

Vorlage-Nr. 14/2462

öffentlich

Datum: 19.02.2018
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Frau Dr. Kahl, Herr Mertens

Krankenhausausschuss 3	15.03.2018	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	20.03.2018	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	21.03.2018	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	22.03.2018	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	23.03.2018	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Weiterentwicklung der Bereiche für Soziale Rehabilitation

Kenntnisnahme:

Der Bericht über den aktuellen Sachstand zur klinikübergreifenden Weiterentwicklung der Abteilungen für Soziale Rehabilitation an den LVR-Kliniken wird gemäß Vorlage Nr. 14/2462 zur Kenntnis genommen.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

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

ja

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Aktionsplanes für Gleichstellung, Familienfreundlichkeit und Gender Mainstreaming.

ja

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. 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:

Diese Vorlage berührt insbesondere folgende Zielrichtungen des LVR Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention:

- Z1 Die Partizipation von Menschen mit Behinderung im LVR ausgestalten
- Z2 Die Personenzentrierung im LVR weiterentwickeln
- Z4 Den inklusiven Sozialraum mitgestalten
- Z5 Die Barrierefreiheit in allen LVR-Liegenschaften herstellen
- Z12 Vorschriften und Verfahren im LVR systematisch untersuchen und anpassen

Mit den Vorlagen Nr. 13/3351/1 (KA 1), 13/3357/1 (KA 2), 13/3352/1 (KA 3) und 13/3354/1 (KA 4) haben die zuständigen Krankenhausausschüsse in der Sitzungsrunde im Juni 2014 die Entwicklungskonzeptionen der Bereiche für Soziale Rehabilitation der LVR-Kliniken beschlossen und um weitere Berichterstattung zur Umsetzung gebeten. Der Entwicklungsprozess sollte entsprechend der beschlossenen Entwicklungskonzeption bis zum 31.12.2017 abgeschlossen werden.

Der Gesundheitsausschuss hatte zuvor mit Beschluss vom 09.11.2012 die Verbundzentrale und die Vorstände der betroffenen LVR-Kliniken gemäß Vorlage Nr. 13/2365/1 beauftragt, auf der Basis der durchgeführten Analyse standortspezifische Entwicklungskonzeptionen zu erarbeiten.

Im ersten Quartal 2016 erfolgte mit den Vorlagen 14/948 (KA 1), 14/950 (KA 2), 14/934 (KA 3) und 14/955 (KA 4) ein erster Bericht und im ersten Quartal 2017 mit den Vorlagen 14/1725 (KA 1), 14/1749 (KA 2), 14/1741 (KA 3) und 14/1750 (KA 4) ein weiterer Bericht an die zuständigen Krankenhausausschüsse.

Mit dieser Vorlage berichtet die Verbundzentrale abschließend und zusammenfassend über den aktuellen Sachstand und die Entwicklungen bis zum 31.12.2017. Ergänzend werden in separaten Vorlagen die abschließenden Berichte der einzelnen LVR-Kliniken sowie der aktuelle Qualitätsbericht vorgelegt.

Klinikübergreifend sind folgende wesentliche Entwicklungen zu berichten:

- Die konzeptionelle Weiterentwicklung der Abteilungen erforderte die Erarbeitung verschiedener Grundlagen. Es wurden Rahmenkonzepte zu folgenden Sachgebieten erstellt und beschlossen:
 - Personalentwicklung
 - Gewaltprävention
 - Qualitätsmanagement
 - Budgetierung

Das Rahmenkonzept zum Qualitätsmanagement sieht die regelmäßige Erstellung von Qualitätsberichten vor sowie die regelmäßige Durchführung von Klientinnen- und Klientenbefragungen.

- Die zukünftig zu erfassenden Kennzahlen für den Qualitätsbericht wurden auf Grundlage des ersten Qualitätsberichtes (Vorlagen 14/1725 für KA 1, 14/1749 für KA 2, 14/1741 für KA 3 und 14/1750 für KA 4) überprüft und weiterentwickelt.

- Eine Befragung der Klientinnen und Klienten zur Zufriedenheit mit den Hilfeleistungen in den Abteilungen für Soziale Rehabilitation der LVR-Kliniken wurde durchgeführt.
- Die Schaffung bzw. Bereitstellung von neuem Wohnraum in Form von Ersatzneubauten für stationäre Einheiten oder Wohnraum für Klientinnen und Klienten, die im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens betreut werden sollen, konnte bis zum 31.12.2017 auf Grund der angespannten Situation auf dem Grundstücks- und Wohnungsmarkt an keinem Standort realisiert werden. Es besteht städte- und kreisübergreifend weiterhin ein Mangel an verfügbarem, bezahlbarem Wohnraum bzw. Grundstücken, welche den Anforderungen an inklusives Wohnen und somit den Zielsetzungen der Entwicklungskonzeptionen entsprechen. Diese Entwicklungen sind an allen Standorten zu beobachten. An den einzelnen Standorten wurden folgende Lösungen gefunden bzw. werden dort angestrebt:
 - Für den Standort Viersen besteht weiterhin die Absicht einen Ersatzneubau mit 20 Plätzen zu errichten. Die Grundstückssuche wird fortgesetzt und die Planung in Richtung inklusiver Lösungen wird überarbeitet.
 - Im Laufe des Jahres 2018 erfolgt am Standort Viersen neben der Schließung der Gruppe 30/10 eine zusätzliche Reduzierung von einem Platz in der Abteilung für Soziale Rehabilitation.
 - Für Düren ist der Abbau stationärer Plätze vorgesehen, die Klientinnen und Klienten sollen in geeigneten Wohnungen ambulant weiter betreut werden. (Sachstand zum 31.12.2017)
 - Am Standort Bedburg-Hau wurden in großem Umfang (56 Plätze) stationäre Einheiten in ambulante Wohngemeinschaften umgewandelt.
 - In Mönchengladbach ist der gemeinsame Betrieb einer Einrichtung mit einem anderen Träger vorgesehen.
 - Für Köln sieht die Zielplanung den Aufbau weiterer Kapazitäten vor.
 - Die Zahl der stationären Plätze wurde zum 31.12.2017 auf insgesamt 327 Plätze verringert (bei Abzug der im Jahr 2018 zu schließenden Wohneinheit 30/10 in Viersen, die bereits zum jetzigen Zeitpunkt nicht im Rahmen der Abteilung geführt wird).

Die Projektphase in den Wohnverbänden der LVR-Kliniken Viersen und Mönchengladbach zur Einführung von Vivendi, als neues, geeignetes Dokumentationssystem, wird voraussichtlich im ersten Halbjahr 2018 abgeschlossen. Das neue Dokumentationssystem wird anschließend an allen Standorten eingeführt.

Die Abteilungen für Soziale Rehabilitation betreuen nach wie vor in erster Linie Menschen mit psychischen Behinderungen im Anschluss an psychiatrische Krankenhausbehandlung. Weiter zunehmend bestehen zudem Betreuungsbedarfe für Menschen mit forensischer Vorgeschichte. Die Abteilungen mussten sich auf Veränderungen der Bedürfnisse der Zielgruppe einstellen, insbesondere auf Menschen mit psychischen Behinderungen und

- ohne aktuellen Integrationswunsch (insbesondere im Kontext von Wohnmöglichkeiten in der Gruppe)
- mit komplexen Hilfebedarfen
- mit Verhaltensproblemen, die ein individuelles Betreuungssetting erfordern

- mit zusätzlichem Pflegebedarf

Um eine abgestimmte Weiterentwicklung der Abteilungen zu ermöglichen und zu begleiten, wurde die Erstellung eines Eckpunktepapiers zur fachlichen und wirtschaftlichen Weiterentwicklung der Abteilungen für Soziale Rehabilitation im Klinikverbund beschlossen, welches an die mit 31.12.2017 abgeschlossenen Weiterentwicklungskonzeptionen anschließen soll. Dieses Eckpunktepapier soll in erster Linie

- den BTHG Umsetzungsprozess begleiten,
- zur Orientierung in der konzeptionellen Weiterentwicklung an den Standorten dienen,
- und Investitionsentscheidungen vorbereiten.

Begründung der Vorlage Nr. 14/2462:

Inhalt

1.	Auftrag	6
2.	Maßnahmen im Klinikverbund	7
2.1	Zielgruppe	7
2.2	Etablierung von Abteilungen für Soziale Rehabilitation an den LVR-Kliniken	8
2.3	Platzzahl und Größe der Abteilungen	9
2.3.1	Kennzahlen zur Platzzahl und Größe der Abteilungen	10
2.3.2	Rahmenbedingungen der Veränderung von Platzkontingenten	13
2.4	Qualitätsmanagement und Qualitätsbericht	16
2.5	Dokumentationssystem	18
2.6	Personalentwicklung	18
2.7	Budget	19
2.8	Vernetzung und Kooperation	20
2.9	Rahmenbedingungen für Inklusion	21
2.10	Verbundkonferenz Soziale Rehabilitation und Organisation des Veränderungsprozesses	23
2.11	Ausblick	23

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Leitungen der Abteilungen für Soziale Rehabilitation.....	9
Abb. 2: Bezeichnungen der Abteilungen für Soziale Rehabilitation	9
Abb. 3: Entwicklung der stationären Kapazitäten seit Gründung der Bereiche.....	10
Abb. 4: Klient/-innenzahl im ABW, je zum 31.12.....	11
Abb. 5: Klient/-innenzahl bei Leben in Gastfamilien, je zum 31.12.....	11
Abb. 6: Stationäre Belegung nach Rechtsgrundlage der Klient/-innen, 31.12.2017.....	12
Abb. 7: Klient/-innen im ABW nach Rechtsgrundlage, 31.12.2017	12
Abb. 8: Anzahl der Klient/-innen der Sozialen Rehabilitation zum 31.12.2017	13
Abb. 9: Kooperationsstrukturen der Abteilungen für Soziale Rehabilitation.....	20
Abb. 10: Aktivitäten und Maßnahmen zur Förderung von Inklusion.....	22

1. Auftrag

Mit den Vorlagen Nr. 13/3351/1 (KA 1), 13/3357/1 (KA 2), 13/3352/1 (KA 3) und 13/3354/1 (KA 4) haben die zuständigen Krankenhausausschüsse in der Sitzungsrunde im Juni 2014, die Entwicklungskonzeptionen der Bereiche für Soziale Rehabilitation der LVR-Kliniken beschlossen und um weitere Berichterstattung zur Umsetzung gebeten.

Der Gesundheitsausschuss hatte zuvor mit Beschluss vom 09.11.2012 die Verbundzentrale und die Vorstände der betroffenen LVR-Kliniken gemäß Vorlage Nr. 13/2365/1 beauftragt, auf der Basis der durchgeführten Analyse standortspezifische Entwicklungskonzeptionen zu erarbeiten.

In den Jahren 2016 und 2017 wurde jeweils in den ersten Quartalen an die zuständigen Krankenhausausschüsse berichtet:

für 2016: Vorlagen 14/948 (KA 1), 14/950 (KA 2), 14/934 (KA 3), 14/955 (KA 4)

für 2017: Vorlagen 14/1725 (KA 1), 14/1749 (KA 2), 14/1741 (KA 3), 14/1750 (KA 4).

Berichtet wurde über:

- die Etablierung der Abteilungsstruktur mit einer einzügigen Leitung
- die Erarbeitung und Einführung eines Qualitätsmanagementkonzeptes
- die Erarbeitung und Einführung eines Budgetierungskonzeptes für die Abteilungen für Soziale Rehabilitation
- Die Etablierung einer Verbundkonferenz Soziale Rehabilitation im Klinikverbund
- Die Verabschiedung eines Rahmenkonzeptes Personalentwicklung der Abteilungen für Soziale Rehabilitation
- Den Beginn der Erarbeitung eines Rahmenkonzeptes Gewaltprävention in den Abteilungen für Soziale Rehabilitation der LVR-Kliniken
- Die Erstellung eines ersten Qualitätsberichtes der Abteilungen für Soziale Rehabilitation
- Die Konzipierung einer Klientinnen- und Klientenbefragung zur Zufriedenheit mit den Hilfeleistungen in den Abteilungen für Soziale Rehabilitation der LVR-Kliniken
- Die Planung von Ersatzneubauten für die Standorte Viersen und Düren
- Die sukzessive Umwandlung von stationären Einheiten in ambulante Wohngemeinschaften am Standort Bedburg-Hau
- Die weitergehenden konzeptionellen und räumlichen Überlegungen für die Standorte Köln und Mönchengladbach.

Die Verwaltung legt mit dieser öffentlichen Vorlage den Krankenhausausschüssen 1-4 sowie dem Gesundheitsausschuss einen dritten und abschließenden Bericht über den aktuellen Sachstand der Umsetzung der beschlossenen Maßnahmen im Fachbereich der Sozialen Rehabilitation, welcher an sechs LVR-Kliniken durch Abteilungen vertreten wird, vor. Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass an den LVR-Kliniken Bonn und Langenfeld LiGa (Leben von Menschen mit Behinderung in Gastfamilien mit ambulanter Unterstützung) in Tradition der „psychiatrischen Familienpflege“ und Ambulant Betreutes Wohnen als Leistung der Eingliederungshilfe in geringem Umfang, angeboten wird.

Die Berichterstattung bezieht sich auf die Entwicklungen bis zum 31.12.2017. Aktuelle Erkenntnisse wurden soweit wie möglich berücksichtigt.

Zusätzlich zu diesem öffentlichen Bericht werden die Abschlussberichte zu den Maßnahmen- und Umsetzungsplanungen der jeweiligen Kliniken den einzelnen

zuständigen Krankenhausausschüssen und dem Gesundheitsausschuss zusammen mit dem ausführlichen Qualitätsbericht 2017 für die nicht öffentlichen Sitzungen vorgelegt.

Die in dem hier vorliegenden öffentlichen Bericht wiedergegebenen Kennzahlen sind größtenteils dem vorgenannten Qualitätsbericht 2017 entnommen und stellen insofern einen Auszug aus der nicht öffentlichen Vorlage dar.

2. Maßnahmen im Klinikverbund

Im Folgenden werden klinikübergreifende Maßnahmen und konzeptionelle Überlegungen zusammengefasst. Die Texte aus den Beschlussvorlagen der Sitzungsrunde Juni 2014 sind am Beginn der nachfolgenden Abschnitte in kursiver Schrift den aktuellen Ausführungen vorangestellt. Für einen Gesamtüberblick wird auf die besonderen Hilfebedarfe der in den Abteilungen betreuten psychisch erkrankten Menschen eingegangen. Anschließend werden die wesentlichen Entwicklungen für den Zeitraum 2014 bis zum Stichtag 31.12.2017 beschrieben.

2.1 Zielgruppe

Abteilungen für Soziale Rehabilitation betreuen Menschen mit seelischer Behinderung und komplexen sowie erhöhten Hilfebedarfen und Personen mit forensischer Vorgeschichte. Ein Schwerpunkt der Arbeit liegt dabei auf der Sicherung einer notwendigen Weiterversorgung nach Abschluss der Krankenhausbehandlung und eines rehabilitativen Übergangs von Menschen mit schweren Störungsbildern zwischen psychiatrischer Krankenhausbehandlung und Wiedereingliederung in gemeindeintegrierte Strukturen.

Über die grundlegende Aufgabenstellung und Zielgruppe wurde bereits in den letzten beiden Jahren berichtet. Die Zielgruppe der Leistungen der Abteilungen für Soziale Rehabilitation bleibt unverändert. Das Angebot richtet sich an psychisch behinderte Menschen in den Versorgungsregionen der jeweiligen LVR-Klinik, an der die Abteilung für Soziale Rehabilitation angegliedert ist. Neben der Schwerpunktsetzung, wie sie bereits in den Vorlagen des Jahres 2014 (kursiv, s.o.) beschrieben wurde, haben sich Veränderungen in den Hilfebedarfen ergeben, die sich auszeichnen durch

- die Notwendigkeit von Betreuungsleistungen bei Menschen mit psychischen Behinderungen ohne aktuellen Integrationswunsch (insbesondere im Kontext von Wohnmöglichkeiten in der Gruppe),
- einen komplexen Unterstützungsbedarf in mehreren Lebensbereichen bei Menschen mit psychischen Behinderungen,
- einen komplexen Unterstützungsbedarf aufgrund von wiederkehrendem selbst- und fremdgefährdendem Verhalten,
- die Notwendigkeit von Betreuungsleistungen bei Menschen mit psychischer Behinderung und Verhaltensproblemen, die, jeweils individuell, ein besonderes Betreuungssetting erfordern,
- die Notwendigkeit von Betreuungsleistungen bei Menschen mit Doppeldiagnosen, z.B. einer Psychose und Suchterkrankung,
- einen erhöhten Kooperationsbedarf mit anderen Einrichtungen für beurlaubte Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten, insbesondere mit den Überleitungs- und Nachsorgeambulanzen (FÜNA) der forensischen Abteilungen,

- einen erhöhten Pflegebedarf bei betreuten Menschen, die in der Einrichtung alt geworden sind,
- einen erhöhten Pflegebedarf bei jüngeren betreuten Menschen (noch nicht im Rentenalter) mit psychischen Behinderungen und zusätzlichem Pflegebedarf.

Die beschriebenen Zielgruppen bedürfen in besonderer Weise der Unterstützung durch gezielte Betreuung und Begleitung, um individuelle Bedürfnisse der Teilhabe zu erfassen und in Folge Teilhabechancen sowohl innerhalb der jeweiligen Wohngruppen als auch darüber hinaus im Sozialraum zu eröffnen bzw. aufrechtzuerhalten.

2.2 Etablierung von Abteilungen für Soziale Rehabilitation an den LVR-Kliniken

- *Die Bereiche für Soziale Rehabilitation werden an allen LVR-Kliniken mit entsprechenden Bereichen künftig als Organisationseinheiten „Abteilungen“ geführt.*
- *Für die Abteilungen ist eine einzügige Leitungsstruktur auf allen Ebenen einzusetzen. Die Abteilungen werden von einer Abteilungsleiterin/einem Abteilungsleiter geleitet. Eine ständige Vertreterin oder ein ständiger Vertreter sind zu benennen.*

Die Mustergeschäftsordnung für die Klinikvorstände der LVR-Kliniken wurde mit Beschluss des Gesundheitsausschusses vom 29.05.2015 gemäß Vorlage 14/508 geändert. Zusammenfassend wurde dazu ausgeführt:

„Die Mustergeschäftsordnung für die LVR-Kliniken wird um einen neuen § 12 ergänzt, der die Organisation des Betriebsbereiches „Soziale Rehabilitation“ regelt. Die Neuregelung stellt sicher, dass die Organisationsvorgaben des Weiterentwicklungskonzepts „Soziale Rehabilitation“ umgesetzt werden können. So wird nun festgelegt, dass der Betriebsbereich „Soziale Rehabilitation“ als „Abteilung“ geführt wird. Im Unterschied zu den „klinischen“ Abteilungen mit einer dualen Abteilungsstruktur (Pflegedienstleitung und Therapeutische Leitung) soll die „Soziale Rehabilitation“ über eine einzügige Leitungsstruktur verfügen.“

In den LVR Kliniken mit Abteilungen für Soziale Rehabilitation wurde die geforderte einzügige Leitungsstruktur umgesetzt (vgl. Abb. 1)

Abb. 1: Leitungen der Abteilungen für Soziale Rehabilitation

Klinik	Leitung	Stellvertretung	Verantwortung im Vorstand
BH	Dipl.-Soz.Arb. mit zusätzlichen Qualifikationen (Hr. Gersch)	Diplom-Psychologe (Herr Hanschke)	Kaufmännischer Direktor (Hr. Lahr)
Dn	Dipl.-Soz.Arb. mit zusätzlichen Qualifikationen (Fr. Gawlak)	Dipl.-Soz.Arb. mit zusätzlichen Qualifikationen (Fr. Jakob)	Ärztliche Direktorin (Fr. Dr. Beginn-Göbel)
D	Dipl. Psychologe (Hr. Greis-Maibach)	Dipl.-Psychologin (Fr. Chille)	Kaufmännischer Direktor (Herr Dr. Enders)
K	NN	Dipl.-Soz.Arb. mit zusätzlichen Qualifikationen (Fr. Wiese, Leiterin der Wohneinrichtung Rottweilerstr.)	Klinikvorstand gesamt Ansprechpartner: Pflegedirektor (Hr. Allisat)
MG	Dipl.- Sozialwirtin (Fr. v. d. Heyden-Rynsch)	B.A.-Soz.Arb mit zusätzlichen Qualifikationen (Hr. Schmitz)	Pflegedirektor (Hr. Möller)
Vie	Dipl.-Pädagoge (Hr. Kellmann)	Dipl. Soz.-Päd. Mit zusätzlichen Qualifikationen (Frau Jorch)	Pflegedirektor (Hr. Mielke)

- Den LVR-Kliniken ist die Bezeichnung der Abteilung freigestellt. Sie haben damit die Möglichkeit, besondere Standortfaktoren in der Bezeichnung widerzuspiegeln. Die allgemeinen Regeln der Bezeichnung von LVR-Einrichtungen sind zu beachten. Wird durch die LVR-Kliniken nichts Anderes bestimmt, sollte die Bezeichnung „Abteilung für Soziale Rehabilitation“ geführt werden.

Der nachstehenden Abbildung 2 sind die aktuellen Bezeichnungen der Abteilungen an den LVR-Kliniken zu entnehmen.

Abb. 2: Bezeichnungen der Abteilungen für Soziale Rehabilitation

Klinik	Bezeichnung der Abteilung
LVR-Klinik Bedburg-Hau	Abteilung für Soziale Rehabilitation
LVR-Klinik Düren	Abteilung für Soziale Rehabilitation
LVR-Klinikum Düsseldorf	Abteilung für Soziale Rehabilitation
LVR-Klinik Köln	Abteilung für Soziale Rehabilitation
LVR-Klinik Mönchengladbach	LVR-Wohnverbund Mönchengladbach
LVR-Klinik Viersen	LVR-Wohnverbund Viersen

2.3 Platzzahl und Größe der Abteilungen

- Die Größe der Abteilungen soll maximal der durchschnittlichen Abteilungsgröße einer LVR-Klinik-Abteilung entsprechen und damit sowohl fachliche als auch

betriebswirtschaftliche Erfordernisse berücksichtigen. Als Orientierungswerte sollten max. 60 stationäre Plätze im Rahmen der Eingliederungshilfe und zusätzlich bedarfsgerechte Angebote des Ambulant betreuten Wohnens inklusive LiGa angeboten werden. Darüber hinaus wurde ein Platzkontingent für forensische Patientinnen und Patienten, in der Regel im Beurlaubungsstatus zwischen der LVR-Verbundzentrale und den jeweiligen LVR-Klinikvorständen vereinbart. Mit diesem Kontingent wird eine Obergrenze festgelegt, die je nach Bedarf auch unterschritten werden kann. Je nach Bedarf ist es auch möglich, dieses Platzkontingent nicht in Anspruch zu nehmen. Es ist damit nicht ausgeschlossen, dass an einigen Standorten besondere Angebote für beurlaubte forensische Patientinnen und Patienten - angegliedert an andere Organisationseinheiten der einzelnen LVR-Kliniken - außerhalb der Abteilungen für Soziale Rehabilitation vorgehalten werden können. Die maximale stationäre Platzzahl wird künftig in der Abteilung für Soziale Rehabilitation mit 75 stationären Plätzen in der LVR-Klinik Bedburg-Hau erreicht. Ambulante Betreuungsverhältnisse sollten dazu in einem quantitativen und fachlich gut begründbaren Verhältnis stehen. Die Umsetzung soll bis zum 31.12.2017 abgeschlossen sein.

- Aufgabe der Häuser - soweit noch auf dem jeweiligen Klinikgelände vorhanden – (Vorlage einer standortspezifischen Umsetzungsplanung bis 30.06.2014). Ausnahmen sind im Rahmen der Umsetzungsplanung besonders zu begründen.

2.3.1 Kennzahlen zur Platzzahl und Größe der Abteilungen

Die notwendigen Maßnahmen wurden durch die einzelnen Kliniken eingeleitet bzw. weitere Umsetzungsschritte beschlossen. Einzelheiten sind den standortspezifischen Sachstandsberichten aus den Kliniken zu entnehmen (siehe ergänzende nichtöffentliche Vorlagen).

Die nachstehende Abbildung zeigt die Entwicklung der stationären Kapazitäten seit Ausgründung der Bereiche für Soziale Rehabilitation. Die Kennzahlen der Jahre von Angebotsbeginn bis zum Jahr 2012 sind dabei dem Gutachten zur Bearbeitung Antrages 13/59 aus dem Jahr 2012 entnommen. Die Angaben zu den Kennzahlen aus dem Jahr 2017 basieren auf den Angaben der Abteilungen.

Abb. 3: Entwicklung der stationären Kapazitäten seit Gründung der Bereiche

Klinik	Angebotsbeginn	1990	1995	2000	2005	2012	2017	Platzabbau 2000 bis 2017 in %
BH	1990	884	582	312	277	170	80	74
Dn	1990	11	41	57	56	32	35	39
D	1992	-	68	70	70	68	67	4
K	2000	-	-	26	26	26	26	/
L	1991	-	88	26	4	4	4	85
MG	1977	48	48	48	48	42	45	6
Vie	1991	-	148	114	111	97	70*	39
Gesamt		943	975	653	592	435	327	50

*In Bezug auf die Kennzahlen der Abteilung in Viersen ist zu beachten, dass die Wohngruppe 30/10 nicht bei der Darstellung berücksichtigt ist. Grund ist, dass die Wohngruppe mit 17 Plätzen im Laufe des Jahres 2018 geschlossen wird (siehe Vorlage 14/2457) und bereits vorher nicht im Rahmen der Abteilung für Soziale Rehabilitation geführt wurde.

Die nachstehenden Abbildungen 4 und 5, die dem Qualitätsbericht (Berichtsjahr 2017) der Abteilungen für Soziale Rehabilitation entnommen sind, zeigen ergänzend die realisierten Veränderungen der Betreuungsverhältnisse in den Bereichen Ambulant Betreutes Wohnen (ABW) und Leben in Gastfamilien.

Abb. 4: Klient/-innenzahl im ABW, je zum 31.12.

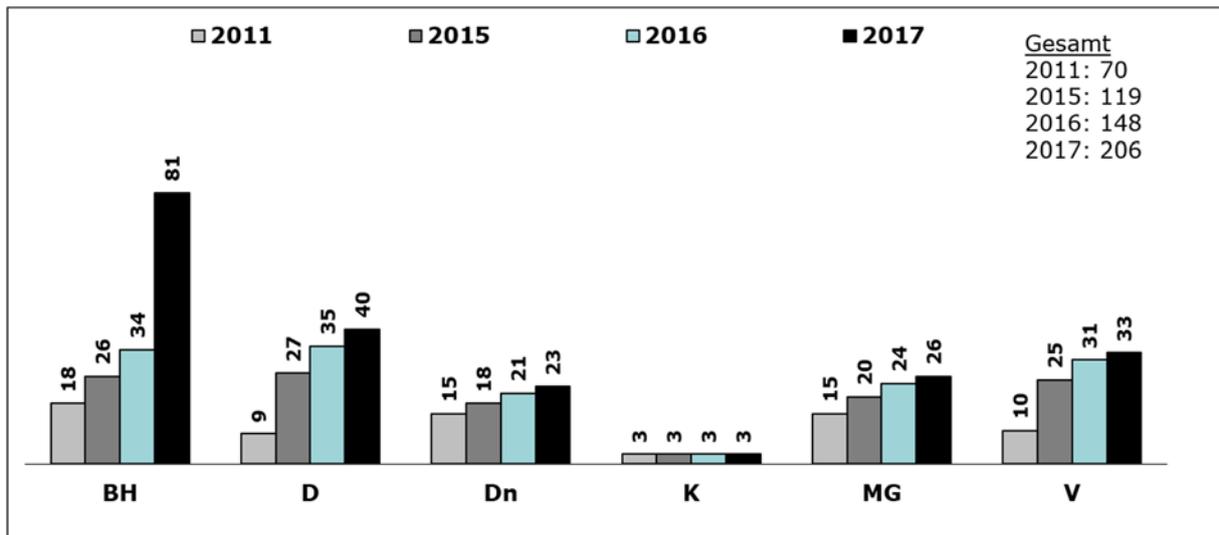
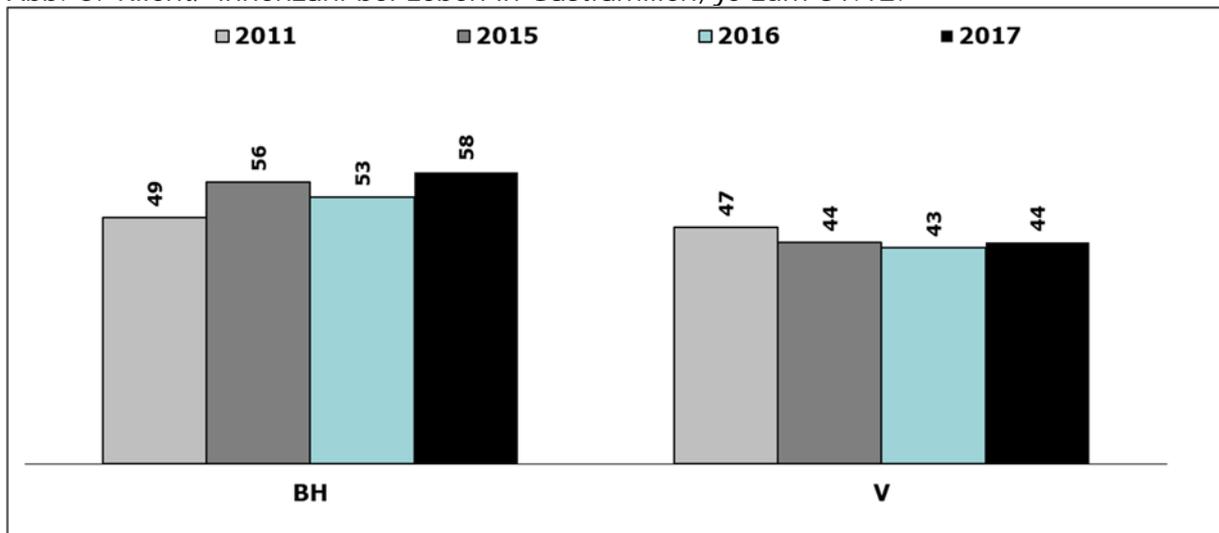


Abb. 5: Klient/-innenzahl bei Leben in Gastfamilien, je zum 31.12.



Anm.: Zusätzlich zu der in Bedburg-Hau in angegebenen Anzahl von 58 Klient/-innen in 2017 werden zum Stichtag 31.12.2017, 18 Kinder und Jugendliche im Rahmen der Jugendhilfe durch Leben in Gastfamilien betreut.

Die Aufteilung nach Platzzahlen für Klient/-innen der Eingliederungshilfe und für beurlaubte Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten (Forensiker) wurde im Grundsatz nicht aufgegeben. Innerhalb der Gruppe der Forensiker wurden an einigen Standorten jedoch auch Personen auf das vorgesehene Kontingent angerechnet, die

innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren bereits Eingliederungshilfe nach Entlassung aus der Maßregel erhalten haben. Diese flexible Anpassung wurde notwendig, da es häufiger zu nicht vorhersehbaren Entlassungen aus der Maßregel nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit kommt. Diese nicht planbaren Umstellungen lassen eine sofortige Platzzahlanpassung nicht zu, so dass hier eine Übergangslösung gefunden werden musste. Die Abbildungen 6 und 7 zeigen zur Verdeutlichung die Belegung der in den Abteilungen verfügbaren stationären Plätze zum 31.12.2017 aufgedgliedert jeweils nach Rechtsgrundlage der Klient/-innen.

Abb. 6: Stationäre Belegung nach Rechtsgrundlage der Klient/-innen, 31.12.2017

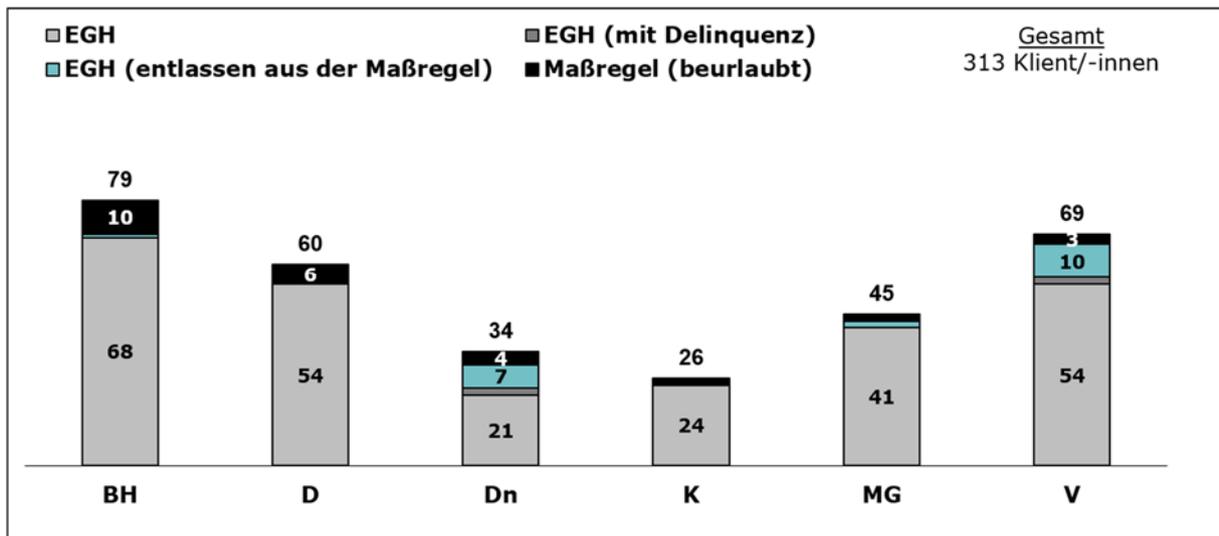
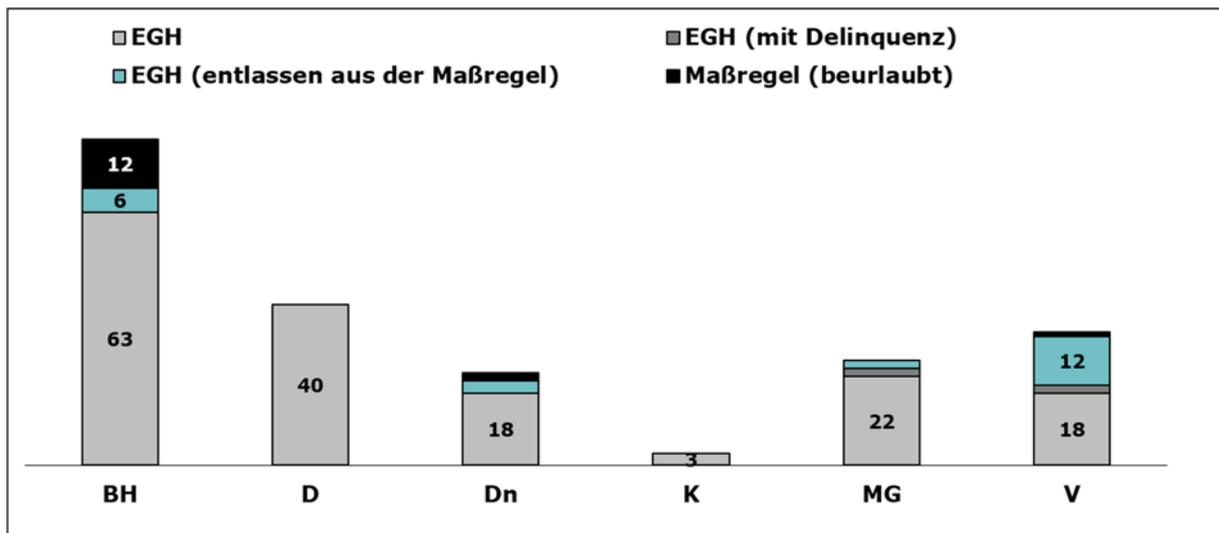


Abb. 7: Klient/-innen im ABW nach Rechtsgrundlage, 31.12.2017



Kapazitäten der Bereiche für Soziale Rehabilitation ohne eigenständige Abteilung

Die kleineren, getrennt geführten Einheiten der LVR-Kliniken Langenfeld und Bonn werden bisher als noch nicht eigenständig entwickelte Bereiche angesehen. Der Bereich der ambulanten Wohnhilfen befindet sich an der LVR-Klinik Bonn in der Aufbauphase. Die LVR-Klinik Bonn betreut zum 31.12.2017 vier Klient/-innen im Rahmen

des Ambulant Betreuten Wohnens sowie 36 Klient/-innen im Rahmen des Angebotes Leben in Gastfamilien.

Die LVR-Klinik Langenfeld betreut zum 31.12.2017 eine kleinere Zahl (<10) von Klient/-innen im Schwerpunkt mit Abhängigkeitserkrankungen im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens in enger Kooperation mit der „Aufsuchenden Ambulanten Suchtbehandlung (AAS) sowie 26 Klient/-innen im Rahmen des Angebotes Leben in Gastfamilien. Darüber hinaus werden nach wie vor vier stationäre Plätze als Leistung der Eingliederungshilfe am Kompetenzzentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung an der LVR-Klinik Langenfeld vorgehalten, von denen zum 31.12.2017 drei Plätze belegt waren.

Für das LVR-Klinikum Essen wurde eine Vereinbarung mit dem Leistungsträger zur Erbringung von Leistungen des Ambulant Betreuten Wohnens abgeschlossen, ein Angebot wurde bisher jedoch nicht realisiert. Die LVR-Klinik ist daher in der obigen Abbildung nicht mit aufgeführt.

Die Abbildung 8 zeigt für einen zusammenfassenden Überblick die Darstellung der Klient/-innenzahlen aller beschriebenen Bereiche, die zum 31.12.2017 Angebote der Eingliederungshilfe vorhalten (inklusive derjenigen Bereiche ohne eigene Abteilungsstruktur) sowie den jeweiligen Anteil, den die Hilfeformen an der Gesamtkapazität der Bereiche haben.

Abb. 8: Anzahl der Klient/-innen der Sozialen Rehabilitation zum 31.12.2017

	Stationäres Wohnen		Ambulant Betreutes Wohnen		Leben in Gastfamilien		Anzahl Klient/-innen Gesamt
	Anzahl Klient/-innen	Anteil an Gesamtzahl der Klient/-innen in %	Anzahl Klient/-innen	Anteil an Gesamtzahl der Klient/-innen in %	Anzahl Klient/-innen	Anteil an Gesamtzahl der Klient/-innen in %	
BH	79	33,47%	81	34,32%	76	32,20%	236
Bn			4	10,00%	36	90,00%	40
Dn	60	72,29%	23	27,71%			83
D	34	45,95%	40	54,05%			74
K	26	89,66%	3	10,34%			29
L	4	10,26%	9	23,08%	26	66,67%	39
MG	45	63,38%	26	36,62%			71
V	69	47,26%	33	22,60%	44	30,14%	146
Gesamt	317	44,15%	219	30,50%	182,00	25,35%	718

2.3.2 Rahmenbedingungen der Veränderung von Platzkontingenten

Auf Grund der schwierigen Situation am Wohnungs- und Grundstücksmarkt konnten Ersatzneubauten für den stationären Bereich noch nicht realisiert werden. Für die Standorte Viersen und Düren mussten ursprüngliche Planungen wieder verworfen werden. Die angestrebte Realisierung bis zum 31.12.2017 konnte für Viersen nicht erreicht werden. Für den Standort Düren wurde zwischenzeitlich entschieden, auf einen Ersatzneubau für stationäre Einheiten zu verzichten und einen weiteren Abbau um drei bzw. sieben stationäre Plätze (bei Berücksichtigung des Kontingents für beurlaubte Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten) durchzuführen. Im Ergebnis ständen dann noch 27 stationäre Plätze zur Verfügung. Betroffene Klientinnen und Klienten werden im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens weiter betreut. Die entsprechenden Maßnahmen sollen sukzessive umgesetzt werden, auch abhängig von der Akquise geeigneten Wohnraums.

Ob und wann notwendige Ersatzneubauten oder vergleichbare Lösungen unter den sich ändernden Bedingungen realisiert werden können, kann abschließend noch nicht berichtet werden.

Die im Jahr 2015 beschlossene und zunächst für den 31.12.2017 avisierte Auflösung der Wohngruppe 30.10 der LVR-Klinik Viersen wurde im Juli 2016 vom Viersener Klinikvorstand in Absprache mit der Verbundzentrale auf das Jahr 2018 verschoben, da die LVR-Klinik Viersen 2016 und 2017 bereits die Auflösung des Pflegezentrums (Haus 28) und die Verlagerung von 40 Betten sowie 20 Tagesklinischen Plätzen zur LVR-Klinik Mönchengladbach zu bewältigen hatte. Insofern wird die angestrebte Gesamtplatzzahlreduzierung in Viersen erst zu einem späteren Zeitpunkt erreicht werden. Zum Stichtag 31.12.2017 werden 70 Plätze im LVR-Wohnverbund Viersen vorgehalten, die im Regelfall durchschnittlich mit 67 Klient/-innen belegt werden sollen. Das sind insgesamt drei Plätze weniger als zunächst vorgesehen. Davon sind 60 Plätze dem Leistungsträger Eingliederungshilfe zuzurechnen und 7 Plätze für beurlaubte Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten. Auf Grund von vorzeitigen Entlassungen von Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten gemäß dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, werden innerhalb des Kontingents von 7 Plätzen für Beurlaubte aus dem Maßregelvollzug auch ehemalige Beurlaubte bis zu einer Dauer von ca. drei Jahren geführt, die bereits Eingliederungshilfe als Anschlussmaßnahme erhalten. Die bis zum 31.12.2018 zu schließende Wohngruppe 30/10 wird auch weiterhin im Rahmen der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen geführt. Die Schließung hat damit keinen weiteren Einfluss auf Struktur und Konzept des LVR-Wohnverbundes Viersen.

Für den LVR-Wohnverbund Mönchengladbach ist nach Abstimmungsgesprächen im GPV (Gemeindepsychiatrischen Verbund) die gemeinsame Lösung für eine stationäre Einheit mit der ViaNobis GmbH geplant. Die ViaNobis GmbH wird ein Gebäude für stationäre Plätze der Eingliederungshilfe für psychisch behinderte Menschen errichten. In diesem Gebäude wird die LVR-Klinik Mönchengladbach auf angemieteter Fläche zwölf stationäre Plätze ihres LVR-Wohnverbundes Mönchengladbach betreiben. Diese Plätze sind Ersatz für bisherige stationäre Plätze. Eine entsprechende Reduzierung der Plätze im Peter-Röhl-Haus und durch Umwandlung bzw. Aufgabe von sog. Außenwohngruppen ist vorgesehen. Im Saldo soll es zu keiner Veränderung der Platzzahlen kommen

Die Abteilung für Soziale Rehabilitation der LVR-Klinik Bedburg-Hau hat umfangreiche Ambulantisierungen von stationären Einheiten umgesetzt. Insgesamt konnten 56 stationäre Plätze umgewandelt werden. Die Klientinnen und Klienten werden nunmehr im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens weiter betreut und haben für die von ihnen genutzten Räumlichkeiten, individuelle Mietverträge erhalten. Das angestrebte Ziel einer Platzzahlreduzierung auf 75 Plätze (inkl. 15 Plätzen ausschließlich für beurlaubte Klientinnen und Klienten aus dem Maßregelvollzug) wurde mit nunmehr noch vorhandenen insgesamt 80 stationären Plätzen lediglich knapp verfehlt. Dies ist ausschließlich darauf zurückzuführen, dass für die Klientinnen und Klienten im Kreis Kleve keine Wohnungen gefunden werden konnten. Es bleibt eine Entspannung des örtlichen Wohnungsmarktes abzuwarten, um ggf. dann eine weitere Ambulantisierung vor dem Hintergrund der Veränderungen der künftig geltenden Rahmenbedingungen nach BTHG, WTG und anderen relevanten Bestimmungen vorzunehmen. Beachtenswert ist die enorme Leistung der LVR-Klinik Bedburg-Hau, die in den zurückliegenden 30 Jahren über 800 stationäre Plätze abgebaut hat. Aus Sicht der Verwaltung ist auch der Entwicklungsprozess der letzten vier Jahre mit einem erneuten Abbau bzw. der Umwandlung von 90 stationären Plätzen eine herausragende Leistung

der Mitarbeitenden der LVR-Klinik Bedburg-Hau, insbesondere der Mitarbeitenden der Abteilung für Soziale Rehabilitation, den zugeordneten Mitarbeitenden aus den Servicebereichen und des Klinikvorstandes.

Im Ergebnis werden 68 Plätze für Klientinnen und Klienten zu Lasten der Eingliederungshilfe und elf Klientinnen und Klienten als ehemalige Maßregelvollzugspatienten betreut. Davon wird eine Person nach Entlassung aus der Maßregel und Weiterfinanzierung durch die Eingliederungshilfe dem Maßregelkontingent noch zugerechnet, da auch hier die Entlassung aus der Maßregel durch Anwendung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit veranlasst wurde und nicht planbar war. Deshalb (s.o.) soll diese Gruppe bzw. vergleichbare Fälle von Klientinnen und Klienten auch künftig noch für drei Jahre dem Kontingent für beurlaubte Maßregelvollzugspatienten/-innen zugeordnet werden.

Im Kreis Kleve wurde im Jahr 2016 ein fachübergreifender Verbund für Teilhabe und Behandlung (VTP) gegründet. Dieser hat das Ziel, vor dem Hintergrund der sich ändernden gesetzlichen Rahmenbedingungen, durch trägerübergreifende Kooperation die Übergänge von Menschen mit Behinderungen im Versorgungssystem zu optimieren. Möglicherweise können von diesem Verbund auch Impulse für den Wohnungsmarkt zur Realisierung von inklusivem Wohnraum erwartet werden.

Eine Erweiterung des Angebotes der Abteilung für Soziale Rehabilitation der LVR-Klinik Köln, vor dem Hintergrund von Hilfebedarfen chronisch psychisch erkrankter Menschen und ehemaliger Patientinnen und Patienten der Forensik wurde im Rahmen der Zielplanung abgestimmt. Die Realisierung hängt in erster Linie von einer Verständigung mit dem Land als Leistungsträger für den Maßregelvollzug ab, da integrierte Lösungen von Maßregelvollzug und Sozialer Rehabilitation angestrebt werden. Insofern kann zum Realisierungszeitraum aktuell keine belastbare Aussage getroffen werden.

Auch in der Abteilung für Soziale Rehabilitation des LVR-Klinikums Düsseldorf wird die bereits zuvor beschriebene Systematik angewandt: Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten, welche im Rahmen ihrer Beurlaubung in der Abteilung betreut werden, werden ab Entlassung für drei weitere Jahre dem Platzzahlkontingent für Forensiker zugerechnet. In Düsseldorf betrifft dies zum Stichtag 31.12.2017 vier Klientinnen bzw. Klienten.

Insgesamt bleibt zum Thema Platzzahl und Größe der Abteilungen festzuhalten, dass die Soziale Rehabilitation des Klinikverbundes hinsichtlich der Realisierung von Neubauten weiterhin – wie bereits mit dem Bericht aus dem Vorjahr beschrieben - vor erhebliche Herausforderungen gestellt ist: Für einzelne Abteilungen wurde bereits geschildert, dass weder der Erwerb noch die Anmietung von geeignetem Wohnraum erfolgreich abgeschlossen werden konnte. Die aktuelle Situation des Wohnungsmarktes stellt ein erhebliches Hindernis auf dem Weg zu inklusiverem Wohnen dar. So sind die Abteilungen auf zukunftssträchtige Bauten angewiesen, welche Klientinnen und Klienten das Wohnen im Stadtteil und außerhalb des Klinikgeländes entsprechend derzeitiger fachlicher Standards und der Bestimmungen des BTHG ermöglichen. Zugleich zeigen die oben beschriebenen Erfahrungen der Abteilungen aber, dass der angespannte Wohnungsmarkt die Realisierung entsprechender Vorhaben kaum bis gar nicht ermöglicht. Dies eröffnet für die folgenden Jahre die Aufgabe, Kooperationen mit wesentlichen Entscheidungsträgern von Städten und Gemeinden weiter auszubauen, um ggf. zu Verabredungen hinsichtlich geeigneter Bauprojekte zu kommen. Andernfalls müssen zur Aufrechterhaltung angemessener Wohnstandards für die derzeitigen Klientinnen und

Klienten der Abteilungen für Soziale Rehabilitation weitere Übergangslösungen diskutiert und mit dem Leistungsträger abgestimmt werden.

So stellt sich grundsätzlich die Frage, ob vorerst – aufgrund der beschriebenen schwierigen Wohnungslage – auch in solche Wohnlösungen investiert wird, welche Klientinnen und Klienten nur annähernd ein idealtypisches Wohnen im Stadtteil ermöglichen. Hiermit verbunden ist die Frage, ob es in diesem Fall gelingen kann, über einen entsprechenden fachlichen Rahmen Selbstbestimmung und Partizipationschancen der Klientinnen und Klienten zu erweitern. Besonderes Augenmerk muss bei der Diskussion alternativer Möglichkeiten, wie beispielsweise einem Neubau am Rande des Klinikgeländes, daher darauf gerichtet werden, unter welchen Umständen diese Möglichkeiten fachlichen Anforderungen nach Inklusion entsprechen können und mit nachhaltigen Verbesserungen für Klientinnen und Klienten verbunden sind.

2.4 Qualitätsmanagement und Qualitätsbericht

- *In allen Abteilungen f. Soz. Rehabilitation wird bis zum 30.06.2015 ein einheitliches Qualitätsmanagement eingeführt, das den Besonderheiten der Einrichtungen im Unterschied zu den Krankenhausbereichen Rechnung trägt.*
- *Im Turnus von zwei Jahren wird ein Qualitäts- und Leistungsbericht mit den wichtigsten Kennzahlen der Bereiche erstellt und veröffentlicht. Erster Berichtszeitraum ist das Jahr 2015 – Erstellung und Veröffentlichung bis 30.10.2016.*

Qualitäts- und Leistungsbericht

Gemäß des beschlossenen Rahmenkonzeptes Qualitätsmanagement vom 20.10.2015 ist die Vorlage eines Qualitäts- und Leistungsberichtes im Abstand von zwei Jahren vorgesehen. Der Bericht soll laut Rahmenkonzept auf einer jährlichen Kennzahlenübersicht zum Stichtag 31.12. basieren. Am 03.11.2016 wurde der Verbundkonferenz Soziale Rehabilitation von der Verwaltung der erste Qualitätsbericht der Abteilungen für Soziale Rehabilitation im LVR Klinikverbund vorgestellt und besprochen. Die hierfür notwendigen Kennzahlen der Bereiche wurden von den Kliniken geliefert und in der Verbundzentrale abteilungsspezifisch sowie abteilungsübergreifend ausgewertet. Im Rahmen der Abschlussberichterstattung zum Projektende 31.12.2017 wurde von der Verbundzentrale ein zweiter QB mit dem Bezugsjahr 2017 gefertigt. Die Ergebnisse des QB sind in dieser Vorlage auszugsweise wiedergegeben.

Mit Blick auf die Kennzahlen dieses Qualitätsberichtes ist im Besonderen herauszustellen, dass es in fast allen Abteilungen gelungen ist, ein deutliches Wachstum des ambulanten Bereichs umzusetzen. Die Abteilung Bedburg-Hau erreichte seit 2011 zugunsten eines Abbaus stationärer Plätze eine Vervierfachung ihrer ambulanten Betreuungszahlen. Viersen betreut im Vergleich zu 2011 ebenfalls dreimal so viele Personen ambulant wie noch in 2011. Auch für die Abteilungen Düsseldorf, Düren und Mönchengladbach zeigt der Qualitätsbericht einen deutlichen Ausbau des Bereichs Ambulant Betreutes Wohnen. Insgesamt zu begrüßen ist außerdem die sichtbare Tendenz zur Dezentralisierung der Wohnhilfen. In den Abteilungen Köln und Mönchengladbach werden dabei bereits seit 2011 ausschließlich dezentrale Angebote vorgehalten.

Die berichteten Kennzahlen machen deutlich, dass in den Abteilungen für Soziale Rehabilitation weiterhin zu einem Großteil schwer chronisch psychisch erkrankte

Menschen sowie zunehmend auch Menschen mit einer forensischen Vorgeschichte begleitet werden. Insbesondere im Ambulant Betreuten Wohnen erfordert der Verbleib der Klient/-innen im ambulanten Setting und die weitere Förderung von Eingliederung daher einen hohen personellen Einsatz sowie ausgeprägte Fachkompetenz der Mitarbeitenden.

Befragungen zur Qualitätssicherung

In gemeinsamer Abstimmung mit den Abteilungsleitungen und Qualitätsmanagementbeauftragten der LVR-Kliniken wurde zudem eine Klientinnen- und Klientenbefragung entwickelt, die im Jahr 2017 in den Abteilungen für Soziale Rehabilitation der LVR-Kliniken als Pilotbefragung durchgeführt wurde. Abgefragt wurde die Zufriedenheit der Klienten und Klientinnen mit stationären und ambulanten Wohnhilfen. Die Befragung entspricht damit den im Rahmenkonzept Qualitätsmanagement formulierten internen Impulsen zur Qualitätsentwicklung. Insgesamt haben aus dem Bereich der stationären Wohnhilfen 221 Klientinnen und Klienten an der Befragung teilgenommen. Darüber hinaus haben 89 Klientinnen und Klienten, die in den Abteilungen ambulant betreut werden, einen Fragebogen ausgefüllt. Mit der ergänzenden nicht öffentlichen Vorlage des Qualitäts- und Leistungsberichtes an die Krankenhausausschüsse und den Gesundheitsausschuss wird ausführlicher über die Ergebnisse der Befragung berichtet. Zusammenfassend kann herausgestellt werden, dass die Pilotbefragung zum einen eine hohe Zufriedenheit der in den Abteilungen für Soziale Rehabilitation betreuten Klientinnen und Klienten zeigt; dies gilt insbesondere für den ambulanten Bereich. Wurde im Rahmen der Befragung Kritik oder geringe Zufriedenheit mit bestimmten Bereichen geäußert, so leiteten die Abteilungen Veränderungsmaßnahmen ab und nahmen Anpassungen zur Optimierung der Betreuungssituation vor. Befragungen der Klientinnen und Klienten finden nun alle drei Jahre statt. In der Verbundkonferenz Soziale Rehabilitation 2017 wurde beschlossen, dass das für die Pilotbefragung genutzte Erhebungsinstrument für die nächste Befragungswelle in 2020 aktualisiert und überarbeitet wird. Klientinnen und Klienten sollen an diesem Prozess beteiligt werden, um eine optimale Passung der Fragen auf die individuelle Situation der betreuten Menschen zu gewährleisten.

Mitarbeitendenbefragungen, die für die Abteilungen der Sozialen Rehabilitation ein geeignetes Verfahren zur Feststellung der Mitarbeitendenzufriedenheit gemäß § 4 Absatz 3, Satz 4 des WTG NRW darstellen, werden in den LVR-Kliniken im Dreijahresrhythmus durchgeführt. Die nach der Befragung im Jahr 2014 für das Jahr 2017 vorgesehene Mitarbeitendenbefragung wurde aufgrund der Harmonisierung mit anderen Mitarbeitendenbefragungen im LVR und damit verbundenen Umstellungen auf das Jahr 2018 verschoben. Die Mitarbeitendenbefragung ist am 01. Februar 2018 gestartet. Priorität ist hier die Sicherstellung einer hohen Qualität in der Erfassung und Aufbereitung von Daten, welche fundierte Aussagen über die Mitarbeitendenzufriedenheit in den LVR-Kliniken ermöglichen. Möglicherweise notwendige Veränderungsmaßnahmen können anschließend in den Abteilungen für Soziale Rehabilitation abgeleitet werden. Die vollständige Wahrung der Anonymität der Befragten steht bei der Befragung stets im Vordergrund. Zur Zielerreichung hat der LVR-Klinikverbund mittels eines mehrstufigen Ausschreibungsverfahrens ein externes Unternehmen mit der Durchführung der Mitarbeitendenbefragung beauftragt.

Mantelkonzept Gewaltprävention

In Ergänzung des Rahmenkonzeptes Qualitätsmanagement wurde im Laufe des Jahres 2017 ein Mantelkonzept Gewaltprävention erarbeitet, das der Sicherung und Präzisierung

von Qualitätsstandards im Umgang mit Gewalt gegen Mitarbeitende und/oder Klientinnen und Klienten im Bereich der Abteilungen für Soziale Rehabilitation an den LVR-Kliniken dient. Das Konzept wurde von der Verbundkonferenz Soziale Rehabilitation am 08.12.2017 verabschiedet.

2.5 Dokumentationssystem

- *Einführung eines einheitlichen, den fachlichen Anforderungen entsprechenden Dokumentationssystems, das auch die Generierung von Kennzahlen und weiteren Auswertungsroutinen ermöglicht – u.a. abschließende Prüfung einer möglichen Einführung des Systems Vivendi der HPH-Netzwerke - bis 31.12.2014.*

Dem Vorschlag der Sozialen Reha-Leitungen, Vivendi als Softwaresystem zur Leistungsdokumentation im Pflege- und Rehabereich einzusetzen, wurde im Lenkungsausschuss Kliniken IT zugestimmt.

Der LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen setzt Vivendi seit mehreren Jahren erfolgreich zur Leistungsdokumentation ein und das dort parametrisierte System sollte als Grundlage für die Einführung in den Abteilungen für Soziale Rehabilitation dienen. Im Verlauf der Abstimmungen mit dem LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen stellte sich heraus, dass es nicht ohne weiteres möglich ist, das dort eingesetzte und parametrisierte System ohne Anpassung für die Soziale Rehabilitation zu übernehmen.

Für die Abteilungen für Soziale Rehabilitation ist es vielmehr erforderlich, eine passende Konfiguration im Rahmen eines fachlich begleiteten Einführungsprojektes festzulegen und umzusetzen. Dieses Projekt wurde in einer ersten Phase als Pilotprojekt an der LVR-Klinik Viersen in Zusammenarbeit mit der LVR-Klinik Mönchengladbach erfolgreich gestartet. Die Erarbeitung ist zum Berichtszeitraum in einem weit fortgeschrittenen Stadium. Gemäß aktuellem Planungsstand soll die Inbetriebnahme an den Standorten Viersen und Mönchengladbach zum 01.07.2018 erfolgen. Nach einer „Einschwingphase“ von einigen Monaten wird die Phase II des Projektes (Roll-Out auf alle Abteilungen für Soziale Rehabilitation) voraussichtlich im November 2018 beginnen. Ursache für die Verzögerung ist die ungeklärte Situation bezüglich der MASS-Schnittstelle (elektronische Übertragung der Daten aus Vivendi zu Dezernat 7).

2.6 Personalentwicklung

- *Vorlage von standortspezifischen Personalentwicklungskonzepten unter Berücksichtigung eines fachlich angemessenen Berufsgruppenmixes und der Notwendigkeit der kontinuierlichen Verjüngung der Mitarbeiterschaft bis 30.06.2014.*

Mit den Vorlagen 14/948 KA1, 14/950 KA2, 14/934 KA3 und 14/955 KA4 wurde über erste Maßnahmen hinsichtlich der Personalentwicklung berichtet. Im weiteren Verlauf haben die Abteilungen der Kliniken Bedburg-Hau und Viersen Konzepte vorgelegt, die der nachfolgenden Formulierung von einheitlichen Mindeststandards zur Personalentwicklung dienen. Diese Mindeststandards wurden seit Ende des Jahres 2015 im Rahmen einer Arbeitsgruppe entwickelt, die aus Vertretern und Vertreterinnen der Zentralverwaltung sowie der Abteilungen für Soziale Rehabilitation bestand. Das von der Arbeitsgruppe formulierte abteilungsübergreifende Personalentwicklungskonzept wurde von der Verbundkonferenz Soziale Rehabilitation am 03.11.2016 abschließend diskutiert und nach Abschluss des Mitbestimmungsverfahrens durch den Träger in Kraft gesetzt.

Mit dem Personalentwicklungskonzept soll auch die Bereitstellung eines bedarfsgerechten Berufsgruppenmixes gefördert werden. Hintergrund ist eine traditionell begründete Pflegelastigkeit bei der Personalausstattung der Abteilungen für Soziale Rehabilitation. Ziel ist es, den Anteil von pädagogisch ausgebildetem Personal und weiteren Fachkräften zu erhöhen. Mit dem Personalentwicklungskonzept wird dazu folgende Vorgabe formuliert: „Bei den Fachkräften soll entsprechend den Hilfebedarfen der Klientinnen und Klienten ein ausgewogenes Verhältnis von pädagogischen und krankenpflegerischen Mitarbeitenden bestehen.“

Diesbezügliche Veränderungen sind neben den damit verbundenen konzeptionellen Vorstellungen auch von der Lage auf dem Arbeitsmarkt und der Möglichkeit, Fluktuation in der Mitarbeiterschaft zu nutzen, abhängig. Entsprechend können die fachlichen Überlegungen an den einzelnen Standorten nur unterschiedlich umgesetzt werden. Einzelne Abteilungen berichten derzeit, dass sich die Gewinnung von Fachkräften teilweise schwierig gestaltet, wenn in der Auswahl von Bewerbern und Bewerberinnen eine Festlegung auf eine bestimmte Berufsgruppe erfolgt.

Dennoch zeichnet sich derzeit bereits eine vermehrte Zusammenarbeit von pflegerischen, pädagogischen und therapeutischen Fachkräften ab, die in Ergänzung mit dem ebenfalls steigenden Einsatz von Peers (z.B. durch Genesungsbegleitende) als ausgesprochen begrüßenswert und im Sinne der Entwicklungskonzeptionen zu werten ist.

Werden beispielsweise Angaben zu den Berufsgruppen der Abteilungen im Vergleich der Stichtage 31.12.2013 und 31.12.2017 gegenübergestellt, so ist für die Standorte Bedburg-Hau, Düren, Düsseldorf und Viersen ein bemerkbarer Anstieg der Mitarbeitenden aus (sozial-)pädagogischen Bereichen zu verzeichnen. Demgegenüber arbeiten Pflegefachkräfte im Jahr 2017 im Vergleich zum Jahr 2013 seltener in den Abteilungen für Soziale Rehabilitation.

Am Standort Mönchengladbach konnte das zuvor im Vergleich mit den anderen Standorten bereits erreichte Verhältnis der Durchmischung in etwa gehalten werden. Die ablesbaren Tendenzen zum Berufsgruppenmix fußen auf den Angaben der einzelnen LVR-Kliniken. Auf eine weitergehende statistische Auswertung wurde jedoch verzichtet, da eine abteilungsübergreifende einheitliche Kategorisierung der einzelnen Qualifikationen noch nicht abgestimmt werden konnte. So streuen die Angaben zu den Qualifikationen zwischen der Benennung von 5 bis zu 12 Berufsbezeichnungen. Diese enorme Vielfalt ist dabei im Grundsatz begrüßenswert und zeigt, dass die Abteilungen bemüht sind, ein möglichst breites Spektrum an Hilfebedarfen abzudecken. Der derzeitige Sachstand zur Thematik kann in den folgenden Jahren als Grundlage dienen, um im Verbund der Abteilungen für Soziale Rehabilitation den weiteren Ausbau eines Berufsgruppenmixes mit einem abgestimmten Vorgehen kontinuierlich zu fördern.

2.7 Budget

- *Vorlage eines ertrags- und aufwandgerechten Budgetierungskonzeptes für alle Bereiche auf Basis einer detaillierten Analyse der bisherigen Kostenabgrenzung in den betroffenen LVR-Kliniken. Einführung einheitlicher Regelungen für alle Standorte zum 01.01.2015.*

Für die Abteilungen Soziale Rehabilitation wurde ein „Rahmenkonzept Budgetierung in den Bereichen Soziale Rehabilitation an den LVR-Kliniken“ erstellt. Mit diesem Konzept ist sichergestellt, dass die Leitungen der Bereiche über eigenständige Budgets verfügen und insbesondere die selbstständige Verantwortung über die Personalbewirtschaftung der Bereiche erhalten. Gleichzeitig werden Grundsätze für die Verfahren der Personalbedarfsberechnung vereinheitlicht. Das Konzept wird zu einer weiteren auch wirtschaftlichen Selbstständigkeit der Bereiche führen.

2.8 Vernetzung und Kooperation

- *Optimierung der regionalen Vernetzung durch Kooperationsvereinbarungen mit außerklinischen Trägern*

Alle Abteilungen für Soziale Rehabilitation sind aufgabenorientiert mit anderen Akteuren im psychosozialen Arbeitsfeld ihrer jeweiligen Versorgungsregionen vernetzt.

Der Grad der Kooperation und Vernetzung ist dabei unterschiedlich. So kann davon ausgegangen werden, dass dort, wo Gemeindespsychiatrische Verbände (GPV) wie in Mönchengladbach und Viersen gebildet wurden, der höchste Grad der Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit erreicht wird. Vergleichbar ist der Verbund für Teilhabe und Behandlung (VTP) im Kreis Kleve, in dem die Abteilung für Soziale Rehabilitation der LVR-Klinik Bedburg-Hau vertreten ist. Von diesen Verbänden kann aus fachlicher und versorgungsstrategischer Sicht erwartet werden, dass sie sich zu Leistungserbringerverbänden entwickeln, die in der Lage sind, die Versorgung der Zielgruppe in ihrer jeweiligen Versorgungsregion sicherzustellen.

Mit nachstehender Abbildung 9 werden Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen der Abteilungen für Soziale Rehabilitation und Wohnverbände abgebildet. Die Netzwerke der Abteilungen auf der Arbeitsebene innerhalb der Regionen gehen dabei über die tabellarisch darstellbaren Formen der Zusammenarbeit hinaus, weshalb die Abbildung lediglich im Sinne eines Ausschnitts zu verstehen sind, welcher Orientierung gibt.

Abb. 9: Kooperationsstrukturen der Abteilungen für Soziale Rehabilitation

Klinik	Kooperation I	Kooperation II	Kooperation III
BH	Sprecher in der PSAG des Kreises Kleve	Ständiges beratendes Mitglied in der HPK des Kreises Kleve	Gründungsmitglied im Trägerverbund „Teilhabe und Behandlung“
Dn	Schriftliche Kooperationsvereinbarung mit dem Träger „Die Kette“	Teilnahme an bestehenden regionalen Arbeitskreisen	Organisation von trägerübergreifenden Fortbildungsveranstaltungen
D	Zusammenarbeit mit dem Förderverein für ehemalige Langzeitpatientinnen und -patienten	Mitarbeit im Arbeitskreis „Ambulant Betreutes Wohnen“ der Stadt Düsseldorf	Mitarbeit in der PSAG der Stadt Düsseldorf
K	Mitarbeit in der PSAG der Stadt Köln	Zusammenarbeit mit den SPZ Köln-Nippes und Köln-Ehrenfeld zur Förderung der Anbindung von Klient/-innen an den Sozialraum	Zusammenarbeit mit den Alexianer Werkstätten zur Förderung der Möglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben von Klient/-innen
MG	Mitarbeit im GPV Viersen	Teilnahme an GPV-Fallberatungen	Teilnahme am GPV-Überleitungsmanagement für Patientinnen und Patienten aus dem MRV
Vie	Mitarbeit im GPV Mönchengladbach	Mitarbeit bei der Konsultantenberatung Niederrhein	Fallbezogene Kooperation mit der Tagesstätte der PHG Viersen

2.9 Rahmenbedingungen für Inklusion

- *Fortentwicklung der Rahmenbedingungen für die Inklusion psychisch behinderter Menschen*

Gemäß der Vorlage 13/2365/1 und den nachfolgenden Vorlagen im Juni 2014 an die Krankenhausausschüsse wurden Verbesserungspotentiale auch hinsichtlich der Rahmenbedingungen für die Inklusion der in den Abteilungen betreuten Menschen gesehen. Die Abteilungen für Soziale Rehabilitation und Wohnverbünde an den LVR-Kliniken haben mit ihren Umsetzungsplanungen dazu unterschiedliche Maßnahmen vorgesehen.

Zusammenfassend sind mit nachstehender Abbildung 10, auf Basis einer Befragung, zwecks einer übersichtlichen Darstellung jeweils maximal drei Maßnahmen je Standort wiedergegeben. Die Komplexität von Inklusion, die letztlich einen gesamtgesellschaftlichen Prozess und Anspruch beschreibt, spiegelt sich auch in der hohen Divergenz der wiedergegebenen Maßnahmen.

Abb. 10: Aktivitäten und Maßnahmen zur Förderung von Inklusion

Klinik	Maßnahme I	Maßnahme II	Maßnahme III
BH	Verdreifachung der Betreuungsplätze im Ambulant Betreuten Wohnen	Vielfältiges Angebot an Ferienmaßnahmen mit Reisezielen in ausschließlich inklusiven Kontexten	Weiterentwicklung des Angebotes „LiGa“
Dn	Anti-Stigma-Projekt von Klientinnen, Klienten und Mitarbeitenden der Abt. für Soziale Rehabilitation in Zusammenarbeit mit Schulen	Einstellung eines Genesungsbegleiters zur Unterstützung der Klientinnen und Klienten und inklusiver Prozesse	Weiterer Aufbau des Ambulant Betreuten Wohnens u.a. mit dem Ziel, verbleibende stationäre Plätze auf dem Klinikgelände aufzulösen
D	GTI – Bogenschießen für Menschen mit und ohne Handicap	Arbeits- und Beschäftigungsprojekt Kerzenwerkstatt	Aufbau und Erweiterung des Ambulant Betreuten Wohnens
K	Angebot einer jährlichen Urlaubsfahrt und Freizeitaktivitäten nach den Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner	Bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Abt. für Soziale Rehabilitation mit entsprechender Zielplanung	Aufbau und Erweiterung des Ambulant Betreuten Wohnens
MG	Durchführung von Inklusionsworkshops unter Beteiligung von Klientinnen und Klienten sowie der Inklusionsbeauftragten der Stadt (zweimal pro Jahr)	Betreiben einer Imkerei in Kooperation mit dem Tierpark Rheydt-Odenkirchen	Anmietung eines Reihenhauses in Rheydt-Geneiken mit guter Infrastruktur für sechs vorwiegend junge Erwachsene (Bezug: August 2016)
Vie	Eröffnung und Betrieb des Stadtteilbüros „Pluspunkt“ – als niederschwelliges Beratungs- und Begegnungsangebot in der Gemeinde	Weiterer Ausbau des Ambulant Betreuten Wohnens und Verlagerung des „BeWo-Büros“ vom Klinikgelände in die Gemeinde	Einsatz von ehrenamtlichen Mitarbeitenden zur Unterstützung von Klientinnen und Klienten (z.B. bei Beiratssitzungen)

2.10 Verbundkonferenz Soziale Rehabilitation und Organisation des Veränderungsprozesses

- *Zur Abstimmung und Steuerung des Vorgehens: Etablierung einer Verbundkonferenz Soziale Rehabilitation.*

Nach dem Starttermin 14.08.2014 tagte die von der Verbundzentrale einberufene Verbundkonferenz Soziale Rehabilitation jährlich, bisher insgesamt viermal.

Zur Unterstützung der konzeptionellen Weiterentwicklung wurden unter Federführung der Verbundzentrale zwei ergänzende Workshops durchgeführt:

- **21.08.2015:** Personalentwicklung in den Abteilungen für Soziale Rehabilitation der LVR-Kliniken
- **29.08.2017:** Weiterentwicklung der Abteilungen für Soziale Rehabilitation und Wohnverbände an den LVR-Kliniken

Der zuletzt genannte Workshop hatte auch die notwendigen Anpassungen, die das BTHG erfordert, zum Gegenstand.

Zur Bewältigung der unterschiedlichen Aufgaben und Maßnahmen wurden zusätzlich begleitende Arbeits- bzw. Projektgruppen eingerichtet und jeweils unter Beteiligung der Verbundzentrale, der Leitungen der Abteilungen für Soziale Rehabilitation und zum Teil der verantwortlichen Klinikvorstände durchgeführt.

Das Fachforum der Leiterinnen und Leiter der Abteilungen für Soziale Rehabilitation unter Beteiligung der Verbundzentrale befand sich ergänzend zu den genannten Prozessen und Strukturen in einem permanenten Austausch, insbesondere zu fachlichen Fragen im engeren Sinne, z.B. Hilfeplanung, Betreuungsformen, Abteilungsgliederung, etc. In der Verbundzentrale wurde die Entwicklung und das damit verbundene Vorgehen turnusmäßig in dafür vorgesehenen Besprechungen abgestimmt. In den Krankenhausausschüssen (Vorlagen s.o.) wurde in regelmäßigen Abständen über den aktuellen Sachstand berichtet.

Fachforum und Verbundkonferenz Soziale Rehabilitation werden ihre Arbeit fortsetzen.

2.11 Ausblick

Im Ergebnis des Workshops zur fachlichen und wirtschaftlichen Weiterentwicklung der Abteilungen für Soziale Rehabilitation wurden nachstehende Themen als relevant identifiziert:

- **Wohnen.** Ohne Wohnraum kann eine zukünftige Betreuungsarbeit nicht realisiert werden. Deshalb muss neuer Wohnraum für alle Betreuungsformen gefunden und dort wo nötig und sinnvoll notwendige Instandhaltung durchgeführt werden.
- **ICF-Orientierung implementieren.** Eine zeitgemäße Unterstützung von Menschen mit Behinderung ist in der Bedarfsfeststellung, Hilfeplanung und

Leistungserbringung an der ICF zu orientieren und zielt auch auf die Überwindung gesellschaftlicher Barrieren ab.

- **Zielgruppendefinition.** Eine leistungsorientierte Beschreibung der Zielgruppe dient einer deutlichen Profilierung des Angebotes und als Grundlage für die Gewinnung wirtschaftlicher Kennzahlen.
- **Erlöse der Abteilungen.** Eine bedarfsgerechte Versorgung kann nur über auskömmliche Erlöse sichergestellt werden. Hier bedarf es zielgerichteter Kalkulationen und Verhandlungen zur Verbesserung der Situation an einigen Standorten sowie bei der Anwendung der Vorschriften des BTHG.
- **Regionale Zusammenarbeit.** Die Vernetzung in den Regionen und der Zusammenschluss zu Leistungserbringerverbänden (GPV) soll weiterentwickelt und gestärkt werden, um auf Grundlage der kooperativen Zusammenarbeit alle potentiellen Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen aus der jeweiligen Region versorgen zu können.
- **Mitbestimmung von Klientinnen und Klienten.** Vor dem Hintergrund der neuen Gesetzgebung ist die Sicherstellung der Betreuungsqualität und -kontinuität ein wichtiges Handlungsziel der Abteilungen. Wirksame Beteiligung und Mitbestimmung der Betroffenen im Rahmen von Hilfeplanung und Leistungserbringung sind vor dem Hintergrund des Landespsychiatrieplans hierbei weiter auszubauen und zu berücksichtigen.
- **Genesungsbegleitende.** Genesungsbegleitende können für ratsuchende Klientinnen und Klienten der Abteilungen für Soziale Rehabilitation bei der Krisenbewältigung und beim Erhalt der Gesundheit wichtig sein. Sie können außerdem die Weiterentwicklung der Abteilungen konzeptionell unterstützen.
- **Inklusive Haltung fördern.** Die inklusive Haltung von Mitarbeitenden ist notwendige Voraussetzung für die Förderung von Teilhabemöglichkeiten der Klientinnen bzw. Klienten und soll kontinuierlich gestärkt und geschult werden.
- **Ehrenamtliche Tätigkeit.** Der Einsatz von ehrenamtlichen Mitarbeitenden (Bürgerbeteiligung) in den Abteilungen für Soziale Rehabilitation kann dazu beitragen, Aspekte von Teilhabe zu realisieren, die alleine durch professionelle Hilfe nicht zu erreichen wären.

Gemäß Beschluss der Verbundkonferenz Soziale Rehabilitation im Klinikverbund am 08.12.2017 sollen diese Themen zu Eckpunkten ausformuliert werden. Dafür wird eine Arbeitsgruppe einberufen, die ein solches Eckpunktepapier in Abstimmung mit dem Fachforum Soziale Rehabilitation und den unterschiedlichen Fachabteilungen im LVR-Klinikverbund erarbeitet und der nächsten Verbundkonferenz zum Beschluss vorlegt.

Die Eckpunkte dienen im Wesentlichen:

- der Orientierung im Umsetzungsprozess des BTHG und weiterer in dem Zusammenhang wichtiger rechtlicher Vorschriften,

- der Orientierung in der weiteren Umsetzung des WTG NRW (Wohn- und Teilhabegesetzes des Landes NRW) und weiterer im Zusammenhang stehender Vorschriften und
- zur Orientierung für die konzeptionelle und wirtschaftliche Weiterentwicklung an den Standorten.

Da die Schaffung von inklusivem Wohnraum für die Klientinnen und Klienten der Abteilungen ein zentrales Anliegen ist, werden in einem Schwerpunkt des Eckpunktepapiers Vorschläge zur:

- Schaffung neuen Wohnraums für Klientinnen und Klienten, die im Ambulant Betreuten Wohnen betreut werden,
- Schaffung neuen Wohnraums als Ersatz für bisherige stationäre Einheiten und
- Schaffung von inklusiven Lösungen mit unterschiedlichen Wohnformen erarbeitet werden.

Insofern werden mit dem Eckpunktepapier auch Investitionsentscheidungen vorbereitet.

Insgesamt gelang mit der Unterstützung der von der politischen Vertretung beschlossenen Entwicklungskonzepten die Etablierung von Abteilungen für Soziale Rehabilitation an sechs LVR-Kliniken als eigenständige Organisationseinheiten mit spezifischer Organisationsgliederung und Aufgabe. Der durch die Entwicklungskonzeptionen angestoßene Prozess entfaltet eine positive Entwicklungsdynamik. Klinikübergreifend werden die davon ausgehenden Impulse durch das vorgeschlagene Eckpunktepapier aufgegriffen und damit für die weitere Entwicklung der Abteilungen für Soziale Rehabilitation weiterverfolgt.

In Vertretung

W e n z e l – J a n k o w s k i