

An die Mitglieder
des Krankenhausausschusses 2

Köln, 29.09.2016
Frau Schramm
LVR-Klinik Langenfeld

Krankenhausausschuss 2

Dienstag, 25.10.2016, 10:00 Uhr

LVR-Klinik Langenfeld,

Verwaltungsgebäude, Festsaal,

Kölner Str. 82, 40764 Langenfeld

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur **11. Sitzung** lade ich herzlich ein.

Während der Sitzung sind Sie telefonisch zu erreichen unter Tel. Nr. 02173/102-1092.

Die Vorbesprechung der CDU-Fraktion findet ab **8:30 Uhr im Hörsaal** statt.

Die Vorbesprechung der SPD-Fraktion findet ab **8:30 Uhr in Raum 33** statt.

Die gemeinsame Vorbesprechung der Fraktionsvertretungen von CDU und SPD findet um **9:30 Uhr in Raum 18** statt.

Für die Vorbesprechung der Fraktionen von Bündnis 90/Die Grünen, FDP, Die Linke und Freie Wähler/Piraten ist **Raum 35 ab 9:00 Uhr** reserviert.

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

1. Anerkennung der Tagesordnung
2. Niederschrift über die 10. Sitzung vom 13.09.2016

Beratungsgrundlage

folgt

3. Aufgaben des Sozialdienstes in den LVR-Kliniken
Berichterstattung: Klinikvorstände LVR-Klinikum Düsseldorf und LVR-Kliniken Köln und Langenfeld
4. Erfahrungsbericht des Ombudsmannes der LVR-Klinik Langenfeld
Berichterstattung: Herr Gassen
5. Wirtschaftsplanentwürfe 2017 des LVR-Klinikverbundes **14/1518 E** folgt
Berichterstattung: LVR-Verbundzentrale
6. LVR-Psychiatriereport 2016 für den LVR-Klinikverbund **14/1548 E**
Berichterstattung: LVR-Verbundzentrale
7. Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) **14/1540 K**
Berichterstattung: LVR-Verbundzentrale
8. Bündnis für gesunde Krankenhäuser - Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser in NRW **14/1290 K**
Berichterstattung: LVR-Verbundzentrale
9. LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention: Entwurf Jahresbericht 2015 **14/1378 K**
Berichterstattung: LVR-Stabsstelle Inklusion und Menschenrechte
10. Anträge und Anfragen der Fraktionen
11. Mitteilungen der Verwaltung
 - 11.1. LVR-Verbundzentrale
 - 11.2. Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf
 - 11.3. Klinikvorstand LVR-Klinik Köln
 - 11.4. Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld
12. Verschiedenes

Nichtöffentliche Sitzung

13. Niederschrift über die 10. Sitzung vom 13.09.2016 **folgt**
14. Vergaben
 - 14.1. Vergabe zur Lieferung von Matratzen und -bezügen sowie von Antidekubitus-Matratzen zur Miete für Krankenhäuser und Heime des LVR **14/1546 B** folgt
Berichterstattung: Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf

- 14.2. LVR-Klinikum Düsseldorf **14/1553** B folgt
 Vergabe der Trockenbauarbeiten
Berichterstattung: LVR-Dezernat Gebäude- und
 Liegenschaftsmanagement, Umwelt, Energie, Rheinische
 Beamten-Baugesellschaft mbH
- 14.3. LVR-Klinikum Düsseldorf **14/1555** B folgt
 Vergabe der Estrich- und Oberbodenarbeiten
Berichterstattung: LVR-Dezernat Gebäude- und
 Liegenschaftsmanagement, Umwelt, Energie, Rheinische
 Beamten-Baugesellschaft mbH
- 14.4. LVR-Klinikum Düsseldorf **14/1557** B folgt
 Vergabe der Fassadenarbeiten
Berichterstattung: LVR-Dezernat Gebäude- und
 Liegenschaftsmanagement, Umwelt, Energie, Rheinische
 Beamten-Baugesellschaft mbH
- 14.5. LVR-Klinikum Düsseldorf **14/1582** B folgt
 Vergabe der Fliesen- und Plattenarbeiten
Berichterstattung: LVR-Dezernat Gebäude- und
 Liegenschaftsmanagement, Umwelt, Energie, Rheinische
 Beamten-Baugesellschaft mbH
15. Maßregelvollzug
- 15.1. Niederschrift über die 6. Sitzung des Beirates der Forensik **14/1543** K
 bei der LVR-Klinik Köln am 30.05.2016
Berichterstattung: Klinikvorstand LVR-Klinik Köln
- 15.2. Auswirkungen des Maßregelvollzugs auf die
 Allgemeinpsychiatrie
Berichterstattung: LVR-Verbundzentrale, Klinikvorstände
 LVR-Kliniken Köln und Langenfeld
16. Anträge und Anfragen der Fraktionen
17. Mitteilungen der Verwaltung
- 17.1. LVR-Verbundzentrale
- 17.2. Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf
- 17.3. Klinikvorstand LVR-Klinik Köln
- 17.4. Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld
18. Verschiedenes

Mit freundlichen Grüßen
 Der Vorsitzende

S t i e b e r

TOP 1 Anerkennung der Tagesordnung

Niederschrift
über die 10. Sitzung des Krankenhausausschusses 2
am 13.09.2016 in Düsseldorf, LVR-Klinikum
- öffentlicher Teil -

Anwesend vom Gremium:

CDU

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

für Wirtz, Axel, MdL

SPD

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

Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Barion, Katrin
Schäfer, Ilona
Zsack-Möllmann, Martina

FDP

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

Die Linke.

Glagla M.A., Daniela

Freie Wähler/Piraten

Bosch, Robert

Verwaltung:

Wenzel-Jankowski, Martina	LVR-Dezernatsleitung 8
Heister, Joachim	LVR-Fachbereichsleiter 81
Lüder, Klaus	LVR-Fachbereichsleitung 82
Thewes, Stefan	LVR-Fachbereichsleitung 83
Stephan-Gellrich, Susanne	LVR-Fachbereichsleitung 84
Kaulhausen, Barbara	LVR-Abteilungsleitung 24.10

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

Prof. Dr. Gaebel, Wolfgang	Ärztlicher Direktor
Maas, Klemens	Pflegedirektor
Heinlein, Joachim	Kaufmännischer Direktor
Gottschalk, Regine	Schriftführerin

LVR-Klinik Langenfeld

Dr. Leidinger, Friedrich	Stellv. Ärztlicher Direktor
Ludowisy-Dehl, Silke	Pflegedirektorin
Höhmann, Holger	Kaufmännischer Direktor

LVR-Klinik Köln

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

Zuhörer

Landorff, Katharina	LVR-Fachbereich Kommunikation
Micheel, Thomas	LVR-Klinikum Düsseldorf
Weist, Pascal	LVR-Klinikum Düsseldorf
Gassner, Jürgen	LVR-Klinik Langenfeld
Mainka, Agathe	LVR-Klinik Köln

Tagesordnung

Nichtöffentliche Sitzung

Beratungsgrundlage

1. Anerkennung der Tagesordnung
2. Niederschrift über die 9. Sitzung vom 14.06.2016
3. Berichte über die Prüfung der Jahresabschlüsse und Lageberichte 2015 der LVR-Kliniken
 - 3.1. Bericht über die Prüfung des Jahresabschlusses und des Lageberichtes 2015 des LVR-Klinikums Düsseldorf **14/1495** K
 - 3.2. Bericht über die Prüfung des Jahresabschlusses und des Lageberichtes 2015 der LVR-Klinik Köln **14/1466** K
 - 3.3. Bericht über die Prüfung des Jahresabschlusses und des Lageberichtes 2015 der LVR-Klinik Langenfeld **14/1403** K
4. Lageberichte 2015 der LVR-Kliniken
 - 4.1. Lagebericht 2015 des LVR-Klinikums Düsseldorf **14/1494** K
 - 4.2. Lagebericht 2015 der LVR-Klinik Köln **14/1460** K
 - 4.3. Lagebericht 2015 der LVR-Klinik Langenfeld **14/1404** K
5. Personalmaßnahmen
 - 5.1. Bestellung zur Ärztlichen Direktorin im Klinikvorstand des LVR-Klinikums Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf **14/1453** E
 - 5.2. Besetzung der Stellvertretenden Pflegedirektion im Klinikvorstand des LVR-Klinikums Düsseldorf **14/1408** E
 - 5.3. Wiederbestellung zur Ärztlichen Direktorin im Klinikvorstand der LVR-Klinik Köln **14/1393** E
 - 5.4. Wiederbestellung zum Kaufmännischen Direktor und Vorsitzenden des Klinikvorstandes der LVR-Klinik Langenfeld **14/1390** E
 - 5.5. Wiederbestellung zur Stellvertreterin der Pflegedirektion im Klinikvorstand der LVR-Klinik Langenfeld **14/1330** E
6. Erwerb eines Teilerbbaurechts, verbunden mit dem Sondereigentum an drei Etagen eines Gebäudes auf dem Gelände des evangelischen Krankenhauses Mettmann **14/1496** E
7. Zwischenbericht über die konzeptionelle Neuausrichtung des Zentrums für Neurologie und Neuropsychiatrie am LVR-Klinikum Düsseldorf **14/1401** K

8. Besuchsberichte nach PsychKG NRW in den LVR-Kliniken
- 8.1. Überprüfung von Einrichtungen gemäß § 23 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) NRW **14/1487 K**
 hier: Besuch der Abteilung für Allgemeinpsychiatrie des LVR-Klinikums Düsseldorf
- 8.2. Überprüfung von Einrichtungen gemäß § 23 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) NRW **14/1488 K**
 hier: Besuch der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des LVR-Klinikums Düsseldorf
- 8.3. Überprüfung von Einrichtungen gemäß § 23 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) NRW **14/1456 K**
 hier: Besuch der Abteilung für Allgemeinpsychiatrie der LVR-Klinik Köln
9. Baucontrollingbericht für die LVR-Kliniken Köln und Langenfeld sowie das LVR-Klinikum Düsseldorf **14/1462 K**
10. Aufwands- und Ertragsentwicklung im II. Quartal 2016
- 10.1. II. Quartalsbericht 2016 des LVR-Klinikums Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf **14/1426 K**
- 10.2. II. Quartalsbericht 2016 der LVR-Klinik Köln **14/1467 K**
- 10.3. II. Quartalsbericht 2016 der LVR-Klinik Langenfeld **14/1406 K**
11. Vergaben
- 11.1. LVR-Klinikum Düsseldorf **14/1362 B**
 hier: Vergabe der Wärmeversorgungsanlage
- 11.2. LVR-Klinikum Düsseldorf **14/1391 B**
 hier: Vergabe der Elektrotechnischen Anlagen
- 11.3. LVR-Klinikum Düsseldorf **14/1392 B**
 hier: Vergabe der Schwachstromanlagen
- 11.4. LVR-Klinikum Düsseldorf **14/1428 B**
 hier: Neuvergabe der Raumluftechnischen Anlagen
- 11.5. LVR-Klinik Langenfeld **14/1476 B**
 hier: Neuvergabe der Trockenbauarbeiten
- 11.6. Vergabe eines Auftrages für die konsiliarischen zahnärztlichen Leistungen in der LVR-Klinik Langenfeld **14/1491 B**

- 12. Vergabeübersichten über das II. Quartal 2016 mit einer Vergabesumme ab EUR 10.000,-
- 12.1. Vergabeübersicht über das II. Quartal 2016 des LVR-Klinikums Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf **14/1379 K**
- 12.2. Vergabeübersicht über das II. Quartal 2016 der LVR-Klinik Köln **14/1485 K**
- 12.3. Vergabeübersicht über das II. Quartal 2016 der LVR-Klinik Langenfeld **14/1455 K**
- 12.4. Vergabeübersicht des LVR-Fachbereiches Gebäude- und Liegenschaftsmanagement für die LVR-Kliniken Köln und Langenfeld sowie das LVR-Klinikum Düsseldorf für das II. Quartal 2016 **14/1396 K**
- 13. Maßregelvollzug
- 13.1. Niederschrift über die 5. Sitzung des Beirates der Forensik bei der LVR-Klinik Köln am 22.02.2016 **14/1270 K**
- 13.2. Niederschrift über die 4. Sitzung des Beirates der Forensik bei der LVR-Klinik Langenfeld am 10.03.2016 **14/1334 K**
- 13.3. Auswirkungen des Maßregelvollzugs auf die Allgemeinpsychiatrie
- 14. Anträge und Anfragen der Fraktionen
- 15. Beschlusskontrolle
- 16. Mitteilungen der Verwaltung
- 16.1. LVR-Verbundzentrale
- 16.2. Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf
- 16.3. Klinikvorstand LVR-Klinik Köln
- 16.4. Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld
- 17. Verschiedenes

Öffentliche Sitzung

- 18. Niederschrift über die 9. Sitzung vom 14.06.2016
- 19. Jahresabschlüsse 2015 der LVR-Kliniken
- 19.1. Jahresabschluss 2015 des LVR-Klinikums Düsseldorf **14/1493 B**
- 19.2. Jahresabschluss 2015 der LVR-Klinik Köln **14/1459 B**
- 19.3. Jahresabschluss 2015 der LVR-Klinik Langenfeld **14/1405 B**
- 20. Stipendienprogramm des LVR-Klinikverbundes zur Förderung von Medizinstudierenden **14/1335 E**

- | | | |
|-------|---|--------------------------------|
| 21. | Neubestellung eines Mitgliedes des Beirates der Forensik in der LVR-Klinik Langenfeld | 14/1475 B |
| 22. | Jährlicher Bericht zu den Suizidfällen in den LVR-Kliniken | 14/1446 K |
| 23. | Zwangmaßnahmen in den LVR-Kliniken
hier: Fixierungen und Isolierungen in den LVR-Kliniken | 14/1447 K |
| 24. | Zweites Gesetz zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW)
hier: Gemeinsame Stellungnahme der beiden Landschaftsverbände im Rahmen des öffentlichen Anhörungsverfahrens | 14/1502 K |
| 25. | Befristete Beschäftigungsverhältnisse 2015 | 14/1277 K |
| 26. | Anträge und Anfragen der Fraktionen | |
| 26.1. | Lebensdauerkosten bei Bauten berücksichtigen | Antrag
14/126 FDP E |
| 26.2. | Fachhochschule des LVR für Soziales und Gesundheit prüfen | Antrag
14/127 FDP K |
| 27. | Beschlusskontrolle | |
| 28. | Mitteilungen der Verwaltung | |
| 28.1. | LVR-Verbundzentrale | |
| 28.2. | Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf | |
| 28.3. | Klinikvorstand LVR-Klinik Köln | |
| 28.4. | Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld | |
| 29. | Verschiedenes | |

Beginn der Sitzung:	10:10 Uhr
Ende öffentlicher Teil:	12:15 Uhr
Ende nichtöffentlicher Teil:	11:40 Uhr
Ende der Sitzung:	12:15 Uhr

Der Vorsitzende begrüßt alle Anwesenden und weist darauf hin, dass die Sitzung aufgrund des Vortrags der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO mit dem nichtöffentlichen Teil beginnt.

Öffentliche Sitzung

Punkt 18

Niederschrift über die 9. Sitzung vom 14.06.2016

Die Niederschrift wird einstimmig genehmigt.

Punkt 19

Jahresabschlüsse 2015 der LVR-Kliniken

Punkt 19.1

Jahresabschluss 2015 des LVR-Klinikums Düsseldorf

Vorlage 14/1493

Der Krankenhausausschuss fasst einstimmig den folgenden Beschluss:

1. Der Krankenhausausschuss 2 nimmt den Jahresabschluss 2015 des LVR-Klinikums Düsseldorf gemäß Vorlage 14/1493 zur Kenntnis.
2. Er empfiehlt dem Landschaftsausschuss, den Jahresabschluss an die Landschaftsversammlung mit folgender Beschlussempfehlung weiterzuleiten:
 - 2.1. Die Landschaftsversammlung stellt den Jahresabschluss 2015 des LVR-Klinikums Düsseldorf fest. Im abgelaufenen Geschäftsjahr 2015 hat das LVR-Klinikum Düsseldorf einen Jahresüberschuss in Höhe von EUR 31.046,13 erwirtschaftet.
 - 2.2 Aus dem Jahresüberschuss zum 31.12.2015 in Höhe von EUR 31.046,13 zuzüglich des Gewinnvortrages in Höhe von EUR 187.123,60 sowie einer Entnahme aus der zweckgebundenen Rücklage in Höhe von EUR 122.610,61 wird ein Bilanzgewinn von EUR 340.790,34 ausgewiesen.
Der Bilanzgewinn in Höhe von EUR 340.790,34 wird auf neue Rechnung vorgetragen.
3. Dem Klinikvorstand des LVR-Klinikums Düsseldorf wird gem. § 17 Abs. 3 Ziff. 18 der Betriebssatzung Entlastung erteilt.

Punkt 19.2

Jahresabschluss 2015 der LVR-Klinik Köln

Vorlage 14/1459

Der Krankenhausausschuss fasst einstimmig den folgenden Beschluss:

1. Der Krankenhausausschuss 2 nimmt den Jahresabschluss 2015 der LVR-Klinik Köln gemäß Vorlage 14/1459 zur Kenntnis.
2. Er empfiehlt dem Landschaftsausschuss, den Jahresabschluss an die Landschaftsversammlung mit folgender Beschlussempfehlung weiterzuleiten:
 - 2.1. Die Landschaftsversammlung stellt den Jahresabschluss 2015 der LVR-Klinik Köln fest. Im abgelaufenen Geschäftsjahr 2015 hat die LVR-Klinik Köln einen Jahresüberschuss in Höhe von EUR 51.475,39 erwirtschaftet.
 - 2.2. Aus dem Jahresüberschuss zum 31.12.2015 in Höhe von EUR 51.475,39 zuzüglich des Gewinnvortrages in Höhe von EUR 49.593,25 und einer Entnahme aus der zweckgebundenen Rücklage in Höhe von EUR 74.646,00 wird ein Bilanzgewinn in Höhe von EUR 175.714,64 ausgewiesen.
Der Bilanzgewinn in Höhe von EUR 175.714,64 wird auf neue Rechnung vorgetragen.
3. Dem Klinikvorstand der LVR-Klinik Köln wird gem. § 17 Abs. 3 Ziff. 18 der Betriebssatzung Entlastung erteilt.

Punkt 19.3

Jahresabschluss 2015 der LVR-Klinik Langenfeld

Vorlage 14/1405

Der Krankenhausausschuss fasst einstimmig den folgenden Beschluss:

1. Der Krankenhausausschuss 2 nimmt den Jahresabschluss 2015 der LVR-Klinik Langenfeld gemäß Vorlage 14/1405 zur Kenntnis.
2. Er empfiehlt dem Landschaftsausschuss, den Jahresabschluss an die Landschaftsversammlung mit folgender Beschlussempfehlung weiterzuleiten:
 - 2.1. Die Landschaftsversammlung stellt den Jahresabschluss 2015 der LVR-Klinik Langenfeld fest. Im abgelaufenen Geschäftsjahr 2015 hat die LVR-Klinik Langenfeld einen Jahresüberschuss in Höhe von EUR 453.617,26 erwirtschaftet.
 - 2.2 Aus dem Jahresüberschuss zum 31.12.2015 in Höhe von EUR 453.617,26 zuzüglich des Gewinnvortrages in Höhe von EUR 416.340,68 wird ein Betrag in Höhe von EUR 437.736,00 der Gewinnrücklage zugeführt. Der verbleibende Bilanzgewinn in Höhe von EUR 432.221,94 wird auf neue Rechnung vorgetragen.
3. Dem Klinikvorstand der LVR-Klinik Langenfeld wird gem. § 17 Abs. 3 Ziff. 18 der Betriebssatzung Entlastung erteilt.

Punkt 20

Stipendienprogramm des LVR-Klinikverbundes zur Förderung von Medizinstudierenden

Vorlage 14/1335

Frau Glagla fragt, ob der Ärztemangel in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Stipendienprogramm berücksichtigt wird, ob es hier bereits Absolventen gibt und ob man spezielle Programme für die Kinder- und Jugendpsychiatrie einfließen lassen kann, um Nachwuchsförderung zu betreiben. Herr Heister antwortet, dass das Programm nicht speziell auf den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgerichtet ist. Es richtet sich an Studierende in der Orientierungsphase. Aus bisher 82 Kandidaten und Kandidatinnen gibt es 19 Stipendiatinnen und Stipendiaten, die bisher ihren Abschluss gemacht haben. Von diesen sind 10 Personen im Klinikverbund verblieben. Herr Heister erläutert nach Rückfrage von Frau Schulz, dass der Anteil an Frauen überwiegt. Frau Loepf weist darauf hin, dass die Förderung der richtige Schritt ist, dem Ärztemangel im LVR entgegenzuwirken.

Der Krankenhausausschuss fasst einstimmig den folgenden empfehlenden Beschluss:

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.

Punkt 21

Neubestellung eines Mitgliedes des Beirates der Forensik in der LVR-Klinik Langenfeld

Vorlage 14/1475

Der Krankenhausausschuss fasst einstimmig den folgenden Beschluss:

Herr Bruno Kremer wird gemäß Vorlage Nr. 14/1475 als Nachfolger von Herrn Rolf Kamp zum Mitglied des Forensik-Beirates in der LVR-Klinik Langenfeld bestellt.

Punkt 22

Jährlicher Bericht zu den Suizidfällen in den LVR-Kliniken Vorlage 14/1446

Keine Wortmeldung.

Der Bericht zu den Suizidfällen 2015 in den LVR-Kliniken wird gemäß Vorlage 14/1446 zur Kenntnis genommen.

Punkt 23

Zwangmaßnahmen in den LVR-Kliniken hier: Fixierungen und Isolierungen in den LVR-Kliniken Vorlage 14/1447

Frau Schmidt-Zadel merkt positiv an, dass die Zahl der Fixierungen und Zwangsmaßnahmen zurückgeht und hofft auf weiterhin positive Ergebnisse. Frau Glagla schließt sich der positiven Einschätzung an und bittet, die Vorlage auch dem Inklusionsausschuss zur Kenntnis zu geben. Dem stimmt der Ausschuss zu.

Der Bericht zu Zwangsmaßnahmen in den LVR-Kliniken wird gemäß Vorlage 14/1447 zur Kenntnis genommen.

Punkt 24

Zweites Gesetz zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW) hier: Gemeinsame Stellungnahme der beiden Landschaftsverbände im Rahmen des öffentlichen Anhörungsverfahrens Vorlage 14/1502

Frau Prof. Dr. Gouzoulis-Maifrank berichtet von der Anhörung des Ausschusses und den Verhandlungen zu den Gesetzesänderungen, insbesondere hinsichtlich akuter Fremdgefährdung und Behandlung somatischer Erkrankungen. Ein weiterhin großes Problem ist die fehlende Möglichkeit, Patienten mit somatischen Erkrankungen notfallmäßig ohne richterlichen Beschluss zu behandeln. Auch fehlen von den Experten gewünschte Regelungen zum zeitlichen Korridor, so dass richterliche Genehmigungen ggf. über Wochen auf sich warten lassen. Es wurde deshalb angeregt, dass es auch einen richterlichen Notdienst geben sollte. Hier hat sie den Eindruck, dass dieses Problem erkannt wurde. Frau Schäfer dankt und bittet um politische Unterstützung durch die Fraktionen. Frau Schmidt-Zadel berichtet, dass sie ebenfalls Teilnehmerin der Anhörung war und den LVR hervorragend vertreten sah. Sie schildert ihren Eindruck, dass das Vorgetragene durchaus angenommen wurde und ein Umdenken stattfinden würde.

Die gemeinsame Stellungnahme der beiden Landschaftsverbände zum "Zweiten Gesetz zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW)" im Rahmen der Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtages NW wird gemäß der Vorlage 14/1502 zur Kenntnis genommen.

Punkt 25
Befristete Beschäftigungsverhältnisse 2015
Vorlage 14/1277

Frau Glagla dankt für den Rückgang der befristeten Beschäftigungsverhältnisse in allen drei Kliniken. Sie verweist kritisch auf die Relation der Befristungen mit Sachgrund zu denen ohne Sachgrund in den Kliniken Langenfeld und Düsseldorf.

Der Bericht zur Entwicklung und zum aktuellen Stand der befristeten Beschäftigungsverhältnisse wird gemäß Vorlage 14/1277 zur Kenntnis genommen.

Punkt 26
Anträge und Anfragen der Fraktionen

Punkt 26.1
Lebensdauerkosten bei Bauten berücksichtigen
Antrag 14/126 FDP

Der TOP wurde ohne Votum in den LA am 23.09.2016 verwiesen.

Punkt 26.2
Fachhochschule des LVR für Soziales und Gesundheit prüfen
Antrag 14/127 FDP

Der TOP wurde ohne Votum in den LA am 23.09.2016 verwiesen.

Punkt 27
Beschlusskontrolle

Keine Wortmeldung.

Punkt 28
Mitteilungen der Verwaltung

Punkt 28.1
LVR-Verbundzentrale

Frau Stephan-Gellrich macht auf die Gender-Fachtagung am 22.09.16 aufmerksam und lädt zur Teilnahme ein.

Punkt 28.2
Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf

Keine Wortmeldung.

Punkt 28.3
Klinikvorstand LVR-Klinik Köln

Keine Wortmeldung.

Punkt 28.4
Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld

Keine Wortmeldung.

Punkt 29
Verschiedenes

Der Vorsitzende verabschiedet Herrn Prof. Dr. Gaebel im Namen des Krankenhausausschusses 2 mit einem Kurz-Konzert des Violinisten Noé Inui.

Düsseldorf, 10.10.2016

Der Vorsitzende

S t i e b e r

Düsseldorf, 06.10.2016

Für den Klinikvorstand

H e i n l e i n
Vorstandsvorsitzender

TOP 3 Aufgaben des Sozialdienstes in den LVR-Kliniken

TOP 4 Erfahrungsbericht des Ombudsmannes der LVR-Klinik Langenfeld

Vorlage-Nr. 14/1518

öffentlich

Datum: 04.10.2016
Dienststelle: Fachbereich 83
Bearbeitung: Frau Hof

Krankenhausausschuss 3	24.10.2016	empfehlender Beschluss
Krankenhausausschuss 2	25.10.2016	empfehlender Beschluss
Krankenhausausschuss 4	26.10.2016	empfehlender Beschluss
Krankenhausausschuss 1	27.10.2016	empfehlender Beschluss
Gesundheitsausschuss	28.10.2016	empfehlender Beschluss

Tagesordnungspunkt:

Wirtschaftsplanentwürfe 2017 des LVR-Klinikverbundes

Beschlussvorschlag:

1. Die Krankenhausausschüsse und der Gesundheitsausschuss empfehlen der Landschaftsversammlung, die Wirtschaftsplanentwürfe des LVR-Klinikverbundes für das Jahr 2017 einschließlich der ihnen vorangestellten Betrauungsakte, des Kassenkreditrahmens und der Verpflichtungsermächtigungen in der Fassung der Vorlage 14/1518 festzustellen.
2. Die Verwaltung wird beauftragt, die Wirtschaftsplanentwürfe 2017 bis zur Drucklegung noch an die aktuelle Entwicklung anzupassen und ggfs. erforderliche Änderungen ohne Einzelaufführungen in den Veränderungsnachweisen bei der Drucklegung der endgültigen Wirtschaftspläne vorzunehmen, soweit diese keine Auswirkungen auf die ausgewiesenen Ergebnisse haben.

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.

ja

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (lfd. Jahr):

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

In Vertretung

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

Zusammenfassung:

Die Wirtschaftplanentwürfe 2017 des LVR-Klinikverbundes wurden am 28.09.2016 als Anlage zum Entwurf der Haushaltssatzung 2017/2018 in die Landschaftsversammlung eingebracht (Vorlage Nr. 14/1516); sie wurden von dort den Fachausschüssen zur weiteren Beratung zugeleitet. Der LVR-Klinikverbund plant für die LVR-Kliniken für das Wirtschaftsjahr 2017 einen Überschuss in Höhe von 266 T€ (Vorjahr 284 T€) und für die LVR-Krankenhauszentralwäscherei einen Fehlbetrag in Höhe von 62 T€ (Vorjahr Überschuss in Höhe von 18 T€), der durch die Auflösung einer Rücklage in Höhe von 80 T€ ausgeglichen wird.

Begründung der Vorlage Nr. 14/1518:

Die Wirtschaftsplanentwürfe 2017 der LVR-Kliniken und der LVR-Krankenhauszentralwäscherei wurden am 28.09.2016 als Anlage zum Entwurf der Haushaltssatzung 2017/2018 in die Landschaftsversammlung eingebracht (Vorlage 14/1516) und von dort den Ausschüssen zur weiteren Beratung zugeleitet.

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

Die Krankenhausausschüsse in ihrer Funktion als Betriebsausschüsse gem. § 17 der Betriebssatzung für die LVR-Kliniken und gem. § 10 der Betriebssatzung für die LVR-Krankenhauszentralwäscherei und der Gesundheitsausschuss beraten die Wirtschaftsplanentwürfe 2015 und geben der Landschaftsversammlung eine Empfehlung zur Beschlussfassung.

Allgemeine Erläuterungen zu den Wirtschaftsplänen des LVR-Klinikverbundes

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

Betrauerung der LVR-Kliniken zur Erbringung von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse

Den Wirtschaftsplänen ist wie im Vorjahr sowohl eine allgemeine – für alle LVR-Kliniken – als auch eine für jede LVR-Klinik spezifische Betrauung vorangestellt.

Dieser sogenannte „Betrauungsakt“ ist erforderlich, da gem. EU-Recht Beihilfeleistungen einer staatlichen Einrichtung an Unternehmen jedweder Art grundsätzlich untersagt sind. Die EU-Kommission versteht unter Beihilfen jede finanzielle oder geldwerte Zuwendung, sowie den Verzicht auf mögliche Einnahmen. Allerdings gibt es Ausnahmen. Auf die Einrichtungen des Dezernates 8 (LVR-Kliniken und LVR-HPH-Netze) trifft z. B. die Ausnahme zu, dass in diesen Einrichtungen Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse („DawI“) im Sinne von § 106 Abs. 2 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) erbracht werden. Das Bundesministerium für Gesundheit hat Gesundheitsdienstleistungen als „DawI“-Leistungen definiert. Allerdings besteht für solche Beihilfen eine Notifizierungs- und Genehmigungspflicht bei der EU-Kommission. Diese ist dann nicht erforderlich, wenn die Einrichtungen von der beihilfegewährenden Stelle mit der Erbringung der Dienstleistungen betraut werden. Die Betrauung – und damit die Beihilfe – darf sich nur auf Bereiche erstrecken, in denen keine wirtschaftliche Bestätigung stattfindet.

Die Betrauung erstreckt sich nur auf Bereiche, die unstreitig Dienstleistungen von allgemeinem Interesse darstellen (Erkennen, Behandeln und Heilen von Krankheiten, Pflegeleistungen und Leistungen der Eingliederungshilfe). Durch die interne Spartenrechnung wird sichergestellt, dass keine Beihilfen des LVR für den wirtschaftlichen Teil der LVR-Kliniken verwandt werden (Speisenlieferung für Dritte, Telefonüberlassung, etc.).

Weitere Beratungsfolge

Mit dieser Vorlage wird die Beratung der Wirtschaftsplanentwürfe 2017 in die Beratungen der zuständigen Fachausschüsse (Krankenhausausschüsse und Gesundheitsausschuss) eingebracht.

Der Veränderungsnachweis mit aktualisierten Ansätzen und den Ergebnissen der Beratungen der Fachausschüsse, wird im Rahmen einer weiteren Vorlage in der folgenden Sitzungsrunde den Fachausschüssen in der Beratungsfolge über den Finanz- und Wirtschaftsausschuss und den Landschaftsausschuss bis zur Beschlussfassung in der Landschaftsversammlung vorgelegt.

Ergebnisneutrale Veränderungen bis zur Drucklegung

Sollten rechtskräftig genehmigte Budgetvereinbarungen für das Jahr 2017 und ggf. weitere Änderungen in den Pflegeheimbereichen und Langzeitbereichen sowie bei den Vermögensplänen/Investitionsprogrammen noch rechtzeitig vor den anstehenden Beratungen vorliegen, so ist beabsichtigt, die entsprechenden Ergebnisse im Rahmen einer Ergänzungsvorlage in die Wirtschaftspläne einzustellen. Sollte dies im zeitlichen Rahmen nicht mehr möglich sein, bittet die Verwaltung um Zustimmung, die Wirtschaftsplanentwürfe bis zur Drucklegung ggf. anzupassen.

In Vertretung

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



Wirtschafts pläne 2017

ZUM
HAUSHALTSPLAN

2017/2018
Entwürfe

Krankenhausausschuss 2

Wirtschaftsplan des LVR-Klinikums Düsseldorf 2017

1. Erfolgsplan	B 71
2. Vermögensplan/Investitionsprogramm	B 75
3. Stellenübersicht	B 81
4. Finanzplan	B 83

Wirtschaftsplan der LVR-Klinik Köln 2017

1. Erfolgsplan	B 102
2. Vermögensplan/Investitionsprogramm	B 106
3. Stellenübersicht	B 110
4. Finanzplan	B 112

Wirtschaftsplan der LVR-Klinik Langenfeld 2017

1. Erfolgsplan	B 116
2. Vermögensplan/Investitionsprogramm	B 120
3. Stellenübersicht	B 126
4. Finanzplan	B 128

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

LVR-Klinikum Düsseldorf

Entwurf 2017

Betrauung des LVR-Klinikums Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Vorbemerkung

Nach Maßgabe des § 1 Abs. 2 des Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KGG NRW) ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser eine öffentliche Aufgabe des Landes, wobei Gemeinden und Gemeindeverbände nach Maßgabe der Gesetze mitwirken. Eine Verpflichtung zur Errichtung und zum Betrieb von Krankenhäusern ergibt sich für Gemeinden und Gemeindeverbände dann, wenn sich kein anderer geeigneter Träger hierfür findet. Kreisangehörige Gemeinden sind von dieser Verpflichtung befreit, wenn sie die erforderliche Finanzkraft nicht besitzen (vgl. § 1 Abs. 3 KGG NRW).

Der Landschaftsverband Rheinland als Zusammenschluss der rheinischen Kreise und kreisfreien Städte errichtet und betreibt zur Sicherstellung dieses Versorgungsauftrages neun psychiatrische Fachkrankenhäuser und eine Fachklinik für Orthopädie im Rheinland. Die eigenbetriebsähnlichen Einrichtungen sind dabei wirtschaftlich und organisatorisch eigenständig.

LVR-Klinikum Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Das LVR-Klinikum Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf, ist als psychiatrisches Fachkrankenhaus unter der Krankenhausnummer 1110121 mit den Fachdisziplinen

- Psychiatrie (Allgemein)
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Psychosomatische Medizin
- Neurologie
- Tagesklinik Psychiatrie (Allgemein)
- Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Tagesklinik Psychosomatische Medizin

sowie einer

- Ausbildungsstätte für den Ausbildungsgang „Gesundheits- und Krankenpflege“

in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen aufgenommen.

Für die Erbringung der in diesem Rahmen gewährleisteten Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse betraut der Landschaftsverband Rheinland das LVR-Klinikum Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf in den entsprechenden Versorgungsgebieten.

Auf der Grundlage ihres Versorgungsauftrages und der Betriebsatzung der LVR-Kliniken nimmt das LVR-Klinikum Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf den ärztlichen, pflegerischen, technischen und wirtschaftlichen Betrieb der Krankenhausbetriebsstätten an folgenden Standorten wahr:

- LVR-Klinikum Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf

Außenstellen:

- Tagesklinik- und Ambulanzzentrum Moorenstraße auf dem Gelände des Universitätsklinikums Düsseldorf, Himmelgeisterstraße 228, 40225 Düsseldorf
- Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hilden, Walder Straße 38, 40724 Hilden

Das Versorgungsgebiet des LVR-Klinikums Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf umfasst folgende Regionen:

- Stadt Düsseldorf mit Ausnahme des nördlichen Stadtbezirks 5 mit den Stadtteilen Stockum, Lohausen, Kaiserswerth, Kalkum, Wittlaer, Angermund sowie den Stadtteilen 61 – Lichtenbroich – und 62 – Unterrath

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie obliegt dem LVR-Klinikum Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf die psychiatrische Pflichtversorgung folgender Städte und Kreise:

- Stadt Düsseldorf
- Kreis Mettmann

Darüber hinaus erbringt das LVR-Klinikum Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Aufgaben der medizinischen Rehabilitation sowie der Eingliederungshilfe nach den geltenden leistungsrechtlichen Vorschriften.

Soweit für die Erbringung dieser Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse erforderlich, gewährt der Landschaftsverband Rheinland dem LVR-Klinikum Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Ausgleichszahlungen in Form von investiven und konsumtiven Trägerzuschüssen, die jeweils den im Vorfeld aufgestellten Wirtschaftsplänen zu entnehmen sind. Diese basieren unter anderem auf der Bettenanzahl, die im Rahmen der Krankenhausbettenplanung durch das Land NRW festgelegt wird.

Die Ausgleichszahlungen gehen nicht über das hinaus, was erforderlich ist, um die durch die Erfüllung der obliegenden Gemeinwohlverpflichtungen verursachten Kosten des LVR-Klinikums Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf unter Berücksichtigung der dabei erzielten Einnahmen und einer angemessenen Umsatzrendite abzudecken. Eine Überkompensation ist gemäß dem Beschluss 2012/21/EU der Europäischen Kommission vom 20. Dezember 2011 auszuschließen. Dies wird insbesondere dadurch sichergestellt, dass jene Maßnahmen, für die investive und konsumtive Zuschüsse gewährt werden, seitens des Trägers LVR genehmigt und von diesem selbst gemäß den gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere unter Einhaltung der Vorschriften der Vergabe- und Vertragsordnung für Bauleistungen, durchgeführt werden.

Eine Überkompensation hinsichtlich des Qualitätsstandards wird dadurch verhindert, dass der Träger LVR in Zusammenarbeit mit seinen Kliniken Planungsleitlinien entwickelt hat, die für alle Neubauvorhaben verbindliche Leistungs- und Kostenvorgaben definieren.

Ein Verlustvortrag des Betriebs wird gemäß § 10 Abs. 6 der Eigenbetriebsverordnung des Landes Nordrhein-Westfalen (EigVO NRW) nur dann seitens des Trägers ausgeglichen, wenn der Verlust nach fünf Jahren nicht durch den Betrieb selbst ausgeglichen werden konnte und dieser aus der Erbringung von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse resultiert.

Um sicherzustellen, dass die vom Träger gewährten Ausgleichszahlungen ausschließlich für die betrauungsgegenständlichen Gemeinwohlaufgaben verwendet werden und nicht über das zur Aufgabenerfüllung der DAWI erforderliche Maß hinausgehen, führt das LVR-Klinikum Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf eine Spartenrechnung. Den Anforderungen aus Art. 5 Abs. 9 des Freistellungsbeschlusses der Europäischen Kommission (2012/21/EU) vom 20. Dezember 2011 wird damit, unabhängig davon, ob sonstige wirtschaftliche Leistungen angeboten werden, entsprochen. Der Nachweis über die Verwendung der Mittel erfolgt jährlich nach Ablauf des Wirtschaftsjahres. Dies geschieht durch den Jahresabschluss.

Der Landschaftsverband Rheinland ist zudem berechtigt, Bücher, Belege und sonstige Geschäftunterlagen überprüfen zu lassen. Für den Fall, dass sich nachträglich ergeben sollte, dass die gewähr-

ten Ausgleichszahlungen überhöht gewesen sind, ist das LVR-Klinikum Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf zur Rückzahlung des zu hohen (Anteils-) Betrags verpflichtet.

Die Betrauung des LVR-Klinikums Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf erhält mit Feststellung des Wirtschaftsplanes 2017 durch die Landschaftsversammlung ihre Gültigkeit und behält diese bis zum Ablauf des Wirtschaftsplanjahres 2017.

Kapazität in Betten / Plätzen

Disziplin	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Allgemeine Psychiatrie	431	383	383
Kinder- und Jugendpsychiatrie	52	52	52
Psychosomatik / Psychotherapie	24	24	24
Neurologie	36	36	36
Summe vollstationäre Betten	543	495	495
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	97	97	97
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	28	28	28
Tagesklinik Psychosomatik / Psychotherapie	19	19	19
Summe teilstationäre Plätze	144	144	144
Summe KHG-Bereich	687	639	639
Maßregelvollzug	0	0	0
Soziale Reha	68	68	68
Suchtentwöhnung / Med. Reha	0	0	0
Pflegeheimbereich	0	0	0
Jugendhilfe	0	0	0
Klinik Gesamt	755	707	707

Entwicklung des Personals

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Vollkräfte Gesamt	892,60	895,21	872,70

Erfolgsplan

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Umsatzerlöse	76.568	72.977	71.741
Sonstige betriebliche Erträge	6.497	7.156	7.178
Σ Erträge	83.065	80.133	78.919
Personalaufwand	60.904	58.194	56.474
Materialaufwand	9.966	9.368	8.615
Sonstige Aufwendungen	11.328	11.691	13.342
Σ Aufwendungen	82.198	79.253	78.431
Zwischenergebnis (EBITDA)	867	880	488
Abschreibungen (eigenfinanziert)	480	535	313
Operatives Ergebnis	387	345	175
Finanzierungsaufwendungen	370	350	96
Finanzierungserträge	20	20	0
Finanzergebnis	-350	-330	-96
Außerordentliche Erträge	0	0	0
Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0
Ergebnis vor Steuern	37	15	79
Steuern	37	5	48
Überschuss / Fehlbetrag	0	10	31
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	0	123
Ergebnis	0	10	154

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2017 (Entwurf)

1) Umsatzerlöse

Die Umsatzerlöse setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2015 TEUR
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Erlöse aus Krankenhausleistungen	68.525	65.072	63.503
Erlöse aus Wahlleistungen	595	591	466
Erlöse aus ambulanten Leistungen	7.005	6.724	6.920
Nutzungsentgelte der Ärzte	443	590	852
Umsatzerlöse	76.568	72.977	71.741

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

Berechnungstage

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Allgemeine Psychiatrie	137.791	137.791	137.322
Kinder- und Jugendpsychiatrie	17.493	17.493	10.947
Psychosomatik / Psychotherapie	8.110	8.110	7.955
Summe vollstationär	163.394	163.394	156.224
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	34.268	31.411	31.953
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	6.888	6.671	6.888
Tagesklinik Psychosomatik / Psychotherapie	4.675	4.675	4.832
Summe teilstationär	45.831	42.757	43.673
Summe KHG-Bereich	209.225	206.151	199.897
Maßregelvollzug	12.045	12.812	11.667
Soziale Reha	21.499	20.373	20.377
Suchtentwöhnung / Med. Reha	0	0	0
Pflegeheimbereich	0	0	0
Jugendhilfe	0	0	0
Klinik Gesamt	242.769	239.336	231.941

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

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Ambulanzen	31.890	31.265	30.695
ambulante OP	0	0	0

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2017 (Entwurf)

2) Sonstige betriebliche Erträge

Die Sonstigen betrieblichen Erträge setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2015 TEUR
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Bestandsveränderungen	0	0	0
andere aktivierte Eigenleistungen	0	0	0
Zuweisungen und Zuschüsse	2.944	3.394	3.951
Erträge aus Hilfs- und Nebenbetrieben	1.659	1.139	1.603
Übrige Erträge	1.394	1.658	1.624
Auflösung von Rückstellungen EBITDA-relevant	500	965	0
Auflösung von Rückstellungen EBITDA-neutral	0	0	0
Sonstige betriebliche Erträge	6.497	7.156	7.178

In den Zuweisungen und Zuschüssen sind Zuwendungen des LVR in Höhe von insgesamt 40.000 € enthalten. Hierbei handelt es sich um Zuschüsse zur Arbeitstherapieentlohnung Ferienmaßnahmen, Patientenclubs und Reinigung Patientenbekleidung.

3) Personalaufwand

Die Personalaufwendungen verteilen sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

	Plan		Ergebnis 2015 TEUR
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Ärztlicher Dienst	11.337	10.661	10.417
Pflegedienst	26.366	25.227	23.984
Medizinisch-Technischer Dienst	9.935	9.595	9.235
Funktionsdienst	3.677	3.550	3.559
Klinisches Hauspersonal	620	575	621
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	2.056	1.988	1.978
Technischer Dienst	1.479	1.414	1.379
Verwaltungsdienst	3.485	3.238	3.407
Sonderdienst	409	405	373
Sonstiges Personal	68	105	249
Ausbildungsstätten	282	246	229
Nicht zurechenbare Personalkosten	1.190	1.190	1.043
Personalaufwand	60.904	58.194	56.474

Auf den Stellenplan wird verwiesen.

4) Materialaufwendungen

Die Materialaufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2015 TEUR
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Lebensmittel	1.222	1.204	1.103
Medizinischer Bedarf	4.711	4.436	4.509
Wasser, Energie, Brennstoffe	1.953	1.902	1.362
Wirtschaftsbedarf	2.080	1.826	1.637
Sonstige	0	0	4
Materialaufwand	9.966	9.368	8.615

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2017 (Entwurf)

5) Sonstige Aufwendungen

Die Sonstigen Aufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2015 TEUR
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Verwaltungsbedarf	1.310	1.252	915
Zentrale Dienstleistungen	3.057	3.092	2.630
Instandhaltungen Aufwand	3.561	3.487	3.701
Instand.aufw.rücklagefin. Baumaßnahm. gem GFP	0	0	0
Instand.aufwend. rücklagenfin. Baumaßnahmen	0	0	0
Wartung	285	235	239
Abgaben, Versicherungen	380	373	480
Übrige Aufwendungen	2.735	3.252	5.377
Sonstige Aufwendungen	11.328	11.691	13.342

6) Kassenkreditrahmen

Die Höhe der Kassenkredite beträgt 9.600.000 €.

Gesamtübersicht		bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlungen / VE
		EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
		2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Investitionstätigkeit											
<u>Einzahlungen</u>											
1	aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	549.300	6.648.311	22.160.642		16.111.410	720.000	160.242	0	5.654.696	45.356.290
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	630.000		240.000	0	0	0	200.000	1.070.000
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		0	0	330.000	0	0	330.000
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	0	0		0	0	0	0	0	0
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	508.816	508.816	508.816		508.816	508.816	508.816	508.816	0	3.052.896
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	900.000	900.000		900.000	900.000	900.000	900.000	900.000	5.400.000
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	16.000	16.000		16.000	16.000	16.000	16.000	16.000	96.000
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
9	Σ der Einzahlungen	1.058.116	8.073.127	24.215.458		17.776.226	2.144.816	1.915.058	1.424.816	6.770.696	55.305.186
<u>Auszahlungen</u>											
10	für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	0	0	0		0	0	0	0	0	0
11	für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	5.068.554	23.529.000	23.873.500		16.007.000	2.555.631	124.289	0	22.718.856	70.347.830
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	1.565.241	422.263	395.852		358.410	362.374	365.953	0	394.115	3.441.945
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	916.000	916.000		916.000	916.000	916.000	916.000	916.000	5.496.000
14	für sonstige Investitionen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
15	Σ der Auszahlungen	6.633.795	24.867.263	25.185.352		17.281.410	3.834.005	1.406.242	916.000	24.028.971	79.285.775
16	<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>	0	0	0	19.773.657	16.365.410	2.918.005	490.242	0	0	19.773.657
17	Saldo Investitionstätigkeit	-5.575.679	-16.794.136	-969.894		494.816	-1.689.189	508.816	508.816	-17.258.275	-23.980.589
Finanzierungstätigkeit											
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	1.982.533	16.414.559	1.404.710		0	0	0	0	16.332.757	19.720.000
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	4.101.962	1.755.264	933.364		873.364	3.057.369	859.364	859.364	925.518	11.610.307
20	Entnahme aus der Baupauschalentrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
21	Σ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit	6.084.495	18.169.823	2.338.074		873.364	3.057.369	859.364	859.364	17.258.275	31.330.307
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	136.981	1.375.687	1.368.180		1.368.180	1.368.180	1.368.180	1.368.180	0	6.977.883
23	Zuführung zu der Baupauschalentrücklage	371.835	0	0		0	0	0	0	0	371.835
24	Σ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	508.816	1.375.687	1.368.180		1.368.180	1.368.180	1.368.180	1.368.180	0	7.349.718
25	Saldo aus Finanzierungstätigkeit	5.575.679	16.794.136	969.894		-494.816	1.689.189	-508.816	-508.816	17.258.275	23.980.589

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz			Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein- u. auszahlungen / VE	
		EUR	EUR	EUR		EUR	EUR	EUR	EUR			EUR
		2015	2016	2017		2017	2018	2019	2020			spätere Jahre
Neubau DTFZ (Ersatz Haus 2, 3, 13), 1. Bauabschnitt insgesamt 267 Betten, davon 36 Neurologie					Projekt Nr. 1.577				Zuständigkeit: Trägerverwaltung			
<u>Einzahlungen</u>												
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	4.705.441	19.889.475		14.454.000	720.000	160.242	0	4.797.743	40.021.460		
aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		0	0	330.000	0	0	330.000		
Σ der Einzahlungen	0	4.705.441	19.889.475		14.454.000	720.000	490.242	0	4.797.743	40.351.460		
<u>Auszahlungen</u>												
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	4.412.887	20.800.000	20.953.500		14.134.000	400.000	124.289	0	20.800.000	60.824.676		
für Planungskosten (BPS / EPL)	1.438.323	320.000	340.685		320.000	320.000	365.953	0	330.500	3.115.461		
Σ der Auszahlungen	5.851.210	21.120.000	21.294.185		14.454.000	720.000	490.242	0	21.130.500	63.940.137		
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				15.664.242	14.454.000	720.000	490.242	0		15.664.242		
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	-5.851.210	-16.414.559	-1.404.710		0	0	0	0	-16.332.757	-23.588.677		
Finanzierungstätigkeit												
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	1.982.533	16.414.559	1.404.710		0	0	0	0	16.332.757	19.720.000		
Einzahlungen aus Eigenmitteln	3.868.677	0	0		0	0	0	0	0	3.868.677		
Entnahme aus der Baupauschalrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0		
Σ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	5.851.210	16.414.559	1.404.710		0	0	0	0	16.332.757	23.588.677		
Saldo gesamt	0	0	0		0	0	0	0	0	0		

Erneuerung und hygienische Optimierung der energetischen Infrastruktur					Projekt Nr. 1.631				Zuständigkeit: Trägerverwaltung	
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	549.300	1.942.870	2.271.167		1.657.410	0	0	0	856.953	5.334.830
Σ der Einzahlungen	549.300	1.942.870	2.271.167		1.657.410	0	0	0	856.953	5.334.830
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	600.747	2.029.000	2.220.000		1.623.000	0	0	0	829.953	5.273.700
für Planungskosten (BPS / EPL)	116.946	82.263	51.167		34.410	0	0	0	27.000	229.523
Σ der Auszahlungen	717.693	2.111.263	2.271.167		1.657.410	0	0	0	856.953	5.503.223
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				1.657.410	1.657.410	0	0	0		1.657.410
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	-168.393	-168.393	0		0	0	0	0	0	-168.393
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Einzahlungen aus Eigenmitteln	168.393	168.393	0		0	0	0	0	0	168.393
Σ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	168.393	168.393	0		0	0	0	0	0	168.393
Saldo gesamt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlungen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	EUR
Erneuerung Blockheizkraftwerke					Projekt Nr. 1.715		Zuständigkeit: Trägerverwaltung			
<u>Einzahlungen</u>										
∑ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	39.289	700.000	60.000		0	0	0	0	849.534	948.823
für Planungskosten (BPS / EPL)	4.598	20.000	0		0	0	0	0	33.989	38.587
∑ der Auszahlungen	43.887	720.000	60.000		0	0	0	0	883.523	987.410
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				0	0	0	0	0	0	0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	-43.887	-720.000	-60.000		0	0	0	0	-883.523	-987.410
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Einzahlungen aus Eigenmitteln	43.887	720.000	60.000		0	0	0	0	883.523	987.410
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	43.887	720.000	60.000		0	0	0	0	883.523	987.410
Saldo gesamt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Maßnahmen aus dem Vorjahr ohne Ansatz in 2017										
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
∑ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	0		0	0	0	0	0	0
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
∑ der Auszahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				0	0	0	0	0	0	0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	0	0		0	0	0	0	0	0
∑ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Saldo gesamt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlungen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Kurzfristige Anlagegüter 3 - 15 Jahre										
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	900.000	900.000		900.000	900.000	900.000	900.000	900.000	5.400.000
aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen (Reha-Bereich)	0	16.000	16.000		16.000	16.000	16.000	16.000	16.000	96.000
Σ der investiven Einzahlungen	0	916.000	916.000		916.000	916.000	916.000	916.000	916.000	5.496.000
<u>Auszahlungen</u>										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	916.000	916.000		916.000	916.000	916.000	916.000	916.000	5.496.000
Σ der investiven Auszahlungen	0	916.000	916.000		916.000	916.000	916.000	916.000	916.000	5.496.000
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0						
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Baupauschale KHG										
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	508.816	508.816	508.816		508.816	508.816	508.816	508.816	0	3.052.896
Σ der Einzahlungen	508.816	508.816	508.816		508.816	508.816	508.816	508.816	0	3.052.896
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Σ der Auszahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Saldo Investitionstätigkeit	508.816	508.816	508.816		508.816	508.816	508.816	508.816	0	3.052.896
Finanzierungstätigkeit										
Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	136.981	508.816	508.816		508.816	508.816	508.816	508.816	0	2.681.061
Zuführung zu der Baupauschalrücklage	371.835	0	0		0	0	0	0	0	371.835
Σ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	508.816	508.816	508.816		508.816	508.816	508.816	508.816	0	3.052.896
Saldo aus Finanzierungstätigkeit	508.816	508.816	508.816		508.816	508.816	508.816	508.816	0	3.052.896
Ergebnis	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Teil II Maßnahmen konsumtiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlungen / VE	
		EUR	EUR		EUR	EUR	EUR	EUR			EUR
		2015	2016		2017	2017	2018	2019			2020
Beseitigung von brandschutztechnischen Mängeln in Haus 2					Projekt Nr. 1.310				Zuständigkeit: Klinik		
Beseitigung der festgestellten Brandschutzmängel											
Einzahlungen aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	50.000		0	0	0	0	0	50.000	
Σ der Einzahlungen	0	0	50.000		0	0	0	0	0	50.000	
Auszahlungen für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	50.000		0	0	0	0	0	50.000	
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	0		0	0	0	0	0	0	
Σ der Auszahlungen	0	0	50.000		0	0	0	0	0	50.000	
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0	0	0	
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0	

Bauliche Umsetzung des Brandschutzkonzeptes f. Haus 7 die erforderlichen Maßnahmen sollen durchgeführt werden					Projekt Nr. 1.542				Zuständigkeit: Klinik	
Einzahlungen aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	25.000		0	0	0	0	0	25.000
Σ der Einzahlungen	0	0	25.000		0	0	0	0	0	25.000
Auszahlungen für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	25.000		0	0	0	0	0	25.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Σ der Auszahlungen	0	0	25.000		0	0	0	0	0	25.000
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0	0	0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Bauliche Umsetzung des Brandschutzkonzeptes f. Haus 27 die erforderlichen Maßnahmen sollen durchgeführt werden					Projekt Nr. 1.563				Zuständigkeit: Klinik	
Einzahlungen aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	20.000		0	0	0	0	0	20.000
Σ der Einzahlungen	0	0	20.000		0	0	0	0	0	20.000
Auszahlungen für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	20.000		0	0	0	0	0	20.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Σ der Auszahlungen	0	0	20.000		0	0	0	0	0	20.000
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0	0	0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Bauliche Umsetzung des Brandschutzkonzeptes f. Haus 39 die erforderlichen Maßnahmen sollen durchgeführt werden					Projekt Nr. 1.564				Zuständigkeit: Klinik	
Einzahlungen aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	25.000		0	0	0	0	0	25.000
Σ der Einzahlungen	0	0	25.000		0	0	0	0	0	25.000
Auszahlungen für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	25.000		0	0	0	0	0	25.000
Σ der Auszahlungen	0	0	25.000		0	0	0	0	0	25.000
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0	0	0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Teil II Maßnahmen konsumtiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlungen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Abriss Häuser 13 und 14, Bauteil 2					Projekt Nr. 1.653				Zuständigkeit: Trägerverwaltung	
<u>Einzahlungen</u>										
Σ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	15.631	0	10.000		10.000	2.155.631	0	0	39.369	2.230.631
für Planungskosten (BPS / EPL)	5.374	0	4.000		4.000	42.374	0	0	2.626	58.374
Σ der Auszahlungen	21.005	0	14.000		14.000	2.198.005	0	0	41.995	2.289.005
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				2.212.005	14.000	2.198.005	0	0		2.212.005
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	-21.005	0	-14.000		-14.000	-2.198.005	0	0	-41.995	-2.289.005
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Einzahlungen aus Eigenmitteln	21.005	0	14.000		14.000	2.198.005	0	0	41.995	2.289.005
Σ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	21.005	0	14.000		14.000	2.198.005	0	0	41.995	2.289.005
Saldo gesamt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bauliche Umsetzung des Brandschutzkonzeptes für Haus 11					Projekt Nr. 1.716				Zuständigkeit: Klinik	
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	10.000		0	0	0	0	0	10.000
Σ der Einzahlungen	0	0	10.000		0	0	0	0	0	10.000
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	10.000		0	0	0	0	0	10.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Σ der Auszahlungen	0	0	10.000		0	0	0	0	0	10.000
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>			0	0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Änderung der Brandmeldeanlage und der Feuerwehrlaufpunkte					Projekt Nr. 1.717				Zuständigkeit: Klinik	
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	500.000		240.000	0	0	0	200.000	940.000
Σ der Einzahlungen	0	0	500.000		240.000	0	0	0	200.000	940.000
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	500.000		240.000	0	0	0	200.000	940.000
Σ der Auszahlungen	0	0	500.000		240.000	0	0	0	200.000	940.000
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>			0	240.000	240.000	0	0	0		240.000
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Stellenübersicht 2017 (Entwurf)

1. Beschäftigte	Entgelt- gruppe	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
	Sondervertrag	10,00	9,00	8,00
	15 Ü	0,00	0,00	0,00
	15	3,00	3,00	3,00
	14	5,00	5,00	13,96
	13	52,00	51,00	43,06
	12a	0,00	0,00	0,00
	12	8,00	7,00	5,28
	11b	0,00	0,00	0,00
	11a	0,00	0,00	0,00
	11	8,00	7,00	8,00
	10a	2,00	2,00	2,00
	10	4,00	4,00	3,70
	9d	5,00	6,00	5,00
	9c	15,00	15,00	14,55
	9b	31,00	31,00	26,96
	9a	21,00	21,00	17,10
	9	30,00	30,00	58,51
	8a	26,00	26,00	15,39
	8	73,00	73,00	46,13
	7a	319,00	313,00	269,50
	7	5,00	4,00	5,00
	6	45,00	45,00	36,65
	5	37,00	38,00	46,09
	4a	0,00	0,00	21,62
	4	1,00	1,00	4,00
	3a	0,00	0,00	19,45
	3	24,00	23,00	34,82
	2 Ü	0,00	0,00	0,00
	2	3,00	3,00	1,26
	1	23,00	23,00	7,82
Sozial- und Erziehungsdienst	S 18	0,00	0,00	0,00
	S 17	0,00	0,00	0,00
	S 12 Ü	0,00	0,00	0,00
	S 12	38,00	37,00	45,42
	S 9	0,00	0,00	2,00
	S 8 B	0,00	0,00	18,14
	S 8	0,00	0,00	0,00
	S 5	0,00	0,00	3,60
	S 4	0,00	0,00	0,50
Ärzte	IV	5,00	6,00	6,78
	III	15,00	15,00	12,70
	II	15,00	14,00	14,88
	I	68,00	67,00	67,30
Summe		891,00	879,00	888,17

2. Nachwuchs-
kräfte

Aus- bildungs- verhältnis	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
Berufspraktikant	13,00	13,00	10,90
Kr.- Pflegeschüler	100,00	100,00	72,00
Ausbild. Verwaltung	6,00	6,00	4,00
Summe	119,00	119,00	86,90

3. Beamte

Im Stellenplan für das Haushaltsjahr 2017 des Landschaftsverbandes Rheinland sind für Beamte nachgewiesen:

Laufbahn- gruppe	Besoldungs- gruppe	Zahl der Stellen 2017			Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
		insgesamt	mit Zulage	darunter ausgesondert		
Höherer Dienst						
	A 16	3,00	0,00	0,00	2,00	0,30
	A 13	2,00	0,00	0,00	2,00	1,50
	Summe	5,00	0,00	0,00	4,00	1,80

5. Sonstige Stellen

	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
Freiwilliges Soziales Jahr	20,00	20,00	17,00
Summe	20,00	20,00	17,00

Katalog der Dienstposten mit Dienstwohnungsberechtigung

- Handwerker (kw), Brandschutzbeauftragter (kw), Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes (kw), stellv. Pflegeleiter, Maschinenbetriebsleiter

Finanzplan 2016 - 2020 (Entwurf)

	2016 Wirt- schafts- plan in T€	2017 Wirt- schafts- plan in T€	Verän- derung ggü. Vorjahr in v. H.	2018 Wirt- schafts- plan in T€	Verän- derung ggü. Vorjahr in v. H.	2019 Wirt- schafts- plan in T€	Verän- derung ggü. Vorjahr in v. H.	2020 Wirt- schafts- plan in T€	Verän- derung ggü. Vorjahr in v. H.
Umsatzerlöse	72.977	76.568	4,9%	79.097	3,3%	81.235	2,7%	83.099	2,3%
Sonstige betriebliche Erträge	7.156	6.497	-9,2%	6.490	-0,1%	6.907	6,4%	7.159	3,6%
Σ Erträge	80.133	83.065	3,7%	85.587	3,0%	88.142	3,0%	90.258	2,4%
Personalaufwand	58.194	60.904	4,7%	62.572	2,7%	64.347	2,8%	66.092	2,7%
Materialaufwand	9.368	9.966	6,4%	10.084	1,2%	10.515	4,3%	10.536	0,2%
Sonstige Aufwendungen	11.691	11.328	-3,1%	11.584	2,3%	11.728	1,2%	11.988	2,2%
Σ Aufwendungen	79.253	82.198	3,7%	84.240	2,5%	86.590	2,8%	88.616	2,3%
Zwischenergebnis (EBITDA)	880	867	-1,5%	1.347	55,4%	1.552	15,2%	1.642	5,8%
Abschreibungen (eigenfinanz.)	535	480	-10,3%	910	89,6%	1.120	23,1%	1.200	7,1%
Operatives Ergebnis	345	387	12,2%	437	12,9%	432	-1,1%	442	2,3%
Finanzierungsaufwendungen	350	370	5,7%	420	13,5%	420	0,0%	430	2,4%
Finanzierungserträge	20	20	0,0%	20	0,0%	20	0,0%	20	0,0%
Finanzergebnis	-330	-350	6,1%	-400	14,3%	-400	0,0%	-410	2,5%
Außerordentliche Erträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis vor Steuern	15	37	146,7%	37	0,0%	32	-13,5%	32	0,0%
Steuern	5	37	640,0%	37	0,0%	32	-13,5%	32	0,0%
Überschuss / Fehlbetrag	10	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis	10	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

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

LVR-Klinik Köln

Entwurf 2017

Betrauung der LVR-Klinik Köln

Vorbemerkung

Nach Maßgabe des § 1 Abs. 2 des Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KGG NRW) ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser eine öffentliche Aufgabe des Landes, wobei Gemeinden und Gemeindeverbände nach Maßgabe der Gesetze mitwirken. Eine Verpflichtung zur Errichtung und zum Betrieb von Krankenhäusern ergibt sich für Gemeinden und Gemeindeverbände dann, wenn sich kein anderer geeigneter Träger hierfür findet. Kreisangehörige Gemeinden sind von dieser Verpflichtung befreit, wenn sie die erforderliche Finanzkraft nicht besitzen (vgl. § 1 Abs. 3 KGG NRW).

Der Landschaftsverband Rheinland als Zusammenschluss der rheinischen Kreise und kreisfreien Städte errichtet und betreibt zur Sicherstellung dieses Versorgungsauftrages neun psychiatrische Fachkrankenhäuser und eine Fachklinik für Orthopädie im Rheinland. Die eigenbetriebsähnlichen Einrichtungen sind dabei wirtschaftlich und organisatorisch eigenständig.

LVR-Klinik Köln

Die LVR-Klinik Köln, Wilhelm-Griesinger-Str. 23, 51109 Köln, ist als psychiatrisches Fachkrankenhaus unter der Krankenhausnummer 3150531 mit den Fachdisziplinen

- Psychiatrie (Allgemein)
- Tagesklinik Psychiatrie (Allgemein)

sowie einer

- Ausbildungsstätte für den Ausbildungsgang „Gesundheits- und Krankenpflege“

in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen aufgenommen.

Für die Erbringung der in diesem Rahmen gewährleisteten Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse betraut der Landschaftsverband Rheinland die LVR-Klinik Köln in den entsprechenden Versorgungsgebieten.

Auf der Grundlage ihres Versorgungsauftrages und der Betriebssatzung der LVR-Kliniken nimmt die LVR-Klinik Köln den ärztlichen, pflegerischen, technischen und wirtschaftlichen Betrieb der Krankenhausbetriebsstätten an folgenden Standorten wahr:

- LVR-Klinik Köln, Wilhelm-Griesinger-Str. 23, 51109 Köln

Außenstellen:

- Adamstraße 12, 51063 Köln-Mülheim
- Rottweiler Straße 1, 50739 Köln-Bilderstöckchen
- Merianstraße 92, 50765 Köln-Chorweiler

Das Versorgungsgebiet der LVR-Klinik Köln umfasst folgende Kölner Stadtbezirke:

- Stadtbezirk 1 (Innenstadt) – ohne Stadtteile Altstadt-Süd und Neustadt-Süd
- Stadtbezirk 4 (Ehrenfeld)
- Stadtbezirk 5 (Nippes)
- Stadtbezirk 6 (Chorweiler)
- Stadtbezirk 8 (Kalk)
- Stadtbezirk 9 (Mülheim)

Darüber hinaus erbringt die LVR-Klinik Köln Aufgaben der medizinischen Rehabilitation sowie der Eingliederungshilfe nach den geltenden leistungsrechtlichen Vorschriften.

Soweit für die Erbringung dieser Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse erforderlich, gewährt der Landschaftsverband Rheinland der LVR-Klinik Köln Ausgleichszahlungen in Form von investiven und konsumtiven Trägerzuschüssen, die jeweils den im Vorfeld aufgestellten Wirtschaftsplänen zu entnehmen sind. Diese basieren unter anderem auf der Bettenanzahl, die im Rahmen der Krankenhausbettenplanung durch das Land NRW festgelegt wird.

Die Ausgleichszahlungen gehen nicht über das hinaus, was erforderlich ist, um die durch die Erfüllung der obliegenden Gemeinwohlverpflichtungen verursachten Kosten der LVR-Klinik Köln unter Berücksichtigung der dabei erzielten Einnahmen und einer angemessenen Umsatzrendite abzudecken. Eine Überkompensation ist gemäß dem Beschluss 2012/21/EU der Europäischen Kommission vom 20. Dezember 2011 auszuschließen. Dies wird insbesondere dadurch sichergestellt, dass jene Maßnahmen, für die investive und konsumtive Zuschüsse gewährt werden, seitens des Trägers LVR genehmigt und von diesem selbst gemäß den gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere unter Einhaltung der Vorschriften der Vergabe- und Vertragsordnung für Bauleistungen, durchgeführt werden.

Eine Überkompensation hinsichtlich des Qualitätsstandards wird dadurch verhindert, dass der Träger LVR in Zusammenarbeit mit seinen Kliniken Planungsleitlinien entwickelt hat, die für alle Neubauvorhaben verbindliche Leistungs- und Kostenvorgaben definieren.

Ein Verlustvortrag des Betriebs wird gemäß § 10 Abs. 6 der Eigenbetriebsverordnung des Landes Nordrhein-Westfalen (EigVO NRW) nur dann seitens des Trägers ausgeglichen, wenn der Verlust nach fünf Jahren nicht durch den Betrieb selbst ausgeglichen werden konnte und dieser aus der Erbringung von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse resultiert.

Um sicherzustellen, dass die vom Träger gewährten Ausgleichszahlungen ausschließlich für die betrauungsgegenständlichen Gemeinwohlaufgaben verwendet werden und nicht über das zur Aufgabenerfüllung der DAWI erforderliche Maß hinausgehen, führt die LVR-Klinik Köln eine Spartenrechnung. Den Anforderungen aus Art. 5 Abs. 9 des Freistellungsbeschlusses der Europäischen Kommission (2012/21/EU) vom 20. Dezember 2011 wird damit, unabhängig davon, ob sonstige wirtschaftliche Leistungen angeboten werden, entsprochen. Der Nachweis über die Verwendung der Mittel erfolgt jährlich nach Ablauf des Wirtschaftsjahres. Dies geschieht durch den Jahresabschluss.

Der Landschaftsverband Rheinland ist zudem berechtigt, Bücher, Belege und sonstige Geschäftsunterlagen überprüfen zu lassen. Für den Fall, dass sich nachträglich ergeben sollte, dass die gewährten Ausgleichszahlungen überhöht gewesen sind, ist die LVR-Klinik Köln zur Rückzahlung des zu hohen (Anteils-) Betrags verpflichtet.

Die Betrauung der LVR-Klinik Köln erhält mit Feststellung des Wirtschaftsplanes 2017 durch die Landschaftsversammlung ihre Gültigkeit und behält diese bis zum Ablauf des Wirtschaftsplanjahres 2017.

Kapazität in Betten / Plätzen

Disziplin	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Allgemeine Psychiatrie	402	402	402
Summe vollstationäre Betten	402	402	402
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	72	72	72
Tagesklinik Gerontopsychiatrie	36	36	36
Summe teilstationäre Plätze	108	108	108
Summe KHG-Bereich	510	510	510
Maßregelvollzug	210	210	210
Soziale Reha	26	26	26
Suchtentwöhnung / Med. Reha	0	0	0
Pflegeheimbereich	0	0	0
Jugendhilfe	0	0	0
Klinik Gesamt	746	746	746

Entwicklung des Personals

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Vollkräfte Gesamt	869,64	877,60	838,90

Erfolgsplan

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Umsatzerlöse	77.036	74.556	73.629
Sonstige betriebliche Erträge	5.271	4.876	5.545
∑ Erträge	82.307	79.432	79.174
Personalaufwand	57.764	55.503	53.378
Materialaufwand	9.666	8.889	10.188
Sonstige Aufwendungen	14.462	14.499	15.372
∑ Aufwendungen	81.892	78.891	78.938
Zwischenergebnis (EBITDA)	415	541	236
Abschreibungen (eigenfinanziert)	311	343	166
Operatives Ergebnis	104	198	70
Finanzierungsaufwendungen	0	1	6
Finanzierungserträge	2	2	4
Finanzergebnis	2	1	-2
Außerordentliche Erträge	0	0	0
Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0
Ergebnis vor Steuern	106	199	68
Steuern	19	19	16
Überschuss / Fehlbetrag	87	180	52
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	0	75
Ergebnis	87	180	127

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2017 (Entwurf)

1) Umsatzerlöse

Die Umsatzerlöse setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Erlöse aus Krankenhausleistungen	72.824	70.428	69.636
Erlöse aus Wahlleistungen	37	55	35
Erlöse aus ambulanten Leistungen	4.003	3.933	3.794
Nutzungsentgelte der Ärzte	172	140	164
Umsatzerlöse	77.036	74.556	73.629

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

Berechnungstage

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Allgemeine Psychiatrie	138.266	138.266	141.045
Summe vollstationär	138.266	138.266	141.045
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	30.644	30.644	32.157
Tagesklinik Gerontopsychiatrie	10.680	10.680	10.081
Summe teilstationär	41.324	41.324	42.238
Summe KHG-Bereich	179.590	179.590	183.283
Maßregelvollzug	88.695	90.520	90.248
Soziale Reha	9.490	9.490	9.292
Suchtentwöhnung / Med. Reha	0	0	0
Pflegeheimbereich	0	0	0
Klinik Gesamt	277.775	279.600	282.823

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

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Ambulanzen	23.916	23.880	23.804
ambulante OP	0	0	0

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2017 (Entwurf)

2) Sonstige betriebliche Erträge

Die Sonstigen betrieblichen Erträge setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Bestandsveränderungen	0	0	0
andere aktivierte Eigenleistungen	0	0	0
Zuweisungen und Zuschüsse	7	7	1.052
Erträge aus Hilfs- und Nebenbetrieben	14	14	15
Übrige Erträge	5.176	4.781	4.478
Auflösung von Rückstellungen EBITDA-relevant	74	74	0
Auflösung von Rückstellungen EBITDA-neutral	0	0	0
Sonstige betriebliche Erträge	5.271	4.876	5.545

In den Zuweisungen und Zuschüssen sind Zuwendungen des LVR in Höhe von insgesamt 6.515,82 € für Sitzungsgelder Krankenhausausschuss enthalten.

3) Personalaufwand

Die Personalaufwendungen verteilen sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Ärztlicher Dienst	10.593	10.521	10.016
Pflegedienst	28.810	27.801	27.542
Medizinisch-Technischer Dienst	6.704	6.114	6.469
Funktionsdienst	2.739	2.582	2.312
Klinisches Hauspersonal	570	537	632
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	2.224	1.875	819
Technischer Dienst	899	900	855
Verwaltungsdienst	4.071	3.924	3.604
Sonderdienst	348	293	317
Sonstiges Personal	54	70	94
Ausbildungsstätten	304	310	293
Nicht zurechenbare Personalkosten	448	576	425
Personalaufwand	57.764	55.503	53.378

Auf den Stellenplan wird verwiesen.

4) Materialaufwendungen

Die Materialaufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Lebensmittel	2.310	2.066	2.941
Medizinischer Bedarf	3.489	3.001	3.445
Wasser, Energie, Brennstoffe	1.570	1.684	1.541
Wirtschaftsbedarf	2.297	2.138	2.261
Sonstige	0	0	0
Materialaufwand	9.666	8.889	10.188

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2017 (Entwurf)

5) Sonstige Aufwendungen

Die Sonstigen Aufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Verwaltungsbedarf	639	701	628
Zentrale Dienstleistungen	2.428	2.706	2.396
Instandhaltungen Aufwand	3.387	2.462	2.730
Instand.aufw.rücklagefin. Baumaßnah. gem GFP	0	0	0
Instand.aufwend. rücklagenfin. Baumaßnahmen	0	0	0
Wartung	210	224	203
Abgaben, Versicherungen	288	276	282
Übrige Aufwendungen	7.510	8.130	9.133
Sonstige Aufwendungen	14.462	14.499	15.372

6) Kassenkreditrahmen

Die Höhe der Kassenkredite beträgt 9.500.000 €

Gesamtübersicht		bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlungen / VE
		EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
		2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Investitionstätigkeit											
<u>Einzahlungen</u>											
1	aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	280	40.000	40.000	0	0	0	0	69.720	110.000	
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	419.559	419.559	419.559	419.559	419.559	419.559	419.559	419.559	2.936.913	
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	495.261	519.479	519.000	519.000	519.000	519.000	519.479	3.114.958	
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	444.970	444.970	445.000	445.000	445.000	445.000	444.970	2.669.940	
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
9	Σ der Einzahlungen	419.839	1.399.790	1.424.008	1.383.559	1.383.559	1.383.559	1.383.559	1.453.728	8.831.811	
<u>Auszahlungen</u>											
10	für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
11	für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	18.689	694.502	40.000	0	0	0	0	301.311	360.000	
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	280	117.783	0	0	0	0	0	129.720	130.000	
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	940.231	964.449	964.000	964.000	964.000	964.000	964.449	5.784.898	
14	für sonstige Investitionen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
15	Σ der Auszahlungen	18.969	1.752.516	1.004.449	964.000	964.000	964.000	964.000	1.395.480	6.274.898	
16	<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
17	Saldo Investitionstätigkeit	400.870	-352.726	419.559	419.559	419.559	419.559	419.559	58.248	2.556.913	
Finanzierungstätigkeit											
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	18.689	0	0	0	0	0	0	361.311	380.000	
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	772.285	0	0	0	0	0	0	0	
20	Entnahme aus der Baupauschalentrücklage	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
21	Σ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit	18.689	772.285	0	0	0	0	0	361.311	380.000	
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	1.291	0	1.291	1.291	1.291	1.291	1.291	0	7.748	
23	Zuführung zu der Baupauschalentrücklage	418.268	419.559	418.268	418.268	418.268	418.268	418.268	419.559	2.929.165	
24	Σ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	419.559	419.559	419.559	419.559	419.559	419.559	419.559	419.559	2.936.913	
25	Saldo aus Finanzierungstätigkeit	-400.870	352.726	-419.559	-419.559	-419.559	-419.559	-419.559	-58.248	-2.556.913	

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlungen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Betonsanierung bzw. Energieoptimierende Fassadensanierung					Projekt Nr. 1.617		Zuständigkeit: Trägerverwaltung			
Einzahlungen										
Σ der Einzahlungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	18.689	0	0		0	0	0	0	181.311	200.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	0		0	0	0	0	80.000	80.000
Σ der Auszahlungen	18.689	0	0	0	0	0	0	0	261.311	280.000
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				0	0	0	0	0	0	0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	-18.689	0	0	0	0	0	0	0	-261.311	-280.000
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	18.689	0	0		0	0	0	0	261.311	280.000
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Entnahme aus der Baupauschalrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Σ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	18.689	0	0	0	0	0	0	0	261.311	280.000
Saldo gesamt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Grundsanierung (Multifunktions-) Personalwohnheim					Projekt Nr. NN		Zuständigkeit: Trägerverwaltung			
Einzahlungen										
Σ der Einzahlungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	0		0	0	0	0	100.000	100.000
Σ der Auszahlungen	0	0	0	0	0	0	0	0	100.000	100.000
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				0	0	0	0	0	0	0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0	0	0	0	0	0	-100.000	-100.000
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	100.000	100.000
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Σ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	0	0	0	0	0	0	0	0	100.000	100.000
Saldo gesamt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlungen / VE	
		EUR	EUR		EUR	EUR	EUR	EUR			EUR
		2015	2016		2017	2017	2018	2019			2020
Maßnahmen aus dem Vorjahr ohne Ansatz in 2017											
<u>Einzahlungen</u>											
aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	0	0		0	0	0	0	0	0	
Σ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0	
<u>Auszahlungen</u>											
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	654.502	0		0	0	0	0	0	0	
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	117.783	0		0	0	0	0	0	0	
Σ der Auszahlungen	0	772.285	0		0	0	0	0	0	0	
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				0	0	0	0	0	0	0	
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./ Auszahlung)	0	-772.285	0		0	0	0	0	0	0	
Finanzierungstätigkeit											
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0	
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	772.285	0		0	0	0	0	0	0	
Σ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	0	772.285	0		0	0	0	0	0	0	
Saldo gesamt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Kurzfristige Anlagegüter 3 - 15 Jahre										
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	495.261	519.479		519.000	519.000	519.000	519.000	519.479	3.114.958
Zuweisungen der Forensik	0	429.733	429.733		430.000	430.000	430.000	430.000	429.733	2.579.466
aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen (Reha-Bereich)	0	15.237	15.237		15.000	15.000	15.000	15.000	15.237	90.474
Σ der investiven Einzahlungen	0	940.231	964.449		964.000	964.000	964.000	964.000	964.449	5.784.898
<u>Auszahlungen</u>										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	940.231	964.449		964.000	964.000	964.000	964.000	964.449	5.784.898
Σ der investiven Auszahlungen	0	940.231	964.449		964.000	964.000	964.000	964.000	964.449	5.784.898
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				0						
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./ Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Baupauschale KHG										
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	419.559	419.559	419.559		419.559	419.559	419.559	419.559	419.559	2.936.913
Σ der Einzahlungen	419.559	419.559	419.559		419.559	419.559	419.559	419.559	419.559	2.936.913
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Σ der Auszahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Saldo Investitionstätigkeit	419.559	419.559	419.559		419.559	419.559	419.559	419.559	419.559	2.936.913
Finanzierungstätigkeit										
Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	1.291	0	1.291		1.291	1.291	1.291	1.291	0	7.748
Zuführung zu der Baupauschalrücklage	418.268	419.559	418.268		418.268	418.268	418.268	418.268	419.559	2.929.165
Σ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	419.559	419.559	419.559		419.559	419.559	419.559	419.559	419.559	2.936.913
Saldo aus Finanzierungstätigkeit	419.559	419.559	419.559		419.559	419.559	419.559	419.559	419.559	2.936.913
Ergebnis	0	0	0		0	0	0	0	0	0

LVR-Klinik Köln

Vermögensplan 2017 /

Investitionsprogramm 2016 - 2020

Teil II Maßnahmen konsumtiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlungen / VE
		EUR	EUR		EUR	EUR	EUR	EUR		
		2015	2016		2017	2017	2018	2019		
Umstrukturierung der LVR-Klinik Köln					Projekt Nr. 589				Zuständigkeit: Trägerverwaltung	
Titel B: Verlagerung der zentralen Aufnahme und der Ambulanz										
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	280	0	0		0	0	0	0	59.720	60.000
Σ der Einzahlungen	280	0	0		0	0	0	0	59.720	60.000
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	0		0	0	0	0	10.000	10.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	280	0	0		0	0	0	0	49.720	50.000
Σ der Auszahlungen	280	0	0		0	0	0	0	59.720	60.000
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				0	0	0	0	0	0	0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Brandschutz in verschiedenen Häusern der Klinik					Projekt Nr. 1.474				Zuständigkeit: Klinik	
Beseitigung der festgestellten Mängel										
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	40.000	40.000		0	0	0	0	10.000	50.000
Σ der Einzahlungen	0	40.000	40.000		0	0	0	0	10.000	50.000
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	40.000	40.000		0	0	0	0	10.000	50.000
Σ der Auszahlungen	0	40.000	40.000		0	0	0	0	10.000	50.000
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				0	0	0	0	0	0	0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Stellenübersicht 2017 (Entwurf)

1. Beschäftigte	Entgelt- gruppe	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
	Sondervertrag	8,00	8,00	8,00
	Sondervertrag PDL	6,00	6,00	0,00
	15 Ü	0,00	0,00	0,00
	15	1,00	1,00	1,00
	14	17,83	17,83	12,97
	13	16,00	16,00	17,25
	12a	0,00	0,00	0,00
	12	5,00	5,00	5,90
	11b	0,00	0,00	0,00
	11a	0,00	0,00	0,00
	11	6,00	6,00	5,78
	10a	0,00	0,00	4,00
	10	12,00	12,00	6,62
	9d	6,00	6,00	7,00
	9c	29,00	29,00	33,63
	9b	29,00	29,00	32,79
	9a	37,00	37,00	33,66
	9	57,70	57,70	51,09
	8a	5,00	5,00	4,00
	8	39,00	39,00	40,02
	7a	330,00	330,00	325,19
	7	0,00	0,00	0,00
	6	27,00	27,00	23,59
	5	48,00	48,00	51,90
	4a	25,00	25,00	26,53
	4	15,00	15,00	12,47
	3a	28,00	28,00	24,16
	3	41,00	41,00	29,42
	2 Ü	0,00	0,00	0,00
	2	0,00	0,00	0,00
	1	12,00	12,00	6,89
Sozial- und Erziehungsdienst	S 18	0,00	0,00	0,00
	S 17	1,00	1,00	1,00
	S 15	1,00	1,00	1,00
	S 12 Ü	0,00	18,00	0,00
	S 12	38,00	20,00	36,26
	S 8/S 8 Ü	15,00	15,00	14,71
	S 4	1,00	1,00	0,62
Ärzte	IV	8,00	8,00	7,75
	III	9,00	9,00	11,00
	II	40,00	40,00	28,53
	I	55,00	55,00	52,83
	Summe	968,53	968,53	917,56

2. Nachwuchs-
kräfte

Aus- bildungs- verhältnis	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
Kr.- Pflegeschüler	75,00	75,00	61,00
Ausbild. Verwaltung	0,00	0,00	0,00
Ausbild. Handwerk	0,00	0,00	0,00
Summe	75,00	75,00	61,00

3. Beamte

Im Stellenplan für das Haushaltsjahr 2017 des Landschaftsverbandes Rheinland sind für Beamte nachgewiesen:

Laufbahn- gruppe	Besoldungs- gruppe	Zahl der Stellen 2017			Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
		insgesamt	mit Zulage	darunter ausgesondert		
Mittlerer Dienst						
	A 8	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00
	Summe	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00

5. Sonstige Stellen

	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
Freiwilliges Soziales Jahr	15,00	15,00	7,00
Summe	15,00	15,00	7,00

Katalog der Dienstposten mit Dienstwohnungsberechtigung

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

Finanzplan 2016 - 2020 (Entwurf)

	2016 Wirt- schafts- plan in T€	2017 Wirt- schafts- plan in T€	Verän- derung ggü. Vorjahr in v. H.	2018 Wirt- schafts- plan in T€	Verän- derung ggü. Vorjahr in v. H.	2019 Wirt- schafts- plan in T€	Verän- derung ggü. Vorjahr in v. H.	2020 Wirt- schafts- plan in T€	Verän- derung ggü. Vorjahr in v. H.
Umsatzerlöse	74.556	77.036	3,3%	78.949	2,5%	80.911	2,5%	82.920	2,5%
Sonstige betriebliche Erträge	4.876	5.271	8,1%	5.288	0,3%	5.307	0,4%	5.324	0,3%
Σ Erträge	79.432	82.307	3,6%	84.237	2,3%	86.218	2,4%	88.244	2,3%
Personalaufwand	55.503	57.764	4,1%	59.172	2,4%	60.685	2,6%	62.237	2,6%
Materialaufwand	8.889	9.666	8,7%	9.819	1,6%	9.964	1,5%	10.113	1,5%
Sonstige Aufwendungen	14.499	14.462	-0,3%	14.832	2,6%	15.155	2,2%	15.480	2,1%
Σ Aufwendungen	78.891	81.892	3,8%	83.823	2,4%	85.804	2,4%	87.830	2,4%
Zwischenergebnis (EBITDA)	541	415	-23,3%	414	-0,2%	414	0,0%	414	0,0%
Abschreibungen (eigenfinanz.)	343	311	-9,3%	311	0,0%	311	0,0%	311	0,0%
Operatives Ergebnis	198	104	-47,5%	103	-1,0%	103	0,0%	103	0,0%
Finanzierungsaufwendungen	1	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Finanzierungserträge	2	2	0,0%	2	0,0%	2	0,0%	2	0,0%
Finanzergebnis	1	2	100,0%	2	0,0%	2	0,0%	2	0,0%
Außerordentliche Erträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis vor Steuern	199	106	-46,7%	105	-0,9%	105	0,0%	105	0,0%
Steuern	19	19	0,0%	19	0,0%	19	0,0%	19	0,0%
Überschuss / Fehlbetrag	180	87	-51,7%	86	-1,1%	86	0,0%	86	0,0%
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis	180	87	-51,7%	86	-1,1%	86	0,0%	86	0,0%

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

LVR-Klinik Langenfeld

Entwurf 2017

Betrauung der LVR-Klinik Langenfeld

Vorbemerkung

Nach Maßgabe des § 1 Abs. 2 des Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KGG NRW) ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser eine öffentliche Aufgabe des Landes, wobei Gemeinden und Gemeindeverbände nach Maßgabe der Gesetze mitwirken. Eine Verpflichtung zur Errichtung und zum Betrieb von Krankenhäusern ergibt sich für Gemeinden und Gemeindeverbände dann, wenn sich kein anderer geeigneter Träger hierfür findet. Kreisangehörige Gemeinden sind von dieser Verpflichtung befreit, wenn sie die erforderliche Finanzkraft nicht besitzen (vgl. § 1 Abs. 3 KGG NRW).

Der Landschaftsverband Rheinland als Zusammenschluss der rheinischen Kreise und kreisfreien Städte errichtet und betreibt zur Sicherstellung dieses Versorgungsauftrages neun psychiatrische Fachkrankenhäuser und eine Fachklinik für Orthopädie im Rheinland. Die eigenbetriebsähnlichen Einrichtungen sind dabei wirtschaftlich und organisatorisch eigenständig.

LVR-Klinik Langenfeld

Die LVR-Klinik Langenfeld, Kölner Straße 82, 40764 Langenfeld, ist als psychiatrisches Fachkrankenhaus unter der Krankenhausnummer 1580167 mit den Fachdisziplinen

- Psychiatrie (Allgemein)
- Tagesklinik Psychiatrie (Allgemein)

sowie dem besonderen Angebot

- Pharmazie (nicht bettenführend)

sowie einer

- Ausbildungsstätte für den Ausbildungsgang „Gesundheits- und Krankenpflege“

in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen aufgenommen.

Auf Grundlage der vorstehenden Betrauung der LVR-Kliniken nimmt die LVR-Klinik Langenfeld im Rahmen ihres Versorgungsauftrages und der Betriebssatzung der LVR-Kliniken den ärztlichen, pflegerischen, technischen und wirtschaftlichen Betrieb der Krankenhausbetriebsstätten an folgenden Standorten wahr:

- LVR-Klinik Langenfeld, Kölner Straße 82, 40764 Langenfeld

Außenstellen:

- Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik Hilden, Am Holterhöfchen 4, 4024 Hilden
- Gerontopsychiatrische Tagesklinik, Kreuzstraße 18, 40764 Langenfeld
- Tagesklinik Leverkusen-Opladen, Im Hederichsfeld 45, 51379 Leverkusen
- Gerontopsychiatrisches Zentrum, Frankenstraße 31 a, 42653 Solingen
- Tagesklinik Leverkusen, Am Gesundheitspark 11, 51375 Leverkusen (in Planung)
- Dependance am Klinikum Leverkusen, Am Gesundheitspark 11, 51375 Leverkusen (in Planung)
- Dependance am Gerontopsychiatrischen Zentrum, Frankenstraße 31a, 42653 Solingen (in Planung)

Das Versorgungsgebiet der LVR-Klinik Langenfeld umfasst folgende Regionen:

- Stadt Leverkusen
- Stadt Solingen
- im Kreis Mettmann die Städte/Gemeinden Erkrath, Haan, Hilden, Langenfeld, Mettmann und Monheim
- im Rheinisch-Bergischen-Kreis die Städte Burscheid und Leichlingen

Darüber hinaus erbringt die LVR-Klinik Langenfeld Aufgaben der medizinischen Rehabilitation sowie der Eingliederungshilfe nach den geltenden leistungsrechtlichen Vorschriften.

Soweit für die Erbringung dieser Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse erforderlich, gewährt der Landschaftsverband Rheinland der LVR-Klinik Langenfeld Ausgleichszahlungen in Form von investiven und konsumtiven Trägerzuschüssen, die jeweils den im Vorfeld aufgestellten Wirtschaftsplänen zu entnehmen sind. Diese basieren unter anderem auf der Bettenanzahl, die im Rahmen der Krankenhausbettenplanung durch das Land NRW festgelegt wird.

Die Ausgleichszahlungen gehen nicht über das hinaus, was erforderlich ist, um die durch die Erfüllung der obliegenden Gemeinwohlverpflichtungen verursachten Kosten der LVR-Klinik Langenfeld unter Berücksichtigung der dabei erzielten Einnahmen und einer angemessenen Umsatzrendite abzudecken. Eine Überkompensation ist gemäß dem Beschluss 2012/21/EU der Europäischen Kommission vom 20. Dezember 2011 auszuschließen. Dies wird insbesondere dadurch sichergestellt, dass jene Maßnahmen, für die investive und konsumtive Zuschüsse gewährt werden, seitens des Trägers LVR genehmigt und von diesem selbst gemäß den gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere unter Einhaltung der Vorschriften der Vergabe- und Vertragsordnung für Bauleistungen, durchgeführt werden.

Eine Überkompensation hinsichtlich des Qualitätsstandards wird dadurch verhindert, dass der Träger LVR in Zusammenarbeit mit seinen Kliniken Planungsleitlinien entwickelt hat, die für alle Neuvorhaben verbindliche Leistungs- und Kostenvorgaben definieren.

Ein Verlustvortrag des Betriebs wird gemäß § 10 Abs. 6 der Eigenbetriebsverordnung des Landes Nordrhein-Westfalen (EigVO NRW) nur dann seitens des Trägers ausgeglichen, wenn der Verlust nach fünf Jahren nicht durch den Betrieb selbst ausgeglichen werden konnte und dieser aus der Erbringung von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse resultiert.

Um sicherzustellen, dass die vom Träger gewährten Ausgleichszahlungen ausschließlich für die betrauungsgegenständlichen Gemeinwohlaufgaben verwendet werden und nicht über das zur Aufgabenerfüllung der DAWI erforderliche Maß hinausgehen, führt die LVR-Klinik Langenfeld eine Spartenrechnung. Den Anforderungen aus Art. 5 Abs. 9 des Freistellungsbeschlusses der Europäischen Kommission (2012/21/EU) vom 20. Dezember 2011 wird damit, unabhängig davon, ob sonstige wirtschaftliche Leistungen angeboten werden, entsprochen. Der Nachweis über die Verwendung der Mittel erfolgt jährlich nach Ablauf des Wirtschaftsjahres. Dies geschieht durch den Jahresabschluss.

Der Landschaftsverband Rheinland ist zudem berechtigt, Bücher, Belege und sonstige Geschäftunterlagen überprüfen zu lassen. Für den Fall, dass sich nachträglich ergeben sollte, dass die gewährten Ausgleichszahlungen überhöht gewesen sind, ist die LVR-Klinik Langenfeld zur Rückzahlung des zu hohen (Anteils-) Betrags verpflichtet.

Die Betrauung der LVR-Klinik Langenfeld erhält mit Feststellung des Wirtschaftsplanes 2017 durch die Landschaftsversammlung ihre Gültigkeit und behält diese bis zum Ablauf des Wirtschaftsjahres 2017.

Kapazität in Betten / Plätzen

Disziplin	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Allgemeine Psychiatrie	364	364	364
Summe vollstationäre Betten	364	364	364
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	99	99	69
Summe teilstationäre Plätze	99	99	69
Summe KHG-Bereich	463	463	433
Maßregelvollzug	180	180	180
Soziale Reha	4	4	4
Suchtentwöhnung / Med. Reha	16	16	16
Pflegeheimbereich	0	0	0
Jugendhilfe	0	0	0
Klinik Gesamt	663	663	633

Entwicklung des Personals

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Vollkräfte Gesamt	812,93	807,83	780,50

Erfolgsplan

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Umsatzerlöse	65.557	62.064	63.410
Sonstige betriebliche Erträge	5.322	4.558	6.124
∑ Erträge	70.879	66.622	69.534
Personalaufwand	54.604	51.749	51.423
Materialaufwand	8.390	7.863	7.988
Sonstige Aufwendungen	7.431	6.795	9.454
∑ Aufwendungen	70.425	66.407	68.866
Zwischenergebnis (EBITDA)	454	215	668
Abschreibungen (eigenfinanziert)	125	125	120
Operatives Ergebnis	329	90	548
Finanzierungsaufwendungen	259	151	83
Finanzierungserträge	0	0	0
Finanzergebnis	-259	-151	-83
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0
Ergebnis vor Steuern	70	-61	465
Steuern	10	9	12
Überschuss / Fehlbetrag	60	-70	454
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	180	0
Ergebnis	60	110	454

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2017 (Entwurf)

1) Umsatzerlöse

Die Umsatzerlöse setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2015 TEUR
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Erlöse aus Krankenhausleistungen	61.557	58.529	59.515
Erlöse aus Wahlleistungen	0	0	0
Erlöse aus ambulanten Leistungen	3.953	3.488	3.836
Nutzungsentgelte der Ärzte	47	47	58
Umsatzerlöse	65.557	62.064	63.410

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

Berechnungstage

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Allgemeine Psychiatrie	131.284	131.284	137.412
Summe vollstationär	131.284	131.284	137.412
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	24.750	24.750	18.564
Summe teilstationär	24.750	24.750	18.564
Summe KHG-Bereich	156.034	156.034	155.976
Maßregelvollzug	75.920	74.298	73.970
Soziale Reha	2.190	2.190	2.303
Suchtentwöhnung / Med. Reha	5.840	5.840	5.856
Pflegeheimbereich	0	0	0
Klinik Gesamt	239.984	238.362	238.105

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

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Ambulanzen	19.050	19.050	19.905
ambulante OP	0	0	0

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2017 (Entwurf)

2) Sonstige betriebliche Erträge

Die Sonstigen betrieblichen Erträge setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2015 TEUR
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Bestandsveränderungen	0	0	0
andere aktivierte Eigenleistungen	0	0	0
Zuweisungen und Zuschüsse	399	306	401
Erträge aus Hilfs- und Nebenbetrieben	3.444	2.932	3.343
Übrige Erträge	1.479	1.320	2.172
Auflösung von Rückstellungen EBITDA-relevant	0	0	182
Auflösung von Rückstellungen EBITDA-neutral	0	0	27
Sonstige betriebliche Erträge	5.322	4.558	6.124

In den Zuweisungen u. Zuschüssen sind Zuwendungen des LVR in Höhe von insgesamt 74.000 € enthalten. Hierbei handelt es sich um Zuschüsse für die Ombudsperson, für Kultur- und Sprachmittler sowie für LiGa.

3) Personalaufwand

Die Personalaufwendungen verteilen sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

	Plan		Ergebnis 2015 TEUR
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Ärztlicher Dienst	9.805	8.891	8.626
Pflegedienst	27.621	26.958	27.404
Medizinisch-Technischer Dienst	5.543	4.976	4.664
Funktionsdienst	4.017	3.893	3.387
Klinisches Hauspersonal	168	266	164
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	1.812	1.946	1.745
Technischer Dienst	1.302	1.165	1.203
Verwaltungsdienst	3.184	2.803	3.066
Sonderdienst	230	197	221
Sonstiges Personal	0	86	83
Ausbildungsstätten	277	240	192
Nicht zurechenbare Personalkosten	645	328	668
Personalaufwand	54.604	51.749	51.423

Auf den Stellenplan wird verwiesen.

4) Materialaufwendungen

Die Materialaufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2015 TEUR
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Lebensmittel	1.025	1.110	1.062
Medizinischer Bedarf	4.985	4.411	4.614
Wasser, Energie, Brennstoffe	1.136	1.142	1.133
Wirtschaftsbedarf	1.244	1.200	1.180
Sonstige	0	0	0
Materialaufwand	8.390	7.863	7.988

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2017 (Entwurf)

5) Sonstige Aufwendungen

Die Sonstigen Aufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2015 TEUR
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Verwaltungsbedarf	696	544	625
Zentrale Dienstleistungen	2.030	1.710	1.782
Instandhaltungen Aufwand	1.350	1.269	1.216
Instand.aufw.rücklagefin. Baumaßnah. gem GFP	0	0	0
Instand.aufwend. rücklagenfin. Baumaßnahmen	0	0	0
Wartung	316	307	310
Abgaben, Versicherungen	273	277	259
Übrige Aufwendungen	2.766	2.688	5.263
Sonstige Aufwendungen	7.431	6.795	9.454

6) Kassenkreditrahmen

Die Höhe der Kassenkredite beträgt 8.200.000 €.

Gesamtübersicht		bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlungen / VE
		EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
		2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	EUR
Investitionstätigkeit											
<u>Einzahlungen</u>											
1	aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	477.136	3.960.000	15.553.456		746.343	0	0	0	5.595.480	22.372.415
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	300.000	300.000		0	0	0	0	414.000	714.000
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		150.000	0	0	0	0	150.000
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	0	0		0	0	0	0	0	0
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	422.745	422.745	422.745		422.745	422.745	422.745	422.745	0	2.536.470
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	780.525	780.525		781.000	781.000	781.000	781.000	780.525	4.685.050
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	359.843	359.843		360.000	360.000	360.000	360.000	359.843	2.159.686
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
9	Σ der Einzahlungen	899.881	5.823.113	17.416.569		2.460.088	1.563.745	1.563.745	1.563.745	7.149.848	32.617.621
<u>Auszahlungen</u>											
10	für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	0	0	0		0	0	0	0	0	0
11	für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	3.564.789	12.201.000	17.365.000		2.662.290	104.810	0	0	19.621.196	43.318.085
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	977.854	437.000	469.400		234.053	0	0	0	584.288	2.265.595
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	1.140.368	1.140.368		1.141.000	1.141.000	1.141.000	1.141.000	1.140.368	6.844.736
14	für sonstige Investitionen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
15	Σ der Auszahlungen	4.542.643	13.778.368	18.974.768		4.037.343	1.245.810	1.141.000	1.141.000	21.345.852	52.428.416
16	<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>	0	0	0	3.001.153	2.896.343	104.810	0	0	0	3.001.153
17	Saldo Investitionstätigkeit	-3.642.762	-7.955.255	-1.558.199		-1.577.255	317.935	422.745	422.745	-14.196.004	-19.810.795
Finanzierungstätigkeit											
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	3.561.707	8.378.000	980.944		0	0	0	0	14.196.004	18.738.655
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	503.800	976.793	1.469.992		2.469.992	574.802	469.992	469.992	0	5.958.570
20	Entnahme aus der Baupauschalenerücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
21	Σ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit	4.065.507	9.354.793	2.450.936		2.469.992	574.802	469.992	469.992	14.196.004	24.697.225
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	246.092	1.399.538	892.737		892.737	892.737	892.737	892.737	0	4.709.777
23	Zuführung zu der Baupauschalenerücklage	176.653	0	0		0	0	0	0	0	176.653
24	Σ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	422.745	1.399.538	892.737		892.737	892.737	892.737	892.737	0	4.886.430
25	Saldo aus Finanzierungstätigkeit	3.642.762	7.955.255	1.558.199		1.577.255	-317.935	-422.745	-422.745	14.196.004	19.810.795

LVR-Klinik Langenfeld

Vermögensplan 2017 /

Investitionsprogramm 2016 - 2020

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein- u. auszahlungen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Dependance Leverkusen					Projekt Nr. 1.385				Zuständigkeit: Klinik	
30 Betten und 30 tagesklinische Plätze										
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	78.500	170.000	100.000		50.000	0	0	0	200.000	428.500
Σ der Einzahlungen	78.500	170.000	100.000		50.000	0	0	0	200.000	428.500
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	39.875	170.000	100.000		50.000	0	0	0	200.000	389.875
für Planungskosten (BPS / EPL)	38.625	0	0		0	0	0	0	0	38.625
Σ der Auszahlungen	78.500	170.000	100.000		50.000	0	0	0	200.000	428.500
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				50.000	50.000	0	0	0		50.000
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Standardbettenhaus					Projekt Nr. 1.575				Zuständigkeit: Trägerverwaltung	
144 Betten										
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	0	11.307.556		54.403	0	0	0	0	11.361.959
aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		97.000	0	0	0	0	97.000
Σ der Einzahlungen	0	0	11.307.556		151.403	0	0	0	0	11.458.959
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	3.082.721	8.131.000	12.000.000		42.000	0	0	0	14.000.379	29.125.100
für Planungskosten (BPS / EPL)	828.986	247.000	288.500		109.403	0	0	0	195.625	1.422.514
Σ der Auszahlungen	3.911.707	8.378.000	12.288.500		151.403	0	0	0	14.196.004	30.547.614
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				151.403	151.403	0	0	0		151.403
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	-3.911.707	-8.378.000	-980.944		0	0	0	0	-14.196.004	-19.088.655
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	3.561.707	8.378.000	980.944		0	0	0	0	14.196.004	18.738.655
Einzahlungen aus Eigenmitteln	350.000	0	0		0	0	0	0	0	350.000
Σ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	3.911.707	8.378.000	980.944		0	0	0	0	14.196.004	19.088.655
Saldo gesamt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlungen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	EUR
Dependance Solingen					Projekt Nr. 1.688				Zuständigkeit: Trägerverwaltung	
40 Betten										
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	398.636	3.790.000	4.145.900		641.940	0	0	0	4.785.626	9.972.102
aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		53.000	0	0	0	0	53.000
Σ der Einzahlungen	398.636	3.790.000	4.145.900		694.940	0	0	0	4.785.626	10.025.102
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	442.193	3.600.000	3.965.000		570.290	0	0	0	4.600.617	9.578.100
für Planungskosten (BPS / EPL)	110.243	190.000	180.900		124.650	0	0	0	185.009	600.802
Σ der Auszahlungen	552.436	3.790.000	4.145.900		694.940	0	0	0	4.785.626	10.178.902
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				694.940	694.940	0	0	0		694.940
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	-153.800	0	0		0	0	0	0	0	-153.800
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Einzahlungen aus Eigenmitteln	153.800	0	0		0	0	0	0	0	153.800
Σ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	153.800	0	0		0	0	0	0	0	153.800
Saldo gesamt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Ersatzneubau TKL Lessingstraße					Projekt Nr. 1.719				Zuständigkeit: Trägerverwaltung	
16 TKL-Plätze										
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	109.854	109.854
Σ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	109.854	109.854
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	0		0	0	0	0	106.200	106.200
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	0		0	0	0	0	3.654	3.654
Σ der Auszahlungen	0	0	0		0	0	0	0	109.854	109.854
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Errichtung einer Wahlleistungsstation im Haus 52					Projekt Nr. 1.730				Zuständigkeit: Klinik	
16 Betten										
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Σ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	1.000.000		2.000.000	104.810	0	0	0	3.104.810
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Σ der Auszahlungen	0	0	1.000.000		2.000.000	104.810	0	0	0	3.104.810
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				2.104.810	2.000.000	104.810	0	0		2.104.810
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	-1.000.000		-2.000.000	-104.810	0	0	0	-3.104.810
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	0	1.000.000		2.000.000	104.810	0	0	0	3.104.810
Σ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	0	0	1.000.000		2.000.000	104.810	0	0	0	3.104.810
Saldo gesamt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz			Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlungen / VE	
		EUR	EUR	EUR		EUR	EUR	EUR	EUR			EUR
		2015	2016	2017		2017	2018	2019	2020			spätere Jahre
Neubau Tagesklinik Mettmann												
30 TKL-Plätze												
Projekt Nr. NN Zuständigkeit: Trägerverwaltung												
<u>Einzahlungen</u>												
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	500.000	500.000		
Σ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	500.000	500.000		
<u>Auszahlungen</u>												
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	0		0	0	0	0	300.000	300.000		
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	0		0	0	0	0	200.000	200.000		
Σ der Auszahlungen	0	0	0		0	0	0	0	500.000	500.000		
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				0	0	0	0	0		0		
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0		

Maßnahmen aus dem Vorjahr ohne Ansatz in 2017										
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Σ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Σ der Auszahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Kurzfristige Anlagegüter 3 - 15 Jahre										
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	780.525	780.525		781.000	781.000	781.000	781.000	780.525	4.685.050
Zuweisungen der Forensik	0	339.327	339.327		339.000	339.000	339.000	339.000	339.327	2.034.654
aus Zuschüssen und Einnahmen (Reha-Bereich)	0	1.664	1.664		2.000	2.000	2.000	2.000	1.664	11.328
Zuweisungen für Dritte (Pflege u. a.)	0	18.852	18.852		19.000	19.000	19.000	19.000	18.852	113.704
Σ der investiven Einzahlungen	0	1.140.368	1.140.368		1.141.000	1.141.000	1.141.000	1.141.000	1.140.368	6.844.736
<u>Auszahlungen</u>										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	1.140.368	1.140.368		1.141.000	1.141.000	1.141.000	1.141.000	1.140.368	6.844.736
Σ der investiven Auszahlungen	0	1.140.368	1.140.368		1.141.000	1.141.000	1.141.000	1.141.000	1.140.368	6.844.736
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				0						
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0

LVR-Klinik Langenfeld

Vermögensplan 2017 /

Investitionsprogramm 2016 - 2020

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlungen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Baupauschale KHG										
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	422.745	422.745	422.745		422.745	422.745	422.745	422.745	0	2.536.470
∑ der Einzahlungen	422.745	422.745	422.745		422.745	422.745	422.745	422.745	0	2.536.470
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	0		0	0	0	0	0	0
∑ der Auszahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Saldo Investitionstätigkeit	422.745	422.745	422.745		422.745	422.745	422.745	422.745	0	2.536.470
Finanzierungstätigkeit										
Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	246.092	422.745	422.745		422.745	422.745	422.745	422.745	0	2.359.817
Zuführung zu der Baupauschalrücklage	176.653	0	0		0	0	0	0	0	176.653
∑ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	422.745	422.745	422.745		422.745	422.745	422.745	422.745	0	2.536.470
Saldo aus Finanzierungstätigkeit	422.745	422.745	422.745		422.745	422.745	422.745	422.745	0	2.536.470
Ergebnis	0	0	0		0	0	0	0	0	0

LVR-Klinik Langenfeld

Vermögensplan 2017 /

Investitionsprogramm 2016 - 2020

Teil II Maßnahmen konsumtiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlungen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	EUR
Brandschutzmaßnahmen Haus 26					Projekt Nr. 1.141				Zuständigkeit: Klinik	
Beseitigung der festgestellten Brandschutzmängel										
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	264.000	264.000
Σ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	264.000	264.000
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	0		0	0	0	0	264.000	264.000
Σ der Auszahlungen	0	0	0		0	0	0	0	264.000	264.000
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Beseitigung von Brandschutzmängeln an div. Gebäuden auf dem Klinikgelände					Projekt Nr. 1.531				Zuständigkeit: Klinik	
Beseitigung der Baumängel										
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	150.000	150.000
Σ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	150.000	150.000
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	0		0	0	0	0	150.000	150.000
Σ der Auszahlungen	0	0	0		0	0	0	0	150.000	150.000
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Modernisierung der Brandmeldeanlage					Projekt Nr. NN				Zuständigkeit: Klinik	
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	300.000	300.000		0	0	0	0	0	300.000
Σ der Einzahlungen	0	300.000	300.000		0	0	0	0	0	300.000
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	300.000	300.000		0	0	0	0	0	300.000
Σ der Auszahlungen	0	300.000	300.000		0	0	0	0	0	300.000
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Stellenübersicht 2017 (Entwurf)

1. Beschäftigte	Entgelt- gruppe	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
	Sondervertrag	9,00	9,00	9,00
	15 Ü	0,00	0,00	0,00
	15	4,00	4,00	0,00
	14	16,00	16,00	12,00
	13	8,00	8,00	23,00
	12a	0,00	0,00	0,00
	12	6,00	6,00	6,00
	11b	0,00	0,00	0,00
	11a	0,00	0,00	1,00
	11	9,00	9,00	6,00
	10a	4,00	4,00	2,00
	10	1,00	1,00	6,00
	9d	5,00	5,00	2,00
	9c	30,00	30,00	18,00
	9b	35,00	35,00	29,00
	9a	34,00	34,00	25,00
	9	52,00	52,00	47,00
	8a	15,00	15,00	11,00
	8	33,00	33,00	31,00
	7a	290,00	290,00	317,00
	7	0,00	0,00	0,00
	6	40,00	40,00	37,00
	5	27,00	27,00	15,00
	4a	27,00	27,00	18,00
	4	0,00	0,00	0,00
	3a	24,00	24,00	26,00
	3	25,00	25,00	29,00
	2 Ü	6,00	6,00	1,00
	2	7,00	7,00	6,00
	1	2,00	2,00	6,00
Sozial- und Erziehungsdienst	S 18	0,00	0,00	0,00
	S 17	0,00	0,00	0,00
	S 16	0,00	0,00	0,00
	S 12 Ü	0,00	15,00	0,00
	S 12	25,00	10,00	29,00
	S 9	0,00	0,00	0,00
	S 8	12,00	12,00	9,00
	S 5	0,00	0,00	0,00
	S 4	0,00	0,00	0,00
Ärzte	IV	6,00	6,00	7,00
	III	7,00	7,00	7,00
	II	34,00	34,00	32,00
	I	33,00	33,00	36,00
	Summe	826,00	826,00	803,00

2. Nachwuchskräfte

Ausbildungsverhältnis	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
Berufspraktikant	0,00	0,00	0,00
Kr.- Pflegeschüler	75,00	75,00	68,00
Ausbild. Verwaltung	1,00	1,00	4,00
Ausbild. Handwerk	2,00	2,00	3,00
Summe	78,00	78,00	75,00

3. Beamte

Im Stellenplan für das Haushaltsjahr 2017 des Landschaftsverbandes Rheinland sind für Beamte nachgewiesen:

Laufbahngruppe	Besoldungsgruppe	Zahl der Stellen 2017			Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
		insgesamt	mit Zulage	darunter ausgesondert		
Höherer Dienst						
	A 14	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00
	A 13	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00
Mittlerer Dienst						
	A 9	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00
Summe		3,00	0,00	3,00	3,00	2,00

5. Sonstige Stellen

	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
FSJ/BFD	9,00	11,00	10,00
Summe	9,00	11,00	10,00

Katalog der Dienstposten mit Dienstwohnungsberechtigung

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

Finanzplan 2016 - 2020 (Entwurf)

	2016 Wirt- schafts- plan in T€	2017 Wirt- schafts- plan in T€	Verän- derung ggü. Vorjahr in v. H.	2018 Wirt- schafts- plan in T€	Verän- derung ggü. Vorjahr in v. H.	2019 Wirt- schafts- plan in T€	Verän- derung ggü. Vorjahr in v. H.	2020 Wirt- schafts- plan in T€	Verän- derung ggü. Vorjahr in v. H.
Umsatzerlöse	62.064	65.557	5,6%	67.486	2,9%	69.162	2,5%	70.786	2,3%
Sonstige betriebliche Erträge	4.558	5.322	16,8%	5.388	1,2%	5.460	1,3%	5.528	1,2%
∑ Erträge	66.622	70.879	6,4%	72.874	2,8%	74.622	2,4%	76.314	2,3%
Personalaufwand	51.749	54.604	5,5%	55.968	2,5%	57.371	2,5%	58.805	2,5%
Materialaufwand	7.863	8.390	6,7%	8.545	1,8%	8.676	1,5%	8.808	1,5%
Sonstige Aufwendungen	6.795	7.431	9,4%	7.539	1,5%	7.673	1,8%	7.811	1,8%
∑ Aufwendungen	66.407	70.425	6,1%	72.052	2,3%	73.720	2,3%	75.424	2,3%
Zwischenergebnis (EBITDA)	215	454	111,2%	822	81,1%	902	9,7%	890	-1,3%
Abschreibungen (eigenfinanz.)	125	125	0,0%	505	304,0%	595	17,8%	595	0,0%
Operatives Ergebnis	90	329	265,6%	317	-3,6%	307	-3,2%	295	-3,9%
Finanzierungsaufwendungen	151	259	71,5%	247	-4,6%	234	-5,3%	222	-5,1%
Finanzierungserträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Finanzergebnis	-151	-259	71,5%	-247	-4,6%	-234	-5,3%	-222	-5,1%
Außerordentliche Erträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis vor Steuern	-61	70	-214,8%	70	0,0%	73	4,3%	73	0,0%
Steuern	9	10	11,1%	10	0,0%	12	20,0%	12	0,0%
Überschuss / Fehlbetrag	-70	60	-185,7%	60	0,0%	61	1,7%	61	0,0%
Entnahme aus Gewinnrücklagen	180	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis	110	60	-45,5%	60	0,0%	61	1,7%	61	0,0%

Vorlage-Nr. 14/1548

öffentlich

Datum: 28.09.2016
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Herr Dr. Mennicken

Krankenhausausschuss 3	24.10.2016	empfehlender Beschluss
Krankenhausausschuss 2	25.10.2016	empfehlender Beschluss
Krankenhausausschuss 4	26.10.2016	empfehlender Beschluss
Krankenhausausschuss 1	27.10.2016	empfehlender Beschluss
Gesundheitsausschuss	28.10.2016	Beschluss

Tagesordnungspunkt:

LVR-Psychiatriereport 2016 für den LVR-Klinikverbund

Beschlussvorschlag:

Der LVR-Psychiatrie-Report 2016 wird zur Kenntnis genommen. Dem veränderten Konzept zum Berichtswesen wird zugestimmt.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

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

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-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 der 2007 vom Gesundheitsausschuss beschlossenen Konzeption für einen Qualitäts- und Leistungsbericht (QLB) sollte eine differenzierte Basis zur Bewertung des Entwicklungsstandes der LVR-Klinik in Bezug auf die zentralen fachlichen Entwicklungsziele bieten. Der QLB sollte damit zwei Funktionen gleichzeitig erfüllen:

1. Er sollte als ein Instrument des „Benchmarkings“ den organisationalen Lernprozess im LVR-Klinikverbund unterstützen und
2. die versorgungspolitischen Ziele des LVR und, so weit wie möglich, deren Zielerreichung darlegen.

In der Praxis hat sich gezeigt, dass der QLB einerseits in der Öffentlichkeit als zu umfangreich und zu komplex wahrgenommen wurde, während er andererseits für ein verbundinternes Benchmarking zu wenig differenziert war. Das bedeutet, dass der QLB in seiner aktuellen Konzeption beide Anforderungen nicht optimal erfüllt hat.

Zusätzlich ist mit steigenden Anforderungen an die Berichtspflichten im Bereich der externen Qualitätssicherung zu rechnen. In diesem Zusammenhang wurde das LVR-Institut für Versorgungsforschung mit der Entwicklung eines Sets von Qualitätsindikatoren (QI) beauftragt. In der Sitzung des Lenkungsausschusses Qualitätsmanagement vom 10. Mai 2016 wurden die ersten QI in Kraft gesetzt (siehe Liste QI im Anhang).

Ziel der vorgelegten Konzeptionsänderung ist ein Berichtswesen, das beide o.a. Anforderungen erfüllt: Die transparente Darstellung der versorgungspolitischen Aufgaben des LVR und deren Zielerreichung, aber auch ein Instrument zur Qualitätssicherung und -verbesserung. Unter Würdigung der Zwischenbilanz schlägt die Verwaltung vor, das Berichtswesen für den LVR-Klinikverbund modular zu gestalten.

Der Psychiatrie-Report soll öffentlichkeitswirksam und verständlich die Ziele und Arbeit der LVR-Kliniken darstellen. Hier ist weiterhin ein zwei-jähriger Veröffentlichungsrhythmus geplant. Der Psychiatrie-Report richtet sich neben der politischen Vertretung u.a. an Kooperationspartner und Verbände, aber auch an die allgemeine Öffentlichkeit.

Die Benchmarking-Berichte sollen der Verbesserung der Qualität von Ergebnissen, Prozessen und Strukturen durch ein Benchmarking, also dem systematischen Vergleich und Erfahrungsaustausch zwischen den LVR-Kliniken, dienen. Das mit Vorlage 13/1336 beschlossene und grundsätzlich bewährte modulare Konzept der Themenberichte über qualitätsrelevante Bereiche wird somit fortgesetzt und, nach Wegfall des QLB-Formates, mit den Benchmarking-Berichten konsequent weiter entwickelt.

Vorlagen, die regelmäßig erstellt werden, wie z.B. Zwangsmaßnahmen (vgl. 14/1447) und Suizide (vgl. 14/1464), werden in den Benchmarking-Berichten mit weiteren Kennzahlen und ggf. zugehörigen Qualitätsindikatoren zum jeweiligen Versorgungsziel verknüpft und integriert dargelegt. Die Benchmarking-Berichte und ihre inhaltlichen Spektren werden kontinuierlich fortgeschrieben.

Begründung der Vorlage Nr. 14/1548:

Inhalt

1. Auftrag	3
2. Bewertung der bisherigen Qualitäts- und Leistungsberichte.....	4
3. Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung des Berichtswesen.....	4
4. Vorschlag zur Veränderung der Berichtskonzeption	5
4.1 Der LVR-Psychiatrie-Report.....	5
4.2 Benchmarking-Berichte	6

Begründung der Vorlage Nr. 14/1548

1. Auftrag

In seiner Sitzung am 21.09.2007 hat der Gesundheitsausschuss dem durch die Verwaltung vorgelegten Konzept für ein Verfahren zur Qualitäts- und Leistungsberichtserstattung für die LVR-Kliniken zugestimmt. Das Konzept beinhaltet folgende Komponenten:

- Vorlage von je einem klinikspezifischen Bericht für die neun LVR-Kliniken mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Schwerpunkten sowie eines zusammenfassenden zentralen Berichtes, der die wesentlichen Ergebnisse aus den Klinikberichten vorzugsweise in Form von Benchmarks zusammenfasst
- Berichtszeitraum alle zwei Jahre in Verbindung mit dem gesetzlichen Qualitätsbericht nach § 137 SGB V¹
- Laufende Fortschreibung der Konzeption um relevante Entwicklungsbereiche

Auf Grundlage des o. a. Konzeptes wurden in den Jahren 2008 und 2010 jeweils neun Einzelberichte für die LVR-Kliniken sowie ein Verbundbericht vorgelegt, in dem die Einzelergebnisse der Kliniken in einer vergleichenden Darstellung zusammen geführt wurden.

Mit der Vorlage 13/1336 hat der Gesundheitsausschuss in seiner Sitzung am 10.06.2011 ein verändertes Konzept zur Qualitäts- und Leistungsberichterstattung beschlossen, das sich auf die Erfahrungen mit den bis dahin zwei vorgelegten Berichtszyklen stützte. Um der unterschiedlichen zeitlichen Verfügbarkeit von Daten Rechnung zu tragen und die öffentliche Beratung zu ermöglichen, sollte das Berichtswesen künftig modular gestaltet werden:

- Ergänzend zu einem zentralen, grundsätzlich öffentlichen Qualitäts- und Leistungsbericht für den LVR-Klinikverbund in einem zweijährigen Zyklus
- ergänzende Themenberichte über qualitätsrelevante Bereiche, für die zum Zeitpunkt der Erstellung der Qualitäts- und Leistungsberichte keine aktuellen Daten vorliegen oder die für eine öffentliche Darlegung aufgrund strategischer Brisanz ungeeignet sind.

Auf der Grundlage dieses Änderungsbeschlusses wurden die Qualitäts- und Leistungsberichte 2010/2011 (Vorlage 13/2089) und 2012/2013 (Vorlage 13/3244) in die Beratungen der Krankenhausausschüsse und des Gesundheitsausschusses eingebracht.

In dieser Vorlage werden in Abschnitt 2 die Erfahrungen mit dem aktuellen Berichtverfahren bewertet. Abschnitt 3 stellt Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung vor, die

¹ Die Kliniken sind aktuell gesetzlich verpflichtet, jährlich einen Qualitätsbericht nach § 137 SGB V vorzulegen.

die in Abschnitt 4 dargestellten Vorschläge für eine Überarbeitung der Berichtskonzeption begründen.

2. Bewertung der bisherigen Qualitäts- und Leistungsberichte

Der Qualitäts- und Leistungsbericht (QLB) der bestehenden Konzeption sollte eine differenzierte Basis zur Bewertung des Entwicklungsstandes der LVR-Klinik in Bezug auf die zentralen fachlichen Entwicklungsziele bieten. Der QLB sollte zum einen den Quervergleich der Entwicklung zwischen den einzelnen Standorten zu definierten Qualitätszielen als auch – im Rahmen der wiederholten Berichtslegung – eine entwicklungsorientierte Längsschnittbetrachtung im Zeitverlauf unterstützen.

Der QLB sollte damit zwei Funktionen gleichzeitig erfüllen:

3. Er sollte als ein Instrument des „Benchmarkings“ den organisationalen Lernprozess im LVR-Klinikverbund unterstützen und
4. die versorgungspolitischen Ziele des LVR und, so weit wie möglich, deren Zielerreichung darlegen.

In dieser „Doppelfunktion“ musste der QLB also sowohl für den internen fachlichen Austausch im Sinne des Benchmarkings als auch für eine öffentliche Darstellung geeignet sein.

In der Praxis hat sich gezeigt, dass der QLB einerseits in der Öffentlichkeit als zu umfangreich und zu komplex wahrgenommen wurde, während er andererseits für ein verbundinternes Benchmarking zu wenig differenziert war. Das bedeutet, dass der QLB in seiner aktuellen Konzeption beide Anforderungen nicht optimal erfüllt hat.

Hinzu kommt, dass kritische, aber auch positive Entwicklungen im Qualitätsmanagement frühzeitig erkannt werden müssen, so dass eine Gegensteuerung bzw. verbundstrategische Weiterentwicklung mit zeitnahe Feedback an die Klinikvorstände und die Verbundzentrale möglich ist. Das dazu notwendige Kennzahlensystem basiert im Wesentlichen auf der statistischen Aufbereitung von Daten des Krankenhausinformationssystems, ergänzt um weitere Datenquellen. Eine zeitnahe Berichterstattung ist dafür zwingend notwendig. Aus den genannten Gründen hat sich der zwei- bis drei-jährige Zyklus mit umfassenden Berichtslegungen als wenig praktikabel und ressourcenintensiv erwiesen.

3. Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung des Berichtswesen

Es ist mit steigenden Anforderungen an die Berichtspflichten im Bereich der externen Qualitätssicherung zu rechnen, die Anpassungen im internen Berichtswesen zur Folge haben werden: Im Januar 2013 wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit der Ergänzung des § 137 Abs. 1c SGB V aufgefordert, „in seinen Richtlinien [...] geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festzulegen und Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich zu beschließen.“

Das AQUA-Institut wurde daraufhin mit einem Qualitätssicherungsverfahren im Bereich „Schizophrenie“ beauftragt. Der Abschlussbericht des Instituts liegt vor, wurde aber zur weiteren Bearbeitung an das 2016 gegründete Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) weitergegeben. Zurzeit ist noch nicht absehbar, wann das IQTIG die Anforderungen für die externe Qualitätssicherung veröffentlichen wird.

In diesem Zusammenhang wurde das LVR-Institut für Versorgungsforschung (LVR-IVF) mit der Entwicklung eines Sets von Qualitätsindikatoren (QI) beauftragt. Bei der Entwicklung der LVR-Qualitätsindikatoren wurde Wert darauf gelegt, möglichst weitgehend auf bereits vorhandene Daten zurückzugreifen. Das Institut hat die QI in enger Abstimmung mit der Verbundzentrale, den entsprechenden Fachforen und weiteren Gremien des Verbunds entwickelt. In der Sitzung des Lenkungsausschusses Qualitätsmanagement vom 10. Mai 2016 wurden die ersten QI in Kraft gesetzt (siehe Liste QI im Anhang).

Das Indikatoren-Set soll im LVR-Klinikverbund zu Zwecken der internen Qualitätssicherung über ein Benchmarking eingesetzt werden. Benchmarking ist in diesem Sinne als „Lernen von guten Ideen und Lösungen“ auf der Basis von systematischen Ergebnisvergleichen zu verstehen. Die Auswertungen dieser Indikatoren sowie weiterer Kennzahlen werden für eine vergleichende Darstellung auf Ebene der Kliniken bzw. Abteilungen in den Kliniken genutzt mit dem Ziel, „gute Praxis“ zu identifizieren und einen Erfahrungstransfer zu ermöglichen.

4. Vorschlag zur Veränderung der Berichtskonzeption

Ziel der vorgelegten Veränderung ist ein Berichtswesen, das beide Anforderungen erfüllt: Die transparente Darstellung der versorgungspolitischen Aufgaben des LVR und deren Zielerreichung, aber auch ein Instrument zur Qualitätssicherung und -verbesserung. Dazu muss das Berichtswesen auf die jeweilige Zielgruppe abgestimmt sein. Unter Würdigung der Zwischenbilanz schlägt die Verwaltung vor, das Berichtswesen für den LVR-Klinikverbund modular zu gestalten. Zusätzlich erlaubt eine modulare Gestaltung die einfache Einbindung der Anforderungen durch die externe Qualitätssicherung in das bestehende Berichtswesen.

4.1 Der LVR-Psychiatrie-Report

Der Psychiatrie-Report soll öffentlichkeitswirksam und verständlich die Ziele und Arbeit der LVR-Kliniken darstellen. Hier ist weiterhin ein zwei-jähriger Veröffentlichungsrhythmus geplant. Der nächste Bericht soll damit am 30.06.2018 veröffentlicht werden. Der Psychiatrie-Report richtet sich neben der politischen Vertretung u.a. an Kooperationspartner, Verbände aber auch an die allgemeine Öffentlichkeit.

Aus diesem Grund werden die meisten Informationen lediglich auf Verbundebene ausgewiesen, nur bei einigen Strukturmerkmalen erfolgt eine klinikindividuelle und damit vergleichende Ausweisung. In seiner aktuellen Version wird der Psychiatrie-Bericht an

einen Verteiler mit rund 1.000 Empfängern postalisch versendet; eine barrierefreie PDF-Version zum Download ist in Auftrag und wird sobald wie möglich zur Verfügung gestellt.

Die Kapitelstruktur des Psychiatrie-Reports ist wie folgt geplant:

1. Der LVR-Klinikverbund
2. Schwerpunktthema (wechselnde Inhalte)
3. Die LVR-Kliniken
4. Finanz- und Leistungszahlen

Zur Weiterentwicklung des Formats plant die Verbundzentrale eine Online-Befragung durchzuführen. Die Befragung wird Ende 2016 durchgeführt und richtet sich u.a. an die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder des Gesundheitsausschusses und der Krankenhausausschüsse 1 – 4 sowie an die Klinikvorstände und weitere Interessensgruppen.

4.2 Benchmarking-Berichte

Die Benchmarking-Berichte sollen der Verbesserung der Qualität von Ergebnissen, Prozessen und Strukturen durch ein Benchmarking, also dem systematischen Vergleich und Erfahrungsaustausch zwischen den LVR-Kliniken, dienen. Das mit Vorlage 13/1336 beschlossene und grundsätzlich bewährte modulare Konzept der Themenberichte über qualitätsrelevante Bereiche wird somit fortgesetzt und, nach Wegfall des QLB-Formates, mit den Benchmarking-Berichten konsequent weiter entwickelt.

Die Benchmarking-Berichte sind ein internes Instrument der Qualitätssicherung im Klinikverbund und nicht öffentlich zugänglich, da eine kritische Bewertung und offene Diskussion der Ergebnisse nur unter einem Vertrauensschutz der Beteiligten untereinander gelingen kann. Hier ist grundsätzlich ein jährlicher Erstellungsrhythmus beginnend mit dem Jahr 2017 geplant. Sobald die statistische Aufbereitung der Daten aus den Krankenhausinformationssystemen fortgeschritten ist, können in bestimmten Bereichen auch unterjährige Auswertungen vorgenommen werden.

Die Arbeit soll gemeinsam mit dem LVR-IVF erfolgen. Grundlage für die Auswertungen in den Benchmarking-Berichten werden die LVR-Qualitätsindikatoren und weitere Kennzahlen (z.B. Verweildauer, Auslastung etc.) werden. Die Auswertungen werden getrennt für die Erwachsenen- und Kinder-/Jugendpsychiatrie erfolgen. Sofern möglich und fachlich sinnvoll werden auch die einzelnen Fachgebiete und störungsspezifische Differenzierungen dargestellt.

Als Zielgruppe für diesen Berichtstyp sind die zuständigen Ausschüsse der politischen Vertretung des LVR in nicht-öffentlicher Sitzung, die Dezernatsleitung und die Klinikvorstände, verbundweite Arbeitskreise (z.B. AK „Prävention von Zwang und Gewalt“), die Fachforen der Klinik-Direktionen und Fachgebiete sowie die ärztlichen und pflegerischen Abteilungsleitungen in den Kliniken vorgesehen.

Vorlagen, die regelmäßig erstellt werden, wie z.B. Zwangsmaßnahmen (vgl. 14/1447) und Suizide (vgl. 14/1464), werden in den Benchmarking-Berichten mit weiteren Kennzahlen und ggf. zugehörigen Qualitätsindikatoren zum jeweiligen Versorgungsziel verknüpft und integriert dargelegt.

Bislang sind folgende Benchmarking-Berichte vorgesehen:

- Qualität: Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und der Behandlungsangebote, Leistungsentwicklung und Behandlungsqualität
- Förderung von Partizipation: Selbstbestimmung und Vermeidung von Zwang
- Inklusion: Geschlechtergerechte, kultursensible und zielgruppengerechte Behandlung (u.a. Menschen mit Migrations- / Fluchthintergrund; Menschen mit Intelligenzminderung).
- Risikomanagement: Suizide, Suizidverhütung und Beschwerdemanagement

Die Benchmarking-Berichte und ihre inhaltlichen Spektren werden kontinuierlich fortgeschrieben.

Der LVR-Psychiatriereport wurde gesondert versandt und ist der Vorlage digital beigelegt.

In Vertretung

W e n z e l – J a n k o w s k i

Anlage: Liste der LVR-Qualitätsindikatoren

Ergebnisindikatoren

- E1 Rückgang der Symptomausprägung
- E2a Mortalität durch Suizid
- E2b Mortalität durch andere Todesursachen außer Suizid
- E3 Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus

Prozessindikatoren

- P1 Sektorenübergreifende Kontinuität der Versorgung
- P2 Zeitnahe körperliche Untersuchung nach stationärer Aufnahme
- P3 Monitoring von Nebenwirkungen bei medikamentöser Behandlung
- P4 Wöchentliche psychosoziale Intervention
- P5 Antipsychotische Polypharmazie bei Schizophrenie
- P6 Rate der Zwangsmaßnahmen
- P7 Wiederaufnahmeraten

Strukturindikatoren

- S1a Rate der Fachärzte und Fachärztinnen (stationär/ambulant)
- S1b Rate der Psychologischen Psychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeutinnen (stationär/ambulant)
- S1c Rate der Psychiatrischen Fachgesundheits- und Krankenpfleger (stationär/ambulant)
- S1d Rate der examinierten Fachgesundheits- und Krankenpfleger (stationär/ambulant)

Beurteilung der Patientinnen- und Patientenzufriedenheit (ZUF-8)

LVR-PSYCHIATRIE- REPORT 2016



Themenschwerpunkt: Migration und Integration



LVR-Psychiatrie-Report 2016

Themenschwerpunkt: Migration und Integration

 Klinikstandort

 Dezentrale Einrichtung



Inhalt

1. Der LVR-Klinikverbund	6
1.1. Versorgungsziele des LVR-Klinikverbundes	10
1.2. Angebotsstruktur der Psychiatrie & Psychotherapie und der Psychosomatischen Medizin.	12
1.3. Angebotsstruktur der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und psychosomatik	15
1.4. LVR-Institut für Versorgungsforschung	18
1.5. LVR-Akademie für seelische Gesundheit	20
2. Migration und Integration	22
2.1. Interview zum Thema kultursensibles Krankenhaus	26
2.2. Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittler	31
2.3. Hilfe für traumatisierte Flüchtlinge am LVR-Klinikum Düsseldorf.	34
2.4. Kunsttherapeutisches Angebot der LVR-Klinik Düren.	39
3. Die LVR-Kliniken	42
LVR-Klinik Bedburg-Hau	44
LVR-Klinik Bonn	46
LVR-Klinik Düren	48
LVR-Klinikum Düsseldorf	50
LVR-Klinikum Essen	52
LVR-Klinik Köln	54
LVR-Klinik Langenfeld	56
LVR-Klinik Mönchengladbach	58
LVR-Klinik Viersen	60
LVR-Klinik für Orthopädie Viersen.	62
4. Daten und Fakten	64
4.1. Leistungsdaten für PP/PM und KJPPP	66
4.2. Modellvorhaben und Projekte der Integrierten Versorgung	72
4.3. Mitarbeitendenorientierung	74
4.4. Patientenorientierung	76
4.5. Vermögens-, Finanz- und Ertragslage	82
5. Anhang	84



Editorial

Die Art, wie eine Gesellschaft mit ihren schwächsten Mitgliedern umgeht, ist ein Gradmesser für das Maß an Humanität. Das gilt auch und gerade für die Behandlung und Zuwendung, die Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen erfahren. Deshalb bin ich besonders froh über die Fortschritte zur Integration, die wir in unserer Gesellschaft in den vergangenen Jahrzehnten erreicht haben. Fortschritte, die nicht nur den Patientinnen und Patienten zugutekommen, sondern auch jenen, die psychisch erkrankte Menschen auf ihrem Weg begleiten.

Besonders freut es mich, dass wir im Rheinland die Entwicklung der psychiatrischen Behandlungs- und Versorgungskonzepte aktiv begleitet haben und dies immer noch tun. Viele neue Konzepte und Initiativen haben beim LVR ihren Ursprung genommen. Und gerade jetzt müssen wir uns wieder neuen Herausforderungen stellen: Mit der steigenden Zahl psychisch erkrankter bzw. traumatisierter Flüchtlinge ist die Entwicklung qualifizierter und pragmatischer Lösungsansätze notwendig – im Rheinland, aber auch deutschlandweit. Dieser Herausforderung ist daher auch unser aktuelles Schwerpunktthema gewidmet.

Unsere Kliniken leisten einen großartigen Beitrag zur Integration von Migranten und Migrantinnen sowie in der Bewältigung der „Flüchtlingskrise“. Die zu uns kommenden Menschen benötigen individuelle Hilfe, Begleitung und Therapie. Die erste Hürde im Klinikalltag ist dabei oft die Sprachbarriere. In einem deutschlandweit einzigartigen Angebot setzen wir in unseren Kliniken auf die Kompetenz so genannter Sprach- und Integrationsmittler und -mittlerinnen. Sie helfen, neben den sprachlichen Barrieren auch die kulturellen Unterschiede zu überwinden. In Kapitel 2 des vorliegenden „Psychiatrie-Reports“ finden Sie dazu und zu weiteren Angeboten in unseren LVR-Kliniken mehr Details.



Auch wenn das Thema Psychiatrie insgesamt und die Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Besonderen dank vieler Antistigma-Kampagnen stärker ins öffentliche Bewusstsein gerückt sind, tut Aufklärung weiterhin Not. Der vorliegende Bericht soll dazu seinen Beitrag leisten. Er soll Transparenz schaffen und die Leistungen und Leistungsfähigkeit der LVR-Kliniken, ihre vielfältigen Angebote sowie deren Inanspruchnahme darstellen. Gleichzeitig wird deutlich, welche fachlichen und konzeptionellen Ziele der LVR bei der Entwicklung seiner Häuser zugrunde legt. Wenn es uns mit diesem Bericht gelingt, Ängste und Barrieren abzubauen, Betroffenen Mut zu machen und Ihnen unsere Hilfsangebote aufzuzeigen, und wenn wir die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des LVR-Klinikverbundes weiterhin motivieren können, ihre Kraft und Zeit für unsere Ziele einzusetzen, dann hat sich diese Arbeit gelohnt.

Mein besonderer Dank geht daher an all jene, die dazu Tag für Tag ihren Beitrag leisten.

Martina Wenzel-Jankowski
Dezernentin „Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen“ des Landschaftsverbands Rheinland



Vorwort

Das Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) „Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Behinderten“ sowie deren Ratifizierung im deutschen Bundestag drei Jahre später markieren einen Meilenstein in der psychiatrischen Versorgung.

Als öffentlicher Krankenhausträger für Menschen mit psychischen Erkrankungen orientiert sich der LVR bewusst an den Werten der BRK und ist in ganz besonderer Weise gefordert: Die durch die BRK gestärkte Entwicklung von der „Versorgung“ und „Für-Sorge“ hin zu Partizipation, Empowerment und Inklusion vollzieht sich bereits seit Jahrzehnten und setzt sich in der konsequenten Umsetzung von „ambulant vor stationär“ in der Versorgung fort.

Zugleich markiert das Inklusionsparadigma einen grundlegenden Wendepunkt in der Vorstellung vom gesellschaftlichen Zusammenleben von Menschen mit und ohne Behinderung. Und so wird sich insbesondere auch die Psychiatrie zukünftig daran messen lassen müssen, ob und wie sie Inklusion in ihre Versorgungskonzepte und in die Praxis einbezieht – nämlich nicht als ein Qualitätsziel neben anderen, sondern als eine alle Bereiche der psychiatrischen Versorgung durchdringende Handlungsorientierung.

Die Dezentralisierung der Kliniken und der Ausbau gemeindeintegrierter Angebote sind ebenso als Inklusion fördernde Aktivitäten des LVR-Klinikverbundes zu verstehen wie etwa die Ernennung von Integrationsbeauftragten, die sich um eine verbesserte gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund sorgen – ein Ziel, das wir im LVR seit mehr als einer Dekade verfolgen. Gerade in den zurückliegenden Monaten ist kein Tag vergangen, an dem wir uns nicht auch der besseren Versorgung von psychisch erkrankten Flüchtlingen gewidmet haben.



Und daher freue ich mich sehr, dass der vorliegende Psychiatrie-Report mit seinem Schwerpunktthema ein so aktuelles Thema aufgegriffen hat. Ein besserer Einstieg in das komplexe Thema „Migration und Integration“ als ein Interview mit Dr. Ali Kemal Gün, dem deutschlandweit ersten Integrationsbeauftragten in einer psychiatrischen Klinik, hätte nicht gefunden werden können.

Dass für uns im LVR „Qualität für Menschen“ nicht nur auf dem Papier, sondern vor allem in der Praxis Bedeutung hat, zeigt sich immer wieder in den positiven Rückmeldungen zu unserer Arbeit: aus Politik, Wirtschaft, Verwaltung und von jenen Menschen und ihren Angehörigen, die unsere Leistungen in Anspruch nehmen. Und diese gute Arbeit spiegelt sich auch in diesem Bericht wider.

Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen!

Ulrike Lubek

Direktorin des Landschaftsverbands Rheinland



Vorwort

Der Landschaftsverband Rheinland ist Dienstleister für rund 9,6 Millionen Bürgerinnen und Bürger im Rheinland – mit und ohne Behinderungen. Er erfüllt rheinlandweit Aufgaben in der Behinderten- und Jugendhilfe, in der Psychiatrie und der Kultur und er unterstützt in den Bereichen Soziales, Gesundheit und Schulen Menschen mit Behinderungen, psychisch Erkrankte und all jene, die Hilfe benötigen.

Die große Herausforderung der gesicherten Behandlung von Flüchtlingen in den LVR-Kliniken hat uns auch politisch gefordert. Der Landschaftsausschuss des LVR hat die Verwaltung aufgefordert, Vorschläge zu unterbreiten, wie die Kommunen im Rheinland angesichts der steigenden Flüchtlingszahlen bei der Unterbringung und Betreuung von Flüchtlingen durch den LVR unterstützt werden können. So bietet der LVR-Klinikverbund beispielsweise in allen seinen Trauma- bzw. transkulturellen Ambulanzen Personen mit Fluchtgeschichte niederschwellig, ohne Wartezeiten und möglichst muttersprachlich Erstgespräche an.

In diesem Zusammenhang ist gerade etwa die Arbeit der kultursensiblen Dolmetscherinnen und Dolmetscher enorm wichtig. Der Landschaftsausschuss hat daher die finanzielle Förderung für den Einsatz so genannter Sprach- und Integrationsmittler und -mittlerinnen verdoppelt – ein ganz eindrucksvolles Zeichen der sozialen wie humanitären Verpflichtung, die der Verband auch bei der Versorgung psychisch erkrankter Flüchtlinge damit abermals zum Ausdruck gebracht hat.

Neben dieser zielgruppenspezifischen Optimierung des Kernangebots gibt es jedoch noch eine Menge anderer kleiner Leuchttürme mit ganz großer Leuchtkraft. Stellvertretend wird in diesem Bericht das in der LVR-Klinik Düren entwickelte kreativtherapeutische Angebot



„Ich male, was ich nicht sagen kann“ für Flüchtlingskinder erwähnt. Ein berührendes, präventiv ausgerichtetes Projekt außerhalb des klinischen Behandlungsprogramms, das primär vor allem einem klaren Ziel dient: Kindern von Flüchtlingsfamilien eine belastungsfreie Auszeit zu schenken.

Diese kleinen Beispiele zeigen die Vielseitigkeit, mit der der LVR die Herausforderung „Migration und Integration“ in der psychiatrischen Versorgung angeht – und wie sehr dieses Wirken von den Menschen im LVR beeinflusst wird. Ich möchte mich daher ganz besonders bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bedanken, die mit ihrem couragierten Eintreten gegen Diskriminierung und Rassismus ein so deutliches Zeichen für Menschlichkeit setzen.

Margret Schulz

Vorsitzende des Gesundheitsausschusses der Landschaftsversammlung Rheinland



1. Der LVR-Klinikverbund

Menschlich. Kompetent. Nah.
„Im LVR-Klinikverbund bündeln wir
unsere Kräfte und unser Wissen.“

LVR-Verbundmission



Qualität für Menschen

Als kommunaler, öffentlich-rechtlicher Träger orientiert der LVR den Unternehmenszweck seiner Kliniken primär an der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und wohnortnahen Versorgung psychisch erkrankter Menschen im Rheinland.

„In Umsetzung des LVR-Slogans „Qualität für Menschen“ bildet die Qualität der Angebote und Leistungen den Kern der Unternehmenspolitik des LVR-Klinikverbundes.“

Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) ist Träger von neun psychiatrischen Kliniken und einer Klinik für Orthopädie. Als kommunaler Verband für die 9,4 Millionen Menschen der 13 kreisfreien Städte und zwölf Kreise sowie der Städteregion Aachen im Rheinland sieht sich der LVR darüber hinaus in einer Gestaltungsverantwortlichkeit für die gemeindepsychiatrische Versorgung im Rheinland. Über den Betrieb seiner Krankenhäuser hinaus setzt der LVR deshalb durch Programme und Projekte versorgungspolitische Impulse zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung auch außerhalb der LVR-Kliniken, insbesondere durch die Förderung der Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) und der Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration (SPKoM).

In Umsetzung des LVR-Slogans „Qualität für Menschen“ bildet die Qualität der Angebote und Leistungen den Kern der Unternehmenspolitik des LVR-Klinikverbundes. Als größter Träger der psychiatrischen Krankenhausversorgung im Rheinland sieht sich der LVR in einer besonderen Verpflichtung für die Gewährleistung hochwertiger und zukunftsgerichteter psychiatrischer Behandlungsangebote, die den Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen bestmöglich gerecht werden. Es ist das Ziel des LVR, dass die LVR-Kliniken als beispielgebende Exzellenzhäuser Impulse für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung setzen, Innovationen fördern und somit einen wichtigen Beitrag zur Förderung der seelischen Gesundheit der Menschen leisten.

Die zehn Fachkliniken haben sich im Jahr 2009 zum LVR-Klinikverbund zusammengeschlossen, der zentral von der LVR-Verbundzentrale in Köln, dem LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen, gesteuert wird. Deutlicher als einzelne Krankenhausträger kann der

LVR-Klinikverbund die Vorteile einer überregionalen Organisationsform nutzen: durch einen systematischen Transfer von Erfahrungen und Wissen, durch die Erschließung von Synergien und Wirtschaftlichkeitsreserven, durch Vernetzung und Zusammenarbeit, durch die gemeinsame Entwicklung von Angeboten und Verfahren und durch ein gemeinsames Qualitätsmanagement.

Die Behandlungs- und Versorgungsangebote des LVR-Klinikverbundes decken mit insgesamt 6.127 Betten und Plätzen ein breites Spektrum an Hilfsmöglichkeiten in den folgenden Bereichen ab (Tab. 1):

- Psychiatrie und Psychotherapie,
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,

- Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters,
- Neurologie und
- Orthopädie,
- Abteilungen für Forensische Psychiatrie (Maßregelvollzug) zur Behandlung schuldunfähiger und vermindert schuldfähiger Straftäter,
- Abteilungen für Soziale Rehabilitation zur Betreuung von chronisch psychisch erkrankten und psychisch behinderten Menschen,
- Angebote der medizinischen Rehabilitation von Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen oder Abhängigkeitserkrankungen sowie
- Angebote der Pflege (SGB XI) in Pflegeeinrichtungen.

Tab. 1: Behandlungsangebote des LVR-Klinikverbundes

	Bedburg-Hau	Bonn	Düren	Düsseldorf	Essen	Köln	Langenfeld	M'gladbach	Viersen
Allgemeine Psychiatrie (AP)	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Gerontopsychiatrie (GER)	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Abhängigkeitserkrankungen (SU)	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Psychosomatische Medizin (PM)				●	●				
Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJPPP)	●	●		●	●				●
Jugendhilfe									●
Neurologie	●	●		●					
Kinderneurologie		●							
Sprachheilbehandlung		●							
Maßregelvollzug	●	●	●		●	●	●		●
Medizinische Rehabilitation	●						●		●
Soziale Rehabilitation	●	●	●	●		●	●	●	●
Pflege									●
Orthopädie									●



Inklusion – das übergreifende Qualitätsziel

Der LVR orientiert sich an den Werten der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK), die bereits im Jahr 2009 für alle staatlichen Ebenen in Deutschland rechtsverbindlich wurde. Als öffentlicher Krankenträger für Menschen mit psychischen Erkrankungen fühlt sich der LVR also in ganz besonderer Weise gefordert.

Der LVR hat einen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention aufgelegt, in dem das politische Leitziel

der Inklusion im Sinne der Resolution der Landschaftsversammlung Rheinland vom 14. Dezember 2011 zum Ausdruck gebracht und ein strategisch ausgerichtetes Handlungsprogramm des LVR beschrieben wird.

Inklusion ist für den LVR-Klinikverbund nicht ein Qualitätsziel neben anderen, sondern eine alle Bereiche der psychiatrischen Versorgung durchdringende Handlungsorientierung, sowohl in der Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen als auch in der Gestaltung der Behandlungs- und Versorgungsprozesse.

Entlang der im Aktionsplan definierten Kriterien zur Umsetzung von Inklusion werden übergreifende Zielsetzungen für die psychiatrische Versorgung durch die LVR-Kliniken abgeleitet:

1. Die LVR-Kliniken gewährleisten einen gleichberechtigten, barrierefreien und lebensortbezogenen Zugang aller Menschen zu den Behandlungsangeboten. Die Angebote der LVR-Kliniken positionieren sich in ihren Versorgungsgebieten gemeindeintegriert und vernetzt.
2. Den Patientinnen und Patienten ist eine vorrangige Behandlung in ambulanten und teilstationären Angeboten zu ermöglichen. Damit wird neben einer guten Erreichbarkeit und einem niedrighwelligen Zugang der Behandlungsangebote auch eine Behandlung im engen Kontakt zum Sozialraum der Menschen sichergestellt.



Weitere Informationen finden Sie auch im LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention „Gemeinsam in Vielfalt“.



3. Durch Gewährleistung eines differenzierten Angebots- und Leistungsspektrums soll den unterschiedlichen spezifischen Behandlungserfordernissen und Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen Rechnung getragen werden. Dazu werden die Behandlungsangebote nach störungsspezifischen Erfordernissen sowie nach geschlechts- und weiteren zielgruppenspezifischen Bedürfnissen entworfen und gestaltet.
4. Die LVR-Kliniken verpflichten sich, ein Höchstmaß an Selbstbestimmung, Partizipation und gesellschaftlicher Teilhabe zu gewährleisten. Patientenorientierung im LVR-Klinikverbund bedeutet, dass die Patientinnen und Patienten mit ihren Interessen, Bedürfnissen und Wünschen wahrgenommen und respektiert werden, ihnen mit Empathie und Respekt begeg-

net wird, sie die Leistungen erhalten, die nutzbringend und von ihnen erwünscht sind und sie über verbriefte Rechte und Pflichten verfügen.

5. Die LVR-Kliniken richten ihre Entwicklung kontinuierlich am aktuellen Stand der medizinischen Entwicklung, an den sich verändernden gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen sowie der gesellschaftspolitischen Zielstellung zur Inklusion psychisch erkrankter Menschen aus. Durch eigene Initiativen und Innovationen trägt der LVR-Klinikverbund zur Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung bei.

„Höchstmaß an Selbstbestimmung, Partizipation und gesellschaftlicher Teilhabe“

1.2. Angebotsstruktur der Psychiatrie & Psychotherapie (PP) und der Psychosomatischen Medizin (PM)



Wohnortnah, bedarfsgerecht und bedürfnisorientiert

Mit 3.527 akut-psychiatrischen Betten/Plätzen versorgen die LVR-Kliniken die rund 4,5 Millionen Einwohner in ihren Pflichtversorgungsgebieten. In Bezug auf die Größe der Versorgungsgebiete der LVR-Kliniken zeigen sich mit einer Bevölkerungsgröße zwischen 182.000 (Mönchengladbach) und 929.000 Einwohner (Bonn) erhebliche Unterschiede (Abb. 1). Entsprechend variieren die Entfernungen zwischen den zentralen Klinikstandorten und den peripheren Zonen der Versorgungsgebiete standortspezifisch zwischen etwa fünf Kilometern (Essen) und rund 30 bis 40 Kilometern (Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Viersen). Abb. 15 im Anhang zeigt die

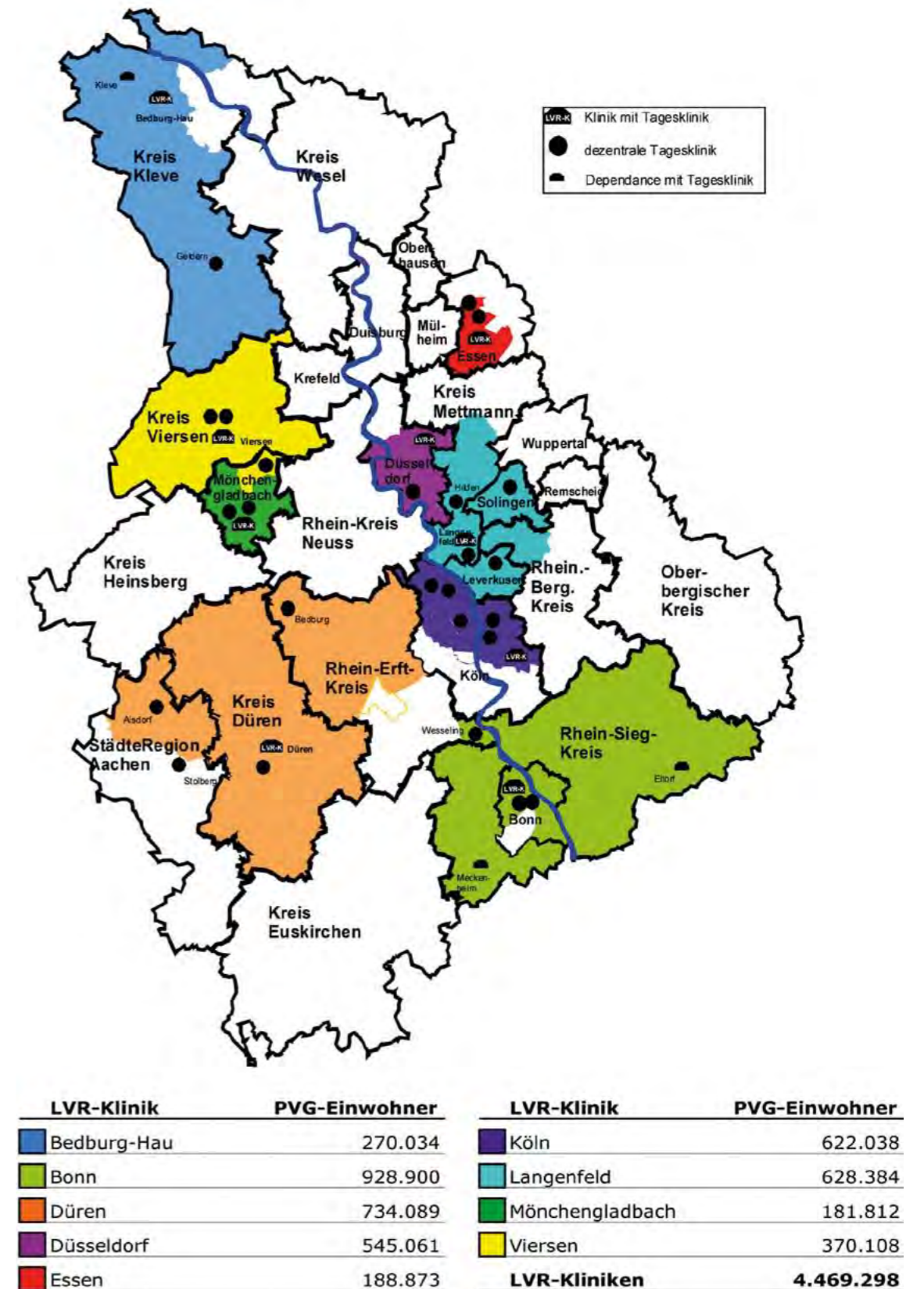
Unterschiede in der Krankenhaushäufigkeit je 100.000 Einwohner im vollstationären Bereich.

Die erhebliche geografische Ausdehnung der Versorgungsgebiete stellt hohe Anforderungen an die raumbezogene Klinikorganisation und Strukturentwicklung. Vor dem Hintergrund der langwierigen Krankenhausplanungsverfahren des Landes und der notwendigen Planungsverläufe bei Investitionsvorhaben hat der LVR bereits Mitte der 90er-Jahre den forcierten Ausbau dezentraler Tageskliniken beschlossen. Im Zusammenhang mit der Beschlussfassung wurde für alle LVR-Kliniken

Tab. 2: Voll- und teilstationäre Kapazitäten der PP/PM

	Plätze zentral	Plätze dezentral	Betten zentral	Betten dezentral	dez. -Anteil	TK-Anteil		
Bedburg-Hau	48	18	30	188	34	222	19%	18%
Bonn	109	94	19	484	44	528	22%	17%
Düren	82	62	20	406		406	13%	17%
Düsseldorf	116	61	55	407		407	12%	22%
Essen	56	33	23	143	40	183	31%	23%
Köln	108	90	18	402		402	18%	21%
Langenfeld	69	69		364		364	16%	16%
Mönchengladbach	36	36		130		130	22%	22%
Viersen	47	47		214		214	18%	18%
LVR	671 Plätze		2.856 Betten				18%	19%

Abb. 1: Versorgungsgebiete PP/PM



Einwohnerzahlen NRW.IT 2014



1.3. Angebotsstruktur der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (KJPPP)



Familienorientiert und gut vernetzt

ein Zielwert von 20% tagesklinischer Plätze an der Gesamtkapazität definiert.

Inzwischen konnte dieser Zielwert an mittlerweile vier Standorten erreicht bzw. übertroffen werden (Tab. 2): In Düsseldorf, Essen, Köln und Mönchengladbach. Im Gesamtbild aller LVR-Kliniken ergibt sich aktuell ein tagesklinischer Anteil von 19% (2010: 16,5%).

Auch der Ausbau von dezentralen Standorten wird weiter vorangetrieben, um die inklusive und sozialraumnahe Versorgung zu stärken (ebenfalls Tab. 2). Die entsprechenden teilstationären Krankenhaushäufigkeiten sind in Abb. 16 (Anhang) dargestellt.

In 2015 betrieben die neun LVR-Kliniken damit 34 dezentrale Standorte (2010: 24) mit insgesamt 648 Betten/Tagesklinikplätze (2010: 502):

- 29 dezentrale Tageskliniken mit integrierten ambulanten Angeboten sowie
- fünf Dependancen mit ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten.

Ein Gesamtüberblick über die Angebotsstruktur der psychiatrischen LVR-Kliniken befindet sich im Anhang (Abb. 17).

Zum Stichtag 31. Dezember 2015 wurden in allen LVR-Kliniken 18,4% der Gesamtkapazität in dezentralen Einheiten vorgehalten.

In den Jahren 2014 und 2015 konnten durch Verlagerungen von teilstationären und ambulanten Angeboten neue dezentrale Behandlungszentren in Betrieb genommen werden:

LVR-Klinik Bonn:

- Tagesklinik und Institutsambulanz Allgemeine Psychiatrie Wesseling (20 Plätze) am Dreifaltigkeitskrankenhaus Wesseling,
- Tageskliniken und Institutsambulanz „Allgemeine Psychiatrie“ (24 Plätze) und „Gerontopsychiatrie“ (18 Plätze) im Johannes Hospital Bonn.

LVR-Klinik Mönchengladbach:

- Ambulant-Tagesklinisches Zentrum Gartenstraße, 36 Plätze und Institutsambulanz.

In Folge des niedrigeren Anteils von Kindern und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung sind die Versorgungsgebiete der KJPPP im Vergleich zu den Abteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern für Erwachsene hinsichtlich Einwohnerzahl und Flächenausdehnung größer zugeschnitten. Den damit einhergehenden größeren Entfernungen zwischen den Wohnorten der jungen Patientinnen und Patienten sowie ihren Familien und den zuständigen Abteilungen für KJPPP wird seitens des LVR durch erhebliche Anstrengungen zur Dezentralisierung begegnet.

Mit insgesamt 476 Betten/Plätzen versorgen die Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPPP) an den LVR-Kliniken Bedburg-Hau, Bonn, Düsseldorf, Essen und Viersen Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen

(Tab. 3). Im Jahr 2015 werden 29% der Gesamtkapazität an Betten und Plätzen der Abteilungen für KJPPP an den LVR-Kliniken dezentral vorgehalten. In den teilstationären Angeboten liegt der Anteil dezentraler Tagesklinikplätze bei 36%. Die Krankenhaushäufigkeiten der KJPPP sind im Anhang (Abb. 19 & 20) zu finden.

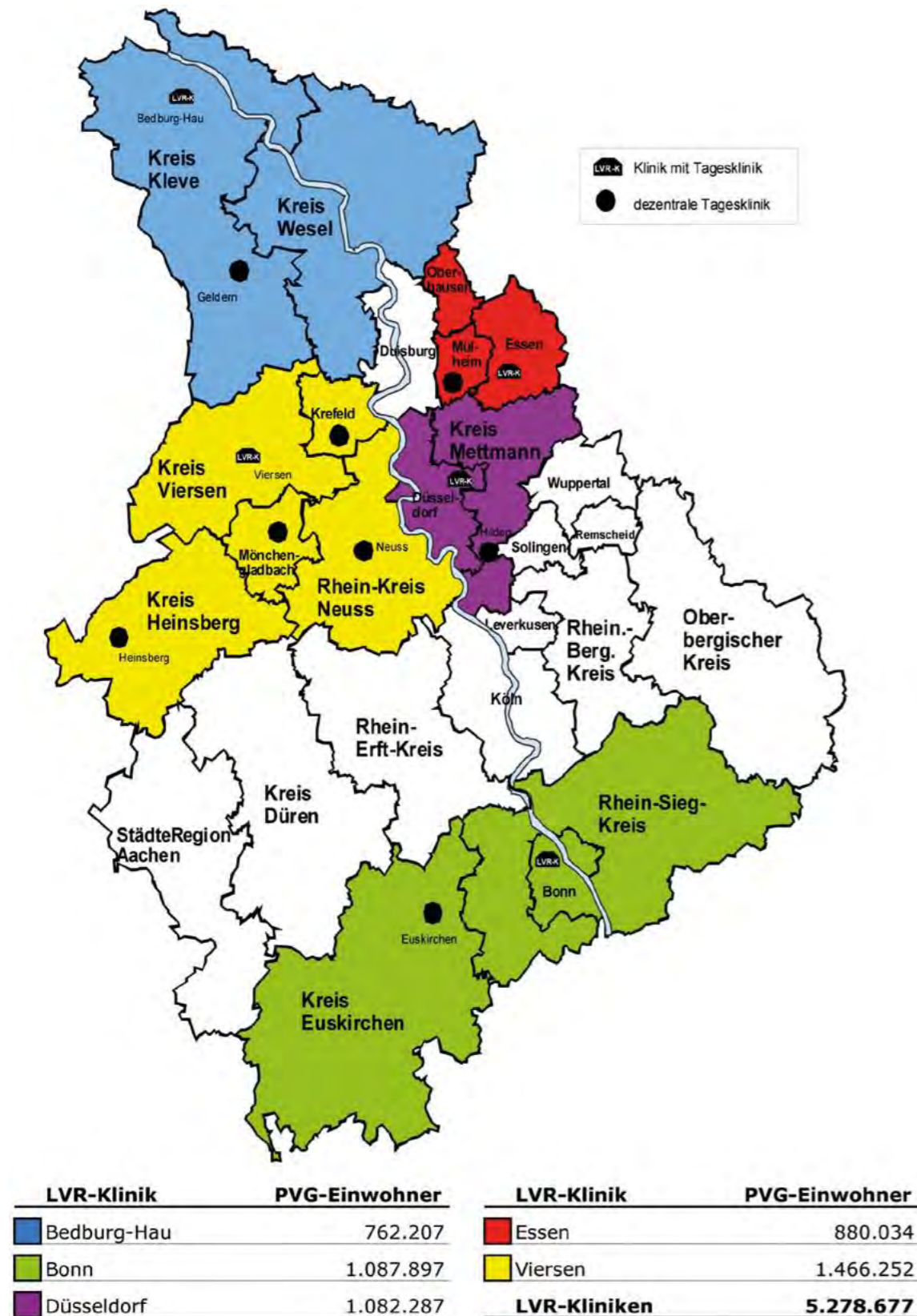
In der **LVR-Klinik Viersen** werden im Fachbereich KJPPP insgesamt 58 Betten mit überregionalen Angeboten vorgehalten:

- sexuell auffällige Jungen (zehn Betten),
- Jugendliche mit Abhängigkeitserkrankungen und Verhaltensstörungen durch Suchtmittel (zehn Betten),
- Kinder- und Jugendliche mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen (30 Betten),

Tab. 3: Voll- und teilstationäre Kapazitäten der KJPPP

	Plätze zentral	Plätze dezentral	Betten zentral	Betten dezentral	dez.-Anteil	TK-Anteil
Bedburg-Hau	18	12	30	30	25%	38%
Bonn	30	12	50	50	15%	38%
Düsseldorf	28	12	52	52	15%	35%
Essen	31	31	50	50	38%	38%
Viersen	62	62	114	11	39%	33%
LVR	169 Plätze		307 Betten		29%	36%

Abb. 2: Versorgungsgebiete KJPPP



Einwohnerzahlen NRW.IT 2014



- Eltern-Kind-Station als intensives, gemeinsames Behandlungsangebot für Eltern und wichtige Bezugspersonen mit ihren Kindern (acht Betten).

Im LVR-Klinikum Düsseldorf wurde ein Neubau mit 20 zusätzlichen Betten und in Hilden eine Tagesklinik mit zwölf Plätzen eröffnet.

Im **LVR-Klinikum Essen** wird eine Station für Jugendliche mit Abhängigkeitserkrankungen (zehn Betten) ebenfalls überregional in Anspruch genommen.

Die LVR-Klinik Bedburg-Hau plant sowohl voll- als auch teilstationäre Erweiterungen (zehn Betten und sechs Plätze auf dem Klinikgelände sowie zwölf Plätze in Moers in einer neuen Tagesklinik). Die LVR-Klinik Viersen hat in Heinsberg und Viersen insgesamt 24 Tagesklinikplätze in Betrieb genommen. Entgegen des ursprünglich geplanten Abbaus äquivalenter Bettenkapazitäten verfolgt die LVR-Klinik Viersen nunmehr die Absicht, die 24 Betten weiter zu betreiben.

Vor dem Hintergrund eines unterdurchschnittlichen Angebotes an Krankenhauskapazitäten bei steigendem Bedarf wurden Erweiterungen geplant bzw. umgesetzt. Dabei konnten in den Jahren 2014 und 2015 auch neue dezentrale Behandlungszentren der KJPPP in Betrieb genommen werden:



Entwicklung, Implementierung und Evaluation neuer Versorgungsmodelle

Als größter regionaler psychiatrischer Krankenhaussträger ist der LVR an den versorgungspolitischen Entwicklungen in NRW maßgeblich beteiligt. Seit 2014 leistet er auch über das Institut für Versorgungsforschung einen

wichtigen Beitrag auf diese Weise im Idealfall frühzeitig ausgemacht und behoben werden.“

Diesen Ansprüchen trägt der LVR mit dem eigenen Institut Rechnung – und das sieht seine Aufgabe vor allem in der Entwicklung, Implementierung und wissenschaftlichen Evaluation neuer Modelle zur Verbesserung der Behandlungsqualität in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.

Darüber hinaus werden am LVR-IVF sowohl eigene als auch drittmittelgeförderte Forschungsprojekte initiiert und ein eigener Forschungsverbund innerhalb des LVR-Klinikverbundes unter Einbeziehung externer Partner aufgebaut. Das Ergebnis: die gezielte Nutzung von Synergieeffekten in den eigenen Häusern als auch auf nationaler und internationaler Ebene.

„Über die disziplinübergreifenden Mittel der Versorgungsforschung lassen sich bestehende Defizite in der therapeutischen und medizinischen Betreuung von Menschen mit psychischen Störungen ausmachen.“

Die medizinische Versorgungsforschung hat sich seit Ende der 90er-Jahre als eigenständiges, transdisziplinäres Forschungsgebiet

wichtigen Beitrag zur Optimierung der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen.

entwickelt. Das generelle Ziel: die wissenschaftliche Bewertung diagnostischer und therapeutischer Verfahren sowie die Überprüfung von Versorgungskonzepten unter Alltagsbedingungen.

Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Direktor des am LVR-Klinikum Düsseldorf beheimateten Instituts für Versorgungsforschung (LVR-IVF): „Über die disziplinübergreifenden Mittel der Versorgungsforschung lassen sich bestehende Defizite in der therapeutischen und medizinischen Betreuung von Menschen mit psychischen Störungen ausmachen. Deren Analyse wiederum trägt entscheidend zur Optimierung der Versorgungsqualität bei; Fehl-, Über- oder Unterversorgungen können

Informationen

Das LVR-Institut für Versorgungsforschung wird das neue Düsseldorfer Versorgungsmodell gemäß § 64b SGB V für psychisch erkrankte Menschen wissenschaftlich begleiten (vgl. Kapitel 4.2). Dabei sollen neben krankheitsbezogenen Daten sowie den Daten des Versorgungsverlaufs auch die Beurteilungen der Betroffenen und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Betrachtung einfließen. Das Projekt ist auf eine Dauer von acht Jahren ab 2016 angelegt.



In die wissenschaftliche Analyse einbezogen werden dabei möglichst viele Ebenen der direkten Klientenarbeit, ebenso wie die Kooperation zwischen den Trägern, die Koordination im Verbund sowie unterschiedliche Finanzierungsformen.

Im Mai 2016 wurde ein durch das LVR-IVF entwickeltes Qualitätsindikatoren-Set im Klinikverbund eingeführt. Die Indikatoren sollen zukünftig zu Zwecken der Qualitätssicherung und des Benchmarkings eingesetzt werden.

Ausgewählte Publikationen:

Kowitz S, Großbimlinghaus I, Kerst A, Otten M, Zielasek J, Gaebel W.: *Mental healthcare research approaches – how to identify which mental healthcare model is best?* **Die Psychiatrie 2016:** 13 (1): 7-14.

Großbimlinghaus I, Falkai P, Gaebel W, Hasan A, Jänner M, Janssen B, Reich-Erkelenz D,

Grüber L, Böttcher V, Wobrock T, Zielasek J: *LVR-Klinikverbund. Erhebung von Qualitätsindikatoren anhand von Routedaten. Darstellung eines Machbarkeitstests in 10 Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie.* **Nervenarzt 2015;**86:1393–1399.

Gaebel W, van Brederode M, Gouzoulis-Mayfrank M, Hionsek D, Janssen B, Thewes S, Wenzel-Jankowski M, Zielasek J: *Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs- und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP.* **Die Psychiatrie 2015:** 12 (2): 118-127.

Tel.: 0211 / 92 22 752
www.institut-versorgungsforschung.lvr.de



Interdisziplinär und teamorientiert

„Die Tatsache, dass der LVR für seine Beschäftigten im Klinikverbund eine eigene Akademie zur beruflichen Qualifizierung betreibt, ist Ausdruck seines besonderen Engagements im Bereich der Personalentwicklung.“

Die Akademie orientiert sich in ihrem Angebot explizit an den Bedürfnissen jener Menschen, die für psychisch Erkrankte und deren Familien

tätig sind – auch in Einrichtungen außerhalb einer LVR-Trägerschaft. Die Grundausrichtung: interdisziplinär und teamorientiert. Das übergeordnete Ziel: die Stärkung der fachlichen und persönlichen Kompetenz aller therapeutisch tätigen Berufsgruppen, stationär wie

außerstationär. Mit diesem Anspruch verbunden ist nicht zuletzt eine stete Qualitätsoptimierung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen.

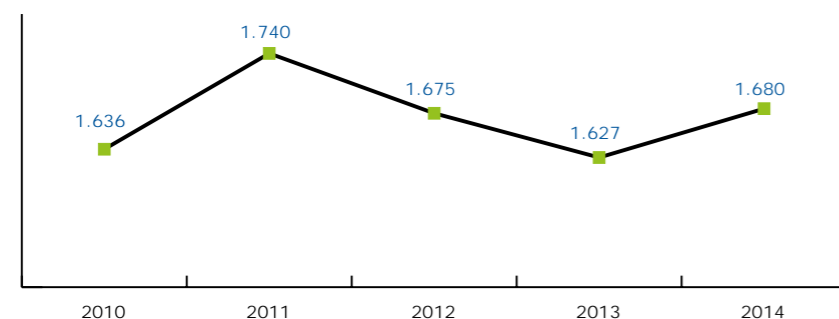
Und mehr noch: „Die Tatsache, dass der LVR für seine Beschäftigten im Klinikverbund eine eigene Akademie zur beruflichen Qualifizierung

betreibt, ist Ausdruck seines besonderen Engagements im Bereich der Personalentwicklung“, resümiert Akademieleiter Andreas Kuchenbecker. Ein Engagement, das zum einen der Mitarbeiterbindung dient, zugleich aber auch eine individuelle berufliche Weiterentwicklung und Karriere möglich macht. Zukünftig bietet die Akademie den Mitarbeitenden des Klinikverbundes in Kooperation mit der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld die Möglichkeit, neben dem staatlich anerkannten Weiterbildungsabschluss einen Bachelor-Abschluss in der psychiatrischen Pflege zu erwerben. Kuchenbecker: „Die Akademie ist entscheidender Bestandteil einer umfassenden Personalentwicklungsstrategie. Denn Qualität für Menschen ist immer auch Qualität durch Menschen.“

Schon immer hat die Bildungsarbeit die Reformprozesse der Psychiatrie angestoßen und begleitet. Heute sind die Zukunftsthemen zum Beispiel Ansätze wie „Recovery“, der Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern oder auch die „Adherence“-Therapie. Sie rücken die Sichtweisen von Betroffenen ins Zentrum und betonen deren Selbstbestimmung im Behandlungsprozess.

Diese und andere Themen werden mit hoher Praxisnähe und in einem lebendigen und erfahrungsbezogenen Lernen erarbeitet.

Abb. 3: Anzahl der Teilnehmenden 2010-2014



Die Akademie beschäftigt sich jedoch nicht nur mit einem breiten Spektrum von Fachthemen, sondern auch von Führungsaspekten: Moderne Unternehmens- und Managementstrukturen stehen genauso auf dem Lehrplan wie die Vermittlung und Diskussion aktueller Versorgungs- und Behandlungsstandards. Beispielsweise bei dem neu etablierten Führungsnachwuchsprogramm „Fit für die Pflegedienstleitung“ werden diese wichtigen Inhalte über einen Zeitraum von 18 Monaten in einem interdisziplinären und praxisnahen Setting vermittelt. „Uns ist eine fachübergreifende Kompetenz im Arbeits- und Klinikalltag besonders wichtig, wir haben stets das Team als Ganzes im Auge“, sagt der Akademieleiter. Was vor allem bedeutet, dass Interdisziplinarität, Diversität und Interkulturalität immer auch als Chancen verstanden werden, als wichtige Ressourcen, deren Nutzung die

Optimierung der Versorgungsleistungen stetig vorantreibt. Ein Qualitäts- und Kompetenzanspruch, der sich auch im Team der Akademie selbst widerspiegelt, in das sich Menschen unterschiedlicher Professionen sowie unterschiedlichen Geschlechts und Alters einbringen, frei nach dem Grundsatz „aus der Praxis für die Praxis“.

Zugleich bietet der LVR-Klinikverbund dank seiner Größe und Vielfalt enorme Synergieeffekte. „Das Prinzip des miteinander und voneinander Lernens greifen wir in der Bildungsarbeit der LVR-Akademie bewusst auf und fördern es.“ Durch einrichtungsübergreifende, gemischte Lerngruppen beispielsweise, die zugleich als dialogförderndes Forum dienen, in dem sich die Teilnehmer und Teilnehmerinnen gezielt austauschen können. Aber auch über die Öffnung nach außen – und die Einbeziehung von Mitarbeitern aus Einrichtungen anderer Träger in die Weiterbildungsmaßnahmen. Kuchenbecker: „Dies alles dient der Zukunftsfähigkeit der klinischen Institutionen ebenso wie der Optimierung der Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten und kommt damit schlussendlich jenen Menschen zugute, die uns allen am Herzen liegen: den Patientinnen und Patienten unserer Kliniken.“



Gemeinsames, interdisziplinäres Lernen und die Arbeit als Team werden in der LVR-Akademie gefördert.

Tel.: 0212 / 40 07 210
www.akademie-seelische-gesundheit.lvr.de



2. Migration und Integration

„Jeder Mensch hat Anspruch auf bestmögliche medizinische Beratung und Versorgung, unabhängig von Herkunftssprache und Kultur.“
Bundeskonzferenz der Ausländerbeauftragten des Bundes,
der Länder und der Gemeinden, Mai 2002



Interkulturelle Kompetenz

Die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund ist seit 15 Jahren erklärtes Ziel des LVR. Dies nicht zuletzt angesichts der Tatsache, dass Migrantinnen und Migranten gerade bei psychischen Schwierigkeiten oft erst sehr spät fachliche Hilfe in Anspruch nehmen. Größte Hürde im Klinikalltag: die Sprachbarriere. Doch auch die Einbeziehung kultureller und religiöser Hintergründe trägt entscheidend zum Erfolg einer Behandlung bei.

Der LVR-Klinikverbund setzt sich im Rahmen des seit 2006 bestehenden Förderprogramms zur „Verbesserung der Versorgung von Migrantinnen und Migranten“ für eine Optimierung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Migranten und Migrantinnen in den LVR-Kliniken ein. Dies erfolgt durch eine bewusste interkulturelle Öffnung und die Orientierung an den ganzheitlichen Zielen eines kultursensiblen Krankenhauses. Diese projektbezogene Förderung einer migrations-spezifischen psychosozialen Versorgung ist in seiner Dimension und Qualität deutschlandweit einzigartig.

Seit 2009 unterstützt das Klinikverbundprojekt „Migration“ den jeweiligen Förderschwerpunkt. Dieser liegt seit 2013 beim Einsatz von Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittlern (SIM) in der Behandlung von Flüchtlingen bzw. Migrantinnen und Migranten. Jährlich fließen insgesamt 100.000 Euro in das Förderprogramm, weitere 420.000 Euro in die Arbeit der sechs Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration (SPKoM), die vor allem die gemeindepsychiatrische Regelversorgung beim Prozess der interkulturellen Öffnung unterstützen sollen.

Verschiedene Ansätze, die zuletzt ein gemeinsames Ziel verfolgen: Menschen mit Migrationshintergrund die gleiche qualifizierte Hilfe zukommen zu lassen wie allen anderen.





Mittler zwischen den Welten

Als erste psychiatrische Klinik in Deutschland ernannte die LVR-Klinik Köln 2006 einen eigenen Integrationsbeauftragten. Der Diplom-Psychologe und Psychologische Psychotherapeut Dr. Ali Kemal Gün hat die Aufgabe, die strukturelle Integration von Migrantinnen und Migranten zu fördern.

Eine Aufgabe, im Rahmen derer Gün nicht nur Ärzteschaft, Pflege und Verwaltung des LVR-Klinikverbundes berät, sondern beispielsweise auch im November 2015 den 8. Integrationsgipfel im Bundeskanzleramt in Berlin besucht hat. Die interkulturelle Öffnung des LVR, welche sich an den Leitlinien eines kultursensiblen Krankenhauses orientiert, versteht Gün als „bundesweit beispielhaften Ansatz“.

Herr Dr. Gün, warum sind spezielle Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund im Klinikalltag notwendig?

Kultur- und Sprachbarrieren können die individuelle Gesundheitsversorgung deutlich beeinträchtigen. Tatsächlich suchen Migranten und Migrantinnen zwar häufig wegen somatoformer Störungen Ärzte auf – dennoch bleiben gerade psychische und psychosomatische

Probleme oft unerkannt. Missverständnisse, Fehldiagnosen und Mehrfachuntersuchungen sind die Folge. Das bedeutet nicht nur für die Betroffenen oft geradezu eine „medizinische Odyssee“, sondern birgt auch weitere Probleme: Die Unter-, Über- und Fehlversorgung von Patienten und Patientinnen geht nicht zuletzt auch mit erhöhten Kosten für stationäre Therapie und Pflege einher.

Wie reagiert der LVR auf diese Notwendigkeit?

Mit dem Anspruch, sich bewusst interkulturell zu öffnen, hat der LVR bereits vor einigen Jahren mit einer Optimierung der Gesundheitsleistungen für Menschen mit Migrationshintergrund begonnen. Die Leitlinien eines kultursensiblen Krankenhauses betreffen dabei längst nicht nur Fragen der Kommunika-

tion und Information, sondern auch die Unterbringung, die grundsätzliche betriebliche Organisation und Personalentwicklung sowie individuelle Aspekte der Versorgung und Diagnostik. In der Landschaftsversammlung und in LVR-Fachausschüssen, insbesondere dem Gesundheitsausschuss, spielt das Thema „Integration und Migration“ bereits seit langer Zeit eine wichtige Rolle.

Wie wird dieser Anspruch in der Praxis umgesetzt?

Die LVR-Kliniken versuchen, über unterschiedliche Aktionen und Projekte die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Migrantinnen und Migranten zu optimieren. In jeder LVR-Klinik steht mittlerweile beispielsweise mindestens ein Integrationsbeauftragter bzw. eine Integrationsbeauftragte für die Belange von Menschen mit Migrationshintergrund oder fremder Muttersprache, Kultur

und Religion zur Verfügung. Sie sind unmittelbar der ärztlichen Direktion unterstellt.

Welche Aufgaben erfüllen die Integrationsbeauftragten im Detail?

Die betreffenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen werden in allen interkulturellen Belangen, Klinikintern und auch übergreifend, zu Rate gezogen. Sie pflegen beispielsweise die zuständigen Netzwerke, halten etwa in Absprache mit dem jeweiligen Klinikvorstand den Kontakt zu den zuständigen kommunalen Stellen und Gremien. Darüber hinaus gehört natürlich die Entwicklung eines eigenen Klinik-Konzeptes für die Integration von Migranten und Migrantinnen zu den vorrangigen Aufgaben. Ein solches Konzept beginnt bereits mit der Bedarfsermittlung für fremdsprachige Informationsmaterialien und setzt sich in der Organisation eines qualifizierten Dolmetscherdienstes und der gezielten Weiterbildung

Dr. Ali Kemal Gün ist Integrationsbeauftragter der LVR-Klinik Köln.





Die Ansprüche eines kultursensiblen Krankenhauses setzt der LVR auch im eigenen Beschäftigtenfeld um.

der Fachkräfte fort. Dies geschieht natürlich stets unter Einbeziehung des jeweiligen Qualitätsmanagements.

Können Sie uns Beispiele für diese Zusammenarbeit nennen?

Eine der Besonderheiten der LVR-Klinik Köln ist die enge Zusammenarbeit zwischen der Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) und dem Integrationsbeauftragten. Die QMB ist zudem ein aktives Mitglied des „Qualitätszirkels Integration“, einem klinikinternen, multiprofessionellen Arbeitskreis, der sich gezielt für die Umsetzung eines kultursensiblen Ansatzes im Klinikalltag engagiert. In regelmäßigen Abständen führt die QMB beispielsweise Befragungen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit durch. Diese Befragungen enthalten auch migrationspezifische Fragen und werden in sieben Sprachen (Deutsch, Englisch, Französisch, Polnisch,

Russisch, Türkisch, Arabisch) durchgeführt. Die Anmerkungen der Patienten in jeweiligen Muttersprachen werden übersetzt und bei der Beurteilung berücksichtigt.

Mittlerweile stellen alle LVR-Kliniken Integrationsbeauftragte. Sind die Ziele des LVR im Sinne eines kultursensiblen, offenen Krankenhauses damit erreicht?

Die Ernennung von Integrationsbeauftragten im LVR-Klinikverbund war ein wichtiger, ganz entscheidender Schritt zur Umsetzung eines migrantensensiblen Klinikalltags. Das allein reicht jedoch längst noch nicht aus, wenn man sich selbst interkulturelle Kompetenz als übergeordnetes Ziel gesetzt hat.

Was wurde darüber hinaus getan?

2005 hat der LVR mit einer projektbezogenen Förderung der generellen migrationspezifischen

psychosozialen Versorgung begonnen. Ein in seiner Dimension und Qualität deutschlandweit einzigartiges Modellprojekt. Dessen Ziele: die Optimierung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten sowie die Senkung sozialer und kultureller Zugangsschwellen zu einer solchen Versorgung. Dieser gezielten Förderung waren bereits Initiativen zum Aufbau von migrationspezifischen Angeboten in den Institutsambulanzen (Interkulturelle Ambulanzen) und zum Aufbau der Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration (SPKoM) in Duisburg, Solingen und Köln vorausgegangen. Unser Hauptanliegen war es, übergeordnete strukturelle Maßnahmen zu entwickeln, die von allen LVR-Kliniken gleichermaßen genutzt werden konnten. Mittlerweile gibt es zum Beispiel im südlichen bzw. westlichen Rheinland, also in Bonn und Stolberg, weitere SPKoM.

Wenn Sie sagen: „unser Hauptanliegen“ – was ist damit gemeint?

Gemeinsam mit der damaligen Leiterin des LVR-Verbundprojektes „Migration“ am LVR-Klinikum Essen, Prof. Dr. Yesim Erim, und unter Mitarbeit von Dr. Eva Morawa habe ich

verschiedene Projekte für die LVR-Kliniken entwickelt. Dabei ging es beispielsweise um die Vernetzung mit kultursensitiven und gemeindenahen Angeboten, eine entsprechende Internetpräsenz, um die Weiterbildung des Personals und um therapeutische Konzepte für kultursensitive bzw. muttersprachliche Angebote. Seit 2008 wird insbesondere das LVR-Klinikverbundprojekt „Migration“ gefördert, das seit drei Jahren den Schwerpunkt „Einsatz von Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittlern“ (SIM) hat, einen extrem wichtigen Baustein im Aufbau eines kultursensiblen Klinikansatzes.

Ein Ansatz, der bundesweit Schule gemacht hat, der aber sicherlich nicht leicht umzusetzen war.

Die Grundhaltung der LVR-Klinik Köln ist in unserem Leitbild fest verankert und auf der Webseite öffentlich kommuniziert. Aus unserer Klinik wurden tatsächlich Ansätze entwickelt, die nicht nur auf kommunaler und Landesebene, sondern

auch bundesweit Wirkung zeigen. Unsere Klinik gehört zu einer der besten interkulturell geöffneten Institutionen im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik. Dieser Anspruch bedeutete jedoch teils einschneidende Veränderungen – nicht nur in der Gesundheitsversorgung als solcher, sondern auch im Verwaltungsbereich. Doch bereits „einfache“ Änderungen des Datenerhebungsverfahrens durch die Einbeziehung auch interkultureller Informationen brachte etwa eine völlig neue Wahrnehmung unserer Patientenstruktur mit sich. Es gibt forensische Stationen, auf denen der Anteil der Migranten-Patienten 50, 60 oder 80 Prozent beträgt.

„Die projektbezogene Förderung einer migrationspezifischen psychosozialen Versorgung an den LVR-Kliniken ist ein in seiner Dimension und Qualität deutschlandweit einzigartiges Modellprojekt.“

Interkulturelle Ambulanzen

In den LVR-Kliniken Bonn, Düsseldorf, Essen, Bedburg-Hau, Langenfeld, Mönchengladbach, Düren und Viersen führen Interkulturelle Ambulanzen bzw. Ambulanzen für Migrantinnen und Migranten ein spezielles, oftmals muttersprachlich durchgeführtes Behandlungs- und Beratungsangebot durch. Berücksichtigt werden dabei kulturelle und religiöse Besonderheiten von Betroffenen, die sich etwa in einem unterschiedlichen Krankheitsverständnis ausdrücken können.

Das stellt besondere Anforderungen an das Personal vor Ort.

Personalbefragungen haben gezeigt, dass vom Klinikpersonal insbesondere die Sprachbarriere als Hindernis in der täglichen Arbeit mit Migrantinnen und Migranten empfunden wird. Wir haben uns – auch dank der Fördermittel vom Landschaftsverband Rheinland – in Bezug auf die Schaffung einer Verständigungsbasis sehr gesteigert. Patientinnen und Patienten werden dank des Einsatzes der SIM besser verstanden. Das optimiert die Qualität der Diagnostik, Anamnese und Therapie. Aber meines Erachtens decken wir den tatsächlichen Bedarf noch nicht ausreichend ab.

Was ist weiterhin zu tun?

Eine interkulturelle Öffnung kann nur dann erfolgreich sein, wenn die Kliniken dafür sorgen, dass ihre Mitarbeiter über eine entsprechende interkulturelle Kompetenz verfügen. Die Organisation von klinikinternen Fort- und Weiterbildungsangeboten ist daher unumgänglich. Hier müssen wir noch richtig investieren. Die LVR-Klinik Köln bietet Fortbildungen an, aber sie werden nicht zufriedenstellend in Anspruch genommen. Wir greifen Themen von



den Kolleginnen und Kollegen aus der Klinik auf und nehmen sie in unser Fortbildungsprogramm auf. Hier müssen wir weiterüberlegen, wie wir die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besser erreichen. Eine gute Maßnahme ist, dass wir bei den Ausschreibungen die interkulturelle Kompetenz als nicht nur erwünscht angeben wie bisher, sondern ins Anforderungsprofil mit aufnehmen. Das ist auf Landschaftsverbandsebene eine ganz tolle Verbesserung und schafft Aufmerksamkeit in der öffentlichen Wahrnehmung.

Welches Fazit ziehen Sie?

Unsere Erfahrungen zeigen, dass die Interkulturelle Öffnung eine „Top-Down-Maßnahme“ ist und nur dann gelingen kann, wenn diese Aufgabe auf der Leitungsebene angesiedelt, also von oben gewollt ist, und von den Beschäftigten mit ganzer Überzeugung angenommen, d.h. von unten getragen wird. Ich denke, die LVR-Kliniken haben sich bezüglich der Thematik – auf unterschiedlichem Niveau – positiv entwickelt. Wir wären gut beraten, diese Entwicklung fortzusetzen. Denn nur damit werden wir den zukünftigen Herausforderungen unserer multikulturellen, multireligiösen und multiethnischen Gesellschaft auch gerecht werden können.

a.k.guen@lvr.de
Tel.: 0221 / 89 93 211



Dolmetscher der Seele

Als erster deutscher Psychiaterverband setzt der LVR in seinen Kliniken systematisch Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittler (SIM) ein. So soll sprachlichen und soziokulturellen Barrieren gezielt begegnet werden.

Insbesondere in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Gesundheitsversorgung ist es von entscheidender Bedeutung, dass der oder die Behandelnde Worte und Sätze nicht nur „mitbekommt“, sondern deren eigentlichen „Sinn“ auch versteht.

Das gilt ganz grundsätzlich, hat bei der Behandlung von Menschen aus anderen Herkunftsländern jedoch noch einmal einen ganz eigenen Stellenwert: Gerade sprachliche Barrieren und soziokulturell bedingte Missverständnisse können im psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlungskontext gravierende Konsequenzen haben. Fehl-, Unter- und Überversorgung sowie hohe Kosten für das Gesundheits- und Sozialsystem zum einen, aber auch unter Umständen unnötiges menschliches Leid bei den Betroffenen.

Der LVR-Klinikverbund ermöglicht aus diesem Grund etwa in seinen Interkulturellen Ambu-

lanzen bewusst ein muttersprachliches Beratungsangebot für Patienten und Patientinnen unterschiedlicher Herkunft, setzt also gezielt auch auf das interne Fremdsprachenpotenzial seiner Beschäftigten. Darüber hinaus greifen alle neun psychiatrischen Kliniken im Rheinland auf Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittler (SIM) zurück, deren Einsatz seit 2013 ein Schwerpunkt im LVR-Förderprogramm „Migration“ ist und durch begleitende Maßnahmen des LVR-Klinikverbundprojektes unterstützt wird.

Ein Projekt, mit dem der LVR im Bereich psychiatrischer Kliniken Vorreiterfunktion übernimmt, denn derzeit werden SIM in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern noch deutlich seltener eingesetzt. Nicht zuletzt auch eine Frage der Finanzierung: Bislang übernehmen die Krankenkassen die Kosten für Dolmetscherinnen, Dolmetscher und SIM nicht einzeln. Über den Förderschwerpunkt SIM sowie das begleitende

Vielfalt verbindet!

Im April 2015 ist der LVR offiziell der Landesinitiative „Vielfalt verbindet! Interkulturelle Öffnung als Erfolgsfaktor“ beigetreten, deren Ziel die interkulturelle Öffnung auch der Verwaltung ist. Als kommunaler Dienstleister will der LVR auf diese Weise nicht zuletzt die Qualität seiner eigenen Leistungen steigern – und die „Lebenswirklichkeit der Menschen“ auch im eigenen Beschäftigtenfeld abbilden. So sollen etwa über besondere Werbemaßnahmen gezielt Jugendliche mit Migrationshintergrund für eine Ausbildung beim Landschaftsverband Rheinland begeistert werden.



Klinikverbundprojekt stellt der LVR seinen Kliniken in Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Düsseldorf, Essen, Köln, Langenfeld, Mönchengladbach und Viersen daher eine jährliche finanzielle Förderung in einem Gesamtvolumen von 100.000 Euro zur Verfügung.

Der Vorteil für den Einsatz von SIM liegt auf der Hand: Die eingesetzten Fachleute sind mehr als nur Dolmetscher. Zusätzlich zur Sprachkompetenz, die eine migrantensensible Anamnese ermöglicht, verfügen sie aufgrund ihrer speziellen, nach bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards erfolgten Ausbildung auch über kulturimmanentes Wissen und sind in der Lage, insbesondere in psychiatrisch und psychotherapeutischen Gesprächen Informationsverluste zu vermeiden bzw. zu reduzieren. Professionelle Übersetzertätigkeit und kultursensible Vermittlung gehen hier also Hand in Hand. „Gerade im Bereich der Psychotherapie ist Sprache ein wesentliches Instrument. Kulturelle Unterschiede fordern zudem auch unterschiedliche Behandlungsweisen. Genau dort setzt das Förderprogramm Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittler an“, resümiert Martina Wenzel-Jankowski, LVR-Dezernentin „Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen“.

Der Einsatz von SIM fungiert also als begleitende Unterstützung im Dialog mit Menschen aus anderen Herkunftsländern. Dabei wurde das Programm 2015 – auch durch den starken Anstieg der Flüchtlingszahlen – erkennbar häufiger in Anspruch genommen als bislang. Allein im Zeitraum von Januar bis August 2015 wurden in den neun LVR-Kliniken etwa 2.050 Flüchtlinge mit unterschiedlichem Aufenthaltsstatus behandelt; 814 Mal kamen in dieser Zeit SIM zum Einsatz. 2014 waren es aufs Jahr verteilt lediglich 1069 Einsätze; 2013 gerade einmal 593. Zunehmend mehr Patientinnen und Patienten stammen dabei aus den aktuellen Hauptherkunftsländern Syrien, Afghanistan und Pakistan. Um auf möglichst viele Anfragen reagieren zu können, setzen die psychiatrischen Fachkliniken des

LVR die Übersetzungs- und Vermittlungsleistungen in über 20 Sprachen ein. Mit mehr als 54 Prozent am häufigsten nachgefragt: Türkisch, Albanisch und Arabisch in vielen Dialektformen.

Doch auch die Behandelnden selbst werden nicht außer Acht gelassen, schließlich ist eine Gesprächssituation „zu dritt“ auch für Fachleute eine ungewohnte Herausforderung. Das LVR-Klinikverbundprojekt „Migration“ stellt umfassendes Informationsmaterial, Schulungen und eine „SIM-Card“, welche die wichtigsten Fakten bündelt, zur Verfügung. So sollen die Beschäftigten des Ärztlichen, des Psychologischen sowie des Sozial- und Pflegedienstes für das Thema sensibilisiert werden. Leistungen, die mittlerweile landesweit Beachtung finden: Aktuell wurde das LVR-Klinikverbundprojekt „Migration“ in die Landesinitiative „Gesundes Land NRW“ aufgenommen, die innovative Projekte im Gesundheitswesen unterstützt.

Dass das Programm greift, zeigen aber nicht nur Zahlen und harte Fakten. Eine Patientenbefragung am LVR-Klinikum Düsseldorf erbrachte jüngst durchweg positive Rückmeldungen. Der für die Betroffenen wichtigste Punkt: Gedanken und Gefühle ausdrücken zu können – und verstanden zu werden, im wortwörtlichen Sinn.

„Oft bemerke ich die dritte Person gar nicht. Aber wenn die Sprach- und Integrationsmittlerin nicht wäre, könnte ich meine Gefühle und Gedanken nicht ausdrücken, ich würde mich nicht erleichtert und erholt fühlen. Ich könnte nicht mit meiner Therapeutin sprechen.“

monika.schroeder@lvr.de
Tel.: 0211 / 92 24 775
uwe.bluecher@lvr.de
Tel.: 0221 / 80 96 936



Verstehen und handeln

Erfahrungen von Krieg, Vertreibung, Verlust und Gewalt können schwere körperliche, psychische und psychosomatische Folgen für die Betroffenen haben. Der Behandlung traumatisierter Flüchtlinge kommt im LVR-Klinikverbund daher weitreichende Bedeutung zu. Aktuell mehr denn je.

Die Fakten sind klar; die Zusammenhänge mehr als verständlich: Flüchtlinge leiden aufgrund ihrer belastenden Erlebnisse, der Erfahrung von Gewalt, Leid und Krieg, überdurchschnittlich häufig an so genannten Traumafolgestörungen. Beinahe ebenso oft jedoch erschweren soziokulturelle und sprachliche Barrieren den Betroffenen einen Zugang zu angemessener Behandlung oder führen gar zu Fehldiagnosen, weil ein möglicher traumatischer Ursprung von Beschwerden übersehen wird.

Dies gilt insbesondere bei somatoformen Schmerzstörungen, depressiven Zuständen oder Psychosen. Ein schwerwiegendes Problem, das sich tatsächlich jedoch auf einen einfachen Nenner bringen lässt: Wer nicht richtig verstanden wird, kann nicht angemessen behandelt werden.

Umso wichtiger ist es, dass Flüchtlingen, die sich aufgrund psychischer Probleme an die LVR-Kliniken wenden, ein zeitnahes und bedarfsgerechtes Beratungsangebot gemacht wird. Spezialisierte Ambulanzen der LVR-Kliniken in Bedburg-Hau, Bonn, Essen, Köln, Langenfeld und Viersen sind auf die Behandlung psychischer Traumata ausgerichtet. Sie stehen mit entsprechenden Hilfsangeboten jenen Patientinnen und Patienten zur Seite, die an den psychischen und sozialen Folgen nach traumatischen Ereignissen leiden – auch Menschen mit Migrationshintergrund bzw. Flüchtlingen.

Darüber hinaus ist die Transkulturelle Ambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LVR-Klinikums Düsseldorf führend im Einsatz spezieller Diagnose- und Behandlungskonzepte für besonders schutzbedürftige, also psychisch erkrankte und traumatisierte Flüchtlinge.



Dr. med. (YU) M. san. Ljiljana Joksimovic hat das Projekt für Flüchtlinge maßgeblich mit aufgebaut.

Maßgeblich mit initiiert hat dieses Projekt Dr. med. (YU) M. san. Ljiljana Joksimovic, leitende Oberärztin der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LVR-Klinikums Düsseldorf und seit 2013 Leiterin des LVR-Klinikverbundprojektes „Migration“, die der Krieg vor mehr als 20 Jahren selbst als Flüchtling von Bosnien nach Deutschland geführt hat. Joksimovic: „Diese Erfahrungen haben meinen beruflichen Schwerpunkt geprägt und sind durchaus Auslöser dafür gewesen, dass ich mich seit langen Jahren schon mit den besonderen Problemen von Flüchtlingen im Bereich der Psychotherapie und Psychosomatik auseinandersetze.“

Dass in diesem Arbeitsfeld eigene, adäquate Angebote dringend notwendig sind, habe sich in der Praxis bereits vor mehr als zehn Jahren gezeigt. „Tatsächlich führt eine muttersprachliche traumaspezifische und kultursensible Psychotherapie zu deutlich besseren Ergeb-

nissen als herkömmliche Verfahren. Man darf nicht vergessen, dass viele Menschen, die aus ihrer Heimat fliehen mussten, zusätzlich zu ihrer körperlichen Erschöpfung auch vielfach schlimme Gewalt, gar Folter und schwere persönliche Verluste verarbeiten müssen. In Einzelfällen kann man also sicherlich von einer deutlichen Kumulation der Traumatisierung sprechen. Wer dann in seinen Ängsten und seinen Beschwerden nicht richtig verstanden wird, verzweifelt zusätzlich.“

Entscheidend für eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung sei vor allem das Erkennen und die Einbeziehung des Kontextes,

„Eine muttersprachliche traumaspezifische und kultursensible Psychotherapie führt zu deutlich besseren Ergebnissen als herkömmliche Verfahren.“



Diplom-Psychologin Monika Schröder.

lichen Verschlechterungen einer bestehenden Diabetes-Erkrankung äußern.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist also nicht zuletzt die Kultursensibilität der Behandelnden. „Eine entscheidende Vorgabe, welche die Transkulturelle Ambulanz in einem ersten Schritt über muttersprachliche Kompetenzen – häufig auch über die Einbeziehung von qualifizierten Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittlern – auffängt“, resümiert Monika Schröder, Diplom-Psychologin und Psychotherapeutin in der Institutsambulanz. Anamnese- und Therapiegespräche sind derzeit in Albanisch, Bosnisch, Deutsch, Englisch, Französisch, Kroatisch, Kurdisch, Persisch, Russisch, Türkisch und Serbisch möglich.

Darüber hinaus haben sich in Ergänzung oder im Anschluss an eine Einzeltherapie gruppen-therapeutische Angebote als besonders hilfreich erwiesen – nicht zuletzt auch, weil auf diese Weise der sozialen Isolierung der Betroffenen entgegengewirkt wird. Joksimovic: „Es kann Patientinnen und Patienten durchaus helfen, wenn sie regelmäßig mit Menschen zusammenkommen, die ein ähnliches Schicksal hinter sich haben wie sie selbst.“ Allerdings habe sich auch hier gezeigt, dass bestehende Verfahren durchaus modifiziert werden müssen: „In Einzelfällen sind Misstrauen oder Scham – auch aufgrund kultureller Hintergründe – sehr groß, so dass in der Einzeltherapie verstärkt Überzeugungsarbeit geleistet werden muss.“ Auch hier gelte es, das „Gesamt“ zu betrachten: den Menschen und seine Geschichte, seine Herkunft und seine individuellen Erfahrungen und soziokulturellen Prägungen. Mit Blick auf sprachliche Barrieren haben sich zudem nonverbale Therapieformen wie etwa eine ergänzende Kunsttherapie bewährt.

Aktuell setzt der LVR-Klinikverbund seine Bemühungen fort, den steigenden Anfragen nach psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten für Flüchtlinge quantitativ und qualitativ angemessen begegnen zu können. Nicht zuletzt auch

also grundsätzlicher Zusammenhänge. Soziokulturelle Herkunft, Religion, aber auch Alter, Geschlecht, Hautfarbe, Behinderungen und nicht zuletzt auch die sexuelle Orientierung eines Menschen, allesamt so genannte „Diversity-Merkmale“, können das eigentliche Krankheitsbild ebenso beeinflussen wie den individuellen Umgang der Betroffenen mit Erkrankungen an sich oder mit der Medikamenten-Einnahme.

Wer beispielsweise aus einem Land kommt, in dem psychosomatische Krankheiten – also körperliche Probleme oder Schmerzen ohne auffälligen körperlichen Befund – unbekannt sind, kann diese Beschwerden unter Umständen selbst nicht richtig einordnen. Tatsächlich jedoch können sich psychische Traumatisierungen auch in Herz-Rhythmus-Störungen, Schwindel, Bauchschmerzen oder der plötz-

Düsseldorfer Modell

Die transkulturelle psychosomatische Medizin und Psychotherapie für Menschen mit Flucht- und Migrationshintergrund setzt u.a. auf eine kultursensible Ausrichtung der Abläufe im Rahmen der Anmeldesituation, eine psychodynamisch orientierte verlängerte Phase der Diagnostik, muttersprachliche Testverfahren, den Einsatz von SIM, eine multiprofessionelle Indikationstellung und Behandlung, eine kultursensible fachärztliche Beratung bei der psychopharmakologischen Behandlung, störungsspezifische gruppenpsychotherapeutische Angebote, resilienzbasierte Kunsttherapie, kultursensible Traumatherapie sowie traumakonfrontative Behandlungsangebote wie etwa die EMDR-Therapie. Die Spezialisierung der Angebote für Migrantinnen, Migranten und Flüchtlinge erfolgt dabei stets auf der Basis der Verankerung einer „Diversity“-Kompetenz bei den behandelnden Expertinnen und Experten.

vor dem Hintergrund, dass eine erfolgreiche Psychotherapie in vielerlei Hinsicht auch die Integration von Flüchtlingen befördern kann. Joksimovic: „So kann sich beispielsweise auch eine Lernstörung als posttraumatische Störung herausstellen, die sich in innerer Unruhe, Konzentrationsproblemen und der Tatsache äußert, dass jemand vielleicht nur sehr langsam Deutsch lernt.“

Um die Angebote der Transkulturellen Ambulanz in Düsseldorf weiterentwickeln und dauerhaft sicherstellen zu können, wird die Arbeit seit 2005 zum Teil aus Projekten der Europäischen Union finanziert – seit Juni 2015 etwa über das Projekt „Erkennen+Handeln“ aus dem Europäischen Asyl-, Integrations- und Migrationsfonds – und in Kooperation mit unterschiedlichen Partnern, etwa dem Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge in Düsseldorf, durchgeführt.

ljliljana.joksimovic@lvr.de
Tel.: 0211 / 92 24 703

Kunsttherapeutin Nele Heriniaina.





„Ich male, was ich nicht sagen kann“

Mit kunsttherapeutischen Workshops wendet sich die LVR-Klinik Düren gezielt an Flüchtlingskinder – und bietet ihnen so Raum zur Entfaltung und die Chance, ihre Sprachkenntnisse zu verbessern. Das Projekt läuft unabhängig vom regulären Angebot und hat sich erfolgreich etabliert.

Demila hat ein Problem. Gerade noch hat sie ein Kamel gezeichnet, und jetzt ist ein Loch im Papier. Aufgeregt zupft sie Doris Westermann am Ärmel. Was nun? Westermann weiß Rat: Sie legt die Zeichnung auf ein leeres Blatt und beginnt die Linien abzupausen. Demila schiebt die Pädagogin sanft beiseite. Sie hat es verstanden, nun will sie es selbst zu Ende bringen. „Das hat mich schon sehr beeindruckt“, sagt Westermann. „Dieses vierjährige Mädchen hat mir gezeigt: Ich brauche deine Hilfe, aber ich möchte es dann ganz alleine schaffen. Sie spricht nur ganz schlecht deutsch. Doch sie macht klar, was sie braucht.“

Demila stammt aus Mazedonien und ist eines von zwölf Flüchtlingskindern im Alter zwischen vier und zwölf Jahren, die am Workshop-Angebot der LVR-Klinik in Düren teilnehmen. „Kleider, Kunst und Käse“ – der Name spricht

für sich. Es wird viel gemalt. Und dabei geht es um Dinge des täglichen Gebrauchs: Kleidung und Lebensmittel.

Dass es dieses Angebot für Kinder gerade in Düren gibt, ist außergewöhnlich, verfügt die dortige LVR-Klinik doch über keine eigene Kinder- und Jugendpsychotherapie. Allerdings finden hier regelmäßig Kunstworkshops für Erwachsene statt: Seit etwa einem Jahr existieren inklusive Gruppen, in denen einige Teilnehmende Psychiatrie-Erfahrungen haben, andere nicht.

Die Idee zu einem Kunstworkshop für Kinder entstand 2015, als die Künstlerin Britta Rodenkirchen, eine erfahrene Workshop-Leiterin, dem Klinikvorstand von einem Projekt mit Flüchtlingskindern berichtete, das sie im Rahmen der Landesgartenschau in Zülpich



Kunsttherapeutin Anita Derbe.

durchgeführt hatte. Für Kunsttherapeutin Anita Derbe Anlass genug, das Konzept zu überdenken: „Ich dachte mir, dass könnte etwas sein, bei dem wir unser Potenzial ebenfalls nutzen können.“

Der erste Workshop – der damalige Titel lautete „Ich male, was ich nicht sagen kann“ – fand ab Mitte April 2015 insgesamt zwölf Mal in eigens dafür hergerichteten Räumen statt.

„Es ist ja nicht so, dass die Flüchtlinge draußen stehen und warten, dass ihnen mal jemand ein Angebot macht.“

Derbe. „Es war viel Engagement notwendig, die Kinder zu erreichen.“ Westermann knüpfte schließlich Kontakte zu den Schulen, und von Mal zu Mal stieg die Teilnehmerzahl. Mehr noch: „Die Kinder sind sehr zielstrebig. Sie möchten unsere Sprache und Kultur lernen.

Durchaus mit leichten Anlaufschwierigkeiten: „Es ist ja nicht so, dass die Flüchtlinge draußen stehen und warten, dass ihnen mal jemand ein Angebot macht“, resümiert

Sie nehmen alles dankbar auf.“ Und Derbe fügt hinzu: „Die Kinder sind generell sehr offen und zugewandt“.

Handelte es sich 2015 noch um 14-tägige Kurse, habe man das Angebot in diesem Jahr auf ganztägige Ferienmaßnahmen beschränkt. In den Osterferien 2016 etwa wurden zwei vier-tägige Workshops angeboten.

Das Konzept als solches hat sich allmählich entwickelt – nicht zuletzt, weil auch die Expertinnen zunächst einmal „austesten“ mussten, was nonverbal eigentlich gemeinsam mit den Kindern möglich ist. Künstlerin Britta Rodenkirchen gehörte bei den ersten Workshops zum Team; später kam mit Barbara Povel eine Lehrerin im Ruhestand dazu, die den Bereich Spracherwerb gezielt angehen konnte. Derbe: „Als ehemalige Französisch-Lehrerin weiß sie, wie man eine Sprache am besten vermittelt.“

Sprachunterricht ist eine Sache. Der Spaß soll allerdings nicht zu kurz kommen. Und so bekommen die Kinder zunächst nur 15 Begriffe an die Hand, mit denen sie umzugehen lernen. Derbe: „Wir bieten den Kindern einen Rahmen, in dem sie spielen und kreativ sein können. Es geht darum, Dinge zu empfinden, Dinge auszuprobieren. Und nicht um den Gedanken: Wir sitzen hier und lernen Deutsch.“

Der Workshop „Kleider, Kunst und Käse“ etwa ist ein gutes Beispiel. Auf dem Tisch: eine Kiste. Darin: Lebensmittel. Von Milch und Käse über Brot bis zum Teebeutel. Jedes Kind nimmt etwas aus der Kiste und nennt die Bezeichnung in seiner Sprache. Dann lernen sie das deutsche Wort kennen: die Milch – und beginnen, die Lebensmittel zu malen und die deutschen Begriffe darunter zu schreiben. Schließlich folgt ein Rollenspiel: Ich hätte gerne ein Brot. „Wir legen Wert darauf, dass sie in ganzen Sätzen sprechen“, erklärt Westermann. Lust und Neugier auf Sprache sollen vermittelt werden – und die Kinder sind mit Feuereifer dabei. Wohl auch, weil die Zeit in der LVR-Klinik Düren den eigentlichen Alltag zumindest ein Stückweit vergessen lässt. Ein Alltag, der vielfach von Stress und Verunsicherung geprägt ist.



Ein Workshop macht Schule. Hinten im Bild: Pädagogin Doris Westermann.

Zwar sei, so Derbe, der therapeutische Anspruch hinter den Workshops relativ gering. Doch er biete Entlastung und die große Chance, sich frei ausdrücken zu können. Und so malen sich die meisten ein Stückchen heile Welt. Ein Haus, in dem Mama und Papa mit der ganzen Familie am Tisch sitzen. So wünschen sich Kinder ihr Leben. Jede Belastung wird ausgeblendet. Überhaupt stehen Häuser hoch im Kurs. Viele sind regelrechte Traumhäuser. Andere deuten auf die Realität in den zerbombten Heimatstädten der Kinder hin.

„Es ist wichtig, dass wir Ihnen nicht alles vorgeben. Das beginnt schon bei den Malfarben“, resümiert Derbe und wendet sich Amar, einem Jungen aus Albanien, zu. Der ist auf der Suche nach brauner Farbe für sein nächstes Bild. Doch die gewünschte Farbe ist nicht

vorhanden. „Wenn ich ihm Braun gebe, dann wird er Braun nehmen. Doch wenn ich ihm zeige, wie er die Farben mischen kann, dann macht er sich seine eigene“, sagt die Kunsttherapeutin – und meint damit mehr als nur Kunst: „Es wird ja oft behauptet, die Flüchtlinge kommen zu uns und bekommen alles, was sie wollen. Aber so ist es nicht. Diese Kinder möchten, dass man ihnen hilft. Und dann wollen sie es alleine schaffen. Unsere Aufgabe ist es, sie dabei zu unterstützen.“

„Diese Kinder wollen es alleine schaffen.“

**thomas.hax@lvr.de
Tel.: 02421 / 40 22 14**

56
Arztzimmer

MO	DI	MI	DO	FR
10 ⁰⁰ Visite	10 ⁰⁰ -12 ⁰⁰ Angehörigen- Visite	13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰ Depressions- gruppe	9 ³⁰ OA-Visite	11 ³⁰ Patienten- runde
11 ³⁰ -12 ³⁰ Psychoedukation	15 ¹⁵ -16 ⁰⁰ PMR	14 ⁰⁰ -15 ³⁰ Info-gruppe	11 ³⁰ -12 ³⁰ Psycho- edukation	13 ³⁰ Sprech- Stunde
11 ³⁰ -12 ³⁰ Depressionsgruppe	15 ³⁰ -16 ³⁰ Sprechstunde	16 ⁰⁰ -17 ⁰⁰ Überleitungs- gruppe	11 ³⁰ -12 ⁰⁰ Angstgruppe	
15 ⁰⁰ -16 ³⁰ Selbstsicherheits- training			16 ⁰⁰	

AT
BT-Tel.: 2302
Sport-Tel.: 2384
alle Therapien werden den be-
Arzt/Ärztin angemeldet

Sport	Mo-Fr	8 ⁴⁵ -9 ³⁰	offen	
BT	Mo-Fr	10 ¹⁵ -11 ⁴⁵	Mi. 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	
			manche G	
			können nu	
			3. Stunde n	
			aufneh	



3. Die LVR-Kliniken

„Unsere Einrichtungen entwickeln auf die Menschen und ihre Bedürfnisse abgestimmte Angebote.“

LVR-Verbundmission

LVR-Klinik Bedburg-Hau

Die Klinik des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) besteht seit 1912 und hat sich zu einer modernen, mehrfach zertifizierten psychiatrischen Einrichtung entwickelt. Die Behandlungsangebote der LVR-Klinik Bedburg-Hau richten sich an psychisch erkrankte Erwachsene, Jugendliche und Kinder mit unterschiedlichen Problemen wie z. B. Psychosen, Ängsten, Depressionen, Sucht- oder Demenzerkrankungen und an Erwachsene mit neurologischen Erkrankungen. Rund 1.600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bieten Patienten und ihren Angehörigen im Kreis Kleve, Wesel und überregional, moderne Behandlungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebote im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich. Die eigene Gesundheits- und Krankenpflegeschule bildet zudem nach neuesten Lehrmethoden den pflegerischen Nachwuchs aus. Am Stand-



ort Bedburg-Hau werden auch psychisch erkrankte Straftäter in besonders gesicherten Abteilungen des Maßregelvollzugs behandelt.

Vorstand:

Stephan Lahr (Kaufmännischer Direktor)

Anita Tönnesen-Schlack

(Ärztliche Direktorin, ab 1.1.2017)

Dr. Jack Kreutz (Fachbereichsarzt Forensik)

Carsten Schmatz (komm. Pflegedirektor)

Behandlungsangebote

	TAGESKLINIKEN	AMBULANZEN / SPEZIALAMBULANZEN
Psychiatrie und Psychotherapie Depressionsbehandlung	2 Tageskliniken	2 Ambulanzen 2 Spezialambulanzen
Gerontopsychiatrisches Zentrum	1 Tagesklinik	1 Ambulanz
Suchtmedizinisches Zentrum		1 Ambulanz
Kinder- und Jugendpsychiatrie	2 Tageskliniken	3 Ambulanzen
Neurologisches Zentrum der Föhrenbachklinik	Stroke Unit in Kooperation mit dem St. Antonius Hos- pital Kleve	1 Ambulanz
Soziale Rehabilitation	Wohngruppen, Außenwohngruppen	(Familienpflege) Betreutes Wohnen, Betreutes Wohnen in Familien
Maßregelvollzug		4 spezialisierte Fachabteilungen

Besondere Angebote der Klinik

Die Klinik für Neurologie und klinische Neurophysiologie in der Föhrenbachklinik der LVR-Klinik Bedburg-Hau und die Stroke Unit in Kleve bieten eine Schlaganfallversorgung auf höchstem Niveau sowie eine umfangreiche Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten für vielfältige neurologische Krankheitsbilder.

Darüber hinaus gehörten die Depressionsstationen der Sternbuschklinik in Kleve, in der jährlich über 280 Patientinnen und Patienten behandelt werden, zu den ersten in Deutschland. Die beiden offenen Stationen, mit modern und wohnlich eingerichteten Ein- und Zweibettzimmern und einem attraktiv gestalteten Garten bieten neben individuell abgestimmten medikamentösen und biologischen Therapieformen insbesondere einzel- und gruppenpsychotherapeutische Behandlungen an. Das Gerontopsychiatrische Zentrum und die Memory-Klinik wiederum sind auf die Diagnostik, Behandlung und Beratung von Demenzpatientinnen und -patienten sowie deren Angehörigen spezialisiert und garantieren auch in diesem Bereich individuell abgestimmte Behandlungsmöglichkeiten.

Zu den weiteren Spezialangeboten der LVR-Klinik Bedburg-Hau gehören das so genannte „Rooming-In“, das Eltern die Möglichkeit bietet, ihre Kinder auch bei einem stationären Aufenthalt kontinuierlich zu begleiten, eine Sprechstunde für Schlafstörungen sowie eine eigene Opferschutz- und Traumaambulanz.



Klinik in Zahlen

Betten und Plätze (KHG) 371

davon Plätze teilstationär 66

Behandlungen/Fälle im KHG-Bereich . . 6.530

davon Männer 53%

davon Kinder u. Jugendl. bis 18 Jahre 11%

Behandlungen / Fälle stationär 6.043

Behandlungen / Fälle teilstationär 487

Amb. beh. Klientinnen und Klienten . . . 9.808

Betten und Plätze neben KHG-Bereich . . . 558

LVR-Klinik Bedburg-Hau

Bahnstr. 6

47551 Bedburg-Hau

Tel.: 02821 / 810

(rund um die Uhr erreichbar)

Fax: 02821 / 81 10 98

www.klinik-bedburg-hau.lvr.de

LVR-Klinik Bonn



Als einer der größten Gesundheitsversorger der Region sichert die LVR-Klinik Bonn die psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Versorgung für die Bevölkerung der Städte Bonn und Wesseling sowie des Rhein-Sieg-Kreises. Außerdem ist die Klinik für die psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Bonn, im Rhein-Sieg-Kreis und im Kreis Euskirchen zuständig; das Kinderneurologische Zentrum arbeitet überregional. Mit acht Abteilungen, mehr als 800 Behandlungsplätzen und rund 1.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern versteht sich die LVR-Klinik Bonn als Dienstleister für Menschen jeden Alters mit ihren familiären, mitmenschlichen, beruflichen und sozialen Bezügen. Das Angebot der Klinik umfasst die stationäre, tagesklinische und ambulante Diagnostik und Behandlung von psychischen, psychosomatischen, entwicklungs-

bedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen. Ergänzend sichern die Behandlungszentren Meckenheim, Eitorf, Euskirchen, Wesseling und im Bonner St. Johannes-Hospital die wohnortnahe stationäre, tagesklinische und ambulante Versorgung. Eine eigene Gesundheits- und Krankenpflegeschule sorgt für die berufliche Qualifizierung des Nachwuchses.

Vorstand:

Ludger Greulich
(Kaufmännischer Direktor / Vorsitzender)
Prof. Dr. Markus Banger (Ärztlicher Direktor)
Heinz Lepper (Pflegedirektor)

Behandlungsangebote

	TAGESKLINIKEN	AMBULANZEN / SPEZIALAMBULANZEN
Psychiatrie und Psychotherapie I	2 Tageskliniken (Bonn, Wesseling)	Institutsambulanzen bzw. Außensprechstunde in Bonn und in Wesseling, Interkulturelle Ambulanz, Traumaambulanz
Psychiatrie und Psychotherapie II	Tagesklinik (Meckenheim)	Institutsambulanzen in Bonn und Meckenheim, Interkulturelle Ambulanz
Psychiatrie und Psychotherapie III	Tagesklinik (Eitorf)	Institutsambulanzen in Bonn und Eitorf, Interkulturelle Ambulanz
Abhängigkeitserkrankungen und Psychotherapie	Tagesklinik (Bonn)	Institutsambulanz in Bonn, Substitutionsambulanz, diverse Spezialsprechstunden
Gerontopsychiatrie und Psychotherapie	Tagesklinik (Bonn)	Institutsambulanz, Gedächtnisambulanz (Memory Clinic), Migrationsambulanz
Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	2 Tageskliniken (Bonn, Euskirchen)	Institutsambulanzen (Bonn, Euskirchen), Spezialambulanzen (Essstörungen, Autismus), Traumaambulanz, Trauma-Opfer-Ambulanz
Neurologie		Myasthenie-Ambulanz, Ermächtigungsambulanz, Notfallambulanz
Kinderneurologisches Zentrum		Sozialpädiatr. Zentrum, Spezialsprechstunden (etwa Kopfschmerz, unterstützende Kommunikation, Traumaambulanz, Epilepsie)

Besondere Angebote der Klinik

Die LVR-Klinik Bonn ist in ihrem Behandlungsspektrum breit aufgestellt: Im Gerontopsychiatrischen Zentrum etwa erhalten ältere psychisch erkrankte Menschen Prävention, Beratung, Behandlung, Rehabilitation und Pflege. Spezialisiert auf Drogen- und Verhaltenssüchte von der Alkoholsucht bis zur Mediensucht ist hingegen die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen und Psychotherapie. Die klinik-eigene Stroke-Unit wiederum steht für eine professionelle, hochmoderne Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten, während die neurologische Frührehabilitation eine unmittelbare Behandlung nach der Akutphase einer schweren neurologischen Erkrankung möglich macht und derart Früh- und Spätkomplikationen zu vermeiden sucht. Die zertifizierte Myasthenie-Spezialambulanz schließlich widmet sich gezielt der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen, insbesondere der Myasthenia gravis, und in der Bonner Stottertherapie wird für Betroffene ein individuell abgestimmtes und effektives Therapieprogramm erarbeitet.

Ähnlich weit gefasst ist auch das Diagnose- und Behandlungsangebot im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: So bietet die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie unterschiedliche Spezial-

sprechstunden, etwa zu Themen wie Autismus-Spektrum-Störungen, ADHS, Essstörungen und Schulverweigerung. Die Diagnose und Therapie von Abweichungen in Entwicklung und Verhalten des Kindes ab Geburt bis zum 18. Lebensjahr ist Aufgabe des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ). Und das Kinderneurologische Zentrum (KiNZ) schließlich hat neben diesen umfassenden ambulanten Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten zusätzlich einen angeschlossenen stationären Bereich inklusive einer Eltern-Kind-Station.

Mit LiGa (Leben in Gastfamilien) fördert die LVR-Klinik Bonn darüber hinaus das Leben von psychisch erkrankten Menschen mit Behinderungen in Gastfamilien durch ambulante Unterstützung. Im Rahmen der Familialen Pflege berät, unterstützt und begleitet die Klinik Angehörige psychisch erkrankter Menschen in Pflege und Betreuung.

Abgerundet wird das Angebotsspektrum durch eine eigene Traumaambulanz sowie durch eine Interkulturelle Ambulanz, in der beispielsweise Menschen mit arabischer, kurdischer, russischer und türkischer Muttersprache psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe unter Berücksichtigung möglicher kultureller und religiöser Besonderheiten erhalten.

Klinik in Zahlen

Betten und Plätze (KHG) 835
davon Plätze teilstationär 139
Behandlungen/Fälle im KHG-Bereich. 11.910
davon Männer 53%
davon Kinder u. Jugendl. bis 18 Jahre 10%
Behandlungen / Fälle stationär 10.751
Behandlungen / Fälle teilstationär 1.160
Amb. beh. Klientinnen und Klienten. . 15.775

LVR-Klinik Bonn

Kaiser-Karl-Ring 20
53111 Bonn
Tel.: 0228 / 55 11
(rund um die Uhr erreichbar)
Fax: 0228 / 55 12 867

www.klinik-bonn.lvr.de

LVR-Klinik Düren

Als moderne Fachklinik mit einer über 130-jährigen Geschichte ist die LVR-Klinik Düren für die Versorgung des Kreises Düren sowie von Teilen des Rhein-Erft-Kreises und der Städteregion Aachen verantwortlich. Um eine wohnortnahe Versorgung dieser großen Region mit über 660.000 Einwohnern sicherzustellen, werden Behandlungsangebote neben dem zentralen Standort in Düren auch in vier dezentralen Tageskliniken, ab dem Jahr 2017 zusätzlich in einer großen Dependance in Bergheim vorgehalten. Durch mehrere Neubau- und Renovierungsmaßnahmen hat sich die Klinik baulich bereits weitgehend modernisiert; weitere Maßnahmen sind in Planung. Die Klinik verfügt über drei Allgemeinpsychiatrische Abteilungen, die jeweils für eine Teilregion verantwortlich sind, eine Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen sowie eine Abteilung für psychische Störungen des höheren Lebensalters. In Planung befindet sich eine spezialisierte Behandlungseinheit für Psychosomatik. Im so genannten Forensischen Dorf wird die Therapie psychisch erkrankte Straftäter in einem der europaweit fortschrittlichsten baulichen Konzepte durchgeführt. Zwei Schulen für Krankenpflege und für Ergotherapie leisten ihren Beitrag zur Ausbildung von Fachkräften. Die LVR-Klinik Düren ist von der Ärztekammer Nordrhein anerkannte Weiterbildungsstätte sowohl in Psychiatrie und Psychotherapie als auch im Gebiet Psychosomatische Medizin.



Vorstand:
 Michael van Brederode (Kaufmännischer Direktor / Vorstandsvorsitzender)
 Dr. med. Dipl. Psych. Ulrike Beginn-Göbel (Ärztliche Direktorin)
 Sarina Schreiber (Pflegedirektorin)

Behandlungsangebote

	TAGESKLINIKEN	AMBULANZEN / SPEZIALAMBULANZEN
Abteilung für Allgemeine Psychiatrie I	Tagesklinik Haus 14	Institutsambulanz
Abteilung für Allgemeine Psychiatrie II	Tagesklinik Alsdorf Tagesklinik Stolberg	
Abteilung für Allgemeine Psychiatrie III	Tagesklinik Bedburg / Erft	Ambulanz Bedburg / Erft
Abteilung für Allgemeine Psychiatrie / Suchterkrankungen		Suchtfachambulanz / Methadonambulanz
Abteilung für Allgemeine Psychiatrie / Gerontopsychiatrie	Tagesklinik Schoellerstraße	Gerontopsychiatrische Ambulanz
Abteilung für soziale Rehabilitation		

Besondere Angebote der Klinik

Die Behandlung der unterschiedlichen Formen psychischer Erkrankungen geschieht in einem differenzierten Angebotsspektrum auf der Grundlage einer individuellen Behandlungsplanung durch multidisziplinäre Teams. Neben den Stationen der Regelversorgung werden diagnosespezifische und psychotherapeutische Schwerpunktstationen vorgehalten sowie eine Station nach dem „Soteria“-Konzept. Die Klinik arbeitet kontinuierlich daran, leitliniengerechte Standardverfahren um ergänzende, neue Angebote, wie etwa das „Adhärenz“-Konzept oder die Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen zu erweitern. Menschen mit komplizierten Krankheitsverläufen können in der Abteilung für soziale Rehabilitation nachgehende

Hilfen erhalten. Die Institutsambulanzen gewährleisten bei entsprechender Indikation eine multiprofessionelle, bedarfsgerechte Begleitung. Ziel ist es, auch nach Entlassung aus dem Krankenhaus ein differenziertes Behandlungsangebot zu ermöglichen und Rehospitalisierungen vorzubeugen.



Klinik in Zahlen

Betten und Plätze (KHG) 488
 davon Plätze teilstationär 82
Behandlungen/Fälle im KHG-Bereich . . 7.361
 davon Männer 56%
 Behandlungen / Fälle stationär 6.873
 Behandlungen / Fälle teilstationär 488
Amb. beh. Klientinnen und Klienten . . . 4.907
Betten und Plätze neben KHG-Bereich . . . 251

LVR-Klinik Düren

Meckerstraße 15
 52353 Düren
 Tel.: 02421 / 400
 (rund um die Uhr erreichbar)
 Fax: 02421 / 40 25 99

www.klinik-dueren.lvr.de

LVR-Klinikum Düsseldorf



Das LVR-Klinikum Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf ist eine universitäre Fachklinik mit Angeboten in Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Das LVR-Klinikum Düsseldorf bietet damit das gesamte Spektrum psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie. Neben der ambulanten und stationären Akutversorgung übernimmt das LVR-Klinikum Düsseldorf auch Aufgaben der Rehabilitation in einer eigenen Rehabilitationsabteilung. Das LVR-Klinikum Düsseldorf hat neben den klinischen Versorgungsaufgaben zudem Aufgaben in Forschung, Lehre sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung. Die Behandlungsangebote umfassen ein breites, modernes Therapiespektrum mit 639 stationären Betten und 144 Plätzen in Tageskliniken und Ambulanzen. Das Klinikum ist nach KTQ und EMAS zertifiziert, die ärztliche Weiterbildung im

Fachbereich Psychiatrie und Psychotherapie gemäß den Richtlinien der Gemeinschaft der Europäischen Facharztgesellschaften (UEMS). Im Rahmen der Lehre für Medizin-Studierende der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf werden jährlich Unterrichtsveranstaltungen für ca. 400 Studierende durchgeführt. Weitere berufliche Qualifikationen erfolgen für Psychologische Psychotherapeuten im klinikeigenen Institut für klinische Verhaltenstherapie und in der Krankenpflege durch die eigene Krankenpflegeschule.

Vorstand:

- Joachim Heinlein (Kaufmännischer Direktor)
- Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel (Ärztlicher Direktor)
- Klemens Maas (Pflegedirektor)

Behandlungsangebote

	TAGESKLINIKEN	AMBULANZEN / SPEZIALAMBULANZEN
Psychiatrie und Psychotherapie	3 Tageskliniken	Institutsambulanzen, Poliklinik, Spezialambulanz Depression und Angststörungen, ADHS bei Erwachsenen, Borderline, Früherkennungszentrum, Interkulturelle Ambulanz
Abhängigkeitserkrankungen		Suchtmedizinische Ambulanz
Gerontopsychiatrie und Psychotherapie	1 Tagesklinik	Institutsambulanz, Gedächtnissprechstunde
Rehabilitation		
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	1 Tagesklinik	Institutsambulanz
Zentrum für Neurologie und Neuropsychiatrie (ZNN)		
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie	2 Tageskliniken	2 Institutsambulanzen

Besondere Angebote des Klinikums

Seit 2013 besteht am LVR-Klinikum Düsseldorf das Zentrum für Neurologie und Neuropsychiatrie, in dem in enger fachlicher Kooperation mit der Klinik für Neurologie des Universitätsklinikums Düsseldorf die neurologisch-neuropsychiatrische Versorgung sichergestellt wird. Aufgrund internationaler Forschungstätigkeiten wurde dem Klinikum 2014 der Status eines WHO Collaborating Centre for Quality Assurance and Empowerment in Mental Health verliehen. Das LVR-Klinikum Düsseldorf ist bundesweit derzeit die einzige Fachklinik im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie, die den Status eines WHO Collaborating Center hat. Das LVR-Klinikum Düsseldorf ist zudem Sitz des 2014 gegründeten LVR-Instituts für Versorgungsforschung.

Ein Schwerpunkt liegt in der frühzeitigen Umsetzung neuer wissenschaftlichen Erkenntnisse im klinischen Versorgungsalltag. Neben stationären Angeboten stehen den Patientinnen und Patienten des LVR-Klinikums Düsseldorf zunehmend auch ambulante Angebote zur Verfügung. Neben psychiatrischen Institutsambulanzen betreibt das LVR-Klinikum Düsseldorf drei Tageskliniken mit Ambulanzen

auf dem Gelände des Universitätsklinikums Düsseldorf sowie ein „Früherkennungszentrum bei erhöhtem psychischem Erkrankungsrisiko“. Hinzu kommt eine enge Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Düsseldorf im Psychosozialen Zentrum im Universitätsklinikum. Zur Vermeidung stationärer Aufenthalte wird außerdem gezielt „Home-Treatment“ aufgebaut.

Zur Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund bestehen interkulturelle Fachambulanzen und eine Schwerpunktsprechstunde für Flüchtlinge. Zum Behandlungsangebot zählen psychiatrische und psychosomatische Diagnostik und Therapie unter Hinzuziehung von speziell geschulten Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittlern. Die Zusammenarbeit der Fachbereiche wird durch eine Stelle für interkulturelle Koordination, einen Integrationsbeauftragten und zwei Pflegekräfte gewährleistet. Einmal jährlich organisiert das LVR-Klinikum zudem einen Runden Tisch für externe Kooperationspartner und gemeindenaher Institutionen aus dem Bereich interkulturelle Versorgung.

Klinik in Zahlen

Betten und Plätze (KHG) **639**
 davon Plätze teilstationär 144
Behandlungen/Fälle im KHG-Bereich . . **9.419**
 davon Männer 53%
 davon Kinder u. Jugendl. bis 18 Jahre 7%
 Behandlungen / Fälle stationär 8.197
 Behandlungen / Fälle teilstationär 1.222
Amb. beh. Klientinnen und Klienten . . **13.261**
Betten und Plätze neben KHG-Bereich . . . **68**

LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
 Bergische Landstraße 2
 40629 Düsseldorf
 Tel.: 0211 / 92 20
 Fax: 0211 / 92 21 010
 Notfallambulanz: 0211 / 92 22 801

www.klinikum-duesseldorf.lvr.de

LVR-Klinikum Essen



Das LVR-Klinikum Essen hat als psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Fachklinik und Teil der Universität Duisburg-Essen nicht nur einen Versorgungsauftrag, sondern ist auch aktiv in Forschung und Lehre tätig. Sowohl im Hauptgebäude, das auf dem Gelände des Universitätsklinikums Essen angesiedelt ist, als auch in verschiedenen Außenstellen werden Erwachsene, Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen behandelt - und das unter höchsten Ansprüchen an Diagnostik, Therapie und Professionalität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Seit 40 Jahren besteht das erklärte Ziel des Klinikums darin, Hilfe suchenden Menschen Unterstützung in einer für sie schwie-

rigen Lebensphase zu geben, sie umfassend zu beraten und ihnen kompetente Hilfe anzubieten.

Vorstand:

- Dipl.-Mathematikerin Jane E. Splett (Kaufmännische Direktorin)
- Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum (Ärztlicher Direktor)
- Dipl.-Pflegerwissenschaftlerin (FH) Christiane Frenkel (Pflegedirektorin)

Behandlungsangebote

	TAGESKLINIKEN	AMBULANZEN / SPEZIALAMBULANZEN
Psychiatrie und Psychotherapie	Tagesklinik für Erwachsene 1 Tagesklinik für Erwachsene 2	Allgemeinpsychiatrische Ambulanz, Gerontopsychiatrische Ambulanz, ADHS-Sprechstunde
Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin	Tagesklinik für Menschen mit Abhängigkeits-erkrankungen	Ambulanz Abhängiges Verhalten 2 Substitutionsambulanzen Sprechstunde Sucht & Recht Sprechstunde Trauma & Sucht
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Psychosomatische psychotherapeutische Tagesklinik	Psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz, Traumaambulanz, Schmerzambulanz, Psychoonkologischer Dienst, Sprechstunde für Transsexualität, Interkulturelle Ambulanz
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters	Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie Altenessen, Tagesklinik „Ruhrwende“ für Kinder- und Jugendpsychiatrie Mülheim a.d.Ruhr	Ambulanz Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ambulanz für Kinder- und Jugendliche mit schulvermeidendem Verhalten, Spezialsprechstunde für Kinder und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung (Leuchtturm), Ambulantes Therapieprogramm „Obeldicks“ für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht, Essstörungsambulanz, Ambulanz für Jugendliche mit emotional instabilem Verhalten, ADHS-Ambulanz
Forensische Psychiatrie		Forensische Ambulanz
Institut für Forensische Psychiatrie		

Besondere Angebote des Klinikums

Für die Behandlung im LVR-Klinikum Essen gilt: Der Mensch steht im Mittelpunkt. So erfolgt etwa eine voll- oder teilstationäre Behandlung nur dann, wenn die ambulante Hilfe nicht ausreicht. Verschiedene Schwerpunktbereiche garantieren dabei, dass die jeweilige Behandlung den unterschiedlichen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten zu jeder Zeit gerecht wird.

Behandlungskonzepte für Menschen mit Migrationshintergrund sowie Traumatisierung an. In allen Behandlungsbereichen stellen zudem Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittler auch eine muttersprachliche Beratung sicher. Patientinnen und Patienten bis 18 Jahre erhalten Hilfe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, etwa zu Erkrankungen wie ADHS, Essstörungen oder Übergewicht.

Ein Anspruch, dem das LVR-Klinikum Essen mit allgemeinspsychiatrischen Angeboten zu Erkrankungen wie Depressionen, Angst- oder Zwangsstörungen, aber auch mit einem gerontopsychiatrischen Kompetenzzentrum sowie speziellen Angeboten für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen nachkommt. Zudem bietet die psychosomatische Klinik über die Behandlungsschwerpunkte Essstörungen und somatoforme Störungen hinaus unter anderem etwa spezielle



Klinik in Zahlen

Betten und Plätze (KHG) **320**
davon Plätze teilstationär 87
Behandlungen/Fälle im KHG-Bereich . . **4.330**
davon Männer 50%
davon Kinder u. Jugendl. bis 18 Jahre 25%
Behandlungen / Fälle stationär 3.276
Behandlungen / Fälle teilstationär 1.055
Amb. beh. Klientinnen und Klienten . . **11.372**
Betten und Plätze neben KHG-Bereich . . . **54**

LVR-Klinikum Essen

Virchowstraße 174

45147 Essen

Tel.: 0201 / 72 270

(rund um die Uhr erreichbar)

Fax: 0201 / 72 27 301

Außenstelle der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters: Wickenburgstraße 21

www.klinikum-essen.lvr.de

LVR-Klinik Köln



Die LVR-Klinik Köln übernimmt mit 402 Betten und 108 tagesklinischen Plätzen die psychiatrische Versorgung von etwa 650.000 Kölner Bürgerinnen und Bürgern. Die Behandlung erfolgt wohnortnah am Hauptstandort in Köln-Merheim und in den Dependancen in Köln-Mülheim, Köln-Bilderstöckchen und Köln-Chorweiler. Daneben werden eine Rehabilitationseinrichtung mit 26 Plätzen für psychisch erkrankte Erwachsene und in Köln-Porz eine Maßregelvollzugseinrichtung (Forensische Psychiatrie) für Patienten des Landesgerichtsbezirks Köln betrieben. In der klinischen Versorgung und in Aus- und Weiterbildung hat Qualität einen besonders hohen Stellenwert: Die Klinik hat bereits zum vierten Mal das KTQ-Zertifikat (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus) erhalten.

Die LVR-Klinik Köln ist zudem Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln und betreibt eine eigene Gesundheits- und Krankenpflegeschule.

Vorstand:

- Jörg Schürmanns (Kaufmännischer Direktor / Vorsitzender)
- Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Ärztliche Direktorin)
- Frank Allisat (Pflegedirektor)

Behandlungsangebote

	TAGESKLINIKEN	AMBULANZEN / SPEZIALAMBULANZEN
Allgemeine Psychiatrie I	2 Tageskliniken Psychiatrie und Psychotherapie	Ambulanz Psychiatrie und Psychotherapie, Spezialambulanz für somatoforme Störungen
Allgemeine Psychiatrie II	3 Tageskliniken Psychiatrie und Psychotherapie	Ambulanz Psychiatrie und Psychotherapie, Traumaambulanz, Spezialambulanz für ADHS im Erwachsenenalter
Abhängigkeitserkrankungen		Ambulanz Abhängigkeitserkrankungen
Gerontopsychiatrie	2 Tageskliniken Psychiatrie und Psychotherapie	Ambulanz Gerontopsychiatrie, 2 Gerontopsychiatrische Zentren
Abteilung für forensische Psychiatrie I		
Abteilung für forensische Psychiatrie II		Forensische Ambulanz
Soziale Rehabilitation		

Besondere Angebote der Klinik

Stets orientiert am Bedarf der Patientinnen und Patienten bietet die LVR-Klinik Köln neben der psychiatrischen Grundversorgung für verschiedene psychische Erkrankungen auch störungsspezifische Behandlungskonzepte an.

Hierzu gehören: die ambulante und tagesklinische Behandlung bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen nach dem DBT-Konzept (Dialektisch-behaviorale Therapie) nach Linehan, Depressionsstationen in der Allgemeinen Psychiatrie und Gerontopsychiatrie sowie Stationen für Patienten und Patientinnen mit Doppeldiagnosen (Sucht und andere psychische Störungen) in den Abteilungen Allgemeine Psychiatrie und Abhängigkeits-erkrankungen.

Zudem verfügt die LVR-Klinik Köln über eine Ambulanz für Patientinnen und Patienten mit Traumafolgestörungen sowie eine Ambulanz für Erwachsene mit ADHS. Gerontopsychiatrische Zentren und eine Gedächtnissprechstunde kommen

den Bedürfnissen älterer Patientinnen und Patienten entgegen; eine eigene Sprechstunde zum Thema „Schwangerschaft und psychisch krank“, eine Eltern-Kind-Behandlung (Kinder psychisch erkrankter Eltern) und die Substitution für Patientinnen und Patienten mit Opiat-abhängigkeit ergänzen das Angebot.

Um auch den Ansprüchen fremdsprachiger Patientinnen und Patienten gerecht zu werden, kommen in der LVR-Klinik Köln regelmäßig Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittler zum Einsatz.



Klinik in Zahlen

Betten und Plätze (KHG) 510
 davon Plätze teilstationär 108
Behandlungen/Fälle im KHG-Bereich . . 8.344
 davon Männer 59%
 Behandlungen / Fälle stationär 6.868
 Behandlungen / Fälle teilstationär 1.476
Amb. beh. Klientinnen und Klienten . . 10.345
Betten und Plätze neben KHG-Bereich . . 236

LVR-Klinik Köln

Wilhelm-Griesinger-Straße 23
 51109 Köln
 Tel.: 0221 / 89 930
 (rund um die Uhr erreichbar)
 Fax: 0221 / 89 76 64

www.klinik-koeln.lvr.de

LVR-Klinik Langenfeld



Die LVR-Klinik Langenfeld besteht seit 1900 und hat sich zu einem modernen Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie weiterentwickelt. Sie verfügt über alle zeitgemäßen diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen. Neben ambulanten Angeboten verteilen sich 663 Behandlungsplätze im teilstationären und vollstationären Bereich auf 34 Stationen und die Dependancen. Rund 1.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten gemeinsam an einer Aufgabe: der qualitativ hochwertigen und auf die Bedürfnisse des Einzelnen abgestimmten Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Der Nachwuchs für die Krankenpflege wird in der eigenen Gesundheits- und Krankenpflegeschule ausgebildet. Der klinikeigene Park mit einem

großen Baumbestand schafft eine ruhige und entspannte Atmosphäre. Die Klinik hat bereits zum fünften Mal das KTQ-Zertifikat (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) verliehen bekommen.

Vorstand:

Holger Höhmann (Kaufmännischer Direktor/ Vorsitzender)

Jutta Muysers (Ärztliche Direktorin)

Silke Ludowisy-Dehl (Pflegedirektorin)

Behandlungsangebote

	TAGESKLINIKEN	AMBULANZEN / SPEZIALAMBULANZEN
Psychiatrie und Psychotherapie		
Allgemeine Psychiatrie 1	Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie Leverkusen	Institutsambulanz Psychiatrie und Psychotherapie, Ambulanz für geistig Behinderte mit psychischen Erkrankungen
Allgemeine Psychiatrie 2	Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie Hilden	Institutsambulanz Psychiatrie und Psychotherapie, Ambulanz für Migrantinnen und Migranten, Institutsambulanz Psychiatrie und Psychotherapie, Hilden Traumaambulanz
Allgemeine Psychiatrie 3	Tagesklinik Gerontopsychiatrie Solingen	Ambulanz Gerontopsychiatrie Solingen Institutsambulanz Psychiatrie und Psychotherapie Solingen
Gerontopsychiatrie	Tagesklinik Gerontopsychiatrie Langenfeld	Gerontopsychiatrische Ambulanz Langenfeld, Gerontopsychiatrische Ambulanz Hilden
Abhängigkeitserkrankungen		Ambulanz Abhängigkeitserkrankungen Ambulanzen Abhängigkeitserkrankungen Solingen / Hilden
Forensische Psychiatrie Forensik I Forensik II		Forensische Ambulanz
Medizinische Rehabilitation		

Besondere Angebote der Klinik

Erklärtes Ziel der LVR-Klinik Langenfeld ist es, allen Patientinnen und Patienten angemessene und lebensbezogene Hilfe zukommen zu lassen – und zwar dort, wo sie gebraucht wird. Die Depressionsstation beispielweise hält ein besonderes therapeutisch-pflegerisches Angebot für Menschen mit depressiven Erkrankungen einschließlich suizidaler Krisen vor.

Die Stationen 40 und 41 wiederum nehmen Erwachsene mit geistiger Behinderung zur Krisenintervention sowie zur zeitlich begrenzten Behandlung auf, wenn eine psychische Störung vorliegt. Und die Ambulanz Abhängigkeitserkrankungen versteht sich als Ansprechpartner für erwachsene alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Menschen, die eine medizinisch-psychiatrische Diagnostik oder Behandlung benötigen. Sie bietet Sprechstunden in Langenfeld, Solingen und Hilden an. Das Angebot des Gerontopsychiatrischen Zentrums mit Tagesklinik und Ambulanz in Langenfeld und Solingen schließlich richtet sich gezielt an

ältere Menschen mit seelischen Erkrankungen.

Um dabei auch den Ansprüchen fremdsprachiger Patientinnen und Patienten gerecht werden zu können, widmet sich eine eigene Ambulanz für Migrantinnen und Migranten gezielt der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund. Zur besseren Verständigung werden in allen Bereichen Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittler eingesetzt.

Ergänzt wird das Angebot der LVR-Klinik Langenfeld durch die Familiäre Pflege, die Angehörige bei der Einschätzung und Pflege ihrer erkrankten Familienmitglieder unterstützt. Spezielle Behandlungsangebote halten zudem die Stationäre Psychotherapie sowie Stationäre Psychotherapie mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt vor. Die Therapeutischen Dienste ergänzen das Spektrum der LVR-Klinik Langenfeld durch Arbeits-, Beschäftigungs-, Kunst-, Kreativ-, Musik- und Sporttherapie.

Klinik in Zahlen

Betten und Plätze (KHG) 463*
davon Plätze teilstationär 99*
Behandlungen/Fälle im KHG-Bereich . . 7.028
davon Männer 55%
Behandlungen / Fälle stationär 6.432
Behandlungen / Fälle teilstationär 596
Amb. beh. Klientinnen und Klienten . . . 8.177
Betten und Plätze neben KHG-Bereich . . . 200
* 30 teilstationäre Plätze in Planung berücksichtigt

LVR-Klinik Langenfeld

Kölner Str. 82

40764 Langenfeld

Tel.: 02173 / 10 20

(rund um die Uhr erreichbar)

Fax: 02173 / 10 21 990

www.klinik-langenfeld.lvr.de

LVR-Klinik Mönchengladbach

Die LVR-Klinik Mönchengladbach ist ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie im Zentrum von Mönchengladbach-Rheydt. Als eine der neun psychiatrischen Kliniken des Landschaftsverbandes Rheinland hat sie 1972 den Betrieb aufgenommen. Derzeit verfügt sie über 130 stationäre und 36 teilstationäre Behandlungsplätze sowie über einen Wohnverbund mit 42 Plätzen. Entsprechend des gemeindepsychiatrischen Konzeptes arbeiten über 270 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in enger Kooperation mit den sozialen Diensten, dem Rehaverein, den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den Beratungsangeboten anderer Kliniken in städtischer oder gemeinnütziger Trägerschaft.



Dabei ist der Anspruch der Klinik stets nach dem Grundsatz „ambulant vor teilstationär vor stationär“ ausgerichtet.

Vorstand:

Dorothee Enbergs
(Kaufmännische Direktorin / Vorsitzende)
Dr. Stephan Rinckens (Ärztlicher Direktor)
Jochen Möller (Pflegedirektor)

Besondere Angebote der Klinik

Die LVR-Klinik Mönchengladbach setzt sich für eine an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte und auf eine größtmögliche Teilhabe am Leben in der Gemeinde zielende Behandlung ein. Die Berücksichtigung ihrer Lebenswelt, die Kooperation mit den psychosozialen Einrichtungen und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in der Stadt sowie die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit sind dabei von besonderer Bedeutung.

Sowohl das Hauptgelände der Klinik als auch das Tagesklinische Zentrum Gartenstraße liegen mitten im Stadtgebiet Mönchengladbach. Die Nähe zur Bevölkerung und die Verbundenheit zur Stadt drückt sich jedoch nicht nur durch den Standort der Klinik aus, sondern wird mit einem differenzierten Netz an Hilfsangeboten und der aktiven Mitarbeit im Gemeindepsychiatrischen Verbund Mönchengladbach und durch Angebote der Integrierten Versorgung unterstützt.

Zudem wurde eine eigene Aufnahme bzw. Ambulanz eingerichtet, um die Vorgeschichte, die Vorkenntnisse der ambulant behandelnden und unterstützenden Kolleginnen und Kollegen sowie die Perspektive des sozialen Umfelds der Patientinnen und Patienten in der Behandlungsplanung von Beginn an besser berücksichtigen zu können.

Allen zusätz- und privatversicherten Patientinnen und Patienten wird auf der Wahlleistungsstation außerdem eine entsprechende Behandlung angeboten.



Behandlungsangebote

	TAGESKLINIKEN	AMBULANZEN / SPEZIALAMBULANZEN
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie / Gerontopsychiatrie	Tagesklinisches Zentrum mit Ambulanz	Psychiatrische Institutsambulanz Gerontopsychiatrische Ambulanz Ambulanz für Migrantinnen und Migranten
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie / Suchtmedizin		Ambulanz für Suchtmedizin
LVR-Wohnverbund Mönchengladbach / ambulante und stationäre Angebote (Wohngruppen, Betreutes Wohnen)		

Klinik in Zahlen

Betten und Plätze (KHG) 166
davon Plätze teilstationär 36
Behandlungen/Fälle im KHG-Bereich . . 2.290
davon Männer 53%
Behandlungen / Fälle stationär 2.068
Behandlungen / Fälle teilstationär 222
Amb. beh. Klientinnen und Klienten . . . 1.835
Betten und Plätze neben KHG-Bereich . . . 42

LVR-Klinik Mönchengladbach

Heinrich-Pesch-Str. 39-41
41239 Mönchengladbach
Tel.: 02166 / 61 80
(rund um die Uhr erreichbar)
Fax: 02166 / 61 81 199

www.klinik-moenchengladbach.lvr.de

LVR-Klinik Viersen



Die LVR-Klinik Viersen besteht bereits seit 1905 und versteht sich heute als modernes Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie. Neben der modernen psychiatrischen Versorgung Erwachsener hält die LVR-Klinik Viersen seit den 1960er-Jahren einen der größten Fachbereiche für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland vor. Die Klinik verfügt über alle zeitgemäßen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten im voll-, teilstationären und ambulanten Bereich. Eingebettet in einen Park mit reichem Baumbestand, der eine ruhige, gelassene Atmosphäre vermittelt, lassen die Klinik und ihre Dependancen mit insgesamt über 900 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern psychisch erkrankten Menschen zu jeder Zeit eine auf sie abgestimmte Therapie zuteil

werden. Der Nachwuchs für die Krankenpflege wird in der eigenen Gesundheits- und Krankenpflegeschule ausgebildet. Die Klinik hat 2009 erstmalig das KTQ-Zertifikat (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) verliehen bekommen und wurde 2015 zum zweiten Mal rezertifiziert.

Vorstand:

- Dorothee Enbergs (Kaufmännische Direktorin / Vorsitzende)
- Dr. Ralph Marggraf (Ärztlicher Direktor)
- Jörg Mielke (Pflegedirektor)

Behandlungsangebote

	TAGESKLINIKEN	AMBULANZEN / SPEZIALAMBULANZEN
Psychiatrie und Gerontopsychiatrie Allgemeine Psychiatrie 1	Tagesklinik Psychiatrie und Gerontopsychiatrie	Allgemeinpsychiatrische und Gerontopsychiatrische Ambulanz Ambulanz für Migrantinnen und Migranten
Allgemeine Psychiatrie 2	Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie (M'gladbach)	Traumaambulanz Ambulanz für geistig Behinderte mit psychischen Erkrankungen
Kinder- und Jugendpsychiatrie 1	Tagesklinik M'gladbach	Ambulanz Mönchengladbach und Ambulanz Viersen
Kinder- und Jugendpsychiatrie 2	Tagesklinik Krefeld	Ambulanz Krefeld und Viersen
Kinder- und Jugendpsychiatrie 3	Tagesklinik Viersen und Tagesklinik Neuss Tagesklinik Heinsberg	Ambulanz Erkelenz und Ambulanz Heinsberg
Abhängigkeitserkrankungen		Ambulanz Abhängigkeitserkrankungen
Forensische Psychiatrie Forensik I Forensik II		Forensische Nachsorge
LVR-Wohnverbund Pflegezentrum		LIGA – Leben in Gastfamilien

Besondere Angebote der Klinik

Neben den Angeboten der Erwachsenenpsychiatrie bietet die LVR-Klinik Viersen ein auf die Hilfestellung im Kinder- und Jugendalltag spezialisiertes Angebot. Der Fachbereich KJPPP bietet hier sowohl stationäre als auch teilstationäre Behandlungsfelder. Im Rahmen des systemischen Ansatzes werden Eltern und Schulen dabei mit in die Behandlung eingebunden. Zusätzlich verfügt die Klinik über ein eigenes schulisches Angebot, so dass eine Versorgung der Kinder und Jugendlichen während ihres Aufenthaltes auch in diesem Punkt sichergestellt ist. Im Ergebnis steht ein systemisch abgestimmter Verhaltensplan aller am Aufwachen des Kindes oder Jugendlichen Beteiligten.

Zudem wurden das Angebot der KJPPP jüngst um zwei weitere Tageskliniken für Kinder und

Jugendliche ergänzt. Auch für die Gerontopsychiatrie sind strukturelle Erweiterungen (Ambulanz, Tagesklinik, Vernetzung mit anderen Trägern) im Aufbau.

Für den Bereich Abhängigkeitserkrankungen gibt es im Haus 15 „Haus an den Süchtelner Höhen“ eine ortsnahe und unkompliziert zugängliche Möglichkeit zu einer Entwöhnungstherapie in Kleingruppen. Menschen mit Migrationshintergrund finden in der Migrantenambulanz mit mehrsprachlicher Orientierung im therapeutischen und pflegerischen Dienst kompetente Ansprechpartner und Hilfe. Eine Sprechstunde für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wurde kürzlich eingerichtet. Mit der LVR-Klinik für Orthopädie besteht bei der Multimodalen Schmerztherapie eine enge Kooperation.

Klinik in Zahlen

Betten und Plätze (KHG) 448
 davon Plätze teilstationär 109
Behandlungen/Fälle im KHG-Bereich . . 5.742
 davon Männer 57%
 davon Kinder u. Jugendl. bis 18 Jahre 26%
 Behandlungen / Fälle stationär 5.041
 Behandlungen / Fälle teilstationär 701
Amb. beh. Klientinnen und Klienten . . . 8.574
Betten und Plätze neben KHG-Bereich . . . 380

LVR-Klinik Viersen

Johannisstraße 70
 41749 Viersen
 Tel.: 02162 / 96 31
 (rund um die Uhr erreichbar)
 Fax: 02162 / 80 642

www.klinik-viersen.lvr.de

LVR-Klinik für Orthopädie Viersen



Die LVR-Klinik für Orthopädie Viersen ist Kompetenzzentrum für orthopädische Erkrankungen am Niederrhein. Sie liegt in einem schönen Waldgebiet, den Süchtelner Höhen, und besteht seit mehr als 80 Jahren am Standort Viersen-Süchteln. Ursprünglich 1921 als orthopädische Kinderklinik gegründet, versorgt sie heute jährlich über 3.000 Patientinnen und Patienten aus dem gesamten Rheinland und aus überregionalen Gebieten stationär und über 12.000 ambulant. Die Klinik ist eine moderne, operativ sowie konservativ therapierende Einrichtung und bietet das gesamte Spektrum zur Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsap-

parates an. Die Fachklinik ist ein zertifiziertes Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung. Die Gesundheitsvorsorge, Prävention und Rehabilitation nimmt im Behandlungsspektrum der Klinik ebenso einen großen Stellenwert ein.

Vorstand:

- Dorothee Enbergs (Kaufmännische Direktorin / Vorsitzende)
- Prof. Dr. Dietmar Pierre König (Ärztlicher Direktor)
- Irmgard van Haeff (Pflegedirektorin)

Behandlungsangebote

In der LVR-Klinik für Orthopädie Viersen, seit 2014 als Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung zertifiziert, werden ca. 1.000 Gelenkersatzoperationen im Jahr vorgenommen. In der Klinik wird das gesamte operative und nichtoperative Spektrum an orthopädischen Behandlungen durchgeführt. Das Ziel einer orthopädischen Behandlung ist es, die Funktionen des Stütz- und Bewegungsapparates, also der Knochen, Gelenke, Muskeln und Sehnen, weitgehend zu erhalten bzw. wiederherzustellen.

Operativ

Neben bewährten Methoden werden im Kompetenzzentrum am Niederrhein auch modernste Therapieverfahren angeboten. Dabei sind insbesondere der minimal-invasive Einsatz von Endoprothesen, moderne Gelenk-

prothesen mit verbessertem Bewegungsablauf oder spezielle Kniegelenkprothesen für Frauen zu nennen. Wechseloperationen in der Hüft- bzw. Knieendoprothetik werden ebenso vorgenommen. Ein Teil der Operationen, wie etwa Gelenkspiegelungen werden ambulant durchgeführt. Dazu wurde in der Klinik ein spezieller Bereich „Ambulantes Operieren“ eingerichtet.

Das operative Spektrum umfasst:

- Hüft-, Schulter- und Knieendoprothetik,
- Wirbelsäulenchirurgie,
- Arthroskopische Operationen am Schulter-, Knie- und Hüftgelenk,
- Sprunggelenk (Gelenkspiegelungen),
- Knorpeltransplantation am Kniegelenk,
- Fußoperationen,
- Kinderorthopädie,
- ambulantes Operieren.

Nicht operativ

Im nicht operativen Bereich nimmt die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit akuten Wirbelsäulenbeschwerden einen breiten Raum ein. Zum Behandlungskonzept gehören neben einer differenzierten Diagnostik physiotherapeutische Behandlungen der Patientinnen und Patienten. Im Bereich der Multimodalen Schmerztherapie besteht eine enge Zusammenarbeit mit der LVR-Klinik Viersen.

Das nicht operative Behandlungsspektrum umfasst:

- nichtoperative Wirbelsäulenbehandlungen,
- Physiotherapie,
- Sportorthopädie / Traumatologie,
- Rheumatologie,
- Schmerztherapie.

Ambulanz

In der Ambulanz der Klinik werden jährlich über 12.000 Patientinnen und Patienten betreut. Für besondere Problematiken wurden Spezialsprechstunden eingerichtet. Expertinnen und Experten stehen für die Bereiche Fußchirurgie, Wirbelsäulenbehandlungen, Knie- und Hüftendoprothetik (hier insbesondere bei Wechseloperationen) und Behandlungen der Schulter zur Verfügung.



Klinik in Zahlen

Betten und Plätze (KHG)	98
Behandlungen/Fälle im KHG-Bereich	
stationäre Behandlungen	3.044
davon Männer	41%
Ambulante Behandlungen	9.794
Operationen gesamt	2.471
davon ambulant	484
davon stationär	1.987

LVR-Klinik für Orthopädie Viersen

Horionstr. 2
41749 Viersen
Tel.: 02162 / 96 60
Fax: 02162 / 96 63 27

www.orthopaedie-viersen.lvr.de

4. Daten und Fakten

„Wir betrachten jede Patientin und jeden Patienten individuell, ganzheitlich, wertschätzend und achten ihren freien Willen.“

LVR-Verbundmission



Steigende Anzahl der Fälle bei kürzerer Verweildauer

4.1.1. Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin (PP/PM)

Abbildung 4 zeigt die Entwicklung der voll- und teilstationären Fälle sowie die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer in den psychiatri- und psychosomatischen Disziplinen.

nen vollstationären Kapazitäten korrespondiert dieses Wachstum mit einem Rückgang in der durchschnittlichen Verweildauer von über einem Tag auf etwa 22 Tage.

Der teilstationäre Bereich stellt sich ähnlich dar: Auch hier zeigt sich ein Fallzahlanstieg in Verbindung mit einem Rückgang in der durchschnittlichen Verweildauer. Damit wurden 2015 über 23% mehr Fälle teilstationär behandelt als im Vergleich zu 2009. Diese Entwicklung ist insbesondere auf den verstärkten Ausbau teilstationärer Behandlungsangebote zurückzuführen. Im vollstationären Bereich sind rund 42% der behandelten Fälle weiblich, während es im teilstationären Bereich über 59% sind.

„Im vollstationären Bereich sind rund 42% der behandelten Fälle weiblich, während es im teilstationären Bereich 59% sind.“

Abbildung 4 zeigt die Entwicklung der voll- und teilstationären Fälle sowie die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer in den psychiatri- und psychosomatischen Disziplinen. Im vollstationären Bereich zeigt sich im Zeitraum zwischen 2009 und 2015 ein Anstieg auf fast 45.000 behandelte Fälle. Das entspricht einer Zunahme von über 14%. Bei praktisch gleich geblieben-

Abb. 4: Voll- und teilstationäre Fälle und Verweildauer im Verlauf in der PP/PM

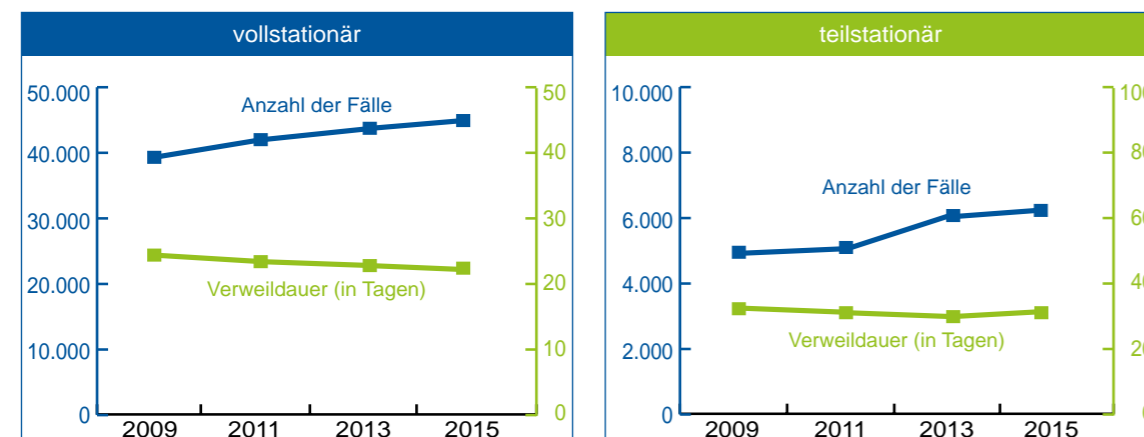
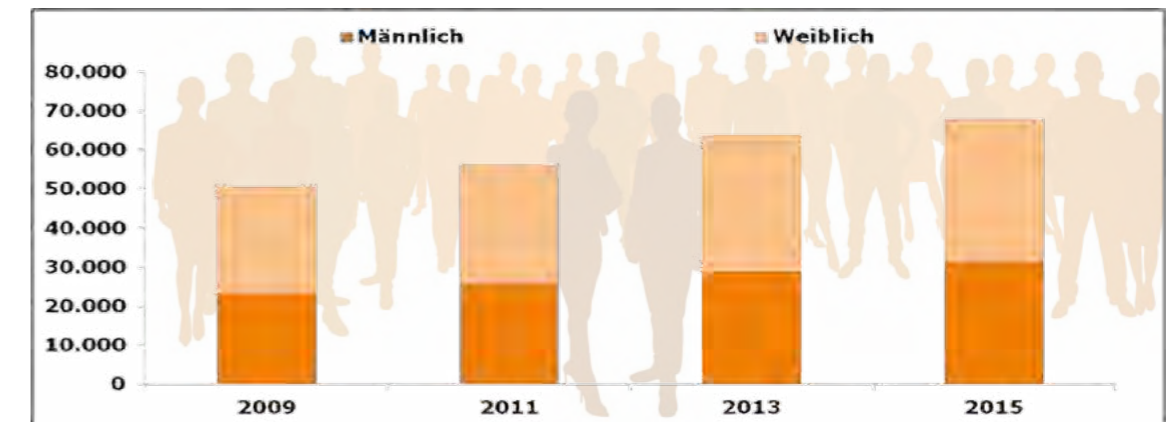


Abb. 5: Ambulante Patientinnen und Patienten in der PP/PM



Auch im ambulanten Sektor zeigt sich eine erhöhte Inanspruchnahme. Abbildung 5 zeigt die Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten im Zeitverlauf. In der PP/PM ist die Gesamtzahl der behandelten Patienten und Patientinnen um mehr als 17.000 bzw. rund 34% angestiegen. Dabei ist das Verhältnis von 45% Männern zu 55% Frauen über die Jahre fast identisch geblieben.

trope Substanzen) von rund 37% auf ca. 34% ab. Im Gegensatz dazu ist der Anteil jener Menschen, die aufgrund von affektiven Störungen (F3) in Behandlung sind, um mehr als zwei Prozentpunkte auf über 27% gestiegen. Der Anteil der behandelten Fälle mit F0/G30 und mit F2-Diagnosen ist recht konstant bei um die 8,5% bzw. um die 20% geblieben. Nach einem leichten Rückgang ist der Anteil der Patientinnen und Patienten mit F4 Diagnosen wieder auf fast 5% in 2015 gestiegen. Insgesamt machten 2015 Patientinnen und Patienten mit den genannten Diagnosen mehr als 90% der insgesamt behandelten Patienten aus.

Im betrachteten Zeitraum gab es zum Teil Verschiebungen in der Verteilung der behandelten Diagnosen (Tab. 4). So nahmen die Patienten und Patientinnen mit F1-Diagnosen (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) um mehr als 2% zu, während der Anteil der Patienten mit F2-Diagnosen (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) um 0,1% abnahm.

Tab. 4: Diagnoseverteilung der vollstationären Behandlungsfälle in der PP/PM

	2009	2011	2013	2015
F0+G30: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen und Alzheimer	8,5%	8,3%	8,6%	8,6%
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	37,3%	35,1%	34,1%	34,5%
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	20,4%	19,5%	20,1%	20,3%
F3: Affektive Störungen	24,9%	28,9%	29,3%	27,2%
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	4,3%	3,5%	3,4%	4,7%
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	3,2%	3,5%	3,3%	3,5%

Anmerkung: An 100% fehlende sind sonstige Diagnosen, die einzeln jeweils weniger als 1% ausmachen.

Tab. 5: Diagnoseverteilung der teilstationären Behandlungsfälle in der PP/PM

	2009	2011	2013	2015
F0+G30: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen und Alzheimer	4,3%	2,6%	2,5%	2,7%
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	6,8%	4,6%	4,1%	4,4%
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	11,9%	10,0%	9,3%	8,9%
F3: Affektive Störungen	63,3%	70,7%	72,6%	71,5%
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	7,5%	6,6%	6,6%	7,0%
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	4,9%	4,5%	4,1%	4,7%

Anmerkung: An 100% fehlende sind sonstige Diagnosen, die einzeln jeweils weniger als 1% ausmachen.

Im teilstationären Bereich ist der Anteil der Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen (F3) angestiegen (Tab. 5). Insgesamt macht diese Gruppe über 71% aus und ist damit im Betrachtungszeitraum um über acht Prozentpunkte angestiegen. Alle anderen dargestellten Diagnosen zeigten nur leichte Veränderungen in ihren Anteilen. Ebenso

wie im teilstationären Sektor zeigt sich auch in den Ambulanzen der PP/PM ein ausgeprägt steigender Anteil von Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen (Tab. 6). Deren Anteil ist von 26% in 2009 auf 33,5% in 2015 angestiegen. In den anderen Diagnosegruppen zeigt sich ein leichter Rückgang.

Tab. 6: Diagnoseverteilung der ambulanten Patientinnen und Patienten in der PP/PM

	2009	2011	2013	2015
F0+G30: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen und Alzheimer	13,5%	13,6%	13,2%	12,8%
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	18,0%	16,6%	16,7%	16,0%
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	14,0%	13,7%	13,2%	13,2%
F3: Affektive Störungen	26,0%	30,3%	31,5%	33,5%
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	12,8%	12,1%	12,9%	12,6%
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	4,6%	4,6%	4,5%	4,2%
F7: Intelligenzstörung	2,6%	2,4%	2,3%	2,3%
Sonstige	5,5%	3,7%	2,6%	2,9%

Anmerkung: An 100% fehlende sind sonstige Diagnosen, die einzeln jeweils weniger als 1% ausmachen.



4.1.2. Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (KJPPP)

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (KJPPP) zeigen sich vergleichbare Entwicklungen wie in den Erwachsenen-disziplinen (Abb. 6). Im vollstationären Bereich sind die Fallzahlen um rund 18% auf über 3.550 Fälle angestiegen, im teilstationären Bereich auf über 1.200 Fälle, was einer Steigerung von über 63% entspricht. Auch hier sind die teilstationären Be-

handlungsangebote stark ausgebaut worden. Gleichzeitig kam es zu einem Rückgang in der durchschnittlichen Verweildauer auf über 28 Tage (vollstationär) bzw. rund 35 Tage (teilstationär).

„In der vollstationären KJPPP liegt der Anteil der Patientinnen bei 58%, im teilstationären Setting bei 50%.“

Im Vergleich zur Erwachsenenpsychiatrie ist in der vollstationären KJPPP der Anteil der weiblichen Patientinnen mit 58% etwas höher, im teilstationären Setting ist der

Abb. 6: Voll- und teilstationäre Fälle und Verweildauer im Verlauf in der KJPPP

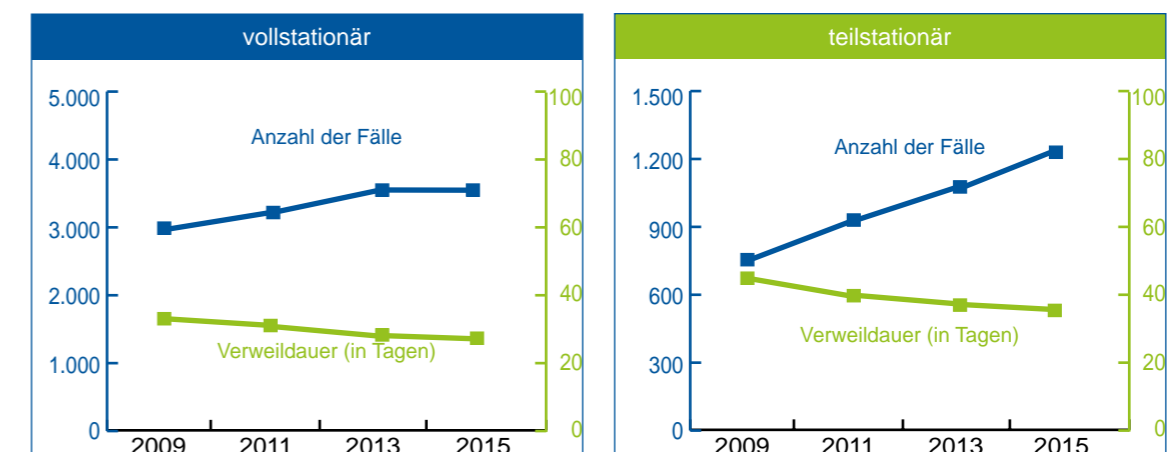
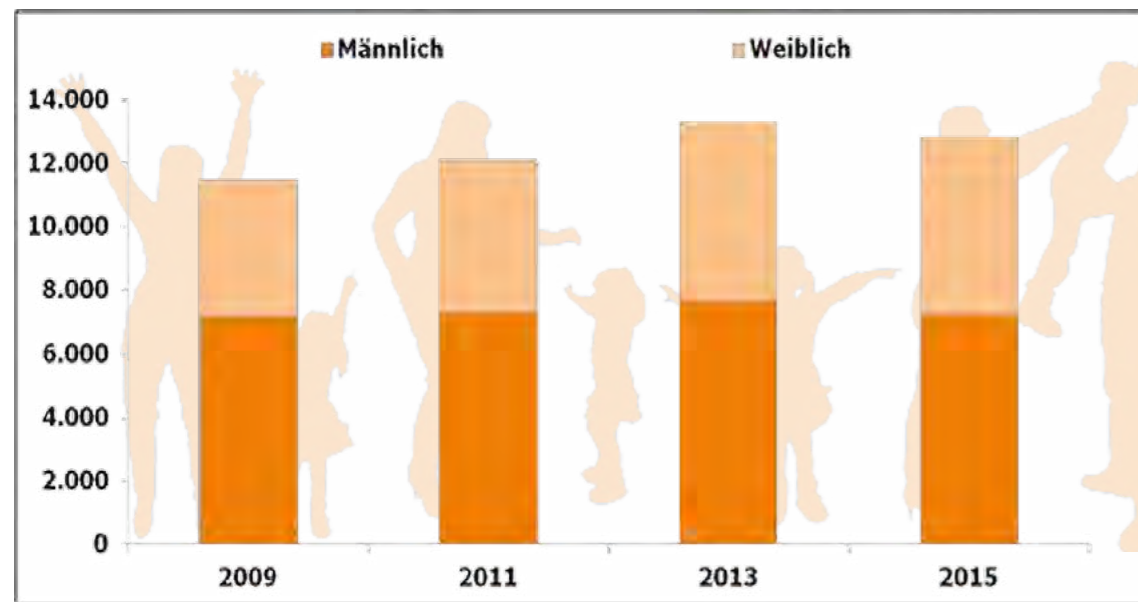


Abb. 7: Ambulante Patientinnen und Patienten in der KJPPP



Anteil von Mädchen und Jungen ausgeglichen bei jeweils rund 50%.

In den Ambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden ebenfalls immer mehr Kinder und Jugendliche behandelt (Abb. 7). Mit rund 12% im Vergleich zum Jahr 2009 fällt der Anstieg aber geringer aus als im Erwachsenenbereich. Zudem gab es in den vergangenen Jahren wieder einen leichten Rückgang. Der

überwiegende Anteil dieses Wachstums geht auf Mädchen bzw. junge Frauen zurück: Im Jahr 2015 wurden beinahe 1.400 mehr Patientinnen in den KJPPP-Ambulanzen behandelt als im Jahr 2009. Damit ist deren Anteil um sieben Prozentpunkte auf rund 44% angestiegen.

2015 hatten rund 88% der behandelten Fälle eine F1-, F3-, F4- oder F9-Diagnose in der KJPPP (Tab. 7).

Tab. 7: Diagnoseverteilung der vollstationären Behandlungsfälle in der KJPPP

	2009	2011	2013	2015
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	7,7%	6,0%	5,8%	4,6%
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	2,9%	2,6%	2,3%	2,5%
F3: Affektive Störungen	19,9%	23,9%	30,4%	36,4%
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	13,0%	13,7%	15,1%	14,6%
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	2,5%	3,6%	4,2%	4,8%
F8: Entwicklungsstörungen	2,7%	2,2%	3,5%	2,9%
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	48,6%	44,3%	36,2%	32,1%

Anmerkung: An 100% fehlende sind sonstige Diagnosen, die einzeln jeweils weniger als 2% ausmachen.

Tab. 8: Diagnoseverteilung der teilstationären Behandlungsfälle in der KJPPP

	2009	2011	2013	2015
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	0,3%	0,1%	0,2%	0,2%
F3: Affektive Störungen	12,2%	14,4%	22,2%	25,1%
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	14,8%	15,6%	15,4%	19,2%
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	2,1%	2,6%	3,9%	4,0%
F7: Intelligenzstörung	0,2%	0,1%	0,3%	0,0%
F8: Entwicklungsstörungen	2,7%	2,4%	4,4%	3,4%
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	66,0%	62,4%	51,9%	46,3%
Sonstige	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%

Anmerkung: An 100% fehlende sind sonstige Diagnosen, die einzeln jeweils weniger als 1% ausmachen.

Der Anteil mit F9-Diagnosen (Verhaltens- und emotionale Störungen) ist dabei im Betrachtungszeitraum um 17 Prozentpunkte gesunken, während die affektiven Störungen (F3) um ungefähr dieselbe Zahl angestiegen sind.

Auch im teilstationären Sektor kam es zu einer Abnahme der F9-Diagnosen um rund 20 Prozentpunkte (Tab. 8). Auch hier sind die affektiven Störungen deutlich angestiegen auf über 25%. Kinder mit Entwicklungsstörungen

(F8) und mit Verhaltensauffälligkeiten (F5) machen 2015 3,4% bzw. 4% aus.

In der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie hat der Anteil der Kinder mit einer F9-Diagnose um zehn Prozentpunkte abgenommen (Tab. 9). Auch hier kam es zu einem Anstieg bei den affektiven Störungen (F3), aber auch die F4-Diagnosen haben 2015 einen höheren Anteil als im Vergleichsjahr 2009.

Tab. 9: Diagnoseverteilung der ambulanten Patientinnen und Patienten in der KJPPP

	2009	2011	2013	2015
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	3,4%	3,2%	3,0%	3,4%
F3: Affektive Störungen	6,7%	8,2%	10,8%	12,7%
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	19,7%	20,5%	23,7%	24,6%
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1,8%	2,2%	2,8%	2,8%
F7: Intelligenzstörung	2,1%	2,3%	2,7%	2,1%
F8: Entwicklungsstörungen	7,7%	7,9%	8,1%	8,1%
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	52,4%	50,7%	44,8%	42,4%
Sonstige	4,3%	3,5%	2,3%	2,0%

Anmerkung: An 100% fehlende sind sonstige Diagnosen, die einzeln jeweils weniger als 1% ausmachen.



Innovation in der Behandlung

Modellvorhaben bilden eine wichtige Grundlage für die Gewährleistung einer leistungs-, wettbewerbs- und patientenorientierten psychiatrischen Versorgung. Rechtsgrundlagen für die Umsetzung von innovativen Modellen der Krankenhausbehandlung und integrierter, sektorübergreifender Versorgungsstrukturen sind:

- § 140a SGB V – Integrierte Versorgung
- § 64b SGB V - Modellvorhaben zur Versorgung psychisch erkrankter Menschen

Diese gesetzlichen Regelungen bilden die Basis für Vereinbarungen mit den Krankenkassen zur Umsetzung sektorenübergreifender und vernetzter Behandlungsprozesse unter Einschluss von Modellen der ambulanten Komplexbehandlung wie etwa dem so genannten „Home-Treatment“.

Der LVR-Klinikverbund beteiligt sich mit sieben Kliniken an Modellen der Integrierten Versorgung (§ 140 SGB V), dem „Netzwerk psychische Gesundheit“ (NWpG): Bonn, Essen, Düren Köln, Langenfeld, Mönchengladbach, Viersen.

Die ambulanten Versorgungsnetzwerke bieten eine integrierte Versorgung für psychisch erkrankte Menschen. Die Versorgung besteht – auf der Basis der bisherigen ambulanten Regelversorgung – aus einer alternativen Versorgungsstruktur im Sinne eines fach- und sektorenübergreifenden, multiprofessionell arbeitenden Versorgungsnetzes, welches Leistungsprozesse, die in der traditionellen Versorgung inhaltlich und institutionell getrennt sind, miteinander verknüpft und alle

zur Versorgung psychisch Erkrankter erforderlichen Leistungserbringer einbezieht.

Der LVR-Klinikverbund hat gemeinsam mit der AOK Rheinland/Hamburg ein Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V entwickelt, welches im Jahr 2016 mit einer Laufzeit von acht Jahren durch das LVR-Klinikum Düsseldorf umgesetzt und durch das LVR-Institut für Versorgungsforschung evaluiert wird.

Gegenstand des LVR-Modellvorhabens „Bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen (BBpE)“ ist die Entwicklung und Erprobung eines an fachlich konsentierten Grundsätzen „guter psychiatrischer Behandlungspraxis“ orientierten und steuerungsoptimierten, entgeltwirksamen Abrechnungssystems.

Dazu sollen drei qualitätsverbessernde Kernelemente eingeführt werden:

- Einrichtung eines „Community Mental Health Center“ (CMHC) für die zentrale Übernahme aller Steuerungs- und Koordinationsfunktionen im Rahmen der Psychiatrischen Leistungserbringung (Abb. 8),
- Einführung eines Fallmanagements zur bedarfsgerechten Leistungssteuerung, Platzierung und Verkürzung der Wartezeiten,
- Einführung eines neuen sektorübergreifenden, störungsspezifischen und krankheitsstadiumbezogenen, leitlinienorientierten modularen Diagnostik- und Therapiesystems als Grundlage der Behandlungsabläufe und als Abrechnungsbasis.

Abb. 8: Versorgungssteuerung über ein Community Mental Health Center



Die LVR-Klinik Bonn hat zum 1. Juli 2016 gemeinsam mit der Techniker Krankenkasse, der Barmer Ersatzkasse und der Deutschen Angestellten-Krankenkasse ebenfalls mit einem Modellvorhaben nach § 64b SGB V begonnen. Im Fokus dieses Modellvorhabens steht die

Verbesserung der Versorgung durch sektorübergreifende Leistungen und damit die Reduzierung stationärer Wiederaufnahmen. Dazu gehört unter anderem auch der Aufbau von Behandlungen im häuslichen Umfeld („Home-Treatment“).



Die Menschen im Mittelpunkt

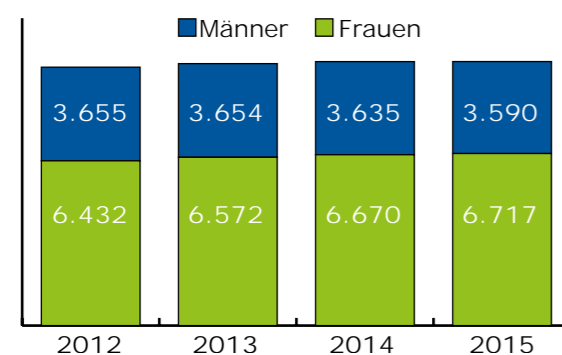
Für die Qualität von Behandlung und Betreuung sind die tätigen Menschen von entscheidender Bedeutung. Deshalb messen die LVR-Kliniken und die LVR-Verbundzentrale der Aus-, Fort- und Weiterbildung, der Gestaltung der Arbeitsbedingungen, der Personalgewinnung sowie der Führungskräfteentwicklung einen hohen Stellenwert bei.

Die Tatsache, dass der LVR-Klinikverbund neben den innerbetrieblichen Fortbildungen und der fachärztlichen Weiterbildung für seine Beschäftigten die LVR-Akademie für seelische Gesundheit betreibt (s. Kapitel 1.5), ist

„Im LVR-Klinikverbund arbeiten Menschen mit 66 verschiedenen Nationalitäten.“

Ausdruck seines Engagements in der Mitarbeitendenorientierung und in der Personalentwicklung. Neben den Bildungsangeboten der Akademie richten sich klinikverbundübergreifende Projekte zur Personalentwicklung und Verbesse-

Abb. 9: Anzahl der Beschäftigten



Tab. 10: Führungspositionen

	männlich	weiblich
Klinikvorstand	17	10
Abteilungsleitungen	95	44
Ltd. Oberärzte/-ärztinnen und Stationsleitungen	198	166
Gesamt	310	220

Der LVR-Klinikverbund an die über 10.300 beschäftigten Personen des LVR-Klinikverbundes, 35% Männer und 65% Frauen (vgl. Abb. 9).

Fast 40% aller Beschäftigten im LVR-Klinikverbund sind in Teilzeit beschäftigt und nutzen die familienfreundlichen Arbeitsbedingungen in Form von zeitlichen Gestaltungsmöglichkeiten. Der Klinikverbund arbeitet aktiv an verschiedenen Angeboten zur Verbesserung der Familienfreundlichkeit. Darauf zielt auch ein verbundinterner Ideenwettbewerb ab. Bereits seit einigen Jahren sind die LVR-Kliniken Mitglied im bundesweiten Netzwerk „Erfolgsfaktor Familie“ sowie in der Initiative „Familienfreundliches Krankenhaus“ des Marburger Bundes. Im LVR-Klinikverbund arbeiten Menschen mit 66 verschiedenen Nationalitäten, darunter am häufigsten deutsch, niederländisch, türkisch, griechisch und polnisch. Der LVR ist seit 2015 Partner im Rahmen der Landesinitiative „Vielfalt! Interkulturelle Öffnung als Erfolgsfaktor“.

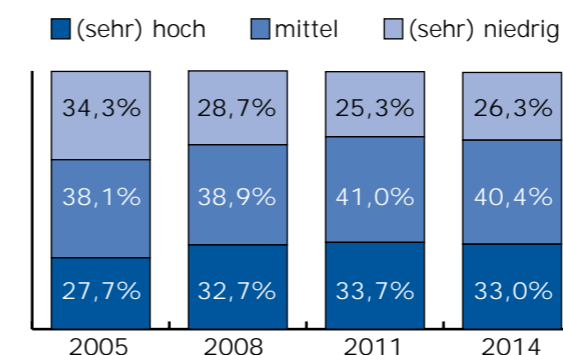
Im Bereich der Personalentwicklung stellt die Entwicklung von Führungskräften eine wichtige Aufgabe dar. Aus diesem Grund werden alle Führungskräfte im Rahmen von Entwicklungsprogrammen auf ihre Aufgaben vorbereitet. Auch in der Führungsentwicklung verfolgt der LVR dabei das Ziel einer ausgewogenen Beschäftigtenstruktur. Tabelle 10 zeigt die Anzahl der Männer und Frauen in Führungspositionen der LVR-Kliniken. Derzeit liegt der Anteil von Frauen in Führungspositionen bei über 41%. Projekte wie das gemeinsam mit der Stabstelle Gleichstellung und Gendermainstreaming abgeschlossene Mentoring-Programm für junge Ärztinnen („MeDoc“) zielen darauf ab, diesen Anteil weiter zu erhöhen.

Mitarbeitendenbefragung

Die LVR-Kliniken führen in regelmäßigen Abständen (alle drei Jahre) eine Beschäftigtenbefragung durch. In Zusammenarbeit mit einem externen Beratungsinstitut wurde dazu ein umfangreicher und detaillierter Fragebogen mit mehr als 100 Einzelfragen entwickelt. Fragebogen und Durchführungsstandard sind in allen Kliniken gleich.

Die Beschäftigtenbefragung des LVR-Klinikverbunds ist ein Instrument des internen Qualitätsmanagements. Die Ergebnisse werden in den LVR-Kliniken und im LVR-Klinikverbund differenziert nach Berufsgruppen und Abteilungen bewertet und in Bezug auf abgeleitete Verbesserungspotenziale unter anderem in die institutionellen Zielvereinbarungen zwischen der

Abb. 10: Commitment im LVR-Klinikverbund



Der LVR ist Mitglied im Netzwerk „Erfolgsfaktor Familie“.

Verbundzentrale und den LVR-Klinikvorständen einbezogen.

Zur Darstellung der Beschäftigtenzufriedenheit und Beschäftigtenmotivation insgesamt wird im Allgemeinen das so genannte „Commitment“ verwendet. Damit wird das Ausmaß der Identifikation mit einer Organisation bezeichnet. In den Faktor „Commitment“ fließen bspw. Fragen zur Arbeitszufriedenheit, zur Weiterempfehlung der Klinik als Arbeitgeber oder auch zur Einsatzbereitschaft der Mitarbeitenden ein.

Die Entwicklung über die Befragungsperioden zeigt (Abb. 10), dass den Kliniken insgesamt eine Verbesserung bzw. Stabilisierung des „Commitment“-Wertes gelungen ist. Dabei ist besonders erfreulich, dass der Anteil der Mitarbeitenden mit einem niedrigen Wert im „Commitment“ deutlich reduziert werden konnte. Das hohe „Commitment“ zeigt sich auch in der geringen Personalfuktuation: Mehr als 41% der Mitarbeitenden sind 15 Jahre oder länger im LVR-Klinikverbund beschäftigt. Initiativen, die sich gezielt an neueingestiegene Mitarbeitende richten, wie beispielsweise unsere „Willkommenstage“ für Auszubildende, sollen dazu beitragen, dass dies auch so bleibt.

„Derzeit liegt der Anteil von Frauen in Führungspositionen bei über 41%.“

Detailanalysen der letzten Befragungsrunde haben allerdings gezeigt, dass Mitarbeiterinnen niedrigere „Commitment“-Werte haben als ihre männlichen Kollegen. So zeigten rund 32% der Frauen ein (sehr) hohes „Commitment“, während es bei den Männern etwas mehr als 36% waren.



Ausgerichtet an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten

Die LVR-Kliniken verfolgen den Anspruch, ihre Versorgungsangebote und -prozesse neben den therapeutischen Bedarfen an den Interessen, Wünschen und Bedürfnissen ihrer Patientinnen und Patienten auszurichten und weiterzuentwickeln. Hierzu werden verschiedene Verfahren und Instrumente eingesetzt, um kontinuierlich Rückmeldungen aus Sicht der Patientinnen und Patienten zu erhalten.

Beschwerdemanagement

Beschwerden geben als artikulierte Unzufriedenheit unmittelbar Rückmeldung über die

wahrscheinlicher ist auch eine Nutzung des Systems. Insofern ist eine hohe Anzahl an Beschwerden nicht ausschließlich ein Ausdruck unzufriedener Patientinnen und Patienten, sondern eben auch ein Zeichen für ein gut funktionierendes Beschwerdeverfahren.

Der LVR-Klinikverbund verfügt daher über ein mehrstufiges Beschwerdesystem:

- internes Beschwerdemanagement der Kliniken,
- ehrenamtliche Ombudspersonen in den Kliniken als unabhängige Ansprechpartner für die Patientinnen und Patienten,
- eine unabhängige Beschwerdestelle gem. § 5 KHG NRW, die seit dem 1. März 2010 durch die Geschäftsstelle für Anregungen und Beschwerden im Rahmen des zentralen Beschwerdemanagements des LVR (zBM) wahrgenommen wird.

Im Beschwerdesystem des LVR haben Patientinnen und Patienten also die Möglichkeit, ihre Anliegen über das interne Beschwerdemanagement unmittelbar an Klinikvorstand und Abteilungsleitungen oder in direkter Form an die Ombudspersonen bzw. an die Geschäftsstelle für Beschwerden und Anregungen der Verbundzentrale des LVR zu richten. Dabei wird das interne Beschwerdemanagement in den regelmäßigen Zertifizierungen nach KTQ bei den teilnehmenden Kliniken auch überprüft und bewertet.

Im Jahre 2015 haben 633 Personen aus den zehn Kliniken des LVR Klinikverbundes – davon 531 Patientinnen und Patienten (84%)

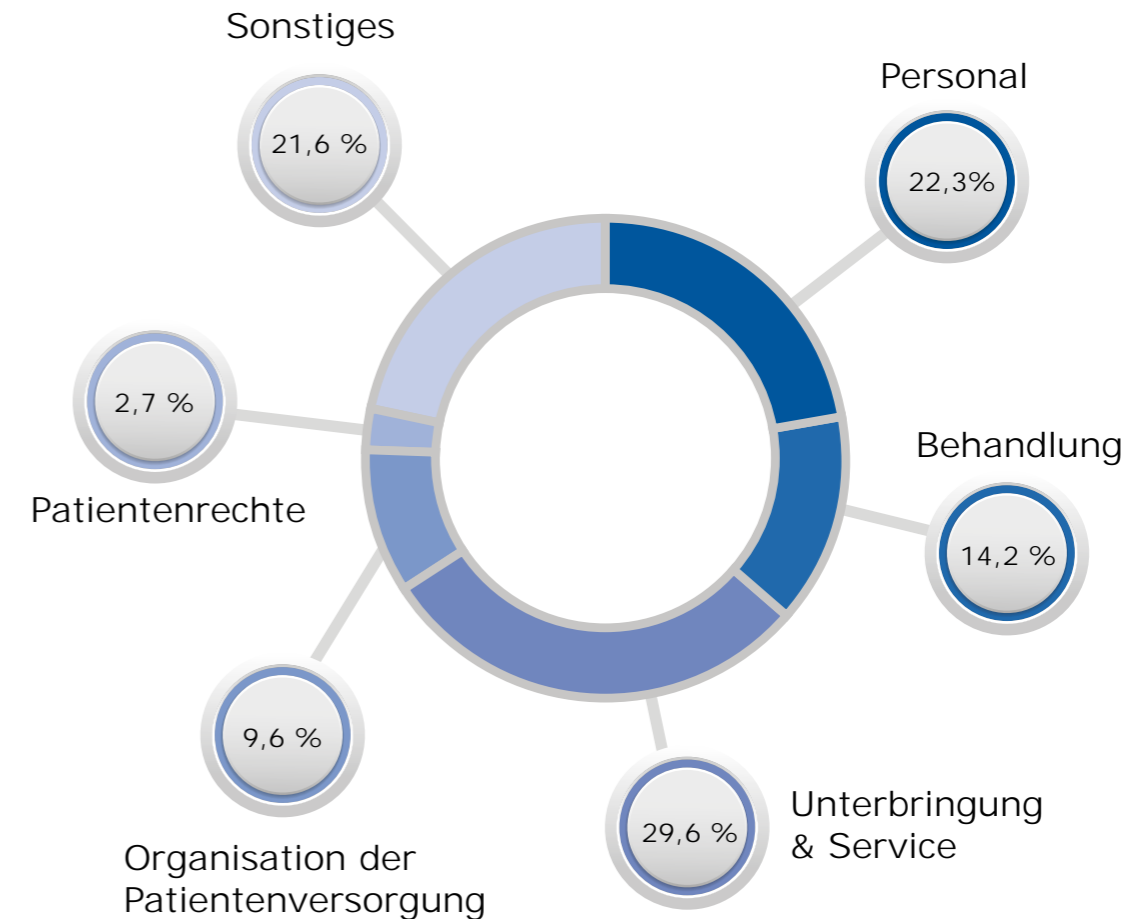
„Beschwerden können dabei helfen, mögliche Fehlerquellen aufzudecken, um so die Patientensicherheit zu erhöhen.“

Leistungsprozesse innerhalb unserer Organisationen. Die Relevanz eines Beschwerdemanagements wird derzeit durch den Beschluss des Gemeinsamen Bunde-

ausschusses (GBA) zur Einführung eines „Klinischen Risikomanagements“ betont: Beschwerden können dabei helfen, mögliche Fehlerquellen aufzudecken und abzustellen, um so die Patientensicherheit zu erhöhen.

Dabei gilt es, die Zugangsschwelle zum Beschwerdemanagement möglichst niedrig zu halten und Patientinnen und Patienten frühzeitig dazu zu ermutigen, die unterschiedlichen Möglichkeiten im Rahmen des Beschwerdemanagements der jeweiligen LVR-Klinik zu nutzen. Je niedrigschwelliger, aktiv zugehender und in der Reaktion verlässlicher ein Beschwerdemanagement gestaltet ist, umso

Abb. 11: Gründe für Beschwerden



und 54 Angehörige (9%) - Beschwerden aus dem internen Beschwerdemanagement der Kliniken und dem Zentralen Beschwerdemanagement des LVR eingebracht. Die beschwerdeführenden Personen verteilen sich absolut paritätisch auf Männer und Frauen, wobei aufgrund des niederschweligen Zugangs auch nicht immer Angaben zum Geschlecht vorliegen. Alle Beschwerden gelangen zur Kenntnis der Klinikvorstände und werden in den Kliniken innerhalb intern gesetzter Fristen beantwortet. 76% der im Rahmen des zentralen Beschwerdemanagements bearbeiteten 126 Beschwerden wurden im Jahr 2015 innerhalb der gesetzten Beantwortungsfrist von 15 Tagen mit einem Antwortschreiben an die beschwerdeführenden Personen abgeschlossen.

Die Schwerpunkte der Beschwerdegründe (Abb. 11) liegen zum einen im Bereich von Unterbringung und Service (29,6%), etwa räumliche Bedingungen und Ausstattung oder Verpflegung. Die Klinikvorstände erhalten Hinweise auf Mängel, die in der Regel kurz- oder mittelfristig zum Beispiel durch Neuanschaffungen oder kurzfristige Ablaufkorrekturen behoben werden können. Zum anderen resultieren Beschwerden aus Erfahrungen der beschwerdeführenden Personen mit dem behandelnden Personal (22,3 %) oder aus ihrer Unzufriedenheit mit der Behandlung als solcher (14,2%).

Im Prozess der Aufklärung und Bearbeitung dieser Beschwerden wird von den für die Behandlung verantwortlichen ärztlichen und/



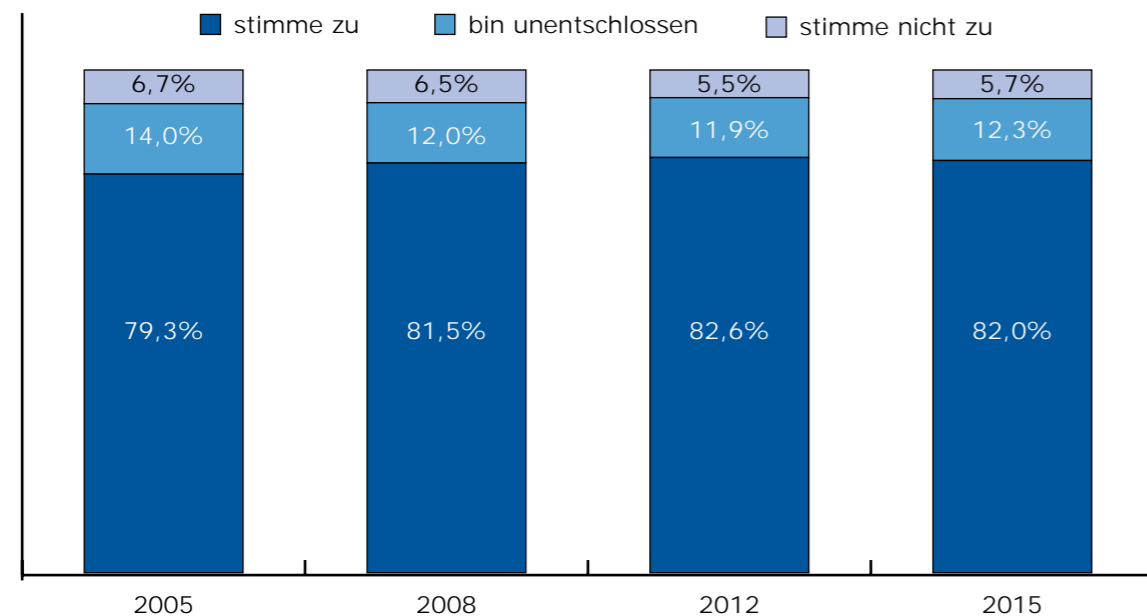
Befragung von Patientinnen und Patienten

Patientenbefragungen werden seit mehr als zehn Jahren regelmäßig in den LVR-Kliniken durchgeführt. Dadurch können die Sichtweisen, Meinungen und Bewertungen der Patientinnen und Patienten systematisch in die Weiterentwicklung der Behandlungsprozesse einfließen. Die LVR-Kliniken haben im Rahmen des Qualitätsmanagements eine standardisierte Patientenbefragung mit im Klinikverbund einheitlichen Instrumenten und Verfahren eingeführt. In der KJPPP werden neben den behandelten Kindern und Jugendlichen ebenfalls die Erziehungsberechtigten befragt. Auch in den somatischen Disziplinen und in der Orthopädie Viersen werden Patientenbefragungen durchgeführt.

oder pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern das persönliche Gespräch mit den Beschwerdeführenden angeboten und gesucht. Unabhängig davon wird jede Beschwerde darauf geprüft, ob Maßnahmen zur Verbesserung (etwa Prozessänderungen in Abläufen oder Strukturen) eingeleitet werden müssen.

Ähnlich wie in der Mitarbeitendenbefragung werden die Ergebnisse in den LVR-Kliniken differenziert nach Abteilungen betrachtet und in Bezug auf ableitbare Verbesserungspotenziale analysiert. Der LVR-Klinikverbund stellt darüber hinaus vergleichende Ergebnisse zur Verfügung.

Abb. 12: Wiederwahl der Klinik



Ergebnisse aus der Befragung in der Erwachsenenpsychiatrie.

Die Befragung wird ebenfalls in einem etwa dreijährigen Rhythmus durchgeführt, mit der letzten Erhebung im Jahr 2015. Der Fragebogen wird nicht nur auf Deutsch, sondern mittlerweile in weiteren sechs Sprachen angeboten.

Ein zentraler Aspekt zur Einschätzung der subjektiven Zufriedenheit mit der Behandlung in der jeweiligen Klinik ist die Frage nach der Wiederwahl des Krankenhauses. Dazu werden die Patientinnen und Patienten nach dem Grad ihrer Zustimmung zu folgender Aussage gefragt: **„Auch wenn ich die Wahl eines anderen Krankenhauses hätte, würde ich diese Klinik wieder in Anspruch nehmen.“**

Die Zustimmungsrate konnte anfänglich gesteigert werden und hat sich dann bei rund 82% in den beiden letzten Befragungsrunden stabilisiert (Abb. 12). Insgesamt ist dies als sehr gutes Ergebnis zu bewerten. Denn diese Frage ist vergleichbar mit der Frage nach der Weiterempfehlung eines Krankenhauses in anderen Patientenbefragungen. Im AOK-Krankenhausnavigator wurde beispielsweise die durchschnittliche Weiterempfehlungsrate für somatische Krankenhäuser ebenfalls mit 82% angegeben. Normalerweise ist aber aufgrund der unterschiedlichen Erkrankungs-

bilder in psychiatrischen Kliniken mit einer geringeren Weiterempfehlungs- bzw. Wiederwahlrate zu rechnen.

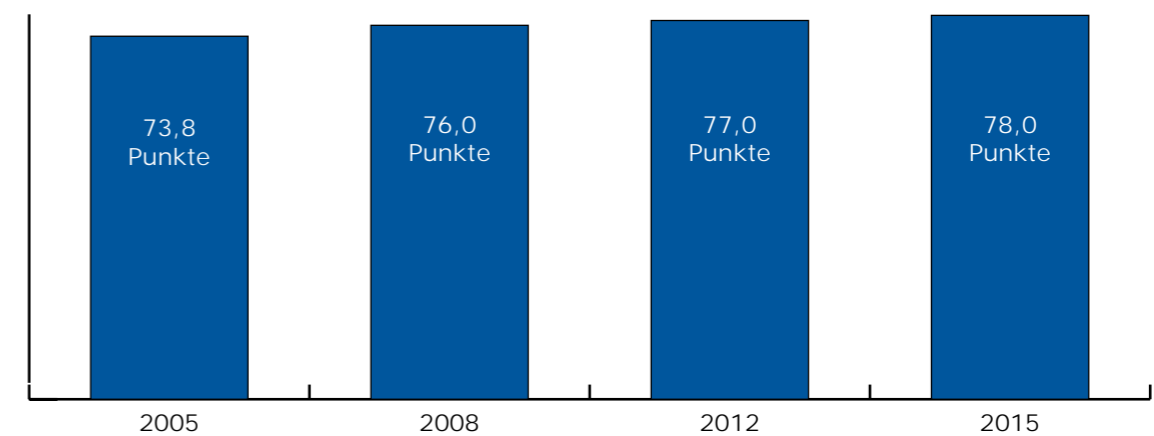
Sechs der insgesamt 25 Fragen beziehen sich auf die Bereitstellung von Informationen und die Einbeziehung in den eigenen Behandlungsprozess. Die sechs Fragen beziehen sich dabei auf die Beurteilungen der Patienten und Patientinnen für die Bereiche

- Informationen bei Aufnahme,
- Informationen zur Krankheit,
- Informationen zu Medikamenten,
- Berücksichtigung von Zielen und Wünschen,
- Ernstnehmen von Anregungen,
- Ernstnehmen von Beschwerden.

Aus diesen Fragen lässt sich ein Indikator für „Partizipation“ extrahieren. Dazu werden die Antwortmöglichkeiten in den Fragen über ein Punktesystem quantifiziert, so dass die in Abb. 13 dargestellte durchschnittliche Punktzahl als Zielerreichungswert interpretiert werden kann. Dabei muss allerdings beachtet werden, dass der Maximalwert von 100 Punkten kaum erreichbar ist.

Die durchschnittliche Punktzahl konnte über den gesamten Betrachtungszeitraum um über

Abb. 13: Partizipation



Ergebnisse aus der Befragung in der Erwachsenenpsychiatrie.



vier Punkte gesteigert werden, so dass in der letzten Befragungsrunde 2015 durchschnittlich 78 Punkte in dem Indikator für Partizipation erreicht wurde.

Verbundprojekte zur Patientenorientierung

Die Förderung von Partizipation und Selbstbestimmung und die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen sind zentrale Zielsetzungen des LVR-Klinikverbundes. Insbesondere im Rahmen der Zielvereinbarungsprozesse mit den Klinikvorständen werden kontinuierlich entsprechende Maßnahmen und Projekte vereinbart sowie deren Umsetzung und Ergebnisse kommuniziert:

- *Erprobung des Einsatzes von „Adherence“-Therapie*
Die „Adherence“-Therapie ist eine therapeutische Intervention mit dem Ziel, Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer Genesungsprozesse dabei zu unterstützen, die eigene medikamentöse Behandlung für sich effektiver zu gestalten,

selbstbestimmter mit Medikamenten umzugehen und damit das Krankheitsmanagement und hoffentlich auch das Wohlbefinden zu fördern.

- *Erprobung von Angeboten der Genesungsbegleitung (Peer-Support, Peer-Beratung)*
Die Idee des Peer-Support mittels Genesungsbegleitung im psychiatrischen Behandlungskontext besteht darin, dass Menschen, die selbst schwere seelische Krisen überwunden haben, anderen durch ihr persönliches Vorbild neue Hoffnung auf Genesung und Mut zur Eigenverantwortung vermitteln. Sie bringen ihre Erkenntnisse und Erfahrungen als besondere Kompetenzen in die Behandlung anderer ein mit dem Ziel, Selbstverantwortung und Autonomie zu stärken.
- *Entwicklung und Einführung eines Verbundstandards zum Einsatz von Behandlungsvereinbarungen*
Die Behandlungsvereinbarung ist ein schriftliches Übereinkommen, das indivi-

duelle Absprachen zwischen Patientinnen und Patienten und den Behandlungsteams der LVR-Kliniken für den Fall einer stationären Wiederaufnahme in einer akuten Krise festhält. Mit ihrer Einführung und Umsetzung werden die Betroffenen in der Rolle der „Experten und Expertinnen in eigener Sache“ gesehen und anerkannt.

- *Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychiatrischem Behandlungsbedarf*
Ziel dieser Verbundaktivitäten ist es, für Menschen mit Intelligenzminderung und psychiatrischem Behandlungsbedarf über die Entwicklung regionaler Versorgungskonzepte eine auf deren spezielle Bedürfnisse und Bedarfe ausgerichtete psychiatrische Versorgung zu gewährleisten.

Gewaltprävention und Vermeidung von Zwang

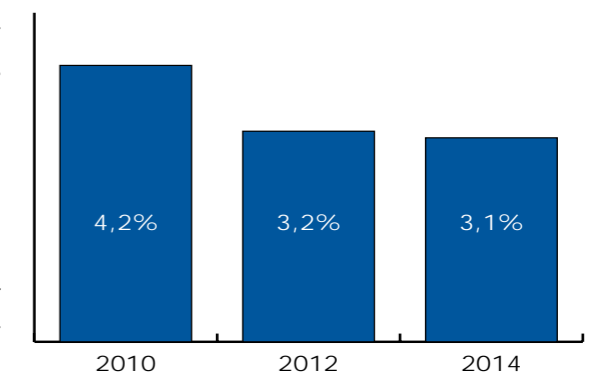
Freiheitsentziehende Maßnahmen bzw. Zwangsmaßnahmen sind Maßnahmen zur Sicherung und Gefahrenabwehr bei akuter Fremd- und Selbstgefährdung, die durch andere Mittel nicht mehr abgewendet werden können. Sie greifen einschneidend in die Freiheitsrechte der Betroffenen ein und können mit traumatisierenden Erfahrungen für diese verbunden sein. Insofern bedarf ihre Anwendung einer strengen Indikationsstellung und einfühlsamen Durchführung.

Fixierungen sind keine therapeutischen Maßnahmen. Ihre Umsetzung bedarf der intensiven Einbettung in einen therapeutischen Gesamtprozess. Insofern ist auch während der Durchführung den Betroffenen ein ständiges Kommunikationsangebot zu unterbreiten. Damit bewegen sich die professionell handelnden Personen in einem konflikthaften Spannungsfeld zwischen dem menschenrechtlich normierten Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten und dem Schutz der Gesundheit und des Lebens bei Selbst- oder Fremdgefährdung.

Der LVR-Klinikverbund beschäftigt sich bereits seit 2010 in seinem verbundweiten Arbeitskreis „Zwang- und Gewaltprävention“, unter Leitung der LVR-Verbundzentrale, intensiv mit diesen Themen. Die Arbeitsweise dieses klinikübergreifenden Qualitätszirkels besteht in einem gemeinsamen fortlaufenden Monitoring und Benchmarking – Identifizierung von „best-practice“ auf der Grundlage von Ergebnisvergleichen. Ziel ist die Reduktion von Zwang und Gewaltereignissen durch Prävention und Implementierung von Maßnahmen geringerer Eingriffstiefe in die Autonomie solcher Patientinnen und Patienten, die vor sich selbst oder vor denen andere zu schützen sind. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Arbeitskreises setzten sich aus je einem ärztlichen und einem pflegerischen Vertreter der neun psychiatrischen LVR-Kliniken zusammen.

Abbildung 14 verdeutlicht die erfolgreichen Bemühungen in der Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen am Beispiel der Fixierungen. Neben den dargestellten Aktivitäten zur Förderung von Partizipation und Selbstbestimmung, werden in allen LVR-Kliniken weitere positive Wirkungen vor allem von Gewalt und Zwang vermeidenden bzw. reduzierenden Maßnahmen erwartet, darunter etwa der Einsatz von Deeskalationsstrategien sowie die Erprobung und Weiterentwicklung von gering invasiven Immobilisationskonzepten.

Abb. 14: Anteil fixierter Behandlungsfälle





Positive Entwicklung auch in der Zukunft

Die wirtschaftliche Entwicklung von Krankenhäusern ist wesentlich durch zwei Punkte geprägt: Zum einen ist eine Erhöhung der Krankenhausbudgets begrenzt durch die so genannte Veränderungsrate, die sich an den Einnahmen der Krankenkassen orientiert. Auftretende Kostensteigerungen werden durch diese Budgetdeckung ggf. nicht aufgefangen. Zum anderen werden Investitionen im Rahmen der dualen Finanzierung durch die Länder finanziert. Die Förderung in Nordrhein-Westfalen ist im Bundesvergleich sehr gering. Erforderliche Aufwendungen für den Erhalt und die notwendige Neuerrichtung von Gebäuden werden nicht gedeckt.

Trotz dieser ungünstigen Rahmenbedingungen konnte der LVR-Klinikverbund in den letzten Jahren ein positives Ergebnis erwirtschaften

und mit seinem eigenen Investitions- und Bauprogramm notwendige Investitionen tätigen, um die LVR-Kliniken auf die zukünftigen Herausforderungen vorzubereiten

Vermögens- und Finanzlage

Das Anlagevermögen im LVR-Klinikverbund ist im Vergleich zum Vorjahr von 483,3 Mio. Euro auf 491,3 Mio. Euro um rund 8 Mio. Euro (+ 16,6%) angestiegen. Dies liegt maßgeblich an erfolgreich beendeten Baumaßnahmen. Beispielsweise sind die Aufnahmeklinik für KJPPP der LVR-Klinik Viersen und das Hauptgebäude der LVR-Klinik Essen fertig gestellt worden.

Das Umlaufvermögen hat sich um 12,8 Mio. Euro (+ 6,6%) auf 207,8 Mio. Euro erhöht. Ein wichtiger Faktor beim Anstieg des Umlaufvermögens ist der Anstieg der Forderungen

Tab. 11: LVR-Klinikverbund und LVR-Krankenhauszentralwäscherei (verkürzte Bilanz)

LVR-Klinikverbund (verkürzte Bilanz)	2014		2013	
	TEUR	%	TEUR	%
Anlagevermögen	491.285	70,1	483.270	71,2
Umlaufvermögen	207.829	29,7	195.046	28,8
Rechnungsabgrenzungsposten	1.262	0,2	289	0,0
Summe Aktiva	700.376	100,0	678.605	100,0
Eigenkapital	109.810	15,7	108.958	16,1
Sonderposten aus Zuwend. zur Finanzierung	322.136	46,0	329.373	48,4
Rückstellungen	135.501	19,4	130.679	19,3
Verbindlichkeiten	132.630	18,9	109.193	16,1
Rechnungsabgrenzungsposten	298	0,0	402	0,1
Summe Passiva	700.376	100,0	678.605	100,0

Tab. 12: Umsatzerlöse im LVR-Klinikverbund nach Dienstleistungsbereichen

LVR-Klinikverbund	2014		2013	
	TEUR	%	TEUR	%
BPfIV	339.430	52,8	324.794	51,6
Maßregelvollzug	125.824	19,6	122.337	19,5
KHEntgG	25.155	3,9	24.571	3,9
Orthopädie	16.799	2,6	15.635	2,5
Soz. Reha	26.616	4,2	25.903	4,1
Ambulanz	34.304	5,3	33.664	5,4
Sonstiges	74.520	11,6	81.636	13,0
Summe	642.648	100,0	628.540	100,0

gen gegen die Kostenträger. Unter dem neuen Entgeltsystem PEPP erfolgt die Abrechnung mit den Krankenkassen mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung. Dieser Effekt wird in Zukunft wieder abnehmen, sobald sich die neuen Abrechnungsmodalitäten unter allen Beteiligten einspielen.

Die Rückstellungen haben sich im Vergleich zum Vorjahr um rund 4,8 Mio. Euro (+ 3,7%) erhöht, diese Position beinhaltet auch die Pensionsrückstellungen.

Die Verbindlichkeiten stiegen von 109,2 Mio. Euro um 23,4 Mio. Euro (+ 21,5%) auf rund 132,6 Mio. Euro, insbesondere durch höhere Verbindlichkeiten gegenüber dem Krankenhaussträger aufgrund der Auszahlung von Baufinanzierungsdarlehen im Rahmen des Investitions- und Bauprogramms.

Ertragslage

Die Umsatzerlöse sind im Vergleich zum Vorjahr von 628,5 Mio. Euro auf 642,6 Mio. Euro gestiegen. Dies entspricht einer Steigerung von 14,1 Mio. Euro (+ 2,2%). Als wesentli-

cher Treiber für diesen Anstieg sind gestiegene Fallzahlen im Bereich der Bundespflege-satzverordnung zu sehen.

Auch die anderen Bereiche konnten leichte Umsatzzuwächse verzeichnen, lediglich die sonstigen Umsatzerlöse gingen im Vergleich zum Vorjahr zurück.

Personalaufwandsentwicklung

Die Anzahl der Vollkräfte hat im Zeitraum 2010 bis 2014 von 6.564 auf 7.617 Vollkräfte zugenommen. Dies entspricht einem Zuwachs von 1.053 Vollkräften (+ 16%) in fünf Jahren.

Im betrachteten Zeitraum ist der Personalaufwand von 384,2 Mio. Euro im Jahr 2010 auf rund 478,3 Mio. Euro im Jahr 2014 gestiegen. Dies entspricht einem Anstieg in Höhe von rund 94,2 Mio. Euro (+ 24,5%).

Der Anstieg der Vollkräftezahlen und des Personalaufwands spiegeln die steigenden Fallzahlen im LVR-Klinikverbund und die Erfüllung der mit den Kostenträgern vereinbarten PsychPV-Personalquoten wider.

Tab. 13: Personalaufwand und Vollkräfte

LVR-Klinikverbund		2014	2013	2012	2011	2010
Personalaufwand	TEUR	478.339	459.664	436.642	410.675	384.178
Vollkräfte	VK	7.617	7.564	7.413	7.036	6.564
Personalaufwandsentwicklung ggü. Vj.	%	4,1	5,3	6,3	6,9	4,1

Abb. 15: Krankenhaushäufigkeiten PP/PM vollstationär

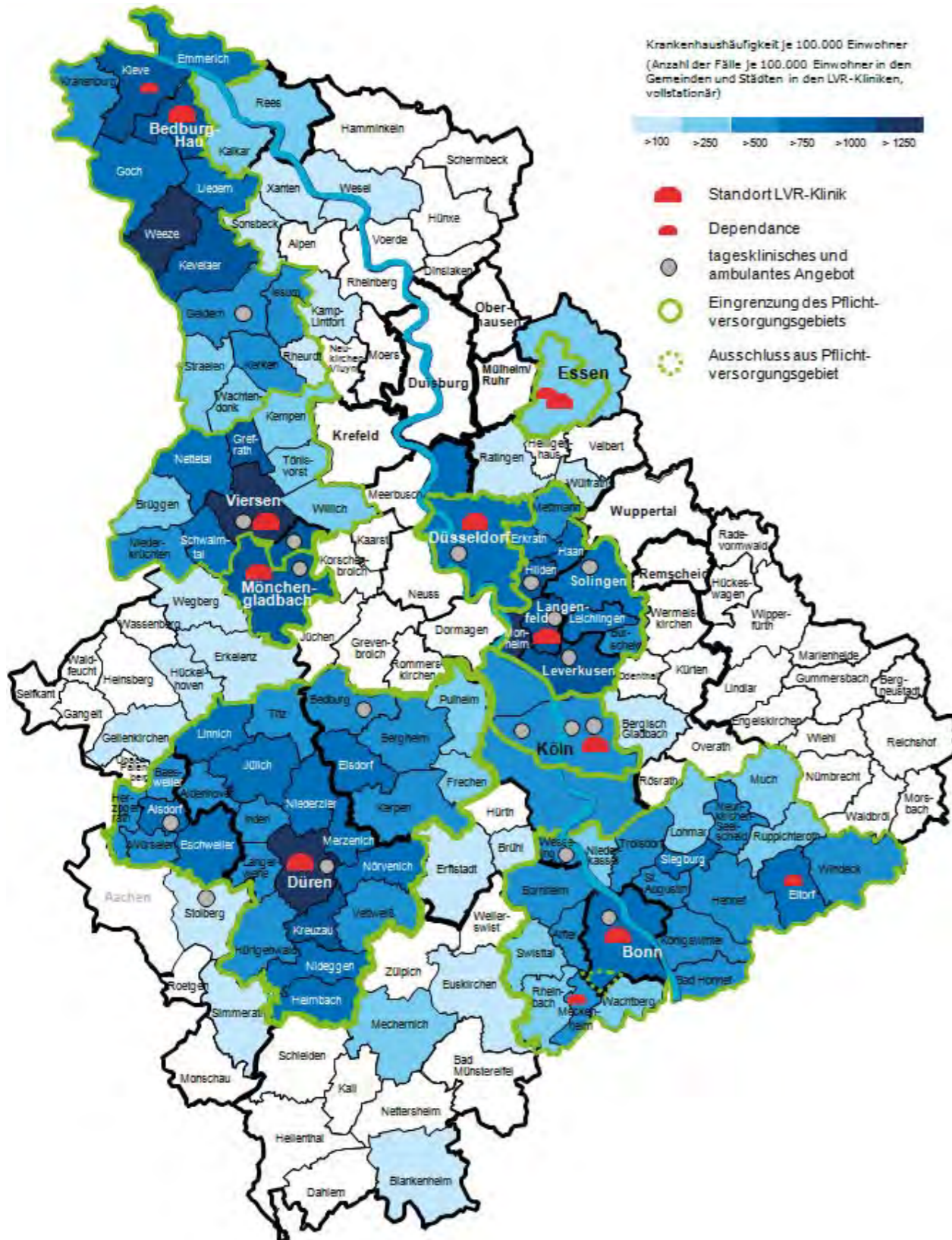


Abb. 16: Krankenhaushäufigkeiten PP/PM teilstationär

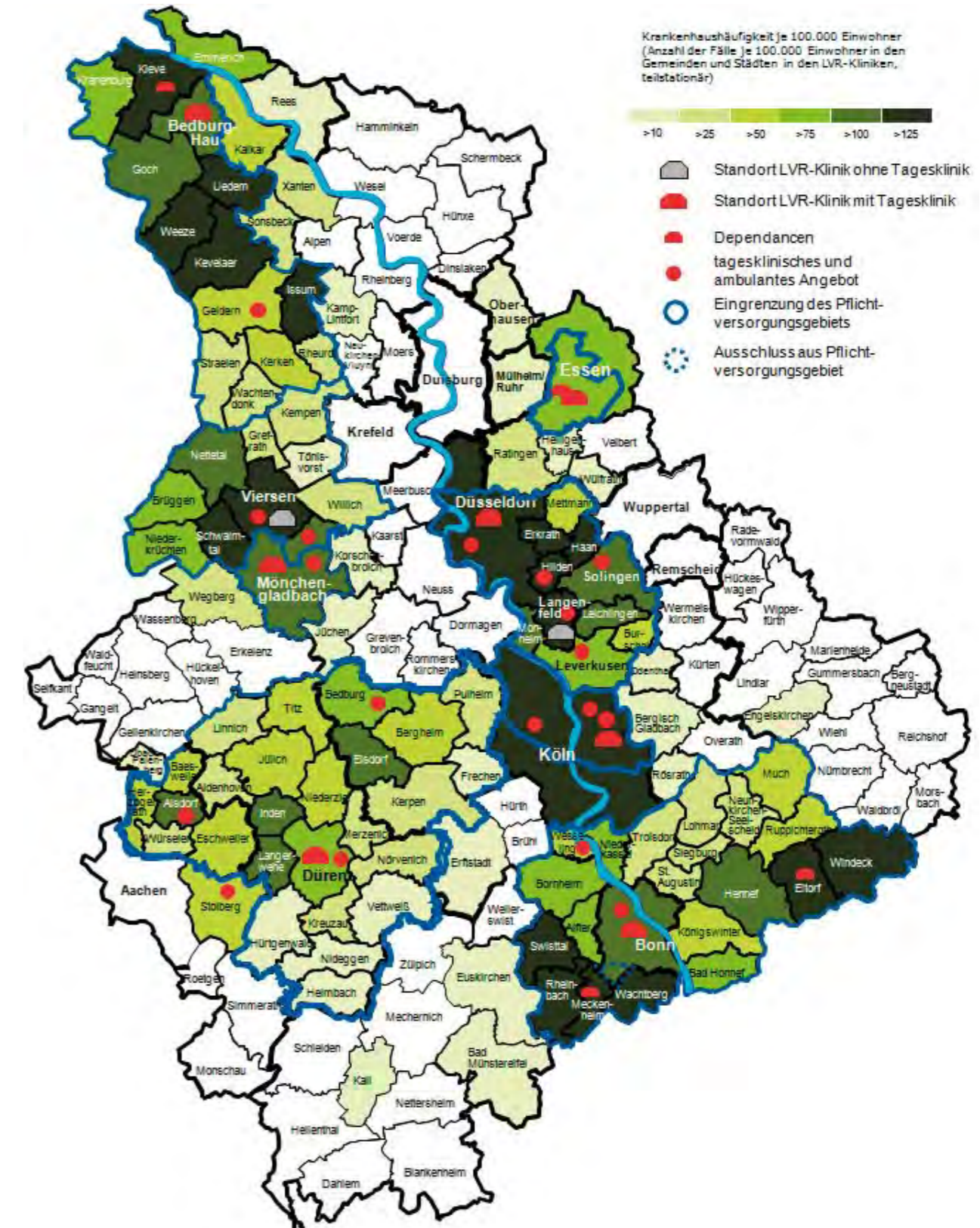


Abb. 17: Angebotsstruktur der LVR-Kliniken in der PP/PM

	zentral			dezentral		
Bedburg-Hau	AP	50	teilstationär	AP	15	teilstationär
	AP GER	56	teilstationär	GER	15	teilstationär
	AP SU	82	teilstationär	GER		ambulant
Bonn	AP	292	teilstationär	Meckenheim	18	teilstationär
	GER	100	teilstationär	Eitorf	26	teilstationär
	SU	92	teilstationär	BN-Zentrum	24	teilstationär
Düren	AP	269	teilstationär	Wesseling	20	teilstationär
	GER	61	teilstationär	Meckenheim	18	teilstationär
	SU	76	teilstationär	Eitorf	14	teilstationär
Düsseldorf	AP	229	teilstationär	BN-Weststadt	18	teilstationär
	GER	81	teilstationär	Wesseling	20	teilstationär
	SU	73	teilstationär	Meckenheim	18	teilstationär
Essen	AP	80	teilstationär	E-Frohnh.	40	teilstationär
	SU	33	teilstationär	E-Frohnh.	18	teilstationär
	PM	30	teilstationär	E-Frohnh.	15	teilstationär
Köln	AP	227	teilstationär	K-Mülheim	18	teilstationär
	GER	80	teilstationär	K-Bilderst.	18	teilstationär
	SU	95	teilstationär	K-Chorweiler	18	teilstationär
Langenfeld	AP	218	teilstationär	K-Mülheim	18	teilstationär
	GER	72	teilstationär	K-Chorweiler	18	teilstationär
	SU	74	teilstationär	K-Bilderst.	18	teilstationär
Mönchengladbach	AP GER	74	teilstationär	LEV-Opladen	18	teilstationär
	AP SU	56	teilstationär	Hilden	20	teilstationär
Viersen	AP	57	teilstationär	Solingen	15	teilstationär
	AP GER	89	teilstationär	Langenfeld	16	teilstationär
	SU	68	teilstationär	MG-Rheydt	18	teilstationär

vollstationär teilstationär ambulant

Quelle: Bettenspiegel 2016; Stand: 14. April 2016

Abb. 18: Angebotsstruktur der LVR-Kliniken in der KJPPP

	zentral			dezentral		
Bedburg-Hau	KJPPP	30	vollstationär	KJPPP	6	teilstationär
				Geldern	12	teilstationär
Bonn	KJPPP	50	vollstationär	Euskirchen	12	teilstationär
				Euskirchen		ambulant
Düsseldorf	KJPPP	52	vollstationär	Hilden	12	teilstationär
				Hilden		ambulant
Essen	KJPPP*	50	vollstationär	E-Nordviertel	21	teilstationär
				Mülheim/R	10	teilstationär
Viersen	KJPPP	114	vollstationär	VIE-Rahser	11	teilstationär
				MG-Rheydt	14	teilstationär
				M'gladbach		ambulant
			Krefeld	14	teilstationär	
			Neuss	12	teilstationär	
			Heinsberg	12	teilstationär	
			VIE-Rahser	10	teilstationär	
			Erkelenz		ambulant	

* Essen-Frohnhausen

vollst.: Betten
teilst.: Plätze

vollstationär teilstationär ambulant

Quelle: Bettenspiegel 2016; Stand: 14. April 2016

Abb. 19: Krankenhaushäufigkeiten KJPPP vollstationär

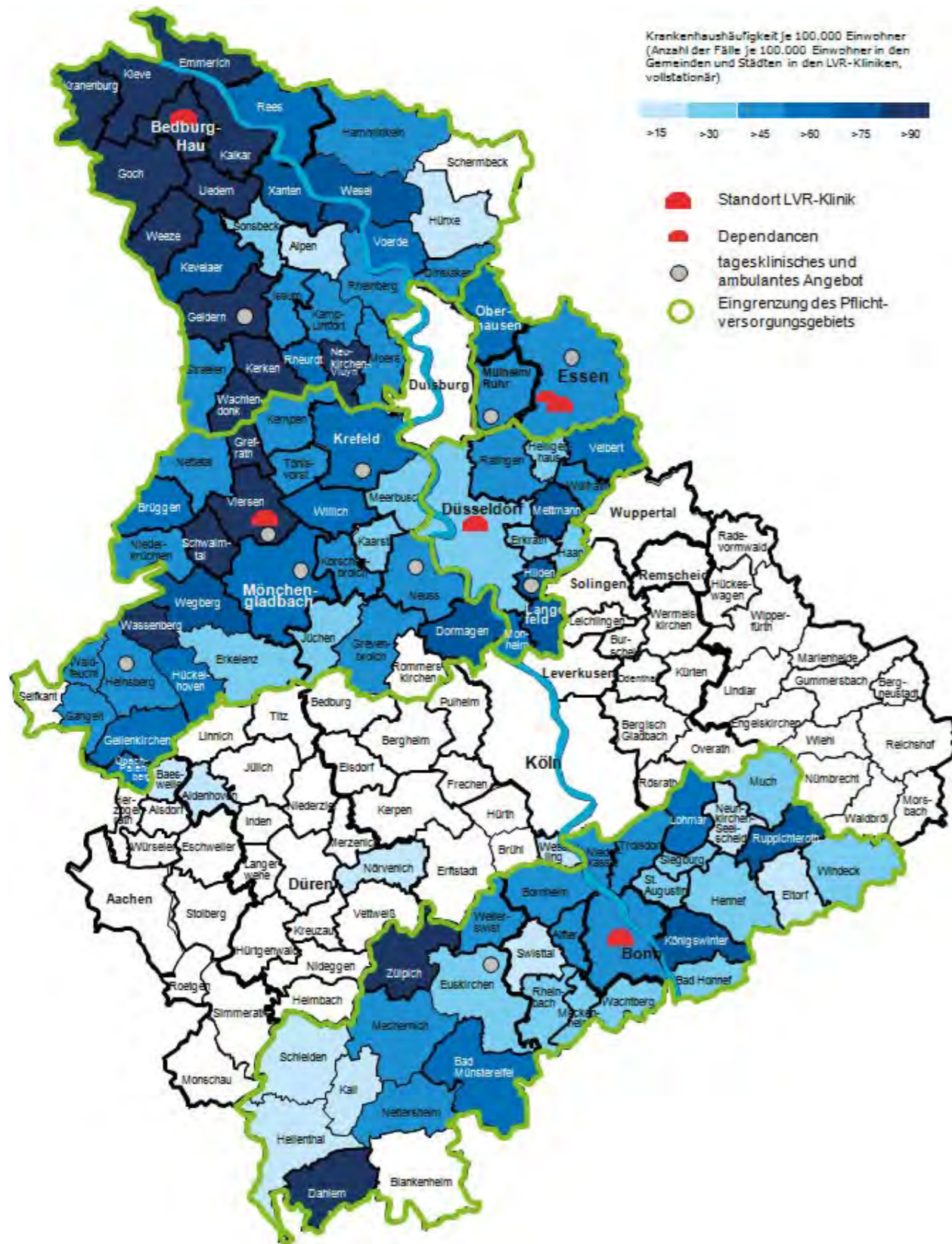
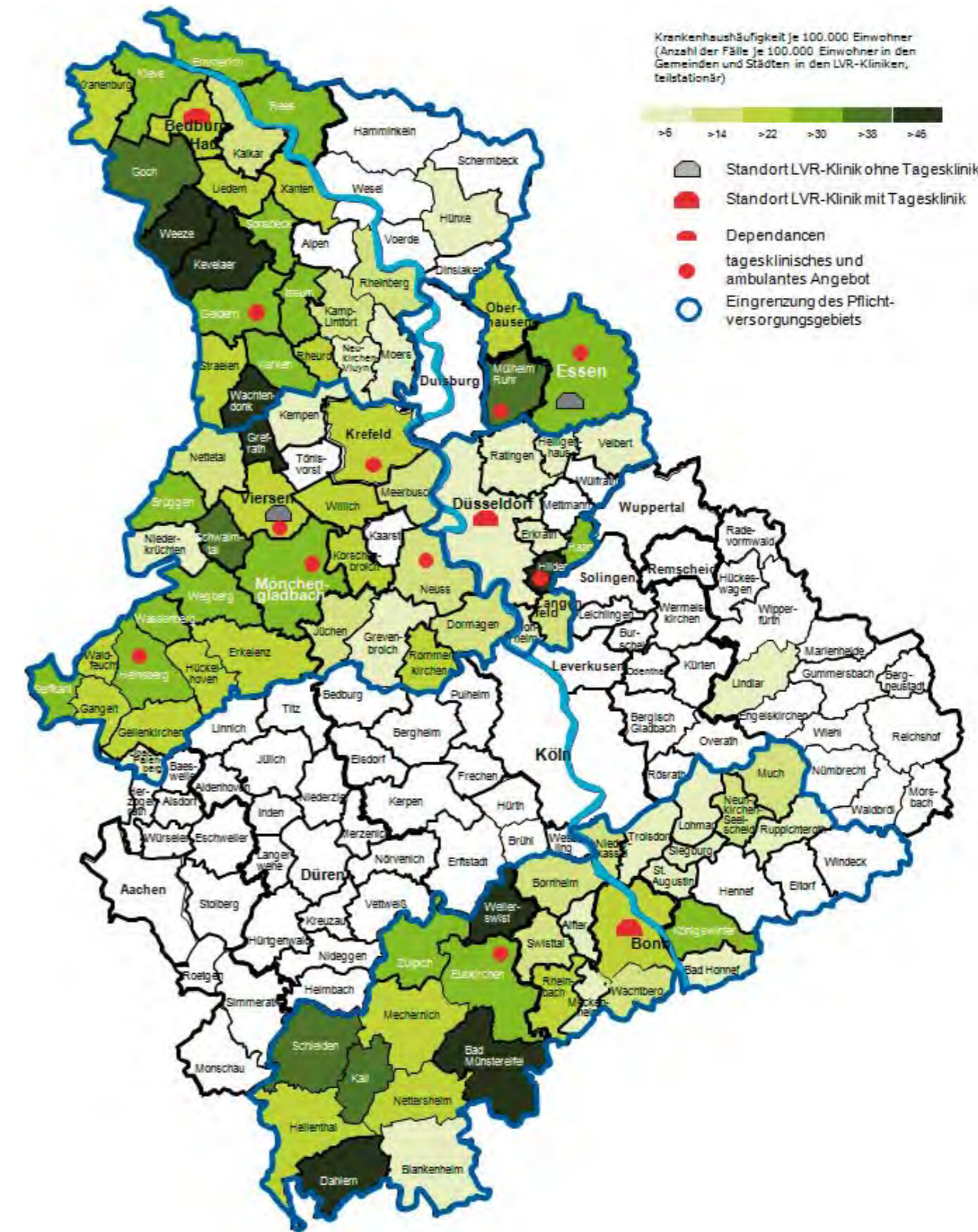


Abb. 20: Krankenhaushäufigkeiten KJPPP teilstationär



Abbildungsverzeichnis

Tab. 1	Behandlungsangebote des LVR-Klinikverbundes	9
Tab. 2	Voll- und teilstationäre Kapazitäten der PP/PM	12
Tab. 3	Voll- und teilstationäre Kapazitäten der KJPPP	15
Tab. 4	Diagnoseverteilung der vollstationären Behandlungsfälle in der PP/PM	67
Tab. 5	Diagnoseverteilung der teilstationären Behandlungsfälle in der PP/PM	68
Tab. 6	Diagnoseverteilung der ambulanten Patientinnen und Patienten in der PP/PM	68
Tab. 7	Diagnoseverteilung der vollstationären Behandlungsfälle in der KJPPP	70
Tab. 8	Diagnoseverteilung der teilstationären Behandlungsfälle in der KJPPP	71
Tab. 9	Diagnoseverteilung der ambulanten Patientinnen und Patienten in der KJPPP	71
Tab. 10	Führungspositionen	74
Tab. 11	LVR-Klinikverbund und LVR-Krankenhauszentralwäscherei (verkürzte Bilanz)	82
Tab. 12	Umsatzerlöse im LVR-Klinikverbund nach Dienstleistungsbereichen	83
Tab. 13	Personalaufwand und Vollkräfte	83
Abb. 1	Versorgungsgebiete PP/PM	13
Abb. 2	Versorgungsgebiete KJPPP	16
Abb. 3	Anzahl der Teilnehmenden an der LVR-Akademie 2010-2014	20
Abb. 4	Voll- und teilstationäre Fälle und Verweildauer im Verlauf in der PP/PM	66
Abb. 5	Ambulante Patientinnen und Patienten in der PP/PM	67
Abb. 6	Voll- und teilstationäre Fälle und Verweildauer im Verlauf in der KJPPP	69
Abb. 7	Ambulante Patientinnen und Patienten in der KJPPP	70
Abb. 8	Versorgungssteuerung über ein Community Mental Health Center	73
Abb. 9	Anzahl der Beschäftigten	74
Abb. 10	Commitment im LVR-Klinikverbund	75
Abb. 11	Gründe für Beschwerden	77
Abb. 12	Wiederwahl der Klinik	78
Abb. 13	Partizipation	79
Abb. 14	Anteil fixierter Behandlungsfälle	81
Abb. 15	Krankenhaushäufigkeiten PP/PM vollstationär	84
Abb. 16	Krankenhaushäufigkeiten PP/PM teilstationär	85
Abb. 17	Angebotsstruktur der LVR-Kliniken in der PP/PM	86
Abb. 18	Angebotsstruktur der LVR-Kliniken in der KJPPP	87
Abb. 19	Krankenhaushäufigkeiten KJPPP vollstationär	88
Abb. 20	Krankenhaushäufigkeiten KJPPP teilstationär	89

Abkürzungsverzeichnis

AP	Allgemeine Psychiatrie
BBpE	Bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen
CMHC	Community Mental Health Center
EMAS	Eco-Management and Audit Scheme
GER	Gerontopsychiatrie
IVF	Institut für Versorgungsforschung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KiNZ	Kinderneurologisches Zentrum
KJPPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
LiGa	Leben in Gastfamilien
LVR	Landschaftsverband Rheinland
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NRW	Nordrhein-Westfalen
NWpG	Netzwerk psychische Gesundheit
PM	Psychosomatische Medizin
PP	Psychiatrie & Psychotherapie
PVG	Pflichtversorgungsgebiet
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragte
SGB	Sozialgesetzbuch
SIM	Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittler
SU	Abhängigkeitserkrankungen
SPKoM	Sozialpsychiatrisches Kompetenzzentrum Migration
SPZ	Sozialpsychiatrisches Zentrum
TK	Tagesklinik
UEMS	Europäisches Facharztexamen der European Union of Medical Specialists
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
zBM	zentrales Beschwerdemanagement
ZNN	Zentrum für Neurologie und Neuropsychiatrie

Impressum

Redaktion

Projektteam:

Friedhelm Kitzig

Dr. Roman Mennicken (Projektleiter)

LVR-Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement

Christine Strunk

LVR-Dezernat 8 Öffentlichkeitsarbeit und Marketing

Redaktionsbüro Schacht 11:

Torsten Wellmann

Tanja Weimer

Layout & Grafik

Schacht 11

Das Redaktionsbüro auf Zollverein

Katernberger Str. 107, D-45327 Essen

www.schacht11.de

Mitarbeit

Niklas Britz, Heidi Credé, Stephanie Frey, Guido Gierling, Marit Groner, Jürgen Klaben, Sabine Knau, Peter Kreacsik, Noemi Wulff

Fotos

Matthias Jung, Lothar Kornblum, Nicole Noack

Titelfoto: Matthias Jung, Titelbild-Layout: Fabian Siegel

Druck

Druckerei des Landschaftsverbandes Rheinland, Ottoplatz 2, 50679 Köln

Landschaftsverband Rheinland

LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen

1. Auflage: 1200 Stück

Köln, September 2016

Der LVR-Psychiatrie-Report steht auch als barrierefreies PDF-Dokument zum Download bereit:

www.klinikverbund.lvr.de/de/nav_main/beruns/derklinikverbund/klinikverbund.html

Der LVR-Klinikverbund: Menschlich.Kompetent.Nah.

Eine starke Partnerschaft

Menschlich, kompetent und wohnortnah, deckt der LVR-Klinikverbund mit seinen zehn Fachkliniken ein großes Spektrum von Hilfen für Kinder und Jugendliche, für Erwachsene und alte Menschen mit einer psychischen Erkrankung ab: von A wie Aufmerksamkeitsdefizitstörung bis Z wie zwanghaftes Verhalten.

Die Leistungen des LVR-Klinikverbundes umfassen rheinlandweit neben psychiatrischen Hilfen auch neurologische und orthopädische Angebote.

Unsere Verpflichtung Gemeinsam stark für die Gesellschaft

Als Klinikverbund in öffentlich rechtlicher Trägerschaft sind wir den Bürgerinnen und Bürgern in besonderer Weise verpflichtet.

Unsere Überzeugung Der Mensch im Mittelpunkt

Wir gehen fair und partnerschaftlich miteinander um. Das heißt, wir beschäftigen uns mit jeder Patientin und jedem Patienten individuell, ganzheitlich, wertschätzend, und achten den freien Willen.

Unsere Verantwortung Fürsorge für Beschäftigte

Wir sorgen dafür, dass unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter körperlich und psychisch gesund bleiben.

Wir bieten Rahmenbedingungen, die Beruf und Privatleben miteinander in Einklang bringen.

Unsere Kompetenz Mehr Wissen, neues Denken

In unserem starken Klinikverbund arbeiten wir einrichtungsübergreifend, nutzen die Erkenntnisse der neuesten universitären Forschung und teilen unser Wissen.

Unser Engagement Einsatz für mehr Menschlichkeit

Wir setzen uns ein, damit psychisch erkrankte Menschen mitten unter uns leben: Durch lebensnahe Angebote, hohe Leistungsfähigkeit und eine menschliche Psychiatrie.

Landschaftsverband Rheinland
LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
Kennedy-Ufer 2, 50679 Köln
Tel.: +49 (0) 221-809-6596
Fax: +49 (0) 221-8284-4596
roman.mennicken@lvr.de

Vorlage-Nr. 14/1540

öffentlich

Datum: 27.09.2016
Dienststelle: Fachbereich 83
Bearbeitung: Herr Thewes

Krankenhausausschuss 3	24.10.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	25.10.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	26.10.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	27.10.2016	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	28.10.2016	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

Kenntnisnahme:

Der Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wird gemäß Vorlage Nr. 14/1540 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:

Nach dem Referentenentwurf vom 19. Mai 2016 (vgl. Vorlage 14/1297) hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 3. August 2016 dem Kabinett einen Gesetzesentwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vorgelegt und in die parlamentarische Beratung eingebracht. Ziel ist es, die Transparenz und die Leistungsorientierung der Vergütung zu verbessern und die sektorenübergreifende Behandlung in der psychiatrischen Versorgung zu fördern.

Der Gesetzentwurf verändert den ordnungspolitischen Rahmen für das neue Entgeltsystem für die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken. Der neue ordnungspolitische Rahmen nach dem Gesetzentwurf des PsychVVG ist in Anlage 1 im Überblick dargestellt.

Gegenüber dem Referentenentwurf enthält der aktuelle Gesetzesentwurf folgende wesentliche Veränderungen:

- Die verbindliche Einführung des neuen Entgeltsystems wird um ein Jahr verschoben. Alle psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken haben das System jetzt zum 01.01.2018 einzuführen. Nach einer zweijährigen budgetneutralen Phase startet das System dann zum 01.01.2020.
- Die bei der Vereinbarung des Budgets zu berücksichtigenden Tatbestände sind spezifiziert worden. Leistungserhöhungen können allerdings nur noch vereinbart werden, wenn diese auf zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes zurückzuführen sind.
- Die Bestimmungen zum „Leistungsbezogenen Vergleich“ sind spezifiziert worden. Es wird jetzt explizit auf regionale und strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung verwiesen, die ein Teil des Vergleichs darstellen. Neu ist, dass der Vergleich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erstellt werden soll.
- Für regionale und strukturelle Besonderheiten sollen jetzt gesonderte Entgelte vereinbart werden.
- Der bisher vorgesehene, zu vereinbarende landesweite Basisentgeltwert entfällt.
- Der Psych-PV Nachweis erfolgt bis einschließlich 2019 nur noch gegenüber dem InEK. Ab dem Jahr 2020, wie bereits im Referentenentwurf vorgesehen, gegenüber dem InEK und den Krankenkassen.
- Wenn stationsäquivalente Leistungen erbracht werden, muss jetzt keine Kapazitätsanpassung mehr direkt vorgenommen werden. Allerdings sollen die Selbstverwaltungspartner vereinbaren, welche Grundsätze für eine Kapazitätsanpassung gelten sollen.

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

- a. Das Preissystem wird durch ein Budgetsystem ersetzt.
- b. Die ab dem Jahr 2019 vorgesehene Konvergenzphase entfällt. Stattdessen wird ein „Leistungsbezogener Vergleich“ eingeführt, der Hinweise zur Angemessenheit des Budgets liefern soll.
- c. 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. Im Jahr 2019 kann der um den Veränderungswert gesteigerte Gesamtbetrag für Personalkostensteigerungen für PsychPV-Stellen überschritten werden. Bis 2018 gilt hier der alte PsychPV Ausnahmetatbestand der alten BPfIV.
- d. Neben den voll- und teilstationären Leistungen kann die Leistungserbringung auch in Form von stationsäquivalenten Behandlungen erfolgen. Der Mindererlösausgleich wird von 20 % auf 50 % erhöht (§ 3 Abs 7).

- e. Für leistungsbezogene, strukturelle Besonderheiten können gesonderte Entgelte vereinbart werden.
- f. Der OPS-Katalog ist regelmäßig zu überprüfen, inwieweit einzelne Vorgaben nicht entgeltrelevant sind und damit entfallen können.

Aus Sicht des LVR besonders kritisch zu betrachten sind:

- 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 Stellen 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.
- 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.
- Wesentliche Regelungsinhalte werden an die Selbstverwaltungspartner verwiesen.
- Die Selbstverwaltungspartner sind aufgefordert, den OPS Katalog regelmäßig zu überprüfen, um den Dokumentations- und Abrechnungsaufwand zu vereinfachen. Der Gesetzentwurf enthält keine Vorgaben, dass das Entgeltsystem zu vereinfachen und damit grundsätzlich bürokratieärmer auszugestalten ist.
- Das InEK wird in den Gesetzestext explizit aufgenommen. Damit wird das InEK faktisch zu einem Bundesinstitut.

Aus Sicht des Landschaftsverbandes Rheinland ergeben sich wesentliche Punkte, die im Referentenentwurf dringend anzupassen sind:

- Vollständige Finanzierung der notwendigen Personalausstattung:
Die Finanzierung der Vorgaben zur Personalausstattung sind nur unzureichend geregelt. Zu regeln ist im Gesetz, dass die vereinbarten Psych-PV Stellen auch ausreichend finanziert werden.
- Der Gesetzgeber hat normative Eckpunkte eines neuen Entgeltsystems vorzugeben. Leider wird die Systematik von § 17d KHG nicht geändert. Es bleibt bei einem leistungsorientierten (pauschalierenden) Entgeltsystem. Der Richtungswechsel von einem Preis- zu einem Budgetsystem muss im Gesetzestext deutlicher werden, damit die Selbstverwaltungspartner und InEK bei der Weiterentwicklung des Systems daran gebunden sind.
- Orientierung an den Mindestvorgaben zur Personalausstattung:
Grundsätzlich sollte sich das neue Entgeltsystem an den neuen Mindestvorgaben zur Personalausstattung orientieren. Auf dieser Basis könnten nach dem Vorbild der Psych-PV Behandlungsbereiche definiert werden, die die Basis eines differenzierten Entgeltkataloges darstellen. Somit ergäbe sich ein durchgängiges System von Vorgaben zur Personalausstattung, der Budgetfindung und der Abrechnung.

Begründung der Vorlage Nr. 14/1540:

I. Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen

Nach dem Referentenentwurf vom 19. Mai 2016 (vgl. Vorlage 14/1297) hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 3. August 2016 dem Kabinett einen Gesetzesentwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vorgelegt und in die parlamentarische Beratung eingebracht. Ziel ist es, die Transparenz und die Leistungsorientierung der Vergütung zu verbessern und die sektorenübergreifende Behandlung in der psychiatrischen Versorgung zu fördern.

Der Gesetzentwurf verändert den ordnungspolitischen Rahmen für das neue Entgeltsystem für die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken. Der neue ordnungspolitische Rahmen nach dem Gesetzentwurf des PsychVVG ist in **Anlage 1** im Überblick dargestellt.

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 soll gefördert werden.

Gegenüber dem Referentenentwurf enthält der aktuelle Gesetzesentwurf folgende Veränderungen:

- **§ 17d KHG Vorgaben zum neuen Entgeltsystem**
In den § 17d KHG, der die Grundlage des Neuen Entgeltsystems bildet, wurde folgende Passage aufgenommen: *„dabei muss unter Berücksichtigung des Einsatzzwecks des Vergütungssystems als Budgetsystem sein Differenzierungsgrad praktikabel und der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt sein.“* Damit erfolgen Vorgaben für die Entgeltsystematik, die jedoch unbestimmt sind.
- **§ 3 Abs. 1 BPfIV: Zeitplan Start jetzt 1.1.2020**
Die verbindliche Einführung des neuen Entgeltsystems wird um ein Jahr verschoben. Alle psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken haben das System jetzt zum 1.1.2018 einzuführen. Nach einer zweijährigen budgetneutralen Phase startet das System dann zum 1.1.2020. Damit wird erreicht, dass das neue System parallel zu den Mindestvorgaben zur Personalausstattung in Kraft tritt.
- **§ 3 Abs. 3 BPfIV: Budgetfindung**
Die bei der Vereinbarung des Budgets zu berücksichtigenden Tatbestände sind spezifiziert worden. Leistungserhöhungen können allerdings nur noch vereinbart werden, wenn diese auf zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes zurückzuführen sind. Die Möglichkeiten Kostenentwicklungen zu berücksichtigen, sind um die Punkte Verweildauerverkürzung, Fehlbelegungsprüfungen und Verlagerung in den ambulanten Bereich ergänzt worden. Regionale und strukturelle Besonderheiten sind mit aufgenommen worden.
- **§ 4 BPfIV: Leistungsbezogener Vergleich**
Die Bestimmungen zum „Leistungsbezogenen Vergleich“ sind spezifiziert worden. Es wird jetzt explizit auf regionale und strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung verwiesen, die ein Teil des Vergleichs darstellen. Neu ist, dass der Vergleich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)

erstellt werden soll.

Der Vergleich ist jetzt nicht mehr die „Grundlage zur Bestimmung eines leistungsgerechten Gesamtbetrages“ sondern dient nur noch der Unterstützung der Vertragsparteien. Allerdings ergibt sich eine Verbindlichkeit zur Anwendung des Vergleichs bei der Budgetvereinbarung aus § 3 BPfIV.

- **§ 6 Abs. 2 BPfIV: Entgeltformen**

Für regionale und strukturelle Besonderheiten sollen jetzt gesonderte Entgelte vereinbart werden, in Analogie zu den besonderen Einrichtungen in der Somatik. Eine Vorabauskunft durch das InEK ist nicht mehr erforderlich.

- **§ 10 BPfIV: Landesweiter Basisentgeltwert**

Der bisher vorgesehene, zu vereinbarende landesweite Basisentgeltwert entfällt. Dieser ist zukünftig Teil des leistungsbezogenen Vergleichs. Der § 10 entfällt komplett, so dass keine Regelungen auf Landesebene mehr erfolgen.

- **§ 18 BPfIV: Psych-PV Nachweis**

Der Psych-PV Nachweis erfolgt bis einschließlich 2019 nur noch gegenüber dem InEK. Ab dem Jahr 2020, wie bereits im Referentenentwurf vorgesehen, gegenüber dem InEK und den Krankenkassen. Der vorgehaltene Personalbestand ist bei der Budgetvereinbarung zu berücksichtigen (§ 3 BPfIV).

- **§ 115d SGB V Stationsäquivalente Leistungen**

Der Absatz ist neu verfasst worden. Es muss jetzt keine Kapazitätsanpassung mehr vorgenommen werden, wenn stationsäquivalente Leistungen erbracht werden. Allerdings sollen die Selbstverwaltungspartner vereinbaren, welche Grundsätze für eine Kapazitätsanpassung gelten sollen.

Mit den Veränderungen hat das BMG teilweise auf die Stellungnahmen der Berufs- und Fachverbände reagiert. Der LVR-Klinikverbund hat seine Forderungen in die Stellungnahmen der BAG (Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser) und des Deutschen Städtetages eingebracht.

II. Beurteilung des Gesetzesentwurfs durch den Landschaftsverband Rheinland

Mit dem Gesetzesentwurf soll der ordnungspolitische Rahmen des neuen pauschalen Entgeltsystems in der Psychiatrie entsprechend der Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems angepasst werden von einem Preis- zu einem Budgetsystem. Die Vertragsparteien erhalten Vorgaben für die Budgetfindung und die Budgetbemessung.

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 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. 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 vereinbart werden.
- h. Der OPS-Katalog ist regelmäßig zu überprüfen, inwieweit einzelne Vorgaben nicht entgeltrelevant sind und damit entfallen können.

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 Stellen der neuen Mindestvorgaben für die Personalausstattung nicht eindeutig vorgegeben wird. Hoch problematisch ist, dass Tarifsteigerungen nur anteilig refinanziert werden, wenn der Veränderungswert unterhalb der Tarifraterate 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. Wesentliche Regelungsinhalte werden an die Selbstverwaltungspartner verwiesen. Dies sind:
 - Struktur und Inhalt der Budgetunterlagen
 - Wegfall von Dokumentationsvorschriften
 - Ausgestaltung des Nachweises
 - Einzelheiten zur Ausgestaltung des Leistungsvergleiches
 - Verfahren für die Vergütungen struktureller und regionaler BesonderheitenDies 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.
- d. Die Selbstverwaltungspartner sind aufgefordert, den OPS Katalog regelmäßig zu überprüfen, um den Dokumentations- und Abrechnungsaufwand zu vereinfachen. Der Gesetzentwurf enthält aber keine Vorgaben, um das Entgeltsystem zu vereinfachen und damit grundsätzlich bürokratieärmer auszugestalten ist.

Der Allgemeine Teil der Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zum Gesetzentwurf ist als **Anlage 2** beigefügt.

3. Vom Gesetzentwurf nicht erfasste Bereiche

Der Gesetzentwurf beschränkt sich auf Formulierungen zu einer Veränderung des ordnungspolitischen Rahmens. Offen bleibt, welche Struktur der Entgeltkatalog zukünftig haben wird. Die Verantwortung und die Weiterentwicklung des Katalogs liegen weiterhin bei den Selbstverwaltungspartnern. Die massive Zunahme der Bürokratie resultiert aber i.W. aus dem PEPP-Entgeltkatalog.

Der Gesetzgeber hat in den § 17d KHG eine Formulierung aufgenommen, dass *„unter Berücksichtigung des Einsatzzwecks des Vergütungssystems als Budgetsystem sein Differenzierungsgrad praktikabel und der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt sein“* muss.

In Gesetzesbegründung führt das BMG aus, dass *„Angesichts der geänderten Rahmenbedingungen für den Einsatz des Entgeltsystems, das nunmehr nicht mehr als Preis-, sondern als Budgetsystem angewendet werden soll (vgl. § 17d Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG), muss das Entgeltsystem für das Jahr 2018 und die Folgejahre überarbeitet werden und die Pauschalierung gestärkt sowie auf eine Verminderung des Dokumentationsaufwands hingewirkt werden.“*

Gegenüber dem Referentenentwurf ist dies bereits eine Verbesserung, allerdings noch sehr unspezifisch. Wichtig wäre, dass das Vergütungssystem auch kompatibel ist zu den Mindestvorgaben zur Personalausstattung. Die Chance zur nachhaltigen Veränderung des Systems wird damit ausgelassen. PEPP ist durch das Budgetsystem abgemildert, aber noch nicht weg.

III. Vorschläge des Landschaftsverband Rheinland zur Anpassung des Gesetzentwurfes

Aus Sicht des Landschaftsverbandes Rheinland ergeben sich wesentliche Punkte, die im Gesetzentwurf dringend anzupassen sind:

- **Finanzierung der notwendigen Personalausstattung**
Die Finanzierung der Vorgaben zur Personalausstattung sind nur unzureichend geregelt. Durch die Einführung einer Nachweispflicht ergibt sich zudem die verstärkende Problematik, dass Mittel zurückzuzahlen sind, die ein Krankenhaus jedoch nie erhalten hat. Die Problematik ergibt sich teilweise aus der Formulierung, dass die „Zahl der Personalstellen“ zu finanzieren und nachzuweisen ist. Diese Art der Formulierung hat bereits zu der bekannten Psych-PV Schere in den Jahren 2000 bis 2008 geführt, mit Psych-PV Quoten von unter 80 %, die dann über die Neuregelung des § 6 Abs. 4 BpflV korrigiert werden musste. Zu regeln ist im Gesetz, dass die vereinbarten Psych-PV Stellen auch ausreichend finanziert werden. Dabei ist ausdrücklich zwischen tarifgebundenen und tarifungebundenen Krankenhäusern zu unterscheiden.
- **Vorgaben zur Entgeltsystematik**
Der Gesetzgeber hat normative Eckpunkte eines neuen Entgeltsystems vorzugeben. Dies könnte durch eine Neuformulierung des § 17d KHG umgesetzt werden, an die die Selbstverwaltungspartner und das InEK bei der Entwicklung des Systems gebunden wären.
- **Orientierung an den Mindestvorgaben zur Personalausstattung**
Grundsätzlich sollte sich das neue Entgeltsystem an den neuen Mindestvorgaben zur Personalausstattung orientieren. Auf dieser Basis könnten nach dem Vorbild der Psych-PV Behandlungsbereiche definiert werden, die die Basis eines differenzierten Entgeltkataloges darstellen. Somit ergäbe sich ein durchgängiges System von Vorgaben zur Personalausstattung, der Budgetfindung und der Abrechnung.

Der LVR wurde gebeten in der öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages zu dem Gesetzentwurf Stellung zu nehmen. Die Stellungnahme des LVR ist als **Anlage 3** beigefügt.

IV. Weiteres Vorgehen

Der voraussichtliche Zeitplan des Gesetzgebungsverfahrens stellt sich aktuell wie folgt dar (Änderungen nicht ausgeschlossen):

07.09.2016:	Gesundheitsausschuss des Bundesrates
22.09.2016:	1. Lesung im Bundestag
23.09.2016:	1. Durchgang Bundesrat
26.09.2016:	Öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages
10./11.11.2016:	2./3. Lesung Bundestag
25.11.2016:	2. Durchgang Bundesrat
01.01.2017:	Inkrafttreten

Über den weiteren Verlauf und die Veränderungen im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens wird die Verwaltung weiter berichten.

In Vertretung

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

Grundsätzliche Veränderungen des ordnungspolitischen Rahmens durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

Stand: 7. September 2016 (Kabinettentwurf)

1. 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 haus-individuelle 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.

2. 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.

3. 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 BPfIV 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.

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.

4. 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.

5. 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 akuten Krankheitsphasen 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.

6. 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.

7. Verminderung des Dokumentationsaufwandes und Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung

Zur Verminderung des Dokumentationsaufwands haben die Vertragsparteien auf Bundes-ebene 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.

8. Verbesserung des Mindererlösausgleich

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

9. Regelungen zur Standortidentifikation von Krankenhäusern und ihren Ambulanzen

Der GKV-Spitzenverband und die DKG werden verpflichtet, eine bundeseinheitliche Definition der Kriterien von Krankenhausstandorten und der Krankenhausambulanzen festzulegen, die insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung der stationären Leistungen, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet ist.

Auf dieser Grundlage haben der GKV-Spitzenverband und die DKG künftig ein bundesweites Verzeichnis der Krankenhausstandorte und der Standorte von Krankenhausambulanzen zu führen und zu aktualisieren, wobei mit der Führung des Verzeichnisses auch das InEK beauftragt werden kann. Ein solches Verzeichnis ist u. a. Voraussetzung für die Regelungen des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG) im Bereich der Qualitätssicherung und der Mengensteuerung.

10. Zeitplan

Die verpflichtende Einführung des neuen Entgeltsystems für alle psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser wird um ein Jahr auf den 01.01.2018 verschoben. 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. Die für die Jahre 2019 bis 2023 vorgesehene Konvergenzphase wird gestrichen. Dafür wird ab dem 1.1.2020 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.

Stellungnahme
der Deutschen Krankenhausgesellschaft
zum Gesetzentwurf
der Bundesregierung
zum
Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und
psychosomatische Leistungen (PsychVVG)
vom 31. August 2016

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	4
Besonderer Teil	11
Artikel 1 - Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	11
Zu Artikel 1 Nr. 1: § 2a KHG	
Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten	11
Zu Artikel 1 Nr. 5a) aa): § 17d KHG	
Anpassung des Auftrages der Selbstverwaltung zur Systementwicklung	14
Zu Artikel 1 Nr. 5a) cc): § 17d KHG	
Kalkulationsgrundlage.....	15
Zu Artikel 1 Nr. 5d): § 17d Abs. 4 KHG	
Einführungsphasen	16
Artikel 2 - Änderung der Bundespflegesatzverordnung	18
Zu Artikel 2 Nr. 4b: § 3 Abs. 1 BPfIV	
Einführungsphasen	18
Zu Artikel 2 Nr. 4c: § 3 Abs. 2 BPfIV	
Vereinbarung des Gesamtbetrages - Fristen	18
Zu Artikel 2 Nr. 4d: § 3 Abs. 3 und 4 BPfIV	
Vereinbarung des Gesamtbetrages	19
Zu Artikel 2 Nr. 4h: § 3 Abs. 7 BPfIV	
Mindererlösausgleich	23
Zu Artikel 2 Nr. 5: § 4 BPfIV	
Leistungsbezogener Vergleich	25
Zu Artikel 2 Nr. 6b: § 6 Abs. 2 und 3 BPfIV	
Entgelte für regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung	26
Zu Artikel 2 Nr. 9a) dd): § 9 Abs. 1 Nr. 7 bis 9 BPfIV	
Vereinbarung auf Bundesebene	27
Zu Artikel 2 Nr. 11: § 11 BPfIV	
Unterlagen der Budgetvereinbarung	28
Zu Artikel 2 Nr. 14b: § 18 Abs. 2 BPfIV	
Nachweispflichten zur Stellenbesetzung und Verwendung der Mittel	29
Artikel 3 - Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	31
Zu Artikel 3 Nr. 1: § 4 Abs. 2b KHEntgG	
Klarstellung zur Bemessungsgrundlage für einen halbierten Fixkostendegressionsabschlag	31
Artikel 4 - Weitere Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes	35
Zu Artikel 4 Nr. 3: § 21 Abs. 2 Nr. 2b) KHEntgG	
Übermittlung und Nutzung von Daten	35
Artikel 5 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	36
Zu Artikel 5 Nr. 2a - b: § 39 Abs. 1 SGB V	
Krankenhausbehandlung	36
Zu Artikel 5 Nr. 3: § 101 Abs. 1 Satz 10 SGB V	
Bedarfsplanung.....	37

Zu Artikel 5 Nr. 4: § 109 Abs. 1 Satz 6 und 7 SGB V Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern	39
Zu Artikel 5 Nr. 5: § 115d SGB V Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	40
Zu Artikel 5 Nr. 6: § 118 Abs. 3 SGB V Psychiatrische Institutsambulanzen	44
Zu Artikel 5 Nr. 7b): § 136 Abs. 1 SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung	45
Zu Artikel 5 Nr. 8a - d: § 136a Abs. 2 SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen	46
Zu Artikel 5 Nr. 9: § 136c Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung	47
Zu Artikel 5 Nr. 10: § 137 Abs. 2 Satz 1 SGB V Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses	49
Zu Artikel 5 Nr. 13: § 271 Abs. 2 Satz 4 SGB V Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds in Liquiditätsreserve	50
Zu Artikel 5 Nr. 14: § 293 Abs. 6 SGB V Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer	51
Zu Artikel 5 Nr. 15: § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V Abrechnung ärztlicher Leistungen	54
Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	56
1. Tarifausgleichsrate bezogen auf Landesbasisfallwerte	56
2. Einführung einer Krankenhausarzt Nummer für ambulante Krankenhausleistungen	57
3. Notfallvergütung	61
4. Ausweitung des G-BA-Mehrkostenzuschlags auf besondere Einrichtungen	64
5. Ausweitung des G-BA-Mehrkostenzuschlags auf Anforderungen aus den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren	65
6. Ausweitung des Hygieneförderprogramms auf Psych-Einrichtungen	66
7. Klarstellung zu § 301 SGB V - Übermittlung der Einweisungsdiagnose	67
8. Klarstellung zu § 301 SGB V - Angaben zu durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	68
9. Feststellung von Arbeitsunfähigkeit durch Krankenhäuser im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung	70
10. Extrabudgetäre Vergütung „Behandlungen von Bluterpatientinnen und -patienten in der Psychiatrie und Psychosomatik“	71
11. Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen bei stationsäquivalenter Behandlung	72
12. Hilfsmittelversorgung von Patienten	72

Allgemeiner Teil

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden die Weichen für die weitere Umsetzung der Finanzierungsreform für die stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung neu gestellt. Der ursprünglich vorgesehene Weg in eine preisorientierte Vergütung über landeseinheitliche Tagespauschalen wird nicht weiter verfolgt. Die Ziele, die die Koalition mit dieser ordnungspolitischen Neuausrichtung anstrebt, werden von den Krankenhäusern unterstützt, nämlich:

- Begründete individuelle Kosten der Kliniken sollen auch weiterhin über krankhausindividuelle Budgets finanziert werden.
- Regionale und strukturelle Besonderheiten sollen im Rahmen der individuellen Budgets berücksichtigt werden.
- Der Krankenhausvergleich soll als Orientierungshilfe zur Gewährleistung eines ausreichenden, den Personal- und Qualitätserfordernissen angemessenen Budgets und nicht als Budgetabsenkungsinstrument eingesetzt werden.
- Der Entgeltkatalog soll den medizinischen Erfordernissen Rechnung tragen und darf nicht zu Fehlanreizen und Fehlsteuerungen führen.
- Die Kalkulation der Bewertungsrelationen soll auf der Grundlage einer bedarfsgerechten Personalausstattung und leitliniengerechten Qualitätsnormen erfolgen.
- Die Personalausstattung soll verbessert werden.

Diese mit den Eckpunkten und im strukturierten Dialog am 18. Februar 2016 formulierten Leitziele werden mit dem vorliegenden Gesetzentwurf durch zahlreiche Regelungen, die in ihrer komplexen Zusammenwirkung gesehen werden müssen, aufgegriffen. Dabei werden zentrale Kritikpunkte der Krankenhäuser am Konzept des Referententwurfs nunmehr berücksichtigt. Grundsätzlich wird sich die Reform der Finanzierung der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen aber daran messen lassen müssen, wie die konkrete Ausgestaltung von verbindlichen Personalanforderungen erfolgt. Dabei ist die notwendige Flexibilität des Personaleinsatzes zur Umsetzung unterschiedlicher medizinischer Konzepte zu berücksichtigen, die Problematik des Fachkräftemangels und von dadurch bedingten Nicht- und Minderbesetzungen zu lösen und die vollständige Personalfinanzierung zu sichern. Insbesondere diese Fragen werden mit dem vorliegenden Gesetzentwurf aber in keinsten Weise zufriedenstellend beantwortet. Durch die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Überführung der G-BA-Empfehlungen zur therapeutischen Personalausstattung (§ 136 a SGB V) in eine verbindliche Mindestvorgabe, wird die Unzulänglichkeit des Gesetzentwurfs im Gesamtbereich Personal noch einmal deutlich verstärkt.

Die Verpflichtung zur Umsetzung von externen, durch G-BA-Richtlinien vorgegebenen Personalvorhaltungen kann zwingend nur dann zur Anwendung kommen, wenn die vollständige Refinanzierung der daraus resultierenden Personalkosten gesetzlich und unabdingbar so sichergestellt wird, dass sämtliche Personalkosten einschließlich aller Komponenten der Tarifanpassungen eins zu eins und ungedeckt in die Budgets ein-

gebracht werden. Dies muss auch für die politisch gewollte volle Personalausstattung nach PsychPV ab sofort gelten.

Mit den vorgegebenen detaillierten Nachweispflichten über die Personalausstattung und der Zweckbindung von Budgetanteilen wird ein Paradigmenwechsel in der Krankenhausfinanzierung eingeleitet, der den Krankenhäusern die Möglichkeiten zur eigenverantwortlichen Versorgungsgestaltung nimmt. Die Krankenhäuser brauchen ausreichende Flexibilität für einen berufsgruppenübergreifenden Einsatz des Personals. In jedem Falle müssen die Auswirkungen von Personalfluktuationen und Personalengpässen aufgrund der Abhängigkeit vom Arbeitsmarkt sanktionsfrei bleiben und dürfen keine nachträglichen Budgetkürzungen auslösen. Ohne diese flankierenden Regelungen entsteht eine starre Zweckbindung für den überwiegenden Teil der Budgets der Krankenhäuser.

Aus Sicht der Krankenhäuser sind die weiteren mit dem Gesetzentwurf angesprochenen Themenkomplexe im Einzelnen wie folgt zu bewerten.

Zeitplan und Einführungsphasen

Mit der Verschiebung der Einführungsphasen um ein Jahr greift der Gesetzentwurf eine elementare Forderung der Krankenhäuser auf. Aufgrund der tiefgreifenden Neuausrichtung des Systems und den damit verbundenen Entwicklungsaufgaben ist die Verschiebung um ein Jahr zwingend erforderlich. Nunmehr kann die erforderliche Anpassung des Entgeltkataloges bis zur verbindlichen Anwendung des Systems im Jahr 2018 umgesetzt werden. Auch für die Entwicklung eines sachgerechten Krankenhausvergleiches einschließlich der Umsetzung der hierfür erforderlichen Datenübermittlungen steht ein Jahr mehr zur Verfügung. Zudem erfolgt der Einstieg in die Anpassungsphase im Jahr 2020 zeitgleich mit der Einführung der Mindestanforderungen des G-BA an die Personalausstattung, so dass keine Inkonsistenzen des Systems entstehen.

Vorschriften für die Budgetverhandlungen ab 2020

Die neuen Vorschriften zur Budgetfindung greifen die bisherigen Verhandlungstatbestände auf. Auf die noch im Referentenentwurf vorgesehene Einführung von theoretischen „Wirtschaftlichkeitsreserven“ und „Substitutionspotenzialen“ bei der Geltendmachung von Leistungszuwächsen wird verzichtet.

Eine deutliche Verschlechterung im Vergleich zum derzeitigen Budgetrecht stellen allerdings die Regelungen zur Leistungsentwicklung dar, da diese nicht mehr als eigenständiger Ausnahmetatbestand zur Überschreitung des Veränderungswertes geltend gemacht werden können. Dies wird mit der nun vorgesehenen Zulassung von Überschreitungen der Veränderungsrate bei Leistungszuwächsen aufgrund der Krankenhausplanung in keinsten Weise geheilt.

Behandlungsfälle von Patienten mit psychischen Erkrankungen verzeichnen in den letzten Jahren einen der größten Zuwächse bei den Fallzahlen von Krankenhäusern. Auch in Zukunft ist von einem steigenden Behandlungsbedarf aufgrund psychischer Erkrankungen auszugehen. Das damit verbundene Morbiditätsrisiko darf nicht den Kranken-

häusern aufgebürdet werden. Deshalb muss wie im bisherigen Budgetrecht auch in Zukunft gewährleistet sein, dass Fallzahl- und Fallschwereresteigerungen als eigenständiger Ausnahmetatbestand zur Überschreitung des Veränderungswertes geltend gemacht und damit ohne fiskalische Deckelung in die Budgets der Krankenhäuser eingebracht werden können. Ohne diese Korrektur würde eine deutliche Verschlechterung bei der Finanzierung des zusätzlichen Leistungsbedarfs gegenüber dem geltenden Recht eintreten.

Die Erhöhung des Mindererlösausgleichssatzes ab dem Jahr 2017 auf 50 % ist mit Blick auf bestehende Prognoseunsicherheiten bei der Vorausschätzung des Leistungsmengengerüstes sachgerecht. Allerdings ist nicht nachvollziehbar, warum in Folge der Verlängerung der freiwilligen Anwendungsphase bis einschließlich 2017 der Mindererlösausgleich für die Optionshäuser im Jahr 2017 nicht wie in den Vorjahren mit 95 % beibehalten wird. Auch die sehr restriktiven Ausgleichssätze in Höhe von 85 % bzw. 90 % für die sonstigen Mehrerlöse sind nicht nachvollziehbar. Der Mehrerlösausgleich sollte zumindest wie im somatischen Bereich dauerhaft auf 65 % festgelegt werden.

Beim Krankenhausvergleich ist noch deutlicher hervorzuheben, dass die Ergebnisse des Vergleichs nicht zu einer schematischen Konvergenz führen dürfen und dass dieser nur als Orientierungshilfe für die Verhandlungspartner vorgesehen ist. Ansonsten besteht die Gefahr, dass der Vergleich von den Krankenkassen primär zur Absenkung der Budgets genutzt werden wird. So sieht der Gesetzentwurf vor, dass eine deutliche Überschreitung der maßgeblichen Vergleichswerte nur bei unabweisbaren Gründen zulässig ist. Eine analoge Regelung zur Anhebung von Budgets bei deutlicher Unterschreitung der Vergleichswerte ist nicht vorgesehen. Diese Asymmetrie zu Lasten der Krankenhäuser muss gestrichen werden.

Finanzierung von regionalen und strukturellen Besonderheiten

Die DKG begrüßt ausdrücklich, dass die regionalen und strukturellen Besonderheiten mit dem Gesetzentwurf sowohl in den Budgetvorschriften als auch bei der Ausgestaltung des Krankenhausvergleiches explizit aufgegriffen werden. Zudem werden in der Begründung vielfältige Aufgaben und Besonderheiten beispielhaft erläutert, die einen höheren Finanzierungsbedarf begründen können. Somit wird der Wille des Gesetzgebers deutlich, dass regionale und strukturelle Besonderheiten in der neuen Budgetsystematik krankenhausesindividuell berücksichtigt werden sollen.

Allerdings muss in den Budgetvorschriften noch klarstellend ergänzt werden, dass diese Besonderheiten nicht nur bei der Leistungsentwicklung zu berücksichtigen sind, sondern auch die damit verbundenen Kosten in den Budgetverhandlungen geltend gemacht werden können.

Bezüglich der technischen Umsetzung sieht der Gesetzentwurf vor, dass für die „regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung“ krankenhausesindividuelle tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte vereinbart werden sollen. Dies könnte so verstanden werden, dass bei Vorliegen von strukturellen Besonderheiten anstatt der pauschalierenden Tagesentgelte krankenhausesindividuelle Tagesentgelte

vereinbart werden sollen. Um dies zu vermeiden, fehlt noch das ausdrückliche Bekenntnis, dass strukturell bedingte Kostenunterschiede auch durch unterschiedlich hohe krankenhausespezifische Basisentgeltwerte dauerhaft berücksichtigt oder durch Zuschläge finanziert werden sollen.

Krankenhausvergleich

Zur Unterstützung der Vertragsparteien auf Ortsebene soll ein „leistungsbezogener Vergleich“ entwickelt und ab dem Jahr 2020 budgetwirksam eingesetzt werden. In den Vergleich sind insbesondere die im Vorjahr vereinbarten Leistungen und Entgelte, die regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung, die vereinbarten und tatsächlich beschäftigten Vollkräfte sowie die ambulanten Leistungen einzubeziehen. Die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs sind grundsätzlich bundes- und landesweit auszuweisen und können nach Fachgebieten untergliedert werden.

Personalkostenunterschiede, die sich aufgrund regionaler Arbeitsmarkt- und Tarifbedingungen ergeben, müssen bei der Anwendung des Vergleichs ebenso berücksichtigt werden, wie tarifrelevante Altersstrukturunterschiede in der Personalausstattung der einzelnen Krankenhäuser

Der Krankenhausvergleich kann nur das Instrument einer Orientierungshilfe sein. Grundsätzlich positiv ist, dass die regionalen oder strukturellen Besonderheiten bei der Ausgestaltung des Vergleiches explizit einzubeziehen sind. Hiermit wird durch den Gesetzgeber anerkannt, dass strukturell bedingte Kostenunterschiede auch bei ähnlichen Leistungen (im Sinne der Definition der pauschalen Entgelte) begründet sein können. Allerdings ist zu beachten, dass der Mehraufwand wie z. B. bei der Pflichtversorgung nicht von dem Merkmal als solchem, sondern von dessen Intensität bestimmt wird und somit stark variieren kann. Für eine sachgerechte Abbildung dieser Strukturmerkmale wäre dann eine kaum praktikable Anzahl von Vergleichsgruppen erforderlich. Zudem stellt der Vergleich auf die nach § 6 Absatz 2 BPfIV zu vereinbarenden krankenhausespezifischen Entgelte für regionale und strukturelle Besonderheiten ab. Um auf dieser Grundlage auch strukturelle Besonderheiten zu erfassen, die sich nicht über den Patientenbezug oder die Behandlungsleistungen beschreiben lassen, müssten die in § 6 BPfIV angelegten Entgeltformen um Zuschläge ergänzt werden.

Begrenzung des Aufwands für Dokumentation und Abrechnungsprüfung

Der Gesetzentwurf greift als weiteren Kritikpunkt am Preissystem den „Bürokratie-“ und „Misstrauensaufwand“ auf. Es ist nicht mit dem Ziel einer Verbesserung der Personalausstattung vereinbar, wenn medizinisch-pflegerisches Personal mehr als zwingend erforderlich der Patientenversorgung entzogen wird. Mit dem Gesetzentwurf wird die Selbstverwaltung beauftragt, den Dokumentationsaufwand durch Streichung der nicht erlösrelevanten OPS zu reduzieren und das Entgeltsystem an die Erfordernisse des neuen Budgetsystems anzupassen. Somit können nicht nur die Kodierung, sondern auch die Abrechnungsbestimmungen und die Struktur der Entgelte im Sinne einer „Konsolidierung“ weiterentwickelt werden. Unter den neuen Rahmenbedingungen kann das Ziel der Pauschalierung gestärkt werden, während das Ziel der „Kostentrennung“

an Bedeutung verliert, ohne dass die Transparenzanforderungen des Systems reduziert werden müssen.

Kalkulation der Bewertungsrelationen

Die DKG unterstützt die Zielsetzung, die Kalkulation der Bewertungsrelationen „*perspektivisch auf der Grundlage einer guten Versorgungsqualität*“ durchzuführen. Aufgrund der seit Jahren fehlenden Ausfinanzierung der Psych-PV ist allerdings davon auszugehen, dass kaum ein Krankenhaus die Anforderungen der Psych-PV vollständig erfüllen kann. Daher ist die nunmehr in der Gesetzesbegründung vorgegebene Möglichkeit, dass die umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV für die Kalkulation der Bewertungsrelationen auch durch Hochrechnung der Kalkulationsdaten gewährleistet werden kann, von großer Bedeutung, um die Zielsetzung erreichen zu können.

Die vorgesehene Vereinbarung von Übergangsfristen zur Umsetzung von G-BA-Anforderungen für die Kalkulationseinrichtungen wirft die Frage auf, inwieweit die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG von den vom G-BA vorgegebenen Fristen abweichen können. Auch zur Weitergeltung der Psych-PV für die Kalkulationskrankenhäuser über das Jahr 2019 hinaus sollte nochmals geprüft werden, inwieweit dies mit den neuen gesetzlichen Vorgaben zur Budgetvereinbarung ab dem Jahr 2020 im Einklang steht.

Standortdefinition und -verzeichnis

Die Krankenhäuser anerkennen den Bedarf für eine bundeseinheitliche Definition der Standorte eines Krankenhauses. Dem Wortlaut des vorliegenden Gesetzesentwurfs und der Gesetzesbegründung nach, jeden Standort eindeutig geokodieren zu können, ist eine kleinräumige Standortdefinition vorgesehen. Ist dies tatsächlich beabsichtigt, werden weitergehende gesetzliche Anpassungen, z. B. der Mindestmengenregelungen, zwingend notwendig, um diese kleinräumigen Standorteinheiten zusammenfassen zu können - ähnlich wie es für die Budgetverhandlungen schon vorgesehen ist - und für die Qualitätssicherung sachgerecht nutzbar machen zu können. Daher ist es erforderlich, gesetzlich zu regeln, dass der G-BA auch mehrere oder alle Standortkennzeichen eines Krankenhauses insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung zusammenfassen kann. Auch muss die Definition eines Hauptstandortes mit Nebenstandorten möglich sein. Schließlich erscheint es unsachgemäß, jede kleinzellige Tagesklinik als eigenen Standort auszuweisen.

Da von der Standortdefinition nur die Krankenhäuser und ihre Ambulanzen direkt betroffen sind, ist nicht nachvollziehbar, weshalb die DKG und der GKV-SV im Rahmen ihrer Vereinbarung das Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung herstellen sollen. Diese Vorgabe ist daher ersatzlos zu streichen.

Grundsätzlich akzeptieren die Krankenhäuser auch das geplante bundesweite Verzeichnis der Krankenhausstandorte.

Stationsäquivalente Behandlung

Die Krankenhäuser begrüßen die geplante Stärkung einer patientenorientierten und bedarfsgerechten Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. Mit dem Gesetzentwurf wird klargestellt, dass eine stationsäquivalente Behandlung gleichberechtigt zur vollstationären Behandlung eingeführt wird. Klar hervorzuheben ist die optionale Möglichkeit des Angebots dieser Versorgungsform. Die Verknüpfung mit dem Abbau stationärer Betten verkennt den steigenden Versorgungsbedarf für psychisch Kranke und wird den Einstieg in die stationsäquivalente Behandlung für die Krankenhäuser erschweren. Aufgrund der komplexen Anforderungen an die Umsetzung stationsäquivalenter Behandlung (flexible, individuelle, multiprofessionelle 24-stündige Ressourcenbereitstellung) ist nicht von Ersparnissen gegenüber der vollstationären Behandlung auszugehen. Die entsprechende Finanzierung muss sichergestellt sein. Deshalb müssen Mehraufwendungen auch oberhalb der Veränderungsrate berücksichtigt werden.

Psychiatrische und Psychosomatische Institutsambulanzen

Die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sind ein wichtiger Bestandteil der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Ihr Leistungsspektrum geht weit über das der vertragsärztlichen Versorgung hinaus, insbesondere in Hinblick auf Patientenspektrum und Komplexität. Deshalb ist nicht nachvollziehbar, ob und inwieweit die Daten der PIAs zu einer Verbesserung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung beitragen können. Der Effekt auf die Niederlassung von Vertragsärzten dürfte jedenfalls sehr gering sein. Aus diesen Gründen ist die vorgesehene massive Ausweitung der Dokumentationsverpflichtung für die Krankenhäuser inakzeptabel.

Die Streichung der regionalen Versorgungsverpflichtung für die Ermächtigung Psychosomatischer Institutsambulanzen wird ausdrücklich begrüßt. Das Erfordernis einer Facharztüberweisung wird von den Krankenhäusern als zu hohe Barriere für den Zugang zur Behandlung in einer Psychosomatischen Institutsambulanz abgelehnt.

Finanzierung der Strukturen für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung

Positiv hervorzuheben ist die gesetzliche Klarstellung, dass der G-BA im Rahmen seiner Durchführungsbestimmungen auch dazu ermächtigt ist, Regelungen zur Finanzierung von notwendigen Strukturen für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung durch Qualitätssicherungszuschläge zu treffen. Dies muss auch die Kosten der Datenannahme beinhalten.

Die Aufnahme der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen in den Kreis der Empfänger der Daten zu den Auswertungen zu Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach §136c Abs. 1 SGB V, ist abzulehnen. Dies ist eine unverhältnismäßige und nicht erforderliche Ausweitung der Übermittlungsbefugnisse des G-BA.

Fazit

Aus Sicht der Krankenhäuser werden mit dem vorliegenden Gesetzentwurf tragfähige Grundlagen für die Neuausrichtung der Finanzierung von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen als Budgetsystem und für die Weiterentwicklung der Versorgung gelegt. Auf dieser Grundlage kann das leistungsorientierte Entgeltsystem an die neuen Rahmenbedingungen angepasst und ein sachgerechter Krankenhausvergleich entwickelt werden. Um Missverständnisse und Verzögerungen zu vermeiden, sollten jedoch die Fragen zur technischen Umsetzung der Finanzierung von regionalen und strukturellen Besonderheiten zeitnah geklärt werden.

Höchst problematisch bleibt nach wie vor die Ausgestaltung von verbindlichen Personalanforderungen. Verbindliche Personalvorgaben müssen die vollständige Refinanzierung, die Forderung nach Flexibilität des Personaleinsatzes zur Umsetzung unterschiedlicher medizinischer Konzepte und die Problematik des Fachkräftemangels und dadurch ausgelöste Nicht-/Minderbesetzungen berücksichtigen.

Die massive Ausweitung der Dokumentationsverpflichtung für die PIAs der Krankenhäuser ist angesichts der geringen Effekte auf die Niederlassung von Vertragsärzten nicht zu rechtfertigen und für die Krankenhäuser inakzeptabel.



Qualität für Menschen

Martina Wenzel-Jankowski
Landesrätin

Stefan Thewes
LVR-Fachbereichsleiter

Köln, 22.09.2016

Stellungnahme
des
Landschaftsverband Rheinland

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes
zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung
für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)
BT-Drucksache 18/9528

anlässlich der öffentlichen Anhörung des

Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages

am 26. September 2016 in Berlin

1. Vorbemerkungen

Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) arbeitet als Kommunalverband mit rund 18.000 Beschäftigten für die etwa 9,6 Millionen Menschen im Rheinland. Als größter regionaler psychiatrischer Krankenhausträger ist der LVR-Klinikverbund maßgeblich an der psychiatrischen Versorgung im Land NRW beteiligt. Mit seinen neun psychiatrischen Kliniken betreibt der LVR rd. 6.110 Betten/Plätze, davon entfallen 3.529 Betten und 823 tagesklinische Plätze (insgesamt 4.352 Betten/Plätze) auf den KHG-Bereich mit den Fachbereichen Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Neurologie. Der LVR-Klinikverbund ist der regionale Pflichtversorger für insgesamt 4,2 Mio. Einwohner im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie und 5,5 Mio. Einwohner im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. Mit insgesamt 10.087 beschäftigten Menschen an über 40 dezentralen Standorten behandelten die LVR-Kliniken im Jahr 2012 62.660 Personen an 1.613.636 Berechnungstagen. Hinzu kamen im Jahr 2012 56.291 ambulante Patientinnen und Patienten.

Daneben ist der LVR als Träger der überörtlichen Eingliederungshilfe auch als Kostenträger für die Versorgung (chronisch) psychisch kranker Menschen im Rheinland verantwortlich.

In seiner Rolle als Regionalverband sieht der LVR sich in einer übergreifenden Verantwortung für die Versorgung psychisch kranker Menschen, indem er als Fördergeber ein bundesweit beispielgebendes flächendeckendes Netz von 70 sozialpsychiatrischen Zentren in freier und kommunaler Trägerschaft im Rheinland finanziell unterstützt.

Der LVR ist damit direkt als Träger des LVR-Klinikverbundes und indirekt als Träger der überörtlichen Sozialhilfe von den Auswirkungen des Pauschalen Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) betroffen.

2. Stellungnahme

Mit dem Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) nimmt der Gesetzgeber eine Fülle von Kritikpunkten auf, die in der Vergangenheit, insbesondere von den Berufs- und Fachverbänden, an dem neuen Entgeltsystem vorgebracht wurden, und bietet Lösungen für die primären Probleme. Mit dem Gesetzentwurf ist eine grundsätzliche Veränderung des ordnungspolitischen Rahmens für die Einführung des neuen Entgeltsystems verbunden, die von den Krankenhausträgern sehr begrüßt werden.

a. Veränderungen mit eher positiver Beurteilung

- 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.
- 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 Kranken-

hauses). Dabei werden Ansätze des alten § 6 BpflV (Ausnahmetatbestände) übernommen.

- 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.
- 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. G-BA Vorgaben führen könnte
- 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. Kritisch ist allerdings, dass Voraussetzung für die Inanspruchnahme, neben einer Indikation für eine stationäre Behandlung, auch eine akute Krankheitsphase vorliegen muss.
- Der Mindererlösausgleich wird von 20 % auf 50 % erhöht. Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser werden jedoch bezogen auf den Mehrerlösausgleich gegenüber somatischen Krankenhäusern weiterhin benachteiligt. In somatischen Kliniken gilt ein Mehrerlösausgleich von 65%, während dieser für psychiatrische und psychosomatische Kliniken 85% betragen soll.
- Für leistungsbezogene strukturelle und regionale Besonderheiten können gesonderte Entgelte vereinbart werden.
- Der OPS-Katalog ist regelmäßig zu überprüfen, inwieweit einzelne Vorgaben nicht entgeltrelevant sind und damit entfallen können.

b. Veränderungen, die überwiegend kritisch zu beurteilen sind:

- In § 3 Abs. 3 Satz 5 BpflV dürfen die Vertragspartner leistungsbezogene Budgeterhöhungen nur noch berücksichtigen, wenn diese auf zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes zurückzuführen sind. Dies ist eine zu enge Beschränkung zur Abbildung von Leistungsveränderungen.
- Die Kliniken werden verpflichtet, die Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung ab dem Jahr 2020 gegenüber den Krankenkassen und der Datenstelle des InEK nachzuweisen. Dies widerspricht grundsätzlich dem Budgetprinzip.

Kritisch ist insbesondere anzumerken, dass eine vollständige Refinanzierung der Stellen der neuen Mindestvorgaben für die Personalausstattung nicht eindeutig vorgegeben wird. Hoch problematisch ist, dass Tarifsteigerungen nur anteilig refinanziert werden, wenn der Veränderungswert unterhalb der Tarifraterate 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.

- 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.
- Wesentliche Regelungsinhalte werden an die Selbstverwaltungspartner verwiesen. Dies sind:
 - Struktur und Inhalt der Budgetunterlagen
 - Wegfall von Dokumentationsvorschriften
 - Ausgestaltung des Nachweises zur Personalausstattung
 - Einzelheiten zur Ausgestaltung des Leistungsvergleiches
 - Verfahren für die Vergütungen struktureller und regionaler Besonderheiten
 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.
- Die Selbstverwaltungspartner sind aufgefordert, den OPS Katalog regelmäßig zu überprüfen, um den Dokumentations- und Abrechnungsaufwand zu vereinfachen. Der Gesetzentwurf enthält aber keine Vorgaben, um das Entgeltsystem zu vereinfachen und damit grundsätzlich bürokratieärmer auszugestalten ist.

3. Vorschläge zur Anpassung des Gesetzentwurfes

Aus Sicht des LVR ergeben sich wesentliche Punkte, die im Gesetzentwurf dringend anzupassen sind:

a. Finanzierung der notwendigen Personalausstattung verbunden mit einer Nachweispflicht

Die Finanzierung der Vorgaben zur Personalausstattung sind nur unzureichend geregelt. Durch die Einführung einer Nachweispflicht ergibt sich zudem die verstärkende Problematik, dass Mittel zurückzahlen sind, die ein Krankenhaus jedoch nie erhalten hat. Die Problematik ergibt sich teilweise aus der Formulierung, dass die „Zahl der Personalstellen“ zu finanzieren und nachzuweisen ist. Diese Art der Formulierung hat bereits zu der bekannten Psych-PV Schere in den Jahren 2000 bis 2008 geführt, mit Psych-PV Quoten von unter 80 %, die dann über die Neuregelung des § 6 Abs. 4 BpflV korrigiert werden musste. Zu regeln ist im Gesetz, dass die vereinbarten Personalstellen auch ausreichend finanziert werden. Dabei ist ausdrücklich zwischen tarifgebundenen und tarifungebundenen Krankenhäusern zu unterscheiden.

Der 8. Senat des Bundessozialgerichtes hat am 7. Oktober 2015 in einem Grundsatzurteil Aussagen zur Refinanzierung von Tarifsteigerungen getätigt (Az: B 8 SO 21/14 R): Demnach sind tarifbedingte Personalkosten stets wirtschaftlich und vom Sozialhilfeträger zu refinanzieren. Dieses Recht wird den psychiatrischen Kliniken durch den Gesetzentwurf verweigert.

Dem LVR ist es durchaus bewusst, dass die Gefahr besteht, dass zusätzliche Mittel für zusätzliches Personal von – insbesondere gewinnorientierten – Kliniken für andere Zwecke verwendet werden. Dem ist durch geeignete Regelungen entgegenzuwirken. Die vorgesehene Regelung der Nachweispflicht ohne Refinanzierung der notwendigen Tarifsteigerungen und Berücksichtigung bei der Budgetfindung ist ein Systemdefekt, der mittelfristig in eine Abwärtsspirale der Personalausstattung führen wird.

Der LVR schlägt vor, die Tarifraten für psychiatrische und psychosomatische Kliniken zu 100% zu refinanzieren, um eine ausreichende Personalausstattung sicherstellen zu können. Nur in diesem Fall fügen sich die Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal des GBA und des entsprechenden Nachweises nach § 18 BPfIV zu einem sinnvollen System. In jedem anderen Fall kann der erforderliche Nachweis nicht Gegenstand der jährlichen Budgetvereinbarung sein, ohne massive Systembrüche in Kauf zu nehmen, mit erheblichen Folgen für die langfristige Personalausstattung.

Alternativ ist daran zu denken, den Nachweis im Rahmen der Qualitätsberichterstattung zu führen, in Verbindung mit qualitätsorientierten Zuschlägen für die Kliniken, die eine höhere Personalausstattung vorhalten.

b. Berücksichtigung von Leistungserhöhungen

Die Überarbeitung des § 3 Abs. 3 Satz 5 BPfIV sieht vor, dass Budgetsteigerungen durch „Veränderungen von Art und Menge der Leistungen“ nur zulässig sind, wenn dafür „zusätzliche Leistungen aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes“ ursächlich sind. Diese Beschränkung spiegelt nicht die tatsächliche Praxis der psychiatrischen Versorgung wider. Das Leistungsgerüst von psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken ist immer wieder durch Schwankungen gekennzeichnet, für die teilweise Erklärungen (Großschadensereignisse, etc.) in der Regel aber keine Erklärungen gefunden werden können. Die Vertragspartner müssen über die Möglichkeit verfügen, diese Schwankungen sowohl im Leistungsgerüst, als auch in der Budgetbemessung berücksichtigen zu können.

Der LVR schlägt vor, entsprechend der Systematik des § 6 der Bundespflegesatzverordnung in der bis zum 31.12.2012 gültigen Fassung, auch „vereinbarte Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen“ als Ausnahmetatbestand aufzunehmen.

c. Veränderung des Mehrerlösausgleichs

Der Mindererlösausgleich wird von 20 % auf 50 % erhöht. Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser werden jedoch bezogen auf den Mehrerlösausgleich gegenüber somatischen Krankenhäusern weiterhin benachteiligt. In somatischen Kliniken gilt ein Mehrerlösausgleich von 65%, während dieser für psychiatrische und psychosomatische Kliniken weiterhin 85% betragen soll.

Der LVR schlägt vor, den Mehrerlösausgleich von somatischen und psychiatrischen Kliniken einheitlich auf 65% festzulegen.

d. Erbringung von stationsäquivalenten Leistungen (§115d SGB V)

Die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von stationsäquivalenten Leistungen ist neben einer Indikation für eine stationäre Behandlung auch eine akute Krankheitsphase. Nach Erfahrungen des LVR im Rahmen von Hometreatment-Projekten in den LVR-Kliniken, ist eine kontinuierliche Begleitung von Patientinnen und Patienten während einer Krankheitsphase ein sehr geeignetes Mittel stationäre Aufnahmen zu vermeiden. Die Erbringung der Leistungen, an das Merkmal einer akuten Krankheitsphase zu knüpfen, könnte dazu führen, dass lediglich Spontaninterventionen finanziert werden. Die Bedingung zur Erbringung der Leistungen an die Notwendigkeit einer stationären Behandlungsbedürftigkeit zu knüpfen, ist ausreichend.

Der LVR schlägt vor, in § 115d SGB V den Zusatz „akute Krankheitsphase“ zu streichen.

e. Vorgaben zur Entgeltsystematik (PEPP ist noch nicht weg!)

Der Gesetzentwurf beschränkt sich auf Formulierungen zu einer Veränderung des ordnungspolitischen Rahmens. Offen bleibt, welche Struktur der Entgeltkatalog zukünftig haben wird. Die Verantwortung und die Weiterentwicklung des Katalogs liegen weiterhin bei den Selbstverwaltungspartnern. Die massive Zunahme der Bürokratie resultiert aber i.W. aus dem PEPP-Entgeltkatalog und den über die Definitionshandbüchern und den Kodierrichtlinien vorgegebenen Dokumentationsverpflichtungen für die Beschäftigten.

Der Gesetzentwurf hat in den 17d KHG eine Formulierung aufgenommen, dass *„unter Berücksichtigung des Einsatzzwecks des Vergütungssystems als Budgetsystem sein Differenzierungsgrad praktikabel und der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt sein“ muss.*

In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass *„Angesichts der geänderten Rahmenbedingungen für den Einsatz des Entgeltsystems, das nunmehr nicht mehr als Preis-, sondern als Budgetsystem angewendet werden soll (vgl. § 17d Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG), muss das Entgeltsystem für das Jahr 2018 und die Folgejahre überarbeitet werden und die Pauschalierung gestärkt sowie auf eine Verminderung des Dokumentationsaufwands hingewirkt werden.“*

Gegenüber dem Referentenentwurf ist dies bereits eine Verbesserung, allerdings noch sehr unspezifisch. Wichtig wäre, dass das Vergütungssystem auch kompatibel ist zu den Mindestvorgaben zur Personalausstattung. Die Chance zur

nachhaltigen Veränderung des Systems wird damit ausgelassen. PEPP ist durch das Budgetsystem abgemildert, aber noch nicht weg.

Der Gesetzgeber hat normative Eckpunkte eines neuen Entgeltsystems vorzugeben. Dies könnte durch eine Neuformulierung des § 17d KHG umgesetzt werden, an die die Selbstverwaltungspartner und das InEK bei der Entwicklung des Systems gebunden wären.

Der LVR schlägt vor, die Formulierung in §17d KHG wie folgt zu erweitern: „Das Vergütungssystem und die Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen einer einheitlichen Systematik folgen.“

Vorlage-Nr. 14/1290

öffentlich

Datum: 27.09.2016
Dienststelle: Fachbereich 83
Bearbeitung: Frau Burokas/Herr Thewes

Krankenhausausschuss 3	24.10.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	25.10.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	26.10.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	27.10.2016	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	28.10.2016	Kenntnis
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	16.11.2016	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

**Bündnis für gesunde Krankenhäuser -
Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser in NRW**

Kenntnisnahme:

Der Bericht über das "Bündnis für gesunde Krankenhäuser - Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser in NRW" wird gemäß Vorlage Nr. 14/1290 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. 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:

Aufgrund der deutlichen Unterfinanzierung im Bereich der Krankenhausinvestitionen in NRW hat sich ein „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“, bestehend aus den Krankenhäusern in NRW unter Beteiligung des LVR-Klinikverbundes, gebildet. Das Bündnis verfolgt primär das Ziel, das gesetzlich zur Investitionsförderung der Krankenhäuser verpflichtete Land und die Öffentlichkeit über die Situation in den Krankenhäusern in NRW im Hinblick auf die Investitionsfinanzierung aufmerksam zu machen, um die nachweislich notwendigen Fördermittel zu erhalten.

Im Rahmen des Bündnisses wurde im Auftrag der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) in Zusammenarbeit mit der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft CURACON eine flächendeckende Studie mit dem Namen „Investitionsbarometer NRW“ durchgeführt.

Das Investitionsbarometer NRW hat u.a. den Investitionsbedarf, die bereitgestellten Fördermittel des Landes, die bestehende Förderlücke und den bislang kumulierten Investitionsstau der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser sowohl auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte als auch auf Landesebene untersucht. Von den 337 Plankrankenhäusern in NRW haben insgesamt 313 teilgenommen, sodass die Studie als aussagekräftig und repräsentativ angesehen werden kann.

Die Ergebnisse des Investitionsbarometers NRW zeigen, dass der jährliche Investitionsbedarf in den Krankenhäusern 1,5 Milliarden Euro beträgt. Die bereitgestellten Fördermittel des Landes NRW für das Jahr 2014 betragen jedoch nur 500 Millionen Euro. Es besteht eine jährliche Förderlücke in Höhe von 1 Milliarde Euro. Der Investitionsstau beläuft sich auf insgesamt 12,5 Milliarden Euro.

Für die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken ergibt sich die Besonderheit, dass das MGEPA NRW einen zusätzlichen Bedarf von rund 2.300 Betten und Plätzen sieht. Dieser Mehr-Bedarf führt im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik zu erheblichen Investitionskosten, denen keine zusätzlichen Investitionsmittel gegenüberstehen.

Für den LVR-Klinikverbund sieht die aktuelle Planung in den Fachabteilungen Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie zusätzliche Kapazitäten von 188 Betten und 262 Plätzen vor. Aus diesen Mehrkapazitäten lässt sich ein zusätzlicher Investitionsbedarf von rund 96 Millionen Euro prognostizieren. Über die Baupauschale wären in 40 Jahren gerade einmal 15 Millionen Euro finanziert, was das extreme Missverhältnis zwischen dem tatsächlichen Investitionsbedarf und den von Land NRW zur Verfügung stehenden Investitionsmitteln verdeutlicht.

Für zusätzliche Kapazitäten aufgrund des neuen Krankenhausplan NRW 2015 ist ein entsprechendes Investitionsprogramm durch das Land NRW aufzulegen.

Begründung der Vorlage Nr. 14/1290

Gliederung

1. Ausgangslage.....	2
2. Gesetzliche Grundlagen der Investitionsfinanzierung	3
2.1 Investitionsfinanzierung auf Bundesebene	3
2.2 Investitionsfinanzierung auf Länderebene	4
3. Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung	5
3.1 Investitionsbarometer NRW	5
3.2 Ergebnisse des Investitionsbarometers NRW	7
3.3 Investitionsbedarf, Fördermittel, Förderlücke	8
3.4 Investitionsstau.....	9
3.5 Investitionen und Anteil der Eigenfinanzierung	10
3.6 Kommunale Einnahmen und Anteil an der Bruttowertschöpfung	11
4. Ausblick	12
5. Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken.....	12
6. Fazit	13

1. Ausgangslage

Für die Finanzierung der Krankenhäuser in Deutschland gilt seit dem Jahr 1972 das Prinzip der dualen Finanzierung. Demnach sind für die Betriebskosten (Personal, Material und Sachaufwendungen) die Gesetzlichen Krankenkassen zuständig und die Länder für die Finanzierung der notwendigen Investitionen (Gebäude, Ausstattungen, etc.). Die Investitionsfinanzierung ist damit abhängig von der Finanzausstattung des jeweiligen Landeshaushaltes. Gerade in Nordrhein-Westfalen zeigt sich eine deutliche Unterfinanzierung im Bereich der Krankenhausinvestitionen. Unter Federführung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) hat sich ein „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ gebildet. Das Bündnis – bestehend aus den Krankenhäusern in NRW – hat durch das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) ein Investitionsbarometer erstellt. Neben dem Investitionsbedarf wird die Bedeutung der Krankenhausinvestitionen für die Wirtschaftskraft einer Region und damit auch der Einfluss auf die Haushalte der Kommunen und Kreise dargestellt.

Das Problem der mangelnden Investitionsfinanzierung führt dazu, dass dringende Investitionen in Gebäude und Medizintechnik aufgeschoben werden müssen, oder aus anderen Mitteln finanziert werden. Somit stehen Ressourcen, die einen unmittelbaren Nutzen für Mitarbeitende sowie Patientinnen und Patienten bewirken könnten, an entsprechender Stelle nicht zur Verfügung.

2. Gesetzliche Grundlagen der Investitionsfinanzierung

Nach § 4 Nr. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) werden Krankenhäuser durch die Übernahme der Investitionskosten im Wege der öffentlichen Förderung wirtschaftlich gesichert. Obwohl sich aus dieser Vorschrift die Verpflichtung der Länder zur Vollfinanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser ableiten lässt, erfolgt die Förderung nur in unzureichender Höhe. Das seit Jahrzehnten wachsende Investitionsdefizit in den Krankenhäusern bleibt. Beispielsweise sind derzeit weniger als 50 % der Investitionen in den Krankenhäusern in NRW durch Fördermittel des Landes finanziert.

Die Bundesregierung hat mit dem im Jahr 2015 verabschiedeten Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) die Finanzierung der laufenden Kosten der Krankenhäuser auf eine deutlich verbesserte Grundlage gestellt und einen wichtigen Beitrag zur weiteren Steigerung der Versorgungsqualität geleistet. Das Problem der unzureichenden Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch die Länder bleibt jedoch weiterhin ungelöst.

2.1 Investitionsfinanzierung auf Bundesebene

Auf der Bundesebene ist das KHG die rechtliche Grundlage für die Krankenhausfinanzierung und die Krankenhausplanung. Der Zweck des KHG ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen (§ 1 Abs. 1 KHG).

Der „Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern“ der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) aus dem Jahr 2015 zufolge, stellten die Bundesländer im Jahr 2014 rund 2,78 Milliarden Euro zur Investitionsförderung zur Verfügung. Im Vergleich zum Vorjahr ist damit ein Anstieg der KHG-Fördermittel von ca. 59 Millionen Euro zu verzeichnen, die Mittel liegen jedoch unterhalb des langfristigen Durchschnitts.

Infolge der langfristigen Negativentwicklung auf Bundesebene ist der Anteil der KHG-Fördermittel am Bruttoinlandprodukt (BIP) von 0,24 % im Jahr 1991 auf 0,10 % in den Jahren 2013 und 2014 gesunken.

Der Rückgang der KHG-Fördermittel schlägt sich auch in der für den Krankensektor ermittelten Investitionsquote nieder. Werden die bereinigten Kosten der Krankenhäuser insgesamt als Bezugsgröße für die KHG-Fördermittel zur Berechnung herangezogen, ergibt sich für den Zeitraum zwischen 1991 und 2013 eine Abnahme der Investitionsquote von 9,7 % auf 3,5 %.

KHG-Fördermittel (in Mio. Euro)					
	2012	2013	2014	Ø 1991 - 2013	Ø 2003 - 2013
Baden-Württemberg	370,00	385,00	410,00	333,33	332,85
Bayern	430,00	500,00	500,00	554,66	469,94
Berlin	93,74	95,30	106,49	177,83	103,04
Brandenburg	109,50	114,30	104,80	153,94	112,39
Bremen	28,83	28,66	38,56	33,65	32,30
Hamburg	113,92	106,61	137,45	89,38	97,68
Hessen	224,50	241,50	241,50	217,23	233,27
Mecklenburg-Vorpommern	66,28	60,84	55,84	106,62	81,83
Niedersachsen	245,04	258,47	258,89	206,57	189,38
Nordrhein-Westfalen	496,50	493,00	492,30	522,63	494,45
Rheinland-Pfalz	116,80	119,80	119,80	130,34	119,21
Saarland	35,07	32,19	28,55	35,51	32,07
Sachsen	97,00	101,00	101,00	219,32	128,68
Sachsen-Anhalt	53,02	53,02	47,87	160,30	110,53
Schleswig-Holstein	84,65	84,65	90,13	80,56	89,30
Thüringen	50,00	50,00	50,00	152,52	108,91
Gesamt	2.614,85	2.724,34	2.783,18	3.174,39	2.735,83

Abb. 1: KHG-Fördermittel je Bundesland (in Mio. Euro)

2.2 Investitionsfinanzierung auf Länderebene

In Nordrhein-Westfalen (NRW) stellt das zuständige Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) nach § 19 Krankenhausgestaltungsgesetz (KHGG NRW) auf Grundlage des Krankenhausplans jährlich ein Investitionsprogramm auf, das nach § 18 Abs. 1 KHGG NRW über Pauschalbeträge auf die im Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser verteilt wird.

Demnach werden durch jährliche Pauschalbeträge

1. die Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) einschließlich des Erwerbs von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren (Baupauschale) und
2. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter)

gefördert, mit denen die Krankenhäuser im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel wirtschaften können.

Im Zeitraum von 1991 bis 2013 wurden in den Bundesländern insgesamt 73,01 Milliarden Euro zur KHG-Investitionsförderung zur Verfügung gestellt. Je KHG-Bett des Jahres 2013 wurden damit im Bundesdurchschnitt 166.802 Euro bereitgestellt. Im Bundesgebiet variiert der Betrag zwischen 107.558 Euro und 303.199 Euro. Nordrhein-Westfalen bildet damit im Bundesvergleich der Gesamtfördermittel je KHG-Bett das Schlusslicht.

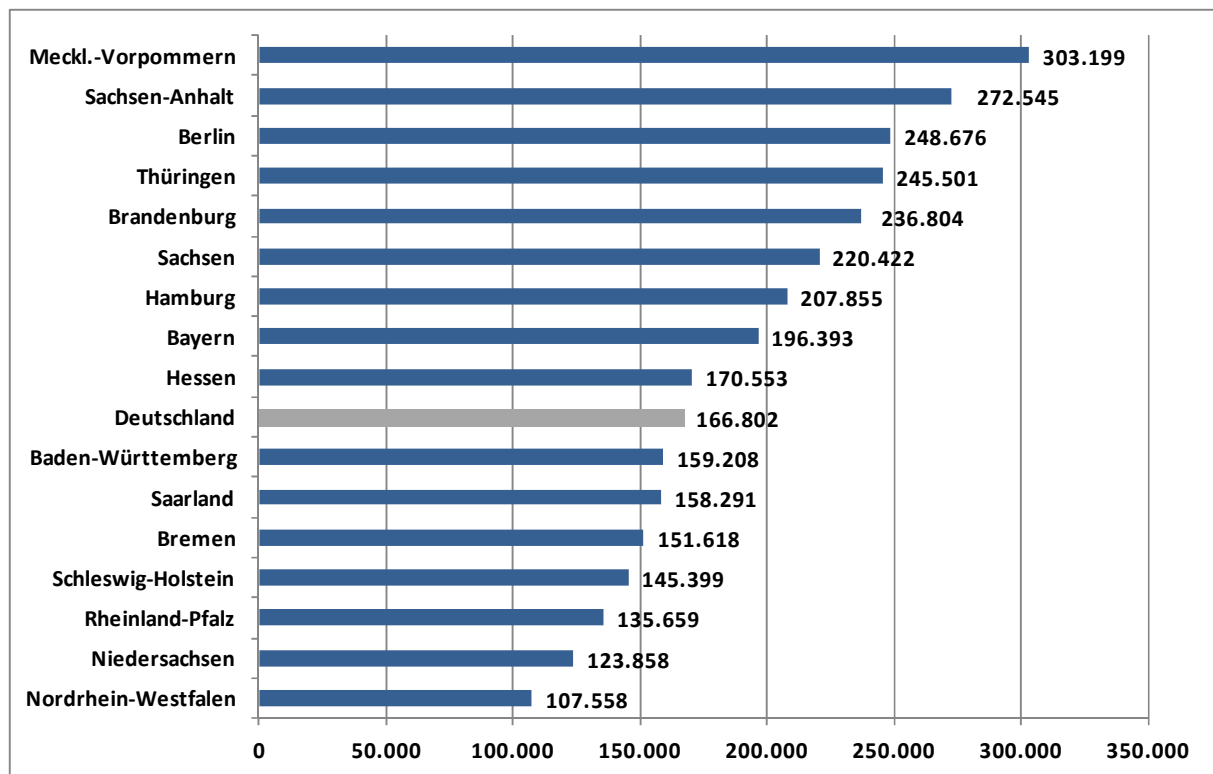


Abb. 2: Summe der KHG-Mittel im Zeitraum von 1991 bis 2013 je KHG-Bett in Euro

3. Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung

Zu dem „Bündnis für gesunde Krankenhäuser – Investieren aus Verantwortung“ haben sich die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser unter Beteiligung des LVR-Klinikverbundes zusammengeschlossen. Das Bündnis verfolgt primär das Ziel, das gesetzlich zur Investitionsförderung der Krankenhäuser verpflichtete Land und die Öffentlichkeit über die Situation in den Krankenhäusern in NRW im Hinblick auf die Investitionsfinanzierung aufmerksam zu machen, um die nachweislich notwendigen Fördermittel zu erhalten.

Die flächendeckende Studie mit dem Namen Investitionsbarometer NRW wurde vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) in Zusammenarbeit mit der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft CURACON im Auftrag der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) im Rahmen des Bündnisses für gesunde Krankenhäuser durchgeführt.

3.1 Investitionsbarometer NRW

Das Investitionsbarometer NRW hat den Investitionsbedarf, die bereitgestellten Fördermittel des Landes, die bestehende Förderlücke und den bislang kumulierten Investitionsstau der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser sowohl auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte als auch auf Landesebene untersucht. Darüber hinaus wurden die Bedeutung des laufenden Krankenhausbetriebs und die Bedeutung von Krankenhausinvestitionen für die lokale Wirtschaft, für NRW und für Deutschland insgesamt untersucht.

Im Detail behandelt das Investitionsbarometer NRW vier Themenblöcke:

1. Ermittlung des Investitionsbedarfs, der Fördermittel des Landes und der Förderlücke in NRW auf Ebene des einzelnen Plankrankenhauses mit anschließender Aggregation auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte sowie auf Landesebene,
2. Ableitung des bislang entstandenen Investitionsstaus auf Ebene des einzelnen Plankrankenhauses mit anschließender Aggregation auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte sowie auf Landesebene,
3. Ableitung der Bedeutung des laufenden Krankenhausbetriebs und der Bedeutung von Krankenhausinvestitionen für die lokale Wirtschaft, für NRW und für Deutschland insgesamt und
4. Projektion der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser bis 2025
 - a) bei Beibehaltung des bestehenden Fördervolumens und
 - b) bei Schließung der Förderlücke durch Anhebung des Fördermittelvolumens auf den errechneten jährlichen Investitionsbedarf ab dem Jahr 2018.

Die Grundgesamtheit des Investitionsbarometers NRW bilden alle im Krankenhausplan NRW aufgenommenen und damit nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) förderfähigen Krankenhäuser in NRW (Plankrankenhäuser nach § 108 Nr. 2 SGB V). Grundlage bilden Daten auf Krankenhausebene aus NRW, die unter einem sogenannten Institutionskennzeichen (IK) geführt werden. Ein Institutionskennzeichen kann mehr als einen Krankenhausstandort umfassen.

Im Zeitraum vom Oktober 2015 bis Januar 2016 wurde eine Befragung unter allen 337 Plankrankenhäusern in NRW durchgeführt. Zugrunde lag ein eigens für das Investitionsbarometer NRW erstellter, umfassender Online-Fragebogen.

Der Online-Fragebogen gliederte sich in drei Themenblöcke:

1. Angaben zur Trägerschaft, Anzahl der Standorte je IK, Angaben zur Kapazität und Leistung der Krankenhäuser
2. Finanzkennzahlen (u.a. Instandhaltungen, Darlehensverbindlichkeiten, Outsourcing, Fördermittel, Jahresergebnis, etc.)
3. Investitionen und künftige Investitionsentscheidungen/–vorhaben

Die Teilnahmequote der Online-Befragung fiel hoch aus. Von den 337 Plankrankenhäusern in NRW haben 313 teilgenommen. Die Anzahl der vollstationären Patienten beläuft sich dabei auf 4.296.472 und die Anzahl der vollstationären Betten auf 113.547. Von den 170 Plankrankenhäusern im Rheinland haben 158 teilgenommen. Die Anzahl der vollstationären Patienten beläuft sich auf 2.122.854 und die Anzahl der vollstationären Betten auf 56.952. Die Teilnahmequote liegt in beiden Fällen bei rund 93 %. Aufgrund dieser

hohen Quote kann das Investitionsbarometer NRW als eine aussagekräftige und repräsentative Studie für NRW angesehen werden.

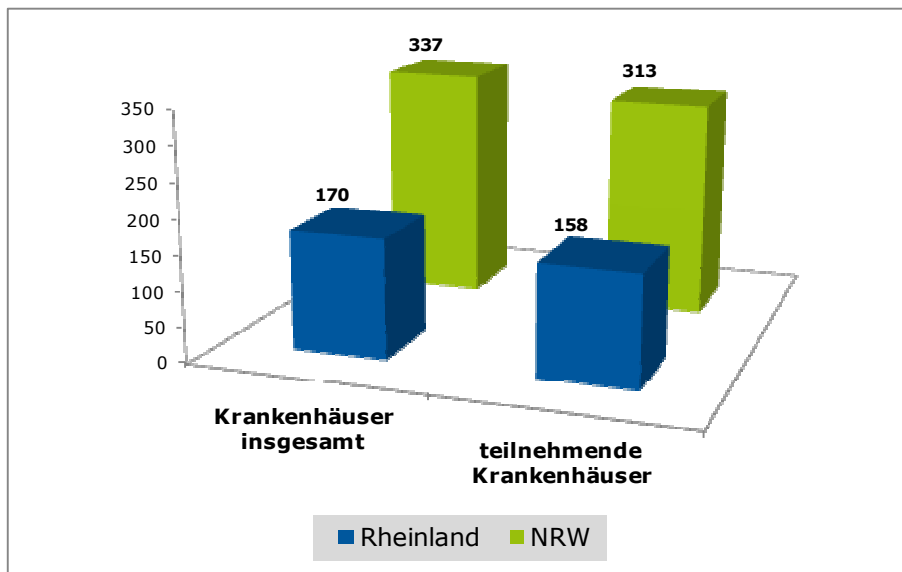
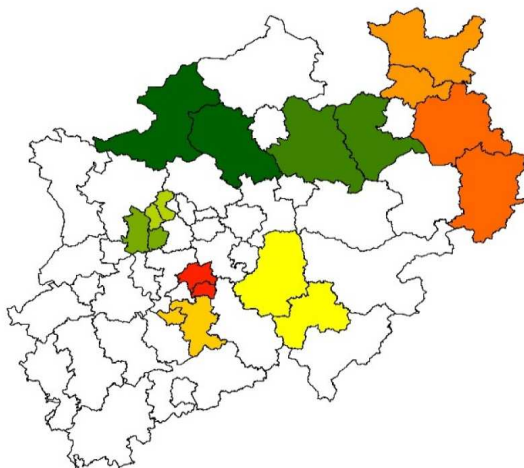


Abb. 3: Teilnahme am Investitionsbarometer NRW

3.2 Ergebnisse des Investitionsbarometers NRW

Um Anonymität zu wahren, wurden die Auswertungen des Investitionsbarometers NRW nicht auf Krankenhausebene, sondern auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte veröffentlicht. Um eine ausreichend große Stichprobe zu erhalten, wurden vereinzelt Kreise zusammengefasst. Insgesamt wurden Auswertungen für 44 Regionen veröffentlicht.



Bielefeld, Bochum, Bonn, Borken u. Coesfeld, Dortmund, Duisburg u. Mülheim a.d.R., Düren, Düsseldorf, Ennepe-Ruhr-Kreis, Essen, Euskirchen, Gelsenkirchen, Hagen, Hamm, Heinsberg, Herford u. Minden-Lübbecke, Herne, Hochsauerlandkreis, Höxter u. Lippe, Kleve, Köln, Krefeld, Leverkusen u. Rheinisch-Bergischer Kreis, Märkischer Kreis u. Olpe, Mettmann, Mönchengladbach, Münster, Oberbergischer Kreis, Oberhausen u. Bottrop, Paderborn, Recklinghausen, Remscheid u. Wuppertal, Rhein-Erft-Kreis, Rhein-Kreis Neuss, Rhein-Sieg-Kreis, Siegen-Wittgenstein, Soest, Solingen, StädteRegion Aachen, Steinfurt, Unna, Viersen, Warendorf u. Gütersloh, Wesel

Dem rheinischen Teil des Bundeslandes NRW lassen sich insgesamt 13 kreisfreie Städte, 12 Kreise sowie die StädteRegion Aachen zuordnen.

Kreisfreie Städte
Bonn
Duisburg
Düsseldorf
Essen
Köln
Krefeld
Leverkusen
Mönchengladbach
Mülheim a.d.R.
Oberhausen
Remscheid
Solingen
Wuppertal

Kreise / StädteRegion
StädteRegion Aachen
Düren
Euskirchen
Heinsberg
Kleve
Mettmann
Oberbergischer Kreis
Rhein-Erft-Kreis
Rheinisch-Bergischer Kreis
Rhein-Kreis Neuss
Rhein-Sieg-Kreis
Viersen
Wesel



3.3 Investitionsbedarf, Fördermittel, Förderlücke

Die Ergebnisse des Investitionsbarometers NRW zeigen, dass der jährliche Investitionsbedarf in den Krankenhäusern 1,5 Milliarden Euro beträgt. Die bereitgestellten Fördermittel des Landes NRW für das Jahr 2014 betragen jedoch nur 500 Millionen Euro. Es besteht eine jährliche Förderlücke in Höhe von 1 Milliarde Euro.



Für die Krankenhäuser im Rheinland ergibt sich eine Förderlücke in Höhe von 460,9 Millionen Euro, die sich aus der Differenz zwischen dem benötigten Investitionsbedarf von insgesamt 715,7 Millionen Euro und den tatsächlich bereitgestellten Fördermitteln des Landes NRW in Höhe von 254,8 Millionen Euro zusammensetzt.

Nachstehende Abbildung stellt den Investitionsbedarf, die bereitgestellten Fördermittel des Landes NRW sowie die daraus resultierende Förderlücke für das Rheinland auf Ebene der kreisfreien Städte, der Kreise sowie der StädteRegion Aachen dar.

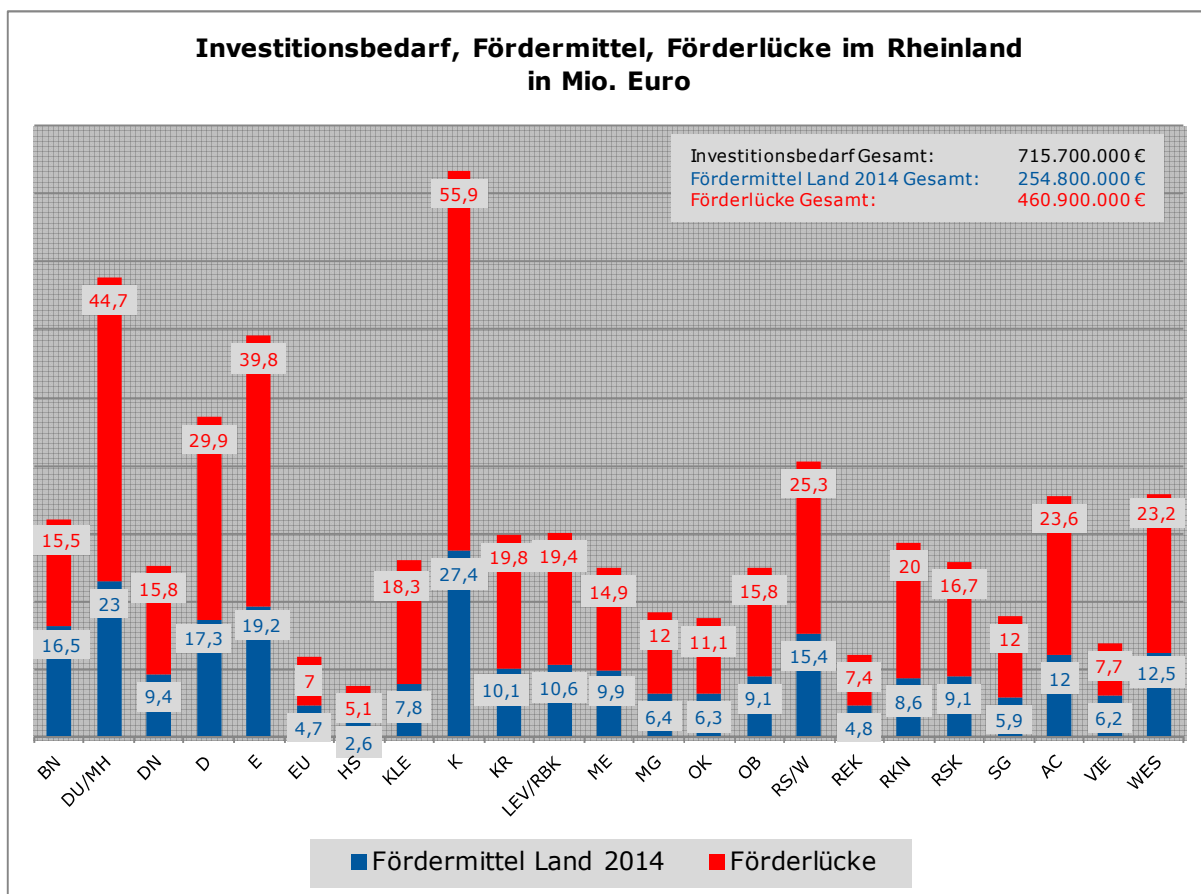


Abb. 4: Investitionsbedarf, Fördermittel und Förderlücke im Rheinland in Mio. Euro

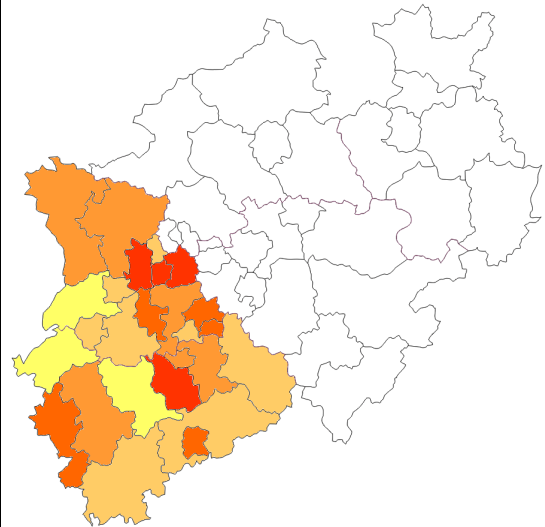
Von den insgesamt 254,8 Millionen Euro Fördermitteln des Landes NRW für die Plankrankenhäuser im Rheinland, entfallen rund 103,6 Millionen Euro auf Fördermittel nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW (Baupauschale) und rund 151,2 Millionen Euro auf Fördermittel nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW (kurzfristige Anlagegüter).

Im Rheinland werden rund 17,7 % der Fördermittel nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW (Baupauschale) und rund 3,6 % der Fördermittel nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW (kurzfristige Anlagegüter) zur Bedienung von Zinsen und Tilgung verwendet.

3.4 Investitionsstau

Für Nordrhein-Westfalen ergibt sich ein Investitionsstau in Höhe von 12,5 Milliarden Euro. Bezogen auf das Rheinland beläuft sich dieser auf 5,945 Milliarden Euro. Ein besonders großer Investitionsstau (> 400 Millionen Euro) hat sich in den kreisfreien Städten Duisburg, Mülheim a.d.R., Essen und Köln gebildet, wohingegen der Investitionsstau in den Kreisen Heinsberg und Viersen sowie im Rhein-Erft-Kreis vergleichsweise gering ist (> 0 bis 100 Millionen Euro).

	Investitionsstau
Aachen	310.000.000
Bonn	380.000.000
Duisburg/ Mülheim a.d.R.	604.000.000
Düren	216.000.000
Düsseldorf	307.000.000
Essen	534.000.000
Euskirchen	111.000.000
Heinsberg	61.000.000
Kleve	216.000.000
Köln	803.000.000
Krefeld	181.000.000
Leverkusen/ Rheinisch-Bergischer Kreis	255.000.000
Mettmann	236.000.000
Mönchengladbach	106.000.000
Oberbergischer Kreis	154.000.000
Oberhausen	132.000.000
Remscheid/ Wuppertal	310.000.000
Rhein-Erft-Kreis	90.000.000
Rhein-Kreis Neuss	196.000.000
Rhein-Sieg-Kreis	189.000.000
Solingen	188.000.000
Viersen	84.000.000
Wesel	282.000.000
Rheinland	5.945.000.000
NRW	12.500.000.000



>0 bis 100 Mio. €
>100 bis 200 Mio. €
>200 bis 300 Mio. €
>300 bis 400 Mio. €
>400 Mio. €

Abb. 5: Darstellung des Investitionsstaus im Rheinland

3.5 Investitionen und Anteil der Eigenfinanzierung

In Nordrhein-Westfalen wurden im Zeitraum von 2010 bis 2014 Investitionen mit einem Gesamtvolumen von 5,144 Milliarden Euro getätigt. Der Anteil der eigenfinanzierten Investitionen liegt dabei bei rund 2,967 Milliarden Euro, d.h. bei rund 58 %. In den Plankrankenhäusern im Rheinland wurden in diesem Zeitraum Investitionen in einer Gesamthöhe von rund 2,790 Milliarden Euro getätigt. Der prozentuale Anteil der eigenfinanzierten Investitionen liegt mit 1,665 Milliarden Euro bei rund 60 %.

Während in den Jahren 2010 bis 2012 in den Krankenhäusern im Rheinland noch im Durchschnitt Investitionen in Höhe von ca. 630 Millionen Euro getätigt wurden, liegt die durchschnittliche Investitionssumme für die Jahre 2013 und 2014 nur noch bei 452,1 Millionen Euro. Über den gesamten Zeitraum hinweg weist die kreisfreie Stadt Düsseldorf mit durchschnittlich 73 Millionen Euro pro Jahr das größte Investitionsvolumen auf.

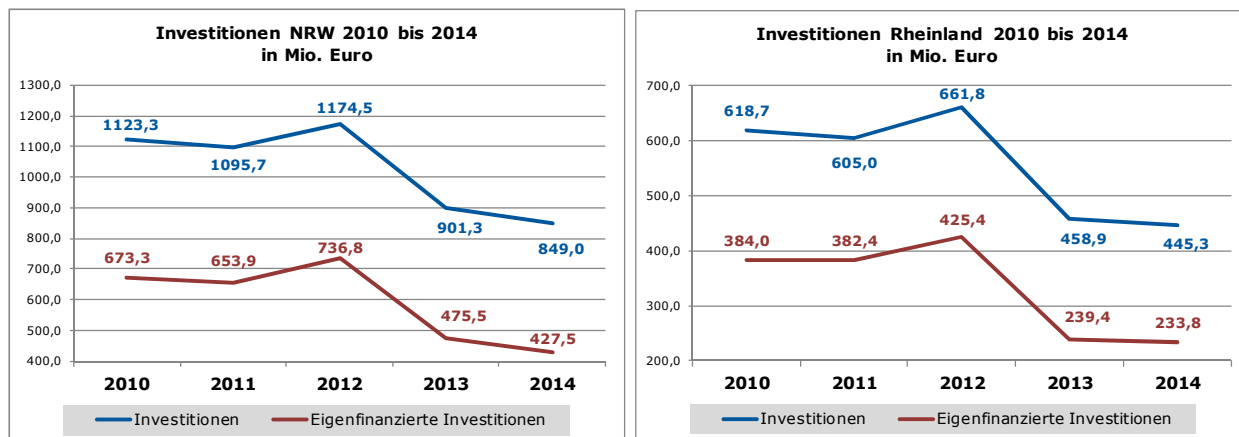


Abb. 6: Getätigte Investitionen und eigenfinanzierte Investitionen in NRW/ im Rheinland im Zeitraum von 2010 bis 2014 (in Mio. Euro)

3.6 Kommunale Einnahmen und Anteil an der Bruttowertschöpfung

Die nordrhein-westfälischen Kommunen erzielten im Jahr 2014 Einnahmen (Steuereinnahmen, Schlüsselzuweisungen) aus den Abgaben der Krankenhäuser und ihrer Beschäftigten in Höhe von 385 Millionen Euro, denen eine 40-prozentige kommunale Finanzierungsbeitrag an den rund 500 Millionen Euro Krankenhausfördermitteln des Landes gegenüberstand (196 Millionen Euro). Von den 385 Millionen Euro Einnahmen können insgesamt 192,7 Millionen Euro dem Rheinland zugeordnet werden.

Die Plankrankenhäuser in Nordrhein-Westfalen leisteten 2014 einen Beitrag zur Bruttowertschöpfung in Höhe von 11,9 Milliarden Euro. Dies entspricht einem prozentualen Anteil von 2,1 % an der Bruttowertschöpfung in Nordrhein-Westfalen. Die Spannweite des Anteils der Bruttowertschöpfung und somit die wirtschaftliche Bedeutung der Krankenhäuser variiert regional und reicht von 0,8 % im Rhein-Erft-Kreis bis 5,9 % in Herne. Bezogen auf das Rheinland liegt der maximale Anteil an der Bruttowertschöpfung bei 4,1 % in der kreisfreien Stadt Solingen.

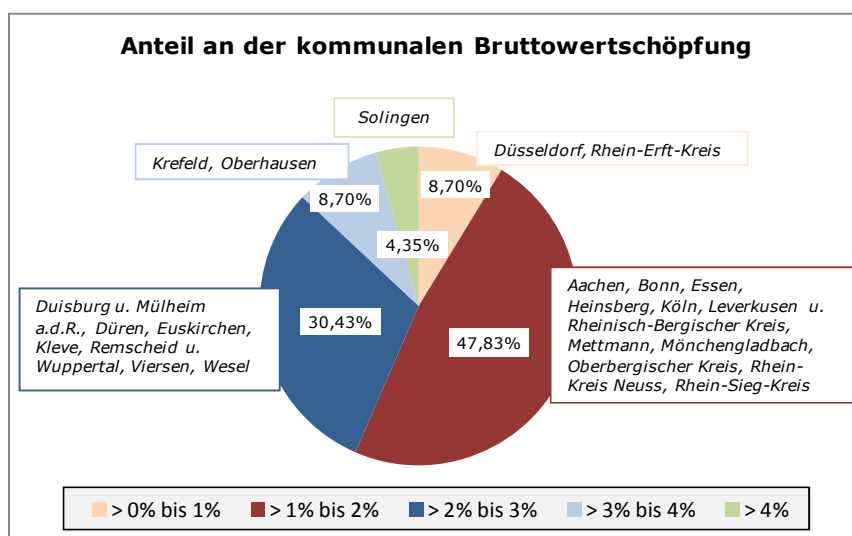


Abb. 7: Anteil an der kommunalen Bruttowertschöpfung

Vom Krankenhausbetrieb selbst gehen größere gesamtwirtschaftliche und fiskalische Effekte aus als von den Investitionen. Von den 11,9 Milliarden Euro entfielen 10,8 Milliarden Euro auf Personalkosten, die den größten Kostenblock der Krankenhäuser darstellen. Werden alle Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen betrachtet, sind dort 3,1 % der landesweiten Beschäftigten aktiv.

4. Ausblick

Durch das Investitionsbarometer NRW wurden zwei mögliche Szenarien bis zum Jahr 2025 vorgestellt.

Szenario 1: Durchschnittliches Jahresergebnis bei fortdauerndem Fördervolumen von 500 Millionen Euro



Bereits heute schreibt jedes dritte Krankenhaus rote Zahlen. Bei einem nahezu stagnierenden Fördervolumen des Landes von rund 500 Millionen Euro werden die NRW-Kliniken im Jahr 2025 im Schnitt eine Verschlechterung im Jahresergebnis um -0,9% erwirtschaften. Dies würde eine Verschlechterung der Patientenversorgung sowie der Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden und eine Entkopplung vom medizinischen und technischen Fortschritt zur Folge haben.

Szenario 2: Durchschnittliches Jahresergebnis bei Anhebung des Fördervolumens auf 1,5 Milliarden Euro



Bei einer Anhebung des Fördervolumens ab 2018 auf 1,5 Milliarden Euro könnten die NRW-Kliniken im Jahr 2025 im Schnitt eine Verbesserung im Jahresergebnis von 1,4 % erwirtschaften. Damit ergäbe sich die Möglichkeit, die Patientenversorgung und die Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden weiter zu verbessern.

5. Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken

Im Investitionsbarometer wird nicht nach somatischen und psychiatrischen / psychosomatischen Kliniken unterschieden. Für die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken ergibt sich allerdings die Besonderheit, dass das MGEPA NRW einen zusätzlichen Bedarf von rund 2.300 Betten und Plätzen sieht. Dieser Mehr-Bedarf führt im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik zu erheblichen Investitionskosten, denen keine zusätzlichen Investitionsmittel gegenüberstehen.

Für den LVR-Klinikverbund sieht die aktuelle Planung in den Fachabteilungen Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie zusätzliche Kapazitäten von 188 Betten und 262 Plätzen vor. Aus diesen Mehrkapazitäten lässt sich ein zusätzlicher Investitionsbedarf von rund 96 Millionen Euro prognostizieren. Bei einer Nutzungsdauer von 40 Jahren müssten somit jährlich rund 2,41 Millionen finanziert werden, um den zusätzlichen Investitionsbedarf zu decken. Die vom Land NRW bereitgestellte Baupauschale für diese zusätzlichen Kapazitäten beläuft sich auf Basis der Werte von 2016 auf insgesamt rd. 378.000 Euro. In 40 Jahren wären somit gerade einmal 15 Millionen Euro finanziert. Dieser Vergleich zeigt das extreme Missverhältnis zwischen dem tatsächlichen Investitionsbedarf und dem vom Land NRW zur Verfügung stehenden Investitionsmittel. Es zeigt jedoch auch, dass zusätzliche Kapazitäten nicht allein aus den Baupauschalen finanziert werden können. Für zusätzliche Kapazitäten aufgrund des neuen Krankenhausplan NRW 2015 wäre ein eigenes Investitionsprogramm durch das Land NRW aufzulegen.

6. Fazit

Die wesentlichen Ergebnisse des **Investitionsbarometers NRW** lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Nordrhein-Westfalens Krankenhäuser sind strukturell unterfinanziert
- 500 Millionen Euro investierte das Land 2014 in die Infrastruktur und Technik seiner Kliniken
- Der tatsächliche Investitionsbedarf liegt jährlich bei 1,5 Milliarden Euro. Im Ergebnis beträgt die Förderlücke damit 1 Milliarde Euro pro Jahr.

In den vergangenen Jahren hat sich die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser verschlechtert. Aufgrund fehlender Investitionen ist gleichzeitig ein schleichender Substanzverzehr zu beobachten. Zwar stellen die Länder Investitionsfördermittel zur Verfügung und Krankenhäuser investieren darüber hinaus ergänzend aus Eigenmitteln, jedoch reichen diese Investitionsaktivitäten nicht aus, um die Unternehmenssubstanz dauerhaft halten zu können.

Im Jahr 2014 haben die NRW-Kliniken 430 Millionen Euro aus eigenen Mitteln investiert, obwohl die gesetzliche Verpflichtung dazu beim Land liegt. Diese eigenfinanzierten Investitionen können aufgrund der angespannten wirtschaftlichen Lage der NRW-Kliniken nicht dauerhaft von den Kliniken aufgebracht werden. Die Folge ist, dass der Investitionsstau hiermit weiterhin zunimmt.

Um den Investitionsstau aus eigener Kraft stemmen zu können, wurde von der Landschaftsversammlung Rheinland im Jahr 2010 bereits ein Bau- und Modernisierungsprogramm mit einem Investitionsvolumen von 492 Millionen Euro politisch beschlossen.

Auch die neun psychiatrischen LVR-Kliniken in Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Düsseldorf, Essen, Köln, Langenfeld, Mönchengladbach und Viersen benötigen vom Land insbesondere mit Blick auf die erwarteten neuen Kapazitäten aus der Krankenhausplanung die notwendigen Fördermittel zur Schließung der Förderlücke.

Für die neuen Kapazitäten im Rahmen der Krankenhausplanung müsste das Land in der Konsequenz die entsprechenden Investitionsmittel zusätzlich zur Verfügung stellen.

In Vertretung

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

Vorlage-Nr. 14/1378

öffentlich

Datum: 26.08.2016
Dienststelle: LVR-Direktorin
Bearbeitung: Herr Woltmann/Frau Henkel

Ausschuss für Inklusion	09.09.2016	Kenntnis
Ausschuss für Personal und allgemeine Verwaltung	19.09.2016	Kenntnis
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	21.09.2016	Kenntnis
Betriebsausschuss LVR- Jugendhilfe Rheinland	05.10.2016	Kenntnis
Schulausschuss	06.10.2016	Kenntnis
Ausschuss für den LVR- Verbund Heilpädagogischer Hilfen	07.10.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 3	24.10.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	25.10.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	26.10.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	27.10.2016	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	28.10.2016	Kenntnis
Umweltausschuss	02.11.2016	Kenntnis
Landesjugendhilfeausschuss	03.11.2016	Kenntnis
Bau- und Vergabeausschuss	04.11.2016	Kenntnis
Sozialausschuss	07.11.2016	Kenntnis
Kulturausschuss	08.11.2016	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

**LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention: Entwurf
Jahresbericht 2015**

Kenntnisnahme:

Der Entwurf des Jahresberichtes 2015 zum LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention wird gemäß Vorlage Nr. 14/1378 zur Kenntnis genommen. Nach der politischen Beratung im Ausschuss für Inklusion und im Beirat für Inklusion und Menschenrechte erfolgt die Kenntnisnahme in den weiteren Fachausschüssen. Nach einer abschließenden Bearbeitung wird dem Ausschuss für Inklusion im November die Endfassung zur Zustimmung vorgelegt. Die weitere Publikation erfolgt in Form einer Broschüre.

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 (Ihd. Jahr):

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

L U B E K

Zusammenfassung:

Ein Versuch in leichter Sprache:

Menschen mit Behinderungen haben alle Menschen-Rechte.
Der LVR hat dafür im Jahr 2014 einen Aktions-Plan gemacht.

In dem Aktions-Plan erklärt der LVR:
So wollen wir die Rechte beachten und fördern.

Aktion heißt: Etwas tun!
Jetzt berichtet der LVR, was er im Jahr 2015
für die Rechte von Menschen mit Behinderungen getan hat.

Darüber wollen wir reden:
Waren die Aktionen im Jahr 2015 richtig?
Und: Was ist für die nächsten Jahre wichtig?

Gemäß Vorlage Nr. 13/3448 wurde die Verwaltung damit beauftragt, ein jährliches Berichtswesen zum LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention zu entwickeln (BRK).

In der Anlage zu Vorlage Nr. 14/1378 wird der Entwurf des Berichtes für das Jahr 2015 zur Kenntnis gegeben. Er dokumentiert 86 einzelne Aktivitäten zur Umsetzung der 12 Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans im Berichtsjahr 2015.

Der vorgesehene Partizipationsprozess im Rahmen des Berichtswesens wird für das Berichtsjahr 2015 über die politische Beratung, insbesondere mit dem Beirat für Inklusion und Menschenrechte, sichergestellt. Für das nächste Berichtsjahr 2016 ist in 2017 geplant, einen erweiterten zivilgesellschaftlichen Diskurs in Form eines „LVR-Dialogs Inklusion und Menschenrechte“ anzustoßen.

Nach der politischen Beratung im Ausschuss für Inklusion und im Beirat für Inklusion und Menschenrechte erfolgt die Kenntnisnahme in den weiteren Fachausschüssen. Nach einer abschließenden Bearbeitung wird dem Ausschuss für Inklusion im November die Endfassung zur Zustimmung vorgelegt. Die weitere Publikation erfolgt in Form einer Broschüre.

Begründung der Vorlage Nr. 14/1378:

LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention: Entwurf Jahresbericht 2015

1. Politischer Auftrag und Sachstand

Im Zuge des Beschlusses des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der BRK durch den Landschaftsausschuss wurde die Verwaltung gemäß Vorlage Nr. 13/3448 damit beauftragt, ein jährliches Berichtswesen zur Dokumentation und Überprüfung des weiteren Verfahrens zu entwickeln, das den Grundsatz der Partizipation beachtet. Gemäß Vorlage Nr. 14/806 wurden bereits erste Vorüberlegungen zu diesem Berichtswesen zur Kenntnis gebracht.

In der Anlage zu Vorlage Nr. 14/1378 wird der Entwurf des Berichtes für das Jahr 2015 zur Kenntnis gegeben. Der Bericht ist ein Instrument zur Überwachung der Umsetzung der BRK im LVR und soll

- zentrale Maßnahmen und Aktivitäten beschreiben, die der LVR zur Erreichung seiner 12 Zielrichtungen aus dem LVR-Aktionsplan ergriffen hat, sowie
- perspektivisch Entwicklungen in der Verfolgung der 12 im Aktionsplan definierten Zielrichtungen sichtbar und bewertbar machen.

Dabei kann die Bewertung dieser Entwicklungen nur im konstruktiven Dialog zwischen Verwaltung, Politik und den Selbstvertretungsorganisationen der Menschen mit Behinderungen stattfinden. Hierzu soll der Bericht Anlass und Arbeitsgrundlage sein. Fragen in diesem Bewertungsprozess könnten sein,

- ob zur Verfolgung der Zielrichtung geeignete Maßnahmen ergriffen wurden,
- ob mit den Aktivitäten die richtigen Schwerpunkte gesetzt wurden oder
- ob besonders dringende Herausforderungen und Problemanzeigen, auf die zum Beispiel in den sog. Abschließenden Bemerkungen des UN-Fachausschusses (vgl. Vorlage Nr. 14/567) hingewiesen wurde, adressiert wurden.

Mit Blick auf die Ziele und Grenzen des Berichtes ist zu berücksichtigen, dass sich der LVR-Aktionsplan konzeptionell von den Aktionsplänen anderer staatlicher Akteure unterscheidet. Denn der LVR-Aktionsplan enthält – anders als die meisten anderen Aktionspläne – keinen abgeschlossenen Maßnahmenkatalog, dessen Umsetzungsstand im Sinne eines Sachstands- oder Fortschrittsberichtes vollständig dokumentiert werden könnte. Stattdessen basiert der LVR-Aktionsplan auf 12 Zielrichtungen, die im Rahmen eines Mainstreaming-Ansatzes umgesetzt werden. Es wird nicht unterschieden zwischen Maßnahmen „des Aktionsplans“ und anderen Maßnahmen. Die Zielrichtungen sind von allgemeiner Relevanz für grundsätzlich alle Aktivitäten des LVR und die Maßnahmenplanung erfolgt in der Regel in Jahreszyklen im Rahmen des zur Verfügung stehenden LVR-Haushaltes.

Für den Bericht bedeutet dies, dass die planenden und umsetzenden Dezernate für sich sowie im Dialog mit der politischen Vertretung (Fachausschüsse) und mit der Stabsstelle Inklusion und Menschenrechte reflektieren und bestimmen können, welche ihrer zurückliegenden Aktivitäten einen besonderen Beitrag zu den Zielrichtungen geleistet haben.

Insofern kann und will der Bericht keinen Anspruch auf vollständige Dokumentation aller Aktivitäten erheben, die „irgendeinen“ Beitrag zur Umsetzung der BRK leisten. Vielmehr wirft der Bericht Schlaglichter auf besondere Aktivitäten und stellt diese einer kritischen Würdigung durch Politik, Verwaltung und Zivilgesellschaft bereit.

2. Methodisches Vorgehen bei der Berichterstellung

Vor dem Hintergrund der Ziele des Berichtes und der eingesetzten Steuerungsinstrumente zur Umsetzung des LVR-Aktionsplans wurden für den Berichtsentwurf mehrere Informationsquellen ausgewertet und unterschiedliche methodische Herangehensweisen gewählt:

- Die in der LVR-Zielvereinbarungsdatenbank vorliegenden Informationen zu den vereinbarten strategischen Zielen zwischen der LVR-Direktorin und den Dezernentinnen und Dezernenten, den Maßnahmen zur Zielerreichung und den Zuordnungen zum LVR-Aktionsplan wurden ausgewertet.
- Mit den Steuerungsunterstützungen der Dezernate sowie ggf. weiteren Ansprechpartnerinnen und -partnern wurden durch die Stabsstelle Inklusion und Menschenrechte auf Arbeitsebene Fachgespräche durchgeführt. Dabei wurde reflektiert, in welcher Weise die Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans bei der Erreichung der Zielvereinbarungen verfolgt werden konnten. Zudem wurde erfragt, ob es jenseits der Zielvereinbarungen im Berichtsjahr 2015 weitere Dezernatsaktivitäten gab, die direkt oder indirekt einen Beitrag zu den Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans darstellen und dokumentiert werden sollten.
- Vorliegende Tätigkeits- und Jahresberichte aus den Dezernaten wurden danach gesichtet, ob hier über Aktivitäten berichtet wird, die einen direkten oder indirekten Beitrag zu den Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans erkennen lassen.
- Es wurden alle Vorlagen gesichtet, die im Berichtsjahr 2015 im Ausschuss für Inklusion und dem Beirat für Inklusion und Menschenrechte behandelt wurden.
- Schließlich wurden auch die LVR-Pressemitteilungen im Berichtsjahr auf Aktivitäten gesichtet, die direkt oder indirekt einen Beitrag zu den Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans darstellen.

Die Gliederung des Berichts folgt den 12 Zielrichtungen des Aktionsplans. Da die einzelnen Zielrichtungen nicht trennscharf sind, wurden die berichteten Aktivitäten in diesem Bericht jeweils einer – besonders deutlich sichtbaren – Zielrichtung zugeordnet.

3. Weiteres Vorgehen

Nach der politischen Beratung im Ausschuss für Inklusion und im Beirat für Inklusion und Menschenrechte erfolgt die Kenntnisnahme in den weiteren Fachausschüssen. Nach einer abschließenden Bearbeitung wird dem Ausschuss für Inklusion im November die Endfassung zur Zustimmung vorgelegt. Die weitere Publikation erfolgt in Form einer Broschüre, die auch Informationen (Zusammenfassungen) in Leichter Sprache enthält.

In einem allgemeinen Teil der Broschüre werden der LVR-Aktionsplan und der damit verbundene „Mainstreaming-Ansatz“ im LVR erläutert. In einem jährlich fortzuschreibenden Berichtsteil werden zentrale Aktivitäten zur Umsetzung der Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans im Berichtsjahr 2015 vorgestellt (analog Anlage zu Vorlage Nr. 14/1378). Die Broschüre soll die vergriffene Publikation zum Aktionsplan aus dem Jahr 2014 ersetzen.

Der Rückbezug der 12 Zielrichtungen des Aktionsplans zu den Grundsätzen und Zielen der UN-Behindertenrechtskonvention wird immer wieder herauszustellen und zu bekräftigen sein. Schließlich ist der LVR-Aktionsplan kein Selbstzweck, sondern das Instrument zur Umsetzung der BRK durch den höheren Kommunalverband.

4. Ausblick

Der LVR als Umlageverband setzt, wie der Berichtsentwurf 2015 aufzeigt, bereits eine Vielzahl an Vorhaben im Sinne des LVR-Aktionsplans erfolgreich um. Wie die BRK durch den sogenannten progressiven Realisierungsvorbehalt (vgl. Artikel 4, Abs. 2 BRK) aufzeigt, hängt der Grad der Zielerreichung von der Verfügbarkeit erforderlicher Mittel ab. Auch zukünftig wird es also so sein, dass die Maßnahmeplanung im Rahmen des LVR-Haushaltes erfolgen muss und die Verfügbarkeit von Ressourcen Grad und Dauer der Umsetzung des LVR-Aktionsplans beeinflussen wird.

Der vorgesehene Partizipationsprozess im Rahmen des Berichtswesens wird für das Berichtsjahr 2015 über die politische Beratung, insbesondere mit dem Beirat für Inklusion und Menschenrechte, sichergestellt. Für das nächste Berichtsjahr 2016 ist in 2017 geplant, einen erweiterten zivilgesellschaftlichen Diskurs in Form eines „LVR-Dialogs Inklusion und Menschenrechte“ anzustoßen.

L u b e k

Anlage zu Vorlage Nr. 14/1378:

LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention: Entwurf Jahresbericht 2015

Der Bericht für das Jahr 2015

Gliederung

ZIELRICHTUNG 1. Die Partizipation von Menschen mit Behinderungen im LVR ausgestalten	2
ZIELRICHTUNG 2. Die Personenzentrierung im LVR weiterentwickeln	5
ZIELRICHTUNG 3. Die LVR-Leistungen in Form des Persönlichen Budgets steigern	15
ZIELRICHTUNG 4. Den inklusiven Sozialraum mitgestalten	16
ZIELRICHTUNG 5. Die Barrierefreiheit in allen LVR-Liegenschaften herstellen	21
ZIELRICHTUNG 6. Die Zugänglichkeit in allen Informations- und Kommunikationsmedien und -formaten im LVR herstellen	24
ZIELRICHTUNG 7. Ein universelles LVR-Veranstaltungsdesign entwickeln	26
ZIELRICHTUNG 8. Die Leichte Sprache im LVR anwenden	26
ZIELRICHTUNG 9. Menschenrechtsbildung im LVR systematisch betreiben	29
ZIELRICHTUNG 10. Das Kindeswohl und Kinderrechte im LVR als inklusiven Mainstreaming-Ansatz schützen	35
ZIELRICHTUNG 11. Die Geschlechtergerechtigkeit im LVR als inklusiven Mainstreaming- Ansatz weiterentwickeln	36
ZIELRICHTUNG 12. Vorschriften und Verfahren im LVR systematisch untersuchen und anpassen	38

Im Folgenden werden zentrale **Maßnahmen und Aktivitäten des Landschaftsverbandes Rheinland im Jahr 2015** berichtet, die direkt oder indirekt auf Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention Bezug nehmen und auf diese Weise einen **Beitrag zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK)** im LVR leisten.

ZIELRICHTUNG 1. Die Partizipation von Menschen mit Behinderungen im LVR ausgestalten

Worum geht es im Kern bei dieser Zielrichtung?

Mit der Zielrichtung 1 hat sich der LVR im Aktionsplan zum Ziel gesetzt, Menschen mit Behinderungen und ihre Selbstvertretungsorganisationen an zentralen, sie betreffenden Entscheidungen innerhalb des LVR zu beteiligen. Damit kommt der LVR seinen menschenrechtlichen Verpflichtungen aus der BRK nach: Nach Artikel 4, Absatz 3 der BRK sind Menschen mit Behinderungen über die sie vertretenden Organisationen bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Rechtsvorschriften und politischen Konzepten zur Durchführung dieses Übereinkommens und bei anderen Entscheidungsprozessen in Fragen, die Menschen mit Behinderungen betreffen, eng zu konsultieren und aktiv einzubeziehen.

Partizipation soll zunehmend ein selbstverständlicher Bestandteil der Arbeit des LVR in Politik und Verwaltung sein und werden. Sie ist kein Selbstzweck, sondern dient der Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen und ist ein zielführendes Mittel, um die Qualität von Ergebnissen zu verbessern.

Welche zentralen Maßnahmen und Aktivitäten wurden im LVR zur Erreichung dieser Zielrichtung ergriffen?

Überblick:

- Z1.1 Politische Partizipation im LVR
- Z1.2 Peer Counseling
- Z1.3 Ex-In-Projekte
- Z1.4 „Landesheimrat Kinder- und Jugendhilfe“
- Z1.5 Arbeitshilfe zur Beteiligung für Kindertageseinrichtungen
- Z1.6 Austausch mit Werkstatträtern

Z1.1 Politische Partizipation im LVR

Die wirksame und nachhaltige Ausgestaltung von Beteiligungsprozessen hatte bereits bei der Erstellung des LVR-Aktionsplans einen besonders hohen Stellenwert¹ und ist auch weiterhin in Politik und Verwaltung von besonderer Priorität. Im Berichtsjahr 2015 ist es dem Ausschuss für Inklusion mit seinem Beirat für Inklusion und Menschenrechte gelungen, die politische Partizipation von Selbstvertretungsorganisationen der Menschen mit Behinderungen zu institutionalisieren.

2015 wurden insgesamt sechs Sitzungen abgehalten, darunter vier gemeinsame Sitzungen von Ausschuss und Beirat. Sitzungstermine waren:

¹ LVR (2014): Gemeinsam in Vielfalt. Der LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, S. 38.

09.02.2015	2. Sitzung des Ausschusses für Inklusion (mit Verabschiedung der Geschäftsordnung des Beirates)
23.03.2015	3. Sitzung des Ausschusses für Inklusion
20.05.2015	Konstituierende Sitzung des Beirates für Inklusion und Menschenrechte
22.06.2015	4. Sitzung des Ausschusses für Inklusion und erste gemeinsame Sitzung mit dem Beirat für Inklusion und Menschenrechte
21.09.2015	5. Sitzung des Ausschusses für Inklusion, gemeinsam mit dem Beirat für Inklusion und Menschenrechte
30.11.2015	6. Sitzung des Ausschusses für Inklusion, gemeinsam mit dem Beirat für Inklusion und Menschenrechte

Z1.2 Peer Counseling

Auch weitere Aktivitäten der Dezernate hatten das Ziel, Partizipationsprozesse zu stärken. Zu nennen ist hier insbesondere das Modell- und Forschungsprojekt Peer Counseling im Rheinland, das unter Federführung des Dezernates Soziales gemeinsam mit dem Dezernat Schulen und Integration durchgeführt wird. Seit Juni 2014 fördert der LVR über drei Jahre zehn Beratungsstellen, in denen Menschen mit Behinderungen andere Menschen mit Behinderungen beraten. Das Projekt trägt in mehrfacher Weise zur Partizipation bei: Die Beratung durch Peer Beraterinnen und Berater unterstützt Ratsuchende dabei, selbstbestimmt Entscheidungen für ihr eigenes Leben zu treffen. Auch die Peer Beraterinnen und Berater profitieren, werden in ihrer Rolle gestärkt und erfahren Empowerment. Das Projekt wird wissenschaftlich im Hinblick auf seine Wirkung evaluiert. Der erste Zwischenbericht wurde im Sommer 2015 vorgelegt. Am 18. November 2015 wurden im Rahmen der Fachtagung „Peer Counseling - Rheinische Erfahrungen und internationale Perspektiven“ erste Ergebnisse diskutiert (vgl. Vorlage Nr. 14/804).

Der im Sommer 2016 vorgelegte zweite Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zeigt, dass das Beratungsangebot Peer Counseling in der Praxis gut angenommen wird und die Beratungsstellen genutzt werden. Von den ratsuchenden Menschen mit Behinderungen wird das Angebot überdurchschnittlich positiv bewertet und als wertvolle Ergänzung zum vorhandenen Beratungsangebot eingeschätzt (vgl. Vorlage Nr. 14/1361).

Z1.3 Ex-In-Projekte

Mit dem Ziel, die Patientenautonomie und Selbstverantwortung zu stärken, wurde auch im Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen eine Form des Peer Counseling erprobt. Im Berichtsjahr 2015 wurden in den LVR-Kliniken Bonn, Düren, Essen und Köln sogenannten Ex-In-Projekte pilothaft implementiert. Im Rahmen der Ex-In-Projekte werden speziell geschulte Psychiatrie-Erfarene als Genesungsbegleiterinnen und -begleiter in der Allgemeinpsychiatrie eingestellt und eingesetzt. Eine Evaluation der Annahme des Angebotes durch die Patientinnen und Patienten sowie ihre Zufriedenheit mit dem Angebot ist für 2016 geplant. Bereits heute zeigt sich, dass das Angebot gut angenommen wird. Nach anfänglichen Schwierigkeiten der Kliniken bzgl. der Besetzung der Stellen sind bei der Arbeitsplatzbeschreibung und Auswahl der Genesungsbegleiterinnen und -begleiter deren individuelle Möglichkeiten und Wünsche intensiv zu beachten. Hier zeigt sich somit eine enge Schnittstelle zu Zielrichtung 2 „Personenzentrierung“.

Flankierend zur Förderung des Peer-Counseling-Modells aus der Ausgleichsabgabe (s.o.), fördert das LVR-Integrationsamt aus dem Programm aktion5 die EX-IN-Ausbildung für schwerbehinderte psychisch kranke Menschen, um auch dieses Angebot zu unterstützen.

Z1.4 „Landesheimrat Kinder- und Jugendhilfe“

Auch das Dezernat Jugend befasst sich im Lichte des Bundeskinderschutzgesetzes intensiv mit Fragen der Partizipation von Kindern und Jugendlichen. So hat der LVR im Berichtsjahr 2015 den Aufbau einer landesweiten Vertretung von Jugendlichen („Landesheimrat“) für die Belange der Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe vorbereitet. Am 20. und 21. Juni 2015 fand hierzu in Duisburg eine zweitägige Tagung mit Jugendlichen aus den stationären Einrichtungen statt (vgl. Vorlage Nr. 14/715). Die Tagung wurde gemeinsam mit dem LWL durchgeführt. Insgesamt haben ca. 170 Personen teilgenommen, darunter ca. 90 junge Menschen und 40 Fachkräfte aus Einrichtungen der Erziehungshilfe in NRW. Das entwickelte Konzept für den Landesheimrat wurde dem LVR-Landesjugendhilfeausschuss im Februar 2016 vorgelegt (vgl. Vorlage Nr. 14/1074). Kinder und Jugendliche mit Behinderungen werden nicht ausdrücklich angesprochen.

Z1.5 Arbeitshilfe zur Beteiligung für Kindertageseinrichtungen

Weiterhin unterstützt der LVR Träger von Kindertageseinrichtungen bei der Implementierung partizipativer Strukturen für Kinder mit und ohne Behinderungen. Im Berichtsjahr 2015 wurde eine Arbeitshilfe „Beteiligung, Mitbestimmung, Beschwerde von Kindern – Empfehlungen zur Konzeptionsentwicklung in Kindertageseinrichtungen“ erarbeitet. Diese ist im Januar 2016 fertiggestellt worden und in Druck gegangen. Inzwischen wurde allen Tageseinrichtungen im Rheinland ein Exemplar der Broschüre zugeleitet. Zudem wurde das Konzept im Rahmen einer Fachtagung des Landesjugendamtes am 7. April 2016 vorgestellt.

Z1.6 Austausch mit Werkstatträten

Das Dezernat Soziales pflegt einen regelmäßigen Austausch mit den Werkstatträten. Diese vertreten nach der Werkstätten-Mitwirkungsordnung die Interessen der in den Werkstätten beschäftigten Menschen mit Behinderungen und werden alle vier Jahre neu gewählt.

Am 16. September 2015 war der LVR Gastgeber der zweiten Konferenz der Landesarbeitsgemeinschaft der Werkstatträte NRW. Hierzu kamen 225 Werkstatträte aus allen Teilen von Nordrhein-Westfalen zusammen und diskutierten über die Erwartungen an das neue Bundesteilhabegesetz.

ZIELRICHTUNG 2. Die Personenzentrierung im LVR weiterentwickeln

Worum geht es im Kern bei dieser Zielrichtung?

Hinter Zielrichtung 2 steht die Vorstellung, dass der LVR bei all seinen Aktivitäten und Angeboten stets den einzelnen Menschen mit seinen individuellen Unterstützungsbedarfen in den Mittelpunkt stellt. Der personenzentrierte Ansatz ist somit ein Gegenentwurf zu einem institutionsbezogenen Ansatz. Dieser geht von den vorhandenen strukturellen Angeboten aus und erwartet, dass sich der Mensch mit seinem individuellen Bedarf den Angeboten anpasst. Beim personenzentrierten Ansatz wird dieses Verhältnis umgekehrt: Die Angebote orientieren sich am individuellen Bedarf und entwickeln sich passgenau weiter.

Zielrichtung 2 fördert insbesondere den menschenrechtlichen Grundsatz der Selbstbestimmung und betont die Mitbestimmung der Menschen mit Behinderungen bei Entscheidungen, die persönliche Angelegenheiten, d.h. ihr eigenes Leben berühren („als Experten in eigener Sache“). Diese Form der Beteiligung (z.B. an der Bedarfsfeststellung/Hilfeplanung im Rahmen des eigenen Antrages) ist zu unterscheiden von der Partizipation an öffentlichen Angelegenheiten („als Experten aus eigener Sache bzw. Erfahrung“), wie sie in Zielrichtung 1 des LVR-Aktionsplans zum Ausdruck kommt.²

Welche zentralen Maßnahmen und Aktivitäten wurden im LVR zur Erreichung dieser Zielrichtung ergriffen?

Überblick:

- Z2.1 Schnittstellenanalyse der Hilfen für Kinder und Jugendliche
- Z2.2 Individuelle Hilfeplanung für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen
- Z2.3 Anschlussbetreuung für Kinder und Jugendliche nach einer therapeutischen Intervention
- Z2.4 Fachtagung zur Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe
- Z2.5 LVR-Kindpauschale
- Z2.6 LVR-Inklusionspauschale
- Z2.7 Individuelle Bildungsplanung
- Z2.8 Echolokalisation (Klicksonar) in der Frühförderung
- Z2.9 Ohrendschungel
- Z2.10 20 Jahre Freiwilliges Ökologisches Jahr Rheinland
- Z2.11 Zukunft der Hilfeplankonferenz
- Z2.12 Ausbau von Kurzzeitwohnmöglichkeiten
- Z2.13 Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung mit besonderem psychosozialen Unterstützungsbedarf
- Z2.14 Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung und Pflegebedarf
- Z2.15 Sterbebegleitung von Menschen mit geistiger Behinderung
- Z2.16 LVR-Budget für Arbeit
- Z2.17 Beschäftigungsmöglichkeiten von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung
- Z2.18 Fallmanagement und Job-Coaching
- Z2.19 Inkludierte Gefährdungsbeurteilung
- Z2.20 Weiterentwicklung der Teilhabeleistungen im Bereich Arbeit und Beschäftigung

² Eine ausführliche Beschreibung der Zielrichtung findet sich hier: LVR (2014): Gemeinsam in Vielfalt. Der LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, S. 76.

- Z2.21 Behandlungsvereinbarungen im LVR-Klinikverbund
- Z2.22 Reduzierung von Zwangsbehandlungen durch Behandlungsalternativen
- Z2.23 Individuelle Lösungen in der forensischen Nachsorge
- Z2.24 LVR-Symposium 2015 zur Qualität in der Psychiatrie
- Z2.25 LVR-Gesamtbeschäftigtenquote
- Z2.26 Beschäftigung Schwerbehinderter im LVR
- Z2.27 Betriebsintegrierte Arbeitsplätze im LVR
- Z2.28 Integrationsprojekte im LVR
- Z2.29 Personaleinsatzplanung beim Arbeitgeber LVR

*Der LVR orientiert sich sehr stark am Prinzip der Personenzentrierung, sodass sich unter dieser Zielrichtung besonders viele Aktivitäten berichten lassen. Im Berichtsjahr 2015 wurden u.a. verschiedenen Aktivitäten unternommen, um gezielt die personenzentrierte Förderung von **Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen** zu verbessern. Diese Aktivitäten tragen damit gleichzeitig zur Zielrichtung 10 „Kindeswohl“ des LVR-Aktionsplans bei.*

22.1 Schnittstellenanalyse der Hilfen für Kinder und Jugendliche

Eine personenzentrierte Förderung gerät manchmal dann an ihre Grenzen, wenn für Leistungsberechtigte, z.B. aufgrund der Bedarfslage oder des Alters, mehrere Leistungssysteme gleichzeitig zuständig sind. Besonders häufig treten solche Schnittstellenkonflikte an der Grenze zwischen Eingliederungshilfe (SGB XII) sowie Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) auf. Daher haben die Dezernate Jugend, Schulen und Integration sowie Soziales im Berichtsjahr 2015 eine gemeinsame Schnittstellenanalyse zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, der Eingliederungshilfe und psychiatrischen Einrichtungen sowie am Übergang Schule-Beruf erarbeitet. Damit wurde eine wichtige Grundlage geschaffen, die sichtbar gewordenen Probleme zielgerichtet im Lichte des neuen Bundesteilhabegesetzes angehen zu können.

22.2 Individuelle Hilfeplanung für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen

Für eine personenzentrierte Versorgung ist es wichtig, die individuellen Bedarfe adäquat zu erfassen. Daher wurde in enger Abstimmung der LVR-Dezernate Soziales und Jugend in Kooperation mit dem LWL ein Bedarfsermittlungsinstrument (IHP) für Kinder und Jugendliche erarbeitet. Dieses befindet sich aktuell in fachlicher Erprobung.

22.3 Anschlussbetreuung für Kinder und Jugendliche nach einer therapeutischen Intervention

Im Sinne einer adäquaten Betreuung von Kindern und Jugendlichen nach einer therapeutischen Intervention wurde zudem durch die Dezernate Soziales und Jugend ein Konzept für eine sogenannte Anschlussbetreuung erarbeitet. Die Umsetzung ist für 2016 geplant.

22.4 Fachtagung zur Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe

Das LVR-Dezernat Jugend sowie das Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen richteten am 1. Dezember 2015 eine gemeinsame Fachtagung zum Thema „Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe im Rheinland: quo vadis?“ aus. Rund 170 Fachleute tauschten sich im Rahmen der Tagung darüber aus,

wie die personenzentrierte Zusammenarbeit beider Hilfesysteme weiterentwickelt werden könnte.

22.5 LVR-Kindpauschale

Zur Fortentwicklung der Bildung, Betreuung und Erziehung von Kindern mit Behinderungen und von Kindern, die von einer Behinderung bedroht sind, fördert der LVR seit dem Kindergartenjahr 2014/2015 die inklusive Betreuung dieser Kinder in Kindertageseinrichtungen zusätzlich und auf freiwilliger Basis mit der LVR-Kindpauschale (vgl. Vorlage 13/3426/1). Damit erfolgt die Förderung – in Ergänzung der KiBiz-Mittel des Landes NRW – nun nicht mehr institutionenbezogen, sondern personenzentriert.

Im Zusammenhang mit der LVR-Kindpauschale wurde ein Förder- und Teilhabeplan eingeführt, den die Träger bei Beantragung der Pauschale erstellen müssen um darzustellen, wie sie dem Unterstützungsbedarf des Kindes begegnen wollen.

22.6 LVR-Inklusionspauschale

Für den Bereich der schulischen Inklusion wurde im Berichtsjahr 2015 die LVR-Inklusionspauschale weiterentwickelt. Diese wurde bereits 2010 als neues Instrument eingeführt, um Schulträger im Rheinland mit freiwilligen Mitteln des LVR bei ihren Bemühungen zu unterstützen, auch Kindern und Jugendlichen mit einem sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf den Besuch einer allgemeinen Schule zu ermöglichen. Am 1. August 2014 trat das Gesetz zur Förderung kommunaler Aufwendungen für die schulische Inklusion (SchulInklAufwFöG) in Kraft, welches eine Neukonzeption der LVR-Inklusionspauschale erforderlich machte. Vor dem Hintergrund der geänderten Rahmenbedingungen wurde beschlossen, dass die LVR-Inklusionspauschale für die Schuljahre 2015/2016 und 2016/2017 weiterhin als eine einzelfallbezogene Förderung erhalten bleibt, die sich als Anreizfinanzierung versteht und eine Ergänzung zur Landesförderung, aber keine Entlastung des Landes von seinen Finanzierungsverpflichtungen darstellen soll. Dabei konzentriert sich die Förderung des LVR auf die Bereiche, bei denen die Schulträger aufgrund der Besonderheiten des Einzelfalls einen hohen Unterstützungs- und Beratungsbedarf haben: auf die sächliche Ausstattung und die barrierefreie Herrichtung der Räumlichkeiten. Die LVR-Inklusionspauschale wird im Sinne der BRK als angemessene Vorkehrung betrachtet, in Zeiten des Umbruchs, in denen Eltern von Kindern mit Behinderungen sich eine inklusive Beschulung wünschen, aber aktuell noch mit erheblichen Hemmnissen zu kämpfen haben (vgl. Vorlage Nr. 14/224/1).

22.7 Individuelle Bildungsplanung

Im Berichtsjahr 2015 wurde ein Forschungsvorhaben der Universität zu Köln zum Thema „Individuelle Bildungsplanung von Anfang an für Kinder mit Behinderung und drohender Behinderung“ abgeschlossen (vgl. Vorlage Nr. 14/602). Die Ergebnisse wurden am 28. April 2016 im Rahmen einer großen Fachtagung des Dezernates Schulen und Integration vorgestellt und diskutiert. Gegenstand des Projektes war die Frage, wie die individuelle Planung barrierefreier Bildungswege durch gezielte Beratung, Informationen und fachliche Unterstützung erleichtert werden kann. Projektregionen waren die Stadt Düsseldorf und der Rheinisch-Bergische Kreis.

22.8 Echolokalisation (Klicksonar) in der Frühförderung

Ein besonderes Projekt zur personenzentrierten Förderung von Kindern mit Behinderungen ist die 2015 beschlossene Einführung und Etablierung der Echolokalisation (Klicksonar) in der Frühförderung der LVR-Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Sehen. Klicksonar ist eine Methode der aktiven Echoortung, die Mobilität ermöglicht. Durch das zurückfallende Echo eines scharfen Zungenklicks erhalten blinde Menschen ein recht differenziertes dreidimensionales Bild der Umgebung und können sich orientieren. Im Rahmen eines dreijährigen Projektes (Beginn Februar 2016) werden die sonderpädagogischen Lehrkräfte in der Frühförderung der LVR-Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Sehen in der Anwendung der Methode geschult und durch eine erfahrene Fachkraft begleitet und supervidiert werden. Ziel des Projektes ist es, mittelfristig zu ermöglichen, dass möglichst allen geburtsblinden Kinder im Rheinland das Angebot gemacht wird, im Rahmen der pädagogischen Frühförderung an den LVR-Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Sehen zur selbstständigen Mobilität hingeleitet zu werden. Mit dem Projekt nimmt der LVR eine Vorreiterrolle auf Bundesebene ein, denn das Lernprogramm ist in seiner Form bislang bundesweit einmalig (vgl. Vorlage Nr. 14/770).

22.9 Ohrendschungel

Als weiteres Projekt, das die speziellen Bedürfnisse von Kindern mit Behinderungen in den Blick nimmt, kann das 2015 von der Landesarbeitsgemeinschaft Agenda 21 NRW e.V. (LAG 21) entwickelte Umweltbildungsprojekt Ohrendschungel genannt werden. Der Fachbereich Umwelt des LVR war beratend und unterstützend beteiligt. Ziel des Projektes ist es, jungen Menschen durch akustische Aufnahmen der Natur einen neuen, sinnlichen und direkten Zugang zu ihrer natürlichen Umwelt und der darin enthaltenen Artenvielfalt zu ermöglichen. Auf Basis seines akustischen Schwerpunktes richtet sich das Angebot insbesondere auch an Kinder des Förderschwerpunktes Sehen (vgl. Vorlage Nr. 14/560).

22.10 20 Jahre Freiwilliges Ökologisches Jahr Rheinland

Unter Federführung der FÖJ-Zentralstelle des LVR-Landesjugendamtes wurde das 20jährige Jubiläum des Freiwilligen Ökologischen Jahres (FÖJ) NRW mit einer Fachtagung und Feier begangen (vgl. Vorlage Nr. 14/321). Über 150 Freiwillige, Ehemalige, Anleitende aus den Einsatzstellen, Kooperationspartnerinnen und -partner sowie Vertreterinnen und Vertreter der Politik würdigten die hohe Qualität des FÖJ NRW. Die begleitende Bildungsarbeit ist partizipativ ausgerichtet und im Rahmen des Sprecherwesens haben die Freiwilligen die Gelegenheit, sich auf der Landes- und Bundesebene für Ihre Belange einzusetzen. Während eines Bildungsjahres engagieren sich junge Menschen im Alter von 16-26 Jahren rheinlandweit im Umwelt- und Naturschutz und lernen mehr Verantwortung für sich und die Umwelt zu übernehmen. 15-20% der Freiwilligen weisen einen besonderen Förderbedarf auf. Darunter sind regelmäßig auch junge Menschen mit Behinderungen im Sinne der BRK. Das FÖJ Rheinland wird mit Mitteln vom Bund, vom Land und vom LVR gefördert.

*Auch für Menschen mit **Eingliederungshilfebedarf** wurden im Berichtsjahr 2015 zahlreiche Aktivitäten angestoßen, die zu einer stärkeren Personenzentrierung beitragen sollen.*

Z2.11 Zukunft der Hilfeplankonferenz

Wichtiger und etablierter Bestandteil des personenzentrierten Bedarfsfeststellungsverfahrens in der Eingliederungshilfe sind die Hilfeplankonferenzen (HPK), die vor etwa zehn Jahren rheinlandweit in Kooperation mit den Mitgliedskörperschaften eingeführt wurden. Gegenwärtig arbeiten im Rheinland 82 Hilfeplankonferenzen. Am 3. Juni 2015 richtete das Dezernat Soziales eine Fachtagung mit dem Titel „Zukunft der Hilfeplankonferenz – Hilfeplankonferenz der Zukunft“ in Köln-Deutz aus, die auf großes Interesse stieß. Es wurde engagiert diskutiert, wie die HPK gestartet sind, wo sie derzeit stehen und wo sie sich hin entwickeln könnten (vgl. Vorlage Nr. 14/818).

Z2.12 Ausbau von Kurzzeitwohnmöglichkeiten

Im Berichtsjahr 2015 wurde im Dezernat Soziales damit begonnen, das Angebot an „Kurzzeitwohnmöglichkeiten“ im Rheinland auszubauen. Das „Kurzzeitwohnen“ bietet die Möglichkeit, dass Kinder, Jugendliche oder auch erwachsene Menschen mit Behinderungen, die in einer Herkunftsfamilie leben, für einen eng umgrenzten und abgesprochenen Zeitraum in eine Wohneinrichtung aufgenommen werden. Ziel der vorübergehenden stationären Unterbringung ist es, das Familiensystem in seiner Stabilität so zu erhalten, dass eine dauerhafte stationäre Unterbringung in einer Einrichtung möglichst nicht erforderlich wird. Nach aktuellen Planungen sollen zwei Einrichtungen für Kinder und Jugendliche sowie zwei Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderungen mit je bis zu maximal zehn Plätzen neu eingerichtet werden (vgl. Vorlage Nr. 14/824).

Z2.13 Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung mit besonderem psychosozialen Unterstützungsbedarf

Die LVR-HPH-Netze sowie das Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen haben im Berichtsjahr 2015 ein Rahmenkonzept für zur Förderung von jungen Menschen mit geistiger Behinderung und besonderem psychosozialen Unterstützungsbedarf erstellt. Das Konzept ist eine Antwort auf die steigende Nachfrage zur Aufnahme von jungen Menschen mit einer leichteren geistigen Behinderung, die Verhalten deutlich außerhalb gesellschaftlich akzeptierter Normen und Werte realisieren. Diese Personen – weit überwiegend handelt es sich um junge Männer – haben einen völlig anderen Unterstützungs- und Förderbedarf als die bislang in den LVR-HPH-Netzen lebenden oder ambulant unterstützten Personen und stellen die unterstützenden Personen vor neue Herausforderungen (vgl. Vorlage Nr. 14/390). In den LVR-HPH-Netzen wurden entsprechende Angebote auf- bzw. ausgebaut.

Z2.14 Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung und Pflegebedarf

Der Hilfebedarf von Menschen, die durch die HPH-Netze betreut werden, erstreckt sich nicht nur auf Leistungen der Eingliederungshilfe. Eine nicht geringe Zahl der Menschen ist zusätzlich auf pflegerische Unterstützung angewiesen. Die LVR-HPH-Netze wollen diesen

Bedarfen durch den Aufbau von ambulanten Pflegediensten entsprechen und den Klientinnen und Klienten im Betreuten Wohnen somit die Möglichkeit umfassender Unterstützung aus einer Hand bieten. Das LVR-HPH-Netz West nahm den ersten ambulanten Pflegedienst der LVR-HPH Netze im Januar 2010 in Betrieb. Das LVR-HPH-Netz Niederrhein folgte im November 2011 mit der Gründung eines weiteren ambulanten Pflegedienstes.³ Im Berichtsjahr 2015 wurden die vorhandenen Angebote weiterentwickelt. Auch im LVR-HPH-Netz Ost wurde ein ambulanter Pflegedienst neu aufgebaut, der seit Anfang 2016 Leistungen zur Pflege für Menschen mit Behinderungen erbringt. Überdies haben die HPH-Netze ihre Konzepte für ein Modellprojekt „ambulante Pflegewohngemeinschaft“ konkretisiert.

Z2.15 Sterbebegleitung von Menschen mit geistiger Behinderung

Das LVR-HPH-Netz Ost beschäftigte sich im Berichtsjahr 2015 intensiv mit der Sterbebegleitung von Menschen mit Behinderungen. Im Rahmen einer Auftaktveranstaltung in der Abtei Brauweiler am 15. Januar 2015 lernten sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des LVR-HPH-Netz Ost und der Hospizvereine aus der Region kennen und tauschten sich über rechtliche, ethische und pflegepraktische Aspekte der Palliativversorgung von Menschen mit Behinderungen aus. Bei der Veranstaltung wurde auch eine Patientenverfügung in Leichter Sprache vorgestellt, die das LVR-HPH-Netz Ost mit dem Hospizverein Lighthouse in Bonn erarbeitet hat. Sie ermöglicht Menschen mit geistiger Behinderung, sich mit ihrem Sterben und dem Tod in Leichter Sprache und mit vielen erklärenden Bildern auseinanderzusetzen und selbstbestimmte Entscheidungen für ihr Lebensende und den Umgang mit ihrem Erbe zu treffen. Ausgangspunkt der Beschäftigung mit dem Thema Sterbebegleitung waren Erfahrungen, die die LVR-Wohnhäuser in der Stadt Solingen in Kooperation mit dem Solinger Hospizverein PHoS gemacht haben. Aus der Kooperation entstand ein umfassendes Schulungskonzept, das die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den LVR-Wohnhäusern auf die Themen Sterben, Tod und Trauer vorbereitet. Im Laufe des Jahres 2015 wurden auch LVR-HPH-Netz-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter aus anderen Kreise und kreisfreien Städten durch die lokalen Hospizvereine anhand des in Solingen erprobten Konzeptes geschult.

*Insbesondere im Bereich der Förderung der **Teilhabe am Arbeitsleben** wurden im Jahr 2015 verschiedene Aktivitäten unternommen, die sich der Zielrichtung Personenzentrierung zuordnen lassen.*

Z2.16 LVR-Budget für Arbeit

Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang das dezernatsübergreifende Projekt LVR-Budget für Arbeit, das auch im Berichtsjahr 2015 fortgeführt wurde. „Durch das LVR-Budget für Arbeit werden erfolgreiche regionale Förderprogramme und Modellprojekte gebündelt, um Menschen mit einer wesentlichen Behinderung und einem hohen Unterstützungsbedarf neue Wege auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu eröffnen. Die Förderleistungen aus dem LVR-Budget für Arbeit ergänzen die klassischen Leistungen des SGB IX zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Unterstützungsangebote können je nach Einzelfall und Bedarf auch flexibel miteinander kombiniert werden.“⁴

³Siehe auch: Wesentliches im Überblick - HPH-Netze 2015, S. 17.

⁴ Siehe auch: Jahresbericht 2015/2016 des LVR-Integrationsamtes.

Z2.17 Beschäftigungsmöglichkeiten von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung

Mit dem Ziel, speziell die Beschäftigungsmöglichkeiten von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung zu verbessern, haben das LVR-Integrationsamt, die Uniklinik Köln und das Integrationsunternehmen Füngeling Router gGmbH am 21. März 2015 gemeinsam für Arbeitgeber aus dem Rheinland die Fachtagung „Von Marsmenschen und Menschenwürde – Autismus und Beruf“ durchgeführt. Die Teilnehmenden der Fachtagung diskutierten u.a. über Möglichkeiten zur Qualifizierung und langfristigen Beschäftigung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung (ASS). Die Fachtagung ist Teil eines dreijährigen Modellvorhabens „Berufliche Integration von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung“, in dessen Rahmen ein Gesamtangebot für Menschen mit ASS entwickelt, erprobt und wissenschaftlich untersucht wird.⁵

Z2.18 Fallmanagement und Job-Coaching

Im Berichtsjahr 2015 wurde begonnen, ein Konzept zur Einführung eines personenzentrierten Vorgehens durch ein Fallmanagement im Integrationsamt zu entwickeln. Überdies haben das LVR-Integrationsamt und die Fachstellen für behinderte Menschen im Arbeitsleben (bislang „örtliche Fürsorgestellen“) in enger Zusammenarbeit eine Empfehlung zur Förderung von betrieblichen Arbeitstrainings (Job-Coachings) erstellt und umgesetzt. „Das Job-Coaching findet in der Regel unmittelbar am Arbeitsplatz mit direktem Kontakt mit den Vorgesetzten und Kollegen / innen der Beschäftigten statt. Es vermittelt kognitive und soziale Kompetenzen und trainiert die Art der Arbeitsausführung sowie psychomotorische Merkmale. Darüber hinaus konkretisiert es gegenüber dem betrieblichen Umfeld die Auswirkungen der Behinderung und bietet Hilfestellung im Umgang miteinander. Job-coaching wird insbesondere eingesetzt im Rahmen von betrieblichen Praktika in den Übergangsbereichen Schule bzw. Werkstatt und Beruf, zur Einarbeitung auf einem neuen Arbeitsplatz, bei einer innerbetrieblichen Umsetzung oder (stufenweisen) Wiedereingliederung, bei geänderten Anforderungen am Arbeitsplatz sowie besonderen individuellen Krisen- und Problemlagen.“⁶

Da für die Personengruppe der Menschen mit Sinnesbehinderungen keine freiberuflichen, qualifizierten Jobcoaches verfügbar sind, fördert das LVR-Integrationsamt darüber hinaus die Ausbildung von Jobcoaches für hör- und sehgeschädigte Personen und stellt dieses Angebot durch die Finanzierung von festen Stellen bei den Integrationsfachdiensten (IFD) Hören und Sehen zur Verfügung.

Z2.19 Inkludierte Gefährdungsbeurteilung

Das LVR-Integrationsamt hat im Berichtsjahr 2015 das Institut für Arbeitsmedizin, Sicherheitstechnik und Ergonomie e. V. (ASER) mit dem Forschungsvorhaben „Inkludierte Gefährdungsbeurteilung“ beauftragt. Das Forschungsvorhaben hat das Ziel, „das Beratungsangebot des Technischen Beratungsdienstes des LVR-Integrationsamtes im Bereich der Gefährdungsbeurteilung von Arbeitsplätzen für Menschen mit Sinnesbehinderungen und ihre Arbeitgeber zu verbessern. Zwar sind die Arbeitgeber gemäß den Arbeitsschutzgesetzen verpflichtet, selber alle erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen. Diese bestehenden Regelungen jedoch sind ausgerichtet auf eine „standardisierte“ Person. Die häufig

⁵ Siehe auch: Jahresbericht 2014/2015 des LVR-Integrationsamtes.

⁶ Siehe auch: Jahresbericht 2015/2016 des LVR-Integrationsamtes.

sehr individuellen Bedürfnisse eines schwerbehinderten Menschen werden nicht ausreichend berücksichtigt. Hier soll das Forschungsvorhaben eine grundsätzliche Methodik zur Erstellung einer geeigneten Gefährdungsbeurteilung und – zunächst für Hörbehinderten – eine konkretisierende Handlungshilfe entwickeln“ (vgl. Vorlage Nr. 14/382).⁷

22.20 Weiterentwicklung der Teilhabeleistungen im Bereich Arbeit und Beschäftigung

In seiner Funktion als überörtlicher Träger der Sozialhilfe gab es im LVR im Berichtsjahr 2015 verschiedene Überlegungen zur personenzentrierten Weiterentwicklung der Teilhabeleistungen im Bereich Arbeit und Beschäftigung. Insbesondere wurde mit der Entwicklung eines Konzeptes zur Entwicklung von Ausbildungsangeboten durch die Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) begonnen sowie ein Modell zur Umsetzung einer sog. „virtuellen“ Werkstatt für Menschen mit einer psychischen Behinderung erarbeitet.

Die personenzentrierte Weiterentwicklung der Teilhabeleistungen wird dabei wesentlich über den im Jahr 2007 initiierten Zielvereinbarungsprozess mit den rheinischen Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) flankiert. Im August 2014 haben der LVR und die rheinischen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege die inzwischen dritte Rahmenvereinbarung zur Weiterentwicklung der Teilhabeangebote von Menschen mit Behinderung am Arbeitsleben abgeschlossen. Auf Grundlage dieser Rahmenvereinbarung wurden mit jedem der 43 Werkstattträger bilaterale Zielvereinbarungen für den Zeitraum 01.01.2015 bis 31.12.2017 abgeschlossen (vgl. Vorlage Nr. 14/381).

Ein Kernaspekt der Weiterentwicklung bildet die in der Rahmenvereinbarung festgelegte Entwicklung von Eckpunkten zur personenzentrierten Teilhabeplanung. Hierzu befindet sich die Verwaltung in Abstimmung mit den rheinischen Werkstätten für behinderte Menschen, um Teilhabeplanung in WfbM zukünftig konsequent an den Bedarfen der Beschäftigten auszurichten.

Mit der „Beschäftigungsmöglichkeit als Zuverdienst“ für Menschen mit Behinderung wurde im Rahmen des gleichnamigen Modellprojekts ein Konzept entwickelt, das geringfügige Beschäftigungen (Minijobs) von Menschen mit Behinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als Alternative zu einer Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) bzw. anderer tagesstrukturierender Maßnahmen bedarfsgerecht fördert. Das Modellprojekt startete im April 2012 und hat eine Laufzeit bis zum 31. Dezember 2018 (vgl. Vorlage 14/1346).

*Im Bereich des **Klinikverbundes** wurden ebenfalls verschiedene Instrumente eingeführt, um die personenzentrierte psychiatrische Behandlung und die Patientenautonomie weiter zu stärken.*

22.21 Behandlungsvereinbarungen im LVR-Klinikverbund

Im Berichtsjahr 2015 wurden in allen neun psychiatrischen Kliniken verbundswweit einheitliche Behandlungsvereinbarungen verabschiedet und verbindlich eingeführt. In die Behandlungsvereinbarung fließen die Erfahrungen aus der akuten Behandlungsphase ein. Es wird verbindlich festgelegt, welchen Maßnahmen bei einer erneuten Einweisung der Vor-

⁷ Siehe auch: Jahresbericht 2015/2016 des LVR-Integrationsamtes.

zug gegeben werden sollte und ggf. welche Medikamente oder Maßnahmen wegen früher aufgetretenen Unverträglichkeiten oder subjektiver Gründe möglichst zu vermeiden wären. Die Ärztinnen und Ärzte der LVR-Kliniken verpflichten sich bei einer späteren Behandlung sich nach den Behandlungsvereinbarungen zu richten.⁸ Der Standard für die Behandlungsvereinbarungen soll jährlich im Rahmen eines Workshops unter Federführung der Verbundzentrale evaluiert und weiterentwickelt werden.

22.22 Reduzierung von Zwangsbehandlungen durch Behandlungsalternativen

In allen psychiatrischen Kliniken wurden im Berichtsjahr 2015 alternative Behandlungskonzepte (Soteria, Heinemann-Konzept, Adherence) umgesetzt. Ziel ist es, mit Hilfe dieser Konzepte Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie zu reduzieren. Die Konzepte werden 2016 verstetigt. Eine Evaluation sowie eine Patienten- und Angehörigenbefragung sind in Vorbereitung.

22.23 Individuelle Lösungen in der forensischen Nachsorge

Um die Verweildauer im Maßregelvollzug zu verkürzen und individuelle Lösungen für die Betroffenen zu finden, wurden im Berichtsjahr 2015 zudem in allen fünf Entlassregionen regionale Vermittlungskonferenzen eingeführt.

22.24 LVR-Symposium 2015 zur Qualität in der Psychiatrie

Im Rahmen des LVR-Symposiums 2015 vom 29. bis 30. Januar 2015 wurden unter dem Titel „Qualität in der Psychiatrie – Messung, Steuerung, Optimierung“ aktuelle und zukünftige Herausforderungen zum Thema Qualität in der Psychiatrie mit Expertinnen und Experten aus dem gesamten Bundesgebiet diskutiert.

*Der LVR ist nicht nur als Leistungsträger und Leistungserbringer für das Ziel der Personenzentrierung verantwortlich, sondern auch in seiner Funktion als **Arbeitgeber**. Im Dezernat Personal und Organisation wurden daher verschiedene Maßnahmen umgesetzt, deren Ziel es ist, besser auf die individuelle Unterstützungsbedarfe, insbesondere der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Behinderungen, eingehen zu können.*

22.25 LVR-Gesamtbeschäftigtenquote

Insgesamt betrug die Gesamtbeschäftigungsquote von Menschen mit Behinderungen im LVR gem. § 71 Abs. 1 SGB IX zum 31.12.2014 9,39 Prozent, war damit also unverändert hoch. Das gesetzlich geforderte Soll von fünf Prozent wurde weit übertroffen (vgl. Vorlage Nr. 14/976).

22.26 Beschäftigung Schwerbehinderter im LVR

Im Fachbereich Zentraler Einkauf und Dienstleistungen (FB 11) wurden verschiedene Schritte unternommen, um die Beschäftigung der Mitarbeitenden mit Schwerbehinderungen nachhaltig zu sichern. Im Berichtsjahr 2015 konnte dort die Zahl der hörgeschädigten Mitarbeitenden von sieben auf neun Personen gesteigert werden. Unter den Beschäftigten

⁸ Übernommen aus der Erklärung der LVR-Klinik Köln unter http://www.klinik-koeln.lvr.de/de/nav_main/fuer_patienten_und_angehoerige/angebote_fuer_patienten_1/behandlungsvereinbarung_2/behandlungsvereinbarung_3.html

befinden sich auch zwei hörgeschädigte junge Erwachsene aus dem JSB-Programm („Beschäftigung von besonders betroffenen jugendlichen Schwerbehinderten“), an dem sich der LVR seit 1997 beteiligt. Ziel dieser Trainingsmaßnahme ist es, auf eine spätere Ausbildung vorzubereiten bzw. eine spätere Ausbildungsfähigkeit zu erproben.

Um die Kommunikationsmöglichkeiten im Fachbereich 11 zu verbessern, hat ein Teamleiter die Ausbildung zum staatlich geprüften Gebärdendolmetscher in 2015 fortgesetzt. Im Fachbereich 11 hat für die Mitarbeitenden eine Schulung zur Gebärdensprache stattgefunden. Auch 2015 hat der Fachbereich eine Vielzahl von Kurzzeit-Praktika insbesondere für Menschen mit einer Schwerbehinderung angeboten und durchgeführt.

Z2.27 Betriebsintegrierte Arbeitsplätze im LVR

Individuelle Beschäftigungsmöglichkeit für Menschen mit einer Schwerbehinderung realisiert der LVR auch über Betriebsintegrierte Arbeitsplätze (BiAp). Betriebsintegrierte Arbeitsplätze sind ausgelagerte befristete oder dauerhaft angelegte Arbeitsplätze einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes einschließlich Integrationsprojekten. Seit 2010 konnte sowohl die Anzahl der besetzten als auch die Anzahl der grundsätzlich zur Verfügung stehenden BiAp beim LVR nachhaltig gesteigert werden. Insgesamt standen Ende 2015 47 BiAp beim LVR zur Verfügung. Hier von waren 34 BiAp mit Menschen mit Behinderungen besetzt, 13 Plätzen waren unbesetzt. Die Einsatzmöglichkeiten umfassen Hilfstätigkeiten im Verwaltungsbereich, im Hauswirtschaftsdienst, in den technischen Diensten, in der Gartenpflege sowie im Museumsbereich (vgl. Vorlage Nr. 14/976).

Z2.28 Integrationsprojekte im LVR

Ein wichtiges Instrument, um Menschen mit Behinderungen eine individuelle Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen, waren auch 2015 die **Integrationsprojekte im LVR**: die LVR-Krankenhauszentralwäscherei, die LVR-Kantine / apetito catering B.V. & Co. KG, die Integrationsabteilung „Layout und Produktion“ der LVR-Druckerei. Für das Jahr 2016 gibt es Planungen, eine Integrationsabteilung „Verteilerküche“ in der LVR-Klinik Köln einzurichten (vgl. Vorlage Nr. 14/976).

Bezüglich der Förderung neuer und bestehender Arbeitsplätze in Integrationsprojekten außerhalb des LVR und bei anderen Arbeitgebern wird auf den Jahresbericht des LVR-Integrationsamtes verwiesen.⁹

Z2.29 Personaleinsatzplanung beim Arbeitgeber LVR

Im Berichtsjahr 2015 wurde das Konzept für die interne Personaleinsatzplanung grundlegend angepasst. Durch das überarbeitete Konzept soll die Betreuung des internen Personal, hierzu gehören auch Menschen mit Behinderungen bzw. mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, intensiviert, die Vermittlung strukturell optimiert sowie die Außenwirkung verbessert werden. Das Konzept wird 2016 umgesetzt.

⁹ Siehe auch: Jahresbericht 2015/2016 des LVR-Integrationsamtes.

ZIELRICHTUNG 3. Die LVR-Leistungen in Form des Persönlichen Budgets steigern

Worum geht es im Kern bei dieser Zielrichtung?

Mit der Zielrichtung 3 hat sich der LVR zum Ziel gesetzt, die Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets im Rheinland zu steigern. Beim Persönlichen Budget handelt es sich um eine Form der Leistungsgewährung, die die Selbstbestimmung der Leistungsberechtigten in besonderer Weise in den Mittelpunkt stellt (siehe Zielrichtung 2). Mit dem Persönlichen Budget übernehmen Menschen mit Behinderungen selbst die Regie der Leistungsausgestaltung. Im Gegensatz zur Sachleistung werden Leistungsberechtigten in Form des Persönlichen Budgets Finanzmittel zur Verfügung gestellt. Mit diesen Mitteln können sie sich selbst die erforderliche Unterstützung beschaffen, um ihre Bedarfe zu decken.¹⁰

Welche zentralen Maßnahmen und Aktivitäten wurden im LVR zur Erreichung dieser Zielrichtung ergriffen?

Überblick:

- Z3.1 Aktualisierung der Musterzielvereinbarung
- Z3.2 Modularisierung von Werkstattleistungen

Z3.1 Aktualisierung der Musterzielvereinbarung

Um mehr Menschen mit Behinderungen zu der Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets zu motivieren, wurde 2015 die Musterzielvereinbarung für Leistungen der Eingliederungshilfe als Persönliches Budget aktualisiert. Damit bekräftigt das Dezernat Soziales seine proaktive Haltung zum Persönlichen Budget und bemüht sich darum, eine liberale, auf Vertrauenskultur basierende, vor allem einheitliche Verwaltungspraxis zu etablieren. Die wesentlichen Aktualisierungen betrafen die Qualitätssicherung, die Leistungserbringung im Persönlichen Budget, die Finanzierung einer erforderlichen Budgetunterstützung auf gesonderten Antrag sowie die Nachweispflichten bei der Verwendung des Persönlichen Budgets (vgl. Vorlage Nr. 14/837).

Z3.2 Modularisierung von Werkstattleistungen

Speziell für Beschäftigte einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) hat der LVR gemeinsam mit den rheinischen Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege ein Verfahren zur Umsetzung und Finanzierung der Teilhabeleistungen in den rheinischen WfbM in Form eines Persönlichen Budgets für den Arbeitsbereich der Werkstätten entwickelt und dieses in einer Empfehlungsvereinbarung vertraglich festgelegt (vgl. Vorlage Nr. 14/383).

¹⁰ Eine ausführliche Beschreibung der Zielrichtung findet sich hier: LVR (2014): Gemeinsam in Vielfalt. Der LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, S. 80.

ZIELRICHTUNG 4. Den inklusiven Sozialraum mitgestalten

Worum geht es im Kern bei dieser Zielrichtung?

Mit der Zielrichtung 4 hat sich der LVR auf den Weg gemacht, verstärkt zur inklusiven Gestaltung von Sozialräumen beizutragen. Ein inklusiver Sozialraum zeichnet sich nach Definition des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge dadurch aus, dass hier das selbstbestimmte und gemeinschaftliche Leben aller Menschen in ihrer gesamten Vielfalt möglich ist. Merkmale eines inklusiven Sozialraums sind:

- „1. Gleichbehandlung und Nicht-Diskriminierung;
2. Barrierefreiheit und Kultursensibilität;
3. Begegnungs- und Netzwerk- sowie Beratungs- und Unterstützungsstrukturen;
4. Partizipation an Planungs-, Gestaltungs- und Entscheidungsprozessen;
5. Inklusion von Anfang an (...);
6. eine Haltung, die Alle einbezieht und Niemanden ausschließt (...).“¹¹

Inklusive Sozialräume werden federführend durch die Kommunen gestaltet. Der LVR unterstützt die Kommunen im Rahmen seiner Aufgaben und Zuständigkeiten auf diesem Weg und stärkt mit seinen eigenen Fachplanungen und Angeboten den inklusiven Charakter der Lebensräume vor Ort.¹²

Welche zentralen Maßnahmen und Aktivitäten wurden im LVR zur Erreichung dieser Zielrichtung ergriffen?

Überblick:

- Z4.1 Mitgestaltung inklusiver Sozialräume durch Konversionsprojekte des LVR-Anreizprogramms
- Z4.2 Analyse zur Weiterentwicklung des inklusiven Gemeinwesens
- Z4.3 Fachtagung zum Inklusiven Wohnen
- Z4.4 Mitgestaltung inklusiver Sozialräume durch lokale Kooperationen
- Z4.5 Mitgestaltung inklusiver Sozialräume durch Vernetzung
- Z4.6 Mitgestaltung inklusiver Sozialräume durch Schulentwicklungsplanung
- Z4.7 Erster bundesweiter Expertenaustausch zum Brandschutz für Menschen mit geistiger Behinderung
- Z4.8 Regionale Verteilung unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge
- Z4.9 Gesundheitsversorgung von geflüchteten Menschen in den Regionen
- Z4.10 Bereitstellung von Immobilien für die Unterbringung und Betreuung von Flüchtlingen

24.1 Mitgestaltung inklusiver Sozialräume durch Konversionsprojekte des LVR-Anreizprogramms

Zu einer der größten Maßnahmen zählt das „LVR-Anreizprogramm zur Konversion stationärer Wohnangebote und zur Förderung einer inklusiven Sozialraumentwicklung“ in Verantwortung des Dezernates Soziales. Das LVR-Anreizprogramm ermöglicht Trägern von Wohnhilfen für Menschen mit Behinderungen sowie Sozialpsychiatrischen Zentren eine

¹¹ Deutscher Verein (2011): Eckpunkte des Deutschen Vereins für einen inklusiven Sozialraum, S. 4.

¹² Eine ausführliche Beschreibung der Zielrichtung findet sich hier: LVR (2014): Gemeinsam in Vielfalt. Der LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, S. 84.

finanzielle Unterstützung bei der Verwirklichung innovativer Konzepte zur Umsetzung des Grundsatzes "ambulant vor stationär" und der Weiterentwicklung ihrer Angebote. Zugleich sollen die Projekte einen Beitrag zum Abbremsen des Kostenanstiegs in der Eingliederungshilfe sowie zur inklusiven Weiterentwicklung der Lebensverhältnisse im Sozialraum leisten. Alle elf geförderten Projekte werden zum 31. Dezember 2017 beendet sein. Zur Evaluation des LVR-Anreizprogramms hat die Verwaltung ein Gesamtkonzept entwickelt (vgl. Vorlage Nr. 14/437).

Im Rahmen eines der geförderten Projekte wird die Komplexeinrichtung „Ledenhof“, die sich in Verantwortung des LVR-HPH-Netzes Ost befindet, umfassend umgebaut. Ziel ist es, die ursprünglich als „Behindertendorf“ für 120 Menschen geplante Komplexeinrichtung aufzulösen und für die Menschen mit geistiger Behinderung neue Wohnbedingungen zu schaffen. Zusammen mit einem Investor soll dieses Areal neu bebaut werden – und zwar als inklusives Quartier, in dem Menschen mit und ohne Behinderungen zusammenleben können. Im neuen Quartier Vilich wird ein Wohnungsmix aus Eigentumswohnungen, Doppelhaushälften, Reihenhäusern, förderfähigen Mietwohnungen und Mehrgenerationenhäusern für Menschen mit und ohne Behinderungen entstehen. Die Stelle des Quartiersmanagements wurde zum 1. April 2015 besetzt. Derzeit finden die letzten planerischen Arbeiten statt. Vorbehaltlich der Genehmigungen der jeweiligen Behörden soll das Projekt in zwei Bauphasen realisiert werden. Nach derzeitiger Planung könnte die erste Bauphase, in der sich auch die Wohnungen und Häuser der Menschen mit Behinderungen befinden, bis Ende 2018 abgeschlossen sein.

Gefördert durch das Anreizprogramm hat zudem die LVR-Klinik Viersen in Viersen-Süchteln das Stadtteilbüro „Pluspunkt“ eingerichtet. Dieses soll den Klientinnen und Klienten mit seelischer Behinderung im Betreuten Wohnen der Klinik als niederschwellige und inklusive Anlauf- und Begegnungsstätte – auch in Kooperation mit anderen Trägern – dienen.

24.2 Analyse zur Weiterentwicklung des inklusiven Gemeinwesens

Das Dezernat Soziales förderte in den beiden Projektregionen Stadt Mönchengladbach und Rhein-Sieg-Kreis sieben Einzelprojekte. Das übergeordnete Ziel der Projekte bestand darin, das Hilfeplanverfahren im Rheinland fachlich weiterzuentwickeln und dabei einen besonderen Fokus auf den Zugang in das System, die Erstellung des Individuellen Hilfeplans (IHP) sowie die Gestaltung inklusiver Sozialräume zu legen (vgl. Vorlage Nr. 14/572). Eines der Teilprojekte hatte explizit die Weiterentwicklung des inklusiven Gemeinwesens im Rhein-Sieg-Kreis zum Ziel. Es wurde u.a. deutlich, dass das Thema der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen verstärkt im Bewusstsein von Politik und Gesellschaft verankert ist, es aber dennoch weiterhin an Angeboten im Sozialraum fehlt und noch einige Anstrengungen hin zu einem inklusiven Zusammenleben unternommen werden müssen. Im Berichtsjahr 2015 wurden die Ergebnisse des Projektes bewertet und Handlungsziele abgeleitet. Die weiteren Umsetzungsmöglichkeiten können allerdings erst im Zusammenhang mit dem neuen Bundesteilhabegesetz bewertet werden.

24.3 Fachtagung zum Inklusiven Wohnen

Unter dem Titel „Bunte Nachbarschaft. Inklusives Wohnen – inklusive Wohnprojekte“ tauschten sich bei einer Fachtagung des LVR am 17. Dezember 2015 über 150 Fachleute

über bestehende Defizite bei der Versorgung mit barrierefreiem Wohnraum aus. Die Landschaftsversammlung Rheinland hatte die Veranstaltung initiiert, um die Förderung inklusiver Wohnprojekte im Rheinland voranzubringen. Ziel der Veranstaltung war es, bestehende Bedarfe rund um das inklusive Wohnen zu ermitteln, von guten Projekten zu lernen und gemeinsam neue Ideen zu entwickeln.

24.4 Mitgestaltung inklusiver Sozialräume durch lokale Kooperationen

Im Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen gibt es aktuell Bemühungen zum Aufbau von Zentren für Altersmedizin in Kooperation mit lokalen Gesundheitsanbietern. In Köln wurde 2015 von der LVR-Klinik sowie der Universitätsklinik Köln ein konsentiertes Planungskonzept für das neuropsychiatrische Zentrum für Altersmedizin (ZAK) erarbeitet. Beide Kooperationspartner haben ihren Willen erklärt, das ZAK auf dem Gelände der Uniklinik zu etablieren. Die Grundstückssuche läuft. Ein Kooperationsvertrag ist in Vorbereitung. Die LVR-Klinik Düren setzt gemeinsam mit dem Krankenhaus Düren gGmbH und dem Rheinischen Blindenfürsorgeverein Düren 1886 (RBV) ein Kooperationsprojekt „Zentrum für Altersmedizin und Altenhilfe Düren“ um. Gemeinsam mit dem RBV wurde die Bauplanung für die Tagesklinik für Gerontopsychiatrie auf dem Gelände des RBV umsetzungsreif entwickelt.

24.5 Mitgestaltung inklusiver Sozialräume durch Vernetzung

Die LVR-HPH-Netze haben sich auch 2015 für einen weiteren Ausbau der Kooperationen im Sozialraum engagiert. Dabei sind die Kooperationsmöglichkeiten regional sehr unterschiedlich, hängen von den Bereitschaften und Möglichkeiten der Partnerinnen und Partner und nicht zuletzt von konkreten handelnden Personen ab. Unter der Zielsetzung vermehrter Teilhabechancen in einem inklusiven Sozialraum wurden Kooperationen mit den verschiedensten gesellschaftlichen Institutionen – wie unterschiedlichsten Vereinen, Kirchengemeinden, Volkshochschulen, Familienbildungsstätten, der Freiwilligen Feuerwehr, örtlichen Initiativen, Schulen – weiter aus- und aufgebaut. Jede Kooperation mit Beteiligten außerhalb der Behindertenhilfe ist auch immer ein Beitrag zur Bewusstseinsbildung für die Belange von Menschen mit geistiger Behinderung.¹³

24.6 Mitgestaltung inklusiver Sozialräume durch Schulentwicklungsplanung

Mit der Umsetzung der Inklusion an den Schulen in Nordrhein-Westfalen haben sich die Planungs- und Steuerungsaufgaben des LVR als Schulträger wesentlich verändert. Zusammen mit Land und Kommunen hat der LVR für die Schaffung eines inklusiven Schulangebots Sorge zu tragen und gleichzeitig solange ein erreichbares und qualitativ hochwertiges förderschulisches Angebot vorzuhalten, wie hierfür ein Bedürfnis besteht. Dies erfordert aus Sicht des Dezernates Schulen und Integration eine konsequente Ausrichtung der Schulentwicklungsplanung am Bedarf des Einzelnen und einer bestmöglichen individuellen Förderung. Gleichzeitig gilt es, die Rolle und das Profil der LVR-Förderschulen auf diese Ziele auszurichten. Letztlich gestaltet der LVR auch auf diesem Weg inklusive Sozialräume mit. Damit müssen aber auch die Planungsinstrumente weiterentwickelt und besser als bisher auf die veränderten Anforderungen zugeschnitten werden.

¹³ Siehe auch: 2. Qualitäts- und Leistungsbericht für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen.

Der Landschaftsausschuss hat mit seinem Beschluss vom 26. Juni 2015 der Projektförderung des Wuppertaler Instituts für bildungsökonomische Forschung (WIB) der Bergischen Universität Wuppertal zur Durchführung einer Machbarkeitsstudie zur Entwicklung von Instrumenten für die überregionale Schulentwicklungsplanung zugestimmt (vgl. Vorlage Nr. 14/463). Die Machbarkeitsstudie wurde von LVR und LWL gleichermaßen gefördert und getragen und zeigt somit im Ergebnis eine landesweite Perspektive auf. Das Projekt lief bis Ende Februar 2016, der Projektbericht liegt seit April 2016 vor.

24.7 Erster bundesweiter Expertenaustausch zum Brandschutz für Menschen mit geistiger Behinderung

Immer mehr Menschen mit geistiger Behinderung leben in einer eigenen Wohnung. Sie sind, ebenso wie Menschen im stationären Wohnen, durch Feuer und Rauch besonders gefährdet, weil sie die Gefahren teilweise nicht erkennen oder deuten können. Im Notfall brauchen Menschen mit geistiger Behinderung leicht aufbereitete Informationen und geschulte Helferinnen und Helfer. Vor diesem Hintergrund veranstalteten das LVR-HPH-Netz Ost und die Mission Sicheres Zuhause e.V. am 7. Oktober 2015 das erste bundesweite Symposium „Brandschutz für Erwachsene mit geistiger Behinderung“ in Köln. Rund 200 Führungskräfte und Fachleute der Bereiche Behindertenhilfe und Brandschutz aus dem deutschsprachigen Raum tauschen sich in Köln darüber aus, wie Brandschutz für Erwachsene mit geistiger Behinderung effektiver gestaltet werden und wie eine frühzeitige Vernetzung mit der Feuerwehr und im Sozialraum gepflegt werden können. Am 16. Oktober 2016 findet erneut eine Tagung zum Thema Brandschutz statt.

*Neben diesen Aktivitäten hat der LVR sein Engagement vor Ort im Berichtsjahr 2015 auch im Kontext der **Flüchtlingshilfe** gezeigt.*

24.8 Regionale Verteilung unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge

Seit November 2015 übernimmt das LVR-Landesjugendamt Rheinland das NRW-weite Verteilungsverfahren für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Dabei werden sowohl die Möglichkeiten der aufnehmenden Kommunen als auch die Bedürfnisse und Bedarfe der jungen Flüchtlinge über ein Clearing-Verfahren berücksichtigt. Kinder und Jugendliche mit Behinderungen werden nicht ausdrücklich angesprochen (vgl. Vorlage Nr. 14/1082).

Im Rahmen seiner Aufgaben unterstützt der LVR gezielt Kommunen, die bisher nur wenig Erfahrung mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen gesammelt haben. Der Fachkongress „Jeder zweite Flüchtling ist ein Kind – Herausforderungen für die Kinder- und Jugendhilfe“ am 6. November 2015 hat rund 300 Jugendamtsleitungen, Jugendhilfeplanungsfachkräfte, Träger sowie Fachberatungen und interessierte Fachkräfte erreicht.

24.9 Gesundheitsversorgung von geflüchteten Menschen in den Regionen

Im Rahmen der Flüchtlingshilfe haben die LVR-Kliniken im Berichtsjahr 2015 erfolgreich Angebote der personenbezogenen, therapiebegleitenden Beratung und Koordinierung der psychiatrischen Behandlungen und der psychosozialen Hilfen im Vorfeld von bzw. im Anschluss an die psychiatrische, psychotherapeutische (Trauma)Behandlung etabliert. Auch

kreativtherapeutische Angebote für Flüchtlingskinder wurden in den Kliniken ausgebaut (vgl. Vorlage Nr. 14/857).

Z4.10 Bereitstellung von Immobilien für die Unterbringung und Betreuung von Flüchtlingen

Im Berichtsjahr 2015 hat der LVR die Mitgliedskörperschaften, die Bezirksregierungen und das Land NRW bei der Unterbringung und Betreuung von Flüchtlingen unterstützt. Unter anderem wurden durch den LVR Immobilien der LVR-Kliniken für Flüchtlingsunterkünfte bereitgestellt. Zudem wurden minderjährige Flüchtlinge im Solinger Halfeshof sowie an den LVR-Förderschulen aufgenommen.

Mit dem Thema „Geflüchtete Menschen mit Behinderungen“ werden sich der Ausschuss für Inklusion und der Beirat für Inklusion und Menschenrechte noch in der zweiten Jahreshälfte 2016 befassen.

ZIELRICHTUNG 5. Die Barrierefreiheit in allen LVR-Liegenschaften herstellen

Worum geht es im Kern bei dieser Zielrichtung?

Barrierefreiheit bedeutet, die Umwelt so zu gestalten, dass sie für Menschen mit Behinderungen genauso nutzbar und zugänglich ist wie für Menschen ohne Behinderungen. Dies ist nur Schritt für Schritt möglich. Mit der Zielrichtung 5 hat sich der LVR genau auf diesen Weg gemacht. Ziel ist es, langfristig die Barrierefreiheit in allen LVR-Liegenschaften herzustellen.¹⁴

Welche zentralen Maßnahmen und Aktivitäten wurden im LVR zur Erreichung dieser Zielrichtung ergriffen?

Überblick:

- Z5.1 Umsetzung der Zielvereinbarung zur Barrierefreiheit der LVR-Liegenschaften
- Z5.2 Barrierefreiheit in weiteren Bestandsgebäuden
- Z5.3 Barrierefreie Neubauten
- Z5.4 Schulungen der Mitarbeitenden
- Z5.5 Barrierefreies Reisen
- Z5.6 Inklusions-App zur Barrierefreiheit der LVR-Einrichtungen

25.1 Umsetzung der Zielvereinbarung zur Barrierefreiheit der LVR-Liegenschaften

Für die Gebäude der Zentralverwaltung in Köln-Deutz¹⁵ wurde mit den Verbänden von Menschen mit Behinderungen am 18. November 2013 eine Zielvereinbarung gemäß Paragraph 5 Behindertengleichstellungsgesetz NRW zur Barrierefreiheit im Hinblick auf die Auffindbarkeit, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit der Gebäude abgeschlossen, die im Zielvereinbarungsregister des Ministeriums für Arbeit, Integration und Soziales NRW veröffentlicht wird. Diese Zielvereinbarung ist die wesentliche Arbeitsgrundlage zur Umsetzung der Zielrichtung 5 im LVR.

Das Dezernat Finanz- und Immobilienmanagement veröffentlicht jährliche Zwischenberichte zum Umsetzungsstand der Zielvereinbarung. Nach den Ergebnissen des zweiten Zwischenberichts zum 30. November 2015 sind die geplanten Maßnahmen im LVR-Landeshaus sowie im Horion-Haus weitgehend umgesetzt. Es fehlen hier noch teilweise die Maßnahmen im Außenbereich. Im Landeshaus wurden die Planungen der Maßnahmen mit der Denkmalschutzbehörde abgestimmt. Die Ausführung ist für Herbst 2016 geplant, im Anschluss an die Fertigstellung des Rheinboulevards. Bei den Räumlichkeiten der Informations- und Bildungsstätte (IBS) und im Gebäude an der Deutzer Freiheit handelt es sich um angemietete Objekte. Sämtliche Umbau-/Änderungs- und Gestaltungswünsche im Gebäude oder an der Zuwegung sind mit dem Vermieter abzustimmen. Diese Ab-

¹⁴ Eine ausführliche Beschreibung der Zielrichtung findet sich hier: LVR (2014): Gemeinsam in Vielfalt. Der LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, S. 87.

¹⁵ Im Einzelnen sind dies: das Landeshaus, Kennedy-Ufer 2, das Horion Haus, Hermann-Pünder-Straße 1, die Informations- und Bildungsstätte (IBS), das LVR-Haus, Ottoplatz 2 sowie das Dienstgebäude Deutzer Freiheit 77.

stimmungen dauern noch an. Als Einzelmaßnahme wurden in beiden Objekten bereits Hörhilfen im Empfangsbereich installiert (vgl. Vorlage Nr. 14/985).

25.2 Barrierefreiheit in weiteren Bestandsgebäuden

Neben den Gebäuden der Zentralverwaltung hat sich der LVR verpflichtet, weitere Bestandsgebäude schrittweise barrierefrei herzurichten. Derzeit sind diverse Pilotprojekte in Planung und Abstimmung, darunter die LVR-Freilichtmuseen in Kommern und Lindlar, das LVR-Landesmuseum Bonn, die Industriemuseen in Oberhausen und Bergisch-Gladbach. Auch für einzelne LVR-Förderschulen wurden bereits Konzepte erarbeitet (Kurt-Schwitters-Schule, Karl-Tietenberg-Schule, Max-Ernst-Schule, Christy-Brown-Schule, Christophorusschule). Die schrittweise Umsetzung der Maßnahmen hat 2016 begonnen.

Das LVR-Klinikum Düsseldorf sowie die LVR-Klinik Mönchengladbach haben bereits in 2015 mit der Bestandsaufnahme zur Barrierefreiheit der Klinikgelände sowie -gebäude begonnen. Im Anschluss an diese Phase wurden Maßnahmen priorisiert, welche nun schrittweise umgesetzt werden. Die im Projekt durchgeführte Bestandsaufnahme über Gelände und Gebäude dient nun als Orientierung für die weiteren Kliniken zur Herstellung von Barrierefreiheit im LVR-Klinikverbund. Alle Kliniken bearbeiten das Ziel der Barrierefreiheit in 2016 im Rahmen ihrer institutionellen Zielvereinbarung.

25.3 Barrierefreie Neubauten

Bei allen Neubauplanungen des LVR wird grundsätzlich ein Barrierefrei-Konzept erstellt und mit den Schwerbehindertenvertretungen abgestimmt. Dies gilt auch für die geplante neue LVR-Liegenschaft am Ottoplatz.

25.4 Schulungen der Mitarbeitenden

Im August 2015 hat erneut eine Schulung aller mit der Planung und Ausführung von Baumaßnahmen betrauten Mitarbeitenden im LVR stattgefunden. Diese Form der Weiterbildung wird auch 2016 fortgesetzt.

Zur weiteren Verstärkung der fachlichen Expertise nahmen zudem drei Architektinnen an einer vertieften Weiterbildung zur Fachplanerin für barrierefreies Bauen an der Fachhochschule in Biberach teil und legten erfolgreich im Februar 2015 die Prüfung ab. Darüber hinaus hat eine Planerin des Fachbereichs Gebäude- und Liegenschaftsmanagement (FB 24) die Sachverständigenausbildung erfolgreich abgeschlossen (vgl. Vorlage Nr. 14/985).

25.5 Barrierefreies Reisen

Neben einem möglichst hohen Standard der Barrierefreiheit ist es für eine selbstbestimmte Nutzung der LVR-Liegenschaften auch wichtig, Menschen mit Behinderungen möglichst umfangreich Informationen darüber zu geben, was sie in den LVR-Museen und Kultureinrichtungen erwartet. Daher hat sich der LVR der bundeweiten Initiative „Barrierefreies Reisen“ des Deutschen Seminars für Tourismus angeschlossen. Die Initiative prüft und zertifiziert touristische Einrichtungen im Rahmen eines standardisierten Fragebogens auf Barrierefreiheit. Zertifiziert sind derzeit das LVR-RömerMuseum Xanten,

das LVR-Kulturhaus Landsynagoge Rödingen, das LVR-Industriemuseum St. Antony-Hütte, das LVR-Industriemuseum Euskirchen und das LVR-Industriemuseum Solingen (Stand Juni 2016). Für 2016 geplant sind noch das LVR-Industriemuseum Ratingen, das Max Ernst Museum sowie eventuell das LVR-LandesMuseum Bonn und das LVR-Industriemuseum Bergisch Gladbach.¹⁶

Z5.6 Inklusions-App zur Barrierefreiheit der LVR-Einrichtungen

Im Fachbereich Kommunikation wurde im Jahr 2015 mit der Erstellung eines Konzeptes für eine LVR-Inklusions-App (Arbeitstitel) begonnen. Das Konzept wurde dem Ausschuss für Inklusion im Juni 2016 vorgelegt (vgl. Vorlage Nr. 14/1310). Die App soll auf Basis einer Karte Informationen zur Erreichbarkeit von LVR-Einrichtungen darstellen. Im Fokus stehen die Bedürfnisse von Rollstuhlfahrerinnen und -fahrern und anderen körperlich eingeschränkten Besucherinnen und Besuchern. Hinsichtlich ihrer Barrierefreiheit analysiert und dargestellt werden sollen sowohl der öffentliche Raum um die LVR-Einrichtungen herum als auch die Wege zu den LVR- Einrichtungen von den Stationen des öffentlichen Nahverkehrs und den Parkplätzen in der Umgebung aus. Durch die breite Präsenz des LVR im Rheinland werden rund 110 Standorte (unter Nichtberücksichtigung der HPH-Wohngruppen) erschlossen.

¹⁶ Siehe auch: LVR-Kulturbericht 2015, S.10.

ZIELRICHTUNG 6. Die Zugänglichkeit in allen Informations- und Kommunikationsmedien und -formaten im LVR herstellen

Worum geht es im Kern bei dieser Zielrichtung?

Zielrichtung 6 macht deutlich, dass sich Zugänglichkeit nicht nur auf bauliche Begebenheiten, sondern ebenso auf Information und Kommunikation bezieht. Informations- und Kommunikationsmedien sind dann grundsätzlich barrierefrei, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind. Dies will der LVR unter Zielrichtung 6 in allen Medien und Formaten schrittweise umsetzen.¹⁷

Welche zentralen Maßnahmen und Aktivitäten wurden im LVR zur Erreichung dieser Zielrichtung ergriffen?

Überblick:

- Z6.1 LVR-Internet- und Intranetauftritte
- Z6.2 Barrierefreie Kulturkommunikation
- Z6.3 Medienkompetenz an Förderschulen

Z6.1 LVR-Internet- und Intranetauftritte

Der LVR-Fachbereich Kommunikation als federführende Stelle für das Thema „Barrierefreiheit im Internet“ gestaltet die verbandsinternen Rahmenvorgaben und sorgt für einen einheitlichen Umgang mit dem Thema innerhalb des Verbandes. Im Berichtsjahr 2015 wurde ein neuer Leitfaden erstellt, wie Internet- und Intranetauftritte beim LVR barrierefrei zu entwickeln sind. Der Leitfaden wurde mit LVR-InfoKom und dem LVR-Zentrum für Medien und Bildung abgestimmt.

Z6.2 Barrierefreie Kulturkommunikation

Im Kulturbereich wurde ein besonderer Schwerpunkt auf möglichst barrierefreie Kulturkommunikation gelegt. Seit Februar 2015 sind alle Webseiten der 19 LVR-Museen und Kulturdienste mit vom LVR-Zentrum für Medien und Bildung produzierten Videos in Gebärdensprache versehen. Gehörlose Menschen können sich so direkt über die Aufgaben und Angebote der LVR-Kultureinrichtungen informieren.¹⁸ Zusätzlich wurden wichtige Informationen zu den Einrichtungen in Leichte Sprache übersetzt (vgl. Zielrichtung 8) und das Museumspersonal der Rheinland Kultur GmbH für die (kommunikativen) Belange von Menschen mit Behinderungen sensibilisiert (vgl. Zielrichtung 9).

In den LVR-Museen haben sich außerdem die Angebote für Menschen mit Behinderungen in den letzten Jahren kontinuierlich verbessert. Bereits fünf LVR-Museen bieten Multimediaführungen in Gebärdensprache an: Im LVR-Archäologischen Park Xanten mit LVR-RömerMuseum Xanten, den LVR-Industriemuseen Papiermuseum Alte Dombach und St.

¹⁷ Eine ausführliche Beschreibung der Zielrichtung findet sich hier: LVR (2014): Gemeinsam in Vielfalt. Der LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, S. 91.

¹⁸ Siehe auch: LVR-Kulturbericht 2015, S.11.

Antony-Hütte, im LVR-LandesMuseum Bonn und im LVR-Freilichtmuseum Kommern können Multimedia-Guides mit Videos in Deutscher Gebärdensprache ausgeliehen werden. Gehörlose Gäste können die genannten Museen somit selbstständig entdecken. Auch Audio-Führungen in Leichter Sprache gibt es mittlerweile in der Mehrzahl der LVR-Museen. Die Produktion erfolgt durch das LVR-Zentrum für Bildung und Medien.¹⁹

Auf Grund des besonderen Engagements für das Thema Teilhabe an Kultur war das LVR-Dezernat Kultur und Landschaftliche Kulturpflege eingeladen, auf der Fachtagung „Inklusion und Kultur“ am 19. und 20. Oktober 2015 in Nürnberg in drei Vorträgen über die eigenen Erfahrungen zu berichten. Die Tagung wurde durch den Bayerischen Bezirketag gemeinsam mit der Behindertenbeauftragten der Bayerischen Staatsregierung und dem Bezirk Mittelfranken ausgerichtet.

Z6.3 Medienkompetenz an Förderschulen

In den LVR-Schulen ist die Steigerung der Medienkompetenz der Schülerinnen und Schüler oberste Prämisse im Rahmen der Medienentwicklungsplanung. Vor dem Hintergrund der immer rasanter fortschreitenden technologischen und gesellschaftlichen Entwicklung der vergangenen fünf Jahre und den damit einhergehenden Möglichkeiten für Schülerinnen und Schüler mit Behinderungen ist eine konzeptionelle Überarbeitung und Aktualisierung des letzten Medienentwicklungsplans aus dem Jahr 2010 inzwischen zwingend erforderlich. Der erste Aufschlag für den neuen Medienentwicklungsplan entstand im Jahr 2015. Die weitere fachliche Aktualisierung beginnt in der 2. Jahreshälfte 2016 und erfolgt zukünftig als fortlaufender Prozess im Rahmen des operativen Tagesgeschäfts. Die Fertigstellung einer ersten Version des neuen Medienentwicklungsplans wird bis zum Ende des 1. Quartals 2017 angestrebt.

Am 14. Januar 2015 fand die Kick-Off Veranstaltung zur Einführung der barrierearmen Kommunikations- und Kollaborationsplattform Logineo NRW an den LVR-Schulen statt. Hierbei handelt es sich um eine webbasierte Basis-IT Infrastruktur, die einen geschützten Zugang zu Kommunikation, Lernmitteln und Dateimanagement bietet. Mit LOGINEO NRW soll ein Vertrauensraum im Internet geschaffen werden, um Lernen und Leben mit digitalen Medien zu erfahren und eine Kultur des Miteinanders in der digitalen Welt zu entwickeln.

¹⁹ Siehe auch: LVR-Kulturbericht 2015, S.11.

ZIELRICHTUNG 7. Ein universelles LVR-Veranstaltungsdesign entwickeln

Worum geht es im Kern bei dieser Zielrichtung?

Zielrichtung 7 bezieht sich wie Zielrichtung 6 auf einen bestimmten Teilaspekt von Zugänglichkeit und macht deutlich, dass auch Veranstaltungen Menschen mit und ohne Behinderungen offenstehen sollen. Bei allen Veranstaltungen des LVR ist daher grundsätzlich die diskriminierungsfreie Zugänglichkeit für alle interessierten (bzw. eingeladenen) Menschen sicherzustellen. Dabei ist es wichtig, Zugänglichkeit für den gesamten Prozess des Veranstaltungsmanagements zu berücksichtigen, also auch bei der Planung, Einladung und Dokumentation. Von großer Bedeutung ist hierbei eine positive Grundhaltung in der Verwaltung zur „Begegnung in Vielfalt“.²⁰

Welche zentralen Maßnahmen und Aktivitäten wurden im LVR zur Erreichung dieser Zielrichtung ergriffen?

Überblick:

- Z7.1 Gleichberechtigte Mitarbeit in politischen Gremien
- Z7.2 Barrierefreie Durchführungen von Veranstaltungen
- Z7.3 Simultanübertragung Leichte Sprache

27.1 Gleichberechtigte Mitarbeit in politischen Gremien

Für die Mitglieder und die sachkundigen Bürgerinnen und Bürger der Gremien der 14. Landschaftsversammlung sowie für den LVR-Beirat für Inklusion und Menschenrechte stellt der Fachbereich Landschaftsversammlung, Repräsentation, Beschwerden bei Bedarf über individuelle Vorkehrungen im Einzelfall sicher, dass Menschen mit und ohne Behinderungen gleichberechtigt mitarbeiten können.

27.2 Barrierefreie Durchführungen von Veranstaltungen

Bei Veranstaltungen in Verantwortung des Fachbereichs Landschaftsversammlung, Repräsentation, Beschwerden wird seit 2015 systematisch eine Checkliste eingesetzt. Mit Hilfe dieser Checkliste wird im Vorfeld der Veranstaltungen geprüft, ob und mit welchen Vorkehrungen eine Durchführung der Veranstaltung für alle angemeldeten Gäste und Teilnehmenden mit und ohne Behinderungen möglich ist. Standardmäßig werden z.B. externe Veranstaltungsorte vorab aufgesucht und auf mögliche Barrieren hin untersucht.

27.3 Simultanübertragung Leichte Sprache

Im Rahmen der Fachtagung „Peer Counseling - Rheinische Erfahrungen und internationale Perspektiven“ am 18. November 2015 im Horion-Haus (siehe Zielrichtung 1) wurde bei einer Veranstaltung des LVR erstmals eine Simultanübertragung der Wortbeiträge in Leichte Sprache erprobt.

²⁰ Eine ausführliche Beschreibung der Zielrichtung findet sich hier: LVR (2014): Gemeinsam in Vielfalt. Der LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, S. 94.

ZIELRICHTUNG 8. Die Leichte Sprache im LVR anwenden

Worum geht es im Kern bei dieser Zielrichtung?

Leichte Sprache ist ein wichtiges Instrument, um die Zugänglichkeit zu Information und Kommunikation für Menschen mit Lernschwierigkeiten herzustellen. Der LVR verfügt bereits über mehrjährige Erfahrungen in der Verwendung der Leichten Sprache in Druckschriften und im Internet. Mit Zielrichtung 8 hat er sich zur Aufgabe gemacht, Leichte Sprache noch systematischer anzuwenden.²¹

Welche zentralen Maßnahmen und Aktivitäten wurden im LVR zur Erreichung dieser Zielrichtung ergriffen?

Überblick:

- Z8.1 LVR-Internetauftritt in Leichter Sprache
- Z8.2 Leichte Sprache in den LVR-Museen
- Z8.3 Leichte Sprache in der politischen Beratung

Z8.1 LVR-Internetauftritt in Leichter Sprache

Seit Mitte des Jahres 2015 ist die Internetseite des LVR zu weiten Teilen nun auch in Leichter Sprache verfügbar (www.leichtesprache.lvr.de). Auf über 100 Seiten informiert der Verband über Themen wie selbstbestimmtes Wohnen, Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und vieles mehr. Das Angebot richtet sich insbesondere an Menschen mit kognitiven Einschränkungen und an Menschen, die zum Beispiel nicht gut deutsch sprechen. Die Texte in Leichter Sprache sollen dazu beitragen, dass sich alle Menschen im Rahmen ihrer jeweiligen Möglichkeiten über zentrale Inhalte zur Lebensgestaltung informieren können. Für Menschen mit Hörbehinderung stehen Videos in Deutscher Gebärdensprache bereit. Downloads von LVR-Publikationen in Leichter Sprache sowie eine Suchfunktion in Leichter Sprache runden das Angebot ab.

Z8.2 Leichte Sprache in den LVR-Museen

Für alle LVR-Museen, LVR-Kulturdienste und Partner im LVR-Netzwerk Umwelt wurden im Berichtsjahr 2015 Basis-Informationen zu den Einrichtungen für Print und Web in Leichter Sprache übersetzt. Die technische Umsetzung der Webinhalte wird voraussichtlich 2016 realisiert.

Z8.3 Leichte Sprache in der politischen Beratung

Seit 2015 erprobt die Stabsstelle Inklusion und Menschenrechte bei allen selbst erstellten Vorlagen eine Einleitung in Leichter Sprache („Versuch in Leichter Sprache“). Sie dient als eine Art „Text-Rampe“ in den Inhalt der folgenden schriftlichen Ausführungen. Darüber hinaus stehen für die Sitzungen des LVR-Beirates für Inklusion und Menschenrechte allen Mitgliedern farbige Signalkarten (rot und gelb) bereit. Mit ihnen kann und soll der

²¹ Eine ausführliche Beschreibung der Zielrichtung findet sich hier: LVR (2014): Gemeinsam in Vielfalt. Der LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, S. 97.

sprechenden Person und der Sitzungsleitung spontan signalisiert werden, dass Wortbeiträge schwer verständlich sind.

ZIELRICHTUNG 9. Menschenrechtsbildung im LVR systematisch betreiben

Worum geht es im Kern bei dieser Zielrichtung?

Mit der Zielrichtung 9 hat sich der LVR ausdrücklich zur Aufgabe gemacht, systematisch Menschenrechtsbildung im LVR zu betreiben. Dahinter steht die Vorstellung, dass Menschenrechte erst dann umfassend im Verband umgesetzt und beachtet werden, wenn einerseits das Wissen über diese Rechte vorhanden ist, und andererseits die Fähigkeiten, diese Rechte auch tatsächlich für sich selbst oder andere einzufordern. Menschenrechtsbildung im Sinne des Deutschen Instituts für Menschenrechte umfasst dabei drei Dimensionen: Menschenrechtsbildung informiert konkret über menschenrechtliche Bestimmungen, Menschenrechtsbildung gestaltet menschengerechte Methoden des Lernens und Menschenrechtsbildung befähigt zum konkreten Gebrauch eben jener Rechte.²²

Welche zentralen Maßnahmen und Aktivitäten wurden im LVR zur Erreichung dieser Zielrichtung ergriffen?

Überblick:

- Z9.1 Dezernatsübergreifendes Fachgespräch zur Menschenrechtsbildung im LVR
- Z9.2 Fortbildungsangebote für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Verwaltung
- Z9.3 Sensibilisierung des Museumspersonals
- Z9.4 Schulungsangebot des LVR-Integrationsamtes
- Z9.5 Qualifizierungsoffensive in der inklusiven Kindertagesbetreuung
- Z9.6 Arbeitsheft zur NS-„Kinder-Euthanasie“
- Z9.7 Moderatorinnen- und Moderatorenqualifizierung für die „Fortbildung für Schulen auf dem Weg zur Inklusion“
- Z9.8 Vermittlung des menschenrechtlichen Ansatzes des LVR-Aktionsplans
- Z9.9 Tag und Tour der Begegnung
- Z9.10 Karneval für alle
- Z9.11 Birlikte-Kulturfest gegen Rassismus
- Z9.12 Ausstellung zu Menschen mit Behinderungen im Nationalsozialismus

Z9.1 Dezernatsübergreifendes Fachgespräch zur Menschenrechtsbildung im LVR

Im Rahmen eines dezernatsübergreifenden Fachgespräches auf Arbeitsebene, zu dem das Institut für Training, Beratung und Entwicklung sowie die Stabsstelle Inklusion und Menschenrechte am 26. Oktober 2015 gemeinsam einluden, wurden Zielgruppen diskutiert, die mit Angeboten zur internen Menschenrechtsbildung im LVR angesprochen werden könnten. Es wurde ein großes Interesse an verschiedenen Angebotsformaten (Seminare, Workshops, E-Learning usw.) für verschiedene Adressaten und Themen deutlich. Auf Basis des Fachgesprächs wurde im Juli 2016 im Verwaltungsvorstand ein von der Stabsstelle Inklusion und Menschenrechte erstelltes Konzept zur weiteren Verfolgung der Zielrichtung 9 des LVR-Aktionsplans BRK „Menschenrechtsbildung im LVR systematisch betreiben“ beraten und verabschiedet.

²² Eine ausführliche Beschreibung der Zielrichtung findet sich hier: LVR (2014): Gemeinsam in Vielfalt. Der LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, S. 100.

Z9.2 Fortbildungsangebote für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Verwaltung

Im Verband wurde im Jahr 2015 eine Reihe von Maßnahmen und Aktivitäten unternommen, die gezielt der internen und externen Menschenrechtsbildung dienen.

In Zusammenarbeit zwischen dem Institut für Training, Beratung und Entwicklung sowie der Stabsstelle Inklusion und Menschenrechte wurden für die Mitarbeitenden des LVR Fortbildungsangebote zur Sensibilisierung für die Rechte und die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen sowie für die Inhalte der BRK entwickelt. Im Berichtsjahr 2015 wurden insgesamt elf Seminare im Bereich „Inklusion und Menschenrechte“ durchgeführt, sieben für offene Teilnehmendengruppen sowie vier für den Organisationsbereich der LVR-Direktorin. Die Rückmeldungen der Teilnehmenden waren durchweg positiv.

Z9.3 Sensibilisierung des Museumspersonals

In den LVR-Museen wurden halbtägige Schulungen für Mitarbeitenden der Rheinland Kultur GmbH durchgeführt, die an den Kassen und Aufsichten der LVR-Museen arbeiten. Im Rahmen der Schulungen mit einer externen Referentin wurden die Mitarbeitenden für den Umgang mit Menschen mit Behinderungen sensibilisiert. Themen waren u.a. der respektvolle und hilfsbereite Umgang mit allen Gästen, die besonderen Anforderungen von Menschen mit Mobilitäts- und Sinneseinschränkungen sowie die Kommunikation mit Menschen mit Lernschwierigkeiten. Die Schulungen wurden 2015 mit der Hälfte der Museen begonnen und werden 2016 fortgeführt und abgeschlossen. Die Schulungen stießen auf großes Interesse. Besonders intensiv wurden Möglichkeiten zur unterstützten Kommunikation mit Hilfe von Schautafeln diskutiert. Hieraus ist die Idee entstanden, den Nutzen von Schautafeln auch für weitere Einsatzgebiete im LVR zu prüfen. Im September 2016 findet auf Einladung der Stabsstelle Inklusion und Menschenrechte ein entsprechendes Arbeitsgespräch statt.

*Hinsichtlich der Vermittlung von BRK-relevanten Themen an **externe Akteure** lassen sich vor allem die folgenden Aktivitäten hervorheben:*

Z9.4 Schulungsangebot des LVR-Integrationsamtes

Das LVR-Integrationsamt hat 2015 eine Vielzahl an Schulungsangeboten für Schwerbehindertenvertretungen, Betriebs-, Personalräte und Mitarbeitervertretungen, Arbeitgeberbeauftragte sowie Verantwortliche für Betriebliches Eingliederungsmanagement rund um das Thema schwerbehinderte Menschen im Beruf durchgeführt. Neben Seminaren und Fortbildungen entwickelt das Integrationsamt ständig seine Infomaterialien und Internetauftritte weiter, führt Fachtagungen durch und beteiligt sich mit Informations- und Beratungsständen an einschlägigen Messen. Eine ausführliche Darstellung findet sich im Jahresbericht des Integrationsamtes.²³

Z9.5 Qualifizierungsoffensive in der inklusiven Kindertagesbetreuung

Das Dezernat Jugend führt derzeit eine Qualifizierungsoffensive zur Steigerung der Betreuungskompetenzen im Zusammenhang mit der gemeinsamen Erziehung, Betreuung

²³ Siehe auch: Jahresbericht 2015/2016 des LVR-Integrationsamtes.

und Förderung von Kindern mit und ohne Behinderungen durch. Diese Offensive umfasst mehrere Elemente: Erstens bietet das Landesjugendamt Zertifikatskurse, Seminare und Workshops für Fachberatungen der örtlichen Ebene und Einrichtungsleitungen vor Ort hinsichtlich der pädagogischen Bedarfe von Kindern mit Behinderungen an. Bis Mitte 2017 werden insgesamt etwa 80 Fachberatungen und Einrichtungsleitungen einen Zertifikatskurs absolviert haben. Zweitens konnten im Oktober 2015 die Mitglieder einer neuen AG für Fachberatungen und Einrichtungsleitungen der örtlichen Ebene gewonnen werden. Ziel der AG ist u.a. die Erarbeitung einer Broschüre mit Handlungsempfehlungen für Kindertageseinrichtungen. Die konstituierende Sitzung hat im April 2016 stattgefunden. Drittes Element der Qualifizierungsoffensive ist ein Zertifikatskurs für Tagespflegepersonen hinsichtlich der pädagogischen Bedarfe von Kindern mit Behinderungen und zur Stärkung der Fachkompetenz. Bis Ende 2015 haben 90 Tagespflegepersonen einen Zertifikatskurs erfolgreich abgeschlossen. Seit Januar 2016 durchlaufen 100 weitere Tagespflegepersonen die Qualifizierung.

Z9.6 Arbeitsheft zur NS-„Kinder-Euthanasie“

Wichtige Beiträge zur Menschenrechtsbildung brachten ebenso das LVR-Archivberatungs- und Fortbildungszentrum und das LVR-Zentrum für Bildung und Medien. So wurde unter Federführung des Archivs des LVR das Schülerarbeitsheft „Kinder müssen schlafen nachts“ zur NS-„Kinder-Euthanasie“ erarbeitet. Das Heft wurde im Februar 2015 veröffentlicht und ergänzt die 2014 gestartete Reihe der Schülerarbeitshefte zur NS-„Euthanasie“ im Rheinland. Neben einführenden und erläuternden Texten enthält das Heft verschiedene Materialien, mit deren Hilfe Schülerinnen und Schüler sich mit Fragen zur „Euthanasie“ und zum Wert menschlichen Lebens beschäftigen sollen.²⁴ Das LVR-Zentrum für Bildung und Medien produzierte ein zugehöriges DVD-Video (mit Hörfilm und Gebärdensprachvideos).²⁵

Z9.7 Moderatorinnen- und Moderatorenqualifizierung für die „Fortbildung für Schulen auf dem Weg zur Inklusion“

Die Medienberatung NRW im LVR-Zentrum für Medien und Bildung wurde Ende 2015 durch das Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes NRW damit beauftragt, die Moderatorinnen- und Moderatorenqualifizierung für die „Fortbildung für Schulen auf dem Weg zur Inklusion“ fortzuführen. Im Rahmen der Qualifizierung werden die Teilnehmenden mit dem inhaltlichen und methodischen Rüstzeug für die durchzuführenden Fortbildungen ausgestattet. Insgesamt werden 130 Moderatorinnen und Moderatoren, beginnend Ende 2015 bis Ende 2017, qualifiziert (vgl. Vorlage Nr. 14/817).

Z9.8 Vermittlung des menschenrechtlichen Ansatzes des LVR-Aktionsplans „Gemeinsam in Vielfalt“

In verschiedenen Vorträgen und Diskussionsbeiträgen informierte die Stabsstelle Inklusion und Menschenrechte im Berichtsjahr 2015 in und außerhalb des Rheinlands über die BRK sowie den besonderen menschenrechtlichen Ansatz des LVR-Aktionsplans. Zu nennen sind insbesondere:

²⁴ http://www.afz.lvr.de/de/archiv_des_lvr/archivpaedagogik/news_1/2015_02_10.html

²⁵ Siehe auch: LVR-Kulturbericht 2015, S.57.

- Vortrag vor einem Fachpublikum der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens im Kloster Heideberg (Belgien), 6. März 2015.
- Beteiligung am Treffen der Elternpflegschaften an LVR-Förderschulen in Köln, 19. März 2015.
- Vortrag auf dem „Abend der Inklusion“ im Rathaus der Gemeinde Alfter, 25. März 2015.
- Vorträge an der Evangelischen Fachhochschule - in Bochum auf Einladung von Frau Prof. Dr. Degener (Deutsches Mitglied des UN-Fachausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen), 12. Mai 2015 und 7. Dezember 2015.
- Vortrag auf der gemeinsamen Tagung der Monitoring-Stelle BRK im Deutschen Institut für Menschenrechte sowie der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen mit dem Titel „Prüfung abgelegt – und nun?“ anlässlich der Verabschiedung der Abschließenden Bemerkungen, Berlin, 24. Juni 2015.
- Vortrag vor der „Kommission Inklusion“ des Rhein-Erft-Kreises, Bergheim, 27. Oktober 2015.
- Vortrag im Rahmen des Verbändegesprächs des LVR-Integrationsamtes, Köln, 4. November 2015.
- Vortrag bei der Versammlung der Schwerbehindertenvertrauenspersonen im LVR, Eitorf an der Sieg, 12. November 2015.

Zur bundesweiten Vernetzung nahm die Stabsstelle Inklusion und Menschenrechte am 24. November 2015 auf Einladung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales am zweiten Netzwerktreffen der Akteure mit Aktionsplänen zur UN-Behindertenrechtskonvention im Rahmen der Inklusionstage der Bundesregierung in Berlin teil.

Um den menschenrechtlichen Ansatz des LVR-Aktionsplans auf der Landesebene zu vermitteln, wirkte die Stabsstelle Inklusion und Menschenrechte ab Juni 2015 regelmäßig an Sitzungen des „Unterausschusses Inklusion, Anti-Stigma, Gesundheitsförderung und Prävention“ als Teil des Projektes zum neuen Landespsychiatrieplan NRW in Verantwortung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) mit.

*Auch der **Öffentlichkeitsarbeit** des LVR kommt eine wichtige Rolle zu, wenn es darum geht, öffentliches Bewusstsein für die Belange von Menschen mit Behinderungen zu schaffen.*

29.9 Tag und Tour der Begegnung

Eine feste Institution ist der Tag der Begegnung, der bereits 1998 vom LVR ins Leben gerufen wurde – als Signalveranstaltung für ein besseres Miteinander von Menschen mit und ohne Behinderungen. Im Jahr 2015 wurde der Tag der Begegnung zum dritten Mal in Kölner Rheinpark ausgerichtet. 35.000 Gäste fanden ihren Weg zum europaweit größten

inklusive Familienfest für Menschen mit und ohne Behinderungen. Auf der Bühne im Tanzbrunnen sorgten Querbeat, 2THEUNIVERSE, Björn Heuser und Brings für Stimmung. LVR-Stände boten Informationen über ihre Angebote und Einrichtungen, die Themenwelt Arbeit zeigte gemeinsam mit Integrationsbetrieben, wie Menschen mit Behinderungen im allgemeinen Arbeitsmarkt ihren Platz finden. Umfangreiche Mitmachaktionen vom Fotowettbewerb über Sinnesparcours bis hin zu Geschicklichkeitsspielen begeisterten Gäste jeden Alters.

Als besondere Aktion wurde beim Tag der Begegnung 2015 ein Bandcontest veranstaltet. Inklusive Bands und Chöre aus dem gesamten Rheinland waren eingeladen, ihre eigene eingespielte Version des 2THEUNIVERSE-Songs „Retrograde“ einzureichen. Aus den zahlreichen Einsendungen wurden drei Finalisten ausgewählt. Diese hatten die Möglichkeit, ihren Song bei einer gemeinsamen Bandprobe mit 2THEUNIVERSE zu verfilmen. Als Sieger des Wettbewerbs durften die „Ottosingers“, eine a-cappella-Gruppe aus der Evangelischen Stiftung Hepatha, ihren Titel beim Tag der Begegnung zusammen mit der Popband auf der Bühne performen.

Die ebenfalls bereits seit vielen Jahren ausgerichtete „Tour der Begegnung - Inklusion läuft!“ wurde 2015 ausgesetzt, um das Konzept systematisch weiterzuentwickeln (vgl. Vorlage Nr. 14/562). Ziel der Weiterentwicklung war es, Inklusion als inhaltliche Leitidee stärker in den Vordergrund zu rücken. Insbesondere sollten noch mehr allgemeine Schulen bzw. Schulzentren in die Veranstaltung eingebunden werden. 2016 wurde die Tour der Begegnung auf Basis des neuen Konzeptes umgesetzt.

29.10 Karneval für alle

In Zusammenarbeit mit dem LVR und dank einer Spende baute das Festkomitee Kölner Karneval in der Session 2015 auf dem Kölner Heumarkt erstmalig eine Zuschauertribüne mit Platz für 28 Rollstühle und 64 Sitzplätze. Unter der neu entwickelten Marke „Karneval für alle“ konnten Menschen mit und ohne Behinderungen gemeinsam die Schull- und Veedelzöch am Karnevalssonntag und den Rosenmontagszug erleben.²⁶ Ziel war es, den Karneval als Plattform nutzen, um das Thema Inklusion öffentlich sichtbar zu machen.

29.11 Birlikte-Kulturfest gegen Rassismus

2015 unterstützte der LVR die Barrierefreiheit auf dem Birlikte-Kulturfest gegen Rassismus in Köln. In Kooperation mit der Stadt Köln ermöglichte der LVR die Errichtung eines Podests mit Rollstuhlplätzen vor der Hauptbühne des Kulturfestes. Zudem übersetzten Gebärdensprachdolmetscherinnen und -dolmetscher das gesamte Bühnenprogramm, einschließlich der Musikbeiträge, in Deutsche Gebärdensprache. Ziel der Maßnahmen war es, das gesellschaftliche Miteinander von Menschen mit und ohne Behinderungen auf dem Fest zu fördern und damit ein Zeichen gegen Intoleranz und Diskriminierung zu setzen.

29.12 Ausstellung zu Menschen mit Behinderungen im Nationalsozialismus

Der LVR präsentierte vom 17. April bis zum 22. Juni 2015 im LVR-Landeshaus die multimediale Wanderausstellung zum Thema „erfasst, verfolgt, vernichtet. Kranke und behin-

²⁶ Siehe auch: LVR-Kulturbericht 2015, S.11.

derte Menschen im Nationalsozialismus“. Etwa 2.000 Menschen besuchten die Ausstellung und setzen sich mit der Frage auseinander: Welchen Wert hat das Leben des Einzelnen? Die Ausstellung beschäftigt sich mit den gedanklichen und institutionellen Voraussetzungen der Morde, sie fasst das Geschehen von Ausgrenzung und Zwangssterilisationen bis hin zur Massenvernichtung zusammen und beschäftigt sich exemplarisch mit Opfern, Täterinnen und Tätern, Tatbeteiligten sowie Opponenten. Den Schlusspunkt der Ausstellung bildete die Gegenwart. In 15 Videointerviews reflektierten Angehörige von Opfern, Patientinnen und Patienten, Ärzte und Pflegepersonal die damaligen Geschehnisse und deren Bedeutung für sie persönlich.

ZIELRICHTUNG 10. Das Kindeswohl und Kinderrechte im LVR als inklusiven Mainstreaming-Ansatz schützen

Worum geht es im Kern bei dieser Zielrichtung?

Die UN-Behindertenrechtskonvention sowie die seit 25 Jahren in Deutschland geltende Kinderrechtskonvention heben das besondere Schutzbedürfnis von Kindern und Jugendlichen hervor. Daher hat sich der LVR mit Zielrichtung 10 das Ziel gesetzt, dass die besonderen Belange, die Rechte und das Wohl von Heranwachsenden mit und ohne Behinderungen bei allen Aktivitäten des LVR in besonderer Weise mitgedacht und beachtet werden.

Diese Zielrichtung geht also über den Geschäftsbereich des LVR-Dezernates Jugend und des LVR als Schulträger hinaus, sondern betrifft alle Handlungsfelder²⁷

Welche zentralen Maßnahmen und Aktivitäten wurden im LVR zur Erreichung dieser Zielrichtung ergriffen?

Unter den vorstehenden Zielrichtungen wurde eine Reihe von Maßnahmen berichtet, die explizit oder implizit Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in den Blick nehmen (siehe insbesondere Zielrichtung 2). Diese Maßnahmen berühren damit immer auch die Zielrichtung 10 „Kindeswohl“. Ergänzend wird hier auf eine Aktivität hingewiesen, die sich ausdrücklich mit zentralen Persönlichkeitsrechten von Kindern und Jugendlichen befasst.

Z10.1 Schutz der Freiheits- und Persönlichkeitsrechte von Kindern

Das LVR-Landesjugendamt hat sich im Berichtsjahr 2015 explizit mit Kinderrechten, Partizipations- und Beschwerdeverfahren sowie den Zusammenhängen zwischen Autonomie, Macht und Zwang befasst. Im Ergebnis wurde das vorhandene Arbeitspapier „Pädagogik und Zwang“ mit wissenschaftlicher Unterstützung und im Dialog mit Trägern der stationären Jugendhilfe neu gefasst. Das neu entwickelte Positionspapier „Die Förderung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe und der Schutz ihrer Freiheits- und Persönlichkeitsrechte“ wurde am 25. Februar 2016 vom Landesjugendhilfeausschuss verabschiedet (vgl. Vorlage Nr. 14/1029). Das Papier geht auch explizit auf die Bedürfnisse von Kindern mit Behinderungen ein und richtet sich an Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe ebenso wie an Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Kinder mit körperlichen oder geistigen Behinderungen.

²⁷ Eine ausführliche Beschreibung der Zielrichtung findet sich hier: LVR (2014): Gemeinsam in Vielfalt. Der LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, S. 103.

ZIELRICHTUNG 11. Die Geschlechtergerechtigkeit im LVR als inklusiven Mainstreaming-Ansatz weiterentwickeln

Worum geht es im Kern bei dieser Zielrichtung?

Die UN-Behindertenrechtskonvention sowie die in Deutschland geltende Frauenrechtskonvention weisen auf das besondere Diskriminierungsrisiko von Frauen und Mädchen hin, insbesondere wenn bei ihnen zusätzlich eine Behinderung vorliegt. Mit Zielrichtung 11 hat sich der LVR daher zur Aufgabe gemacht, bei allen Aktivitäten des LVR zu prüfen und zu bewerten, wie sich diese auf Menschen unterschiedlichen Geschlechts auswirken. Die besonderen Belange von Frauen und Männern sollen in allen Handlungsfeldern des LVR systematisch beachtet werden.

Diese Zielrichtung knüpft an den 2010 von der LVR-Stabsstelle Gleichstellung und Gender Mainstreaming veröffentlichten „LVR-Aktionsplan für Gleichstellung, Familienfreundlichkeit und Gender Mainstreaming“ an. Dieser konkretisiert und steuert LVR-intern die Umsetzung des Gender Mainstreamings und ist unter dem intersektionellen Gesichtspunkt des „Merkmals“ Behinderung weiterzuentwickeln.²⁸

Welche zentralen Maßnahmen und Aktivitäten wurden im LVR zur Erreichung dieser Zielrichtung ergriffen?

Überblick:

- Z11.1 Frauenstärkungsprogramm
- Z11.2 Frauenbeauftragte und Gewaltprävention in Werkstätten für behinderte Menschen
- Z11.3 LVR-Girls' Day für Förderschülerinnen

Z11.1 Frauenstärkungsprogramm

Unter Beteiligung der Stabsstelle Gleichstellung und Gender Mainstreaming, des Dezernats Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen und des Dezernats Soziales wurde 2015 ein Arbeitskreis gebildet, der sich aktuell mit dem Thema sexualisierte Gewalt in den Angeboten der HPH befasst. Das vom Arbeitskreis entwickelte „Frauenstärkungsprogramm“ (vgl. Vorlage Nr. 14/791) sieht u.a. eine Bestandsaufnahme der Maßnahmen und Angeboten in den HPH und die Konzeption eines Frauenfachtages zur Vernetzung und Stärkung vor (vgl. Vorlage Nr. 14/1180).

Z11.2 Frauenbeauftragte und Gewaltprävention in Werkstätten für behinderte Menschen

Um speziell die Beteiligungsmöglichkeiten von Frauen zu stärken, wurde im Dezernat Soziales bei der Vorbereitung der Vereinbarung zur Weiterentwicklung der Teilhabeangebote von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben zwischen den Rheinischen Spit-

²⁸ Eine ausführliche Beschreibung der Zielrichtung findet sich hier: LVR (2014): Gemeinsam in Vielfalt. Der LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, S. 107.

zenverbänden, der freien Wohlfahrtspflege und dem LVR der Aspekt²⁹ der Frauenbeauftragten in Werkstätten für behinderte Menschen gestärkt. Die Stabsstelle Gleichstellung und Gender Mainstreaming begleitet überdies das bundesweite Projekt „Frauenbeauftragte in Einrichtungen. Eine Idee macht Schule“ im Projektbeirat. Diese Aktivitäten tragen damit auch zur Zielrichtung 1 „Partizipation“ bei.

Z11.3 LVR-Girls' Day für Förderschülerinnen

In Verantwortung der Stabsstelle Gleichstellung und Gender Mainstreaming wurde im Rahmen des LVR-Girls' Day 2015 erstmals ein spezielles Angebot für Schülerinnen aus den LVR-Förderschulen umgesetzt. 20 Schülerinnen schnupperten in „typische“ Männerberufe wie den IT-Bereich, die Schreinerei, die Druckerei, die Poststelle sowie die Gärtnerei. Ziel der Veranstaltung war es, gerade Mädchen mit Behinderungen darin zu ermutigen, ihre eigenen Begabungen und Wünsche bei der Berufswahl zu beachten. Der LVR nimmt bereits seit 2006 am Girls' Day teil. Als Pendant wurde 2011 der Boys' Day ins Leben gerufen. Dieser findet parallel zum Girls' Day statt.

²⁹ Die o.g. Vereinbarung wurde im März 2016 abgeschlossen. Zum Thema Gewaltprävention werden u.a. die Frauenbeauftragten an der Umsetzung anstehender Änderungen zur Werkstättenverordnung beteiligt sein.

ZIELRICHTUNG 12. Vorschriften und Verfahren im LVR systematisch untersuchen und anpassen

Worum geht es im Kern bei dieser Zielrichtung?

Zielrichtung 12 berücksichtigt, dass die Vorschriften und Verwaltungsverfahren des LVR mittelbare oder unmittelbare Auswirkungen für Menschen mit Behinderungen entfalten können. Daher soll sukzessive sichergestellt werden, dass die durch die BRK geschützten Menschenrechtsbelange dort, wo entsprechende Wechselwirkungen für Menschen mit Behinderungen vorhanden sind, in allen Verwaltungsvorschriften und Verfahren beachtet werden. Voraussetzung hierfür ist, dass jene im LVR vorhandenen Verwaltungsvorschriften identifiziert und erfasst werden, die diese mittelbaren oder unmittelbaren Wechselwirkungen entfalten. Im nächsten Schritt ist zu untersuchen, ob und gegebenenfalls wieweit Differenzen zu den Vorgaben und Zielsetzungen der BRK bestehen.³⁰

Welche zentralen Maßnahmen und Aktivitäten wurden im LVR zur Erreichung dieser Zielrichtung ergriffen?

Überblick:

- Z12.1 Prüfungsinstrument für die vom LVR geschaffene Vorschriftenlage
- Z12.2 Gebrauchsanweisung zum LVR-Aktionsplan
- Z12.3 Auswertung der Abschließenden Bemerkungen des UN-Fachausschusses
- Z12.4 Optimiertes Berichtswesen der Kliniken zu Fixierungen
- Z12.5 Regionalisierter Datenbericht zur Eingliederungshilfe
- Z12.6 Auswertung zum Übergang von Schülerinnen und Schülern der Förderschulen
- Z12.7 Bericht zur Bewirtschaftung des Kinder- und Jugendförderplans
- Z12.8 Begleitung des Inklusionsstärkungsgesetzes in NRW

Viele der bereits beschriebenen Aktivitäten zur Umsetzung der Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans betreffen letztlich Vorschriften und Verfahren. Diese Aktivitäten wurden in der Regel einer Zielrichtung zugeordnet, die ihre primäre inhaltliche Zielstellung abbildet. Die hier ergänzend beschriebenen Aktivitäten konzentrieren sich auf die Anpassung von Vorschriften oder Verfahren und/oder die Verbesserung der empirischen Datenlage im engeren Sinne.

Z12.1 Prüfungsinstrument für die vom LVR geschaffene Vorschriftenlage

Im Dezernat Personal und Organisation wurde 2015 ein Prüfungsinstrument für die vom LVR geschaffene Vorschriftenlage (Satzungen, Dienstanweisungen, Rundverfügungen, Dienstvereinbarungen, Handlungsanleitungen etc.) erstellt sowie ein Verfahrensvorschlag für die Fachdezernate erarbeitet. Damit wurde die Grundlage für eine systematische Untersuchung der LVR-Vorschriften auf Vereinbarkeit mit der BRK geschaffen.

Z12.2 Gebrauchsanweisung zum LVR-Aktionsplan

³⁰ Eine ausführliche Beschreibung der Zielrichtung findet sich hier: LVR (2014): Gemeinsam in Vielfalt. Der LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, S. 110.

Durch die Stabsstelle Inklusion und Menschenrechte wurde im Frühjahr 2015 eine Arbeitshilfe zum Gebrauch des LVR-Aktionsplans („Gebrauchsanweisung“) zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention herausgegeben (vgl. Vorlage Nr. 14/401). Ziel ist es, die praktische Anwendung des LVR-Aktionsplans in Politik und Verwaltung zu erleichtern. Die „Gebrauchsanweisung“ stellt wesentliche Informationen zu den grundlegenden 12 Zielrichtungen des Aktionsplans und der weiteren Umsetzung im Rahmen der Gesamtsteuerung zur Verfügung. Sie steht als PDF zum Download zur Verfügung.

Z12.3 Auswertung der Abschließenden Bemerkungen des UN-Fachausschusses

Weiterhin hat die Stabsstelle Inklusion und Menschenrechte im Jahr 2015 einen systematischen Prozess zur Auswertung der Abschließenden Bemerkungen des UN-Fachausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zur ersten Staatenprüfung Deutschlands angestoßen. Es ist beabsichtigt, schrittweise zu allen Empfehlungen der Abschließenden Bemerkungen innerhalb des LVR zu prüfen, inwiefern sich Handlungsbedarf für den LVR ergibt und mit welchen Lösungsansätzen diesem Handlungsbedarf begegnet werden könnte (vgl. Vorlagen Nr. 14/402 und 14/567). In den Abschließenden Bemerkungen wurde ein besonderer Handlungsbedarf mit Blick auf Artikel 16 der BRK „Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch“ festgestellt. Daher wurde der LVR-interne Prüfungsprozess mit diesem Thema begonnen (vgl. Vorlage Nr. 14/928, 2016 fortgesetzt durch Vorlage Nr. 14/1180).

Verfahrenspassungen im Sinne der Zielrichtung 12 beziehen sich weiterhin besonders häufig auf den Bereich Daten und Statistik.

Z12.4 Optimierte Berichtswesen der Kliniken zu Fixierungen

2015 hat eine Optimierung und Vereinheitlichung des Berichtswesens der LVR-Kliniken über Fixierungszahlen stattgefunden. Auf dieser Basis wurde inzwischen ein internes Benchmarking zwischen den Kliniken eingeführt. Die Fixierungszahlen werden im Rahmen des klinkübergreifenden Arbeitskreises „Gewaltprävention“ sowie in den Zielvereinbarungsgesprächen mit den Verantwortlichen thematisiert. Ziel ist es, Lösungen zur Vermeidung von Fixierungen und Isolierungen zu erarbeiten.

Z12.5 Regionalisierter Datenbericht zur Eingliederungshilfe

2015 hat das Dezernat Soziales erstmals einen regionalisierten Datenbericht zu den Eingliederungshilfe-Leistungen des LVR veröffentlicht (vgl. Vorlage Nr. 14/655). Ausgehend vom BAGÜS-Benchmarking-Bericht beleuchtet der Bericht die Situation in den einzelnen Mitgliedskörperschaften des LVR. Es werden Basisdaten zum stationären und zum ambulant unterstützten Wohnen je Mitgliedskörperschaft dargestellt. Ebenso werden Daten zur Teilhabe am Arbeitsleben in den rheinischen Werkstätten für Menschen mit Behinderung und zu den Integrationsprojekten im Rheinland vorgestellt. Der Bericht bietet eine wichtige Datengrundlage, insbesondere zur weiteren Verfolgung der Zielrichtung 4 des LVR-Aktionsplans „Den inklusiven Sozialraum mitgestalten“.

Z12.6 Auswertung zum Übergang von Schülerinnen und Schülern der Förderschulen

Verbesserungen der Datengrundlage wurden ebenso mit einer Vorlage angestoßen, die erstmalig einen Überblick über die erreichten Schulabschlüsse von Schülerinnen und Schülern der LVR-Förderschulen sowie über die Übergänge nach Beendigung ihrer Schullaufbahn 2013/2014 ermöglicht (vgl. Vorlage Nr. 14/473). Es ist vorgesehen, diesen Bericht künftig jährlich zu erstellen, um Veränderungen in den erreichten Abschlüssen über mehrere Schuljahre hinweg darstellen zu können.

Z12.7 Bericht zur Bewirtschaftung des Kinder- und Jugendförderplans

2015 wurde zudem der Bericht zur Bewirtschaftung des Kinder- und Jugendförderplans NRW so angepasst, sodass dieser nun explizit auch die Förderbereiche Inklusion und Kinder mit Behinderungen vorstellt (vgl. Vorlage 14/577/1).

Z12.8 Begleitung des Inklusionsstärkungsgesetzes in NRW

Auf Landesebene hat der LVR im Laufe des Jahres 2015 das Gesetzgebungsverfahren zum Ersten allgemeinen Gesetz zur Stärkung der Sozialen Inklusion in Nordrhein-Westfalen (Inklusionsstärkungsgesetz, ISG) intensiv begleitet (vgl. Vorlagen Nr. 14/188/1 und 14/929). Mit dem Gesetz werden aus der UN-Behindertenrechtskonvention resultierende allgemeine Anforderungen und Grundsätze in landesgesetzliche Regelungen überführt. Das ISG greift – wie der LVR-Aktionsplan – explizit die menschenrechtlichen Grundsätze der UN-Behindertenrechtskonvention nach Artikel 3 auf. Durch das Gesetz haben die Landschaftsverbände LVR und LWL dauerhaft die Zuständigkeit für die ambulante Wohnunterstützung für Menschen mit Behinderungen erhalten – 13 Jahre nach der zunächst probeweisen Verlagerung der Aufgabenzuständigkeit für die ambulante Wohnunterstützung von den Kommunen auf die Landschaftsverbände. Das ISG ist am 1. Juli 2016 in Kraft getreten.

Ein abschließender Überblick in Zahlen

Insgesamt wurden in diesem Bericht für das Jahr 2015 86 Aktivitäten bzw. Maßnahmenbündel dokumentiert, die direkt oder indirekt einen Beitrag zu den Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans darstellen. Besonders viele Zuordnungen beziehen sich auf die Zielrichtung 2 „Personenzentrierung“. Stark vertreten sind zudem die Zielrichtungen 9 „Menschenrechtsbildung“, 4 „Inklusiver Sozialraum“ sowie 12 „Vorschriften und Verfahren“.

Zielrichtung	Anzahl berichtete Aktivitäten
Aktionsbereich 1: Selbstvertretung und Personenzentrierung	
ZIELRICHTUNG 1	6
ZIELRICHTUNG 2	29
ZIELRICHTUNG 3	2
Aktionsbereich 2: Zugänglichkeit	
ZIELRICHTUNG 4	10
ZIELRICHTUNG 5	6
ZIELRICHTUNG 6	3
ZIELRICHTUNG 7	3
ZIELRICHTUNG 8	3
Aktionsbereich 3: Menschenrechtsbildung	
ZIELRICHTUNG 9	12
ZIELRICHTUNG 10	1
ZIELRICHTUNG 11	3
Aktionsbereich 4: Menschenrechtsschutz durch Verwaltungshandeln	
ZIELRICHTUNG 12	8
Insgesamt	86

TOP 10 Anträge und Anfragen der Fraktionen

TOP 11 Mitteilungen der Verwaltung

TOP 11.1 LVR-Verbundzentrale

TOP 11.2 Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf

TOP 11.3 Klinikvorstand LVR-Klinik Köln

TOP 11.4 Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld

TOP 12 Verschiedenes