

An die Mitglieder
des Gesundheitsausschusses

Köln, 30.09.2016
Frau Groeters

Gesundheitsausschuss

Freitag, 28.10.2016, 9:30 Uhr

Köln, Landeshaus, Rheinlandsaal

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur **12.** Sitzung lade ich herzlich ein.

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

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

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

Öffentliche Sitzung

Beratungsgrundlage

1.	Anerkennung der Tagesordnung	
2.	Niederschrift über die 11. Sitzung vom 19.09.2016	folgt
3.	Schwer vermittelbare Maßregelvollzugspatienten - Unterstützungen und Hilfen <u>Berichterstattung:</u> Herr Diplom-Pädagoge Dr. Friedhelm Schmidt-Quernheim, Forensische Ambulanz in der LVR- Klinik Düren und Referent für Nachsorge beim Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug NRW	
4.	Haushalt 2017/2018; hier: Zuständigkeiten des Gesundheitsausschusses <u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernentin Hötte	14/1527 B folgt Produktgruppenansicht liegt bei
5.	Wirtschaftsplanentwürfe 2017 des LVR-Klinikverbundes <u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski	14/1518 E folgt

6.	LVR-Psychiatriereport 2016 für den LVR-Klinikverbund <u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski	14/1548 B
7.	Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) <u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski	14/1540 K
8.	Bündnis für gesunde Krankenhäuser - Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser in NRW <u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski	14/1290 K
9.	LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention: Entwurf Jahresbericht 2015 <u>Berichterstattung:</u> LVR-Direktorin Lubek	14/1378 K
10.	Förderung des Modellprojekts "Peer Counseling im Rheinland" <u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernent Lewandrowski	14/1361/1 K
11.	Stand der Kooperation des LVR-Klinikverbundes mit dem Gesundheitsdepartement des Oblasts Lviv/Lemberg Ukraine <u>Berichterstattung:</u> Herr Meies, LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski	14/1482 K
12.	Anträge und Anfragen der Fraktionen	
13.	Mitteilungen der Verwaltung	
14.	Verschiedenes	

Nichtöffentliche Sitzung

15.	Niederschrift über die 11. Sitzung vom 19.09.2016	folgt
16.	Personalmaßnahmen	
16.1.	Wiederbestellung zum Stellvertreter der Kaufmännischen Direktion im Klinikvorstand der LVR-Klinik Bedburg-Hau <u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski	14/1535 B
16.2.	Wiederbestellung zum Kaufmännischen Direktor und Vorsitzenden des Klinikvorstandes der LVR-Klinik Düren <u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski	14/1549 B
17.	Maßregelvollzug	
17.1.	Aktueller Bericht <u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski	
17.2.	Belegungssituation im Maßregelvollzug <u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski	

- 18. Anträge und Anfragen der Fraktionen
- 19. Mitteilungen der Verwaltung
- 20. Verschiedenes

Mit freundlichen Grüßen
Die Vorsitzende

S c h u l z

TOP 1 Anerkennung der Tagesordnung

Niederschrift
über die 11. Sitzung des Gesundheitsausschusses
am 19.09.2016 in Köln, Landeshaus
- öffentlicher Teil -

Anwesend vom Gremium:

CDU

Dickmann, Bernd
Herbrecht, Wilhelm
Isenmann, Walburga (für Meies)
Loepp, Helga
Mucha, Constanze
Nabbefeld, Michael
Naumann, Jochen
Schavier, Karl
Wirtz, Axel, MdL (für Dr. Schlieben)

SPD

Berten, Monika
Heinisch, Iris
Kiehlmann, Peter
Recki, Gerda (für Arndt)
Schmidt-Zadel, Regina
Schulz, Margret (Vorsitzende)

Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Barion, Katrin
Beck, Corinna
Kresse, Martin

FDP

Grün, Rainer
Haupt, Stephan (für Dr. Strack-Zimmermann)

Die Linke.

Hamm, Gudrun

Freie Wähler/Piraten

Alsdorf, Georg

Verwaltung:

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

Heister, LVR-Fachbereichsleiter "Personelle und organisatorische Steuerung"

Lüder, LVR-Fachbereichsleiter "Maßregelvollzug"

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

Thewes, LVR-Fachbereichsleiter "Wirtschaftliche Steuerung"

Landorff, LVR-Fachbereich "Kommunikation"

Steinhoff, LVR-Stabsstelle "Gleichstellung und Gender Mainstreaming"

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

Tagesordnung

Öffentliche Sitzung

Beratungsgrundlage

1.	Anerkennung der Tagesordnung	
2.	Niederschrift über die 10. Sitzung vom 17.06.2016	
3.	Stipendienprogramm des LVR-Klinikverbundes zur Förderung von Medizinstudierenden	14/1335 B
4.	Finanzielle Beteiligung des LVR an der "Stiftung Anerkennung und Hilfe" und Weiterführung der Anlauf- und Beratungsstelle für das Rheinland	14/1442 E
5.	Jährlicher Bericht zu den Suizidfällen in den LVR-Kliniken	14/1446 K
6.	Zwangsmaßnahmen in den LVR-Kliniken hier: Fixierungen und Isolierungen in den LVR-Kliniken	14/1447 K
7.	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
8.	Befristete Beschäftigungsverhältnisse 2015	14/1277 K
9.	Bericht der Verwaltung im Rahmen der Landesinitiative "Vielfalt verbindet!" für den Zeitraum 5/2015 - 5/2016	14/1508 K
10.	Follow up-Staatenprüfung zur UN-Behindertenrechtskonvention: Bewertung und weiteres Vorgehen des LVR zum Thema Elternschaft von Menschen mit Behinderungen (Ziffer 44 b der Abschließenden Bemerkungen des UN-Fachausschusses)	14/1181 K
11.	Anträge und Anfragen der Fraktionen	
11.1.	Lebensdauerkosten bei Bauten berücksichtigen	Antrag 14/126 FDP E
11.2.	Fachhochschule des LVR für Soziales und Gesundheit prüfen	Antrag 14/127 FDP E
12.	Beschlusskontrolle	
13.	Mitteilungen der Verwaltung	
14.	Verschiedenes	

Nichtöffentliche Sitzung

15.	Niederschrift über die 10. Sitzung vom 17.06.2016	

- 16. Personalmaßnahmen
 - 16.1. Bestellung zur Ärztlichen Direktorin im Klinikvorstand des LVR-Klinikums Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf **14/1453 B**
 - 16.2. Wiederbestellung zum Stellvertreter der Ärztlichen Direktion im Klinikvorstand der LVR-Klinik Bedburg-Hau **14/1435 B**
 - 16.3. Besetzung der Stellvertretenden Pflegedirektion im Klinikvorstand des LVR-Klinikums Düsseldorf **14/1408 B**
 - 16.4. Wiederbestellung zum Stellvertreter der Pflegedirektion im Klinikvorstand des LVR-Klinikums Essen **14/1365 B**
 - 16.5. Wiederbestellung zur Ärztlichen Direktorin im Klinikvorstand der LVR-Klinik Köln **14/1393 B**
 - 16.6. Wiederbestellung zur Stellvertreterin der Pflegedirektion im Klinikvorstand der LVR-Klinik Langenfeld **14/1330 B**
 - 16.7. Wiederbestellung zum Kaufmännischen Direktor und Vorsitzenden des Klinikvorstandes der LVR-Klinik Langenfeld **14/1390 B**
- 17. Maßregelvollzug
 - 17.1. Aktueller Bericht
 - 17.2. Belegungssituation im Maßregelvollzug
- 18. Anträge und Anfragen der Fraktionen
- 19. Beschlusskontrolle
- 20. Mitteilungen der Verwaltung
- 21. Verschiedenes

Beginn der Sitzung:	09:30 Uhr
Ende öffentlicher Teil:	10:15 Uhr
Ende nichtöffentlicher Teil:	10:30 Uhr
Ende der Sitzung:	10:30 Uhr

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

Öffentliche Sitzung

Punkt 1

Anerkennung der Tagesordnung

Herr Nabbe beantragt, die Anträge der FDP-Fraktion Nr. 14/126 und Nr. 14/127 ohne Votum in die Sitzung des Landschaftsausschusses zu verschieben.

Dem Antrag wird zugestimmt.

Der Tagesordnung für die Sitzung des Gesundheitsausschusses am 19.09.2016 wird mit diesen Änderungen zugestimmt.

Punkt 2

Niederschrift über die 10. Sitzung vom 17.06.2016

Herr Nabbe informiert, Herr Meies werde in der nächsten Sitzung des Gesundheitsausschusses über die Partnerschaft von Viersen mit der Ukraine berichten. Zurzeit befinde sich Herr Meies auf Partnerschaftsbesuch in der Ukraine.

Gegen den öffentlichen Teil der Niederschrift werden keine Einwendungen erhoben.

Punkt 3

Stipendienprogramm des LVR-Klinikverbundes zur Förderung von Medizinstudierenden Vorlage 14/1335

Der Gesundheitsausschuss fasst **einstimmig** folgenden 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 4

Finanzielle Beteiligung des LVR an der "Stiftung Anerkennung und Hilfe" und Weiterführung der Anlauf- und Beratungsstelle für das Rheinland Vorlage 14/1442

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

Die Verwaltung wird gem. Vorlage Nr. 14/1442 beauftragt, für die finanzielle Beteiligung des LVR an der „Stiftung Anerkennung und Hilfe“ insgesamt 1,6 Millionen Euro in die Haushalte 2017 bis 2021 entsprechend der in der Vorlage genannten Verteilung einzustellen.

Weiter wird die Verwaltung beauftragt, die Anlauf- und Beratungsstelle für das Rheinland in bisheriger Form für die Laufzeit der „Stiftung Anerkennung und Hilfe“ weiter zu betreiben und personell ggfls. an sich ändernde Anforderungen anzupassen.

Punkt 5

Jährlicher Bericht zu den Suizidfällen in den LVR-Kliniken

Vorlage 14/1446

Frau Schmidt-Zadel führt aus, es sei positiv zu vermerken, dass die Anzahl der Suizidversuche und Suizide kontinuierlich zurückgegangen sei. Viele Suizide ereigneten sich auch außerhalb der LVR-Kliniken. Sie regt an, aus den LVR-Kliniken zu berichten, welche weiteren Präventionsmaßnahmen es gebe.

Herr Nabbefeld stimmt dem zu. Es stelle sich auch die Frage, inwieweit Suizidprävention durch bauliche-atmosphärische Maßnahmen sichergestellt werden könne.

Die weitere Diskussion fasst die Vorsitzende dahingehend zusammen, dass in einer der nächsten Sitzungen des Gesundheitsausschusses berichtet werden solle, welche weiteren Präventionsmaßnahmen im Klinikverbund praktiziert werden.

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

Punkt 6

Zwangsmaßnahmen in den LVR-Kliniken

hier: Fixierungen und Isolierungen in den LVR-Kliniken

Vorlage 14/1447

Frau Schmidt-Zadel hebt hervor, es sei positiv zu bemerken, dass die Anzahl der Fixierungen zurückgegangen sei. Besondere Beachtung müsse der Fixierung von Kindern und Jugendlichen sowie von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen geschenkt werden.

Herr Nabbefeld betont, dass im Vergleich zu vergangenen Jahren die Anzahl der Fixierungen zurückgegangen sei. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den LVR-Kliniken leisteten eine fachlich hochwertige und verantwortungsvolle Arbeit.

Herr Kresse führt aus, für den Landschaftsverband Rheinland sei es ein vorrangiges Ziel, die Menschenrechte zu sichern und Fixierungen und Zwangsmaßnahmen auf das notwendige Maß zu beschränken. Hier sei der Landschaftsverband Rheinland auf einem guten Weg und könne sich in einem deutschlandweiten Vergleich durchaus sehen lassen. Wichtig sei die Entwicklung von neuen Konzepten zur Gewaltvermeidung und zur Deeskalation. Eine gute Möglichkeit werde in den offeneren Formen der Unterbringung nach dem neuen PsychKG NRW gesehen. Desweiteren nimmt er Bezug auf den Vortrag von Frau Dr. Joksimovic in einer der letzten Sitzungen des Gesundheitsausschusses und stellt fest, dass in der Psychiatrie die Flüchtlinge, die teilweise traumatisiert seien und die deutsche Sprache nicht beherrschten, eine besondere Herausforderung seien. Das spezialisierte LVR-Angebot für schwer traumatisierte Flüchtlinge am LVR-Klinikum Düsseldorf habe eine Vorbildfunktion und eine gute Vernetzung im Klinikverbund sei voranzubringen.

Frau Wenzel-Jankowski antwortet, es lasse sich feststellen, dass die Anzahl der Fixierungen im Vergleich zu den vergangenen Jahren stagnierend sei. Hierfür gebe es insbesondere folgende Gründe:

- fehlende Möglichkeit zur Zwangsmedikation nach dem PsychKG NRW,
- schwer traumatisierte Migrantinnen und Migranten,

- schwer chronisch kranke Menschen.

Als Strategien zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen würden Behandlungskonzepte wie Safewards, Vier-Stufen-Immobilisation, Adherence, Systemische Behandlungskonzepte, Soteria-Elemente, Nachtcafés, Familiäre Pflege, Recovery-Orientierung und Genesungsbegleitung weiterentwickelt und eingesetzt. Zur Familialen Pflege werde es in der Sitzung des Gesundheitsausschusses am 09.12.2016 einen Bericht geben. Daneben finde eine Erprobung der offeneren Formen der Unterbringung nach dem neuen PsychKG NRW statt. Sobald es neue Entwicklungen zu den Konzepten gebe, werde sie entsprechend berichten.

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

Punkt 7

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 Schmidt-Zadel informiert, mittlerweile habe die Anhörung zu dem PsychKG NRW im Landtag NRW stattgefunden. Dazu hätten die Landschaftsverbände eine gute Stellungnahme erarbeitet. Es seien immer noch Verbesserungen an dem Gesetzentwurf erforderlich. Sie bittet, die örtlichen Landtagsabgeordneten weiterhin für die Problematik zu sensibilisieren, damit der Gesetzentwurf im Sinne der Patientinnen und Patienten weiter verbessert werde.

Die Vorsitzende ergänzt, für die dem Landschaftsverband Rheinland anvertrauten Menschen müsse die beste Lösung gefunden werden.

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 8

Befristete Beschäftigungsverhältnisse 2015

Vorlage 14/1277

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

Punkt 9

Bericht der Verwaltung im Rahmen der Landesinitiative "Vielfalt verbindet!" für den Zeitraum 5/2015 - 5/2016

Vorlage 14/1508

Herr Nabbefeld bittet, in einer der nächsten Sitzungen des Gesundheitsausschusses über die Umsetzung des Konzeptes "Einarbeitung ausländischer Ärztinnen und Ärzte in den LVR-Kliniken" zu berichten.

Die Verwaltung sagt dieses zu.

Der Bericht der Verwaltung im Rahmen der Landesinitiative "Vielfalt verbindet!" für den Zeitraum 5/2015 - 5/2016 wird gemäß Vorlage Nr. 14/1508 zur Kenntnis genommen.

Punkt 10

Follow up-Staatenprüfung zur UN-Behindertenrechtskonvention: Bewertung und weiteres Vorgehen des LVR zum Thema Elternschaft von Menschen mit Behinderungen (Ziffer 44 b der Abschließenden Bemerkungen des UN-Fachausschusses) Vorlage 14/1181

Auf Frage von Herrn Kresse antwortet Frau Wenzel-Jankowski, im HPH-Bereich gebe es im ambulant betreuten Wohnen in sieben Fällen eine Elternschaft von behinderten Menschen. Im Bereich der sozialen Rehabilitation sei ein Fall recherchiert worden.

Frau Schmidt-Zadel führt aus, die Thematik würde auch nochmals intensiv im Inklusionsausschuss und in der dezernatsübergreifenden Arbeitsgruppe aufgearbeitet. Darüberhinaus befasse sich auch das Bundesteilhabegesetz mit dieser Problematik.

Die Bewertung und das weitere Vorgehen des LVR zum Thema Elternschaft von Menschen mit Behinderungen (vgl. Ziffer 44 b der Abschließenden Bemerkungen des UN-Fachausschusses) werden gemäß Vorlage 14/1181 zur Kenntnis genommen.

Punkt 11

Anträge und Anfragen der Fraktionen

Herr Kresse hebt hervor, im Gesundheitsausschuss sei mehrfach das "Projekt Udo Klaus" angesprochen worden. Die Präsentation der Ergebnisse der Studie finde am 27.10.2016, 18:00 Uhr, im Landeshaus, statt. Udo Klaus' Verhältnis zum NS-Gedankengut habe die "Entnazifizierung" in der Kommunalverwaltung im Rheinland sowie die Psychiatriegeschichte von 1953 bis 1975 des Landschaftsverbandes Rheinland geprägt. Herr Kresse erinnert kurz, dass auf Grund des äußeren Drucks im Rahmen der Aufstellung der "Grauen Busse" der Gesundheitsausschuss aufgefordert gewesen sei, sich mit der Vergangenheit von Udo Klaus zu befassen. Die Wahrung von Menschenrechten sei schon immer ein zentrales Anliegen des Landschaftsverbandes Rheinland gewesen. Es sei darauf hinzuweisen, dass die UN-BRK Bestandteil des Aktionsplanes des Landschaftsverbandes Rheinland sei. Es müsse aber auch erkannt werden, dass es einen Generationenwechsel in den Einrichtungen des Landschaftsverbandes Rheinland gebe. Viele in der Psychiatrie tätige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hätten keine direkten Erfahrungen mit der NS-Vergangenheit, der Psychiatrie-Enquete und mit den menschenunwürdigen Verhältnissen in der Psychiatrie in den 60er Jahren. Die Psychiatrie-Enquete sei mit großer Kraftanstrengung umgesetzt worden. Es stelle sich die Frage, wie das Wissen um Menschenrechtsverletzungen und das Eintreten für die Menschenrechte an die heutige Generation weitergegeben werden könne und welche Informationsorte es im Rahmen der psychiatrischen Versorgung zu dieser Thematik gebe. Es sei positiv hervorzuheben, dass sich die Psychiatriemuseen in den LVR-Kliniken Bonn und Düren im Aufbau befinden. Der neuen Generation müsse eine Konzeption vermittelt werden, aus der sie lernen könne.

Herr Kresse bittet die Verwaltung, der politischen Vertretung in einer der nächsten Sitzungen vorzustellen, welche Konzeption zur Bewussthaltung der Psychiatriegeschichte und damit verbunden zur Menschenrechtsbildung im Psychiatriebereich besteht.

Der Gesundheitsausschuss stimmt dem zu.

Punkt 11.1

**Lebensdauerkosten bei Bauten berücksichtigen
Antrag 14/126 FDP**

Der Antrag wird ohne Votum in den Landschaftsausschuss verschoben.

Punkt 11.2

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

Der Antrag wird ohne Votum in den Landschaftsausschuss verschoben.

Punkt 12

Beschlusskontrolle

Der öffentliche Teil der Beschlusskontrolle wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 13

Mitteilungen der Verwaltung

Frau Wenzel-Jankowski weist auf folgende Veranstaltungen hin:

- Bundesweite Aktionswoche Demenz im LVR-Klinikverbund vom 19.09. - 02.10.2016 und
- Fachtagung Diagnose "Demenz" - auch die Angehörigen sind betroffen" am 02.11.2016 in der LVR-Klinik Düren.

Sie würde es begrüßen, wenn zu beiden Veranstaltungen Mitglieder der politischen Vertretung der Landschaftsversammlung Rheinland kommen würden.

Punkt 14

Verschiedenes

Keine Anmerkungen.

Aachen, 24.10.2016

Die Vorsitzende

S c h u l z

Köln, 30.09.2016

Die Direktorin des Landschaftsverbandes
Rheinland
In Vertretung

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

**TOP 3 Schwer vermittelbare Maßregelvollzugspatienten -
Unterstützungen und Hilfen**

Vorlage-Nr. 14/1527

öffentlich

Datum: 04.10.2016
Dienststelle: Fachbereich 21
Bearbeitung: Frau Schneiders

Gesundheitsausschuss	28.10.2016	Beschluss

Tagesordnungspunkt:

Haushalt 2017/2018; hier: Zuständigkeiten des Gesundheitsausschusses

Beschlussvorschlag:

Dem Entwurf des Haushalts 2017/2018 für die Produktgruppen 059, 060 (ohne das Produkt A.060.03), 061, 062, 063 und 064 im Produktbereich 07 wird gemäß Vorlage 14/1527 zugestimmt.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

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

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

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

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (lfd. Jahr):

Produktgruppe:	siehe Haushaltsentwurf 2017/2018	
Erträge:		Aufwendungen:
Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan		/Wirtschaftsplan
Einzahlungen:		Auszahlungen:
Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan		/Wirtschaftsplan
Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:		
Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:		
Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten		

In Vertretung

H ö t t e

Zusammenfassung:

Mit der Vorlage 14/1516 wurde der Entwurf des Haushalts für das Haushaltsjahr 2017/2018 am 28.09.2016 in die Landschaftsversammlung eingebracht.

Die Beratung wird lt. Beschlussvorschlag in die Fachausschüsse verwiesen.

Begründung der Vorlage Nr. 14/1527:

Mit der Vorlage 14/1516 wurde der Entwurf des Haushalts für das Haushaltsjahr 2017/2018 am 28.09.2016 in die Landschaftsversammlung eingebracht.

Als Fachausschuss ist der Gesundheitsausschuss für die Beratung folgender Produktgruppen (PG) des Haushalts zuständig:

Produktbereich 07 Gesundheitsdienste und Altenpflege

PG 059 Dezentraler Service- und Steuerungsdienst Dezernat 8 Seite 572 – 573

PG 060 Zentrale Steuerung des LVR-Klinikverbundes und
des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen Seite 574 - 583
(mit Ausnahme des Produktes A.060.03 „Zentrale
Steuerung des LVR-Verbundes Heilpädagogischer
Hilfen“ – Seite 578)

PG 061 Maßregelvollzug Seite 584 – 587

PG 062 Psychiatrische Versorgung im Rheinland Seite 588 – 591

PG 063 Förderung des Landes für das Landesbetreuungsamt
und die Landesstelle Sucht Seite 592 – 597

PG 064 LVR-Akademie für seelische Gesundheit Seite 598 – 603

(jeweils außer investiven Baumaßnahmen und Bauunterhaltungsmaßnahmen sowie deren Förderung; die Zuständigkeit hierfür liegt beim Bauausschuss)

In Vertretung

H ö t t e



Haushalts satzung plan

HAUSHALTSJAHR

2017/2018
Entwurf

Gesundheitsausschuss

Produktgruppe 059 Dezentraler Service- und Steuerungsdienst	Seite 4
Produktgruppe 060 LVR-Kliniken und Servicebetriebe	Seite 6
Produktgruppe 061 Maßregelvollzug	Seite 16
Produktgruppe 062 Psychiatrische Versorgung im Rheinland	Seite 20
Produktgruppe 063 Landesbetreuungsamt	Seite 24
Produktgruppe 064 Fort- und Weiterbildung durch die LVR-Akademie für seelische Gesundheit	Seite 30

Teilergebnisplan		Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)				Planung (€)		
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
01	Steuern und ähnliche Abgaben	0	0	0	0	0	0	0	
02	+ Zuwendungen und allgemeine Umlagen	28.863	27.254	20.298	20.298	20.298	20.298	20.109	
03	+ Sonstige Transfererträge	0	0	0	0	0	0	0	
04	+ Öffentlich-rechtliche Leistungsentgelte	0	0	0	0	0	0	0	
05	+ Privatrechtliche Leistungsentgelte	0	0	0	0	0	0	0	
06	+ Kostenerstattungen und Kostenumlagen	0	0	27.750	111.000	111.000	111.000	111.000	
07	+ Sonstige ordentliche Erträge	12.588	1.000	500	500	500	500	500	
08	+ Aktivierte Eigenleistungen	0	0	0	0	0	0	0	
09	+/- Bestandsveränderungen	0	0	0	0	0	0	0	
10	= Ordentliche Erträge	41.451	28.254	48.548	131.798	131.798	131.798	131.609	
11	- Personalaufwendungen	797.498	841.061	930.380	1.068.457	1.068.457	1.068.457	1.068.457	
12	- Versorgungsaufwendungen	0	0	0	0	0	0	0	
13	- Aufwendungen für Sach- und Dienstleistungen	157.291	131.850	175.050	175.050	175.050	175.050	175.050	
14	- Bilanzielle Abschreibungen	4.458	4.014	4.638	4.643	4.537	4.468	3.086	
15	- Transferaufwendungen	0	0	0	0	0	0	0	
16	- Sonstige ordentliche Aufwendungen	9.808	72.000	65.400	65.400	65.400	65.400	65.400	
17	= Ordentliche Aufwendungen	969.056	1.048.925	1.175.468	1.313.550	1.313.444	1.313.375	1.311.993	
18	= Ordentliches Ergebnis (= Zeilen 10 u. 17)	927.605-	1.020.671-	1.126.920-	1.181.752-	1.181.646-	1.181.577-	1.180.384-	
19	+ Finanzerträge	0	0	0	0	0	0	0	
20	- Zinsen und sonstige Finanzaufwendungen	0	0	0	0	0	0	0	
21	= Finanzergebnis (= Zeilen 19 und 20)	0	0	0	0	0	0	0	
22	= Ergebnis der laufenden Verwaltungstätigkeit (Zeilen 18 und 21)	927.605-	1.020.671-	1.126.920-	1.181.752-	1.181.646-	1.181.577-	1.180.384-	
23	+ Außerordentliche Erträge	0	0	0	0	0	0	0	
24	- Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0	0	0	0	0	
25	= Außerordentliches Ergebnis (=Zeilen 23 und 24)	0	0	0	0	0	0	0	
26	= Ergebnis vor Berücksichtigung der internen Leistungsbeziehung (=Zeilen 22 und 25)	927.605-	1.020.671-	1.126.920-	1.181.752-	1.181.646-	1.181.577-	1.180.384-	
27	+ Erträge aus internen Leistungsbeziehungen	0	0	0	0	0	0	0	
28	- Aufwendungen aus internen Leistungsbeziehungen	0	0	0	0	0	0	0	
29	= Ergebnis (= Zeilen 26, 27, 28)	927.605-	1.020.671-	1.126.920-	1.181.752-	1.181.646-	1.181.577-	1.180.384-	

Personalplan im NKF-Haushalt	Ergebnis	Ansatz		
	2015	2016	2017	2018
Beamte	4,88	7,00	7,00	7,00
Tariflich Beschäftigte	10,50	8,00	7,00	7,00

Teilergebnisplan		Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)				Planung (€)		
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
01	Steuern und ähnliche Abgaben	0	0	0	0	0	0	0	
02	+ Zuwendungen und allgemeine Umlagen	46.050	49	50	49	50	49	50	
03	+ Sonstige Transfererträge	0	0	0	0	0	0	0	
04	+ Öffentlich-rechtliche Leistungsentgelte	0	0	0	0	0	0	0	
05	+ Privatrechtliche Leistungsentgelte	0	0	0	0	0	0	0	
06	+ Kostenerstattungen und Kostenumlagen	1.145.363	1.151.337	1.014.776	1.015.276	1.015.276	1.015.276	1.015.276	
07	+ Sonstige ordentliche Erträge	22.687	500	300	300	300	300	300	
08	+ Aktivierte Eigenleistungen	0	0	0	0	0	0	0	
09	+/- Bestandsveränderungen	0	0	0	0	0	0	0	
10	= Ordentliche Erträge	1.214.101	1.151.886	1.015.126	1.015.625	1.015.626	1.015.625	1.015.626	
11	- Personalaufwendungen	3.619.393	3.562.730	3.717.442	3.765.881	3.765.881	3.765.881	3.765.881	
12	- Versorgungsaufwendungen	0	0	0	0	0	0	0	
13	- Aufwendungen für Sach- und Dienstleistungen	859.827	593.000	1.613.600	1.596.600	1.571.600	1.571.600	1.571.600	
14	- Bilanzielle Abschreibungen	996	879	1.275	1.274	1.218	1.101	1.104	
15	- Transferaufwendungen	339.543	245.000	222.000	224.000	224.000	224.000	224.000	
16	- Sonstige ordentliche Aufwendungen	8.645.405	7.844.300	6.018.894	5.951.623	6.048.517	6.068.517	6.048.840	
17	= Ordentliche Aufwendungen	13.465.164	12.245.909	11.573.211	11.539.378	11.611.216	11.631.099	11.611.425	
18	= Ordentliches Ergebnis (= Zeilen 10 u. 17)	12.251.063-	11.094.023-	10.558.085-	10.523.753-	10.595.590-	10.615.474-	10.595.799-	
19	+ Finanzerträge	17.312	0	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	
20	- Zinsen und sonstige Finanzaufwendungen	11.312	0	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	
21	= Finanzergebnis (= Zeilen 19 und 20)	6.000	0	0	0	0	0	0	
22	= Ergebnis der laufenden Verwaltungstätigkeit (Zeilen 18 und 21)	12.245.063-	11.094.023-	10.558.085-	10.523.753-	10.595.590-	10.615.474-	10.595.799-	
23	+ Außerordentliche Erträge	0	0	0	0	0	0	0	
24	- Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0	0	0	0	0	
25	= Außerordentliches Ergebnis (=Zeilen 23 und 24)	0	0	0	0	0	0	0	
26	= Ergebnis vor Berücksichtigung der internen Leistungsbeziehung (=Zeilen 22 und 25)	12.245.063-	11.094.023-	10.558.085-	10.523.753-	10.595.590-	10.615.474-	10.595.799-	
27	+ Erträge aus internen Leistungsbeziehungen	6.415	0	0	0	0	0	0	
28	- Aufwendungen aus internen Leistungsbeziehungen	22.894	0	0	0	0	0	0	
29	= Ergebnis (= Zeilen 26, 27, 28)	12.261.543-	11.094.023-	10.558.085-	10.523.753-	10.595.590-	10.615.474-	10.595.799-	

Erläuterungen:**Zeile 6: Kostenerstattungen und Kostenumlagen:**

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

- Geschäftsstelle des Lenkungsausschusses Kliniken IT 2017 und 2018 jeweils	108.000,00 € Erträge aus Kostenerstattung und -umlage
- Projekt "Einführung Kostenträgerrechnung" 2017 und 2018 jeweils	75.000,00 € Erträge aus Kostenerstattung und -umlage
- Stipendienprogramm 2017	20.700,00 € Erträge aus Kostenerstattung und -umlage
- Stipendienprogramm 2018	21.200,00 € Erträge aus Kostenerstattung und -umlage

Die bislang im Teilergebnisplan aufgeführten Erträge für die Stipendien werden nur noch im Teilfinanzplan aufgeführt.

Zeile 13: Aufwendungen für Sach- und Dienstleistungen

Mehraufwendungen bei den IT-Projekten der Einrichtungen; die Mehraufwendungen werden refinanziert.

Mehraufwendungen aufgrund des Mietzuschusses für die HPH-Netze gemäß Vorlage 14/671.

Zeile 16: Sonstige ordentliche Aufwendungen

Minderaufwendungen bei den Wertberichtigungen.

Die bislang im Teilergebnisplan aufgeführten Aufwendungen für die Stipendien werden nur noch im Teilfinanzplan aufgeführt.

Beschreibung

Die Produktgruppe umfasst die Produkte:

060.01 Zentrale Steuerung des LVR-Klinikverbundes

060.03 Zentrale Steuerung des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen

Zielgruppe(n)

LVR-Klinikverbund

LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen

Personalplan im NKF-Haushalt	Ergebnis	Ansatz		
	2015	2016	2017	2018
Beamte	16,36	22,00	24,00	24,00
Tariflich Beschäftigte	31,10	30,50	35,00	35,00

Produkt 06001 Zentrale Steuerung des LVR-Klinikverbundes**Ziele**

Steuerung des LVR-Klinikverbundes zur Erbringung einer zeitgemässen bedarfsgerechten Behandlung psychisch kranker und behinderter Menschen. Dazu gehört, dass

- einheitliche personelle und organisatorische Standards festgelegt,
- durch die Erreichung leistungsgerechter Budgets in den Verhandlungen mit den Kostenträgern finanzielle Spielräume für die LVR- Kliniken gewonnen,
- die Angebots- und Leistungsstrukturen der LVR-Kliniken kontinuierlich an die Bedarfsentwicklung, gesetzlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sowie den wissenschaftlichen Erkenntnisstand angepasst,
- Kooperation und Vernetzung der Kliniken untereinander und mit anderen Leistungserbringern gefördert,
- Dezentralisierungsplanungen durch Zielvereinbarungen mit den Klinikvorständen sichergestellt,
- neue Versorgungsformen entwickelt und implementiert sowie
- einheitliche Qualitätsstandards in den LVR-Kliniken festgelegt werden.

	Ergebnis	Ansatz		
	2015	2016	2017	2018
Produktergebnis				
Primäre Erträge und Aufwendungen (DB I)	8.749.245-	5.925.863-	6.064.318-	5.961.547-
- Erträge	281.735	974.437	781.776	782.276
- primäre Aufwendungen (Einzelkosten)	9.030.980	6.900.300	6.846.094	6.743.823
ILV mit Tarifen (DB II)	0	0	0	0
Produktgruppen-interne Kosten (DB III)	2.014.307	0	0	0
Querschnittskosten Dezernat (DB IV)	0	0	0	0
Querschnittskosten LVR (DB V)	16.480	0	0	0
Saldo aus ILV	0	0	0	0
Ergebnis	10.780.032-	5.925.863-	6.064.318-	5.961.547-

Produkt 06003 Zentrale Steuerung des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen**Ziele**

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

- einheitliche personelle und organisatorische Standards festgelegt,
- durch die Erreichung kostendeckender Pflegesätze in den Verhandlungen mit den Kostenträgern finanzielle Spielräume für die HPH- Netze gewonnen und
- die Angebots- und Leistungsstrukturen der HPH-Netze - ambulant und stationär - kontinuierlich an die Bedarfsentwicklung, gesetzlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sowie den wissenschaftlichen Erkenntnisstand angepasst werden.

Produktergebnis	Ergebnis	Ansatz		
	2015	2016	2017	2018
Primäre Erträge und Aufwendungen (DB I)	1.385.685-	1.613.700-	751.800-	751.800-
- Erträge	5.051	0	15.000	15.000
- primäre Aufwendungen (Einzelkosten)	1.390.736	1.613.700	766.800	766.800
ILV mit Tarifen (DB II)	0	0	0	0
Produktgruppen-interne Kosten (DB III)	837.226	0	0	0
Querschnittskosten Dezernat (DB IV)	0	0	0	0
Querschnittskosten LVR (DB V)	0	0	0	0
Saldo aus ILV	0	0	0	0
Ergebnis	2.222.911-	1.613.700-	751.800-	751.800-

Teilfinanzplan		Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)				Planung (€)		
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
01	Investitionstätigkeit Einzahlungen aus Zuwendungen für Investitionsmaßnahmen	46.000-	0	0	0	0	0	0	
02	aus der Veräußerung von Sachanlagen	0	0	0	0	0	0	0	
03	aus der Veräußerung von Finanzanlagen	27.000	0	210.000	276.000	311.100	307.600	363.400	
04	aus Beiträgen und ähnlichen Entgelten	0	0	0	0	0	0	0	
05	aus sonstigen Investitionen	0	0	0	0	0	0	0	
06	Summe der investiven Einzahlungen	19.000-	0	210.000	276.000	311.100	307.600	363.400	
07	Auszahlungen für den Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	0	0	0	0	0	0	0	
08	für Baumaßnahmen	1.067	0	0	0	0	0	0	
09	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	0	0	0	0	0	0	
10	für den Erwerb v. Finanzanlagen	785.100	0	476.400	537.000	623.400	720.000	654.000	
11	von aktivierbaren Zuwendungen	0	0	0	0	0	0	0	
12	für sonstige Investitionen	147.252	150.000	150.000	225.000	150.000	150.000	150.000	
13	Summe der investiven Auszahlungen	933.419	150.000	626.400	762.000	773.400	870.000	804.000	
14	Saldo Investitionstätigkeit (Zeilen 6 und 13)	952.419-	150.000-	416.400-	486.000-	462.300-	562.400-	440.600-	

Teilfinanzplan		Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)				Planung (€)		
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
	Finanzierungstätigkeit								
	Einzahlungen								
15	aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0	0	0	0	0	
16	aus Rückflüssen von Darlehen	0	0	0	0	0	0	0	
17	Summe der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit	0	0	0	0	0	0	0	
	Auszahlungen								
18	für die Tilgung von Darlehen	0	0	0	0	0	0	0	
19	für die Gewährung von Darlehen	0	0	0	0	0	0	0	
20	Summe der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	0	0	0	0	0	0	0	
21	Saldo aus Finanzierungs- tätigkeit (Zeilen 17 und 20)	0	0	0	0	0	0	0	
22	Saldo Einzahlungen ./. Aus- zahlungen (Zeilen 14 u. 21)	952.419-	150.000-	416.400-	486.000-	462.300-	562.400-	440.600-	

Investitions- maßnahmen Teilfinanzplan (Teil B)	Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)			Planung (€)				bisher bereitgestellt	Gesamt- ein- u. -aus- zahlungen
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	spätere Jahre		
Investitionsmaßnahmen oberhalb der festgelegten Wertgrenze										
0601127000000P LVR-Klinik Viersen: Neubau einer Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Heinsberg										
Einzahlungen aus Zuwendungen für Investitionsmaßnahmen	46.000-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saldo Maßnahme (Einzahlungen ./. Auszahlungen)	46.000-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0601404000000P LVR-Klinik für Orthopädie Viersen: Planungskosten für die Umgestaltung der Ambulanz										
Auszahlungen für Baumaßnahmen	1.067	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saldo Maßnahme (Einzahlungen ./. Auszahlungen)	1.067-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06081000000060 PG060 Förd. v. Umbau-/Einrichtungsmaßn.										
Auszahlungen für sonstige Investitionen	147.252	150.000	150.000	225.000	150.000	150.000	150.000	0	0	825.000
Saldo Maßnahme (Einzahlungen ./. Auszahlungen)	147.252-	150.000-	150.000-	225.000-	150.000-	150.000-	150.000-	0	0	825.000-
Summe aller Investitionsmaßnahmen oberhalb der festgesetzten Wertgrenzen										
Einzahlungen	46.000-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Auszahlungen	148.319	150.000	150.000	225.000	150.000	150.000	150.000	0	0	825.000
Saldo (Einzahlungen - Auszahlungen)	194.319-	150.000-	150.000-	225.000-	150.000-	150.000-	150.000-	0	0	825.000-

Investitions- maßnahmen	Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)			Planung (€)				bisher bereitgestellt	Gesamt- ein- u. -aus- zahlungen
	Teilfinanzplan (Teil B)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Summe aller Investitionsmaßnahmen unterhalb der festgesetzten Wertgrenzen										
Einzahlungen	27.000	0	210.000	276.000	311.100	307.600	363.400	0	27.000	1.495.100
Auszahlungen	785.100	0	476.400	537.000	623.400	720.000	654.000	0	785.100	3.795.900
Saldo (Einzahlungen ./. Auszahlungen)	758.100-	0	266.400-	261.000-	312.300-	412.400-	290.600-	0	758.100-	2.300.800-

Summe aller Investitionsmaßnahmen										
Einzahlungen	19.000-	0	210.000	276.000	311.100	307.600	363.400	0	27.000	1.495.100
Auszahlungen	933.419	150.000	626.400	762.000	773.400	870.000	804.000	0	785.100	4.620.900
Gesamtsaldo (Einzahlungen - Auszahlungen)	952.419-	150.000-	416.400-	486.000-	462.300-	562.400-	440.600-	0	758.100-	3.125.800-

Teilergebnisplan		Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)				Planung (€)		
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
01	Steuern und ähnliche Abgaben	0	0	0	0	0	0	0	
02	+ Zuwendungen und allgemeine Umlagen	12.641	13.781	23.779	23.781	23.779	23.781	23.781	
03	+ Sonstige Transfererträge	0	0	0	0	0	0	0	
04	+ Öffentlich-rechtliche Leistungsentgelte	0	0	0	0	0	0	0	
05	+ Privatrechtliche Leistungsentgelte	14.000	72.000	64.000	64.000	64.000	64.000	64.000	
06	+ Kostenerstattungen und Kostenumlagen	149.943.102	149.049.918	152.600.012	156.359.472	159.962.919	163.912.702	167.961.229	
07	+ Sonstige ordentliche Erträge	426	0	0	0	0	0	0	
08	+ Aktivierte Eigenleistungen	0	0	0	0	0	0	0	
09	+/- Bestandsveränderungen	0	0	0	0	0	0	0	
10	= Ordentliche Erträge	149.970.169	149.135.699	152.687.791	156.447.253	160.050.698	164.000.483	168.049.010	
11	- Personalaufwendungen	1.401.824	1.136.235	1.155.925	1.173.429	1.173.429	1.173.429	1.173.429	
12	- Versorgungsaufwendungen	0	0	0	0	0	0	0	
13	- Aufwendungen für Sach- und Dienstleistungen	119.052	53.500	121.000	121.000	121.000	121.000	121.000	
14	- Bilanzielle Abschreibungen	143	143	213	213	214	212	214	
15	- Transferaufwendungen	147.610.356	146.787.314	150.326.655	154.031.639	157.636.501	161.587.742	165.637.757	
16	- Sonstige ordentliche Aufwendungen	30.641	7.000	17.000	17.000	17.000	17.000	17.000	
17	= Ordentliche Aufwendungen	149.162.016	147.984.192	151.620.793	155.343.281	158.948.144	162.899.382	166.949.399	
18	= Ordentliches Ergebnis (= Zeilen 10 u. 17)	808.154	1.151.506	1.066.998	1.103.972	1.102.554	1.101.101	1.099.611	
19	+ Finanzerträge	0	0	0	0	0	0	0	
20	- Zinsen und sonstige Finanzaufwendungen	0	0	0	0	0	0	0	
21	= Finanzergebnis (= Zeilen 19 und 20)	0	0	0	0	0	0	0	
22	= Ergebnis der laufenden Verwaltungstätigkeit (Zeilen 18 und 21)	808.154	1.151.506	1.066.998	1.103.972	1.102.554	1.101.101	1.099.611	
23	+ Außerordentliche Erträge	0	0	0	0	0	0	0	
24	- Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0	0	0	0	0	
25	= Außerordentliches Ergebnis (=Zeilen 23 und 24)	0	0	0	0	0	0	0	
26	= Ergebnis vor Berücksichtigung der internen Leistungsbeziehung (=Zeilen 22 und 25)	808.154	1.151.506	1.066.998	1.103.972	1.102.554	1.101.101	1.099.611	
27	+ Erträge aus internen Leistungsbeziehungen	0	0	0	0	0	0	0	
28	- Aufwendungen aus internen Leistungsbeziehungen	0	0	0	0	0	0	0	
29	= Ergebnis (= Zeilen 26, 27, 28)	808.154	1.151.506	1.066.998	1.103.972	1.102.554	1.101.101	1.099.611	

Beschreibung

Die Produktgruppe umfasst das Produkt:

061.01 Durchführung des Maßregelvollzuges

Zielgruppe(n)

Patientinnen und Patienten

LVR-Kliniken

Landesbeauftragter MRV/Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter

Personalplan im NKF-Haushalt	Ergebnis	Ansatz		
	2015	2016	2017	2018
Beamte	10,77	11,50	11,50	12,50
Tariflich Beschäftigte	7,00	7,00	8,00	8,00

Produkt 06101 Durchführung des Maßregelvollzuges**Ziele**

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

Produkttergebnis	Ergebnis	Ansatz		
	2015	2016	2017	2018
Primäre Erträge und Aufwendungen (DB I)	2.258.520	2.287.742	2.212.992	2.267.471
- Erträge	149.957.102	149.135.699	152.677.791	156.437.253
- primäre Aufwendungen (Einzelkosten)	147.698.582	146.847.957	150.464.798	154.169.782
ILV mit Tarifen (DB II)	0	0	0	0
Produktgruppen-interne Kosten (DB III)	1.450.366	0	0	0
Querschnittskosten Dezernat (DB IV)	0	0	0	0
Querschnittskosten LVR (DB V)	0	0	0	0
Saldo aus ILV	0	0	0	0
Ergebnis	808.154	2.287.742	2.212.992	2.267.471

Teilergebnisplan		Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)				Planung (€)		
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
01	Steuern und ähnliche Abgaben	0	0	0	0	0	0	0	
02	+ Zuwendungen und allgemeine Umlagen	1.535.113	1.534.000	1.533.500	1.533.500	1.531.000	1.531.000	1.531.000	
03	+ Sonstige Transfererträge	0	0	0	0	0	0	0	
04	+ Öffentlich-rechtliche Leistungsentgelte	0	0	0	0	0	0	0	
05	+ Privatrechtliche Leistungsentgelte	0	0	0	0	0	0	0	
06	+ Kostenerstattungen und Kostenumlagen	12.147	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	
07	+ Sonstige ordentliche Erträge	333	0	0	0	0	0	0	
08	+ Aktivierte Eigenleistungen	0	0	0	0	0	0	0	
09	+/- Bestandsveränderungen	0	0	0	0	0	0	0	
10	= Ordentliche Erträge	1.547.592	1.539.000	1.538.500	1.538.500	1.536.000	1.536.000	1.536.000	
11	- Personalaufwendungen	188.480	323.501	337.822	342.109	342.109	342.109	342.109	
12	- Versorgungsaufwendungen	0	0	0	0	0	0	0	
13	- Aufwendungen für Sach- und Dienstleistungen	22.010	24.500	22.800	22.800	22.800	22.800	22.800	
14	- Bilanzielle Abschreibungen	64	64	64	64	65	64	65	
15	- Transferaufwendungen	5.532.175	5.504.500	5.603.500	5.531.500	5.502.500	5.490.500	5.490.500	
16	- Sonstige ordentliche Aufwendungen	5.656	8.900	6.700	6.700	6.700	6.700	6.700	
17	= Ordentliche Aufwendungen	5.748.384	5.861.465	5.970.886	5.903.173	5.874.174	5.862.173	5.862.174	
18	= Ordentliches Ergebnis (= Zeilen 10 u. 17)	4.200.791-	4.322.465-	4.432.386-	4.364.673-	4.338.174-	4.326.173-	4.326.174-	
19	+ Finanzerträge	0	0	0	0	0	0	0	
20	- Zinsen und sonstige Finanzaufwendungen	0	0	0	0	0	0	0	
21	= Finanzergebnis (= Zeilen 19 und 20)	0	0	0	0	0	0	0	
22	= Ergebnis der laufenden Verwaltungstätigkeit (Zeilen 18 und 21)	4.200.791-	4.322.465-	4.432.386-	4.364.673-	4.338.174-	4.326.173-	4.326.174-	
23	+ Außerordentliche Erträge	0	0	0	0	0	0	0	
24	- Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0	0	0	0	0	
25	= Außerordentliches Ergebnis (=Zeilen 23 und 24)	0	0	0	0	0	0	0	
26	= Ergebnis vor Berücksichtigung der internen Leistungsbeziehung (=Zeilen 22 und 25)	4.200.791-	4.322.465-	4.432.386-	4.364.673-	4.338.174-	4.326.173-	4.326.174-	
27	+ Erträge aus internen Leistungsbeziehungen	0	0	0	0	0	0	0	
28	- Aufwendungen aus internen Leistungsbeziehungen	0	0	0	0	0	0	0	
29	= Ergebnis (= Zeilen 26, 27, 28)	4.200.791-	4.322.465-	4.432.386-	4.364.673-	4.338.174-	4.326.173-	4.326.174-	

Erläuterung:**Zeile 2: Zuwendungen und allgemeine Umlagen**

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

- Förderung von Sozialpsychiatrischen Zentren	1.493.000 € Zuwendungen und allg. Umlagen
- Psychiatrische Versorgung von Migrantinnen und Migranten	38.000 € Zuwendungen und allg. Umlagen

Zeile 15: Transferaufwendungen

Mehraufwendungen aufgrund der Förderung von zwei weiteren Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration (SpKoM) laut Vorlage 14/649.

Beschreibung

Die Produktgruppe umfasst das Produkt:

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

Zielgruppe(n)

Träger der psychiatrischen Versorgung
Gebietskörperschaften

Personalplan im NKF-Haushalt	Ergebnis	Ansatz		
	2015	2016	2017	2018
Beamte	2,00	1,00	1,00	1,00
Tariflich Beschäftigte	1,00	1,50	1,50	1,50

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

Förderung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung psychisch kranker und suchtkranker Menschen im Rheinland durch verschiedene Programme.

Im Bereich der SPZ-Förderung sollen als Ergebnis der Zielvereinbarung mit den Trägern alle 67 SPZ einen aus der Selbstbewertung und Visitation abgeleiteten Ziel- und Maßnahmenkatalog zur Qualitätsentwicklung bis zum Jahr 2013 vorliegen. Ab dem Jahr 2014 beginnt der zweite, wiederum auf 3 Jahre angelegte Selbstbewertungszyklus, so dass bis Ende 2016 alle 67 SPZ einen weiter entwickelten Ziel- und Maßnahmenkatalog zur Qualitätsentwicklung vorlegen müssen.

	Ergebnis	Ansatz		
	2015	2016	2017	2018
Kennzahlen (Leistungen u. Finanzen)				
- Anzahl der geförderten SPZ in Stück	67	67	67	67
- Anzahl der geförderten Ehrenamtlichen-Initiativen in Stück	92	92	91	91
- Anzahl Fachtagungen in Stück	3	4	4	4
- Anzahl SPKoM in Stück	5	6	7	7
- Anzahl der sonstigen, zeitlich befristeten Fördermaßnahmen in Stück	4	4	4	1
- Anteil (in %) der SPZ, die den Ziel- und Maßnahmenkatalog planungsgemäß vorgelegt haben	20,00	100,00	15,00	30,00
Produktergebnis	2015	2016	2017	2018
Primäre Erträge und Aufwendungen (DB I)	3.997.105-	3.975.700-	4.075.500-	4.003.500-
- Erträge	1.547.259	1.539.000	1.538.500	1.538.500
- primäre Aufwendungen (Einzelkosten)	5.544.364	5.514.700	5.614.000	5.542.000
ILV mit Tarifen (DB II)	0	0	0	0
Produktgruppen-interne Kosten (DB III)	203.687	0	0	0
Querschnittskosten Dezernat (DB IV)	0	0	0	0
Querschnittskosten LVR (DB V)	0	0	0	0
Saldo aus ILV	0	0	0	0
Ergebnis	4.200.791-	3.975.700-	4.075.500-	4.003.500-

Teilergebnisplan		Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)				Planung (€)		
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
01	Steuern und ähnliche Abgaben	0	0	0	0	0	0	0	
02	+ Zuwendungen und allgemeine Umlagen	182.164	180.000	183.150	183.150	183.150	183.150	183.150	
03	+ Sonstige Transfererträge	0	0	0	0	0	0	0	
04	+ Öffentlich-rechtliche Leistungsentgelte	0	0	0	0	0	0	0	
05	+ Privatrechtliche Leistungsentgelte	0	0	0	0	0	0	0	
06	+ Kostenerstattungen und Kostenumlagen	444	0	0	0	0	0	0	
07	+ Sonstige ordentliche Erträge	0	0	0	0	0	0	0	
08	+ Aktivierte Eigenleistungen	0	0	0	0	0	0	0	
09	+/- Bestandsveränderungen	0	0	0	0	0	0	0	
10	= Ordentliche Erträge	182.608	180.000	183.150	183.150	183.150	183.150	183.150	
11	- Personalaufwendungen	156.991	174.335	181.575	184.199	184.199	184.199	184.199	
12	- Versorgungsaufwendungen	0	0	0	0	0	0	0	
13	- Aufwendungen für Sach- und Dienstleistungen	21.549	13.000	15.750	14.250	15.750	14.250	15.750	
14	- Bilanzielle Abschreibungen	0	0	0	0	0	0	0	
15	- Transferaufwendungen	0	0	0	0	0	0	0	
16	- Sonstige ordentliche Aufwendungen	2.586	2.400	3.550	2.800	3.550	2.800	3.550	
17	= Ordentliche Aufwendungen	181.126	189.735	200.875	201.249	203.499	201.249	203.499	
18	= Ordentliches Ergebnis (= Zeilen 10 u. 17)	1.482	9.735-	17.725-	18.099-	20.349-	18.099-	20.349-	
19	+ Finanzerträge	0	0	0	0	0	0	0	
20	- Zinsen und sonstige Finanzaufwendungen	0	0	0	0	0	0	0	
21	= Finanzergebnis (= Zeilen 19 und 20)	0	0	0	0	0	0	0	
22	= Ergebnis der laufenden Verwaltungstätigkeit (Zeilen 18 und 21)	1.482	9.735-	17.725-	18.099-	20.349-	18.099-	20.349-	
23	+ Außerordentliche Erträge	0	0	0	0	0	0	0	
24	- Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0	0	0	0	0	
25	= Außerordentliches Ergebnis (=Zeilen 23 und 24)	0	0	0	0	0	0	0	
26	= Ergebnis vor Berücksichtigung der internen Leistungsbeziehung (=Zeilen 22 und 25)	1.482	9.735-	17.725-	18.099-	20.349-	18.099-	20.349-	
27	+ Erträge aus internen Leistungsbeziehungen	0	0	0	0	0	0	0	
28	- Aufwendungen aus internen Leistungsbeziehungen	0	0	0	0	0	0	0	
29	= Ergebnis (= Zeilen 26, 27, 28)	1.482	9.735-	17.725-	18.099-	20.349-	18.099-	20.349-	

Erläuterung:**Zeile 2: Zuwendungen und allgemeine Umlagen**

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

- Landesbetreuungsamt	75.400 € Zuwendungen und allg. Umlagen
- Geschäftsstelle der Landesstelle Sucht	107.750 € Zuwendungen und allg. Umlagen

Beschreibung

Die Produktgruppe umfasst das Produkt:

063.01 Anerkennung und Förderung von Betreuungsvereinen

Zielgruppe(n)

Betreuungsvereine,
kommunale Betreuungsstellen,
Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Personalplan im NKF-Haushalt	Ergebnis	Ansatz		
	2015	2016	2017	2018
Beamte	1,00	2,00	2,00	2,00
Tariflich Beschäftigte	2,50	2,00	2,00	2,00

Produkt 06301 Anerkennung und Förderung von Betreuungsvereinen**Ziele**

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

Produktergebnis	Ergebnis	Ansatz		
	2015	2016	2017	2018
Primäre Erträge und Aufwendungen (DB I)	72.531	67.400	67.900	67.900
- Erträge	78.924	75.000	75.400	75.400
- primäre Aufwendungen (Einzelkosten)	6.394	7.600	7.500	7.500
ILV mit Tarifen (DB II)	0	0	0	0
Produktgruppen-interne Kosten (DB III)	74.952	0	0	0
Querschnittskosten Dezernat (DB IV)	0	0	0	0
Querschnittskosten LVR (DB V)	0	0	0	0
Saldo aus ILV	0	0	0	0
Ergebnis	2.422-	67.400	67.900	67.900

Produkt 06302 Geschäftsstelle der Landesstelle Sucht NRW

Produktergebnis	Ergebnis	Ansatz		
	2015	2016	2017	2018
Primäre Erträge und Aufwendungen (DB I)	87.622	97.200	95.950	98.200
- Erträge	103.684	105.000	107.750	107.750
- primäre Aufwendungen (Einzelkosten)	16.062	7.800	11.800	9.550
ILV mit Tarifen (DB II)	0	0	0	0
Produktgruppen-interne Kosten (DB III)	83.718	0	0	0
Querschnittskosten Dezernat (DB IV)	0	0	0	0
Querschnittskosten LVR (DB V)	0	0	0	0
Saldo aus ILV	0	0	0	0
Ergebnis	3.904	97.200	95.950	98.200

Teilergebnisplan		Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)				Planung (€)		
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
01	Steuern und ähnliche Abgaben	0	0	0	0	0	0	0	
02	+ Zuwendungen und allgemeine Umlagen	0	0	0	0	0	0	0	
03	+ Sonstige Transfererträge	0	0	0	0	0	0	0	
04	+ Öffentlich-rechtliche Leistungsentgelte	0	0	0	0	0	0	0	
05	+ Privatrechtliche Leistungsentgelte	0	0	0	0	0	0	0	
06	+ Kostenerstattungen und Kostenumlagen	358.018	358.018	408.018	458.018	508.018	558.018	608.341	
07	+ Sonstige ordentliche Erträge	323.636	366.050	325.550	353.550	325.550	353.550	325.550	
08	+ Aktivierte Eigenleistungen	0	0	0	0	0	0	0	
09	+/- Bestandsveränderungen	0	0	0	0	0	0	0	
10	= Ordentliche Erträge	681.653	724.068	733.568	811.568	833.568	911.568	933.891	
11	- Personalaufwendungen	597.481	628.650	657.292	665.090	665.090	665.090	665.090	
12	- Versorgungsaufwendungen	0	0	0	0	0	0	0	
13	- Aufwendungen für Sach- und Dienstleistungen	168.407	225.550	187.700	206.300	188.400	206.300	188.400	
14	- Bilanzielle Abschreibungen	5.508	3.592	4.292	3.581	3.140	2.795	2.601	
15	- Transferaufwendungen	0	0	0	0	0	0	0	
16	- Sonstige ordentliche Aufwendungen	57.054	92.600	77.800	92.300	77.800	92.300	77.800	
17	= Ordentliche Aufwendungen	828.450	950.392	927.084	967.271	934.430	966.485	933.891	
18	= Ordentliches Ergebnis (= Zeilen 10 u. 17)	146.797-	226.325-	193.516-	155.703-	100.862-	54.917-	0	
19	+ Finanzerträge	0	0	0	0	0	0	0	
20	- Zinsen und sonstige Finanzaufwendungen	0	0	0	0	0	0	0	
21	= Finanzergebnis (= Zeilen 19 und 20)	0	0	0	0	0	0	0	
22	= Ergebnis der laufenden Verwaltungstätigkeit (Zeilen 18 und 21)	146.797-	226.325-	193.516-	155.703-	100.862-	54.917-	0	
23	+ Außerordentliche Erträge	0	0	0	0	0	0	0	
24	- Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0	0	0	0	0	
25	= Außerordentliches Ergebnis (=Zeilen 23 und 24)	0	0	0	0	0	0	0	
26	= Ergebnis vor Berücksichtigung der internen Leistungsbeziehung (=Zeilen 22 und 25)	146.797-	226.325-	193.516-	155.703-	100.862-	54.917-	0	
27	+ Erträge aus internen Leistungsbeziehungen	0	0	0	0	0	0	0	
28	- Aufwendungen aus internen Leistungsbeziehungen	0	0	0	0	0	0	0	
29	= Ergebnis (= Zeilen 26, 27, 28)	146.797-	226.325-	193.516-	155.703-	100.862-	54.917-	0	

Erläuterungen:

Zeile 06: Erträge aus Kostenerstattungen und Kostenumlagen

Mehrerträge aufgrund der jährlichen Erhöhung der Personalkostenerstattungen durch die LVR-Kliniken.

Beschreibung

Die Produktgruppe umfasst das Produkt:

064.01 Fort- und Weiterbildungen für verschiedene Fachbereiche der Psychiatrie sowie des Maßregelvollzuges

Zielgruppe(n)

Therapeutisches und pflegerisches Personal der LVR-Kliniken und Dritte

Personalplan im NKF-Haushalt	Ergebnis	Ansatz		
	2015	2016	2017	2018
Beamte		1,00	1,00	1,00
Tariflich Beschäftigte	9,73	9,50	9,50	9,50

Produkt 06401 Fort- und Weiterbildungen für verschiedene Fachbereiche der Psychiatrie sowie des Maßregelvollzuges**Ziele**

- Qualifizierung von Beschäftigten,
- Qualitätssicherung im Bereich der psychiatrischen Versorgung und des Maßregelvollzuges
- Unterstützung der Reformprozesse der Psychiatrie im Rheinland durch ein differenziertes, bedarfsorientiertes Fort- und Weiterbildungsangebot
- Unterstützung der Personalentwicklung in den Einrichtungen des LVR-Klinikverbundes und des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen

	Ergebnis	Ansatz		
	2015	2016	2017	2018
Kennzahlen (Leistungen u. Finanzen)				
- Anzahl der Kurse in Stück	95	80	80	80
- Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (in Personen)	1.495	1.690	1.680	1.680
- Anzahl der Teilnehmertage (in Tagen)	6.031	6.800	6.450	6.450
- Anzahl der Zertifikatsabschlüsse (in Stück)	64	39	39	39
Produktergebnis	2015	2016	2017	2018
Primäre Erträge und Aufwendungen (DB I)	149.952	31.200-	43.800-	31.200-
- Erträge	292.106	45.000	0	45.000
- primäre Aufwendungen (Einzelkosten)	142.154	76.200	43.800	76.200
ILV mit Tarifen (DB II)	0	0	0	0
Produktgruppen-interne Kosten (DB III)	296.749	0	0	0
Querschnittskosten Dezernat (DB IV)	0	0	0	0
Querschnittskosten LVR (DB V)	0	0	0	0
Saldo aus ILV	0	0	0	0
Ergebnis	146.797-	31.200-	43.800-	31.200-

Teilfinanzplan		Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)				Planung (€)		
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
01	Investitionstätigkeit Einzahlungen aus Zuwendungen für	0	0	0	0	0	0	0	
02	Investitionsmaßnahmen								
03	aus der Veräußerung von	0	0	0	0	0	0	0	
04	Sachanlagen								
05	aus der Veräußerung von	0	0	0	0	0	0	0	
06	Finanzanlagen								
07	aus Beiträgen und ähnlichen	0	0	0	0	0	0	0	
08	Entgelten								
09	aus sonstigen Investitionen	0	0	0	0	0	0	0	
10	Summe der investiven	0	0	0	0	0	0	0	
11	Einzahlungen								
12	Auszahlungen für den Erwerb von Grundstücken	0	0	0	0	0	0	0	
13	und Gebäuden								
14	für Baumaßnahmen	0	0	0	0	0	0	0	
15	für den Erwerb von beweglichem	7.803	10.000	8.000	8.000	8.000	8.000	8.000	
16	Anlagevermögen								
17	für den Erwerb v. Finanzanlagen	0	0	0	0	0	0	0	
18	von aktivierbaren Zuwendungen	0	0	0	0	0	0	0	
19	für sonstige Investitionen	0	0	0	0	0	0	0	
20	Summe der investiven	7.803	10.000	8.000	8.000	8.000	8.000	8.000	
21	Auszahlungen								
22	Saldo Investitionstätigkeit	7.803-	10.000-	8.000-	8.000-	8.000-	8.000-	8.000-	
23	(Zeilen 6 und 13)								

Teilfinanzplan		Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)				Planung (€)		
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
	Finanzierungstätigkeit								
	Einzahlungen								
15	aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0	0	0	0	0	
16	aus Rückflüssen von Darlehen	0	0	0	0	0	0	0	
17	Summe der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit	0	0	0	0	0	0	0	
	Auszahlungen								
18	für die Tilgung von Darlehen	0	0	0	0	0	0	0	
19	für die Gewährung von Darlehen	0	0	0	0	0	0	0	
20	Summe der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	0	0	0	0	0	0	0	
21	Saldo aus Finanzierungs- tätigkeit (Zeilen 17 und 20)	0	0	0	0	0	0	0	
22	Saldo Einzahlungen ./. Aus- zahlungen (Zeilen 14 u. 21)	7.803-	10.000-	8.000-	8.000-	8.000-	8.000-	8.000-	

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:	Aufwendungen:	
Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	/Wirtschaftsplan	ja
Einzahlungen:	Auszahlungen:	
Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan	/Wirtschaftsplan	ja
Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:		
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 Fachausschüssen 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.

Betrachtung 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 Betrachtung vorangestellt.

Dieser sogenannte „Betraktungsakt“ 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 wirtschaftlichen 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 Betrautung – und damit die Beihilfe – darf sich nur auf Bereiche erstrecken, in denen keine wirtschaftliche Bestätigung stattfindet.

Die Betrautung 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

- Teil B -

W I R T S C H A F T S P L Ä N E

des

LVR-Klinikverbundes

Entwurf 2017

Gesundheitsausschuss

Wirtschaftspläne des LVR-Klinikverbundes 2017

Allgemeine Erläuterungen zu den Wirtschaftsplänen des LVR-Klinikverbundes	B 5
Bestimmungen für die Ausführung der Wirtschaftspläne des LVR-Klinikverbundes	B 7
Gesamterfolgsplan für die LVR-Klinken	B 11
Gesamtübersicht über die Investitionsprogramme der LVR-Kliniken für die Jahre 2016-2020	B 12

Wirtschaftsplan der LVR-Klinik Bedburg-Hau 2017

1. Erfolgsplan	B 18
2. Vermögensplan/ Investitionsprogramm	B 22
3. Stellenübersicht	B 27
4. Finanzplan	B 29

Wirtschaftsplan der LVR-Klinik Bonn 2017

1. Erfolgsplan	B 34
2. Vermögensplan/Investitionsprogramm	B 38
3. Stellenübersicht	B 43
4. Finanzplan	B 45

Wirtschaftsplan der LVR-Klinik Düren 2017

1. Erfolgsplan	B 50
2. Vermögensplan/Investitionsprogramm	B 54
3. Stellenübersicht	B 64
4. Finanzplan	B 66

Wirtschaftsplan des LVR-Klinikums Düsseldorf 2017

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

Wirtschaftsplan des LVR-Klinikums Essen 2017

1. Erfolgsplan	B 89
2. Vermögensplan/Investitionsprogramm	B 93
3. Stellenübersicht	B 96
4. Finanzplan	B 98

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

Wirtschaftsplan der LVR-Klinik Mönchengladbach 2017

1. Erfolgsplan	B 132
2. Vermögensplan/Investitionsprogramm	B 136
3. Stellenübersicht	B 139
4. Finanzplan	B 141

Wirtschaftsplan der LVR-Klinik Viersen 2017

1. Erfolgsplan	B 147
2. Vermögensplan/ Investitionsprogramm	B 151
3. Stellenübersicht	B 156
4. Finanzplan	B 158

Wirtschaftsplan der LVR-Klinik für Orthopädie Viersen 2017

1. Erfolgsplan	B 162
2. Vermögensplan/Investitionsprogramm	B 166
3. Stellenübersicht	B 168
4. Finanzplan	B 170

Wirtschaftsplan der LVR-Krankenhauszentralwäscherei 2017

1. Erfolgsplan	B 172
2. Vermögensplan/Investitionsprogramm	B 175
3. Stellenübersicht	B 178
4. Finanzplan	B 179

Vorbemerkungen

I. Allgemeine Erläuterungen zu den Wirtschaftsplänen des LVR-Klinikverbundes

1. Rechtsgrundlagen

Rechtsgrundlagen der kaufmännischen Buchführung im LVR-Klinikverbund sind die Bundespflege-satzverordnung, die Gemeindeordnung des Landes Nordrhein-Westfalen, die Eigenbetriebsverord-nung, die Gemeindekrankenhausbetriebsverordnung, die Abgrenzungsverordnung, die Krankenhaus-buchführungsverordnung und die Betriebssatzungen der LVR-Kliniken und der LVR-Krankenhaus-zentralwäscherei.

2. Verfahren zur Aufstellung der Wirtschaftspläne

Die Wirtschaftspläne 2017 werden entsprechend den gesetzlichen Vorschriften durch die Vorstände der LVR-Kliniken und den Betriebsleiter der LVR-Krankenhauszentralwäscherei aufgestellt. Im Som-mer 2016 wurden die Entwürfe zwischen den LVR-Kliniken bzw. der LVR-Krankenhauszentralwäsche-rei und dem Träger abgestimmt.

3. Finanzierungsgrundlagen

Rechtsgrundlage für die Pflegesatzverhandlungen im KHG-Bereich bilden neben dem Krankenhausfi-nanzierungsgesetz (KHG) und dem Krankenhausgestaltungsgesetz (KHGG NRW) die Bundespflege-satzverordnung (BPflV) und das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Aufgrund der andauernden Budgetdeckelung müssen die Planansätze für das Jahr 2017 unter Vorbehalt gestellt werden, da die Kostenträger nicht verpflichtet sind, die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 2 SGB V auszuschöpfen. Ebenso sind, im Rahmen der Budgetverhandlungen, die Ausnahmetatbestände nach § 6 Abs. 1 und Abs. 4 BPflV Verhandlungsgegenstand, die zu einer Veränderung der Planansätze führen können.

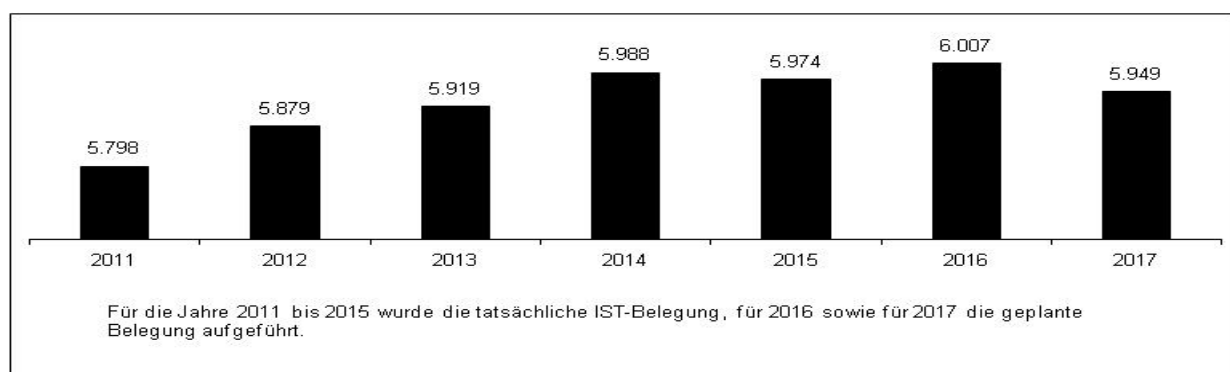
Für die LVR-Kliniken Bedburg-Hau und Bonn, das LVR-Klinikum Düsseldorf und die LVR-Klinik für Or-thopädie Viersen wurden mit den Kostenträgern für die Fachabteilungen Neurologie bzw. Orthopädie Basisfallwerte und CMI's nach den Vorschriften des KHEntgG vereinbart.

Die Veranschlagung für den Maßregelvollzug erfolgt unter Berücksichtigung der durch das Land fi-nanzierten Pauschalerlöse.

4. Eckdaten der Wirtschaftspläne

4.1 Belegung der LVR-Kliniken

Die voraussichtlichen Belegungszahlen für das Wirtschaftsjahr 2017 wurden von den LVR-Kliniken in Abstimmung mit dem Träger ermittelt und in den jeweiligen Wirtschaftsplan übernommen. Insge-samt wird für 2017 ein Belegungsrückgang von minus 587 Patienten (=0,97 %) erwartet (Belegung lt. Wirtschaftsplan 2016 insgesamt: 6.007 Patienten), bei nahezu gleichbleibender Bettenkapazität (Verringerung um ein Planbett). In dem nachstehenden Diagramm wird die Entwicklung der durch-schnittlichen Belegung in den LVR-Kliniken von 2011 bis 2017 dargestellt.

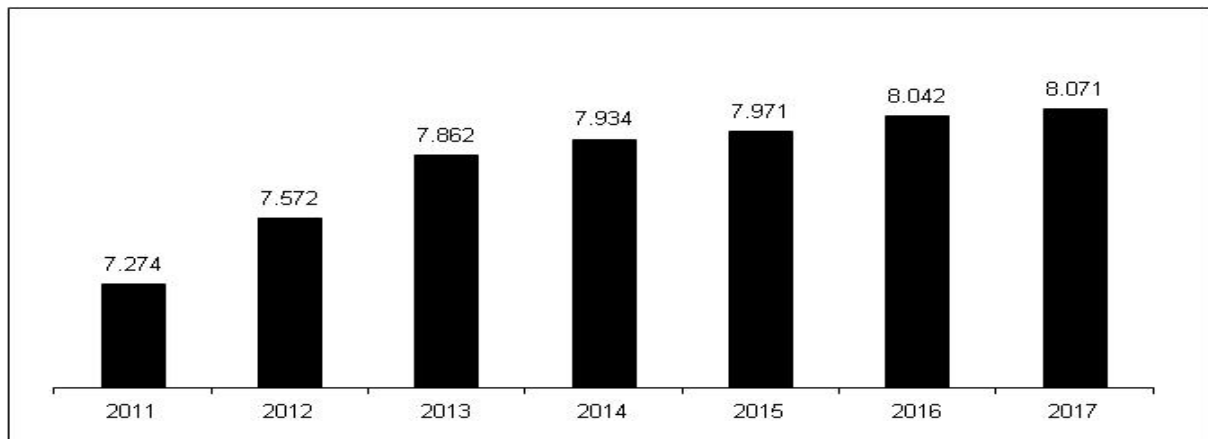


4.2 Volumen und Ausgleich der Wirtschaftspläne

Das Gesamtvolumen (Summe der Aufwendungen) der Wirtschaftspläne 2017 erhöht sich gegenüber dem Vorjahr um 3,55 %. Die KHG-Bereiche sind so geplant, dass eine ausreichende Finanzierung des Gesamtinvestitionsplanes sichergestellt ist.

4.3 Durchschnittliche Stellenbesetzung der LVR-Kliniken

In den Stellenübersichten der LVR-Kliniken sind per Saldo 29,15 Stellen (ohne FSJ, FÖJ und BFD) mehr ausgewiesen als im Vorjahr. Das nachstehende Diagramm zeigt die Entwicklung der Sollstellen in den LVR-Kliniken von 2011 – 2017.



4.4 Investitionsaufwendungen

Das für das Wirtschaftsjahr 2017 vorgesehene Investitionsvolumen verringert sich gegenüber dem Wirtschaftsjahr 2016 um 8,89 %.

4.5 Zuschüsse des Trägers

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

4.6 Finanzpläne

Die Finanzpläne zu den Wirtschaftsplänen 2017 wurden erneut in Form eines fortgeschriebenen Erfolgsplanes erstellt. Sie umfassen den fünfjährigen Planungszeitraum von 2016 – 2020 und berücksichtigen jährliche Steigerungen.

4.7 Kassenkredite

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

4.8 Vermögensplan

Der Vermögensplan berücksichtigt die Investitionsmaßnahmen gemäß Gesamtfinanzierungsplan des LVR-Klinikverbundes) soweit im Zeitraum 2016 – 2020 mit der Realisierung zu rechnen ist. Maßnahmen mit einer beschlossenen HU-Bau sind dabei mit den Gesamtkosten berücksichtigt. Die übrigen Maßnahmen sind lediglich mit den entsprechenden Planungskosten angesetzt.

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

1. Ausführung der Wirtschaftspläne / Deckungsfähigkeit

Für die Ausführung der Wirtschaftspläne sind die Vorschriften der Eigenbetriebsverordnung, Gemeindekrankenhausbetriebsverordnung und die Betriebssatzung der LVR-Kliniken und der Krankenhauszentralwäscherei zu Grunde gelegt. Alle Ansätze des Erfolgsplanes sind gegenseitig deckungsfähig. Bei Inanspruchnahme der Deckungsfähigkeit ist die Zweckbindung von Einnahmen und die getrennte Finanzierung von Betriebskosten und Investitionen zu beachten.

Die Ansätze des Vermögensplanes werden für gegenseitig deckungsfähig erklärt. Diese Deckungsfähigkeit darf nach Zustimmung durch den Fachbereich Finanzmanagement in Anspruch genommen werden.

2. Verwendung der Erlöse aus allgemeinen Krankenhausleistungen

Unter Berücksichtigung der jeweiligen Kostenlage und offen ausgewiesenen Verlusten wurden für jede LVR-Klinik getrennt kostendeckende Budgets ermittelt.

Die LVR-Kliniken haben grundsätzlich die Auswirkungen von Mehr- oder Mindererträgen aus allgemeinen Krankenhausleistungen selbst zu verantworten. Mindererträge müssen im Rahmen des Wirtschaftsplanes ausgeglichen werden; Mehrerträge können zur Deckung von Mehrausgaben verwendet werden.

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

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

3.1 Erfolgsplan

3.1.1 Mindererträge und Mehraufwendungen, die nicht erfolgsgefährdend sind

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

3.1.2 Erfolgsgefährdende Mindererträge und Mehraufwendungen

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

3.2 Vermögensplan

3.2.1 Mindereinnahmen

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

3.2.2 Mehrausgaben

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

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

3.3 Unterrichtungspflicht

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

4. Änderung der Wirtschaftspläne

Der Erfolgsplan der LVR-Kliniken ist nach § 21 Abs. 3 der Betriebssatzung für die LVR-Kliniken zu ändern, wenn von den veranschlagten Erträgen und Aufwendungen in erheblichem Umfang abgewichen werden muss.

Der Vermögensplan der LVR-Kliniken ist nach § 21 Abs. 4 der Betriebssatzung für die LVR-Kliniken insbesondere zu ändern, wenn die Gesamtsumme der Ausgaben wesentlich erhöht werden soll oder wenn zusätzliche Deckungsmittel aus dem Haushalt des Landschaftsverbandes zum Ausgleich des Planes notwendig werden.

Der Wirtschaftsplan der LVR-Krankenhauszentralwäscherei ist nach § 14 Abs. 3 der Satzung für die Krankenhauszentralwäscherei unverzüglich zu ändern, wenn

- a) das Jahresergebnis sich gegenüber dem Erfolgsplan erheblich verschlechtern wird und diese Verschlechterung die Haushaltslage des Landschaftsverbandes beeinträchtigt oder eine Änderung des Vermögensplans bedingt oder
- b) zum Ausgleich des Vermögensplans erheblich höhere Zuführungen des Landschaftsverbandes oder höhere Kredite erforderlich werden oder
- c) im Vermögensplan weitere Verpflichtungsermächtigungen vorgesehen werden sollen oder
- d) eine erhebliche Vermehrung oder Hebung der in der Stellenübersicht vorgesehenen Stellen erforderlich wird, es sei denn, dass es sich um eine vorübergehende Einstellung von Aushilfskräften handelt.

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

III. Betrauung der LVR-Kliniken

Nach § 1 des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) hat der Landschaftsverband Rheinland die patienten- und bedarfsgerechte gestufte wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser sicherzustellen. Der Landschaftsverband Rheinland als Träger der LVR-Kliniken bekennt sich zu dieser Verantwortung.

Die LVR-Kliniken nehmen daher als regionale Dienstleistungs- und Kompetenzzentren im Rahmen ihrer Betriebssatzung die Gewährleistung und Weiterentwicklung der fachspezifischen und – im Falle der LVR-Klinik in Viersen – der orthopädischen Krankenhausversorgung in ihren Regionen wahr. Sie sorgen für eine qualitativ hochwertige, gemeindenahе und differenzierte Krankenhausversorgung für die Menschen im Rheinland, die sich an einem von Würde und Achtung geprägten Menschenbild orientiert. Dabei agieren sie in enger und partnerschaftlicher Vernetzung mit den Anbietern der gemeindepsychiatrischen Verbünde.

Als Fachkrankenhäuser sind die LVR-Kliniken Bestandteil der durch die Krankenhausplanung des Landes Nordrhein-Westfalen festgelegten regionalen und gemeindenahen Versorgungsstrukturen. Entsprechend dem daraus resultierenden Versorgungsauftrag betreiben sie die zur Sicherstellung der Versorgung erforderlichen Krankenhauseinrichtungen.

Die LVR-Kliniken verfolgen ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke und haben gemäß § 2 ihrer Betriebssatzung als Fachkrankenhäuser insbesondere die Aufgabe, durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen, die von ärztlichem, pflege-, funktions- und medizinisch-technischem Personal erbracht werden, Krankheiten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern. In wirtschaftlich und fachlich eigenen Betriebsstätten haben einige LVR-Kliniken zudem die Aufgabe der medizinischen und sozialen Rehabilitation sowie der Pflege nach dem Pflegeversicherungsgesetz und dem Bundessozialhilfegesetz übernommen.

Die von den LVR-Kliniken als psychiatrische bzw. – im Falle der LVR-Klinik in Viersen – orthopädische Fachkliniken wahrgenommenen Tätigkeiten umfassen insoweit insbesondere

- die medizinischen und pflegerischen Versorgungsleistungen zur medizinisch zweckmäßigen und ausreichenden Versorgung der in den LVR-Kliniken behandelten Patienten mit allen dazu gehörenden Einzelleistungen einschließlich der Gewährleistung einer ständigen Aufnahme- und Dienstbereitschaft (Notfalldienste), wobei die Krankenhausbehandlung stationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erfolgen kann,
- im Falle der LVR-Kliniken Bedburg-Hau, Düren, Düsseldorf, Köln, Langenfeld, Mönchengladbach und Viersen die medizinischen und pflegerischen Versorgungsleistungen zur zweckmäßigen und ausreichenden Versorgung der in diesen Kliniken behandelten Patienten mit stationären und ambulanten Leistungen der Rehabilitation, Eingliederungshilfe und Pflege, sowie
- die mit diesen Haupttätigkeiten verbundenen Nebenleistungen in Form des Betriebs notwendiger Ausbildungseinrichtungen, der Wahrnehmung der Aufgaben als ärztliche Weiterbildungsstätten im Rahmen der den LVR-Kliniken jeweils erteilten Anerkennung.

Auf Grundlage des Beschlusses 2012/21/EU der Kommission vom 20.12.2011 über die Anwendung von Artikel 106 Absatz 2 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union auf staatliche Beihilfen in Form von Ausgleichszahlungen zugunsten bestimmter Unternehmen, die mit der Erbringung von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse betraut sind (ABl. EU Nr. L 7/3 vom 11.01.2012) werden die LVR-Kliniken nach Maßgabe ihrer Betriebssatzung und der nachfolgenden einzelnen Wirtschaftspläne für die Dauer des Wirtschaftsjahres 2017 mit dem ärztlichen, pflegerischen, technischen und wirtschaftlichen Betrieb der jeweiligen Fachkrankenhäuser im vorstehenden Umfang betraut. Sie sind in ihren Regionen insoweit zur Erbringung besonderer Gemeinwohlaufgaben in Form der Gewährleistung einer angemessenen und den neu-

esten medizinischen Erkenntnissen und Maßstäben entsprechenden Unterbringung und Versorgung von Patienten in ihren jeweiligen psychiatrischen bzw. orthopädischen Facheinrichtungen verpflichtet.“

Wirtschaftsplan 2017 (Entwurf)



Gesamterfolgsplan LVR-Kliniken

	Plan		Ergebnis 2015 TEUR
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Umsatzerlöse	651.607	631.214	622.208
Sonstige betriebliche Erträge	48.350	44.595	61.472
Σ Erträge	699.957	675.809	683.680
Personalaufwand	522.317,00	502.847	486.575
Materialaufwand	81.812,00	79.195	78.539
Sonstige Aufwendungen	90.545,00	88.834	113.840
Σ Aufwendungen	694.674	670.875	678.955
Zwischenergebnis (EBITDA)	5.283	4.935	4.725
Abschreibungen (eigenfinanziert)	3.157	2.756	1.939
Operatives Ergebnis	2.126	2.179	2.786
Finanzierungsaufwendungen	1.714	1.808	870
Finanzierungserträge	153	184	157
Finanzergebnis	-1.561	-1.624	-713
Außerordentliche Erträge	0	0	35
Erträge aus Auflösung von Pensionszahlungen	320	320	688
Ertr. a. Aufl. von Verbindl. a. Pens.rückstell. anderer	0	0	0
Außerordentliche Aufwendungen	0	0	21
Aufw. a. Aufl. von Ford. a. Pens.rückstell. anderer	320	320	502
Außerordentliches Ergebnis	0	0	200
Ergebnis vor Steuern	565	555	2.272
Steuern	299	271	297
Überschuss / Fehlbetrag	266	284	1.975
Verlustvortrag*	0	0	0
Entnahme aus Gewinnrücklagen	572	679	1.451
Verlustausgleich des Trägers aus Vorjahren	0	0	0
Ergebnis	838	963	3.426

*Verlustausgleichsverpflichtung des Trägers aus Vorjahren gem. § 10 Abs. 6 EigVO

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	4.507.514	33.616.259	48.790.229		30.229.908	2.176.990	160.242	0	42.220.166	128.085.049
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	96.733	1.929.065	2.430.410		240.000	2.120.081	0	0	2.318.860	7.206.084
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		207.000	158.710	330.000	0	0	695.710
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	268.958	2.123.879	3.746.590		255.800	0	0	0	2.067.632	6.338.980
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	3.327.168	3.688.435	3.688.435		3.688.435	3.688.435	3.688.435	3.688.435	2.079.897	23.849.242
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	5.995.713	6.566.520		6.607.430	6.607.430	6.607.430	6.607.430	6.566.520	39.562.759
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	2.231.053	2.205.303		2.205.285	2.205.285	2.205.285	2.205.285	2.205.303	13.231.747
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	896.000	0	0		0	0	0	0	0	896.000
9	Σ der Einzahlungen	9.096.373	49.584.404	67.427.487		43.433.858	16.956.931	12.991.392	12.501.150	57.458.378	219.865.571
<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	24.311.134	84.469.008	75.978.914		34.823.454	6.917.731	124.289	0	92.829.616	234.985.138
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	4.890.321	2.841.102	2.291.992		1.247.819	695.865	365.953	0	3.750.214	13.242.164
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	8.226.766	8.771.823		8.812.715	8.812.715	8.812.715	8.812.715	8.771.823	52.794.506
14	für sonstige Investitionen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
15	Σ der Auszahlungen	29.201.455	95.536.875	87.042.729		44.883.988	16.426.311	9.302.957	8.812.715	105.351.653	301.021.808
16	<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>	0	0	0	43.907.111	35.803.273	7.613.596	490.242	0	0	43.907.111
17	Saldo Investitionstätigkeit	-20.105.082	-45.952.472	-19.615.242		-1.450.130	530.620	3.688.435	3.688.435	-47.893.275	-81.156.237
Finanzierungstätigkeit											
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	15.060.047	45.130.135	18.584.127		3.124.565	855.000	0	0	47.779.379	85.403.118
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	8.238.111	7.417.991	7.253.503		5.216.553	5.505.368	3.202.553	3.202.553	1.861.871	34.480.510
20	Entnahme aus der Baupauschalrücklage	495.380	0	670.000		0	0	0	0	428.000	1.593.380
21	Σ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit	23.793.538	52.548.126	26.507.630		8.341.118	6.360.368	3.202.553	3.202.553	50.069.250	121.477.008
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	1.040.556	5.283.711	5.442.815		5.658.704	5.717.779	5.717.779	5.717.779	485.217	29.780.628
23	Zuführung aus der Baupauschalrücklage	2.647.901	1.311.941	1.449.572		1.232.285	1.173.209	1.173.209	1.173.209	1.690.758	10.540.144
24	Σ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	3.688.457	6.595.654	6.892.388		6.890.988	6.890.988	6.890.988	6.890.988	2.175.975	40.320.772
25	Saldo aus Finanzierungstätigkeit	20.105.082	45.952.472	19.615.242		1.450.130	-530.620	-3.688.435	-3.688.435	47.893.275	81.156.237

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	
Baupauschale KHG										
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	3.688.435	3.688.435	3.688.435		3.688.435	3.688.435	3.688.435	3.688.435	2.079.897	24.210.509
Σ der Einzahlungen	3.688.435	3.688.435	3.688.435		3.688.435	3.688.435	3.688.435	3.688.435	2.079.897	24.210.509
<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	3.688.435	3.688.435	3.688.435		3.688.435	3.688.435	3.688.435	3.688.435	2.079.897	24.210.509
Finanzierungstätigkeit										
Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	1.040.535	2.376.496	2.238.863		2.456.151	2.515.226	2.515.226	2.515.226	389.139	17.990.966
Zuführung aus der Baupauschalenrücklage	2.647.901	1.311.939	1.449.572		1.232.285	1.173.209	1.173.209	1.173.209	1.690.758	6.219.543
Σ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	3.688.436	3.688.435	3.688.435		3.688.435	3.688.435	3.688.435	3.688.435	2.079.897	24.210.509
Saldo aus Finanzierungstätigkeit	3.688.436	3.688.435	3.688.435		3.688.435	3.688.435	3.688.435	3.688.435	2.079.897	24.210.509
Ergebnis	0	0	0		0	0	0	0	0	0

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

LVR-Klinik Bedburg-Hau

Entwurf 2017

Betrauung der LVR-Klinik Bedburg-Hau

Vorbemerkung

Nach Maßgabe des § 1 Abs. 2 des Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KGH 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 KHG 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 Bedburg-Hau

Die LVR-Klinik Bedburg-Hau, Bahnstraße 6, 47551 Bedburg-Hau, ist als psychiatrisches Fachkrankenhaus unter der Krankenhausnummer 1540356 mit den Fachdisziplinen

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

sowie den besonderen Angeboten

- Stroke Unit (bettenführend)
- Pharmazie (nicht bettenführend)

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 Bedburg-Hau in den entsprechenden Versorgungsgebieten.

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

- LVR-Klinik Bedburg-Hau, Bahnstraße 6, 47551 Bedburg-Hau

Außenstellen:

- Fürstenbergklinik, Fürstenberger Str. 1, 47608 Geldern
- Sternbuschklinik, Nassauer Allee 93, 47533 Kleve
- Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie, Am Geesthof 1, 47608 Geldern
- St. Antonius Hospital gGmbH, Albersallee 5-7, 47533 Kleve

Das Versorgungsgebiet der LVR-Klinik Bedburg-Hau umfasst folgende Regionen:

- Kreis Kleve ohne die Städte Kalkar und Rees

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie obliegt der LVR-Klinik Bedburg-Hau die psychiatrische Pflichtversorgung der Kreise:

- Kreis Kleve
- Kreis Wesel

Darüber hinaus erbringt die LVR-Klinik Bedburg-Hau 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 Bedburg-Hau 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 Bedburg-Hau 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 Bedburg-Hau 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 Bedburg-Hau zur Rückzahlung des zu hohen (Anteils-) Betrags verpflichtet.

Die Betrauung der LVR-Klinik Bedburg-Hau 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	222	222	222
Kinder- und Jugendpsychiatrie	30	30	30
Neurologie	53	53	53
Summe vollstationäre Betten	305	305	305
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	48	48	48
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	18	18	18
Summe teilstationäre Plätze	66	66	66
Summe KHG-Bereich	371	371	371
Maßregelvollzug	384	384	384
Soziale Reha	140	140	154
Suchtentwöhnung / Med. Reha	17	17	20
Pflegeheimbereich	0	0	0
Jugendhilfe	0	0	0
Klinik Gesamt	912	912	929

Entwicklung des Personals

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Vollkräfte Gesamt	1.288,58	1.285,61	1.233,10

Erfolgsplan

	Plan		Ergebnis 2015 TEUR
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Umsatzerlöse	106.087	105.061	102.247
Sonstige betriebliche Erträge	3.381	2.975	4.307
Σ Erträge	109.468	108.036	106.554
Personalaufwand	84.357	82.561	79.012
Materialaufwand	9.424	10.484	9.997
Sonstige Aufwendungen	15.267	14.543	17.088
Σ Aufwendungen	109.048	107.588	106.097
Zwischenergebnis (EBITDA)	420	448	457
Abschreibungen (eigenfinanziert)	118	151	135
Operatives Ergebnis	302	297	322
Finanzierungsaufwendungen	160	186	55
Finanzierungserträge	0	0	0
Finanzergebnis	-160	-186	-55
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0
Ergebnis vor Steuern	142	111	267
Steuern	130	142	133
Überschuss / Fehlbetrag	12	-31	134
Entnahme aus Gewinnrücklagen	10	40	118
Ergebnis	22	9	252

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	100.201	99.111	96.401
Erlöse aus Wahlleistungen	28	30	23
Erlöse aus ambulanten Leistungen	5.620	5.665	5.602
Nutzungsentgelte der Ärzte	238	255	221
Umsatzerlöse	106.087	105.061	102.247

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

Berechnungstage

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Allgemeine Psychiatrie	78.563	76.873	76.542
Kinder- und Jugendpsychiatrie	12.750	13.000	12.845
Summe vollstationär	91.313	89.873	89.387
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	11.408	11.490	11.053
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	5.076	5.076	5.400
Summe teilstationär	16.484	16.566	16.453
Summe KHG-Bereich	107.797	106.439	105.840
Maßregelvollzug	187.975	192.150	188.016
Soziale Reha	31.938	51.606	50.274
Suchtentwöhnung / Med. Reha	6.205	6.222	5.858
Pflegeheimbereich	0	0	0
Jugendhilfe	0	0	0
Klinik Gesamt	333.915	356.417	349.988

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

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Ambulanzen	26.425	25.706	25.754
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	4
andere aktivierte Eigenleistungen	0	0	0
Zuweisungen und Zuschüsse	151	143	316
Erträge aus Hilfs- und Nebenbetrieben	1.822	1.757	1.975
Übrige Erträge	1.408	1.075	1.835
Auflösung von Rückstellungen EBITDA-relevant	0	0	177
Auflösung von Rückstellungen EBITDA-neutral	0	0	0
Sonstige betriebliche Erträge	3.381	2.975	4.307

In den Zuweisungen und Zuschüssen sind Zuwendungen des LVR in Höhe von insgesamt 151.000 € enthalten. Hierbei handelt es sich um Zuschüsse zu Arbeitsentlohnung, therapeutischen Leistungen, Fahrtkosten, Reinigung Patientenbekleidung und für die Ombudsperson.

3) Personalaufwand

Die Personalaufwendungen verteilen sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

	Plan		Ergebnis 2015 TEUR
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Ärztlicher Dienst	9.729	9.361	9.036
Pflegedienst	41.252	40.572	38.722
Medizinisch-Technischer Dienst	12.110	12.223	11.069
Funktionsdienst	4.849	4.145	4.079
Klinisches Hauspersonal	0	0	0
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	6.268	6.141	5.924
Technischer Dienst	2.299	1.993	1.916
Verwaltungsdienst	5.162	5.022	4.793
Sonderdienst	419	417	379
Sonstiges Personal	0	0	110
Ausbildungsstätten	326	382	326
Nicht zurechenbare Personalkosten	1.943	2.305	2.658
Personalaufwand	84.357	82.561	79.012

Auf den Stellenplan wird verwiesen.

4) Materialaufwendungen

Die Materialaufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2015 TEUR
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Lebensmittel	1.741	1.882	1.813
Medizinischer Bedarf	3.855	4.039	4.096
Wasser, Energie, Brennstoffe	2.854	3.505	3.037
Wirtschaftsbedarf	974	1.058	1.051
Sonstige	0	0	0
Materialaufwand	9.424	10.484	9.997

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	1.242	926	1.147
Zentrale Dienstleistungen	2.984	2.620	2.641
Instandhaltungen Aufwand	1.681	1.677	2.003
Instand.aufw.rücklagefin. Baumaßnahm. gem GFP	0	0	0
Instand.aufwend. rücklagenfin. Baumaßnahmen	0	44	66
Wartung	604	698	623
Abgaben, Versicherungen	743	617	698
Übrige Aufwendungen	8.013	7.961	9.910
Sonstige Aufwendungen	15.267	14.543	17.088

6) Kassenkreditrahmen

Die Höhe der Kassenkredite beträgt 12.650.000 €.

Gesamtübersicht		bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun- gen / 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	350.000	2.563.379		2.072.155	0	0	0	200.000	4.835.534
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	57.868	176.000	450.000		0	0	0	0	446.787	954.655
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		57.000	0	0	0	0	57.000
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)	0	361.267	361.267		361.267	361.267	361.267	361.267	0	1.806.335
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	479.227	479.978		480.000	480.000	480.000	480.000	479.978	2.879.956
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	546.109	534.247		534.000	534.000	534.000	534.000	534.247	3.204.494
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
9	Σ der Einzahlungen	57.868	1.912.603	4.388.871		3.504.422	1.375.267	1.375.267	1.375.267	1.661.012	13.737.974
<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	825.552	7.556.000	11.830.000		1.996.164	0	0	0	7.572.842	22.224.558
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	407.817	421.000	442.000		132.991	0	0	0	610.073	1.592.881
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	1.025.336	1.014.225		1.014.000	1.014.000	1.014.000	1.014.000	1.014.225	6.084.450
14	für sonstige Investitionen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
15	Σ der Auszahlungen	1.233.369	9.002.336	13.286.225		3.143.155	1.014.000	1.014.000	1.014.000	9.197.140	29.901.889
16	<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>	0	0	0	1.861.155	1.861.155	0	0	0	0	1.861.155
17	Saldo Investitionstätigkeit	-1.175.501	-7.089.733	-8.897.354		361.267	361.267	361.267	361.267	-7.536.128	-16.163.915
Finanzierungstätigkeit											
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	1.025.501	7.451.000	9.258.621		0	0	0	0	7.536.128	17.820.250
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	511.267	415.786	864.120		864.120	864.120	864.120	864.120	0	4.831.867
20	Entnahme aus der Baupauschalrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
21	Σ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit	1.536.768	7.866.786	10.122.741		864.120	864.120	864.120	864.120	7.536.128	22.652.117
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	70.856	777.053	1.225.387		1.225.387	1.225.387	1.225.387	1.225.387	0	6.197.791
23	Zuführung zu der Baupauschalrücklage	290.411	0	0		0	0	0	0	0	290.411
24	Σ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	361.267	777.053	1.225.387		1.225.387	1.225.387	1.225.387	1.225.387	0	6.488.202
25	Saldo aus Finanzierungstätigkeit	1.175.501	7.089.733	8.897.354		-361.267	-361.267	-361.267	-361.267	7.536.128	16.163.915

LVR-Klinik Bedburg-Hau

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		
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre		
Standardbettenhaus: Neubau					Projekt Nr.		1.573		Zuständigkeit: Trägerverwaltung	
80 Betten und 12 tagesklinische Plätze										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	0	2.329.379		1.804.155	0	0	0	0	4.133.534
aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		57.000	0	0	0	0	57.000
Σ der Einzahlungen	0	0	2.329.379		1.861.155	0	0	0	0	4.190.534
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	774.339	7.100.000	11.200.000		1.796.164	0	0	0	7.100.055	20.870.558
für Planungskosten (BPS / EPL)	401.162	351.000	388.000		64.991	0	0	0	436.073	1.290.226
Σ der Auszahlungen	1.175.501	7.451.000	11.588.000		1.861.155	0	0	0	7.536.128	22.160.784
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				1.861.155	1.861.155		0	0		1.861.155
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	-1.175.501	-7.451.000	-9.258.621		0	0	0	0	-7.536.128	-17.970.250
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	1.025.501	7.451.000	9.258.621		0	0	0	0	7.536.128	17.820.250
Einzahlungen aus Eigenmitteln	150.000	0	0		0	0	0	0	0	150.000
Entnahme aus der Baupauschalrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Σ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	1.175.501	7.451.000	9.258.621		0	0	0	0	7.536.128	17.970.250
Saldo gesamt	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Umbau Haus 44 (Vitusklinik): Sanierung PP					Projekt Nr.		NN		Zuständigkeit: Klinik	
16 Betten										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	100.000	100.000		0	0	0	0	50.000	150.000
Σ der investiven Einzahlungen	0	100.000	100.000		0	0	0	0	50.000	150.000
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	80.000	80.000		0	0	0	0	20.000	100.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	20.000	20.000		0	0	0	0	30.000	50.000
Σ der investiven Auszahlungen	0	100.000	100.000		0	0	0	0	50.000	150.000
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	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	EUR
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Bettenhaus KJP: Sanierung / Ersatzbaubedarf KJPP										
10 Betten										
					Projekt Nr.		NN		Zuständigkeit: Trägerverwaltung	
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	150.000	0		0	0	0	0	150.000	150.000
Σ der Einzahlungen	0	150.000	0		0	0	0	0	150.000	150.000
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	100.000	0		0	0	0	0	100.000	100.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	50.000	0		0	0	0	0	50.000	50.000
Σ der Auszahlungen	0	150.000	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
Tagesklinik Geldern (Geronto)										
12 tagesklinische Plätze										
					Projekt Nr.		NN		Zuständigkeit: Trägerverwaltung	
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	100.000	134.000		268.000	0	0	0	0	402.000
Σ der Einzahlungen	0	100.000	134.000		268.000	0	0	0	0	402.000
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	100.000	100.000		200.000	0	0	0	0	300.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	34.000		68.000	0	0	0	0	102.000
Σ der Auszahlungen	0	100.000	134.000		268.000	0	0	0	0	402.000
<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
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	0	0		0	0	0	0	0	0
für Planungskosten (BPS / EPL)	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

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlungen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	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	479.227	479.978		480.000	480.000	480.000	480.000	479.978	2.879.956
Zuweisungen der Forensik	0	525.398	506.499		506.000	506.000	506.000	506.000	506.499	3.036.998
aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen (Reha-Bereich)	0	6.530	14.225		14.000	14.000	14.000	14.000	14.225	84.450
Zuweisungen des HPH-Bereiches	0	2.000	2.000		2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	12.000
Zuweisungen des LVR (übrige Bereiche)	0	12.181	11.523		12.000	12.000	12.000	12.000	11.523	71.046
Σ der investiven Einzahlungen	0	1.025.336	1.014.225		1.014.000	1.014.000	1.014.000	1.014.000	1.014.225	6.084.450
<u>Auszahlungen</u>										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	1.025.336	1.014.225		1.014.000	1.014.000	1.014.000	1.014.000	1.014.225	6.084.450
Σ der investiven Auszahlungen	0	1.025.336	1.014.225		1.014.000	1.014.000	1.014.000	1.014.000	1.014.225	6.084.450
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)	361.267	361.267	361.267		361.267	361.267	361.267	361.267	0	2.167.602
Σ der Einzahlungen	361.267	361.267	361.267		361.267	361.267	361.267	361.267	0	2.167.602
<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	361.267	361.267	361.267		361.267	361.267	361.267	361.267	0	2.167.602
Finanzierungstätigkeit										
Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	70.856	361.267	361.267		361.267	361.267	361.267	361.267	0	6.197.791
Zuführung zu der Baupauschalenerücklage	290.411	0	0		0	0	0	0	0	-4.030.189
Σ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	361.267	361.267	361.267		361.267	361.267	361.267	361.267	0	2.167.602
Saldo aus Finanzierungstätigkeit	361.267	361.267	361.267		361.267	361.267	361.267	361.267	0	2.167.602
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	EUR	EUR	EUR
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Ziel- und Liegenschaftsplanung der LVR-Klinik Bedburg-Hau					Projekt Nr.		884		Zuständigkeit: Trägerverwaltung	
Zunächst werden Planungskosten veranschlagt.										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	6.655	0	0		0	0	0	0	102.000	108.655
Σ der investiven Einzahlungen	6.655	0	0		0	0	0	0	102.000	108.655
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	0		0	0	0	0	8.000	8.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	6.655	0	0		0	0	0	0	94.000	100.655
Σ der investiven Auszahlungen	6.655	0	0		0	0	0	0	102.000	108.655
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Brandschutz in Haus 36 (vormals Haus 8)					Projekt Nr.		1.214		Zuständigkeit: Klinik	
Verlagerung von Therapieflächen von Haus 8 nach Haus 36.										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	274.000		0	0	0	0	0	274.000
Σ der Einzahlungen	0	0	274.000		0	0	0	0	0	274.000
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	274.000		0	0	0	0	0	274.000
Σ der Auszahlungen	0	0	274.000		0	0	0	0	0	274.000
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Brandschutzrisikobeurteilung der Provinzialversicherung Brandschutztechn. Herrichtung der unterirdischen Kanäle.					Projekt Nr. 1.215		Zuständigkeit: Klinik		
Einzahlungen									
aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	51.213	176.000	176.000		0	0	0	0	344.787 572.000
Σ der Einzahlungen	51.213	176.000	176.000		0	0	0	0	344.787 572.000
Auszahlungen									
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	51.213	176.000	176.000		0	0	0	0	344.787 572.000
Σ der Auszahlungen	51.213	176.000	176.000		0	0	0	0	344.787 572.000
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0	0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	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	13,00	13,00	11,00
	15 Ü	0,00	0,00	0,00
	15	2,00	2,00	2,00
	14	67,00	74,50	23,91
	13	0,00	0,00	37,73
	12a	0,00	0,00	0,00
	12	5,00	5,00	5,69
	11b	0,00	0,00	0,00
	11a	1,00	1,00	1,00
	11	12,00	10,00	15,01
	10a	11,00	11,00	2,78
	10	12,00	12,00	8,97
	9d	0,00	0,00	7,00
	9c	31,00	33,00	32,05
	9b	31,00	33,00	30,13
	9a	49,50	49,50	40,64
	9	108,50	107,50	64,45
	8a	2,00	8,00	0,00
	8	26,50	26,50	49,20
	7a	511,00	511,00	447,05
	7	1,00	1,00	1,00
	6	88,00	87,50	70,28
	5	74,00	74,00	72,00
	4a	0,00	0,00	16,63
	4	8,00	8,00	15,50
	3a	0,00	0,00	65,30
	3	4,50	4,50	8,19
	2 Ü	0,00	0,00	4,42
	2	21,50	21,50	25,38
	1	56,50	56,50	52,95
Sozial- und Erziehungsdienst	S 18	0,00	0,00	0,00
	S 17	1,00	1,00	1,00
	S 16	0,00	0,00	0,00
	S 12 Ü	0,00	27,00	0,00
	S 12	54,00	19,00	52,07
	S 9	0,00	0,00	0,00
	S 8b	40,00	0,00	37,14
	S 8	0,00	40,00	0,00
	S 5	0,00	0,00	0,00
	S 4	2,00	2,00	0,42
Ärzte	IV	10,00	10,00	8,55
	III	10,00	9,00	11,78
	II	54,00	57,00	16,00
	I	0,00	0,00	36,01
Summe		1.307,00	1.315,00	1.273,23

2. Nachwuchskräfte

Ausbildungsverhältnis	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
Berufspraktikant/ABM	6,00	6,00	3,00
Kr.- Pflegeschüler	122,00	122,00	79,00
Ausbild. Verwaltung	0,00	0,00	0,00
Ausbild. Handwerk	0,00	0,00	1,00
Ausbild. Technik	0,00	0,00	0,00
Summe	128,00	128,00	83,00

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		
Gehobener Dienst	- nichttechnischer Verwaltungsdienst -					
	A 11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	A 10	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
Zivildienstleistende	0,00	56,00	0,00
Bundesfreiwilligendienst	3,00	3,00	0,00
Freiwilliges Soziales Jahr	12,00	12,00	10,00
Summe	15,00	71,00	10,00

Katalog der Dienstposten mit Dienstwohnungsberechtigung

- Hausmeister, Arzt

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	105.061	106.087	1,0%	108.124	1,9%	111.275	2,9%	114.317	2,7%
Sonstige betriebliche Erträge	2.975	3.381	13,6%	3.277	-3,1%	3.188	-2,7%	3.126	-1,9%
Σ Erträge	108.036	109.468	1,3%	111.401	1,8%	114.463	2,7%	117.443	2,6%
Personalaufwand	82.561	84.357	2,2%	86.105	2,1%	88.211	2,4%	90.749	2,9%
Materialaufwand	10.484	9.424	-10,1%	9.582	1,7%	9.866	3,0%	10.120	2,6%
Sonstige Aufwendungen	14.543	15.267	5,0%	15.118	-1,0%	15.346	1,5%	15.530	1,2%
Σ Aufwendungen	107.588	109.048	1,4%	110.805	1,6%	113.423	2,4%	116.399	2,6%
Zwischenergebnis (EBITDA)	448	420	-6,3%	596	41,9%	1.040	74,5%	1.044	0,4%
Abschreibungen (eigenfinanz.)	151	118	-21,9%	120	1,7%	563	369,2%	564	0,2%
Operatives Ergebnis	297	302	1,7%	476	57,6%	477	0,2%	480	0,6%
Finanzierungsaufwendungen	186	160	-14,0%	335	109,4%	333	-0,6%	331	-0,6%
Finanzierungserträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Finanzergebnis	-186	-160	-14,0%	-335	109,4%	-333	-0,6%	-331	-0,6%
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	111	142	27,9%	141	-0,7%	144	2,1%	149	3,5%
Steuern	142	130	-8,5%	131	0,8%	135	3,1%	138	2,2%
Überschuss / Fehlbetrag	-31	12	-138,7%	10	-16,7%	9	-10,0%	11	22,2%
Entnahme aus Gewinnrücklagen	40	10	-75,0%	12	20,0%	12	0,0%	12	0,0%
Ergebnis	9	22	144,4%	22	0,0%	21	-4,5%	23	9,5%

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

LVR-Klinik Bonn

Entwurf 2017

Betrauung der LVR-Klinik Bonn

Vorbemerkung

Nach Maßgabe des § 1 Abs. 2 des Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KGH 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 KGH 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 Bonn

Die LVR-Klinik Bonn, Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn, ist als psychiatrisches Fachkrankenhaus unter der Krankenhausnummer 3140625 mit den Fachdisziplinen

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

sowie den besonderen Angeboten

- Stroke Unit (bettenführend)
- Pharmazie (nicht bettenführend)

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 Bonn in den entsprechenden Versorgungsgebieten.

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

- LVR-Klinik Bonn, Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn

Außenstellen:

- Behandlungszentrum Meckenheim, Siebengebirgsring 42, 53340 Meckenheim
- Dependence Eitorf, Hospitalstr. 7, 53783 Eitorf
- Marien-Hospital Euskirchen, Gottfried-Disse-Str. 38e, 53879 Euskirchen
- Behandlungszentrum St. Johannes-Hospital, Kölnstraße 54, 53111 Bonn
- Behandlungszentrum Dreifaltigkeitskrankenhaus Wesseling, Bonner Str. 86, 50389 Wesseling

Das Versorgungsgebiet der LVR-Klinik Bonn umfasst folgende Regionen:

- Stadt Bonn (ohne Stadtteile Venusberg und Röttgen/Hardthöhe)
- Rhein-Sieg-Kreis

- Stadt Wesseling im Rhein-Erft-Kreis

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie obliegt der LVR-Klinik Bonn die Psychiatrische Pflichtversorgung folgender Städte und Kreise:

- Stadt Bonn
- Kreis Euskirchen
- Rhein-Sieg-Kreis

Soweit für die Erbringung dieser Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse erforderlich, gewährt der Landschaftsverband Rheinland der LVR-Klinik Bonn 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 Bonn 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 Bonn 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 Bonn zur Rückzahlung des zu hohen (Anteils-) Betrags verpflichtet.

Die Betrauung der LVR-Klinik Bonn-Hau 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	528	528	528
Kinder- und Jugendpsychiatrie	50	50	50
Neurologie	62	62	62
Kinderneurologisches Zentrum	56	56	56
Summe vollstationäre Betten	696	696	696
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	109	109	109
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	30	30	30
Summe teilstationäre Plätze	139	139	139
Summe KHG-Bereich	835	835	835
Maßregelvollzug	15	15	15
Soziale Reha	0	0	0
Suchtentwöhnung / Med. Reha	0	0	0
Pflegeheimbereich	0	0	0
Jugendhilfe	0	0	0
Klinik Gesamt	850	850	850

Entwicklung des Personals

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Vollkräfte Gesamt	1.131,73	1.140,66	1.108,45

Erfolgsplan

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Umsatzerlöse	95.371	94.493	89.563
Sonstige betriebliche Erträge	4.842	3.217	4.980
Σ Erträge	100.213	97.710	94.543
Personalaufwand	75.406	74.724	70.129
Materialaufwand	13.305	11.712	11.961
Sonstige Aufwendungen	10.928	10.745	12.088
Σ Aufwendungen	99.639	97.181	94.178
Zwischenergebnis (EBITDA)	574	529	365
Abschreibungen (eigenfinanziert)	370	208	148
Operatives Ergebnis	204	321	217
Finanzierungsaufwendungen	0	119	0
Finanzierungserträge	5	5	0
Finanzergebnis	5	-114	0
Erträge aus Auflösung von Pensionszahlungen	320	320	502
Aufw. a. Aufl. von Ford. a. Pens.rückstell. anderer	320	320	502
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0
Ergebnis vor Steuern	209	207	217
Steuern	39	38	44
Überschuss / Fehlbetrag	170	169	173
Entnahme aus Gewinnrücklagen	115	115	115
Ergebnis	285	284	288

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	85.512	85.054	81.094
Erlöse aus Wahlleistungen	231	198	252
Erlöse aus ambulanten Leistungen	9.061	8.616	7.709
Nutzungsentgelte der Ärzte	567	625	508
Umsatzerlöse	95.371	94.493	89.563

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

Berechnungstage

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Allgemeine Psychiatrie	182.000	183.647	183.687
Kinder- und Jugendpsychiatrie	16.950	17.600	16.557
Summe vollstationär	198.950	201.247	200.244
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	22.000	24.147	20.532
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	5.860	6.610	5.994
Summe teilstationär	27.860	30.757	26.526
Summe KHG-Bereich	226.810	232.004	226.770
Maßregelvollzug	13.870	14.274	14.963
Soziale Reha	0	0	0
Suchtentwöhnung / Med. Reha	0	0	0
Pflegeheimbereich	0	0	0
Klinik Gesamt	240.680	246.278	241.733

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

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Ambulanzen	32.623	32.123	31.255
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 201 TEUR
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Bestandsveränderungen	0	0	0
andere aktivierte Eigenleistungen	0	0	0
Zuweisungen und Zuschüsse	78	78	104
Erträge aus Hilfs- und Nebenbetrieben	3.382	1.812	1.936
Übrige Erträge	1.382	1.327	2.940
Sonstige betriebliche Erträge	4.842	3.217	4.980

In den Zuweisungen und Zuschüssen sind Zuwendungen des LVR in Höhe von insgesamt 78 TEUR enthalten. Diese verteilen sich wie folgt: 64 TEUR Förderung LIGA, 8 TEUR Aufwands-
pauschale Ombudsperson und 6 TEUR Förderung Sprach- und Kulturmittler zur Versorgung von
Migranten.

3) Personalaufwand

Die Personalaufwendungen verteilen sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

	Plan		Ergebnis 2015 TEUR
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Ärztlicher Dienst	15.700	15.037	14.543
Pflegedienst	34.978	36.054	32.288
Medizinisch-Technischer Dienst	12.005	11.699	11.239
Funktionsdienst	3.047	2.827	2.914
Klinisches Hauspersonal	285	279	597
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	3.394	3.060	3.031
Technischer Dienst	1.537	1.524	1.462
Verwaltungsdienst	3.769	3.613	3.561
Sonderdienst	121	116	113
Sonstiges Personal	102	97	107
Ausbildungsstätten	353	370	366
Nicht zurechenbare Personalkosten	115	48	-92
Personalaufwand	75.406	74.724	70.129

Auf den Stellenplan wird verwiesen.

4) Materialaufwendungen

Die Materialaufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2015 TEUR
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Lebensmittel	2.850	1.857	1.853
Medizinischer Bedarf	4.386	3.980	4.264
Wasser, Energie, Brennstoffe	3.076	3.090	2.973
Wirtschaftsbedarf	2.993	2.785	2.871
Sonstige	0	0	0
Materialaufwand	13.305	11.712	11.961

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	1.087	1.039	985
Zentrale Dienstleistungen	2.569	2.558	2.446
Instandhaltungen Aufwand	2.140	1.807	2.167
Instand.aufw.rücklagefin. Baumaßnahm. gem GFP	0	0	0
Instand.aufwend. rücklagenfin. Baumaßnahmen	0	0	0
Wartung	863	778	891
Abgaben, Versicherungen	543	491	519
Übrige Aufwendungen	3.726	4.072	5.080
Sonstige Aufwendungen	10.928	10.745	12.088

6) Kassenkreditrahmen

Die Höhe der Kassenkredite beträgt 11.550.000 €.

Gesamtübersicht		bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun- gen / 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
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		0	0	0	0	0	0
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	0	0		0	0	0	0	0	0
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	784.574	784.574	784.574		784.574	784.574	784.574	784.574	784.574	5.492.018
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	1.045.000	1.459.000		1.459.000	1.459.000	1.459.000	1.459.000	1.459.000	8.754.000
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	34.000	34.000		34.000	34.000	34.000	34.000	34.000	204.000
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
9	Σ der Einzahlungen	784.574	1.863.574	2.277.574	0	2.277.574	2.277.574	2.277.574	2.277.574	2.277.574	14.450.018
<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	252.672	1.356.050	1.250.000		2.800.000	788.000	0	0	1.105.828	6.196.500
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	155.950	168.000	233.000		123.565	67.000	0	0	421.000	1.000.515
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	1.079.000	1.493.000		1.493.000	1.493.000	1.493.000	1.493.000	1.493.000	8.958.000
14	für sonstige Investitionen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
15	Σ der Auszahlungen	408.622	2.603.050	2.976.000		4.416.565	2.348.000	1.493.000	1.493.000	3.019.828	16.155.015
16	<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>	0	0	0	3.778.565	2.923.565	855.000	0	0	0	3.778.565
17	Saldo Investitionstätigkeit	375.952	-739.476	-698.426		-2.138.991	-70.426	784.574	784.574	-742.254	-1.704.997
Finanzierungstätigkeit											
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	1.524.050	492.450		2.923.565	855.000	0	0	800.000	5.071.015
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	408.622	0	320.550		0	0	0	0	298.828	1.028.000
20	Entnahme aus der Baupauschalenerücklage	0	0	670.000		0	0	0	0	428.000	1.098.000
21	Σ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit	408.622	1.524.050	1.483.000		2.923.565	855.000	0	0	1.526.828	7.197.015
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	0	249.619	139.328		341.328	400.403	400.403	400.403	249.619	1.931.484
23	Zuführung zu der Baupauschalenerücklage	784.574	534.955	645.246		443.246	384.171	384.171	384.171	534.955	3.560.534
24	Σ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	784.574	784.574	784.574		784.574	784.574	784.574	784.574	784.574	5.492.018
25	Saldo aus Finanzierungstätigkeit	-375.952	739.476	698.426		2.138.991	70.426	-784.574	-784.574	742.254	1.704.997

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun- gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Umbaumaßnahme f. d. Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie - 3. Bauabschnitt - aufgrund festgest. Baumängel					Projekt Nr. 1.412		Zuständigkeit: Trägerverwaltung			
Einzahlungen										
Σ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	252.672	1.156.050	750.000		2.800.000	788.000	0	0	275.828	4.866.500
für Planungskosten (BPS / EPL)	155.950	100.000	63.000		123.565	67.000	0	0	23.000	432.515
Σ der Auszahlungen	408.622	1.256.050	813.000		2.923.565	855.000	0	0	298.828	5.299.015
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				3.778.565	2.923.565	855.000	0	0	0	3.778.565
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	-408.622	-1.256.050	-813.000		-2.923.565	-855.000	0	0	-298.828	-5.299.015
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	1.256.050	492.450		2.923.565	855.000	0	0	0	4.271.015
Einzahlungen aus Eigenmitteln	408.622	0	320.550		0	0	0	0	298.828	1.028.000
Entnahme aus der Baupauschalrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Σ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	408.622	1.256.050	813.000		2.923.565	855.000	0	0	298.828	5.299.015
Saldo gesamt	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Umbau Tagesklinik Sucht Haus 15 15 TKL-Plätze					Projekt Nr.		NN		Zuständigkeit: Trägerverwaltung	
Einzahlungen										
Σ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	0		0	0	0	0	200.000	200.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	0		0	0	0	0	100.000	100.000
Σ der Auszahlungen	0	0	0		0	0	0	0	300.000	300.000
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	-300.000	-300.000
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	300.000	300.000
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	0	0	0		0	0	0	0	300.000	300.000
Saldo gesamt	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	EUR
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Neubau Tagesklinik PP im Rhein-Sieg-Kreis 32 TKL-Plätze					Projekt Nr.		NN	Zuständigkeit: Trägerverwaltung		
Einzahlungen										
Σ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Auszahlungen										
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
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	-500.000	-500.000
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	500.000	500.000
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	0	0	0		0	0	0	0	500.000	500.000
Saldo gesamt	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Neubau Tagesklinik KJPP im Rhein-Sieg-Kreis 14 TKL-Plätze					Projekt Nr.		NN		Zuständigkeit: Trägerverwaltung	
Einzahlungen										
Σ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	0		0	0	0	0	130.000	130.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	0		0	0	0	0	30.000	30.000
Σ der Auszahlungen	0	0	0		0	0	0	0	160.000	160.000
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	-160.000	-160.000
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
Entnahme aus der Baupauschalrücklage	0	0	0		0	0	0	0	160.000	160.000
Σ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	0	0	0		0	0	0	0	160.000	160.000
Saldo gesamt	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	EUR
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Abriss Haus 17/ Neubau SPZ					Projekt Nr.		NN	Zuständigkeit: Trägerverwaltung		
56 Betten										
Einzahlungen										
Σ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	200.000	500.000		0	0	0	0	200.000	700.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	68.000	170.000		0	0	0	0	68.000	238.000
Σ der Auszahlungen	0	268.000	670.000		0	0	0	0	268.000	938.000
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	-268.000	-670.000		0	0	0	0	-268.000	-938.000
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	268.000	0		0	0	0	0	0	0
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Entnahme aus der Baupauschalenrücklage	0	0	670.000		0	0	0	0	268.000	938.000
Σ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	0	268.000	670.000		0	0	0	0	268.000	938.000
Saldo gesamt	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Maßnahmen aus dem Vorjahr ohne Ansatz in 2017										
<u>Einzahlungen</u>										
Σ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<u>Auszahlungen</u>										
für Planungskosten (BPS / EPL)	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	0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Finanzierungstätigkeit										
Entnahme aus der Baupauschalenrücklage										
Σ 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. auszahlun- gen / VE
	EUR	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	1.045.000	1.459.000		1.459.000	1.459.000	1.459.000	1.459.000	1.459.000	8.754.000
Zuweisungen der Forensik	0	34.000	34.000		34.000	34.000	34.000	34.000	34.000	204.000
Σ der investiven Einzahlungen	0	1.079.000	1.493.000		1.493.000	1.493.000	1.493.000	1.493.000	1.493.000	8.958.000
<u>Auszahlungen</u>										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	1.079.000	1.493.000		1.493.000	1.493.000	1.493.000	1.493.000	1.493.000	8.958.000
Σ der investiven Auszahlungen	0	1.079.000	1.493.000		1.493.000	1.493.000	1.493.000	1.493.000	1.493.000	8.958.000
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)	784.574	784.574	784.574		784.574	784.574	784.574	784.574	784.574	5.492.018
Σ der Einzahlungen	784.574	784.574	784.574		784.574	784.574	784.574	784.574	784.574	5.492.018
<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	784.574	784.574	784.574		784.574	784.574	784.574	784.574	784.574	5.492.018
Finanzierungstätigkeit										
Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	0	249.619	139.328		341.328	400.403	400.403	400.403	249.619	1.931.484
Zuführung zu der Baupauschalentrücklage	784.574	534.955	645.246		443.246	384.171	384.171	384.171	534.955	3.560.534
Σ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	784.574	784.574	784.574		784.574	784.574	784.574	784.574	784.574	5.492.018
Saldo aus Finanzierungstätigkeit	784.574	784.574	784.574		784.574	784.574	784.574	784.574	784.574	5.492.018
Ergebnis	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Stellenübersicht 2017 (Entwurf)

1. Beschäftigte	Entgelt- gruppe	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
	Sondervertrag	11,00	11,00	10,00
	15 Ü	0,00	0,00	0,00
	15	1,00	1,00	0,95
	14	22,00	22,00	<u>1 Einsparung</u> 20,32
	13	33,00	33,00	32,00
	12a	0,00	0,00	0,00
	12	7,00	7,00	5,00
	11b	0,00	0,00	0,00
	11a	0,00	0,00	0,00
	11	5,00	5,00	1 Umw. v. EG 10 5,50
	10a	2,00	2,00	1 Umw. n. EG 9 d 2,00
	10	8,00	7,00	1 Umw. n. EG 11 7,66
	9d	9,00	9,00	1 Umw. v. EG 10 a 8,88
	9c	34,00 (2,0 St. ku EG 9b)	35,00 (3,0 St. ku EG 9b)	33,27
	9b	34,00	34,00	29,20
	9a	20,00	18,00	19,94
	9	64,00	66,00	5,0 Umw. n EG 8 62,94
	8a	40,00	40,00	40,04
	8	53,00	54,00	5,0 Umw. v EG 9 51,88
	7a	360,00	369,00	<u>4 Einsparungen</u> 356,45
	7	7,00	7,00	<u>2 Einsparungen</u> 6,00
	6	40,00	36,00	~~(1,0 St. ku EG 5)~~ 39,18
	5	73,00	76,00	1 Umw. v EG 6 72,63
	4a	18,00	21,00	16,55
	4	7,00	7,00	7,50
	3a	12,00	12,00	11,58
	3	53,00	53,00	~~(1 St. ku EG 2)~~ 52,60
	2 Ü	2,00	1,00	2,00
	2	2,00	2,00	1 Umw. v EG 3 0,19
	1	6,00	5,00	6,19
Sozial- und Erziehungsdienst	S 18	0,00	0,00	0,00
	S 17	4,00	4,00	1,95
	S 16	0,00	0,00	0,00
	S 12 Ü	0,00	23,00	(1,8 St. ku S 9) 0,00
	S 12	43,00 (1,8 St. ku S 9)	18,00	1,0 Umw. v. S 12 Ü 42,64
	S 9	2,00	2,00	1,83
	S 8b	30,00	0,00	28,93
	S 8	0,00	34,00	<u>4 Einsparungen</u> 0,00
	S 5	0,00	1,00	0,00
	S 4	1,00	0,00	0,75
Ärzte	IV	8,00	8,00	6,65
	III	19,00	19,00	18,68
	II	45,00	45,00	42,27
	I	75,00	75,00	<u>2 Einsparungen</u> 75,64
Summe		1.150,00	1.162,00	1.119,79

2. Nachwuchskräfte

Aus- bildungs- verhältnis	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
Berufspraktikant	18,00	15,00	17,07
Kr.- Pflegeschüler	100,00	100,00	93,00
Pflegepraktikanten	2,00	4,00	0,00
Auszubildende	5,00	6,00	2,00
Summe	125,00	125,00	112,07

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		
Gehobener Dienst	- nichttechnischer Verwaltungsdienst - A 10	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Summe		2,00	0,00	0,00	0,00	0,00

5. Sonstige Stellen

	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
FSJ/BuFD etc.	15,00	15,00	0,00
Summe	15,00	15,00	0,00

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	94.493	95.371	0,9%	98.047	2,8%	100.887	2,9%	104.534	3,6%
Sonstige betriebliche Erträge	3.217	4.842	50,5%	4.907	1,3%	4.966	1,2%	5.037	1,4%
Σ Erträge	97.710	100.213	2,6%	102.954	2,7%	105.853	2,8%	109.571	3,5%
Personalaufwand	74.724	75.406	0,9%	77.294	2,5%	79.232	2,5%	81.218	2,5%
Materialaufwand	11.712	13.305	13,6%	13.595	2,2%	13.853	1,9%	14.117	1,9%
Sonstige Aufwendungen	10.745	10.928	1,7%	11.219	2,7%	11.486	2,4%	11.781	2,6%
Σ Aufwendungen	97.181	99.639	2,5%	102.108	2,5%	104.571	2,4%	107.116	2,4%
Zwischenergebnis (EBITDA)	529	574	8,5%	846	47,4%	1.282	51,5%	2.455	91,5%
Abschreibungen (eigenfinanz.)	208	370	77,9%	494	33,5%	494	0,0%	1.513	206,3%
Operatives Ergebnis	321	204	-36,4%	352	72,5%	788	123,9%	942	19,5%
Finanzierungsaufwendungen	119	0	0,0%	147	0,0%	587	299,3%	738	25,7%
Finanzierungserträge	5	5	0,0%	5	0,0%	5	0,0%	5	0,0%
Finanzergebnis	-114	5	-104,4%	-142	-2940,0%	-582	309,9%	-733	25,9%
Erträge aus Auflösung von Pensionszahlungen	320	320	0,0%	320	0,0%	159	-50,3%	0	0,0%
Aufw. a. Aufl. von Ford. a. Pens.rückstell. ande	320	320	0,0%	320	0,0%	159	-50,3%	0	0,0%
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis vor Steuern	207	209	1,0%	210	0,5%	206	-1,9%	209	1,5%
Steuern	38	39	2,6%	41	5,1%	37	-9,8%	39	5,4%
Überschuss / Fehlbetrag	169	170	0,6%	169	-0,6%	169	0,0%	170	0,6%
Entnahme aus Gewinnrücklagen	115	115	0,0%	115	0,0%	115	0,0%	115	0,0%
Ergebnis	284	285	0,4%	284	-0,4%	284	0,0%	285	0,4%

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

LVR-Klinik Düren

Entwurf 2017

Betrauung der LVR-Klinik Düren

Vorbemerkung

Nach Maßgabe des § 1 Abs. 2 des Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KGH 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 KGH 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 Düren

Die LVR-Klinik Düren, Meckerstraße 15, 52353 Düren, ist als psychiatrisches Fachkrankenhaus unter der Krankenhausnummer 3580735 mit den Fachdisziplinen

- Psychiatrie (Allgemein)
- Tagesklinik Psychiatrie (Allgemein)

sowie dem besonderen Angebot

- Pharmazie (nicht bettenführend)

sowie einer

- Ausbildungsstätte für die Ausbildungsgänge „Gesundheits- und Krankenpflege“ und Ergotherapie

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 Düren in den entsprechenden Versorgungsgebieten.

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

- LVR-Klinik Düren, Meckerstraße 15, 52353 Düren

Außenstellen:

- Tagesklinik Alsdorf, Röntgenweg 1, 52477 Alsdorf
- Tagesklinik Bedburg, Augustiner Allee 1, 50181 Bedburg/Erft
- Tagesklinik Düren, Schöllerstraße 29, 52351 Düren
- Tagesklinik am Bethlehem-Krankenhaus in Stolberg
- Dependence am Maria-Hilf-Krankenhaus, Klosterstraße 2, 50126 Bergheim (in Planung)

Das Versorgungsgebiet der LVR-Klinik Düren umfasst folgende Regionen:

- Kreis Aachen (ohne Roetgen, Simmerath, Stolberg, Monschau, Würselen und Herzogenrath)
- Kreis Düren
- Rhein-Erft-Kreis (nur Bedburg, Bergheim, Elsdorf, Frechen, Kerpen – ohne Tünnich, Balkhausen und Brüggen – sowie Pulheim)

Darüber hinaus erbringt LVR-Klinik Düren 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 Düren 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 Düren 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 Düren 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 Düren zur Rückzahlung des zu hohen (Anteils-) Betrags verpflichtet.

Die Betrauung der LVR-Klinik Düren 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	406	406	406
Summe vollstationäre Betten	406	406	406
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	82	82	72
Tagesklinik Gerontopsychiatrie	0	0	10
Summe teilstationäre Plätze	82	82	82
Summe KHG-Bereich	488	488	488
Maßregelvollzug	218	218	218
Soziale Reha	30	30	30
Suchtentwöhnung / Med. Reha	0	0	0
Pflegeheimbereich	0	0	0
Jugendhilfe	0	0	0
Klinik Gesamt	736	736	736

Entwicklung des Personals

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Vollkräfte Gesamt	864,23	836,90	808,57

Erfolgsplan

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Umsatzerlöse	71.175	68.189	66.884
Sonstige betriebliche Erträge	3.855	3.141	3.289
Σ Erträge	75.030	71.330	70.173
Personalaufwand	58.605	54.884	52.389
Materialaufwand	6.871	6.524	5.792
Sonstige Aufwendungen	8.806	9.112	11.368
Σ Aufwendungen	74.282	70.520	69.549
Zwischenergebnis (EBITDA)	748	810	624
Abschreibungen (eigenfinanziert)	616	616	318
Operatives Ergebnis	132	194	306
Finanzierungsaufwendungen	388	474	351
Finanzierungserträge	126	153	138
Finanzergebnis	-262	-321	-213
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0
Ergebnis vor Steuern	-130	-127	93
Steuern	10	11	11
Überschuss / Fehlbetrag	-140	-138	82
Entnahme aus Gewinnrücklagen	210	210	160
Ergebnis	70	72	242

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	68.076	65.417	64.119
Erlöse aus Wahlleistungen	178	146	204
Erlöse aus ambulanten Leistungen	2.921	2.626	2.561
Nutzungsentgelte der Ärzte	0	0	0
Umsatzerlöse	71.175	68.189	66.884

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

Berechnungstage

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Allgemeine Psychiatrie	137.096	137.096	135.840
Summe vollstationär	137.096	137.096	135.840
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	25.214	20.426	17.618
Tagesklinik Gerontopsychiatrie	0	0	2.422
Summe teilstationär	25.214	20.426	20.040
Summe KHG-Bereich	162.310	157.522	155.880
Maßregelvollzug	85.775	86.010	85.768
Soziale Reha	11.936	11.680	11.958
Suchtentwöhnung / Med. Reha	0	0	0
Pflegeheimbereich	0	0	0
Klinik Gesamt	260.021	255.212	253.606

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

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Ambulanzen	15.750	14.350	14.064
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	3
Zuweisungen und Zuschüsse	1.596	1.529	1.147
Erträge aus Hilfs- und Nebenbetrieben	158	268	319
Übrige Erträge	1.296	1.344	1.820
Auflösung von Rückstellungen EBITDA-relevant	710	0	0
Auflösung von Rückstellungen EBITDA-neutral	95	0	0
Sonstige betriebliche Erträge	3.855	3.141	3.289

In den Zuweisungen und Zuschüssen sind Zuwendungen des LVR in Höhe von insgesamt 990.110 € enthalten. Hierbei handelt es sich um Zuschüsse zu Brandschutzmaßnahmen an div. Klinikgebäuden der Liegenschaft.

3) Personalaufwand

Die Personalaufwendungen verteilen sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

	Plan		Ergebnis 2015 TEUR
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Ärztlicher Dienst	8.516	7.846	7.427
Pflegedienst	30.715	29.014	28.299
Medizinisch-Technischer Dienst	5.114	4.700	4.462
Funktionsdienst	4.343	4.161	3.458
Klinisches Hauspersonal	0	0	0
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	2.224	2.011	2.060
Technischer Dienst	1.206	1.116	968
Verwaltungsdienst	4.391	3.900	3.811
Sonderdienst	227	246	213
Sonstiges Personal	137	167	133
Ausbildungsstätten	561	499	482
Nicht zurechenbare Personalkosten	1.171	1.224	1.076
Personalaufwand	58.605	54.884	52.389

Auf den Stellenplan wird verwiesen.

4) Materialaufwendungen

Die Materialaufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2015 TEUR
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Lebensmittel	1.305	1.227	1.104
Medizinischer Bedarf	2.357	2.286	2.240
Wasser, Energie, Brennstoffe	1.792	1.734	1.381
Wirtschaftsbedarf	1.417	1.277	1.067
Sonstige	0	0	0
Materialaufwand	6.871	6.524	5.792

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	652	563	446
Zentrale Dienstleistungen	1.880	1.705	1.632
Instandhaltungen Aufwand	1.660	1.409	2.361
Instand.aufw.rücklagefin. Baumaßnahm. gem GFP	0	0	0
Instand.aufwend. rücklagenfin. Baumaßnahmen	0	0	54
Wartung	424	417	378
Abgaben, Versicherungen	248	302	214
Übrige Aufwendungen	3.942	4.716	6.283
Sonstige Aufwendungen	8.806	9.112	11.368

6) Kassenkreditrahmen

Die Höhe der Kassenkredite beträgt 8.700.000 €.

Gesamtübersicht		bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun- gen / 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	3.481.078	18.120.489	1.160.443		0	0	0	0	26.952.715	31.594.236
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	38.411	662.610	990.110		0	0	0	0	100.089	1.128.610
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		0	0	0	0	0	0
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	762.940	1.031.590		0	0	0	0	28.450	1.060.040
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	404.156	404.156	404.156		404.156	404.156	404.156	404.156	404.156	2.829.092
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	699.810	776.430		776.430	776.430	776.430	776.430	776.430	4.658.579
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	419.285	419.285		419.285	419.285	419.285	419.285	419.285	2.515.711
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	896.000	0	0		0	0	0	0	0	896.000
9	Σ der Einzahlungen	4.819.645	21.069.290	4.782.014		1.599.871	1.599.871	1.599.871	1.599.871	28.681.125	44.682.268
<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	11.440.847	21.837.806	5.586.700		0	0	0	0	27.025.367	44.052.914
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	923.635	558.327	250.443		0	0	0	0	597.334	1.771.412
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	1.119.095	1.195.715		1.195.715	1.195.715	1.195.715	1.195.715	1.195.715	7.174.290
14	für sonstige Investitionen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
15	Σ der Auszahlungen	12.364.482	23.515.228	7.032.858		1.195.715	1.195.715	1.195.715	1.195.715	28.818.416	52.998.616
16	<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	Saldo Investitionstätigkeit	-7.544.837	-2.445.938	-2.250.844		404.156	404.156	404.156	404.156	-137.291	-8.316.348
Finanzierungstätigkeit											
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	5.021.228	0	0		0	0	0	0	0	5.021.228
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	2.432.385	2.792.874	2.655.000		0	0	0	0	541.447	5.628.832
20	Entnahme aus der Baupauschalentrücklage	495.380	0	0		0	0	0	0	0	495.380
21	Σ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit	7.948.993	2.792.874	2.655.000		0	0	0	0	541.447	11.145.440
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	346.936	346.936	346.936		346.936	346.936	346.936	346.936	0	2.081.615
23	Zuführung zu der Baupauschalentrücklage	57.220	0	57.220		57.220	57.220	57.220	57.220	404.156	747.477
24	Σ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	404.156	346.936	404.156		404.156	404.156	404.156	404.156	404.156	2.829.092
25	Saldo aus Finanzierungstätigkeit	7.544.837	2.445.938	2.250.844		-404.156	-404.156	-404.156	-404.156	137.291	8.316.348

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun- gen / VE
		EUR	EUR		EUR	EUR	EUR	EUR		
		2015	2016		2017	2017	2018	2019		
Dependance Bergheim 64 Betten, 24 TKL-Plätze					Projekt Nr. 1.733				Zuständigkeit: Trägerverwaltung	
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	3.015.838	10.045.560	1.160.443		0	0	0	0	13.992.115	18.168.396
Σ der Einzahlungen	3.015.838	10.045.560	1.160.443		0	0	0	0	13.992.115	18.168.396
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	3.069.855	10.000.000	1.600.000		0	0	0	0	13.988.115	18.657.970
für Planungskosten (BPS / EPL)	17.557	45.560	160.443		0	0	0	0	4.000	182.000
Σ der Auszahlungen	3.087.412	10.045.560	1.760.443		0	0	0	0	13.992.115	18.839.970
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung .I. Auszahlung)	-71.574	0	-600.000		0	0	0	0	0	-671.574
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Einzahlungen aus Eigenmitteln	71.574	0	600.000		0	0	0	0	0	671.574
Entnahme aus der Baupauschalenrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Σ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	71.574	0	600.000		0	0	0	0	0	671.574
Saldo gesamt	0	0	0		0	0	0	0	0	0

SBH 2. Bauabschnitt, 63 Betten 20 TKL-Plätze					Projekt Nr. 1.527				Zuständigkeit: Trägerverwaltung	
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	461.920	8.074.929	0		0	0	0	0	12.810.600	13.272.520
aus der Veräußerung von Grundvermögen	896.000	0	0		0	0	0	0	0	896.000
Σ der Einzahlungen	1.357.920	8.074.929	0		0	0	0	0	12.810.600	14.168.520
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	8.226.678	8.012.256	0		0	0	0	0	12.362.322	20.589.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	843.577	453.151	0		0	0	0	0	448.278	1.291.855
Σ der Auszahlungen	9.070.255	8.465.407	0		0	0	0	0	12.810.600	21.880.855
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung .I. Auszahlung)	-7.712.335	-390.478	0		0	0	0	0	0	-7.712.335
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	5.021.228	0	0		0	0	0	0	0	5.021.228
Einzahlungen aus Eigenmitteln	2.195.727	390.478	0		0	0	0	0	0	2.195.727
Entnahme aus der Baupauschalenrücklage	495.380	0	0		0	0	0	0	0	495.380
Σ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	7.712.335	390.478	0		0	0	0	0	0	7.712.335
Saldo gesamt	0	0	0		0	0	0	0	0	0

LVR-Klinik Düren

Vermögensplan

2017

/

Investitionsprogramm 2016 - 2020

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun- gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Neubau Tagesklinik Schoellerstraße 20 TKL-Plätze					Projekt Nr.		NN		Zuständigkeit: Trägerverwaltung	
<u>Einzahlungen</u> aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	3.320	0	0		0	0	0	0	150.000	153.320
Σ der Einzahlungen	3.320	0	0		0	0	0	0	150.000	153.320
<u>Auszahlungen</u> für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	0		0	0	0	0	100.000	100.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	3.320	0	0		0	0	0	0	50.000	53.320
Σ der Auszahlungen	3.320	0	0		0	0	0	0	150.000	153.320
<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 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	0	0		0	0	0	0	0	0
für Planungskosten (BPS / EPL)	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		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun- gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	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	699.810	776.430		776.430	776.430	776.430	776.430	776.430	4.658.579
Zuweisungen der Forensik	0	410.963	410.963		410.963	410.963	410.963	410.963	410.963	2.465.779
aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen (Reha-Bereich)	0	8.322	8.322		8.322	8.322	8.322	8.322	8.322	49.932
Σ der investiven Einzahlungen	0	1.119.095	1.195.715		1.195.715	1.195.715	1.195.715	1.195.715	1.195.715	7.174.290
<u>Auszahlungen</u>										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	1.119.095	1.195.715		1.195.715	1.195.715	1.195.715	1.195.715	1.195.715	7.174.290
Σ der investiven Auszahlungen	0	1.119.095	1.195.715		1.195.715	1.195.715	1.195.715	1.195.715	1.195.715	7.174.290
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)	404.156	404.156	404.156		404.156	404.156	404.156	404.156	404.156	2.829.092
Σ der Einzahlungen	404.156	404.156	404.156		404.156	404.156	404.156	404.156	404.156	2.829.092
<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	404.156	404.156	404.156		404.156	404.156	404.156	404.156	404.156	2.829.092
Finanzierungstätigkeit										
Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	346.936	404.156	346.936		346.936	346.936	346.936	346.936	0	2.081.615
Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	57.220	0	57.220		57.220	57.220	57.220	57.220	404.156	747.477
Σ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	404.156	404.156	404.156		404.156	404.156	404.156	404.156	404.156	2.829.092
Saldo aus Finanzierungstätigkeit	404.156	404.156	404.156		404.156	404.156	404.156	404.156	404.156	2.829.092
Ergebnis	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Teil II Maßnahmen konsumtiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun- gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Brandschutzmaßnahmen (ohne Klinik I)					Projekt Nr. 930				Zuständigkeit: Klinik	
Beseitigung der i. d. R. wiederkehrenden Prüfung festgestellten Mängel										
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 Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	50.000		0	0	0	0	0	50.000
Σ der Auszahlungen	0	0	50.000		0	0	0	0	0	50.000
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Erneuerung der Telefonanlage (Tele 2020)					Projekt Nr. 1.526				Zuständigkeit: Trägerverwaltung	
Die alte Anlage wird durch eine moderne Kommunikationsanlage ersetzt.										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	500.000	710.000		0	0	0	0	0	710.000
Σ der Einzahlungen	0	500.000	710.000		0	0	0	0	0	710.000
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	121.866	2.500.000	2.325.000		0	0	0	0	350.128	2.796.994
für Planungskosten (BPS / EPL)	43.218	59.616	40.000		0	0	0	0	44.859	128.077
Σ der Auszahlungen	165.084	2.559.616	2.365.000		0	0	0	0	394.987	2.925.071
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0	0	0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	-165.084	-2.059.616	-1.655.000		0	0	0	0	-394.987	-2.215.071
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Einzahlungen aus Eigenmitteln	165.084	2.059.616	1.655.000		0	0	0	0	394.987	2.215.071
Entnahme aus der Baupauschalrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Σ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	165.084	2.059.616	1.655.000		0	0	0	0	394.987	2.215.071
Saldo gesamt	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Teil II Maßnahmen konsumtiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun- gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Brandschutzsanierung in den Versorgungskanälen					Projekt Nr. 1.528				Zuständigkeit: Klinik	
Abschottung d. Versorgungskanäle										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	38.411	200.000	200.000		0	0	0	0	74.189	312.600
aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	200.000	200.000		0	0	0	0	28.450	228.450
Σ der Einzahlungen	38.411	400.000	400.000		0	0	0	0	102.639	541.050
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	22.448	800.000	800.000		0	0	0	0	198.902	1.021.350
für Planungskosten (BPS / EPL)	15.963	0	0		0	0	0	0	50.197	66.160
Σ der Auszahlungen	38.411	800.000	800.000		0	0	0	0	249.099	1.087.510
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0	0	0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	-400.000	-400.000		0	0	0	0	-146.460	-546.460
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	400.000	400.000		0	0	0	0	146.460	546.460
Entnahme aus der Baupauschalrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Σ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	0	400.000	400.000		0	0	0	0	146.460	546.460
Saldo gesamt	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Brandschutzmaßnahme Haus 2					Projekt Nr. 1.632				Zuständigkeit: Klinik	
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	0	58.650		0	0	0	0	0	58.650
Σ der Einzahlungen	0	0	58.650		0	0	0	0	0	58.650
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	58.650		0	0	0	0	0	58.650
Σ der Auszahlungen	0	0	58.650		0	0	0	0	0	58.650
<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

Brandschutzmaßnahme Haus 3					Projekt Nr. 1.633				Zuständigkeit: Klinik	
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	15.010	15.010		0	0	0	0	0	15.010
aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	22.540	22.540		0	0	0	0	0	22.540
Σ der Einzahlungen	0	37.550	37.550		0	0	0	0	0	37.550
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	37.550	37.550		0	0	0	0	0	37.550
Σ der Auszahlungen	0	37.550	37.550		0	0	0	0	0	37.550
<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

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	EUR
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Brandschutzmaßnahme Haus 4					Projekt Nr. 1.634				Zuständigkeit: Klinik	
<u>Einzahlungen</u> aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	69.650	69.650		0	0	0	0	0	69.650
Σ der Einzahlungen	0	69.650	69.650		0	0	0	0	0	69.650
<u>Auszahlungen</u> für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	69.650	69.650		0	0	0	0	0	69.650
Σ der Auszahlungen	0	69.650	69.650		0	0	0	0	0	69.650
<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
Brandschutzmaßnahme Haus 5					Projekt Nr. 1.635				Zuständigkeit: Klinik	
<u>Einzahlungen</u> aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	17.000		0	0	0	0	0	17.000
Σ der Einzahlungen	0	0	17.000		0	0	0	0	0	17.000
<u>Auszahlungen</u> für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	17.000		0	0	0	0	0	17.000
Σ der Auszahlungen	0	0	17.000		0	0	0	0	0	17.000
<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
Brandschutzmaßnahme Haus 6					Projekt Nr. 1.636				Zuständigkeit: Klinik	
<u>Einzahlungen</u> aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	18.200	18.200		0	0	0	0	0	18.200
Σ der Einzahlungen	0	18.200	18.200		0	0	0	0	0	18.200
<u>Auszahlungen</u> für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	18.200	18.200		0	0	0	0	0	18.200
Σ der Auszahlungen	0	18.200	18.200		0	0	0	0	0	18.200
<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
Brandschutzmaßnahme Haus 7					Projekt Nr. 1.637				Zuständigkeit: Klinik	
<u>Einzahlungen</u> aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	40.400	40.400		0	0	0	0	0	40.400
aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	40.400	40.400		0	0	0	0	0	40.400
Σ der Einzahlungen	0	80.800	80.800		0	0	0	0	0	80.800
<u>Auszahlungen</u> für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	80.800	80.800		0	0	0	0	0	80.800
Σ der Auszahlungen	0	80.800	80.800		0	0	0	0	0	80.800
<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

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	EUR
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Brandschutzmaßnahme Haus 9										
					Projekt Nr.			1.638	Zuständigkeit: Klinik	
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	32.500	32.500		0	0	0	0	0	32.500
Σ der Einzahlungen	0	32.500	32.500		0	0	0	0	0	32.500
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	32.500	32.500		0	0	0	0	0	32.500
Σ der Auszahlungen	0	32.500	32.500		0	0	0	0	0	32.500
<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
Brandschutzmaßnahme Haus 10										
					Projekt Nr.			1.639	Zuständigkeit: Klinik	
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	68.200		0	0	0	0	0	68.200
Σ der Einzahlungen	0	0	68.200		0	0	0	0	0	68.200
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	68.200		0	0	0	0	0	68.200
Σ der Auszahlungen	0	0	68.200		0	0	0	0	0	68.200
<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
Brandschutzmaßnahme Haus 25										
					Projekt Nr.			1.640	Zuständigkeit: Klinik	
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	29.150	29.150		0	0	0	0	0	29.150
Σ der Einzahlungen	0	29.150	29.150		0	0	0	0	0	29.150
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	29.150	29.150		0	0	0	0	0	29.150
Σ der Auszahlungen	0	29.150	29.150		0	0	0	0	0	29.150
<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
Brandschutzmaßnahme Haus 27										
					Projekt Nr.			1.641	Zuständigkeit: Klinik	
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	75.850	75.850		0	0	0	0	0	75.850
Σ der Einzahlungen	0	75.850	75.850		0	0	0	0	0	75.850
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	75.850	75.850		0	0	0	0	0	75.850
Σ der Auszahlungen	0	75.850	75.850		0	0	0	0	0	75.850
<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

Teil II Maßnahmen konsumtiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun- gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Brandschutzmaßnahme Haus 40					Projekt Nr. 1.642				Zuständigkeit: Klinik	
<u>Einzahlungen</u> aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	166.400		0	0	0	0	0	166.400
Σ der Einzahlungen	0	0	166.400		0	0	0	0	0	166.400
<u>Auszahlungen</u> für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	166.400		0	0	0	0	0	166.400
Σ der Auszahlungen	0	0	166.400		0	0	0	0	0	166.400
<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
Brandschutzmaßnahme Haus 56					Projekt Nr. 1.643				Zuständigkeit: Klinik	
<u>Einzahlungen</u> aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	2.600	2.600		0	0	0	0	0	2.600
Σ der Einzahlungen	0	2.600	2.600		0	0	0	0	0	2.600
<u>Auszahlungen</u> für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	2.600	2.600		0	0	0	0	0	2.600
Σ der Auszahlungen	0	2.600	2.600		0	0	0	0	0	2.600
<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
Brandschutzmaßnahme Schöllerstraße 29					Projekt Nr. 1.644				Zuständigkeit: Klinik	
<u>Einzahlungen</u> aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	7.300	7.300		0	0	0	0	0	7.300
Σ der Einzahlungen	0	7.300	7.300		0	0	0	0	0	7.300
<u>Auszahlungen</u> für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	7.300	7.300		0	0	0	0	0	7.300
Σ der Auszahlungen	0	7.300	7.300		0	0	0	0	0	7.300
<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
Brandschutzmaßnahme Schöllerstraße 31					Projekt Nr. 1.645				Zuständigkeit: Klinik	
<u>Einzahlungen</u> aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	5.550	5.550		0	0	0	0	0	5.550
Σ der Einzahlungen	0	5.550	5.550		0	0	0	0	0	5.550
<u>Auszahlungen</u> für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	5.550	5.550		0	0	0	0	0	5.550
Σ der Auszahlungen	0	5.550	5.550		0	0	0	0	0	5.550
<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

Teil II Maßnahmen konsumtiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun- gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Brandschutzmaßnahme Weidenpesch 76					Projekt Nr. 1.646				Zuständigkeit: Klinik	
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	46.200	46.200		0	0	0	0	0	46.200
Σ der Einzahlungen	0	46.200	46.200		0	0	0	0	0	46.200
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	46.200	46.200		0	0	0	0	0	46.200
Σ der Auszahlungen	0	46.200	46.200		0	0	0	0	0	46.200
<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
Brandschutzmaßnahme Alsdorf					Projekt Nr. 1.647				Zuständigkeit: Klinik	
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	25.900		0	0	0	0	25.900	51.800
Σ der Einzahlungen	0	0	25.900		0	0	0	0	25.900	51.800
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	25.900		0	0	0	0	25.900	51.800
Σ der Auszahlungen	0	0	25.900		0	0	0	0	25.900	51.800
<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
Brandschutzmaßnahme Bedburg/Erft					Projekt Nr. 1.648				Zuständigkeit: Klinik	
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	120.200	120.200		0	0	0	0	0	120.200
Σ der Einzahlungen	0	120.200	120.200		0	0	0	0	0	120.200
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	120.200	120.200		0	0	0	0	0	120.200
Σ der Auszahlungen	0	120.200	120.200		0	0	0	0	0	120.200
<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	9,00	9,00	9,00
	15 Ü	0,00	0,00	0,00
	15	2,00	2,00	1,75
	14	10,00	9,00	5,00
	13	17,00	17,00	16,47
	12a	0,00	0,00	0,00
	12	2,00	2,00	2,00
	11b	0,00	0,00	0,00
	11a	0,00	0,00	0,00
	11	3,15	3,15	3,08
	10a	3,00	3,00	1,90
	10	10,00	9,00	10,00
	9d	8,00	8,00	8,00
	9c	16,00	16,00	18,50
	9b	35,80	35,80	30,68
	9a	29,60	29,60	31,18
	9	39,27	39,27	36,70
	8a	17,75	17,75	15,40
	8	30,73	30,73	30,75
	7a	338,50	334,50	339,38
	7	6,00	6,00	5,00
	6	40,25	36,75	38,20
	5	38,75	38,75	41,00
	4a	0,00	0,00	0,00
	4	1,79	1,79	1,15
	3a	43,75	41,75	37,85
	3	20,56	18,56	18,57
	2 Ü	2,36	2,36	1,04
	2	3,60	3,60	2,53
	1	0,00	0,00	0,00
Sozial- und Erziehungsdienst	S 18	0,00	0,00	0,00
	S 17	1,00	1,00	0,75
	S 12 Ü	21,00	20,00	17,20
	S 12	13,25	13,25	19,50
	S 8	6,75	6,75	5,41
Ärzte	IV	7,00	7,00	5,80
	III	8,00	7,00	6,80
	II	24,35	22,35	23,18
	I	30,85	26,85	29,32
Summe		841,06	819,56	813,09

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	70,00	70,00	59,00
Pflegepraktikanten	3,00	3,10	0,00
Ausbild. Handwerk	4,00	4,00	1,00
Summe	77,00	77,10	60,00

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	0,00	1,00	1,00
Gehobener Dienst	- nichttechnischer Verwaltungsdienst -					
	A 11	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00
	A 10	2,00	0,00	0,00	2,00	1,61
Summe		4,00	0,00	0,00	4,00	3,61

5. Sonstige Stellen

	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
Freiwilliges Soziales Jahr	3,00	3,00	3,00
Freiwilliges Ökologisches Jahr	3,00	3,00	0,00
Bundesfreiwilligendienst	14,00	14,00	8,00
Summe	20,00	20,00	11,00

Katalog der Dienstposten mit Dienstwohnungsberechtigung

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	68.189	71.175	4,4%	73.888	3,8%	78.253	5,9%	80.187	2,5%
Sonstige betriebliche Erträge	3.141	3.855	22,7%	2.027	-47,4%	1.955	-3,6%	1.995	2,0%
Σ Erträge	71.330	75.030	5,2%	75.915	1,2%	80.208	5,7%	82.182	2,5%
Personalaufwand	54.884	58.605	6,8%	60.228	2,8%	63.491	5,4%	65.061	2,5%
Materialaufwand	6.524	6.871	5,3%	7.165	4,3%	7.573	5,7%	7.783	2,8%
Sonstige Aufwendungen	9.112	8.806	-3,4%	7.773	-11,7%	8.395	8,0%	8.588	2,3%
Σ Aufwendungen	70.520	74.282	5,3%	75.166	1,2%	79.459	5,7%	81.432	2,5%
Zwischenergebnis (EBITDA)	810	748	-7,7%	749	0,1%	749	0,0%	750	0,1%
Abschreibungen (eigenfinanz.)	616	616	0,0%	619	0,5%	621	0,3%	625	0,6%
Operatives Ergebnis	194	132	-32,0%	130	-1,5%	128	-1,5%	125	-2,3%
Finanzierungsaufwendungen	474	388	-18,1%	388	0,0%	388	0,0%	388	0,0%
Finanzierungserträge	153	126	-17,6%	126	0,0%	126	0,0%	126	0,0%
Finanzergebnis	-321	-262	-18,4%	-262	0,0%	-262	0,0%	-262	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	-127	-130	2,4%	-132	1,5%	-134	1,5%	-137	2,2%
Steuern	11	10	-9,1%	10	0,0%	10	0,0%	10	0,0%
Überschuss / Fehlbetrag	-138	-140	1,4%	-142	1,4%	-144	1,4%	-147	2,1%
Entnahme aus Gewinnrücklagen	210	210	0,0%	213	1,4%	215	0,9%	218	1,4%
Ergebnis	72	70	-2,8%	71	1,4%	71	0,0%	71	0,0%

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 (KGH 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 KGH 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 Betriebssatzung 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 Baupauschalenerücklage	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 Baupauschalenerücklage	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. auszahlun- gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
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. auszahlun- gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Erneuerung Blockheizkraftwerke					Projekt Nr. 1.715		Zuständigkeit: Trägerverwaltung			
<u>Einzahlungen</u>										
Σ 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
Σ 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
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
Σ 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
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
für Planungskosten (BPS / EPL)	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
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
Σ 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. auszahlun- gen / VE
	EUR	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	EUR	EUR	
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
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
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
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
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
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	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. Nachwuchskräfte

Ausbildungsverhältnis	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:

Laufbahngruppe	Besoldungsgruppe	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-Klinikum Essen

Entwurf 2017

Betrauung des LVR-Klinikums Essen - Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen

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 Essen - Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen

Das LVR-Klinikum Essen - Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen, Virchowstraße 174, 45147 Essen, ist als psychiatrisches Fachkrankenhaus unter der Krankenhausnummer 1130220 mit den Fachdisziplinen

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

sowie einer

- Ausbildungsstätte für den Ausbildungsgang „Ergotherapie“

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 Essen - Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen in den entsprechenden Versorgungsgebieten.

Auf der Grundlage ihres Versorgungsauftrages und der Betriebssatzung der LVR-Kliniken nimmt das LVR-Klinikum Essen - Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen den ärztlichen, pflegerischen, technischen und wirtschaftlichen Betrieb der Krankenhausbetriebsstätten an folgenden Standorten wahr:

- LVR-Klinikum Essen - Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen, Virchowstraße 174, 45147 Essen

Außenstellen:

- Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie, Wickenburgsstraße 23, 45147 Essen
- Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie, Overbergstr. 27, 45141 Essen
- Suchtmedizinische Ambulanz, Cranachstraße 3a, 45147 Essen
- Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie, Düsseldorfer Str. 136-138, 45481 Mülheim/Ruhr

Das Versorgungsgebiet des LVR-Klinikums Essen - Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen umfasst die Essener Stadtteile:

- Altendorf, Westviertel, Frohnhausen, Hosterhausen, Fulerum, Margarethenhöhe, Rüttenscheid, Haarzopf, Bredeney, Schuir, Fischlaken, Heisingen, Kettwig, Werden und Heidhausen

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie obliegt dem LVR-Klinikum Essen - Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen die psychiatrische Pflichtversorgung folgender Städte:

- Stadt Oberhausen
- Stadt Mülheim/Ruhr

Das Pflichtversorgungsgebiet für Jugendliche ab 14 Jahren umfasst folgende Essener Stadtteile:

- Karnap, Vogelheim, Bergeborbeck, Dellwig, Frintrop, Bedingrade, Schönebeck, Gerschede, Borbeck-Mitte, Bochold, Altendorf, Frohnhausen, Holsterhausen, Fulerum, Margarethenhöhe, Haarzopf, Rüttenscheid, Bredeney, Schuir, Werden, Kettwig, Heidhausen, Westviertel und Nordviertel

Für alle anderen Altersgruppen umfasst das Pflichtversorgungsgebiet in der Kinder- und Jugendpsychiatrie das gesamte Stadtgebiet Essen.

Eine gesonderte Zuständigkeit besteht für Jugendliche ab 14 Jahren aus folgenden Heimen:

- Ahrfeldstraße, Haus Hoheneck, Funke-Stiftung und St. Josefsheim

Soweit für die Erbringung dieser Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse erforderlich, gewährt der Landschaftsverband Rheinland dem LVR-Klinikum Essen - Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen 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 Essen - Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen 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 Auf-

gabenerfüllung der DAWI erforderliche Maß hinausgehen, führt das LVR-Klinikum Essen - Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen 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 das LVR-Klinikum Essen - Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen zur Rückzahlung des zu hohen (Anteils-) Betrags verpflichtet.

Die Betrauung des LVR-Klinikums Essen - Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen 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	153	153	153
Kinder- und Jugendpsychiatrie	50	50	50
Psychosomatik / Psychotherapie	30	30	30
Summe vollstationäre Betten	233	233	233
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	25	25	25
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	31	31	31
Tagesklinik Psychosomatik / Psychotherapie	16	16	16
Tagesklinik Gerontopsychiatrie	15	15	15
Summe teilstationäre Plätze	87	87	87
Summe KHG-Bereich	320	320	320
Maßregelvollzug	54	54	54
Soziale Reha	0	0	0
Suchtentwöhnung / Med. Reha	0	0	0
Pflegeheimbereich	0	0	0
Jugendhilfe	0	0	0
Klinik Gesamt	374	374	374

Entwicklung des Personals

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Vollkräfte Gesamt	559,16	562,55	564,73

Erfolgsplan

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Umsatzerlöse	44.280	42.451	42.320
Sonstige betriebliche Erträge	3.889	3.486	6.059
Σ Erträge	48.169	45.937	48.379
Personalaufwand	38.958	36.956	36.544
Materialaufwand	4.825	4.764	4.831
Sonstige Aufwendungen	3.721	3.794	6.482
Σ Aufwendungen	47.504	45.514	47.857
Zwischenergebnis (EBITDA)	665	423	522
Abschreibungen (eigenfinanziert)	375	167	328
Operatives Ergebnis	290	256	194
Finanzierungsaufwendungen	116	74	123
Finanzierungserträge	0	0	15
Finanzergebnis	-116	-74	-108
Erträge aus Auflösung von Pensionszahlungen	0	0	0
Aufw. a. Aufl. von Ford. a. Pens.rückstell. anderer Kliniken	0	0	0
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0
Ergebnis vor Steuern	174	182	86
Steuern	10	8	5
Überschuss / Fehlbetrag	164	174	81
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	0	664
Ergebnis	164	174	745

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	38.203	36.876	37.056
Erlöse aus Wahlleistungen	500	411	414
Erlöse aus ambulanten Leistungen	5.427	5.016	4.714
Nutzungsentgelte der Ärzte	150	148	136
Umsatzerlöse	44.280	42.451	42.320

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

Berechnungstage

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Allgemeine Psychiatrie	51.320	51.320	52.103
Kinder- und Jugendpsychiatrie	16.695	16.695	17.289
Psychosomatik / Psychotherapie	5.205	5.205	5.083
Summe vollstationär	73.220	73.220	74.475
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	7.783	7.783	7.801
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	7.500	7.500	7.833
Tagesklinik Psychosomatik / Psychotherapie	6.738	6.738	7.181
Tagesklinik Gerontopsychiatrie	4.040	4.040	4.058
Summe teilstationär	26.061	26.061	26.873
Summe KHG-Bereich	99.281	99.281	101.348
Maßregelvollzug	19.710	19.764	18.412
Soziale Reha	0	0	0
Suchtentwöhnung / Med. Reha	0	0	0
Pflegeheimbereich	0	0	0
Klinik Gesamt	118.991	119.045	119.760

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

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Ambulanzen	18.100	18.000	17.222
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	2.919	2.919	2.870
Erträge aus Hilfs- und Nebenbetrieben	48	48	48
Übrige Erträge	922	519	3.141
Auflösung von Rückstellungen EBITDA-relevant	0	0	0
Auflösung von Rückstellungen EBITDA-neutral	0	0	0
Sonstige betriebliche Erträge	3.889	3.486	6.059

In den Zuweisungen und Zuschüssen sind Zuwendungen des LVR in Höhe von insgesamt 41.000 € enthalten.

3) Personalaufwand

Die Personalaufwendungen verteilen sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

	Plan		Ergebnis 2015 TEUR
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Ärztlicher Dienst	8.626	7.863	7.059
Pflegedienst	15.250	14.837	15.381
Medizinisch-Technischer Dienst	7.898	7.424	7.656
Funktionsdienst	2.589	2.474	2.294
Klinisches Hauspersonal	81	80	69
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	492	521	472
Technischer Dienst	0	0	0
Verwaltungsdienst	2.572	2.538	2.340
Sonderdienst	155	133	138
Sonstiges Personal	372	360	305
Ausbildungsstätten	422	359	308
Nicht zurechenbare Personalkosten	501	367	522
Personalaufwand	38.958	36.956	36.544

Auf den Stellenplan wird verwiesen.

4) Materialaufwendungen

Die Materialaufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2015 TEUR
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Lebensmittel	1.623	1.542	1.635
Medizinischer Bedarf	1.183	1.258	1.198
Wasser, Energie, Brennstoffe	727	907	766
Wirtschaftsbedarf	1.292	1.057	1.232
Sonstige	0	0	0
Materialaufwand	4.825	4.764	4.831

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	435	529	535
Zentrale Dienstleistungen	853	927	947
Instandhaltungen Aufwand	381	344	375
Instand.aufw.rücklagefin. Baumaßnahm. gem GFP	0	0	416
Instand.aufwend. rücklagenfin. Baumaßnahmen	0	0	0
Wartung	287	229	276
Abgaben, Versicherungen	155	128	148
Übrige Aufwendungen	1.610	1.637	3.785
Sonstige Aufwendungen	3.721	3.794	6.482

6) Kassenkreditrahmen

Die Höhe der Kassenkredite beträgt 5.550.000 €.

Gesamtübersicht		bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun- gen / 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
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		0	0	0	0	0	0
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	144.113	0	0		0	0	0	0	184.015	328.128
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	167.163	167.163	167.163		167.163	167.163	167.163	167.163	167.163	1.170.141
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	462.994	462.994		463.000	463.000	463.000	463.000	462.994	2.777.988
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	101.798	102.077		102.000	102.000	102.000	102.000	102.077	612.154
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
9	Σ der Einzahlungen	311.276	731.955	732.234		732.163	732.163	732.163	732.163	916.249	4.888.411
<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	115.985	0	50.000		150.000	0	0	0	184.015	500.000
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	28.417	0	17.000		51.000	0	0	0	0	96.417
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	564.792	565.071		565.000	565.000	565.000	565.000	565.071	3.390.142
14	für sonstige Investitionen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
15	Σ der Auszahlungen	144.402	564.792	632.071		766.000	565.000	565.000	565.000	749.086	3.986.559
16	<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>	0	0	0	201.000	201.000	0	0	0	0	201.000
17	Saldo Investitionstätigkeit	166.874	167.163	100.163		-33.837	167.163	167.163	167.163	167.163	901.852
Finanzierungstätigkeit											
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	310	0	67.000		201.000	0	0	0	0	268.310
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	0	0		0	0	0	0	0	0
20	Entnahme aus der Baupauschalrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
21	Σ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit	310	0	67.000		201.000	0	0	0	0	268.310
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	21	0	4.651		18.539	18.539	18.539	18.539	0	78.826
23	Zuführung zu der Baupauschalrücklage	167.163	167.163	162.512		148.624	148.624	148.624	148.624	167.163	1.091.336
24	Σ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	167.184	167.163	167.163		167.163	167.163	167.163	167.163	167.163	1.170.162
25	Saldo aus Finanzierungstätigkeit	-166.874	-167.163	-100.163		33.837	-167.163	-167.163	-167.163	-167.163	-901.852

Teil I. Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlungen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Ersatz August-Schmidt-Haus										
21 TKL-Plätze										
					Projekt Nr.		1.144	Zuständigkeit: Trägerverwaltung		
Einzahlungen										
Σ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	50.000		150.000	0	0	0	0	200.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	289	0	17.000		51.000	0	0	0	0	68.289
Σ der Auszahlungen	289	0	67.000		201.000	0	0	0	0	268.289
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				201.000	201.000	0	0	0		201.000
Saldo Maßnahme (Einzahlg. ./. Auszahlg.)	-289	0	-67.000		-201.000	0	0	0	0	-268.289
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	289	0	67.000		201.000	0	0	0	0	268.289
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Entnahme aus der Baupauschalenrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Σ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	289	0	67.000		201.000	0	0	0	0	268.289
Saldo gesamt	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Bauliche und sicherheitstechnische Maßnahmen MRV (ThUG)										
Umbaumaßnahme zur Unterbringung ThUG-Patienten										
					Projekt Nr.		1.678	Zuständigkeit: Trägerverwaltung		
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	144.113	0	0		0	0	0	0	184.015	328.128
Σ der Einzahlungen	144.113	0	0		0	0	0	0	184.015	328.128
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	115.985	0	0		0	0	0	0	184.015	300.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	28.128	0	0		0	0	0	0	0	28.128
Σ der Auszahlungen	144.113	0	0		0	0	0	0	184.015	328.128
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlg. ./. Auszahlg.)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Maßnahmen aus dem Vorjahr ohne Ansatz in 2017										
Einzahlungen										
Σ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Auszahlungen										
Σ der Auszahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlg. ./. Auszahlg.)	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Teil I. Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun- gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	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	462.994	462.994		463.000	463.000	463.000	463.000	462.994	2.777.988
Zuweisungen der Forensik	0	101.798	102.077		102.000	102.000	102.000	102.000	102.077	612.154
Σ der investiven Einzahlungen	0	564.792	565.071		565.000	565.000	565.000	565.000	565.071	3.390.142
<u>Auszahlungen</u>										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	564.792	565.071		565.000	565.000	565.000	565.000	565.071	3.390.142
Σ der investiven Auszahlungen	0	564.792	565.071		565.000	565.000	565.000	565.000	565.071	3.390.142
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)	167.163	167.163	167.163		167.163	167.163	167.163	167.163	167.163	1.170.141
Σ der Einzahlungen	167.163	167.163	167.163		167.163	167.163	167.163	167.163	167.163	1.170.141
<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	167.163	167.163	167.163		167.163	167.163	167.163	167.163	167.163	1.170.141
Finanzierungstätigkeit										
Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	0	0	4.651		18.539	18.539	18.539	18.539	0	78.805
Zuführung zu der Baupauschalenrücklage	167.163	167.163	162.512		148.624	148.624	148.624	148.624	167.163	1.091.336
Σ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	167.163	167.163	167.163	0	167.163	167.163	167.163	167.163	167.163	1.170.141
Saldo aus Finanzierungstätigkeit	167.163	167.163	167.163		167.163	167.163	167.163	167.163	167.163	1.170.141
Ergebnis	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Stellenübersicht 2017 (Entwurf)

1. Beschäftigte	Entgelt- gruppe	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
	Sondervertrag	6,00	6,00	4,00
	15	6,00	6,00	5,00
	14	6,00	6,00	5,52
	13	50,00	57,00	47,31
	12	2,00	2,00	1,25
	11	4,00	4,00	3,56
	10a	1,00	1,00	1,00
	10	5,25	5,25	4,25
	9d	2,00	2,00	2,00
	9c	13,00	12,50	13,24
	9b	17,21	17,21	15,66
	9a	12,00	12,00	11,51
	9	36,00	36,00	32,58
	8a	4,15	4,15	3,58
	8	28,00	28,00	26,62
	7a	180,00	181,52	184,99
	6	15,50	15,50	15,57
	5	35,00	35,00	39,93
	4a	7,00	7,00	3,88
	4	3,00	3,00	4,00
	3a	7,00	7,00	7,60
	3	19,00	19,00	18,37
	2 Ü	0,00	0,00	0,00
Sozial- und Erziehungsdienst	S 18	0,00	0,00	0,00
	S 12 Ü	0,00	16,45	0,00
	S 12	28,00	8,75	27,31
	S 8b	21,00	0,00	20,99
	S 8	0,00	18,00	0,00
	S 4	1,00	0,00	1,00
Ärzte	IV	4,00	4,00	4,00
	III	11,65	10,00	11,65
	II	8,00	15,00	6,55
	I	48,00	46,78	48,28
Summe		580,76	586,11	571,20

2. Nachwuchskräfte

Aus- bildungs- verhältnis	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
Berufspraktikant	10,00	10,00	0,00
Weiteres Personal	0,00	0,00	0,00
Summe	10,00	10,00	0,00

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		
Höherer Dienst	A 16 *)	2,00	0,00	0,00	2,00	2,00

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

Summe	2,00	0,00	0,00	2,00	2,00

5. Sonstige Stellen

	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
BFD/FSJ/Zivildienstleistende	8,00	8,00	9,00
Summe	8,00	8,00	9,00

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	42.451	44.280	4,3%	45.368	2,5%	46.490	2,5%	47.689	2,6%
Sonstige betriebliche Erträge	3.486	3.889	11,6%	3.984	2,4%	4.084	2,5%	4.184	2,4%
Σ Erträge	45.937	48.169	4,9%	49.352	2,5%	50.574	2,5%	51.873	2,6%
Personalaufwand	36.956	38.958	5,4%	39.936	2,5%	40.933	2,5%	41.956	2,5%
Materialaufwand	4.764	4.825	1,3%	4.940	2,4%	5.051	2,2%	5.171	2,4%
Sonstige Aufwendungen	3.794	3.721	-1,9%	3.811	2,4%	3.905	2,5%	4.000	2,4%
Σ Aufwendungen	45.514	47.504	4,4%	48.687	2,5%	49.889	2,5%	51.127	2,5%
Zwischenergebnis (EBITDA)	423	665	57,2%	665	0,0%	685	3,0%	746	8,9%
Abschreibungen (eigenfinanz.)	167	375	124,6%	375	0,0%	375	0,0%	435	16,0%
Operatives Ergebnis	256	290	13,3%	290	0,0%	310	6,9%	311	0,3%
Finanzierungsaufwendungen	74	116	56,8%	116	0,0%	136	17,2%	136	0,0%
Finanzierungserträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Finanzergebnis	-74	-116	56,8%	-116	0,0%	-136	17,2%	-136	0,0%
Erträge aus Auflösung von Pensionszahlungen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Aufw. a. Aufl. von Ford. a. Pens.rückstell. anderer Kliniken	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis vor Steuern	182	174	-4,4%	174	0,0%	174	0,0%	175	0,6%
Steuern	8	10	25,0%	10	0,0%	10	0,0%	10	0,0%
Überschuss / Fehlbetrag	174	164	-5,7%	164	0,0%	164	0,0%	165	0,6%
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis	174	164	-5,7%	164	0,0%	164	0,0%	165	0,6%

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 (KGH 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 KGH 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 Geschäftsdokumente 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
Σ 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
Σ 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. Baumaßnahm. 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. auszahlun- gen / 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
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	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	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
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	261.311	280.000
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0	0	0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./ Auszahlung)	-18.689	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	261.311	280.000
Saldo gesamt	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
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	100.000	100.000
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0	0	0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./ Auszahlung)	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	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	EUR	EUR	EUR
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
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	EUR	EUR	EUR	
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Umstrukturierung der LVR-Klinik Köln					Projekt Nr.		589		Zuständigkeit: Trägerverwaltung	
Titel B: Verlagerung der zentralen Aufnahme und der Ambulanz										
Einzahlungen										
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
Auszahlungen										
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
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				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										
Einzahlungen										
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
Auszahlungen										
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
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				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 (KGH 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 KGH 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 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 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
Σ 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
Σ 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. Baumaßnahm. 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. auszahlun- gen / 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	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 Baupauschalentrücklage	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 Baupauschalentrücklage	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 30 Betten und 30 tagesklinische Plätze					Projekt Nr. 1.385				Zuständigkeit: Klinik	
Einzahlungen										
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
Auszahlungen										
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
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				50.000	50.000	0	0	0		50.000
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Standardbettenhaus 144 Betten					Projekt Nr. 1.575				Zuständigkeit: Trägerverwaltung	
Einzahlungen										
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
Auszahlungen										
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
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				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	
Dependance Solingen 40 Betten					Projekt Nr. 1.688				Zuständigkeit: Trägerverwaltung	
Einzahlungen										
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
Auszahlungen										
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
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				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										
Einzahlungen										
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
Auszahlungen										
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
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				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 16 Betten					Projekt Nr. 1.730			Zuständigkeit: Klinik		
Einzahlungen										
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
Auszahlungen										
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
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				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

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	EUR
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
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. auszahlun- gen / VE
	EUR	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
Σ 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
Σ 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 Baupauschalenrücklage	176.653	0	0		0	0	0	0	0	176.653
Σ 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. auszahlun- gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Brandschutzmaßnahmen Haus 26					Projekt Nr. 1.141				Zuständigkeit: Klinik	
Beseitigung der festgestellten Brandschutzmängel										
Einzahlungen										
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
Auszahlungen										
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
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				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										
Einzahlungen										
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
Auszahlungen										
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
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				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	
Einzahlungen										
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
Auszahlungen										
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
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				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%
Σ 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%
Σ 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%

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

LVR-Klinik Mönchengladbach

Entwurf 2017

Betrauung der LVR-Klinik Mönchengladbach

Vorbemerkung

Nach Maßgabe des § 1 Abs. 2 des Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KGH 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 KGH 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 Mönchengladbach

Die LVR-Klinik Mönchengladbach, Heinrich-Pesch-Straße 39-41, 41239 Mönchengladbach, ist als psychiatrisches Fachkrankenhaus unter der Krankenhausnummer 1160422 mit den Fachdisziplinen

- Psychiatrie (Allgemein)
- Tagesklinik Psychiatrie (Allgemein)

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 Mönchengladbach in den entsprechenden Versorgungsgebieten.

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

- LVR-Klinik Mönchengladbach, Heinrich-Pesch-Straße 39-41, 41239 Mönchengladbach
Außenstelle:
- Tagesklinik, Gartenstr. 72, 41236 Mönchengladbach

Das Versorgungsgebiet der LVR-Klinik Mönchengladbach umfasst folgende Regionen:

- Stadt Mönchengladbach ohne den Stadtbezirk Neuwerk, im Stadtbezirk Stadtmitte Stadtteil Ohler

Darüber hinaus erbringt die LVR-Klinik Mönchengladbach 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 Mönchengladbach 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 Mönchengladbach unter Berücksichtigung der dabei erzielten Einnahmen und einer angemessenen Umsatz-

rendite 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 Mönchengladbach 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 Mönchengladbach zur Rückzahlung des zu hohen (Anteils-) Betrags verpflichtet.

Die Betrauung der LVR-Klinik Mönchengladbach 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	170	130	130
Summe vollstationäre Betten	170	130	130
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	38	18	18
Tagesklinik Gerontopsychiatrie	18	18	18
Summe teilstationäre Plätze	56	36	36
Summe KHG-Bereich	226	166	166
Maßregelvollzug	0	0	0
Soziale Reha	45	42	42
Suchtentwöhnung / Med. Reha	0	0	0
Pflegeheimbereich	0	0	0
Jugendhilfe	0	0	0
Klinik Gesamt	271	208	208

Entwicklung des Personals

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Vollkräfte Gesamt	214,68	193,58	190,04

Erfolgsplan

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Umsatzerlöse	20.249	17.180	17.369
Sonstige betriebliche Erträge	1.815	1.057	1.495
Σ Erträge	22.064	18.237	18.864
Personalaufwand	14.798	12.087	12.164
Materialaufwand	1.634	1.561	1.393
Sonstige Aufwendungen	5.396	4.299	4.972
Σ Aufwendungen	21.828	17.947	18.529
Zwischenergebnis (EBITDA)	236	290	335
Abschreibungen (eigenfinanziert)	194	137	0
Operatives Ergebnis	42	153	335
Finanzierungsaufwendungen	101	157	46
Finanzierungserträge	0	4	0
Finanzergebnis	-101	-153	-46
Außerordentliches Ergebnis	0	0	186
Ergebnis vor Steuern	-59	0	475
Steuern	5	5	4
Überschuss / Fehlbetrag	-64	-5	471
Entnahme aus Gewinnrücklagen	71	19	17
Ergebnis	7	14	488

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	18.789	15.919	16.034
Erlöse aus Wahlleistungen	343	200	284
Erlöse aus ambulanten Leistungen	1.047	981	992
Nutzungsentgelte der Ärzte	70	80	59
Umsatzerlöse	20.249	17.180	17.369

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

Berechnungstage

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Allgemeine Psychiatrie	54.148	47.450	48.186
Summe vollstationär	54.148	47.450	48.186
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	6.983	4.500	4.416
Tagesklinik Gerontopsychiatrie	4.500	4.500	4.529
Summe teilstationär	11.483	9.000	8.945
Summe KHG-Bereich	65.631	56.450	57.131
Maßregelvollzug	0	0	0
Soziale Reha	16.425	15.330	15.317
Suchtentwöhnung / Med. Reha	0	0	0
Pflegeheimbereich	0	0	0
Klinik Gesamt	82.056	71.780	72.448

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

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Ambulanzen	5.000	5.000	0
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	77	85	68
Erträge aus Hilfs- und Nebenbetrieben	25	22	21
Übrige Erträge	1.713	950	1.406
Auflösung von Rückstellungen EBITDA-relevant	0	0	0
Auflösung von Rückstellungen EBITDA-neutral	0	0	0
Sonstige betriebliche Erträge	1.815	1.057	1.495

In den Zuweisungen und Zuschüssen sind Zuwendungen des LVR in Höhe von insgesamt 30.500 € enthalten. Hierbei handelt es sich um den Zuschuss zur Migrantenambulanz, die Erstattungen für Bekleidung und Fahrtkosten sowie den Zuschuss für die Förderung von psychiatrischen Hilfgemeinschaften und Ehrenamtlichen Initiativen.

3) Personalaufwand

Die Personalaufwendungen verteilen sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Ärztlicher Dienst	2.828	2.382	2.290
Pflegedienst	8.259	6.716	7.339
Medizinisch-Technischer Dienst	1.855	1.514	1.498
Funktionsdienst	805	619	687
Klinisches Hauspersonal	0	0	0
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	352	351	334
Technischer Dienst	0	0	0
Verwaltungsdienst	344	265	316
Sonderdienst	60	60	60
Sonstiges Personal	95	32	99
Ausbildungsstätten	0	0	0
Nicht zurechenbare Personalkosten	200	148	-459
Personalaufwand	14.798	12.087	12.164

Auf den Stellenplan wird verwiesen.

4) Materialaufwendungen

Die Materialaufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Lebensmittel	385	314	330
Medizinischer Bedarf	571	487	484
Wasser, Energie, Brennstoffe	441	520	376
Wirtschaftsbedarf	237	240	203
Sonstige	0	0	0
Materialaufwand	1.634	1.561	1.393

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	247	218	210
Zentrale Dienstleistungen	2.412	2.129	2.046
Instandhaltungen Aufwand	551	705	467
Instand.aufw.rücklagefin. Baumaßnahm. gem GFP	0	0	0
Instand.aufwend. rücklagenfin. Baumaßnahmen	0	0	0
Wartung	73	51	62
Abgaben, Versicherungen	107	88	91
Übrige Aufwendungen	2.006	1.108	2.096
Sonstige Aufwendungen	5.396	4.299	4.972

6) Kassenkreditrahmen

Die Höhe der Kassenkredite beträgt 2.575.000 €.

Gesamtübersicht		bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun- gen /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	4.537.459	1.332.711		0	0	0	0	3.317.275	4.649.986
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		0	0	0	0	0	0
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	0	0		0	0	0	0	0	0
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	139.519	139.519	139.519		139.519	139.519	139.519	139.519	139.519	976.635
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	275.000	319.000		360.000	360.000	360.000	360.000	319.000	2.078.000
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	28.300	30.000		30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	180.000
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
9	Σ der Einzahlungen	139.519	4.980.278	1.821.230		529.519	529.519	529.519	529.519	3.805.794	7.884.621
<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	1.703.406	6.090.000	1.258.714		0	0	0	0	6.090.000	9.052.120
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	193.944	240.000	73.997		0	0	0	0	210.000	477.941
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	303.300	349.000		390.000	390.000	390.000	390.000	349.000	2.258.000
14	für sonstige Investitionen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
15	Σ der Auszahlungen	1.897.350	6.633.300	1.681.711		390.000	390.000	390.000	390.000	6.649.000	11.788.061
16	<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	Saldo Investitionstätigkeit	-1.757.831	-1.653.022	139.519		139.519	139.519	139.519	139.519	-2.843.206	-3.903.440
Finanzierungstätigkeit											
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	1.617.275	1.792.541	0		0	0	0	0	2.982.725	4.600.000
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	280.075	198.637	96.078		96.078	96.078	96.078	96.078	96.078	856.542
20	Entnahme aus der Baupauschalrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
21	Σ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit	1.897.350	1.991.178	96.078		96.078	96.078	96.078	96.078	3.078.803	5.456.542
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	111.744	338.156	235.597		235.597	235.597	235.597	235.597	235.597	1.525.327
23	Zuführung zu der Baupauschalrücklage	27.776	0	0		0	0	0	0	0	27.775
24	Σ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	139.519	338.156	235.597		235.597	235.597	235.597	235.597	235.597	1.553.102
25	Saldo aus Finanzierungstätigkeit	1.757.831	1.653.022	-139.519		-139.519	-139.519	-139.519	-139.519	2.843.206	3.903.440

LVR-Klinik Mönchengladbach

Vermögensplan

2017

/

Investitionsprogramm 2016 - 2020

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun- gen / V E
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Umbau Haus B					Projekt Nr.		1.059		Zuständigkeit: Trägerverwaltung	
40 Betten										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	4.537.459	1.332.711		0	0	0	0	3.317.275	4.649.986
aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Σ der Einzahlungen	0	4.537.459	1.332.711		0	0	0	0	3.317.275	4.649.986
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	1.703.406	6.090.000	1.258.714		0	0	0	0	6.090.000	9.052.120
für Planungskosten (BPS / EPL)	193.944	240.000	73.997		0	0	0	0	210.000	477.941
Σ der Auszahlungen	1.897.350	6.330.000	1.332.711		0	0	0	0	6.300.000	9.530.061
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	-1.897.350	-1.792.541	0		0	0	0	0	-2.982.725	-4.880.075
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	1.617.275	1.792.541	0		0	0	0	0	2.982.725	4.600.000
Einzahlungen aus Eigenmitteln	280.075	0	0		0	0	0	0	0	280.075
Entnahme aus der Baupauschalentrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Σ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	1.897.350	1.792.541	0		0	0	0	0	2.982.725	4.880.075
Saldo gesamt	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Maßnahmen aus dem Vorjahr ohne Ansatz in 2017										
Einzahlungen										
Σ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Auszahlungen										
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
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun- gen IV E
	EUR	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	275.000	319.000		360.000	360.000	360.000	360.000	319.000	2.078.000
aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen (Reha-Bereich)	0	28.300	30.000		30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	180.000
Σ der investiven Einzahlungen	0	303.300	349.000		390.000	390.000	390.000	390.000	349.000	2.258.000
<u>Auszahlungen</u>										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	303.300	349.000		390.000	390.000	390.000	390.000	349.000	2.258.000
Σ der investiven Auszahlungen	0	303.300	349.000		390.000	390.000	390.000	390.000	349.000	2.258.000
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)	139.519	139.519	139.519		139.519	139.519	139.519	139.519	139.519	976.635
Σ der Einzahlungen	139.519	139.519	139.519		139.519	139.519	139.519	139.519	139.519	976.635
<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	139.519	139.519	139.519		139.519	139.519	139.519	139.519	139.519	976.635
Finanzierungstätigkeit										
Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	111.744	139.519	139.519		139.519	139.519	139.519	139.519	139.519	948.859
Zuführung zu der Baupauschalentrücklage	27.776	0	0		0	0	0	0	0	27.775
Σ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	139.519	139.519	139.519		139.519	139.519	139.519	139.519	139.519	976.635
Saldo aus Finanzierungstätigkeit	139.519	139.519	139.519		139.519	139.519	139.519	139.519	139.519	976.635
Ergebnis	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Stellenübersicht 2017 (Entwurf)

1. Beschäftigte	Entgelt- gruppe	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
	Sondervertrag	3,00	3,00	3,00
	15 Ü	1,00	0,00	1,00
	15	0,00	0,00	0,00
	14	0,00	5,00	0,00
	13	5,00	1,00	4,95
	12a	1,00	0,00	1,00
	12	0,00	1,00	0,00
	11b	1,00	0,00	0,94
	11a	0,00	0,00	0,00
	11	0,00	2,00	0,00
	10a	1,00	0,00	0,50
	10	0,00	3,00	0,00
	9d	3,00	2,00	2,25
	9c	1,00	4,00	1,00
	9b	3,00	11,00	2,25
	9a	11,00	12,00	9,75
	9	13,00	3,00	12,25
	8a	3,00	6,00	2,35
	8	5,00	8,00	4,75
	7a	9,00	81,00	8,79
	7	81,00	0,00	80,04
	6	0,00	5,00	0,00
	5	5,00	11,00	4,91
	4a	11,00	0,00	10,70
	4	0,00	1,00	0,00
	3a	1,00	4,00	1,00
	3	4,00	4,00	3,62
	2 Ü	3,00	0,00	2,80
	2	0,00	4,50	0,00
	1	10,00	4,00	9,08
Sozial- und Erziehungsdienst	S 18	1,00	0,00	0,75
	S 12 Ü		0,00	
	S 12	0,00	12,50	0,00
	S 9	14,00	0,00	13,60
	S 8	0,00	4,00	0,00
Ärzte	IV		2,00	
	III	2,00	3,00	2,00
	II	3,00	15,00	2,00
	I	15,00	0,00	14,88
Summe		213,00	212,00	203,16

2. Nachwuchskräfte

Ausbildungsverhältnis	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
Berufspraktikant	2,00	2,00	0,00
Kr.- Pflegeschüler	20,00	18,00	20,00
Pflegepraktikanten	5,00	8,00	1,00
Summe	27,00	28,00	21,00

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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	A 13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Gehobener Dienst	- nichttechnischer Verwaltungsdienst -					
	A 11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	A 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	- technischer Verwaltungsdienst -					
	A 13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mittlerer Dienst						
	A 9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Summe		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

5. Sonstige Stellen

	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
Zivildienstleistende	0,00	10,00	0,00
Freiwilliges Soziales Jahr	10,00	0,00	5,00
Summe	10,00	10,00	5,00

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	17.180	20.249	17,9%	22.845	12,8%	23.417	2,5%	23.916	2,1%
Sonstige betriebliche Erträge	1.057	1.815	71,7%	1.939	6,8%	1.954	0,8%	1.972	0,9%
Σ Erträge	18.237	22.064	21,0%	24.784	12,3%	25.371	2,4%	25.888	2,0%
Personalaufwand	12.087	14.798	22,4%	16.514	11,6%	16.922	2,5%	17.340	2,5%
Materialaufwand	1.561	1.634	4,7%	1.860	13,8%	1.887	1,5%	1.915	1,5%
Sonstige Aufwendungen	4.299	5.396	25,5%	6.180	14,5%	6.337	2,5%	6.413	1,2%
Σ Aufwendungen	17.947	21.828	21,6%	24.554	12,5%	25.146	2,4%	25.668	2,1%
Zwischenergebnis (EBITDA)	290	236	-18,6%	230	-2,5%	225	-2,2%	220	-2,2%
Abschreibungen (eigenfinanz.)	137	194	41,6%	194	0,0%	194	0,0%	194	0,0%
Operatives Ergebnis	153	42	-72,5%	36	-14,3%	31	-13,9%	26	-16,1%
Finanzierungsaufwendungen	157	101	-35,7%	95	-5,9%	90	-5,3%	84	-6,7%
Finanzierungserträge	4	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Finanzergebnis	-153	-101	-34,0%	-95	-5,9%	-90	-5,3%	-84	-6,7%
Außerordentliche Erträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis vor Steuern	0	-59	0,0%	-59	0,0%	-59	0,0%	-58	-1,7%
Steuern	5	5	0,0%	5	0,0%	5	0,0%	5	0,0%
Überschuss / Fehlbetrag	-5	-64	1180,0%	-64	0,0%	-64	0,0%	-63	-1,6%
Entnahme aus Gewinnrücklagen	19	71	273,7%	71	0,0%	71	0,0%	71	0,0%
Ergebnis	14	7	-50,0%	7	0,0%	7	0,0%	8	14,3%

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

LVR-Klinik Viersen

Entwurf 2017

Betrauung der LVR-Klinik Viersen

Vorbemerkung

Nach Maßgabe des § 1 Abs. 2 des Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KGH 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 KGH 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 Viersen

Die LVR-Klinik Viersen, Johannisstraße 70, 41717 Viersen ist als psychiatrisches Fachkrankenhaus unter der Krankenhausnummer 1660453 mit den Fachdisziplinen

- Psychiatrie (Allgemein)
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Tagesklinik Psychiatrie (Allgemein)
- Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie

sowie dem besonderen Angebot

Pharmazie (nicht bettenführend)

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 Viersen in den entsprechenden Versorgungsgebieten.

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

- LVR-Klinik Viersen, Johannisstraße 70, 41717 Viersen

Außenstellen:

- Tagesklinik Viersen (Allgemeine Psychiatrie und Gerontopsychiatrie), Oberrahserstraße 2, 41748 Viersen
- Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik Mönchengladbach, Regentenstraße 91, 41061 Mönchengladbach
- Fanny-Zahn-Haus, Süchtelner Straße 208, 41747 Viersen
- Tagesklinik Kinder- u. Jugendpsychiatrie Krefeld, vom Bruck Platz 8, 47805 Krefeld
- Tagesklinik auf dem Gelände des Lukaskrankenhauses, Preußenstraße 84, 41464 Neuss
- Tagesklinik Kinder- u. Jugendpsychiatrie Mönchengladbach, Mathildenstraße 67, 41239 Mönchengladbach
- Tagesklinik Kinder- u. Jugendpsychiatrie am Städtischen Krankenhaus Heinsberg, Genneper Str. 1, 52525 Heinsberg

Das Versorgungsgebiet der LVR-Klinik Viersen umfasst folgende Regionen:

- Kreis Viersen
- Stadt Mönchengladbach (Stadtbezirke Neuwerk und Stadtmitte ohne den Stadtteil Ohler)

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie obliegt der LVR-Klinik Viersen die Psychiatrische Pflichtversorgung folgender Städte und Kreise:

- Stadt Krefeld
- Stadt Mönchengladbach
- Kreis Viersen
- Kreis Neuss
- Kreis Heinsberg

Darüber hinaus erbringt die LVR-Klinik Viersen Aufgaben der medizinischen Rehabilitation und Eingliederungshilfe nach den geltenden leistungsrechtlichen Vorschriften sowie Aufgaben der Pflege nach dem Pflegeversicherungsgesetz und dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch in fachlich eigenständigen Einrichtungen.

Soweit für die Erbringung dieser Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse erforderlich, gewährt der Landschaftsverband Rheinland der LVR-Klinik Viersen 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 Viersen 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 Viersen 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 Viersen zur Rückzahlung des zu hohen (Anteils-) Betrags verpflichtet.

Die Betrauung der LVR-Klinik Viersen 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	174	214	214
Kinder- und Jugendpsychiatrie	115	115	115
Qualifizierter Drogenentzug (KiJu)	10	10	10
Summe vollstationäre Betten	299	339	339
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	15	35	35
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	62	62	62
Tagesklinik Gerontopsychiatrie	12	12	12
Summe teilstationäre Plätze	89	109	109
Summe KHG-Bereich	388	448	448
Maßregelvollzug	154	154	166
Soziale Reha	87	89	89
Suchtentwöhnung / Med. Reha	36	54	54
Pflegeheimbereich	0	32	32
Jugendhilfe	33	33	33
Klinik Gesamt	698	810	822

Entwicklung des Personals

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Vollkräfte Gesamt	1.015,12	1.053,11	1.047,43

Erfolgsplan

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Umsatzerlöse	79.224	78.713	79.592
Sonstige betriebliche Erträge	12.049	12.692	20.809
Σ Erträge	91.273	91.405	100.401
Personalaufwand	68.695	68.060	66.890
Materialaufwand	11.486	12.007	11.730
Sonstige Aufwendungen	10.238	10.499	20.772
Σ Aufwendungen	90.419	90.565	99.392
Zwischenergebnis (EBITDA)	854	840	1.009
Abschreibungen (eigenfinanziert)	538	444	387
Operatives Ergebnis	316	396	622
Finanzierungsaufwendungen	320	296	110
Finanzierungserträge	0	0	0
Finanzergebnis	-320	-296	-110
Erträge aus Auflösung von Pensionszahlungen	0	0	0
Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0
Ergebnis vor Steuern	-4	100	512
Steuern	29	24	19
Überschuss / Fehlbetrag	-33	76	493
Entnahme aus Gewinnrücklagen	80	29	92
Ergebnis	47	105	585

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	73.834	73.566	74.459
Erlöse aus Wahlleistungen	0	0	0
Erlöse aus ambulanten Leistungen	5.375	5.136	5.106
Nutzungsentgelte der Ärzte	15	11	27
Umsatzerlöse	79.224	78.713	79.592

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

Berechnungstage

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Allgemeine Psychiatrie	68.502	75.706	77.483
Kinder- und Jugendpsychiatrie	41.676	41.227	40.659
Qualifizierter Drogenentzug	2.717	2.717	2.434
Summe vollstationär	112.895	119.650	120.576
Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie	6.673	9.159	9.021
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	15.500	15.500	15.710
Tagesklinik Gerontopsychiatrie	3.900	3.648	4.384
Summe teilstationär	26.073	28.307	29.115
Summe KHG-Bereich	138.968	147.957	149.691
Maßregelvollzug	64.241	66.065	64.847
Soziale Reha	31.200	32.400	43.405
Suchtentwöhnung / Med. Reha	10.500	8.700	9.063
Pflegeheimbereich	0	8.763	11.613
Jugendhilfe	11.800	11.700	0
Klinik Gesamt	256.709	275.585	278.619

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

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Ambulanzen	18.500	16.794	18.302
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	1.620	1.914	4.281
Erträge aus Hilfs- und Nebenbetrieben	7.989	8.030	8.109
Übrige Erträge	2.440	2.748	8.419
Auflösung von Rückstellungen EBITDA-relevant	0	0	0
Auflösung von Rückstellungen EBITDA-neutral	0	0	0
Sonstige betriebliche Erträge	12.049	12.692	20.809

In den Zuweisungen und Zuschüssen sind Zuwendungen des LVR in Höhe von insgesamt 209.216 € enthalten. Hierbei handelt es sich um Zuschüsse für Bekleidung, Fahrtkosten, Ombudsperson, LiGa Personalkosten und den Zuschuss zur Hanns-Dieter-Hüsch Schule.

3) Personalaufwand

Die Personalaufwendungen verteilen sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

	Plan		Ergebnis 2015 TEUR
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Ärztlicher Dienst	8.603	8.264	8.193
Pflegedienst	32.878	33.086	32.492
Medizinisch-Technischer Dienst	9.460	9.072	9.051
Funktionsdienst	4.405	4.300	4.162
Klinisches Hauspersonal	599	605	616
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	3.046	3.059	2.906
Technischer Dienst	2.105	2.078	2.050
Verwaltungsdienst	6.170	5.988	5.889
Sonderdienst	146	159	141
Sonstiges Personal	110	202	269
Ausbildungsstätten	247	217	235
Nicht zurechenbare Personalkosten	926	1.030	886
Personalaufwand	68.695	68.060	66.890

Auf den Stellenplan wird verwiesen.

4) Materialaufwendungen

Die Materialaufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2015 TEUR
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Lebensmittel	1.086	1.364	1.420
Medizinischer Bedarf	4.345	4.542	4.543
Wasser, Energie, Brennstoffe	3.539	3.490	2.987
Wirtschaftsbedarf	2.516	2.611	2.780
Sonstige	0	0	0
Materialaufwand	11.486	12.007	11.730

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	714	761	811
Zentrale Dienstleistungen	2.642	2.680	2.760
Instandhaltungen Aufwand	1.580	1.656	3.086
Instand.aufw.rücklagefin. Baumaßnahm. gem GFP	0	0	66
Instand.aufwend. rücklagenfin. Baumaßnahmen	0	0	0
Wartung	451	393	351
Abgaben, Versicherungen	507	445	571
Übrige Aufwendungen	4.344	4.564	13.127
Sonstige Aufwendungen	10.238	10.499	20.772

6) Kassenkreditrahmen

Die Höhe der Kassenkredite beträgt 10.550.000 €.

Gesamtübersicht		bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun- gen / 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	6.019.598		11.300.000	1.456.990	0	0	500.000	19.276.588
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	174	750.455	20.300		0	2.120.081	0	0	1.088.264	3.228.819
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		0	158.710	0	0	0	158.710
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	124.845	1.360.939	2.715.000		255.800	0	0	0	1.855.167	4.950.812
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	315.710	315.710	315.710		315.710	315.710	315.710	315.710	0	1.894.260
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	593.232	604.232		604.000	604.000	604.000	604.000	604.232	3.624.464
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	280.748	264.881		265.000	265.000	265.000	265.000	264.881	1.589.762
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
9	Σ der Einzahlungen	440.729	3.301.084	9.939.721		12.740.510	4.920.491	1.184.710	1.184.710	4.312.544	34.723.415
<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	1.320.640	11.204.650	14.725.000		11.208.000	3.469.290	0	0	8.210.201	38.933.131
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	637.183	476.729	410.300		347.800	266.491	0	0	803.684	2.465.458
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	873.980	869.113		869.000	869.000	869.000	869.000	869.113	5.214.226
14	für sonstige Investitionen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
15	Σ der Auszahlungen	1.957.823	12.555.359	16.004.413		12.424.800	4.604.781	869.000	869.000	9.882.998	46.612.815
16	<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>	0	0	0	15.291.581	11.555.800	3.735.781	0	0	0	15.291.581
17	Saldo Investitionstätigkeit	-1.517.094	-9.254.275	-6.064.692		315.710	315.710	315.710	315.710	-5.570.454	-11.889.400
Finanzierungstätigkeit											
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	1.832.804	9.569.985	6.380.402		0	0	0	0	5.570.454	13.783.660
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	506.351	914.398		912.998	912.998	912.998	912.998	0	4.566.391
20	Entnahme aus der Baupauschalrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
21	Σ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit	1.832.804	10.076.336	7.294.800		912.998	912.998	912.998	912.998	5.570.454	18.350.051
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	126.635	796.723	1.228.708		1.228.708	1.228.708	1.228.708	1.228.708	0	6.270.177
23	Zuführung zu der Baupauschalrücklage	189.075	25.338	1.400		0	0	0	0	0	190.474
24	Σ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	315.710	822.061	1.230.108		1.228.708	1.228.708	1.228.708	1.228.708	0	6.460.652
25	Saldo aus Finanzierungstätigkeit	1.517.094	9.254.275	6.064.692		-315.710	-315.710	-315.710	-315.710	5.570.454	11.889.400

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlungen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Herrichtung Haus 18					Projekt Nr. 1.345		Zuständigkeit: Trägerverwaltung			
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	98.001	1.219.939	615.000		0	0	0	0	1.079.811	1.792.812
Σ der Einzahlungen	98.001	1.219.939	615.000		0	0	0	0	1.079.811	1.792.812
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	61.490	1.153.650	610.000		0	0	0	0	1.000.160	1.671.650
für Planungskosten (BPS / EPL)	36.511	66.289	5.000		0	0	0	0	79.651	121.162
Σ der Auszahlungen	98.001	1.219.939	615.000		0	0	0	0	1.079.811	1.792.812
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Standardbettenhaus 134 Betten					Projekt Nr. 1.576		Zuständigkeit: Trägerverwaltung			
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	0	6.019.598		11.300.000	1.456.990	0	0	0	18.776.588
aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		0	158.710	0	0	0	158.710
Σ der Einzahlungen	0	0	6.019.598		11.300.000	1.615.700	0	0	0	18.935.298
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	1.242.177	9.210.000	12.100.000		11.000.000	1.469.000	0	0	5.200.122	31.011.299
für Planungskosten (BPS / EPL)	590.627	359.985	300.000		300.000	146.700	0	0	370.332	1.707.659
Σ der Auszahlungen	1.832.804	9.569.985	12.400.000		11.300.000	1.615.700	0	0	5.570.454	32.718.958
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				12.915.700	11.300.000	1.615.700	0	0		12.915.700
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	-1.832.804	-9.569.985	-6.380.402		0	0	0	0	-5.570.454	-13.783.660
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	1.832.804	9.569.985	6.380.402		0	0	0	0	5.570.454	13.783.660
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	1.832.804	9.569.985	6.380.402		0	0	0	0	5.570.454	13.783.660
Saldo gesamt	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Herrichtung von Haus 19 (Planungskosten)					Projekt Nr. 1.689		Zuständigkeit: Trägerverwaltung			
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	26.844	141.000	2.100.000		255.800	0	0	0	775.356	3.158.000
Σ der Einzahlungen	26.844	141.000	2.100.000		255.800	0	0	0	775.356	3.158.000
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	16.973	100.000	2.000.000		208.000	0	0	0	700.331	2.925.304
für Planungskosten (BPS / EPL)	9.871	41.000	100.000		47.800	0	0	0	75.025	232.696
Σ der Auszahlungen	26.844	141.000	2.100.000		255.800	0	0	0	775.356	3.158.000
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				255.800	255.800	0	0	0		255.800
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	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	EUR
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Neubau Dependence Neuss										
20 Betten										
					Projekt Nr.		NN		Zuständigkeit: Trägerverwaltung	
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	300.000	300.000
Σ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	300.000	300.000
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	0		0	0	0	0	200.000	200.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	0		0	0	0	0	100.000	100.000
Σ der Auszahlungen	0	0	0		0	0	0	0	300.000	300.000
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./ Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Tagesklinik Kempen / Nettetal										
40 tagesklinische Plätze										
					Projekt Nr.		NN		Zuständigkeit: Trägerverwaltung	
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des LVR für investive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	200.000	200.000
Σ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	200.000	200.000
Auszahlungen										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	0		0	0	0	0	150.000	150.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	0		0	0	0	0	50.000	50.000
Σ der Auszahlungen	0	0	0		0	0	0	0	200.000	200.000
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				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										
Einzahlungen										
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
Auszahlungen										
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
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./ Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0

LVR-Klinik Viersen

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	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	593.232	604.232		604.000	604.000	604.000	604.000	604.232	3.624.464
Zuweisungen der Forensik	0	253.138	258.044		258.000	258.000	258.000	258.000	258.044	1.548.088
aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen (Reha-Bereich)	0	7.242	6.837		7.000	7.000	7.000	7.000	6.837	41.674
Zuweisungen für Dritte (Pflege u. a.)	0	20.368	0		0	0	0	0	0	0
Σ der investiven Einzahlungen	0	873.980	869.113		869.000	869.000	869.000	869.000	869.113	5.214.226
<u>Auszahlungen</u>										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	873.980	869.113		869.000	869.000	869.000	869.000	869.113	5.214.226
Σ der investiven Auszahlungen	0	873.980	869.113		869.000	869.000	869.000	869.000	869.113	5.214.226
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)	315.710	315.710	315.710		315.710	315.710	315.710	315.710	0	1.894.260
Σ der Einzahlungen	315.710	315.710	315.710		315.710	315.710	315.710	315.710	0	1.894.260
<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	315.710	315.710	315.710		315.710	315.710	315.710	315.710	0	1.894.260
Finanzierungstätigkeit										
Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	126.635	290.372	314.310		315.710	315.710	315.710	315.710	0	1.703.786
Zuführung zu der Baupauschalrücklage	189.075	25.338	1.400		0	0	0	0	0	190.474
Σ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	315.710	315.710	315.710		315.710	315.710	315.710	315.710	0	1.894.260
Saldo aus Finanzierungstätigkeit	315.710	315.710	315.710		315.710	315.710	315.710	315.710	0	1.894.260
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	EUR	EUR	EUR
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Zielplanung LVR-Klinik Viersen					Projekt Nr. 886		Zuständigkeit: Trägerverwaltung			
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	174	0	0		0	0	0	0	108.000	108.174
Σ der Einzahlungen	174	0	0		0	0	0	0	108.000	108.174
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	0		0	0	0	0	8.000	8.000
für Planungskosten (BPS / EPL)	174	0	0		0	0	0	0	100.000	100.174
Σ der Auszahlungen	174	0	0		0	0	0	0	108.000	108.174
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Brandschutzmaßnahme Haus 26 im Rahmen von Nutzungsänderungen erfolgt Beseitigung von Brandschutzmängeln					Projekt Nr.		1.476		Zuständigkeit: Klinik	
<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
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Rückbaumaßnahme für den Ersatzneubau Stationsgebäude, 1. BA					Projekt Nr. 1.731		Zuständigkeit: Trägerverwaltung			
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	750.455	20.300		0	0	0	0	830.264	850.564
Σ der Einzahlungen	0	750.455	20.300		0	0	0	0	830.264	850.564
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	741.000	15.000		0	0	0	0	801.588	816.588
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	9.455	5.300		0	0	0	0	28.676	33.976
Σ der Auszahlungen	0	750.455	20.300		0	0	0	0	830.264	850.564
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Rückbaumaßnahme für den Ersatzneubau Stationsgebäude, 2. BA					Projekt Nr. 1.760		Zuständigkeit: Trägerverwaltung			
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	0		0	2.120.081	0	0	0	2.120.081
Σ der Einzahlungen	0	0	0		0	2.120.081	0	0	0	2.120.081
<u>Auszahlungen</u>										
für Baumaßnahmen / externe Planungskosten	0	0	0		0	2.000.290	0	0	0	2.000.290
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	0		0	119.791	0	0	0	119.791
Σ der Auszahlungen	0	0	0		0	2.120.081	0	0	0	2.120.081
<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>				0	0	2.120.081	0	0		2.120.081
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	12,00	12,00	10,00
	15	3,00	3,00	2,88
	14	83,00	80,00	82,29
	13	0,00	0,00	0,00
	12a	0,00	0,00	0,00
	12	2,00	3,00	2,00
	11b	0,00	0,00	0,00
	11a	0,00	0,00	0,00
	11	17,00	15,00	16,34
	10a	0,00	1,00	0,00
	10	12,00	11,00	11,86
	9d	9,00	9,00	9,00
	9c	20,00	18,00	19,89
	9b	38,00	37,00	37,75
	9a	34,00	34,00	33,29
	9	43,00	65,00	42,68
	8a	21,00	23,00	20,58
	8	60,00	60,00	59,31
	7a	397,00	389,00	396,44
	7	4,00	4,00	4,00
	6	78,50	74,00	78,04
	5	45,00	47,00	44,65
	4a	0,00	0,00	0,00
	4	4,00	4,00	3,91
	3a	0,00	0,00	0,00
	3	21,00	22,00	20,87
	2 Ü	3,00	4,00	2,75
	2	7,00	7,00	6,78
	1	1,00	1,00	1,00
Sozial- und Erziehungsdienst	S 18	0,00	0,00	0,00
	S 17	2,00	2,00	1,35
	S 12 Ü	0,00	20,00	0,00
	S 12	45,00	24,00	44,46
	S 9	8,00	4,00	7,88
	S 8	81,50	63,00	81,42
	S 5	0,00	0,00	0,00
	S 4	1,00	1,00	1,00
Ärzte	IV	8,00	8,00	8,00
	III	7,00	4,00	7,00
	II	66,00	67,00	65,24
	I	0,00	0,00	0,00
Sonstige (PiA, Honorarkr.)	FEB	12,50	10,50	12,20
	Summe	1.145,50	1.126,50	1.134,86

2. Nachwuchs-
kräfte

Aus- bildungs- verhältnis	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
Berufspraktikant	1,00	2,00	0,00
Pflegepraktikant	2,00	10,00	0,00
Kr.- Pflegeschüler	81,00	81,00	70,00
Pflege.-Hilfeschüler	0,00	2,00	0,00
Ausbild. Verwaltung	3,00	3,00	2,00
Ausbild. Handwerk	3,00	7,00	1,00
Ausbild. PKA	1,00	1,00	1,00
Summe	91,00	106,00	74,00

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		
Höherer Dienst						
	A 14	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00
	A 13	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00
Gehobener Dienst	- nichttechnischer Verwaltungsdienst -					
	A 12	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00
	A 11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	A 9	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00
Summe		4,00	0,00	0,00	4,00	3,00

5. Sonstige Stellen

	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
Zivildienstleistende	0,00	26,00	0,00
Freiwilliges Soziales Jahr nachrichtlich:	27,00	5,00	7,00
Lungenfachärzte	1,00	1,00	0,00
Küster / Organist	2,00	2,00	0,08
Summe	30,00	34,00	7,08

Katalog der Dienstposten mit Dienstwohnungsberechtigung

- Leitender Arzt

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	78.713	79.224	0,6%	81.517	2,9%	83.644	2,6%	85.422	2,1%
Sonstige betriebliche Erträge	12.692	12.049	-5,1%	12.000	-0,4%	11.927	-0,6%	11.957	0,3%
Σ Erträge	91.405	91.273	-0,1%	93.517	2,5%	95.571	2,2%	97.379	1,9%
Personalaufwand	68.060	68.695	0,9%	70.375	2,4%	72.401	2,9%	74.278	2,6%
Materialaufwand	12.007	11.486	-4,3%	11.411	-0,7%	11.505	0,8%	11.516	0,1%
Sonstige Aufwendungen	10.499	10.238	-2,5%	10.595	3,5%	10.542	-0,5%	10.473	-0,7%
Σ Aufwendungen	90.565	90.419	-0,2%	92.381	2,2%	94.448	2,2%	96.267	1,9%
Zwischenergebnis (EBITDA)	840	854	1,7%	1.136	33,0%	1.123	-1,1%	1.112	-1,0%
Abschreibungen (eigenfinanz.)	444	538	21,2%	833	54,8%	833	0,0%	833	0,0%
Operatives Ergebnis	396	316	-20,2%	303	-4,1%	290	-4,3%	279	-3,8%
Finanzierungsaufwendungen	296	320	8,1%	307	-4,1%	294	-4,2%	282	-4,1%
Finanzierungserträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Finanzergebnis	-296	-320	8,1%	-307	-4,1%	-294	-4,2%	-282	-4,1%
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	100	-4	-104,0%	-4	0,0%	-4	0,0%	-3	-25,0%
Steuern	24	29	20,8%	29	0,0%	29	0,0%	29	0,0%
Überschuss / Fehlbetrag	76	-33	-143,5%	-33	0,0%	-33	0,0%	-32	-3,0%
Entnahme aus Gewinnrücklagen	29	80	175,9%	80	0,0%	80	0,0%	80	0,0%
Ergebnis	105	47	-55,2%	47	0,0%	47	0,0%	48	2,1%

W I R T S C H A F T S P L A N
LVR-Klinik für Orthopädie Viersen
Entwurf 2017

Betrauung der LVR-Klinik für Orthopädie Viersen

Vorbemerkung

Nach Maßgabe des § 1 Abs. 2 des Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KGH 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 KHG 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 für Orthopädie Viersen

Die LVR-Klinik für Orthopädie Viersen, Horionstraße 2, 41749 Viersen ist als orthopädisches Fachkrankenhaus unter der Krankenhausnummer 1660443 mit den Fachdisziplinen

- Orthopädie (Allgemein)
- Rheumatologie
- Neurologie

sowie einer

- Ausbildungsstätte für den Ausbildungsgang „Gesundheits- und Krankenpflege“ in Zusammenarbeit mit der LVR-Klinik Viersen

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 für Orthopädie Viersen in den entsprechenden Versorgungsgebieten.

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

- LVR-Klinik für Orthopädie Viersen, Horionstraße 2, 41749 Viersen

Soweit für die Erbringung dieser Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse erforderlich, gewährt der Landschaftsverband Rheinland der LVR-Klinik Für Orthopädie Viersen 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 Für Orthopädie Viersen 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 Für Orthopädie Viersen 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 Für Orthopädie Viersen zur Rückzahlung des zu hohen (Anteils-) Betrags verpflichtet.

Die Betrauung der LVR-Klinik Für Orthopädie Viersen 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	
Orthopädie	98	98	160
Summe vollstationäre Betten	98	98	160
Summe teilstationäre Plätze	0	0	0
Summe KHG-Bereich	98	98	160
Maßregelvollzug	0	0	0
Soziale Reha	0	0	0
Suchtentwöhnung / Med. Reha	0	0	0
Pflegeheimbereich	0	0	0
Jugendhilfe	0	0	0
Klinik Gesamt	98	98	160

Entwicklung des Personals

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Vollkräfte Gesamt	106,18	106,90	108,01

Erfolgsplan

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Umsatzerlöse	16.060	15.530	15.453
Sonstige betriebliche Erträge	1.429	1.437	1.686
Σ Erträge	17.489	16.967	17.139
Personalaufwand	8.226	8.129	8.172
Materialaufwand	6.245	6.023	6.044
Sonstige Aufwendungen	2.968	2.856	2.902
Σ Aufwendungen	17.439	17.008	17.118
Zwischenergebnis (EBITDA)	50	-41	21
Abschreibungen (eigenfinanziert)	30	30	24
Operatives Ergebnis	20	-71	-3
Finanzergebnis	0	0	0
Außerordentliches Ergebnis	0	0	14
Ergebnis vor Steuern	20	-71	11
Steuern	10	10	5
Überschuss / Fehlbetrag	10	-81	6
Entnahme aus Gewinnrücklagen	86	86	87
Ergebnis	96	5	93

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	14.905	14.380	14.257
Erlöse aus Wahlleistungen	365	365	375
Erlöse aus ambulanten Leistungen	325	255	352
Nutzungsentgelte der Ärzte	465	530	469
Umsatzerlöse	16.060	15.530	15.453

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

Effektive Bewertungsrelationen

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
DRG eff. Bewertungsrelationen	3.950,000	3.900,000	3.899,870

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

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Ambulanzen	6.500	7.700	9.794
ambulante OP	490	490	530

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	61
andere aktivierte Eigenleistungen	0	0	0
Zuweisungen und Zuschüsse	20	40	47
Erträge aus Hilfs- und Nebenbetrieben	540	540	535
Übrige Erträge	869	857	1.043
Auflösung von Rückstellungen EBITDA-relevant	0	0	0
Auflösung von Rückstellungen EBITDA-neutral	0	0	0
Sonstige betriebliche Erträge	1.429	1.437	1.686

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

3) Personalaufwand

Die Personalaufwendungen verteilen sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Ärztlicher Dienst	2.346	2.219	2.167
Pflegedienst	2.896	2.820	2.868
Medizinisch-Technischer Dienst	976	1.105	1.011
Funktionsdienst	1.082	1.079	1.135
Klinisches Hauspersonal	137	143	111
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	0	0	0
Technischer Dienst	0	0	0
Verwaltungsdienst	474	455	575
Sonderdienst	0	0	0
Sonstiges Personal	50	50	43
Ausbildungsstätten	133	138	121
Nicht zurechenbare Personalkosten	132	120	141
Personalaufwand	8.226	8.129	8.172

Auf den Stellenplan wird verwiesen.

4) Materialaufwendungen

Die Materialaufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Lebensmittel	340	340	322
Medizinischer Bedarf	4.857	4.616	4.747
Wasser, Energie, Brennstoffe	533	525	471
Wirtschaftsbedarf	515	542	504
Sonstige	0	0	0
Materialaufwand	6.245	6.023	6.044

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	195	190	214
Zentrale Dienstleistungen	1.519	1.443	1.556
Instandhaltungen Aufwand	547	521	414
Instand.aufw.rücklagefin. Baumaßnahm. gem GFP	0	0	0
Instand.aufwend. rücklagenfin. Baumaßnahmen	0	0	0
Wartung	163	164	148
Abgaben, Versicherungen	73	67	74
Übrige Aufwendungen	471	471	496
Sonstige Aufwendungen	2.968	2.856	2.902

6) Kassenkreditrahmen

Die Höhe der Kassenkredite beträgt 2.050.000 €.

Gesamtübersicht		bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun- gen / 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
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		0	0	0	0	0	0
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	0	0		0	0	0	0	0	0
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	164.926	164.926	164.926		164.926	164.926	164.926	164.926	164.926	1.154.482
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	264.664	264.882		265.000	265.000	265.000	265.000	264.882	1.589.764
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
9	Σ der Einzahlungen	164.926	429.590	429.808		429.926	429.926	429.926	429.926	429.808	2.744.246
<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	0	0	0		0	0	0	0	0	0
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	264.664	264.882		265.000	265.000	265.000	265.000	264.882	1.589.764
14	für sonstige Investitionen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
15	Σ der Auszahlungen	0	264.664	264.882		265.000	265.000	265.000	265.000	264.882	1.589.764
16	<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	Saldo Investitionstätigkeit	164.926	164.926	164.926		164.926	164.926	164.926	164.926	164.926	1.154.482
Finanzierungstätigkeit											
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	0	0		0	0	0	0	0	0
20	Entnahme aus der Baupauschalrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
21	Σ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit	0	0	0		0	0	0	0	0	0
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
23	Zuführung zu der Baupauschalrücklage	164.926	164.926	164.926		164.926	164.926	164.926	164.926	164.926	1.154.482
24	Σ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	164.926	164.926	164.926		164.926	164.926	164.926	164.926	164.926	1.154.482
25	Saldo aus Finanzierungstätigkeit	-164.926	-164.926	-164.926		-164.926	-164.926	-164.926	-164.926	-164.926	-1.154.482

LVR-Klinik Orthopädie Viersen

Vermögensplan

2017

/

Investitionsprogramm 2016 - 2020

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun- gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Maßnahmen aus dem Vorjahr ohne Ansatz in 2017										
für Baumaßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	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	264.664	264.882		265.000	265.000	265.000	265.000	264.882	1.589.764
Σ der investiven Einzahlungen	0	264.664	264.882		265.000	265.000	265.000	265.000	264.882	1.589.764
<u>Auszahlungen</u>										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	264.664	264.882		265.000	265.000	265.000	265.000	264.882	1.589.764
Σ der investiven Auszahlungen	0	264.664	264.882		265.000	265.000	265.000	265.000	264.882	1.589.764
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)	164.926	164.926	164.926		164.926	164.926	164.926	164.926	164.926	1.154.482
Σ der Einzahlungen	164.926	164.926	164.926		164.926	164.926	164.926	164.926	164.926	1.154.482
<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	164.926	164.926	164.926		164.926	164.926	164.926	164.926	164.926	1.154.482
Finanzierungstätigkeit										
Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Zuführung zu der Baupauschalentrücklage	164.926	164.926	164.926		164.926	164.926	164.926	164.926	164.926	1.154.482
Σ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	164.926	164.926	164.926		164.926	164.926	164.926	164.926	164.926	1.154.482
Saldo aus Finanzierungstätigkeit	164.926	164.926	164.926		164.926	164.926	164.926	164.926	164.926	1.154.482
Ergebnis	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Stellenübersicht 2017 (Entwurf)

1. Beschäftigte	Entgelt- gruppe	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
	Sondervertrag	3,00	3,00	3,00
	15 Ü	1,00	0,00	1,00
	15	0,00	0,00	0,00
	14	0,00	0,00	0,00
	13	0,00	0,00	0,00
	12a	0,00	0,00	0,00
	12	0,00	0,00	0,00
	11b	0,00	0,00	0,00
	11a	0,00	0,00	0,00
	11	0,00	0,00	0,00
	10a	1,00	1,00	0,95
	10	4,00	4,00	4,00
	9d	0,00	0,00	0,00
	9c	4,00	5,00	3,50
	9b	9,00	9,00	6,94
	9a	0,00	0,00	0,00
	9	8,00	8,00	5,51
	8a	24,00	23,00	23,84
	8	4,00	4,00	3,75
	7a	37,00	38,00	32,05
	7	0,00	0,00	0,00
	6	3,00	3,00	2,75
	5	9,00	9,00	8,87
	4a	0,00	0,00	0,00
	4	0,00	0,00	0,00
	3a	0,00	0,00	0,00
	3	3,50	3,50	3,00
	2 Ü	0,00	0,00	0,00
	2	0,00	0,00	0,00
Ärzte	IV	1,00	1,00	1,00
	III	2,50	2,50	2,33
	II	13,50	13,50	11,83
	I	0,00	0,00	0,00
Summe		127,50	127,50	114,32

2. Nachwuchskräfte

Ausbildungsverhältnis	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
Kr.- Pflegeschüler	50,00	50,00	36,00
Ausbild. Verwaltung	0,00	0,00	0,00
Ausbild. Handwerk	0,00	0,00	0,00
Summe	50,00	50,00	36,00

3. Beamte

Im Stellenplan für das Haushaltsjahr 2016 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	0,00	1,00	0,00
Gehobener Dienst	- nichttechnischer Verwaltungsdienst -					
	A 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	A 9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mittlerer Dienst						
	A 9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Summe		1,00	0,00	0,00	1,00	0,00

5. Sonstige Stellen

	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
Zivildienstleistende	0,00	7,00	0,00
Freiwilliges Soziales Jahr	12,00	5,00	4,00
Summe	12,00	12,00	4,00

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	15.530	16.060	3,4%	16.426	2,3%	16.793	2,2%	17.168	2,2%
Sonstige betriebliche Erträge	1.437	1.429	-0,6%	1.449	1,4%	1.478	2,0%	1.510	2,2%
Σ Erträge	16.967	17.489	3,1%	17.875	2,2%	18.271	2,2%	18.678	2,2%
Personalaufwand	8.129	8.226	1,2%	8.428	2,5%	8.634	2,4%	8.848	2,5%
Materialaufwand	6.023	6.245	3,7%	6.370	2,0%	6.497	2,0%	6.626	2,0%
Sonstige Aufwendungen	2.856	2.968	3,9%	3.026	2,0%	3.087	2,0%	3.149	2,0%
Σ Aufwendungen	17.008	17.439	2,5%	17.824	2,2%	18.218	2,2%	18.623	2,2%
Zwischenergebnis (EBITDA)	-41	50	-222,0%	51	2,0%	53	3,9%	55	3,8%
Abschreibungen (eigenfinanz.)	30	30	0,0%	30	0,0%	30	0,0%	30	0,0%
Operatives Ergebnis	-71	20	-128,2%	21	5,0%	23	9,5%	25	8,7%
Finanzierungsaufwendungen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Finanzierungserträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Finanzergebnis	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliche Erträge	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis vor Steuern	-71	20	-128,2%	21	5,0%	23	9,5%	25	8,7%
Steuern	10	10	0,0%	10	0,0%	10	0,0%	10	0,0%
Überschuss / Fehlbetrag	-81	10	-112,3%	11	10,0%	13	18,2%	15	15,4%
Verlustvortrag*	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Entnahme aus Gewinnrücklagen	86	86	0,0%	86	0,0%	86	0,0%	86	0,0%
Verlustrückgleich des Trägers aus Vorjahren	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergebnis	5	96	1820,0%	97	1,0%	99	2,1%	101	2,0%

W I R T S C H A F T S P L A N
LVR-Krankenhauszentralwäscherei
Entwurf 2017

Entwicklung des Personals

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Vollkräfte Gesamt	104,00	104,00	98,72

Erfolgsplan

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Umsatzerlöse	6.997	6.957	6.771
Sonstige betriebliche Erträge	543	571	750
Σ Erträge	7.540	7.528	7.521
Personalaufwand	4.491	4.405	4.246
Materialaufwand	1.928	1.943	1.952
Sonstige Aufwendungen	758	767	936
Σ Aufwendungen	7.177	7.115	7.134
Zwischenergebnis (EBITDA)	363	413	387
Abschreibungen (eigenfinanziert)	420	388	346
Operatives Ergebnis	-57	25	41
Finanzierungsaufwendungen	0	5	16
Finanzierungserträge	0	3	0
Finanzergebnis	0	-2	-16
Außerordentliche Erträge	0	0	0
Außerordentliche Aufwendungen	0	0	0
Außerordentliches Ergebnis	0	0	0
Ergebnis vor Steuern	-57	23	25
Steuern	5	5	4
Überschuss / Fehlbetrag	-62	18	21
Entnahme aus Gewinnrücklagen	80	0	0
Ergebnis	18	18	21

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2017 (Entwurf)

1) Umsatzerlöse

Die Umsatzerlöse setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Umsatzerlöse	6.997	6.957	6.771

Den Umsatzerlösen liegen folgende Leistungsmengen zu Grunde:

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017	2016	
Waschleistung in Tonnen			
Waschleistung gesamt	3.972	3.980	4.011

Die Preise für Wasch- und Mietleistungen der LVR-Krankenhauszentralwäscherei wurden aufgrund der allgemeinen Kostensteigerung für Lohn und Material zum 01.01.2016 um 3,3% angehoben. Für das Jahr 2017 ist eine Preiserhöhung nur für Nicht-LVR-Kunden geplant. Ebenso wird mit einem weiteren Ausbau der Dienstleistungsbereiche z. B. Schrankbelieferung, Gardinenservice gerechnet.

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
Sonstige betriebliche Erträge	543	571	750
Sonstige betriebliche Erträge	543	571	750

Fortschreibung der Werte der Vorjahre in 2016 und 2017 (Basis Förderung, Zuschüsse für Integrationsbetriebe) unter Berücksichtigung einmaliger Ausweisvornahmen in 2015.

3) Personalaufwand

Die Personalaufwendungen verteilen sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	3.627	3.598	3.509
Technischer Dienst	230	226	177
Verwaltungsdienst	634	581	560
Personalaufwand	4.491	4.405	4.246

Auf den Stellenplan wird verwiesen.

Bei den Personalkosten ist die tarifliche Lohnerhöhung 2016 in Höhe von 2,4% und für 2017 in Höhe von 2,35% berücksichtigt.

Erläuterungen zum Erfolgsplan 2017 (Entwurf)

4) Materialaufwendungen

Die Materialaufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
Wäschebeschaffung	646	635	668
Dampf	533	553	512
Wasser	141	135	136
Strom	201	192	197
Hilfs- und Betriebsstoffe	344	373	356
Aufwendungen für RHB	1.865	1.888	1.869
Aufwendungen für bezogene Leistungen	63	55	83
Materialaufwand	1.928	1.943	1.952

5) Sonstige Aufwendungen

Die Sonstigen Aufwendungen setzen sich wie folgt zusammen:

	Plan		Ergebnis 2015
	Entwurf 2017 TEUR	2016 TEUR	
außerordentliche Aufwendungen	0	0	0
Verwaltungskosten	284	290	273
Instandsetzung von Gebäuden	67	66	64
Instandsetzung von Maschinen	67	65	62
Beiträge, Versicherungen	63	62	60
Sonstige betriebliche Aufwendungen	277	284	477
Sonstige Aufwendungen	758	767	936

6) Kassenkreditrahmen

Die Höhe der Kassenkredite beträgt 900.000 €.

LVR-Krankenhauszentralwäscherei

Vermögensplan 2017

/

Investitionsprogramm 2016 - 2020

Gesamtübersicht		bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein-u. auszahlun- gen / 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
2	aus Zuwendungen des LVR-Investitionsprogramms 80 Mio DM	0	0	0		0	0	0	0	0	0
3	aus Zuwendungen des LVR-Investitionsprogramms 100,5 Mio DM	0	0	0		0	0	0	0	0	0
2	aus Zuwendungen des LVR für konsumtive Maßnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
3	aus Zuwendungen Dritter	0	0	0		0	0	0	0	0	0
4	aus Zuwendungen des Landes NRW f. d. MRV	0	0	0		0	0	0	0	0	0
5	aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
6	aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	142.000	145.000		145.000	145.000	145.000	145.000	145.000	870.000
7	aus sonstigen Zuschüssen und Einnahmen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
8	aus der Veräußerung von Grundvermögen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
9	Σ der Einzahlungen	0	142.000	145.000		145.000	145.000	145.000	145.000	145.000	870.000
	<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	0	0	0		0	0	0	0	0	0
12	für Planungskosten (BPS / EPL)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
13	für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	500.000	895.000		900.000	687.000	490.000	700.000	670.000	4.472.000
14	für sonstige Investitionen	0	77.000	55.000		55.000	25.000	72.000	27.000	227.000	461.000
15	Σ der Auszahlungen	0	577.000	950.000		955.000	712.000	562.000	727.000	897.000	4.933.000
16	<i>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	Saldo Investitionstätigkeit	0	-435.000	-805.000		-810.000	-567.000	-417.000	-582.000	-752.000	-4.063.000
	Finanzierungstätigkeit										
18	Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
19	Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	435.000	805.000		810.000	567.000	417.000	582.000	752.000	4.063.000
20	Entnahme aus der Baupauschalentrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
21	Σ der Einzahlungen aus Finanzierungstätigkeit	0	435.000	805.000		810.000	567.000	417.000	582.000	752.000	4.063.000
22	Auszahlungen für Zinsen und Tilgung von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
23	Zuführung zu der Baupauschalentrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
24	Σ der Auszahlungen aus Finanzierungstätigkeit	0	0	0		0	0	0	0	0	0
25	Saldo aus Finanzierungstätigkeit	0	435.000	805.000		810.000	567.000	417.000	582.000	752.000	4.063.000

Teil I Maßnahmen investiv	bereitgestellt bis	Haushaltsansatz		Verpfl.-Erm.	Planung				vorauss. Rate	Gesamtein- u. auszahlun- gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Ersatzbeschaffungen für den Fuhrpark der Wäscherei Viersen und Bedburg-Hau.					Projekt Nr. NN		Zuständigkeit: KHZW			
<u>Einzahlungen</u>										
Σ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
<u>Auszahlungen</u>										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	60.000	180.000		140.000	150.000	100.000	200.000	0	770.000
Σ der Auszahlungen	0	60.000	180.000		140.000	150.000	100.000	200.000	0	770.000
<u>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</u>				0						0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	-60.000	-180.000		-140.000	-150.000	-100.000	-200.000	0	-770.000
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	60.000	180.000		140.000	150.000	100.000	200.000	0	770.000
Σ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	0	60.000	180.000		140.000	150.000	100.000	200.000	0	770.000
Saldo gesamt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kauf von Trockner und Waschmaschinen für die Wäscherei Viersen und Bedburg-Hau.					Projekt Nr. NN		Zuständigkeit: KHZW			
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	0	45.000		0	130.000	0	0	0	175.000
Σ der Einzahlungen	0	0	45.000		0	130.000	0	0	0	175.000
<u>Auszahlungen</u>										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	0	485.000		50.000	407.000	120.000	200.000	25.000	1.287.000
Σ der Auszahlungen	0	0	485.000		50.000	407.000	120.000	200.000	25.000	1.287.000
<u>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</u>				0	0	0	0	0		0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	-440.000		-50.000	-277.000	-120.000	-200.000	-25.000	-1.112.000
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	0	440.000		50.000	277.000	120.000	200.000	25.000	1.112.000
Entnahme aus der Baupauschalenrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Σ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	0	0	440.000		50.000	277.000	120.000	200.000	25.000	1.112.000
Saldo gesamt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kauf einer neuen Mangel und Falttechnik für die Wäscherei Viersen und Bedburg-Hau.					Projekt Nr. NN		Zuständigkeit: KHZW			
<u>Einzahlungen</u>										
aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	142.000	100.000		145.000	15.000	145.000	145.000	145.000	695.000
Σ der Einzahlungen	0	142.000	100.000		145.000	15.000	145.000	145.000	145.000	695.000
<u>Auszahlungen</u>										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	310.000	100.000		710.000	15.000	270.000	300.000	500.000	1.895.000
Σ der Auszahlungen	0	310.000	100.000		710.000	15.000	270.000	300.000	500.000	1.895.000
<u>Verpflichtungsermächtigung zu Lasten</u>			0	0						0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	-168.000	0		-565.000	0	-125.000	-155.000	-355.000	-1.200.000
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	168.000	0		565.000	0	125.000	155.000	355.000	1.200.000
Σ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	0	168.000	0		565.000	0	125.000	155.000	355.000	1.200.000
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. auszahlun- gen / VE
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	2015	2016	2017	2017	2018	2019	2020	spätere Jahre	2016	
Gebäudemanagement					Projekt Nr. NN				Zuständigkeit: KHZW	
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (pauschale Fördermittel)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Σ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Auszahlungen										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	130.000	130.000		0	115.000	0	0	145.000	520.000
Σ der Auszahlungen	0	130.000	130.000		0	115.000	0	0	145.000	520.000
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten			0	0						0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	-130.000	-130.000		0	-115.000	0	0	-145.000	-520.000
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	130.000	130.000		0	115.000	0	0	145.000	520.000
Σ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	0	130.000	130.000		0	115.000	0	0	0	375.000
Saldo gesamt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maßnahmen aus dem Vorjahr ohne Ansatz in 2017										
Einzahlungen										
aus Zuwendungen des Landes NRW (Baupauschale)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Σ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Auszahlungen										
für den Erwerb von beweglichem Anlagevermögen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Σ der Auszahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0	0	0	0	0	0	0
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Kurzfristige Anlagegüter 3 - 15 Jahre										
Einzahlungen										
Σ der Einzahlungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Auszahlungen										
für sonstige Investitionen	0	77.000	55.000		55.000	25.000	72.000	27.000	227.000	461.000
Σ der investiven Auszahlungen	0	77.000	55.000		55.000	25.000	72.000	27.000	227.000	461.000
Verpflichtungsermächtigung zu Lasten				0						
Saldo Maßnahme (Einzahlung ./. Auszahlung)	0	-77.000	-55.000		-55.000	-25.000	-72.000	-27.000	-227.000	-461.000
Finanzierungstätigkeit										
Einzahlungen aus der Aufnahme von Darlehen	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Einzahlungen aus Eigenmitteln	0	77.000	55.000		55.000	25.000	72.000	27.000	227.000	461.000
Entnahme aus der Baupauschalrücklage	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Σ Saldo aus Finanzierungstätigkeit	0	77.000	55.000		55.000	25.000	72.000	27.000	227.000	461.000
Saldo gesamt	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	1,00	1,00	1,00
	15 Ü	0,00	0,00	0,00
	15	0,00	0,00	0,00
	14	0,00	0,00	0,00
	13	0,00	0,00	0,00
	12a	0,00	0,00	0,00
	12	0,00	0,00	0,00
	11b	0,00	0,00	0,00
	11a	0,00	0,00	0,00
	11	0,00	0,00	0,00
	10a	0,00	0,00	0,00
	10	1,00	1,00	1,00
	9d	0,00	0,00	0,00
	9c	0,00	0,00	0,00
	9b	0,00	0,00	0,00
	9a	0,00	0,00	0,00
	9	3,00	3,00	3,00
	8a	0,00	0,00	0,00
	8	1,00	1,00	1,00
	7a	0,00	0,00	0,00
	7	0,00	0,00	0,00
	6	11,00	11,00	11,00
	5	34,00	34,00	32,70
	4a	0,00	0,00	0,00
	4	22,00	22,00	19,50
	3a	0,00	0,00	0,00
	3	3,00	3,00	1,80
	2 Ü	2,00	2,00	1,00
	2	12,00	16,00	6,00
	1	42,00	42,00	35,70
	Summe	132,00	136,00	113,70

2. Nach-
wuchs-
kräfte

Aus- bildungs- verhältnis	Zahl der Stellen 2017	Zahl der Stellen 2016	Besetzt am 30.06.2016
Ausbild. Verwaltung	0,00	0,00	0,00
Ausbild. Handwerk	7,00	6,00	7,00
Summe	7,00	6,00	7,00

LVR-Krankenhauszentralwäscherei

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	6.957	6.997	0,6%	7.209	3,0%	7.249	0,5%	7.493	3,4%
Sonstige betriebliche Erträge	571	543	-4,9%	573	5,5%	585	2,1%	597	2,1%
Σ Erträge	7.528	7.540	0,2%	7.782	3,2%	7.834	0,7%	8.090	3,3%
Personalaufwand	4.405	4.491	2,0%	4.577	1,9%	4.681	2,3%	4.790	2,3%
Materialaufwand	1.943	1.928	-0,8%	1.959	1,6%	1.943	-0,8%	1.982	2,0%
Sonstige Aufwendungen	767	758	-1,2%	775	2,2%	783	1,0%	799	2,0%
Σ Aufwendungen	7.115	7.177	0,9%	7.311	1,9%	7.407	1,3%	7.571	2,2%
Zwischenergebnis (EBITDA)	413	363	-12,1%	471	29,8%	427	-9,4%	519	21,7%
Abschreibungen (eigenfinanz.)	388	420	8,2%	449	6,9%	505	12,5%	497	-1,6%
Operatives Ergebnis	25	-57	-328,0%	22	-138,6%	-78	-455,4%	22	-128,5%
Finanzierungsaufwendungen	5	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Finanzierungserträge	3	0	0,0%	1	0,0%	2	100,0%	2	0,0%
Finanzergebnis	-2	0	0,0%	1	0,0%	2	100,0%	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	23	-57	-347,8%	23	-140,4%	-76	-431,3%	24	-131,9%
Steuern	5	5	0,0%	5	0,0%	5	0,0%	5	0,0%
Überschuss / Fehlbetrag	18	-62	-444,4%	18	-129,0%	-81	-551,0%	19	-123,8%
Entnahme aus Gewinnrücklagen	0	80	0,0%	0	0,0%	100	0,0%	0	0,0%
Ergebnis	18	18	0,0%	18	0,0%	19	4,5%	19	2,6%

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 Leistungsberichterstattung 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 Gesundheitsssausschuss 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

¹Die 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



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 schulfähiger 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 Krankenhausträger 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 niedrighschwelligem 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“



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

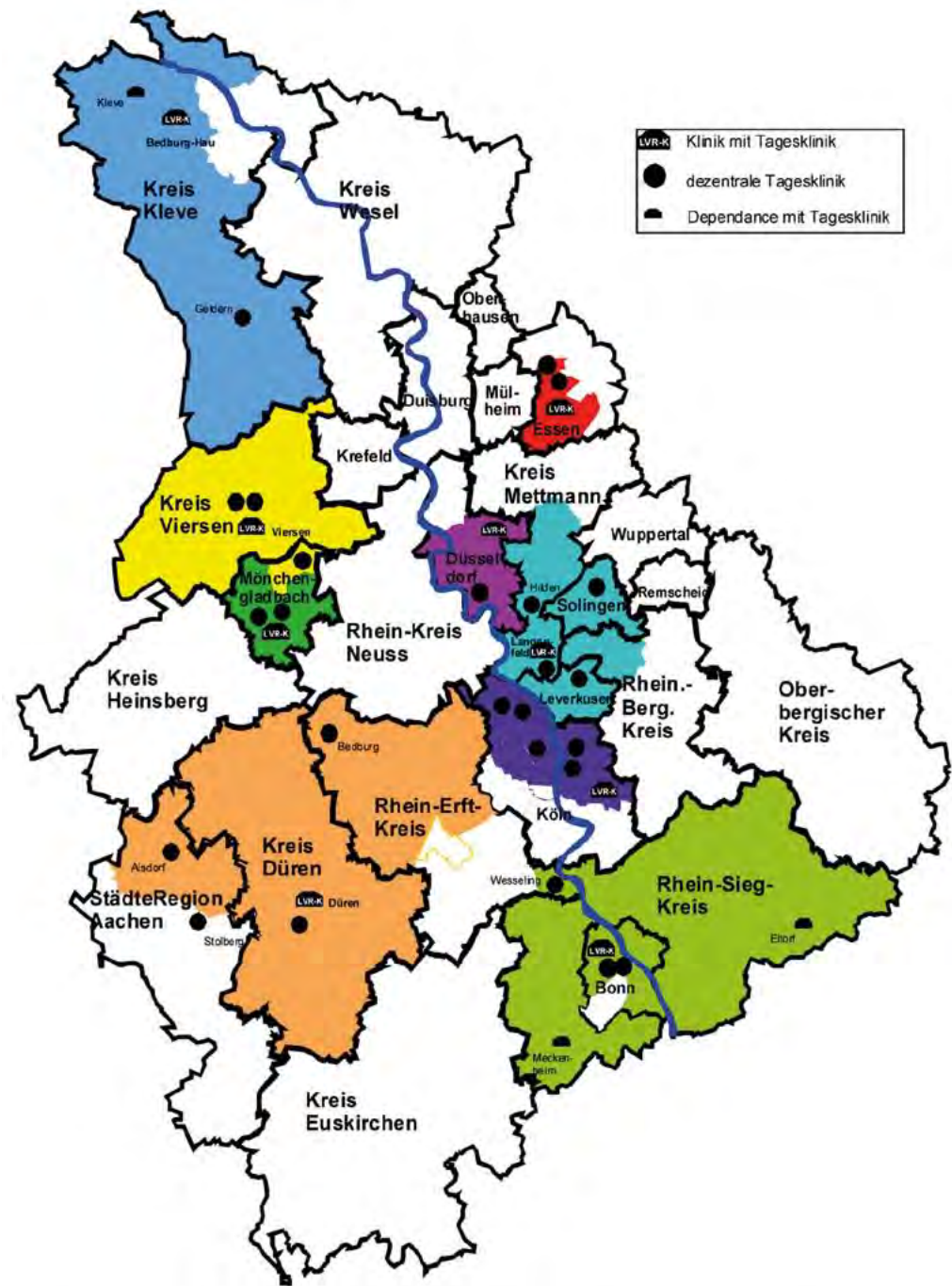
Unterschiede in der Krankenhaushäufigkeit je 100.000 Einwohner im vollstationären Bereich.

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 Tagesklinien 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



LVR-Klinik	PVG-Einwohner	LVR-Klinik	PVG-Einwohner
Bedburg-Hau	270.034	Köln	622.038
Bonn	928.900	Langenfeld	628.384
Düren	734.089	Mönchengladbach	181.812
Düsseldorf	545.061	Viersen	370.108
Essen	188.873		
LVR-Kliniken		4.469.298	

Einwohnerzahlen NRW.IT 2014



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.

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



Familienorientiert und gut vernetzt

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.

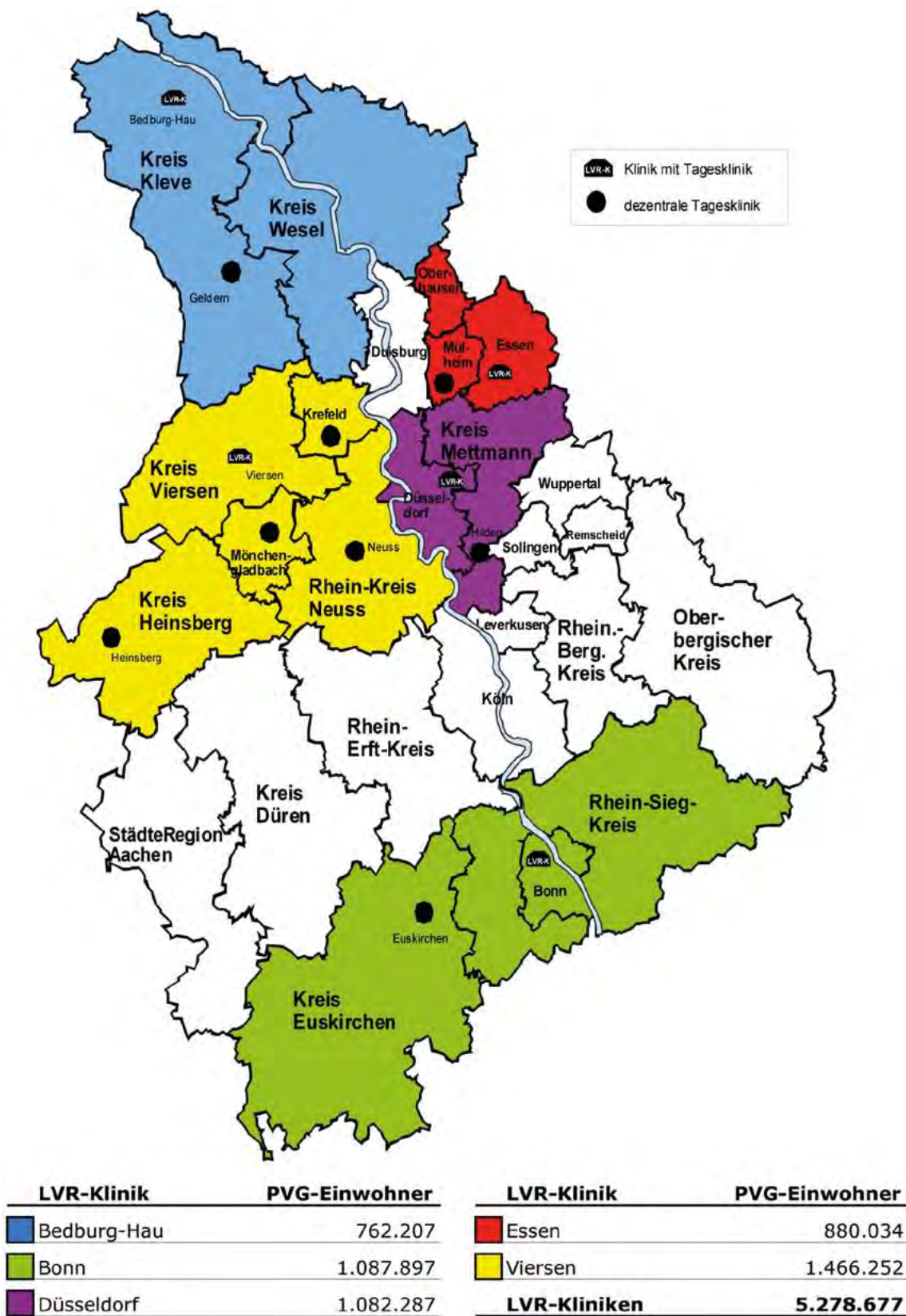
In der **LVR-Klinik Viersen** werden im Fachbereich KJPPP insgesamt 58 Betten mit überregionalen Angeboten vorgehalten:

- 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

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

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

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

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

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.

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, Großimlinghaus 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.

Großimlinghaus 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 Routinedaten. 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.

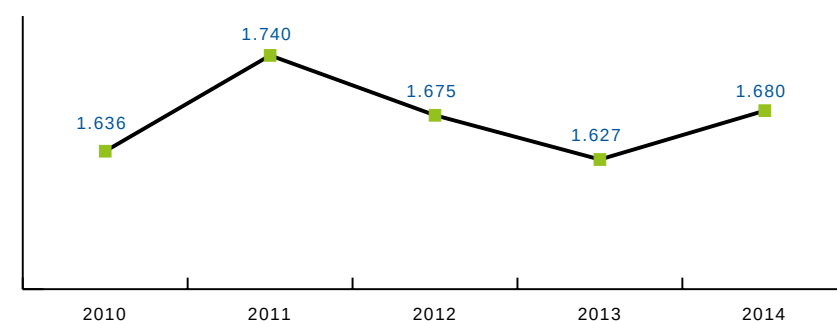
Und mehr noch: „Die Tatsache, dass der LVR für seine Beschäftigten im Klinikverbund eine eigene Akademie zur beruflichen Qualifizierung

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 migrationsspezifische 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 migrationsspezifischen

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 migrationsspezifischen 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 migrationsspezifischen 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.

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.

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

2.2. Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittler



Dolmetscher der Seele

Als erster deutscher Psychiatrieverband 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



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 zeitnahe 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.

ljiljana.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 Infogruppe	11 ³⁰ -12 ³⁰ Psychoedukation	13 ³⁰ Sprech- stunde
11 ³⁰ -12 ³⁰ Depressionsgruppe	15 ³⁰ -16 ³⁰ Sprechstunde	16 ⁰⁰ -17 ⁰⁰ Überleitungs- gruppe	11 ³⁰ -12 ³⁰ Angstgruppe	
15 ⁰⁰ -16 ³⁰ Selbstsicherheits- training			16 ⁰⁰	
AT	alle Therapien werden den be- rzt/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	
			aufnehr	

BT-Tel.: 2302
Sport-Tel.: 2384

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 Neuropsychiatrie 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 Straf-



täter 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 Angstserkrankungen, 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 gemeindenahen 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 schwierigen 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 psychotherapeu-tische Tagesklinik	Psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz, Traumaambulanz, Schmerzambulanz, Psychoonkologischer Dienst, Sprechstunde für Transsexualität, Interkulturelle Ambulanz
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters	Tagesklinik Kinder- und Ju-gendpsychiatrie Altenessen, Tagesklinik „Ruhrwende“ für Kinder- und Jugendpsychiatrie Mülheim a.d.Ruhr	Ambulanz Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ambulanz für Kinder- und Jugendliche mit schulvermeidendem Verhalten, Spezial-sprechstunde für Kinder und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung (Leuch-turm), Ambulantes Therapieprogramm „Obeldicks“ für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht, Essstörungenambulanz, Ambu-lanz für Jugendliche mit emotional instabi-lem Verhalten, ADHS-Ambulanz
Forensische Psychiatrie		Forensische Ambulanz
Institut für Forensische Psychia-trie		

Besondere Angebote des Klinikums

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

Behandlungskonzepte für Menschen mit Mig-rationshintergrund 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 Jugendpsych-iatrie, etwa zu Erkrankungen wie ADHS, Ess-störungen oder Übergewicht.

Ein Anspruch, dem das LVR-Kli-nikum Essen mit allgemeinspy-chiatrischen Angeboten zu Er-krankungen wie Depressionen, Angst- oder Zwangsstörungen, aber auch mit einem geron-topsychiatischen Kompe-tenzzentrum sowie speziellen Angeboten für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen nachkommt. Zudem bietet die psychosomatische Klinik über die Behandlungsschwer-punkte Essstörungen und so-matoforme 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, Psy-chosomatik 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 Stationen 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 Ambu- lanz 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.

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.

Das nicht operative Behandlungsspektrum umfasst:

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



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 psych-

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

iatrischen und psy-
chosomatischen
Disziplinen.
Im vollstationären
Bereich zeigt sich
im Zeitraum zwi-
schen 2009 und
2015 ein Anstieg
auf fast 45.000 be-
handelte Fälle. Das entspricht einer Zunahme
von über 14%. Bei praktisch gleich gebliebe-

nen vollstationären Kapazitäten korrespon-
diert 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 Fallzahlenanstieg in
Verbindung mit einem Rückgang in der durch-
schnittlichen Verweildauer. Damit wurden
2015 über 23% mehr Fälle teilstationär be-
handelt als im Vergleich zu 2009. Diese Ent-
wicklung ist insbesondere auf den verstärkten
Ausbau teilstationärer Behandlungsangebote
zurückzuführen. Im vollstationären Bereich
sind rund 42% der behandelten Fälle weib-
lich, während es im teilstationären Bereich
über 59% sind.

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

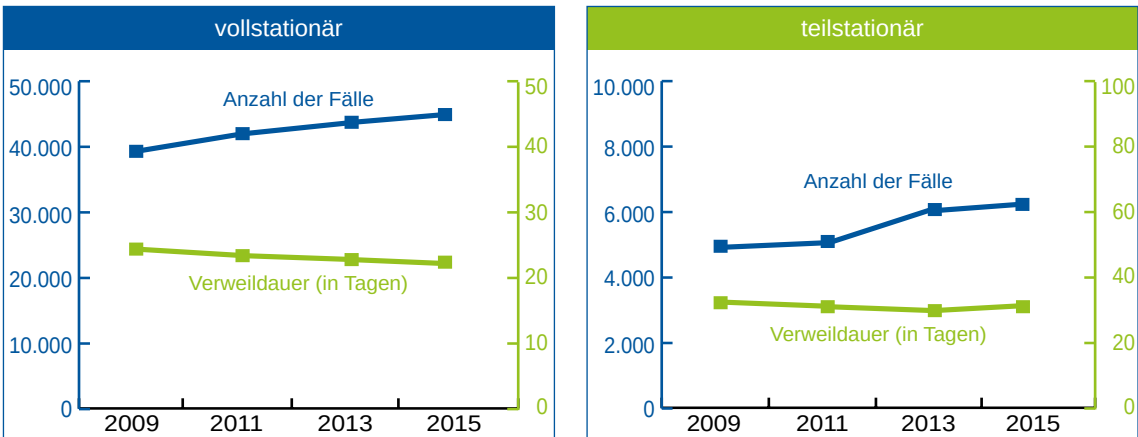
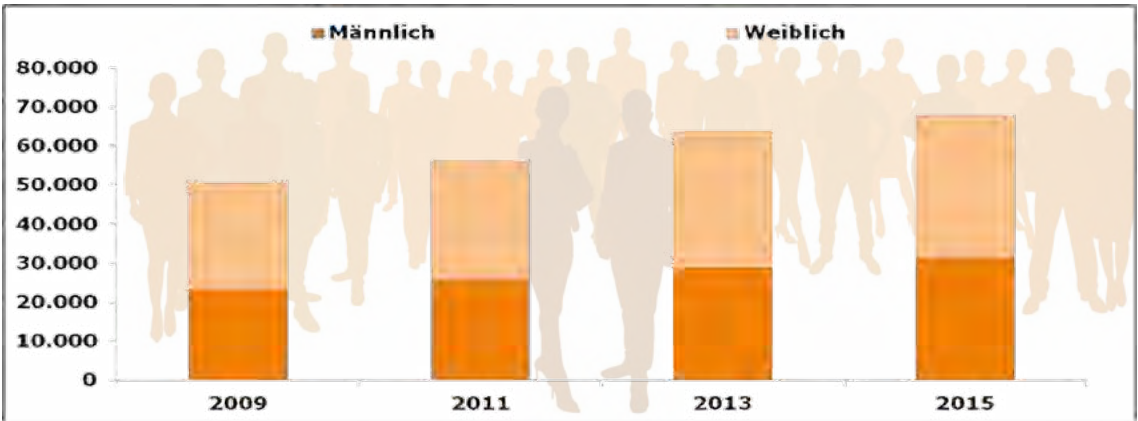


Abb. 5: Ambulante Patientinnen und Patienten in der PP/PM



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.

Im betrachteten Zeitraum gab es zum Teil Ver-
schiebungen in der Verteilung der behandelten
Diagnosen (Tab. 4). So nahmen die Patienten
und Patientinnen mit F1-Diagnosen (Psychi-
sche und Verhaltensstörungen durch psycho-

trope Substanzen) von rund 37% auf ca. 34%
ab. Im Gegensatz dazu ist der Anteil jener
Menschen, die aufgrund von affektiven Störun-
gen (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 Patien-
tinnen und Patienten mit F4 Diagnosen wie-
der auf fast 5% in 2015 gestiegen. Insgesamt
machten 2015 Patientinnen und Patienten mit
den genannten Diagnosen mehr als 90% der
insgesamt behandelten Patienten aus.

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 wahnhafte 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 wahnhafte 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 wahnhafte 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 Erwachsenenendisziplinen (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).

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

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

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

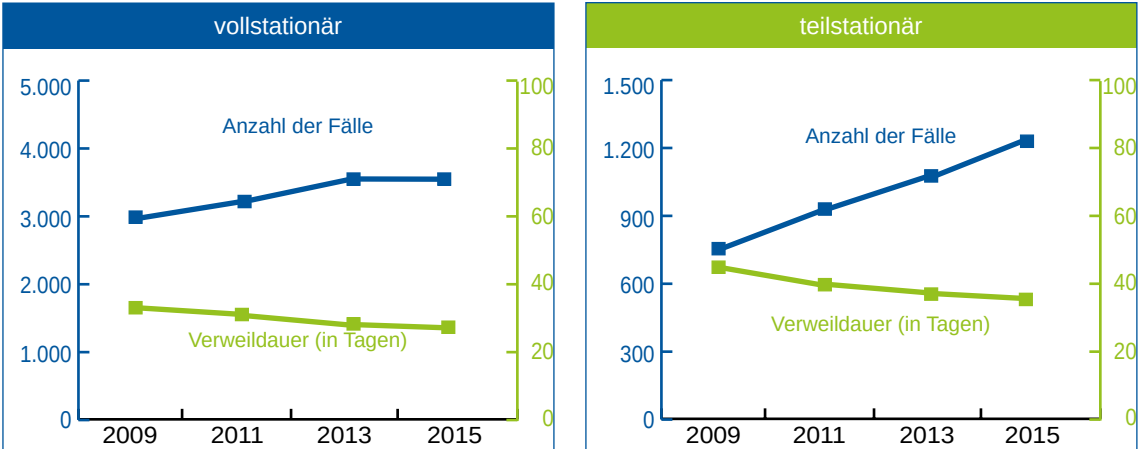
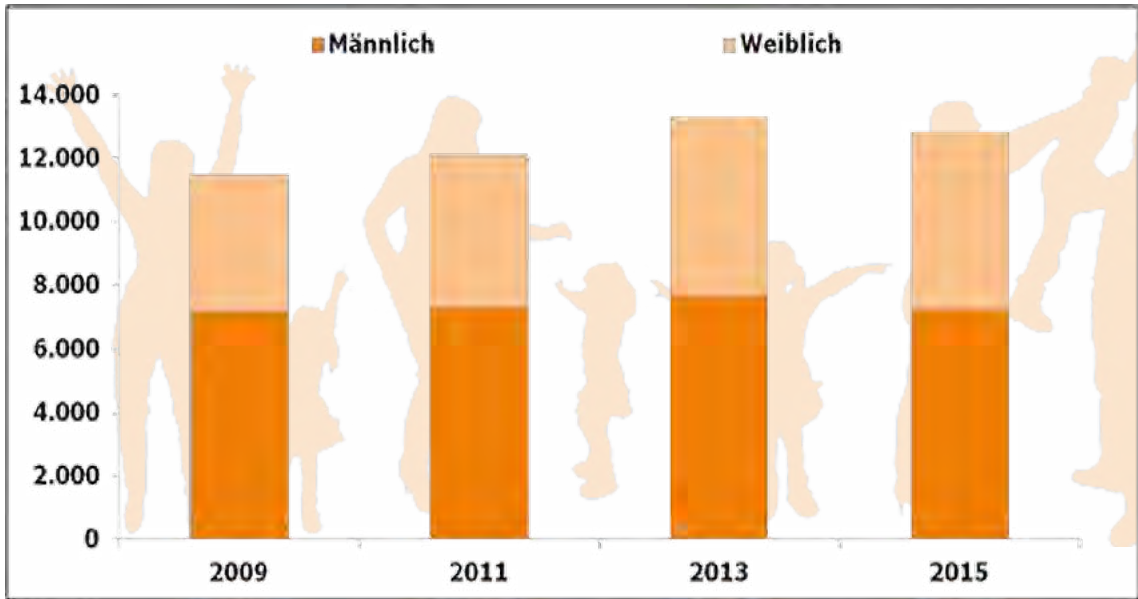


Abb. 7: Ambulante Patientinnen und Patienten in der KJPPP



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 wahnhafte 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 Abrechnungsgrundlage.

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“).



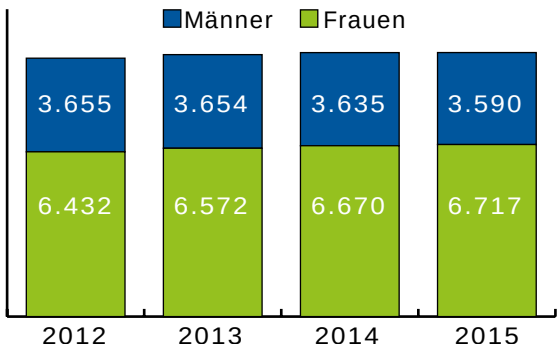
Die Menschen
im Mittelpunkt

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

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

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 orientiert sich an der 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“.

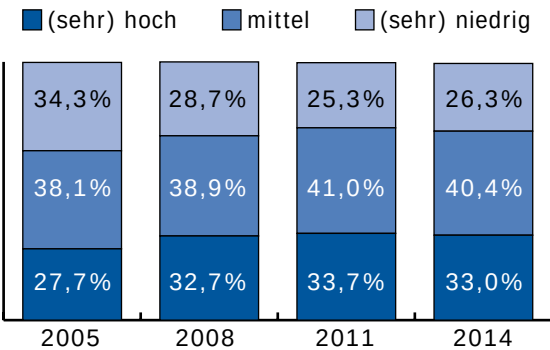
Im Bereich der Personalentwicklung stellt die Entwicklung von Führungskräften eine wichtige Aufgabe dar. Aus diesem Grund werden alle Führungskräfte im Rahmen von Entwicklungsprogrammen auf ihre Aufgaben vorbereitet. Auch in der Führungsentwicklung verfolgt der LVR dabei das Ziel einer ausgewogenen Beschäftigtenstruktur. 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.

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.

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



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

„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 Bun-

desausschusses (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

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.

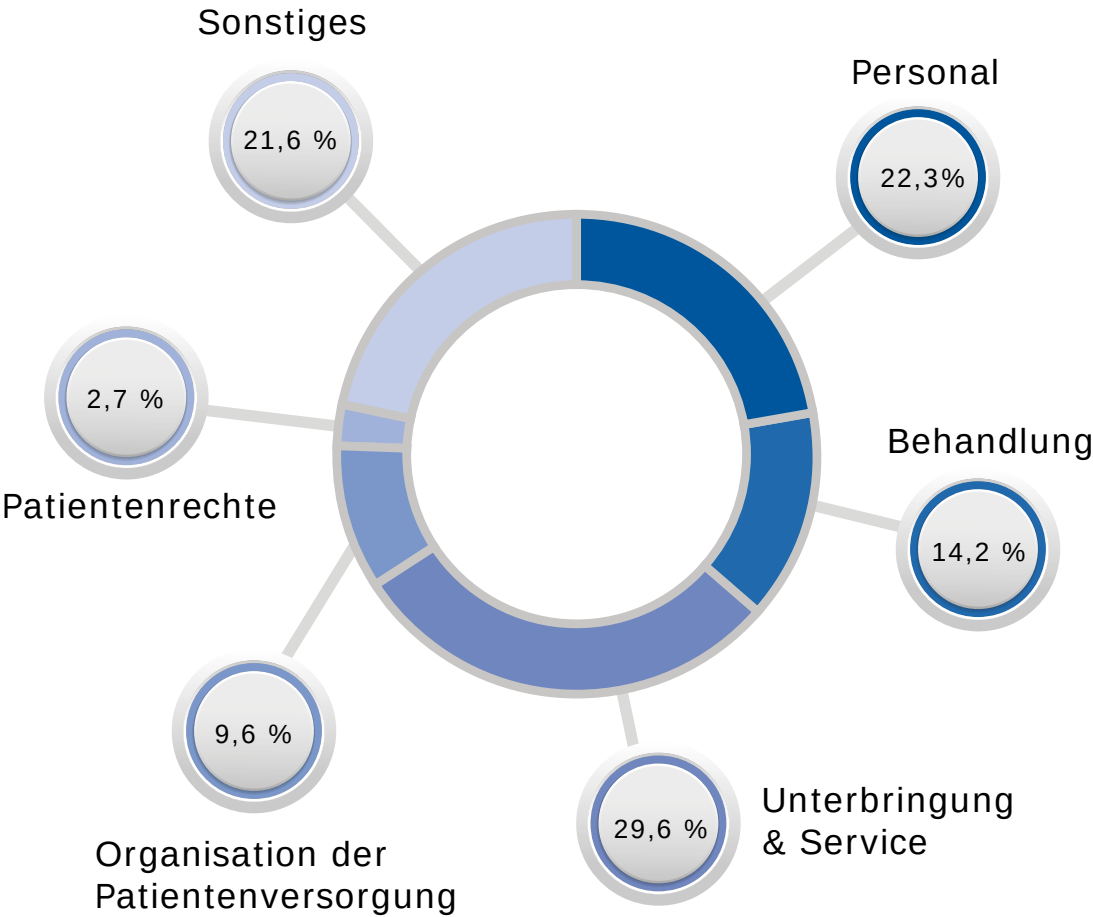
Der LVR-Klinikverbund verfügt daher über ein mehrstufiges Beschwerdesystem:

- 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%)

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/



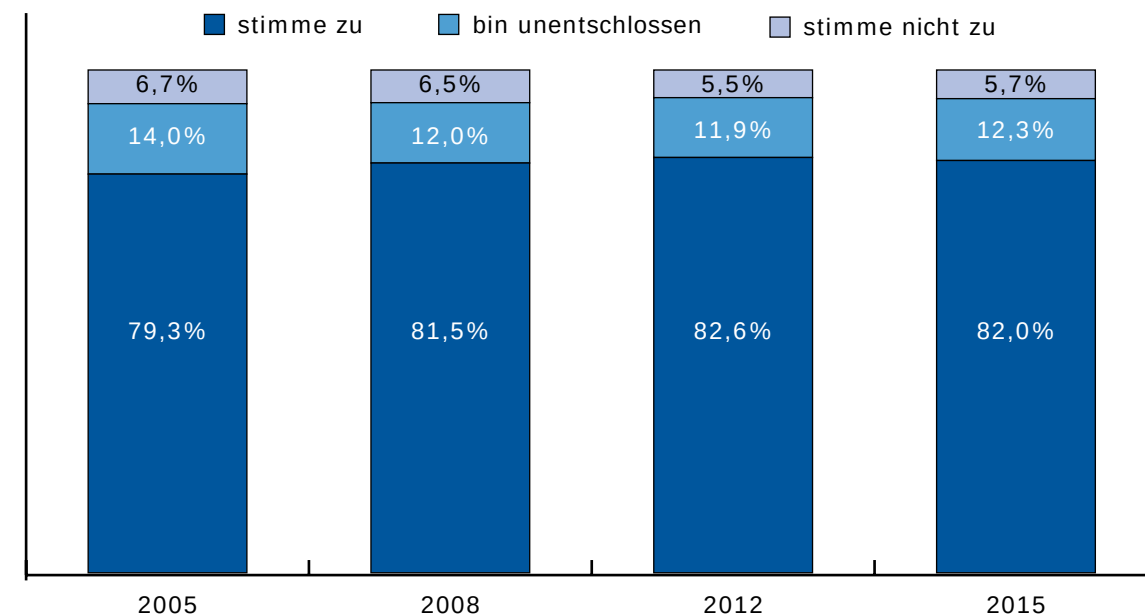
Befragung von Patientinnen und Patienten

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 Weiterempfehlungsrates 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.

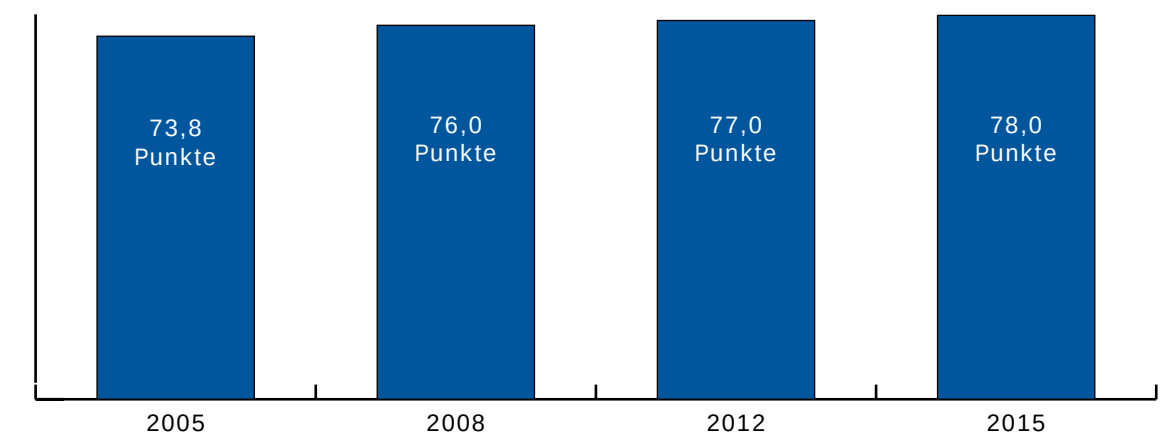
Sechs der insgesamt 25 Fragen beziehen sich auf die Bereitstellung von Informationen und die Einbeziehung in den eigenen Behandlungsprozess. Die sechs Fragen beziehen sich dabei auf die Beurteilungen der Patienten und Patientinnen für die Bereiche

- 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

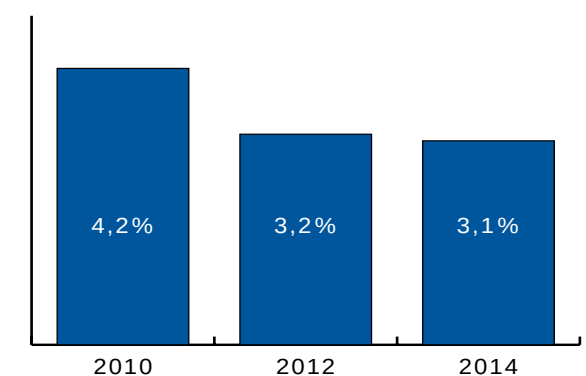
Freiheitsentziehende Maßnahmen bzw. Zwangsmaßnahmen sind Maßnahmen zur Sicherung und Gefahrenabwehr bei akuter Fremd- und Selbstgefährdung, die durch andere Mittel nicht mehr abgewendet werden können. Sie greifen einschneidend in die Freiheitsrechte der Betroffenen ein und können mit traumatisierenden 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 konflikthafter 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 Krankenhausträger 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

5. Anhang

Abb. 15: Krankenhaushäufigkeiten PP/PM vollstationär

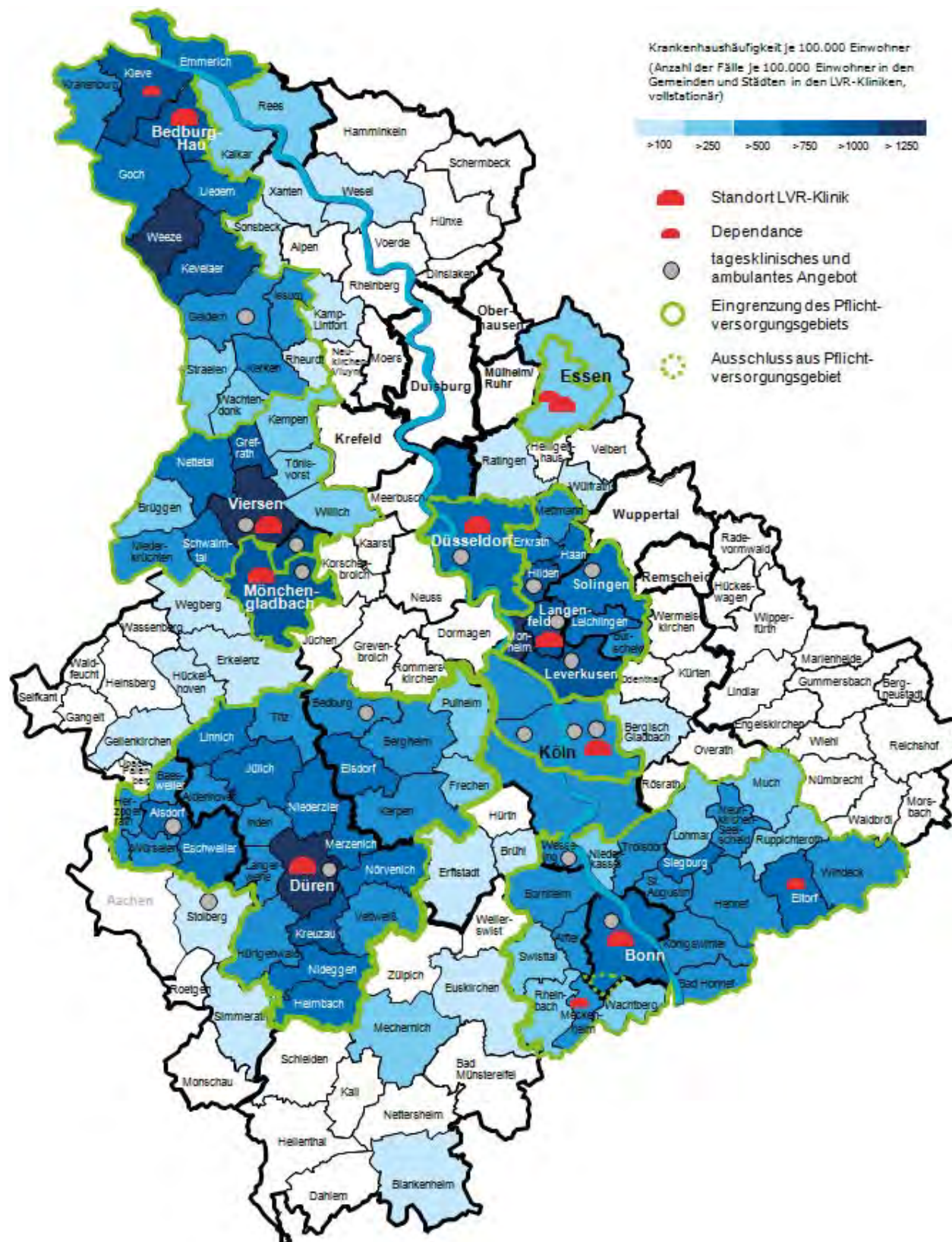


Abb. 16: Krankenhaushäufigkeiten PP/PM teilstationär

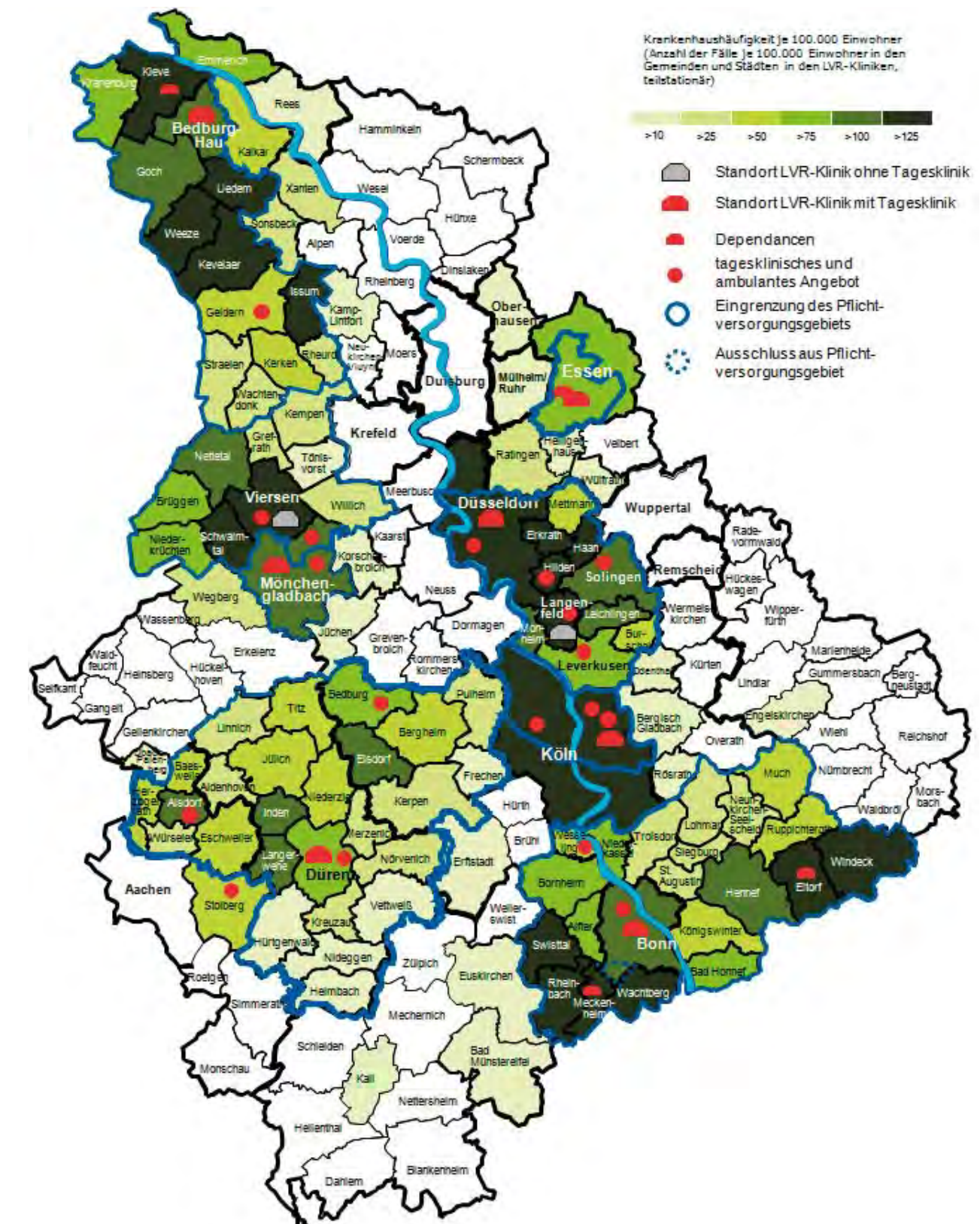


Abb. 17: Angebotsstruktur der LVR-Kliniken in der PP/PM

	zentral			dezentral		
Bedburg-Hau	AP	50	AP	15		
	AP	GER	56	GER	15	GER
	AP	SU	82			SU
Bonn	AP	292	AP			
				Meckenheim	18	BN-Zentrum
				Eitorf	26	Wesseling
						BN-Zentrum
Düren	AP	269	AP	20		
	GER	61	GER			
	SU	76	SU			
				Alsdorf	20	Alsdorf
Düsseldorf	AP	229	AP	36		
	GER	81	GER			
	SU	73	SU			
	PM	24	PM	19		
Essen	AP	GER	80			
	SU	33	SU	7		
	PM	30	PM	16		
Köln	AP	227	AP	18		
	GER	80	GER			
	SU	95	SU			
Langenfeld	AP	218	AP			
	GER	72	GER			
	SU	74	SU			
Mönchengladbach	AP	GER	74			
	AP	SU	56			
Viersen	AP	57	AP			
	AP	GER	89			
	SU	68	SU			

Quelle: Bettenspiegel 2016; Stand: 14. April 2016

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

	zentral			dezentral		
Bedburg-Hau	KJPPP	30	KJPPP	6	KJPPP	
					Geldern	12
Bonn	KJPPP	50	KJPPP	18	KJPPP	
					Euskirchen	12
Düsseldorf	KJPPP	52	KJPPP	16	KJPPP	
					Hilden	12
Essen	KJPPP*	50	KJPPP			
					E-Nordviertel	21
Viersen	KJPPP	114	KJPPP			
					Mülheim/R	10
					VIE-Rahser	11
					MG-Rheydt	14
					Krefeld	14

* Essen-Frohnhausen

vollst.: Betten
teilst.: Plätze

vollstationär

teilstationär

ambulant

Quelle: Bettenspiegel 2016; Stand: 14. April 2016

Abb. 19: Krankenhaushäufigkeiten KJPPP vollstationär

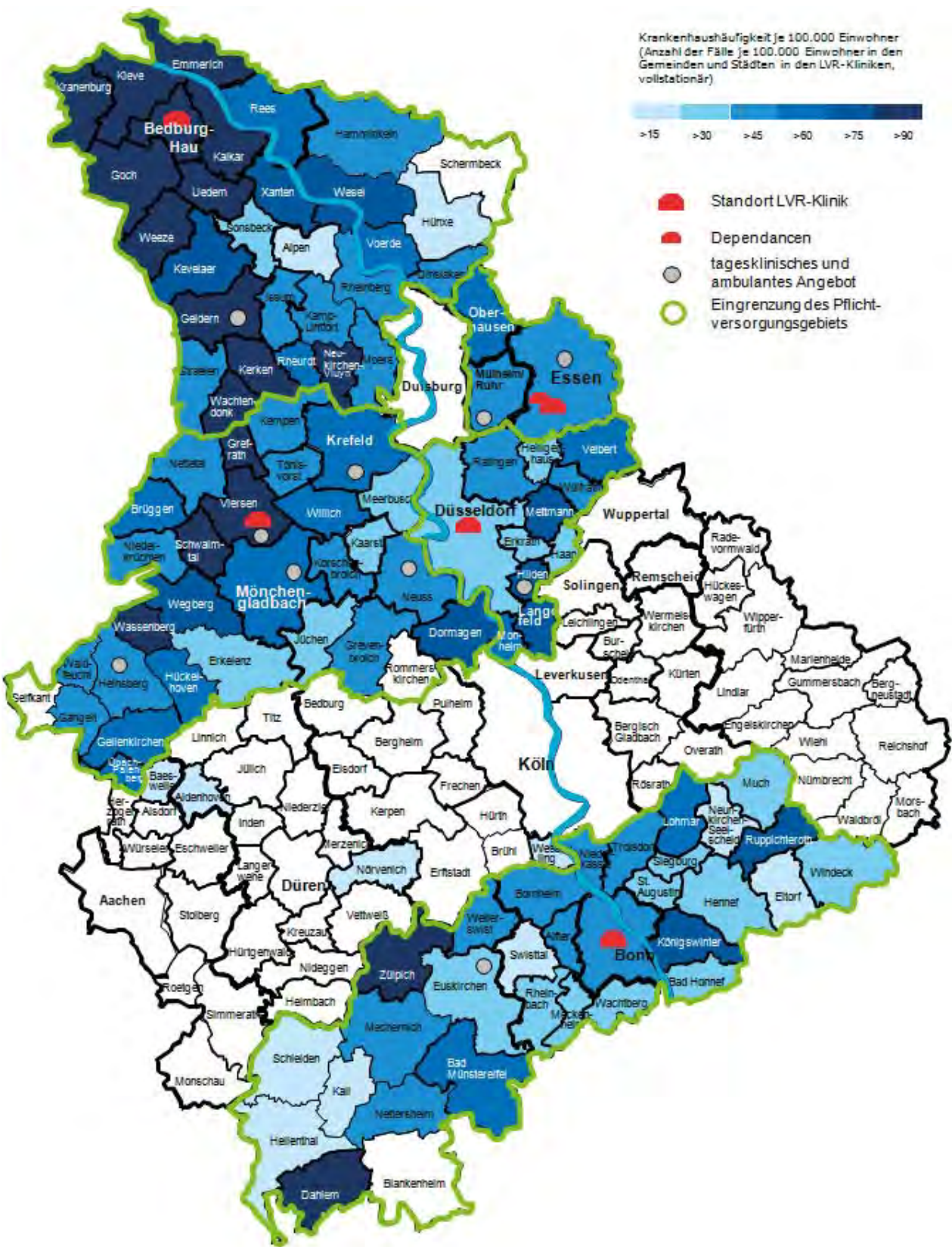
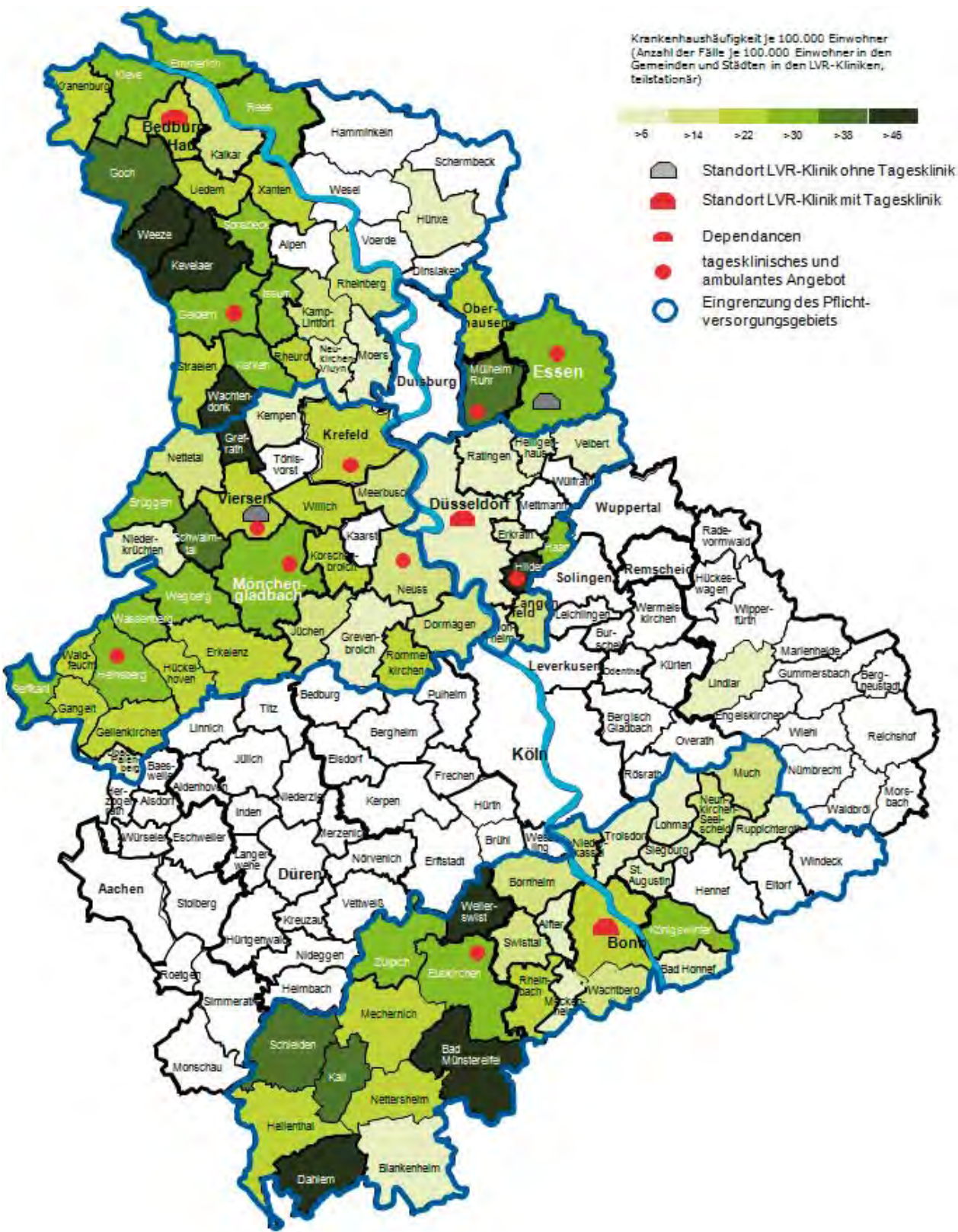


Abb. 20: Krankenhaushäufigkeiten KJPPP teilstationär



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.

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 Gesetzesentwurf verändert den ordnungspolitischen Rahmen für das neue Entgeltsystem für die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken. Der neue ordnungspolitische Rahmen nach dem Gesetzesentwurf 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 Gesetzesentwurf verändert den ordnungspolitischen Rahmen für das neue Entgeltsystem für die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken. Der neue ordnungspolitische Rahmen nach dem Gesetzesentwurf 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 BPflV (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** beigelegt.

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 „Ansesichts 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 BPfIV 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 Tarifierpassung 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 krankenhaushausindividuelle 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 Referentenentwurfs 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 Leistungsmengengerüsts 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 krankenhausindividuelle 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 strukturbedingte 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 krankenhausindividuellen 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 BPfIV (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 BPfIV 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 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 BPfIV 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 Krankenhaussektor 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.

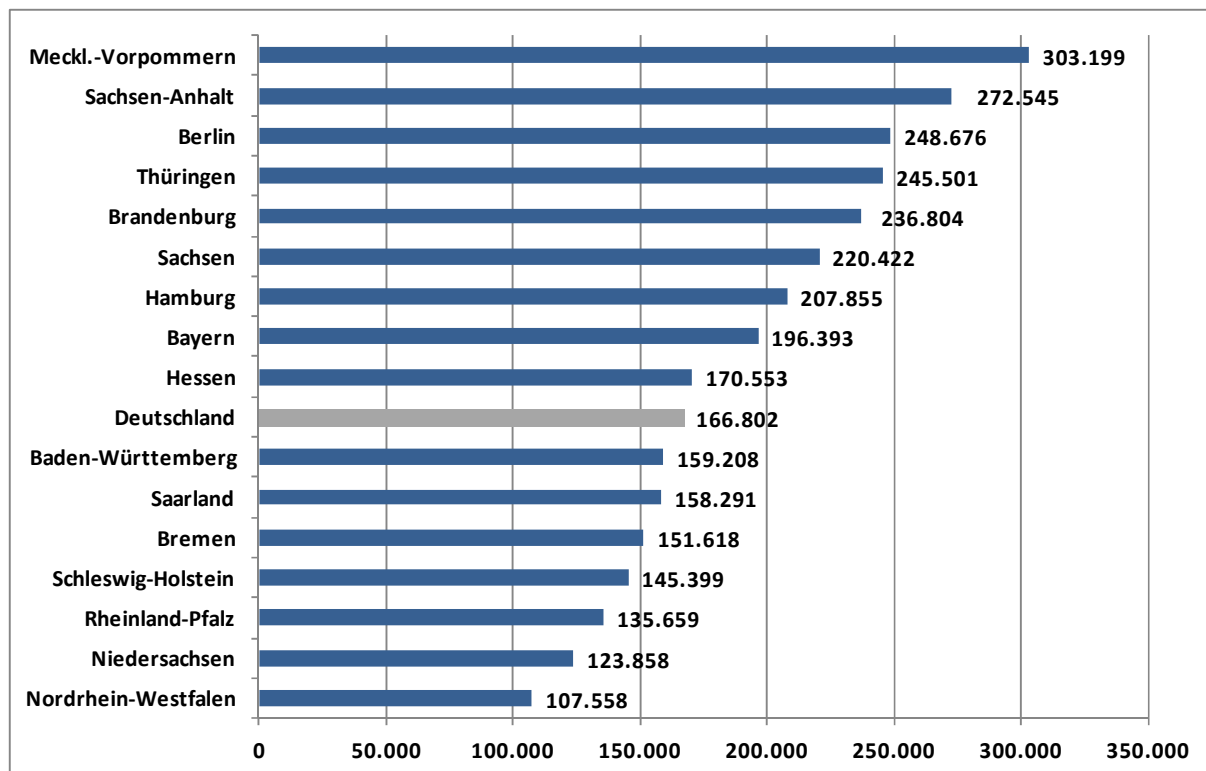


Abb. 2: Summe der KHG-Mittel im Zeitraum von 1991 bis 2013 je KHG-Bett in Euro

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.

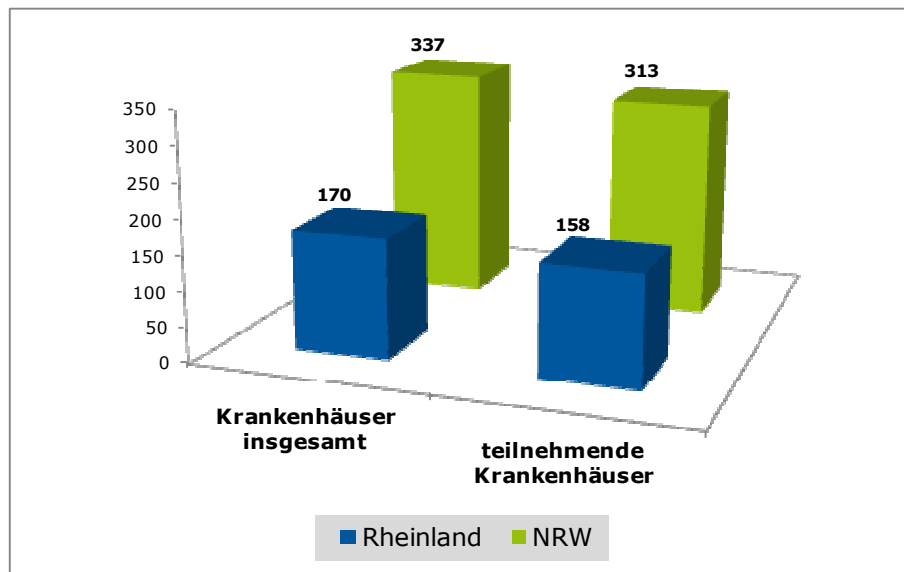
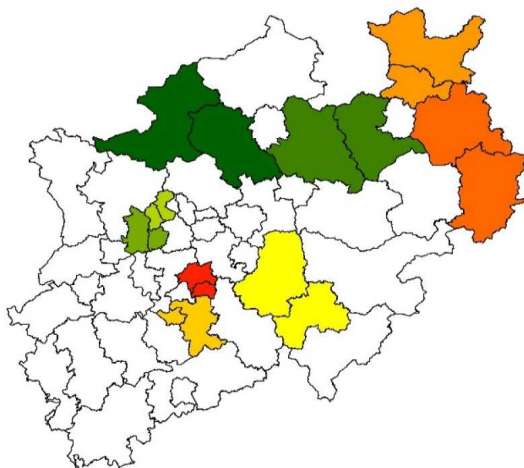


Abb. 3: Teilnahme am Investitionsbarometer NRW

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.

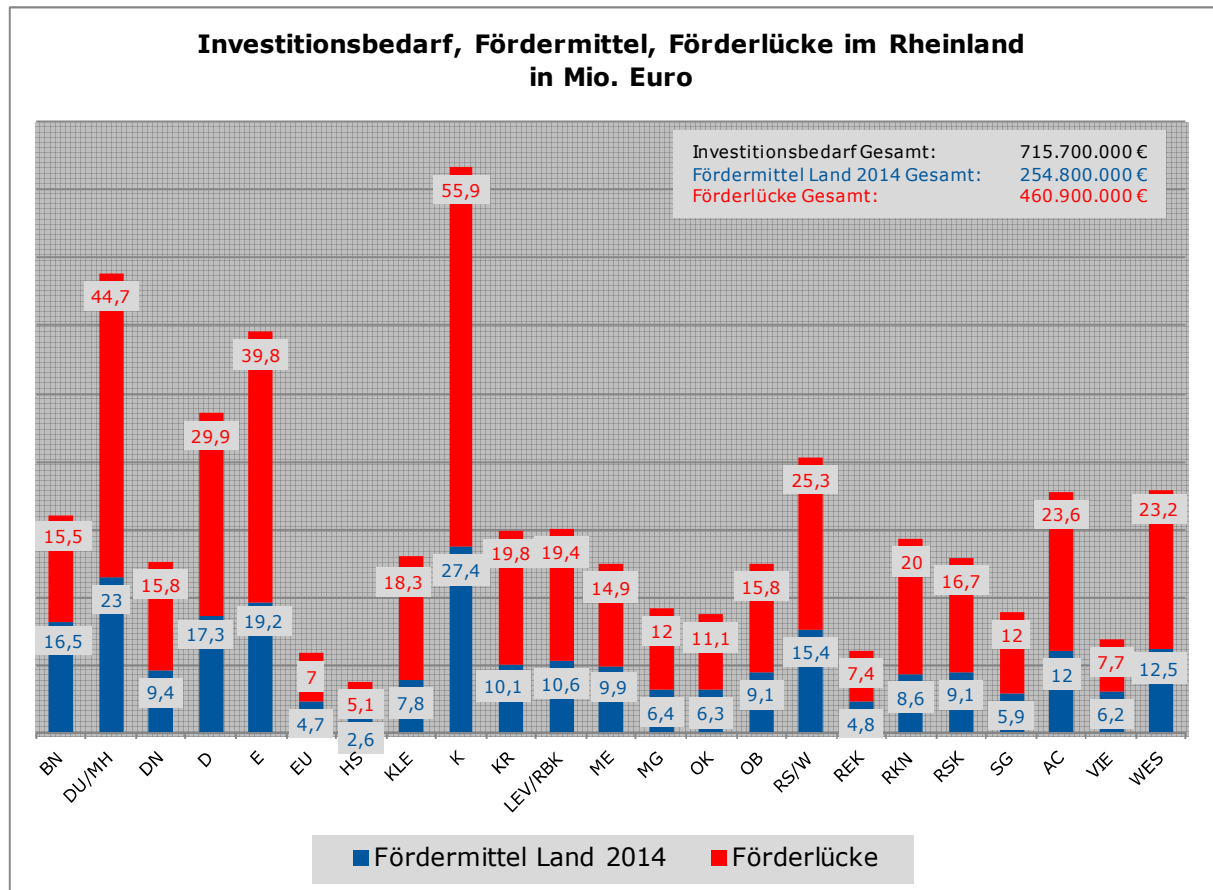


Abb. 4: Investitionsbedarf, Fördermittel und Förderlücke im Rheinland in Mio. Euro

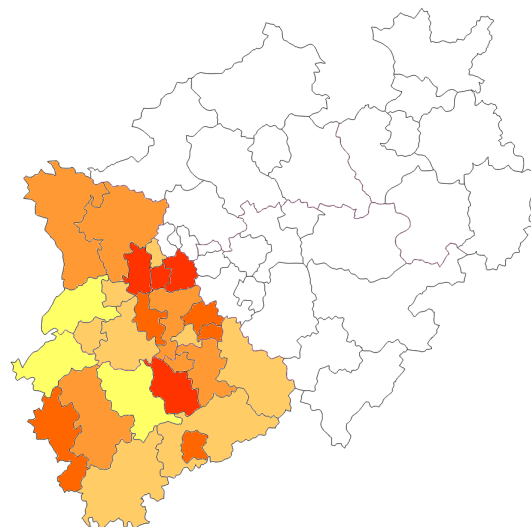
Von den insgesamt 254,8 Millionen Euro Fördermitteln des Landes NRW für die Plankrankenhäuser im Rheinland, entfallen rund 103,6 Millionen Euro auf Fördermittel nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW (Baupauschale) und rund 151,2 Millionen Euro auf Fördermittel nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW (kurzfristige 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.

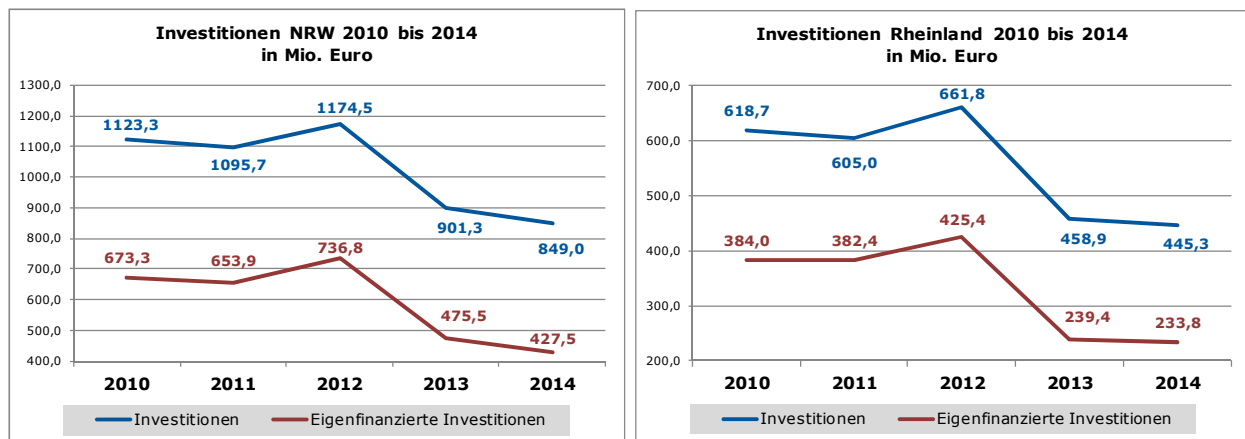


Abb. 6: Getätigte Investitionen und eigenfinanzierte Investitionen in NRW/ im Rheinland im Zeitraum von 2010 bis 2014 (in Mio. Euro)

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 Finanzierungsbeitragsleistung 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.

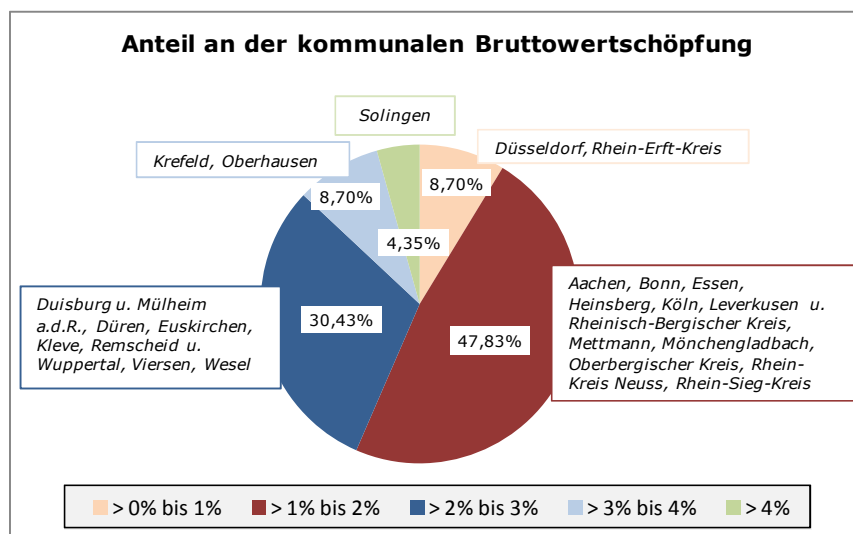


Abb. 7: Anteil an der kommunalen Bruttowertschöpfung

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 (lfd. Jahr):

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

L U B E K

Zusammenfassung:

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-Pressemeldungen 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 Werkstatträten

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-Erfahrene 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.*

Z2.1 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.

Z2.2 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.

Z2.3 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.

Z2.4 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.*

22.11 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).

22.12 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).

22.13 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.

22.14 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.

22.15 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 Kreisen und kreisfreien Städten durch die lokalen Hospizvereine anhand des in Solingen erprobten Konzeptes geschult.

*Inbesondere im Bereich der Förderung der **Teilhabe am Arbeitsleben** wurden im Jahr 2015 verschiedene Aktivitäten unternommen, die sich der Zielrichtung Personenzentrierung zuordnen lassen.*

22.16 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.

22.17 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

22.18 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.

22.19 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 Hörbehinderungen – 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.

22.27 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).

22.28 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

22.29 Personaleinsatzplanung beim Arbeitgeber LVR

Im Berichtsjahr 2015 wurde das Konzept für die interne Personaleinsatzplanung grundlegend angepasst. Durch das überarbeitete Konzept soll die Betreuung des intern zu vermittelnden Personals, 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

Z4.1 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.

Z4.4 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.

Z4.5 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

Z4.6 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 Verteilverfahren 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).

Z5.2 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.

Z5.3 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.

Z5.4 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).

Z5.5 Barrierefreies Reisen

Neben einem möglichst hohen Standard der Barrierefreiheit ist es für eine selbstbestimmte Nutzung der LVR-Liegenschaften auch wichtig, Menschen mit Behinderungen möglichst umfänglich 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 Bezirktetag 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

Z7.1 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.

Z7.2 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.

Z7.3 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 eigens 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 behindert“.

²⁶ Siehe auch: LVR-Kulturbericht 2015, S.11.

derte Menschen im Nationalsozialismus". Etwa 2.000 Menschen besuchten die Ausstellung und setzten 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

Ergänzungsvorlage-Nr. 14/1361/1

öffentlich

Datum: 08.09.2016
Dienststelle: Stabsstelle 70.30
Bearbeitung: Herr Dr. Pfeiffer

Ausschuss für den LVR- Verbund Heilpädagogischer Hilfen	07.10.2016	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	28.10.2016	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Förderung des Modellprojekts "Peer Counseling im Rheinland"

Kenntnisnahme:

Der Bericht zur Förderung des Modellprojektes "Peer Counseling im Rheinland" wird gemäß Vorlage Nr. 14/1361/1 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:	2017: PG 041: 154.780,17 €; PG 017: 136.534,79 € ; 2018: PG 041:265.337,37 € ; PG 017: 234.059,56 €
Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten	

In Vertretung

L e w a n d r o w s k i

Zusammenfassung:

Mit der Vorlage 13/ 3412 hat der Landschaftsausschuss in seiner Sitzung am 17.02.2014 die Förderung von insgesamt 10 einzelnen Projekten im Rahmen des Forschungs- und Modellprojektes zum Peer Counseling beschlossen. Das Projekt hat eine Laufzeit von drei Jahren (01.06.2014 - 31.05.2017) und wird von der Prognos AG und der Universität Kassel (Prof. Dr. Wansing) wissenschaftlich evaluiert.

Unter dem Titel: „Peer Counseling – Rheinische Erfahrungen und internationale Perspektiven“ fand am 18.11.2015 eine vom LVR durchgeführte Fachtagung mit mehr als 200 Teilnehmenden statt. Einerseits wurden in Vorträgen Ergebnisse der Begleitforschung referiert, Zukunftsperspektiven des Peer Counseling entworfen und internationale Projekte vorgestellt. Andererseits wurden in einer Diskussion mit dem Plenum verschiedene Fragestellungen aus unterschiedlichen Perspektiven erörtert.

Um das Thema einer breiteren Öffentlichkeit vorzustellen, wurde eine Filmdokumentation erstellt, die im Sozialausschuss am 29.08.2016 gezeigt wird.

Der im Sommer 2016 vorgelegte zweite Zwischenbericht* der Begleitforschung zeigt, dass das Beratungsangebot Peer Counseling in der Praxis gut angenommen wird und die Beratungsstellen genutzt werden. Von den ratsuchenden Menschen mit Behinderung wird das Angebot überdurchschnittlich positiv bewertet und als wertvolle Ergänzung zum vorhandenen Beratungsangebot eingeschätzt. Die Ratsuchenden profitieren dabei auf sehr unterschiedliche Weise von Peer Counseling.

Aus den bisherigen Forschungsergebnissen leiten sich 9 Handlungsempfehlungen ab. Grundsätzlich empfiehlt die wissenschaftliche Begleitforschung und Evaluation auf Grund der vorliegenden Ergebnisse „Peer Counseling als integralen Bestandteil eines differenzierten Unterstützungssystems fest zu etablieren. Es ist Aufgabe von Politik und Leistungsträgern, mit geeigneten Maßnahmen dazu beizutragen, dass Peer Counseling im Unterstützungssystem bekannt, anerkannt und als Qualitätsstandard begriffen wird.“ (S. 137f. des Zwischenberichts)

Vor dem Hintergrund der erfolgreichen Entwicklung des Modellprojekts und im Hinblick auf das geplante Bundesteilhabegesetz, das laut Regierungsentwurf eine gesetzliche Grundlage schaffen könnte (sog. „unabhängige Beratung“), schlägt die Verwaltung eine Verlängerung der Förderung aller 10 Projekte bis zum 31.12.2018 vor. Es wird ferner vorgeschlagen, auch die Förderung der EX-IN-Ausbildung aus Mitteln der Ausgleichsabgabe bis 31.12.2018 zu verlängern. Voraussetzung ist die Verlängerung des regionalen Arbeitsmarktprogramms „aktion5“ über den 31.12.2017 hinaus.

Das Projekt trägt in mehrfacher Weise zur Zielrichtung 1 („Die Partizipation von Menschen mit Behinderungen im LVR ausgestalten“) des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der UN-BRK bei.

*Der zweite Zwischenbericht ist ab 17.08.2016 online zu finden unter <http://peer-counseling.lvr.de>

Begründung der Vorlage Nr. 14/1361/1:

Der Sozialausschuss hat in der Sitzung am 29.08.2016 darum gebeten, die Vorlage auch dem Gesundheitsausschuss zur Kenntnis zu geben.

Zudem hat der Ausschuss für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen in seiner Sitzung am 02.09.2016 beschlossen, die Beratung der Vorlage 14/1361 auf die nächste Sitzung am 07.10.2016 zu vertagen.

Begründung der Vorlage Nr. 14/1361:

Gliederung:

1. Einleitung
2. Sachstand
3. Evaluationsergebnisse
4. Weiteres Vorgehen

1. Einleitung

Mit dem Antrag 13/ 227, der am 19.12.2012 in der Sitzung der Landschaftsversammlung beschlossen wurde, wurde die Verwaltung unter anderem aufgefordert, bis zu neun Anlauf- und Beratungsstellen mit der Zielsetzung des Peer Counseling zu fördern. Ebenso sollte die Umsetzung wissenschaftlich evaluiert werden sowie eine Qualifizierung der Peer Counselor erfolgen. In seiner Sitzung am 14.02.2014 hat der Landschaftsausschuss die Förderung von 9 Anlauf- und Beratungsstellen beschlossen (13/ 3412). Mit der Vorlage 13/ 3527 wurde ein 10. Projekt nachträglich in die Förderung aufgenommen. Folgende 10 Peer Counseling Projekte wurden ausgewählt, die gemäß ihrer Zielsetzung in zwei Förderbereiche fallen:

Projekte zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen der Ausgleichsabgabe: Zentrum für Bildung, Kultur und Integration gGmbH, Köln; Die Kette e.V., Bergisch-Gladbach; Integrationsfachdienst Bonn/Rhein-Sieg, Sankt Augustin.

Projekte zur Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe im Rahmen der Eingliederungshilfe: PHG Viersen gGmbH, Viersen; LVR-HPH-Netz West, Viersen; Lebenshilfe Service gGmbH, Wermelskirchen; Leben und Wohnen, Aachen; Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e.V., Köln; Psychiatrie-Patinnen und -Paten e.V., Aachen.

Zusätzlich wird der Verein Selbstbestimmt Leben Behinderter Köln e.V. (ZsL) gefördert. Das ZsL setzt einen doppelten Auftrag um: Zum einen wird ein Qualifizierungsprogramm für alle Peer Beraterinnen und Berater der rheinischen Peer Counseling Projekte durchgeführt, zum anderen werden auch Menschen mit einer körperlichen Behinderung im Rahmen des Peer Counseling selbst beraten.

Mit der Vorlage 14/ 804 wurde vom Landschaftsausschuss beschlossen, die Beratungsstelle "Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e.V." vom 01.01.2016 bis zum 31.05.2017 weiter zu fördern. Ebenfalls wurde beschlossen, die Beratungsstelle "Psychiatrie-Patinnen und -Paten e.V.", Aachen vom 01.04.2016 bis zum 31.05.2017 weiter zu fördern. Damit wurde erreicht, dass nun alle 10 Projekte eine einheitliche Befristung bis zum 31.05.2017 aufweisen.

Das Projekt trägt in mehrfacher Weise zur Zielrichtung 1 („Die Partizipation von Menschen mit Behinderungen im LVR ausgestalten“) des LVR-Aktionsplans zur

Umsetzung der UN-BRK bei. Die Beratung durch Peer Beraterinnen und Berater unterstützt Ratsuchende dabei, Entscheidungen für ihr eigenes Leben zu treffen. Auch die Peer Beraterinnen und Berater profitieren, werden in ihrer Rolle gestärkt und erfahren Empowerment.

2. Sachstand

Zur Vernetzung der Projekte untereinander sowie zum Erfahrungsaustausch wurden seit November 2015 insgesamt drei Projekttreffen vom LVR durchgeführt. Diese Treffen haben sich als gute Möglichkeit erwiesen, die anstehenden Herausforderungen wahrzunehmen, gemeinsam Lösungen zu erarbeiten und sich gegenseitig zu unterstützen.

Unter Beteiligung des LVR fand in Kassel ein erweitertes **Expertenpanel** statt. Mit Mitarbeitern des Vereins zur Förderung der Autonomie Behinderter (fab e.V. Kassel), dem Behindertenbeauftragten des Landes Rheinland-Pfalz und dem Integrationsamt des LVR wurden u.a. das Peer Counseling Konzept des LVR und Ergebnisse der Begleitforschung diskutiert.

Unter dem Titel: „Peer Counseling – Rheinische Erfahrungen und internationale Perspektiven“ fand am 18.11.2015 eine vom LVR durchgeführte **Fachtagung** mit mehr als 200 Teilnehmenden statt. Einerseits wurden in Vorträgen Ergebnisse der Begleitforschung referiert, Zukunftsperspektiven des Peer Counseling entworfen und Projekte von Inclusion Europe, Brüssel, vorgestellt. Andererseits wurden in einer Diskussion mit dem Plenum verschiedene Fragestellungen aus unterschiedlichen Perspektiven erörtert (Audiodokumentation unter www.peer-counseling.lvr.de; Printfassung wird zur Zeit gedruckt).

Um das Thema einer breiteren Öffentlichkeit vorzustellen, wurde eine **Filmdokumentation** erstellt, die im Sozialausschuss am 29.08.2016 gezeigt wird. Im Zeitraum von August bis November 2016 wird eine vierte **Schulungsreihe** als Qualifizierungsmaßnahme im Peer Counseling durchgeführt. Manche Peer Counselor können ihre Tätigkeit nicht aufrecht erhalten, da sie zeitweise erkrankt sind oder eine Anstellung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erhalten haben. Umso erfreulicher ist es, dass es immer wieder gelingt, neue Interessenten für diese oft ehrenamtliche Tätigkeit zu gewinnen. Aufgrund der Bedürfnisse der Koordinatorinnen und Koordinatoren in den Projekten nach Schulung in Beratungskompetenz und Reflexion ihrer sich verändernden Rolle und gemäß den Handlungsempfehlungen des zweiten Zwischenberichts (liegt nur **in der elektronischen Fassung als Anlage** bei) werden diese erstmals in die neu konzipierte Schulung einbezogen.

3. Evaluationsergebnisse

In einer europaweiten Ausschreibung wurde das Angebot der Prognos AG in Zusammenarbeit mit der Universität Kassel (Lehrstuhl Prof. Dr. Wansing) ausgewählt. Die Begleitforschung und Evaluation hat fünf Schwerpunkte:

1. Es soll ein Wirkmodell des Peer Counseling entwickelt werden, um die unterschiedlichen Gesichtspunkte von Wirkungen und Bedingungsbeziehungen zu erfassen.
2. Es werden die Strukturen, Prozesse und Rahmenbedingungen der Projekte untersucht.
3. Es wird erforscht, welche Zielgruppen durch Peer Counseling Angebote erreicht werden.

4. Ein vierter Schwerpunkt geht der Frage nach, welche Ergebnisse Peer Counseling erzielt und was förderliche und hinderliche Faktoren sind.

5. Aufgrund der Ergebnisse der Evaluation und Begleitforschung sollen konkrete Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung des Peer Counseling-Projektes entwickelt werden.

Der zweite Zwischenbericht liegt vor und kann mit folgendem Link abgerufen werden:

<http://peer-counseling.lvr.de>

Im Folgenden werden drei Aspekte aus diesem Zwischenbericht hervorgehoben: die Anzahl der Beratungsfälle, die Beratungsergebnisse aus Sicht der Ratsuchenden sowie die Bewertung des Peer Counseling durch die Ratsuchenden.

- Anzahl der Beratungsfälle

Auf der Basis von verschiedenen Dokumentationsbögen wurde die Zahl der durchgeführten Beratungen in den einzelnen Peer-Projekten ermittelt (s. 2. Zwischenbericht, S. 14).

Tabelle 2-1: Zahl der dokumentierten Beratungsfälle

Beratungsstelle (in alphabetischer Reihenfolge)	Eingesetzter Dokumentationsbogen			Beratungsfälle insgesamt	Beratungsfälle ab März 2015
	Lange Version	Leichte Version	Angehörige		
Die Kette e.V.	21	2	-	23	23
Dülkener Experten Team	-	9	-	9	5
Insel e.V.	48	5	-	53	53
Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW	142	-	29	171	171
Leben und Wohnen	-	8	1	9	9
Lebenshilfe Service gGmbH	-	21	-	21	21
Psychiatrie Patinnen und -Paten	79	-	2	81	81
Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen	27	-	-	27	22
Zentrum für Bildung, Kultur und Integration	31	8	6	45	37
Zentrum für Selbstbestimmtes Leben e.V.	78	-	8	86	78
Gesamtergebnis	426	53	46	525	500

Quelle: Ergebnisse der Dokumentation der Peer-Beratungen (Stand: 30.4.2015). Eigene Berechnungen Prognos AG.

Diese Ergebnisse belegen, dass das Beratungsangebot gut angenommen worden ist. Bei dem „Dülkener Expertenteam“ sowie dem Projekt von „Leben und Wohnen“ fällt jedoch auf, dass die Beratungsfälle im Vergleich zu den übrigen Beratungsstellen deutlich niedriger liegen. Dies ist durch die besonderen Umstände in diesen beiden Projekten begründet. Mit beiden Projekten wurden Gespräche geführt, wie die Anzahl der Beratungsfälle gesteigert werden kann. Werden die im Gespräch vereinbarten Maßnahmen umgesetzt, so ist auch hier mit einer Steigerung der Beratungsfälle zu rechnen.

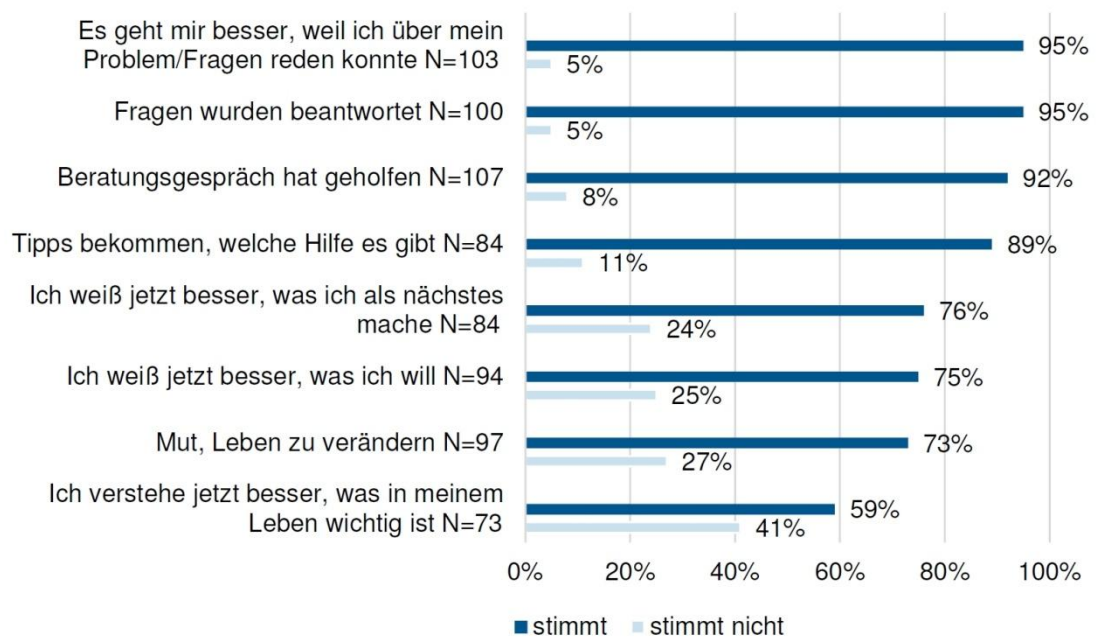
Darüber hinaus wurden zahlreiche Gruppenberatungen und Informationsveranstaltungen durchgeführt, um auf das Beratungsangebot aufmerksam zu machen. Es hat sich gezeigt,

dass derartige niederschwellige Angebote nötig sind, um die Hemmschwelle für eine Einzelberatung zu senken (s. Handlungsempfehlungen). Es zeigte sich ferner, dass die Ziele von Beratung – Empowerment, Selbstwirksamkeit, Stärkung des Selbstvertrauens etc. – auch und gerade durch solche Angebote erreicht werden können.

- Ergebnisse der Beratung

Die Ratsuchenden berichten im Rahmen von eigens durchgeführten Befragungen von folgenden Resultaten der Peer Beratung (s. Zwischenbericht, S. 113):

Abbildung 7-7: Beratungsergebnisse aus Sicht der Ratsuchenden



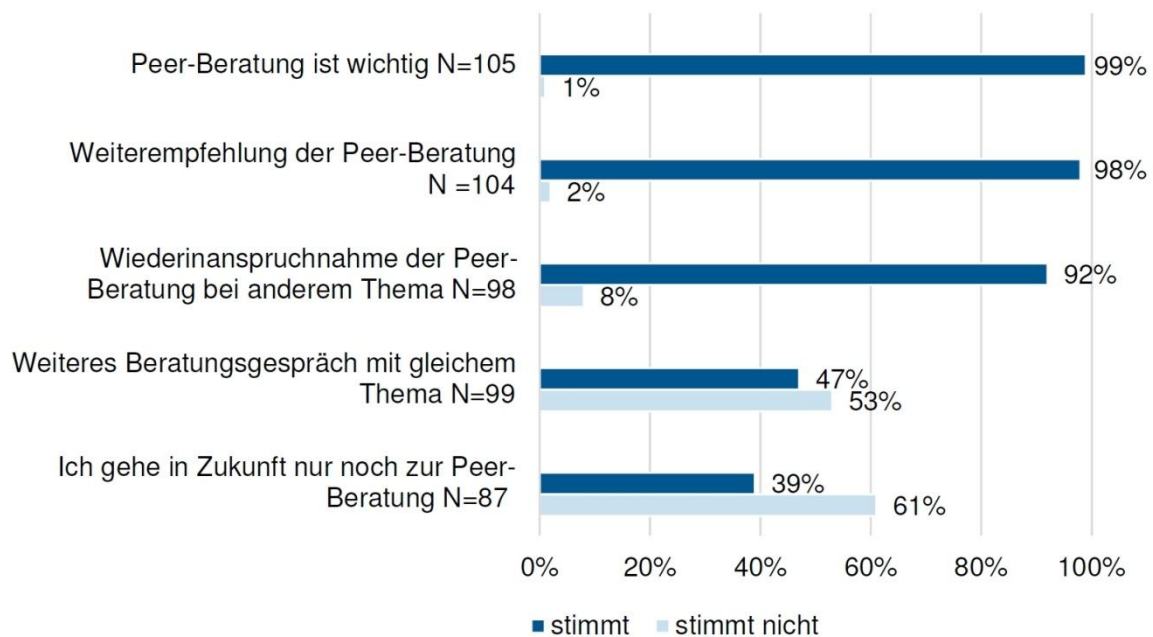
Quelle: Ergebnisse der Ratsuchenden-Befragung (Stand: 29.02.2016).

Damit wird deutlich, dass die Ratsuchenden in unterschiedlicher Art und Weise von der Peer Beratung profitieren können.

- Bewertung der Peer Beratung

Insgesamt wird das Angebot des Peer Counseling überdurchschnittlich positiv bewertet, wie folgende Auswertung zeigt (s. 2. Zwischenbericht, S. 114). Die folgende Abbildung verdeutlicht, in welchen Bereichen die Ratsuchenden das Beratungsangebot besonders positiv bewerten:

Abbildung 7-8: Bewertung des Peer Counseling



Quelle: Ergebnisse der Ratsuchenden-Befragung (Stand: 29.02.2016).

Handlungsempfehlungen der Begleitforschung:

Aufgrund zahlreicher, im zweiten Zwischenbericht dargestellter quantitativer und qualitativer Ergebnisse wurden von der Begleitforschung folgende Handlungsempfehlungen formuliert:

„Zum Zeitpunkt des zweiten Zwischenberichts liegen bereits vielfältige Ergebnisse vor. Aus diesen lassen sich vorläufige Empfehlungen ableiten, wie Peer Counseling - einschließlich notwendiger Rahmenbedingungen - so ausgestaltet werden kann, dass die mit dem Beratungsangebot verbundenen Ziele besonders gut erreicht werden können. [...]

Peer Counseling ist ein Beratungsangebot, das von seinem Anspruch und seiner Konzeption her in hohem Maße mit den Zielsetzungen der UN-BRK übereinstimmt. Viele der in diesem Bericht dargestellten Ergebnisse bringen zum Ausdruck, dass auch die Umsetzung an den Projektstandorten diesen Ansprüchen gerecht wird. [...] Den einzelnen Handlungsempfehlungen kann daher die grundsätzliche Empfehlung vorangestellt werden, Peer Counseling als integralen Bestandteil eines differenzierten Unterstützungssystems fest zu etablieren. Es ist Aufgabe von Politik und Leistungsträgern mit geeigneten Maßnahmen dazu beizutragen, dass Peer Counseling im Unterstützungssystem bekannt, anerkannt und als Qualitätsstandard begriffen wird.“(S. 137f.)

Handlungsempfehlungen

„1. Eine Vielfalt von Trägern der Peer Counseling-Angebote ist anzustreben. [...]

Begründung: Wenn für das Peer Counseling eine Trägervielfalt ermöglicht wird, kann die erprobte Arbeitsfähigkeit und Bekanntheit etablierter neutraler Träger genutzt werden. Darüber hinaus hat Trägervielfalt den Vorteil, dass Ratsuchende verschiedener Zielgruppen aus den Beratungsstellen-Typen jeweils diejenige wählen können, die ihnen vertrauter ist.

2. Bei der Auswahl geeigneter Träger für das Peer Counseling ist es wichtig, bereits erfolgreich vor Ort etablierte und neutrale Beratungsstrukturen zu berücksichtigen. [...]

Begründung: Vorhandene Beratungsstrukturen, wie KoKoBes, Sozialpsychiatrische Zentren und Zentren für selbstbestimmtes Leben, bilden die erforderliche Vielfalt an Trägern ab. Zudem liegen die Vorteile einer Anbindung an etablierte Beratungsstrukturen in einer höheren Bekanntheit und einem niedrigschwelligen Zugang – sie sind den entsprechenden Zielgruppen bekannt und werden nach bisherigen Erfahrungen auch eher aufgesucht. [...] Vorauszusetzen ist, dass eine weitgehende Unabhängigkeit von Interessen sowohl der Leistungsträger als auch einzelner Leistungserbringer gewährleistet ist.

3. Eine Mindestgröße der Teams von 2-3 Peer Counselors ist nicht zu unterschreiten. [...]

Begründung: Die Kontinuität des Angebots, eine gewisse Auswahloption für eine geeignete Passung von Beratenden und Ratsuchenden sowie ein kollegialer Austausch sind strukturelle Qualitätsstandards von Peer-Beratung, deren Umsetzung eine Mindestzahl an Peer Counselors voraussetzt.

4. Die Vernetzung der Beratungsstellen und der Peer Counselor untereinander sollte gefördert werden. [...]

Begründung: In einigen Themenfeldern des Peer Counseling finden laufend Weiterentwicklungen statt. [...] Außerdem ist Peer Counseling in einigen Regionen bzw. für bestimmte Personengruppen (z. B. mit kognitiver Beeinträchtigung) ein noch neues Angebot, dessen Professionalisierung sich auch durch Praxis herausbildet. [...] Alle diese genannten Punkte erfordern einen strukturierten Austausch der Peer Counselors untereinander bzw. werden durch einen solchen begünstigt.

5. Peer-Beratern, die im Zusammenhang mit ihrer Beeinträchtigung eine personelle Unterstützung in der Beratungssituation benötigen und wünschen, sollte dies ermöglicht werden. Über Art, Umfang und Dauer der Unterstützung entscheidet der Counselor gemäß seiner Bedarfe und Bedürfnisse. [...]

Für die Unterstützerinnen und Unterstützer sind Möglichkeiten der Reflexion ihrer Rolle und Aufgaben - zum Beispiel über Supervision oder Intervision (kollegiale Beratung) - vorzuhalten. [...]

Begründung: Peer Counseling sollen alle Menschen mit Behinderung ausüben können, die über die notwendigen Beratungsfähigkeiten sowie den Erfahrungshintergrund verfügen. [...] Die UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet zur Chancengleichheit und sie verbietet Diskriminierung. [...] Eine personelle Unterstützung in der Beratungssituation ist als angemessene Vorkehrung notwendig, um zu ermöglichen, dass auch Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen gleichberechtigt als Peer Counselor ihre Fähigkeiten zur Entfaltung bringen können und um das Bewusstsein für ihre Fähigkeiten und ihren Beitrag zum Empowerment zu fördern.

6. Beratungsstellen sollten ergänzende niedrigschwellige Unterstützungsangebote (Peer Support) vorhalten, etwa Informationsveranstaltungen, offene Cafés, Freizeitgestaltung, Selbsthilfegruppen oder Ansätze der Persönlichen Zukunftsplanung. [...]

Begründung: Als ergänzendes Angebot von Peer-Beratungsstellen unterstützt Peer Support durch organisatorische und methodische Vielfalt sowie durch niedrigschwellige Ansprache, dass alle Zielgruppenerreicht werden können (vgl. 9.). Positive Erfahrungen mit Peers und der persönliche Kontakt zu Peer-Beratern im Rahmen dieser Angebote wirken vertrauensbildend und eröffnen fließende Übergänge in die Peer-Beratung vor Ort.

7. Die Bedingungen für ehrenamtliche Beraterinnen und Berater sind weiter zu entwickeln. Zentrale Ansätze sind Qualifizierung, Begleitung und Austausch sowie Anerkennung durch professionelle Counselors. [...]

Begründung: Ehrenamtliche Peer Counselors können dazu beitragen, ein flächendeckendes und vielfältiges Beratungsangebot vorzuhalten. Zugleich bietet die ehrenamtliche Beschäftigung einen niedrigschwelligen Zugang zur Beratungstätigkeit. [...]

8. Die Bekanntheit des Angebots sollte durch Netzwerkarbeit gefördert werden. Netzwerkarbeit von Peer Counseling sollte sich nicht auf das engere Umfeld der Unterstützung für behinderte Menschen und der Organisationen von Menschen mit Behinderungen beschränken. Notwendig ist vielmehr eine zielgruppen- und sektorenübergreifende Vernetzung, die die Vielfalt der Menschen mit Behinderungen und die hierauf bezogenen verschiedenen Schnittstellen des Peer Counseling berücksichtigt. [...]

Begründung: Aufgrund ihres Charakters als Angebot im Vorfeld und begleitend zu einer Leistungsanspruchnahme einerseits sowie aufgrund der unterschiedlichen Zielsetzungen steht Peer-Beratung nicht in Konkurrenz zur Beratung durch Leistungserbringer oder -träger, sondern ist ein eigenständiger komplementärer Bestandteil einer vielfältigen Beratungslandschaft. Ein kostengünstiger und effektiver Weg, Peer Counseling bei Ratsuchenden bekannter zu machen, kann daher sein, Leistungsträger und -erbringer aufzufordern, ihre Klienten über dieses spezielle Beratungsangebot zu informieren.

9. Es sind Zugangswege für Peer Counseling zu erschließen und umzusetzen, die auch Menschen erreichen, die in stationären Wohneinrichtungen leben. Geeignete Maßnahmen sind beispielsweise eine aufsuchende Beratung sowie die Beteiligung von Gremien der Interessensvertretung wie Heimbeiräte. Für Beratungsstellen müssen hierfür die nötigen Rahmenbedingungen, u. a. Finanzierungsformen geschaffen werden. [...]

Begründung: Angebote der Peer-Beratung müssen allen Menschen mit Behinderungen in gleichem Maße zugänglich sein, und zwar unabhängig von Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen und jeweiligen Lebenssituation. [...] [Es] ist davon auszugehen, dass gerade dieser Personenkreis [Menschen mit kognitiven und mehrfachen Beeinträchtigungen] vor dem Hintergrund einer langen Tradition der Fürsorge und damit einhergehenden Risiken der Bevormundung von Peer Counseling profitieren kann. Der strukturellen Benachteiligung im Zugang zur Peer-Beratung muss durch angemessene Vorkehrungen wie aufsuchende Angebote und der Ermöglichung von Begleitung zur Beratung begegnet werden, auch im Interesse der Zielsetzung des LVR, Übergänge in

alternative, ambulant unterstützte Wohnformen durch Peer Counseling zu fördern.“ (S. 137-144)

4. Weiteres Vorgehen

Die Ergebnisse und Empfehlungen der wissenschaftlichen Begleitforschung und Evaluation begründen den Vorschlag, das Projekt „Peer Counseling im Rheinland“ weiterhin zu fördern.

Darüber hinaus ist damit zu rechnen, dass die Bundesregierung mit dem geplanten Bundesteilhabegesetz eine Förderrichtlinie zur sog. „unabhängigen Beratung“ herausgeben wird, mit der auch die Beratung von Menschen mit Behinderung durch Menschen mit Behinderung flächendeckend gefördert werden soll. Noch ist jedoch unklar, ab wann die Förderrichtlinie wirksam werden kann. Die Förderrichtlinie muss – nach Inkraft-Treten des BTHG voraussichtlich zum 01.01.2017 – zunächst mit den Bundesländern abgestimmt werden. Anschließend werden die Bundesländer ein Auswahlverfahren durchführen und um entsprechende Bewerbungen von Interessierten bitten. Hier werden sich die vom LVR geförderten Projekte bewerben können. Es ist damit zu rechnen, dass eine Zuschlagserteilung allerdings frühestens zum 01.01.2018, möglicherweise auch erst zum 01.07.2018 oder zum 01.01.2019, erfolgen kann. Um keine Förderunterbrechung eintreten zu lassen und den Projekten im Sinne der eigenen Personalplanungen rechtzeitig Handlungssicherheit zu geben, wird vorgeschlagen, das Projekt „Peer Counseling im Rheinland“ vom 01.06.2017 bis zum 31.12.2018 zu verlängern.

Bei einer Verlängerung bis zum 31.12.2018 würden aus der Ausgleichsabgabe Kosten in Höhe von 420.117,54 € entstehen. Für die Eingliederungshilfe belaufen sich die Kosten auf 370.594,36 €.

Die Finanzierung der Projekte durch den LVR endet ganz oder teilweise ab dem Zeitpunkt, zu dem eine etwaige Förderung des Bundes aufgrund der bundeseitig geplanten Förderrichtlinie zur sog. Unabhängigen Beratung für die Projekte ganz oder teilweise unmittelbar einsetzt. Förderanteile des Bundes führen in diesem Falle spiegelbildlich zu einer analogen Absenkung des Finanzierungsanteiles des LVR.

EX-IN-Genesungsbegleiter

Mit der Vorlage 13/ 3412 und dem Beschluss des Landschaftsausschusses vom 17.02.2014 wurde die Ausbildung zum EX-IN-Genesungsbegleiter angelehnt an die Modellphase des Peer Counseling und im Rahmen einer modellhaften Erprobung vom 01.01.2014 bis 31.12.2017 aus Mitteln der „aktion5“ gefördert.

EX-IN ist eine spezifische Ausbildung für Psychiatrieerfahrene Menschen mit einer anerkannten seelischen Behinderung, die auf dem Erfahrungswissen der Teilnehmenden basiert und i.d.R. 12 dreitägige Module mit Inhalten wie ein Krankheitsbild psychischer Störungen, genesungsfördernde Faktoren und die Entwicklung neuer Therapiemethoden umfasst. Die Ausbildung qualifiziert dafür, in psychiatrischen Diensten oder als Dozentin/Dozent in der Aus- und Fortbildung tätig zu werden.

Seit 01.01.2014 sind 25 Anträge auf Förderung eines Basis- oder Aufbaukurses eingegangen. Davon wurden 12 Anträge bewilligt. Die anderen Anträge befinden sich noch im Bewilligungsverfahren oder konnten z. B. aufgrund einer fehlenden anerkannten Behinderung o.ä. nicht bewilligt werden. Die Bewilligungssumme beträgt insgesamt 33.469,00 €.

Bis zum Ende der Laufzeit des Arbeitsmarktprogramms „aktion5“ zum 31.12.2017 ist die Finanzierung sichergestellt (s. Vorlage 13/3412). Es ist beabsichtigt, auch die Förderung der Ex-IN-Ausbildung aus Mitteln der Ausgleichsabgabe bis 31.12.2018 (entsprechend der Peer Counseling Projekte) zu verlängern. Über die Finanzierung über den 31.12.2017 hinaus im Rahmen eines Folgeprogramms zu „aktion5“ wird die Verwaltung im 1. Halbjahr 2017 eine entsprechende Vorlage einbringen.

In Vertretung

L E W A N D R O W S K I

Evaluation von Peer Counseling im Rheinland

Zweiter ausführlicher Zwischenbericht über
das Modellprojekt des LVR

Braukmann, Jan; Heimer, Andreas; Jordan, Micah; Maetzel, Jakob;
Schreiner, Mario; Wansing, Gudrun; Windisch, Matthias

Auftraggeber:
Landschaftsverband
Rheinland (LVR)

Berlin, Düsseldorf, Kassel,
31.05.2016
27858

Team der Wissenschaftlichen Begleitforschung „Evaluation von Peer Counseling Anlaufstellen und Beratungsangeboten im Rheinland“:

Prognos AG

Jan Braukmann

Andreas Heimer (Projektleitung)

Jakob Maetzel

Universität Kassel

Micah Jordan

Mario Schreiner

Prof. Dr. Gudrun Wansing (Projektleitung)

Dr. Matthias Windisch

Inhalt

1	Hintergrund der Evaluation	1
1.1	Entstehungskontext von Peer Counseling	1
1.2	Das Modellprojekt des LVR	2
1.3	Wissenschaftliche Begleitung	3
1.4	Zweiter ausführlicher Zwischenbericht	4
2	Evaluationskonzept und methodisches Vorgehen	5
2.1	Beschreibung des Evaluationskonzeptes	5
2.2	Stand der Arbeiten	6
2.3	Methodisches Vorgehen	6
2.3.1	Leitfadengestützte Fachgespräche mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren	6
2.3.2	Literaturrecherche	7
2.3.3	Fokusgruppen	8
2.3.4	Falldokumentation	11
2.3.5	Workshops zum Erfahrungsaustausch mit und zwischen den Beratungsstellen	15
2.3.6	Expertenpanel	16
2.3.7	Befragung der Ratsuchenden	19
2.3.8	Befragung der Peer-Beraterinnen und -Berater	21
2.3.9	Kontextanalyse	22
2.4	Auswertungsschema	24
2.5	Nächste Schritte in der Evaluation	25
3	Wie sieht Peer Counseling aus? – Konzeption und Umsetzung von Peer Counseling im Rheinland	27
3.1	Regionale Rahmenbedingungen für Peer Counseling im Rheinland	28
3.2	Angebotsstrukturen	30
3.2.1	Wohnsituation	31
3.2.2	Beschäftigungssituation	38
3.3	Merkmale der geförderten Peer Counseling Beratungsstellen	43
3.3.1	Institutioneller Hintergrund der Träger	43
3.3.2	Die Berater-Teams	45
3.3.3	Weitere Merkmale der Beratungsstellen	47
3.4	Die drei Beratungsstellentypen	49
3.4.1	Typ 1: Beratungsstellen mit hauptberuflichen Peer-Beraterinnen und -Beratern	50
3.4.2	Typ 2: Beratungsstellen mit nebenberuflichen Peer-Beraterinnen und -Beratern	51
3.4.3	Typ 3: Beratungsstellen mit ehrenamtlichen Peer- Beraterinnen und -Beratern	53
3.5	Entwicklung der Zahl der Beratungsgespräche	54
3.6	Merkmale der Beratungsgespräche	57
3.6.1	Zugangswege zu den Beratungsstellen	57
3.6.2	Ort der Beratung	59

3.6.3	Anwesende Personen	60
3.6.4	Anlass und Inhalte der Beratungsgespräche	61
3.6.5	Dauer der Beratungsgespräche	63
3.6.6	Verbleib nach dem Erstberatungsgespräch und Folgeberatungen	64
3.7	Weitere Angebote der Beratungsstellen	65
3.8	Koordination der Arbeit der Beratungsstellen	70
3.9	Wichtigste Netzwerkpartner der Beratungsstellen	72
4	Wer arbeitet als Peer-Beraterin oder Peer-Berater? – Einblick in die Beraterprofile der Beratungsstellen	74
4.1	Soziodemographische Merkmale der Peer-Beraterinnen und -Berater	74
4.2	Lebenssituation der Peer-Beraterinnen und -Berater	76
4.3	Beratungsspezifische Erfahrungen und Qualifikationen	78
4.4	Unterstützungsbedarfe	80
5	Wer nutzt Peer Counseling? – Einblick in die Nutzerprofile der Beratungsstellen	84
5.1	Geschlecht und Alter	84
5.2	Art der Behinderung	85
6	Wie wirkt Peer Counseling? – Entwicklung eines Wirkmodells	88
6.1	Ergebnisse der Literaturanalyse	88
6.2	Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen	92
6.2.1	Konzeptionelle Faktoren	92
6.2.2	Personelle Faktoren	93
6.2.3	Räumlich-sächliche Faktoren	94
6.2.4	Umfeld- und Umweltfaktoren	95
6.3	Wirkfaktoren und -zusammenhänge aus Sicht der Koordinatorinnen und Koordinatoren	96
6.4	Fazit: Entwurf eines Wirkmodells von Peer Counseling	98
7	Erste Befunde zu Bewertungen, Wirkungen und Gelingensfaktoren von Peer Counseling	102
7.1	Erfahrungen, Ergebnisse und Bewertungen der Peer-Beratung aus Sicht der Ratsuchenden	102
7.1.1	Beschreibung der Ratsuchenden und ihrer Ausgangslage	102
7.1.2	Motivation, Peer-Beratung in Anspruch zu nehmen	106
7.1.3	Erfahrungen in der Beratungssituation	110
7.1.4	Ergebnisse und Wirkungen	113
7.1.5	Bewertung von Peer Counseling	114
7.2	Erfahrungen, Ergebnisse und Bewertungen der Peer-Beratung aus Sicht der Peer Counselors	115
7.2.1	Bewertung zentraler Bedingungen der Beratungssituation	116
7.2.2	Wirkungen der Arbeit in den Beratungsstellen auf die Beraterinnen und Berater	120
7.3	Zentrale Wirk- und Gelingensfaktoren von Peer Counseling aus Sicht der Peer Counselors und der Ratsuchenden	122

7.3.1	Einflussfaktoren seitens der Ratsuchenden	123
7.3.2	Einflussfaktoren seitens der Beratungsstruktur	124
7.4	Weiterentwicklung des Wirkmodells	128
8	Zusammenfassung und erste Empfehlungen an den LVR	131
8.1	Zusammenfassung	131
8.1.1	Konzeption und Umsetzung	131
8.1.2	Merkmale von Peer Counselors und Ratsuchenden	133
8.1.3	Wirkmodell von Peer Counseling	134
8.1.4	Bewertungen, Wirkungen und Gelingensfaktoren von Peer Counseling	135
8.2	Handlungsempfehlungen	138
8.2.1	Vorbemerkung	138
8.2.2	Handlungsempfehlungen	139
9	Literatur	146

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 3-1: Verteilung der Behinderungsarten unter schwerbehinderten Menschen (2013)</i>	30
<i>Abbildung 3-2: Anzahl der Leistungsberechtigten mit wohnbezogenen Hilfen nach stationären und ambulanten Leistungen – LVR 2004 bis 2014 (Stichtag 31.12.)</i>	31
<i>Abbildung 3-3: Verteilung der Leistungsberechtigten nach Altersgruppen im stationären Wohnen im Vergleich der Jahre 2004 und 2014</i>	32
<i>Abbildung 3-4: Verteilung der Leistungsberechtigten im stationären Wohnen im Gebiet des LVR nach Art der Behinderung am Stichtag 31.12.2014</i>	33
<i>Abbildung 3-5: Verteilung der Leistungsberechtigten im ambulant betreuten Wohnen des LVR nach Altersgruppen</i>	34
<i>Abbildung 3-6: Verteilung der Leistungsberechtigten des LVR im ambulant betreuten Wohnen nach Art der Behinderung am Stichtag 31.12.2014</i>	35
<i>Abbildung 3-7: Verteilung der Leistungsberechtigten im Arbeitsbereich der WfbM nach Altersgruppen</i>	41
<i>Abbildung 3-8: Anzahl und Geschlechterverhältnis der Werkstattbeschäftigten in den Städten und Landkreisen der Projektstandorte</i>	41
<i>Abbildung 3-9: Größe der Berater-Teams in den Beratungsstellen</i>	45
<i>Abbildung 3-10: Art der Behinderung der Peer-Beraterinnen und -Berater in den Beratungsstellen</i>	46
<i>Abbildung 3-11: Beschäftigungsstatus der Peer-Beraterinnen und -Berater</i>	47
<i>Abbildung 3-12: Typisierung der Beratungsstellen</i>	50
<i>Abbildung 3-13: Häufigste Zugänge zur Beratungsstelle (Mehrfachantworten möglich)</i>	58
<i>Abbildung 3-14: Durchführungsorte der Erstberatung</i>	59
<i>Abbildung 3-15: Themen der Erstberatung (Mehrfachangaben möglich)</i>	62
<i>Abbildung 3-16: Anteil der Ratsuchenden, die mindestens ein zweites Mal beraten wurden, nach Beratungsstellen</i>	64
<i>Abbildung 3-17: Durchgeführte Veranstaltungstypen</i>	68
<i>Abbildung 3-18: Typischer durchschnittlicher wöchentlicher Stundenaufwand von Koordinatorinnen und Koordinatoren pro Beratungsstelle der Typem 2+3 nach Aufgabenbereichen</i>	72
<i>Abbildung 4-1: Alter der Peer-Beraterinnen und -Berater</i>	74

<i>Abbildung 4-2: Behinderungen der Peer-Beraterinnen und -Berater (Mehrfachantworten möglich)</i>	75
<i>Abbildung 4-3: Schulabschlüsse</i>	76
<i>Abbildung 4-4: Wohnsituation</i>	77
<i>Abbildung 4-5: Beschäftigungssituation (Mehrfachantworten möglich)</i>	77
<i>Abbildung 4-6: Beraterinnen und Berater, nach Startjahr der Tätigkeit als Peer Counselors</i>	78
<i>Abbildung 4-7: Vorerfahrungen in der Beratungsarbeit und Teilnahme an Qualifizierungs- und Schulungsmaßnahmen, nach Beratungsstellen-Typen</i>	80
<i>Abbildung 4-8: Unterstützungsbedarf bei der Durchführung der Beratungen, nach Behinderungsart</i>	81
<i>Abbildung 4-9: Personen, die bei der Durchführung von Beratungsgesprächen unterstützen</i>	82
<i>Abbildung 4-10: Beraterinnen und Berater, die mindestens bei einer Koordinierungstätigkeit Unterstützung benötigen, nach Behinderungsart</i>	83
<i>Abbildung 5-1: Ratsuchende nach Beratungsstelle und Geschlecht</i>	84
<i>Abbildung 5-2: Behinderungen und Erkrankungen der Ratsuchenden (Mehrfachangaben möglich)</i>	86
<i>Abbildung 5-3: Verteilung der Ratsuchenden auf Peer Counselors nach Art der Behinderung (Mehrfachantworten möglich), Anteile an allen Beratungsfällen der Beratungsstelle</i>	87
<i>Abbildung 6-1: Bedingungs- und Wirkmodell des Peer Counseling</i>	99
<i>Abbildung 7-1: Verteilung der Ratsuchenden nach Behinderungsarten</i>	103
<i>Abbildung 7-2: Verteilung der Ratsuchenden nach Wohnformen</i>	104
<i>Abbildung 7-3: Höchster Schulabschluss der Befragten</i>	105
<i>Abbildung 7-4: Motivation Peer Counseling Beratungsstelle aufzusuchen</i>	108
<i>Abbildung 7-5: Übereinstimmungen zwischen Ratsuchenden und Beratenden</i>	111
<i>Abbildung 7-6: Wahrnehmung der Peer Counselors durch Ratsuchende</i>	112
<i>Abbildung 7-7: Beratungsergebnisse aus Sicht der Ratsuchenden</i>	114
<i>Abbildung 7-8: Bewertung des Peer Counseling</i>	115

<i>Abbildung 7-9: Bewertung der Unterstützung bei Beratungsgesprächen</i>	117
<i>Abbildung 7-10: Verhalten der unterstützenden Person bei den Beratungsgesprächen</i>	117
<i>Abbildung 7-11: Anteil der Peer-Beraterinnen und -Berater mit Unterstützungsbedarf, die in Zukunft ihre Beratungsgespräche alleine durchführen möchten</i>	118
<i>Abbildung 7-12: Relevanz ähnlicher Eigenschaften für die Beratungssituation</i>	119
<i>Abbildung 7-13: Wirkung der Beratungsarbeit auf die Beraterinnen und Berater (Mehrfachantworten)</i>	121
<i>Abbildung 7-14: Negative Folgen und Wirkungen der Beratungsarbeit</i>	122

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 2-1: Zahl der dokumentierten Beratungsfälle</i>	14
<i>Tabelle 2-2: Zahl der Rückläufe der schriftliche Befragung der Ratsuchenden (Welle 1)</i>	21
<i>Tabelle 2-3: Zahl der Rückläufe der schriftliche Befragung der Peer-Beraterinnen und -Berater (Welle 1)</i>	22
<i>Tabelle 2-4: Übersicht der statistischen Quellen zur Dokumentation und Analyse regionaler und sozialräumlicher Kontextfaktoren</i>	23
<i>Tabelle 3-1: Anzahl und Verteilung der schwerbehinderten Menschen in den Städten und Landkreisen des Modellprojektes (2013)</i>	29
<i>Tabelle 3-2: Anzahl und Behinderungsarten der Werkstattbeschäftigten in den Städten und Landkreisen der Modellprojekte</i>	42
<i>Tabelle 3-3: Institutioneller Hintergrund der Träger</i>	44
<i>Tabelle 3-4: Anzahl der Ratsuchenden und Beratungen zum Start der Projektphase</i>	56
<i>Tabelle 3-5: Anzahl der Ratsuchenden und Beratungen in den Beratungsstellen in einem Jahr, Zeitraum 1.3.2015 – 29.2.2016</i>	57
<i>Tabelle 3-6: Weitere anwesende Personen bei der Erstberatung (ohne Erstberatungen, die sich nur an Angehörige richteten; Mehrfachantworten möglich)</i>	60
<i>Tabelle 3-7: Dokumentierte Veranstaltungsformate nach Turnus</i>	65
<i>Tabelle 3-8: Übersicht über Veranstaltungsformate und Turnus, nach Beratungsstellen</i>	69
<i>Tabelle 3-9: Anzahl der Veranstaltungsformaten nach Zielgruppen, nach Beratungsstellen (Mehrfachnennungen möglich)</i>	70

<i>Tabelle 5-1: Alter der Ratsuchenden in den Beratungsstellen</i>	85
<i>Tabelle 6-1: Darstellung der identifizierten konzeptionellen Faktoren</i>	90
<i>Tabelle 6-2: Darstellung der identifizierten personellen Faktoren</i>	91
<i>Tabelle 6-3: Darstellung der identifizierten räumlich-sächlichen Faktoren</i>	91
<i>Tabelle 6-4: Darstellung der identifizierten Umfeld- und Umweltfaktoren</i>	91
<i>Tabelle 6-5: Erläuterungen zu den Einflussfaktoren und Wirkungen des Peer Counseling</i>	100
<i>Tabelle 7-1: Erwerbssituation der Ratsuchenden (Mehrfachantworten möglich)</i>	106
<i>Tabelle 7-2: Beratungsgründe (Mehrfachantworten möglich)</i>	107
<i>Tabelle 7-3: Beratungsthemen der Ratsuchenden (Mehrfachantworten möglich)</i>	109

1 Hintergrund der Evaluation

Das Ziel, Menschen mit Behinderungen eine selbstbestimmte Lebensführung und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen, erfordert unter anderem kompetente, zielgruppenorientierte sowie von Leistungsträgern und -erbringern unabhängige Beratungsmöglichkeiten. Die durch den LVR geförderten Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen (KoKoBe) sowie die Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) verstehen sich in diesem Sinne als Anlaufstelle für Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen, insbesondere für Fragen der Teilhabe am Arbeitsleben, des Wohnens und der Alltagsgestaltung.

Eine strukturelle Weiterentwicklung des Beratungsangebotes im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention stellt der Einsatz von Peer Counseling („Betroffene beraten Betroffene“) dar. So sind die Vertragsstaaten nach Artikel 26, Abs. 1 u.a. explizit dazu aufgefordert, wirksame und geeignete Maßnahmen zu treffen, „um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, (...) die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren.“ Dies soll auch „durch die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen“ erfolgen.¹

1.1 Entstehungskontext von Peer Counseling

Peer Counseling hat seinen Ursprung in der Entstehung der Anonymen Alkoholiker im Jahr 1939 in den USA und wurde als Empowerment-Methode für Menschen mit Behinderungen durch die Independent Living Bewegung übernommen, die sich in den 1960er Jahren in den USA formierte. In den 1980er Jahren gewann der Ansatz auch in der emanzipatorischen Behindertenarbeit in Deutschland an Bedeutung und etablierte sich dort ebenfalls im Rahmen der Selbsthilfebewegung von Menschen mit Behinderungen.²

Peer Counseling lässt sich als eine pädagogische Methode in der Behindertenbewegung beschreiben, die durch Empowermentstrategien sowohl den politischen Kampf um Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderungen forcieren als auch einzelne Ratsuchende ermächtigen und ermutigen soll, mehr Selbstbestimmung, Selbstbewusstsein und Selbstvertretung zu erlangen.

¹ Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13.12.2006. Resolution 61/106 der Generalversammlung der UNO. In Kraft getreten am 03.05.2008.

² Vgl. Kniel/Windisch 2005; Hermes 2006.

Die inhaltliche Bandbreite der Beratung variiert von allgemeinen Fragestellungen der Alltagsbewältigung bis hin zu speziellen Beratungsthemen und Zielgruppen. Für die Wahl des Beratungsgegenstandes sind die Bedürfnisse der Ratsuchenden entscheidend.³

1.2 Das Modellprojekt des LVR

Vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention hat der Landschaftsverband Rheinland (LVR) im Juni 2014 ein dreijähriges Modellprojekt gestartet, das die Förderung und Erprobung des Peer Counseling Ansatzes in zehn Anlauf- und Beratungsstellen im Rheinland vorsieht. In den Beratungsstellen soll alltagsnahe und auf eigener Behinderungserfahrung basierende Peer-Beratung stattfinden, d.h. Beratung von Menschen mit Behinderungen durch Menschen mit Behinderungen.

Unter Peer Counseling versteht der LVR eine Beratungsmethode, „die sich unter den etwas weiter gefassten Oberbegriff des ‚Peer Support‘ fassen lässt. Während ‚Peer Support‘ ganz allgemein die Unterstützung durch Menschen mit Behinderung meint, ist das ‚Peer Counseling‘ auf einen spezifischen Unterstützungsaspekt, nämlich die Beratung, beschränkt.“⁴ Als eines der Wesensmerkmale von Peer Counseling wird die eigene Betroffenheit der Beraterinnen und Berater hervorgehoben. Peer Counseling soll sich zudem ausschließlich an den Bedürfnissen des Menschen mit Behinderungen orientieren (Parteilichkeit). Im Sinne der Ganzheitlichkeit soll die Beratung nicht nur auf behinderungsbedingte Aspekte beschränkt sein, sondern die gesamte Lebenssituation umfassen. Als primäre Zielsetzung des Peer Counseling wird herausgestellt, dass Ratsuchende dabei unterstützt werden, „unabhängig von der Unterstützung Dritter zu werden“.⁵

Gemäß des Auftrags der politischen Vertretung des LVR (Antrag 13/227) sollten im Rahmen des Modellprojektes zum einen Projekte zur Förderung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft im Rahmen der Eingliederungshilfe gefördert werden. Als Zielgruppe wurden hier Menschen avisiert, die eine wesentliche Behinderung aufweisen oder die von einer wesentlichen Behinderung bedroht sind. Formuliert Zielsetzung der Beratungsarbeit ist, dass die Beratungsstellen Menschen mit Behinderungen dabei unterstützen sollen, „die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft wahrnehmen zu können. Dadurch kann auch ermöglicht werden, dass einzelfallbezogene Leistungen der Eingliederungshilfe vermieden oder reduziert werden können.“⁶

Zum anderen sollten Projekte in die Förderung aufgenommen werden, die speziell auf die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben ausgerichtet sind und sich z.B. an Schülerinnen und Schüler mit (Schwer-) Behinderung oder Mitarbeitende der WfbM richten, die

³ Vgl. van Kan 2000; Hermes 2006; Blochberger 2008.

⁴ Vgl. Begründung Vorlage 13/3412.

⁵ Vgl. Begründung Vorlage 13/3412.

⁶ Vgl. Begründung Vorlage 13/3412.

Wege auf den allgemeinen Arbeitsmarkt suchen. Die Beratungsarbeit soll hier möglichst dazu führen, „dass Menschen mit Behinderungen andere Menschen mit Behinderungen ermuntern und ermutigen, den Schritt in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu wagen.“⁷ Neben den Menschen mit Behinderungen selbst sollen die Beratungsstellen auch wichtige Bezugspersonen in die Beratung durch Peer Counselors einbeziehen (z.B. Lehrerinnen und Lehrer, Betreuerinnen und Betreuer in den WfbM, Eltern, Geschwister, aber auch die gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer).⁸

1.3 Wissenschaftliche Begleitung

Das Modellprojekt des LVR wird gemeinsam durch die Prognos AG (Beratungsbereich Gesellschaft & Teilhabe) sowie die Universität Kassel (Institut für Sozialwesen, Fachgebiet Behinderung und Inklusion) wissenschaftlich begleitet.

National wie auch international liegen bislang nur vereinzelte Studien vor, die ihren Fokus auf das Peer Counseling legen und einzelne Aspekte wie die Wirkweisen des Peer Counseling oder Anforderungen an die Kompetenzen der Peer Counselors seitens der Ratsuchenden untersuchen. Diese Studien beruhen überwiegend auf kleinen Fallzahlen und sie sind nicht abschließend oder umfassend, so dass weiterer Forschungsbedarf bezogen auf die Anforderungen und Ausgestaltung von „erfolgreichem“ Peer Counseling besteht.

Aufgabe der wissenschaftlichen Evaluation ist es daher zum einen, Wirkfaktoren sowie förderliche und hinderliche Bedingungen für ein erfolgreiches Peer Counseling im Zuständigkeits- und Wirkungsbereich des LVR zu identifizieren. Zum anderen sind Wirkungsergebnisse zu analysieren und zu bewerten, um auf dieser Basis Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung aussprechen zu können.

Um die komplexen und vielfältigen Umsetzungs- und Wirkungsbedingungen der in dem Modellprojekt beteiligten Anlauf- und Beratungsstellen in den Blick zu nehmen, wurde ein Forschungsansatz gewählt, der den Evaluationsgegenstand auf verschiedenen Ebenen und aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet. Ein Schwerpunkt der Evaluation liegt insbesondere in der Anfangsphase der Begleitforschung auf einer formativen Evaluationsstrategie, bei der bereits im Prozessgeschehen der Umsetzung wesentliche Wirkfaktoren identifiziert werden. Die Erkenntnisse dienen der Optimierung der Beratung bereits im Verlauf der Erprobungsphase. Hierzu werden (Zwischen-) Ergebnisse insbesondere aus der Prozess- und Umsetzungsanalyse im Projektverlauf systematisch an die Beratungsstellen zurückgemeldet, um Fehlentwicklungen zu vermeiden, Handlungsbedarfe aufzuzeigen und Anpassungen der Vorgehensweisen der Projektbeteiligten einzuleiten.

⁷ Vgl. Begründung Vorlage 13/3412.

⁸ Vgl. Begründung Vorlage 13/3412.

Ergänzt wird die formative Evaluation durch eine summative Evaluationsstrategie, bei der die Erfassung und Bewertung der Ergebnisse und Wirkungen des Peer Counseling im Vordergrund stehen.

Aufgrund der politischen Verortung des Peer Counseling in der Selbst- und Interessensvertretung von Menschen mit Behinderungen sowie aufgrund der vermuteten Wirkfaktoren und Wirkungsweisen ist in allen Phasen des Modellprojektes und dessen Evaluation eine enge Einbindung und Partizipation dieser „Expertinnen und Experten in eigener Sache“ geboten und unverzichtbar. Diesen Anforderungen wird seitens der wissenschaftlichen Begleitforschung durch eine partizipative Forschungsstrategie begegnet.⁹

Neben regelmäßigen Workshops mit Projektverantwortlichen sowie Peer-Beraterinnen und -Beratern der Beratungsstellen (vgl. Kapitel 2.3.5) wird das Modellprojekt durch ein Expertenpanel (vgl. Kapitel 2.3.5.1.1) begleitet.

1.4 Zweiter ausführlicher Zwischenbericht

Der vorliegende zweite Zwischenbericht der Evaluation stellt vorläufige Ergebnisse vor, die aus den bereits durchgeführten Evaluierungsschritten abgeleitet werden können.

In **Kapitel 2** werden zunächst das gewählte Evaluationskonzept sowie das methodische Vorgehen erläutert. **Kapitel 3** beschreibt die Konzeption der Beratungsstellen anhand zentraler Merkmale. Zudem werden erste Ergebnisse zur quantitativen Entwicklung der Arbeit in den Beratungsstellen vorgestellt. In **Kapitel 4** wird die Gruppe der Peer-Beraterinnen und -Berater beschrieben. **Kapitel 5** stellt die Ratsuchenden der Beratungsstellen vor. Das entwickelte vorläufige Wirkmodell des Peer Counseling wird in **Kapitel 6** skizziert. In **Kapitel 7** werden die Ergebnisse und vorläufigen Wirkungen von Peer Counseling sowie die Bewertung von Peer Counseling aus Sicht der Ratsuchenden und der Beraterinnen und Berater beschrieben und analysiert. Orientiert am Wirkmodell werden diese Ergebnisse dann genutzt, um zentrale Gelingensfaktoren für Peer Counseling im Rheinland zu identifizieren. Abschließend werden in **Kapitel 8** die bisherigen Ergebnisse zusammengefasst und Handlungsempfehlungen abgeleitet.

⁹ Z.B. Flieger 2003.

2 Evaluationskonzept und methodisches Vorgehen

2.1 Beschreibung des Evaluationskonzeptes

Im Mittelpunkt der Evaluation stehen fünf inhaltliche Schwerpunkte:

- Erstens soll ein Wirkmodell des Peer Counseling entwickelt werden, um die verschiedenen Facetten von Wirkungen und Bedingungsbeziehungen zu erfassen. Dieser Arbeitsschritt ermöglicht es relevante Wirkfaktoren zu identifizieren und für die spätere Wirkungsanalyse zu operationalisieren.
- Zweitens geht es darum, Fragen zu den Strukturen, Prozessen und Rahmenbedingungen in den geförderten zehn Beratungsstellen zu beantworten. Diese Fragestellungen sind auch wesentlicher Bestandteil der formativen Evaluation.
- Drittens widmet sich die wissenschaftliche Begleitung der Frage, welche Zielgruppen durch Peer Counseling Angebote erreicht werden.
- Viertens ist zu prüfen, welche Ergebnisse und Wirkungen sich von Peer Counseling feststellen lassen. Zudem geht es darum, förderliche und hinderliche Bedingungsfaktoren für Peer Counseling zu identifizieren.
- Fünftens wird mit der Evaluation das Ziel verfolgt, auf Basis der Erkenntnisse konkrete Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung von Peer Counseling abzuleiten.

In methodischer Hinsicht werden unterschiedliche Zugänge gewählt. Ziel ist es zum einen, alle Akteure (Projektverantwortliche bei den Trägern, Peer Counselors¹⁰ und Ratsuchende) sowie die regionalen Kontextfaktoren einbeziehen. Zum anderen soll sowohl eine explorative, qualitative als auch eine repräsentative, quantitative Informationsgrundlage geschaffen werden.

In den folgenden Abschnitten werden der Stand der Arbeiten sowie das methodische Vorgehen bei den bereits durchgeführten Evaluationsschritten beschrieben.

¹⁰ Der Begriff des Peer Counselors wird in diesem Bericht synonym verwendet zu Peer-Beraterinnen und Peer Berater.

2.2 Stand der Arbeiten

Im Folgenden werden die Arbeitsschritte der wissenschaftlichen Begleitforschung dargestellt, die nach Fertigstellung des ersten Zwischenberichtes (Mai 2015) erfolgt sind.

Die im März 2015 begonnene **Dokumentation der Beratungsgespräche** (Peer Counseling) und der ergänzenden Veranstaltungen (Peer Support) wurde kontinuierlich fortgeführt. Die Ergebnisse zum Stichtag 29.2.2016 werden in den Kapiteln insbesondere in den Kapiteln 3 und 5 vorgestellt.

Ergänzend wurde im Februar 2016 eine **standardisierte Abfrage der Koordinatorinnen und Koordinatoren** zu den strukturellen Rahmenbedingungen der Beratungsstellen (u.a. Personal, finanzieller und zeitlicher Aufwand, Koordination) durchgeführt.

Als für die Evaluation der Modellprojekt zentrale Erhebungsschritte wurden die standardisierte schriftliche **Befragung aller Peer Counselors** in den Beratungsstellen (Februar/März 2016) sowie die erste Welle der **Befragung von Ratsuchenden** durchgeführt (Juni 2015 – Februar 2016).

Die Ergebnisse aller Erhebungsschritte wurden im Rahmen eines **erweiterten Expertenpanels** am 26. April 2016 sowie im Rahmen eines **zweiten Workshops mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren** der Beratungsstellen diskutiert und im Hinblick auf mögliche Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen beraten.

2.3 Methodisches Vorgehen

2.3.1 Leitfadengestützte Fachgespräche mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren

Im September 2014 wurden mit allen Projektverantwortlichen der Beratungsstellen leitfadengestützte persönliche Fachgespräche geführt. Die etwa zweistündigen Fachgespräche hatten das Ziel, strukturelle Gemeinsamkeiten, Unterschiede sowie auch mögliche Besonderheiten der verschiedenen Modellstandorte sichtbar zu machen. Außerdem sollten im Rahmen der Entwicklung des Wirkmodells Fragen zu möglichen Wirkungen und Wirkungszusammenhängen diskutiert werden. Die Gespräche wurden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Prognos AG geführt und protokolliert. Im Anschluss wurden die Protokolle den Gesprächspartnern mit der Bitte zur Verfügung gestellt, mögliche Missverständnisse zu korrigieren oder fehlende Aussagen zu ergänzen.

In den Gesprächen wurden im Wesentlichen fünf Themenbereiche erfasst:¹¹

1. Die eingesetzten Peer-Beraterinnen und -Berater (z.B. Zahl der Peer-Beraterinnen und -Berater, Qualifikationen, Rekrutierungsverfahren, Vergütungsmodelle),
2. Prozesse und Abläufe in den Beratungsstellen (z.B. Merkmale der Ratsuchenden, praktische Umsetzung der Beratungsgespräche),
3. Koordinierungstätigkeiten sowie der damit verbundene zeitliche und finanzielle Aufwand,
4. Kontext der Beratungsarbeit (z.B. weitere Beratungsangebote in der Region),
5. Wirkungen von Peer Counseling und Wirkungszusammenhänge (z.B. Erfolgsfaktoren, Erwartungen, Ausblick)

Um die Informationen aus den Fachgesprächen zu ergänzen und zu aktualisieren, wurde den Koordinatorinnen und Koordinatoren im Februar 2016 eine schriftliche Abfrage zugesandt. Themenschwerpunkte waren die Koordinierungstätigkeiten sowie der damit verbundene zeitliche und finanzielle Aufwand. Zudem wurden aktuelle soziodemographische Merkmale der eingesetzten Peer-Beraterinnen und -Berater erhoben, die im Fragebogen für die Peer-Beraterinnen und -Berater (vgl. Abschnitt 2.3.8) aus Platz- oder Komplexitätsgründen aufgenommen werden konnten.

2.3.2 Literaturrecherche

Zur konzeptionellen Erschließung des Themenfeldes und einer Bestandsaufnahme vorhandener Forschungsarbeiten über die Wirkweise des Peer Counseling wurde eine Literaturanalyse durchgeführt. Dabei wurde auf Recherchen im Internet (google, yahoo, google scholar usw.) sowie in einschlägigen Bibliotheks- und Literaturdatenbanken (z.B. KARLA¹², worldcat, Deutsche Nationalbibliothek, Springer Link) zurückgegriffen. Angesichts der (international) höchst unterschiedlichen Anwendungsfelder von Peer Counseling (wie beispielsweise Säuglingsernährung durch Stillen, Beratung unter Schülerinnen und Schülern, Beratung unter Patientinnen und Patienten, bis hin zur kollegialen Beratung von Polizisten) und der hierauf bezogenen umfangreichen Literatur wurden die Recherchen auf das Peer Counseling als Beratungsmethode von und für Menschen mit Behinderungen fokussiert.¹³

¹¹ Der vollständige Leitfaden kann im Anlagenband zum Bericht eingesehen werden.

¹² Kasseler Recherche-, Literatur- und Auskunftportal.

¹³ Als Suchbegriffe wurde Peer Counseling alleine und in Kombination mit den Begriffen: Behinderung, Selbstvertretung, Empowerment, Selbstbestimmung, Beratung in den Suchmaschinen und Datenbanken eingegeben.

Im Ergebnis konnte eine Literaturlatenbank mit insgesamt 66¹⁴ einschlägigen nationalen und internationalen Beiträgen aus dem Erscheinungszeitraum 1974–2014 angelegt werden¹⁵. Die Beiträge wurden entlang der Wirk- und Bedingungsfaktoren sowie der genannten Ziele und Ergebnisse des Peer Counseling gesichtet und analysiert. Die Ergebnisse dieses Arbeitsschrittes liegen in Form von Exzerpten¹⁶ vor. Anschließend sind die gefundenen Wirk- und Bedingungsfaktoren computergestützt inhaltsanalytisch strukturiert und tabellarisch dokumentiert worden.

2.3.3 Fokusgruppen

2.3.3.1 Methode

In der Literatur zur empirischen Sozialforschung werden Fokusgruppensprechungen als Methode zur Erhebung informeller Gruppenmeinungen beschrieben, die sowohl eigenständige Methode als auch in Kombination mit anderen Methoden (Einzelinterview, Umfrage, Beobachtung) eingesetzt werden können. Fokusgruppensprechungen eignen sich, um

- sich im Feld zu orientieren;
- Hypothesen auf der Basis der Einsichten von Informantinnen und Informanten zu generieren;
- unterschiedliche Forschungsfelder oder Populationen einzuschätzen;
- Interviewleitfäden und Fragebögen zu entwickeln;
- die Interpretationen von Ergebnissen früherer Studien von Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu erhalten.¹⁷

2.3.3.2 Zielsetzung

Im Gegensatz zu Einzelinterviews gestattet eine themenfokussierte Interaktion in einer Gruppe den Austausch und die Konfrontation von verschiedenen Ansichten und Haltungen. Dies ermöglicht es Informationen und Einsichten zu generieren, die ohne eine Gruppeninteraktion nicht zugänglich wären.¹⁸ Aus diesem Grund wurden als ein Element im Prozess der Erstellung eines Wirkmodells zum Peer Counseling Fokusgruppensprechungen mit Beraterinnen und Beratern sowie den Ratsuchenden der Beratungsstellen des Modellprojektes durchgeführt. Ziel ist es hierbei, explorativ Wirk- und Bedingungsfaktoren des Peer Counseling sowie mögliche Ziele und Ergebnisse zu identifizieren, die aus Sicht der beiden adressierten Gruppen relevant sind.

¹⁴ Zu allen relevanten Quellen wurde ein Exzerpt erstellt.

¹⁵ Die Literaturlatenbank befindet sich im Anlagenband zum Bericht.

¹⁶ Die Exzerpte finden sich im Anlagenband zum Bericht.

¹⁷ Vgl. z.B. Bohnsack 2005.

¹⁸ Vgl. Lamnek 2005, S. 408ff.

2.3.3.3 Leitfaden

Die Durchführung der Fokusgruppendifkussionen erfolgte entlang eines Leitfadens mit ausgewählten Fragestellungen und Themen zu Funktionen, Wirkweisen und Ziele des Peer Counseling. In die Entwicklung des Leitfadens sind die Erkenntnisse über Wirk- und Bedingungsfaktoren auf der Basis der Literaturanalyse und der Interviews mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren der Beratungsstellen eingeflossen. Der Leitfaden diente der inhaltlichen Orientierung; es mussten jedoch weder verbindlich alle darin enthaltenen Aspekte bearbeitet, noch die Formulierungen wörtlich übernommen werden. Die Fokusgruppendifkussionen begannen jeweils –zumindest innerhalb der jeweiligen Adressatengruppe – mit derselben Ausgangsfragestellung¹⁹, die als Einstiegsimpuls zum Thema Peer Counseling diente. Die Diskussion folgte grundsätzlich den durch die Gruppe hervorgebrachten Thematiken zum Peer Counseling, sodass der spezifischen Dynamik der jeweiligen Fokusgruppe Rechnung getragen wurde. Die Fragen des Leitfadens konnten jedoch bei Bedarf als Stimulus dienen, beispielsweise, wenn die Diskussion abflaute oder sich vom Themenfeld Peer Counseling entfernte. Sie dienten außerdem als „Checkliste“ der zu behandelnden Themenbereiche, anhand derer geprüft werden konnte, ob alle für die Thematik relevante Bereiche angesprochen wurden. Noch nicht beleuchtete Themenbereiche konnten auf diese Weise ggf. noch angestoßen werden.

2.3.3.4 Methodisches Vorgehen

Zusammensetzung und Auswahl der Gruppen

Die durchgeführten Fokusgruppen setzten sich aus 4-6 Diskutantinnen und Diskutanten²⁰, einer Diskussionsleitung und einer protokollführenden Person zusammen. Diese Gruppengröße ermöglichte es, dass alle beteiligten Personen zu Wort kommen und unterschiedliche Auffassungen und Argumentationen ausgetauscht werden konnten. Die Gruppengröße ist zugleich als ausreichend groß zu betrachten, so dass kein Mangel an unterschiedlichen Perspektiven zu befürchten ist. Die Diskutantinnen und Diskutanten der einzelnen Gruppen kamen aus unterschiedlichen Beratungsstellen, in denen bereits Erfahrungen mit dem Peer Counseling vorlagen. Folgende Beratungsstellen waren an den Fokusgruppendifkussionen beteiligt:

- Zentrum für selbstbestimmtes Leben (ZSL)
- Psychiatrie-Patinnen und -Paten
- Psychiatrische Hilfigemeinschaft Viersen
- Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen
- Lebenshilfe Service gGmbH

¹⁹ Siehe Leitfaden im Anlagenband zum Bericht.

²⁰ An einer durchgeführten Fokusgruppendifkussion mit Ratsuchenden haben nur zwei Personen teilgenommen.

- Zentrum für Bildung, Kultur und Integration gGmbH
- Die Kette e.V.

Kriterium zur Auswahl der Teilnehmenden der Fokusgruppen war das Vorhandensein von Erfahrung mit Peer Counseling als Beratende bzw. Ratsuchende mit Behinderungen und Behinderungserfahrung.

Die Ansprache und Akquise der potentiellen Teilnehmenden erfolgte durch die Beratungsstellen, da diese über direkten Kontakt zu den Beraterinnen und Beratern sowie den Ratsuchenden verfügen. Die Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollte möglichst gleichmäßig über die Beratungsstellen, die über Beratungserfahrung verfügen sowie bezüglich der Geschlechter verteilt sein.²¹

Ablauf der Fokusgruppen

Der vorgesehene Zeitrahmen pro Fokusgruppendifkussion betrug eine bis maximal zwei Stunden. Im Vorfeld der Fokusgruppendifkussionen wurden, nach einer persönlichen Vorstellung aller beteiligten Personen, Zweck und Vorgehensweise der Diskussion erläutert. Zu Beginn der Diskussion erfolgte ein Einstiegsimpuls durch die Diskussionsleitung, um die Diskussion in Gang zu bringen. Der Einstiegsimpuls für die Fokusgruppen der Peer Counselors und der Ratsuchenden lautete: „Wenn Sie an Peer Counseling denken, was verstehen Sie darunter, was fällt Ihnen ein?“²² Während der Diskussion sollte sich die Diskussionsleitung weitgehend zurückhalten und so wenig wie möglich in die Diskussion eingreifen. Konkrete Aufgaben waren:

- die thematische Steuerung und Moderation (Einführung neuer Fragen, Lenkung der Diskussion)
- die Steuerung der Dynamik (Anregen des Gesprächs z.B. durch provokante Fragen usw.).

Insbesondere in Gruppen mit Teilnehmenden, die sich zuvor nicht kannten, sind während der Diskussion Phasen der Fremdheit, der Orientierung, der Anpassung, der Vertrautheit sowie der Konformität und des Abklingens zu erwarten.

In den durchgeführten Gruppendiskussionen mit Teilnehmenden, die sich im Vorfeld nicht kannten – was in der Regel bei den Ratsuchenden der Fall war – zeigten sich tatsächlich Phasen der Fremdheit. Diese wechselten aber schnell in die Phase der Anpassung. Im Rahmen der Anpassungsphase entstand eine wechselseitig vertrauensvolle Atmosphäre, die durch offene Gespräche und Diskussionen geprägt war. In den Fokusgruppendifkussionen der Peer Counselors war, insbesondere ab der zweiten durchgeführten Gruppendiskus-

²¹ Die Zusammensetzung der durchgeführten Fokusgruppen sind dem Anlagenband zum Bericht zu entnehmen.

²² Eine mögliche Ergänzung für die Fokusgruppen mit Peer Counselors lautet: „Worum geht es beim Peer Counseling, was ist das Ziel?“ Für die Ratsuchenden wird die Ergänzung zum Impuls angepasst: „Worum geht es beim Peer Counseling, was ist Ihr Ziel? Was haben Sie mit Unterstützung durch das Peer Counseling erreicht bzw. was möchten Sie erreichen?“

sion, zu beobachten, dass die Phase der Fremdheit – wenn überhaupt – in einer abgeschwächten Form stattfand. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kannten sich häufig bereits, weil sie teilweise aus den gleichen Beratungsstellen kamen oder sich auf den projekteigenen Schulungen zum Peer Counseling bereits kennen gelernt hatten.

In allen Gruppen wurden aufschlussreiche Informationen zu Bedingungen, Wirkungen und Zielen des Peer Counseling kommuniziert. Die Methode der Fokusgruppendifkussionen zeigte sich als zielführend, um Hinweise zur Erstellung eines Wirkmodells aus der Perspektive von Beratenden und Ratsuchenden zu erhalten.

2.3.3.5 Dokumentation und Auswertung

Zur Dokumentation und späteren Auswertung wurden die Gespräche der Fokusgruppen – mit Einverständnis der Teilnehmenden – mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und zeitgleich schriftlich protokolliert. Die protokollarischen Aufzeichnungen wurden im Anschluss an die Fokusgruppendifkussionen anhand der Audioaufzeichnungen auf Vollständigkeit und Genauigkeit geprüft und ggf. korrigiert sowie ergänzt.

Die Auswertung der Gruppeninterviews erfolgte inhaltsanalytisch. Hierzu wurden zunächst relevante Passagen der Protokolle in einem Codesystem mit drei Hierarchieebenen erfasst, die sich an der Struktur des Leitfadens und den Kodierungen der Literaturanalyse orientieren. Ausgehend von den herausgearbeiteten **vier Schlüsselfaktoren** (konzeptionelle Faktoren, personelle Faktoren, räumlich-sächliche Faktoren sowie Umfeld- und Umweltfaktoren) konnten weitere Subkategorien induktiv identifiziert werden. Da sich die Leitfragen für Beratende und Ratsuchende in wenigen Punkten unterscheiden, erfolgte zunächst eine separate Auswertung der Ergebnisse beider befragter Gruppen. In einer tabellarischen Übersicht wurden entsprechende Protokollinhalte zugeordnet, um im darauf aufbauenden Auswertungsschritt mögliche Unterschiede und/oder Übereinstimmungen in den Aussagen der Fokusgruppendifkussionen und den Ergebnissen der Literaturanalyse erkennen zu können und bei Bedarf deduktiv zu erweitern.

Die Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen wurden zum einen in die Entwicklung des Wirkmodells für Peer Counseling integriert und dienten zum anderen als Grundlage für die Erstellung des Fragebogens für die folgenden Befragungen von Ratsuchenden, Beraterinnen und Beratern.

2.3.4 Falldokumentation

Die begleitende Falldokumentation hat das Ziel, zentrale Aspekte der Peer-Arbeit abzubilden und zu beschreiben. Der Hauptbestandteil der Falldokumentation ist die Dokumentation der „Face-to-Face“-Beratungen, also der direkten, persönlichen oder telefonischen Beratung von ratsuchenden Menschen mit Behinderungen durch einen oder meh-

rere Peer-Beraterinnen und -Berater. Darüber hinaus wurde ein Bogen zur Dokumentation von Veranstaltungen erarbeitet, um das gesamte Angebotsspektrum der Peer-Beratungsstellen abzubilden.

2.3.4.1 Falldokumentation der Peer-Beratung („Face-to-Face“)

Der verwendete Dokumentationsbogen wurde auf Basis der Ergebnisse der Fachgespräche mit den Projektverantwortlichen, ersten Erkenntnissen zum Wirkmodell und Vorlagen der Beratungsstellen entwickelt. Er wird von den Peer-Beraterinnen und -Beratern, bei Bedarf mit Unterstützung durch die Koordinatorinnen, im Anschluss an die Beratungsgespräche ausgefüllt. Für jeden Ratsuchenden wird ein Dokumentationsbogen angelegt, der bei einem Folgegespräch fortgesetzt wird. Hierdurch ist es möglich, Beratungsverläufe nachzuzeichnen.

Um den unterschiedlichen Fähigkeiten und Kompetenzen der Peer-Beraterinnen und -Berater sowie den verschiedenen Beratungskontexten gerecht zu werden, wurden insgesamt drei Versionen des Dokumentationsbogens erarbeitet:²³

1. **Lange Version/Standard-Version:** Eine Version, in der Informationen zu den Beratungsgesprächen ausführlich erhoben werden.
2. **Angehörigen-Version:** Eine angepasste Variante der Lang-Version, die speziell auf die Beratungen von Angehörigen von Menschen mit Behinderungen zugeschnitten wurde.
3. **Kurze/Leichte Version:** Eine gekürzte und vereinfachte Version, die durch *Capito – Büro für barrierefreie Information* professionell in Leichte Sprache übersetzt wurde.

Die Bögen können über zwei Wege bearbeitet werden: Erstens können die Bögen direkt am Computer als PDF-Formular ausgefüllt und gespeichert werden. Zweitens können die Bögen ausgedruckt und handschriftlich bearbeitet werden. In diesem Fall werden die Angaben von der Prognos AG digitalisiert. Inhaltlich zielen die Dokumentationsbögen darauf ab, möglichst kompakt Informationen zur Situation des Ratsuchenden, zu Themen des Beratungsgesprächs, zu Eindrücken des Beratungsverlaufs sowie zu den Ergebnissen der Beratungen zu erfassen.

Die Dokumentationsbögen sind aus datenschutzrechtlichen Gründen anonymisiert. Jedem Ratsuchenden wird eine eindeutige Nummer zugewiesen. Die Zuordnung der Dokumentationsbögen zu den Ratsuchenden wird nur in den Beratungsstellen durch die Peer-Beraterinnen und -Berater oder die Koordinatorinnen und Koordinatoren vorgenommen. Die Namen und Anschriften der Ratsuchenden sind nur den

²³ Die verschiedenen Dokumentationsbögen können im Anlagenband zum Bericht eingesehen werden.

Beratungsstellen bekannt und werden nicht weitergegeben. Die finalen Dokumentationsbögen werden seit Anfang März 2015 in den Beratungsstellen eingesetzt.²⁴

Um auch das Beratungsgeschehen vor Einführung der Dokumentation (ab Projektbeginn im Juni 2014 bis Ende Februar 2015) abzubilden, wurde bei den Koordinatorinnen und Koordinatoren zusätzlich die Zahl der in diesem Zeitraum durchgeführten Beratungen von Menschen mit Behinderungen und Angehörigen abgefragt.

Im Rahmen des vorliegenden zweiten Zwischenberichts wurden alle standardisierten, von Prognos entwickelten Dokumentationsbögen ausgewertet, die in den Beratungsstellen bis zum **29. Februar 2016** vorlagen. Insgesamt wurden bis zu diesem Stichtag 525 Beratungsfälle mit den Bögen dokumentiert.²⁵ Dabei wurde in den allermeisten Fällen (426 Fälle) die vollständige, bzw. „Lange Version“ des Dokumentationsbogens genutzt, in 53 Fällen kam die „Leichte Version“ zum Einsatz. Darüber hinaus wurden 46 Bögen für Angehörige verwendet. Bei der Interpretation der Anzahl der dokumentierten Beratungsfälle sollte berücksichtigt werden, dass diese nicht mit der Gesamtzahl der durchgeführten Beratungen gleichzusetzen ist, da die Beratungsfälle erst seit März 2015 von allen Beratungsstellen einheitlich dokumentiert werden. Vergleichende Aussagen über die Anzahl der Beratungsfälle können damit ausschließlich auf Basis der 500 Beratungsfälle getroffen werden, deren erste Beratung ab 1. März 2015 begonnen wurde.

²⁴ Vor diesem Zeitpunkt wurde in den Beratungsstellen in der Regel auf Basis eigener Dokumente oder auf Grundlage einer Vorläuferversion des Dokumentationsbogens dokumentiert.

²⁵ Beim Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW wurden nur die Bögen berücksichtigt, bei denen die Erstberatung im März 2015 begonnen hat. Gründe hierfür sind, dass erst ab März systematisch alle Fälle auf Basis des aktuellen Dokumentationsbogens dokumentiert wurden. Zudem bieten die Bögen ab März aufgrund des insgesamt hohen Beratungsaufkommens eine ausreichend gute Informationsgrundlage, um die Nutzerinnen und Nutzer dieser Beratungsstelle zu beschreiben.

Tabelle 2-1: Zahl der dokumentierten Beratungsfälle

Beratungsstelle (in alphabetischer Reihenfolge)	Eingesetzter Dokumentationsbogen			Beratungsfälle insgesamt	Beratungsfälle ab März 2015
	Lange Version	Leichte Version	Angehörige		
Die Kette e.V.	21	2		23	23
Dülkener Experten Team		9		9	5
Insel e.V.	48	5		53	53
Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW	142		29	171	171
Leben und Wohnen		8	1	9	9
Lebenshilfe Service gGmbH		21		21	21
Psychiatrie Patinnen und -Paten	79		2	81	81
Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen	27			27	22
Zentrum für Bildung, Kultur und Integration	31	8	6	45	37
Zentrum für Selbstbestimmtes Leben e.V.	78		8	86	78
Gesamtergebnis	426	53	46	525	500

Quelle: Ergebnisse der Dokumentation der Peer-Beratungen (Stand: 29.2.2016). Eigene Berechnungen Prognos AG.

2.3.4.2 Dokumentation der Veranstaltungen

Im Rahmen der Fachgespräche wurde deutlich, dass ein großer Teil der Beratungsstellen neben der direkten Face-to-Face Beratung auch diverse weitere Angebote umsetzt. Zu diesen Angeboten gehören zum Beispiel Seminare, Vorträge und Betriebsführungen, in denen Peer-Beraterinnen und -Berater als Experten beteiligt sind. Daher wurde ein weiterer Dokumentationsbogen speziell für Veranstaltungen und Gruppenberatungen entwickelt.

Der Bogen wird von den Peer-Beraterinnen und -Beratern oder von den Koordinatorinnen und Koordinatoren im Anschluss an die Veranstaltungen ausgefüllt. Er wurde ebenfalls als PDF-Formular umgesetzt und kann direkt am Computer ausgefüllt sowie gespeichert werden. Inhaltlich wird erfasst, welche Art von Veranstaltung stattfand, welches Ziel und Thema die Veranstaltung hatte, die Dauer und Teilnehmerzahl sowie ein abschließender Gesamteindruck.²⁶

Anhand der Dokumentation kann die Bandbreite der durchgeführten Veranstaltungen und erreichten Zielgruppen erfasst werden. Anders als bei den Falldokumentationen von Face-to-face-Beratung ist jedoch keine systematische Nutzeranalyse möglich.

²⁶ Der vollständige Dokumentationsbogen für Veranstaltungen kann im Anlagenband zum Bericht eingesehen werden.

2.3.5 Workshops zum Erfahrungsaustausch mit und zwischen den Beratungsstellen

Im Sinne des formativen Evaluationsansatzes ist vorgesehen, einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit und zwischen den geförderten Beratungsstellen zu ermöglichen. Zum einen benötigen die Akteure der Beratungsstellen einen gemeinsamen Ort, an dem sie sich wechselseitig kennen lernen und persönlich über Erfahrungen, Probleme und Lösungsmöglichkeiten informieren können. Zum anderen dient der Erfahrungsaustausch aus unserem Evaluationsverständnis dazu, Ergebnisse der Begleitforschung möglichst frühzeitig zu kommunizieren und mit den Beteiligten zu reflektieren, so dass sie bereits im Förderzeitraum zur Optimierung der Angebote und ihrer Wirkungen genutzt werden können. Gleichzeitig ergibt sich die Möglichkeit, Fragestellungen für die Evaluation zu schärfen und Evaluationsinstrumente entsprechend anzupassen. Zudem kann durch den regelmäßigen Austausch die Akzeptanz der Evaluation erhöht werden.

Im gesamten Evaluationszeitraum sind drei Workshops mit den Beratungsstellen vorgesehen. Zusätzlich wurden am 11. Mai 2016 die Erkenntnisse und mögliche Schlussfolgerungen aus der bisherigen Evaluationsphase mit den Projektverantwortlichen der Beratungsstelle diskutiert.

2.3.5.1 Workshop 1

Ein erster Workshop wurde am 14. November 2014, Bürger Zentrums in Deutz ausgerichtet. Inhalte dieses Workshops waren:

- Vorstellung erster Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung (Literaturanalyse zum Wirkmodell sowie Fachgespräche mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren)
- World Café zu den folgenden Themen:
 - Tisch 1: Wie machen wir Ratsuchende auf unser Beratungsangebot aufmerksam?
 - Tisch 2: Wie motivieren wir uns?
 - Tisch 3: Wie gewinnen wir neue Peer Counselors?
 - Tisch 4: Wie können wir mit anderen (Fach-) Beratungsstellen zusammenarbeiten?
- Vorstellung und Diskussion des Dokumentationsbogens
- Ausblick auf die nächsten Schritte der Evaluation und Einholen eines Feedbacks der Teilnehmenden
- Offener Ausklang mit Mittagsimbiss und Posterpräsentation der Ergebnisse aus dem World Café

Der Teilnehmerkreis bestand aus den Projektverantwortlichen der Peer Counseling Beratungsstellen, einzelnen Vertreterinnen und Vertretern der Peer Counselors sowie Projektverantwortlichen des LVR.

2.3.5.1.1 Diskussion der Handlungsempfehlungen

Am 11. Mai 2016 wurden erste Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Evaluationsphase den Projektverantwortlichen der Beratungsstellen vorgestellt und diskutiert. Die Veranstaltung wurde in den Räumlichkeiten des LVR veranstaltet. Dabei wurden folgende Inhalte bearbeitet:

- Vorstellung der zentralen Erkenntnisse der Evaluation
- Vier moderierte Arbeitsgruppen zu den folgenden Themen:
 - Wie können niedrigschwellige Zugänge und eine ausreichende Bekanntheit des Peer-Beratungsangebots erreicht werden?
 - Mit welchen Maßnahmen können bisher nicht oder kaum erreichte Zielgruppen erreicht werden?
 - Wie kann bei bestehender Trägervielfalt ein Mindestmaß an Einheitlichkeit in Art und Qualität der Beratung gesichert werden?
 - Welche Rahmenbedingungen benötigt ehrenamtliche Beratung?

Neben Projektverantwortlichen der Beratungsstellen nahm auch ein Vertreter des LVR an der Veranstaltung teil.

2.3.6 Expertenpanel

Zur externen Beratung und Validierung einzelner Projektschritte wurde ein Expertenpanel eingerichtet, das sich im Projektzeitraum insgesamt drei Mal treffen soll. Die Zusammensetzung des Panels erfolgte in Abstimmung mit dem LVR, dessen Vertreter ebenfalls an den Sitzungen teilnehmen. Die Mitglieder des Expertenpanels sollten fachlich einschlägig im Bereich des Peer Counseling sein und insbesondere die Perspektive behinderungserfahrener Menschen und ihrer Interessensvertreter repräsentieren. Folgende Personen konnten gewonnen werden:

Dr. Markus Drolshagen

ZsL Gießen und fib Marburg (Beratung von Menschen mit Behinderungen/Peer Counseling)

Herr Drolshagen ist sowohl wissenschaftlich als auch als Experte in eigener Sache (er ist blind) ausgewiesen. Er hat langjährige Erfahrung in der Beratung von Menschen mit Behinderungen und arbeitet in Wissenschaft und Praxis an Themen rund um Selbstbestimmung

und Empowerment von Menschen mit Behinderungen. Er hat u.a. zum Thema der Fehlplatzierungen von jüngeren Menschen mit Behinderungen in der Altenhilfe publiziert.

(Herr Drolshagen hat seine Mitwirkung leider nach dem ersten Expertenpanel aus persönlichen Gründen beendet.)

Prof. Dr. Gisela Hermes

HAWK Hildesheim, Holzminden, Göttingen, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachgebiet Rehabilitation und Gesundheit

Frau Hermes ist ebenfalls wissenschaftlich und als Expertin in eigener Sache (Rollstuhlnutzerin) ausgewiesen. Sie zählt in Deutschland zu den Pionierinnen der politischen Behindertenbewegung (insbesondere auch Genderfragen) und hat das Thema Peer Counseling wesentlich durch wissenschaftliche Publikationen wie auch durch politisch-praktisches Engagement vorangebracht, u.a. durch den Aufbau des international arbeitenden Bildungs- und Forschungsinstituts zum selbstbestimmten Leben Behinderter – bifos e.V.

Ulrich Niehoff-Dittmann

Bundesvereinigung Lebenshilfe, Berlin

Herr Niehoff ist bei der Bundesvereinigung Lebenshilfe langjähriger wissenschaftlicher Referent im Referat Konzepte zum Themenfeld „Wohnen und Leben in der Gemeinde“. Er engagiert sich seit vielen Jahren in Wissenschaft und Praxis für die Umsetzung von Selbstbestimmung und Empowerment von Menschen mit geistiger Behinderung und bringt Expertise zur Befragung von Menschen mit geistiger Behinderung und ihrer Partizipation ein.

Candelaria Mahlke

Universität Hamburg, Zentrum für Psychosoziale Medizin

Frau Mahlke ist Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Herrn Prof. Dr. Thomas Bock. Sie bringt einschlägige, internationale wissenschaftliche Forschungsexpertise zur Umsetzung und Bewertung von Peer Support und Peer Counseling bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und deren Angehörigen ein.

Ein **erstes Treffen** des Expertenpanels fand am 3. Dezember 2014, ein zweites am 20.05.2015 jeweils in Kassel statt. Im Mittelpunkt des ersten Treffens standen die Vorstellung des Projektes sowie erste Ergebnisse der Begleitforschung. Die Vorgehensweise und Ergebnisse der Literaturanalyse zum Thema Peer Counseling sowie die daraus resultierenden ersten Annahmen möglicher Wirk- und Bedingungsfaktoren des Peer Counseling wurden ebenso wie die Konzeption und Durchführung der Fokusgruppendifkussionen mit Ratsuchenden und Beratenden ausgiebig erörtert und diskutiert. Hierbei erfolgte ein Abgleich mit einem Wirkmodell von Gillard et al. 2014, welches zahlreiche Parallelen zu den vorgestellten Wirk- und Bedingungsfaktoren aufzeigt. In der weiteren Diskussion zu den Wirk- und Bedingungsfaktoren wurden Aspekte zur Organisationskultur der Beratungsstellen

sowie zur öffentlichen Anerkennung und Wertschätzung der (ehrenamtlichen) Peer Counselors thematisiert und aufgenommen. Als Konsequenz des gemeinsamen Austausches wurden u.a. in den Leitfäden für die Fokusgruppendifkussionen für Peer Counselors Fragen zur Organisationskultur sowie dem Rollenverständnis ergänzt sowie die Leitfäden für die Fokusgruppen der Ratsuchenden um eine Frage nach dem Zugang zum Peer Counseling erweitert.

Im **zweiten Treffen** wurde der Stand der Umsetzung des Projektes aus Sicht des Landschaftsverbandes Rheinland berichtet. Weiter wurde der aktuelle Stand des Wirkmodells des Peer Counseling vorgestellt und kritisch reflektiert. Im Ergebnis wurde am Wirkmodell, im Bereich „Wirkungen und Ergebnisse“ eine Ergänzung vorgenommen. Der Ergebnissfaktor Lebensumfeldveränderung wurde durch Stabilisierung (der Lebensverhältnisse) erweitert, da eine Lebensveränderung nicht immer stattfindet bzw. angestrebt wird. Außerdem werden die Faktoren Persönlichkeitsentwicklung und die Lebensumfeldveränderung bzw. Stabilisierung künftig vertikal nebeneinander im Wirkmodell angeordnet, um zu verdeutlichen, dass diese nicht zwangsläufig oder nacheinander erfolgen müssen. Der Begriff Voraussetzungen wurde durch Einflussfaktoren ersetzt, da dieser nicht so hohe Kompetenzerwartungen an die Ratsuchenden impliziert. Über den Verlauf und die Ergebnisse der durchgeführten Fokusgruppendifkussionen mit Beratern und Ratsuchenden wurde berichtet. Zudem wurde die geplante Längsschnitbefragung der Ratsuchenden sowie der hierzu entwickelte Fragebogen gemeinsam diskutiert und Änderungsvorschläge eingebracht.

Das **dritte Expertenpanel** fand am 26.04.2016 in den Räumen des fab e.V. Kassel statt, und zwar als Fachgespräch in einem erweiterten Expertenkreis. Ziel war es, vor dem Hintergrund des anstehenden 2. Zwischenberichtes der wissenschaftlichen Begleitforschung und der politischen Bedeutung der Handlungsempfehlungen für eine nachhaltige Förderung der Peer-Beratungsstellen im Rheinland, die zu diesem Zeitpunkt vorliegenden empirischen Ergebnisse der Begleitforschung breit und mehrperspektivisch zu diskutieren und zu beraten. Die Partizipation von Expertinnen und Experten in eigener Sache stellte dabei erneut ein wichtiges Anliegen dar. Vor diesem Hintergrund nahmen ergänzend zu etablierten Mitgliedern des Expertenpanels zwei einschlägig erfahrene Peer Counselors vom fab e.V. Kassel (Uwe Frevert, Birgit Schopmans) sowie der Landesbeauftragte für die Belange behinderter Menschen in Rheinland-Pfalz (Matthias Rösch) teil, der ebenfalls über eigene Counselor-Erfahrungen verfügt. Zudem nahm ein Vertreter des Integrationsamtes des LVR (Klaus-Peter Rhode) teil.

Im Fokus des Austausches standen die ersten Ergebnisse der Falldokumentation, der Befragung der Ratsuchenden sowie der Befragung der Peer Counselors. Diese wurden durch die Mitglieder der wissenschaftlichen Begleitforschung präsentiert und im Anschluss entlang ausgewählter Fragestellungen gemeinsam umfassend diskutiert.

So wurden mögliche Ursachen für die geringeren Fallzahlen und schwächer positiv ausgeprägten Ergebnisse bei ehrenamtlichen Peer

Counselors erörtert. Als mögliche Einflussfaktoren wurden die vergleichsweise geringen Vorerfahrungen in den jeweiligen (teils neuen) Beratungsstellen in der Peer-Beratungsarbeit sowie strukturelle Voraussetzungen erörtert. Die teilnehmenden Expertinnen und Experten sprachen sich dafür aus, grundsätzlich eine vielfältige Angebots- und Trägerstruktur bei Verständigung über Mindeststandards zu erhalten. Insbesondere die Gruppe der ehrenamtlich tätigen Peer Counselors solle in diesem Zusammenhang genauer betrachtet werden. Dabei wurde neben dem Aspekt der Qualifizierung die Bedeutung von Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit der Beratungsstellen betont. Wünschenswert sei es zudem, wenn neben Peer Counseling auch niederschwelligere Angebote aus dem Bereich des Peer Support vorgehalten würden, um mögliche Hemmnisse der Inanspruchnahme von Peer-Beratung abzubauen.

Ein weiteres zentrales Diskussionsthema war die in einigen Beratungsstellen praktizierte Unterstützung von Peer Counselors (mit geistiger Behinderung) durch dritte Personen in der Beratungssituation. Deren Rolle und Aufgabe sei zu klären, zudem dürfe die Unabhängigkeit der Counselors sowie der Peer-Charakter der Beratung auf keinen Fall durch die zusätzlich anwesende Person gestört werden.

Zudem wurde darauf verwiesen, dass Peer Counseling unmittelbare Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention (vgl. Art. 26 UN-BRK) erfülle und es ausdrücklich erwünscht sei, dass auch Angehörige (beispielsweise Eltern behinderter Kinder) Peer-Beratung in Anspruch nehmen können sollten.

2.3.7 Befragung der Ratsuchenden

Um Erkenntnisse über die Ergebnisse, Wirkungen und Gelingensfaktoren aus der subjektiven Sicht der Ratsuchenden zu gewinnen, wurde eine strukturierte Längsschnittbefragung der Ratsuchenden in allen zehn Beratungsstellen durchgeführt.

Für die erste Welle wurde ein 12-seitiger schriftlicher Fragebogen entwickelt und professionell in Leichte Sprache übersetzt. Befragungsinhalte waren die Gründe für den Besuch der Beratungsstelle, Merkmale und Bewertungen des Beratungsgesprächs sowie ergänzende soziodemographische Merkmale. Das Erhebungsinstrument wurde mit dem Expertenpanel im Vorfeld beraten und professionell über die Firma Capito mit einem Pretest durch eine Prüfgruppe geprüft.

Die Beratungsstellen wurden aufgefordert, den Fragebogen mitsamt Anschreiben und vorfrankiertem Rücksendeumschlag an Ratsuchende auszuhändigen, die innerhalb eines bestimmten Zeitraums die Beratungsstelle aufsuchen. Dabei sollte von den Beratungsstellen jeweils in einer vertraulichen Adressliste vermerkt werden, an welchen Ratsuchenden welche Fragebogen-Nummer ausgegeben

wurde, um die jeweilige Entwicklung im Längsschnitt abbilden zu können.

Ziel war es, dass im Ergebnis in jeder Beratungsstelle mindestens 30 Ratsuchende an der Befragung teilnehmen. Parallel zur schriftlichen Befragung wurde die Möglichkeit angeboten, dass Ratsuchende an einer mündlichen Befragung teilnehmen können. Von dieser Möglichkeit wurde jedoch kein Gebrauch gemacht.

Da zum Start der ersten Befragungswelle die Zahl der Beratungsgespräche in einigen Beratungsstellen sehr niedrig war, wurden zwei Erhebungsgruppen gebildet. In den vier Beratungsstellen, die bereits im Sommer 2015 recht viele Ratsuchende erreicht hatten²⁷, wurde mit der Ausgabe der Fragebögen am 15. Juni 2015 begonnen. Für die verbliebenen sechs Beratungsstellen erfolgte die Ausgabe ab dem 15. Oktober 2015. Dabei wurde jeweils von einer Feldzeit von ca. drei Monaten ausgegangen. Im Projektverlauf stellte sich jedoch heraus, dass der Rücklauf an ausgefüllten Fragebögen in allen Beratungsstellen deutlich langsamer verlief als ursprünglich geplant. Gründe liegen darin, dass sowohl die Zahl der Beratungsfälle als auch die Teilnahmebereitschaft der Ratsuchenden deutlich überschätzt wurde. Als Reaktion wurde der Zeitraum für die Ausgaben der Fragebögen in beiden Erhebungsgruppen zunächst erweitert und schließlich vollständig geöffnet.

Um den Rücklauf zu verbessern, wurde zudem auf Hinweis der Beratungsstellen noch eine stark verkürzte, vierseitige Version des Fragebogens (Kurzbogen) entwickelt, die alternativ ausgegeben werden kann. Dieser Kurzbogen konnte von den Beratungsstellen ab dem 3. Dezember 2015 eingesetzt werden. Zum gleichen Zeitpunkt wurde den Beratungsstellen der Kurzbogen auch als PDF-Formular zur Verfügung gestellt. Dieses Formular sollten die Beratungsstellen Ratsuchenden per Mail zusenden, die den Bogen lieber am PC ausfüllen möchten. Anschließend sollten die Ratsuchende die Datei per Mail an Prognos zurückschicken.

Bis zum 30.04.2016 wurden insgesamt 110 Fragebögen an Prognos zurückgesandt, darunter 16 Kurzbögen. Diese bilden die Grundlage für die in diesem Zwischenbericht präsentierten Auswertungen.

Die folgende Tabelle zeigt, wie viele Fragebögen aus den Beratungsstellen eingegangen sind:

²⁷ Zentrum für selbstbestimmtes Leben, Psychiatrie-Patinnen und -Paten e. V., Psychiatrische Hilfgemeinschaft und Landesverband Psychiatrie-Erfahrene.

Tabelle 2-2: Zahl der Rückläufe der schriftliche Befragung der Ratsuchenden (Welle 1)

Beratungsstelle (in alphabetischer Reihenfolge)	Eingegangene Fragebögen		
	Lange Version	Kurzbogen	Insgesamt
Die Kette e.V.	6	0	6
Dülkener Experten Team	0	0	0
Insel e.V.	9	0	9
Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW	19	0	19
Leben und Wohnen	1	0	1
Lebenshilfe Service gGmbH	2	9	11
Psychiatrie Patinnen und -Paten	12	0	12
Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen	15	0	15
Zentrum für Bildung, Kultur und Integration	14	7	21
Zentrum für Selbstbestimmtes Leben e.V.	14	0	14
Beratungsstelle nicht zuzuordnen	0	2	2
Gesamtergebnis	94	16	110

Quelle: Ergebnisse der Dokumentation der Peer-Beratungen (Stand: 29.2.2016). Eigene Berechnungen Prognos AG.

Wie anhand der unterschiedlichen Fallzahlen (siehe Kapitel 2.3.4) zu erwarten war, unterscheidet sich die Zahl der Fragebögen zwischen den Beratungsstellen deutlich.

2.3.8 Befragung der Peer-Beraterinnen und -Berater

Um die Perspektive der Peer-Beraterinnen und -Berater einzufangen, wurde auch bei dieser Zielgruppe eine strukturierte Befragung umgesetzt. Diese Befragung wurde im Zeitraum vom 2. Februar 2016 bis zum 3. März 2016 zeitgleich an allen zehn Standorten durchgeführt. Auch diese Befragung berücksichtigt die unterschiedlichen kognitiven Fähigkeiten der Befragten und beinhaltet sowohl eine „Lange Version“ als auch eine verkürzte „Kurze Version“. Dabei wurde den Beratungsstellen freigestellt, gemeinsam mit den Peer-Beraterinnen und -Berater zu entscheiden, welche Version jeweils zum Einsatz kommen soll und ob die Befragung lieber handschriftlich oder am PC bearbeitet werden soll. Auch diese Erhebungsinstrumente wurden im Vorfeld professionell in Leichte Sprache übersetzt, mit dem Expertenpanel beraten und einem Pretest durch die Beratungsstellen sowie durch eine Prüfgruppe von Capito unterzogen.

Gegenstand der Befragung waren insbesondere Fragen zum Hintergrund der Peer-Beraterinnen und -Berater, zu ihren Arbeitsbedingungen und Merkmalen der von ihnen durchgeführten Beratungsgespräche sowie subjektive Einschätzungen, wie sie ihre Beratungstätigkeiten empfinden. Ergänzend wurden soziodemographische Merkmale erhoben.

Insgesamt wurden 53 Fragebögen ausgefüllt und an Prognos zurückgeschickt, darunter 26 Kurzbögen. Damit haben insgesamt 85 Prozent aller zum Berichtszeitpunkt in den geförderten Beratungsstellen tätigen Peer-Beraterinnen und -Berater an der Befragung teilgenommen.

Tabelle 2-3: Zahl der Rückläufe der schriftliche Befragung der Peer-Beraterinnen und -Berater (Welle 1)

Beratungsstelle (in alphabetischer Reihenfolge)	Eingegangene Fragebögen			Anteil an allen Peer-Beratern der Beratungsstelle
	Lange Version	Kurzbogen	Insgesamt	
Die Kette e.V.	7	0	7	88%
Dülkener Experten Team	1	3	4	57%
Insel e.V.	9	0	9	69%
Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW	4	0	4	100%
Leben und Wohnen	0	8	8	100%
Lebenshilfe Service gGmbH	0	6	6	100%
Psychiatrie Patinnen und -Paten	0	3	3	100%
Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen	2	0	2	67%
Zentrum für Bildung, Kultur und Integration	3	6	9	100%
Zentrum für Selbstbestimmtes Leben e.V.	1	0	1	100%
Gesamtergebnis	27	26	53	85%

Quelle: Befragung der Peer Counselors. Eigene Berechnungen Prognos AG.

2.3.9 Kontextanalyse

Regionale und sozialräumliche Kontextfaktoren können Einfluss auf die Inanspruchnahme und die Umsetzung von Ergebnissen der Peer-Beratung nehmen. Im Interesse der Modellerprobung des LVR stehen insbesondere Veränderungen in den Wohn- und Beschäftigungsformen der Ratsuchenden bzw. Übergänge aus Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sowie aus stationären Wohneinrichtungen in ambulant betreute Wohnformen. Vor diesem Hintergrund wurden relevante regionale und sozialräumliche Kontextfaktoren an den Standorten des Projektes anhand von ausgewählten Kennzahlen dokumentiert und im Hinblick auf regionale Unterschiede analysiert. Als Datenbasis wurden verschiedene statistische Quellen der überörtlichen Sozialhilfeträger, der IT Landesdatenbank NRW, des LVR und der Bundesagentur für Arbeit (BA) ausgewertet (vgl. Tabelle 2-4).

Tabelle 2-4: Übersicht der statistischen Quellen zur Dokumentation und Analyse regionaler und sozialräumlicher Kontextfaktoren

Literaturquelle	Sozio-Demographie	Wohnsituation	Beschäftigungssituation
Bundesagentur für Arbeit (BA) 2015: Der Arbeitsmarkt in NRW. Schwerbehinderte Menschen.			X
Bundesagentur für Arbeit (BA) 2016a: Statistik Regionaldirektion Nordrhein-Westfalen.			X
Bundesagentur für Arbeit (BA) 2016b: Arbeitsmarkt in Zahlen			X
Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2015): Jahresbericht 2014/2015.			X
Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT NRW) (Hg.) (2014): Statistische Berichte. Schwerbehinderte Menschen in Nordrhein-Westfalen	X		X
Con-Sens (2016): Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2014.		X	X
LVR (2015a): Die Eingliederungshilfe-Leistungen des LVR im Rheinland: Regionalisierter Datenbericht 2014.	X	X	X
LVR (2015b): Interne Statistik. Leistungen zur Wohnunterstützung.		X	
LVR (2015c): Interne Statistik. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in WfbM.			X
LVR Integrationsamt (2015): Jahresbericht 2014/2015.			X

Die statistischen Daten wurden in Relation zu den Bezugsgrößen auf Bundes- und Landesebene sowie denen des Rheinlandes ausgewertet und für die Kreise und kreisfreien Städte (*Aachen, Bonn, Köln, Kreis Viersen, Rheinisch-Bergischer Kreis (Bergisch-Gladbach und Wermelskirchen)*) verglichen.

Folgende Kennzahlen standen im Mittelpunkt der Betrachtung:

A Soziodemographie

- Bevölkerungsstand
- Bevölkerungsanteil der Menschen mit Schwerbehinderung nach Geschlecht und Art der Behinderung

B Angebotsstrukturen

- Wohnen: Leistungsberechtigte von Eingliederungshilfen im Bereich Wohnen (Anzahl und Struktur, Fallzahlendynamik, Ambulantisierung)

- Arbeit: Beschäftigungsquote, Leistungsberechtigte der Eingliederungshilfe in WfbM (Anzahl und Struktur, Fallzahlendynamik), Übergänge auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, Integrationsprojekte, betriebsintegrierte Arbeitsplätze

Insgesamt ist festzustellen, dass die vorliegenden Daten über Menschen mit Behinderung im Rheinland und ihre Wohn- und Erwerbs-situation keine ausreichende Basis für differenzierte Analysen liefern. So lässt sich die Wohnsituation grundsätzlich nur für die Leistungsempfängerinnen und -empfänger wohnbezogener Hilfen beschreiben, zu Menschen mit Behinderungen die in ihren Herkunftsfamilien oder in anderen Wohnformen ohne professionelle Unterstützung leben liegen keine Informationen vor. Auch Übergänge vom stationären in das ambulant betreute Wohnen und umgekehrt lassen sich auf Basis der Daten nicht nachvollziehen. Ebenfalls ist die Datenlage zur Erwerbs-situation behinderter Menschen im erwerbsfähigen Alter nicht umfassend. So gibt es zum Beispiel keine Quellen, in denen der Erwerbsstatus dieser Personen umfänglich dargestellt wird. Daten zur exakten Berechnung der Arbeitslosenquote behinderter Menschen fehlen ebenfalls. Mit Blick auf die Modellstandorte ist zudem festzustellen, dass ein Abgleich zwischen den Daten des LVR und denen der BA nur schwer möglich ist, da der LVR seine Daten auf der Ebene von Städten und Kreisen und die BA auf der Ebene von Arbeitsagenturbezirken erhebt. Ebenfalls liegen keine Daten über Art und Umfang von Zu- und Abgängen von WfbM-Beschäftigten vor.

2.4 Auswertungsschema

Bei den Auswertungen der schriftlichen Befragungen von Ratsuchenden und Peer Counselors, deren Ergebnisse in diesem Bericht vorgestellt werden, wurde grundsätzlich nach dem folgenden Schema vorgegangen:

- Zunächst wurden jeweils alle Antworten für die gesamte Gruppe der Befragten ausgewertet, ohne weitere Differenzierungen nach Subgruppen.
- Anschließend wurde generell sowohl nach Typen der Beratungsstellen als auch nach der Art der Behinderung von Ratsuchenden bzw. Peer-Beraterinnen und -Beratern differenziert.
- Zum Schluss wurden auf Basis begründeter Hypothesen weiter differenzierte Auswertungen vorgenommen, teilweise abgeleitet aus dem entwickelten Wirkmodell.

Begrenzt werden die Auswertungsmöglichkeiten durch teilweise geringe Fallzahlen, die sich auf die externe Validität der gefundenen Ergebnisse auswirken, also auf die Gültigkeit über die ausgewertete Gruppe hinaus.

2.5 Nächste Schritte in der Evaluation

Im folgenden Textabschnitt werden die weiteren geplanten Schritte der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Evaluation des Modellprojektes bis zum Laufzeitende resp. der Abgabe des Abschlussberichtes im August 2017 dargelegt.

Die Dokumentation der Beratungsgespräche wird kontinuierlich weitergeführt und die Auswertung für alle bis Ende Februar 2017 vorliegenden **Dokumentationsbögen** aktualisiert.

Nach der Abgabe dieses Zwischenberichtes beginnt eine erneute Welle der quantitativen und qualitativen Datenerhebung. Ab August 2016 werden alle Ratsuchenden, die an der ersten Welle der Befragung teilgenommen haben, mittels der Adresslisten der Beratungsstellen einen **zweiten, stark verkürzten Fragebogen** mit identischer Fragebogen-Nummer wie in Welle 1 zugesandt bekommen.²⁸ Über dieses Bogen wird erhoben, wie die Ratsuchenden heute über das Gespräch denken und ob es anschließend Veränderungen in ihrem Leben gab. Inhaltlich stehen die Ergebnisse und (nachhaltigen) Aus-/Wirkungen von Peer Counseling, auch im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Leistungen bzw. auf die Wohn- und Beschäftigungssituationen der Ratsuchenden im Fokus. Ein entsprechender Fragebogen wurde bereits entwickelt.

Zunächst beginnt ab August 2016 die (überwiegend in schriftlicher Form stattfindende) zweite Befragung der Ratsuchenden (im Längsschnitt) sowie der Peer Counselors, so dass Ende 2016 mit der Auswertung und Analyse der Ergebnisse begonnen werden kann. Im Fokus der Ratsuchenden-Befragung sollen die Ergebnisse und (nachhaltigen) Aus-/Wirkungen von Peer Counseling, auch im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Leistungen bzw. auf die Wohn- und Beschäftigungssituationen der Ratsuchenden stehen.

Um (die quantitativen Daten) ergänzende und vertiefende (qualitative) Informationen zum Erleben der Beratungssituationen und zu Ergebnissen und Wirkungen von Peer Counseling zu erhalten, werden insgesamt sieben Fokusgruppendifkussionen geführt, und zwar jeweils drei Fokusgruppendifkussionen mit Ratsuchenden (Dezember 2016) und Peer Counselors (Januar/Februar 2017) sowie eine mit Koordinatorinnen und Koordinatoren der Beratungsstellen (Februar 2017). Im Rahmen dieser Gruppendifkussionen sollen insbesondere auch Fragen erörtert werden, die sich auf der Basis der quantitativen Daten (vgl. Kap. 7) nicht oder nicht umfassend bzw. abschließend beantworten lassen (zum Beispiel die Perspektive der Ratsuchenden mit geistiger Behinderung).

Vor der Erstellung des Abschlussberichtes sind im ersten Quartal 2017 ein viertes Expertengespräch sowie im zweiten Quartal 2017

²⁸ Ursprünglich sah unser methodisches Design vor, dass die Folgebefragung jeweils ein halbes Jahr nach der Teilnahme an Welle 1 stattfindet. Dieses Vorgehen erwies sich jedoch im Projektverlauf als unpraktikabel und wäre mit einem zu hohen Aufwand für die Beratungsstellen einhergegangen. Da der Ausgabezeitpunkt für die Bögen der ersten Welle kontinuierlich ausgeweitet werden musste, hätten die Beratungsstellen sonst wiederholt für einen Teil der Ratsuchenden die Folgebögen versenden müssen.

ein letzter Workshop mit Projektverantwortlichen aller teilnehmenden Beratungsstellen geplant, um die Ergebnisse der Evaluation vor dem Hintergrund möglicher Bedingungsfaktoren, Wirkungen und Handlungsempfehlungen zu diskutieren und den Projektverlauf zu reflektieren.

3 Wie sieht Peer Counseling aus? – Konzeption und Umsetzung von Peer Counseling im Rheinland

Am 19.12.2012 beauftragte die Landschaftsversammlung die Verwaltung, „Anlaufstellen und/ oder Beratungsangebote zum Peer Counseling zu fördern“.²⁹ Ende Juni 2013 wurde dazu ein Interessensbekundungsverfahren durchgeführt. Im Rahmen dieses Verfahrens bewarben sich 32 Interessenten um die Fördermittel. Die Auswahl der Peer Counseling Projekte erfolgte im Anschluss unter fachlichen und finanziellen Gesichtspunkten.³⁰ Auf Basis von fünf obligatorischen „Muss-Kriterien“³¹ und fünf wünschenswerten „Kann-Kriterien“³² wurden zehn Projekte für die Förderung ausgewählt, die gemäß ihrer Zielsetzung in zwei Förderbereiche fallen:

Projekte zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben

- Zentrum für Bildung, Kultur und Integration gGmbH, Köln
- Die Kette e.V., Bergisch-Gladbach
- Integrationsfachdienst Bonn/Rhein-Sieg, Sankt Augustin

Projekte zur Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe im Rahmen der Eingliederungshilfe

- Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen gGmbH, Viersen
- Dülkener Experten Team, Viersen
- Lebenshilfe Service gGmbH, Wermelskirchen
- Leben und Wohnen, Aachen
- Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e.V., Köln
- Psychiatrie-Patinnen und -paten e.V., Aachen

Zusätzlich wird der Verein Selbstbestimmt Leben Behinderter Köln e.V. (ZsL) gefördert. Dieser setzt zum einen ein Qualifizierungsprogramm für die Peer-Beraterinnen und -Berater um und realisiert zum anderen ein eigenes Peer-Beratungsangebot.

²⁹ Vgl. LVR Begründung Vorlage 13/3412.

³⁰ Genauere Informationen zu den Kriterien befinden sich in der LVR Begründung Vorlage 13/3412.

³¹ Hierzu zählen: 1. Die Schwerpunkte entsprechen den Zielsetzungen des Modellprojektes, 2. Die Zielgruppe(n)/Adressaten des Projektvorhabens entsprechen Vorgaben des Modellprojektes, 3. Die Grundsätze des Peer Counseling sind berücksichtigt, 4. Es erfolgt eine prozessuale Begleitung der Peer Counselors (insb. bei geistiger Behinderung) bzw. eine solche Begleitung ist vorgesehen, 5. Der Beteiligung an der begleitenden Evaluation wurde zugestimmt.

³² Hierzu zählen: 1. Vernetzung des Trägers in der Region, 2. Erste Erfahrungen des Trägers mit Peer Counseling-Angeboten, 3. Ansprache des professionellen bzw. nicht-professionellen Unterstützungssystems durch das bestehende/avisierte Projekt, 4. Möglichkeit eines kurzfristigen/zügigen Starts des Projektes, 5. Angemessenes Finanzvolumen.

3.1 Regionale Rahmenbedingungen für Peer Counseling im Rheinland

Durch die Dokumentation und Analyse regionaler und sozialräumlicher Kontextfaktoren sollen im Rahmen der Evaluation regionale Bedingungen und Strukturen an den Standorten der Peer Counseling Beratungsstellen dargestellt werden, die Einfluss auf das Peer Counseling und seine Ergebnisse nehmen können.

Folgende Kreise und kreisfreie Städte sind Standorte der Beratungsstellen und daher Teil der Analyse:

- Köln
- Aachen
- Rheinisch-Bergischer Kreis
(Bergisch-Gladbach und Wermelskirchen)
- Bonn
- Kreis Viersen

Soziodemographie

Um einen besseren Eindruck zu erhalten, wie groß die potentielle Nutzergruppe der Peer-Beratungsstellen ist, wird in diesem Kapitel überblicksartig die soziodemografische Lage schwerbehinderter Menschen an den Standorten der Modellregionen dargestellt. Dabei bleibt unberücksichtigt, dass einige Beratungsstellen auch telefonische Beratungen anbieten. Ihr Einzugsgebiet ist dementsprechend nicht identisch mit der Region, in der sich der Standort der Beratungsstelle befindet. Außerdem können hier auf der Basis vorliegender Daten ausschließlich Personen erfasst werden, die sozialrechtlich als (schwer-)behindert anerkannt sind.

Grundsätzlich richtet sich die Peer-Beratung an alle Personen mit chronischen Erkrankungen, Beeinträchtigungen und Behinderungen, die Beratungsbedarf haben, und zwar unabhängig vom rechtlichen Status einer anerkannten Behinderung. Das Nutzerpotential umfasst damit *mindestens* 224 Tausend schwerbehinderte Personen, die in den fünf Kreisen und kreisfreien Regionen der Beratungsstellen leben.

Anzahl der schwerbehinderten Menschen an den Standorten

In den Städten und Landkreisen der Modellprojekte verteilen sich die schwerbehinderten Menschen folgendermaßen:

- **Kreis Viersen**
Im Kreis Viersen lebten 27.385 schwerbehinderte Menschen, was einer Quote von 9,17% entsprach. Von den schwerbehinderten Menschen waren 13.433 Frauen und 13.925 Männer (vgl. LVR Jahresbericht 2015, 27).
- **Bonn**
In der Stadt Bonn lebten 26.540 schwerbehinderte Menschen,

was einer Quote von 8,03% entsprach. Von den schwerbehinderten Menschen waren 14.280 Frauen und 12.260 Männer (ebd.).

- **Köln**
In der Stadt Köln lebten 87.606 schwerbehinderte Menschen, was einer Quote von 8,50% entsprach. Von den schwerbehinderten Menschen waren 45.094 Frauen und 42.512 Männer (ebd.).
- **Rheinisch-Bergischer Kreis**
Im bergischen Kreis lebten 24.571 schwerbehinderte Menschen, was einer Quote von 8,89% entsprach. Von den schwerbehinderten Menschen waren 12.116 Frauen und 12.455 Männer (ebd.).
- **Städteregion Aachen**
In der Städteregion Aachen lebten 58.015 schwerbehinderte Menschen, was einer Quote von 10,23% entsprach. Von den schwerbehinderten Menschen waren 28.226 Frauen und 29.789 Männer (ebd.).

Tabelle 3-1: Anzahl und Verteilung der schwerbehinderten Menschen in den Städten und Landkreisen des Modellprojektes (2013)

	Schwerbehinderte Menschen		Geschlecht	
	Anzahl	Anteil an der Bevölkerung	Anteil der weiblichen schwerbehinderten Menschen	Anteil der männlichen schwerbehinderten Menschen
Kreis Viersen	27.385	9,2%	49%	51%
Bonn	26.540	8,0%	54%	46%
Köln	87.606	8,5%	51%	49%
Rheinisch-Bergischer-Kreis	24.571	8,9%	49%	51%
Städteregion Aachen	58.015	10,2%	49%	51%

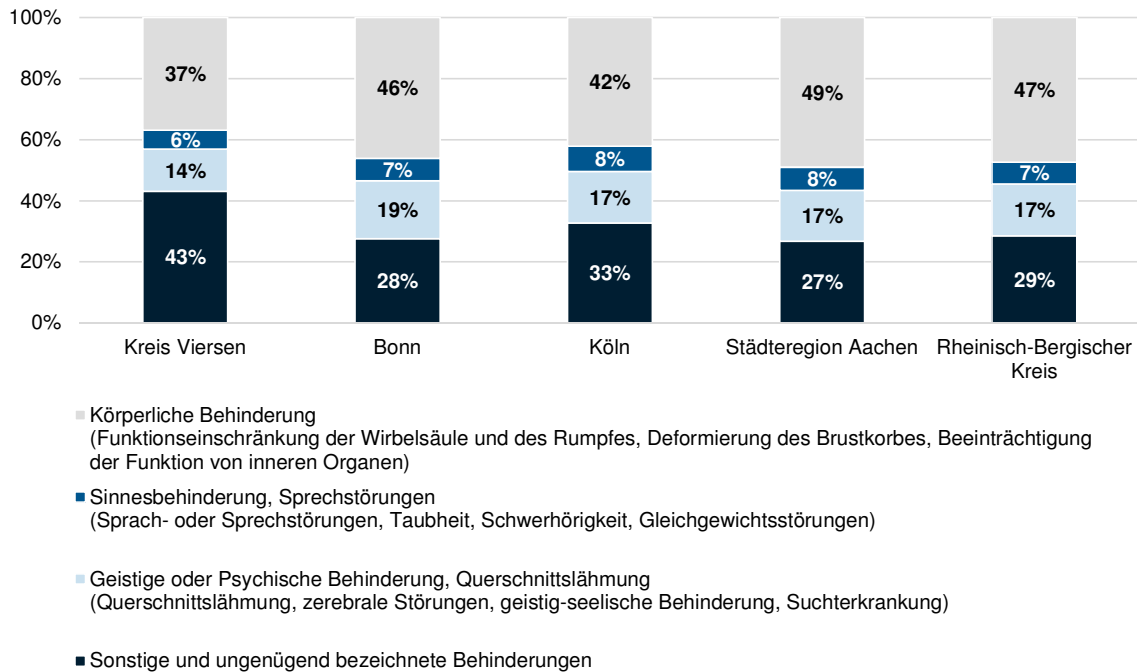
Quelle: LVR 2015a. Eigene Darstellung Universität Kassel und Prognos AG.

Im Durchschnitt waren in den Kreisen und kreisfreien Städten des Rheinlands 9,6 Prozent der Bevölkerung schwerbehindert. Der Anteil der schwerbehinderten Menschen lag damit in fast allen Städten und Kreisen, die am Modellprojekt beteiligt sind, unter dem Durchschnitt des Rheinlandes. Eine Ausnahme bildete die Städteregion Aachen, die über der Durchschnittsquote lag.

Die Standorte der Beratungsstellen unterscheiden sich auch hinsichtlich der Verteilung der Behinderungsarten der schwerbehinderten Menschen. In der Städteregion Aachen und dem Rheinisch-Bergischen Kreis ist der Anteil von Personen mit körperlichen Behinderungen unter den Schwerbehinderten besonders hoch. Vergleichsweise gering ist dieser Anteil vor allem in Viersen. Sinnesbehinderungen

und psychische bzw. geistige Behinderungen sind in allen Region in etwa ähnlich gleich verteilt.

Abbildung 3-1: Verteilung der Behinderungsarten unter schwerbehinderten Menschen (2013)



Quelle: IT-NRW 2016. Eigene Darstellung Universität Kassel und Prognos AG.

3.2 Angebotsstrukturen

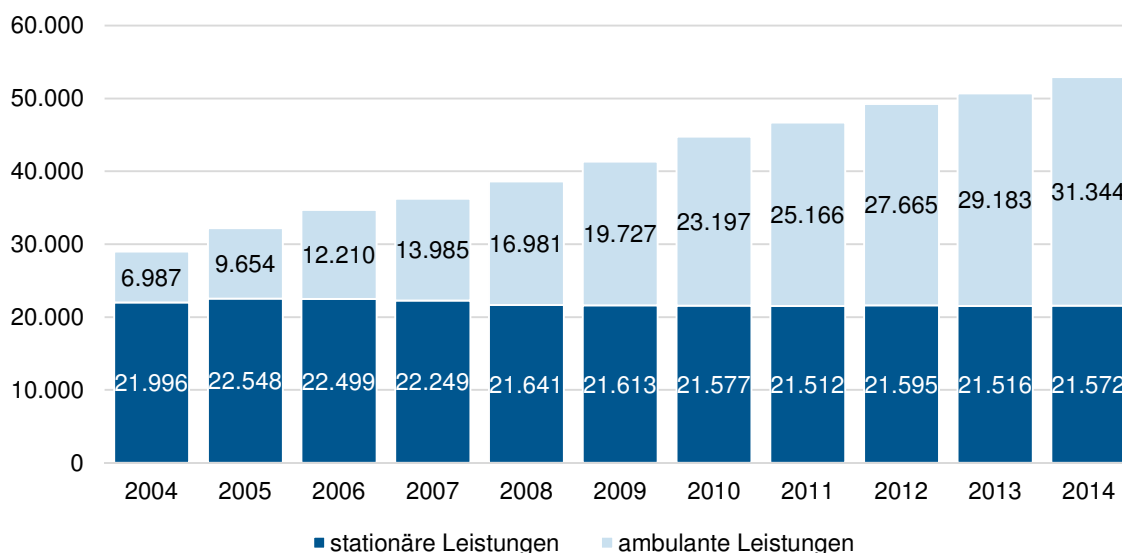
Mit der Förderung von Peer-Beratungsstellen zielt der LVR darauf ab, Menschen mit Behinderungen eine Möglichkeit der unabhängigen Beratung zu bieten, um eine selbstbestimmte Lebensführung und gesellschaftliche Teilhabe zu verwirklichen. Im Fokus stehen dabei insbesondere Übergänge aus dem stationären ins ambulante Wohnen sowie aus den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) auf den ersten Arbeitsmarkt. Abseits der Qualität von Beratung ist davon auszugehen, dass diese Übergänge durch regionale Kontextfaktoren wie die Verfügbarkeit eines gut ausgebauten und differenzierten Angebotsspektrum im Bereich des Ambulanten Wohnens bzw. der offenen Hilfen sowie eine günstige Beschäftigungssituation und Angebote unterstützter Beschäftigung in der jeweiligen Region begünstigt werden. Diese vielfältigen Bedingungen lassen sich auf der Basis verfügbarer Daten nicht detailliert beschreiben. Gleichwohl lassen sich einige relevante Kennzahlen für die Bereiche Wohnen und Arbeitsleben für das Gebiet des LVR bzw. für die Projektstandorte beschreiben und vergleichen.

3.2.1 Wohnsituation

3.2.1.1 Darstellung der Wohnsituation von Menschen mit Behinderung im Einzugsgebiet des LVR³³

Die Gesamtbevölkerung im Rheinland umfasste 9.436.955 Menschen am Jahresende 2014 (vgl. LVR 2015a, 9). 52.916 Personen (= 0,6% der Bevölkerung) nahmen Leistungen der Eingliederungshilfe zur Wohnunterstützung in Anspruch (vgl. LVR 2015a, 3)³⁴, ihre Anzahl hat sich in den vergangenen zehn Jahren fast verdoppelt. Das Verhältnis von stationären zu ambulanten Leistungen lag bei 41% zu 59% (vgl. Abbildung 3-2). Die Dynamik der Fallzahlenentwicklung unterscheidet sich zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich.

Abbildung 3-2: Anzahl der Leistungsberechtigten mit wohnbezogenen Hilfen nach stationären und ambulanten Leistungen – LVR 2004 bis 2014 (Stichtag 31.12.)



Quelle: Eigene Darstellung nach LVR 2015a

Leistungsberechtigte im stationären Wohnen

Entgegen dem bundesweiten Trend der leichten Fallzahlensteigerung im stationären Wohnen (etwa 1% jährlich von 2006 bis 2014, vgl. Con-Sens 2016³⁵) war die Anzahl der Leistungsberechtigten im Rheinland von 2006 bis 2010 insgesamt um 4% rückläufig, seit 2010 ist sie mit etwa 21.500 Personen weitgehend konstant (vgl. LVR 2015a, 3f.). Es zeigen sich allerdings deutliche regionale Unterschiede, die zwischen einer Abnahme von -13% (Solingen) und einer Zunahme von +19% (Rheinisch-Bergischer Kreis) liegen. Die Altersverteilung der Leistungsberechtigten im stationären Wohnen ist im

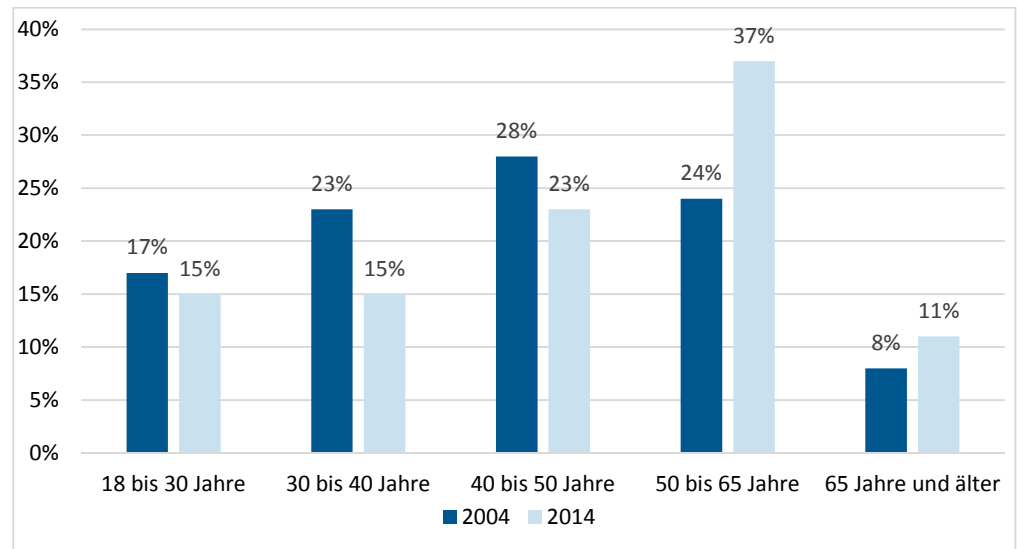
³³ Es können nur Angaben zu erwachsenen Personen getätigt werden, die wohnbezogene Eingliederungshilfeleistungen. Daten zur Wohnsituation von Menschen mit Behinderung, die keine Eingliederungshilfe erhalten, liegen nicht vor. Die im Folgenden genannten Zahlen beziehen sich auf die Herkunft der leistungsberechtigten Personen, also den gewöhnlichen Aufenthaltsort.

³⁴ Die Menschen die Leistungen in Form eines persönlichen Budgets erhalten sind nicht berücksichtigt.

³⁵ Der von Con-Sens erstellte Kennzahlenvergleich erfasst nur Leistungsberechtigte der überörtlichen Sozialhilfeträger.

gesamten Gebiet des LVR weitgehend gleich. Die größte Gruppe (37%) stellen Personen zwischen 50 und 65 Jahren dar (vgl. Abbildung 3-3). Entsprechend dem demografischen Wandel und der bundesweiten Altersentwicklung in stationären Wohneinrichtungen zeigt sich eine deutliche Verschiebung des Altersdurchschnitts zugunsten der Altersgruppe über 50 Jahren bzw. der Personen im Rentenalter. In den kommenden Jahren ist ein weiterer Anstieg dieser Altersgruppe im stationären Wohnen zu erwarten (vgl. ebd, 10).

Abbildung 3-3: Verteilung der Leistungsberechtigten nach Altersgruppen im stationären Wohnen im Vergleich der Jahre 2004 und 2014

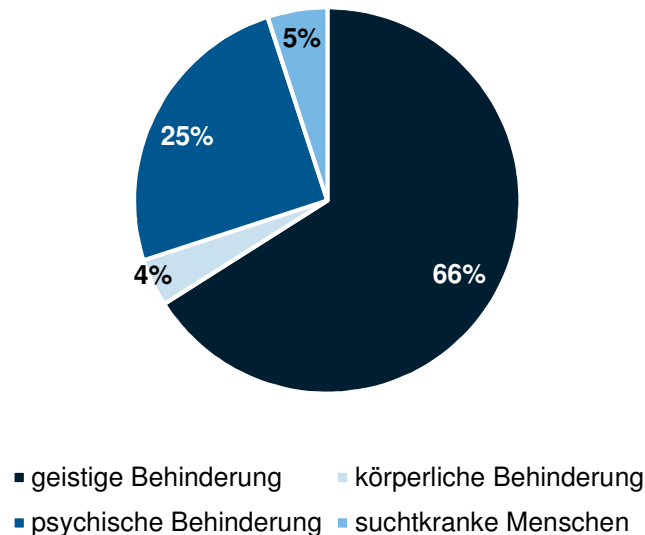


Quelle: Eigene Darstellung nach LVR 2015a, 10

Im Gebiet des LVR sind 59% der Leistungsberechtigten im stationären Wohnen männlich und 41% weiblich (vgl. LVR 2015a, 13). Differenziert nach Art der Behinderung zeigt sich, dass die größte Gruppe der Leistungsberechtigten im stationären Wohnen Menschen mit geistiger Behinderung sind (66%), gefolgt von Menschen mit psychischer Behinderung (25%).³⁶ Der Anteil suchtkranker Menschen beträgt 5%, der von Menschen mit einer körperlichen Behinderung 4% (vgl. LVR 2015a, 8).

³⁶ Zur Vereinheitlichung des Sprachgebrauches und unter Berücksichtigung möglichst diskriminierungsfreier Bezeichnungen wird ausschließlich von psychischer und nicht von seelischer Behinderung gesprochen.

Abbildung 3-4: Verteilung der Leistungsberechtigten im stationären Wohnen im Gebiet des LVR nach Art der Behinderung am Stichtag 31.12.2014



Quelle: Eigene Darstellung nach LVR 2015a, 8

Leistungsberechtigte im ambulanten Wohnen

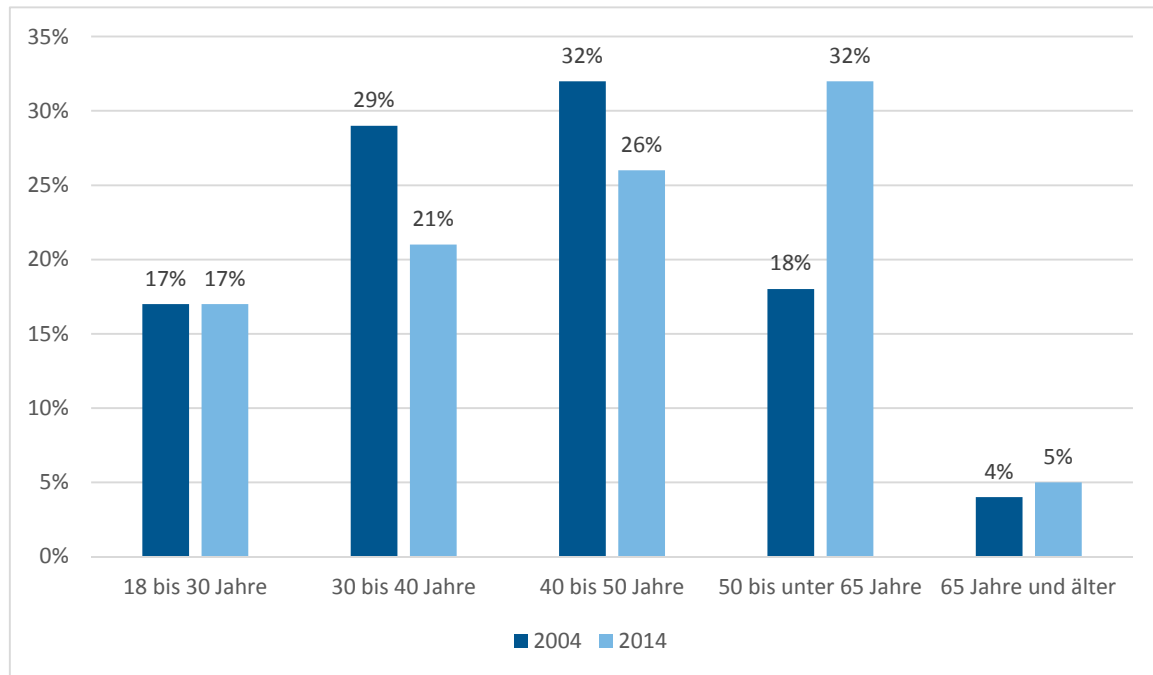
Im Gebiet des LVR bezogen 2014 mehr als die Hälfte der Leistungsberechtigten (59%) im Bereich Wohnen ambulante Unterstützung (vgl. LVR 2015a, 3). Die Ambulantisierungsquote³⁷ lag damit über dem Bundesdurchschnitt von 46% (vgl. Con-Sens 2016, 13). In diesem Leistungsbereich lässt sich eine deutliche Fallzahlensteigerung im Zeitraum von 2004 (6.987 Personen) bis 2014 (31.344 Personen³⁸) von durchschnittlich jährlich etwa 16% verzeichnen. Seit 2010 stiegen die Fallzahlen weniger stark an, die Wachstumsdynamik geht zurück (vgl. LVR 2015a, 3). Das Verhältnis zwischen männlichen und weiblichen Leistungsberechtigten mit ambulanter Wohnunterstützung liegt im Gebiet des LVR bei 53% zu 47% (ebd., 13). Im ambulant betreuten Wohnen war die Gruppe der 50 bis 65 Jahre alten Leistungsberechtigten am häufigsten vertreten. Ihr prozentualer Anteil bleibt mit 37% jedoch deutlich hinter der altersgleichen Gruppe im stationären Wohnen (48%) zurück. Aufgrund des demografischen Wandels und der damit verbundenen Erhöhung des Altersdurchschnitts ist auch im ambulant betreuten Wohnen zu erwarten, dass sich der Anteil Leistungsberechtigter, die älter als 50 Jahre sind, weiter erhöht. Die vorliegenden Altersverteilungen im stationären als auch im ambulanten Wohnen entsprechen im Rheinland weitgehend dem Bundesdurchschnitt (vgl. LVR 2015a, 12).³⁹

³⁷ Mit Ambulantisierungsquote wird die Relation zwischen ambulantem und stationärem Wohnen bezeichnet.

³⁸ Davon 175 Personen in Gastfamilien (vgl. LVR 2015b)

³⁹ Ein präziser Vergleich ist nicht möglich, da die Zahlen des LVR und die Kennzahlen der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (vgl. Con-Sens 2016) die Alterskohorten unterschiedlich zusammenstellen.

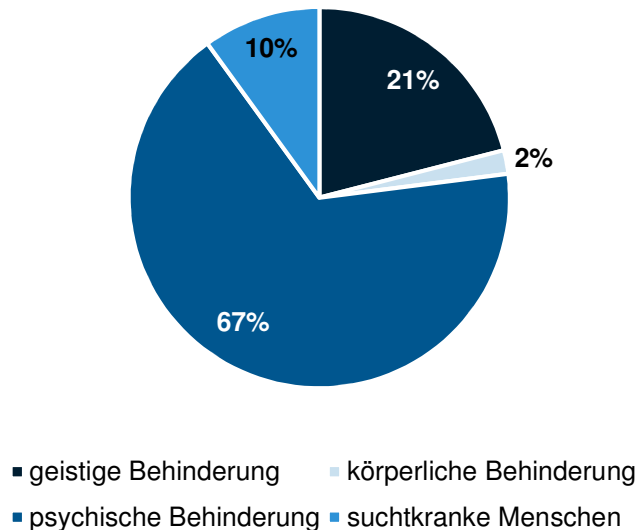
Abbildung 3-5: Verteilung der Leistungsberechtigten im ambulant betreuten Wohnen des LVR nach Altersgruppen



Quelle: Eigene Darstellung nach LVR 2015a, 11 und LVR 2015b

Differenziert nach Art der Behinderung zeigt sich, dass Menschen mit psychischer Behinderung die größte Gruppe im ambulant betreuten Wohnen darstellen (67%), während der Anteil der Menschen mit geistiger Behinderung vergleichsweise gering ist (21%). Der Anteil suchtkranker Menschen beträgt 10%, Menschen mit einer körperlichen Behinderung sind mit 2% im ambulant betreuten Wohnen vertreten (vgl. LVR 2015a, 9 sowie Abbildung 3-6).

Abbildung 3-6: Verteilung der Leistungsberechtigten des LVR im ambulant betreuten Wohnen nach Art der Behinderung am Stichtag 31.12.2014



Quelle: Eigene Darstellung nach LVR 2015a, 9

3.2.1.2 Darstellung der Wohnsituation von Menschen mit Behinderung an den Modellstandorten des Projektes Peer Counseling

In den Kreisen und Städten der Projektstandorte sind die Fallzahlen der Leistungsberechtigten mit Wohnunterstützung insgesamt steigend. Hierbei ist – nach einem Rückgang der Leistungsberechtigten bis 2010 – die Anzahl der Menschen mit stationärer Wohnunterstützung weitgehend konstant. Eine Ausnahme bildet der Rheinisch-Bergische Kreis. Hier stieg die Zahl der Leistungsempfänger stationärer Wohnhilfen an. Die Anzahl der Menschen mit ambulanter Wohnunterstützung ist hingegen an allen Projektstandorten konstant steigend, was der Entwicklung im Gebiet des LVR entspricht. Unterschiede zeigen sich zwischen den Projektstandorten im Hinblick auf die Fallzahlendynamik im ambulanten und stationären Wohnen, das Verhältnis der Leistungsberechtigten im stationären Wohnen nach gewöhnlichem und tatsächlichem Aufenthalt sowie der Verteilung bei den wohnbezogenen Hilfen nach Art der Behinderung. Die Alters- und Geschlechterverteilung der Leistungsberechtigten an den Projektstandorten entspricht hingegen weitgehend dem Durchschnitt im Gebiet des LVR (vgl. B 1.1). Das selten genutzte ambulant betreute Wohnen in einer Gastfamilie wird folgend separat dargestellt.⁴⁰

⁴⁰ Für das ambulant betreute Wohnen in Gastfamilien lagen für die Jahre 2006 und 2010 keine Daten vor. Im Datenbericht des LVR sind die Personen, die ambulant betreutes Wohnen in Gastfamilien nutzen, nicht erfasst.

Kreis Viersen

Im Kreis Viersen lebten Ende 2014 insgesamt 295.131 Menschen, davon nutzten 1.632 Personen⁴¹ (= 5,5 pro 1.000 Einwohner, eigene Berechnung) wohnbezogene Unterstützung (vgl. LVR 2015a, 8f.). Die Ambulantisierungsquote entsprach mit 59% der Quote im gesamten Gebiet des LVR (vgl. ebd., 6). Für den Zeitraum von 2006 bis 2014 lässt sich im Kreis Viersen mit 280% der größte Zuwachs ambulanter Wohnunterstützung unter den Projektstandorten sowie innerhalb des Gebietes des LVR insgesamt verzeichnen (vgl. LVR 2015a, 5). Auch die Anzahl der Personen in Gastfamilien ist mit 21 im Vergleich zu anderen Projektstandorten am höchsten (vgl. LVR 2015b). Der Rückgang der Belegung im stationären Wohnen lag mit 6,9% leicht über dem Durchschnitt im Rheinland (vgl. LVR 2015a, 3). Die Verteilung der Leistungsberechtigten nach Art der Behinderung entspricht sowohl im stationären als auch im ambulanten Wohnen in etwa der LVR-weiten Verteilung (ebd., 8f.).

Bonn

Ende 2014 lebten in der Stadt Bonn 312.207 Menschen, davon nutzten 1.649 Personen (= 5,3 pro 1.000 Einwohner, eigene Berechnung) wohnbezogene Unterstützungsleistungen (vgl. LVR 2015a, 8). Der Rückgang der Fallzahlen im stationären Wohnen um 10% seit 2006 ist im LVR Vergleich überdurchschnittlich. Zugleich ist der Zuwachs an ambulant betreutem Wohnen mit 70% im Zeitraum von 2006 bis 2014 der niedrigste im Vergleich der Projektstandorte (vgl. LVR 2015a, 4f.). Die Inanspruchnahme des ambulant betreuten Wohnens in der Gastfamilie war mit 17 Personen die zweithöchste im Vergleich der Projektstandorte (vgl. LVR 2015b). Die Ambulantisierungsquote lag in Bonn bei 58% (vgl. LVR 2015a, 6). Bezüglich der Verteilung der Leistungsberechtigten im stationären Wohnen nach Art der Behinderung fällt auf, dass der Anteil der Menschen mit geistiger Behinderung im LVR Vergleich mit 59% geringer und der Anteil psychisch behinderter Menschen mit 31% höher ist. Menschen mit einer körperlichen Behinderung sind mit 7% vertreten und suchtkranke Menschen zählen 3% (vgl. LVR 2015a, 8). Auch im ambulant betreuten Wohnen sind in Bonn mit 72% mehr Menschen mit psychischer Behinderung vorzufinden als im LVR Durchschnitt. Der Anteil der Menschen mit geistiger Behinderung beträgt 20%. Die suchtkranken Menschen stellen 7% und die körperlich behinderten Menschen 1% der Leistungsberechtigten im ambulant betreuten Wohnen dar (vgl. LVR 2015a, 9).

Köln

In der Stadt Köln lebten 1.039.488 Menschen zum Stichtag 31.12.2014, davon nutzten 6.944 Personen (= 6,7 pro 1000 Einwohner, eigene Berechnung) wohnbezogene Unterstützung (vgl. LVR 2015a, 8). Bei den Leistungsberechtigten des stationären Wohnens lässt sich mit 10% seit 2006 der höchste Rückgang im Vergleich der Projektstandorte und der dritthöchste im Vergleich des gesamten LVR Gebietes verzeichnen. Zeitgleich stieg das ambulant betreute

⁴¹ In den Zahlen der Leistungsberechtigten im Kreis Viersen, wie auch in den Angaben für die anderen Kreise und Städte, sind die leistungsberechtigten Personen berücksichtigt, die betreutes Wohnen in Gastfamilien nutzen.

Wohnen um 179% an. Die Ambulantisierungsquote lag mit 70% deutlich über dem LVR-Durchschnitt (ebd., 4ff.). Das ambulant betreute Wohnen in Gastfamilien hatte in Köln nur einen sehr geringen Anteil (vgl. LVR 2015b). Differenziert nach Art der Behinderung zeigen sich im stationären Bereich im Vergleich zum LVR-Durchschnitt mit 60% weniger Menschen mit geistiger Behinderung und mit 30% mehr Menschen mit psychischer Behinderung. Suchtkranke Menschen sind mit 6% vertreten und Menschen mit einer körperlichen Behinderung mit 5% (vgl. LVR 2015a, 8). Das ambulant betreute Wohnen nutzen vergleichsweise mehr Menschen mit psychischer Behinderung (70%) und mit Suchterkrankungen (16%). Der Anteil von Menschen mit geistiger Behinderung (11%) lag im ambulant betreuten Wohnen hingegen niedriger. Menschen mit einer körperlichen Behinderung waren mit 3% vertreten (vgl. LVR 2015a, 9).

Rheinisch-Bergischer Kreis

Im Rheinisch-Bergischen Kreis lebten Ende 2014 279.015 Menschen, von diesen nahmen 1.286 Personen (= 4,6 pro 1.000 Einwohner, eigene Berechnung) wohnbezogene Hilfen in Anspruch (vgl. LVR 2015a, 8). In diesem Kreis ist entgegen dem Trend im Gebiet des LVR ein Anstieg der Fallzahlen im stationären Wohnen von 19% seit 2006 zu verzeichnen (vgl. LVR 2015a, 4). Zugleich war der Anstieg im ambulant betreuten Wohnen mit 77% vergleichsweise gering. Die Ambulantisierungsquote lag mit 54% etwas unter dem Durchschnitt im Gebiet des LVR (vgl. LVR 2015a, 6). Das Wohnen in der Gastfamilie spielte auch hier eine untergeordnete Rolle (vgl. LVR 2015b). Betrachtet man die Leistungsberechtigten im stationären Wohnen nach Art der Behinderung, so zeigen sich Rheinisch-Bergischen Kreis im LVR Vergleich mit 72% mehr Personen mit einer geistigen Behinderung und mit 19% weniger Personen mit psychischer Behinderung. Suchtkranke Menschen sind mit 6% vertreten und Menschen mit einer körperlichen Behinderung mit 3% (vgl. LVR 2015a, 8). Im Bereich des ambulant betreuten Wohnens zeigt sich, dass diese Unterstützungsform mit 49% vergleichsweise von weniger Menschen mit psychischer Behinderung und mit 30% von mehr Menschen mit geistiger Behinderung genutzt wird. Der Anteil suchtkranker Menschen im ambulant betreuten Wohnen beträgt 16% und Menschen mit einer körperlichen Behinderung sind mit 5% vertreten (vgl. LVR 2015a, 9). In der Verteilung zwischen den Geschlechtern fällt im Bereich des ambulant betreuten Wohnens eine leichte Abweichung im Vergleich zum LVR Gebiet auf, im Rheinisch-Bergischen Kreis nutzen 60% Männer und 40% Frauen diese Art der Wohnunterstützung.

Städteregion Aachen

Zum Stichtag 31.12.2014 lebten 544.301 Menschen in der Städteregion Aachen. Von diesen nutzten 3.067 Personen (= 5,6 pro 1.000 Einwohner, eigene Berechnung) Leistungen der Eingliederungshilfe zum Wohnen (vgl. LVR 2015a, 8). Der Rückgang stationärer Wohnplätze (-3,2%), wie auch der Zuwachs im ambulant betreuten Wohnen (+144,4%) seit 2006 waren in der Städteregion leicht unterdurchschnittlich. Die Ambulantisierungsquote lag mit 67% deutlich über dem LVR-Durchschnitt (vgl. LVR 2015a, 6). Nur eine Person wohnte in einer Gastfamilie (vgl. LVR 2015b). Die Verteilung der Leistungsbe-

rechtigten im stationären Wohnen nach Art der Behinderung entspricht der Verteilung im LVR (vgl. LVR 2015a, 8). Im ambulanten Bereich zeigt sich, dass mit 75% mehr Menschen mit psychischer Behinderung und mit 17% weniger Menschen mit geistiger Behinderung sowie mit 6% auch weniger suchtkranke Menschen vertreten sind. Der Anteil der Menschen mit einer körperlichen Behinderung beträgt 2% im ambulanten betreuten Wohnen (vgl. LVR 2015a, 9).

3.2.1.3 Zusammenfassung der Wohnsituation

Insgesamt fällt bei der Entwicklung der Inanspruchnahme wohnbezogener Hilfen im Rheinland auf, dass die Anzahl der Menschen im stationär betreuten Wohnen nicht in dem Maße rückläufig war wie die Zuwächse im ambulant betreuten Wohnen. Demnach waren unter der wachsenden Anzahl an leistungsberechtigten Personen im ambulant betreuten Wohnen viele Personen, die zuvor keine Leistungen erhalten haben. Im Jahr 2014 wechselten im Rheinland 518 Leistungsberechtigte vom stationären Wohnen in das ambulant betreute Wohnen. Im selben Jahr wechselten 265 Leistungsberechtigte vom ambulant betreuten Wohnen ins stationär betreute Wohnen (vgl. LVR 2015b).

Es fällt auf, dass die Verteilung der Leistungsberechtigten nach Behinderungsarten an den einzelnen Projektstandorten variiert. Diese Unterschiede in der Verteilung der Leistungsberechtigten nach Art der Behinderung könnten mit regional unterschiedlichen Träger- und Angebotsstrukturen zusammenhängen. Wenn Leistungsanbieter ihr Angebot gezielt auf Personen mit bestimmten Behinderungsarten ausrichten, sind diese am jeweiligen Standort möglicherweise stärker repräsentiert.

Die unterschiedlichen Angebotsstrukturen an den Projektstandorten können einen Einfluss auf die Inanspruchnahme und die Umsetzung von Ergebnissen von Peer Counseling haben. In der Analyse der Nutzerstruktur von Peer Counseling in den verschiedenen Modellregionen gilt es zu untersuchen, inwiefern Personen die in unterschiedlichen Wohnformen leben gleichermaßen durch die Angebote der Beratungsstellen erreicht werden können. Im Hinblick auf (nachhaltige) Wirkungen der Peer-Beratung auf Veränderungen in der Wohnsituation bzw. Übergänge aus stationären Einrichtungen von Ratsuchenden gilt es bei der Auswertung der 2. Befragungswelle der Ratsuchenden zu untersuchen, inwieweit es regionale Unterschiede gibt, die möglicherweise mit der Angebotsstruktur zusammenhängen.

3.2.2 Beschäftigungssituation

3.2.2.1 Anzahl und Anteil der Menschen mit Schwerbehinderung im erwerbsfähigen Alter

In NRW lebten 763.377 schwerbehinderte Menschen im erwerbsfähigen Alter zwischen 15-65 Jahren (vgl. IT NRW 2014, Stand 31.12.2013), davon 392.183 im Rheinland. Von diesen waren 206.242 männlich (53%) und 185.941 weiblich (47%) (eigene Berechnung auf Grundlage der Daten des IT NRW 2014, 78f.). Im Jahresdurchschnitt 2015 waren in NRW 49.369 schwerbehinderte Menschen arbeitslos gemeldet. Dies entsprach einem Anstieg von 787 Personen (+1,6%) (vgl. BA 2015, 7). Im Rheinland waren 26.517

schwerbehinderte Menschen arbeitslos gemeldet, was einem Anstieg um 600 Personen oder +2,4% entsprach. Damit war der Zuwachs an arbeitslos gemeldeten schwerbehinderten Menschen im Rheinland +1,4% höher als auf Bundesebene. Im Vergleich war der Durchschnitt auf Landesebene in NRW +3,4% höher (vgl. LVR Integrationsamt 2015., 41f.).⁴²

3.2.2.2 Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen

Die allgemeine Arbeitslosenquote betrug in Nordrhein Westfalen im April 2016 7,9% (vgl. BA 2016a) und lag damit höher als im Bundesdurchschnitt (6,3%)⁴³ (vgl. BA 2016b). Für das Rheinland wird keine eigene Arbeitslosenquote ausgewiesen. An den Standorten der Modellprojekte des Peer Counseling unterscheiden sich die Arbeitslosenquoten. Die niedrigste Arbeitslosenquote hatte Bonn (6,2%), gefolgt von Bergisch-Gladbach (6,6%), Viersen (7%) und Aachen-Düren (7,8%). Köln hatte mit 9,1% die höchste Arbeitslosigkeit unter den Modellstandorten (vgl. BA 2016a)⁴⁴.

Differenzierte Aussagen zur Beschäftigungssituation (schwer)behinderter Menschen sind nur bedingt möglich. In den Statistiken von LVR und Bundesagentur für Arbeit (BA) werden nur jene schwerbehinderten Menschen erfasst, die auf dem Arbeitsmarkt beschäftigt sind oder eine WfbM bzw. eine andere Rehabilitationsmaßnahme besuchen. Arbeitslosenquoten schwerbehinderter Menschen liegen hingegen nicht vor.

3.2.2.3 Erfüllung der Beschäftigungspflichtquoten bei beschäftigungspflichtigen Arbeitgebern⁴⁵

Insgesamt betrachtet ist die Beschäftigungspflichtquote bundesweit sowie im Rheinland steigend. In Deutschland lag sie im Jahr 2013 bei 4,7% (vgl. BIH 2015, 24). In NRW waren zeitgleich 231.510 Pflichtarbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von schwerbehinderten Menschen besetzt, die Beschäftigungsquote lag mit 5,2% über dem Bundesdurchschnitt (vgl. BA 2015, 5). Dies gilt auch für den Einzugsbereich des LVR mit 172.042 Pflichtarbeitsplätzen bzw. einer Beschäftigungspflichtquote von 5,3% (vgl. LVR Integrationsamt 2015, 37).

3.2.2.4 Leistungsberechtigte in WfbM

Bundesweit nutzten 2014 knapp 270.000 behinderte Menschen Eingliederungshilfeleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in WfbM. Dies entsprach einer Quote von 5,3 Werkstattbeschäftigten pro 1.000 Einwohner bei kontinuierlich ansteigenden Fallzahlen (vgl. Con-Sens

⁴² Zahlen zur Beschäftigungssituation schwerbehinderter Menschen in den Städten und Kreisen des Modellprojekts liegen nicht vor.

⁴³ Die genannten Arbeitslosenquoten beziehen sich auf den April 2016.

⁴⁴ Die Angaben bilden nicht exakt die Modellregionen ab, da es sich um Agenturbezirke handelt. Sie dienen deshalb nur zur Orientierung.

⁴⁵ Arbeitgeber, die mehr 20 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigen müssen nach § 71 SGB IX wenigstens 5% dieser Arbeitsplätze mit schwerbehinderten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern besetzen

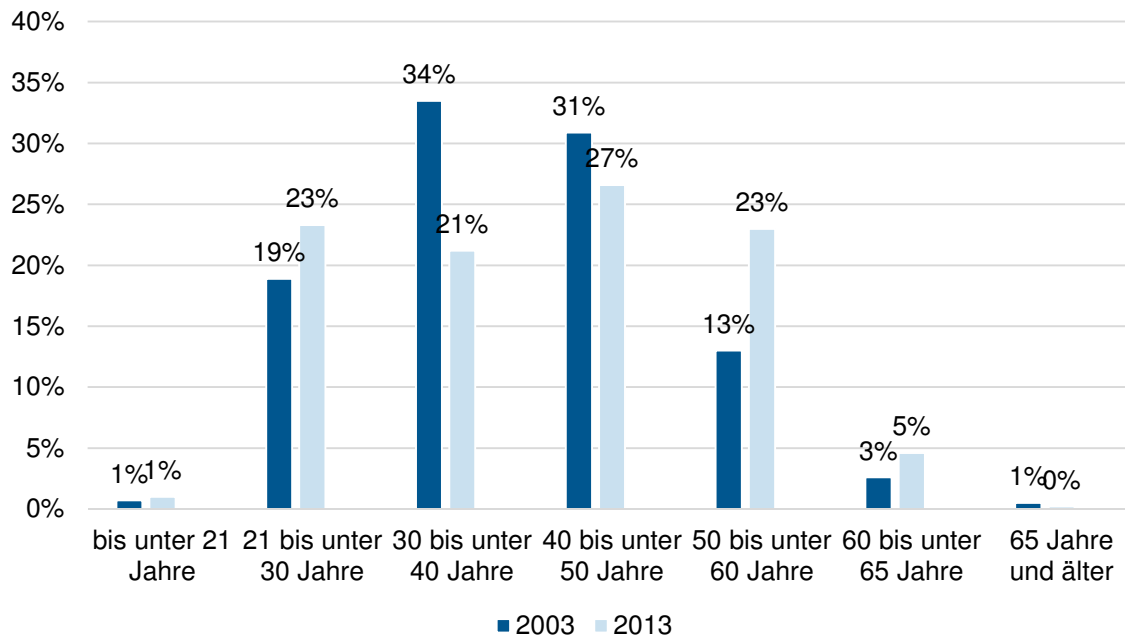
2016, 34)⁴⁶. In NRW lag die Quote der Werkstattbeschäftigten mit 6,3 Personen pro 1.000 Einwohner (eigene Berechnung auf Datengrundlage von Con-Sens 2016) über dem Bundesdurchschnitt bei ebenfalls steigenden Fallzahlen. Dabei ist die Besonderheit zu beachten, dass in NRW grundsätzlich alle Menschen mit Behinderung ein Beschäftigungsangebot in einer WfbM erhalten können. Tagesförderstätten für behinderte Menschen, die nicht „werkstattfähig“ sind, gibt es demnach beim LVR und LWL nicht. In NRW gehen daher auch Menschen in die WfbM, die in anderen Ländern die Tagesförderstätte besuchen.

Im Gebiet des LVR waren 33.092 behinderte Menschen (5,5 pro 1.000 Einwohner) im Arbeitsbereich einer WfbM beschäftigt (vgl. Con-Sens 2016, 34). Auch hier lässt sich ein deutlicher Fallzahlenanstieg verzeichnen, der im Zeitraum von 2005 bis 2013 mit 34% Zuwachs eine deutlich stärkere Dynamik aufweist als der Anstieg im Bundesdurchschnitt, der bei 26% lag (vgl. LVR 2015a, 14). Die Wachstumsdynamik bei den Werkstätten flacht seit 2008 im bundesweiten Trend, wie auch im Rheinland, kontinuierlich ab. Im Rheinland stieg die Zahl der Werkstattbeschäftigten von 2013 auf 2014 um 2,0%, bundesweit um 1,7 % (vgl. Con-Sens 2016, 34).

Differenziert nach Art der Behinderung zeigt sich, dass 81% der Werkstattbeschäftigten im Rheinland eine körperliche und/oder geistige Behinderung hatten und 19% eine psychische Behinderung (ebd., 17). Dabei zeigen sich zum Teil deutliche Unterschiede in der Verteilung der Behinderungsarten in den unterschiedlichen Städten und Kreisen. In der Altersstruktur der Werkstattbeschäftigten war im Rheinland in den zurückliegenden zehn Jahren ein Anstieg der Beschäftigten zu verzeichnen, die das 50. Lebensjahr bereits überschritten hatten. Diese Gruppe hat sich fast verdoppelt. Der Anstieg dieser Altersgruppe ging mit einem Rückgang 30-50 jähriger Beschäftigter um 17 Prozentpunkte einher. Der Anteil der Altersgruppe 21-30 Jahre alter Beschäftigter stieg im selben Zeitraum ebenfalls – wenn auch nur mit einem Zuwachs von 4 Prozentpunkten – an (vgl. LVR 2015a, 18).

⁴⁶ Die von der Bundesarbeitsgemeinschaft WfbM veröffentlichten Belegungszahlen für den gleichen Zeitraum liegen etwas höher, da diese alle Werkstattbeschäftigten zählen und nicht bloß jene, die aus Mitteln der Eingliederungshilfe finanziert werden.

Abbildung 3-7: Verteilung der Leistungsberechtigten im Arbeitsbereich der WfbM nach Altersgruppen



Quelle: Eigene Darstellung nach LVR 2015a, 18

3.2.2.5 Leistungsberechtigte in WfbM in den Kreisen und Städten der Projektstandorte

In den Kreisen und Städten in denen sich Projektstandorte zum „Peer Counseling im Rheinland“ befinden waren die Quoten der Werkstattbeschäftigten unterschiedlich und erstreckten sich von 3,8 bis zu 6,6 Werkstattbeschäftigten pro 1.000 Einwohner. Die regionale Zuordnung erfolgte dabei nach Standort der Betriebsstätte, in der die Leistungsberechtigten beschäftigt sind. Die Verteilung nach Geschlecht war an den Projektstandorten sehr ähnlich zwischen den Geschlechtern verteilt und entspricht weitgehend dem bundesweiten Verhältnis von 59% männlich zu 41% weiblich (vgl. Con-Sens 2016, 41).

Abbildung 3-8: Anzahl und Geschlechterverhältnis der Werkstattbeschäftigten in den Städten und Landkreisen der Projektstandorte zum Stichtag 31.12.2016

Kreise und kreisfreie Städte	Anzahl der Beschäftigten	männliche Beschäftigte	weibliche Beschäftigte	Anzahl der Werkstattbeschäftigten im Arbeitsbereich pro 1.000 Einwohner (eigene Berechnung)
Kreis Viersen	1.208	60%	40%	6,6
Bonn	765	58%	42%	3,8
Köln	2.975	57%	43%	4,3
Rheinisch-Bergischer Kreis	1.066	59%	41%	6,3
Städteregion Aachen	1.843	58%	42%	5,2

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten LVR 2015a, 20.

Mit Blick auf die Behinderungsarten der Werkstattbeschäftigten ist festzustellen, dass diese in den verschiedenen Projektstandorten unterschiedliche Verteilungen aufweisen (vgl. Tabelle 3-2), die u.a.

durch die Einzugsgebiete der WfbM und/oder die Nähe zu Wohnrichtungen /Fachkliniken etc. oder alternativen Beschäftigungsangeboten zu erklären sind. Dabei fällt vor allem der sehr hohe Anteil an Beschäftigten mit psychischer Behinderung in Bonn (43%) sowohl der sehr niedrige Anteil dieser Personengruppe im Rheinisch-Bergischen Kreis (13%) ins Auge.

Tabelle 3-2: Anzahl und Behinderungsarten der Werkstattbeschäftigten in den Städten und Landkreisen der Modellprojekte im Arbeitsbereich zum Stichtag 31.12.2014

Kreise und kreisfreie Städte	Anzahl der Beschäftigten	Beschäftigte mit geistig/körperlicher Behinderung ⁴⁷	Beschäftigte mit psychischer Behinderung
Kreis Viersen	1.208	76%	24%
Bonn	765	57%	43%
Köln	2.975	68%	32%
Rheinisch-Bergischer Kreis	1.066	87%	13%
Städteregion Aachen	1.843	85%	15%

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten LVR 2015a, 17

Mit Blick auf die Altersverteilung der Werkstattbeschäftigten fällt auf, dass in Viersen und in Aachen der Altersdurchschnitt niedriger und in Bonn höher ist als im übrigen Gebiet des LVR (vgl. LVR 2015a, 19). Dieser Umstand lässt sich vermutlich darauf zurückführen, dass Menschen mit psychischer Behinderung in der Regel älter sind, wenn sie Aufnahme in einer WfbM finden.

Im Rheinland arbeiteten im Jahr 2014 insgesamt 2052 Werkstattbeschäftigte auf betriebsintegrierten Einzel- oder Gruppenarbeitsplätzen (62% männlich, 38% weiblich). Einen betriebsintegrierten Einzelarbeitsplatz hatten 923 Werkstattbeschäftigte, davon waren ebenfalls knapp zwei Drittel männlichen Geschlechts. Der Übergang von der WfbM in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis auf dem ersten Arbeitsmarkt gelang 2014 95 Werkstattbeschäftigten (75% männlich) (vgl. LVR 2015c).

3.2.2.6 Integrationsprojekte

Im Rheinland waren zum Jahresende 2014 in 108 Integrationsprojekten, insgesamt 2.716 Arbeitsplätze entstanden. Von diesen waren 1.458 für anerkannt schwerbehinderte Beschäftigte, welche die Merkmale nach § 132 Abs. 2 SGB IX erfüllen. An den Standorten des Projektes „Peer Counseling im Rheinland“ sind Integrationsprojekte in unterschiedlichem Ausmaß vorhanden:

- Kreis Viersen: 1 Integrationsprojekt mit 5 Arbeitsplätzen für schwerbehinderte Beschäftigte
- Bonn: 8 Projekte mit 65 Arbeitsplätzen für schwerbehinderte Beschäftigte

⁴⁷ Eine Differenzierung nach körperlicher Behinderung und geistiger Behinderung ist auf der vorliegenden Datenbasis nicht möglich.

- Köln: 17 Integrationsprojekte mit 242 Arbeitsplätzen für schwerbehinderte Beschäftigte
- Rheinisch-Bergischer Kreis: 6 Integrationsprojekte mit 107 Arbeitsplätzen für schwerbehinderte Beschäftigte
- Städteregion Aachen: 10 Integrationsprojekte mit 94 Arbeitsplätzen für schwerbehinderte Beschäftigte (vgl. LVR 2015a, 22f.).

3.2.2.7 Zusammenfassung der Beschäftigungssituation

Die Arbeitslosenquote im Rheinland liegt etwas höher als der Bundesdurchschnitt. Auch die Zahl schwerbehinderter Arbeitsloser stieg im Rheinland stärker an als im Bundesdurchschnitt. Gleichzeitig war die Beschäftigungsquote schwerbehinderter Menschen höher. Beschäftigungsart, -ort und -umfang sind für behinderte Menschen in den Kreisen und Städten des Modellprojektes, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten nicht bekannt. Ebenso können in den Kreisen und Städten des Modellprojektes nur unzureichende Aussagen zu arbeitslosen schwerbehinderten Menschen erfolgen. Die Quote der WfbM-Beschäftigung (mit Bezug auf die Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner) ist im Rheinland höher als im Bundesdurchschnitt, da in NRW auch Personen, die in anderen Bundesländern als nicht „werkstattfähig“ gelten im Arbeitsbereich der WfbM beschäftigt werden, anstatt eine Tagesförderstätte zu besuchen. Mit Blick auf die Kreise und Städte im Modellprojekt fällt auf, dass der Anteil Werkstattbeschäftigter in den Kreisen höher ist als in den Städten. Sonst entsprechen die Daten zu Art, Umfang und Verteilung der Werkstattbeschäftigten im Wesentlichen dem Durchschnitt im LVR Gebiet.

3.3 Merkmale der geförderten Peer Counseling Beratungsstellen

3.3.1 Institutioneller Hintergrund der Träger

Die durch den LVR geförderten Peer Counseling Angebote werden durch Träger mit sehr unterschiedlichen institutionellen Hintergründen realisiert. Dies weist auf ein breites Interesse an der Durchführung von Peer Counseling sowie auf prinzipielle Anknüpfungsmöglichkeiten der Beratungsstellen an unterschiedliche Kontexte hin.

So setzen neben drei Selbsthilfe-Verbänden auch sieben Angebots-träger aus dem Bereich der Behindertenhilfe Peer-Beratungsangebote um. Hier reicht das Spektrum von Leistungserbringern aus den Bereichen Sozialpsychiatrie und Ambulant Betreutes Wohnen, über eine Werkstatt für behinderte Menschen und einen Integrationsbetrieb bis zu einem Integrationsfachdienst (vgl. Tabelle 3-3).

Tabelle 3-3: Institutioneller Hintergrund der Träger

Träger	Institutioneller Hintergrund
Selbsthilfe	
Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e.V., Köln	Selbsthilfe-Verband
Psychiatrie-Patinnen und-Paten e.V., Aachen	Selbsthilfe-Verband
Zentrum für Selbstbestimmtes Leben e.V., Köln	Unabhängige „Beratungsstelle für Behinderte von Behinderten“
Leistungserbringer Behindertenhilfe	
Die Kette e.V., Bergisch-Gladbach	Freier Angebotsträger (mit Schwerpunkt psychische Behinderungen)
Integrationsfachdienst Bonn/Rhein-Sieg; Hauptträger: Initiative selbstständiges Leben e.V., Insel e.V., Sankt Augustin	Integrationsfachdienst
Leben und Wohnen, Aachen	Freier Träger (Ambulante Dienste – Betreutes Wohnen)
Lebenshilfe Service gGmbH, Wermelskirchen	Werkstatt für behinderte Menschen
Dülkener Experten Team, Viersen	Angebotsträger (mit Schwerpunkt geistige Behinderungen)
Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen e.V.	Freier Angebotsträger (mit Schwerpunkt psychische Behinderungen)
Zentrum für Bildung, Kultur und Integration gGmbH, Köln	Integrationsbetrieb

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG.

Dabei verfügen die Träger über sehr unterschiedliche Erfahrungen im Bereich Peer Counseling:

- In den drei aus der Selbsthilfe entstandenen Beratungsstellen gibt es bereits eine lange Tradition des Peer Counseling, die weit vor Beginn des LVR-Modellprojektes zurückreicht. Durch die Förderung des LVR wurde hier das vorhandene Beratungsangebot in erster Linie ausgebaut und professionalisiert.
- Mit den Projekten der Lebenshilfe Service gGmbH und des Dülkener Experten Teams wurden darüber hinaus zwei Projekte in die Förderung des LVR aufgenommen, in denen ein Peer-Beratungsangebot ebenfalls bereits seit 2010 bzw. 2011 erprobt wird.
- Die Hälfte der Projekte hat dagegen erst mit Beginn des Modellprojektes mit dem Aufbau eines Peer Counseling- Angebotes begonnen.

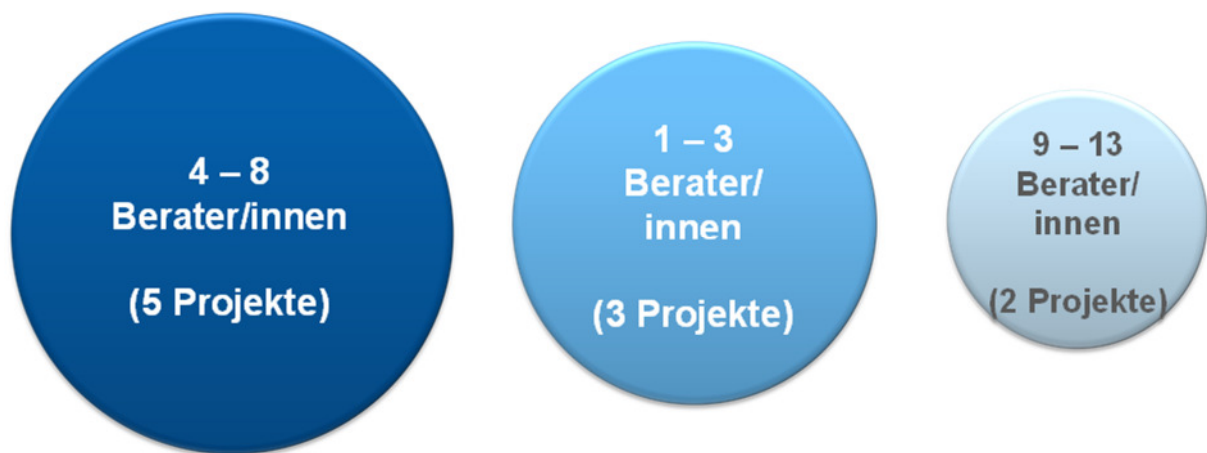
Alle Beratungsstellen haben in den vergangenen Jahren ein Peer Counseling-Angebot aufgebaut, Peer-Beraterinnen und -Berater rekrutiert, z.T. geschult und Beratungen durchgeführt.

3.3.2 Die Berater-Teams

In den Beratungsstellen sind zwischen einem und 13 Peer-Beraterinnen und -Berater aktiv:

- Drei Projekte haben relativ kleine Berater-Teams mit ein bis drei Personen.
- Fünf Projekte arbeiten mit vier bis acht Beraterinnen und Berater.
- In zwei weiteren Projekten wurden neun bzw. 13 Beraterinnen und Berater rekrutiert.

Abbildung 3-9: Größe der Berater-Teams in den Beratungsstellen



Quelle: Abfrage in den Beratungsstellen. Stand: März 2016. Eigene Darstellung Prognos AG.

Die Peer-Beraterinnen und -Berater wurden von den Trägern der Beratungsstellen überwiegend über Träger-spezifische Angebote rekrutiert. Die **Behinderungen der Peer-Beraterinnen und -Berater** stimmen daher überwiegend mit der Zielgruppe weiterer Angebote des Trägers überein:

- Drei Projekte setzen Beraterinnen und Berater mit geistigen oder geistig-körperlichen Behinderungen ein.
- In vier Projekten arbeiten Peer-Beraterinnen und -Berater mit psychischen Behinderungen.
- Ein Projekt beschäftigt eine Beraterin mit einer körperlichen Behinderung.
- Zwei weitere Beratungsstellen setzen Peer-Beraterinnen und -Berater verschiedenster Behinderungsarten ein.

Abbildung 3-10: Art der Behinderung der Peer-Beraterinnen und -Berater in den Beratungsstellen



Quelle: Abfrage in den Beratungsstellen. Stand: März 2016. Eigene Darstellung Prognos AG.

In einigen Beratungsstellen arbeiten Peer-Beraterinnen und -Berater, die bereits vor Beginn über **Vorerfahrungen in der Beratung** verfügen. Dazu zählen insbesondere Erfahrungen, die durch die Arbeit in Selbsthilfeorganisationen gesammelt wurden. Darüber hinaus gibt es einige Peer-Beraterinnen und -Berater, die eine EX-IN-Ausbildung haben. Einzelne Beraterinnen haben aus ihrem beruflichen Kontext professionelle Qualifikationen und Vorerfahrungen, z.B. durch die Arbeit als Ernährungsberaterin oder dem Studium in Sozialer Arbeit.

Die Beraterinnen und Berater in den Beratungsstellen werden, abhängig von den Vorerfahrungen und dem Bedarf, für ihre Tätigkeiten in den Beratungsstellen **geschult**. Die Beratungsstellen nutzen dafür drei Optionen:⁴⁸

- *Zentrales Schulungsprogramm im Rahmen des Projekts „Peer Counseling im Rheinland“:* Die Beraterinnen und Berater können an dem modularisierten Schulungsprogramm des ZsL teilnehmen. Die Schulungen wurden in enger Kooperation mit dem Bildungs- und Forschungsinstitut Selbstbestimmt Leben (bifos e.V.) entwickelt.
- *Interne, bedarfsabhängige Schulungen in den Beratungsstellen durch die Koordinatorinnen und Koordinatoren:* In sechs der zehn Beratungsstellen führen die Koordinatorinnen und Koordinatoren bedarfsabhängig eigene Workshops und Schulungen durch, um die Peer Counselors auf ihre Arbeit vorzubereiten.
- *Externe Schulungsprogramme:* Vereinzelt werden auch externe Schulungs- oder Qualifizierungsangebote genutzt, die sich speziell an angehende Peer Counselors richten (Qualifizierung nach den Bifos-Standards) oder eine ähnliche Ausrichtung haben (EX-IN).

⁴⁸ Detaillierte Informationen zur Inanspruchnahme der Schulungen befinden sich in Kapitel 4.3.

Die Peer-Beraterinnen und -Berater der 10 Beratungsstellen haben einen sehr unterschiedlichen **Beschäftigungsstatus**: Vier Beratungsstellen haben den überwiegenden Teil der Beraterinnen und Berater fest angestellt. Die Tätigkeit wird, abhängig vom Beschäftigungsumfang, vergütet. In den meisten Fällen verdienen die angestellten Peer-Beraterinnen und Peer-Berater mehr als 850 € im Monat.

In zwei Fällen sind die Beraterinnen und Berater direkt beim Träger der Beratungsstelle beschäftigt. Sie werden dann für ihre Arbeit als Peer Counselors, für Schulungen oder sonstige Treffen, vom Träger freigestellt.

In vier Beratungsstellen arbeiten die Beraterinnen und Berater ehrenamtlich. Drei Beratungsstellen vergüten die Tätigkeiten mit einer variablen Geldleistung. In einem Fall wird die Arbeit z. Z. nicht vergütet.

Abbildung 3-11: Beschäftigungsstatus der Peer-Beraterinnen und -Berater



Quelle: Abfrage in den Beratungsstellen. Stand: März 2016. Eigene Darstellung Prognos AG.

3.3.3 Weitere Merkmale der Beratungsstellen

Koordination der Beratungsstellen

In den Beratungsstellen fallen verschiedenste Aufgaben an, die über die direkte Beratungsarbeit hinausgehen. Diese Koordinationstätigkeiten werden in fünf Beratungsstellen von Personen übernommen, die selbst keine Behinderung haben. Sie sind für die Organisation des Beratungsalltags verantwortlich, haben die Peer-Beraterinnen und -Berater rekrutiert und interne Schulungen durchgeführt, Veranstaltungen organisiert. Je nach Unterstützungsbedarf der Beraterinnen und Berater helfen sie z.B. auch durch Transporte zu den Beratungsstellen. Haupttätigkeiten sind die Unterstützung der Beraterinnen und Berater

- bei der Organisation der Beratungsgespräche,
- bei der Durchführung der Beratungen,
- bei der Durchführung von Gruppenangeboten,

- bei Organisations- und Verwaltungsarbeiten für die Beratungsstelle,
- bei der Durchführung von internen Veranstaltungen, Teamsitzungen oder internen Schulungen.

In vier Beratungsstellen werden diese Aufgaben ebenfalls von den Peer-Beraterinnen und -Beratern übernommen. In einer weiteren Beratungsstelle teilen sich die Koordinationsaufgaben zwei Personen, von denen eine Person eine Behinderung hat.

Zielgruppen der Beratungsangebote

Ein gemeinsames Merkmal aller Peer-Beratungsstellen ist, dass sie ihre Angebote auf jeweils bestimmte Zielgruppen nach Art der Behinderung orientieren. In acht von zehn Projekten werden Personen als Zielgruppe der Beratungsangebote angesprochen, die eine ähnliche Behinderung haben wie die Peer-Beraterinnen und -Berater. In zwei Fällen legt sich der Träger auf keine spezifische Zielgruppe fest (Insel e.V. und Dülkener Experten Team).

Darüber hinaus versuchen die Koordinatorinnen und Koordinatoren in den Projekten, die Peer-Beraterinnen und -Berater entsprechend ihrer Erfahrungen und Interessen den Ratsuchenden zuzuteilen.

Angebotsspektrum

Das Peer Counseling im Sinne einer direkten „Face-to-Face Beratung“ ist in den meisten Beratungsstellen ein Angebot neben vielen anderen. In den zehn Projekten werden insgesamt vielfältige Angebote von und für Menschen mit Behinderungen umgesetzt, die unter der Bezeichnung Peer Support als Unterstützung von und für Menschen mit Behinderungen in einem weiteren Sinne gefasst werden können.

Beratungsangebote

Der Fokus der Evaluation liegt auf „Face-to-Face Beratungen“ im engeren Sinne des Peer Counseling. Hier werden Ratsuchende mit Behinderungen zu spezifischen Fragestellungen im direkten Gespräch mit einer Peer-Beraterin oder einem Peer-Berater, zum Teil unterstützt durch weitere Peer Counselors oder Koordinatorinnen und Koordinatoren, beraten. Eine Sonderform dieses Angebots ist die Angehörigen-Beratung, in der nicht die Menschen mit Behinderungen direkt beraten werden, sondern ratsuchende Eltern, Verwandte oder Freunde.

Offene Gruppenangebote

Neben den Peer Counseling-Gesprächen bieten viele Beratungsstellen auch offene Gruppenangebote an. In einigen Beratungsstellen gibt es z.B. regelmäßige Stammtische oder offene Cafés. Hier werden Erfahrungen und Informationen ausgetauscht, Kontakte geknüpft

und Freunde gefunden. Z.T. werden diese Angebote auch als niedrigschwelliger Zugang zum Peer Counseling genutzt.

Vorträge

Neben den offenen Angeboten gehören Vorträge zum festen Angebotsrepertoire vieler Beratungsstellen. Die Vorträge haben unterschiedliche Themen und Ziele. Einerseits können sie dazu dienen, das eigene Beratungsangebot bekannter zu machen und Zugänge zu Ratsuchenden zu schaffen. Andererseits halten Peer-Beraterinnen und -Berater auch immer wieder Vorträge zu konkreten Themen, z.B. der Arbeitsplatzsuche oder den Vorteilen verschiedener Wohnformen. Zielgruppen der Vorträge sind insbesondere Schülerinnen und Schüler, Eltern, Lehrer, Beschäftigte der WfbM und alle potentiell Ratsuchenden.

Sonstige Angebote

In den Projekten wird darüber hinaus eine Vielzahl an weiteren niedrigschwelligen Angeboten umgesetzt. Dazu gehören z.B. Patenschaften, Wohnungsbesichtigungen oder Betriebsführungen, Singgruppen, Empowerment-Kurse oder Arbeitsgruppen.⁴⁹

Vergütung der Arbeit der Peer-Beraterinnen und -Berater

Die Arbeit der Peer-Beraterinnen und -Berater wird – mit einer Ausnahme – in allen Beratungsstellen vergütet. Die Höhe der Vergütungen hängt dabei stark vom Beschäftigungsstatus und -umfang ab. Hauptamtlich, meistens in Teilzeit beschäftigte Peer Counselors erhalten in fünf Fällen mehr als 850 Euro netto im Monat, fünf weitere erhalten im Rahmen von Minijobs bis zu 450 Euro. Nebenberuflich und ehrenamtlich beschäftigte Peer Counselors erhalten in den meisten Fällen einen variablen Geldbetrag als Aufwandsentschädigung. In einer Beratungsstelle bekommen die ehrenamtlich angestellten Beraterinnen und Berater in Abhängigkeit vom Beschäftigungsumfang bis zu 450 Euro monatlich.

3.4 Die drei Beratungsstellentypen

Werden die oben beschriebenen Merkmale im Zusammenhang betrachtet, lassen sich analytisch drei Typen von Peer Counseling Projekten unterscheiden, die in den folgenden drei Abschnitten beschrieben werden. Als zentrales Unterscheidungsmerkmal dient dabei der **Beschäftigungsstatus** der Beraterinnen und Berater.

⁴⁹ Diese Angebote werden im Rahmen der Evaluation nicht erfasst.

Abbildung 3-12: Typisierung der Beratungsstellen

Typ 1: „Hauptberufliche Berater“ (4 Projekte, 11 Berater)	Typ 2 : „Berater im Nebenberuf“ (2 Projekte, 15 Berater)	Typ 3: „Ehrenamtliche Berater“ (4 Projekte, 36 Berater)
▪ 1 bis 4 Berater mit körperlichen oder psychischen Behinderungen ▪ fest angestellt (ggf. unterstützt durch Ehrenamtliche) ▪ umfangreiche Vorerfahrungen v.a. aus der Selbsthilfe ▪ ZsL; Psychiatrie-Paten; PHG; Psychiatrie-Erfahrene	▪ 6 bis 9 Berater mit geistigen oder geistig-körperlichen Einschränkungen ▪ Berater/innen sind beim Träger angestellt; für die Beratungen freigestellt ▪ keine Vorerfahrungen in der Beratung ▪ Lebenshilfe; Zentrum für Bildung, Kultur und Integration	▪ 7 bis 13 Berater mit geistigen, körperlich-geistigen oder psychischen Behinderungen ▪ Berater/innen sind ehrenamtlich tätig ▪ überwiegend keine Vorerfahrungen in der Beratung ▪ DET-Team; Leben & Wohnen; Insel e.V.; Die Kette

Quelle: Abfrage in den Beratungsstellen. Stand: März 2016. Eigene Darstellung Prognos AG.

3.4.1 Typ 1: Beratungsstellen mit hauptberuflichen Peer-Beraterinnen und -Beratern

Vier, und damit fast die Hälfte der geförderten Projekte, setzen die Peer-Beratung vorrangig mit hauptberuflichen Beraterinnen und Beratern um. Diese sind direkt bei der Beratungsstelle angestellt, meistens mit kleineren Stundenumfängen von bis zu 20 Wochenstunden. Zu diesen Projekten zählen das ZsL, die Psychiatrie-Patinnen und -Paten, die Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen und der Landesverband Psychiatrie-erfahrener. Unterstützend sind bei den Psychiatriepatinnen und -paten und dem Landesverband Psychiatrie-Erfahrener noch insgesamt drei Personen ehrenamtlich tätig.

Die Beratungsstellen mit hauptberuflichen Peer-Beraterinnen und -Beratern verbindet, dass sie überwiegend zu Trägern gehören, die einen sehr engen Bezug zur Selbsthilfe haben, darunter eine unabhängige Beratungsstelle (ZsL) und zwei Vereine der Selbsthilfe (Psychiatrie-Patinnen und -Paten, Landesverband Psychiatrie-Erfahrene).

Die Beratungsstellen dieses Typs beschäftigen eine vergleichsweise geringe Zahl von Beraterinnen und Beratern, insgesamt zwischen einem und vier. Bei drei der vier Beratungsstellen haben die Peer-Beraterinnen und -Berater eine psychische Behinderung und richten sich mit ihrem Beratungsangebot auch vorrangig an Menschen mit einer ähnlichen Behinderung. Beim ZsL ist eine Beraterin mit einer körperlichen Behinderung tätig. Das Beratungsangebot wird hier als offenes Angebot für Ratsuchenden unabhängig von der Behinderungsart verstanden.

Die hauptberuflichen Beraterinnen und Berater verfügen typischerweise über die meisten Vorerfahrungen im Bereich der Beratungsar-

beit und/oder entsprechende Qualifizierungen (z.B. Ex-In Ausbildungen). Auch die Träger der Beratungsstellen haben z.T. sehr umfangreiche Erfahrungen im Bereich des Peer Counseling. Das ZsL führt bereits seit 25 Jahren Beratungen durch und bietet Schulungen an. Der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener sowie die Psychiatrie-Patinnen verfügen als Selbsthilfeeinrichtungen ebenfalls über langjährige Erfahrungen im Peer Counseling. In der Psychiatrischen Hilfgemeinschaft Viersen bestand ebenfalls vor dem Start des Peer Counseling Projektes Erfahrung in der Beratung von Betroffenen für Betroffene im Rahmen der EX-IN Beratung.

Die Beratungsstellen dieses Typs setzen den Hauptteil der Peer-Beratungen um. Dafür stehen eigene Räume zur Verfügung. Ergänzend können auch in Einzelfällen Beratungen am Telefon oder Hausbesuche durchgeführt werden. Die Psychiatrie-Patinnen und -Paten bieten darüber hinaus eine feste Sprechstunde in einer Klinik an. Neben dem Peer Counseling werden im Rahmen der regulären Selbsthilfearbeit auch weitere Angebote des Peer Support wie offene Cafés, Patenschaften, Kurse etc. durchgeführt.

Typ 1: Beratungsstellen mit hauptberuflichen Peer-Beraterinnen und -Beratern

Beraterinnen und Berater

Anzahl	1-4 Beraterinnen oder Berater
Behinderung	Körperlich/psychisch
Ausbildung	Externe Beratungsqualifikationen, ZsL-Schulungen
Arbeitsverhältnis	Berater sind hauptberuflich im Projekt angestellt

Zielgruppe Körperlich/psychisch beeinträchtigte Ratsuchende

Angebotsspektrum

- Peer Counseling (regelmäßige Face-to-Face Beratung, telefonische Beratung)
- Seminare, Cafés, Patenschaften, etc.

Projekte

- Zentrum für selbstbestimmtes Leben (ZsL)
- Psychiatrie-Patinnen und -Paten e. V.
- Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen
- Landesverband Psychiatrie-Erfahrener, Kölner Anlaufstelle

Quelle: Abfrage in den Beratungsstellen sowie Fachgespräche mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren und Beratungskonzepte. Stand: März 2016. Eigene Darstellung Prognos AG.

3.4.2 Typ 2: Beratungsstellen mit nebenberuflichen Peer-Beraterinnen und -Beratern

Zwei Projekte, die Lebenshilfe Service gGmbH und das Zentrum für Bildung, Kultur und Integration, setzen ein Peer Counseling-Konzept um, in dem die Beraterinnen und Berater **nebenberuflich** tätig sind.

Die Peer-Beraterinnen und -Berater sind hier beim Träger der jeweiligen Beratungsstelle angestellt – allerdings sind sie dort vorrangig nicht als Peer-Beraterin oder -Berater tätig, sondern in anderen Tätigkeitsfeldern. Sie können jedoch im Rahmen ihrer Arbeitszeit „neben-

beruflich“ für die Beratungen, Schulungen, Vorträge etc. relativ flexibel freigestellt werden. Beide Projektträger sind Arbeitgeber für Menschen mit Behinderungen (Werkstatt für behinderte Menschen bzw. Integrationsbetrieb), die mit dem Peer Counseling ein zusätzliches Angebot geschaffen haben. Die eingesetzten Peer-Beraterinnen und -Berater wurden aus der bestehenden Mitarbeiterschaft rekrutiert.

In diesen Projekten sind sechs bis neun Beraterinnen und Berater mit geistigen und/oder körperlichen Beeinträchtigungen tätig. Die Zielgruppe der Beratungsgespräche sind überwiegend Ratsuchende, die ähnliche Behinderungen aufweisen. Sie kommen häufig direkt über den Träger mit der Beratungsstelle in Kontakt: Das Beratungsangebot der Lebenshilfe richtet sich derzeit vor allem an Beschäftigte der Werkstatt für behinderte Menschen, das Zentrum für Bildung, Kultur und Integration berät z.B. auch Praktikantinnen und Praktikanten des Integrationsbetriebes des Trägers.

Im Gegensatz zu den Beratungsstellen des 1. Typs kamen die Peer-Beraterinnen und -Berater ohne Vorerfahrungen im Bereich des Peer Counseling in das Projekt. Die Vorbereitung auf die Durchführung von Beratungsgesprächen erfolgte daher vorrangig über projektinterne Schulungen und die Schulungen des ZsL.

Zum Angebot von beiden Projekten sollen Peer Counseling-Gespräche mit Unterstützung durch einer Koordinatorin gehören. Die Lebenshilfe bietet außerdem weitere Angebote des Peer Supports wie Vorträge, z.B. vor Mitarbeitenden oder in Schulen an. Im Zentrum für Bildung, Kultur und Integration sollen außerdem Patenschaften (von den Peer-Beraterinnen und -Beratern für Praktikantinnen und Praktikanten des Integrationsbetriebs), Betriebsführungen und Workshops durchgeführt werden.

Typ 2: Beratungsstellen mit nebenberuflichen Peer-Beraterinnen und -Beratern

Beraterinnen und Berater

Anzahl	6-9 Beraterinnen oder Berater
Behinderung	Geistig/geistig-körperlich
Ausbildung	Keine Vorerfahrungen, ZsL-Schulungen, interne Schulungen
Arbeitsverhältnis	Beim Projektträger beschäftigt und für die Beratungstätigkeiten freigestellt
Zielgruppe	Geistig/geistig-körperlich behinderte Ratsuchende
Angebotsspektrum	- Face-to-Face Beratung im Tandem mit der Koordinatorin - Vorträge, Patenschaften, Workshops
Projekte	- Lebenshilfe Service gGmbH - Zentrum für Bildung, Kultur und Integration gGmbH

Quelle: Abfrage in den Beratungsstellen sowie Fachgespräche mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren und Beratungskonzepte. Stand: März 2016. Eigene Darstellung Prognos AG.

3.4.3 Typ 3: Beratungsstellen mit ehrenamtlichen Peer-Beraterinnen und -Beratern

In den Beratungsstellen von vier Trägern (Die Kette e.V., Initiative selbstständiges Leben, Leben & Wohnen, Dülkener Expertenteam) sind die Peer-Beraterinnen und -Berater ehrenamtlich tätig.

Bei drei Trägern handelt es sich um Leistungsanbieter verschiedener Dienste (z.B. im betreuten Wohnen). Träger von Insel e.V. ist ein Integrationsfachdienst. Die Projektträger hatten vor Beginn des Modellprojektes keine speziellen Erfahrungen im Bereich der Peer-Beratung. Das Beratungsangebot wurde zusätzlich und ergänzend zum bestehenden Leistungsangebot entwickelt und umgesetzt.

Die Peer-Beraterinnen und -Berater arbeiten in vergleichsweise geringen Stundenumfängen (ca. 2-12 Stunden pro Monat) für die Beratungsstellen. Dafür sind die Teams in den Beratungsstellen dieses Typs am größten: Bis zu 13 Peer-Beraterinnen und -Berater arbeiten hier z. Z. ehrenamtlich. Unter ihnen sind sowohl Menschen mit geistigen, körperlichen und psychischen Behinderungen als auch mehrfach behinderte Menschen.

Die eingesetzten Peer Counselors besitzen in den meisten Fällen keine beratungsspezifischen Vorerfahrungen oder Ausbildungen. Die Qualifizierung erfolgt durch das Schulungsprogramm des ZsL und projektinterne Schulungen.

Die Projekte dieses Typs verfügen vielfach über ein großes **Angebotsspektrum**. Angedacht sind neben Angeboten des Peer Counseling zu bestimmten Sprechstunden z.B. auch Stammtische, Schulungen, Stadtbesichtigungen oder Betriebsführungen. Ein Projekt (Insel e.V.) plant, vorrangig Vorträge durchzuführen.

Typ 3: Beratungsstellen mit ehrenamtlichen Peer-Beraterinnen und -Beratern

Beraterinnen und Berater

Anzahl	7-13 Beraterinnen und Beratern
Behinderung	geistig/körperlich-geistig/psychisch
Ausbildung	keine Vorerfahrungen, ZsL-Schulungen
Arbeitsverhältnis	Ehrenamtlich

Zielgruppe i.d.R. ohne spezifische Zielgruppe

Angebotsspektrum - Peer Counseling- Gespräche, z.T. mit Begleitung/Unterstützung, Stammtische, Vorträge, Wohnungsbesichtigungen, Schulungen, etc.

Projekte

- Dülkener Experten Team
- Leben & Wohnen
- Initiative selbständiges Leben (Insel e.V.)
- Die Kette e.V.

Quelle: Abfrage in den Beratungsstellen sowie Fachgespräche mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren und Beratungskonzepte. Stand: März 2016. Eigene Darstellung Prognos AG.

3.5 Entwicklung der Zahl der Beratungsgespräche

Mit dem Start des Peer Counseling-Projekts im Juni 2014 konnten die ersten Beratungsstellen direkt mit ihrer Beratungsarbeit beginnen. Dabei handelte es sich insbesondere um Beratungsstellen, über deren Träger bereits vor Juni 2014 ein Peer-Beratungsangebot bestand.

Die einheitliche Dokumentation aller Beratungsfälle in den Beratungsstellen startete im März 2015 (vgl. Kapitel 2.3.4). Für den Zeitraum ab Juni 2014 bis Februar 2015 liegen Angaben der Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren zur Zahl der durchgeführten Beratungen bzw. Beratungsfälle vor.⁵⁰ Unter den **Beratungsfällen** wird im Rahmen der Evaluation die Anzahl der Ratsuchenden verstanden, die beraten werden. Die Zahl der **Beratungen** gibt an, wie viele Beratungssitzungen insgesamt durchgeführt wurden.

Beratungsfälle und Beratungen vor der Einführung des einheitlichen Dokumentationssystems

Insgesamt wurden in dem Zeitraum vor dem Start der einheitlichen Dokumentation mindestens 480 Beratungsfälle begonnen bzw. Beratungen durchgeführt. Diese Angaben eignen sich für eine grobe Orientierung, wie sich das Beratungsgeschehen seit Projektbeginn entwickelt hat. Im Vergleich der verschiedenen Beratungsstellen sollte dabei stets beachtet werden, dass die Beratungsstellen zu verschiedenen Zeitpunkten mit der Umsetzung eines Peer Counseling Ange-

⁵⁰ Leider ist nicht immer klar ersichtlich und nachträglich rekonstruierbar, ob es sich um Beratungsfälle oder Beratungen handelt. Im Regelfall beziehen sich die Angaben auf Beratungen.

botes begonnen haben und sich sowohl die Zahl, das Anstellungsverhältnis sowie die Art der Behinderung der eingesetzten Peer-Beraterinnen und -Berater sehr stark unterscheiden.

Die in Tabelle 3-4 abgebildeten Zahlen verdeutlichen die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen der geförderten Projekte. Für die fünf Projekte, die seit Beginn des LVR-Modellprojektes mit dem Aufbau eines Peer Counseling Angebotes begonnen haben, lässt sich feststellen, dass spätestens seit März 2015 erste Beratungen durchgeführt werden. Aus dem Muster fällt die Beratungsstelle in Trägerschaft der Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen, die bereits von Beginn an eine starke Inanspruchnahme des Beratungsangebots erreichen konnte.

In den Projekten der Lebenshilfe Service gGmbH und Dülkener Experten Teams wird das Peer-Beratungsangebot bereits seit 2010 bzw. 2011 erprobt. Dennoch ähnelt die Situation dieser Projekte stark derjenigen der neu gestarteten Beratungsstellen.

Ganz anders stellt sich das Bild bei den drei aus der Selbsthilfe entstandenen Beratungsstellen dar, die bereits seit längerer Zeit Peer-Beratungsarbeit leisten. Dies bildet sich in einer hohen Zahl an Gesprächen bereits zu Projektbeginn ab. Allein im Zeitraum zwischen März 2015 und April 2015 wurden in diesen Beratungsstellen zwischen 8 und 36 neue Ratsuchende beraten.

Tabelle 3-4: Anzahl der Ratsuchenden und Beratungen zum Start der Projektphase

Beratungsstelle (in alphabetischer Reihenfolge)	Anzahl berichtete Beratungsfälle bzw. Beratungen Juni 2014 bis Feb. 2015	Beratungsfälle bzw. Beratungen 1.3.2015 – 30.4.2015	
		Anzahl Beratungs- fälle	Anzahl Beratungen
Projektbeginn im Juni 2014			
Die Kette e.V.	0	6	19
Insel e.V.	0	13	13
Leben und Wohnen	0	1	1
Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen	Ca. 70	6	11
Zentrum für Bildung, Kultur und In- tegration	8	3	3
Projektbeginn bis 2012			
Dülkener Experten Team	2	0	0
Landesverband Psychiatrie-Erfahre- ner NRW ⁵¹	min. 240	36	50
Lebenshilfe Service gGmbH	0	8	9
Psychiatrie Patinnen und -Paten	Ca. 90	8	9
Zentrum für Selbstbestimmtes Le- ben e.V.	Ca. 70	13	29
Gesamtergebnis	Min. 480	94	144

Quelle: Ergebnisse der Dokumentation der Peer-Beratungen. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Beratungsfälle und Beratungen seit der Einführung des einheitlichen Dokumentationssystems

Mittlerweile lässt sich mit dem Dokumentationssystem die Beratungsarbeit in den Projekten für ein Jahr vollständig abbilden. Zwischen dem 1. März 2015 und dem 29. Februar 2016 wurden insgesamt 500 Personen beraten. Viele Personen wurden nicht nur einmal, sondern mehrfach beraten, so dass in diesem Jahr insgesamt 743 Beratungen stattfanden. Das spricht einer monatlichen Beratungsquote von 62 Beratungen.

Zwischen den Beratungsstellen bestehen große Unterschiede hinsichtlich der Anzahl der durchgeführten Beratungen. Besonders viele Beratungen hat der „Landesverband Psychiatrie-Erfahrener“ durchgeführt. Hier wurden jeden Monat im Durchschnitt 20 Beratungen umgesetzt. Vergleichsweise wenige Beratungen fanden bei den Beratungsstellen „Leben und Wohnen“ und das „Dülkener Experten Team“ statt.

⁵¹ Die tatsächliche Zahl der Beratungen ist höher, da auch Beratungen durch die Anlaufstelle Bochum durchgeführt werden.

Grundsätzlich zeigt sich, dass insbesondere die Beratungsstellen mit überwiegend hauptberuflichen Beratern (Typ 1) hohe Beratungsquoten haben. Eine Ausnahme bildet die „Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen“ (3,8 Beratungen pro Monat).⁵²

Tabelle 3-5: Anzahl der Ratsuchenden und Beratungen in den Beratungsstellen in einem Jahr, Zeitraum 1.3.2015 – 29.2.2016

Beratungsstelle (in alphabetischer Reihenfolge)	Beratungsfälle und Beratungen 1.3.2015 – 29.2.2016		Monatliche Beratungs- quote 1.3.2015 – 29.2.2016
	Anzahl Beratungsfälle	Anzahl Beratungen	
Die Kette e.V.	23	51	4,3
Dülkener Experten Team	5	9	0,6
Insel e.V.	53	54	4,5
Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW	171	237	19,8
Leben und Wohnen	9	9	0,8
Lebenshilfe Service gGmbH	21	24	2,0
Psychiatrie Patinnen und -Paten	81	118	9,8
Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen	22	47	3,8
Zentrum für Bildung, Kultur und Integration	37	66	5,5
Zentrum für Selbstbestimmtes Leben e.V.	78	131	10,9
Gesamtergebnis	500	743	61,9

Quelle: Ergebnisse der Dokumentation der Peer-Beratungen (Stand: 29.2.2016). Eigene Berechnungen Prognos AG.

Etwa jeder zehnte Ratsuchende hatte selbst keine Behinderung, sondern ließ sich als Angehörige/r eines Menschen mit Behinderung beraten. Insgesamt wurden in dem Zeitraum von März 2015 bis Februar 2016 45 Angehörige beraten, besonders häufig durch den Landesverband Psychiatrie Erfahrener (29 Ratsuchende). Acht Angehörige beriet das ZsL, fünf das Zentrum für Bildung, Kultur und Integration, zwei die Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen. Eine angehörige Person wurde durch das Peer Counseling-Team von Leben und Wohnen beraten.

3.6 Merkmale der Beratungsgespräche

3.6.1 Zugangswege zu den Beratungsstellen

Eine wichtige Voraussetzung für eine gelungene Umsetzung der Peer-Beratungsangebote ist die erfolgreiche Kontaktaufnahme zu den (potentiellen) Ratsuchenden. Die Peer-Beratungsstellen nutzen eine große Bandbreite an Werbemaßnahmen und Kontaktmöglichkeiten, um Zielgruppen auf ihr Angebot aufmerksam zu machen.

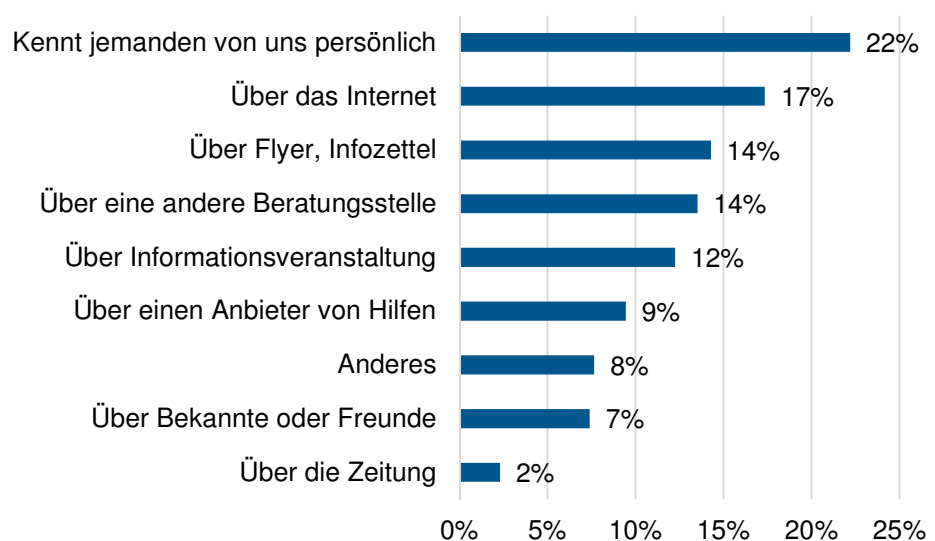
⁵² In dieser Beratungsstelle kam es in 2015 zu krankheitsbedingten Ausfällen und Neubesetzungen. Möglicherweise wurden einzelne Beratungsfälle durch diese Umstände nicht erfasst und fehlen daher in der Auswertung.

Mehr als jeder fünfte Ratsuchende kannte jemanden von der Peer-Beratung bereits vor der Inanspruchnahme des Angebotes persönlich. Über diesen persönlichen Kontakt wird der Zugang direkt hergestellt. Sehr wichtige und häufig genutzte Zugangswege sind auch das Internet sowie Flyer und Infozettel. Etwa ein Viertel der Ratsuchenden wird über eine andere Beratungsstelle oder einen Anbieter von Hilfen weitervermittelt. Vergleichsweise selten (7 %) werden Kontakte über Bekannte oder Freunde hergestellt. Sehr selten haben Ratsuchende von der Peer-Beratung in der Zeitung gelesen (2%). Andere, ebenfalls sehr selten genutzte Zugänge sind z.B. Fernsehbeiträge oder Praktika im Umfeld der Beratungsstelle (vgl. *Abbildung 3-13*).

Es zeigt sich allerdings, dass sich die Bedeutung der Zugangswege zwischen den Beratungsstellen unterscheidet. Während einige Zugangswege von Ratsuchenden fast aller Beratungsstellen genutzt werden (z.B. persönliche Kontakte, Flyer und Infozettel, Weiterempfehlungen durch Freunde oder Bekannte), werden andere Zugänge nur von einer vergleichsweise kleinen Zahl von Beratungsstellen genutzt. Insbesondere das Internet dient nur sehr wenigen Beratungsstellen als Kontaktweg: Nur Ratsuchenden der Beratungsstellen des Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW und des ZsL kamen über diese Zugänge zur Peer-Beratung.

Unterscheidet man die Zugangswege nach den Beratungsstellentypen zeigt sich, dass Zugangswege wie das Internet und Zeitungsartikel nur durch Beratungsstellen mit hauptberuflichen Beratern genutzt werden. Persönliche Kontakte, Weitervermittlungen durch andere Anbieter und Beratungsstellen sowie Informationsveranstaltungen sind dagegen die wichtigsten Kontaktwege mit Ratsuchenden für die Beratungsstellen des Typs 2 und 3.

Abbildung 3-13: Häufigste Zugänge zur Beratungsstelle (Mehrfachantworten möglich)



Quelle: Ergebnisse der Dokumentation der Peer-Beratungen (Stand: 29.2.2016). Zeitraum 1.3.2015 – 29.2.2016. Wurde im Rahmen des Bogens „Leichte Sprache“ nicht erhoben. N=391. Eigene Berechnungen Prognos AG.

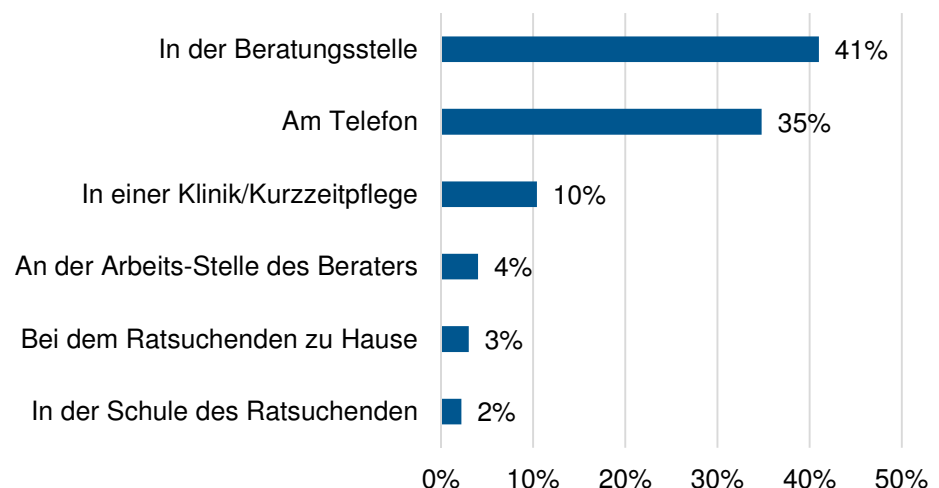
3.6.2 Ort der Beratung

Die meisten Ratsuchenden suchen für das erste Beratungsgespräch die Beratungsstelle auf. Insgesamt 41 Prozent der Erstgespräche finden in den Räumen der Beratungsstellen statt. Mehr als ein Drittel (35 %) aller Ratsuchenden werden im ersten Gespräch telefonisch beraten, jeder Zehnte in einer Klinik. Eher selten werden die Gespräche an der Arbeitsstelle der Ratsuchenden, bei der Beraterin oder dem Berater zu Hause oder an der Arbeitsstelle der Beraterin oder des Beraters durchgeführt (vgl. *Abbildung 3-14*).

Die Nutzung der Beratungsorte unterscheidet sich von Beratungsstelle zu Beratungsstelle und zwischen den Beratungsstellentypen. Eine Gemeinsamkeit besteht in der hohen Zahl der Erstberatungen, die in der Beratungsstelle geführt werden. Telefonische Beratungen finden dagegen vor allem bei Beratungsstellen mit hauptberuflichen Beratern statt, insbesondere beim Landesverband Psychiatrie-Erfahrener. Von den 171 Erstberatungen wurden hier etwa 89 Prozent am Telefon geführt.

Die Beratungsorte orientieren sich stark an der Situation der Peer-Beraterinnen und -Berater sowie der Ratsuchenden. Deshalb findet z.B. die Mehrheit der Erstberatungen der Psychiatrie Patinnen und –Paten in Kliniken statt, wo sie direkt Kontakt mit potentiellen Ratsuchenden aufnehmen und eigene Sprechstunden anbieten. Bei der Lebenshilfe Service gGmbH finden hingegen die meisten Beratungen an der Arbeitsstelle der Beraterinnen und Berater statt. Diese sind, wie häufig auch die Ratsuchenden, zugleich beim Träger der Beratungsstelle beschäftigt und können so recht flexibel an ihrer Arbeitsstelle Peer-Beratung anbieten.

Abbildung 3-14: Durchführungsorte der Erstberatung



Quelle: Ergebnisse der Dokumentation der Peer-Beratungen (Stand: 29.2.2016). Zeitraum 1.3.2015 – 29.2.2016. N=494. Eigene Berechnungen Prognos AG.

3.6.3 Anwesende Personen

Bei den Beratungen sind zum Teil neben den Beratenden und den Ratsuchenden weitere Personen in der Beratungssituation anwesend, um die Beraterinnen und Berater oder die Ratsuchenden zu unterstützen.

Bei sechs der zehn Beratungsstellen wird zumindest ein Teil der Peer-Beraterinnen und -Berater bei der Durchführung der Beratung durch Koordinatorinnen und Koordinatoren oder andere Peer Counselor unterstützt. Die Auswertung der Dokumentation zeigt, dass dies, gemessen an allen Beratungen, relativ selten ist. Etwa 11 Prozent der Erstgespräche werden von Peer-Beraterinnen oder -Beratern geführt, die von einer Koordinatorin oder einem Koordinator unterstützt werden. In 6 Prozent der Fälle sind mehrere Peer Counselors bei der Erstberatung anwesend. Der Hauptgrund für die relativ geringe Anzahl der Beratungen mit weiteren unterstützenden Personen ist, dass in diesen Beratungsstellen bisher vergleichsweise wenige Ratsuchende beraten wurden.

Etwa ein Zehntel der Ratsuchenden kommt nicht allein zum ersten Beratungsgespräch, sondern bringt Familienangehörige, Freunde oder Partnerinnen und Partner mit. In sieben Fällen war eine Assistenz oder eine gesetzliche Betreuung anwesend (vgl.

Tabelle 3-6). 34 Ratsuchende waren beim ersten Beratungsgespräch in Begleitung von anderen Personen, z.B. Lehrerinnen oder Lehrern, Fachberaterinnen und -beratern, Personal der KoKoBe, Fackkräfte aus dem Betreutem Wohnen oder Integrationsbegleitern.

Tabelle 3-6: Weitere anwesende Personen bei der Erstberatung (ohne Erstberatungen, die sich nur an Angehörige richteten; Mehrfachantworten möglich)

	Anzahl	Anteile an allen Erstgesprächen
Koordinator	49	11%
Weitere Peer	26	6%
Eltern oder andere Familienangehörige	24	5%
Freund, Freundin, Partner, Partnerin	24	5%
Assistenz	4	1%
Gesetzliche Betreuung	3	1%
Andere	34	7%

Quelle: Ergebnisse der Dokumentation der Peer-Beratungen (Stand: 29.2.2016). Zeitraum 1.3.2015 – 29.2.2016. Wurde für die Beratung von Angehörigen der Menschen mit Behinderungen nicht erhoben. N=455. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Beratungen, bei denen die Koordinatorinnen und Koordinatoren unterstützend anwesend sind, werden nur von den Beratungsstellen mit nebenberuflichen oder ehrenamtlichen Beratungsstellen durchgeführt. In keiner Beratungsstelle war bei jeder Erstberatung eine Koordinatorin oder ein Koordinator anwesend. Ein besonders hoher Anteil

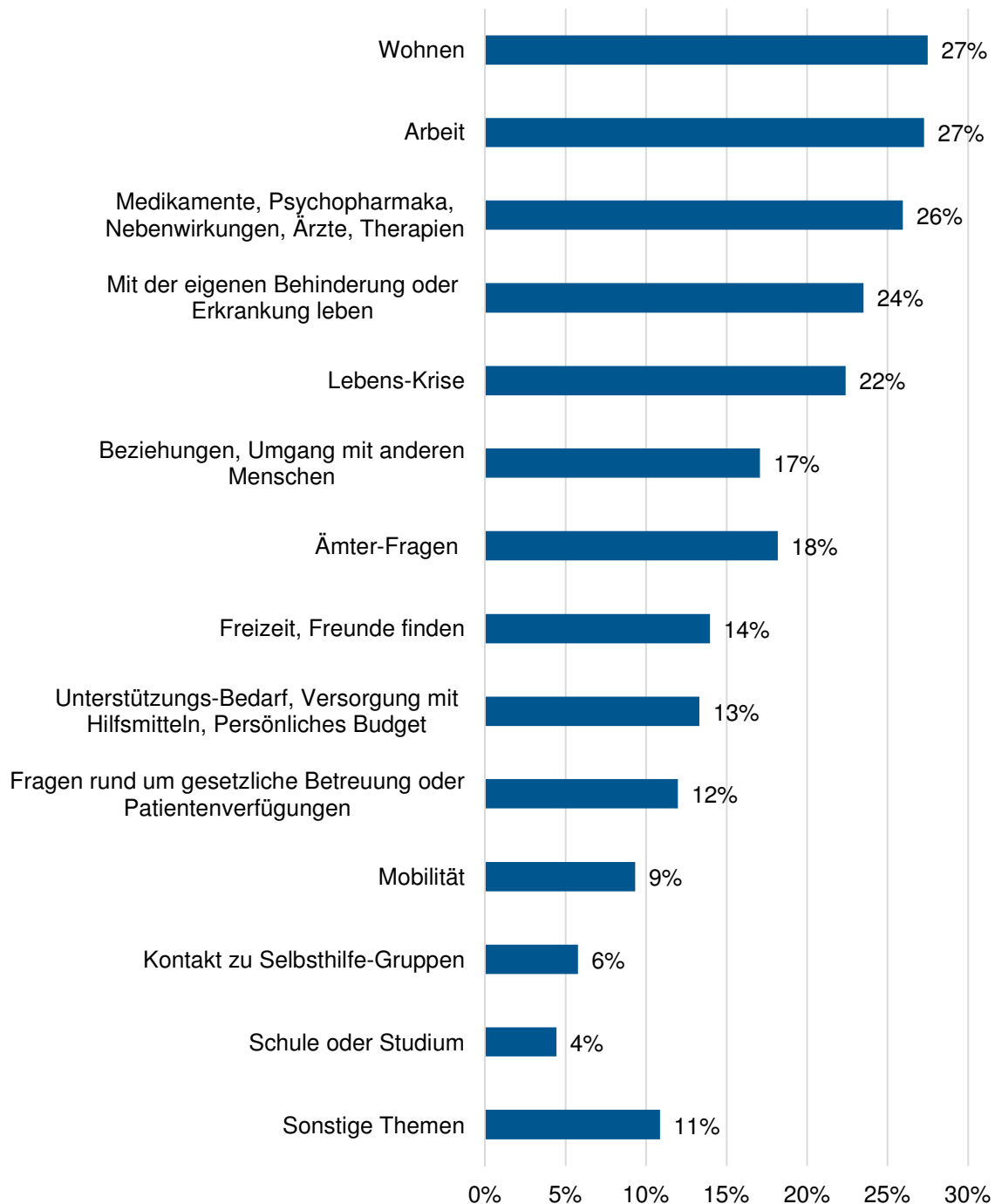
(etwa 80% bis 90 %) von Erstberatungen mit Unterstützung der Koordinatorinnen und Koordinatoren findet vor allem bei der Lebenshilfe Service gGmbH, Leben und Wohnen sowie dem Dülkener Experten Team statt. Die anderen Erstberatungen wurden nur zu geringen Teilen mit Unterstützung der Koordinatorinnen und Koordinatoren durchgeführt. Beim Zentrum für Bildung, Kultur und Integration ist es etwa jedes vierte Erstgespräch, bei der Insel e.V. weniger als jedes sechste. Grundsätzlich zeigt sich, dass insbesondere die Beratungsstellen mit einem hohen Anteil an Beraterinnen und Beratern mit geistigen Behinderungen auch viele Beratungsgespräche durchführen, in denen Koordinatorinnen und Koordinatoren unterstützend anwesend sind.

3.6.4 Anlass und Inhalte der Beratungsgespräche

Ratsuchende, die eine Beratungsstelle für ein Erstgespräch aufsuchen, haben in der Hälfte der Fälle eine bestimmte Frage, über die sie sprechen möchten. Rund ein Drittel der Ratsuchenden möchte die Beratung kennenlernen oder sich allgemein informieren. 12 Prozent der Ratsuchenden kommen zum ersten Mal zur Peer-Beratung, um „nur mal zu reden“.

Bei der Peer-Beratung wird ein großes Spektrum an Themen besprochen. Besonders häufig werden die Themenbereiche Arbeit und Wohnen (beide 27 %) thematisiert. Mehr als die Hälfte der Gespräche beschäftigen sich mit einem dieser beiden Themen. Häufig werden auch Fragen zu Medikamenten, Psychopharmaka, damit verbundene Nebenwirkungen, Ärztinnen/Ärzten oder Therapien gestellt (24 %). Ähnlich viele Gespräche beschäftigen sich mit dem Umgang mit der eigenen Erkrankung oder Behinderung (24 %) und Lebenskrisen (22 %).

Abbildung 3-15: Themen der Erstberatung
(Mehrfachangaben möglich)



Quelle: Ergebnisse der Dokumentation der Peer-Beratungen (Stand: 29.2.2016). Zeitraum 1.3.2015 – 29.2.2016. Wurde im Rahmen des Bogens „Leichte Sprache“ nicht erhoben. N=451. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Die Gesprächsthemen variieren zwischen den Beratungsstellen. Zu Beratungsstellen, in denen hauptsächlich psychisch behinderte Peer-Beraterinnen und -Berater arbeiten, kommen am häufigsten Ratsuchende, die über Medikamente, Ärztinnen/Ärzte, Therapien und Nebenwirkungen sprechen möchten. Mehr als ein Drittel (38 %) aller Erstberatungen drehen sich um diese Themen. Knapp ein weiteres Drittel der Gespräche beschäftigt sich mit dem Thema Lebenskrise

(32 %), jedes vierte Gespräch mit dem Umgang mit der eigenen Behinderung. 20 Prozent der Gespräche thematisieren Beziehungen und den Umgang mit anderen Menschen.

Demgegenüber drehen sich Beratungsgespräche in Beratungsstellen mit geistig oder körperlich-geistig behinderten Beraterinnen und Beratern vor allem um das Thema Arbeit (81 %), jedes vierte Gespräch behandelt dieses Thema „Mit der eigenen Behinderung oder Erkrankung leben“ (26 %). In der Beratungsstelle mit einer körperlich behinderten Peer-Beraterin wird insbesondere zu den Themen Wohnen, Unterstützungsbedarf, Versorgung mit Hilfsmitteln, Persönliches Budget sowie Ämter-Fragen beraten.

Ratsuchende mit Beratungsbedarf zum **Thema Wohnen** haben mehrheitlich Fragen zu einer eigenen Wohnung und insbesondere zu Unterstützungsmöglichkeiten, wie einer bezahlten Betreuung oder Assistenz. Deutlich seltener werden Fragen thematisiert, die klären sollen, wie man eine Wohnung behindertengerecht macht. In einigen Fällen haben die Ratsuchenden auch Fragen zum Leben in Wohnheimen für behinderte Menschen oder stationäre Wohngruppen.

Fragen im **Bereich Arbeit** thematisieren häufig einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder die Rückkehr in Arbeit (z.B. nach einer langen Krankheit). Außerdem werden Fragen zu einer Ausbildung oder einer Arbeit nach der Schule gestellt. Seltener betreffen Fragen die Suche nach einem Arbeitsplatz in einer Integrationsfirma oder Unterstützungsoptionen bei der Arbeit (z.B. durch eine Assistenz).

Folgt auf die Erstberatung ein weiterer Termin, dann wird bei der zweiten Beratung in zwei von drei Fällen dasselbe Thema wie zuvor behandelt.

3.6.5 Dauer der Beratungsgespräche

Das erste Beratungsgespräch dauert durchschnittlich etwa eine dreiviertel Stunde (48 Minuten). Vergleichsweise durchschnittlich kurze Erstgespräche finden beim Landesverband Psychiatrie-Erfahrener statt (34 Minuten), möglicherweise, weil hier viele Beratungen telefonisch durchgeführt werden. Die längsten Erstgespräche führt die Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen. Hier dauern sie etwa eineinhalb Stunden (95 Minuten).

Folgen auf die Erstberatungen weitere Beratungsgespräche, dann dauern diese im Durchschnitt in etwa genauso lange oder wenige Minuten länger. Die dritte Beratung eines Ratsuchenden dauert durchschnittlich bereits 56 Minuten.

Zwischen den Beratungsstellentypen zeigen sich keine bedeutenden Unterschiede bei der Dauer der Beratungsgespräche. Große Unterschiede zeigen sich hingegen zwischen den Orten, an denen die Beratungen stattfinden. Telefonische Erstberatungen dauern durchschnittlich etwa 32 Minuten und sind damit vergleichsweise kurz.

Erstgespräche in den Beratungsstellen dauern hingegen eine volle Stunde (62 Minuten).

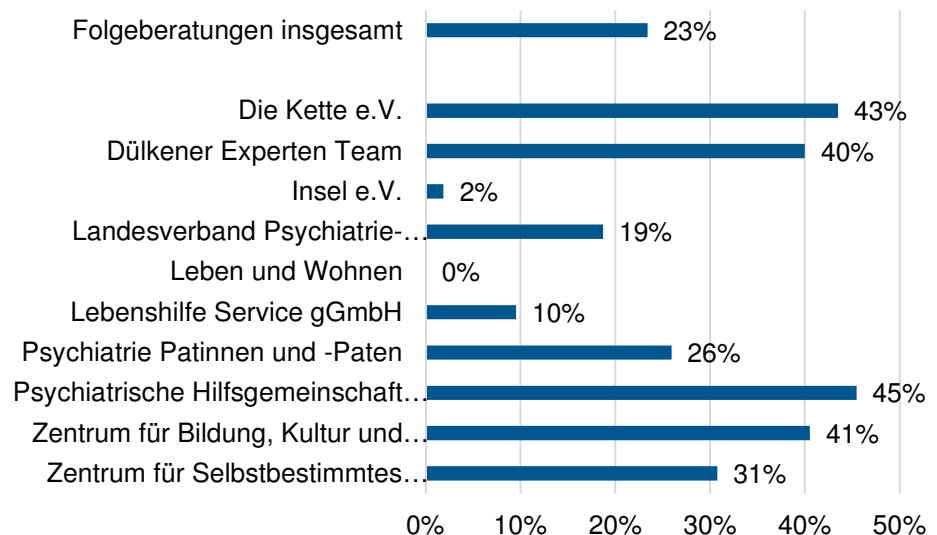
3.6.6 Verbleib nach dem Erstberatungsgespräch und Folgeberatungen

Im Ergebnis der meisten Erstberatungen soll der Austausch zwischen Peer-Beraterinnen und -Beratern sowie den Ratsuchenden in den allermeisten Fällen weitergeführt werden. Nur bei 9 Prozent der Erstberatungen wurde am Ende des Gespräches vereinbart, dass die Beratung beendet sei.

Rund zwei Drittel der Erstberatungen (67 %) enden mit der Vereinbarung, dass sich die Ratsuchenden melden, sofern sich noch weitere Fragen ergeben. In 16 Prozent der Fälle wird direkt ein weiterer Termin vereinbart. In 19 Fällen wurden die Ratsuchenden an eine andere Beratungsstellen oder Hilfeträger weiterverwiesen.

Zwischen März 2015 und Februar 2016 wurden rund ein Viertel aller Ratsuchenden mindestens ein zweites Mal beraten. Bei der Hälfte der Beratungsstellen suchen zwischen 31 und 45 Prozent aller Ratsuchenden mindestens ein zweites Mal das Gespräch mit den Peer-Beraterinnen und -Beratern (vgl. *Abbildung 3-16*).

Abbildung 3-16: Anteil der Ratsuchenden, die mindestens ein zweites Mal beraten wurden, nach Beratungsstellen



Quelle: Ergebnisse der Dokumentation der Peer-Beratungen (Stand: 29.2.2016). Zeitraum 1.3.2015 – 29.2.2016. N=500. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Besonders häufig werden in Beratungsstellen mit haupt- oder nebenberuflichen Beratern die Beratungen mit den Ratsuchenden über das Erstgespräch hinweg fortgesetzt. Beratungsstellen des ersten und zweiten Typs beraten 25 bzw. 29 Prozent aller Ratsuchenden mindestens ein zweites Mal. Etwas seltener finden Folgeberatungen bei den Beratungsstellen mit überwiegend ehrenamtlichen Beraterinnen und Beratern statt (14 %).

Unterschiede bei der Umsetzung von Folgeberatungen zeigen sich auch bei der Differenzierung nach Behinderung der Peer-Beraterinnen und -Berater. In Beratungsstellen mit überwiegend körperlich oder psychisch behinderten Beratenden wird im Durchschnitt jeder zweite bzw. dritte Ratsuchende wiederholt beraten. In Beratungsstellen mit überwiegend geistig oder geistig-körperlich behinderten Beratenden sind es 16 Prozent.

3.7 Weitere Angebote der Beratungsstellen

Neun der zehn Beratungsstellen führten neben den Beratungsgesprächen auch Veranstaltungen durch. Insgesamt wurden seit Juni 2014 **167 Veranstaltungsformen und -formate** dokumentiert, darunter 128 Einzelveranstaltungen sowie 39 Veranstaltungen, die in einem regelmäßigen Turnus ausgerichtet werden.⁵³

Tabelle 3-7: Dokumentierte Veranstaltungsformate nach Turnus

Beratungsstelle (in alphabetischer Reihenfolge)	Turnus		Dokumentierte Veranstaltungsformate insgesamt
	Einmalig	Regelmäßig	
Die Kette e. V.	12		12
Dülkener Experten Team	11	2	13
Insel e.V.	22	5	27
Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW	11	10	21
Leben und Wohnen	1	1	2
Lebenshilfe Service gGmbH	29	7	36
Psychiatrie Patinnen und Paten e.V.	9	6	15
Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen		7	7
Zentrum für Bildung, Kultur und Integration	33	1	34
Gesamtergebnis	128	39	167

Quelle: Ergebnisse der Dokumentation der Veranstaltungen (Stand: 29.2.2016). Eigene Berechnungen Prognos AG.

Vorträge mit anschließender Diskussion gehören in den neun Beratungsstellen zu den häufigsten Veranstaltungsformen. Insgesamt wurden sie im Betrachtungszeitraum 58 Mal dokumentiert. In den meisten Fällen handelte es sich hierbei um einmalige Veranstaltungen. In den Vorträgen wurde häufig die Arbeit der Beratungsstellen vorgestellt, Kontakte geknüpft und so Zugänge zum Beratungsangebot geschaffen. Teilweise wurden auch Vorträge zu konkreten Themen gehalten, z.B. zu Arbeitsmarktperspektiven nach der Schule, Praktika, Übergängen in den 1. Arbeitsmarkt, Auszug aus dem Elternhaus oder zu verschiedenen Wohnformen.

33 Veranstaltungsformate dokumentieren Workshops und Seminare, von denen 8 regelmäßig durchgeführt werden. Sie beschäftigten sich

⁵³ Die Anzahl der Veranstaltungsformate gibt **keine** Auskunft über die Zahl der durchgeführten Veranstaltungen. In vielen Fällen finden die Formate mehrmals die Woche statt, in anderen Fällen nur jährlich oder sogar alle zwei Jahre.

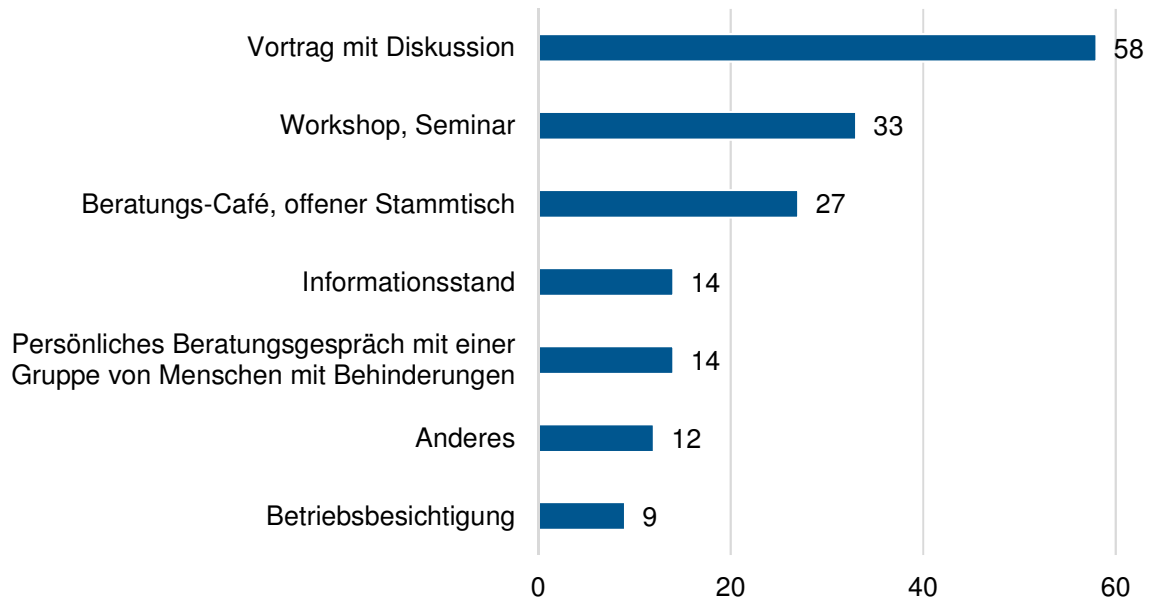
häufig mit Fragestellungen rund um das Thema Arbeitsmarkt, behandelten Erfahrungen mit dem Auszug aus dem Elternhaus und analysierten Fähigkeiten, die Voraussetzung für verschiedene Wohnformen sind. Beratungsstellen, in denen Menschen mit psychischen Behinderungen arbeiten, führten Workshops zu Fragen zu Psychopharmaka, Patientenverfügungen, Recovery etc. durch.

Außerdem wurden von den neun Beratungsstellen 27 Beratungs-Cafés und offene Stammtische durchgeführt, 15 finden regelmäßig statt. Sehr selten werden persönliche Beratungsgespräche mit einer Gruppe von Menschen mit Behinderungen oder Betriebsbesichtigungen dokumentiert. Darüber hinaus fanden 14 Gruppengespräche statt, wurden 14 Informationsstände betreut und neun Betriebsbesichtigungen durchgeführt.

Neben diesen „typischen“ Veranstaltungsformaten wurde eine Reihe von weiteren Veranstaltungen dokumentiert (24%). Dazu gehören z.B. Gespräche, niederschwellige Kursangebote und Lese- und Singabende (vgl. auch

Tabelle 3-8).

Abbildung 3-17: Durchgeführte Veranstaltungstypen



Quelle: Ergebnisse der Dokumentation der Veranstaltungen (Stand: 29.2.2016). N=166. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Tabelle 3-8 zeigt, wie unterschiedlich die Bedeutung dieser Veranstaltungsformate für die einzelnen Beratungsstellen ist. Einige Beratungsstellen haben eine hohe Anzahl von Angeboten erarbeitet, die sie neben der direkten „Face.to-Face“-Beratung umsetzen, z.T. im wöchentlichen Turnus.

Tabelle 3-8: Übersicht über Veranstaltungsformate und Turnus, nach Beratungsstellen

Beratungsstelle (in alphabetischer Reihenfolge)	Veranstaltungsformate und Turnus
Die Kette e.V.	• 10 Vorträge (einmalig) • 2 Informationsstände (einmalig)
Dülkener Experten Team	• 6 Vorträge (einmalig) • 4 Informationsstände (3x einmalig, 1x jährlich) • 1 Workshop, Seminar (einmalig) • 1 Offenes Café (einmalig) • 1 Informationsstand sowie 1 Übergabe von Spendengeldern (jährlich)
Insel e.V.	• 7 Vorträge (einmalig) • 5 Workshops (einmalig) • 5 Beratungsgespräche mit einer Gruppe von Menschen mit Behinderungen (einmalig) • 5 Infostände (2x einmalig, 3x jährlich) • 2 Stammtisch (monatlich) • 2 Betriebsbesichtigungen (einmalig) • 1 Radiointerview (einmalig)
Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW	• 9 Workshops, Seminare (einmalig) • 2 Vortrag (einmalig) • 10 offene Angebote mit diversen Themen (Selbsthilfe zur Genesungsbegleitung, Offenes Angebot zur Konzentration der Aufmerksamkeit, Gottesdienst, Singabend, Leseabend, Gruppe Handarbeit, Frauentreff, etc.) (je nach Veranstaltung: wöchentlich, monatlich oder jährlich)
Leben und Wohnen	• 1 Info-Stammtisch (monatlich) • 1 Vortrag (einmalig)
Lebenshilfe Service gGmbH	• 11 Vorträge in unterschiedlichen Rahmen (einmalig und jährlich) • 10 Workshops, Seminare (je nach Veranstaltung: einmalig bis zweijährig) • 6 Besuche von Stammtischen oder Offenen Cafés zur Vorstellung des Angebots (einmalig) • 4 offene Erfahrungsaustausche (einmalig) • 1 Beratungsgespräch mit einer Gruppe von Menschen mit Behinderungen (einmalig) • 1 Informationsstand (einmalig)
Psychiatrie Patinnen und -Paten	• 7 Vorträge (einmalig) • 4 offene Café oder Frühstück (monatlich bis 2x wöchentlich) • 3 Workshops, Seminare (einmalig bis regelmäßig) • 1 Vorstellung der Beratung bei einem externen offenen Frühstück
Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen	• 7 Kursangebote (je nach Angebot wöchentlich bis jährlich stattfindend)
Zentrum für Bildung, Kultur und Integration	• 15 Vorträge (einmalig) • 8 Beratungsgespräche mit einer Gruppe von Menschen mit Behinderungen (einmalig) • 6 Betriebsbesichtigungen (einmalig) • 2 Informationsstände (einmalig) • 1 Austausch mit Vertretern von Ergotherapeuten (einmalig) • 1 offenes Café (einmalig) • 1 Workshop mit Schule (4 Termine)

Quelle: Ergebnisse der Dokumentation der Veranstaltungen (Stand: 29.2.2016). N=167. Eigene Berechnungen Prognos AG.

121 der 167 Veranstaltungsformate richten sich (auch) an Menschen mit Behinderungen. Fachpersonen, wie z.B. Mitarbeitende aus der KoKoBe, Presse, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Lehrerinnen

und Lehrer, Werkstattmitarbeitende, etc. werden von 100 Veranstaltungsformaten adressiert. Vergleichsweise selten sollen Angehörige von Menschen mit Behinderungen erreicht werden (29 Formate).

Tabelle 3-9: Anzahl der Veranstaltungsformaten nach Zielgruppen, nach Beratungsstellen (Mehrfachnennungen möglich)

Beratungsstelle (in alphabetischer Reihenfolge)	Menschen mit Behinderungen	Angehörige	Fachpersonen
Die Kette e.V.	3	1	9
Dülkener Experten Team	7	6	11
Insel e.V.	22	7	18
Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW	21	6	5
Leben und Wohnen	2		
Lebenshilfe Service gGmbH	21	3	35
Psychiatrie Patinnen und Paten e.V.	15	4	3
Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen	4		
Zentrum für Bildung, Kultur und Integration	26	2	19
Zielgruppen insgesamt	121	29	100

Quelle: Ergebnisse der Dokumentation der Veranstaltungen (Stand: 29.2.2016). Eigene Berechnungen Prognos AG.

Auffällig ist, dass sich insgesamt 38 der 167 dokumentierten Veranstaltungsformate ausschließlich an Fachpersonen und nicht an Menschen mit Behinderungen oder ihre Angehörigen richten. Hierzu zählen insbesondere Veranstaltungsformate der Lebenshilfe Service gGmbH (14 Formate), der Kette e.V. (9 Formate), des Zentrums für Bildung, Kultur und Integration (8 Formate). Fünf Formate des Dülkener Experten Teams und zwei der Insel e.V. richten sich ebenfalls nicht an die originäre Zielgruppe des Peer Counseling, also Menschen mit Behinderungen und/oder ihre Angehörigen. Im Wesentlichen geht es hier um Veranstaltungen zur Bekanntmachung des Peer Counseling Angebots.

Die Veranstaltungen sollen nicht nur das Beratungsangebot in der Öffentlichkeit bekannt machen, sondern auch direkten Zugang für Menschen mit Behinderungen zu den Beratungsangeboten schaffen. Die Beratungsstellen geben an, dass die Veranstaltungen vielfach dazu führen, dass Teilnehmende Interesse an einer weiteren Beratung äußern. Mindestens bei 93 der 167 Veranstaltungsformate wurde von den Beratungsstellen angegeben, dass Teilnehmende im Anschluss an die Veranstaltung Interesse an der Peer-Beratung geäußert haben.

3.8 Koordination der Arbeit der Beratungsstellen

In den zehn Beratungsstellen fallen – neben den Beratungen und Veranstaltungen – diverse organisatorische Tätigkeiten an. Dazu gehören z.B. die Terminkoordination, Vor- und Nachbereitung der Gespräche, Teambesprechungen, Netzwerkarbeit und Öffentlichkeitsarbeit. Diese Aufgaben werden in vier Beratungsstellen von den Peer-

Beraterinnen und -Beratern selbst übernommen. Diese Beratungsstellen haben hauptberufliche Peer Counselors und verfügen über ihre Träger über eine langjährige Erfahrung in der Beratungsarbeit.

Sechs Beratungsstellen haben sich dazu entschlossen, Stellenanteile für „Koordinatorinnen und Koordinatoren“ zu schaffen, die diese Aufgaben übernehmen. Diese Personen haben selbst keine Behinderungen.⁵⁴

Koordinatorinnen und Koordinatoren ohne Behinderungen

In sechs Beratungsstellen arbeiten Personen ohne Behinderung als Koordinatorinnen und Koordinatoren. Dazu gehören ausschließlich Beratungsstellen, in denen die Peer Counselors nicht hauptberuflich tätig sind. In den Beratungsstellen vom **Typ 1** übernehmen die hauptberuflich tätigen Beraterinnen und Berater selbst diese Aufgaben.

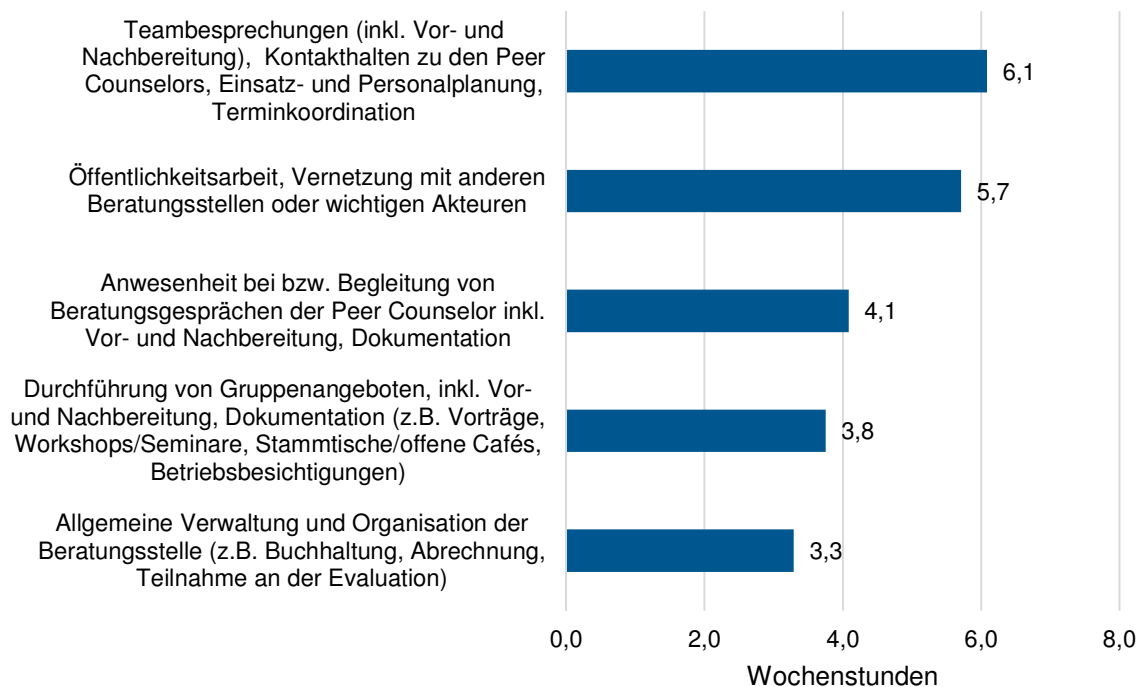
In den Beratungsstellen mit nicht-hauptamtlichen Beraterinnen und Beratern sind eine bis drei Personen für die Koordinationstätigkeiten angestellt. Die **Stundenumfänge**, die ihnen dabei zur Verfügung stehen, unterscheiden sich dabei enorm. Während der Koordinatorin der Beratungsstelle von Leben und Wohnen etwa 3 Stunden pro Woche zur Verfügung stehen, umfasst das Stundenkontingent der drei Koordinatorinnen der Insel e.V. 33,5 Stunden wöchentlich. Durchschnittlich haben die Koordinatorinnen und Koordinatoren pro Beratungsstelle etwa 23 Stunden wöchentlich für die Arbeit in den Beratungsstellen zur Verfügung.

Besonders viel Zeit verwenden die Koordinatorinnen und Koordinatoren für Teambesprechungen (inkl. Vor- und Nachbereitung), Kontakt halten zu den Peer Counselors, Einsatz- und Personalplanung und Terminkoordination. Im Durchschnitt verwenden die Koordinatorinnen und Koordinatoren pro Beratungsstelle der Typen 2 + 3 etwa 6 Stunden wöchentlich für diesen Aufgabenbereich. Etwa genauso zeitaufwändig sind die Öffentlichkeitsarbeit und die Vernetzung mit anderen Beratungsstellen oder wichtigen Akteuren.

Etwa 4 Stunden pro Woche unterstützen die Koordinatorinnen und Koordinatoren typischerweise die Peer-Beraterinnen und -Berater bei ihrer Arbeit. Ähnlich viel Zeit wird auf die Durchführung von Gruppenangeboten verwendet. Für allgemeine Verwaltungs- und Organisationsaufgaben fallen wöchentlich etwa 3 Stunden an.

⁵⁴ Eine Beratungsstelle hat zwei Personen für die Koordination vorgesehen, von denen eine Person keine Behinderungen hat und ausschließlich für Koordinierungs- und Unterstützungstätigkeiten zuständig ist. Eine zweite Person ist körperlich behindert und selbst auch als Peer Beraterin im Projekt tätig.

Abbildung 3-18: Typischer durchschnittlicher wöchentlicher Stunden-
aufwand von Koordinatorinnen und Koordinatoren pro
Beratungsstelle der Typem 2+3 nach Aufgabenbereichen



Quelle: Abfrage in den Beratungsstellen. Stand: März 2016. N=6. Eigene Darstellung Prognos AG.

3.9 Wichtigste Netzwerkpartner der Beratungsstellen

Aus verschiedenen Gründen sind die Beratungsstellen auf eine gute Vernetzung mit anderen Organisationen angewiesen. Über andere Organisationen erhalten Ratsuchende Zugang zum Peer Counseling-Angebot und potentielle Peer Counselors können hierüber gewonnen werden; Koordinatorinnen und Koordinatoren sowie Peer Counselors erhalten Informationen über Angebote aus erster Hand und können von dem Wissen anderer Akteure profitieren; umgekehrt können sie Erfahrungen aus der Peer-Beratung an andere Stellen vermitteln.

Die Koordinatorinnen und Koordinatoren wurden nach ihren wichtigsten Netzwerkpartnern gefragt. Die Beratungsstellen nutzen den Antworten zufolge zunächst einmal die Netzwerke, die ihnen vertraut sind. Für die Beratungsstellen aus dem Kontext der Selbstvertretungs- und Selbsthilfeorganisationen sind es zunächst einmal die Organisationen gleichen Typs, die zu den Netzwerkpartnern zählen. Daneben zählen diese Beratungsstellen auch die niedrigschwelligen Angebote des professionellen Hilfesystems zu ihren Partnern, also bspw. Sozialpsychiatrische Zentren oder einen gemeindepsychiatrischen Verbund. Schließlich gehören auch psychiatrische Kliniken zu den Partnerorganisationen.

Bei Beratungsstellen aus dem Kreis der Leistungserbringer sind es die Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe bzw. des Rehabilitationssystems sowie Schulen und Einrichtungen, die den Zugang zu Berufsausbildung und Arbeitsmarkt fördern, die zu den naheliegenden und häufigen Netzwerkpartnern zählen.

Vereinzelte bestehen Kontakte zur Kommunalpolitik und einem weiteren Netzwerkumfeld, das über die Unterstützung von Menschen mit Behinderung hinausweist, wie bspw. Erwerbslosen-Beratungsstellen oder einer örtlichen Jobbörse.

Zu den Organisationen, die am häufigsten als Netzwerkpartner aufgezählt wurden, gehören die Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangebote (KoKoBe) und die Sozialpsychiatrischen Zentren.

4 Wer arbeitet als Peer-Beraterin oder Peer-Berater? – Einblick in die Beraterprofile der Beratungsstellen

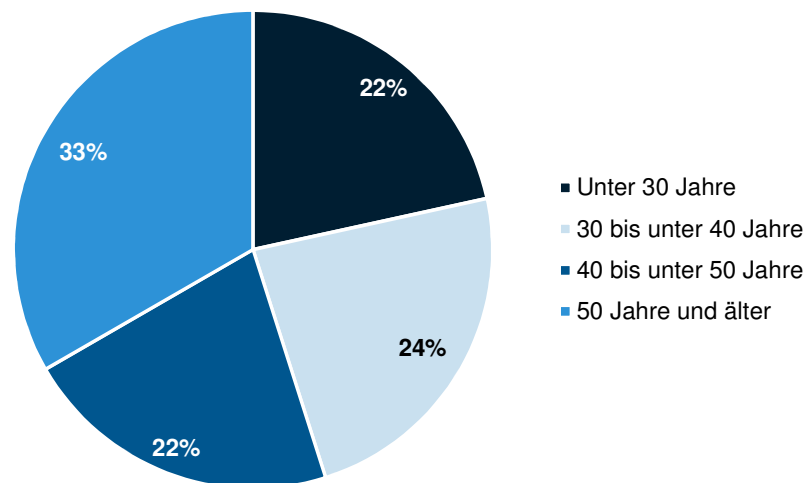
4.1 Soziodemographische Merkmale der Peer-Beraterinnen und -Berater

In den zehn Beratungsstellen arbeiteten im März 2016 insgesamt 62 Peer Counselors. Das Geschlechterverhältnis ist ausgeglichen, es gibt aktuell nahezu genauso viele Beraterinnen wie Berater.

Die Peer-Beraterinnen und -Berater decken ein breites Altersspektrum ab. Etwa 22 Prozent waren zum Befragungszeitpunkt unter 30 Jahre alt, 24 Prozent zwischen 30 und 40 Jahre und 22 Prozent zwischen 40 und 50 Jahre. Jede bzw. jeder Dritte ist 50 Jahre oder älter.

Ältere Peer-Beraterinnen und -Berater arbeiten vor allem hauptamtlich in den Beratungsstellen von Typ 1, junge Beraterinnen und Berater unter 30 Jahre hauptsächlich nebenberuflich. Unter den Ehrenamtlichen sind Peer Counselors aller Altersstufen vertreten, hauptsächlich aber im Alter von 40 Jahren und älter.

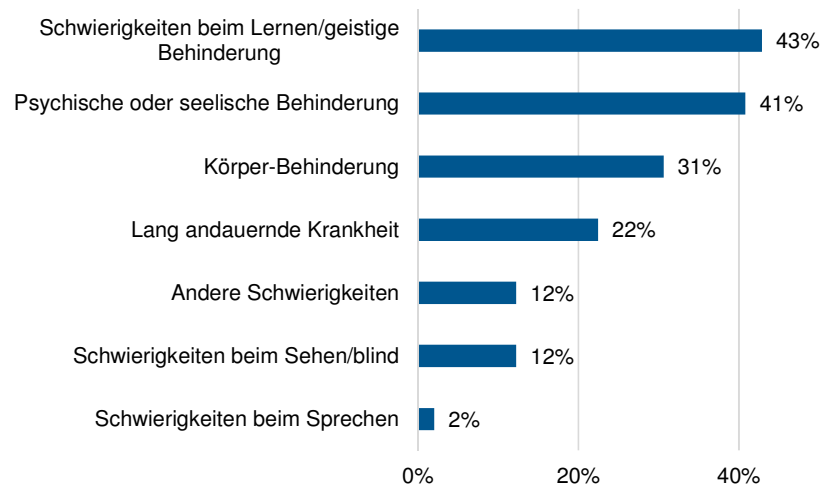
Abbildung 4-1: Alter der Peer-Beraterinnen und -Berater



Quelle: Befragung der Peer Counselors. N=51. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Unter den Peer-Beraterinnen und -Beratern sind fast zu gleichen Anteilen Personen mit geistigen, körperlichen und psychischen **Behinderungen** vertreten. Am häufigsten haben Peer-Beraterinnen und -Berater Schwierigkeiten beim Lernen bzw. eine geistige Behinderung. Fast ebenso häufig sind psychische Behinderungen. Etwa ein Drittel hat eine Körperbehinderung, jeder Fünfte eine chronische Erkrankung. Darüber hinaus gibt etwa jeder Siebte an, andere Schwierigkeiten zu haben. Darunter sind fünf Personen, die Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben haben oder dies gar nicht können.

Abbildung 4-2: Behinderungen der Peer-Beraterinnen und -Berater (Mehrfachantworten möglich)



Quelle: Befragung der Peer Counselors. Bezogen auf alle Peer Counselors, die angegeben haben, mindestens eine Einschränkung oder Behinderung zu haben. N=50. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Unter den Peer-Beraterinnen und -Berater gibt es drei Personen, die angeben, keine Einschränkungen oder Behinderungen zu haben. Dabei handelt es sich um Peer Counselors, die in Beratungsstellen mit Menschen mit psychischen Behinderungen arbeiten.

Etwa acht von zehn Beraterinnen und Berater hat eine anerkannte Schwerbehinderung, davon hat rund die Hälfte **einen Grad der Behinderung** (GdB) von 50 bis 70 und jeder Fünfte von 80 bis 90. Jeder Sechste hat einen GdB von 100.

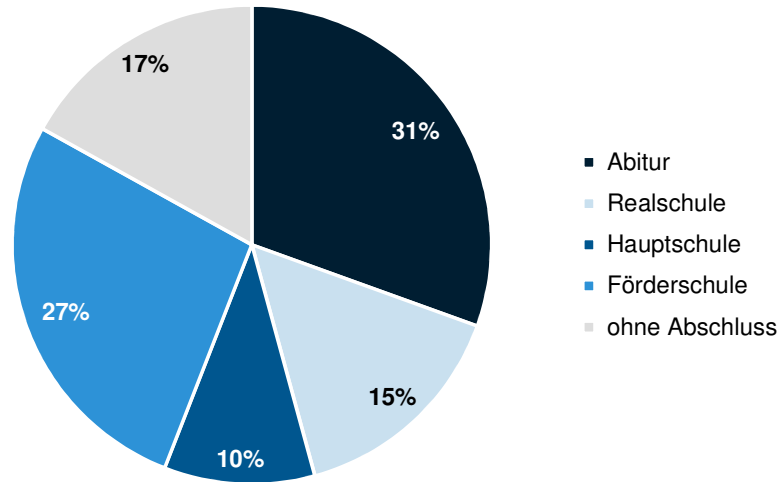
In den Beratungsstellen mit überwiegend hauptberuflichen Beraterinnen und Beratern arbeiten vier Personen ohne anerkannte Schwerbehinderungen. Fünf Personen haben einen GdB von 50-70, eine Peer-Beraterin von 100. Wesentlich höher ist der Anteil der Peer-Beraterinnen und -Berater mit anerkannten Schwerbehinderungen in den Beratungsstellen von Typ 2 und 3. Unter ihnen sind nur selten Personen ohne anerkannte Schwerbehinderung (7% bzw. 15%). Mehr als jeder dritte Peer in diesen 6 Beratungsstellen hat einen GdB von über 70.

Die Peer-Beraterinnen und -Berater haben verschiedene **Bildungshintergründe**. Fast die Hälfte (46%) hat mit dem Realschulabschluss oder dem Abitur einen hohen Bildungshintergrund. Mehr als ein Drittel (37%) hat einen Hauptschul- oder Förderschulabschluss, 17 Prozent haben gar keinen Schulabschluss.

Insbesondere in den vier Beratungsstellen mit hauptberuflichen und einer geringen Anzahl an schwerbehinderten Peer Counselors ist der Bildungshintergrund sehr hoch. Alle Peer-Beraterinnen und -Berater haben hier mindestens einen Realschulabschluss. Besonders gering ist die Schulbildung bei den Peer Counselors, die bei den Trägern (einer Werkstatt für behinderte Menschen und ein Integrationsbetrieb) der Beratungsstelle angestellt sind. Von ihnen hat fast drei Viertel (73%) keinen Abschluss oder einen Förderschulabschluss. Auch in den Beratungsstellen mit ehrenamtlich tätigen Peer Counselors ist

der Bildungshintergrund vergleichsweise gering. Fast zwei Drittel (61%) hat hier höchstens einen Hauptschulabschluss.

Abbildung 4-3: Schulabschlüsse



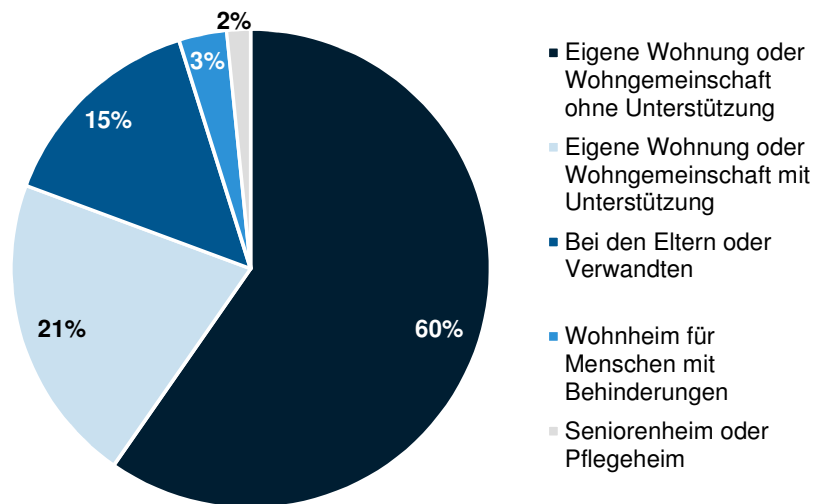
Quelle: Abfrage in den Beratungsstellen. Stand: März 2016. Eigene Darstellung Prognos AG. N=59 BeraterInnen. Anmerkung: Bei 3 weiteren BeraterInnen war der Abschluss den KoordinatorInnen nicht bekannt.

4.2 Lebenssituation der Peer-Beraterinnen und -Berater

Die **Wohnsituation** der Peer-Beraterinnen und -Berater in den Modellregionen des Rheinlands ist verschieden. Die Mehrheit der Peer-Beraterinnen und -Berater (62 %) wohnt in einer eigenen Wohnung oder Wohngemeinschaft und benötigt dort keine Unterstützung. Jede bzw. jeder Fünfte wohnt mit Unterstützung in einer Wohngemeinschaft oder in einer eigenen Wohnung, ein Fünftel bei Verwandten. Ein kleiner Teil (rund 5 Prozent) wohnt in Wohnheimen für Menschen mit Behinderung, in Senioren- oder Pflegeheimen.

Differenziert nach Art der Beratungsstellen zeigt sich, dass Peer-Beraterinnen und -Berater aus Beratungsstellen vom Typ 1 besonders häufig ohne Unterstützung wohnen. Das könnte daran liegen, dass unter ihnen der Anteil der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung am geringsten ist. Unter den nebenberuflich tätigen Peer-Beraterinnen und -Beratern finden sich hingegen viele Personen, die Unterstützung beim Wohnen erhalten sowie auch drei Personen, die in einem Heim wohnen.

Abbildung 4-4: Wohnsituation

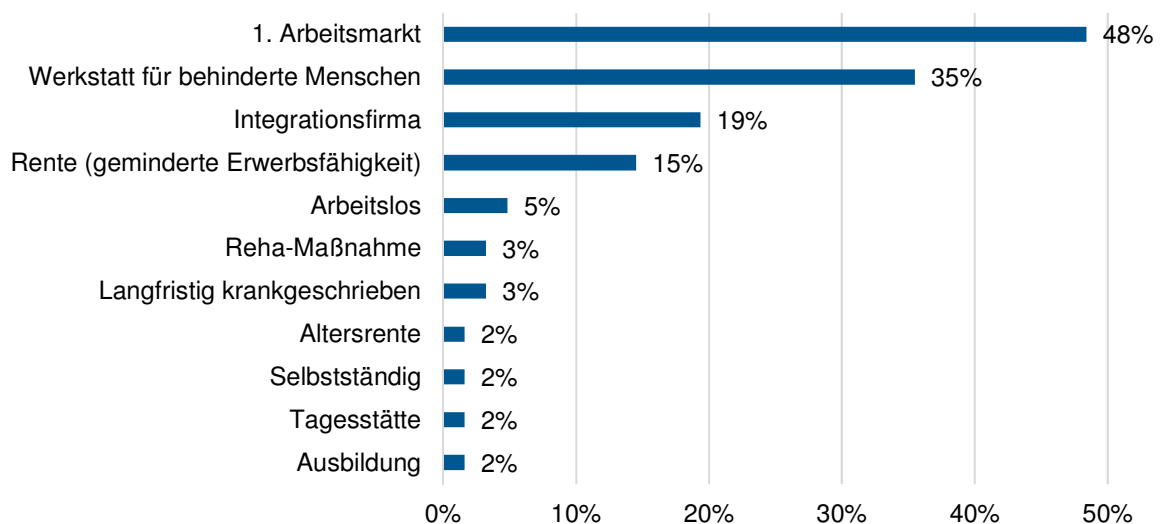


Quelle: Abfrage in den Beratungsstellen. Stand: März 2016. N=62 Beraterinnen und Berater. Eigene Darstellung Prognos AG.

Rund die Hälfte aller Peer-Beraterinnen und -Berater sind auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig. Die hauptberuflichen Peer Counselors sind direkt über den Träger in ihrer Beratungsstelle angestellt. Unter den ehrenamtlich Beratenden sind Personen, die bei sonstigen Arbeitgebern auf dem 1. Arbeitsmarkt beschäftigt sind.

Rund ein Drittel der Beraterinnen und Berater arbeitet in einer Werkstatt für behinderte Menschen, jede fünfte Person in einer Integrationsfirma. Häufig ist die Werkstatt oder die Integrationsfirma zugleich auch die Trägerin der Beratungsstelle.

Abbildung 4-5: Beschäftigungssituation (Mehrfachantworten möglich)

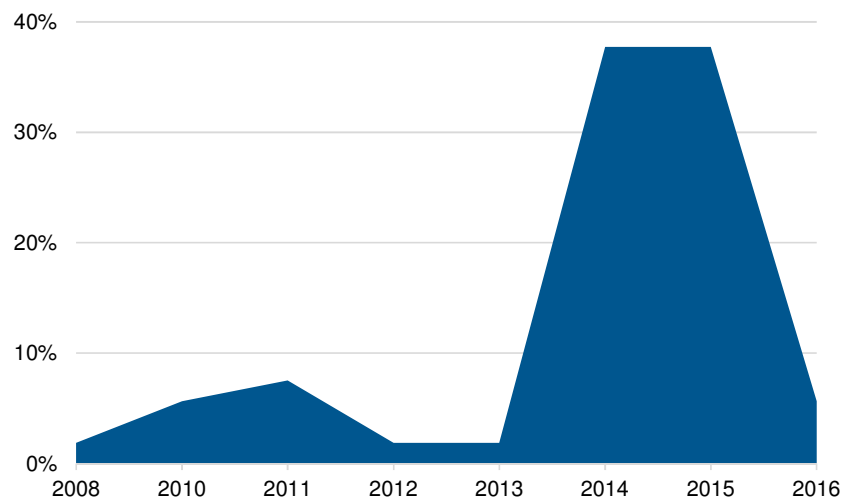


Quelle: Abfrage in den Beratungsstellen. Stand: März 2016. N=62 Beraterinnen und Berater. Eigene Darstellung Prognos AG.

4.3 Beratungsspezifische Erfahrungen und Qualifikationen

Einige Beraterinnen und Berater der Beratungsstellen im Rheinland arbeiten bereits seit einigen Jahren als Peer Counselors und konnten so über einen längeren Zeitraum Erfahrungen in der Peer-Beratung sammeln, dies gilt vor allem für hauptberufliche Beraterinnen und Berater. Rund ein Fünftel aller Beraterinnen und Berater war schon vor dem Start des Peer Counseling Modellprojekts im Jahr 2014 in ihren Beratungsstellen tätig. Die anderen Peer-Beraterinnen und -Berater wurden zwischen den Jahren 2014 und 2016 eingestellt.

Abbildung 4-6: Beraterinnen und Berater, nach Startjahr der Tätigkeit als Peer Counselors



Quelle: Befragung der Peer Counselor. N=53. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Ein Grund für den hohen Anteil der Personen mit Vorerfahrungen unter den Beratungsstellen des Typ 1 ist, dass die vier Beratungsstellen mit hauptberuflichen Peer-Beraterinnen und -Beratern zu Trägern aus dem Bereich der Selbsthilfe bzw. der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung gehören. Diese Träger haben schon vor dem Start des Peer Counseling Projekts Peer-Beratungsangebote oder ähnliche Angebote gehabt. Die Peer-Beraterinnen und -Berater haben über diese Angebote z.T. sehr detaillierte Erfahrungen sammeln können.

Auch unter den ehrenamtlich tätigen Peer Counselors gibt es sieben Personen, die berichten, Erfahrungen in der Beratungsarbeit zu haben. Sie haben in den meisten Fällen beruflichen Kontakt zur Beratungsarbeit, z.B. durch die hauptberufliche Beratung von Jugendlichen zur Berufsorientierung oder als Ernährungsmedizinische Beraterin. Insgesamt hat jedoch die Mehrheit der ehrenamtlichen Peers keine Vorerfahrungen in der Beratungsarbeit. Die nebenberuflich tätigen Peer-Beraterinnen und -Berater haben bisher keine Vorerfahrungen in der Beratungsarbeit gesammelt.⁵⁵ Insgesamt zeigte die Befragung der Peer Counselors, dass die Mehrheit der Peer-Beraterinnen

⁵⁵ Eine Ausnahme ist eine Beraterin, die zugleich auch Koordinatorin dieser Beratungsstelle ist. Sie verfügt über umfangreiche Vorerfahrungen in der Beratungsarbeit.

und -Berater, die nebenberuflich oder ehrenamtlich arbeiten, vor ihrer Tätigkeit für die Beratungsstellen keine Erfahrungen mit der Beratungsarbeit gemacht hatte.⁵⁶

Insbesondere für die Personen, die keine Vorerfahrungen in der Beratungsarbeit haben, sind **Schulungs- und Qualifizierungsangebote** wichtig. Ihnen stehen drei Möglichkeiten der Vorbereitung auf die Beratungsarbeit offen: das Qualifizierungsangebot des ZsL, Beratungsstellen-interne Schulungen und Workshops sowie externe Vorbereitungsangebote.

Besonders häufig nutzten Beraterinnen und Berater das Qualifizierungsangebot, das durch das ZsL bereitgestellt wird. Drei Viertel aller Peers haben es mindestens einmal besucht. Die bisher noch unerfahrenen, nebenberuflich beschäftigten Beraterinnen und Berater nahmen fast geschlossen an diesem Angebot teil (93%). Aber auch knapp drei Viertel aller Peers der anderen Beratungsstellen besuchten dieses Beratungsstellen-übergreifende Angebot. Die meisten nebenberuflich bzw. ehrenamtlich beschäftigten Peers nahmen (auch) an Schulungen und Workshops teil, die in ihren jeweiligen Beratungsstellen durch die Koordinatorinnen und Koordinatoren erarbeitet wurden.

Für hauptberufliche Beraterinnen und Berater spielten interne Angebote keine Rolle. Fünf von ihnen nehmen allerdings (auch) an sonstigen angebotenen Qualifizierungsmaßnahmen im Bereich der Peer-Beratungsarbeit teil. Dazu zählten sie dreimal die EX-IN Ausbildungen, einmal die Bifos Ausbildung zur Peer-Beraterin und -Berater sowie einmal sonstige Fortbildungen und das Studium von Fachliteratur. Auch unter den ehrenamtlichen Beraterinnen und Beratern gab es fünf Personen, die angaben, an anderen Schulungen teilzunehmen. Darunter ist eine Person, die verschiedene Module wie „Zukunft“, „Selbsterfahrung“, oder „eigene Behinderung“ besucht, eine Person, die an einer Fortbildungen zum Thema Hygienevorschriften und Krankheiten teilnimmt, eine Ausbildung zur Sozialhelferin/ Heilerzieherin, eine zur Suchthelferin sowie eine Person, die an einem „zusätzlichen regionalen Peer-Modul“ teilnimmt. Eine nebenberuflich tätige Beraterin gibt an, eine Streitschlichter-Ausbildung besucht zu haben.⁵⁷

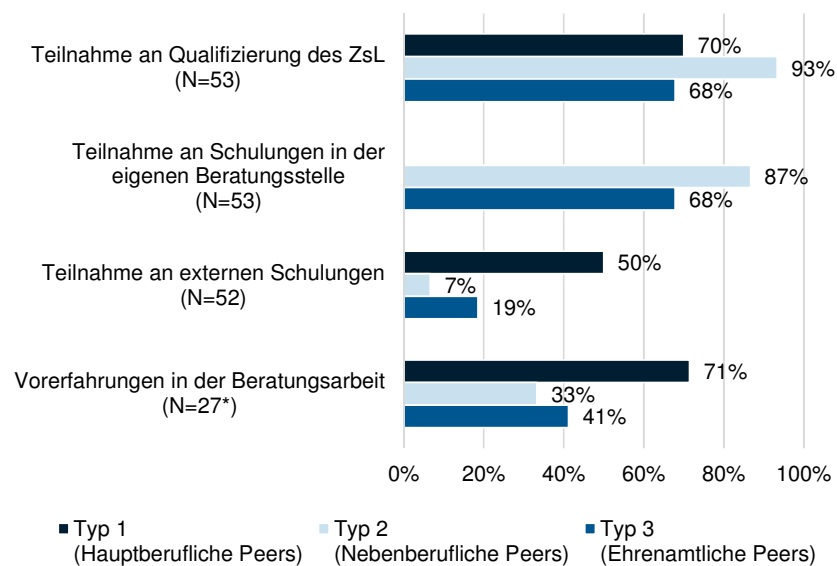
Insgesamt zeigt sich, dass nur ein einziger Peer-Berater angab, weder Vorerfahrungen in der Beratungsarbeit zu haben, noch (bisher) an den Schulungsangeboten des ZsL oder sonstigen Angeboten teilgenommen zu haben. Alle anderen Peer-Beraterinnen oder Peer-Berater geben an, über mindestens eine der genannten Optionen, Wissen zur Beratungsarbeit gesammelt zu haben.

⁵⁶ Genauere quantitative Angaben zu den Vorerfahrungen der Peer Counselors können an dieser Stelle nicht gemacht werden. Die Vorerfahrungen wurden nur in der langen Version der Befragung der Peer Counselors abgefragt. Unter diesen Personen hatten 58 Prozent angegeben, keine Vorerfahrungen gehabt zu haben. Es ist davon auszugehen, dass insbesondere die Personen, die diese Version nicht ausgefüllt haben, eher seltener Vorerfahrungen im Bereich Peer Counseling haben.

⁵⁷ Inwiefern die angegebenen Schulungen geeignet sind, um die Peer Beratungsarbeit zu unterstützen, kann an im Rahmen dieser Studie nicht bewertet werden.

Die Auswertungen deuten darauf hin, dass die Beraterinnen und Berater der Beratungsstellen des Typs 1 häufig auf bestehenden Vorerfahrungen in der Beratungsarbeit aufbauen können, die sie häufig durch externe, meist professionelle Qualifizierungsangebote erweitern. Für die anderen Peer-Beraterinnen und -Berater spielen dagegen vor allem auch die Schulungsangebote des ZsL sowie interne Angebote bei der Vorbereitung auf die Beratungsarbeit eine zentrale Rolle.

Abbildung 4-7: Vorerfahrungen in der Beratungsarbeit und Teilnahme an Qualifizierungs- und Schulungsmaßnahmen, nach Beratungsstellen-Typen



Quelle: Befragung der Peer Counselors. Eigene Berechnungen Prognos AG.

* Anmerkung: Diese Frage wurde nur in der Langen Version der Befragung gestellt.

4.4 Unterstützungsbedarfe

In sechs Beratungsstellen können die Peer-Beraterinnen und -Berater – abhängig vom Bedarf – durch Personen unterstützt werden, die selbst keine Behinderungen haben.⁵⁸ Der Unterstützungsbedarf ist individuell sehr verschieden und stark abhängig von der Art der Behinderung. Zentrale Bereiche, bei denen die Beraterinnen und Berater unterstützt werden können, sind einerseits die Beratungstätigkeiten selbst, andererseits aber auch Organisations- und Koordinationsaufgaben, die in den Beratungsstellen anfallen.

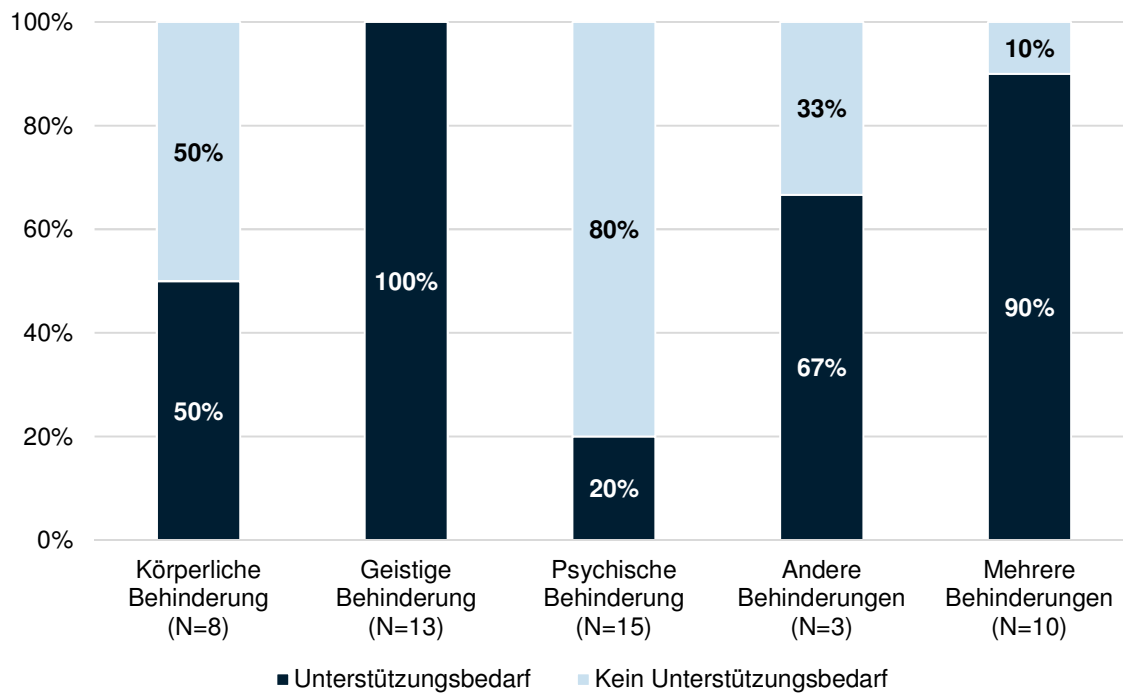
Unterstützung bei der Beratungsarbeit

Rund zwei Drittel (62%) der Peer-Beraterinnen und -Berater geben an, dass sie Unterstützung bei der Durchführung von Beratungsgesprächen benötigen. Unter ihnen sind keine hauptberuflich tätigen

⁵⁸ Eine Ausnahme besteht bei einer Beratungsstelle des Typs 2. Nähere Informationen zum Konzept der Koordinatorinnen und Koordinatoren sind in Kapitel 3.8.

Peer Counselors. Der Unterstützungsbedarf unterscheidet sich deutlich nach Behinderungsart: Besonders hoch ist der Bedarf bei Personen mit geistiger Behinderung. Von ihnen geben ausnahmslos alle an, dass sie bei der Durchführung der Beratungsgespräche Unterstützung benötigen. Hoher Bedarf besteht auch bei Personen mit Mehrfachbehinderungen und, etwas seltener, bei Personen mit körperlichen Behinderungen. Vergleichsweise selten geben Personen mit psychischen Behinderungen an, dass sie Unterstützungsbedarf bei der Beratungsarbeit haben.

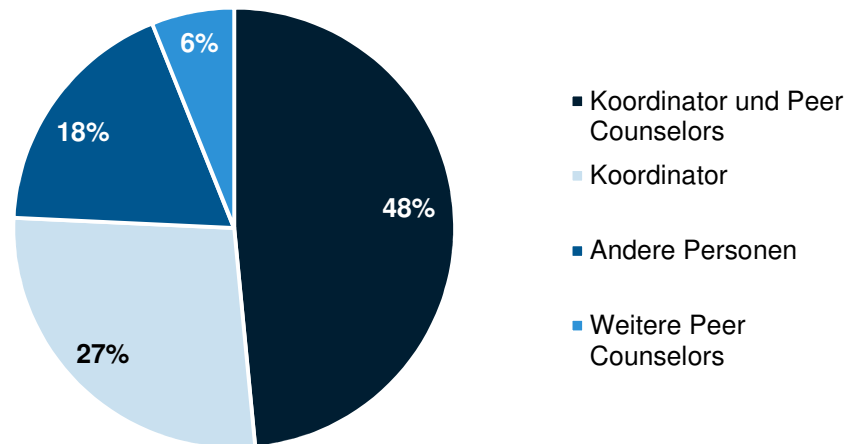
Abbildung 4-8: Unterstützungsbedarf bei der Durchführung der Beratungen, nach Behinderungsart



Quelle: Befragung der Peer Counselors. N=49. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Rund die Hälfte der Beraterinnen und Berater, die Unterstützung bei der Durchführung von Beratungsgesprächen benötigen, erhalten diese sowohl von der Koordinatorin oder dem Koordinator als auch von anderen Peer Counselors. Ein Viertel wird bei den Beratungen ausschließlich von Koordinatorinnen oder Koordinatoren unterstützt. In sechs Fällen sind andere Personen unterstützend anwesend, wie eine Fachberaterin des IfD oder eine „Prozessbegleiterin“. In wenigen Fällen werden die Beraterinnen und Berater ausschließlich durch andere Peer Counselors bei der Durchführung von Beratungsgesprächen unterstützt.

Abbildung 4-9: Personen, die bei der Durchführung von Beratungsgesprächen unterstützen



Quelle: Befragung der Peer Counselor. Bezogen auf alle Personen, die Unterstützung bei der Durchführung von Beratungsgesprächen erhalten. N=33. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Unterstützung bei Koordinierungstätigkeiten und An- oder Abfahrten

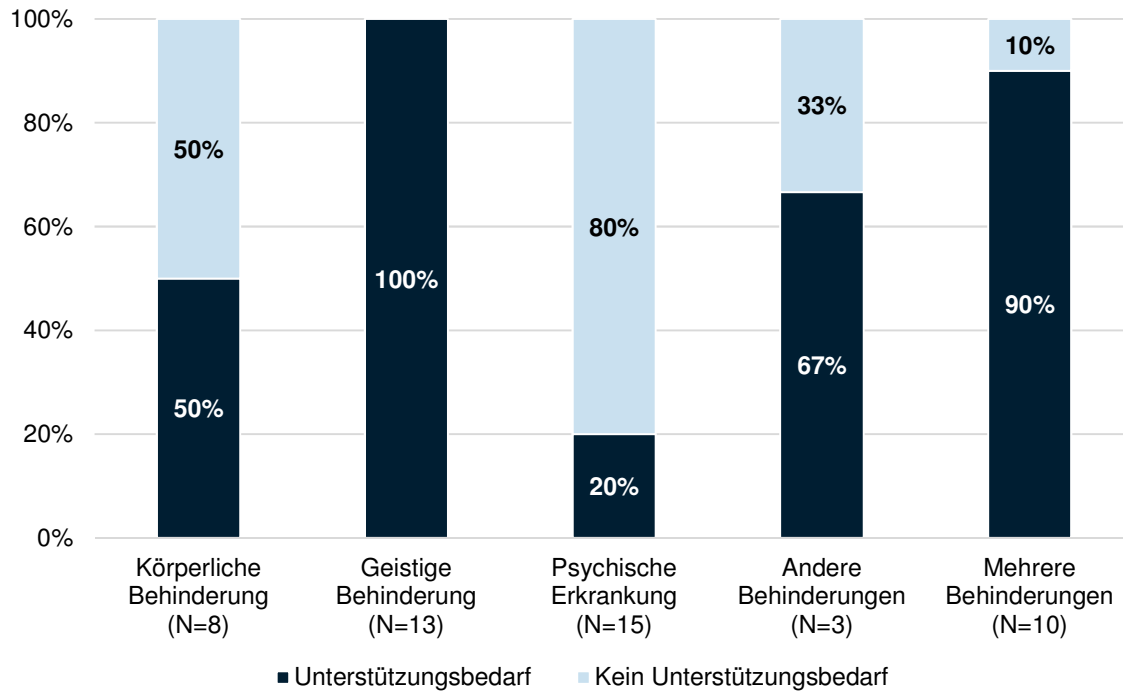
In den sechs Beratungsstellen mit überwiegend nebenberuflichen oder ehrenamtlichen Peer Counselor werden die Beraterinnen und Berater von Koordinatorinnen oder Koordinatoren auch außerhalb der Beratungsarbeit bei Koordinierungstätigkeiten oder An- und Abfahrten unterstützt. Der Unterstützungsbedarf ist dabei individuell verschieden. Knapp die Hälfte aller Peer Counselors gibt an, dass sie Unterstützung bei der Vorbereitung der Beratungsgespräche, bei der Absprache der Termine und der Beratungsdokumentation benötigen. Ca. 14 Beraterinnen und Berater müssen bei dem Hin- und Rückweg zu den Einsatzorten, Seminaren, etc. unterstützt werden.

Den höchsten Unterstützungsbedarf haben Beraterinnen und Berater mit geistiger Behinderung. Sie benötigen ausnahmslos Unterstützung bei mindestens einer Koordinierungstätigkeit oder bei den Fahrten. Sehr vielen von ihnen benötigen zudem Unterstützung bei der Vorbereitung, bei Terminabsprachen oder der Dokumentation von Beratungsgesprächen. Knapp die Hälfte muss bei den Hin- und Rückwegen unterstützt werden.

Auch die meisten Peer Counselors mit mehreren Behinderungen geben einen Unterstützungsbedarf bei mindestens einer Koordinierungstätigkeit an. Unter ihnen benötigen 70 bis 80 Prozent Unterstützung bei der Vorbereitung, Terminabsprache oder Dokumentation der Beratungsgespräche. Knapp die Hälfte benötigt Hilfe bei den An- und Abfahrten. Rund die Hälfte der Peer Counselors mit körperlichen Behinderungen benötigt Unterstützung bei Koordinierungstätigkeiten

und/oder An- oder Abfahrten. Vergleichsweise selten ist der Unterstützungsbedarf bei Beraterinnen und Beratern mit psychischen Behinderungen.

Abbildung 4-10: Beraterinnen und Berater, die mindestens bei einer Koordinierungstätigkeit Unterstützung benötigen, nach Behinderungsart



Quelle: Befragung der Peer Counselors. N=49. Eigene Berechnungen Prognos AG.

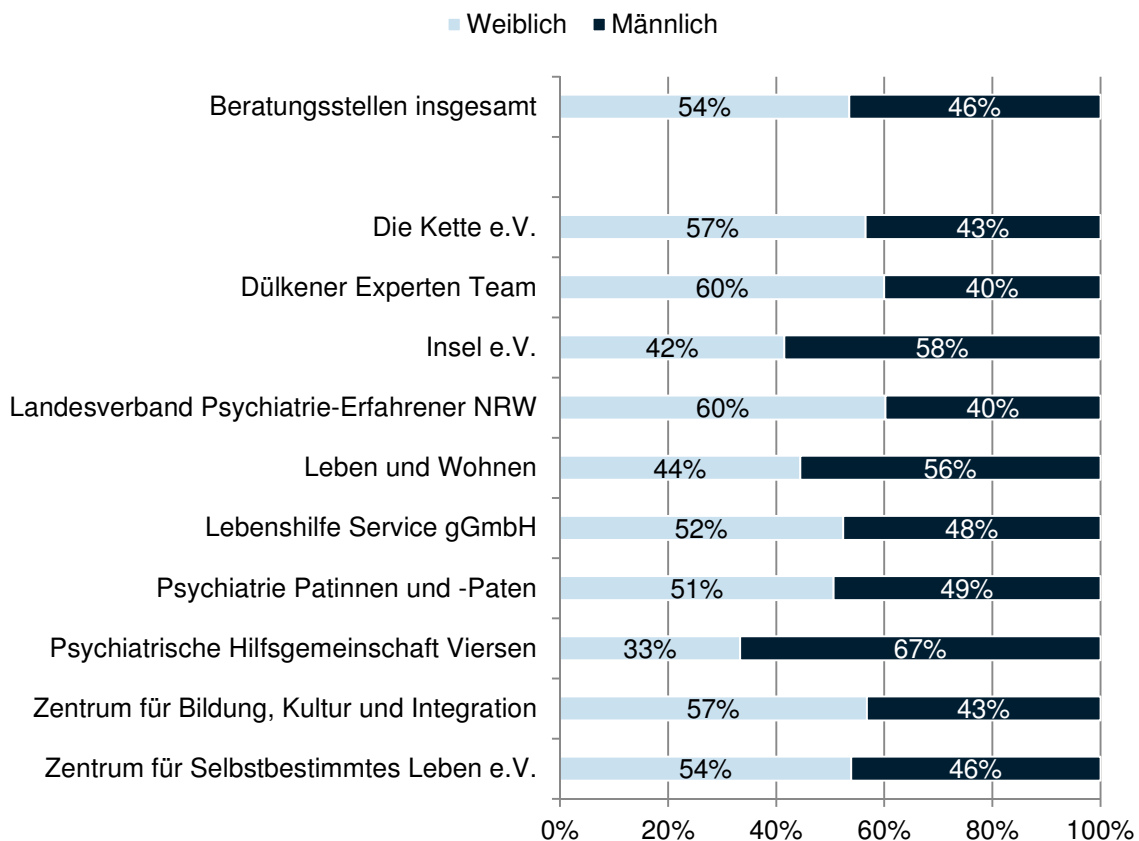
Einige Beraterinnen und Berater geben Unterstützungsbedarfe an, die über die genannten Tätigkeiten hinaus gehen, z.B. beim „Lesen und Verstehen“, bei „Aufregung“, „Toilettengängen“ oder wenn man sich nicht traut „etwas zu sagen, da bin ich froh, wenn jemand dabei ist.“

5 Wer nutzt Peer Counseling? – Einblick in die Nutzerprofile der Beratungsstellen

5.1 Geschlecht und Alter

Insgesamt ist das **Geschlechterverhältnis** unter den Ratsuchenden der Peer-Beratungsstellen im Rheinland **ausgeglichen**. Etwa 54 Prozent sind weiblich, 46 Prozent männlich. Vergleichsweise gering ist der Anteil der Frauen unter den Ratsuchenden bei der Psychiatrischen Hilfgemeinschaft Viersen.

Abbildung 5-1: Ratsuchende nach Beratungsstelle und Geschlecht



Quelle: Ergebnisse der Dokumentation der Peer-Beratungen (Stand: 29.2.2016). Zeitraum 1.3.2015 – 29.2.2016. N=499. Eigene Berechnungen Prognos AG.

In den Beratungsstellen werden Ratsuchende **aller Altersklassen** beraten. Die Ratsuchenden sind zwischen 14 und 82 Jahre alt. Im Durchschnitt sind die Ratsuchenden einer der Peer-Beratungsstelle im Rheinland 40 Jahre alt.

Ein genauerer Blick auf die einzelnen Beratungsstellen zeigt jedoch, dass sich die Altersstruktur der Ratsuchenden zwischen den Beratungsstellen deutlich unterscheidet. Insel e.V. berät z.B. vorwiegend junge Menschen, die durchschnittlich 26 Jahre alt sind. Deutlich älter sind im Vergleich die Ratsuchenden des Beratungsteams von Leben

und Wohnen (im Durchschnitt 55 Jahre) und des Landesverbands Psychiatrie Erfahrener (im Durchschnitt 48 Jahre).

Tabelle 5-1: Alter der Ratsuchenden in den Beratungsstellen

Beratungsstelle (in alphabetischer Reihenfolge)	Alter (Mittelwert)	Jüngster Ratsuchender	Ältester Ratsuchender
Die Kette e.V.	41	20	59
Dülkener Experten Team	22	18	30
Insel e.V.	26	14	58
Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW	48	22	76
Leben und Wohnen	55	45	60
Lebenshilfe Service gGmbH	32	16	50
Psychiatrie Patinnen und -Paten	47	19	82
Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen	47	18	75
Zentrum für Bildung, Kultur und Integration	32	15	55
Zentrum für Selbstbestimmtes Leben e.V.	39	17	60
Gesamtergebnis	40	14	82

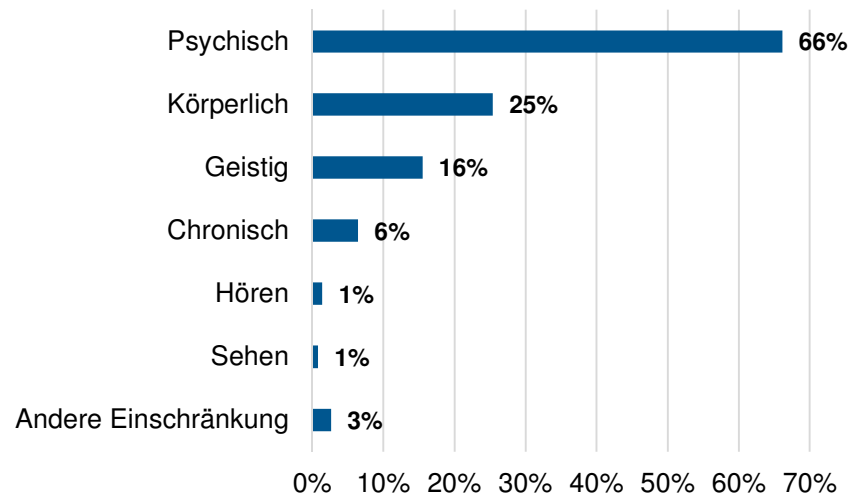
Quelle: Ergebnisse der Dokumentation der Peer-Beratungen (Stand: 29.2.2016). Zeitraum 1.3.2015 – 29.2.2016. N=318. Eigene Berechnungen Prognos AG.

5.2 Art der Behinderung

Unter den Ratsuchenden finden sich Personen mit verschiedenen Behinderungsarten. Die Mehrheit der Ratsuchenden (66%) **gibt an (auch⁵⁹) eine psychische Behinderung** zu haben. Häufig vertreten waren auch Menschen mit Körperbehinderung (25%) sowie Menschen mit Schwierigkeiten beim Lernen bzw. geistiger Behinderung (16%). Deutlich seltener hatten Ratsuchende eine langandauernde chronische Krankheit (6%) oder Schwierigkeiten beim Hören oder Sprechen bzw. Sehen (jeweils 1%). Der große Anteil an Ratsuchenden mit psychischen Behinderungen kann auf den hohen Anteil an dokumentierten Beratungsfällen in den Beratungsstellen mit einem Schwerpunkt auf Zielgruppen mit psychischen Behinderungen zurückgeführt werden.

⁵⁹ Die Art der Behinderung wurde als Mehrfachangabe erhoben. Die Ratsuchenden haben z.T. mehrere Behinderungen.

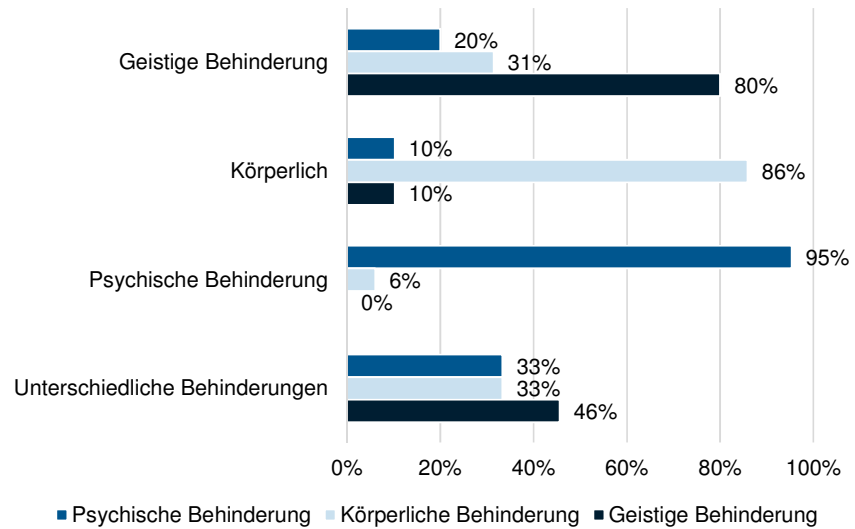
Abbildung 5-2: Behinderungen und Erkrankungen der Ratsuchenden
(Mehrfachangaben möglich)



Quelle: Ergebnisse der Dokumentation der Peer-Beratungen (Stand: 29.2.2016). Zeitraum 1.3.2015 – 29.2.2016. N=496. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Erwartungsgemäß unterscheidet sich die Nutzerstruktur der Beratungsstellen im Zusammenhang mit der Art der Behinderung **der Peer-Beraterinnen und -Berater**. Die Auswertungen zeigen häufig eine Übereinstimmung der Behinderungsart der Beratenden und der Ratsuchenden. Dementsprechend werden Beratungsstellen, in denen hauptsächlich Menschen mit geistiger Behinderung arbeiten, auch hauptsächlich von Ratsuchenden mit geistiger Behinderung besucht. Körperlich behinderte Ratsuchende suchen vorrangig die Beratungsstelle der körperlich behinderten Beraterin auf und Beratungsstellen mit psychisch behinderten Peer Counselors haben fast ausschließlich psychisch behinderte Ratsuchende. Erwartungsgemäß besteht hingegen die größte Heterogenität unter den Ratsuchenden bei den Beratungsstellen, bei denen die Beraterinnen und Berater jeweils unterschiedliche Behinderungen haben. Sie werden von Menschen mit psychischer (33%), körperlicher (33%) und geistiger Behinderung (46%) in ähnlichem Maße aufgesucht.

Abbildung 5-3: Verteilung der Ratsuchenden auf Peer Counselors nach Art der Behinderung (Mehrfachantworten möglich), Anteile an allen Beratungsfällen der Beratungsstelle



Quelle: Ergebnisse der Dokumentation der Peer-Beratungen (Stand: 29.2.2016). Zeitraum 1.3.2015 – 29.2.2016. N=496. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Auf der Basis der Dokumentationsbögen können über die Bildungshintergründe und Wohn- sowie Lebenssituation der Ratsuchenden keine verlässlichen Aussagen getroffen werden, da die Angaben hierzu insgesamt zu gering sind. Eine Auswertung dieser Dimensionen wird für die Gruppe der befragten Ratsuchenden in Kap. 7.1 durchgeführt.

6 Wie wirkt Peer Counseling? – Entwicklung eines Wirkmodells

Im Rahmen der Begleitforschung gilt es herauszufinden, was Peer Counseling bewirkt und welche Faktoren Einfluss auf Gestaltung, Ablauf und Ergebnisse des Beratungsprozesses nehmen. Faktoren, welche die Grundlage für das Peer Counseling darstellen, werden hier als Bedingungsfaktoren bezeichnet. Einige dieser Bedingungsfaktoren konnten im Rahmen einer Literaturanalyse, Fokusgruppendifkussionen und leifadengestützten Gesprächen mit Koordinatorinnen und Koordinatoren der Beratungsstellen identifiziert werden und wurden genutzt, um ein erstes vorläufiges Wirkmodell des Peer Counseling zu erstellen.

6.1 Ergebnisse der Literaturanalyse

Grundsätzlich lässt sich zu den Ergebnissen der Literaturanalyse feststellen:

- Viele Autorinnen und Autoren, die sich mit Peer Counseling beschäftigen, sind Menschen mit Behinderungen
- Insgesamt gibt es wenig empirische Studien zum Peer Counseling. Bei den meisten vorliegenden (deutschsprachigen) Arbeiten handelt es sich zudem um Abschlussarbeiten (Diplom, Bachelor oder Master).
- Die konzeptionellen Beschreibungen des Peer Counseling-Ansatzes lassen einen klaren Bezug zu Auffassungen und Methoden der humanistischen Psychologie erkennen, die stark auf ihre Klienten sowie deren Bedürfnisse und Anliegen fixiert ist, wie sie Carl Rogers (1951) vertritt.
- Nach Literaturlage handelt es sich bei Peer Counselors im deutschsprachigen Raum zu einem großen Teil um akademisch qualifizierte Personen (Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Jura, Psychologie etc.), welche häufig die Zusatzqualifikation Peer Counseling führen. Dieser Umstand lässt sich vermutlich darauf zurückführen, dass viele Beratungsangebote durch Selbsthilfeorganisationen von Menschen mit Körperbehinderung etabliert wurden, die häufig akademisch ausgebildete Beraterinnen und Berater mit Körperbehinderungen beschäftigen.
- Es gibt insgesamt wenig neuere Arbeiten zum Peer Counseling bei Menschen mit Behinderungen. Vorhandene Arbeiten in diesem Bereich fokussieren auf Menschen mit psychischen Erkrankungen, wie beispielsweise Studien an der Universität in Hamburg.⁶⁰

⁶⁰ Vgl. z.B. Utschakowski 2009; Mahlke et al. 2014.

Die in der Literatur inhaltsanalytisch identifizierten Wirk- und Bedingungsfaktoren für das Peer Counseling lassen sich grob entlang der Kategorien „Konzeptionelle / programmatische Faktoren“, „Personelle Faktoren“, „Räumlich – sächliche Faktoren“ und „Umfeld- und Umweltfaktoren“ untergliedern. Diese vier Dimensionen stellen die oberste Hierarchieebene dar, der sich auf zwei weiteren Gliederungsebenen differenzierte Faktoren zuordnen lassen. Die Ergebnisse werden in *Tabelle 6-1* bis *Tabelle 6-4* dargestellt.

Tabelle 6-1: Darstellung der identifizierten konzeptionellen Faktoren

• Evaluation der Beratungspraxis	➤ Befragungen der Ratsuchenden und der Beratenden
• Beratungskonzept	➤ Ganzheitliches Beratungsangebot
	➤ Klare Ziele
	➤ Angebot von Einzel- und Gruppencounseling
	➤ Methodenvielfalt in der Problembewältigungs- und Strategieentwicklung
	➤ Ansprechen von unangenehmen/ tabuisierten Themen
	➤ Niederschwellige Kriseninterventionen
	➤ Bedürfnisorientierung (Ratsuchende bestimmen Themen und Tempo)
	➤ Wiederaufnahme des Kontakts zum Ratsuchenden
	➤ Zeitliche Beschränkung der Eins zu Eins Sitzungen
• Regelmäßige Supervision und Selbstreflexion	➤ Kollegiale Begleitung
• Orientierung an Berufs- und Ausbildungsordnung	➤ Diskretion
	➤ Angebot von Peer Support
	➤ Kenntnisse in Ethik der Hilfebeziehung
	➤ Kenntnisse der „Unabhängig Leben Philosophie“
	➤ Beratenden Struktur (Unabhängigkeit, Parteilichkeit, haupt- oder ehrenamtlich)
	➤ Juristische Beratung
• Fähigkeiten aktivieren und vermitteln können (Empowerment)	➤ Entwicklung und Anwendung von Handlungsalternativen
	➤ Problemlösungsanalyse und -diagnose, Problemlösungskompetenzen
	➤ Anregung zur Aktivierung / Nutzung von Ressourcen des Ratsuchenden
	➤ Förderung von Selbstbestimmung und Alltagskompetenzen

Quelle: Eigene Darstellung Uni Kassel.

Tabelle 6-2: Darstellung der identifizierten personellen Faktoren

Qualifikation des Beraters	➤ Ausbildung zum Peer Counselor
	➤ Interview- und Gesprächskompetenzen
Positive Beziehung zwischen Beratern und Ratsuchenden	➤ Parteilichkeit mit Interessenvertretung für Menschen mit Behinderungen
	➤ Trennung von Beratungstätigkeit und privater Beziehung
	➤ Umgang mit Emotionen und Gefühlen
Empathische Grundhaltung nach humanistischem Menschenbild	➤ Nicht direkte Beziehung
	➤ Aktives Zuhören (focusing)
	➤ Empathie der Beratenden
	➤ Akzeptanz der Ratsuchenden
	➤ Echtheit der Beratenden
Positives Rollenvorbild	➤ Abstinenz
	➤ Positiver Einfluss der Peers aufeinander
Persönliche Betroffenheit	➤ Wirkung von Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Status, Religionszugehörigkeit, ethnisch-kulturelle Zugehörigkeit
	➤ Art und Umfang von Beeinträchtigungen / chronischen Erkrankungen und Behinderungserfahrungen

Quelle: Eigene Darstellung Uni Kassel.

Tabelle 6-3: Darstellung der identifizierten räumlich-sächlichen Faktoren

Ausgestaltung des Beratungsraumes
Barrierefreiheit / Erreichbarkeit

Quelle: Eigene Darstellung Uni Kassel.

Tabelle 6-4: Darstellung der identifizierten Umfeld- und Umweltfaktoren

Austausch mit anderen Peer Counselor auf formeller und informeller Ebene
Kontakte / Netzwerke zu anderen therapeutischen Angeboten
Vernetzung mit anderen Beratungs- und Kontaktstellen

Quelle: Eigene Darstellung Uni Kassel.

Die inhaltsanalytisch strukturierten Wirk- und Bedingungsfaktoren der Literaturanalyse sind wesentliche Grundlage für die Entwicklung des Wirkmodells des Peer Counseling. Es dient zudem der Operationalisierung des Leitfadens für die Fokusgruppendifkussionen sowie der deduktiven Ableitung eines Codesystems für deren Auswertung.

Neben den Wirk- und Bedingungsfaktoren wird als **Wirkungen und Ergebnisse** des Peer Counseling die (Selbst-)Aktivierung von Empowermentprozessen (teilweise) in der Literatur genannt.⁶¹ Diese sollen die Ratsuchenden dazu befähigen, sich und ihre Lebenssituation zu reflektieren und davon ausgehend ihr Lebensumfeld sowie ihre Persönlichkeit zu entwickeln und zu verändern. Diese durch das Peer Counseling ausgelösten Veränderungen im Leben der Ratsuchenden sollen zu einer selbstbestimmten Lebensführung auf der Grundlage individueller Ziele der Betroffenen führen.

6.2 Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen

Die Auswertung der durchgeführten Fokusgruppendifkussionen mit Peer Counselors und Ratsuchenden bestätigen die in der Literatur benannten Wirk- und Bedingungsfaktoren. Ergänzend werden in den Gruppendiskussionen jedoch inhaltliche Aspekte hervorgebracht, die in der Fachliteratur nicht bzw. nicht in der Form beleuchtet werden und nur von einer Gruppe der Diskussionsteilnehmenden angeführt und/oder unterschiedlich gewichtet werden. So finden sich beispielsweise keine Angaben zu Evaluation der Beratungsprozesse in den Fokusgruppendifkussionen; lediglich in der Gruppe der Peer Counselors werden Aussagen zu Supervision getätigt. Von allen Diskutantinnen und Diskutanten wird die Bedeutung eines respektvollen, wertschätzenden Umgangs miteinander betont.

6.2.1 Konzeptionelle Faktoren

Im Bereich der konzeptionellen Faktoren lassen sich bezüglich des Beratungskonzeptes zwischen den Gruppendiskussionen der Peer Counselors und der Ratsuchenden keine erheblichen Unterschiede feststellen. Als bedeutsam für gutes Peer Counseling bewerten beide Gruppen Bedürfnis- und Klientenzentrierung, Anregung der Selbstaktivierung, Problemfeldanalyse und Problemlösungsmanagement, den individuellen Bedürfnissen entsprechende Dauer und Häufigkeit der Beratungen sowie das Angebot unterschiedlicher Beratungsformen. In den Diskussionen mit den Beraterinnen und Beratern wurden zudem zwei weitere Punkte als relevant hervorgehoben:

- Beschäftigungsverhältnis der Peer Counselor und
- Angaben zur Durchführung von Einzel- und Teamsupervision.

⁶¹ Vgl. z. B. van Kan 2000; Carter 2000.

Deckungsgleich ist die Relevanz niederschwelliger Komplementärangebote, welche die Beratungs- und Kontaktstellen zusätzlich bereit halten sollten. Dazu zählen beispielsweise offene Cafés, Spielenachmittage, Selbsthilfegruppen und andere Formen von Peer Support.

6.2.2 Personelle Faktoren

Bezüglich der personellen Faktoren lassen sich die Ergebnisse der Fokusgruppendifkussion in fünf Schwerpunktbereiche untergliedern: Beraterqualifikation, Beziehungsqualität, Grundhaltung der Peer Counselors, Vorbildfunktion sowie eigene Betroffenheit der Peer-Beraterinnen und -Berater. Als großer gemeinsamer Nenner lässt sich das Matching von Peer Counselor und Ratsuchenden als bedeutsamer Aspekt für gelingende Peer-Beratung erkennen.

Beraterqualifikation

Beide untersuchten Gruppen betonen die Notwendigkeit, dass die Beratenden an einer Schulung zum Peer Counselor teilgenommen haben und über Interview- und Gesprächsführungskompetenzen sowie Beratungskompetenzen und Methodenwissen verfügen. Eine Doppelqualifikation (das Absolvieren der Peer Counselor Schulung neben einem akademischen Abschluss im psycho-sozialem oder juristischen Bereich) wird von den Ratsuchenden geschätzt, aber nicht vorausgesetzt.

Es wird jedoch als Vorteil erachtet, wenn zusätzlich im Team der Beratungsstelle entsprechend ausgebildete „Profis“ mit juristischem oder sozialarbeiterischem Hintergrund ansprechbar sind. Auch wenn die Ratsuchenden betonen, dass häufig juristische Anliegen Anlass geben, die Beratung von „Experten in eigener Sache“ in Anspruch zu nehmen, betonen die befragten Peer Counselors, keine juristische Beratung durchzuführen, sondern nur Informationen zu Rechtsfragen weiter zu geben. Kompetenzen in der Problemfeldanalyse und dem Problembewältigungsmanagement stellen weitere wichtige Voraussetzungen für das Gelingen von Peer-Beratung aus der Sicht beider Gruppen dar. Die Peer Counselors merken an, dass auch die Kenntnis über eigene Kompetenz- und Belastungsgrenzen in der Beratungstätigkeit von Bedeutung ist.

Beziehungsqualität

Die Ansprüche an die Beziehungsqualität decken sich in vielen Bereichen beider befragten Gruppen; genannt werden die Parteilichkeit der Peer Counselors für die Belange der Ratsuchenden, die Unabhängigkeit der Beratungsstelle / der Beraterinnen und Berater, das Anerkennen von Belastungsgrenzen sowie der wertschätzende Umgang miteinander. Insbesondere die Unabhängigkeit von institutionellen, persönlichen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen sowie die Begegnung auf Augenhöhe bilden aus Sicht aller Gruppen Alleinstellungsmerkmale des Peer Counseling, welche diese Beratungsmethode zur wichtigen und unersetzbaren Alternative / Ergänzung zum bestehenden Beratungsangebot werden lässt.

Grundhaltung der Peer Counselors und Vorbildfunktion

Übereinstimmend mit der Literatur werden eine akzeptierende, authentische, empathische und offene Grundhaltung der Peer-Beraterinnen und -Berater von beiden befragten Gruppen als zentrale Wirkfaktoren eingestuft. Von ähnlich herausragender Bedeutung erscheint die Anwendung der Methode des aktiven Zuhörens, die von Ratsuchenden auch mit „gutem Zuhören“ beschrieben wird. Die Einhaltung der Schweigepflicht gegenüber Dritten und Diskretion bilden für alle beteiligten Diskutantinnen und Diskutanten die unverzichtbare Basis der Beratungsarbeit. In zwei Diskussionsrunden wurden in den Gesprächen mit Peer Counselors die Belastbarkeit der Beratenden und die Zuverlässigkeit / Verbindlichkeit – auch über einen längeren Zeitraum hinweg – als Grundvoraussetzung explizit betont.

Einen weiteren Schwerpunkt in der Peer-Beratung liegt in der gemeinsamen Entwicklung von Problembewältigungsstrategien und der Unterstützung der Ratsuchenden bei der Umsetzung von Handlungsalternativen. Beides wird von allen Beteiligten in direkten Zusammenhang mit der Anregung zur Persönlichkeitsentwicklung der Ratsuchenden gesetzt. Die (un-)mittelbare Wirkung der Vorbildfunktion der Peer Counselors wird nur zweimal in den Gesprächen mit Beraterinnen und Beratern erwähnt. Lediglich ein Thema wird nur in der Literatur und in einer Gruppendiskussion mit den Peer Counselors als weitere Voraussetzung für ein gelingendes Peer Counseling benannt, nämlich die Reflexion und hinreichende Be- und Verarbeitung der eigenen Behinderung(-serfahrung) der Peer-Beraterinnen und -Berater.

Eigene Betroffenheit der Peer-Beraterinnen und -Berater

Das Vorliegen einer Behinderung oder chronischen Erkrankung seitens der Counselors stellt eine Grundvoraussetzung und Besonderheit dieser Beratungsmethode dar und wird von beiden Gruppen als unabdingbar angeführt. Ein bedeutsamer Aspekt für eine gelingende Zusammenarbeit zwischen Peer Counselor und Ratsuchenden ist die Passung der persönlichen Beziehung. Dabei wird die Gleichartigkeit der Beeinträchtigungen von allen Diskussionsteilnehmenden sowohl als hilfreich für die Kontaktaufnahme als auch innerhalb des Beratungsprozesses selber betont. So sollten beispielsweise körperbehinderte Menschen von körperbehinderten Menschen, psychisch kranke Menschen von psychisch kranken Menschen oder blinde Menschen von blinden Menschen beraten werden. Die in der Literatur häufig für ein gutes Matching wichtig erachtete Übereinstimmung auch von soziodemografischen Merkmalen wie Alter, Bildungsstand, Geschlecht, sozioökonomischer Hintergrund, ethnische Zugehörigkeit und Konfession scheint hingegen für die Teilnehmenden der Fokusgruppen keine Rolle zu spielen.

6.2.3 Räumlich-sächliche Faktoren

Die *Barrierefreiheit* stellt ein zentrales Kriterium der räumlich-sächlichen Wirkfaktoren dar.

Eine gute – nach Möglichkeit barrierefreie – Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr und die zentrale Lage der Beratungsstelle werden übereinstimmend von allen Diskutantinnen und Diskutanten als wichtige Merkmale der *Erreichbarkeit* angeführt. Eine zusätzliche Erleichterung – aus Perspektive der Ratsuchenden – wäre das Vorhandensein einer guten Beschilderung und einer Wegbeschreibung zur Beratungsstelle.

Niederschwellige Kontaktmöglichkeiten, beispielsweise eine telefonische Sprechzeit, feste Bürozeiten, offene Angebote oder die Möglichkeit eines Austauschs per Email werden von beiden Gruppen im Zusammenhang mit der Erreichbarkeit genannt. Das Angebot von Hausbesuchen oder die Begleitung zu Ämtern und Behörden wird in zwei Fokusgruppendifkussionen der Peer Counselors erwähnt.

Neben einem barrierefreien Zugang ist es für alle Beteiligten von Bedeutung, dass auch die Innenausstattung weitgehend barrierefrei gehalten ist. In einer Gruppendiskussion mit Peer Counselors werden barrierefreie sanitäre Anlagen, elektrische Türöffner und das Vorhandensein von barrierefreiem Informationsmaterial gesondert angesprochen.

In allen Fokusgruppen wird großer Wert auf eine ansprechende *Beratungsraumgestaltung* gelegt; neben einer den Bedürfnissen von Beratenden und Ratsuchenden angepassten Einrichtung kann dieses die Bereitstellung von kostenfreien Getränken und Snacks während der Beratung beinhalten. Ungestörtheit während der Gespräche, Rückzugsmöglichkeiten, die Auslage von Informationsmaterialien und Flyern, die Trennung der Räumlichkeiten nach ihren Funktionsbereichen (Büro, Beratungsraum, Konferenzzimmer, Ort zum Rauchen) bilden weitere Einflussgrößen. Je einmal wird in Fokusgruppen mit Peer Counselors die Mitgestaltungsmöglichkeit bei der Raumausstattung durch Beraterinnen und Berater bzw. Ratsuchende angesprochen.

6.2.4 Umfeld- und Umweltfaktoren

Bezüglich des Einflussfaktors *informeller Austausch* mit anderen Peer Counselors empfinden es die Peer-Beraterinnen und -Berater in allen Gruppendiskussionen als hilfreich, sich regelmäßig mit Kolleginnen und Kollegen in Fallbesprechungen austauschen zu können. Neben einer projektbezogenen Zusammenarbeit in Netzwerken wird auf die Bedeutung von persönlichen Ansprechpartnerinnen und -partnern bei Kooperationspartnern hingewiesen.

Auch wenn im Peer Counseling Themen aus allen Lebensbereichen angesprochen werden können, halten es alle Diskutantinnen und Diskutanten für unabdingbar, dass die Peer-Beratungsstellen auf lokaler Ebene gut mit anderen Vereinen, Selbsthilfegruppen, Ämtern und (Fach-)Ärztinnen und Ärzten vernetzt sind, um bei Bedarf an ergänzende und/oder weiterführende Anbieter verweisen zu können. Dabei sollten die Kooperationspartner jedoch mit Bedacht gewählt werden; in einer Peer Counselor Fokusgruppe wird darauf hingewiesen, dass in einer Peer-Beratungsstelle beispielweise keine Weitervermittlung

an kommerzielle Anbieter erfolge. Vereinzelt erhoffen sich Ratsuchende, dass die Peer-Beraterinnen und -Berater einen guten Überblick über sämtliche lokale Hilfs- und Unterstützungsangebote haben.

Beide Gruppen sind sich insgesamt über die besonderen Qualitäten des Peer Counseling bewusst und verstehen diese Form der Beratung von Betroffenen für Betroffene als ein Alternativangebot zum bestehenden Feld der „professionellen Anbieter“ von (Fach-)Beratungen. Letztere werden von einigen Ratsuchenden kritisch bis negativ bewertet, da ein erworbenes Wissen aus ihrer Sicht häufig nicht so umfassend ist, wie das Erfahrungswissen durch eigene Betroffenheit. Zudem wird die Begegnung auf Augenhöhe von allen Diskutantinnen und Diskutanten als ein hilfreiches Merkmal im Peer Counseling beschrieben.

6.3 Wirkfaktoren und -zusammenhänge aus Sicht der Koordinatorinnen und Koordinatoren

Als Erfolgsfaktoren des Peer Counseling wurden im Rahmen der Fachgespräche mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren die folgenden Aspekte betont:

- Peer Counselors würden auf die Ratsuchenden besonders **authentisch und glaubwürdig** wirken, da diese selbst von Behinderung betroffen sind und dadurch über behinderungsspezifisches Erfahrungswissen, nicht nur über Fachwissen, verfügen.
- Die eigene erfolgreiche Lebensgestaltung mache die Peer Counselors zu **Vorbildern**. Indem die Ratsuchenden „lebensden Beispielen“ begegnen, die ihre Ziele verwirklicht haben, würden ihre eigenen Ängste und Unsicherheiten vermindert. Peer Counselors würden gerade auch Angehörigen die Augen öffnen, wie ein selbstständiges Leben „trotz Behinderungen“ aussehen könne.
- Die Beziehung zwischen ratsuchender Person und Peer Counselor sei durch (**emotionales**) **Verständnis** und einen offenen Umgang geprägt. Beim Peer Counseling werde formale Beratung und Informationsvermittlung mit persönlicher Anteilnahme kombiniert.
- Durch den **ähnlichen Erfahrungshorizont** von Beratendem und Ratsuchenden gebe es geringere Hemmschwellen im Zugang zueinander. Beide würden eine ähnliche Sprache sprechen. Ratsuchende würden zudem weniger Scham verspüren, auch über sensible Themen zu sprechen. Dies wirke sich positiv auf die Effektivität der Beratungsarbeit aus.
- Im Gegensatz zu einer Fachberatung (durch Leistungsanbieter der Behindertenhilfe oder Ämter) sei ein Peer Counselor **unabhängig** und die Beratung demnach nicht interessengeleitet. Betont wird überdies, dass Peer Counselor eine andere Rolle erfüllen und daher auf Seiten der Ratsuchenden eine

geringere Abwehrhaltung bestehe als etwa gegenüber Verwaltungskräften, Leistungsanbietern oder Lehrern.

- Nach Einschätzung der Koordinatorinnen und Koordinatoren haben die Peer-Beratungsstellen teilweise auch den Charakter von Orten der Begegnung.

Seitens der Peer Counselors sollten als Grundvoraussetzungen Interesse an der Methode des Peer Counseling, Kommunikationskompetenz und Kontaktfreude, in Kombination mit Empathie und Verständnis bestehen. Eine stabile Lebenssituation sowie eine reflektierte Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung in Kombination mit der Fähigkeit, die eigenen Kompetenzen und Grenzen in Beratungssituationen abschätzen zu können, werden ebenfalls als elementar für Peer Counselors angeführt. Peer Counselors sollten darüber hinaus selbstsicher, gelassen und konfliktfähig sein und dabei geduldig und offen für andere Sichtweisen. Wissen über bestehende Rechte auf Unterstützung, sollten vorhanden sein. Darüber hinaus sollten Peer Counselors über ausreichende zeitliche Ressourcen verfügen, um sich in der Peer-Beratung zu engagieren.

Aus Sicht der Koordinatorinnen und Koordinatoren bewirkt Peer Counseling durch seine Impulse, dass bei den Ratsuchenden Empowermentprozesse ausgelöst werden, die zu Lösungsstrategien führen, die selbständig erarbeitet und gegenüber Leistungsträgern begründet werden können. Auf Seiten der Peer Counselors Sorge die Beratungstätigkeit für ein höheres Selbstwertgefühl. Ihr Auftreten könne außerdem zu einer positiven Änderung der öffentlichen Wahrnehmung von Menschen mit Behinderungen beitragen.

Die möglichen Themen der Peer Counseling Sitzungen werden von den Koordinatorinnen und Koordinatoren in einem breiten Spektrum lebensweltlicher Themen verortet. Sie erstrecken sich von Fragestellungen zur unabhängigen Lebensführung, der Teilhabe am Arbeitsleben, der Krankheitsbewältigung, des Wohnens, über rechtliche Beratung, bis hin zum Wunsch, einfach ein Gespräch zu führen.

6.4 Fazit: Entwurf eines Wirkmodells von Peer Counseling

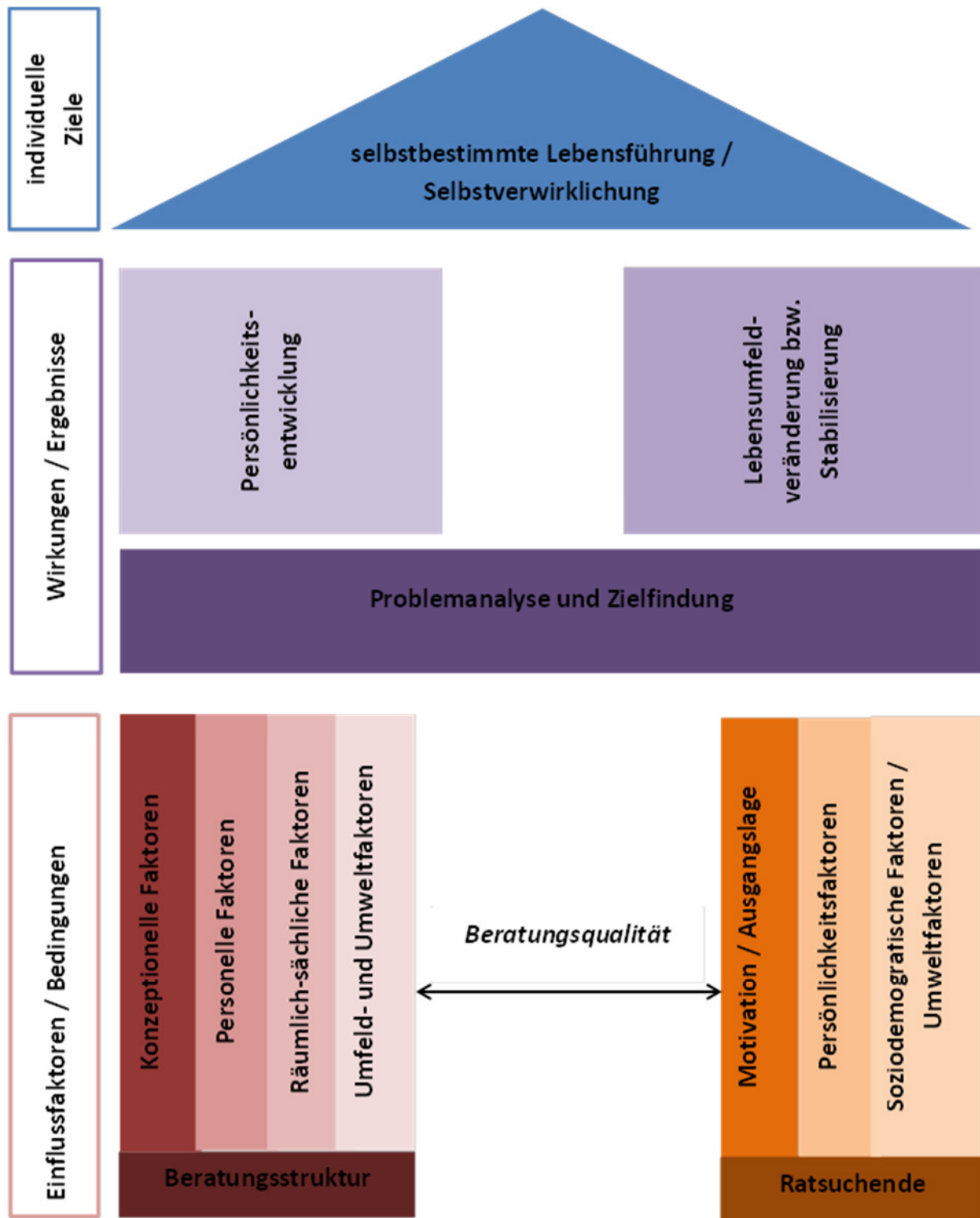
Basierend auf den Ergebnissen der Literaturanalyse, der Beratungen im Expertenpanel, der Fokusgruppendifkussionen und Fachgespräche mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren lässt sich ein vorläufiges Bedingungs- und Wirkmodell des Peer Counseling erstellen, das schematisch einen idealtypischen Beratungsprozess abbildet. Dabei wird von Bedingungen ausgegangen, welche die Grundlage bzw. den Ausgangspunkt einer Peer-Beratung darstellen. Analytisch lassen sich hier Voraussetzungen seitens der Beratungsstellen von persönlichen Voraussetzungen der Ratsuchenden unterscheiden.

Seitens der Beratungsstellen prägen konzeptionelle, personelle, räumlich-sächliche sowie Umfeld- und Umweltfaktoren den Beratungsprozess. Diese Faktoren liegen im Verantwortungs- und Einflussbereich der Beratungsstellen bzw. der Anbieter von Peer-Beratung. Auf der anderen Seite nehmen persönliche Eigenschaften und Voraussetzungen der Ratsuchenden Einfluss auf das Peer Counseling. Hier spielen die Motivation zur Inanspruchnahme von Peer Counseling ebenso eine Rolle wie beispielsweise Bewältigungsstrategien, Resilienzfaktoren sowie demografische Aspekte und Umweltfaktoren (z.B. soziale Unterstützung und Netzwerke). Es ist davon auszugehen, dass sich die Bedingungen der Beratungsstellen und persönliche Faktoren im Beratungsprozess faktisch wechselseitig beeinflussen und die Beratungsqualität in der jeweiligen Interaktion zwischen beiden Dimensionen entsteht.

Durch das Peer Counseling sollen selbstbestimmte und selbstgesteuerte Lösungs- und Bewältigungsstrategien (Empowermentprozesse) initiiert und ausgelöst werden, die nach bisherigen empirischen Erkenntnissen als Wirkungen und Ergebnisse des Peer Counseling zu beschreiben sind. Dimensionen der Wirkungen und Ergebnisse des Peer-Beratungsprozesses lassen sich als Problemanalyse und Zielfindung, Lebensumfeldveränderung bzw. Stabilisierung sowie Persönlichkeitsentwicklung systematisieren, die je nach Beratungsprozess in Umfang und Qualität variieren. Im Idealfall ermöglicht dieser, durch das Peer Counseling unterstützte Entwicklungs- und Empowermentprozess, eine selbstbestimmte Lebensführung bzw. die Verwirklichung individuell angestrebter Ziele. Mit dem klaren Fokus auf subjektiv bedeutsame Aspekte und Ziele der Lebensführung hebt sich das Peer Counseling in seiner konzeptionellen Ausrichtung insofern von der sozialpolitischen und fachlich-professionellen Programmatik der Teilhabe ab, da objektive Festlegungen eines „guten Lebens“ bzw. von relevanten Lebensbereichen und -zielen in den Hintergrund treten.

Das folgende Modell der Wirkungen und Bedingungen des Peer Counseling (vgl. Abbildung 6-1) gibt einen Überblick über verschiedene Dimensionen und Prozesse im Peer Counseling.

Abbildung 6-1: Bedingungs- und Wirkmodell des Peer Counseling



Quelle: Eigene Darstellung Uni Kassel.

Tabelle 6-5: Erläuterungen zu den Einflussfaktoren und Wirkungen des Peer Counseling

Individuelle Ziele	
Selbstbestimmte Lebensführung / Selbstverwirklichung	• Erreichung persönlicher Ziele / Wahlmöglichkeiten • Selbstbestimmte Lebensführung • Verwirklichung von Teilhabe • Wohlbefinden • Lebensqualität
Wirkungen / Ergebnisse	
Problemanalyse und Zielentwicklung	• Status quo • Lebenssituation • Selbstreflexion • Zielfindung
Persönlichkeitsentwicklung	• Aktivierung von Ressourcen • Partizipation • Autonomie • Resilienz
Lebensumfeldveränderung bzw. Stabilisierung	• Arbeit • Wohnen • Freizeit • Sozialkontakte • Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe
Einflussfaktoren und Bedingungen der Beratungsstruktur	
Konzeptionelle Faktoren	• Evaluation der Beratungspraxis • Beratungskonzept • Regelmäßige Supervision und Selbstreflexion • Orientierung an Berufs- und Ausbildungsverordnung
Personelle Faktoren	• Qualifikation der Beraterin/ des Beraters • Positive Beziehung zwischen Beratenden und Ratsuchenden • Empathische Grundhaltung nach humanistischem Menschenbild • Positives Rollenvorbild • Persönliche Betroffenheit
Räumlich-sächliche Faktoren	• Ausgestaltung des Beratungsraumes • Barrierefreiheit / Erreichbarkeit

Umfeld- und Umweltfaktoren	• Infos und Angebote zur Freizeitgestaltung und zum Peer Support • Notwendigkeit von (Eigen-)Werbung der Beratungsstelle • Austausch mit anderen Peer Counselors auf formeller und informeller Ebene • Kontakte / Netzwerke zu anderen therapeutischen Angeboten • Vernetzung mit anderen Beratungs- und Kontaktstellen
Einflussfaktoren und Bedingungen der Ratsuchenden	
Motivation / Ausgangslage	• Problemstellung • Änderungswünsche • Bedürfnislage
Persönlichkeitsfaktoren	• Aufgeschlossenheit • Fähigkeiten • Erfahrungen • Bewältigungsstrategien • Bereitschaft zur Mitwirkung
Soziodemografische Faktoren / Umweltfaktoren	• Alter • Geschlecht • Wohn- und Lebensform • Beruf / Bildung • Soziale Beziehungen und Netzwerke

Quelle: Eigene Darstellung Uni Kassel.

Beratungsprozesse und -verläufe sind höchst individuell und differieren in hohem Maße, beispielsweise in Abhängigkeit von Beratungsanlass und Ziel, Art der Beeinträchtigung und aktueller Lebenssituation der ratsuchenden Person. Aufgrund dieser Komplexität kann das Wirk- und Bedingungsmodell nur schematischen Charakter haben.

Für den vorliegenden Entwurf eines Wirkmodells lag der Schwerpunkt in der Operationalisierung von Bedingungsfaktoren, die Einfluss auf die Qualität der Beratungsstruktur nehmen. In den folgenden Arbeitsschritten gilt es das vorläufige Wirkmodell weiterzuentwickeln und zu überprüfen. Hierzu werden die Ergebnisse der quantitativen Querschnittuntersuchung der Ratsuchenden analysiert und mit den bisherigen Erkenntnissen abgeglichen. Dabei gilt es auch verstärkt die Dimensionen der Wirkungen und Ergebnisse des Peer Counseling sowie die mit dem Peer Counseling verfolgten individuellen Motive und Ziele der Ratsuchenden ins Zentrum des Interesses zu rücken.

7 Erste Befunde zu Bewertungen, Wirkungen und Gelingensfaktoren von Peer Counseling

7.1 Erfahrungen, Ergebnisse und Bewertungen der Peer-Beratung aus Sicht der Ratsuchenden

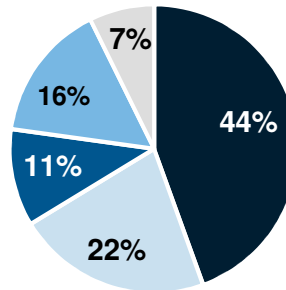
7.1.1 Beschreibung der Ratsuchenden und ihrer Ausgangslage

Geschlecht, Alter und Art der Behinderung

Die 1. Welle der Ratsuchenden-Befragung fand von Juni 2015 bis März 2016 statt. Es haben insgesamt 110 Personen den Fragebogen ausgefüllt, davon 16 Personen die Kurz- und 94 Personen die Langversion. Für die Befragten der Kurzversion liegen nur eingeschränkte Informationen vor, dies gilt für die Angaben zur Lebenssituation ebenso wie für differenzierte Einschätzungen und Bewertungen der Beratungssituation und des Peer Counseling. Diese Einschränkung der Daten gilt es bei der Betrachtung und Interpretation der folgenden Ergebnisse zu berücksichtigen. Die Befragten sind zu 58% weiblichen und zu 42% männlichen Geschlechts. Der Altersdurchschnitt liegt bei 41 Jahre bei einer Altersspanne von 16 bis 75 Jahren. Ratsuchende mit psychischer Behinderung stellen die größte Gruppe dar, gefolgt von Menschen mit Körperbehinderung und Menschen mit mehreren Behinderungen.⁶² Menschen mit geistiger Behinderung stellen prozentual die kleinste Gruppe dar (vgl. Abbildung 7-1). Darüber hinaus ist die Anzahl der Menschen mit geistiger Behinderung, welche die Langversion des Fragebogens ausgefüllt haben sehr gering (N=3). Entsprechend begrenzt sind die Informationen über diesen Personenkreis.

⁶² Die Kategorie Menschen mit mehreren Behinderungen erfasst jene Personen, die mehrere Behinderungsarten angegeben haben.

Abbildung 7-1: Verteilung der Ratsuchenden nach Behinderungsarten



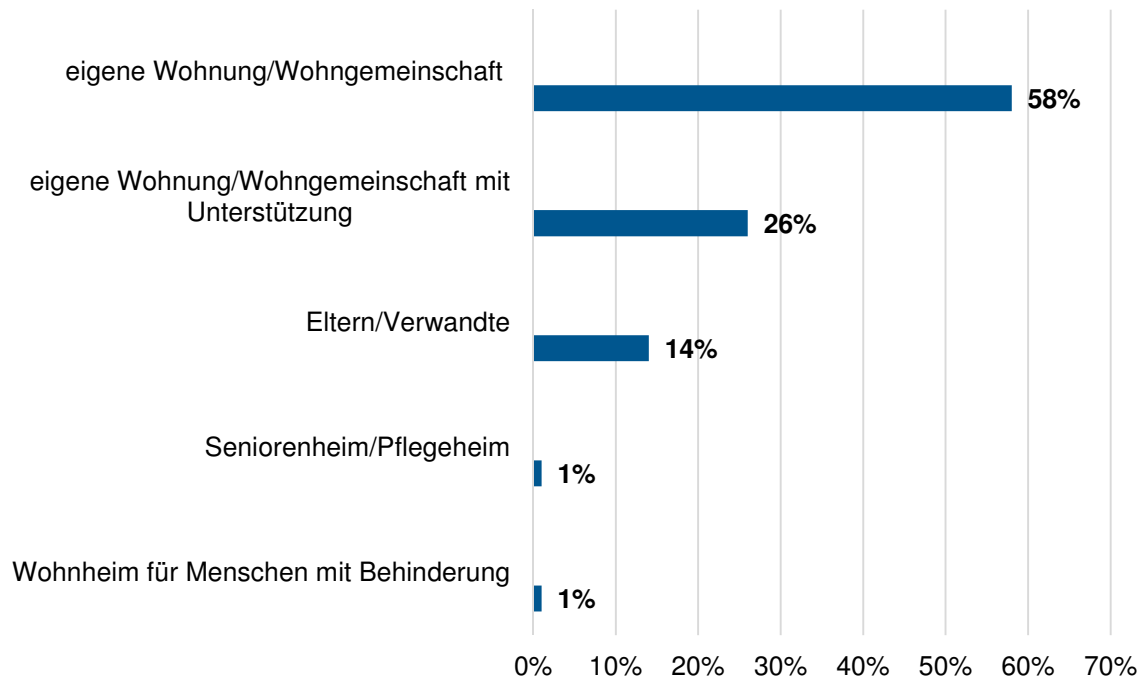
- psychische Behinderung ■ Körperbehinderung
- geistige Behinderung ■ mehrere Behinderungen
- keine Angabe

Quelle: Ergebnisse der Ratsuchenden-Befragung (Stand: 29.2.2016). N=110

Wohnsituation

Die Befragten wohnen mehrheitlich in einer eigenen Wohnung oder in einer Wohngemeinschaft. Rund ein Viertel nimmt Unterstützung zum Wohnen in Anspruch. Ein kleiner Teil der Befragten lebt bei Eltern oder Verwandten. Nur zwei Personen leben in stationären Wohneinrichtungen. Dies deutet darauf hin, dass Bewohnerinnen und Bewohner von Wohnheimen durch das vorliegende Beratungsangebot nur schwer bzw. unzureichend erreicht werden.

Abbildung 7-2: Verteilung der Ratsuchenden nach Wohnformen

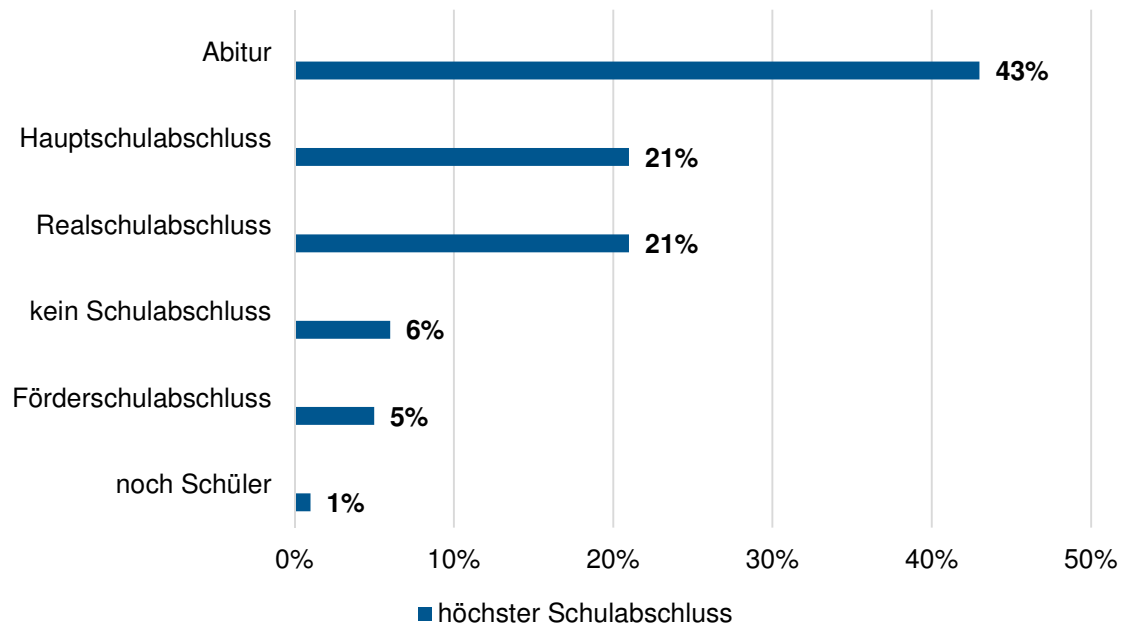


Quelle: Ergebnisse der Ratsuchenden-Befragung (Stand: 29.2.2016). N=90

Schulabschluss

Der häufigste Schulabschluss der Ratsuchenden war Abitur gefolgt von Real- und Hauptschulabschluss sowie keinem Schulabschluss oder Förderschulabschluss. Eine Person ist noch Schüler. Das Niveau des höchsten Schulabschlusses der befragten Ratsuchenden von Peer Counseling liegt damit deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt von Menschen mit Beeinträchtigungen (vgl. BMAS 2013, 111ff.).

Abbildung 7-3: Höchster Schulabschluss der Befragten



Quelle: Ergebnisse der Ratsuchenden-Befragung (Stand: 29.2.2016). N=86

Erwerbssituation

Die Erwerbssituation der befragten Ratsuchenden stellt sich heterogen dar. Am häufigsten beziehen sie eine Erwerbsminderungsrente, gefolgt von Arbeitslosigkeit sowie Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt. Mit Blick auf die Beschäftigungsorte fällt auf, dass keine ratsuchende Person eine Tagesstätte besucht. Differenziert man die Erwerbssituation nach Art der Behinderung, so zeigt sich zunächst, dass sich die körperbehinderten Ratsuchenden und die Ratsuchenden mit psychischer Behinderung auf alle Antwortmöglichkeiten verteilen. Unter den körperbehinderten Menschen befindet sich dabei sowohl die größte Gruppe Schülerinnen und Schüler bzw. Studentinnen und Studenten (17%) als auch die größte Gruppe von Personen, die auf dem 1. Arbeitsmarkt beschäftigt sind (21%). Je eine Person mit geistiger Behinderung befindet sich in Ausbildung, besucht eine WfbM oder arbeitet in einer Integrationsfirma. Etwa ein Fünftel der Befragten mit psychischer Behinderung ist auf dem 1. Arbeitsmarkt beschäftigt und etwa ein Viertel arbeitslos. Innerhalb der Ratsuchenden mit psychischer Behinderung findet sich die zweithöchste Anzahl Personen (26%), die Erwerbsminderungsrente beziehen. Nur die Befragten mit Mehrfachbehinderung haben einen höheren Anteil (31%). Unter den Menschen mit psychischer Behinderung findet sich die höchste Anzahl krankgeschriebener Personen (13%). Eine Werkstatt für behinderte Menschen wird von Menschen mit psychischer Behinderung nur selten (2%) besucht. Menschen mit mehreren Behinderungen

hingegen besuchen WfbM mit einem Anteil von 31% und Menschen mit Körperbehinderung mit einem Anteil von 13%. Personen mit mehreren Behinderungen geben mit knapp einem Drittel am häufigsten an Hausfrau bzw. -mann zu sein.

*Tabelle 7-1: Erwerbssituation der Ratsuchenden
(Mehrfachantworten möglich)*

	Anzahl	Prozent
Erwerbsminderungsrente	20	23%
Auf dem 1. Arbeitsmarkt	16	18%
Arbeitslos	16	18%
Werkstatt für behinderte Menschen	9	10%
Hausfrau/Hausmann	9	10%
Krankgeschrieben	7	8%
Schüler/Student	7	8%
Integrationsfirma	5	6%
In einer Reha-Maßnahme	4	5%
Altersrente	3	3%
In Ausbildung	3	3%
Selbständig	1	1%
Anderes	11	13%

Quelle: Ergebnisse der Ratsuchenden-Befragung (Stand: 29.2.2016). N=111

Einschätzung zur Repräsentativität der Gruppe der Befragten

Im Hinblick auf die Grundgesamtheit aller dokumentierten Ratsuchenden (vgl. 5.2) kann die Gruppe der Befragten bezüglich des Alters, der Verteilung des Geschlechts sowie die Rangfolge der Behinderungsarten als repräsentativ bezeichnet werden. Auch die Verteilung der Ratsuchenden auf die einzelnen Beratungsstellen ist vergleichbar. Aufgrund der zum Teil geringen Angaben in der Dokumentation der Beratungsgespräche zu Aspekten wie Bildungsabschluss, Erwerbsstatus und Wohnsituation können keine Aussagen dazu getroffen werden, inwieweit die Gruppe der Befragten die diesbezügliche Verteilung in der Grundgesamtheit aller dokumentierten Beratungsfälle abbildet.

7.1.2 Motivation, Peer-Beratung in Anspruch zu nehmen

Insgesamt hat etwa die Hälfte der Ratsuchenden die Beratungsstelle bereits zu einem früheren Zeitpunkt aufgesucht.

Mit Blick auf die Motivation Peer Counseling in Anspruch zu nehmen zeigen sich Unterschiede zwischen den befragten Ratsuchenden und der Grundgesamtheit der Ratsuchenden. Die Gründe, eine Peer-Beratungsstelle aufzusuchen, sind bei den befragten Ratsuchenden unterschiedlich (vgl. Tabelle 7-2). Mehrheitlich (54%) kommen die Ratsuchenden in die Beratungsstellen, weil sie Informationen zu einem bestimmten Thema suchen. Dies ist besonders häufig in den Beratungsstellen mit hauptberuflichen Beraterinnen und Beratern der Fall (64%). Bei den Ratsuchenden in den Beratungsstellen mit ehrenamtlich tätigen Peer Counselors wird hingegen das Motiv, das Beratungsangebot kennen zu lernen am häufigsten genannt (62%). Dies deutet darauf hin, dass die ehrenamtlich ausgeführten Angebote einen besonders niedrigschwelligen Zugang und Einstieg in das Peer Counseling eröffnen.

Differenziert nach Art der Behinderung fällt auf, dass von Menschen mit körperlicher Behinderung das Motiv „ich brauchte jemandem zum reden“, seltener genannt wird (18%) als von anderen Ratsuchenden. Ebenso scheinen Ratsuchende deren Peer Counselors vorrangig körperlich behindert sind häufiger konkrete Beratungsanlässe zu haben.

Tabelle 7-2: Beratungsgründe (Mehrfachantworten möglich)

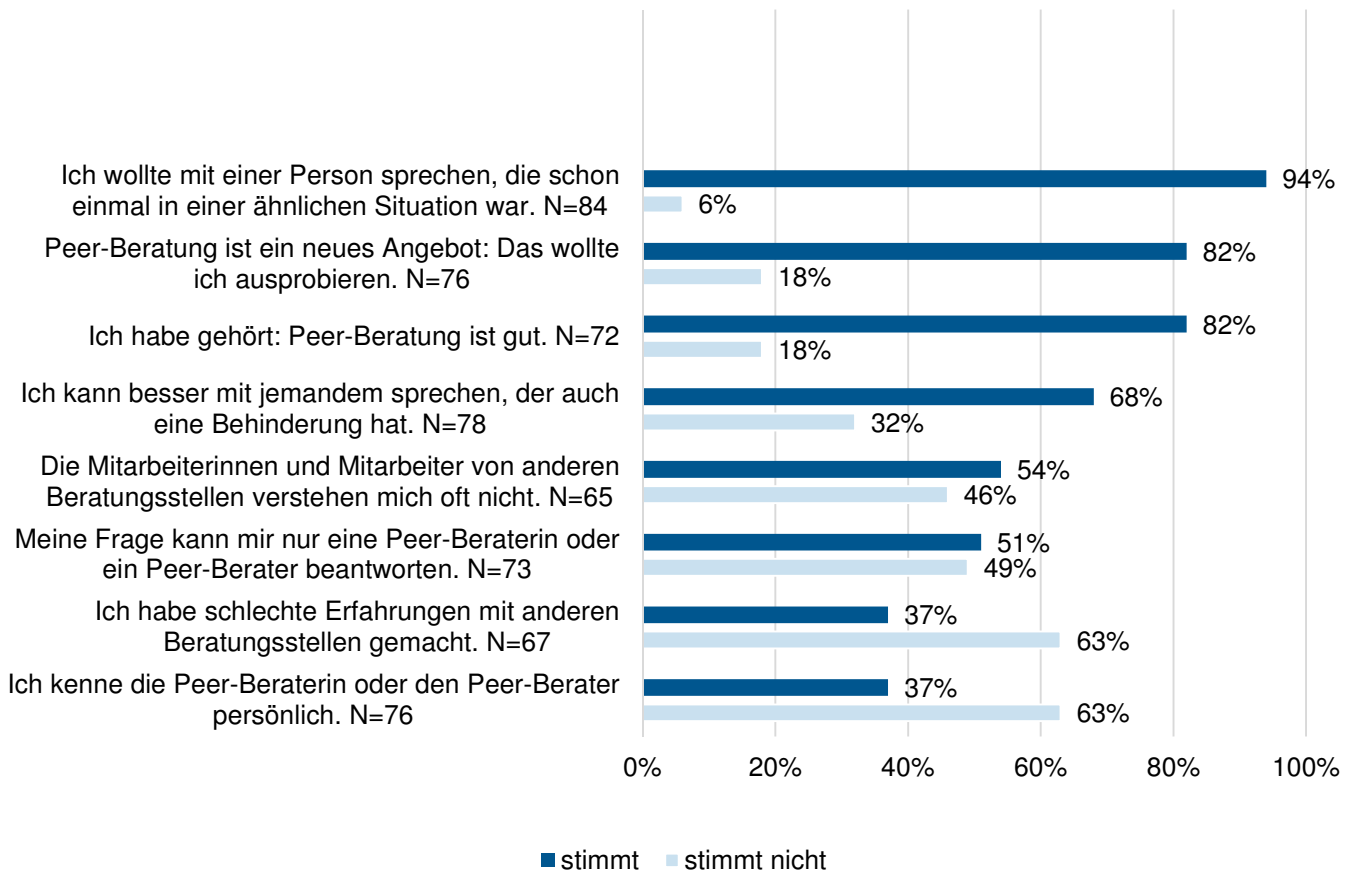
	Anzahl	Prozent
Ich wollte mich zu einem bestimmten Thema informieren.	50	54%
Ich brauchte jemanden zum Reden.	40	44%
Ich musste eine wichtige Entscheidung treffen und brauchte dabei Hilfe.	36	39%
Ich wollte Peer-Beratung einfach mal kennen lernen.	36	39%
Ich hatte eine bestimmte Frage.	31	34%
Anderer Grund	19	21%

Quelle: Ergebnisse der Ratsuchenden-Befragung (Stand: 29.2.2016). N=92

Hinsichtlich der Motivation, Peer-Beratung in Anspruch zu nehmen (vgl. Abbildung 7-4), lassen die Antworten der Ratsuchenden insgesamt deutlich erkennen, dass die Inanspruchnahme von Peer Counseling als bewusste Alternative zu anderen Beratungsstellen gewählt wird. Für annähernd alle Ratsuchenden ist es von zentraler Bedeutung, mit einer Person zu sprechen, die in ihrem Leben bereits in einer ähnlichen Situation war. Diese Gemeinsamkeit der Lebenserfahrung ist für deutlich mehr Ratsuchende (94%) wichtig als die Gemeinsamkeit einer Behinderung (68%). Sehr viele Ratsuchende wollten zudem Peer-Beratung als neues Angebot kennenlernen und ebenso viele hatten davon gehört, dass Peer-Beratung gut sei. Etwa die Hälfte der Ratsuchenden geht davon aus, dass nur ein Peer-Berater ihre Fragen beantworten kann und ebenso viele fühlen sich von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anderer Beratungsstellen nicht verstanden. Darüber hinaus hat fast

ein Drittel der Ratsuchenden bereits schlechte Erfahrungen in anderen Beratungsstellen gemacht.

Abbildung 7-4: Motivation Peer Counseling Beratungsstelle aufzusuchen



Quelle: Ergebnisse der Ratsuchenden-Befragung (Stand: 29.2.2016).

Beratungsthemen

Die Ratsuchenden kommen mit einer Vielzahl unterschiedlicher Themen in die Beratungsstellen. Im Vergleich zur Grundgesamtheit der Ratsuchenden weichen die Beratungsthemen der schriftlich befragten Ratsuchenden ab. Der Umgang mit der eigenen Behinderung bzw. Erkrankung stellt das häufigste Beratungsthema dar, gefolgt vom Themenkomplex Unterstützungsbedarf, Versorgung mit Hilfsmitteln und Persönliches Budget. Ebenfalls stehen Themen rund um Arbeit und Beschäftigung häufig im Mittelpunkt der Beratung.

Tabelle 7-3: Beratungsthemen der Ratsuchenden (Mehrfachantworten möglich)

	Anzahl	Prozent
Mit der eigenen Behinderung oder Erkrankung leben	19	23%
Unterstützungsbedarf, Versorgung mit Hilfsmitteln, Persönliches Budget	16	19%
Arbeit	13	16%
Beziehungen, Umgang mit anderen Menschen (zum Beispiel Eltern, Kollegen)	9	11%
Medikamente, Psychopharmaka, Nebenwirkungen, Ärzte, Therapien	9	11%
Ämter-Fragen (zum Beispiel Anträge und Widersprüche stellen, Gespräche mit Ämtern, rechtliche Fragen)	7	8%
Lebenskrise	7	8%
Wohnen	4	5%
Fragen rund um gesetzliche Betreuung oder Patientenverfügung	4	5%
Freizeit, Freunde finden	4	5%
Mobilität	4	5%
Kontakt zu Selbsthilfe-Gruppen	4	5%
Schule oder Studium	1	1%
Anderes Thema	14	17%

Quelle: Ergebnisse der Ratsuchenden-Befragung (Stand: 29.2.2016). N=115

Betrachtet man die Beratungsthemen nach Beratungsstellentypen, dann fällt auf, dass 50% der Beratungsfälle bei ehrenamtlichen Beraterinnen und Beratern Fragestellungen zum Thema Arbeit aufgreifen. Fragen zu Beziehungen und Umgang mit anderen Menschen sind die populärsten Themen bei nebenberuflichen Beraterinnen und Beratern (25%). Beratung über den Umgang mit der eigenen Behinderung oder Krankheit (28%) werden bei hauptberuflichen Beraterinnen und Beratern am häufigsten nachgefragt. Differenziert nach Art der Behinderung zeigt sich, dass Menschen mit psychischer Behinderung den Umgang mit der eigenen Behinderung bzw. Erkrankung am häufigsten (34%) nachfragen. Unterstützungsbedarf, Versorgung mit Hilfsmitteln sowie Persönliches Budget, sind Themen, die Ratsuchende mit körperlicher Behinderung verstärkt nachfragen (45%).

7.1.3 Erfahrungen in der Beratungssituation

Zeitliche Dauer und Orte der Beratung

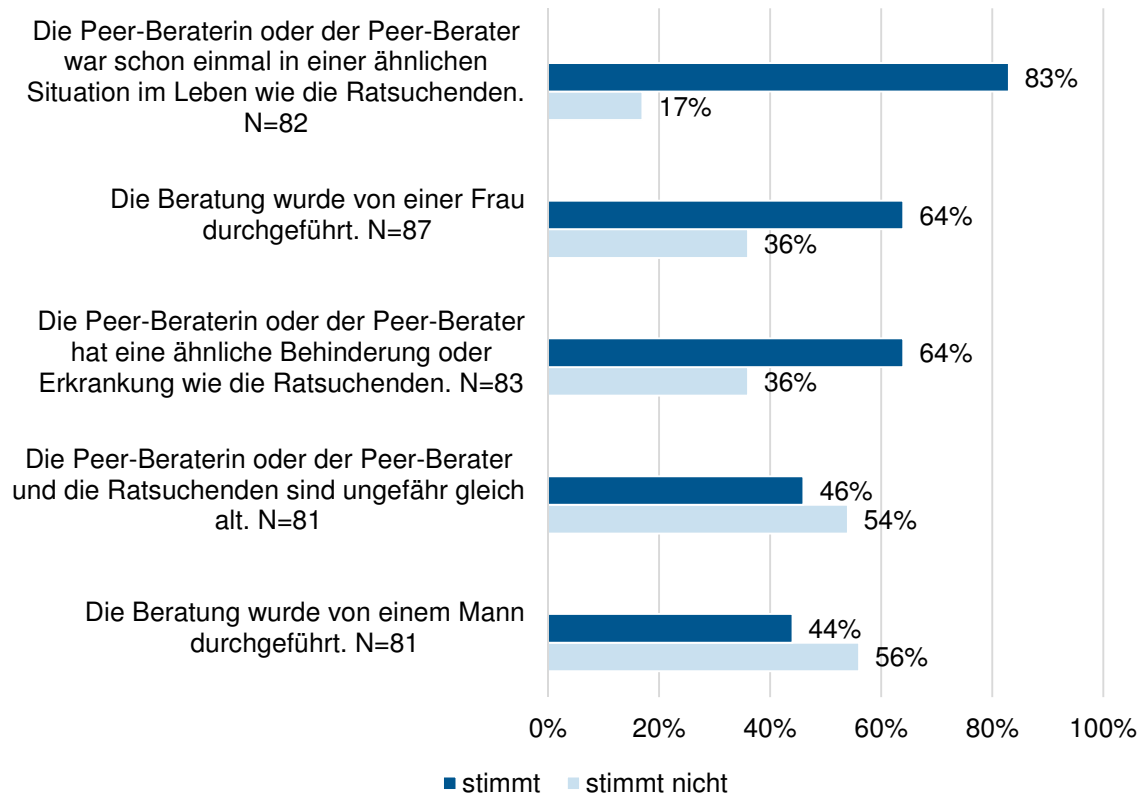
Bezüglich der zeitlichen Dauer der Beratungsgespräche zeigen sich Unterschiede zwischen den Befragten und der Grundgesamtheit der Ratsuchenden. Die meisten Beratungsgespräche der befragten Ratsuchenden (42%) dauerten mehr als eine Stunde, 35% ungefähr eine Stunde und 23% etwa eine halbe Stunde. 43% der Beratungen von Menschen mit mehreren Behinderungen und 41% der Beratungen von Menschen mit psychischer Behinderung dauerten eine Stunde. Beratungen, die länger als eine Stunde dauerten sind mehrheitlich bei Ratsuchenden mit körperlichen Behinderungen (68%) zu verzeichnen.

Die Beratungen finden überwiegend in der Beratungsstelle und am Telefon statt (88%). Etwa jede zehnte Beratung findet an anderen Orten, wie beispielsweise bei den Ratsuchenden zu Hause statt. Die Beratungsgespräche werden überwiegend von einem einzelnen Peer Counselor durchgeführt (89%), in etwa jeder zehnten Beratung (11%) sind zwei Peer Counselors anwesend.

Gemeinsamkeiten zwischen Beratenden und Ratsuchenden

Peer-Beratung zeichnet sich durch Übereinstimmungen bzw. Ähnlichkeiten zwischen Ratsuchenden und Beratenden aus. Bei den befragten Ratsuchenden erweist sich die **Erfahrung einer ähnlichen Lebenssituation** als häufigste Gemeinsamkeit (83%). Bei den Ratsuchenden mit psychischer Behinderung ist diese Übereinstimmung besonders hoch (95%). Dem von fast allen Ratsuchenden als Beweggrund für Peer Counseling genannten Wunsch, mit einer Person zu sprechen, die schon einmal in einer ähnlichen Situation war, wird somit in der Beratung in hohem Maße entsprochen. Im Hinblick auf das **Geschlecht** zeigt sich bei den ratsuchenden Frauen mit 67% eine höhere Übereinstimmung mit den Peer Counselors als bei den ratsuchenden Männern (50%). In zwei Drittel der Beratungsfälle gibt es eine Übereinstimmung zwischen Peer Counselors und Ratsuchenden nach **Art der Behinderung oder Erkrankung**. Im ungefähr gleichen **Alter** waren Ratsuchende und Beratende in weniger als der Hälfte der Beratungsgespräche.

Abbildung 7-5: Übereinstimmungen zwischen Ratsuchenden und Beratenden



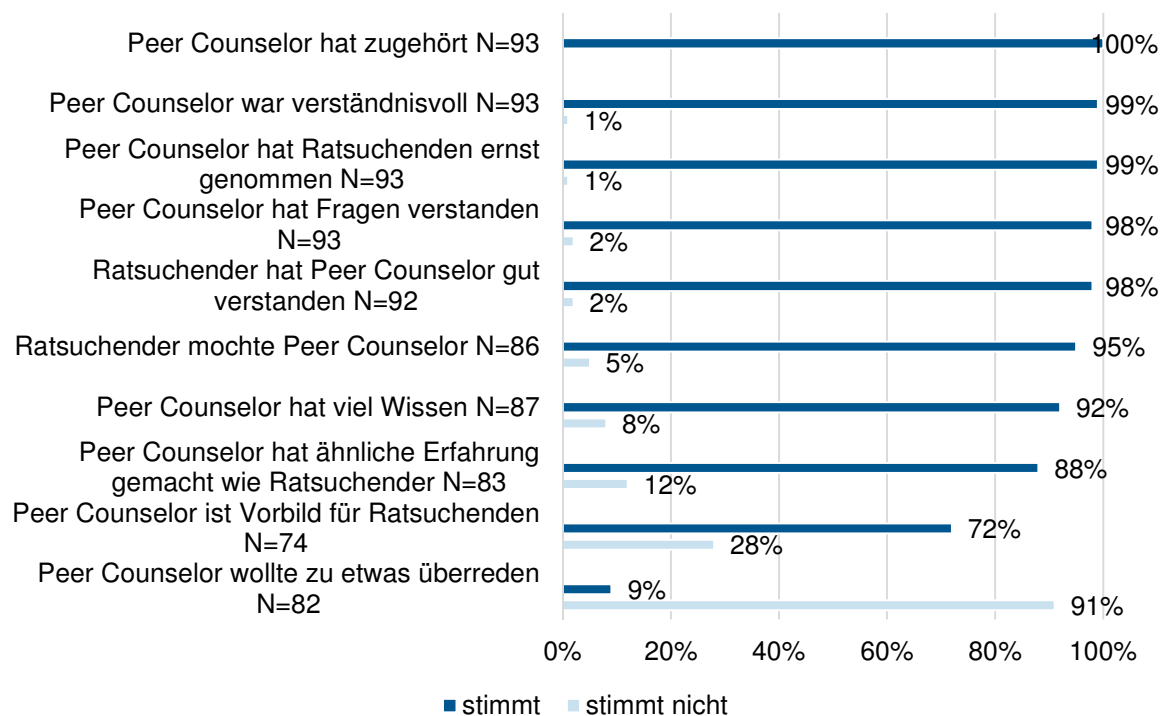
Quelle: Ergebnisse der Ratsuchenden-Befragung (Stand: 29.2.2016).

Wahrnehmung der Counselors durch die Ratsuchenden

Die Erfahrungen in den Beratungsgesprächen bzw. die wahrgenommene Kompetenz und das erlebte Verhalten der Beraterinnen und Berater werden von allen Ratsuchenden durchweg positiv bewertet (vgl. Abbildung 7-6). Die Frage nach dem Vorliegen ähnlicher Erfahrungen bei Ratsuchenden und Peer Counselors erhält mit knapp unter 90% eine etwas geringere Zustimmung als die anderen Punkte. Die geringste Übereinstimmung mit ähnlichen Erfahrungen erzielen die ehrenamtlichen Peer Counselors (71%). Für die meisten der Ratsuchenden (75%) haben die Peer Counselors eine Vorbildfunktion. Differenziert nach Beratungsstellentypen zeigt sich, dass die Vorbildfunktion durch Ratsuchende bei haupt- und nebenberuflich tätigen Peer Counselors (70% bzw. 88%) häufiger wahrgenommen wird als bei ehrenamtlichen Beraterinnen und Beratern (50%). Zudem fällt auf, dass die Vorbildfunktion durch Ratsuchende mit psychischer Behinderung häufiger wahrgenommen wird als durch Ratsuchende mit anderen Behinderungsarten (81%). Fast keiner der Ratsuchenden hatte in der Beratungs-

situation das Gefühl, dass die beratende Person zu etwas überreden wollte. Damit wird ein zentrales Kriterium für Unabhängigkeit und Qualität in der Beratung nahezu durchgehend erfüllt.

Abbildung 7-6: Wahrnehmung der Peer Counselors durch Ratsuchende



Quelle: Ergebnisse der Ratsuchenden-Befragung (Stand: 29.2.2016).

Sieht man sich die Erfahrungen der Ratsuchenden insgesamt differenziert nach Beratungsstellen an, fällt auf, dass Beratungsgespräche, die durch ehrenamtliche Beraterinnen und Berater durchgeführt werden insgesamt positiv bewertet werden, jedoch auf einem etwas niedrigeren Niveau als jene von haupt- oder nebenberuflichen Peer Counselors.

Erreichbarkeit und Atmosphäre in der Beratungssituation

Die Beratungssituationen werden im Hinblick auf die Erreichbarkeit der Beratungsstelle, der Gesprächsatmosphäre (Raum, Offenheit und Vertrauen) und des zeitlichen Rahmens durch alle Ratsuchenden durchweg sehr positiv bewertet. Dies gilt auch für die Beratungsgespräche, bei denen neben dem Peer Counselor noch weitere (unterstützende) Personen anwesend sind. Diese Situation wird von keiner ratsuchenden Person als störend empfunden.

Mit Fokus auf die Einschätzung der Beratungssituation nach Behinderungsart fällt auf, dass Ratsuchende mit mehreren Behinderungen (88%) etwas seltener angeben, dass sie offen über alles reden konnten.

7.1.4 Ergebnisse und Wirkungen

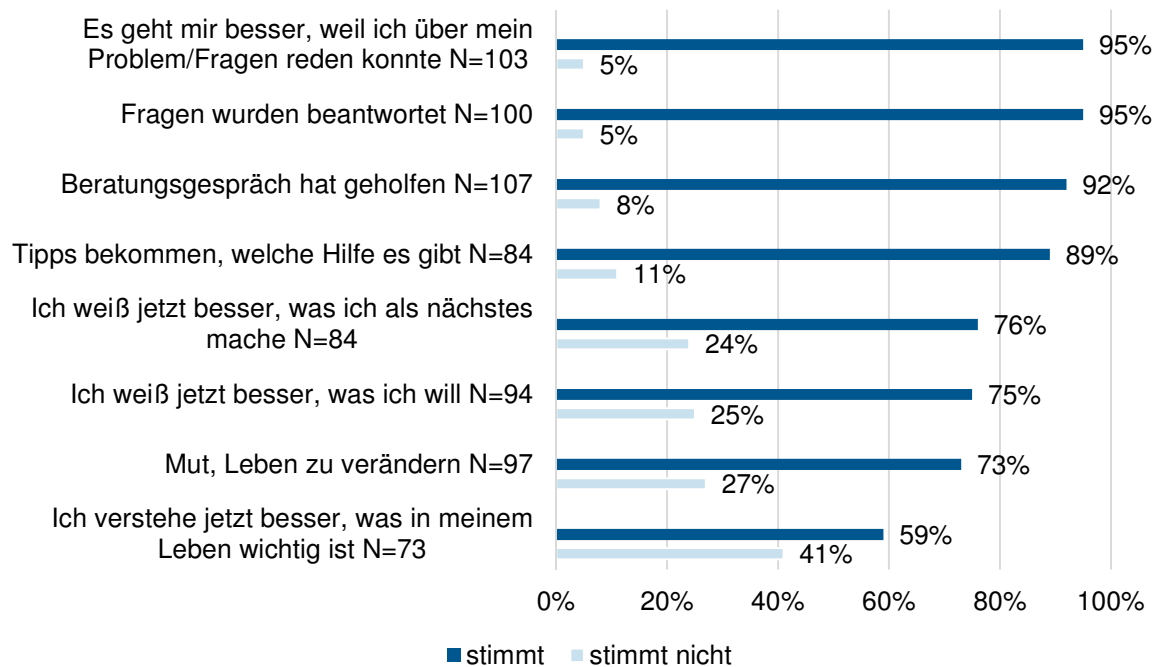
Die Beratungsergebnisse werden von den Ratsuchenden insgesamt positiv bis sehr positiv eingeschätzt. Gleichwohl auch die Beratung durch ehrenamtlich beschäftigte Peer Counselors insgesamt positiv bewertet wird, zeigen differenzierte Auswertungen, dass Ergebnisse auf einem geringeren Niveau eingeschätzt werden als Beratungen durch neben- oder hauptberuflich beschäftigte Counselors.

Bei der Beantwortung der Fragen durch die Ratsuchenden zeigt sich, dass allgemeiner formulierte Ergebnisse des Beratungsgesprächs (z. B. „es geht mir besser“) mehr Zustimmung erfahren als jene, in denen nach der Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation (z. B. „ich verstehe jetzt besser, was im Leben wichtig ist“), bzw. nach Schritten zur Veränderung der Lebensumstände gefragt wird (z. B. „ich weiß jetzt besser, was ich als nächstes mache“) (vgl. Abbildung 7-7).

Es kann angenommen werden, dass die konkreten Ergebnisse des Peer Counseling in einem Zusammenhang stehen mit den Motiven und Erwartungen der Ratsuchenden. Die entsprechenden Analysen zeigen, dass es zunächst auf einer allgemeinen Betrachtungsebene der Befragungsergebnisse durchgehend hohe Zustimmungswerte gibt und zwar unabhängig von der jeweiligen Motivlage der Ratsuchenden. Einzige Ausnahme ist der Beratungsgrund „mit jemandem reden“. Interessant ist, dass auch für die auf den ersten Blick unspezifische Beratungsmotivation „Peer-Beratung kennen lernen“ hohe Zustimmung erreicht wird. Im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit der Lebenssituation und konkrete Schritte in Richtung Veränderung gibt es jedoch Unterschiede nach Art der Motivation. So fällt auf, dass es im Vergleich zu allen anderen Beratungsgründen weniger häufig Zustimmung zu diesen Ergebnissen gibt, wenn eines der Beratungsmotive der Wunsch ist, mit jemandem zu reden.

Unterschiede in den angegebenen Beratungsergebnissen werden auch in Abhängigkeit von den Themen der Beratungsgespräche deutlich. Hier zeigt sich, dass Beratungsgespräche zu den Themen Wohnen, Arbeit, Unterstützungsbedarf und Versorgung mit Hilfsmitteln sowie Persönliches Budget häufig Auswirkungen auf die Auseinandersetzung mit der Lebenssituation und mögliche Schritte der Veränderung dieser haben.

Abbildung 7-7: Beratungsergebnisse aus Sicht der Ratsuchenden

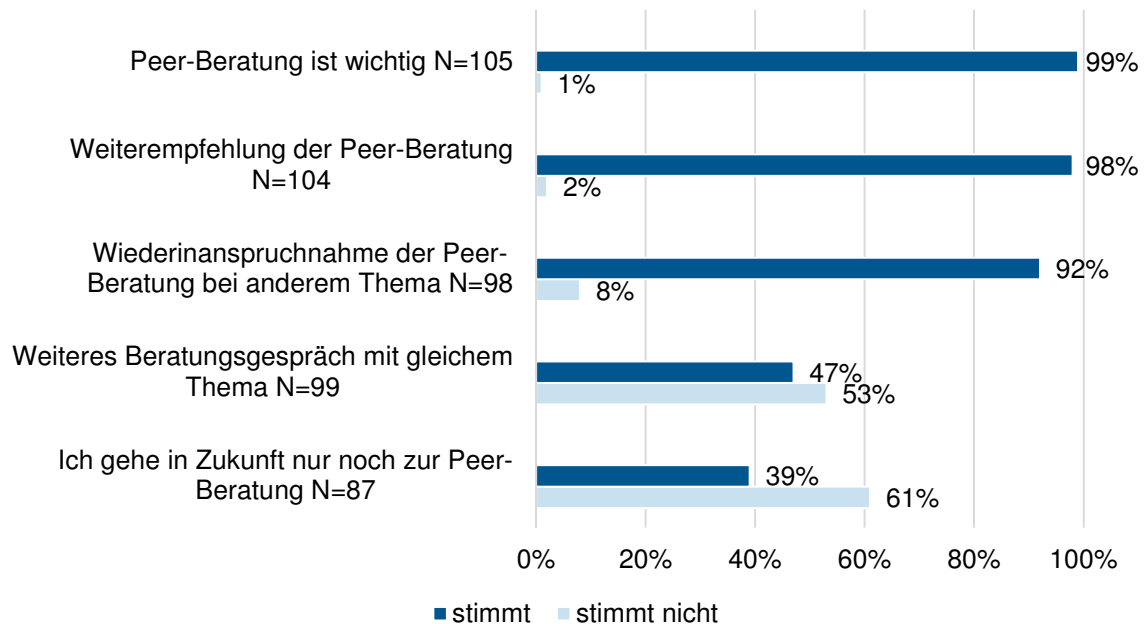


Quelle: Ergebnisse der Ratsuchenden-Befragung (Stand: 29.2.2016).

7.1.5 Bewertung von Peer Counseling

Die Antworten zur Bewertung von Peer Counseling über die individuelle Beratungssituation hinaus zeigen ein insgesamt sehr positives Bild. Bis auf eine Person beurteilen alle Ratsuchenden Peer Counseling als wichtiges Beratungsangebot und würden dieses weiterempfehlen. Fast alle würden wieder zur Peer-Beratung gehen, wenn sie mal ein anderes Thema hätten. Etwa die Hälfte plant einen weiteren Beratungstermin zum selben Thema des ersten Gesprächs. Trotz der durchweg positiven bis sehr positiven Beurteilung des Peer Counseling würden nur 39% in Zukunft nur noch Peer-Beratung in Anspruch nehmen. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass Peer Counseling nicht als ausschließliche Beratungsform, sondern vielmehr als eine Möglichkeit in einem größeren Angebotsspektrum wahrgenommen wird.

Abbildung 7-8: Bewertung des Peer Counseling



Quelle: Ergebnisse der Ratsuchenden-Befragung (Stand: 29.2.2016).

Das Antwortverhalten zur Bewertung von Peer Counseling differenziert nach Beratungsstellentypen lässt erkennen, dass der Wunsch nach Wiederinanspruchnahme von Peer-Beratung bei Ratsuchenden, die von ehrenamtlichen Peer Counselors beraten werden, seltener geäußert wird (85%) als bei den anderen Beratungsstellentypen (91% hauptberufliche und 97% nebenberufliche Peer Counselors). Bei den Themen „in Zukunft nur noch zur Peer-Beratung zu gehen“ und ein „weiteres Beratungsgespräch mit dem gleichen Thema“ zu vereinbaren, zeigen sich ähnliche Ergebnisse. Gleichwohl würden alle von ehrenamtlichen Peer Counselors beratenen Personen diese Art der Beratung weiterempfehlen.

7.2 Erfahrungen, Ergebnisse und Bewertungen der Peer-Beratung aus Sicht der Peer Counselors

Im Rahmen der Befragung der Peer-Beraterinnen und -Berater wurde auch erhoben, wie ihre Sicht auf zentrale Bedingungen der Beratungssituationen ist und wie sie die Ergebnisse und Wirkungen der Beratungen einschätzen.

Darüber hinaus wurde untersucht, ob die Peer-Beratung – neben der Wirkung auf die Ratsuchenden – auch eine Wirkung auf die Peer-Beraterinnen und -Berater selbst hat. Bei der Erarbeitung des Fragebogens spielte die Annahme eine Rolle, dass im Rahmen

der Interaktionen zwischen Peer Counselors und Ratsuchenden auch beim Peer positive Effekte erwartet werden können.

7.2.1 Bewertung zentraler Bedingungen der Beratungssituation

Ausbildung und Schulung

Wie in Kapitel 4.3 dargestellt wurde, verfügen die Peer Counselors in den zehn Beratungsstellen über sehr verschiedene Vorerfahrungen und Qualifikationen. Unterschiede gibt es darüber hinaus auch bei der Inanspruchnahme von Peer-Beratungsspezifischen Schulungsangeboten, wie durch das ZsL.

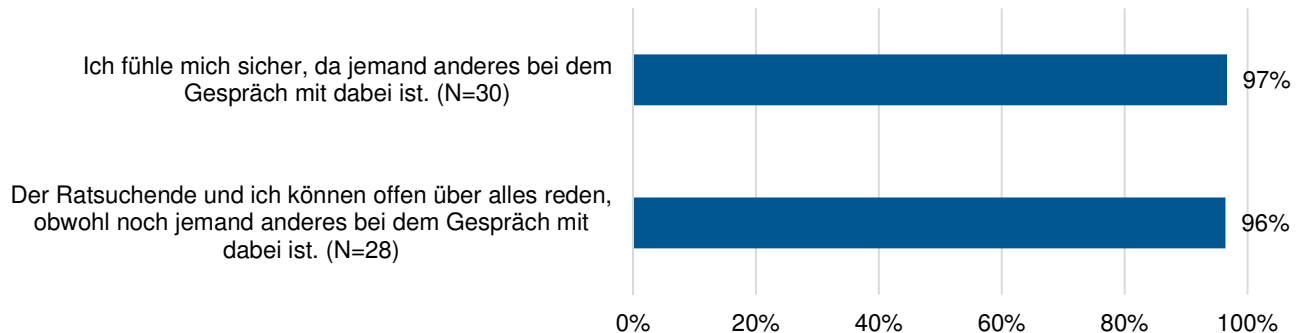
Trotzdem fühlen sich nahezu alle Peer-Beraterinnen und -Berater gut auf ihre Arbeit vorbereitet – unabhängig von den Vorerfahrungen oder besuchten Schulungen. Nur in drei Fällen antworteten Beraterinnen oder Berater, dass sie sich nicht so gut auf ihre Arbeit vorbereitet fühlen. Diese Personen geben an, dass sie weiterhin unsicher sind, ob sie der Herausforderung von Peer-Beratungen gewachsen sind. Z. B. ist man „sich noch nicht sicher, ob ich eine [Beratung] alleine schaffen würde“. Man brauche mehr „Zeit, mehr Beratungen, mehr Einzelgespräche“.

Bedarfsabhängige Unterstützung

Mit einer Ausnahme geben alle Beraterinnen und Berater an, dass sie insgesamt zufrieden damit sind, wie sie in ihrer Beratungsstelle unterstützt werden. Aus ihrer Sicht werden die Peer Counselors damit aktuell unabhängig von der Beratungsstelle und Behinderungsart gut unterstützt.

Peer-Beraterinnen und -Berater, die bei Beratungsgesprächen durch eine weitere Person unterstützt werden, fühlen sich dadurch sicherer. Die zusätzliche Person wirkt aus ihrer Sicht nicht als Hemmfaktor für das Gespräch. Fast geschlossen geben sie an, dass sie offen mit dem Ratsuchenden über alles reden können – auch wenn noch eine weitere Person bei dem Gespräch dabei ist.

Abbildung 7-9: Bewertung der Unterstützung bei Beratungsgesprächen

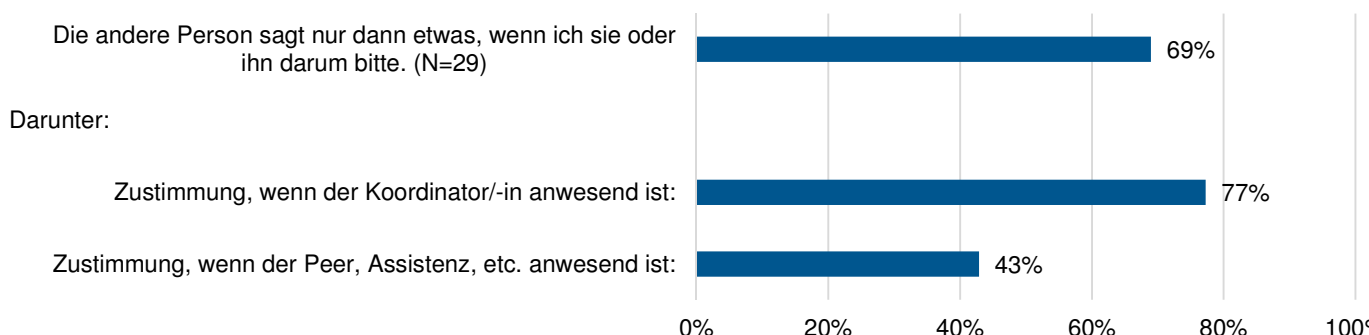


Quelle: Befragung der Peer Counselors. Bezogen auf Personen, die Unterstützung bei den Beratungsgesprächen erhalten. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Das Verhalten der Personen, die die Peer Counselors bei der Beratung unterstützen, ist verschieden. Etwa sieben von zehn Peer-Beraterinnen und -Berater geben an, dass diese Person nur dann etwas sagt, wenn sie konkret darum gebeten wird. Diese Personen leisten also „Hilfe auf Abruf“.

In etwa einem Drittel der Fälle geben die Peer-Beraterinnen und -Berater jedoch an, dass die unterstützende Person auch ohne konkrete Frage aktiv wird. Das ist besonders dann der Fall, wenn es sich bei dieser Person nicht um eine Koordinatorin oder einen Koordinator handelt, sondern z. B. um einen weiteren Peer Counselor oder eine Assistenz. Weitere Auswertungen zeigen darüber hinaus, dass insbesondere bei geistig und/oder psychisch behinderten Peer-Beraterinnen und -Berater ungebeten in das Beratungsgespräch eingegriffen wird.

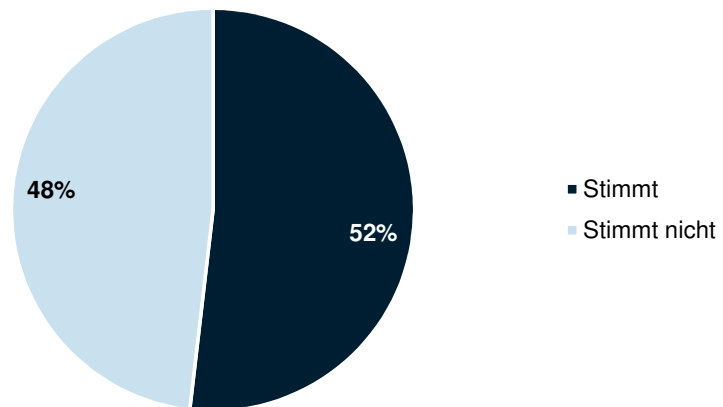
Abbildung 7-10: Verhalten der unterstützenden Person bei den Beratungsgesprächen



Quelle: Befragung der Peer Counselors. Bezogen auf Personen, die Unterstützung bei den Beratungsgesprächen erhalten. Eigene Berechnungen Prognos AG.

In vielen Fällen soll die Unterstützung bei der Beratungsarbeit nicht dauerhaft, sondern temporär bedarfsgerecht bestehen. Tatsächlich wünscht sich etwa die Hälfte der Peer-Beraterinnen und -Berater, die zum Zeitpunkt der Befragung bei den Beratungsgesprächen unterstützt wurden, dass sie in Zukunft die Beratungsgespräche alleine durchführen werden. Das zeigt, dass sie bei sich eine Entwicklung feststellen können – hin zu mehr Sicherheit und Unabhängigkeit im Beratungsalltag. Diese Entwicklung besteht unabhängig von der Behinderungsart der Peer-Beraterinnen und -Berater.

Abbildung 7-11: Anteil der Peer-Beraterinnen und -Berater mit Unterstützungsbedarf, die in Zukunft ihre Beratungsgespräche alleine durchführen möchten



Quelle: Befragung der Peer Counselors. Bezogen auf Personen, die Unterstützung bei den Beratungsgesprächen erhalten. N=27. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Bedeutung von Ähnlichkeiten zum Ratsuchenden für die Beratungssituation

Peer Counseling soll auf Augenhöhe geschehen. Bestimmte Faktoren können diesen Aspekt der Beratungen erleichtern oder erschweren.

Am leichtesten fällt es den Peer-Beraterinnen und -Beratern, Ratsuchende zu beraten, die schon einmal in einer ähnlichen Situation waren wie sie selbst. Das gilt vor allem für Beraterinnen und Berater mit körperlichen oder geistigen Behinderungen. Diese finden es ausnahmslos leichter, Ratsuchende mit ähnlichen Problemsituationen zu beraten, die sie selbst schon erlebt haben.

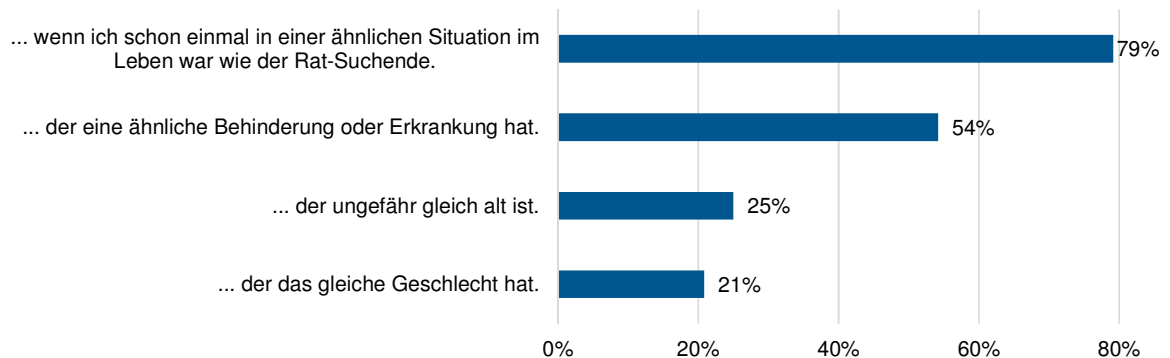
Ähnliche Erfahrungen werden von den Peer-Beratern noch häufiger für wichtig erachtet als eine ähnliche Erkrankung oder Behinderung. Nur etwa die Hälfte der Beraterinnen und Berater finden es einfacher, Ratsuchende zu beraten, wenn sie eine ähnliche Be-

hinderung wie sie selbst haben. Das gilt insbesondere für Peer-Beraterinnen und -Berater, die körperliche oder psychische Behinderungen haben. Auffällig ist, dass die Ähnlichkeit der Behinderungsart für die Peer Counselors mit geistiger Behinderung – zumindest bei denjenigen, die den langen Fragebogen beantwortet haben – offenbar keine Rolle spielt.

Das Alter und das Geschlecht der Ratsuchenden spielt aus Sicht der Beraterinnen und Berater insgesamt nur eine untergeordnete Rolle. Vergleichsweise wenige denken, dass diese Merkmale des Ratsuchenden ein Beratungsgespräch vereinfachen können.

Abbildung 7-12: Relevanz ähnlicher Eigenschaften für die Beratungssituation

Ich finde es leichter, mit jemandem zu sprechen, ...



Quelle: Befragung der Peer Counselors. Frage nur Teil der „Langen Version“. N=24. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Bewertung der Beratungstätigkeit insgesamt

Die Peer-Beratungstätigkeit wird von den Beraterinnen und Beratern sehr gut bewertet. Mit nur eine Ausnahme geben alle an, gerne als Peer-Beraterin bzw. -Berater zu arbeiten. Nur eine einzelne Person findet die Arbeit „Geht so“, niemand führt sie ungern aus.

Wünsche und Verbesserungspotential für die Zukunft aus Sicht der Beraterinnen und Berater

Im Rahmen der Befragung konnten Peer-Beraterinnen und -Berater auch Wünsche zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen äußern. Besonders verbreitet ist unter den nebenberuflich und ehrenamtlich arbeitenden Peer Counselors der Wunsch nach mehr Beratungsarbeit, insbesondere nach mehr Einzelberatungen. Teilweise möchten sie auch noch andere Zielgruppen erschließen, z. B. Personen „die nicht in der Werkstatt sind“ oder „Personen mit einer körperlichen Einschränkung“. Daran anschließend wünschen

sich einige Peer Counselors, dass insgesamt mehr Öffentlichkeitsarbeit und Werbung für die Beratungsstellen gemacht wird, auch vom LVR.

Andere Peer Counselors wünschen sich bessere Ausstattungen ihrer Beratungsstellen. Mehrere wünschen sich „ein eigenes Büro“ für Beratungen, am besten ausgestattet mit einem PC.

Mehrere Peer Counselors wünschen sich noch mehr „theoretischen Input/Schulungen/Training“. Wichtig könnte es aus ihrer Sicht sein, dass Fortbildungen am Samstag stattfinden. Darüber hinaus wird sich vereinzelt auch ein kontinuierlicher Austausch mit anderen Beraterinnen und Beratern gewünscht.

Mit Blick auf die finanzielle Situation wünschen sich einige Peers „eine sichere, langfristige Finanzierung“ der Arbeit. Für sich selbst wird eine angemessene Bezahlung gefordert. Vereinzelt wünschen sie sich auch „Freistellungen von der Werkstatt“. Offenbar scheint es bei den nebenberuflichen Beraterinnen und Beratern noch Abstimmungsbedarf zwischen Trägern und Beratungsstellen zu geben, damit die Peer Counselors ihrer Arbeit nachgehen können.

7.2.2 Wirkungen der Arbeit in den Beratungsstellen auf die Beraterinnen und Berater

Positive Wirkungen auf die Motivation und Persönlichkeit

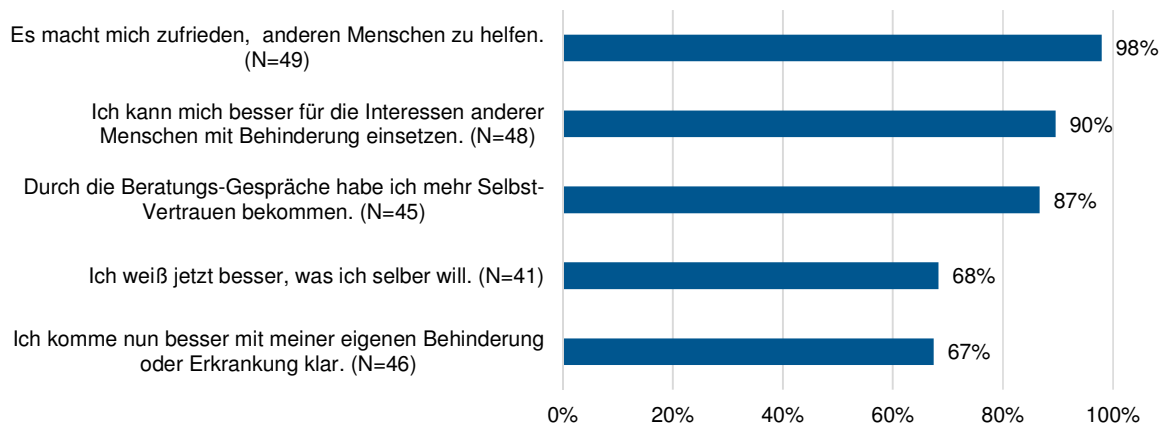
Die Beratungsarbeit beeinflusst nicht nur die Ratsuchenden, sondern auch die Beraterinnen und Berater selbst. Nahezu alle empfinden durch die Beratungsarbeit und die damit verbundenen Hilfestellungen für andere Menschen eine Befriedigung. Die allermeisten denken, dass sie so die Möglichkeit haben, die Interessen der Menschen mit Behinderungen besser zu vertreten.

Darüber hinaus erfährt die Mehrheit der Beraterinnen und Berater eine persönliche Weiterentwicklung. Die breite Mehrheit der Peer Counselors findet, dass sie durch die Beratungsarbeit mehr Selbstvertrauen bekommen hat. Etwa zwei Drittel stimmt zu, dass sie nun besser wissen, was sie selbst wollen. Etwa genauso viele kommen nun insgesamt besser mit ihrer eigenen Behinderung klar. Besonders Peer-Beraterinnen und -Berater mit geistigen und psychischen Behinderungen geben an, dass sie nun mehr Selbstvertrauen haben, besser wissen, was sie wollen und besser mit der eigenen Behinderung klarkommen.

Damit zeigt sich, dass die Beratungsarbeit zum einen für die Peer Counselors ein Weg ist, sich für andere Menschen in ähnlichen Lebenssituationen einzusetzen (Hilfe leisten, Interessen vertreten). Zum anderen ist es für sie aber auch eine Möglichkeit, sich selbst

und ihre Lebenssituation zu reflektieren, ihre Persönlichkeit weiter zu entwickeln und insgesamt besser mit der eigenen Behinderung klarzukommen.

Abbildung 7-13: Wirkung der Beratungsarbeit auf die Beraterinnen und Berater (Mehrfachantworten)



Quelle: Befragung der Peer Counselors. Eigene Berechnungen Prognos AG.

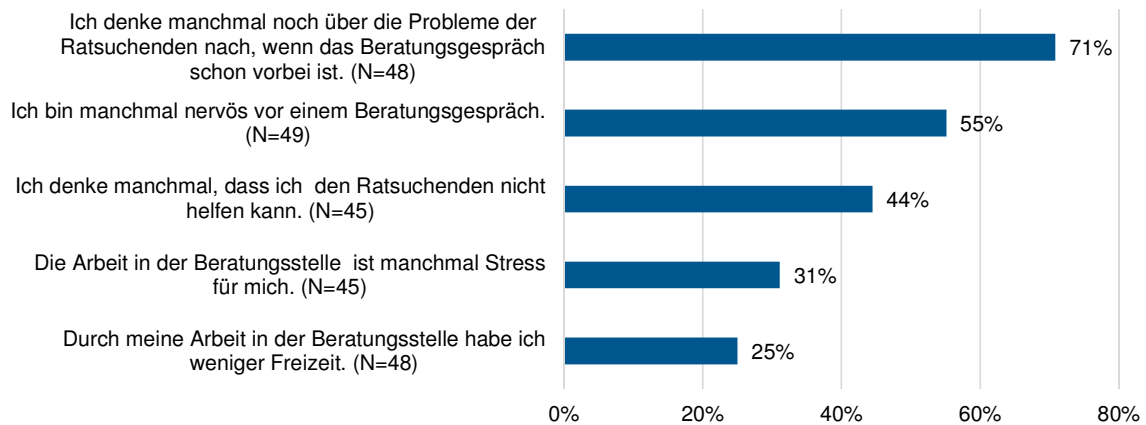
Negative Wirkungen auf die Lebenssituation

Die Beratungsarbeit ist für die Beraterinnen und Berater nicht nur mit positiven Wirkungen verbunden, sondern – wie andere Arbeit auch - potentiell belastend. Fast drei Viertel der Peer Counselors gibt an, dass sie manchmal auch noch über Probleme der Ratsuchenden nachdenken, wenn das Gespräch schon vorbei ist. Gut die Hälfte ist manchmal vor den Beratungsgesprächen nervös. Etwas weniger als die Hälfte befürchtet, dass man manchmal den Ratsuchenden nicht helfen kann.

Einen deutlicheren Hinweis auf die Belastung der Beratungsarbeit für die Peer-Beraterinnen und -Berater bietet das Ergebnis, dass knapp jeder Dritte von ihnen angibt, dass die Arbeit in der Beratungsstelle für sie manchmal Stress ist. Vergleichsweise häufig sind hauptberufliche Beraterinnen und Berater gestresst, am seltensten ehrenamtliche Peer Counselors. Das weist darauf hin, dass vor allem die Beraterinnen und Berater, die intensiv Beratungsarbeit leisten, manchmal gestresst sind.

Jeder vierte Beratende gibt an, durch die Arbeit in der Beratungsstelle weniger Freizeit zu haben. Vor dem Hintergrund, dass diese Angaben fast ausschließlich von ehrenamtlich tätigen Peer Counselors getroffen werden (die einem Ehrenamt entsprechend ausschließlich und freiwillig in der Freizeit arbeiten), ist dieses Ergebnis kein Indikator für eine Belastung der Beraterinnen und Berater.

Abbildung 7-14: Negative Folgen und Wirkungen der Beratungsarbeit



Quelle: Befragung der Peer Counselors. Eigene Berechnungen Prognos AG.

7.3 Zentrale Wirk- und Gelingensfaktoren von Peer Counseling aus Sicht der Peer Counselors und der Ratsuchenden

Die unter 7.1 und 7.2 dargestellten Befragungsergebnisse der Ratsuchenden und der Peer Counselors zeigen in der Gesamtbeurteilung, dass die Angebote des Peer Counseling in den Modellregionen des Rheinlands dem konzeptionellen Ansatz von Peer Counseling in zentralen Aspekten entsprechen und wesentliche Ziele erreicht werden. Die Ratsuchenden bewerten ihre Erfahrungen in der Beratungssituation, die Wahrnehmung des Verhaltens und der Kompetenz des Counselors, die Ergebnisse der Beratung sowie Peer Counseling insgesamt als sehr positiv. Diese positive Gesamteinschätzung seitens der Ratsuchenden wird von den Peer-Beraterinnen und -Beratern geteilt. Diese beraten gerne, und es macht sie zufrieden, mit der Beratungstätigkeit helfen zu können. Sie stellen häufig einen Gewinn an Selbstvertrauen fest und geben an, auch im eigenen Leben durch die Beratungstätigkeit mehr Orientierung zu haben.

Im Folgenden sollen zentrale Ergebnisse der Befragungen zusammengefasst, interpretiert und auf dieser Basis wesentliche Einflussfaktoren und Gelingensbedingungen für Peer Counseling herausgearbeitet werden. Einen Orientierungsrahmen liefern dabei das entwickelte Wirkmodell bzw. die identifizierten Wirkfaktoren (vgl. Kap. 6). Dabei wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass die Qualität und der Erfolg von Beratungsgesprächen in einem komplexen Wirkungsgefüge zwischen den Strukturen der Beratungsstelle, den personellen Voraussetzungen der Peer Counselors und den persönlichen Faktoren der Ratsuchenden moderiert wird. Vor diesem Hintergrund lassen sich keine monokausalen

Schlussfolgerungen im Sinne einer einfachen „wenn-dann“ – Beziehung treffen. Gleichwohl lassen sich in den Erfahrungen des Modellprojektes „Peer Counseling im Rheinland“ einige wesentliche Faktoren erkennen, die den Charakter von Peer Counseling und das Erreichen seiner intendierten Ziele unterstützen.

7.3.1 Einflussfaktoren seitens der Ratsuchenden

Die Ratsuchenden in den Peer-Beratungsstellen des Rheinlands erweisen sich in vielfältiger Weise als heterogene Gruppe. Dies gilt im Hinblick auf Geschlecht, Alter sowie Art und Ausmaß der Behinderung. Auch die Bildungsvoraussetzungen und die Erwerbssituation sind unterschiedlich, wenngleich mit Blick auf die überdurchschnittlichen Schulabschlüsse⁶³ eine gewisse Selektivität der Gruppe der Ratsuchenden auszumachen ist. Mit Blick auf die Wohnsituation gibt es einen gemeinsamen Nenner insofern die Mehrheit der Ratsuchenden in einer eigenen Wohnung oder in einer Wohngemeinschaft lebt⁶⁴, wenngleich in unterschiedlicher Weise mit oder ohne Unterstützung und zum Teil bei Eltern und Angehörigen. Nur zwei Personen leben in Wohnheimen. Inwiefern sich eine stationäre Wohnsituation und damit verbunden eine erhöhte soziale Abhängigkeit der Personen von (professioneller) Unterstützung auf Motivationen für und Themen von Peer Counseling sowie auf den Beratungsprozess und seine Ergebnisse auswirken und inwiefern die Gestaltung der Peer-Beratung an diese Bedingungen anzupassen wäre, kann aufgrund der geringen Fallzahlen nicht beantwortet werden. Aus dieser Perspektive ergeben sich jedoch Fragen in Richtung Erreichbarkeit aller Personengruppen durch die Beratungsstellen.

Bei den Beratungsthemen der Ratsuchenden zeigt sich eine Vielfalt, die den lebensweltlichen Ansatz des Peer Counseling widerspiegelt. Dabei lassen sich in Abhängigkeit von der Behinderungsart gewisse Schwerpunkte erkennen, auf die sich die unterschiedlichen Beratungsstellen mit ihren verschiedenen konzeptionellen und personellen Voraussetzungen unterschiedlich einstellen können. Dass das im Interesse des LVR stehende Thema Wohnen bei den Beratungsthemen bislang kaum eine Rolle spielt, lässt sich u. a. darauf zurückführen, dass die meisten Ratsuchenden in einer selbständigen Wohnform, zum großen Teil ohne Unterstützung, leben und es vor diesem Hintergrund möglicherweise bei vielen aktuell kein Wunsch nach Veränderung der Wohnsituation gibt.

Bezüglich des Einflusses von Motivation und Erwartung der Ratsuchenden auf das Peer Counseling lässt sich festhalten, dass die

⁶³ Und zwar sowohl im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt der Menschen mit Beeinträchtigungen (vgl. BMAS 2013) als auch zum Durchschnitt der Gesamtbevölkerung (vgl. <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/3276/umfrage/bevoelkerung-nach-beruflichem-bildungsabschluss/>)

Befragten die Beratungssituation und die Ergebnisse auf einer allgemeinen Betrachtungsebene durchgängig positiv bis sehr positiv bewerten und zwar unabhängig vom jeweiligen Beratungsanlass. Auf der Ebene von konkreten Ergebnissen, zum Beispiel im Hinblick auf Schritte der Veränderung, zeigt sich jedoch ein gewisser Einfluss des Beratungsanlasses. So führt das Beratungsmotiv „ich brauchte jemanden zum reden“ bei einem Teil der Ratsuchenden nicht zu so konkreten Ergebnissen wie bei den anderen Motiven. Offensichtlich ist in diesen Beratungsfällen das Anliegen der Ratsuchenden zu unspezifisch, um eine konkrete Problemanalyse und Zielfindung zu erreichen. Interessant ist, dass hingegen der Beratungsanlass „ich wollte Peer-Beratung einfach mal kennen lernen“ durchaus zu spezifischen Ergebnissen führt. Möglicherweise hat sich hier über den niedrigschwelligen Zugang eines unspezifischen Interesses im Verlauf der Beratungssituation (ohne Intention) ein Gespräch über ein konkretes Thema entwickelt.

Insgesamt lässt sich anhand der Befragungsergebnisse festhalten, dass die Ausgangsbedingungen der Ratsuchenden sehr verschieden sind und dass sie Einfluss auf das Peer Counseling nehmen, und zwar sowohl im Hinblick auf die grundsätzliche Nachfrage bzw. Erreichbarkeit als auch auf den Prozess und die Ergebnisse der Beratung. Im Interesse einer grundsätzlichen Anerkennung der Verschiedenheit von Menschen mit Behinderungen (vgl. Art. 3 UN-BRK) sowie einer an den individuellen Lebenswelten und Bedürfnissen der Ratsuchenden orientierten Peer-Beratung sollte es ein wesentliches Qualitätsmerkmal von Peer-Beratungsstellen sein, Konzepte, Strukturen und Prozesse an diesen unterschiedlichen Bedingungen auszurichten. Diesbezüglich ist eine grundsätzliche Vielfalt an unterschiedlichen Beratungsstellen sinnvoll. Insbesondere in kleineren Beratungsstellen mit nur wenigen Counselors ist es schwierig, das gesamte Spektrum an Voraussetzungen der Ratsuchenden im Sinne eines „Peers“ abzudecken. Zudem hat sich in der Praxis der Modellregionen für einzelne Beratungsstellen eine gewisse konzeptionelle/thematische Schwerpunktsetzung (z. B. nach Art der Behinderung/Beratungsthema) bewährt.

7.3.2 Einflussfaktoren seitens der Beratungsstruktur

7.3.2.1 Konzeptionelle Bedingungen

- *Art des Beschäftigungsverhältnisses*

Die Art des Beschäftigungsverhältnisses der Peer Counselors wurde von den Beraterinnen und Beratern in den Fokusgruppendifkussionen als einflussreiche Bedingung des Peer Counseling hervorgehoben. In den Modellregionen beraten sowohl haupt- und nebenberufliche als auch ehrenamtliche Beraterinnen und Berater. (vgl. Kap. 3.2). Die Befragung der

Ratsuchenden lässt einen gewissen Einfluss der Beschäftigungsform auf die Ergebnisse und Bewertungen der Peer-Beratung erkennen. Zwar werden auch die Beratungen durch ehrenamtliche Peer Counselors insgesamt positiv bewertet und sie führen ebenfalls überwiegend zu positiven Ergebnissen, allerdings bleibt das Niveau insgesamt hinter den Ergebnissen von neben- und hauptberuflich tätigen Beraterinnen und Beratern zurück.

Die Befragung der Peer Counselors liefert Hinweise darauf, dass es hier Zusammenhänge mit den unterschiedlichen Erfahrungen der Beraterinnen und Berater im Haupt- und Nebenberuf einerseits und im Ehrenamt andererseits sowie mit unterschiedlichen Qualifizierungen gibt. Insbesondere haben die hauptberuflichen Peer-Beraterinnen und –Berater deutlich häufiger Vorerfahrungen in der Beratungsarbeit.

- *Begleitung und Unterstützung der Beratenden*

Als wichtige Bedingung für das Gelingen von Peer Counseling insbesondere durch Beratende mit kognitiven Einschränkungen hat sich im Modellprojekt die Begleitung der Beratenden durch eine unterstützende Person im Beratungsgespräch erwiesen. Diese geben durchgängig an, Unterstützungsbedarf in der Beratung zu haben. Doch auch auf relevante Anteile von Beratenden mit anderen Behinderungsarten trifft dies zu. Die Erfahrungen mit Unterstützung in der Beratungssituation werden insgesamt positiv gewertet. Den eigenen Angaben zufolge gewinnen die Beratenden hierdurch an Sicherheit und sie empfinden die Anwesenheit einer dritten Person nicht als störend für das Gespräch. Auch die Ratsuchenden empfanden die Anwesenheit einer unterstützenden Person nicht als störend. Allerdings ergreifen unterstützende Personen gelegentlich auch ohne den Wunsch der Peer Counselors in der Beratungssituation das Wort. Warum dies seltener der Fall ist, wenn die Unterstützung durch Koordinatorinnen und Koordinatoren erfolgt, gilt es im weiteren Projektverlauf zu untersuchen. Das Ausmaß an Erfahrung und Qualifikation könnte ebenso eine Rolle spielen wie die Klarheit in der Rolle und den Aufgaben.

- *Kollegialer Austausch und Supervision*

Vor dem Hintergrund, dass viele Peer Counselors angeben, dass sie die Probleme der Ratsuchenden auch im Nachhinein noch beschäftigen und dass sie manchmal Stress empfinden, ist der kollegiale Austausch und regelmäßige Supervision als wichtiger Gelingensfaktoren für Peer Counseling zu erkennen, die von den Peer Counselors auch explizit gewünscht werden.

7.3.2.2 Personelle Faktoren

- *Erfahrung und Qualifikation der Beraterin/ des Beraters*

Die Wahrnehmung der Peer Counselors durch die Ratsuchenden im Hinblick auf Kompetenz und Verhalten ist durchgehend positiv, und zwar unabhängig von der Art der Beeinträchtigung, des Beschäftigungsverhältnisses und der Qualifikation der Peer Counselors. Es kann als eine wesentliche Voraussetzung dieses positiven Befunds angesehen werden, dass Peer-Beraterinnen und -Berater, sofern sie keine einschlägigen und spezifischen Vorerfahrungen in der Beratungsarbeit hatten, entweder das Qualifizierungsangebot des ZsL, eine Beratungsstellen-interne Schulung oder externe Vorbereitungsangebote wahrgenommen haben. Wesentliche im Wirkmodell identifizierte personelle Bedingungen seitens der Beratungspersonen wie zuhören können und verständnisvoll sein sowie das Vorhandensein ähnlicher Erfahrungen und diesbezüglichen spezifischen Wissens werden in allen Beratungsstellen erfüllt. Keiner der Ratsuchenden hatte das Gefühl, dass der Peer Counselor zu etwas überreden wollte. Die Vorbildfunktion der Counselors wurde nicht durch alle Ratsuchenden wahrgenommen. Gleichwohl waren die Erfahrungen und Bewertungen auch bei diesen insgesamt positiv, so dass anzunehmen ist, dass die Vorbildfunktion eine wichtige, aber nicht unverzichtbare Gelingensbedingung für Peer Counseling ist.

Die Peer Counselors selbst fühlen sich unabhängig von ihren konkreten Vorerfahrungen und besuchten Schulungen gut auf ihre Tätigkeit vorbereitet. Gleichwohl äußern einige von ihnen den Wunsch nach mehr theoretischem Input und Schulungen. Mehr Beratungen durchführen zu können und eine intensivere Werbung und Öffentlichkeitsarbeit mit diesem Ziel, sind weitere Wünsche der Peer-Beraterinnen und -Berater.

- *Ähnliche Behinderung und Lebenserfahrungen*

Die Antworten der Ratsuchenden zu den Motiven der Peer-Beratung zeigen, dass die Ähnlichkeit der Behinderung seitens der Peer Counselors eine Rolle spielt, jedoch das Vorhandensein ähnlicher Lebenserfahrungen noch häufiger als wichtig erachtet wird. Diesbezüglich wird auch von mehr Ratsuchenden eine Übereinstimmung mit den Beratenden wahrgenommen als mit der Behinderungsart. Allerdings lassen sich diese Faktoren analytisch nicht präzise trennen, weil davon auszugehen ist, dass bestimmte Situationen und Erfahrungen

im Leben mit der Art der Behinderung zusammenhängen. Dies gilt zum Beispiel für Psychiatrieerfahrungen und das Erleben von Mobilitätsbehinderungen. Haben die Ratsuchenden und ihre Peer Counselors ähnliche Erfahrungen im Leben gemacht, so hat dies positive Auswirkungen auf die Beratungsergebnisse. Die Ratsuchenden wissen in diesen Fällen im Anschluss an die Beratung sehr häufig, was sie zukünftig in ihrem Leben ändern wollen und was Handlungsperspektiven für sie sein können.

Die Einschätzungen der Peer Counselors zeigen ein ähnliches Bild. Sie geben am häufigsten an, dass ihnen die Beratung am leichtesten fällt, wenn sie schon einmal in einer ähnlichen Situation waren, erst mit einigem Abstand folgt dann eine ähnliche Erkrankung oder Behinderung des Ratsuchenden. Auch in diesem Fall führt das zu nicht ganz trennscharfen Aussagen, da eine ähnliche Lebenssituation häufig eine ähnliche Behinderung voraussetzt. Gleichwohl ist aber nicht per se von ähnlichen Lebenserfahrungen bei ähnlichen Behinderungsarten auszugehen. Insofern hat die Erfahrung einer ähnlichen Situation eine eigenständige Bedeutung als Wirkfaktor.

7.3.2.3 Räumlich sächliche Faktoren

Aus Sicht der Ratsuchenden wurden die im Wirkmodell identifizierten Bedingungen der **Erreichbarkeit der Beratungsstellen** sowie einer **angenehmen Atmosphäre in der Beratungssituation** in allen Beratungsstellen erfüllt. Einige Peer Counselors geben jedoch an, dass die Arbeitssituation durch ein eigenes Büro und einen Computer verbessert werden könnte.

- *Umfeld Umwelt*
Einflussfaktoren und Bedingungen auf der Ebene der Umfeld- und Umweltfaktoren lassen sich aus den Befragungsergebnissen nicht identifizieren. Hier sind vor allem die Ergebnisse der Befragung der Koordinatorinnen und Koordinatoren sowie der Workshops und Expertenpanels relevant, die in die zusammenfassenden Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen einfließen werden (Kap. 8).

7.4 Weiterentwicklung des Wirkmodells

Die in 7.1 und 7.2 dargestellten Ergebnisse der Befragungen bzw. die in 7.3 identifizierten Einflussfaktoren und Gelingensbedingungen von Peer Counseling in den Modellregionen des Rheinlands stützen und bestätigen in weiten Teilen die Komponenten des entwickelten Wirkmodells (vgl. 6). Dies gilt für die Einflussfaktoren seitens der Ratsuchenden und der Beratungsstrukturen sowie für die Dimensionen der Ergebnisse und (vorläufigen⁶⁵) Wirkungen. Darüber hinaus lassen die Befragungsergebnisse jedoch einzelne Einflussfaktoren und Wirkungen erkennen, deren Bedeutung für den Beratungsprozess bisher noch nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt wurden oder die anhand der Befragungsergebnisse konkretisiert werden können. Sie sollen im Folgenden kurz benannt und diskutiert werden.

- *Übereinstimmungen zwischen Peer Counselors und Ratsuchenden*

Im Hinblick auf die Bedeutung von Übereinstimmungen zwischen den Peer Counselors und den Ratsuchenden bestätigt sich die im Wirkmodell als wichtig identifizierte Passung nach Art der Behinderung. Eine zentrale Erkenntnis der Auswertungen der Befragungen ist es jedoch, dass dies nicht als wichtigste Form der Übereinstimmung eingeschätzt wird, sondern vielmehr Gemeinsamkeiten im Hinblick auf Lebenssituationen bzw. Lebenserfahrungen. Auch wenn von Zusammenhängen zwischen der Art der Behinderung und der Art von Lebenserfahrungen ausgegangen werden kann, ist die gleiche Lebenserfahrung im Sinne einer Operationalisierung von „gleicher Betroffenheit“ als eigenständiger Wirkfaktor in das Wirkmodell aufzunehmen.

- *Art des Beschäftigungsverhältnisses – Erfahrungen in der Beratungsarbeit*

Die Art des Beschäftigungsverhältnisses wurde als konzeptioneller Einflussfaktor seitens der Beratungsstrukturen ausgemacht. Die Ergebnisse der Befragungen konkretisieren diesen Faktor inhaltlich insofern sie auf Unterschiede nach haupt- und nebenberuflicher sowie ehrenamtlicher Beschäftigung als Peer Counselors hinweisen. Die konkreten Zusammenhänge lassen sich jedoch auf der Basis der zum Zwischenbericht vorliegenden Daten nicht eindeutig benennen. Denkbar ist, dass nicht die ehrenamtliche Struktur per se, sondern die fehlende

⁶⁵ Ob und inwiefern mittelfristige Wirkungen im Sinne konkreter Veränderungen der Lebenssituation (z. B. Wohnen und Arbeit) durch das Peer Counseling erreicht werden, wird auf der Basis der Längsschnittbefragungen Untersuchungsgegenstand der letzten Projektphase sein.

Beratungserfahrung der Peer Counselors auf die Wahrnehmungen der Ratsuchenden und die Ausprägung der Beratungsergebnisse einwirkt. Gestützt wird diese Hypothese durch das Ergebnis, dass zwar alle Peer Counselors unabhängig von der Art der Beschäftigung geschult und auf ihre Tätigkeit vorbereitet wurden, das Ausmaß der praktischen Erfahrungen in der Beratungstätigkeit jedoch bei den ehrenamtlichen und nebenberuflichen Peer Counselors in deutlich geringerem Maße vorhanden ist als bei den hauptberuflichen Peer Counselors. Das Ausmaß an Erfahrung ist im Wirkmodell bei den personellen Bedingungen im Hinblick auf Qualifizierung als Faktor zu benennen und im weiteren Projektverlauf zu untersuchen.

- *Unterstützung in der Beratungssituation*
Eine deutliche und wichtige Erkenntnis der Befragungen ist, dass für viele Peer Counselors die Unterstützung durch eine andere Person in der Beratungssituation, aber auch bei anderen Tätigkeiten und Aufgaben im Zusammenhang mit der Peer-Beratung eine wichtige Bedingung ist, um Peer-Beratung ausführen zu können. Dieser Aspekt ist in der bisherigen Auseinandersetzung mit dem Peer Counseling-Konzept noch nicht berücksichtigt worden. Er ist als wichtiger konzeptioneller Einflussfaktor im Wirkmodell zu ergänzen und seine Ausgestaltung im Hinblick auf die Rolle und Aufgaben der unterstützenden Person zur Wahrung von Unabhängigkeit zu untersuchen.
- *Ergebnisse und Wirkungen von Peer-Beratung für die Peer Counselors*
Im Wirkmodell wurden intendierte Ergebnisse und Wirkungen von Peer Counseling formuliert, die im Wesentlichen auf die (Selbst-)Aktivierung von Empowermentprozessen zielen, die Ratsuchende dazu befähigen sollen, sich und ihre Lebenssituation zu reflektieren und davon ausgehend ihr Lebensumfeld sowie ihre Persönlichkeit zu entwickeln und zu verändern. Die Ergebnisse der Peer Counselors-Befragung bestätigen und bekräftigen die in den Fokusgruppendifkussionen von Peer Counselors geäußerte Erwartung, dass darüber hinaus auch positive Effekte von Beratungsgesprächen auf die Peer Counselors selbst im Hinblick auf Selbstvertrauen, Selbstreflexion und Interessensvertretung festgestellt werden können. Zugleich zeigt sich, dass auch kontraproduktive Wirkungen in Form von Belastungen durch die Beratungstätigkeit eintreten können. Vor diesem Hintergrund ist die Wirkung von Peer

Counseling auf die Peer-Beraterinnen und -Berater als eigene Dimension im Wirkmodell zu ergänzen.

Die auf der Basis der Befragungsergebnisse identifizierten und konkretisierten Wirkfaktoren und Wirkungsdimensionen werden in der nächsten Projektphase im Wirkmodell als analytische Perspektiven ergänzt und (u. a. im Rahmen der Fokusgruppengespräche) empirisch untersucht. Im Abschlussbericht wird ein integriertes endgültiges Wirkmodell vorgestellt.

8 Zusammenfassung und erste Empfehlungen an den LVR

8.1 Zusammenfassung

Die vorgestellten Ergebnisse zeichnen ein vielschichtiges Gesamtbild vom Peer Counseling, wie es im Rahmen des Modellprojekts vom LVR erprobt wird. Sie liefern Informationen zur Konzeption und Umsetzung (8.1.1), zu den Peer Counselors und den Ratsuchenden (8.1.2), zur generellen Wirkweise (8.1.3) sowie zu Bewertungen, Wirkungen und Gelingensfaktoren von Peer Counseling (8.1.4).

8.1.1 Konzeption und Umsetzung

Das Peer Counseling im Rahmen des LVR-Modellprojekts weist eine **organisatorische Vielfalt** auf. Kennzeichnende Elemente der Beratungsstellen sind

- unterschiedliche institutionelle Hintergründe, die Selbsthilfeorganisationen und verschiedene Angebotsträger der Behindertenhilfe umfassen,
- Erfahrungshintergründe, die von langjährigen Peer Counseling-Erfahrungen bis zur neuen Einführung dieses Angebots reichen,
- die Größe der Teams mit einer Spanne von einem bis zu 13 Peer Counselors und einem Schwerpunkt auf Teams mit 4-8 Peer Counselors,
- die vorrangige Art der Behinderung der Peer Counselor-Teams, die in den meisten Fällen auch die avisierte Zielgruppe kennzeichnet sowie
- das Angebotsspektrum, das von Peer Counselors ergänzend zum Peer Counseling im engeren Sinne angeboten wird, z. B. offene Gruppenangebote, Vorträge und weitere niedrigschwellige Angebote.

Ein besonderes Gewicht kommt dem **Beschäftigungsstatus** der Peer Counselors zu. Einerseits hat er unmittelbare Auswirkungen auf die Vergütung und den Umfang der Beratungstätigkeit, andererseits sind mit ihm weitere strukturelle Unterschiede verbunden. Es ist also ein Strukturmerkmal und wurde daher zur Bildung von **drei Beratungstypen** verwendet:

- Zum Typ „Hauptberufliche Berater“, gekennzeichnet durch fest angestellte Beraterinnen und Berater, gehören vier Projektstandorte mit insgesamt 11 Beraterinnen und Beratern,
- der Typ „Nebenberufliche Berater“ mit Peer Counselors, die von ihrem Arbeitgeber für die Beratungstätigkeit freigestellt wurden, zählt zwei Beratungsstellen mit 15 Beraterinnen und Beratern und
- der Typ „Ehrenamtliche Beratung“, mit vier Beratungsstellen und insgesamt 36 ehrenamtlich tätigen Peer Counselors.

Die notwendigen **organisatorischen Arbeiten** übernimmt im Regelfall die Koordinatorin bzw. der Koordinator, nur in den Beratungsstellen vom Typ „Hauptberufliche Berater“ übernehmen die Peer Counselors diese Arbeiten selbst. In den anderen beiden Beratungsstellen-Typen sind eine bis drei Personen für die Koordinationstätigkeiten angestellt, mit sehr unterschiedlichen Stundenumfängen. Zu den Aufgaben der Koordinatorinnen und Koordinatoren gehört auch die Unterstützung der Peer-Beraterin bzw. des Peer-Beraters in der Beratung selbst, wenn diese Unterstützung erforderlich und gewünscht ist.

Innerhalb eines Jahres wurde die Beratung von insgesamt 500 Personen dokumentiert. Weil einige Ratsuchende mehrfach beraten wurden, liegt die **Gesamtzahl der Beratungen** mit 743 nochmals höher. Dies entspricht einer monatlichen Beratungszahl von rund 62 Beratungen. Zwischen den Beratungsstellen gibt es – teilweise in Abhängigkeit von den Vorerfahrungen und der Anzahl der Peer Counselors – große Unterschiede in der Beratungsintensität. Zwei Beratungsstellen führten durchschnittlich etwas weniger als eine Beratung im Monat durch, eine andere kommt auf knapp 20 Beratungen im Monat.

Die **Zugangswege** der Ratsuchenden zur Beratung sind vielfältig, am häufigsten sind persönliche Kontakte ausschlaggebend, aber auch das Internet, die Vermittlung über andere Beratungsstellen oder Leistungsanbieter und Infoveranstaltungen sind wichtige Zugangswege.

Die erste Beratung findet am häufigsten **in der Beratungsstelle** statt, mit knapp einem Drittel spielt die telefonische Erstberatung ebenfalls eine große Rolle. Aufsuchende Beratung, z. B. in Einrichtungen wie Tageskliniken, spielt nur eine geringe Rolle.

Der **Beratungsanlass** ist in der Hälfte der Fälle eine bestimmte Frage, ein Drittel der Ratsuchenden möchte die Beratung kennenlernen oder sich allgemein informieren. Besonders häufig werden

die **Themenbereiche** Arbeit und Wohnen (beide 27 %) thematisiert. Häufig werden auch Fragen zu Medikamenten, Ärztinnen/Ärzten oder Therapien gestellt (24 %). Ähnlich viele Gespräche beschäftigen sich mit dem Umgang mit der eigenen Erkrankung oder Behinderung (24 %) und mit Lebenskrisen (22 %).

Die Beratungsgespräche **dauern** durchschnittlich etwa eine dreiviertel Stunde. Telefonische Beratungen sind mit einer guten halben Stunde deutlich kürzer als die face-to-face-Beratungen (1 Stunde). Zwischen den Beratungsstellentypen zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede.

Im Zeitraum eines Jahres wurde rund ein Viertel aller Ratsuchenden **ein zweites Mal** beraten. Knapp 20 Prozent wurden an eine andere Beratungsstelle weiterverwiesen. Neun Prozent der Erstberatungen endeten mit der expliziten Vereinbarung, die Beratung nicht weiterzuführen.

Neun der zehn Beratungsstellen führten neben den Beratungsgesprächen auch Veranstaltungen durch. Seit Juni 2014 wurden insgesamt **167 Veranstaltungsformen und -formate** dokumentiert, darunter 128 Einzelveranstaltungen sowie 39 Veranstaltungen, die in einem regelmäßigen Turnus ausgerichtet werden. Teilnehmende an diesen Veranstaltungen äußern im Anschluss häufig Interesse an der Peer-Beratung.

Die Beratungsstellen betreiben **Netzwerkarbeit**, um Peer Counseling bekannt zu machen und um den Wissens- und Erfahrungsaustausch zu fördern. Sie nutzen dabei vorwiegend ihr vertrautes Netzwerk, teilweise weiten sie es auf ein weiteres Spektrum an Leistungsanbietern aus.

8.1.2 Merkmale von Peer Counselors und Ratsuchenden

Die Gesamtheit der Peer Counselors ist hinsichtlich zentraler Merkmale **divers**:

- Sie weist ein breites **Altersspektrum** und ein ausgeglichenes Geschlechtsverhältnis auf. Auch sind höhere wie niedrigere Bildungsniveaus gleichermaßen häufig vertreten.
- Hinsichtlich der **Behinderungsarten** der Peer Counselors sind drei große Gruppen vertreten. Ähnlich häufig sind mit jeweils über 40 Prozent Menschen mit einer kognitiven Behinderung oder einer psychischen Behinderung vertreten. Etwas seltener sind Menschen mit einer körperlichen Behinderung (rund 30%) und mit einer chronischen Erkrankung (gut 20%) unter den Peer-Beraterinnen und -Beratern vertreten.

Die Peer Counselors wohnen in der Regel in ihrer eigenen Wohnung (über 80%), ein Teil von ihnen mit Unterstützung. Ein kleinerer Teil wohnt bei Angehörigen und ausgesprochen wenige in einem Wohnheim. Knapp die Hälfte arbeitet auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, ein gutes Drittel in einer WfbM; in einer Integrationsfirma arbeiten knapp 20 Prozent.

Peer Counselors werden auf ihre Beratungstätigkeit vorbereitet. Die meisten Peer Counselors nehmen an dem zentralen **Schulungsprogramm** im Rahmen des Modellprojekts teil, einige nutzen die von Koordinatorinnen und Koordinatoren angebotenen internen Schulungen und schließlich werden vereinzelt auch externe, an Peer Counselors gerichtete Schulungen genutzt. Nur ein Peer Counselor, der nicht über einschlägige Vorerfahrungen verfügt, gibt an, (noch) nicht an einer der Schulungsvarianten teilgenommen zu haben.

Knapp zwei Drittel der Peer Counselors (62%) nutzen **Unterstützung bei der Durchführung der Beratung**. Alle Peer Counselors mit einer geistigen Behinderung geben an, Unterstützungsbedarf zu haben, groß ist auch der Anteil bei denjenigen mit mehrfachen Behinderungen (90%). Die Unterstützung wird in der Regel von einer Koordinatorin bzw. einem Koordinator oder einem anderen Peer Counselor geleistet.

Verbreitet ist auch der **Unterstützungsbedarf bei Koordinierungstätigkeiten** wie Vorbereitung, Terminabsprachen und Dokumentationen zum Beratungsgespräch (knapp 50%) sowie **bei An- und Abfahrten**. Auch hier benötigen alle Peer Counselors mit einer geistigen Behinderung Unterstützung. Auch Menschen mit mehreren Behinderungen geben weit überwiegend (90%) an, auf Unterstützung angewiesen zu sein. Schließlich trifft das auch auf die Hälfte der Peer Counselor mit einer körperlichen Behinderung zu.

Die Gruppe der **Ratsuchenden** ist vielschichtig zusammengesetzt:

- Das Geschlechterverhältnis ist ausgeglichen und es sind verschiedene Altersgruppen relativ gleichmäßig vertreten. Die Altersspanne reicht von 14 bis 82 Jahre, das Durchschnittsalter beträgt 40 Jahre.
- Zwei Drittel der Ratsuchenden haben eine psychische Behinderung, häufig vertreten sind auch Menschen mit Körperbehinderung (25%) sowie Menschen mit Schwierigkeiten beim Lernen bzw. geistiger Behinderung (16%).

8.1.3 Wirkmodell von Peer Counseling

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wurde ein fachwissenschaftlich und empirisch begründetes, vorläufiges Bedingungs-

und Wirkmodell des Peer Counseling erstellt, das schematisch einen idealtypischen Beratungsprozess abbildet.

- Seitens der **Beratungsstellen** prägen konzeptionelle, personelle, räumlich-sächliche sowie Umfeld- und Umweltfaktoren den Beratungsprozess. Diese Faktoren liegen im Verantwortungs- und Einflussbereich der Beratungsstellen bzw. der Anbieter von Peer Beratung.
- Auf der anderen Seite nehmen **persönliche Eigenschaften und Voraussetzungen der Ratsuchenden** Einfluss auf das Peer Counseling. Hier spielen die Motivation zur Inanspruchnahme von Peer Counseling ebenso eine Rolle wie beispielsweise Bewältigungsstrategien, Resilienzfaktoren sowie soziodemografische Aspekte und Umweltfaktoren (z.B. soziale Unterstützung und Netzwerke). Es ist davon auszugehen, dass sich die Bedingungen der Beratungsstellen und persönliche Faktoren im Beratungsprozess faktisch wechselseitig beeinflussen und die Beratungsqualität in der jeweiligen Interaktion zwischen beiden Dimensionen entsteht.
- **Dimensionen der Wirkungen und Ergebnisse** des Peer Beratungsprozesses lassen sich als Problemanalyse und Zielfindung, Lebensumfeldveränderung bzw. Stabilisierung sowie Persönlichkeitsentwicklung systematisieren, die je nach Beratungsprozess in Umfang und Qualität variieren. Im Idealfall ermöglicht dieser durch das Peer Counseling unterstützte Entwicklungs- und Empowermentprozess eine selbstbestimmte Lebensführung bzw. die Verwirklichung individuell angestrebter Ziele.

Mit dem klaren Fokus auf subjektiv bedeutsame Aspekte und Ziele der Lebensführung hebt sich das Peer Counseling in seiner konzeptionellen Ausrichtung von der sozialpolitischen und fachlich-professionellen Programmatik der Teilhabe ab, da objektive Festlegungen eines „guten Lebens“ bzw. von relevanten Lebensbereichen und -zielen in den Hintergrund treten.

In diesem Bericht wurden Bedingungsfaktoren operationalisiert, die Einfluss auf die Qualität der Beratungsstruktur nehmen. Im Rahmen der weiteren wissenschaftlichen Begleitung wird das vorläufige Wirkmodell weiterentwickelt und überprüft.

8.1.4 Bewertungen, Wirkungen und Gelingensfaktoren von Peer Counseling

Zur Perspektive der Ratsuchenden:

- Die Ratsuchenden, die an der schriftlichen Befragung teilnahmen, **erleben** die Peer-Beratung und die Peer Counselor ausgesprochen positiv. Diese positive Wertung erstreckt sich auf

alle abgefragten Eigenschaften der Peer Counselors und der Beratungsgespräche.

- **Peer Counselors** werden von knapp drei Viertel der antwortenden Ratsuchenden als Vorbild angesehen. Nur ein kleiner Teil (9%) gibt an, der Peer Counselor wollte zu etwas überreden.
- Auch die **Beratungssituationen** werden im Hinblick auf die Erreichbarkeit der Beratungsstelle, der Gesprächsatmosphäre (Raum, Offenheit und Vertrauen) und des zeitlichen Rahmens durch alle Ratsuchenden durchweg sehr positiv bewertet. Jeweils über 90 Prozent der Ratsuchenden stimmen den Aussagen zu, dass es ihnen besser gehe, weil sie über ihre Fragen bzw. ihr Problem reden konnten, dass ihre Fragen beantwortet wurden und dass das Beratungsgespräch geholfen habe.
- Die **Beratungsergebnisse** werden von den Ratsuchenden insgesamt positiv bis sehr positiv eingeschätzt. Die Bewertungen fallen für die Teilgruppe der ehrenamtlich beschäftigten Peer Counselors ebenfalls positiv aus, im Vergleich mit den haupt- und nebenberuflich Beschäftigten jedoch auf einem etwas geringeren Niveau.
- Fast ausnahmslos alle Ratsuchenden **beurteilen** Peer Counseling als wichtiges Beratungsangebot und würden dieses weiterempfehlen. Fast alle würden wieder zur Peer-Beratung gehen, wenn sie mal ein anderes Thema hätten. Etwa die Hälfte plant einen weiteren Beratungstermin zum selben Thema des ersten Gesprächs. Auch bei diesen allgemeinen Bewertungsaspekten sind die Ergebnisse für die Beratungsstellen mit ehrenamtlichen Beraterinnen und Beratern in etwas schwächerem Maße positiv als bei den anderen Beratungstypen.

Zur Perspektive der Peer Counselors:

- Peer Counselors fühlen sich auf ihre Beratungstätigkeit durch **Ausbildung und Schulung** gut vorbereitet.
- Die **Unterstützung**, die einige Peer Counselors benötigen, erleben sie grundsätzlich positiv. In den meisten Fällen (70%) greift die unterstützende Person nur dann ein, wenn der Peer Counselor dies wünscht. Gut die Hälfte der unterstützten Peer Counselors kann sich vorstellen, in Zukunft auf die Unterstützung zu verzichten.
- Hinsichtlich der **Ähnlichkeit zu den Ratsuchenden** geben die Peer Counselors am häufigsten (79%) an, dass ähnliche Erfahrungen sich günstig auf die Beratung auswirken, etwas seltener nennen sie die Behinderungsart (54%). Geschlecht und Alter spielen eine nachrangige Rolle.

- Insgesamt bewerten sie Peer-Beratung sehr positiv und alle arbeiten gerne als Peer Counselor.
- Nach Verbesserungen gefragt, werden von einigen mehr durchgeführte Beratungen gewünscht, außerdem mehr Öffentlichkeitsarbeit, bessere Büroausstattung und eine finanziell gesicherte längerfristige Perspektive.
- Fast ausnahmslos stellen sie eine befriedigende Wirkung fest, empfinden Peer Counseling mehrheitlich als persönliche Weiterentwicklung und wissen dadurch besser, was sie wollen.
- Negativ macht sich bei rund einem Drittel manchmal auftretender Stress bemerkbar. Drei Viertel denken auch nach der Beratung noch über die Probleme der Ratsuchenden nach.

Gelingensfaktoren für Peer Counseling:

- Insgesamt werden vielfältige Ratsuchende erreicht. Als Gelingensfaktor für dieses erwünschte Ergebnis kann, neben dem Peer Counseling-Konzept an sich, das vielfältige Beratungsangebot aufgefasst werden, mit dem diese unterschiedlichen Zielgruppen erreicht werden.
- Trotzdem werden einige potenzielle Zielgruppen noch nicht oder kaum erreicht, u.a. Menschen die in stationären Einrichtungen wohnen. Geeignete Zugänge für solche Zielgruppen zum Beratungsangebot zu schaffen, ist ein Gelingensfaktor, der noch zu konkretisieren und umzusetzen ist.
- Um der Vielfalt von Ratsuchenden und individuellen Beratungswünschen gerecht zu werden, sind Konzepte, Strukturen und Prozesse daraufhin abzustimmen.
- Die Schulungskonzepte haben sich bewährt und tragen zur Qualität sowie zur Zufriedenheit der Peer Counselor bei.
- Die geleistete Unterstützung in der Beratungsarbeit einiger Peer Counselors ist ein Gelingensfaktor im Sinne von „angemessenen Vorkehrungen“ der UN-Behindertenrechtskonvention, denn sie ermöglicht Menschen, die Sicherheit und Unterstützung in der Durchführung von Peer Counseling benötigen, den Zugang zu dieser Tätigkeit. Die unterstützten Peer Counselors bewerten die Begleitung und Unterstützung positiv; die Ratsuchenden erleben sie nicht als störend.
- Die Vorbildfunktion der Peer Counselors ist kein notwendiger Gelingensfaktor. Auch diejenigen Ratsuchenden, die sie nicht als Vorbild sehen, schätzen die Beratung.

- Eine ausreichende Anzahl an Beratung ist aus Sicht der Peer Counselors für die Zufriedenheit wichtig, sie fördert die Qualität durch Beratungserfahrung und sollte in einem angemessenen Verhältnis zu den für Schulungen und Organisation aufgewendeten Mitteln stehen.
- Ähnliche Lebenserfahrungen von Peer Counselors und Ratsuchenden tragen wesentlich zum Gelingen der Beratungsgespräche bei. In etwas geringerem Maße gilt das auch für gleiche Behinderungsarten und nur geringfügig für gleiches Alter und Geschlecht. Diese Passungsmöglichkeiten stellen Gelingensfaktoren dar, die durch die Vielfalt der Peer Counselors ermöglicht werden können.

8.2 Handlungsempfehlungen

8.2.1 Vorbemerkung

Zum Zeitpunkt des zweiten Zwischenberichts liegen bereits vielfältige Ergebnisse vor. Aus diesen lassen sich vorläufige Empfehlungen ableiten, wie Peer Counseling - einschließlich notwendiger Rahmenbedingungen – so ausgestaltet werden kann, dass die mit dem Beratungsangebot verbundenen Ziele besonders gut erreicht werden können.

Herangezogen werden hierfür vorrangig in diesem Bericht vorgestellte Ergebnisse aus der Analyse erhobener quantitativer Daten (Falldokumentationen, Befragung der Beraterinnen und Berater sowie Ratsuchenden). Des Weiteren liefern die qualitativ ausgerichteten Fokusgruppendifkussionen mit Beratenden, Ratsuchenden und Expertenpanels sowie die Workshops mit den Projektakteuren Hinweise für die Handlungsempfehlungen. Ergänzend werden Optimierungshinweise aus dem menschenrechtlichen und fachwissenschaftlichen Diskurs gewonnen.

Peer Counseling ist ein Beratungsangebot, das von seinem Anspruch und seiner Konzeption her in hohem Maße mit den Zielsetzungen der UN-BRK übereinstimmt. Viele der in diesem Bericht dargestellten Ergebnisse bringen zum Ausdruck, dass auch die Umsetzung an den Projektstandorten diesen Ansprüchen gerecht wird. Sowohl Ratsuchende als auch Peer Counselor bewerten Peer Counseling ausgesprochen positiv und auch die eigene Qualität von Peer Counseling wird durch die Befragungsergebnisse bestätigt.

Den einzelnen Handlungsempfehlungen kann daher die grundsätzliche Empfehlung vorangestellt werden, Peer Counseling als integralen Bestandteil eines differenzierten Unterstützungssystems fest zu etablieren. Es ist Aufgabe von Politik und Leistungsträgern mit geeigneten Maßnahmen dazu beizutragen, dass Peer Counseling im Unterstützungssystem bekannt, anerkannt und als Qualitätsstandard begriffen wird.

8.2.2 Handlungsempfehlungen

1. Eine Vielfalt von Trägern der Peer Counseling-Angebote ist anzustreben.

Zugrundeliegende Ergebnisse:

- a) Unterschiedliche Formen der Trägerschaft eignen sich für das Peer Counseling, unabhängig von der Art des Trägers erzielt das Peer Counseling aus Sicht der Ratsuchenden positive Wirkungen.
- b) Peer Counselor und Ratsuchende äußern gleichermaßen häufig, dass es für die Beratung besonders wichtig sei, dass der/die Beratende eine ähnliche Situation wie der Ratsuchende aus dem persönlichen Erleben kennt. Auch eine gleichartige Behinderung ist vielen Ratsuchenden wichtig.

Begründung:

Je nach Region variiert das vorgehaltene Beratungsangebot. Unterschiedliche Strukturen finden sich auch entlang der Behinderungsarten, an die sich die Beratungsangebote richten sowie entlang verschiedener Themen wie Arbeiten, Wohnen oder Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Wenn für das Peer Counseling eine Trägervielfalt ermöglicht wird, kann die erprobte Arbeitsfähigkeit und Bekanntheit etablierter neutraler Träger genutzt werden. Darüber hinaus hat Trägervielfalt den Vorteil, dass Ratsuchende verschiedener Zielgruppen aus den Beratungsstellen-Typen jeweils diejenige wählen können, die ihnen vertrauter ist.

2. Bei der Auswahl geeigneter Träger für das Peer Counseling ist es wichtig, bereits erfolgreich vor Ort etablierte und neutrale Beratungsstrukturen zu berücksichtigen.

Zugrundeliegende Ergebnisse:

- a) Das Angebot von einigen Beratungsstellen wird kaum von Ratsuchenden wahrgenommen.

- b) Menschen mit bestimmten Beeinträchtigungen (z. B. kognitive Beeinträchtigungen) oder in bestimmten Lebenssituationen sind unter den Ratsuchenden schwach repräsentiert.

Begründung:

Vorhandene Beratungsstrukturen, wie KoKoBes, Sozialpsychiatrische Zentren und Zentren für selbstbestimmtes Leben, bilden die erforderliche Vielfalt an Trägern ab. Zudem liegen die Vorteile einer Anbindung an etablierte Beratungsstrukturen in einer höheren Bekanntheit und einem niedrigschwelligen Zugang – sie sind den entsprechenden Zielgruppen bekannt und werden nach bisherigen Erfahrungen auch eher aufgesucht. Darüber hinaus sind sie im Unterstützungssystem häufig gut vernetzt und werden dort wahrgenommen. Vorauszusetzen ist, dass eine weitgehende Unabhängigkeit von Interessen sowohl der Leistungsträger als auch einzelner Leistungserbringer gewährleistet ist.

- 3. Eine Mindestgröße der Teams von 2-3 Peer Counselors ist nicht zu unterschreiten.

Zugrundeliegende Ergebnisse:

- a) Eine Beratungsstelle, die mit nur einer/einem Peer Counselor besetzt war, berichtete von Problemen infolge von Krankheit und Urlaub, die zu zwischenzeitlichen Vakanzen führten. Die Beratung konnte daher nicht kontinuierlich angeboten werden.
- b) In den Fokusgruppendifkussionen wurden ausreichende Zeiten und Möglichkeiten der Erreichbarkeit als wichtige Qualitätsmerkmale von Beratungsangeboten betont.
- c) Peer Counselors brauchen nach Aussagen der Fokusgruppen-Teilnehmerinnen und Teilnehmer kollegialen Austausch z. B. in Form von Fallbesprechungen. Dieser Ansatz der Intervention zwischen Kolleginnen und Kollegen hat sich auch in anderen Organisationskontexten bewährt.
- d) Eine Mindestzahl an Beratenden gewährleistet eine gewisse Auswahlmöglichkeit für die Ratsuchenden. Sowohl in der schriftlichen Befragung von Peer Counselors und Ratsuchenden als auch in den Fokusgruppendifkussionen wurde auf die Bedeutung von ähnlichen Erfahrungen/Lebenssituationen und ähnlichen Beeinträchtigungen hingewiesen.

Begründung:

Die Kontinuität des Angebots, eine gewisse Auswahloption für eine geeignete Passung von Beratenden und Ratsuchenden sowie ein kollegialer Austausch sind strukturelle Qualitätsstandards von

Peer-Beratung, deren Umsetzung eine Mindestzahl an Peer Counselors voraussetzt.

4. Die Vernetzung der Beratungsstellen und der Peer Counselor untereinander sollte gefördert werden.

Zugrundeliegende Ergebnisse:

- a) Während der Vor-Ort-Besuche bei den Beratungsstellen sowie in den Fokusgruppen-Gesprächen haben Peer Counselors und Koordinatorinnen und Koordinatoren auf die Notwendigkeit des kollegialen Austauschs für eine gute Beratungstätigkeit hingewiesen.

Begründung:

In einigen Themenfeldern des Peer Counseling finden laufend Weiterentwicklungen statt. Dies betrifft zum Beispiel rechtliche Ansprüche und Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. Außerdem ist Peer Counseling in einigen Regionen bzw. für bestimmte Personengruppen (z. B. mit kognitiver Beeinträchtigung) ein noch neues Angebot, dessen Professionalisierung sich auch durch Praxis herausbildet. Schließlich haben die Beratenden unterschiedliche Hintergründe und unterschiedlich viel Beratungserfahrungen. Alle diese genannten Punkte erfordern einen strukturierten Austausch der Peer Counselors untereinander bzw. werden durch einen solchen begünstigt.

5. Peer-Beratern, die im Zusammenhang mit ihrer Beeinträchtigung eine personelle Unterstützung in der Beratungssituation benötigen und wünschen, sollte dies ermöglicht werden. Über Art, Umfang und Dauer der Unterstützung entscheidet der Counselor gemäß seiner Bedarfe und Bedürfnisse.

Dabei muss sichergestellt sein, dass der Peer Counselor in allen Fällen die Gestaltungshoheit über Inhalt und Ablauf des Beratungsgesprächs hat und die Unterstützung den Peer-Charakter der Beratung nicht unterläuft oder auflöst. Aufgaben und Rolle der unterstützenden Person sollten jeweils in Absprache mit dem Peer Counselor klar definiert und kontinuierlich seinen Erfahrungen und ggf. sich ändernden Kompetenzen und Bedürfnissen angepasst werden. Für die Unterstützerinnen und Unterstützer sind Möglichkeiten der Reflexion ihrer Rolle und Aufgaben - zum Beispiel über Supervision oder Intervision (kollegiale Beratung) - vorzuhalten.

Zugrundeliegende Ergebnisse:

- a) Einige Beratende sehen sich (noch) nicht in der Lage, alleine und selbständig zu beraten. Sie haben daher in der Beratungssituation personelle Unterstützung gewünscht und erhalten. In der schriftlichen Befragung gaben sie an, diese als

hilfreich zu empfinden. Zugleich können sich viele von ihnen vorstellen, auf diese Unterstützung sukzessive zu verzichten, wenn sie genügend Beratungserfahrung gemacht haben.

- b) Peer-Beratung, die von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung bzw. mit personeller Unterstützung angeboten wird, wird nachgefragt und führt zu den intendierten Ergebnissen und Wirkungen.
- c) Sowohl in der Fachliteratur wie auch in den durchgeführten Fokusgruppendifkussionen mit beiden Akteursgruppen und in den Fachgesprächen mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren wird unterstrichen, dass unterstützte Beratung dann den Peer-Charakter bewahrt, wenn die Begegnung von Beratenden und Ratsuchenden „auf Augenhöhe“ erfolgt. Die festgestellten positiven Wirkungen der Beratung beruhen zu einem großen Teil auf diesem zentralen Merkmal.

Begründung:

Peer Counseling sollen alle Menschen mit Behinderung ausüben können, die über die notwendigen Beratungsfähigkeiten sowie den Erfahrungshintergrund verfügen. Weder Art noch Ausprägung der vorliegenden Beeinträchtigung(-en) dürfen ein Hinderungsgrund für die Ausübung der Beratungstätigkeit sein. Die UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet zur Chancengleichheit und sie verbietet Diskriminierung. Zur Förderung der Gleichberechtigung und zur Beseitigung von Diskriminierung sind angemessene Vorkehrungen, einschließlich besonderer Maßnahmen zu treffen (Art. 5). Eine personelle Unterstützung in der Beratungssituation ist als angemessene Vorkehrung notwendig, um zu ermöglichen, dass auch Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen gleichberechtigt als Peer Counselor ihre Fähigkeiten zur Entfaltung bringen können und um das Bewusstsein für ihre Fähigkeiten und ihren Beitrag zum Empowerment zu fördern.

- 6. Beratungsstellen sollten ergänzende niedrigschwellige Unterstützungsangebote (Peer Support) vorhalten, etwa Informationsveranstaltungen, offene Cafés, Freizeitgestaltung, Selbsthilfegruppen oder Ansätze der Persönlichen Zukunftsplanung.

Zugrundeliegende Ergebnisse:

- a) Der Zugang der Ratsuchenden zum Peer Counseling erfolgt häufig über andere (niedrigschwellige) Angebote, die beim Träger der Beratung vorgehalten werden. (Quelle: Falldokumentation)
- b) Ratsuchende haben in den Fokusgruppendifkussionen mehrfach davon berichtet, dass Angebote des Peer Support den Beratungsprozess unterstützen.

- c) Sowohl die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des 3. Expertenpanels als auch die Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren (2. Workshop) haben auf die Bedeutung eines breiten, abgestuften Angebots aus dem gesamten Spektrum des Peer Support verwiesen, um die erforderliche methodische Vielfalt in der Ansprache und die Erreichbarkeit von Zielgruppen zu unterstützen.

Begründung:

Die UN-BRK bezeichnet Peer Support insgesamt als eine wirksame und geeignete Maßnahme zur Ermöglichung von Unabhängigkeit und zur Befähigung von Menschen mit Behinderungen (Art. 26). Als ergänzendes Angebot von Peer-Beratungsstellen unterstützt Peer Support durch organisatorische und methodische Vielfalt sowie durch niedrigschwellige Ansprache, dass alle Zielgruppen erreicht werden können (vgl. 9.). Positive Erfahrungen mit Peers und der persönliche Kontakt zu Peer-Beratern im Rahmen dieser Angebote wirken vertrauensbildend und eröffnen fließende Übergänge in die Peer-Beratung vor Ort.

- 7. Die Bedingungen für ehrenamtliche Beraterinnen und Berater sind weiter zu entwickeln. Zentrale Ansätze sind Qualifizierung, Begleitung und Austausch sowie Anerkennung durch professionelle Counselors.

Zugrundeliegende Ergebnisse:

- a) Gleichwohl die Beratung durch ehrenamtlich beschäftigte Peer Counselors insgesamt positiv bewertet wird, zeigen differenzierte Auswertungen der schriftlichen Befragung von Ratsuchenden, dass Ergebnisse und Wirkungen auf einem geringeren Niveau eingeschätzt werden als Beratungen durch neben- oder hauptamtlich beschäftigte Counselors.
- b) Bei den ehrenamtlich beschäftigten Counselors handelt es sich überwiegend um Personen, die (noch) keinen breiten Erfahrungshintergrund haben und/oder (noch) nicht qualifiziert sind.
- c) Die Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren beschreiben ausreichend Beratungserfahrungen und Zeit für Entwicklung, Begleitung und Austausch, Qualifizierung und Akzeptanz auf Augenhöhe als zentrale Gelingensbedingungen für ehrenamtliche Beratung (Ergebnisse 3. Workshop).

Begründung:

Ehrenamtliche Peer Counselors können dazu beitragen, ein flächendeckendes und vielfältiges Beratungsangebot vorzuhalten.

Zugleich bietet die ehrenamtliche Beschäftigung einen niedrigschwelligen Zugang zur Beratungstätigkeit. Im weiteren Projektverlauf ist vor diesem Hintergrund ein besonderes Augenmerk auf die Weiterentwicklung der Bedingungen für ehrenamtliche Beratung zu richten, um Anreize für ehrenamtliche Beraterinnen und Berater zu schaffen und die Qualität ihrer Arbeit zu erhöhen.

8. Die Bekanntheit des Angebots sollte durch Netzwerkarbeit gefördert werden. Netzwerkarbeit von Peer Counseling sollte sich nicht auf das engere Umfeld der Unterstützung für behinderte Menschen und der Organisationen von Menschen mit Behinderungen beschränken. Notwendig ist vielmehr eine zielgruppen- und sektorenübergreifende Vernetzung, die die Vielfalt der Menschen mit Behinderungen und die hierauf bezogenen verschiedenen Schnittstellen des Peer Counseling berücksichtigt.

Zugrundeliegende Ergebnisse:

- a) Einige Beratungsstellen werden vergleichsweise wenig nachgefragt, andere haben hingegen – auch unabhängig vom Zeitpunkt des Angebotsstarts – wesentlich schneller höhere Fallzahlen erreicht.
- b) Die Falldokumentationen zeigen die Vielfalt der Beratungsthemen und die Verschiedenheit der Ratsuchenden. Eine zielgruppenübergreifende Vernetzung des Angebots mit bspw. den Diensten der Migrationssozialarbeit, der Altenhilfe, der Kinder- und Jugendhilfe, den (Förder-) Schulen und dem Gesundheitssystem liegt nahe.

Begründung:

Aufgrund ihres Charakters als Angebot im Vorfeld und begleitend zu einer Leistungsanspruchnahme einerseits sowie aufgrund der unterschiedlichen Zielsetzungen steht Peer-Beratung nicht in Konkurrenz zur Beratung durch Leistungserbringer oder -träger, sondern ist ein eigenständiger komplementärer Bestandteil einer vielfältigen Beratungslandschaft. Ein kostengünstiger und effektiver Weg, Peer Counseling bei Ratsuchenden bekannter zu machen, kann daher sein, Leistungsträger und -erbringer aufzufordern, ihre Klienten über dieses spezielle Beratungsangebot zu informieren.

9. Es sind Zugangswege für Peer Counseling zu erschließen und umzusetzen, die auch Menschen erreichen, die in stationären Wohneinrichtungen leben. Geeignete Maßnahmen sind beispielsweise eine aufsuchende Beratung sowie die Beteiligung von Gremien der Interessensvertretung wie Heimbeiräte. Für Beratungsstellen müssen hierfür die nötigen Rahmenbedingungen, u. a. Finanzierungsformen geschaffen werden.

Zugrundeliegende Ergebnisse:

- a) Unter den Ratsuchenden finden sich vergleichsweise wenige Menschen, die in stationären Wohneinrichtungen leben.
- b) Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren berichten, dass der Zugang zur Beratungsstelle für Wohnheimbewohnerinnen und -bewohner zum Teil dadurch erschwert werde, dass keine personellen Ressourcen für die Begleitung der Personen zur Beratungsstelle zur Verfügung gestellt werden (können). Zudem seien mögliche Konflikte zwischen den Interessen von Wohnheimträgern/Fachkräften und Zielen des Peer Counseling zu berücksichtigen.

Begründung:

Angebote der Peer-Beratung müssen allen Menschen mit Behinderungen in gleichem Maße zugänglich sein, und zwar unabhängig von Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen und jeweiligen Lebenssituation. So sehen es die Grundsätze der UN-BRK wie Chancengleichheit, Nichtdiskriminierung und Zugänglichkeit vor. Die Möglichkeiten einer selbstbestimmten Lebensführung und der Einbeziehung in das Gemeinwesen, einschließlich der Inanspruchnahme sozialer Dienste und Angebote wie Peer-Beratung, werden für Menschen mit kognitiven und mehrfachen Beeinträchtigungen häufig beeinträchtigt durch institutionelle (Wohnheim-)Strukturen sowie durch die erhöhte soziale Abhängigkeit von Betreuung und Begleitung. Zugleich ist davon auszugehen, dass gerade dieser Personenkreis vor dem Hintergrund einer langen Tradition der Fürsorge und damit einhergehenden Risiken der Bevormundung von Peer Counseling profitieren kann. Der strukturellen Benachteiligung im Zugang zur Peer-Beratung muss durch angemessene Vorkehrungen wie aufsuchende Angebote und der Ermöglichung von Begleitung zur Beratung begegnet werden, auch im Interesse der Zielsetzung des LVR, Übergänge in alternative, ambulant unterstützte Wohnformen durch Peer Counseling zu fördern.

9 Literatur

BLOCHBERGER, Kerstin (2008): Befragung zum Nutzen der Peer Counseling-Angebote des Bundesverbandes behinderter und chronisch kranker Eltern - bbe e.V. Evaluation eines Peer Counseling-Angebotes unter Berücksichtigung der Kriterien der Disability Studies. Masterarbeit, Hannover. Internet: <http://bidok.uibk.ac.at/library/blochberger-counseling.html>. Zuletzt geprüft am: 20.05.2016.

BOHNSACK, Ralf (2008): Gruppendiskussion. In: Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 6. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch-Verl., S. 369–384.

BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (BA) 2015: Der Arbeitsmarkt in NRW. Schwerbehinderte Menschen. November 2015. Düsseldorf. Online verfügbar unter: <https://www.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mtk4/~edisp/l6019022dstbai606148.pdf> zuletzt eingesehen 25.02.2016

BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (BA) 2016a: Statistik Regionaldirektion Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/BA-Gebietsstruktur/Nordrhein-Westfalen-Nav.html>, zuletzt eingesehen: 02.05.2016

BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (BA) 2016b: Arbeitsmarkt in Zahlen. Online verfügbar unter: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Service/Bestellservice-Regionale-Statistikhefte/Musterbericht-ALO-Insgesamt.pdf>, zuletzt eingesehen: 02.05.2016

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER INTEGRATIONSÄMTER UND HAUPTFÜRSORGESTELLEN (2015): Jahresbericht 2014/2015. Arbeit & Inklusion. Online verfügbar unter https://www.integrationsaemter.de/files/11/BIH_Jahresbericht_2015_150915_Tags.pdf, zuletzt aktualisiert am August 2015, zuletzt geprüft am 25.02.2016

BRATTER, Bernice und FREEMAN, Evelyn (1990): The Maturing of Peer Counseling. In: Counseling and Therapy. S. 49 – 52. Online verfügbar: <http://aaspc-programs.org/sandbox/wp-content/uploads/2015/06/1990-The-Maturing-of-Peer-Counseling.pdf>. Zuletzt geprüft am 20.05.2016.

BRATTER, Bernice und TUVMAN, E. (1980): A Peer Counseling Program in Action. In: SARGENT, S. (Hg.) (1980): Nontraditional Therapy and Counseling with the Aging. New York.

CARTER, Thomas (2000): Peer Counseling: Roles, Functions, Boundaries. Online verfügbar unter http://www.ilru.net/html/publications/readings_in_IL/boundaries.html. Zuletzt geprüft am 20.05.2016.

CON-SENS (2016): Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2014. Hamburg. Online verfügbar unter https://www.consens-info.de/upload/files/projekte/z_projekte_dateien_242755_2016_02_02_BagueS_Bericht_2014_Financial_mit_Deckblatt.pdf, zuletzt geprüft am 09.03.2016.

DETMAR, Winfried et al (2008): Entwicklung der Zugangszahlen zu Werkstätten für behinderte Menschen. im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Unter Mitarbeit von Winfried Detmar, Manfred Gehrmann, Ferdinand König, Dirk Momper, Bernd Pidea und Joachim Radatz. isb-Gesellschaft für Integration, Sozialforschung und Betriebspädagogik gGmbH (Berlin). Berlin. Online verfügbar unter http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsbericht-f383.pdf;jsessionid=0EA6CC5F5E3BC545E851C1A8EE572518?__blob=publicationFile, zuletzt aktualisiert am 06.10.2008. Zuletzt geprüft am 20.05.2016.

FLIEGER, Petra. (2003): Partizipative Forschungsmethoden und ihre konkrete Umsetzung. In: Hermes, Gisela/Köbsell, Swantje (Hrsg.): Disability Studies in Deutschland. Behinderung neu denken. Kassel, 200-204. Internet: <http://bidok.uibk.ac.at/library/flieger-partizipativ.html>. Zuletzt geprüft am 20.05.2016.

HERMES, Gisela (2006): Peer Counseling - Beratung von Behindernten für Behinderte als Empowerment-Instrument. In: Heike Schnoor (Hg.): Psychosoziale Beratung in der Sozial- und Rehabilitationspädagogik. Stuttgart: Kohlhammer, S. 74–85.

INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN (IT NRW) (Hg.) (2014): Statistische Berichte. Schwerbehinderte Menschen in Nordrhein-Westfalen am 31.12.2013. <https://webshop.it.nrw.de/gratis/K319%20201351.pdf> zuletzt eingesehen: 02.05.2016

KAN, Peter van (2004): Das Peer Counseling. Ein Arbeitsbuch. In: Stefan Doose und Peter van Kan (Hrsg.): Zukunftsweisend. Peer Counseling & persönliche Zukunftsplanung. 3. Aufl. Kassel: bifos e.V. (bifos-Schriftenreihe zum selbstbestimmten Leben Behinderter, 9), S. 15–67.

KNIEL, Adrian/ Windisch, Matthias (2005): People First – Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit geistiger Behinderung. München: Reinhardt.

KATZ, Alfred Hyman und BENDER, Eugene I. (1976): The Strength in US: Self-Help Groups in the Modern World. New Viewpoints

LAMNEK, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4., vollst. überarb. Aufl. Weinheim: Beltz PVU.

LVR (2015a): Die Eingliederungshilfe-Leistungen des LVR im Rheinland: Regionalisierter Datenbericht 2014. Online verfügbar unter: [https://dom.lvr.de/lvis/lvr_recherche-www.nsf/0/D6382D66E738CC22C1257EA1002BA4D7/\\$file/Vorlage14_655.pdf](https://dom.lvr.de/lvis/lvr_recherche-www.nsf/0/D6382D66E738CC22C1257EA1002BA4D7/$file/Vorlage14_655.pdf) zuletzt eingesehen: 18.02.2016

LVR (2015b): Interne Statistik Wohnen

LVR (2015c): Interne Statistik WfbM

LVR INTEGRATIONSAMT (2015): Jahresbericht 2014/2015. Daten und Fakten zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben. Online verfügbar unter: http://publi.lvr.de/publi/PDF/492-BF_LVR_Jahresbericht_2014_2015.pdf zuletzt eingesehen: 18.02.2016

MAHLKE, Candelaria I.; Krämer, Ute M.; Becker, Thomas; Bock, Thomas (2014): Peer support in mental health services. In: *Current Opinion in Psychiatry* Volume 27 (4), S. 276–281. Online verfügbar unter http://journals.lww.com/co-psychiatry/Abstract/2014/07000/Peer_support_in_mental_health_services.7.aspx. Zuletzt geprüft am 20.05.2016.

RÖSCH, Matthias (1995): Peer Counseling und Psychotherapie. In: Die Randschau – Zeitschrift für Behindertenpolitik, 2. Online Verfügbar unter: <http://peer-counseling.org/allgemein.html>. Zuletzt geprüft am: 20.05.2016

ROGERS, Carl R (1951): Client Centered Therapy. Boston: Houghton Mifflin.

SCHÄFERS, Markus; WANSING, Gudrun (2009): FUH - Familienunterstützende Hilfen. Konzept Familienunterstützende Hilfen (FUH) - Alternativen zum Betreuten Wohnen für Menschen mit Behinderungen. Abschlussbericht zum Projekt FUH. Im Auftrag des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe. Online verfügbar unter <http://www.lwl.org/spur-download/fuh/fuh-bericht.pdf>, zuletzt geprüft am 30.04.2016

UTSCHAKOWSKI, Jörg (Hg.) (2009): Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl.

WÜLLENWEBER, Ernst (2012): „Aber so richtig behindert, wie die hier so tun, bin ich nicht, ich bin eigentlich normal“. Chancen und Probleme von lernbehinderten und sozial benachteiligten jungen

Erwachsenen im Rahmen von WfbM. Abschlussbericht im Auftrag
der Lebenshilfe Halle e.V. Halle.

Evaluation von Peer Counseling im Rheinland

Anlagenband zum zweiten Zwischenbericht

Braukmann, Jan; Heimer, Andreas; Jordan, Micah; Maetzel, Jakob;
Schreiner, Mario; Wansing, Gudrun; Windisch, Matthias

Auftraggeber:
Landschaftsverband
Rheinland (LVR)

Berlin, Düsseldorf, Kassel,
31.05.2016
27858

Team der Wissenschaftlichen Begleitforschung „Evaluation von Peer Counseling Anlaufstellen und Beratungsangeboten im Rheinland“:

Prognos AG

Jan Braukmann

Andreas Heimer (Projektleitung)

Jakob Maetzel

Universität Kassel

Micah Jordan

Mario Schreiner

Prof. Dr. Gudrun Wansing (Projektleitung)

Dr. Matthias Windisch

Inhalt

1	Literaturanalyse	4
1.1	Literaturdatenbank	4
1.2	Exzerpte Literaturanalyse	10
2	Leitfäden Fokusgruppendifkussionen	70
2.1	Leitfaden Peer Counselors	70
2.2	Leitfaden Ratsuchende	72
3	Zusammensetzung der Fokusgruppen	74
4	(Exemplarisches) Protokoll einer Fokusgruppendifkussion mit Ratsuchenden	78
5	Leitfaden Vor-Ort-Besuche in den Beratungsstellen	82
6	Dokumentationsbogen: Lange Version/Standard-Version	84
7	Dokumentationsbogen: Angehörigen-Version	100
8	Dokumentationsbogen: Kurze/Leichte Version	115
9	Dokumentationsbogen für Veranstaltungen und Gruppenberatungen	130
10	Fragebogen für die Ratsuchenden – lange Version, Welle 1	135
11	Fragebogen für die Ratsuchenden – kurze Version, Welle 1	150
12	Fragebogen für die Peer Counselors – lange Version	158
13	Fragebogen für die Peer Counselors – kurze Version	172
14	Abfrage in den Beratungsstellen	183

1 Literaturanalyse

1.1 Literaturdatenbank

AUBRECHT, Brigitta und OBERNDORFER, Barbara (2000): Eltern beraten Eltern. Projektbericht.

AUBRECHT, Brigitta und OBERNDORFER, Barbara; Schönwiese, Volker (1999): Eltern beraten Eltern. Ein Pilotprojekt von Integration: Österreich stellt sich vor. In: *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft* (4/5).

Autonomes Behindertenreferat des AStA der Universität Mainz und Interessenvertretung selbstbestimmt Leben in Deutschland: Peer Counseling-Reader.

Berufsverband Peer Counseling - BVP e.V. (1999): Berufsordnung für Peer CounselorInnen im BVP e.V. Entwurf. Berlin. Online verfügbar unter <http://www.peer-counseling.org/berufsordnung.htm>. Zuletzt geprüft am 15.05.2015.

BLOCHBERGER, Kerstin (2008): Befragung zum Nutzen der Peer Counseling-Angebote des Bundesverbandes behinderter und chronisch kranker Eltern – bbe e.V. Evaluation eines Peer Counseling-Angebotes unter Berücksichtigung der Kriterien der Disability Studies. Masterarbeit. Fachhochschule Hannover, Hannover. Fakultät V Diakonie, Gesundheit und Soziales.

BVP: Berufsordnung für Peer CounselorInnen in BVP e.V. Verabschiedet von der Fachtagung des Berufsverbandes Peer Counseling – BVP e.V. vom 3.-4. Juni 1999 in Berlin. Online verfügbar unter <http://maik-nothnagel.de/bvp.php>. Zuletzt geprüft am 15.05.2015.

CARTER, Thomas (2000): Peer Counseling: Roles, Functions, Boundaries. Online verfügbar unter http://www.ilru.net/html/publications/readings_in_IL/boundaries.html. Zuletzt geprüft am 15.05.2015.

CONTAG, Katharina (2009): Empowerment in der ambulanten Behindertenarbeit. Eine qualitativ-empirische Untersuchung von Beratungsformen für Menschen mit Behinderung. Diplomarbeit. Fachhochschule Düsseldorf, Düsseldorf. Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften.

D'ANDREA, V. und SALOVEY, P. (1983): Peer Counseling: Science and Behavior Books.

DOOSE, Stefan und KAN, Peter van (Hg.) (2004): Zukunftsweisend. Peer Counseling & persönliche Zukunftsplanung. 3. Aufl. Kassel: bifos e.V. (bifos-Schriftenreihe zum selbstbestimmten Leben Behinderte, 9).

FLIEGER, Petra (2003): Partizipatorische Forschungsmethoden und ihre Umsetzung. In: Gisela Hermes und Swantje Köbsell (Hg.):

Disability Studies in Deutschland - Behinderung neu denken! Dokumentation der Sommeruni 2003. 1. Auflage. Kassel, S. 200–204.

FREHSE, Uwe (1985): Die Integration von Behinderten durch Selbsthilfegruppen als sozialpädagogische Arbeit, dargestellt an Modellen und konkreten Gruppen in den USA und in der Bundesrepublik Deutschland. Diplomarbeit, München. Online verfügbar unter <http://www.peer-counseling.org/diplomarbeit/integrat.htm>. Zuletzt geprüft am 15.05.2015.

FRISZ, Ruth H. (1986): Peer Counseling: Establishing a Network in Training and Supervision. In: *Journal of Counseling and Development* Volume 64, March 1986 (Issue 7), S. 457–459. Online verfügbar unter <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.1556-6676.1986.tb01163.x/abstract>. Zuletzt geprüft am 15.05.2015.

GANSER, Stephanie R. und KENNEDY, Tricia L. (2012): Where it all began: Peer education and leadership in student services. In: *New Directions for Higher Education* 2012 (157), S. 17–29. Online verfügbar unter <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/he.2003/pdf>. Zuletzt geprüft am 15.05.2015.

GOULD, Robert A. und CLIM, George A. (1993): A Meta-Analysis of Self-Help Treatment Approaches. In: *Clinical Psychology Review* 13, S. 169–186.

GREVING, Heinrich und ONDRACEK, Petr (2013): Beratung in der Heilpädagogik. Grundlagen - Methodik - Praxis. Stuttgart: Kohlhammer (Praxis Heilpädagogik. Handlungsfelder).

GRIEBER, Anita und RÖSCH, Matthias (2003): Einführung in das Peer Counseling. In: Gisela Hermes und Swantje Köbsell (Hg.): *Disability Studies in Deutschland - Behinderung neu denken! Dokumentation der Sommeruni 2003*. 1. Auflage. Kassel.

GÜNTHER, Peter und ROHRMANN, Eckhard (Hg.) (1999): *Soziale Selbsthilfe*. Heidelberg.

HERMES, Gisela (2001): Die Methode des Peer Counseling in der praktischen Arbeit mit behinderten Frauen. In: Gisela Hermes und Brigitte Faber (Hg.): *Mit Stock, Tick und Prothese. Das Grundlagenbuch zur Beratung behinderter Frauen*. Kassel: Bifos (Mit Stock, Tick und Prothese, 1).

HERMES, Gisela (2002): *Das Arbeitsbuch zur Weiterbildung behinderter Beraterinnen*. Kassel: bifos e.V. (Mit Stock, Tick und Prothese, 2).

HERMES, Gisela (2006): Peer Counseling. Beratung von Behinderten für Behinderte als Empowerment-Instrument. In: Heike Schnoor (Hg.): *Psychosoziale Beratung in der Sozial- und Rehabilitationspädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 74–86.

HERMES, Gisela (2008): Zur Veränderung des Kohärenzgefühls (SOC) bei Menschen mit Multipler Sklerose (MS) - eine Pilotstudie am Beispiel des Empowerment-Trainings der Stiftung LEBENSNERV. Online verfügbar unter <http://www.lebensnerv.de/>

misc/Empowerment-Studie%20LEBENSNERV.pdf. Zuletzt geprüft am 15.05.2015.

HERMES, Gisela (2012): Peer-Konzepte und ihre Bedeutung in der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung. In: Selbstbestimmt Leben e. V. Bremen (Hg.): Peer gesucht! Spätere Inklusion nicht ausgeschlossen. Peer Konzepte zwischen Empowerment und (Selbst-)Ausgrenzung in Schule und Behindertenhilfegesucht! Spätere Inklusion nicht ausgeschlossen. Dokumentation der Fachtagung am 12. November 2011 im Bremen. Selbstbestimmt Leben e. V. Bremen (Hg.) (2012): Peer gesucht! Spätere, S. 18–31.

HERMES, Gisela und FABER, Brigitte (Hg.) (2001): Mit Stock, Tick und Prothese. Das Grundlagenbuch zur Beratung behinderter Frauen. Kassel: Bifos (Mit Stock, Tick und Prothese, 1).

HERMES, Gisela und KÖBSELL, Swantje (Hg.) (2003): Disability Studies in Deutschland - Behinderung neu denken! Dokumentation der Sommeruni 2003. 1. Auflage. Kassel.

JANTZEN, Wolfgang (Hg.): Geschlechterverhältnisse in der Behindertenpädagogik. Subjekt - Objekt - Verhältnisse in Wissenschaft und Praxis. Arbeitstagung der Dozenten und Dozentinnen für Sonderpädagogik in deutschsprachigen Ländern. Luzern.

JOKAY, Eszter (2004): Peer Counseling: Mentoren an deutschen Schulen für Hörgeschädigte. Konzeption für den Aufbau eines Mentorensystems dargestellt am Beispiel der Bayrischen Landesschule für Gehörlose. Seedorf, Hamburg: Signum (Sozialisation, Entwicklung und Bildung Gehörloser, 2).

KAN, Peter van (2004): Das Peer Counseling. Ein Arbeitsbuch. In: Stefan Doose und Peter van Kan (Hg.): Zukunftsweisend. Peer Counseling & persönliche Zukunftsplanung. 3. Aufl. Kassel: bifos e.V. (bifos-Schriftenreihe zum selbstbestimmten Leben Behinderter, 9), S. 15–67.

KELLY, Erin; FULGINITI, Anthony; PAHWA, Rohini; TALLIN, Louise; DUAN, Lei; BREKKE, John S. (2014): A Pilot Test of a Peer Navigator Intervention for Improving the Health of Individuals with Serious Mental Illness. In: *Community Mental Health J* 50 (4), S. 435–446.

KNAPP, Sarah Edison und JONGSMA, Arthur E. (2012): The school counseling and school social work treatment planner. 2. Aufl. Hoboken, N.J: Wiley (Practice planners).

KNIEL, Adrian und WINDISCH, Matthias (2005): People First - Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit geistiger Behinderung. München.

KUHNERT, Tobias (2001): Die Schwierigkeiten, „mit Behinderten als Menschen umzugehen“, aus der Sicht eines Betroffenen. Diplomarbeit. FH Esslingen, Hochschule für Sozialwesen, Esslingen. Online verfügbar unter <http://www.peer-counseling.org/diplomarbeit/schwierigkeiten.htm>. Zuletzt geprüft am 15.05.2015.

LANQUENTIN, Nicolas (2012): Ich sehe jetzt die Behinderung als einen Teil von mir. Über die Bedeutung behinderter Peers bei der Rekonstruktion eines positiven Selbstbildes nach einer erworbenen Behinderung. Diplomarbeit. Universität Innsbruck, Innsbruck. Institut für Erziehungswissenschaft. Online verfügbar unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/lanquetin-behinderung-dipl.html>. Zuletzt geprüft am 15.05.2015.

MAHLKE, Candelaria I.; KRÄMER, Ute M.; BECKER, Thomas; BOCK, Thomas (2014): Peer support in mental health services. In: *Current Opinion in Psychiatry* Volume 27 (4), S. 276–281. Online verfügbar unter http://journals.lww.com/co-psychiatry/Abstract/2014/07000/Peer_support_in_mental_health_services.7.aspx. Zuletzt geprüft am 15.05.2015.

Mc CURDY, Erin E. und COLE, Christine L. (2014): Use of a Peer Support Intervention for Promoting Academic Engagement of Students with Autism in General Education Settings. In: *J Autism Dev Disord* 44 (4), S. 883–893.

Mc LAURIN, Romeria und HARRINGTON, Jennifer (1977): A High School Instructional Peer-Counseling Program. In: *Personnel and Guidance Journal*, 1977 (January), S. 262–265.

MEJIAS, Norma J.; GILL, Carol J.; SHPIGELMAN, Carmit-Noa (2014): Influence of a support group for young women with disabilities on sense of belonging. In: *Journal of Counseling Psychology* 61 (2), S. 208–220.

MILES-PAUL, Ottmar (1992): Wir sind nicht mehr aufzuhalten. Behinderte auf dem Weg zur Selbstbestimmung. Beratung von Behinderten durch Behinderte : Peer Support, Vergleich zwischen den USA und der BRD. 1. Aufl. München.

MÜHL, Heinz; THEUNISSEN, Georg; WÜLLENWEBER, Ernst (2006): Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Lehrbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.

MÜLLER-LOTTE, A. (2001): Die Rolle der Abgrenzung in der Betroffenen-Beratung. In: Gisela Hermes und Brigitte Faber (Hg.): Mit Stock, Tick und Prothese. Das Grundlagenbuch zur Beratung behinderter Frauen. Kassel: Bifos (Mit Stock, Tick und Prothese, 1).

OSTER, Randal A. (1983): Peer counseling: Drug and alcohol abuse prevention. In: *J Primary Prevent* 3 (3), S. 188–199.

PALLAVESHI, Luljeta; BALACHANDRA, Krishna; SUBRAMANIAN, Priya; RUDNICK, Abraham (2014): Peer-Led and Professional-Led Group Interventions for People with Co-occurring Disorders: A Qualitative Study. In: *Community Mental Health J* 50 (4), S. 388–394.

PLAß, Johanne (2005): Der Effekt einer Peer Counseling-Weiterbildung auf das Selbstkonzept der körperbehinderten Teilnehmer. Evaluation der Peer Counseling Weiterbildung des Bildungs- und Forschungsinstitutes zum selbstbestimmten Leben Behinderter e.V. Diplomarbeit, Mainz. Psychologisches Institut. Online verfügbar unter <http://www.peer-counseling.org/diplomarbeiten.htm>. Zuletzt geprüft am 15.05.2015.

ROGERS, Carl R. (1951): Client Centered Therapy. Boston: Houghton Mifflin.

RÖSCH, Matthias (1995): Wirkungsmessung eines Peer Counseling-Trainings. Einschätzung eines Ausbildungsprogramms für Behinderte BeraterInnen - Möglichkeiten und Grenzen. Diplomarbeit. Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz. Psychologisches Institut. Online verfügbar unter <http://www.peer-counseling.org/diplomarbeiten.htm>. Zuletzt geprüft am 15.05.2015.

RUPPE, Sebastian (2011): Auf gleicher Augenhöhe. Möglichkeiten und Grenzen des Peer Counseling. Diplomarbeit. Organos Linz, Linz.

SALZER, Marc et al (2002): Best Practice Guidelines for Consumer-Delivered Services. Online verfügbar unter <http://www.bhrm.org/guidelines/salzer.pdf>. Zuletzt geprüft am 15.05.2015.

SAMUELS, Mimi und SAMUELS, Don (1975): The complete handbook of peer counseling. Miami, Fla: Fiesta Pub. Corp., Educational Books Division.

SCHNOOR, Heike (Hg.) (2006): Psychosoziale Beratung in der Sozial- und Rehabilitationspädagogik. Stuttgart: Kohlhammer.

SCHWELLNUS, Heidi und CARNAHAN, Heather (2014): Peer-coaching with health care professionals: What is the current status of the literature and what are the key components necessary in peer-coaching? A scoping review. In: *Med Teach* 36 (1), S. 38–46.

SCHWONKE, Claudia (2000): Untersuchung zur Wirkung von Peer-Counseling. Diplomarbeit. Gesamthochschule Kassel, Kassel. Fachbereich Sozialwesen. Online verfügbar unter <http://peer-counseling.org/diplomarbeit/untersuchung.htm>. Zuletzt geprüft am 15.05.2015.

Selbstbestimmt Leben e. V. Bremen (Hg.) (2012): Peer gesucht! Spätere Inklusion nicht ausgeschlossen. Peer Konzepte zwischen Empowerment und (Selbst-) Ausgrenzung in Schule und Behindertenhilfe. Dokumentation der Fachtagung am 12. November 2011 im Bremen. Online verfügbar unter http://www.slbremen-ev.de/dokumente/upload/3946c_dokumentation_peer_gesucht_online_fassung.pdf. Zuletzt geprüft am 15.05.2015.

SKANIAKOS, Terhi; PENTTINEN, Leena; LAIRIO, Marjatta (2014): Peer Group Mentoring Programmes in Finnish Higher Education-Mentors' Perspectives. In: *Mentoring & Tutoring: Partnership in Learning* 22 (1), S. 74–86.

SOLOMON, Phyllis (2004): Peer Support / Peer Provided Services Underlying Processes, Benefits, and Critical Ingredients. In: *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27 (4), S. 392–401. Online verfügbar unter http://www.parecovery.org/documents/Solomon_Peer_Support.pdf. Zuletzt geprüft am 15.05.2015.

STRAHL, Monika: Ansatz und Bedeutung von Peer Counseling und Parteilichkeit in der Beratung von Frauen mit Behinderung. In: Wolfgang Jantzen (Hg.): Geschlechterverhältnisse in der Behindertenpädagogik. Subjekt - Objekt - Verhältnisse in Wissenschaft und Praxis. Arbeitstagung der Dozenten und Dozentinnen für Sonderpädagogik in deutschsprachigen Ländern. Luzern, S. 196–205.

STRAHL, Monika (2001): Die parteiliche Beratung von/für Frauen mit Behinderung. In: Gisela Hermes und Brigitte Faber (Hg.): Mit Stock, Tick und Prothese. Das Grundlagenbuch zur Beratung behinderter Frauen. Kassel: Bifos (Mit Stock, Tick und Prothese, 1).

THEUNISSEN, Georg (2001): Die Independent Living Bewegung. Empowerment-Bewegung macht mobil (I). In: *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft* (3/4).

THEUNISSEN, Georg (2009): Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in die Heilpädagogik und soziale Arbeit. 2. Aufl. Freiburg, Br: Lambertus.

TINDALL, Judith A. (1995): Peer programs. An in-depth look at peer helping: planning, implementation, and administration. St. Charles, MO, Bristol, Penn: Rohen and Associates; Accelerated Development.

TOMS BARKER, Linda; ALTMAN, Maya; YOUNGDAHL, Andreas (1987): Dimensions in Peer Counseling. Observations from the National Evaluation of Independent Living Center. Houston, Texas.

UNTERBERGER, Claudia (2009): Peer Counseling. Beratung von Menschen mit Behinderung für Menschen mit Behinderung. Diplomarbeit. Universität Wien, Wien. Fakultät für Philosophie und Bildungswissenschaft. Online verfügbar unter http://www.bi-zeps.or.at/shop/peer_unter.pdf. Zuletzt geprüft am 15.05.2015.

UTSCHAKOWSKI, Jörg (Hg.) (2009): Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. 1. Aufl. Bonn.

WARNER, Richard W., JR.; Scott, Stephan H. (1974): Research in Counseling - Peer Counseling. In: *Personnel an Guidance Journal* Vol. 53 (3), S. 228–231.

WIENSTROER, Gabriele Naxina (1999): Peer Counseling das neue Arbeitsprinzip emanzipatorischer Behindertenarbeit. In: Peter Günther und Eckhard Rohrmann (Hg.): Soziale Selbsthilfe. Heidelberg: Winter, S. 165–180.

1.2 Exzerpte Literaturanalyse

AutorIn/HerausgeberIn	AUBRECHT, Brigitta, OBERNDORFER, Barbara und SCHÖNWIESE, Volker AUBRECHT, Brigitta: geboren 1965, Sozialpädagogin, Heil- und Sonderpädagogin, Ausbildung in interdisziplinärer Frühförderung. Seit 1997 Mitarbeiterin bei „Integration: Österreich“, Mitarbeit in der Evaluation des Projektes „Eltern beraten Eltern“ OBERNDORFER, Barbara: geboren 1966, Sozialpädagogin, Mitgründerin von „Integration: Österreich“, Mitarbeit in der Evaluation des Projektes „Eltern beraten Eltern“ SCHÖNWIESE, Volker: geboren 1948, Rollstuhlfahrer, Universitätsprofessor am Institut für Erziehungswissenschaften der Universität Innsbruck mit dem Arbeitsschwerpunkt „Behindertenpädagogik/ integrative Pädagogik/ psychosoziale Arbeit“, seit Ende 1970er Mitarbeit in der Initiative „Selbstbestimmt Leben“, Mitbegründer des Mobilen Hilfsdienstes Innsbruck, Leitung des universitären für Behindertenintegration Innsbruck, Leiter der wissenschaftlichen Evaluation des Projekts „Eltern beraten Eltern“.
Buchtitel	Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft, Nr. 4/5/99
Jahr der Publikation	1999
Titel des Artikels	Eltern beraten Eltern. Ein Pilotprojekt von Integration: Österreich stellt sich vor
Zentrale Inhalte	Vorgestellt wird ein von der EU (1997-1999) gefördertes Pilotprojekt für Eltern behinderter Kinder, das wissenschaftlich evaluiert wird. In der Elterninitiative „Integration: Österreich“ schließen sich Eltern zusammen, um u.a. einen inklusiven Schulbesuch für ihre Kinder zu ermöglichen. Empowerment (gute Definition im Artikel) und Peer Support bieten die Grundlage dieses Projekts. Peer Support/Counseling kann professionelle Beratung und Selbsthilfetätigkeit sein. Eltern, die an diesem Kurs (8

	Wochenenden und 8 Kurzseminare) teilgenommen haben, wirken u.a. als Multiplikatoren.
Forschungsmethode	Literatur, Diskurs, Evaluation des Projektes
Stichprobenwahl und -größe	Projekt: 20 betroffene Elternteile (18 Frauen, 2 Männer)
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	(Zurück-)gewinnen von Selbstbestimmung, juristische Beratung, Stärkung des Selbstbewusstseins, Vernetzung, (sozial-)politische Verortung, Lösungskompetenzen entwickeln, politische Selbstbestimmung, Empowerment, Hilfestellung zur Zielorientierung und -verwirklichung, Erkenntnis- und Informationsaustausch, Unterstützung bei der Förderung des Problemlöseverhaltens durch Zuhören, Erfahrungsaustausch, dem Herausfinden von Handlungsmöglichkeiten und seelischen Beistand, Beratungs-techniken (wie Gesprächsführung, Kommunikation, Persönlichkeitsbildung, Selbsterfahrung, Reflexion der eigenen Betroffenheit)

AutorIn/HerausgeberIn	Autonomes Behindertenreferat des AStA der Universität Mainz und der Interessenvertretung selbstbestimmt Leben in Deutschland (IsL e.V.)
Buchtitel	Peer Counseling-Reader und Peer Counseling Training Programm. Peer Counseling Training Manual – herausgegeben von Independent Living Resource Center San Francisco, USA. 2. erweiterte Auflage.
Jahr der Publikation	1993
Zentrale Inhalte	Vorstellung des Peer-Counseling-Trainings-Programms nach dem Manual des Independent Living Resource Center San Francisco, USA Präsentation der Grundregeln für Peer Counselor (S. 28) und des Counseling Trainings (S. 29). Im Peer Counseling werden gleichartig Betroffene beraten; das Peer-Sein wird durch die spezifischen Umstände definiert: Geschlecht, Alter, (Art der) Behinderung, Ethnie, kulturelle Herkunft etc. Auf je 1-2 Seiten werden zentrale Begriffe aus dem Peer Counseling vorgestellt, u.a. Empowerment, Grundsätze des selbstbestimmten Lebens, Kommunikation, Ge-

	sprachsführungstechniken sowie einige Selbsteinschätzungs-Fragebögen (Suizidalität, Burnout, ILRC-SF Veränderungsskala im Peer Counseling, Einschätzung der Beratungsqualität)
Forschungsmethode	Literatur
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Evaluierbare Elemente der Beratung (S. 59): Beziehungsgestaltung, Art der Fragen, Umgang mit Emotionen und Gefühlen (Wahrnehmen, Erkennen, Zuordnen), Problemanalyse, Problemlösungsansätze, Unterstützung für die Realisierung von Handlungsalternativen

AutorIn/HerausgeberIn	BLOCHBERGER, Kerstin BLOCHBERGER, Kerstin: Seit Geburt am Poland-Syndrom erkrankt und daher Körperbehindert, Sozialpädagogin, Erzieherin, Mutter, Peer Counselor, seit 1999 Mitarbeit im Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern
Buchtitel	MASTERARBEIT: Befragung zum Nutzen der Peer Counseling-Angebote des Bundesverbandes behinderter und chronisch kranker Eltern – bbe e.V.
Jahr der Publikation	2008
Titel des Artikels	Evaluation eines Peer Counseling-Angebotes unter Berücksichtigung der Kriterien der Disability Studies
Zentrale Inhalte	In ihrer Arbeit geht B. auf Vereinsgeschichte, Ziele und Inhalte des Peer Counseling sowie den historischen Hintergrund ein; im Rahmen der Masterarbeit werden die Auswirkungen von Peer Counseling von und für behinderte/chronisch kranke Eltern ihres Vereins untersucht. Die Rücklaufquote mit 13,8% ist sehr niedrig, so dass die Erhebung nicht repräsentativ ist. Auch ob und in welchem Maß Ziele des Peer Counseling erreicht werden, wird nicht beantwortet. Frauen mit Körperbehinderung/chronischer Erkrankung im Alter zwischen 31 und 50 Jahren bilden die größte Kundengruppe, die oft mehrere Beratungsangebote parallel nutzen. THEMENSCHWERPUNKTE sind <i>Assistenz und andere personelle Hilfen</i> (67%), <i>Hilfsmittel und Kindermöbel</i>, <i>Schwangerschaft und Geburt</i>; das hauptsächliche Anliegen der Kunden besteht in <i>Tipps zum Umgang</i>

	mit einem Problem/Thema, Vermittlung von Kontaktadressen. Insgesamt sind die Kunden mit dem Beratungsangebot sehr zufrieden; sowohl mit der Fach- und Sachkompetenz der Berater als auch deren persönlicher Betroffenheit. 40-70% der Kunden bevorzugen einen Berater mit Behinderung. Ein Peer Counselor ist nicht nur Berater, sondern immer auch Interessenvertreter. (S. 22)
Forschungsmethode	Masterarbeit: Literatur, Diskurs, Fragebogenerhebung
Stichprobenwahl und -größe	(52 ratsuchende behinderte/chronisch kranke Eltern)
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	WIRKFAKTOREN: Empowerment, Empathie, Kongruenz, Gesprächsführungstechniken, Akzeptanz des anderen, Wertfreiheit, Gleichberechtigung von Peer Counselor und Ratsuchendem, Unterstützung bei der Behinderungsbewältigung, Sach- und Fachkompetenz, Problemfokussierung und -bewältigung, Community Narratives (Gruppenprozesse unter ähnlich Betroffenen), Grenzen des Peer Counseling wahrnehmen, Barrierefreiheit/Erreichbarkeit, juristische Beratung,

AutorIn/HerausgeberIn	CARTER, Thomas
Buchtitel	Peer Counseling: Roles, Functions, Boundaries
Jahr der Publikation	2000
Titel des Artikels	MÜLLER-LOTTE, Anne: Die Rolle der Abgrenzung in der Betroffenen-Beratung, S. 37 – 39
Zentrale Inhalte	Carter gibt einen Überblick über die Geschichte, Funktion und Grundlagen/ -sätze (s.u.) des Peer Counseling. Der Autor betont, dass Peer Counseling eine völlig andere Art der Intervention darstellt, als es herkömmliche Beratungen, Therapien usw. sind, die in i.d.R. durch „Professionelle“ angeboten werden. Peer Counseling soll die Werte der Selbstbestimmt Leben Bewegung vermitteln und dazu beitragen, dass behindernde Umweltbedingungen geändert werden und die Betroffenen selbst (politisch) aktiv ihre Ziele und Bedürfnisse verfolgen, wie auch einfordern. Der offene, kostenlose Charakter des Peer Counseling sorgt im Gegensatz zu anderen Formen der Beratung dafür, dass es keine festgeschriebenen Anforderungen an Ausbildung, Qualität, Kontrolle etc. durch

	Rechtsnormen gibt, was ein Nachteil sein kann. Ebenfalls kann es problematisch sein, wenn ein Berater seine eigene Behinderungserfahrung und möglicherweise daraus resultierende Probleme nicht ausreichend reflektiert hat und subjektiviert mit in den Beratungsprozess einbringt. Problematisch können im Prozess des Peer Counseling „doppelte Beziehungen“ (relationships), Freiheit des Klienten gegen den Rat des Counselor zu handeln (autonomy), Privatheit der zu beratenden Themen (privacy) und die entsprechende Vertraulichkeit (confidentiality) sein. Carter gibt folgende Empfehlungen, um die Gefahr von negativen Auswirkungen des Peer Counseling zu minimieren: 1. Welche Aspekte müssen benannt werden und was sind Anzeichen für eine mögliche Überweisung (an Ärzte etc.) sind 2. Kontakt zu staatlichen Rehabilitationseinrichtungen und lokalen psychiatrischen Einrichtungen, für den Fall, dass psychische Probleme therapeutischer Hilfen bedürfen 3. Regelmäßige Supervision 4. Aufrechterhalten oder Wiederaufnahme nach Überweisung, um das Peer Counseling fortzusetzen Zeitliche Limitierung der Eins-zu-Eins Peer Beratung auf max. 10-12 Wochen. Gruppensitzungen sollten bevorzugt werden. Dieses Vorgehen reduziert die Gefahr von Rollenkonflikten, durch „doppelte Beziehungen“
Forschungsmethode	
Stichprobenwahl und -größe	
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	• Der Berater bietet einen Rahmen an, der es dem Klienten ermöglicht Veränderungen einfach zu machen; • Orientierungen und Konzepte des Beraters, sowie die Wünsche des Klienten dienen zur Definition von Zielen und Grenzen des gemeinsamen Beratungsprozesses; • der Berater muss Verständnis zeigen und den Ratsuchenden zuhören können; Peer Counseling benötigt eine Atmosphäre, die durch Respekt und Vertrauen und Diskretion geprägt ist, damit der offen über Probleme gesprochen werden kann Berater benötigen Ausbildung, besonders in: • Gesprächsführung

	• Selbstbehauptung (Selbstermächtigung?) • Unabhängig Leben Philosophie • und Ethik in „Hilfebeziehungen“ Emotionale Stabilität, Selbstsicher- und Selbstständigkeit zählen ebenfalls zu den notwendigen Fähigkeiten eines Beraters.

AutorIn/HerausgeberIn	CONTAG, Katharina
Buchtitel	DIPLOMARBEIT: Empowerment in der ambulanten Behindertenarbeit. Eine qualitativ-empirische Untersuchung von Beratungsformen für Menschen mit Behinderungen
Jahr der Publikation	2009
Titel des Artikels	Diplomarbeit, s.o.
Zentrale Inhalte	In der Diplomarbeit wird Empowerment als <i>Konzept</i> einer <i>modernen</i> „ambulanten Behindertenarbeit“ untersucht. Hierzu werden zwei unterschiedliche Formen der Beratung für behinderte Menschen vorgestellt. Zum einen die Beratung im Rahmen der KoKoBe (Koordinierungs-Kontakt- und Beratungsangebote), zum anderen das Peer Counseling (S. 21-22) des ZsL. Im Hauptteil der Arbeit werden qualitative Experteninterviews mit Berater/innen (Betroffene? und Professionelle) geführt, um die beiden Beratungsformen – unter anderem Peer Counseling – zu bewerten. Begrifflichkeiten, Konzepte und Beratungsformen werden teilweise in nicht klar abgegrenzter und undefinierter Form verwendet.
Forschungsmethode	Diplomarbeit: Qualitativ
Stichprobenwahl und -größe	Es wurden 10 leitfadengestützte Experteninterviews geführt. Davon 6 mit professionellen Berater/innen (einer davon 1 männl.) in den KoKoBe und 4 mit Berater/innen im Peer Counseling (davon 1 männl.)
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Menschen mit geistiger Behinderung in stationären Einrichtungen haben vermutlich zu wenige Kenntnisse, um zu beraten; Betroffenheit; etablierte Einrichtungen können Peer Counseling hemmen (Interessenkonflikt) →

	Fragestellung der Arbeit ist die Verbreitung von Empowerment Elementen in der Behindertenarbeit, nicht die Wirkweise von Peer Counseling

AutorIn/HerausgeberIn	D'ANDREA, Vincent und SALOVEY, Peter
Buchtitel	Peer Counseling. Skills and Perspectives
Jahr der Publikation	1983
Titel des Artikels	
Zentrale Inhalte	Das Buch beinhaltet viele Aspekte des Peer Counseling (Skill-Training-Module, Krisenintervention und ist breit angelegt, so dass nicht nur Berater im Gemeinwesen, sondern auch in schulischen und außerschulischen Bereich angesprochen werden. Zu den klassischen Peer Counseling Skills zählen u.a.: aktives Zuhören, das wertfreie Annehmen des Anderen, Umgang und Erkennen von Gefühlen, Paraphrasieren sowie Kommunikationskompetenzen. Im Training zum Peer Counselor werden neben o.g. Fähigkeiten auch Chancen und Risiken von wechselseitiger Abhängigkeit (interdependence) reflektiert. Peer Counseling ist sowohl eine pädagogische Beratungsmethode als auch eine Grundhaltung. Es werden <i>acht Pfeiler (commandments)</i> des Peer Counseling benannt: Wertfreiheit, Empathie, non-direktive Beratung (keine Ratschläge geben), keine ‚Warum-Fragen‘ stellen, Förderung von Problembewusstsein und Lösungsstrategieentwicklung der KundInnen, Paraphrasieren und zusammenfassen statt interpretieren, auf das Hier und Jetzt ausgerichtet sein, Wahrnehmen und Benennen von Gefühlen. Ein guter Peer Counselor verfügt über verbale und nonverbale Kommunikationstechniken (aktives Zuhören, Blickkontakt, Körperhaltung, Gestik, Mimik, Feedback geben und nehmen, Formulierung offener Fragen), Empathie, Authentizität, kann Gefühle wahrnehmen, benennen, ausdrücken und damit umgehen/sie akzeptieren und reflektieren.

	Peer Counselors bewegen sich in der Spannung des Autoplastic-Alloplastic Dilemma, d.h. Unterstützung des Kunden, mit schwierigen Verhältnissen sich zu arrangieren und/oder die Verhältnisse zu ändern.
Forschungsmethode	Literatur, Diskurs
Stichprobenwahl und -größe	
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	(non-)verbale Kommunikationstechniken, Empathie, Authentizität, reflektierter Umgang mit Gefühlen, Wertfreiheit, Förderung von Problembewusstsein und Lösungsstrategieentwicklung

AutorIn/HerausgeberIn	FREHSE, Uwe FREHSE, Uwe: Geburtsbehindert, Dipl. Sozialarbeiter
Buchtitel	DIPLOMARBEIT: Die Integration von Behinderten durch Selbsthilfegruppen als sozialpädagogische Arbeit, dargestellt an Modellen und konkreten Gruppen in den USA und in der Bundesrepublik Deutschland
Jahr der Publikation	1985
Titel des Artikels	Diplomarbeit: s.o.
Zentrale Inhalte	Peer Counseling wird in US-amerikanischen Centers for Independent Living (CIL) als eigenständiger Bereich in der Beratung Beratungsmethode angewandt und stellt ein methodisch-politisches Grundprinzip dar. Ein einheitliches Curriculum für die Ausbildung zum Peer Counselor existiert nicht. Im Peer Counseling wird ein Prozess mit Analyse, Zielbeschreibung und einer strukturierten Verwirklichung durchlaufen; der Peer Counselor wird hier zum Assistent auf dem Weg des Kunden zu einer autonomen Lebensführung. Voraussetzungen für Peer Counselor sind neben einer vertrauensenerweckenden und interessierten Persönlichkeit auch die eigene Behinderung. WESENTLICHE INTERAKTIONSEIGENSCHAFTEN im Peer Counseling sind nach Carkhoff: Aufrichtigkeit, Achtung gegenüber

	anderen, Einfühlungsvermögen, Selbstdarstellung, Gesprächsführung, Konkretisierung und Reflexion (S. 5-6) Ein Peer Counselor wirkt als Rollenvorbild (selber Behindert, autonome Lebensführung, Befähigung des Kunden zu selbstbestimmter Lebensführung durch Vermittlung von Techniken/Hilfsmitteln zur autonomen Lebensführung durch Beratung, Schulung und Training), Vermittlerstelle von Kunden und Selbstbestimmt-Leben-Gruppe/Reha-Einrichtung/sonstigen Unterstützungsangeboten einer Gemeinde. Peer-Faktoren sind u.a. vergleichbare Behinderungsart (Früh- oder Spätbehindert, chronisch krank), ähnliche Lebenssituation (Heimerfahrung, Partnerschaft, Familienplanung) vergleichbarer sozial-ökonomischer Hintergrund (Schul- oder Berufsausbildung, ethnische Herkunft, politische Interessen), ähnliche Ressourcen.
Forschungsmethode	Diplomarbeit: Literatur, Diskurs, Fallbeispiel
Stichprobenwahl und -größe	Dokumentation von 1 Fallbeispiel
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Beraterbegabung, Zusammenwirken von Professionalisierung und Selbsthilfe, originäre(!) behinderungsspezifische Erfahrungen, Fertigkeiten und (Fach-)Wissen, Kommunikationsfähigkeiten, Vermittlung von Techniken/Hilfsmitteln zur autonomen Lebensführung durch Beratung, Schulung und Training, solidarische Beziehung ZIELE können sein: Förderung von Selbstbestimmung, Selbständigkeit, Selbstverantwortung, Training praktischer Fertigkeiten, Informationsweitergabe, Vermittlung von anderen Hilfsangeboten, Hilfen zur Identitätsfindung, Hilfen zur Bewältigung von (emotionalen) Krisen, Assistieren in selbstbestimmter Lebensplanung und -strukturierung.

AutorIn/HerausgeberIn	FRISZ, Ruth H. FRISZ, Ruth H.: Assistenz Professorin für studentisches Personal und Koordinatorin für akademische Beratung am Queens College, New York
Buchtitel	Journal of Counseling and Development, Vol. 64

Jahr der Publikation	1986
Titel des Artikels	FRISZ, Ruth H.: Peer Counseling: Establishing a Network in Training and Supervision, S. 475-459
Zentrale Inhalte	Untersuchung des Peer Counseling Programms des Queens College (City University of New York, USA) mit Schwerpunkten Netzwerkarbeit/Vernetzung, Anwerben von Nachwuchs-Peer-Counselors, Ausbildung, Supervision und administrative Aufgabenbereiche von Peer Counselors innerhalb des Peer-Counseling-Programms. Seit 1973 existiert dieses Programm, bestehend aus 65-90 Peer Counselors; geleitet von einem bezahlten studentischen Koordinator, der für Ausbildung, Überprüfung und Supervision zuständig ist. Beratungsinhalte beziehen sich in erster Linie auf Studienplanung, kennenlernen universitärer Strukturen und Abläufe sowie privaten Angelegenheiten. Um als Peer Counselor ausgebildet zu werden, sollen die Studierenden mind. 2 Semester eingeschrieben sein und Noten von 2,5 haben; auf eine schriftliche Bewerbung folgt ein Interview mit speziell ausgebildeten Peer Counselors (screeners). Etwa 56% der Bewerber werden angenommen, manche erst in einem zweiten Anlauf, nachdem sie im ersten Bewerbungsverfahren deutliches Feedback erhalten haben, in welchen Feldern sie sich noch an sich arbeiten müssen. Die Peer Counselors arbeiten 4h/Woche, die Koordinatoren 10h/Woche, die Mitarbeit beträgt 1 Jahr; Rollenspiel und videodokumentierte Interview-Verfahren sind Teil der Ausbildung; die Trainings werden von erfahreneren Peer Counselors geleitet, die angehalten sind, mündlich und schriftlich Feedback zu geben. Bereits während der Ausbildung erhalten sie in Kleingruppen monatlich professionelle Supervision. Das Image der Peer Counselors ist positiv besetzt und trägt dazu bei, dass Studierende sich schnell Hilfe holen (open-door-policy); eher wird Beratung bei Peer Counselors als bei Campus-Psychologen in Anspruch genommen. F. betont, dass die Zusammenarbeit (communication and networking) mit Fakultätsmitarbeitern und administrativen Angestellten stark zu einem positiven Bild der Peer Counselors beiträgt.

Forschungsmethode	Literatur, Diskurs
Stichprobenwahl und -größe	
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Voraussetzungen für Peer Counselors, neben den o.g. sind interpersonelle Fähigkeiten, entsprechende Werte/Grundhaltungen, Fähigkeiten, Entscheidungen zu treffen, Interview- und Beratungskompetenzen

AutorIn/HerausgeberIn	GANSER, Stephanie R. und KENNEDY, Tricia L.
Buchtitel	Journal: New Directions for Higher Education
Jahr der Publikation	2012
Titel des Artikels	Where It All Began: Peer Education and Leadership in Student Services, S. 17 - 29
Zentrale Inhalte	Die Autorinnen führen in die Geschichte des Peer Leadership von StudentInnen am Campusleben von Harvard University und Boston University (1988) ein. Im Laufe der Jahre bilden sich <i>orientation leaders</i>, die Ansprechpartner für alle fachlichen Belange das Studium betreffend (z.B. Studienservice, Vorstellung der Institutionen) sind und <i>peer leaders</i>, die das Einleben am Campus begleiten, beispielsweise durch Orientierungsprogramme, Beziehungen knüpfen etc. Fortbildungspunkte für <i>student leadership</i> sind Schulungen in Kommunikation, Konfliktmanagement, Interkulturelles Leben, Beratung u.a.m. Das Modell des <i>peer leadership</i> ist vergleichbar mit einem Mentorenprogramm. An der University of Wisconsin gibt es seit 2005 <i>peer leaders</i> für Menschen mit lesbischer, schwuler, bisexueller, transgender und queerer Orientierung.
Forschungsmethode	Literatur, Diskurs, Umfrage
Stichprobenwahl und -größe	
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Die Autorinnen beschränken sich auf <i>peer leadership</i> für Studierende an US-amerikanischen Universitäten und

	Colleges; Menschen mit Beeinträchtigungen und deren Bedarfe werden nicht berücksichtigt.

AutorIn/HerausgeberIn	GREVING, Heinrich und ONDRACEK, Petr
Buchtitel	Beratung in der Heilpädagogik. Grundlagen, Methodik, Praxis
Jahr der Publikation	2013
Titel des Artikels	Kapitel 4: Beratung und Heilpädagogik: Methodische Zugänge und Kapitel (S. 61-185) 5: Ausblick: Beratung in der Heilpädagogik – eine methodologische Skizze (S. 190-196)
Zentrale Inhalte	Schwerpunkt bilden Darstellung und Erläuterung des Beratungsbegriffes, insbesondere im Feld der Heilpädagogik (Historie, Beratungsschwerpunkte, Beraterqualitäten, Typologie von Beratungssituationen, Kompetenzmodelle, rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen) Im direkten Vergleich von selbsthilfeorientierter Beratung (Anm.: Peer Counseling?!) und professioneller Beratung (Anm.: Behinderte/(ehemalige) Betroffene können keine professionellen Berater sein?) wird betont, dass keine Form besser ist als die andere: „Beratung in den Kontexten der Heilpädagogik wird sich immer mehr auf die Wahrnehmung der Situation aus der Perspektive der Betroffenen stützen. Was sie notwendigerweise auf das Grenzgebiet zwischen Selbsthilfe und professionelle Beratung führt.“ (S. 60) (Anm.: Was ist dann Peer Counseling? Professionelle Selbsthilfe? Semiprofessionelle Beratung?) Heilpädagogische Wert- und Zielfragen decken sich weitgehend mit den Grundsätzen des Bundesverbandes Peer Counseling, ohne dass dieses von den Autoren erwähnt wird: Orientierung an den individuellen Fähigkeiten des Betroffenen, wertschätzende Annahme des Gegenübers, Schutz/Unterstützleistung bietend, Wachstums- und Entwicklungsprozess begleitend, Förderung von Selbstbestimmung und Selbstwertgefühl, Ressourcenorientierung, eigene Problemlösungsfähigkeiten stärkend, Bewältigungs-, Orientierungs-, Entscheidungs- und Pla-

	nungshilfe (S. 65, 84). Beide Methoden basieren auf einem humanistischen Beratungsansatz sowie ähnlichen anthropologischen und ethischen Grundannahmen. Auffallend ist, dass bei einer Aufzählung von 27 Beratungsformen Peer Counseling nicht genannt wird! (S.81) Die Autoren führen drei <i>heilpädagogische Beratungskontexte</i> an: Alltagsberatung (unspezifischer Kontext), institutionalisierte Beratung (spezifischer Kontext) und kollegiale Beratung (Gegenseitigkeitskontext). Zentrale Aspekte der <i>personenzentrierten Beratung</i> sind paraphrasieren, zusammenfassen, Quintessenz klären, Präzisierung, Denkanstöße geben, Zwiespältigkeit der Lage ansprechen, Gefühle ansprechen (S. 165) In weiten Bereichen decken sich heilpädagogische Grundthemen und -begriffe im Kontext der Beratung mit denen des Peer Counseling, ohne dass dieses von den Autoren explizit erwähnt wird (vgl. Grafik S. 180)! Lediglich an drei Textstellen wird Peer Counseling als eigenständige Beratungsmethode – hauptsächlich als flankierendes Angebot zur Netzwerkförderung – erwähnt (S. 178, 187, 194).
Forschungsmethode	Literatur, Diskurs
Stichprobenwahl und -größe	
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Als FELDÜBERGREIFENDE ANLIEGEN HEILPÄDAGOGISCHER BERATUNG führen die Autoren an: Ermutigung, Bildung, humanistischer und personenzentrierter Beratungsansatz, dialogisches Prinzip, Entbeinträchtigung der Lebenssituation, Beratung zur „Daseinsgestaltung“ (S. 50)

AutorIn/HerausgeberIn	GRIEBER, Anita und RÖSCH, Matthias in HERMES, Gisela und KÖBSELL, Swantje (Hg.) GRIEBER, Anita: Geboren 1963, Dipl. Soz.Arb., Peer Counselor, Querschnittgelähmt nach Unfall im 2. Lj. Von 1990- 1995 im Zentrum für selbstbestimmtes Leben Köln, seit 1995 Beratung bei fab e.V. Kassel bei sachlichen und psychosozialen Fragen von Frauen und Männern, sowie Beratung von Frauen mit Behinderung und

	gesundheitlichen Einschränkungen zum Thema Erwerbstätigkeit. HERMES, Gisela: Geboren 1958, Dipl. Päd. und Dipl. Supervisorin, Mutter einer Tochter. Frühbehindert (Polio als Baby), Rollstuhlfahrerin. Seit 1980 in der „Selbstbestimmt Leben Bewegung“ aktiv, Gründung 1983 die erste Gruppe für behinderte Frauen in Marburg, Mitherausgeberin von „Geschlecht behindert – besonderes Merkmal frau“. Seit 1992 im von ihr mitgegründetem Bildungs- und Forschungsinstitut zum selbstbestimmten Leben e.V. engagiert, diverse Publikationen bei bifos über die Situation behinderter Frauen, Organisation von Tagungen und Seminaren. Leitung des bifos-Projektes „Behinderte Frauen in Ost und West“, seit 1999 Koordinatorin der „Bundesorganisationsstelle behinderte Frauen“
Buchtitel	Disability Studies in Deutschland – Behinderung neu denken! Dokumentation der Sommeruni 2003
Jahr der Publikation	2003
Titel des Artikels	Einführung in das Peer-Counseling, S. 36-41
Zentrale Inhalte	„Das Peer Counseling wird als die Methode der emanzipatorischen Behindertenbewegung zur Stärkung behinderter Menschen verstanden.“ (S. 37) Bereits Ende der 1980er Jahre boten alle Independent Living Centres der USA Peer Counseling als Methode des Empowerment in der Beratungspraxis an. Voraussetzung im Peer Counseling ist u.a. die Bereitschaft, sich aufeinander und die unterschiedlichen Biografien der Ratsuchenden einzulassen, nachdem der Berater sich ausführlich mit der eigenen Behinderung und Lebensgeschichte auseinander gesetzt hat. Reflexion einer einwöchigen Weiterbildung zum Peer Counselor.
Forschungsmethode	Literatur und Diskurs
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Zentrale Elemente sind: ungeteilte Aufmerksamkeit beim aktiven Zuhören (focusing), Ratsuchende bestimme Inhalte und Tempo selber (Bedürfnisorientierung), beide lassen sich auf Gefühle ein (ganzheitliches Beratungsangebot), Förderung von Selbstbestimmung und Alltagskompetenzen

AutorIn/HerausgeberIn	GÜNTHER, Peter und ROHRMANN, Eckhardt (Hg.)
Buchtitel	Soziale Selbsthilfe. Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit? ROHRMANN, Eckhardt: Geboren 1956, Dr. päd. Dipl. Päd.; 1977-1982 Studium der Erziehungswissenschaft, Soziologie, Psychologie und ev. Theologie an der Universität Dortmund; 1978 - 1992, seit 1983 hauptamtliche Tätigkeiten in der Wohnungslosenhilfe, in ambulanten Diensten für Behinderte sowie als Referent für Aus- und Fortbildung beim LV Hessen der Lebenshilfe für Geistigbehinderte e. V.; 1990-1992 Gastdozent an der Martin-Luther-Universität Halle; 1992-1995 Professor für Heil- und Sonderpädagogik an der Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum; seit August 1995 Professor am Institut für Erziehungswissenschaft im Bereich Sozial- und Rehabilitationspädagogik an der Philipps-Universität Marburg; SoSe 1996-WiSe 2000/01 Mitglied des Konvents der Philipps-Universität; seit November 2012 Vertrauensdozent der Rosa-Luxemburg-Stiftung
Jahr der Publikation	1999
Titel des Artikels	WIENSTROER, Gabriele Naxina: Peer Counseling – das neue Arbeitsprinzip emanzipatorischer Behindertenarbeit, S. 165-180
Zentrale Inhalte	- Ausführlicher historischer Abriss zur Behindertenbewegung (S. 195-171) - Methoden und Inhalte von Peer Counseling (S.171-180) Seit Ende der 1990er Jahren findet in Deutschland eine zunehmende Professionalisierung Behinderter - auch im Bereich offizieller, professioneller Beratungsstrukturen des Peer Support/Peer Counseling – statt; i.d.R. im pädagogischen oder psycho-sozialen Bereich. Eine Bildung von Peer-Counselor-Pools (gemischte Geschlechtszugehörigkeit, unterschiedliche Lebenserfahrungen und Behinderungen, Beratungsqualitäten und Professionalisierungen) wird angestrebt damit Unterstützer Kunden mit ähnlichen Behinderungen beraten können (matching).

	Schwerpunkt bildet die klientenzentrierte Gesprächs-führung nach Rogers. W. befürwortet zusätzlich zum Peer Counseling Kurs eine pädagogische oder psychologische Ausbildung sowie Kenntnisse in juristischen und finanziellen Angelegenheiten; Peer Counseling sollte demnach professionalisiert werden. BERATUNGSINHALTE sind oft Informationen zu rechtlichen Bereichen (Assistenz, Hilfe zur Pflege, Eingliederungshilfe, Wohngeld, Grundsicherung, Pflegeversicherung). W. betont, dass Peer Counseling „keine juristische Beratung im Sinne des nationalsozialistischen Rechtsberatungsgesetzes von 1935 darstellt.“ (S. 173) Wünschenswert wäre Supervision der Peer Counselors durch behinderte Supervisoren. Peer Counseling kann keine Therapie ersetzen, sondern beinhaltet Austausch-, Beratungs-, Informations- und Unterstützungsprozesse, die vom Gleichheitsprinzip im Rahmen einer zunehmend professionalisierten Selbsthilfe ausgehen.
Forschungsmethode	Literatur, Diskurs
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	ZIELE des Peer Counseling: Förderung der Selbstbestimmung, (pädagogische) Unterstützung für die Alltagsbewältigung, Stärkung des Selbstwertgefühls, Übernahme von Verantwortung für das eigene Leben; (Betroffenen-) Kompetenzvermittlung (Anleitungs-, Finanz-, Organisations- und Personalkompetenz) Ein Mensch mit Behinderung fühle sich von Beratern mit Beeinträchtigung besser verstanden als von Beratern ohne Behinderung. (S. 172)

AutorIn/HerausgeberIn	HERMES, Gisela
Buchtitel	In: Selbstbestimmt Leben e.V. Bremen (Hg.): Peer gesucht! Spätere Inklusion nicht ausgeschlossen.
Jahr der Publikation	2012
Titel des Artikels	Peer-Konzepte und ihre Bedeutung in der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung, S. 18-31
Zentrale Inhalte	Die Autorin gibt einen Überblick und einen Einblick in Begriff, Bedeutung und Geschichte des Peer Counseling, sowie die Geschichte der Verbreitung der „Selbstbestimmt Leben-Philosophie“ (Hermes 2012, 20) von den USA nach Deutschland und Europa. Sie nennt Faktoren, Voraussetzungen und Grenzen des Peer Counseling und beschreibt Unterschiede zu klassischen Beratungsangeboten. Hermes stellt in ihren Ausführungen zum Peer Counseling fest: „Aus wissenschaftlicher Sicht ist bisher nicht eindeutig geklärt, was behinderte Ratsuchende überhaupt wünschen und ob, wie und warum Peer Counseling auf behinderte Ratsuchende wirkt.“ (Hermes 2012). Sie gibt hieran anschließend einen Überblick über empirische Studien und deren Ergebnisse. (Schwonke 2000; Unterberger 2009; Blochberger 2008; Hermes 2008; Salzer, M. & Associates 2002; Gould & Clum 1993) Fragen nach dem Maß an Übereinstimmung der Behinderung, des Geschlechtes usw. zwischen Ratsuchendem und Berater gilt es grundsätzlich zu klären. Generell werden Bemühungen zur Evaluation von Peer Counseling mit positiven Effekten für die Methode, deren Akzeptanz und Weiterentwicklung gesehen.
Forschungsmethode	Literatur, Diskurs
Stichprobenwahl und -größe	
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	- Vier spezifische Merkmale sind Betroffenheit, Parteilichkeit, Ganzheitlichkeit, Emanzipation - Spezielle Qualifizierung nicht zuletzt zur Qualitätssicherung - „Der Peer Counselor benötigt Training in Kommunikationsfähigkeiten, in der Selbstbestimmt Leben Philosophie und eine Auseinandersetzung mit der Ethik helfender Beziehungen.“ (Carter 2000).

	- Sicherung der Qualität durch eindeutige Standards, anhand von Richtlinien der Berufsverbände, pädagogischen Einrichtungen, Zulassungsbehörden und Gesetzgebung, die kontrolliert werden (vgl. Carter 2000). - Positive Rollenvorbilder können auch Ängste und Druck auslösen und somit kontraproduktiv wirken Gefahr besteht auch dadurch, dass der Berater seine eigene Betroffenheit und Erfahrungen so stark einbringt, dass Ressourcen des Ratsuchenden nicht erkannt und genutzt werden

AutorIn/HerausgeberIn	HERMES, Gisela und, FABER Brigitte (Hg.) HERMES, Gisela Prof. Dr.: Geboren 1958, Dipl. Päd. und Dipl. Supervisorin, Mutter einer Tochter. Frühbehindert (Polio als Baby), Rollstuhlfahrerin. Seit 1980 in der „Selbstbestimmt Leben Bewegung“ aktiv, Gründung 1983 die erste Gruppe für behinderte Frauen in Marburg, Mit-herausgeberin von „Geschlecht behindert – besonderes Merkmal frau“. Seit 1992 im von ihr mitgegründetem Bildungs- und Forschungsinstitut zum selbstbestimmten Leben e.V. engagiert, diverse Publikationen bei bifos über die Situation behinderter Frauen, Organisation von Tagungen und Seminaren. Leitung des bifos-Projektes „Behinderte Frauen in Ost und West“, seit 1999 Koordinatorin der „Bundesorganisationsstelle behinderte Frauen“ FABER, Brigitte: geboren 1961, Dipl. Päd., Spätbehinderung im 22. Lj. durch Unfall, 6 Jahre Frauenselbstverteidigung, Mitarbeit im bifos-Frauenprojekt „Behinderte Frauen in Ost und West“, Weiterbildungsangebot für behinderte Beraterinnen von 1997-1999, Mitbegründerin und Vorstandsfrau „Weibernetz“ e.V. (Bundesnetzwerk für Frauen, Lesben und Mädchen mit Beeinträchtigung), Referentin für „Frauen mit Behinderung“, „Pränataldiagnostik“, „Sexualisierte Gewalt“, „Berufliche Rehabilitation“
Buchtitel	Mit Stock, Tick und Prothese. Das Grundlagenbuch zur Beratung behinderter Frauen
Jahr der Publikation	2001
Titel des Artikels	HERMES, Gisela: Die Methode des Peer Counseling in der praktischen Arbeit mit behinderten Frauen, S. 28-29

Zentrale Inhalte	„Peer Counseling (...) beinhaltet bestimmte Techniken und (...) einen speziellen Zugang zu den Problemen und Herausforderungen ähnlich betroffener Menschen.“ S. 28 Eine Grundannahme ist, dass Menschen prinzipiell selbst dazu in der Lage sind, ihre Probleme zu lösen und Ziele zu erreichen. Im Peer Counseling werden Dialoge, Körperarbeit, Problemlösungsverfahren und andere Methoden angewandt, die den Prozess des Ratsuchenden unterstützen, sich selber besser kennen zu lernen, Quellen der Kreativität und Ressourcen zu erschließen, eigene Bedürfnisse, Wünsche und Gefühle wahrzunehmen. Gesamtdauer des Peer Counseling Prozesses wird individuell vereinbart; Einzelsitzungen dauern ca. 1h, themenzentrierte Gruppen sollten sich wöchentlich treffen.
Forschungsmethode	Literatur, Diskurs
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Zu den Grundtechniken zählt H. aktives Zuhören und Problemdiagnose, Problemlösung, Planung des weiteren Vorgehens, persönliches Wachstum sowie Bereitschaft zur Selbstreflexion und eine gute Bearbeitung eigener Krisenerfahrungen.

AutorIn/HerausgeberIn	HERMES, Gisela HERMES, Gisela Prof. Dr.: Geboren 1958, Dipl. Päd. und Dipl. Supervisorin, Mutter einer Tochter. Frühbehindert (Polio als Baby), Rollstuhlfahrerin. Seit 1980 in der „Selbstbestimmt Leben Bewegung“ aktiv, Gründung 1983 die erste Gruppe für behinderte Frauen in Marburg, Mitherausgeberin von „Geschlecht behindert – besonderes Merkmal frau“. Seit 1992 im von ihr mitgegründetem Bildungs- und Forschungsinstitut zum selbstbestimmten Leben e.V. engagiert, diverse Publikationen bei bifos über die Situation behinderter Frauen, Organisation von Tagungen und Seminaren. Leitung des bifos-Projektes „Behinderte Frauen in Ost und West“, seit 1999 Koordinatorin der „Bundesorganisationsstelle behinderte Frauen“
Buchtitel	Peer Counseling - Beratung von Behinderten für Behinderte als Empowerment-Instrument
Jahr der Publikation	2006

Zentrale Inhalte	Artikel gibt Überblick über Entstehung und Anwendung des Peer Counseling Ansatzes, sowie über Forschungsarbeiten zum Ansatz. Erstmalige Beachtung des Ansatzes 1939 in den USA, bei den Anonymen Alkoholikern. In den 60er Jahren im Rahmen der Independent Living Bewegung als Ansatz für Empowerment (Centers for independent living (CIL)). In Deutschland Selbstbestimmt Leben Bewegung in Verbindung mit Peer Counseling ab Mitte der 1970er. Mitte der 1980er erste Zentren für Selbstbestimmt Leben in Deutschland, seitdem nimmt die Bedeutung von Peer Counseling kontinuierlich zu. Die Nähe des Peer Counseling zur Klientenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers wird betont. Unterscheidungsmerkmale von Peer Counseling, in Abgrenzung zu anderen Beratungsformen: Betroffenheit, Parteilichkeit, Ganzheitlichkeit und Emanzipation. Peer Berater benötigen Qualifikation, damit die Qualität der Beratung gesichert ist. Hinweis auf Bundesverband Peer Counseling (BVP). Die Wirkfaktoren, besonders auch im Hinblick auf die Bedeutung von gleichen Behinderungen, gleicher Kultur, gleiches Geschlecht etc. sind noch nicht ausreichend erforscht, für eine Theoriebildung und Feststellung der Wirksamkeit zum Peer Counseling. Peer Counseling, wie Beratung generell hat sich in den letzten Jahren professionalisiert und ist expandiert
Forschungsmethode	Literatur, Diskurs
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Positives Rollenvorbild des Beraters, subjektiver Einbezug des Beraters, positive Beziehung zwischen Berater und Ratsuchendem (in Abgrenzung zur klassischen Therapie), welchen Zusammenhang haben gleiche Behinderung, gleiches Geschlecht, gleicher Kulturkreis etc. sind die Übereinstimmungen eher als förderlich oder aber auch als hinderlich (höhere Stufe der Berater erhöht Druck „es auch zu schaffen“, Nähe-Distanz-Konflikt) zu identifizieren?

AutorIn/HerausgeberIn	HERMES, Gisela und KÖBSELL, Swantje (Hg.): FLIEGER, Petra (Autorin des Artikels)
Buchtitel	HERMES, Gisela und KÖBSELL, Swantje (Hg.):Disability Studies in Deutschland – Behinderung neu denken. Dokumentation der Sommeruni Kassel
Jahr der Publikation	2003
Titel des Artikels	FLIEGER, Petra: Partizipative Forschungsmethoden und ihre konkrete Umsetzung. S. 200-204
Zentrale Inhalte	Nur in partizipativen Forschungsansätzen können konkrete Fragen der Alltagsbewältigung und Lebensgestaltung von Menschen mit Behinderungen wirklich untersucht werden (<i>participatory action research</i> , PAR); zudem entsprechen sie dem Selbstbestimmt-Leben-Paradigma. Beispielsweise sollten in Untersuchungen zur Familienforschung nicht nur die Eltern des betroffenen Kindes miteinbezogen werden, sondern auch das behinderte Kind selber (und ggf. die Geschwisterkinder). Teilnehmende sind somit nicht nur Forschungsobjekt, sondern werden – quasi als Co-Forschende – zu forschenden Subjekten.
Forschungsmethode	Literatur, Diskurs
Stichprobenwahl und -größe	
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Akademisch ausgebildete Menschen stellen andere Forschungsfragen, nämlich aus der Perspektive Betroffener heraus. Möglicherweise werden auch neue Forschungsstrategien entwickelt (vgl. Disability Studies).

AutorIn/HerausgeberIn	HERMES, Gisela und, FABER Brigitte (Hg.) STRAHL, Monika (Autorin des Artikels) HERMES, Gisela Prof. Dr.: Geboren 1958, Dipl. Päd. und Dipl. Supervisorin, Mutter einer Tochter. Frühbehindert (Polio als Baby), Rollstuhlfahrerin. Seit 1980 in der „Selbstbestimmt Leben Bewegung“ aktiv, Gründung 1983 die erste Gruppe für behinderte Frauen in Marburg, Mitherausgeberin von „Geschlecht behindert – besonderes Merkmal frau“. Seit 1992 im von ihr mitgegründetem Bildungs- und Forschungsinstitut zum selbstbestimmten Leben e.V. engagiert, diverse Publikationen bei bifos über die Situation behinderter Frauen, Organisation von Tagungen und Seminaren. Leitung des bifos-Projektes „Behinderte Frauen in Ost und West“, seit 1999 Koordinatorin der „Bundesorganisationsstelle behinderte Frauen“ FABER, Brigitte: geboren 1961, Dipl. Päd., Spätbehinderung im 22. Lj. durch Unfall, 6 Jahre Frauenselbstverteidigung, Mitarbeit im bifos-Frauenprojekt „Behinderte Frauen in Ost und West“, Weiterbildungsangebot für behinderte Beraterinnen von 1997-1999, Mitbegründerin und Vorstandsfrau „Weibernetz“ e.V. (Bundesnetzwerk für Frauen, Lesben und Mädchen mit Beeinträchtigung), Referentin für „Frauen mit Behinderung“, „Pränataldiagnostik“, „Sexualisierte Gewalt“, „Berufliche Rehabilitation“ STRAHL, Monika: Koordinatorin im Bremer Netzwerk für Frauen mit Behinderung
Buchtitel	Mit Stock, Tick und Prothese. Das Grundlagenbuch zur Beratung behinderter Frauen
Jahr der Publikation	2001
Titel des Artikels	STRAHL, Monika: Die parteiliche Beratung von/für Frauen mit Behinderung, S. 19-27
Zentrale Inhalte	2001 existieren über 20 Peer-Counseling-Zentren in Deutschland. In der „Betroffenen-Beratung“ begeben sich beide in einen dialogischen Prozess, d.h. es wird nicht nur Fachwissen weitergegeben, sondern der Berater bezieht sich als handelndes Subjekt ein. Peer Counseling ist ein stark praxisbezogenes, handlungsorientiertes Konzept mit klientenzentriertem Ansatz;

	aufbauend auf drei Basisvariablen: Kongruenz, Wertschätzung und Empathie. Vorwiegend Körperbehinderte nutzen Peer Counseling, Menschen mit psychischer Erkrankung oder sogenannter geistiger Behinderung „sind hier die Ausnahme.“ (S. 22) In gängigen Frauen-Beratungsstellen werden behinderte Frauen oft an Institutionen der Behindertenhilfe verwiesen, dort gibt es noch keine durchgängigen geschlechtsspezifischen Angebote. Daher erleben Frauen oft eine Aufspaltung in „die Behinderte“ und „Frau“. Zunehmend öffnen sich parteiliche Anlaufstellen auch für behinderte Frauen, wo Denk- und Handlungsansätze feministisch orientierter Mädchen- und Frauenarbeit in die Beratung einfließen, mit dem Ziel einer ganzheitlichen Sichtweise. Behinderung alleine ist keine hinreichende Qualifikation für Peer Counseling, ein pädagogischer Hintergrund müsse nicht vorliegen, vorzugsweise die Weiterbildung zum Peer Counselor und begleitende Supervision in der Praxis.
Forschungsmethode	Literatur, Diskurs
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Notwendigkeit eines geschlechtsdifferenzierten Peer Counseling aufgrund der besonderen Lebensrealität, Ausgrenzungsprozessen und Diskriminierungserfahrungen von Frauen. Peer Counseling sollte parteilich sein und die Beratungspraxis evaluiert werden. Die Berater sollten nicht nur ihre Behinderung, sondern auch das eigene Frau-Sein auf gesellschaftspolitischem Hintergrund reflektieren.

AutorIn/HerausgeberIn	HERMES, Gisela und, FABER Brigitte (Hg.) MÜLLER-LOTTE, Anne (Autorin des Artikels)
Buchtitel	Mit Stock, Tick und Prothese. Das Grundlagenbuch zur Beratung behinderter Frauen
Jahr der Publikation	2001

Titel des Artikels	MÜLLER-LOTTE, Anne: Die Rolle der Abgrenzung in der Betroffenen-Beratung, S. 37 - 39
Zentrale Inhalte	Voraussetzungen an die Beraterin sind hohe kognitive Kompetenzen (Fach- und Sachwissen, Beratungs-techniken), hohe emotionale Intelligenz mit intra- und interpersonellen Fähigkeiten. Die beiden letztgenannten Kompetenzen sind bedeutsam im Prozess der Abgrenzung. In der reflektierenden Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung muss die Beraterin fähig sein, Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Ratsuchenden und sich selbst zu erkennen; Ziel der Beratung sei, Ratsuchenden Hilfestellung im Problemlösungsprozess zu geben. Psychische Belastbarkeit und Geduld stellen weitere essentielle Voraussetzungen an die Beraterin dar. Hilfestellungen in der Beratungsarbeit können der kollegiale Austausch, Intervision und Supervision darstellen (Abgrenzung, Reflexion des Beratungsprozesses, Selbstreflexion)
Forschungsmethode	Literatur
Stichprobenwahl und -größe	
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	(Nicht-)Übertragbarkeit von eigenen – modellhaften – Bewältigungsstrategien; Offenheit, Anerkennung und Empathie gegenüber Ratsuchenden, Betroffenheit, Parteilichkeit, Ganzheitlichkeit, Emanzipation

AutorIn/HerausgeberIn	JÓKAY, Eszter
Buchtitel	Peer Counseling: Mentoren an deutschen Schulen für Hörgeschädigte
Jahr der Publikation	2004
Land	Deutschland
Zentrale Inhalte	In der Dissertation wird eine amerikanische Peer Counseling Ausbildung adaptiert und auf deutsche Verhältnisse für Hörgeschädigte angepasst. Die Funktion und Wirksamkeit von Peer Counseling und eine entsprechende Mentorenausbildung an deutschen Schulen für

	Hörgeschädigte wurde schwerpunktmäßig durch qualitative Interviews und zusätzlich durch eine quantitative Evaluation (klein Stichprobengröße!) untersucht.
Forschungsmethode	Qualitative Interviews und quantitative Fragebogenerhebung
Stichprobenwahl und -größe	8 qualitative Interviews und 50 Fragebogen
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Grundvoraussetzungen nach Rogers: - Echtheit des Beraters, - Akzeptanz des Ratsuchenden durch den Berater, Empathie des Beraters und gleicher Erfahrungshorizont; Ergebnisse der Studie stellen Themenschwerpunkte der Beratungstätigkeit und Erfahrungen mit der Mentorenausbildung und der späteren Mentorentätigkeit dar, hierbei werden besondere Wahrnehmungen der Hörgeschädigten aufgegriffen; bei den Mentoren (Peer Counselors) verbesserte sich das Selbstbewusstsein durch die Mentorenausbildung; allgemeine Wirkfaktoren werden nicht dargestellt

AutorIn/HerausgeberIn	Kan, Peter van
Buchtitel	Das Peer Counseling - Ein Arbeitshandbuch
Jahr der Publikation	2000 (2. Auflage)
Land	Deutschland
Zentrale Inhalte	Anwendungshandbuch: Bestandteile, Prinzipien, Anwendung, Struktur, Methode und Anforderungen des Peer Counseling werden erläutert. Peer Counseling bei Menschen mit Behinderungen beginnt Mitte der 60er in USA bei Studenten (Berkeley). Grundlagen sind aus den humanistischen Therapieformen (Rogers) abgeleitet und mit Techniken emanzipatorischer Bewegungen kombiniert. Grundlagen: • Menschen können ihre Probleme selbst lösen und ihre Ziele erreichen • Berater und Ratsuchender sind gleichgestellt und gleichberechtigt

	• „Peer“ kann sein, wer gleichaltrig ist, denselben (kulturellen) Hintergrund hat und in derselben Situation wie der Ratsuchende ist. Dabei ist es nicht immer möglich und nötig, dass Ratsuchende und Berater die gleiche Behinderung haben. Vielmehr zählt die gleiche oder ähnliche Erfahrung. Behinderung alleine ist noch keine ausreichende Qualifikation. Peer Berater benötigen eine Qualifikation, damit die Qualität der Methode gesichert ist und sie sich als seriöse Beratung etablieren kann. • Die Beratung folgt den Bedürfnissen, Wünschen und Anforderungen der Ratsuchenden • Individuelle Probleme werden vor dem Hintergrund der gesammelten Erfahrung behinderter Menschen betrachtet Wichtigste Prinzipien des Peer Counseling: • Schweigepflicht und Diskretion • Neutralität und Objektivität gegenüber Ansichten, Einstellungen, Glauben etc. • In der Beratung können Informationen weitergegeben werden; Rat geben gehört nicht in die Beratung • Ratsuchende können Sitzung beenden, Fragen nicht beantworten und keine Verantwortung in der Gruppe übernehmen • Grundlage des Peer Counseling ist Gleichberechtigung • Sollte Unterstützung benötigt werden, die über die Möglichkeiten des Peer Counseling gehen, wird Ratsuchende an geeignete Stelle vermittelt • Klare Informationen über Peer Counseling und Counselor sowie Absichten, Auswirkungen und Techniken Struktur der Beratung ist nicht starr in Bezug auf Anzahl der Sitzungen und deren Teilnehmer, diese kann festgelegt werden, muss aber nicht. Eine zwischen Ratsuchenden und Beratern festgelegte Struktur wird jedoch empfohlen. Techniken des Peer Counseling: 1. Aktives Zuhören, 2. Problemlösung, 3. Planung, 4. Körperbewusstsein, 5. Persönliches Wachsen (S. 35-53) Es wird darauf hingewiesen, dass in unterschiedlichen Ländern unterschiedliche Strukturen des Peer Counseling vorhanden sind, von eher informell, bis hin zu öffentlich finanziert und professionell ausgestaltet.

Forschungsmethode	Methodenbeschreibung
Stichprobenwahl und -größe	
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Erkennen (gemeinsame Erfahrungen als Grundlage, die Vertrauen schafft); Befähigung (verschiedene Arten der Unterstützung zielen auf die Befähigung des Ratsuchenden ab); Inspiration (Peer CounselorIn dient als Vorbild); Proportionen (Erkennen von individuell und gesellschaftlich verursachten Problemen , sowie Ansporn notwendige Veränderungen im Leben auf der Grundlage gemeinsamer Erfahrungen zu initiieren)

AutorIn/HerausgeberIn	KELLY, Erin; FULGINITI, Anthony; PAHWA, Rohini und andere
Buchtitel	Community Mental Health Journal (2014)
Jahr der Publikation	Geschrieben 2012, Veröffentlicht 2013
Titel des Artikels	A Pilot Test of a Peer Navigator Intervention for Improving the Health of Individuals with Serious Mental Illness, S. 435 – 446
Zentrale Inhalte	Basierend auf der Trennung in der Behandlung von seelischen und körperlichen Erkrankungen im US-amerikanischen Gesundheitssystem, verringert sich die durchschnittliche Lebenserwartung bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung um 25 Jahre; zudem ist die Sterberate 2-3 Mal höher als in der Normalbevölkerung. Bei psychisch Kranken treten andere Komorbiditäten (Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen, Adipositas, Atemwegserkrankungen, Krebs u.a.) öfter auf, als in der Normalbevölkerung. Schlechte Compliance, Krankheitseinsicht, Wissen um Zusammenhänge und Prävention tragen dazu bei. Da auch Versuche, Mental Health Care Agencies und Health Care Centers zusammen zu führen, immer wieder scheiterten, entstand die Idee des peer navigators, der diese Kluft in Form von Beratung, Weiterbildung, Evaluation, Unterstützung und Begleitung sowie der Koordination zu überbrücken. Wie auch bei anderen „medizinischen Interessengruppen“ – z.B. HIV, Krebs, Suchterkrankungen – wird davon ausgegangen, dass auch hier Peers besonders geeignet sind, um eine

	bessere/gezielte medizinische Betreuung zu gewährleisten. Vorgestellt wird eine Untersuchung im Rahmen eines Pilotprojektes („the Bridge“), in der 24 Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung <i>zwischen peer navigation</i> und einer normalen Behandlung wählen können. Die peer navigators sollen die Patienten zu einem fürsorglichen Selbstmanagement mittels Psychoedukation und Verhaltenstraining anregen. Die Teilnehmer_innen werden von Klinikern vorgeschlagen, sind zwischen 18-60 Jahren alt, leben seit mind. 3 Monaten in Los Angeles, sind Empfänger von Mental Health Care und psychisch krank. Nach 6-monatigem Training zeigen Patienten dieser Gruppe eine deutlich geringere Schmerzsymptomatik und andere Symptome als die Teilnehmer der „Standardbehandlung“. Die peer navigators begleiten die Teilnehmer zwischen 1-12 Mal im Monat zu Terminen oder besuchen sie; gezielt werden Haus- und Fachärzte aufgesucht, was einerseits die kostenaufwendigere Behandlung in der Notaufnahme verringert und andererseits zu einer besseren medizinischen Versorgung dieser Gruppe führt. Ausgehend auf den positiven Erfahrungen dieses Pilot-Projektes werden nun peer navigators ausgebildet, um speziell Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu befähigen, sich selber aktiv mit der eigenen Gesundheit und dem Gesundheitswesen auseinander zu setzen.
Forschungsmethode	Literatur, Diskurs, Fallstudie
Stichprobenwahl und -größe	24 Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung in Los Angeles, Californien, begleitet von der Universität von Süd-Californien (USC)
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Orientierungshilfe auf dem medizinischen Sektor, Begleitung zu Ärzten/Untersuchungen, (Psycho-)Edukation, Stärkung der Compliance (Termine einhalten, Medikation, Umgang mit Heil- und Hilfsmitteln etc.), Erlernen von Verhaltensregeln, Förderung der Selbstfürsorge

AutorIn/HerausgeberIn	KNIEL, Adrian und WINDISCH, Matthias KNIEL, Adrian: Professor für außerschulische Behindertenpädagogik, Berater der Special Education Division des Ghana Education Service WINDISCH, Matthias: Dr. phil; 1974 Abschluss als Dipl. Sozialwirt an der Georg-August-Universität in Göttingen; 1980 Promotion an der Universität Kassel; seit 1979 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Fachbereich Sozialwesen der Universität Kassel, verschiedene regionale und überregionale Praxis- und Forschungskooperationen; seit 1996 Vorstandsvorsitzender des gemeinnützigen Vereins „Ambulante Hilfen im Alltag – AHA e.V.“ mit sozialen Dienstleistungsangeboten insbesondere für Menschen mit Behinderungen
Buchtitel	People First. Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit geistiger Behinderung
Jahr der Publikation	2005
Zentrale Inhalte	Vorstellung der 1998-2001 durchgeführten Evaluation des Modellprojektes „Selbstorganisation und Selbstvertretung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen – Wir vertreten uns selbst!“. Inhalte sind: Dokumentation aller deutschen People-First-Gruppen, Bedeutung und Wirkung von People-First-Gruppen auf deren Mitglieder. Drei-Ebenen-Analyse: Merkmale des Individuums (z.B. Kompetenzen und Hilfebedarf) und Kontextbedingungen (Lebensumwelt/Wohnsituation) als unabhängige Faktoren sowie Aspekte der Lebensqualität als abhängige Faktoren. Es wird davon ausgegangen, dass Wechselwirkungen von persönlichen Voraussetzungen und Lebensumfeld bestehen, was sich auf selbstbestimmtes Handeln und Leben (Alltagskompetenzen, Entscheidungskompetenz und -autonomie, Selbstbewusstsein und Selbstverwirklichung), Zufriedenheit mit den Lebensbedingungen (z.B. Befriedigung der Grundbedürfnisse wie einfühlsamer Pflege und Mobilität), Selbstakzeptanz und Selbstverwirklichung, gesellschaftliche Integration, gesellschaftspolitische Teilhabe etc. führen.
Forschungsmethode	Quantitative und qualitative Analyseverfahren (1-2stündige Gruppendiskussion mit standardisiertem Fragebogen der Selbstvertretungsgruppen; 1-2stündige Gruppendiskussion mit offenen Interviews der UnterstützerInnen; Analyse in der zweiten Untersuchungsphase in Einzelinterviews mit standardisiertem Fragebogen und offenen

	Interviews (narratives Interview) zu Wirkweisen der People-First-Gruppen in einer Stichprobe aus beiden Vergleichsgruppen
Stichprobenwahl und -größe	20 von 21 People-First-Gruppen, 117 Menschen mit kognitiven Einschränkungen (davon 51 Mitglieder einer People-First-Gruppe und 66 nicht-Gruppen-Mitgliedern), 15 von 16 UnterstützerInnen
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Lebenszufriedenheit/Lebensqualität: Zufriedenheit mit den eigenen Lebensbedingungen, soziale Integration, psychische Befindlichkeit, Selbstbehauptungskompetenzen, gegenseitige Unterstützung, Informationsvermittlung und Bildung, sozialpolitische Interessensvertretung

AutorIn/HerausgeberIn	KUHNERT, Tobias KUHNERT, TOBIAS: Behindert, Sozialarbeiter
Buchtitel	DIPLOMARBEIT: Die Schwierigkeiten, „mit Behinderten als Menschen umzugehen“, aus der Sicht eines Betroffenen
Jahr der Publikation	2001
Titel des Artikels	Diplomarbeit: s.o.
Zentrale Inhalte	In dieser Arbeit wird Peer Counseling/Peer Support nur indirekt behandelt! K. beginnt mit einem kurzen Abriss zum Umgang mit Behinderten in der Geschichte. Erläuterungen von Modellen zur Identitätskonstruierung; Triangulierung von Selbstbild, vermutetem Fremdbild und Fremdbild. Darstellung eines Ausgangsmodells des ‚selbstbestimmten Behinderten‘: „Der Mensch mit einer Behinderung als ein dialogfähiges Subjekt mit individuellen, entwicklungslogischen Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungskompetenzen. Der Mensch als ‚Akteur‘ und ‚Dirigent‘ der Entwicklung seines ‚Selbst‘.“ (S.35) Es folgt eine Kurz-Auswertung der 6 Interviews zu aufgestellten Thesen. Historischer Abriss der Independent-Living-Bewegung und der deutschen Selbstbestimmt-Leben-Bewegung. K. beschreibt Selbstbestimmt Leben als

	einen Bewusstseinsprozess, der einen persönlichen Entwicklungs -und Reifeprozess voraussetzt. „(...) Selbstbestimmte Menschen sind politische Wesen.“ (S. 59) K. erörtert das Selbstbestimmt-Leben-Paradigma mit 8 Thesen.
Forschungsmethode	Diplomarbeit: Literatur, Diskurs, Leitfadeninterview zu Lebenswelterfahrungen von Behinderten und nicht-Behinderten
Stichprobenwahl und -größe	6 Leitfadeninterviews mit Behinderten und Nichtbehinderten
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	„Das gesellschaftliche Bild von Behinderung muss mit und durch Menschen mit Behinderungen verändert werden, damit Menschen mit Behinderung Einfluss auf die daraus resultierende Politik nehmen können.“ (S. 74) Peers können als Modell und in der Beratung dazu beitragen, dass andere lernen, sich als (gleichberechtigten und gleichwertigen) Menschen zu betrachten, ihre Persönlichkeit zu entwickeln, eigenverantwortlich und selbstbestimmt ihr Leben zu gestalten und sich aktiv für die eigenen Rechte und Interessen einzusetzen. (Vgl.: S. 74) Solidarität, Informationsweitergabe, Beratung zu Heil- und Hilfsmitteln, Vernetzung, Empowerment, Unterstützung zur Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung

AutorIn/HerausgeberIn	LANQUENTIN, Nicolas LANQUENTIN, NICOLAS: Spätbehindert (querschnittge- lähmt nach Sportunfall)
Buchtitel	DIPLOMARBEIT: Ich sehe jetzt die Behinderung als einen Teil von mir. Über die Bedeutung behinderter Peers bei der Rekonstruktion eines positiven Selbstbildes nach ei- ner erworbenen Behinderung
Jahr der Publikation	2012
Titel des Artikels	Diplomarbeit, s.o.
Zentrale Inhalte	Die Wirkung von Peer Counseling nimmt in dieser Arbeit einen relativ kleinen Raum ein, vorwiegend wird die his- torische Entwicklung von Independent Living und Peer- support beschrieben. Neben zweier Experteninterviews geht L. auf Formen der Identitätskonstruktion ein und stellt Sport als eine soziale Interaktions-Plattform vor.
Forschungsmethode	Diplomarbeit: Literatur, Diskurs, qualitative Untersu- chung: problemzentriertes Interview
Stichprobenwahl und -größe	2 Experteninterviews
Festgestellte Wirkfaktoren, Er- gebnisse	Förderung der Selbstbestimmung, Vorbildfunktion des Rollenmodells Peer Counselor, flache Hierarchien, akti- ves Zuhören, Empathie, Authentizität, Hilfestellung zur Aktualisierung der Persönlichkeitsentwicklung, emotio- nale Unterstützung, Fachkompetenzen, Sach- und Fach- wissen, Unterstützung in der Identitätsrekonstruktion, Er- fahrungs- und Informationsaustausch (auch von All- tagstipps und -tricks)

AutorIn/HerausgeberIn	McCURDY, Erin E. und COLE, Christine L.
Buchtitel	Journal of Autism and Development Disorders (2014), Heft 44, S. 883-893
Jahr der Publikation	2013

Titel des Artikels	Use of a Peer Support Intervention for Promotion Academic Engagement of Students with Autism in General Education Settings
Zentrale Inhalte	Vorgestellt wird eine Untersuchung, in der 3 Grundschüler mit Autismus von Peers begleitet werden und wie sich Verhaltensänderungen im normalen Klassenverband darstellen. Die US-amerikanische Gesetzgebung (Individuals with Disabilities Education Improvement Act 2004) sieht vor, dass Schüler, die aufgrund ihrer Behinderung sich selbst oder Mitschüler beim Lernen stören in Special Education Classes unterrichtet werden. Da Autisten oft durch Konzentrationsstörungen, wiederholende Bewegungen oder Worte den Unterrichtsablauf stören, wird hier der Versuch beschrieben, mittels unterschiedlichen Interventionsstrategien (Positive Verstärkung, Bildlich dargestellte Arbeitsaufträge, Priming, Möglichkeiten der Selbstkontrolle sowie die Methode des Prevent-Teach-Reinforce) auch jene 3 Grundschüler durch Peers unterstützt. Peers (hier Mitschüler) sind – im Gegensatz zu erwachsenen Fachkräften – während des Schulalltags immer anwesend, Schüler beeinflussen sich gegenseitig (Vorbildfunktion) und sie können den Lehrer entlasten, indem sie sich um autistische Mitschüler kümmern. Für jeden Autisten wurde ein Mitschüler gefunden, der /die zum Peer Supporter ausgebildet (Erkennen von störendem Verhalten, Kurzintervention, Feedback geben) werden. Bei allen 3 Autisten treten mit Begleitung von Peer Support deutlich weniger Störungen auf, das Projekt wird von allen (Lehrern, Betroffenen, Peer Supportern und Mitschülern) als positiv erlebt.
Forschungsmethode	Literatur, Diskurs, Fallstudien
Stichprobenwahl und -größe	3 autistische Grundschüler (7, 8, 11 Jahre) an zwei Grundschulen
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Vorbildfunktion, Verfügbarkeit (hier: Mitschüler), geringe Kosten (ehrenamtliche Tätigkeit)

AutorIn/HerausgeberIn	McLAURIN, Romeria und HARRINGTON, Jennifer McLAURIN, Romeria: Assistenz Professorin an der Graduate School of Education der University of California, Los Angeles HARRINGTON, Jennifer: Studentin an der Graduate School of Education der University of California, Los Angeles
Buchtitel	Personnel and Guidance Journal
Jahr der Publikation	1977
Titel des Artikels	McLAURIN, Romeria und HARRINGTON, Jennifer: A High School Instructional Peer-Counseling Program, S. 262-265
Zentrale Inhalte	Anhand eines Fallbeispiels wird die <i>positive Wirkung</i> von (School) Counseling beschrieben: nach 9-monatiger Begleitung durch ein Rollenvorbild (instructional model) entwickelt sich Scott (ein 17-jähriger Analphabet) aus einem Lernverweigerer mit ablehnender Haltung ein freundlich-zugewandter, strebsamer Schüler, der aus der persönlichen Beziehung nicht nur Selbstbewusstsein, sondern auch das Gefühl von Anerkennung und Angenommen-Sein schöpft. Insbesondere für ältere Schüler mit Leserechtschreib-Schwäche existieren kaum geeignete Lernprogramme, so dass sie oft feindselig wirken, mangelhafte Leistungen erbringen und ein gestörtes Selbstbewusstsein haben. Frustriert über sich selbst und das Schulsystem werden sie nicht selten verhaltensauffällig und verweigern jedes Lernen. Später wird ein Peer Counseling Programm mit dem Schwerpunkt der Förderung von Lesekompetenzen einer innerstädtischen High School in Los Angeles vorgestellt. Zu den Auswahlkriterien für „paraprofessional counseling“ gehören Verhalten, Verantwortungssinn, die Fähigkeit, Anweisungen zu folgen sowie die Bereitschaft, auch mit schwierigen (Lern-)Voraussetzungen der zu Begleitenden zu arbeiten. Neben einem vorbereitenden Training für Counseling Techniken soll es Supervision für die Peer Counselors geben, sie in ihrer Vorbild-Funktion zu stärken.

	Geschichts-, Mathe- und Englischlehrer werden befragt, welche Schüler sie für dieses Programm geeignet hielten, ebenso Einser-Schüler. Neben dem Interesse wird auch die Eignung berücksichtigt, auch andere Schüler, die sich melden; letztendlich wird kein Bewerber abgewiesen! Es entsteht nach 8-wöchiger Vorbereitung ein Pool von 12 Schülern (7 Mädchen, 5 Jungen) aller Jahrgangsstufen (9-12). Die Arbeit als Peer Counselor wird benotet, mit Credits gepunktet und ein Empfehlungsschreiben in der Schulakte vermerkt. Die Peer Counselor werden von Lehrern supervidiert. Einige arbeiten während ihrer Englisch-Stunden (2x wöchentlich), andere 5x wöchentlich in Wahlfächern. Schwerpunkte in der Ausbildung bilden neben fachlichem Wissen auch Beziehungskompetenzen („human relation skills“) und Tutoren-Fähigkeiten (z.B. positive Verstärkung, Feedback-Techniken, Wirkung von Körpersprache). Besonderer Wert soll auf die Auswahl (und Motivation) der Peer Counselor gelegt werden, da sich nicht jeder Schüler als Counselor eignet, resp. Counselor und Klient nicht immer zusammen passen.
Forschungsmethode	Literatur, Diskurs
Stichprobenwahl und -größe	Innerstädtische High School in Los Angeles, 12 Peer Counselors
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	WIRKFAKTOREN: persönliche Zuwendung, Ermutigung, unterstützende Beziehung, strukturierte individuelle Begleitung und Förderung, Rollenvorbild (Passung von Counselor und Ratsuchender, persönliche Eignung als Counselor)

AutorIn/HerausgeberIn	MILES-PAUL, Ottmar MILES-PAUL, Ottmar: Geboren 1964, Publizist, seit Geburt seh- und hörbehindert, Mitbegründer der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland (IsL e.V.); von 2008-2013 Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderungen in Rheinland-Pfalz, Vater eines Sohnes
Buchtitel	„Wir sind nicht mehr aufzuhalten“ – Behinderte auf dem Weg zur Selbstbestimmung. Beratung von Behinderten

	durch Behinderte – Peer Support: Vergleich zwischen den USA und der BRD
Jahr der Publikation	1992
Titel des Artikels	S. 23-46; S. 60-76
Zentrale Inhalte	Nach einer Studie 1982 in den USA von Linda TOMS BARKER u.a. geben 92% der befragten ILP an, dass Peer Support die primäre Dienstleistung sei. ILP sind die wichtigsten Anbieter und Interessenvertreter der Idee des Peer Support, z.B. Disabled Students' Program (DSP) an der University of California, Berkeley. Für 90% war das Lehren von Fertigkeiten zum selbstbestimmten Leben die zentrale Dienstleistung (Identifikation von Ressourcen, Lernen Ressourcen einzusetzen, Identifizieren und Vergleichen von Wahlmöglichkeiten, Entscheidungen treffen, Prioritäten setzen, Langzeitziele setzen und einen Aktionsplan erstellen, Teilziele formulieren, Verbesserung des Urteilsvermögens, Risikobewertung, Krisenbewältigung, Lösungsansätze für medizinische oder finanzielle Probleme, Problemlösungsstrategien entwickeln), Hilfsmittel-, Rechts- und Berufsberatung, Assistenz- und Wohnungsvermittlung etc. Ergebnis der Study Group on Peer Counseling as a Rehabilitation Resource des Urban Institute (1981) in Rehabilitationsbehörden der USA: 80% der Direktoren halten Peer Support für eine wesentliche Dienstleistungskomponente für die Rehabilitation Behinderter. Nur in wenigen Kliniken wird Peer Support angeboten; z.B. in der Disabled Community Health Clinic im Herrick Hospital Berkeley für Sehbehinderte (Einzelunterstützung und Gruppen-Angebote). Im Einzel kann intensiver an individuellen Problemen gearbeitet werden, in Gruppen profitieren die Teilnehmer voneinander im Austausch. In einem Forschungsprojekt Ende des 1070er Jahre wurde bestätigt, dass Peer Support zur Entmedizinisierung beiträgt, so haben von 50 befragten Studierenden kaum einer noch Dekubiti oder Harnwegsinfekte und 31% erlebten einen positiven Einfluss auf die Gesamtgesundheit, zudem ergab es eine 47%ige Verringerung von Hospitalisierungen obwohl die ILP keine direkten medizinischen Dienstleitungen angeboten haben. Herkömmliches Modell von Peer Support: wöchentliche oder 14-tägige Treffen von Voll- oder Teilzeit-Unterstützer mit den Kunden zu Einzel oder Gruppengesprächen;

	interne Schulungen und Teambesprechungen mit den Unterstützern. AUßENDIENSTMODELL: Telefonate und Hausbesuche (oft in informellem Rahmen), eher ehrenamtliche und Teilzeit-Unterstützer Peer Support im REHABILITATIONSMODELL: Unterstützer haben i.d.R. einen akademischen Hintergrund und arbeiten angestellt (oft befristet) in staatlichen Reha-Behörden. UNTERRICHTSMODELL: Unterstützer (<i>Peer Educator</i>, <i>Peer Tutor</i>) in Voll- oder Teilzeit geben Trainingseinheiten für Kunden, oft in Institutionen mit Wohnmöglichkeiten, i.d.R. für Gruppen von 3-8 Menschen INFORMATION- und WEITERVERMITTLUNGSMODELL: Bereitstellung von Informationen über konkrete Arbeitsgebiete, die die Unterstützer oft mit den Kunden teilen NETZWERKMODELL: Peer-Unterstützer beraten unmittelbare Netzwerkpartner des Kunden (Freunde, Familie), die oft nicht behindert sind und auf ehrenamtlicher Basis arbeiten
Forschungsmethode	Umfragen, Literatur, Diskurs
Stichprobenwahl und -größe	72 ILP, Studierende, Leiter von Rehabilitationsbehörden, Kranke
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Unterstützung behinderter Studierender in Form von Vorlesern, Gebärdendolmetschern, persönlicher Studien-Assistenz (Notizen, Laborarbeiten, Bibliothek), Verleih von Hilfsmitteln, Zugänglichkeit der Veranstaltungen. Individuelle Unterstützung und Peer Support Gruppen mit dem Ziel, Selbsteinschätzung, Selbstbestimmung und interpersonelle Fähigkeiten zu verbessern. ZIELE: Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung, Erlernen von sozialen Fähigkeiten, Selbstbehauptung, Erfüllung eigener Grundbedürfnisse, Organisation persönlicher Assistenz, Themen wie Behinderung und Familie, Sexualität und Partnerschaft; Kommunikationsfähigkeiten, Berufsfindung, Aktivierung und Motivierung zu eigenverantwortlicher Lebensführung, Förderung von Selbstbestimmung und Kontrolle über das eigene Leben, emotionale und praktische Unterstützung, positive Rollenvorbilder

AutorIn/HerausgeberIn	OSTER, Randal A.
Buchtitel	Journal – Primary Prevention 3
Jahr der Publikation	1983
Titel des Artikels	Peer counseling: Drug and alcohol abuse prevention, S. 188-199
Zentrale Inhalte	Vorstellung und Evaluation eines Peer-Counseling-Projekts für 11. und 12.-Klässler US-amerikanischer High Schools zur Prävention von Alkohol- und Drogenmissbrauch.
Forschungsmethode	Literatur, Umfrage
Stichprobenwahl und -größe	Schüler_innen
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Auch wenn in der Erhebung keinen direkten Einfluss auf den Alkohol- und Drogenkonsum festgestellt werden konnte, so profitierten die Teilnehmer_innen von dem Projekt, da sie ihre <i>soft skills</i> verbessern konnten.

AutorIn/HerausgeberIn	PALLAVESHI, Luljeta; BALACHANDRA, Krishna; SUBRAMANIAN, Priya; RUDNICK, Abraham
Buchtitel	Community Mental Health Journal
Jahr der Publikation	2014
Titel des Artikels	Peer-Led and Professional-Led Group Interventions for People with Co-occurring Disorders. A Qualitative Study S. 388 – 394
Zentrale Inhalte	Untersucht wurde eine Patientengruppe mit psychischen Erkrankungen mit Alkohol-und/oder Drogenabhängigkeit. Je 6 Probanden nahmen entweder an von Peers oder von spezialisierten Krankenschwestern geleiteten Gruppen-gesprächen teil und wurden abschließend von einer

	Person in halboffenem Interview zu ihrer Situation und eventuellen Veränderungen befragt.
Forschungsmethode	Leitfaden-Interview, Gruppengespräche nach dem 12-Schritte-Programm, Literatur
Stichprobenwahl und -größe	Untersucht wurde eine Patientengruppe mit psychischen Erkrankungen (Schizophrenie und Depression) mit Alkohol-und/oder Drogenabhängigkeit; alle Teilnehmer waren volljährig und bereits in psychiatrischer Behandlung. Exklusionskriterien waren u.a. fremd- oder autoaggressives Verhalten.
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	In beiden Gruppen erlebten die Teilnehmer persönliches Wachstum, einen verantwortungsvolleren Umgang mit Alkohol, eine Verringerung der psychischen Symptome und eine Verbesserung der allgemeinen Lebenszufriedenheit. In der peer-geleiteten Gruppe fühlten sie sich wohler und besser verstanden, in der professionell geleiteten Gruppe lernten sie mehr an medizinischen Hintergrundwissen und Skills.

AutorIn/HerausgeberIn	PLASS, Johanne
Buchtitel	DIPLOMARBEIT: Der Effekt einer Peer Counseling-Weiterbildung auf das Selbstkonzept der körperbehinderten Teilnehmer. Evaluation der Peer Counseling-Weiterbildung des Bildungs- und Forschungsinstitutes zum selbstbestimmten Leben Behinderter e.V.
Jahr der Publikation	2005
Titel des Artikels	Diplomarbeit, s.o.
Zentrale Inhalte	Die Fragestellung, ob und wie Peer Counseling auf Kunden wirkt, wird hier nicht berücksichtigt! Diese Beratungsmethode basiert auf den Annahmen eines humanistischen Menschenbildes und der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. Seit 1994 werden jährlich Schulungen zum Peer Counselor vom Bildungs- und Forschungsinstitut für die Selbstbestimmung Behinderter (bifos e.V.) – angepasst an das

	Ausbildungsprogramm der US-amerikanischen „Independent Living“-Bewegung – durchgeführt; seit 1997 existiert ein entsprechendes Curriculum. P. richtet ihr Hauptaugenmerk auf die Selbstkonzept-Veränderungen bei Körperbehinderten. „Peer Counseling ist die Anwendung von Problemlösungs-Techniken und aktivem Zuhören, um Menschen, die gleichartig sind, Hilfestellung zu geben.“ (S. 45) Es stehen hier nicht die behinderungsspezifischen Defizite im Vordergrund, sondern Unterstützung den Kunden zu bieten, selber ihre Probleme zu lösen. 1999 gaben die im Berufsverband (<i>Berufsverband Peer Counseling BVP e.V.</i>) organisierten Peer Counselor sich eine Berufsordnung. HAZELZET und FOLKERSMA haben in einer Studie (1993) in den Niederlanden zur Wirksamkeit von Peer Counseling für Körperbehinderte keine deutlichen Unterschiede in persönlichem Wohlbefinden, Behinderungsbewältigung und Problembewältigungsfähigkeiten vor oder nach dem Peer Counseling festgestellt. Allerdings waren die Ausgangswerte sehr hoch, alle 14 Teilnehmer entstammten dem Independent-Living-Netzwerk. P. untersucht in dieser Arbeit zwischen 1996-2002 per Fragebogen die Selbstkonzeptentwicklung mit den Frankfurter Selbstkonzeptskalen von 68 Peer Counselors vor und nach ihrer Ausbildung bei bifos e.V. Nach der Weiterbildung verbesserte sich i.d.R. das Selbstkonzept, wobei männliche Teilnehmern einen höheren Ausgangswert hatten. Insgesamt führte das Training bei niedrigem Ausgangsniveau zu einer stärkeren Veränderung der Skalenwerte. Bei neutralen Ausgangswerten wurden bei 80-100% deutlich positive Veränderungen erreicht. Aufgrund der geringen Fallzahl lassen sich jedoch keine begründeten Aussagen zu Veränderungsprozessen durch die Ausbildung zum Peer Counselor treffen, zudem gibt es keine Kontrollgruppe.
Forschungsmethode	Diplomarbeit: Literatur, Diskurs, Fragebogenerhebung
Stichprobenwahl und -größe	Fragebogenerhebung mit 68 Teilnehmern der Peer-Counseling-Ausbildung, von 1996-2002
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Authentizität/Kongruenz, Wertschätzung, Empathie, Sach- und Fachwissen, kommunikative Kompetenzen, Empowerment

	GRUNDSÄTZE nach dem BVP e.V. (S. 48 f): Ressourcenorientierung, Ganzheitlichkeit (Beratung für alle Lebensbereiche), Anerkennung der Kunden als Experten in eigener Sache, Ermächtigung (Stärkung des Selbstwertgefühls), Parteilichkeit für die Interessen der Kunden, Unabhängigkeit (Beratung ist frei von persönlichen, sozialen, institutionellen, wirtschaftlichen und politischen Interessen); Bereitschaft zu Supervision, kollegialer Begleitung und Fortbildung

AutorIn/HerausgeberIn	RÖSCH, Matthias
Buchtitel	DIPLOMARBEIT: Wirkungsmessung eines Peer Counseling-Trainings. Einschätzung eines Ausbildungsprogramms für behinderte BeraterInnen – Möglichkeiten und Grenzen
Jahr der Publikation	1995
Titel des Artikels	Diplomarbeit, s.o.
Zentrale Inhalte	Die Fragestellung, ob und wie Peer Counseling auf Kunden wirkt, wird hier nicht berücksichtigt! R. untersucht, was die Ausbildung bei zukünftigen Peer Counselors bewirkt und wie dieser Effekt gemessen werden kann. Nach Saxton (1983) geben 92% aller Center for Independent Living an, dass die Beratungsmethode des Peer Counseling ein primärer Bereich ihres Angebots darstellt. „Peer Counseling ist die Anwendung von Problemlösungstechniken und aktivem Zuhören, um Menschen, die ‚gleichartig‘ (‚peers‘) sind, Hilfestellung zu geben.“ (nach Bill und Vicky Bruckner, 1994, hier S. 6) Die erhobenen Daten sind aufgrund der Teilnehmeranzahl (3) kaum interpretierbar; zudem ist der Untersuchungsleiter gleichzeitig der Ausbilder der 3 Trainees!
Forschungsmethode	Diplomarbeit: Literatur, Diskurs, Fragebogenerhebung
Stichprobenwahl und -größe	Fragebogenerhebung mit 3 Teilnehmern eines Peer Counseling Kurses

Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Empowerment, prozesshaftes Begleiten und Beraten um zur Organisation individueller Lebensveränderung beizutragen, Ressourcenorientierung, Personenzentrierung, Akzeptanz, Empathie, Kongruenz/Authentizität

AutorIn/HerausgeberIn	RUPPE, Sebastian RUPPE, Sebastian: Spätbehindert (Rollstuhlfahrer, hohe Querschnittlähmung nach Badeunfall 1991), Dipl. Lebens- und Sozialarbeiter, Linz
Buchtitel	DIPLOMARBEIT: Auf gleicher Augenhöhe. Möglichkeiten und Grenzen des Peer Counseling
Jahr der Publikation	2011
Titel des Artikels	Diplomarbeit, s.o.
Zentrale Inhalte	Peer Counseling ist eine Beratungsform, bei der Berater und Kunde einer gesellschaftlichen Minderheit angehören, beide teilen Leidens-, Ohnmachts- und Diskriminierungserfahrungen. Es ist ein (politisches) Ermächtigungsinstrument. Gemäß der Ideologie der Center for Independent Living (CIL) sind Menschen mit Behinderungen als Experten in eigener Sache anzuerkennen; d.h. der Kunde ist der erste und einzige Experte für seine eigenen Probleme. (S. 9) Eine Rollenunschärfe könnte in der Peer Beratung zu Missverständnissen führen, insbesondere wenn der Peer Counselor mögliches Eigeninteresse an Information nicht zurückstellen kann oder wenn beide in hohem Masse biografisch-behinderungsspezifische Erfahrungen teilen. ZENTRALE BEOBACHTUNGEN im Peer Counseling: „1. BeraterInnen und KlientInnen müssen nicht unbedingt dieselbe Behinderung haben, damit Peer Counseling von KlientInnen als hilfreich erlebt wird. 2. Konkrete Tipps sind im Peer Counseling nicht tabu, sondern manchmal explizit erwünscht. Der Erfahrungsvorsprung, den behinderte KlientInnen in behinderten BeraterInnen vermuten, kann Motiv für den Beratungswunsch sein. 3. Die Vorbildfunktion der BeraterIn kann stärkende Wirkung bei den KlientInnen haben. 4. Ein zu nahes, zu freundschaftliches Verhältnis zwischen BeraterIn und KlientIn kann,

	so wie auch in der klassischen Beratung, kontraproduktiv sein.“ (S. 32) Als „Handwerkszeug“ für Peer Counseling nennt R.: „Ressourcenorientierung, Joining, Pacing, Körperhaltung, Empathie, Wertschätzung, Kongruenz, Akzeptanz, Komplimente, gut für sich selbst sorgen, der Beratungsraum, Krisenintervention, bedeutsame Andere, systemische Fragen, Skalierungen, Familienbrett, inneres Team, Paraphrasieren, Zusammenfassen, mit Bildern arbeiten, Genogramm-Arbeit, Kybernetik (der Berater als Teil des Systems), Entspannungstechniken, Klarheit, Rahmenkontakt, Auftragsklärung, Zielarbeit, Lebensphasen, Übergänge,“ Selbstreflexion, Einzel- und Gruppenselbsterfahrung, Supervision (S. 54)
Forschungsmethode	Literatur, Diskurs, Reflexion eigener Berufs-/ Ausbildungspraxis
Stichprobenwahl und -größe	7 Fallanalysen aus seiner Ausbildung zum Lebens- und Sozialberater
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Empowerment (selbstbewusst/autonom denken, handeln, fühlen und entscheiden können), Vorbildfunktion (Peer Counselor als „best practice model“), Echtheit/Kongruenz, Verbesserung der Lebensqualität als Beratungsziel, Joining statt lösungsorientierter Kurzzeitbegleitung, Anerkennung der Autonomie und Problemlösungskompetenzen der Kunden, Peer Support (Weitergabe von Tipps und Informationen zu Hilfsmitteln, Persönliche Assistenz, Finanztipps, barrierefreie Praxen, Reise- und Freizeit-möglichkeiten etc.)

AutorIn/HerausgeberIn	SCHWONKE, Claudia SCHWONKE, Claudia: Chronisch krank (Multiple Sklerose), Diplom Sozialarbeiterin und -pädagogin
Buchtitel	DIPLOMARBEIT: Untersuchung zur Wirkung von Peer-Counseling
Jahr der Publikation	2000
Titel des Artikels	Diplomarbeit: s.o.

Zentrale Inhalte	Definition nach SANDFORD (1996, S. 23): „Diese Beratung stellt ein unabhängiges, ganzheitliches, ermächtigendes Hilfsangebot im Sinne der behinderten Ratsuchenden dar, um ein Leben in mehr Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und Würde führen zu können.“ (S. 2) Im Unterschied zu Peer Support werden beim Peer Counseling nicht nur informelle Hilfen, allgemeine Informationen und Tipps an Ratsuchende weitergegeben, sondern es ist eine klar strukturierte eigene Methode, angelehnt an humanistische Formen von Beratung / Therapie (Personenzentriertheit, nichtdirektive Beratung) 12 von 14 Peer-Counseling-Beratungsstellen werden von S. 2000 angeschrieben; es werden 220 Fragebögen mit der Bitte um Weitergabe an Kunden verschickt. Nach ca. 100 Tagen liegt der Rücklauf bei 76; es wurde mit 7 Fragen das Verhältnis zum Peer Counselor (insbesondere die Frage, ob und wie sich die Behinderung des Beraters auswirkt), die Zufriedenheit mit der Beratung sowie biografische Daten der Kunden erhoben. ERGEBNISSE: Die eigene Behinderung/Peer-Konstellation des Beraters wird von der Mehrheit der Befragten als hilfreich empfunden. Ein hoher Anteil wendet sich mit fachlichen Fragen(57%) (auch juristische Angelegenheiten) an den Peer Counselor: etwa Problemen mit der (Verarbeitung von der) Behinderung (23), Fragen rund um Erwerbstätigkeit (18), Wohnungssuche (14), Beziehungsschwierigkeiten (5) und sonstigen Fragen (18), wie beispielsweise Unzufriedenheit mit anderen Beratungsstellen/Pflegeeinrichtungen, Probleme am Arbeitsplatz, Fragen zur Persönlichen Assistenz, Führerscheinfragen; mit gemischten Anliegen (32%) und aus rein privaten Gründen (11%) an die Peer Counselor. Etwa 82% suchen gezielt eine Peer-Beratungsstelle auf. In die Bewertung der <i>Zufriedenheitsfrage</i> berücksichtigt S. folgende Variablen: Sachkompetenz, Geduld, Einfühlungsvermögen sowie die Beratungsbeziehung; zusätzlich werden Elemente nach Rogers aufgenommen: Echtheit, Wertschätzung und einführendes Verstehen. Im Ergebnis sind – bis auf eine Ausnahme – alle Kunden mit der Beratung sehr zufrieden bis zufrieden. Die Fachkompetenz wird höher bewertet als die Zufriedenheit auf psycho-sozialer Ebene. Besonders zufrieden waren die Kunden, die bewusst diese Beratungsmethode gewählt hatten. Die altersmässig größte Gruppe (31 Menschen) der Kunden sind die 30-39-jährigen; im Verhältnis zu anderen

	Kohorten (zwischen 10 bis 16 Menschen) sind die Gruppen der unter 20-jährigen (4 Menschen) und über 60-jährigen (2 Menschen) eher klein. In 2/3 der Beratungen waren KundIn und Peer Counselor gleichgeschlechtlich, dieses wurde – mit Ausnahme der 50-59-jährigen – als positiv bewertet. Obwohl es in Deutschland weniger behinderte Frauen gibt, bildeten sie bei der Inanspruchnahme von Peer Counseling eine (geringe) Mehrheit. Die Ergebnisse dieser Befragung lassen – mangels Vergleichs- und Kontrollgruppe – keine Schlüsse über die Effektivität von Peer Counseling zu.
Forschungsmethode	Diplomarbeit: Literatur, Diskurs, Fragebogenerhebung
Stichprobenwahl und -größe	Fragebogenerhebung mit 76 Kunden (41 weiblich, 35 männlich)
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Stärkung des Selbstwertgefühls der Kunden, Rollenvorbild des Peer Counselor, aktives Zuhören, Förderung von Problemlösungsfähigkeiten, Ressourcenorientierung, Empowerment, Parteilichkeit, Ganzheitlichkeit, Empathie, Stärkung des Selbstvertrauen, Echtheit/Selbstkongruenz, Emotionale Wärme/Wertschätzung

AutorIn/HerausgeberIn	SAMUELS, Mimi und SAMUELS, Don
Buchtitel	The Complete Handbook of Peer Counseling
Jahr der Publikation	1975
Zentrale Inhalte	Die Autoren geben einen Überblick über ein Programm zur Installation eines Peer Counseling Programms und zur Evaluation selbiger, im Kontext von Schülerberatung mit Hauptaugenmerk auf die Prävention von Drogenmissbrauch. Empirische Forschung findet nicht statt und wird auch nicht als Metaanalyse u.ä. bearbeitet.
Forschungsmethode	Anleitung, Leitfaden
Stichprobenwahl und -größe	

Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Positiver Einfluss der Peers aufeinander (hören sich gegenseitig zu, finden Zugang zum anderen etc.), gemütliche Atmosphäre im Beratungsraum (allerdings geben die Autoren an, dass die SuS diesen selbst gestalten sollten, was bei den Counselees im Projekt unrealistisch ist), Kommunikationsfähigkeiten

AutorIn/HerausgeberIn	SELBSTBESTIMMT LEBEN e.V. BREMEN (Hg.)
Buchtitel	Peer gesucht! Spätere Inklusion nicht ausgeschlossen. Peer-Konzepte zwischen Empowerment und (Selbst-) Ausgrenzung in Schule und Behindertenhilfe. Dokumentation der Fachtagung am 12.11.2011
Jahr der Publikation	2012
Titel des Artikels	
Zentrale Inhalte	Anlässlich des 25-jährigen Jubiläums der Bremer Peer Beratung fand 11/2011 eine inklusive Fachtagung mit 60 Menschen statt. „Im Gegensatz zum Peer Support (Unterstützung), einem sehr weit gefassten Unterstützungskonzept, ist das Peer Counseling eine klarer strukturierte Methode (vgl. van Kan 2001).“ (S. 18) Folgende Themen werden im Peer Counseling häufig besprochen: persönliche Assistenz, Arbeitssuche, Übergang von Schule zum Beruf, Existenzsicherung, Umgang mit Behinderung, Partnerschaft, sexuelle Probleme, krankheitsspezifische Fragen u.a.m. In Abgrenzung zu anderen Beratungsformen enthält das Peer Counseling vier spezifische Merkmale: Betroffenheit, Parteilichkeit, Ganzheitlichkeit und Emanzipation. (S. 21) Als Voraussetzungen für Peer Counseling Trainer werden benannt: Vorhandensein einer Behinderung und/oder chronischen Erkrankung, Selbstbestimmung für dich selbst durchsetzen können, Beratungserfahrung, langjährige Mitarbeit in Selbsthilfegruppe, Reflexion der eigenen Erkrankung/Behinderung, Ausbildung zum Sozialarbeiter, Psychologen oder Peer Berater. (S. 35)
Forschungsmethode	

Stichprobenwahl und -größe	
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Orientierungshilfe für ein selbstbestimmtes Leben mit mehr Selbstbewusstsein, Selbstvertretung und Selbstbestimmung, Empowerment, Parteilichkeit

AutorIn/HerausgeberIn	SOLOMON, Phyllis
Buchtitel	Psychiatric Rehabilitation Journal 27 (4)
Jahr der Publikation	2004
Titel des Artikels	Peer Support / Peer Provided Services Underlying Processes, Benefits, and Critical Ingredients, S. 392–401
Zentrale Inhalte	Die Autorin untersucht die Wirkung von Peer Support im psychiatrischen Bereich. Vorgestellt werden sechs Kategorien von Peer Support: Selbsthilfegruppen, Internet-Plattformen, von Peers angebotenen Beratungsleistungen, von Peers geleiteten Serviceangeboten, Peer-Partnerschaften und angestellten Peers in Institutionen und Organisationen. Auch die Peer Berater selber profitieren vom ihrem Peer-Sein: Steigerung interpersoneller Kompetenzen, für andere Menschen wichtig sein, Peers geben oft an, dass sie so viel zurückbekommen, wie sie geben (Balance, innere Zufriedenheit), personalisiertes Lernen durch den Austausch mit anderen, positives Selbstbild/Anerkennung durch die Kunden. Dieses positive Feedback trägt dazu bei, in der Position eines helfenden/beratenden Peers zu sein/bleiben. Nach Untersuchungen von Peer-Angeboten im Vergleich zu professionellen Therapien sind die Nutzer i.d.R. genauso zufrieden oder sogar zufriedener mit ‚para-professioneller‘ Begleitung; insbesondere sind Selbsthilfeangebote für Menschen mit Verhaltensproblemen (Rauchen, Alkoholkonsum) besser geeignet als klassische Therapien. Auch bei Menschen mit schwerer psychiatrischer Erkrankung führt die Teilnahme an Selbsthilfegruppen häufig zu einer deutlichen Minderung der Symptome, einer besseren sozialen Anbindung, weniger stationären Aufenthalten, geringerer Medikamentengebrauch/bessere Compliance und die allgemeine Lebenszufrieden-

	heit/Lebensqualität, so diverse Studien (Raif 1984, Kennedy 1989, Rappaport 1993 Christensen und Jacobson 1994, Davidson et al 1999, Powell et al 2001, Solomon und Draine 2001, Simpson und House 2002 u.a.). Ähnliches ist bei den Peers selber zu beobachten (Sherman und Porter 1991, Humphreys 1997, Salzer und Shear 2002 u.a.): höhere Selbstachtung, besserer Umgang mit der eigenen Erkrankung, Selbstbestimmung/Empowerment, Verbesserung der Lebensqualität und eine optimistische Zukunftsperspektive. Zwei wichtige Voraussetzungen müssen Peer Supporter im psychiatrischen Bereich mitbringen: eine hinreichende psychische Stabilität und Abstinenz. Besonders profitiert auch das Gesundheitssystem selber durch das kostengünstige Angebot von Peer Support (Kraus und Lehmann 1994, Cook, Jonikas und Razzano 1995, Segal, Gomory und Silverman 1998 u.a.): Peers arbeiten oft ehrenamtlich, erhöhte Compliance der Patienten, weniger stationäre und ambulante Kontakte mit Professionellen. Zudem können über Peers Patientengruppen erreicht werden, die sonst nur schwer erreichbar sind, wie z.B. Obdachlose, Angehörige von Subkulturen und Menschen, die bisher dem Gesundheitswesen misstrauen.
Forschungsmethode	Literatur, Diskurs
Stichprobenwahl und -größe	
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Als WIRKFAKTOREN für Peer Support werden Empathie, Unterstützung, Begleitung, gegenseitigem Teilen von Erfahrungen und Wissen auf der Basis von respektvollem Umgang, emotionaler Unterstützung

AutorIn/HerausgeberIn	STRAHL, Monika STRAHL, Monika: Betroffene, Universität Bremen
Buchtitel	Ansatz und Bedeutung von Peer Counseling und Parteilichkeit in der Beratung von Frauen mit Behinderung
Jahr der Publikation	1997
Zentrale Inhalte	Im Artikel berichtet die Autorin auf der Grundlage eigener Erfahrungen, Forschungen und Betroffenheit von den Möglichkeiten des Peer Counseling bei Frauen mit Behinderung. Bezug wird hierbei auf das Projekt „Peer Support für behinderte Frauen“ ¹ des ZSL Köln genommen, welches 1993-1995 stattgefunden hat. Die besonderen Beratungsbedürfnisse von Frauen mit Behinderungen werden thematisiert und mit den realen Möglichkeiten der Beratungsangebote kontrastiert.
Forschungsmethode	Bezug auf Interviewaussagen/Ergebnisse einer Studie von KUHNE 1992 zur parteilichen Mädchen- und Frauenarbeit sowie zu den Ergebnissen des Projekts „Peer Support für behinderte Frauen“
Stichprobenwahl und -größe	-/-

AutorIn/HerausgeberIn	TINDALL, Judith A.
Buchtitel	Peer Programms. An In-depth Look at Peer Helping. Planning, Implementation and Administration
Jahr der Publikation	1994
Zentrale Inhalte	Die Autorin gibt an, dass sie in ihren Forschungen festgestellt hat, dass „Gruppenberatung alleine keine effektiven Fähigkeiten zum Helfen vermittelt“ (Tindall 1994, VI). Aus diesem Grund hat sie ein Trainingsprogramm zum Peer Helping mit mehreren Bänden (5?) verfasst. Im vorliegenden Band gibt sie einen Überblick über Sinn und Notwendigkeit von Peer Helping, Formen des Peer Helping, Möglichkeiten diese in konkrete Programme umzusetzen und Empfehlungen deren Wirksamkeit zu prüfen.

¹ <http://www.zsl-koeln.de/wer-wir-sind/weitere-infos/chronik-des-zsl-koeln/>

	Peer Helping wird dabei an verschiedene Nutzergruppen adressiert, ein Schwerpunkt liegt jedoch auf Schüler/innen und Jugendlichen, ebenso wie kirchliche Kontexte und Arbeits- und Berufsbezogene Varianten des Peer Counseling. Peer Counseling bei und durch Menschen mit Behinderungen findet <u>keine</u> spezielle Erwähnung. Peer Counseling bei Selbsthilfegruppen findet in einem Satz Erwähnung. Auslöser und Gründe warum Rat- und Hilfesuchende gehäuft nach Peer Angeboten fragen wird durch Unzufriedenheit mit professionellen Angeboten und mit Effektivität des Peer Counseling begründet.
Forschungsmethode	Praxisbuch, Trainingsprogramm
Stichprobenwahl und -größe	
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Im Text werden Wege, Notwendigkeiten und Möglichkeiten in Form von Programmen und Handlungsanweisungen aufgezeigt, wie man (aus Sicht der Autorin) erfolgreich Peer Helping etablieren und auch evaluieren kann/sollte. Peer Counseling ist hierbei eine von mehreren Peer Methoden. Menschen mit Behinderungen spielen in den beschriebenen Zusammenhängen keine Rolle. Wirk- und Gelingensfaktoren, die sich speziell auf Peer Counseling beziehen finden sich <u>nicht</u>. Bezogen auf Peer Helping im Bereich der Highschool, gibt die Autorin unter Bezug auf eine Studie von Sachnoff 1984, folgende Faktoren an, die aus Sicht der befragten Direktoren für ein Gelingen wichtig sind: 1. Strong program coordinator 2. Good training 3. Clear goals 4. Student commitment and ownership 5. Support from faculty 6. Supervision 7. Project director's contact with students 8. Having a mixture of students 9. Confidentiality (Diskretion) 10. Recruiting 11. Student's having decision-making power 12. Value explanation and reflection 13. Good community resources 14. Reward and incentives (Belohnung und Anreiz) In Anlehnung an die Empfehlungen der „National Peer Helpers Association“ gibt die Autorin (ausführlich 268-

	270) folgende fachliche Standards, zum Gelingen von Peer Helping an: 1. Programm Start-Up: a. Planning b. Commitment c. Staffing d. Organizational Structure 2. Programm Implementation: a. Screening and Selection b. Training c. Service Delivery d. Supervision 3. Maintenance a. Evaluation b. Public Relations Long-range Planning

AutorIn/HerausgeberIn	TOMS BARKER, Linda; ALTMAN, Maya und YOUNGDAHL, Andrea Alle drei sind/waren als Forscherinnen am BPA tätig.
Buchtitel	Dimensions in Peer Counseling: Observation from the National evaluation of Independent Living Centers
Jahr	1987
Land	USA, Texas
Zentrale Inhalte	Der Bericht stellt u.a. die Ergebnisse einer wiederholten/weiteren Auswertung von Daten einer 1985 vom Berkeley Planning Associates (BPA) durchgeführten Studie, mit dem Titel „EVALUATION OF THE TITLE VII, PART B CENTERS FOR INDEPENDENT LIVING PROGRAM“ vor. In der Auswertung der Evaluationsergebnisse sollen Gemeinsamkeiten und Übereinstimmungen in den Peer Counseling Angeboten der unterschiedlichen ILC untersucht werden. Mögliche Ziele des Peer Counseling: - Unterstützung und Partnerschaft - Hilfen zur Problemlösung - Training von Fertigkeiten - Expertenrat - Nicht-direktive Beratung - Gruppenberatung

	- Einzelberatung - Anwaltschaft Die Autoren beschreiben sechs unterschiedliche Beratungsstellen und deren -ansätze des Peer Counseling, die in Ort, Strukturierung, Qualifikation der Berater etc. variieren. Ebenfalls beschreiben sie Varianten des Peer Counseling, die durch die Art der Ausgestaltung: Professionelle Berater vs. ehrenamtliche Berater; kostenlose vs. kostenpflichtige Beratung; informelles vs. formelles Programm verursacht werden. Die in der Studie genutzten Fragebereiche sind ab Seite 10 dargestellt. Die untersuchten Beratungsstellen waren in ihren Strukturen sehr unterschiedlich (ähnlich, wie im LVR-Projekt). Einige Beratungsstellen arbeiten mit haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern, wobei die hauptamtlichen die Koordination übernehmen und wenn weniger Beratung anbieten. Andere Beratungsstellen haben nur hauptamtliche Mitarbeiter. Mischformen liegen vor. Die Mehrzahl der Beratungsstellen haben große Fallzahlen im Bereich Peer Counseling (deutlich über 100 pro Jahr). Viele bieten Einzelberatung und zusätzlich Gruppenberatung bzw. regelmäßig stattfindende Gruppen, wie auch einmalige Workshops zu bestimmten Themen an. (Parallele zu Initiative selbständiges Leben (Insel e.V.) im Projekt???) (Ergebnisübersicht ab S. 22-30)
Forschungsmethode	Metaanalyse und qualitative Interviews mit Personen der Beratungsstellen
Stichprobenwahl und -größe	Metaanalyse: Befragung von 156 Peer Counseling Centers, mit 2.700 Kunden und 180 andere „human service agencies“, die in den gleichen Gemeinden dieser Studie tätig waren. Empirische Erhebung: Vor-Ort-Besuche mit Interviews bei 40 zufällig ausgewählten Peer Counseling Centers Quantitative Befragung und qualitative Interviews
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Wirkfaktoren und Voraussetzungen Berater: Positives Rollenvorbild, Netzwerker zwischen Peer- und professionellen Angeboten zur (Selbst-)Hilfe, Berater verfügt über Erfahrungen bezogen auf Behinderung, Lebensbewältigung, Empowerment etc. und kann diese weitergeben und vermitteln “Above all, the importance of a shared common reality and the significance of the peer nature of the relationship have been noted as key ingredients in the success of peer counseling programs (Saxton, 1983 and Sidel and Sidel, 1976).”

	Notwendige Qualifikationen und Eigenschaften der Berater: “While the basic qualification is disability related experiences, a counselor must also have time, interest, commitment, energy, and skills important to such a role. Necessary skills include empathy, respect, genuineness, concreteness, self disclosure, immediacy, and ability to be confrontive (Pankowski, et al., 1981).” - Fähigkeit Probleme zu lösen und Fähigkeit mit den Ergebnissen umzugehen - Fähigkeiten und Kenntnisse zum selbstbestimmten Leben - Umgang mit Dienstleistern und Ämtern - Kommunikationsfähigkeiten zum Umgang mit Klienten, deren Familien und Freunden Die Angebotsstruktur einer Beratungsstelle beeinflusst maßgeblich die Steigerung von Unabhängigkeit des Kunden. 6 Kriterien zur Programmgestaltung des Peer Counseling: 1. Wie wird ein Peer definiert? Welchen Hintergrund/Qualifikation hat er? Mitarbeiter oder Ehrenamtler? 2. Hebt die Beratung auf Therapie, Rat und Information oder auf die Weitergabe von Erfahrungen unter Peers ab? 3. Definiert sich die Peer Beziehung nur durch das Vorhandensein von Behinderung oder müssen auch weitere Faktoren vorliegen? 4. Ist Peer Counseling eine Methode für sich oder ein Angebot unter vielen? 5. Liegt der Schwerpunkt auf Einzel- oder Gruppenberatung? 6. Ist das Programm stark strukturiert (Zielorientierung, zeitlicher Rahmen etc.) oder informell, mit der Ermunterung zum fortlaufenden Peer Support? Organisations- und Umfeldfaktoren, die das Peer Counseling beeinflussen: - Städtisches, vorstädtisches oder ländliches Einzugsgebiet - Infrastruktur hier insbesondere Transportmöglichkeiten bzw. Erreichbarkeit - Vorhandensein von unterschiedlichen ethnischen Gruppen und Minderheiten - Vorhandensein und Qualität von Infrastruktur, insbesondere Zugang und Angebot von Transportmöglichkeiten

	Charakter der Centers: Philosophie, Größe und Geschichte

AutorIn/HerausgeberIn	UNTERBERGER, Claudia UNTERBERGER, Claudia: Magistra der Philosophie, Wien
Buchtitel	MAGISTERARBEIT: Peer Counseling. Beratung von Menschen mit Behinderung für Menschen mit Behinderung
Jahr der Publikation	2009
Titel des Artikels	Magisterarbeit, s.o.
Zentrale Inhalte	Peer Counseling ist nicht nur eine Beratungsmethode, sondern auch ein Grundprinzip der Independent Living Bewegung. Die Literaturrecherche sei sehr schwierig, da über diese „relativ neue Beratungsmethode“, die sich in Europa noch in der „Entwicklungsphase“ befände; im deutschsprachigen Raum bisher wenig publiziert wurde; auch wissenschaftliche Untersuchungen existieren hauptsächlich im Rahmen von Diplomarbeiten in Deutschland. Freiwilligkeit und der Respekt vor dem Eigenwillen des Klienten gehören zum Selbstverständnis des Peer Counseling. SCHNOOR (2006): „aktive Behindertenrechtler begreifen Peer Counseling als pädagogische Methode der Behindertenbewegung“. (S.4) Peer Counseling ist eine Beratungstechnik mit speziellem Zugang zu den Problemen ähnlich Betroffener. Peer Support beinhaltet Peer Assistance, Peer Education, Peer Consultance und Peer Helping, wobei Peer Counseling eine klar strukturierte Methode ist (S. 47 f) Themenbereiche des Peer Counseling bei <i>Bizeps</i> sind: „die Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung, das Erlernen von sozialen Fähigkeiten, Selbstbehauptung, die Erfüllung der Grundbedürfnisse, die Organisation der Persönlichen Assistenz, Behinderung und Familie sowie Sexualität und Partnerschaft“. (S. 69) Von <i>pro mente</i> wird in Wien Mentoring und Peer Beratung für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung angeboten. (S. 81)

	Im Verein Bizeps, Wien haben 2007 neben Frauen (42%) und Männern (42%) auch Organisationen (16%) Peer Counseling genutzt. Themenschwerpunkte des Peer Counseling sind Persönliche Assistenz, selbstbestimmte Lebensführung, barrierefreies Wohnen/technische Ausstattung, Beratung im Gleichstellungsbereich und Pflegegeld/Finanzielle Angelegenheiten; nach Schwonke suchten 57% der Kunden fachlichen Rat, 11% hatten private Fragen und 32% nutzten Peer Counseling sowohl aus fachlichen als auch privaten Gründen.
Forschungsmethode	Magisterarbeit: Literatur, Experteninterview, Leitfadeninterview, Beobachtung und Interviewanalyse (qualitative Untersuchungen), Jahresbericht des Vereins Bizeps
Stichprobenwahl und -größe	Experteninterview (2 Peer-Counseling-Pioniere), Leitfadeninterview (4 Berater und 4 Kunden)
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	METHODEN des Peer Counseling: Anteilnahme/Aufmerksames und aktives Zuhören (auch Zusammenfassen und Wiedergeben des Gehörten), Empathie, Ansprechen (auch) von unangenehmen/tabu-isierten Themen, gegenseitiges Vertrauen, gezielte (offene/geschlossene) Fragestellungen, kreatives (Quer-) Denken um (neue) Wege der Problemlösung zu entdecken, nondirektive Gesprächsführung, Verbesserung des Körperbewusstseins, Entspannungstechniken, Methoden-vielfalt in der Problembewältigungsstrategieentwicklung (Visualisierung, Rollenspiel, Phantasie Reisen), Förderung der Entschlussfähigkeit, Unterstützung bei Problemlösungsprozessen, persönliche Beziehung/Begleitung (Rollenvorbild), ressourcenorientiertes Arbeiten, Anbieten von Einzel –und Gruppencounseling, Workshopangebote, Empowerment, praxisbezogene und handlungsorientierte Hilfe zur Selbsthilfe BEDEUTUNGSVOLLE KRITERIEN für den Peer Beratungsprozess sind: „Wohlbefinden, Verständnis, Möglichkeiten aufzeigen, Entscheidungsfreiheit, mit Konsequenzen zu leben, das Recht, Fehler und Erfahrungen zu machen, sich gegen Diskriminierung zu wehren, Wünsche und Vorstellungen der Kunden zu respektieren, Respekt gegenüber den Kunden, gemeinsame Erfahrungen/Erzählungen, Kunden nicht überrumpeln, zuhören.“ (S. 125 f) VORAUSSETZUNGEN für Peer Counselor sind: „Diskriminierungserfahrungen, ähnliche Situationen erfahren zu haben, Interesse, Optimismus, mit der eigenen Behinderung auseinander setzen, Hilfe in Anspruch nehmen, gefestigt sein, auf Menschen zugehen, Offenheit, Toleranz,

	Respekt für Entscheidungen/Werte der Kunden.“ (S. 126 f)

AutorIn/HerausgeberIn	UTSCHAKOWSKI, Jörg; GYÖNGYVER, Sielaff und BOCK, Thomas (Hg.)
Buchtitel	Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern
Jahr der Publikation	2009
Titel des Artikels	
Zentrale Inhalte	Die Autoren beschränken sich auf Peer Support im psychiatrischen Kontext! Das EU-Projekt EX-IN wird in 6 Ländern gefördert: Deutschland, England, Niederlande, Norwegen, Schweden und Slowenien. Kürzeste Definition von Peers: Experten durch Erfahrung. Peers können Professionellen helfen, sich auf die eigentlichen Bedürfnisse und Werte sowie anthropologische Sichtweisen zu besinnen und Betroffene anders ansprechen oder andere erreichen, die bisher kaum erreichbar waren. Von zentraler Bedeutung ist der gemeinsame Erfahrungshintergrund von Stigmatisierung, Diskriminierung und Entmutigung. Eine Übersichtsstudie von L. DAVIDSON (2005) zeigt, dass Peer Support „(...) zu keiner schlechteren Versorgung führt als herkömmliche psychiatrische Angebote.“ Zudem sind die Nutzer deutlich zufriedener und die Reduzierung von Lebensproblemen ist größer. (S.17) P. STASNY (1995) belegt in einer Studie über den Einsatz von Peers im Case Management eine größere Verbesserung der Lebensqualität, eine größere Abnahme der Hauptprobleme, eine bessere Compliance sowie eine Verbesserung persönlicher Zielsetzungen. (S. 17) Ähnliche Ergebnisse finden sich auch bei T. GRENNFIELD (2008) mit Peer-Einsatz in einem Kriseninterventionsdienst: eine erhöhte Reduzierung psychopathologischer

	Symptome neben einer außerordentlich hohen Zufriedenheit der Kunden. (S. 18) Peer-Angebote sind dann deutlich überlegen, wenn die Peers speziell auf ihre Arbeit vorbereitet werden, so D. SELLS in einer Studie 2006. Die Kunden fühlten sich mehr gemocht, verstanden und akzeptiert; zudem sei die Kontaktaufnahme leichter. Peer Support im Feld der Psychiatrie ist ohne die Empowerment- und Recovery-Bewegung nicht möglich. (S. 23 ff); nach dem Recovery-Ansatz gehören zur Gesundung v.a. die Bewältigung von Verlusten, Einschränkungen, (sozialen) Ausgrenzungen und Trauerarbeit. Voraussetzungen für Peer Support sind eine entsprechende Vorbereitung, Vernetzung, kollegialer Austausch, Fach- und Sachwissen, Kommunikations- und Beratungskompetenzen. Im österreichischen Verein Exit-sozial besteht der Lehrgang des Peer-Coaching aus 5 Modulen (Selbsterfahrung und Reflexion, Kommunikation und Gruppenprozesse, medizinisch-psychologisches Grundwissen, Beratung und Rhetorik, rechtliche Grundlagen) mit 160h sowie 2 Praktika (80h); begleitet werden die angehenden Peer Coaches durch Mentoring, Supervision und Praktikumsbesprechungen. Der erste Lehrgang (2003) wurde vom Linzer Institut für soziale Analysen (LISA) begleitend evaluiert.
Forschungsmethode	Literatur, Diskurs
Stichprobenwahl und -größe	
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	<i>Wichtige Elemente</i> des Peer Support in der Psychiatrie (Experienced-Involvement-Bewegung) sind: Erfahrungsaustausch in „gemeinsamer Sprache“, Akzeptanz, Verständnis, Authentizität, positives Rollenvorbild, Interessenvertretung des Kunden (Berater, Begleiter, Fürsprecher), Erarbeiten von Bewältigungsmöglichkeiten und Problemlösungsstrategien, Reflexion von Recovery-Konzepten, Bedingungen für Empowerment und Resilienz, Einblick in systemische Denkweisen, Fach- und Sachwissen, ggf. Bereitschaft zu unkonventionellem Verhalten,
AutorIn/HerausgeberIn	WARNER, Richard W. Jr. und SCOTT, Stephan H.

	WARNER, Richard W. JR.: Außerordentlicher Professor am Department für Counselor Qualifikation an der Auburn Universität in Auburn, Alabama SCOTT, Stephan H.: Direktor der Abteilung für Geistesgesundheit am Zentrum für Psychische Gesundheit und Geistig Zurückgebliebene in Baldwin County, Alabama
Buchtitel	Personnel and Guidance Journal, Vol. 53, Nr. 3
Jahr der Publikation	1974
Titel des Artikels	WARNER, Richard W. Jr. und SCOTT, Stephan H.: Research in Counseling - Peer Counseling, S. 228-231
Zentrale Inhalte	In diesem Artikel untersuchen die Autoren empirische Daten aus den 1970er Jahren zu Peer Counseling Programmen in Colleges, Junior High Schools und High Schools. An Colleges waren besonders die Counseling Programme effektiv, wo auf das Matching geachtet wurde: ähnliche ethnische/kulturelle Herkunft, sozioökonomischer Hintergrund etc. In den untersuchten (Junior) High School Programmen beschreiben die Ratsuchenden positive Auswirkungen in den Bereichen Lernen, Sozialkompetenzen und persönliche Entwicklung. Interessanterweise werden in einer Studie mit verhaltensauffälligen 11-Klässlerinnen keine signifikanten Unterschiede zwischen Peer-geleiteten, Counselor-geleiteten (also professionellen School Counselors) und gemeinsam geleiteten Gruppen gefunden. Gemeinsam ist, dass an High Schools Teilnehmer immer von Peer Counseling profitiert haben, wenn auch in ausgetesteten Feldern (z.B. Lernförderung, Nachhilfe, Lernziele generieren, Sozialverhalten, Informationsweitergabe, Ein- und Umgewöhnung in die Schule/das College). Auch an Grundschulen durchgeführte Big-Brother/Big-Sister-Programme mit älteren Schülern trugen zu einer Verbesserung des Lernverhaltens bei.
Forschungsmethode	Literatur, Diskurs
Stichprobenwahl und -größe	

Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Niederschwellige Krisenintervention, Rollenvorbild, Förderung des Selbstbildes, Informationsweitergabe, Entwicklung interpersonaler Skills, Verbesserung von akademischen Fähigkeiten, Förderung der Entscheidungsfähigkeit, Beziehungsangebot. Der Wunsch allein anderen helfen zu wollen, reicht für ein gutes Peer Counseling nicht aus; Erfahrungen, (Fach-)Wissen, Schlüsselkompetenzen und eine ungefähre Vorstellung, was die Bedürfnisse der Ratsuchenden sind, stellen wichtige Gelingensfaktoren dar. Eine ähnliche ethnische Herkunft und sozio-ökonomischer Status erleichtern den Zugang. Unverzichtbar ist ein Vorbereitungs-Training der Peer Counselors, ebenso wie Professionelle Ansprechpartner im Hintergrund.

AutorIn/HerausgeberIn	WÜLLENWEBER, Ernst; THEUNISSEN, Georg und MÜHL, Heinz (Hg.) KULIG, Wolfram und THEUNISSEN, Georg
Buchtitel	Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis
Jahr der Publikation	2006
Titel des Artikels	Teil V: Leitkonzepte der Pädagogik bei geistiger Behinderung. Selbstbestimmung und Empowerment (S. 237-250)
Zentrale Inhalte	Die Bedeutung von Selbstbestimmung (i.S.v. Handlungsautonomie, selbstverantwortliche Entscheidungs- und Regiekompetenzen, Bewusstseinsautonomie) ist nicht eindeutig definiert. Die Autoren führen drei Deutungsbebenen an: historisch, normativ und theoretisch. Selbstbestimmung ist, neben einer politischen Ausrichtung und Förderung individueller Ressourcen, Stärken und Kompetenzen, zentraler Bestandteil des Empowerment (Abkehr vom defizitorientierten Denken und Handeln, unbedingte Annahme des Anderen und Akzeptanz seines So-Seins, Vertrauen in individuelle und soziale Ressourcen, Respekt vor der Sicht des Anderen und seinen Entscheidungen, Akzeptanz unkonventioneller Lebensentwürfe, Respekt vor der ‚eigenen‘ Zeit und ‚eigenen Werten des Anderen, Verzicht auf etikettierende, entmündigende, denunzierende und wertende Urteile von Professionellen,

	Grundorientierung an der Rechte-Perspektive, der Bedürfnis- und Interessenlage sowie der Lebenszukunft des Betroffenen. (Vgl. S. 245) Da in der Selbstbestimmungs-Philosophie soziale Verhaltensregeln, Pflichten des Einzelnen und soziale Verantwortung weniger Berücksichtigt werden, ist Empowerment der umfassendere Ansatz, der „(...)das Soziale, die Du-Bezogenheit und die Gesellschaftlichkeit des Individuums (...)“ einschließt.(S. 242)
Forschungsmethode	Literatur, Diskurs
Stichprobenwahl und -größe	
Festgestellte Wirkfaktoren, Ergebnisse	Empowerment (Selbstbestimmung, Mitbestimmung, Solidarität), Ressourcenorientierung, optimistisches Menschenbild in Form des humanistischen Ansatzes,(Wieder-)Gewinnung, Entwicklung und Stärkung der Handlungskompetenzen/Problembewältigungsmuster, Entwicklung von Unterstützerkreisen/Netzwerkarbeit (circle of supports; circle of friends) und Selbsthilfe-Initiativen oder Selbstvertretungsgruppen (policy making)

2 Leitfäden Fokusgruppendifkussionen

2.1 Leitfaden Peer Counselors

Leitfaden / Themenkatalog für die Fokusgruppen „Peer Counselor“

- ➔ Nach der Fokusgruppe Kurzfragebogen zu sozioökonomischen Daten der Teilnehmer/innen abfragen

Einstiegsfrage:

- Wenn Sie an Peer Counseling denken, was verstehen sie darunter, was fällt Ihnen ein?
- Auch: worum geht es beim Peer Counseling, was ist das Ziel?

Fragen zu konzeptionellen/programmatischen Faktoren:

- Wie sollte die Beratungspraxis gestaltet sein?
- Was sind (grundsätzliche) Anforderungen an ein „gutes“ Peer Counseling?
- Welche Angebote neben Peer Counseling sollte eine Beratungsstelle bereitstellen? Wie? → für die Ratsuchenden? → für die Berater/innen?
- Welche Probleme und Schwierigkeiten treten bei der Durchführung des Peer Counseling auf? → Wie lassen sich diese ggf. lösen?
- Wie lange dauern die Beratungen?
- Was sind Ergebnisse des Peer Counseling?

Fragen zu personellen Faktoren:

- Was muss ein/e Peer-Berater_in für gutes Peer Counseling können? Wie sollen sich die Berater_innen verhalten?
- Welche Ausbildung/Fähigkeiten/Kenntnisse müssen sie haben? Gleichartigkeit der Beeinträchtigungen und/oder Behinderungserfahrungen?
- Welche Themen werden in der Beratung angesprochen?
- Warum wird Peer Counseling von den Ratsuchenden als Beratungsmethode ausgewählt?
- Was motiviert Sie als Peer Counselor zu arbeiten?
- Wie soll das Verhältnis zwischen Ratsuchendem und Berater sein? Beschreiben Sie...
- Wie soll das Verhältnis zwischen Berater und Ratsuchendem nicht sein? Beschreiben Sie...

Fragen zur Organisationskultur

- Welchen Stellenwert/Bedeutung hat Peer Counseling in ihrer Institution/Organisation?

- Wie ist der Umgang zwischen bezahlten (hauptamtlichen) und unbezahlten (ehrenamtlichen) Beratern und Beraterinnen?
- Welches Rollenverständnis über Aufgabe und Funktion der Peer Counselor besteht in ihrer Organisation/Institution? – alternativ: Welche Vorstellungen gibt es in Ihrer Einrichtung, was die Peer Counselor machen sollen?

Fragen zu räumlich-sächlichen Faktoren:

- Wie sollen Beratungsräume ausgestattet sein? Beschreiben Sie den idealen Beratungsraum.
- Welche Anforderungen an Zugänglichkeit und Erreichbarkeit muss eine Beratungsstelle erfüllen?

Fragen zu Umfeld- und Umweltfaktoren:

- Welche Rolle spielen Kontakte und Kooperationen zu anderen Beratungsstellen?
- Über welche Kontakte und Netzwerke sollten die Beratungsstellen verfügen?
- Welche Kontakte/Kooperationen sind Ihnen in Ihrer Arbeit besonders wichtig?

Abschlussfrage:

- Bitte vervollständigen Sie diesen Satz: Eine Peer Beratung war aus meiner Sicht dann erfolgreich, wenn ...

2.2 Leitfaden Ratsuchende

Leitfaden / Themenkatalog für die Fokusgruppen „Ratsuchende“

- ➔ Nach der Fokusgruppe Kurzfragebogen zu sozioökonomischen Daten der Teilnehmer/innen abfragen

Einstiegsfrage:

- Wenn Sie an Peer Counseling denken, was verstehen sie darunter, was fällt Ihnen ein?
- Auch: worum geht es beim Peer Counseling, was ist Ihr Ziel? Was haben Sie mit Unterstützung durch das Peer Counseling erreicht bzw. was möchten Sie erreichen?

Fragen zu konzeptionellen/programmatischen Faktoren:

- Wie sollte die Beratungspraxis gestaltet sein?
- Was sind (grundsätzliche) Anforderungen an ein „gutes“ Peer Counseling?
- Welche Angebote neben Peer Counseling sollte eine Beratungsstelle bereitstellen?
- Welche Probleme und Schwierigkeiten treten bei der Durchführung des Peer Counseling auf?
- Wie lange dauern die Beratungen?

Fragen zu personellen Faktoren:

- Was muss ein gute/r Peer-Berater_in können? Wie sollten die Berater_innen sich verhalten?
- Welche Ausbildung/Fähigkeiten/Kenntnisse müssen sie haben? Gleichartigkeit der Beeinträchtigungen und/oder Behinderungserfahrungen?
- Welche Themen werden in der Beratung angesprochen?
- Warum haben sie Peer Counseling als Beratungsmethode ausgewählt?
- Wie motiviert der/die Peer Counselor Sie?
- Wie soll das Verhältnis zwischen Ratsuchendem und Berater sein? Beschreiben Sie...
- Wie soll das Verhältnis zwischen Berater und Ratsuchendem nicht sein? Beschreiben Sie...

Fragen zu räumlich-sächlichen Faktoren:

- Wie sollen Beratungsräume ausgestattet sein? Beschreiben Sie den idealen Beratungsraum.
- Welche Anforderungen an Zugänglichkeit und Erreichbarkeit muss eine Beratungsstelle erfüllen?

Fragen zu Umfeld- und Umweltfaktoren:

- Über welche Kontakte und Netzwerke sollten die Beratungsstellen verfügen?
- Ist es in Ihren Augen wichtig, dass Peer-Beratungsstellen gut mit anderen Beratungsstellen und Institutionen vernetzt sind?
- Wie wurden/werden Sie auf das Beratungsangebot aufmerksam?

Abschlussfrage:

- Bitte vervollständigen Sie diesen Satz: Eine Peer Beratung war aus meiner Sicht dann erfolgreich, wenn ...

3 Zusammensetzung der Fokusgruppen

Tabelle 3-1: Fokusgruppe Peer Counselor 18. Dezember 2014

Beteiligte Beratungsstellen	Geschlecht der Teilnehmenden	Alter der Teilnehmenden	Art der Beeinträchtigung der Teilnehmenden	Dauer der Fokusgruppen-diskussion
Landesverband Psychiatrie-Erfahrene	männlich	56	Psychische Erkrankung	1:30
Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen	männlich	38	Psychische Erkrankung	
Psychiatrie-Patinnen und -Paten	weiblich	47	Psychische Erkrankung	
Zentrum für selbstbestimmtes Leben	weiblich	32	Körperbehinderung	

Tabelle 3-2: Fokusgruppe Peer Counselor 24. Februar 2015

Beteiligte Beratungsstellen	Geschlecht der Teilnehmenden	Alter der Teilnehmenden	Art der Beeinträchtigung der Teilnehmenden	Dauer der Fokusgruppen-diskussion
Lebenshilfe Service gGmbH	weiblich	38	Lernschwierigkeiten	2:00
Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen	männlich	45	Psychische Erkrankung	
Zentrum für selbstbestimmtes Leben	weiblich	55	Körperbehinderung	
Zentrum für selbstbestimmtes Leben	männlich	45	Körperbehinderung	

Tabelle 3-3: Fokusgruppe Peer Counselor 18. März 2015

Beteiligte Beratungsstellen	Geschlecht der Teilnehmenden	Alter der Teilnehmenden	Art der Beeinträchtigung der Teilnehmenden	Dauer der Fokusgruppendifkussion
Zentrum für Bildung, Kultur und Integration gGmbH	männlich	49	Psychische Erkrankung	1:30
Die Kette e.V.	weiblich	55	Psychische Erkrankung	
Die Kette e.V.	männlich	55	Psychische Erkrankung	
Lebenshilfe Service gGmbH	männlich	29	Lernschwierigkeiten	
Zentrum für selbstbestimmtes Leben	weiblich	31	Körperbehinderung	

Tabelle 3-4: Fokusgruppe Ratsuchende 19. Dezember 2014

Beteiligte Beratungsstellen	Geschlecht der Teilnehmenden	Alter der Teilnehmenden	Art der Beeinträchtigung der Teilnehmenden	Dauer der Fokusgruppendifkussion
Landesverband Psychiatrie-Erfarene	männlich	32	Psychische Erkrankung	1:12
Psychiatrie-Patinnen und -Paten	weiblich	23	Psychische Erkrankung	
Zentrum für selbstbestimmtes Leben	weiblich	29	Körperbehinderung	

Beteiligte Beratungsstellen	Geschlecht der Teilnehmenden	Alter der Teilnehmenden	Art der Beeinträchtigung der Teilnehmenden	Dauer der Fokusgruppendifkussion
Zentrum für selbstbestimmtes Leben	weiblich	46	Körperbehinderung	
Zentrum für selbstbestimmtes Leben	männlich	29	Körperbehinderung	

Tabelle 3-5: Fokusgruppe Ratsuchende 25. Februar 2015

Beteiligte Beratungsstellen	Geschlecht der Teilnehmenden	Alter der Teilnehmenden	Art der Beeinträchtigung der Teilnehmenden	Dauer der Fokusgruppendifkussion
Die Kette e.V.	männlich	49	Psychische Erkrankung	1:00
Die Kette e.V.	männlich	48	Psychische Erkrankung	
Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen	männlich	47	Psychische Erkrankung	
Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen	männlich	61	Psychische Erkrankung	
Zentrum für selbstbestimmtes Leben	weiblich	57	Körperbehinderung	
Zentrum für selbstbestimmtes Leben	weiblich	60	Körperbehinderung	

Tabelle 3-6: Fokusgruppe Ratsuchende 19. März 2015

Beteiligte Beratungsstellen	Geschlecht der Teilnehmenden	Alter der Teilnehmenden	Art der Beeinträchtigung der Teilnehmenden	Dauer der Fokusgruppen-diskussion
Lebenshilfe Service gGmbH	weiblich	21	Lernschwierigkeiten	26 Min
Zentrum für Bildung, Kultur und Integration gGmbH	männlich	23	Lernschwierigkeiten	

4 (Exemplarisches) Protokoll einer Fokusgruppendifkussion mit Ratsuchenden

KONZEPTIONELLE / PROGRAMMATISCHE FAKTOREN

Protokoll | RS | 25.02.2015

Wie sollte die Beratungspraxis gestaltet sein?

- Der Peer Counselor (PC) sollte 'akut' erreichbar sein und wirklich Zeit für die RS haben („nicht ständig auf die Uhr schauen“)
- Der PC sollte sich auch in andere Behinderungsarten/Mehrfachbehinderungen hinein versetzen können und bereit sein, „auch über den Tellerrand zu schauen.“

Was sind (grundsätzliche) Anforderungen an ein „gutes“ Peer Counseling?

- Ein hohes Maß an Sensibilität für alle Belange der Ratsuchenden (RS)
- Peer Counselors sollten gute Tipps geben können
- Bereitschaft, gut zuzuhören und neue Wege aufzuzeigen
- Eine tägliche Erreichbarkeit wäre wünschenswert
- Im PC sollten gebündelt praxisrelevante Infos weitergegeben werden; („keine Insellösungen, sondern einen Pool von Informationen“)

Welche Angebote – neben Peer Counseling – sollte eine Beratungsstelle bereithalten?

- Austauschmöglichkeiten mit anderen Betroffenen
- Gute Vernetzung mit anderen Beratungs-, Informations- und Kontaktstellen

Welche Probleme / Schwierigkeiten treten bei der Durchführung des Peer Counseling auf?

- Wissen um das Vorhandensein von PC als alternatives Beratungsangebot zu „Professionellen“
- Umsetzung von Tipps der Peer Counselors im Alltag der Ratsuchenden
- Wissen darum, dass PC auch 'nur' betroffene Menschen sind; Unsicherheit der RS zu Fragen der Belastbarkeit des PC und Fragen zur Zumutbarkeit von Problemlagen
- „Nein, es gibt keine Probleme!“

Wie lange dauern die Beratungen?

- Unterschiedliche Dauer und Häufigkeit: 30-60 Min, auch mehrstündig (2 bis 3 Stunden)
- Bei enger/freundschaftlicher Beziehung auch viele Gespräche zu jeder Tageszeit
- Tägliche oder wöchentliche Kontakte; (auch seltener) je nach individuellem nach Bedarf („Es ergeben sich da ganz natürliche Abstände.“)
- Bei Beratung zum Persönlichen Budget/Hilfeplangespräch alle zwei Jahre je 2 bis 3 Stunden
- Krisenberatung mit täglichen (telefonischen) Kontakten zur Vermeidung stationärer Aufenthalte

Was haben Sie mit Peer Counseling schon erreicht?

- Selbst-Aktivierung: z.B. eigene Ausbildung zur ‚Lotsin‘, Mitgliedschaft/Mitarbeit im Trägerverein, Praktikumsplatz, Ermutigung, selber eine Selbsthilfegruppe zu eröffnen und anzuleiten
- Klärung juristischer Fragen und Anliegen
- Finden einer eigenen (barrierefreien) Wohnung

- Beantragung, Erhalt und Weiterbewilligung des Persönlichen Budgets
- Lernen, um Unterstützung zu bitten/Unterstützung einzufordern und Hilfe annehmen zu können
- Vermeidung eines stationären Aufenthaltes
- Verbesserung der Lebensverhältnisse (Arbeiten, Leben, Wohnen, Freizeit)

PERSONELLE FAKTOREN

Was muss ein Berater / eine Beraterin für gutes Peer Counseling können?

- Verständnisvolles Entgegenkommen, Sach- und Fachwissen (auch zu Krankheitssymptomen)
- Sich mit RS identifizieren können aber auch abgrenzen können
- Interessen der Ratsuchenden vertreten, die Ratsuchenden von innen heraus verstehen können, Ratsuchende „in Schutz nehmen können“
- Empathie, „denn das fehlt oft den Profis“

Welche Ausbildung / Fähigkeiten / Kenntnisse müssen Peer Counselors haben?

- Eigene Betroffenheit als besonderes Merkmal/Erfahrungshintergrund der Peer Counselors, was „die Profis“ i.d.R. nicht haben
- Tipps und Infos an RS weitergeben können (Beratungsstellen, Ärzte, juristische Tipps, Selbsthilfegruppen)
- Fortbildung- und Weiterbildung bzw. Ausbildung zum PC und Sach- und Fachwissen (insbesondere auch zu rechtlichen Themen); ein akademischer Hintergrund ist nicht erforderlich

Spielt die Gleichartigkeit der Behinderung(-serfahrungen) eine Rolle?

- Das Vorliegen einer Behinderung des PC ist sehr wichtig, doch da „Behinderung nicht gleich Behinderung ist“, sollten Behinderungsarten nicht vermisch werden, „eine Vermischung ist absurd, das wäre so, als würden Hunde Katzen beraten“
- Nicht-Betroffene können vieles nicht verstehen, es sei denn, sie haben es bei nahen Angehörigen selber erlebt
- Besseres Verständnis bei ähnlicher Behinderungsart, besondere Herausforderungen stellt hier das Vorliegen von Mehrfachbehinderungen dar, die Körper, Sinne und Seele betreffen

Welche Themen werden in der Peer Beratung angesprochen?

- Rechtliche Beratung (insbesondere Fragen des Sozialrechts)
- Unterstützung bei Wohnungssuche, Umzug oder Betreuung im Krisenzimmer
- Fragen zur Hilfeplanerstellung, Beratung zu körperbehinderungsspezifischen Fragen, Vermittlung von Selbsthilfegruppen, Unterstützung bei der Formulierung von Anträgen
- Persönliches Budget (Informationen, Beantragung), Assistenzanbieter, Probleme mit der Assistenz, Wechsel von Assistenzanbietern
- Jedes Thema darf angesprochen werden: Fragen zu Gesundheit, Ausbildung/Arbeit, Wohnen und Finanzen; „PC ist ein Auffangbecken für wirklich alle Probleme“

Warum haben Sie Peer Counseling als Beratungsmethode ausgewählt?

- Alternative zum psychiatrischen Setting, bewusste Entscheidung gegen stationäre Aufnahme in der Psychiatrie und Medikation („Weil ich gegen Psychiatrie bin“)
- Der RS wählt das Thema, und „der PC ist ganz für den Ratsuchenden da“
- Offener Umgang auch mit heiklen/beschämenden Anliegen, RS wählt frei das Thema
- „Gerade weil es keine professionellen Berater sind, sondern eben auch Betroffene“

Wie motiviert der Peer Counselor Sie?

- Durch sein Da-Sein, die Gespräche, das Sich-Zeit-Nehmen
- Durch das Einbringen neuer Ideen, Anregungen und aufzeigen von Handlungsalternativen
- „Dadurch, dass ich mich angenommen und verstanden fühle.“

Wie soll das Verhältnis zwischen Ratsuchenden und Beratenden sein?

- Vertrauensvolles Entgegenkommen des PC, Ehrlichkeit, Wahren der Schweigepflicht
- Wissen um die Kompetenz- und Belastungsgrenzen von RS und dem PC selber
- Sympathie, verständnisvoller Umgang („halbprofessionelles aufeinander Zugehen“), ähnliche Ansichten/Grundhaltungen (z.B. „gegen Psychiatrie sein“)
- „Bereitschaft, gemeinsam neue Wege zu finden, auch wenn diese unangenehm sind“

Wie soll das Verhältnis zwischen Ratsuchenden und Beratenden *nicht* sein?

- PC sollte weder zu freundschaftlich, noch zu professionell sein; PC kann schwierig sein, wenn man zugleich gut miteinander befreundet ist
- Findet PC in der Wohnung des RS statt, erschwert das die Abgrenzung
- „Das man nicht verstanden wird“

RÄUMLICH – SÄCHLICHE FAKTOREN

Wie sollen Beratungsräume ausgestattet sein?

- Vorhandensein von vielfältigem Informationsmaterial und Flyern („Der PC kann nicht jedes Problem verstehen und hat nicht Tipps für alles, kann mich aber weitervermitteln“)
- Getrennte Räumlichkeiten, beispielsweise Büro, Seminarraum, Beratungsraum, Küche und Krisenzimmer, damit Beratungen ungestört durchgeführt werden können
- Wohnliche Einrichtung
- Rückzugsmöglichkeit für ungestörte Gespräche
- Offene Angebote wie Café, Frühstück

Beschreiben Sie den idealen Beratungsraum.

- Gemütliche Einrichtung mit angenehmer Atmosphäre, z.B. bunte Tapeten
- Wohlfühl-Atmosphäre: kostenlose Bereitstellung von Getränken (Kaffee, Wasser) und Snacks („Kekse und Schokolade wäre gut“) während der Peer Beratung
- „Funktionale Büroatmosphäre mit bequemen Stuhl.“
- Abgeschirmtheit während der Beratung (kein Telefonklingeln, keine Störungen von außen, wie z.B. laute Stimmen, Betreten des Raumes von Dritten)

Welche Anforderungen an Zugänglichkeit/Erreichbarkeit muss die Beratungsstelle erfüllen?

- Gute Erreichbarkeit und Barrierefreiheit – auch des ÖPNV
- Gute Wegbeschreibung und Beschilderung zum leichten Auffinden der Beratungsstelle
- Regelmäßige, feste Telefon- und Bürozeiten ohne lange Wartezeiten mit guter Erreichbarkeit Für alle Problemlagen
- Kontaktaufnahme- und Beratungsmöglichkeit auch per Email
- „Die SHG trifft sich nur einmal im Monat – da ist das PC im ZsL mein Fels in der Brandung.“

Wie haben Sie vom Angebot des Peer Counseling erfahren?

- Weitervermittlung einer Freundin, die selber Peer Counseling anbietet
- Information durch ein Internetforum
- Gefunden über eine Internetsuchmaschine (Google)
- Vermittlung durch einen Freund an der Uni
- Mund-zu-Mund-Propaganda, „denn andere Stellen haben nicht so gepasst“
- Nach enttäuschenden Beratungen von anderen Menschen und Institutionen, „war das ZsL so fort einsatzbereit und da hat's geflutscht“

UMFELD - UND UMWELTFAKTOREN

Über welche Kontakte und Netzwerke sollten die Beratungsstellen verfügen?

- Kontakte zu anderen Beratungsstellen, um wirklich alle Fragen zu allen Lebenslagen abdecken zu können, auch in Form von Weitervermittlung
- Peer Counseling kann auch bedeuten, dass die Ratsuchenden unterstützt werden, im Zuordnen und Sortieren von Problemen und Anliegen
- Wissen und Kompetenzen, um RS bei speziellen/themenübergreifende Problemen an andere Stellen weiter zu vermitteln
- Besondere Gewichtung fällt auf das Angebot juristischer Beratung

Ist es in Ihren Augen wichtig, dass Peer Counseling Beratungsstellen gut mit anderen Beratungsstellen vernetzt sind?

- Ja! Das Vorhandensein von vielen/unterschiedlichen Flyern, Informationsmaterial, Telefonnummern und Adressen anderer Beratungsstellen ist sehr wichtig, damit die PC bei Nicht-weiter-Wissen den RS an andere weiterleiten kann
- PC bietet eine erste Anlaufstelle für Zugezogene mit umfassender Information zu allen Belangen in Form von rechtlicher Beratung, Unterstützung bei finanziellen Anliegen, Ausfüllen von Anträgen und „handfesten Tipps“ für Menschen mit Behinderungen
- PC bedeutet auch, dass „die Infos und Adressen haben, wo ich Hilfe finden kann“

5 Leitfaden Vor-Ort-Besuche in den Beratungsstellen

Sehr geehrte Koordinatorinnen und Koordinatoren der geförderten Peer Counseling Anlaufstellen und Beratungsangebote,

noch einmal vielen Dank für Ihre Bereitschaft, uns Ihr Angebot vorzustellen und mit uns ein Fachgespräch zu führen. Zu Ihrer Vorbereitung senden wir Ihnen anbei Fragestellungen, an denen sich das Gespräch orientieren wird.

Die Peer Counselors

1. Wie viele Peer Counselors arbeiten in der Beratungsstelle? Und in welchen Stundenumfängen?
2. Auf welchen Wegen wurden die Peer Counselors rekrutiert?
3. Welche Voraussetzungen sollen/müssen die Peer Counselors erfüllen? (z.B. Qualifikation, Beratungs-Vorerfahrung)
4. Wie wurden und werden die Peer Counselors geschult?
5. Welche Form von Unterstützung erhalten die Peer Counselors während Ihrer Beratungstätigkeit? (z.B. Anwesenheit einer Assistenz, spezielle Techniken)
6. Erhalten die Peer Counselors eine Vergütung für Ihre Tätigkeit in der Beratungsstelle?

Prozesse und Abläufe in den Beratungsstellen

7. Welche Ratsuchende kommen zu Ihnen (z.B. Alter, Geschlecht, Beeinträchtigungsart, Erwerbsstatus)? Welche Beratungsthemen stehen im Vordergrund?
8. Wie werden Ratsuchende auf Ihr Angebot aufmerksam? Wie gewinnen Sie Ratsuchende für Ihr Beratungsangebot?
9. Auf welchem Wege nehmen Ratsuchende Kontakt zu Ihnen auf?
10. Wie viele Beratungsgespräche führen Sie etwa pro Woche bzw. pro Monat durch?
11. Wie lange dauert es etwa, bis Sie einer Peer-Beratungsanfrage entsprechen können?
12. Wie oft fallen bereits terminierte Peer Beratungen aus? Aus welchen Gründen?
13. Wo finden die Beratungsgespräche statt? (z.B. In der Beratungsstelle oder zu Hause bei den Ratsuchenden? Per Telefon?)
14. Werden bestimmte Materialien zur Unterstützung der Beratungsgespräche verwendet? (z.B. Gesprächsleitfaden, Checklisten) Wenn ja, könnten Sie uns entsprechende Dokumente zur Verfügung stellen?
15. Wie werden die Beratungsgespräche dokumentiert? Könnten Sie uns einen Dokumentationsbogen zur Verfügung stellen?

Koordination, zeitlicher und finanzieller Aufwand

16. Wer ist für die Koordination und Verwaltung der Beratungsstelle zuständig? Mit welchem Stundenpensum?
17. Wie wird die Einsatz- und Personalplanung vorgenommen?
18. Wie werden die Beratungsgespräche koordiniert? (z.B. Wer nimmt die Terminvereinbarung vor? Wie werden die Gespräche auf die Peer Counselors verteilt?)
19. Werden regelmäßig Team-Besprechungen durchgeführt? Wenn ja, in welcher Form?
20. Welcher Zeitaufwand entsteht für Koordination, Besprechungen, Verwaltung und andere beratungsferne Aufwendungen?
21. Welche Kosten entstehen im Zusammenhang mit Peer Counseling?

Kontext der Beratungsarbeit

22. Wie sieht die professionelle Unterstützungslandschaft in der Region aus? Welche weiteren Anlaufstellen/Beratungsangebote gibt es, neben ihrer Beratungsstelle bzw. den anderen durch den LVR geförderten Peer-Beratungsstellen?
23. Wie eng ist Ihr Peer Beratungsangebot mit anderen Service- bzw. Beratungsstellen in der Region vernetzt?

Wirkungen und Wirkungszusammenhänge

24. Wann ist Peer Counseling erfolgreich (z.B. Beratungssetting, räumlich-sächliche Ausstattung, Person des/der Berater/in)?
25. Welchen Anspruch haben Sie als Koordinatorinnen und Koordinatoren an Peer Counseling Beratung? Was soll und muss diese leisten?
26. Mit welchen Erwartungen und Anliegen nutzen Ratsuchende – aus Ihrer Erfahrung heraus – das Angebot Ihrer Peer Counseling Beratungsstelle? Wo liegen genau die Unterschiede zu „Alternativangeboten“, etwa der Leistungsträger selber?
27. Wie kann Peer Counseling Beratung Ihrer Erfahrungen nach Einstellungen, Haltungen und Fähigkeiten oder auch das Verhalten von Ratsuchenden verändern?
28. Eine Peer Counseling Beratung ist vermutlich nur ein Impuls unter anderen, der Ratsuchenden bei der Umsetzung einer gewünschten Veränderung in ihrem Leben (wie zum Beispiel einem Wechsel des Wohnortes oder der Arbeitsstelle) unterstützt. Welche weiteren Einflussfaktoren sind Ihrer Erfahrung nach wichtig, damit gewünschte Veränderungsprozesse tatsächlich umgesetzt werden?

6 Dokumentationsbogen: Lange Version/Standard-Version

DOKUMENTATIONS-BOGEN FÜR DIE BERATUNG VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN (LANG)

Name der Beratungsstelle

Nummer des Ratsuchenden*



Allgemeine Angaben

1) Geschlecht

☐ Frau

☐ Mann

2) Alter



_____ Jahre

☐ Weiß ich nicht/ Haben wir nicht drüber gesprochen

3) Wohnort



☐ Weiß ich nicht/ Haben wir nicht drüber gesprochen

4) Schwierigkeiten, Krankheiten, Behinderungen

(mehrere Antworten möglich)

☐ Körper-Behinderung

☐ Langandauernde, chronische Krankheit

☐ Psychische/ seelische Erkrankung oder Behinderung

☐ Schwierigkeiten beim Hören, Sprechen oder gehörlos

☐ Schwierigkeiten beim Lernen oder geistige Behinderung

☐ Schwierigkeiten beim Sehen oder ist blind

☐ Anderes: _____

* Wir sprechen damit natürlich sowohl von den männlichen, als auch den weiblichen Ratsuchenden.

5) Wie hat der Ratsuchende von der Beratungsstelle gehört?
(mehrere Antworten möglich)

☐ Kennt jemanden von uns persönlich	☐ Über Bekannte oder Freunde
☐ Über die Zeitung	☐ Über das Internet
☐ Über Flyer, Infozettel	☐ Über Informations-Veranstaltung
☐ Über eine andere Beratungsstelle, zum Beispiel der Ko-KoBe	☐ Über einen Anbieter von Hilfen, zum Beispiel Werkstatt oder Wohnheim
☐ Anderes:  _____	
☐ Weiß ich nicht/ Haben wir nicht drüber gesprochen	

Das 1. Beratungsgespräch

6) Datum (zum Beispiel 03.06.2015)



7) Ungefähre Dauer der Beratung



_____ Minuten

8) Wer war bei dem Gespräch noch dabei?

(mehrere Antworten möglich)

☐ Weitere Peer-Berater	☐ Koordinator
☐ Eltern oder andere Familienangehörige	☐ Freund, Freundin, Partner, Partnerin
☐ Gesetzliche Betreuung	☐ Assistenz
☐ Jemand anderes: _____	

9) Wo hat die Beratung stattgefunden?

☐ In der Beratungsstelle	☐ Bei dem Berater zu Hause
☐ Bei dem Ratsuchenden zu Hause	☐ An der Arbeitsstelle des Beraters
☐ An der Arbeitsstelle des Ratsuchenden	☐ Am Telefon
☐ Woanders: _____	

10) Warum ist der Ratsuchende gekommen?

☐ Hat eine bestimmte Frage	☐ Möchte sich allgemein informieren
☐ Möchte die Beratung kennenlernen	☐ Möchte „nur mal reden“
☐ Aus einem anderen Grund	

11) Worum ging es bei der Beratung?

(mehrere Antworten möglich)

- ☐ **Wohnen** (siehe Zusatzfragen zum Thema „Wohnen“ auf Seite 5)
- ☐ **Arbeit** (siehe Zusatzfragen zum Thema „Arbeit“ auf Seite 6)
- ☐ **Schule** oder **Studium**
- ☐ **Freizeit**, Freunde finden
- ☐ Beziehungen, Umgang mit **anderen Menschen** (zum Beispiel Eltern, Kollegen)
- ☐ Mit der eigenen **Behinderung** oder **Erkrankung** leben
- ☐ **Lebens-Krise**
- ☐ **Mobilität**
- ☐ **Unterstützungs-Bedarf**, Versorgung mit Hilfsmitteln, Persönliches Budget
- ☐ **Ämter**-Fragen (zum Beispiel Anträge und Widersprüche stellen, Gespräche mit Ämtern, rechtliche Fragen)
- ☐ Fragen rund um **gesetzliche Betreuung** oder **Patientenverfügungen**
- ☐ **Medikamente**, Psychopharmaka, Nebenwirkungen, **Ärzte**, Therapien
- ☐ **Kontakt zu Selbsthilfe-Gruppen**
- ☐ **Anderes Thema, und zwar:**



—

Zusatzfragen: Bitte nur ausfüllen, wenn es bei der Beratung um das Thema „Wohnen“ ging.

12) Wofür hat sich der Ratsuchende interessiert?

(mehrere Antworten möglich)

- ☐ Eigene Wohnung (ohne bezahlte Betreuung oder Assistenz)
- ☐ Eigene Wohnung (mit bezahlter Betreuung oder Assistenz oder betreutes Wohnen)
- ☐ Stationäre Wohngruppe
- ☐ Wohnheim für behinderte Menschen
- ☐ Seniorenheim oder Pflegeheim
- ☐ Wohnung behinderten-gerecht machen
- ☐ Hilfe, um ohne oder mit weniger bezahlter Unterstützung zu wohnen (zum Beispiel ohne Betreutes Wohnen, psychiatrischen Pflegedienst)
- ☐ Anderes Thema, nämlich



13) Wie wohnt der Ratsuchende bisher?

☐ Eigene Wohnung (<u>ohne</u> bezahlte Betreuung oder Assistenz)	☐ Eigene Wohnung (<u>mit</u> bezahlter Betreuung oder Assistenz oder betreutes Wohnen)
☐ Bei Eltern, Verwandten	☐ In stationärer Wohngruppe
☐ Im Wohnheim für behinderte Menschen	☐ Im Seniorenheim oder Pflegeheim
☐ Anderes: 	
☐ Weiß ich nicht/ Haben wir nicht drüber gesprochen	

Zusatzfragen: Bitte nur ausfüllen, wenn es bei der Beratung um das Thema „Arbeit“ ging.

14) Wofür hat sich der Ratsuchende interessiert?

(mehrere Antworten möglich)

- ☐ Ausbildung oder Arbeitsplatz nach der Schule
- ☐ Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
- ☐ Arbeitsplatz in einer Werkstatt für behinderte Menschen
- ☐ Arbeitsplatz in einer Integrationsfirma
- ☐ Unterstützung bei der Arbeit (zum Beispiel Arbeitsassistenz)
- ☐ Rückkehr in die Arbeit (zum Beispiel nach langer Krankheit)
- ☐ Anderes Thema, nämlich



15) Welchen höchsten Schulabschluss hat der Ratsuchende?

☐ Ist noch in der Schule	☐ Kein Schulabschluss
☐ Förderschul-/ Sonderschulabschluss	☐ Hauptschul-/ Volksschulabschluss
☐ Realschulabschluss/ Mittlere Reife	☐ Abitur/Fach-Hochschulreife
☐ Anderer Abschluss:  _____	
☐ Weiß ich nicht/ Haben wir nicht drüber gesprochen	

16) Wo arbeitet der Ratsuchende bisher?

☐ Geht noch in die Schule oder zur Universität	☐ Macht eine Ausbildung
☐ Allgemeiner Arbeitsmarkt	☐ Werkstatt für behinderte Menschen
☐ Integrationsfirma	☐ Besucht eine Tagesstätte
☐ Selbstständig	☐ In Altersrente
☐ Ist länger krankgeschrieben. Seit mehr als 6 Wochen	☐ Bekommt eine Erwerbs-Minderungsrente
☐ Ist Hausfrau/Hausmann	☐ Ist arbeitslos/erwerbslos
☐ Nimmt gerade an einer Rehabilitationsmaßnahme teil	☐ Weiß ich nicht/ Haben wir nicht drüber gesprochen

Zum Schluss: Wie war das Gespräch?

17) Was denken Sie: Konnten Sie der Ratsuchenden weiterhelfen?

☐  Ja

☐  Geht so

☐  Nein

18) Wenn Nein: Warum konnten Sie nicht weiterhelfen?



19) Wie war Ihr Eindruck von dem Gespräch?

	 Stimmt	 Geht so	 Stimmt nicht
Ich konnte mich gut in den Ratsuchenden hineinversetzen.	☐	☐	☐
Ich habe schon einmal ähnliche Erfahrungen gemacht. Ich hatte viele Tipps.	☐	☐	☐
Ich hatte Fachwissen, mit dem ich helfen konnte.	☐	☐	☐

20) Was wurde am Ende vereinbart?

(mehrere Antworten möglich)

- ☐ Noch ein Termin
- ☐ Der Ratsuchende meldet sich. Wenn er noch Fragen hat.
- ☐ Die Beratung ist zu Ende
- ☐ Wir haben vereinbart: Der Ratsuchende soll eine andere Beratungsstelle aufsuchen, und zwar:



- ☐ Wir haben etwas Anderes vereinbart, und zwar:



Das 2. Beratungsgespräch

21) Datum (zum Beispiel 03.06.2015)



22) Ungefähre Dauer der Beratung



_____ Minuten

23) Wer war bei dem Gespräch noch dabei?

(mehrere Antworten möglich)

☐ Weitere Peer-Berater	☐ Koordinator
☐ Eltern oder andere Familienangehörige	☐ Freund, Freundin, Partner, Partnerin
☐ Gesetzliche Betreuung	☐ Assistenz
☐ Jemand anderes:	_____

24) Wo hat die Beratung stattgefunden?

☐ In der Beratungsstelle	☐ Bei dem Berater zu Hause
☐ Bei dem Ratsuchenden zu Hause	☐ An der Arbeitsstelle des Beraters
☐ An der Arbeitsstelle des Ratsuchenden	☐ Am Telefon
☐ Woanders:	_____

25) Worum ging es bei der Beratung?

☐ Um die gleichen Themen wie beim letzten Mal.

☐ Ein anderes Thema, und zwar:



26) Was wurde am Ende vereinbart?

(mehrere Antworten möglich)

☐ Noch ein Termin

☐ Der Ratsuchende meldet sich. Wenn er noch Fragen hat.

☐ Die Beratung ist zu Ende

☐ Wir haben vereinbart: Der Ratsuchende soll eine andere Beratungsstelle aufsuchen, und zwar:



☐ Wir haben etwas Anderes vereinbart, und zwar:



Das 3. Beratungsgespräch

27) Datum (zum Beispiel 03.06.2015)



28) Ungefähre Dauer der Beratung



_____ Minuten

29) Wer war bei dem Gespräch noch dabei?

(mehrere Antworten möglich)

☐ Weitere Peer-Berater	☐ Koordinator
☐ Eltern oder andere Familienangehörige	☐ Freund, Freundin, Partner, Partnerin
☐ Gesetzliche Betreuung	☐ Assistenz
☐ Jemand anderes: _____	

30) Wo hat die Beratung stattgefunden?

☐ In der Beratungsstelle	☐ Bei dem Berater zu Hause
☐ Bei dem Ratsuchenden zu Hause	☐ An der Arbeitsstelle des Beraters
☐ An der Arbeitsstelle des Ratsuchenden	☐ Am Telefon
☐ Woanders: _____	

31) Worum ging es bei der Beratung?

☐ Um die gleichen Themen wie beim letzten Mal.

☐ Ein anderes Thema, und zwar:



32) Was wurde am Ende vereinbart?

(mehrere Antworten möglich)

☐ Noch ein Termin

☐ Der Ratsuchende meldet sich. Wenn er noch Fragen hat.

☐ Die Beratung ist zu Ende

☐ Wir haben vereinbart: Der Ratsuchende soll eine andere Beratungsstelle aufsuchen, und zwar:



☐ Wir haben etwas Anderes vereinbart, und zwar:



Weitere Beratungsgespräche

33) An welchen Terminen war der Ratsuchende noch da?

(Bitte geben Sie das Datum weiterer Gespräche an,
zum Beispiel 03.06.2015)

4. Beratungsgespräch am  _____

5. Beratungsgespräch am  _____

6. Beratungsgespräch am  _____

7. Beratungsgespräch am  _____

8. Beratungsgespräch am  _____

9. Beratungsgespräch am  _____

10. Beratungsgespräch am  _____

7 Dokumentationsbogen: Angehörigen-Version

DOKUMENTATIONS-BOGEN FÜR DIE BERATUNG VON ANGEHÖRIGEN (ELTERN, FREUNDE, ...)

Name der Beratungsstelle
Nummer des Angehörigen*
 _____

Allgemeine Angaben

1) Geschlecht
☐ Frau ☐ Mann

2) Alter
 _____ Jahr
☐ Weiß ich nicht/ Haben wir nicht drüber gesprochen

3) Wohnort
 _____
☐ Weiß ich nicht/ Haben wir nicht drüber gesprochen

4) Es handelt sich bei dem Angehörigen, der sich beraten lässt, um:
☐ Familienangehöriger ☐ Partner, Partnerin
☐ Freund, Freundin, Bekannte ☐ Assistenz
☐ Gesetzliche Betreuung
☐ Jemand anderes:  _____

* Wir sprechen damit natürlich sowohl von den männlichen, als auch den weiblichen Angehörigen.

5) Welche Schwierigkeiten oder Krankheiten hat der Mensch, für den sich der Angehörige beraten lässt?

(mehrere Antworten möglich)

☐ Körper-Behinderung	☐ Langandauernde, chronische Krankheit
☐ Psychische/ seelische Erkrankung oder Behinderung	☐ Schwierigkeiten beim Hören, Sprechen oder gehörlos
☐ Schwierigkeiten beim Lernen oder geistige Behinderung	☐ Schwierigkeiten beim Sehen oder ist blind
☐ Anderes:  _____	

6) Wie hat der Angehörige von der Beratungsstelle gehört?

(mehrere Antworten möglich)

☐ Kennt jemanden von uns persönlich	☐ Über Bekannte oder Freunde
☐ Über die Zeitung	☐ Über das Internet
☐ Über Flyer, Infozettel	☐ Über Informations-Veranstaltung
☐ Über eine andere Beratungsstelle, zum Beispiel der KoKoBe	☐ Über einen Anbieter von Hilfen, zum Beispiel Werkstatt oder Wohnheim
☐ Anderes:  _____	
☐ Weiß ich nicht/ Haben wir nicht drüber gesprochen	

Das 1. Beratungsgespräch

7) Datum (zum Beispiel 03.06.2015)



8) Ungefähre Dauer der Beratung



_____ Minuten

9) Wer war bei dem Gespräch noch dabei?

(mehrere Antworten möglich)

☐ Weitere Peer-Berater

☐ Koordinator

☐ Jemand anderes: _____

10) Wo hat die Beratung stattgefunden?

☐ In der Beratungsstelle

☐ Bei dem Berater zu Hause

☐ Bei dem Angehörigen zu Hause

☐ An der Arbeitsstelle des Beraters

☐ An der Arbeitsstelle des Angehörigen

☐ Am Telefon

☐ Woanders: _____

11) Warum ist der Angehörige gekommen?

☐ Hat eine bestimmte Frage

☐ Möchte sich allgemein informieren

☐ Möchte die Beratung kennenlernen

☐ Möchte „nur mal reden“

☐ Aus einem anderen Grund

12) Worum ging es bei der Beratung?

(mehrere Antworten möglich)

- ☐ **Wohnen** (siehe Zusatzfragen zum Thema „*Wohnen*“ auf Seite 5)
- ☐ **Arbeit** (siehe Zusatzfragen zum Thema „*Arbeit*“ auf Seite 6)
- ☐ **Schule** oder **Studium**
- ☐ **Freizeit**, Freunde finden
- ☐ Beziehungen, Umgang mit **anderen Menschen** (zum Beispiel Eltern, Kollegen)
- ☐ Mit der eigenen **Behinderung** oder **Erkrankung** leben
- ☐ **Lebens-Krise**
- ☐ **Mobilität**
- ☐ **Unterstützungs-Bedarf**, Versorgung mit Hilfsmitteln, Persönliches Budget
- ☐ **Ämter**-Fragen (zum Beispiel Anträge und Widersprüche stellen, Gespräche mit Ämtern, rechtliche Fragen)
- ☐ Fragen rund um **gesetzliche Betreuung** oder **Patientenverfügungen**
- ☐ **Medikamente**, Psychopharmaka, Nebenwirkungen, **Ärzte**, Therapien
- ☐ **Kontakt zu Selbsthilfe-Gruppen**
- ☐ **Anderes Thema, und zwar:**



Zusatzfragen: Bitte nur ausfüllen, wenn es bei der Beratung um das Thema „Wohnen“ ging.

13) Der Angehörige wollte für den Menschen mit Behinderung Informationen zum Thema:
(mehrere Antworten möglich)

- ☐ Eigene Wohnung (ohne bezahlte Betreuung oder Assistenz)
- ☐ Eigene Wohnung (mit bezahlter Betreuung oder Assistenz oder betreutes Wohnen)
- ☐ Stationäre Wohngruppe
- ☐ Wohnheim für behinderte Menschen
- ☐ Seniorenheim oder Pflegeheim
- ☐ Wohnung behinderten-gerecht machen
- ☐ Hilfe, um ohne oder mit weniger bezahlter Unterstützung zu wohnen (zum Beispiel ohne Betreutes Wohnen, psychiatrischen Pflegedienst)
- ☐ Anderes Thema, nämlich



14) Wo wohnt der Mensch mit Behinderung, für den sich der Angehörige beraten lässt, bisher?

☐ Eigene Wohnung (<u>ohne</u> bezahlte Betreuung oder Assistenz)	☐ Eigene Wohnung (<u>mit</u> bezahlter Betreuung oder Assistenz oder betreutes Wohnen)
☐ Bei Eltern, Verwandten	☐ In stationärer Wohngruppe
☐ Im Wohnheim für behinderte Menschen	☐ Im Seniorenheim oder Pflegeheim
☐ Anderes: 	
☐ Weiß ich nicht/ Haben wir nicht drüber gesprochen	

Zusatzfragen: Bitte nur ausfüllen, wenn es bei der Beratung um das Thema „Arbeit“ ging.

15) Der Angehörige wollte für den Menschen mit Behinderung Informationen zum Thema:
(mehrere Antworten möglich)

- ☐ Ausbildung oder Arbeitsplatz nach der Schule
- ☐ Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
- ☐ Arbeitsplatz in einer Werkstatt für behinderte Menschen
- ☐ Arbeitsplatz in einer Integrationsfirma
- ☐ Unterstützung bei der Arbeit (zum Beispiel Arbeitsassistenz)
- ☐ Rückkehr in die Arbeit (zum Beispiel nach langer Krankheit)
- ☐ Anderes Thema, nämlich



16) Welchen höchsten Schulabschluss hat der Mensch mit Behinderung, für den sich der Angehörige beraten lässt?

☐ Ist noch in der Schule	☐ Kein Schulabschluss
☐ Förderschul-/ Sonderschulabschluss	☐ Hauptschul-/ Volksschulabschluss
☐ Realschulabschluss/ Mittlere Reife	☐ Abitur/Fach-Hochschulreife
☐ Anderer Abschluss:  _____	
☐ Weiß ich nicht/ Haben wir nicht drüber gesprochen	

17) Wo arbeitet der Mensch mit Behinderung, für den sich der Angehörige beraten lässt?

☐ Geht noch in die Schule oder zur Universität	☐ Macht eine Ausbildung
☐ Allgemeiner Arbeitsmarkt	☐ Werkstatt für behinderte Menschen
☐ Integrationsfirma	☐ Besucht eine Tagesstätte
☐ Selbstständig	☐ In Altersrente
☐ Ist länger krankgeschrieben. Seit mehr als 6 Wochen	☐ Bekommt eine Erwerbs-Minderungsrente
☐ Ist Hausfrau/Hausmann	☐ Ist arbeitslos/erwerbslos
☐ Nimmt gerade an einer Rehabilitationsmaßnahme teil	☐ Weiß ich nicht/ Haben wir nicht drüber gesprochen

Zum Schluss: Wie war das Gespräch?

18) Was denken Sie: Konnten Sie dem Angehörigen weiterhelfen?

☐  Ja

☐  Geht so

☐  Nein

19) Wenn Nein: Warum konnten Sie nicht weiterhelfen?



20) Wie war Ihr Eindruck von dem Gespräch?

	 Stimmt	 Geht so	 Stimmt nicht
Ich konnte mich gut in den Menschen mit Behinderung hineinversetzen. Deshalb konnte ich dem Angehörigen gut helfen.	☐	☐	☐
Ich habe schon einmal ähnliche Erfahrungen gemacht. Ich hatte viele Tipps.	☐	☐	☐
Ich hatte Fachwissen, mit dem ich helfen konnte.	☐	☐	☐

21) Was wurde am Ende vereinbart?

(mehrere Antworten möglich)

- ☐ Noch ein Termin
- ☐ Der Angehörige meldet sich bei Bedarf.
- ☐ Die Beratung ist zu Ende.
- ☐ Der Mensch mit Behinderung soll beim nächsten Treffen teilnehmen.
- ☐ Wir haben vereinbart: Der Angehörige soll eine andere Beratungsstelle aufsuchen, und zwar:



- ☐ Wir haben etwas Anderes vereinbart, und zwar:



Das 2. Beratungsgespräch

22) Datum (zum Beispiel 03.06.2015)



23) Ungefähre Dauer der Beratung



_____ Minuten

24) Wer war bei dem Gespräch noch dabei?

(mehrere Antworten möglich)

☐

Weitere Peer-Berater

☐

Koordinator

☐

Der Mensch mit Behinderung

☐

Jemand anderes:

25) Wo hat die Beratung stattgefunden?

☐

In der Beratungsstelle

☐

Bei dem Berater zu Hause

☐

Bei dem Angehörigen zu Hause

☐

An der Arbeitsstelle des Beraters

☐

An der Arbeitsstelle des Angehörigen

☐

Am Telefon

☐

Woanders:

26) Worum ging es bei der Beratung?

☐ Um die gleichen Themen wie beim letzten Mal.

☐ Ein anderes Thema, und zwar:



27) Was wurde am Ende vereinbart?

(mehrere Antworten möglich)

☐ Noch ein Termin

☐ Der Angehörige meldet sich bei Bedarf.

☐ Die Beratung ist zu Ende.

☐ Der Mensch mit Behinderung soll beim nächsten Treffen teilnehmen.

☐ Wir haben vereinbart: Der Angehörige soll eine andere Beratungsstelle aufsuchen, und zwar:



☐ Wir haben etwas Anderes vereinbart, und zwar:



Das 3. Beratungsgespräch

28) Datum (zum Beispiel 03.06.2015)



29) Ungefähre Dauer der Beratung



_____ Minuten

30) Wer war bei dem Gespräch noch dabei?

(mehrere Antworten möglich)

- ☐ Weitere Peer-Berater ☐ Koordinator
- ☐ Der Mensch mit Behinderung
- ☐ Jemand anderes: _____

31) Wo hat die Beratung stattgefunden?

- ☐ In der Beratungsstelle ☐ Bei dem Berater zu Hause
- ☐ Bei dem Angehörigen zu Hause ☐ An der Arbeitsstelle des Beraters
- ☐ An der Arbeitsstelle des Angehörigen ☐ Am Telefon
- ☐ Woanders: _____

32) Worum ging es bei der Beratung?

- ☐ Um die gleichen Themen wie beim letzten Mal.
- ☐ Ein anderes Thema, und zwar:



33) Was wurde am Ende vereinbart?

(mehrere Antworten möglich)

- ☐ Noch ein Termin
- ☐ Der Angehörige meldet sich bei Bedarf.
- ☐ Die Beratung ist zu Ende.
- ☐ Der Mensch mit Behinderung soll beim nächsten Treffen teilnehmen.
- ☐ Wir haben vereinbart: Der Angehörige soll eine andere Beratungsstelle aufsuchen, und zwar:



- ☐ Wir haben etwas Anderes vereinbart, und zwar:



Weitere Beratungsgespräche

34) An welchen Terminen war der Angehörige noch da?

(Bitte geben Sie das Datum weiterer Gespräche an,
zum Beispiel 03.06.2015)

4. Beratungsgespräch am  _____

5. Beratungsgespräch am  _____

6. Beratungsgespräch am  _____

7. Beratungsgespräch am  _____

8. Beratungsgespräch am  _____

9. Beratungsgespräch am  _____

10. Beratungsgespräch am  _____

8 Dokumentationsbogen: Kurze/Leichte Version

Dokumentations-Bogen für Ihr Beratungs-Gespräch (in leichter Sprache)

Name der Beratungs-Stelle

Nummer der Person, mit der Sie das Beratungs-Gespräch geführt haben



Allgemeine Angaben

1. Wen haben Sie beraten?

Eine Person mit Behinderung oder eine andere Person?

☐ Eine Person mit Behinderung:
Egal, ob diese Person alleine oder mit Begleitung gekommen ist.

☐ Eine Angehörige oder einen Angehörigen:
Zum Beispiel die Mutter, den Freund oder die Partnerin
von einer Person mit einer Behinderung.

2. War die Person eine Frau oder ein Mann?

☐ Frau

☐ Mann

3. Wie alt war die Person, mit der Sie das Beratungs-Gespräch geführt haben?



_____ Jahre

☐

Weiß ich nicht

4. Welchen Wohnort hat die Person?



☐

Weiß ich nicht

5. Welche Behinderungen, Schwierigkeiten oder Krankheiten hat die Person, mit der Sie das Beratungs-Gespräch geführt haben?

Sie dürfen hier mehrere Kreuze machen.

☐

Körper-Behinderung

☐

Langandauernde **Krankheit**

☐

Psychische oder seelische Erkrankung oder Behinderung

☐

Schwierigkeiten beim **Hören, Sprechen** oder **gehörlos**

☐

Schwierigkeiten beim **Lernen** oder geistige Behinderung

☐

Schwierigkeiten beim **Sehen** oder ist **blind**

☐

Die Person hat selbst **keine Schwierigkeiten**, Behinderungen oder Krankheiten

☐

Anderes:

Das 1. Beratungs-Gespräch

6. Wann hat das Beratungs-Gespräch stattgefunden?

Bitte tragen Sie hier das Datum ein, zum Beispiel 3.6.2015.



7. Wie lange hat das Beratungs-Gespräch etwa gedauert?

Bitte tragen Sie hier die Dauer des Beratungs-Gesprächs ein.



_____ Minuten

8. Wer war bei dem Beratungs-Gespräch noch dabei?

Sie dürfen hier mehrere Kreuze machen.

- ☐ Eine andere Peer-Beraterin oder ein Peer-Berater
- ☐ Eine Koordinatorin oder Koordinator von der Beratungs-Stelle
- ☐ Die Eltern der Person mit Behinderung
oder andere Familien-Angehörige
- ☐ Eine Freundin oder ein Freund, die Partnerin oder der Partner
der Person mit Behinderung
- ☐ Die gesetzliche Betreuung der Person mit Behinderung
- ☐ Die Assistenz der Person mit Behinderung
- ☐ Diese andere Person:  _____

9. Wo hat das Beratungs-Gespräch stattgefunden?

- ☐ In der Beratungs-Stelle
- ☐ Bei Ihnen zu Hause
- ☐ Bei Ihrer Gesprächs-Partnerin oder Ihrem Gesprächs-Partner
zu Hause

☐	An Ihrer eignen Arbeits-Stelle
☐	An der Arbeits-Stelle von Ihrer Gesprächs-Partnerin oder Ihrem Gesprächs-Partner
☐	Am Telefon
☐	An diesem anderen Ort:  _____

10. Warum ist die Person zum Beratungs-Gespräch gekommen?	
Die Person	
☐	hat eine bestimmte Frage
☐	möchte sich allgemein informieren
☐	möchte die Beratung kennenlernen
☐	möchte „nur mal reden“
☐	ist aus einem anderen Grund zur Peer-Beratung gekommen

**11. Schreiben Sie bitte in wenigen Worten auf:
Über welches Thema haben Sie im Beratungs-Gespräch geredet?**



Zum Schluss: Wie war das Beratungs-Gespräch?

12. Konnten Sie die Person mit dem Beratungs-Gespräch unterstützen?

☐


Ja

☐


Geht so

☐


Nein

13. Wie ist das das Beratungs-Gespräch abgelaufen?



Ja



Geht so



Nein

Konnten Sie sich in die Person
hineinversetzen,
die zur Peer-Beratung gekommen ist?

☐
☐
☐

Konnten Sie der Person **gute Tipps** geben?
Zum Beispiel, weil Sie schon
einmal ähnliche Erfahrungen
gemacht haben.

☐
☐
☐

Haben Sie die Person
mit **Fachwissen** unterstützt?
Fachwissen bedeutet zum Beispiel:
Sie wissen, bei welchem Amt
ein bestimmter Antrag gestellt
werden muss.
Oder welche Beratungs-Angebote
es gibt.

☐
☐
☐

14. Was haben Sie am Ende des Beratungs-Gesprächs mit Ihrer Gesprächs-Partnerin oder Ihrem Gesprächs-Partner vereinbart?

Sie dürfen hier mehrere Kreuze machen.

- ☐ Es gibt einen neuen Termin für ein Beratungs-Gespräch.
- ☐ Ihre Gesprächs-Partnerin oder Ihr Gesprächs-Partner meldet sich nochmal, wenn sie oder wenn er noch Fragen hat.
- ☐ Die Peer-Beratung ist zu Ende.
- ☐ Wir haben vereinbart:
Die Person geht zu dieser anderen Beratungs-Stelle:



- ☐ Wir haben etwas Anderes vereinbart, und zwar:



Das 2. Beratungsgespräch

15. Wann hat das 2. Beratungs-Gespräch stattgefunden?

Bitte tragen Sie hier das Datum ein, zum Beispiel 3.6.2015.



16. Wie lange hat das 2. Beratungs-Gespräch etwa gedauert?

Bitte tragen Sie hier die Dauer des Beratungs-Gesprächs ein.



_____ Minuten

17. Wer war bei dem 2. Beratungs-Gespräch noch dabei?

Sie dürfen hier mehrere Kreuze machen.

- ☐ Eine andere Peer-Beraterin oder ein Peer-Berater
- ☐ Eine Koordinatorin oder Koordinator
- ☐ Die Eltern der Person mit Behinderung
oder andere Familien-Angehörige
- ☐ Eine Freundin oder ein Freund, die Partnerin oder der Partner
der Person mit Behinderung
- ☐ Die gesetzliche Betreuung der Person mit Behinderung
- ☐ Die Assistenz der Person mit Behinderung
- ☐ Diese andere Person: _____

18. Wo hat das 2. Beratungs-Gespräch stattgefunden?

- ☐ In der Beratungs-Stelle
- ☐ Bei Ihnen zu Hause
- ☐ Bei Ihrer Gesprächs-Partnerin oder Ihrem Gesprächs-Partner
zu Hause
- ☐ An Ihrer eignen Arbeits-Stelle

☐ An der Arbeits-Stelle von Ihrer Gesprächs-Partnerin oder Ihrem Gesprächs-Partner

☐ Am Telefon

☐ An diesem anderen Ort:  _____

**19. Schreiben Sie bitte in wenigen Worten auf:
Über welches Thema haben Sie im 2. Beratungs-Gespräch geredet?**

☐ Über das gleiche Thema wie beim 1. Beratungs-Gespräch

☐ Über dieses andere Thema:



20. Was haben Sie am Ende des 2. Beratungs-Gesprächs mit Ihrer Gesprächs-Partnerin oder Ihrem Gesprächs-Partner vereinbart?

Sie dürfen hier mehrere Kreuze machen.

- ☐ Es gibt einen neuen Termin für ein Beratungs-Gespräch
- ☐ Ihre Gesprächs-Partnerin oder Ihrem Gesprächs-Partner meldet sich nochmal, wenn sie oder wenn er noch Fragen hat.
- ☐ Die Peer-Beratung ist zu Ende
- ☐ Wir haben vereinbart:
Die Person geht zu dieser anderen Beratungs-Stelle:



- ☐ Wir haben etwas Anderes vereinbart, und zwar:



Das 3. Beratungsgespräch

21. Wann hat das 3. Beratungs-Gespräch stattgefunden?

Bitte tragen Sie hier das Datum ein, zum Beispiel 3.6.2015.



22. Wie lange hat das 3. Beratungs-Gespräch gedauert?

Bitte tragen Sie hier die Dauer des Beratungs-Gesprächs ein.



_____ Minuten

23. Wer war bei dem 3. Beratungs-Gespräch noch dabei?

Sie dürfen hier mehrere Kreuze machen.

☐ Eine andere Peer-Beraterin oder ein Peer-Berater

☐ Eine Koordinatorin oder Koordinator

☐ Die Eltern der Person mit Behinderung
oder andere Familien-Angehörige

☐ Eine Freundin oder ein Freund, die Partnerin oder der Partner
der Person mit Behinderung

☐ Die gesetzliche Betreuung der Person mit Behinderung

☐ Die Assistenz der Person mit Behinderung

☐ Diese andere Person:  _____

24. Wo hat das 3. Beratungs-Gespräch stattgefunden?

- ☐ In der Beratungs-Stelle
- ☐ Bei Ihnen zu Hause
- ☐ Bei Ihrer Gesprächs-Partnerin oder Ihrem Gesprächs-Partner zu Hause
- ☐ An Ihrer eignen Arbeits-Stelle
- ☐ An der Arbeits-Stelle von Ihrer Gesprächs-Partnerin oder Ihrem Gesprächs-Partner
- ☐ Am Telefon
- ☐ An diesem anderen Ort:  _____

**25. Schreiben Sie bitte in wenigen Worten auf:
Über welches Thema haben Sie im 3. Beratungs-Gespräch geredet?**

- ☐ Über das gleiche Thema wie beim 2. Beratungs-Gespräch

- ☐ Über dieses andere Thema:



26. Was haben Sie am Ende des 3. Beratungs-Gesprächs mit Ihrer Gesprächs-Partnerin oder Ihrem Gesprächs-Partner vereinbart?

Sie dürfen hier mehrere Kreuze machen.

- ☐ Es gibt einen neuen Termin für ein Beratungs-Gespräch
- ☐ Ihre Gesprächs-Partnerin oder Ihrem Gesprächs-Partner meldet sich nochmal, wenn sie oder wenn er noch Fragen hat.
- ☐ Die Peer-Beratung ist zu Ende
- ☐ Wir haben vereinbart:
Die Person geht zu dieser anderen Beratungs-Stelle:



- ☐ Wir haben etwas Anderes vereinbart, und zwar:



Weitere Beratungs-Gespräche

27. An welchen Terminen haben Sie weitere Beratungs-Gespräche mit dieser Person geführt?
Bitte geben Sie das Datum der weiteren Beratungs-Gespräche an, zum Beispiel 03.06.2015

4. Beratungs-Gespräch am		_____
5. Beratungs-Gespräch am		_____
6. Beratungs-Gespräch am		_____
7. Beratungs-Gespräch am		_____
8. Beratungs-Gespräch am		_____
9. Beratungs-Gespräch am		_____
10. Beratungs-Gespräch am		_____



Dieses Zeichen ist ein Gütesiegel.
Texte mit diesem Gütesiegel sind leicht verständlich.
Leicht Lesen gibt es in drei Stufen.
B1: leicht verständlich
A2: noch leichter verständlich
A1: am leichtesten verständlich

9 Dokumentationsbogen für Veranstaltungen und Gruppenberatungen

DOKUMENTATIONS-BOGEN FÜR VERANSTALTUNGEN UND GRUPPENBERATUNGEN

Name der Beratungsstelle

Titel/ Thema der Veranstaltung

 _____

Wo hat die Veranstaltung stattgefunden?

 _____

Das primäre Ziel der Veranstaltung war ...

☐ ... das Peer Counseling Angebot der Beratungsstelle bekannt zu machen und vorzustellen.

☐ ... Interessierten von den (Lebens-)Erfahrungen der Peer Beraterinnen und Berater zu berichten.

☐ ... gemeinsam mit den Teilnehmenden der Veranstaltung ein Thema zu erarbeiten (Workshop, Seminar).

☐ ... ein offenes Gesprächsangebot für die Teilnehmenden (z.B. Stammtisch, Café).

☐ ... die persönliche Beratung von mehreren Menschen mit Behinderungen und/oder deren Angehörigen.

☐ ... ein anderes Ziel, und zwar:

 _____

Wie lässt sich die Art der Veranstaltung beschreiben?

☐ Vortrag mit Diskussion

☐ Beratungs-Café, offener Stammtisch

☐ Workshop, Seminar

☐ Betriebsbesichtigung

☐ Persönliches Beratungsgespräch mit einer Gruppe von Menschen mit Behinderungen

☐ Informationsstand (z.B. in der Innenstadt, bei einer Veranstaltung)

☐ Anderes, und zwar:



Handelt es sich um eine einmalige Veranstaltung oder wird diese regelmäßig durchgeführt? Wenn regelmäßig, in welchem Turnus?

☐ Hat einmalig an diesem Datum stattgefunden:



☐ Wird regelmäßig durchgeführt, und zwar:



Wie lange hat die Veranstaltung ungefähr gedauert?



_____ Minuten

Wie viele Teilnehmende waren anwesend?



Wer war die Zielgruppe der Veranstaltung?

☐ Menschen mit Behinderungen, und zwar (Alter, Geschlecht, Beeinträchtigungsart, Lebenssituation):



☐ Angehörige von Menschen mit Behinderungen, und zwar:



☐ Fachpersonen, und zwar (z.B. Mitarbeiter KoKoBe):



Von wem wurde die Veranstaltung durchgeführt?

☐ Von der Beratungsstelle alleine.

☐ Von der Beratungsstelle, in Kooperation mit:



Wie viele Peer Beraterinnen und Berater waren an der Veranstaltung aktiv beteiligt?

 _____

Falls zutreffend: Was sind zentrale Themen, die gemeinsam mit den Teilnehmenden besprochen wurden?

 _____

Wie war Ihr Gesamteindruck von der Veranstaltung?

	☺ Stimmt	☹ Geht so	☹ Stimmt nicht
Die angestrebte Teilnehmerzahl wurde erreicht.	☐	☐	☐
Die Art der Veranstaltung war für die Teilnehmenden passend.	☐	☐	☐
Die Teilnehmenden haben viele Fragen gestellt.	☐	☐	☐
Die Teilnehmenden haben ein positives Feedback zu der Veranstaltung geben.	☐	☐	☐

Wie viele Teilnehmende haben im Anschluss an die Veranstaltung Interesse an einer weiteren Beratung geäußert?

 _____

Rückblick nach 2 Monaten

Haben Teilnehmende der Veranstaltung inzwischen die Möglichkeit genutzt, sich persönlich beraten zu lassen?

☐ Ja, es haben sich Teilnehmende beraten lassen, und zwar insgesamt:

 _____

☐ Nein

Wurde bei den Interessenten noch einmal nachgefasst?	
Ja, das Ergebnis war: 	☐ Nein

10 Fragebogen für die Ratsuchenden – lange Version, Welle 1

Einladung zu einer Befragung

Text in Leichter Sprache

Warum gibt es den Frage-Bogen?

Sehr geehrte Nutzerinnen und Nutzer der Peer-Beratung.
 Sie hatten vor kurzer Zeit ein Beratungs-Gespräch.
 Das Beratungs-Gespräch war mit einer anderen Person
 mit einer Behinderung oder Erkrankung.
 Das nennt man auch Peer-Beratung.
 Das spricht man so aus: Pier-Beratung.

Der **Landschafts-Verband Rheinland** gibt der Beratungs-Stelle Geld,
 damit dort Peer-Beratung gemacht wird.
 Der Landschafts-Verband Rheinland möchte gerne wissen,
 wie gut die Peer-Beratung klappt.
 Er hat daher der **Firma Prognos**
 den Auftrag für eine Befragung mit diesem Frage-Bogen gegeben.

Bitte füllen Sie den Frage-Bogen aus.
 Sie können sich dabei gerne **helfen lassen**.

Ihre Antworten sind **freiwillig**.
 Sie müssen nicht mitmachen.
 Wir freuen uns aber sehr, wenn Sie mitmachen.
 Sie helfen damit, dass die Peer-Beratung
 in Zukunft noch besser wird.



1. Wie gehen wir um mit den Informationen über Sie aus dem Frage-Bogen?

Wir halten uns an die **Regeln des Daten-Schutzes**.

Das bedeutet: Wir geben die Informationen über Sie nicht an andere Personen weiter.

Der Landschafts-Verband Rheinland und die Beratungs-Stelle erfahren nicht, wer den Frage-Bogen ausgefüllt hat.

Wir haben Sie **zufällig** für die Befragung mit dem Frage-Bogen ausgewählt.

Wir kennen Sie nicht persönlich.

2. Was machen Sie mit dem Frage-Bogen?

Füllen Sie den Frage-Bogen aus.

Sie haben zusammen mit diesem Frage-Bogen einen **Brief-Umschlag** bekommen.

Stecken Sie den **Frage-Bogen** einfach **in diesen Brief-Umschlag**.

Und kleben Sie dann den Brief-Umschlag zu.

Auf diesem Brief-Umschlag steht schon die **Adresse der Firma Prognos** drauf.

Sie müssen auf diesen Brief-Umschlag **keine Briefmarke** aufkleben.

Werfen Sie bitte den Brief-Umschlag **direkt in einen Briefkasten**.

Bitte schicken Sie uns den Frage-Bogen **sofort** zurück, wenn Sie ihn fertig ausgefüllt haben!

Vielen Dank fürs Mitmachen!

Frage-Bogen für Nutzerinnen und Nutzer der Peer-Beratung

So füllen Sie den Frage-Bogen richtig aus:

1. Bitte machen Sie in die kleinen Kästchen **ein Kreuz**:
Dort, wo es für Sie passt.
2. Bei manchen Fragen können Sie auch **mehrere Kreuze** machen. Das steht dann bei den Fragen dabei.
3. Es gibt auch Fragen, wo Sie etwas aufschreiben können.
Diese Fragen sind mit einem Stift  markiert.
Bitte schreiben Sie Ihre Antwort **auf die Linie** neben diesem Stift.
4. Falls Sie eine Frage **nicht beantworten** können oder wollen:
Lassen Sie die Kästchen einfach frei.
Oder die Linie für Ihre Antwort.

1) Waren Sie schon einmal bei dieser Beratungs-Stelle?

☐ Ja

☐ Nein

2) Warum sind Sie zur Peer-Beratung gegangen?

Sie dürfen hier mehrere Kreuze machen.

☐ Ich hatte eine **bestimmte Frage**.

Zum Beispiel zum Umzug in eine eigene Wohnung oder zum Wechsel meines Arbeits-Platzes.

☐ Ich musste eine wichtige **Entscheidung** treffen und brauchte dabei Hilfe.

☐ Ich wollte mich zu einem **bestimmten Thema** informieren.

☐ Ich wollte die Peer-Beratung einfach mal **kennen lernen**.

☐ Ich brauchte jemanden zum **Reden**.

☐ Aus einem **anderen Grund**. Und zwar:



3) Schreiben Sie bitte kurz auf:

Was war das Thema im Gespräch mit der Peer-Beratung?



4) Es gibt viele verschiedene Beratungs-Stellen.

Warum waren Sie genau bei dieser Beratungs-Stelle?

Bitte machen Sie ein Kreuz, ob die Aussagen stimmen oder nicht!		
	 Das stimmt	 Das stimmt nicht
Peer-Beratung ist ein neues Angebot: Das wollte ich ausprobieren .	☐	☐
Ich wollte mit einer Person sprechen, die schon einmal in einer ähnlichen Situa- tion im Leben war.	☐	☐
Ich kann besser mit jemandem sprechen, der auch eine Behinderung hat.	☐	☐
Meine Frage kann mir nur eine Peer-Beraterin oder ein Peer-Berater be- antworten.	☐	☐
Ich kenne die Peer-Beraterin oder den Peer-Berater persönlich .	☐	☐
Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von anderen Beratungs-Stellen verstehen mich oft nicht.	☐	☐
Ich habe schlechte Erfahrungen mit anderen Beratungs-Stellen gemacht.	☐	☐
Ich habe gehört: Peer-Beratung ist gut .	☐	☐
Ich habe mich aus einem anderen Grund für die Beratungs-Stelle entschieden. Und zwar:  _____		
5) Wie lange hat das Beratungs-Gespräch ungefähr gedauert?		
☐ Etwa eine halbe Stunde		

☐ Etwa eine Stunde
☐ Mehr als eine Stunde

6) Wo war das Beratungs-Gespräch?

☐ In der Beratungs-Stelle
☐ Bei mir zu Hause
☐ Bei der Peer-Beraterin oder dem Peer-Berater zu Hause
☐ An meiner eigenen Arbeits-Stelle
☐ An der Arbeits-Stelle von der Peer-Beraterin oder dem Peer-Berater
☐ Am Telefon
☐ An diesem anderen Ort:  _____

7) Wie viele Peer-Beraterinnen und Peer-Berater waren bei dem Beratungs-Gespräch dabei?

☐ Nur eine Peer-Beraterin oder ein Peer-Berater.
☐ Mehrere Peer-Beraterinnen und Peer-Berater, und zwar insgesamt:  _____

8) Wie war Ihre Peer-Beraterin oder Ihr Peer-Berater?		
Wenn mehrere Personen bei der Peer-Beratung dabei waren: Wie war die Peer-Beraterin oder der Peer-Berater, mit der Sie hauptsächlich geredet haben? Bitte machen Sie ein Kreuz, ob die Aussagen stimmen oder nicht!		
	 Das stimmt	 Das stimmt nicht
Die Peer-Beraterin war eine Frau .	☐	☐
Der Peer-Berater war ein Mann .	☐	☐
Die Peer-Beraterin oder der Peer-Berater hat eine ähnliche Behinderung oder Erkrankung wie ich.	☐	☐
Die Peer-Beraterin oder der Peer-Berater und ich sind ungefähr gleich alt .	☐	☐
Die Peer-Beraterin oder der Peer-Berater war schon einmal in einer ähnlichen Situation im Leben wie ich.	☐	☐

9) War die Leiterin oder der Leiter der Beratungs-Stelle bei dem Beratungs-Gespräch mit dabei?
☐ Nein.
☐ Ja. Und wie war das für Sie? ☐ Das war für mich in Ordnung . ☐ Das hat mich gestört .

10) Wie fanden Sie das Beratungs-Gespräch? Bitte machen Sie ein Kreuz, ob die Aussagen stimmen oder nicht!		
	 Das stimmt	 Das stimmt nicht
Die Peer-Beraterin oder der Peer-Berater war verständnisvoll .	☐	☐
Die Peer-Beraterin oder der Peer-Berater hat mir zugehört .	☐	☐
Die Peer-Beraterin oder der Peer-Berater hat meine Fragen verstanden .	☐	☐
Die Peer-Beraterin oder der Peer-Berater hat mich ernst genommen .	☐	☐
Die Peer-Beraterin oder der Peer-Berater hat viel Wissen .	☐	☐
Die Peer-Beraterin oder der Peer-Berater hat ähnliche Erfahrungen wie ich gemacht.	☐	☐
Ich habe die Peer-Beraterin oder den Peer-Berater gut verstanden .	☐	☐
Ich mochte die Peer-Beraterin oder den Peer-Berater.	☐	☐
Die Peer-Beraterin oder der Peer-Berater ist für mich ein Vorbild . Zum Beispiel, weil sie oder er Probleme erfolgreich löst.	☐	☐

11) Wie gut hat Ihnen die Beratungs-Situation gefallen? Bitte machen Sie ein Kreuz, ob die Aussagen stimmen oder nicht!		
	 Das stimmt	 Das stimmt nicht
Ich konnte offen über alles reden.	☐	☐
Ich hatte Vertrauen zu der Peer-Beraterin oder dem Peer-Berater.	☐	☐
Wir hatten genug Zeit für meine Fragen.	☐	☐
Ich fand den Raum angenehm, in dem das Beratungs-Gespräch war.	☐	☐
Ich konnte gut hinkommen zur Beratungs-Stelle.	☐	☐

12) Wie fühlen Sie sich jetzt nach dem Beratungs-Gespräch? Bitte machen Sie ein Kreuz, ob die Aussagen stimmen oder nicht!		
	 Das stimmt	 Das stimmt nicht
Das Beratungs-Gespräch hat mir geholfen .	☐	☐
Im Beratungs-Gespräch wurden meine Fragen beantwortet .	☐	☐
Es geht mir besser, weil ich über mein Problem oder meine Fragen reden konnte .	☐	☐
Ich weiß jetzt besser, was ich will .	☐	☐
Ich weiß jetzt besser, was ich als nächstes mache .	☐	☐
Ich habe jetzt mehr Mut , dass ich mein Leben verändern kann.	☐	☐
Ich verstehe jetzt besser, was in meinem Leben wichtig ist.	☐	☐
Ich habe im Beratungs-Gespräch gute Tipps dazu bekommen, welche Hilfe es gibt.	☐	☐
Die Peer-Beraterin oder der Peer-Berater wollte mich zu etwas überreden , was ich selbst gar nicht gut finde.	☐	☐

13) Wie finden Sie die Peer-Beratung?		
Bitte machen Sie ein Kreuz, ob die Aussagen stimmen oder nicht!		
	 Stimmt	 Stimmt nicht
Peer-Beratung ist wichtig .	☐	☐
Ich gehe in Zukunft nur noch zur Peer-Beratung.	☐	☐
Ich habe bald ein weiteres Beratungs-Gespräch bei der Peer-Beratung zum gleichen Thema.	☐	☐
Wenn ich mal ein anderes Thema habe: Dann gehe ich wieder zur Peer-Beratung.	☐	☐
Ich sage gerne weiter , dass ich die Peer-Beratung gut finde.	☐	☐

Informationen über Sie

14) Sind Sie eine Frau oder ein Mann?	
☐ Ich bin eine Frau.	☐ Ich bin ein Mann.

15) Wie alt sind Sie?
 Ich bin _____ Jahre alt.

16) Welche Behinderungen oder Krankheiten haben Sie?

Sie dürfen hier mehrere Kreuze machen.

☐ Ich habe eine **Körper**-Behinderung.

☐ Ich habe eine lang andauernde **Krankheit**.

☐ Ich habe eine **psychische** oder seelische Erkrankung oder Behinderung.

☐ Ich habe Schwierigkeiten beim **Sprechen**.

☐ Ich habe Schwierigkeiten beim **Hören** oder bin **gehörlos**.

☐ Ich habe Schwierigkeiten beim **Lernen** oder eine geistige Behinderung.

☐ Ich habe Schwierigkeiten beim **Sehen** oder bin **blind**

☐ Ich habe andere Schwierigkeiten. Und zwar:



17) Haben Sie einen Schwerbehinderten-Ausweis?

☐ Ja, mit einem Grad der Behinderung von  _____

☐ Nein

18) Wo wohnen Sie?

☐ In einer **eigenen Wohnung** oder **Wohngemeinschaft ohne** Unterstützung

☐ In einer **eigenen Wohnung** oder **Wohngemeinschaft mit** Unterstützung

☐ Bei den **Eltern** oder **Verwandten**

☐ Im Seniorenheim oder **Pflegeheim**

☐ In einem Wohnheim für Menschen mit Behinderungen	☐ Anderes:  _____

19) Welchen Schul-Abschluss haben Sie?	
☐ Ich gehe noch zur Schule	☐ Kein Schul-Abschluss
☐ Förderschul-Abschluss	☐ Hauptschul-Abschluss
☐ Realschul-Abschluss	☐ Abitur
☐ Anderer Abschluss. Und zwar:  _____	

20) Wo arbeiten Sie?	
Sie dürfen hier mehrere Kreuze machen.	
☐ Ich gehe noch in die Schule oder zur Universität	☐ Ich mache eine Ausbildung
☐ Auf dem 1. Arbeitsmarkt	☐ In einer Werkstatt für behinderte Menschen
☐ In einer Integrations-Firma	☐ Ich besuche eine Tages-Stätte
☐ Ich bin selbstständig	☐ Ich bekomme Alters-Rente
☐ Ich bin schon länger krankgeschrieben . Seit mehr als 6 Wochen.	☐ Ich bekomme eine Rente , weil ich nicht voll arbeiten kann.
☐ Ich bin Hausfrau oder Hausmann	☐ Ich bin arbeitslos
☐ Ich mache gerade eine Reha-Maßnahme	
☐ Anderes. Und zwar:  _____	

21) Machen Sie bei einer Selbsthilfe-Gruppe mit?
☐ Ja
☐ Nein
22) Hier können Sie noch weitere Dinge aufschreiben. Zum Beispiel: Was hat Ihnen an dem Beratungs-Gespräch gefallen? Was hat Ihnen nicht gefallen?


11 Fragebogen für die Ratsuchenden – kurze Version, Welle 1

Einladung zu einer Befragung

Text in Leichter Sprache

1) Warum gibt es den Frage-Bogen?

Sehr geehrte Nutzerinnen und Nutzer der Peer-Beratung.
 Sie hatten vor kurzer Zeit ein Beratungs-Gespräch.
 Das Beratungs-Gespräch war mit einer anderen Person
 mit einer Behinderung oder Erkrankung.
 Das nennt man auch Peer-Beratung.
 Das spricht man so aus: Pier-Beratung.

Der **Landschafts-Verband Rheinland** gibt der Beratungs-Stelle Geld,
 damit dort Peer-Beratung gemacht wird.
 Der Landschafts-Verband Rheinland möchte gerne wissen,
 wie gut die Peer-Beratung klappt.
 Er hat daher der **Firma Prognos**
 den Auftrag für eine Befragung mit diesem Frage-Bogen gegeben.

Bitte füllen Sie den Frage-Bogen aus.
 Sie können sich dabei gerne **helfen lassen**.

Ihre Antworten sind **freiwillig**.
 Sie müssen nicht mitmachen.
 Wir freuen uns aber sehr, wenn Sie mitmachen.
 Sie helfen damit, dass die Peer-Beratung
 in Zukunft noch besser wird.



2) Wie gehen wir um mit den Informationen über Sie aus dem Frage-Bogen?

Wir halten uns an die **Regeln des Daten-Schutzes**.

Das bedeutet: Wir geben die Informationen über Sie nicht an andere Personen weiter.

Der Landschafts-Verband Rheinland und die Beratungs-Stelle erfahren nicht, wer den Frage-Bogen ausgefüllt hat.

Wir haben Sie **zufällig** für die Befragung mit dem Frage-Bogen ausgewählt.

Wir kennen Sie nicht persönlich.

3) Was machen Sie mit dem Frage-Bogen?

Füllen Sie den Frage-Bogen aus.

Sie haben zusammen mit diesem Frage-Bogen einen **Brief-Umschlag** bekommen.

Stecken Sie den **Frage-Bogen** einfach **in diesen Brief-Umschlag**.

Und kleben Sie dann den Brief-Umschlag zu.

Auf diesem Brief-Umschlag steht schon die **Adresse der Firma Prognos** drauf.

Sie müssen auf diesen Brief-Umschlag **keine Briefmarke** aufkleben.

Werfen Sie bitte den Brief-Umschlag **direkt in einen Briefkasten**.

Bitte schicken Sie uns den Frage-Bogen **sofort** zurück, wenn Sie ihn fertig ausgefüllt haben!

Vielen Dank fürs Mitmachen!

Frage-Bogen für Nutzerinnen und Nutzer der Peer-Beratung

So füllen Sie den Frage-Bogen richtig aus:

1. Bitte machen Sie in die kleinen Kästchen **ein Kreuz**:
Dort, wo es für Sie passt.
2. Bei manchen Fragen können Sie auch **mehrere Kreuze** machen. Das steht dann bei den Fragen dabei.
3. Es gibt auch Fragen, wo Sie etwas aufschreiben können.
Diese Fragen sind mit einem Stift  markiert.
Bitte schreiben Sie Ihre Antwort **auf die Linie** neben diesem Stift.
4. Falls Sie eine Frage **nicht beantworten** können oder wollen:
Lassen Sie die Kästchen einfach frei.
Oder die Linie für Ihre Antwort.

Fragebogennummer: _____

1) Wie fanden Sie das Beratungs-Gespräch?		
 Gut	 Geht so	 Nicht so gut
☐	☐	☐

2) Wie gut hat Ihnen die Beratung-Situation gefallen? Bitte machen Sie ein Kreuz, ob die Aussagen stimmen oder nicht!		
	 Das stimmt	 Das stimmt nicht
Ich konnte offen über alles reden.	☐	☐
Ich hatte Vertrauen zu der Peer-Beraterin oder dem Peer-Berater.	☐	☐
Wir hatten genug Zeit für meine Fragen.	☐	☐
Ich fand den Raum angenehm, in dem das Beratungs-Gespräch war.	☐	☐
Ich konnte gut hinkommen zur Beratungs-Stelle.	☐	☐

3) War bei dem Beratungs-Gespräch auch ein Unterstützer für die Peer Beraterin oder den Peer Berater mit dabei? Zum Beispiel der Leiter oder die Leiterin der Beratungs-Stelle?

☐ Nein.

☐ Ja. Das war für mich **in Ordnung**. 😊

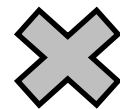
☐ Ja. Das hat mich **gestört**. ☹️

4) Wie fühlen Sie sich jetzt nach dem Beratungs-Gespräch?

Bitte machen Sie ein Kreuz,
ob die Aussagen stimmen oder nicht!



Das
stimmt



Das
stimmt
nicht

Das Beratungs-Gespräch hat mir **geholfen**.

☐
☐

Im Beratungs-Gespräch wurden meine **Fragen beantwortet**.

☐
☐

Es geht mir besser, weil ich über mein Problem oder meine Fragen **reden konnte**.

☐
☐

Ich weiß jetzt besser, **was ich will**.

☐
☐

Ich habe jetzt mehr **Mut**,
dass ich mein Leben verändern kann.

☐
☐

5) Wie finden Sie die Peer-Beratung? Bitte machen Sie ein Kreuz, ob die Aussagen stimmen oder nicht!		
	 Stimmt	 Stimmt nicht
Peer-Beratung ist wichtig .	☐	☐
Ich gehe in Zukunft nur noch zur Peer-Beratung.	☐	☐
Ich habe bald ein weiteres Beratungs-Gespräch bei der Peer-Beratung zum gleichen Thema.	☐	☐
Wenn ich mal ein anderes Thema habe: Dann gehe ich wieder zur Peer-Beratung.	☐	☐
Ich sage gerne weiter , dass ich die Peer-Beratung gut finde.	☐	☐

Informationen über Sie

6) Sind Sie eine Frau oder ein Mann?	
☐ Ich bin eine Frau.	☐ Ich bin ein Mann.

7) Wie alt sind Sie?
 Ich bin _____ Jahre alt.

8) Welche Behinderungen oder Krankheiten haben Sie?

Sie dürfen hier mehrere Kreuze machen.

☐ Ich habe eine **Körper**-Behinderung.

☐ Ich habe eine lang andauernde **Krankheit**.

☐ Ich habe eine **psychische** oder seelische Erkrankung oder Behinderung.

☐ Ich habe Schwierigkeiten beim **Sprechen**.

☐ Ich habe Schwierigkeiten beim **Hören** oder bin **gehörlos**.

☐ Ich habe Schwierigkeiten beim **Lernen** oder eine geistige Behinderung.

☐ Ich habe Schwierigkeiten beim **Sehen** oder bin **blind**

☐ Ich habe andere Schwierigkeiten. Und zwar:



9) Hier können Sie noch weitere Dinge aufschreiben.

Zum Beispiel:

Was hat Ihnen an dem Beratungs-Gespräch gefallen?

Was hat Ihnen nicht gefallen?



12 Fragebogen für die Peer Counselors – lange Version

Einladung zu einer Befragung

Text in Leichter Sprache

Sehr geehrte Peer-Beraterinnen und Peer-Berater,
der **Landschafts-Verband Rheinland** gibt Ihrer Beratungs-Stelle Geld, damit dort Peer-Beratung angeboten wird.

Der Landschafts-Verband Rheinland möchte gerne mehr
über Sie und Ihre Arbeit als Peer-Beraterinnen
und Peer-Berater erfahren.

Wie sind Sie Beraterin oder Berater geworden?

Was gefällt Ihnen an Ihrer Arbeit?

Der Landschafts-Verband Rheinland hat daher der **Firma Prognos**
den Auftrag für eine Befragung mit diesem Frage-Bogen gegeben.

Bitte füllen Sie den Frage-Bogen aus.

Sie können sich dabei gerne **helfen lassen**.

1) Wie gehen wir mit den Informationen aus dem Frage-Bogen um?

Wir halten uns an die **Regeln des Daten-Schutzes**.

Das bedeutet: Wir geben die Informationen über Sie nicht
an andere Personen weiter.

Der Landschafts-Verband Rheinland, die Beratungs-Stelle
und die Firma Prognos erfahren nicht, wer den Frage-Bogen ausgefüllt hat.

2) Was machen Sie mit dem Frage-Bogen?

Füllen Sie den Frage-Bogen aus.

Stecken Sie den **Frage-Bogen** einfach
in den beiliegenden **Brief-Umschlag**.

Kleben Sie den Brief-Umschlag zu und
geben Sie diesen der **Leiterin oder dem Leiter**
Ihrer Beratungs-Stelle.

Diese senden den Brief-Umschlag mit dem Frage-Bogen
dann an die **Firma Prognos**.

3) So füllen Sie den Frage-Bogen richtig aus:

1. Bitte machen Sie in die kleinen Kästchen **ein Kreuz**:
Dort, wo es für Sie passt.
2. Bei manchen Fragen können Sie auch mehrere Kreuze machen.
Das steht dann bei den Fragen dabei.
3. Es gibt auch Fragen, wo Sie etwas aufschreiben können.
Diese Fragen sind mit einem Stift  markiert.
Bitte schreiben Sie Ihre Antwort **auf die Linie**
neben diesem Stift.
4. Falls Sie eine Frage **nicht beantworten** können oder wollen:
Lassen Sie die Kästchen einfach frei.
Oder die Linie für Ihre Antwort.

Frage-Bogen für Peer-Beraterinnen und Peer-Berater (lang)

Ihre Arbeit als Peer-Beraterin oder Peer-Berater

1) Seit wann arbeiten Sie als Peer-Beraterin oder Peer-Berater für die Beratungs-Stelle?

Monat:  _____ Jahr:  _____

2) Hatten Sie schon in der Vergangenheit Kontakt zu der Einrichtung, in der Ihre Beratungs-Stelle ist?

Zum Beispiel als Nutzerin oder Nutzer

von Unterstützungs-Angeboten oder Beratungs-Angeboten.

☐ Ja.

☐ Nein.

3) Wie viele Beratungs-Gespräche haben Sie bereits als Peer-Beraterin oder Peer-Berater durchgeführt?

Etwa  _____ Gespräche.

☐ Weiß ich nicht.

4) Bitte denken Sie an den letzten Monat:

Wie viele Stunden haben Sie für die Beratungs-Stelle gearbeitet?

Zum Beispiel in Beratungs-Gesprächen oder bei Besprechungen mit Kolleginnen und Kollegen?

Etwa  _____ Stunden im Monat.

5) Was trifft auf Sie zu?

☐ Ich arbeite **ehrenamtlich** für die Beratungs-Stelle.

☐ Ich habe einen **Arbeits-Vertrag** bei der Beratungs-Stelle.

6) Haben Sie vor Ihrer jetzigen Arbeit für die Beratungs-Stelle schon einmal andere Menschen beraten?

Zum Beispiel bei einer anderen Beratungs-Stelle oder in einem Verein?

☐ Nein

☐ Ja, und zwar habe ich:



7) Wie wurden Sie auf Ihre jetzige Arbeit als Peer-Beraterin oder Peer-Berater vorbereitet?

Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an!

☐ Ich habe an der **Schulung des Zentrums für selbstbestimmtes Leben (ZSL)** teilgenommen.

☐ Ich habe an einer **Schulung von meiner Beratungs-Stelle** teilgenommen.

☐ Ich habe an einer **anderen Schulung** teilgenommen. Und zwar:



- ☐ Ich wurde **nicht** auf meine Arbeit als Peer-Beraterin oder Peer-Berater vorbereitet.

**8) Fühlen Sie sich auf die Arbeit
als Peer-Beraterin oder Peer-Berater gut vorbereitet?**

- ☐ Ja, ich fühle mich **gut vorbereitet**.

- ☐ Nein, ich fühle mich **nicht so gut vorbereitet**.

Wenn Sie möchten: Schreiben Sie bitte kurz auf,
warum Sie sich **nicht so gut vorbereitet** fühlen:



Ihre Beratungs-Gespräche

**9) Während Sie ein Beratungs-Gespräch haben:
Werden Sie da von jemandem
aus der Beratungs-Stelle unterstützt?
Zum Beispiel durch den Koordinator oder die Koordinatorin der Beratungs-
Stelle? Oder andere Peer Berater?**

- ☐ Ja. Ich werde unterstützt.

- ☐ Nein. Ich führe die Gespräche meistens alleine durch.

☞ Wenn Sie diese Antwort angekreuzt haben, dann überspringen Sie bitte die Fragen
10 und 11.

Machen Sie dann einfach mit der Frage 12 weiter.

10) Wer unterstützt Sie bei der Durchführung der Gespräche?

Sie können hier mehrere Kreuze machen:

Bitte kreuzen Sie alles an, was bei Ihnen zutrifft!

☐ Die Koordinatorin oder der Koordinator der Beratungs-Stelle.

☐ Eine Assistentin oder ein Assistent.

☐ Andere Peer-Beraterinnen oder Peer-Berater.

☐ Andere Personen, und zwar:



11) Sie führen Ihre Beratungs-Gespräche gemeinsam mit jemandem aus der Beratungs-Stelle durch.

Wir würden gerne wissen, wie das für Sie ist.

Bitte machen Sie ein Kreuz,

ob die Aussagen stimmen oder nicht!

	 Das stimmt	 Das stimmt nicht
Ich fühle mich sicher , da jemand anderes bei dem Gespräch mit dabei ist.	☐	☐
Die andere Person sagt nur dann etwas, wenn ich sie oder ihn darum bitte .	☐	☐
Der Rat-Suchende und ich können offen über alles reden . Obwohl noch jemand anderes bei dem Gespräch mit dabei ist.	☐	☐
In Zukunft möchte ich meine Beratungs-Gespräche alleine machen .	☐	☐

12) Brauchen Sie bei den folgenden Dingen

Unterstützung von anderen Menschen?

Sie dürfen hier mehrere Kreuze machen:

Bitte kreuzen Sie alles an, was bei Ihnen zutrifft!

☐ Ja, bei der **Vorbereitung** auf ein Beratungs-Gespräch.

☐ Ja, bei der **Dokumentation** der Beratungs-Gespräche.

☐ Ja, bei **Termin-Absprachen** mit den Rat-Suchenden.

☐ Ja, beim **Hin- und Rückweg** zur Beratungs-Stelle.

☐ Ja, und zwar bei:



☐ Nein, ich brauche **keine Unterstützung**.

☞ Wenn Sie diese Antwort angekreuzt haben,
dann überspringen Sie bitte die Frage 13.

Machen Sie dann einfach mit der Frage 14 weiter.

13) Wer unterstützt Sie bei diesen Dingen?

Sie können hier mehrere Kreuze machen: Bitte kreuzen Sie alles an, was bei Ihnen zutrifft!

☐ Niemand.

☐ Die Koordinatorin oder der Koordinator der Beratungs-Stelle.

☐ Eine Assistentin oder ein Assistent.

☐ Andere Peer-Beraterinnen oder Peer-Berater.

☐ Andere Personen, und zwar:



**14) Sind Sie insgesamt zufrieden damit,
wie Sie in der Beratungs-Stelle unterstützt werden?**

Ja

☐

Geht so

☐

Nein

☐

15) Welche Rat-Suchende können Sie besonders gut beraten?

Bitte machen Sie ein Kreuz,
ob die Aussagen stimmen oder nicht!

	 Das stimmt	 Das stimmt nicht
Ich finde es leichter, mit jemanden zu sprechen, der das gleiche Geschlecht hat.	☐	☐
Ich finde es leichter, mit jemanden zu sprechen, der eine ähnliche Behinderung oder Erkrankung hat.	☐	☐
Ich finde es leichter, mit jemanden zu sprechen, der ungefähr gleich alt ist.	☐	☐
Ich finde es leichter, mit jemanden zu sprechen, wenn ich schon einmal in einer ähnlichen Situation im Leben war wie der Rat-Suchende.	☐	☐

Wie ist es, Peer-Beraterin oder Peer-Berater zu sein?

16) Arbeiten Sie gerne als Peer-Beraterin oder Peer-Berater?		
 Ja	 Geht so	 Nein
☐	☐	☐

17) Was ist bei Ihnen anders geworden durch Ihre Arbeit als Peer-Beraterin oder Peer-Berater? Bitte machen Sie ein Kreuz, ob die Aussagen stimmen oder nicht!		
	 Das stimmt	 Das stimmt nicht
Durch die Beratungs-Gespräche habe ich mehr Selbst-Vertrauen bekommen.	☐	☐
Es macht mich zufrieden , anderen Menschen zu helfen.	☐	☐
Ich weiß jetzt besser, was ich selber will .	☐	☐
Ich komme nun besser mit meiner eigenen Behinderung oder Erkrankung klar.	☐	☐
Ich kann mich besser für die Interessen anderer Menschen mit Behinderung einsetzen .	☐	☐

18) Welche der folgenden Aussagen treffen auf Sie zu?

Bitte machen Sie ein Kreuz, ob die Aussagen stimmen oder nicht!



Das stimmt



Das stimmt
nicht

Die Arbeit in der Beratungs-Stelle
ist manchmal **Stress** für mich.

☐☐

Durch meine Arbeit in der Beratungs-Stelle habe ich **weniger Freizeit**.

Manchmal muss ich mir Urlaub nehmen,
um für die Beratungs-Stelle zu arbeiten.

☐☐

Ich bin manchmal **nervös** vor einem Beratungs-Gespräch.

☐☐

Ich denke manchmal, dass ich
den Rat-Suchenden **nicht helfen** kann.

☐☐

Ich denke manchmal noch über die **Probleme der Rat-Suchenden** nach,
wenn das Beratungs-Gespräch schon
vorbei ist.

☐☐

**19) Was wünschen Sie sich
für Ihre Arbeit in der Beratungs-Stelle?
Damit die Arbeit noch besser gelingt.**



Zum Abschluss: Noch ein paar Fragen zu Ihnen

20) Sind Sie eine Frau oder ein Mann?

☐ Ich bin eine Frau.

☐ Ich bin ein Mann.

21) Wie alt sind Sie?



Ich bin _____ Jahre alt.

22) Welche Behinderungen oder Krankheiten haben Sie?

Sie können hier mehrere Kreuze machen.

- ☐ Ich habe eine **Körper**-Behinderung.
- ☐ Ich habe eine lang andauernde **Krankheit**.
- ☐ Ich habe eine **psychische** oder seelische Erkrankung oder Behinderung.
- ☐ Ich habe Schwierigkeiten beim **Sprechen**.
Oder ich kann nicht sprechen.
- ☐ Ich habe Schwierigkeiten beim **Hören**.
Oder bin **gehörlos**.
- ☐ Ich habe Schwierigkeiten beim **Lernen**
oder eine geistige Behinderung.
- ☐ Ich habe Schwierigkeiten beim **Sehen**.
Oder ich bin **blind**.
- ☐ Ich habe **andere Schwierigkeiten**. Und zwar:



Leicht Lesen

Das Leicht Lesen-Gütesiegel von capito bestätigt:

Mindestens drei Personen mit Lernschwierigkeiten haben den Text auf Verständlichkeit geprüft.

13 Fragebogen für die Peer Counselors – kurze Version

Einladung zu einer Befragung

Text in Leichter Sprache

Sehr geehrte Peer-Beraterinnen und Peer-Berater,
der **Landschafts-Verband Rheinland** gibt Ihrer Beratungs-Stelle Geld, damit dort Peer-Beratung angeboten wird.

Der Landschafts-Verband Rheinland möchte gerne mehr
über Sie und Ihre Arbeit als Peer-Beraterinnen
und Peer-Berater erfahren.

Wie sind Sie Beraterin oder Berater geworden?

Was gefällt Ihnen an Ihrer Arbeit?

Der Landschafts-Verband Rheinland hat daher der **Firma Prognos**
den Auftrag für eine Befragung mit diesem Frage-Bogen gegeben.

Bitte füllen Sie den Frage-Bogen aus.

Sie können sich dabei gerne **helfen lassen**.

Wie gehen wir mit den Informationen aus dem Frage-Bogen um?

Wir halten uns an die **Regeln des Daten-Schutzes**.

Das bedeutet: Wir geben die Informationen über Sie nicht
an andere Personen weiter.

Der Landschafts-Verband Rheinland, die Beratungs-Stelle und die Firma Prognos erfahren nicht,
wer den Frage-Bogen ausgefüllt hat.

Was machen Sie mit dem Frage-Bogen?

Füllen Sie den Frage-Bogen aus.

Stecken Sie den **Frage-Bogen** einfach
in den beiliegenden Brief-Umschlag.

Kleben Sie den Brief-Umschlag zu und

geben Sie diesen der **Leiterin oder dem Leiter**

Ihrer Beratungs-Stelle.

Diese senden den Brief-Umschlag mit dem Frage-Bogen

dann an die **Firma Prognos.**

So füllen Sie den Frage-Bogen richtig aus:

1. Bitte machen Sie in die kleinen Kästchen **ein Kreuz**:

Dort, wo es für Sie passt.

2. Bei manchen Fragen können Sie auch mehrere Kreuze machen.

Das steht dann bei den Fragen dabei.

3. Es gibt auch Fragen, wo Sie etwas aufschreiben können.

Diese Fragen sind mit einem Stift  markiert.

Bitte schreiben Sie Ihre Antwort **auf die Linie**
neben diesem Stift.

4. Falls Sie eine Frage **nicht beantworten** können oder wollen:

Lassen Sie die Kästchen einfach frei.

Oder die Linie für Ihre Antwort.

Ihre Arbeit als Peer-Beraterin oder Peer-Berater

1) Seit wann arbeiten Sie als Peer-Beraterin oder Peer-Berater für die Beratungs-Stelle?

Monat:  _____ Jahr:  _____

2) Wie viele Beratungs-Gespräche haben Sie bereits als Peer-Beraterin oder Peer-Berater durchgeführt?

Etwa  _____ Gespräche.

☐ Weiß ich nicht.

3) Wie wurden Sie auf Ihre jetzige Arbeit als Peer-Beraterin oder Peer-Berater vorbereitet?

Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an!

☐ Ich habe an der **Schulung des Zentrums für selbstbestimmtes Leben (ZSL)** teilgenommen.

☐ Ich habe an einer **Schulung von meiner Beratungs-Stelle** teilgenommen.

☐ Ich habe an einer **anderen Schulung** teilgenommen. Und zwar:

 _____

☐ Ich wurde **nicht** auf meine Arbeit als Peer-Beraterin oder Peer-Berater vorbereitet.

**4) Fühlen Sie sich auf die Arbeit
als Peer-Beraterin oder Peer-Berater gut vorbereitet?**

☐ Ja, ich fühle mich **gut vorbereitet**.

☐ Nein, ich fühle mich **nicht so gut vorbereitet**.

Wenn Sie möchten: Schreiben Sie bitte kurz auf, warum Sie sich nicht so gut vorbereitet fühlen:



Ihre Beratungs-Gespräche

**5) Während Sie ein Beratungs-Gespräch haben:
Werden Sie da von jemandem
aus der Beratungs-Stelle unterstützt?
Zum Beispiel durch den Koordinator oder die Koordinatorin der Beratungs-
Stelle? Oder andere Peer Berater?**

☐ Ja. Ich werde unterstützt.

☐ Nein. Ich führe die Gespräche meistens alleine durch.

☞ Wenn Sie diese Antwort angekreuzt haben, dann überspringen Sie bitte die Fragen 6 und 7.

Machen Sie dann einfach mit der Frage 8 weiter.

6) Wer unterstützt Sie bei der Durchführung der Gespräche?

Sie können hier mehrere Kreuze machen: Bitte kreuzen Sie alles an, was bei Ihnen zutrifft!

☐ Die Koordinatorin oder der Koordinator der Beratungs-Stelle.

☐ Eine Assistentin oder ein Assistent.

☐ Andere Peer-Beraterinnen oder Peer-Berater.

☐ Andere Personen, und zwar:



7) Sie führen Ihre Beratungs-Gespräche gemeinsam mit jemandem aus der Beratungs-Stelle durch.

Wir würden gerne wissen, wie das für Sie ist.

Bitte machen Sie ein Kreuz,

ob die Aussagen stimmen oder nicht!

	 Das stimmt	 Das stimmt nicht
Ich fühle mich sicher , da jemand anderes bei dem Gespräch mit dabei ist.	☐	☐
Die andere Person sagt nur dann etwas, wenn ich sie oder ihn darum bitte .	☐	☐
Der Rat-Suchende und ich können offen über alles reden . Obwohl noch jemand anderes bei dem Gespräch mit dabei ist.	☐	☐
In Zukunft möchte ich meine Beratungs-Gespräche alleine machen .	☐	☐

8) Brauchen Sie bei den folgenden Dingen

Unterstützung von anderen Menschen?

Sie dürfen hier mehrere Kreuze machen: Bitte kreuzen Sie alles an, was bei Ihnen zutrifft!

☐ Ja, bei der **Vorbereitung** auf ein Beratungs-Gespräch.

☐ Ja, bei der **Dokumentation** der Beratungs-Gespräche.

☐ Ja, bei **Termin-Absprachen** mit den Rat-Suchenden.

☐ Ja, beim **Hin- und Rückweg** zur Beratungs-Stelle.

☐ Ja, und zwar bei:



☐ Nein, ich brauche **keine Unterstützung**.

**9) Sind Sie insgesamt zufrieden damit,
wie Sie in der Beratungs-Stelle unterstützt werden?**



Ja

☐

Geht so

☐

Nein

☐

Wie ist es, Peer-Beraterin oder Peer-Berater zu sein?

10)Arbeiten Sie gerne als Peer-Beraterin oder Peer-Berater?		
 Ja	 Geht so	 Nein
☐	☐	☐

11)Was ist bei Ihnen anders geworden durch Ihre Arbeit als Peer-Beraterin oder Peer-Berater? Bitte machen Sie ein Kreuz, ob die Aussagen stimmen oder nicht!		
	 Das stimmt	 Das stimmt nicht
Durch die Beratungs-Gespräche habe ich mehr Selbst-Vertrauen bekommen.	☐	☐
Es macht mich zufrieden , anderen Menschen zu helfen.	☐	☐
Ich weiß jetzt besser, was ich selber will .	☐	☐
Ich komme nun besser mit meiner eigenen Behinderung oder Erkrankung klar.	☐	☐
Ich kann mich besser für die Interessen anderer Menschen mit Behinderung einsetzen .	☐	☐

12) Welche der folgenden Aussagen treffen auf Sie zu?

Bitte machen Sie ein Kreuz, ob die Aussagen stimmen oder nicht!

	 Das stimmt	 Das stimmt nicht
Die Arbeit in der Beratungs-Stelle ist manchmal Stress für mich.	☐	☐
Durch meine Arbeit in der Beratungs-Stelle habe ich weniger Freizeit . Manchmal muss ich mir Urlaub nehmen, um für die Beratungs-Stelle zu arbeiten.	☐	☐
Ich bin manchmal nervös vor einem Beratungs-Gespräch.	☐	☐
Ich denke manchmal, dass ich den Rat-Suchenden nicht helfen kann.	☐	☐
Ich denke manchmal noch über die Probleme der Rat-Suchenden nach, wenn das Beratungs-Gespräch schon vorbei ist.	☐	☐

**13) Was wünschen Sie sich
für Ihre Arbeit in der Beratungs-Stelle?
Damit die Arbeit noch besser gelingt.**



Zum Abschluss: Noch ein paar Fragen zu Ihnen

14) Sind Sie eine Frau oder ein Mann?

☐ Ich bin eine Frau.

☐ Ich bin ein Mann.

15) Wie alt sind Sie?



Ich bin _____ Jahre alt.

16) Welche Behinderungen oder Krankheiten haben Sie?

Sie können hier mehrere Kreuze machen.

☐ Ich habe eine **Körper**-Behinderung.

☐ Ich habe eine lang andauernde **Krankheit**.

☐ Ich habe eine **psychische** oder seelische Erkrankung
oder Behinderung.

☐ Ich habe Schwierigkeiten beim **Sprechen**. Oder ich kann nicht sprechen.

☐ Ich habe Schwierigkeiten beim **Hören**.
Oder bin **gehörlos**.

☐ Ich habe Schwierigkeiten beim **Lernen**
oder eine geistige Behinderung.

☐ Ich habe Schwierigkeiten beim **Sehen**.
Oder bin **blind**.

☐ Ich habe **andere Schwierigkeiten**. Und zwar:



Vielen Dank fürs Mitmachen!



Leicht Lesen

Das Leicht Lesen-Gütesiegel von capito bestätigt:

Mindestens drei Personen mit Lernschwierigkeiten haben den Text
auf Verständlichkeit geprüft.

14 Abfrage in den Beratungsstellen

Abfrage in den Beratungsstellen

Sehr geehrte Koordinatorinnen und Koordinatoren der geförderten Peer Counseling Anlaufstellen und Beratungsangebote,

für unseren zweiten Zwischenbericht benötigen wir noch die folgenden Informationen von Ihnen. Bitte beantworten Sie die Fragen **direkt in diesem Word-Dokument** und schicken Sie dieses anschließend an Jan.Braukmann@prognos.com.

Zur Aktualisierung der Beratungsstellen-Typologie

1. Wie viele Peer Counselors arbeiten aktuell in der Beratungsstelle? Wie viele Stunden pro Monat sind die Peer Counselors jeweils in etwa in der Beratungsstelle aktiv (z.B. für Beratungsgespräche oder Besprechungen)?
2. Welche Art der Behinderung haben die Peer Counselors?

Kontext der Beratungsarbeit

3. Wie eng ist Ihr Peer Beratungsangebot mit anderen Service- bzw. Beratungsstellen in der Region vernetzt? Wer sind die wichtigsten Netzwerkpartner?

Koordination, zeitlicher und finanzieller Aufwand

4. Wer ist für die Koordination und Verwaltung der Beratungsstelle zuständig?
5. Mit welchem **Stundenpensum pro Woche**?

6. Bitte denken Sie an eine durchschnittliche Woche: Wie verteilt sich das oben genannte, insgesamt zur Verfügung stehende wöchentliche Stundenpensum auf die folgenden Aufgabenbereiche:

Anwesenheit bei bzw. Begleitung von Beratungsgesprächen der Peer Counselor inkl. Vor- und Nachbereitung, Dokumentation	____ Stunden
Durchführung von Gruppenangeboten, inkl. Vor- und Nachbereitung, Dokumentation (z.B. Vorträge, Workshops/Seminare, Stammtische/offene Cafés, Betriebsbesichtigungen)	____ Stunden
Teambesprechungen (inkl. Vor- und Nachbereitung), Kontakthalten zu den Peer Counselors, Einsatz- und Personalplanung, Terminkoordination	____ Stunden
Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung mit anderen Beratungsstellen oder wichtigen Akteuren	____ Stunden
Allgemeine Verwaltung und Organisation der Beratungsstelle (z.B. Buchhaltung, Abrechnung, Teilnahme an der Evaluation)	____ Stunden
Eigene Durchführung von Peer Counseling-Gesprächen, wenn die Koordinatoren auch selbst Peer Counselor sind	____ Stunden

7. Ist dieses wöchentliche Stundenpensum zu hoch oder zu gering, um diese Tätigkeiten in ausreichendem Umfang wahrzunehmen? Welches Stundenpensum wäre erforderlich?

8. Bei zu geringem Stundenpensum: Für welche der oben genannten Aufgaben wird mehr Zeit benötigt?

9. Wie wird die Einsatz- und Personalplanung der Peer Counselor vorgenommen?

10. Wie werden die Beratungsgespräche koordiniert? (z.B. Wer nimmt die Terminvereinbarung vor? Wie werden die Gespräche auf die Peer Counselors verteilt?)

11. Finden in Ihrer Beratungs-Stelle regelmäßig Besprechungen mit allen Peer-Beraterinnen und Peer-Beratern statt?

☐ Ja, **mehrmals im Monat.**

☐ Ja, etwa einmal Mal im Monat.
☐ Alle zwei bis drei Monate .
☐ Seltener als alle zwei bis drei Monate.
☐ Nein.

12. Worüber wird bei den Besprechungen geredet?

	Das stimmt	Das stimmt nicht
Jede Peer-Beraterin und jeder Peer-Berater kann von seinen Erfahrungen bei den Beratungs-Gesprächen berichten.	☐	☐
Wir überlegen gemeinsam: Wie kann man einem Rat-Suchenden weiterhelfen?	☐	☐
Wir üben Beratungs-Gespräche.	☐	☐
Wir vereinbaren, wer welche Aufgaben übernimmt. Zum Beispiel, wer an welchem Tag in der Beratungs-Stelle arbeitet.	☐	☐

13. Wie viele Ihrer Peer-Berater benötigen regelmäßig Unterstützung bei den folgenden Tätigkeiten?

Bei der Vorbereitung auf ein Beratungs-Gespräch: ____ Berater
Bei der Durchführung der Beratungs-Gespräche: ____ Berater
Bei der Dokumentation der Beratungs-Gespräche: ____ Berater
Bei Termin-Absprachen mit den Rat-Suchenden: ____ Berater
Beim Hin- und Rückweg zur Beratungs-Stelle: ____ Berater
Ohne Unterstützungsbedarf: ____ Berater

14. Wer unterstützt die Peer-Berater mit Unterstützungsbedarf bei den genannten Tätigkeiten regelmäßig?

15. Wie viele Berate sind angestellt? Wie viele arbeiten ehrenamtlich für die Beratungs-Stelle?

Arbeiten ehrenamtlich für die Beratungs-Stelle: ____ Berater
Haben einen Arbeits-Vertrag bei der Beratungs-Stelle: ____ Berater
Sind beim Träger der Beratungsstelle angestellt und werden für die Arbeit als Peer Berater freigestellt: ____ Berater

16. Bekommen die Berater einen festen Geldbetrag für Ihre Arbeit als Peer Beraterin oder Peer Berater? Wie viele Berater entfallen auf die folgenden Kategorien?

Bekommen kein Geld : ____ Berater
Bekommen bis zu 100 Euro im Monat. ____ Berater
Bekommen bis zu zwischen 101 Euro und 450 Euro im Monat. ____ Berater
Bekommen bis zu zwischen 451 und 850 Euro im Monat: ____ Berater
Bekommen bis zu mehr als 850 Euro im Monat: ____ Berater
Geldbetrag ist variabel , je nachdem wie viele Stunden die Berater für ihre Arbeit in der Beratungsstelle freigestellt werden bzw. wie viele Stunden sie in einem Monat in der Beratungsstelle arbeiten: ____ Berater

17. Wie viele der Berater haben einen Schwerbehindertenausweis?

GdB 50 bis 70: ____ Berater
GdB 80 bis 90: ____ Berater
GdB 100: ____ Berater
Keine Schwerbehinderung: ____ Berater

18. Wie viele der Berater wohnen wie?

In einer eigenen Wohnung oder Wohngemeinschaft ohne Unterstützung	____ Berater
In einer eigenen Wohnung oder Wohngemeinschaft mit Unterstützung	____ Berater
Bei den Eltern oder Verwandten	____ Berater
In einem Wohnheim für Menschen mit Behinderungen	____ Berater
Im Seniorenheim oder Pflegeheim	____ Berater
Anderes:  _____	____ Berater
Wohnort unbekannt	____ Berater

19. Wie viele der Berater haben die folgenden Schulabschlüsse?

Gehen noch zur Schule: ____ Berater	Kein Schul-Abschluss: ____ Berater
Förderschul-Abschluss: ____ Berater	Hauptschul-Abschluss: ____ Berater
Realschul-Abschluss: ____ Berater	Abitur: ____ Berater
Anderer Abschluss. Und zwar:  _____:	
Abschluss unbekannt: ____ Berater	

20. Wie viele der Berater befinden sich in den folgenden Arbeitssituationen?
(Mehrfachnennungen möglich)

Bei der Beratungs-Stelle angestellt. ____ Berater
Gehe noch in die Schule oder zur Universität: ____ Berater
Machen eine Ausbildung: ____ Berater
Arbeiten auf dem 1. Arbeitsmarkt: ____ Berater
Sind in einer Werkstatt für behinderte Menschen: ____ Berater
Arbeiten in einer Integrations-Firma: ____ Berater
Besuchen eine Tages-Stätte: ____ Berater
Sind selbstständig: ____ Berater
Bekommen Alters-Rente: ____ Berater
Bekommen eine Rente , weil sie nicht voll arbeiten können: ____ Berater
Sind schon länger krankgeschrieben . Seit mehr als 6 Wochen: ____ Berater
Sind Hausfrau oder Hausmann: ____ Berater
Sind arbeitslos: ____ Berater
Machen gerade eine Reha-Maßnahme: ____ Berater
Anderes. Und zwar:  _____: ____ Berater

Vorlage-Nr. 14/1482

öffentlich

Datum: 11.08.2016
Dienststelle: OE 8
Bearbeitung: Herr Brehmer

Kommission Europa	25.08.2016	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	28.10.2016	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Stand der Kooperation des LVR-Klinikverbundes mit dem Gesundheitsdepartement des Oblasts Lviv/Lemberg Ukraine

Kenntnisnahme:

Der Bericht über den Stand der Kooperation mit dem Oblast Lviv/Lemberg wird gemäß der Vorlage 14/1482 zur Kenntnis genommen.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

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

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

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

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (lfd. Jahr):

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

In Vertretung

H ö t t e

Zusammenfassung:

Mit der Vorlage werden die Kommissionsmitglieder über den aktuellen Stand in Bezug auf die Umsetzung der Kooperationsvereinbarung zwischen dem LVR-Klinikverbund und dem Gesundheitsdepartement des Oblasts Lviv informiert. Zurzeit wird der Termin für die gemeinsame Vertragsunterzeichnung mit Vertretern des Oblasts Lviv koordiniert. Die LVR-Klinik Langenfeld hat ein Rahmenprogramm entworfen, das verschiedene Aspekte der Dezentralisierung thematisiert.

Begründung der Vorlage Nr. 14/1482:

Nachdem der Landschaftsausschuss in seiner Sitzung am 09.03.2016 der Kooperationsvereinbarung zwischen dem LVR-Klinikverbund und dem Gesundheitsdepartement des Oblasts Lviv zugestimmt hat (Vorlage 14/966), liegt mittlerweile auch die Zustimmungserklärung der zuständigen Verwaltungsstelle des Oblasts Lviv vor.

Zurzeit wird der Termin für die gemeinsame Vertragsunterzeichnung mit Vertretern des Oblast Lviv koordiniert, mit dem der Vertrag in Kraft tritt. Dieser Termin soll voraussichtlich Ende 2016/ Anfang 2017 in Köln stattfinden.

Die LVR-Klinik Langenfeld bereitet zurzeit ein Rahmenprogramm vor. Der thematische Schwerpunkt wird auf verschiedenen Aspekten der Dezentralisierung liegen. Damit greift das Rahmenprogramm eines der zentralen Ziele des Kooperationsvertrages auf. Mit der Zusammenarbeit soll insbesondere der Dezentralisierungsprozess bezüglich der Versorgung psychisch kranker Menschen gefördert werden.

Eine Skizze des voraussichtlichen Programmablaufs ist beigelegt.

Darüber hinaus findet Ende Spätsommer 2016 ein von den LVR-Kliniken organisierter Hilfstransport mit medizinischen Einrichtungs- und Hilfsgegenständen zur Klinik Kulparkov statt.

In Vertretung

H ö t t e

Anlage

Voraussichtliches Rahmenprogramm

anlässlich des Besuchs von Vertretern des Oblast Lviv / Lemberg zur Unterzeichnung der Kooperationsvereinbarung zwischen dem LVR-Klinikverbund und dem Gesundheitsdepartement des Oblast Lviv

Tag 1:

vormittags:

Anreise der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in die LVR-Klinik Langenfeld (Unterkunft in den Gästeappartements der LVR-Klinik Langenfeld)

nachmittags:

Begrüßungs-Workshop in der LVR-Klinik Langenfeld – aktueller Stand in der Oblast Lviv und im Rheinland

Tag 2:

vormittags:

Unterschrift und Übergabe der Kooperationsvereinbarung im Rahmen einer kleinen Feierstunde in Köln

nachmittags:

Besuch des LVR-Versorgungsforschungsinstitutes: Austausch zu dem aktuellen Versorgungsstand in der Psychiatrie

Tag 3:

vormittags:

Workshop zu den Dezentralisierungsprojekten in der Oblast Lviv sowie im LVR-Klinikverbund

nachmittags:

Abreise der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

TOP 12 Anträge und Anfragen der Fraktionen

TOP 13 Mitteilungen der Verwaltung

TOP 14 Verschiedenes