

An die Mitglieder
des Krankenhausausschusses 2

Köln, 01.09.2016
Frau Gottschalk
LVR-Klinikum
Düsseldorf

Krankenhausausschuss 2

Dienstag, 13.09.2016, 10:00 Uhr

**LVR-Klinikum Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf,
Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf
im Sozialzentrum (Haus 27)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur **10.** Sitzung lade ich herzlich ein.

Während der Sitzung sind Sie telefonisch zu erreichen unter Tel. Nr. 0211/922-1362.

Die Vorbesprechung der CDU-Fraktion findet ab **8:30 Uhr in Konferenzraum 1 im Direktionsgebäude (Haus 41, 1. Etage)** statt, die Vorbesprechung der SPD-Fraktion findet **ab 8:30 Uhr in Konferenzraum 4 im Direktionsgebäude (Haus 41, 1. Etage)** statt. Die gemeinsame Vorbesprechung der Fraktionsvertretungen von CDU und SPD findet um **9:30 Uhr im Konferenzraum 2 im Direktionsgebäude (Haus 41, 1. Etage)** statt.

Für die Vorbesprechung der Fraktionen von Bündnis 90/Die Grünen, FDP, Die Linke und Freie Wähler/Piraten ist der **Konferenzraum 3 im Direktionsgebäude (Haus 41) ab 09:00 Uhr** reserviert.

Wir möchten Sie bitten, Ihre Garderobe im Raum 003 des Sozialzentrums abzugeben.

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.

Hinweis:

Im Anschluss an die Sitzung und nach einer kleinen Umbaupause findet die Verabschiedung von Herrn Univ. Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel um 13:00 Uhr statt. Hierzu haben Sie eine separate Einladung erhalten.

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

Nichtöffentliche Sitzung

Beratungsgrundlage

1. Anerkennung der Tagesordnung
2. Niederschrift über die 9. Sitzung vom 14.06.2016
3. Berichte über die Prüfung der Jahresabschlüsse und Lageberichte 2015 der LVR-Kliniken
- 3.1. Bericht über die Prüfung des Jahresabschlusses und des Lageberichtes 2015 des LVR-Klinikums Düsseldorf
Berichterstattung: Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO **14/1495 K**
- 3.2. Bericht über die Prüfung des Jahresabschlusses und des Lageberichtes 2015 der LVR-Klinik Köln
Berichterstattung: Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO **14/1466 K**
- 3.3. Bericht über die Prüfung des Jahresabschlusses und des Lageberichtes 2015 der LVR-Klinik Langenfeld
Berichterstattung: Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO **14/1403 K**
4. Lageberichte 2015 der LVR-Kliniken
- 4.1. Lagebericht 2015 des LVR-Klinikums Düsseldorf
Berichterstattung: Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf **14/1494 K**
- 4.2. Lagebericht 2015 der LVR-Klinik Köln
Berichterstattung: Klinikvorstand LVR-Klinik Köln **14/1460 K**
- 4.3. Lagebericht 2015 der LVR-Klinik Langenfeld
Berichterstattung: Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld **14/1404 K**
5. Personalmaßnahmen
- 5.1. Bestellung zur Ärztlichen Direktorin im Klinikvorstand des LVR-Klinikums Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Berichterstattung: LVR-Verbundzentrale **14/1453 E**
- 5.2. Besetzung der Stellvertretenden Pflegedirektion im Klinikvorstand des LVR-Klinikums Düsseldorf
Berichterstattung: LVR-Verbundzentrale **14/1408 E**
- 5.3. Wiederbestellung zur Ärztlichen Direktorin im Klinikvorstand der LVR-Klinik Köln
Berichterstattung: LVR-Verbundzentrale **14/1393 E**
- 5.4. Wiederbestellung zum Kaufmännischen Direktor und Vorsitzenden des Klinikvorstandes der LVR-Klinik Langenfeld
Berichterstattung: LVR-Verbundzentrale **14/1390 E**

- 5.5. Wiederbestellung zur Stellvertreterin der Pflegedirektion im Klinikvorstand der LVR-Klinik Langenfeld **14/1330 E**
Berichterstattung: LVR-Verbundzentrale
6. Erwerb eines Teilerbbaurechts, verbunden mit dem Sondereigentum an drei Etagen eines Gebäudes auf dem Gelände des evangelischen Krankenhauses Mettmann **14/1496 E** folgt
Berichterstattung: LVR-Dezernat Gebäude- und Liegenschaftsmanagement, Umwelt, Energie, Rheinische Beamten-Baugesellschaft mbH
7. Zwischenbericht über die konzeptionelle Neuausrichtung des Zentrums für Neurologie und Neuropsychiatrie am LVR-Klinikum Düsseldorf **14/1401 K**
Berichterstattung: Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf
8. Besuchsberichte nach PsychKG NRW in den LVR-Kliniken
- 8.1. Überprüfung von Einrichtungen gemäß § 23 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) NRW **14/1487 K**
hier: Besuch der Abteilung für Allgemeinpsychiatrie des LVR-Klinikums Düsseldorf
Berichterstattung: LVR-Verbundzentrale
- 8.2. Überprüfung von Einrichtungen gemäß § 23 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) NRW **14/1488 K**
hier: Besuch der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des LVR-Klinikums Düsseldorf
Berichterstattung: LVR-Verbundzentrale
- 8.3. Überprüfung von Einrichtungen gemäß § 23 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) NRW **14/1456 K**
hier: Besuch der Abteilung für Allgemeinpsychiatrie der LVR-Klinik Köln
Berichterstattung: LVR-Verbundzentrale
9. Baucontrollingbericht für die LVR-Kliniken Köln und Langenfeld sowie das LVR-Klinikum Düsseldorf **14/1462 K**
Berichterstattung: LVR-Dezernat Gebäude- und Liegenschaftsmanagement, Umwelt, Energie, Rheinische Beamten-Baugesellschaft mbH
10. Aufwands- und Ertragsentwicklung im II. Quartal 2016
- 10.1. II. Quartalsbericht 2016 des LVR-Klinikums Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf **14/1426 K**
Berichterstattung: Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf
- 10.2. II. Quartalsbericht 2016 der LVR-Klinik Köln **14/1467 K**
Berichterstattung: Klinikvorstand LVR-Klinik Köln

- 10.3. II. Quartalsbericht 2016 der LVR-Klinik Langenfeld **14/1406 K**
Berichterstattung: Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld
11. Vergaben
- 11.1. LVR-Klinikum Düsseldorf **14/1362 B**
hier: Vergabe der Wärmeversorgungsanlage
Berichterstattung: LVR-Dezernat Gebäude- und
Liegenschaftsmanagement, Umwelt, Energie, Rheinische
Beamten-Baugesellschaft mbH
- 11.2. LVR-Klinikum Düsseldorf **14/1391 B**
hier: Vergabe der Elektrotechnischen Anlagen
Berichterstattung: LVR-Dezernat Gebäude- und
Liegenschaftsmanagement, Umwelt, Energie, Rheinische
Beamten-Baugesellschaft mbH
- 11.3. LVR-Klinikum Düsseldorf **14/1392 B**
hier: Vergabe der Schwachstromanlagen
Berichterstattung: LVR-Dezernat Gebäude- und
Liegenschaftsmanagement, Umwelt, Energie, Rheinische
Beamten-Baugesellschaft mbH
- 11.4. LVR-Klinikum Düsseldorf **14/1428 B**
hier: Neuvergabe der Raumlufttechnischen Anlagen
Berichterstattung: LVR-Dezernat Gebäude- und
Liegenschaftsmanagement, Umwelt, Energie, Rheinische
Beamten-Baugesellschaft mbH
- 11.5. LVR-Klinik Langenfeld **14/1476 B**
hier: Neuvergabe der Trockenbauarbeiten
Berichterstattung: LVR-Dezernat Gebäude- und
Liegenschaftsmanagement, Umwelt, Energie, Rheinische
Beamten-Baugesellschaft mbH
- 11.6. Vergabe eines Auftrages für die konsiliarischen **14/1491 B**
zahnärztlichen Leistungen in der LVR-Klinik Langenfeld
Berichterstattung: LVR-Dezernat Personal und
Organisation
12. Vergabeübersichten über das II. Quartal 2016 mit einer
Vergabesumme ab EUR 10.000,-
- 12.1. Vergabeübersicht über das II. Quartal 2016 des LVR- **14/1379 K**
Klinikums Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-
Universität Düsseldorf
Berichterstattung: Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf
- 12.2. Vergabeübersicht über das II. Quartal 2016 der LVR-Klinik **14/1485 K**
Köln
Berichterstattung: Klinikvorstand LVR-Klinik Köln
- 12.3. Vergabeübersicht über das II. Quartal 2016 der LVR-Klinik **14/1455 K**
Langenfeld
Berichterstattung: Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld

- 12.4. Vergabeübersicht des LVR-Fachbereiches Gebäude- und Liegenschaftsmanagement für die LVR-Kliniken Köln und Langenfeld sowie das LVR-Klinikum Düsseldorf für das II. Quartal 2016 **14/1396 K**
Berichterstattung: LVR-Dezernat Gebäude- und Liegenschaftsmanagement, Umwelt, Energie, Rheinische Beamten-Baugesellschaft mbH
13. Maßregelvollzug
- 13.1. Niederschrift über die 5. Sitzung des Beirates der Forensik bei der LVR-Klinik Köln am 22.02.2016 **14/1270 K**
Berichterstattung: Klinikvorstand LVR-Klinik Köln
- 13.2. Niederschrift über die 4. Sitzung des Beirates der Forensik bei der LVR-Klinik Langenfeld am 10.03.2016 **14/1334 K**
Berichterstattung: Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld
- 13.3. Auswirkungen des Maßregelvollzugs auf die Allgemeinpsychiatrie
Berichterstattung: LVR-Verbundzentrale, Klinikvorstände LVR-Kliniken Köln und Langenfeld
14. Anträge und Anfragen der Fraktionen
15. Beschlusskontrolle
16. Mitteilungen der Verwaltung
- 16.1. LVR-Verbundzentrale
- 16.2. Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf
- 16.3. Klinikvorstand LVR-Klinik Köln
- 16.4. Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld
17. Verschiedenes

Öffentliche Sitzung

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

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

Mit freundlichen Grüßen
Der Vorsitzende

S t i e b e r

Niederschrift
über die 9. Sitzung des Krankenhausausschusses 2
am 14.06.2016 in der LVR-Klinik Köln
- öffentlicher Teil -

Anwesend vom Gremium:

CDU

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

SPD

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

Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Barion, Katrin
Schäfer, Ilona
Zsack-Möllmann, Martina

FDP

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

Die Linke.

Glagla M.A., Daniela

Freie Wähler/Piraten

Benoit, Andreas	für Bosch, Robert
-----------------	-------------------

Verwaltung:

Wenzel-Jankowski, Martina	LVR-Dezernatsleitung 8
Heister, Joachim	LVR-Fachbereichsleiter 81
Lüder, Klaus	LVR-Fachbereichsleiter 82
Thewes, Stefan	LVR-Fachbereichsleiter 83
Stephan-Gellrich, Susanne	LVR-Fachbereich 84
Frielingsdorf, Stefan	LVR-Fachbereich 06
Kuchenbecker, Andreas	Geschäftsbereichsleitung
	LVR-Akademie für seelische Gesundheit

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

Prof. Dr. Gaebel, Wolfgang	Ärztlicher Direktor
Maas, Klemens	Pflegedirektor
Heinlein, Joachim	Kaufmännischer Direktor
Dr. Dechering, Stefanie	Integrationsbeauftragte

LVR-Klinik Langenfeld

Muysers, Jutta	Ärztliche Direktorin
Ludowisy-Dehl, Silke	Pflegedirektorin
Höhmnn, Holger	Kaufmännischer Direktor
Dr. Ozankan, Murat	Integrationsbeauftragter

LVR-Klinik Köln

Prof. Dr. Gouzoulis-Mayfrank, E.	Ärztliche Direktorin
Allisat, Frank	Pflegedirektor
Schürmanns, Jörg	Kaufmännischer Direktor
Dr. Gün, Ali Kemal	Integrationsbeauftragter
Mainka, Agathe	Schriftführerin

Zuhörer

Meinberger, Rudolf	LVR-Klinik Köln
Schramm, Martina	LVR-Klinik Langenfeld

Tagesordnung

Öffentliche Sitzung

Beratungsgrundlage

1. Anerkennung der Tagesordnung
2. Niederschrift über die 8. Sitzung vom 26.04.2016
3. Bericht der Integrationsbeauftragten
4. Programme zur Personalentwicklung im Pflegedienst der LVR-Kliniken
- 4.1. Förderung eines weiterbildungsintegrierten Studiums für Beschäftigte des Pflegedienstes im LVR-Klinikverbund **14/1193 E**
- 4.2. Fit für die Pflegedienstleitung in der Psychiatrie **14/1244 E**
5. Anpassung der Geschäftsordnung für die Ombudspersonen in den LVR-Kliniken **14/1187 E**
6. Neubestellung eines Mitgliedes des Beirates der Forensik in der LVR-Klinik Langenfeld **14/1247 B**
7. Verbesserung der Teilhabe von Suchtkranken am Arbeitsleben **14/1161 K**
8. Bericht über die Sponsoringleistungen an den Landschaftsverband Rheinland im Jahr 2015 **14/1254 K**
9. Information über das Ausscheiden von Frau Goetz zum 21.01.2017 und das anstehende Ausschreibungsverfahren
10. Angebote des LVR als Beitrag zur Unterstützung der Kommunen bei der Unterbringung und Betreuung von Flüchtlingen
11. Anträge und Anfragen der Fraktionen
12. Mitteilungen der Verwaltung
- 12.1. LVR-Verbundzentrale
- 12.2. Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf
- 12.3. Klinikvorstand LVR-Klinik Köln
- 12.4. Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld
13. Verschiedenes

Nichtöffentliche Sitzung

14. Niederschrift über die 8. Sitzung vom 26.04.2016
15. Wiederbestellung zur Ärztlichen Direktorin im Klinikvorstand der LVR-Klinik Langenfeld **14/1246 E**

16.	Bestellung eines Wirtschaftsprüfers für die Prüfung des Jahresabschlusses und des Lageberichtes 2016 des LVR-Klinikums Düsseldorf sowie der LVR-Kliniken Langenfeld und Köln	14/1196 B
17.	Niederschlagung einer Pflegekostenforderung des LVR Klinikums Düsseldorf	14/957 B
18.	Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)	14/1297 K
19.	Investitionsprogramm 2016 für Krankenhäuser des Landes Nordrhein-Westfalen	14/1243 K
20.	Aufwands- und Ertragsentwicklung im I. Quartal 2016	
20.1.	I. Quartalsbericht 2016 des LVR-Klinikums Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität	14/1263 K
20.2.	I. Quartalsbericht 2016 der LVR-Klinik Köln	14/1259 K
20.3.	I. Quartalsbericht 2016 der LVR-Klinik Langenfeld	14/1183 K
21.	Vergaben	
21.1.	LVR-Klinikum Düsseldorf hier: Gewerkvergabe Sanitär	14/1185 B
21.2.	LVR-Klinikum Düsseldorf hier: Vergabe der Raumluftechnischen Anlagen	14/1205 B
21.3.	LVR-Klinik Langenfeld hier: Vergabe der Stark- und Schwachstrominstallationen	14/1199 B
21.4.	LVR-Klinik Langenfeld hier: Vergabe der Sanitärarbeiten	14/1214 B
21.5.	LVR-Klinik Langenfeld hier: Vergabe der Abbruch-, Erd- und Rohbauarbeiten	14/1245 B
21.6.	LVR-Klinik Langenfeld hier: Vergabe der Trockenbauarbeiten	14/1284 B
22.	Vergabeübersichten über das I. Quartal 2016 mit einer Vergabesumme ab EUR 10.000,-	
22.1.	Vergabeübersicht über das I. Quartal 2016 des LVR-Klinikums Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf	14/1232 K
22.2.	Vergabeübersicht über das I. Quartal 2016 der LVR-Klinik Köln	14/1265 K
22.3.	Vergabeübersicht über das I. Quartal 2016 der LVR-Klinik Langenfeld	14/1253 K

- 22.4. Vergabeübersicht des LVR-Fachbereiches Gebäude-und Liegenschaftsmanagement für das LVR-Klinikum Düsseldorf sowie für die LVR-Kliniken Langenfeld und Köln für das I. Quartal 2016 **14/1203 K**
23. Maßregelvollzug
- 23.1. Novellierung §§ 63 ff. StGB/Grundsatz der Verhältnismäßigkeit **14/1218 K**
- 23.2. Auswirkungen des Maßregelvollzugs auf die Allgemeinpsychiatrie
24. Anträge und Anfragen der Fraktionen
25. Mitteilungen der Verwaltung
- 25.1. LVR-Verbundzentrale
- 25.2. Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf
- 25.3. Klinikvorstand LVR-Klinik Köln
- 25.4. Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld
26. Verschiedenes

Beginn der Sitzung:	10:00 Uhr
Ende öffentlicher Teil:	11:11 Uhr
Ende nichtöffentlicher Teil:	11:56 Uhr
Ende der Sitzung:	11:56 Uhr

Der Vorsitzende begrüßt alle Anwesenden und informiert, dass das heutige Catering durch die Mitarbeitenden der Verteilerküche zubereitet wurde. Er lädt im Anschluss an die Sitzung zur Eröffnung der Integrationsabteilung Verteilerküche der LVR-Klinik Köln im Gebäude L ein.

Öffentliche Sitzung

Punkt 1

Anerkennung der Tagesordnung

Keine Wortmeldung.

Die Tagesordnung wird einstimmig genehmigt.

Punkt 2

Niederschrift über die 8. Sitzung vom 26.04.2016

Keine Wortmeldung.

Die Niederschrift wird einstimmig genehmigt.

Punkt 3 **Bericht der Integrationsbeauftragten**

Frau Schäfer bedankt sich für die drei Vorträge und fragt, ob für alle Anfragen ein Sprach- und Integrationsmittler vorhanden ist und ob die Ausbildung durch den LVR gefördert wird. Herr Dr. Gün informiert, dass die LVR-Klinik eine interne Fremdsprachenliste vorhält und sich bei Bedarf externer Dolmetscher bedient. Herr Dr. Ozankan teilt mit, dass es während der regulären Arbeitszeiten keine Schwierigkeiten gibt. Lediglich abends und an Wochenenden ist der Aufwand größer.

Zur finanziellen Unterstützung der Ausbildung berichtet Frau Wenzel-Jankowski, dass der Einsatz von Sprach- und Migrationsmittlern als freiwillige Leistung des LVR im Rahmen des Verbundprojekts Migration mit 100.000 EUR pro Jahr gefördert wird. Darüber hinaus wurde im letzten Jahr über den Landschaftsausschuss eine Summe i. H. v. von ca. 200.000 EUR für die Versorgung von Flüchtlingen eingeräumt, aus der u. a. ein kleiner Teil für das Programm verwendet wird. Darüber hinaus kann derzeit im Rahmen der begrenzten Haushaltsmittel keine höhere Summe zur Verfügung gestellt werden. Die weitere Entwicklung wird nun beobachtet und ggf. neu thematisiert.

Die Frage von Frau Gagla, ob es zwischenzeitlich weitere Abschiebungen der in der letzten Sitzung geschilderten Art in den LVR-Kliniken gab, verneinen die Klinikvorstände.

Die Folienvorträge der Integrationsbeauftragten der LVR-Klinik Köln und des LVR-Klinikums Düsseldorf sind als **Anlagen** beigefügt.

Der Krankenhausausschuss 2 nimmt die Berichte der Integrationsbeauftragten des LVR-Klinikums Düsseldorf, Frau Dr. Dechering und der LVR-Kliniken Köln, Herrn Dr. Gün und Langenfeld, Herrn Dr. Ozankan zur Kenntnis.

Punkt 4 **Programme zur Personalentwicklung im Pflegedienst der LVR-Kliniken**

Punkt 4.1 **Förderung eines weiterbildungsintegrierten Studiums für Beschäftigte des Pflegedienstes im LVR-Klinikverbund** **Vorlage 14/1193**

Keine Wortmeldung.

Der folgende empfehlende Beschluss wird einstimmig gefasst:

Die Verwaltung wird beauftragt, das Personalentwicklungsprogramm "weiterbildungsintegriertes Studium für Beschäftigte des Pflegedienstes im LVR-Klinikverbund" gemäß Vorlage Nr. 14/1193 umzusetzen.

Punkt 4.2 **Fit für die Pflegedienstleitung in der Psychiatrie** **Vorlage 14/1244**

Keine Wortmeldung.

Der folgende empfehlende Beschluss wird einstimmig gefasst:

Dem Führungsnachwuchsprogramm "Fit für die Pflegedienstleitung in der Psychiatrie" wird gemäß Vorlage Nr. 14/1244 zugestimmt.

Punkt 5

Anpassung der Geschäftsordnung für die Ombudspersonen in den LVR-Kliniken Vorlage 14/1187

Frau Glagla ist der Auffassung, dass die Vorlage den LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) berührt und die Vorgaben des LVR-Aktionsplans für Gleichstellung, Familienfreundlichkeit und Gender Mainstreaming berücksichtigt und bittet um Erklärung, warum dies in der Vorlage als nicht zutreffend deklariert wurde.

Herr Frielingsdorf erläutert, dass es sich bei der Vorlage lediglich um die konkrete Anpassung der Geschäftsordnung zu den Fortbildungs-, Qualifizierungs- und Vernetzungsangeboten und nicht um das Beschwerdemanagement handelt, welches tatsächlich die BRK und Gendermainstreaming berühren würde.

Der folgende empfehlende Beschluss wird einstimmig gefasst:

Die Geschäftsordnung für die Ombudspersonen in den LVR-Kliniken wird um eine Regelung zur Wahrnehmung von Fortbildungs-, Qualifizierungs- und Vernetzungsangeboten gem. Vorlage 14/1187 ergänzt.

Punkt 6

Neubestellung eines Mitgliedes des Beirates der Forensik in der LVR-Klinik Langenfeld Vorlage 14/1247

Keine Wortmeldung.

Der folgende Beschluss wird einstimmig gefasst:

Frau Dagmar Eickenberg wird gemäß Vorlage Nr. 14/1247 als Nachfolgerin von Frau Frigga Lamm zum Mitglied des Forensik-Beirates in der LVR-Klinik Langenfeld bestellt.

Punkt 7

Verbesserung der Teilhabe von Suchtkranken am Arbeitsleben Vorlage 14/1161

Frau Dr. Strack-Zimmermann bittet um Information, mit welchen Jobcentern eine schlechte Zusammenarbeit besteht, so dass Unterstützung durch die Kommunen geleistet werden könnte. Herr Ciesla-Baier empfiehlt eine Nachbesserung und Intervention in den Jobcentern durch die Klinikvorstände und bietet die Schaffung von Verbindungen zum Beirat an, um eine bessere Zusammenarbeit sicherzustellen. Er bittet um anschließende Berichtserstattung.

Frau Loepf stimmt Frau Dr. Strack-Zimmermann und Herrn Ciesla-Baier zu und erachtet die Vorlage als eingebracht. Die Nachbesserung sollte eine gemeinsame Aktion von den Klinikvorständen, Politik und den Beiräten sein.

Herr Professor Gaebel bestätigt, dass sich die Kooperation mit dem Jobcenter derzeit auf individuelle Aktivitäten mit einzelnen Patienten beschränkt. Eine Verbesserung der Kooperation wird angestrebt.

Frau Professor Gouzoulis-Mayfrank berichtet, dass die Kontakte und Gespräche der LVR-Klinik Köln mit dem Jobcenter positiv und konstruktiv verlaufen sind, und die Planungen bereits fortgeschritten waren. Es wurde wahrgenommen, dass ein Interesse des Jobcenters an einer Kooperation besteht, jedoch aufgrund von fehlenden finanziellen

Mitteln nicht zustande kommen konnte. Eine politische Unterstützung wäre zur Frage der Finanzierung somit sehr hilfreich.

Der Vorsitzende bittet die politischen Vertreter, die Gremien aufzufordern, tätig zu werden, so dass das Thema in einer der nächsten Sitzungen des Krankenhausausschusses 2 erneut behandelt wird.

Der Bericht zur Verbesserung der Teilhabe von Suchtkranken am Arbeitsleben wird gemäß Vorlage Nr. 14/1161 zur Kenntnis genommen.

Punkt 8

Bericht über die Sponsoringleistungen an den Landschaftsverband Rheinland im Jahr 2015

Vorlage 14/1254

Keine Wortmeldung.

Der Bericht über die Sponsoringleistungen an den Landschaftsverband Rheinland im Jahr 2015 wird gemäß Vorlage 14/1254 zur Kenntnis genommen.

Punkt 9

Information über das Ausscheiden von Frau Goetz zum 21.01.2017 und das anstehende Ausschreibungsverfahren

Herr Frielingsdorf informiert, dass die Verabschiedung von Frau Goetz und die Abstimmung zur Neubesetzung der Ombudsperson in der Sitzung des Krankenhausausschusses am 06.12.2016 vorgesehen ist.

Der Krankenhausausschuss 2 nimmt die Information von Herrn Frielingsdorf über das Ausscheiden von Frau Goetz zum 21.01.2017 nach 18-jähriger Tätigkeit als Ombudsfrau und das ausstehende Ausschreibungsverfahren mit großem Bedauern zur Kenntnis.

Punkt 10

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

Frau Schmidt-Zadel bittet darum, diesen Tagesordnungspunkt auch regelmäßig im Gesundheitsausschuss zu behandeln.

Herr Professor Gaebel lädt herzlich anlässlich des Weltflüchtlingstags 2016 zu einer Fachtagung unter dem Titel "Flucht und psychische Gesundheit" am 20.06.2016 von 14:00 bis 16:00 Uhr im Palais Wittgenstein ein.

Punkt 11

Anträge und Anfragen der Fraktionen

Keine Wortmeldung.

Punkt 12

Mitteilungen der Verwaltung

Punkt 12.1

LVR-Verbundzentrale

Frau Wenzel-Jankowski informiert, dass der überarbeitete Referentenentwurf des Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) zum neuen Psych-KG dem Landtag nun vorliegt und dem Gesundheitsausschuss des Landtages zur Beratung überwiesen wurde. Gegenüber dem ersten Entwurf gab es einige Änderungen. Die wichtigste Änderung ist die unter bestimmten Voraussetzungen zulässige Zwangsbehandlung im Falle einer Fremdgefährdung.

Ein weiterer Schwerpunkt des Gesetzentwurfs ist die Neufassung der Sicherungsmaßnahmen, der Fixierungen durch mechanische Hilfsmittel. Die länger andauernde Fixierung bedarf zukünftig einer gerichtlichen Genehmigung. Dies gilt nicht für die Fixierung von Minderjährigen, die in einem eigenen Abschnitt behandelt wird. Die übrigen Änderungen dienen vor allem der sprachlichen Klarstellung. Dies gilt insbesondere für Behandlungsvereinbarungen, die Übertragung hoheitlicher Befugnisse auf private Krankenhausbetreiber und die Befugnisse der Aufsichtsbehörden sowie der Zusammensetzung des Landesfachbeirats Psychiatrie.

Die Verwaltung begrüßt die Änderungen, obwohl nicht alle von der Verwaltung vorgetragene Vorschläge übernommen wurden.

Frau Wenzel-Jankowski teilt mit, dass das Universitätsklinikum Düsseldorf (UKD) am Morgen der Sitzung des Krankenhausausschusses 2 die Kooperation des Zentrum für Neurologie und Neuropsychiatrie (ZNN) mit dem LVR-Klinikum Düsseldorf zum 30.06.2016 gekündigt hat.

Das UKD hat sich als ein Kooperationspartner herausgestellt, der in erster Linie wirtschaftlich und in zweiter Linie versorgungspolitisch agiert. Die Betten der Abteilung Neurologie bleiben als bedarfsgerecht im Krankenhausbedarfsplan zunächst weiter bestehen. Bereits in der kommenden Woche sollen Gespräche mit Krankenkassen und eventuellen Kooperationspartnern aufgenommen werden, da das Klinikum weiter auf Kooperationen angewiesen sein wird.

Frau Loepf stellt fest, dass dieses Vorgehen des UKD nicht überrascht. Die Art und Weise der Überbringung der Nachricht in der letzten Minute weist auf ein strategisches Vorgehen hin. Sie erwartet eine geordnete Sitzungsvorlage und einen detaillierten Bericht über die Änderungen in der nächsten Sitzung des Krankenhausausschusses 2.

Frau Dr. Strack-Zimmermann ist überrascht über die Verwunderung der Verwaltung bezüglich der Kündigung und eine so späte Reaktion des LVR, da bereits mehrmals gebeten wurde, dieses Szenario wesentlich früher durchzuspielen. Sie habe wiederholt mitgeteilt, dass die Fortführung der Kooperation seitens des UKD nicht gewünscht ist, vor allem aufgrund der hohen Investitionskosten.

Frau Wenzel-Jankowski erwidert daraufhin, dass das UKD nach Eindruck des Vorstandes die Bereitschaft zu einem tragfähigen Kompromiss signalisiert hat und aus diesem Grund keine kurzfristige Kündigung erwartet wurde.

Im Bezug auf die Investitionen des UKD (MRT) waren diese von Anfang an Vertragsbestandteil.

Der LVR ist bezüglich seiner drei neurologischen Abteilungen darauf angewiesen, mit einem somatischen Haus im Versorgungsgebiet zusammenzuarbeiten. Frau Wenzel-Jankowski sagt eine schriftliche Vorlage für die nächste Sitzung des

Krankenhausausschusses zu.

Herr Professor Gaebel betont, dass das Konzept nach wie vor bedarfsgerecht ist, sich erfolgreich entwickelt und daher immer die Zustimmung des Krankenhausausschusses 2 fand, jedoch der Partner für die Durchführung offenbar nicht der Richtige ist.

Frau Dr. Strack-Zimmermann fügt hinzu, dass zwar die Anzahl der Fälle in Ordnung war, die Schwere der Fälle jedoch nicht. Die schweren Fälle müssen oft auch somatisch begleitet werden.

Auf die Nachfrage von Frau Zepuntke, wie ab dem 01.07.2016, vor allem im Hinblick auf den etablierten Rettungsbedarfsplanverfahren und die bisherigen Erfahrungen, verfahren wird, bittet Frau Loepf Details in den nichtöffentlichen Teil zu verschieben.

Der Vorsitzende bittet die Verwaltung zusammenfassend um zwei Vorlagen für die nächste Sitzung des Krankenhausausschusses zu Psych-KG und Planungen zum ZNN.

Punkt 12.2

Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf

Keine Wortmeldung.

Punkt 12.3

Klinikvorstand LVR-Klinik Köln

Keine Wortmeldung.

Punkt 12.4

Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld

Keine Wortmeldung.

Punkt 13

Verschiedenes

Keine Wortmeldung.

Düsseldorf, 23.08.2016

Der Vorsitzende

S T I E B E R

Köln, 16.08.2016

Für den Klinikvorstand

S C H Ü R M A N N S
Vorsitzender des Vorstands

Zuständigkeiten der Integrationsbeauftragten des LVR-Klinikums Düsseldorf

**Aufteilung der Aufgaben der beiden ärztlichen Integrationsbeauftragten,
Hr. Dr. Schmidt-Kraepelin, OA/ Fr. Dr. Dechering, OÄin:**

Aufgabengebiet		
Akut- und Regelbehandlung aller psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankheitsbilder bei Menschen mit Migrationshintergrund	Hr. Schmidt-Kraepelin	
Vorschlag und Koordination von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung im Rahmen des Qualitätsmanagements.	Hr. Schmidt-Kraepelin	
Psychosomatische und traumatherapeutische Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund und Traumafolgestörungen		Fr. Dechering
Behandlung von Minderjährigen		Fr. Dechering
Kontakt zwischen den LVR-Kliniken und weiteren Trägern	Gemeinsam	
Kontakt zwischen der Klinik und kommunalen Stellen des Versorgungsgebietes	Gemeinsam	
Beratende Funktion bei internen Projekten AMIF SIM	Gemeinsam	
Ermittlung des klinikinternen Bedarfs an gezielter Fort- und Weiterbildung für die Fachkräfte.	Gemeinsam	

LVR-Förderprogramm Migration

- enge Kooperation mit dem LVR-Klinikverbundprojekt Migration
- Ausgaben für SIM in 2015: ca. 60.000 Euro (Patientinnen und Patienten mit Flucht- und Migrationshintergrund gesamt)

LVR-Flüchtlingshilfen

- **Abteilungsübergreifende Koordinierung/Fallmanagement als Angebot für besonders schutzbedürftige traumatisierte Flüchtlinge** (Herr Nastradin, Psycholog. Psychotherapeut)
- **Kreativtherapeutische Angebote für Flüchtlingskinder** (Frau Heriniaina, Kunsttherapeutin)

LVR-Klinikum Düsseldorf

- Ausschreibung der Stelle: „Interkulturelle Koordination“ (bisher Frau Paffenholz)
 - aktuelles **EU-Projekt „Erkennen und Handeln“**, klinikinterne Vernetzung zwischen TAZ und Transkultureller Psychosomatischer Ambulanz, Kooperation mit externen Partnern (u. a. Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf, Diakonie Düsseldorf)
-

Bericht des Integrationsbeauftragten der LVR-Klinik Köln

- Krankenhausausschuss -

Köln, 14.06.2016

Dr. Ali Kemal Gün

Inhalt

1. Integrationsbeauftragter in der LVR-Klinik Köln
2. Angebote und Maßnahmen im Berichtsjahr 2015 – 2016
3. Zukunftsperspektiven zur weiteren Verbesserung der Versorgung von Migranten

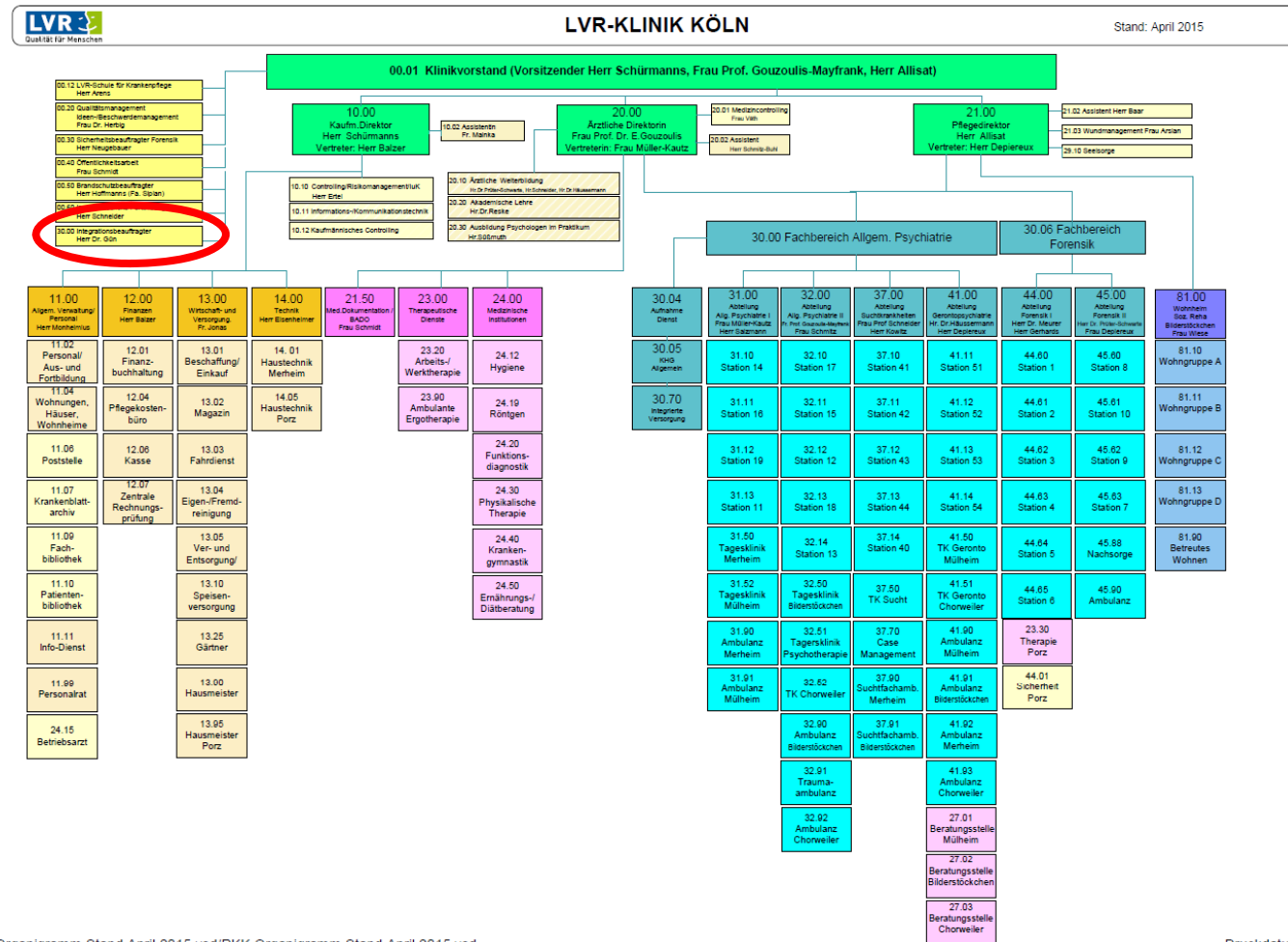
1) Integrationsbeauftragter in der LVR-Klinik Köln

Der Integrationsbeauftragte der LVR-Klinik Köln

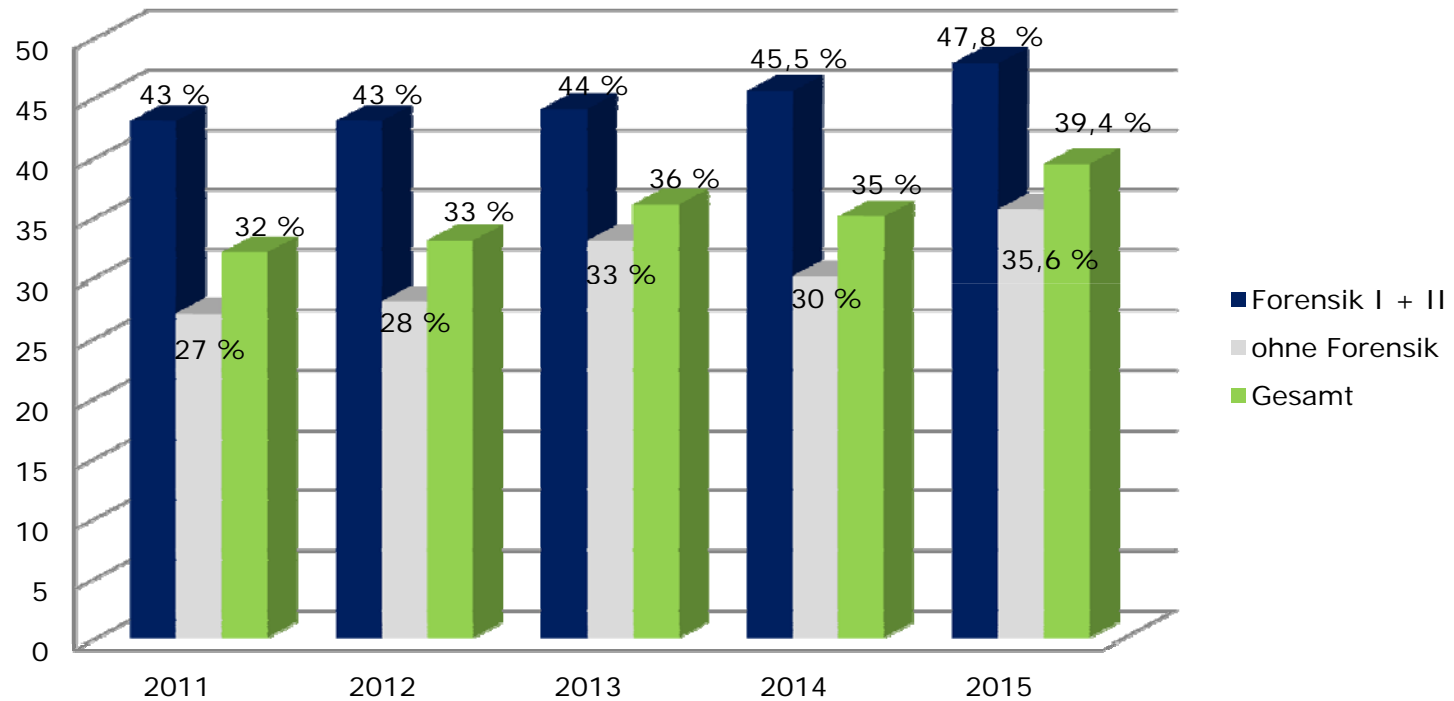
- ist entsprechend des „**Aufgabenprofils für die Integrationsbeauftragten der LVR-Kliniken**“ (von 14.03.2012) **dem Vorstand** unterstellt
- Der Integrationsbeauftragter arbeitet nach einem (25 seitigen) **Konzept** zur Verbesserung der Versorgung von Migrantinnen und Migranten in der LVR-Klinik Köln (vom KV-Genehmigt am 03.09.2015)
- ist für diese Tätigkeit zu **50 % freigestellt** und
- arbeitet sehr eng zusammen mit QMB (Mitglied des QZI-Qualitätszirkel Integration)

11.02

Dr. Vielhaber



Anteil Migranten an den Patienten LVR-Klinik Köln 2011-2015



2) Angebote und Maßnahmen

1. Freigestellter **Integrationsbeauftragter**
2. **Konzept des Integrationsbeauftragten** (2006, Überarbeitet und aktualisiert 2015) zur Verbesserung der Versorgung von Migrantinnen und Migranten in der LVR-Klinik Köln
3. Einführung der **Datenerhebung** zur Erfassung von Migrationshintergrund (bei Stichtagserhebung)
4. Einstellung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit *Mutter-* und Fremdsprachenkompetenzen (bei Stellenausschreibungen: „**Interkulturelle Kompetenz erwünscht**“)
5. **QZI** Qualitätszirkel Integration
6. Interkultureller **Konsildienst** und Sprechstunde für interkulturelle Fragen

2) Angebote und Maßnahmen

7. Klinikinternes **Intranetportal**
8. Interne **Fremdsprachenliste**
9. **Patientenbefragung LVR** (3-jährlich in allen LVR-Kliniken in 4 Sprachen)
10. Kontinuierliche **Patientenbefragung** (2 Mal jährlich in vier Sprachen)
11. Thema Migration als fester Bestandteil des **Leitbildes** der Klinik
12. **Leitbildkalender** (Betonung der interkulturellen Ausrichtung der Klinik)
13. Aufbau eines **Dolmetschernetzes** bzw. stärkerer Einsatz von **Sprach- und Integrationsmittlern**

2) Angebote und Maßnahmen

14. **Verfahrensanweisung:** „ Dolmetscherdienste Sprach- und Integrationsmittler“
15. **Deutschkurse** in der forensischen Abteilung
16. Angebote von Schulungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Interkulturellen Kompetenz (*Interne Fort- und Weiterbildungen*)
17. Bereitstellung von muttersprachlichem **Informationsmaterial** und **Übersetzung relevanter Formulare**
18. Öffentlichkeitsarbeit
19. Entwicklung eines **Audit-Instruments** zur Selbstbewertung der Interkulturellen Ausrichtung unserer Klinik (*Checkliste zur Überprüfung der Interkulturalität*)

2) Angebote und Maßnahmen

20. KV-Beschluss (06.05.2016): In allen Stellenausschreibungen soll in dem Abschnitt „Ihr Profil“ der Punkt „Interkulturelle Kompetenz“ als eigener Punkt genannt werden. (Die dazu erforderlichen Indikatoren zur Prüfung der Interkulturalität - als Anregung - liegen vor)

Der bisherige Satz „Wir freuen uns über die Bewerbungen von Menschen mit Migrationshintergrund“ in dem Abschnitt „Haben Sie noch Fragen?“ soll - als Hinweis auf die Interkulturelle Offenheit unserer Klinik - beibehalten werden.

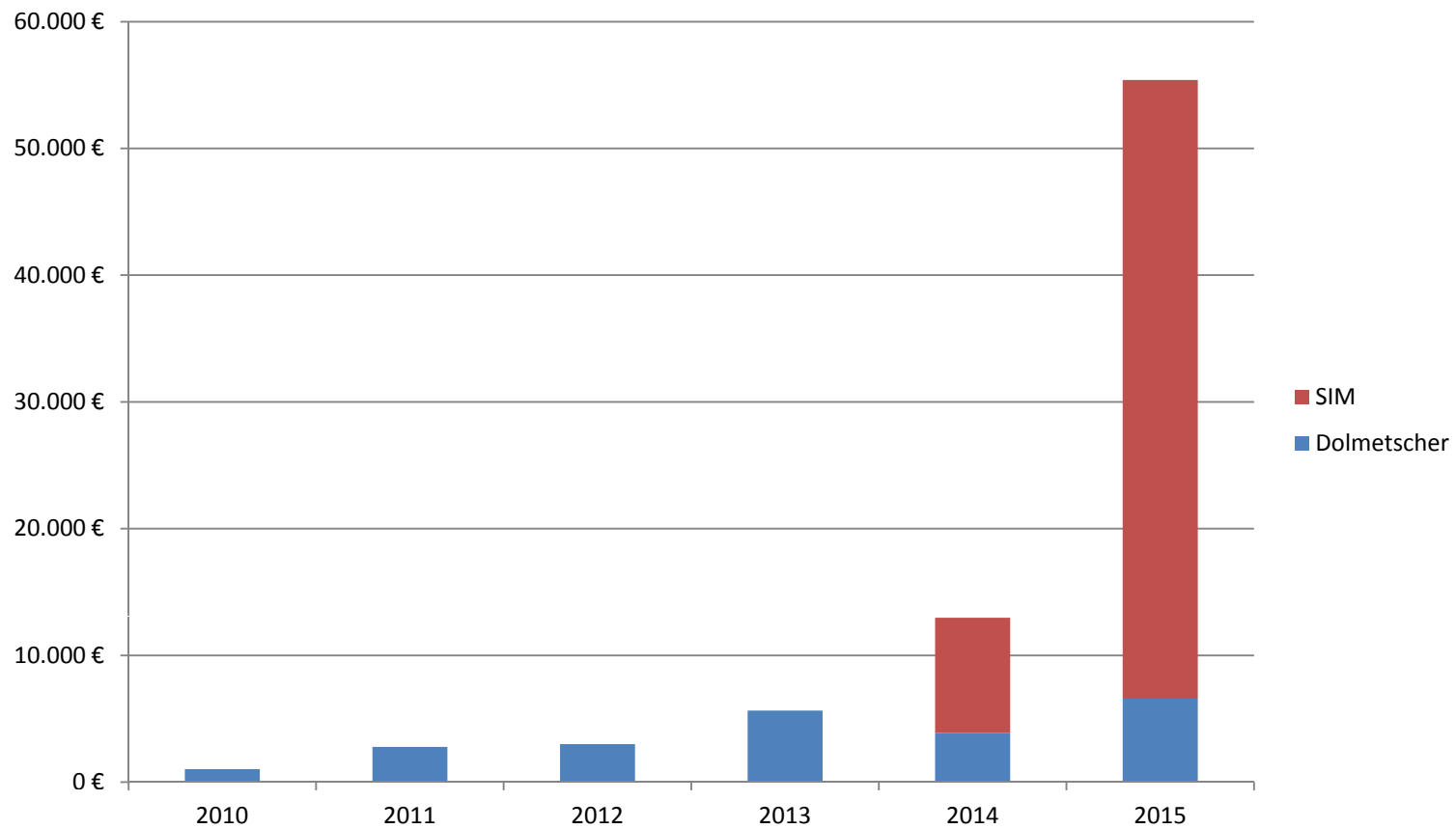
3) Zukunftsperspektiven zur weiteren Verbesserung der Versorgung von Migranten

- Entwicklung von Maßnahmen zur **Umsetzung der Ergebnisse des Audit-Instruments**.
- **Erweiterung der Daten** (um Staatsangehörigkeit, Geburtsland, Geburtsland der Eltern, Muttersprache, Grad der Deutschkenntnisse, Dauer des Aufenthaltes in Deutschland, Religion / Konfession).
- **Befragung** der Mitarbeiter der therapeutischen Dienste zur **Zufriedenheit** mit der **SIM-Einsätze**.
- **Ausbau** von migrantenbezogenen **Fort- und Weiterbildungsangeboten** und Erleichterung von Teilnahmemöglichkeiten für Beschäftigte
- **Motivierung** der Beschäftigten **zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsangeboten**

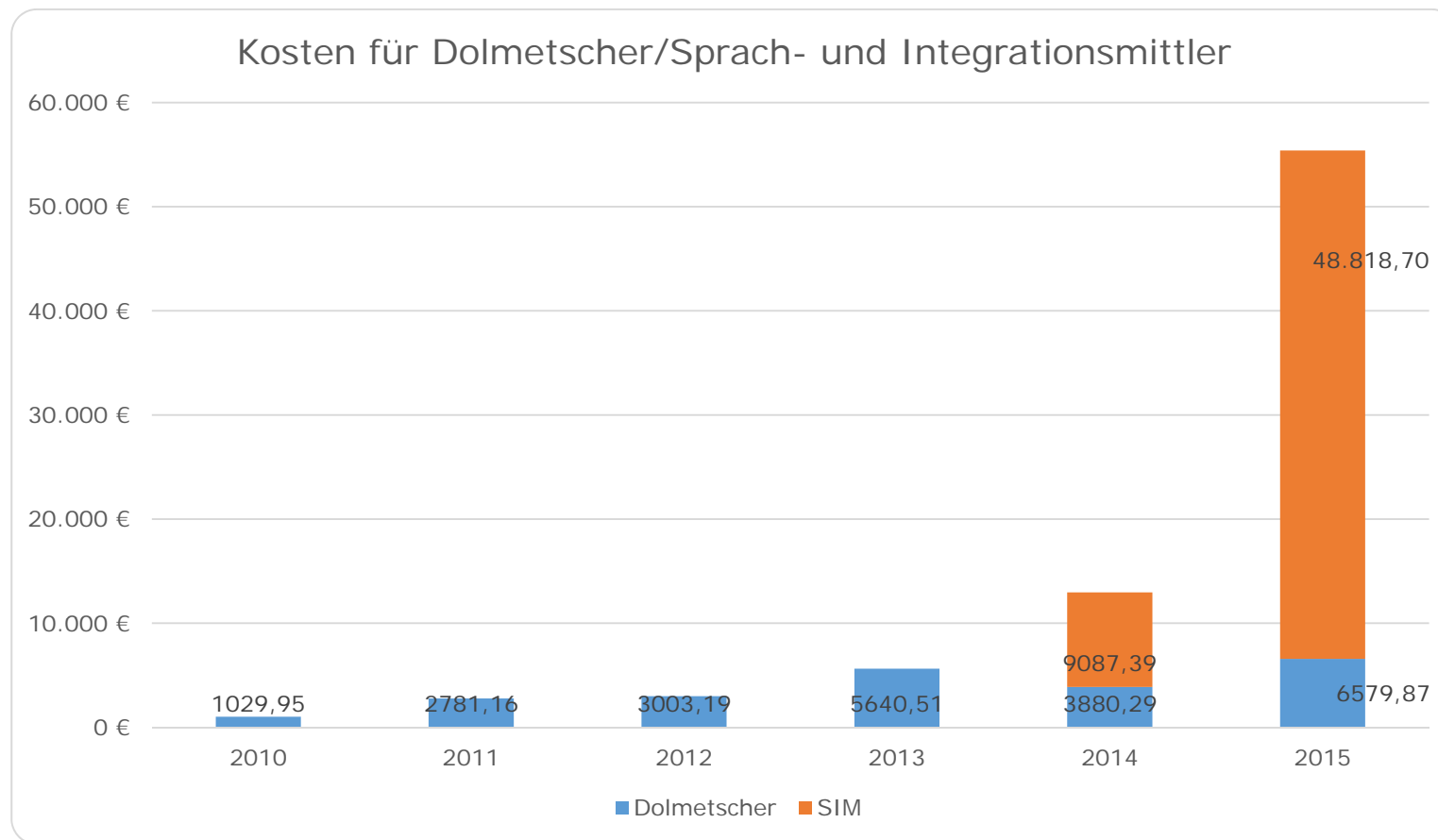
3) Zukunftsperspektiven zur weiteren Verbesserung der Versorgung von Migranten

- Miteinbeziehung des Integrationsbeauftragten in **linikübergreifende Gremien** (wie z.B. LeiKo, QMK, Strategiekonferenz bzw. Zukunftswerkstatt, KIS-Strukturen, etc.)
- Berücksichtigung der **migrantensensiblen Aspekte** bei allen **Behandlungskonzepten, Stationskonzepten** sowie klinikübergreifenden Plänen und Überlegungen
- Durchführung des **Audit-Instrumentes** mit der Beteiligung von Vorstand, Führungskräften und Beschäftigten

Kosten Dolmetscher/Sprach- und Integrationsmittler (2010 – 2015)



Kosten Dolmetscher/Sprach- und Integrationsmittler (2010 – 2015)



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Beni sabırla dinlediğiniz için çok
teşekkür ederim!

Seba ke sima bi Sebir ez goşdari kerda, zaf
sipas kena!

Спасибо за внимание

Grazie per la vostra attenzione!

Thank you for your attention!

Dank u foor uw aandacht!

شكرا لحسن اصغائكم

Köszönöm a figyelmüket!

Merci de votre attention!

Kiitos huomiostanne!



TOP 19 Jahresabschlüsse 2015 der LVR-Kliniken

Vorlage-Nr. 14/1493

öffentlich

Datum: 30.08.2016
Dienststelle: LVR-Klinikum Düsseldorf
Bearbeitung: Herr Micheel

Krankenhausausschuss 2 13.09.2016 Beschluss

Tagesordnungspunkt:

Jahresabschluss 2015 des LVR-Klinikums Düsseldorf

Beschlussvorschlag:

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

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	

Für den Vorstand

Heinlein
Vorsitzender des Vorstandes

Zusammenfassung:

Der Jahresabschluss zum 31.12.2015 schließt mit einem Jahresüberschuss in Höhe von EUR 31.056,13 ab. Nach Auflösung von Rücklagen und einem Gewinnvortrag verbleibt ein Bilanzgewinn in Höhe von EUR 340.790,34.

Begründung der Vorlage Nr. 14/1493:

Der Jahresabschluss zum 31.12.2015 des LVR-Klinikums Düsseldorf ist als Anlage beigefügt.

Für den Vorstand

H e i n l e i n
Vorsitzender des Vorstandes

Jahresabschluss

2015

Bilanz
Gewinn- und Verlustrechnung
Anlagennachweis
Anhang zum Jahresabschluss 2015

Anlage 1
Anlage 2
Anlage 3
Anlage 4

Bilanz zum 31. Dezember 2015

A k t i v a	2015	2014	P a s s i v a	2015	2014
	EUR	EUR		EUR	EUR
B. Anlagevermögen			A. Eigenkapital		
I. Immaterielle Vermögensgegenstände und dafür geleistete Anzahlungen	62.586,83	75.252,18	1. Festgesetztes Kapital	1.415.536,61	1.415.536,61
II. Sachanlagen			2. Kapitalrücklage	10.998.932,00	10.998.932,00
1. Grundstücke mit Betriebsbauten	61.029.840,98	50.844.543,01	3. Gewinnrücklagen		
2. Grundstücke mit Wohnbauten	602.091,52	662.301,39	b) zweckgebundene Gewinnrücklage	8.219.683,96	8.342.294,57
4. technische Anlagen	2.298.544,47	2.510.681,16	c) freie Gewinnrücklage	399.303,24	399.303,24
5. Einrichtungen und Ausstattungen	2.734.730,05	2.738.532,88	d) andere Gewinnrücklage	750.000,00	750.000,00
6. geleistete Anzahlungen und Anlagen im Bau	7.189.326,82	11.511.289,33	5. Bilanzgewinn	340.790,34	187.123,60
	<u>73.854.533,84</u>	<u>68.267.347,77</u>		<u>22.124.246,15</u>	<u>22.093.190,02</u>
III Finanzanlagen			B. Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des Sachanlagevermögens		
5. Wertpapiere des Anlagevermögens	10.000,00	10.000,00	1. Sonderposten aus Fördermitteln nach dem KHG	20.293.873,00	21.330.153,75
6. sonstige Finanzanlagen	82.968,49	82.968,49	2. Sonderposten aus Zuweisungen und Zuschüssen der öffentlichen Hand	11.865.507,23	8.682.555,83
	<u>74.010.089,16</u>	<u>68.435.568,44</u>	3. Sonderposten aus Zuwendungen Dritter	23.989,92	38.344,70
C. Umlaufvermögen				<u>32.183.370,15</u>	<u>30.051.054,28</u>
I. Vorräte			C. Rückstellungen		
1. Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	176.135,79	189.977,80	1. Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen	7.690.478,00	8.136.951,00
2. unfertige Erzeugnisse, unfertige Leistungen	14.954,49	15.556,88	3. sonstige Rückstellungen	20.409.458,80	18.183.573,85
	<u>191.090,28</u>	<u>205.534,68</u>		<u>28.099.936,80</u>	<u>26.320.524,85</u>
II. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände			D. Verbindlichkeiten		
1. Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	22.688.023,43	15.685.590,83	3. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	2.102.785,56	1.773.277,54
- davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr EUR 0,00 (Vorjahr EUR 0,00)			- davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr EUR 2.102.785,56 (Vorjahr EUR 1.773.277,54)		
2. Forderungen an den Krankenhausträger	13.826.091,28	13.232.570,28	5. Verbindlichkeiten gegenüber dem Krankenhausträger	20.364.583,28	12.591.943,20
- davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr EUR 0,00 (Vorjahr EUR 0,00)			- davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr EUR 6.390.062,06 (Vorjahr EUR 7.498.888,88)		
3. Forderungen nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht	275.990,00	107.018,00	6. Verbindlichkeiten nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht	5.651.218,08	4.277.154,40
- davon nach der BpflV			- davon nach der BpflV		
EUR 275.990,00 (Vorjahr EUR 107.018,00)			EUR 683.627,00 (Vorjahr EUR 339.847,00)		
- davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr EUR 0,00 (Vorjahr EUR 0,00)			- davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr EUR 5.651.218,08 (Vorjahr EUR 4.277.154,40)		
6. Sonstige Vermögensgegenstände	1.227.764,96	976.698,74	7. Verbindlichkeiten aus sonstigen Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens	927.953,39	667.578,70
- davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr EUR 0,00 (Vorjahr EUR 0,00)			- davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr EUR 927.953,39 (Vorjahr EUR 667.578,70)		
	<u>38.017.869,67</u>	<u>30.001.877,85</u>	10. sonstige Verbindlichkeiten	842.835,13	919.172,74
IV. Schecks, Kassenbestand, Guthaben bei Kreditinstituten	77.879,43	50.914,76	- davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr EUR 842.835,13 (Vorjahr EUR 919.172,74)		
	<u>38.286.839,38</u>	<u>30.258.327,29</u>		<u>29.889.375,44</u>	<u>20.229.126,58</u>
	<u>112.296.928,54</u>	<u>98.693.895,73</u>		<u>112.296.928,54</u>	<u>98.693.895,73</u>

Gewinn- und Verlustrechnung

	2015 EUR	2014 EUR
1. Erlöse aus Krankenhausleistungen	63.503.005,90	59.610.348,84
2. Erlöse aus Wahlleistungen	466.098,30	507.957,24
3. Erlöse aus ambulanten Leistungen des Krankenhauses	6.920.066,27	6.550.894,87
4. Nutzungsentgelte der Ärzte	852.916,88	902.202,44
5. Verminderung/Erhöhung des Bestands an unfertigen Leistungen	-602,39	10.131,90
7. Zuweisungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand	3.951.199,91	3.975.349,63
8. sonstige betriebliche Erträge	3.226.920,67	2.998.266,14
- davon aus Ausgleichsbeträgen für frühere Geschäftsjahre EUR 0,00 (Vorjahr EUR 0,00)		
	<u>78.919.605,54</u>	<u>74.555.151,06</u>
9. Personalaufwand		
a) Löhne und Gehälter	43.899.601,11	42.509.329,73
b) soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung und für Unterstützung	12.574.882,60	12.161.317,13
- davon für Altersversorgung EUR 4.212.626,70 (Vorjahr EUR 4.155.071,74)		
10. Materialaufwand		
a) Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	4.357.981,59	4.151.990,12
b) Aufwendungen für bezogene Leistungen	4.256.729,54	3.731.815,50
	<u>65.089.194,84</u>	<u>62.554.452,48</u>
Zwischenergebnis	<u>13.830.410,70</u>	<u>12.000.698,58</u>
11. Erträge aus Zuwendungen zur Finanzierung von Investitionen	5.701.688,42	1.824.588,02
- davon Fördermittel nach dem KHG EUR 1.604.758,59 (Vorjahr EUR 1.554.471,74)		
13. Erträge aus der Auflösung von Sonderposten/Verbindlichkeiten nach dem KHG und auf Grund sonstiger Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens	2.292.992,35	2.230.372,63
15. Aufwendungen aus der Zuführung zu Sonderposten/Verbindlichkeiten nach dem KHG und auf Grund sonstiger Zuwendungen zur Finanzierung des Anlage- vermögens	5.701.688,42	1.827.748,50
	<u>2.292.992,35</u>	<u>2.227.212,15</u>
20. Abschreibungen		
a) auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen	2.608.184,72	2.553.124,93
21. Sonstige betriebliche Aufwendungen	13.202.335,42	12.281.936,30
- davon aus Ausgleichsbeträgen für frühere Geschäftsjahre EUR 0,00 (Vorjahr EUR 0,00)		
	<u>15.810.520,14</u>	<u>14.835.061,23</u>
Zwischenergebnis	<u>312.882,91</u>	<u>-607.150,50</u>
24. sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	114,99	16.130,21
- davon aus verbundenen Unternehmen EUR 0.00 (Vorjahr EUR 11.915,83)		
- davon aus der Abzinsung EUR 0.00 (Vorjahr EUR 4.214,38)		
26. Zinsen und ähnliche Aufwendungen	234.359,17	164.500,50
- davon aus verbundenen Unternehmen EUR 0,00 (Vorjahr EUR 0,00)		
- davon aus der Aufzinsung EUR 138.300,00 (Vorjahr EUR 164.500,50)		
	<u>-234.244,18</u>	<u>-148.370,29</u>
27. Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	78.638,73	-755.520,79
31. Steuern	47.582,60	11.061,18
32. Jahresüberschuss	<u>31.056,13</u>	<u>-766.581,97</u>
33. Gewinnvortrag	187.123,60	62.081,37
34. Entnahme aus zweckgebundener Rücklage	122.610,61	911.624,20
37. Bilanzgewinn	<u>340.790,34</u>	<u>187.123,60</u>

Anlagennachweis

	Entwicklung der Anschaffungswerte					Entwicklung der Abschreibungen					Restbuchwert zum 31.12.2015 EUR
	Anfangsbestand zum 01.01.2015	Zugang	Umbuchungen	Abgang	Endbestand zum 31.12.2015	Anfangsbestand zum 01.01.2015	Abschreibungen des Geschäftsjahres	Umbuchungen	Entnahme für Abgänge	Endbestand zum 31.12.2015	
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
B. I. Immaterielle Vermögensgegenstände und dafür geleistete Anzahlungen	541.926,70	17.848,83	0,00	2.576,33	557.199,20	466.674,52	30.514,17	0,00	2.576,32	494.612,37	62.586,83
B.II. Sachanlagen											
1. Grundstücke mit Betriebsbauten	78.958.147,87	47.241,94	11.453.914,44	941.999,90	89.517.304,35	28.113.604,86	1.197.288,19	0,00	823.429,69	28.487.463,37	61.029.840,98
2. Grundstücke mit Wohnbauten	3.010.493,76	0,00	0,00	0,00	3.010.493,76	2.348.192,37	60.209,87	0,00	0,00	2.408.402,24	602.091,52
4. technische Anlagen	10.138.917,33	4.707,74	207.753,47	0,00	10.351.378,54	7.628.236,17	424.597,90	0,00	0,00	8.052.834,07	2.298.544,47
5. Einrichtungen und Ausstattungen	11.195.554,04	650.959,48	245.007,09	897.906,36	11.193.614,25	8.457.021,16	895.574,59	0,00	893.711,55	8.458.884,20	2.734.730,05
6. geleistete Anzahlungen und Anlagen im Bau	11.511.289,33	7.663.008,78	-11.906.675,00	78.296,29	7.189.326,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7.189.326,82
	114.814.402,33	8.365.917,94	0,00	1.918.202,55	121.262.117,72	46.547.054,56	2.577.670,55	0,00	1.717.141,23	47.407.583,88	73.854.533,84
B.III. Finanzanlagen											
5. Wertpapiere des Anlagevermögens	10.000,00	0,00	0,00	0,00	10.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10.000,00
6. sonstige Finanzanlagen	82.968,49	0,00	0,00	0,00	82.968,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	82.968,49
	115.449.297,52	8.383.766,77	0,00	1.920.778,88	121.912.285,41	47.013.729,08	2.608.184,72	0,00	1.719.717,55	47.902.196,25	74.010.089,16

Anhang zum Jahresabschluss vom 01. Januar bis 31. Dezember 2015

I. Vorbemerkungen

Der Jahresabschluss wurde nach den Vorschriften der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV) in Verbindung mit den einschlägigen Bestimmungen des HGB aufgestellt. Die Bewertung der Rückstellung für Pensions- und Beihilfeverpflichtungen erfolgte aufgrund des abweichenden Gemeindefinanzrechts NRW nach § 18 b GemKHBVO NRW i. V. m. § 36 Abs. 1 Gem.HVO NRW.

Die Gliederung des Jahresabschlusses erfolgte nach den Vorschriften der KHBV und wurde gem. § 265 Abs. 5 HGB in Verbindung mit der KHBV erweitert.

II. Bilanzierungs- und Bewertungsgrundsätze

Immaterielle Vermögensgegenstände sind zu Anschaffungskosten, vermindert um planmäßige lineare Abschreibungen, verrechnet über die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer, bewertet.

Das Grundvermögen wird mit einem in Anlehnung an die Bewertungsgrundsätze des Neuen Kommunalen Finanzmanagements NRW (NKF) ermittelten Wert angesetzt. Der ermittelte Betrag je qm beträgt demnach EUR 100,00.

Das übrige Sachanlagevermögen ist mit Anschaffungs- und Herstellungskosten bewertet. Der Abnutzung wird durch planmäßige lineare Abschreibungen über die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer (diese entspricht grundsätzlich den amtlichen steuerlichen AfA-Tabellen) Rechnung getragen. Für Geringwertige Wirtschaftsgüter wird ein Sammelposten gebildet und zeitanteilig über die Nutzungsdauer von 5 Jahren linear abgeschrieben.

Die Bewertung der Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe erfolgt zu Anschaffungskosten bzw. zu niedrigeren Marktpreisen.

Die Bewertung der Unfertigen Leistungen erfolgte mit den Herstellungskosten. Diese wurden anhand der erzielbaren Erlöse ermittelt. Der so ermittelte Betrag wurde entsprechend den Belegungstagen auf die Jahre 2014 und 2015 verteilt.

Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände sind zum Nennwert, unter Abzug gebotener Wertberichtigungen, angesetzt.

Die Forderungen an den Krankenhausträger betreffen sonstige Forderungen in Höhe von TEUR 13,8 (Vj. TEUR 13,2), im Wesentlichen aus dem Cashpool in Höhe von TEUR 12,2

sowie Forderungen aus Lieferungen und Leistungen in Höhe von TEUR 1,6 (Vj. TEUR 0,8).

Zuweisungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand sowie Zuwendungen Dritter werden als Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens, vermindert um den Betrag der bis zum 31.12.2015 auf die entsprechend finanzierten Vermögensgegenständen angefallenen Abschreibungen, ausgewiesen.

Aufgrund der Abweichung des Gemeindefinanzrechts NRW von den handelsrechtlichen Vorschriften erfolgt die Bewertung der Rückstellung für Pensions- und Beihilfeverpflichtungen für den Bilanzansatz gem. den Vorschriften der Gemeindehaushaltsverordnung und ergänzend als Anhangsangabe gem. den handelsrechtlichen Vorschriften zur Erfüllung der Vorgaben der Krankenhausbuchführungsverordnung:

- Die Bewertung der Rückstellung für Pensionsverpflichtungen nach den beamtenrechtlichen Vorschriften für die Dauer der Beschäftigung von Beamtinnen und Beamten im Krankenhaus erfolgt im Berichtsjahr gem. § 18 b GemKHBVO i. V. m. § 36 Abs. 1 GemHVO NRW mit dem Teilwertverfahren. Für die Bewertung liegt eine durch die Heubeck AG testierte Berechnung der Rheinischen Versorgungskasse (RVK) unter Zugrundelegung eines Rechnungszinssatzes von 5,00 % vor. Die Bewertung der entsprechenden Rückstellungen für Beihilfeverpflichtungen erfolgte gem. § 36 Abs. 1 S. 4 GemHVO NRW prozentual mit einem Prozentsatz in Höhe von 23,26 % der Pensionsverpflichtung.
- Die nach handelsrechtlichen Vorschriften bewerteten Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen einschl. Beihilfen betragen EUR 9.514.787,00. Davon entfallen auf vor dem 01.01.1987 erteilte Pensionszusagen oder Anwartschaften zum 31.12.2015 insgesamt EUR 7.445.924,00, für die nach Artikel 28 Abs. 2 EGHGB ein Bilanzierungswahlrecht besteht. Die Beträge sind nachgewiesen durch ein versicherungsmathematisches Gutachten der Heubeck AG, unter Zugrundelegung eines Rechnungszinsses von 3,89 % und einer angenommenen Tarifentwicklung von 1,50 % jährlich auf Basis der Richttafeln 2005 G von Klaus Heubeck, vom 12.02.2016. Die Berechnung erfolgte gem. Teilwertverfahren.
- Zwischen der Bewertung der Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen einschl. Beihilfen nach GemHVO NRW und nach HGB ergibt sich ein Differenzbetrag in Höhe von EUR 1.824.309,00. Beginnend mit dem Geschäftsjahr 2014 wird ein Betrag in Höhe der Auflösung der Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen einschl. Beihilfen nach GemHVO NRW von EUR 575.939,00 in den sonstigen Rückstellungen bilanziert, um das höhere Risiko der Bewertung der Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen einschl. Beihilfen abzubilden.

Bei den LVR-Kliniken bestehen über die Rheinische Zusatzversorgungskasse (RZVK), Köln, mittelbare Pensionsverpflichtungen gegenüber den Angestellten. Die Ausgestaltung der einzelnen Versorgungszusagen richtet sich nach der Satzung der RZVK. Das System

ist umlagefinanziert. Der Gesamtbetrag der umlagepflichtigen Gehälter betrug im Berichtsjahr EUR 42.884.719,37. Der Umlagesatz und seine voraussichtliche Entwicklung stellen sich wie folgt dar:

- 2015 4,25 % Umlage + 3,5 % Sanierungsgeld
- 2016 4,25 % Umlage + 3,5 % Sanierungsgeld

Die Sonstigen Rückstellungen sind mit dem Erfüllungsbetrag bewertet und berücksichtigen alle erkennbaren Risiken auf der Grundlage vorsichtiger kaufmännischer Beurteilung. Für Rückstellungen mit einer Laufzeit größer als ein Jahr wurden künftige Preis- und Kostensteigerungen berücksichtigt und der Betrag gem. der Rückstellungsabzinsungsverordnung mit dem durch die Deutsche Bundesbank veröffentlichten Laufzeit entsprechenden Zinssatz abgezinst. Die Sonstigen Rückstellungen entfallen im Wesentlichen auf die Rückstellungen für Urlaub, Altersteilzeit, sonstige Personalkosten, Jahresabschlusskosten, Prozesskosten, ausstehende Rechnungen, Beihilfen sowie ungewisse Verbindlichkeiten.

Vom Ansatzwahlrecht für Rückstellungen für unterlassene Instandhaltung wurde in den Vorjahren Gebrauch gemacht. Im Zuge der Umstellung auf das BilMoG wurden diese Rückstellungen beibehalten und werden bei Anfall der Instandhaltungsmaßnahmen verbraucht bzw. bei Wegfall des Grundes aufgelöst werden. Zum 31.12.2015 beträgt der Wert der Rückstellung TEUR 8.188.

Die Altersteilzeit-Rückstellung wurde mit dem notwendigen Erfüllungsbetrag angesetzt. Künftige Tarifierhöhungen während der Freistellungsphase wurden mit einem Zuschlag von 2,00 % berücksichtigt. Die Diskontierung erfolgte einheitlich mit einem Zinssatz von 4,00 %. Dies entspricht dem von der Deutschen Bundesbank veröffentlichten Abzinsungssatz gemäß § 253 Abs. 2 HGB für die durchschnittliche Restlaufzeit für alle bestehenden Altersteilzeitverhältnisse ermittelt wurde.

Die Verbindlichkeiten sind mit ihrem Erfüllungsbetrag angesetzt. In dem „Davon-Vermerk“ des Vorjahres zur Restlaufzeit der Verbindlichkeiten nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht sind die Verbindlichkeiten nach § 18 KHGG NRW einbezogen worden.

Verbindlichkeiten	Restlaufzeiten		
	< 1 Jahr	1 - 5 Jahre	> 5 Jahr
	EUR	EUR	EUR
3. aus Lieferungen und Leistungen	2.102.785,56	0,00	0,00
5. gegenüber dem Krankhasträger	6.390.062,06	2.977.081,53	10.997.439,69
6. nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz	5.651.218,08	0,00	0,00
7. aus sonstigen Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens	927.953,39	0,00	0,00
10. sonstige	842.835,13	0,00	0,00
Gesamt	15.914.854,22	2.977.081,53	10.997.439,69

Die Verbindlichkeiten gegenüber dem Krankhasträger enthalten Darlehen für die Umsetzung von Investitionsmaßnahmen, die durch den Landschaftsverband Rheinland in

Köln aufgenommen wurden und u. a. an das LVR-Klinikum Düsseldorf weitergegeben wurden. Diese entwickelten sich wie folgt:

Jahr der Aufnahme	Zinssatz	01.01.2015	Aufnahme	Tilgung	31.12.2015
	%	EUR	EUR	EUR	EUR
2014	1,59	5.324.434,57	5.400.000,00	231.380,25	5.093.054,32
2015	1,52	10.000.000,00	10.000.000,00	132.163,61	9.867.836,39
		15.324.434,57	15.400.000,00	363.543,86	14.960.890,71

Darüber hinaus enthält die Position im Wesentlichen noch Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen in Höhe von TEUR 5,4 (Vj. TEUR 7,3).

Im abgeschlossenen Geschäftsjahr sind Wirtschaftsprüferhonorare in Höhe von EUR 33.601,25 (Vj. EUR 42.058,78) gezahlt worden. Diese setzten sich wie folgt zusammen:

Wirtschaftsprüferhonorare (Netto, ohne USt)	EUR
Jahresabschlussprüfung	32.900,00
sonstige Bestätigungsleistungen	701,25
	33.601,25

Es bestehen keine Haftungsverhältnisse gemäß § 251 HGB.

Geschäfte mit nahe stehenden Unternehmen bzw. Personen zu marktüblichen Preisen wurden nicht getätigt.

III. Anlagennachweis

Die Aufgliederung und Entwicklung des Anlagevermögens sind dem beigefügten Anlagennachweis zu entnehmen.

IV. Angaben zur Gewinn- und Verlustrechnung

In den sonstigen betrieblichen Erträgen sind periodenfremde Erträge in Höhe von EUR 7.188,32 enthalten. Zudem beinhalten die sonstigen betrieblichen Aufwendungen periodenfremde Aufwendungen in Höhe von EUR 87.229,85.

In den Zinsen und ähnlichen Aufwendungen sind Aufwendungen aus der Aufzinsung von Rückstellungen in Höhe von EUR 138.300,00 enthalten.

V. Sonstige Angaben

Der Klinikvorstand ist die Krankenhausbetriebsleitung. Diesem gehören an:

Kaufmännischer Direktor: Joachim Heinlein (Vorsitzender des Vorstandes)
 Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Wolfgang Gaebel
 Pflegedirektor: Klemens Maas

Die für die Tätigkeit im Geschäftsjahr 2015 gewährten Gesamtbezüge der Betriebsleitung betragen EUR 431.176,66 (Vj. EUR 284.890,57). Die Bezüge des Ärztlichen Direktors werden aufgrund des Doppelbeamtenverhältnisses bis zum 30.06.2015 vom Land Nordrhein-Westfalen gezahlt. Die unten dargestellten Bezüge resultieren aus der Tätigkeit als Ärztlicher Direktor ab dem 01.07.2015 gemäß Sondervertrag.

Vorstandsmitglied	Fest- vergütung	Variable Vergütung	Sach- und sonstige Bezüge *	Gesamt
	EUR	EUR	EUR	EUR
Joachim Heinlein	169.980,99	3.000,00	12.215,98	185.196,97
Prof. Dr. Wolfgang Gaebel	126.183,00	0,00	0,00	126.183,00
Klemens Maas	100.622,72	19.634,17	79,80	120.336,69
Vorstand gesamt	396.786,71	22.634,17	12.295,78	431.716,66

* erfolgsunabhängige Vergütung

Neben den oben dargestellten Vergütungen wurde im Jahr 2015 aufgrund eines rückwirkenden Vertragsabschlusses (Funktionszulage als Ärztlicher Direktor) für 2014 an Herrn Prof. Dr. Wolfgang Gaebel eine Zahlung in Höhe von EUR 20.000,00 geleistet.

Die Gesamtbruttobezüge für frühere Mitglieder der Betriebsleitung oder ihre Hinterbliebenen betragen EUR 65.427,99 (Vj. EUR 58.977,07).

Der Krankenhausausschuss Nr. 2 erhielt für seine Tätigkeit von den drei LVR-Kliniken Düsseldorf, Langenfeld und Köln eine Gesamtvergütung in Höhe von EUR 8.657,55 (Vj. EUR 7.305,36). Der Anteil für das LVR-Klinikum Düsseldorf beträgt in 2015 EUR 2.885,85 (Vj. EUR 2.435,12). Auf einen Ausweis der je Ausschussmitglied gezahlten Vergütungen gem. Transparenzgesetz wurde wegen der Geringfügigkeit der Beträge je Mitglied und Einrichtung (< EUR 750,00) verzichtet.

Dem Krankenhausausschuss Nr. 2 gehören in der 14. Wahlperiode die nachfolgenden Mitglieder sowie deren Stellvertreter im Berichtsjahr an:

Mitglieder

CDU
 Stieber, Andreas-Paul (Vorsitzender)
 (Geschäftsführer)

stellvertretende Mitglieder

CDU
 Boss, Frank
 (Fraktionsgeschäftsführer)

Bündgens, Willi
 (Immobilienmakler)
 Dr. Elster, Ralph
 (Unternehmensberater)
 Kleine, Jürgen (ab 11.12.2015)
 (Angestellter)
 Loepp, Helga
 (Industriekauffrau)
 Mucha, Constanze
 (Lehrerin)
 Rohde, Klaus
 (Sonderschuldirektor a. D.)
 Dr. Schlieben, Nils Helge
 (Studienrat)
 Stricker, Günter (bis 08.10.2015)
 (Immobilienwirt)
 Wirtz, Axel
 (Dipl.-Verwaltungswirt, MdL)

SPD

Ciesla-Baier, Dietmar
 (Verkehrsfachwirt)
 Gabriel, Joachim
 (Bürokaufmann)
 Kaske, Axel
 (Kaufmann)
 Schmidt-Zadel, Regina *
 (Bundestagsabgeordnete a. D.)
 Schulz, Margret
 (Hausfrau)
 Strauß, Rajiv
 (Doktorand)
 Zepunkte, Klaudia
 (Gemeindegewerkschafterin)

Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Barion, Karin
 (Werbefachfrau)
 Schäfer, Ilona (stellv. Vorsitzende)
 (med.-techn. Assistentin)
 Zsack-Möllmann, Martina
 (Geschäftsführerin)

Giebels, Harald
 (Rechtsanwalt)
 Krebs, Bernd
 (Rentner)
 Müller, Michael
 (Schausteller)
 Natus-Can, M.A., Astrid
 (Geschäftsführerin)
 Schavier, Karl
 (Dipl.-Wirt.-Ingenieur)
 Dr. Schoser, Martin
 (Geschäftsführer)
 Schroeren, Michael
 (Kaufmann der Immobilienwirtschaft)
 Sonntag, Ullrich
 (Geschäftsführer)
 Tondorf, Bernd
 (Sonderschuldirektor i. R.)

SPD

Eichner, Harald
 (Pensionär)
 Mederlet, Frank *
 (Geschäftsführer)
 Prof. Dr. Rolle, Jürgen
 (Institutsleiter a. D.)
 Schmerbach, Cornelia
 (Geschäftsführerin)
 Schnitzler, Stephan
 (Dipl.-Sozialwissenschaftler)
 Schultes, Monika
 (Vorruehändlerin)
 Wucherpfennig, Brigitte
 (Rentnerin)

Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Emmler, Stephan
 (Dipl.-Rechtspfleger)
 Klemm, Ralf *
 (Fraktionsgeschäftsführer)
 Peil, Stefan *
 (Pensionär)
 Warneke, Uwe Marold
 (Rechtsanwalt)

FDP

Dr. Strack-Zimmermann, Marie-Agnes
(Verlagsrepräsentantin)

Wirtz, Robert *
(Oberkreisdirektor a. D.)

Die Linke.

Glagla M.A., Daniela *
(Fraktionsassistentin)

Freie Wähler/Piraten

Bosch, Robert *
(Geschäftsführer)

FDP

Paßmann, Bernd *
(Rentner)

Dr. Pohl, Mark Stephen
(Angestellter)
Wallutat, Philipp (bis 20.04.2015)
(Geschäftsführer)
Wallutat, Philipp (ab 11.12.2015)
(Geschäftsführer)

Die Linke.

Detjen, Ulrike
(Geschäftsführerin)
Hamm, Gudrun
(Rentnerin)

Freie Wähler/Piraten

Benoit, Andreas *
(Vermessungsassessor)
Dr. Grumbach, Hans Joachim *
(Dipl.-Chemiker)

* = Sachkundige/r Bürger/-in

Das Krankenhaus beschäftigte in 2015 3 Beamte (Vj. 4) und 1.114 Beschäftigte (Vj. 1.089). Die Zahl der Auszubildenden lag bei 78 (Vj. 84), die der Praktikanten bei 13 (Vj. 19) und die der Teilnehmer am Bundesfreiwilligendienst sowie FSJ bei 17 (Vj. 15).

Der Jahresabschluss wird in den Konzernabschluss des Landschaftsverbandes Rheinland einbezogen.

Düsseldorf, 31.03.2016

Der Klinikvorstand

Joachim Heinlein
Kaufmännischer Direktor
(Vorsitzender des Vorstandes)

Prof. Dr. Wolfgang Gaebel
Ärztlicher Direktor

Klemens Maas
Pflegedirektor

Vorlage-Nr. 14/1459

öffentlich

Datum: 23.08.2016
Dienststelle: LVR-Klinik Köln
Bearbeitung: Herr Müller

Krankenhausausschuss 2 13.09.2016 Beschluss

Tagesordnungspunkt:

Jahresabschluss 2015 der LVR-Klinik Köln

Beschlussvorschlag:

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

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	

Für den Vorstand

Schürmanns
Vorsitzender des Vorstands

Zusammenfassung:

Aus dem Jahresüberschuss zum 31.12.2015 in Höhe von EUR 51.475,39 sowie einem Gewinnvortrag aus dem Vorjahr in Höhe von EUR 49.593,25 und zuzüglich einer Entnahme aus der zweckgebundenen Rücklage in Höhe von EUR 74.646,00 wird ein Bilanzgewinn in Höhe von EUR 175.714,64 ausgewiesen.

Der Bilanzgewinn in Höhe von EUR 175.714,64 wird auf neue Rechnung vorgetragen.

Begründung der Vorlage Nr. 14/1459:

Der Jahresabschluss zum 31.12.2015 der LVR-Klinik Köln ist als Anlage beigefügt.

Für den Vorstand

S c h ü r m a n n s
Vorsitzender des Vorstands

Jahresabschluss

2015

Bilanz
Gewinn- und Verlustrechnung
Anlagennachweis
Anhang zum Jahresabschluss 2015

Anlage 1
Anlage 2
Anlage 3
Anlage 4

Bilanz zum 31. Dezember 2015

A k t i v a	2015 EUR	2014 EUR	P a s s i v a	2015 EUR	2014 EUR
B. Anlagevermögen			A. Eigenkapital		
I. Immaterielle Vermögensgegenstände und dafür geleistete Anzahlungen	21.963,82	40.161,20	1. Festgesetztes Kapital	3.693.297,23	3.693.297,23
II. Sachanlagen			2. Kapitalrücklage	460.387,78	460.387,78
1. Grundstücke mit Betriebsbauten	31.610.582,78	32.719.198,23	3. Gewinnrücklagen		
2. Grundstücke mit Wohnbauten	856.426,82	921.074,09	b) zweckgebundene Gewinnrücklage	3.605.905,89	3.680.551,89
5. Einrichtungen und Ausstattungen	1.460.046,49	1.698.286,25	c) freie Gewinnrücklage	1.290.828,77	1.290.828,77
6. geleistete Anzahlungen und Anlagen im Bau	3.776.781,11	960.793,33	d) andere Gewinnrücklage	750.000,00	750.000,00
	<u>37.703.837,20</u>	<u>36.299.351,90</u>	5. Bilanzgewinn	175.714,64	49.593,25
	<u>37.725.801,02</u>	<u>36.339.513,10</u>		<u>9.976.134,31</u>	<u>9.924.658,92</u>
C. Umlaufvermögen			B. Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des Sachanlagevermögens		
I. Vorräte			1. Sonderposten aus Fördermitteln nach dem KHG	15.594.401,93	16.264.008,91
1. Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	240.505,19	239.080,33	2. Sonderposten aus Zuweisungen und Zuschüssen der öffentlichen Hand	8.741.985,07	9.352.199,55
4. geleistete Anzahlungen	64.270,50	64.270,50		<u>24.336.387,00</u>	<u>25.616.208,46</u>
	<u>304.775,69</u>	<u>303.350,83</u>	C. Rückstellungen		
II. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände			1. Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen	3.355.713,00	3.491.748,00
1. Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	12.797.910,51	12.886.247,91	3. sonstige Rückstellungen	9.468.802,08	8.967.895,75
- davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr EUR 0,00 (Vorjahr EUR 0,00)				<u>12.824.515,08</u>	<u>12.459.643,75</u>
2. Forderungen an den Krankenhausträger	4.864.672,79	5.562.930,44	D. Verbindlichkeiten		
- davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr EUR 0,00 (Vorjahr EUR 0,00)			2. Erhaltene Anzahlungen	4.782,73	4.052,73
3. Forderungen nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht	344.889,00	121.355,00	- davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr EUR 4.782,73 (Vorjahr EUR 4.052,73)		
- davon nach der BpflV EUR 344.889,00 (Vorjahr EUR 121.355,00)			3. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	1.745.699,08	1.622.184,06
- davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr EUR 0,00 (Vorjahr EUR 0,00)			- davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr EUR 1.745.699,08 (Vorjahr EUR 1.622.184,06)		
6. Sonstige Vermögensgegenstände	853.265,82	359.018,35	5. Verbindlichkeiten gegenüber dem Krankenhausträger	1.592.460,60	1.614.061,12
- davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr EUR 0,00 (Vorjahr EUR 0,00)			- davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr EUR 1.592.460,60 (Vorjahr EUR 1.495.358,17)		
	<u>18.860.738,12</u>	<u>18.929.551,70</u>	6. Verbindlichkeiten nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht	4.824.515,57	3.225.212,29
IV. Schecks, Kassenbestand, Guthaben bei Kreditinstituten	92.689,74	121.335,22	- davon nach der BpflV EUR 1.671.910,00 (Vorjahr EUR 1.104.166,00)		
	<u>19.258.203,55</u>	<u>19.354.237,75</u>	- davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr EUR 4.824.515,57 (Vorjahr EUR 3.225.212,29)		
E. Rechnungsabgrenzungsposten			7. Verbindlichkeiten aus sonstigen Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens	758.930,58	497.005,07
2. andere Abgrenzungsposten	32.494,23	42.055,39	- davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr EUR 758.930,58 (Vorjahr EUR 497.005,07)		
	<u>32.494,23</u>	<u>42.055,39</u>	10. sonstige Verbindlichkeiten	953.073,85	772.779,84
	<u>57.016.498,80</u>	<u>55.735.806,24</u>	- davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr EUR 953.073,85 (Vorjahr EUR 772.779,84)		
	<u>57.016.498,80</u>	<u>55.735.806,24</u>		<u>9.879.462,41</u>	<u>7.735.295,11</u>
	<u>57.016.498,80</u>	<u>55.735.806,24</u>		<u>57.016.498,80</u>	<u>55.735.806,24</u>

Gewinn- und Verlustrechnung

	2015 EUR	2014 EUR
1. Erlöse aus Krankenhausleistungen	68.949.394,55	65.998.652,78
2. Erlöse aus Wahlleistungen	34.636,55	55.026,82
3. Erlöse aus ambulanten Leistungen des Krankenhauses	3.793.581,76	3.611.044,87
4. Nutzungsentgelte der Ärzte	163.393,49	140.197,25
7. Zuweisungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand	562.889,68	6.540,01
8. sonstige betriebliche Erträge	1.429.075,30	1.454.772,01
- davon aus Ausgleichsbeträgen für frühere Geschäftsjahre EUR 0,00 (Vorjahr EUR 103.322,00)		
	<u>74.932.971,33</u>	<u>71.266.233,74</u>
9. Personalaufwand		
a) Löhne und Gehälter	41.921.232,74	40.176.135,89
b) soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung und für Unterstützung	11.592.693,58	11.041.932,16
- davon für Altersversorgung EUR 3.477.992,01 (Vorjahr EUR 3.411.014,90)		
10. Materialaufwand		
a) Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	4.320.409,35	3.844.386,51
b) Aufwendungen für bezogene Leistungen	7.636.828,48	7.012.769,72
	<u>65.471.164,15</u>	<u>62.075.224,28</u>
Zwischenergebnis	<u>9.461.807,18</u>	<u>9.191.009,46</u>
11. Erträge aus Zuwendungen zur Finanzierung von Investitionen	1.852.166,51	1.785.893,78
- davon Fördermittel nach dem KHG EUR 1.362.583,52 (Vorjahr EUR 1.320.172,52)		
13. Erträge aus der Auflösung von Sonderposten/Verbindlichkeiten nach dem KHG und auf Grund sonstiger Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens	1.703.489,77	1.762.614,29
15. Aufwendungen aus der Zuführung zu Sonderposten/Verbindlichkeiten nach dem KHG und auf Grund sonstiger Zuwendungen zur Finanzierung des Anlage- vermögens	1.717.153,10	1.654.140,35
17. Aufwendungen für die nach dem KHG geförderte Nutzung von Anlagegegenständen	25.967,51	26.452,27
	<u>1.812.535,67</u>	<u>1.867.915,45</u>
20. Abschreibungen		
a) auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen	1.869.105,55	1.930.505,75
21. Sonstige betriebliche Aufwendungen	9.232.631,82	8.940.015,30
- davon aus Ausgleichsbeträgen für frühere Geschäftsjahre EUR 0,00 (Vorjahr EUR 30.191,54)		
	<u>11.101.737,37</u>	<u>10.870.521,05</u>
Zwischenergebnis	<u>172.605,48</u>	<u>188.403,86</u>
24. sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	3.953,57	5.508,38
- davon aus verbundenen Unternehmen EUR 0,00 (Vorjahr EUR 619,94)		
- davon aus der Abzinsung EUR 3.614,00 (Vorjahr EUR 0,00)		
26. Zinsen und ähnliche Aufwendungen	110.542,63	126.464,82
- davon aus verbundenen Unternehmen EUR 3.565,42 (Vorjahr EUR 5.736,27)		
- davon aus der Aufzinsung EUR 66.988,00 (Vorjahr EUR 80.451,00)		
	<u>-106.589,06</u>	<u>-120.956,44</u>
27. Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	66.016,42	67.447,42
31. Steuern	14.541,03	17.231,61
32. Jahresüberschuss	<u>51.475,39</u>	<u>50.215,81</u>
33. Gewinnvortrag	49.593,25	0,00
34. Entnahme aus zweckgebundener Rücklage	74.646,00	76.674,92
35. Einstellung in zweckgebundene Rücklage	0,00	77.297,48
37. Bilanzgewinn	<u>175.714,64</u>	<u>49.593,25</u>

Anlagennachweis

	Entwicklung der Anschaffungswerte					Entwicklung der Abschreibungen					Restbuchwert zum 31.12.2015 EUR
	Anfangsbestand zum 01.01.2015	Zugang	Umbuchungen	Abgang	Endbestand zum 31.12.2015	Anfangsbestand zum 01.01.2015	Abschreibungen des Geschäftsjahres	Umbuchungen	Entnahme für Abgänge	Endbestand zum 31.12.2015	
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
B. I. Immaterielle Vermögensgegenstände und dafür geleistete Anzahlungen	594.140,26	531,93	0,00	0,00	594.672,19	553.979,06	18.729,31	0,00	0,00	572.708,37	21.963,82
B.II Sachanlagen											
1. Grundstücke mit Betriebsbauten	61.028.427,50	7.924,39	0,00	0,00	61.036.351,89	28.309.229,27	1.116.539,84	0,00	0,00	29.425.769,11	31.610.582,78
2. Grundstücke mit Wohnbauten	2.839.817,60	0,00	0,00	0,00	2.839.817,60	1.918.743,51	64.647,27	0,00	0,00	1.983.390,78	856.426,82
3. Grundstücke ohne Bauten	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4. technische Anlagen	83.072,09	0,00	0,00	0,00	83.072,09	83.072,09	0,00	0,00	0,00	83.072,09	0,00
5. Einrichtungen und Ausstattungen	8.376.899,36	430.949,37	0,00	7.363,80	8.800.484,93	6.678.613,11	669.189,13	0,00	7.363,80	7.340.438,44	1.460.046,49
6. geleistete Anzahlungen und Anlagen im Bau	960.793,33	2.815.987,78	0,00	0,00	3.776.781,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.776.781,11
	73.289.009,88	3.254.861,54	0,00	7.363,80	76.536.507,62	36.989.657,98	1.850.376,24	0,00	7.363,80	38.832.670,42	37.703.837,20
	73.883.150,14	3.255.393,47	0,00	7.363,80	77.131.179,81	37.543.637,04	1.869.105,55	0,00	7.363,80	39.405.378,79	37.725.801,02

Anhang zum Jahresabschluss vom 01. Januar bis 31. Dezember 2015

I. Vorbemerkungen

Der Jahresabschluss wurde nach den Vorschriften der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV) in Verbindung mit den einschlägigen Bestimmungen des HGB aufgestellt. Die Bewertung der Rückstellung für Pensions- und Beihilfeverpflichtungen erfolgte aufgrund des abweichenden Gemeindefinanzrechts NRW nach § 18 b GemKHBVO NRW i. V. m. § 36 Abs. 1 Gem.HVO NRW.

Die Gliederung des Jahresabschlusses erfolgte nach den Vorschriften der KHBV und wurde gem. § 265 Abs. 5 HGB in Verbindung mit der KHBV erweitert.

II. Bilanzierungs- und Bewertungsgrundsätze

Immaterielle Vermögensgegenstände sind zu Anschaffungskosten, vermindert um planmäßige lineare Abschreibungen, verrechnet über die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer, bewertet.

Das Grundvermögen wird mit einem in Anlehnung an die Bewertungsgrundsätze des Neuen Kommunalen Finanzmanagements NRW (NKF) ermittelten Wert angesetzt. Der ermittelte Betrag je qm beträgt demnach EUR 56,00.

Das Sachanlagevermögen ist mit Anschaffungs- und Herstellungskosten bewertet. Der Abnutzung wird durch planmäßige lineare Abschreibungen über die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer (diese entspricht grundsätzlich den amtlichen steuerlichen AfA-Tabellen) Rechnung getragen. Für Geringwertige Wirtschaftsgüter wird ein Sammelposten gebildet und zeitanteilig über die Nutzungsdauer von 5 Jahren linear abgeschrieben.

Die Bewertung der Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe erfolgt zu Anschaffungskosten bzw. zu niedrigeren Marktpreisen.

Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände sind zum Nennwert, unter Abzug gebotener Wertberichtigungen, angesetzt.

Die Forderungen an den Krankenhausträger betreffen sonstige Forderungen in Höhe von TEUR 4.864,6 (Vj. TEUR 5.562,9), im Wesentlichen aus dem Cashpool in Höhe von TEUR 4.768,3 (Vj. TEUR 5.588,5) sowie Forderungen aus Lieferungen und Leistungen in Höhe von TEUR 96,4 (Vj. TEUR -25,6).

Unter dem Rechnungsabgrenzungsposten sind Zahlungen vor dem Bilanzstichtag, die Aufwand für eine bestimmte Zeit nach dem Bilanzstichtag darstellen, ausgewiesen.

Fördermittel nach dem KHG, Zuweisungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand sowie Zuwendungen Dritter werden als Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens, vermindert um den Betrag der bis zum 31.12.2015 auf die entsprechend finanzierten Vermögensgegenständen angefallenen Abschreibungen, ausgewiesen.

Aufgrund der Abweichung des Gemeindefirtschaftsrechts NRW von den handelsrechtlichen Vorschriften erfolgt die Bewertung der Rückstellung für Pensions- und Beihilfeverpflichtungen für den Bilanzansatz gem. den Vorschriften der Gemeindehaushaltsverordnung und ergänzend als Anhangangabe gem. den handelsrechtlichen Vorschriften zur Erfüllung der Vorgaben der Krankenhausbuchführungsverordnung:

- Die Bewertung der Rückstellung für Pensionsverpflichtungen nach den beamtenrechtlichen Vorschriften für die Dauer der Beschäftigung von Beamtinnen und Beamten im Krankenhaus erfolgt im Berichtsjahr gem. § 18 b GemKHBVO i. V. m. § 36 Abs. 1 GemHVO NRW mit dem Teilwert-Verfahren. Für die Bewertung liegt eine durch die Heubeck AG testierte Berechnung der Rheinischen Versorgungskasse (RVK) unter Zugrundelegung eines Rechnungszinssatzes von 5,00 % vor. Die Bewertung der entsprechenden Rückstellungen für Beihilfeverpflichtungen erfolgte gem. § 36 Abs. 1 S. 4 GemHVO NRW prozentual mit einem Prozentsatz in Höhe von 23,26 % der Pensionsverpflichtung.
- Die nach handelsrechtlichen Vorschriften bewerteten Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen einschl. Beihilfen betragen EUR 4.202.426,00. Davon entfallen auf vor dem 01.01.1987 erteilte Pensionszusagen oder Anwartschaften zum 31.12.2015 insgesamt EUR 3.220.919,00, für die nach Artikel 28 Abs. 2 EGHGB ein Bilanzierungswahlrecht besteht. Die Beträge sind nachgewiesen durch ein versicherungsmathematisches Gutachten der Heubeck AG, unter Zugrundelegung eines Rechnungszinses von 3,89 % und einer angenommenen Tarifentwicklung von 1,50 % jährlich auf Basis der Richttafeln 2005 G von Klaus Heubeck, vom 12.02.2016. Die Berechnung erfolgte gem. Teilwertverfahren.
- Zwischen der Bewertung der Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen einschl. Beihilfen nach GemHVO NRW und nach HGB ergibt sich ein Differenzbetrag in Höhe von EUR 846.713,00. Beginnend mit dem Geschäftsjahr 2015 wird ein Betrag in Höhe der Auflösung der Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen einschl. Beihilfen nach GemHVO NRW in Höhe von EUR 136.035,00 in den sonstigen Rückstellungen bilanziert, um das höhere Risiko der Bewertung der Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen einschl. Beihilfen abzubilden.

Bei den LVR-Kliniken bestehen über die Rheinische Zusatzversorgungskasse (RZVK), Köln, mittelbare Pensionsverpflichtungen gegenüber den Angestellten. Die Ausgestaltung der einzelnen Versorgungszusagen richtet sich nach der Satzung der RZVK. Das System ist umlagefinanziert. Der Gesamtbetrag der umlagepflichtigen Gehälter betrug im

Berichtsjahr EUR 41.443.688,63. Der Umlagesatz und seine voraussichtliche Entwicklung stellen sich wie folgt dar:

- 2015 4,25 % Umlage + 3,50 % Sanierungsgeld
- 2016 4,25 % Umlage + 3,50 % Sanierungsgeld

Die Sonstigen Rückstellungen sind mit dem Erfüllungsbetrag bewertet und berücksichtigen alle erkennbaren Risiken auf der Grundlage vorsichtiger kaufmännischer Beurteilung. Für Rückstellungen mit einer Laufzeit größer als ein Jahr wurden künftige Preis- und Kostensteigerungen berücksichtigt und der Betrag gem. der Rückstellungsabzinsungsverordnung mit dem durch die Deutsche Bundesbank veröffentlichten Laufzeit entsprechenden Zinssatz abgezinst. Die Sonstigen Rückstellungen entfallen im Wesentlichen auf die Rückstellungen für Urlaub, Altersteilzeit, sonstige Personalkosten, Jahresabschlusskosten, Prozesskosten, ausstehende Rechnungen, Beihilfen sowie ungewisse Verbindlichkeiten.

Vom Ansatzwahlrecht für Rückstellungen für unterlassene Instandhaltung wurde in den Vorjahren Gebrauch gemacht. Im Zuge der Umstellung auf das BilMoG wurden diese Rückstellungen beibehalten und werden bei Anfall der Instandhaltungsmaßnahmen verbraucht bzw. bei Wegfall des Grundes aufgelöst werden. Zum 31.12.2015 beträgt der Wert der Rückstellung TEUR 4.692.241,56.

Die Altersteilzeit-Rückstellung wurde mit dem notwendigen Erfüllungsbetrag angesetzt. Künftige Tarifierhöhungen während der Freistellungsphase wurden mit einem Zuschlag von 2,00 % berücksichtigt. Die Diskontierung erfolgte einheitlich mit einem Zinssatz von 4,00 %. Dies entspricht dem von der Deutschen Bundesbank veröffentlichten Abzinsungssatz gemäß § 253 Abs. 2 HGB, der für die durchschnittliche Restlaufzeit für alle bestehenden Altersteilzeitverhältnisse ermittelt wurde.

Die Verbindlichkeiten sind mit ihrem Erfüllungsbetrag angesetzt. In dem „Davon-Vermerk“ des Vorjahres zur Restlaufzeit der Verbindlichkeiten nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht sind die Verbindlichkeiten nach § 18 KHGG NRW einbezogen worden.

Verbindlichkeiten	Restlaufzeiten		
	< 1 Jahr	1 - 5 Jahre	> 5 Jahr
	EUR	EUR	EUR
2. Erhaltene Anzahlungen	4.782,73	0,00	0,00
3. aus Lieferungen und Leistungen	1.745.699,08	0,00	0,00
5. gegenüber dem Krankenhausträger	1.592.460,60	0,00	0,00
6. nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz	4.824.515,57	0,00	0,00
7. aus sonstigen Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens	758.930,58	0,00	0,00
10. sonstige	953.073,85	0,00	0,00
Gesamt	9.879.462,41	0,00	0,00

Die Verbindlichkeiten gegenüber dem Krankenhausträger enthalten Darlehen für die Umsetzung von Investitionsmaßnahmen, die durch den Landschaftsverband Rheinland in

Köln aufgenommen wurden und u. a. an die LVR-Klinik Köln weitergegeben wurden. Diese entwickelten sich wie folgt:

Jahr der Aufnahme	Zinssatz	01.01.2015	Aufnahme	Tilgung	31.12.2015
	%	EUR	EUR	EUR	EUR
2009	3,70	118.702,95	0,00	60.034,58	58.668,37
		118.702,95	0,00	60.034,58	58.668,37

Darüber hinaus enthält die Position im Wesentlichen noch Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen in Höhe von TEUR 1.533,8 (Vj. TEUR 1.495,4).

Im abgeschlossenen Geschäftsjahr sind Wirtschaftsprüferhonorare in Höhe von EUR 39.312,30 (Vj. EUR 46.904,10) gezahlt worden. Diese setzten sich wie folgt zusammen:

Wirtschaftsprüferhonorare (Netto, ohne USt)	EUR
Jahresabschlussprüfung	39.151,00
sonstige Bestätigungsleistungen	161,30
	39.312,30

Es bestehen keine Haftungsverhältnisse gemäß § 251 HGB.

Geschäfte mit nahe stehenden Unternehmen bzw. Personen zu marktüblichen Preisen wurden nicht getätigt.

III. Anlagennachweis

Die Aufgliederung und Entwicklung des Anlagevermögens sind dem beigefügten Anlagennachweis zu entnehmen.

IV. Angaben zur Gewinn- und Verlustrechnung

In den sonstigen betrieblichen Erträgen sind periodenfremde Erträge in Höhe von EUR 595.369,27 enthalten, welche im Wesentlichen aus dem Eingang abgeschriebener Forderungen sowie Schadenerstattungen aus früheren Geschäftsjahren resultieren. Zudem beinhalten die sonstigen betrieblichen Aufwendungen periodenfremde Aufwendungen in Höhe von EUR 158.121,77. Diese resultieren im Wesentlichen aus Instandhaltungen früherer Jahre.

In den Zinsen und ähnlichen Aufwendungen sind Aufwendungen aus der Aufzinsung von Rückstellungen in Höhe von EUR 66.988,00 enthalten.

V. Sonstige Angaben

Der Klinikvorstand ist die Krankenhausbetriebsleitung. Diesem gehören an:

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

Die für die Tätigkeit im Geschäftsjahr 2015 gewährten Gesamtbezüge des Klinikvorstandes betragen EUR 581.358,34 (Vj. EUR 522.623,11).

Diese setzten sich wie folgt zusammen:

Vorstandsmitglied	Festvergütung	Variable Vergütung	Sach- und sonstige Bezüge *	Gesamt
	EUR	EUR	EUR	EUR
Jörg Schürmanns	136.837,00	25.445,72	9.999,96	172.282,68
Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank	220.685,50	31.453,16	21.927,81	274.066,47
Frank Allisat	105.707,36	20.724,95	8.576,88	135.009,19
Vorstand gesamt	463.229,86	77.623,83	40.504,65	581.358,34

* erfolgsunabhängige Vergütung

Neben den oben dargestellten Vergütungen wurde im Jahr 2015 aufgrund von Vertragsänderungen für vorangegangene Jahre an Frau Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank eine Zahlung in Höhe von EUR 156.738,63 geleistet.

Die Gesamtbruttobezüge für frühere Mitglieder der Betriebsleitung oder ihre Hinterbliebenen betragen EUR 113.398,62 (Vj. EUR 111.437,89).

Der Krankenhausausschuss Nr. 2 erhielt für seine Tätigkeit von den drei LVR-Kliniken Düsseldorf, Langenfeld und Köln eine Gesamtvergütung in Höhe von EUR 8.657,55 (Vj. EUR 7.305,36). Der Anteil für die LVR-Klinik Köln beträgt in 2015 EUR 2.885,85 (Vj. EUR 2.435,12). Auf einen Ausweis der je Ausschussmitglied gezahlten Vergütungen gem. Transparenzgesetz wurde wegen der Geringfügigkeit der Beträge je Mitglied und Einrichtung (< EUR 750,00) verzichtet.

Dem Krankenhausausschuss Nr. 2 gehörten in der 14. Wahlperiode die nachfolgenden Mitglieder sowie deren Stellvertreter im Berichtsjahr an:

Mitglieder

CDU

Stieber, Andreas-Paul (Vorsitzender)
 (Geschäftsführer)
 Bündgens, Willi
 (Immobilienmakler)
 Dr. Elster, Ralph
 (Unternehmensberater)
 Kleine, Jürgen (ab 11.12.2015)
 (Angestellter)

stellvertretende Mitglieder

CDU

Boss, Frank
 (Fraktionsgeschäftsführer)
 Giebels, Harald
 (Rechtsanwalt)
 Krebs, Bernd
 (Rentner)
 Müller, Michael
 (Schausteller)

Loepp, Helga
(Industriekauffrau)
Mucha, Constanze
(Lehrerin)
Rohde, Klaus
(Sonderschuldirektor a. D.)
Dr. Schlieben, Nils Helge
(Studienrat)
Stricker, Günter (bis 08.10.2015)
(Immobilienwirt)
Wirtz, Axel
(Dipl.-Verwaltungswirt, MdL)

SPD

Ciesla-Baier, Dietmar
(Verkehrsfachwirt)
Gabriel, Joachim
(Bürokaufmann)
Kaske, Axel
(Kaufmann)
Schmidt-Zadel, Regina *
(Bundestagsabgeordnete a. D.)
Schulz, Margret
(Hausfrau)
Strauß, Rajiv
(Doktorand)
Zepuntke, Klaudia
(Gemeindeschwester)

Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Barion, Karin
(Werbefachfrau)
Schäfer, Ilona (stellv. Vorsitzende)
(med.-techn. Assistentin)
Zsack-Möllmann, Martina
(Geschäftsführerin)

FDP

Dr. Strack-Zimmermann, Marie-Agnes
(Verlagsrepräsentantin)
Wirtz, Robert *
(Oberkreisdirektor a. D.)

Natus-Can, M.A., Astrid
(Geschäftsführerin)
Schavier, Karl
(Dipl.-Wirt.-Ingenieur)
Dr. Schoser, Martin
(Geschäftsführer)
Schroeren, Michael
(Kaufmann der Immobilienwirtschaft)
Sonntag, Ullrich
(Geschäftsführer)
Tondorf, Bernd
(Sonderschuldirektor i. R.)

SPD

Eichner, Harald
(Pensionär)
Mederlet, Frank *
(Geschäftsführer)
Prof. Dr. Rolle, Jürgen
(Institutsleiter a. D.)
Schmerbach, Cornelia
(Geschäftsführerin)
Schnitzler, Stephan
(Dipl.-Sozialwissenschaftler)
Schultes, Monika
(Vorruehändlerin)
Wucherpennig, Brigitte
(Rentnerin)

Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Emmler, Stephan
(Dipl.-Rechtspfleger)
Klemm, Ralf *
(Fraktionsgeschäftsführer)
Peil, Stefan *
(Pensionär)
Warneke, Uwe Marold
(Rechtsanwalt)

FDP

Paßmann, Bernd *
(Rentner)
Dr. Pohl, Mark Stephen
(Angestellter)
Wallutat, Philipp (bis 20.04.2015)
(Geschäftsführer)
Wallutat, Philipp (ab 11.12.2015)
(Geschäftsführer)

Die Linke.

Glagla M.A., Daniela *
(Fraktionsassistentin)

Die Linke.

Detjen, Ulrike)
(Geschäftsführerin)
Hamm, Gudrun
(Rentnerin)

Freie Wähler/Piraten

Bosch, Robert *
(Geschäftsführer)

Freie Wähler/Piraten

Benoit, Andreas *
(Vermessungsassessor)
Dr. Grumbach, Hans Joachim *
(Dipl.-Chemiker)

* = Sachkundige/-r Bürger/-in

Das Krankenhaus beschäftigte 2015 durchschnittlich 1 Beamten (Vj. 1) und 1.010 Beschäftigte (Vj. 1.021). Die Zahl der Auszubildenden lag bei 58 (Vj. 58), die der Praktikanten bei 0 (Vj. 0) und der Zivildienstleistenden bei 0 (Vj. 0).

Der Jahresabschluss wird in den Konzernabschluss des Landschaftsverbandes Rheinland einbezogen.

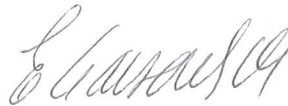
Köln, 31.03.2016

Der Klinikvorstand



Jörg Schürmanns

Kaufmännischer Direktor
(Vorsitzender des Vorstandes)



Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank

Ärztliche Direktorin



Frank Allisat

Pflegedirektor

Vorlage-Nr. 14/1405

öffentlich

Datum: 15.08.2016
Dienststelle: LVR-Klinik Langenfeld
Bearbeitung: Herr Gassner

Krankenhausausschuss 2 13.09.2016 Beschluss

Tagesordnungspunkt:

Jahresabschluss 2015 der LVR-Klinik Langenfeld

Beschlussvorschlag:

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

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

Für den Vorstand:

H ö h m a n n
Vorsitzender des Vorstandes

Zusammenfassung:

Der Jahresabschluss zum 31.12.2015 schließt mit einem Jahresüberschuss in Höhe von EUR 453.617,26 ab. Nach Bildung von Rücklagen – im Wesentlichen für notwendige Investitions- und Instandhaltungsmaßnahmen – verbleibt ein Bilanzgewinn in Höhe von EUR 432.221,94.

Begründung der Vorlage Nr. 14/1405:

Der Jahresabschluss zum 31.12.2015 der LVR-Klinik Langenfeld ist als Anlage beigefügt.

Für den Vorstand.

H ö h m a n n
Vorsitzender des Vorstandes

Jahresabschluss

2015

Bilanz
Gewinn- und Verlustrechnung
Anlagennachweis
Anhang zum Jahresabschluss 2015

Anlage 1
Anlage 2
Anlage 3
Anlage 4

Bilanz zum 31. Dezember 2015

A k t i v a	2015	2014	P a s s i v a	2015	2014
	EUR	EUR		EUR	EUR
B. Anlagevermögen			A. Eigenkapital		
II. Sachanlagen			1. Festgesetztes Kapital	2.682.121,35	2.682.121,35
1. Grundstücke mit Betriebsbauten	41.087.248,52	41.842.818,70	2. Kapitalrücklage	7.925.941,89	7.925.941,89
2. Grundstücke mit Wohnbauten	302.156,36	343.587,25	3. Gewinnrücklagen		
4. technische Anlagen	1.620.560,63	1.188.207,54	b) zweckgebundene Gewinnrücklage	6.311.904,09	5.911.904,09
5. Einrichtungen und Ausstattungen	1.490.356,52	1.473.112,28	c) freie Gewinnrücklage	227.793,72	227.793,72
6. geleistete Anzahlungen und Anlagen im Bau	4.873.842,54	1.813.723,98	d) andere Gewinnrücklage	694.369,00	656.633,00
	<u>49.374.164,57</u>	<u>46.661.449,75</u>	5. Bilanzgewinn	432.221,94	416.340,68
	<u>49.374.164,57</u>	<u>46.661.449,75</u>		<u>18.274.351,99</u>	<u>17.820.734,73</u>
C. Umlaufvermögen			B. Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des Sachanlagevermögens		
I. Vorräte			1. Sonderposten aus Fördermitteln nach dem KHG	4.745.338,39	4.681.780,86
1. Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	398.419,80	400.788,10	2. Sonderposten aus Zuweisungen und Zuschüssen der öffentlichen Hand	17.389.562,57	17.142.197,57
	<u>398.419,80</u>	<u>400.788,10</u>		<u>22.134.900,96</u>	<u>21.823.978,43</u>
II. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände			C. Rückstellungen		
1. Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	8.496.917,83	6.313.949,52	1. Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen	5.206.215,00	5.288.847,00
- davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr EUR 0,00 (Vorjahr EUR 0,00)			3. sonstige Rückstellungen	9.160.822,31	6.927.150,38
2. Forderungen an den Krankenhausträger	21.344.311,67	16.717.228,86		<u>14.367.037,31</u>	<u>12.215.997,38</u>
- davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr EUR 0,00 (Vorjahr EUR 0,00)			D. Verbindlichkeiten		
3. Forderungen nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht	750.435,83	494.982,64	3. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	863.867,42	737.434,33
- davon nach der BpflV			- davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr EUR 863.867,42 (Vorjahr EUR 737.434,33)		
EUR 437.163,00 (Vorjahr EUR 109.351,00)			5. Verbindlichkeiten gegenüber dem Krankenhausträger	15.694.583,97	9.007.715,99
- davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr EUR 0,00 (Vorjahr EUR 0,00)			- davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr EUR 6.044.874,73 (Vorjahr EUR 4.077.683,98)		
6. Sonstige Vermögensgegenstände	277.160,75	467.277,82	6. Verbindlichkeiten nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht	6.757.747,23	6.248.614,06
- davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr EUR 0,00 (Vorjahr EUR 0,00)			- davon nach der BpflV		
	<u>30.868.826,08</u>	<u>23.993.438,84</u>	EUR 581.379,67 (Vorjahr EUR 683.784,67)		
	<u>30.868.826,08</u>	<u>23.993.438,84</u>	- davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr EUR 6.757.747,23 (Vorjahr EUR 6.243.527,84)		
IV. Schecks, Kassenbestand, Guthaben bei Kreditinstituten	34.074,68	25.222,84	7. Verbindlichkeiten aus sonstigen Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens	1.749.472,11	1.896.802,92
	<u>31.301.320,56</u>	<u>24.419.449,78</u>	- davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr EUR 1.749.472,11 (Vorjahr EUR 1.896.802,92)		
E. Rechnungsabgrenzungsposten			10. sonstige Verbindlichkeiten	839.509,59	1.331.108,75
2. andere Abgrenzungsposten	11.865,01	7.049,47	- davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr EUR 839.509,59 (Vorjahr EUR 1.331.108,75)		
	<u>11.865,01</u>	<u>7.049,47</u>		<u>25.905.180,32</u>	<u>19.221.676,05</u>
	<u>80.687.350,14</u>	<u>71.087.949,00</u>	F. Rechnungsabgrenzungsposten	<u>5.879,56</u>	<u>5.562,41</u>
	<u>80.687.350,14</u>	<u>71.087.949,00</u>		<u>80.687.350,14</u>	<u>71.087.949,00</u>

Gewinn- und Verlustrechnung

	2015 EUR	2014 EUR
1. Erlöse aus Krankenhausleistungen	58.949.954,82	56.656.124,10
3. Erlöse aus ambulanten Leistungen des Krankenhauses	3.835.798,85	3.500.109,98
4. Nutzungsentgelte der Ärzte	58.253,07	45.566,46
6. andere aktivierte Eigenleistungen	30.865,47	14.757,47
7. Zuweisungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand	410.285,50	381.690,80
8. sonstige betriebliche Erträge	5.907.081,77	5.065.038,25
- davon aus Ausgleichsbeträgen für frühere Geschäftsjahre EUR 0,00 (Vorjahr EUR 0,00)		
	<u>69.192.239,48</u>	<u>65.663.287,06</u>
9. Personalaufwand		
a) Löhne und Gehälter	40.213.818,79	39.032.172,24
b) soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung und für Unterstützung	11.228.459,49	10.767.158,71
- davon für Altersversorgung EUR 3.597.781,60 (Vorjahr EUR 3.468.805,28)		
10. Materialaufwand		
a) Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	5.861.582,37	5.457.737,83
b) Aufwendungen für bezogene Leistungen	2.978.531,75	3.141.385,64
	<u>60.282.392,40</u>	<u>58.398.454,42</u>
Zwischenergebnis	<u>8.909.847,08</u>	<u>7.264.832,64</u>
11. Erträge aus Zuwendungen zur Finanzierung von Investitionen	2.495.616,87	1.969.930,48
- davon Fördermittel nach dem KHG EUR 1.294.163,16 (Vorjahr EUR 1.254.876,22)		
13. Erträge aus der Auflösung von Sonderposten/Verbindlichkeiten nach dem KHG und auf Grund sonstiger Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens	1.837.957,12	1.787.890,95
15. Aufwendungen aus der Zuführung zu Sonderposten/Verbindlichkeiten nach dem KHG und auf Grund sonstiger Zuwendungen zur Finanzierung des Anlage- vermögens	2.507.582,23	1.988.254,52
18. Aufwendungen für nach dem KHG geförderte, nicht aktivierungsfähige Maßnahmen	69.458,77	13.255,23
	<u>1.756.532,99</u>	<u>1.756.311,68</u>
20. Abschreibungen		
a) auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen	1.882.617,99	1.896.860,92
21. Sonstige betriebliche Aufwendungen	8.235.878,70	6.907.895,22
- davon aus Ausgleichsbeträgen für frühere Geschäftsjahre EUR 0,00 (Vorjahr EUR 0,00)		
	<u>10.118.496,69</u>	<u>8.804.756,14</u>
Zwischenergebnis	<u>547.883,38</u>	<u>216.388,18</u>
24. sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	11.554,10	5.378,57
- davon aus verbundenen Unternehmen EUR 11.320,32 (Vorjahr EUR 4.692,81)		
- davon aus der Abzinsung EUR 0,00 (Vorjahr EUR 0,00)		
26. Zinsen und ähnliche Aufwendungen	93.972,36	12.403,85
- davon aus verbundenen Unternehmen EUR 83.447,65 (Vorjahr EUR 2.870,83)		
- davon aus der Aufzinsung EUR 0,00 (Vorjahr EUR 0,00)		
	<u>-82.418,26</u>	<u>-7.025,28</u>
27. Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	465.465,12	209.362,90
31. Steuern	11.847,86	10.571,72
32. Jahresüberschuss	<u>453.617,26</u>	<u>198.791,18</u>
33. Gewinnvortrag	416.340,68	251.346,50
35. Einstellung in zweckgebundene Rücklage	437.736,00	33.797,00
37. Bilanzgewinn	<u>432.221,94</u>	<u>416.340,68</u>

Anlagennachweis

	Entwicklung der Anschaffungswerte					Entwicklung der Abschreibungen					Restbuchwert zum 31.12.2015 EUR
	Anfangsbestand zum 01.01.2015	Zugang	Umbuchungen	Abgang	Endbestand zum 31.12.2015	Anfangsbestand zum 01.01.2015	Abschreibungen des Geschäftsjahres	Umbuchungen	Entnahme für Abgänge	Endbestand zum 31.12.2015	
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
B. I. Immaterielle Vermögensgegenstände und dafür geleistete Anzahlungen	524.686,35	0,00	0,00	0,00	524.686,35	524.686,35	0,00	0,00	0,00	524.686,35	0,00
B.II. Sachanlagen											
1. Grundstücke mit Betriebsbauten	65.265.364,38	385.341,08	42.912,90	0,00	65.693.618,36	23.422.545,68	1.183.824,16	0,00	0,00	24.606.369,84	41.087.248,52
2. Grundstücke mit Wohnbauten	2.487.252,10	0,00	0,00	0,00	2.487.252,10	2.143.664,85	41.430,89	0,00	0,00	2.185.095,74	302.156,36
4. technische Anlagen	11.504.273,74	617.620,30	58.793,98	21.574,70	12.159.113,32	10.316.066,20	228.848,25	0,00	6.361,76	10.538.552,69	1.620.560,63
5. Einrichtungen und Ausstattungen	10.484.401,51	445.758,93	0,00	70.065,85	10.860.094,59	9.011.289,23	428.514,69	0,00	70.065,85	9.369.738,07	1.490.356,52
6. geleistete Anzahlungen und Anlagen im Bau	1.813.723,98	3.161.825,44	-101.706,88	0,00	4.873.842,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.873.842,54
	91.555.015,71	4.610.545,75	0,00	91.640,55	96.073.920,91	44.893.565,96	1.882.617,99	0,00	76.427,61	46.699.756,34	49.374.164,57
	92.079.702,06	4.610.545,75	0,00	91.640,55	96.598.607,26	45.418.252,31	1.882.617,99	0,00	76.427,61	47.224.442,69	49.374.164,57

Anhang zum Jahresabschluss vom 01. Januar bis 31. Dezember 2015

I. Vorbemerkungen

Der Jahresabschluss wurde nach den Vorschriften der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV) in Verbindung mit den einschlägigen Bestimmungen des HGB aufgestellt. Die Bewertung der Rückstellung für Pensions- und Beihilfeverpflichtungen erfolgte aufgrund des abweichenden Gemeindefinanzrechts NRW nach § 18 b GemKHBVO NRW i. V. m. § 36 Abs. 1 Gem.HVO NRW.

Die Gliederung des Jahresabschlusses erfolgte nach den Vorschriften der KHBV und wurde gem. § 265 Abs. 5 HGB in Verbindung mit der KHBV erweitert.

II. Bilanzierungs- und Bewertungsgrundsätze

Immaterielle Vermögensgegenstände sind zu Anschaffungskosten, vermindert um planmäßige lineare Abschreibungen, verrechnet über die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer, bewertet.

Das Grundvermögen wird mit einem in Anlehnung an die Bewertungsgrundsätze des Neuen Kommunalen Finanzmanagements NRW (NKF) ermittelten Wert angesetzt. Der ermittelte Betrag je qm beträgt demnach EUR 60,00.

Das Sachanlagevermögen ist mit Anschaffungs- und Herstellungskosten bewertet. Der Abnutzung wird durch planmäßige lineare Abschreibungen über die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer (diese entspricht grundsätzlich den amtlichen steuerlichen AfA-Tabellen) Rechnung getragen. Für Geringwertige Wirtschaftsgüter wird ein Sammelposten gebildet und zeitanteilig über die Nutzungsdauer von 5 Jahren linear abgeschrieben.

Die Bewertung der Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe erfolgt zu Anschaffungskosten bzw. zu niedrigeren Marktpreisen.

Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände sind zum Nennwert, unter Abzug gebotener Wertberichtigungen, angesetzt.

Die Forderungen an den Krankenhausträger betreffen sonstige Forderungen in Höhe von TEUR 21.344 (Vj. TEUR 16.717), im Wesentlichen aus dem Cashpool in Höhe von TEUR 20.179 (Vj. TEUR 15.081) sowie Forderungen aus Lieferungen und Leistungen in Höhe von TEUR 1.103 (Vj. TEUR 1.636).

Unter dem Rechnungsabgrenzungsposten sind Zahlungen vor dem Bilanzstichtag, die Aufwand für eine bestimmte Zeit nach dem Bilanzstichtag darstellen, ausgewiesen.

Fördermittel nach dem KHG, Zuweisungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand sowie Zuwendungen Dritter werden als Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens, vermindert um den Betrag der bis zum 31.12.2015 auf die entsprechend finanzierten Vermögensgegenstände angefallenen Abschreibungen, ausgewiesen.

Aufgrund der Abweichung des Gemeindegewirtschaftsrechts NRW von den handelsrechtlichen Vorschriften erfolgt die Bewertung der Rückstellung für Pensions- und Beihilfeverpflichtungen für den Bilanzansatz gem. den Vorschriften der Gemeindehaushaltsverordnung und ergänzend als Anhangangabe gem. den handelsrechtlichen Vorschriften zur Erfüllung der Vorgaben der Krankenhausbuchführungsverordnung:

- Die Bewertung der Rückstellung für Pensionsverpflichtungen nach den beamtenrechtlichen Vorschriften für die Dauer der Beschäftigung von Beamtinnen und Beamten im Krankenhaus erfolgt im Berichtsjahr gem. § 18 b GemKHBVO i. V. m. § 36 Abs. 1 GemHVO NRW mit dem Teilwertverfahren. Für die Bewertung liegt eine durch die Heubeck AG testierte Berechnung der Rheinischen Versorgungskasse (RVK) unter Zugrundelegung eines Rechnungszinssatzes von 5,00 % vor. Die Bewertung der entsprechenden Rückstellungen für Beihilfeverpflichtungen erfolgte gem. § 36 Abs. 1 S. 4 GemHVO NRW prozentual mit einem Prozentsatz in Höhe von 23,26 % der Pensionsverpflichtung.
- Die nach handelsrechtlichen Vorschriften bewerteten Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen einschl. Beihilfen betragen EUR 6.606.426,00. Davon entfallen auf vor dem 01.01.1987 erteilte Pensionszusagen oder Anwartschaften zum 31.12.2015 insgesamt EUR 4.351.776,00, für die nach Artikel 28 Abs. 2 EGHGB ein Bilanzierungswahlrecht besteht. Die Beträge sind nachgewiesen durch ein versicherungsmathematisches Gutachten der Heubeck AG, unter Zugrundelegung eines Rechnungszinses von 3,89% und einer angenommenen Tarifentwicklung von 1,50% jährlich auf Basis der Richttafeln 2005 G von Klaus Heubeck, vom 12.02.2016. Die Berechnung erfolgte gem. Teilwertverfahren.
- Zwischen der Bewertung der Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen einschl. Beihilfen nach GemHVO NRW und nach HGB ergibt sich ein Differenzbetrag in Höhe von EUR 1.400.211,00. Beginnend mit dem Geschäftsjahr 2014 wird ein Betrag in Höhe der Auflösung der Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen einschl. Beihilfen nach GemHVO NRW von EUR 216.945,00 in den sonstigen Rückstellungen bilanziert, um das höhere Risiko der Bewertung der Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen einschl. Beihilfen abzubilden.

Bei den LVR-Kliniken bestehen über die Rheinische Zusatzversorgungskasse (RZVK), Köln, mittelbare Pensionsverpflichtungen gegenüber den Angestellten. Die Ausgestaltung der einzelnen Versorgungszusagen richtet sich nach der Satzung der RZVK. Das System ist umlagefinanziert. Der Gesamtbetrag der umlagepflichtigen Gehälter betrug im Berichtsjahr EUR 38.927.910,67. Der Umlagesatz und seine voraussichtliche Entwicklung stellen sich wie folgt dar:

- 2015 4,25 % Umlage + 3,50 % Sanierungsgeld
- 2016 4,25 % Umlage + 3,50 % Sanierungsgeld

Die Sonstigen Rückstellungen sind mit dem Erfüllungsbetrag bewertet und berücksichtigen alle erkennbaren Risiken auf der Grundlage vorsichtiger kaufmännischer Beurteilung. Für Rückstellungen mit einer Laufzeit größer als ein Jahr wurden künftige Preis- und Kostensteigerungen berücksichtigt und der Betrag gem. der Rückstellungsabzinsungsverordnung mit dem durch die Deutsche Bundesbank veröffentlichten Laufzeit entsprechenden Zinssatz abgezinst. Die Sonstigen Rückstellungen entfallen im Wesentlichen auf die Rückstellungen für Urlaub, Altersteilzeit, sonstige Personalkosten, Jahresabschlusskosten, Prozesskosten, ausstehende Rechnungen sowie ungewisse Verbindlichkeiten.

Vom Ansatzwahlrecht für Rückstellungen für unterlassene Instandhaltung wurde in den Vorjahren Gebrauch gemacht. Im Zuge der Umstellung auf das BilMoG wurden diese Rückstellungen beibehalten und werden bei Anfall der Instandhaltungsmaßnahmen verbraucht bzw. bei Wegfall des Grundes aufgelöst. Zum 31.12.2015 beträgt der Wert der Rückstellung TEUR 952.

Die Altersteilzeit-Rückstellung wurde mit dem notwendigen Erfüllungsbetrag angesetzt und betrifft nur noch einen laufenden Fall. Künftige Tariferhöhungen während der Freistellungsphase wurden mit einem Zuschlag von 2,00 % berücksichtigt. Die Diskontierung erfolgte mit einem Zinssatz von 4,00 %.

Die Verbindlichkeiten sind mit ihrem Erfüllungsbetrag angesetzt. In dem „Davon-Vermerk“ des Vorjahres zur Restlaufzeit der Verbindlichkeiten nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht sind die Verbindlichkeiten nach § 18 KHGG NRW einbezogen worden.

Verbindlichkeiten	Restlaufzeiten		
	< 1 Jahr	1 - 5 Jahre	> 5 Jahr
	EUR	EUR	EUR
3. aus Lieferungen und Leistungen	863.867,42	0,00	0,00
5. gegenüber dem Krankenhausträger	6.044.874,73	0,00	9.649.709,24
6. nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz	6.757.747,23	0,00	0,00
7. aus sonstigen Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens	1.749.472,11	0,00	0,00
10. sonstige	839.509,59	0,00	0,00
Gesamt	16.255.471,08	0,00	9.649.709,24

Die Verbindlichkeiten gegenüber dem Krankenhausträger enthalten Darlehen für die Umsetzung von Investitionsmaßnahmen, die durch den Landschaftsverband Rheinland in Köln aufgenommen wurden und u. a. an die LVR-Klinik Langenfeld weitergegeben wurden. Diese entwickelten sich wie folgt:

Jahr der Aufnahme	Zinssatz	01.01.2015	Aufnahme	Tilgung	31.12.2015
	%	EUR	EUR	EUR	EUR
2014	1,59	4.930.032,01	0,00	214.240,96	4.715.791,05
2015	1,52	0,00	5.000.000,00	66.081,81	4.933.918,19
		4.930.032,01	5.000.000,00	280.322,77	9.649.709,24

Darüber hinaus enthält die Position im Wesentlichen noch Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen in Höhe von TEUR 6.045 (Vj. TEUR 4.078).

Im abgeschlossenen Geschäftsjahr sind Wirtschaftsprüferhonorare in Höhe von EUR 28.772,69 (Vj. EUR 32.915,97) gezahlt worden. Diese setzten sich wie folgt zusammen:

Wirtschaftsprüferhonorare (Netto, ohne USt)	EUR
Jahresabschlussprüfung	28.772,69
	28.772,69

Es bestehen keine Haftungsverhältnisse gemäß § 251 HGB.

Geschäfte mit nahe stehenden Unternehmen bzw. Personen zu marktüblichen Preisen wurden nicht getätigt.

III. Anlagennachweis

Die Aufgliederung und Entwicklung des Anlagevermögens sind dem beigefügten Anlagennachweis zu entnehmen.

IV. Angaben zur Gewinn- und Verlustrechnung

In den sonstigen betrieblichen Erträgen sind periodenfremde Erträge in Höhe von EUR 472.229,05 enthalten. Diese resultieren im Wesentlichen aus Nachberechnungen von Krankenhausleistungen, Kostenerstattungen früherer Jahre durch Spitzabrechnungen von Energieerzeugern und Gemeinkostenabrechnungen sowie Erträge aus Zinsen, Skonti und Überzahlungen.

Periodenfremde Aufwendungen, die in den sonstigen betrieblichen Aufwendungen in Höhe von EUR 52.526,48 ausgewiesen werden, resultieren im Wesentlichen aus Nachbelastungen von Umsatzsteuer, Spitzabrechnungen (z. B. Nebenkosten, Energie, usw.) und Korrekturen von unverrechneten Leistungen aus Vorjahren.

V. Sonstige Angaben

Der Klinikvorstand ist die Krankenhausbetriebsleitung. Diesem gehören an:

Kaufmännischer Direktor: Holger Höhmann (Vorsitzender des Vorstandes)
 Ärztliche Direktorin: Jutta Muysers
 Pflegedirektorin: Silke Ludowisy-Dehl

Die für die Tätigkeit im Geschäftsjahr 2015 gewährten Gesamtbezüge des Klinikvorstandes betragen EUR 494.532,15 (Vj. EUR 485.025,29). Diese setzten sich wie folgt zusammen:

Vorstandsmitglied	Fest- vergütung	Variable Vergütung	Sach- und sonstige Bezüge *	Gesamt
	EUR	EUR	EUR	EUR
Holger Höhmann	172.599,54	3.000,00	12.028,53	187.628,07
Jutta Muysers	173.118,28	20.130,02	0,00	193.248,30
Silke Ludowisy-Dehl	95.032,60	18.543,38	79,80	113.655,78
Vorstand gesamt	440.750,42	41.673,40	12.108,33	494.532,15

* erfolgsunabhängige Vergütung

Die Gesamtbruttobezüge für frühere Mitglieder der Betriebsleitung oder ihre Hinterbliebenen betragen EUR 142.944,40 (Vj. EUR 167.083,64).

Der Krankenhausausschuss Nr. 2 erhielt für seine Tätigkeit von den drei LVR-Kliniken Düsseldorf, Langenfeld und Köln eine Gesamtvergütung in Höhe von EUR 8.657,55 (Vj. EUR 7.305,36). Der Anteil für die LVR-Klinik Langenfeld beträgt in 2015 EUR 2.885,85 (Vj. EUR 2.435,12). Auf einen Ausweis der je Ausschussmitglied gezahlten Vergütungen gem. Transparenzgesetz wurde wegen der Geringfügigkeit der Beträge je Mitglied und Einrichtung (< EUR 750,00) verzichtet.

Dem Krankenhausausschuss Nr. 2 gehören in der 14. Wahlperiode die nachfolgenden Mitglieder sowie deren Stellvertreterinnen und Stellvertreter im Berichtsjahr an:

Mitglieder

CDU

Stieber, Andreas-Paul (Vorsitzender)
 (Geschäftsführer)
 Bündgens, Willi
 (Immobilienmakler)

stellvertretende Mitglieder

CDU

Boss, Frank
 (Fraktionsgeschäftsführer)
 Giebels, Harald
 (Rechtsanwalt)

Dr. Elster, Ralph
(Unternehmensberater)
Kleine, Jürgen (ab 11.12.2015)
(Angestellter)
Loepp, Helga
(Industriekauffrau)
Mucha, Constanze
(Lehrerin)
Rohde, Klaus
(Sonderschuldirektor a. D.)
Dr. Schlieben, Nils Helge
(Studienrat)

Stricker, Günter (bis 08.10.2015)
(Immobilienwirt)
Wirtz, Axel
(Dipl.-Verwaltungswirt, MdL)

SPD

Ciesla-Baier, Dietmar
(Verkehrsfachwirt)
Gabriel, Joachim
(Bürokaufmann)
Kaske, Axel
(Kaufmann)
Schmidt-Zadel, Regina *
(Bundestagsabgeordnete a. D.)
Schulz, Margret
(Hausfrau)
Strauß, Rajiv
(Doktorand)
Zepuntke, Klaudia
(Gemeindegeschwester)

Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Barion, Karin
(Werbefachfrau)
Schäfer, Ilona (stellv. Vorsitzende)
(med.-techn. Assistentin)
Zsack-Möllmann, Martina
(Geschäftsführerin)

FDP

Dr. Strack-Zimmermann, Marie-Agnes
(Verlagsrepräsentantin)

Krebs, Bernd
(Rentner)
Müller, Michael
(Schausteller)
Natus-Can, M.A., Astrid
(Geschäftsführerin)
Schavier, Karl
(Dipl.-Wirt.-Ingenieur)
Dr. Schoser, Martin
(Geschäftsführer)
Schroeren, Michael
(Kaufmann der Immobilienwirtschaft)

Sonntag, Ullrich
(Geschäftsführer)
Tondorf, Bernd
(Sonderschuldirektor i. R.)

SPD

Eichner, Harald
(Pensionär)
Mederlet, Frank *
(Geschäftsführer)
Prof. Dr. Rolle, Jürgen
(Institutsleiter a. D.)
Schmerbach, Cornelia
(Geschäftsführerin)
Schnitzler, Stephan
(Dipl.-Sozialwissenschaftler)
Schultes, Monika
(Vorruehändlerin)
Wucherpennig, Brigitte
(Rentnerin)

Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Emmler, Stephan
(Dipl.-Rechtspfleger)
Klemm, Ralf *
(Fraktionsgeschäftsführer)
Peil, Stefan *
(Pensionär)
Warneke, Uwe Marold
(Rechtsanwalt)

FDP

Paßmann, Bernd *
(Rentner)

Wirtz, Robert *
(Oberkreisdirektor a. D.)

Dr. Pohl, Mark Stephen
(Angestellter)
Wallutat, Philipp (bis 20.04.2015)
(Geschäftsführer)
Wallutat, Philipp (ab 11.12.2015)
(Geschäftsführer)

Die Linke.

Glagla M.A., Daniela *
(Fraktionsassistentin)

Die Linke.

Detjen, Ulrike)
(Geschäftsführerin)
Hamm, Gudrun
(Rentnerin)

Freie Wähler/Piraten

Bosch, Robert *
(Geschäftsführer)

Freie Wähler/Piraten

Benoit, Andreas *
(Vermessungsassessor)
Dr. Grumbach, Hans Joachim *
(Dipl.-Chemiker)

* = Sachkundige/r Bürger/-in

Das Krankenhaus beschäftigte 2015 durchschnittlich 1 Beamtin (Vj. 1) und 1.024 Beschäftigte (Vj. 1.004). Die Zahl der Auszubildenden lag bei 80 (Vj. 80), und die der Praktikanten bei 0 (Vj. 0).

Der Jahresabschluss wird in den Konzernabschluss des Landschaftsverbandes Rheinland einbezogen.

Langenfeld, 31.03.2016

Der Klinikvorstand

Holger Höhmann
Kaufmännischer Direktor
(Vorsitzender des Vorstandes)

Jutta Muysers
Ärztliche Direktorin

Silke Ludowisy-Dehl
Pflegedirektorin

Vorlage-Nr. 14/1335

öffentlich

Datum: 10.08.2016
Dienststelle: Fachbereich 81
Bearbeitung: Frau Gätzen, Frau Groner, Frau Wiegmans

Krankenhausausschuss 3	12.09.2016	empfehlender Beschluss
Krankenhausausschuss 2	13.09.2016	empfehlender Beschluss
Krankenhausausschuss 4	14.09.2016	empfehlender Beschluss
Krankenhausausschuss 1	15.09.2016	empfehlender Beschluss
Gesundheitsausschuss	19.09.2016	Beschluss

Tagesordnungspunkt:

Stipendienprogramm des LVR-Klinikverbundes zur Förderung von Medizinstudierenden

Beschlussvorschlag:

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.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

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

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

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

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (lfd. Jahr):

Produktgruppe:	
Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	Aufwendungen: /Wirtschaftsplan
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:

Die Verwaltung wurde mit der Vorlage 13/1550 beauftragt, für den LVR-Klinikverbund ein Stipendienprogramm zur Förderung von Medizinstudierenden einzuführen.

Das Stipendienprogramm für Medizinstudierende wurde 2012 eingeführt. 82 Stipendiatinnen und Stipendiaten konnten seitdem für das Programm gewonnen werden.

Die demographische Entwicklung und der damit verbundene Wettbewerb um qualifiziertes Personal im Ärztlichen Dienst sind in den LVR-Kliniken weiterhin spürbar.

Zum Ende der Laufzeit des aktuellen Stipendienprogrammes wurde die Wirksamkeit der einzelnen Bausteine und Rahmenbedingungen mithilfe von qualitativen Interviews im Rahmen einer Evaluation untersucht. Das Ergebnis ist insgesamt positiv.

Darüber hinaus haben sich im Rahmen der Evaluation wichtige Impulse für Verbesserungen herauskristallisiert, welche bei der Weiterführung des Programmes in das Konzept aufgenommen werden.

Der Baustein „Seminare“ wird für die Stipendiaten und Stipendiatinnen flexibler gestaltet. Statt der bisherigen Pflichtveranstaltungen müssen die Teilnehmenden künftig drei Seminartage nachweisen und können verschiedene im LVR-Klinikverbund vorhandene Angebote eigenständig kombinieren. Weiter wird der bisherige Pflichtbaustein „Gruppenmentoring“ zu einem freiwilligen und bedarfsorientierten „Einzelmentoring“ umgewandelt. Als neuer Pflichtbaustein werden zwei Tage Hospitation pro Jahr eingeführt, die im Sinne der Multiprofessionalität nicht nur im Ärztlichen Dienst, sondern auch im Pflegedienst, der Ergotherapie oder weiteren Bereichen absolviert werden können.

Das Ergebnis der Evaluation und die entwickelten Modifikationen wurden in den Fachforen der Ärztlichen Direktionen sowie der Kaufmännischen Direktionen vorgestellt. Beide Foren empfehlen eine Weiterführung des Programmes.

Die Weiterführung des Programmes soll dazu beitragen, die Bewerbersituation im ärztlichen Bereich nachhaltig zu entspannen und gut qualifizierte Nachwuchskräfte frühzeitig an die LVR-Kliniken zu binden.

Durch die Ausweitung des Programmes und die starke Nachfrage hat sich der administrative Aufwand im Fachbereich 81 deutlich erhöht. Deshalb wird zum Stellenplan 2017/2018 eine aus dem NKF-Haushalt zu finanzierende, zusätzliche Personalkapazität (1 VK g. D.) beantragt. Die abschließende Beschlussfassung hierüber bleibt den Haushaltsberatungen 2017/2018 vorbehalten.

Begründung der Vorlage Nr. 14/1335:

1. Ausgangslage

Durch Beschluss des Gesundheitsausschusses zur Vorlage 13/1550 wurde die Verwaltung am 16.06.2011 beauftragt, für den LVR-Klinikverbund ein Stipendienprogramm zur Förderung von Medizinstudierenden einzuführen.

Ende 2012 ging das LVR-Stipendienprogramm an den Start mit dem Ziel, insgesamt 100 Medizinstudierende innerhalb von vier Jahren zu fördern. Gegen Ende der Laufzeit kann das Programm als voller Erfolg bewertet werden: insgesamt 82 Stipendiatinnen und Stipendiaten konnten für das Programm gewonnen werden (Stand Juni 2016). Davon sind drei Stipendiatinnen und Stipendiaten vorzeitig ausgeschieden. 60 Stipendiatinnen und Stipendiaten sind aktuell noch aktiv in der Förderphase, 19 davon haben ihr Studium bereits abgeschlossen. Von diesen 19 ehemaligen Stipendiatinnen und Stipendiaten konnten zehn für eine Beschäftigung in einer LVR-Klinik gewonnen werden. Die restlichen neun haben sich für einen Berufseinstieg außerhalb des LVR-Klinikverbundes entschieden und zahlen nun die finanzielle Förderung in monatlichen Raten selbst zurück. Für diejenigen, die in einer LVR Klinik beschäftigt sind, übernimmt die jeweilige Klinik die Rückzahlung der finanziellen Förderung.

Zum Ende der Laufzeit des Stipendienprogrammes wurde die Wirksamkeit der einzelnen Bausteine und Rahmenbedingungen mithilfe von qualitativen Interviews im Zuge einer Evaluation untersucht. Die Ergebnisse wurden in den Fachforen der Kaufmännischen Direktion sowie der Ärztlichen Direktion diskutiert. Von beiden Foren wurde eine Weiterführung des Programmes empfohlen.

2. Weiterführung des Stipendienprogrammes

Aufgrund des insgesamt positiven Fazits soll das Programm um weitere vier Jahre verlängert werden mit dem Ziel, bis zu 100 weitere Plätze mit Stipendiatinnen und Stipendiaten zu besetzen. Die gewonnenen Erkenntnisse aus der Evaluation wurden genutzt, um das Konzept noch besser an die Bedürfnisse aller Beteiligten anzupassen. Das als Anlage 1 beiliegende Konzept stellt die Rahmenbedingungen ab dem 01.01.2017 dar.

Folgende Änderungen des ursprünglichen Konzepts sind ab dem 01.01.2017 vorgesehen:

- Der bisherige Pflichtbaustein „Seminare“ wird flexibler gestaltet. Die Stipendiatinnen und Stipendiaten müssen zukünftig drei Seminartage pro Kalenderjahr nachweisen und können verschiedene im LVR-Klinikverbund vorhandene Angebote eigenständig kombinieren.

- Der bisherige Pflichtbaustein „Gruppenmentoring“ wird in ein freiwilliges Angebot zum „Einzelmentoring“ umgewandelt. Die Bindung sowie die informelle Austauschmöglichkeit mit einer persönlichen Mentorin bzw. einem persönlichen Mentor werden als wichtige Weiterentwicklungsmöglichkeit angesehen. Jedoch erfolgt eine Anpassung dieses Bausteins an die tatsächlichen Bedürfnisse der Stipendiatinnen und Stipendiaten. Die Evaluation hat gezeigt, dass das ursprünglich angedachte Gruppenmentoring bei Stipendiatinnen und Stipendiaten z.T. als sehr belastend empfunden wird (z.B. aufgrund von weiten Anfahrtswegen). Die Teilnahme ist daher derzeit eher gering. Diese Entwicklung bewirkt zudem in den LVR-Kliniken einen unverhältnismäßig hohen Organisationsaufwand, der durch die Änderung des Bausteines auch gemindert wird.
- Als neuer Baustein des Stipendienprogrammes werden zwei Tage Hospitation pro Jahr in einer LVR-Klinik (Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Ergotherapie etc.) eingeführt. Die Evaluation hat gezeigt, dass Praxiserfahrungen sehr wichtig sind, um den Stipendiatinnen und Stipendiaten ein konkretes Bild über das Fachgebiet Psychiatrie und die LVR-Kliniken als Arbeitgeber zu ermöglichen.

Ende 2018 soll eine erneute Zwischenevaluation durchgeführt werden, um zu überprüfen, ob das Ziel des Stipendienprogrammes erreicht wird und die neu eingeführten Bausteine praktikabel sind.

3. Finanzierung

Seit 2015 werden die ersten Stipendien durch die LVR-Kliniken bzw. die ehemaligen Stipendiatinnen und Stipendiaten selbst zurückgezahlt. Somit finanziert sich das Programm zunehmend aus den Rückzahlungen. Im April 2016 standen monatlichen Auszahlungen in Höhe von 30.000 € monatlichen Rückzahlungen in Höhe von 10.000 € gegenüber. Unter der Annahme, dass zukünftig auch weiterhin ca. 50% der Stipendiatinnen und Stipendiaten einen Arbeitsvertrag mit einer LVR-Klinik abschließen, belaufen sich die Gesamtkosten der LVR-Kliniken für die Rückzahlung der in den Jahren 2012 bis 2016 vergebenen Stipendien auf insgesamt ca. 1.100.000 €.

Neben der o.g. Rückzahlung fallen jährlich für das Stipendienprogramm Sachkosten für Seminare und Honorare sowie Werbung an, die von den LVR-Kliniken refinanziert werden. Diese beliefen sich im Jahr 2015 auf 15.300 €.

Bei einer Verlängerung des Stipendienprogrammes für weitere vier Jahre wird eine ähnliche Kostenentwicklung wie für die Jahre 2012 bis 2016 erwartet.

Durch die Ausweitung des Programmes und die starke Nachfrage hat sich der administrative Aufwand im Arbeitsbereich „Personalentwicklung“ des Fachbereichs 81 deutlich erhöht (z.B. aufgrund der Bewerbungs- und Auswahlverfahren, Vertragsgespräche und -abschlüsse, Administration der Vertragspflichten, Steuerung der Rückzahlungsmodalitäten und deren Controlling, Organisation und Koordination des Programmes, Feedbackgespräche etc.). Hierfür wird zum Stellenplan 2017/2018 eine aus dem NKF-Haushalt zu finanzierende, zusätzliche Personalkapazität (1 VK g. D.) beantragt. Die abschließende Beschlussfassung hierüber bleibt den Haushaltsberatungen 2017/2018 vorbehalten.

In Vertretung

W e n z e l – J a n k o w s k i

Stipendienprogramm für Medizinstudierende im LVR-Klinikverbund

- Konzept gültig ab 01.01.2017 -



Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Zielgruppe und Zulassungsvoraussetzungen.....	3
3	Inhalte und Struktur des Stipendienprogramms	4
3.1	Inhaltliche Förderung.....	5
3.2	Finanzielle Förderung	6
4	Bewerbung und Auswahlverfahren	7
5	Weitere Informationen.....	7

1 Einleitung

Aufgabe des LVR-Klinikverbundes (www.lvr.de) ist es, den Menschen im Rheinland eine qualitativ hochwertige, gemeindenahe und differenzierte psychiatrische Versorgung zu gewährleisten. Um dies nachhaltig erfüllen zu können, ist es erforderlich, dass wir stetig geeignete Fachkräfte in ausreichender Zahl für die Arbeit in der Psychiatrie und konkret in unserem LVR-Klinikverbund gewinnen können.

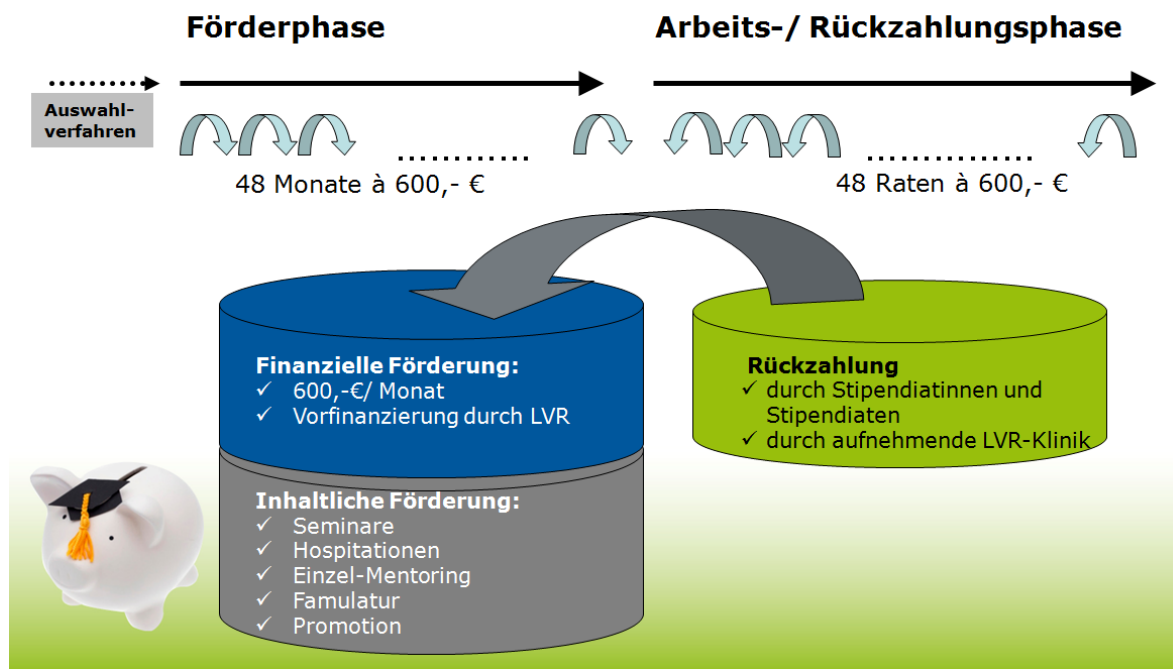
Um dem Ärztemangel im LVR-Klinikverbund entgegenzuwirken, ging Ende 2012 das LVR-Stipendienprogramm an den Start. Hauptziel des Programms ist es, Studentinnen und Studenten der Medizin für die Arbeit in der Psychiatrie zu interessieren und konkret für eine Mitarbeit im LVR-Klinikverbund zu gewinnen. Gleichzeitig soll das Berufsbild einer Ärztin bzw. eines Arztes für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unter den Studierenden an den Universitäten präsenter gemacht werden. Durch konkrete Erfahrungen in der Begegnung mit psychisch Kranken und mit der Psychiatrie als Institution soll das Stipendienprogramm zudem die Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen fördern und das Bild der Psychiatrie in der Fachöffentlichkeit positiv beeinflussen.

2 Zielgruppe und Zulassungsvoraussetzungen

Das Stipendienprogramm richtet sich an Studierende der Medizin im klinischen Abschnitt an einer Hochschule im Rheinland. Von 2017 bis 2020 werden pro Jahr bis zu 25 Stipendiatinnen und Stipendiaten in das Programm aufgenommen. Informationen zum Bewerbungs- und Auswahlverfahren sind in Kapitel 4 beschrieben.

3 Inhalte und Struktur des Stipendienprogramms

Das Stipendienprogramm sieht eine *inhaltliche* und eine *finanzielle* Förderung vor. Die Konzeption und die Finanzierung des Stipendienprogramms werden in dem Schaubild verdeutlicht:



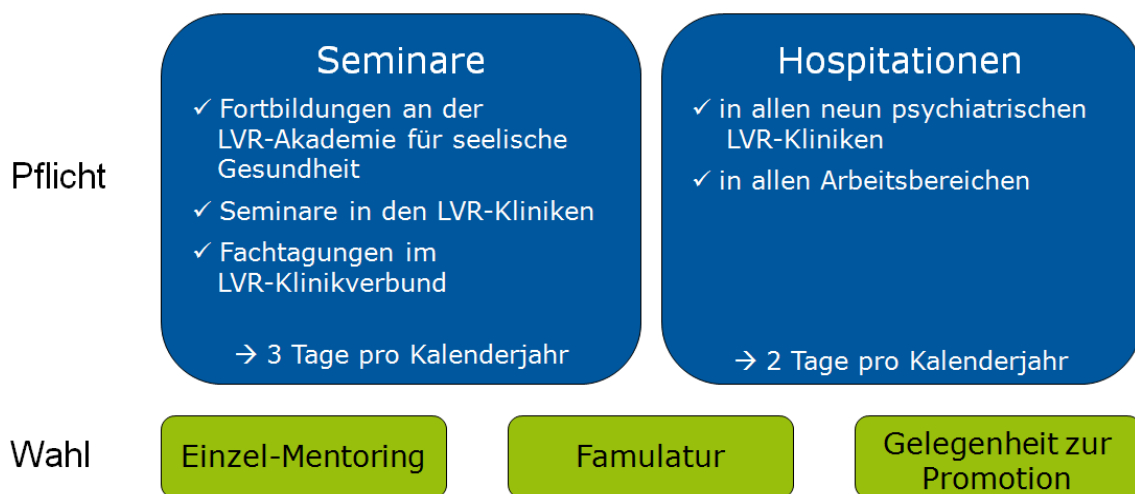
Die *inhaltliche* Förderung wird in dem Schaubild durch den „Doktorhut“ symbolisiert. Mit der inhaltlichen Förderung wird das Ziel verfolgt, den Stipendiatinnen und Stipendiaten schon während des Studiums das Arbeitsfeld Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie näher zu bringen und so ärztliche Nachwuchskräfte für die Arbeit im LVR-Klinikverbund und damit für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Menschen im Rheinland zu gewinnen. Die Elemente der inhaltlichen Förderung werden durch den LVR-Klinikverbund und die LVR-Akademie für seelische Gesundheit gemeinsam gestaltet.

Die *finanzielle* Förderung wird im Schaubild durch das Sparschwein symbolisiert. Sie dient der Unterstützung des Lebensunterhalts der Studierenden und trägt damit dazu bei, dass die Stipendiatinnen und Stipendiaten mehr Zeit und Energie in ihr Medizinstudium investieren können. Die Stipendiatinnen und Stipendiaten erhalten ab ihrer Aufnahme in das Programm ein monatliches zinsloses Darlehen in Höhe von 600 €. Die Förderung erfolgt bis zum Bestehen der Dritten Ärztlichen Prüfung, maximal jedoch für 48 Monate. Im Anschluss an die Förderung besteht für die Stipendiatinnen und Stipendiaten keine Verpflichtung, eine Beschäftigung in einer der LVR-Kliniken aufzunehmen. Ebenso sind auch die LVR-Kliniken nicht verpflichtet, den Absolventinnen und Absolventen eine Stelle als Assistenzärztin oder Assistenzarzt anzubieten. Absolventinnen und Absolventen des Programmes, die nach dem Studium keinen Arbeitsvertrag im LVR-Klinikverbund abschließen, zahlen das Stipendium selbst an den LVR zurück. Bei Abschluss eines Arbeitsvertrages mit einer LVR-Klinik übernimmt die jeweilige LVR-Klinik für die Dauer der Beschäftigung die jeweilige Rückzahlungsverpflichtung.

Die Administration des gesamten Programms erfolgt durch die LVR-Verbundzentrale.

3.1 Inhaltliche Förderung

Die *inhaltliche Förderung* ermöglicht den Stipendiatinnen und Stipendiaten hilfreiche theoretische und praktische Einblicke in die Felder der Psychiatrie und Psychotherapie im LVR-Klinikverbund zu gewinnen. Unterschieden werden Fördermodule mit verpflichtender Teilnahme und Fördermodule, die freiwillig als Angebot wahrgenommen werden können.



a) Fördermodule mit verpflichtender Teilnahme:

- **Teilnahme an Seminaren und Fachtagungen im LVR-Klinikverbund**
Den Stipendiatinnen und Stipendiaten wird eine Auswahl an Seminaren und Fachtagungen mit Psychiatriebezug in einem Fortbildungskatalog angeboten. Pro Kalenderjahr ist die Stipendiatin bzw. der Stipendiat verpflichtet, drei Fortbildungstage nachzuweisen. Die Teilnahmegebühren trägt der LVR-Klinikverbund. Die inhaltliche Abstimmung der Schwerpunktthemen erfolgt im Fachforum der Ärztlichen Direktionen. Für die Organisation der Seminare ist der jeweilige Ausrichter (die LVR-Kliniken, die LVR-Akademie für seelische Gesundheit oder die LVR-Verbundzentrale) verantwortlich.
- **Hospitationen in den LVR-Kliniken**
Durch Hospitationen erhalten die Stipendiatinnen und Stipendiaten die Möglichkeit, die LVR-Kliniken und das Arbeitsfeld der Psychiatrie und Psychotherapie kennenzulernen sowie konkrete Kontakte mit Beschäftigten aus den LVR-Kliniken zu knüpfen.
Pro Kalenderjahr ist die Stipendiatin bzw. der Stipendiat verpflichtet, zwei Hospitationstage in einer LVR-Klinik nachzuweisen. Hospitationen sind in allen Arbeitsbereichen der LVR-Kliniken möglich. Eine durchgeführte Famulatur oder ein Tertianal des Praktischen Jahres in einer LVR-Klinik ersetzt die Verpflichtung zur Hospitation in diesem Kalenderjahr. Ansprechpersonen für Hospitationen in den LVR-Kliniken werden durch die Ärztlichen Direktionen festgelegt.

b) Fördermodule mit freiwilliger Teilnahme:

- Einzel-Mentoring durch Ärztinnen und Ärzte in den LVR-Kliniken: Die neu aufgenommenen Stipendiatinnen und Stipendiaten erhalten eine Mentorin bzw. einen Mentor aus einer LVR-Klinik, an die/ den sich die Stipendiatin bzw. der Stipendiat jederzeit entsprechend ihrer/seiner individuellen Bedürfnisse wenden kann. Die Mentorinnen und Mentoren werden durch die Ärztlichen Direktionen benannt. Die Organisation und Durchführung des Mentorings erfolgt eigenverantwortlich zwischen den Mentorinnen und Mentoren und den Stipendiatinnen und Stipendiaten.
- Gelegenheit zur Promotion: Bei Interesse an einer Promotion in einer LVR-Klinik erhält die Stipendiatin bzw. der Stipendiat eine Ansprechperson in der gewünschten LVR-Klinik.

3.2 Finanzielle Förderung

Die monatliche *finanzielle Förderung* beträgt 600 €. Der Förderzeitraum endet mit dem Studienabschluss bzw. spätestens 48 Monate nach Beginn der Förderung. Somit beträgt die Fördersumme je Stipendiatin bzw. je Stipendiat grundsätzlich maximal 28.800 €.

Unmittelbar nach Beendigung der finanziellen Förderung beginnt die Rückzahlungsphase. Nach Abschluss des Studiums kann auf Antrag der Stipendiatin bzw. des Stipendiaten eine Aussetzung der Rückzahlung für maximal sechs Monate ohne Angabe von Gründen erfolgen. Darüber hinaus kann in begründeten Einzelfällen eine weitere Aussetzung der Rückzahlung schriftlich vereinbart werden. Die Entscheidung über die Aussetzung liegt bei der LVR-Verbundzentrale.

Wird im Anschluss an die Förderungsphase ein Arbeitsvertrag zwischen der Stipendiatin bzw. dem Stipendiaten und einer LVR-Klinik geschlossen, übernimmt die aufnehmende LVR-Klinik für die Dauer der Beschäftigung die monatlichen Rückzahlungsraten. Bei einer Teilzeitbeschäftigung reduziert sich die Höhe der Rückzahlungsraten entsprechend. Die von der jeweiligen LVR-Klinik geleistete Rückzahlung wird als steuer- und sozialversicherungspflichtiger Arbeitslohn (Sachbezug) auf der Entgeltabrechnung der Stipendiatin bzw. des Stipendiaten ausgewiesen.

Zur Unterstützung der Vereinbarkeit von Familie und Studium bzw. Beruf können in begründeten Einzelfällen auf schriftlichen Antrag abweichende Förder- und Rückzahlungszeiträume und entsprechend angepasste Förder- und Rückzahlungsbeträge vereinbart werden. Die Entscheidung hierüber liegt bei der LVR-Verbundzentrale.

4 Bewerbung und Auswahlverfahren

Ein Einstieg in das Programm ist zweimal jährlich möglich. Bewerbungsschluss ist der 30.04. (für einen Einstieg zum 01.06.) bzw. der 30.09. (für den Starttermin 01.11.) eines Kalenderjahres. Interessierte Studierende können sich unter Beachtung der Bewerbungsfristen entweder per E-Mail (bewerbung.stipendium@lvr.de) oder per Post (Landschaftsverband Rheinland, Fachbereich 81, 50663 Köln) bewerben. Als Unterlagen sind beizufügen:

- Motivationsschreiben (1-2 Seiten)
- Lebenslauf
- Abiturzeugnis
- Immatrikulationsbescheinigung
- Zeugnis über die bestandene Ärztliche Vorprüfung

Die Auswertung der Bewerbungsunterlagen erfolgt durch eine Kommission. Kommissionsmitglieder sind:

- Eine Vertretung aus dem Kreis der Ärztlichen Direktionen in den LVR-Kliniken
- Eine Vertretung der LVR-Akademie für seelische Gesundheit
- Eine Vertretung des LVR-Fachbereiches Personelle und organisatorische Steuerung

Nach einer Vorauswahl werden die geeigneten Studierenden zu einem Bewerbungsgespräch eingeladen. Über eine Teilnahme am Stipendienprogramm entscheidet die Kommission anschließend mehrheitlich und abschließend.

5 Weitere Informationen

Weitere Informationen zum LVR-Stipendienprogramm gibt es im Internet unter www.stipendium.lvr.de oder telefonisch unter 0221 809-6651.

Vorlage-Nr. 14/1475

öffentlich

Datum: 12.08.2016
Dienststelle: LVR-Klinik Langenfeld
Bearbeitung: Frau Beyer

Krankenhausausschuss 2 13.09.2016 Beschluss

Tagesordnungspunkt:

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

Beschlussvorschlag:

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

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	

Für den Vorstand:

H ö h m a n n
Vorsitzendes des Vorstands

Zusammenfassung:

Herr Bruno Kremer wurde durch Ratsbeschluss der Stadt Langenfeld vom 15.03.2016 als Nachfolger für Herrn Rolf Kamp als Mitglied für den Forensik-Beirat in der LVR-Klinik Langenfeld bestimmt.

Begründung der Vorlage Nr. 14/1475:

Die Beiratsmitglieder sollen gemäß § 4 Abs. 3 MRVG unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen / Organisationen angehören. Der Landschaftsverband Rheinland hat diese in § 2 Abs. 1 seiner Geschäftsordnung für die Beiräte bei den LVR-Kliniken Langenfeld näher präzisiert. Der Beirat soll höchstens aus 24 Personen bestehen. Höchstens die Hälfte, d.h. 12 Mitglieder des Beirates, kann vom Rat der Gemeinde bestimmt werden. Der Rat der Stadt Langenfeld hat am 17.06.2014 Herrn Rolf Kamp als Mitglied des Forensik-Beirates bestimmt. Die Bestellung durch den Krankenhausausschuss 2 ist in einem zweiten Schritt am 02.12.2014 erfolgt.

Nunmehr hat der Rat der Stadt Langenfeld eine Ausschussumsetzung durch Beschluss vom 15.03.2016 vorgenommen und Herrn Bruno Kremer als Nachfolger für Herrn Rolf Kamp als Mitglied des Forensik-Beirates bestimmt. Das Recht auf Nachbenennung ergibt sich aus § 4 Abs. 3 der Geschäftsordnung.

Für den Vorstand:

H ö h m a n n
Vorsitzender des Vorstands

Vorlage-Nr. 14/1446

öffentlich

Datum: 02.09.2016
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Frau Briesemeister/Herr Kaiser/Herr Dr. Mennicken

Krankenhausausschuss 3	12.09.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	13.09.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	14.09.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	15.09.2016	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	19.09.2016	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Jährlicher Bericht zu den Suizidfällen in den LVR-Kliniken

Kenntnisnahme:

Der Bericht zu den Suizidfällen 2015 in den LVR-Kliniken wird gemäß Vorlage 14/1446 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:

Aus den dargestellten Daten und deren Auswertung ergeben sich auch für 2015 keine signifikanten Hinweise auf eine auffällige Häufung von Suiziden in einzelnen LVR-Kliniken.

Die dargestellten Entwicklungen der „Patienten- und Kliniksuzide“ im LVR-Klinikverbund über die Jahre 2011 bis 2015 unterliegen insgesamt einer geringen Varianz.

Im Vergleich der Kliniksuzide liegt die Suizidrate 2015 im LVR-Klinikverbund mit 44 Suiziden/100.000 Fälle unter nationalen Vergleichswerten mit 50 Suiziden/100.000 Fälle.

Die bereits im letzten jährlichen Bericht zu den Suizidfällen in den LVR-Kliniken beschriebenen präventiven Maßnahmen sind weiterhin in den LVR-Kliniken wirksam und werden im Rahmen des verbundweiten „Arbeitskreises Gewalt- und Suizidprävention“ intensiv diskutiert und bearbeitet.

Ein unter dem Gesichtspunkt der Suizidprävention intensiv zu betrachtendes Thema stellen zukünftig die baulich-atmosphärischen Gegebenheiten in den Kliniken dar. Neben den therapeutischen Maßnahmen und einer persönlichen Begleitung können die Architektur und eine den Suizid nicht begünstigende Ausstattung psychiatrischer Stationen einen weiteren präventiven Beitrag leisten.

Hierzu wird im nächsten Jahr berichtet.

Begründung der Vorlage Nr. 14/1446:

Inhaltsverzeichnis

0.	Auftrag.....	3
1.	Suizide im LVR Klinikverbund – Grundlagen der Berichtslegung.....	3
1.1	Begrifflichkeiten.....	3
1.2	Erfassung und fachliche Bewertung.....	3
2.	Darstellung der Ergebnisse.....	4
2.1	Gemeldete Patientensuizide 2011 – 2015.....	4
2.2	Gemeldete Kliniksui- zide 2015.....	7
3.	Bewertung.....	11

0. Auftrag

Der Auftrag an die Verwaltung zur Berichtslegung geht auf eine Entscheidung des Ältestenrats in seiner Sitzung vom 01.06.2011 zurück, einmal jährlich zusammenfassend über Suizide in den LVR-Kliniken zu berichten. Die Berichterstattung erfolgt seit dem Jahr 2012 jeweils in der ersten Sitzungsrunde zu Beginn der 2. Jahreshälfte, in der eine Auswertung und fachliche Bewertung der Suiziddaten des Vorjahres vorliegt. Die nachfolgende Darstellung berichtet über die Suizide des Jahres 2015 und analysiert diese unter Berücksichtigung einer mehrjährigen Entwicklung.

1. Suizide im LVR Klinikverbund – Grundlagen der Berichtslegung

Psychisch kranke Menschen haben ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhtes Risiko, einen Suizid zu begehen (vgl. Schneider et al. [2005]¹). Genaue Vergleichszahlen fehlen jedoch in der neueren Literatur. Statistischen Schätzungen zufolge liegt der Anteil des Kliniksuizids an allen Suiziden bei <5%², bezogen auf ca. 10.000 Menschen, die insgesamt durch Selbsttötung jährlich in der Bundesrepublik Deutschland versterben.

1.1 Begrifflichkeiten

Grundlage zum Verständnis von Aussagen zur Interpretation von Suizidereignissen in den LVR-Kliniken ist die Festlegung eines einheitlichen Verständnisses über die verwendeten Begrifflichkeiten. In diesem Zusammenhang wurde bereits in den Berichtslegungen 2012 bis 2014 an die politischen Gremien des LVR eine Unterscheidung in „Kliniksuizide“ und „Patientensuizide“ vorgenommen.

Als „Patientensuizid“ werden alle im LVR-Klinikverbund gemeldeten Suizide bezeichnet unter Einbezug ambulanter und ehemaliger Patientinnen und Patienten. Eine Unschärfe in der Berücksichtigung von Suiziden von Patientinnen und Patienten, die sich in einer ambulanten Behandlung der Institutsambulanzen befinden oder bereits aus der Krankenhausbehandlung entlassen sind, ergibt sich weiterhin daraus, dass die jeweilige Klinik nicht immer bzw. nicht zeitnah von einem Suizid einer/eines entlassenen oder in der Ambulanz behandelten Patientin/Patienten überhaupt Kenntnis erlangt.

Als „Kliniksuizid“ wird demgegenüber die Selbsttötung eines Menschen während stationärer oder teilstationärer Behandlung in einer Klinik bezeichnet. Die Unterscheidung ist insofern von Bedeutung, als diese Suizide sich im Rahmen des von der Klinik verantworteten Behandlungssettings und innerhalb der Behandlungsprozesse ereignen und dadurch direkte Einflussmöglichkeiten der Klinik im Sinne der Risikominimierung und Suizidprophylaxe bestehen.

1.2 Erfassung und fachliche Bewertung

Ausgangspunkt der Erfassung der Suizide in den LVR-Kliniken sind weiterhin die Meldungen „Besonderer Vorkommnisse“ (BV) an die Verbundzentrale. Gemäß der Allgemeinen Rundverordnung Nr. 10 sind die LVR-Kliniken verpflichtet, der

¹ Schneider, B.; Bartusch, B.; Schnabel, A.; Fritze, J. (2005): Achse-I-Störungen als Risikofaktoren für Suizid in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht. In: Psychiatrische Praxis, Jg. 32, H. 4, S. 185-194. Online verfügbar unter doi:10.1055/s-2004-828388.

² Vgl.: Wolfersdorf, M: 2016: „Suizid im psychiatrischen Krankenhaus“, erschienen in Nervenarzt 2016:87- S. 476; Springer-Verlag Heidelberg

Verbundzentrale alle Patientinnen- und Patientensuizide unverzüglich als Sofortmeldung und innerhalb von fünf Tagen nach Bekanntwerden als BV zu melden.

In der Verbundzentrale werden die Meldungen administrativ aufbereitet und fachlich bewertet. Dies umfasst in jedem Einzelfall Nachfragen zu einzelnen Details im Interesse einer gemeinsamen Sachverhaltsaufklärung mit den Kliniken ebenso wie die fachpflegerische und fachärztliche Erörterung im Fachbereich bis hin zur Fallbesprechung in der jeweiligen Klinik mit dem betroffenen Team. Sofern angezeigt und erforderlich, werden einzelne Maßnahmen zur Änderung des Vorgehens oder der Prozesse innerhalb der Klinik mit dem jeweiligen Klinikvorstand erörtert und vereinbart.

Die fachliche Prüfung und Bewertung verfolgt das Ziel, aus den Auswertungen und der Aufarbeitung jedes einzelnen Suizids Strategien abzuleiten, die geeignet erscheinen, zukünftige Patientensuizide zu vermeiden. Hierfür kann auch die anonymisierte Fallbesprechung im „Arbeitskreis Gewaltprävention“ einen wichtigen Beitrag leisten.

2. Darstellung der Ergebnisse

2.1 Gemeldete „Patientensuizide“ 2011 – 2015

Im Jahr 2015 wurden aus den neun psychiatrischen Kliniken des Landschaftsverbands Rheinland insgesamt 33 Suizide gemeldet.

Die Entwicklung der Suizidhäufigkeit seit 2011 kann der **Abbildung 1** entnommen werden. Im Vergleich zu 2014 ist eine Abnahme um 2 „Patientensuizide“ festzustellen. Im letzten Report wurde die Zahl der Suizide in 2014 mit 34 angegeben, in der nachstehenden Tabelle sind 35 Suizide verzeichnet- dies ist einer Nachmeldung geschuldet.

Abb. 1 „Patientensuizide“ im Klinikverbund 2011 – 2015

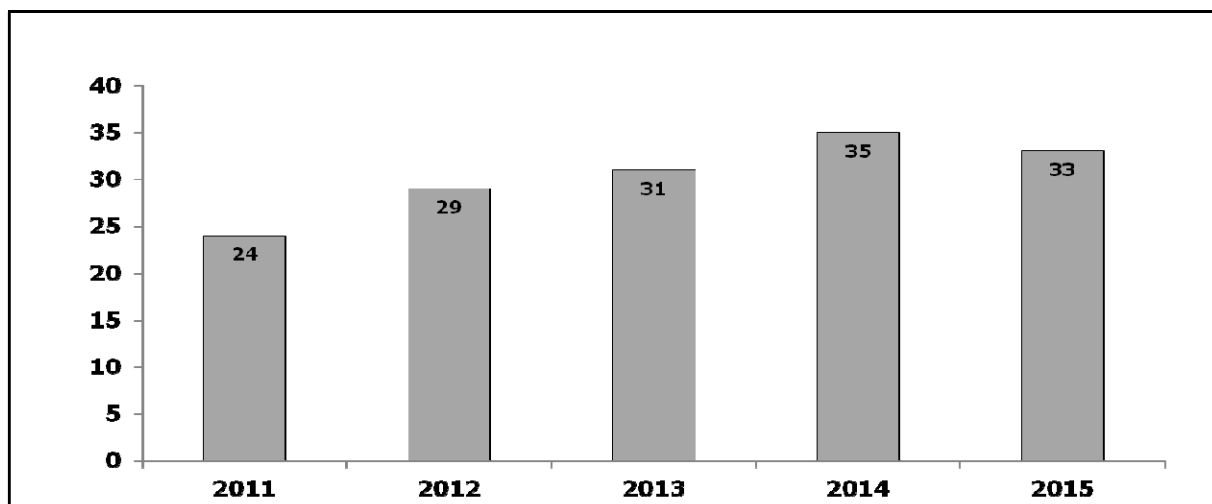
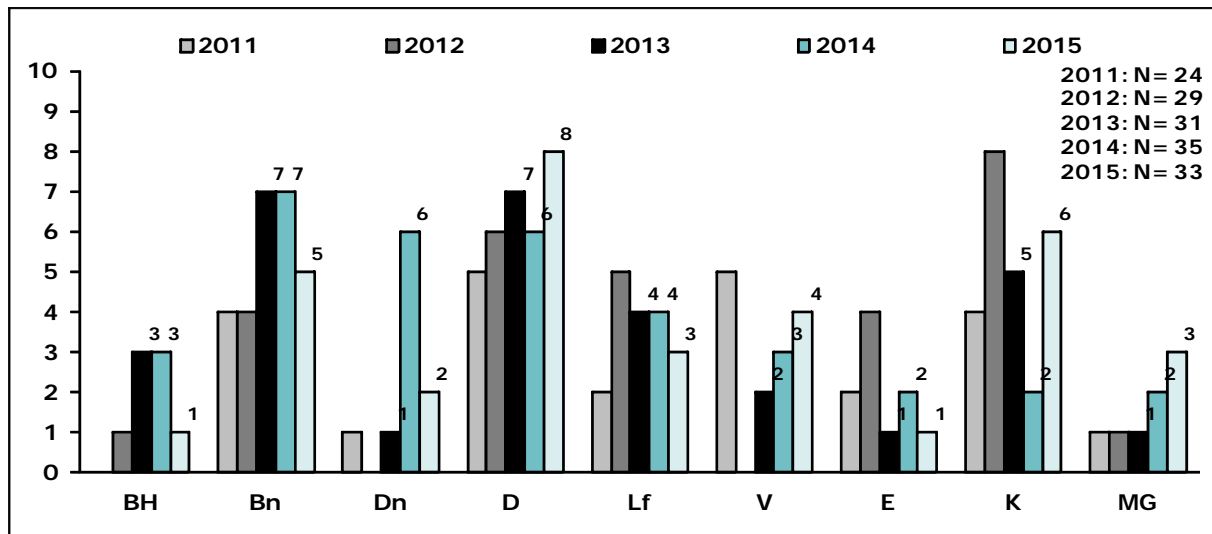


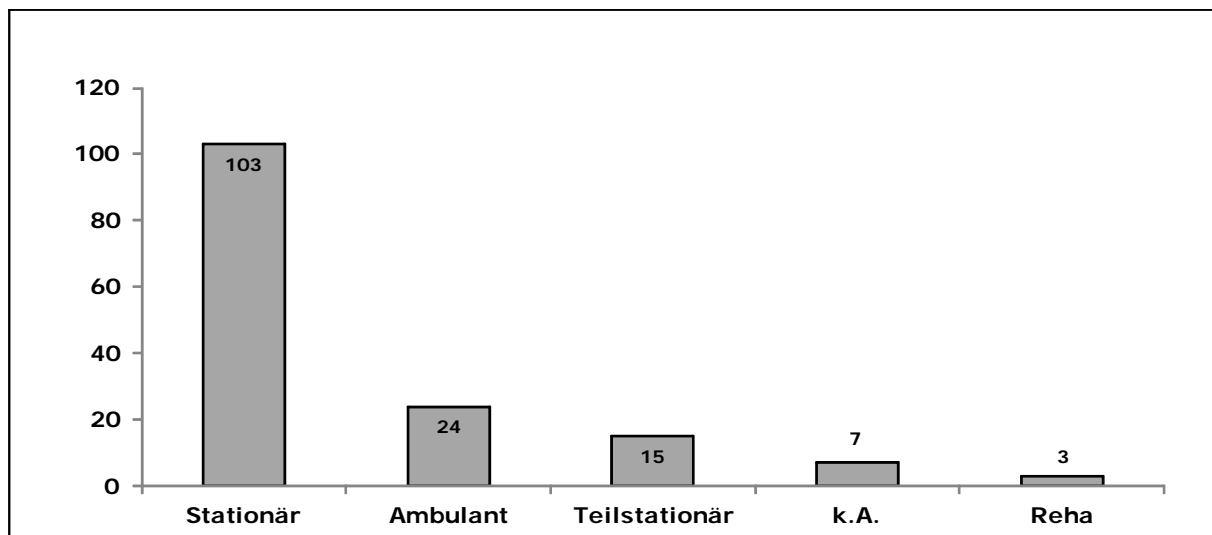
Abbildung 2 zeigt alle gemeldeten Suizide von Patientinnen und Patienten während oder nach einer stationären, tagesklinischen und ambulanten Behandlung in den LVR-Kliniken.

Abb. 2 „Patientensuizide“ nach Kliniken 2011 – 2015



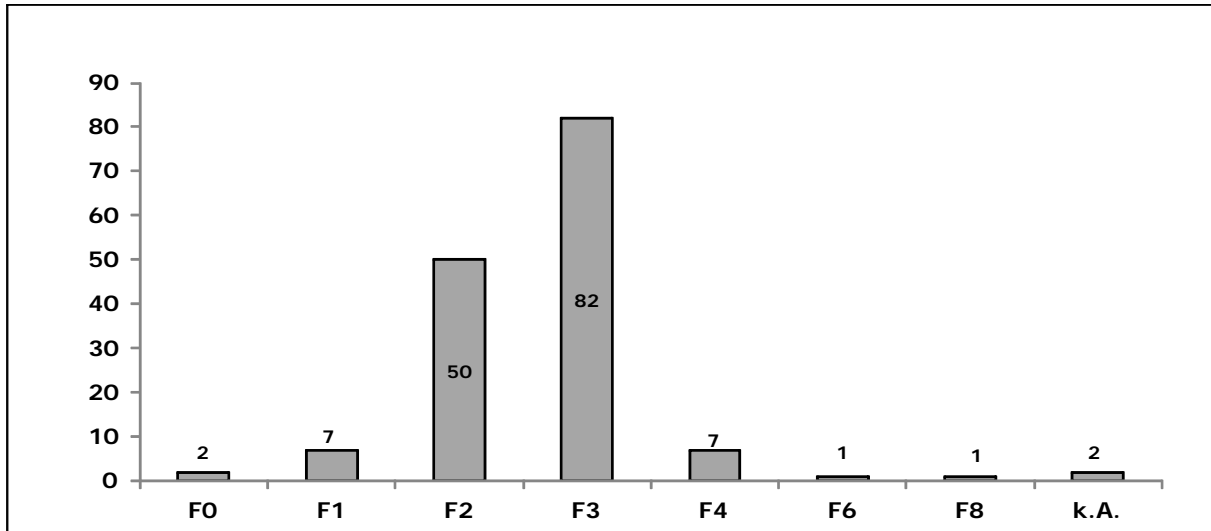
Von den zwischen 2011 und 2015 gemeldeten 152 „Patientensuiziden“ ereigneten sich 103 während der stationären Behandlung, 15 während einer teilstationären Behandlungsepisode und 24 im ambulanten Behandlungssetting. 7 Meldungen bezogen sich auf Personen ohne Behandlungsstatus, in der Regel ehemalige Patientinnen und Patienten (**Abbildung 3**).

Abb. 3 Kumulierte „Patientensuizide“ nach Behandlungsstatus 2011 – 2015



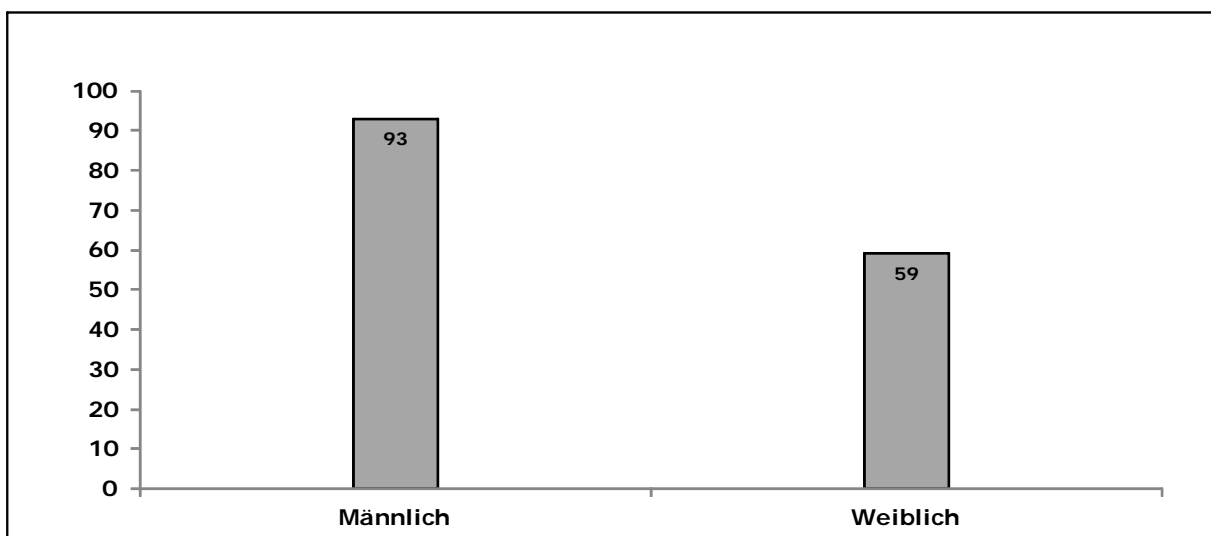
Den weitaus meisten Suiziden im LVR-Klinikverbund liegt, wie aus der nachfolgenden **Abbildung 4** ersichtlich, eine affektive Störung (F3) zugrunde und hier zuvorderst die Depressionen, gefolgt von schizophrenen Störungen (F2), was dem weltweiten Verteilungsmuster der Suizide nach Diagnosen entspricht. Mit jeweils etwa gleichem Anteil folgen die Abhängigkeitserkrankungen, die Belastungsstörungen und die Persönlichkeitsstörungen.

Abb. 4 Kumulierte „Patientensuizide“ nach Diagnosen 2011 – 2015



Die in **Abbildung 5** aufgezeigte Geschlechterverteilung weicht von der durchschnittlichen Verteilung der Suizide in der Gesamtbevölkerung insoweit ab, als Männer dort deutlich stärker - bis zu doppelt so häufig - von Suiziden betroffen sind. Im Kontext der Diagnosenverteilung im LVR-Klinikverbund relativiert sich dieser Befund etwas durch eine deutlich höhere Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems durch depressive Frauen gegenüber depressiven Männern.

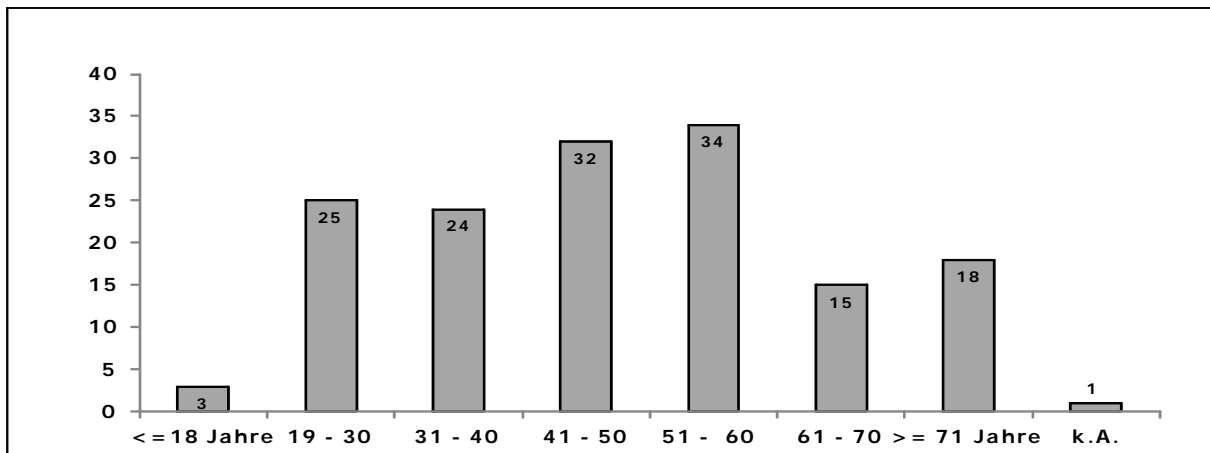
Abb. 5 Kumulierte „Patientensuizide“ nach Geschlecht 2011 – 2015



Die Darstellung der „Patientensuizide“ nach Altersklassen (**Abbildung 6**) bildet die derzeitige in Deutschland und Europa zu beobachtende Dominanz der Altersgruppen zwischen 19 und 60 Jahren ab. Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro) und die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) gehen in

ihrem 2015 veröffentlichten Memorandum davon aus, dass durch den demographischen Wandel und das steigende Suizidrisiko im Alter auch die Anzahl der Suizide von älteren Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung in den nächsten Jahren ansteigen wird.³

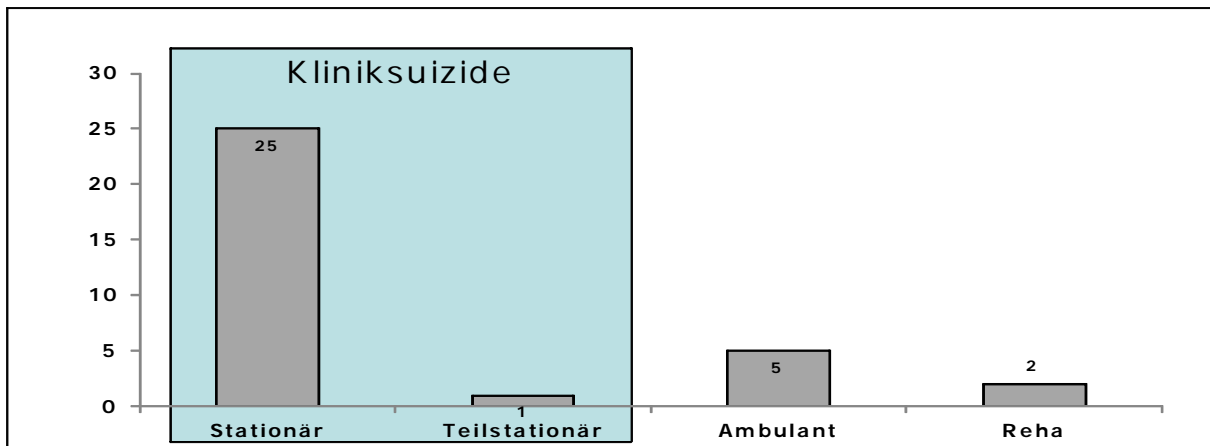
Abb. 6 Kumulierte „Patientensuizide“ nach Altersklassen 2011 – 2015



2.2 Gemeldete „Kliniksui­zide“ 2015

Wie in Abschnitt 1.1 erläutert, ereignen sich „Kliniksui­zide“ im stationären und teilstationären Behandlungssetting. **Abbildung 7** zeigt die Verteilung der „Kliniksui­zide“ nach Behandlungsstatus. In 2015 lassen sich 25 Suizide dem stationären und 1 Suizid dem teilstationären Bereich zuordnen. Alle nachfolgenden Abbildungen beziehen sich ebenfalls auf eine Grundgesamtheit von 26 „Kliniksui­ziden“.

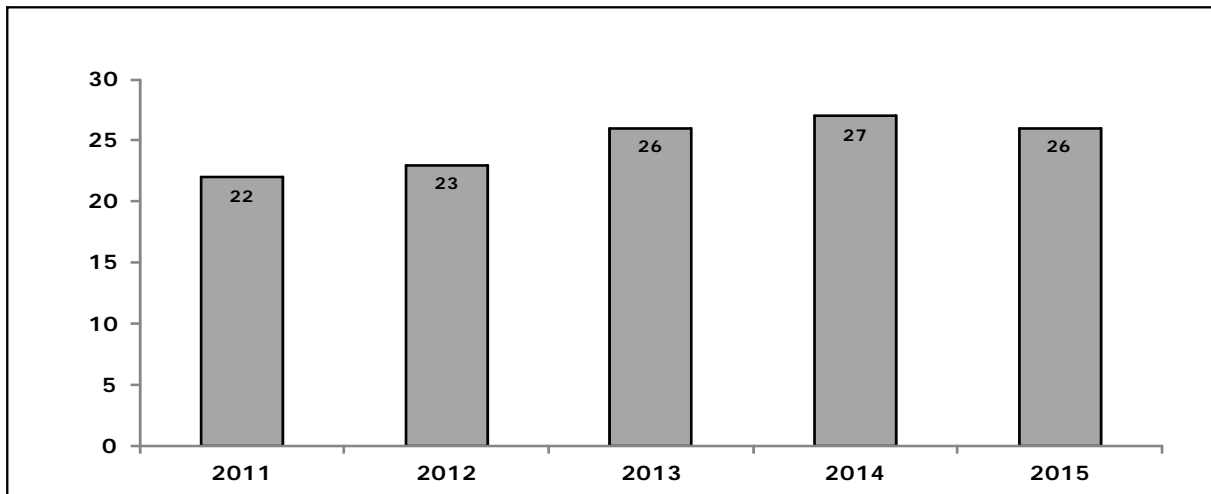
Abb. 7 „Kliniksui­zide“ nach Behandlungsstatus



³ Memorandum der NaSPro und DGS (2015): „Wenn alte Menschen nicht mehr Leben wollen - Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter“

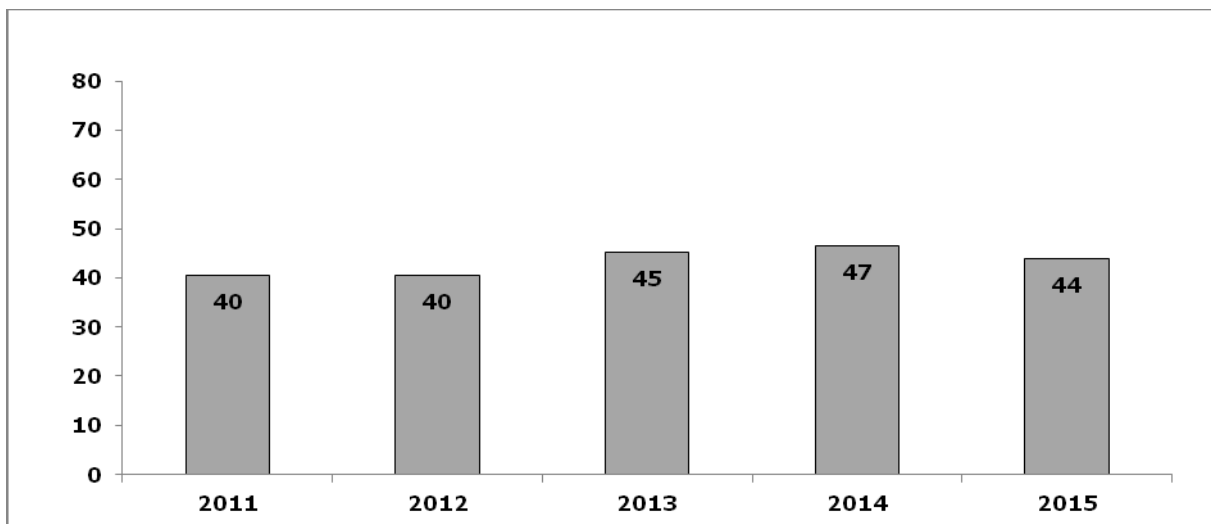
Die Zahl der „Kliniksuzide“ ist über die Jahre 2011 – 2015 relativ konstant (**Abbildung 8**).

Abb. 8 „Kliniksuzide“ im Klinikverbund 2011 – 2015



Die Auswertung in **Abbildung 9** bildet die Suizidrate auf 100.000 Fälle ab. Im Vergleich mit den wenigen wissenschaftlichen Studien zu Suizidraten in psychiatrischen Fachkrankenhäusern (WOLFERSDORF, 2014; GLASOW, 2011) weist der LVR-Klinikverbund in 2015 einen niedrigeren Wert 44/100.000 als die nationale Suizidrate mit 50 Suiziden/100.000 Fällen⁴ aus.

Abb. 9 „Kliniksuzide“ 2011 - 2015 je 100.000 Fälle im LVR-Klinikverbund



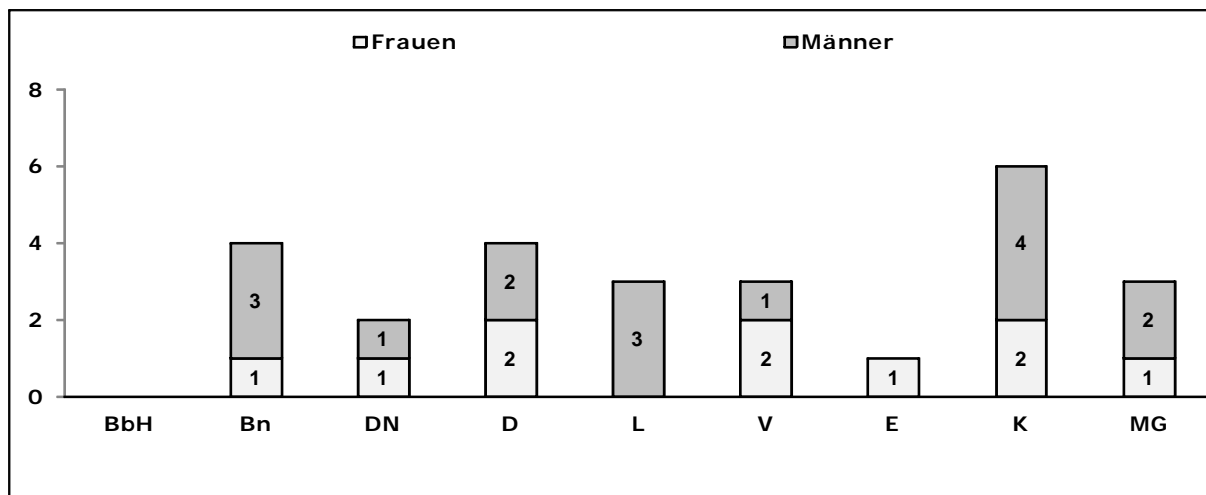
Die folgenden Darstellungen analysieren die gemeldeten „Kliniksuzide“ im Jahr 2015 nach

- Geschlecht
- Alter
- Ort
- Rechtsgrundlage
- Diagnosen

⁴ Vgl.: Wolfersdorf, M: 2016: „Suizid im psychiatrischen Krankenhaus“, erschienen in Nervenarzt 2016:87- S. 476; Springer-Verlag Heidelberg

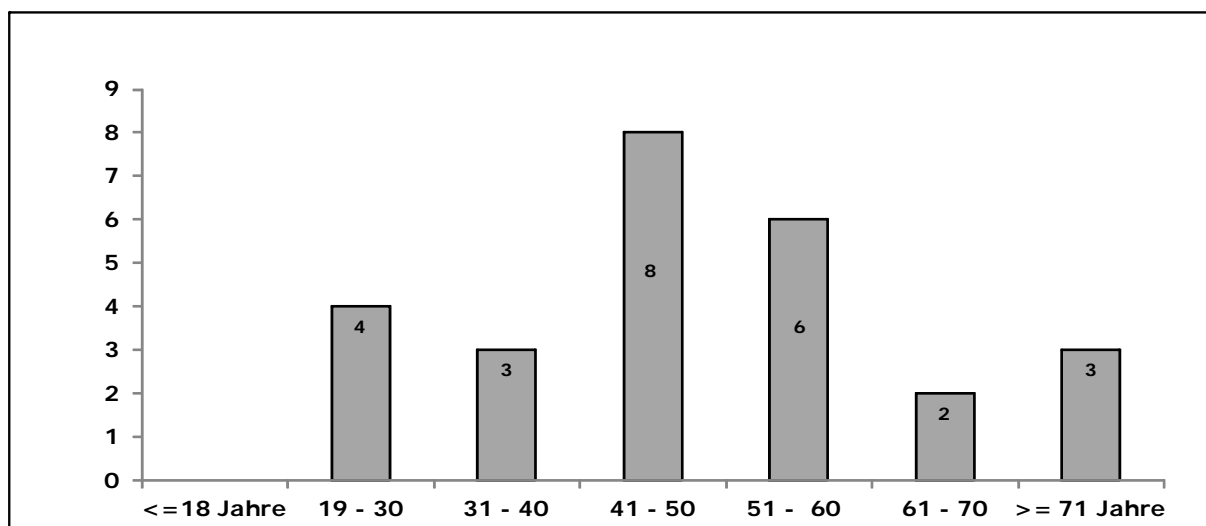
Abbildung 10 bestätigt den nationalen Trend, dass mehr Männer als Frauen von Selbsttötung betroffen sind. Über alle LVR-Kliniken hinweg liegt die Anzahl der Suizide in 2015 bei Patienten (16 Suizide) höher als bei Patientinnen (10 Suizide). Im Vergleich mit den Jahren 2012 bis 2014 ist diese Anzahl stabil.

Abb. 10 „Kliniksuizide“ 2015 nach Geschlecht und Kliniken



In Bezug auf das Alter (**Abbildung 11**) zeigt sich im LVR-Klinikverbund eine Dominanz der 41-60 jährigen Patientinnen und Patienten (14 Suizide). In nationalen Statistiken steigt mit dem Lebensalter die Anzahl vollendeter Suizide. Männer im höheren Lebensalter ab 70 Jahren weisen demnach eine gegenüber Frauen bis zu dreifach erhöhte Suizidrate auf⁵ und zeigen in der Gesamtzahl einen proportional zum Lebensalter verlaufenden starken Anstieg an. Patientinnen und Patienten über dem 71. Lebensjahr (5 Suizide) sind im LVR-Klinikverbund, entgegen der nationalen Statistik, mäßig betroffen.

Abb. 11 „Kliniksuizide“ 2015 nach Altersklassen

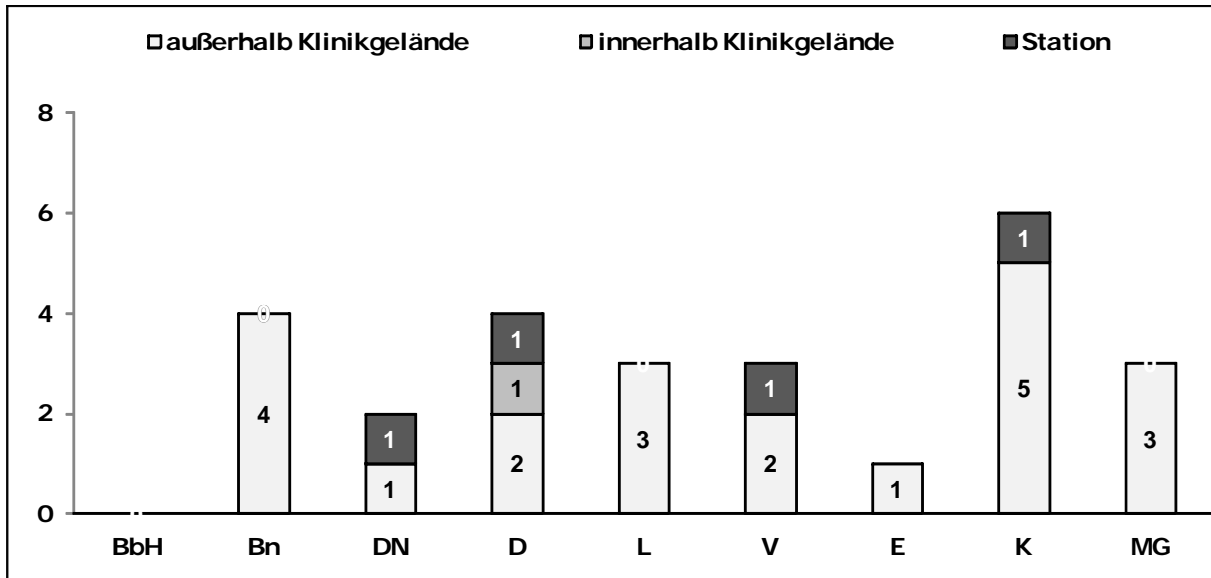


Wie auch in den Vorjahren ereignen sich die Selbsttötungen überwiegend außerhalb der Klinikgelände (21 von 26 Suiziden, **Abbildung 12**). Dies geschieht insbesondere in

⁵ Vgl. Internet-Url: Statistisches Bundesamt 2014 http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=19712::Suizid; abgerufen am 10.08.2016

überwiegendem Maß bei regulären Ausgängen und im Rahmen der sogenannten „Belastungserprobungen“ - zumeist „Beurlaubungen“ von der Therapie über Nacht oder am Wochenende, in denen die Patientinnen und Patienten die Umsetzung von erworbenen Alltagsbewältigungsstrategien in der häuslichen Umgebung im Sinne der Entlassvorbereitung erproben.

Abb. 12 „Kliniksuzide“ 2015 nach Ort und Kliniken



Die meisten Suizide (88%) werden von Patientinnen und Patienten verübt, die die Klinik aus eigenem Entschluss aufgesucht oder sich im Verlauf ihrer Behandlung freiwillig zu einer Fortführung entschieden haben (**Abbildung 13**).

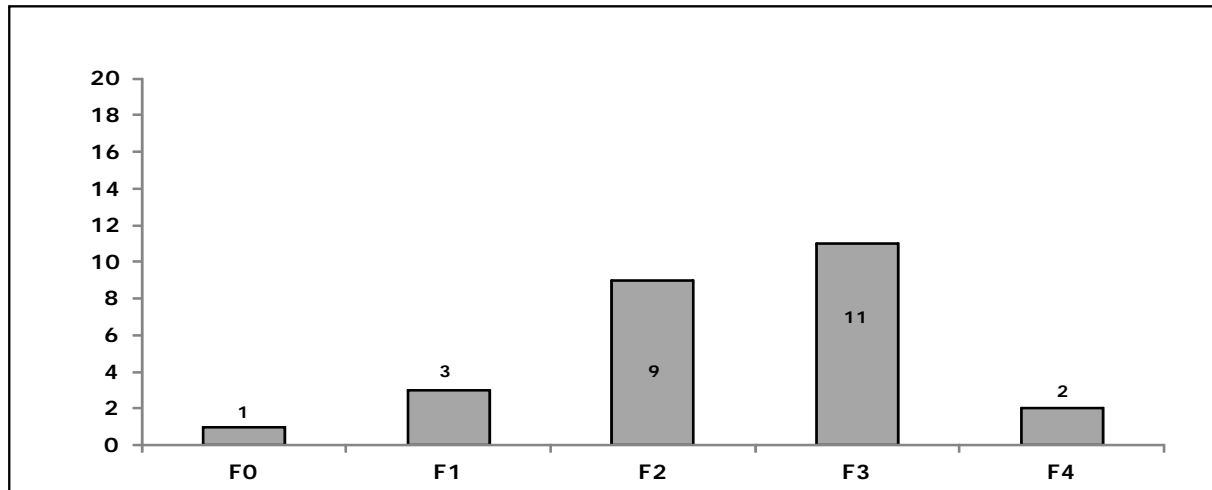
Abb. 13 „Kliniksuzide“ 2015 nach Rechtsgrundlage der Behandlung



In Übereinstimmung mit dem bereits oben aufgezeigten „Patientensuiziden“ (Abbildung 4, Seite 6) suizidierten sich in stationärer oder teilstationärer Behandlung („Kliniksuzid“) 2015 mehr Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen (F3 = 11 Suizide) als Patientinnen und Patienten mit schizophrenen oder wahnhaften Störungen (F2 = 9 Suizide; **Abbildung 14**). Patientinnen und Patienten aus den anderen Diagnosegruppen der LVR-Kliniken - Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

(F0), Abhängigkeitserkrankungen (F1) und Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)– zeigen deutlich geringere Suizidhäufigkeiten. Statistisch erhöht sich dieses Risiko jedoch deutlich, wenn mehrere dieser Störungen bei einer Patientin/einem Patienten vorliegen⁶.

Abb. 14 „Kliniksuzide“ 2015 nach Diagnosen



3. Bewertung

Aus den dargestellten Daten und deren Auswertung ergeben sich auch für 2015 keine signifikanten Hinweise auf eine auffällige Häufung von Suiziden in einzelnen LVR-Kliniken.

Die in den **Abbildungen 1 und 8** dargestellten Entwicklungen der „Patienten- und Kliniksuzide“ im LVR-Klinikverbund über die Jahre 2011 bis 2015 unterliegen insgesamt einer geringen Varianz.

Männer (**Abbildung 5**: 93 Patientensuzide) begehen im Verlauf der betrachteten Jahre und über alle Altersgruppen hinweg signifikant häufiger Suizid als Frauen (59 Patientinnensuzide).

In Studien⁷ von M. Wolfersdorf et.al. (1989, 2014) konnte belegt werden, dass das Suizidrisiko bei jungen schizophren erkrankten Männern mit zunehmender Anzahl von Wiederaufnahmen steigt, während das Suizidrisiko bei schwer depressiv Kranken⁸ meist dem Beginn einer Depression zu zuzuschreiben ist und im Krankheitsverlauf sinkt. Im LVR-Klinikverbund zeigt die Entwicklung der Jahre 2011-2015 eine höhere Anzahl an Suiziden bei affektiven Störungen (F3 = 82 Suizide), als bei Patientinnen und Patienten mit schizophrenen oder wahnhaften Störungen (F2 = 50 Suizide). Dies könnte darin begründet liegen, dass der Anteil depressiv Kranker in den LVR-Kliniken über die betrachteten Jahre prozentual angestiegen ist⁹.

⁶ Vgl. Nationales Suizid Präventions Programm für Deutschland; Internet-Url.: <http://www.suizidpraevention-deutschland.de/informationen/kurzinfo-suizid.html> abgerufen am 10.08.2016

⁷ Vgl. ebd. : Wolfersdorf, M: 2016: „Suizid im psychiatrischen Krankenhaus“, erschienen in Nervenarzt 2016:87- S. 478; Springer-Verlag Heidelberg

^{8/9} Vgl. Qualitäts- u. Leistungsbericht des LVR-Klinikverbunds 2012-2013; S. 31; LVR-Report 2016 – S.67 / Tab. 4

Im nationalen Vergleich der Suizidrate von Psychatriepatientinnen und -patienten („Kliniksuzide“) liegt die Suizidrate 2015 im LVR-Klinikverbund mit 44 Suiziden/100.000 Fälle unter nationalen Vergleichswerten, zuletzt aus 2014, mit 50 Suiziden/100.000 Fälle.

Der am häufigsten für Suizide ausgewählte Ort liegt außerhalb der LVR-Kliniken entsprechend des situativen Parameters „Ausgang“ oder „Belastungserprobung“.

Mit der Novellierung des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten und der Novellierung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW) wird die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten deutlich gestärkt.

Gleichzeitig birgt der seit einigen Jahren einsetzende Wandel in den LVR-Kliniken hin zu einer offeneren Gestaltung der Behandlungssettings Risiken insbesondere bei Wochenendbeurlaubungen und Ausgängen im Rahmen der Entlassvorbereitung. Förderliche Behandlung braucht neben der fachlichen Einschätzung und dem Wissen um die Verantwortung für die Patientinnen und Patienten den Freiraum für therapeutische Entscheidungen. Diese bilden neben der Beobachtungs- und Einschätzungsfähigkeit des betreuenden Teams bei Patientinnen und Patienten mit generell erhöhter suizidaler Gefährdung, die aber zum Entscheidungszeitpunkt kein akutes Suizidrisiko zeigen, die Grundlage einer gestuften Belastungserprobung mit Wochenendbeurlaubung und Ausgängen. Hierzu gibt es kaum Alternativen. Eine absolute Suizidprävention gibt es nicht, auch nicht unter optimalen Bedingungen von Therapie und Pflege, Kommunikation und Sicherung¹⁰.

Untersuchungen durch Glasow (vgl. ebd. N. Glasow 2011) weisen für die Bundesrepublik Deutschland bei geschlossen untergebrachten Patientinnen und Patienten Suizidraten von 79 Suiziden/ 100.000 Fällen aus, die deutlich über der Rate der im offenen Setting behandelten Patientinnen und Patienten (55 Suizide/ 100.000 Fällen)¹¹ liegen. Insgesamt werden damit deutlich mehr Kliniksuzide von Patientinnen und Patienten auf geschlossenen Stationen vollzogen.

Diese Zahlen belegen: *„Offene Türen in der stationären psychiatrischen Behandlung begünstigen keine Suizide“*. Zu dieser Aussage kommt eine Untersuchung der Universität Basel durch Huber et.al. (2016)¹² in deutschen Psychiatrien. Offene Stationen weisen weder eine signifikant erhöhte Suizidrate, noch eine häufigere Entweichungsrate auf. Auf den LVR-Klinikverbund bezogen, stützt dieses Ergebnis die Suizidprävention auf der Basis einer freiwilligen Behandlung, ohne erzwungene Einschränkung der Patientenautonomie.

Die bereits im letzten jährlichen Bericht zu den Suizidfällen in den LVR-Kliniken beschriebenen präventiven Maßnahmen, z.B. die Erfassung der Basissuizidalität mittels pflegerischer Ratingskalen¹³, Standards zum Erkennen von und zum Umgang mit Suizidalität sowie strukturierte Nachbesprechungen eines jeden „Kliniksuzids“ und andere Strategien zur Suizidprävention, sind weiterhin in den LVR-Kliniken wirksam und werden im Rahmen des verbundweiten „Arbeitskreis Gewalt- und Suizidprävention“

¹¹ **Nadine Glasow (2011):** Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen, Logos Verlag Berlin; Internet- Url.: <http://www.eph-psychiatrie.de/grundlagen&Suizidalitaet&g=1> abgerufen am 10.08.2016

¹² **Vgl. Thomas Müller (2016):** zitiert aus SpringerMedizin.de / Affektive Störungen/Nachrichten vom 03.08.2016

¹³ **NGASR: Nurses' Global Assessment of Suicide Risk** =globale pflegerische Einschätzung der Basissuizidalität

intensiv diskutiert. Im Kontext des 2016 in Kraft getretenen LVR-Rahmenkonzepts „Klinisches Risikomanagement“ ist für 2017 die strukturierte Erfassung von Suizidrisiken geplant.

Ein unter dem Gesichtspunkt der Suizidprävention hervorzuhebendes Thema für den verbundweiten „Arbeitskreis Gewalt- und Suizidprävention“ stellen die baulich-atmosphärischen Gegebenheiten in den Kliniken dar. Neben den therapeutischen Maßnahmen und einer persönlichen Begleitung können die Architektur und eine den Suizid nicht begünstigende Ausstattung psychiatrischer Stationen einen weiteren präventiven Beitrag leisten.

Soweit Suizide sich innerhalb der Klinik ereignen, können diese in allen Räumen einer Klinik, vor allem jedoch auf den Stationen, verübt werden. Patientenzimmer, Überwachungsräume und Nassbereiche stellen mit großem Abstand die am häufigsten genutzten Bereiche für Suizide dar, so dass deren Gestaltung in der baulichen Suizidprävention eine besondere Bedeutung zukommt. Gute Rahmenbedingungen, das heißt, suizidverhindernde Ausstattung sowie die Gestaltung von offenen kontakt- und beziehungsfördernden Räumen der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die sich in suizidalen Krisen befinden, stehen im Mittelpunkt der weiteren Aktivitäten des Arbeitskreises.

Hierzu wird im nächsten Jahr berichtet.

In Vertretung

H ö t t e

Vorlage-Nr. 14/1447

öffentlich

Datum: 02.09.2016
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Frau Briesemeister/Herr Kaiser

Krankenhausausschuss 3	12.09.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	13.09.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	14.09.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	15.09.2016	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	19.09.2016	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Zwangsmaßnahmen in den LVR-Kliniken
hier: Fixierungen und Isolierungen in den LVR-Kliniken

Kenntnisnahme:

Der Bericht zu Zwangsmaßnahmen in den LVR-Kliniken wird gemäß Vorlage 14/1447 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:

Fixierungen und Isolierungen sind Maßnahmen zur Sicherung und Gefahrenabwehr bei akuter Fremd- und Selbstgefährdung, die durch andere Mittel nicht mehr abgewendet werden können. Der LVR-Klinikverbund beschäftigt sich seit 2010 in seinem verbundweiten Arbeitskreis „Zwang- und Gewaltprävention“, unter Leitung der LVR-Verbundzentrale, intensiv mit der Analyse von Art und Häufigkeit freiheitsbeschränkender Maßnahmen und der Identifikation von Strategien zu deren Vermeidung.

Die Verwaltung hat bereits in den Vorjahren 2011 (Vorlage 13/1552) und 2013 (Vorlage 13/3151) zu Fixierungen in den LVR-Kliniken berichtet. Der vorliegende Bericht schreibt die Ergebnisse dieser Vorlagen fort und zeigt weiterführende Auswertungen, die durch laufende IT-basierte Änderungen in der Datenerfassung möglich wurden.

Die Darstellung zentraler Ergebnisse erfolgt in den Kapiteln 3. (Fixierungen) und 4. (Isolierungen) jeweils getrennt nach Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Nach Anzahl aller Maßnahmen nach Abteilungsarten und im Klinikvergleich werden jeweils die Anzahl der Maßnahmen und ihr Anteil an der Gesamtfallzahl abgebildet, gefolgt von Darstellungen der Anzahl und des Anteils der von Maßnahmen Betroffenen. Hierbei wird deutlich, dass eine kleine Zahl von schwerst psychisch Kranken, die durch häufige und zumeist unter Zwang verlaufende Aufnahmen gekennzeichnet ist, mehrere Zwangsmaßnahmen während der Behandlung auslöst. Hier sind zukünftig vertiefte Analysen auf Fall- bzw. OE-Ebene geeignet, auch für den Einzelfall Strategien zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen zu identifizieren.

Zusammenfassend zeigt sich:

- Der restriktive Umgang mit Zwangsbehandlungen führt trotz aller Bemühungen vor allem in der Allgemeinpsychiatrie nicht zu dem angestrebten Rückgang der Fixierungszahlen und -anteile.
- Die Anzahl der Fixierungen ist im Zeitraum 2012 – 2015 diskret zurückgegangen, der Anteil der Fixierungen an den Behandlungsfällen jedoch in einigen Kliniken gestiegen.
- Das Bemühen um Reduzierung von Fixierungen führt zu einem Anstieg der Isolierungen.
- In den Kliniken sind zahlreiche, jeweils unterschiedliche Maßnahmen zur Zwangsvermeidung implementiert, deren Effekte eher mittelfristig zu beobachten sein dürften.

Der LVR-Klinikverbund beteiligt sich seit 2016 an einem nationalen Benchmarking; hierzu war eine veränderte Datenerfassung und Auswertung erforderlich, die die dort vorgegebenen Qualitätsindikatoren abbildet. Deshalb wurde in diesem Jahr ein verbundweit konsentiertes „Codebook“ zum Umgang mit Zwangsmaßnahmen und deren Dokumentation und Auswertung erstellt. Damit ist die Erwartung verknüpft, zukünftig zielgenauere Maßnahmen zur Zwangsvermeidung aus den Daten ableiten zu können.

Begründung der Vorlage Nr. 14/1447:

Inhaltsverzeichnis

1. Auftrag	3
2. Einleitung	3
3. Fixierungen im LVR-Klinikverbund: Entwicklungstendenzen	5
3.1 Fixierungen im Klinikvergleich.....	6
3.2 Erwachsenenpsychiatrie.....	7
3.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie	9
3.4 Fixierungen nach Fachbereichen.....	10
4. Isolierungen im LVR-Klinikverbund: Entwicklungstendenzen	11
4.1 Isolierungen im Klinikvergleich	11
4.2 Erwachsenenpsychiatrie.....	12
4.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	12
4.4 Isolierte Patientinnen und Patienten nach Fachgebieten.....	14
5. Ausblick	14

1. Auftrag

In den Beratungen zum Haushalt 2012 wurden auf Grundlage des Antrags 13/161 SPD, Grüne, FDP folgende Beschlüsse gefasst:

- „Der LVR-Klinikverbund wird beauftragt, die Dauer und Häufigkeit von Fixierungen signifikant und dauerhaft weiter zu senken. Hierzu wird ein entsprechendes Ziel im Haushalt aufgenommen.
- Darüber hinaus sollen für alle LVR-Kliniken einheitliche Standards bzw. Regelungen getroffen werden, die die Voraussetzungen für eine Fixierung festlegen.
- Zum Thema „Fixierung“ soll durch die Verwaltung eine Fachtagung organisiert werden.
- Die Verwaltung wird beauftragt, Verfahren zur weitgehenden Vermeidung von mechanischen Fixierungen an mindestens einer LVR-Klinik zu erproben, die gewonnenen Ergebnisse zu evaluieren und dem Gesundheitsausschuss in einem Bericht darzustellen. Ziel des Modells soll die Reduzierung der mechanischen Fixierungen auf seltene Ausnahmen sein, die durch eine besondere Indikationsstellung (besonderer Wunsch der Patientinnen und Patienten, Gefahr für die eigene Person oder für Dritte nicht anders abwendbar) begründet sind.“

Die Beschlussfassung greift die bereits langjährigen Bemühungen im LVR-Klinikverbund um eine Senkung von Zwangsmaßnahmen auf und betont damit deren gesundheitspolitisches Gewicht.

Im Folgenden wird über den Stand der Aktivitäten und der Umsetzung der o. a. Zielsetzung berichtet.

2. Einleitung

Fixierungen und Isolierungen 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, einer Rechtsgrundlage und einer einfühlsamen Durchführung.

Fixierungen und Isolierungen sind keine therapeutischen Maßnahmen. Ihre Umsetzung bedarf der intensiven Einbettung in einen therapeutischen Gesamtprozess. Insofern ist auch während der Durchführung von Fixierungen und Isolierungen den Betroffenen ein ständiges Kommunikationsangebot zu unterbreiten. Während einer Fixierung ist eine persönliche 1:1-Betreuung im Sinne einer Intensivbetreuung obligat.

Patientinnen und Patienten sowie die Beschäftigten in der Psychiatrie sind regelmäßig mit freiheitsentziehenden Maßnahmen konfrontiert. Die Literatur weist aus, dass durchschnittlich ca. 8 % (Varianz: 2,2 – 13,5%) aller in der Psychiatrie behandelten Patientinnen und Patienten Zwangsmaßnahmen ausgesetzt sind. (Flammer/Steinert, *Frontiers in Psychiatry* Vol. 6 October 2015)

Damit bewegen sich die professionell handelnden Personen in einem konflikthaften Spannungsfeld zwischen dem menschenrechtlich normierten Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten und dem Schutz der Gesundheit und des Lebens bei Selbst- oder Fremdgefährdung.

Der LVR-Klinikverbund beschäftigt sich bereits seit 2010 in seinem verbundweiten Arbeitskreis „Prävention von Zwang und Gewalt“, unter Leitung der LVR-Verbundzentrale, intensiv mit diesen Themen. Die Arbeit dieses Qualitätszirkels besteht in der Identifizierung von „Guter“ oder „Bester Praxis“ und Strategien zur Verbesserung der Behandlungsqualität, der Patientensicherheit und -beteiligung“ 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 (Verhältnismäßigkeit). Der Teilnehmerkreis setzt sich aus ärztlichen pflegerischen Mitarbeitenden der verschiedenen Fachbereiche der neun LVR-Kliniken zusammen unter Beteiligung des Verbundes Heilpädagogischer Hilfen, des Betriebsärztlichen Dienstes, der Stabsstelle Gleichstellung und Gender-Mainstreaming sowie der Abteilung Rechtsangelegenheiten im Dezernat 8.

In den jährlichen Zielvereinbarungen wird zwischen der LVR-Verbundzentrale und den LVR-Klinikvorständen seit 2010 kontinuierlich die Umsetzung von Maßnahmen mit dem Ziel der Reduzierung von Zwangsmaßnahmen, Senkung der Fixierungsraten sowie weiterer Zwangsmaßnahmen verbindlich vereinbart.

Im Rahmen dieser Aktivitäten wurden unterschiedliche Maßnahmen eingeleitet und umgesetzt:

- Safewards (Programm zur Identifikation von Konfliktverhaltensweisen und Eindämmungsmethoden)
- Vier-Stufen-Immobilisation (Haltetechniken zur Vermeidung einer Fixierung)
- Adherence (gemeinsam verantwortete Behandlungsstrategien zur Verbesserung der Therapietreue)
- Systemische Behandlungskonzepte (Berücksichtigung des Bedingungsgefüges für Entstehung und Veränderungsoptionen einer Störung)
- Soteria-Elemente (Haltende Begleitung „to be with“, weiches Zimmer, kein Zwang)
- Familiäre Pflege (Einbezug, professionelle Begleitung und Beratung: Gerontopsychiatrie)
- Recovery-Orientierung (Lebenssinn, Hoffnung, Genesungsorientierung).
- Genesungsbegleitung (Einsatz von Psychiatrieerfahrenen, Partizipation, Empowerment)

Am 16.10.2014 hat der LVR-Klinikverbund eine Fokustagung zum Thema „Autonomie und Selbstbestimmung in der Psychiatrie - Rahmenbedingungen, Anspruch und Praxis“ ausgerichtet. Die Beiträge der Tagung spannten einen Bogen von den ethischen und rechtlichen Grundlagen über die aktuelle Praxis des Umgangs mit aggressionsbesetzten

oder kritischen Situationen im psychiatrischen Alltag bis hin zur Formulierung von Perspektiven für die zukünftige Arbeit.

Das für den 2. – 3. Februar 2017 geplante LVR-Symposium greift mit dem Fokus Behandlungsqualität neben Aspekten der Versorgung auch Fragen nach ethischen und rechtlichen Dimensionen von Unterbringung und Zwang im Bezug zum Lebenszyklus der Patientinnen und Patienten in unseren Kliniken auf.

3. Fixierungen im LVR-Klinikverbund: Entwicklungstendenzen

Die Verwaltung hat zuletzt 2015 (Vorlage Nr. 14/333) zu Fixierungen in den LVR-Kliniken berichtet. Auf diese und die vorausgegangenen Vorlagen wird im Folgenden Bezug genommen. Der vorliegende Bericht schreibt die Ergebnisse dieser Vorlagen fort¹. Nicht nur Fixierungen und Isolierungen, sondern auch Zwangsmedikation und Beschränkung des Aufenthaltes im Freien werden in der elektronischen Krankenakte (KIS) angeordnet und dokumentiert, sie sind also prinzipiell auch elektronisch auswertbar. Allerdings stellten die unterschiedlichen Rechtsgrundlagen und die ausgeprägte Verunsicherung bezüglich der Rechtmäßigkeit von Zwangsbehandlungen im Rahmen öffentlich-rechtlicher (Psych-KG NRW) einerseits und betreuungsrechtlicher Unterbringung (BGB) andererseits eine erhebliche Hürde für eine einheitliche Dokumentation dar.

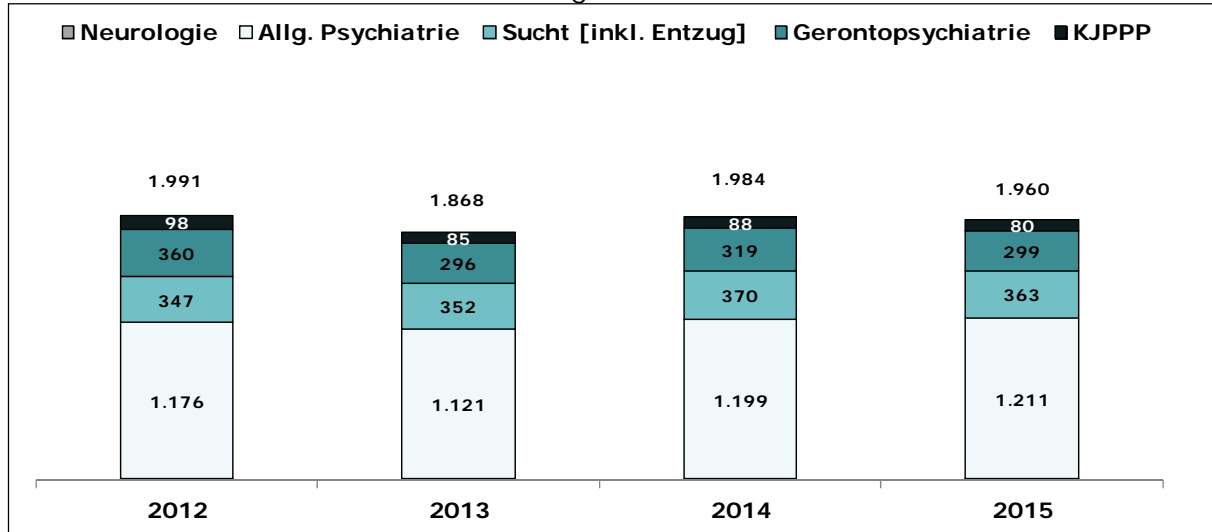
Mit dem im Arbeitskreis Prävention von Gewalt und Zwang erarbeiteten, im Mai 2016 freigegebenen Codebook, welches das Verständnis und die Dokumentation von Zwangsmaßnahmen verbundweit vereinheitlichen soll, ist die Erwartung verbunden, zukünftig auch über die Zwangsmedikation im Verbund belastbare Daten vorlegen zu können und die Sicherheit in der Anwendung und Dokumentation von Zwangsmaßnahmen zu erhöhen.

Die Beschränkung des Aufenthaltes im Freien stellt inzwischen ein seltenes Ereignis dar, da praktisch alle geschlossenen Stationen im Verbund gesicherte Gärten, Balkone oder Terrassen vorhalten, die den Patientinnen und Patienten einen Aufenthalt im Freien ermöglichen, soweit sie dazu in der Lage sind. Aus diesem Grund werden keine Auswertungen zur Beschränkung des Aufenthalts im Freien aufgenommen.

Abbildung 1 zeigt die Anzahl fixierter Fälle nach Behandlungsbereichen über die Jahre 2012 – 2015. In diesem Zeitraum hat die Anzahl der Fixierungen in der KJPPP merklich abgenommen, ebenso in den Suchtabteilungen, während in der Gerontopsychiatrie im Gesamtverlauf diskret ansteigende Zahlen zu verzeichnen sind. Einen nennenswerten Anstieg der Fixierungszahlen hat jedoch die Allgemeinpsychiatrie zu verzeichnen. Gleichwohl ist die Gesamtzahl über alle Abteilungen im Verbund leicht rückläufig.

¹ Wie bereits in der Vorlage 14/333 ausgeführt werden die Daten des vorliegenden Berichts aus den Datenbanken des LVR MediStat-Systems gezogen. Die abgefragten Datenbanken werden in unterschiedlichen Zeitintervallen aktualisiert, dabei werden ggf. auch weiter zurückliegende Zeiträume „korrigiert“, so dass zwei identische Datenabfragen zu unterschiedlichen Zeitpunkten marginale Abweichungen ausweisen können. Aus diesem Grund treten zum Teil Abweichungen zur Vorlage 14/333 auf.

Abb. 1 Anzahl fixierter Fälle nach Abteilungsarten



3.1 Fixierungen im Klinikvergleich

Wie bereits im Vorjahr wird der Indikator „fixierte Fälle“ betrachtet; dies ermöglicht den Vergleich mit nationalen und internationalen Kennzahlen, die seit 2016 im Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang in psychiatrischen Kliniken“ (Leitung: Prof. Dr. T. Steinert, Zentrum für Psychiatrie, Weissenau) mit 22 weiteren psychiatrischen Kliniken ausgetauscht werden.

Die Darstellung erfolgt deshalb in den Kapiteln 3.2 (Erwachsenenpsychiatrie) und 3.3 (Kinder- und Jugendpsychiatrie) unter fallbezogener Betrachtung:

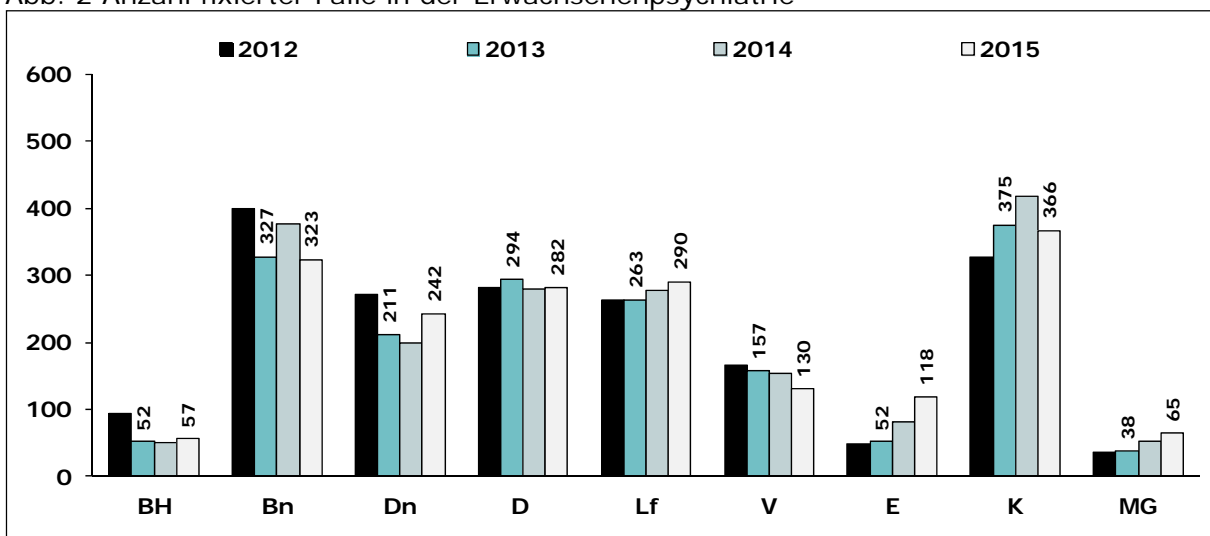
- Anzahl fixierter Fälle
- Anteil fixierter Fälle an der Gesamtfallzahl.

Im Folgenden werden Auswertungen der LVR-Kliniken, getrennt nach Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie dargestellt. Die Erwachsenenpsychiatrie wird dabei teilweise noch zusätzlich nach Abteilungsart (Allgemeine Psychiatrie, Sucht und Gerontopsychiatrie) unterschieden. Zwangsmaßnahmen kommen in der Neurologie so gut wie nicht vor.

3.2 Erwachsenenpsychiatrie

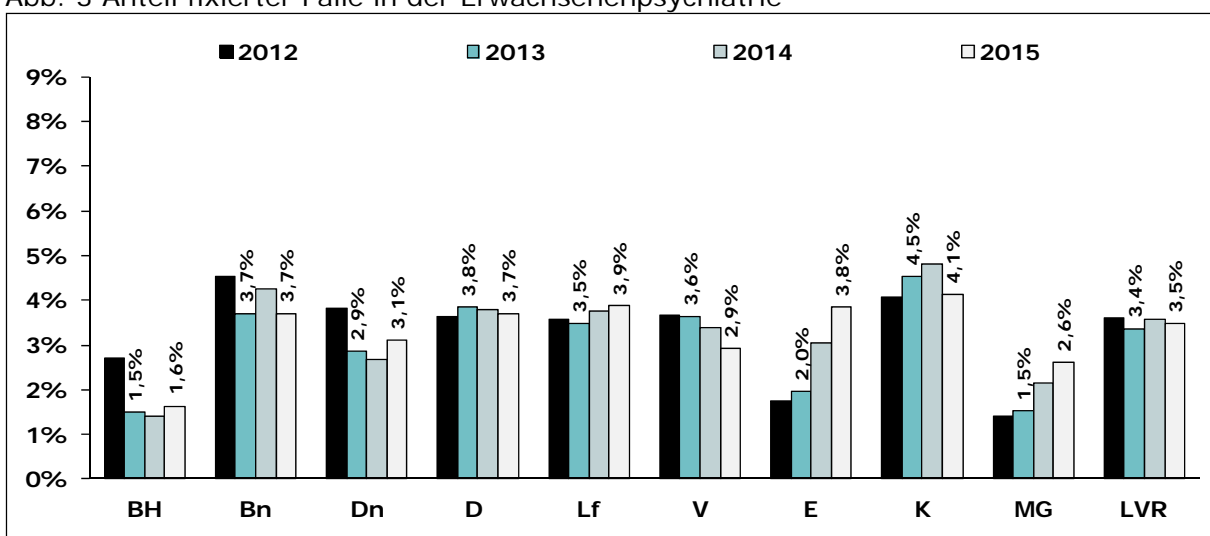
Abbildung 2 zeigt die Anzahl, Abbildung 3 den Anteil der fixierten Fälle im Klinikvergleich. Die Anzahl der Fixierungen hat sich in den einzelnen Kliniken im Berichtsjahr gegenüber dem Vorjahr unterschiedlich entwickelt. Die Kliniken, die einen nennenswerten Anstieg der Fixierungszahlen zu verzeichnen haben (Mönchengladbach, Essen, Langenfeld, Düren), begründen dies mit einem deutlich restriktiveren Umgang mit Zwangsmedikationen bei zumeist fehlender Rechtsgrundlage für eine Zwangsbehandlung, was vermehrt zu längerfristig unbehandelte Patienten und Patientinnen führt, die insbesondere aufgrund von Fremdgefährdung fixiert werden müssen.

Abb. 2 Anzahl fixierter Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie



Der Anteil fixierter Fälle im Verbund ist seit Jahren nahezu konstant, für 2015 wird er mit 3,5% ermittelt.

Abb. 3 Anteil fixierter Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie



Aus nahezu allen Kliniken werden zum einen unerwartet schwierige Einzelfälle berichtet, die in der Summe für hohe Fixierungszeiten und Mehrfachfixierungen während des Aufenthaltes verantwortlich sind. Hierunter fallen auch schwerst traumatisierte, schwerst

psychisch Kranke mit Flucht- oder Migrationsgeschichte, die zum einen ohne jeden familiären Kontakt in den Kliniken verweilen müssen, zum anderen aufgrund der nicht immer sofort und nicht immer hinreichend verfügbaren Dolmetscher oder Sprach- und Integrationsmittlerinnen der Behandlung mit extremer Fremdaggression und ohne Behandlungsbereitschaft begegnen. Desweiteren führen wenige unruhige, aggressive und gewaltbereite Patientinnen und Patienten zu einer vermehrten Unruhe, Anspannung und Beeinträchtigung des Stationsklimas mit der Folge zunehmender Irritation der übrigen Patienten und Patientinnen.

Wo es Kliniken gelungen ist, entgegen dem Trend konstante oder sogar rückläufige Fixierungszahlen zu erreichen, führen diese den Rückgang auf vermehrte und intensiviertere Schulungen im Bereich des Deeskalationsmanagements zurück, auf veränderter Haltungen bei den Beschäftigten gegenüber Zwangsmaßnahmen und die Einführung bzw. höhere Durchdringung von Alternativen zu Zwang. Auch ein verbessertes Aufnahme- und Entlassmanagement scheint geeignet, gewaltinduzierende Situationen einzudämmen oder zu vermeiden.

Alle Kliniken berichten über unterschiedliche Maßnahmen zur Reduzierung von Zwang; über die o.g. Maßnahmen hinaus seien als Beispiel genannt die Öffnung einer bislang geschlossenen Akutstation und die Schaffung von Deeskalationsräumen, aber auch Rückzugsorten.

Auch wird vermehrt für den Abschluss von Behandlungsvereinbarungen in der Erwachsenenpsychiatrie geworben. Hierzu wurde in diesem Jahr ein LVR-Verbundstandard formuliert und für die Arbeit in den Kliniken freigegeben.

Im kommenden Jahr werden die verschiedenen Strategien evaluiert im Hinblick auf ihre Wirksamkeit und Auswirkung auf die Anzahl von Zwangsmaßnahmen; das Ergebnis wird in die Vorlage 2018 einfließen. Bis dahin werden auch Ergebnisse der Studie zu Indikatoren von Zwangsunterbringungen an der LVR-Klinik Köln vorliegen, die die Besonderheiten der Zuweisungs- und Aufnahmebedingungen in einem großstädtischen Milieu untersucht.

3.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Abbildung 4 Anzahl fixierter Fälle in der KJPPP

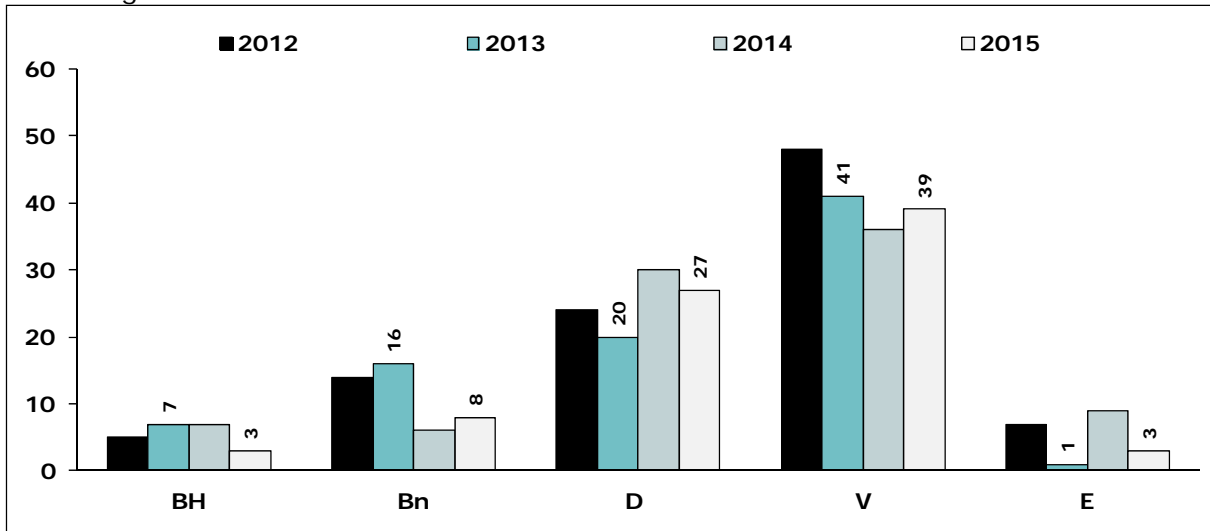
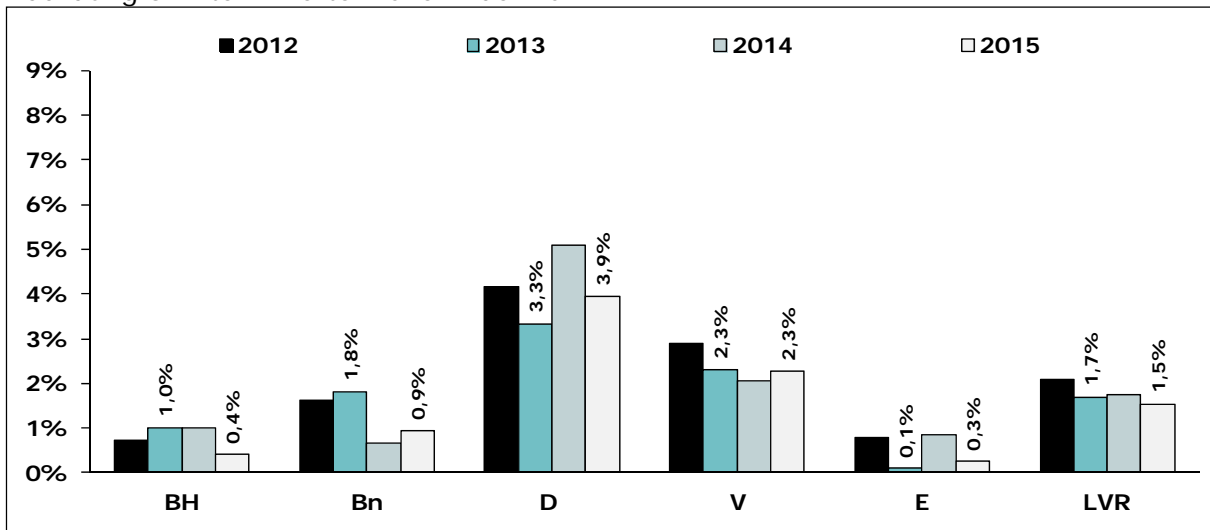


Abbildung 5 Anteil fixierter Fälle in der KJPPP



Die Abbildungen lassen erkennen, dass Anzahl und Anteil fixierter Fälle in den fünf Kliniken sich auf einem niedrigen Niveau bewegen; in Essen und Bedburg-Hau wurden in 2015 jeweils weniger als sechs Fälle fixiert. Ein nennenswerter Rückgang ist überdies in Düsseldorf zu beobachten.

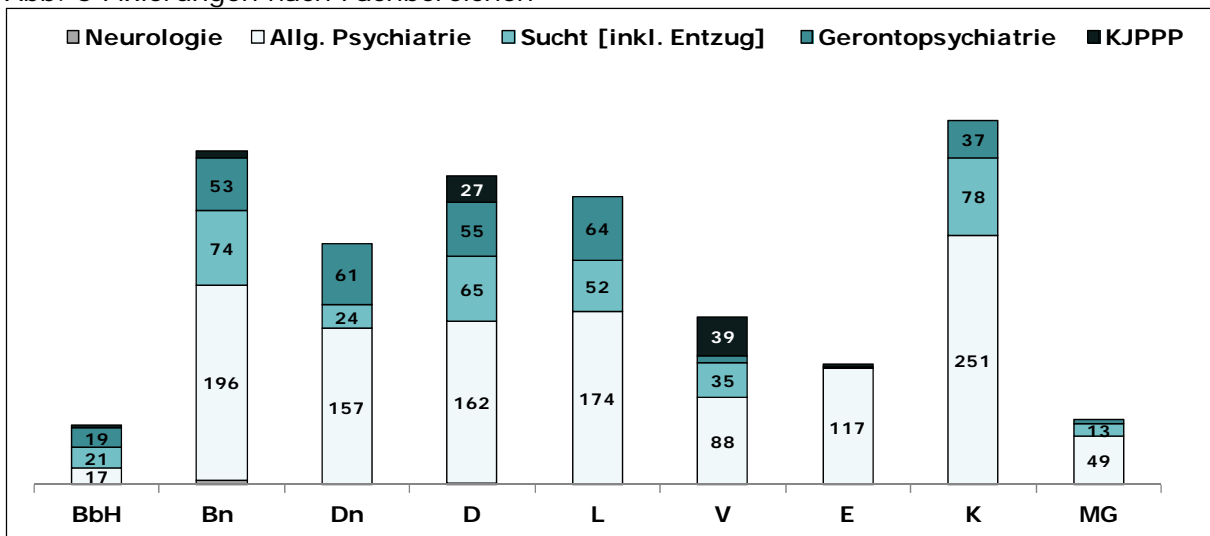
In den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen wird großer Wert gelegt auf Behandlungsabsprachen bei der Aufnahme in die Klinik, die für den Fall einer Eskalation oder Krise Maßnahmen zwischen den jungen Patientinnen und Patienten, deren Eltern und dem Behandlungsteam vereinbaren und die geeignet erscheinen oder in der Vergangenheit sich als geeignet erwiesen haben, schwierige Behandlungssituationen zu deeskalieren (Boxsack, Trampolin o.ä.).

Demgegenüber haben Behandlungsvereinbarungen nach dem LVR-Verbundstandard kaum eine Bedeutung, weil sie den spezifischen Entwicklungsanforderungen dieser Klientel nicht angemessen Ausdruck verleihen können.

3.4 Fixierungen nach Fachbereichen

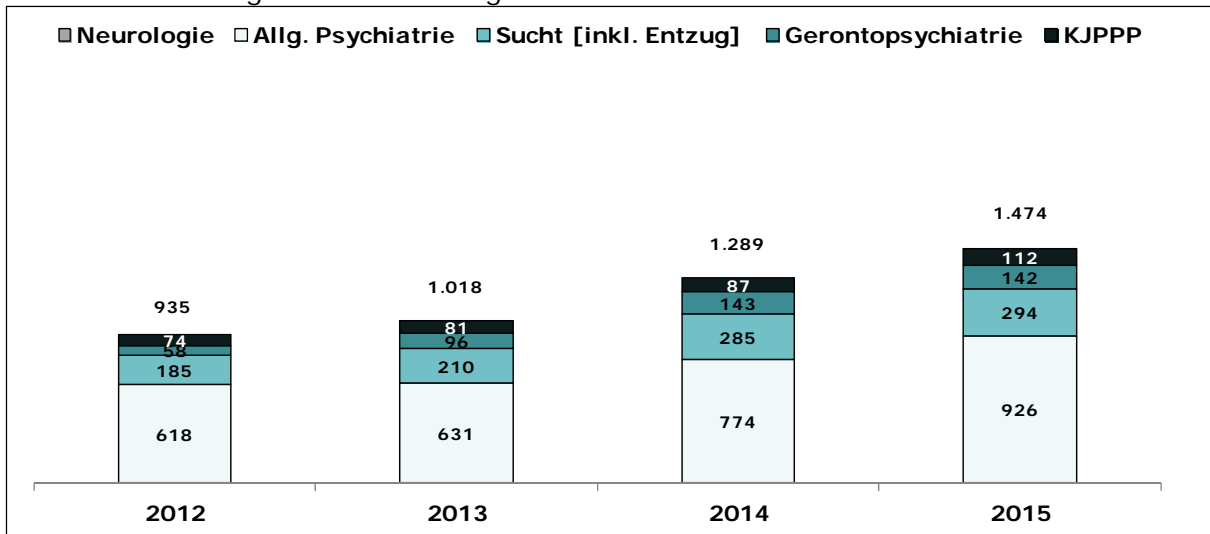
Der Löwenanteil fixierter Fälle ist in allen Kliniken dem Allgemeinpsychiatrischen Behandlungsbereich zuzuordnen; auf die Gerontopsychiatrie entfallen zwischen 10 % (Köln) und 33 % (Bedburg Hau) Prozent aller Fixierungen, auf die Suchtabteilungen zwischen 10 % (Düren) und 37 % (Bedburg-Hau). Allerdings sind die Suchtkrankenbehandlungen in einigen Kliniken aufgrund von Abteilungsüberschneidungen nicht trennscharf von Allgemeinpsychiatrischen Fällen abzugrenzen (Essen, Bedburg-Hau).

Abb. 6 Fixierungen nach Fachbereichen



4. Isolierungen im LVR-Klinikverbund: Entwicklungstendenzen

Abb. 7 Entwicklung für die Isolierungen



Erwartungsgemäß stieg im Berichtsjahr die Zahl der Isolierungen deutlich an; die Kliniken führen diesen Anstieg einhellig auf das erfolgreiche Bemühen zurück, bei dem Erfordernis von Zwangsmaßnahmen auf das mildest mögliche Mittel zurückzugreifen. Der restriktivere Umgang mit Fixierungen führt so nahezu zwangsläufig zu einem Anstieg der Isolierungszahlen und –raten.

4.1 Isolierungen im Klinikvergleich

Abb. 8 Anzahl isolierter Fälle

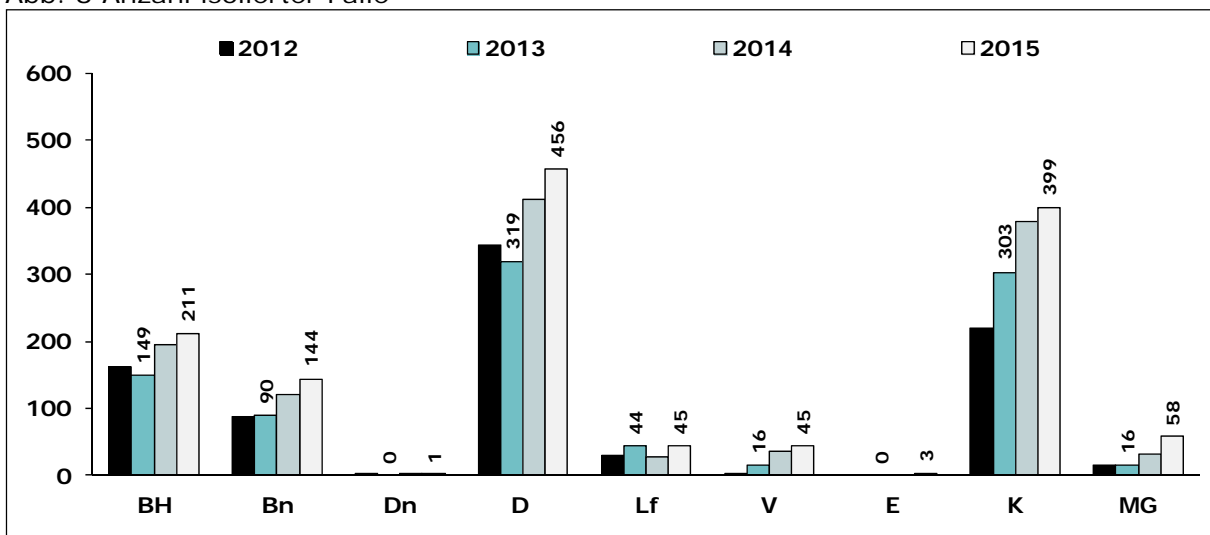
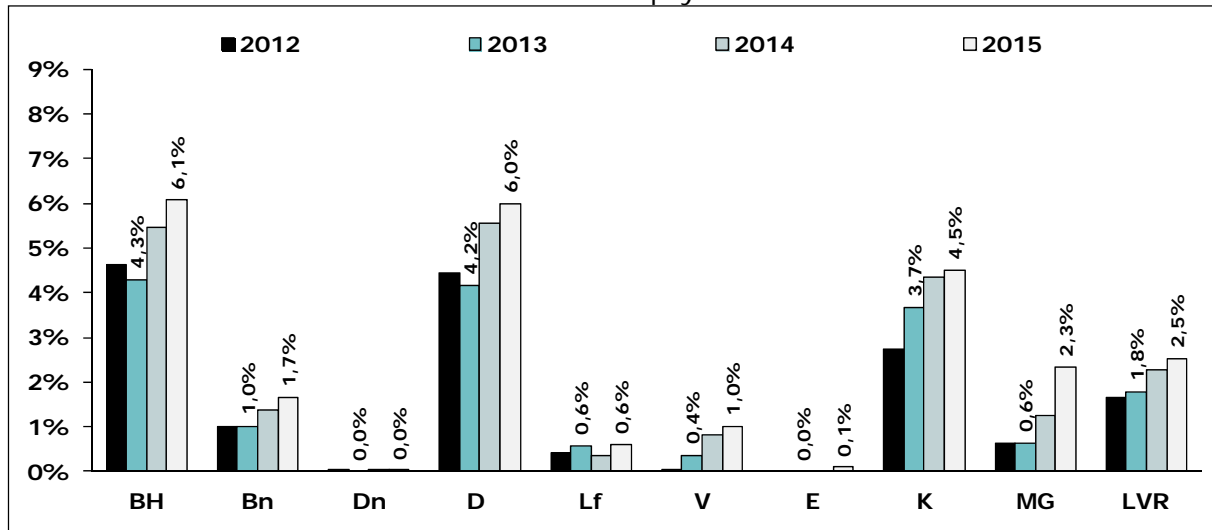


Abb. 9 Anteil isolierter Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie



4.2 Erwachsenenpsychiatrie

Neben dem Anstieg der Isolierungszahlen über alle Kliniken fällt vor allem das nahezu vollständige Fehlen von Isolierungen in zwei Kliniken auf:

In Essen wurde erst in diesem Jahr ein Konzept für Isolierungen vorgelegt, die räumlichen Voraussetzungen für Isolierungen in der Erwachsenenpsychiatrie liegen seit Mai 2016 vor.

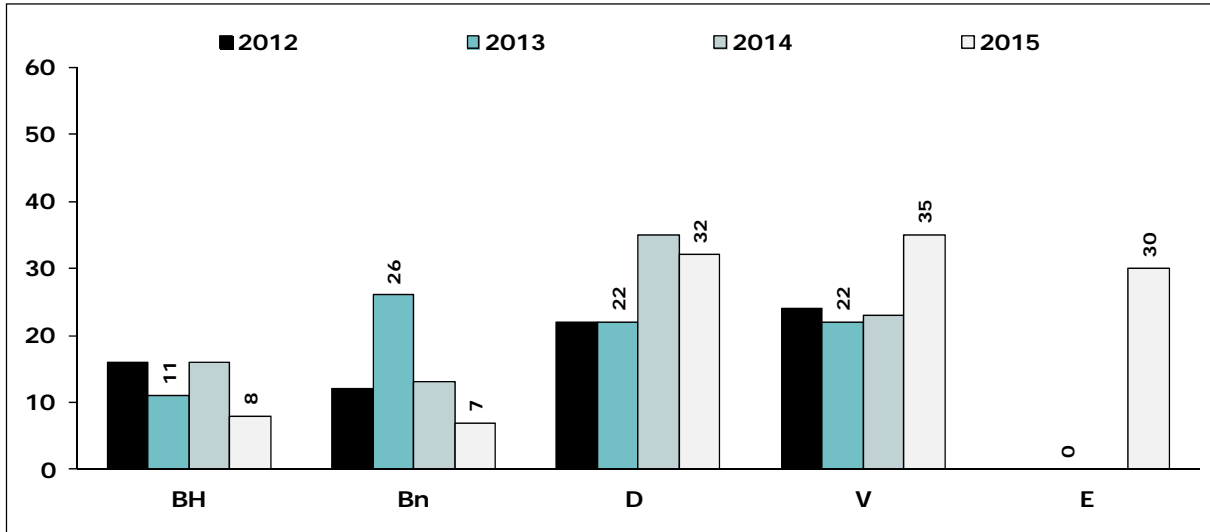
In Düren erlauben die großzügige und patientenfreundliche Ausstattung des Neubaus und ein begleitendes supportives Angebot eine weitgehende Deeskalation und Reizabschirmung in Einzelzimmern auf allen vier akutpsychiatrischen Stationen.

Der Zuwachs der Isolierungen insgesamt, aber auch die in den Kliniken Bedburg-Hau, Düsseldorf und Köln deutlich über dem Verbunddurchschnitt liegenden Anteile von 6,1 – 4,5 % sind nur in der Tendenz, nicht aber in der Höhe als Ausdruck der Kompensation von vermiedenen Fixierungen plausibel und Gegenstand weiterer Analysen.

4.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie

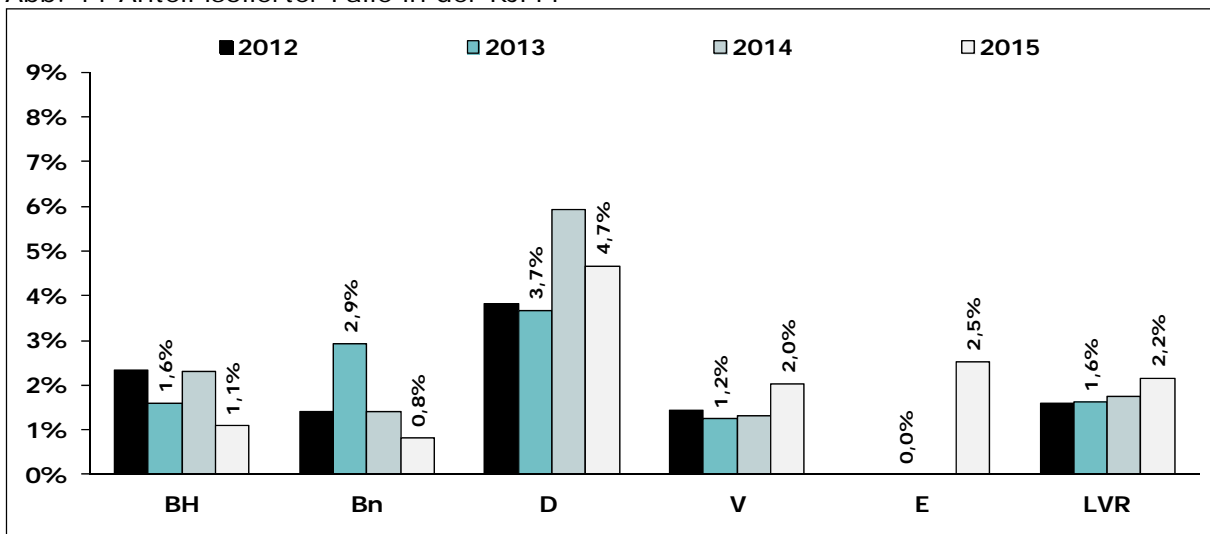
Die Kliniken reklamieren auch für ihre KJPPP-Abteilungen die zunehmende Inanspruchnahme durch schwer kranke Kinder und Jugendliche mit aggressivem und herausforderndem Verhalten. Wo immer möglich, wurde auf Fixierungen zugunsten von Isolierungen verzichtet, was zu einer deutlichen Zunahme in einigen Kliniken geführt hat. Die Ausführungen zu Fixierungen (s. 3.3) gelten auch für die Isolierungen.

Abb. 10 Anzahl isolierter Fälle in der KJPPP



Als Ergebnis der Detailanalyse ist zudem anzumerken, dass- anders als in der Erwachsenenpsychiatrie- Isolierungen bereits für die Dauer von wenigen Minuten formal angeordnet und damit auch ausgewertet werden.

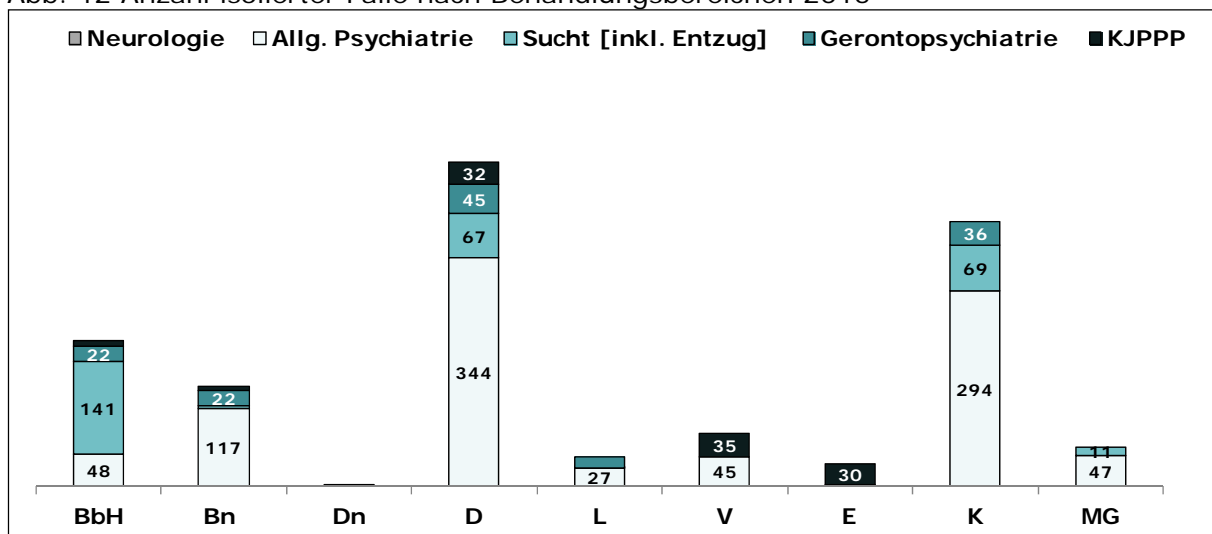
Abb. 11 Anteil isolierter Fälle in der KJPPP



4.4 Isolierte Patientinnen und Patienten nach Fachgebieten

Abbildung 12 macht deutlich, dass das Gros der Isolierungen im Bereich der Allgemeinpsychiatrie erfolgt. Lediglich in Bedburg-Hau entfallen 66 % aller Isolierungen auf den Suchtbereich - allerdings ist auch hier eine sichere Abgrenzung von allgemeinpsychiatrischen Fällen aufgrund des Abteilungszuschnitts allenfalls auf Fallebene möglich. Der Anteil gerontopsychiatrischer Isolierungen variiert von ca. 9 % (Köln) bis ca. 40 % (Langenfeld) und liegt im Mittel bei etwa 14 %, dies berücksichtigt aber (wie in den Ausführungen zu Fixierungen) nicht die auf die jeweilige Fachabteilung entfallenden Fallzahlen und dient lediglich der Orientierung.

Abb. 12 Anzahl isolierter Fälle nach Behandlungsbereichen 2015



5. Ausblick

Trotz intensiver Bemühungen und umfangreicher Maßnahmenkataloge, Alternativen zu Zwangsmaßnahmen zu etablieren, ist gegenüber den zurückliegenden Jahren im Berichtsjahr kein weiterer Rückgang, sondern vereinzelt ein Anstieg der Fixierungszahlen zu beobachten. Dies ist zum einen dem restriktiven Umgang mit Zwangsmedikation geschuldet, zum anderen aber der mehr als zufälligen Häufung von sehr schwer und chronisch erkrankten Menschen, die häufig und oftmals bereits unter Zwang (bei extern eingeleiteter Unterbringung) in die Behandlung der Kliniken kommen.

Hierunter finden sich auch zunehmend Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte und teilweise massiver Traumatisierung, zu denen ein therapeutischer Zugang gar nicht oder mit erheblicher Verzögerung gelingt. Ihre Gewalterfahrungen und die fremd-, aber auch zuweilen autoaggressive Abwehr jedweder Behandlung und pflegerischer Versorgung begründen zuweilen häufige und / oder lange Fixierungs- und Isolierungszeiten; sie tragen aber auch zu einer vermehrten Belastung der Mitarbeitenden und zu einer Beeinträchtigung des Stationsklimas mit der Folge erhöhter Anspannung und Vulnerabilität von Patientinnen und Patienten bei.

Die implementierten oder in Erprobung befindlichen Strategien zur Reduktion von Zwang und Gewalt und eine verbesserte Patientenbeteiligung sind eher mittelfristig geeignet, positive Effekte auch hinsichtlich des Rückgangs von Zwangsmaßnahmen abzubilden. Sie

zielen vermehrt auf Handlungs- und Einstellungsänderungen der Mitarbeitenden und sind auf Verstetigung angewiesen.

Hinsichtlich der Kommunikationsbarrieren ist Kreativität und die Bereitschaft gefragt, mit unterschiedlichen Angeboten eine Verständigung auch in Krisensituationen zu ermöglichen und die Einsicht in die erforderliche Behandlung und Bereitschaft zum therapeutischen Bündnis zu erreichen. Neben dem Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern und Sprach- und Integrationsmittlern sind auch technische Möglichkeiten auszuloten und, wo immer möglich, zu nutzen, um Engpässe wie in Nachtstunden und an Wochenenden professionell und im Interesse der Patientensicherheit zu überbrücken. Hier berichten psychiatrische Kliniken über positive Erfahrungen mit Video-Dolmetscher-Diensten.

Für das nächste Berichtsjahr sind differenzierte, auch die Dauer erfassende Auswertungen der Zwangsmaßnahmen einschließlich der Zwangsmedikation vorgesehen; die auch in der PsychKG-Novelle vorgesehene gesonderte Erfassung von Haltetechniken in Abgrenzung zur Fixierung wird aufgrund der technischen Erfordernisse erst in den Folgejahren Berücksichtigung finden können.

In Vertretung

H ö t t e

Vorlage-Nr. 14/1502

öffentlich

Datum: 30.08.2016
Dienststelle: Fachbereich 81
Bearbeitung: Herr Brehmer

Krankenhausausschuss 3	12.09.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	13.09.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	14.09.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	15.09.2016	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	19.09.2016	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

**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**

Kenntnisnahme:

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.

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	

In Vertretung
H ö t t e

Zusammenfassung:

Die Landesregierung NW hat einen Gesetzesentwurf zur Novellierung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW) beschlossen, der sich zurzeit im parlamentarischen Gesetzgebungsverfahren befindet.

Der Gesetzesentwurf entspricht inhaltlich weitgehend dem Referentenentwurf vom 16.2.2016 (Vorlage 14/1158 vom 11.4.2016). Ziel der Novelle ist es, das Selbstbestimmungsrecht, die Würde und die persönliche Integrität von Patientinnen und Patienten während einer Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern deutlich zu stärken.

Der wesentliche Unterschied zu dem Referentenentwurf liegt darin, dass die Behandlung gegen den Willen (sog. Zwangsbehandlung) bei einer Fremdgefährdung im Rahmen der Unterbringung weiterhin zulässig sein soll. Darüber hinaus sind im Gesetzesentwurf die formellen Voraussetzungen für eine Zwangsbehandlung gegenüber dem Referentenentwurf deutlich präzisiert worden.

Der zuständige Ausschuss für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landtages NW hat zu dem Gesetzesentwurf am 31.8.2016 eine öffentliche Anhörung durchgeführt. Zur Vorbereitung der Anhörung haben die beiden Landschaftsverbände eine gemeinsame Stellungnahme verfasst. Die Landschaftsverbände begrüßen die Novellierung. Allerdings besteht aus Sicht der beiden Landschaftsverbände bei einzelnen Regelungen noch ein Verbesserungsbedarf, insbesondere betrifft dies

- die Klarstellungen in Bezug auf das Weisungsrecht der Fachaufsicht,
- Vorgaben zur Beschleunigung der gerichtlichen Genehmigungsverfahren,
- die Regelungslücken bei der Notfallbehandlung bei somatischen Begleiterkrankungen,
- die zu starren Vorgaben bei der Sitzwache im Falle einer Fixierung.

Begründung der Vorlage Nr. 14/1502:

Hintergrund

Mit der Vorlage 14/1158 vom 11.4.2016 wurde über die wesentlichen Inhalte des Referentenentwurfs des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) zur Novellierung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW) vom 16.2.2016 berichtet. Zugleich wurde die im Rahmen der Verbändeanhörung erstellte Stellungnahme des Landschaftsverbandes Rheinland zur Kenntnis gegeben.

Auf der Grundlage dieses Referentenentwurfs hat die Landesregierung den Gesetzesentwurf vom 25.5.2016 beschlossen, der sich zurzeit im parlamentarischen Gesetzgebungsverfahren befindet (Drucksache des Landtages 16/12068).

Der zuständige Ausschuss für Arbeit, Soziales und Gesundheit hat hierzu am 31.8.2016 eine öffentliche Anhörung durchgeführt. Zur Vorbereitung der Anhörung haben die beiden Landschaftsverbände eine gemeinsame Stellungnahme (Anlage 1) verfasst. Der Landschaftsverband Rheinland ist vertreten worden durch Frau Prof. Dr. Gouzoulis-Mayfrank, Ärztliche Direktorin der LVR Klinik Köln, und Herrn Brehmer, Mitarbeiter des Dezernates 8.

Mit der Novelle sollen das Selbstbestimmungsrecht, die Würde und die persönliche Integrität von Patientinnen und Patienten während einer Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern deutlich gestärkt werden. Im Mittelpunkt der Novelle steht eine umfassende Neuregelung der Voraussetzungen für die Zwangsbehandlung sowie der besonderen Sicherungsmaßnahmen. Weitere Schwerpunkte der Novellierung sind eine stärkere Geltung der Patientenverfügung/Behandlungsvereinbarung sowie der Ausbau der Rechtspositionen der untergebrachten Patientinnen und Patienten. Erstmals sind nun die Einrichtung eines Landesfachbeirates und die Verpflichtung zur Landespsychiatrieplanung vorgeschrieben.

Der Gesetzesentwurf kann im Internet unter <https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMD16-12068.pdf> abgerufen werden.

Veränderungen gegenüber dem Referentenentwurf

Der Gesetzesentwurf entspricht inhaltlich weitgehend dem Referentenentwurf. Bei einem Großteil der Änderungen handelt es sich lediglich um redaktionelle bzw. sprachliche Klarstellungen.

Abweichend von dem ursprünglichen Referentenentwurf sieht der Gesetzesentwurf jedoch vor, dass die Behandlung gegen den Willen (sog. Zwangsbehandlung) bei einer Fremdgefährdung im Rahmen der Unterbringung (§ 18 Abs. 4 PsychKG-E) weiterhin zulässig sein soll. Nach dem Referentenentwurf sollte die Zwangsbehandlung nur noch im Falle der Eigengefährdung zulässig sein. Allerdings bleibt es bei der im Referentenentwurf

bereits vorgesehenen deutlichen Einschränkung des Anwendungsbereichs der Zwangsbehandlung. Eine Zwangsbehandlung soll künftig nur noch möglich sein, wenn eine weniger eingreifende Maßnahme aussichtslos ist, der zu erwartende Nutzen die zu erwartenden Beeinträchtigungen für die Betroffenen deutlich überwiegt und der Versuch vorausgegangen ist, die Zustimmung der Betroffenen zu erreichen. Die Zwangsbehandlung muss zudem zukünftig durch einen richterlichen Beschluss genehmigt werden. Bisher reichte für die Durchführung der angeführten Zwangsmaßnahmen aus, dass nach ärztlicher Feststellung eine „erhebliche Gefährdung“ vorlag.

Darüber hinaus sind im Gesetzesentwurf die Voraussetzungen für eine Zwangsbehandlung deutlich präzisiert worden. So wird nun klargestellt, dass die Wiederherstellung der Selbstbestimmung nur insoweit erforderlich ist, soweit dies möglich ist (z.B. im Falle der Demenz). In § 18 Abs. 6 PsychKG-E wird zudem sehr detailliert geregelt, welche Angaben der gerichtliche Antrag auf Zwangsbehandlung enthalten muss. Die eiligen Zwangsbehandlungen, die ohne eine gerichtliche Zustimmung erfolgen, sind nicht umgehend, sondern nur noch monatlich der Aufsichtsbehörde zu melden.

Erfreulich ist darüber hinaus, dass die im Referentenentwurf vorgesehenen umfassenden Eingriffsrechte der Bezirksregierung in die Abläufe des Krankenhauses nicht übernommen worden sind. Da diese Ermächtigungsregelungen teilweise sehr unpräzise waren, hätte es zu einer Reihe von Konflikten kommen können.

Wegen der weiteren Änderungen wird auf die [Anlage 2](#) verwiesen, in der die Änderungen im Rahmen der Gegenüberstellung des aktuellen und des zukünftigen Gesetzestextes dargestellt werden.

Bewertung

Insbesondere von Seiten der Ärztinnen und Ärzte der LVR-Kliniken wird begrüßt, dass auch weiterhin die Zwangsbehandlung im Falle einer Fremdgefährdung zulässig ist.

Aus Sicht eines Großteils der Ärzteschaft wäre ein Ausschluss dieser Möglichkeit weder aus fachlicher noch aus ethischer Sicht vertretbar gewesen. Hierbei haben die Ärztinnen und Ärzte darauf aufmerksam gemacht, dass im Falle eines Ausschlusses der Zwangsbehandlung bei einer Fremdgefährdung in Krisensituationen nur noch Sicherungsmaßnahmen wie die Fixierung und Isolierung zulässig wären, die die betroffenen Patientinnen und Patienten zum Teil erheblich mehr belasten als die kurzfristige Zwangsmedikation.

Neben der Zustimmung zu einem Großteil der geplanten Änderungen besteht aus Sicht der beiden Landschaftsverbände bei einzelnen Regelungen noch ein Verbesserungsbedarf. Dies betrifft zum Beispiel die unzureichenden Regelungen im Falle einer Notfallbehandlung von somatischen Begleiterkrankungen. Nach dem Gesetzesentwurf sollen in diesen Fällen ausschließlich die zivilrechtlichen Regelungen zum Betreuungsrecht zur Anwendung kommen. Gerade in Eilfällen haben sich die betreuungsrechtlichen Regelungen aber als unzureichend erwiesen. Darüber hinaus ist es

bedauerlich, dass die Landesregierung die anstehende Gesetzesnovellierung nicht genutzt hat, um bekannte Umsetzungsprobleme aus der Praxis zu beseitigen.

Die Stellungnahme der beiden Landschaftsverbände orientiert sich an den Stellungnahmen zur Verbändeanhörung. Sie ist enger Zusammenarbeit mit den Ärztlichen Direktorinnen und Direktoren der Kliniken der Landschaftsverbände entwickelt worden und gibt daher viele fachliche Überlegungen und Erfahrungen aus dem Klinikalltag wieder.

Der Ausschuss für Inklusion und der Beirat für Inklusion und Menschenrechte werden im Zuge der Berichte der LVR-Anlaufstelle zur UN-Behindertenrechtskonvention zum sog. „Follow up-Prozess“ nach der Staatenprüfung Deutschlands durch den UN-Fachausschuss im Jahr 2015 mit einer gesonderten Vorlage auch über die anstehende Novellierung informiert.

Im Auftrag

H e i s t e r

Herrn
Vorsitzenden des Ausschusses
für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Günter Garbrecht, MdL
Landtag Nordrhein-Westfalen
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

Köln/Münster, 05.08.2016

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG-E) – Drucksache 16/12068

Stellungnahme zu der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,
sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Gelegenheit, zu dem o.g. Gesetzesentwurf Stellung nehmen zu können.

Beide Landschaftsverbände begrüßen ausdrücklich das Ziel des Gesetzesentwurfes, die Selbstbestimmung und die Freiheitsrechte der Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern im Rahmen einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung weiter zu stärken.

Der Respekt vor der Autonomie der Patientinnen und Patienten gehört zu den Grundprinzipien der medizinischen Ethik. Die selbstbestimmte Entscheidung des Patienten bzw. der Patientin ist dementsprechend eine Grundvoraussetzung für eine gute medizinische Behandlung. Daher sollen die Betroffenen immer nur den Beschränkungen unterliegen, die sich zwingend aus dem Zweck der Unterbringung ergeben.

Zugleich stellt der Gesetzesentwurf aber auch sicher, dass die Ansprüche der Patientinnen und Patienten auf eine qualifizierte Behandlung erfüllt werden können, sodass die Unterbringungsgründe möglichst schnell entfallen und die Betroffenen freiwillig weiterbehandelt oder wieder entlassen werden können. Eine rein ordnungsrechtliche Verwahrung wäre dagegen mit dem Charakter eines psychiatrischen Krankenhauses nicht zu vereinbaren.

I. Allgemeine Bewertung

Aus unserer Sicht sind folgende Neuregelungen besonders hervorzuheben, da sie zu einer deutlichen Verbesserung des Behandlungsgeschehens führen: Hierzu gehört die besondere Betonung der Bedeutung von Behandlungsvereinbarungen (§ 2 PsychKG-E) sowie die Forderung, dass die Behandlung soweit wie möglich in offenen Formen durchgeführt werden soll (§ 10 Absatz 2 PsychKG-E). Ebenso unterstützen wir uneingeschränkt die Vorgabe, dass ein täglicher Aufenthalt im Freien gewährleistet werden soll (§ 16 Absatz 1 PsychKG-E) sowie die Bestimmung, dass die Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung grundsätzlich täglich überprüft werden soll (§ 17 Absatz 2 PsychKG-E). Positiv bewerten wir die Regelung, wonach Zwangsmaßnahmen mit den Betroffenen nachbesprochen werden müssen (§ 18 Absatz 5 PsychKG-E) und die Regelung, dass die Zwangsmedikationen volljähriger Personen grundsätzlich der richterlichen Zustimmung bedürfen (§ 18 Absatz 6 PsychKG-E) und dass schließlich längerdauernde Fixierungen ebenfalls der richterlichen Zustimmung bedürfen (§ 20 Absatz 2 PsychKG-E).

Darüber hinaus unterstützen wir ausdrücklich, dass auch künftig eine Behandlung gegen den Willen der Patientin bzw. des Patienten zur Abwendung einer Gefährdung dritter Personen im Rahmen der Unterbringung zulässig ist (§ 18 Absatz 4 PsychKG-E). Ohne die Möglichkeiten der medikamentösen Therapie gegen den natürlichen Willen der einsichts-unfähigen Patientinnen bzw. Patienten besteht andernfalls die Gefahr, dass es zu langandauernden Fixierungen bzw. Isolierungen kommt, die im Zweifel einen schwerwiegenden Grundrechtseingriff als die Zwangsbehandlung darstellen. Die Zwangsbehandlung kann daher gegenüber den übrigen besonderen Sicherungsmitteln das mildere Mittel sein. Dies gilt sowohl für die Selbst- als auch für die Fremdgefährdung. Daher ist es nur sachgerecht, in beiden Fallkonstellationen die Zwangsbehandlung zuzulassen.

In beiden Fällen ist die Zwangsbehandlung aber nur zulässig, soweit sie erforderlich ist, um die Selbstbestimmung der betroffenen Patientinnen und Patienten schnellstmöglich und soweit wie möglich wiederherzustellen. Die zwangsweise Behandlung darf daher immer nur dann in Betracht kommen, wenn eine Patientin bzw. ein Patient infolge einer psychischen Störung nicht zur Einsicht in die Notwendigkeit einer Behandlung in der Lage ist. Die Ablehnung der Behandlung muss desweiteren Ausdruck der psychischen Störung sein. Darüber hinaus muss die zwangsweise Behandlung das letzte Mittel sein, um die Patientin bzw. den Patienten vor erheblichen gesundheitlichen Schäden zu bewahren.

Vor diesem Hintergrund stellt die nun in § 18 Absatz 4 PsychKG-E angeordnete Verbindlichkeit der Patientenverfügung sicher, dass keine Zwangsbehandlungen durchgeführt werden, die der Betroffene im Zustand seiner vollen Einsichtsfähigkeit getroffen hat.

II. Konkrete Einzelbewertung

Folgende konkrete Fragen und Anregungen ergeben sich aus den Neuregelungen:

1. zu § 10 PsychKG-E (Unterbringung)

Offenere Formen der Unterbringung nach § 10 PsychKG-E haben positive Effekte auf die Behandlung und sind aus Gründen der Verhältnismäßigkeit angezeigt, um die Freiheitsrechte der Betroffenen nur soweit einzuschränken, wie dies aus Gründen der Erkrankung

im Einzelfall notwendig ist. In vielen psychiatrischen Einrichtungen der Landschaftsverbände werden offene Formen der Unterbringung bereits jetzt erfolgreich angewandt.

Hinzuweisen ist jedoch darauf, dass diese offenen Formen einen erhöhten Personaleinsatz erfordern, der bei der gegenwärtig finanzierten Personalausstattung nur eingeschränkt zu leisten ist.

Darüber hinaus kann die Unterbringung von Patientinnen und Patienten in offenen und fakultativ geschlossenen Stationen ein erhöhtes Haftungsrisiko für die Krankenhäuser verursachen. Leider fehlt in der Gesetzesbegründung der klarstellende Hinweis, dass die offene Unterbringung nicht zu einer Haftungserhöhung führen soll.

2. zu § 10 a Absatz 3 PsychKG-E (Fachaufsicht)

Aus § 10 Absatz 3 PsychKG-E geht hervor, dass die Aufsichtsbehörden ihre Aufsicht in Zukunft als Fachaufsicht mit umfassenden Weisungsrechten ausüben sollen. In der Begründung wird darauf hingewiesen, dass die ärztliche / therapeutische Schweigepflicht davon nicht berührt ist. Um eine Einschränkung der Therapiefreiheit von vornherein auszuschließen wäre hier eine entsprechende Klarstellung in dem Gesetzestext selbst hilfreich.

3. zu § 11 PsychKG-E

Nach dem Gesetzesentwurf soll es bei der bisherigen Fassung des § 11 PsychKG verbleiben. Aus Gründen der Klarstellung regen wir jedoch an, in dem § 11 PsychKG noch deutlicher als bisher hervorzuheben, dass eine Unterbringung nur im Falle einer fehlenden Selbstbestimmungsfähigkeit in Betracht kommt. Bisher ergibt sich dieses Erfordernis nicht eindeutig aus dem Wortlaut, da es lediglich heißt, dass die Gefährdungslage durch das krankheitsbedingte Verhalten verursacht sein muss. In diesem Zusammenhang wird auf die entsprechenden Entscheidungen der Rechtsprechung sowie auf die UN-Behindertenrechtskonvention verwiesen (vgl. Schreiben der DGPPN vom 16.2.2016). Danach ist die Unterbringung einer psychisch erkrankten Person, die ihren Willen frei bestimmen kann, unzulässig.

4. zu § 17 PsychKG-E (Aufnahme- und Eingangsuntersuchung)

Eine regelmäßige Überprüfung des weiteren Vorliegens der Unterbringungsvoraussetzungen ist aufgrund der schwerwiegenden Eingriffe in die Freiheitsrechte der Betroffenen notwendig und wird bereits jetzt praktiziert. Das Festschreiben der grundsätzlich täglichen Überprüfung der Unterbringungsvoraussetzungen ist zu begrüßen. Zu bedenken ist jedoch, dass eine tägliche ärztliche Überprüfung, Begründung und Dokumentation insbesondere an Wochenenden und Feiertagen ohne eine Erhöhung des Personaleinsatzes kaum zu realisieren ist, wenn man möchte, dass eine echte und nicht eine formale Scheinüberprüfung erfolgt.

5. zu § 18 Absatz 5 PsychKG-E (Zwangsbehandlung)

a)

Der neue § 18 Absatz 5 PsychKG-E mit seinen strengen Tatbestandsvoraussetzungen ist vom Grundsatz zu begrüßen. Diese Tatbestandsvoraussetzungen sind weitgehend identisch mit den Vorgaben, die das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom

23.03.2011 festgelegt hat. Gleichzeitig wird den Besonderheiten der psychiatrischen Behandlung Rechnung getragen. Dies trifft insbesondere auf die Nummer 5 zu, nach der die Maßnahmen der Zwangsbehandlung der Wiederherstellung der freien Selbstbestimmung dienen müssen. Diese Pflicht steht allerdings unter dem Vorbehalt, dass sich die Selbstbestimmung wiederherstellen lässt. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass bei bestimmten Patientengruppen, insbesondere bei älteren Menschen mit Demenz, eine freie Selbstbestimmung nicht mehr erreicht werden kann.

b)

Soweit am Ende des § 18 Absatz 5 PsychKG-E allerdings festgelegt wird, dass die Zwangsbehandlung unzulässig ist, wenn sie lebensgefährlich ist, ist diese Formulierung problematisch. Grundsätzlich kann jedes Medikament potenziell schwere Komplikationen mit sich bringen. Im Übrigen wird im Rahmen der Katalogvoraussetzungen bereits nach § 18 Absatz 5 Nr. 3 PsychKG-E verlangt, dass der zu erwartende Nutzen die zu erwartenden Beeinträchtigungen für die Betroffenen deutlich überwiegen muss. Damit ist sichergestellt, dass eine umfassende Abwägung zwischen dem Nutzen und den Folgen vorgenommen wird. Je schwerwiegender der Eingriff ist, umso deutlicher muss der Nutzen für den Betreuten überwiegen, bzw. umso schwerer muss der Schaden sein, der mittels der Behandlung abgewendet werden soll. Somit ist dieses ausdrückliche Verbot aus unserer Sicht entbehrlich.

c)

Unserer Ansicht nach fehlt zudem eine Ausnahmeregelung für den Fall, dass eine Gefahr im Verzug gegeben ist. Hierdurch würde Rechtssicherheit geschaffen. Dies gilt insbesondere für das Erfordernis, die Maßnahme so rechtzeitig anzukündigen, dass die betroffene Person noch die Möglichkeit hat, Rechtsschutz zu suchen (§ 18 Abs. 5 Nr. 2 PsychKG-E). Das Bundesverfassungsgericht hat dieses Erfordernis nur für die planbare Behandlung vorgegeben.

6. zu § 18 Absatz 6 PsychKG-E (Richtervorbehalt; Eilbehandlung)

Wir begrüßen die Einführung des Richtervorbehaltes für die Zwangsbehandlung von volljährigen Personen. Allerdings befürchten wir, dass es angesichts der aktuellen Organisation der richterlichen und gutachterlichen Dienste zu zeitlichen Verzögerungen bei der Genehmigung kommen wird. Dies zeigen die Erfahrungen der letzten Jahre mit Patienten und Patientinnen, die nach § 1906 BGB untergebracht sind. Hier dauern die Genehmigungsverfahren mitunter sehr lange.

Wir schlagen daher vor, dass ein enger zeitlicher Korridor für das Genehmigungsverfahren verbindlich eingeführt wird. Die Anhörung des Betroffenen bzw. der Betroffenen sollte möglichst innerhalb von 24 Stunden nach der Beantragung durch die behandelnden Ärzte und Ärztinnen erfolgen, und zwar idealerweise gemeinsam durch Richter und externe psychiatrische Sachverständige.

Im Übrigen erwecken die Ausführungen in der Begründung den Eindruck, dass eine Zwangsbehandlung ohne richterliche Zustimmung lediglich bei somatischen Komplikationen der psychischen Erkrankung vorgesehen sein soll. Die psychische Störung per se kann aber z.B. durch ausgeprägte Angst und Agitation so schwerwiegend und belastend für den Patienten sein, dass die Verzögerung einer Behandlung einer unterlassenen Hilfe-

leistung gleich kommen würde. Es wäre daher hilfreich, wenn dies in der Gesetzesbegründung entsprechend klargestellt werden könnte.

7. zu § 18 Absatz 8 PsychKG-E (Notfallbehandlung bei somatischen Erkrankungen)

Im § 18 Absatz 8 PsychKG-E wird für die Behandlung somatischer Erkrankungen auf die Regelungen des Patientenrechtegesetzes und die betreuungsrechtlichen Bestimmungen verwiesen. Damit ist aber eine notfallmäßige Behandlung eines Patienten gegen seinen natürlichen Willen ohne vorherige richterliche Genehmigung nicht möglich. Als Beispiel sei hier der hypothetische Fall eines asthmakranken Patienten mit akuter Psychose genannt, der einen Asthmaanfall erleidet und im psychotischen Erleben – die Situation verkennend – die lebenswichtige Asthmamedikation verweigert.

Aus unserer Sicht sollte die Behandlung sonstiger Erkrankungen im Notfall im Rahmen der Bestimmungen des § 18 Absatz 6 PsychKG-E geregelt werden, da andernfalls eine erhebliche Versorgungslücke besteht.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Bundesgesetzgeber bei der Novellierung des § 1906 Abs. 3 BGB selber davon ausgegangen ist, dass in den Akutfällen, in denen eine richterliche Genehmigung nach § 1906 Absatz 3 BGB nicht rechtzeitig eingeholt werden kann, eine Unterbringung und Behandlung nach den Gesetzen über Hilfen und Schutzmaßnahmen sowie Unterbringen bei psychischen Krankheiten der Länder möglich ist (BT-Drs. 17/11513, S. 7). Mit dem neuen § 18 Absatz 8 PsychKG-E entfällt diese Handlungsmöglichkeit für Nordrhein-Westfalen.

An dieser Stelle möchten wir darauf hinweisen, dass es auch hinsichtlich der Dauerbehandlung somatischer Erkrankungen problematisch ist, wenn eine Behandlung gegen den natürlichen Willen eines Patienten ohne vorherige richterliche Genehmigung nicht möglich ist und diese erst nach mehreren Tagen oder gar Wochen eingeholt werden kann. Als Beispiel sei hier der Fall eines an Diabetes erkrankten Patienten mit akuter Psychose genannt, der im psychotischen Erleben – die Situation verkennend – die Insulininjektionen verweigert. Daraus wird zwar nicht sofort, aber doch innerhalb kurzer Zeit eine lebensbedrohliche medizinische Notfallsituation entstehen, jedenfalls kann im Einzelfall nicht über Tage und Wochen auf die richterliche Genehmigung gewartet werden.

Die Problematik der Dauerbehandlung somatischer Erkrankungen kann gelöst werden, wenn der bereits oben geforderte enge zeitliche Korridor für das Genehmigungsverfahren verbindlich eingeführt wird.

8. zu § 20 Absatz 1 PsychKG-E (Besondere Sicherungsmaßnahmen)

Die Aufnahme des sogenannten Festhaltens als weitere besondere Sicherungsmaßnahme ist zu begrüßen. Hilfreich wäre eine Formulierung, dass im Einzelfall ermittelt werden muss, welche Zwangsmaßnahme das geeignete Mittel darstellt. Der Anschein eines Vorranges des Festhaltens anstatt der Fixierung sollte vermieden und vielmehr individuell und situativ entschieden werden.

9. zu § 20 Absatz 2 PsychKG- E (Sitzwache)

In Bezug auf die § 20 Absatz 2 PsychKG-E vorgeschriebene Sitzwache bei Fixierungen bitten wir zu beachten, dass es Situationen gibt, bei denen die ständige Anwesenheit der Sitzwache im Zimmer für den Patienten bzw. die Patientin und für die Sitzwache eindeutig schädlich bzw. unzumutbar bis traumatisierend erscheint (z.B. hochaggressiver, hochpsychotischer Patient brüllt, beschimpft und bedroht das Personal und kommt erst zur Ruhe, wenn die Pflegekraft sich aus dem Zimmer entfernt). In diesen Ausnahmefällen ist die Sitzwache im Patientenzimmer zumindest zeitweise nicht sinnvoll bzw. nicht patientengerecht und nicht zuletzt auch aus Sicht der Beschäftigten schwer durchführbar. Wir regen daher an, dass in der Gesetzesbegründung klargestellt wird, dass - abweichend von dem Regelfall - in begründeten Ausnahmefällen sich die Sitzwache außerhalb des Patientenzimmers aufhalten kann, soweit eine ständige persönliche Beobachtung z.B. durch eine Sichtscheibe sichergestellt ist.

10. zu § 31 PsychKG-E (Landesfachbeirat Psychiatrie)

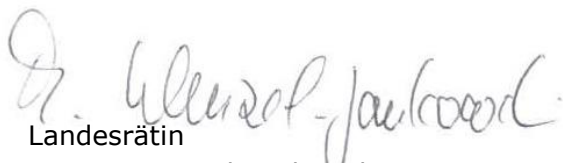
Zu begrüßen ist schließlich die Regelung zum Landesfachbeirat Psychiatrie, die zu einer Vernetzung der unterschiedlichen Beteiligten des psychiatrischen Hilfesystems und damit zu einem sinnvollen fachlichen Austausch sowie zu einer Qualitätssicherung beiträgt. Die Landschaftsverbände sind gerne bereit, hier aktiv mitzuwirken.

III.

Trotz einiger kritischer Anmerkungen möchten wir zum Schluss noch einmal betonen, dass wir das Anliegen des Gesetzesentwurfs vollinhaltlich unterstützen. Die Umsetzung des Entwurfs führt dazu, dass die Rechtssicherheit in Bezug auf die Zwangsbehandlung verbessert wird. Die Rechte und die Rechtstellung der betroffenen Patienten und Patientinnen werden deutlich gestärkt.

Zugleich ist es aber aus unserer Sicht auch notwendig, die psychiatrische Versorgung landesweit so auszubauen, dass ein niederschwelliger Zugang zu psychiatrischer Versorgung garantiert ist, um gerade auch Patienten und Patientinnen in – teils extremen – sozialen Notlagen frühzeitig zu erreichen. So besteht in vielen Landesteilen nach wie vor ein Mangel an niederschwelligen Krisendiensten. Insgesamt müssen daher die vorsorgenden und nachsorgenden Hilfesysteme deutlich gestärkt werden. Die Einrichtung des Landesfachbeirates Psychiatrie ist ein erster Schritt, um die ambulante psychiatrische Versorgung zu verbessern.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung



Landesrätin
Martina Wenzel-Jankowski
LVR-Krankenhausdezernentin



Landesrat
Prof. Dr. Meinolf Noeker
LWL-Krankenhausdezernent

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG-NRW)

Gegenüberstellung des aktuellen Gesetzes und der Änderungen infolge des Gesetzesentwurfs

<p style="text-align: center;">Gesetzesentwurf Drucksache 16/12068</p> <p>Die Änderungen gegenüber dem Referentenentwurf vom 16.2.2016 sind <u>besonders hervorgehoben</u>.</p>	<p style="text-align: center;">Aktuelles Gesetz</p>
<p>§ 2 PsychKG –E Grundsatz</p>	<p>§ 2 PsychKG Grundsatz</p>
<p>(1) Bei allen Hilfen und Maßnahmen auf Grund dieses Gesetzes sind die Würde und persönliche Integrität der Betroffenen zu schützen. Ihre Freiheit, Entscheidungen selbstbestimmt zu treffen und ihre Unabhängigkeit sind zu achten. Hierbei sind die unterschiedlichen Bedarfe der verschiedenen Geschlechter und Geschlechtsidentitäten zu berücksichtigen.</p>	<p>Bei allen Hilfen und Maßnahmen auf Grund dieses Gesetzes ist auf den Willen und die Bedürfnisse der Betroffenen besondere Rücksicht zu nehmen. Dies gilt auch für Willensäußerungen der Betroffenen vor Beginn einer Maßnahme, insbesondere für Behandlungsvereinbarungen mit Ärztinnen und Ärzten ihres Vertrauens. Für eine ausreichende Dokumentation ist Sorge zu tragen.</p>
<p>(2) Die §§ 1901a und 1901b des Bürgerlichen Gesetzbuches <u>zur Patientenverfügung und zum Patientenwillen</u> in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel <u>1 des Gesetzes vom 11. März 2016 (BGBl. I S. 396)</u> geändert worden ist, sind zu beachten. Dies gilt auch für den in Behandlungsvereinbarungen niedergelegten Willen. Der Abschluss von Behandlungsvereinbarungen ist anzubieten und zu fördern. <u>Auf die Möglichkeit zur Niederlegung des Willens in Patientenverfügungen ist hinzuweisen.</u></p>	
<p>(3) Für eine sorgfältige und den Zielen dieses Gesetzes entsprechende Dokumentation ist Sorge zu tragen. Im Rahmen der Unterbringung sind alle Behandlungs- und Sicherungsmaßnahmen dokumentarisch zu erfassen.</p>	
<p>§ 10 PsychKG-E Unterbringung</p>	<p>§ 10 PsychKG Unterbringung und Aufsicht</p>

Gesetzesentwurf Drucksache 16/12068	Aktuelles Gesetz
Die Änderungen gegenüber dem Referentenentwurf vom 16.2.2016 sind <u>besonders hervorgehoben</u> .	
(1) ...	(1)...
(2).. (nach Satz 3 neu anfügen) Die Unterbringung soll soweit wie möglich in offenen Formen durchgeführt werden.	(2) Eine Unterbringung im Sinne dieses Gesetzes liegt vor, wenn Betroffene gegen ihren Willen oder gegen den Willen Aufenthaltsbestimmungsberechtigter oder im Zustand der Willenlosigkeit in ein psychiatrisches Fachkrankenhaus, eine psychiatrische Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses oder einer Hochschulklinik (Krankenhaus) eingewiesen werden und dort verbleiben. Die §§ 1631 b, 1800, 1915 und 1906 BGB bleiben unberührt. Die Krankenhäuser haben durch geeignete Maßnahmen sicher-zustellen, dass sich die Betroffenen der Unterbringung nicht entziehen.
(3) ...	(3)...
(4) Abs. 4 wird aufgehoben	(4) Die Rechtsaufsicht über Krankenhäuser nach Absatz 2, soweit Betroffene untergebracht sind, führt die Aufsichtsbehörde. § 11 KHGG NRW bleibt unberührt.
10a PsychKG-E Aufgabenübertragung, Aufsicht	
(1) Die nach Absatz 2 Satz 1 zuständige Aufsichtsbehörde kann die Durchführung der Aufgaben nach <u>Abschnitt IV mit Ausnahme der §§ 12 und 14</u> auf einen Krankenhausträger übertragen. In diesem Fall bedarf die Übertragung der Aufgabe einer Beleihung mit den für die Durchführung dieser Aufgabe erforderlichen hoheitlichen Befugnissen. Die Beleihung erfolgt durch Bescheid der nach Absatz 2 Satz 1 zuständigen Aufsichtsbehörde an den Krankenhausträger. Die Aufgabenübertragung darf nur erfolgen, wenn die Einrichtung im Hinblick auf ihre personelle und sachliche Ausstattung, Organisation sowie medizinische und persönliche Betreuung der Betroffenen für die Unterbringung geeignet ist. <u>Die Voraussetzungen des Satzes 4 sind erfüllt, wenn der Krankenhausträger durch feststellenden Bescheid im Sinne des § 16 des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen in den Krankenhausplan aufgenommen ist. Der ärztlichen Leitung des psychiatrischen Fachkrankenhauses, der</u>	

<p style="text-align: center;">Gesetzesentwurf Drucksache 16/12068</p> <p>Die Änderungen gegenüber dem Referentenentwurf vom 16.2.2016 sind <u>besonders hervorgehoben</u>.</p>	<p style="text-align: center;">Aktuelles Gesetz</p>
<p><u>Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses oder einer Hochschulklinik (Krankenhaus) ist die Verantwortung für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Satz 1 zu übertragen.</u></p>	
<p>(2) Zuständige Aufsichtsbehörde nach diesem Gesetz ist die örtlich zuständige Bezirksregierung. Oberste Aufsichtsbehörde ist das für Gesundheit zuständige Ministerium.</p>	
<p>(3) Die Aufsicht erstreckt sich auf die Sicherstellung der rechtmäßigen Aufgabenwahrnehmung. <u>§ 11 des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen bleibt unberührt .</u></p>	
<p style="text-align: center;">§ 13 PsychKG-E Anwendung der Vorschriften über die freiwillige Gerichtsbarkeit</p>	<p style="text-align: center;">§ 13 PsychKG Anwendung der Vorschriften über die freiwillige Gerichtsbarkeit</p>
<p>(1) Für einstweilige, längerfristige Unterbringungen und Unterbringungen zur Begutachtung, <u>Behandlungen nach § 18 Absatz 4 bis 8 und</u> besondere Sicherungsmaßnahmen sowie für das gerichtliche Verfahren gelten die Vorschriften <u>nach dem Dritten Buch Abschnitt 2 des Gesetzes über das</u> Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen <u>Gerichtsbarkeit vom 17. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2586, 2587), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. November 2015 (BGBl. I S. 2018) geändert worden ist</u></p>	<p>(1) Für einstweilige, längerfristige und Unterbringungen zur Begutachtung sowie für das gerichtliche Verfahren gelten die Vorschriften des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG).</p>
<p style="text-align: center;">§ 15 PsychKG-E Beendigung der Unterbringung</p>	<p style="text-align: center;">§ 15 PsychKG Beendigung der Unterbringung</p>
<p>..... (nach Satz 2 neu anfügen) Ergibt eine ärztliche Untersuchung, dass die Unterbringungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen, hat die ärztliche Leitung die in Satz 2 Genannten unverzüglich zu unterrichten. Bis zur Entscheidung des Gerichts können die Betroffenen sofort nach § 25 beurlaubt werden</p>	<p>Ordnet das Gericht nicht die Fortdauer der Unterbringung an, sind die Betroffenen nach Ablauf der festgesetzten Unterbringungszeit durch die ärztliche Leitung zu entlassen. Von der bevorstehenden Entlassung sind zu benachrichtigen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. das Gericht, 2. der Sozialpsychiatrische Dienst der unteren Gesundheitsbehörde, 3. die Ärztin, der Arzt und die Psychotherapeuten, die die Betroffenen vor der Unterbringung behandelt haben,

<p style="text-align: center;">Gesetzesentwurf Drucksache 16/12068</p> <p>Die Änderungen gegenüber dem Referentenentwurf vom 16.2.2016 sind <u>besonders hervorgehoben</u>.</p>	<p style="text-align: center;">Aktuelles Gesetz</p>
	<p>4. die örtliche Ordnungsbehörde, die die Unterbringung veranlasst hat,</p> <p>5. die gesetzliche Vertretung der Betroffenen,</p> <p>6. Bevollmächtigte nach § 1906 Abs. 5 BGB und</p> <p>7. von den Betroffenen benannte Personen ihres Vertrauens,</p>
<p style="text-align: center;">§ 16 PsychKG-E Rechtsstellung der Betroffenen</p>	<p style="text-align: center;">§ 16 PsychKG Rechtsstellung der Betroffenen</p>
<p>..... (Satz 3 wird geändert)</p> <p>Der Krankenhausträger hat den täglichen Aufenthalt im Freien zu ermöglichen.</p>	<p>(1) Die Betroffenen unterliegen nur denjenigen Beschränkungen ihrer Freiheit, die sich zwingend aus dem Zweck der Unterbringung und aus den Anforderungen eines geordneten Zusammenlebens in einem Krankenhaus ergeben. Maßnahmen, die die Freiheit der Betroffenen beschränken, sind im Verlauf der Behandlung ständig zu überprüfen und dem Behandlungsfortschritt anzupassen. Der regelmäßige Aufenthalt im Freien ist zu gewährleisten.</p>
<p>(2) (nach Satz 2 neu anfügen)</p> <p>§ 9 des Gesundheitsdatenschutzgesetzes vom 22. Februar 1994 (GV. NRW. S. 84), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom <u>2. Februar 2016 (GV. NRW S. 94)</u> geändert worden ist, bleibt unberührt.</p>	<p>(2) Eingriffe in die Rechte Betroffener sind schriftlich festzuhalten und zu begründen. Diese Unterlagen können Betroffene, ihre gesetzlichen Vertretungen, sowie die für die Betroffenen bestellten Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspfleger oder ihre Verfahrensbvollmächtigten einsehen.</p>
	<p>(3) ...</p>
<p style="text-align: center;">§ 17 PsychKG-E Aufnahme Eingangsuntersuchung und Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung</p>	<p style="text-align: center;">§ 17 PsychKG Aufnahme und Eingangsuntersuchung</p>
<p>(1)...</p>	<p>(1) ...</p>
<p>(2) Es ist sicherzustellen, dass die Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung grundsätzlich täglich ärztlich überprüft, begründet und dokumentiert wird.</p>	<p>(2) Nach der Aufnahme sind die Betroffenen sofort ärztlich zu untersuchen. Es ist sicherzustellen, dass die Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung fortlaufend ärztlich überprüft und dokumentiert wird.</p>

<p style="text-align: center;">Gesetzesentwurf Drucksache 16/12068</p> <p>Die Änderungen gegenüber dem Referentenentwurf vom 16.2.2016 sind <u>besonders hervorgehoben</u>.</p>	<p style="text-align: center;">Aktuelles Gesetz</p>
<p>(3) Absatz 3 wird aufgehoben.</p>	<p>(3) Ergibt eine ärztliche Untersuchung, dass die Unterbringungs Voraussetzungen nicht mehr vorliegen, hat die ärztliche Leitung die in § 15 Satz 2 Genannten unverzüglich zu unterrichten. Bis zur Entscheidung des Gerichts können die Betroffenen sofort nach § 25 beurlaubt werden</p>
<p style="text-align: center;">§ 18 PsychKG-E Behandlung</p>	<p style="text-align: center;">§ 18 PsychKG Behandlung</p>
<p>(1) Während der Unterbringung <u>besteht ein Anspruch auf eine</u> medizinisch notwendige und im Sinne dieses Gesetzes zulässige Behandlung. <u>Die in § 2 angeführten Grundsätze und die §§ 630a bis 630h des Bürgerlichen Gesetzbuches sind zu beachten. § 630g des Bürgerlichen Gesetzbuches gilt entsprechend für die Betroffenen, für ihre Verfahrenspflegerinnen oder Verfahrenspfleger, Verfahrensbevollmächtigte und für ihre rechtliche Vertretung.</u></p>	<p>(1) Während der Unterbringung wird eine ärztliche und psychotherapeutisch gebotene und rechtlich zulässige Heilbehandlung vorgenommen.</p>
<p>(2) Unverzüglich nach der Aufnahme ist mit den Betroffenen ein individueller Behandlungsplan zu erstellen. Die Behandlung und der Behandlungsplan sind den Betroffenen und <u>ihrer rechtlichen</u> Vertretung zu erläutern, mit diesen abzustimmen und fortlaufend anzupassen. <u>Bei der Unterbringung von Kindern und Jugendlichen sind diese altersgerecht in die Behandlungsplanung einzubeziehen. Auch bei ihnen bestehen der Vorrang der Freiwilligkeit und der Anspruch auf eine altersgerechte Aufklärung.</u> Soweit die Betroffenen Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlung bei der ärztlichen Aufklärung nicht einsehen können, sind Zeitpunkt, Form der ärztlichen Aufklärung und Abstimmung des Behandlungsplanes nach therapeutischen Kriterien zu bestimmen.</p>	<p>(2) Unverzüglich nach der Aufnahme ist für die Betroffenen ein individueller Behandlungsplan zu erstellen. Die Behandlung und der Plan sind den Betroffenen und ihrer gesetzlichen Vertretung zu erläutern. Befinden sich die Betroffenen in einer akuten Krise, sind Zeitpunkt und Form der Erläuterung des Behandlungsplanes nach therapeutischen Kriterien zu bestimmen. Betroffenen, ihren Verfahrenspflegerinnen, Verfahrenspflegern, Verfahrensbevollmächtigten und ihrer gesetzlichen Vertretung ist auf Verlangen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen Einsicht in die Krankenunterlagen zu gewähren. Wenn wichtige Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einsicht in die Krankenunterlagen zu erheblichen Nachteilen für die Gesundheit der Betroffenen führt, kann sie unterbleiben.</p>
<p>(3) Die Behandlung bedarf vorbehaltlich der</p>	<p>(3) Die Behandlung bedarf vorbehaltlich der</p>

<p style="text-align: center;">Gesetzesentwurf Drucksache 16/12068</p> <p>Die Änderungen gegenüber dem Referentenentwurf vom 16.2.2016 sind <u>besonders hervorgehoben</u>.</p>	<p style="text-align: center;">Aktuelles Gesetz</p>
<p>Regelungen in den Absätzen 4 und 5 der Einwilligung der Betroffenen.</p>	<p>Regelungen in den Absätzen 4 und 5 der Einwilligung der Betroffenen. Können die Betroffenen bei einer erforderlichen Einwilligung Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlung nicht einsehen oder sich nicht nach dieser Einsicht verhalten, ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung oder der rechtsgeschäftlich Bevollmächtigten erforderlich.</p>
<p>(4) Die Krankheit, die Anlass der Unterbringung ist, darf ohne Einwilligung nach Absatz 3 behandelt werden, wenn die Betroffenen Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlung nicht einsehen oder sich nicht nach dieser Einsicht verhalten können und ohne Behandlung Lebensgefahr oder erhebliche Gefahren für die Gesundheit der betroffenen Person <u>oder dritter Personen im Rahmen der Unterbringung drohen. Eine vorliegende Patientenverfügung ist zu beachten.</u></p>	<p>(4) Nur in den Fällen von Lebensgefahr, von erheblicher Gefahr für die eigene und für die Gesundheit anderer Personen ist die Behandlung ohne oder gegen den Willen Betroffener oder deren gesetzlicher Vertretung oder der rechtsgeschäftlich Bevollmächtigten zulässig.</p>

<p style="text-align: center;">Gesetzesentwurf Drucksache 16/12068</p> <p>Die Änderungen gegenüber dem Referentenentwurf vom 16.2.2016 sind <u>besonders hervorgehoben</u>.</p>	<p style="text-align: center;">Aktuelles Gesetz</p>
<p>(5) Widerspricht eine medizinische Behandlung der Anlasserkrankung dem natürlichen Willen der Betroffenen (Zwangsbehandlung), darf zu deren Durchführung unter den Voraussetzungen des Absatz 4 unmittelbarer Zwang angewendet werden, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. eine weniger eingreifende Maßnahme aussichtslos ist, <u>2. eine rechtzeitige Ankündigung erfolgt, die den Betroffenen die Möglichkeit eröffnet, Rechtschutz zu suchen,</u> <u>3. aus Sicht der Betroffenen der zu erwartende Nutzen die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt,</u> <u>4. der ernsthafte, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks unternommene Versuch vorausgegangen ist, die auf Vertrauen gegründete Zustimmung der Betroffenen zu erreichen und</u> 5. die Maßnahme der Wiederherstellung der freien Selbstbestimmung dient, <u>soweit dies möglich ist.</u> <p>Behandlungsmaßnahmen <u>nach Absatz 4 dürfen nur durch die ärztliche Leitung, bei deren Verhinderung durch deren Vertretung angeordnet und nur</u> durch Ärztinnen oder Ärzte vorgenommen werden. Die Maßnahmen, einschließlich ihres Zwangscharakters, ihrer Durchsetzungsweise, ihrer maßgeblichen Gründe und der Wirkungsüberwachung, sind durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt zu dokumentieren und nachzubesprechen, sobald es der Gesundheitszustand der Betroffenen zulässt. Die Zwangsbehandlung ist unzulässig, wenn sie lebensgefährlich ist oder wenn sie die Gesundheit der Betroffenen erheblich gefährdet.</p>	<p>(5) Maßnahmen nach Absatz 4, die ohne Einwilligung der Betroffenen, ihrer gesetzlichen Vertretung oder ihrer Bevollmächtigten durchgeführt werden, dürfen nur durch die ärztliche Leitung, bei deren Verhinderung durch deren Vertretung angeordnet werden und nur durch Ärztinnen oder Ärzte vorgenommen werden.</p>
<p>(6) Die Zwangsbehandlung einer <u>volljährigen</u> Person bedarf der vorherigen Zustimmung durch das zuständige Gericht. Den Antrag beim zuständigen Gericht stellt die ärztliche Leitung und bei Verhinderung deren Vertretung. <u>In</u></p>	

<p style="text-align: center;">Gesetzesentwurf Drucksache 16/12068</p> <p>Die Änderungen gegenüber dem Referentenentwurf vom 16.2.2016 sind <u>besonders hervorgehoben</u>.</p>	<p style="text-align: center;">Aktuelles Gesetz</p>
<p><u>diesem Antrag ist zu erläutern, welche maßgebliche Gefahr droht und wie lange die Behandlung voraussichtlich erfolgen soll. Zudem sind die Voraussetzungen und Maßnahmen nach Absatz 4 und 5 darzulegen.</u> Von der Einholung einer gerichtlichen Entscheidung kann ausnahmsweise abgesehen werden, wenn</p> <p>1. diese nicht rechtzeitig erreichbar ist, <u>2. eine besondere Sicherungsmaßnahme nicht geeignet oder nicht ausreichend ist, um die akute Gefährdung zu überwinden, und</u> 3. die sofortige ärztliche Zwangsmaßnahme zur Vermeidung einer gegenwärtigen Lebensgefahr oder einer gegenwärtigen schwerwiegenden Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person <u>oder dritter Personen erforderlich ist.</u></p> <p>Eine gerichtliche Zustimmung für die weitere Zwangsbehandlung ist unverzüglich zu beantragen, sofern die unmittelbare Lebensgefahr oder schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit über einen längeren Zeitraum andauert oder überwunden ist und die Fortführung der Zwangsbehandlung als weiterhin notwendig angesehen wird. Satz 3 und 4 gelten entsprechend. <u>Zwangsbehandlungen nach Satz 5 sind monatlich der Aufsichtsbehörde zu melden</u></p>	
<p><u>(7) Die</u> Zwangsbehandlung einer minderjährigen Person bedarf der vorherigen Zustimmung der sorgeberechtigten Person. <u>Die Absätze 2 bis 5 finden Anwendung.</u></p>	
<p><u>(8)</u> Ist bei sonstigen Erkrankungen die Einwilligung der Betroffenen zur Behandlung nicht zu erlangen, so wird sie im Falle der Einwilligungsunfähigkeit durch die Einwilligung der rechtlichen Vertretungen oder der Bevollmächtigten ersetzt. <u>Insoweit gelten</u> die §§ 1896 bis 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuches.</p>	
<p style="text-align: center;">§ 20 PsychKG-E Besondere Sicherungsmaßnahmen</p>	<p style="text-align: center;">§ 20 PsychKG Besondere Sicherungsmaßnahmen</p>
<p>(1) Besondere Sicherungsmaßnahmen zur</p>	<p>(1) Bei einer gegenwärtigen Selbstgefährdung</p>

<p style="text-align: center;">Gesetzesentwurf Drucksache 16/12068</p> <p>Die Änderungen gegenüber dem Referentenentwurf vom 16.2.2016 sind <u>besonders hervorgehoben</u>.</p>	<p style="text-align: center;">Aktuelles Gesetz</p>
<p>Abwendung einer gegenwärtigen erheblichen Selbstgefährdung oder einer gegenwärtigen erheblichen Gefährdung besonderer Rechtsgüter <u>Dritter</u> sind ausschließlich</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beschränkung des Aufenthalts im Freien, 2. Unterbringung in einem besonderen Raum, 3. Festhalten statt Fixierungen oder 4. Fixierungen in der Form der Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch mechanische Hilfsmittel. <p>Sie dürfen nur dann angeordnet werden, soweit und solange die Gefahr nicht durch mildere Maßnahmen abgewendet werden kann. Soweit es sich um die Anwendung unmittelbaren Zwangs nach den Nummern 2,3 und 4 handelt, ist jeweils die Maßnahme anzuwenden, die am wenigsten in die Rechte der Betroffenen eingreift.</p>	<p>oder einer gegenwärtigen erheblichen Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer können</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschränkung des Aufenthalts im Freien • Unterbringung in einem besonderen Raum • Fixierung (Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch mechanische Hilfsmittel) <p>angeordnet werden, soweit und solange die Gefahr nicht durch weniger einschneidende Maßnahmen abgewendet werden kann.</p>
<p>(2) Bei über einen längeren Zeitraum andauernden oder sich regelmäßig wiederholenden Sicherungsmaßnahmen nach Absatz 1 Nummer 4 <u>gelten</u> § 18 Absatz 6 Satz 1 bis 4 und <u>Absatz 7</u> entsprechend. § 12 Satz 2 ist anzuwenden. Ist die gerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig erreichbar und die sofortige Durchführung der besonderen Sicherungsmaßnahme zur Vermeidung von erheblichen Nachteilen notwendig, so ist der Antrag unmittelbar nach Fixierungsbeginn zu stellen.</p>	
<p>(3) Maßnahmen nach Absatz 1 und 2 sind den Betroffenen vorher anzukündigen und zu begründen. Von der Ankündigung kann bei einer Fixierung ausnahmsweise abgesehen werden, wenn die Umstände sie nicht zulassen, insbesondere wenn die sofortige Anwendung des Zwangsmittels zur Abwehr einer Gefahr notwendig ist. Sie bedürfen der ärztlichen Anordnung und Überwachung. Sie sind zu befristen und sofort aufzuheben, sobald die</p>	<p>(2) Maßnahmen nach Absatz 1 sind den Betroffenen vorher anzudrohen und zu begründen. Von der Androhung kann bei einer Fixierung ausnahmsweise abgesehen werden, wenn die Umstände sie nicht zulassen, insbesondere wenn die sofortige Anwendung des Zwangsmittels zur Abwehr einer Gefahr notwendig ist. Sie bedürfen der ärztlichen Anordnung und Überwachung. Sie sind zu befristen und sofort aufzuheben,</p>

<p style="text-align: center;">Gesetzesentwurf Drucksache 16/12068</p> <p>Die Änderungen gegenüber dem Referentenentwurf vom 16.2.2016 sind <u>besonders hervorgehoben</u>.</p>	<p style="text-align: center;">Aktuelles Gesetz</p>
<p>Voraussetzungen für ihre Anordnung entfallen. Eine Beobachtung durch Einsatz technischer Mittel zur Anfertigung von Bildaufnahmen und Bildaufzeichnungen sowie zum Abhören und Aufzeichnen des gesprochenen Wortes ist verboten. Eine Beobachtung im Rahmen besonderer Sicherungsmaßnahmen darf ausschließlich durch den Einsatz von Personal erfolgen. Bei Fixierungen ist eine ständige persönliche Beobachtung mit kontinuierlicher Kontrolle der Vitalfunktionen durch eine Sitzwache sicherzustellen. Anlass, Anordnung, Art, Umfang und Dauer <u>einer Unterbringung in einem besonderen Raum und einer Fixierung</u> sind zu dokumentieren und der Verfahrenspflegerin oder dem Verfahrenspfleger, den Verfahrensbevollmächtigten und der <u>rechtlichen</u> Vertretung der Betroffenen unverzüglich mitzuteilen.</p>	<p>sobald die Voraussetzungen für ihre Anordnung entfallen. Eine Beobachtung durch Einsatz technischer Mittel zur Anfertigung von Bildaufnahmen und Bildaufzeichnungen sowie zum Abhören und Aufzeichnen des gesprochenen Wortes ist verboten. Eine Beobachtung im Rahmen besonderer Sicherungsmaßnahmen darf ausschließlich durch den Einsatz von Personal erfolgen. Bei Fixierungen ist eine ständige persönliche Beobachtung mit kontinuierlicher Kontrolle der Vitalfunktionen durch eine Sitzwache sicherzustellen. Anlass, Anordnung, Art, Umfang und Dauer der Maßnahmen sind zu dokumentieren und der Verfahrenspflegerin, dem Verfahrenspfleger, den Verfahrensbevollmächtigten und der gesetzlichen Vertretung der Betroffenen unverzüglich mitzuteilen.</p>
<p style="text-align: center;">§ 22 PsychKG-E Besuche, Telefongespräche, Telekommunikation</p>	<p style="text-align: center;">§ 22 PsychKG Besuche, Telefongespräche, Telekommunikation</p>
<p>(3) (nach Satz 1 neu anfügen) Der Umgang mit deren Bild-, Video- und Tonaufzeichnungsoptionen ist insbesondere unter Berücksichtigung der Rechte und des Schutzes Dritter in der Hausordnung zu regeln.</p>	<p>(3) Für die Nutzung von Telekommunikationsmitteln gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.</p>
<p style="text-align: center;">§ 23 PsychKG-E Besuchskommissionen</p>	<p style="text-align: center;">§ 23 PsychKG Besuchskommissionen</p>
<p>(1) Das für Gesundheit zuständige Ministerium (weiter wie bisher)</p>	<p>(1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium beruft Besuchskommissionen,...</p>
<p>(2) Die Aufsichtsbehörde leitet ihn unverzüglich mit einer Stellungnahme und einem Bericht über die veranlassten Aufsichtsmaßnahmen an das für Gesundheit zuständige Ministerium weiter(weiter wie bisher)</p>	<p>(2) Die Aufsichtsbehörde leitet ihn unverzüglich mit einer Stellungnahme und einem Bericht über die veranlassten Aussichtsmaßnahmen an das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium weiter</p>
<p>(3) Das für Gesundheit zuständige Ministerium</p>	<p>(3) Das für das Gesundheitswesen zuständige</p>

<p style="text-align: center;">Gesetzesentwurf Drucksache 16/12068</p> <p>Die Änderungen gegenüber dem Referentenentwurf vom 16.2.2016 sind <u>besonders hervorgehoben</u>.</p>	<p style="text-align: center;">Aktuelles Gesetz</p>
<p>..... (weiter wie bisher)</p>	<p>Ministerium</p>
<p>(4) Den Besuchskommissionen müssen angehören:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. eine staatliche Medizinalbeamtin oder ein staatlicher Medizinalbeamter der Aufsichtsbehörde oder eine ihnen in ihrer Funktion gleichgestellte öffentlich angestellte Person, 2. eine in der Psychiatrie weitergebildete Ärztin oder ein in der Psychiatrie weitergebildeter Arzt und 3. eine Betreuungsrichterin oder ein Betreuungsrichter oder eine Beamtin oder ein Beamter oder eine ihnen in ihrer Funktion gleichgestellte öffentlich angestellte Person mit der Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst. <p>Den Besuchskommissionen gehören Vertretungen der Betroffenen- und Angehörigenorganisationen an, soweit Vorschläge dieser Organisationen vorliegen. Die Bestellung erfolgt durch das für Gesundheit zuständige Ministerium. Dieses kann darüber hinaus weitere Mitglieder auch für einzelne Besuche der Kommission bestellen. Angehörige der zuständigen unteren Gesundheitsbehörde können an den Besuchen teilnehmen. Petitionsrechte, die Aufsichtspflichten und –rechte der zuständigen Behörden sowie das Gebot der Schweigepflicht der Angehörigen der Heilberufe bleiben unberührt.</p>	<p>(4) Den Besuchskommissionen müssen angehören:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. eine staatliche Medizinalbeamtin oder ein staatlicher Medizinalbeamter der Aufsichtsbehörde, 2. eine in der Psychiatrie weitergebildete Ärztin oder ein in der Psychiatrie weitergebildeter Arzt und <p>eine Vormundschaftsrichterin oder ein Vormundschaftsrichter oder eine Beamtin oder ein Beamter mit der Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium kann weitere Mitglieder, auch für einzelne Besuche der Kommission, bestellen, insbesondere der Betroffenen- und Angehörigenorganisationen. Angehörige der unteren Gesundheitsbehörde können an den Besuchen teilnehmen.</p>
<p style="text-align: center;">§ 24 PsychKG-E Beschwerdestellen</p>	<p style="text-align: center;">§ 24 PsychKG Beschwerdestellen</p>
<p>(1) Sprechstunden sollen bei Bedarf im Bereich des Krankenhauses, in dem die</p>	<p>(1) Sprechstunden sollen bei Bedarf im geschlossenen Bereich des Krankenhauses</p>

Anlage 2 zur Vorlage 14/1502

Gesetzesentwurf Drucksache 16/12068	Aktuelles Gesetz
Die Änderungen gegenüber dem Referentenentwurf vom 16.2.2016 sind <u>besonders hervorgehoben</u> .	
Betroffenen untergebracht sind, stattfinden.	abgehalten werden.
§ 30 PsychKG-E Aufsichtsbehörden	§ 30 PsychKG Aufsichtsbehörden
..... Oberste Aufsichtsbehörde ist das für Gesundheit zuständige Ministerium. Oberste Aufsichtsbehörde ist das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium.
§ 31 PsychKG-E Landesbeirat Psychiatrie (neu eingefügt)	
(1) Das für Gesundheit zuständige Ministerium setzt zu seiner Beratung in Fragen des psychiatrischen Hilfesystems und als Forum für die Koordination der verschiedenen Beteiligten des psychiatrischen Hilfesystems den Landesfachbeirat Psychiatrie ein. Ein besonderer Schwerpunkt ist auf die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen und Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu legen. Er setzt sich insbesondere aus Vertretungen der Leistungsträger, der Leistungserbringer, der Kommunen, <u>Kammern</u> der Sozial- <u>und Fachverbände</u> , des Betreuungswesens sowie der Betroffenen und Angehörigen zusammen. Hierfür beruft das für Gesundheit zuständige Ministerium die Mitglieder und für jedes Mitglied eine Vertretung unter Berücksichtigung des § 12 Abs. 1 des Landesgleichstellungsgesetzes vom 9. November 1999 (GV. NRW. S. 590), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 16. September 2014 (GV. NRW. S. 547) geändert worden ist. Der Vorsitz und die Geschäftsführung im Landesfachbeirat Psychiatrie obliegen dem für Gesundheit zuständigen Ministerium.	
(2) Der Landesfachbeirat Psychiatrie gibt sich eine Geschäftsordnung.	
§ 32 PsychKG-E Melderegister, Berichterstattung, Landespsychiatrieplan (neu eingefügt)	

<p style="text-align: center;">Gesetzesentwurf Drucksache 16/12068</p> <p>Die Änderungen gegenüber dem Referentenentwurf vom 16.2.2016 sind <u>besonders hervorgehoben</u>.</p>	<p style="text-align: center;">Aktuelles Gesetz</p>
<p>(1) Alle Zwangsmaßnahmen nach diesem Gesetz <u>werden in verschlüsselter und anonymisierter Form</u> erfasst und der Aufsichtsbehörde jährlich gemeldet. Die Meldung erfolgt spätestens bis zum 31. März des Folgejahres. Meldepflichtige Zwangsmaßnahmen gemäß Satz 1 sind</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Unterbringungen nach §§ 11 und 12, 2) <u>sofortige</u> Unterbringungen nach § 14, 3) ärztliche Zwangsmaßnahmen nach § 18 Absatz 4 und 4) besondere Sicherungsmaßnahmen nach § 20. <p><u>Näheres über Art und Umfang der Daten und deren Übermittlung wird durch das für Gesundheit zuständige Ministerium bestimmt. Die monatliche Meldung von Zwangsbehandlungen gemäß § 18 Absatz 6 Satz 5 bleibt davon unberührt.</u></p>	
<p>(2) Das für Gesundheit zuständige Ministerium berichtet dem Landtag alle zwei Jahre über Rahmendaten der Unterbringung nach diesem Gesetz. Der Bericht erfolgt erstmalig zum 31. Dezember <u>2018</u>.</p>	
<p>(3) Das für Gesundheit zuständige Ministerium erstellt einen Landespsychiatrieplan. Der Landespsychiatrieplan enthält die Rahmenplanung für die Sicherung und Weiterentwicklung der Hilfeangebote für die Personen nach § 1 Nummer 1. Bei der Erstellung des Landespsychiatrieplans wird das für Gesundheit zuständige Ministerium vom Landesfachbeirat Psychiatrie beraten. Der Landespsychiatrieplan wird nach Bedarf fortgeschrieben. Das für Gesundheit zuständige Ministerium prüft jeweils spätestens nach fünf Jahren, ob eine Fortschreibung erforderlich ist.</p>	
<p>Die bisherigen §§ 31 bis 35 werden die §§ 33 bis 37</p>	
<p style="text-align: center;">§ 38 PsychKG-E</p>	<p style="text-align: center;">§ 36 PsychKG</p>

Anlage 2 zur Vorlage 14/1502

<p style="text-align: center;">Gesetzesentwurf Drucksache 16/12068</p> <p>Die Änderungen gegenüber dem Referentenentwurf vom 16.2.2016 sind <u>besonders hervorgehoben</u>.</p>	<p style="text-align: center;">Aktuelles Gesetz</p>
Inkrafttreten	In-Kraft-Treten
	<p>Dieses Gesetz tritt am Tage nach seiner Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 2. Dezember 1969 (GV. NRW. S. 872), zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. Dezember 1984 (GV. NRW. S. 14), außer Kraft.</p>
§ 39 PsychKG-E Berichtspflicht	§ 37 PsychKG Berichtspflicht
<p>Über die Erfahrungen mit diesem Gesetz ist dem Landtag bis zum 31. Dezember 2019 und danach alle fünf Jahre zu berichten.</p>	<p>Über die Erfahrungen mit diesem Gesetz ist dem Landtag bis zum 31. Dezember 2014 und danach alle fünf Jahre zu berichten.</p>
Artikel 2	
<p>Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2017 in Kraft.</p>	

Vorlage-Nr. 14/1277

öffentlich

Datum: 02.06.2016
Dienststelle: Fachbereich 12
Bearbeitung: Frau Harling

Ausschuss für Personal und allgemeine Verwaltung	27.06.2016	Kenntnis
Ausschuss für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen	02.09.2016	Kenntnis
Betriebsausschuss LVR-Jugendhilfe Rheinland	05.09.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 3	12.09.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	13.09.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	14.09.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	15.09.2016	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	19.09.2016	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Befristete Beschäftigungsverhältnisse 2015

Beschlussvorschlag:

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

L i m b a c h

Zusammenfassung:

Mit der Vorlage 14/1277 wird in Teil I. die bisherige Berichterstattung zum Thema „Befristete Beschäftigungsverhältnisse“ für das Jahr 2015 fortgeschrieben.

Es wird berichtet über

- die Rechtsgrundlage und den aktuellen Stand der Rechtsprechung (s. Punkt I.1 und Anlage 1),
- die Entwicklung der Prozentanteile befristeter Beschäftigungsverhältnisse zum 31.12. der Jahre 2010 bis 2015 (s. I.3.1 und Anlagen 2 und 3),
- die Anzahl der Befristungen mit bzw. ohne Sachgrund, Vergleich 31.12.2014 zu 31.12.2015 (s. I.3.2 und Anlage 4),
- die Übernahme befristeter Beschäftigter in ein unbefristetes Beschäftigungsverhältnis für das Jahr 2015 (s. I.3.3 und Anlage 5).

Mit Vorlage 14/417 (PA am 16.04.2015) konnte über eine kontinuierliche Reduzierung des Anteils befristeter Beschäftigter am Gesamtpersonalbestand des LVR berichtet werden. Dieser Trend setzt sich auch 2015 fort, und zwar für Frauen und Männer (Durchschnittswert für den gesamten LVR – Frauen und Männer – 31.12.2014: 9,9%; 31.12.2015: 8,9%).

Im Vergleich 31.12.2014 zum 31.12.2015 ist der Anteil befristeter Verträge mit Sachgrund leicht zurückgegangen (von 46,6% auf 44,5%), der Anteil Befristungen ohne Sachgrund dementsprechend angestiegen.

Als Begründung für den Abschluss befristeter Verträge ohne Sachgrund wird eine höher eingeschätzte Rechtssicherheit angeführt. Verträge ohne Sachgrund bieten die Möglichkeit, befristetes eingestelltes Personal flexibel einzusetzen.

Die Übernahmequote befristeter Beschäftigter in unbefristete Beschäftigung beträgt für 2015 19,6% und liegt damit deutlich über den Quoten der Vorjahre. Insbesondere die wie Eigenbetriebe geführten Einrichtungen des LVR sind im Rahmen des Möglichen daran interessiert, befristete Verträge zu entfristeten, um dauerhaft qualifiziertes Personal zu gewinnen.

Die von den Aufgabenbereichen aufgeführten Gründe, die zum Abschluss befristeter Verträge führen, sind - wie in den Vorjahren - Vertretung unbefristeter beschäftigter Personals, Projektarbeit, zeitlich befristete Finanzierung. Bei den wie Eigenbetrieben geführten Einrichtungen des Dezernates 8 wirken sich zusätzlich die unsichere Finanzierungsentwicklung bzw. Budgetdeckelung und die Verkleinerung von Einrichtungen aus.

In Teil II. der Vorlage 14/1277 werden die aus der Vorlage 14/417 bekannten Ergebnisse für 2014 mit denen des LWL (LWL-Vorlage 14/0432¹) gegenübergestellt und es wird auf den IAB-Forschungsbericht 12/2015 „Befristete Beschäftigung im öffentlichen Dienst“² eingegangen.

¹ Vorlage 14/0432 der LWL-Haupt- und Personalabteilung für den Personalausschuss am 23.06.2015

² Christian Hohendanner, Ester Ostmeier, Philipp Ramos Lobato: IAB-Forschungsbericht 12/2015; Befristete Beschäftigung im öffentlichen Dienst – Entwicklung, Motive und rechtliche Umsetzung; ISSN 2195-2655

Sowohl bezogen auf den LWL als auch auf den IAB-Forschungsbericht 12/2015 ist ein detaillierter Vergleich nicht möglich: LWL und LVR haben zwar die gleichen Aufgaben, sind jedoch unterschiedlich strukturiert, daher kann nur ein grob nach Aufgabenfeldern gegliederter Abgleich vorgenommen werden.

Im IAB-Forschungsbericht 12/2015 wird ausdrücklich darauf hingewiesen, „dass für eine wissenschaftliche Untersuchung eine Datenquelle fehlt, die differenzierte Informationen über Entwicklung, Struktur und Motive befristeter Beschäftigung und zugleich die Besonderheiten und Strukturen des öffentlichen Dienstes abbildet“³.

Ein Abgleich der im IAB-Forschungsbericht genannten Prozentsätze mit den für den LVR erhobenen Werten ist demnach nicht möglich.

Hinsichtlich der grundsätzlichen Aussagen zur befristeten Beschäftigung finden sich jedoch sowohl in der LWL-Vorlage 14/0432 als auch im IAB-Forschungsbericht 12/2015 die unter I. für den LVR dargestellten Ergebnisse wieder.

So wird in der LWL-Vorlage 14/0432 festgestellt, „dass die Befristungssituation im LWL stark von den heterogenen Verhältnissen, Strukturen und Anforderungen der einzelnen Bereiche geprägt ist“.⁴

Lt. IAB-Forschungsbericht 12/2015 sind die Befristungsanteile bei den Beschäftigten in den Kommunen seit 2010 stetig zurück gegangen⁵, unterscheiden sich die Befristungsanteile u. a. nach Geschlecht und Berufen, werden als wichtigste Befristungsgründe „befristeter Ersatzbedarf“, „befristete Finanzierung der Stelle“, „befristeter zusätzlicher Bedarf“⁶ genannt.

Im Ergebnis kann mit der Vorlage 14/1277 für den LVR der Schluss gezogen werden, dass in allen Aufgabenbereichen des LVR mit befristeten Verträgen verantwortungsvoll umgegangen wird. Gerade vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung besteht ein erhöhtes Interesse, qualifiziertes Fachpersonal unbefristet zu beschäftigen. Das spiegelt sich in der steigenden Übernahmequote wieder.

Je nach Aufgaben- und Beschäftigtenstruktur wird aber auch zukünftig nicht auf befristete Verträge verzichtet werden können.

Es stellt sich allerdings die Frage, ob und in welchem Umfang es möglich und gewollt ist, die Anzahl der befristeten Verträge zur Vertretung unbefristeter Beschäftigter zu reduzieren, indem der im IAB-Forschungsbericht 12/2015 formulierte Vorschlag umgesetzt wird:

„...Erhöhung der organisatorischen Flexibilität, beispielsweise über die Schaffung von unbefristeten Vertretungsstellen, ...“⁷

Das Dezernat Personal und Organisation wird prüfen, ob und in welchen Bereichen solche Vertretungsstellen unbefristet eingerichtet werden können.

³vgl. IAB-Forschungsbericht, S. 6 oben

⁴ LWL-Vorlage 14/0432; Punkt V.

⁵vgl. ebd., S. 37; Tabelle 13

⁶ vgl. ebd., S. 50, Tabelle 22, Spalte ÖD

⁷ vgl. ebd. S.107

Begründung der Vorlage Nr. 14/1277:

Inhalt

Vorbemerkungen.....	4
I. Befristete Beschäftigung beim LVR bis 2015	5
I.1 Rechtsgrundlage der befristeten Beschäftigungsverhältnisse.....	5
I.2 Auswertungssystematik	5
I.3 Entwicklung.....	6
I.3.1 Befristete Beschäftigungsverhältnisse zum 31.12. der Jahre 2010 bis 2015	6
I.3.2 Entwicklung befristeter Beschäftigung nach Rechtsgrundlage.....	7
I.3.3 Übernahme befristet Beschäftigter in unbefristete Beschäftigung.....	8
I.3.4 Sachgründe für den Abschluss befristeter Verträge	9
I.4 Fazit für den LVR.....	10
II. Vergleiche (Daten 2014)	11
II.1 Befristete Beschäftigung beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe	11
II.1.1 Vergleich LWL/LVR, Stand der befristeten Beschäftigung zum 31.12.2014 ...	12
II.1.2 Weitere Vorgehensweise des LWL.....	13
II.2 IAB-Forschungsbericht 12/2015	14
III. Gesamtfazit	16

Vorbemerkungen

Im Rahmen der Beratungen zum Stellenplanentwurf 2010 wurde die Verwaltung erstmalig um Erläuterungen zu den befristeten Beschäftigungsverhältnissen gebeten. Dem ist die Verwaltung mit der Vorlage 13/499 (PA am 12.07.2010) nachgekommen.

Die Verwaltung wurde beauftragt, regelmäßig Zahlen zu den befristeten Beschäftigungsverhältnissen vorzulegen.

Dies erfolgte mit den Vorlagen

- 13/1296 (PA am 11.07.2011),
- 13/2346 (PA am 24.09.2012),
- 13/2483 (überarbeitete Fassung der Vorlage 13/2346 für die Krankenhausausschüsse, den Ausschuss für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen, den Gesundheitsausschuss und den Betriebsausschuss LVR-Jugendhilfe Rheinland),
- 13/3068 (PA am 14.10.2013),
- 14/417 (PA am 16.04.2015) und 14/417/1 (Krankenhausausschüsse, Gesundheitsausschuss, Betriebsausschuss LVR-Jugendhilfe Rheinland, Ausschuss für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen).

Die Vorlage 14/1277 enthält in Teil I. eine Fortschreibung der in den o. g. Vorlagen aufgeführten Daten für das Jahr 2015.

Mit Teil II. wird ein Vergleich der aus der Vorlage 14/417 bekannten Ergebnisse für 2014 zu denen der LWL-Vorlage 14/0432⁸ gezogen und auf den IAB-Forschungsbericht 12/2015 „Befristete Beschäftigung im öffentlichen Dienst“⁹ eingegangen.

Der Vorlage 14/1277 sind beigefügt:

- Anlage 1: Erläuterungen zur Rechtsgrundlage und zum aktuellen Stand der Rechtsprechung
- Anlage 2: Übersicht der Prozentanteile befristeter Beschäftigungsverhältnisse zum 31.12. der Jahre 2010 bis 2015 nach Organisationseinheiten
- Anlage 3: Übersicht der Prozentanteile befristeter Beschäftigungsverhältnisse zum Stichtag 31.12.2015 nach Geschlecht und Organisationseinheiten
- Anlage 4: Übersicht der Befristungen mit bzw. ohne Sachgrund, Vergleich 31.12.2014 zu 31.12.2015
- Anlage 5: Übersicht zur Übernahme befristeter Beschäftigter in ein unbefristetes Beschäftigungsverhältnis für das Jahr 2015

⁸ Vorlage 14/0432 der LWL-Haupt- und Personalabteilung für den Personalausschuss am 23.06.2015

⁹ Christian Hohendanner, Ester Ostmeier, Philipp Ramos Lobato: IAB-Forschungsbericht 12/2015; Befristete Beschäftigung im öffentlichen Dienst – Entwicklung, Motive und rechtliche Umsetzung; ISSN 2195-2655

I. Befristete Beschäftigung beim LVR bis 2015

I.1 Rechtsgrundlage der befristeten Beschäftigungsverhältnisse

Im Stellenplan, der gem. § 1 Gemeindehaushaltsverordnung Teil des Haushaltsplanes ist, wird der durch die Verwaltung errechnete Stellenbedarf und die nachfolgend durch die politische Vertretung genehmigte Anzahl der Stellen für Beamtinnen, Beamte und der nicht nur vorübergehend beschäftigten Bediensteten ausgewiesen.

Wenn Personal für zusätzliche, befristet anfallende Aufgaben oder als Vertretung für unbefristet Beschäftigte erforderlich ist, besteht die Möglichkeit der befristeten Beschäftigung.

Rechtsgrundlage für den Abschluss befristeter Beschäftigungsverhältnisse ist § 14 des Gesetzes über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge (TzBfG).

Differenziert wird hier nach Befristungen mit (§ 14 Abs. 1 TzBfG) und ohne sachlichen Grund (§ 14 Abs. 2 und 3 TzBfG).

Durch Verfügungen wird innerhalb des LVR sicher gestellt, dass alle Bereiche Informationen zur generellen Anwendung des TzBfG und zur aktuellen Rechtsprechung erhalten.

I.2 Auswertungssystematik

Für die Auswertungen werden wie in den bisherigen Vorlagen folgende Daten zugrunde gelegt:

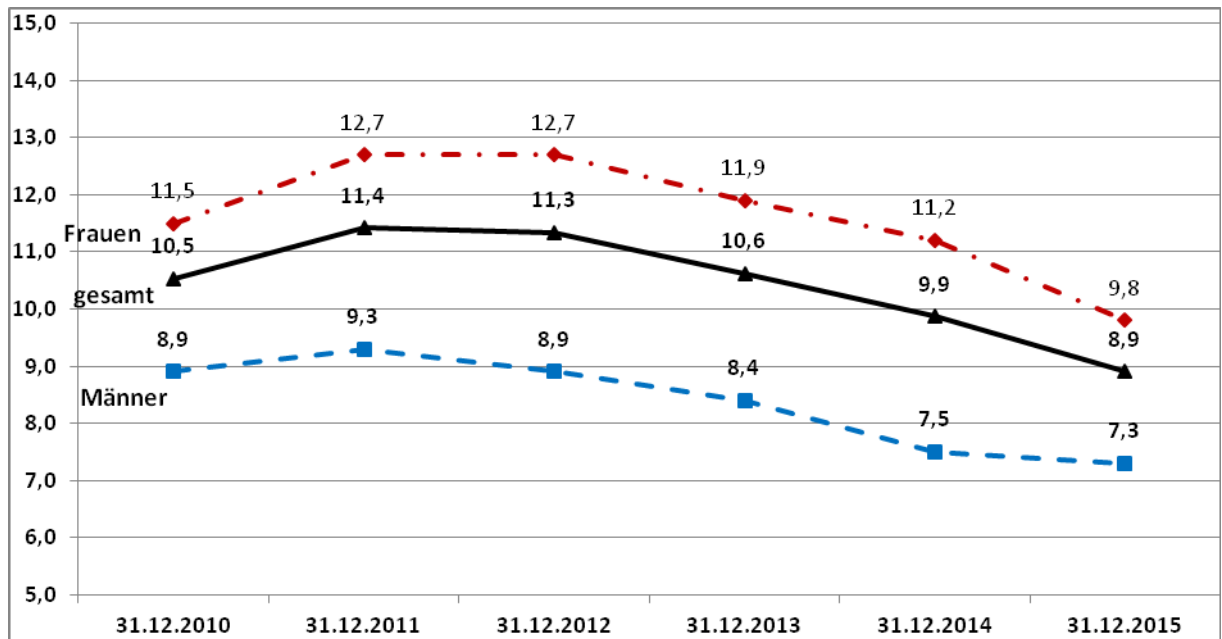
- Personalbestand zum 31.12. des Jahres = Anzahl der aktiven Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Stichtag. Nicht berücksichtigt sind Personen in Sonderurlaub ohne Bezüge (z. B. Elternzeit, Rente auf Zeit) und Personen während der Freistellungsphase der Altersteilzeit.
- Befristet Beschäftigte = Anzahl bzw. der Anteil aller befristet Beschäftigten, unabhängig davon, ob das befristete Beschäftigungsverhältnis ggf. zu einem späteren Zeitpunkt in ein unbefristetes umgewandelt wurde und auch unabhängig vom Beschäftigungsumfang. Hier sind also auch geringfügig Beschäftigte mit einbezogen. Nicht berücksichtigt sind Auszubildende, Nachwuchskräfte, Volontäre/Volontär-innen, Praktikanten/Praktikantinnen, sowie Ärztinnen und Ärzte, mit denen ein befristeter Arbeitsvertrag gem. ÄArbVtrG (Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung) abgeschlossen wurde.
- Für die Darstellungen nach Organisationseinheiten wird soweit wie möglich die am 31.12.2015 geltende Struktur zugrundegelegt.

I.3 Entwicklung

I.3.1 Befristete Beschäftigungsverhältnisse zum 31.12. der Jahre 2010 bis 2015

Bezogen auf den Stichtag 31.12. des Jahres ist der Anteil der befristet Beschäftigten an allen Beschäftigungsverhältnissen für den gesamten LVR (Dezernate und wie Eigenbetriebe geführte Einrichtungen) nach einem Anstieg 2010/2011 weiterhin zurückgegangen.

Der Anteil befristet beschäftigter Frauen liegt aber immer noch über dem Durchschnittswert und deutlich über dem Befristungsanteil der männlichen Mitarbeitenden.



Grafik Anteil befristet Beschäftigter in % (Frauen/Männer), Durchschnittswert für den gesamten LVR

Ausschlaggebend für die dargestellte Entwicklung ist vor allem die Personalstruktur des LVR-Klinikverbundes und des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen, in denen rund 2/3 der Mitarbeitenden beschäftigt sind:

Im LVR-Klinikverbund ist der Anteil befristeter Beschäftigung seit 2011 kontinuierlich, im LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen im Vergleich 2014 zu 2015 reduziert worden.

Da in den wie Eigenbetrieben geführten Einrichtungen des Dezernates 8 ein Großteil des LVR-Personals arbeitet und zwar in Berufsgruppen, in denen der Frauenanteil besonders hoch ist, wirkt sich hier der Rückgang befristeter Beschäftigung unmittelbar auch auf die in der oben stehenden Grafik dargestellten Befristungsquote der Frauen aus.

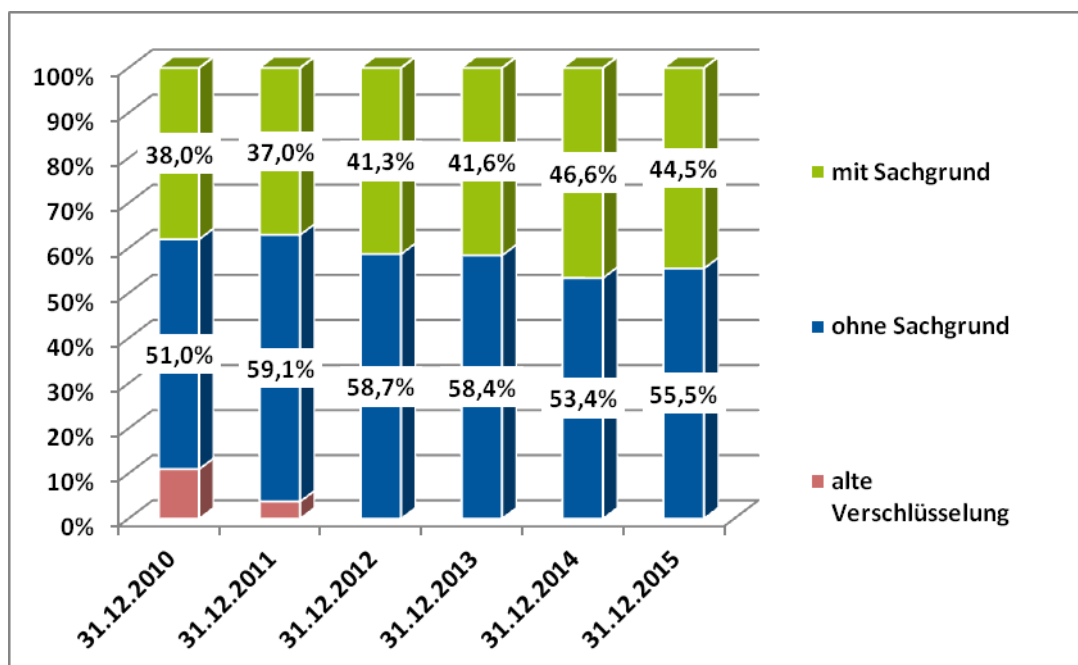
Ergänzend zur oben stehenden Grafik ist mit Anlage 2 eine tabellarische Übersicht zur Entwicklung 2010 bis 2015 in den einzelnen Organisationseinheiten, mit Anlage 3 eine detaillierte Aufschlüsselung der befristeten Beschäftigungen nach Geschlecht und Organisationseinheiten zum Stichtag 31.12.2015 beigelegt.

In der Detailsicht wird noch einmal deutlich, dass der Prozentsatz befristeter Beschäftigung in allen Organisationseinheiten mit den Aufgabenschwerpunkten Betreuung, Erziehung, Therapie und Pflege über dem Durchschnitt liegt. In diesen Berufsgruppen arbeiten überwiegend Frauen. Wenn z. B. wegen mutterschutzbedingter Beschäftigungsverbote, Elternzeit oder vorübergehender Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit unbefristet Beschäftigter befristete Einstellungen erforderlich sind, werden aufgrund des am Arbeitsmarkt verfügbaren Personals wiederum Frauen eingestellt.

Auch im Dezernat 9 ist der Anteil befristet Beschäftigter relativ hoch. Dies ergibt sich aus der Aufgabenstruktur des Dezernates: Für Projekte, Forschungsaufträge und die Arbeiten, die im Rahmen des Denkmalförderprogramms anfallen, wird i. d. R. nur vorübergehend zusätzliches Personal benötigt. Hinzu kommt, dass die Finanzierung überwiegend durch Drittmittel erfolgt, die nur begrenzt zur Verfügung stehen. Fast die Hälfte der befristet beschäftigten Frauen sind studentische Hilfskräfte, die in Projekten mitarbeiten.

I.3.2 Entwicklung befristeter Beschäftigung nach Rechtsgrundlage

Unter Punkt 1 und in der Anlage 1 wurde bereits auf § 14 des Gesetzes über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge (TzBfG) eingegangen. Differenziert wird nach Befristungen mit (§ 14 Abs. 1 TzBfG) und ohne sachlichen Grund (§ 14 Abs. 2 und 3 TzBfG).



Grafik Anteil befristeter Beschäftigungsverhältnisse nach Rechtsgrundlage in %

Im Vergleich 2014/2015 ist der Anteil befristeter Beschäftigungsverhältnisse mit Sachgrund zurückgegangen.

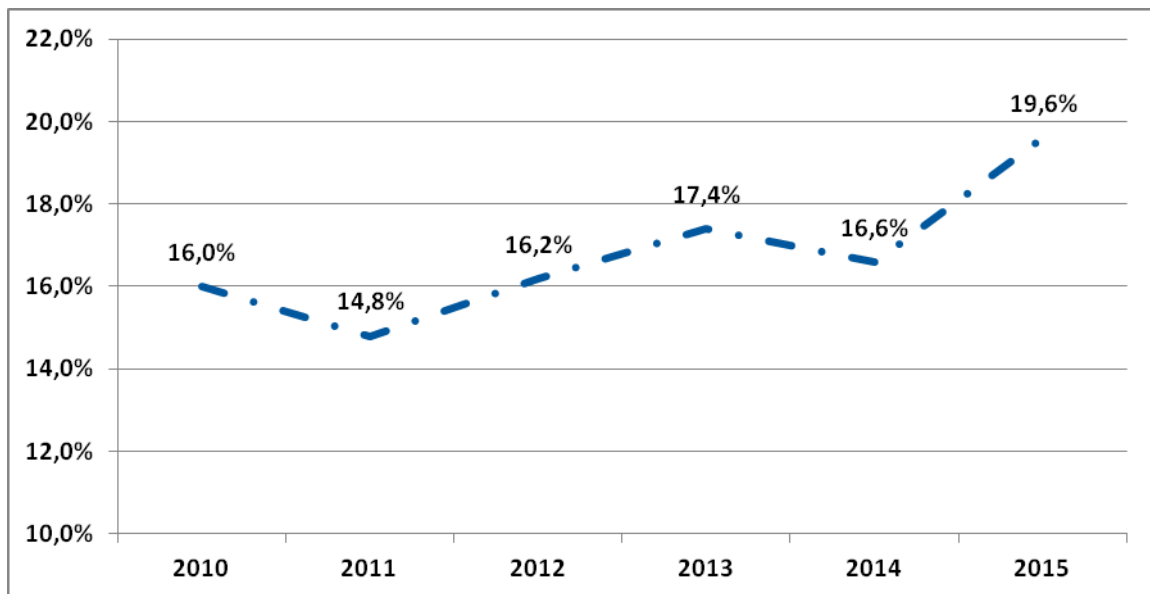
Wie aus der als Anlage 4 beigefügten Detailsicht zu ersehen ist, betrifft dies bei den Dezernaten besonders die Dezernate 5 und 9. Beides Bereiche mit einer relativ hohen Anzahl befristeter Beschäftigter. Außerdem gibt es überdurchschnittlich hohe Anteile von Befristungen ohne Sachgrund in einzelnen LVR-Kliniken.

Als Begründung für den Abschluss befristeter Verträge ohne Sachgrund wird eine höher eingeschätzte Rechtssicherheit angeführt. Verträge ohne Sachgrund bieten die Möglichkeit, befristet eingestelltes Personal flexibel einzusetzen.

Gerade im Klinikbereich erfolgt der Abschluss befristeter Verträge ohne Sachgrund dann, wenn es sich nicht um Vertretungen im Einzelfall handelt, sondern generell Arbeitszeitreduzierungen des unbefristet beschäftigten Personals aufzufangen sind. Unter dem Gesichtspunkt „familienfreundlicher Arbeitgeber“ wird den Anträgen der unbefristet Beschäftigten auf Anpassung der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit je nach familiärer Situation regelmäßig entsprochen.

I.3.3 Übernahme befristeter Beschäftigter in unbefristete Beschäftigung

In 2015 waren über das Jahr gesehen 2.221 Personen befristet beschäftigt. Davon haben bis zum 31.12.2015 435 Personen (19,6%)¹⁰ einen unbefristeten Vertrag erhalten. Die Übernahmequote liegt demnach deutlich über den Werten der Vorjahre:



Grafik Anteil Übernahme in unbefristete Beschäftigung in %

Mit Anlage 5 ist eine Aufschlüsselung der Anzahl und der prozentualen Anteile der Übernahmen in unbefristete Beschäftigung nach Organisationseinheiten beigefügt. Abhängig von Aufgabenstellung und Finanzierungsmöglichkeiten gibt es Unterschiede bei den Übernahmequoten. Erkennbar ist aber, dass gerade die wie Eigenbetriebe geführten Einrichtungen des LVR daran interessiert sind, im Rahmen des Möglichen befristete Verträge zu entfristeten, um dauerhaft qualifiziertes Personal zu gewinnen.

¹⁰Von den befristeten Verträgen mit Sachgrund wurden 18,3%, von den befristeten Verträgen ohne Sachgrund wurden 20,7% in unbefristete Beschäftigungsverhältnisse geändert.

I.3.4 Sachgründe für den Abschluss befristeter Verträge

Für eine differenzierte Auswertung der in § 14 Abs. 1 TzBfG aufgeführten Sachgründe ist in SAP-HCM zurzeit keine ausreichende Datengrundlage vorhanden. Damit zukünftig die erforderlichen Angaben maschinell auswertbar sind, wird ab dem nächstmöglichen Zeitpunkt für neu abgeschlossene Verträge bzw. bei Vertragsverlängerungen in SAP-HCM eine geeignete Verschlüsselung der Sachgründe zur Verfügung gestellt.

Für das Jahr 2015 erfolgte eine Abfrage der Befristungsgründe bei den Bereichen, in denen der Anteil befristeter Verträge besonders hoch ist: Dezernat 5 – Schulen und Integration -, Dezernat 9 – Kultur und Landschaftliche Kulturpflege, LVR-Jugendhilfe Rheinland und Dezernat 8 – Klinikverbund und Verbund Heilpädagogische Einrichtungen – für einzelne der wie Eigenbetriebe geführten Einrichtungen des Dezernates 8.

Im Ergebnis handelt es sich um die gleichen Gründe, die bereits in den bisherigen Ausschuss-Vorlagen aufgeführt sind:

- Vertretungen für Personalausfälle
Aufgrund von Krankheit, Beschäftigungsverboten, Mutterschutz, Elternzeit, Sonderurlaub, Zeitrente, Ausgleich von Stundenreduzierungen unbefristet Beschäftigter (insbes. im medizinisch-therapeutischen Bereich der Schulen, in der LVR-Jugendhilfe Rheinland und in den wie Eigenbetriebe geführten Einrichtungen des Dezernates 8).
- Einstellung von Pflegehilfskräften in den Schulen
In Dezernat 5 werden sowohl zur Unterstützung der Pflege als auch für den therapeutischen Arbeitsbereich der Schulen befristete Verträge ohne Sachgrund abgeschlossen. Grundsätzlich wird versucht, für die Unterstützung im Pflegebereich Freiwilligendienstleistende zu gewinnen. Wenn das nicht in ausreichendem Umfang möglich ist, müssen befristet Pflegehelfer bzw. Pflegehelferinnen eingestellt werden.
Im therapeutischen Arbeitsbereich ist die Anzahl der ärztlichen Therapievereinordnungen Grundlage für die Personalbemessung. Der Abschluss befristeter Arbeitsverträge wird erforderlich, da die Anzahl der Therapieeinheiten nicht planbar ist.
- Angebote, deren dauerhafte Refinanzierung noch nicht gesichert ist
Besonders im Aufgabenbereich der LVR-Jugendhilfe Rheinland.
- Durchführung von Projekten
Z. B. in Dezernat 9: Aufgaben im Rahmen des Denkmalförderungsprogramms, die Hilfe des LVR für das Historische Archiv der Stadt Köln, die vom Land NRW geförderte „Landesinitiative Substanzerhalt“ und das Projekt „Digitales Portal Alltagskulturen im Rheinland – Wandel im ländlichen Raum 1900 – 2000“ und die Großgrabung im Archäologischen Park Xanten, die Ende 2015 begonnen hat.

Z. B. Forschungsaufträge (in den wie Eigenbetriebe geführten Einrichtungen des Dezernates 8).

Der überwiegende Teil der befristeten Verträge wird hier durch Drittmittel finanziert.

- Unsichere Finanzierungsentwicklung / kontinuierliche Budgetdeckung in den wie Eigenbetriebe geführten Einrichtungen des Dezernates 8

Die Steigerung der Personalkosten wird nicht in allen Bereichen in vollem Umfang von den Kostenträgern übernommen (Tarifschere).

Zeitverträge sind hier erforderlich, um im Rahmen der betrieblichen Steuerung flexibel auf Leistungsänderungen reagieren zu können.

- Verkleinerung der Einrichtungen (hier: wie Eigenbetriebe geführte Einrichtungen des Dezernates 8)

Die politische Vorgabe, Heimbereiche nach SGB XI und die Bereiche für soziale Rehabilitation zu reduzieren, führt zum Abbau von stationären Plätzen und zum Ausbau der ambulanten Betreuung.

So wird im Laufe des Jahres 2016 der letzte Heimbereich nach SGB IX in der LVR-Klinik Viersen in andere Trägerschaft überführt.

Befristete Beschäftigungsverhältnisse sind u.a. auch erforderlich, damit die durch die Leistungsänderung bedingten Erlösausfälle durch Anpassungen des Personalbestandes und der damit verbundenen Personalkosten kompensiert werden können.

Durch die Umsetzung der mit den überörtlichen Sozialhilfeträgern abgeschlossenen Rahmenzielvereinbarungen I und II werden die stationären Kapazitäten erheblich reduziert. Auch zukünftig ist bei der weiteren Belegungssteuerung der Grundsatz „ambulant vor stationär“ handlungsleitend. Insofern ist weiterhin eine flexible Personalsteuerung unerlässlich.

I.4 Fazit für den LVR

Mit Vorlage 14/417 (PA am 16.04.2015) konnte über eine kontinuierliche Reduzierung des Anteils befristet Beschäftigter am Gesamtpersonalbestand des LVR berichtet werden. Dieser Trend setzt sich auch 2015 fort, und zwar für Frauen und Männer.

Allerdings liegt der Anteil befristet beschäftigter Frauen weiterhin über dem der Männer. Hier ist in naher Zukunft aufgrund der Aufgabenstellung und Beschäftigtenstruktur des LVR auch keine Veränderung zu erwarten: Solange in den Berufsgruppen Betreuung, Erziehung, Therapie und Pflege überwiegend Frauen arbeiten, werden für die Vertretung unbefristet Beschäftigter aufgrund des am Arbeitsmarkt verfügbaren Personals wiederum Frauen eingestellt.

Im Vergleich 31.12.2014 zum 31.12.2015 ist der Anteil befristeter Verträge mit Sachgrund leicht zurückgegangen (von 46,6% auf 44,5%), der Anteil der Befristungen ohne Sachgrund dementsprechend angestiegen.

Als Begründung für den Abschluss befristeter Verträge ohne Sachgrund wird eine höher eingeschätzte Rechtssicherheit angeführt. Verträge ohne Sachgrund bieten die Möglichkeit, befristet eingestelltes Personal flexibel einzusetzen.

Die Übernahmequote befristet Beschäftigter in unbefristete Beschäftigung beträgt für 2015 19,6% und liegt damit deutlich über den Quoten der Vorjahre. Insbesondere die wie Eigenbetriebe geführten Einrichtungen des LVR sind im Rahmen des Möglichen daran interessiert, befristete Verträge zu entfristeten, um dauerhaft qualifiziertes Personal zu gewinnen.

Die von den Aufgabenbereichen aufgeführten Gründe, die zum Abschluss befristeter Verträge führen, sind - wie in den Vorjahren - Vertretung unbefristet beschäftigten Personals, Projektarbeit, zeitlich befristete Finanzierung. Bei den wie Eigenbetrieben geführten Einrichtungen des Dezernates 8 wirken sich zusätzlich die unsichere Finanzierungsentwicklung bzw. Budgetdeckelung und die Verkleinerung von Einrichtungen aus.

II. Vergleiche (Daten 2014)

II.1 Befristete Beschäftigung beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Die LWL-Haupt- und Personalabteilung hat in der Sitzung des Personalausschusses am 23.06.2015 mit Vorlage 14/0432 über Daten zur befristeten Beschäftigung zum Stichtag 31.12.2014 informiert und die weitere Vorgehensweise für den Umgang mit Befristungen dargestellt.¹¹

¹¹ Die LWL-Vorlage 14/0432 wurde nachfolgend auch dem Landschaftsausschuss und den einzelnen Fachausschüssen zur Kenntnisnahme vorgelegt.

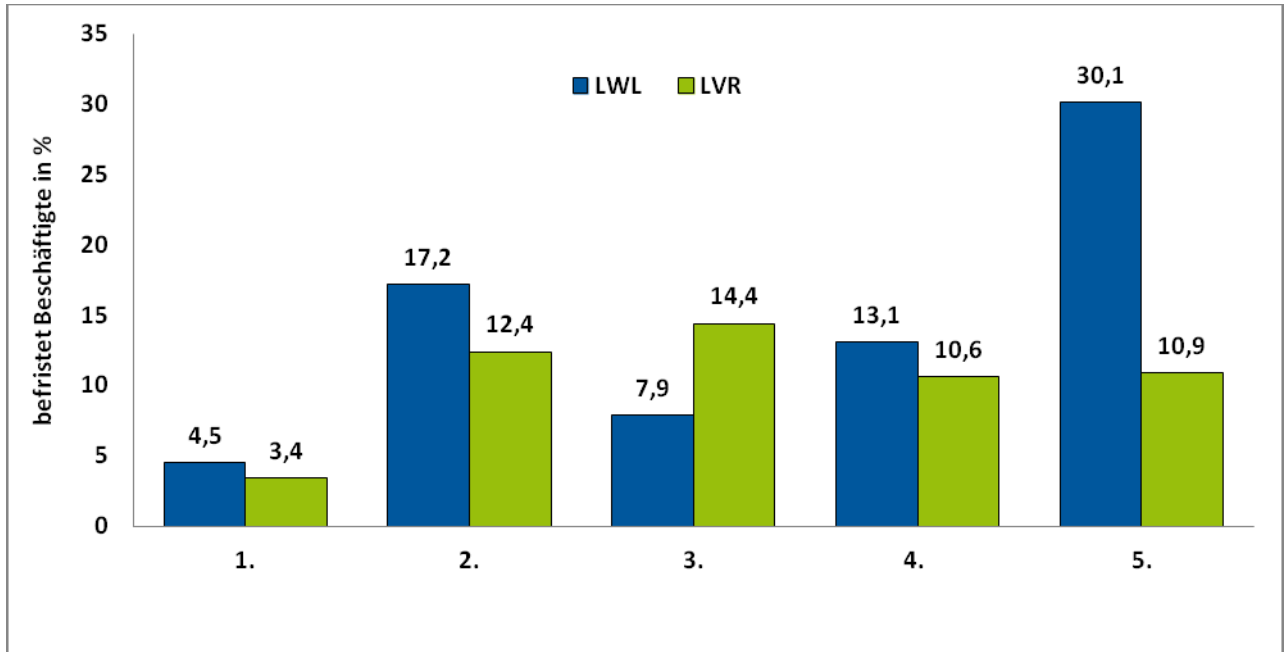
II.1.1 Vergleich LWL/LVR, Stand der befristeten Beschäftigung zum 31.12.2014

Für den Vergleich mit dem LWL werden die für die LVR-Vorlage 14/417 (im PA am 16.04.2015) erhobenen Daten herangezogen.

LWL und LVR haben zwar die gleichen Aufgaben, sind jedoch unterschiedlich strukturiert, daher ist ein detaillierter Abgleich kaum möglich.

Welche Organisationseinheiten ausgehend von den Aufgabenfeldern gegenübergestellt werden, ist in der Legende der unten stehenden Grafik vermerkt.

Anteil befristeter Beschäftigungsverhältnisse zum 31.12.2014¹²



Aufgabenbereiche:

1. LWL- Hauptverwaltung / LVR-Zentralverwaltung
2. Schulen
3. LWL-Kultureinrichtungen / LVR-Kultur-Außendienststellen
4. LWL-Maßregelvollzugseinrichtungen und Psychiatrie-Verbund / LVR-Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
5. LWL-Jugendheime / LVR-Jugendhilfe Rheinland

Abgesehen vom Aufgabenbereich 3. (LWL-Kultureinrichtungen /LVR-Kultur-Außendienststellen) liegen die Anteile befristet Beschäftigter beim LVR unter denen des LWL. Wie bereits unter I.3.1 erläutert ergibt sich der relativ hohe Anteil befristet Beschäftigter aus der Aufgabenstruktur der LVR-Kultur-Außendienststellen: Für Projekte, Forschungsaufträge und die Arbeiten, die im Rahmen des Denkmalförderprogramms anfallen, wird i. d. R. nur vorübergehend zusätzliches Personal benötigt.

¹² LVR ohne LVR-InfoKom; In der LVR-Vorlage 14/417 sind bei der Berechnung der Anteile befristet Beschäftigter „Ärzte in Weiterbildung“ und „Psychologen in Ausbildung“ nicht berücksichtigt. Die in der LWL-Vorlage 14/0432 aufgeführten Zahlen wurden daher für die Grafik entsprechend angepasst.

Zu dem auffällig hohen Prozentsatz befristet Beschäftigter in den LWL-Jugendheimen hat lt. Auskunft des LWL das Jugenddezernat zurzeit den Auftrag, die Gründe zu ermitteln.

Insgesamt wird in der LWL-Vorlage 14/0432 festgestellt, „dass die Befristungssituation im LWL stark von den heterogenen Verhältnissen, Strukturen und Anforderungen der einzelnen Bereiche geprägt ist“.¹³

Dass in den Eigenbetrieben und eigenbetriebsähnlichen Einrichtungen des LWL die Anteile befristeter Beschäftigung zum Teil deutlich über denen der Hauptverwaltung, der Schulen und der Kultureinrichtungen liegen, wird im Wesentlichen auf Belegungsschwankungen und Vertretungssituationen zurückgeführt.

II.1.2 Weitere Vorgehensweise des LWL

In der Einleitung zur LWL-Vorlage 14/0432 wird die Zielrichtung für die befristet Beschäftigung beim LWL beschrieben:

„Es gilt daher auch hinsichtlich der Befristung von Beschäftigungsverhältnissen, die Verantwortung für die Beschäftigten und deren individuelle Interessen, Erwartungen und Ansprüche mit den Anforderungen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen im LWL verantwortungsvoll in Einklang zu bringen.“

Um einen grundlegenden Rahmen für den Umgang mit befristeten Verträgen zu schaffen, sind in der LWL-Vorlage Regelungen festgeschrieben, die für alle Dezernate gelten¹⁴.

Darüber hinaus wird aber auch die Notwendigkeit gesehen, die Bereiche außerhalb der LWL-Hauptverwaltung gesondert zu betrachten und ergänzend dezernatsspezifische Regelungen vorzusehen. Die Bereiche außerhalb der LWL-Hauptverwaltung haben den Auftrag, Vorgaben für die Handhabung befristeter Beschäftigungsverhältnisse in der Praxis zu erarbeiten.

¹³ LWL-Vorlage 14/0432; Punkt V.

¹⁴ LWL-Vorlage 14/0432, Punkt D., z. B. Befristungsdauer

II.2 IAB-Forschungsbericht 12/2015¹⁵ - „Befristete Beschäftigung im öffentlichen Dienst“ -

Der IAB-Forschungsbericht 12/2015 befasst sich mit Ausmaß, Entwicklung und Struktur befristeter Beschäftigung im öffentlichen Dienst.

Bereits zu Beginn des Berichtes wird aber ausdrücklich darauf hingewiesen,

„dass für eine wissenschaftliche Untersuchung eine Datenguelle fehlt, die differenzierte Informationen über Entwicklung, Struktur und Motive befristeter Beschäftigung und zugleich die Besonderheiten und Strukturen des öffentlichen Dienstes abbildet“¹⁶.

Hilfswise werden daher Analysen des IAB-Betriebspanels¹⁷, ergänzt um Auswertungen der Personalstandsstatistik und eine (statistisch nicht repräsentative) Expertenbefragung herangezogen.

Da die Datengrundlagen des IAB-Forschungsberichtes und der Vorlage 14/1277 voneinander abweichen, ist ein Vergleich der dort aufgeführten Prozentsätze mit den für den LVR erhobenen Werten nicht möglich.

Hinsichtlich der grundsätzlichen Aussagen zur Entwicklung des Anteils befristet Beschäftigter am Gesamtpersonalbestand und den Gründen für den Abschluss befristeter Verträge, findet sich jedoch die beim LVR vorhandene Situation wieder:

- Entwicklung der Prozentanteile befristet Beschäftigter am Gesamtpersonalbestand
 Lt. IAB-Forschungsbericht sind die Befristungsanteile bei den Arbeitnehmer/-innen in den Kommunen seit 2010 stetig zurück gegangen¹⁸. Der Bericht kommt auch zu dem Ergebnis, dass sich die Befristungsanteile u. a. nach Geschlecht und Berufen unterscheiden: Der Befristungsanteil der Frauen liegt über dem der Männer¹⁹ und ist in den Berufen „Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung“ besonders hoch²⁰.

- Gründe für den Abschluss befristeter Verträge

Zur Ermittlung der Befristungsmotive und unter welchen Gesichtspunkten eine Befristung mit Sachgrund bzw. ohne Sachgrund erfolgt, stützt sich der Bericht ergänzend zum IAB-Betriebspanel auf die Ergebnisse einer qualitativen Expertenbefragung²¹.

Im IAB-Betriebspanel wurden nur einmal und zwar in 2009 die Befristungsgründe abgefragt. Für den öffentlichen Dienst waren zum damaligen Zeitpunkt die wichtigsten „befristeter Ersatzbedarf“, „befristete Finanzierung der Stelle“, „befristeter

¹⁵ Christian Hohendanner, Esther Ostmeier, Philipp Ramos Lobato: IAB-Forschungsbericht 12/2015; Befristete Beschäftigung im öffentlichen Dienst – Entwicklung, Motive und rechtliche Umsetzung; ISSN 2195-2655

¹⁶vgl. IAB-Forschungsbericht, S. 6 oben

¹⁷ vgl. ebd. S. 22: „Bei dem IAB-Betriebspanel handelt es sich um eine repräsentative Arbeitgeberbefragung zu betrieblichen Bestimmungsgrößen der Beschäftigung.“

¹⁸vgl. ebd., S. 37; Tabelle 13

¹⁹ vgl. ebd., S. 43; Tabelle 17 „Arbeitnehmer ohne Wissenschaft“

²⁰ vgl. ebd., S. 45; Tabelle 19 „Arbeitnehmer - Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung“

²¹ vgl. ebd., S. 49: „Befragt wurden Vertreter von Personalabteilungen und Personalräten in 15 ausgewählten Einrichtungen des öffentlichen Dienstes.“

zusätzlicher Bedarf“.²² Die qualitative Expertenbefragung für den IAB-Forschungsbericht 12/2015 kommt zu ähnlichen Ergebnissen.

Bei der Beantwortung der Frage, welche Rechtsgrundlage von den Arbeitgebern beim Abschluss befristeter Verträge bevorzugt wird und welche Motivation dahinter steht, stützt sich der IAB-Forschungsbericht lediglich auf die bereits oben genannte qualitative Expertenbefragung: „vordringlich auf die Ausführungen der Personalverantwortlichen...beziehen aber auch die Einschätzungen der Personalvertretungen ein.“²³

Der Bericht kommt hier zu dem Schluss, dass die Entscheidung der Arbeitgeber für einen befristeten Vertrag mit bzw. ohne Sachgrund „nicht primär davon abzuhängen scheint, ob ein Sachgrund im Sinne des Teilzeit- und Befristungsgesetzes vorliegt“²⁴. Vielmehr vermittelt die Expertenbefragung den Eindruck, dass die Auswahl der Rechtsgrundlage von zwei Aspekten abhängt:

1. „Das Bemühen um eine rechtssichere, sprich gerichtsfeste Begründung befristeter Arbeitsverhältnisse...
2. die erwarteten betrieblichen Flexibilitätsgewinne..“²⁵.

Demnach spricht für Befristungen mit Sachgrund, dass sie keiner Begrenzung der rechtlich zulässigen Dauer unterliegen, für Befristungen ohne Sachgrund, dass Handlungsspielräume beim innerbetrieblichen Einsatz genutzt werden können.

Hier muss noch einmal darauf hingewiesen werden, dass aufgrund der geringen Anzahl der Befragten das Ergebnis auf keinen Fall repräsentativ sein kann.

- Übernahme in unbefristete Beschäftigung

Nach den Erhebungen des IAB-Forschungsbericht sind die Übernahmechancen im öffentlichen Sektor geringer als in der Privatwirtschaft²⁶. Hier wird ein Zusammenhang zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberkündigungen – die im öffentlichen Dienst kaum eine Rolle spielen - und Übernahmechancen gesehen.

Abschließend²⁷ geht der Bericht noch auf die Fragestellung ein, wie es im öffentlichen Sektor auch zukünftig gelingen kann, geeignetes Fachpersonal zu rekrutieren und langfristig zu binden:

„Befristete Beschäftigung kommt im öffentlichen Sektor vielfach deshalb zum Einsatz, weil temporäre Personalausfälle kompensiert werden müssen oder Personalressourcen nur befristet zugewiesen werden. Entscheidende Stellschrauben für eine Reduzierung befristeter Arbeitsverträge dürften somit eine ausreichende Finanzierung von Planstellen und eine Erhöhung der organisatorischen Flexibilität, beispielsweise über die Schaffung von unbefristeten Vertretungsstellen, sein.“

²² vgl. ebd., S. 50, Tabelle 22, Spalte ÖD

²³ vgl. ebd., S. 70 unter 4.2

²⁴ vgl. ebd., S. 81 unter 4.3

²⁵ vgl. ebd., S. 81 unter 4.3

²⁶ vgl. ebd., S. 104

²⁷ vgl. ebd., S. 106

III. Gesamtfazit

Wie auch andere Arbeitgeber – gerade des öffentlichen Dienstes - steht der LVR vor der Herausforderung, beim Abschluss von Arbeitsverträgen Arbeitnehmerinteressen und Arbeitgeberpflichten angemessen zu berücksichtigen.

Da ohne eine dauerhafte Beschäftigung längerfristige Planungen kaum möglich sind, haben befristete Verträge erheblichen Einfluss auf die Lebensgestaltung der Arbeitnehmenden.

Aus Arbeitgebersicht sind die Möglichkeiten, die das Teilzeitbefristungsgesetz bietet, erforderlich, um z. B. den Verpflichtungen des Arbeitgebers gegenüber seinen unbefristet beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nachzukommen. Hierzu gehören die Wiederaufnahme der Tätigkeit nach Elternzeit oder die Erhöhung der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit.

Vorübergehend anfallende Aufgaben oder Projekte – häufig verbunden mit einer zeitlich begrenzten Finanzierung durch Drittmittel – sind ebenfalls häufige Gründe für die Einstellung befristeter Beschäftigter.

Eine LVR-weite gleichmäßige Anwendung des Teilzeitbefristungsgesetzes wird durch Verfügungen sicher gestellt, die auch Musterarbeitsverträge und Informationen zur aktuellen Rechtsprechung beinhalten.

Die unter I.3 beschriebene Entwicklung der letzten Jahre beweist, dass in allen Aufgabenbereichen des LVR mit befristeten Verträgen verantwortungsvoll umgegangen wird.

Gerade vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung besteht außerdem ein erhöhtes Interesse, qualifiziertes Fachpersonal unbefristet zu beschäftigen. Das spiegelt sich in der steigenden Übernahmequote wieder.

Je nach Aufgaben- und Beschäftigtenstruktur wird aber auch zukünftig nicht auf befristete Verträge verzichtet werden können.

Das gilt besonders für Bereiche, in denen aufgrund von unsicheren Finanzierungsentwicklungen oder Strukturveränderungen langfristige Planungen nicht möglich sind. Ebenso für Bereiche, in denen in – häufig über Drittmittel finanzierten - Projekten gearbeitet wird.

Es stellt sich allerdings die Frage, ob und in welchem Umfang es möglich und gewollt ist, die Anzahl der befristeten Verträge zur Vertretung unbefristeter Beschäftigter zu reduzieren, indem der im IAB-Forschungsbericht 12/2015 formulierte Vorschlag umgesetzt wird:

„...Erhöhung der organisatorischen Flexibilität, beispielsweise über die Schaffung von unbefristeten Vertretungsstellen, ...“²⁸

Das Dezernat Personal und Organisation wird prüfen, ob und in welchen Bereichen solche Vertretungsstellen unbefristet eingerichtet werden können.

In Vertretung
L i m b a c h

²⁸ vgl. ebd. S.107

§ 14 des Gesetzes über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge (TzBfG)

• **§ 14 Abs. 1. TzBfG - Befristungen mit sachlichem Grund**

Nach dem Grundsatz des § 14 Abs. 1 TzBfG ist für die Befristung des Arbeitsverhältnisses ein sachlicher Grund erforderlich. Dahinter steht die Überlegung, dass durch die Befristung nicht die zwingenden Kündigungsschutzvorschriften umgangen werden dürfen. Das Gesetz nennt – nicht abschließend – sachliche Gründe:

- den nur vorübergehenden betrieblichen Bedarf der Arbeitsleistung;
- Übernahme nach Ausbildung/Studium, um den Übergang in eine Anschlussbeschäftigung zu erleichtern;
- Vertretung (z. B. für die Dauer eines Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz, für die Dauer einer Elternzeit);
- die Befristung rechtfertigende Eigenart der Arbeitsleistung;
- Erprobung;
- in der Person des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin liegende Gründe;
- Beschäftigung aus Haushaltsmitteln, die haushaltsrechtlich für eine befristete Beschäftigung bestimmt sind;
- gerichtlicher Vergleich.

• **§ 14 Abs. 2 TzBfG - Befristungen ohne sachlichen Grund**

Gemäß § 14 Abs. 2 TzBfG ist ausnahmsweise eine Befristung ohne sachlichen Grund (sog. erleichterte Befristung) zulässig. Ein solcher Arbeitsvertrag kann bis zu einer Gesamtdauer von zwei Jahren dreimal verlängert werden.

Sachgrundlose Befristungen sind möglich, wenn es sich um eine Neueinstellung handelt, d. h. der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin war vorher weder befristet noch unbefristet bei demselben Arbeitgeber beschäftigt. (Vorherige andere Vertragsverhältnisse - z. B. als Auszubildende/r, Praktikant/in - stehen einer sachgrundlosen Befristung eines Arbeitsverhältnisses nicht entgegen.)

Wurde dieses sogenannte Vorbeschäftigungsverbot aufgrund des Wortlauts der Vorschrift zunächst als zeitlich unbeschränktes Anschlussverbot angesehen, hat das Bundesarbeitsgericht (BAG) 2011 seine Rechtsprechung dahingehend geändert, dass nur Vorbeschäftigungen innerhalb der letzten drei Jahre einer erneuten sachgrundlosen Befristung entgegenstehen.

Das Landesarbeitsgericht (LAG) Baden-Württemberg hat jedoch 2013 und 2014 in zwei Urteilen entschieden, dass das Vorbeschäftigungsverbot des § 14 Abs. 2 S. 2 TzBfG nach den Kriterien der Gesetzesauslegung als zeitlich uneingeschränktes, mithin absolutes Anschlussverbot zu interpretieren sei.

Das LAG hat die Revision zugelassen, so dass nun der Befristungssenat des BAG nochmals Gelegenheit hat, über die Reichweite des Vorbeschäftigungsverbotes nach § 14 Abs. 2 Satz 2 TzBfG zu befinden oder den Großen Senat des BAG anzurufen. Bis zu einer Entscheidung des BAG ist aus Arbeitgebersicht Zurückhaltung bei der sachgrundlosen Befristung eines Arbeitsverhältnisses anzuraten, wenn der betroffene Arbeitnehmer bereits zuvor einmal beim selben Arbeitgeber beschäftigt war (vgl. Verfügung vom 08.10.2014, Az.: 12.30-044-05/31/2322).

• **§ 14 Abs. 3 TzBfG Befristete Arbeitsverträge mit älteren Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen**

Die kalendermäßige Befristung eines Arbeitsvertrages **ohne Vorliegen eines sachlichen Grundes** ist bis zu einer Dauer von fünf Jahren zulässig, wenn der Arbeitneh-

mer bei Beginn des befristeten Arbeitsverhältnisses das 52. Lebensjahr vollendet hat und unmittelbar vor Beginn des befristeten Arbeitsverhältnisses mindestens vier Monate beschäftigungslos im Sinne des § 138 Absatz 1 Nummer 1 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch gewesen ist, Transferkurzarbeitergeld bezogen oder an einer öffentlich geförderten Beschäftigungsmaßnahme nach dem Zweiten oder Dritten Buch Sozialgesetzbuch teilgenommen hat. Mit Urteil vom 28.05.2014, Az.: 7 AZR 360/12 entschied das BAG, dass die Regelung des § 14 Abs. 3 TzBfG in der ab dem 01.05.2007 geltenden Fassung, jedenfalls soweit es um die erstmalige Anwendung zwischen denselben Arbeitsvertragsparteien geht, mit Unionsrecht und nationalem Verfassungsrecht vereinbar sind. Eine wiederholte Inanspruchnahme der Befristungsmöglichkeit des § 14 Abs. 3 TzBfG ist, auch wenn sie durch einen gesetzlichen Befristungstatbestand gedeckt sein sollte, im Interesse der Rechtssicherheit zu vermeiden (vgl. Verfügung vom 06.10.2015, Az.: 12.30-044-05/29/2355).

Anteil der befristeten Beschäftigungsverhältnisse zum 31.12. der Jahre 2010 bis 2015						
(alle Angaben ohne Auszubildende, Nachwuchskräfte, Volontariate, Praktika, Freiw. soz. bzw. ökolog. Jahr u.ä.; Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung, AT Vertrag befristet)						
	Befristete Beschäftigung in %					
LVR-Dezernate/wie Eigenbetriebe geführte Einrichtungen	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	31.12.2014	31.12.2015
0 Organisationsbereich LVR-Direktorin	2,9	1,1	3,1	2,1	2,2	3,0
1 Personal und Organisation ¹	4,3	3,1	4,8	3,5	3,3	4,7
<i>alt 2 Finanz- und Immobilienmanagement</i>	1,2	0,9	1,2	1,6	1,0	
2 Finanz- und Immobilienmanagement ²						1,4
3 Umwelt, Energie und Gebäudeservice ²						2,0
4 Jugend	4,2	6,7	5,6	7,0	6,9	7,0
<i>alt 5 Schulen³</i>	8,5	9,7	12,3	10,9	11,6	
5 Schulen und Integration ^{2,3}						11,9
<i>alt 7 Soziales und Integration</i>	2,9	3,0	1,7	3,0	3,0	
7 Soziales ²						1,5
8 Klinikverbund und Verbund Heilpäd. Hilfen ⁴	4,0	15,9	16,2	8,0	7,0	5,3
<i>alt 9 Kultur und Umwelt</i>	16,0	14,1	16,9	17,7	13,7	
9 Kultur und Landschaftliche Kulturpflege ²						15,7
Durchschnitt Dezernate	7,2	7,4	8,5	8,3	7,4	8,3
LVR-InfoKom	20,1	19,1	12,9	11,5	9,1	5,0
LVR-Krankenhauszentralwäscherei	17,1	17,6	17,6	20,8	11,2	11,0
LVR-Jugendhilfe Rheinland	8,7	11,0	10,2	11,5	10,9	12,1
LVR-Verbund Heilpädagogische Hilfen						
820 Niederrhein	19,2	20,8	21,9	21,3	19,4	17,4
825 Ost	7,4	7,2	9,3	9,3	10,4	6,5
826 West	12,0	14,6	13,7	13,3	14,9	12,7
Durchschnitt Verbund HPH	13,5	15,0	15,8	15,3	15,5	13,0
LVR-Klinikverbund						
845 Servicebetrieb Viersen	3,3					
850 Bedburg-Hau	14,9	16,2	16,2	17,0	13,5	11,4
851 Bonn	14,6	8,7	5,5	3,7	4,3	4,0
852 Düren	4,7	9,9	8,1	8,1	6,3	3,7
853 Düsseldorf	12,6	18,9	20,3	16,8	13,6	12,6
854 Langenfeld	7,0	8,6	7,5	6,8	7,8	6,1
855 Viersen	10,9	11,8	10,7	8,2	7,6	8,9
862 Essen	15,5	13,7	15,2	13,8	16,0	10,5
863 Köln	3,7	4,9	5,2	4,0	4,7	3,5
864 Mönchengladbach	9,3	4,9	7,9	10,4	10,7	13,7
884 Orthopädie Viersen	7,1	11,3	10,3	6,3	10,0	14,2
Durchschnitt Klinikverbund	10,7	11,6	11,1	10,0	9,2	7,9
Summen/Durchschnitt Gesamt-LVR	10,5	11,4	11,3	10,6	9,9	8,9
nachrichtlich: Durchschnitt ZV	3,3	3,1	3,1	3,8	3,4	3,4
¹ Zeitverträge in Dezernat 1 inkl. "JSB-Pool" - Zeitverträge mit schwerbehinderten Jugendlichen: 31.12.2010 9 Personen; 31.12.2011 5 Personen; 31.12.2012 8 Personen; 31.12.2013 5 Personen; 31.12.2014 4 Personen; 31.12.2015 7 Personen						
² Neuorganisation 2015						
³ davon zum 31.12.2012 42 Personen, zum 31.12.2013 20 Personen; zum 31.12.2014 24 Personen; zum 31.12.2015 36 Personen im Pool "temporäre Beschäftigung von Pflegehilfskräften"						
⁴ Dezernat 8: In 2011 und 2012 erhöhter Anteil befristet Beschäftigter wg. ThUG (Therapieunterbringungsgesetz)						

Anteil der befristeten Beschäftigungsverhältnisse zum 31.12.2015 nach Geschlecht				
(alle Angaben ohne Auszubildende, Nachwuchskräfte, Volontariate, Praktika, Freiw. soz. bzw. ökolog. Jahr u.ä.; Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung, AT Vertrag befristet)				
in %				
LVR-Dezernate/wie Eigenbetriebe geführte Einrichtungen	Frauen	Männer	gesamt	
0 Organisationsbereich LVR-Direktorin	2,8	3,3	3,0	
1 Personal und Organisation ²	3,6	6,2	4,7	
2 Finanz- und Immobilienmanagement	1,5	1,3	1,4	
3 Umwelt, Energie und Gebäudeservice	0,0	3,0	2,0	
4 Jugend	9,2	2,0	7,0	
5 Schulen und Integration ³	13,0	8,7	11,9	
7 Soziales	0,9	2,7	1,5	
8 Klinikverbund und Verbund Heilpäd. Hilfen	5,6	4,7	5,3	
9 Kultur und Landschaftliche Kulturpflege	19,4	12,2	15,7	
Durchschnitt Dezernate	9,2	6,9	8,3	
LVR-InfoKom	2,3	6,3	5,0	
LVR-Krankenhauszentralwäscherei	10,6	11,5	11,0	
LVR-Jugendhilfe Rheinland	12,7	11,3	12,1	
LVR-Verbund Heilpädagogische Hilfen				
820 Niederrhein	17,9	15,9	17,4	
825 Ost	5,6	8,2	6,5	
826 West	11,8	15,3	12,7	
Durchschnitt Verbund HPH	12,9	13,3	13,0	
LVR-Klinikverbund				
850 Bedburg-Hau	13,0	8,5	11,4	
851 Bonn	4,0	3,8	4,0	
852 Düren	4,8	2,3	3,7	
853 Düsseldorf	13,3	11,3	12,6	
854 Langenfeld	7,2	4,3	6,1	
855 Viersen	10,3	6,3	8,9	
862 Essen	12,2	6,9	10,5	
863 Köln	4,3	2,1	3,5	
864 Mönchengladbach	15,3	10,5	13,7	
884 Orthopädie Viersen	14,7	12,5	14,2	
Durchschnitt Klinikverbund	9,1	5,9	7,9	
Summen/Durchschnitt Gesamt-LVR	9,8	7,3	8,9	
nachrichtlich: Durchschnitt ZV	3,4	3,6	3,4	

Übernahme von befristet Beschäftigten in ein unbefristetes Beschäftigungsverhältnis				
<small>(ohne Auszubildende, Nachwuchskräfte, Volontariate, Praktika, Freiw. soz. bzw. ökolog. Jahr u.ä.; Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung; AT Vertrag befristet)</small>				
In Einzelfällen erfolgte eine unbefristete Übernahme nicht in dem Dezernat/ dem Eigenbetrieb,				
in denen zuvor ein befristetes Beschäftigungsverhältnis bestand (Entsprechendes gilt für die Übernahme in Ausbildung u. ä.).				
LVR-Dezernate/wie Eigenbetriebe geführte Einrichtungen	Zeitverträge 2015¹	unbefristete Übernahmen bis zum 31.12.2015	unbefristete Übernahmen in %	Ausbildung/Qualifikation
0 Organisationsbereich LVR-Direktor	5	1	20,0%	
1 Personal und Organisation ²	20	2	10,0%	3 Übernahmen in Ausbildung (davon 2 Personen aus dem JSB)
2 Finanz- und Immobilienmanagement	7	3	42,9%	
3 Umwelt, Energie und Gebäudeservice	2	1	50,0%	
4 Jugend	16	1	6,3%	
5 Schulen und Integration	156	8	5,1%	
7 Soziales	14	4	28,6%	
8 Klinikverbund und Verbund Heilpäd. Hilfen	8	0	0,0%	
9 Kultur und Landschaftl. Kulturpflege	155	9	5,8%	1 Wechsel ins Volontariat
LVR-InfoKom	43	17	39,5%	
LVR-Krankenhauszentralwäscherei	20	4	20,0%	
LVR-Jugendhilfe Rheinland	76	12	15,8%	1 Wechsel ins Praktikum
LVR-Heilpädagogische Netzwerke				
820 Niederrhein	283	53	18,7%	4 Wechsel ins Praktikum
825 Ost	74	15	20,3%	1 Wechsel ins Praktikum
826 West	160	26	16,3%	
LVR-Kliniken				
850 Bedburg-Hau	275	66	24,0%	1 Übernahme in Ausbildung
851 Bonn	91	24	26,4%	1 Übernahme in Ausbildung
852 Düren	79	29	36,7%	1 Übernahme in Ausbildung
853 Düsseldorf	211	48	22,7%	1 Übernahme in Ausbildung
854 Langenfeld	105	39	37,1%	
855 Viersen	149	31	20,8%	
862 Essen	126	13	10,3%	1 Wechsel ins Praktikum
863 Köln	72	17	23,6%	1 Übernahme in Ausbildung
864 Mönchengladbach	47	8	17,0%	
884 Orthopädie Viersen	27	4	14,8%	
Summen/Durchschnittswert	2.221	435	19,6%	
¹ am 01.01.2015 vorhandene und im Laufe des Jahres 2015 abgeschlossene Zeitverträge				
² davon 8 Zeitverträge mit schwer behinderten Jugendlichen ("JSB-Pool")				

TOP 26 Anträge und Anfragen der Fraktionen

Antrag-Nr. 14/126

öffentlich

Datum: 29.07.2016
Antragsteller: FDP

Ausschuss für den LVR- Verbund Heilpädagogischer Hilfen	02.09.2016	empfehlender Beschluss
Betriebsausschuss LVR- Jugendhilfe Rheinland	05.09.2016	empfehlender Beschluss
Bau- und Vergabeausschuss	07.09.2016	empfehlender Beschluss
Krankenhausausschuss 3	12.09.2016	empfehlender Beschluss
Krankenhausausschuss 2	13.09.2016	empfehlender Beschluss
Krankenhausausschuss 4	14.09.2016	empfehlender Beschluss
Krankenhausausschuss 1	15.09.2016	empfehlender Beschluss
Gesundheitsausschuss	19.09.2016	empfehlender Beschluss
Ausschuss für Personal und allgemeine Verwaltung	19.09.2016	empfehlender Beschluss
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	21.09.2016	empfehlender Beschluss
Projektkommission Bauvorhaben Ottoplatz	22.09.2016	Kenntnis
Landschaftsausschuss	23.09.2016	Beschluss

Tagesordnungspunkt:

Lebensdauerkosten bei Bauten berücksichtigen

Beschlussvorschlag:

Die Verwaltung wird beauftragt zu prüfen, inwieweit bei Bauvorhaben des LVR und seiner Einrichtungen die Lebensdauerkosten als zusätzlich zu gewichtendes Kriterium ermittelt sowie im Rahmen der Beschlussvorlagen (Haushaltsunterlage Bau) dargestellt und berücksichtigt werden können.

Begründung:

Geplante Immobilienvorhaben - und besonders die der öffentlichen Hand - werden von der Politik und der Öffentlichkeit tendenziell nach ihren geplanten und voraussichtlich entstehenden Baukosten beurteilt. Viel entscheidender sollten aber die sogenannten Lebensdauerkosten der geplanten Immobilie sein: d.h. diejenigen Kosten, welche die Immobilie während ihrer gesamten Existenz verursacht. Hierzu gehören neben den Bau- und Planungskosten, welche sich in Form der Abschreibungskosten im Haushalt wiederfinden, insbesondere die Energie-, Reinigungs- und Unterhaltungskosten.

Die Lebensdauerkosten einer Immobilie werden bereits zu etwa 80 % in der Planungsphase bestimmt. Aber schon früh in der Planungsphase sinkt die Einflussmöglichkeit auf die weitere Kostenentwicklung. Nur wer die Strukturen und Zusammenhänge in der Planung, beim Bau und während des Betriebs von Gebäuden in ihrer Gesamtheit betrachtet, kann sich wirkungsvoll vor hohen Folgekosten schützen.

Wirtschaftsgebäude werden meist für einen Nutzungszeitraum von ca. 30 bis 50 Jahren errichtet. Von den zu 100 % angesetzten Gesamtkosten für Planung, Bau und dauerhafte Nutzung eines Gebäudes entfallen nur ca. 10 % auf dessen Planung und Bau. Also entstehen 90 % der Gesamtkosten während der Nutzungsphase.

Das Ziel muss daher sein, eine nachhaltige Betriebskostenreduzierung der Immobilie und damit einhergehend eine stetige Entlastung des Haushaltes zu erreichen. Um dieses Ziel erreichen zu können, ist es hilfreich und notwendig, die geschätzten Lebensdauerkosten von geplanten Immobilien bereits bei der politischen Beratung zu kennen.

Hans-Otto Runkler

Antrag-Nr. 14/127

öffentlich

Datum: 29.07.2016
Antragsteller: FDP

Sozialausschuss	29.08.2016	empfehlender Beschluss
Schulausschuss	30.08.2016	empfehlender Beschluss
Ausschuss für den LVR- Verbund Heilpädagogischer Hilfen	02.09.2016	empfehlender Beschluss
Krankenhausausschuss 3	12.09.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	13.09.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	14.09.2016	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	15.09.2016	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	19.09.2016	empfehlender Beschluss
Ausschuss für Personal und allgemeine Verwaltung	19.09.2016	empfehlender Beschluss
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	21.09.2016	empfehlender Beschluss
Landschaftsausschuss	23.09.2016	Beschluss

Tagesordnungspunkt:

Fachhochschule des LVR für Soziales und Gesundheit prüfen

Beschlussvorschlag:

Die Verwaltung wird beauftragt zu prüfen, ob und unter welchen Voraussetzungen bzw. Rahmenbedingungen zur Wahrnehmung der Aufgaben im Bereich Gesundheit und Sozialwesen die Gründung einer Fachhochschule in Trägerschaft des LVR, ggf. gemeinsam mit dem LWL bzw. anderen Institutionen, sinnvoll und möglich ist. Hierüber soll den Ausschüssen berichtet und, soweit zu weiteren Schritten erforderlich, ggf. eine Beschlussvorlage erstellt werden.

Begründung:

Es liegt im Interesse des Landschaftsverbands Rheinland, sich zur Wahrnehmung seiner Aufgaben im Bereich Soziales/Gesundheit und nachhaltigen Gewinnung und Entwicklung qualifizierten Personals in Ergänzung zu Berufskolleg und Akademie mit der Trägerschaft einer eigenen Fachhochschule für diesen Bereich zukunftsorientiert aufzustellen und weiter zu profilieren. Die Verwaltung wird gebeten, dazu die Möglichkeiten auszuloten sowie die Rahmenbedingungen und Voraussetzungen darzustellen.

Hans-Otto Runkler



Beschlüsse des Gremiums Krankenhausausschuss 2 öffentlich offene Beschlüsse

Vorlage / Antrag / Anfrage	TOP / Betreff	Gremium / Datum	feder-führende DST	Beschluss / Auftrag Fachausschussbezogene Ergänzung	Zu erled. bis	Beschlussausführung	
14/857	Flüchtlingshilfen des Landschaftsverbandes Rheinland	KA 3 / 09.11.2015 KA 2 / 10.11.2015 KA 4 / 11.11.2015 KA 1 / 12.11.2015 GA / 13.11.2015 Fi / 02.12.2015 LA / 09.12.2015	84	1) "Die Verwaltung wird beauftragt, die in der Vorlage Nr. 14/857 aufgezählten Maßnahmen zur Hilfe für Flüchtlinge umzusetzen."	31.03.2017	Vorlage wird erstellt.	
14/857	Flüchtlingshilfen des Landschaftsverbandes Rheinland	KA 3 / 09.11.2015 KA 2 / 10.11.2015 KA 4 / 11.11.2015 KA 1 / 12.11.2015 GA / 13.11.2015 Fi / 02.12.2015 LA / 09.12.2015	84	2) "Sollte aufgrund der umgesetzten Maßnahmen ein überplanmäßiger Bedarf erforderlich sein, wird dieser für 2016 bis zu einem Betrag von 221.520 € genehmigt."	31.03.2017	Vorlage wird erstellt.	
14/628	LVR-Klinik Langenfeld Errichtung einer Wahlleistungsstation hier: Durchführungsbeschluss	Bau- und VA / 06.11.2015 KA 2 / 10.11.2015	854	Die LVR-Klinik Langenfeld wird gemäß der Vorlage Nr. 14/628 mit der Durchführung der Baumaßnahme zur Errichtung einer Wahlleistungsstation beauftragt.	30.06.2018	Auf Basis des Durchführungsbeschlusses erfolgt nun die Ausschreibung der Planungsleistung. Anschließend wird der Bauantrag gestellt. Nach dessen Genehmigung erfolgt die Ausschreibung der Gewerke. Baubeginn ist für Herbst 2016 geplant.	
14/88 SPD, CDU	Haushalt 2015/16 Geschlechterspezifische Medikation	KA 3 / 09.03.2015 KA 2 / 10.03.2015 KA 4 / 11.03.2015 KA 1 / 12.03.2015 GA / 13.03.2015 Fi / 17.04.2015 LA / 22.04.2015 LVers / 28.04.2015	8	Die Verwaltung wird gebeten, Fachtagungen zum Thema „Geschlechterspezifische Medikation“ durchzuführen und entsprechenden Erkenntnistransfer in den Klinikverbund sicherzustellen.	31.12.2016	Eine Fachtagung ist für den 22.09.2016 terminiert.	
14/72 SPD, CDU	Haushalt 2015/16 Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern – Implementierung des Projektes Trampolin Plus im Klinikverbund	KA 3 / 09.03.2015 KA 2 / 10.03.2015 KA 4 / 11.03.2015 KA 1 / 12.03.2015 GA / 13.03.2015 Fi / 17.04.2015 LA / 22.04.2015 LVers / 28.04.2015	8	Die Vorstände der LVR-Kliniken werden gebeten zu prüfen, inwieweit das erfolgreich in der LVR-Klinik Düren eingeführte Gruppenprogramm für Kinder aus belasteten Familien in der eigenen Klinik umgesetzt werden kann. Über die Umsetzung soll in den Krankenhausausschüssen berichtet werden.	31.12.2016	Die Einführung von Trampolin Plus, welches in der LVR-Klinik Düren entwickelt und durchgeführt wird, wurde in allen Kliniken geprüft. Über die Ergebnisse wird in den Krankenhausausschüssen berichtet.	

Selektionskriterien:
alle öffentlichen offenen Beschlüsse

Legende: **Gremium** = Beschlussgremium

Beschlüsse des Gremiums Krankenhausausschuss 2 öffentlich offene Beschlüsse

Vorlage / Antrag / Anfrage	TOP / Betreff	Gremium / Datum	feder-führende DST	Beschluss / Auftrag Fachausschussbezogene Ergänzung	Zu erled. bis	Beschlussausführung	
14/71 SPD, CDU	Haushalt 2015/16 Erprobung von Angeboten der Peer-Beratung durch Genesungsbegleiterinnen und –begleiter in den LVR-Kliniken	KA 3 / 09.03.2015 KA 2 / 10.03.2015 KA 4 / 11.03.2015 KA 1 / 12.03.2015 GA / 13.03.2015 Fi / 17.04.2015 LA / 22.04.2015 LVers / 28.04.2015	8	Die Verwaltung wird beauftragt, den Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und –begleitern in bis zu drei LVR-Kliniken modellhaft zu erproben und über die Erfahrungen zu berichten.	31.12.2016	Über die Umsetzung wird berichtet, eingesetzt in Düren und Bonn, weit fortgeschritten in den Planungen Bedburg-Hau, Essen und Köln, zielvereinbart mit Langenfeld, Mönchengladbach und Viersen.	
14/55 SPD, CDU	Haushalt 2015/16 Verbesserung der Energieeffizienz und Senkung des Primärenergiebedarfes	Bau- und VA / 06.03.2015 KA 3 / 09.03.2015 KA 2 / 10.03.2015 KA 4 / 11.03.2015 KA 1 / 12.03.2015 Um / 26.03.2015 Fi / 17.04.2015 LA / 22.04.2015 LVers / 28.04.2015	2	<p>1. Die Verwaltung wird gebeten, bei Neubau- und Sanierungsmaßnahmen die Senkung des Primärenergiebedarfes unter Berücksichtigung ökologischer und ökonomischer Grundsätze weiter voran zu treiben.</p> <p>2. Neben dem Passivhausstandard sollen zukünftig auch andere, zielführende Lösungsansätze geprüft und in den Bauvorlagen an die politischen Gremien dargestellt werden. Energetisches Ziel ist es, den Grenzwert des Passivhausstandards (120 Kwh/m²a) zu unterschreiten.</p> <p>3. Des Weiteren wird die Verwaltung gebeten, ein Monitoring der in Passivhausstandard errichteten Neubauten durchzuführen. Die Ergebnisse sind den politischen LVR-Gremien sowie den Mitgliedskörperschaften des LVR im Rahmen des Energieberichts vorzulegen.</p>	31.12.2016	Der Beschluss ist in der Bearbeitung.	

Selektionskriterien:
alle öffentlichen offenen Beschlüsse

Legende: **Gremium** = Beschlussgremium



Beschlüsse des Gremiums Krankenhausausschuss 2 öffentlich offene Beschlüsse

Vorlage / Antrag / Anfrage	TOP / Betreff	Gremium / Datum	feder-führende DST	Beschluss / Auftrag Fachausschussbezogene Ergänzung	Zu erled. bis	Beschlussausführung	
13/3626	LVR-Klinikum Düsseldorf Neubau eines Diagnostik-, Therapie- und Forschungszentrums (DTFZ), 1. Bauabschnitt hier: Vorstellung der Planung und der Kosten	KA 2 / 17.06.2014	24	1) 1. Der Planung und den Kosten in Höhe von 64.797.000,00 € brutto für den Neubau eines Diagnostik-, Therapie- und Forschungszentrums (DTFZ), 1. Bauabschnitt, für das LVR-Klinikum Düsseldorf wird gemäß Vorlage Nr. 13/3626 zugestimmt. Die Verwaltung wird mit der Durchführung der Maßnahme beauftragt.	31.12.2018	Der Bauantrag ist gestellt worden. Eine Teilgenehmigung liegt vor. Der Auftrag über die Erd- und Rohbauarbeiten ist am 16.11.2015 erteilt worden.	
13/3626	LVR-Klinikum Düsseldorf Neubau eines Diagnostik-, Therapie- und Forschungszentrums (DTFZ), 1. Bauabschnitt hier: Vorstellung der Planung und der Kosten	KA 2 / 17.06.2014	24	2) 2. Dem Rückbau der Häuser 12, 23 und 26 zur Baufeldfreimachung in Höhe von 425.000 € brutto wird gemäß Vorlage Nr. 13/3626 zugestimmt. Die Verwaltung wird mit der Durchführung der Maßnahme beauftragt.	31.12.2018	Die Baumaßnahme befindet sich in der Ausführung. Am 06.10.2016 findet die Grundsteinlegung statt.	
13/3625	LVR-Klinik Langenfeld Neubau eines Stationsgebäudes hier: Vorstellung der Planung und der Kosten	KA 2 / 17.06.2014	24	1) 1. Der Planung und den Kosten in Höhe von 30.547.614,00 € brutto für den Neubau eines Stationsgebäudes für die LVR-Klinik Langenfeld wird gemäß Vorlage Nr. 13/3625 zugestimmt. Die Verwaltung wird mit der Durchführung der Maßnahme beauftragt.	31.12.2017	Die Baugenehmigung liegt vor. Am 22.02.2016 fand die Grundsteinlegung statt. Für den 07.10.2016 wurde das Richtfest terminiert.	
13/3625	LVR-Klinik Langenfeld Neubau eines Stationsgebäudes hier: Vorstellung der Planung und der Kosten	KA 2 / 17.06.2014	24	2) 2. Dem Rückbau des jetzigen Standardbettenhauses (Haus 59) mit Kosten in Höhe von 2.239.400,00 € brutto wird gemäß Vorlage Nr. 13/3625 zugestimmt. Die Verwaltung wird mit der Durchführung der Maßnahme beauftragt.	31.12.2018	Der Beschluss kann erst nach der Fertigstellung der Teilbeschlussnummer 1 umgesetzt werden. Daher das Umsetzungsdatum (Abriss) nach der Fertigstellung des Neubaus.	
13/323 GRÜNE, FDP, SPD	Anträge und Anfragen Antrag: Zentrum für Altersmedizin (ZAM) in Köln	KA 2 / 17.06.2014	863	Die Verwaltung wird beauftragt, die Voraussetzungen für eine Kooperation zur Errichtung eines Zentrums für Altersmedizin am Standort Köln-Merheim zu prüfen und dazu Gespräche aufnehmen. Zielvorstellungen für ein Zentrum für	31.12.2017	Das Konzept für das Zentrum für Altersmedizin (ZAK) wurde von Hr. PD Dr. Häussermann, Chefarzt der Gerontopsychiatrischen Abteilung, in Zusammenarbeit mit dem Klinikvorstand erstellt. Überarbeitetes und konsentiertes Planungskonzept (Stand August 2015) beinhaltet weiterhin Kooperationsprojekt "Zentrum für Altersmedizin",	

Selektionskriterien:
alle öffentlichen offenen Beschlüsse

Legende: **Gremium** = Beschlussgremium


Beschlüsse des Gremiums Krankenhausausschuss 2 öffentlich offene Beschlüsse

Vorlage / Antrag / Anfrage	TOP / Betreff	Gremium / Datum	federführende DST	Beschluss / Auftrag Fachausschussbezogene Ergänzung	Zu erled. bis	Beschlussausführung	
				<p>Altersmedizin sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - eine enge Verzahnung der Fachdisziplinen Neurologie, Innere Medizin, Palliativmedizin, Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Orthopädie - Nahtlose Übergänge zwischen akutmedizinischen und rehabilitativen Maßnahmen - Integration in das Netzwerk komplementärer Hilfen (Ambulante Dienste, Tagespflege etc.) - Prävention durch frühzeitige fachspezifische Behandlung zur Vermeidung von Krankheitsverschlechterung und Pflegebedürftigkeit. 		<p>allerdings mit seitens des LVR nun 10 stationären Plätzen. Konzept liegt der Trägerzentralverwaltung (FB 84) vor, diese Version ist auch an den Kooperationspartner Uniklinik versandt worden.</p> <p>Beide Kooperationspartner haben ihren Willen erklärt, das ZAK auf dem Gelände der Uniklinik zu etablieren. Derzeit wird durch die Uniklinik Köln ein geeignetes Grundstück auf dem Uni-Campus gesucht (ursprünglich avisiertes Baufeld nicht geeignet).</p> <p>Bei allen bisherigen Gesprächen wurde bestätigt, dass an dem Plan des gemeinsam betriebenen ZAK, vorbehaltlich der Krankenhausplanung NRW, festgehalten wird. Kooperationsvertrag ist weiterhin in Bearbeitung mit FB 81 und 84. Finanzierungskonzept folgt nach Erarbeitung der Grundzüge der Kooperationsvereinbarung und auf der Grundlage der Erkenntnisse Kooperationsprojekt LVR-Klinik Düsseldorf mit UKD.</p>	
13/282 FDP, GRÜNE, SPD	Haushalt 2014 Umweltfreundliche Baumaterialien	KA 3 / 04.11.2013 KA 2 / 05.11.2013 KA 4 / 06.11.2013 KA 1 / 07.11.2013 GA / 08.11.2013 Bau / 21.11.2013 Um / 22.11.2013 Fi / 04.12.2013 LA / 06.12.2013 LVers / 16.12.2013	2	Die Verwaltung wird beauftragt, die aktuelle Materialliste der einzusetzenden Baustoffe hinsichtlich ihrer Umweltfreundlichkeit zu überprüfen. Hierbei sollen auch Baustoffalternativen, welche zur Zeit nicht in der Liste enthalten sind, mit berücksichtigt werden.	30.12.2016	Hierzu ist eine strategische Zielvereinbarung zwischen LR 2 und LD getroffen worden.	
13/228 GRÜNE, SPD, FDP	Haushalt 2013 Neuinstallation und Modernisierung der Fahrradabstellanlagen/Radinfrastruktur an den LVR-Liegenschaften	Schul / 26.11.2012 Ku / 28.11.2012 KA 3 / 03.12.2012 JHR / 03.12.2012 KA 2 / 04.12.2012 KA 4 / 05.12.2012	24	1) Die Zentralverwaltung, die Außendienststellen sowie die Eigenbetriebe des LVR werden aufgefordert, die begonnenen Maßnahmen zur Neuinstallation und Modernisierung der Fahrradabstellanlagen mit folgenden Zielset-	31.12.2016	Mit Vorlage-Nr. 14/336 ist über den Sachstand berichtet worden.	

Selektionskriterien:
alle öffentlichen offenen Beschlüsse

Legende: **Gremium** = Beschlussgremium



**Beschlüsse des Gremiums Krankenhausausschuss 2
öffentlich offene Beschlüsse**

Vorlage / Antrag / Anfrage	TOP / Betreff	Gremium / Datum	feder-führende DST	Beschluss / Auftrag Fachausschussbezogene Ergänzung	Zu erled. bis	Beschlussausführung	
		KA 1 / 06.12.2012 Bau / 11.12.2012 HPH / 12.12.2012 Fi / 14.12.2012 LA / 17.12.2012 LVers / 19.12.2012		zungen fortzusetzen und zu beschleunigen: Montage von rahmensichernden, diebstahlsicheren Fahrradgeländern/-bügeln vor allen Kultureinrichtungen sowie den wichtigsten Gebäuden an allen LVR-Liegenschaften mit Publikumsverkehr, Sitzungssälen, Turnhallen, Sportplätzen etc. Davon soll ein Teil auch für Dreiräder und Tandems nutzbar sein. Die genannten Ziele sollen innerhalb der kommenden drei Jahre baulich umgesetzt werden. Jährlich soll dem Bauausschuss ein entsprechender Zwischenbericht vorgelegt werden. Darüber hinaus ist eine Übersicht über die Fahrradabstellanlagen in den LVR-HPH-Netzen zu erstellen.			
13/228 GRÜNE, SPD, FDP	Haushalt 2013 Neuinstallation und Modernisierung der Fahrradabstellanlagen/Radinfrastruktur an den LVR-Liegenschaften	Schul / 26.11.2012 Ku / 28.11.2012 KA 3 / 03.12.2012 JHR / 03.12.2012 KA 2 / 04.12.2012 KA 4 / 05.12.2012 KA 1 / 06.12.2012 Bau / 11.12.2012 HPH / 12.12.2012 Fi / 14.12.2012 LA / 17.12.2012 LVers / 19.12.2012	24	2) Die Zentralverwaltung, die Außenstellen sowie die Eigenbetriebe des LVR werden aufgefordert, die begonnenen Maßnahmen zur Neuinstallation und Modernisierung der Fahrradabstellanlagen mit folgenden Zielsetzungen fortzusetzen und zu beschleunigen: Austausch von alten felgenschädlichen Abstellanlagen gegen rahmensichernde Fahrradbügel. Die genannten Ziele sollen innerhalb der kommenden drei Jahre baulich umgesetzt werden. Jährlich soll dem Bauausschuss ein entsprechender Zwischenbericht vorgelegt werden.	31.12.2016	Mit Vorlage-Nr. 14/336 ist über den Sachstand berichtet worden.	

Selektionskriterien:
alle öffentlichen offenen Beschlüsse

Legende: **Gremium** = Beschlussgremium


**Beschlüsse des Gremiums Krankenhausausschuss 2
öffentlich offene Beschlüsse**

Vorlage / Antrag / Anfrage	TOP / Betreff	Gremium / Datum	feder-führende DST	Beschluss / Auftrag Fachausschussbezogene Ergänzung	Zu erled. bis	Beschlussausführung	
				Darüber hinaus ist eine Übersicht über die Fahrradabstellanlagen in den LVR-HPH-Netzen zu erstellen.			
13/228 GRÜNE, SPD, FDP	Haushalt 2013 Neuinstallation und Modernisierung der Fahrradabstellanlagen/Radinfrastruktur an den LVR-Liegenschaften	Schul / 26.11.2012 Ku / 28.11.2012 KA 3 / 03.12.2012 JHR / 03.12.2012 KA 2 / 04.12.2012 KA 4 / 05.12.2012 KA 1 / 06.12.2012 Bau / 11.12.2012 HPH / 12.12.2012 Fi / 14.12.2012 LA / 17.12.2012 LVers / 19.12.2012	24	3) Die Zentralverwaltung, die Außendienststellen sowie die Eigenbetriebe des LVR werden aufgefordert, die begonnenen Maßnahmen zur Neuinstallation und Modernisierung der Fahrradabstellanlagen mit folgenden Zielsetzungen fortzusetzen und zu beschleunigen: Aufstellen von Fahrradboxen und/oder überdachten Fahrradparkplätzen nicht nur für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sondern auch für die Klientinnen und Klienten mit der Möglichkeit, die Fahrradkleidung sicher und trocken aufzubewahren. Die genannten Ziele sollen innerhalb der kommenden drei Jahre baulich umgesetzt werden. Jährlich soll dem Bauausschuss ein entsprechender Zwischenbericht vorgelegt werden. Darüber hinaus ist eine Übersicht über die Fahrradabstellanlagen in den LVR-HPH-Netzen zu erstellen.	31.12.2016	Mit Vorlage-Nr. 14/336 ist über den Sachstand berichtet worden.	
13/228 GRÜNE, SPD, FDP	Haushalt 2013 Neuinstallation und Modernisierung der Fahrradabstellanlagen/Radinfrastruktur an den LVR-Liegenschaften	Schul / 26.11.2012 Ku / 28.11.2012 KA 3 / 03.12.2012 JHR / 03.12.2012 KA 2 / 04.12.2012 KA 4 / 05.12.2012 KA 1 / 06.12.2012 Bau / 11.12.2012 HPH / 12.12.2012 Fi / 14.12.2012	24	4) Die Zentralverwaltung, die Außendienststellen sowie die Eigenbetriebe des LVR werden aufgefordert, die begonnenen Maßnahmen zur Neuinstallation und Modernisierung der Fahrradabstellanlagen mit folgenden Zielsetzungen fortzusetzen und zu beschleunigen: An den wichtigsten und publikums-	31.12.2016	Mit Vorlage-Nr. 14/336 ist über den Sachstand berichtet worden.	

Selektionskriterien:
alle öffentlichen offenen Beschlüsse

Legende: **Gremium** = Beschlussgremium


Beschlüsse des Gremiums Krankenhausausschuss 2 öffentlich offene Beschlüsse

Vorlage / Antrag / Anfrage	TOP / Betreff	Gremium / Datum	feder-führende DST	Beschluss / Auftrag Fachausschussbezogene Ergänzung	Zu erled. bis	Beschlussausführung	
		LA / 17.12.2012 LVers / 19.12.2012		<p>trächtigsten Einrichtungen des LVR soll das sichere Abstellen und Aufladen von E-Bikes und Pedelecs möglich sein.</p> <p>Die genannten Ziele sollen innerhalb der kommenden drei Jahre baulich umgesetzt werden. Jährlich soll dem Bauausschuss ein entsprechender Zwischenbericht vorgelegt werden. Darüber hinaus ist eine Übersicht über die Fahrradabstellanlagen in den LVR-HPH-Netzen zu erstellen.</p>			
13/228 GRÜNE, SPD, FDP	Haushalt 2013 Neuinstallation und Modernisierung der Fahrradabstellanlagen/Radinfrastruktur an den LVR-Liegenschaften	Schul / 26.11.2012 Ku / 28.11.2012 KA 3 / 03.12.2012 JHR / 03.12.2012 KA 2 / 04.12.2012 KA 4 / 05.12.2012 KA 1 / 06.12.2012 Bau / 11.12.2012 HPH / 12.12.2012 Fi / 14.12.2012 LA / 17.12.2012 LVers / 19.12.2012	24	<p>5) Die Zentralverwaltung, die Außenstellen sowie die Eigenbetriebe des LVR werden aufgefordert, die begonnenen Maßnahmen zur Neuinstallation und Modernisierung der Fahrradabstellanlagen mit folgenden Zielsetzungen fortzusetzen und zu beschleunigen:</p> <p>Durch Beschilderung und Ergänzung der landesweiten Radwegweisung soll die verkehrssichere Erreichbarkeit aller LVR-Einrichtungen für Radfahrerinnen und Radfahrer, insbesondere auch für die Besucherinnen und Besucher der Einrichtungen, erleichtert werden.</p> <p>Die genannten Ziele sollen innerhalb der kommenden drei Jahre baulich umgesetzt werden. Jährlich soll dem Bauausschuss ein entsprechender Zwischenbericht vorgelegt werden. Darüber hinaus ist eine Übersicht über die Fahrradabstellanlagen in den LVR-HPH-Netzen zu erstellen.</p>	31.12.2016	Der Umweltausschuss ist mit der Vorlage-Nr. 14/304 über das Mobilitätsmanagement im LVR, hier: "Ergebnisse der Mobilitätsstudie am Beispiel des Standortes Düren" informiert worden. Derzeit erfolgt eine Prüfung, inwieweit die dort vorgeschlagenen Maßnahmen auf den LVR übertragen werden können.	

Selektionskriterien:
alle öffentlichen offenen Beschlüsse

Legende: **Gremium** = Beschlussgremium





Beschlüsse des Gremiums Krankenhausausschuss 2 öffentlich offene Beschlüsse

Vorlage / Antrag / Anfrage	TOP / Betreff	Gremium / Datum	federführende DST	Beschluss / Auftrag Fachausschussbezogene Ergänzung	Zu erled. bis	Beschlussausführung	
12/3359/1	Rheinische Kliniken Langenfeld, Errichtung einer Tagesklinik in Leverkusen hier: Vorstellung der Planung und Kosten	KA 2 / 23.09.2008 GA / 26.09.2008 Bau / 21.10.2008	854	Der Planung und den Kosten in Höhe von 995.316,00 € für die Herrichtung der Tagesklinik in Leverkusen für die Rheinischen Kliniken Langenfeld wird gemäß Vorlage Nr. 12/3359/1 zugestimmt. Die Rheinischen Kliniken Langenfeld werden mit der Durchführung der Maßnahme beauftragt.	31.12.2017	Die Tagesklinik soll zeitgleich mit einer stationären Einheit realisiert werden. Das entsprechende regionale Planungsverfahren wurde mit positivem Ergebnis abgeschlossen. Die Klinik steht in Verhandlungen mit dem Städtischen Klinikum Leverkusen zur Umsetzung/Finanzierung. Als Baubeginn ist Anfang des Jahres 2017 avisiert.	

Selektionskriterien:
alle öffentlichen offenen Beschlüsse

Legende: **Gremium** = Beschlussgremium

Beschlüsse des Gremiums Krankenhausausschuss 2 öffentlich erledigte Beschlüsse

Vorlage / Antrag / Anfrage	TOP / Betreff	Gremium / Datum	federführende DST	Beschluss / Auftrag Fachausschussbezogene Ergänzung	Zu erled. bis	Beschlussausführung	
14/966	Kooperationsvereinbarung des LVR-Klinikverbundes mit dem Gesundheitsdepartement der Oblast Lviv/ Lemberg (Ukraine)	KA 3 / 18.01.2016 KA 2 / 19.01.2016 KA 4 / 20.01.2016 KA 1 / 21.01.2016 GA / 22.01.2016 Ko Europa / 08.03.2016 LA / 09.03.2016	8	"Dem Abschluss einer Kooperationsvereinbarung des LVR-Klinikverbundes mit dem Gesundheitsdepartement der Oblast Lviv/ Lemberg (Ukraine) gemäß der Vorlage 14/966 einschließlich des geänderten § 2 der Kooperationsvereinbarung wird zugestimmt."	30.06.2016	Unter Berücksichtigung der vom Landschaftsausschuss am 09.03.2016 beschlossenen Änderung zu § 2 der Kooperationsvereinbarung stimmen die Vereinbarungspartner einen gemeinsamen öffentlichkeitswirksamen Unterzeichnungstermin ab. Darüber wird in der nächsten Sitzung des Gesundheitsausschusses nach der Sommerpause, wie am 17.06.2016 angekündigt, berichtet.	
14/76 SPD, CDU	Haushalt 2015/16 Arbeitsangebote für Menschen mit Behinderung in der LVR-Klinik Köln	KA 2 / 10.03.2015 Fi / 17.04.2015 LA / 22.04.2015 LVers / 28.04.2015	8	Die Verbundzentrale wird beauftragt, im Zusammenwirken mit dem Dezernat 5 die Einrichtung einer Integrationsabteilung in der LVR-Klinik Köln (Verteilerküche) zu prüfen und umzusetzen.	01.04.2016	Bereits seit April wurden täglich rund 650 Essen pro Mahlzeit in der neuen Verteilerküche (Integrationsbetrieb) portioniert und in die Stationen gebracht, offizielle Eröffnung ist am 14.06.2016 erfolgt.	
14/73 SPD, CDU	Haushalt 2015/16 Verbesserung der Teilhabe von Suchtkranken am Arbeitsleben	KA 3 / 09.03.2015 KA 2 / 10.03.2015 KA 4 / 11.03.2015 KA 1 / 12.03.2015 GA / 13.03.2015 Soz / 24.03.2015 Fi / 17.04.2015 LA / 22.04.2015 LVers / 28.04.2015	8	Der LVR-Klinikverbund wird beauftragt, ähnlich dem SUNRISE-Projekt am LVR-Klinikum Essen, Erprobungsvorhaben zu initiieren und unterstützend zu begleiten, die durch eine enge Zusammenarbeit zwischen Jobcenter und Suchtkrankenversorgung an weiteren Klinikstandorten im Rheinland geeignet sind, die Teilhabe Suchtkranker am Arbeitsleben zu verbessern.	31.12.2016	Vorlage Nr. 14/1161 ist in den Junisitzungen 2016 der Krankenhausausschüsse und des Gesundheitsausschusses vorgelegt worden.	
14/65 SPD, CDU	Haushalt 2015/16 Aufnahme von Flüchtlingen an den LVR-Schulen	KA 3 / 09.03.2015 KA 2 / 10.03.2015 KA 4 / 11.03.2015 KA 1 / 12.03.2015 GA / 13.03.2015 Schul / 17.03.2015 Ju / 19.03.2015 Inklusion / 23.03.2015 Soz / 24.03.2015 Fi / 17.04.2015 LA / 22.04.2015 LVers / 28.04.2015	5	In der sich zuspitzenden Situation von Flüchtlingen in den Mitgliedskommunen wird die Verwaltung beauftragt zu prüfen, in wie weit auch die LVR-Schulen die Möglichkeit der Beschulung von Flüchtlingen haben. Zusätzlich ist zu prüfen, welche Hilfsangebote Flüchtlingsfamilien mit Kindern mit Behinderung und/oder traumatisierten Kindern gemacht werden können.	31.12.2015	Mit Vorlage 14/625 hat die Verwaltung den Schulausschuss in der Sitzung am 25.08.2015 über die Zahl der an den Förderschulen des LVR in den vergangenen drei Schuljahren aufgenommenen Flüchtlingskinder informiert, welche Probleme bei der Beschulung von den Schulen gemeldet worden sind und wie die Verwaltung hilft. Die neun psychiatrischen LVR-Kliniken stehen darüber hinaus mit ihren Behandlungsangeboten Flüchtlingen (Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern) zur Verfügung, die psychiatrische Hilfe benötigen	

Selektionskriterien:

alle öffentlichen erledigten Beschlüsse, erledigt ab 29.12.2015

Legende: **Gremium** = Beschlussgremium

Beschlüsse des Gremiums Krankenhausausschuss 2 öffentlich erledigte Beschlüsse

Vorlage / Antrag / Anfrage	TOP / Betreff	Gremium / Datum	feder-führende DST	Beschluss / Auftrag Fachausschussbezogene Ergänzung	Zu erled. bis	Beschlussausführung	
14/62 SPD, CDU	Haushalt 2015/16 Schaffung zusätzlicher Betriebsintegrierter Arbeitsplätze	KA 3 / 09.03.2015 KA 2 / 10.03.2015 KA 4 / 11.03.2015 KA 1 / 12.03.2015 HPH / 20.03.2015 Inklusion / 23.03.2015 Soz / 24.03.2015 PA / 16.04.2015 Fi / 17.04.2015 LA / 22.04.2015 LVers / 28.04.2015	1	Die Verwaltung wird beauftragt, verstärkt Betriebsintegrierte Arbeitsplätze zu schaffen mit dem Ziel, diese in reguläre Arbeitsplätze umzuwandeln. Zusätzlich sollen (neue) Arbeitsplätze für leistungseingeschränkte MitarbeiterInnen und Menschen mit Behinderung geschaffen werden. Um hier im gesamten LVR einheitlich vorzugehen, soll unverzüglich ein entsprechendes Konzept entwickelt werden. Darüber hinaus wird die Verwaltung gebeten, eine Übersicht über den LVR (einschl. Eigenbetriebe) zu erstellen, aus der ersichtlich ist, in welchen Bereichen wie viele Menschen mit Behinderung beschäftigt sind.	31.12.2016	Zur Umsetzung des Antrags Nr. 14/62 wird auf die Vorlage Nr. 14/976 verwiesen.	
14/40 CDU, SPD	Haushalt 2015/16 Durchführung einer Fachtagung zum Thema PEPP	KA 3 / 09.03.2015 KA 2 / 10.03.2015 KA 4 / 11.03.2015 KA 1 / 12.03.2015 GA / 13.03.2015 Fi / 17.04.2015 LA / 22.04.2015 LVers / 28.04.2015	8	Die Verwaltung wird beauftragt, zeitnah eine Fachtagung zum Thema PEPP durchzuführen und die bisherigen Erkenntnisse der Optionsphase darzustellen. Gleichzeitig werden die Fachgremien regelmäßig über die Ergebnisse informiert.	30.06.2016	Eine Fachtagung zum Thema PEPP ist am 29.01.2016 durchgeführt worden.	

Selektionskriterien:

alle öffentlichen erledigten Beschlüsse, erledigt ab 29.12.2015

Legende: **Gremium** = Beschlussgremium

TOP 28 Mitteilungen der Verwaltung

TOP 28.1 LVR-Verbundzentrale

TOP 28.2 Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf

TOP 28.3 Klinikvorstand LVR-Klinik Köln

TOP 28.4 Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld

TOP 29 Verschiedenes