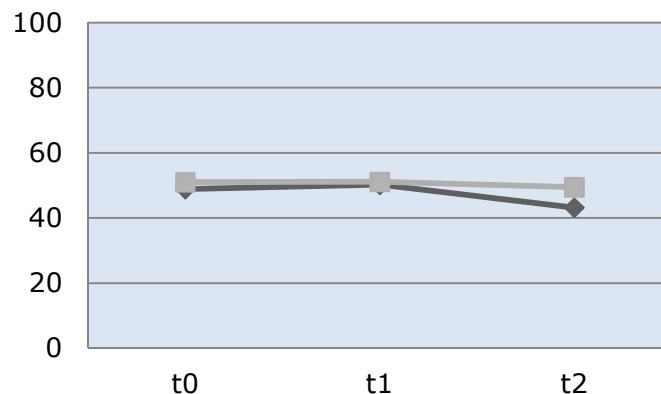


ZUF 8



Evaluation zum  
 Zeitpunkt des  
 Einschlusses= t0  
 3 Monate = t1  
 6 Monate= t2  
 ◆ Home Treatment  
 ■ Kontrolle

GAF

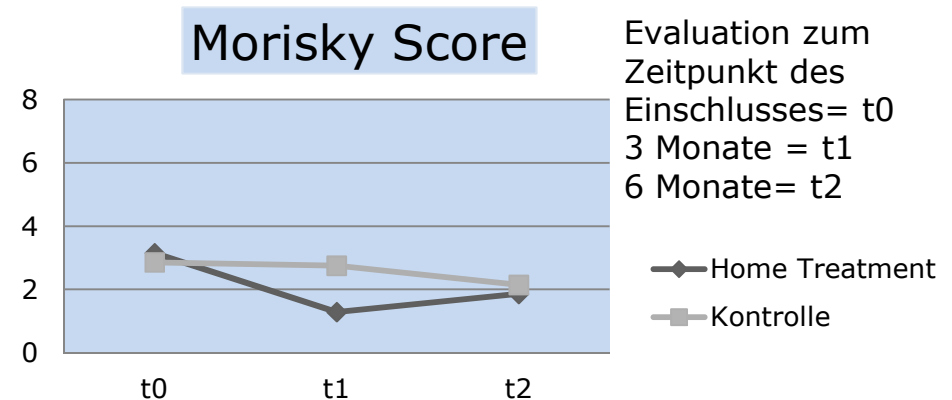


Die Home Treatment Intervention zeigt im Vergleich zur Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede bezüglich:

- Allgemeines Funktionsniveau (GAF)
- subjektiver Gesundheitszustand (WHO-QOL BREF)
- Patientenzufriedenheit mit der Intervention (ZUF 8)

## Home Treatment als Behandlungsmodul

### Evaluationsparameter



Die Home Treatment Intervention zeigt im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikante Unterschiede bezüglich:

- Medikamentencompliance nach 3 Monaten (Morisky Score)

## Home Treatment als Behandlungsmodul

### Therapieakzeptanz

	Vorausgegangene Stationäre Behandlung	Home Treatment
Behandlungsabbruch	16 (50%)	5 (16%)
Regulärer Abschluss	16 (50%)	27 (84%)

Therapieakzeptanz abhängig vom Behandlungssetting: Während des Home Treatment kam es zum Abbruch der Behandlung in 16% aller Fälle (n=32). Die vorausgegangenen stationären Behandlungen wurden zu 50 % abgebrochen (Chi-Quadrat-Test (Freiheitsgrad 1)= 8,576, p=0.003, hoch signifikant).

## Home Treatment als Behandlungsmodul

### *Kosten im Vergleich zur Standardbehandlung*

	Home Treatment	Kontrolle
Stationäre Tage (250 €)	66	113
Hausbesuche (150 €)	15,5	0
Gesamtkosten	16.515 €	28.250 €
Tageskosten	45,24 €	77,38 €
Ersparnis/Jahr/ Patient	11.735 €	

Kostenkalkulation für den therapeutischen Aufwand (Projektion auf den Zeitraum von einem Jahr):

Der Kostenaufwand pro Hausbesuch beträgt 150 Euro. Durch Reduktion der stationären Krankenhaustage (250 €/Tag) kommt es zu einem Kostenvorteil der Home Treatmentintervention von 11.725 € pro Patient und Jahr gegenüber der Kontrollgruppe.

---

## Home Treatment als Behandlungsmodul

### *Fazit*

- Home Treatment kann eine additives Behandlungsmodul als Ergänzung zur stationären Behandlung sein. Es zeigt sich dabei die gleiche Behandlungsqualität bezüglich der Parameter Krankheitssymptomatik, Lebensqualität und Funktionsniveau.
- Durch Home Treatment werden die Therapieakzeptanz und Adhärenz/ Compliance (passager?) erhöht.
- Die Intervention stellt sich durch die Reduktion der Kosten stationärer Verweildauer als kostengünstig gegenüber einer Standardbehandlung dar.

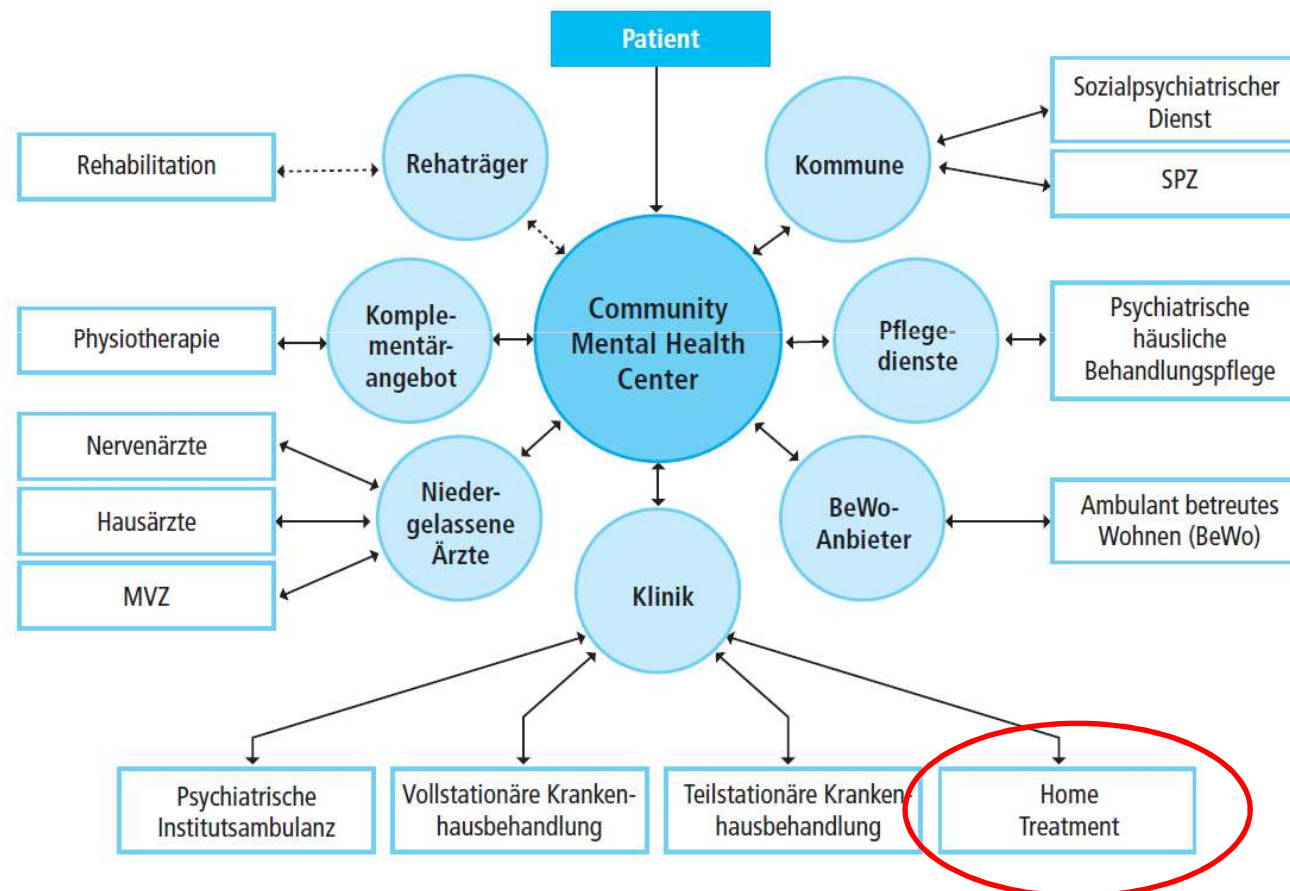
---

## Home Treatment als Behandlungsmodul

### *Ausblick*

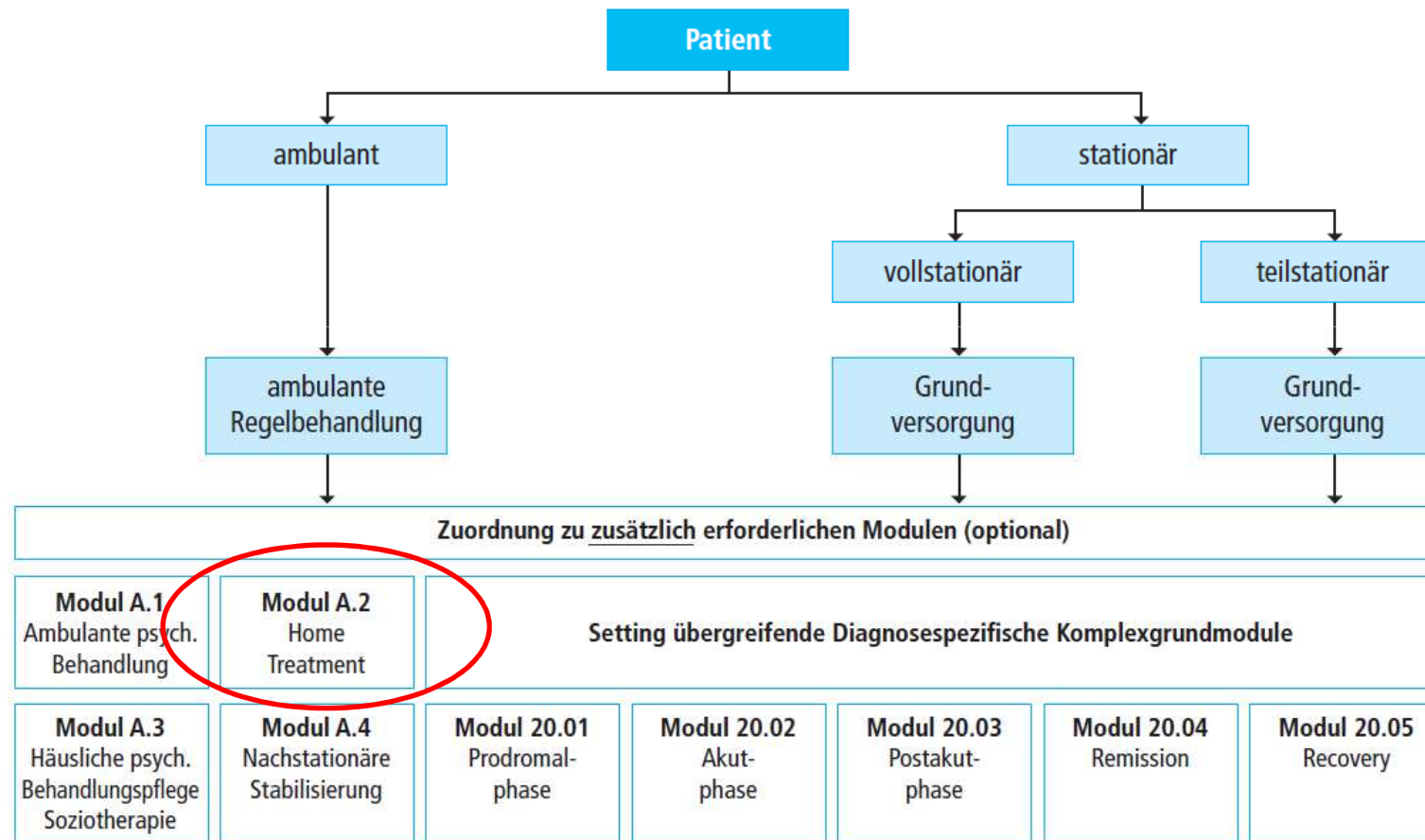
- Aktuell gibt es (noch) keine Regelfinanzierung durch die Kostenträger.
- Durch die Implementierung integrierter Versorgungsmodelle unter Einbezug eines Community Mental Health Center (CMHC) können strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen für additive effiziente Behandlungsmodule wie Home Treatment geschaffen werden.

## Neue Versorgungsmodelle: Beispiel bedarfsorientierte Behandlung psychisch Erkrankter



Gaebel et al., Die Psychiatrie 2015: 12 (2): 118-127.

## Neue Versorgungsmodelle: *Beispiel bedarfsorientierte Behandlung psychisch Erkrankter*



**Gaebel et al., Die Psychiatrie 2015: 12 (2): 118-127.**



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

# Psychotherapie hilft Flüchtlingen

Die leitende Oberärztin am LVR-Klinikum über die Behandlung Traumatisierter - und den eigenen Werdegang als Flüchtling in Deutschland.

Am LVR-Klinikum gibt es ein in der Region einmaliges Angebot für „Transkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik“, ein ambulantes Netzwerk von Sprechstunden in der Institutsambulanz, das speziell auf die Behandlung von Migranten und traumatisierten Flüchtlingen eingestellt ist. Ljiljana Joksimovic (50) ist seit sechs Jahren leitende Oberärztin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und hat das Angebot maßgeblich mit aufgebaut.

*Wie ist das Angebot entstanden und wieso braucht man es überhaupt?*

**JOKSIMOVIC** Die Psychotherapie für Flüchtlinge in unserer Ambulanz ist entstanden aus einem Forschungsprojekt vor mehr als zehn Jahren. Wir konnten nachweisen, dass eine muttersprachliche traumaspezifische und kultursensible Psychotherapie zu einer signifikanten Besserung sowohl der Traumasymptomatik als auch psychosomatischer Beschwerden führt. In der Studie ging es vor allem um schwer traumatisierte und komplex psychisch erkrankte Flüchtlinge aus Bosnien und Herzegowina. Viele Flüchtlinge sind traumatisiert, und die Behandlung stellt herkömmliche Ambulanzen vor Probleme, unter anderem wegen der Sprachbarriere. Wir haben gemerkt, dass wir als Ärzte und Psychotherapeuten uns dem Problem stellen müssen. Inzwischen haben wir viel mehr für diesen Bereich qualifizierte Kollegen, als das vor zehn Jahren der Fall war.

*Warum sind denn viele Flüchtlinge traumatisiert?*

**JOKSIMOVIC** Das kommt natürlich auf den Einzelfall an. Viele sind Zeugen von Gewalt, Verletzungen, Verhaftungen oder Verschleppungen geworden oder haben so etwas selbst erlebt. Es geht auch oft um den Verlust von Angehörigen, Freunden und Hab und Gut, auch um das Leben im Krieg. Erschwerend kommt hinzu, dass die Fluchtgeschichte mit Erfahrungen von Ungewissheit und großer körperlicher und seelischer Erschöpfung einhergeht. Traumatisierung kumuliert sich. Und auf solche Erlebnisse bereitet einen keine Sozialisation vor. Das kann unsere Bewältigungskräfte überfordern.

*Sie befassen sich mit psychosomatischen Störungen.*



Ljiljana Joksimovic arbeitet seit 2001 am LVR-Klinikum.  
RP-FOTO: HANS-JÜRGEN BAUER

**JOKSIMOVIC** Ja. Wir behandeln oft Menschen, die körperliche Beschwerden und Schmerzen haben, ohne dass sich ein auffälliger körperlicher Befund findet. Das können zum Beispiel Herz-Rhythmus-Störungen, Schwindel, Rücken- oder Bauchschmerzen, aber auch eine Verschlechterung einer bestehenden Krankheit wie Diabetes sein. Das kann alles Folge einer Traumatisierung sein.

*Behandeln Sie mehr Patienten, seit mehr Flüchtlinge nach Düsseldorf gekommen sind?*

**JOKSIMOVIC** Wir merken bislang nur einen geringen Anstieg. Das heißt aber nicht, dass es solche Probleme nicht gäbe. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass Menschen mit psychischen Problemen nach der Ankunft nicht sofort zum Psychotherapeuten oder zum Psychiater gehen. Dazu kommt, dass Ärzte den traumatischen Ursprung dieser Beschwerden nicht erkennen, wenn sie dafür nicht geschult sind. Aber auch die Prägung im Heimatland spielt bei Inanspruchnahme der Psychotherapie eine Rolle.

*Wie meinen Sie das?*

**JOKSIMOVIC** Viele Flüchtlinge kommen aus Ländern, in denen psychosomatische Krankheiten unbekannt sind und können die Beschwerden deshalb nicht einordnen. Der Umgang mit gesundheitlichen Beschwerden ist auch ein kulturelles Phänomen. Wir denken manchmal: Wo wir sind, ist der Mittelpunkt der Welt. Da müssen wir auch im Gesundheitswesen Aufklärung leisten, um besser Patienten zu verstehen.

*Warum ist eine Traumatherapie für Flüchtlinge denn wichtig?*

**JOKSIMOVIC** Eine Psychotherapie befördert in vieler Hinsicht die Integration. Eine posttraumatische Störung ist zum Beispiel auch eine Lernstörung: Die Menschen leiden unter innerer Unruhe, Konzentrationsstörungen und Ängstlichkeit. Sie lernen dadurch langsamer Deutsch.

*Was macht die Ambulanz besonders? Geht es vor allem um Fremdsprachen?*

**JOKSIMOVIC** Nicht nur. Wir arbeiten mit qualifizierten Sprach- und Kulturmittlern, die bei der Übersetzung helfen. Einiges läuft in einer Therapie aber auch nonverbal. Wenn eine Bereitschaft da ist, sich zu verständi-

gen, können auch schlichte Mittel reichen. Wichtig für die Behandlung von Flüchtlingen ist Kultursensibilität und Verständnis für diese besondere Lebenslage.

*Sie informieren sich also über fremde Kulturen?*

## ZUR PERSON

### Fachärztin für Psychotherapie

**Ausbildung** Ljiljana Joksimovic ist Fachärztin für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Psychoanalyse, EMDR-Therapeutin und hat ein Zusatzstudium in Gesundheitswissenschaft und Sozialmedizin absolviert. Sie ist seit 2001 am LVR-Klinikum tätig.

**Sieben** Mitarbeiter der psychosomatischen Ambulanz haben ihren Arbeits-Schwerpunkt in der transkulturellen Psychotherapie und Psychosomatik. Sie bieten muttersprachliche Psychotherapie unter anderem in Kurdisch, Farsi, Albanisch, Serbisch, Kroatisch und Bosnisch und arbeiten mit Sprachmittlern für weitere Sprachen.

**JOKSIMOVIC** Man kann sich nicht in 190 anderen Kulturen auskennen. Das würde auch zu kurz greifen: Menschen kommen natürlich auch aus völlig unterschiedlichen Milieus in ihren Heimatländern. Der kulturelle Hintergrund interessiert uns so lange, wie er krankheitsrelevant ist. Es ist aber wichtig, dass sich Flüchtlinge nicht in eine Schublade gesteckt fühlen. Das spüren Menschen sehr schnell. In der Therapie verfolgen wir einen Diversity-Ansatz.

*Was heißt das?*

**JOKSIMOVIC** Es gibt zwischen allen Menschen Unterschiede, aber eben auch Gemeinsamkeiten. So unterschiedlich sind wir nicht, auch wenn wir aus verschiedenen Ländern kommen. Diese gemeinsamen Erfahrungen zu finden, ist wichtig für eine gute therapeutische Beziehung. Das können Gemeinsamkeiten durch alters- oder geschlechtstypische Rollen sein, oder, dass beide mal studiert haben.

*Befassen Sie sich mit dem Thema, weil Sie selbst als Flüchtling nach Deutschland gekommen sind?*

**JOKSIMOVIC** Ja, auch, das war der Auslöser. Ich habe im Alter von

28 Jahren als studierte Ärztin aus Bosnien nach Deutschland flüchten müssen. Ich habe selbst beobachtet und miterlebt, welche seelischen, körperlichen und sozialen Folgen Krieg und Vertreibung auf Menschen haben. Deshalb habe ich mich später mit Psychosomatik befasst.

*Sie haben damals in Deutschland aber nicht sofort als Ärztin gearbeitet.*

**JOKSIMOVIC** Nein, ich bekam keine Erlaubnis. Erst als nach acht Jahren meine Einbürgerung möglich wurde, erhielt ich die Möglichkeit durch eine Prüfung den gleichwertigen Kenntnisstand nachzuweisen und die deutsche Approbation zu erlangen. Ich finde, das ist einer der Punkte, der sich im Umgang mit Flüchtlingen ändern muss.

*Wieso?*

**JOKSIMOVIC** Ich kam damals direkt von der Universität und war trotz den kriegs- und fluchtbedingten Strapazen hoch motiviert. Ich habe mich damals gefühlt wie ein Leistungssportler, der nicht an Wettkämpfen teilnehmen kann. Ich würde heute sagen: Ich habe die entscheidenden Jahre meines Arbeitslebens verloren. Menschen brauchen die Möglichkeit, sich beruflich zu entwickeln. Auch wenn es offen ist, ob jemand am Ende in Deutschland bleibt. Man verliert sonst auch den Anschluss im Heimatland.

*Wie haben Sie diese Zeit damals überbrückt?*

**JOKSIMOVIC** Ich habe intensiv Deutsch gelernt, habe zwei Jahre als Altenpflegerin gearbeitet. Dann wurde meine Arbeitserlaubnis nicht verlängert. Das war schlimm. Später fand ich die Möglichkeit eines Aufbau-Studiums zum Medizinstudium. Das war mein Sprungbrett.

*Sie halten auch Vorträge, um über den Umgang mit Flüchtlingen zu informieren. Warum?*

**JOKSIMOVIC** Ich finde, die Menschen müssen Fragen stellen dürfen und Antworten bekommen, übrigens auch von der Politik. Je mehr Bedenken und Unsicherheiten man ausräumen kann, um so besser für alle Beteiligten. Man kann Flüchtlinge niemandem aufdrücken. Sie sind Menschen und keine Gepäckstücke.

ARNE LIEB FÜHRTE DAS GESPRÄCH.