

An die Mitglieder
des Gesundheitsausschusses

Köln, 06.01.2017
Frau Groeters
Fachbereich 81

Gesundheitsausschuss

Freitag, 20.01.2017, 9:30 Uhr

Köln, Landeshaus, Rheinlandsaal

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur **14.** Sitzung lade ich herzlich ein.

Während der Sitzung sind Sie telefonisch zu erreichen unter Tel. Nr.: 0221/809-2241.

Falls es Ihnen nicht möglich ist, an der Sitzung teilzunehmen, bitte ich, dies umgehend der zuständigen Fraktionsgeschäftsstelle mitzuteilen, damit eine Vertreterin oder ein Vertreter rechtzeitig benachrichtigt werden kann.

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

Öffentliche Sitzung

Beratungsgrundlage

1. Anerkennung der Tagesordnung
2. Niederschrift über die 13. Sitzung vom 09.12.2016
3. Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)
Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski
4. Flächendeckende Versorgung im Rheinland durch Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration (SPKoM)
hier: Zwischenbericht
Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski

14/1786 K

14/1769 K

- 5. Projekt: Erprobung von Angeboten der Peer-Beratung durch Genesungsbegleiterinnen und -begleiter in den LVR-Kliniken
hier: Vorlage zum Projekt-Sachstand
Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski **14/1772 K**
- 6. Anträge und Anfragen der Fraktionen
- 6.1. Anträge und Anfragen: Einrichtung einer Traumaambulanz an allen LVR-Kliniken prüfen **Antrag 14/161 GRÜNE B**
- 7. Beschlusskontrolle
- 8. Mitteilungen der Verwaltung
- 9. Verschiedenes

Nichtöffentliche Sitzung

- 10. Niederschrift über die 13. Sitzung vom 09.12.2016
- 11. Personalmaßnahmen
- 11.1. Bestellung zum Pflegedirektor im Klinikvorstand der LVR-Klinik Bedburg-Hau
Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski **14/1774 B**
- 11.2. Einstellung sowie Bestellung zum Kaufmännischen Direktor und Vorsitzenden des Klinikvorstandes des LVR-Klinikums Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf -
Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski **14/1764 B**
- 12. Maßregelvollzug
- 12.1. Weiterentwicklung schulischer und beruflicher Bildungsangebote im Maßregelvollzug
Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski **14/1759 K**
- 12.2. Belegungssituation im Maßregelvollzug
Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski
- 13. Anträge und Anfragen der Fraktionen
- 14. Beschlusskontrolle
- 15. Mitteilungen der Verwaltung
- 16. Verschiedenes

Mit freundlichen Grüßen
Die Vorsitzende

S c h u l z

TOP 1 Anerkennung der Tagesordnung

Niederschrift
über die 13. Sitzung des Gesundheitsausschusses
am 09.12.2016 in Köln, Horion-Haus
- öffentlicher Teil -

Anwesend vom Gremium:

CDU

Bündgens, Willi (für Schavier)
Dickmann, Bernd
Herbrecht, Wilhelm
Loepp, Helga
Meies, Fritz
Mucha, Constanze
Nabbefeld, Michael
Naumann, Jochen
Dr. Schlieben, Nils Helge

SPD

Arndt, Denis
Ciesla-Baier, Dietmar
Heinisch, Iris
Kaske, Axel (für Berten)
Recki, Gerda (für Kiehlmann)
Schmidt-Zadel, Regina
Schulz, Margret (Vorsitzende)

Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Barion, Katrin
Beck, Corinna
Kresse, Martin

FDP

Grün, Rainer
Dr. Strack-Zimmermann, Marie-Agnes

Die Linke.

Hamm, Gudrun

Freie Wähler/Piraten

Alsdorf, Georg

Verwaltung:

Wenzel-Jankowski, LVR-Dezernentin "Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen"

Heister, LVR-Fachbereichsleiter "Personelle und organisatorische Steuerung"

Lüder, LVR-Fachbereichsleiter "Maßregelvollzug"

Stephan-Gellrich, LVR-Fachbereichsleiterin "Planung, Qualität und Innovationsmanagement"

Thewes, LVR-Fachbereichsleiter "Wirtschaftliche Steuerung"

Schaefer, LVR-Fachbereich "Wirtschaftliche Steuerung" (bis TOP 11)

Herbst, LVR-Fachbereich "Finanzmanagement" (bis TOP 11)

Landorff, LVR-Fachbereich "Kommunikation"

Mäckle, LVR-Stabsstelle "Gleichstellung und Gender Mainstreaming"

Dr. Schartmann, LVR-Stabsstelle "Medizinisch-psychosozialer Fachdienst (MPD)" (bis TOP 8)

Groeters, LVR-Fachbereich "Personelle und organisatorische Steuerung" (Protokoll)

Referentinnen und Referenten:

Frau Dorothee Lebeda, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG" (bis TOP 3)

Herr Jochen Möller, Pflegedirektor der LVR-Klinik Mönchengladbach (bis TOP 3)

Tagesordnung

Öffentliche Sitzung

Beratungsgrundlage

1. Anerkennung der Tagesordnung
2. Niederschrift über die 12. Sitzung vom 28.10.2016
3. Familiäre Pflege
 - 3.1. Modellprojekt der Universität Bielefeld
 - 3.2. Qualitätsprojekt Familiäre Pflege im LVR-Klinikverbund
4. Haushalt 2017/2018
 - 4.1. Haushalt 2017/2018;
Begleitbeschluss zum Doppelhaushalt 2017/2018 **Antrag
14/140 CDU, SPD E**
 - 4.2. Haushalt 2017/2018
Haushaltsanträge der Fraktionen: Integrationsbeauftragte
an LVR-Kliniken weiter stärken **Antrag
14/148 GRÜNE E**
 - 4.3. Haushalt 2017/2018;
hier: Zuständigkeiten des Gesundheitsausschusses **14/1527/1 B**
5. Wirtschaftsplanentwürfe 2017 sowie
Veränderungsnachweise zu den Wirtschaftsplanentwürfen
2017 des Klinikverbundes **14/1696 E**
6. LVR-Psychiatriereport 2016 für den Klinikverbund **14/1703 B**
7. Familienfreundlichkeit im LVR-Klinikverbund **14/1700 K**
8. Menschen mit einem besonderen Wohn- und
Unterstützungsbedarf - Beantwortung des Antrages 14/60 **14/1657 K**
9. Anträge und Anfragen der Fraktionen
 - 9.1. Anfragen und Anträge der Fraktionen: Anfrage zur
Arbeitssituation älterer Mitarbeiter/innen in den HPH-
Netzwerken und im LVR-Klinikverbund **Anfrage
14/11 Die Linke. K**
10. Mitteilungen der Verwaltung
11. Verschiedenes

Nichtöffentliche Sitzung

12. Niederschrift über die 12. Sitzung vom 28.10.2016
13. Personalmaßnahmen
 - 13.1. Bestellung zur Pflegedirektorin im Klinikvorstand der LVR-
Klinik Bonn **14/1671 B**

- | | | |
|-------|---|------------------|
| 13.2. | Abberufung als Stellvertreter der Ärztlichen Direktion im Klinikvorstand des LVR-Klinikums Essen - Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen - | 14/1713 B |
| 13.3. | Wiederbestellung zur Pflegedirektorin im Klinikvorstand der LVR-Klinik Langenfeld | 14/1660 B |
| 13.4. | Bestellung zum Stellvertreter der Kaufmännischen Direktion im Klinikvorstand der LVR-Klinik Langenfeld | 14/1681 B |
| 13.5. | Abberufung als Stellvertreter der Ärztlichen Direktion im Klinikvorstand der LVR-Klinik Langenfeld | 14/1683 B |
| 13.6. | Wiederbestellung zur Stellvertreterin der Ärztlichen Direktion im Klinikvorstand der LVR-Klinik Viersen | 14/1673 B |
| 14. | Zielplanung LVR-Klinik Düren | 14/1701 B |
| 15. | Sachstandsbericht zur Krankenhausplanung NRW | 14/1702 K |
| 16. | Maßregelvollzug | |
| 16.1. | Aktueller Bericht | |
| 16.2. | Belegungssituation im Maßregelvollzug | |
| 17. | Anträge und Anfragen der Fraktionen | |
| 18. | Mitteilungen der Verwaltung | |
| 19. | Verschiedenes | |

Beginn der Sitzung:	09:30 Uhr
Ende öffentlicher Teil:	10:45 Uhr
Ende nichtöffentlicher Teil:	11:00 Uhr
Ende der Sitzung:	11:00 Uhr

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

Öffentliche Sitzung

Punkt 1

Anerkennung der Tagesordnung

Der Tagesordnung für die Sitzung des Gesundheitsausschusses am 09.12.2016 wird zugestimmt.

Punkt 2

Niederschrift über die 12. Sitzung vom 28.10.2016

Frau Dr. Strack-Zimmermann weist darauf hin, das 4. Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften sei mittlerweile durch den Bundestag beschlossen worden. Sie bedankt sich bei der Verwaltung für den sehr gelungenen Brief vom 03.11.2016 gegenüber dem Bund zur Ablehnung der Zulassung gruppennütziger Forschung an nicht einwilligungsfähigen Erwachsenen. Leider hätten die Argumente aus diesem Brief nicht zu einer Änderung des Gesetzes geführt.

Die Vorsitzende ergänzt, wichtig sei, dass der Gesundheitsausschuss seine Vorbehalte zu dem Gesetz entsprechend gegenüber dem Bund geäußert habe.

Gegen den öffentlichen Teil der Niederschrift werden keine Einwendungen erhoben.

Punkt 3

Familiale Pflege

Punkt 3.1

Modellprojekt der Universität Bielefeld

Die Tagesordnungspunkte 3.1 und 3.2 werden zusammen beraten.

Punkt 3.2

Qualitätsprojekt Familiale Pflege im LVR-Klinikverbund

Herr Möller entschuldigt Frau Prof. Dr. Gröning, wissenschaftliche Leitung des Projekts "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG", die leider an einem anderen Termin teilnehmen müsse. Er werde den Vortrag gemeinsam mit Frau Lebeda halten, da es viele Verzahnungspunkte zwischen dem Modellprojekt der Universität Bielefeld und dem Qualitätsprojekt "Familiale Pflege im LVR-Klinikverbund" gebe. Der LVR-Klinikverbund sei an dem Modellprojekt der Universität Bielefeld seit 2012 beteiligt, da zu diesem Zeitpunkt auch die psychiatrischen Krankenhäuser in das Modellprojekt einbezogen worden seien. Es bestehe eine sehr gute Kooperation mit der Universität Bielefeld. Für den Bereich der Psychiatrie sei das Modellprojekt auf demenziell veränderte Menschen und auf depressiv erkrankte Menschen ausgerichtet. Schwerpunktmäßig setze es bei der Beratung von Angehörigen nach der Entlassung aus den Krankenhäusern an.

Frau Lebeda und Herr Möller führen aus, mit dem Modellprojekt seien allein in 2014 über die Projektmaßnahmen 43.500 Angehörige in Nordrhein-Westfalen erreicht worden. Sobald ein Mitglied in einer Familie pflegebedürftig werde, verändere sich das Leben in der Familie und es müsse eine Lösung gefunden werden, wie damit umgegangen werde. Das Modellprojekt habe 2004/2005 zuerst mit der Somatik begonnen. Die Psychiatrie sei 2012 hinzu gekommen. Zielsetzungen des Projektes seien:

- Bildung und Beratung von pflegenden Angehörigen,
- Familienmitglieder durch pflegfachliche Anleitung stärken,
- Vermeidung von Isolation pflegender Angehöriger durch geschlechtersensible Netzwerkbildung und professionelle Unterstützung,

- Sicherstellung einer tragfähigen häuslichen Pflegesituation,
- Verringerung von Wiedereinweisungen aufgrund von Pflegefehlern.

Problematisch sei, dass es für "späte" Familien nicht so umfangreiche Angebote wie für "junge" Familien gebe. Die Angebote für Familien mit pflegebedürftigen Angehörigen müssten stärker entwickelt werden. Für das Modellprogramm sei die Zusammenarbeit mit der Praxis sehr wichtig. Seitens der Universität Bielefeld werde Umsetzungs- und Transferforschung geleistet, die in der Praxis geprüft und weiter entwickelt werden könne. An dem Modellprogramm seien die Universität Bielefeld, Krankenhäuser (Akut, Geriatrie, Reha, Psychiatrie) aus Nordrhein-Westfalen, Hamburg, Schleswig-Holstein sowie die Allgemeinen Ortskrankenkassen Nordwest und Rheinland/Hamburg beteiligt. Aufgabe der Evaluation sei, Ziele und erreichte Ergebnisse abzugleichen und Erkenntnisse der Zielgruppen zu gewinnen, um Instrumente bedarfsgerecht weiter zu entwickeln. Ziele der Pflege als Familienprojekt seien:

- Pflege- und Sorgeaufgaben auf mehrere Schultern zu verteilen, um Pflegeduale und Isolation zu vermeiden,
- Familien zu beraten, Pflegenetzwerke zu entwickeln und Pflege als geschlechtergerechtes Familienprojekt zu begreifen,
- Familienmitglieder durch pflegfachliche Anleitung zu stärken und
- Drehtüreffekte als Folge von Überlastung und Pflegefehlern zu minimieren.
-

Es lasse sich feststellen, dass Pflegetrainerinnen und Pflegetrainer bei der Bewältigung und Begleitung der Pflegesituation in einer Familie eine wichtige Lotsenfunktion leisteten. Wichtig sei eine gute Vernetzung aller Angehörigenangebote.

Der Power-Point-Vortrag von Frau Lebeda und Herrn Möller wird der Niederschrift als **Anlage 1** beigefügt.

Frau Schmidt-Zadel informiert über die Angebote der Alzheimer-Gesellschaft zur Angehörigenarbeit. Es gebe u. a. sogenannte Pflegestützpunkte. Die Arbeit der Pflegetrainerinnen und Pflegetrainer könne sie nur begrüßen. Es sei festzustellen, dass es bei den Angeboten in der Angehörigenarbeit eine noch größere Vernetzung geben müsse.

Auf Frage von Herrn Kresse antwortet Frau Lebeda, bei dem Einsatz der Pflegetrainerinnen und Pflegetrainer gehe es in erster Linie um das Alltagsmanagement und den Erfahrungsaustausch der Angehörigen. Die Betreuung sei auf 6 Monate nach dem Krankenhausaufenthalt ausgelegt. Das Modellprojekt gebe es jetzt seit 12 Jahren und es sei bisher jedes Jahr eine Verlängerung erfolgt.

Herr Möller ergänzt, die Arbeit als Pflegetrainerinnen und Pflegetrainer sei auch für die entsprechend ausgebildeten Krankenpflegekräfte sehr motivierend, da eine Bezahlung nach Leistung erfolge und die Arbeit eine große soziale Anerkennung erfahre.

Die Vorsitzende bedankt sich im Namen des Gesundheitsausschusses für den Vortrag und die engagierte Arbeit von Frau Lebeda und Herrn Möller im Modellprojekt "Familiale Pflege".

Der Vortrag von Frau Lebeda und Herrn Möller wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 4
Haushalt 2017/2018

Punkt 4.1
Haushalt 2017/2018;
Begleitbeschluss zum Doppelhaushalt 2017/2018
Antrag 14/140 CDU, SPD

Herr Kresse kündigt an, dass sich die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN nicht an der Abstimmung beteiligen werde. Unter Handlungsschwerpunkt V "Kliniken" des Antrages seien mehrere Maßnahmen aufgelistet, die bereits im Gesundheitsausschuss angesprochen worden seien. Bei einer Sicherung der Konkurrenzfähigkeit des LVR-Klinikverbundes in öffentlicher Hand sei es wichtig, den Grundsatz der kommunalen Psychiatrie zu berücksichtigen. Der Gesundheitsausschuss sei ein strategischer Ausschuss, der für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung im Rheinland verantwortlich sei. Die Krankenhausausschüsse handelten vor Ort, um u. a. auch eine Entstigmatisierung der Psychiatrie in den örtlichen Regionen sicherzustellen. Bei einer Aktivierung der Wirtschaftlichkeit dürften die erreichten Qualitätsstandards in der psychiatrischen Versorgung im Rheinland nicht zur Disposition gestellt werden.

Frau Hamm informiert, die Fraktion Die Linke. werde sich ebenfalls nicht an der Abstimmung beteiligen, da der Fraktionsvorstand erst nächste Woche zusammentrete, um sich mit den Anträgen zum Haushalt zu befassen.

Die Vorsitzende hebt hervor, es werde keine Absenkung von Standards geben. Der Grundsatz der Qualität für Menschen stehe bei allen Entscheidungen im Vordergrund.

Der Gesundheitsausschuss fasst **einstimmig** bei Nichtteilnahme der Fraktionen Bündnis 90/DIE GRÜNEN und Die Linke. bei Enthaltung der Fraktion Freie Wähler/Piraten folgenden empfehlenden Beschluss:

Der Landschaftsausschuss empfiehlt der Landschaftsversammlung, den als Anlage zum Antrag beiliegenden "Haushaltsbegleitbeschluss" zum Haushalt 2017/2018 bei der Verabschiedung des Haushaltes zu fassen.

Punkt 4.2
Haushalt 2017/2018
Haushaltsanträge der Fraktionen: Integrationsbeauftragte an LVR-Kliniken weiter stärken
Antrag 14/148 GRÜNE

Herr Kresse macht deutlich, da es immer mehr Menschen mit Migrationshintergrund gebe, würden die Anforderungen an die Integrationsbeauftragten steigen. Von daher sei es notwendig, dass an allen Kliniken die Integrationsbeauftragten mit mindestens 25 % einer Vollkraftstelle freigestellt würden, wie es bereits an den LVR-Kliniken in Köln, Essen und Bonn praktiziert werde. Da es formale Bedenken zu dem vorgelegten Beschlussvorschlag gebe, schlägt er - anstelle der ursprünglichen Formulierung des Antrages - folgende Neuformulierung des Beschlussvorschlages vor:

"Die Landschaftsversammlung regt an, dass an allen LVR-Kliniken die Integrationsbeauftragten für mindestens 25 % einer Vollkraftstelle freigestellt werden."

Die ursprüngliche Formulierung des Antrages sei damit obsolet.

Herr Nabbefeld hebt hervor, bei der Umsetzung der Arbeit der Integrationsbeauftragten handele es sich um eine Aufgabe des Klinikvorstandes. Diese falle unter die laufende Geschäftsführung der Verwaltung und deshalb könne dem Beschlussvorschlag nicht zugestimmt werden.

Frau Beck entgegnet, die Berichte der Integrationsbeauftragten in den Krankenhausausschüssen im Juni 2016 hätten gezeigt, dass eine Freistellung in dem geforderten Umfang für die Arbeit der Integrationsbeauftragten von Vorteil sei. Bei dem geänderten Beschlussvorschlag handele es sich um eine Anregung zur besseren Durchführung der Aufgabe.

Frau Dr. Strack-Zimmermann ergänzt, es handele sich um einen Prüfauftrag, der auch Kostengesichtspunkte beinhalte.

Auf Frage der Vorsitzenden antwortet Frau Wenzel-Jankowski, die LVR-Verbundzentrale habe in ihrer Rahmenvorgabe zur Implementierung der Integrationsbeauftragten im Klinikverbund empfohlen, die Integrationsbeauftragten zu 25 % freizustellen.

Der Gesundheitsausschuss lehnt **mehrheitlich** gegen die Stimmen der Fraktionen Bündnis 90/DIE GRÜNEN, FDP, Die Linke. und Freie Wähler/Piraten die Neuformulierung des Beschlussvorschlages ab.

Punkt 4.3

Haushalt 2017/2018;

hier: Zuständigkeiten des Gesundheitsausschusses

Vorlage 14/1527/1

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

Dem Entwurf des Haushalts 2017/2018 für die Produktgruppen 059, 060 (mit Ausnahme des Produktes 060.03 "Zentrale Steuerung des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen" in Zuständigkeit des HPH-Ausschusses), 061, 062, 063 und 064 im Produktbereich 07 einschließlich des Veränderungsnachweises für die Produktgruppe 060 wird gemäß Vorlage 14/1527/1 zugestimmt.

Punkt 5

Wirtschaftsplanentwürfe 2017 sowie Veränderungsnachweise zu den

Wirtschaftsplanentwürfen 2017 des Klinikverbundes

Vorlage 14/1696

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

1. Die Wirtschaftsplanentwürfe des LVR-Klinikverbundes für das Jahr 2017 einschließlich der ihnen vorangestellten Betrauungsakte, des Kassenkreditrahmens und der Verpflichtungsermächtigungen werden unter Berücksichtigung der Veränderungsnachweise in der Fassung der Vorlage Nr. 14/1696 festgestellt.

2. Die Verwaltung wird beauftragt, die Wirtschaftsplanentwürfe 2017 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.

Punkt 6
LVR-Psychiatriereport 2016 für den Klinikverbund
Vorlage 14/1703

Herr Kresse begrüßt die Vorlage. Den LVR-Kliniken sei im operativen Geschäft eine sehr große Selbstständigkeit eingeräumt. Von daher sei es notwendig, dass die politische Vertretung Ergebnisse kontrollieren könne. Bei dem vorgeschlagenen Verfahren handele es sich um ein leistungsfähiges Berichtswesen, mit dem die LVR-Kliniken gut gesteuert werden könnten. Der von der Verwaltung vorgeschlagenen Aufteilung zwischen öffentlichem und nicht öffentlichem Berichtswesen könne zugestimmt werden.

Der Gesundheitsausschuss fasst **einstimmig** folgenden Beschluss:

Dem veränderten Konzept zum Berichtswesen wird gemäß Vorlage 14/1703 zugestimmt.

Punkt 7
Familienfreundlichkeit im LVR-Klinikverbund
Vorlage 14/1700

Frau Barion regt die durchgängige Anwendung einer geschlechtergerechten Sprache an.

Die Verwaltung sagt dieses zu.

Die Vorsitzende führt aus, es sei ein wichtiges Aushängeschild für die LVR-Kliniken, die Familienfreundlichkeit für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie bei ihren Angeboten zu berücksichtigen.

Der Bericht zur Familienfreundlichkeit im LVR-Klinikverbund wird gemäß Vorlage Nr. 14/1700 zur Kenntnis genommen.

Punkt 8
Menschen mit einem besonderen Wohn- und Unterstützungsbedarf -
Beantwortung des Antrages 14/60
Vorlage 14/1657

Herr Kresse hebt hervor, es sei sehr positiv zu bewerten, dass von der Verwaltung zunächst das Gespräch mit den Fachleuten gesucht werde, bevor ein Konzept entwickelt werde. Einbezogen seien sowohl die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege als auch die regionalen Gesprächsforen mit den Akteuren im Bereich der Eingliederungshilfe.

Frau Schmidt-Zadel ergänzt, wichtig sei auch die Versorgung von psychisch Kranken mit Wohnraum. Darüber hinaus weise sie auf die Problematik der psychisch kranken Obdachlosen hin.

Die Vorlage über die Bedarfe und Möglichkeiten der Bedarfsdeckung für Menschen mit einem besonderen Wohn- und Unterstützungsbedarf wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 9

Anträge und Anfragen der Fraktionen

Punkt 9.1

Anfragen und Anträge der Fraktionen: Anfrage zur Arbeitssituation älterer Mitarbeiter/innen in den HPH-Netzwerken und im LVR-Klinikverbund Anfrage 14/11 Die Linke.

Herr Heister schlägt vor, eine Auflistung der Aktivitäten als Anlage zum Protokoll beizufügen.

Die Fraktion Die Linke. stimmt dem Vorschlag zu.

Die Auflistung ist als **Anlage 2** beigefügt.

Punkt 10

Mitteilungen der Verwaltung

Frau Wenzel-Jankowski informiert, das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVGG) sei zum 01.01.2017 in Kraft getreten. Die Stellungnahmen zu den vorgesehenen Entwürfen seien sehr zielführend gewesen. Das ursprünglich vorgesehene Preissystem sei durch ein Budgetsystem ersetzt worden, das auch krankenhausespezifische Besonderheiten berücksichtige. Damit erfolge auch eine Finanzierung der dezentralen und inklusiven psychiatrischen Angebote der LVR-Kliniken über das Budget.

Es gebe aber noch viele Punkte, denen im Laufe der Jahre eine große Bedeutung zukomme.

- Als Aufgabe der Selbstverwaltung müsse der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) bis 2020 Mindestvorgaben für die Personalausstattung in der Psychiatrie entwickeln, die die Psychiatrie-Personalverordnung ablöse.
- Es müsse geprüft werden, wie der Nachweis zur Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung gegenüber den Krankenkassen und der Datenstelle des InEK ausgestaltet werde.
- Es erfolge keine vollständige Refinanzierung der notwendigen Personalausstattung in den LVR-Kliniken. Es stelle sich die Frage, wie sich dieses im Laufe der Jahre auf die Budgets auswirke.
- Als Orientierungswert sei ein landesweiter Krankenhausvergleich vorgesehen. Bei der Entwicklung werde sich der LVR-Klinikverbund über die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser und das Institut für Versorgungsforschung beteiligen.

Die Verwaltung werde laufend über die weitere Umsetzung des PsychVGG berichten.

Frau Wenzel-Jankowski informiert außerdem, dass am 30.11.2016 im Landtag Nordrhein-Westfalen der 2. Entwurf zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) beschlossen worden sei. Auch hier habe es durch zahlreiche Stellungnahmen, an denen der Landschaftsverband Rheinland mit beteiligt gewesen sei, Änderungen gegeben. Die Behandlung gegen den Willen der Patientin bzw.

des Patienten bleibe sowohl bei einer erheblichen Eigen- als auch bei einer erheblichen Fremdgefährdung zulässig. Ähnlich wie bei der zivilrechtlichen Unterbringung nach § 1906 BGB unterliege die Zwangsbehandlung nun aber sehr strengen Verfahrensvorgaben, die sicherstellen sollen, dass die Zwangsbehandlung nur im absolutem Ausnahmefall zur Anwendung komme. Daneben werde das professionelle Festhalten als alternative Zwangsmaßnahme zur Fixierung explizit geregelt. Fixierungen, die länger als 24 Stunden dauerten oder solche, die mutmaßlich öfter erforderlich seien, ständen zukünftig ebenfalls unter Richtervorbehalt. Der Landschaftsverband Rheinland habe sich leider nicht mit seiner Forderung durchsetzen können, dass die Richter jederzeit erreichbar sein müssten. Die Umsetzung werde sich in der Praxis zeigen. Die verbindliche Bedeutung der Behandlungsvereinbarung und der Patientenverfügung wie auch die Selbstbestimmung im Rahmen des PsychKG würden deutlich hervorgehoben. Weitere Neuerungen seien die Einführung des Landesfachbeirats Psychiatrie und die Entwicklung eines Landespsychiatrieplans.

Zusammenfassend lasse sich feststellen, dass durch das PsychKG NRW die Rechte der Patientinnen und Patienten gestärkt würden. Dieses bedeute für die Krankenhäuser neue Anforderungen an die Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten. Die Umsetzung müsse sich in der Praxis zeigen. Aus Sicht der Regierungsfractionen sei das neue PsychKG NRW nur ein Zwischenschritt zur weiteren Verbesserung der psychiatrischen Versorgung. Die Landesregierung sei aufgefordert, die psychiatrische Versorgung in Nordrhein-Westfalen insgesamt weiterzuentwickeln und insbesondere schrittweise ein flächendeckendes Angebot an ambulanten Krisenhilfen rund um die Uhr aufzubauen.

Die Verwaltung wird laufend über die weiteren Entwicklungen berichten.

Frau Schmidt-Zadel und Herr Nabbefeld führen aus, dass es zielführend gewesen sei, sich für eine Verbesserung von Gesetzesvorhaben einzusetzen. Die fachlichen Argumente hätten zu Änderungen an den Gesetzentwürfen geführt. Auch die 3. PEPP-Fachtagung des LVR "Neues Entgeltsystem in der Psychiatrie (PEPP) - Kurskorrektur erfolgt?", die am 04.11.2016 im LVR-Landesmuseum Bonn stattgefunden habe, sei sehr informativ gewesen.

Die Vorsitzende bedankt sich im Namen des Gesundheitsausschusses sehr herzlich bei der Verwaltung für ihren Einsatz bei der Optimierung der Gesetzesvorhaben PsychVGG und PsychKG.

Punkt 11 **Verschiedenes**

Keine Anmerkungen.

Aachen, 01.01.2017
Die Vorsitzende

Schulz

Köln, 22.12.2016
Die Direktorin des Landschaftsverbandes
Rheinland
In Vertretung

Wenzel-Jankowski

Daten und Trends zur familialen Pflege

Ausgewählte Evaluationsergebnisse aus den psychiatrischen Krankenhäusern



Dezember 2016



1. Projektvorstellung
2. Ausgewählte Evaluationsergebnisse
- 3.
4. Fazit/Ausblick



1. Projektvorstellung:

Das Modellprojekt Familiäre Pflege unter den Bedingungen der GDR-G



Pflegebedürftige 2013 nach Versorgungsart im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung

<p>2,6 Millionen Pflegebedürftige insgesamt</p> <p>NRW hat (Stand 2013) 581.492 Pflegebedürftige (22,1%)</p>		
<p>Zu Hause versorgt: 1,86 Millionen (71 %)</p> <p>In NRW 421.168 (72,43%)</p> <p>Wir erreichen allein in 2014 über die Projektmaßnahmen 43.500 Angehörige in NRW</p> <p>(Insgesamt sind es bis Ende 2015 rd. 200.000)</p>		<p>In Heimen vollstationär versorgt: 764.000 (29 %)</p> <p>In NRW 160.324 (27,6%)</p>
<p>Allein durch Angehörige: 1,25 Millionen Pflegebedürftige</p> <p>66,9% ohne prof. Unterstützung</p> <p>In NRW 289.737 (68,8%)</p>	<p>Zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste: 616.000</p> <p>Pflegebedürftige 33,1% mit ambulanten Diensten</p> <p>In NRW 131.431 (31,2%)</p>	



Zielsetzungen des Modellprogramms

Andockend an das Entlassungsmanagement der Krankenhäuser

(§§ 11.4 und 39.1 SBG V)

- Bildung und Beratung von pflegenden Angehörigen & Familienmitglieder durch pflegefachliche Anleitung stärken
- Vermeidung von Isolation pflegender Angehöriger durch geschlechtersensible Netzwerkbildung und professionelle Unterstützung
- Sicherstellung einer tragfähigen häuslichen Pflegesituation
- Verringerung von Wiedereinweisungen aufgrund von Pflegefehlern



Konzeption des Modellprogramms

Die Durchführung ist konzipiert als Umsetzungs- und Transferforschung auf der Grundlage eines Dreieckskontrakts zwischen:

- der **Universität Bielefeld**
- beteiligten **Krankenhäusern** (Akut, Geriatrie, Reha, Psychiatrie) **aus NRW, Hamburg** und **Schleswig-Holstein** und
- den **AOK'n NORDWEST** und **Rheinland/Hamburg** als Mittelgeber.



Projektinstrumente

Einzelfallbezogene Pflegetrainings im Krankenhaus mit

Erstgespräch (familiäre Pflege- und Alltagssituation explorieren, Arbeitsbündnis entwickeln u.a.)
Familienberatungsgesprächen zur Entwicklung eines familialen Netzwerks
pflegefachlichen Anleitungen am Krankenbett

Pflegetrainings im Rahmen von Hausbesuchen, bis 6 Wochen nach Entlassung

Qualitätscheck der verordneten Pflegehilfsmittel
Familienberatungsgespräche zur Entwicklung eines familialen Netzwerks
pflegefachliche Anleitungen (inklusive Gestaltung des räumlichen Pflegesettings)

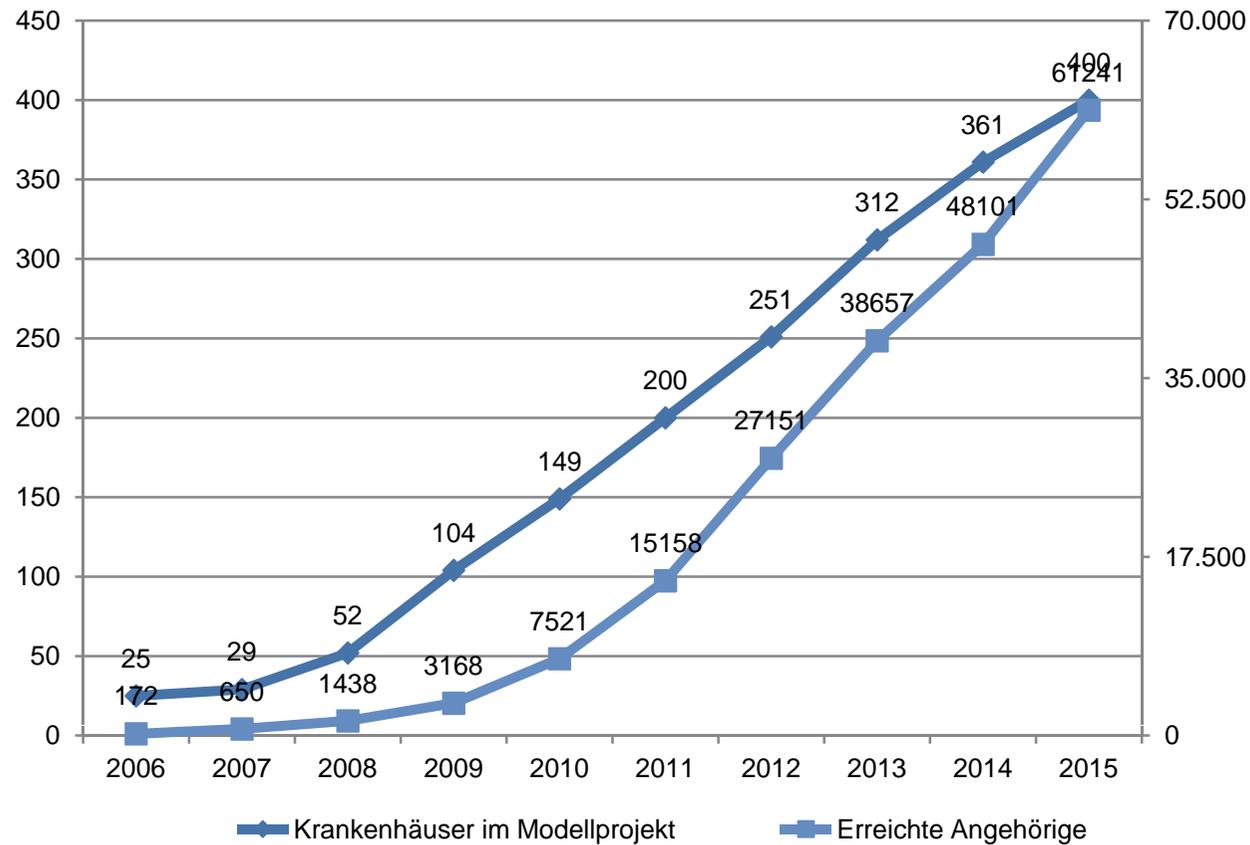
Initialpflegekurse

somatische Initialpflegekurse (3 Tage à 4 Ust, 50% pflegerische Anleitung, 50% Psychosoziales)
und Initialpflegekurse zum **Schwerpunkt Demenz; für die Psychiatrie auch Depression**

Angehörigengruppe (angeleiteter Gesprächskreis, 1x im Monat á 3 Ust)



Quantitative Entwicklung 2006 bis 2015



Im Jahr 2015 beteiligten sich **400 Krankenhäuser** am Modellprogramm, die **61.241 Angehörige** mit den Maßnahmen erreichen, im Mittel sind dies 153,10



* Stand 02.11.2016

Aufgabe der Evaluation

Ziele und erreichte Ergebnisse abgleichen & Erkenntnisse über Zielgruppen gewinnen, um Instrumente bedarfsgerecht weiterzuentwickeln

Für die Güte einer Evaluation ist die **Rücklaufquote** entscheidend.

Unsere Daten basieren auf 5.951 **Fragebögen** von pflegenden Angehörigen:
2015 sind bei uns eingegangen:

2.105 Fragebögen aus Pflegetrainings (+ 72 aus Psychiatrien)

2.438 aus somatischen Initialpflegekursen (+ 282 Psychiatrie) &

1.114 aus Initialpflegekursen für Demenz

Der Rücklauf aus den Kursen beträgt: über die Hälfte (54 %)

Der Rücklauf aus den Trainings beträgt rd. 5 %



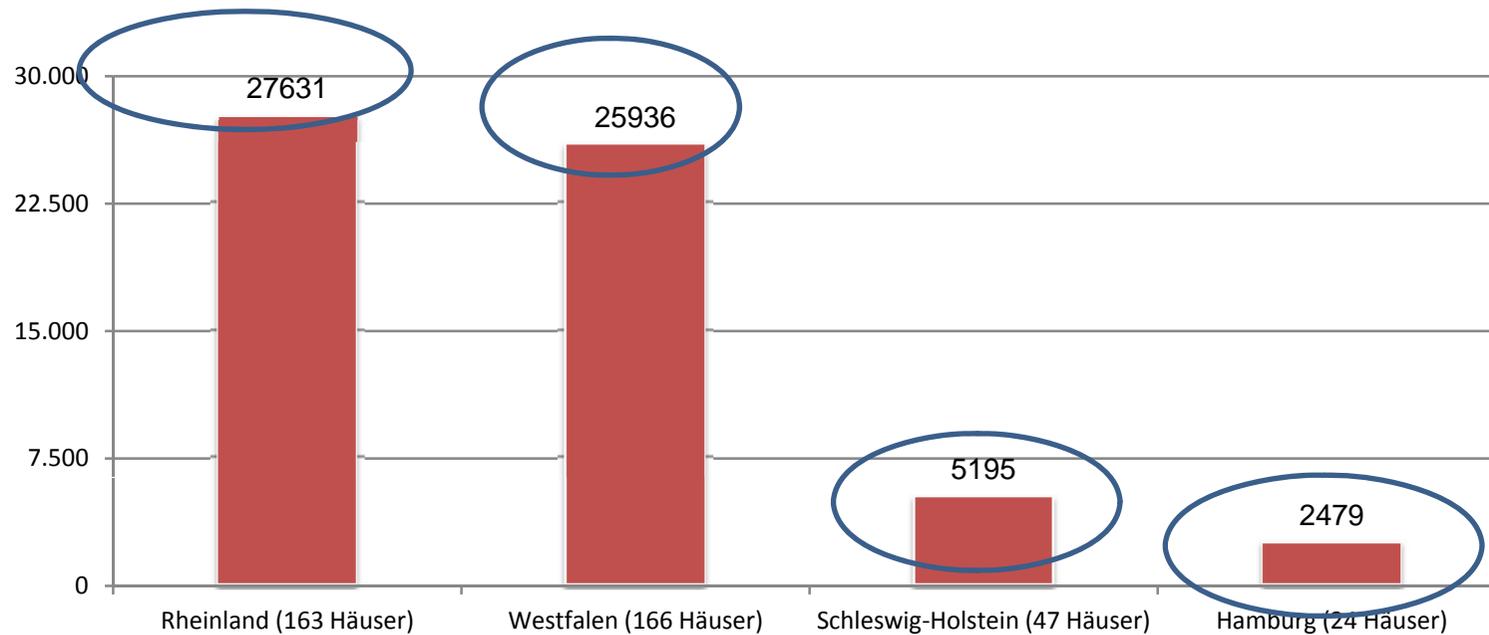
Regionaler Durchdringungsgrad 2015

316 somatische Akut- und Allgemein-Krankenhäuser und 61 psychiatrische Kliniken und Abteilungen & 23 Rehakliniken beteiligen sich in 2015 am Modellprogramm



Durchgeführte Maßnahmen und erreichte Angehörige nach Regionen in 2015

Projektangebote nach Regionen der 61.241 erreichten Angehörige*



*Stand 02.11.2016

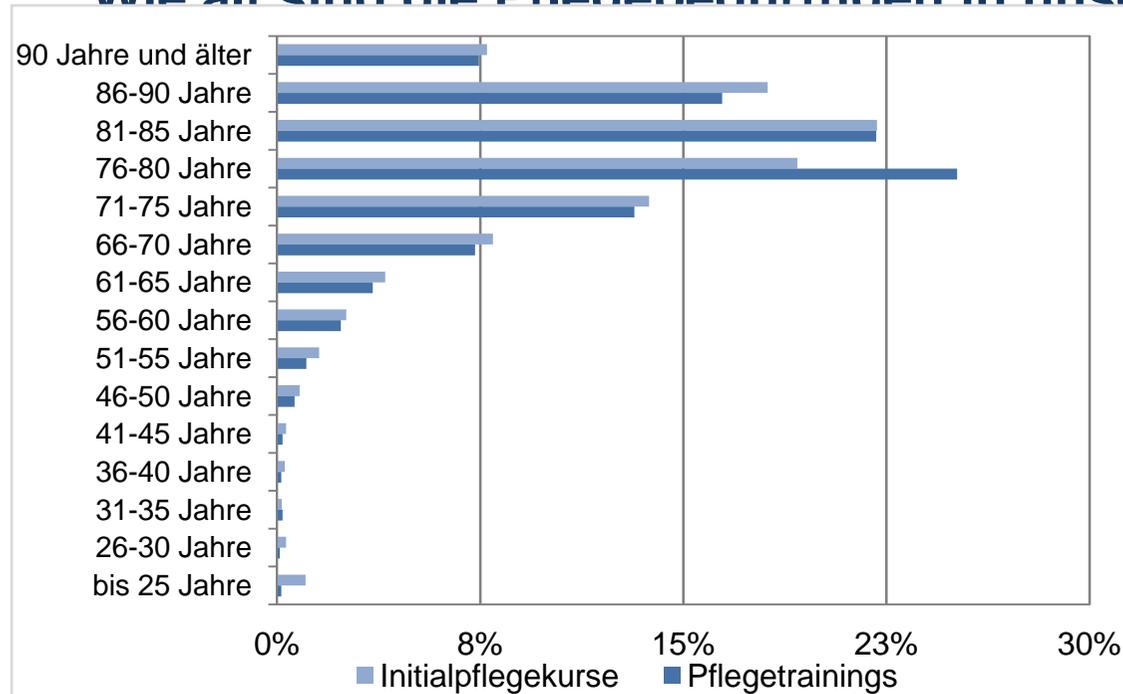
erreichte Angehörige nach Psychiatrien

Landestell	Erreichte Angehörige in 2015
RL	24.922
HH	2.479
WL	24.991
SH	5.012
RL Psychiatrien	2.851
WL Psychiatrien	945
SH Psychiatrien	183
Gesamt Psychiatrien	3.979
Gesamt	61.383

Auswertung nach Maßnahmen

Psychiatrien		
Regionen	Maßnahmen	Angehörige
RL	PT	1887
	FK	486
	GK	622
SH	PT	169
	FK	14
WL	PT	738
	FK	120
	GK	121

Pflegebedürftige Angehörige: Wie alt sind die Pflegebedürftigen in unserem Projekt?

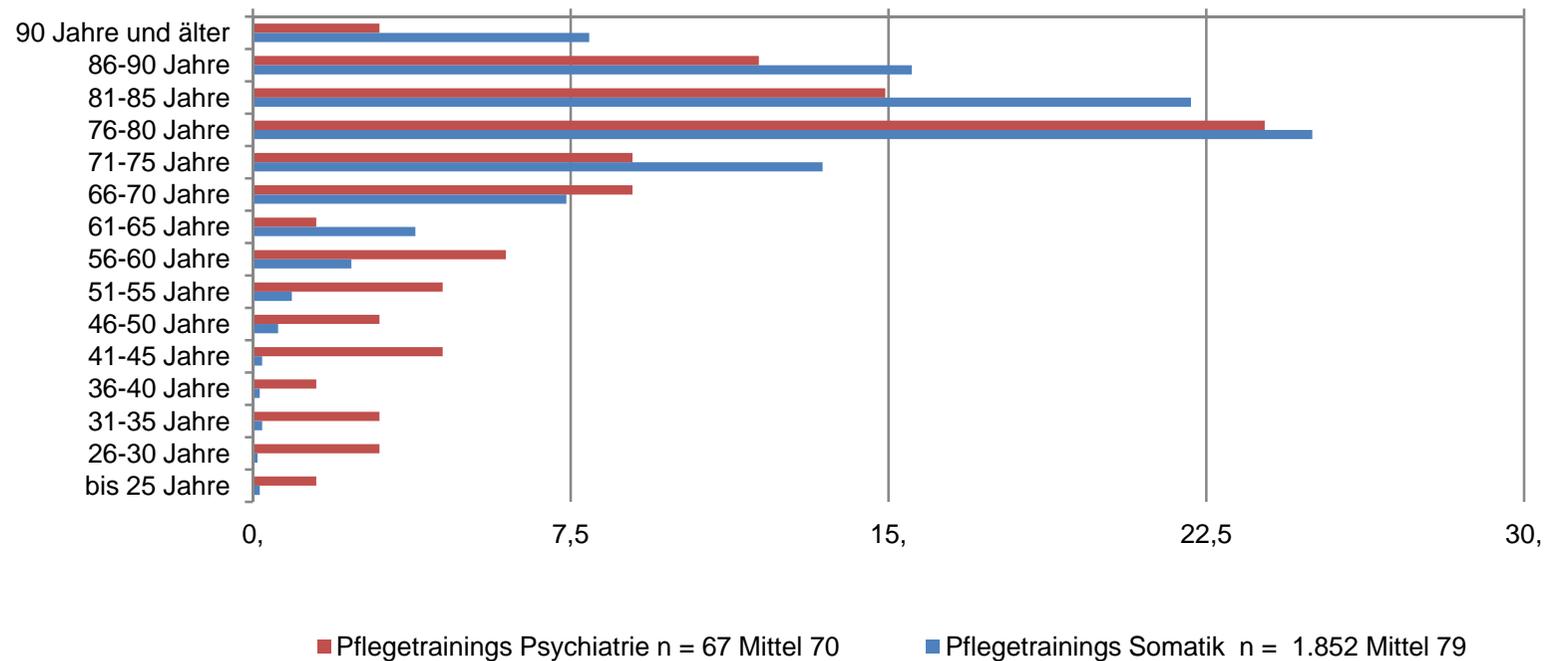


Initialpflegekurse n = 1.806, arithm. Mittel = 78 Jahre,
Pflegetrainings n = 2.039, arithm. Mittel = 79 Jahre.

- Die meisten pflegebedürftigen Personen waren zum Erhebungszeitpunkt **über 70 Jahre alt** & die Gruppe der **Hochaltrigen ab 80 Jahren** stellt etwa **die Hälfte** der Pflegebedürftigen & steigt jährlich an;



Altersverteilung im Vergleich Somatik / Psychiatrien



Altersentwicklung der pflegenden Angehörigen von 2011 – 2015* in den Pflegetrainings

Altersdurchschnitt der Pflegepersonen	2011	2012	2013	2014	2015
Alter der Pflegepersonen im arithm. Mittel	61,57	62,19	62,7	62,99	64,38
Standardabweichung	13,451	13,655	13,431	13,578	13,296

2011 n = 1.609, 2012 n = 1.735, 2013 n = 2.104, 2014 n = 2.140, 2015 n = 1.815
(n Fälle); Angaben in %.

V.a. die pflegenden Angehörigen werden älter!

Allein im Rahmen der betrachteten fünf Jahre um **2,81** Jahre.

Dabei bleibt die Streuung um den Mittelwert ähnlich hoch, Phasen – in denen Angehörige Pflegeverantwortung übernehmen – verschieben sich – so scheint es - in höhere Lebensalter.

Der demografische Wandel zeichnet sich in unseren Daten deutlich ab



*2011-2014 nur Angehörige aus NRW

Pflegebedürftige Angehörige werden älter!

Tab. 8: Alter der pflegebedürftigen Personen von 2011-2015* aus Pflegetrainings

Alter des pflegebedürftigen Angehörigen	2011	2012	2013	2014	2015
Alter der Pflegebedürftigen im arithm. Mittel	77,93	78,37	78,38	78,79	78,70
Standardabweichung	11,609	10,765	9,739	9,613	9,712

2011 n = 1.881, 2012 n = 1.784, 2013 n = 2.187, 2014 n = 2.187, 2015 n = 2.039 (n Fälle); Angaben in %.

Auch das Durchschnittsalter der Pflegebedürftigen hebt sich, allerdings längst nicht so deutlich wie das der pflegenden Angehörigen.

Interessant ist hier eher die abnehmende Standardabweichung um ca. 2 Jahre im betrachteten Zeitraum. **Phasen der Pflegebedürftigkeit verschieben sich scheinbar in höhere Lebensalter.**



*2011-2014 nur Angehörige aus NRW

Ziele - Pflege als Familienprojekt

Ziele sind es,

- Pflege- und Sorgeaufgaben auf mehrere Schultern zu verteilen, um **Pflegeduale & Isolation zu vermeiden**
- Familien zu beraten, Pflegenetzwerke zu entwickeln, und **Pflege als geschlechtergerechtes Familienprojekt** zu begreifen
- **Familienmitglieder durch pflegefachliche Anleitung zu stärken**
- **Drehtüreffekte** als Folge von Überlastung & Pflegefehlern **zu minimieren**



Bewertung der Pflegetrainings durch die Angehörigen

Ausgezeichnetes Feedback für die Pflegetrainer/innen

- 91 % der Angehörigen aus Trainings (97 % bei aufsuchenden Trainings) fühlt sich durch die neu erworbenen Kenntnisse und den Kompetenzaufbau auf die Pflege vorbereitet.
- 96% (im PT zu Hause: 98%) stimmten „voll und ganz“ dem Satz zu, dass der Patient gut miteinbezogen wurde.



Fazit

Das Eintreten der Pflegedürftigkeit eines Familienmitglieds kann ein krisenhaftes Lebensereignis sein und ist für alle Beteiligten mit hohen Anforderung verbunden,

Pflegetrainer/innen erfüllen bei der Bewältigung und Begleitung der Pflegesituation in der Familie eine essentielle Lotsenfunktion,



Erfolgreiche Arbeit an Pflegenetzwerken

Entwicklung von Pflegenetzwerken ist ein wichtiges Thema: im Beratungsgespräch, während der Pflege trainings & in Initialpflegekursen.

Über ein Viertel (27,5%) der Angehörigen in den Pflege trainings und 23,5% aus den Initialpflegekursen geben in 2015 an, ohne jegliche familiäre Unterstützung zu pflegen.



LVR Perspektive

Positiv:

- Angehörige geben positive Rückmeldungen und fühlen sich gut beraten
- Optimierung der Angehörigenarbeit
- Pflegetrainer erleben eine hohe Akzeptanz und ein neues Aufgabenfeld

Kritisch

- Angehörigenaquisie gestaltet sich teilweise schwierig und aufwendig
- Vernetzung und Information intern / IT Unterstützung
- Bisher keine Kostendeckung < 100 Teilnehmer / KH



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Anlage zum Protokoll des Gesundheitsausschusses am 09.12.2016, des HPH-Ausschusses am 25.11.2016 und der Krankenhausausschüsse 1 bis 4 vom 05.12.2016 bis 08.12.2016

81.11- 520-09_3

Köln, den 23.12.2016
Herr Weingarz/ 809-6644
Frau Groner/ 809-6930

Anfragen und Anträge der Fraktionen: Anfrage zur Arbeitssituation älterer Mitarbeiter/innen in den HPH-Netzwerken und im LVR-Klinikverbund

Anfrage Nr. 14/11 der Fraktion Die Linke vom 8.11.2016

A: Altersstruktur

Altersstruktur der Beschäftigten im LVR-Klinikverbund:

Zum Stichtag 31.12.2015 waren

- 8,6 % der Beschäftigte 60 und älter
- 29,5 % der Beschäftigten 50 – 59 Jahre
- 23,4 % der Beschäftigten zwischen 40 und 49 Jahre alt
- 19,2 % der Beschäftigten 30 -39 Jahre alt
- 19,3 % der Beschäftigten bis 29 Jahre alt

Altersstruktur der Beschäftigten in den LVR-HPH-Netzen:

Zum Stichtag 31.12.2015 waren

- 8,1% der Beschäftigte 60 Jahre und älter
- 35,2 % der Beschäftigten 50 – 59 Jahre
- 22,5 % der Beschäftigten zwischen 40 und 49 Jahre alt
- 19,1 % der Beschäftigten 30 -39 Jahre alt
- 15,1 % bis 29 Jahre alt

B: Auflistung der im LVR-Klinikverbund und im LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen bestehenden bzw. geplanten Aktivitäten des betrieblichen Gesundheitsmanagements, die sich spezifisch an ältere Mitarbeiter/innen richten bzw. diese Zielgruppe mit umfassen

1. LVR-Klinikverbund

Bereits erfolgte Berichterstattung im Gesundheitsausschuss bzw. in den Krankenhausausschüssen 1 bis 4:

Lfd. Nr.	Vorlagennummer	Ausschuss-Nr. (und Klinik)	Tagesordnungspunkt
1.	14/707	Gesundheitsausschuss	Belastungssituation der Beschäftigten im LVR-Klinikverbund anhand der Ergebnisse der Mitarbeitendenbefragung 2014
2.	14/980	Krankenhausausschuss 1 (Bonn)	Belastungssituation der Beschäftigten in der LVR-Klinik Bonn anhand der Ergebnisse der Mitarbeitendenbefragung 2014
3.	14/938	Krankenhausausschuss 1 (Düren)	Belastungssituation der Beschäftigten in der LVR-Klinik Düren anhand der Ergebnisse der Mitarbeitendenbefragung 2014
Lfd. Nr.	Vorlagennummer	Ausschuss-Nr. (und Klinik)	Tagesordnungspunkt
4.	14/991	Krankenhausausschuss 2 (Düsseldorf)	Belastungssituation der Beschäftigten im LVR-Klinikum Düsseldorf anhand der Ergebnisse der Mitarbeitendenbefragung 2014
5.	14/990	Krankenhausausschuss 2 (Köln)	Belastungssituation der Beschäftigten in der LVR-Klinik Köln anhand der Ergebnisse der Mitarbeitendenbefragung 2014

6.	14/986	Krankenhausausschuss 2 (Langenfeld)	Belastungssituation der Beschäftigten in der LVR-Klinik Langenfeld anhand der Ergebnisse der Mitarbeitendenbefragung 2014
7.	14/953	Krankenhausausschuss 3 (Viersen)	Belastungssituation der Beschäftigten in der LVR-Klinik Viersen anhand der Ergebnisse der Mitarbeitendenbefragung 2014
8.	14/954	Krankenhausausschuss 3 (Viersen-Orthopädie)	Belastungssituation der Beschäftigten in der LVR-Klinik Viersen-Orthopädie anhand der Ergebnisse der Mitarbeitendenbefragung 2014
9.	14/952	Krankenhausausschuss 3 (Mönchengladbach)	Belastungssituation der Beschäftigten in der LVR-Klinik Mönchengladbach anhand der Ergebnisse der Mitarbeitendenbefragung 2014
Lfd. Nr.	Vorlagennummer	Ausschuss-Nr. (und Klinik)	Tagesordnungspunkt
10.	14/983	Krankenhausausschuss 4 (Bedburg-Hau)	Belastungssituation der Beschäftigten in der LVR-Klinik Bedburg-Hau anhand der Ergebnisse der Mitarbeitendenbefragung 2014
11.	14/989	Krankenhausausschuss 4 (Essen)	Belastungssituation der Beschäftigten im LVR-Klinikum Essen anhand der Ergebnisse der Mitarbeitendenbefragung 2014

2. LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen

2.1 Mitarbeitendenbefragung in den LVR-HPH Netzen (2015):

Eine Auswertung der Mitarbeitendenbefragung nach Altersgruppen hat stattgefunden. (Altersgruppen: u 30; 31-45; 46-55; 55 und älter).

Zu der Dimension „**Arbeitsbelastung**“ wurden folgende Fragen gestellt:

- „In meinem Arbeitsbereich gibt es häufig Personalausfälle“
- „Ich muss oft Mehrarbeit leisten“
- „Meine Arbeit ist in der dafür vorgesehenen Zeit gut zu erledigen“
- „Meine körperliche Belastung entspricht meinem Leistungsvermögen“
- „In kann mit den psychischen Belastungen meiner Arbeit umgehen“
- „Ich/wir werden bei Bedarf durch Supervision/Coaching unterstützt“

Die Ergebnisse weisen nicht auf eine besondere Belastung der älteren Beschäftigten hin.

2.2 Bestehende und geplante Aktivitäten (Thematisierung im Arbeitskreis Betriebliches Gesundheitsmanagement sowie im Teilbereich Betriebliches Gesundheitsmanagement des Dezernates 8):

- Fehlzeitenmanagement: Im Rahmen der alle zwei Monate erfolgenden Fehlzeitenauswertungen werden BGM-Teamberatungen angeboten
- Durchführung eines Führungskräftetags zum Thema: „Gesund Führen“ im Jahr 2015
- Erweiterung des Konzepts „Prävention von Rückenerkrankungen“ (Muskel- Skeletterkrankungen)
- Angebot von gezielten Schulungen zur ergonomischen Arbeitsweise in den Wohnbereichen, in Kooperation mit einem externen Anbieter
- Aufstellung einer Dreijahres-Planung, die als einen Schwerpunkt den demografischen Faktor vorsieht
- Erstellung eines Konzeptes zu geänderten Arbeitsbedingungen für ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dieses Konzept soll in örtliche Dienstvereinbarungen mit der Personalvertretung überführt werden

Vorlage-Nr. 14/1786

öffentlich

Datum: 29.12.2016
Dienststelle: Fachbereich 83
Bearbeitung: Herr Thewes

Krankenhausausschuss 3	16.01.2017	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	17.01.2017	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	18.01.2017	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	19.01.2017	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	20.01.2017	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

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

Kenntnisnahme:

Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wird gemäß Vorlage Nr. 14/1786 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-Aktionsplanes für Gleichstellung, Familienfreundlichkeit und Gender Mainstreaming. 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	ja

In Vertretung

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

Zusammenfassung:

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) hat die Bundesregierung die am 18. Februar 2016 verkündeten Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems konsequent umgesetzt. Das Gesetz wurde am 10. November 2016 im Deutschen Bundestag sowie am 25. November 2016 im Deutschen Bundesrat beschlossen und tritt zum 1. Januar 2017 in Kraft. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass das neue Budgetsystem auf Basis eines bundeseinheitlichen Entgeltkataloges erst zum 1. Januar 2020 seine volle Wirkung entfaltet.

Der Gesetzentwurf verändert den ordnungspolitischen Rahmen für das neue Entgeltsystem für die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken nachhaltig. Grundsätzlich wird an dem Ziel der Leistungsorientierung der Vergütung und der verbesserten Transparenz über das Leistungsgeschehen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen festgehalten. Die bislang vorgesehene schematische Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt. Vielmehr wird die Verhandlungskompetenz der Vertragsparteien vor Ort gestärkt.

Gegenüber dem Gesetzesentwurf enthält das beschlossene Gesetz nunmehr folgende Veränderungen:

- Bei der Budgetfindung sind die Besonderheiten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen.
- Wie bereits in der bisherigen Regelung bilden „Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur und der Fallzahlen“ Ausnahmetatbestände, die zusätzlich budgeterhöhend vereinbart werden können.
- Grundsätzlich ergeben sich aus dem Gesetz Rückzahlungsverpflichtungen für die Kliniken, wenn vereinbarte Stellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) nicht besetzt sind. Eine bisher vorgesehene Absenkung der Budgets ist nicht mehr vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweisen kann, dass eine Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl nur vorübergehend eingetreten ist.
- Für den leistungsbezogenen Vergleich wurde ergänzt, dass dieser unter gesonderter Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu gliedern ist.
- Die Entgelte für regionale und strukturelle Besonderheiten können jetzt auch in Form von Zuschlägen vereinbart werden.
- Der Psych-PV Nachweis erfolgt bereits ab dem Jahr 2016 - wie bereits im Referentenentwurf vorgesehen - gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und den Krankenkassen.
- Ab dem Jahr 2017 besteht für die psychiatrischen Kliniken eine Nachverhandlungsmöglichkeit für nicht besetzte Psych-PV-Stellen. Dazu erfolgt auf Basis der jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung des Jahres 2016 ein Vergleich mit den Vorgaben nach der Psychiatrie-Personalverordnung. Für zusätzlich zu besetzende Stellen zur Erreichung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung sind die Budgets in Höhe der tatsächlich entstehenden Kosten zu erhöhen.
- Für die Erbringung von stationsäquivalenten Leistungen muss nach wie vor eine stationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit gegeben sein, nicht mehr aber das Vorliegen einer „akuten Krankheitsphase“.

Von Seiten des LVR werden folgende Regelungen grundsätzlich als positiv beurteilt:

- a. Der Zeitplan wird ein weiteres Mal verschoben. Die verbindliche Einführung muss für alle Einrichtungen zum 01.01.2018 erfolgen, der Start im Echtbetrieb zum 01.01.2020.
- b. Das Preissystem wird durch ein Budgetsystem ersetzt.
- c. Die ab dem Jahr 2019 vorgesehene Konvergenzphase entfällt. Stattdessen wird ein „Leistungsbezogener Vergleich“ eingeführt, der Hinweise zur Angemessenheit des Budgets liefern soll.

- d. Grundsätzlich soll das Budget um den Veränderungswert fortgeschrieben werden. Für Tarifsteigerungen wirkt die im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes wieder eingeführte Tarifraterate ab 2017 in Höhe von 40 % der Differenz zwischen Tarifergebnis und Veränderungswert.
Diese 40 %-Regelung ist allerdings nicht unproblematisch, weil sie tendenziell die Tarif-Schere offen hält und im Ergebnis zu einer Unterschreitung der Psych-PV bzw. den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) führen könnte.
- e. Neben den voll- und teilstationären Leistungen kann die Leistungserbringung auch in Form von stationsäquivalenten Behandlungen erfolgen.
- f. Der Mindererlösausgleich wird von 20 % auf 50 % erhöht.
- g. Für leistungsbezogene strukturelle und regionale Besonderheiten können gesonderte Entgelte oder Zuschläge vereinbart werden.
- h. Der OPS-Katalog ist regelmäßig zu überprüfen, inwieweit einzelne Vorgaben nicht entgeltrelevant sind und damit entfallen können.
- i. Den psychiatrischen Kliniken wird es ermöglicht, in den Jahren 2017 bis 2019 die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zu 100 % umzusetzen, wenn im Jahr 2016 Stellen nicht besetzt waren.

Veränderungen, die überwiegend kritisch zu beurteilen sind:

- a. Die Kliniken werden verpflichtet, die Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung gegenüber den Krankenkassen und der Datenstelle des InEK nachzuweisen. Dies widerspricht grundsätzlich dem Budgetprinzip.
Kritisch ist insbesondere anzumerken, dass eine vollständige Refinanzierung der neuen Mindestvorgaben für die Personalausstattung nicht eindeutig vorgegeben wird.
- b. Für die stationsäquivalente Behandlung soll ein eigener Leistungskatalog definiert werden.
- c. Der Gesetzentwurf enthält keine konkreten Vorgaben, um das Entgeltsystem zu vereinfachen und damit grundsätzlich bürokratieärmer auszugestalten.

Das PsychVVG sieht vor, dass wesentliche Regelungsinhalte durch die Selbstverwaltungspartner zu konkretisieren sind:

- Struktur und Inhalt der Budgetunterlagen
- Wegfall von Dokumentationsvorschriften
- Ausgestaltung des Personal-Nachweises
- Einzelheiten zur Ausgestaltung des Leistungsvergleiches
- Verfahren für die Vergütungen struktureller und regionaler Besonderheiten
- Definition und Dokumentation der stationsäquivalenten Leistungen

Dies erfordert umfangreiche Verhandlungen und Abstimmungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen und der Privaten Krankenkassen.

Der LVR-Klinikverbund hält es für einen wichtigen Schritt, dass der mit dem Psych-Entgeltgesetz 2009 gesetzlich vorgegebene und vom DRG-System übernommene ordnungspolitische Rahmen mit dem PsychVVG grundlegend verändert wurde. Der Wegfall der Konvergenzphase und das Budgetsystem eröffnen den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken die Möglichkeit, in den Verhandlungen vor Ort strukturelle und regionale Besonderheiten mit den Kostenträgern zu verhandeln. Zum 01.01.2020 wird sich ein neues Budgetsystem etablieren, das, in Verbindung mit den Mindestvorgaben für die Personalausstattung des G-BA, die Finanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken grundlegend verändert.

Begründung der Vorlage Nr. 14/1786:

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

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) hat die Bundesregierung die am 18. Februar 2016 verkündeten Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems konsequent umgesetzt. Über das Gesetzgebungsverfahren hat die Verwaltung mit den Vorlagen 14/1297 (Referentenentwurf) und 14/1540 (Kabinettsentwurf) berichtet.

Das Gesetz wurde am 10. November 2016 im Deutschen Bundestag sowie am 25. November 2016 im Deutschen Bundesrat beschlossen und tritt zum 1. Januar 2017 in Kraft. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass das neue Budgetsystem auf Basis eines bundeseinheitlichen Entgeltkataloges erst zum 1. Januar 2020 seine volle Wirkung entfaltet. Viele Regelungen sind darüber hinaus von den Selbstverwaltungspartnern – Gesetzliche Krankenkassen, Private Krankenkassen und Deutsche Krankenhausgesellschaft – zu konkretisieren. Dies betrifft z.B. die Ausgestaltung der Entgeltsystematik und den Aufbau und Inhalt des leistungsgerechten Krankenhausvergleiches.

Der Gesetzentwurf verändert den ordnungspolitischen Rahmen für das neue Entgeltsystem für die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken nachhaltig. Grundsätzlich wird an dem Ziel der Leistungsorientierung der Vergütung und der verbesserten Transparenz über das Leistungsgeschehen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen festgehalten. Die bislang vorgesehene schematische Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt. Vielmehr wird die Verhandlungskompetenz der Vertragsparteien vor Ort gestärkt. Eine sektorenübergreifende Versorgung wird gefördert.

Gegenüber dem Gesetzesentwurf enthält das beschlossene Gesetz nunmehr folgende Veränderungen:

- **§ 3 Abs. 3 BPfIV: Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie**
Bei der Budgetfindung sind die Besonderheiten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen.
- **§ 3 Abs. 3 BPfIV: Berücksichtigung von Leistungsveränderungen**
Wie bereits in der bisherigen Regelung bilden „Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur und der Fallzahlen“ Ausnahmetatbestände, die zusätzlich budgeterhöhend vereinbart werden können.
- **§ 3 Abs. 3 BPfIV: Nichtbesetzung von Stellen**
Grundsätzlich ergeben sich aus dem Gesetz Rückzahlungsverpflichtungen für die Kliniken, wenn vereinbarte Stellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung nicht besetzt sind. Eine bisher vorgesehene Absenkung der Budgets ist nicht mehr vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweisen kann, dass eine Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl nur vorübergehend eingetreten ist.
- **§ 4 BPfIV: Leistungsbezogener Vergleich**
Für den leistungsbezogenen Vergleich wurde ergänzt, dass dieser unter gesonderter Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu gliedern ist.
- **§ 6 Abs. 2 BPfIV: Entgeltformen**
Die Entgelte für regionale und strukturelle Besonderheiten können jetzt auch in Form von Zuschlägen vereinbart werden.

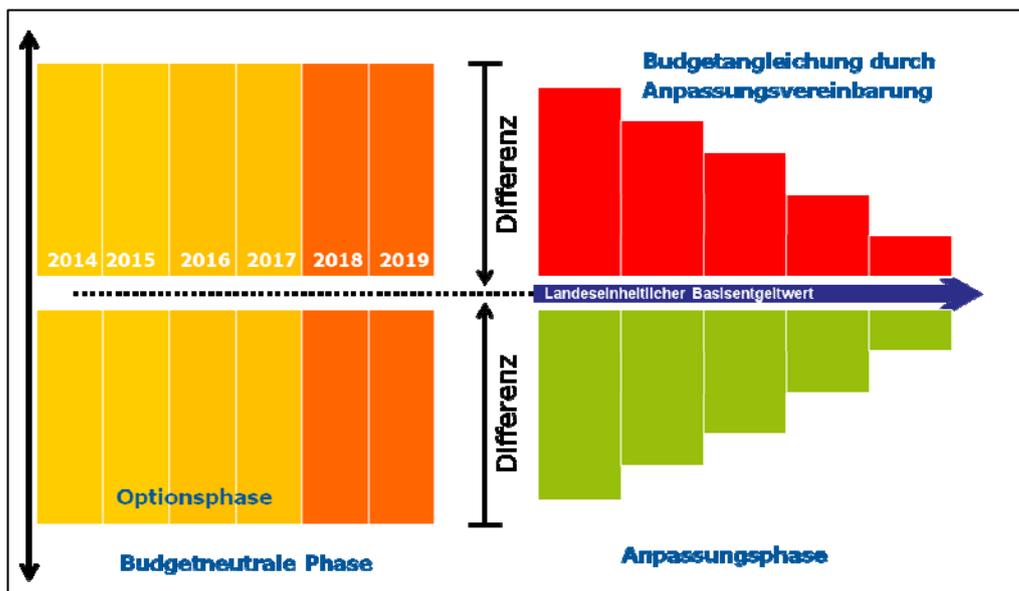
- **§ 18 Abs. 2 BpflV: Psych-PV Nachweis**
Der Psych-PV Nachweis erfolgt bereits ab dem Jahr 2016 - wie bereits im Referentenentwurf vorgesehen - gegenüber dem InEK und den Krankenkassen.
- **§ 18 Abs. 3 BpflV: Nachverhandlungsmöglichkeit von Psych-PV Stellen**
Ab dem Jahr 2017 besteht für die psychiatrischen Kliniken eine Nachverhandlungsmöglichkeit für nicht besetzte Psych-PV-Stellen. Dazu erfolgt auf Basis der jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung des Jahres 2016 ein Vergleich mit den Vorgaben nach der Psychiatrie-Personalverordnung. Für zusätzlich zu besetzende Stellen zur Erreichung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung sind die Budgets in Höhe der tatsächlich entstehenden Kosten zu erhöhen.
- **§ 115d SGB V Stationsäquivalente Leistungen**
Für die Erbringung von stationsäquivalenten Leistungen muss nach wie vor eine stationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit gegeben sein, nicht mehr aber das Vorliegen einer „akuten Krankheitsphase“.

Mit den Veränderungen hat der Gesetzgeber teilweise auf die Stellungnahmen der Berufs- und Fachverbände reagiert. Der LVR-Klinikverbund hatte seine Forderungen in einer eigenen Stellungnahme in den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages eingebracht (vgl. Vorlage 14/1540).

II. Grundsätzliche Veränderungen des ordnungspolitischen Rahmens

1. Zeitplan

Die verpflichtende Einführung des neuen Entgeltsystems für alle psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser wird um ein Jahr auf den 01.01.2018 verschoben. Die für die Jahre 2019 bis 2023 vorgesehene Konvergenzphase wird gestrichen



Die Jahre 2018 und 2019 stellen budgetneutrale Jahre dar, in denen das Budget grundsätzlich noch nach der Bundespflegesatzverordnung in der bis 31.12.2012 geltenden Fassung ermittelt wird. Dafür wird ab dem 01.01.2020 über den § 4 ein Krankenhausvergleich eingeführt, so dass über einen Leistungsvergleich eine Anpassung der Budgets erreicht werden soll. Die Vertragsparteien sind aufgefordert, mehrjährige

Anpassungsvereinbarungen zur Angleichung der Budgets zu vereinbaren. Ein landesweiter Basisentgeltwert wird nicht mehr ermittelt.

2. Ausgestaltung als Budgetsystem (§ 3 BPfIV)

Das von den Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der Privaten Krankenversicherung) vereinbarte Psych-Entgeltsystem wird auf der Grundlage eines Budgetsystems angewendet. Damit wird zugleich die bisher vorgesehene Anwendung als Preissystem aufgegeben. Mit Unterstützung des bundesweiten und empirisch kalkulierten Entgeltsystems wird das Budget der einzelnen Einrichtung unter Berücksichtigung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten (z. B. regionale Versorgungsverpflichtung) vereinbart. Dabei setzen die Verhandlungen auf den bestehenden Budgets auf. Für die Vereinbarung bedarfs- und leistungsgerechter Budgets haben die Vertragsparteien vor Ort unter Nutzung des Krankenhausvergleichs hausindividuelle Besonderheiten und Leistungsveränderungen zu berücksichtigen. Der Krankenhausvergleich soll als Vergleichs- und Transparenzinstrument den Vertragsparteien vor Ort zur Orientierung in den Vertragsverhandlungen dienen, auch um eine Annäherung von Preisunterschieden zu erreichen, die nicht auf strukturelle Unterschiede zurückgehen. Von den Vertragsparteien vor Ort festgestellte Notwendigkeiten zur Erhöhung oder Senkung des Budgets werden krankenhausesindividuell durch Anpassungsvereinbarungen berücksichtigt. Umfang, Dauer sowie weitere Einzelheiten der Anpassungsvereinbarungen gestalten die Vertragsparteien vor Ort aus. Der bisher vorgesehene gesetzliche Konvergenzprozess zu landeseinheitlichen Basisentgeltwerten wird daher aufgegeben. Im Ergebnis soll die Verhandlungsebene vor Ort gestärkt werden.

3. Leistungsbezogener Vergleich als Transparenzinstrument (§ 4 BPfIV)

Für die Bestimmung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags, eines leistungsgerechten Basisentgeltwerts und leistungsgerechter krankenhausesindividueller Entgelte, die im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlung zu vereinbaren sind, wird ein leistungsbezogener Vergleich eingeführt. Durch den leistungsbezogenen Vergleich soll transparent werden, inwieweit unterschiedliche Budgethöhen auf Leistungsunterschiede, strukturelle Besonderheiten oder andere krankenhausesindividuelle Aspekte zurückzuführen sind. Der Vergleich soll die Personalausstattung der Kliniken berücksichtigen. Die Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind in der Untergliederung vorzusehen.

4. Verbindliche Mindestvorgaben zur Personalausstattung (§ 136a SGB V)

a. Vorgaben zur Ermittlung des Personalbedarfs

Um eine flächendeckend ausreichende Personalausstattung zu erreichen, wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, verbindliche Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festzulegen. Die im Rahmen der Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung festzulegenden Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Soweit die Personalvorgaben nicht auf S3-Leitlinien und auch nicht auf anderweitige hohe Evidenz gestützt werden können, kann der G-BA bei der Erarbeitung der Mindestvorgaben auch Expertisen niedrigerer Evidenz einbeziehen. Bei der Festlegung der Mindestvorgaben zur Personalausstattung hat der G-BA zudem die Anforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zur Orientierung heranzuziehen und dabei die aktuellen Rahmenbedingungen sowie den Entwicklungsstand in der Versorgung zu berücksichtigen. Die verbindlichen

Mindestvorgaben des G-BA zur Personalausstattung sollen bis zum 1. Januar 2020 wirksam werden. Bis zum Inkrafttreten der neuen Mindestvorgaben gelten die bestehenden Regelungen der Psychiatrie-Personalverordnung weiter.

b. Finanzierung des Personalbedarfs

Zur Finanzierung von Personalkostensteigerungen ist generell lediglich eine Finanzierung von 40 % der Differenz zwischen der Veränderungsrate und der Tarifierhöhung vorgesehen. Entsprechend werden Ausnahmetatbestände formuliert, dass bei der Vereinbarung des Budgets nach § 3 BpflV die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung bzw. deren Nachfolgeregelungen bei der Budgetbemessung zu berücksichtigen sind.

c. Nachweis zur Umsetzung der Mindestvorgaben

In den Jahren 2016 bis einschließlich 2019 besteht verpflichtend für alle psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken eine Nachweispflicht der Vollkräfte nach der Psych-PV gegenüber dem InEK und den Krankenkassen.

Ab dem Jahr 2020 besteht eine vollumfängliche Nachweispflicht zur Bemessung einer möglichen Rückzahlungsverpflichtung von Budgetanteilen, der Leistungsbeurteilung im Rahmen des Leistungsvergleichs und der Evaluation der Personalausstattung für die Entwicklung der Mindestvorgaben zur Personalausstattung sowohl gegenüber dem InEK als auch gegenüber den Krankenkassen.

5. Kalkulation des Entgeltsystems auf empirischer Datengrundlage

Die Kalkulation des Entgeltsystems und seiner bundeseinheitlichen Entgelte erfolgt weiterhin auf empirischen Daten und unter Verwendung der Kostendaten der Kalkulationshäuser. Ab dem Jahr 2017 soll die Kalkulationsgrundlage zudem repräsentativen Gesichtspunkten Rechnung tragen. Nachdem der G-BA verbindliche Vorgaben zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festgelegt hat, sind die Qualitätsvorgaben auch von den Einrichtungen, die an der Kalkulation teilnehmen, als Teilnahmevoraussetzung zu erfüllen. In der Übergangsphase bis zur Festlegung der Qualitätsvorgaben durch den G-BA und einer hinreichenden Umsetzung der Qualitätsvorgaben in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung soll von den Kalkulationshäusern eine 100-prozentige Umsetzung der Psych-PV gefordert werden. Für die Kalkulation soll hierdurch eine möglichst umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV erreicht werden.

6. Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld (§ 115d SGB V)

Die Versorgungsstrukturen werden weiterentwickelt, indem für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld der Patientinnen oder Patienten durch spezielle Behandlungsteams ermöglicht wird. Psychiatrische Krankenhäuser sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen erhalten, sofern eine regionale Versorgungsverpflichtung besteht, die Möglichkeit, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und stationärer Behandlungsbedürftigkeit in deren häuslichem Umfeld durch mobile multiprofessionelle Behandlungsteams zu versorgen. Die „stationsäquivalente psychiatrische Behandlung“ soll zukünftig der vollstationären und teilstationären Behandlung gleichgestellt werden. Die Leistungen sind Teil des Budgets des psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhauses.

7. Weiterentwicklung der psychiatrischen Institutsambulanzen

In den psychiatrischen Institutsambulanzen soll mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen hergestellt werden. Hierfür werden der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und die DKG verpflichtet, in der Vereinbarung des bundeseinheitlichen Kataloges für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen Mindestdifferenzierungsmerkmale in Bezug auf Art und Inhalt der Leistung sowie die für die Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten festzulegen.

8. Verminderung des Dokumentationsaufwandes und Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung

Zur Verminderung des Dokumentationsaufwands haben die Vertragsparteien auf Bundesebene zukünftig jährlich zu prüfen, ob Schlüssel der vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten oder des Operationen- und Prozedurenschlüssels gestrichen werden können, weil sie sich nach Prüfung für Zwecke des leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) als nicht erforderlich erwiesen haben.

Um den Aufwand für die Abrechnungsprüfung zu vermindern und ihre Zielgenauigkeit zu erhöhen, werden zudem der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) beauftragt, das Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) weiter zu entwickeln. Hierzu ist zuerst eine Vereinbarung zur Abrechnungsprüfung der Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu treffen. Im Sinne einer Daueraufgabe haben der GKV-Spitzenverband und die DKG auch über diesen Termin hinaus geeignete Maßnahmen für eine effizientere und effektivere Abrechnungsprüfung zu vereinbaren und umzusetzen.

9. Verbesserung des Mindererlösausgleich

Der Ausgleich von Mindererlösen wird zu Gunsten der Krankenhäuser von 20 % auf 50 % verbessert.

III. Beurteilung des Gesetzes durch den Landschaftsverband Rheinland

Das Gesetz ist grundsätzlich positiv zu bewerten, da die starren, aus dem DRG-System übernommenen Mechanismen eines Preissystems, durch ein flexibles Budgetsystem ersetzt werden. Der anfänglichen Euphorie – „PEPP ist weg“ – ist nach dem endgültig beschlossenen Gesetz jedoch nur noch bedingt zu folgen.

1. Veränderungen mit eher positiver Beurteilung

- a. Der Zeitplan wird ein weiteres Mal verschoben. Die verbindliche Einführung muss für alle Einrichtungen zum 01.01.2018 erfolgen, der Start im Echtbetrieb zum 01.01.2020.
- b. Das Preissystem wird durch ein Budgetsystem ersetzt (Neuformulierung des § 3). Hierzu wird grundsätzlich ein Gesamtbetrag vereinbart, der um individuelle Aspekte erhöht oder vermindert werden kann (= Budget des Krankenhauses). Dabei werden Ansätze des alten § 6 BPfIV (Ausnahmetatbestände) übernommen.
- c. Die ab dem Jahr 2019 vorgesehene Konvergenzphase entfällt. Stattdessen wird ein „Leistungsbezogener Vergleich“ eingeführt, der Hinweise zur Angemessenheit des Budgets liefern soll. Die Ergebnisse des Vergleichs sind bei der individuellen

Budgetfindung zu berücksichtigen. Sollte sich auf dieser Basis ein Anpassungsbedarf ergeben, haben die Vertragsparteien eine „Anpassungsvereinbarung“ zu treffen, die mehrjährig sein soll. Er ist die Grundlage für die Budgetfindung.

- d. Grundsätzlich soll das Budget um den Veränderungswert fortgeschrieben werden. Für Tarifsteigerungen wirkt die im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes wieder eingeführte Tarifraten ab 2017 in Höhe von 40 % der Differenz zwischen Tarifergebnis und Veränderungswert.
Diese 40 %-Regelung ist allerdings nicht unproblematisch, weil sie tendenziell die Tarif-Schere offen hält und im Ergebnis zu einer Unterschreitung der Psych-PV bzw. G-BA Vorgaben führen könnte
- e. Neben den voll- und teilstationären Leistungen kann die Leistungserbringung auch in Form von stationsäquivalenten Behandlungen erfolgen. Diese werden in § 115d SGB V definiert, wobei die konkrete Ausgestaltung den Selbstverwaltungspartnern unter Einbezug der Kassenärztlichen Vereinigung übertragen wird.
- f. Der Mindererlösausgleich wird von 20 % auf 50 % erhöht.
- g. Für leistungsbezogene strukturelle und regionale Besonderheiten können gesonderte Entgelte oder Zuschläge vereinbart werden.
- h. Der OPS-Katalog ist regelmäßig zu überprüfen, inwieweit einzelne Vorgaben nicht entgeltrelevant sind und damit entfallen können.
- i. Den psychiatrischen Kliniken wird es ermöglicht, in den Jahren 2017 bis 2019 die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zu 100 % umzusetzen, wenn im Jahr 2016 Stellen nicht besetzt waren.

2. Veränderungen, die überwiegend kritisch zu beurteilen sind:

- a. Die Kliniken werden verpflichtet, die Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung gegenüber den Krankenkassen und der Datenstelle des InEK nachzuweisen. Dies widerspricht grundsätzlich dem Budgetprinzip.
Kritisch ist insbesondere anzumerken, dass eine vollständige Refinanzierung der neuen Mindestvorgaben für die Personalausstattung nicht eindeutig vorgegeben wird. Hoch problematisch ist, dass Tarifsteigerungen nur anteilig refinanziert werden, wenn der Veränderungswert unterhalb der Tarifraten liegen sollte. Im Gesetz ist lediglich eine Refinanzierung von 40 % dieser Differenz vorgesehen. Es kann erwartet werden, dass sich ab dem Jahr 2020 damit wieder eine Tarifschere öffnet, die die Mindestvorgaben zur Personalausstattung aushöhlt. Auf die nicht auskömmliche Refinanzierung von Tarifsteigerungen müssen die psychiatrischen Kliniken mit Personalanpassungen reagieren. Verstärkt wird dieser Effekt durch den geforderten Nachweis der Umsetzung der Mindestvorgaben zur Personalausstattung. Erfolgen die Personalanpassungen, können die Kliniken den Nachweis zur Personalausstattung nicht mehr erbringen. Nach den neuen Regelungen in § 3 haben die Verhandlungspartner vor Ort dieses Ergebnis zu bewerten und bei der Budgetfindung zu berücksichtigen. Dies könnte eine Budgetabsenkung zur Folge haben, wodurch im Folgejahr noch weniger Budget zur Verfügung steht. Damit könnte sich eine Abwärtsspirale entwickeln, die den Personalbestand weiter aushöhlt.
- b. Für die stationsäquivalente Behandlung soll ein eigener Leistungskatalog definiert werden. Wenn diese jedoch Teil des Budgets werden, sollten diese Leistungen auch Gegenstand eines gemeinsamen einheitlichen Entgeltkataloges werden.
- c. Die Selbstverwaltungspartner sind aufgefordert, den OPS-Katalog regelmäßig zu überprüfen, um den Dokumentations- und Abrechnungsaufwand zu vereinfachen. Der Gesetzentwurf enthält aber keine konkreten Vorgaben, um das Entgeltsystem zu vereinfachen und damit grundsätzlich bürokratieärmer auszugestalten.

IV. Weitere Umsetzung

Das PsychVVG sieht vor, dass wesentliche Regelungsinhalte durch die Selbstverwaltungspartner zu konkretisieren sind:

- Struktur und Inhalt der Budgetunterlagen
- Wegfall von Dokumentationsvorschriften
- Ausgestaltung des Personal-Nachweises
- Einzelheiten zur Ausgestaltung des Leistungsvergleiches
- Verfahren für die Vergütungen struktureller und regionaler Besonderheiten
- Definition und Dokumentation der stationsäquivalenten Leistungen

Dies erfordert umfangreiche Verhandlungen und Abstimmungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit dem Spitzenverband der Gesetzliche Krankenkassen und der Privaten Krankenkassen. Die Vereinbarung auf Basis von Kompromissen ist hierbei zu erwarten.

Von wesentlicher Relevanz sind dabei die folgenden Veränderungen:

- **Umfang der Dokumentation und Veränderung der Entgeltsystematik**
Das PsychVVG sieht vor, dass „der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt wird.“ Dazu soll u.a. der zu Grunde gelegte OPS-Katalog dahingehend überprüft werden, inwieweit OPS-Codes nicht entgeltrelevant sind und damit gestrichen werden können.
Anfang 2017 wird es hierzu Gespräche auf der Ebene der Selbstverwaltungspartner geben, den OPS-Katalog daraufhin zu überprüfen. Bis zum 31. März 2017 soll dann eine Liste mit nicht mehr erforderlichen Prozedurenschlüsseln vorliegen, die dann vom DIMDI zum frühestmöglichen Zeitpunkt umzusetzen sind. In den Folgejahren ist die Überprüfung jeweils bis zum 28. Februar vorzunehmen.
Darüber hinaus ist zu vereinbaren, welche weiteren Veränderungen an der Entgeltsystematik vorgenommen werden könnten. Dazu gehören z.B. der Wegfall der Wiederaufnahmeregelung und Fallzusammenführung, die Degression der Vergütung und die Verweildauerstufen. Dies vor dem Hintergrund, dass die einzelnen PEPP lediglich der Abrechnung dienen. Erhebliche Vereinfachungen der Entgeltsystematik sind dabei aus Sicht des LVR-Klinikverbundes dringend angezeigt. Es bleibt jedoch abzuwarten, inwieweit die Positionen in den Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner durchzusetzen sind. Die veränderten Dokumentationsvorschriften und überarbeitete Entgeltsystematik werden frühestens 2018 zur Anwendung kommen. Es ist eher zu erwarten, dass die Veränderungen, die eine Erleichterung bei der Dokumentation mit sich bringen, erst ab 2019 in den Entgeltkatalogen berücksichtigt werden können.
- **Aufbau und Struktur des leistungsbezogenen Krankenhausvergleiches**
Bis zum 1. Januar 2019 sind auf der Grundlage eines Konzeptes des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die näheren Einzelheiten des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4 zu vereinbaren. Zu regeln sind dabei insbesondere die Ausgestaltung, Organisation, Durchführung und Finanzierung sowie das Verfahren zur Datenübermittlung für die Zwecke des Vergleichs. Der leistungsgerechte Vergleich ist dann erstmals ab dem Jahr 2020 die Grundlage für die Budgetvereinbarungen auf der Ortsebene.
- **Vereinbarung zu Stationsäquivalenten Leistungen nach § 115d**
Für die neue Versorgungsform der stationsäquivalenten Leistungen haben die Selbstverwaltungspartner bis zum 28. Februar 2017 die Leistungsbeschreibungen, sowie bis zum 30. Juni 2017 die Anforderungen an die Dokumentation, Qualität und Beauftragung von Leistungen zu vereinbaren. Anschließend ist über die Finanzierungssystematik sowie die einzelnen Abrechnungssätze zu verhandeln.

Somit ist realistisch frühestens ab dem Jahr 2018 damit zu rechnen, dass stationsäquivalente Leistungen von den psychiatrischen Kliniken erbracht werden können.

- **Nachverhandlungsmöglichkeit von PsychPV-Stellen ab dem Jahr 2017**

Nach dem neuen § 18 Abs. 3 BPfIV haben die psychiatrischen Kliniken die Möglichkeit, in 2016 nicht besetzte Stellen in den Psych-PV Berufsgruppen nachzuverhandeln, die von den Krankenkassen in den Jahren 2017 bis 2019 mit den tatsächlichen Kosten im Budget zu finanzieren sind. Das eröffnet den Kliniken die Möglichkeit, ab dem Jahr 2020 mit einer 100 % Psych-PV Personalausstattung in das neue System zu starten. Ab dem Jahr 2017 könnten nach § 18 Abs. 3 BPfIV für die Kliniken Rückzahlungsverpflichtungen bestehen, wenn vereinbarte PsychPV-Stellen nicht besetzt sind. Die Selbstverwaltungspartner haben hierzu bis zum 31. März 2017 Form und Inhalt des Personalnachweises zu vereinbaren.

V. Fazit

Der LVR-Klinikverbund hält es für einen wichtigen Schritt, dass der mit dem Psych-Entgeltgesetz 2009 gesetzlich vorgegebene und vom DRG-System übernommene ordnungspolitische Rahmen mit dem PsychVVG grundlegend verändert wurde. Der Wegfall der Konvergenzphase und das Budgetsystem eröffnen den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken die Möglichkeit, in den Verhandlungen vor Ort strukturelle und regionale Besonderheiten mit den Kostenträgern zu verhandeln. Für den LVR-Klinikverbund bedeutet das, dass Spezialangebote, wie z.B. die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung oder die Vorhaltung von dezentralen Einheiten in den voll- und teilstationären Dependancen in den Budgets berücksichtigt werden können. Es werden große Chancen gesehen, das PEPP-System im Umfang und Systematik so zu verändern, dass die Dokumentationsanforderungen spürbar zurückgehen. Wichtig ist, dass diese Veränderungen auch für die Beschäftigten in den LVR-Kliniken spürbar werden. Deren Umsetzung ist jedoch noch abhängig von den Vereinbarungen auf der Ebene der Selbstverwaltungspartner. Insofern wird es in den Jahren 2017 bis 2020 noch zu zahlreichen Veränderungen kommen. Zum 01.01.2020 wird sich dann ein neues Budgetsystem etablieren, das, in Verbindung mit den Mindestvorgaben für die Personalausstattung des G-BA, die Finanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken grundlegend verändert.

In Vertretung

W e n z e l – J a n k o w s k i

Vorlage-Nr. 14/1769

öffentlich

Datum: 23.12.2016
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Herr Gierling

Krankenhausausschuss 3	16.01.2017	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	17.01.2017	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	18.01.2017	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	19.01.2017	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	20.01.2017	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

**Flächendeckende Versorgung im Rheinland durch Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration (SPKoM)
hier: Zwischenbericht**

Kenntnisnahme:

Der Zwischenbericht zur Umsetzung der flächendeckenden Versorgung im Rheinland durch Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration (SPKoM) wird gemäß Vorlage Nr. 14/1769 zur Kenntnis genommen.

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-Aktionsplanes für Gleichstellung, Familienfreundlichkeit und Gender Mainstreaming. 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

Zusammenfassung:

Laut Beschluss des Gesundheitsausschusses in seiner Sitzung vom 11.09.2015 wurde die Verwaltung gemäß Vorlage Nr. 14/649 beauftragt, eine flächendeckende Versorgung des Rheinlandes durch einen Neuzuschnitt der bestehenden Versorgungsregionen sowie durch die Einrichtung von zwei weiteren SPKoM sicherzustellen.

Danach sollte das Ziel einer flächendeckenden Versorgung des Rheinlandes mit Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration (SPKoM) in drei Schritten realisiert werden:

1. Einrichtung eines SPKoM in den Regionen Mülheim an der Ruhr, Essen und Oberhausen (MEO-Region),
2. Einrichtung eines SPKoM in den Regionen Düsseldorf, Rhein-Kreis Neuss, Mönchengladbach und Kreis Viersen,
3. Neuordnung der SPKoM-Versorgungsregionen.

Bei der Einrichtung der zwei neuen SPKoM hat die Verwaltung zu regionalen Konferenzen mit den Psychiatriekoordinatoren, den SPZ-Trägern und – im Falle der Stadt Essen – mit dem „Verein zur interkulturellen Beratung und Betreuung im Gesundheitsbereich von Essen und dem Ruhrgebiet (ViBB Essen)“, geladen, um über die Aufgaben und LVR-Förderrichtlinien der SPKoM zu informieren und die Akteure anzuregen, für die Trägerschaft der SPKoM und deren Leistungserbringung möglichst träger- und regionenübergreifende, konsenterte Lösungen abzustimmen und im Rahmen des Förderverfahrens zu beantragen.

Zu 1)

Im Januar 2016 gründete sich der Verein „Sozialpsychiatrisches Netzwerk Integration und Inklusion“ (SoNII e. V.) als Träger des SPKoM MEO-Region und gab sich eine Satzung.

Unter dem Dach des SPKoM-Trägervereins SoNII e. V. haben sich die Träger der SPZ der MEO-Region sowie der ViBB Essen zusammengeschlossen. Mitglieder und Vorstand des Vereins kommen aus den Trägern, die dem Wohlfahrtsverband „Der Paritätische“ angehören. Die den konfessionellen Verbänden zugehörigen SPZ-Träger sahen ihre Beteiligung hinreichend gesichert durch Sitz und Stimme im satzungsgemäß vorgesehenen Beirat des Vereins.

Im Juni 2016 reichte der neue SPKoM-Träger einen förderfähigen Antrag auf Förderung ein. Im gleichen Monat wurde die Förderung über Zuwendungsbescheid bewilligt, so dass zum 01.07.2016 der Betrieb des „SPKoM MEO-Region“ aufgenommen werden konnte.

Zu 2)

Nach mehreren Anläufen bildete sich eine gemeinsame Initiative des Vereins für Rehabilitation e.V. Mönchengladbach und der für den SPZ-Verbund Düsseldorf stehenden Graf-Recke-Stiftung, die eine gemeinsame Trägerschaft des SPKoM Mittelrhein unter einem gemeinsamen Konzept vereinbarten. Die anderen SPZ-Träger sollen über Kooperationsvereinbarungen und einen gemeinsamen Lenkungsausschuss einbezogen werden.

Die förderfähigen Anträge mit den anliegenden Konzepten liegen seit Mitte Dezember 2016 vor, so dass die Zuwendungsbescheide noch in 2016 für den Start des „SPKoM Mittelrhein“ zum Januar 2017 ausgestellt werden können.

Zu 3)

Die SPKoM haben zu Beginn des Jahres damit begonnen, die jeweils zuständigen SPZ über die Neuordnung zu informieren und die Modalitäten der zukünftigen Kooperationen insbesondere mit den SPZ zu regeln, deren Region bis dahin noch nicht einem SPKoM zugordnet waren.

Es werden neue Kooperationsvereinbarungen geschlossen bzw. bereits bestehende Kooperationsvereinbarungen aktualisiert oder erweitert.

Mit der Einrichtung der beiden SPKoM in Essen (MEO-Region) und Mönchengladbach / Düsseldorf (Mittelrhein) sowie der Neuordnung der Versorgungsgebiete der bereits bestehenden SPKoM wird es im Laufe des ersten Quartals 2017 gelungen sein, eine flächendeckende Versorgung des Rheinlandes durch das Beratungsangebot der SPKoM sicherzustellen.

Die Maßnahme leistet einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Zugänglichkeit der psychiatrischen Regelversorgung für Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund in nunmehr allen Gebietskörperschaften des LVR im Sinne der Zielrichtung 4 des LVR-Aktionsplans „Den inklusiven Sozialraum mitgestalten“.

(Anlage 1: Karte der Versorgungsregionen SPKoM; **Anlage 2:** Tabellarische Übersicht der SPKoM im Rheinland)

Begründung der Vorlage Nr. 14/1769:

Auftrag

Durch Beschluss der Landschaftsversammlung Rheinland vom 28.04.2015 auf Antrag 14/86 vom 27.02.2015 der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen wurde die Verwaltung beauftragt zu prüfen, ob und wie ein flächendeckendes Netz von Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration (SPKoM) im Rheinland aufgebaut werden kann bzw. die Einrichtung weiterer SPKoM unterstützt und die entsprechenden Finanzmittel bereitgestellt werden können.

Neben der Ausführung der Aufgaben der SPKoM wurde mit der Vorlage 14/649 die aktuelle Versorgungssituation des Rheinlandes dargestellt. Zur Dokumentation wurden statistische Werte ermittelt und beschrieben.

Der Gesundheitsausschuss hat in seiner Sitzung vom 11.09.2015 beschlossen:

„Die Verwaltung wird beauftragt, gemäß Vorlage Nr. 14/649 eine flächendeckende Versorgung des Rheinlandes durch einen Neuzuschnitt der bestehenden Versorgungsregionen sowie durch die Einrichtung von zwei weiteren SPKoM sicherzustellen.“

1. Einrichtung eines SPKoM mit einer 1.0 VK-Stelle in der Region Mülheim an der Ruhr, Essen und Oberhausen (MEO).

Die Initiative zur Errichtung eines SPKoM für die Städte Essen, Mülheim, Oberhausen (MEO-Region) ging von der Stadt Essen aus. Grundlage hierfür war der Beschluss des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Integration (ASAGI) vom 18.03.2014 und ein Schreiben des Oberbürgermeisters der Stadt Essen, Geschäftsbereich Jugend, Bildung, Soziales, an die LVR-Landesdirektorin vom 07.11.2014.

Nach Beschlussfassung des Gesundheitsausschusses Ende September 2015 wurden die bereits im Vorfeld geführten Gespräche mit den Psychiatriekoordinationen der jeweiligen Kommunen und den Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) der MEO-Region sowie dem „Verein zur interkulturellen Beratung und Betreuung im Gesundheitsbereich von Essen und dem Ruhrgebiet e.V.“ (ViBB) intensiviert, um die Frage der Trägerschaft und der trägerübergreifenden Kooperation zu klären. Von Seiten des LVR-Dezernates wurde die Erwartung an die regionalen Akteure herangetragen, mit dem Förderantrag eine integrierte und konsenterte Lösung für die MEO-Region vorzulegen.

Im Januar 2016 gründete sich daraufhin der Verein „Sozialpsychiatrisches Netzwerk Integration und Inklusion“ (SoNII e. V.) als Träger des SPKoM MEO-Region und gab sich eine Satzung.

Unter dem Dach des SPKoM-Trägervereins SoNII e. V. haben sich die Träger der SPZ der Meo-Region sowie der ViBB zusammengeschlossen. Mitglieder und Vorstand des Vereins kommen aus den Trägern, die dem Wohlfahrtsverband „Der Paritätische“ angehören.

Dies sind:

- Essener Kontakte e. V.
- Arbeiter Samariter Bund Regionalverband Ruhr e.V.
- Mülheimer Kontakte (MüKon) e. V.
- Intego Oberhausen GmbH
- Verein zur interkulturellen Beratung und Betreuung im Gesundheitsbereich von Essen und dem Ruhrgebiet e.V. (ViBB Essen)

Die den konfessionellen Verbänden zugehörigen SPZ-Träger sahen ihre Beteiligung hinreichend gesichert durch Sitz und Stimme im satzungsgemäß vorgesehenen Beirat des Vereins.

Dies sind:

- Caritas Mülheim an der Ruhr,
- Diakonisches Werk des evangelischen Kirchenkreises Oberhausen
- Katholische Kliniken Essen Nord/West gGmbH

Nach dem Eintrag in das Vereinsregister Ende April 2016 wurde die Auswahl des Standortes (45145 Essen, Frohnhauser Platz 18) und der Mitarbeitenden getroffen.

Im Juni 2016 reichte der neue SPKoM-Träger einen förderfähigen Antrag auf Förderung ein. Im gleichen Monat wurde die Förderung über Zuwendungsbescheid bewilligt. Die Personalstelle wurde mit zwei Fachkräften in Teilzeitbeschäftigung mit sowohl sozialpsychiatrischer als auch interkultureller Kompetenz besetzt. Zum 01.07.2016 konnte der Betrieb des SPKoM MEO-Region aufgenommen werden.

Dem gemäß Vereinssatzung vorgesehene Beirat, der am 09.05.2016 erstmals getagt hat, gehört an:

- die Psychiatriekoordinator*innen der MEO-Region
- je ein/e Vertreter/in der SPZ der MEO-Region
- je ein/e Vertreter/in der kommunalen Integrationszentren der MEO Region
- je ein/e Vertreter/in der Angehörigen- und Psychiatrieerfahrenen- verbände der Städte
- eine/n Vertreter/in der Migrationsbeauftragten der psychiatrischen Kliniken

Dieser Beirat soll die Arbeit des SPKoM begleiten, unterstützen und mitgestalten. Im Rahmen der ersten Sitzung stellten sich die Mitarbeitenden vor und legten die Planungen für die Monate bis zum Jahresende 2016 vor. Diese bestehen in erster Linie in dem Aufbau und Kennenlernen kommunaler Vernetzungsstrukturen sowie auf überregionaler Ebene mit den benachbarten SPKoM. Eine zweite Beiratssitzung soll noch in 2016 stattfinden.

Die Vorstellung des SPKoM im Psychiatriebeirat und der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft der Stadt Essen ist für 2017 vorgesehen. Eine Präsentation im Essener Ausschuss für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Integration soll Ende Januar 2017 erfolgen.

2. Einrichtung eines SPKoM mit einer 1.0 VK-Stelle in der Region Düsseldorf, Rhein-Kreis Neuss, Mönchengladbach und Kreis Viersen

Anders als in der MEO-Region, in der es aufgrund der Initiative der Stadt Essen bereits zu Vorgesprächen mit den Psychiatriekoordinatoren der Städte und den regionalen SPZ-Trägern mit der Verwaltung gekommen war, waren die SPZ-Träger der Regionen

Stadt Düsseldorf,

- Graf-Recke-Stiftung
- Stadt Düsseldorf
- Kaiserswerther Diakonie
- AWO Vita gGmbH

Stadt Mönchengladbach,

- Verein für die Rehabilitation psychisch Kranker e. V.

Kreis Viersen,

- PHG Viersen gGmbH
- AWO Kreisverband Viersen e.V.

Rhein-Kreis-Neuss,

- Diakonisches Werk der evangelischen Kirchengemeinden Neuss e.V.
- Diakonisches Werk Rhein-Kreis Neuss e.V.
- Mobiler Hilfsdienst Meerbusch e. V.

nach Bekanntgabe des Beschlusses zur Vorlage 14/169 nicht darauf vorbereitet, den Beschluss für ihre Regionen umzusetzen. Dieser Umstand hat zu der im Vergleich längeren Vorbereitung und Konsensfindung geführt, so dass in 2016 noch kein SPKoM seine Arbeit aufnehmen können.

In Düsseldorf haben die Träger der vier SPZ unter Moderation der Psychiatriekoordinatorin der Stadt einen SPZ-Verbund Düsseldorf vereinbart und der Graf-Recke-Stiftung als SPZ-Träger die Umsetzung eines SPKoM übertragen.

Da es aber noch keinen regionen- und trägerübergreifenden Konsens gab, der die anderen beteiligten regionalen Akteure mit einbezogen hätte, hat die Verwaltung am 10.03.2016 zu einer Konferenz der Psychiatriekoordinatoren und der SPZ-Träger nach Mönchengladbach eingeladen. Dort wurde über Konzept, Aufgaben und Förderrichtlinien informiert und zu einer integrierten und konsentierten Lösung aufgefordert.

Nach mehreren Anläufen bildete sich eine gemeinsame Initiative des Vereins für Rehabilitation e.V. Mönchengladbach und der für den SPZ-Verbund Düsseldorf stehenden Graf-Recke-Stiftung, die eine gemeinsame Trägerschaft des SPKoM Mittelrhein unter einem gemeinsamen Konzept vereinbarten.

Bestandteile des Antrags sind

- ein gemeinsames Konzept als trägerübergreifendes Dach
- eine Aufteilung des Versorgungsgebietes zwischen beiden Antragstellern in zwei Teilregionen
- eine Aufteilung der Fördermittel auf 2 x 0,5 Stellen
- ein Konzept zur träger- und regionenübergreifenden Kooperation und Vernetzung mit den Elementen

- Kooperationsvereinbarungen zwischen den SPKoM-Trägern und den kooperierenden SPZ-Trägern
- Lenkungsausschuss mit Beteiligung der SPKoM-Träger, SPZ-Träger der Versorgungsregion und jeweiligen Psychiatriekoordinatoren

Im Zuge der Beratungen hat sich der Verein für Rehabilitation e.V. Mönchengladbach bereit erklärt, mit Blick auf die gute regionale Erreichbarkeit den Kreis Heinsberg in seine Teilregion zu integrieren.

Damit ergibt sich folgende Aufteilung der Versorgungsregion SPKoM-Mittelrhein:

Graf-Recke-Stiftung mit Standort Düsseldorf:

- Stadt Düsseldorf
- Rhein-Kreis Neuss

Verein für Rehabilitation e.V. mit Standort Mönchengladbach:

- Stadt Mönchengladbach
- Kreis Viersen
- Kreis Heinsberg

Die förderfähigen Anträge mit den anliegenden Konzepten liegen seit Mitte Dezember 2016 vor, so dass die Zuwendungsbescheide noch in 2016 für den Start des „SPKoM Mittelrhein“ zum Januar 2017 ausgestellt werden können.

3. Neuordnung der SPKoM-Versorgungsregionen

Nach Vorlage 14/649 sollte das Ziel einer flächendeckenden Versorgung des Rheinlandes mit Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration in drei Schritten realisiert werden.

Bereits während die beiden ersten Schritte, wie in Kapitel 2 ausgeführt, die Einrichtung der beiden neuen SPKoM, vollzogen wurden, hat die Verwaltung gemeinsam mit den bereits etablierten SPKoM den dritten Schritt - die Neuordnung der SPKoM-Versorgungsregionen - eingeleitet:

- Erweiterung der Versorgungsregion „Südliches Rheinland“ um das Einzugsgebiet des SPZ Waldbröl im südlichen Oberbergischen Kreis.
- Erweiterung der Versorgungsregion SPKoM „Bergisches Land“ (Trägerverbund der Städte Remscheid, Solingen, Wuppertal und Kreis Mettmann) um die Einzugsgebiete der SPZ Wipperfürth im nördlichen Oberbergischen Kreis und SPZ Wermelskirchen im nördlichen Rheinisch-Bergischen-Kreis.
- Erweiterung der Versorgungsregion „Köln“ (SPKoM Köln) um die Einzugsgebiete der SPZ Bergisch Gladbach/Overath im südlichen Rheinisch-Bergischen Kreis und des SPZ Leverkusen.
- Erweiterung der Versorgungsregion „Duisburg/Niederrhein“ (SPKoM Duisburg) um die SPZ Versorgung der Stadt Krefeld.

Ursprünglich war gemäß Vorlage 14/649 auch die Erweiterung der Versorgungsregion „Westliches Rheinland“ (SPKoM Aachen) um die SPZ-Versorgung des Kreises Heinsberg vorgesehen.

Im Zuge der Umsetzung lag es mit Blick auf die Erreichbarkeiten der SPZ von den jeweiligen Standorten des neuen SPKoM Mittelrhein und mit dem Ziel einer internen gleichmäßigen Lastenverteilung nahe, den Kreis Heinsberg mit zwei SPZ eher dem SPKoM-Mittelrhein zuzuordnen. Die Antragsteller waren mit diesem Vorschlag der Verwaltung einverstanden und haben diese Aufteilung des Versorgungsgebietes in ihr Konzept aufgenommen.

Die SPKoM haben zu Beginn des Jahres damit begonnen, die jeweils zuständigen SPZ über die Neuordnung zu informieren und die Modalitäten der zukünftigen Kooperationen insbesondere mit den SPZ zu regeln, deren Region bis dahin noch nicht einem SPKoM zugordnet waren.

Es werden neue Kooperationsvereinbarungen geschlossen bzw. bereits bestehende Kooperationsvereinbarungen aktualisiert oder erweitert.

Fazit

Mit der Einrichtung der beiden SPKoM in Essen (Meo-Region) und Mönchengladbach / Düsseldorf (Mittelrhein) sowie der Neuordnung der Versorgungsgebiete der bereits bestehenden SPKoM wird es im Laufe des ersten Quartals 2017 gelungen sein, eine flächendeckende Versorgung des Rheinlandes durch das Beratungsangebot der SPKoM sicherzustellen.

Die Maßnahme leistet einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Zugänglichkeit der psychiatrischen Regelversorgung für Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund in nunmehr allen Gebietskörperschaften des LVR im Sinne der Zielrichtung 4 „Den inklusiven Sozialraum mitgestalten“ des LVR-Aktionsplans.

In Vertretung

W e n z e l – J a n k o w s k i

Anlagen

Anlage 1: Karte der Versorgungsregionen SPKoM

Anlage 2: Tabellarische Übersicht der SPKoM im Rheinland

Anlage 2: Tabellarische Übersicht der SPKoM im Rheinland

SPKoM/Region/SPZ	Anzahl SPZ Standorte	Einwohnerzahl im Versorgungsgebiet
SPKoM Westliches Rheinland (Aachen)	8	1.283.407
Förderverein Reha - Eschweiler	1	
Aachener Verein - Stolberg	1	
Aachener Laienhilfe Aachen Nord/West	1	
Aachener Laienhilfe Aachen Süd/Ost	1	
Die Kette Düren	1	
Die Kette Jülich	1	
APK Hürth	1	
APK Bergheim	1	
SPKoM Südliches Rheinland (Bonn)	8	1.198.897
Bonner Verein	1	
Caritas Bonn	1	
Diakonisches Werk Siegburg	1	
SKM SPZ Meckenheim	1	
AWO SPZ Eitorf	1	
ASB Troisdorf	1	
Caritas Euskirchen	1	
Oberbergische Gesellschaft mbh (Waldbröl)	1	
SPKoM Köln	12	1.426.101
Kölner Verein	1	
Caritasverband Innenstadt	1	
Caritasverband Porz	1	
Stadt Köln Mülheim	1	
Stadt Köln Kalk	1	
SPZ Köln-Nippes	1	
SPZ Köln Chorweiler	1	
DRK Köln Lindenthal	1	
Pia Causa Köln Rodenkirchen	1	
SPZ Leverkusen gGmbH	1	
SPZ Die Kette Bergisch Gladbach	1	

SPZ Die Kette Overath/Untereschbach	1	
SPKoM Duisburg/Niederrhein	12	1.467.364
Regenbogen Mitte/Süd	1	
Regenbogen West	1	
PHG Hamborn	1	
PHG Homberg	1	
Papillon Kleve	1	
Papillon Geldern	1	
Caritas Moers Xanten	2	
Spix e.V.	1	
Caritas Dinslaken-Wesel	1	
SKM Krefeld	1	
PSH Krefeld	1	
SPKoM Bergisches Land (Solingen)	10	1.362.507
VPD Langenfeld	1	
SPZ Ratingen gGmbH	1	
SGN Velbert	1	
SKFM Mettmann	1	
SPZ Remscheid	1	
PTV Solingen	1	
Wuppertal Elberfeld	1	
Wuppertal Barmen	1	
Oberbergische Gesellschaft (Wipperfürth)	1	
SPZ Alpha Wermelskirchen	1	
SPKoM MEO-Region (Essen)	8	982.836
Caritas Mülheim an der Ruhr	1	
Mülheimer Kontakte	1	
Essener Kontakte e. V.	1	
Kliniken Essen Nord/West - Philippusstift	1	
ASB Ruhr e. V. - SPZ Essen Südost -	1	
Caritas Oberhausen	1	
Diakonisches Werk Oberhausen	1	

Intego GmbH	1	
SPKoM Mittelrhein (Düsseldorf/Mönchengladbach)	13	1.845.148
Graf-Recke-Stiftung	1	
Kaiserswerther Diakonie	1	
AWO Düsseldorf	1	
Stadt Düsseldorf Gesundheitsamt	1	
Verein für Rehabilitation Mönchengladbach Nord	1	
Verein für Rehabilitation Mönchengladbach Süd	1	
Diakonisches Werk der ev. Kirchengemeinden in Neuss	1	
Diakonisches Werk ev. Kirchengemeinden Rhein-Kreis-Neuss	1	
Mobiler Hilfsdienst Meerbusch	1	
PHG gGmbH Viersen	1	
AWO Kreisverband Viersen e. V.	1	
Caritasverband Heinsberg	1	
Caritasverband Heinsberg/Erkelenz	1	
Versorgung	71	9.566.260

Vorlage-Nr. 14/1772

öffentlich

Datum: 23.12.2016
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Frau Schröder/Herr Kaiser

Krankenhausausschuss 3	16.01.2017	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	17.01.2017	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	18.01.2017	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	19.01.2017	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	20.01.2017	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

**Projekt: Erprobung von Angeboten der Peer-Beratung durch Genesungsbegleiterinnen und -begleiter in den LVR-Kliniken
hier: Vorlage zum Projekt-Sachstand**

Kenntnisnahme:

Der Zwischenbericht zum Stand des Verbundprojektes "Erprobung von Angeboten der Peer-Beratung durch Genesungsbegleiterinnen und -begleiter in den LVR-Kliniken" wird gemäß Vorlage Nr. 14/1772 zur Kenntnis genommen.

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-Aktionsplanes für Gleichstellung, Familienfreundlichkeit und Gender Mainstreaming. 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

Zusammenfassung:

Mit Beschluss des Gesundheitsausschusses vom 30.03.2015, des Landschaftsausschusses vom 22.04.2015 und der Landschaftsversammlung vom 28.04.2015 wurde die Verwaltung beauftragt, den Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und –begleitern in bis zu drei LVR-Kliniken modellhaft zu erproben und über die Erfahrungen zu berichten. Die Verwaltung legt hiermit einen ersten Zwischenbericht zur Umsetzung des Verbundprojektes vor.

Dem Auftrag folgend wurden zunächst mit den Klinikvorständen der LVR-Kliniken Bonn und Düren sowie des LVR-Klinikums Essen, anschließend auch mit dem Klinikvorstand der LVR-Klinik Bedburg-Hau in 2015 entsprechende Zielvereinbarungen geschlossen. Die Ausweitung des Auftrags auf mehr als drei LVR-Kliniken war hierbei durchaus beabsichtigt. So schlossen sich die LVR-Kliniken Köln (2015) sowie Mönchengladbach, Viersen und Langenfeld (2016) dem Verbundprojekt an. Das LVR-Klinikum Düsseldorf wird nach Abschluss der Zielvereinbarung in 2017 das Verbundprojekt vervollständigen.

Das am 01.04.2016 gestartete Projekt hat eine Laufzeit von drei Jahren und endet zum 31.03.2019.

Das Projekt berührt und beeinflusst in seiner Zielsetzung die positive Grundhaltung der Klinikmitarbeitenden in Richtung des LVR-Aktionsplans und der darin enthaltenen Zielrichtung 1 *„Die Partizipation von Menschen mit Behinderungen im LVR ausgestalten“*, in dem die Förderung von Autonomie und Partizipation der Patientinnen und Patienten in der Behandlung unmittelbar positiv durch Genesungsbegleitende beeinflusst wird. Im Sinne der UN-BRK geht es hier einerseits um die Inklusion von ehemals seelisch erkrankten Menschen ins Arbeitsleben und andererseits um die Chance zur Verbesserung von Arbeitsergebnissen in der klinischen Behandlung der Patientinnen und Patienten, zur Erleichterung ihrer Umsetzung und zur Sicherung ihrer nachhaltigen Wirkung.

Zum 30.11.2016 beschäftigen die LVR-Kliniken insgesamt neun Genesungsbegleiterinnen und –begleiter. Die von den Genesungsbegleitenden durchgeführten Angebote reichen von offenen Beratungsangeboten für Patientinnen und Patienten (Peer-Beratung im engeren Sinne) über die Mitwirkung bei psychoedukativen oder aktivitätsbezogenen Gruppenangeboten (z.B. Kochgruppe) bis hin zur Mitwirkung bei internen Schulungen von Mitarbeitenden zu relevanten Themen wie Genesungsbegleitung/Recovery.

Die Voraussetzung für eine gelingende Implementierung von Angeboten der Genesungsbegleitung in den psychiatrischen Behandlungskontexten besteht in einem längerfristigen Prozess, der Maßnahmen der Bewusstseinsbildung bzw. Haltungsänderung auf Ebene der Mitarbeitenden initiiert. Daher sind eine sorgfältige Vorbereitung sowie eine an den individuellen Gegebenheiten der LVR-Kliniken angepasste Geschwindigkeit bei der Umsetzung der einzelnen Projektschritte geboten.

Eine Verständigung über zentrale Grundsätze bzw. Rahmenbedingungen der Projektumsetzung in den LVR-Kliniken bildet die Basis der Projektbemühungen. Zur fortlaufenden Erfassung der unterschiedlichen Projektstände und –fortschritte in den Kliniken wurde ein Erhebungsinstrument im Format eines Online-Fragebogens entwickelt. Eine erste Projektberichterstattung aus den LVR-Kliniken auf der Grundlage dieses

Instrumentes (erster Zwischenbericht) erfolgt bis Mitte Dezember 2016.
Die Auswertung soll insbesondere förderliche und auch weniger hilfreiche Strukturen, Maßnahmen und Prozesse identifizieren, um Empfehlungen zur Implementierung und Verstärkung von Angeboten der Genesungsbegleitung in den LVR-Kliniken abzuleiten.

Begründung der Vorlage Nr. 14/1772:

Auftrag

Mit Beschluss des Gesundheitsausschusses vom 30.03.2015, des Landschaftsausschusses vom 22.04.2016 und der Landschaftsversammlung vom 28.04.2015 wurde die Verwaltung beauftragt, den Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und –begleitern in bis zu drei LVR-Kliniken modellhaft zu erproben und über die Erfahrungen zu berichten.

1. Ausgangslage

Peer-Support im Sinne von „Genesungsbegleitung“ ist im psychiatrischen Versorgungssystem in Deutschland ein relativ junges Phänomen.

Die hierfür eingesetzten Genesungsbegleiterinnen und -begleiter haben eine spezifische Ausbildung mit Zertifikat (UN-BRK, Leonardo da Vinci Pilotprojekt EX-IN 2005–2007) abgeschlossen. Bundesweit bestehen bereits in mehreren psychiatrischen Kliniken Angebote der Genesungsbegleitung (z.B. UKE Hamburg-Eppendorf, LWL-Klinik Herten). Die Aufgaben für Genesungsbegleiterinnen und -begleiter im Kontext von psychiatrischen Kliniken sind hierbei vielfältig.

Auch in den LVR-Kliniken soll der Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern in unterschiedlichen Behandlungskontexten (Umsetzungsvarianten) modellhaft erprobt werden. Die Ausweitung des Auftrags auf mehr als drei LVR-Kliniken ist hierbei durchaus erwünscht.

Bislang haben acht der neun LVR-Kliniken den Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und –begleitern in den institutionellen Zielvereinbarungen verankert: „Der LVR-Klinikverbund stärkt die Partizipation Patientenautonomie und Selbstverantwortung“ (ZV1/Zielbild 2020). Dabei handelt es sich um ein mehrjähriges Ziel mit unterschiedlichen Kennzahlenbeschreibungen, die inhaltlich mit den Meilensteinen des Projektes korrespondieren.

Das Projekt berührt und beeinflusst in seiner Zielsetzung die positive Grundhaltung der Klinikmitarbeitenden in Richtung des LVR-Aktionsplans und der darin enthaltenen Zielrichtung 1 „*Die Partizipation von Menschen mit Behinderungen im LVR ausgestalten*“ in dem die Förderung von Autonomie und Partizipation der Patientinnen und Patienten in der Behandlung unmittelbar positiv durch Genesungsbegleitende beeinflusst wird. Im Sinne der UN-BRK geht es hier einerseits um die Inklusion von ehemals seelisch erkrankten Menschen ins Arbeitsleben und andererseits um die Chance zur Verbesserung von Arbeitsergebnissen in der klinischen Behandlung der Patientinnen und Patienten, zur Erleichterung ihrer Umsetzung und zur Sicherung ihrer nachhaltigen Wirkung.

2. Verlauf und Sachstand des Projektes in den LVR-Kliniken

Der politische Auftrag sieht vor, dass in bis zu drei LVR-Kliniken der Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern in unterschiedlichen Behandlungskontexten (Umsetzungsvarianten) modellhaft erprobt wird.

Dem Auftrag folgend wurden zunächst mit den Klinikvorständen der LVR-Kliniken Bonn und Düren sowie des LVR-Klinikums Essen, anschließend auch mit dem Klinikvorstand der LVR-Klinik Bedburg-Hau in 2015 entsprechende Zielvereinbarungen geschlossen. Die Vorgespräche mit den vier Klinikvorständen sowie eine gemeinsame Auftaktveranstaltung am 18.08.2015 begründeten die Vorphase der Projektarbeit.

Die Einrichtung des Verbundprojektes wurde verbundweit kommuniziert, durchaus in der Absicht, weitere LVR-Kliniken zur Mitwirkung zunächst unabhängig von Zielvereinbarungen zu gewinnen. So nahm die LVR-Klinik Köln bereits bei der konstituierenden Sitzung der Verbundprojektgruppe im August 2015 mit ihren intern eingeleiteten Aktivitäten teil. Nachdem nun für das Jahr 2016 weitere Zielvereinbarungen zur Erprobung von Peer-Beratung durch Genesungsbegleiterinnen / -er abgeschlossen worden sind, haben sich ab Juni 2016 auch die LVR-Kliniken Mönchengladbach, Viersen und Langenfeld dem Verbundprojekt angeschlossen.

Auch mit allen hinzugekommenen Klinikvorständen hat die Verbundzentrale, verantwortlich für das Projektmanagement im Verbund, zum Einstieg Vorgespräche über deren Beteiligung am Verbundprojekt geführt.

Das LVR-Klinikum Düsseldorf wird nach Abschluss der Zielvereinbarung in 2017 das Verbundprojekt vervollständigen.

Das am 01.04.2016 gestartete Projekt hat eine Laufzeit von drei Jahren und endet zum 31.03.2019.

In Vorbereitung auf das Projekt erfolgte Ende 2014 die Vernetzung mit dem Verein „Ex-IN NRW“ über die Mitwirkung der Abteilung 84.20 im EX-IN-Beirat.

Von Seiten der Kliniken wurden Projektverantwortliche als Ansprechpersonen für die Verbundzentrale benannt und Ressourcen für die klinikinterne Begleitung und Umsetzung des Projekts bereit gestellt. Von Seiten der Verbundzentrale erfolgte die Einrichtung eines Projektmanagements und eines für alle Projektteilnehmenden zugänglichen zentralen Ordners zur verbundweiten Kommunikation, in dem relevante Fachpublikationen, Materialien und Abstimmungsergebnisse im Projekt (z. B. Mustertexte für die Stellenbeschreibungen, etc.) hinterlegt werden.

In der Projektvorphase (September 2015 bis März 2016) wurden mit den Projektverantwortlichen zwei halbtägige Workshops (24.11.2015, 12.01.2016) durchgeführt. Die bisherigen Erfahrungen mit Genesungsbegleiterinnen und -begleitern in den LVR-Kliniken und die zum damaligen Zeitpunkt im Zusammenhang mit den jeweiligen klinikinternen Umsetzungsvarianten erfolgten Maßnahmen wurden systematisch erfasst. Eine Verständigung über die zukünftig geltenden zentralen Grundsätze bzw. Rahmenbedingungen der Projektumsetzung in den LVR-Kliniken wurde vereinbart und im Projektauftrag festgehalten.

Grundsätze und Rahmenbedingungen der Projektdurchführung sind:

1. Die Gesamtverantwortung für die klinikinternen Angebote der Genesungsbegleitung werden multiprofessionell ausgerichtet: ärztliche und pflegerische Verantwortung.
2. Die Einstellungsvoraussetzung für Genesungsbegleiterinnen und -begleiter ist der Nachweis eines Ex-IN Zertifikats.
3. Genesungsbegleiterinnen und -begleiter werden sozialversicherungspflichtig (>14 Std./Wo. Vergütung nach EG 3a) beschäftigt, Ausnahmen sind im gegenseitigen Einverständnis zwischen Genesungsbegleiterinnen und -begleitern und den Kliniken möglich.
4. Die Beschäftigung von (mindestens) zwei Genesungsbegleiterinnen bzw. -begleitern als Kleinteam/Tandem pro LVR-Klinik wird angestrebt.

Die meisten LVR-Kliniken verfügten zum Projektstart bereits über Erfahrungen in der Arbeit mit Genesungsbegleiterinnen und –begleitern, da diese im Rahmen ihrer EX-IN-Ausbildung in den Kliniken die erforderlichen Praktika bzw. Hospitationen ableisteten und auch weiterhin ableisten. Die spezifischen Voraussetzungen und Bedingungen der Kliniken sind darüber hinaus in Bezug auf das Ausmaß der bisherigen Erfahrungen mit Genesungsbegleiterinnen und –begleitern, die inhaltlichen Vorbereitungsmaßnahmen für Mitarbeitende (z.B. Schulungen zu relevanten Themen wie Recovery, Adherence-Therapie, etc.) sowie Art, Umfang und Inhalt geplanter oder bereits in Umsetzung befindlicher Angebote der Genesungsbegleitung heterogen, so dass sich aus den unterschiedlichen Ausgangslagen zeitlich versetzte Abläufe sowie unterschiedliche Herangehensweisen und Entwicklungsfortschritte in den Kliniken für die Entwicklung von Angeboten der Genesungsbegleitung ergeben.

Die Voraussetzung für eine gelingende Implementierung von Angeboten der Genesungsbegleitung im psychiatrischen Behandlungskontext besteht erfahrungsgemäß¹ in einem längerfristigen Prozess von Schulungen (Recovery) und weiteren Maßnahmen der Bewusstseinsbildung bzw. Haltungsänderung auf Ebene der Mitarbeitenden. Daher wurde von Seiten des zentralen Projektmanagements der Wunsch der einzelnen Kliniken nach einer sorgfältigen Vorbereitung sowie einer an die individuellen Gegebenheiten angepasste Geschwindigkeit bei der Umsetzung einzelner Entwicklungsschritte berücksichtigt und unterstützt.

Nach dem offiziellen Start des Projekts am 01.04.2016 fanden bisher zwei weitere halbtägige Projektgruppentreffen statt (02.06.2016, 06.10.2016). Am 02.06.2016 hielt Frau Dr. Filius (Bielefeld), Psychiatrieerfahrene und EX-IN-Trainerin, in diesem Rahmen auf Einladung der Verbundzentrale einen Vortrag zum Thema „Ein- und Ausblicke in die Tätigkeiten und Wirkungen von Genesungsbegleitern“.

Aus der Gesamtprojektgruppe heraus wurde eine Arbeitsgruppe gegründet, die sich mit der Entwicklung und Erstellung von weiteren Schulungs-, Fortbildungs- und Informationsangeboten für Mitarbeitende der LVR-Kliniken beschäftigt und die Ergebnisse in die Gesamtprojektgruppe einbringt.

Von Seiten der LVR-Akademie für seelische Gesundheit in Solingen wurden in 2015 und 2016 verschiedene zentrale Schulungsangebote für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LVR-Kliniken zu den Themen Adherence-Therapie, Recovery sowie Peer-Beratung in psychiatrischen Arbeitsfeldern in Zusammenarbeit mit Genesungsbegleitenden durchgeführt.

Zum 30.11.2016 beschäftigen die LVR-Kliniken insgesamt neun Genesungsbegleiterinnen und –begleiter. Die von diesen durchgeführten Angebote reichen von offenen Beratungsangeboten für Patientinnen und Patienten (Peer-Beratung im engeren Sinne) über die Mitwirkung bei psychoedukativen oder aktivitätsbezogenen Gruppenangeboten (z.B. Kochgruppe) bis hin zur Mitwirkung bei internen Schulungen von Mitarbeitenden zu relevanten Themen wie Genesungsbegleitung/Recovery.

Zur fortlaufenden Erfassung der unterschiedlichen Projektstände und –fortschritte in den Kliniken wurde ein Erhebungsinstrument im Format eines Online-Fragebogens entwickelt.

¹ Vgl. Heumann, K., Utschakowski, J., Mahlke, C., Bock, T. Implementierung von Peer-Arbeit. Nervenheilkunde 4/2015: Seite 275 - 278

Eine erste Projektberichterstattung aus den LVR-Kliniken auf der Grundlage dieses Instrumentes (erster Zwischenbericht) erfolgt bis Mitte Dezember 2016. Erst nach Abschluss und Auswertung dieser ersten Erhebung wird das Projektmanagement eine strukturierte Übersicht über die Entwicklungsstände in den LVR-Kliniken erstellen können. Die Auswertung soll insbesondere förderliche und auch weniger hilfreiche Strukturen, Maßnahmen und Prozesse identifizieren helfen, um daraus Empfehlungen für alle LVR-Kliniken zur Implementierung und Verstetigung von Angeboten der Genesungsbegleitung abzuleiten.

3. Ausblick und weitere Projektplanung

In 2017 ist die Einrichtung und Durchführung eines klinikübergreifenden Vernetzungs- und Reflektionsangebots zur Unterstützung aller in den LVR-Kliniken tätigen Genesungsbegleiterinnen und –begleiter geplant, welches voraussichtlich Ende Januar/Anfang Februar 2017 mit einer Auftaktveranstaltung in der Verbundzentrale beginnen wird.

Zur Moderation dieses Gruppenangebotes konnten zwei externe Moderatorinnen mit ausgewiesener Expertise – eine Supervisorin mit langjähriger, praktischer Krankenhauserfahrung sowie eine Psychiatrie-Erfahrenere mit mehrjähriger Erfahrung in der Peer-Arbeit – gewonnen werden. Im Rahmen der Auftaktveranstaltung sollen diese den teilnehmenden Genesungsbegleiterinnen und –begleitern aus den LVR-Kliniken vorgestellt werden. Für 2017 sind insgesamt vier Gruppenveranstaltungen des Austauschs und der Praxisreflexion in Absprache und nach den Bedürfnissen der Genesungsbegleiterinnen und -begleiter der LVR-Kliniken vorgesehen. Hieraus können Empfehlungen an die Projektgruppe sowie an die Kliniken zurückfließen.

Eine Wiederholung der Online-Befragung im Sinne der laufenden Projektberichterstattung (mit evtl. veränderten oder inhaltlich ergänzten Schwerpunkten) ist für Ende 2017 sowie zum Ende der Projektlaufzeit geplant und als Teil der Evaluation des Gesamtprojektes zu verstehen.

Zur Entwicklung und Umsetzung weiterer Evaluationsschritte hat die Verbundzentrale Kontakte zum Dezernat 7 (Modellprojekt „Peer-Beratung“), zu externen Partnern – Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf – und zum LVR-Institut für Versorgungsforschung aufgenommen.

Zur Darlegung der weiteren Entwicklung des Verbundprojektes wird Ende 2017 ein weiterer Zwischenbericht vorgelegt.

In Vertretung

W e n z e l – J a n k o w s k i

TOP 6 Anträge und Anfragen der Fraktionen



Antrag-Nr. 14/161

öffentlich

Datum: 21.12.2016
Antragsteller: GRÜNE

Gesundheitsausschuss 20.01.2017 Beschluss

Tagesordnungspunkt:

Anträge und Anfragen: Einrichtung einer Traumaambulanz an allen LVR-Kliniken prüfen

Beschlussvorschlag:

Die Verwaltung wird beauftragt zu prüfen, wie an allen LVR-Kliniken eine Traumaambulanz eingerichtet werden kann.

Begründung:

2015 und 2016 hat sich die Zahl der geflüchteten und asylsuchenden Menschen in Deutschland deutlich erhöht. Auch in den LVR-Kliniken steigen die Zahlen der Patientinnen und Patienten deutlich, die in Deutschland Schutz und Asyl suchen. Viele dieser Menschen leiden aufgrund von Erlebnissen in ihren Heimatländern und Fluchterfahrungen unter Traumata und benötigen Hilfe. Aufgrund der im Gesundheitsausschuss vorgestellten Erfahrungen in der LVR-Klinik Düsseldorf soll die Einrichtung von Traumaambulanzen an allen LVR-Kliniken geprüft werden.

Ralf Klemm

Beschlüsse des Gremiums Gesundheitsausschuss öffentlich offene Beschlüsse

Vorlage / Antrag / Anfrage	TOP / Betreff	Gremium / Datum	feder-führende DST	Beschluss / Auftrag Fachausschussbezogene Ergänzung	Zu erled. bis	Beschlussausführung	
14/1335	Stipendienprogramm des LVR-Klinikverbundes zur Förderung von Medizin-studierenden	KA 3 / 12.09.2016 KA 2 / 13.09.2016 KA 4 / 14.09.2016 KA 1 / 15.09.2016 GA / 19.09.2016	81	Die Verwaltung wird beauftragt, entsprechend der Vorlage 14/1335 für den LVR-Klinikverbund das Stipendienprogramm zur Förderung von Medizinstudierenden für weitere vier Jahre ab dem 01.01.2017 fortzuführen.	01.06.2017	Der nächste Einstellungstermin ist der 01.06.2017.	
14/996	Gedenk- und Erinnerungsort Waldniel-Hostert: Wettbewerbsergebnis	Ku / 24.02.2016 Fi / 04.03.2016 KA 3 / 25.04.2016 GA / 29.04.2016 LA / 24.05.2016	983	"Die Arbeitsgemeinschaft struber_gruber wird mit der Realisierung ihres Entwurfes gemäß der Jury-Empfehlung zur weiteren Ausgestaltung des Gedenk- und Erinnerungsortes Waldniel-Hostert vom 17.12.2015 beauftragt. Die notwendigen Haushaltsmittel in Höhe von 335.000,- € werden beim LVR-AFZ, Produktgruppe 026, bereitgestellt."	31.12.2017	Die Gespräche zur Umsetzung des prämierten Entwurfes mit den Beteiligten (Zivil- und Kirchengemeinde Schwalmtal sowie Arbeitsgemeinschaft struber_gruber und Fachbereich 24) wurden aufgenommen. Ein Vertragsentwurf mit Regelung der Unterhalts- und Pflegemaßnahmen ist abgestimmt und wird der politischen Vertretung im Kulturausschuss am 31.08.2016 zur Kenntnis gegeben.	
14/857	Flüchtlingshilfen des Landschaftsverbandes Rheinland	KA 3 / 09.11.2015 KA 2 / 10.11.2015 KA 4 / 11.11.2015 KA 1 / 12.11.2015 GA / 13.11.2015 Fi / 02.12.2015 LA / 09.12.2015	84	1) "Die Verwaltung wird beauftragt, die in der Vorlage Nr. 14/857 aufgezählten Maßnahmen zur Hilfe für Flüchtlinge umzusetzen."	31.03.2017	Vorlage wird erstellt.	
14/857	Flüchtlingshilfen des Landschaftsverbandes Rheinland	KA 3 / 09.11.2015 KA 2 / 10.11.2015 KA 4 / 11.11.2015 KA 1 / 12.11.2015 GA / 13.11.2015 Fi / 02.12.2015 LA / 09.12.2015	84	2) "Sollte aufgrund der umgesetzten Maßnahmen ein überplanmäßiger Bedarf erforderlich sein, wird dieser für 2016 bis zu einem Betrag von 221.520 € genehmigt."	31.03.2017	Vorlage wird erstellt.	
14/705	Informationsreise des Gesundheitsausschusses nach Südwürttemberg und in den Kanton Thurgau	GA / 11.09.2015 ÄR / 25.09.2015 LA / 25.09.2015	84	"Der Studien- und Informationsreise des Gesundheitsausschusses nach Südwürttemberg und in den Kanton Thurgau (Schweiz) im Jahr 2016 wird gemäß Vorlage 14/705 zugestimmt."	31.12.2017	Reise befindet sich in Vorbereitung (Reisedatum: 20.06. - 22.06.2017).	

Selektionskriterien:
alle öffentlichen offenen Beschlüsse

Legende: **Gremium** = Beschlussgremium

Beschlüsse des Gremiums Gesundheitsausschuss öffentlich offene Beschlüsse

Vorlage / Antrag / Anfrage	TOP / Betreff	Gremium / Datum	feder-führende DST	Beschluss / Auftrag Fachausschussbezogene Ergänzung	Zu erled. bis	Beschlussausführung	
14/377	Beteiligung des LVR an Hilfsfonds 1. für ehemalige Heimkinder der Jugendhilfe (Fonds „Heimerziehung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1949 bis 1975“) 2. für Kinder und Jugendliche aus psychiatrischen Kliniken und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen	Ju / 19.03.2015 Fi / 17.04.2015 LA / 22.04.2015 Soz / 04.05.2015 GA / 29.05.2015	4	2) "2. Der LVR unterstützt gemäß Vorlage Nr. 14/377 die beabsichtigte Errichtung eines dem „Heimkinderfonds West“ ähnlichen bundesweiten Hilfesystems für Opfer der Psychiatriekliniken und der Behindertenhilfe in den 1950er bis 1970er Jahren. Er erklärt sich dem Grunde nach, aber unter Vorbehalt der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung, bereit, sich an einem entsprechenden Fonds zu beteiligen."	31.12.2017	Der Fonds für die Opfer der Psychiatriekliniken und der Behindertenhilfe in den 1950er bis 1970er Jahren wird errichtet. Das Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales NW beauftragt die beiden Landesjugendämter mit der Beratungsarbeit. Der Stiftungsvertrag soll auf Bundesebene Anfang Dezember unterzeichnet werden. Mit Vorlage Nr. 14/1442 hat der LA in seiner Sitzung am 23.09.2016 die finanzielle Beteiligung des LVR an der Stiftung Anerkennung und Hilfe und die Weiterführung der Anlauf- und Beratungsstelle für das Rheinland beschlossen.	
14/127 FDP	Fachhochschule des LVR für Soziales und Gesundheit prüfen	Soz / 29.08.2016 Schul / 30.08.2016 HPH / 02.09.2016 KA 3 / 12.09.2016 KA 2 / 13.09.2016 KA 4 / 14.09.2016 KA 1 / 15.09.2016 GA / 19.09.2016 PA / 19.09.2016 Fi / 21.09.2016 LA / 23.09.2016	1	"Die Verwaltung wird beauftragt, den Bedarf für den LVR für Berufe im Sozial- und Gesundheitswesen zu prüfen und daran angeknüpft Lösungsvorschläge zur Bedarfsdeckung vorzulegen."	30.06.2017	Das LVR-Dezernat 1 prüft zunächst den rechtlichen Rahmen, inwiefern die Einrichtung einer Fachhochschule des LVR für Soziales und Gesundheit mit den Regularien der LVerbO, insbesondere § 5, vereinbar ist.	
14/126 FDP	Lebensdauerkosten bei Bauten berücksichtigen	HPH / 02.09.2016 JHR / 05.09.2016 Bau- und VA / 07.09.2016 KA 3 / 12.09.2016 KA 2 / 13.09.2016 KA 4 / 14.09.2016 KA 1 / 15.09.2016 GA / 19.09.2016 PA / 19.09.2016 Fi / 21.09.2016 Proj.Ko Bauvorh. Ottopl. / 22.09.2016 LA / 23.09.2016	3	"Im Frühjahr 2017 soll eine gemeinsame Sondersitzung des Bau- und Vergabeausschusses und des Umweltausschusses zu den Themen "Lebensdauerkosten" und "Ressourcensparendes Planen und Bauen" durchgeführt werden."	31.03.2017	Am 07.02.2017 findet die gemeinsame Sondersitzung des Bau- und Vergabeausschusses und des Umweltausschusses zu den Themen "Lebensdauerkosten" und "Ressourcensparendes Planen und Bauen" statt.	

Selektionskriterien:
alle öffentlichen offenen Beschlüsse

Legende: **Gremium** = Beschlussgremium

Beschlüsse des Gremiums Gesundheitsausschuss öffentlich offene Beschlüsse

Vorlage / Antrag / Anfrage	TOP / Betreff	Gremium / Datum	feder-führende DST	Beschluss / Auftrag Fachausschussbezogene Ergänzung	Zu erled. bis	Beschlussausführung	
14/60 SPD, CDU	Haushalt 2015/16 Angebote für Menschen mit besonderem Wohn- und Betreuungsbedarf	GA / 13.03.2015 Soz / 24.03.2015 Fi / 17.04.2015 LA / 22.04.2015 LVers / 28.04.2015	73	Die Verwaltung wird beauftragt darzustellen, wie viele Menschen beim LVR bekannt sind oder festgestellt werden können, für die es aufgrund der Art und Schwere ihrer Beeinträchtigung in der derzeitigen Struktur von Wohnheimen und Betreuten Wohnangeboten keine ausreichenden Angebote gibt. Auf dieser Basis sollten entsprechende Perspektiven zur Schaffung bzw. Weiterentwicklung angemessener Wohn- und Betreuungsformen für diesen Personenkreis aufgezeigt werden.	31.12.2016	Eine differenzierte Datenanalyse ist in Bearbeitung und soll durch ein Trainee-Projekt unterstützt werden, um qualitative Untersuchungen zu spezifischen Versorgungsbedarfen durchzuführen. Eine Berichterstattung erfolgt im Soz im November. Auf dieser Grundlage wird angestrebt, mit den Verbänden der FW eine Zielvereinbarung zur Weiterentwicklung von Wohnangeboten für spezielle Unterstützungsbedarfe abzuschließen.	
13/3411	LVR-Klinik Düren Ersatzbau Standardbettenhaus, 2. Bauabschnitt Aufstockung um ein weiteres Geschoss hier: Vorstellung der Planung und der Kosten	KA 1 / 23.01.2014 GA / 24.01.2014	3	Der Planung und den Kosten in Höhe von 5.470.680 € brutto für die Aufstockung um ein weiteres Geschoss für den Ersatzbau Standardbettenhaus, 2. Bauabschnitt, für die LVR-Klinik Düren wird gemäß Vorlage-Nr. 13/3411 zugestimmt. Die Verwaltung wird mit der Durchführung beauftragt.	31.03.2017	Der Beschluss wird mit der Maßnahme "LVR-Klinik Düren- Ersatzbau Standardbettenhaus, 2. Bauabschnitt" gemäß Vorlage-Nr. 13/3054 ausgeführt. Beschlussausführung siehe 13/3054.	
13/282 FDP, GRÜ-NE, SPD	Haushalt 2014 Umweltfreundliche Baumaterialien	KA 3 / 04.11.2013 KA 2 / 05.11.2013 KA 4 / 06.11.2013 KA 1 / 07.11.2013 GA / 08.11.2013 Bau / 21.11.2013 Um / 22.11.2013 Fi / 04.12.2013 LA / 06.12.2013 LVers / 16.12.2013	2	Die Verwaltung wird beauftragt, die aktuelle Materialliste der einzusetzenden Baustoffe hinsichtlich ihrer Umweltfreundlichkeit zu überprüfen. Hierbei sollen auch Baustoffalternativen, welche zur Zeit nicht in der Liste enthalten sind, mit berücksichtigt werden.	30.12.2016	Hierzu ist eine strategische Zielvereinbarung zwischen LR 2 und LD getroffen worden.	
12/3359/1	Rheinische Kliniken Langenfeld, Errichtung einer Tagesklinik in Leverkusen hier: Vorstellung der Planung und Kosten	KA 2 / 23.09.2008 GA / 26.09.2008	854	Der Planung und den Kosten in Höhe von 995.316,00 € für die Herrichtung der Tagesklinik in Leverkusen für die Rheinischen Kliniken Langenfeld wird gemäß Vorlage Nr. 12/3359/1 zugestimmt. Die Rheinischen Kliniken Langenfeld werden mit der Durchführung	31.12.2017	Die Tagesklinik soll zeitgleich mit einer stationären Einheit realisiert werden. Das entsprechende regionale Planungsverfahren wurde mit positivem Ergebnis abgeschlossen. Die Klinik steht in Verhandlungen mit dem Städtischen Klinikum Leverkusen zur Umsetzung/Finanzierung. Als Baubeginn ist Sommer 2017 avisiert.	

Selektionskriterien:
alle öffentlichen offenen Beschlüsse

Legende: **Gremium** = Beschlussgremium

**Beschlüsse des Gremiums Gesundheitsausschuss
öffentlich offene Beschlüsse**

Vorlage / Antrag / Anfrage	TOP / Betreff	Gremium / Datum	feder-führende DST	Beschluss / Auftrag Fachausschussbezogene Ergänzung	Zu erled. bis	Beschlussausführung	
				der Maßnahme beauftragt.			

Selektionskriterien:
alle öffentlichen offenen Beschlüsse

Legende: **Gremium** = Beschlussgremium

Beschlüsse des Gremiums Gesundheitsausschuss öffentlich erledigte Beschlüsse

Vorlage / Antrag / Anfrage	TOP / Betreff	Gremium / Datum	feder-führende DST	Beschluss / Auftrag Fachausschussbezogene Ergänzung	Zu erled. bis	Beschlussausführung	
14/1442	Finanzielle Beteiligung des LVR an der "Stiftung Anerkennung und Hilfe" und Weiterführung der Anlauf- und Beratungsstelle für das Rheinland	Ju / 08.09.2016 GA / 19.09.2016 Fi / 21.09.2016 LA / 23.09.2016 Soz / 07.11.2016	4	1) "Die Verwaltung wird gemäß Vorlage Nr. 14/1442 beauftragt, für die finanzielle Beteiligung des LVR an der 'Stiftung Anerkennung und Hilfe' insgesamt 1,6 Millionen Euro in die Haushalte 2017 bis 2021 entsprechend der in der Vorlage genannten Verteilung einzustellen."	31.12.2016	Die Beteiligung in Höhe von 1,6 Mio. Euro wird aus sonstigen Verbindlichkeiten des Heimkinderfonds finanziert. Eine Inanspruchnahme der sonstigen Verbindlichkeiten aus den Verwaltungskostenerstattungen des Heimkinderfonds wird nicht in vollem Umfang erforderlich sein. Zur Vermeidung von neuen Belastungen der Mitgliedskörperschaften soll die Refinanzierung des Fonds "Stiftung Anerkennung und Hilfe" aus den sonstigen Verbindlichkeiten erfolgen, die im Rahmen des Heimkinderfonds gebildet wurden, für diesen aber nicht mehr benötigt werden.	
14/1442	Finanzielle Beteiligung des LVR an der "Stiftung Anerkennung und Hilfe" und Weiterführung der Anlauf- und Beratungsstelle für das Rheinland	Ju / 08.09.2016 GA / 19.09.2016 Fi / 21.09.2016 LA / 23.09.2016 Soz / 07.11.2016	4	2) "Weiter wird die Verwaltung beauftragt, die Anlauf- und Beratungsstelle für das Rheinland in bisheriger Form für die Laufzeit der 'Stiftung Anerkennung und Hilfe' weiter zu betreiben und personell ggfls. an sich ändernde Anforderungen anzupassen."	31.12.2016	Die personellen und sachlichen Voraussetzungen wurden durch die Verwaltung geschaffen.	
14/1244	Fit für die Pflegedienstleitung in der Psychiatrie	KA 3 / 13.06.2016 KA 2 / 14.06.2016 KA 4 / 15.06.2016 KA 1 / 16.06.2016 GA / 17.06.2016	8	Dem Führungsnachwuchsprogramm "Fit für die Pflegedienstleitung in der Psychiatrie" wird gemäß Vorlage Nr. 14/1244 zugestimmt.	31.10.2016	Das Programm "Fit für die Pflegedienstleitung in der Psychiatrie" ist am 05.09.2016 mit einer "Kick-off-Veranstaltung" gestartet. Der Bewerbungsschluss für das Programm ist bis zum 31.10.2016 terminiert.	
14/1193	Förderung eines weiterbildungsintegrierten Studiums für Beschäftigte des Pflegedienstes im LVR-Klinikverbund	KA 3 / 13.06.2016 KA 2 / 14.06.2016 KA 4 / 15.06.2016 KA 1 / 16.06.2016 GA / 17.06.2016	831	Die Verwaltung wird beauftragt, das Personalentwicklungsprogramm "weiterbildungsintegriertes Studium für Beschäftigte des Pflegedienstes im LVR-Klinikverbund" gemäß Vorlage Nr. 14/1193 umzusetzen.	30.11.2016	Der Kooperationsvertrag ist abgeschlossen und die ersten 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben mit der Fachweiterbildung am 14.11.2016 begonnen.	
14/1187	Anpassung der Geschäftsordnung für die Ombudspersonen in den LVR-Kliniken	KA 3 / 13.06.2016 KA 2 / 14.06.2016 KA 4 / 15.06.2016 KA 1 / 16.06.2016 GA / 17.06.2016	06	Die Geschäftsordnung für die Ombudspersonen in den LVR-Kliniken wird um eine Regelung zur Wahrnehmung von Fortbildungs-, Qualifizierungs- und Vernetzungsangeboten gem. Vorlage 14/1187 ergänzt.	31.12.2016	Die Bekanntgabe der Änderung der Geschäftsordnung für die Ombudspersonen ist erfolgt.	

Selektionskriterien:
alle öffentlichen erledigten Beschlüsse, erledigt ab 15.08.2016

Legende: **Gremium** = Beschlussgremium

Beschlüsse des Gremiums Gesundheitsausschuss öffentlich erledigte Beschlüsse

Vorlage / Antrag / Anfrage	TOP / Betreff	Gremium / Datum	feder-führende DST	Beschluss / Auftrag Fachausschussbezogene Ergänzung	Zu erled. bis	Beschlussausführung	
14/649	Flächendeckende Versorgung im Rheinland durch Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration (SPKoM)	GA / 11.09.2015 Fi / 16.09.2015	84	Die Verwaltung wird beauftragt, gemäß Vorlage Nr. 14/649 eine flächendeckende Versorgung des Rheinlandes durch einen Neuzuschnitt der bestehenden Versorgungsregionen sowie durch die Einrichtung von zwei weiteren SPKoM sicherzustellen.	31.12.2016	Vorlage Nr. 14/1769 ist erstellt.	
14/88 SPD, CDU	Haushalt 2015/16 Geschlechterspezifische Medikation	KA 3 / 09.03.2015 KA 2 / 10.03.2015 KA 4 / 11.03.2015 KA 1 / 12.03.2015 GA / 13.03.2015 Fi / 17.04.2015 LA / 22.04.2015 LVers / 28.04.2015	8	Die Verwaltung wird gebeten, Fachtagungen zum Thema „Geschlechterspezifische Medikation“ durchzuführen und entsprechenden Erkenntnistransfer in den Klinikverbund sicherzustellen.	31.12.2016	Die Fachtagung hat am 22.09.2016 stattgefunden.	
14/74 SPD, CDU	Haushalt 2015/16 Intensivbetreuung bei Maßregelvollzugspatienten mit sehr langen Verweildauern	GA / 13.03.2015 Fi / 17.04.2015 LA / 22.04.2015 LVers / 28.04.2015	8	Die Verwaltung wird beauftragt, für Maßregelvollzugspatienten, die einerseits aus Gründen der Unverhältnismäßigkeit der Dauer ihrer Unterbringung entlassen werden müssten, die andererseits aber weiterhin ein erhöhtes Risiko für die Gesellschaft durch Begehung einer erneuten Straftat darstellen oder die ohne ausreichende Hilfen für sich selbst sind, geeignete Maßnahmen der Betreuung zu entwickeln. Dabei sind Konzept und Finanzierung eng mit dem Land und den kommunalen Spitzenverbänden abzustimmen. Bericht über das Projekt ist in der Sitzung des Gesundheitsausschusses am 28.10.2016 durch Herrn Dr. Friedhelm Schmidt-Quernheim erfolgt.	31.12.2016	Das Thema der Entwicklung von neuen außerstationären Versorgungsangeboten wird in einem gemeinsamen Projektgruppe mit Vertretern und Vertreterinnen der Dez. 7 und 8, des LBMRV, der forensischen Fachabteilungen der LVR-Kliniken bearbeitet. Teilnehmer dieser Projektgruppe sind in allen Regionen des Rheinland aktiv auf die Akteure der gemeindepsychiatrischen Versorgung zugehen (Psychiatriekoordinatoren der Kreise und kreisfreien Städte, SPZ sowie die Anbieter der freien Wohlfahrtspflege), um mit diesen die Überleitung forensischer Patientinnen und Patienten in gemeindenaher psychiatrische Versorgungssysteme sicherzustellen. Im Rahmen des Projektes konnten bereits mehr als 20 Personen aus einer Gruppe von 56 Menschen, bei denen die LVR-Kliniken noch Anfang 2014 davon ausgegangen sind, dass sie nicht beurlaubt oder entlassen werden können, in außerstationäre Versorgungsmodelle überführt werden. Die Verwaltung wird im zweiten Halbjahr über das Projekt im GA berichten.	

Selektionskriterien:

alle öffentlichen erledigten Beschlüsse, erledigt ab 15.08.2016

Legende: **Gremium** = Beschlussgremium

Beschlüsse des Gremiums Gesundheitsausschuss öffentlich erledigte Beschlüsse

Vorlage / Antrag / Anfrage	TOP / Betreff	Gremium / Datum	feder-führende DST	Beschluss / Auftrag Fachausschussbezogene Ergänzung	Zu erled. bis	Beschlussausführung	
14/72 SPD, CDU	Haushalt 2015/16 Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern – Implementierung des Projektes Trampolin Plus im Klinikverbund	KA 3 / 09.03.2015 KA 2 / 10.03.2015 KA 4 / 11.03.2015 KA 1 / 12.03.2015 GA / 13.03.2015 Fi / 17.04.2015 LA / 22.04.2015 LVers / 28.04.2015	8	Die Vorstände der LVR-Kliniken werden gebeten zu prüfen, inwieweit das erfolgreich in der LVR-Klinik Düren eingeführte Gruppenprogramm für Kinder aus belasteten Familien in der eigenen Klinik umgesetzt werden kann. Über die Umsetzung soll in den Krankenhausausschüssen berichtet werden.	31.12.2016	Die Einführung von Trampolin Plus, welches in der LVR-Klinik Düren entwickelt und durchgeführt wird, wurde in allen Kliniken geprüft. Über die Ergebnisse wurde in den Sitzungen der Krankenhausausschüsse im Dezember 2016 berichtet.	
14/71 SPD, CDU	Haushalt 2015/16 Erprobung von Angeboten der Peer-Beratung durch Genesungsbegleiterinnen und –begleiter in den LVR-Kliniken	KA 3 / 09.03.2015 KA 2 / 10.03.2015 KA 4 / 11.03.2015 KA 1 / 12.03.2015 GA / 13.03.2015 Fi / 17.04.2015 LA / 22.04.2015 LVers / 28.04.2015	8	Die Verwaltung wird beauftragt, den Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und –begleitern in bis zu drei LVR-Kliniken modellhaft zu erproben und über die Erfahrungen zu berichten.	31.12.2016	Vorlage Nr. 14/1772 ist erstellt.	
13/227 GRÜNE, SPD, FDP	Haushalt 2013 Inklusion und selbstbestimmte Teilhabe ermöglichen	Soz / 27.11.2012 GA / 07.12.2012 Fi / 14.12.2012 LA / 17.12.2012 LVers / 19.12.2012	73	4) KoKoBes und SPZ weiterentwickeln Die Verwaltung wird aufgefordert, eine Strategie zur Weiterentwicklung der Ziele der Förderung der KoKoBes und SPZ vorzulegen, mit welcher diese Anlaufstellen in der Zukunft selbstbestimmte Teilhabe verstärkt ermöglichen, sich inklusiv öffnen und Teil eines inklusiven Sozialraumes werden können.	31.12.2016	Die Weiterentwicklung der Angebote wird im Rahmen der jeweiligen Zielvereinbarungsprozesse vorangetrieben; durch die Teilnahme von SPZ am LVR-Anreizprogramm werden Erkenntnisse zu Möglichkeiten der fachlichen und strukturellen Weiterentwicklung gewonnen. Hieraus wird eine Strategie entwickelt, die Vorschläge zur finanziellen Weiterentwicklung umfasst. Die Verwaltung wird hierzu im Rahmen der Vorlage zum Antrag 14/39 im November 2016 berichten - erledigt mit Vorlage 14/1585.	

Selektionskriterien:

alle öffentlichen erledigten Beschlüsse, erledigt ab 15.08.2016

Legende: **Gremium** = Beschlussgremium

TOP 8 Mitteilungen der Verwaltung

TOP 9

Verschiedenes