

An die Mitglieder
des Gesundheitsausschusses

Köln, 20.01.2023
Frau Groeters
Fachbereich 81

Gesundheitsausschuss

Freitag, 03.02.2023, 10:00 Uhr

Köln, Horion-Haus, Rhein/Ruhr/Erft

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Während der Sitzung sind Sie telefonisch zu erreichen unter Tel. Nr.: 0221/809-6011.

Hinweise zum Infektionsschutz zu COVID-19: siehe Anlage

Falls es Ihnen nicht möglich ist, an der Sitzung teilzunehmen, bitte ich, dies umgehend der zuständigen Fraktions-/Gruppengeschäftsstelle mitzuteilen, damit eine Vertretung rechtzeitig benachrichtigt werden kann.

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

A: Gesundheitsausschuss

Öffentliche Sitzung

1. Anerkennung der Tagesordnung
2. Niederschrift über die 9. Sitzung vom 18.11.2022
3. Entwurf zum Nachtragshaushalt 2023;
hier: Zuständigkeit des Gesundheitsausschusses
Berichterstattung: LVR-Dezernentin Hötte
4. Studien- und Informationsreise des
Gesundheitsausschusses vom 17.- 20.10.2022
nach München und Klingenmünster; Bericht
Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski

Beratungsgrundlage

15/1401 B

15/1460 K

5. Positionspapier des „Bündnis Sprachmittlung“ - Initiative zur Verankerung von Sprachmittlung im SGB V
Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski **15/1452 K**
6. Organisation der Kommunikationsfunktion im LVR
Berichterstattung: LVR-Direktorin Lubek **15/1410 K**
7. Fortführung und Weiterentwicklung der „Peer-Beratung bei der Koordinierungs-, Kontakt-, und Beratungsstelle (KoKoBe)“ ab dem Jahr 2023
Berichterstattung: LVR-Dezernent Lewandrowski **15/1394 K**
8. Digitale Agenda – Haltung und Handeln des LVR in der digitalen Transformation
Berichterstattung: LVR-Dezernent Janich **15/1390/1 K**
9. Belegungssituation im Maßregelvollzug
Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski
10. Anträge und Anfragen
11. Beschlusskontrolle
12. Bericht aus der Verwaltung
13. Verschiedenes

B: Ausschuss für das LVR-Institut für Forschung und Bildung

Öffentliche Sitzung

14. Verschiedenes

C: Gesundheitsausschuss

Nichtöffentliche Sitzung

15. Niederschrift über die 9. Sitzung vom 18.11.2022
16. Bestellung zum Stellvertretenden Ärztlichen Direktor im Klinikvorstand des LVR-Klinikums Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski **15/1437 B**
17. LVR-Klinik Bonn - Kinderneurologische Zentrum - Neubau des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) am Kaiser-Karl-Ring 20 in Bonn;
hier: Grundsatzbeschluss
Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski **15/1435 K**
18. Bericht über die Budgetverhandlungen für den KHG-Bereich des LVR-Klinikverbunds
Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski **15/1444 K**
19. Aktueller Bericht aus dem Maßregelvollzug
Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski
20. Anträge und Anfragen

21. Beschlusskontrolle
22. Bericht aus der Verwaltung
23. Verschiedenes

D: Ausschuss für das LVR-Institut für Forschung und Bildung

Nichtöffentliche Sitzung

24. Verschiedenes

Mit freundlichen Grüßen
Die Vorsitzende

S c h ä f e r

Hinweise zum Infektionsschutz (Stand ab 25.10.2022)

1. Durchführung der Sitzung

Die Sitzung findet als Präsenzveranstaltung statt. Es wird empfohlen, bei Betreten des Sitzungsraumes sowie am Sitzplatz eine medizinische Maske oder eine Maske höheren Standards (FFP2) zu tragen und diese nur zum Sprechen und/oder Trinken abzulegen.

In Ausübung des Hausrechts kann die Sitzungsleitung in der Sitzung, unter Abwägung der aktuellen Gesamtumstände, das Tragen einer medizinischen Maske oder einer Maske höheren Standards anordnen. Bitte leisten Sie den Aufforderungen der Sitzungsleitung Folge.

Durch die Verwaltung werden weitere Hygienemaßnahmen getroffen.

2. Gründe für eine Nichtteilnahme

Bitte begeben Sie sich insbesondere nicht zur Sitzung, wenn

- Sie Symptome einer Erkältungskrankheit aufweisen
- Sie zur Quarantäne bzw. Isolierung verpflichtet sind.

Sollten im Einzelfall Unsicherheiten bestehen, ob eine Teilnahme an der Sitzung möglich ist, steht die LVR-Stabsstelle Sitzungsmanagement unter LVR-Sitzungsmanagement@lvr.de für Fragen zur Verfügung.

TOP 1 Anerkennung der Tagesordnung

Niederschrift
über die 9. Sitzung des Gesundheitsausschusses
am 18.11.2022 in Köln, Horion-Haus
- öffentlicher Teil -

Anwesend vom Gremium:

CDU

Baer, Gudrun
Bündgens, Willi (für Schavier)
Heister, Joachim
Henk-Hollstein, Anne (für Stieber)
Kipphardt, Guntmar (für de Bellis-Olinger)
Loepp, Helga
Nabbefeld, Michael
Renzel, Peter

SPD

Heinisch, Iris
Karl, Christiane
Kaske, Axel (für Engler)
Krossa, Manfred
Kucharczyk, Jürgen
Schulz, Margret

Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Hoffmann-Badache, Martina
Kresse, Martin
Manske, Marion
Schäfer, Ilona Vorsitzende
Tietz-Latza, Alexander

FDP

vom Berg, Joachim
Breuer, Klaus

AfD

Dr. Schnaack, Frank

Die Linke.

Onori, Birgit

Die FRAKTION

Lukat, Nicole

Gruppe FREIE WÄHLER

Alsdorf, Georg

Verwaltung:

Janich	LVR-Dezernent "Digitalisierung, IT-Steuerung, Mobilität und Technische Innovation"
Krüger	LVR-Fachbereichsleiter "Wirtschaftliche Steuerung"
Lüder	LVR-Fachbereichsleiter "Maßregelvollzug"
Dr. Möller-Bierth	LVR-Fachbereichsleiterin "Personelle und organisatorische Steuerung"
Stephan-Gellrich	LVR-Fachbereichsleiterin "Planung, Qualität und Innovationsmanagement"
Brehmer	Stellvertreter der Kaufmännischen Direktion im Vorstand des LVR-IFuB
Goldner	LVR-Fachbereich "Personelle und organisatorische Steuerung"
Imre	LVR-Fachbereich "Personelle und organisatorische Steuerung"
Tomm	LVR-Fachbereich "Wirtschaftliche Steuerung"
Bußenius	LVR-Fachbereich "Kommunikation"
Dr. Schartmann	LVR-Fachbereichsleiter "Sozialhilfe II" (bis TOP 8)
Wilms	LVR-Fachbereichsleiterin "Kaufmännisches Immobilienmanagement, Haushalt, Gebäudeservice" (bis TOP 16)
Groeters	LVR-Fachbereich "Personelle und organisatorische Steuerung (Protokoll)"

Referent:

Wagner	Wuppertaler Institut für Klima, Umwelt, Energie gGmbH (bis TOP 8)
--------	---

Tagesordnung

A: Gesundheitsausschuss

Öffentliche Sitzung

Beratungsgrundlage

1. Anerkennung der Tagesordnung
2. Niederschrift über die 8. Sitzung vom 09.09.2022
3. Zielbild: „Klimaneutrales Krankenhaus“ des Wuppertaler Instituts für Klima, Umwelt und Energie gGmbH
4. Ergebnisse der Messung des Digitalen Reifegrades der LVR-Kliniken
5. Wirtschaftsplanentwürfe 2023 des LVR-Klinikverbundes **15/1235 E**
6. Weiterfinanzierung Atrium - ein Modellprojekt zur Weiterentwicklung migrationsspezifischer psychiatrischer Versorgung in Düsseldorf **15/1292 B**
7. Zwischenbericht zum Modellprojekt "Inklusiver Sozialraum" und Verlängerung des Modellprojektes **15/1245/1 E**
8. Das neue Betreuungsrecht als Chance für mehr Selbstbestimmung von Menschen mit rechtlicher Betreuung **15/1061 K**
9. Maßregelvollzug
- 9.1. Bericht über den Planungsstand der neuen forensischen Klinik in Wuppertal-Ronsdorf **15/1257 K**
- 9.2. Belegungssituation im Maßregelvollzug
10. Anträge und Anfragen
- 10.1. Auszeichnung "Selbsthilfefreundliches Krankenhaus" **Antrag 15/70 Die FRAKTION E**
- 10.2. Anfrage: Kostenlose Hygieneartikel in LVR-Einrichtungen **Anfrage 15/39 GRÜNE K**
- 10.3. Beantwortung der Anfrage 15/39 GRÜNE: Kostenlose Hygieneartikel in LVR-Einrichtungen
- 10.4. Lebensmittelverwertung in Kliniken und Schulen des LVR **Anfrage 15/44 AfD K**
- 10.5. Beantwortung der Anfrage 15/44 AfD: Lebensmittelverwertung in Kliniken und Schulen des LVR
- 10.6. Einrichtungsbezogene Impfpflicht ab dem 1.10.2022 **Anfrage 15/45 AfD K**
- 10.7. Beantwortung der Anfrage 15/45 AfD: Einrichtungsbezogene Impfpflicht ab dem 1.10.2022
11. Bericht aus der Verwaltung

12. Verschiedenes

B: Ausschuss für das LVR-Institut für Forschung und Bildung

13. Verschiedenes

C: Gesundheitsausschuss

Nichtöffentliche Sitzung

14. Niederschrift über die 8. Sitzung vom 09.09.2022
15. Personalmaßnahmen
- 15.1. Befristete Weiterbeschäftigung und Wiederbestellung zum Kaufmännischen Direktor und Vorsitzenden des Klinikvorstandes des LVR-Klinik Düren **15/1281 B**
- 15.2. Bestellung zum Stellvertreter der Kaufmännischen Direktion im Klinikvorstand der LVR-Klinik Düren **15/1282 B**
- 15.3. Wiederbestellung zur Ärztlichen Direktorin im Klinikvorstand der LVR-Klinik Langenfeld **15/1284 B**
- 15.4. Bestellung zum Stellvertreter der Kaufmännischen Direktion im Klinikvorstand der LVR-Klinik Langenfeld **15/1283 B**
- 15.5. Abberufung als Stellvertreterin der Ärztlichen Direktion im Klinikvorstand der LVR-Klinik Mönchengladbach **15/1308 B**
- 15.6. Befristete Weiterbeschäftigung und Wiederbestellung zur Pflegedirektorin im Klinikvorstand der LVR-Klinik für Orthopädie Viersen **15/1307 B**
16. Vergabe Rahmenvertrag Heizöl für die LVR-Kliniken **15/1342 B**
17. Stresstest: Auswirkungen des Ukraine-Krieges auf die Tragfähigkeit der LVR-Kliniken **15/1313 E**
18. Zielplanung LVR-Klinikum Düsseldorf – Einzelfortschreibung Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie – Erweiterung der Angebote **15/1256 B**
19. LVR-Benchmarking-Report 2022 **15/1265 K**
20. Versorgungskonzepte der gerontopsychiatrischen Abteilungen
- 20.1. Aktualisierte Versorgungskonzepte der gerontopsychiatrischen Abteilungen der LVR-Klinik Bonn und der LVR-Klinik Düren **15/1301 K**

- | | | |
|-------|--|------------------|
| 20.2. | Aktualisierte Versorgungskonzepte der gerontopsychiatrischen Abteilungen des LVR-Klinikums Düsseldorf, der LVR-Klinik Köln und der LVR-Klinik Langenfeld | 15/1302 K |
| 20.3. | Aktualisierte Versorgungskonzepte der gerontopsychiatrischen Abteilungen der LVR-Klinik Mönchengladbach und der LVR-Klinik Viersen | 15/1303 K |
| 20.4. | Aktualisierte Versorgungskonzepte der gerontopsychiatrischen Abteilungen der LVR-Klinik Bedburg-Hau und des LVR-Klinikums Essen | 15/1304 K |
| 21. | Aktueller Bericht aus dem Maßregelvollzug | |
| 22. | Anträge und Anfragen | |
| 23. | Bericht aus der Verwaltung | |
| 24. | Verschiedenes | |

D: Ausschuss für das LVR-Institut für Forschung und Bildung

- | | | |
|-----|---|------------------|
| 25. | III. Quartalsbericht 2022 des Instituts für Forschung und Bildung | 15/1254 K |
| 26. | Verschiedenes | |

Beginn der Sitzung:	09:30 Uhr
Ende öffentlicher Teil:	11:15 Uhr
Ende nichtöffentlicher Teil:	11:45 Uhr
Ende der Sitzung:	11:45 Uhr

Vor Eintritt in die Tagesordnung begrüßt die Vorsitzende die Mitglieder des Gesundheitsausschusses und die Verwaltung zu der heutigen Sitzung. Die Vorsitzende informiert, die Verwaltung werde in der nächsten Sitzung des Gesundheitsausschusses den Bericht über die Reise vom 17.10. - 21.10.2022 nach München und Klingenmünster vorlegen.

In der heutigen Sitzung werde Herr Janich Frau Wenzel-Jankowski vertreten. Der Gesundheitsausschuss bittet die Vorsitzende, Frau Wenzel-Jankowski gute Genesungswünsche auszurichten.

Öffentliche Sitzung

Punkt 1
Anerkennung der Tagesordnung

Frau Lukat zieht für Die FRAKTION ihren Antrag Nr. 15/70 zurück und kündigt einen geänderten Antrag für eine der nächsten Sitzungen an.

Mit dieser Änderung wird der Tagesordnung für die Sitzung des Gesundheitsausschusses am 18.11.2022 zugestimmt.

Punkt 2

Niederschrift über die 8. Sitzung vom 09.09.2022

Gegen den öffentlichen Teil der Niederschrift werden keine Einwendungen erhoben.

Punkt 3

Zielbild: „Klimaneutrales Krankenhaus“ des Wuppertaler Instituts für Klima, Umwelt und Energie gGmbH

Die Vorsitzende begrüßt Herrn Wagner herzlich in der heutigen Sitzung des Gesundheitsausschusses.

Herr Wagner informiert, der Abschlussbericht des Gutachtens für die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen des Wuppertal Instituts zum Zielbild "Klimaneutrales Krankenhaus" sei im März 2022 vorgelegt worden. Eine besondere Bedeutung habe es durch den Krieg in der Ukraine bekommen. Dadurch gewannen Maßnahmen zur Energieeinsparung noch mehr an Bedeutung. Bundespolitisches Ziel sei, Deutschland bis 2045 treibhausgasneutral zu machen. Bei den Klimaschutzmaßnahmen sei zwischen Kohlenstoffdioxid-Neutralität, Treibhausgasneutralität und Klimaneutralität zu unterscheiden. Der Klimawandel habe zunehmend Auswirkungen auf die Grundlagen der menschlichen Gesundheit und es sei ein steigender Handlungsdruck hinsichtlich der Energieversorgung für den Gebäudebestand zu verzeichnen. Durch den Ukrainekrieg gebe es einen drastischen Anstieg der Energieträgerpreise und eine neue Debatte über die Versorgungssicherheit. In den Krankenhäusern gestalte sich die Energieversorgung durch vorgelagerte Aktivitäten, eigene Aktivitäten und nachgelagerte Aktivitäten. Handlungsfelder zum Klimaschutz in den Krankenhäusern seien insbesondere die Gebäudeenergie, die Mobilität und die Beschaffung von Material und Dienstleistungen. In dem Gutachten für die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen seien für das Programm Klimaschutz zehn Maßnahmen empfohlen worden. Die sehr ambitionierten Vorschläge der EU-Kommission von Dezember 2021 wurden bei den Verhandlungen der Mitgliedsstaaten im EU-Rat abgeschwächt, dennoch gebe es sowohl für öffentliche Neubauten als auch bestehende Gebäude Fristen, bis zu denen Nullemissionsgebäude entstehen bzw. umgebaut werden müssen. Quick-Wins zur Energieeinsparung seien Maßnahmen zur Senkung des Wärmebedarfs, zur Senkung des Strombedarfs, zur Änderung der Mobilität und zur Reduzierung von volatilen Anästhetika wegen halogener Kohlenwasserstoffe.

Die PowerPoint-Präsentation von Herrn Wagner ist als **Anlage 1** der Niederschrift beigelegt.

Die Vorsitzende bedankt sich für den sehr informativen Vortrag. Er gebe eine Hilfestellung, um Handlungsbedarf für die Praxis abzuleiten.

Herr Nabbefeld schließt sich dem an. Es sei notwendig, für die Krankenhäuser ein Konzept zu entwickeln, wie ein Ausgleich der gestiegenen Energieträgerpreise erfolgen könne. Wichtig sei es auch, den Bau- und den Finanzbereich in die weiteren Überlegungen einzubeziehen. Es stelle sich die Frage, wie der LVR mit seinen Kliniken aufgestellt sei, welche Maßnahmen kurzfristig umsetzbar seien und welche Kosten auf den LVR zukommen.

Die Vorsitzende und Herr Nabbefeld schlagen vor, den Vortrag von Herrn Wagner auch dem Bau- und Vergabeausschuss zuzuleiten.

Der Gesundheitsausschuss stimmt dem zu.

Herr Krossa merkt an, dass es bei den Narkosen mittlerweile geschlossene Systeme gebe. Er weist auf die Möglichkeiten hin, die Energieversorgung durch Brennstoffzellen, Notstromversorgung und Kleinwindkraftanlagen sicherzustellen. Es müsse geprüft werden, welche Energiesparmaßnahmen finanzierbar und politisch umsetzbar seien.

Herr Kresse dankt Herrn Wagner für seinen Vortrag und weist darauf hin, dass er alle Problemfelder benannt habe. Der LVR prüfe bereits seit 10 Jahren Energiesparmaßnahmen, in dem beispielsweise der Bau von Passivhäusern und Blockheizkraftwerken gefördert werde. Wenn es Fördermöglichkeiten seitens des Bundes und des Landes gebe, sei es wichtig, dass der LVR entscheidungsreife Bauvorhaben in die Förderung einbringen könne. Inwieweit ein Einsatz von Wärmepumpen in Betracht komme, müsse geprüft werden.

Herr Wagner antwortet, es müssten Lösungen für die Zukunft gefunden werden. Bei der Narkosegasregulierung gebe es schon heute innovative Lösungen. Bei der Wasserstoffwirtschaft sehe er die Gefahr, dass erst einmal nicht in ausreichendem Maße Wasserstoff produziert werden könne. Die Entwicklungen blieben abzuwarten. Für Kleinwindkraftanlagen sehe er zurzeit keinen Zukunftsmarkt. Bei den Wärmepumpen sei zurzeit das Problem, dass sie nicht in ausreichendem Maße produziert werden könnten und nicht genügend Handwerker*innen zur Verfügung ständen, um sie einzubauen. Der LVR sei bereits jetzt mit seinen Passivhäusern sehr gut aufgestellt und habe frühzeitig Standards entwickelt, die den gesetzlichen Mindestvorgaben entsprechen. Jetzt müssten weitere Anpassungen an die aktuellen Entwicklungen vorgenommen werden.

Herr Janich führt aus, im nächsten Ausschuss für Digitale Entwicklung und Mobilität werde ein Mobilitätskonzept, unter Beteiligung des Dezernates 8, für den gesamten LVR vorgelegt. Es gebe unterschiedliche digitale Formate.

Herr Krüger ergänzt zu den klinikspezifischen Parametern, der LVR-Klinikverbund praktiziere ein energiesparendes und effizientes Handeln. Es gebe eine Task Force, die sich auch mit der wirtschaftlichen Konsolidierung befasse. Es würden weitergehende organisatorische, bauliche und technische Maßnahmen geprüft und im Rahmen der begrenzten finanziellen Mittel umgesetzt, um Energieeinsparungen zu erzielen. Insbesondere müssten dabei die Bestandsgebäude in den LVR-Kliniken, die zum größten Teil denkmalgeschützt seien, betrachtet werden. Eine Möglichkeit sei die Sanierung der Gebäudehüllen, um Energie einzusparen. Es sollen konsequent alle Maßnahmen durchgeführt werden, die notwendig und finanzierbar seien. Die Krankenhäuser bräuchten große finanzielle Mittel, damit sie die von der Bundesregierung vorgegebenen Klimaschutzziele erfüllen könnten. Nach Berechnungen des Institute for Health Care Business (hcb) seien dafür allein in Nordrhein-Westfalen in den kommenden Jahren 7,7 Milliarden Euro notwendig.

Frau Stephan-Gellrich hebt hervor, die LVR-Kliniken seien alle nach EMAS zertifiziert. Es sei zu beachten, dass die LVR-Kliniken unterschiedlich strukturiert seien und über eine unterschiedliche Bausubstanz verfügten. Die LVR-Klinik für Orthopädie Viersen sei dabei, die Verfahren bei der Narkose umzustellen.

Herr Kucharczyk erläutert, es müsse ein Zielkatalog entwickelt und die Umsetzung, unter Berücksichtigung der Finanzen, geprüft werden. Dabei müsse beachtet werden, inwieweit Fördermittel vom Bund und vom Land zur Verfügung stehen und in Anspruch genommen werden können. Um die Klimaziele zu erreichen, müsse ein Umdenkungsprozess sowohl in den Klinikvorständen als auch bei den Mitarbeitenden stattfinden. Wichtig sei, dass auch eine Ausbildung der Mitarbeitenden für die neuen Technologien erfolge.

Frau Loepf führt aus, es müsse aufmerksam beobachtet werden, wie im Krankenhausbereich weiter ein Fortschritt erzielt werden könne. Dabei sei verstärkt zu prüfen, wie die Finanzierung möglich sei und welche Fördermittel zur Verfügung stehen. Es stelle sich die Frage, in welcher Höhe in Zukunft die Budgets genehmigt und inwieweit eine Erhöhung der Beiträge bei den Versicherten durch die Krankenkassen erfolgen könne. Hierbei sei ein fachlicher Austausch dringend erforderlich.

Herr Wagner hebt hervor, problematisch sei, dass das Land für die Investitionen zuständig sei und die laufenden Kosten durch die Krankenkassen finanziert würden. Es mangle deswegen an Anreizen, Investitionsmittel bereit zu stellen. Er sehe es als notwendig an, dass in die gesamte Gebäudeinfrastruktur investiert werde und nicht nur in Einzelmaßnahmen. Es sei dringend erforderlich, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass erneuerbare Energien eingesetzt werden. Hierfür müsse das Land die notwendigen Mittel bereitstellen.

Die PowerPoint-Präsentation von Herrn Wagner wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 4

Ergebnisse der Messung des Digitalen Reifegrades der LVR-Kliniken

Die Vorsitzende führt aus, dass zu diesem Tagesordnungspunkt die Broschüre "Digitale Agenda des LVR-Klinikverbundes" verteilt worden sei.

Frau Imre berichtet, dass sich der LVR-Klinikverbund an dieser digitalen Agenda orientiere. Die Maßnahmen aus dem Krankenhauszukunftsgesetz würden im LVR-Klinikverbund umgesetzt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung weise nach Maßgabe der Förderrichtlinie sowie der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung die Fördermittel zu. Das Gesamtfördervolumen vom Bund und vom Land betrage 4,3 Milliarden Euro. Eine erstmalige Online-Erhebung zur Evaluierung des Reifegrades deutscher Krankenhäuser bezüglich der Digitalisierung nach § 14 b KHG sei zum 30.06.2021 erfolgt. Diese solle der Ermittlung und Bewertung der Effekte der Förderung dienen. Die Ergebnisse beruhten auf Selbsteinschätzungen von 1.624 Krankenhäusern über ihre klinischen Prozesse, ihre Informationsaustauschmöglichkeiten und ihre Patient*innenpartizipation. Dadurch liefere die Reifegraderhebung eine nationale Bewertung des vorliegenden Digitalisierungsgrads der deutschen Krankenhäuser. Im Durchschnitt liege der DigitalRadar-Score der deutschen Krankenhäuser bei 33,25 Punkten. Im Median lägen die LVR-Kliniken mit 40 Punkten über dem bundesweiten Benchmark. Ausbaupotentiale gebe es bei den LVR-Kliniken in den Dimensionen Informationsaustausch und Patientenpartizipation. Beide Dimensionen ständen im Fokus des aktuell in der Umsetzung befindlichen Programms des Krankenhauszukunftsgesetzes. Der Reifegrad bezüglich der Digitalisierung sei bei Krankenhäusern öffentlicher Träger deutlich besser als bei Krankenhäusern freigemeinnütziger oder privater Träger. Eine weitere Reifegradmessung solle zum 30.06.2023 erfolgen.

Die PowerPoint-Präsentation von Frau Imre ist als **Anlage 2** der Niederschrift beigefügt.

Herr Nabbefeld bedankt sich für den informativen Vortrag. In den sieben Dimensionen des DigitalRadar Krankenhaus finde eine umfangreiche Erhebung der Daten statt. Interessant sei dann ein Vergleich zu den Daten zum 30.06.2023, um die Weiterentwicklung evaluieren zu können.

Auf Frage von Herrn Kresse antwortet Frau Imre, die Ergebnisse aus dem Benchmark würden in operationales Handeln umgesetzt. Sie weise auf die digitale Agenda des LVR-Klinikverbundes hin. Die Förderanträge des LVR-Klinikverbundes seien alle erfolgreich gewesen. Die Investitionen der Kliniken würden rund 25 Millionen Euro betragen, wobei mit ca. 20 Millionen Euro Fördergeld gerechnet werde. Ein besonderer Fokus werde auf

die Weiterentwicklung von Curamenta gelegt, um einen niedrighschwelligigen Zugang zur psychiatrischen Versorgung zu ermöglichen.

Herr Janich informiert über die digitale Agenda im gesamten LVR. Der Ausschuss für Digitale Entwicklung und Mobilität werde sich am 30.11.2022 mit der Gesamtentwicklung befassen. Die unterschiedlichen Bausteine der Digitalisierung seien beim LVR miteinander verzahnt. Der LVR sei bei der digitalen Entwicklung sehr fortschrittlich, was auch der Rollout des mobilen Arbeitens im gesamten LVR zeige.

Frau Dr. Möller-Bierth ergänzt, zur Einführung der Digitalisierung würden zwar Fördermittel bereitgestellt, die Digitalisierung müsse aber auch nach der Projektphase weitergeführt und finanziert werden. Hier müsse über eine Finanzierung verhandelt werden. Es sei auch zu beachten, dass, um digital zu arbeiten, qualifiziertes Personal erforderlich sei, das bei dem heutigen Fachkräftemangel oftmals schwierig zu rekrutieren sei. Die weiteren Entwicklungen müssten abgewartet werden.

Die PowerPoint-Präsentation von Frau Imre wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 5

Wirtschaftsplanentwürfe 2023 des LVR-Klinikverbundes Vorlage Nr. 15/1235

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

1. Die Wirtschaftsplanentwürfe des LVR-Klinikverbundes für das Jahr 2023 einschließlich des Kassenkreditrahmens und der Verpflichtungsermächtigungen werden in der Fassung der Vorlage Nr. 15/1235 festgestellt.
2. Die Verwaltung wird beauftragt, die Wirtschaftsplanentwürfe 2023 bis zur Drucklegung noch an die aktuelle Entwicklung anzupassen und ggf. erforderliche Änderungen ohne Einzelaufführung in Veränderungsnachweisen bei der Drucklegung der endgültigen Wirtschaftspläne vorzunehmen, soweit diese keine Auswirkungen auf die ausgewiesenen Ergebnisse haben.

Punkt 6

Weiterfinanzierung Atrium - ein Modellprojekt zur Weiterentwicklung migrationsspezifischer psychiatrischer Versorgung in Düsseldorf Vorlage Nr. 15/1292

Frau Heinisch hebt hervor, die Arbeit des Projektes "Atrium" sei sehr beeindruckend. Sie diene zur niedrighschwelligigen Unterstützung von psychisch belasteten Flüchtlingen und Menschen mit einer Zuwanderungsbiographie. Es sei interessant zu beobachten, wie sich die Ausgangslage durch die mit Beginn des Krieges in der Ukraine in Bewegung gesetzte Fluchtbewegung verändere. Es sei lobend hervorzuheben, dass die Mitarbeitenden flexibel auf die an sie gestellten Anforderungen reagierten.

Frau Hoffmann-Badache ergänzt, der Krankenhausausschuss 2 habe in seiner Sitzung am 16.11.2022 der Vorlage einstimmig zugestimmt. Das Projekt "Atrium" sei in der Flüchtlings- und Migrationsarbeit ein wichtiger Baustein. Sie bittet darum, der Förderung zuzustimmen und weiter über das Projekt "Atrium" zu berichten.

Der Gesundheitsausschuss fasst **einstimmig** folgenden Beschluss:

Das Projekt "Atrium" der Stadt Düsseldorf wird entsprechend der Vorlage Nr. 15/1292 über einen Zeitraum von drei Jahren bis zum 31.12.2025 weiter gefördert. Des Weiteren

wird die Höhe der Förderung des Atriums an die bestehende Förderung der SPZ- bzw. SPKoM-Vollzeitstellen anzugleichen, um den steigenden Personal- und Sachkosten Rechnung zu tragen.

Punkt 7

Zwischenbericht zum Modellprojekt "Inklusiver Sozialraum" und Verlängerung des Modellprojektes Vorlage Nr. 15/1245/1

Herr Kresse weist auf die Rehabilitationsbereiche in den LVR-Kliniken hin. Es stelle sich die Frage, inwieweit im Rahmen des Modellprojekts "Inklusiver Sozialraum" eine inhaltliche Weiterentwicklung möglich sei.

Herr Dr. Schartmann antwortet, durch das Modellprojekt "Inklusiver Sozialraum" sollen fallübergreifend und sozialraumorientiert Teilbarrieren erkannt werden, die der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe entgegenstehen. Die drei Modellprojekte seien in Essen, im Rhein-Sieg-Kreis/Sankt Augustin und in der StädteRegion Aachen angesiedelt. Aus einer 1. Auswertung in der StädteRegion Aachen könne geschlussfolgert werden, dass Zugänge in den Sozialraum für Klient*innen der Eingliederungshilfe nur marginal gegeben seien und die Ressourcen des Sozialraums derzeit nur ungenügend genutzt werden könnten. Es sei erforderlich, hier die Netzwerkarbeit zu stärken. Um weitere Schlussfolgerungen ziehen und andere Bereiche einbeziehen zu können, sei eine Verlängerung des Modellprojektes erforderlich.

Die Vorsitzende bittet darum, weiter über das Modellprojekt "Inklusiver Sozialraum" zu berichten.

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

Der Verlängerung des Modellprojektes "Inklusiver Sozialraum" bis zum 31.07.2025 wird gem. Vorlage Nr. 15/1245/1 zugestimmt.

Punkt 8

Das neue Betreuungsrecht als Chance für mehr Selbstbestimmung von Menschen mit rechtlicher Betreuung Vorlage Nr. 15/1061

Keine Anmerkungen.

Das neue Betreuungsrecht wird als Chance für mehr Selbstbestimmung von Menschen mit rechtlicher Betreuung gemäß Vorlage Nr. 15/1061 zur Kenntnis genommen.

Punkt 9

Maßregelvollzug

Punkt 9.1

Bericht über den Planungsstand der neuen forensischen Klinik in Wuppertal-Ronsdorf Vorlage Nr. 15/1257

Herr Lüder berichtet, zwischenzeitlich habe das beauftragte Architektenbüro einen ersten städtebaulichen Entwurf für die Planung vorgelegt und Grundrisse für die verschiedenen Gebäude gezeichnet. In der konstituierenden Sitzung des Planungsbeirats für die neue

forensische Klinik am 08.09.2022 hätten Vertreter*innen des Ministeriums die Entwürfe vorgestellt.

Der Bericht über den Planungsstand der neuen forensischen Klinik in Wuppertal-Ronsdorf wird gem. Vorlage Nr. 15/1257 zur Kenntnis genommen.

Punkt 9.2 **Belegungssituation im Maßregelvollzug**

Herr Lüder informiert, die Belegung im Maßregelvollzug sei nach wie vor hoch. Entlastungen könnten nur Neubaumaßnahmen bringen.

Die Belegungsübersicht zum 01.11.2022 ist als **Anlage 3** der Niederschrift beigefügt.

Herr Lüder führt weiter aus, der Neubau mit 40 Betten in Modulbauweise auf zwei Stationen im gesicherten Bereich des forensischen Dorfes in der LVR-Klinik Düren werde sich um drei Monate verzögern. Zur neuen forensischen Klinik in Essen-Heidhausen mit 69 Plätzen habe das MAGS jetzt nach Freigabe der Finanzmittel durch das Finanzministerium den Bau- und Liegenschaftsbetrieb NRW mit der Umsetzung der Baumaßnahme beauftragt. Im nächsten Schritt werde der Bau- und Liegenschaftsbetrieb NRW die Architektur- und Projektsteuerungsleistungen ausschreiben und dann vergeben. Es sei zu erwarten, dass erste konkrete Entwürfe einer Planung in der zweiten Jahreshälfte 2023 vorliegen und vorgestellt werden können.

Der Bericht der Verwaltung wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 10 **Anträge und Anfragen**

Punkt 10.1 **Auszeichnung "Selbsthilfefreundliches Krankenhaus"** **Antrag Nr. 15/70 Die FRAKTION**

Der Tagesordnungspunkt ist durch Die FRAKTION zurückgezogen worden. In einer der nächsten Sitzungen soll zum Thema Selbsthilfe in den LVR-Kliniken in den Krankenhausausschüssen durch die LVR-Klinikvorstände berichtet werden.

Punkt 10.2 **Anfrage: Kostenlose Hygieneartikel in LVR-Einrichtungen** **Anfrage Nr. 15/39 GRÜNE**

Die Beantwortung der Anfrage liegt vor.

Punkt 10.3 **Beantwortung der Anfrage 15/39 GRÜNE: Kostenlose Hygieneartikel in LVR-Einrichtungen**

Frau Hoffmann-Badache bittet darum, über die Umsetzung des flächendeckenden Angebots von Hygieneartikeln in allen Personal-WCs des LVR-Klinikums Essen in einer der nächsten Sitzungen zu berichten.

Die Beantwortung der Anfrage wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 10.4

**Lebensmittelverwertung in Kliniken und Schulen des LVR
Anfrage Nr. 15/44 AfD**

Die Beantwortung der Anfrage liegt vor.

Punkt 10.5

**Beantwortung der Anfrage 15/44 AfD: Lebensmittelverwertung in Kliniken und
Schulen des LVR**

Die Beantwortung der Anfrage wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 10.6

**Einrichtungsbezogene Impfpflicht ab dem 1.10.2022
Anfrage Nr. 15/45 AfD**

Die Beantwortung der Anfrage liegt vor.

Punkt 10.7

**Beantwortung der Anfrage 15/45 AfD: Einrichtungsbezogene Impfpflicht ab
dem 1.10.2022**

Die Beantwortung der Anfrage wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 11

Bericht aus der Verwaltung

Keine Anmerkungen.

Punkt 12

Verschiedenes

Keine Anmerkungen.

Punkt 13
Verschiedenes

Keine Anmerkungen.

Wuppertal, 29.12.2022

Die Vorsitzende

Schäfer

Köln, 12.12.2022

Die Direktorin des Landschaftsverbandes
Rheinland

In Vertretung

Janich

*Impulsvortrag für den Gesundheitsausschuss des
Landschaftsverbands Rheinland*

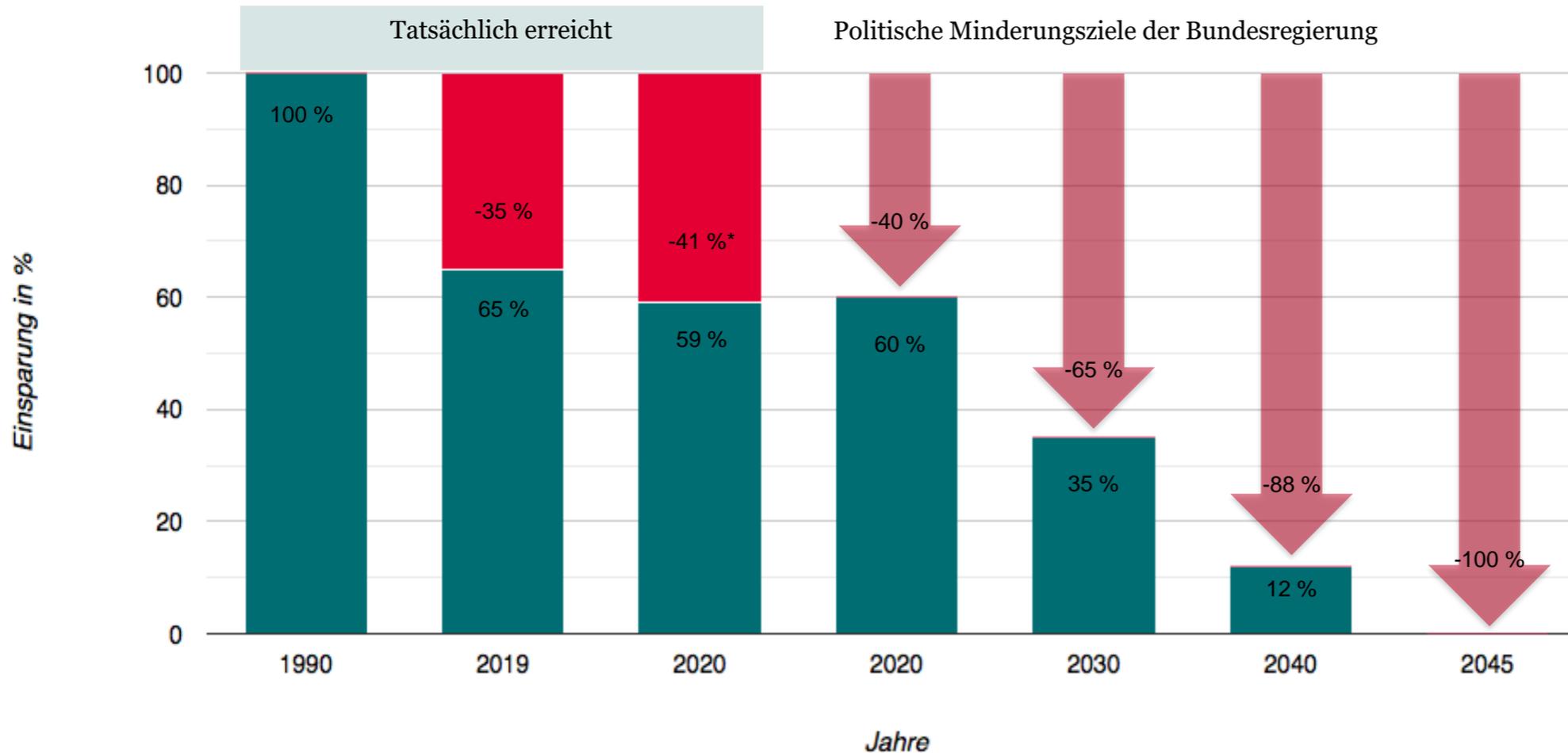
Zielbild: klimaneutrales Krankenhaus – Ergebnisse aus dem Gutachten für die KGNW

18. November 2022

Oliver Wagner, Co-Leiter des Forschungsbereichs Energiepolitik

Klimaschutz im Krankenhaus – Notwendigkeiten und Synergien

Bundespolitische Ziele zur Minderung der Treibhausgase gegenüber 1990

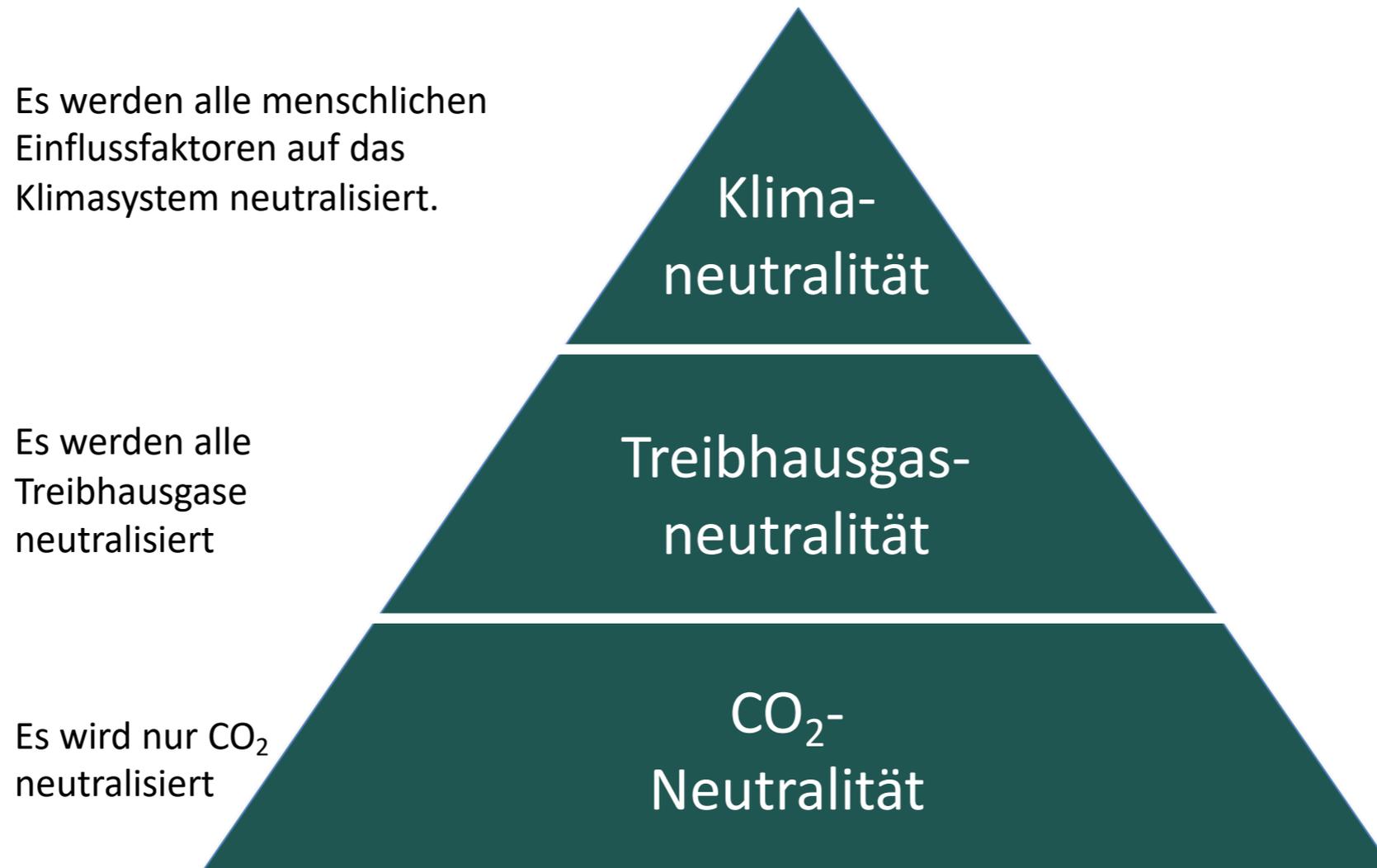


2020
betragen die Emissionen **717** Millionen Tonnen CO₂-Äquivalente

und

2021
betragen die Emissionen **750** Millionen Tonnen CO₂-Äquivalente

- Minderungsziel für 2020 (-40 %) mit -41 % wegen des Lockdowns erreicht.
2021 sind die Emissionen wieder gestiegen, wodurch das Minderungsziel verfehlt wird (-39 %)



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an dena 2020

Lancet-Countdown-Bericht 2022

- Klimawandel hat zunehmend Auswirkungen auf die Grundlagen der menschlichen Gesundheit. Die Weltbevölkerung wird noch anfälliger für Gesundheitsbedrohungen.

Aktuelle Fragen zum Krieg Russlands gegen die Ukraine

- Wie schnell können wir auf den Import von Öl und Gas aus Russland verzichten?
- -> Energiesicherheit / Reduzierung von Abhängigkeit hat enorm an Bedeutung gewonnen!
- Ausstieg aus Öl- und Gasheizungen: Quasi-Verbot Neueinbau nach Bundesregierung: ab 2025 mindestens 65 % erneuerbare Energien, **nun vorgezogen auf 2024!**
=> Wärmepumpen; Anforderung auch an „grüne“ Nah- und Fernwärme?

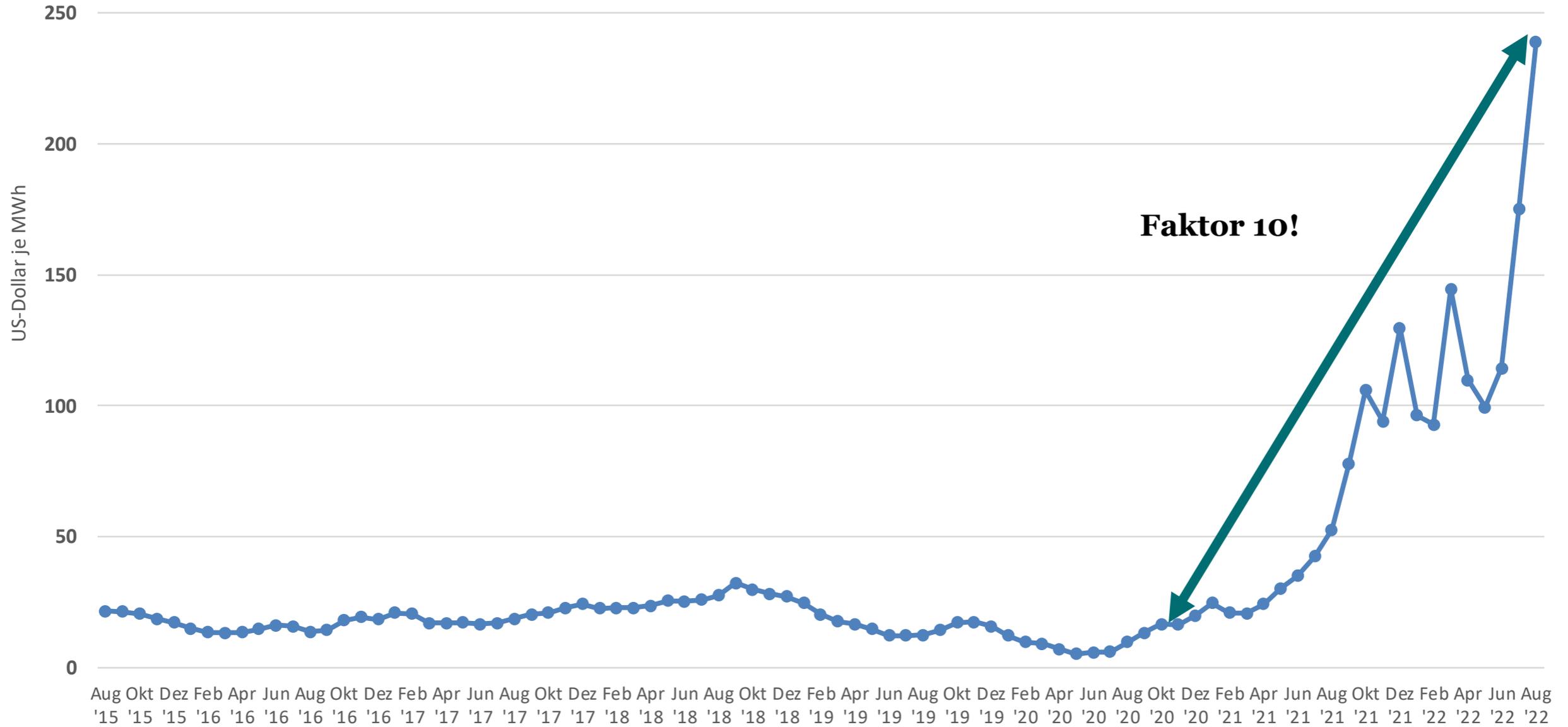
Steigender Handlungsdruck hinsichtlich der Energieversorgung des Gebäudebestands

- Ziel im Klimaschutzgesetz 2021: bis 2030 fast Halbierung der CO₂-Emissionen im Gebäudesektor auf 67 Mio. t (direkte) CO₂-Emissionen, bis 2045 auf sogar auf Null
- Für 1,5-Grad-Ziel müsste das sogar schon bis 2035 gelingen!

Was sind die Folgen?

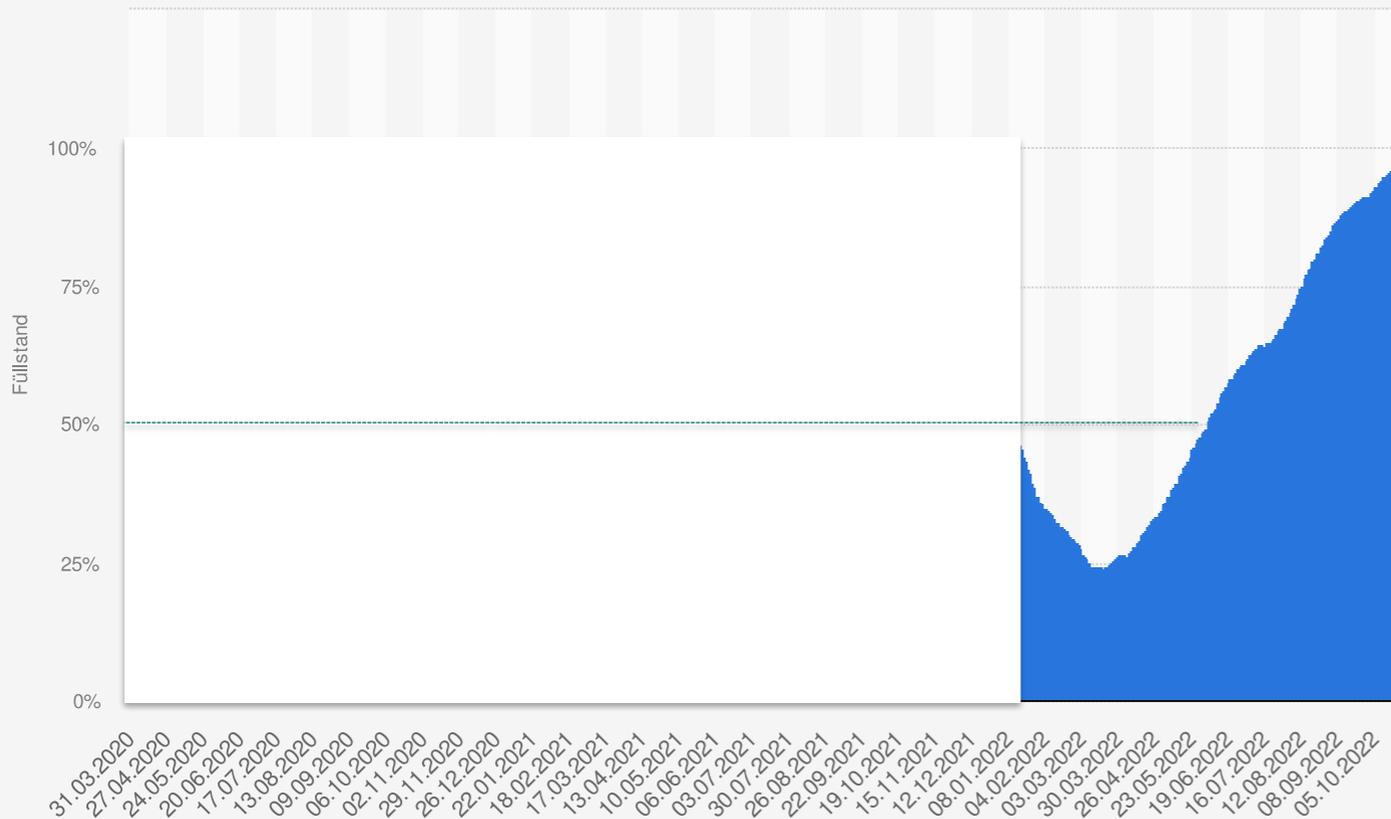
- Drastischer **Anstieg der Energieträgerpreise** (historische Dimension) Erdgas, Öl, Kohle aber auch der Rohstoffpreise (sowie Lebensmittel)
- Reale Besorgnis hinsichtlich erwartbarer physischer **Knappheiten** (Einfuhrembargos oder Lieferstopp)
- Sorge vor **sozialen Verwerfungen** und Spannungen – Energiepreispauschale als Ausgleichsmaßnahme beschlossen
- Massive Auswirkungen auf die **Wettbewerbsfähigkeit der Industrie** und Diskussion über Handlungsoptionen („Industrie-Triage“, Gasmangellage ...)
- Neue Debatte über **Versorgungssicherheit**: Verringerung Verletzlichkeit, Diversifizierung, heimische/europäische Produktion

Durchschnittlicher Preis für Erdgas in Europa



Sicher durch den Winter. Speicher voll, alles gut?

Füllstand der Gasspeicher in Deutschland auf Tagesbasis von 2020 bis 2022
(Stand: 23. Oktober)



Quelle
Gas Infrastructure Europe
© Statista 2022

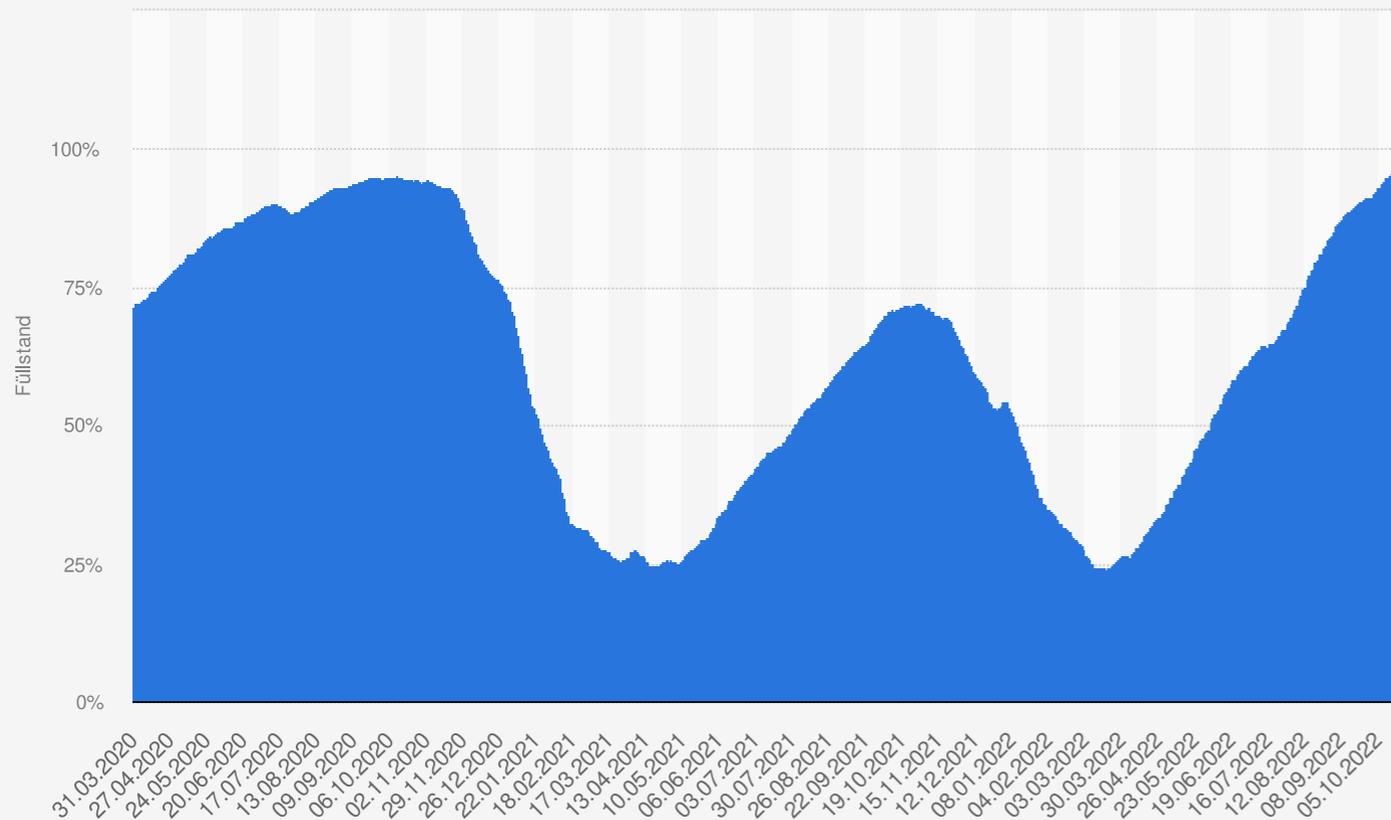
Weitere Informationen:
Deutschland

Gasspeicher in Deutschland: So hoch ist der Füllstand

Stand: 25.10.2022 08:30 Uhr

Obwohl kein Gas mehr aus Russland kommt, füllen sich Deutschlands Gasspeicher. Aktuelle Daten zeigen, wie viel Gas durch wichtige Pipelines fließt und was das für den Füllstand der Gasspeicher bedeutet.

Füllstand der Gasspeicher in Deutschland auf Tagesbasis von 2020 bis 2022
(Stand: 23. Oktober)



Quelle
Gas Infrastructure Europe
© Statista 2022

Weitere Informationen:
Deutschland

Wir kommen nur dann „sicher durch den Winter“, wenn ...

- Der Verbrauch niedrig bleibt
-> hohe Temperaturen, warmer Winter in Europa
- Die LNG-Importe weiter gesteigert werden
- Weiterhin gemeinsam alle Sparanstrengungen unternehmen

Klimaneutralität: Wer will das nicht?

Klimawende Köln

RheinEnergie

Klimaneutralität für Köln
 Eckpunkte einer nachhaltigen und dekarbonisierten Energieversorgung bis 2035
 Dokumentation des Dialogs März bis Juli 2021

unter Beteiligung der **Stadt Köln**

Studie | März 2021

Wuppertal Institut

WEGE ZUR KLIMANEUTRALITÄT
 ENERGIERAHMENSTUDIE MANNHEIM

WUPPERTAL 2035 klimaneutral

- Leerstandsmanagement**: Energieverbrauch in Gebäuden -80%
- Gebäude**: Nur noch 5,4 % fossile Wärme in 2035
- Fernwärme**: Einsatz von Heizöl und Flüssiggas minus 2/3 bis 2030
- Industrie**: -27% Energieverbrauch
- Stadtentwicklung und Klimafolgenanpassung**: Begrünungsprogramm
- Organisation und Prozesse in der Stadtverwaltung**: Integrative Organisation und Arbeitsabläufe, Unterstützung zivilgesellschaftlicher Initiativen
- Klimabildung, Information, Beratung und Qualifizierung**: Wissenstransfer in Schulen, Ausbildung und Kultur
- 50% des Strombedarfs könnten 2035 lokal gedeckt werden**
- Energieversorgung**: Nur noch 3% der Emissionen (Vergleichsjahr 2020)
- PV-Offensive**
- Mobilität**: Busflotte des WSW 90% Wasserstoff, Emissionen im Personenverkehr -98,8%
- Flächenneutralität**: Eingeworbene Fördermittel für den Klimaschutz steigern
- Finanzierung und Fördermittel**: Klimaschädliche Ausgaben reduzieren
- Ausbau Nahversorgung (Regional)Wirtschaft und Lebensstile**: Regionalwirtschaft

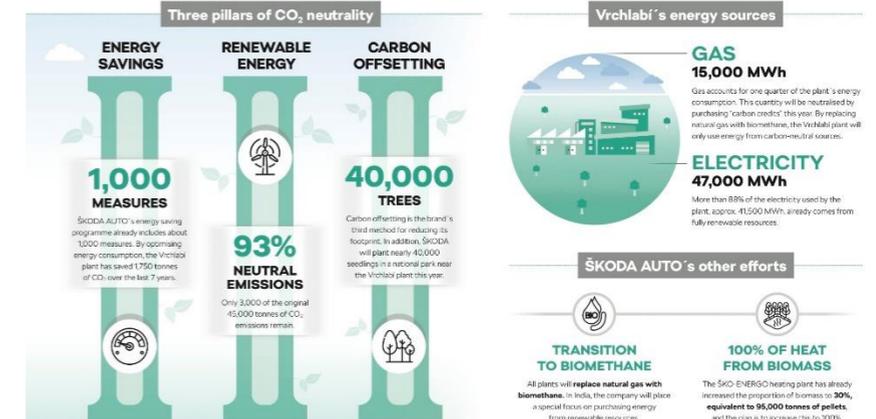


Klimaneutralität: Wer will das nicht?



ŠKODA AUTO VRCHLABÍ TO ACHIEVE CO₂ NEUTRALITY THIS YEAR

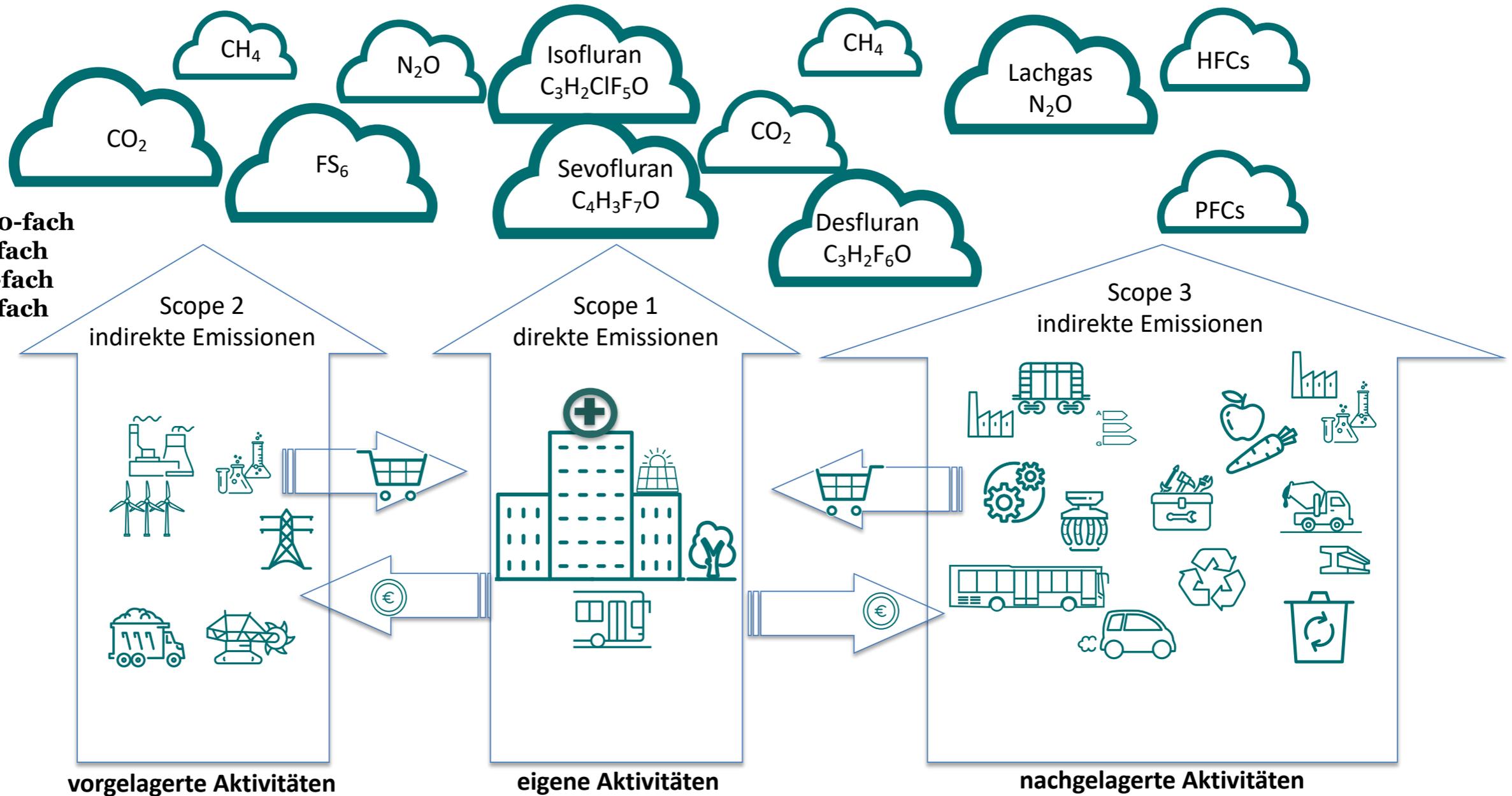
ŠKODA plants are becoming CO₂ neutral as part of the Group's Go To Zero initiative. The first plant to accomplish this ambitious goal is Vrchlabí. This will happen this year and other plants worldwide will follow suit.



Welche Bereiche spielen im Krankenhaus eine Rolle?

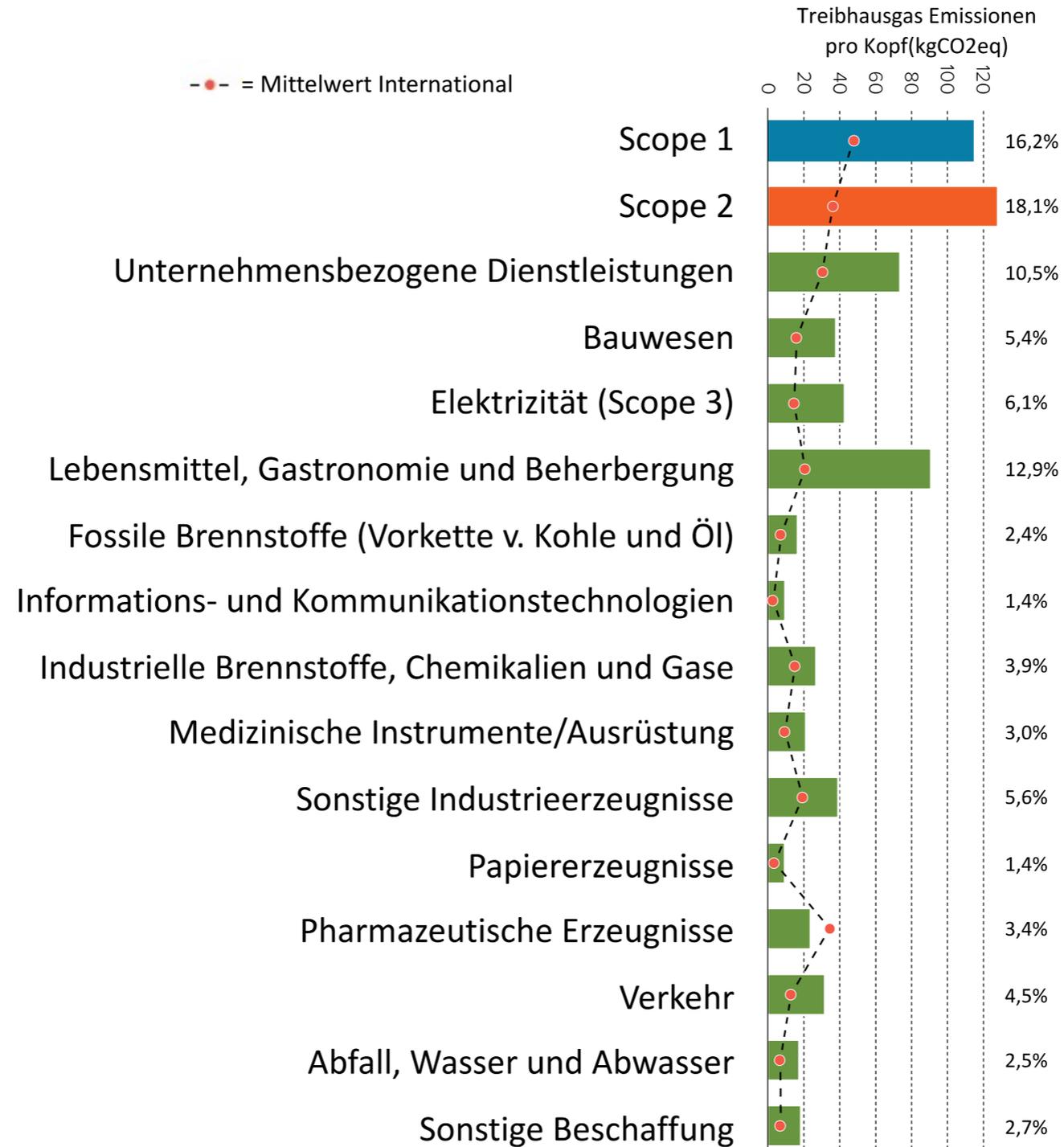
Scopes

Desfluran: 2.540-fach
Isofluran: 510-fach
Lachgas: 300-fach
Sevofluran: 130-fach



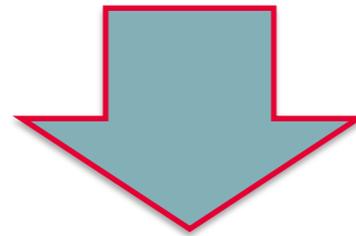
Welche Bereiche spielen im Krankenhaus eine Rolle?

Scopes



■ Gebäudeenergie

- Wärmeeffizienz
- Stromeffizienz
- Erneuerbarer Energien im Strom- und Wärmebereich nutzen
- Not(strom)versorgung und Integration eines BHKW



Zukünftig verstärkt auch
stromgeführter BHKW-
Betrieb



■ **Mobilität**

- Betriebliche Flotte
- Beschäftigtenmobilität
- Mobilität der Besucherinnen- und Besucher



■ **Beschaffung von Material und Dienstleistungen**

- Medizinische Geräte / Produkte / (Narkose-)Gase
- Verbrauchsmittel und Speisenversorgung
- Grüne Beschaffung bei Verbrauchsartikeln und Lebensmittel



- **Programm Klimaschutz: Vorschlag für 10 Maßnahmen**
 - **Klimaschutzmanagement**
 - **Photovoltaik**
 - **Wärme- und Kälteerzeugung**
 - **Gebäudehüllen energetisch sanieren**
 - **LED-Beleuchtung**
 - **Heizungspumpen**
 - **Lüftungsanlagen**
 - **Ohne Auto zum Krankenhaus**
 - **Ausbau E-Mobilität**
 - **Narkosegase**



Position der EU-Energieminister zur
Novelle der Gebäudeeffizienzrichtlinie
vom letzten Monat:
**Mindesteffizienzstandards für
Bestandsgebäude (MEPS)** sollen
kommen

- **Energieeffizienzmaßnahmen** bei Investitionsentscheidungen **vorrangig** berücksichtigen
- Energieeffizienz eine der wichtigsten Säulen, Klimaziele der EU zu erreichen



Dreiklang der Energiewende (Bundesregierung)

1. Efficiency First
2. Ausbau erneuerbarer Energien
3. Sektorkopplung



EU-Rat: Sanierungspflichten für Bestandsgebäude

Hauptziele der „minimum energy performance standards“ (MEPS)

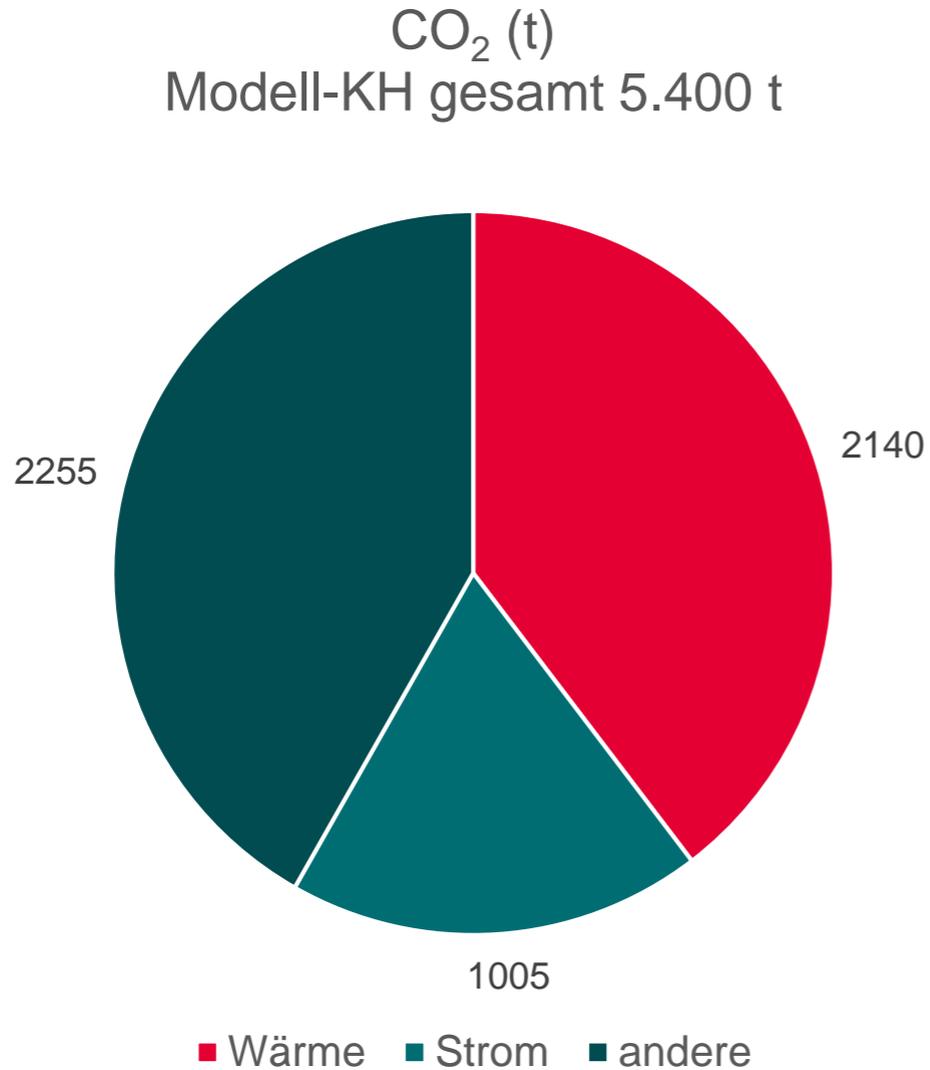
- **Die sehr ambitionierten Vorschläge der EU-Kommission von Dezember 2021 wurden bei den Verhandlungen der Mitgliedsstaaten im EU-Rat abgeschwächt. Dennoch: ...**
- **alle neuen Gebäude müssen spätestens 2030 Nullemissionsgebäude sein, öffentliche Neubauten bereits ab 2027**
- **bestehende Gebäude sollen bis 2050 in Nullemissionsgebäude umgebaut werden**

- **Die Mitgliedstaaten müssen sicherzustellen, dass Nichtwohngebäude mit einer Nennleistung für eine Heizungsanlage oder eine kombinierte Raumheizungs- und Lüftungsanlage von mehr als 290 kW bis 2025 mit Systemen für die Gebäudeautomatisierung und -steuerung ausgerüstet werden (Ausnahmen möglich).**
- **Maßnahmen zur Vereinfachung der Bereitstellung von Ladepunkten (Beseitigung regulatorischer Hemmnisse) -> Errichtung mindestens eines Ladepunkts je zehn Stellplätze bei Nichtwohngebäuden**

Parameter	Wert	Quelle
Betten [Anzahl]	339	Statistisches Bundesamt 2021b
Beschäftigte, [Anzahl]	737	Statistisches Bundesamt 2021b
Grundfläche [m²]	40.000	Annahme in Anlehnung an Fraunhofer UMSICHT 2017
Energiebedarf (thermisch) pro Jahr und Bett [kWh]*	25.000	Fraunhofer UMSICHT 2017
Energiebedarf (elektrisch) pro Jahr und Bett [kWh]*	7.800	Fraunhofer UMSICHT 2017
Wärmekosten pro kWh [EUR]	0,0265	Statistisches Bundesamt 2022b
Stromkosten pro kWh [EUR]	0,2664	BDEW 2022

Anmerkung: Krankenhäuser ≥ 1.000 Betten weisen u.a. aufgrund ihres Fachabteilungsspektrums stark nach oben abweichende Verbrauchskennwerte auf (Tippkötter, Schüwer und Wallschlag 2010)

Quelle: hcb



Modellkrankenhaus für NRW

Jahresbedarf Wärme	8,5 Mio. kWh
CO ₂ -Emissionen	2.140 t

Sanierung etwa auf ein ambitioniertes Niveau -83%

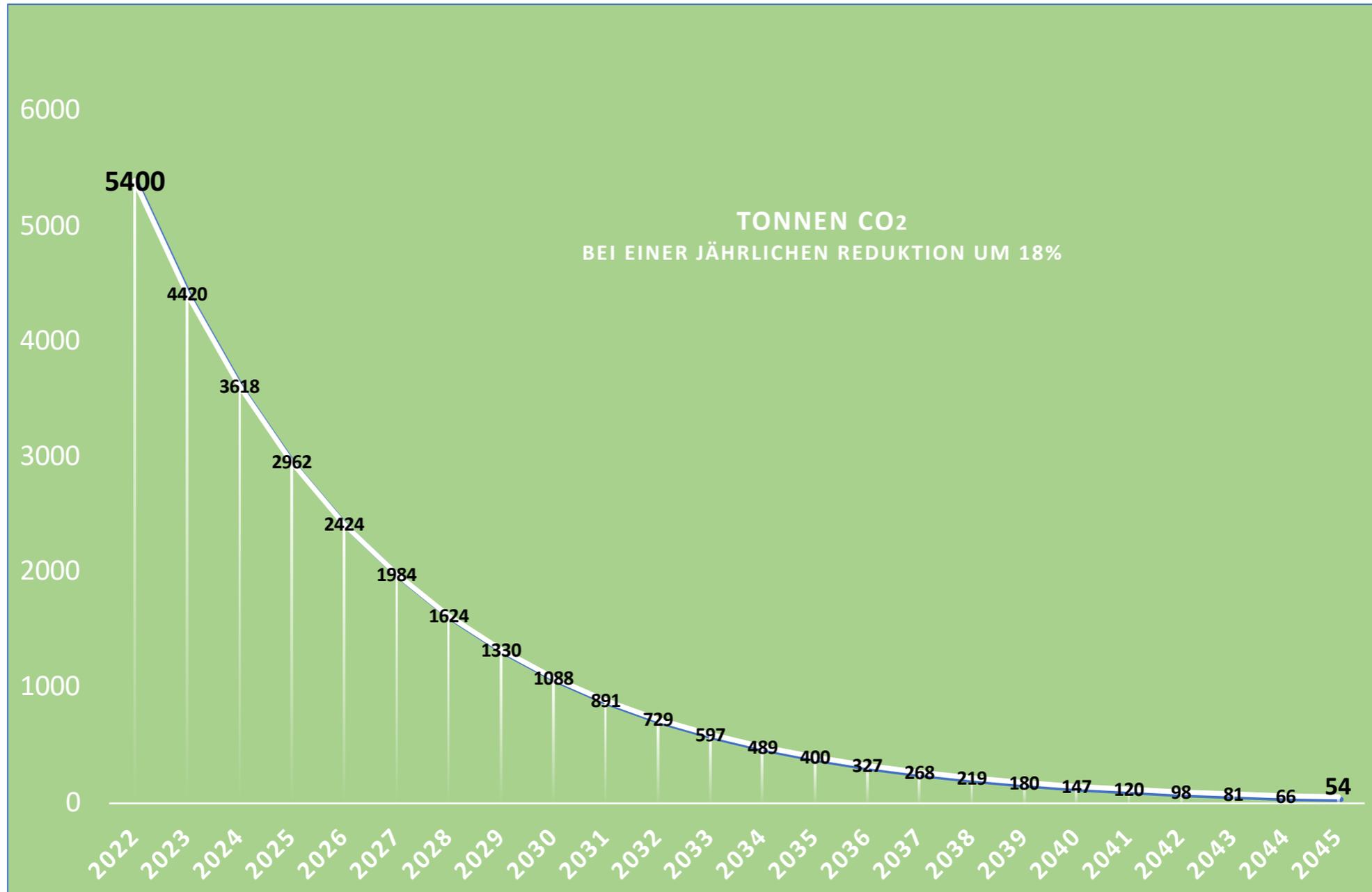
Jahresbedarf Wärme	1,2 Mio. kWh
CO ₂ -Emissionen	300 t

Umstellung auf erneuerbaren Energieträger (z. B. Holzpellets)

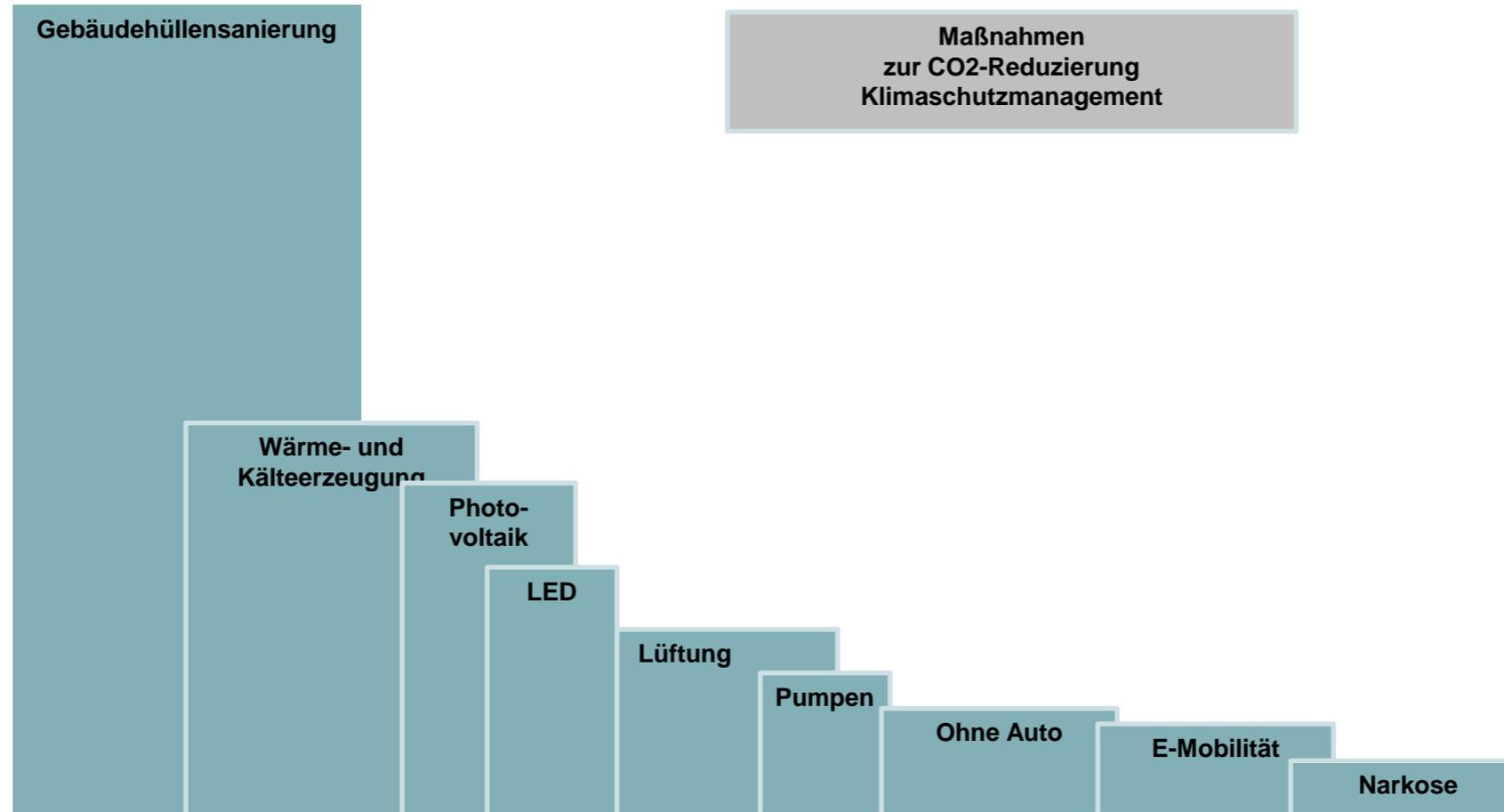
CO ₂ -Emissionen	24 t
-----------------------------	------

entspricht Reduktion um 98,9%

Individuelle Dekarbonisierungsziele (Beispiel Modell-Krankenhaus)

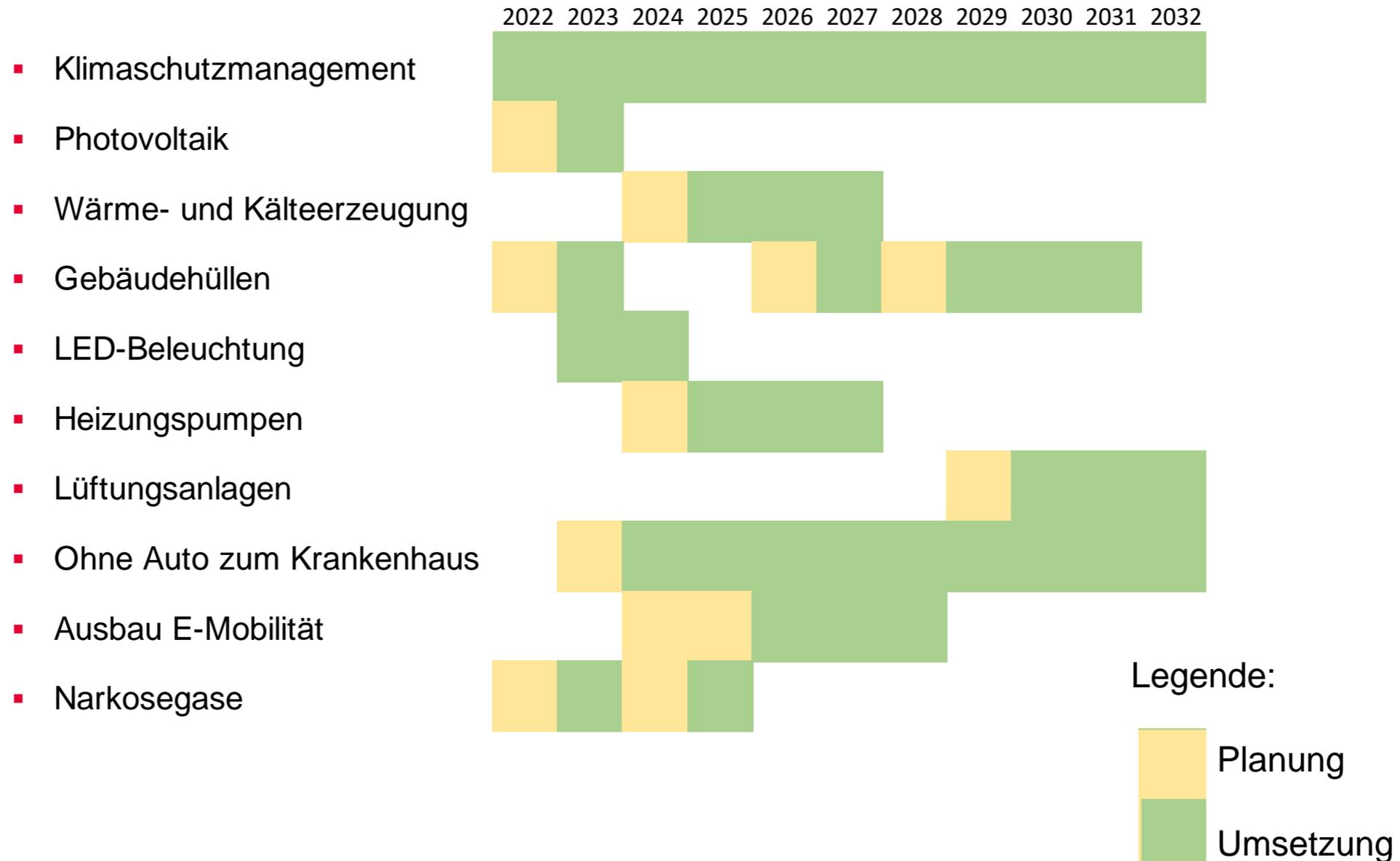


Individuelle Dekarbonisierungsziele (Beispiel Modell-Krankenhaus)



Individueller Dekarbonisierungsfahrplan

(Beispiel für einen Dekarbonisierungs- bzw. Klimaschutzfahrplan)



- **Senkung des Wärmebedarfs**
 - **Dämmung von ungedämmten Heizungsrohren**
 - **Dämmung der oberen Geschossdecke und Rolladenkästen nachdämmen**
 - **Verhalten der Nutzer*innen / Raumtemperaturen in Aufenthalts und Nebenräumen**
 - **Undichtigkeiten der Gebäudehülle ausfindig machen und Abhilfe schaffen. Fenster einstellen und Pflege der Dichtungen. Türen zu unbeheizten Räumen (z.B. Kellertüren) nachträglich Dichtungen anbringen**
 - **Gegebenenfalls Angebot von Warmwasser einschränken (Besuchertoiletten)**

- **Senkung des Strombedarfs**
 - **Zeitschaltuhren / Präsenzmelder für elektrische Anwendungen, die nur Zeitweise genutzt werden oder zeitweise abgeschaltet werden können (etwa Lüftungsanlagen in der Nacht)**
 - **Hydraulischer Abgleich der Heizungsanlage (spart auch Wärmeenergie)**
 - **Ersatz veralteter Pumpen: Moderne Pumpen arbeiten erst, wenn die Heizung tatsächlich aufgedreht wird und haben eine sparsamere Motorentechnik. Damit lassen sich schnell Kosten einsparen. Wenn vorhanden, sind auch die Pumpen der Zirkulationsleitung meist optimierbar. Hier können nicht nur effizientere Pumpen, sondern auch eine nutzerbezogenen Steuerung für Einsparungen sorgen.**
 - **Ersatz alter Leuchtmittel -> LED**
 - **Kampagnen / Apelle an die Belegschaft, um Nutzerverhalten zu verändern**

- **Veränderung der Mobilität**
 - **Apelle und Kampagnen (gegebenenfalls eine Befragung)**
 - **Parkraumbewirtschaftung (Erhöhung der Gebühren)**
 - **Verbesserung der Abstellmöglichkeiten für Fahrräder / E-Bikes (Ladevorrichtungen)**
 - **Lademöglichkeiten E-Autos**
 - **Job-Ticket (mit Verkehrsverbund)**
 - **Angebot Job-Bike (Leasing, Gehaltsumwandlung)**

- **Volatilen Anästhetika wegen halogenierter Kohlenwasserstoffe reduzieren**
 - **Aufklärung / Information / Routinen verändern**
 - **Vermeiden / Substitution durch Spinalanästhesie bzw. intravenöse Anästhesie**
 - **Recycling von Narkosegas durch den Einsatz von Narkosegasfiltern**

Abschlussbericht | März 2022

Oliver Wagner

**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit**

Informationen zum Gutachten:

<https://www.kgnw.de/positionen/klimaneutrales-krankenhaus>

Fachliche Begleitung und
Erstellung eines Gutachtens



Digitaler Reifegrad der LVR-Kliniken

Ergebnisse der ersten Reifegradmessung

Csilla Imre
Abteilungsleitung 81.20
IT, Statistik und Öffentlichkeitsarbeit

Reifegradmessung: Erhebung des digitalen Reifegrades deutscher Krankenhäuser zum 30.6.2021

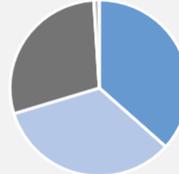
- **Erhebungszeitraum November 2021**
- **340 Fragen in 7 Dimensionen**
- **Zwischenberichte des Konsortiums DigitalRadar im Juni 2022 und September 2022**
- **Aufwand im Klinikverbund für die Erhebung**
 - 2 - tägiger Workshop mit allen IT-Leitern
 - 2 - stündige Videokonferenz mit jeder Klinik (Gesamtvorstand)
 - 2,5 – 9 Stunden Aufwand je Klinik
 - 9,5 Personentage zentrale Qualitätssicherung & Rückfragenmanagement

Digitaler Reifegrad – Zusammensetzung der Stichprobe

1.624
Datensätze

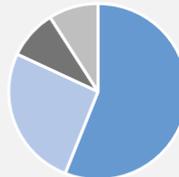
91 %
der Plan-
krankenhäuser

Trägerschaft



- Gemeinnützig
- Öffentlich
- Privat
- Andere

Anzahl Betten



- 1 bis 250
- 251 bis 500
- 501 bis 700
- ab 700

Notfallversorgung



- Keine NV
- Basis-NV
- erweiterte NV
- umfassende NV

Vollerhebung des digitalen
Reifegrades der **deutschen
Krankenhauslandschaft**

Ermittlung des Reifegrads in 7 Dimensionen

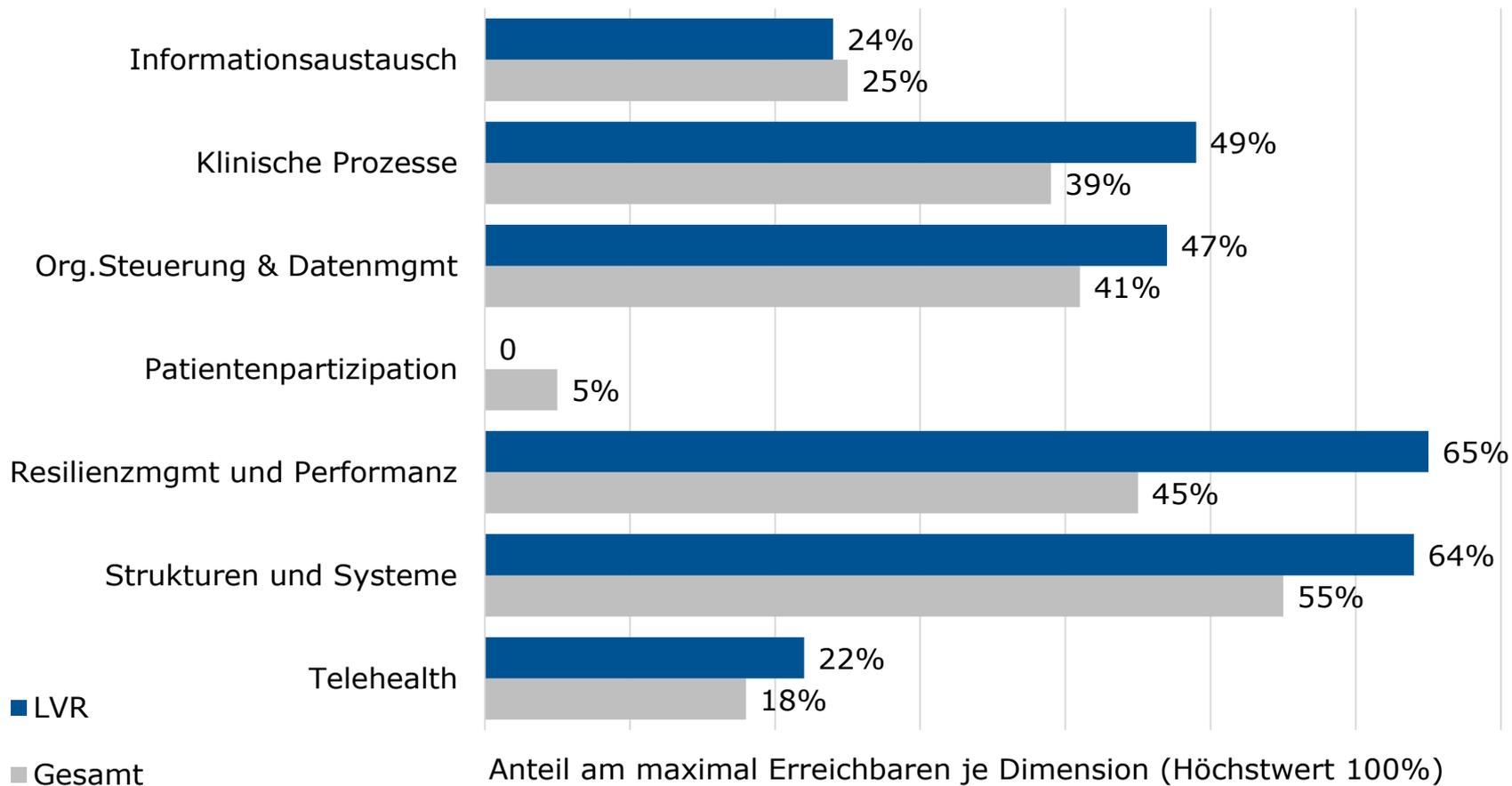
DigitalRadar Krankenhaus



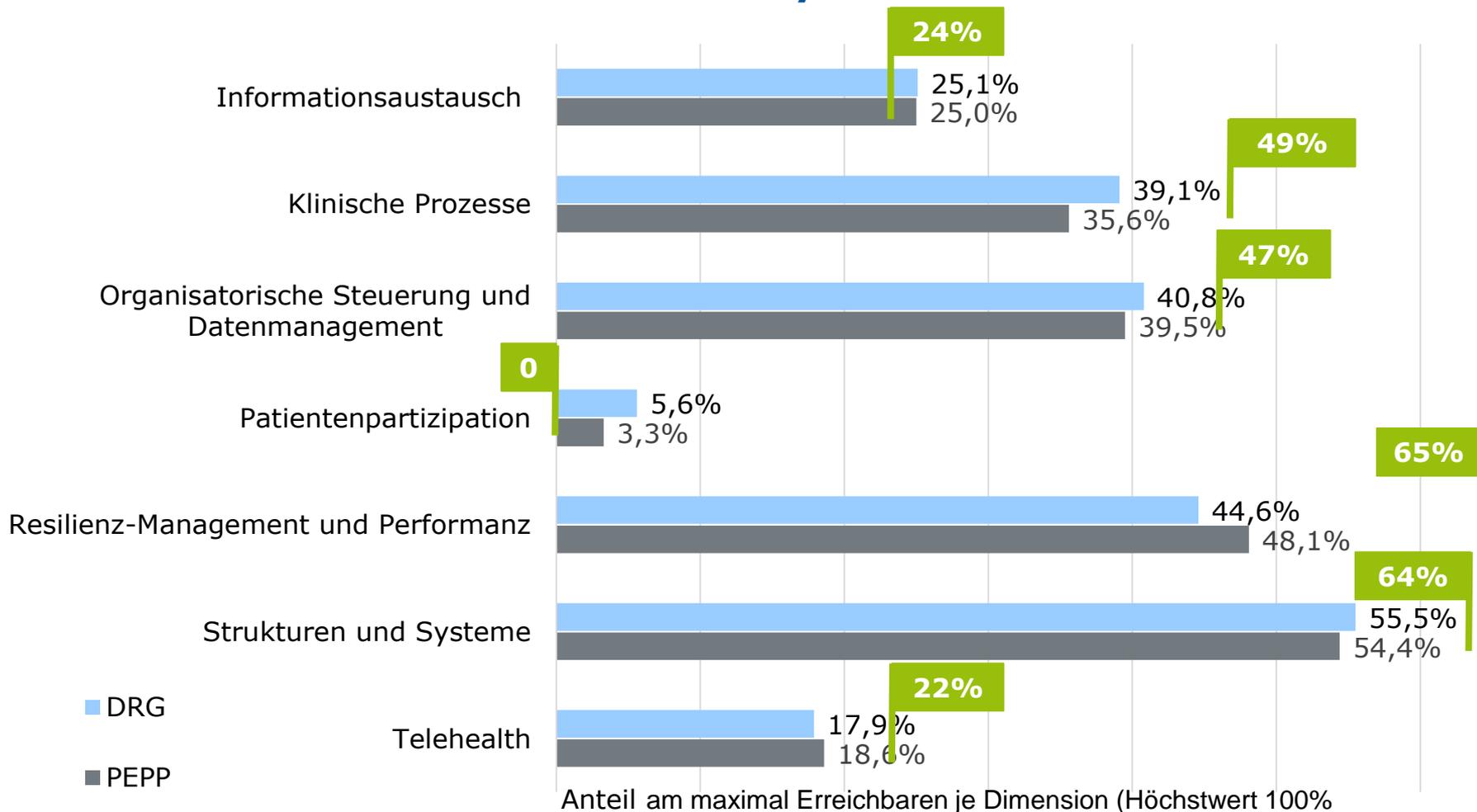
© DigitalRadar Krankenhaus (2021). Alle Rechte vorbehalten.

Quelle: <https://www.digitalradar-krankenhaus.de/modellbeschreibung/>

Dimensionen im nationalen Vergleich

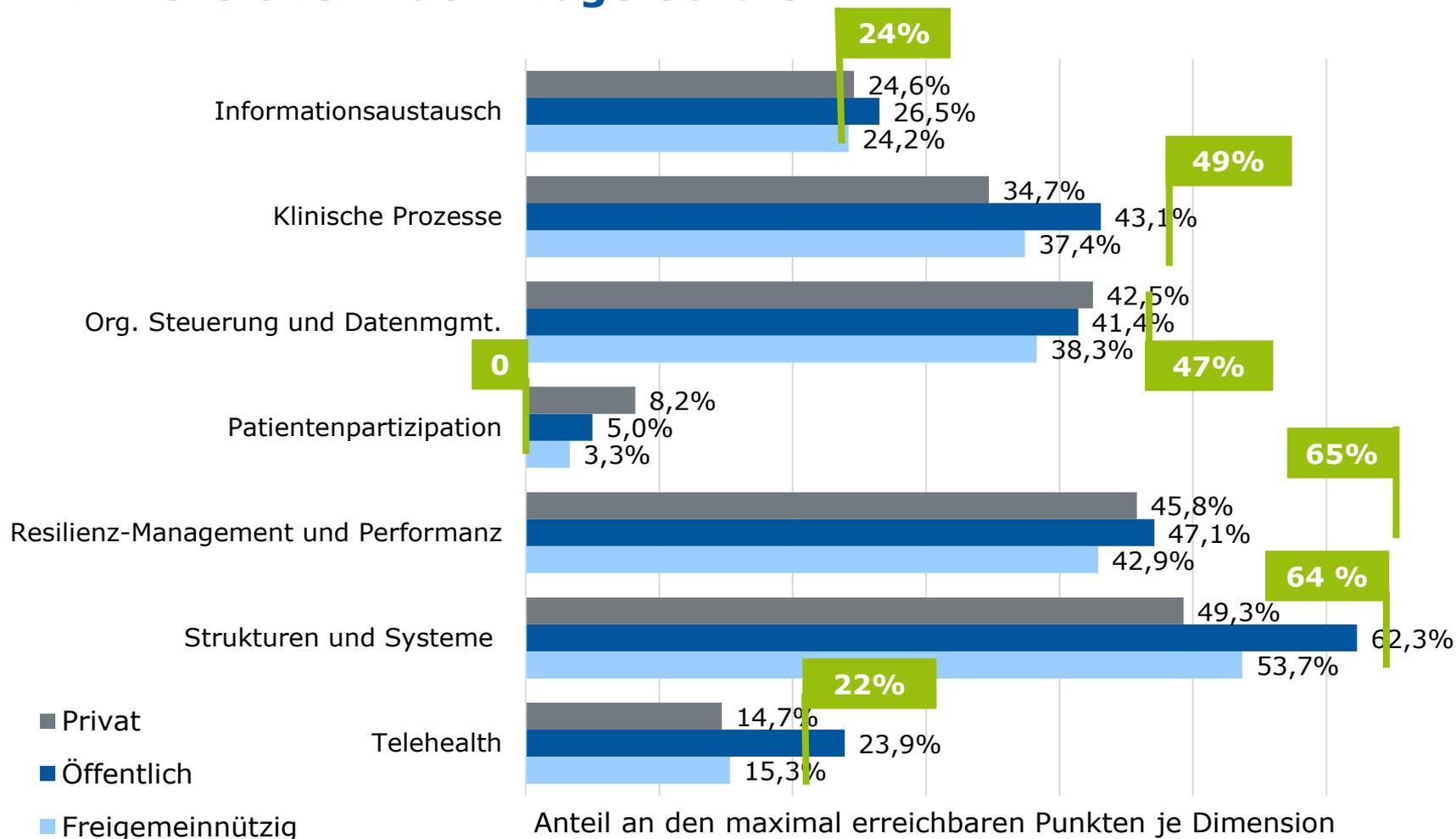


Dimensionen nach Somatik und Psychiatrie



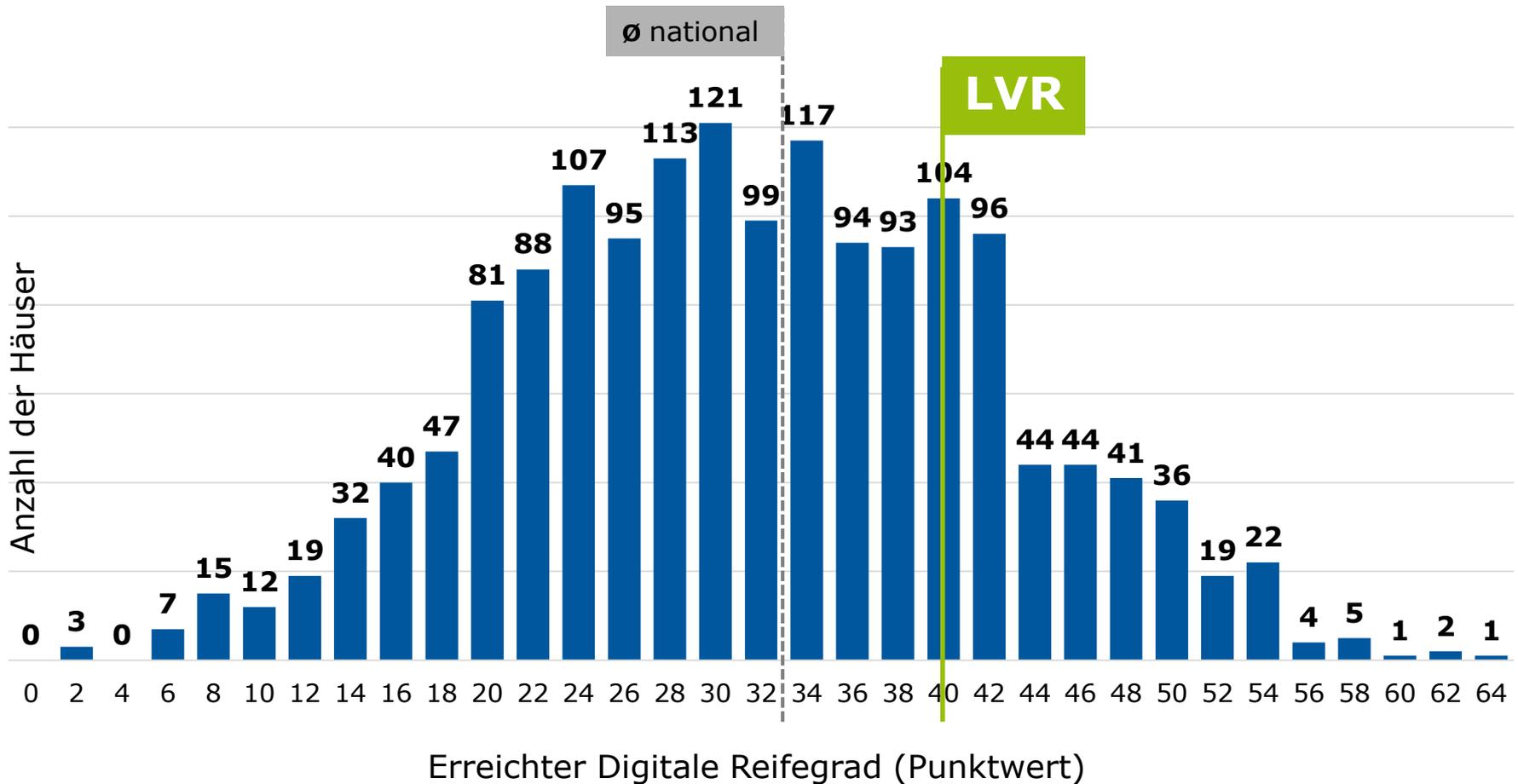
Quelle: DigitalRadar Zwischenbericht (Sept. 2022) S. 46 ff.

Dimensionen nach Trägerschaft



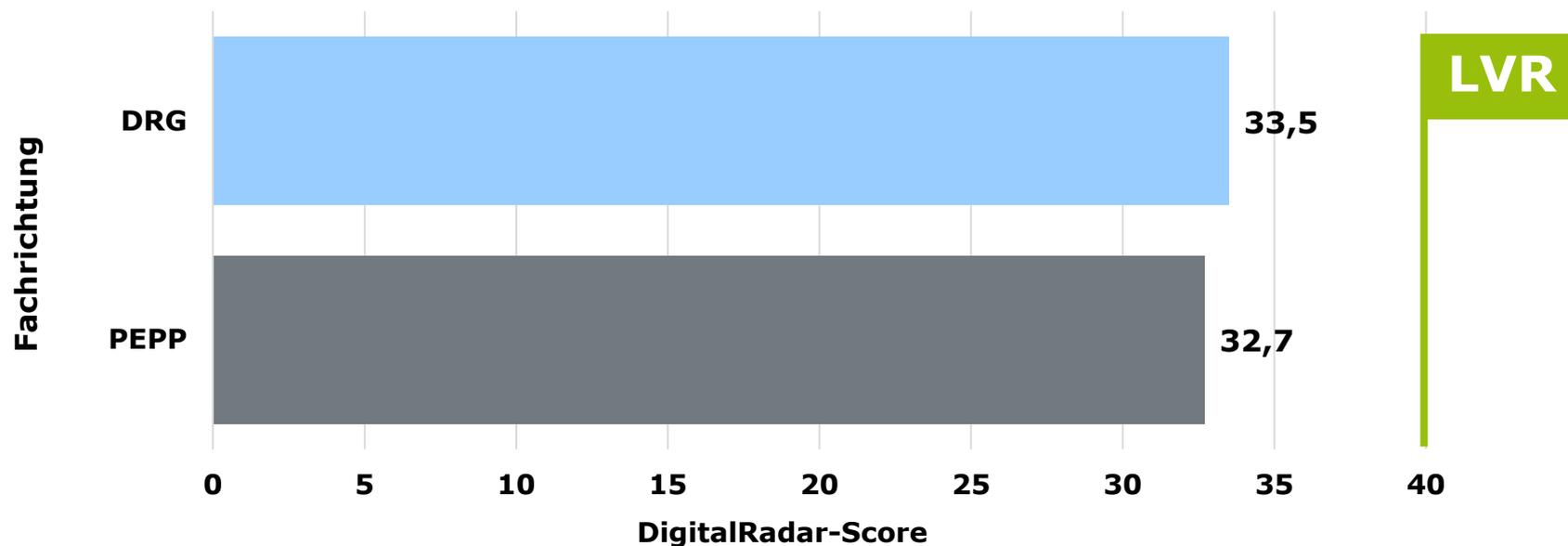
Quelle: DigitalRadar Zwischenbericht (Sept. 2022) S. 47 ff.

Digitaler Reifegrad - Score und Verteilung national



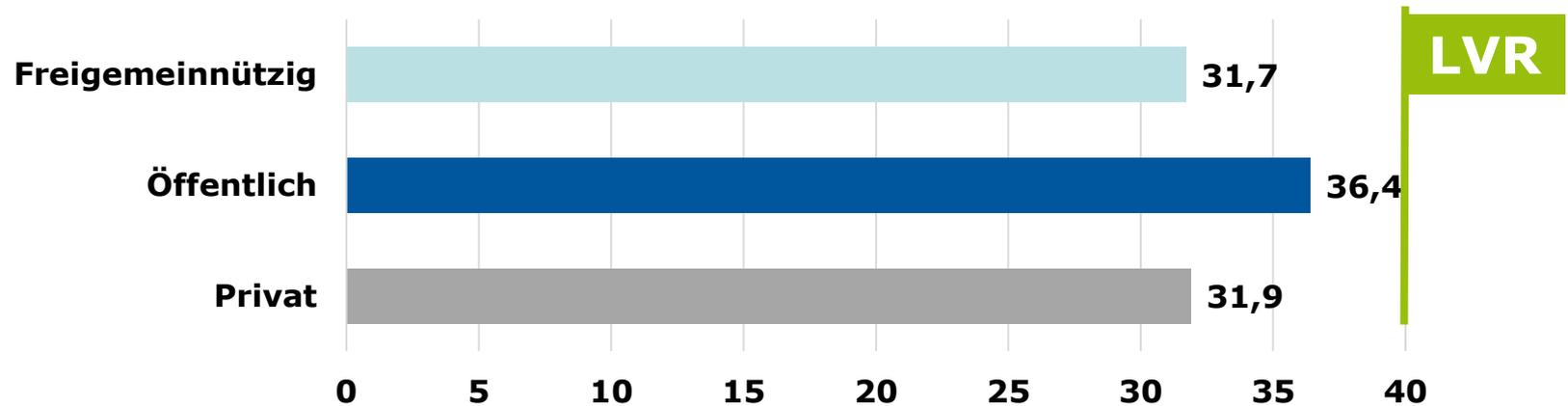
Quelle: DigitalRadar Webinar 11.2.02022

Ergebnisse in Somatik und Psychiatrie im Vergleich



Anzahl DRG-Häuser 1.362
Anzahl PEPP-Häuser 262

Score nach Trägerschaft



Anzahl Freigemeinnützige Häuser 607
Anzahl Öffentliche Häuser 548
Anzahl Private Häuser 469

**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit**

Klinikbelegung mit forensischen Patienten in 2021/2022

		Nov 21	Dez 21	Jan 22	Feb 22	Mrz 22	Apr 22	Mai 22	Jun 22	Jul 22	Aug 22	Sep 22	Okt 22	1. Nov. 22	davon: in AP	gegendert		zusätzlich:		Behand- lungsplätze	
															♀	♂	langfristig beurlaubte	davon ♀	langfr. beurlaubte in %		
Forensische Kliniken																					
Bedburg-Hau	§ 63	203	200	200	200	197	205	200	202	198	196	197	204	208	0	74	134	63	28	30,29%	216
	§ 64	213	213	212	212	195	193	197	205	210	217	217	224	215	8	15	200	76	12	35,35%	182
	§ 126a	13	15	14	15	21	27	24	20	25	25	25	26	21	0	16	5				
	§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	sonstige *	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	Summe	430	428	426	427	413	425	421	427	433	438	439	454	444	8	105	339	139	40	31,31%	398
Düren	§ 63	220	222	225	222	223	223	221	218	219	217	218	220	221	2	2	219	26	2	11,76%	218
	§ 64	2	2	2	2	3	2	2	2	2	1	1	1	1	0	0	1	0	0		
	§ 126a	13	13	14	17	16	14	12	9	11	10	12	14	13	0	0	13				
	§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	sonstige *	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	0	1	0	0	0	0				
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	Summe	237	239	242	242	243	240	237	231	234	230	231	236	235	2	2	233	26	2	11,06%	218
Langenfeld	§ 63	156	156	157	155	156	156	157	155	160	163	160	159	160	0	0	160	42	0	26,25%	171
	§ 64	39	38	37	37	38	34	39	39	39	41	39	41	41	0	0	41	27	0	65,85%	20
	§ 126a	5	6	5	6	8	9	13	14	11	12	13	15	17	0	0	17				
	§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	sonstige *	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	Summe	200	200	199	198	202	199	209	208	210	216	212	215	218	0	0	218	69	0	31,65%	191
Viersen	§ 63	166	164	168	165	164	165	165	162	161	163	165	164	164	10	0	164	21	0	12,80%	166
	§ 64	42	41	40	40	39	38	45	46	45	41	42	44	43	10	0	43	9	0	20,93%	18
	§ 126a	4	4	5	7	9	9	7	8	11	10	12	13	14	0	0	14				
	§ 81	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0				
	sonstige *	1	1	1	1	2	1	1	1	1	0	1	2	2	0	0	2				
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	Summe	213	210	214	213	214	213	218	218	218	214	220	223	223	20	0	223	30	0	13,45%	184
Köln	§ 63	207	214	211	212	216	214	213	214	211	224	222	216	213	0	0	213	49	0	23,00%	210
	§ 64	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	0	0	2	0	0		
	§ 126a	8	7	6	7	7	8	11	10	9	7	7	8	10	0	0	10				
	§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	sonstige *	1	1	1	0	0	0	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0				
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	Summe	217	223	219	220	224	223	226	226	223	234	232	226	225	0	0	225	49	0	21,78%	210
Essen	§ 63	12	6	5	3	4	1	2	3	2	3	2	2	3	0	0	3	0	0		
	§ 64	2	0	0	3	2	5	3	3	4	3	3	3	3	0	0	3	0	0		
	§ 126a	41	48	50	46	47	50	49	48	46	48	50	51	48	0	0	48				54
	§ 81	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	sonstige *	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	Summe	55	54	55	53	54	56	54	54	52	54	55	56	54	0	0	54	0	0	0,00%	54

*sonstige: § 453c StPO - Vorläufige Sicherungsmaßnahme im Widerrufsverfahren

§ 73 JGG - Unterbringung zur Beobachtung

**§ 46 StVollzG / § 24 UVollzG NRW - Interkurrente Behandlung von Strafgefangenen aus der JVA / U-Haft

Klinikbelegung mit forensischen Patienten in 2021/2022

	Nov 21	Dez 21	Jan 22	Feb 22	Mrz 22	Apr 22	Mai 22	Jun 22	Jul 22	Aug 22	Sep 22	Okt 22	1. Nov. 22	davon:	gegendert		zusätzlich:		Behand- lungsplätze	
														in AP	♀	♂	langfristig beurlaubte	davon ♀		langfr. beurlaubte in %
Allgemeinpsychiatrien																				
Bonn	37	38	37	40	36	37	36	35	37	36	39	36	39	39	0	39	13	0	33,33%	39
§ 63	1	1	2	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0		
§ 64	4	3	4	3	4	3	4	6	4	4	4	6	4	4	0	4	0	0		
§ 126a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
sonstige *	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Summe	42	42	43	44	40	40	40	42	42	41	44	43	44	44	0	44	13	0	29,55%	39
Düsseldorf	20	20	23	22	22	22	21	19	19	19	20	19	20	20	0	20	9	0	45,00%	20
§ 63	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
§ 64	1	0	0	1	1	1	1	2	1	2	2	3	3	3	0	3	0	0		
§ 126a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
sonstige *	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Summe	21	20	23	23	23	23	22	21	20	21	22	22	23	23	0	23	9	0	39,13%	20
Mönchengladbach	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0		
§ 63	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
§ 64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
§ 126a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
sonstige *	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Summe	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0,00%	0

Gesamtbelegung LVR		Nov 21	Dez 21	Jan 22	Feb 22	Mrz 22	Apr 22	Mai 22	Jun 22	Jul 22	Aug 22	Sep 22	Okt 22	1. Nov. 22							
Summe	§ 63	1021	1020	1027	1020	1019	1024	1016	1009	1008	1022	1024	1021	1029	71	76	952	223	30	21,67%	1040
	§ 64	300	296	294	296	278	273	287	297	302	306	305	316	306	19	15	291	112	12	36,60%	220
	§ 126a	89	96	98	102	113	121	121	117	118	118	125	136	130	7	16	114	0			54
	§ 81	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
	sonstige *	5	4	3	2	3	2	4	4	5	3	2	3	2	0	0	2	0			
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Zwischensumme LVR	ohne langfr. beurlaubte	1415	1416	1422	1421	1414	1420	1428	1428	1433	1449	1456	1476	1467	97	107	1359	335	42	22,84%	1314
Zwischensumme LVR	mit langfr. beurlaubten	1728	1731	1731	1741	1749	1749	1762	1758	1756	1768	1780	1804	1802							
Zwischensumme LVR	Beurlaubte	313	315	309	320	335	329	334	330	323	319	324	328	335							

*sonstige: § 453c StPO - Vorläufige Sicherungsmaßnahme im Widerrufsverfahren
 § 73 JGG - Unterbringung zur Beobachtung
 **§ 46 StVollzG / § 24 UVollzG NRW - Interkurrente Behandlung von Strafgefangenen aus der JVA / U-Haft

Klinikbelegung mit forensischen Patienten in 2021/2022

	Nov 21	Dez 21	Jan 22	Feb 22	Mrz 22	Apr 22	Mai 22	Jun 22	Jul 22	Aug 22	Sep 22	Okt 22	1. Nov. 22	davon:	gegendert		zusätzlich:			Behand- lungsplätze
														in AP	♀	♂	langfristig beurlaubte	♀	langfr. beurlaubte in %	
Kliniken anderer Träger																				
NTZ-Duisburg § 64	101	100	101	102	101	103	101	100	97	101	101	100	98	0	0	98	40	0	40,82%	100
Summe	101	100	101	102	101	103	101	100	97	101	101	100	98	0	0	98	40	0	40,82%	100
Fachklinik Im Deerth § 64	9	9	10	10	10	13	13	13	13	13	13	13	17	17	0	17	2	0	11,76%	0
Summe	9	9	10	10	10	13	13	13	13	13	13	13	17	17	0	17	2	0	11,76%	0

	Nov 21	Dez 21	Jan 22	Feb 22	Mrz 22	Apr 22	Mai 22	Jun 22	Jul 22	Aug 22	Sep 22	Okt 22	1. Nov. 22	davon:	gegendert		zusätzlich:			Behand- lungsplätze
														in AP	♀	♂	langfristig beurlaubte	♀	langfr. beurlaubte in %	
Gesamtbelegung Kliniken anderer Träger																				
Summe § 64	110	109	111	112	111	116	114	113	110	114	114	113	115	17	0	115	42	0	36,52%	100
Zwischensumme andere Träger ohne langfr. beurlaubte	110	109	111	112	111	116	114	113	110	114	114	113	115	17	0	115	42	0	36,52%	100
Zwischensumme andere Träger mit langfr. beurlaubten	154	151	154	157	157	159	159	158	157	157	158	156	157	17	0	215	42	0		
Zwischensumme andere Träger Beurlaubte	44	42	43	45	46	43	45	45	47	43	44	43	42							

*sonstige: § 453c StPO - Vorläufige Sicherungsmaßnahme im Widerrufsverfahren
 § 73 JGG - Unterbringung zur Beobachtung
 **§ 46 StVollzG / § 24 UVollzG NRW - Interkurrente Behandlung von Strafgefangenen aus der JVA / U-Haft

Klinikbelegung mit forensischen Patienten in 2021/2022

	Nov 21	Dez 21	Jan 22	Feb 22	Mrz 22	Apr 22	Mai 22	Jun 22	Jul 22	Aug 22	Sep 22	Okt 22	1. Nov. 22	davon:	gegendert		zusätzlich:		Behand- lungsplätze	
														in AP	♀	♂	langfristig beurlaubte	davon ♀		langfr. beurlaubte in %
Gesamtbelegung Rheinland																				
Summe	1021	1020	1027	1020	1019	1024	1016	1009	1008	1022	1024	1021	1029	71	76	952	223	30	21,67%	1040
§ 63	410	405	405	408	389	389	401	410	412	420	419	429	421	36	15	406	154	12	36,58%	320
§ 64	89	96	98	102	113	121	121	117	118	118	125	136	130	7	16	114				54
§ 126a	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0				
§ 81	5	4	3	2	3	2	4	4	5	3	2	3	2	0	0	2				
sonstige *	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
§ 46 StVollzG NRW**																				
Gesamtsumme ohne langfr. beurlaubte	1525	1525	1533	1533	1525	1536	1542	1541	1543	1563	1570	1589	1582	114	107	1474	377	42	23,83%	1414
Gesamtsumme mit langfr. beurlaubten	1882	1882	1885	1898	1906	1908	1921	1916	1913	1925	1938	1960	1959							
Beurlaubte	357	357	352	365	381	372	379	375	370	362	368	371	377							
Aufnahmen gem. § 63 StGB	10	13	9	9	6	10	11	15	5	11	11	5		Gesamt:		115				
Entlassungen gem. § 63 StGB	5	10	11	9	11	9	14	13	11	10	2	6		Gesamt:		111				

Warteliste	Nov 21	Dez 21	Jan 22	Feb 22	Mrz 22	Apr 22	Mai 22	Jun 22	Jul 22	Aug 22	Sep 22	Okt 22	1. Nov. 22	gegendert		davon	davon
														♀	♂	davon sofort	♀
§ 63	18	19	19	22	20	19	20	19	20	22	20	21	19	0	19	1	0
§ 64 Alkohol	24	24	25	23	23	23	24	22	23	21	21	22	24	3	21	15	3
§ 64 Drogen	198	189	185	181	194	210	208	208	211	220	216	205	210	12	198	134	9
Summe	240	232	229	226	237	252	252	249	254	263	257	248	253	15	238	150	12

§ 63 StGB - Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus
 § 64 StGB - Unterbringung in einer Entziehungsanstalt
 § 126a StPO - Anordnung der einstweiligen Unterbringung
 § 81 StPO - Unterbringung zur Beobachtung
 *sonstige: § 453c StPO - Vorläufige Sicherungsmaßnahme im Widerrufsverfahren
 § 73 JGG - Unterbringung zur Beobachtung
 **§ 46 StVollzG / § 24 UVollzG NRW - Interkurrente Behandlung von Strafgefangenen aus der JVA / U-Haft

Vorlage Nr. 15/1401

öffentlich

Datum: 03.01.2023
Dienststelle: Fachbereich 21
Bearbeitung: Frau Schneiders

Gesundheitsausschuss **03.02.2023** **Beschluss**

Tagesordnungspunkt:

**Entwurf zum Nachtragshaushalt 2023;
hier: Zuständigkeit des Gesundheitsausschusses**

Beschlussvorschlag:

Dem Entwurf des Nachtragshaushaltes 2023 für die Produktgruppe 060 im
Produktbereich 07 wird gemäß Vorlage Nr. 15/1401 zugestimmt.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

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

nein

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2025. nein

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:

Erträge:
Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan

Aufwendungen:
/Wirtschaftsplan

Einzahlungen:
Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan
Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:

Auszahlungen:
/Wirtschaftsplan

Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:

Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten

In Vertretung

H ö t t e

Zusammenfassung

Mit Vorlage Nr. 15/1384 wurde der Entwurf der Nachtragssatzung für das Haushaltsjahr 2023 mit Nachtragshaushaltsplan und Anlagen in die Landschaftsversammlung am 9. Dezember 2022 eingebracht.
Die Beratung wurde gemäß Beschlussfassung in die Fachausschüsse verwiesen.

Begründung der Vorlage Nr. 15/1401:

Mit der Vorlage Nr. 15/1384 wurde der Entwurf der Nachtragssatzung für das Haushaltsjahr 2023 mit Nachtragshaushaltsplan und Anlagen in die Landschaftsversammlung am 9. Dezember 2022 eingebracht und sodann zur Beratung in die Fachausschüsse verwiesen.

Als Fachausschuss ist der Gesundheitsausschuss für die Beratung der Produktgruppe

- 060 „Zentrale Steuerung des LVR-Klinikverbundes und des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen“ im Produktbereich 07 „Gesundheitsdienste und Altenpflege“ des Nachtragshaushaltes 2023 zuständig. Die entsprechenden Entwürfe des Teilergebnis- und des Teilfinanzplanes 2023 sind dieser Vorlage beigelegt.

In der Produktgruppe 060 „Zentrale Steuerung des LVR-Klinikverbundes“ ergeben sich insgesamt 3.000.000 Euro Mehraufwendungen, und zwar:

- in der Sachkontenzeile 13 (Aufwendungen für Sach- und Dienstleistungen) in Höhe von 2.000.000 Euro für allgemeine Sachaufwandssteigerungen (infolge der Inflation) und
- in der Sachkontenzeile 16 (Sonst. Ordentliche Aufwendungen) in Höhe von 1.000.000 Euro für die Erhöhung des Ansatzes für Wertberichtigungen auf Ausleihungen an Sondervermögen. Hierbei handelt es sich um Trägermittel zur Finanzierung von Anlagegütern in den Kliniken und dem HPH, die beim LVR bilanziell als Ausleihungen erfasst und in Höhe der planmäßigen Abschreibungen der finanzierten Anlagegüter wertberichtigt werden. Der Mehrbedarf ergibt sich aufgrund der Aktivierung von Anlagen in 2021 und 2022 (z.B. das DTFZ Diagnostik-, Therapie-, und Forschungszentrum in Düsseldorf), die in 2023 und den Folgejahren zu höheren Abschreibungen führt.

Im Übrigen wird zur Begründung des Nachtrages auf die Ausführungen in der Vorlage Nr. 15/1384 an die Landschaftsversammlung hingewiesen.

In Vertretung

H ö t t e



satzung
Nachtrags
haushaltsplan

HAUSHALTSJAHR

2023
Entwurf

Leerseite aus drucktechnischen Gründen

Gesundheitsausschuss

Produktgruppe 060 Zentrale Steuerung des LVR-Klinikverbundes und des
LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen Seite 4

Teilergebnisplan		Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)				Planung (€)		
			2021	2022	2023	Nachtrag	Veränd.	2024	2025
01	Steuern und ähnliche Abgaben	0,00	0	0	0	0	0	0	0
02	+ Zuwendungen und allg. Umlagen	50,00	50	50	50	0	50	50	50
03	+ Sonstige Transfererträge	0,00	0	0	0	0	0	0	0
04	+ Öff.-rechtliche Leistungsentg.	0,00	0	0	0	0	0	0	0
05	+ Privatrechtliche Leistungsentg.	0,00	0	0	0	0	0	0	0
06	+ Ertr. Kostenerst./Kostenuml.	6.230.774,73	2.846.000	2.846.000	2.846.000	0	2.846.000	2.846.000	2.846.000
07	+ Sonstige ordentliche Erträge	3.013,62	0	0	0	0	0	0	0
08	+ Aktivierte Eigenleistungen	0,00	0	0	0	0	0	0	0
09	+/- Bestandsveränderungen	0,00	0	0	0	0	0	0	0
10	= Ordentliche Erträge	6.233.838,35	2.846.050	2.846.050	2.846.050	0	2.846.050	2.846.050	2.846.050
11	- Personalaufwendungen	5.254.309,70	5.270.112	5.042.524	5.042.524	0	5.329.745	5.429.341	5.530.927
12	- Versorgungsaufwendungen	0,00	0	0	0	0	0	0	0
13	- Aufwend. Sach-/Dienstleist.	5.631.645,01	2.916.000	2.916.000	4.916.000	2.000.000	2.916.000	2.916.000	2.916.000
14	- Bilanzielle Abschreibungen	1.440,00	1.500	1.500	1.500	0	1.500	1.500	1.500
15	- Transferaufwendungen	480.723,08	496.000	496.000	496.000	0	496.000	496.000	496.000
16	- Sonstige ordentl. Aufwendungen	8.416.674,49	8.157.000	8.687.500	9.687.500	1.000.000	8.801.050	8.995.200	9.272.850
17	= Ordentliche Aufwendungen	19.784.792,28	16.840.612	17.143.524	20.143.524	3.000.000	17.544.295	17.838.041	18.217.277
18	= Ordentliches Ergebnis	13.550.953,93-	13.994.562-	14.297.474-	17.297.474-	3.000.000-	14.698.245-	14.991.991-	15.371.227-
19	+ Finanzerträge	635,61	0	0	0	0	0	0	0
20	- Zinsen u. sonst. Finanzaufwend.	0,00	0	0	0	0	0	0	0
21	= Finanzergebnis	635,61	0	0	0	0	0	0	0
22	= Ergebnis lfd Verw.-tätigkeit	13.550.318,32-	13.994.562-	14.297.474-	17.297.474-	3.000.000-	14.698.245-	14.991.991-	15.371.227-
23	+ Außerordentliche Erträge	0,00	0	0	0	0	0	0	0
24	- Außerordentliche Aufwendungen	0,00	0	0	0	0	0	0	0
25	= Außerordentliches Ergebnis	0,00	0	0	0	0	0	0	0
26	= Ergebnis vor ILV (Zeilen 22+25)	13.550.318,32-	13.994.562-	14.297.474-	17.297.474-	3.000.000-	14.698.245-	14.991.991-	15.371.227-
27	+ Erträge aus ILV	0,00	0	0	0	0	0	0	0
28	- Aufwendungen aus ILV	0,00	0	0	0	0	0	0	0
29	= Ergebnis (Zeilen 26, 27, 28)	13.550.318,32-	13.994.562-	14.297.474-	17.297.474-	3.000.000-	14.698.245-	14.991.991-	15.371.227-

Leerseite aus drucktechnischen Gründen

Teilfinanzplan		Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)				Verpfl.-Erm.(€)	Planung (€)		
		2021	2022	2023	Nachtrag	Veränd.	2023	2024	2025	2026
Lfd. Verwaltungstätigkeit										
01	Einz. lfd. Verw.-tätigk.	5.663.141,35	2.846.000	2.846.000	2.846.000	0	0	2.846.000	2.846.000	2.846.000
02	Ausz. lfd. Verw.-tätigk.	12.998.343,69	9.531.212	9.303.624	11.303.624	2.000.000	0	9.590.845	9.690.441	9.792.027
03	Saldo lfd. Verw.-tätigkeit	7.335.202,34-	6.685.212-	6.457.624-	8.457.624-	2.000.000-	0	6.744.845-	6.844.441-	6.946.027-
Investitionstätigkeit										
Einzahlungen										
04	Einz. aus Zuwend. für Invest.	0,00	5.000.000	6.500.000	6.500.000	0	0	0	0	0
05	Einz. Veräußerung v. Sachanl.	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0
06	Einz. Veräußerung v. Finanzanl.	378.873,34	451.425	521.880	521.880	0	0	511.800	461.100	462.300
07	Einz. aus Beiträgen/ä. Entg.	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0
08	Sonst. Investitionseinzahl.	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0
09	Einzahlungen Invest-tätigk.	378.873,34	5.451.425	7.021.880	7.021.880	0	0	511.800	461.100	462.300
Auszahlungen										
10	Ausz. für d. Erwerb v. Grundst.	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Ausz. für Baumaßnahmen	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0
12	Ausz. für bewegl. Anlageverm.	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Ausz. Erwerb von Finanzanl.	463.800,00	591.300	564.300	564.300	0	0	649.200	652.500	472.500
14	Ausz. v. aktivierb. Zuwendungen	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0
15	Sonst. Finanzauszahlungen	55.219,50-	5.150.000	6.650.000	6.650.000	0	0	150.000	150.000	150.000
16	Auszahlungen Invest-tätigk.	408.580,50	5.741.300	7.214.300	7.214.300	0	0	799.200	802.500	622.500
17	Saldo Investitionstätigkeit	29.707,16-	289.875-	192.420-	192.420-	0	0	287.400-	341.400-	160.200-

Teilfinanzplan		Ergebnis (€)	Haushaltsansatz (€)				Verpfl.-Erm.(€)	Planung (€)		
		2021	2022	2023	Nachtrag	Veränd.	2023	2024	2025	2026
	Finanzierungstätigkeit									
	Einzahlungen									
18	EZ Investkredite/kreditähnliche Rechtsgeschäfte	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0
19	EZ Rückflüsse Investkredite/kreditähnliche Rechtsgeschäfte	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0
20	EZ a. d. Aufn./Rückfl. Kred. zur Liquiditätssicherung	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0
21	Einz. Finanzierungstätig.	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0
	Auszahlungen									
22	AZ Tilgung Investkredite/kreditähnliche Rechtsgeschäfte	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0
23	AZ Gewährung Investkredite/kreditähnliche Rechtsgeschäfte	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0
24	AZ f. d. Tilg./Gew. v. Kred. zur Liquiditätssicherung	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0
25	Ausz. Finanzierungstätig.	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0
26	Saldo Finanzierungstätig.	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0
27	Saldo Einz./Ausz. (Z.3,17,26)	7.364.909,50-	6.975.087-	6.650.044-	8.650.044-	2.000.000-	0	7.032.245-	7.185.841-	7.106.227-

Vorlage Nr. 15/1460

öffentlich

Datum: 18.01.2023
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Frau Schröder, Frau Dr. Pott

Gesundheitsausschuss **03.02.2023** **Kenntnis**

Tagesordnungspunkt:

**Studien- und Informationsreise des Gesundheitsausschusses vom 17.-
20.10.2022
nach München und Klingenmünster; Bericht**

Kenntnisnahme:

Der Bericht über die Studien- und Informationsreise des Gesundheitsausschusses vom 17.- 20.10.2022 wird gemäß Vorlage Nr. 15/1460 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-Gleichstellungsplans 2025. ja

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:

Erträge:

Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan

Aufwendungen:

/Wirtschaftsplan

Einzahlungen:

Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan

Auszahlungen:

/Wirtschaftsplan

Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:

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

Im Folgenden wird über die der Informationsreise des Gesundheitsausschusses vom 17.-20.10.2022 berichtet.

Die Mitglieder des GA, die Sprecher*innen der Fachforen Kaufmännische, Ärztliche und Pflegerische Direktionen des LVR-Klinikverbunds sowie Vertreter*innen der Verwaltung/Dezernat 8 besuchten das Isar-Amper-Klinikum und das Inn-Salzach-Klinikum der Kliniken des Bezirks Oberbayern (kbo) sowie das Pfalzlinikum Klingenmünster, um sich über neuere Formen und sektorenübergreifende Möglichkeiten psychiatrischer Versorgung insgesamt zu informieren und sich mit den in Bayern sowie der Pfalz bereits gemachten Erfahrungen auseinanderzusetzen. Neben dem bundesweit größten Modellprojekt zum Regionalbudget sowie dem intensiven Einsatz von stationsübergreifender Behandlung (StäB) zählten die Vermeidung der Forensifizierung von Patient*innen der Allgemeinpsychiatrie, das gelingende Management von sektorenübergreifenden Schnittstellen und sowie der Einsatz von Genesungsbegleiter*innen/Peers zu wichtigen Themenfeldern.

Neben kurzen Zusammenfassungen zu den einzelnen Programmpunkten wird ausdrücklich auf die dankenswerter Weise seitens der Gastgeber*innen und Referent*innen zur Verfügung gestellten Präsentationen (**Anlage 1**) sowie den Jahresbericht des kbo-Krisendienstes verwiesen (**Anlage 2**).

Im Rahmen der fachlichen Bewertung werden die für den Klinikverbund des LVR besonders relevanten Aspekte zusammengefasst und Vorschläge für die künftige strategische und fachliche Weiterentwicklung skizziert.

Begründung der Vorlage Nr. 15/1460:

Inhaltsverzeichnis

Einleitung: Der LVR Klinikverbund (Präsentation, Ilona Schäfer – **Anlage 1/Seite 3**)

1.	Reiseprogramm (17.-10.10.2022)	3
2.	Inhaltliche Beschreibung (in der Reihenfolge der besuchten Einrichtungen und des Reiseprogramms)	4
2.1	kbo Isar-Amper-Klinikum: Begrüßung durch die Geschäftsführung und Diskussion zu aktuellen Themen	4
2.2	kbo Krisendienst (Anlage 2)	5
2.3	Stationsäquivalente Behandlung (Vortrag mit Präsentation - Anlage 1/Seite 14)	6
2.4	Soteria-Einheiten als alternative Behandlungsform (Vortrag mit Präsentation - Anlage 1/Seite 27)	6
2.5	Präventionsambulanz zur Vermeidung der Forensifizierung von AP-Patient*innen (Vortrag mit Präsentation - Anlage 1/Seite 38)	7
2.6	Erfahrungen der Post-Covid-Tagesklinik (Vortrag mit Präsentation - Anlage 1/Seite 46)	7
2.7	kbo Inn-Salzach-Klinikum: Neubau in Wasserburg am Inn	7
2.8	Pfalzlinikum Klingenmünster: Begrüßung durch die Geschäftsführung	8
2.9	Vorstellung Modellvorhaben/Regionalbudget „Innovative Psychiatrie Für das 21. Jahrhundert – Wohnortnah. Kompetent. Menschlich.“ als bundesweit größtes Modellprojekt (Vortrag mit Präsentation - Anlage 1/Seite 51)	8
2.9.1	Finanzierung und Steuerung (Workshop/Präsentation - Anlage 1/Seite 62)	
2.9.2	Behandlung und Pflege (Workshop – siehe 2.9)	9
2.9.3	Sicht der Nutzenden – Peers und Genesungsbegleitungen (Workshop)	9
2.9.4	Beteiligung und Mitbestimmung (Workshop mit Präsentation - Anlage 1/Seite 64)	10
2.10	Leistungsangebote Maßregelvollzug (Vortrag mit Präsentation - Anlage 1/Seite 72)	10
2.11	Leistungsangebote Gemeindepsychiatrie (Vortrag)	11
2.12	HalfwayHouse: ein Konzept zur Heranführung (dauer-)beurlaubter Patient*innen vom Maßregelvollzug zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft – Konzeption, Limitationen und Ausblick (Vortrag mit Präsentation - Anlage 1 Seite 78)	11
3.	Fachliche Bewertung	12
3.1	Was ist neu?	12
3.2	Bedeutung für den LVR-Klinikverbund	12
3.3	Vorschlag der Verwaltung	13
4.	Zusammenfassung und Ausblick	14

1. Reiseprogramm

Erster Tag (17.10.2022)

Ankunft, Begrüßung und Diskussion (kbo Isar-Amper-Klinikum)

Josef Mederer (Bezirkstagspräsident Bezirk Oberbayern)
Dr. Margitta Borrmann-Hassenbach (kbo Vorständin)
Franz Podechtl (Geschäftsführer kbo Isar-Amper-Klinikum)
Prof. Dr. Peter Brieger (Ärztlicher Direktor kbo Isar-Amper-Klinikum)
Brigitta Wermuth (Pflegedirektorin kbo Isar-Amper-Klinikum)
Stinne Fronius (Kaufmännische Leitung kbo Isar-Amper-Klinikum)

Moderation und Führung über das Gelände: Henner Lüttecke (Öffentlichkeitsarbeit und Interne Kommunikation kbo Isar-Amper-Klinikum)

Zweiter Tag (18.10.2022)

Stationsäquivalente Behandlung (StäB)

Prof. Dr. Peter Brieger (ÄD)
Christine Ernst-Geyer (Pflegedienstleitung Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, zentrale Aufnahme und StäB)

Soteria-Einheiten als alternative Behandlungsformen

Dr. Ines Göttler (Oberärztin), Andrea Gerum (Stationsleitung)

Präventionsambulanz: Vermeidung der Forensifizierung von AP-Patient*innen

Dr. Islem Ganzoui (Oberärztin Präventionsstelle)

Erfahrungen der Post-Covid-Tagesklinik

Prof. Dr. Martin Marziniak (Chefarzt Klinik für Neurologie), Dr. Ines Göttler (Oberärztin)

Erinnerungskultur am kbo-Isar-Amper-Klinikum: Führung über das Gelände und Vorstellung des „Bauzauns“ und der synchronoptischen Zeitleiste

Henner Lüttecke (Öffentlichkeitsarbeit und Interne Kommunikation)

Besichtigung des Neubaus kbo Inn-Salzach-Klinikum (Wasserburg am Inn)

Kooperationsprojekt mit einem somatischen Krankenhausträger, der RoMed Kliniken
Dr. Karsten Jens Adamski (Geschäftsführer kbo Inn Salzach-Klinikum gGmbH)

Dritter Tag (19.10.2022)

Ankunft und Begrüßung durch die Geschäftsführung (Pfalzlinikum Klingenmünster)

Theo Wieder (Vorsitzender des Verwaltungsrats, Pfalzlinikum Klingenmünster)
Dr. Sylvia Claus (Ärztliche Direktorin und Chefärztin Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Pfalzlinikum Klingenmünster)
Paul Bomke (Geschäftsführer, Pfalzlinikum Klingenmünster)

Vorstellung Modellvorhaben/ Regionalbudget „Innovative Psychiatrie für das 21. Jahrhundert – Wohnortnah. Kompetent. Menschlich.“ als bundesweit größtes Modellprojekt

Dr. Sylvia Claus (ÄD)
Prof. Dr. Brigitte Anderl-Doliwa (Pflegedirektorin – leider erkrankt)

Vier Perspektiven auf das Modell

a) Finanzierung und Steuerung

Bernhard Koelber (Leiter Unternehmensentwicklung, stv. Projektleiter Modellvorhaben)

Helmut Wagner (Leiter Medizincontrolling)

b) Behandlung und Pflege

Dr. Sylvia Claus (ÄD)

c) Die Sicht der Nutzenden – Peers und Genesungsbegleitungen

Anja Kuntz (Pflegerische Fachbereichsleiterin ambulante und aufsuchende Dienste)

Monica Mari-Schloss, Hannes Schön (Genesungsbegleitung)

d) Beteiligung und Mitbestimmung

Bernhard Dobbe (Personalratsvorsitzender)

Vierter Tag (20.10.2022)

Leistungsangebote Maßregelvollzug

Dr. Eva Biebinger (Chefärztin, Klinik für Forensische Psychiatrie, Unterbringungsleiterin)

Thomas Nagel (Pädagogisch-Pflegerischer Leiter, Klinik für Forensische Psychiatrie)

Dr. Wolfgang Weißbeck (ltd. Oberarzt u. Unterbringungsleiter Abteilung für Jugend-Maßregelvollzug)

Leistungsangebote Gemeindepsychiatrie

Birgit Fuchs (Leiterin Betreuen-Fördern-Wohnen (BFW))

Frank Schäfer (stv. Leiter BFW)

HalfwayHouse: ein Konzept zur Heranführung (dauer-)beurlaubter Patient*innen vom Maßregelvollzug zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft – Konzeption, Limitationen und Ausblick

Birgit Fuchs (Leiterin BFW)

Michael Hoffmann (Dipl. Soz.Päd. HalfWayHouse)

2 Inhaltliche Beschreibung (in der Reihenfolge der besuchten Einrichtungen und des Reiseprogramms)

2.1 kbo Isar-Amper-Klinikum: Begrüßung durch die Geschäftsführung und Diskussion zu aktuellen Themen

Der Bezirk Oberbayern ist Träger der Eingliederungshilfe und überörtlicher Träger der Sozialhilfe. Darüber hinaus ist er zuständig für die psychiatrische und neurologische Versorgung und bedient sich hier unter anderem der „kbo-Kliniken des Bezirks Oberbayern – Kommunalunternehmen“, einem Zusammenschluss von fünf großen psychiatrischen Fachkrankenhäusern mit jeweils mehreren Standorten.

Das kbo Isar-Amper-Klinikum verfügt über ca. insgesamt 2000 Betten an 12 Standorten mit insgesamt ca. 4.000 Mitarbeitenden. Pro Jahr werden etwa 50.000 ambulante und 16.000 stationäre Fälle behandelt. Am Standort München-Ost/Haar befinden sich ca. 1200 Betten, davon 500 im Maßregelvollzug.

Nach der Begrüßung und gegenseitigen Vorstellung aller Anwesenden kommt es zu einem offenen Austausch über verschiedene aktuelle und drängende Themen rund um die bedarfsgerechte Versorgung von Patient*innen.

Kbo-Vorständin Borrmann-Hassenbach betont das Interesse an §64b-Modellen zur Verzahnung der stationären und ambulanten Versorgung. Sie verweist zudem auf das bekannte Problem der nahezu unerfüllbaren Qualitätsstandards wegen fehlender personeller Ressourcen. Kliniken müssten in der aktuellen Zeit der Herausforderungen durch Corona, Energiekrise und Fachkräftemangel in der Regel auffangen, was in der Gesamtversorgung von Patient*innen „übrigbleibt“. Daher müsse Versorgung muss ganz neu gedacht und gestaltet werden.

Die Ambulanzen des Isar-Amper-Klinikums rechnen – im Unterschied zu den in NRW üblichen Fallpauschalen - über Einzelleistungsvergütungen ab, dadurch ist eine differenzierte und patientenorientiertere Angebotsdichte möglich. Die durchschnittliche Höhe der Leistungsabrechnung pro Quartal sei jedoch trotzdem ähnlich wie in anderen Bundesländern mit pauschalen Vergütungssystemen.

Zur Einrichtung bzw. Finanzierung von StäB wurden im Isar-Amper-Klinikum zum Teil auf die im Krankenhausplan (aufgrund der wachsenden Einwohnerzahl) zusätzlich berechneten 90 Betten verzichtet.

Der Fachkräftemangel wird als eine der zentralen Herausforderungen eingeschätzt. Bezüglich des für den LVR akuten Themas der Einsätze von Ärzt*innen und Pflegekräften in Arbeitnehmerüberlassung wird auf Nachfrage berichtet, dass dieses in den Kliniken des Bezirks Oberbayern noch nicht signifikant sei und lediglich punktuell in der Akutpsychiatrie auftrete. Die Identifikation der Mitarbeitenden mit dem Unternehmen sei sehr hoch.

Die digitale Messe LIKE Psychiatrie wird in diesem Kontext als eine Möglichkeit für Personalkampagnen gesehen, darüber hinaus seien Plakataktionen, der vielfältige Einsatz von Sozialen Medien (u.a. TikTok), der abgeschlossene Markenbildungsprozess von kbo sowie Stipendien und Ausbildungsunterstützung hilfreich.

2.2 kbo Krisendienst

Der Krisendienst Psychiatrie Oberbayern¹ wird durch Frau Dr. Borrmann-Hassenbach, Herrn Prof. Brieger und Herrn Podechtl im Rahmen der Diskussion auf Nachfrage seitens der LVR-Vertretenden spontan als Erfolgsmodell vorgestellt.

Nach dem Beginn in München und der späteren Ausweitung auf Oberbayern besteht seit mittlerweile fünf Jahren ein 24-Stunden-Dienst, der seit einem Jahr auch auf Niederbayern ausgeweitet wurde. Die Leitstelle, die im Isar-Amper-Klinikum verortet ist, wird von insgesamt ca. 50 speziell geschulten Fachkräften (Psycholog*innen, Fachpflegekräfte, Ärzt*innen - überwiegend Mitarbeitende der Klinik) bestückt. Etwa 80 % der ca. 30.000 Anrufe pro Jahr² können durch das geschulte Fachkräfteteam der Leitstelle telefonisch bearbeitet werden. Lediglich in ca. 20% der Nachfragen erfolgen aufsuchende Einsätze durch sog. „Ausrückteams“, in denen Mitarbeitende der kommunalen Kooperationspartner eingesetzt werden. Eine enge Zusammenarbeit und Vernetzung besteht mit Rettungsleitstellen und der Telefonseelsorge sowie mit der Polizei, die den Krisendienst teilweise zu Einsätzen dazu ruft.

¹ <https://kbo.de/krisendienst-psychiatrie>

² Zum Vergleich wird berichtet, der Krisendienst Wuppertal verzeichne jährlich etwa 3.000 Anrufe (Ilona Schäfer, Vorsitzende LVR-GA)

Möglichen Sprachbarrieren wird vor allem durch die Integration des Anbieters Dolatel³ in den Krisendienst begegnet.

Ein konkreter Nachweis über die anscheinend positiven Effekte des Krisendienstes, wie z.B. ein Rückgang der stationären Aufnahmen, ist auf Grundlage der seitens kbo erhobenen Statistiken bislang nicht führbar. Eine Evaluation unter Einbezug von Statistiken zu Polizeisondereinsätzen könnte hier Aufschluss geben.

2.3 Stationsäquivalente Behandlung

Prof. Dr. Brieger und Frau Ernst-Geyer berichten, dass die kbo Isar-Amper-Klinik am 01.10.2018 mit zunächst 16 Plätzen in München-Zentrum in die stationsäquivalente Behandlung (StäB) gestartet sei. Ein multiprofessionelles mobiles Team aus 18 Mitarbeitenden (13 VK) versorgt seither die Innenstadt, seit Herbst 2021 ist ein weiteres Team im Landkreis München aktiv (11 Behandlungsplätze mit 11 Mitarbeitenden/8,5 VK). Das Einzugsgebiet München und Umland umfasst ca. 1,5 Millionen Einwohner*innen. Die Zuweisung in die StäB erfolgt über die Zentrale Aufnahme. Durch die enge Kooperation mit der Institutsambulanz kann u. a. eine ambulante Intensivbehandlung angeboten werden, wenn StäB nicht leistbar ist. Die fließenden Übergänge werden durch gute PIA-Konzepte sowie die Einzelleistungsvergütung gewährleistet, die die Chance für multiprofessionelles Arbeiten bietet (ca. 25 % werden hier aufsuchend erbracht). Mit der Aufnahme eines regelhaften und in die Versorgungsstruktur integrierten Angebots von StäB hat sich das Isar-Amper-Klinikum neu positioniert: die Behandlung erfolgt stationär, teilstationär, ambulant und stationsäquivalent mit einer deutlich verstärkten Vernetzung der Behandlungssektoren. Bei der Entwicklung des StäB-Konzeptes erfolgte eine enge Einbindung des Medizinischen Dienstes, so dass formale Hemmnisse konstruktiv ausgeräumt werden konnten. Ein großer Teil der StäB-Patientinnen sind Mütter mit kleinen Kindern, aber auch Patient*innengruppen, die sonst in Akutphasen keine adäquate Behandlung erfahren würden (z.B. Patient*innen mit Zwangserkrankungen), können versorgt werden. Die Vergütung durch die Krankenkassen liegt bei ca. 80 % des Pflegesatzes einer vollstationären Versorgung. Wichtige Gelingensfaktoren in der Umsetzung sind unter anderem die Möglichkeit zur digitalen Dokumentation sowie zur digitalen Umsetzung von Teamsitzungen und Übergaben sowie die multiprofessionelle Übernahme schwieriger Aufgaben, wie z. B. der 24-stündigen Rufbereitschaft sowie die 7-Tage-Abdeckung.

2.4 Soteria-Einheiten als alternative Behandlungsformen

Nach kurzer Einführung zur Historie des Soteria-Konzepts wird durch die zuständige Oberärztin Frau Dr. Göttler das Angebot im Isar-Amper-Klinikum vorgestellt. Die Grundidee ist, die Patient*innen in einer alltagsnahen Umgebung durch eine stützende Beziehungsgestaltung und eine entängstigende Umgebung durch die psychotische Krise zu begleiten. Medikamente werden möglichst gering dosiert eingesetzt. Das Angebot in München wurde 2003 eröffnet, 2010 zunächst um eine weitere stationäre Einheit erweitert und seit 2021 mit einer Station und einer Tagesklinik fortgesetzt.

³ Der Dienstleister „Dolatel“ bietet in über 100 Sprachen rund um die Uhr (kultursensibles) telefonisches Dolmetschen unter anderem für medizinische Einrichtungen, Krankenhäuser und Arztpraxen an.

Auch im LVR-Klinikverbund ist Dolatel seit 2017 einer der sechs Anbieter für Sprachmittlung, mit denen zurzeit eine Rahmenvereinbarung besteht.

2.5 Präventionsambulanz zur Vermeidung der Forensifizierung von AP-Patient*innen

Vor dem Hintergrund der Zunahme forensischer Unterbringungen, dem erhöhten Risiko für Gewalthandlungen bei bestimmten psychischen Störungen und der unzureichenden Versorgung schwer psychisch kranker Patienten mit Gewaltrisiko im allgemeinpsychiatrischen Setting wurde unter dem Dach der Allgemeinpsychiatrie ein Präventionsangebot mit forensischer Expertise geschaffen. Ziele sind die Gewaltprävention und der Opferschutz. Das Angebot wird durch die zuständige Oberärztin Fr. Dr. Islem Ganzoui vorgestellt. Eingeschlossen werden vorwiegend Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Der Zugang ist niederschwellig und freiwillig für die Patienten. Es erfolgt gezielt eine Behandlung gewaltrelevanter Aspekte, nach Stabilisierung eine Weiterbehandlung über die Regelversorgung.

2.6 Erfahrungen der Post-Covid-Tagesklinik

Für die noch neue und herausfordernde Behandlung von Post-Covid-Patient*innen, die seitens des bayrischen Gesundheitsministerium gewollt war, konnten fünf tagesklinische Behandlungsplätze in der neurologischen Klinik des Isar-Amper-Klinikums etabliert werden.

Unter dem „Post-Covid-Syndrom“ werden diagnostisch unterschiedliche Beschwerden gefasst, die mehr als 12 Wochen nach einer Sars-CoV-2 Infektion auftreten. Herr Prof. Marziniak und Frau Dr. Göttler führen aus, dass langandauernde Gewebeschäden, eine Persistenz von Viren oder Virusbestandteilen sowie eine chronische (Hyper-)Inflammation und/oder Autoimmunphänomene beobachtet werden, wobei zur Epidemiologie und Ätiologie bisher kaum belastbare Daten vorliegen. Für die betroffenen Patient*innen erweist sich im Rahmen des sich aktuell fortlaufend weiterentwickelnden Behandlungskonzeptes das sog. „Energiemanagement“ als wichtig und hilfreich, mit dem rechtzeitigen Erkennen von Belastungsgrenzen.

2.7 kbo Inn-Salzach-Klinikum: Neubau in Wasserburg am Inn

Der Nachmittag war der Fahrt nach Wasserburg und der Besichtigung des Neubaus des kbo Inn-Salzach-Klinikums vorbehalten, welcher in Kooperation mit den RoMed Kliniken entstanden ist (130 Betten in der Somatik). Herr Dr. Karsten Jens Adamski, Geschäftsführer, informierte über den Klinikneubau, in dessen erstem Bauabschnitt das komplette RoMed-Klinikum sowie die gemeinsame Eingangshalle und der erste Patienten-Pavillon inklusive Neurologie des kbo Inn-Salzach-Klinikums errichtet wurde. Im gemeinsamen Eingangsbereich befinden sich Pforte, Telefonzentrale, öffentliche Cafeteria, Mitarbeitendenkantine sowie klinikübergreifende Funktionsbereiche, wie zum Beispiel Labor und Notaufnahme. Weitere Betten-Pavillons sind in Vorbereitung. Geplant ist eine umfassende Modernisierung des psychiatrischen Angebots am Standort mit aktuell 516 Betten. Die Förderung des Freistaates Bayern wird hier besonders hervorgehoben.

In der anschließenden Diskussion überrascht die Geschäftsführung u.a. mit der Information, im Umfeld befinde sich eine erhebliche Anzahl geschlossener besonderer

Wohnformen, in welche Patient*innen (auch aus anderen Regionen Deutschlands) bei gegebener Indikation verlegt werden können.

2.8 Pfalzlinikum Klingenmünster: Begrüßung durch die Geschäftsführung

Der Bezirksverband Pfalz ist ein kommunaler Träger mit rund 5500 Mitarbeitenden. In seinem Einzugsgebiet leben rund 1,4 Millionen Menschen. Er betreibt Kultureinrichtungen, Museen, 2 Schulen, den Naturpark Pfälzer Wald und das Pfalzlinikum für Psychiatrie und Neurologie. Das Pfalzlinikum als Dienstleister für seelische Gesundheit stellt psychiatrische, psychosomatische, kinder- und jugendpsychiatrische, neurologische, sozialtherapeutische und gemeindepsychiatrische Angebote in vielen pfälzischen Regionen zur Verfügung. Der Standort Klingenmünster mit einer großen Abteilung für den Maßregelvollzug sowie einer Abteilung für Gemeindepsychiatrie besteht bereits seit 1857 und ist der Hauptsitz des Pfalzlinikums.

2.9 Vorstellung Modellvorhaben/ Regionalbudget „Innovative Psychiatrie für das 21. Jahrhundert – Wohnortnah. Kompetent. Menschlich.“ als bundesweit größtes Modellprojekt

Das Modellprojekt Regionalbudget des Pfalzlinikums Klingenmünster wird durch die Ärztliche Direktorin Frau Dr. Sylvia Claus vorgestellt. Die Größe der zu versorgenden Region stellte eine erhebliche Herausforderung dar. Das Projekt hatte sowohl fachlich als auch planerisch und verhandlungstechnisch einen langen Vorlauf. Die Klinik war zuvor bereits über Jahre an Projekten der integrierten Versorgung beteiligt, bot ambulante psychiatrische Pflege an sowie stationsäquivalente Behandlungen seit dem 1.2.2018. Die Verhandlungen mit den Krankenkassen wurden jedoch erst erfolgreich möglich, nachdem der Krankenhausplan 90 zusätzliche Betten vorsah.

Das Modellprojekt richtet sich an Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Die Aufgaben werden durch verschiedene Teams übernommen, insgesamt sechs an verschiedenen Standorten. Dazu gehören auch spezialisierte Teams für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Gerontopsychiatrie und Menschen mit geistigen Behinderungen. In der Zeit der Einschränkungen durch die Corona-Pandemie konnte beispielsweise das Gerontopsychiatrische Team aufsuchend arbeiten.

Da sich fast alle Krankenkassen im Einzugsgebiet beteiligen, können 98% der Patient*innen eingeschlossen werden. Auf Wunsch der Krankenkassen erfolgt die Abrechnung weiter über PEPP. Nachweise nach PPP-RL müssen nicht erbracht werden.

Die Mitarbeitenden mussten für die neue Art des Arbeitens fachlich geschult werden. Hilfreich bei der Förderung der Akzeptanz der neuen Art des Arbeitens war beispielsweise, dass Assistenzärzt*innen im Rahmen ihrer Weiterbildung ein Jahr in einem aufsuchenden Team arbeiten.

Die noch regulär stationär behandelten Patienten und Patientinnen sind schwerer krank, dadurch steigt die Belastung für die Stationsteams. Bisher wurden keine Stationen geschlossen, jedoch weniger Betten auf Station belegt. Die Stationen bieten anstelle der stationären Behandlung TK-Plätze an oder nehmen an der aufsuchenden Behandlung teil.

Der Behandlungserfolg soll u.a. über die Wiederaufnahmeraten gemessen werden; die Zahl der Zwangsmaßnahmen sei rückläufig. Eine qualitative Evaluation (Mitarbeitende, Nutzer*innen, Angehörige) ist in Planung.

2.9.1 Finanzierung und Steuerung

Herr Bernhard Koelber, Leiter Unternehmensentwicklung, stv. Projektleiter Modellvorhaben, und Herr Helmut Wagner, Leiter Medizincontrolling, berichten zu dem aufgesetzten Instrumentarium. Das Controlling erfolgt über Kennzahlen, die in den letzten Jahren entwickelt wurden (insbesondere Erstaufnahmen). Eine Herausforderung besteht in der Dezentralität; auch die gemeindepsychiatrischen Dienste sind sehr verstreut.

Als Gelingensfaktor wird die Verhandlung auf Augenhöhe mit den Krankenkassen gesehen. Hierbei ist das Management hoch gefordert, um das Verhandlungsgeschehen zum Erfolg zu führen.

Die attraktiven Angebote für die Mitarbeitenden, die mit dem Personalrat im Rahmen einer Dienstvereinbarung zur aufsuchenden Arbeit verhandelt wurden, sind weitere Voraussetzungen zur Umsetzung.

2.9.2 Behandlung und Pflege

Siehe hierzu 2.9, Vortrag Frau Dr. Claus.

2.9.3 Sicht der Nutzenden – Peers und Genesungsbegleitungen

Frau Andrea Kuntz, Pflegerische Fachbereichsleiterin ambulante und aufsuchende Dienste, sowie die Genesungsbegleitenden Frau Mari-Schloss und Herr Schön berichten zunächst zur internen Struktur, dem Rollenverständnis sowie den Chancen und Herausforderungen im Zusammenhang mit Angeboten der Genesungsbegleitung im Pfalzkrinikum.

Zurzeit sind ca. 8 bis 10 Genesungsbegleitende klinikweit tätig. Es besteht eine gute interne Vernetzungsstruktur mit regelmäßigen Treffen. Die Genesungsbegleitenden fungieren als „kritische Beobachter*innen“ innerhalb des Systems psychiatrische Klinik und wirken so als Brückenbauer zwischen Fachkräften anderer Berufsgruppen und Patient*innen. Die Finanzierung erfolgt, je nach Budgetlage, aus dem Budget therapeutische Dienste und/oder Pflegedienst, wobei berufliche Vorerfahrungen der Genesungsbegleitenden zum Teil in die Vergütung einfließen.

Die Voraussetzung für die Tätigkeit als Genesungsbegleiter*in ist – wie auch im LVR-Klinikverbund – der erfolgreiche Abschluss eines EX-IN Kurses. Hierbei tritt das Pfalzkrinikum selbst (in Kooperation mit EX-IN Deutschland) als Anbieter von EX-IN Kursen auf. Patient*innen des Klinikums wurden hierbei gezielt angesprochen und für die Ausbildung rekrutiert. Eine wichtige Diskussion entstand im Workshop in Bezug auf die Frage der Handhabung der eigenen Behandlung in Krisensituationen: im Pfalzkrinikum ist die stationäre Aufnahme in der Klinik und sogar auf der eigenen Station (grds.) möglich. Hierbei wies Herr Schön darauf hin, dass es die Möglichkeit gibt, die eigene Krankenakte verschlüsseln zu lassen und so vor dem Zugriff durch andere Berufskolleg*innen zu schützen.

Frau Mari-Schlosser beschreibt ihren beruflichen Alltag, der überwiegend von aufsuchender Tätigkeit geprägt sei und ein hohes Maß an eigenständigem Arbeiten erfordere. Hierin liege für sie eine große Chance für Genesungsbegleitende, auf Augenhöhe mit den anderen Kolleg*innen im multiprofessionellen Team tätig zu sein.

Allerdings seien hierfür auch bestimmte Rahmenbedingungen und eine gute Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und momentanen Belastbarkeit unabdingbar. Insgesamt werden Genesungsbegleitende seitens des Pfalzkrankenhauses als Mitarbeitende mit einer zentralen Rolle angesehen. Es ist geplant, die Angebote perspektivisch sukzessive weiter auszubauen.

2.9.4 Beteiligung und Mitbestimmung

Durch den Personalratsvorsitzenden Herrn Dobbe wird in die Arbeit des Personalrats des Pfalzkrankenhauses eingeführt und die Rolle bei der Einführung des Modellprojekts erläutert. Mit der Arbeit im Modellprojekt änderten sich sowohl die fachlichen als auch organisatorischen Anforderungen für die Mitarbeitenden. Die Herausforderung bestand darin, den Sorgen (z.B. in Bezug auf Verantwortung bei der Arbeit, „heimliche“ Arbeitsverdichtung, mögliche finanzielle Einbußen bei Verlassen des Schichtdienstes) durch Information und geeignete Schulungen zu begegnen. Im Ergebnis wird die Möglichkeit zum individualisierten Arbeiten und die gesteigerte Effektivität von den Mitarbeitenden als positiv bewertet.

2.10 Leistungsangebote Maßregelvollzug

Die Vorstellung der Angebote erfolgt durch Frau Dr. Eva Biebinger (Chefärztin Klinik für Forensische Psychiatrie, Unterbringungsleitung), Herrn Thomas Nagel (Pädagogisch-Pflegerischer Leiter, Klinik für Forensische Psychiatrie) und Herrn Dr. Wolfgang Weißbeck (Itd. Oberarzt u. Unterbringungsleiter Abteilung für Jugend-Maßregelvollzug).

Die Klinik für Forensische Psychiatrie Klingenmünster hat insgesamt elf Stationen, davon acht im hochgesicherten Bereich, drei Stationen im Reha-Bereich und eine Fachambulanz. Die Ambulanz wurde 2021 an einen externen Standort (Neustadt) mit guter verkehrstechnischer Erreichbarkeit verlagert.

Im Akutbereich gibt es mehrere Stationen für männliche Patienten, jeweils getrennt für die Unterbringung nach § 63 und § 64. Es gibt eine Aufnahmestation für Frauen, hier werden Patientinnen mit Unterbringung nach § 63 und § 64 behandelt.

Eine der drei weniger gesicherten Stationen mit Schwerpunkt der Wiedereingliederung wird gemischtgeschlechtlich belegt, die beiden anderen haben jeweils den Schwerpunkt im Bereich § 63 bzw. § 64.

Herausgestellt wird auch die Zusammenarbeit mit der Gemeindepsychiatrie, siehe 2.11 und 2.12.

Beim Rundgang durch die Klinik konnte u.a. die Aufnahmestation für Frauen besucht werden. In der Behandlung werden milieutherapeutische Angebote berücksichtigt (z.B. gemeinsame Wochenrunden der Patientinnen, transparente Strukturhilfen und Planung des Stationsalltags), durch die die Ressourcen der Patientinnen und die wechselseitige Unterstützung therapeutisch genutzt werden können.

2.11 Leistungsangebote Gemeindepsychiatrie

Frau Birgit Fuchs, Leiterin des Bereiches Betreuen-Fördern-Wohnen (BFW), und Herr Frank Schäfer, stellvertretender Leiter, stellen das Leistungsangebot des Bereiches vor. Zwei Schwerpunkte bestimmen die Arbeit: Dezentralisierung und Spezialisierung. Sie berichten von den Teilhabezentren, die in der Gemeinde zum Teil mit „virtuellen Heimen“/Plätzen geschaffen worden sind.

Unter anderem über den verstärkten Einsatz von Peers wurde viel in die Entwicklung der Haltung der Mitarbeitenden investiert, gefördert vor allem durch die eigene EX-IN Ausbildung von Psychiatrieerfahrenen (gemeinsam mit EX-IN Deutschland). Aktuell werden zur Besetzung von Stellen entsprechende Stellenangebote erfolgreich über „indeed“ geschaltet. Die Angebotsentwicklung hat sich durch den Einbezug von Peers deutlich verändert, die Ideen dieser Kolleg*innen werden aufgegriffen und umgesetzt. Intern erfolgt die Begleitung der Peers unter anderem durch Mentor*innen und Intervisionsangebote an jedem Standort. Das Signal, das damit (auch in Richtung der Klient*innen) gesendet wird, lautet: „Nimm Dir Zeit für die Krise“.

- Zentral: Aufbrechen der Versäulung in der EGH – Trägerbudget ist in konkreten Verhandlungen
- Regional: EGH-Verbund - alle Träger und drei Kommunen

Zur Schaffung neuer Wohnsettings für Menschen mit herausforderndem Verhalten werden immer wieder erfolgreich neue Wege fernab von Standards gegangen. Hilfreich ist bei der Genehmigung, dass die zuständige WTG-Behörde bereits von Anfang an mit in die Konzeptionserstellung eingebunden wird.

2.12 HalfWayHouse: ein Konzept zur Heranführung (dauer-)beurlaubter Patient*innen vom Maßregelvollzug zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft – Konzeption, Limitationen und Ausblick

Frau Birgit Fuchs (Leiterin BFW) und Herr Michael Hoffmann (Dipl. Soz.Päd. HalfWayHouse) berichten, dass die Idee für das „Half-Way-House“ ursprünglich für Langzeit-Patient*innen im Maßregelvollzug (MRV) entwickelt wurde, bei denen die Entlassung nach Verhältnismäßigkeitsregel anstand. Manche dieser Patient*innen befanden sich 15-25 Jahre im MRV und galten als nicht entlass fähig. Inzwischen können auch Patient*innen übernommen werden, die weniger lang im MRV waren. Das Angebot ging 2017 an den Start und soll einen Zwischenschritt vom Übergang aus dem MRV in die Gemeindepsychiatrie schaffen. Aktuell werden elf Wohnplätze angeboten, die keine geschlossene Einheit bilden, sondern in bestehende Wohngruppen der EGH nahe am Klinikgelände eingebettet sind.

Die Grundidee des Konzepts ist, mit den Ansätzen der Eingliederungshilfe zunächst eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen, um in den nächsten Schritten die individuellen Kompetenzen der Patienten zu fördern und schließlich eine Perspektive für die Entlassung zu entwickeln. Die Aufenthaltsdauer im Half-Way-House beträgt zwei bis maximal drei Jahre.

Bisher haben ca. 40 Patient*innen an dem Programm teilgenommen. Nur eine Handvoll wurden im ersten Jahr in den MRV zurückverlegt worden, da der Beziehungsaufbau und die Förderung der Eigenmotivation nicht gelangen.

Grundsätzlich besteht in dem Programm konzeptionell eine andere Haltung zum Risiko eines Rückfalls als im MRV. Die Rückfallraten der Entlassenen sind dabei aber nicht höher als bei regulärer Entlassung aus dem MRV.

3. Fachliche Bewertung

3.1 Was ist neu?

Als einer der zentralen Aspekte muss hervorgehoben werden, dass sich in allen besuchten Einrichtungen die enge Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Vorstandsressorts vorbildhaft darstellte. Die geschilderten Weiterentwicklungen wurden jeweils trägerseits unterstützt und durch die aktuellen politischen Rahmensetzungen und Aufträge befördert. Auf diese Weise ist es gelungen, die günstigen Momente für den Ausbau und die Weiterentwicklung bestehender Angebote zu nutzen. Erfolgreich konnte z.B. in München der bestehende Kontakt zum bayerischen Gesundheitsministerium genutzt werden.

Voraussetzung für den Aufbau von Modellprojekten im Sinne eines flexiblen ambulant aufsuchenden Behandlungsangebots waren außerdem die schon zuvor gemachten Erfahrungen der Fachkräfte mit derartigen Behandlungsformen. Hierdurch konnten die multiprofessionellen Teams entsprechende Konzepte (weiter-)entwickeln und notwendige fachliche wie auch persönliche Erfahrungen sammeln. In Klingenmünster gelang auf diese Weise der erfolgreiche Einstieg in das bundesweit größte Modellprojekt mit Regionalbudget; in München bestehen entsprechende Absichten zum Einstieg in ein Modellprojekt.

Die während des Besuchs des Gesundheitsausschusses vorgestellten Angebote im Maßregelvollzug (Präventionsambulanz, Halfway-House) zeigen ein gelingendes Management von Schnittstellen bzw. von zuvor als festgeschrieben erlebten Versorgungsgrenzen.

Durch die mittlerweile gut etablierte und fachlich hoch qualifizierte Tätigkeit des kbo Krisendienstes, der zunächst nur für den Bezirk Oberbayern eingeführt wurde und inzwischen in ganz Bayern eingerichtet ist, gelingt es, den überwiegenden Anteil der Anfragen mittels telefonischer Beratung zu klären, die Akuität der krisenhaften Anliegen zu reduzieren und die weitere Versorgung anschließend planbar über Regelsysteme zu bahnen.

3.2 Bedeutung für den LVR-Klinikverbund

Bereits in der Vorlage Nr. 15/1313 wurde, vor dem Hintergrund der krankenhausplanerischen und krisenhaften finanziellen Rahmenbedingungen, ein Ausblick für die Weiterentwicklung der ambulanten und aufsuchenden Behandlungsangebote im LVR-Klinikverbund gegeben.

Die dort skizzierten Ansätze müssen gemeinsam mit Fachexpert*innen in den LVR-Kliniken konkretisiert und weiterentwickelt werden. Auch die auskömmliche Finanzierung ambulanter, sektorenübergreifender und aufsuchender Behandlung stellt einen zentralen Gelingens-Faktor dar und ist im intensiven Diskurs mit den Kostenträgern sicherzustellen. Ein diesbezüglicher Sachstand und Ausblick wird in Vorlage Nr. 15/1444 (Bericht über die Budgetverhandlungen für den KHG-Bereich) gegeben.

Die stationsäquivalente Behandlung und andere Formen aufsuchender Behandlungen (Hometreatment-Modelle) bieten die Chance, Erfahrungen mit intensivierten ambulanten und aufsuchenden Behandlungsansätzen zu machen.

Auf der Grundlage dieser Erfahrungen lassen sich komplexe personenzentrierte Behandlungsangebote aufbauen und weiterentwickeln.

Über den Aufbau neuer bzw. den Ausbau bestehender Modellprojekte wird mit den Krankenkassen zu verhandeln sein. Die Einführung von Regionalbudgets oder anderer Finanzierungsmodelle personenzentrierter Versorgungsangebote könnte erheblich erleichtert werden, wenn der bundespolitische Wille bestünde, einen Anspruch auf eine Modellfinanzierung außerhalb der Regelleistungsfinanzierung zu schaffen (z.B. über eine „Opt in“-Regelung in Bezug auf bestehende Modelle). Aktuell scheitert der Umstieg auf eine Modellfinanzierung regelmäßig daran, dass sich nicht alle Kostenträger davon überzeugen lassen.

Angebote zur Prävention von Gewalt und zur Vermeidung der Forensifizierung von Patient*innen der Allgemeinpsychiatrie bräuchten unter anderem die Bereitschaft des Landes NRW, entsprechende Maßnahmen finanziell zu fördern. Projekte in anderen Bundesländern haben gezeigt, dass die Einsparungen des Kostenträgers des Maßregelvollzugs durch eine Vermeidung langjähriger Unterbringungen im MRV die Kosten für Präventionsambulanzen deutlich übertreffen. Prävention zahlt sich hier in zwei Richtungen aus: zum einen werden für einzelne Personen Unterbringungen im Maßregelvollzug vermieden, zum anderen müssen weniger Maßregelvollzugsplätze vorgehalten bzw. deren Betrieb finanziert werden. Eine eindeutige politische Willenserklärung des LVR und die Bereitschaft zur Übernahme solcher Angebote (s. beispielsweise die Präventionsambulanz kbo Isar-Amper-Klinikum) könnten hierbei unterstützend sein.

3.3 Vorschlag der Verwaltung

Folgende Ansätze sollten im Gebiet des LVR verfolgt werden:

- Für die LVR-Kliniken im KHG-Bereich: verstärkter Aufbau aufsuchender Behandlungsangebote und intensivierter ambulanter Behandlungsangebote, perspektivisch Vorbereitung von Modellprojekten mit Regionalbudgets bzw. anderen Finanzierungsmodellen mit personenzentrierten Leistungsmöglichkeiten.
- Für die LVR-Kliniken im Bereich der Eingliederungshilfe: personenzentrierte Bedarfe in Bezug auf Wohnraum/Wohnformen gemeinsam mit der WTG-Behörde entwickeln und den Kostenträger bereits in einem frühen Stadium mit einbinden
- Für den Bereich MRV: Aufbau eines Präventionsprojekts an der Schnittstelle von Allgemeinpsychiatrie und MRV, Weiterentwicklung von Angeboten an der Schnittstelle zwischen MRV und Eingliederungshilfe
- Für die Mitarbeitenden: Unermüdlich weiterer Einsatz für die Gewinnung und Qualifizierung des Personals zur Umsetzung der genannten Angebote. Hier müssen auch neue Berufsgruppen (z.B. Genesungsbegleiter*innen, künftige Absolvent*innen des Studiengangs Psychologische Psychotherapie) und Assistenzberufe eingeschlossen werden. Die eigene Ausbildung von Genesungsbegleitenden - in Kooperation mit dem LVR-IFuB, Sparte Bildung und EX-IN Deutschland und EX-IN NRW - sollte geprüft werden.
- Für die Region: Aufbau eines ambulanten Krisendienstes in Kooperation mit den anderen Anbietern der stationären Versorgung und der Gemeindepsychiatrie im Land NRW. Hierbei könnte sich aufgrund der heterogenen Versorgungsstruktur des Rheinlands nach einer Bestandsaufnahme/-analyse z.B. ein modellhaftes Vorgehen anbieten und danach ein sukzessiver Auf- bzw. Ausbau anschließen.

4. Zusammenfassung und Ausblick

Die Strategiekonferenz des Klinikverbunds im Frühjahr 2023 wird sich schwerpunktmäßig mit dem Ausbau der neuen Versorgungsangebote beschäftigen. Dabei sollen die Formen der intensiv-ambulant, aufsuchenden bzw. stationsäquivalenten Behandlung diskutiert werden.

Ein klinikverbundweiter Abschluss zur auskömmlichen Finanzierung von StäB wird zeitnah angestrebt. Hierdurch wird die Einführung von StäB-Angeboten in den bisher nicht beteiligten Kliniken weiter begünstigt und deren feste Einbindung in die Regelversorgung gestärkt.

Auch ein weiterer Ausbau der Modellprojekte ist geplant. Die Bonner LVR-Klinik steht vor der Aufnahme der AOK zur Teilnahme am DynaLIVE-Projekt – mündliche Zusagen liegen bereits vor. Damit kann zukünftig der größte Teil der Patient*innen im Einzugsgebiet der Klinik durch das Modellangebot erreicht werden.

Die LVR-Klinik Mönchengladbach wird in die Vorbereitung zur Vereinbarung eines Regionalbudgets gehen. Weitere LVR-Kliniken möchten sektorenübergreifende Behandlungsangebote über Modellfinanzierungen anstreben.

Mit den Krankenkassen im Rheinland soll in diesem Jahr intensiv über eine Ausweitung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten sowie flexiblerer Behandlungselemente im stationären und teilstationären Bereich verhandelt werden, über die eine bedarfsgerechte und hochwertige Versorgung auch mit geringeren stationären Behandlungskapazitäten sichergestellt werden soll. Damit soll auch der im Rahmen der Krankenhausplanung zu vereinbarende Versorgungsauftrag zunehmend durch nicht-stationäre Angebote erbracht werden – eine diesbezügliche Abstimmung mit dem Land NRW sowie den zuständigen Planungsbehörden wird erforderlich sein.

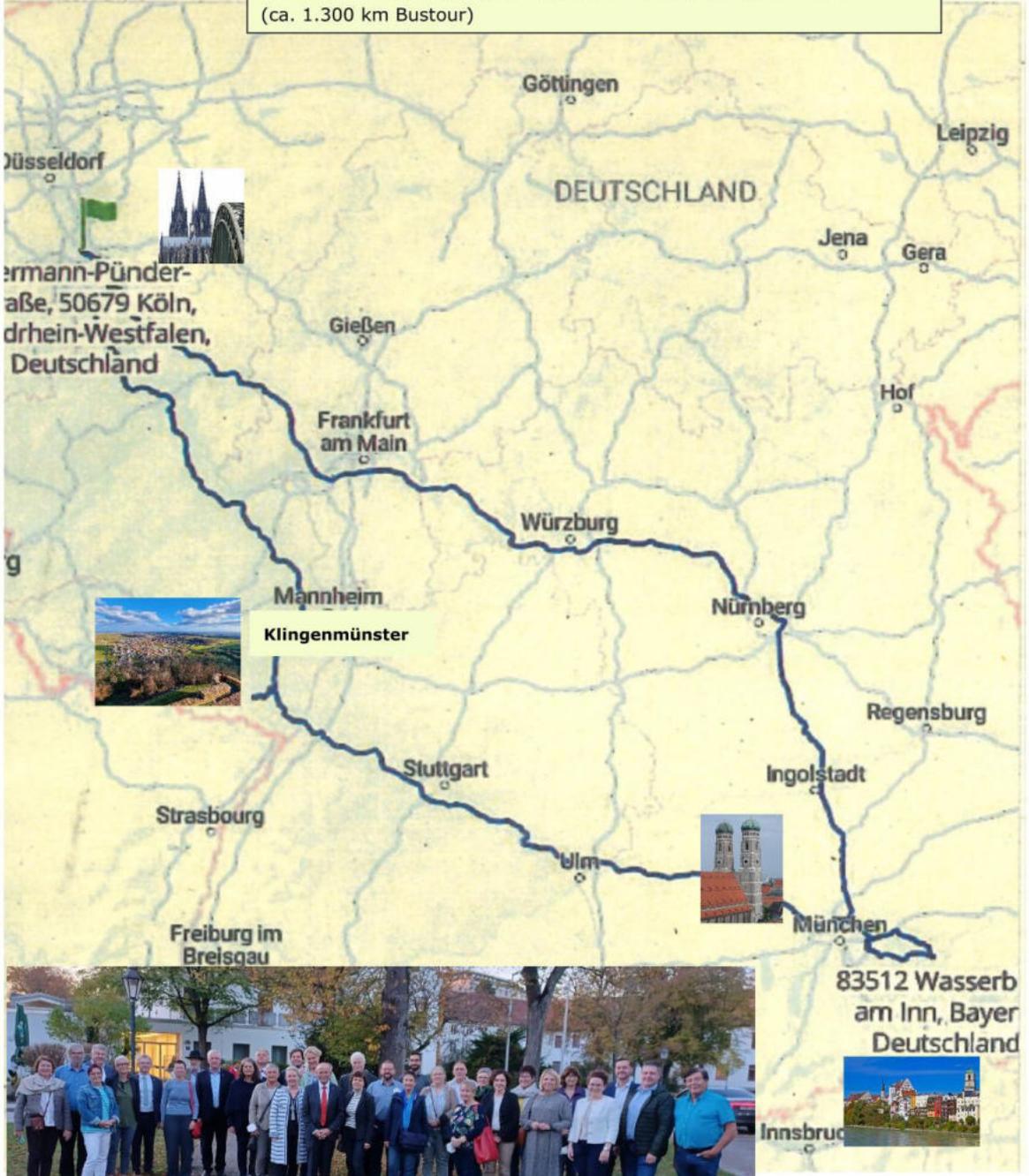
Die fachlichen Anregungen für die Weiterentwicklung im MRV werden in die Diskussion mit dem Gesundheitsministerium eingebracht werden.

In Vertretung

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

Übersichtskarte

Informationsreise des Gesundheitsausschusses 17. - 20.10.2022 Köln - München - Wasserburg/Inn - München - Klingenmünster - Köln (ca. 1.300 km Bustour)



Inhaltsverzeichnis

Der LVR-Klinikverbund Präsentation Ilona Schäfer, Vorsitzende des Gesundheitsausschusses	3
StäB in München - eine Brücke zwischen den Versorgungsformen Prof. Dr. Peter Brieger, Christine Ernst-Geyer, kbo Isar-Amper-Klinikum	14
Soteria-Einheiten als alternative Behandlungsformen Dr. Ines Göttler, Andreas Gerum, kbo Isar-Amper-Klinikum	27
Vorstellung der KBO-Präventionsstelle Dr. Islam Ganzoui, kbo Isar-Amper-Klinikum	39
Erfahrungen der Post-Covid-Tagesklinik Dr. Ines Göttler, Prof. Dr. Martin Marziniak, kbo Isar-Amper-Klinikum	47
Modellvorhaben im Pfalzkrlinikum Dr. Sylvia Claus, Ärztliche Direktorin, Pfalzkrlinikum Klingenmünster	52
4 Perspektiven auf das Modell	
Wie steuert man ein solches Projekt? Bernhard Koelber, Pfalzkrlinikum Klingenmünster	60
Menschlich, multiprofessionell, maßgeschneidert, Finanzierung und Steuerung Helmut Wagner, Pfalzkrlinikum Klingenmünster	62
Beteiligung und Mitbestimmung, Perspektiven der Arbeitnehmervertretung auf das Modellvorhaben nach § 64 b SGB V Bernhard Dobbe, Pfalzkrlinikum Klingenmünster	64
Leistungsangebote im Maßregelvollzug Dr. Eva Biebinger, Thomas Nagel, Dr. Wolfgang Weißbeck, Klinik für forensische Psychiatrie Klingenmünster	72
HalfWayHouse: Ein Konzept zur Heranführung (dauer-)beurlaubter Patient*innen vom Maßregelvollzug zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Birgit Fuchs, Michael Hoffmann, Klinik für forensische Psychiatrie Klingenmünster	78

Präsentation Frau Schäfer, Vorsitzende des Gesundheitsausschusses

Der LVR-Klinikverbund

1. Der LVR im Überblick
2. Organisation LVR
3. Der LVR-Klinikverbund
4. Aufbau Dezernat 6
5. MRV-Einrichtungen im Rheinland
6. Rolle der Politik
7. Zusammenarbeit
8. LVR-Institut für Forschung und Bildung
9. Inklusion – das übergreifende Qualitätsziel
10. Optimale Versorgungsstrukturen
11. Krankenhausplan
12. Herausforderungen



Präsentation GA Reise 2022

Folie 1

Der LVR im Überblick

- Dienstleister für etwa **9,7 Millionen Menschen** im Rheinland
- **kommunaler Dachverband** von 13 kreisfreien Städten, 12 Kreisen und der StädteRegion Aachen (umlagefinanziert)
- Rund **21.000 Beschäftigte** in 69 Dienststellen
- Träger von 41 **Schulen**, 20 **Museen** und **Kultureinrichtungen**, 10 **Kliniken**, Verbund **Heilpädagogischer Hilfen** und dem **Landesjugendamt**
- **größter Leistungsträger** für Menschen mit Behinderungen in Deutschland



Präsentation GA Reise 2022

Folie 2

Wie ist der LVR organisiert? - politisch



Die Gemeinden in Deutschland verwalten sich selbst. Doch viele Aufgaben gehen über ihre Grenzen hinaus. Daher übernehmen in NRW die Landschaftsverbände Rheinland (LVR) und Westfalen-Lippe (LWL) kommunale Aufgaben.

Der LVR vertritt die Interessen seiner Mitglieder etwa im kulturellen Bereich, im Schul- und Sozialwesen sowie im Gesundheitsbereich.

Wie ist der LVR organisiert? - Verwaltung



LVR-Direktorin
Ulrike Lubek

- LVR-Dezernat 0: Organisationsbereich LVR-Direktorin
- LVR-Dezernat 1: Personal und Organisation
- LVR-Dezernat 2: Finanzmanagement, Kommunalwirtschaft und Europaangelegenheiten
- LVR-Dezernat 3: Gebäude- und Liegenschaftsmanagement, Umwelt, Energie, Bauen für Menschen GmbH
- LVR-Dezernat 4: Kinder, Jugend und Familie
- LVR-Dezernat 5: Schulen, Inklusionsamt, soziale Entschädigung
- LVR-Dezernat 6: Digitalisierung, IT-Steuerung, Mobilität und technische Innovation
- LVR-Dezernat 7: Soziales
- LVR-Dezernat 8: Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
- LVR-Dezernat 9: Kultur und Landschaftliche Kulturpflege

Der LVR-Klinikverbund

Zahlen, Daten, Fakten (Stand Ende 2021)

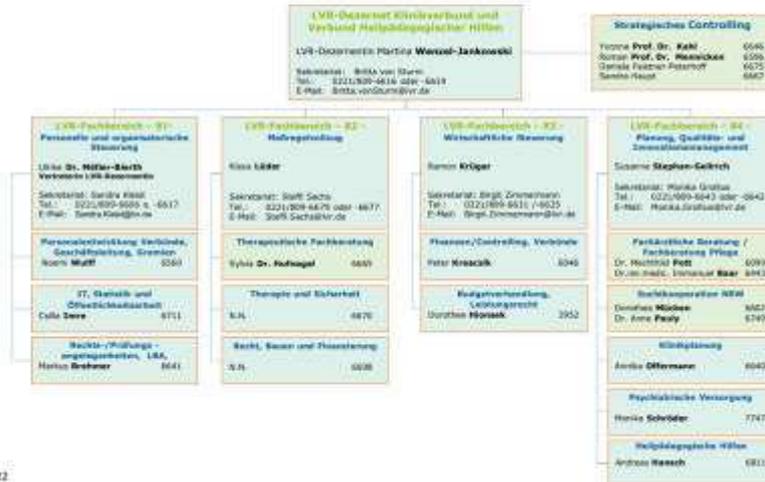
- ca. 12.000 Mitarbeiter*innen
- 10 Fachkliniken (neun psychiatrische, eine orthopädische)
- ca. 150.000 Patient*innen jährlich (stationär und ambulant)
- 4,4 Mio. Einwohner*innen im Pflichtversorgungsgebiet
- rund 840 Mio. Euro Umsatz
- Weitere Einrichtungen des Verbunds:
LVR-Institut für Forschung und Bildung
- Im Auftrag des Landes: Umsetzung des Maßregelvollzugs im Rheinland



09.01.2023

Folie 5

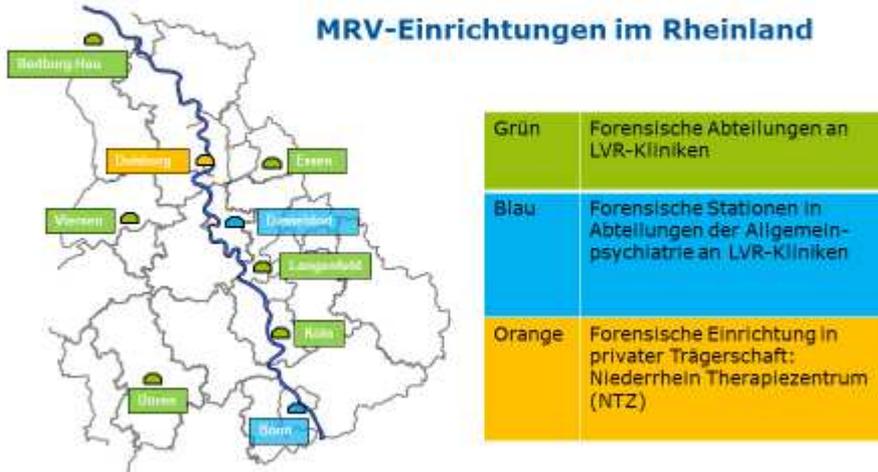
Aufbau Dezernat 8 – Zuständigkeiten der Fachbereiche



Stand Juli 2022

Präsentation GA Reise 2022

Folie 6



Politik: Rolle eines Aufsichtsrats

Gesundheitsausschuss:

- gesundheitspolitische Grundsatzangelegenheiten
- einrichtungsübergreifende Entscheidungen

Krankenhausausschüsse:

als Betriebsausschuss primäres Entscheidungs- und Kontrollorgan für zentrale Wirtschaftsfragen der Klinik

Landschaftsausschuss / Landschaftsversammlung:

„Gesellschafterrechte“

Leitlinien für die Zusammenarbeit

„So viel gemeinsam wie möglich, so viel individuell wie nötig“

Der Klinikvorstand trägt die zentrale wirtschaftliche und unternehmerische Verantwortung

Bündelung der zentralen Steuerungsfunktionen im Fachdezernat

Nutzung der Synergie-Effekte des Klinikverbundes und des Gesamtverbandes LVR

Der/Die Vorstandsvorsitzende hat das Letztentscheidungsrecht und ist Mittler*in zur Verbundzentrale

LVR-Institut für Forschung und Bildung

Institut für Versorgungsforschung (Standort Köln)

Akademie für seelische Gesundheit (Standort Langenfeld)

Leitung:

Stefan Thewes (Stellv. Kaufmännische Direktion)

Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Fachliche Direktion Forschung)

Dr. Carolin Schuster (Fachliche Direktion Bildung)

Verbundweite Aufgaben:

Versorgungsforschung

Fort- und Weiterbildung

Verpflichtendes Führungskräfteentwicklungsprogramm

Inklusion – das übergreifende Qualitätsziel

- Die Orientierung an der UN-Behindertenrechtskonvention bildet den übergeordneten strategischen Rahmen für unser Handeln: sowohl bei der Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen als auch in der Gestaltung der Behandlungs- und Versorgungsprozesse.
- Im Mittelpunkt unserer Arbeit stehen Menschen mit seelischen Erkrankungen sowie geistigen Beeinträchtigungen.
- Ziel ist es, ihnen volle gesellschaftliche Teilhabe und Zugang zur gesamten Umwelt zu ermöglichen, Diskriminierung und Stigmatisierung abzubauen und Chancengleichheit zu schaffen.
- Alle Aktivitäten richten sich dabei an den Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans „Gemeinsam in Vielfalt“ und an den individuellen Bedürfnissen der Menschen aus.

Optimale Versorgungsstrukturen schaffen und gestalten

Als kommunaler Krankenhausträger ist der LVR allein dem Wohl der Patient*innen verpflichtet. Unabhängig von gewinnorientiertem Handeln schafft er Raum für qualitativ hochwertige und innovative Behandlungs- und Versorgungsangebote, die sich an den individuellen Bedürfnissen der Menschen in ihrem Lebensumfeld orientieren. Dabei setzt er auf gemeinsames Handeln aller am Versorgungssystem Beteiligten.



Krankenhausplanung (I)

- Die Krankenhausplanung NRW 2022 setzt den Schwerpunkt auf eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung
- Bürger*innen sollen innerhalb von 20 Fahrminuten Angebote der Allgemeinen Inneren Medizin, der Allgemeinen Chirurgie und der Geriatrie flächendeckend in ganz NRW erreichen können
- Kopplung von Fallzahl und Expertise; je spezieller ein Angebot wird desto geringer soll zukünftig die Anzahl der Häuser sein, die diese Angebote zur Verfügung stellen. Dafür aber sollen diese Häuser über eine hohe Expertise aufgrund einer entsprechenden Fallzahl verfügen.
- Abkehr vom der Planungsgröße Bett hin zu Fallzahlen in der Somatik und Belegtagen in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (PPPM)
- Einteilung der Medizinischen Fachgebiete in 32 Leistungsbereiche und 64 Leistungsgruppen in Analogie zu den OPS-Codes und der Weiterbildungsordnung der Ärzte

Krankenhausplanung (II)

- In der Somatik sollen zunehmend Angebote ambulantisiert werden
- Für den Leistungsbereich PPPM sieht NRW kein weiterer Ausbaubedarf
- Die im Krankenhausplan NRW 2015 NRW-weit „ausgeschütteten“ 2.300 Betten und Plätze sollen zunächst durch entsprechende Baumaßnahmen umgesetzt werden
- Das integrative Versorgungskonzept Psychiatrie/Psychosomatik bleibt erhalten
- Ausbau tagesklinischer Kapazitäten kann über den 20-prozentigen Anteil hinaus erfolgen (Krankenhausplan NRW 2015 sah 20 Prozent Anteil an tagesklinischen Plätzen an der Gesamtkapazität vor)
- Dezentralität im Sinne von Wohnortnähe und Kooperation mit somatischen Häusern im Sinne einer vernetzten patient*innengerechten Versorgung soll weiterverfolgt werden
- Innovationen im Ausbau alternativer = aufsuchender Versorgungsmodelle sind gewünscht

Herausforderungen

- **Demografischer Wandel und Fachkräftemangel**
- **Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik - Richtlinie (PPP-RL)**
- **Wirtschaftliche Lage**
- **Maßregelvollzug: Belegung und qualitative Weiterentwicklung**
- **Digitalisierung**

Demografischer Wandel und Fachkräftemangel

- Um Ihren Leistungsauftrag erfüllen zu können, benötigen die Kliniken und die Einrichtungen des Verbundes HPH qualifizierte und engagierte Mitarbeiter*innen
- Zunehmende Komplexität im Gesundheitswesen sowie der demografische Wandel und der damit einhergehende Fachkräftemangel, erfordern weitere Maßnahmen zur Personalgewinnung und -entwicklung

Beispielhafte Maßnahmen:

- „LVR-Klinik-Start“ – Stipendienprogramm für Medizinstudent*innen
- „Fit für die PDL“ – Führungsnachwuchsprogramm für angehende Pflegedienstleitungen
- „Wir im LVR“ – Willkommenskongress für Pflegeschüler*innen
- Traineeprogramm für das Management im LVR-Klinikverbund und LVR-Verbund HPH
- „Like-Psychiatrie“ – virtuelle Fach- und Karrieremesse
- LVR-weites Karriereportal ist im Aufbau

Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik - Richtlinie (PPP-RL)

- Ziel ist es, die Qualität der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung durch einen bundesweiten Mindeststandard in der Ausstattung mit Personal zu verbessern und zu sichern
- Starre und kleinteilige Vorgaben der PPP-RL erschweren eine bedarfsgerechte, patientenzentrierte, flexible und innovative Versorgung der Patient*innen
- Forderung, dass Mindestvorgaben zur Personalausstattung jederzeit an allen Standorten eingehalten werden müssen, sind nicht realistisch
- ➡ Gefährdung des psychiatriepolitischen Ziels einer gemeindenahen Versorgung
- ➡ Gefährdung der Weiterentwicklung einer leitliniengerechten, patientenzentrierten und flexiblen Versorgung

Wirtschaftliche Lage

Investitions-Finanzierung

- Umsetzung des 2010 beschlossenen Gesamtfinanzierungsprogramms in Höhe von 492 Mio. Euro für Modernisierung und Neubau von Kliniken. Darüber hinaus Investitionen aus aktuellen Förderprogrammen.
- Erschließung neuer Finanzierungsquellen und -lösungen für zukünftig anstehende Investitionsvorhaben, vor allem im Klinikverbund, dringend erforderlich.
 - Teilweise hoher Investitionsbedarf in die Kernversorgungsstrukturen
 - Energetische Sanierung (Nachhaltiges Krankenhaus)

Kostensteigerungen

- Erhebliche Kostenbelastungen aufgrund steigender Energie- und Baupreise
- Ab 2023 sind Personalkostensteigerungen durch Tarifierhöhungen zu erwarten
- (Noch) keine konkrete Kompensation der Kostensteigerungen (Ankündigung BMG)
- Baumaßnahmen aus Eigenfinanzierung werden stark begrenzt und priorisiert

Maßregelvollzug (I)

Belegung und Investitionsmaßnahmen

Der LVR betreut 1.456 stationär untergebrachte Patient*innen im Maßregelvollzug (MRV) und 324 Personen im Rahmen außerstationärer Angebote (langfristige Beurlaubung).

Aktuell verfügt der LVR über 1.314 Behandlungsplätze.

Daher ist mit dem Land ein umfangreiches Investitionsprogramm verabredet mit 557 Plätzen, davon 310 zusätzliche Plätze. Die übrigen 257 Plätze ersetzen abgängige Bausubstanz.

Ziel ist es auch, die übergroßen Stationen zu verkleinern, die Mehrbettzimmer und die Überbelegung abzubauen.

Maßregelvollzug (II)

Qualitative Weiterbildung

Das Gesundheitsministerium und die Träger arbeiten an der fachlichen Weiterentwicklung des MRV mit dem Ziel, insbesondere im Bereich des § 63 StGB (Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus), die Behandlung zu intensivieren und die Verweildauern zu verkürzen. Dazu gibt es zwei Ansätze:

- **StrUG - Strafrechtsbezogenes Unterbringungsgesetz**
Das Land NRW hat ein neues Unterbringungsgesetz erlassen, das den Behandlungsanspruch der Patient*innen in den Vordergrund stellt und die Stellung der forensischen Ambulanzen deutlich stärkt.
- **Qualitätsinitiative**
Um den im StrUG formulierten Behandlungsanspruch umzusetzen, hat das Land zusammen mit den Trägern eine Qualitätsinitiative aufgelegt und die notwendigen Finanzmittel zur Verfügung gestellt, um zusätzliches Personal einzustellen und zu qualifizieren.

Digitalisierung

Digitalisierung im LVR-Klinikverbund trägt dazu bei, die Behandlungsqualität zu erhöhen, Arbeitsabläufe und Kommunikation effizienter zu gestalten und die Zufriedenheit der Beschäftigten zu steigern. Sie leistet einen wichtigen Beitrag zu einer inklusive(re)n Gesellschaft.

Zur Umsetzung des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) investiert der LVR-Klinikverbund bis 2025 in 43 Projekten ca. 24 Mio. € in die Digitalisierung der Kliniken, zum Beispiel:

- Spracheingabe und mobile Anwendungen unterstützen bei der Dokumentation, z. B. Dekubitus/Wunddoku-APP, Medikations-APP
- Digitale, interaktive Schulungsfilme und Erklärvideos ersetzen zunehmend Präsenzs Schulungen, die sich im klinischen Alltag schwer umsetzen lassen
- Je digitaler wir werden, desto anfälliger sind wir für Angriffe von außen: Jedes Digitalisierungsprojekt hat einen Teilbereich IT-Sicherheit, hier investieren wir bis 2025 ca. 8 Mio. €
- Gemeinsam mit vitos (Hessen), kbo (Oberbayern) und LWL (Westfalen-Lippe) entwickeln wir das Patient*innenportal



**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit**

KBO Isarklinikum München 18.10.2022

StäB in München – eine Brücke zwischen den Versorgungsformen

Prof. Dr. Peter Brieger, Christine Ernst-Geyer

The screenshot shows a webpage from the German Federal Government. At the top left is the logo of the Bundesministerium für Gesundheit. The main navigation bar includes 'Ministerium', 'Themen', 'Presse', 'Service', and 'Suche'. A breadcrumb trail reads 'Startseite > Themen > Gesundheitswesen > Krankenhauswesen'. The main heading is 'Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung'. Below the heading is a short introductory paragraph. A quote from the Minister of Health is displayed in a light blue box with a double-quote icon. The quote discusses the goal of reducing overnight stays in hospitals and mentions the 'Tagesbehandlung im Krankenhaus' in the DRG system. The quote is attributed to Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach.

Bundesministerium für Gesundheit

Isar-Amper-Klinikum

Ministerium Themen Presse Service Suche

Startseite > Themen > Gesundheitswesen > Krankenhauswesen

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Wer im Krankenhaus behandelt wird, muss künftig seltener über Nacht bleiben. Das ist Ziel der zweiten Empfehlung, die die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung am 27.09.2022 vorgelegt hat. Leitidee ist, auch „Tagesbehandlung im Krankenhaus“ im DRG-System abzubilden. So könnten Krankenhäuser und Gesundheitswesen gleichermaßen entlastet werden, so die Kommission.

»»

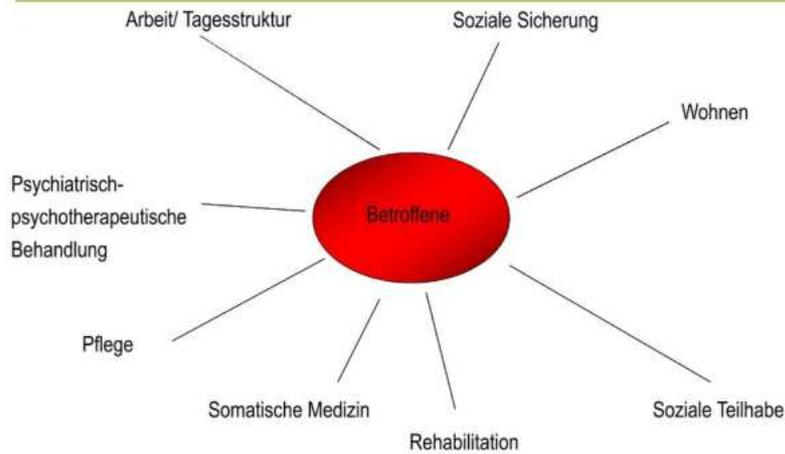
Die Vorschläge sind ein guter Ansatz, den wir weiterverfolgen werden. In Deutschland werden immer noch überdurchschnittlich viele Patientinnen und Patienten vollstationär behandelt. Unser Anspruch muss es aber sein, notwendige Behandlungen dort zu erbringen, wo sie medizinisch und ökonomisch am sinnvollsten sind.

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach

Faktoren einer guten psychiatrischen Versorgung

- Gemeindenähe
- geringe Dichte für Nutzer*innen (Privatsphäre)
- spezifische evidenzgeprüfte Interventionen
- Vermeidung von Zwang und Gewalt
- Angemessene Ausbildung der Mitarbeitenden
- Einbeziehung von Nutzern bei Entscheidungen
- Gewährleistung therapeutischer Beziehungen
- Umsetzen klinischer Leitlinien

Taylor et al. BMC Psychiatry 2009



- komplexe, aufsuchende, zeitlich begrenzte Behandlung an 7 Tagen pro Woche
- im Lebensumfeld des Patienten
- durch ein multiprofessionelles Team (Ärzte, Pflegekräfte, Psycholog*innen, Sozialpädagog*innen, Spezialtherapeut*innen)

Rechtliche Entwicklung zu StäB

§ 115d SGB V

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (**Psych-VVG**) wurde durch Änderungen des **§ 36 SGB V** und den neuen **§ 115d SGB V** die Möglichkeit einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung als eine neue Form der Krankenhausbehandlung eingeführt.



Vereinbarung zu StäB

Zur Vereinbarung nach **§ 115d SGB Absatz 2 SGB V** zur StäB konnte zwischen dem **GKV-Spitzenverband** (zentrale Interessensvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland), dem **PKV-Verband** (Verband der Privaten Krankenversicherung) und der **DKG** (Deutsche Krankenhausgesellschaft) eine Einigung erzielt werden. Die Vereinbarung trat zum **01.08.2017** in Kraft.

Ziele von StäB

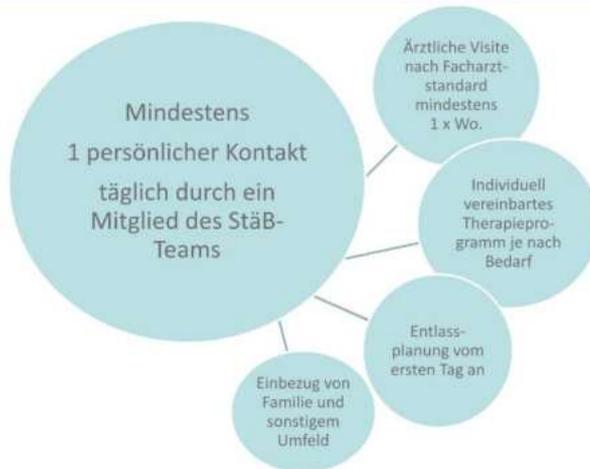
- ✓ Symptomreduktion und Behandlung analog stationärer Akutbehandlung
- ✓ Bewältigung der Erkrankung im häuslichen Umfeld und somit Vermeidung von Regression im vollstationären Kontext
- ✓ Größtmögliche gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung
- ✓ Förderung eines selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung im Sinne der Recovery
- ✓ Behandlungsangebot für Patientengruppen, die sonst in Akutphasen keine adäquate Behandlung erfahren würden
- ✓ Entlastung stationärer Versorgungseinheiten

Vorteile von StäB

- Bewältigung der Erkrankung im gewohnten Umfeld und somit Vermeidung von Regression im vollstationären Kontext
- Gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung
- Trägt zu Entstigmatisierung und Normalisierung einer Behandlung bei
- Einbindung Angehöriger und bereits tätiger Dienste möglich
- Patient*innen leben weiterhin ihren Alltag, können weiter Verantwortung für Kinder, Haushalt, Haustiere übernehmen
- Probleme im Alltag und Auslöser der Krise werden schnell sichtbar und können gezielt bearbeitet werden
- Bearbeitung lebensnaher Themen
- Bewältigungsstrategien wirken am besten im gelernten Kontext
- Entlastung stationärer Versorgungseinheiten
- Möglichkeit Behandlungsübergänge zu gestalten

Vorteile von StäB

- Bewältigung der Erkrankung im gewohnten Umfeld und somit Vermeidung von Regression im vollstationären Kontext
- Gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung
- Trägt zu Entstigmatisierung und Normalisierung einer Behandlung bei
- Einbindung Angehöriger und bereits tätiger Dienste möglich
- Patient*innen leben weiterhin ihren Alltag, können weiter Verantwortung für Kinder, Haushalt, Haustiere übernehmen
- Probleme im Alltag und Auslöser der Krise werden schnell sichtbar und können gezielt bearbeitet werden
- Bearbeitung lebensnaher Themen
- Bewältigungsstrategien wirken am besten im gelernten Kontext
- Entlastung stationärer Versorgungseinheiten
- Möglichkeit Behandlungsübergänge zu gestalten



StäB am kbo-IAK-KMO

- Start 1.10.2018
- Multiprofessionelles mobiles Team, bis Herbst 2021 nur ein Team, 18 Behandlungsplätze.
- Stand 1.01.2022:
Team Innenstadt: 16 Behandlungsplätze, 18 MA (13 VK)
Team Haar (Landkreis München): 11 Behandlungsplätze, 11 MA (8,5 VK)
- Einzugsgebiet München und Umland (ca. 1,5 Mill. EW)
- Besonderheit: Die Zuweisung erfolgt auch über die Zentrale Aufnahme
- **Enge Verknüpfung mit PIA aus eigenem Team – dadurch AmBi möglich**

Standort StäB I
Zentrale
Lindwurmstraße
München



kbo+ Isar-Amper-Klinikum
REGION MÜNCHEN
Zuverlässig an Ihrer Seite.

kbo

StäB in München| Okt. 2022 | 11

Standort StäB II
Zentrale
Ringstraße 5
Haar



kbo+ Isar-Amper-Klinikum
REGION MÜNCHEN
Zuverlässig an Ihrer Seite.

kbo

StäB in München| Okt. 2022 | 12



- Klare Aufgabendefinition für jeden Behandlungstag und jede Mitarbeiter*in
- Kurzfristige Absprachen müssen möglich sein, z.B. Teams oder Tel.
- Definiertes Behandlungsziel für jede Patient*in
- Erstkontakte immer zu zweit
- Bei Bezugsarbeit die Präferenzen der Mitarbeiter*innen mit berücksichtigen
- Tägliche ausführliche und inhaltlich substantielle Übergaben
- Gute, lückenlose Dokumentation

StäB in München – Erfahrungen der ersten vier Jahre mit fast 700 Aufnahmen

Die durchschnittliche StäB Patient*in

- ist um die 45 Jahre alt
- eher weiblich,
- hat eine Psychose oder Depression und
- hatte bereits Voraufenthalte.
- Sie oder er wird über mehrere Wochen im StäB behandelt.

StäB in München – Erfahrungen bis Anfang 2022

Diagnosen:	Jeweils 35% der Frauen mit F2 und F3, 50% der Männer mit F2
Zugangswege:	über zentrale Aufnahme/Ambulanz oder von Station; ca. 50/50%
Verweildauer:	Ø 37 Tage
Entlassung:	80% in ambulante Weiterbehandlung 20% tagklinisch, psychosomatisch oder akutpsychiatrisch
Stationäre Voraufenthalte:	ca. 60% der Patienten waren zuvor mehr als 1x in stationärer Behandlung
Wohnform:	
Allein:	ca 30%
Familie/Kinder/ Partner/Eltern:	ca: 60%
TWG/Heim:	ca 10%
Arbeit/Lebensunterhalt:	25% in Erwerbsarbeit
Migration in der direkten Vorgeschichte:	ca 30%

StäB in München - Erfahrungen

- ✓ Stationsäquivalente Behandlung als Alternative zur stationären Behandlung
 - soll grundsätzlich helfen vollstationäre Aufenthalte zu vermeiden
- ✓ Ein Teil der Patient*innen nutzt StäB als Anschlussbehandlung nach einem stationären Aufenthalt
- ✓ In München werden 50% der in StäB behandelten Patient*innen direkt aufgenommen und 50% von Stationen zuverlegt
 - StäB kann auch helfen vollstationäre Aufenthalte zu verkürzen

Die StäBler*innen



Vom Reißbrett in die Praxis – Wie funktioniert stationsäquivalente Behandlung in München?

From Theory into Practice – Early Experiences with Home Treatment in Munich, Germany

Autoren

Jessika Beyers¹, Johannes Homann², Eva Rätzsch³, Peter Bräger³

Institute

- 1 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München
- 2 Isar-Amper-Klinikum, Alzheimersches Lehrkrankenhaus der LMU München

Schlüsselwörter

Stationenäquivalente Behandlung, stationenübergreifende Behandlung, schwere psychische Erkrankungen, akute psychiatrische Behandlung

Keywords

crisis resolution and home treatment, integrated care, Germany, severe mental illness

Online-Publikation

2020

Biografie

Prof. Dr. Peter Bräger, Ärztlicher Direktor,

Isar-Amper-Klinikum gGmbH Region München,

Völknerstraße 72, 85540 Haar bei München, Deutschland

brager@kbo.de

© 2020. Thema. All rights reserved.

Gesetzliche Pflicht zur Rückmeldung 14,

10469 Stuttgart, Germany

Konferenzveröffentlichung

Prof. Dr. Peter Bräger, Ärztlicher Direktor,

Isar-Amper-Klinikum gGmbH Region München,

Völknerstraße 72, 85540 Haar bei München, Deutschland

brager@kbo.de

Ergebnisse Bei 164 Behandlungsfällen wurden 50% der Patienten direkt „von außen“ in die StÄB aufgenommen, die anderen 50% vom Stationsarzt zugeführt. Mehr als 75% hatten Diagnosen aus dem Bereich affektiver und schizoformer Erkrankungen, mit vielen Patienten aus dem Wochenbett. Im Verlauf gab es wenige Notfälle, meistens wurde die Therapie regulär beendet. Bei Entlassung befanden sich die meisten Patienten aus zeitlicher Perspektive im gebesserten Zustand. Der Schweregrad der Erkrankung entsprach dem stationären Behandlungspatienten.

Schlussfolgerung StÄB konnte erfolgreich eingesetzt werden und ist eine Ergänzung bzw. Alternative zu stationärer Behandlung. Dabei zeigten sich besondere Bedarfe, bei denen StÄB besonders indiziert war, z. B. Mutter-Kind-Behandlung.

ABSTRACT

Objective Stationenäquivalente Behandlung (StÄB), a treatment for crisis resolution and home treatment has been established in the greater Munich area since 2016, after it was established by a Federal Law. Our aim was to characterize the patients treated and analyze how treatment was carried out, as well as determine future target groups.

Methods Quantitative StÄB was performed through examination of records from all patients included in StÄB from 01.10.18-31.10.19. For analysis we used descriptive statistics.

Results We report data from 164 treatment cases. 50% of the patients were admitted to StÄB directly from the community, the other 50% were transferred from inpatient

Was kann die StÄB gut

- ❖ Sehr individuelle Behandlungsgestaltung – Auswahl von Bezugstherapeut*innen
- ❖ Das Lebensumfeld ist immer aufschlussreich!!
- ❖ Problemfokussierung - Einzelkontakte können individuell gestaltet werden
- ❖ Bessere Erkennung von Defiziten in der Alltagspraxis und spezielle Förderung
- ❖ Automatischer Kontakt zu Umfeld/den Angehörigen – Probleme werden schneller deutlich
- ❖ Behandlung von Eltern mit Kindern
- ❖ Außenaktivitäten
- ❖ Erreichen von Patienten, die nicht in eine Klinik gehen würden/ könnten i.R. ihrer Erkrankungen
- ❖ Hospitalisierung vermeiden – Entlassplanung vom ersten Tag an
- ❖ Vermeidung von Zwang und Gewalt
- ❖ Überleitung in ambulante Weiterbehandlung

Was sagen Kassen und MDK?



GKV kritisch - zurückhaltend, eine dauerhafte Finanzierung zu gewähren

MDK: 100% Prüfquote (erfolgreich)
Positives Gutachten zum Konzept
des IAK

MDK

23.12.2021



**Gemeinsamer Bericht
über die Auswirkungen der stationsäquivalenten
psychiatrischen Behandlung
im häuslichen Umfeld auf die Versorgung
der Patientinnen und Patienten einschließlich
der finanziellen Auswirkungen
gemäß § 115d Absatz 4 SGB V**

Weinmann S., Baumgardt J., von Peter S., Schwarz J.,
Längle G., Holzke M., Brieger P., Kilian R., Timm J., Bechdorf A.,



Informationsauschuss | Förderkennzeichnungen | Förderprojekte | Service

AKtIV-Studie – Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung (AKtIVStudie): Evaluation der stationäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StAB nach § 115d SGB V) – eine Proof-of-Concept-Studie

Projektbeschreibung

Psychische Erkrankungen treten häufig chronisch-aktivierte Verläufe auf. Der StAB ist eine typische Form der Behandlung der Betroffenen mit der Möglichkeit der Aufnahme in ein stationäres, spezialisiertes und integriertes Versorgungssystem. Eine Intensivierung der Behandlung ist für diese Gruppe von Patienten notwendig, um die Versorgung zu verbessern. Die Aufsuchende ist eine stationäquivalente, gemeindepsychiatrische Therapie, um die Versorgung im häuslichen Umfeld zu verbessern und die Versorgung zu integrieren. Die Aufsuchende ist eine stationäquivalente, gemeindepsychiatrische Therapie, um die Versorgung im häuslichen Umfeld zu verbessern und die Versorgung zu integrieren. Die Aufsuchende ist eine stationäquivalente, gemeindepsychiatrische Therapie, um die Versorgung im häuslichen Umfeld zu verbessern und die Versorgung zu integrieren.

Themenfeld
Themenfeld
Wissenschaftliche Beschreibung
Beschreibung
Name
Autor

KONTAKT
Prof. Dr. Grottel von Pöhl
Medizinische Hochschule Brandenburg,
UMKWB (UMK)
Medizinische Fakultät
Prof. Dr. Grottel von Pöhl
Schlüsselstraße 1
12523 Schönefeld bei Berlin
Vf 1301 83333
grottel.von.poehl@mhbfk.de

AKtIV-Studienzentren



MH3 MEDIZINISCHE HOCHSCHULE
Vivantes
Vivantes
CHARITÉ

PP.r.t
Universitätsklinikum
Tübingen
zfp Weichenau
Neurogeriatrisches Lehrstuhlzentrum
für Gerontopsychiatrie

zfp Zentrum für Psychische Südwürttemberg
Südwürttemberg
kbo Isar-Amper-Klinikum
zfp Zentrum für Psychische
Südwürttemberg – Weichenau

AKtiV - Beteiligte Einrichtungen/ Konsortialpartner

Modul A (Quantitative Evaluation)

Dr. Dr. Stefan Weinmann (wiss. Leitung), Dr. Johanna Baumgardt, Prof. Dr. Andreas Bechdorf
(Vivantes Klinikum am Urban und Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Akademische Lehrkrankenhäuser Charité – Universitätsmedizin Berlin)

Modul B (Qualitative Outcome-Evaluation)

Dr. Julian Schwarz, Prof. Dr. Sebastian von Peter (Projektleitung)
(Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Immanuel Klinik Rüdersdorf, Medizinische Hochschule Brandenburg)

Modul C (Routinedatenanalyse und Prozessevaluation)

Prof. Dr. Gerhard Längle, Martin Holzke (Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zwielfalten);
Prof. Dr. Peter Brieger (Isar-Amper Klinikum München Ost)

Modul D (Gesundheitsökonomische Evaluation)

Prof. Dr. Reinhold Kilian (Universität Ulm)

Modul E (Biometrie und Datenmanagement)

Prof. Dr. Jürgen Timm (Kompetenzzentrum für Klinische Studien, Universität Bremen)



StäB ist klasse!



Soteria

Soteria -

Eine alternative Behandlungsform(?)

Andrea Gerum, Ines Göttler

Soteria

Milieu- und psychotherapeutisches Behandlungskonzept für Menschen in psychotischen Krisen

In einem alltagsnahen, normalisierenden Kontext Menschen mit möglichst gering dosierten Neuroleptika durch die Psychose begleiten

Krankheitsverständnis

Komplexe Wechselwirkung zw. psychischen, sozialen und biologischen Faktoren

Als Reaktion auf belastende Lebenssituationen können nicht lösbare Konflikte und Ängste entstehen, die zu psychotischem Erleben führen

→ Realitätsverlust → Isolation

Angst vor Kontakt mit gleichzeitig großem Wunsch danach

Selbsterleben stimmt nicht mehr mit Realitätsbezug überein

→ Angstzustände, Verwirrung, Anspannung

Psychosebegleitung

Im Mittelpunkt steht, die Patient*innen zu begleiten und ihnen damit ein Kontaktangebot zu machen („being with“)

Ein Kontakt „nach außen“ hilft den Betroffenen in ihrer sie ängstigenden Isolierung. Damit wird es möglich, dass aus dem psychotischen Erleben eine Erfahrung wird, die Veränderungs- und Entwicklungsmöglichkeiten beinhaltet.

Atmosphäre und Beziehungen

Zentraler Arbeitsauftrag: Gestaltung einer unterstützenden, reizreduzierten, entängstigenden Atmosphäre

Essentiell: Schutz- und Begegnungsraum zur Verfügung stellen

Entsprechende Gestaltung von Beziehungen und Räumlichkeiten



Entwicklung

1971 – 1983 „Soteria House“ L. Mosher

Non-professionals

„Being with“

(möglichst) keine Neuroleptika

Entwicklung

Seit 1984 Soteria Bern, L. Ciompi

Nachhaltige emotionale Entspannung

„Weiches Zimmer“

1:1-Begleitung

Sparsame Neuroleptika

Aktuell

- 1999 Zwiefalten (Münsterklinik)
- 2003 München (kbo-IAK)
- 2012 Reichenau (Zentrum für Psychiatrie)
- 2013 Gangelt (Vianobis-Fachklinik) – inzwischen geschlossen
- 2013 Berlin (Charité, St. Hedwig-Krankenhaus)
- 2020 Mannheim (ZI, für Adolezente)

IAS

- „Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria“ seit 1997
- Kriterien für Soteria-Einrichtungen (Mosher, Ciompi 2004)
- Soteria Fidelity Scale mit 30 Items

Soteria München

2003 Eröffnung

2010 Erweiterung auf 2 Einheiten, integrierte teilstationäre Plätze

Schließung der oberen Einheit, März 2021 Eröffnung Tagesklinik

Aufnahmekriterien

Psychosen aus dem schizophrener Formenkreis

Alter 16 – ca. 50 Jahre

Erst- und Mehrfacherkrankte

Ausschluss: Suchterkrankung u/o Persönlichkeitsstörung im Vordergrund, somatische Erkrankung mit hohem Pflegebedarf

Keine akute Selbst- und Fremdgefährdung bzw. nur bei ausreichender Bündnisfähigkeit

Behandlungsphasen

Phase I: Akutphase

1:1 Begleitung falls notwendig

Phase II: Stabilisierung und Aktivierung

Phase III: Vorbereitung auf die Entlassung

Team

Pflege, Ärztin/Arzt, Psycholog*in, SozPäd, Kunsttherapeut, Genesungsbegleiter*in
Bezugstandem

Erweitertes Berufsrollenverständnis

Ideal: Schicht- und Wochenenddienste für alle Berufsgruppen

8-Stundenschichten in Früh-, Spät- und Nachtdienst, mit BD 24h

Milieutheraeutischer Alltag

Haushalt mit Einkaufen, Putzen, Kochen, Waschen...

Gemeinsamer Alltag
Morgenrunde
Mahlzeiten
Ämter
Freizeit



Gruppenangebote

Psychotherapiegruppe
Interaktionsgruppe
Kunsttherapie
Bewegungsangebote
Entspannungsangebote
Recovery-Gruppe

TKL: erweitertes Gruppenangebot



Zusätzliche Angebote

Angehörigengruppe

Sommerfest

Stammtisch



Umgang mit Medikation



- Im Einzelfall – falls gewünscht und verantwortbar – keine neuroleptische Medikation
- Möglichst niedrige Dosierung
- Medikation positiv und hilfreich erfahren
- Eigenverantwortlicher Umgang

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

„Wenn ich ein Milieu schaffe, das mich entspannt, dann ändert sich auch etwas in meinem Hirnstoffwechsel, und umgekehrt verändert sich die „neurobiologische Stimmung“ meines Körpers und Gehirns ebenfalls in einer angsteinflößenden oder aggressiven Umgebung. Das ist der theoretische Ansatz, auf dem ganze Soteria-Experiment letztlich basiert.“

L. Ciompi



1:1 Begleitung

1:1 Begleitung rund um die Uhr
Grundlage: personelle Besetzung
Im Weichen Zimmer, kann ausgedehnt werden
Pat. nicht sich selbst und seinen/ihren Ängsten überlassen
Mehr Mit-Sein als Mit-Tun
Herausforderung: Herstellung des jeweils passenden Abstands

Begleitforschung

Entlassung ohne Neuroleptika 10 %,
Ersterkrankte: 22 %
Niedrige Dosierungen bei 33 %,
Ersterkrankte: 45 %
Regelmäßige psychiatrische Behandlung:
nach 2 Jahren 79%, nach 5 Jahren 65%
Psychotherapeutische Behandlung: 40 %
Medikation ohne ärztl. Absprache abgesetzt:
nach 2 Jahren 10 %, nach 5 Jahren 2%

Soteria ebenbürtig bzgl. Reduktion der Psychopathologie und Rückfallrisikos (Mosher, Ciompi)

BeFo 2003-2012 IAK:
58 % max. 30 Jahre alt
30 % 1. stationär-psychiatrischer Aufenthalt
CGI und GAF-Werte kaum geringer als in AP des IAK (F2-Diagnosen)
Aufenthaltsdauer nur wenig länger

Konzept und Umsetzung der Präventionsstelle

Vorstellung der Kbo-Präventionsstelle

*Dr. Islem Ganzoui
Fachärztin für Psychiatrie und
Psychotherapie/
Oberärztin in der Präventionsstelle
18.10.2022*

Gliederung

1. Konzept und Grundlagen für die kbo-Präventionsstelle
2. Zielgruppe
3. Behandlung in der kbo-Präventionsstelle
4. Fallvorstellungen
5. Ansprechpartner der kbo-Präventionsstelle
6. Quellen

1. Konzept der Präventionsstelle – Rechtliche Grundlage

Artikel 51 Bayerisches Maßregelvollzugsgesetz (2019) : Präventionsstellen

„Das Zentrum Bayern Familie und Soziales wirkt darauf hin, dass an Einrichtungen für forensische Psychiatrie ein bedarfsgerechtes Angebot an Vorsorgemaßnahmen für psychisch kranke Menschen geschaffen wird, bei denen auf Grund der Art und Schwere ihrer Erkrankung ein stark erhöhtes Risiko für Handlungen besteht, die eine Unterbringung nach § 63 StGB zur Folge haben könnten.“

Hintergrund

- Zunahme der forensischen Unterbringungen (z. B. Seliger & Kröber, 2008)
- Bestimmte psychische Störungen sind Risikofaktoren für Gewalt (z. B. Eronen et al., 1998)
 - Empirisch belegt bei schizophrenen oder persönlichkeitsgestörten Patienten (Kröber et al., 2008; Nitschke et al., 2010; Swartz et al., 1998)
- **Unzureichende Versorgung** schwer psychisch kranker Patienten mit Gewaltrisiko im allgemeinspsychiatrischen Setting (z. B. Hodgins & Müller-Isbemer, 2004; Weithmann & Traub, 2008), v.a. im ambulanten Setting häufig keine Wahrnehmung von Nachsorge nach Entlassung
- Psychotische und Persönlichkeitsstörungen als häufigste Hauptdiagnosen unter den nach § 63 StGB verurteilten Patienten

1. Konzept der Präventionsstelle

- Schnittstellen zwischen Allgemeinspsychiatrie und forensischer Psychiatrie
- Die Ziele der Präventionsstellen sind **Gewaltprävention** und damit auch **Opferschutz**
- zielgerichtete Maßnahmen, zur Vermeidung der **Ausübung von Gewalt** bei **potenziell vermindert schulfähigen oder schulfunfähigen PatientInnen** (potenziell §20/§21 StGB) mit Erkrankungen
 - aus dem schizophrenen Formenkreis und/oder
 - schwerer Persönlichkeitsstörung
- ➔ Durch die Behandlung in der Präventionsstelle sollen Unterbringungen im Maßregelvollzug nach § 63 StGB verhindert werden

1. Konzept der Präventionsstelle

- **Ergänzendes Angebot** zur regulären hausärztlichen und/ oder allgemeinspsychiatrischen Behandlung
- Die präventive Behandlung basiert auf **Freiwilligkeit**
- Gezielte **Behandlung gewaltrelevanter Aspekte** der psychischen Störung
- **Niederschwelliges, entgegenkommendes Angebot** („No-Drop-Out“- Politik)
- Soweit möglich Miteinbeziehung des **Umfelds** des Patienten

2. Zielgruppe der kbo-Präventionsstelle

Einschlusskriterien:

1. Störung aus dem **schizophrenen** Formenkreis (ICD-10-Diagnosen F 20-29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) und/oder schwere **Persönlichkeitsstörung**
2. Erwartung, dass die betroffene Person im Falle einer Gewaltstraftat vermindert schuldfähig (§ 21 StGB) oder schuldunfähig (§ 20 StGB) wäre und vom Gericht eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gem. § 63 StGB angeordnet werden würde
3. Patienten mit erhöhtem Risiko zur Begehung von **Gewaltstraftaten** (vgl. Einrichtungen zur Verhinderung von Sexualstraftaten, z.B. „Kein-Täter-Werden-Netzwerk“)

Ausschlusskriterien:

1. Minderjährige Patienten
2. Intelligenzminderung
3. Suchterkrankung im Vordergrund
4. Wohnsitz außerhalb von Oberbayern (Zuständigkeit anderer PS)

3. Behandlung in der Präventionsstelle – Abklärung der Zugangsvoraussetzungen

1. **Anmeldung** durch Zuweiser (niedergelassener Arzt, Betreuer, Mitarbeiter einer Wohngemeinschaft, Allgemeinpsychiatrie, Bewährungshilfe, ...) oder Kontaktaufnahme durch Betroffene, u.U. Angehörige
→ Screeningphase 0
2. Terminvereinbarung, Klärung der Zugangsvoraussetzung (Freiwilligkeit, Diagnose, Risikoprofil)
→ Screeningphase I
3. Aufnahmeuntersuchung (5-6 Termine)
 - Diagnostische Einschätzung (ausführliche Anamneseerhebung inkl. Fremdanamnese, Vorbefunde, testpsychologische Diagnostik)
 - Erhebung des Risikoprofils
 - Abklärung des Behandlungsauftrags→ Screeningphase II
4. Bei Erfüllen der Zugangsvoraussetzungen → Behandlungsphase
5. Ende der Behandlung

... und nach Aufnahme: Behandlungsphase

- **Behandlungs- und Präventionsplans** (Aktualisierung alle 6 Monate) mit Festlegung von risikominimierenden Therapiezielen
- **Vereinbarung regelmäßiger Termine** in der Präventionsstelle, wenn möglich **aufsuchend** (Hausbesuche sowie Besuche vor Ort in Einrichtungen)
- **Leitlinienorientierte Psychopharmakotherapie**
- Supportive und kognitiv-behavioral orientierte **Psychotherapie**, Einzel- oder Gruppensetting, Erarbeitung von **Eskalationsszenarien**
- **Unterbringung nach PsychKHG** bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung
- **Krisenintervention** mit Kommunikation mit allen Beteiligten, ggf. Aufsuchen des Pat.
- Gemeinsame Planung zur Verbesserung der Tagesstruktur
- **Unterstützung** bei der Regelung finanzieller und anderer **sozialer Angelegenheiten**
- Aufbau oder Aufrechterhaltung eines adäquaten sozialen Empfangsraums
- Immer wenn möglich: Miteinbeziehen der **Angehörigen**

3. Behandlung in der Präventionsstelle - Behandlungsende

1. Ausreichende Stabilität hinsichtlich der Erkrankung und kein erhöhtes Risiko mehr für Gewalttaten
 2. Ablehnung der weiteren Behandlung durch den Patienten
 3. Wegzug, Versterben, Unterbringung im regulären Strafvollzug oder Maßregelvollzug
- Wiederaufnahme nach Behandlungsabbruch durch den Patienten bei weiterhin bestehenden Zugangsvoraussetzungen möglich

Nachsorge:

- Kontakt zu Zuweisern, Zurückvermittlung an selbigen
- Bei vorliegender **Schweigepflichtentbindung** können vorhandene Unterlagen weitergegeben werden

4. Fallvorstellungen – Fall 1

Herr R. – 19 J.

- Diagnose: Paranoide Schizophrenie
- Anmeldung: durch den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater und das BLKA (Deradikalisierungszentrum)
- Gewaltvorgeschichte: islamistische Äußerungen in der Schule, Tätlichkeit im häuslichen Umfeld
- Procedere:
 - enger Austausch mit behandelndem Arzt, persönliches Erstgespräch mit dem Vater
 - Kontaktabbruch
 - Einweisung in die AP nach BayPsychKHG, Anregung ges. Betreuung und Beantragung von Zwangsbehandlung
 - 2 Besuche während der stationären Behandlung, Beziehungsaufbau -> Behandlungsbereitschaft
 - Wöchentliche Termine mit Pat. /Familie, Einzelgespräche, Depotgabe, Risikomanagement
- Pat. hat Studium an der TUM aufgenommen, Betreuung wurde seitens AG nicht verlängert

4. Fallvorstellungen- Fall 2

Herr S. – 41 J.

- Diagnose: Kombinierte Persönlichkeitsstörung, emotional-instabil/impulsiv, narzisstisch
- Anmeldung: durch die Allgemeinpsychiatrie, Tagklinik, lange Vorbehandlung Ambulanz
- Gewaltvorgeschichte: wiederholte Körperverletzungen gegenüber Angehörigen, im Streit mit Verkehrsteilnehmern, Sachbeschädigung; aktuell forensisch-psychiatrische Begutachtung am Laufen
- Prozedere:
 - Diagnostische Abklärung inkl. psychologischer Testung, Gefährlichkeitshypothese
 - Engmaschige supportive Gespräche, sozialtherapeutische Unterstützung
 - Bearbeitung eines Problembewusstseins bei Externalisierung; Ressourcenaktivierung
 - Medikamentöse Therapieoptimierung durch psychiatrische Ambulanz
 - Beratung bzgl. eines passenden psychotherapeutischen Settings

4. Fallvorstellungen – Fall 3

Herr M. – 35 J.

- Diagnose: Paranoide Schizophrenie
- Anmeldung: Begutachtungsabteilung
- Gewaltvorgeschichte: Im Rahmen der Haft immer wieder in Absonderung aufgrund ausgeprägter Sachaggressivität, auch ohne Auslöser oder unverhältnismäßig zum Auslöser
- Prozedere: Sozialpädagogische Maßnahmen: Krankenversicherung, Bankkonto, ALGII, Unterkunft, Coupons für Kleidung
- Kommunikation mittels Dolmetscherdienste
- Pharmakotherapieoptimierung
- Betreuung wurde angeregt
- Flexibilität bei der Termine-Vergabe

4. Fallvorstellungen – Fall 4

Herr S. – 31 J.

- Diagnose: Paranoide Schizophrenie (F20.0), vordiagnostiziert Asperger-Syndrom (F84.5)
- Anmeldung: Mutter des Pat. gleichzeitig Betreuerin
- Gewaltvorgeschichte: mehrere Körperverletzungen, Tätlichkeiten gegenüber seiner Mutter, Beleidigung, Spucken, Bedrohung vor allem von Passanten/ Paare, die sich in der Öffentlichkeiten küssen
- Procedere:
- Wöchentliche separate Termine für die Mutter/ für den Patienten (Bearbeitung einer Bindungsstörung auf beiden Seiten)
- Vermittlung von Skills zur Emotionsregulation und Stressmanagement
- Tagesstrukturierung
- In RS mit dem Behandler regelmäßige Anpassung der Medikation Motivationsversuche bei Ablehnung der empfohlenen Therapie!

5. Ansprechpartner in der kbo-Präventionsstelle

- Die kbo-Präventionsstelle befindet sich in **Berg am Laim, Streifeldstr. 37, 81673 München**. Die Räumlichkeiten sind im 2. OG, direkt über der City-Ambulanz des Fachbereichs Forensik.
- Seit dem 01.05.2021 im Betrieb.
- Die kbo-Präventionsstelle ist eine Abteilung der Allgemeinpsychiatrie des kbo-Isar-Amper-Klinikums und ist der **Ärztlichen Direktion** – Prof. Dr. Brieger – angegliedert.
- Aktueller **Patientenzahl**: 38 (43 mit neuen Anmeldungen).
- Personell besteht die Präventionsstelle aus:

OberärztIn	AssistenzärztIn	Psychologischer PsychotherapeutIn
SozialpädagogIn	KrankenpflegerIn	SekretärIn / medizinische Fachangestellte
- Die Kontaktaufnahme erfolgt am besten telefonisch oder per Email:
Tel.: 089 2000 465 80 / - 82
E-Mail: islem.ganzoui@kbo.de oder Praeventionsstelle.iak-kmo@kbo.de



5. Quellen

- Bayerisches Maßregelvollzugsgesetz – BayMRVG, Artikel 51
- Eronen, M., Angermeyer, M. C. & Schulze, B. (1998). The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 13-23.
- Hodgins, S. & Müller-Isberner, R. (2004). Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. *British Journal of Psychiatry*, 185, 245-250.
- Kröber, H. L. (2008). Kann man die akute Gefährlichkeit schizophrener Erkrankter erkennen? *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 2, 128-136.
- Nitschke, J. (2010/2019). Konzept der Präventionsambulanz der forensischen Klinik Ansbach. Unveröffentlichtes Dokument.
- Seliger, M. & Kröber, H.-L. (2008). Wurden schizophrene Maßregelpatienten zuvor in der Allgemeinpsychiatrie unzureichend behandelt? Erste Untersuchungsergebnisse aus 1988 und 2004. *Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie*, 2, 120-127.
- Swartz, M. S., Swanson, J. W., Hiday, V. A., Borum, R., Wagner, H. R. & Burns, B. J. (1998). Violence and Severe Mental Illness: The Effects of Substance Abuse and Nonadherence to Medication. *American Journal of Psychiatry*, 155, 226-231.
- Weithmann, G. & Traub, H.-J. (2008). Die psychiatrische Vorgeschichte schizophrener Maßregelpatienten – Rahmenbedingungen der Deliktprävention durch die Allgemeinpsychiatrie. *Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie*, 2, 112-119.

Post Covid Tagesklinik

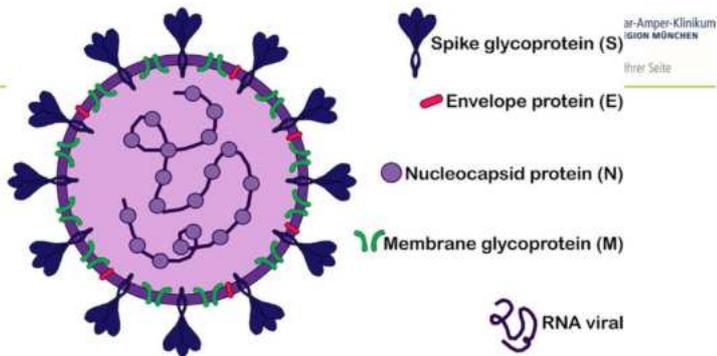
Erfahrungen der Post-Covid-Tagesklinik

kbo⁺ Isar-Amper-Klinikum
REGION MÜNCHEN
Zuverlässig an Ihrer Seite

Ines Göttler, Martin Marziniak
kbo-Isar-Amper-Klinikum, Region München, Klinik für Neurologie



kbo-Isar-Amper-Klinikum Region München



Structure of SARS-CoV-2. Schematic representation of SARS-CoV-2 virus structure highlighting its four major structural proteins: the spike glycoprotein (S), the envelope protein (E), the nucleocapsid protein (N) and the membrane glycoprotein (M). The RNA viral is also showed.

Front. Physiol. 13:813924.

doi: 10.3389/fphys.2022.813924

kbo-Isar-Amper-Klinikum Region München

Angew. Inf. | Digitalisalkommunikation | Jul. 2022 | 2

Post-/Long-COVID: Begrifflichkeiten

- 1) Symptome, die aus der akuten COVID-19-Phase oder deren Behandlung fortbestehen
- 2) Symptome, die zu einer neuen gesundheitlichen Einschränkung geführt haben
- 3) neue Symptome, die nach dem Ende der akuten Phase aufgetreten sind, aber als Folge der COVID-19 Erkrankung verstanden werden
- 4) Verschlechterung einer vorbestehenden Grunderkrankung.

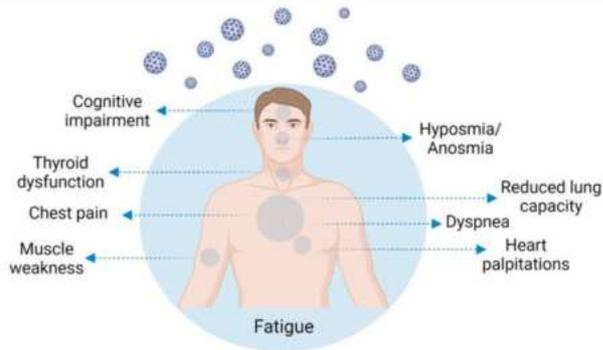
[S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID AWMF-Register Nr. 020/027](#)

Definition

Long-Covid Syndrom: Beschwerden nach einer Sars-CoV-2 Infektion > 4 Wochen < 12 Wochen

Post-Covid-Syndrom: Beschwerden nach einer Sars-CoV-2 Infektion > 12 Wochen

Hauptsymptome Postcovid



Life (Basel). 2022 Apr; 12(4): 517.

Post Covid Syndrom

- Epidemiologie: Datenlage unvollständig
- Pathogenese nicht geklärt, multifaktoriell und nicht bei jedem/jeder Pat. gleich
- langandauernde Gewebeschäden
- Persistenz von Viren oder Virusbestandteilen
- chronische (Hyper-)inflammation und/oder Autoimmunphänomene

Verschiedene Beobachtungen

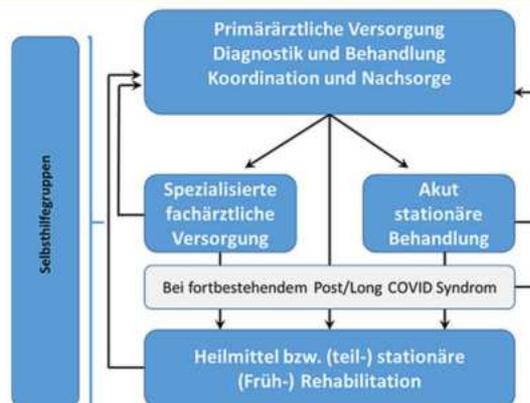
Risikofaktoren für ein PC-Syndrom sind weibliches Geschlecht, Alter der Pat. und Schwere der Erkrankung sowie Vorerkrankungen

Pat. mit langanhaltenden Post Covid Kopfschmerzen haben überdurchschnittlich oft eine Migräne

Das PC-Syndrom scheint nicht die Schwere der Fibromyalgie zu beeinflussen (Rivera et al. [BMC Musculoskeletal Disorders \(2022\) 23:471](#))

Aktuell keine spezifische Therapie

Vorschlag eines Modells praxisorientierter Versorgungswege



Post-COVID-Tagesklinik

Klinik für Neurologie, Station 56A4

Neurologisch-psychiatrischer Schwerpunkt

5 Behandlungsplätze (ca. 1100 Belegungstage/Jahr)

Nachgewiesene Infektion, keine post-vac-

Symptomatik

Behandlungsdauer: 14 - 28 Tage

Team: Ärztin, Psychologin, GuK, Physiotherapeut*innen, SozPäd., Ernährungsberaterin

Post-COVID-Tagesklinik

Therapieprogramm wochentags zw. 8.30 und 16.30 Uhr

Tägliche ärztliche Visite

Psychotherapeutische Einzelgespräche/ Neuropsychologische Diagnostik

(Neuro)Psychologische Gruppe

MTT, Nordic Walking, Fango, Kneippen, PMR und andere Entspannungsverfahren, Qi Gong, (Sitz-)Yoga, therapeutische Freizeitgestaltung, (Atem)Massagen, Riechtraining...

→ Krankheitsakzeptanz, Ressourcen- und Aktivitätsaufbau

→ symptomatische Therapie einzelner Symptome bzw. Linderung von Beschwerden

→ **PACING**



Modellvorhaben im Pfalzlinikum



Dr. Sylvia Claus
Ärztliche Direktorin
Pfalzlinikum

Ziele des Modellvorhabens



- Fließendere Übergänge zwischen den Sektoren
- Feste Bezugspersonen für Betroffene
- Etablierung aufsuchender multiprofessioneller Teams (ACT)
(in der Akutbehandlung und in der Nachsorge)
- Stärkere Einbindung des sozialen Netzwerkes

Voraussetzungen strukturell



- » Integrierter Versorgungsvertrag **stattkrankenhaus®**
- » Ambulante psychiatrische Pflege (APP) nach SGB V
- » Ambulante Hilfen nach Maß im SGB XII
- » Langjährige PIA-Tätigkeit **aufsuchend** und in der Sprechstunde
- » StäB-Erfahrung über 2 Jahre

Projektpartner im Überblick



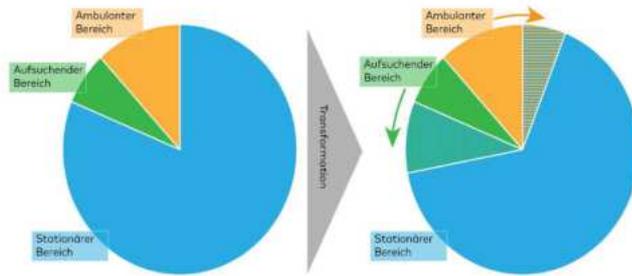
→ Umfasst aktuell ca. 95% unserer Patienten

Zielgruppe: Severe Mental Illness (SMI)

- › 1 – 2% aller Erwachsenen, ca. 1 Mio Menschen in Deutschland
- › Schwer und dauerhaft reduziertes Funktionsniveau
- » → Zwangseinweisungen, Drehtürpsychiatrie, Rückfälle
- » → Erkrankungsprogression, schlechter Gesundheitsstatus
- » Bei Psychosen: Risiko 90%
- » Bei Bipolar I oder F33.3: Risiko 40%
- » Bei F60.31, F70, F1x.5: Risiko 30%
- » 80% der SIM-Patienten
 - › Zusätzlich 3 komorbide psychische Erkrankungen
 - › Zusätzlich 2 komorbide somatische Erkrankungen
 - › Hoher sozialer Unterstützungsbedarf (Wohnung, Finanzen, Netzwerk, Ernährung)



Idee der Transformation der Behandlungsbereiche



Quelle: Vertrag 64b SGB V Pfalzkr. Abb. 11



Pfalzkr.

Dr. med. Sylvia Claus

14.12.2022

9



BEZIRKS
VERBAND
PFALZ



Pflichtversorgungsgebiet des Pfalzkr.



Pfalzkr.

Dr. med. Sylvia Claus

14.12.2022

10



BEZIRKS
VERBAND
PFALZ

Herausforderungen für die Mitarbeitenden



- » Ländlicher Standort → weite **Fahrtstrecken**
- » **Koordination** der Personaleinsatzpläne
- » **Schnittstellenmanagement**
- » **Fachkräftemangel** in allen Berufsgruppen
- » Fehlende **Schichtzulagen** für den Pflegedienst
- » **Ängste** bezüglich Eigenverantwortlichkeit
- » **Alleinarbeit**



Pfalzkr.

Dr. Sylvia Claus

14.12.2022

11



BEZIRKS
VERBAND
PFALZ

Arbeitsfeld mit Komplexität und Ambivalenzen



- › Autonomie und Selbständigkeit
- ↕
- › Kontrolle und Fürsorgepflicht
- › *Wir sind zu Gast* → *Lebensumfeld* versus *Stationsmilieu*
- › *Wir sind allein* → *1:1 Begegnung* versus *Stationsteam*
- › *Wir bewegen uns auf unsicherem Terrain*
→ *Bedürfnisorientierung* versus *Stationsregeln*

Herausforderungen bei Akutbehandlung zuhause



- › Kein Personennotruf-Gerät
 - › Zeitverzögerung bei Notfällen
 - › Kein Hausrecht – keine Stationsregeln
 - › Hygienezustände im häuslichen Umfeld
- } Sicherheit
- › Vertretung aller Berufsgruppen
 - › *Breites Rollenprofil*
 - › Arbeit mit Angehörigen
 - › Lösungsorientiertes Arbeiten
- } Ungewohntes Terrain

Herausforderungen bei Akutbehandlung zuhause



- › Zeitmanagement und Zeitdruck
 - › Belastung durch gestiegenen Straßenverkehr
 - › Arbeitsmaterialien mitbringen
- } Logistik
- › Selbstorganisation im Team
 - › Flexible Arbeits- und Pausengestaltung
 - › weniger Regelkommunikation
- } Personalführung



Herausforderungen Patientenbezogen



- » **Abgrenzungsprobleme** im häusliche Umfeld
 (zu wenig Ruhezeiten, Haushaltstätigkeiten, Kindererziehung)
- » **Eignung häusliches** Umfeld
- » **Mitbehandlung somatischer** Erkrankungen
- » **Psychiatrische Komorbidität** (PTSB, Bulimie, Suchterkrankung)
- » **Skepsis** gegenüber Medikamenten
- » **Keine Fahrtauglichkeit** während Behandlung



Wo und wie kann behandelt werden?

Neue Behandlungsmodule im Modell



- **Clearinggespräche**
 - Erhebung der Bedarfe und der Ressourcen
- **Ambulante Intensiv-Kriseninterventionen**
 - Wiederherstellung der ambulanten Behandlungsfähigkeit
- **Netzwerkgespräche**
 - Einbeziehung des familiären Umfelds von Beginn an
- **Intensivtagesklinik**
 - Ausweitung der Behandlungszeiten
- **Ambulante Entgiftung**

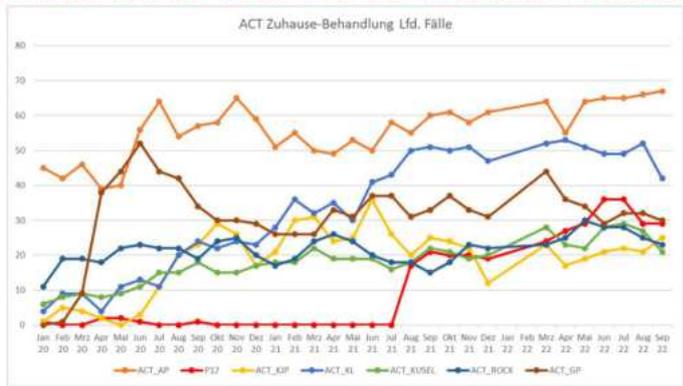
ACT-Teams und Anzahl der behandelten Patienten



 Pfalklinikum
 Dr. med. Sylvia Claus
14.12.2022
18



ACT-Teams und Anzahl der behandelten Patienten

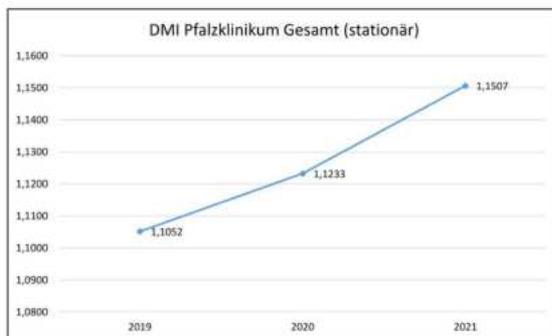


 Pfalklinikum
 Dr. med. Sylvia Claus
14.12.2022
19





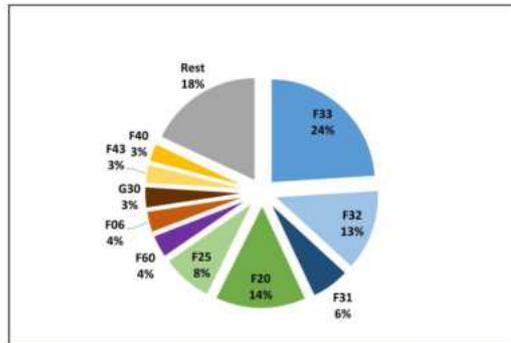
Fallschwere im stationären Behandlungssektor



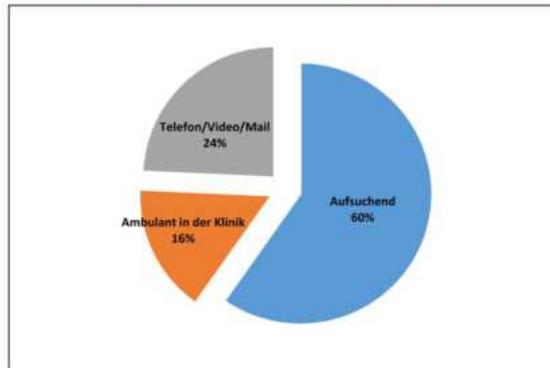
 Pfalklinikum
 Dr. med. Sylvia Claus
14.12.2022
21



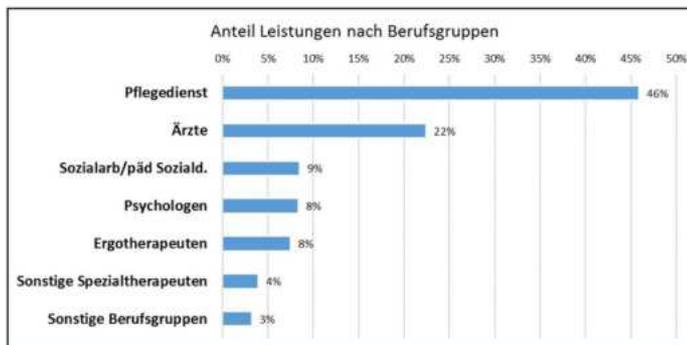
Diagnosegruppen in ACT



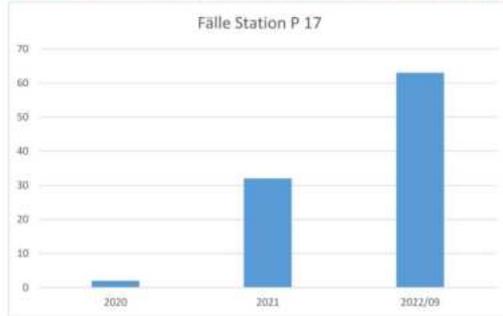
Ort des Geschehens ACT 2021



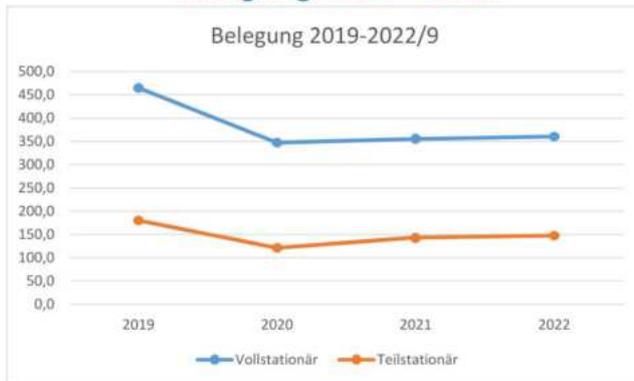
Aufsuchende Arbeit im multiprofessionellen Team



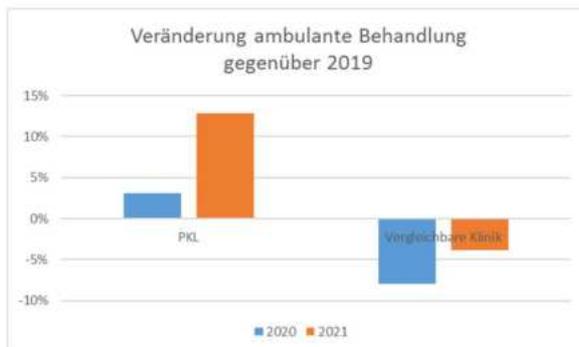
ACT für Menschen mit intellektuellen Entwicklungsstörungen



Belegung 2019 - 2021



Regelversorgung versus Modellvorhaben Benchmark der Kliniken in Rheinland-Pfalz



Fazit: Modellvorhaben im Pfalzlinikum



- » Nicht andere Patienten behandeln sondern *Patienten anders behandeln*
 - » mehr Zeit während einer *Akutbehandlung im gewohnten Umfeld*
 - » Die *Sicht der Angehörigen* wird von Anfang an einbezogen
 - » *Probleme am Arbeitsplatz* oder in der *Familie* werden berücksichtigt und bearbeitet
 - » *Krisen* werden frühzeitig abgefangen und *möglichst ambulant* behandelt
 - » Krankheitsepisoden werden durchgehend von demselben Team begleitet
-
- » → Reduktion der Behandlungstage im Krankenhaus (mittelfristig)
 - » → bessere Behandlung ohne Mehrkosten (langfristig)
 - » → verbesserte Mitarbeiterzufriedenheit (mittelfristig)



**Nichts ist
stärker als
eine Idee,
deren Zeit
gekommen ist.**

Victor Hugo



*Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit*

sylvia.claus@pfalzlinikum.de



4 Perspektiven auf das Modell

Wie steuert man ein solches Projekt? Bernhard Koelber



Modellvorhaben nach § 64b SGB V

Wie steuert man ein solches Projekt?



1



Startvoraussetzungen im Management:

- » Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung: Erfahrungen als Multistandortbetrieb
- » 25 Jahre Erfahrung mit Organisationsentwicklung, Transformationsprozessen, Qualitätsmanagement und Strategiearbeit
- » Gemeinsame Ausrichtung und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Unterstützern
- » Strategischer Rückhalt durch den politischen Gewährsträger (Bezirksverband Pfalz)
- » Umfangreiche administrative und sozialrechtliche Expertise durch die zunehmend vielfältige Angebotspalette auf dem Feld der psychosozialen Versorgung
- » Ein vom Land RLP unterstütztes Zukunftskonzept (Landeskrankenhausplan) als Verhandlungsgrundlage mit den Krankenkassen
- » Solide wirtschaftliche Situation



2



Herausforderungen des Managements (II)

in der eigenen Organisation:

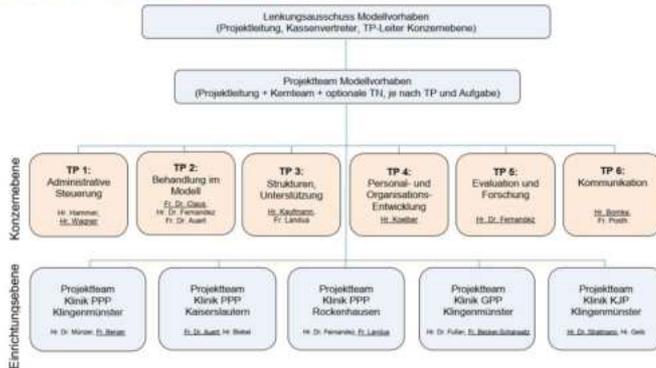
- » Mit Mehrdeutigkeiten und Widersprüchen umgehen: Denken und handeln i.S. des Modellvorhabens vs. Abrechnung in der „alten Welt“
- » Komplexität bewältigen, gleichzeitig verständlich und möglichst eindeutig kommunizieren
- » Nicht zu viel auf einmal!
- » Standardisierung und Vielfalt ausbalancieren
- » Projektfortschritt messen und kommunizieren
- » Anspruchsvolles Konzept vs. „Mühe der Ebene“ – Fachkräftemangel, Personalausfälle
- » Modellvorhaben und Corona



4



Unsere Projektstruktur



Beispiel: Organisationsmodelle ACT-Behandlung

Team-Modell

Multiprofessionelles Team, das ausschließlich aufsuchend tätig ist

Vorteile:

- eingespielte Aufgabenteilung
- gute Planbarkeit
- schneller Kompetenzaufbau
- Hohes Potenzial zu transprofessionellem Arbeiten

Nachteile:

- Wechsel Bezugsperson
- „Elitenbildung“
- Abkoppelung von der stationären und ambulanten Komm-Behandlung
- Entfernung vom 24/7-Prinzip

Lösung

Mischmodelle?

- Geteilte Stellen mit Mehrfachzugehörigkeiten
- Definierte Zeitslots für aufsuchende Dienste im Dienstplan einer Station
- zusätzliche Fallmanager
- Organisierte Kontakte zw. ACT-Team und Stationsteams
- MA-Rotation
- ...



Integriertes Modell

Multiprofessionelles Team, das auf Station und aufsuchend tätig ist

Vorteile:

- Bezugspersonenkonzept kann eher umgesetzt werden
- Gute „Sicht“ auf den gesamten Behandlungsprozess
- MA auf Station erleben MV „live“

Nachteile:

- Sehr schwer zu organisieren
- Gefahr tradierter Stationsrollen
- Bei Engpässen und Krisen fällt die aufsuchende Behandlung „hinten runter“
- Administrative Hürden, z.B. bei der Personalzuordnung

Beispiel: Dienstvereinbarung aufsuchende Arbeit

- » Keine tariflichen Regelungen, insbesondere zur Vergütung, in der Praxis Verlust von Gehaltsbestandteilen im Vergleich zur Station
- » Intention: aufsuchende Arbeit attraktiv machen und Regelungsrahmen schaffen

Highlights:

- » Elektroautos als Dienstwagen
- » BYOD-Geräte
- » Qualifikation, z.B. über berufsbegleitendes Coaching

Dienstvereinbarung
zu den
Arbeitsbedingungen für Mitarbeitende mit aufsuchender klient*innenbezogener Tätigkeit
im Pfalzlinikum

Fragen, Kommentare, Anregungen ?



Bernhard Koelber
Leiter Unternehmensentwicklung
Stv. Projektleiter Modellvorhaben
TP-Leiter Personal- und Organisationsentwicklung



Menschlich, multiprofessionell, maßgeschneidert, Finanzierung und Steuerung, Helmut Wagner



HELMUT WAGNER
MEDIZINCONTROLLER
PFALZKLINIKUM
HELMUT.WAGNER@PFALZKLINIKUM.DE
06349/900-1140

Menschlich, multiprofessionell, maßgeschneidert :
M wie Modellvorhaben im Pfalz-Klinikum
Finanzierung und Steuerung



Modellvorhaben Pfalz-Klinikum

Rahmenbedingungen:

- Laufzeit : 8 Jahre, seit Januar 2020
- größtes Modellvorhaben nach § 64b SGB V in Bezug auf Finanzvolumen und Fallzahl
- an 8 Standorten in der Pfalz
- Erwachsenenpsychiatrie incl. Suchtmedizin, Gerontopsychiatrie, Schlafzentrum sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Einbezogen: Stationär, teilstationär, vor- und nachstationär, Institutsambulanz, aufsuchend („Zuhause-Behandlung“), ambulanter Pflegedienst (APP) und ambulante Ergotherapie



Modellvorhaben Pfalzkllinikum

Krankenkassen:

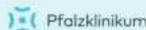
- Alle großen, in der Pfalz relevanten Kassen (AOK, TK, IKK Süd-West, DAK, BEK und der BKK Landesverband sind Verhandlungspartner
- Weitere 19 Einzelkassen (v.a. BKKs) sind mittlerweile beigetreten, außerdem der PKV und damit alle privaten Krankenkassen
- Bisher wollen 27 Kassen nicht beitreten
- => ca. 95% der Patient:innen sind im Modellvorhaben



Modellvorhaben Pfalzkllinikum

Finanzierung:

- Einzige vereinbarte budgetrelevante Leistung ist die Anzahl der behandelten Patienten (Nicht Fälle!), unabhängig davon wo, wie lange und wie sie behandelt wurden
- Geld wird wie bisher über Rechnungen „transportiert“ (PEPP, PIA-Quartalspauschalen, Zuhause-Behandlung Berechnungstage...) Pauschale Entgeltsysteme für viele Kassen nicht möglich 
- => Hoher administrativer Aufwand durch Fallwechsel, Probleme beim Erlöstransport (Ambulant statt stationär <-> Liquidität)
- 100% Budget-Ausgleich wenn die Anzahl der behandelten Patienten innerhalb von +/- 5% der Vereinbarung liegt



Modellvorhaben Pfalzkllinikum

Berichte zur Steuerung der Leistungen und Erlöse:

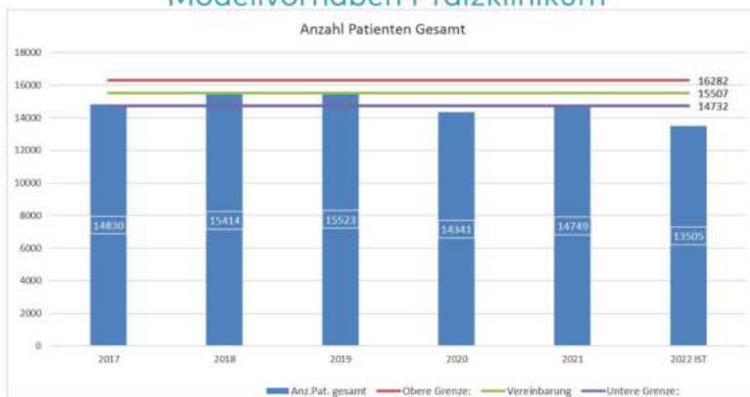
- Anzahl der Patienten (Erstaufnahmen im Kalenderjahr!) Problem: Zunahme nicht linear
- Klassische Kennzahlen (Belegung, Berechnungstage, PIA Pauschalen...)
- „Transportierte“ Erlöse je Setting (Liquidität)



Modellvorhaben Pfalzkllinikum



Modellvorhaben Pfalzkllinikum



Beteiligung und Mitbestimmung, Perspektiven der Arbeitnehmervertretung auf das Modellvorhaben nach § 64b SGB V, Bernhard Dobbe

„Beteiligung und Mitbestimmung“

Perspektiven der Arbeitnehmervertretung auf das Modellvorhaben nach § 64b SGB V

Input für die Mitglieder des Gesundheitsausschusses Landschaftsverband Rheinland (LVR) anlässlich des Besuchs im Pfalzkllinikum am 19.10.2022

Bernhard Dobbe
(bernhard.dobbe@pfalzkllinikum.de)
Personalratsvorsitzender Pfalzkllinikum (AdöR)

Gliederung

Mitbestimmung:

Gesetzliche Aufgaben des Personalrates nach LPersVG

Entwicklungen:

Unser Selbstverständnis beim psychosozialen Komplexanbieter

Entwicklungen:

Gelebte Praxis und interne/externe Herausforderungen im Modellvorhaben

Diskussion

Vorneweg: Unsere Sicht auf die Dinge

- ✓ Öffentlich-rechtliche Trägerschaft, wichtige Vorläufer, neue Ufer möglich, Mutmacher
- ✓ Kritisch tragfähige transparente Kooperation mit der Geschäftsführung und vielen Leitungsebenen (keine Symbiose)
- ✓ Wir können im PR aufbauen auf unsere eigene Differenziertheit, Vielfalt der Bedürfnisse und professionelle Entwicklung, werden wahrgenommen
- ✓ Fokus auf qualitative Veränderungen, die ökonomische Absicherung dazu ist bisher gelungen
- ✓ Ein wichtiger Disput mit Verdi (Gewerkschaftliche Zuordnung/ Vernetzung/ Spannungsbogen)

Gesetzliche Aufgaben des Personalrates nach LPersVG Rheinland-Pfalz



Unsere Aufgaben nach LPersVG:

Mitbestimmung, Mitwirkung, Beteiligung

Der Personalrat ist bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben und im Entscheidungsspielraum an das Landespersonalvertretungsgesetz (LPersVG) gebunden. Hier sind geregelt die:

1. Mitbestimmung

- in personellen Angelegenheiten
- in sozialen und sonstigen innerdienstlichen sowie
- organisatorischen und wirtschaftlichen Angelegenheiten

Einstellungen, Befristungen,
Befragungen ... (§78)

Arbeitszeiten,
Urlaubspläne,
Gestellungsverträge
... (§80)

2. Mitwirkung

- bei Kündigung

Einwendungen, Anhörung
des PR ... (§83)

3. Beteiligung

- bei allen organisatorischen Maßnahmen

Personalplanung, -anforderungen,
Zertifizierungen, Arbeitsschutz...
(§84 ff.)

Gesetzliche Aufgaben des Personalrates nach LPersVG Rheinland-Pfalz

Unsere Aufgaben nach LPersVG: Informationsrecht und personelle Angelegenheiten

§ 69 Allgemeine Aufgaben und Informationsrecht der Personalvertretung
heißt: Beteiligung bei jeglichen Gesprächen

§ 78 Mitbestimmung in personellen Angelegenheiten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer

- (1) Der Personalrat hat insbesondere in folgenden Angelegenheiten ein Mitspracherecht:
1. Erstellung schriftlich festgelegter Beschlüsse der beschäftigten Mitarbeiter, Eingruppierung,
 2. Zeit- oder Zweckbestimmung des Arbeitsverhältnisses, Ausgrenzen im Hochschulbereich,
 3. Übertragung einer Stelle oder mehrerer Stellen auf eine Dauer von mehr als zwei Monaten, Höher- oder Herabgruppierung,
 4. Übertragung einer anderen Tätigkeit für eine Dauer von mehr als zwei Monaten,
 5. dauerhafte oder vorübergehende Übertragung einer Tätigkeit, die einen Anspruch auf Zahlung einer Zulage auslöst, sowie Widerruf einer solchen Übertragung,
 6. Versetzung zu einer anderen Dienststelle und Umsetzung unter Wechsel des Dienstorts für eine Dauer von mehr als zwei Monaten binnen eines Jahres,
 7. Absetzung und Zuweisung entgeltlos § 20 des Beamtenstellengesetzes für eine Dauer von mehr als zwei Monaten binnen eines Jahres sowie Aufhebung einer solchen Maßnahme,
 8. Änderung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit,
 9. Abfertigung eines Antrags auf Fortbeschäftigung oder Urlaub ohne Fortzahlung des Arbeitsentgelts,
 10. erneute Zuweisung eines Beschäftigten nach Arbeitsplatzsicherungsverfahren oder nach Ende eines Urlaubs ohne Fortzahlung des Arbeitsentgelts,
 11. Weiterbeschäftigung über die Altersgrenze hinaus,
 12. Anordnungen, welche die Freiheit der Wahl der Wohnung betreffen,
 13. Übertragung von Ersatzarbeiten und Versehen einer Nebenabteilung von Aufgaben,
 14. Genehmigung von Ersatzarbeiten, sofern die oder der Beschäftigte die Mitbestimmung beantragt,
 15. Erstellung von Abrechnungen, sofern die oder der Beschäftigte die Mitbestimmung beantragt,
 16. Auswahl für die Teilnahme an Maßnahmen der Berufsausbildung, der beruflichen Fortbildung und der beruflichen Umschulung, wenn mehr Bewerberinnen und Bewerber vorhanden sind, als Plätze zur Verfügung stehen,
 17. Befreiung und Abberufung von Auszubildendeninnen und Auszubildenden sowie Ausbilderinnen und Ausbilder
- In den Fällen des Satzes 1 Nr. 14 und 15 ist die oder der Beschäftigte von der beschäftigten Maßnahme rechtzeitig vorher in Kenntnis zu setzen und auf das Arbeitsrecht hinzuweisen.
- (2) Der Personalrat bestimmt insbesondere bei den nachfolgend aufgeführten allgemeinen personellen Angelegenheiten mit:
1. Erstellung und Verwertung von Personalverträgen, von Personalfragebogen, Ausgrenzen im Rahmen der Leistungsprüfung, und von personalbezogenen Daten,
 2. Erstellung von Besetzungsmitteln,
 3. Durchführung der Besetzung (Berufsausbildung, berufliche Fortbildung und berufliche Umschulung) und Aufhebung von Grunddaten über die Auswahl von Auszubildendeninnen und Auszubildenden sowie Ausbilderinnen und Ausbilder und über deren Abberufung,
 4. Erlass von Richtlinien über die personelle Auswahl
- §1 bei Einstellungen, Versetzungen und Übertragungen von anderen Tätigkeiten,
§1 bei Übertragung von Funktionen, die einen Anspruch auf Zahlung einer Zulage auslösen,
§1 bei Rückgruppierungen,
§1 Aufhebung von Grunddaten über die Durchführung von Stellenauswertungen einschließlich Inhalt, Ort und Dauer.

Auch: Die Beschäftigten als Stakeholder

Macht: Die Fähigkeit einer Interessengruppe, ihre Vorstellungen durchzusetzen

Legitimation: Die Wahrnehmung einer Interessengruppe, ihre Ziele und Handeln im herrschenden Normen- und Wertsystem wünschenswert oder angemessen zu gestalten

Dringlichkeit: Die Ansprüche der Interessengruppe, auf die rasch eingegangen werden muss, hohe Priorität für das Unternehmen (zeitlich und inhaltlich kritisch)

Quelle: ver.di Psychiatrie -Seminar 2017 Petra Bode

Die Personalversammlungen im Pfalzkrankenhaus „Überschriften“ über die Jahre:

- 2017 Wahljahr (§§: Keine Personalversammlung)
- 2018 - Der neue Personalrat stellt sich vor
- „Mitbestimmung, Mitwirkung, Beteiligung“
- 2019 „Von der Mitbestimmung zur Mitgestaltung“
- 2020 „Die Beschäftigten mitnehmen!“
- Wichtige Organisationsveränderungen mitbestimmen
- COVID-19-Pandemie bewältigen
- 2021 Wahljahr (§§: Keine Personalversammlung):
Ein neuer Personalrat nimmt seine Arbeit auf
- 2022 „Das Personal gewinnen, halten und binden“



Zum partizipativen Prozess im Pfalzlinikum

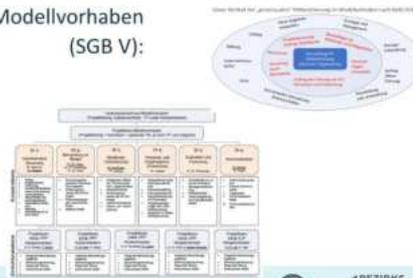
„Das Pfallzlinikum benötigt Mitarbeitende ... Diese Orientierung findet etwa ihren Ausdruck in dem **partizipativen Prozess zur Entwicklung der Leitlinien und der engen Zusammenarbeit zwischen Geschäftsführung und Personalrat**. Nur wenn das Leitbild von allen Menschen getragen wird, kann es jeden Tag aufs Neue mit Leben gefüllt werden – ein Versprechen, an dem wir uns messen lassen.“ (Koelber, B. 2021)

Hauptstrategien des Pfallzlinikums, 2011- 2021

Hauptstrategie	Strategische Maßnahmenstrategie
1. Leistungssteigerung durch Qualität	Neu- & Weiterentwicklung von Leistungsprozessen, Prozessoptimierung & Just-in-Time-Produktion
2. Kompetenzentwicklung und -sicherung	Personalentwicklung, Kompetenzentwicklung, Personalplanung & E-Learning
3. Innovation und Wachstum	Neue Geschäftsmodelle, Prozessinnovationen, Digitalisierung, Innovationen & Entrepreneurship
4. Nachhaltigkeit und Resilienz	Wiederherstellung von Resilienz, Innovationen, Innovationen, Innovationen
5. Personalmanagement	Personalmanagement, Personalmanagement, Personalmanagement



Modellvorhaben (SGB V):



Der Personalrat im Lernenden Unternehmen

Von Allem was und ... mittendrin: Das Selbstverständnis des Miteinander-Arbeitens



Die Personalratsarbeit: Eine Baustelle



WAS WIRKT:

- Ein (befristetes) demokratisch legitimes Wahlamt,
- Eine ehrenamtliche Tätigkeit, „alle“ Beschäftigten haben das Wahlrecht
- Ein Gremium mit Funktionen/Rollen/ Regelwerke: Freistellungen auch in Teilzeit
- Arbeitnehmerseitige Partnerschaften mit SBV, Gleichstellung, JAV
- Beruflicher Werdegang mit vielfältiger Expertise (Psychiatrie, Verwaltung, Organisation, Funktionsbereiche ...)
- Gewerkschaftliche Affinität und Engagement
- Ausstattungen (Infrastruktur, Büropräsenz und - Organisation, Technik ...)
- Wahrnehmbarkeit sicherstellen



„Gruppendynamik“ im Personalrat?!

Ein kleiner Ausflug in den „Gruppendynamischen Raum“,
am Beispiel des Personalrates:
Das Individuum, die Gruppe und die Organisation

Der Beschäftigte in seinem Personalrat:

Das Mitglied: Der Beschäftigte in seinem Wahlamt (ggf. mit Freistellung),
im persönlichen, beruflichen, gesellschaftlichen, Unternehmens-
Handlungsraum; Eigene (weitere) Zugehörigkeit in Teilgruppen

In der Gruppe: Das Gremium mit seinen Teilgruppen
Listenplatz, der/die Vorsitzenden, Vorstand, Gremium auf Zeit,
weitere Binnendifferenzierung

In der Organisation: Das Unternehmen und seine Bereiche/Einrichtungen
Öffentlich-rechtlicher Träger, Tarifbindung, Gesetze: Individual- und Kollektivrechte,
Branche und Markt;
Die Netzwerke (Gewerkschaft, (Fach-)Gesellschaft, Politik)

Mit den **Kernthemen/Grundbedürfnissen** im
gruppendynamischen
Raum:
- **Zugehörigkeit**
- **Macht**
- **Nähe, Verbundenheit,**
Geborgenheit
(„Intimität“)!

¹ Quelle: Geramatis, O. 2020¹, mini-handbuch Gruppendynamik, S. 39ff.

Der Blick auf die Akteure und Allianzen

Unsere Herausforderungen:

- **Breite eigene Expertise** entwickeln: Ressourcen für Entwicklung, Ausrichtung und Kontinuität
- **Teamentwicklung mit Vielfalt** und Offenheit/Individualität der Bedürfnisse
- **Transparenz** und Kommunikation ins Gremium hinein
- Wechselnde interne und externe **Rollenzuordnungen**: Interessenvertreterin, Fürsprecherin, Wächterin/ Kümmererin, Vermittlerin, Mediatorin, Impulsgeberin, Event-Managerin, Expertise für OE/PE/Psychiatrieentwicklungen, Recruiterin, ...

PR als System im System
Unternehmen



- **Komplexität** (Dynamik, Krise, Wachstum, eigene Teilsysteme)
- Arbeiten unter **Coronabedingungen** muss wieder aufhören
- **Fragliche Attraktivität** der Personalrats-/Betriebsratsarbeit :
Ende der Karriere?! (E-DE-KA), gerade für teilzeit-freigestellte Vorstände
- Zugriff und Nutzen **der ZahlenDatenFakten** im Unternehmen

PR als System im
großen System



- Perspektiven und Optionen für das **Personal**
- Herausforderung **Sektoren, Teilsysteme**: Sind nicht an den Bedürfnissen der Menschen orientiert
- Chancen und Grenzen der **tariflichen Regelwerke**, z.B. Entgeltordnungen:
- Mehr „Leistungsorientierung“??
- Attraktive Regelungen für neue (aufsuchende) Tätigkeitsfelder einbauen
- Vernetzungen/**Netzwerke pflegen**/ Gewerkschaftliches Engagement

Modellvorhaben und das Personal

Contra / Sorgen:

- Selbstausbeutung, heimliche Arbeitsverdichtung, höhere Erwartungen bei gleichbleibender Anzahl von Personal - somit: „weniger Zeit“,
- höhere Verantwortung, unzureichende Ausbildung, auf sich alleine gestellt?
- finanzielle Einbußen durch Verlassen des Schichtdienstes

Pro / Erwartungen:

- Abwechslung, unterschiedliche Settings, Zufriedenheit durch gesteigerte Effektivität
- höherer Benefit für Nutzer*innen, besseres Verständnis, Verringerung des Drehtüreffektes, weniger stationäre Aufnahmen, individuellere Behandlung
- selbstständige Planung von Behandlungsmöglichkeiten sowie Arbeitszeiten, agileres Arbeiten, mehr Wertschätzung durch andere Außenwirkung, mehr Flexibilität

Quelle: Fenia Wolff, 2022, Psychiatrie-Fachtagung Berlin

Modellvorhaben und das Personal Was hat sich in der Praxis verändert

- » Organisation: andere Planung, neue Strukturen, Selbstorganisation, agiles Arbeiten, Backoffice, neue Aufgaben, multiprofessionelle Zusammenarbeit gestärkt
- » Aufgaben der Berufsgruppen ändern sich
- » Versorgung hat sich positiv verändert
 - › mehr Ressourcen, die genutzt und gefördert werden können
 - › individuellere / flexiblere Versorgung

Quelle: Fenja Wolff, 2022. Psychiatrie-Fachtagung Berlin



Quelle: Fenja Wolff, 2022. Psychiatrie-Fachtagung Berlin

Modellvorhaben und das Personal Erwartungen an die Führung

- **Vertrauen**, Rückendeckung, Wertschätzung und Anerkennung, Freiheiten ohne alleingelassen zu werden, offenes Ohr
- **Transparenz** und Informationen (fachlich sowie inhaltlich), Fachliche Kompetenz, Struktur, Organisation, Unterstützung und Mitwirkung
- **Fort- und Weiterbildungen** sowie Austausch ermöglichen
- **Work-Life Balance** respektieren und ermöglichen durch individuelle Lösungen (Zeitmanagement)

Quelle: Fenja Wolff, 2022. Psychiatrie-Fachtagung Berlin

Erwartungen und Anreize ambulante/ aufsuchende Versorgung



„Für den Großteil der Befragten ist es wichtig, Arbeitszeiten und Behandlungsmöglichkeiten selbstständig zu planen“ (Kuntz, 2021, S. 172).

Abb. 3 Auswertung: Anreize, aufsuchend tätig zu werden.
(Kuntz, 2021, S. 174)

Arbeitnehmervertretungen im gewerkschaftlichen Kontext – Übergeordnete Ziele und Herausforderungen in der Mitbestimmung (1)

Veränderungsprozesse in der Psychiatrie beinhalten u.a. neue Formen sektorübergreifenden Arbeitens, neue Tätigkeitsprofile, neue Management- und Führungsmodelle („agile“ Führung), neue Modelle der Arbeitszeitorganisation, die fortschreitende Digitalisierung (Digitale Transformation, Remote Leadership, VUCA-Welt (Q3), „Entgrenzung“, u.a. mit mehr Einfordern persönlicher Bedürfnisse über den Lebensverlauf. Hierzu tauchen auch neue Fragen zur Wertigkeit der Arbeit auf.

Konkretes Statement von Verdi: „**Dienstleistungsarbeit** ist mehr wert!“
Hierzu lautet eine Frage in der laufenden Diskussion: Wird sie in den bisherigen Modellen der Arbeitsbewertung und somit in Tarif- und Entgeltstrukturen noch zeitgemäß berücksichtigt?

An anderer Stelle heißt es bereits:
„Zu beobachten sind eine neue Haltung, **eine neue Kultur und ein neues Selbstverständnis** in der Gestaltung von Veränderungsprozessen, welche sich dadurch auszeichnen, dass **Mitbestimmungsakteure** und Akteurinnen und Beschäftigte **aktiver einbezogen** werden.“ (Zitat I.M.U 2021 (Q4, S.23)

Aber auch Entwicklungen: Große Verbände (Diakonisches Werk, Altersdorfer Anstalten) haben weitreichende Initiativen ergriffen im Kontext „zum Aufbau anpassungsfähiger Organisationen“. (Q10)
B. Oesterreich (2020, S. 70f.) äußert sich hier zur Notwendigkeit einer veränderten Einbindung der Mitarbeitervertretung. Grundsätzlich hinterfragt er sogar die Bereitschaft von Gewerkschafts- und Mitarbeitervertretungen „ihren Sinn und Zweck und ihre Aufgaben weiter zu entwickeln.“ (S.71)
Weitergedacht stellt sich sogar die Frage, **ob es die Mitarbeitervertretung bei den selbstorganisierten Teams überhaupt noch braucht.**

Arbeitnehmervertretungen im gewerkschaftlichen Kontext – Übergeordnete Ziele und Herausforderungen in der Mitbestimmung (2)

„**Mitbestimmung ist gelebte Demokratie im Betrieb** und in den Dienststellen. Deshalb sind Personalräte ein unverzichtbarer Bestandteil der Entscheidungsfindung ...“ (Q12)

„Mit der personalvertretungsrechtlichen Mitbestimmung wird zudem auch die **Menschenwürde, die Selbstbestimmung und die Persönlichkeitsentfaltung** der Dienststellenbeschäftigten gewahrt bzw. erzielt.“ (Q7, S. 90)

Die Hans-Böckler-Stiftung führt die **übergeordneten Ziele der Mitbestimmung** weiter aus (Q4):

- Sozial verträgliche Gestaltung der Veränderungen
- Hoher demokratischer und partizipativer Anspruch (beide Q4)

Wieder verbunden mit der Empfehlung ans Management: „Von besonders wichtiger Bedeutung ist das frühzeitige und gleichberechtigte Einbeziehen der Interessenvertretungen und der Beschäftigten. Tatsächlich ist eine frühzeitige Partizipation ein Schlüsselfaktor für den Gestaltungsprozess“ (Q4, S. 25)



Bei tariflichen Grundlagen für Leistungsdifferenzierung gilt für ver.di der Grundsatz:
„**Leistungsdifferenzierungen werden auf der Grundlage von tariflichen Regelungen gesteuert!**“ (Q11)

Die Ziele dazu:

- Einführung nur bei breiter Zustimmung der Betroffenen,
- Wahlrecht einräumen,
- Rechtsanspruch auf Leistungsentgelte für alle,
- enge Margen der Zulagen festlegen,
- Einbau solidarischer Elemente,
- Kontrollmöglichkeiten verankern,
- keine Vermischung von Leistungsentgelt und Erfolgsbeteiligung (Q11, S. 12)

FAQ Mitbestimmung zu aktuellen Themen siehe auch (Q5)

Fazit und Ausblick

- **Attraktivität für das Tätigkeitsfeld Psychiatrie in der jetzigen Vielfalt sicherstellen**
Wir öffnen das Feld für weitere Berufsgruppen, bieten individuellere Optionen/Passungen, auch mehr **Luft für die Arbeit vor Ort**
- Impulse für **eine robustere Perspektive der psychiatrischen Versorgung**
Alternativen zur vollstationären Versorgung, Heimversorgung, Gewalt vermeiden
„Impfung“ gegen Kontrollwut G-BA: **Modelle werden Regelversorgung!**
- Unser Format der öffentlich-rechtlichen **Trägerschaft ist geeignet**, große Schritte zu gehen.
Wir nutzen den Spielraum der uns zu Verfügung steht, aber **wir brauchen noch mehr Impulse und Mut der Politik!**
Weg von der „Regelungswut der Politik!“ (Zitat Herr Belling 11.05.)
- Der **Personalrat muss sich zu den großen Themen gut aufstellen**, dazu braucht es auch Partnerschaftliche Verantwortung und Mitgestaltung auch vor Ort

Danke für Ihr
Ohr!



Hilfen für
Long-Covid-Patienten:
Der Long-Covid-Baum
des Pfalzkrlinikums
(© Therapeutische
Dienste in
Klingenmünster)

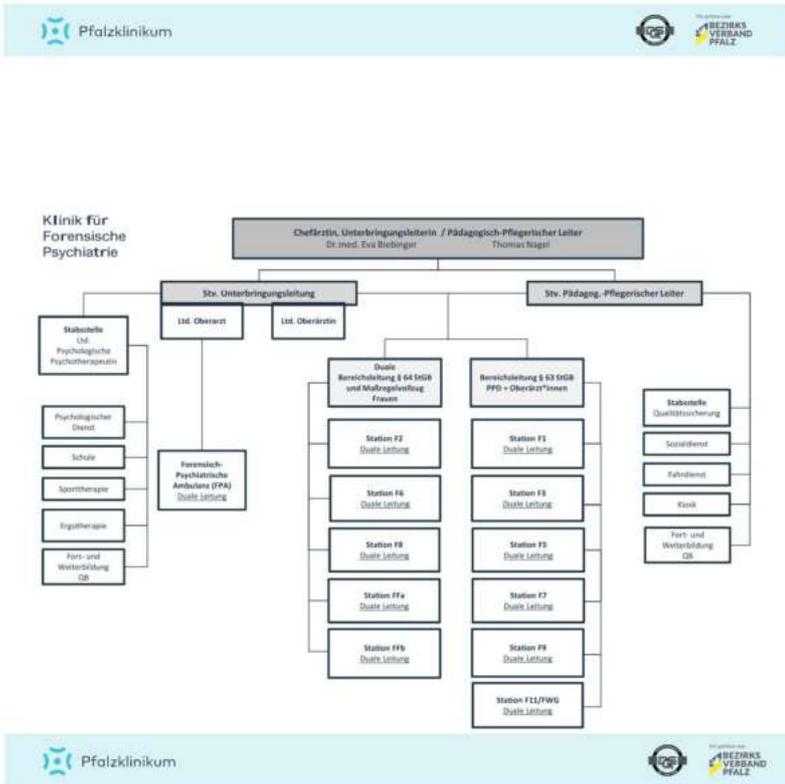
Literatur

- (1) Bode, P. 2017. Stakeholder im Krankenhaus (Verdi-Seminarpräsentation)
- (2) Dobbe, B. 2022. Der Personalrat des Pfalzkrlinikums. Einführungstag (Präsentation)
- (3) [Bedeutung von VUCA \(vUCA-welt.de\)](#)
- (4) Hans-Böckler-Stiftung. 2021. Die Transformation von Arbeit mitgestalten: Mehr Mitbestimmung und Partizipation bei Veränderungsprozessen. [Mitbestimmungspraxis Nr. 43 \(OpenStax.de\)](#)
- (5) FAQ: Mitbestimmung richtig nutzen [FAQ: Mitbestimmung richtig nutzen – ver.di \(verdi.de\)](#)
- (6) Kröll, M. 2022 Mitbestimmen bei der Bestenauslese. In: Der Personalrat, Heft 3/2022, S. 19
- (7) Steiner, H. 2022. Die personalvertretungsrechtliche Mitbestimmung. Das Zustimmungserfordernis für Dienststellenentscheidungen. In: Die Personalvertretung, 3/2022
- (8) [Basiswissen \(bund-verlag.de\)](#)
- (9) Jost Hammers Management Summary und Übersetzung von "The fifth Discipline" von Peter Senge (2008)
Aufzählung der 5 Disziplinen:
https://d.docs.live.net/bff4ff4b26b7293e/Dokumente/1_5_Forum_2022/Literatur/Organisationsentwicklung/LernendeOrga_D ef.doc
- (10) Destereich, B. & Schröder, C. 2019. Agile Organisationsentwicklung. Handbuch zum Aufbau anpassungsfähiger Organisationen.
- (11) ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesverwaltung 2018, 3. Überarbeitete Auflage. Tarifpolitische Grundsätze
- (12) Personalvertretungsgesetz für Rheinland-Pfalz mit Wahlordnung Textausgabe 2016 Stand: 30.November 2016
- (13) Koelber, Bernhard. 2021. Pfalzkrlinikum AdöR. S. 144 f.
- (14) Hauptstrategien des Pfalzkrlinikums. Veröffentlicht im Intranet. Entnommen 2022
- Kuntz, A. (2021). Einstellungen von Pflegefachkräften der stationären psychiatrischen Versorgung zu aufsuchenden Tätigkeiten. PPH, 27(04), 171-174.
- (15) Hans-Böckler-Stiftung. 2021. Lern- und Entwicklungsprozesse im Kontext der digitalen Transformation: Glossar für die betriebliche Bildungsarbeit
Lern- und Entwicklungsprozesse im Kontext der digitalen Transformation - Institut für Mitbestimmung und Unternehmensführung (I.M.U.) in der Hans-Böckler-Stiftung (boeckler.de)

Pfalzlinikum Klingenmünster 20.10.2022

Leistungsangebote im Maßregelvollzug,
 Dr. Eva Biebin ger, Thomas Nagel,
 Dr. Wolfgang Weißbeck

Klinik Für Forensische Psychiatrie im Pfalzlinikum



Klinik für Forensische Psychiatrie

- » **Insgesamt 11 Stationen**
 - » **8 Stationen im hochgesicherten Bereich**
 - › 1 Aufnahme Station für Patienten untergebracht nach § 63 StGB
 - › 1 Aufnahme Station für Patienten untergebracht nach § 64 StGB
 - › 1 Aufnahme Station für Frauen
 - › 1 Therapie Station für Patienten untergebracht nach § 64 StGB
 - › 4 Therapie Stationen für Patienten untergebracht nach § 63 StGB
 - » **3 Stationen im weniger gesicherten Bereich mit dem Schwerpunkt der Wiedereingliederung**
 - › 1 gemischtgeschlechtliche Station
 - › 1 Therapie Station für Patienten untergebracht nach § 64 StGB
 - › 1 Therapie Stationen für Patienten untergebracht nach § 63 StGB
- 1 Fachambulanz in Neustadt mit Nebenstelle am Standort Klingenmünster**

Strukturelle Sicherung des Behandlungsauftrags

- » Alle Therapiestationen verfügen über differenzierte, je nach Diagnose verschiedene Behandlungskonzepte
- » Alle Stationen werden dual geleitet
- » Eine umfassende durchgängige Kommunikationsstruktur der Einrichtungsleitung mit den Stationsleitungen sichert eine effiziente und effektive Umsetzung der Konzepte
- » Ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement ist eingerichtet und wirksam

Kernthemen der Klinik für Forensische Psychiatrie

- » Verbesserung der ambulanten Versorgung durch Verlagerung des Standortes an einen verkehrstechnisch gut erreichbaren Standort wurde 2021 umgesetzt
- » Förderung des des Recovery Gedankens bei der Behandlung der forensischen Patient*innen z.Bsp.
 - › Begegnung auf Augenhöhe
 - › Empowerment
 - › Förderung sozialer Kontakte
 - › Festes Fundament schaffen
- » Einführung einer Safewards Station mit externer Unterstützung
- » Auseinandersetzung mit dem Thema „severe mental illness“ Möglichkeiten und Grenzen im Maßregelvollzug

Kommunikation mit der Öffentlichkeit

- » Teilnahme an den jährlichen Maßregelvollzugstagungen
- » Durchführung eines Symposiums alle 2 Jahre
- » Präsentation der Konzepte bei Kostenträger und Justiz und bei Fachtagungen
- » Einrichtung eines Beirats im Sinne des Maßregelvollzugsgesetzes

Kooperation mit der Gemeindepsychiatrie

- » Zusammenarbeit der Forensischen Psychiatrie mit der Gemeindepsychiatrie Bsp. HalfWayHouse aber auch mit anderen Anbietern der Teilhabe

Herausforderungen

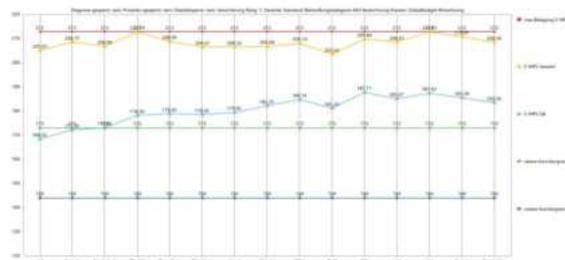
- » Hohe Belegungszahlen 112%- 115%, dadurch hohe Patient*innendichte mit der Folge von steigenden aggressiven Übergriffen
 - Maßnahmen
 - » Entzerrung durch Generierung von zusätzlichem Behandlungsraum
- » Fachkräftemangel
 - Maßnahmen
 - » Darstellung des Bereichs Forensische Psychiatrie als attraktiven Arbeitsplatz in Krankenpflegeschulen und Universität

Zeitreihenanalyse

Diagramm zeigt die Entwicklung der Belegungszahlen im Vergleich mit dem Standardwert (100%) über die Zeit. Die Y-Achse zeigt die Belegungszahlen in Prozent (100 bis 120). Die X-Achse zeigt die Monate von Juli bis September.

DeltaMaster

Juli bis September, von Min bis Max skaliert



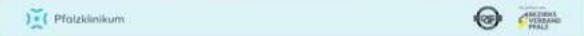
Stationäre Belegung (nach Rechtsgrundlage)

DeltaMaster 

Diagramm generiert mit: Prosektor generiert nach: Qualitätsmanagement, Vereinbarung März 11, 2016, 10:00:00

Filter: Abrechnungstyp Code: RA

		September
E-MRV	MA63 Maßregelvollzug gem. § 63 StGB	125,73
	MA64 Maßregelvollzug gem. § 64 StGB	69,10
	MA67h Maßregelvollzug gem. § 67h StGB	0,83
	P126 Sicherungsunterbringung § 126a StPO	12,83
	Summe	208,50
IST	MA63 Maßregelvollzug gem. § 63 StGB	124,58
	MA64 Maßregelvollzug gem. § 64 StGB	68,94
	MA67h Maßregelvollzug gem. § 67h StGB	1,99
	P126 Sicherungsunterbringung § 126a StPO	12,56
	P453 Unterbringung gem. § 453c StPO	0,23
	P81 Unterbringung gem. § 81 StPO	0,14
Summe	208,44	





Pfalzkllinikum



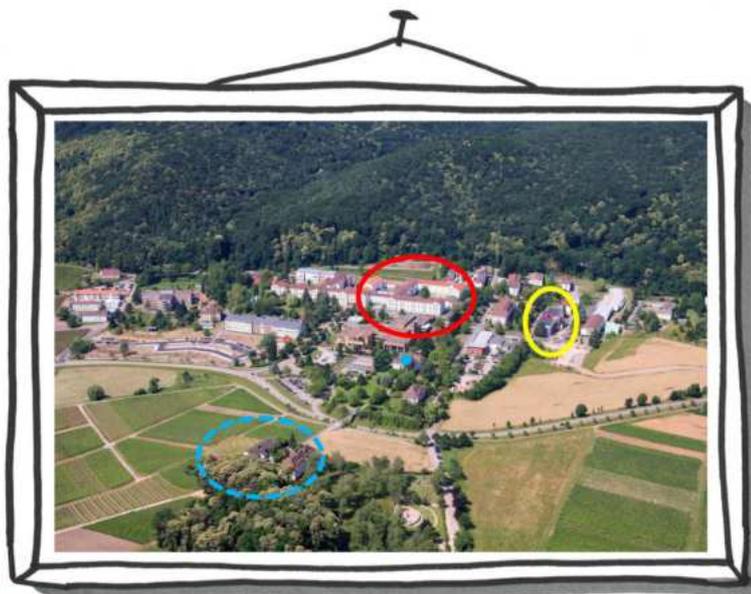
Pfalzkllinikum

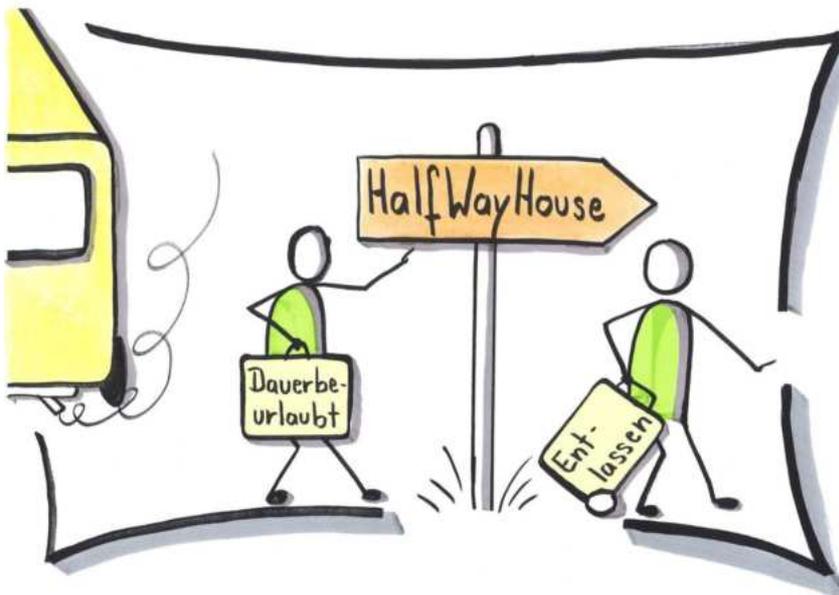


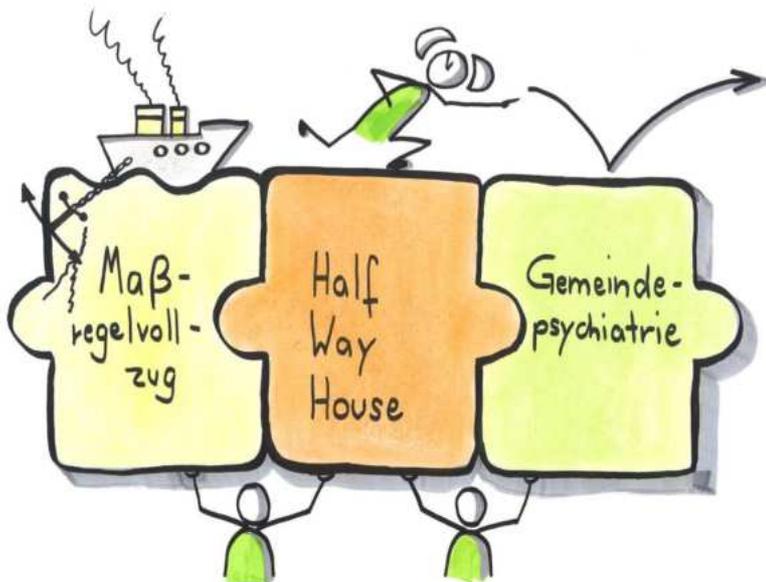
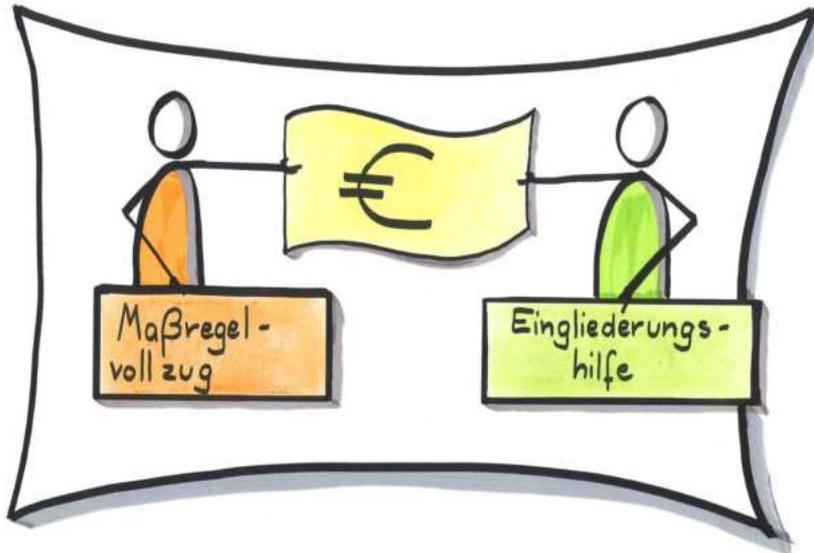
Pfalzkllinikum

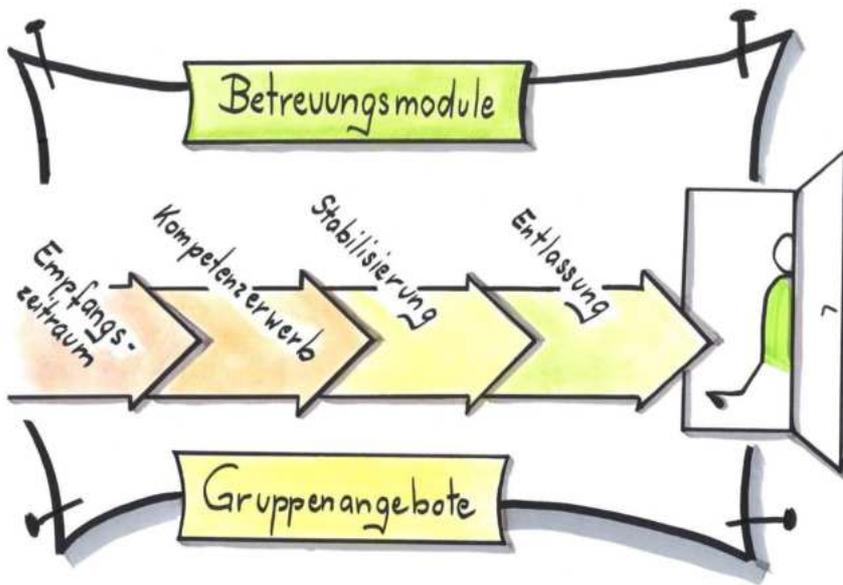
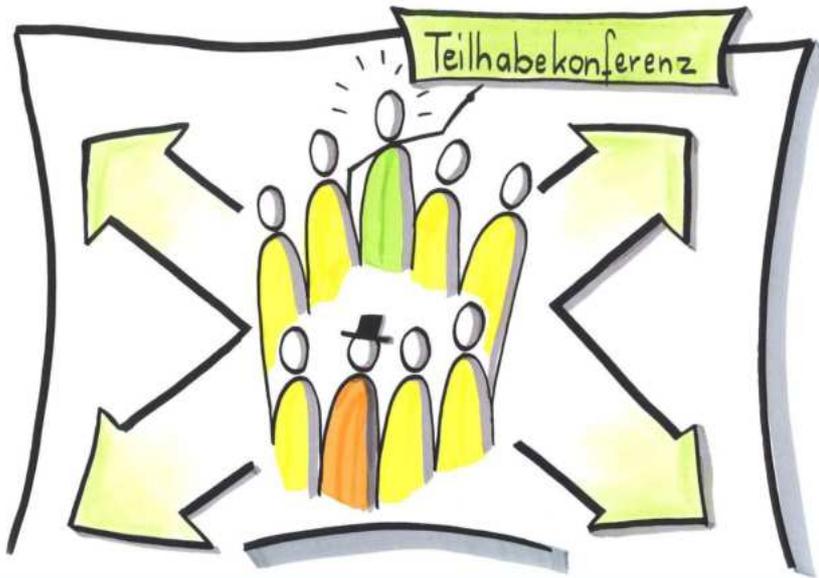


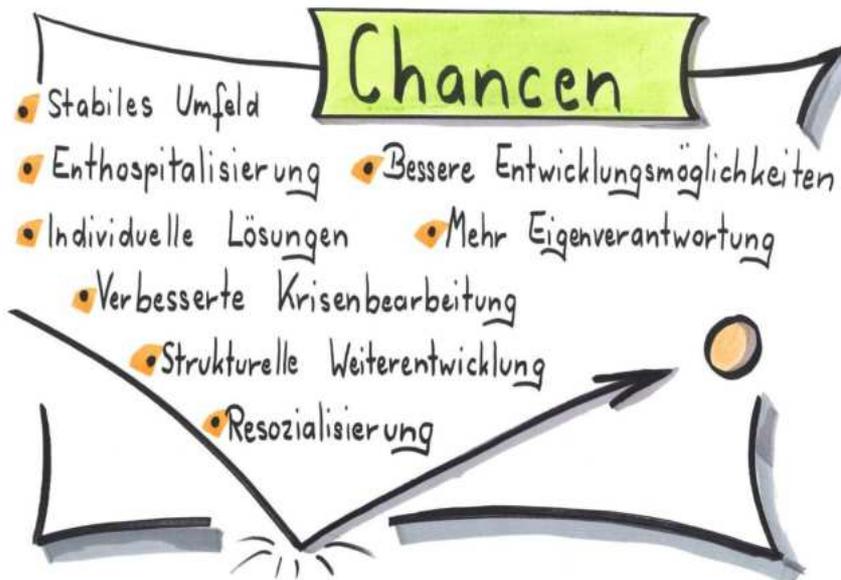
HalfWayHouse:
Ein Konzept zur Heranführung (dauer-)beurlaubter Patient*innen vom Maßregelvollzug zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Birgit Fuchs, Michael Hoffmann













Krisendienst Psychiatrie Oberbayern

Jahresbericht 2021



Inhaltsverzeichnis

1	Vorbemerkung zum vorliegenden Bericht	4
2	Einführung	6
2.1	Datengrundlage	6
2.2	Berichtsformen	6
2.3	Zeitpunkt der Auswertungen	7
2.4	Erhebungsinstrumente	7
3	Zusammenfassung	9
4	Auswertung	11
4.1	Telefonkontakte	11
	T1 – Summe aller Telefonkontakte	11
	T2 – Telefonkontakte nach Protokollart	12
	T3 – Telefonkontakte nach Wochentag	13
	T4 – Telefonkontakte nach Uhrzeit	14
	T5 – Regionale Verteilung der Anrufe (Häufigkeit)	15
	T6 – Weitervermittlungen	16
	T7 – Gruppen der Anrufenden	18
	T8 – Alter der KlientInnen	19
	T9 – Geschlecht der KlientInnen	20
	T10 – Problemspektrum	21
	T11 – Schwere der Symptomatik	22
	T12 – Psychopathologische Auffälligkeiten	23
	T13 – Akuität	24
	T14 – Gesprächsdauer	25
4.2	Persönliche Kriseninterventionen	26
	P1 – Summe aller persönlichen Kriseninterventionen	26
	P2 – Persönliche Kriseninterventionen nach Wochentag	27
	P3 – Persönliche Kriseninterventionen nach Uhrzeit	28
	P4 – Regionale Verteilung der persönlichen Kriseninterventionen	29
	P5 – Ergebnis/Maßnahmen	33
	P6 – Kontext der persönlichen Kriseninterventionen	35
	P7 – Nachforderung	36
	P8 – Beteiligte vor Ort	37

Jahresbericht Krisendienst 2021

P9 – Krisendienstnachsorge	38
P10 – Alter der KlientInnen	40
P11 – Geschlecht der KlientInnen	41
P12 – Problemspektrum.....	42
P13 – Schwere der Symptomatik	43
P14 – Gefährdung.....	44
P15 – Akuität	45
P16 – Einsatzdauer	46
P17 – Interventionsdauer	47

1 Vorbemerkung zum vorliegenden Bericht

Zum ersten Mal seit In-Kraft-Treten des Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes zum 01.08.2018 und seit Bestehen eines rund-um-die-Uhr verfügbaren, flächendeckenden Krisenhilfeangebotes in ganz Bayern wird von allen Krisendiensten in Bayern ein Jahresbericht vorgelegt.

Bezirke, die von ihnen mit dem Betrieb der Leitstellen Beauftragten und Vertreter des bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege, das den Freistaat fachlich und als Kostenträger der Leitstellen vertritt, haben unter Geschäftsführung des mit der Auswertung beauftragten Instituts BIDAQ und mit Vorsitz des Bayerischen Bezirketags eine Lenkungsgruppe Berichterstattung Krisendienste (LeBeK) gegründet, die für die Weiterentwicklung des standardisierten Berichtswesens der Krisendienste zuständig ist. Aufbau und Inhalte des vorliegenden Berichtes sind entsprechend der Vorgaben des LeBeK grundsätzlich einheitlich und orientieren sich für das Berichtsjahr 2021 noch an der bisher vorliegenden Fassung eines Jahresberichtes, wie er gemeinsam von den Bezirken und BIDAQ als Musterbericht vereinbart wurde.

Das Jahr 2021 war für alle Krisendienste außer Mittelfranken und Oberbayern das Einstiegsjahr. Zum 01.03.2021 nahmen alle anderen bezirklichen Leitstellen die Arbeit auf, seit dem 01.07.2021 steht über die einheitliche Rufnummer bayernweit das 24/7-erreichbare Hilfeangebot für Menschen in psychischen Notlagen zur Verfügung. Da jeder Bezirk eigens mit der Einrichtung eines Krisendienst-Angebotes beauftragt wurde (Art 1 Abs. 3 BayPsychKHG), entstanden trotz vielfältiger Absprachen teils deutliche Unterschiede im Auf- und Ausbau des neuen Angebotes. Dies wiederum führte trotz grundsätzlich einheitlicher Erhebungsinstrumente (s.u. 2.4.) zu unterschiedlichen Datensammlungen und damit zu nicht ohne weiteres vergleichbaren Jahresberichten, z.B.

- Bis Juli 2021 unterschiedliche Öffnungszeiten (Zeitfenster und Umfang) der Leitstelle
- Unterschiedliche Personalausstattungen mit der Folge von unterschiedlichen Erreichbarkeiten
- Seit Juli 2021 unterschiedliche Beteiligung an nächtlichen Öffnungszeiten (einige Leitstellen stellen die Erreichbarkeit während der Nacht gemeinsam sicher und wechseln sich dabei ab)
- Unterschiedliche Vorgehensweisen in bezirklicher Öffentlichkeitsarbeit/Presseaktivitäten mit Auswirkungen auf Bekanntheitsgrad
- Erst im Laufe des gemeinsamen Betriebs wurden von den sieben Leitstellen unterschiedliche Nutzungen der Erhebungsinstrumente sowie unterschiedliche Dokumentationsgepflogenheiten erkannt, insbesondere die zahlenmäßig gewichtige Gruppe sogenannter Mehrfachanrufer betreffend, mit Effekten auf die Zählweise
- Unterschiedliche Geschwindigkeiten und Prioritätensetzungen in Aufbau und flächenbezogener Ausdehnung der aufsuchenden Hilfeangebote (Einsatzteams)
- Unterschiedliche Schwerpunktsetzungen bzgl. Eingehen von Kooperationen mit anderen Versorgern

Daher gilt es zu beachten, dass ein Vergleich der einzelnen Jahresberichte des Jahres 2021 trotz des analogen Aufbaus und weitgehend einheitlicher Bezeichnungen nur hinsichtlich zentraler Aussagen möglich ist. Neben den oben aufgeführten Gründen sorgen auch die teils deutlichen Unterschiede der regionalen Versorgungs- und Angebotsstrukturen (mit Rückwirkungen auf die Arbeit der Krisendienste), die Unterschiede in der Zusammensetzung der Bevölkerung sowie der unterschiedliche Mix städtischer und ländlicher Strukturen dafür, dass der Vergleich der Zahlen

zwischen den Krisendiensten methodisch nicht sinnvoll ist. Dies sollte zur Vermeidung von Fehlinterpretationen stets bedacht werden.

Einige der hier aufgeführten Aspekte werden im weiteren Verlauf (etwa durch Annäherung der vorgehaltenen Hilfeangebote, Koordinierung der Öffentlichkeitsarbeit auf bayerischer Ebene etc.) zu einer gewissen Annäherung der Voraussetzungen für die Krisendienste führen. Durch die von LeBeK für das Berichtsjahr 2022 beschlossene aktualisierte Fassung des Berichtes mit entsprechend zum 01.01.2022 abgeänderten Erhebungsbögen wird punktuell die Vergleichbarkeit erleichtert. Andere Faktoren wie unterschiedliche Bevölkerung und Versorgungslandschaften oder auch unterschiedliche Ausbaustufen beziehungsweise Nachtzusammenschlüsse werden einer Vergleichbarkeit auch künftig Grenzen setzen.

2 Einführung

2.1 Datengrundlage

Die folgenden Berichte erfolgen auf Basis der computergestützten Dokumentation der Leitstelle und der Einsatzteams in der Datenbank Samedi. Hier werden alle Leistungsdaten des Krisendienstes zentral gespeichert. In der Leitstelle arbeitet ein multiprofessionelles Team (PsychologInnen, SozialpädagogInnen und Fachpflege) unter fachärztlicher Leitung (Trägerschaft kbo). Die Einsatzkräfte werden von Fachpersonal der Sozialpsychiatrischen Dienste bzw. einem Abend-Wochenend-Feiertags-Bereitschaftsdienst gestellt (Fachkräfte mit Diplom oder Masterabschluss Psychologie, mit Diplom oder Bachelorabschluss, Sozialpädagogik/Soziale Arbeit sowie andere geeignete pädagogische, und/oder psychiatrisch-therapeutische Fachkräfte (insb. Fachpflegekräfte Psychiatrie) mit einschlägiger Schulung in psychiatrischer Krisenintervention). Sowohl die MitarbeiterInnen der Leitstelle als auch die Einsatzkräfte haben einen personalisierten Zugang zur gemeinsamen Datenbank und dokumentieren jeweils von ihrem Standort aus. Alle Fachkräfte werden im Umgang mit der Datenbank entsprechend eines Datenbankmanuals umfassend geschult. Die gesamten Leistungsdaten des Krisendienstes werden zur Bereinigung, Fehlerbehebung und zum Ausschluss nicht verwertbarer Datensätze an BIDAQ (Bayerisches Institut für Daten, Analysen und Qualitätssicherung) zur Aufbereitung übermittelt. Für die vorliegenden Berichte wird ausschließlich die Ebene der Einzelkontakte berücksichtigt (mehrere Kontakte einer Person mit dem Krisendienst Psychiatrie werden in einzelnen Protokollen erfasst und gezählt).

Seit dem 01.07.2021 ist der Krisendienst bayernweit rund um die Uhr über die einheitliche Rufnummer 0800/65530000 erreichbar. Darüber hinaus sind seit diesem Zeitpunkt persönliche Kriseninterventionen in Oberbayern rund um die Uhr möglich.

2.2 Berichtsformen

Die Auswahl der Daten folgt gemäß der Vorgaben im „Berichtswesen Krisendienst Psychiatrie“¹ und gliedert sich in drei Berichtsformen, die nach einem festgelegten zeitlichen Turnus der Steuerungsgruppe vorgelegt und von dieser freigegeben werden (siehe hierzu „Berichtswesen Krisendienst Psychiatrie“). Eine detaillierte Beschreibung und Erklärung aller ausgewerteten Items erfolgt in Kapitel 3.

Monatsauswertung

Wird am 15. eines Monats für den vergangenen Monat zu Verfügung gestellt:

Die Monatsauswertung gibt mit der Anzahl der gesamten Telefonkontakte und der Summe der persönlichen Kriseninterventionen (mobile Einsätze und persönliche Beratungen am Standort) einen Gesamtüberblick über die Inanspruchnahme des Krisendienstes Psychiatrie.

¹ Verabschiedet von der Steuerungsgruppe am 11.08.2017

Quartalsauswertung

Wird 4 Wochen nach Quartalsende für das vergangene Quartal zur Verfügung gestellt:

In der Quartalsauswertung erfolgt eine differenzierte Auswertung der Telefonkontakte und der persönlichen Kriseninterventionen mit regionalem Bezug sowie Angaben zur Vernetzung (Weitervermittlungen).

Jahresauswertung

Wird 8 Wochen nach Jahresende für das vergangene Jahr zur Verfügung gestellt:

In der Jahresauswertung erfolgt – ergänzend zu den bestehenden Quartalsauswertungen – eine Darstellung soziodemographischer Daten und relevanter klinischer Variablen (z.B. Problemspektrum und psychopathologische Auffälligkeiten) der KlientInnen. Außerdem wird die Interventionsdauer (telefonisch und im persönlichen Kontakt) abgebildet.

2.3 Zeitpunkt der Auswertungen

Die Übermittlung der Daten erfolgt von der Leitstelle an BIDAQ am ersten Werktag eines Monats. Korrekturen und Ergänzungen werden innerhalb von 15 Tagen nach dem jeweiligen Monatsende eingearbeitet. Bei der Quartals- und Jahresauswertung werden die Datensätze der erfolgten Monatsauswertungen zusammengeführt, d.h. spätere (nach einem Monatsende erfolgte) Korrekturen der Originaldaten gehen nicht in die Quartals- und Jahresauswertungen ein!

2.4 Erhebungsinstrumente

Standardmäßig werden – differenziert nach Art der Inanspruchnahme – Basis-, Verlaufs- und Einsatzdaten dokumentiert, so dass eine komplette Darstellung des Leistungsgeschehens in der Datenbank erfasst wird.

Je nach Art der Inanspruchnahme des Krisendienstes Psychiatrie werden verschiedene Protokolle zur Dokumentation ausgewählt. Die folgende Beschreibung erläutert die inhaltliche Bedeutung der unterschiedlichen Protokollarten:

Screeningprotokoll: Telefonische Krisenintervention; bestehend aus einer Einschätzung der Dringlichkeit des Anrufes, Beurteilung der Art der Krise und des Hilfebedarfs und einer daraus resultierenden Maßnahme: ausführlichere Beratung/Stabilisierung am Telefon, Aussprechen einer Empfehlung, direkte Einleitung weiterer Hilfen im Rahmen des Krisenhilfenetzwerks, z.B. Vermittlung in eine psychiatrische Institutsambulanz oder Initiierung einer persönlichen Krisenintervention durch die Krisenteams des Krisendienstes.

Verlaufsprotokoll: Telefonische Kontakte in Verbindung mit einer durchgeführten telefonischen oder persönlichen Krisenintervention, eventuell zur erneuten Stabilisierung am Telefon oder Koordinierung weiterer Schritte (z.B. Überleitung in die Regelversorgung).

Beratungsprotokoll: Telefonische Kontakte, die (nicht klientInnenbezogen) der kurzen Beratung, der Informationsweitergabe (Telefonnummern, Adressen oder Zuständigkeiten)

oder der Weitervermittlung bzw. Klärung (zum Beispiel bei AnruferInnen außerhalb des Bezirks Oberbayern oder AnruferInnen mit einem gänzlich anderen Anliegen) dienen.

Einsatzprotokoll: Persönliche Krisenintervention; im Einsatzprotokoll werden sowohl mobile Einsätze vor Ort (das Einsatzteam sucht die KlientInnen am Ort der Krise auf, also zum Beispiel in der Wohnung oder am Arbeitsplatz) wie auch persönliche Beratungen (durchgeführt am regionalen Krisendienststandort) dokumentiert. Neben der umfassenden Einschätzung der Situation und der genauen Verlaufsbeschreibung der Krisenintervention (auch dem Einbezug weiterer Stellen, z.B. der Polizei) werden sich direkt anschließende Maßnahmen (z.B. die Einleitung einer stationären Behandlung) differenziert erfasst.

Nachsorgeprotokoll: Nachsorgemaßnahmen am nächsten Werktag nach erfolgten persönlichen Kriseninterventionen. Diese bestehen zunächst aus einer telefonischen Krisenintervention, bei der ggf. weitere Maßnahmen, wie etwa eine weitere persönliche Krisenintervention oder eine Einleitung weiterer Hilfen organisiert werden.

3 Zusammenfassung

Der vorliegende Jahresbericht enthält auf Basis einer computergestützten Dokumentation aller Kontakte zwischen KrisendienstmitarbeiterInnen und Hilfesuchenden (telefonisch und persönlich) eine differenzierte Auswertung der Inanspruchnahme. Insgesamt gab es 28.606 Telefonkontakte.

Eine genauere Binnenanalyse bezüglich der Verteilung aller Telefonkontakte nach Uhrzeit und Wochentag offenbarte durchgehend eine Abnahme im Tagesverlauf von 9 bis 24 Uhr sowie zwischen den Werktagen und den Wochenenden. In der Nacht zeigte sich eine weitere Abnahme der Telefonkontakte bis 6 Uhr morgens, ab 6 Uhr eine Zunahme mit einer deutlichen Steigerung ab 9 Uhr. Der größte Anteil der telefonischen Kontakte war mit den KlientInnen selbst (65%). Wesentlich seltener wurde in der Leitstelle mit Angehörigen (20%) und Fachstellen (4%) telefoniert. Die Anrufe verteilten sich dabei folgendermaßen auf die einzelnen Regionen: Region 14 (insgesamt 74,2%, München alleine 54%), gefolgt von Region 18 (11,6%), Region 17 (6,7%) und schließlich Region 10 (4,9%). 2,6% aller Anrufe kamen von außerhalb Oberbayerns. Bei den Kriseninterventionen am Telefon, die durchschnittlich 22,7 Minuten dauerten (telefonische Kriseninterventionen, 42,7% aller Telefonkontakte, Durchschnittsalter der KlientInnen 41,1 Jahre) war meist eine Empfehlung (50,7%) für die Anrufenden als Ergebnis des Telefonats ausreichend. Seltener kam es im Anschluss zu einer persönlichen Krisenintervention durch die aufsuchenden Teams (17,7%) oder einer direkten Vermittlung (meist zu Netzwerkkooperationspartnern) (6%). Nur in Ausnahmefällen handelte es sich um einen Notfall (1,9%), bei dem Polizei/Rettungsdienst/Notarzt eingeschaltet werden musste. Das vorherrschende Problemspektrum am Telefon waren mit 19,9% depressive Verstimmungen, gefolgt von Belastungsreaktionen (12,1%) und Störungen des Realitätsbezugs (10,6%). Diese Symptomatik wurde telefonisch in 65,4% der Fälle als „deutlich bis extrem schwer“ eingeschätzt (35,9% der telefonischen Kriseninterventionen waren so akut, dass ein professioneller Hilfebedarf innerhalb von 24 Stunden erforderlich schien). Bei 8,1% der telefonischen Kriseninterventionen waren psychotische Symptome eruierbar, bei 11,4% spielte das Thema Suizidalität eine Rolle.

Hinsichtlich der persönlichen Kriseninterventionen (insgesamt 2111) zeigt sich eine leichte Erhöhung der Inanspruchnahme zum Vorjahr. Im Vergleich zu Zahlen vor 2020 ist weiterhin zu beachten, dass bei konkretem Verdacht auf eine akute Erkrankung oder bei Vorliegen einer bereits diagnostizierten Infektion mit dem Corona-Virus auch 2021 keine persönliche Krisenintervention angeboten wurde. In diesen Fällen wurden die AnruferInnen stattdessen an andere, auf Infektionsgeschehen spezialisierte Angebote weiterverwiesen oder vermittelt. Bei den persönlichen Kriseninterventionen, die sich aus Einsätzen (73%) und persönlichen Beratungen (26,8%) zusammensetzten, spielte bei 40,2% eine Selbstgefährdung eine Rolle. Die Einsatzdauer (inkl. Fahrtzeiten und Dokumentation) betrug im Schnitt 193,3 Minuten. Die größte Anzahl der persönlichen Kriseninterventionen fand zwischen 9 und 18 Uhr statt, danach kam es zu einer kontinuierlichen Abnahme. Zwischen Werktagen und den

Wochenenden zeigt sich nur noch bei den persönlichen Beratungen ein geringer Unterschied in der Inanspruchnahme. Bei der regionalen Verteilung zeigte sich folgendes Ergebnis: Region 14 (insgesamt 72,1%, München alleine 43,4%), gefolgt von Region 18 (13,9%), Region 17 (8,3%) und schließlich Region 10 (5,6%). Eine persönliche Krisenintervention wird in ca. 46,6% der Fälle mit einer Weitervermittlung abgeschlossen, wie zum Beispiel in eine psychiatrische Institutsambulanz (18,5% der Weitervermittlungen) oder einer stationären Aufnahme (30% der Weitervermittlungen) beendet. Angehörige waren in 35% der persönlichen Kriseninterventionen mit vor Ort. In 11,6% aller persönlichen Kriseninterventionen erfolgte aus der persönlichen Krisenintervention eine Nachforderung anderer Hilfen, am häufigsten Rettungsdienst und Polizei. Krisendienstnachsorge (in Form von SpDi-Anmeldung, PIA-Termin oder einem weiteren Einsatz) am Folgetag einer persönlichen Krisenintervention war in 15,2% der Fälle erforderlich.

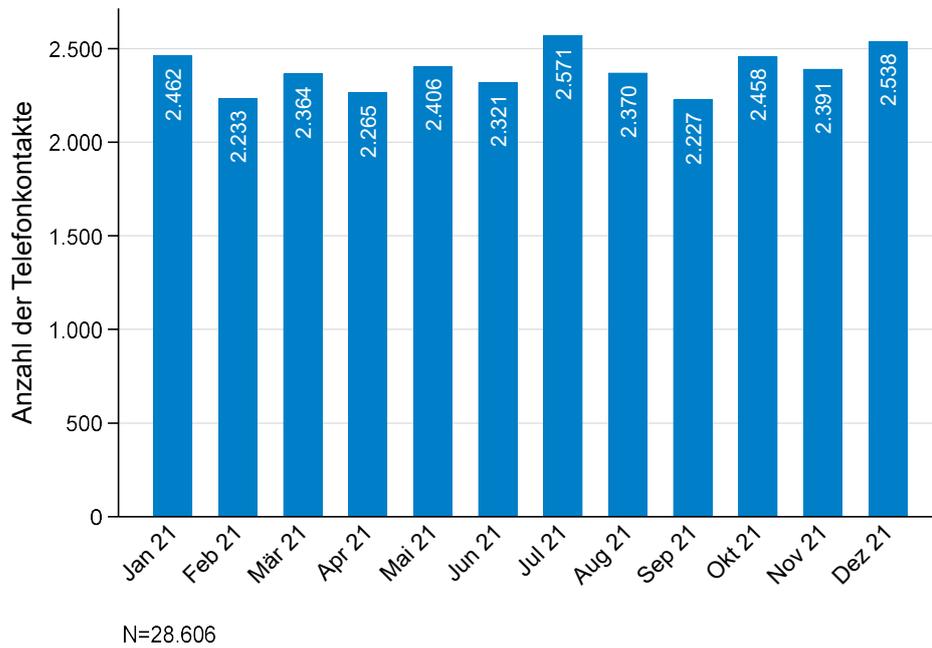
4 Auswertung

4.1 Telefonkontakte

T1 – Summe aller Telefonkontakte

Die Anzahl aller Telefonkontakte (telefonische Inanspruchnahme des Krisendienstes Psychiatrie) pro Monat im zeitlichen Verlauf der letzten 12 Monate zeigt Abbildung 1. Es gehen Screening- und Verlaufsprotokolle sowie Beratungsprotokolle in die Auswertung ein.

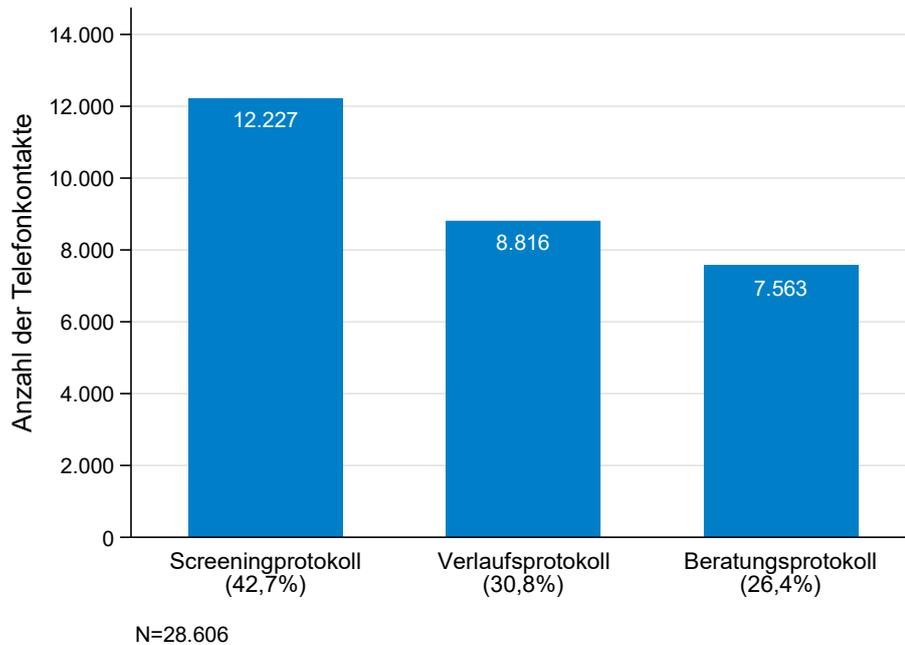
Abbildung 1: Anzahl aller Telefonkontakte (Screening-, Verlaufs- und Beratungsprotokoll) nach Monat



T2 – Telefonkontakte nach Protokollart

Abbildung 2 zeigt die telefonische Inanspruchnahme, differenziert nach der Art der Telefonkontakte (Protokollart, siehe Kapitel 2.4) für das Jahr 2021. Dargestellt sind die absoluten Zahlen der unterschiedlichen Protokollarten, die für einen Telefonkontakt erstellt werden.

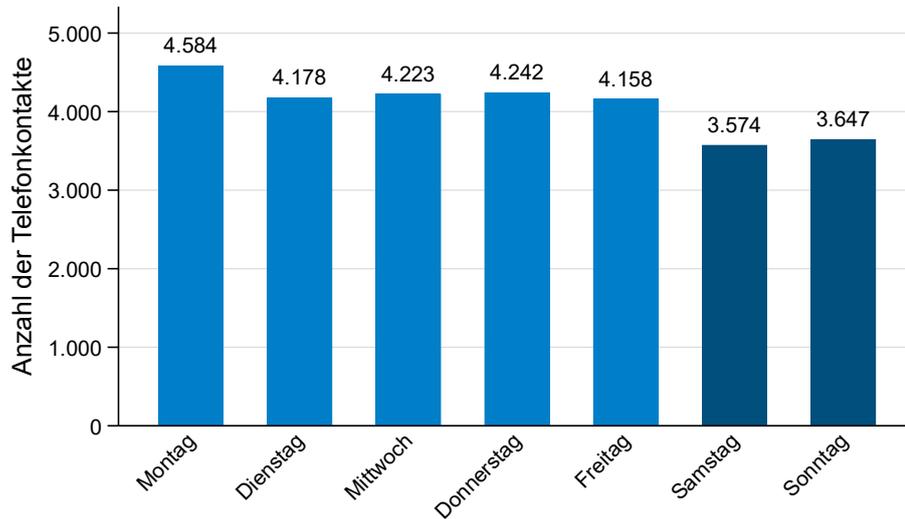
Abbildung 2: Anzahl aller Telefonkontakte nach Protokollart im Jahr 2021



T3 – Telefonkontakte nach Wochentag

Die Verteilung der Inanspruchnahme innerhalb einer Woche zeigt Abbildung 3. Die Gesamtsumme aller Telefonkontakte ist differenziert nach Wochentagen abgebildet.

Abbildung 3: Anzahl aller Telefonkontakte (Screening, Verlauf und Kurzkontakt) nach Wochentag im Jahr 2021, die Wochenendtage sind dunkelblau gekennzeichnet



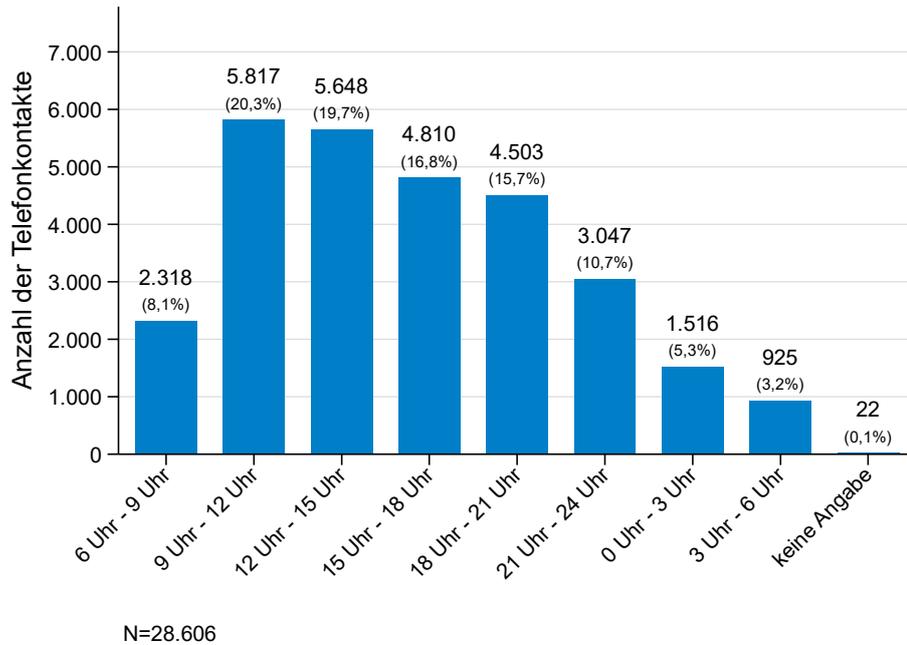
N=28.606

Durchschnittliche Anzahl Anrufe pro Tag nach Wochentagen:
Mo-Fr: 4.277; Wochenende: 3.611 (prozentualer Unterschied: 15,6% weniger)

T4 – Telefonkontakte nach Uhrzeit

Die zeitliche Verteilung der telefonischen Inanspruchnahme ist in Abbildung 4 ersichtlich. Die absoluten Zahlen (Summe aller Telefonkontakte) sind in 3-Stundenintervallen dargestellt.

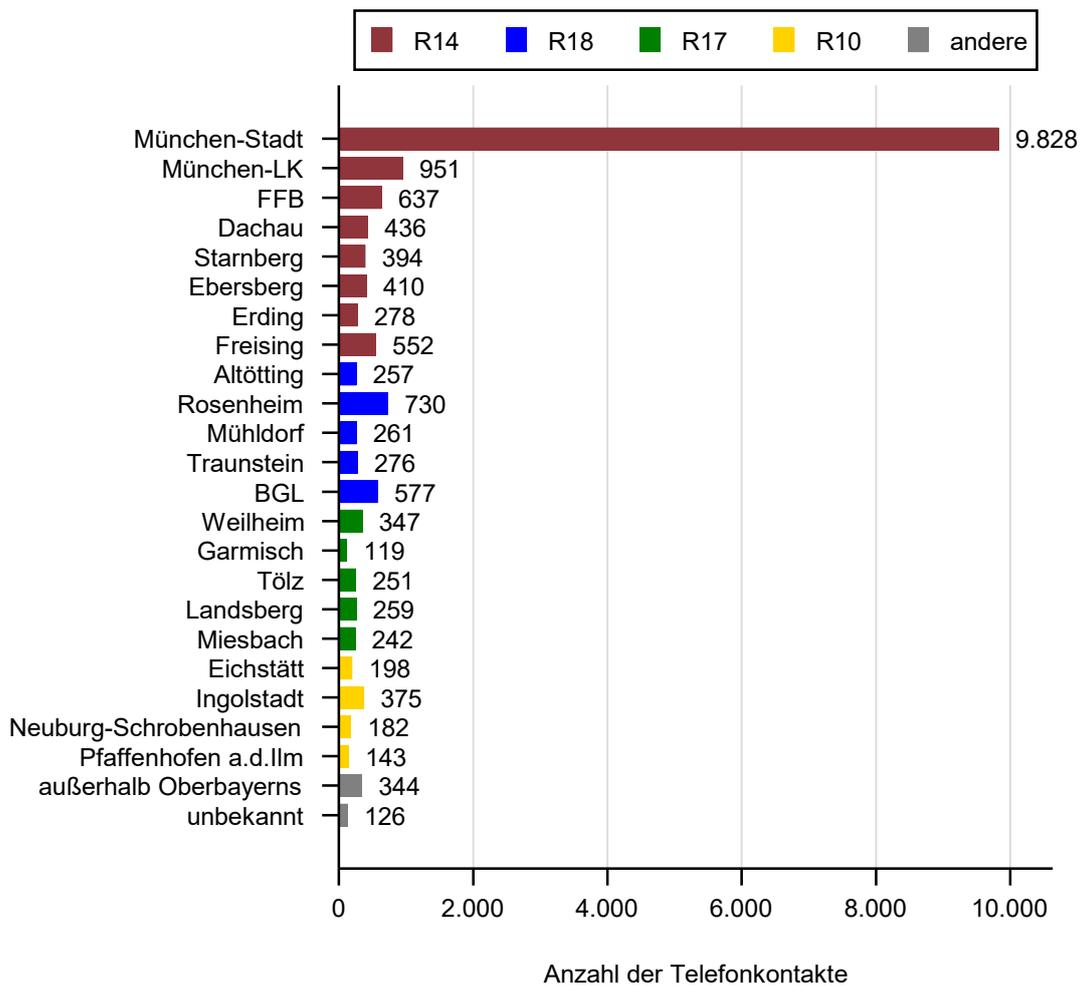
Abbildung 4: Anzahl aller Telefonkontakte (Screening, Verlauf und Beratungsprotokoll) nach Uhrzeit im Jahr 2021



T5 – Regionale Verteilung der Anrufe (Häufigkeit)

In Abbildung 5 ist die regionale Verteilung der eingehenden Anrufe in der Leitstelle für den definierten Zeitraum dargestellt (in den Beratungsprotokollen wird diese Angabe nicht erhoben, es sind hier nur Screening- und Verlaufsprotokolle berücksichtigt). Erfasst wird hier immer nur der Wohnort der Betroffenen (=KlientInnen), auch wenn z.B. Angehörige aus einer anderen Stadt oder Region (für die Betroffenen) anrufen. Die Graphik gibt somit Aufschluss über die Größe des Hilfebedarfs von BewohnerInnen (=Anzahl der KlientInnen) einer Region bzw. eines Landkreises.

Abbildung 5: Anzahl der Telefonkontakte (nur Screening- und Verlaufsprotokolle) nach Wohnort/Landkreis der KlientInnen im Jahr 2021



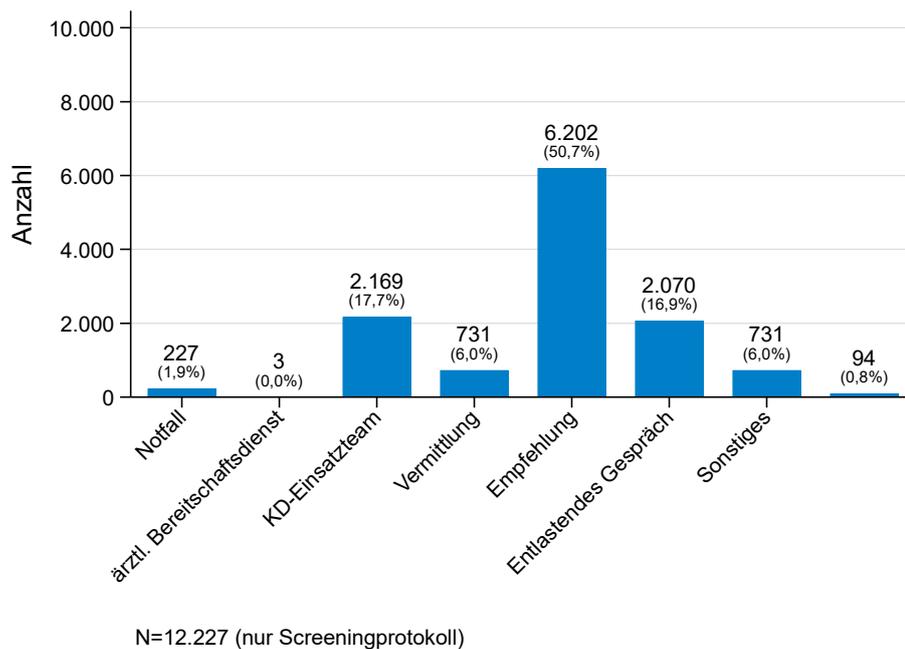
N = 18.173;
 Fälle mit fehlenden Angaben (N=2.870) sowie
 Kurzkontakte (N=7.563) wurden nicht berücksichtigt.

Verteilung nach Regionen:
 R14: N=13.486 (74,2%);
 R18: N=2.101 (11,6%);
 R17: N=1.218 (6,7%);
 R10: N= 898 (4,9%);
 andere: N= 470 (2,6%)

T6 – Weitervermittlungen

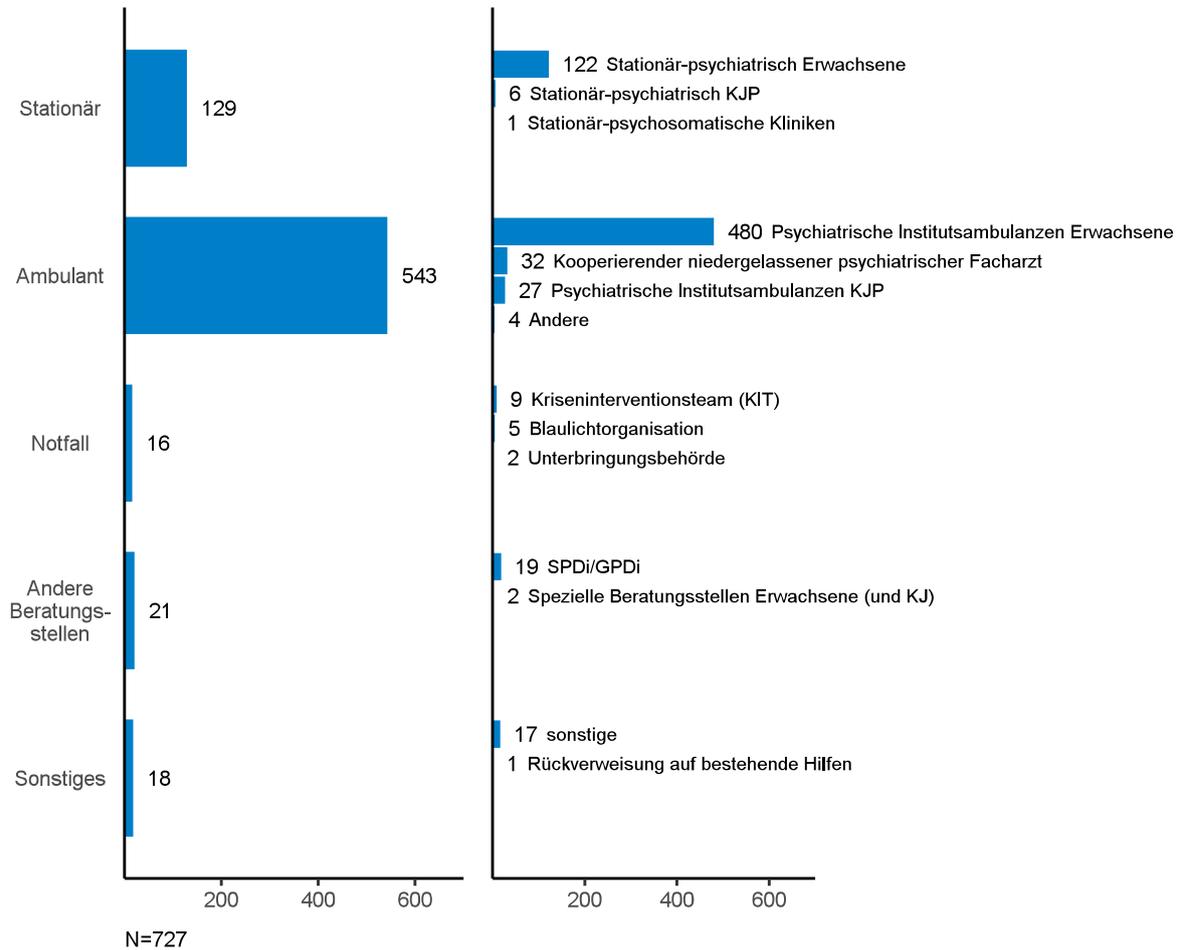
Die Resultate des Auswahlfeldes „Ergebnis“ in den Screeningprotokollen (keine Mehrfachnennungen) werden in Abbildung 6 gezeigt. Unter „Notfall“ werden die Blaulichtorganisationen Polizei, Rettungsdienst und Notarzteinsätze subsummiert. Die Auswahl „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ beinhaltet psychiatrische bzw. allgemeinärztliche Bereitschaftsdienste der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB). „Nicht ärztliches Team“ steht für die Initiierung einer persönlichen Krisenintervention (mobiler Einsatz oder persönliche Beratung am Standort) durch die Einsatzteams des Krisendienstes. „Vermittlung“ bedeutet eine aktive und verbindliche Überleitung von der Leitstelle aus zu entsprechenden Kooperationspartnern im Krisennetzwerk, z. B. in eine PIA (psychiatrische Institutsambulanz). „Empfehlungen“ hingegen bedeuten kein aktives Anmeldeverfahren durch die Leitstelle, hier wird dem KlientInnen z.B. eine Information/Adresse über eine Stelle weitergegeben, bei der sich Betroffene oder Angehörige dann selbst melden. Die Kategorie „Sonstiges“ fasst Gespräche zusammen, die keine weiterführende Aktion erforderlich machen oder deren Ergebnis sich nicht den Kategorien zuordnen lässt (z.B. KlientIn geht ins Kloster).

Abbildung 6: Anzahl der Ergebnisse nach telefonischer Krisenintervention (Screeningprotokolle) im Jahr 2021



Eine differenzierte Darstellung über die Häufigkeiten der Vermittlungen aus der Leitstelle gibt Abbildung 7.

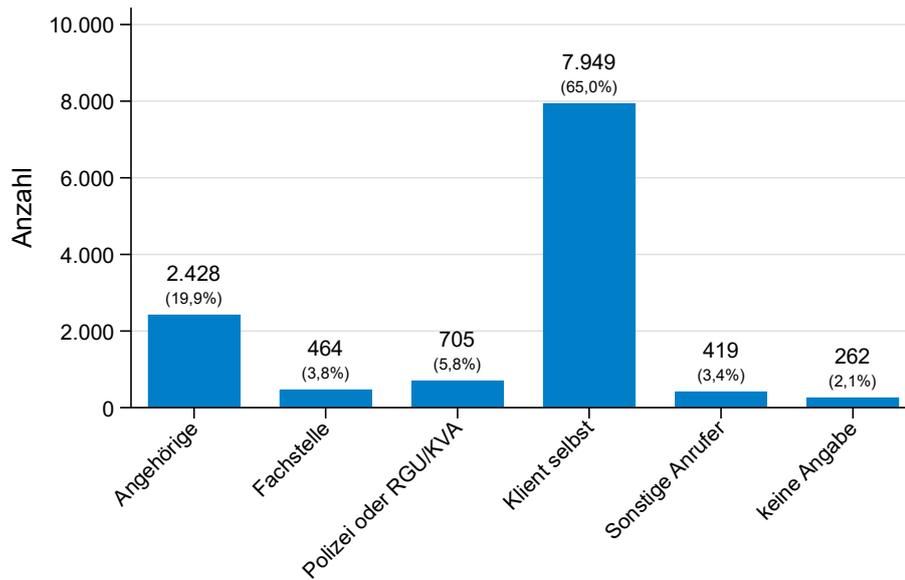
Abbildung 7: Anzahl der Vermittlungen nach telefonischer Krisenintervention (Screeningprotokolle) im Jahr 2021. Abweichungen zur Anzahl der Vermittlungen in Abbildung 6 entstehen, wenn keine weiteren Angaben gemacht wurden.



T7 – Gruppen der Anrufenden

Die Kontaktaufnahme zur Leitstelle erfolgt nicht immer durch die Betroffenen selbst. Abbildung 8 zeigt, welche und wie viele Personen anrufen und – wenn es sich nicht direkt um die KlientInnen selbst handelt – in welcher Beziehung sie zum Betroffenen stehen. Dabei werden Angehörige, Fachstellen und Sonstige (z. B. Nachbarn, Arbeitskollegen) unterschieden

Abbildung 8: Differenzierung der Anrufe nach Anrufergruppen (Screeningprotokolle) im Jahr 2021

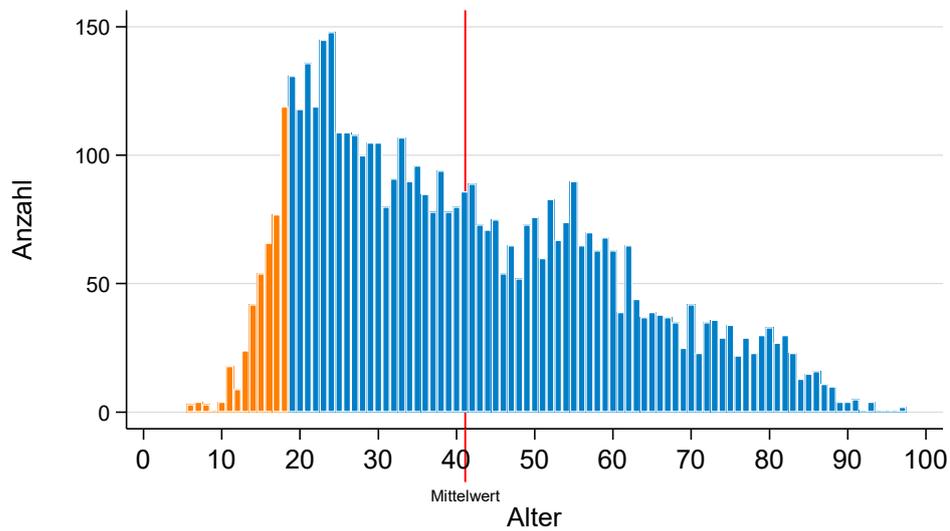


N=12.227 (nur Screeningprotokoll)

T8 – Alter der KlientInnen

Die Altersstruktur der KlientInnen (nicht unbedingt die der AnruferInnen, s.o.) zeigt Abbildung 9.

Abbildung 9: Alter der AnruferInnen im Jahr 2021 (Orange: ≤ 18 Jahre, 8,5%)

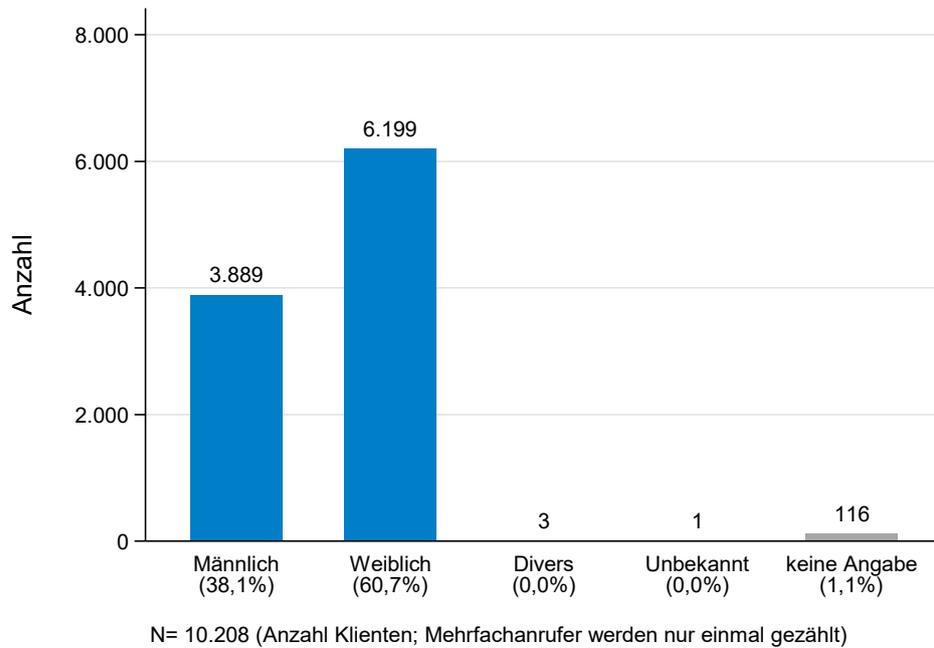


N=5.016 (Anzahl Klienten; Mehrfachanrufer werden nur einmal gezählt)
Anzahl Missings: 5.192.
Durchschnittsalter: 41,1 Jahre; Median: 38 Jahre.
Anteil mit Alter ≤ 18 Jahre: 8,5% (orange eingefärbt).

T9 – Geschlecht der KlientInnen

Die Verteilung nach Geschlecht ist in Abbildung 10 dargestellt. Auch hier handelt es sich um die Häufigkeitsangaben der KlientInnen, nicht der Anrufenden.

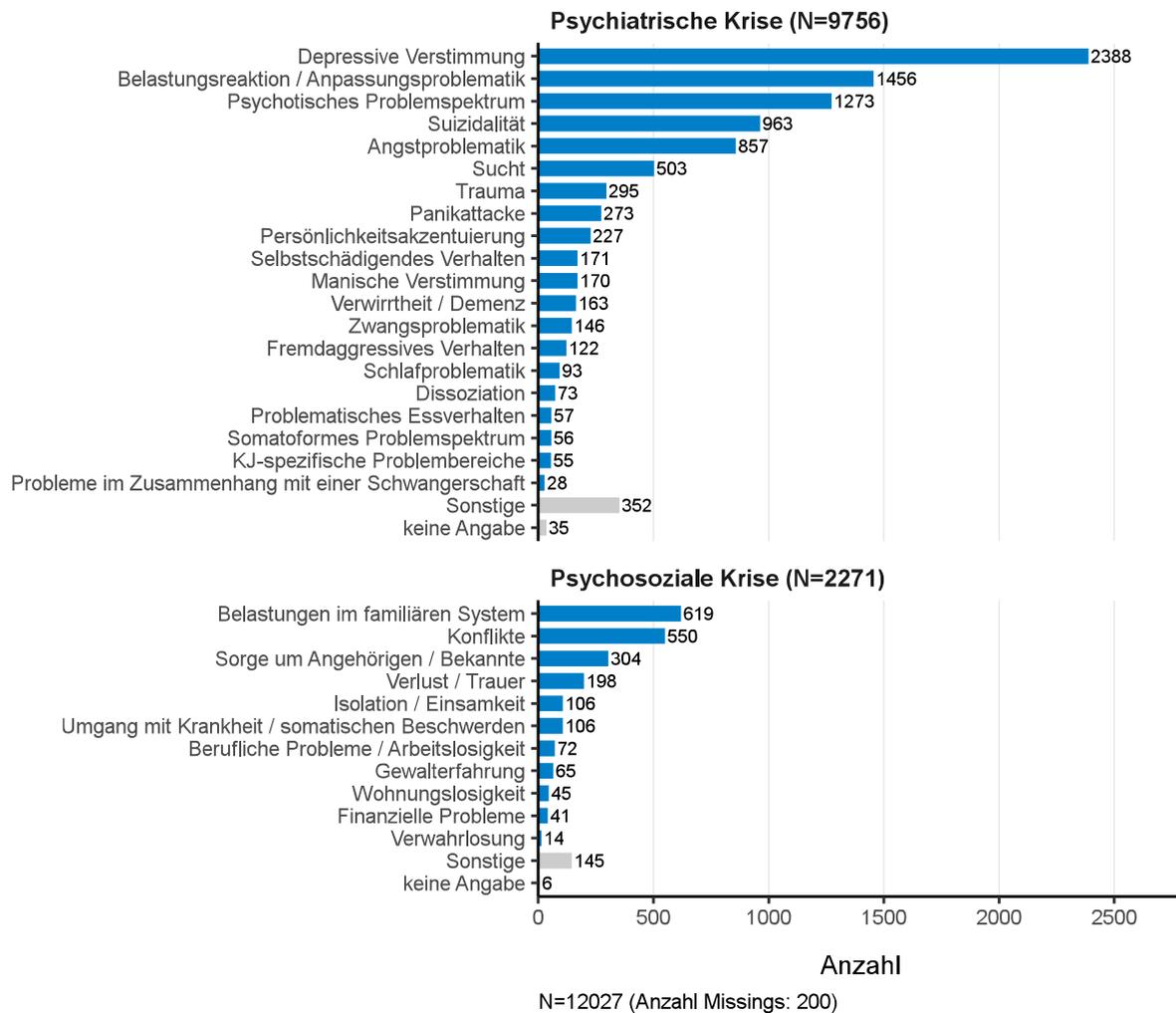
Abbildung 10: Geschlecht der KlientInnen (Screeningprotokolle) im Jahr 2021



T10 – Problemspektrum

Die Zuordnung und Dokumentation der mündlichen Symptomschilderungen (Selbstbeschreibung von Betroffenen oder Fremdanamnese durch AnruferInnen aus dem Umfeld der KlientInnen) zu einem vordergründigen Problemspektrum erfolgt durch die MitarbeiterInnen des Krisendienstes am Telefon (Screeningprotokoll). Bei den Problemspektren wird grundsätzlich zwischen psychiatrischen Krisen und psychosozialen Krisen unterschieden. Die psychiatrischen Krisen sind dabei an die gängige Einteilung von Störungsbildern angelehnt, wie sie im therapeutischen Kontext verwendet wird. Die psychosozialen Krisen beinhalten vor allem Probleme, die den zwischenmenschlichen Bereich betreffen oder mit speziellen persönlichen Rahmenbedingungen (z.B. finanzielle Probleme) zusammenhängen. In Abbildung 11 wird die Verteilung der am Telefon erhobenen, vordergründigen Problemspektren dargestellt.

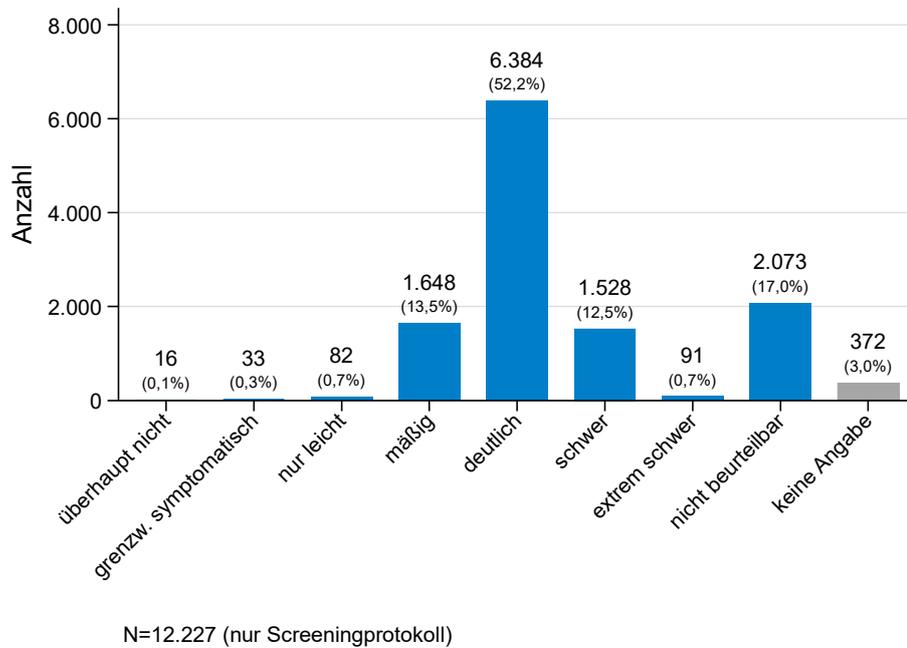
Abbildung 11: 1. Problemspektrum der KlientInnen (Screeningprotokolle) im Jahr 2021



T11 – Schwere der Symptomatik

Grob orientiert an den Kategorien des CGI (Clinical Global Impression Score) wird eine Einschätzung über die Schwere der beschriebenen Symptomatik (des 1. Problemspektrums) von den KrisendienstmitarbeiterInnen auf einer 7-stufigen Skala getroffen (Abbildung 12).

Abbildung 12: Schwere der Problematik (Screeningprotokolle) im Jahr 2021



T12 – Psychopathologische Auffälligkeiten

Bezüglich der psychopathologischen Auffälligkeiten der KlientInnen werden am Telefon die Kategorien „psychotische Symptome“ und „Selbstgefährdung“ zusätzlich erfasst. Abbildung 13 und 14 zeigen die verschiedenen Häufigkeiten dieser fachlichen Einschätzungen in der Klientenstichprobe.

Abbildung 13: Psychotisches Symptomspektrum (Screeningprotokolle) im Jahr 2021

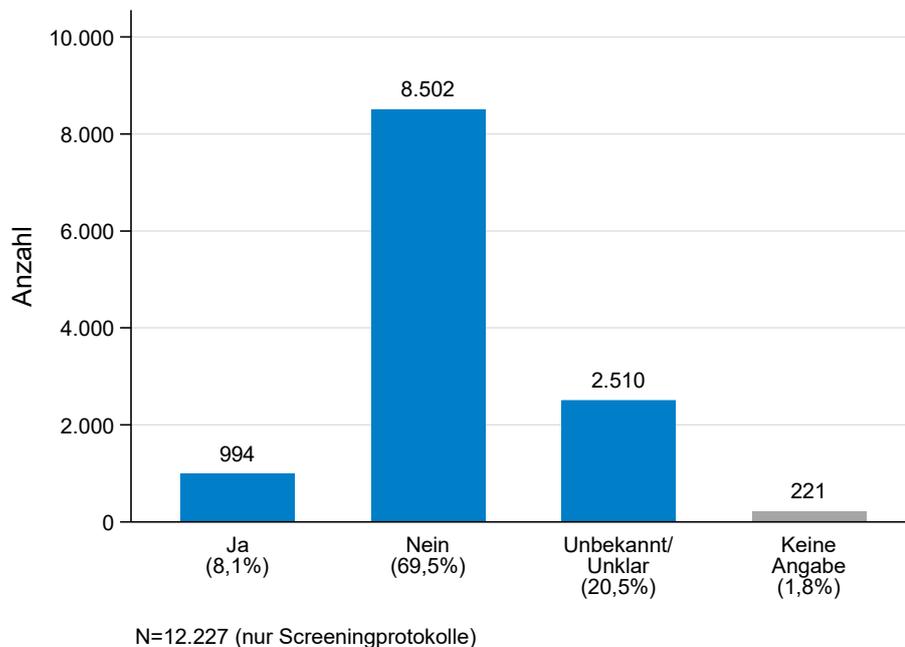
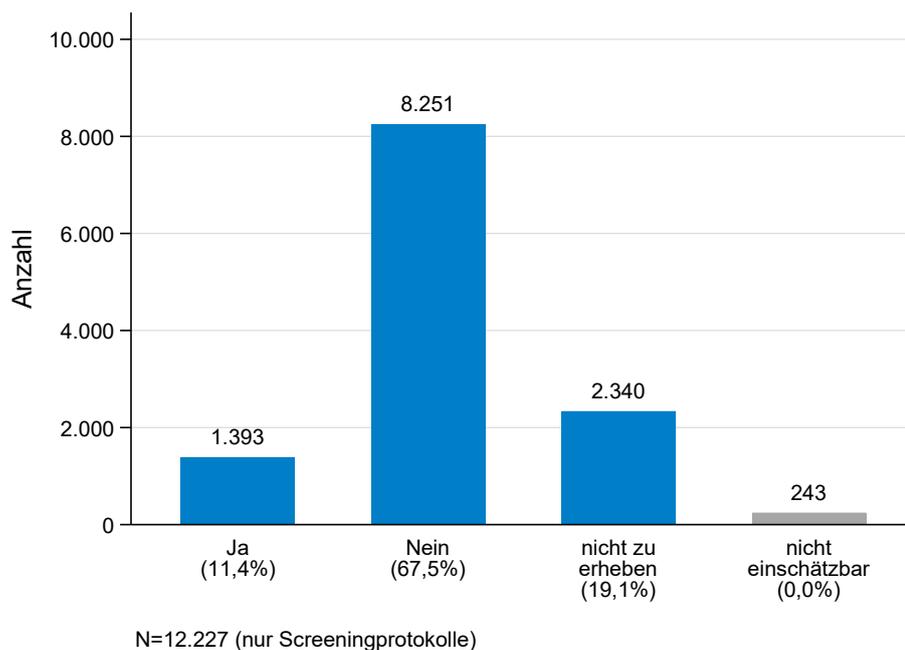


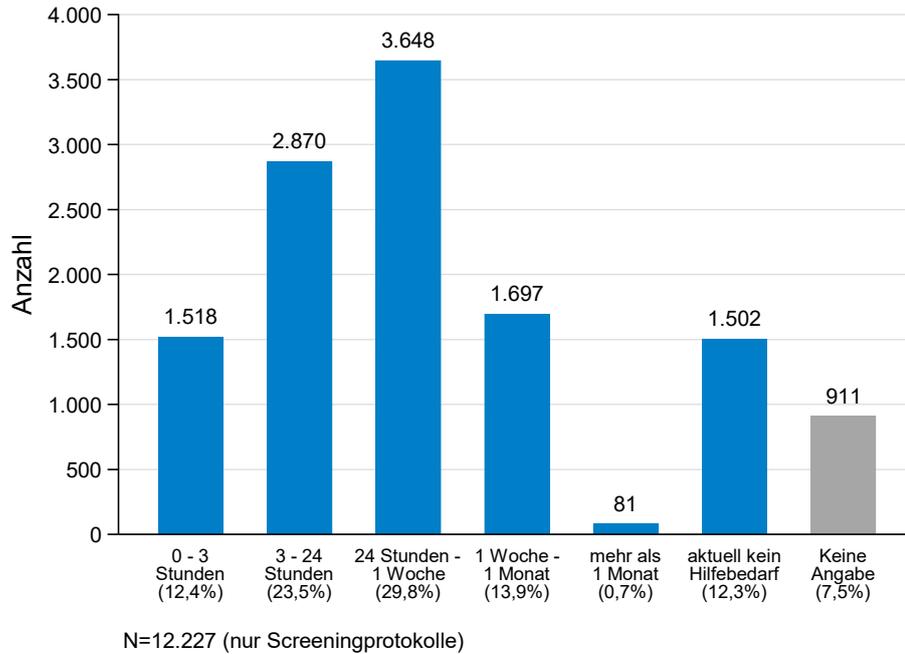
Abbildung 14: Selbstgefährdung (Screeningprotokolle) im Jahr 2021



T13 – Akuität

Eine fachliche Einschätzung der Akuität der Krisensituation wird über die Frage „Professioneller Hilfebedarf indiziert innerhalb...“ in 5 Abstufungen dokumentiert. Abbildung 15 zeigt die Anzahl der Fälle pro Kategorie.

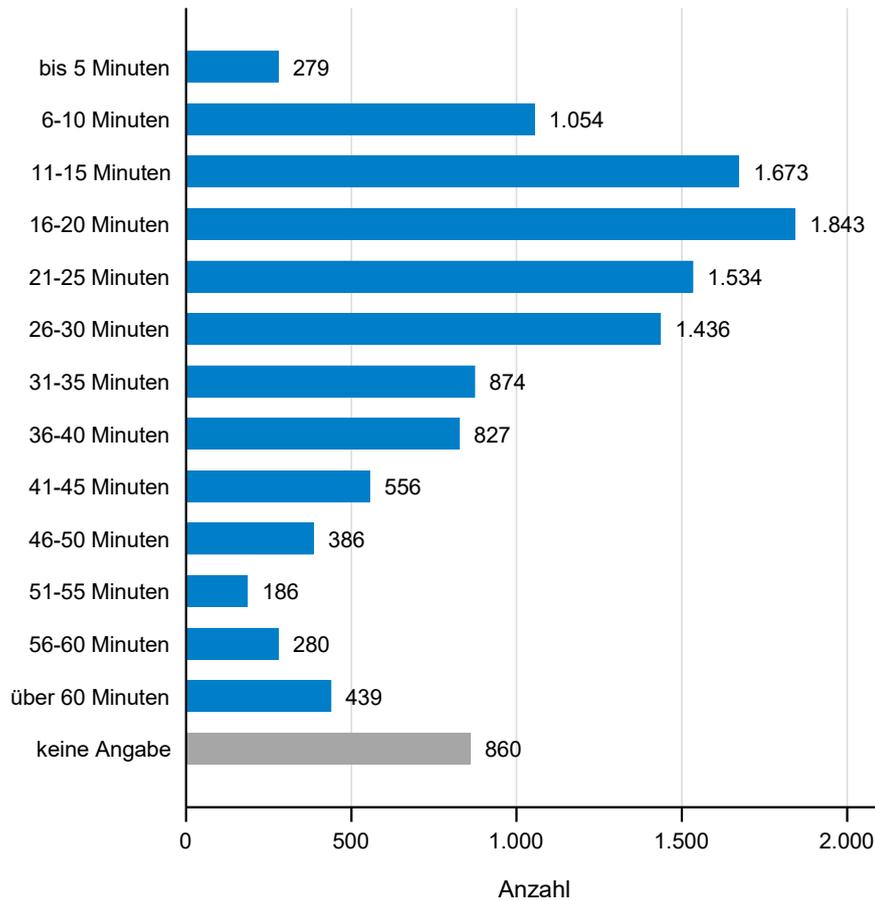
Abbildung 15: Akuität der Krisensituation (Screeningprotokolle) im Jahr 2021



T14 – Gesprächsdauer

Die Gesprächsdauer setzt sich aus der Interventionsdauer am Telefon (Dauer der telefonischen Kriseninterventionen, die im Screeningprotokoll erfasst wird) und der Dokumentationszeit zusammen (Mittelwert: 27,7 Minuten).

Abbildung 16: Gesprächsdauer in Minuten (Screeningprotokolle) im Jahr 2021



N=12.227 (nur Screeningprotokolle);
Mittelwert: 27,7 Minuten

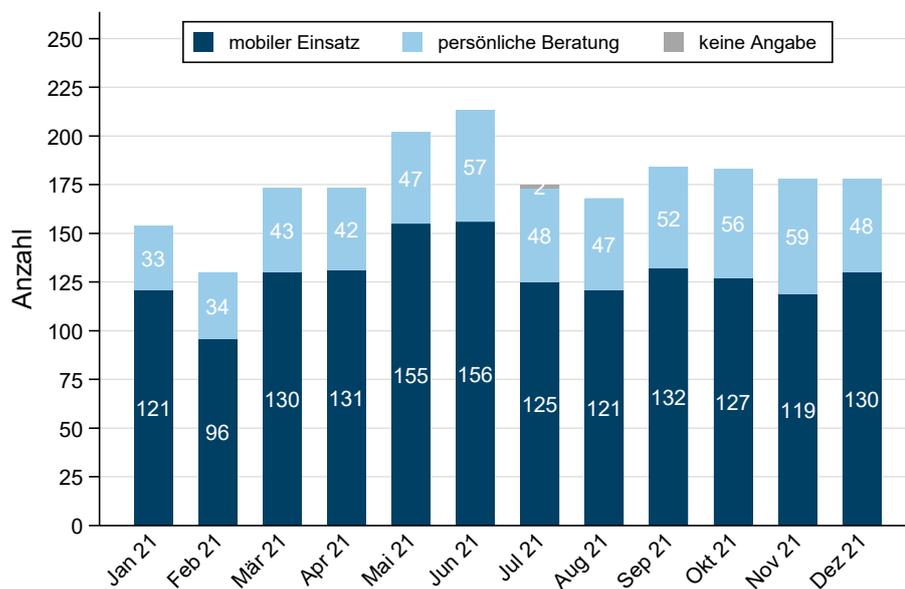
4.2 Persönliche Kriseninterventionen

Sowohl die Gesamtzahl der persönlichen Kriseninterventionen wie auch eine differenzierte Darstellung nach mobilen Einsätzen und persönlichen Beratungen am Standort gehen jeweils in die folgenden Auswertungen ein.

P1 – Summe aller persönlichen Kriseninterventionen

Die Inanspruchnahme der Einsatzteams pro Monat wird durch die Anzahl der erfolgten persönlichen Kriseninterventionen in Abbildung 17 ersichtlich.

Abbildung 17: Anzahl mobiler Einsätze und persönlicher Beratungen im Jahr 2021 (Einsatzprotokolle) nach Monat

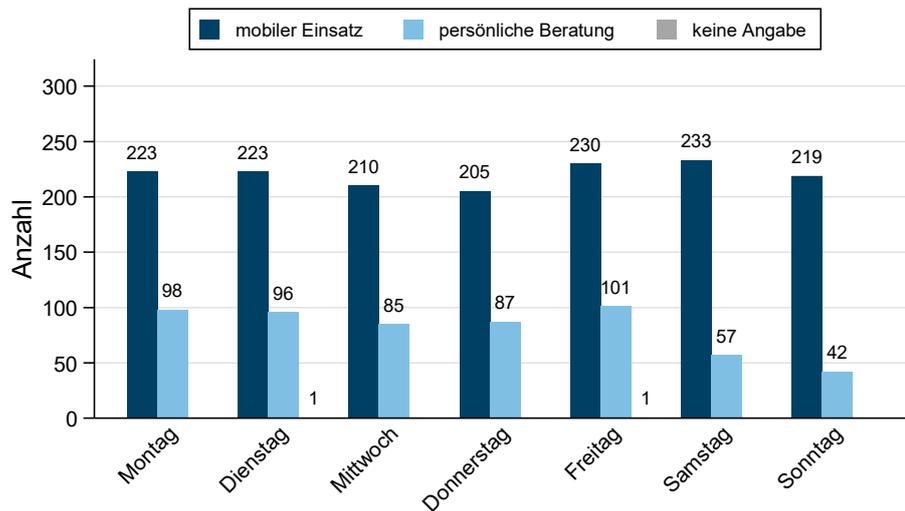


N=2.111

P2 – Persönliche Kriseninterventionen nach Wochentag

Die Verteilung der Inanspruchnahme innerhalb einer Woche zeigt Abbildung 18. Die Gesamtsumme aller persönlichen Kriseninterventionen ist dort differenziert nach Wochentag abgebildet.

Abbildung 18: Anzahl der persönlichen Kriseninterventionen (Einsatzprotokolle) nach Wochentag im Jahr 2021



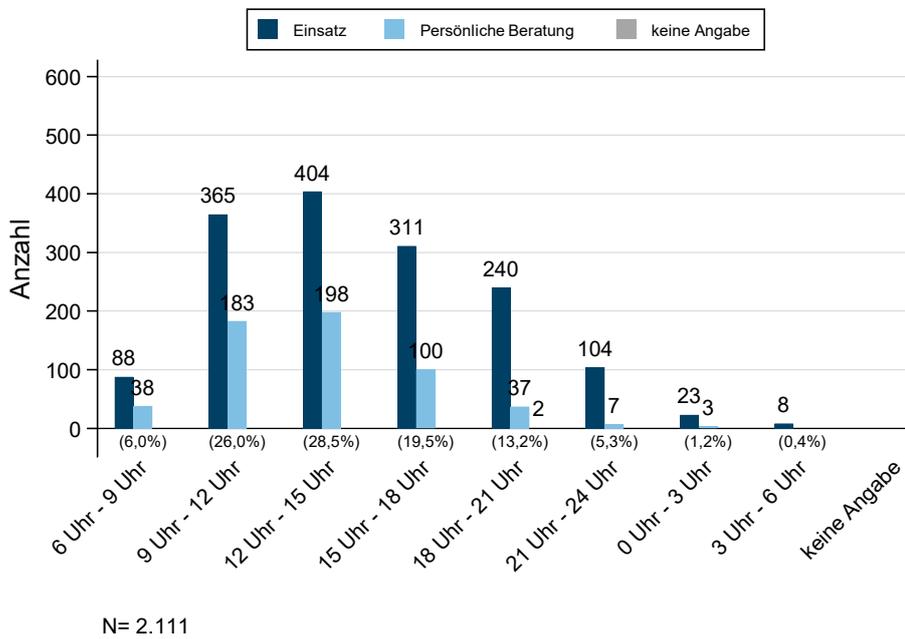
N= 2.111

Durchschnittliche Anzahl persönliche Kriseninterventionen pro Tag nach Wochentagen:
 Mo-Fr: 312; Wochenende: 276 (prozentualer Unterschied: 11,7% weniger)

P3 – Persönliche Kriseninterventionen nach Uhrzeit

Die zeitliche Verteilung der Inanspruchnahme der Einsatzteams ist in Abbildung 19 ersichtlich. Die absoluten Zahlen (Summe aller persönlichen Kriseninterventionen) sind in 3-Stundenintervallen dargestellt. Seit dem 1. Februar 2021 sind persönliche Kriseninterventionen in München, dem Landkreis München, Rosenheim und Region 10 rund um die Uhr möglich. Seit dem 1. Mai 2021 sind persönliche Kriseninterventionen darüber hinaus auch in den übrigen Landkreisen in Region 14 rund um die Uhr möglich. Seit dem 1. Juli 2021 sind in ganz Oberbayern persönliche Kriseninterventionen rund um die Uhr möglich.

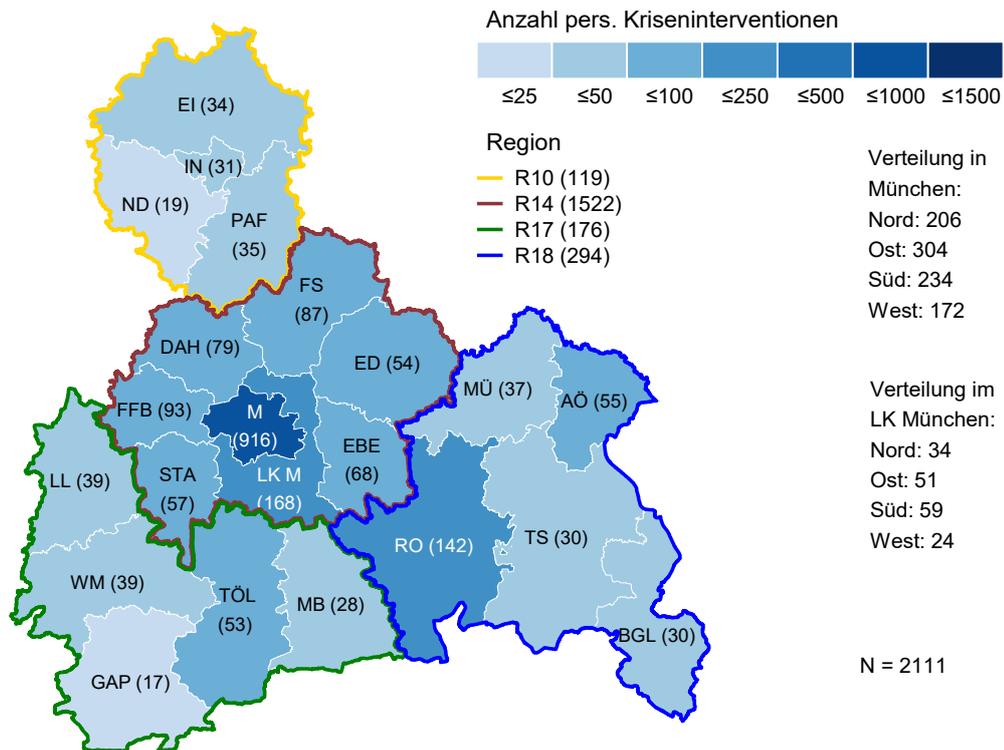
Abbildung 19: Anzahl der persönlichen Kriseninterventionen (Einsatzprotokolle) nach Uhrzeit im Jahr 2021



P4 – Regionale Verteilung der persönlichen Kriseninterventionen

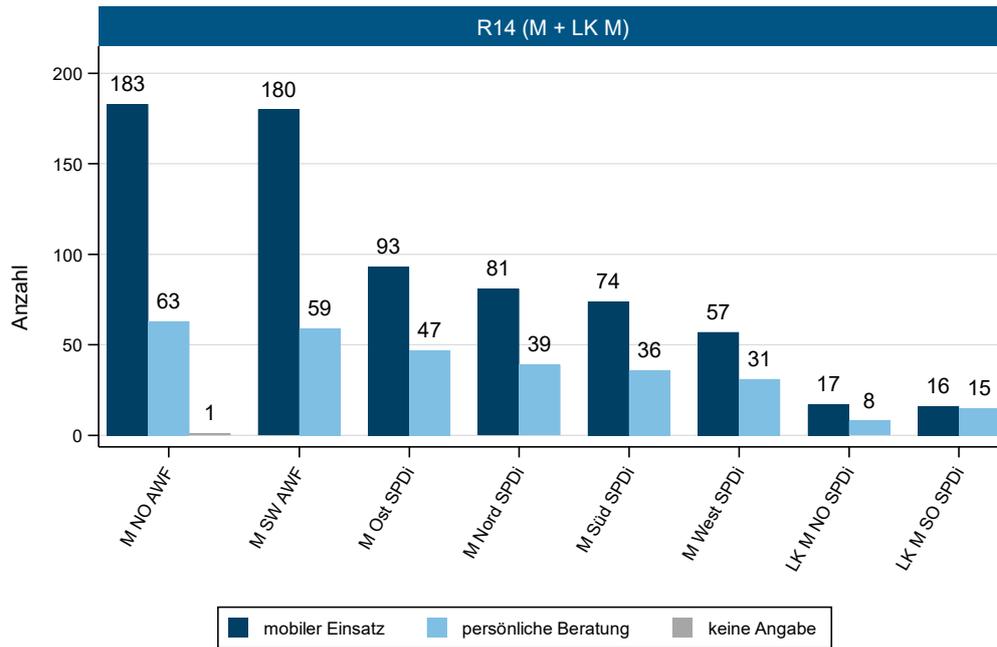
Abbildung 20 gibt einen Gesamtüberblick über die regionale Verteilung der persönlichen Kriseninterventionen. Mobile Einsätze und persönliche Beratungen sind in dieser Darstellung zusammengefasst. Die Aufteilung erfolgt auf Regionsebene und nach Landkreisen.

Abbildung 20: Regionale Verteilung der persönlichen Kriseninterventionen (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



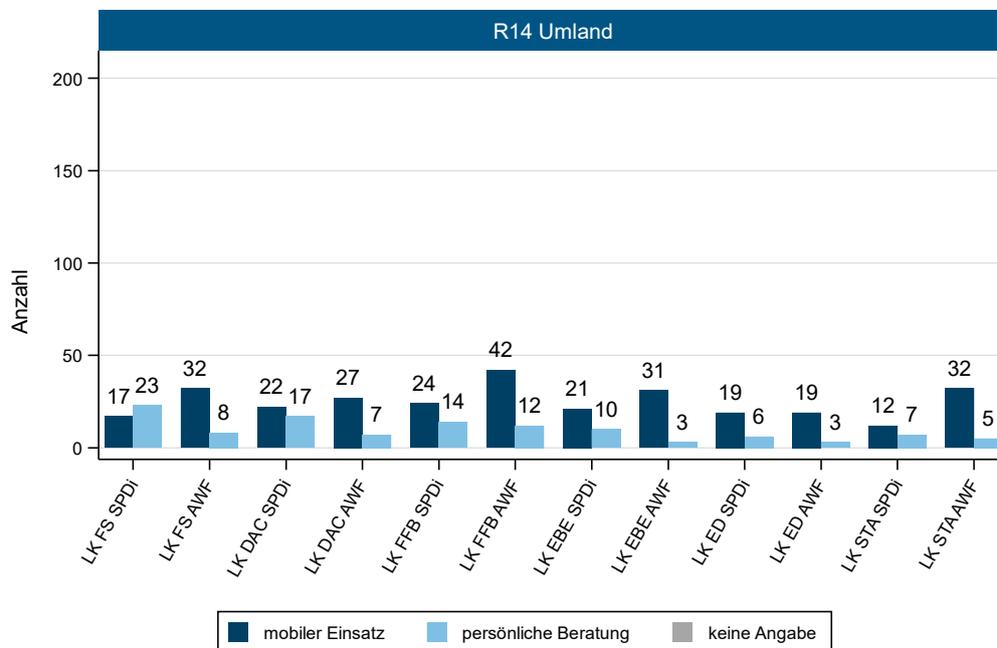
In den folgenden Abbildungen 21a-e sind die Anzahl der mobilen Einsätze und persönlichen Beratungen auf Ebene der Einsatzteams ersichtlich. Zusätzlich wird zwischen den Teams der SPDi-Tagdienste (Einsatzzeiten Montag bis Freitag 8-16 Uhr) und dem Abend-Wochenend-Feiertagsdienst (AWF) (Einsatzzeiten Montag bis Freitag 16-21 Uhr und am Wochenende/Feiertag von 8-21 Uhr) sowie den Nachtteams (21 bis 8 Uhr) unterschieden. Die Auswertung bezieht sich ausschließlich auf die Teamebene, also normalerweise dem Ort des Einsatzes. In Region 14 ist bei der Interpretation der Daten zu beachten, dass die Teams in München und im Münchner Landkreis sich bei großem Bedarf auch sektorenübergreifend vertreten, d.h. eine starke Auslastung eines Teams nicht unbedingt einen Rückschluss auf die Binnenverteilung im Münchner Stadtgebiet zulässt.

Abbildung 21a: Differenzierte Verteilung der persönlichen Kriseninterventionen für Region 14 (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



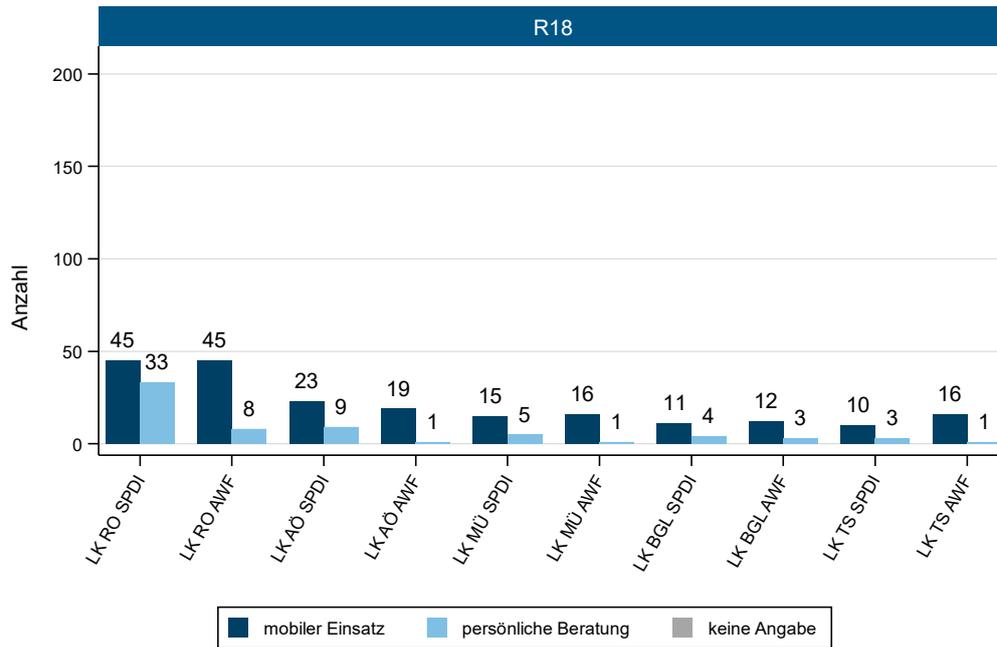
N=1.000

Abbildung 21b: Differenzierte Verteilung der persönlichen Kriseninterventionen für Region 14 (Umland) (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



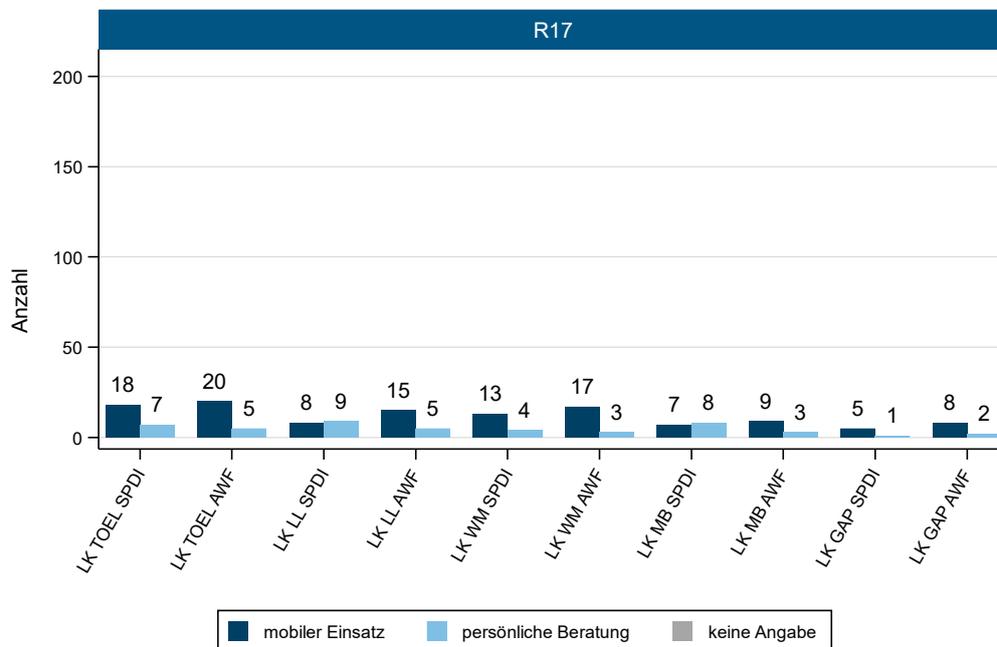
N= 413

Abbildung 21c: Differenzierte Verteilung der persönlichen Kriseninterventionen für Region 18 (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



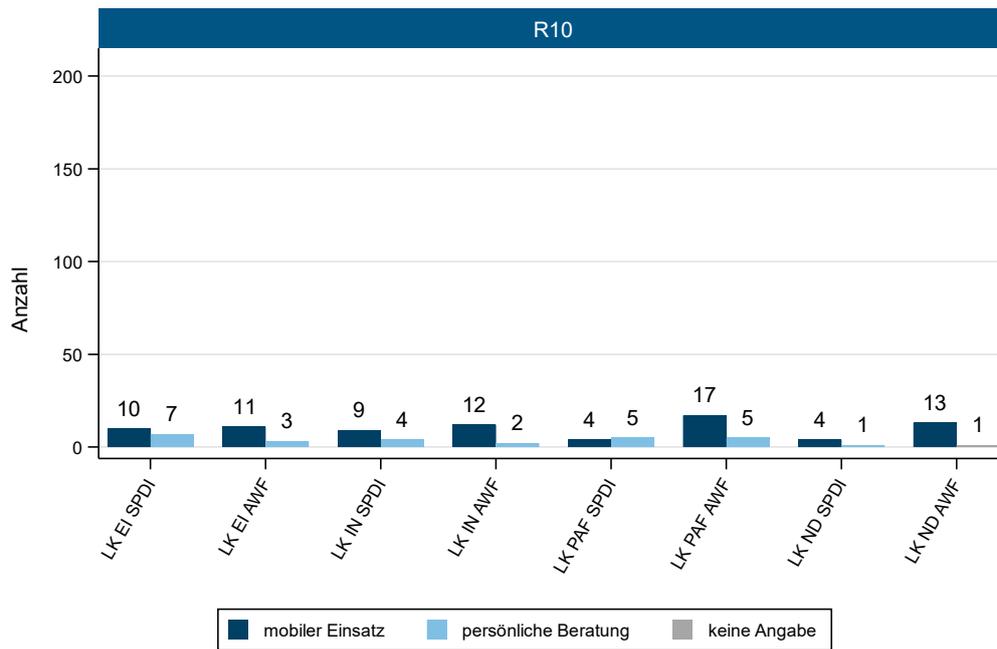
N= 280

Abbildung 21d: Differenzierte Verteilung der persönlichen Kriseninterventionen für Region 17 (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



N= 167

Abbildung 21e: Differenzierte Verteilung der persönlichen Kriseninterventionen für Region 10 (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021

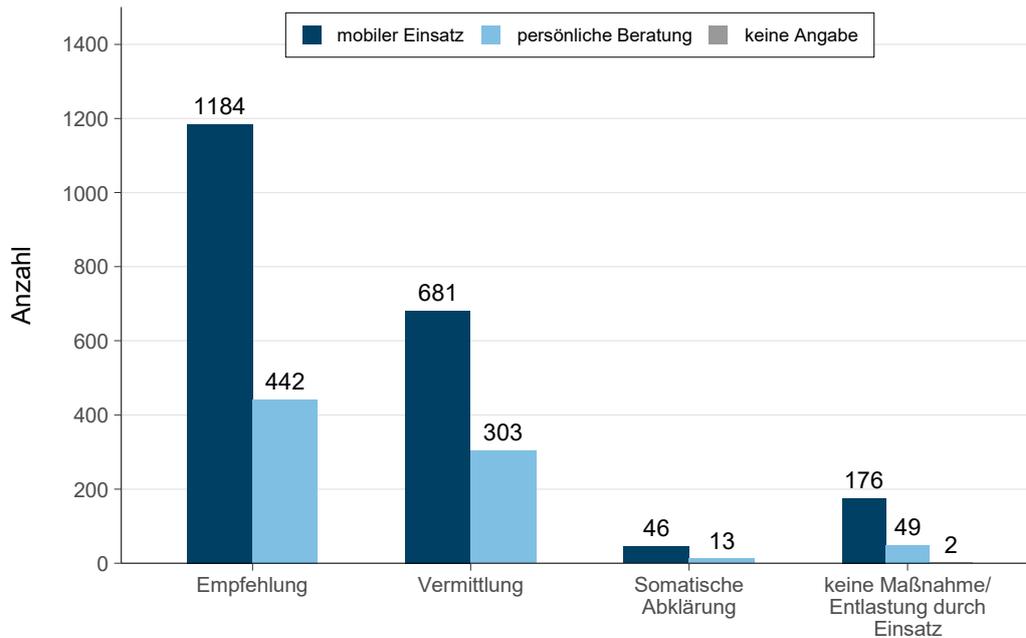


N= 108

P5 – Ergebnis/Maßnahmen

Das Resultat des Auswahlfeldes „Ergebnis“ in den Einsatzprotokollen wird in den Abbildungen 22 und 23 gezeigt. Es erfolgt hier eine erste Unterscheidung, ob aus der persönlichen Krisenintervention eine Empfehlung, Vermittlung, somatische Abklärung erfolgte oder die Entlastung durch die persönliche Krisenintervention als solche ausreichend zur Bewältigung der Krise war.

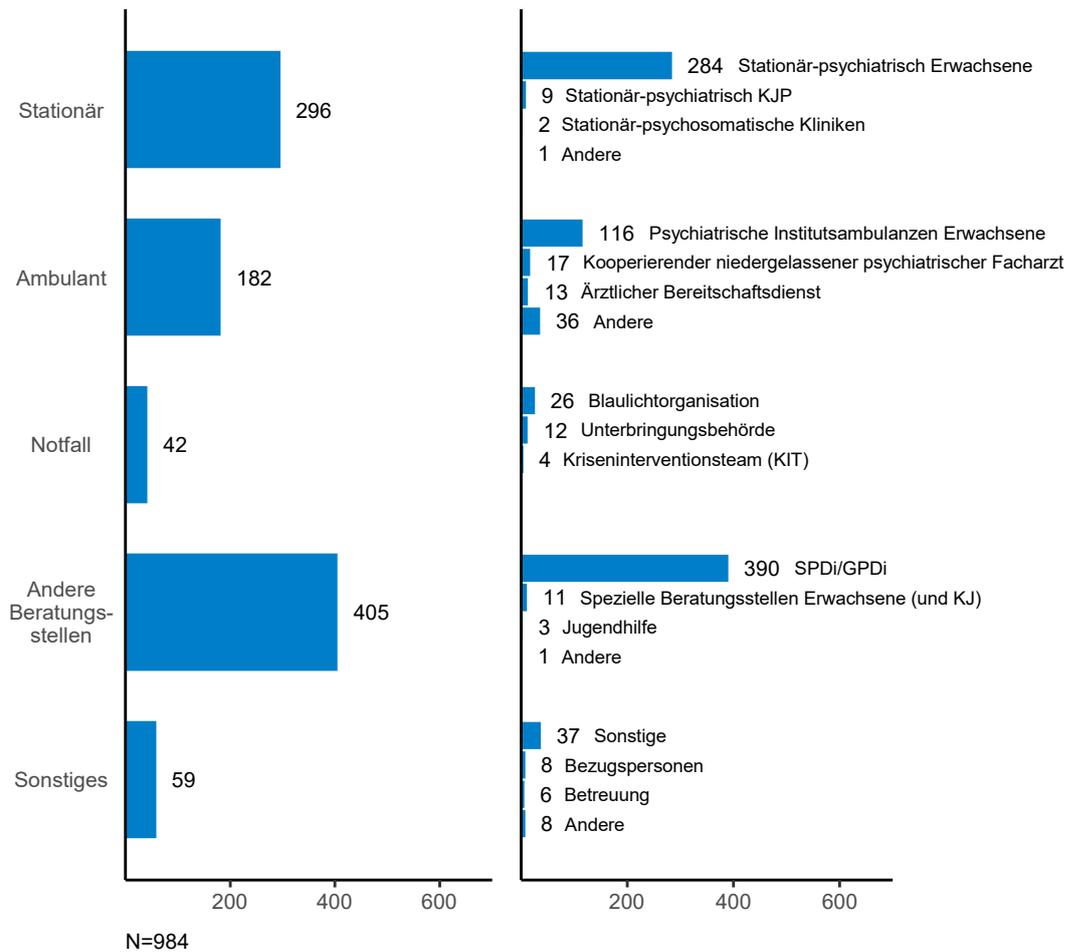
Abbildung 22: Ergebnis der persönlichen Kriseninterventionen (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



N=2111; Mehrfachnennungen bei "Empfehlung", "Vermittlung" und "somatische Abklärung"

Die Vermittlungen aus Abbildung 22 werden in Abbildung 23 weiter differenziert.

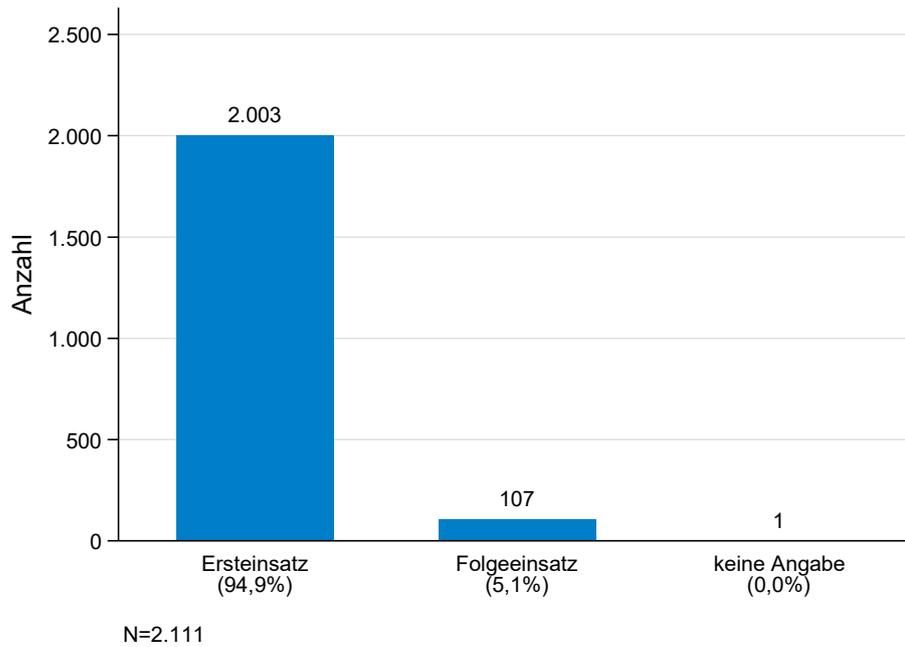
Abbildung 23: Ausgewählte Maßnahmen nach persönlicher Krisenintervention (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



P6 – Kontext der persönlichen Kriseninterventionen

Folgende Abbildung 24 gibt Auskunft über den Kontext der persönlichen Krisenintervention. Gemeint ist damit die Differenzierung, ob es sich um einen Ersteinsatz oder um einen Folgeeinsatz bei einer anhaltenden krisenhaften Situation (zeitliche und inhaltliche Nähe zum Ersteinsatz) handelt.

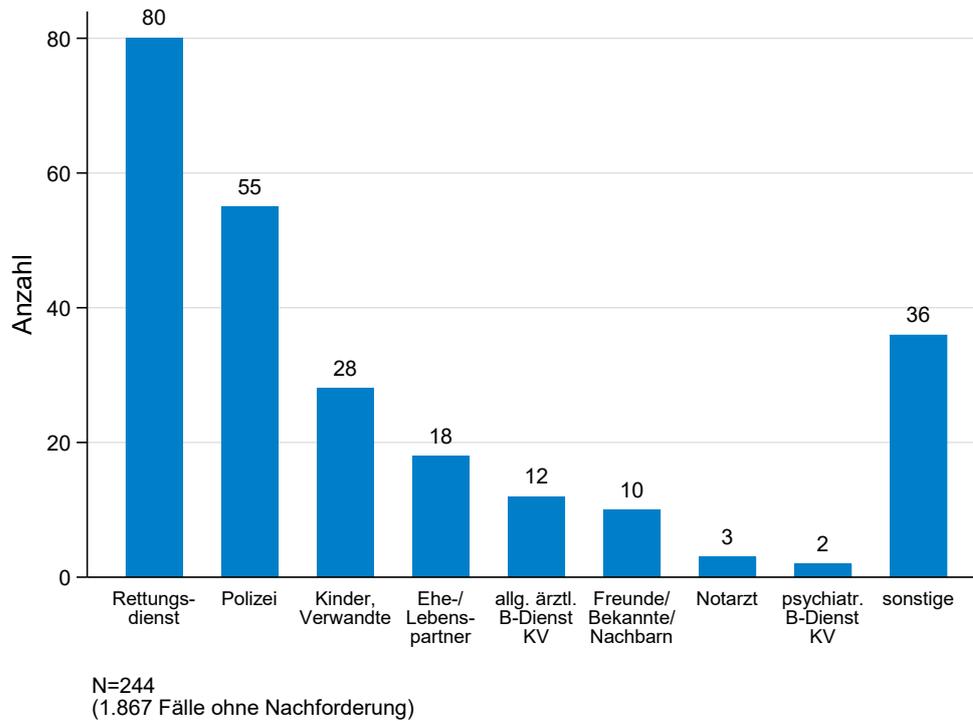
Abbildung 24: Kontext der persönlichen Krisenintervention (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



P7 – Nachforderung

Über ein Auswahlfeld (keine Mehrfachnennungen) werden potenzielle Nachforderungen, die während einer persönlichen Krisenintervention erforderlich werden, abgebildet (Abbildung 25).

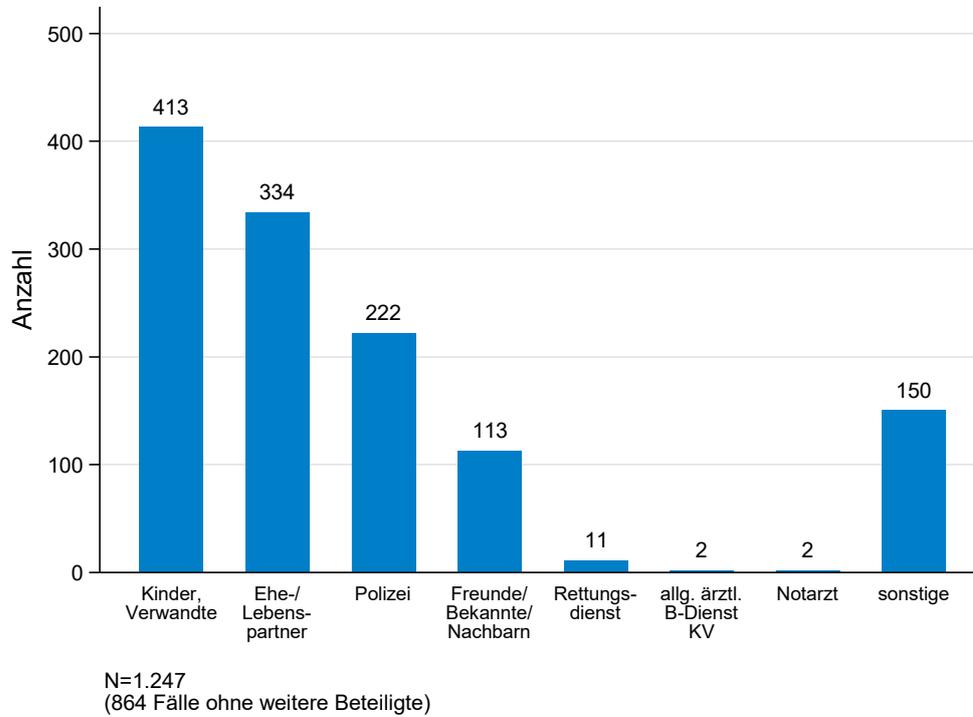
Abbildung 25: Nachforderungen bei persönlichen Kriseninterventionen (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



P8 – Beteiligte vor Ort

In Abbildung 26 wird ersichtlich, wie häufig welche Personen/Dienste schon zu Beginn der persönlichen Kriseninterventionen beteiligt waren (Einfachnennungen).

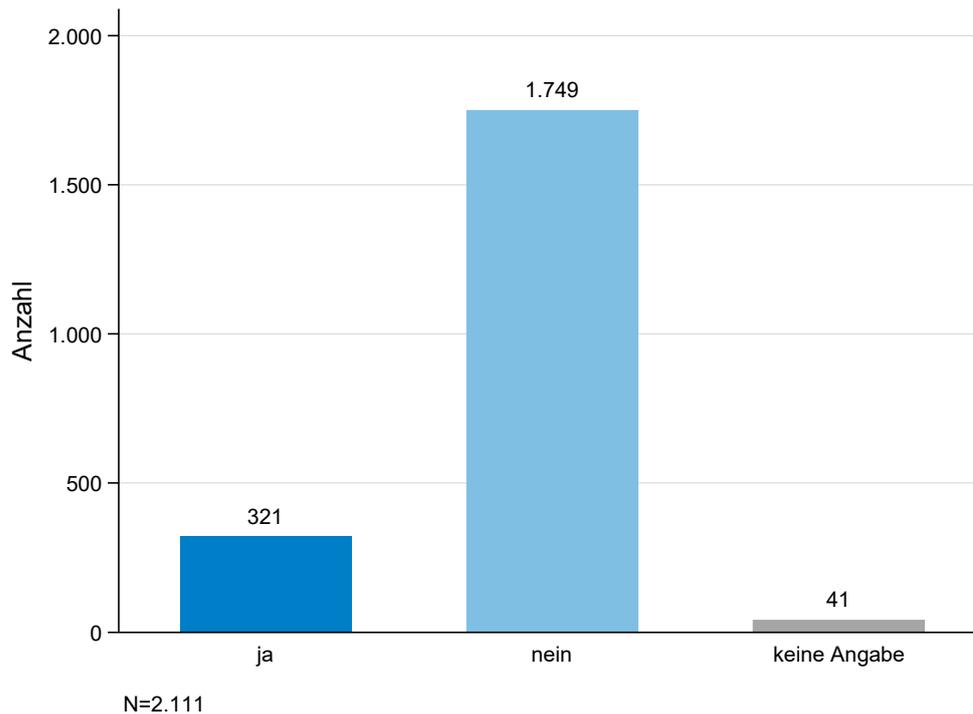
Abbildung 26: Beteiligte vor Ort bei persönlichen Kriseninterventionen (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



P9 – Krisendienstnachsorge

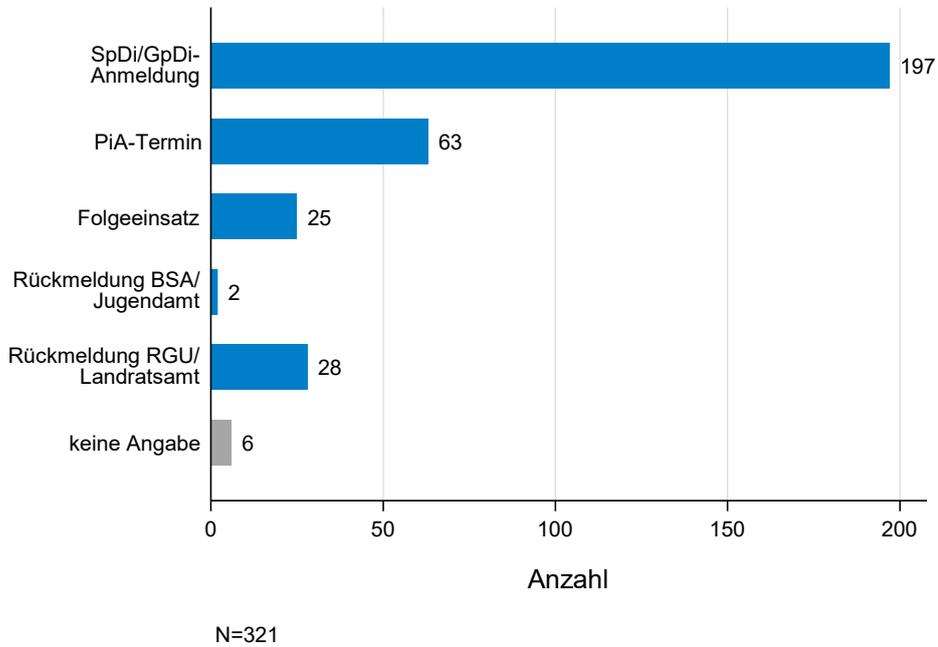
Abbildung 27 zeigt, in wie vielen Fällen nach einer persönlichen Krisenintervention eine Nachsorge erforderlich war. Nachsorgemaßnahmen werden am nächsten Werktag nach einer erfolgten persönlichen Kriseninterventionen durchgeführt. Sie bestehen zunächst immer aus einer erneuten telefonischen Krisenintervention, bei der ggf. weitere Maßnahmen, wie etwa eine weitere persönliche Krisenintervention oder eine Einleitung weiterer Hilfen organisiert werden.

Abbildung 27: Anzahl der erforderlichen Nachsorgen (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



Die Nachsorgemaßnahmen, die im Rahmen der persönlichen Krisenintervention für den nächsten Werktag vereinbart wurden, werden in Abbildung 28 detailliert aufgeschlüsselt (Auswahlfeld mit Einfachnennung).

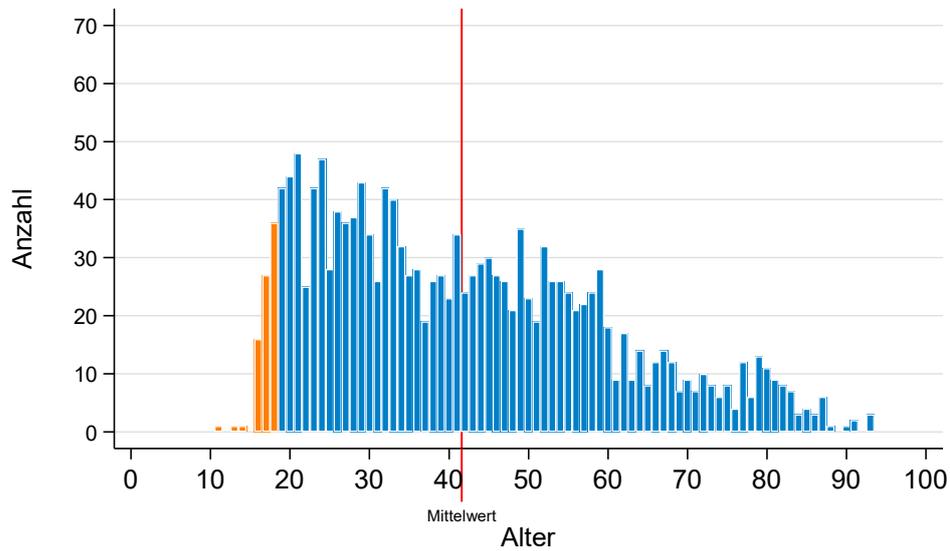
Abbildung 28: Vereinbarte Nachsorgen (aus Einsatzprotokoll) im Jahr 2021



P10 – Alter der KlientInnen

Die Altersstruktur der KlientInnen bei persönlichen Kriseninterventionen zeigt Abbildung 29.

Abbildung 29: Alter der KlientInnen bei persönlichen Kriseninterventionen (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021 (Orange: <=18 Jahre, 5,1%)

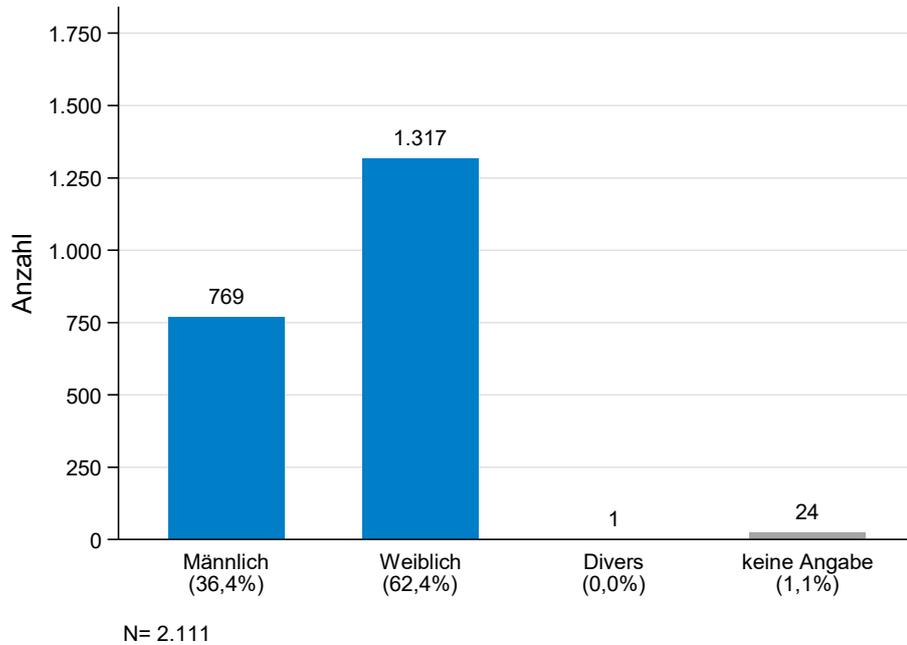


N=1.595; Anzahl Missings: 516;
Durchschnittsalter: 41,6 Jahre; Median: 39 Jahre.
Anteil mit Alter ≤18 Jahre: 5,1% (orange eingefärbt).

P11 – Geschlecht der KlientInnen

Die Verteilung nach Geschlecht ist in Abbildung 30 dargestellt. Es handelt sich um die Häufigkeitsangaben der KlientInnen im Rahmen persönlicher Kriseninterventionen.

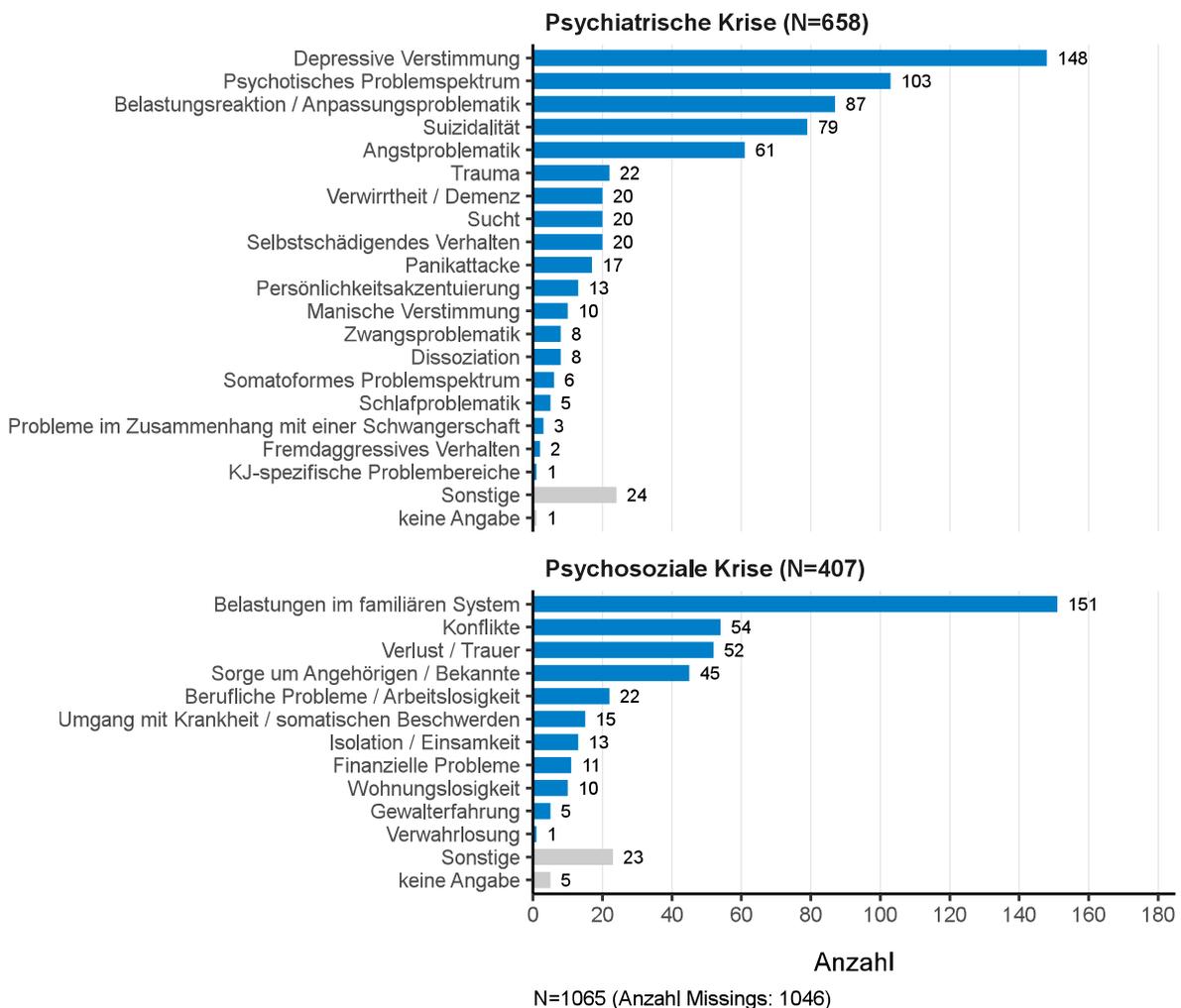
Abbildung 30: Geschlecht der KlientInnen bei persönlichen Kriseninterventionen (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



P12 – Problemspektrum

Die Einschätzung zu einem vordergründigen psychiatrischen Problemspektrum der KlientInnen erfolgt durch das Einsatzteam des Krisendienstes im persönlichen Kontakt. Bei den Problemspektren wird grundsätzlich zwischen psychiatrischen Krisen und psychosozialen Krisen unterschieden. Die psychiatrischen Krisen sind dabei an die gängige Einteilung von Störungsbildern angelehnt, wie sie im therapeutischen Kontext verwendet wird. Die psychosozialen Krisen beinhalten vor allem Probleme, die den zwischenmenschlichen Bereich betreffen oder mit speziellen persönlichen Rahmenbedingungen (z.B. finanzielle Probleme) zusammenhängen. In Abbildung 31 wird die Verteilung der im persönlichen Kontakt erhobenen, vordergründigen Problemspektren dargestellt.

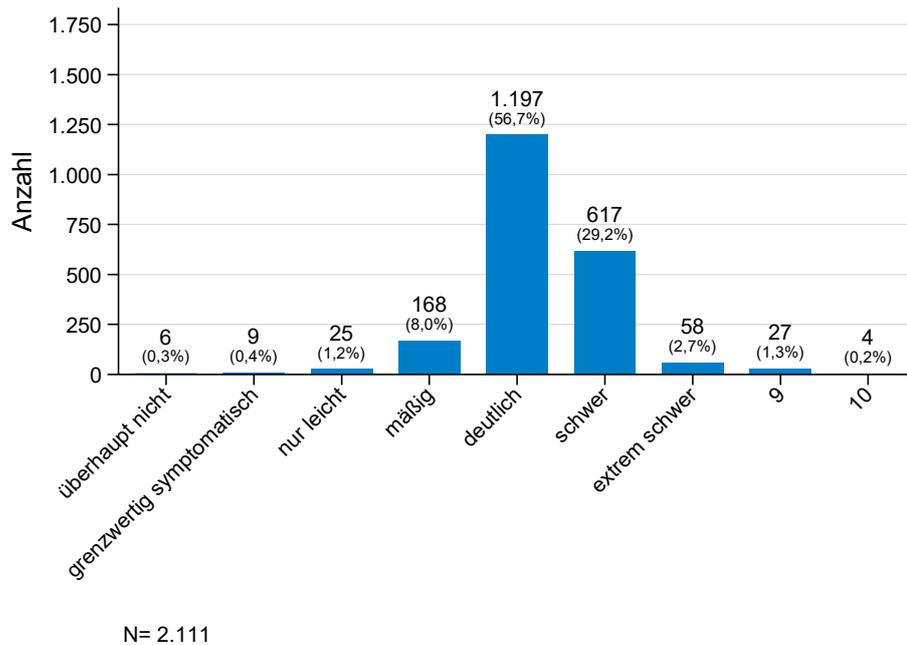
Abbildung 31: 1. Problemspektren der KlientInnen bei persönlichen Kriseninterventionen (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



P13 – Schwere der Symptomatik

Grob orientiert an den Kategorien des CGI (Clinical Global Impression Score) wird eine Einschätzung über die Schwere der Symptomatik (des 1. Problemspektrums) bei der persönlichen Krisenintervention vom Einsatzteam auf einer 7-stufigen Skala getroffen (Abbildung 32).

Abbildung 32: Schwere der Symptomatik (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



P14 – Gefährdung

Bezüglich der Gefährdungseinschätzung der KlientInnen werden die Kategorien „Selbstgefährdung“ und „Fremdgefährdung“ erfasst. Abbildung 33 und 34 zeigen die verschiedenen Häufigkeiten dieser fachlichen Einschätzungen bei den KlientInnen im Rahmen der persönlichen Krisenintervention.

Abbildung 33: Selbstgefährdung (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021

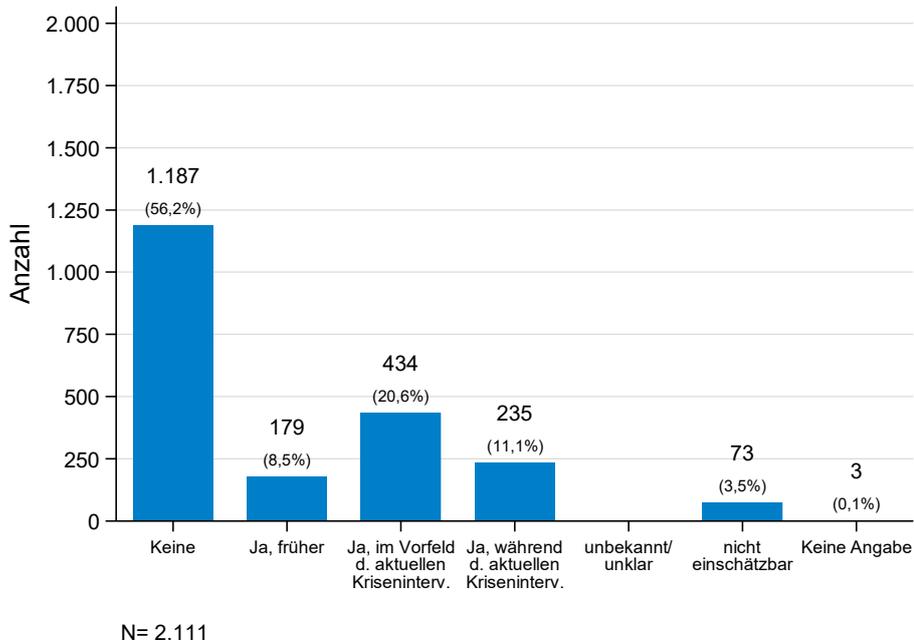
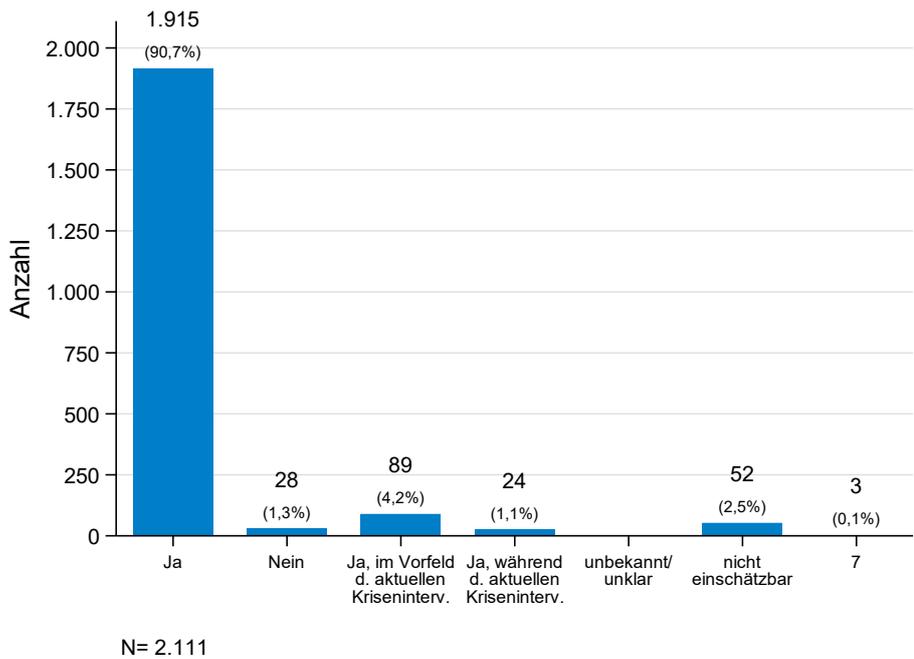


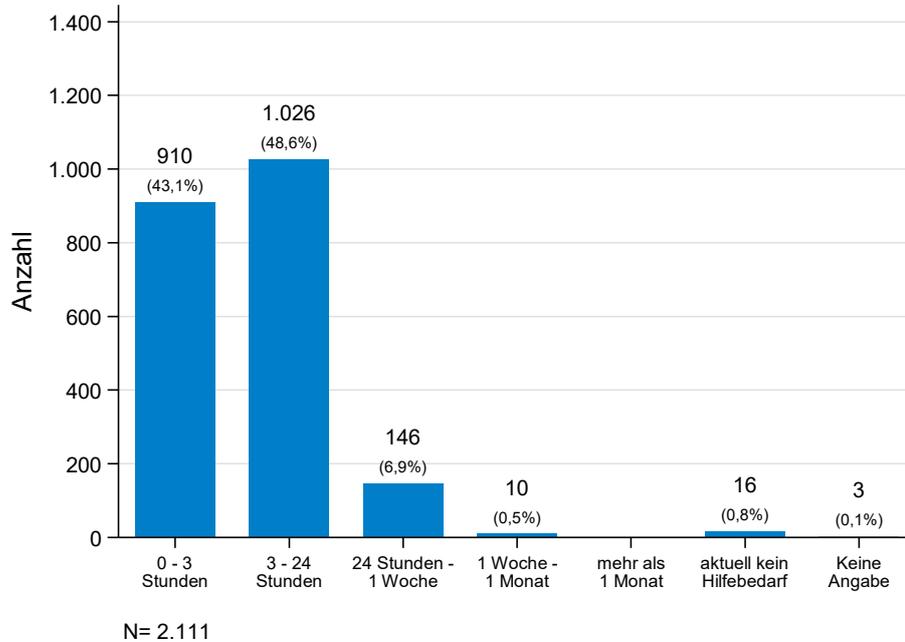
Abbildung 34: Fremdgefährdung (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



P15 – Akuität

Eine fachliche Einschätzung der Akuität der Krisensituation beim persönlichen Kontakt wird über die Frage „Professioneller Hilfebedarf indiziert innerhalb...“ in 5 Abstufungen dokumentiert. Abbildung 35 zeigt die Anzahl der Fälle pro Kategorie.

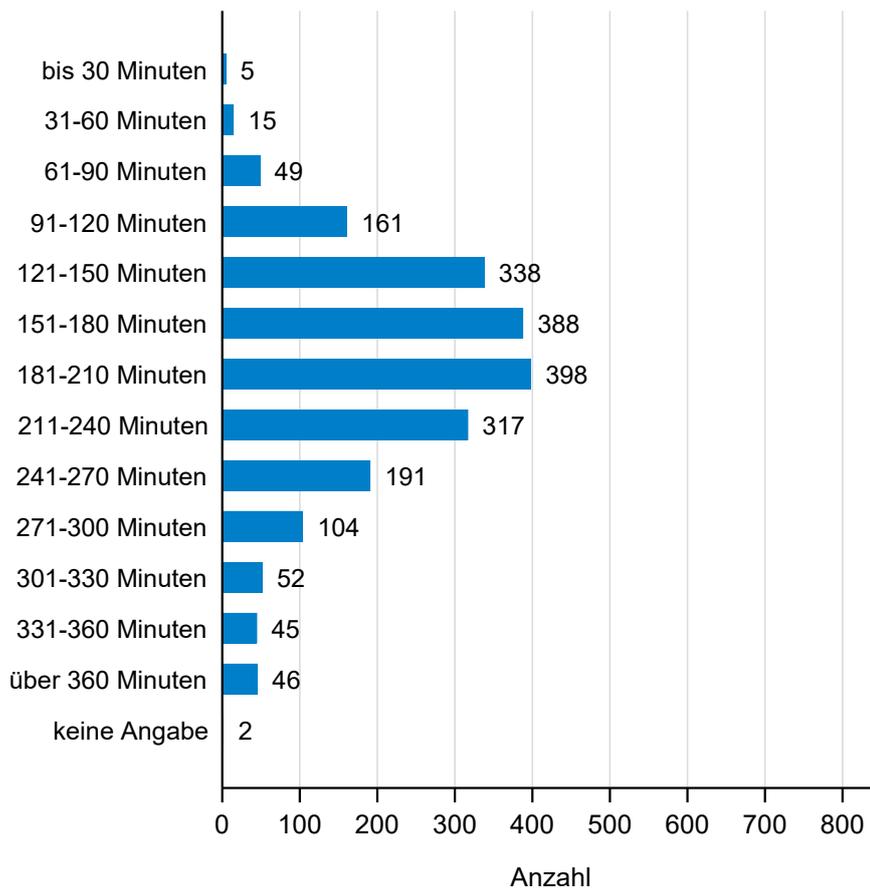
Abbildung 35: Akuität der Krisensituation (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



P16 – Einsatzdauer

Die Einsatzdauer beinhaltet sowohl Fahrt- als auch Dokumentationszeiten und bildet damit die Gesamtzeit ab, die ein Einsatzteam mit einem Einsatz beschäftigt ist. In Abbildung 36 sind diese Einsatzzeiten dargestellt, der Mittelwert beträgt 199,3 Minuten.

Abbildung 36: Einsatzdauer persönlichen Kriseninterventionen (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021

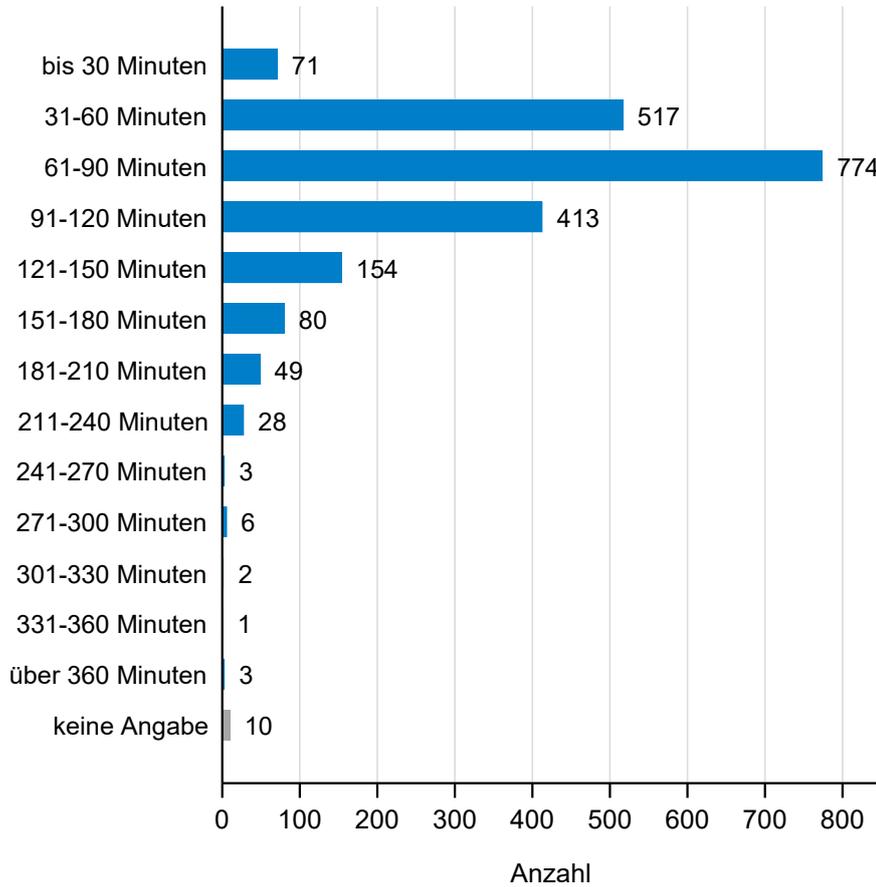


N=2.111;
Mittelwert: 199,3 Minuten

P17 – Interventionsdauer

Abbildung 37 zeigt die Interventionsdauer als Teil der Einsatzdauer (P16), die den direkten Kontakt zum KlientInnen bzw. dem KlientInnensystem (z. B. Angehörigen) darstellt – Fahrt- bzw. Dokumentationszeiten sind hier nicht berücksichtigt.

Abbildung 37: Interventionsdauer bei persönlichen Kriseninterventionen (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



N=2.111;
Mittelwert: 93,2 Minuten

Datenbereitstellung durch die kbo-Leitstelle und die Sozialpsychiatrischen Dienste der freien Wohlfahrtspflege.

Kommentierung der Daten durch die kbo-Leitstelle.

Abbildungen erstellt durch

BIDAQ – Bayerisches Institut für Daten, Analysen und Qualitätssicherung

Am Moosfeld 13

81829 München

Vorlage Nr. 15/1452

öffentlich

Datum: 13.01.2023
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Frau Scharf

Gesundheitsausschuss	03.02.2023	Kenntnis
Ausschuss für Inklusion	09.02.2023	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Positionspapier des „Bündnis Sprachmittlung“ - Initiative zur Verankerung von Sprachmittlung im SGB V

Kenntnisnahme:

Das Positionspapier des „Bündnis Sprachmittlung“, als Initiative zur Verankerung von Sprachmittlung im SGB V, wird entsprechend der Vorlage Nr. 15/1452 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-Gleichstellungsplans 2025. ja

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:

Erträge:

Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan

Aufwendungen:

/Wirtschaftsplan

Einzahlungen:

Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan

Auszahlungen:

/Wirtschaftsplan

Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:

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

Worum geht es hier?

In leichter Sprache

In Deutschland leben viele unterschiedliche Menschen.
Manche Menschen verstehen und sprechen
nur wenig Deutsch.
Zum Beispiel weil sie aus einem anderen Land
nach Deutschland gekommen sind.



Sprache ist wichtig.
Auch Ärzte und Patienten sollen sich gut verstehen können.
Dabei können Sprachmittler helfen.
Sprachmittler sind wie Dolmetscher.
Sie übersetzen eine Sprache in eine andere Sprache.

Sprachmittler müssen bezahlt werden.
Das sollen in Zukunft die Krankenkassen machen.
Dafür setzen sich jetzt viele Menschen ein.



Haben Sie Fragen zu diesem Text?
Dann können Sie beim LVR in Köln anrufen:
0221-809-2202.



Der Zusatztext in leichter Sprache soll zum einen die Verständlichkeit der Vorlage insbesondere für Menschen mit Lernschwierigkeiten konkret verbessern, zum anderen für die Grundsätze der Zugänglichkeit und Barrierefreiheit im Bereich Information und Kommunikation im Sinne der Zielrichtungen 6 und 8 des LVR-Aktionsplans zur UN-Behindertenrechtskonvention sensibilisieren.

Mit der Telefonnummer 0221-809-2202 erreicht man die zentrale Stabsstelle Inklusion – Menschenrechte – Beschwerden (00.300). Sie gibt oder vermittelt bei Bedarf gern weitere Informationen. Bilder: © Reinhild Kassing.

Zusammenfassung

Das „Bündnis Sprachmittlung“, zu welchem Vertreter*innen von rund 30 Institutionen, u. a. der Charité, der AWO und des LVR-Klinikverbunds, gehören, setzt sich für die Aufnahme von Sprachmittlung in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) bzw. in das SGB V ein.

Die bislang fehlende Finanzierung einer geeigneten Sprachmittlung stellt eine der größten Zugangsbarrieren im Bereich der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Zuwanderungs- und Fluchtgeschichte dar. Der LVR investiert jährlich freiwillige Haushaltsmittel in Höhe von etwa 600.000 €, um diesbezüglich Abhilfe zu schaffen.

Die aktuelle Ampel-Koalition erklärte in ihrem Koalitionsvertrag aus November 2021, dass *„Sprachmittlung auch mit Hilfe digitaler Anwendungen [...] im Kontext notwendiger medizinischer Behandlung Bestandteil des SGB V“* (21, S. 84) wird.

Das Bündnis Sprachmittlung hat ein entsprechendes Positionspapier erstellt, in welchem elf konkrete Forderungen zur Umsetzung der Ankündigung aus dem Koalitionsvertrag und damit zum Abbau von strukturellem Rassismus und Diskriminierung niedergelegt werden. Das Positionspapier wurde im Dezember 2022 an verantwortliche Politiker*innen übergeben.

Begründung der Vorlage Nr. 15/1452:

Gesundheitskompetenz, welche einen relevanten Beitrag für die Gesellschaft und das Individuum darstellt, umfasst Wissen, Bildung und Motivation bzgl. der Gesundheit. Darunter fällt auch, die oft hoch komplexen Informationen zur eigenen Gesundheit verstehen zu können. Es ist der Anspruch des LVR-Klinikverbunds, dass alle Patient*innen die sie behandelnden Personen sowie die ihre Gesundheit betreffenden Informationen verstehen können. Ein wichtiger Bestandteil, der zur Mündigkeit der Patient*innen beiträgt, ist die Bereitstellung einer professionellen Sprachmittlung.

Im Juni 2021 hat sich ein Netzwerk aus Vertreter*innen von rund 30 Institutionen im „Bündnis Sprachmittlung“ zusammengeschlossen, um sich für die Aufnahme von Sprachmittlung in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) bzw. in das SGB V einzusetzen. Zu den Initiator*innen gehören bspw. Mitarbeitende der Charité, der AWO und auch des LVR-Klinikverbunds (LVR-Fachbereich 84).

Anlass ist, dass die bislang fehlende Finanzierung einer geeigneten Sprachmittlung weiterhin eine der größten Zugangsbarrieren im Bereich der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Zuwanderungs- und Fluchtgeschichte darstellt. Der LVR investiert zurzeit jährlich freiwillige Haushaltsmittel in Höhe von etwa 600.000 €, im klinischen und außerklinischen Bereich, um diesbezüglich Abhilfe zu schaffen. Der Einsatz von Sprach- und Integrationsmittler*innen (SIM) in der klinischen und außerklinischen psychiatrisch/psychosomatisch/psychotherapeutischen Versorgung ist hier bundesweit einzigartig und wird häufig als good-practice-Modell hervorgehoben. Eine Verankerung der Finanzierung im SGB V wurde seitens der Bundesregierung bislang allerdings nicht umgesetzt.

Die aktuelle Ampel-Koalition erklärte in ihrem Koalitionsvertrag, welcher im November 2021 verabschiedet wurde, dass *„Sprachmittlung auch mit Hilfe digitaler Anwendungen [...] im Kontext notwendiger medizinischer Behandlung Bestandteil des SGB V“* (21, S. 84) wird. Dies entspricht einer zentralen Forderung verschiedener Fachverbände und Gremien aus den letzten Jahren.

Das Bündnis Sprachmittlung hat ein entsprechendes Positionspapier erstellt, in welchem konkrete Forderungen zur Umsetzung der Ankündigung aus dem Koalitionsvertrag und damit zum Abbau von strukturellem Rassismus und Diskriminierung niedergelegt werden (s. **Anlage**).

Das Positionspapier wurde am 01.12.2022 an verantwortliche Bundespolitiker*innen übergeben. Derzeit soll das Papier auch auf landespolitischer Ebene weiter gestreut werden.

Die Thematik wurde inzwischen im Bundesgesundheitsministerium angestoßen, und es haben erste Fachgespräche stattgefunden, in welche das Positionspapier mit eingebracht werden konnte. Die Mitglieder des Bündnisses stehen für die Einberufung als Expert*innen jederzeit bereit.

In Vertretung

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

Positionspapier: Zur Aufnahme von Sprachmittlung in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) bzw. ins SGB V

Eine Initiative von



Eine sichere Verständigung

Begriffliche Anmerkung:

Für die Sprachmittlungs-Tätigkeit werden aktuell im deutschsprachigen Raum viele verschiedene Bezeichnungen verwendet – u. a. Gemeindedolmetscher:innen, Sprach- und Kulturmittler:innen, Sprach- und Kommunikationsmittler:innen, Sprach- und Integrationsmittler:innen, interkulturell Dolmetschende. Uns als Verfasser:innen geht es aber nicht um die Unterschiedlichkeiten, in welchen die verschiedenen Sprachmittlungsformen voneinander abweichen, sondern um das gemeinsame Anliegen: eine durch Sprachmittlung gelingende sprachliche Verständigung für Menschen mit geringen Deutschkenntnissen in der Gesundheitsversorgung zu erreichen. Daher verwenden wir in diesem Positionspapier durchgängig den Begriff "Sprachmittlung".

Ist gemeinhin als Grundlage für eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesundheitsversorgung essentiell. Der negative Einfluss von Sprachbarrieren auf Zugang, Behandlungsqualität, -erfolg und -zufriedenheit sowie die adäquate Nutzung von Gesundheitsressourcen ist empirisch hinreichend belegt (1-7). Auf der anderen Seite konnte der positive Einfluss des Einsatzes von geschulten Sprachmittler:innen bei der Reduktion dieser Barrieren gezeigt werden (8-10).

Eine umfassende Erhebung zur Sprachmittlung im Gesundheitswesen hat gezeigt, dass in Deutschland verschiedene lokale, aber auch erste bundesweite Netzwerke an Sprachmittlungsdiensten in den letzten Jahren entstanden sind, die unterschiedliche Trägerschaften und Finanzierungsstrukturen aufweisen (11). In Berlin herrschen aufgrund der fehlenden Finanzierungsstrukturen jedoch weiter klinik- und stationsinterne Kompromisslösungen vor (12). Für Mitarbeitende und Patient:innen resultieren daraus Unzufriedenheit, Ohnmacht, Verunsicherungen und Frustrationen, die Kulturalisierungen¹ (re-)produzieren und sich zu aggressiven Konflikten zuspitzen können².

Beispielsweise dolmetscht Krankenhauspersonal, das weder fachlich noch in der Sprachmittlung geschult ist, oder es dolmetschen zuwider des Kinder- und Jugendschutzes Minderjährige für ihre Eltern (15) u.a.

- in der Vermittlung lebensbedrohlicher oder terminaler Erkrankungen;
- in Beratung zu komplexen Behandlungsentscheidungen sowie
- in der Anamnese intimer Details aus dem Leben oder Paarbeziehung der Eltern bzw. Patient:innen.

Aus diesem Grund ist in den vergangenen Jahren die Aufnahme von Sprachmittlungsleistungen in den Katalog der Gesetzlichen Krankenkassen bzw. ins SGB V von verschiedenen Fachverbänden sowie Gremien und zuletzt in Kooperation als „Initiative Sprachmittlung im Gesundheitswesen“ gefordert worden (siehe unten für eine Liste von Positionspapieren). Mit diesem Positionspapier nehmen wir diese Forderung wieder auf und ergänzen und konkretisieren sie.

¹ Kulturalisierung meint „die Tendenz, Lebens-, Verhaltens-, Wahrnehmungs- und Denkmuster als kulturell determiniert und reduziert auf eine nationale bzw. ethnisch spezifische Kultur zu beschreiben“. Dies wird als besonders problematisch diskutiert, wenn hierbei bestehende Macht- bzw. Ungleichheitsverhältnisse übersehen, missachtet und verleugnet werden bzw. im Alltagsrassismus durch kulturelle Zuschreibungen legitimiert werden (13-14).

² Dies ist in den noch unveröffentlichten Ergebnissen der Befragung im Rahmen des Projektes „TransVer – neXus. Interkulturelle Öffnung der Berliner Krankenhäuser“ deutlich geworden.

Da nicht alle in Deutschland lebenden Menschen krankenversichert sind, beispielsweise sind bestimmte Gruppen von Schutzsuchenden und manche EU-Bürgerinnen ausgeschlossen, reicht eine Verankerung im SGB V bzw. im Katalog der gesetzlichen Krankenkassen nicht aus. Es bedarf weiterer Gesetzesänderungen, um einen Anspruch für alle Personengruppen zu gewährleisten. Die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung und als deren Voraussetzung der sprachlichen Kommunikation durch Sprachmittlung soll daher mittelfristig ebenfalls Menschen ohne Anspruch auf (volle) Krankenversicherungsleistung, beispielsweise Asylsuchende und Geduldete in der ersten Zeit ihres Aufenthalts, betreffen.

Ausgehend von den oben genannten Befunden basiert unsere Forderung nach einer gesetzlichen Verankerung der Sprachmittlung auf ethischen und rechtlichen Argumenten sowie solchen, die in der Ausklammerung von Sprachmittlungsleistungen eine Form der strukturellen Diskriminierung und Rassismus sehen.

Chancengleichheit und Grundrechte

Die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesundheitsversorgung ist im Grundgesetz gegenüber der öffentlichen Gewalt sowie für die private Sphäre im allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz ableitbar:

Art 3 Grundgesetz (GG) (16)

Im Artikel 3 des GG wird gefordert, dass alle Menschen vor dem Gesetz gleich sind und niemand auf Grund von Abstammung, Heimat und Herkunft oder Sprache benachteiligt oder bevorzugt werden darf. Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) (17)

Auf ethnischer Herkunft basierende Benachteiligungen sind nach § 1 AGG zu verhindern oder zu beseitigen. Explizit eingeschlossen sind „Sozialschutz, einschließlich der sozialen Sicherheit und der Gesundheitsdienste“ (§ 2 Abs. 1, Nr. 5). Eine unmittelbare Benachteiligung liegt vor, [„wenn eine Person wegen eines in § 1 genannten Grundes eine weniger günstige Behandlung erfährt, als eine andere Person in einer vergleichbaren Situation erfährt, erfahren hat oder erfahren würde“...] (§ 3 Abs. 1).

Aus dem im Jahr 2013 verabschiedeten Patientenrechtegesetz ergeben sich konkretere Anforderungen an die behandelnde Fachkraft bezüglich der Behandlungsaufklärung, aus der die Notwendigkeit einer ausreichenden sprachlichen Verständigung eindeutig abzuleiten ist.

Behandlungsaufklärung nach § 630e Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) (18)

Gemäß § 630 e, Abs. 1 BGB „[...] ist der Behandelnde verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können“. Die Aufklärung hat mündlich, rechtzeitig und verständlich bzw. in einfacher Sprache zu erfolgen und kann durch Unterlagen lediglich ergänzt werden (§ 630e Abs. 2 Nr. 1-3 BGB).

Während die Kostenübernahme für Gebärdensprachmittlung mittlerweile im SGB I gesetzlich nachgeregelt wurde (§ 17 Abs. 2 SGB I) (19), ist der Bedarf an Sprachmittlung für Patient:innen ohne ausreichende Deutschkenntnisse nicht berücksichtigt worden. Die aktuelle Rechtsprechung verortet die Sprachbarriere bzw. deren Lösung in die private Sphäre der Patient:innen (20). Eine Kostenübernahme für Sprachmittlung ist allein für Empfänger:innen von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz möglich.

Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) Leistungen nach § 6 (21)

Um die Sprachmittlung bei Gesundheitsleistungen nach § 6 Abs. 1 AsylbLG sicherzustellen, können auf Antrag des:er Leistungsempfängenden in den ersten 18 Monaten die Kosten für Dolmetscher:innen übernommen werden. Dies umfasst die medizinische und psychotherapeutische Behandlung. Es besteht jedoch kein gesicherter Anspruch weder auf die Gesundheitsleistung noch auf die erforderliche Sprachmittlung, sondern die Bewilligung oder Ablehnung liegt im Ermessensbereich des:er Sachbearbeiter:in. Es handelt sich hierbei um eine „Kann-Regelung“. Die Handhabung und damit die Regulation des Zugangs zur Gesundheitsversorgung einschließlich der Kostenübernahme von Sprachmittlung wird jedoch in den verschiedenen Bundesländern sehr heterogen gestaltet. In Berlin ist für Personen mit Anspruch nach AsylbLG die Gesundheitskarte eingeführt worden, die somit überhaupt erst gesicherten Zugang zu den Leistungen der GKV erhalten. Die Übernahme von Sprachmittlungskosten erfolgt über das Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten als separates Prozedere und ist begrenzt auf die ersten 18 Monate.

Darüber hinaus ist die Frage ethisch zu diskutieren, warum einerseits die Notwendigkeit einer Sprachmittlung als Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung im Falle von Menschen mit Fluchtgeschichte anerkannt wird, nicht jedoch für Personen, die über nicht hinreichende Deutschkenntnisse verfügen, aber sich länger als 18 Monate in Deutschland aufhalten. Unter anderem in klinisch-ethischen Fallberatungen wird dieses Problem deutlich.

Der fehlende rechtliche Anspruch auf Sprachmittlung in der Gesundheitsversorgung kann zudem als im Widerspruch stehend zu verschiedenen völkerrechtlichen Vereinbarungen gesehen werden, denen die Bundesrepublik Deutschland beigetreten ist, u.a.:

- Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986;
- Charta der Grundrechte der Europäischen Union;
- Art. 12 Abs. 1 Satz 1 des UNO-Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte;
- Art. 24 der UN-Konvention über die Rechte des Kindes;
- Art. 5 des Internationalen Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form der „Rassen“diskriminierung (die Anführungszeichen sind eine Änderung der Autor:innen).

Weitere Verpflichtungen ergeben sich aus dem Artikel 34 der EU-Grundrechtecharta, aus dem sich grundsätzlich Ansprüche auf Sprachmittlung beim Erhalt medizinischer Maßnahmen ableiten lassen (22).

Nach Zusammenschau dieser Argumente und Befunde vertreten wir die Ansicht, dass der fehlende rechtliche Anspruch auf Sprachmittlung in der Gesundheitsversorgung und die aktuelle Rechtslage zur Kostenübernahme von Sprachmittlung bestehende strukturelle Benachteiligungen von Menschen mit nicht ausreichenden Deutschkenntnissen im Gesundheitswesen verfestigen und somit unter dem Gesichtspunkt des strukturellen Rassismus zu betrachten sind.

Im 2017 veröffentlichten „Nationalen Aktionsplan gegen Rassismus“ (23) wird diese Position vertreten. Betreffend die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Fluchtgeschichte wird u.a. folgendes gefordert:

„[...] Zum Existenzminimum gehört auch der Zugang zu guter Gesundheitsversorgung. Der Zugang von Schutzsuchenden hierzu sollte durch die Einführung der Gesundheitskarte in allen Bundesländern ermöglicht werden. [...]“ (S. 108)

Hier wird explizit eine gesetzliche Verankerung von Sprachmittlung ins SGB V gefordert, ohne dies auf eine bestimmte Gruppe oder zeitlich zu beschränken:

„[...] Sprachbarrieren müssen durch das Bereitstellen von Dolmetschenden verringert werden. Hierfür sind die finanziellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen zu schaffen (SGB V). [...]“ (S. 114)

Dass das Gesundheitswesen oder die Gesundheitsversorgung sowie die entsprechenden Einrichtungen nicht explizit im 2020 veröffentlichten „Maßnahmenkatalog des Kabinettsausschusses zur Bekämpfung von Rechtsextremismus und Rassismus“ (24) benannt wurden, betrachten wir als problematisch. Die gesetzliche Verankerung von Sprachmittlung im Gesundheitswesen verfolgt vor diesem Hintergrund folgende wesentliche Ziele:

„[...] 2. Prävention gegen Rechtsextremismus und Rassismus, Antisemitismus, Muslimfeindlichkeit und alle anderen Formen gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit in Regelstrukturen aller gesellschaftlichen Bereiche ausbauen und stärken [...] 4. Anerkennung und Wertschätzung einer vielfältigen und chancengerechten Gesellschaft und Stärkung gleicher Teilhabechancen von Menschen mit Einwanderungsgeschichte. [...]“ (S. 1)

Die erneute Initiative für die Sicherung des Anspruchs auf Sprachmittlung im Gesundheitswesen hat über TransVer-neXus³ im Sommer 2021 begonnen. Im Koalitionsvertrag 2021–2025 der Bundesregierung wird erklärt, dass „Sprachmittlung auch mit Hilfe digitaler Anwendungen [...] im Kontext notwendiger medizinischer Behandlung Bestandteil des SGB V“ (25, S. 84) wird. Wir greifen dies als Forderung auf und schlagen folgende zentrale Schritte zu ihrer Umsetzung und damit zum Abbau von strukturellem Rassismus und Diskriminierung vor.

³<https://transver-berlin.de/nexus-was-wir-machen/>

Forderungen

- 1) Aufnahme von Sprachmittlungsleistungen in den Katalog der GKV bzw. ins SGBV und in weiteren Gesetzen, z.B. AsylbLG;
- 2) Einberufung einer bundesweiten interdisziplinären Expert:innenkommission mit Vertreter:innen aus Medizin und allen Heilberufen, Sozialer Arbeit, Gesundheitsförderung und Prävention, Ethik, Rechtsprechung, Sozial- und Kulturwissenschaften, Sprachmittlungsdienstleistern/-verbänden/-organisationen, Migrant:innenorganisationen und weiteren relevanten Bereichen, die in diesem Prozess beratend, meinungsbildend und zur Sicherstellung der vereinbarten Standards einbezogen wird;
- 3) Entwicklung und Finanzierung von Konzepten zur Verbesserung des Zugangs zu Leistungen der Gesundheitsversorgung (z.B. Webseiten der KV; übersetzte Infomaterialien; Terminvereinbarungsservice in verschiedenen Sprachen etc.);
- 4) Es wird eine Budgetierung der Sprachmittlung pro Krankheitsfall von Fachgremien entwickelt;
- 5) Erarbeiten und Einführen einer ausreichenden zeitlichen Budgetierung für Anamnese-, Diagnostik- und Verlaufsgespräche, um die Erfassung und Berücksichtigung besonderer Bedarfe sicherzustellen;
- 6) Bereits bei Vereinbarung des Untersuchungstermins sollte die Indikation zur Sprachmittlung von den Fachkräften gestellt werden und entsprechende diagnostische Ziffern werden eingeführt;
- 7) Alle Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung, die Leistungen nach SGB V anbieten, sollen Zugriff auf Sprachmittlung erhalten können;
- 8) Förderung des Aufbaus eines Netzes aus lokalen und bundesweiten Sprachmittlungsdiensten mit geschulten Sprachmittler:innen, aus dem
 - persönliche sowie
 - Video- und Telefondolmetschleistungenmit geringem organisatorischem Aufwand kurzfristig angefordert werden können;
- 9) Benennung eines klaren Rollenleitbildes als Qualitätsstandard für die Sprachmittlung; niedrigschwellige modulare Qualifizierungsmöglichkeiten, vielfältige Zugänge zur Tätigkeit für erfahrene Seiteneinsteiger:innen;
- 10) Entwicklung einer angemessenen Gebührenordnung, welche den Sprachmittlungsdiensten die Umsetzung von hochwertigen Schulungs- sowie Supervisionsformaten ermöglicht;
- 11) Integration von Fort- und Weiterbildungsangeboten für die Arbeit mit Sprachmittler:innen in die Curricula für Fachkräfte aus allen Berufsgruppen.

Mitzeichnende

Institutionen & Verbände

- Aktionsbündnis Patientensicherheit APS e.V.
- Albatros gGmbH
- Alexander-Mitscherlich-Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie in Kassel e.V.
- Allianz Kommunalen Großkrankenhäuser AKG e.V.
- Ambulanz der Berliner Stadtmission
- Anonymer Krankenschein AKS Bonn e.V.
- Arbeiterwohlfahrt AWO Landesverband Berlin e.V.
- Arbeitsgemeinschaft Psychoanalyse & Psychotherapie APB Berlin e.V.
- Arbeitskreis Migration und Gesundheit des Gesundheit Berlin-Brandenburg GBB e.V.
- Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.
- Ärzte der Welt e.V.
- ATICOM e.V.
- Bayerische Landesärztekammer BLÄK
- Bayerischer Flüchtlingsrat e.V.
- Bayrische Krebsgesellschaft e.V.
- Be an Angel e.V.
- Beratungs- und Koordinierungsstelle (BeKo) Migration und Gesundheit/ Pflege, Trägerverbund der Sozialstationen Ludwigshafen
- Berliner Arbeitslosenzentrum evangelischer Kirchenkreise BALZ e.V.
- Berliner Initiative für gutes Dolmetschen gUG
- Berliner Krebsgesellschaft e.V.
- Berliner Psychotherapeutenkammer
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte BVKJ e.V.
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte BVDN e.V.
- Berufsverband Deutscher Psychiater BVDP e.V.
- Bundesfachnetz Gesundheit & Rassismus
- Bundeskonferenz der Migrantenorganisationen
- Bundesverband der Türkisch-Deutsch Dolmetscher und Übersetzer TDÜ e.V.
- Bunter Kreis e.V.
- Bürgerinitiative Ausländische Mitbürgerinnen BI-Berlin e.V.
- Centra- Zentrum für traumatisierte Geflüchtete Hamburg
- Children for Tomorrow Stiftung des bürgerlichen Rechts
- Christliches Jugenddorfwerk Deutschlands CJD Berlin-Brandenburg g.e.V.
- Dachverband der Migrantinnenorganisationen DaMigra e.V.
- Dachverband Transkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik dtppp e.V.
- Der Paritätische Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin DGINA e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie dgpi e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde dgppn e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Public Health DGPH e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie DGSF e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie DGVT e.V.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen DVSG e.V.
- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie DVT e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie DGPM e.V.
- Deutsch-Türkischer Frauenclub Nordbayern e.V.
- DGVT Ausbildungszentrum Berlin für Psychologische Psychotherapie
- Diakonieverband Reutlingen
- Die Sputniks - Vereinigung russischsprachiger Familien mit Kindern mit Beeinträchtigungen in Deutschland e.V.
- DONNA MOBILE AKA e.V.
- EOTO e.V.
- Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
- Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH
- Familienplanungszentrum Berlin – BALANCE e.V.
- Feministische Medizin e.V.
- Flüchtlingsrat Baden-Württemberg e.V.
- Flüchtlingsrat Berlin e.V.
- Flüchtlingsrat Brandenburg e.V.
- Flüchtlingsrat Hamburg e.V.
- Flüchtlingsrat Mecklenburg-Vorpommern e.V.
- Flüchtlingsrat Niedersachsen e.V.
- Flüchtlingsrat NRW e.V.
- Flüchtlingsrat Rheinland-Pfalz e.V.
- Flüchtlingsrat Sachsen-Anhalt e.V.
- Flüchtlingsrat Schleswig-Holstein e.V.
- Flüchtlingsrat Thüringen e.V.
- Förderverein Flüchtlingsrat Bremen e.V.
- Frauenkrisentelefon e.V.
- FrauSuchtZukunft e.V.
- Gemeindedolmetschdienst Berlin e.V.
- Gemeinwesenverein GWV Heerstraße Nord e.V.
- Gesellschaft für berufsbildende Maßnahmen GFBM mbH
- Gesellschaft für interkulturelles Zusammenleben GIZ gGmbH
- Gesellschaft für Systemische Therapie und Beratung GST GmbH
- Gesundheitskollektiv Berlin e.V.
- GKiND, Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V.
- Handicap International e.V.
- Hessischer Flüchtlingsrat e.V.
- Humanistischer Verband Deutschlands, LV Berlin-Brandenburg KdöR
- Institut für Psychologische Psychotherapie PPT Berlin e.V.
- Institut für Verhaltenstherapie IVB Berlin GmbH
- Interaktiv e.V., Verein zur Förderung eines gleichberechtigten Lebens für Menschen mit Behinderungen
- Internationale Ärzt*innen für die Verhütung des Atomkriegs/ Ärzt*innen in sozialer Verantwortung IPPNW e.V.
- Katholischer Krankenhausverband Deutschlands KKVD e.V.
- Kindererde gGmbH
- Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit FRITZ am Urban & Soulspace Vivantes Klinikum Am Urban und Vivantes Klinikum im Friedrichshain
- Kontakt- und Beratungsstelle KuB für Flüchtlinge und Migrant_innen e.V.
- Kulturen im Kiez e.V.
- LARA e.V. – Fachstelle gegen sexualisierte Gewalt an Frauen*
- LARA e.V. Mobile Beratung für geflüchtete Frauen* die sexualisierte Gewalt erlebt haben
- Lesbenberatung Berlin - Ort für Kommunikation, Kultur, Bildung und Information e.V.
- Medibüro Berlin | Netzwerk für das Recht auf Gesundheitsversorgung aller Migrant*innen | Gesundheit für alle Berlin e.V.
- Medibüro Chemnitz e.V.
- MediNetz Bonn e.V.
- MediNetz Dresden e.V.
- Medinetz Hannover e.V.
- MediNetz Koblenz e.V.
- MediNetz Leipzig e.V.
- MediNetz Mainz e.V.
- MediNetz Marburg e.V.
- MediNetz Ulm e.V.
- MediNetz Würzburg e.V.
- Medizin Hilft e.V.
- MeG betreutes Wohnen gGmbH; Berlin
- milaa gGmbH
- Netzwerk Frauengesundheit Berlin
- Netzwerk für psychische Gesundheit von vietnamesischen Migrant:innen e.V.
- Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen NTFN e.V.
- Opferhilfe Berlin e.V.
- ProAsyl/Flüchtlingsrat Essen e.V.
- Projekt dolpäp - Dolmetschen im pädagogischen Prozess gGmbH
- Psychiatrische Institutsambulanz, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Vivantes Wenckeback-Klinikum
- Psychologische Hochschule Berlin PHB gGmbH
- Saarländischer Flüchtlingsrat e.V.
- Sächsische Krebsgesellschaft e.V.
- Sächsischer Flüchtlingsrat e.V.
- Schlosspark - Klinik, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie Berlin
- Schwulenberatung Berlin gGmbH
- Seebrücke
- SeeYou Familienorientierte Nachsorge Hamburg - Stiftung des Katholischen Kinderkrankenhauses Wilhelmstift gGmbH
- space2groW - Frauenkreise Berlin Brandenburg e.V.
- TIO e.V. - Bildung und Beratung für Migrantinnen
- Türkische Gemeinde in Deutschland tgd e.V.
- Unabhängige Patientenberatung Deutschland UPD gGmbH
- Verband demokratischer Ärztinnen und Ärzte VDÄÄ e.V.
- Verband der Universitätsklinika Deutschlands VUD e.V.
- Verband für interkulturelle Arbeit Regionalverband Berlin Brandenburg e.V.
- „Was hab' ich?“ gGmbH
- YAAR e.V.
- Zentrum für interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie (ZIPP), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Campus Mitte, Charité-Universitätsmedizin Berlin,
- Zentrum Überleben gGmbH

Mitzeichnende

Personen

Dana Abdel-Fatah, M.Sc.	Judith Köhler (M.Sc.)
Dipl.-Psych. Faten Ahmed	Dr. Sabine Könniger
Cornelia Bauer	Prof. Dr. med. Stephanie Krüger
Detlev Becker	Claudia Kruse
Karin Bernaciak	Leandra Kuhn
Larissa Bogacheva	Dr. Christine Kurmeyer
Prof. Dr. Theda Borde	PD Dr. med. Thorsten Langer
Prof. Dr. med. Peter Bräunig	Nal Lohe
Prof. Dr. Ulrike Brizay	Prof. Dr. Lydia Maidl
Prof. Dr. Robin Celikates	Dipl. Päd Christian Möbius
Wail Diab	Dr. med. Norbert Mönter
Dipl. Reha.Päd. Dominic Dinh	Dr. phil. Idah Nabateregga
M.Sc. Psych. Martha Engelhardt	Dr. Simone Penka (M.A.)
Dr. med. Mirjam Faissner, M.A.	Dr. med. Ramona Pietsch
Dr. med. Korbinian Fischer	Dr. med. Guido Pliska
Johanna Friedrich(M.Sc. Klinische Psychologie)	Achim Pohlmann
Cinur Ghaderi	Muriel Reichmann
Prof. Dr. med. Iris Tatjana Graef-Calliess, MBA	M.Sc. Psych. Mihaela Savin
Dr. Ali Kemal Gün	Melanie Scharf, LL.B.
Linus Günther	Christian Schlicht
Marthe Hammer	Julius Schoebel, B.Sc.
Dr. med. Iris Hauth	M.Sc. Psych., B.A. Steffen Schödwel
Prof. Dr. Christoph Heintze, M.A. MPH	Prof. Dr. Meryam Schouler-Ocak
Prof. Dr. med Dr. phil. Andreas Heinz	Dipl. Psych. Monika Schröder
Laura Hertner, M.Sc.	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jalid Sehouli
Dr. med. Kai Kavermann	Dr. phil. Ute Siebert
Dipl.-Päd. Claudia Klett	Regine Sommer-Wetter
Dr. Ortrun Kliche (Dipl. Übersetzerin)	Heike Timmen (M.A.)
Dr. Corinna Klingler	Dr. med. Jolante Tuchmann
Prof. Dr. Ulrike Kluge	Prof. Dr. med. Sibylle Maria Winter
Thomas Knorr	Veronika Zablotzky, Ph.D.

Liste vergangener Positionspapiere

(Auswahl)

- Positionspapier des Deutschen Bundesverbands der Dolmetscher und Übersetzer (2021, 2017) (15, 26)
- Positionspapier des Paritätischen Gesamtverbandes (2018) (27)
- Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (2011) (28)
- Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege „Sprachmittlung: Voraussetzung für die Inanspruchnahme sozialer und gesundheitlicher Leistungen“ (2020) (33)
- Beschlussprotokoll des 122. Deutschen Ärztetages (2019) (29)
- Beschlussprotokoll des 124. Deutschen Ärztetages (2021) (30)
- Forderung nach Finanzierung von Sprachmittlung der Bundespsychotherapeutenkammer (2018) (31)
- Gemeinsames Positionspapier der BAfF und BPTK “Sprachmittlung als Leistung ins SGB V aufnehmen” (2021) (32)
- Positionspapier „Zur Finanzierung qualitativer Dolmetschleistungen für Menschen mit Behinderung bei medizinischer Behandlung“ vom Netzwerk „Flucht, Migration und Behinderung“ (koordiniert von Crossroads (Handicap International)) (34)
- Positionspapier des Bundesverbandes der Dolmetscher und Übersetzer e.V. (BDÜ) “Zur im Koalitionsvertrag vereinbarten Aufnahme der Sprachmittlung im Gesundheitswesen ins Sozialgesetzbuch V” (2021) (35)

Quellen

- (1) Baarnhielm, S., Aberg Wistedt, A. & Rosso, M.S. (2014). Revising psychiatric diagnostic categorisation of immigrant patients after using the cultural formulation in DSM-IV. *Transcultural Psychiatry*, 52, 287–310.
- (2) Bauer, A. M. & Alegría, M. (2010). The impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: a systematic review. *Psychiatric Services*, 61 (8), 765–773.
- (3) Borde, T. (2002). Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie. Dissertation. Berlin: Technische Universität Berlin, Fakultät VIII – Wirtschaft u. Management.
- (4) Gebhardt, J., David, M. & Borde, T. (2009). Der Anspruch auf differenzierte Beratung und Begleitung von Frauen in den Wechseljahren durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte. In F. Siedentopf, M. David, J.P. Siedentopf, A. Thomas & M. Rauchfuß (Hrsg.). *Zwischen Tradition und Moderne. Psychosoziale Frauenheilkunde im 21. Jahrhundert* (S. 295–300). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- (5) Haasen, C., Yagdiran, O., Maß, R. & Krausz, M. (2000). Erhöhte Schizophrenierate bei türkischen Migranten: Hinweise für Fehldiagnosen? In T. Heise & J. Schuler (Hrsg.). *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland* (S. 297–306). Berlin: VWB.
- (6) Sandhu, S., Bjerre, N. V., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Jensen, N. K., Lamkaddem, M., Puigmpinos i Riera, R., Kósa, Z., Wihlman, U., Stankunas, M., Straßmayr, C., Wahlbeck, K., Weibel, M., & Priebe, S. (2013). Experiences with treating immigrants: A qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(1), 105–116.
- (7) Wolf, V. & Özkan, I. (2012). Dolmetschen in der Psychotherapie – Ergebnisse einer Umfrage. *Psychotherapeuten-Journal*, 4, 325–327.
- (8) Kluge, U. (2011). Sprach- und Kulturmittler in der Psychotherapie. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.). *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 145–154). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- (9) Schreiter, S., Winkler, J., Bretz, J.J. & Schouler-Ocak, M. (2016). Was kosten uns Dolmetscher? – Eine retrospektive Analyse der Dolmetscherkosten in der Behandlung von Flüchtlingen in einer Psychiatrischen Institutsambulanz in Berlin. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 66(09/10), 356–360.
- (10) Kluge, U. & Kassim, N. (2006). Der Dritte im Raum – Chancen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Sprach- und KulturmittlerInnen in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.). *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 178–198). Heidelberg: Springer.
- (11) David, M., Teschemacher, L. & Borde, T. (2021). Wie kann die Sprachbarriere überwunden werden? Aspekte der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. *Monitor Versorgungsforschung* (06/21), 53–58.
- (12) Westphal, M. (2007). Interkulturelle Kompetenzen – ein widersprüchliches Konzept als Schlüsselqualifikation. In H. R. Müller & W. Stravovradis (Hrsg.). *Bildung im Horizont der Wissensgesellschaft* (S. 85–111). Wiesbaden: VS-Verlag.
- (13) Mecheril, P. (2010). „Kompetenzlosigkeitskompetenz“. Pädagogisches Handeln unter Einwanderungsbedingungen. In G. Auernheimer (Hrsg.). *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität* (3. Auflage., S. 15–34). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- (14) Bundesministerium für Verbraucherschutz. Art 3 Grundgesetz (GG). Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_3.html [Zugriff am 16.6.21]
- (15) Bundesministerium für Verbraucherschutz. Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG). Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/agg/> [Zugriff am 16.6.21]
- (16) Bundesministerium für Verbraucherschutz. § 630e Aufklärungspflichten. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_630e.html [Zugriff am 16.6.21]
- (17) Bundesministerium für Verbraucherschutz. § 17 Ausführung der Sozialleistungen. Verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_1/_17.html [Zugriff am 16.6.21]
- (18) Urteil des Landessozialgericht Niedersachsen Bremen (Az.: L 4 KR 147/14). Verfügbar unter: <https://beck-online.beck.de/Dokument?vpath=bibdata%2Fzeits%2Frdg%2F2018%2Fcont%2Frdg.2018.191.1.htm&anchor=Y-200-GE-LSGNIEDERSACHSEN-BREMEN-AZ-L4KR14714-D-20180123> [Zugriff am 16.6.21]
- (19) Bundesministerium für Verbraucherschutz. 6 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/asylbgl/> [Zugriff am 16.6.21]
- (20) Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat. Nationaler Aktionsplan gegen Rassismus. Verfügbar unter: https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/heimat-integration/nap.pdf?__blob=publicationFile&v=6 [Zugriff am 16.6.21]
- (21) Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP (2021). Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Verfügbar unter: <https://cms.gruene.de/uploads/documents/Koalitionsvertrag-SPD-GRUENE-FDP-2021-2025.pdf> [Zugriff am 08.12.21]

Bei Fragen oder zur Kontaktaufnahme wenden Sie sich bitte an:
sprachmittlung-ccm@charite.de

Vorlage Nr. 15/1410

öffentlich

Datum: 29.11.2022
Dienststelle: OE 0
Bearbeitung: Frau Dr. Bösel / Herr Hillringhaus

Landschaftsausschuss	07.12.2022	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	03.02.2023	Kenntnis
Ausschuss für Personal und allgemeine Verwaltung	06.02.2023	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Organisation der Kommunikationsfunktion im LVR

Kenntnisnahme:

Die künftige Organisation der Kommunikationsfunktion im LVR wird gemäß Vorlage Nr. 15/1410 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-Gleichstellungsplans 2025. nein

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ihd. Jahr):

Produktgruppe:

Erträge:

Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan

Aufwendungen:

/Wirtschaftsplan

Einzahlungen:

Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan

Auszahlungen:

/Wirtschaftsplan

Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:

Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:

Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten

Zusammenfassung

Aufgrund nicht mehr zeitgemäßer und passender Kommunikationsstrukturen- und -prozesse wurde eine externe Expertise zur Organisation der Kommunikationsfunktion im LVR von dem Beratungsunternehmen Horváth und Partner erstellt. Das hier entwickelte Kommunikationsmodell wird derzeit im LVR umgesetzt.

Begründung der Vorlage Nr. 15/1410:

Organisation der Kommunikationsfunktion im Landschaftsverband Rheinland

I. Aktuelle Organisation der Kommunikationsfunktion im LVR

Die vielfältigen strukturellen Besonderheiten, die den Landschaftsverband Rheinland ausmachen, schlagen sich auch in der Organisation der Kommunikation nieder. Sie ist als Organisationseinheit in die zentrale Verwaltungsstruktur im Organisationsbereich der Landesdirektorin eingebunden. Gleichzeitig agiert sie aber auch als Grenzstelle zwischen weiteren internen und externen Stakeholdern und steht in einem Spannungsfeld zwischen Reputationspflege und der Vermittlung interessanter Informationen für die Bürger*innen. Um die (bedeutsamen) inhaltlichen Themen stärker nach außen zu kommunizieren und auf diese Weise die jeweiligen Zielgruppen mit spezifischen Botschaften zu erreichen, wurde der LVR im Sommer 2020 inhaltlich in fünf strategische Kompetenzfelder gegliedert, die in der Kommunikation des LVR in den Fokus rücken sollen:

- „Bildung und Erziehung“
- „Leben und Arbeit“
- „(Seelische) Gesundheit“
- „Kultur“ und
- „Querschnittsthemen“

Diese Kompetenzfelder wurden in einem breit angelegten partizipativen Prozess im Verband mithilfe externer Beratung erarbeitet und bilden den Kern der Kommunikationsstrategie.

II. Änderungsanforderungen an die Kommunikationsfunktion (Ist-Analyse)

1. Handlungsfelder in der aktuellen Organisation der Kommunikationsfunktion

Die Kommunikationsfunktion des LVR ist aktuell überwiegend im Fachbereich 03 „Kommunikation“ im Dezernat 0 gebündelt. Der Fachbereich hat die Aufgaben, sowohl die Kommunikationsmaßnahmen für die LVR-Dachmarke als auch für die inhaltlichen Themen der Fachdezernate zu konzipieren und auszuführen. Die derzeitige Kommunikationsfunktion des LVR wird insgesamt den Anforderungen von moderner crossmedialer und digitaler Kommunikation nicht gerecht. Die Analyse des Status quo im Fachbereich 03 zeigt einen (historisch gewachsenen) „Flickenteppich“ in der Verteilung von Kernaufgaben der Kommunikationsarbeit. Insbesondere fehlt es an klaren Rollenabgrenzungen innerhalb des Fachbereichs. Das bedeutet, dass Aufgaben und Verantwortungsbereiche ineffizient und nach außen nicht transparent zugeordnet sind. Für die Dezernate ist es teilweise schwer nachzuvollziehen, welche Verantwortlichkeiten innerhalb des Fachbereichs 03 bestehen. Die bisherige Art der Aufgabenwahrnehmung in der Kommunikationsfunktion des LVR kann die Potentiale der thematischen Vielfalt des LVR nicht entfalten. Zudem fehlen Kompetenzen für relevante Aufgaben moderner Kommunikationsarbeit – insbesondere in der Nutzung Sozialer Medien und bei der Erfolgsmessung durch ein gezieltes Wirkungscontrolling.

Der Fokus liegt derzeit auf einer zentral organisierten Kommunikation durch den Fachbereich 03. Trotz dieser grundsätzlichen Struktur, führen die Fachdezernate mit ihrem bestehenden Personal auch eigene Kommunikationsmaßnahmen durch. Dabei weisen sie teilweise gute Ansätze auf, sind jedoch strukturell nicht entsprechend ausgestattet, um eine hohe kommunikative Wirkungskraft zu entfalten. Die Fachdezernate können auf keine standardisierten Stellenprofile und Prozesse zurückgreifen, was zulasten einer einheitlichen Aufgabenwahrnehmung, Struktur sowie einheitlicher Stellen- und Kompetenzprofile für Kommunikationsarbeit geht. Sie sind in der Durchführung von Kommunikationsaktivitäten stark vom Zentralbereich abhängig, worunter letztlich die Kreativität in der Entwicklung von Kommunikationsformaten und die inhaltliche Vielfalt leiden.

Darüber hinaus bestehen derzeit keine geeigneten Zusammenarbeitsmodelle für proaktive Ideen- und Kampagnenentwicklung sowie deren Umsetzungscoordination. Eine unklare Verteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten führt zudem zu einer abstimmungsintensiven Zusammenarbeit zwischen den Fachdezernaten und dem Fachbereich 03, sodass in diesem Zusammenhang überdies deutlich zu beschleunigende Abstimmungsprozesse identifiziert wurden.

2. Entwicklungen im Kommunikationsbereich und in Folge veränderte Erwartungen der Informationsempfänger*innen

Seit geraumer Zeit werden Entwicklungen in der Kommunikationsarbeit in hohem Maße von einer veränderten Mediennutzung, dem Einsatz neuer Technologien und der Generierung von Nutzerdaten getrieben. Die Themenvielfalt und der gemeinnützige Fokus des LVR hat ein überaus hohes Potenzial für die Nutzung von sog. Storytelling („Geschichten erzählen“) in der Außenkommunikation. Um in der heutigen Aufmerksamkeitsökonomie Interesse bei den Zielgruppen des LVR zu erzeugen, gilt es, die richtigen Themen in den Vordergrund zu stellen, Kampagnenfähigkeit aufzubauen, Inhalte crossmedial zu bespielen und die Wirkung konsequent mithilfe von Daten zu messen. Digitales Marketing, insbesondere die Nutzung von Sozialen Medien, erfordert spezifische Kompetenzprofile, die in Zukunft für eine erfolgreiche LVR-Kommunikationsfunktion unabdingbar sein werden, sowie eine gesteigerte Reaktionsfähigkeit.

3. Externe Expertise von Horváth und Partner

Mit der Entwicklung einer Expertise zur konkreten Weiterentwicklung der Organisation der Kommunikationsfunktion im LVR wurde „Horváth und Partner“ als eine externe Kommunikationsberatung mit nachgewiesener Erfahrung im öffentlich-rechtlichen Umfeld beauftragt. Ziel dieser Beratungsleistung war es, für eine moderne Kommunikationsfunktion die am besten geeignete Organisationsform und Verortung innerhalb der Organisationsstruktur im LVR zu finden und dabei strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für ein erfolgreiches Kommunikationsmanagement aufzuzeigen. Das Beratungsprojekt wurde von Oktober 2021 bis April 2022 durchgeführt.

In diesem Projekt wurde zunächst eine Situationsdiagnose mitsamt der Identifikation von Optimierungspotenzialen durchgeführt, die ebenso Interviews mit LVR-Kommunikationsexpert*innen einschloss. Auf dieser Grundlage wurden sodann ein Zielbild der Kommunikationsstrukturen erarbeitet und entsprechende Veränderungsmaßnahmen definiert. Bisherige Stärken der Kommunikationsfunktion

(z.B. Krisenkommunikation) behält das Soll-Konzept bei und adressiert die vorstehend beschriebenen Handlungsfelder.

Das Soll-Konzept bildet entsprechend eine auf der aktuellen LVR-Kommunikationsstrategie aufbauende Struktur, welche die Umsetzung der Strategie bestmöglich unterstützt und teilweise nachschärft.

III. Zielbild zur Organisation der Kommunikationsfunktion im LVR (Soll-Konzept)

In Zukunft soll die Kommunikation entsprechend stärker dezentral verantwortet werden. So soll sich die thematische Vielfalt des LVR in der Kommunikationsarbeit wirksamer abbilden, da dort kommuniziert wird, wo die fachliche Expertise aus den unterschiedlichen Fachdezernaten in der Tiefe vorliegt. Hierfür sollen die Fachdezernate hinsichtlich ihrer Kommunikation professioneller aufgestellt werden und eine höhere Selbstständigkeit sowie Entscheidungsfreiheit innerhalb ihrer jeweiligen Kompetenzfelder erhalten.

Der Fachbereich 03 konzentriert sich hingegen auf die Dachmarken-Kommunikation und verantwortet zentral die Kommunikation der Querschnittsthemen. Gleichzeitig koordiniert er übergreifende Kommunikationsmaßnahmen, stellt zentrale Services zur Unterstützung der Kommunikationsarbeit der Fachdezernate bereit und bietet Beratungsleistungen zur Unterstützung der Kommunikationsaktivitäten der Fachdezernate und ihrer nachgelagerten Einrichtungen. Zu diesen zentral bereitgestellten „Kommunikations-Services“ zählen beispielsweise Aufgaben des Kommunikations-Designs, also gestalterische Tätigkeiten.

Damit diese stärker dezentralisierte, verbreiterte Aufgabenverteilung erfolgreich funktioniert, ist die Einführung eines modernen und effektiven Zusammenarbeitsmodells von zentralen und dezentralen Einheiten entscheidend. Newsroom-Konzepte und ein Wirkungscontrolling sind die marktüblichen „State of the art“-Antworten für die Organisation von Kommunikationsarbeit.

Ein LVR-spezifisches Newsroom-Konzept soll deswegen als neues Zusammenarbeitsmodell etabliert werden und die effiziente Abstimmung aller in den Kommunikationsaktivitäten involvierten Akteure sicherstellen.

Im Einzelnen beinhaltet das Soll-Konzept im Wesentlichen die folgenden fünf Aspekte:

1) Einrichtung eines LVR-spezifischen Newsroom

Die übergreifende Zusammenarbeit der zentralen und dezentralen Kommunikationsverantwortlichen wird mithilfe eines LVR-spezifischen Newsroom strukturiert, welcher den organisatorischen Rahmen für die strategische und operative Abstimmung der Kommunikationsmaßnahmen über alle beteiligten Akteure hinweg schafft.

Ein Newsroom stellt die Kommunikationszentrale von Redaktionen und Unternehmen dar. Hier kommen die leitenden Redakteure aus verschiedenen Ressorts zusammen, um über Themen zu sprechen und die Distribution der entsprechenden Inhalte kanalübergreifend zu planen. Diese Art der kollaborativen Zusammenarbeit erfolgt häufig über Redaktionsgrenzen hinaus. Damit geht eine

für viele Redaktionen revolutionäre Änderung der Arbeitsweise einher: weg vom Denken und Handeln in Ressorts und fachlichen Zuständigkeiten, hin zur crossmedialen Fokussierung auf Themen und ihre kollaborative Aufbereitung.

Das bedeutet in der Praxis: Während es in analogen Zeiten organisatorisch getrennte und eigenständig agierende Redaktionen für die klassischen Publikationskanäle Print, Radio und Fernsehen gab, geht es heute darum, zielgruppengerecht aufbereitete Inhalte, etwa als Artikel, Video, Audio-Beitrag oder Infografik von gedruckten Zeitungen und Magazinen über Websites und Nachrichtenportale bis hin zu den Social-Media zu platzieren. Damit steht in einem Newsroom Konzept nicht mehr der Distributionskanal im Vordergrund, sondern der redaktionelle Inhalt an sich.

2) Kampagnenfähigkeit mithilfe eines strukturierten Zusammenarbeitsmodells ausbauen

Die neue Newsroom-Struktur ermöglicht eine eng abgestimmte Zusammenarbeit bei dezentralen Verantwortlichkeiten und bildet deswegen die Grundlage für eine verbesserte und verbandsweite Kampagnenfähigkeit im LVR.

3) Klare Aufgabenverteilung und Verantwortlichkeiten entlang optimierter Prozesse einführen

Die Festlegung von Verantwortlichkeiten entlang optimierter Soll-Prozesse und klar beschriebener Rollen schafft Transparenz im neuen Aufgabensplit der zentralen und dezentralen Kommunikationsstellen, die mithilfe einer Verantwortlichkeitsmatrix entlang übergreifender und Kompetenzfeld-spezifischer Teilprozesse in der LVR-Kommunikationsfunktion verankert werden. Hierbei erhalten die Fachdezernate im Unterschied zu heute eine höhere Verantwortung und Fachkompetenz für ihre jeweiligen Kommunikationsmaßnahmen.

4) Kompetenzen für digitale und crossmediale Medien- und Öffentlichkeitsarbeit aufbauen und stärken

Die einheitlichen Rollenbeschreibungen für Kommunikation mit angemessener zentraler und dezentraler Ressourcenausstattung sorgen für eine klar voneinander abgegrenzte Aufgabenverteilung in der Kommunikationsarbeit und beinhalten Kompetenzen im Bereich Medienmanagement (inkl. Social-Media), datenbasiertes Wirkungscontrolling sowie kreative Content-Produktion.

5) Außenwahrnehmung der LVR-Dachmarke sowie der LVR-Kompetenzfelder stärken (Seelische Gesundheit, Kultur, Bildung und Erziehung, Leben und Arbeit) und die Organisationsstruktur auf die Anforderungen moderner Kommunikationsarbeit noch besser ausrichten

Es wird eine neue Soll-Organisationsstruktur mit veränderter Aufgabenverteilung zwischen zentralem Fachbereich (zuständig für Dachmarke und Querschnittsthemen) und den Fachdezernaten (zuständig für die inhaltlichen Kompetenzfelder) eingeführt. Dabei wird die Kommunikation entlang der LVR-Kompetenzfelder durch strukturelle Einbindung und größere Eigenständigkeit der Fachdezernate ausgebaut – unterstützt durch die übergreifende Koordination und

Dienstleistungsfunktion des Fachbereichs 03 „Kommunikation“ sowie der Stabstelle „Veranstaltungsmanagement“.

IV. Umsetzung des Soll-Konzepts

Diese Expertise ist im Juni 2022 im Verwaltungsvorstand vorgestellt worden und hat dort die Zustimmung aller Dezernate gefunden. Es wurde beschlossen, dass das in diesem Konzept entwickelte Kommunikationsmodell sukzessive schnellstmöglich umgesetzt werden soll. In dieser ersten Phase wurde im vierten Quartal 2022 mit dem Kompetenzfeld „Kultur“ begonnen. Im Anschluss erfolgt die sukzessive Umsetzung in den weiteren Kompetenzfeldern.

Hinweis zu den bereitgestellten Dokumenten

Neben den hier formulierten Ausführungen ist in der Anlage 1 „Abschlussbericht: Organisationsanalyse der Kommunikationsfunktion für den Landschaftsverband Rheinland“ der Abschlussbericht von Horváth und Partner beigefügt. Dieser Abschlussbericht verweist seinerseits auf verschiedene Anlagen, die auf Seite 1 des Berichtes ausgeführt sind.

Die dort beschriebene Anlage 1 „Situationsdiagnose“ ist hier als Anlage 2 beigefügt. Die weiteren erwähnten Anlagen 2 „Soll-Konzept“ und 3 „RACI-Matrix“ beinhalten die ausführliche Darstellung des neuen Kommunikationsmodells sowie das RACI-Modell zur systematischen Festlegung von Aufgaben, Zuständigkeiten und Verantwortungen (in einer Excel-Tabelle).

Aufgrund des Umfangs dieser Dokumente sowie der Größe der Excel-Tabelle, die sich im Ausdruck nur bei einer Größe von DinA0 lesbar entfaltet, wurde darauf verzichtet, diese beiden Dokumente beizufügen. Stattdessen sind die wesentlichen Ergebnisse in der Anlage 3 „Soll-Konzept: Organisation der Kommunikationsfunktion im LVR“ zusammengefasst und grafisch aufbereitet.

L u b e k

Anlage 1

Organisationsanalyse der Kommunikationsfunktion für den Landschaftsverband Rheinland



Abschlussbericht

Juni 2022

Inhaltsverzeichnis

I. Managementzusammenfassung	1
II. Projektvorgehen	6
1. Situationsdiagnose	8
1.1. Trends und Entwicklungen	8
1.2. Verantwortungsbereiche und Aufgabenpakete	12
1.3. Zusammenarbeitsmodelle und Organisationsstruktur	13
2. Zielbild der Kommunikationsfunktion	15
2.1. Newsroom-Konzept.....	15
2.2. Stellenprofile	19
2.3. Organisationsstruktur	20
2.4. Prozesse und Verantwortlichkeiten	22
3. Veränderungsmaßnahmen	24

I. Managementzusammenfassung

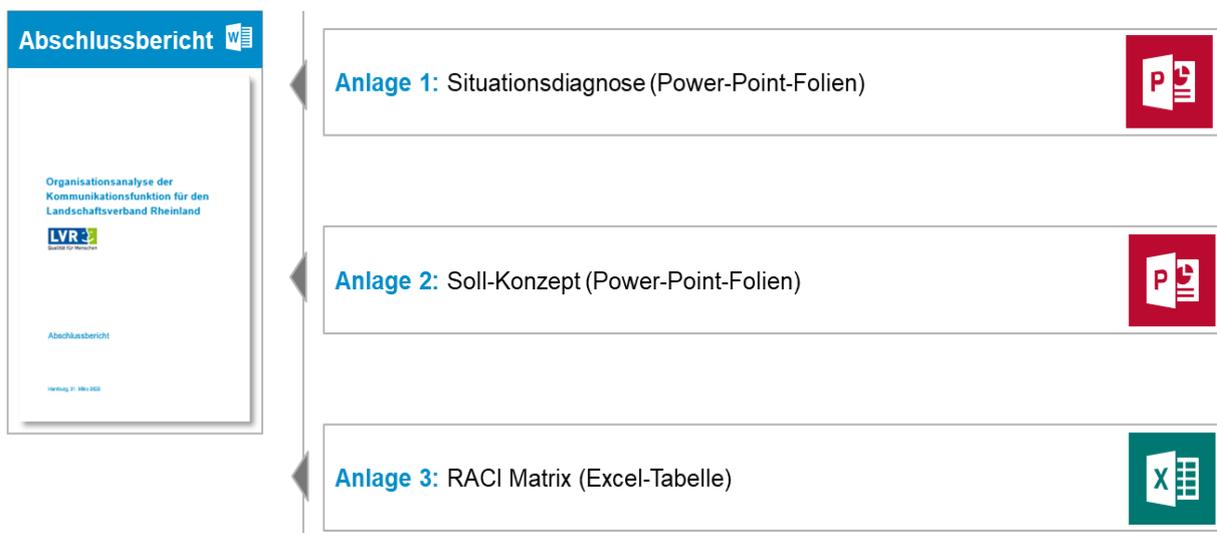
Der Landschaftsverband Rheinland, als einer von zwei Kommunalverbänden in NRW mit ca. 20.000 Beschäftigten, erfüllt rheinlandweit kommunale Aufgaben für kreisfreie Städte, die Städteregion Aachen und Kreise in der Kulturpflege, im Gesundheits-, Schul-, Jugend- und Sozialwesen.

Die Organisationseinheit Kommunikation ist in die zentrale Verwaltungsstruktur des LVR im Organisationsbereich der Landesdirektorin eingebunden und agiert zudem als Schnittstelle zwischen internen und externen Stakeholdern. Die Kommunikation steht insbesondere vor den Herausforderungen der generellen Reputationspflege sowie der Vermittlung nützlicher Informationen für die Bürger*innen. Die Ressourcen für Kommunikationsaktivitäten sind bisher überwiegend im Zentralbereich verortet. Zusätzlich findet Kommunikation in Eigenregie auch dezentral, z.B. in den Kliniken und Museen, statt.

Im Sommer 2020 wurde auf breiter Basis eine neue Kommunikationsstrategie mitsamt Definition der wesentlichen Kompetenzfelder des LVR erarbeitet, welche die Veränderungsnotwendigkeit der Kommunikationsfunktion attestiert. Bisher wurden aus dieser Strategie keine Organisationsmaßnahmen abgeleitet.

Ziel der ausgeschriebenen Beratungsleistung war es daher, für eine moderne Kommunikationsfunktion die am besten geeignete Organisationsform und Verortung innerhalb der Organisationsstruktur im LVR zu finden und dabei strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für ein erfolgreiches Kommunikationsmanagement aufzuzeigen. Das Beratungsprojekt wurde von Oktober 2021 bis April 2022 durchgeführt. Zunächst wurde eine Situationsdiagnose mitsamt der Identifikation von Optimierungspotenzialen durchgeführt. Auf dieser Basis wurde ein Zielbild der Kommunikationsstrukturen erarbeitet und entsprechende Veränderungsmaßnahmen definiert. Die Analyse und Konzeption erfolgten unter enger Einbindung der Auftraggeberin.

Dieser Abschlussbericht fasst die wesentlichen Kernergebnisse zusammen und besteht aus dem hier vorliegenden Dokument sowie folgenden Anlagen, auf die jeweils punktuell verwiesen wird:



Zusammenfassung der Situationsdiagnose

Die Kommunikationsfunktion des LVR ist aktuell überwiegend im Fachbereich 03 „Kommunikation“ im Dezernat 0 gebündelt. Der Fachbereich hat die Aufgaben, sowohl die Kommunikationsmaßnahmen für die LVR-Dachmarke als auch für die inhaltlichen Themen der Fachdezernate zu konzipieren und auszuführen. Die derzeitige Kommunikationsfunktion des LVR wird insgesamt den Anforderungen von crossmedialer und digitaler Kommunikation nicht gerecht. Die Analyse des Status quo im Fachbereich 03 („FB 03“) zeigt einen (historisch gewachsenen) „Flickenteppich“ in der Verteilung von Kernaufgaben der Kommunikationsarbeit. Insbesondere fehlt es an klaren Rollenabgrenzungen innerhalb des Fachbereichs. Das bedeutet, dass Aufgaben und Verantwortungsbereiche ineffizient und nach außen nicht transparent zugeordnet sind. Für die Dezerante ist es teilweise schwer nachzuvollziehen, welche Verantwortlichkeiten innerhalb des Fachbereichs 03 bestehen. Die bisherige Art der Aufgabenwahrnehmung in der Kommunikationsfunktion des LVR kann die Potentiale der thematischen Vielfalt des LVR nicht entfalten. Zudem fehlen Kompetenzen für relevante Aufgaben moderner Kommunikationsarbeit – insbesondere in der Nutzung Sozialer Medien und bei der Erfolgsmessung durch ein gezieltes Wirkungscontrolling.

Der Fokus liegt derzeit auf einer zentral organisierten Kommunikation durch den Fachbereich 03. Trotz dieser grundsätzlichen Struktur, führen die Fachdezernate mit ihrem bestehenden Personal eigene Kommunikationsmaßnahmen durch. Dabei weisen sie teilweise gute Ansätze auf, sind jedoch strukturell nicht entsprechend ausgestattet, um eine hohe kommunikative Wirkungskraft zu entfalten. Die Fachdezernate können auf keine standardisierten Stellenprofile und Prozesse zurückgreifen, was zulasten einer einheitlichen Aufgabenwahrnehmung, Struktur sowie Stellen- und Kompetenzprofile für Kommunikationsarbeit geht. Sie sind in der Durchführung von Kommunikationsaktivitäten stark vom Zentralbereich abhängig, worunter letztlich die Kreativität in der Entwicklung von Kommunikationsformaten und die inhaltliche Vielfalt leiden. Darüber hinaus bestehen derzeit keine geeigneten Zusammenarbeitsmodelle für proaktive Ideen- und Kampagnenentwicklung sowie deren Umsetzungscoordination. Die bestehenden Zusammenarbeitsmodelle zwischen dem Fachbereich 03 und den Fachdezernaten folgen keiner übergeordneten Struktur und finden insgesamt zu wenig auf der Arbeitsebene statt. Eine unklare Verteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten führt zudem zu einer abstimmungsintensiven Zusammenarbeit zwischen den Fachdezernaten und dem Fachbereich 03.

Seit geraumer Zeit werden Entwicklungen in der Kommunikationsarbeit in hohem Maße von einer veränderten Mediennutzung, dem Einsatz neuer Technologien und der Generierung von Nutzerdaten getrieben. Die Themenvielfalt und der gemeinnützige Fokus des LVR hat ein überaus hohes Potenzial für die Nutzung von Storytelling in der Außenkommunikation. Um in der heutigen Aufmerksamkeitsökonomie Interesse bei den Zielgruppen des LVR zu erzeugen, gilt es, die richtigen Themen in den Vordergrund zu stellen, Kampagnenfähigkeit aufzubauen, Inhalte crossmedial zu bespielen und die Wirkung konsequent mithilfe von Daten zu messen. Digitales Marketing, insbesondere die Nutzung von Sozialen Medien, erfordert spezifische Kompetenzprofile, die in Zukunft für eine erfolgreiche LVR-Kommunikationsfunktion unabdingbar sein werden, sowie eine gesteigerte Reaktionsfähigkeit.

Bisherige Stärken der Kommunikationsfunktion (z.B. Krisenkommunikation) sollten dabei beibehalten und aktuelle Defizite (z.B. Serviceorientierung, digitales Marketing und crossmediale Kampagnen) korrigiert werden. Insbesondere sollten die Themen der

Kompetenzfelder aus der LVR-Kommunikationsstrategie (Seelische Gesundheit, Kultur, Bildung und Erziehung, Leben und Arbeit sowie der LVR-Dachmarke mitsamt Querschnittsthemen) nach außen sichtbar werden, um die jeweiligen Zielgruppen mit spezifischen Botschaften zu erreichen. Für diese Anforderungen bietet die LVR-Kommunikationsstrategie bereits wichtige Bausteine.

Die thematische Vielfalt des LVR kann sich in der Kommunikationsarbeit nur schwerlich abbilden, wenn sie weiterhin aus einer zentralen Organisationseinheit heraus organisiert wird, da hierfür die Distanz zur inhaltlichen Arbeit der Fachdezernate zu groß ist – die Schnittstellen zwischen den Kommunikationsexperten im Dezernat 0 und den fachlichen Experten in den einzelnen Dezernaten weist hohe Ineffizienzen, insbesondere in Bezug auf eine klare Verantwortlichkeitsverteilung, auf. Der Fachbereich 03 ist nicht naturgemäß in der Lage, sämtliche fachliche Expertise aus den unterschiedlichen Fachdezernaten in der Tiefe vorzuhalten – und gleichzeitig das „große Ganze“, also die Dachmarken-Kommunikation, zu überblicken.

Daher sollten die Fachdezernate hinsichtlich ihrer Kommunikation professioneller aufgestellt werden und eine höhere Selbstständigkeit sowie Entscheidungsfreiheit innerhalb ihrer Kompetenzfelder erhalten.

Gleichzeitig bedarf es einer übergreifenden Koordination von Kommunikationsmaßnahmen, einer Befähigungsfunktion für die Fachdezernate sowie einer zentralen Zuständigkeit für die übergeordneten Themen der Dachmarke und der Querschnittsthemen. Eine gesteigerte Koordinationsfunktion sowie das Angebot von zentralen Services zur Unterstützung der Kommunikationsarbeit der Fachdezernate durch den zentralen Fachbereich 03 führt zu einer Befähigung der Kommunikationsaktivitäten der Fachdezernate und ihrer nachgelagerten Einrichtungen. Das bedeutet, dass der zentrale Fachbereich neben der verantwortlichen Dachmarken-Kommunikation die Fachdezernate durch die Bereitstellung zentraler Services dabei unterstützt, ihre jeweiligen Kommunikationsmaßnahmen eigenständig durchzuführen. Zu diesen zentral bereitgestellten „Kommunikations-Services“ zählen beispielsweise Aufgaben des Kommunikations-Designs, also gestalterische Tätigkeiten.

Funktionierende Zusammenarbeitsmodelle von zentralen und dezentralen Einheiten sind entscheidend für die erfolgreiche Kommunikation des LVR. Newsroom-Konzepte und ein Wirkungscontrolling sind die „State of the art“-Antworten für die Organisation von Kommunikationsarbeit auf die aktuellen und künftigen Herausforderungen in der Kommunikationsarbeit.

Ein LVR-spezifisches Newsroom-Konzept soll als neues Zusammenarbeitsmodell etabliert werden und die effiziente Abstimmung aller in den Kommunikationsaktivitäten involvierten Akteure sicherstellen.

Kernelemente des Soll-Konzepts

Im Sommer 2020 wurde mit einer externen Kommunikationsberatung eine neue LVR-Kommunikationsstrategie mitsamt Definition der wesentlichen Kompetenzfelder des LVR erarbeitet, welche die Veränderungsnotwendigkeit der Kommunikationsfunktion attestiert. Bisher wurden aus dieser Strategie keine Organisationsmaßnahmen abgeleitet. Das nachfolgende Soll-Konzept bildet eine darauf aufbauende Struktur, welche die Umsetzung der Strategie bestmöglich unterstützt.

Das Soll-Konzept beinhaltet im Wesentlichen die folgenden vier Aspekte, welche in Kapitel 2 weiter ausgeführt werden:

1) Einrichtung eines LVR-spezifischen Newsroom

Die übergreifende Zusammenarbeit der zentralen und dezentralen Kommunikationsverantwortlichen wird mithilfe eines LVR-spezifischen Newsroom strukturiert, welcher den organisatorischen Rahmen für die strategische und operative Abstimmung der Kommunikationsmaßnahmen über alle beteiligten Akteure hinweg schafft.

Ein Newsroom stellt die Kommunikationszentrale von Redaktionen und Unternehmen dar. Hier kommen die leitenden Redakteure aus verschiedenen Ressorts zusammen, um über Themen zu sprechen und die Distribution der entsprechenden Inhalte kanalübergreifend zu planen. Diese Art der kollaborativen Zusammenarbeit erfolgt häufig über Redaktionsgrenzen hinaus. Damit geht eine für viele Redaktionen revolutionäre Änderung der Arbeitsweise einher: weg vom Denken und Handeln in Ressorts und fachlichen Zuständigkeiten, hin zur crossmedialen Fokussierung auf Themen und ihre kollaborative Aufbereitung.

Das bedeutet in der Praxis: Während es in analogen Zeiten organisatorisch getrennte und eigenständig agierende Redaktionen für die klassischen Publikationskanäle Print, Radio und Fernsehen gab, geht es heute darum, zielgruppengerecht aufbereitete Inhalte, etwa als Artikel, Video, Audio-Beitrag oder Infografik von gedruckten Zeitungen und Magazinen über Websites und Nachrichtenportale bis hin zu den Social Media zu platzieren. Damit steht in einem Newsroom Konzept nicht mehr der Distributionskanal im Vordergrund, sondern der redaktionelle Inhalt an sich.

2) Kampagnenfähigkeit mithilfe eines strukturierten Zusammenarbeitsmodells ausbauen

Die neue Newsroom-Struktur bildet gleichermaßen die Grundlage für eine verbesserte und verbandsweite Kampagnenfähigkeit im LVR.

3) Klare Aufgabenverteilung und Verantwortlichkeiten entlang optimierter Prozesse einführen

Die Festlegung von Verantwortlichkeiten entlang optimierter Soll-Prozesse schafft Transparenz im neuen Aufgabensplit der zentralen und dezentralen Kommunikationsstellen, die mithilfe einer Verantwortlichkeitsmatrix entlang übergreifender und Kompetenzfeld-spezifischer Teilprozesse in der LVR-Kommunikationsfunktion verankert werden. Hierbei erhalten die Fachdezernate im Unterschied zu heute eine höhere Verantwortung und Fachkompetenz für ihre jeweiligen Kommunikationsmaßnahmen.

4) Kompetenzen für digitale und crossmediale Medien- und Öffentlichkeitsarbeit aufbauen und stärken

Die einheitlichen Stellenprofile für Kommunikation mit angemessener zentraler und dezentraler Ressourcenausstattung sorgen für eine klar voneinander abgegrenzte Aufgabenverteilung in der Kommunikationsarbeit und beinhalten Kompetenzen im Bereich Medienmanagement (inkl. Social-Media), datenbasiertes Wirkungscontrolling sowie kreative Content-Produktion.

5) Außenwahrnehmung der LVR-Dachmarke sowie der LVR-Kompetenzfelder stärken (Seelische Gesundheit, Kultur, Bildung und Erziehung, Leben und Arbeit) und die Organisationsstruktur auf die Anforderungen moderner Kommunikationsarbeit noch besser ausrichten

Es wird eine neue Soll-Organisationsstruktur mit veränderter Aufgabenverteilung zwischen zentralem Fachbereich (zuständig für Dachmarke und Querschnittsthemen) und den Fachdezernaten (zuständig für die inhaltlichen Kompetenzfelder) eingeführt. Dabei wird die Kommunikation entlang der LVR-Kompetenzfelder durch strukturelle Einbindung und größere Eigenständigkeit der Fachdezernate ausgebaut – unterstützt durch die übergreifende Koordination und Dienstleistungsfunktion des Fachbereichs 03 „Kommunikation“ sowie der Stabstelle „Veranstaltungsmanagement“.

Zur Einführung des Soll-Konzeptes wurden zudem neun Veränderungsmaßnahmen definiert (siehe Kapitel 3).

II. Projektvorgehen

Die Organisationsanalyse umfasste den Zeitraum von Oktober 2021 bis April 2022. In diesem Zeitraum sind folgende Prozessschritte vollzogen:

- Es wurde eine Situationsdiagnose der bestehenden LVR-Kommunikationsfunktion durchgeführt. In der Situationsdiagnose wurden insbesondere vorhandene Strategien und Analysen gesichtet und eingeordnet sowie Handlungsalternativen erörtert. Zudem wurden Anforderungen an eine „moderne Kommunikation“ aus der Mission des LVR, gesetzlichen Verpflichtungen und kommunikationsstrategischen Überlegungen abgeleitet. In Interviews mit ausgewählten Stakeholdern wurden bisherige Analysen plausibilisiert und im Anschluss Veränderungshypothesen definiert.
- Auf dieser Basis wurde ein Zielbild der Kommunikationsstrukturen mitsamt entsprechender Veränderungsmaßnahmen erarbeitet. Hierfür wurden die Stellenprofile der wesentlichen zentralen/dezentralen Akteure entwickelt sowie die Haupt- und Teilprozesse in einer Prozesslandkarte definiert. Die Klärung von Governance-Regeln (Entscheidungs- u. Abstimmungswege) wurde in einer Verantwortlichkeitstabelle („RACI-Matrix“¹) festgelegt und eine entsprechende organisatorische Aufstellung für die Kommunikationsfunktion abgeleitet.
- Zur Erreichung des Zielbildes ist es erforderlich, verschiedene Veränderungen innerhalb der Organisation vorzunehmen. Die dafür notwendigen Maßnahmen werden in Maßnahmensteckbriefen zur Einführung des Soll-Konzeptes ausgeführt und dokumentiert (vgl. Anlage 2, Folien 57 ff.).

¹ Organisationen nutzen die Kategorisierung nach RACI, um zu einer klaren Beschreibung der Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten zu gelangen. Dabei werden die Begriffe wie folgt interpretiert:

- **Responsible** – zuständig für die eigentliche Durchführung (Durchführungsverantwortung).
- **Accountable** – rechenschaftspflichtig, verantwortlich im Sinne von „genehmigen“, „billigen“.
- **Consulted** – konsultiert. Eine Person, die ggf. nicht direkt an der Umsetzung beteiligt ist, aber relevante Informationen für die Umsetzung hat und deshalb befragt werden soll oder muss.
- **Informed** – zu informieren (Informationsrecht). Eine Person, die Informationen über den Verlauf bzw. das Ergebnis der Tätigkeit erhält oder die Berechtigung besitzt, Auskunft zu erhalten.

Die folgende Grafik stellt die Projektphasen mit ihren Inhalten und Ergebnissen dar:

		Analysephase	Konzeptionsphase		Umsetzung
Module		I	II	III	IV
		Situationsdiagnose durchführen	Zielbild Kommunikationsstrukturen erarbeiten	Veränderungsmaßnahmen definieren	Begleitung d. Organisationsweiterentwicklg.*
Projektmanagement					
Inhalte		<ul style="list-style-type: none"> ■ Projektinitialisierung: Einführungsgespräch mit AG, Projektfeinplanung etc. ■ Sichtung der vorliegenden Unterlagen und Analysen; Termin zur Plausibilisierung der bisherigen Analysen ■ Interviews mit ausgewählten Stakeholdern, insbes. Leitung Abt. Kommunikation u. Leitungen der weiteren Kommunikationseinheiten ■ Ableitung der Anforderungen an eine „moderne Kommunikation“ aus der Mission des LVR, gesetzlichen Verpflichtungen und kommunikationsstrategischen Überlegungen ■ Identifikation von Optimierungspotenzialen ■ Konsolidierung der Erkenntnisse und Ableitung von Veränderungshypothesen; Grobskizze von (max. 3) Handlungsalternativen ■ Abstimmung mit AG; Entscheidung für eine Alternative zur weiteren Ausarbeitung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erarbeitung eines Organisationskonzepts für eine Handlungsalternative auf Basis von Interviews u. Workshops <ul style="list-style-type: none"> ■ Klärung Funktion und Rolle der wesentlichen zentralen/dezentralen Akteure (AKV-Prinzip) ■ Definition der wesentlichen Haupt- u. Teilprozesse sowie Aktivitäten-split zentral/dezentral ■ Klärung Governance-Regeln (Entscheidungs- u. Abstimmungswege in RACI-Matrix) und Zusammenarbeit an Schnittstellen ■ Prüfung von Gestaltungsmöglichkeiten dezentral ■ Organisatorische Aufstellung für die zentrale Kommunikation ■ Abstimmung mit AG 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von zwei Workshops zur <ul style="list-style-type: none"> – Identifikation von Handlungsfeldern bzgl. Handlungsauftrag und Organisationseffizienz – Ableitung von Maßnahmen für die Handlungsfelder ■ Erstellung von detaillierten Maßnahmensteckbriefen mitsamt Priorisierung und Veranschaulichung auf einer Roadmap ■ Finale Dokumentation in Form eines ausführlichen, schriftlichen Abschlussberichts in Word mit vorheriger Abstimmung über die Gliederungsstruktur ■ Abstimmung mit AG 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Durchführung ggf. notwendiger tiefgreifender Analysen ■ Umsetzung der identifizierten und priorisierten Maßnahmen entlang der definierten Roadmap ■ Überprüfung und Weiterentwicklung der Organisationsstrategie
	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vorhandene Strategien und Analysen wurden gesichtet und eingeordnet ■ Handlungsalternativen sind vorgestellt und abgestimmt 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Auswertung der Gespräche / Zusammenfassung der Erkenntnisse / Dokumentation ■ Zielbild für moderne Kommunikationsfunktion 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Selbsterklärende Gesamtdokumentation ■ Ausführliche Maßnahmensteckbriefe für die Umsetzung inkl. Roadmap 	<ul style="list-style-type: none"> * Die Begleitung der Umsetzung ist nicht Teil des Angebots.

Abbildung: Dreistufiges Projektvorgehen

1. Situationsdiagnose

1.1. Trends und Entwicklungen

Analyse – Outside-In-Perspektive zu Trends und Entwicklungen in der Kommunikationsarbeit

Grundsätzlich führen die folgenden Mega-Trends zu einem nachhaltigen Wandel von Kommunikationsarbeit und ihrer Organisation:

- **Konnektivität:** die Vernetzung mittels digitaler Kommunikationstechnologien;
- **Individualisierung:** zunehmende Entscheidungsfreiheiten, persönliche Selbstbestimmung und individuelle Verwirklichung;
- **und Aufmerksamkeitsökonomie:** Aufmerksamkeit als knappe, umstrittene Ressource und Währung im heutigen Kontext sozialer Medien und deren Informationsüberfluss.

Aus den genannten Mega-Trends heraus entwickeln sich fachliche und organisatorische Anforderungen an Kommunikationsarbeit. Zum einen lässt sich eine veränderte Mediennutzung beobachten, der überwiegende Anteil der Bevölkerung nutzt bereits täglich Online-Medien, Tendenz steigend. Gleichzeitig sinkt die Halbwertszeit von Informationen, da die hohe Flut an Daten eine abnehmende Aufmerksamkeitsspanne in der Mediennutzung hervorruft. Zusätzlich zu der hohen Informationsflut steigt auch die Anzahl an kommunikationsrelevanten Medien, wobei heutzutage nicht mehr nur Verlage, sondern ebenso andere „Gatekeeper“ (wie z.B. Plattformen, Social Media und ihre Algorithmen) den Zugang zu Kommunikation regeln. Abschließend werden in der heutigen Mediennutzung Themen über Multiplikatoren (bspw. im Rahmen von „Communities“) mit dem Ziel der Interaktion verbreitet.

Neben der veränderten Mediennutzung ändert sich auch die Erwartungshaltung der Medien-Konsumenten. Der Fokus liegt hierbei auf personalisierten Erfahrungen im Rahmen von erzählten Geschichten („Storytelling“), da Inhalte in Kommunikationsangeboten vor allem sinnstiftend sein müssen, um den Datenüberfluss auszugleichen. Außerdem steigen die Nutzererwartungen gegenüber der Kreativität von audiovisuellen Inhalten („Content“, insbesondere mithilfe hochwertigen Designs, Bildern, Videos sowie Audio-Inhalten). Neben dem „Content“ ist außerdem der aktive Dialog zwischen Marken/Influencern und „Konsumenten“ auf digitalen Plattformen zentral („Deep Engagement“).

Zuletzt wächst auch der Stellenwert von Daten. Da durch die hohe Datenflut auch insgesamt mehr Daten zu relevanten Zielgruppen für die Kommunikationsarbeit zur Verfügung stehen, gibt es Möglichkeiten zur softwaregestützten Messung von Wirkungen und Interaktion mithilfe objektiver wie subjektiver Kennzahlen („Wirkungscontrolling“). Dadurch können Inhalte zielgruppenspezifisch platziert werden, um schnell viele Menschen („Viralität“) oder gezielt bestimmte Gruppen zu erreichen („Micro-Targeting“). Folglich steigt auch der Stellenwert von Online-Werbekampagnen („Digitales Marketing“).

Aus den genannten Mega-Trends und Entwicklungstreibern lassen sich jedoch auch bestimmte Herausforderungen an die Kommunikationsarbeit der Gegenwart und Zukunft ableiten.

Eine der zentralen, aktuellen wie zukünftigen Herausforderungen für Kommunikationsarbeit ist die Beherrschung der zunehmenden Geschwindigkeit und Daten-/Informationsflut. Hierfür ist die Verwendung neuer Technologien notwendig, darüber hinaus können die Daten für die Kommunikationsarbeit genutzt werden, um Erfolgs- und Risikofaktoren von Kommunikationsmaßnahmen zu messen. Gleichzeitig müssen Abteilungen für Kommunikation den steigenden Anforderungen gerecht werden, zu denen die kreative Erarbeitung und Verarbeitung von Content, der Aufbau und die Pflege von Vertrauen sowie die Themen Nachhaltigkeit und soziale Verantwortung im Rahmen der Kommunikationsarbeit zählen. Des Weiteren sollte Kommunikation in Zukunft entlang der Organisationsstrategie ausgerichtet werden. Kommunikationsabteilungen sind zudem in die Lage zu versetzen, mit der Entwicklung digitaler Kommunikation und sozialer Netzwerke schritthalten zu können. All diese Anforderungen sind oftmals mithilfe begrenzter Ressourcen zu erfüllen, weshalb eine gezielte Auswahl der richtigen Kommunikationskanäle – angepasst an die Bedarfe und Zielgruppen der Organisation – zentral ist.

Auch die Art der Arbeit im Rahmen von Kommunikationsabteilungen erlebt aufgrund der genannten Herausforderungen und Anforderungen einen Wandel. Anstelle der klassischen Presse- und Öffentlichkeitsarbeit (inkl. der Pressemitteilungen, -konferenzen und -gespräche, Krisenkommunikation, Info-Materialien, etc.) werden digitale Kommunikation und Kampagnenarbeit immer wichtiger (Kampagnenentwicklung, Social-Media-Beiträge, digitale Veranstaltungen und Kundeninteraktion). Jene neue Art der Kommunikationsarbeit ist durch agile Arbeitsweisen und kreative Content-Generierung geprägt und konzentriert sich auf Multi-Channel-Strategien, Markenbildung und „Purpose-driven Communication“, d.h. eine auf den Daseinszweck des LVR ausgerichtete Kommunikation. Außerdem werden neue Software-Anwendungen verwendet, welche es ermöglichen, Content zielgruppengerecht zu produzieren. Hierfür werden beispielsweise immer häufiger exemplarische Musterkunden („Persona“) und Kundenreisen (ganzheitliche Analyse der Interaktionspunkte der Persona) erstellt sowie datenbasiertes Wirkungscontrolling und Erfolgsmessung betrieben.

Eine mögliche Lösung, um den genannten Trends, Entwicklungen und Herausforderungen im Rahmen der Kommunikationsarbeit entgegenzutreten, ist die Einführung eines Newsrooms, der zurzeit die „State-of-the-Art“-Antwort für den organisatorischen Wandel in Kommunikationsabteilungen darstellt. Newsroom-Konzepte bestehen aus einem Kommunikationskonzept mit Kernbotschaften und strategischen Themen der Organisation sowie einer Content-Strategie, die den strukturierten Umgang mit (digitalen) Medieninhalten entwickelt. Dabei werden die Organisationsziele und Stakeholder-Bedürfnissen berücksichtigt. Newsroom-Konzepte lassen sich flexibel an verschiedene Organisationsstrukturen anpassen. Der Newsroom kann die Zusammenarbeit verschiedener zentraler wie dezentraler Einheiten organisieren, die sich an abgestimmten Themen orientieren („Denken in Themen“).

Innerhalb der Newsrooms werden kollaborativ und zielgruppengerecht Themen aufbereitet, um konsistente Botschaften über verschiedene Kanäle hinweg zu entwickeln und zu verbreiten. Hierbei ist eine Trennung zwischen Themen und Kanälen vorgesehen, da heutzutage eine hohe Medienexpertise, insbesondere für die verschiedenen Online-Kanäle, notwendig ist. Hierfür bietet es sich an, diese Aufgaben der Bedienung von Kommunikationsmedien fachkompetenten Spezialisten zu überlassen. Folglich werden interne wie externe Inhalte von den abgestimmten Themen her, und nicht von den verschiedenen Kanälen her konzipiert (Story vor Medium) und ggf. im Format an das jeweilige Medium

angepasst. Das für den LVR spezifisch entwickelte Newsroom-Modell wird im Kapitel 2.1 näher erläutert.

Generelle Schlussfolgerungen – Implikationen für die Organisation von Kommunikation

Abgeleitet aus den analysierten Trends, Entwicklungen und Herausforderungen für gegenwärtige und zukünftige Kommunikationsarbeit lassen sich einige Anforderungen an die Organisation ableiten:

- Kommunikationsabteilungen sollten strategische Kommunikationsziele aus der Perspektive der Zielgruppen definieren und ihre Arbeit konsequent an ihnen ausrichten.
- Um Aufmerksamkeit zu generieren, müssen Geschichten in den Vordergrund gestellt, Informationen mit Emotionen verknüpft sowie eine Sinnorientierung ermöglicht werden. Folglich werden Geschichten „multi- und crossmedial“, also über verschiedene Medien hinweg, ausgespielt. Jener Umgang mit vielen verschiedenen, neuen Medien verlangt neben spezifischen Fachkenntnissen (technologische/digitale Kompetenzen) ein professionelles und kreativeres Marketing (höherer Fokus auf visuelle Kommunikation), weshalb neue Kompetenzen im Rahmen der Kommunikationsarbeit benötigt werden.
- Darüber hinaus ergeben sich neue Anforderungen an die Technik und IT-Ausstattung von Kommunikationsabteilungen. Jene brauchen verstärkt Software zur Planung und Steuerung von Kampagnen sowie zur Durchführung von Kommunikationsformaten und Veranstaltungen (Live-Streams etc.).
- Des Weiteren sollten Kommunikationsaktivitäten einem kontinuierlichen Monitoring unterzogen werden, mithilfe eines Wirkungscontrolling, welches objektive wie subjektive Kennzahlen zur Wirkungserreichung definiert (z.B. Anzahl von „Followern“ oder Klicks, Besucherstatistiken etc.).
- Darauf aufbauend sollte die Markenbildung mithilfe eines einheitlichen Corporate Designs/einer Corporate Identity sowie klarer Vision und Mission vorangetrieben werden.
- Des Weiteren gilt es, den Fokus auf Kampagnen und Online- bzw. digitales Marketing (also der kundenorientierten und zielgruppenspezifischen Positionierung bzw. dem Vertrieb von Marken und Produkten mithilfe von Online-Medien und Kommunikationskanälen) zu legen. Hierfür sollten geeignete und relevante Medien und Kanäle je Zielgruppe und Kundenbedürfnis ausgewählt werden und lineare „One-way Kommunikation“ (z.B. mittels klassischer Presselektüre), um Interaktionen und Dialog mit den Zielgruppen (z.B. mittels Sozialer Medien), ergänzt werden.
- Zuletzt sollte die Agilität der Organisationsstruktur gestärkt werden, um schneller auf Kommunikationsanforderungen reagieren zu können und den zunehmenden Informationsfluss zu bewältigen. In dem ständigen Wettbewerb um Aufmerksamkeit und der sich schnell wandelnden Medienlandschaft, welche heutzutage für alle Kommunikatoren vorherrscht, müssen Kommunikationsabteilungen mutiger in Bezug auf den Umgang mit innovativen Formaten und neuen Medien werden, um in der Informationsflut wahrgenommen zu werden und entsprechende Kompetenzen auf- oder ausbauen zu können. Damit die Mitarbeiter*innen für Kommunikation aus verschiedenen Organisationseinheiten besser und schneller zusammenarbeiten, sollte außerdem ein geeignetes Zusammenarbeitsmodell etabliert werden (Newsroom-Konzept).

LVR-spezifische Schlussfolgerungen – Implikationen für den LVR

Für die LVR-Kommunikationsfunktion bietet die kürzlich erarbeitete Kommunikationsstrategie eine geeignete Basis, um den Anforderungen an eine moderne Kommunikationsarbeit gerecht zu werden.

Die Herausforderung besteht nun darin, die wesentlichen Elemente aus der Kommunikationsstrategie „zum Leben zu erwecken“ (insb. Ziele, Kompetenzfelder, Marken-Architektur) und in einer optimalen Organisationsstruktur abzubilden. Hierfür sollten über die Organisation der LVR-Kommunikationsarbeit die verschiedenen Kommunikationsexperten in ihrer alltäglichen Arbeit vernetzter zusammenarbeiten und die Kommunikationsmaßnahmen strukturell verzahnter stattfinden. Damit Botschaften in Form von Geschichten mithilfe verschiedener Medien vermittelt werden können, müssen Silo-Denken bzw. „Zuständigkeits-Säulen“ abgebaut und ein kontinuierlicher Austausch über die Grenzen von Organisationseinheiten hinweg gestärkt werden. Dies macht es wahrscheinlicher, dass Inhalte auf Nutzerperspektiven ausgerichtet werden anstatt auf Organisationsstrukturen („Organisation der Kommunikation, nicht Kommunikation der Organisation“).

Bezüglich der notwendigen Aufgaben im Rahmen der LVR-Kommunikationsfunktion ist ein Mentalitätswandel notwendig. Neben der „klassischen Pressearbeit“ (immer noch wichtig) gilt es, eine stärkere Marketing- und PR-Orientierung einzuführen und die Rolle im „Kampf um Aufmerksamkeit“ aktiv anzunehmen. Die vorhandenen Themen bieten hierfür ein sehr hohes Potential und treffen den Zeitgeist (seelische Gesundheit, Kultur, Leben und Arbeit sowie Bildung). Dies gelingt insbesondere durch eine konsequente Beachtung der Zielgruppenperspektive.

Die vorgeschlagene Lösung hierfür bildet die Einführung eines LVR-spezifischen Newsroom, welcher die künftige Zusammenarbeit zwischen dem Fachbereich Kommunikation, den Dezernaten und ihren nachgelagerten Einrichtungen und zugehörigen Eigenbetrieben auf der Grundlage der Kommunikationsstrategie kollaborativ organisiert (vgl. Kapitel 2.1).

Gleichzeitig muss eine höhere Wirksamkeit in der Kommunikationsarbeit mithilfe von Pilotkampagnen und Testzyklen erreicht werden. Über Pilotkampagnen lassen sich Optimierungen in Prozess, Struktur und Zusammenarbeit erzielen, die wiederum insgesamt zu einer höheren Geschwindigkeit der LVR-Kommunikationsfunktion führen. Zur Unterstützung jener neuen Anforderungen sind Know-how und Kompetenzen für den Umgang mit neuen Medien, in Bezug auf audiovisuelle „Contentgenerierung“ und Datennutzung sowie die Auswahl relevanter Medien je Zielgruppe (z.B. Podcast, Blog, Instagram etc.) und Hilfstechnologien (CRM, Kampagnenplanungstools, Wirkungscontrolling) notwendig.

1.2. Verantwortungsbereiche und Aufgabenpakete

Analyse – Status Quo der Verantwortungs- und Aufgabenverteilung von Kommunikation im LVR

Im Anschluss an die Analyse der Trends und Entwicklungen sowie der daraus abgeleiteten Anforderungen an die Kommunikationsarbeit wurde eine Situationsdiagnose bezüglich der aktuellen Verantwortungsbereiche und Aufgabenpakete innerhalb der Kommunikationsfunktion des LVR durchgeführt. Daraus ergaben sich die im Folgenden aufgezeigten Erkenntnisse.

Im Allgemeinen zeigt der Fachbereich 03 „Kommunikation“ („FB 03“) in der Ist-Struktur eine inkonsistente und ineffiziente Verteilung von Verantwortungsbereichen und Aufgaben auf, da bisher innerhalb des Fachbereichs keine konsistente und funktionale Binnenstruktur mit klar verteilten Verantwortungsbereichen, Aufgabenverteilungen und -abgrenzungen besteht.

Die Verteilung von Kernaufgaben der Kommunikationsarbeit folgt oftmals keiner funktionalen Logik, sondern zeigt einen (historisch gewachsenen) „Flickenteppich“. Die Stellen für Medien- und Öffentlichkeitsarbeit weisen zudem eine umfangreiche Aufgabenzuordnung auf und sind somit stark generalistisch geprägt. Sie übernehmen Aufgaben sowohl für die LVR-Dachmarke als auch für Fachdezernats-spezifische Themen.

Die sich schnell wandelnde Medienlandschaft, die stärkere Digitalisierung sowie der kürzere Lebenszyklus von Produkten führt zu erhöhten Anforderungen an die ästhetische Gestaltung von Kommunikation. Um diese zu bewerkstelligen, sollte entsprechende Expertise in einer zentralen Einheit gebündelt werden, was bisher im LVR nicht ausreichend vorzufinden ist. Dies gilt für „Kommunikationsdienstleistungen“, wie z.B. Kommunikationsdesign, Video- und Fotoproduktion. Auch Aufgaben im Zusammenhang mit Social Media, Kampagnenarbeit und (Online bzw. digitales) Marketing sind nicht klar verortet und müssen deutlich ausgeweitet werden. Ein strukturiertes, datengetriebenes Wirkungscontrolling ist bislang ebenfalls nicht vorhanden.

Darüber hinaus weisen die Fachdezernate und nachgelagerten Einrichtungen in Bezug auf Kommunikation heterogene Organisationsstrukturen, Prozesse und Zusammenarbeitsmodelle auf. Die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung sowie Ressourcen sind bisher unterschiedlich verteilt und orientieren sich nicht an den tatsächlichen Kommunikationsbedarfen. In den Fachdezernaten übernehmen oftmals Personen zusätzlich Aufgaben für Kommunikation, die nicht im Hauptamt bzw. in Vollzeit mit Aufgaben für Medien- und Öffentlichkeitsarbeit betraut sind. Daraus resultiert eine unzureichende Wirksamkeit der Kommunikation in Gänze und ein geringer Reifegrad an Professionalisierung.

Schlussfolgerungen – Ableitung relevanter Verantwortungsbereiche und Aufgabenpakete

Die Verteilung und Bündelung von Aufgaben, Kompetenz und Verantwortung des FB 03 gilt es neu zu definieren. Das Ziel sollte es sein, die bisherigen Stärken beizubehalten (z.B. Krisenkommunikation) und aktuelle Defizite zu korrigieren. Hierbei müssen sich auch ein neues Selbstverständnis und die Rolle des zentralen Fachbereichs widerspiegeln. Damit die Arbeit des Fachbereichs verbandsweite Akzeptanz findet, sollte sich die Rolle hin zu einem „Befähiger“ und Dienstleister für die Dezernate entwickeln. Regulierung sollte in Zukunft

weniger durch Verbote (z.B. von Kompetenzfeld-spezifischen Social-Media-Kanälen) als vielmehr durch proaktive Koordination der Öffentlichkeitsarbeit erfolgen.

In Bezug auf die Verteilung der Verantwortung innerhalb des zentralen Fachbereich 03 sollte eine Ausweitung der Eigenverantwortung der jeweiligen Mitarbeitenden vorgenommen werden. Das heißt, dass die Fachbereichsleitung weniger operativ in das „Tagesgeschäft“ eingreift und Mitarbeitende eigenständig Kommunikationsmaßnahmen durchführen. Zudem sollte eine Stärkung der Eigenverantwortlichkeit von Fachdezernaten für ihre Kommunikationsmaßnahmen eingeführt werden. Für die Kompetenzfeld-spezifischen Kommunikationsmaßnahmen sind demnach ausschließlich die Kommunikationsexperten der jeweiligen Fachdezernate verantwortlich. Es bedarf einer Organisationsstruktur, die es erlaubt, fachliche sowie Führungsverantwortung auf Abteilungs- oder Teamverantwortliche zu delegieren.

1.3. Zusammenarbeitsmodelle und Organisationsstruktur

Analyse – Status-Quo der bestehenden Zusammenarbeitsmodelle und Organisationsstrukturen

Es bestehen derzeit insgesamt keine geeigneten übergreifenden Zusammenarbeitsmodelle für kreative Ideen- und Kampagnenentwicklung sowie deren Umsetzungssteuerung.

Auf der Arbeitsebene findet zwischen Fachbereich 03 und den Ansprechpartner*innen in den Fachdezernaten zu wenig Austausch statt. Es gibt keine fundierte und regelmäßig abgestimmte Planung sowie Evaluation. Die Aktivitäten sind nicht erkennbar proaktiv an einer Strategie orientiert, sondern eher reaktiv ausgerichtet. Die Fachdezernate erwarten eine höhere Serviceorientierung sowie übergreifende Themensteuerung und Vernetzung von dem zentralen Fachbereich. Der Fachbereich 03 wird nicht als befähigend und steuernd wahrgenommen, wodurch sich eventuell Motivation und fachliches Know-how der Fachdezernate nicht ausreichend entfalten können. Zusammenarbeitsmodelle in Bezug auf Kommunikation zwischen Fachdezernaten und nachgelagerten Einrichtungen funktionieren dann gut, wenn in den Fachdezernaten entsprechendes Personal zur Steuerung vorgehalten wird. Allerdings denken die Fachdezernate oftmals in „Dezernats-Silos“, anstatt die „Kundenperspektive“ sowie eine LVR-weite Perspektive einzunehmen.

Das Modell zur Strukturierung der zentralen wie dezentralen Kommunikation des Dezernats „Kultur und Landschaftliche Kulturpflege“ beinhaltet bereits gute Beispiele dafür, wie Fachdezernate in der Kommunikationsarbeit mit nachgelagerten Einrichtungen zusammenarbeiten. Zu nennen ist hier beispielsweise der Bereich Kultur mit dem erfolgreichen Aufbau eines Instagram-Kanals. Es stellt einen regelmäßigen Austausch auf der Arbeitsebene und Koordinationsmöglichkeiten des Fachdezernats sicher. Das Funktionsschema wurde daher in der Weiterentwicklung eines LVR-übergreifenden Zusammenarbeitsmodells für den Bereich der Kommunikationsarbeit aufgegriffen.

Schlussfolgerungen – LVR-spezifisches Zusammenarbeitsmodell entwickeln

Eine starke Dachmarke und lebendige „Kompetenzfelder“ (gemäß LVR-Kommunikationsstrategie) schließen sich nicht aus. Der Dachmarke des LVR kann es nicht gelingen, die gesamte thematische Vielfalt abzudecken. Die Aufgabe des zentralen Fachbereichs muss es daher sein, die Fachdezernate zu befähigen, sich miteinander zu vernetzen und gleichzeitig dafür zu sorgen, dass die Kommunikationsaktivitäten der Familien- und Produktmarken positiv auf die Dachmarke einzahlen. Die Kompetenzfelder aus der Kommunikationsstrategie bieten für zukünftige Zusammenarbeitsmodelle einen potenziellen thematischen Rahmen, in welchem regelmäßige fachdezernatsübergreifende Zusammenarbeit stattfinden kann.

Die Situationsdiagnose hat die Notwendigkeit einer Stärkung der Fachdezernate verdeutlicht, damit die Themen der Kompetenzfelder aus der LVR-Kommunikationsstrategie in Zukunft nach außen sichtbarer werden. Gleichzeitig sollte die strategische Steuerung der Kompetenzfelder, übergreifende Kommunikationsdienstleistungen und die Zuständigkeit für die Dachmarke zentral erfolgen. Für eine effiziente Aufgabenabgrenzung ist die Neukonzeption eines strukturierten Zusammenarbeitsmodells entscheidend.

2. Zielbild der Kommunikationsfunktion

2.1. Newsroom-Konzept

Die Zusammenarbeit zwischen dem Fachbereich 03, den Fachdezernaten und ihren nachgelagerten Einrichtungen wird über das LVR-spezifische Newsroom-Konzept organisiert. Der Newsroom ist dabei im Wesentlichen ein Zusammenarbeitsmodell, dass die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Kommunikationsexperten des LVR – Fachbereichs- und Dezernats-übergreifend – organisiert. Dieses Zusammenarbeitsmodell legt den Grundstein für eine deutliche Verbesserung der Kommunikationsfunktion (höhere Sichtbarkeit, bessere Reputation, etc.) indem es die effiziente Umsetzung der Kommunikationsziele und –maßnahmen hochgradig unterstützt.

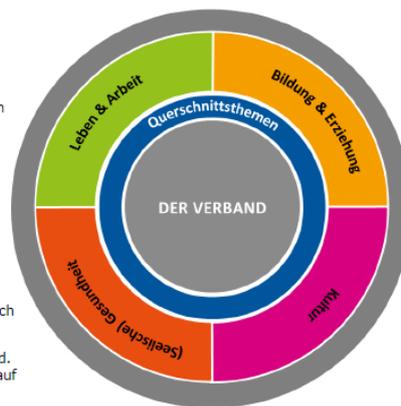
Die bereits im Vorfeld dieser Organisationsanalyse erarbeitete LVR-Kommunikationsstrategie enthält „Kompetenzfelder“, welche die Themen der LVR-Dezernate aus einer Außenperspektive strukturierten (siehe folgende Abbildung aus der Kommunikationsstrategie).

MISSION KOMPETENZFELD LEBEN & ARBEIT: Dezernate 4,5,7,8

Wir unterstützen und fördern Menschen mit Behinderung individuell. Ziel ist, dass diese ihr Leben selbstbestimmt gestalten und gleichberechtigt an der Gesellschaft und am Arbeitsleben teilhaben können. Wir setzen uns für alle Menschen im Rheinland ein, denen körperliches und/oder seelisches Leid zugefügt wurde, und versucht Nachteile auszugleichen oder zu entschädigen.

MISSION KOMPETENZFELD (SEELISCHE) GESUNDHEIT: Dezernate 5,8

Wir stehen für qualitativ hochwertige Behandlung psychisch und psychosomatisch erkrankter Menschen im Rheinland. Wir bieten innovative Behandlungsformen, die auf die individuellen Bedürfnisse der Menschen zugeschnitten sind. Wir setzen uns für die Entstigmatisierung und das Recht auf Selbstbestimmung psychisch Erkrankter ein.



MISSION KOMPETENZFELD SCHULE & JUGENDHILFE: Dezernate 4,5

Wir tragen essentiell zur Förderung und zur Beteiligung sowie zum Schutz aller Kinder und Jugendlichen im Rheinland bei. Wir sind ein kompetenter Ansprechpartner für Jugendämter und Träger der Jugendhilfe. Wir sichern schulische Bildung für Kinder und Jugendliche mit Behinderung und fördern die schulische Inklusion.

MISSION KOMPETENZFELD KULTUR: Dezernat 9

Wir bewahren, erforschen, vermitteln, profilieren und entwickeln die kulturelle Identität und Vielfalt des Rheinlandes. Wir machen diese mit vielfältigen Angeboten für alle Menschen zugänglich und erlebbar.

MISSION KOMPETENZFELD QUERSCHNITTSTHEMEN: Dezernate 0,1,2,3,6

Wir schaffen alle nötigen Voraussetzungen, die zur Erfüllung der übergreifenden Vision und Mission nötig sind. Wir sichern den Rahmen und die Ressourcen, damit die inhaltliche Arbeit des LVR erfolgreich gestaltet werden kann. Wir setzen uns dafür ein, dass die nach außen getragene Vision einer vielfältigen, inklusiven und gleichberechtigten Gesellschaft auch nach innen gefördert und gelebt wird.

Abbildung: Kompetenzfelder aus der LVR-Kommunikationsstrategie (Erarbeitung nicht Bestandteil dieses Projekts)

Diese Kompetenzfelder stellen die Basis für die thematische Zusammensetzung des Newsroom entlang von drei Kommunikationskreisen dar, welche einerseits eine verzahnte Zusammenarbeit über die Themen der Dachmarke mitsamt Querschnitt und den weiteren Kompetenzfeldern sicherstellt (siehe nachfolgende Abbildung). Dies geschieht insbesondere über Arbeitstermine der Kommunikationsexperten aus dem Fachbereich 03 und den Fachdezernaten. Andererseits wird so die fachspezifische Zusammenarbeit der verschiedenen Dezernate innerhalb der einzelnen Kompetenzfelder und zwischen den Dezernaten und ihren nachgelagerten Einrichtungen organisiert.

Die Kompetenzfelder greift das LVR-spezifische Newsroom-Konzept mithilfe von drei Kommunikationskreisen auf, die im Folgenden erläutert werden.

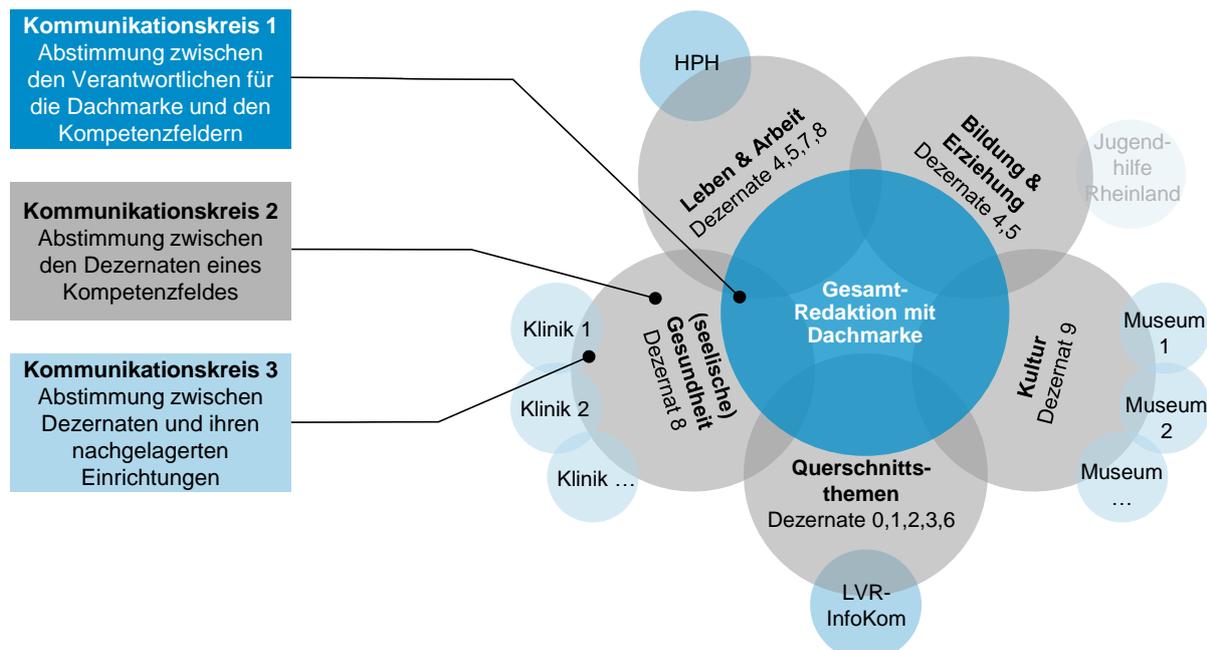


Abbildung: LVR-spezifischer Newsroom als Zusammenarbeitsmodell mit Abstimmungen in drei Kommunikationskreisen

Im Kommunikationskreis 1 werden übergeordnete Themen, Kommunikationsziele oder LVR-weite Kommunikationsmaßnahmen abgestimmt.

Die beteiligten Akteure sind:

- Fachbereich 03 als Koordinator für die Kompetenzfeld-übergreifende Kommunikationsmaßnahmen sowie als Verantwortlicher für die Dachmarke und Querschnittsthemen sowie
- die Vertreter*innen der vier inhaltlichen Kompetenzfelder als Verantwortliche für ihre jeweiligen Kompetenzfeld-spezifischen Kommunikationsmaßnahmen und in ihrer Newsroom-spezifischen Rolle des „CvDs“ (Chef*in vom Dienst). Die Rolle des/der Chef*in vom Dienst beschreibt die Newsroom-spezifische Verantwortung zur Koordination des jeweiligen Kompetenzfeldes und der Pflege des Themenplans. Der/die CvD ist Bindeglied zwischen den jeweiligen Themen- und Channelowner*innen im Kompetenzfeld (siehe unten unter Kommunikationskreis 2) und den nachgelagerten Einrichtungen sowie zum Fachbereich 03 und den anderen Kompetenzfeldern. Der/die CvD nimmt die operative Leitung der Redaktionssitzungen (Kommunikationskreise) im eigenen Kompetenzfeld wahr. Im Rahmen der Umsetzung wird eindeutig festgelegt, wer die Rolle des/der CvD übernimmt; üblicherweise ist dies ein/eine Themenowner*in. Die Rolle kann innerhalb des Kompetenzfeldes wechseln, was wiederum eindeutig zu regeln ist.

Die Kommunikationskreise 2 finden je Kompetenzfeld statt und umfassen die Abstimmung der Dezernate des jeweiligen Kompetenzfeldes miteinander, um Kompetenzfeld-relevante Themen, Kommunikationsziele und -maßnahmen zu erörtern und zu planen. Die beteiligten Akteure sind:

- die jeweiligen Themen- und

- Channelowner*innen.

Unter den Themenowner*innen versteht man die Referent*innen für Kommunikationsmanagement, die zielgruppengerechte Kommunikationsmaßnahmen und -kampagnen für ein Themenfeld konzipieren, abstimmen, planen und durchführen sowie die Verantwortung für die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des jeweiligen Kompetenzfeldes tragen.

Die Kommunikationskanäle (offline wie online) werden von dem/der Channelowner*innen identifiziert, konzeptionell und operativ aufgebaut, betreut und gemanaged. Der/die Channelowner*in die jeweiligen Zielgruppen je Social Media Kanal und konzipiert spezifische Formate.

In den Kommunikationskreisen 3 stimmen sich die Dezernate jeweils mit ihren nachgelagerten Einrichtungen zu gemeinsamen Themen und Kommunikationsmaßnahmen ab, die für das Kompetenzfeld relevant sind. Die beteiligten Akteure sind:

- die jeweiligen Themen- und
- Channelowner*innen.

Die Kompetenzfeld-spezifische Zusammensetzung der Kommunikationskreise 2 und 3 sind im Rahmen der Umsetzungsphase im Detail zu definieren.

Vorteile des Newsroom im Überblick:

- Effizientere Kommunikation mithilfe (zeitlich) geregelter Abstimmungswege/-turni, einem klar strukturierten Zusammenarbeitsmodell sowie eindeutig zugeordneter Verantwortlichkeiten je Organisationseinheit
- Hoher Wiedererkennungswert im Außenauftritt durch Nutzung zentraler Kommunikationsdienstleistungen (z.B. gemeinsam genutzte Vorlagen für Website-Einträge, Design/Fotobearbeitung, etc.)
- Standardisierung von Kommunikationsformaten
- Institutionalisierte, regelmäßige Abstimmungen auf Arbeitsebene je Kommunikationskreis (zwischen Dezernat und nachgelagerten Einrichtungen, im Rahmen des jeweiligen Kompetenzfeldes sowie übergeordnet zwischen den Kompetenzfeldern und der Dachmarke)
- Klare und transparente Verantwortungsbereiche und Aufgabenpakete

Anhand des nachfolgenden Beispiels wird in drei Abbildungen deutlich, wie sich nach der Umsetzung des Zielbildes die künftige Zusammenarbeit kompetenzfeld- und medienübergreifend gestalten kann. Dargestellt wird dies in vier idealtypischen Phasen der Entwicklung einer fiktiven cross- und multimedialen Kampagne zur Gewaltprävention. In diesem Fall geht der Impuls von einer nachgelagerten Einrichtung aus und führt im Endergebnis zu einer verbandweit entwickelten und umgesetzten Kampagne, in deren Rahmen verschiedene Kommunikationsformate mehrwertstiftend genutzt werden. Auch zeigt sich beispielhaft, wie ein strukturiertes Wirkungscontrolling zu einer kontinuierlichen Optimierung der Kampagne genutzt werden kann:

Kampagnenvorbereitung²

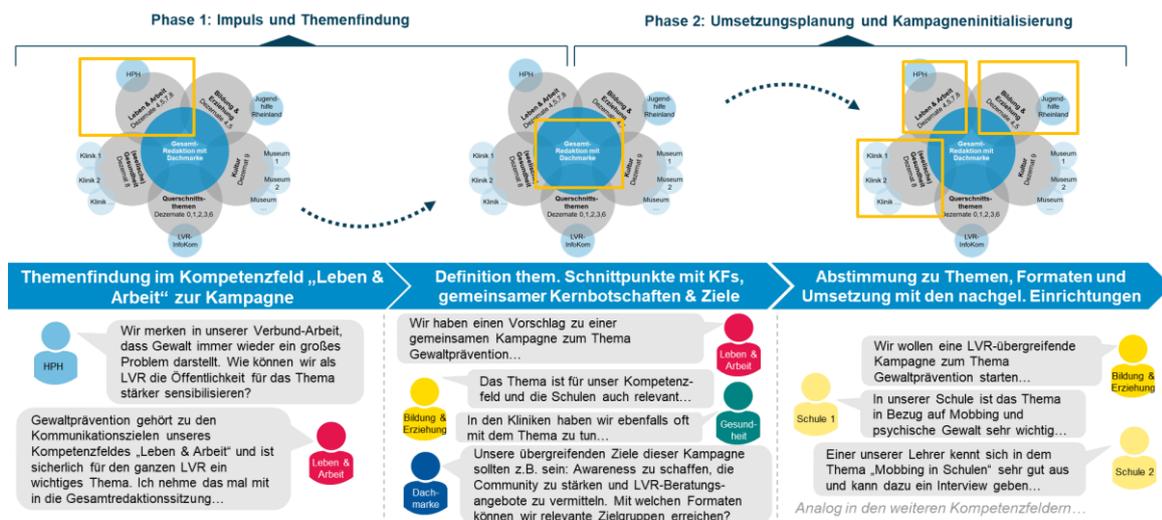


Abbildung: Beispiel für eine Kampagnenvorbereitung: Der Impuls aus einem Kompetenzfeld initiiert eine LVR-weite Kampagne.

Kampagnenumsetzung

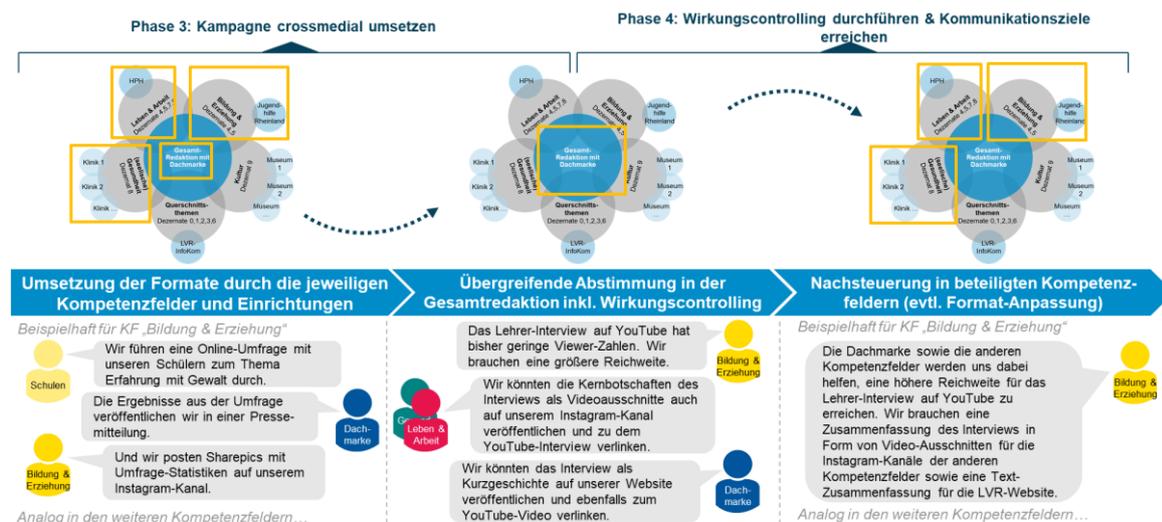


Abbildung: Beispiel für eine Kampagnenumsetzung: Dachmarke und Kompetenzfelder bedienen ihre jeweiligen Zielgruppen und unterstützen sich gegenseitig.

² Lesbarkeit: Die Folien finden sich auf den am Ende des Abschnitts benannten Seiten in der Anlage 2. sofern dafür eine

Formate

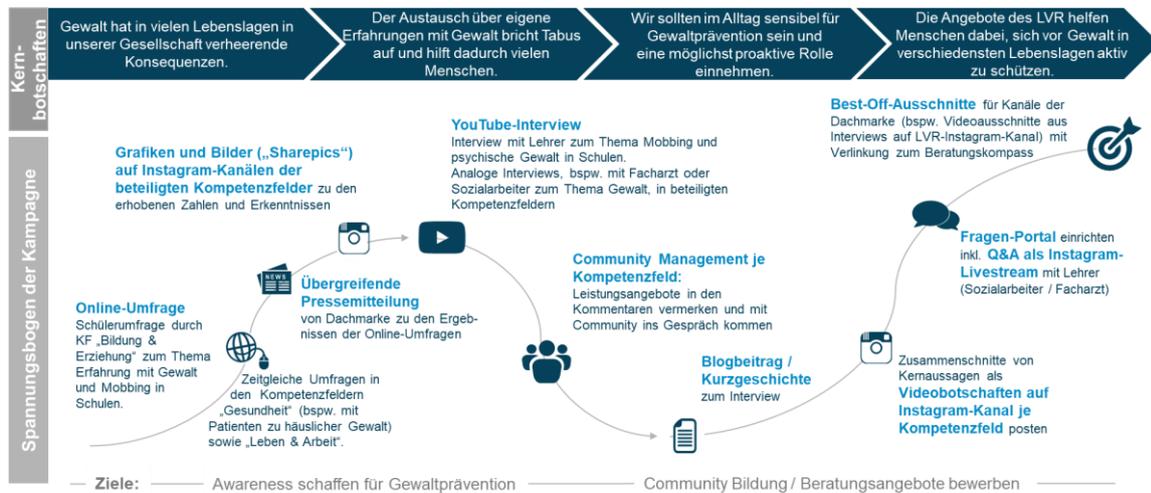


Abbildung: Beispiel für eine Kampagnenumsetzung: Dachmarke und Kompetenzfelder bedienen ihre jeweiligen Zielgruppen und unterstützen sich gegenseitig.

Ergebnisdokumente (siehe Anlage 2)

- Erklärfolien zum Newsroom-Konzept (Folien 40 – 43)
- Exemplarische Steckbriefe je Kommunikationskreis (Folien 47 – 56)
- Beispiel-Kampagne zu „Gewaltprävention“ (Folien 44 – 46)

2.2. Stellenprofile

Die definierten Stellenprofile für Kommunikation sorgen für eine klar voneinander abgegrenzte Aufgabenverteilung in der LVR-Kommunikationsfunktion und lauten:

- Leiter*in Kommunikation & Pressesprecher*in,
- Referent*in für Wirkungscontrolling,
- Online-Koordinator*in,
- Kommunikationsdesigner*in,
- Referent*in für Kommunikationsmanagement (nachfolgend auch „Themenowner*in“ genannt: Experte*in der jeweiligen Kommunikationsthemen),
- Referent*in für Medienmanagement & digitales Marketing (nachfolgend auch „Channelowner*in“ genannt: Experte*in den jeweiligen Medien).

Für jedes Stellenprofil werden die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung auf einem Steckbrief beschrieben („AKV-Steckbriefe“), die im Gesamtbild den Anforderungen an eine moderne Kommunikationsfunktion im LVR gerecht werden. Die Referent*innen für Kommunikations- und Medienmanagement inkl. digitales Marketing (zentral/dezentral) werden durch die zentral zur Verfügung gestellten Kommunikationsdienstleistungen (z.B.

Kommunikationsdesign) bei Konzeption, Planung und Durchführung von Kommunikationsmaßnahmen unterstützt.

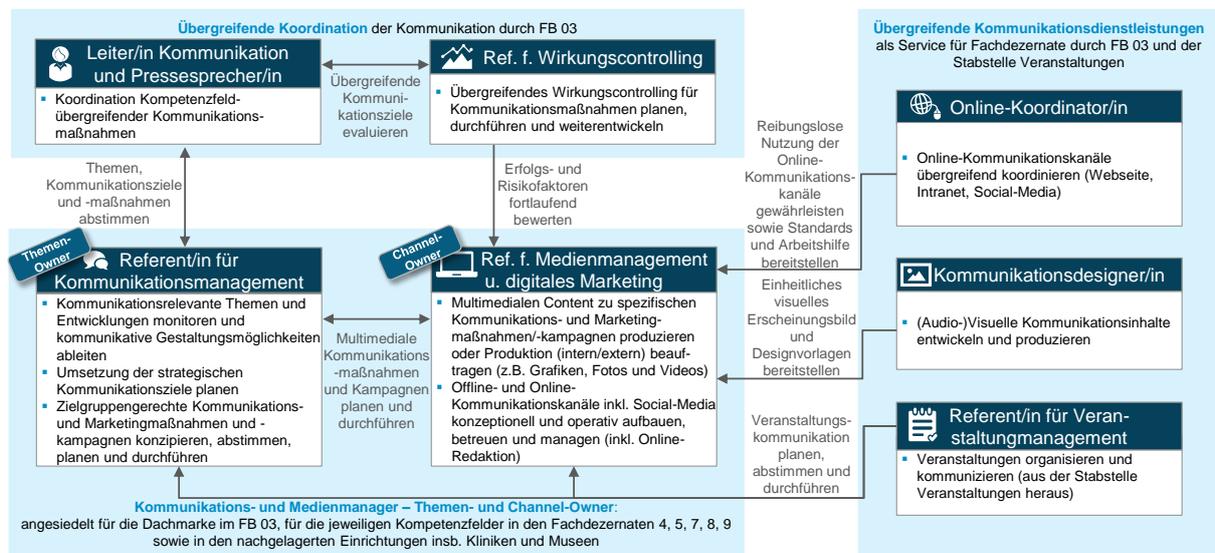


Abbildung: Notwendige Funktionen für eine moderne Kommunikationsarbeit

Ergebnisdokumente (siehe Anlage 2)

- AKV-Steckbriefe: Steckbriefe mitsamt Stellendefinition. Daraus gehen die jeweiligen Aufgabenbeschreibungen, notwendigen Kompetenzen und zugeteilten Verantwortlichkeiten für jede o.a. Stellenprofile hervor. Hierdurch lassen sich gezielt die Profile in den Dezernaten aufbauen (Folien 28 -35).

2.3. Organisationsstruktur

Alle bereits heute erbrachten Aufgaben der LVR-Kommunikationsfunktion werden auch in Zukunft durch die neue Organisationsstruktur abgedeckt. Um die Anforderungen an moderne Kommunikation (besser) bewältigen zu können, kommen neue Aufgaben, wie bspw. das Wirkungscontrolling und das digitale Marketing, hinzu. Der Fachbereich 03 ist für die übergreifende Unterstützung und Beratung der Kommunikation zuständig (siehe RACI). Das beinhaltet sowohl eine übergreifende Koordinationsfunktion, die Bereitstellung von Kommunikationsdienstleistungen für die Dezernate und nachgelagerten Einrichtungen sowie die operative Kommunikationsarbeit für die LVR-Dachmarke und für die Querschnittsthemen. Die Stabstelle Veranstaltungsmanagement im Organisationsbereich 0 organisiert weiterhin übergreifend kommunikationsrelevante Veranstaltungen.

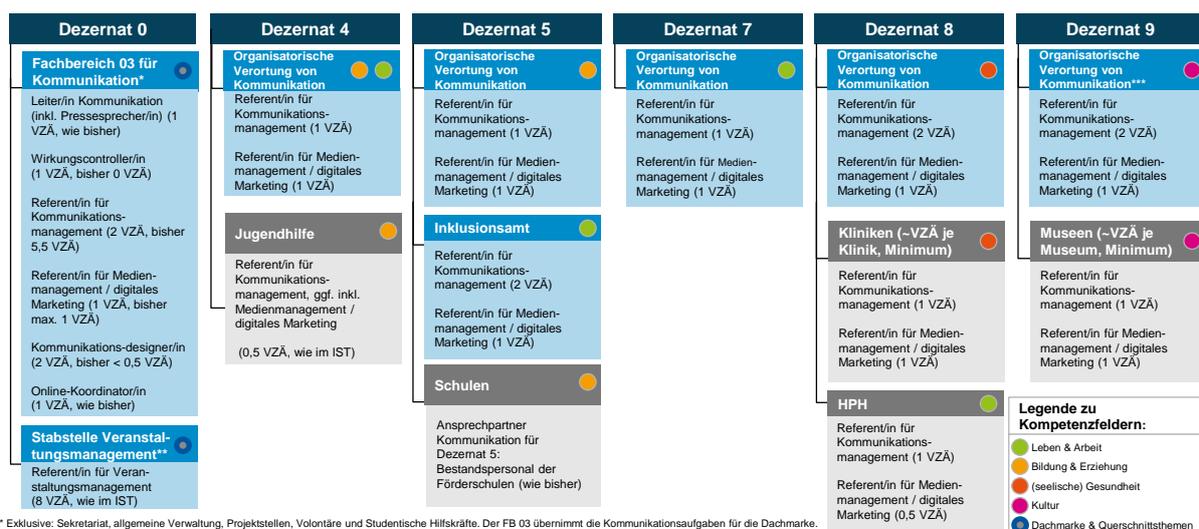
Die Fachdezernate 4, 5, 7, 8 und 9 etablieren eigene Mitarbeiter*innen für Kommunikation, die organisatorisch möglichst eng an die jeweilige Dezernatsleitung gebunden sein sollten. Sie sollten nicht Fachbereichen bzw. Abteilungen ohne Bezug zur Kommunikationsfunktion zugeordnet werden. Um die Potentiale der LVR-Themen in der Kommunikationsarbeit zielgruppenspezifisch besser zur Entfaltung zu bringen, erhalten die Fachdezernate mehr Gewicht und Verantwortung innerhalb der LVR-Kommunikationsfunktion. Dabei sollen die Expert*innen innerhalb der Kompetenzfelder der LVR-Kommunikationsstrategie bei der

Planung und Ausführung von Kommunikationsmaßnahmen den maßgebenden thematischen Rahmen definieren. Daher benötigt jedes Kompetenzfeld einen Mindestbestand an Ressourcen, um Kommunikationsmaßnahmen zu entwickeln und umzusetzen sowie ggf. die Kommunikation der nachgelagerten Einrichtungen zu koordinieren. Der Mindestbestand setzt sich je Kompetenzfeld aus mindestens 1 VZÄ für eine*n „Referent*in für Kommunikationsmanagement“ (Themenentwicklung etc.) sowie 1 VZÄ für eine*n „Referent*in für Medienmanagement und digitales Marketing“ (Bedienung Online-Kanäle etc.) zusammen.

Die Differenzierungen in der indikativen Ressourcenschätzung für die jeweiligen Fachdezernate erklären sich im Wesentlichen aus den folgenden Aspekten und Annahmen heraus: Der Startpunkt der Fachdezernate ist unterschiedlich, d.h. es bestehen Dezernate mit beträchtlichen Vorerfahrungen in der Kommunikationsarbeit und es gibt Fachdezernate, die von Grund auf neue Kompetenzen aufbauen müssen, insb. in Bezug auf die Gründung neuer Kanäle und Wissensaufbau (siehe Kompetenzfeld „Bildung und Erziehung“).

Aufgrund der Verlagerung spezifischer Aufgaben in die Fachdezernate und der sinnvollen Kongruenz sollten auch die entsprechenden Stellen aus dem Fachbereich 03 in die jeweiligen Fachdezernate verlagert werden. Sowohl in den Fachdezernaten 4, 5, 7, 8 und 9 als auch im Fachbereich 03 sollten darüber hinaus neue Kompetenzen aufgebaut werden, um die optimale Organisationsstruktur der LVR-Kommunikationsfunktion zu erreichen (siehe nachfolgende Abbildung). Die Grafik erläutert, welche Stellenprofile mit wie vielen Vollzeitstellen an welcher Stelle in der Aufbauorganisation des LVR verortet werden sollten.

Bezüglich der nachgelagerten Einrichtungen (insb. Museen und Kliniken) werden ebenfalls dezidierte Stellenprofile für Kommunikation empfohlen, welche wiederum möglichst an die Verwaltungsleitungen gebunden sind (z.B. in Kliniken bei den kaufmännischen Leitungen). Hier wird empfohlen, die zuvor genannten Stellenprofile möglichst in gleicher Weise in den nachgelagerten Einrichtungen aufzubauen, sofern dafür eine kommunikative Notwendigkeit besteht (z.B. Krankenhaus Zentralwäscherei). Im Falle bestehender Notwendigkeit ist zu prüfen, ob bestehende Stellenprofile für Kommunikation an die neuen Definitionen und Aufgabenabgrenzungen angeglichen werden können.



* Exklusive: Sekretariat, allgemeine Verwaltung, Projektstellen, Volontäre und Studentische Hilfskräfte. Der FB 03 übernimmt die Kommunikationsaufgaben für die Dachmarke. Zudem ist er für das Kompetenzfeld „Querschnittsthemen“ zuständig und stimmt sich hierfür mit den Dezernaten 1, 2, 3, 6 ab.
 ** Die separate Stabstelle „Veranstaltungsmanagement“ wurde als gegeben betrachtet, da sie erst vor Kurzem geschaffen wurde.
 *** Beinhaltet die Kommunikationsbedarfe für das Fachdezernat 9 sowie für den Museumverbund.

Abbildung: Soll-Struktur der LVR-Kommunikationsfunktion mit indikativer Ressourcenschätzung

Ergebnisdokumente (siehe Anlage 2):

- Soll-Struktur mit indikativer Ressourcenschätzung (Folie 37 f.)

2.4. Prozesse und Verantwortlichkeiten

Die zukünftige Kommunikationsfunktion des LVR umfasst sechs verschiedene Hauptprozesse, welche sich in insgesamt 31 Teilprozesse unterteilen. Die hier aufgeführten Kernprozesse der Kommunikation stellen die relevanten Abläufe innerhalb der LVR-Kommunikationsfunktion dar, wobei klassische Verwaltungs- und Unterstützungsprozesse (d.h. Prozesse, die eine Unterstützungsleistung für Kernprozesse erbringen und zum Beispiel administrative Leistungen oder Informationstechnik bereitstellen, aber selbst nur mittelbar einen Beitrag zur Zielerfüllung leisten) sowie generelle Führungsaufgaben, z.B. das Führen von Personalgesprächen, nicht aufgeführt werden. Insbesondere der Hauptprozess „Presse-, Medien- und Öffentlichkeitsarbeit planen, abstimmen und durchführen“ erhält in der Verantwortlichkeitsmatrix je Kompetenzfeld sowie je relevanter nachgelagerter Einrichtung spezifische Verantwortlichkeiten.

Die weiteren Hauptprozesse beinhalten die übergreifende Koordinationsfunktion sowie die Dienstleistungsfunktion des zentralen Fachbereichs 03. Die zentrale Koordinationsfunktion des Fachbereichs 03 fokussiert sich dabei auf Kompetenzfeld-übergreifende Kommunikationsmaßnahmen. Das bedeutet, dass der Fachbereich 03 über die Richtlinienkompetenz für die LVR-Dachmarke und die Kommunikation der Querschnittsthemen verfügt. Für die Themen und Kommunikationsmaßnahmen der Kompetenzfelder sind die entsprechenden Fachdezernate in der Verantwortung und können den Fachbereich 03 bei Bedarf beratend hinzuziehen. Die Verteilung der jeweiligen Verantwortlichkeiten der Organisationseinheiten wird entlang der Teilprozesse über die RACI-Matrix definiert. Im Folgenden sind die sechs Hauptprozesse aufgeführt:

- **Kommunikationsmaßnahmen übergreifend koordinieren:** z.B. Kommunikationsstrategie formulieren und weiterentwickeln, Konzeption und Umsetzung von Kompetenzfeld-übergreifenden Kommunikationsmaßnahmen beratend begleiten und koordinieren sowie Kompetenzfeld-übergreifende Pressearbeit und Krisenkommunikation koordinieren und durchführen (Pressesprecher-Funktion)
- **Übergreifendes Wirkungscontrolling für Kommunikationsmaßnahmen planen und durchführen:** z.B. Erreichung der Erfolgsfaktoren und Entwicklung der Risikofaktoren je Kommunikationsziel und -maßnahme/-kampagne messen und monitoren (Medienbeobachtung/Social-Media-Monitoring)
- **Online-Kommunikationskanäle übergreifend koordinieren (Webseite, Intranet, Social Media):** z.B. Rahmenvorgaben, Guidelines und Arbeitshilfen für Online-Kommunikationskanäle inkl. Social-Media erstellen
- **Presse-, Medien- und Öffentlichkeitsarbeit planen, abstimmen und durchführen:** z.B. Zielgruppengerechte Kommunikations- und Marketingmaßnahmen und -kampagnen konzipieren, abstimmen, planen und durchführen (interne und externe Medien- und Öffentlichkeitsarbeit inkl. Reden verfassen) sowie Offline- und Online-Kommunikations-

kanäle inkl. Social-Media konzeptionell und operativ aufbauen, betreuen und managen (inkl. Online-Redaktion)

- **(Audio-)Visuelle Kommunikationsinhalte entwickeln und produzieren:** z.B. Standards und Rahmenvorgaben für ein einheitliches Erscheinungsbild (Corporate Design/Identity) (weiter)entwickeln sowie Einhaltung überprüfen und Beratungsfunktion bei Design-Fragen wahrnehmen
- **Veranstaltungen organisieren und kommunizieren:** z.B. Veranstaltungskonzepte entwickeln sowie Kommunikationsmaßnahmen für Veranstaltungen planen, abstimmen und durchführen



Abbildung: Prozesslandkarte zur Kommunikationsfunktion des LVR auf Hauptprozessebene

Die RACI-Matrix definiert die Verantwortlichkeiten entlang der Haupt- und Teilprozesse. Im Dezernat 0 liegt die Verantwortung für die Hauptprozesse „Kompetenzfeld-übergreifende Kommunikationsmaßnahmen strategisch planen“, „Übergreifendes Wirkungscontrolling für Kommunikationsmaßnahmen planen u. durchführen“, „Online-Kommunikationskanäle übergreifend koordinieren“ (insb. Nutzerverwaltung für Webseite, Intranet, Social-Media; d.h.: Zugänge bereitstellen u. Standards definieren), „(Audio-)Visuelle Kommunikationsinhalte entwickeln und produzieren“ und „Veranstaltungen organisieren und kommunizieren“.

Der Hauptprozess „Presse-, Medien- und Öffentlichkeitsarbeit planen, abstimmen und durchführen“ ist je nach Kompetenzfeld differenziert³. Die Verantwortung liegt jeweils in den entsprechenden Fachdezernaten 4, 5, 7, 8 und 9 – der Fachbereich 03 kann bei Bedarf beratend hinzugezogen werden (Zusammenarbeitsmodell gemäß LVR-Newsroom-Konzept).

Ergebnisdokumente

- Prozesslandkarte (siehe Anlage 2, Folie 26)
- RACI-Matrix (siehe Anlage 3)

³ Kompetenzfelder der LVR-Kommunikationsstrategie siehe Abbildung in Kapitel 2.4: Seelische Gesundheit, Schule & Jugendhilfe, Kultur, Leben & Arbeit, Querschnitt und Dachmarke

3. Veränderungsmaßnahmen

Zur Umsetzung des Soll-Konzepts wurden neun Veränderungsmaßnahmen abgeleitet und in eine indikative Zeitplanung überführt. Die exemplarische Planung sieht einen Start der Veränderungsmaßnahmen im 4. Quartal 2022 vor und geht von einer Einführung der Maßnahmen ca. innerhalb eines Jahres aus (unbeachtet möglicher Verzögerungen durch Abhängigkeiten zu anderen Projekten wie Web-Relaunch).

Die Maßnahmen betreffen sowohl spezifische Organisationseinheiten als auch übergreifende, für die Kommunikationsfunktion des LVR relevante Veränderungen (z.B. die Einführung neuer Tools im Bereich Wirkungscontrolling und Online-Kanäle und Einführung des Newsroom-Konzepts). Zu jeder Maßnahme werden im Rahmen eines detaillierten Maßnahmensteckbriefs beteiligte Organisationseinheiten, Ausgangssituation, Zielsetzung sowie die entsprechenden Umsetzungsschritte definiert.

Es wird empfohlen, zunächst mit einem Piloten innerhalb eines Kompetenzfeldes zu starten, um entsprechend schnell in ein praktisches Arbeiten zu gelangen, die beteiligten Mitarbeiter*innen zu motivieren und Erfahrungen für die weitere Umsetzung der Maßnahmen zu sammeln (siehe Maßnahme Nr. 0).

Maßnahmentitel	Beschreibung	Betroffene OE
0 Start eines Kompetenzfeld-Piloten	Frühzeitiger Pilot in einem ausgewählten Kompetenzfeld initiieren	Ausgewähltes Kompetenzfeld, z.B. Fachdezernat 9
1 Verankerung v. Kommunikationskernaufgaben durch die Einführung neuer Stellenprofile	Klare Verantwortungsverteilung im Rahmen der Stellenprofile, Ergänzung fehlender Kompetenzen (v.a. zu digitalem Marketing und Wirkungscontrolling)	Übergreifend
2a Ausprägung der Kommunikationsfunktion in den Fachdezernaten	Umsetzung der Soll-Struktur inkl. Kompetenzen/Stellenprofile, um die Themen und Eigenständigkeit der Dezernate bzw. Kompetenzfelder zu stärken	Fachdezernate 4, 5, 7, 8, 9
2b Ausprägung der Kommunikationsfunktion im Fachbereich 03	Umsetzung der Soll-Struktur inkl. Kompetenzen/Stellenprofile im Bereich Wirkungscontrolling, Corporate Design etc. im Fachbereich 03	Dezernat 0: Fachbereich 03 Kommunikation
2c Ausprägung der Kommunikationsfunktion in den nachgelagerten Einrichtungen	Umsetzung der Soll-Struktur mit entsprechenden Stellenprofilen für Kommunikation, um die Themen und Eigenständigkeit der nachgelagerten Einrichtungen zu stärken	Museen, Kliniken, HPH, Jugendhilfe
3 Stärkung des digitalen Marketings	Aufbau der Online-Kanäle anhand der Kompetenzfeld-Struktur zur Stärkung des digitalen Marketings (unterstützt durch Weiterentwicklung des CD u. Web-Relaunchs)	Übergreifend
4 Einführung des Newsroom-Konzepts	Etablierung eines übergreifenden Zusammenarbeitsmodells mit drei versch. Kommunikationskreisen zur effizienteren Abstimmung und Stärkung der KF	Übergreifend
5 Auslagerung von Dienstleistungen, Abschluss von Rahmenverträgen mit Agenturen	Auslagerung von Dienstleistungen für die Content-Produktion zur Professionalisierung der Foto- und Videoproduktion (insb. Social Media)	Dezernat 0: Fachbereich 03, FB Zentraler Einkauf & Dienstleistung
6 Digitalisierung der LVR-Kommunikationsfunktion	Einheitliche Softwares für Kommunikationsaufgaben einführen u. Eigenleistungstiefe klären (insb. Grafikdesign, Wirkungscontrolling, Redaktionssystem)	Übergreifend

Abbildung: Veränderungsmaßnahmen für Umsetzung des Soll-Konzepts

Ergebnisdokumente (siehe Anlage 2)

- Maßnahmensteckbriefe (Folien 58 – 66)
- Exemplarische Projektorganisation (Folie 23)
- Exemplarische Zeitplanung (Folie 24)



Organisationsanalyse der Kommunikationsfunktion für den LVR

Anlage 1: Situationsdiagnose

Horváth:
Simon Arne Manner
Dr. Rainer Graf
David Martin Holte

Inhalte

- Trends und Entwicklungen 4
 - Analyse: Outside-In-Perspektive / Trends & Entwicklungen der Kommunikationsarbeit 4
 - Schlussfolgerungen: Implikationen für die Organisation von Kommunikation im LVR 12
- Verantwortungsbereiche und Aufgabenpakete 18
 - Analyse: Status Quo der Verantwortungs- und Aufgabenverteilung von Kommunikation im LVR 18
 - Schlussfolgerungen: Ableitung relevanter Verantwortungsbereiche und Aufgabenpakete 22

Inhalte

- **Zusammenarbeitsmodelle und Organisationsstruktur** 26
- Analyse: Status-Quo der bestehenden Zusammenarbeitsmodelle und Organisationsstruktur 26
- Schlussfolgerungen: Ableitung eines LVR-spezifischen Newsroom-Konzepts als neues Zusammenarbeitsmodell 31

Inhalte

■ Trends und Entwicklungen	4
– Analyse: Outside-In-Perspektive / Trends & Entwicklungen der Kommunikationsarbeit	4
– Schlussfolgerungen: Implikationen für die Organisation von Kommunikation im LVR	12
■ Verantwortungsbereiche und Aufgabenpakete	18
■ Zusammenarbeitsmodelle und Organisationsstruktur	26

Schnell, kreativ & wirksam: Kommunikationsabteilungen stehen vor einer Vielzahl an Herausforderungen, die es zu meistern gilt

ILLUSTRATIV

Herausforderungen*

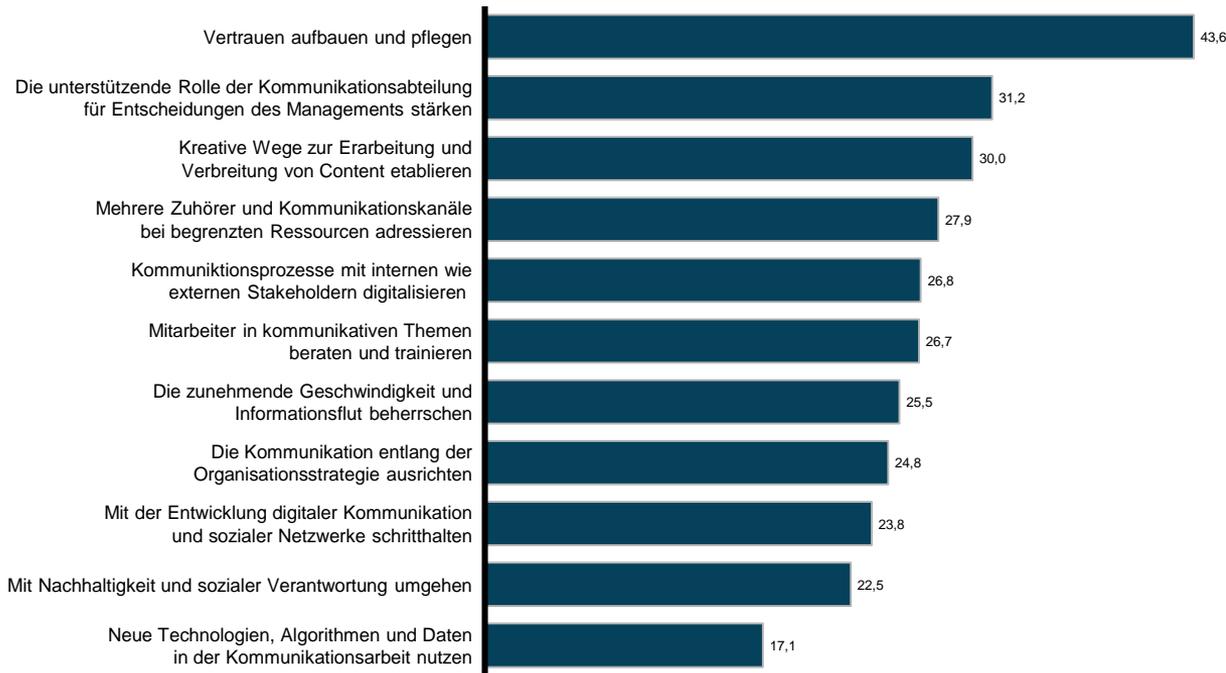
- Die zunehmende **Geschwindigkeit und Informationsflut** beherrschen
- **Neue Technologien und Daten** in der Kommunikationsarbeit nutzen
- **Kreative Wege** zur Erarbeitung und Verbreitung von **Content** etablieren
- Die Kommunikation entlang der **Organisationsstrategie** ausrichten
- Mit der **Entwicklung digitaler Kommunikation** und **sozialer Netzwerke** schritthalten
- Die richtige **Auswahl der Kommunikationskanäle** bei begrenzten Ressourcen treffen
- **Vertrauen aufbauen** und pflegen
- Mit **Nachhaltigkeit** und **sozialer Verantwortung** umgehen



*Quelle: European Communication Monitor 2020, Zerfass et al. 2020, S. 119; n = 2.324 Kommunikationsexperten aus Kommunikationsabteilungen in Europa zur Frage: „Welche drei Themen werden aus Ihrer Sicht in den nächsten drei Jahren die wichtigsten für Kommunikations- bzw. PR-Arbeit sein?“

Regierungsorganisationen haben viele Herausforderungen in ihrer Kommunikationsarbeit erkannt

„Welche Themen werden in den nächsten drei Jahren am wichtigsten sein für die Kommunikations- und PR-Abteilungen?“ (n = 2664, EU-weit)



Quelle: European Communication Monitor 2021, Zertass et al. 2021: n = 2.664 Kommunikationsexperten. Q 14: Welche Themen werden für PR / Kommunikationsabteilungen in den nächsten drei Jahren ihrer Meinung nach am wichtigsten sein? Bitte wählen Sie genau 3 Antworten. Häufigkeit basierend auf Auswahl der Top-3 Themen.

Zentrale Schlussfolgerungen

- Das Thema **Vertrauensaufbau** ist für Regierungsorganisationen strategisch am bedeutendsten.
- Es folgen die unterstützende **Rolle der Kommunikationsabteilung** für Entscheidungen der Führung sowie neue und kreative Wege der **„Contentgenerierung“ und Verbreitung zu finden**.
- Auch mit dem Problem des **Informationsüberflusses** und der **Geschwindigkeit** werden Regierungsorganisationen konfrontiert sein, wobei sie gleichzeitig mehr **Zuhörer sowie Kanäle** mit limitierten Ressourcen adressieren müssen.

Entwicklungen in der Kommunikationsarbeit werden in hohem Maße von einer veränderten Mediennutzung und von Technologien getrieben



Konnektivität

Die Vernetzung mittels digitaler Kommunikationstechnologien hat Einfluss auf soziokulturelle Aspekte des gesellschaftlichen Lebens.

Veränderte Mediennutzung

- Zunehmende Nutzung von **Online-Medien** (2021: 79% der Bev.: +13 %)
- Hohe **Informationsflut** mit abnehmender Aufmerksamkeitsspanne führt zu **sinkender Halbwertszeit von Informationen** („Fast News“).
- Steigende Anzahl an kommunikationsrelevanten Medien („**Multi-Channel**“, On- u. Offline) mit veränderten Gatekeepern (Plattformen, Social Media, Algorithmen)
- Fokus auf **Multiplikation von Themen** in „Communities“ mit dem Ziel der Interaktion (z.B. via „Micro-Influencer“)



Individualisierung

Aufgrund zunehmender Entscheidungsfreiheiten und persönlicher Selbstbestimmung gewinnt die individuelle Verwirklichung an Bedeutung.

Veränderte Erwartungshaltung

- Fokus auf personalisierte Erfahrungen mithilfe von erzählten Geschichten (**Storytelling**) und reduzierten Kernbotschaften
- Hohe Erwartungen an die Kreativität von **audiovisuellem „Content“** (Design, Bilder, Videos, Audios)
- Verlangen nach **sinnstiftenden Inhalten** in Kommunikationsangeboten zum Ausgleich von Datenüberfluss („purpose-driven Marketing“)
- **Aktiver Dialog** zwischen Marken und „Konsumenten“ auf digitalen Plattformen (Deep Engagement)



Aufmerksamkeits-ökonomie

Aufmerksamkeit wird zur knappen, umstrittenen Ressource und Währung im heutigen Kontext sozialer Medien und deren Informationsüberfluss.

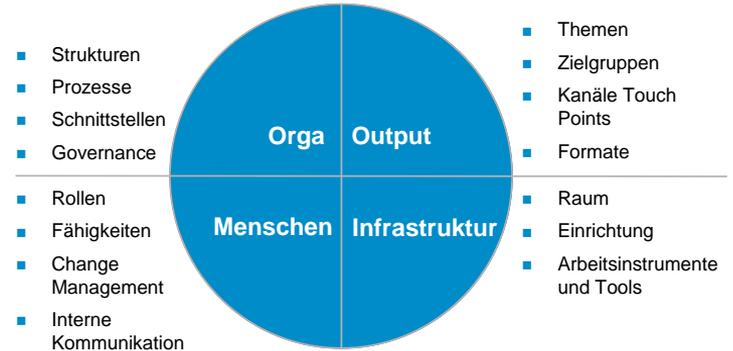
Höherer Stellenwert von Daten

- Insgesamt **höhere Datenverfügbarkeit** über relevante Zielgruppen für die Kommunikationsarbeit
- Möglichkeiten zur softwaregestützten **Messung von Wirkungen und Interaktion** mithilfe objektiver wie subjektiver KPIs („Wirkungscontrolling“)
- Möglichkeit zur **zielgruppen-spezifischen Platzierung von Inhalten**, um schnell viele Menschen („Viralität“) oder gezielt bestimmte Gruppen zu erreichen („Micro-Targeting“) – steigender Stellenwert von **Online-Werbekampagnen** („social network advertising“)

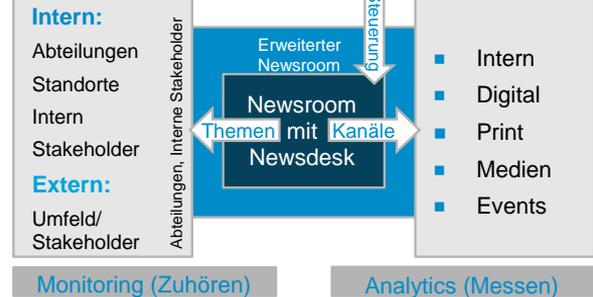
Newsroom-Konzepte als Organisations-Trend zur Bewältigung vieler Herausforderungen in der Kommunikationsarbeit (1/2)

Definition und Komponenten

- **Newsroom-Konzepte** bestehen aus einem **Kommunikationskonzept** mit Kernbotschaften und strategischen Themen der Organisation sowie einer **Content-Strategie** mitsamt den Organisationszielen und Stakeholder-Bedürfnissen.
- Newsrooms sind **Formen der Organisation** mit inhaltlich integrierten, transparent arbeitenden Untereinheiten, die sich **an abgestimmten Themen** orientieren („Denken in Themen“). Klassische Funktionalhierarchien haben hierbei eine geringere Bedeutung im Modell.
- **Innerhalb der Newsrooms** werden kollaborativ und zielgruppengerecht Themen aufbereitet, um konsistente Botschaften über verschiedene Kanäle hinweg zu verbreiten.
- **Trennung von Themen und Kanälen:** Interne wie externe Inhalte werden von den abgestimmten Themen her, und nicht von den verschiedenen Kanälen her konzipiert (**Story vor Medium**) und ggf. im Format an das jeweilige Medium angepasst.



Strategieteam (Leitung, Kommunikation, CvD ...)



Darstellung nach "2021, Mcschindler - Fachblog zu Online-PR und strategischer Kommunikation: "Die 4 Handlungsfelder des Newsrooms"

Newsroom-Konzepte als Organisations-Trend zur Bewältigung vieler Herausforderungen in der Kommunikationsarbeit (2/2)

Voraussetzungen

- **Interne Zusammenarbeit** in einem festgelegten, **allgemein zugänglichen Raum** (offline als physischer Sitzungsraum oder online als Konferenzsystem mittels kollaborativer Software), angepasst an die Bedürfnisse der Organisation
- **Regelmäßige Abstimmungen**: regelmäßig zu aktuellen Planungen und zu neuen Themen sowie zur strategischen Planung und operativen Umsetzung, mindestens jährlich für größere Themenschwerpunkte abgeleitet aus strategischen Kommunikationszielen
- **Silos auflösen und Mentalitätswandel**: Kein Denken in Silos, sondern projektorientierte und themenbasierte Aufbaustrukturen abseits der Funktionalhierarchie entwickeln
- **Verkürzte Kommunikationswege und dynamische Zusammenarbeit** mittels räumlicher Nähe oder Nutzung von Kollaborations-Softwares und technischen Hilfsmitteln
- **Rollenverteilung** für einen reibungslosen Change Prozess hin zum Newsroom klar definieren

Nutzen

- **Für Herausforderungen der digitalen Kommunikation rüsten**: Vielzahl an Zielgruppen, wachsende Medienlandschaft mit verschiedenen Kanälen und Formaten, kurze Halbwertszeit von Themen
- **Ressourcen-Effizienz**: Vorteil der mehrfachen **Content-Nutzung** (COPE: create once publish everywhere), der effizienten, **crossmedialen Distribution** und der verstärkten **Vermittlungskompetenz** durch interne Vernetzung
- **Multimedialität**: Touch-Points über verschiedene Kanäle multiplizieren und dabei Bedürfnisse verschiedener Zielgruppen abdecken
- **Transparenz schaffen** zu Terminen, Agenda-Settings und Themen über ein allgemein zugängliches Redaktions-/Kooperationstool für bessere Planbarkeit
- Schnelle, effiziente, dialogorientierte und abteilungs-übergreifende **Abstimmungen und Entscheidungswege zu Themen und Veröffentlichungen**

Gezieltes Wirkungscontrolling als datengetriebener Organisations-Trend zur lfd. Evaluierung u. Steuerung der Kommunikationsziele (1/2)

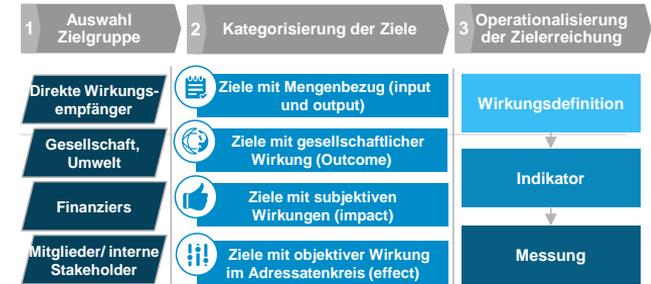
Definition

- **Kommunikationscontrolling mit Unterstützungs- und Steuerungsfunktion** zur Bestimmung des Erfolgs (definierte Kommunikationsziele erreichen) und zur Evaluation der Wirkung der Kommunikationsarbeit (rückblickend, fortlaufend, prognostisch)

Generelles Vorgehen

- **Kommunikationsziele je Zielgruppe kategorisieren und operationalisieren:** Definition objektiver (z.B. Besucherzahlen), subjektiver (z.B. Kundenzufriedenheit, Bewertungen) und gesellschaftlicher (z.B. öffentliche Diskussionen) Wirkungsziele und deren Indikatoren (KPIs)
- **Indikatoren messen** mit quantitativen Methoden (Messungen, Schätzungen: z.B. Benchmarking) oder qualitativen Methoden (Reflexion, Beobachtungen: z.B. Servicequalitäts-bezogene Befragungen)
- **Daten mithilfe geeigneter Software als zentrale Indikatoren** in der Kommunikationsarbeit nutzen („Marketing Analytics“): Wirkungsziele lassen sich auf diese Weise im Rahmen der digitalen Kommunikation effizient messen und Input (v.a. personelle Ressourcen) optimieren

Beispielhaftes Vorgehensmodell

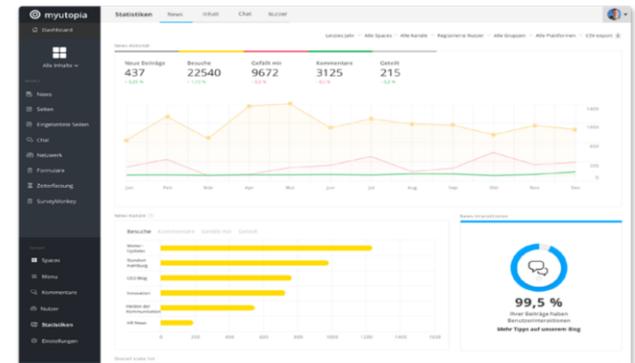


Gezieltes Wirkungscontrolling als datengetriebener Organisations-Trend zur lfd. Evaluierung u. Steuerung der Kommunikationsziele (2/2)

Nutzen

- **Nutzen im Verhältnis zum Aufwand evaluieren:** interne Effizienz (von Prozessen), externe Effektivität (z.B. als Adressaten-Reichweite), subjektive, objektive und gesellschaftliche Wirkungsziele mit dem geleisteten Input (z.B. Kosten, personelle Ressourcen etc.) abgleichen
- **Wirkung und Erfolg der Kommunikation steuern:** Sind operationalisierte Wirkungs- und strategische Kommunikationsziele dadurch erreicht worden?
- **Zielgruppen verstehen und Kommunikation wirksamer auf Präferenzen ausrichten:** Verhalten der Zielgruppen analysieren, Präferenzen erkennen und bei Bedarf geeignete Kommunikationsformate anpassen oder weiterentwickeln
- **Daten nutzen:** Datengetriebene Evaluierung von Wirkung und Steuerung der Kommunikationsarbeit mithilfe geeigneter Software bzw. Analytic-Tools, welche die Daten aufbereiten und verwendbar machen

Beispielhaftes Dashboard eines Analytic-Tools



Quelle: Trabitzsch, Dr. Buchele (White Paper von Staffbase), Januar 2022: „Vom ROI der internen Kommunikation - Ein Pfad durch den Dschungel aus Zielen, Strategie, Kennzahlen, Daten und KPI“

Inhalte

■ Trends und Entwicklungen	4
– Analyse: Outside-In-Perspektive / Trends & Entwicklungen der Kommunikationsarbeit	4
– Schlussfolgerungen: Implikationen für die Organisation von Kommunikation im LVR	12
■ Verantwortungsbereiche und Aufgabenpakete	18
■ Zusammenarbeitsmodelle und Organisationsstruktur	26

Aus den Trends leiten sich strategische, aufgabenspezifische und technische Anforderungen an die Kommunikationsarbeit ab (1/3)

Strategie und Organisationsstruktur

- **Strategisch vorgehen:** strategische Kommunikationsziele aus der Perspektive der Zielgruppen, z.B. mithilfe von Persona (Musterkunde) und Kundenreisen (ganzheitliche Analyse der Interaktionspunkte der Persona), definieren. Darauf aufbauend: Markenbildung vorantreiben mithilfe eines einheitlichen Corporate Designs/einer Corporate Identity sowie klarer Vision u. Mission. Lebenslanges Lernen und Weiterentwicklung der strategischen Kommunikationsziele und Markenbildung
- **Fokus auf Kampagnen und Marketing setzen:** geeignete Medien und Kanäle je Zielgruppe und Kundenbedürfnissen auswählen (und fortlaufend Nutzen evaluieren), dabei lineare „One-way Kommunikation“ (mittels klassischer Presselektüre) ergänzen durch neuen Fokus auf Interaktion
- **Agilität stärken:** Mutiger werden und innovative Formate und Medien testen. Dabei ist es wichtig, Fehler zuzulassen und daraus zu lernen. Damit die Mitarbeiter/innen für Kommunikation aus verschiedenen Organisationseinheiten besser und schneller zusammenarbeiten, sollte ein geeignetes Zusammenarbeitsmodell etabliert werden (z.B. ein Newsroom-Konzept).



Aus den Trends leiten sich strategische, aufgabenspezifische und technische Anforderungen an die Kommunikationsarbeit ab (2/3)

Aufgaben

- **Geschichten in den Vordergrund stellen:** Informationen mit Emotionen verknüpfen, um Aufmerksamkeit zu generieren
- **Sinnorientierung („purpose-driven marketing“):** Sinnstiftendes Storytelling mithilfe von audiovisuellen Medien untermauern (wie Facebook, Instagram, Tik Tok etc.)
- **Multi- und Crossmedialität:** in kürzeren Abständen Charakteristika und Nutzen neuer Medien und Formate (je Zielgruppe) evaluieren und ggf. in die Kommunikationsarbeit integrieren. Gleichzeitig klassische Medien (wie Zeitungen) weiterhin bedienen. Durch die Bedienung mehrerer Medien lassen sich Botschaften auf unterschiedliche Weise verbreiten, z.B. mit Fokus auf Video, Fotos oder Text („crossmedial“).
- **Neue Kompetenzen aufbauen:** der Umgang mit neuen Medien verlangt neben spezifischen Fachkenntnissen (technologische/digitale Kompetenzen) ein professionelles und kreativeres Marketing (höherer Fokus auf visuelle Kommunikation).
- **Verschiedene Rollen übernehmen:** Die Anforderungen an die Rollen von Mitarbeiter/innen in der Kommunikation wandeln sich: neben der reinen Kommunikationsfunktion (z.B. Erarbeitung von „Content“) müssen sie verstärkt die Rolle von Botschafter/innen (der strategischen Ziele), Coaches (zu inhaltlichem Feedback), Manager/innen (von Prozessen, Strukturen, Kompetenzen und technischen Infrastrukturen) und Berater/innen (zu Meinungen, Nutzererwartungen und sozialen Trends) ausüben.



Aus den Trends leiten sich strategische, aufgabenspezifische und technische Anforderungen an die Kommunikationsarbeit ab (3/3)

Technik

- **Software** zur Planung und Steuerung von Kampagnen sowie zur Durchführung von Kommunikationsformaten und Veranstaltungen nutzen (Live-Streams etc.)
- **Wert von Daten erkennen:**
 - Daten zur **Zielgruppendefinition** nutzen, z.B. mithilfe von zielgruppenspezifischen Bedürfnissen, und individuelle Nutzungserlebnisse schaffen
 - Kontinuierliches Monitoring der Kommunikationsaktivitäten: **Wirkungscontrolling** mit objektiven wie subjektiven KPIs („Outcome Monitoring“ / „Performance-Management/ Measurement“)
- **Entwicklung und Nutzung neuer und zukunftsorientierter Technologien (Hard- und Software)** für die eigene Organisation bewerten (z.B. Umfragetools für digitale Veranstaltungen) und (spätestens bei Einführung) entsprechende Personalausstattung und Kompetenzen sicherstellen



Auf den Status quo der Organisationsstruktur im LVR angewandt, ergeben sich spezif. Anforderungen an die Kommunikationsfunktion

Kommunikationsstrategie und Organisationsstruktur

- Die Strategie liefert eine gute Basis für die zukünftige Kommunikationsarbeit. Nun müssen die wesentlichen **Elemente aus der Kommunikationsstrategie** „zum Leben erweckt“ werden (insb. Ziele, Kompetenzfelder, Marken-Architektur).
- **Mitarbeitende in ihrer alltäglichen Arbeit vernetzen**: damit Botschaften in Form von Geschichten mithilfe verschiedener Medien vermittelt werden können, müssen Silos und Silo-Denken bzw. „Zuständigkeits-Säulen“ abgebaut und ein kontinuierlicher Austausch über die Grenzen von Organisationseinheiten hinweg gestärkt werden. Dies macht es wahrscheinlicher, dass Inhalte auf **Nutzerperspektiven** ausgerichtet werden, anstatt auf Organisationsstrukturen („Organisation der Kommunikation, nicht Kommunikation der Organisation“).

Aufgaben und Technik

- **Mentalitätswandel**: neben der „klassischen Pressearbeit“ (immer noch wichtig) gilt es, eine stärkere Marketing- und PR-Orientierung einzuführen und die Rolle im Kampf um Aufmerksamkeit anzunehmen. Die vorhandenen Themen bieten hierfür ein sehr hohes Potential und treffen den Zeitgeist (seelische Gesundheit, Kultur, Leben & Arbeit sowie Bildung). Dies gelingt z.B. durch eine konsequente Beachtung der Zielgruppenperspektive (Bedürfnisse der Kommunikationsempfänger/innen) mithilfe von Methoden wie Bildung von Persona und Kundenreisen.
- **Mehr Geschwindigkeit in der Kommunikationsarbeit** mithilfe von Pilotkampagnen und Testzyklen erreichen (Misserfolge zulassen u. institutionalisierte Fehler bewerten, kommunizieren und gemeinsam Verbesserungen für die Zukunft entwickeln).
- **Know-how u. Kompetenzen** für den Umgang mit neuen Medien, audiovisueller „**Contentgenerierung**“ und **Datennutzung** aufbauen sowie Auswahl der relevanten **Medien je Zielgruppe** (Podcast, Blog, Instagram etc.) u. **Hilfstechnologien** (CRM, Kampagnenplanungstools)

Die Kommunikationsstrategie des LVR beinhaltet bereits viele wichtige Bausteine, um den neuen Anforderungen gerecht zu werden



Wir befinden uns im Zeitalter der digitalen Transformation. Das Mediennutzungsverhalten hat sich radikal verändert und entwickelt sich mit hoher Dynamik stetig weiter. Längst ist das Internet die wichtigste Informationsquelle und das Smartphone der am schnellsten wachsende Zugang zur digitalen Welt. Fast jede/r kann über soziale Netzwerke seine Gedanken mit anderen in der ganzen Welt teilen – sofort und im unmittelbaren Dialog. Der Prozess der Meinungsbildung erfolgt nicht mehr vornehmlich über klassische Medien, sondern zunehmend über Twitter, Facebook & Co. Damit löst sich das herkömmliche Kommunikationsprinzip zwischen Sender und Empfänger auf. Die Nutzer*innen rücken ins Zentrum der Kommunikationsarbeit und gestalten Kommunikation und Meinungsbild aktiv mit.

In der Weiterentwicklung der Markenarchitektur liegt großes Potenzial. Eine starke Dachmarke mit klar geführten Familien- und Einzelmarken bildet die Basis. Die Entscheidung, welche Einrichtungen mit welcher Nähe oder relativen Eigenständigkeit zur Dachmarke LVR geführt wird, richtet sich nach den jeweiligen Zielgruppenbedürfnissen. In allen Fällen ist sichergestellt, dass die Zugehörigkeit der Einrichtungen zum LVR klar erkennbar ist. Ein aktualisiertes und erweitertes Corporate Design Manual definiert den Handlungsrahmen (wichtiger nächster Schritt).

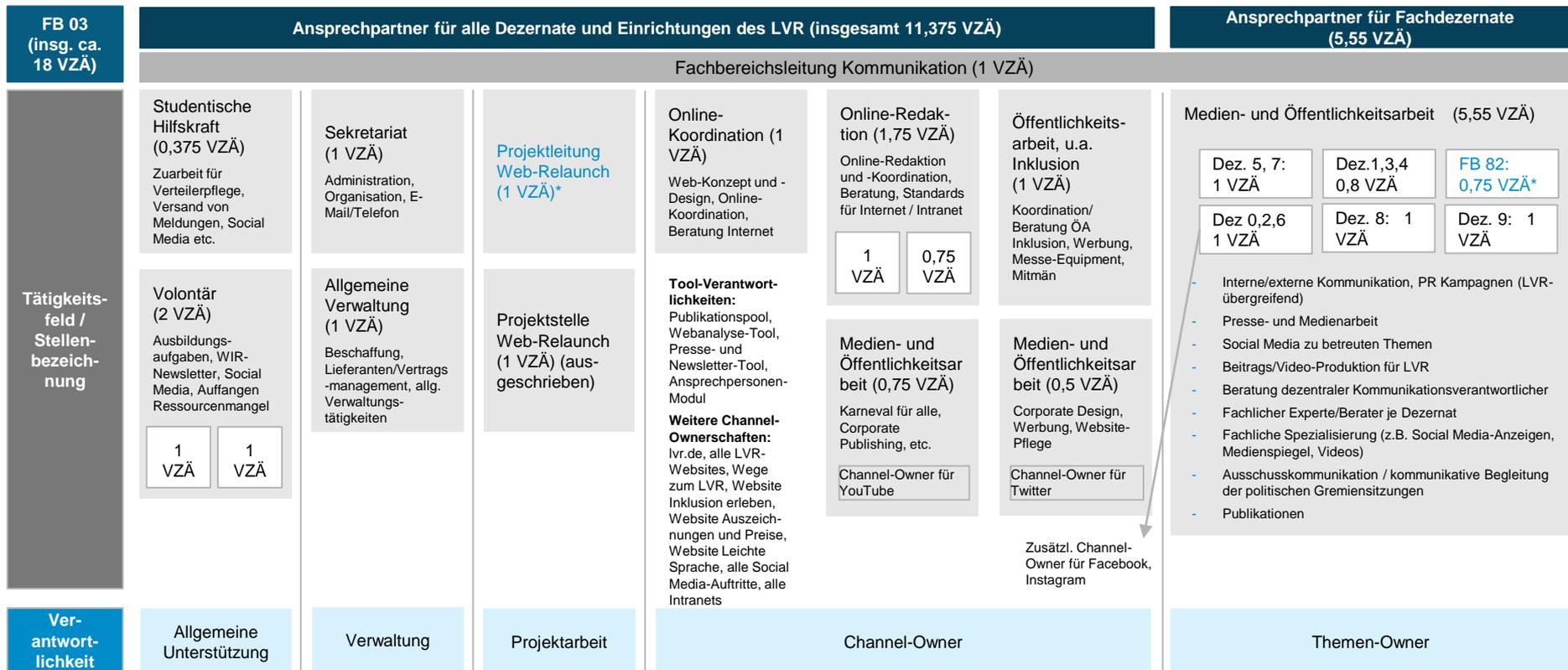
Die Kompetenzfelder bündeln die konkrete Leistungen des LVR aus der externen Perspektive. Sie bieten Orientierung und machen gleichzeitig die Leistungsbreite sichtbar. Sie kommunizieren mit stark inhaltlichem Bezug, zahlen aber immer auf die übergreifende Vision und Mission der Dachmarke ein. In der Kommunikation wirken die Kompetenzfelder strukturierend – zum Beispiel als einheitliche Gliederung in Basispublikationen, in der Standard-Power-Point-Präsentation oder als Leitsystem auf Veranstaltungen wie dem Tag der Begegnung oder beim Auftritt des LVR auf dem NRW-Tag.

Menschen fühlen sich von Organisationen und Marken angezogen, die Sinn machen. Dabei ist es entscheidend, dass der Sinn und Zweck (Purpose) der inneren Werthaltung entspringt und gesellschaftliche Relevanz hat – so wie beim LVR. Die Aufgabe der Kommunikation ist es, die gemeinsame Sinnorientierung nach innen und außen erlebbar zu machen und so Identifikation zu stiften und für Aufmerksamkeit zu sorgen. Denn im Kampf um die Aufmerksamkeit der relevanten Dialoggruppen steht der LVR mit vielen anderen Unternehmen und Organisationen im Wettbewerb.

Inhalte

- Trends und Entwicklungen 4
- **Verantwortungsbereiche und Aufgabenpakete 18**
 - **Analyse: Status Quo der Verantwortungs- und Aufgabenverteilung von Kommunikation im Fachbereich 03 18**
 - Schlussfolgerungen: Ableitung relevanter Verantwortungsbereiche und Aufgabenpakete 22
- **Zusammenarbeitsmodelle und Organisationsstruktur 26**

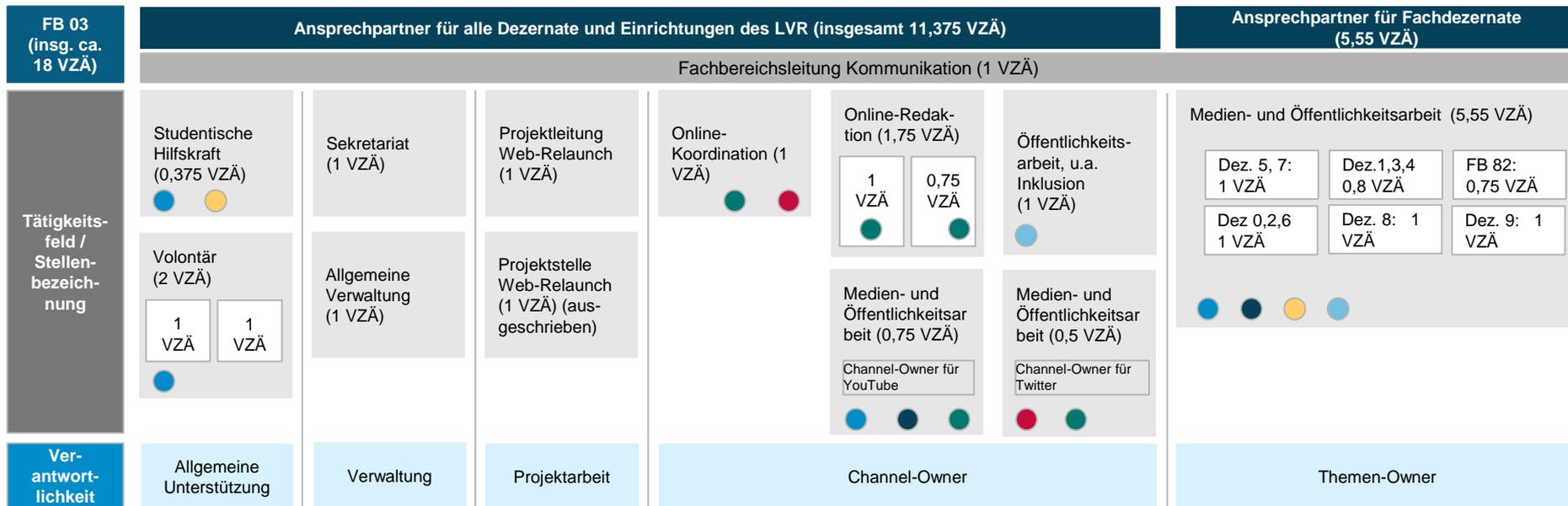
Status quo: Strukturierung der Tätigkeitsfelder (exkl. Leitungsfunktion) des FB03 entlang der Verantwortungsbereiche*



* Die Übersicht bildet nicht alle Aufgaben ab, sondern fasst lediglich die jeweiligen Aufgabenschwerpunkte zusammen. Diese Folie wurde mit Fr. Bayer abgestimmt.

* Ausgeliehene Stellen aus anderen Bereichen, die aber hauptsächlich für den FB03 arbeiten

Status quo: Die Analyse der Verortung von Kernaufgaben zeigt, dass Aufgaben und Verantwortungsbereiche ineffizient sind*



Zuordnung von Kernaufgaben der Kommunikationsarbeit

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Social Media | Klassische Pressearbeit |
| Corporate Design/Design | Veranstaltungen/Messen |
| Foto und Videoproduktion | Pflege Webseite/Intranet |

Wesentliche Optimierungsfelder: Neuordnung der Aufgaben und Verantwortungsbereiche, Etablierung eines Zusammenarbeitsmodells

Ergebnisse der Situationsdiagnose

FB 03 im IST: Inkonsistente und ineffiziente Verteilung von Verantwortungsbereichen und Aufgaben

- Innerhalb des FB03 wird kaum Verantwortung delegiert, auch weniger relevante Entscheidungen werden stets durch die Fachbereichsleitung getroffen, wodurch die Gefahr besteht, dass es an Schnelligkeit und Kreativität mangelt.
- Es besteht bisher **keine konsistente und funktionale Binnenstruktur** des zentralen Fachbereichs: Die **Verantwortungsbereiche sind ineffizient** und intransparent strukturiert. Die Verteilung von Kernaufgaben der Kommunikationsarbeit folgt oftmals keiner funktionalen Logik, sondern zeigt einen (historisch gewachsenen) „Flickenteppich“, welcher die Aufgabenverteilung und -abgrenzung intransparent macht.
- Stellen für Medien- und Öffentlichkeitsarbeit: **Umfangreiche Aufgabenzuordnung** / stark generalistisch geprägt; Aufgabenübernahme sowohl für LVR Dachmarke als auch Fachdezernats-spezifische Themen
- Keine Bündelung von Expertise zu „**Kommunikationsdienstleistungen**“, z.B. Kommunikationsdesign, Video- und Fotoproduktion (zusätzlich zu Kompetenzen bei Hausdruckerei)
- Aufgaben im Zusammenhang mit **Social Media, Kampagnenarbeit und (Online-)Marketing** sind nicht klar verortet und es **fehlen Kompetenzen**.
- Ein **strukturiertes, datengetriebenes Wirkungscontrolling** ist bislang nicht vorhanden.
- Zudem fehle es lt. Interviewpartnern an einem professionellen Projektmanagement, welches den Mittelweg zwischen Einbindung der Fachdezernate und der Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, findet

Dezernate und nachgelagerte Einrichtungen: Heterogene Strukturen, Prozesse und Zusammenarbeitsmodelle

- Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung sowie Ressourcen sind bisher unterschiedlich verteilt und orientieren sich **nicht an den tatsächlichen Kommunikationsbedarfen** (siehe auch Analyse vom 06.12.21).
- Die Notwendigkeit zur Ausweitung der fachlichen Kompetenzen und ggf. Ressourcen in den Fachdezernaten wurde durchweg geäußert. Zudem sei ein direkter Zugang zum/zur Dezernent/in von Vorteil..

Inhalte

- Trends und Entwicklungen 4
- **Verantwortungsbereiche und Aufgabenpakete** 18
 - Analyse: Status Quo der Verantwortungs- und Aufgabenverteilung von Kommunikation im LVR 18
 - **Schlussfolgerungen: Ableitung relevanter Verantwortungsbereiche und Aufgabenpakete** 22
- **Zusammenarbeitsmodelle und Organisationsstruktur** 26

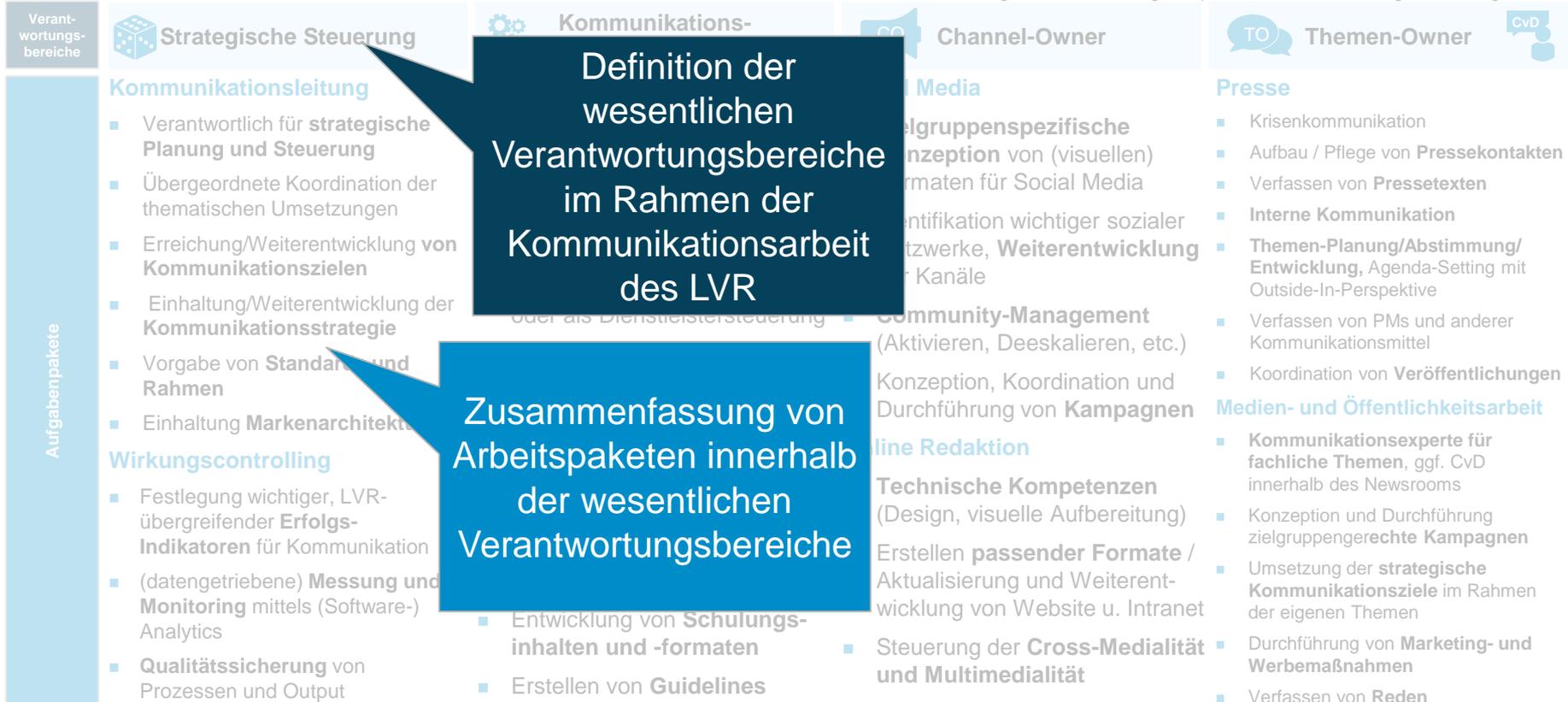
Eine gesteigerte Serviceorientierung und Steuerungsfunktion des zentralen Fachbereichs für Kommunikation erhöht die verbandsweite Akzeptanz der OE

Zentrale Aufgaben und Verantwortlichkeiten

- Rollenklärung des FB03 durchführen:
 - Die Verteilung und Bündelung von Aufgaben, Kompetenz und Verantwortung des FB03 gilt es neu zu definieren. Das Ziel sollte es sein, die bisherigen Stärken beizubehalten (z.B. Krisenkommunikation) und aktuelle Schwächen zu korrigieren (z.B. Zusammenarbeit und Angebot an Kommunikationsdienstleistungen). Hierbei muss sich auch ein neues Selbstverständnis und die Rolle des zentralen Fachbereichs widerspiegeln. Damit die Arbeit des Fachbereichs verbandsweite Akzeptanz findet, sollte sich die Rolle hin zu einem „Unterstützer“ und Dienstleister der Dezernate entwickeln. Regulierung sollte in Zukunft weniger durch Verbote als vielmehr durch eine übergeordnete Koordination der Öffentlichkeitsarbeit erfolgen.
- Stärkeren Fokus auf crossmediales (Online-)Marketing und Kampagnenarbeit legen:
 - Die Themenvielfalt und der gemeinnützige Fokus des LVR hat ein überaus hohes Potenzial für die Nutzung von Storytelling in der Außenkommunikation. Es bedarf hierfür eine ausgeprägtere Marketing-Perspektive sowie einen Fokus auf Kampagnen, deren Inhalte mithilfe aller geeigneten Medien verbreitet werden. Insbesondere der Umgang mit sozialen Medien benötigt entsprechendes fachkundiges Personal und eine gesteigerte Reaktionsfähigkeit.

Neukonzeption von wesentlichen Verantwortungsbereichen und Aufgabenpaketen der Kommunikationsarbeit* (1/2)

*Auszug wesentlicher Aufgabenpakete, keine vollständige Auflistung



Neukonzeption von wesentlichen Verantwortungsbereichen und Aufgabenpaketen der Kommunikationsarbeit* (2/2)

*Auszug wesentlicher Aufgabenpakete, keine vollständige Auflistung

Verantwortungsbereiche	 Strategische Koordination	 Kommunikationsdienstleistungen	 Channel-Owner	 Themen-Owner 
Aufgabenpakete	Kommunikationsleitung <ul style="list-style-type: none">■ Strategische Planung und Steuerung / übergeordnete Koordination der thematischen Umsetzungen■ Einhaltung/Weiterentwicklung der Kommunikationsstrategie■ Vorgabe von Standards und Rahmen	Veranstaltungen <ul style="list-style-type: none">■ Organisation von /Beratung zu Veranstaltungen: Planung, Koordination und Durchführung Foto- und Videoproduktion <ul style="list-style-type: none">■ Professionelle Foto- und Videoproduktion in Eigenregie oder als Dienstleistersteuerung	Social Media Management <ul style="list-style-type: none">■ Zielgruppenspezifische Konzeption von (visuellen) Formaten für Social Media■ Identifikation wichtiger sozialer Netzwerke, Weiterentwicklung der Kanäle■ Community-Management (Aktivieren, Deeskalieren, etc.)	Pressearbeit <ul style="list-style-type: none">■ Krisenkommunikation■ Aufbau / Pflege von Pressekontakten■ Verfassen von Presstexten
	Wirkungscontrolling <ul style="list-style-type: none">■ Festlegung wichtiger, LVR-übergreifender Erfolgs-Indikatoren für Kommunikation■ (datengetriebene) Messung und Monitoring mittels (Software-) Analytics■ Qualitätssicherung von Prozessen und Output	Kommunikationsdesign <ul style="list-style-type: none">■ Design und Entwicklung von audiovisuellen Inhalten anhand des Corporate Designs■ Einhaltung/Umsetzung/Gestaltung des Corporate Design: Grafiken, Logos, Präsentation Competence Management <ul style="list-style-type: none">■ Entwicklung von Schulungsinhalten und -formaten■ Erstellen von Guidelines	Online Redaktion <ul style="list-style-type: none">■ Technische Kompetenzen (Design, visuelle Aufbereitung)■ Erstellen passender Formate / Aktualisierung und Weiterentwicklung von Website u. Intranet■ Steuerung der Crossmedialität und Multimedialität	Medien- u. Öffentlichkeitsarbeit <ul style="list-style-type: none">■ Kommunikationsexperte für fachliche Themen■ Konzeption und Durchführung zielgruppengerechter Kampagnen■ Umsetzung der strategischen Kommunikationsziele im Rahmen der eigenen Themen■ Durchführung von Marketing- und Werbemaßnahmen■ Verfassen von Reden

Inhalte

- Trends und Entwicklungen 4
- Verantwortungsbereiche und Aufgabenpakete 18
- **Zusammenarbeitsmodelle und Organisationsstruktur** 26
 - **Analyse: Status-Quo der bestehenden Zusammenarbeitsmodelle und Organisationsstruktur** 26
 - Schlussfolgerungen: Ableitung eines LVR-spezifischen Newsroom-Konzepts als neues Zusammenarbeitsmodell 31

Status quo: Die bestehenden Zusammenarbeitsmodelle folgen keiner übergeordneten Struktur und finden zu wenig auf der Arbeitsebene statt

Abstimmungsintervalle mit Fachdezernaten

Medien- und Öffentlichkeitsarbeit

Dez. 5, 7	Dez.1,3,4	FB 82	Dez. 0,2,6	Dez. 8	Dez. 9
<ul style="list-style-type: none">Jahresplanung mit LR 5, FBLn und LR 7Arbeitsgruppe BTHG 4 mal pro Jahr (teilweise Austausch zu weiteren Themen des Dez. 7)	<ul style="list-style-type: none">Jahresplanung mit Dezernatsleitung (LR4)JF mit Dezernatsleitung (LR4) alle 4 Wochen	<ul style="list-style-type: none">Jahresplanung mit LR 8JF mit FBL 82 (4-8 mal pro Jahr)Teilnahme an FB-Besprech.Teilnahme am AK ÖA Kliniken und HPH (4-6 mal pro Jahr)	Keine Zusammenarbeitsformate mit anderen (Fach-) Dezernaten	<ul style="list-style-type: none">PR-Jahresplanung mit LR 8JF mit FBL 81, ÖA Dez. 8 (4 mal pro Jahr)JF mit ÖA Dez. 8 alle 4 WochenTeilnahme am AK ÖA Kliniken und HPH (4-6 mal p. Jahr)	<ul style="list-style-type: none">Jahresplanung mit LR 9JF mit LR 9 (4-6 mal pro Jahr)Teilnahme Dezernatskonferenzen (4 mal pro Jahr)AK Presse- und ÖA (2 mal pro Jahr)

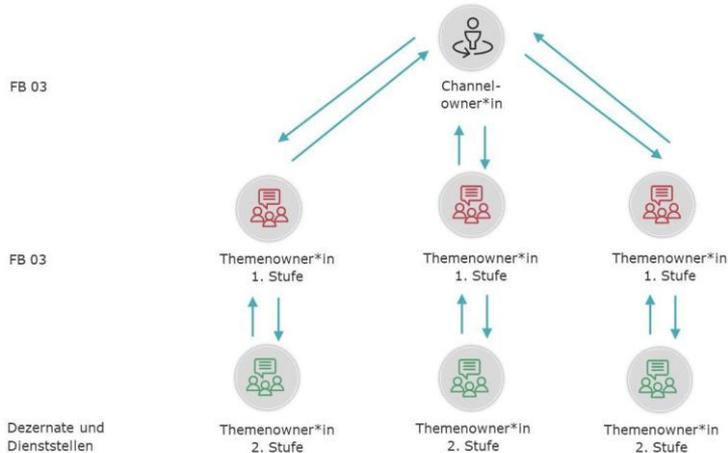
Online-Redaktion

Arbeitskreis Online alle 6 Wochen (evtl. zusätzliche AKs: AK ÖA Kultur und AK ÖA Kliniken und HPH)

Quelle: Zugelieferte Informationen von Fr. Bayer

Aktuelle Erprobung eines Zusammenarbeitsmodells mit Themen- und Channel-Ownern zur gemeinsamen Content-Erstellung im FB 03

Grundidee von FB 03: Channel- u. Themen-Owner



Quelle: Hintergrundinformationen zur Aufgabenverteilung im FB 03 von Fr. Bayer (23.01.22)

Erläuterung und Analyse

Der FB 03 erprobt derzeit das nebenstehende Modell der Themen- und Channel-Owner, das sich v.a. auf die laufende Content-Erstellung bezieht:

- Dabei sollen sich Channel-Owner auf die Konzeption und Organisation der Themenplanung und des Community-Managements fokussieren und Controlling- und Monitoring-Aufgaben übernehmen sowie für die Qualitätssicherung und Umsetzung von Standards verantwortlich sein.
- Zudem wird zwischen Themen-Owner erster Stufe und zweiter Stufe differenziert. Themen-Owner der ersten Stufe fokussieren sich auf redaktionelle Tätigkeiten, wie die Themenrecherche, die Erstellung kanal-/zielgruppenspezifischer Beiträge und Community-Engagement. Sie sind die Schnittstelle zu den Dezernaten und Einrichtungen und somit für deren Themen zuständig.
- Themen-Owner zweiter Stufe fokussieren sich auf die Content-Lieferung, machen Themenvorschläge und unterstützen bei inhaltlichen Fragen.

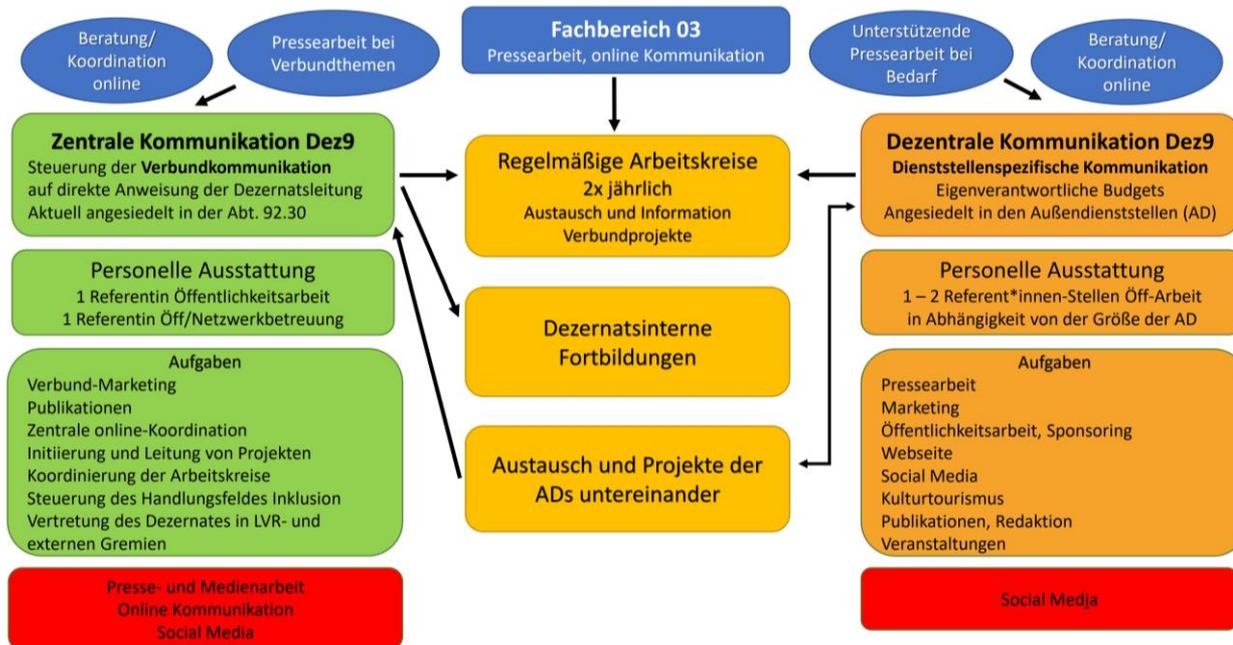
Die Anwendung dieses Modells wird die Defizite in der Kommunikationsfunktion nicht lösen, insbesondere weil:

- Verantwortlichkeiten der Themen-Owner unklar verteilt bleiben (Stufe 1 und 2, nach dem Motto „geteilte Verantwortung ist keine Verantwortung“), was ein „Ping-Pong“ zwischen FB 03 und den Fachdezernaten begünstigt (abstimmungsintensiv);
- Channel-Owner und Medienspezialisten nicht für die Themenplanung geeignet sind,
- wobei die Differenzierung zwischen Themen- und Channel-Ownerschaft grd. sinnvoll ist.

Partielle Etablierung von Zusammenarbeitsmodellen zwischen Fachdezernat u. Einrichtungen

Status quo: Beispiel für Zusammenarbeitsmodell aus Dezernat 9

Funktionsschema Kommunikation im LVR-Dezernat Kultur und Landschaftliche Kulturpflege



Quelle: Fachdezernat 9

Erläuterung

- Das Modell zur Strukturierung der zentralen wie dezentralen Kommunikation des **Dezernats „Kultur und Landschaftliche Kulturpflege“** beinhaltet bereits gute Beispiele dafür, wie Fachdezernate in der Kommunikationsarbeit mit nachgelagerten Einrichtungen zusammenarbeiten.
- Es stellt einen **regelmäßigen Austausch** auf der Arbeitsebene und Koordinationsmöglichkeiten des Fachdezernats sicher.
- Das Funktionsschema wird daher in der Weiterentwicklung eines **LVR-übergreifenden Zusammenarbeitsmodells** für den Bereich der Kommunikationsarbeit aufgegriffen.

Die bisherige Organisation der Kommunikationsfunktion des LVR wird der thematischen Vielfalt (Bildung, Kultur, Gesundheit, Soziales) nicht gerecht

Zusammenarbeit zentraler FB und Fachdezernate*

- Es bestehen derzeit keine geeigneten Zusammenarbeitsmodelle für kreative Ideen- und Kampagnenentwicklung sowie deren Umsetzungssteuerung. Auf der Arbeitsebene findet zwischen FB03 und den Ansprechpartnern in den Fachdezernaten zu wenig Austausch statt.
- Die Fachdezernate erwarten eine höhere Serviceorientierung sowie übergreifende Themensteuerung und Vernetzung von dem zentralen Fachbereich. Der FB03 wird nicht als befähigend und steuernd wahrgenommen, sondern als einschränkend und angstgetrieben. Die Motivation und das Know-how der Fachdezernate kommt, aufgrund einer starken Reglementierung durch den FB03, nicht zur Entfaltung.
- Die daraus resultierende Unzufriedenheit der Fachdezernate war in den vertrauensvollen Interviews deutlich zu spüren und wurde mithilfe von Beispielen aus der Vergangenheit erläutert (z.B. Abschaltung eines Instagramkanals oder Verbot eines Logos).
- Insgesamt erfolgt die Zusammenarbeit des zentralen Fachbereichs mit den Fachdezernaten zu reaktiv und mutlos. Die Kommunikationsaktivitäten werden weder gemeinsam geplant noch findet ein konsequentes Wirkungscontrolling statt.
- Zusammenarbeitsmodelle in Bezug auf Kommunikation zwischen Fachdezernaten und nachgelagerten Einrichtungen funktionieren nach Ansicht der Dezernate dann gut, wenn in den Fachdezernaten entsprechendes Personal zur Steuerung vorgehalten wird (Beispiel Fachdezernat 9). Allerdings denken die Fachdezernate oftmals in „Dezernats-Silos“, anstatt die „Kundenperspektive“ sowie eine LVR-weite Perspektive einzunehmen.

*Quellen: Experteninterviews und SWOT-Analyse

Inhalte

■ Trends und Entwicklungen	4
■ Verantwortungsbereiche und Aufgabenpakete	18
■ Zusammenarbeitsmodelle und Organisationsstruktur	31
– Analyse: Status-Quo der bestehenden Zusammenarbeitsmodelle und Organisationsstruktur	26
– Schlussfolgerungen: Ableitung eines LVR-spezifischen Newsroom-Konzepts als neues Zusammenarbeitsmodell	31

Funktionierende Zusammenarbeitsmodelle von zentralen und dezentralen Einheiten sind entscheidend für die erfolgreiche Kommunikation des LVR

Zusammenarbeit zentraler FB und Fachdezernate

- „Familien- und Produktmarken“ stärken und funktionierende Zusammenarbeitsmodelle etablieren:
 - Eine starke Dachmarke und lebendige „Familien- und Produktmarken“ (gemäß Kommunikationsstrategie) schließen sich nicht aus. Der Dachmarke des LVR kann es nicht gelingen, die gesamte thematische Vielfalt abzudecken. Die Aufgabe des zentralen Fachbereichs muss es daher sein, die Fachdezernate zu befähigen, miteinander zu vernetzen und gleichzeitig dafür zu sorgen, dass die Kommunikationsaktivitäten der Familien- und Produktmarken positiv auf die Dachmarke einzahlen.
 - Die Kompetenzfelder aus der Kommunikationsstrategie bieten für zukünftige Zusammenarbeitsmodelle einen potenziellen thematischen Rahmen, in welchem regelmäßige fachdezernats-übergreifende Zusammenarbeit stattfinden kann.

Konkretisierung und Weiterentwicklung der Handlungsalternative 1 aus unserem Termin am 06.12.2021

Handlungsalternative 1 ✓

Modell:

- Neuauslegung des integrativen Steuerungsmodells: Gemeinsame Themenentwicklung, zentrale Steuerung und dezentrale Umsetzung
- Neue Strukturen und Kompetenzen in den Fachdezernaten mit verändertem Fachbereichs- und Aufgabenzuschnitt in Dezernat 0

Konsequenzen:

- Dez. 0 behält die Steuerungsfunktion und Nähe zu den Fachdezernaten bei
- Gegenseitige thematische Befruchtung von Dach-, Familien- und Produktmarken

Handlungsalternative 2

Modell:

- Dezentraleres Modell: Strikte Trennung von Dach- und „Familienmarken“
- Fokussierung des Dezernats 0 auf Kommunikationsarbeit der Dachmarke

Konsequenzen:

- Verlust der zentralen Steuerungsfunktion
- Dachmarke verliert Nähe zu den Inhalten der Familien- und Produktmarken
- Konkurrenzdenken in den Kommunikationsaktivitäten der Fachdezernate

Handlungsalternative 3

Modell:

- Zentraleres Modell: Zentrale Bündelung und Bearbeitung von Dach- und Familienmarken
- Dezernat 0 übernimmt die Kommunikationsarbeit vollständig (Themenentwicklung und -umsetzung), die Fachdezernate unterstützen partiell bei Themenentwicklung und -umsetzung

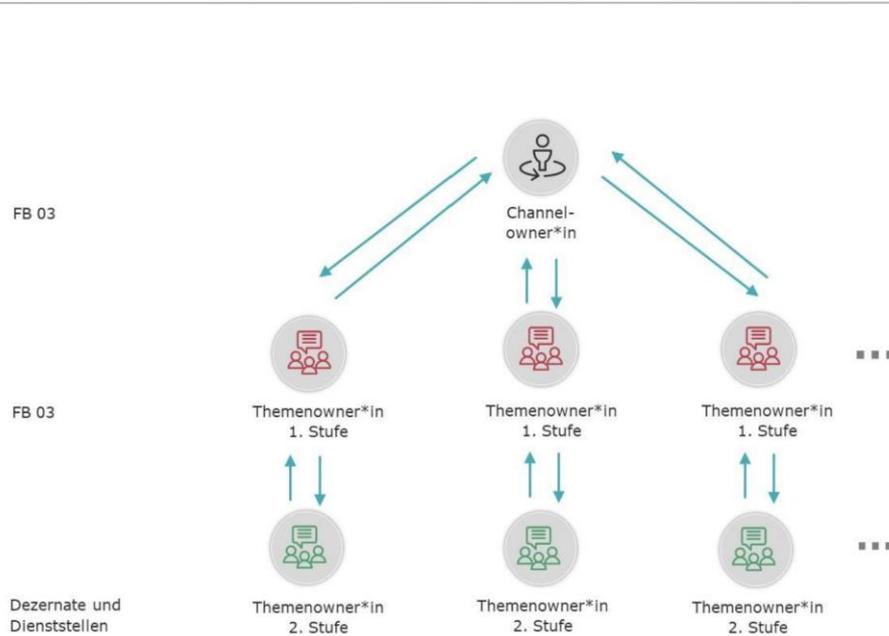
Konsequenzen:

- Potentiell schwächere Familien- und Produktmarken durch höhere Distanz zu den Fachdezernaten
- Zentralbereich trägt die volle Verantwortung für Kommunikation

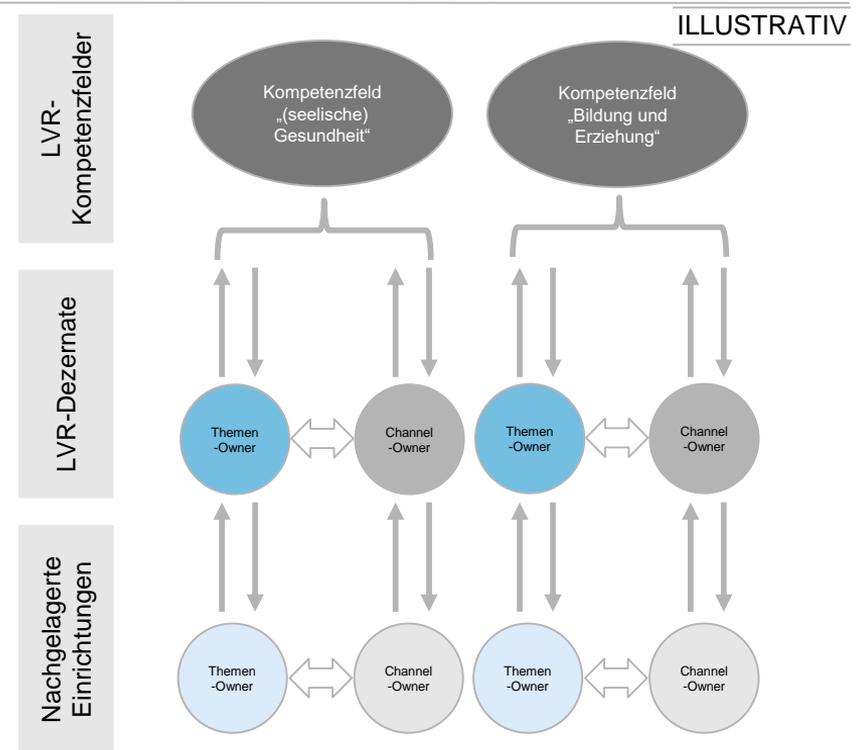
Die vertiefte Situationsdiagnose hat die Notwendigkeit einer **Stärkung der Fachdezernate** verdeutlicht, damit die Themen der **Kompetenzfelder aus der LVR-Kommunikationsstrategie** in Zukunft nach außen sichtbar werden. Gleichzeitig sollte die **strategische Steuerung** der Kompetenzfelder, übergreifende **Kommunikationsdienstleistungen** und die Zuständigkeit für die Dachmarke zentral erfolgen. Für eine **effiziente Aufgabenabgrenzung** ist die **Neukonzeption eines strukturierten Zusammenarbeitsmodells** entscheidend, die wir im Folgenden herleiten und aufzeigen.

Um den Kompetenzfeldern in der neuen Kommunikationsstruktur mehr Gewicht zu geben, werden Ownership-Verteilungen neu integriert

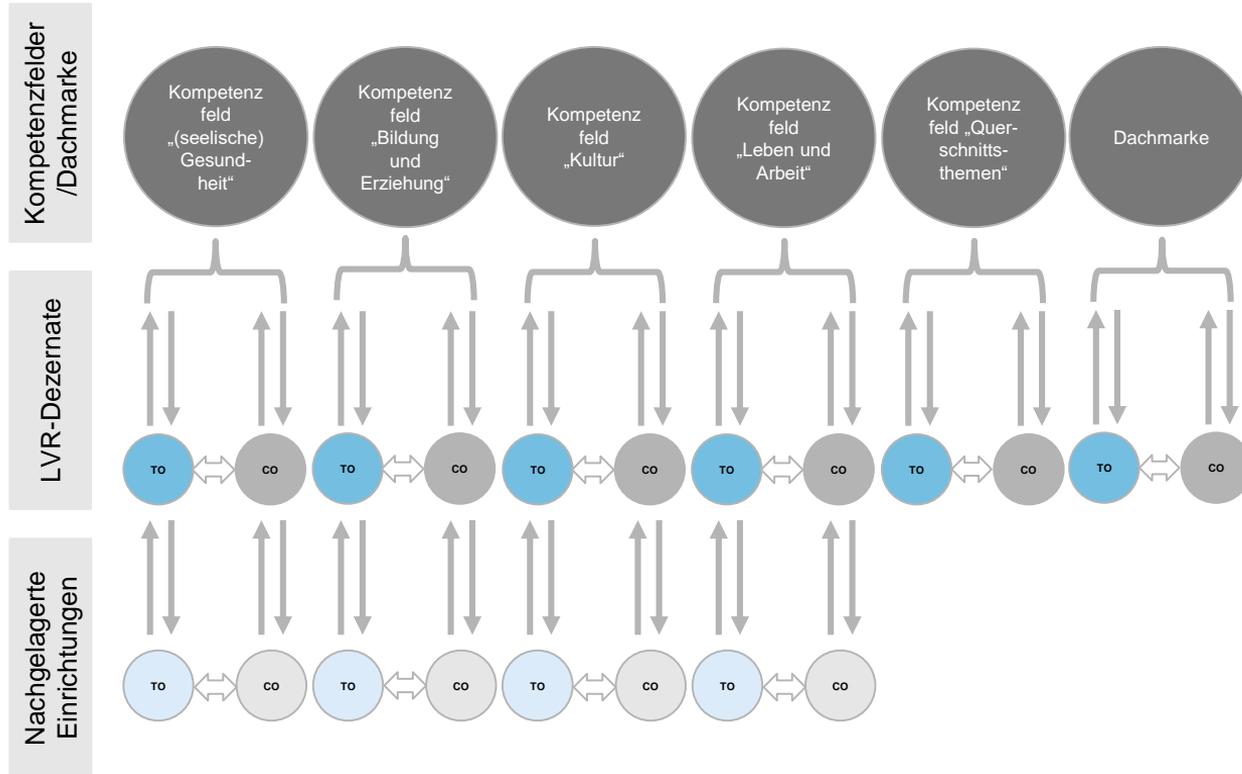
Status quo: Zentralisierte Ownership-Verteilung im LVR



Neukonzeption: Integrative Verteilung über Kompetenzfelder



Verteilung entlang der 5 Kompetenzfelder und der Dachmarke sowie Gleichstellung von TO und CO



Erläuterung

- Nebenstehende Darstellung zeigt die veränderte **Verteilung von Themen- und Channel-Ownern**, geordnet entlang der fünf verschiedenen Kompetenzfelder und der Dachmarke sowie entlang der Dezernate und nachgelagerten Einrichtungen.
- Folglich haben sowohl die nachgelagerten Einrichtungen als auch die Dezernate eigene Themen- und Channel-Owner, die im Austausch miteinander stehen sowie unter ihrem jeweiligen Kompetenzfeld zusammengefasst werden.

Legende

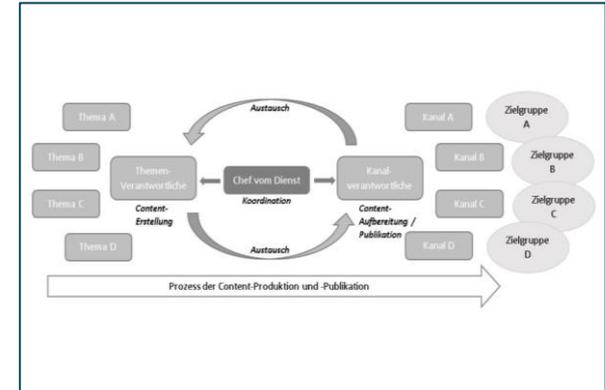
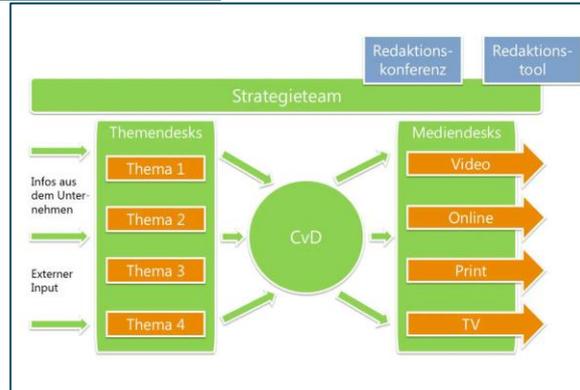
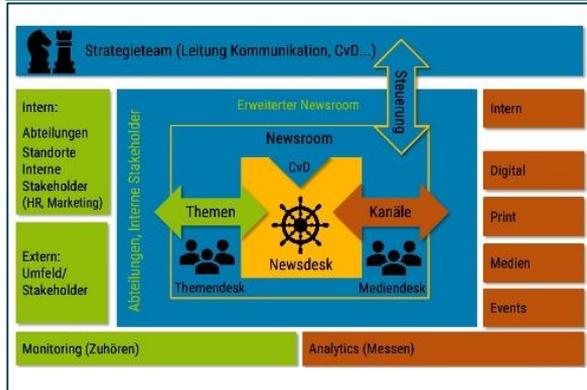
TO: Themen-Owner

CO: Channel-Owner

Der Newsroom bietet ein flexibles Konzept für Kommunikationsarbeit, in das LVR-spezifische Anforderungen integriert werden können (1/2)

Newsroom-Konzepte

Analyse verschiedener Modelle des Newsrooms



Ableitung eines Newsroom-Konzeptes, ...

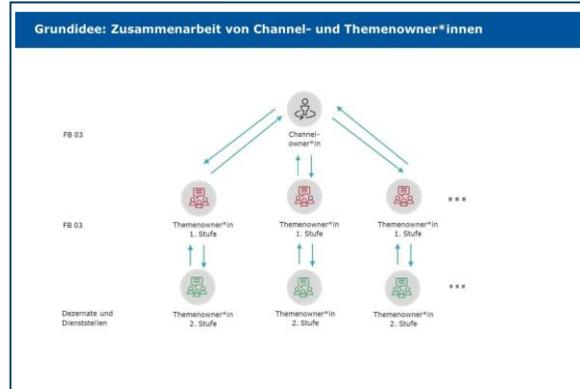
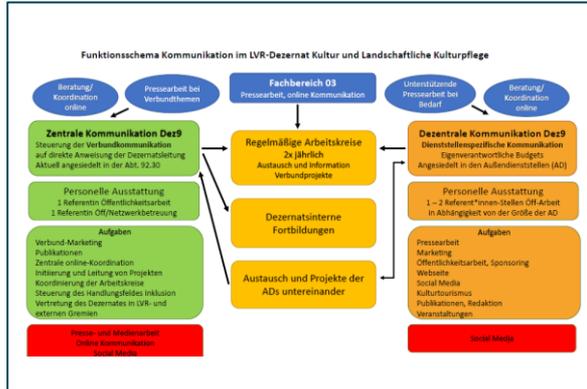
Die diversen Modelle des im Analyse-Kapitel beschriebenen Newsrooms beinhalten unterschiedliche, für den LVR relevante Bausteine, bspw. die Rolle der Strategie und des Chefs vom Dienst (CvD), der zugleich Themen-Owner ist und die übergeordnete, thematische Planung des jeweiligen Kompetenzfeldes koordiniert. Hinzu kommen die Unterscheidung zwischen Themen und Channels, die Trennung zwischen Newsroom und erweitertem Newsroom sowie der stetigen Austausch innerhalb des Newsrooms. Jene Bausteine helfen dabei, ein für den LVR spezifisches Newsroom-Konzept zu entwickeln und dabei Fragen der Zusammenarbeit, Rollenverteilung, usw. im Bereich der Kommunikationsarbeit des LVR zu beantworten...

Quelle: Basis-Internetrecherche zu Newsroom-Konzepten

Der Newsroom bietet ein flexibles Konzept für Kommunikationsarbeit, in das LVR-spezifische Anforderungen integriert werden können (2/2)

LVR-spezifische Konzepte

Vergleich mit Konzepten der LVR-Kommunikationsstrategie

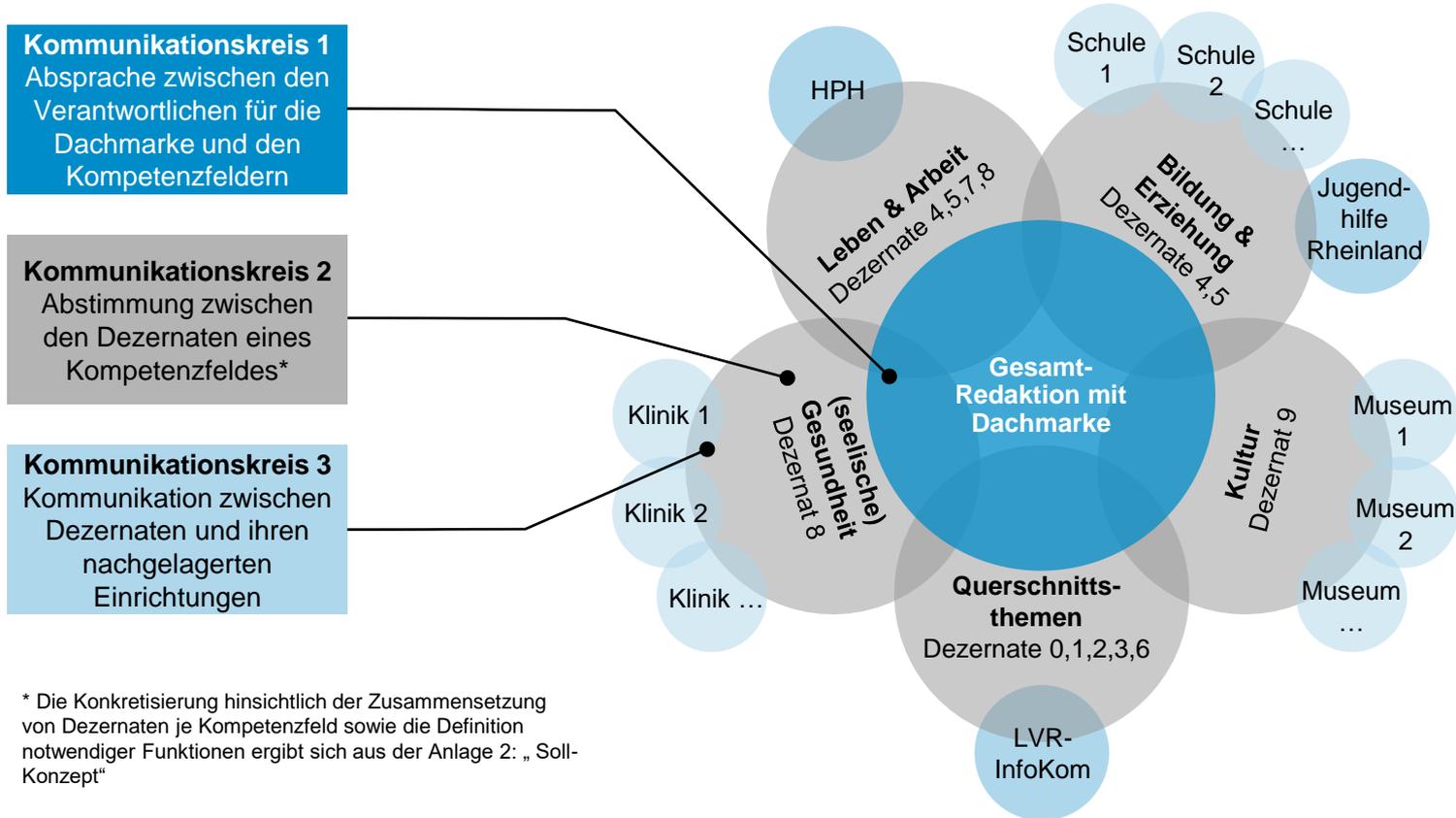


..., das an die Spezifika der LVR-Kommunikationsstrategie angepasst ist

Neben den Bausteinen der Newsroom-Modelle beinhaltet das LVR-spezifische Newsroom-Konzept Teile der LVR-Kommunikationsstrategie. Zudem dient z.B. das Funktionsschema für Kommunikation des Dezernats 9 als gutes Beispiel für ein grds. strukturiertes, Dezernats-internes/-externes Zusammenarbeitsmodell. Newsroom-Konzepte beinhalten üblicherweise ebenfalls Themen- und Channel-Owner, weswegen die Grundidee dieser Differenzierung prinzipiell beibehalten wird. In Kombination mit den LVR-Kompetenzfeldern erhält das entwickelte Newsroom-Konzept eine LVR-spezifische Struktur und deckt die Anforderungen an die Kommunikationsarbeit im LVR ab.

Quellen: Fachdezernat 9, FB 03 und LVR-Kommunikationsstrategie

Der LVR-spezifische Newsroom stellt ein Zusammenarbeitsmodell mit Abstimmungen innerhalb drei versch. Kommunikationskreise dar





HORVÁTH

Anlage 3

Organisation der Kommunikationsfunktion im LVR

Landschaftsausschuss am 07.12.2022

Gesundheitsausschuss am 03.02.2023

Ausschuss für Personal und allg.
Verwaltung am 06.02.2023



Zielbild Kommunikation – Kernelemente

Ausgangssituation im LVR

- Verabschiedung der LVR-Kommunikationsstrategie in 2020; Vereinbarung: Organisationsstruktur anschließend an Kommunikationsstrategie anpassen (Prinzip: „structure follows strategy“).
- Mandatierung für Organisationsentwicklung in 2021: Kommunikationsexperte „Horváth & Partner“ (Horváth)
- Verabschiedung Horváth-Konzept im Verwaltungsvorstand in Juli 2022 (Beschluss: kurzfristige Umsetzung, beginnend mit LVR-Dachmarke und Kompetenzfeld Kultur)
- Umsetzungsprojekt Anfang Oktober 2022 gestartet

Verändertes Kommunikationsumfeld

- Dynamische Veränderung der Anforderungen an Kommunikation, vor allem Mediennutzung und zunehmende Bedeutung von Social Media: crossmediale Kommunikation, zunehmende Geschwindigkeit und Informationsflüsse, neue Technologien, „Storytelling“ durch Kampagnenarbeit

▶ Hieraus abgeleitete Horváth -Empfehlung: auch im LVR **Einführung** des modernen **Newsroom-Konzepts**

Kernelemente des Horvath-Konzepts

- Kompetenzfelder sind für ihre eigene Kommunikationsarbeit dezentral verantwortlich.
- Verantwortung für LVR-Dachmarke und Querschnittsthemen bleibt im Fachbereich 03.
- Zusammenarbeit zwischen zentralen und dezentralen Kommunikationsverantwortlichen wird über sog. Newsrooms organisiert.
- Konzept sieht Stellenverlagerung gemäß Verantwortungsverlagerung in die Kompetenzfelder vor; konkrete Auswirkungen auf Geschäftsverteilung werden im Umsetzungsprojekt erarbeitet.

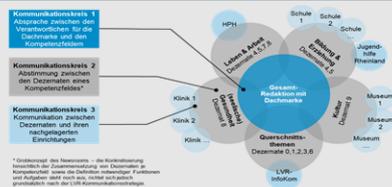
Übersicht über das Soll-Konzept

0 LVR-Kommunikationsstrategie

Im Sommer 2020 wurde mit einer externen Kommunikationsberatung eine neue **LVR-Kommunikationsstrategie** mitsamt Definition der wesentlichen **Kompetenzfelder des LVR** erarbeitet, welche die **Veränderungsnötigkeit der Kommunikationsfunktion** attestiert. Bisher wurden aus dieser Strategie keine Organisationsmaßnahmen abgeleitet. Das nachfolgende Soll-Konzept bildet eine darauf aufbauende Struktur, welche die Umsetzung der Strategie bestmöglich unterstützt.



1 Newsroom-Konzept



Die **übergreifende Zusammenarbeit** der Stellenprofile wird mithilfe eines **LVR-spezifischen Newsrooms** strukturiert

2 Stellenprofile*



Die definierten **Stellenprofile** für Kommunikation sorgen für eine **klar voneinander abgegrenzte Aufgabenverteilung** in der Kommunikationsarbeit.

3 Organisationsstruktur



Die Fachdezernate 4, 5, 7, 8 u. 9 sowie die nachgelagerten Einrichtungen werden mit **eigenen Referenten/innen für Kommunikations- und Medienmanagement** ausgestattet.

4 Prozesse & Verantwortlichkeiten



Die Festlegung von Verantwortlichkeiten entlang **optimierter Soll-Prozesse** schafft **Transparenz** in dem **neuen Aufgabensplit** der Kommunikationsfunktionen.

5 Veränderungsmaßnahmen



* Horváth spricht in seinem Konzept von „Stellenprofilen“ und meint damit „Rollen“, im Rahmen des LVR-internen Projekts Formulierung auf „Rollen“ angepasst, vgl. Folie 8 für eine Erläuterung

Zusammenfassung Teilergebnis 1: Newsroom-Konzept



Ergebnisbeschreibung

- Die Zusammenarbeit zwischen Fachbereich 03, den Fachdezernaten und nachgelagerten Einrichtungen wird über das **LVR-spezifische Newsroom-Konzept** organisiert, welches Abstimmungen im Rahmen von drei verschiedenen Kommunikationskreisen vorsieht und Kommunikationsziele und -maßnahmen effizient umsetzt. Die **Kommunikationsstrategie des LVR stellt die Grundlage für den LVR-spezifischen Newsroom** dar (bspw. die Strukturierung der Dezernate durch die **Kompetenzfelder**).
- Im **Kommunikationskreis 1** werden übergeordnete Themen, Kommunikationsziele oder LVR-weite Kommunikationsmaßnahmen abgestimmt. Die beteiligten Akteure sind: Fachbereich 03 (als Koordinator für die Kompetenzfeld-übergreifende Kommunikationsmaßnahmen sowie als Verantwortlicher für die **Dachmarke und Querschnittsthemen**) sowie die Vertreter der vier **inhaltlichen Kompetenzfelder** (als Verantwortliche für ihre jeweiligen Kompetenzfeld-spezifischen Kommunikationsmaßnahmen und in ihrer Newsroom-spezifischen Rolle des „CvDs“ (Chefs vom Dienst)).
- Die **Kommunikationskreise 2** finden **je Kompetenzfeld** statt und umfassen die Abstimmung der Dezernate des jeweiligen Kompetenzfeldes miteinander, um Kompetenzfeld-relevante Themen, Kommunikationsziele und -maßnahmen zu erörtern und zu planen. Die beteiligten Akteure sind die jeweiligen Themen- und Channelowner/innen.
- In den **Kommunikationskreisen 3** stimmen sich die Dezernate jeweils mit ihren nachgelagerten Einrichtungen zu gemeinsamen Themen und Kommunikationsmaßnahmen ab, die für das Kompetenzfeld relevant sind. Die beteiligten Akteure sind die jeweiligen Themen- und Channelowner/innen.

Zusammenfassung Teilergebnis 2: Stellenprofile*



Ergebnisbeschreibung

- Die definierten Stellenprofile für Kommunikation sorgen für eine **klar voneinander abgegrenzte Aufgabenverteilung** in der LVR-Kommunikationsfunktion.
- Die Stellenprofile im Einzelnen lauten: Leiter/in Kommunikation & Pressesprecher/in, Referent/in für Wirkungscontrolling, Online-Koordinator/in, Kommunikations-designer/in, Ref. f. Veranstaltungsorganisation, Ref. f. Kommunikationsmanagement (nachfolgend auch „Themen-Owner“ genannt: Experte/in der jeweiligen Kommunikationsthemen), Ref. f. Medienmanagement & digitales Marketing (nachfolgend auch „Channel-Owner“ genannt: Experte/in der jeweiligen Medien).
- Für jedes Stellenprofil werden die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung auf einem Steckbrief beschrieben („AKV-Steckbriefe“), die im Gesamtbild den Anforderungen an eine moderne Kommunikationsfunktion im LVR gerecht werden.
- Die **Referent/innen für Kommunikations- u. Medienmanagement inkl. digitales Marketing** (zentral/dezentral) werden durch die **zentral zur Verfügung gestellten Kommunikationsdienstleistungen** (z.B. Kommunikationsdesign) bei Konzeption, Planung und Durchführung von Kommunikationsmaßnahmen unterstützt.

* Horváth spricht in seinem Konzept von „Stellenprofilen“ und meint damit „Rollen“, im Rahmen des LVR-internen Projekts Formulierung auf „Rollen“ angepasst, vgl. Folie 8 für eine Erläuterung

Rollen



Zusammenfassung Teilergebnis 3: Organisationsstruktur



Ergebnisbeschreibung

- Alle bereits heute erbrachten Aufgaben der LVR-Kommunikationsfunktion werden auch in Zukunft durch die neue Organisationsstruktur abgedeckt. Um die **Anforderungen an moderne Kommunikation** (besser) bewältigen zu können, kommen **neue Aufgaben**, wie bspw. das **Wirkungscontrolling und das digitale Marketing**, hinzu.
- Der Fachbereich 03 ist für die **übergreifende Unterstützung der Kommunikation** zuständig (siehe RACI). Das beinhaltet sowohl eine **übergreifende Koordinationsfunktion**, die Bereitstellung von **Kommunikationsdienstleistungen** für die Dezernate und nachgelagerten Einrichtungen sowie die **operative Kommunikationsarbeit** für die LVR-Dachmarke und für die Querschnittsthemen.
- Die Stabstelle Veranstaltungsmanagement im Dezernat 0 organisiert weiterhin übergreifend kommunikationsrelevante Veranstaltungen.
- Die **Fachdezernate** 4, 5, 7, 8 und 9 etablieren **eigene Mitarbeiter/innen für Kommunikation**, die organisatorisch möglichst eng an die jeweilige Dezernatsleitung gebunden sein sollten. Sie sollten nicht Fachbereichen bzw. Abteilungen ohne Bezug zur Kommunikationsfunktion zugeordnet werden.
- Um die Potentiale der LVR-Themen in der Kommunikationsarbeit zielgruppenspezifisch besser zur Entfaltung zu bringen, erhalten die **Kompetenzfelder der LVR-Kommunikationsstrategie mehr Gewicht und Verantwortung**. Die Kompetenzfelder bilden den thematischen Rahmen für Kommunikation. Jedes Kompetenzfeld braucht hierzu einen Mindestbestand an Ressourcen, um Kommunikationsmaßnahmen zu entwickeln und umzusetzen sowie ggf. die Kommunikation der nachgelagerten Einrichtungen zu koordinieren.
- Aufgrund der **Verlagerung spezifischer Aufgaben in die Fachdezernate** sollten die entsprechenden Stellen aus dem Fachbereich 03 in die jeweiligen Fachdezernate verlagert werden. Im Falle fehlender Kompetenzen im Bestandspersonal sind ggf. Neueinstellungen oder Weiterbildungen notwendig.
- Bezüglich der nachgelagerten Einrichtungen (insb. Museen und Kliniken) werden ebenfalls **eigene Mitarbeiter/innen für Kommunikation** empfohlen, welche wiederum möglichst an die Verwaltungsleitungen gebunden sind.

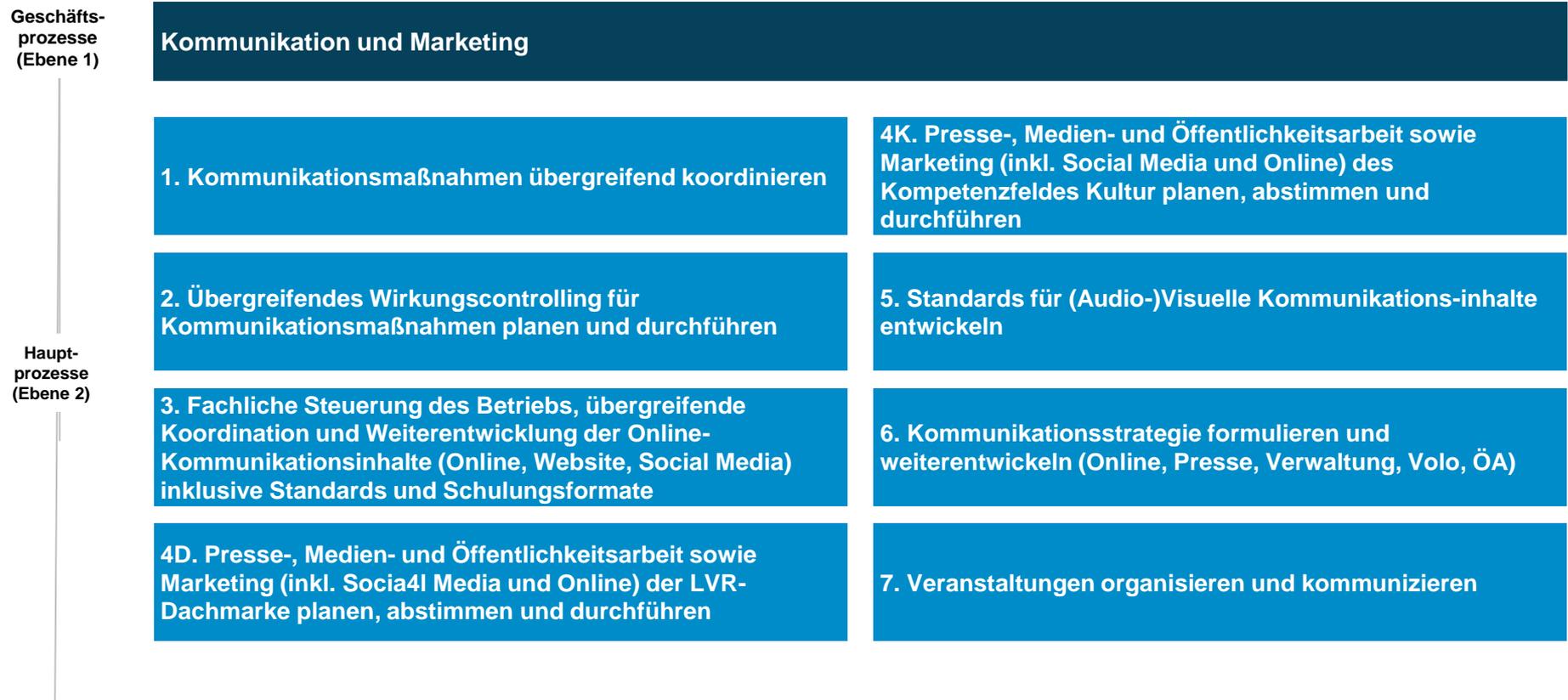
Zusammenfassung Teilergebnis 4: Prozesse und Verantwortlichkeitsmatrix



Ergebnisbeschreibung

- Die Kommunikationsfunktion des LVR umfasst sechs verschiedene Hauptprozesse, welche sich in insgesamt 31 Teilprozesse unterteilen.
- Die hier aufgeführten **Kernprozesse der Kommunikation** stellen die relevanten Abläufe innerhalb der **LVR-Kommunikationsfunktion** dar, wobei klassische Verwaltungs- und Unterstützungsprozesse sowie generelle Führungsaufgaben nicht aufgeführt werden.
- Insbesondere den Hauptprozess „Presse-, Medien- und Öffentlichkeitsarbeit planen, abstimmen und durchführen“ erhält in der **Verantwortlichkeitsmatrix je Kompetenzfeld sowie je relevanter nachgelagerter Einrichtung spezifische Verantwortlichkeiten**. Die weiteren Hauptprozesse beinhalten die übergreifende Koordinationsfunktion sowie die Dienstleistungsfunktion des zentralen Fachbereichs 03 „Kommunikation“.
- Die **zentrale Koordinationsfunktion** des Fachbereichs 03 beschränkt sich dabei auf **Kompetenzfeld-übergreifende Kommunikationsmaßnahmen**. Für die Themen und Kommunikationsmaßnahmen der Kompetenzfelder sind die entsprechenden Fachdezernate in der Verantwortung und können FB 03 bei Bedarf beratend hinzuziehen.
- Die **Verteilung der jeweiligen Verantwortlichkeiten** der OEs wird entlang der Teilprozesse über die RACI-Matrix definiert.

Prozesslandkarte*



* Die Prozesslandkarte sowie die Verantwortlichkeitsmatrix (RACI-Matrix) beinhalten die Kernprozesse der LVR-Kommunikationsfunktion (keine klassischen Verwaltungs- und Unterstützungsprozesse sowie generelle Führungsaufgaben). Die Reihenfolge der Prozesse ist nicht gleichbedeutend mit der Sequenz der Prozessausübung.

Der Prozess 4K besteht zusätzlich auf Ebene der Außendienststellen.

Verantwortlichkeitsmatrix (RACI-Matrix)



Aktivitätenliste - Ergebnis Phase I (25.10.2022)

Auszug (Beispiel)

#	Geschäftsprozess	Hauptprozess	Teilprozess	Aktivität
1. Kommunikationsmaßnahmen übergreifend koordinieren				
1.1	Kommunikation und Marketing	Kommunikationsmaßnahmen übergreifend koordinieren	Kompetenzfelder-übergreifende Kommunikationsmaßnahmen strategisch planen (z.B. Jahresplanung für Kompetenzfelder-übergreifende Themen vornehmen)	Austausch mit beteiligten Kompetenzfeldern im Newsroom initiieren
				Input aus Kompetenzfeldern auf geeignete Themen für die Kompetenzfeld-übergreifende Kommunikation screenen
				Interne und externe Anlässe berücksichtigen: Schwerpunktthemen der Kompetenzfelder, Jubiläen, Entscheidungen der Politik...
				Zielvereinbarungen der Dezernate und weitere Informationsquellen (z.B. Ausschussunterlagen) auf geeignete Themen für die Kompetenzfeldübergreifende Kommunikationsmaßnahmen prüfen
				Themenpläne relevanter Medien beobachten und ggf. eigene Themen dort platzieren
				gesamelter/identifizierte Themen mit Kommunikationsstrategie abgleichen
				Kommunikationsanlässe festlegen
				Kommunikationsanal und Format grob festlegen (intern: Intranet/WiFi, extern: Webpräsenzen SoMe, ...)
				Grobe Jahresplanung erstellen
				Jahresplanung mit Stakeholdern bzw. Kommunikationskreis/Newsroom und ggf. LwL abstimmen
				Jahresplanung aktualisieren und fortschreiben im Jahresverlauf
1.2	Kommunikation und Marketing	Kommunikationsmaßnahmen übergreifend koordinieren	Konzeption und Umsetzung von Kompetenzfelder-übergreifenden Kommunikationsmaßnahmen beratend begleiten und koordinieren	Beratungs- und Begleitungs- und Koordinationsbedarf identifizieren (über Austausch z.B. in Newsrooms, proaktive Ansprache in beide Richtungen)
				Beratungsangebot identifizieren und zur Verfügung stellen, z.B. Unterstützung bei Themenfindung, Definition des Kommunikationsziels, Festlegen der Kommunikationsanlässe, Aufgabenverteilung, Zeitplanung
				übergreifende Steuerung zur Erreichung der Kommunikationsziele durchführen
				Prüfen, ob in Intranet / Internet Änderungen oder flankierende Maßnahmen im CMS (Backend und Oberfläche) notwendig sind und ggf. auf den Weg bringen
1.3	Kommunikation und Marketing	Kommunikationsmaßnahmen übergreifend koordinieren	Kompetenzfelder-übergreifende Presse-/Medien-/Öffentlichkeitsarbeit koordinieren und durchführen (Presseprecher-Funktion)	Kommunikationsthema identifizieren
				Austausch mit Kompetenzfeldern initiieren (Newsroom)
				Gemeinsame Kommunikationsziele der Kompetenzfelder und ggf. Dachmarke herausarbeiten (Newsroom)
				Kommunikationsanlass und Kommunikationsmaßnahme festlegen (Newsroom)
				Inhalte für jeweilige Kommunikationsmaßnahme aufbereiten und mit Kompetenzfeldern abstimmen
				Medienkontakte und Verteiler aufbauen und pflegen und ggf. zur Verfügung stellen (spezifisch für die geplanten Kommunikationsmaßnahmen)
				Kommunikationsmaßnahme durchführen
				Medienanfragen bedienen ggf. unter erneuter Einbeziehung der Kompetenzfelder in den Kommunikationskreisen
1.4	Kommunikation und Marketing	Kommunikationsmaßnahmen übergreifend koordinieren	Krisenkommunikation koordinieren und durchführen	bei wiederkehrenden Krisen entsprechende präventive Maßnahmen planen
				Krise identifizieren
				feststellen, ob Gefahr eines verbandsweiten Imageschadens besteht
				Informationsfluss zwischen allen Beteiligten gewährleisten
				Austausch mit Kompetenzfeldern initiieren (je nachdem, ob weitere Kompetenzfelder betroffen sind)
				Federführung für die Krisenkommunikation festlegen
				Fakten zusammentragen

Zusammenfassung Teilergebnis 5: Veränderungsmaßnahmen



Ergebnisbeschreibung

- Zur Umsetzung des Soll-Konzepts wurden **neun Veränderungsmaßnahmen** abgeleitet und in eine indikative Zeitplanung überführt. Die exemplarische Planung sieht einen Start der Veränderungsmaßnahmen im 4. Quartal 2022 vor und geht von einer Einführung der Maßnahmen ca. innerhalb eines Jahres aus (unbeachtet möglicher Verzögerungen durch Abhängigkeiten zu anderen Projekten wie Webrelaunch).
- Die Maßnahmen betreffen **sowohl spezifische Organisationseinheiten als auch übergreifende**, für die Kommunikationsfunktion des LVR, relevante Veränderungen (z.B. die Einführung neuer Tools im Bereich Wirkungscontrolling und Online-Kanäle und Einführung des Newsroom-Konzepts).
- Zu jeder Maßnahme werden im Rahmen eines **detaillierten Maßnahmensteckbriefs** beteiligte Organisationseinheiten, Ausgangssituation, Zielsetzung sowie die entsprechenden Umsetzungsschritte definiert.
- Es wird empfohlen, **zunächst mit einem Piloten innerhalb eines Kompetenzfeldes zu starten**, um entsprechend schnell in ein praktisches Arbeiten zu gelangen, die beteiligten Mitarbeiter/innen zu motivieren und Erfahrungen für die weitere Umsetzung der Maßnahmen zu sammeln.

Vorlage Nr. 15/1394

öffentlich

Datum: 27.12.2022
Dienststelle: OE 7
Bearbeitung: Kubny, Derksen

Sozialausschuss	17.01.2023	empfehlender Beschluss
Gesundheitsausschuss	03.02.2023	Kenntnis
Ausschuss für Inklusion	09.02.2023	empfehlender Beschluss
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	10.02.2023	empfehlender Beschluss
Landschaftsausschuss	14.02.2023	Beschluss

Tagesordnungspunkt:

Fortführung und Weiterentwicklung der „Peer-Beratung bei der Koordinierungs-, Kontakt-, und Beratungsstelle (KoKoBe)“ ab dem Jahr 2023

Beschlussvorschlag:

1. Dem weiteren Ausbau der Peer-Beratung bei den KoKoBe im gesamten Rheinland bis Ende 2025 wird gemäß Vorlage Nr. 15/1394 zugestimmt.
2. Den Fördergrundsätzen für die Peer-Beratung bei den KoKoBe wird gemäß Vorlage Nr. 15/1394 zugestimmt.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

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

ja

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2025. nein

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:	PG 090 „Förderung innovativer Angebote“
Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	Aufwendungen: /Wirtschaftsplan ja
Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:	Auszahlungen: /Wirtschaftsplan
Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:	2023: 160.00,00 Euro, 2024: 320.000,00, 2025: 520.000,00; ab 2026 laufend: 1.120.000 Euro
Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten	ja

L u b e k

Worum geht es hier?

In leichter Sprache

Der LVR hat Beratungs-Stellen für Menschen mit Behinderungen.

Sie heißen KoKoBe.

Das ist eine Abkürzung.

Der lange Name ist:

Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstelle.



In einigen KoKoBe können sich Menschen mit Behinderungen auch von Menschen mit Behinderungen beraten lassen.

Diese Beratung nennt man: **Peer Beratung**.

Der LVR findet Peer Beratung sehr wichtig.

Er gibt daher schon seit einigen Jahren Geld dafür.

Er bildet Peer Beraterinnen und Berater aus.

Und unterstützt sie mit Fortbildungen und Schulungen.

Jetzt soll es im ganzen Rheinland Peer Beratungen bei den KoKoBe geben. Dafür gibt der LVR in den nächsten Jahren Geld.

Haben Sie Fragen zu diesem Text?

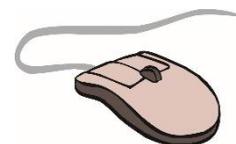
Dann können Sie beim LVR in Köln anrufen:

0221-809-2202.



Viele Informationen zum LVR in Leichter Sprache finden Sie hier:

www.leichtesprache.lvr.de



Der Zusatztext in leichter Sprache soll zum einen die Verständlichkeit der Vorlage insbesondere für Menschen mit Lernschwierigkeiten konkret verbessern, zum anderen für die Grundsätze der Zugänglichkeit und Barrierefreiheit im Bereich Information und Kommunikation im Sinne der Zielrichtungen 6 und 8 des LVR-Aktionsplans zur UN-Behindertenrechtskonvention sensibilisieren.

Mit der Telefonnummer 0221-809-2202 erreicht man die zentrale Stabsstelle Inklusion – Menschenrechte – Beschwerden (00.300). Sie gibt oder vermittelt bei Bedarf gern weitere Informationen. Bilder: © Reinhild Kassing.

Zusammenfassung:

Gemäß Beschluss des Landschaftsausschusses vom 01.10.2021 (Vorlage Nr. 15/397) wurde das Angebot der „Peer-Beratung bei der KoKoBe“ ab dem Jahr 2022 fortgeführt und weiter ausgebaut. Gefördert werden somit ab 2022 insgesamt 13 Standorte der Peer-Beratung bei der KoKoBe. Mit Beschluss der Landschaftsversammlung vom 17.12.2021 über den Antrag Nr. 15/37 (7.1) ist die Verwaltung beauftragt worden, „Peer-Beratung bei der KoKoBe“ als Regelausschreibung zu implementieren.

Obwohl die Schutzmaßnahmen der Corona-Pandemie die Beratung erschwerten, konnte sich die „Peer-Beratung bei der KoKoBe“ weiterentwickeln. Neben digitalen, persönlichen und telefonischen Beratungen wurden zahlreichen Aktivitäten des Peer-Supports durchgeführt. Es handelte sich hierbei z.B. um Informationsveranstaltungen, offene Sprechstunden in den WfbM oder in Förderschulen.

2022 konnte die erste Schulungsreihe „Peer-Beratung bei der KoKoBe“ abgeschlossen werden: pandemiebedingt hat sich der Abschluss der aus 9 ganztägigen Veranstaltungen bestehenden Schulungsreihe verzögert. Am 25.06.2022 konnte die Schulung beendet werden und die Teilnehmer*innen haben ihre Zertifikate und Teilnahmebescheinigungen entgegengenommen.

2022 konnten Peer-Beratende aus den KoKoBe sich an einigen weiteren besonderen Aktivitäten und Veranstaltungen beteiligen. Die Öffentlichkeitsarbeit wurde u.a. dadurch intensiviert. So stellte sich die Peer-Beratung beim digitalen Tag der Begegnung mit einem Online-Angebot vor. Lebendig berichteten Peer-Beratende sowie eine Peer-Koordinatorin von den Chancen und Möglichkeiten, die eine Peer-Beratung bietet - für die Ratsuchenden, aber auch die Peer-Berater*innen.

Am 17. September 2022 veranstaltete der LVR einen Peer-Tag. Hierbei kamen aus verschiedenen Peer-Beratungsangeboten, die der LVR fördert, rund 100 Peer-Beratende zusammen und haben sich über ihre Arbeit ausgetauscht. Eine Delegation von Peer-Beratenden der KoKoBe nahm an diesem Vernetzungstreffen teil und tauschte sich in Arbeitsgruppen zu ihren Erfahrungen und Peer-Themen aus.

Zudem wurde ein Erklär-Film zur Peer-Beratung produziert und im Beratungskompass eingestellt.

Zur Steuerung und Unterstützung der Peer-Beratung bei der KoKoBe finden weiterhin regelmäßig Treffen der Peer-Beratungs-Begleitgruppe statt.

Mit seinem Beschluss vom 01.10.2018 (Vorlage Nr. 14/2893) hat der Landschaftsausschuss den Aufbau der „Peer-Beratung bei der KoKoBe“ zu einem wichtigen Baustein der Weiterentwicklung der KoKoBe erklärt.

Entsprechend wurden die Peer-Beratenden aus der KoKoBe der Pilotregionen Stadt Duisburg, Rhein-Erft-Kreis sowie Oberbergischer Kreis in die Umsetzung des Projekts „Sozialräumliche Erprobung Integrierte Beratung (SEIB), Teilprojekt BTHG 106+“ einbezogen.

Durch die Evaluation der Projektergebnisse wurde deutlich, dass die Peer-Beratung bei der KoKoBe wesentlich dazu beiträgt, dass Menschen mit Behinderung Teilhabe, Selbstbestimmung und Empowerment erleben. Dies ist unabhängig davon, ob sie als Ratsuchende oder als Peer-Berater*innen beteiligt sind. Damit gehören zu einer zielgerichteten Weiterentwicklung und Steuerung der KoKoBe die Förderung, der Ausbau und die Etablierung der Peer-Beratung bei allen KoKoBe-Trägerverbänden im gesamten Rheinland. Die Förderung der Peer-Beratung bei der KoKoBe erfolgt dabei nach einheitlichen Fördergrundsätzen, die für das Jahr 2023 präzisiert wurden.

Der weitere Ausbau der Peer-Beratung bei der KoKoBe soll ab dem Jahr 2023 erfolgen und nun in einem dreijährigen Prozess auf alle Gebietskörperschaften ausgerollt werden. Es ist geplant, im Jahr 2023 in bis zu vier weitere Gebietskörperschaften Peer-Beratung bei der KoKoBe aufzubauen und bis Ende 2025 die Peer-Beratung bei der KoKoBe in allen rheinischen Gebietskörperschaften auf Grundlage einheitlicher Fördergrundsätze zu fördern.

Diese Vorlage berührt insbesondere die Zielrichtungen Z1 (Die Partizipation von Menschen mit Behinderung im LVR ausgestalten), Z2 (Die Personenzentrierung im LVR weiterentwickeln) sowie Z7 (Inklusiven Sozialraum mitgestalten) des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.

Begründung der Vorlage Nr. 15/1394:

Fortführung und Weiterentwicklung der „Peer-Beratung bei der Koordinierungs-, Kontakt-, und Beratungsstelle (KoKoBe)“ ab dem Jahr 2023

Inhalt

1. Einführung und aktueller Sachstand.....	6
1.1. Weiterer Ausbau der Peer-Beratung bei der KoKoBe.....	6
1.2. Abschluss der ersten Schulungsreihe.....	7
2. Besondere Aktivitäten	8
2.1 Teilnahme am digitalen Tag der Begegnung	8
2.2. Teilnahme am Peer-Tag 2022.....	8
2.3 Erklär-Film Peer-Beratung auf dem LVR-Beratungskompass	8
3. Steuerung und weitere Umsetzung	9
3.1. Zusammenarbeit in der Peer-Beratungs-Begleitgruppe	9
3.2. Peer-Beratung als Teil der Weiterentwicklung der KoKoBe.....	9
3.3. Peer-Beratung bei der KoKoBe im gesamten Rheinland	10
4. Beschlussvorschlag	11

Weiterentwicklung der Koordinierungs-, Kontakt-, und Beratungsstellen (KoKoBe) unter Berücksichtigung der Peer-Beratung bei der KoKoBe ab dem Jahr 2023

1. Einführung und aktueller Sachstand

Gemäß Beschluss des Landschaftsausschusses vom 01.10.2021 (Vorlage Nr. 15/397) wurde das Angebot der „Peer-Beratung bei der KoKoBe“ ab dem Jahr 2022 fortgeführt und weiter ausgebaut. Mit Beschluss der Landschaftsversammlung vom 17.12.2021 über den Antrag Nr. 15/37 (7.1) ist die Verwaltung beauftragt worden, „Peer-Beratung bei der KoKoBe“ als Regelangebot zu implementieren.

1.1. Weiterer Ausbau der „Peer-Beratung bei der KoKoBe“

Gefördert werden somit seit 2022 insgesamt 13 Standorte „Peer-Beratung bei der KoKoBe“ bei den folgenden 13 KoKoBe-Trägerverbänden (TV):

Förderung seit 2019

- Trägerverbund StädteRegion Aachen: KoKoBe Aachen des VKM e.V. Aachen,
- Trägerverbund Bonn-Rhein-Sieg: KoKoBe Bonn des Diakonischen Werkes Bonn und Region,
- Trägerverbund Köln: KoKoBe Köln-Mülheim Lebenshilfe Köln e.V.,
- Trägerverbund Rheinisch-Bergischer Kreis: KoKoBe Burscheid des LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen,
- Trägerverbund Kreis Viersen: KoKoBe Viersen des LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen.

Förderung seit 2020:

- Trägerverbund Duisburg: KoKoBe Duisburg der LebensRäume gGmbH,
- Trägerverbund Oberbergischer Kreis: KoKoBe im Oberbergischen Kreis der Lebenshilfe Lindlar e.V.,
- Trägerverbund Rhein-Erft-Kreis: KoKoBe im Rhein-Erft-Kreis von Werft e.V.,
- Trägerverbund Mülheim a.d.R.: KoKoBe Mülheim a.d.R. der Lebenshilfe Mülheim a.d.R. e.V.,
- Trägerverbund Kreis Heinsberg: KoKoBe im Kreis Heinsberg Katharina Kasper ViaNobis GmbH.

Förderung seit 2022:

- Trägerverbund Kleve: KoKoBe Lebenshilfe Gelderland,
- Trägerverbund Düsseldorf: KoKoBe Lebenshilfe Düsseldorf e.V.,
- Trägerverbund Düren: KoKoBe Düren des LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen.

Die Arbeit an den 13 Standorten „Peer-Beratung bei der KoKoBe“ konnte im Jahr 2022 nach den Lockerungen der pandemiebedingten Einschränkungen wieder gesteigert werden. Vor allem für die fünf seit 2020 geförderten Standorte war es möglich, den Aufbau der Peer-Beratung zu intensivieren. Durch den Wegfall der meisten Einschränkungen konnten vermehrt Termine zur Öffentlichkeitsarbeit wahrgenommen und Einrichtungen wie bspw. Förderschulen und Werkstätten besucht werden. Zudem konnten sich die Peer-Beratenden und die Koordinationskräfte an allen geförderten

Standorten wieder regelmäßig in Präsenz treffen und sich gemeinsam koordinieren, Beratungsanfragen aufteilen, Beratungen durchführen und die Peer-Beratung vor Ort weiter auf- und ausbauen.

Entwicklung Peer-Beratende: 80 Menschen mit Behinderung sind aktuell im Rahmen der Peer-Beratung und des Peer-Supports tätig. Die Anzahl der Peer-Beratenden ist dabei immer wieder Schwankungen unterworfen, da Peer-Beratende ausscheiden und andere neu dazu kommen.

Entwicklung Peer-Koordination: Über alle 13 Standorte „Peer-Beratung bei der KoKoBe“ koordinieren im Gesamtumfang von rund 3,5 Vollkraftstellen Mitarbeitende bei der KoKoBe die Peer-Beratung. Es handelt sich hierbei um Fachkräfte mit oder ohne Behinderung.

Mit großem Engagement und einem hohen zeitlichen Aufwand bemühen sich die Peer-Koordinationskräfte sowie die Peer-Beratenden weiterhin darum, die Peer-Beratung bei der KoKoBe als zusätzliches regionales Beratungsangebot zu etablieren.

Trotz der teilweise immer noch geltenden Einschränkungen aufgrund der Corona-Pandemie konnten die Beratungszahlen gesteigert werden. Es werden je nach Anfrage und Bedarf Präsenz-Beratungen, digitale Beratungen und telefonische Beratungen durchgeführt.

Neben den Peer-Beratungen waren die Peer-Beratenden an den geförderten Standorten auch im Rahmen von Angeboten des Peer-Supports tätig. Es wurden verschiedene Informationsveranstaltungen durchgeführt. Zudem gibt es in den Regionen offene Sprechstunden, z.B. in Wohneinrichtungen, Förderschulen und Werkstätten. Hierdurch wird die Peer-Beratung bei der KoKoBe weiter bekannt gemacht und die Wege zur Peer-Beratung werden für die Menschen mit Behinderung gebahnt. Vor allem Informationsveranstaltungen in den Förderschulen bieten einen großen Mehrwert, da die Schüler*innen sehr von den Lebenserfahrungen und Berichten der Peer-Beratenden profitieren können.

1.2. Abschluss der ersten Schulungsreihe

Am 25.06.2022 konnte die Schulungsreihe „Peer-Beratung in der KoKoBe“ nach pandemiebedingter Verzögerung abgeschlossen werden. In 6 ganztägigen Schulungsmodulen und an 3 Vertiefungstagen haben sich die Teilnehmer*innen auf ihre Tätigkeit als Peer-Beratende vorbereitet und die fachlichen Grundlagen und Methoden der Peer-Beratung erworben. Neben den Techniken der Beratung sind unter anderem Grenzen der Beratung, der Umgang mit der eigenen Behinderung und Kenntnisse über den Sozialraum und die regionale Beratungsstruktur wichtige thematische Inhalte der Schulung. Insgesamt 21 Peer-Berater*innen und 8 Koordinator*innen haben am letzten Tag der Schulung ihre Zertifikate und Teilnahmebescheinigungen erhalten. Eine nächste Schulungsreihe „Peer-Beratung bei der KoKoBe“ wird voraussichtlich am 25. März 2023 starten.

2. Besondere Aktivitäten

2022 nahmen Vertreter*innen der Peer-Beratung an besonderen Veranstaltungen für die Peer-Beratung teil. Zudem konnten Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit umgesetzt werden.

2.1 Teilnahme am digitalen Tag der Begegnung

So stellte sich die Peer-Beratung beim digitalen Tag der Begegnung mit einem Online-Angebot vor. Zu dem Thema „Peer-Beratung bei den KoKoBe von und für Menschen mit Behinderung – wie geht das?“ berichteten 2 Peer-Beratende sowie eine Peer-Koordinatorin lebendig von den Chancen und Möglichkeiten, die eine Peer-Beratung bietet - für die Ratsuchenden, aber auch die Peer-Berater*innen. Ein Interview mit den Beteiligten stellte die Besonderheiten und die Vorteile der Peer-Beratung an der KoKoBe anschaulich heraus. Zudem wurde den Zuschauer*innen Informationen dazu an die Hand gegeben, wie bspw. eine Peer-Beratung in Anspruch genommen werden kann oder wie man selber Peer-Berater*in bei der KoKoBe werden kann. Zum Abschluss der Veranstaltung wurde der Erklär-Film des LVR zur Peer-Beratung im Beratungskompass vorgestellt und die Teilnehmenden hatten die Gelegenheit, Fragen zu stellen.

2.2. Teilnahme am Peer-Tag 2022

Am 17. September 2022 kamen über das dezernatsübergreifende Projekt „Sozialräumliche Erprobung Integrierte Beratung“ (SEIB) erstmals LVR geförderte Peer-Berater*innen aus dem ganzen Rheinland beim LVR in Köln-Deutz zu einem gemeinsamen Peer-Tag zusammen. Rund 100 Peer-Beratende und Genesungsbegleitende aus den KoKoBe, den SPZ und den Kliniken nahmen teil und haben sich über ihre Arbeit ausgetauscht. Rund 40 Peer-Beratende aus den geförderten Standorten „Peer-Beratung bei der KoKoBe“ nahmen an diesem Vernetzungstreffen teil. Sie sprachen in Arbeitsgruppen über ihre Erfahrungen zur Teilhabe an der Gesellschaft, ihrer Vernetzung als Peer-Berater*innen in den Kommunen und tauschten sich aus, wie sie Einfluss nehmen können. Die Veranstaltung war ein großer Erfolg, und nach Möglichkeit sollen weitere ähnliche Veranstaltungen in diesem Format folgen.

2.3 Erklär-Film Peer-Beratung auf dem LVR-Beratungskompass

In 2022 wurde ein Erklär-Film zur Peer-Beratung produziert und im Beratungskompass eingestellt. In leichter Sprache verfasst, informiert er interessierte Menschen über die Peer-Beratung bei der KoKoBe. Den Film finden interessierte Menschen unter dem Stichwort Peer-Beratung auf dem Beratungskompass des LVR. Neben dem Erklär-Film gibt es hier weitere Informationen, z.B. über die Standorte der Peer-Beratung bei der KoKoBe und die Ansprechpersonen.

3. Steuerung und weitere Umsetzung

Der Aufbau und die Etablierung der „Peer-Beratung bei der KoKoBe“ wird durch den Medizinisch-Psychosozialen Fachdienst des LVR-Dezernates Soziales kontinuierlich begleitet.

3.1. Zusammenarbeit in der Peer-Beratungs-Begleitgruppe

Die seit 2019 bestehende Peer-Beratungs-Begleitgruppe wurde fortgesetzt.

Die Treffen ermöglichen den regelmäßigen Austausch zwischen den Peer-Beratungs-Standorten und der Verwaltung und haben das Ziel, den Aufbau der „Peer-Beratung bei der KoKoBe“ seitens des LVR fachlich eng zu begleiten und gemeinsam die (Weiter-) Entwicklung des Angebotes unter einheitlichen Standards voranzutreiben.

Für die Beratungsstandorte bieten die Peer-Beratungs-Begleitgruppentreffen eine Möglichkeit zur Vernetzung und zum Erfahrungsaustausch. Vor allem neue Beratungsstandorte profitieren von der Peer-Beratungs-Begleitgruppe, da sie wichtige Hinweise und Impulse für die eigene Entwicklungsarbeit erhalten.

Die Veranstaltung wird von den Mitarbeitenden des Medizinisch-Psychosozialen Fachdienstes initiiert und moderiert, die Peer-Koordinierenden, sowie auf Wunsch Vertretungen der Peer-Beratenden aus allen geförderten Standorten, nehmen daran teil.

3.2. Peer-Beratung als Teil der Weiterentwicklung der KoKoBe

Mit seinem Beschluss vom 01.10.2018 (Vorlage Nr. 14/2893) hat der Landschaftsausschuss den Aufbau der „Peer-Beratung bei der KoKoBe“ zu einem wichtigen Baustein der Weiterentwicklung der KoKoBe erklärt. Mit Beschluss der Landschaftsversammlung vom 17.12.2021 über den Antrag-Nr. 15/37 (7.1) ist die Verwaltung beauftragt worden, „Peer-Beratung bei der KoKoBe“ als Regelangebot zu implementieren.

Entsprechend wurden die Peer-Beratenden aus der KoKoBe der Pilotregionen Stadt Duisburg, Rhein-Erft-Kreis sowie Oberbergischer Kreis in die Umsetzung des Projekts „Sozialräumliche Erprobung Integrierte Beratung (SEIB), Teilprojekt BTHG 106+“ einbezogen.

Durch die Evaluation der Projektergebnisse wurde deutlich, dass die Peer-Beratung bei der KoKoBe wesentlich dazu beiträgt, dass Menschen mit Behinderung Teilhabe, Selbstbestimmung und Empowerment erleben. Dies ist unabhängig davon, ob sie als Ratsuchende oder als Peer-Berater*innen beteiligt sind. Damit gehört zu einer zielgerichteten Weiterentwicklung und Steuerung der KoKoBe, die Förderung, der Ausbau und die Etablierung der Peer-Beratung bei allen KoKoBe-Trägerverbänden im gesamten Rheinland. Die Förderung der Peer-Beratung bei der KoKoBe hat dabei nach einheitlichen Fördergrundsätzen zu erfolgen.

Die weiteren Ergebnisse des SEIB-Projektes, Teilprojekt BTHG 106+ werden in der Vorlage Nr. 15/1388 dargestellt. Die Weiterentwicklung der KoKoBe unter Berücksichtigung der Peer-Beratung bei der KoKoBe ist in der Vorlage Nr. 15/1387 dargestellt.

3.3. Peer-Beratung bei der KoKoBe im gesamten Rheinland

Der weitere Ausbau der Peer-Beratung bei der KoKoBe soll ab dem Jahr 2023 erfolgen und nun in einem dreijährigen Prozess auf alle Gebietskörperschaften ausgerollt werden.

Es ist geplant, im Jahr 2023 in bis zu vier weitere Gebietskörperschaften Peer-Beratung bei der KoKoBe aufzubauen und bis Ende 2025 die Peer-Beratung bei der KoKoBe in allen rheinischen Gebietskörperschaften auf Grundlage einheitlicher Fördergrundsätze zu fördern.

Die Fördermittel werden zur inhaltlichen und strukturellen Umsetzung der „Peer-Beratung bei der KoKoBe“ eingesetzt und können für Personalkosten sowie Sachkosten (max. 20 %) aufgewandt werden. Als Sachkosten können die üblichen Aufwendungen abgerechnet werden. Der Einsatz der Fördermittel wird in einem Verwendungsnachweis nachgewiesen und es erfolgt eine Spitzabrechnung.

Zu den Personalkosten zählen:

- Die Aufwendungen für die Peerkoordination (umfasst i.d.R. nicht mehr als 0,25 % einer Vollkraftstelle). Die Peer-Koordination kann durch eine pädagogische Fachkraft und / oder eine*n qualifizierte*n / geschulte*n Peer-Beratende*n erfolgen.
- Die Peer-Berater*innen erhalten für ihre Einsätze in der Peer-Beratung und beim Peer-Support ein angemessenes Entgelt. Es kann sich dabei um ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis (auch als geringfügige Beschäftigung) oder um eine Aufwandsentschädigung handeln. Dies ist abhängig von den persönlichen Voraussetzungen der Peer-Berater*innen.
- Das Entgelt bei einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis ist tarifgebunden. Aufwandsentschädigungen umfassen max. 30,00 Euro pro Peer-Beratung, 20,00 Euro pro Person bei einer Tandem-Beratung, max. 30,00 Euro für Aktivitäten Peer-Support, die länger als 2 Stunden dauern, 20,00 Euro für Aktivitäten Peer-Support, die bis zu 2 Stunden dauern.

Die Finanzierung der Peer-Beratung bei der KoKoBe setzt sich wie folgt zusammen:

- 40.000 Euro Förderung für jeden Standort Peer-Beratung bei der KoKoBe. Vorgesehen sind perspektivisch pro Gebietskörperschaft ein Standort. Es erfolgt eine jährliche Spitzabrechnung der Förderung. Bei 26 Mitgliedskörperschaften würde dies eine Summe von insgesamt 1.040.000 Euro bedeuten.
- Zusätzlich zu dieser Förderung stehen insgesamt für alle 26 Mitgliedskörperschaften 80.000 Euro jährlich für die Qualifizierung der Peer-Beratenden und die begleitende Öffentlichkeitsarbeit zur Verfügung.

Seit 2022 bis einschließlich 2025 ist für die Förderung von 13 Standorten Peer-Beratung bei der KoKoBe sowie der Qualifizierung und Öffentlichkeitsarbeit gemäß Vorlage Nr. 15/397 ein Haushaltsansatz von 600.000 Euro pro Jahr eingeplant.

Durch den geplanten Ausbau der Peer-Beratungsangebote wird sich die Gesamtförderung voraussichtlich wie folgt sukzessive erhöhen:

Ab 2023 plus 4 Standorte (gesamt 17) Gesamtförderung erhöht um: 160.000 Euro,

Ab 2024 plus 4 Standorte (gesamt 21) Gesamtförderung erhöht um: 320.000 Euro,

Ab 2025 plus 5 Standorte (gesamt 26) Gesamtförderung erhöht um: 520.000 Euro,

Ab 2026 jährliche Gesamtförderung von 26 Standorten Peer-Beratung bei der KoKoBe im Rheinland inklusive Qualifizierung und Öffentlichkeitsarbeit: 1.120.000 Euro.

Mehraufwendungen in Höhe von 160.000 Euro (4 x 40.000 Euro), die in 2023 entstehen könnten, werden über die Budgetierungsregelungen durch Einsparungen bei anderen Produkten innerhalb der Produktgruppe 090 gedeckt. Mehraufwendungen in den Haushaltsjahren 2024 ff. werden im Rahmen der zukünftigen Haushaltsplanung vorgesehen.

4. Beschlussvorschlag

1. Dem weiteren Ausbau der Peer-Beratung bei den KoKoBe im gesamten Rheinland bis Ende 2025 wird gemäß Vorlage Nr. 15/1394 zugestimmt.
2. Den Fördergrundsätzen für die Peer-Beratung bei den KoKoBe wird gemäß Vorlage Nr. 15/1394 zugestimmt.

In Vertretung

LEWANDROWSKI

Fördergrundsätze für die Peer-Beratung bei der KoKoBe

1. Grundlagen der Förderung ab 2023

Beschluss des Landschaftsausschusses vom 01. Oktober 2021 gemäß der Vorlage-Nr. 15/397 „Fortführung und weiterer Ausbau der „Peer-Beratung bei den Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen (KoKoBe)“ ab dem Jahr 2022

1. Ab dem Jahr 2022 werden gemäß Vorlage Nr. 15/397 drei weitere Standorte für Peer-Beratung bei der KoKoBe mit einer jährlichen Förderung von 40.000 Euro pro Standort aufgebaut. Damit wird perspektivisch in 13 Mitgliedskörperschaften Peer-Beratung bei der KoKoBe vorgehalten.
2. Ein KoKoBe-Träger des Trägerverbunds wird zur Durchführung des Angebotes Peer-Beratung jeweils zweckgebunden in Höhe von 40.000 Euro jährlich gefördert. Die Förderung wird sowohl für die Peer-Koordination als auch für die angemessene Honorierung bzw. Aufwandsentschädigung der Peer-Beratung eingesetzt. Es erfolgt eine Spitzabrechnung der verausgabten Mittel.
3. Die Förderung soll Peer-Beratung bei der KoKoBe in einer Gebietskörperschaft durch den KoKoBe-Trägerverbund ermöglichen.
4. Eine qualifizierende Schulungsreihe für die Peer-Beratung bei der KoKoBe wird durch den LVR konzipiert und umgesetzt.
5. Gemäß Vorlage Nr. 15/397 wurde beschlossen, dass die Förderung der Peer-Beratung bei der KoKoBe gemäß den Fördergrundsätzen des LVR (siehe Pkt. 2) bis einschließlich 2027 fortgesetzt wird.

2. Fördergrundsätze „Peer-Beratung bei der KoKoBe“

2.1 Ziel der Förderung

Die KoKoBe bietet das Angebot der Peer-Beratung gemäß den Fördergrundsätzen und den Angaben zur Mittelverwendung des LVR an. Mit der Förderung der Peer-Beratung bei der KoKoBe leistet der LVR grundsätzlich einen Beitrag, die Ziele und Leitgedanken des BTHG und der UN_BRK zu verfolgen. Ebenso werden der weitere Ausbau, der Erhalt sowie die inhaltliche und strukturelle Weiterentwicklung der Peer-Beratung bei der KoKoBe im Rheinland sichergestellt.

2.2 Rahmenbedingungen der Durchführung

- Die Durchführung der Peer-Beratung wird durch die KoKoBe koordiniert und entsprechend den persönlichen Voraussetzungen der Peer-Beratenden unterstützt. Die KoKoBe stellt eine kontinuierliche Peer-Koordination sicher.
- Die Peer-Beratung richtet sich an alle Menschen mit Behinderung, sowohl in Bezug auf die Peer-Beratenden als auch auf die Ratsuchenden.
- Die Peer-Beratung wird inhaltlich unabhängig angeboten.

- Der Aufwand der Peer-Beratung wird entsprechend der persönlichen Voraussetzungen angemessen entschädigt oder honoriert.
- Peer-Berater*innen und Peer-Koordinator*innen nehmen an einer LVR-Schulung teil.
- Durch die KoKoBe werden regelmäßige Austauschtreffen zwischen Peer-Beratenden und der Peer-Koordination einmal monatlich durchgeführt.
- Die KoKoBe und die Peer-Koordination unterstützen die Inanspruchnahme der Peer-Beratung durch geeignete Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit.
- Die Anzahl und die Art der durchgeführten Peer-Beratungen werden anhand eines Standarddokumentationsbogens erfasst (keine personenbezogenen Daten, keine Beratungsinhalte im Detail).
- Peer-Koordinator*innen und ggfls. Vertretungen der Peer-Beratenden nehmen an Treffen zum Austausch, zur Sicherstellung der Gesamtkoordination, Entwicklung vergleichbarer Vorgehensweisen usw. in Köln beim LVR teil.
- Die KoKoBe berichtet nach Aufforderung durch den LVR über die Umsetzung der Peer-Beratung vor Ort und die Ergebnisse ihrer Arbeit im Rahmen der regelmäßigen Austauschveranstaltungen und durch einen Sachbericht im Rahmen des Verwendungsnachweises.

3. Weiteres zur Peer-Koordination

Grundsätzlich kann die Peer-Koordination durch eine geeignete Person aus dem Kreis der Peer-Beratenden oder eine pädagogische Fachkraft wahrgenommen werden.

Voraussetzung für die Person der Peer-Koordination ist eine entsprechende Grundhaltung,

- die sich durch eine ressourcenorientierte und nicht durch eine defizitäre Sichtweise auf Behinderung auszeichnet.
- die Koordination nicht als Betreuungsleistung, sondern als Begleitung und Unterstützung zu selbstständigem Handeln versteht.
- die Kommunikation auf Augenhöhe mit den Peerberatenden gestaltet.
- die Peer-Beratung als gleichberechtigte Beratung neben einer Fachberatung akzeptiert.

Aufgaben der Peer-Koordination:

- Organisation der Beratungstermine
- Vermittlung von Ratsuchenden zu Peer-Beratenden
- Ansprechpartner*in für die Peer-Beratenden
- Vor- und Nachbereitung der Beratungen bei Bedarf
- Ggf. Assistierte Beratung
- Ggf. Tandemberatung
- Öffentlichkeitsarbeit für das Angebot
- Akquise von Beratungsanfragen
- Gestaltung der Zusammenarbeit in der KoKoBe
- Vernetzung des Peer-Angebotes mit anderen Beratungsangeboten
- Austausch gestalten zwischen den Peer-Beratenden
- Kontakt- und Ansprechpartner*in zum LVR

4. Mittelverwendung

Die Fördermittel werden jährlich auf Antrag bewilligt. Der Antrag für das Folgejahr ist durch den KoKoBe-Träger, der die Fördermittel erhält, und in Abstimmung mit dem KoKoBe-Trägerverbund der Gebietskörperschaft bis zum 15. November des Vorjahres zu stellen.

Die Fördermittel werden zur inhaltlichen und strukturellen Umsetzung der Peer-Beratung bei der KoKoBe eingesetzt und können für Personalkosten sowie Sachkosten (max. 20 %) aufgewandt werden. Als Sachkosten können die üblichen Aufwendungen abgerechnet werden.

Als Personalkosten gelten:

- Aufwendungen für die Peerkoordination:
Die Peer-Koordination kann durch eine pädagogische Fachkraft und / oder eine*n qualifizierte*n / geschulte*n Peer-Beratende*n erfolgen.
- Der Stellenumfang der Peer-Koordination durch eine Fachkraft übersteigt i.d.R. nicht 0,25 % einer Vollkraftstelle.
- Aus den Personalkosten wird ein angemessenes Entgelt, die angemessene Honorierung oder Aufwandsentschädigung für Peer-Beratung und / oder Peer-Support-Aktivitäten gezahlt.
Es kann sich sowohl um sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse handeln (auch als geringfügige Beschäftigung) als auch um Aufwandsentschädigungen.
Das Entgelt bei einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis ist tarifgebunden. Im Falle von Aufwandsentschädigungen umfassen diese max. 30,00 Euro pro Peer-Beratung, 20,00 Euro pro Person bei einer Tandem-Beratung, max. 30,00 Euro für Aktivitäten Peer-Support, die länger als 2 Stunden dauern, 20,00 Euro für Aktivitäten Peer-Support, die bis zu 2 Stunden dauern.

Bei Geltendmachung von Personal- und Sachkosten ist darauf zu achten, dass keine Doppelfinanzierung zur KoKoBe-Förderung erfolgt (z.B. für Mietkosten, Büroausstattung etc.).

Es wird darauf hingewiesen, dass nicht verausgabte Mittel oder nicht zweckentsprechend verausgabte Mittel zurückgefordert werden.

Die zweckentsprechende Verwendung der Mittel ist vom geförderten KoKoBe-Träger zum im Bewilligungsbescheid genannten Datum gegenüber dem Landschaftsverband Rheinland nachzuweisen. Die erbrachten Leistungen sind in einem Sachbericht zu dokumentieren. Dieser wird dem LVR jährlich vorgelegt.

Eine Nachfinanzierung für den Förderzeitraum ist ausgeschlossen. Die Auszahlung des Förderbetrags erfolgt jeweils Anfang des 2. Quartals des Förderjahres.

4.1 Antragsstellung

- Die Förderung erfolgt auf Antrag und ist jeweils auf ein Jahr beschränkt. Die Förderung wird fortgesetzt, soweit die gesetzlichen Voraussetzungen gegeben

sind, die Haushaltsmittel zur Verfügung stehen und die Vorgaben der Richtlinien erfüllt werden.

- Eine Förderung ist nur im Rahmen zur Verfügung stehender Haushaltsmittel möglich.
- Ein Rechtsanspruch auf Förderung besteht nicht.

Ergänzungsvorlage Nr. 15/1390/1

öffentlich

Datum: 23.12.2022
Dienststelle: OE 6
Bearbeitung: Hr. Hoeps / Hr. Biergans

Schulausschuss	16.01.2023	Kenntnis
Sozialausschuss	17.01.2023	Kenntnis
Umweltausschuss	18.01.2023	Kenntnis
Ausschuss für den LVR- Verbund Heilpädagogischer Hilfen	20.01.2023	Kenntnis
Kulturausschuss	23.01.2023	Kenntnis
Bau- und Vergabeausschuss	25.01.2023	Kenntnis
Landesjugendhilfeausschuss	26.01.2023	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	03.02.2023	Kenntnis
Ausschuss für Personal und allgemeine Verwaltung	06.02.2023	Kenntnis
Ausschuss für Inklusion	09.02.2023	Kenntnis
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	10.02.2023	Kenntnis
Rechnungsprüfungsausschuss	24.02.2023	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Digitale Agenda – Haltung und Handeln des LVR in der digitalen Transformation

Kenntnisnahme:

Die "Digitale Agenda – Haltung und Handeln des LVR in der digitalen Transformation" wird gemäß Vorlage Nr. 15/1390/1 zur Kenntnis genommen.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

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

ja

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2025. ja

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

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

In Vertretung

J A N I C H

Worum geht es hier?

In leichter Sprache

Immer mehr Dinge kann man mit dem Computer, Handy und über das Internet erledigen.



Das schwere Wort für diese Veränderung ist: Digitalisierung.

Die Digitalisierung hilft dem LVR bei seinen Aufgaben. Die Digitalisierung macht die Arbeit vom LVR leichter. Und schneller.



Das ist gut für die Mitarbeitenden vom LVR. Und vor allem für die Menschen im Rheinland, für die der LVR arbeitet.

Der LVR hat einen neuen Plan geschrieben. Der Plan vom LVR heißt: Digitale Agenda. Agenda ist ein schweres Wort für: Ein Plan mit Regeln.



In dem Plan erklärt der LVR: So soll die Digitalisierung den Menschen helfen. Das möchte der LVR dabei beachten. Zum Beispiel: Alle sollen bei der Digitalisierung mitmachen können. Niemand soll benachteiligt werden.

Der LVR hat einen Text geschrieben
zur Einführung der digitalen Agenda.
Der Text ist leider in schwerer Sprache geschrieben.

In dem Text steht zum Beispiel:
So hat der LVR die digitale Agenda geschrieben.
So haben viele Menschen beim Schreiben mitgemacht.
Das steht in der digitalen Agenda drin.
So geht es mit der digitalen Agenda weiter.



Haben Sie Fragen zu diesem Text?
Dann können Sie beim LVR in Köln anrufen:
0221-809-2202



Viele Informationen zum LVR in Leichter-Sprache
finden Sie hier:

www.leichtesprache.lvr.de

Der Zusatztext in leichter Sprache soll zum einen die Verständlichkeit der Vorlage insbesondere für Menschen mit Lernschwierigkeiten konkret verbessern, zum anderen für die Grundsätze der Zugänglichkeit und Barrierefreiheit im Bereich Information und Kommunikation im Sinne der Zielrichtungen 6 und 8 des LVR-Aktionsplans zur UN-Behindertenrechtskonvention sensibilisieren.

Mit der Telefonnummer 0221-809-2202 erreicht man die zentrale Stabsstelle Inklusion - Menschenrechte – Beschwerden (00.300). Sie gibt oder vermittelt bei Bedarf gern weitere Informationen. Bilder: © Reinhild Kassing.

Zusammenfassung

Der LVR hat sich in den letzten Jahren zunehmend den Themen der Digitalisierung und Digitalität gestellt. Um insbesondere den Mitarbeitenden ein Leitwerk zur Orientierung an die Hand zu geben, hat die Verwaltung beschlossen, eine Digitale Agenda zu erstellen.

Mit dieser Vorlage legt die Verwaltung die Digitale Agenda für den LVR vor. Diese fußt zudem auf dem politischen Beschluss der Landschaftsversammlung vom 16.12.2019 sowie auf den Vorlagen Nr. 14/3234 und Nr. 15/140, in welchen ebenfalls die Absicht zur Erarbeitung einer Digitalen Agenda festgehalten wurde.

Diese Vorlage beschreibt den partizipativen Entstehungsansatz, den inhaltlichen Aufbau und das weitere Vorgehen bezogen auf die Digitale Agenda für den Landschaftsverband Rheinland (LVR). Aufgrund der Dynamik auf dem Gebiet der Digitalisierung und Digitalität – als Stichworte seien beispielsweise die Entwicklungen durch die Corona-Pandemie und die Einführung des Mobilens Arbeitens beim LVR genannt – wurde die Erstellung der Digitalen Agenda wiederholt dem schnelllebigen Wandel angepasst.

Entstanden ist die Digitale Agenda mithilfe eines breit angelegten, partizipativen Prozesses, welcher alle LVR-Dezernate umfasste. Das Expert*innenwissen in den Dezernaten ermöglichte die inhaltliche Tiefe des Dokuments, welches aktuell in einer ersten Printfassung/Broschüre zum Ausdruck kommt.

Inhaltlich aufgebaut ist die Digitale Agenda in einen Haltungs- und einen Handlungsteil. Der erste Teil formuliert eine Haltung zur Digitalisierung im Landschaftsverband. Dazu werden unter anderem ethische, inklusive und organisatorische Leitlinien formuliert, die sich jeweils auch in Form von Leitsätzen in der Agenda wiederfinden. Der zweite Teil zum Handeln in der digitalen Transformation gibt einen Einblick in die Praxis, wo und wie Digitalisierung heute und zukünftig im LVR wirkt.

Die Digitale Agenda gibt es als Broschüre (analog und selbstverständlich digital als PDF-Datei) und in Form eines Internetauftritts (www.digitale-agenda.lvr.de). Die Broschüre wird in der Folge die Versionsnummer 1.0 tragen. Sie bildet den Auftakt der Digitalen Agenda. Die Inhalte der Website werden sich in Zukunft im Sinne eines „Living Documents“ weiterentwickeln. Der Partizipationsprozess, der die Entstehung der Digitalen Agenda prägte, wird somit mit der Veröffentlichung nicht beendet, sondern weitergeführt. Denn der oben beschriebene Wandel endet nicht mit der Verabschiedung der Digitalen Agenda, sondern ist nach wie vor in vollem Gange. Neben dem Austausch mit den LVR-Dezernaten wird sich die Weiterentwicklung auch aus der Feedbackfunktion des Internetauftritts speisen, wo Mitarbeitende und interessierte Dritte Kritik, eigene Ideen und Lob äußern können. Über grundlegende Weiterentwicklungen wird die Verwaltung regelmäßig berichten.

Begründung der Vorlage Nr. 15/1390/1:

Auf Wunsch des Ausschusses für Digitale Entwicklung und Mobilität vom 30.11.2022 wird diese Vorlage auch den Fachausschüssen zur Kenntnis vorgelegt.

Begründung der Vorlage Nr. 15/1390:

Digitale Agenda – Haltung und Handeln des LVR in der digitalen Transformation

Inhalt

1. Einleitung	5
2. Inhaltlicher Aufbau und Struktur	7
3. Einordnung und Wirkung	8
4. Weiteres Vorgehen	11
5. Fazit	11

1. Einleitung

Die Erstellung der vorliegenden Digitalen Agenda geht zurück auf die Gründungsphase des LVR-Dezernats Digitalisierung, IT-Steuerung, Mobilität und technische Innovation. Neben einem Beschluss der Verwaltung zur Erstellung einer Digitalen Agenda, wurde auch ein entsprechender Beschluss durch die politische Vertretung, zur „Entwicklung und Implementierung einer Digitalisierungsstrategie im LVR (...)“, Ende 2019 gefasst. Darüber hinaus, wurde von Seiten des LVR die Erstellung einer Digitalen Agenda ebenso bereits in der Vorlage Nr. 14/3234 zur Schaffung des Dezernats sowie in der Vorlage Nr. 15/140 zur Vorstellung des Dezernats festgehalten.

Zur Erstellung der Agenda wurde ein partizipatives Vorgehen innerhalb des Verbands gewählt (siehe Abbildung 1). Dieses Vorgehen spiegelt sich in der Breite der in der Agenda adressiertenhaltungsfragen und Handlungsfelder wider. Der umfassende Partizipationsprozess ermöglichte erst die inhaltliche Tiefe des nun vorliegenden Dokuments, indem auf ein breites Expert*innenwissen aus den LVR-Dezernaten zurückgegriffen wurde. Neben den internen Kapazitäten wurde zudem während des gesamten Entstehungsprozesses die wissenschaftliche Mitarbeit und Expertise von Prof. Dr. Karsten Wendland, Professor für Medieninformatik an der Hochschule Aalen, in Anspruch genommen. Der gesamte Partizipationsprozess endete (vorerst) mit der Verabschiedung der Digitalen Agenda im Verwaltungsvorstand des LVR am 19.09.2022. Die Erstellung der Digitalen Agenda wurde wiederholt den dynamischen Entwicklungen im Feld der Digitalisierung, welche sich unter anderem in den Entwicklungen durch die Corona-Pandemie und die Einführung des Mobilen Arbeitens beim LVR zeigen, angepasst.

Die nun vorliegende Digitale Agenda dient als Leitlinie für die digitale Transformation im LVR in den kommenden Jahren und ist in der Printfassung/Broschüre mit der Versionsnummer 1.0 gekennzeichnet. Die Bezeichnung als Digitale Agenda 1.0 ist bewusst gewählt, da dieses Dokument, das Orientierung im Wandel geben soll, seine maximale Akzeptanz nur entfaltet, wenn es im Sinne eines lebendigen Dokuments an signifikante Entwicklungen angepasst werden kann.

Entstehung der Digitalen Agenda für den LVR

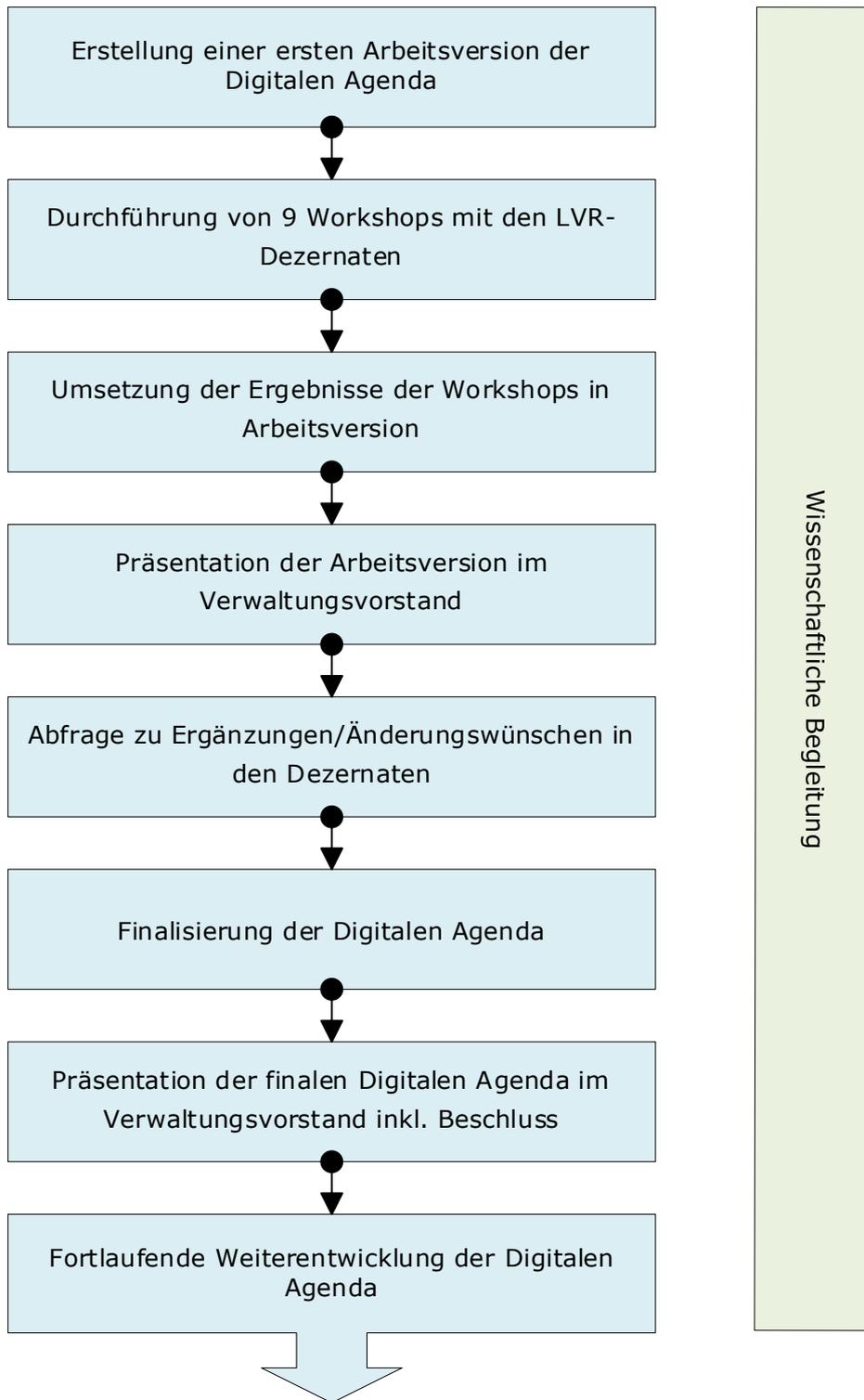


Abbildung 1: Entstehung der Digitalen Agenda für den LVR

2. Inhaltlicher Aufbau und Struktur

Die Digitale Agenda ist inhaltlich in zwei Abschnitte unterteilt: „Haltung“ und „Handeln“ (siehe Abbildung 2). Auf diese Weise kann sie dem Anspruch gerecht werden, einerseits Leitlinien zur Digitalisierung zu liefern, aber andererseits auch ganz praktisch darzulegen, wo und wie Digitalisierung heute und zukünftig im LVR wirkt.



Abbildung 2: Inhaltliche Zweiteilung der Digitalen Agenda

Die Ausführungen zur Haltung in der Digitalisierung behandeln kulturelle, organisatorische sowie ethische und soziale Leitlinien, mit denen der LVR den Herausforderungen der digitalen Transformation begegnet. Die hier erläuterte Haltung des Verbands bildet das Grundgerüst für die weitere Herangehensweise und zukünftige Entscheidungen in Bezug auf Digitalisierung. Dabei darf nicht vergessen werden, dass die digitale Transformation und der damit verbundene Wandel zu Unsicherheiten und Sorgen führen können. Die Digitale Agenda verfolgt daher das Ziel, die Mitarbeitenden zu stützen und zu eigenständigen Akteur*innen im digitalen Raum zu machen. Um einen kurzen Überblick über die Haltung des LVR bzgl. der Digitalisierung zu ermöglichen, wurden pointierte Leitsätze entwickelt. Jedes Kapitel im Teil „Haltung“ verfügt über einen solchen Leitsatz (siehe Abbildung 3). Auf diese Weise können Mitarbeitende aber auch interessierte Bürger*innen einen schnellen Überblick über die Inhalte der Digitalen Agenda gewinnen.

1. Wir stehen für eine wertegeleitete Digitalisierung, die den Menschen im Mittelpunkt sieht und einen vertrauensvollen Umgang mit technischen Entwicklungen zur Grundlage hat.
2. Wir verstehen Digitalisierung als Möglichkeit, mehr Teilhabe in der Arbeitswelt und am Leben zu schaffen.
3. Wir sind offen für Veränderung, eine moderne Kultur der Zusammenarbeit und verstehen uns als digitaler Dienstleister.
4. Wir verstehen die Digitalisierung als partizipativen Prozess, in den wir die Mitarbeitenden und Bürger*innen aktiv einbinden.
5. Wir stehen für eine Digitalisierung, die nachhaltig wirkt und den Verbrauch von Ressourcen nicht erhöht, sondern verringert.
6. Wir nutzen gesetzliche Vorgaben als Gestaltungsantrieb zur digitalen Transformation.
7. Wir setzen uns für eine diskriminierungsfreie Digitalisierung ein, die sich gegen digitale Gewalt stellt und den Wert der Diversität erkennt.

Abbildung 3: Leitsätze zur Digitalisierung im LVR

Unter dem Schwerpunkt Handeln wird ein Einblick in die derzeitige Praxis der Digitalisierung in den vielschichtigen Aufgabenfeldern des Verbands gegeben. Die hier gewählten Themen orientieren sich an den Schwerpunkten der Arbeit im Verband im Allgemeinen und den Schwerpunkten der Digitalisierung im Speziellen.

3. Einordnung und Wirkung

Die Digitale Agenda bildet das Dachdokument zum digitalen Wandel im Landschaftsverband Rheinland. Sie dient dem Verständnis von und zur Gestaltung der Digitalisierung. Die digitale Transformation vollzieht sich zunehmend und hat Auswirkungen auf nahezu alle Lebensbereiche der Menschen (im Rheinland). Dabei gewinnt der digitale Raum neben dem physischen Raum immer weiter an Bedeutung und erweitert diesen. Kurzum: Die Bedeutung der Digitalisierung für den LVR wächst, was die Formulierung von Leitlinien zur Digitalisierung und einen Blick auf aktuelle Entwicklungen in diesem Bereich nötig macht. Der

Verband möchte die digitale Transformation aktiv gestalten. Hierzu bietet die Digitale Agenda Orientierung und auch einen praktischen Rahmen an.

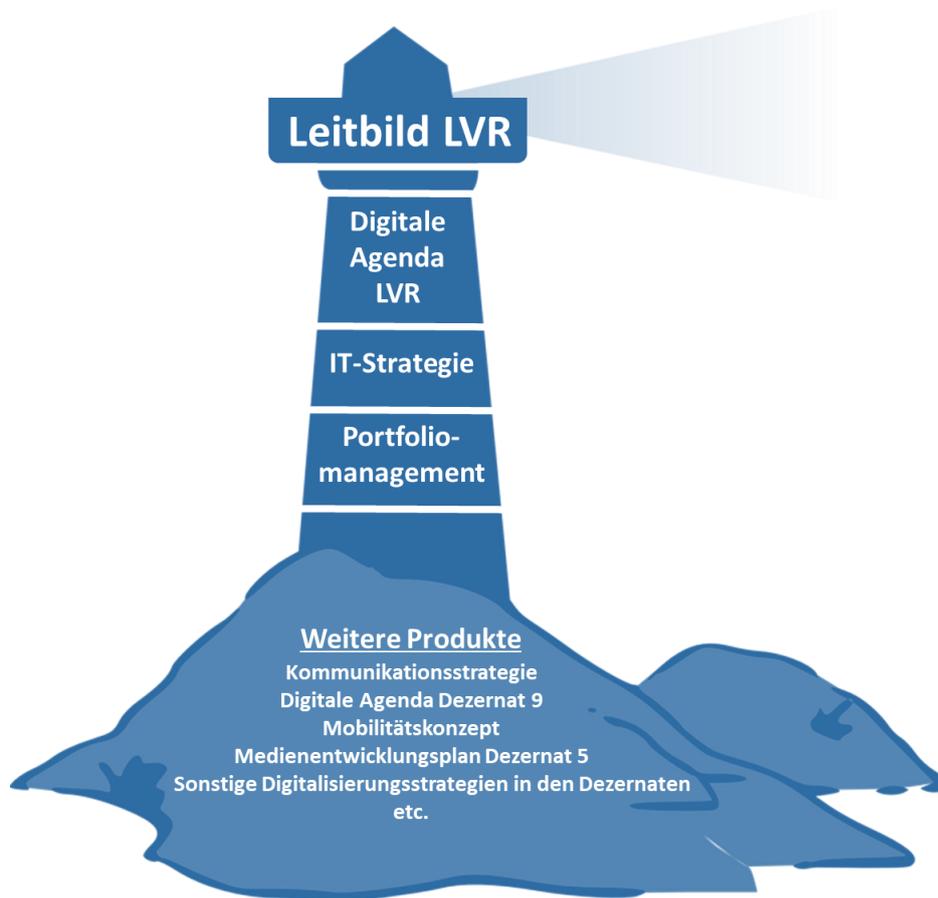


Abbildung 4: Einordnung der Digitalen Agenda

Wie die Abbildung 4 zeigt, ordnet sich die Digitale Agenda für den LVR direkt dem LVR-Leitbild unter und wirkt unmittelbar auf die IT-Strategie, welche aktuell in Dezernat 6 entwickelt wird. Sie dient zudem zukünftig als Leitwerk für die verschiedenen Digitalisierungsstrategien und -aktivitäten im LVR.

Die Digitale Agenda ist das Leitwerk des LVR zur Gestaltung der digitalen Transformation und bietet Orientierung für Mitarbeitende und Menschen im Rheinland.

Im Sinne der Vision und Mission zum LVR-Leitbild wurde die Digitalisierung/Digitalität als Zielbild definiert (siehe Abbildung 5). Unterhalb dieses Zielbilds finden sich zahlreiche strategische Ziele die auch in der Digitalen Agenda gespiegelt werden wieder. Beispielsweise wird die Rolle der Führungskräfte beschrieben und die Vermittlung notwendiger (digitaler) Kompetenzen. Die Kompetenzvermittlung ist Teil der Digitalen Agenda unter anderem in Form des digitalen Lern- und Wissensmanagements (vgl. Vorlage 15/740) oder des Digi-tallabors, wozu aktuell Projekte in Arbeit sind. Auch der unter Ziffer 8 angesprochene Umgang mit Künstlicher Intelligenz (KI) wird in der Digitalen Agenda im Kapitel „Digitale Ethik und soziale Fragestellungen“ thematisiert.

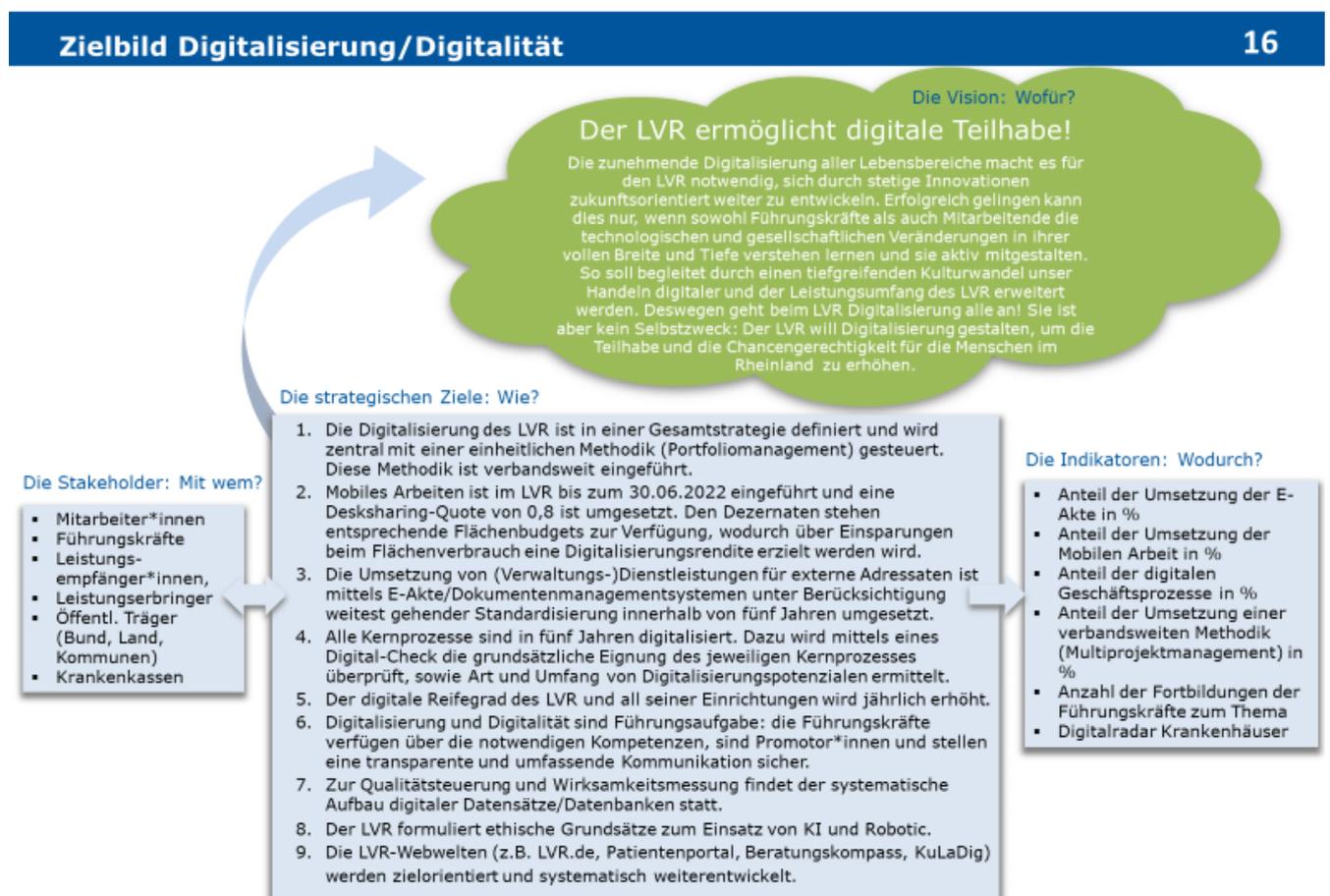


Abbildung 2: Ausschnitt aus dem LVR-Leitbild Digitalisierung/Digitalität

Des Weiteren bildet die Digitale Agenda auch die Klammer für zahlreiche Produkte und Projekte, die schon im Einsatz oder in der Umsetzung sind. So bietet beispielsweise der LVR-Beratungskompass im Sinne der digitalen Inklusion einen barrierearmen, digitalen Zugang zur Information und Beratung bzgl. der Aufgaben- und Handlungsfelder des Verbands. Das Mobile Arbeiten wird durch eine adäquate technische Ausstattung der Mitarbeitenden möglich gemacht und auch der Ausbau der Ladeinfrastruktur für Elektromobilität

im Verband wird forciert. Diese Beispiele zeigen, dass die Digitale Agenda schon heute Wirkung entfaltet und aktiv zu einer gelingenden Digitalisierung des Verbands beiträgt und zukünftig immer weiter beitragen wird.

4. Weiteres Vorgehen

Die Digitale Agenda liegt in den folgenden zwei Formaten vor: Es gibt eine Broschüre (analog und selbstverständlich digital als PDF-Datei – siehe Anhang) sowie einen Internetauftritt (www.digitale-agenda.lvr.de). Die Digitale Agenda ist bewusst nicht als statisches, ausschließlich gedrucktes Dokument konzipiert. Vielmehr wird mit der Veröffentlichung der Digitalen Agenda, der Weg hin zum digitalen Verband sichtbar. Die hier vorliegende Digitale Agenda dient als Startpunkt. Die lebendige Digitale Agenda ist im Internet für alle Interessierten auffindbar. Über die Website kann direkt Feedback - Anregungen und Kritik - geäußert werden. Diese Rückmeldungen fließen in die Überlegungen zur weiteren Ausgestaltung ein, denn die Digitale Agenda ist bewusst als „Living-Document“ angelegt, welches mit der Zeit immer weiterentwickelt wird. So wird der Dynamik der Digitalisierung begegnet, denn es handelt sich hier nicht um einen abzuschließenden Prozess, sondern um ein fortwährendes Lernen seitens des gesamten Verbands. Die vorliegende Version 1.0 kann daher nur als Startpunkt zu verstehen sein. Gerade im Bereich der unterschiedlichen Handlungsfelder ist eine Anpassung der Inhalte möglich. Aus diesem Grund werden kleinere Änderungen direkt auf der Website umgesetzt. Über die Weiterentwicklung der Digitalen Agenda wird zukünftig berichtet.

5. Fazit

Die Digitale Agenda ist das zentrale Dokument zur Digitalisierung im LVR. Als Dachdokument deckt es die gesamte Bandbreite des Verbands ab. Es formuliert übergeordnete Leitsätze zur Haltung im digitalen Wandel und zeigt die facettenreichen Handlungsfelder auf. Die Digitale Agenda spricht im Kern in einem ersten Schritt ein internes Zielpublikum an, richtet sich jedoch auch interessierte Dritte. Die Digitale Agenda bietet Information, Orientierung im digitalen Raum und unterstützt die Beteiligten bei der digitalen Transformation. Durch die fortlaufende partizipative Entwicklung des Dokuments wird der Dynamik der Digitalisierung Rechnung getragen.

Die Digitale Agenda für den LVR wird hiermit zur Kenntnis genommen.

In Vertretung

J A N I C H

Anhang:

Digitale Agenda für den Landschaftsverband Rheinland



Digitale Agenda

für den Landschaftsverband Rheinland

Vorwort

Liebe Kolleg*innen,

nicht nur aus den Erfahrungen der letzten zwei Jahre konnten wir zahlreiche, wertvolle Erkenntnisse für die Digitalisierung unseres Landschaftsverbands Rheinland (LVR) gewinnen. Mit vereinten Kräften in unserem Verband, aus unseren verschiedenen Dienststellen, aus unseren Fachdezernaten und aus den Querschnittsbereichen haben wir gemeinsam mit Ihnen Vieles bewegen können. Vielerorts konnten wir mit digitaler Technik und der Anpassung von Prozessen unsere Aufgaben auch während der Pandemie erfolgreich bewältigen. Unsere Erfahrungen, unser Engagement und unsere Kenntnisse aus den verschiedenen Perspektiven, Aufgabefeldern und Berufen haben uns dabei gemeinsam durch die Pandemie getragen und zugleich die Notwendigkeit aufgezeigt, uns weiter zu entwickeln.

Die Digitalisierung von Prozessen und der Einsatz moderner Technik zur Zusammenarbeit – und seien wir einmal ehrlich: „Wer von uns hat vor der Pandemie geglaubt, mit dezentralen Teams erfolgreich digital zusammen zu arbeiten?“ – haben das Gesicht und Selbstverständnis unseres Verbandes verändert. Technik und Prozesse sind aber „nur“ zwei Aspekte der voranschreitenden Digitalisierung. Unsere (digitalen) Kompetenzen und insbesondere unsere Kultur der digitalen Zusammenarbeit sind zwei weitere, besonders wichtige Facetten.

Wer wollen wir als Verband sein? Ein moderner – auch digitaler – Dienstleister? Gewiss! Wie prägt dies unseren Berufsalltag? Wie sieht Digitalisierung beispielsweise in unseren Kliniken, Schulen, in unserem HPH-Verbund, in unseren

Kulturdienststellen, in der Verwaltung aus? Wird künftig Beratung und Behandlung auch vermehrt digital erfolgen? Wie gestalten wir die Zugänge zu unseren Leistungen, zum Beispiel im Bereich Kinder, Jugend und Familie oder im Bereich Soziales? Denken wir dabei in klassischen Zuständigkeiten oder in unseren Kernkompetenzen? Wie können wir die Inklusion durch digitale Teilhabe bestmöglich fördern?

Mit unserer Digitalen Agenda in der hier vorliegenden Version 1.0 wollen wir einen Einstieg in all diese und noch viel mehr Fragen wagen. Wir wollen Sie, unsere Mitarbeitenden, weiterhin daran teilhaben lassen, Sie hören und die Digitalisierung gemeinsam aktiv gestalten. Denn das „Ob“ der Digitalisierung ist schon lange keine Frage mehr. Der Zug hat längst – manchmal mit atemberaubender Geschwindigkeit – an Fahrt aufgenommen. Das „Wie“ ist unsere Chance, auch weiterhin als erfolgreicher LVR mit unseren besonderen Aufgabenstellungen einen wertvollen Beitrag für die Menschen im Rheinland zu leisten.

Zugleich sind die Erwartungshaltungen aller Beteiligten an die Umsetzung der Digitalisierung gestiegen. Erfahrungen aus dem privaten Umfeld werden auf das Handeln von Behörden und öffentlichen Einrichtungen übertragen und inzwischen als Selbstverständlichkeit angesehen. Online-Bestellungen, Nachverfolgung von Sendungen, digitale Kommunikation mit Versicherungen oder Online-Banking – all dies gehört für viele von uns zu unserem Alltag. Was bedeutet das für uns und unsere Arbeit? Welche digitalen Angebote zur Kommunikation mit unseren Bürger*innen und für Leistungen haben wir bereits? Welche müssen

Vorwort

wir noch entwickeln? Die Breite der Gesellschaft nutzt selbstverständlich digitale Formate und Dienstleistungen. Denn digitale Affinität und Kompetenzen sind nicht nur bei Ihnen gestiegen, sondern auch bei unseren Zielgruppen. Kommunikation im digitalen Raum wird immer selbstverständlicher und selbstsicherer.

Natürlich ist dies nicht immer „eins zu eins“ übersetzbar, sondern mit der Kultur unseres Verbandes und seinen Besonderheiten, seinen Aufgaben und Zielgruppen in Einklang zu bringen. Wir müssen für uns einen Weg finden, wann analoge, hybride oder digitale Formate das richtige Mittel sind. Wenn nicht wir, wer dann nimmt Gesichtspunkte wie niedrigschwellige Zugänge und Barrierefreiheit in den Blick? Wir dürfen im Rahmen der Digitalisierung unseren Leitgedanken „Qualität für Menschen“ nach innen wie

nach außen zur Verwirklichung einer inklusiven Gesellschaft, die allen Menschen die Teilhabe ermöglicht, nicht aus den Augen verlieren. Unsere Digitalisierung muss den Menschen dienen, unseren Zielgruppen und Ihnen als Mitarbeitende. Sie darf niemanden zurücklassen und sie darf nicht diskriminierend wirken.

Die vorliegende Digitale Agenda beschreibt unseren Weg in einen auch digital denkenden und handelnden Verband. Sie ist dynamisch, sich wandelnd und daher niemals abschließend angelegt.

Wir laden Sie ein, sich mit ihrem Leitgedanken zu identifizieren und unseren LVR digital voranzubringen. Beteiligen Sie sich, digital, aber auch noch ganz analog. Wir freuen uns, Ihnen unsere Digitale Agenda in ihrer Version 1.0 zu präsentieren.



Ulrike Lubek

Direktorin des
Landschaftsverbandes
Rheinland



Marc Janich

LVR-Dezernat Digitalisierung,
IT-Steuerung, Mobilität und
technische Innovation

Übersicht Digitale Agenda

Inhalt

I. Den digitalen Wandel gestalten – Leitlinien für den LVR	06
II. Leitsätze zur Digitalisierung im LVR	07
III. Haltung	09
1. Digitale Ethik und soziale Fragestellungen	10
2. Digitale Inklusion	12
3. Veränderung als Bereicherung	14
4. Beteiligung der Mitarbeitenden und Bürger*innen	16
5. Digitalisierung und Nachhaltigkeit	18
6. Rechtlicher Gestaltungsrahmen	20
7. Digitalisierung ohne Diskriminierung	22
IV. Von der Haltung zum Handeln	24
V. Handeln	27
1. Digitale Zugänge und Vernetzung	28
2. Digitale Prozesse und Dienstleistungen	30
3. Technische Innovation und Ertüchtigung	32
4. Digitale Kompetenzen und Zusammenarbeit	34
5. Vernetzte Mobilität	36
Impressum	38

I. Den digitalen Wandel gestalten – Leitlinien für den LVR

Der Landschaftsverband Rheinland begegnet dem digitalen Wandel der eigenen Organisation mit einer umfassenden, lebendigen Agenda. In diesem Dokument möchten wir Ihnen den Weg des LVR hin zum digitalen Verband erläutern und herausarbeiten, welche Themen uns auf diesem Weg besonders wichtig sind. Zur Erstellung der Agenda wurde ein partizipatives Vorgehen innerhalb des Verbands gewählt. Dieses Vorgehen spiegelt sich in der Breite der hier adressierten Handlungsfragen und Handlungsfelder wider.

Die digitale Transformation vollzieht sich zunehmend und hat Auswirkungen auf nahezu alle Lebensbereiche der Menschen im Rheinland. Dabei gewinnt der digitale Raum neben dem physischen Raum immer weiter an Bedeutung und erweitert diesen. Ganz bewusst werden digitale Zugänge als Ergänzung und nicht als Ersatz von analogen, bewährten Zugängen zum LVR gesehen, damit allen Bürger*innen die Teilhabe ermöglicht wird.

Die besondere Bedeutung des digitalen Raums wurde bereits im Leitbild des Verbands festgehalten. Dort werden die großen Themen unserer Zeit – u. a. Digitalisierung, Klimawandel sowie Nachhaltigkeit, Globalisierung und demografischer Wandel – mit Blick auf den LVR adressiert und strategische Handlungsfelder formuliert, wovon eines sich intensiv mit der „Digitalisierung und Digitalität“ befasst. Die Digitalisierung wird im Sinne der Vision und Mission zum Leitbild als einer der entscheidenden Hebel erkannt, um eine vielfältige und inklusive Gesellschaft mit gleichwertigen Lebensverhältnissen zu schaffen.

Der Verband hat beschlossen, die Digitalisierung aktiv zu gestalten und zu steuern. Die inhaltliche Klammer dazu bildet die hier vorliegende Digitale Agenda für den LVR. Sie formuliert Leitlinien für den Umgang mit und der Gestaltung von Digitalisierung. Die Digitale Agenda richtet sich vorrangig an Mitarbeitende im LVR und nimmt dabei selbstverständlich auch Bürger*innen, externe Partner*innen sowie die Mitgliedkörperschaften in den Blick. Sie ist dem Leitsatz „Qualität für Menschen“ verpflichtet und übersetzt diesen für den digitalen Raum. Sie gliedert sich ein unter das Leitbild des LVR und beeinflusst die IT-Strategie des Gesamtverbands in inhaltlicher, ethischer und sozialer Hinsicht. Das hier vorliegende Dokument vereint die große Bandbreite des LVR in einem Dokument – es handelt sich demnach um einen Blick aus der Vogelperspektive. Da nahezu alle Themen- und Handlungsfelder des LVR von der Digitalisierung berührt sind, gibt es neben der Digitalen Agenda des Gesamtverbands auch weitere Dokumente aus den (Fach-)Dezernaten, die sich mit dem digitalen Wandel aus unterschiedlichen Perspektiven beschäftigen. Die Digitale Agenda ist in zwei wesentliche Schwerpunkte

gegliedert: „Haltung“ und „Handeln“. Die Ausführungen zur Haltung in der Digitalisierung betreffen kulturelle, organisatorische sowie ethische und soziale, aber auch inklusive Leitlinien, mit welchen der LVR den Herausforderungen der digitalen Transformation begegnet. Die hier erläuterte Haltung des Verbands bildet das Grundgerüst für die weitere Herangehensweise und zukünftige Entscheidungen in Bezug auf die Digitalisierung. Dabei darf nicht vergessen werden, dass die digitale Transformation und der damit verbundene Wandel zu Unsicherheiten und Sorgen führen können. Daher ist die Kernaussage dieser Agenda: Der LVR setzt sich für eine menschliche Digitalisierung ein, die die Mitarbeitenden und Menschen im Rheinland stützt und zu eigenständigen Akteur*innen im digitalen Raum macht.

Unter dem Schwerpunkt Handeln wird ein Einblick in die derzeitige Praxis der Digitalisierung in den vielschichtigen Aufgabenfeldern des Verbands gegeben. Die hier gewählten Unterthemen orientieren sich an den inhaltlichen Schwerpunkten der Arbeit im Verband im Allgemeinen, den Schwerpunkten der Digitalisierung im Speziellen und sind nicht nach klassischen Zuständigkeiten geordnet.

Um die Bandbreite des Verbands abbilden zu können, entstand die Digitale Agenda in einem partizipativen Prozess, der die Mitarbeit aller Dezernate umfasste. Mitarbeitende und Führungskräfte aus den Dezernaten waren in Workshops und Interviews an der Entstehung und der Ausgestaltung beteiligt. Die Beteiligung endet damit jedoch nicht. Die Digitale Agenda ist auf längere Zeit angelegt, stellt jedoch kein starres Dokument dar. Vielmehr dient die hier vorliegende Agenda als Startpunkt. Die lebendige Digitale Agenda ist im Internet für alle Interessierten auffindbar – über die QR-Codes in diesem Dokument ist die Website erreichbar. Über die Website kann direkt Feedback - Anregungen und Kritik - geäußert werden. Diese Rückmeldungen fließen in die weitere Ausgestaltung mit ein, denn die Digitale Agenda ist bewusst als „Living-Dokument“ angelegt, welches mit der Zeit immer weiterentwickelt wird. So wird der Dynamik der Digitalisierung begegnet, denn es handelt sich hier nicht um einen abzuschließenden Prozess, sondern um ein fortwährendes Lernen seitens des gesamten Verbands.

II. Leitsätze zur Digitalisierung im LVR

1. Wir stehen für eine wertegeleitete Digitalisierung, die den Menschen im Mittelpunkt sieht und einen vertrauensvollen Umgang mit technischen Entwicklungen zur Grundlage hat.
2. Wir verstehen Digitalisierung als Möglichkeit, mehr Teilhabe in der Arbeitswelt und am Leben zu schaffen.
3. Wir sind offen für Veränderung, eine moderne Kultur der Zusammenarbeit und verstehen uns als digitaler Dienstleister.
4. Wir verstehen die Digitalisierung als partizipativen Prozess, in den wir die Mitarbeitenden und Bürger*innen aktiv einbinden.
5. Wir stehen für eine Digitalisierung, die nachhaltig wirkt und den Verbrauch von Ressourcen nicht erhöht, sondern verringert.
6. Wir nutzen gesetzliche Vorgaben als Gestaltungsantrieb zur digitalen Transformation.
7. Wir setzen uns für eine diskriminierungsfreie Digitalisierung ein, die sich gegen digitale Gewalt stellt und den Wert der Diversität erkennt.

III. Haltung

1. Digitale Ethik und soziale Fragestellungen	10
2. Digitale Inklusion	12
3. Veränderung als Bereicherung	14
4. Beteiligung der Mitarbeitenden und Bürger*innen	16
5. Digitalisierung und Nachhaltigkeit	18
6. Rechtlicher Gestaltungsrahmen	20
7. Digitalisierung ohne Diskriminierung	22

1. Digitale Ethik und soziale Fragestellungen

Die Rechte und Freiheiten der Menschen im Rheinland und der Mitarbeitenden des LVR können durch Digitalisierung gestärkt und ausgeweitet werden. Sie soll die Teilhabe und Chancengerechtigkeit für die Menschen im Rheinland erhöhen. Wir etablieren daher Grundsätze zum Umgang

mit Daten und zur Anwendung von Algorithmen sowie Künstlicher Intelligenz (KI). Die Mitarbeitenden im LVR werden stärker zu Akteur*innen im digitalen Raum und erhalten Unterstützung bei der digitalen Transformation in Form von Weiterbildungsmaßnahmen und Beratung.

Wir stehen für eine wertegeleitete Digitalisierung, die den Menschen im Mittelpunkt sieht und einen vertrauensvollen Umgang mit technischen Entwicklungen zur Grundlage hat.



Ethische und soziale Grundsätze der Digitalisierung

Der LVR nimmt vertrauensvoll Aufgaben gegenüber Dritten und Bürger*innen wahr. Aus dieser gesellschaftlichen und sozialen Verantwortung ergibt sich unser Anspruch, dass das Wohl der Menschen im Rheinland auch im Zentrum der Digitalisierungsbestrebungen des LVR stehen muss. Eine menschliche Digitalisierung setzt so beispielhaft voraus, dass den Leistungssuchenden ein leicht verständlicher, möglichst barrierefreier Zugang zu unseren Leistungen im digitalen Raum ermöglicht wird. Ebenso wichtig ist es, Mitarbeitenden den Weg in die digitale Arbeitswelt zu erleichtern und etwaige Sorgen ernst zu nehmen und diesen aktiv zu begegnen.

Der sorgsame Umgang mit Daten und die Wahrung der informationellen Selbstbestimmung sind zentral für das Vertrauen in die Datenverarbeitung im LVR. Daten werden erhoben, verarbeitet und gespeichert, um eine effiziente Arbeit in den vielfältigen Bereichen des Landschaftsverbands zu ermöglichen. Wir orientieren uns an dem Prinzip der Datensparsamkeit, welches besagt, dass nur jene Daten erhoben werden sollen, die zur Erledigung eines Vorgangs wirklich notwendig sind. Um Datenabfragen zu reduzieren, werden „Datensilos“ Zug um Zug aufgelöst. Die Bürger*innen sollen auf einen sicheren,

verantwortungsvollen Umgang mit ihren Daten vertrauen können. Personenbezogene Daten werden sicher vor Eingriffen von außen geschützt, um die Privatsphäre zu schützen.

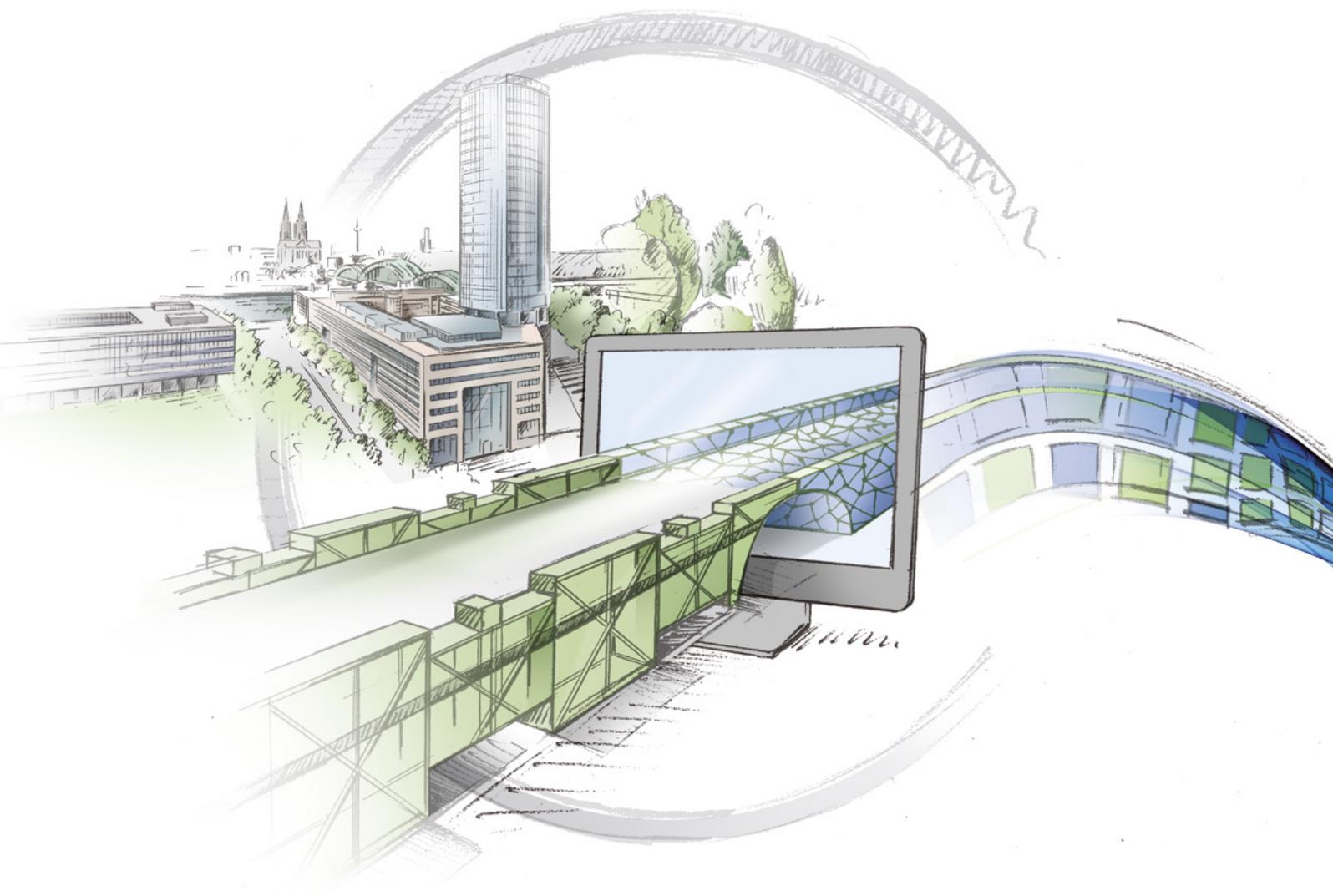
Ethische Überlegungen sind handlungsleitend für die Erstellung von und im Umgang mit Algorithmen und KI. Die Datenethikkommission der Bundesregierung hält als Grundsatz fest, dass Technik dem Menschen dienen muss und der Mensch sich nicht der Technik unterwirft. Daran orientieren wir uns. KI wird zur Unterstützung von Mitarbeitenden bei Entscheidungsprozessen eingesetzt, wobei die finale Entscheidung immer beim Menschen liegt. Der Einsatz von KI soll die Menschen entlasten, sie nicht ersetzen. Zur Implementierung und Weiterentwicklung der ethischen Überlegungen soll, mit Hilfe eines regelmäßig tagenden Gremiums, bestehend aus internen wie externen Netzwerkpartner*innen, ein lebendiges Rahmenwerk „Digitale Ethik“ geschaffen werden.

2. Digitale Inklusion

Wir wollen mit Digitalisierung einen Beitrag zur Inklusion leisten. Deshalb sollen unsere digitalen Informationsangebote und Leistungen bereits während der Entstehung konsequent am Maßstab der Barrierefreiheit ausgerichtet werden. Neue Möglichkeiten der Barrierefreiheit können

zudem durch die Digitalisierung in den Dienststellen und Einrichtungen des LVR geschaffen werden. Gesellschaftliche Ungleichheiten sollen mit Hilfe von digitalen Lösungen reduziert werden.

Wir verstehen Digitalisierung als Möglichkeit, mehr Teilhabe in der Arbeitswelt und am Leben zu schaffen.



Digitale Angebote konsequent barrierefrei ausgestalten

Menschen mit Behinderung dürfen durch Digitalisierung nicht ausgegrenzt werden. Wir sehen es genau anders herum: Digitalisierung als Treiber und Ermöglicher von Inklusion. Bei der Beschaffung oder Bereitstellung neuer digitaler Lösungen orientieren wir uns deshalb an dem Prinzip „Barrierefreiheit by Design“. Das bedeutet, dass Barrierefreiheit bei der Einführung oder Entwicklung digitaler Lösungen von Beginn an zu beachten ist. Bestehende und zukünftige digitale Lösungen im LVR werden auf ihre Barrierefreiheit hin überprüft. Menschen mit Behinderung werden im Rahmen partizipativer Formate in die Entwicklungsprozesse von digitalen Lösungen frühzeitig miteinbezogen. Dies geschieht nach dem Grundsatz der UN-Behindertenrechtskonvention „nicht ohne uns über uns“, etwa durch Einbindung der Personal- und Schwerbehindertenvertretungen. Es gilt, die kulturellen, sprachlichen und kognitiven Barrieren im digitalen Raum zu überwinden.

Barrierefreiheit im Digitalen kann positive Auswirkungen auf die Arbeitserledigung der Mitarbeitenden haben, gerade mit Blick auf neue integrierte Kommunikationslösungen. Diese werden leichter zugänglich und nutzbar

für alle und sollen somit eine bessere Zusammenarbeit unter den Mitarbeitenden unterstützen. Die Prinzipien der Barrierefreiheit gelten in gleichem Maße für digitale Kommunikation, für Bildungsarbeit und für den Zugang zu digitalen Kulturangeboten des LVR. Neben digitaler Kommunikation gilt es auch, Barrieren rund um die digitale Antragsstellung und Leistungserbringung abzubauen, sei es bei bestehenden oder neuen Prozessen. Wichtig sind die Prinzipien der Barrierefreiheit beispielsweise bei der Arbeit rund um das Onlinezugangsgesetz (OZG) und bei der Neugestaltung des Webauftritts des LVR (LVR.de und Social Media). Als Deutschlands größter Leistungsträger für Menschen mit Behinderung engagiert sich der LVR somit im digitalen Raum für ein möglichst hohes Maß an Barrierefreiheit.

3. Veränderung als Bereicherung

Der digitale Wandel betrifft alle Menschen gleichermaßen, was mit einer gesteigerten Komplexität und manchmal auch Unsicherheit einhergeht. Wir begegnen diesen Herausforderungen, indem wir eine wertschätzende und transparente Kultur der Zusammenarbeit pflegen, offen kommunizieren und Mitarbeitende wie Bürger*innen dazu befähigen, den digitalen Wandel aktiv zu gestalten. Dieser Wandel zieht sich durch alle Ebenen und Einrichtungen

des LVR. Für das Handeln des LVR nach außen bedeutet dies eine Stärkung des Selbstverständnisses als digitaler Dienstleister für die Menschen im Rheinland. Zu diesem Selbstverständnis und Wandel gehört ebenfalls, dass wir digitale Innovationen als Bereicherung sehen und uns für fortschrittliche Arbeitsweisen, wie das Mobile Arbeiten, einsetzen. Die Mitarbeitenden werden durch bedarfsgerechte Angebote zum lebenslangen Lernen unterstützt.

Wir sind offen für Veränderung, eine moderne Kultur der Zusammenarbeit und verstehen uns als digitaler Dienstleister.



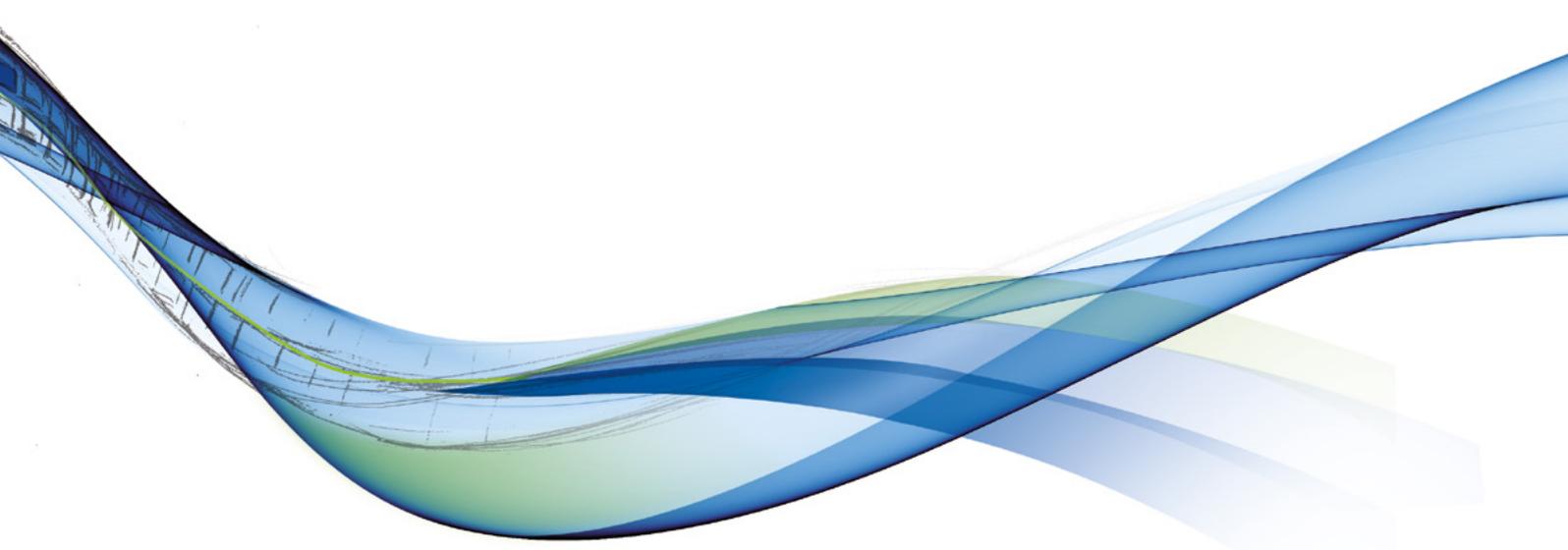
Vertrauenskultur und Transparenz als Grundlagen des digitalen Dienstleisters

Für die Mitarbeitenden stärkt der Verband lebenslanges Lernen, gerade auch im Bereich der digitalen Kompetenzen. Wir setzen auf Innovationen und bieten moderne Arbeitsformen an, erproben und etablieren diese gemeinsam mit den Mitarbeitenden. Diese modernen Arbeitsformen werden von einer agilen Kultur der Zusammenarbeit gestützt. Im Kern bedeutet dies, dass eine dezernatsübergreifende Zusammenarbeit gestärkt und Kommunikation transparent gestaltet wird. Unverzichtbar ist darüber hinaus eine positive Fehler- und Vertrauenskultur, die das Lernen auf allen Hierarchieebenen in den Mittelpunkt stellt. All dies leistet einen Beitrag zur Wahrnehmung des LVR als attraktiven Arbeitgeber.

Mit dem Selbstverständnis als digitaler Dienstleister für die Menschen im Rheinland zeichnet sich der LVR dadurch aus, dass er niedrighwellige digitale Zugänge fördert und eine bessere Erreichbarkeit für die Bürger*innen, Leistungsempfänger, Leistungserbringende, Geschäftspartner*innen des LVR und

Mitglieds Körperschaften ermöglicht. Dazu unterstützen wir die Menschen im digitalen Raum mit barrierefreier Beratung und Information. Wo immer es sinnvoll und rechtlich möglich ist, werden wir darüber hinaus unser Wissen teilen und Daten frei zugänglich machen. Diese Transparenz möchten wir auch durch die Möglichkeit der Einsicht aktueller Bearbeitungsstände schaffen und Bearbeitungszeiten durch Automatisierungsprozesse reduzieren.

Wir möchten den Anforderungen der Digitalisierung nach persönlicher und organisationsbezogener Veränderung begegnen, um den Menschen im Rheinland in ihrer (digitalen) Realität zu begegnen und ein zukunftsfähiges Arbeiten zu ermöglichen.



4. Beteiligung der Mitarbeitenden und Bürger*innen

Wir beteiligen aktiv die Mitarbeitenden, Bürger*innen sowie institutionellen Partner bei der Identifizierung geeigneter neuer Lösungen. Das breite Wissen und der Erfahrungsschatz der Mitarbeitenden im LVR leistet einen aktiven Beitrag für die weitere Entwicklung im digitalen Raum. Die Beteiligung ermöglicht es uns auch, gezielt

auf Anforderungen und Bedürfnisse der Menschen einzugehen und Leistungsbeziehungen gemeinsam zu verbessern. Wir sind davon überzeugt, dass durch eine breite Partizipation die Qualität und die Bürgernähe des Verbandshandelns gesteigert wird.

Wir verstehen die Digitalisierung als partizipativen Prozess, in den wir die Mitarbeitenden und Bürger*innen aktiv einbinden.



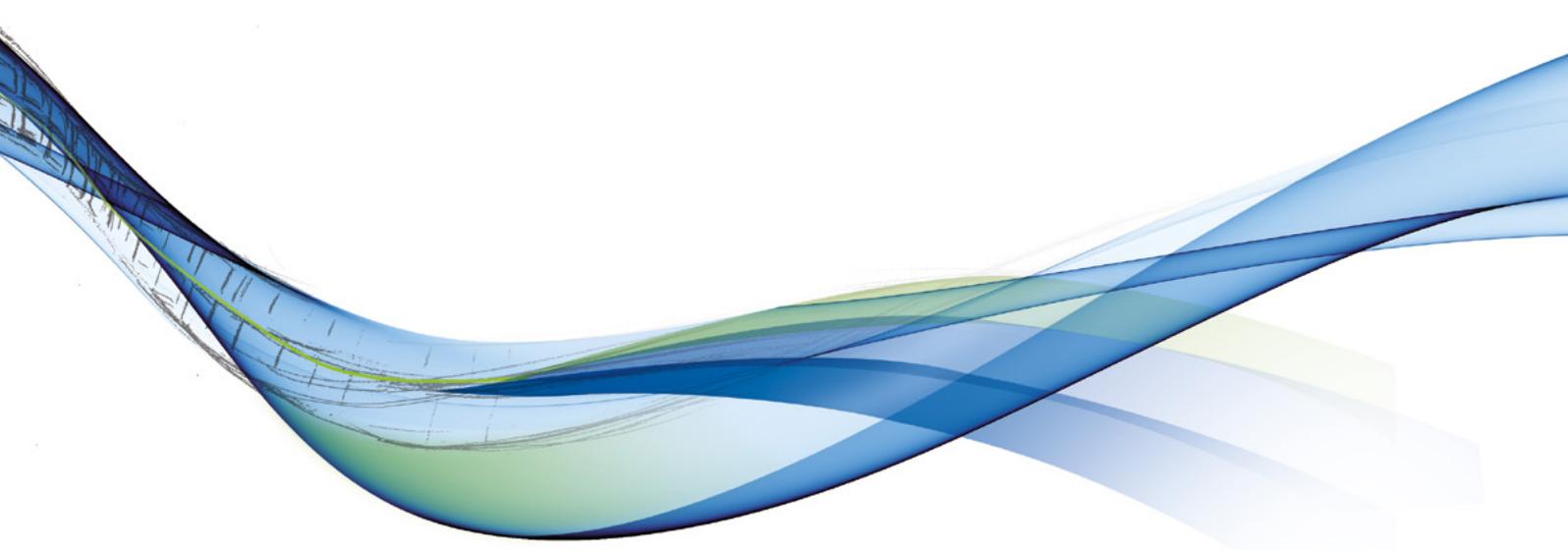
Partizipation als Grundlage für qualitativ hochwertige Lösungen

Partizipation dient der Orientierung an den jeweiligen Bedürfnissen der Mitarbeitenden und Bürger*innen und entspricht damit dem Anspruch des LVR, ein verlässlicher Partner der Menschen im Rheinland zu sein. Dazu werden Leistungssuchende beispielsweise bei der Erschließung des digitalen Raums durch ein Fallmanagement unterstützt. Durch die Schaffung umfänglicher digitaler Informations- und Beratungsangebote fördern wir eine transparente und vertrauensvolle Arbeit, intern wie extern. Darüber hinaus wird die Beteiligung gewährleistet, in dem das Wissen und die Meinungen der Mitarbeitenden gezielt über (digitale) Befragungen oder andere Formate eingeholt werden, um die Erkenntnisse in unser Handeln einzubeziehen. Das gebündelte Wissen und die kreativen Ideen der Mitarbeitenden und Bürger*innen helfen uns bei der Identifikation neuer digitaler Lösungen.

Die enge Vernetzung und Kooperationen mit den Mitglieds Körperschaften, Hochschulen und weiteren Institutionen ermöglicht uns einen professionellen Austausch und eine stetige Weiterentwicklung unserer Angebote und Verfahren. Mit den unterschiedlichen Expertisen

innerhalb und außerhalb des Verbands entwickeln wir hilfreiche Sichtweisen und gelangen zu qualitativ hochwertigen Lösungen.

Die Konsequenz einer verstärkten Partizipation sind digitale Lösungen, die aus Sicht der Nutzenden funktionieren, mit ihrer Beteiligung entwickelt und durch sie begleitet implementiert werden. Die Nutzendenzentrierung ist ein wesentliches Element unserer erfolgreichen Digitalisierung, weil wir die Bedarfe und Bedürfnisse der jeweils Nutzenden aufgreifen. Die Orientierung an den Anforderungen und Bedürfnissen verschiedener Zielgruppen erhöht die Qualität unserer digitalen Lösungen. Die Sichtweise der Nutzenden ermöglicht es dem LVR, Prozesse und Leistungen zielgerichtet zu digitalisieren und die Akzeptanz von Lösungen zu erhöhen.

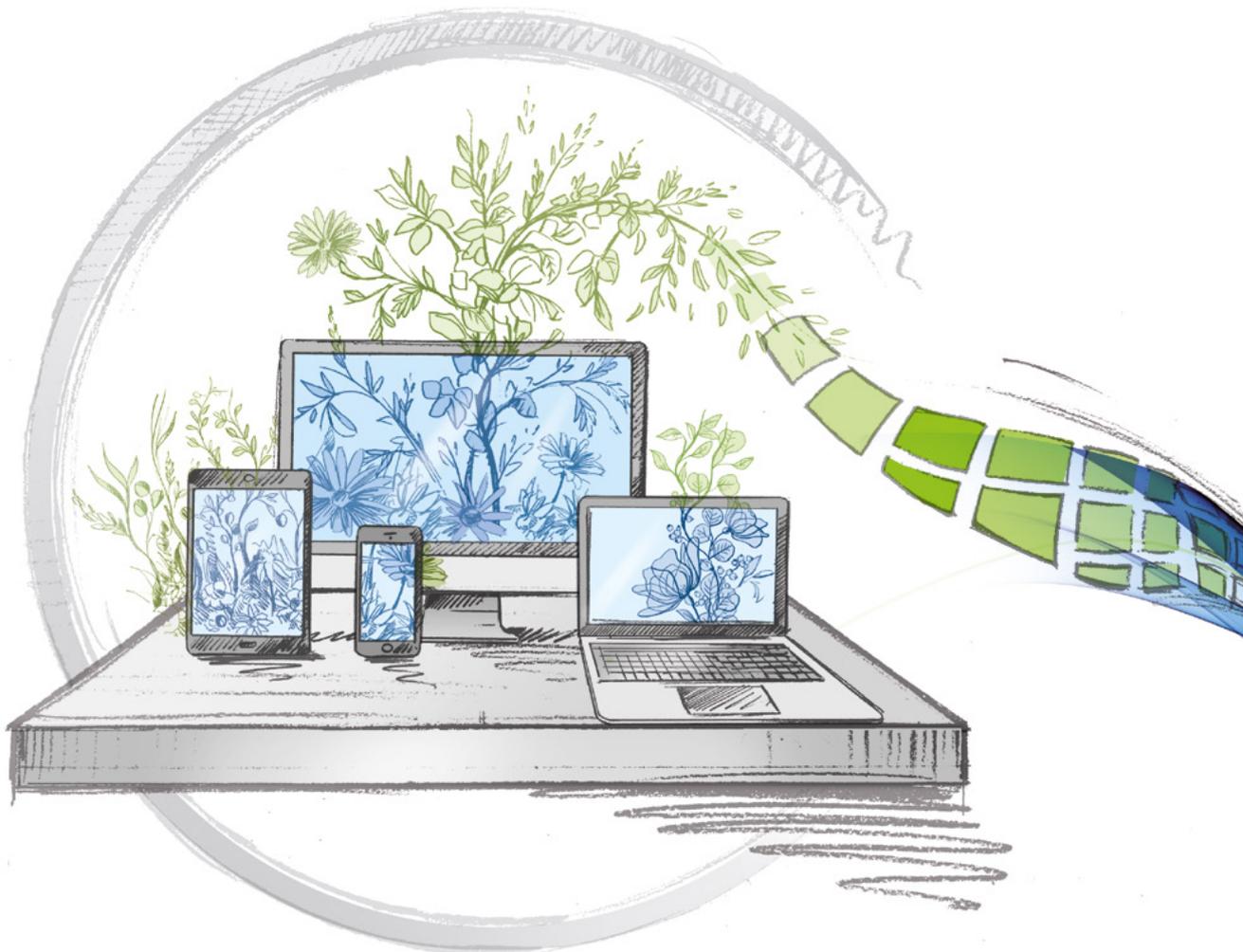


5. Digitalisierung und Nachhaltigkeit

Wir verfolgen das Ziel, Digitalisierung und Nachhaltigkeit zusammen zu denken und sie als eine digitale sowie ökologisch nachhaltige Transformation zu verstehen. Die Möglichkeiten der Digitalisierung können zum Schutz der Umwelt und zur Schonung der natürlichen Ressourcen

beitragen. Durch eine effiziente und verantwortungsvolle Nutzung und Auswahl der zur Verfügung stehenden Ressourcen und eine intelligente Reduktion des CO₂-Verbrauchs wollen wir den nachhaltigen Wandel im LVR aktiv unterstützen.

Wir stehen für eine Digitalisierung, die nachhaltig wirkt und den Verbrauch von Ressourcen nicht erhöht, sondern verringert.



Hebel für eine nachhaltige Digitalisierung

Die Möglichkeiten der Digitalisierung können genutzt werden, um die CO₂-Emissionen des LVR datengestützt sichtbar zu machen und diese in einem weiteren Schritt zielgerichtet zu reduzieren. Die Digitalisierung hat im Bereich der effizienten Bewirtschaftung von Liegenschaften noch weitreichende Potentiale. So liegt beispielsweise in der energieeffizienten, digital gestützten Bewirtschaftung von Gebäuden ein Hebel, um Ressourcen wie Strom oder Gas einzusparen. Beispielhaft könnte in Zeiten des Desksharings und des mobilen Arbeitens nur die tatsächlich genutzte Bürofläche beheizt werden. Neben der effizienten Nutzung von Ressourcen bedarf es zur Reduktion der CO₂-Emissionen auch des konsequenten Einsatzes von erneuerbaren Energien.

Der „Green IT“-Ansatz wird konsequent weiterverfolgt. Es soll an erfolgreiche Projekte, wie das energieeffiziente Rechenzentrum oder die Weiterverwertung ausgemusterter IT-Hardware, angeknüpft werden. Der

Ressourcenverbrauch, beispielsweise von Papier, soll in allen Bereichen des LVR durch eine umfassende digitale, medienbruchfreie Kommunikation und Antragsstellung reduziert werden.

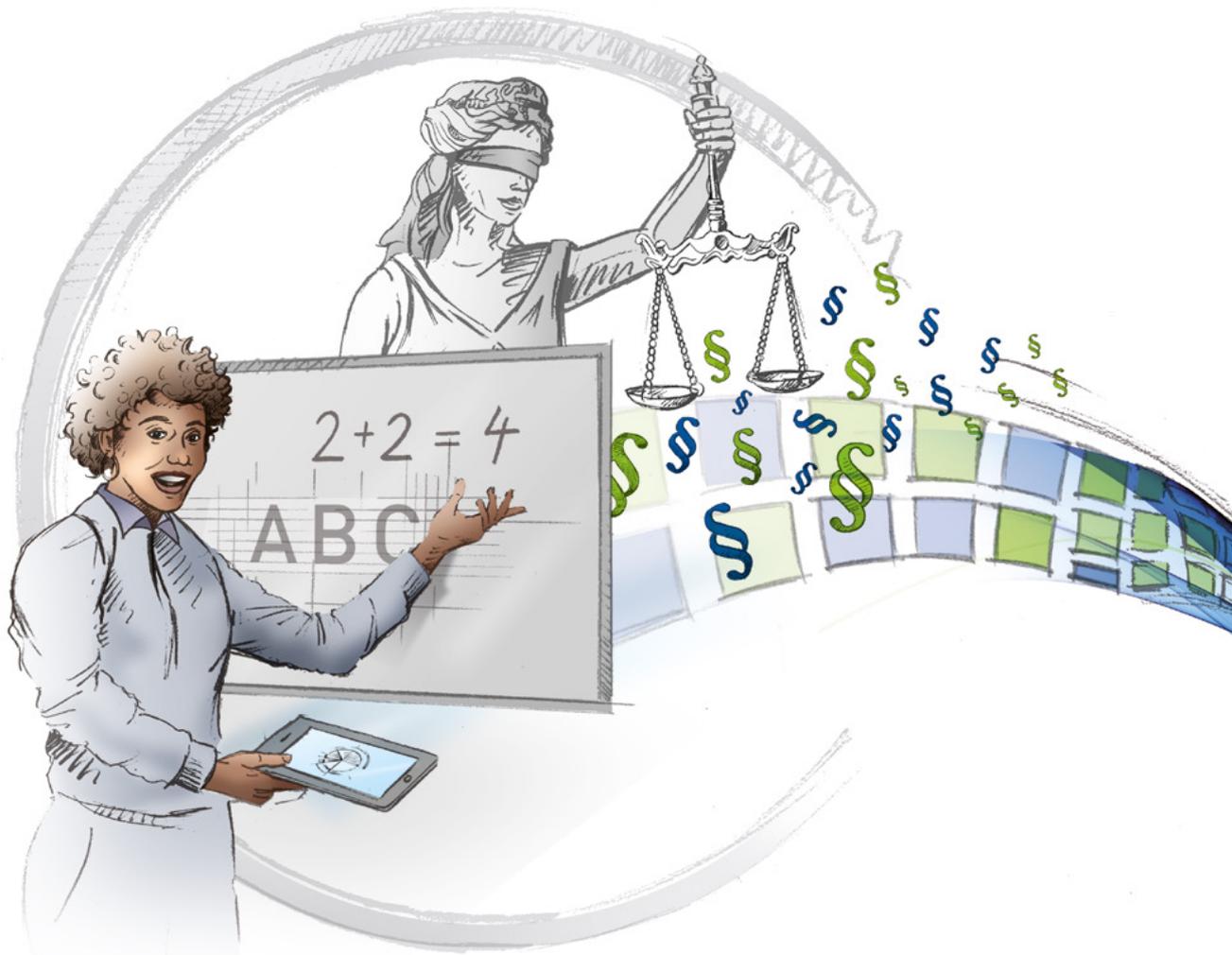
Mobilitätsbedürfnisse sollen zudem durch die Nutzung digitaler Medien gestaltet werden. Darüber hinaus soll auch eine Optimierung des Mobilitätsverhaltens durch die Bündelung von Fahrten und eine Effizienzsteigerung mit den unterschiedlichen, innerhalb und außerhalb des LVR angebotenen Verkehrsmitteln, erreicht werden.

6. Rechtlicher Gestaltungsrahmen

Die Digitalisierung findet im Rahmen gesetzlicher Vorgaben statt. Diese verstehen wir als Leitplanken und nutzen sie als Innovationstreiber. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit des Zugangs zu Fördergeldern. Die gesetzlichen Vorgaben werden nicht als Hürden gesehen, sondern als Ermöglicher für sinnvolle und innovative Lösungen. Sofern der LVR im Bereich der Digitalisierung

die Notwendigkeit sieht, auf die Ausgestaltung von gesetzlichen Vorgaben einzuwirken, versuchen wir, im Rahmen der kommunalen Familie auf entsprechende Anpassungen hinzuwirken. Darüber hinaus kann die Digitalisierung die Rechtssicherheit erhöhen, beispielsweise durch die transparente Strukturierung von digitalen Prozessen.

Wir nutzen gesetzliche Vorgaben als Gestaltungsantrieb zur digitalen Transformation.



Der Rechtsrahmen als Ermöglicher der Digitalisierung

Der Datenschutz ist ein hohes Gut. Um einen reibungslosen Umgang mit Daten zu ermöglichen, vermitteln wir den Mitarbeitenden Informationen und Wissen zum Datenschutz. Wenn Daten verarbeitet werden sollen, ist der Datenschutz Maßstab einer angemessenen Informationsverarbeitung. Im Besonderen gilt dies für den Schutz von Sozialdaten.

Daten werden im Rahmen der Datensicherheit vertraulich behandelt und vor Manipulationen geschützt, da nur so die Aussagekraft der Daten gewahrt werden kann. Rechtssicherheit kann durch eine rechtskonforme Datenspeicherung und entsprechende Löschkonzepte gemäß Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) erreicht werden.

Wir unterstützen einen Abbau von Bürokratie durch eine Reduzierung der Datenabfragen. Verwaltungsverfahren werden vereinfacht und digital gestützt, was zu einer höheren Effizienz sowie Geschwindigkeit der Abläufe führt. So sorgt zum Beispiel das Onlinezugangsgesetz (OZG) mit seinem once-only-Prinzip dafür, dass Bürger*innen Standardinformationen für Behörden nur einmal mitteilen müssen. Perspektivisch wollen wir Daten über die Grenzen des eigenen Zuständigkeitsbereichs

hinaus mit Zustimmung der Bürger*innen innerhalb des Verbands und auch extern mit anderen Leistungsträgern austauschen. Hiermit wollen wir erreichen, dass die Bürger*innen schneller und niedrigschwelliger auf Leistungen zugreifen können.

Dort, wo sinnvoll und rechtlich möglich, sollen Daten, Verfahren und Anwendungen im Sinne der Konzepte Open Source und Open Data zur Verfügung gestellt werden. Dies geschieht mit besonderer Rücksicht auf Urheber- und Persönlichkeitsrechte.

Einen Digitalisierungsschub in den LVR-Kliniken löst das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) und die damit verbundenen Fördermittel aus, die in die Erhöhung des Digitalisierungsgrades der klinischen Anwendungen und der klinikspezifischen IT-Sicherheitssysteme investiert werden.

7. Digitalisierung ohne Diskriminierung

Die Gestaltung der Digitalisierung im LVR soll zum Abbau von Benachteiligungen aus Gründen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität, aber auch der sozialen Herkunft beitragen. Digitalisierung wirkt dann im Sinne der Antidiskriminierung und dient der Förderung von Gleichbehandlung, wenn der Zugang zu Soft- und Hardware,

Verfahren sowie IT-Ausstattung nicht aufgrund eines oder mehrerer der oben genannten Kriterien erschwert wird. Ebenso gilt es, die Mitarbeitenden und Bürger*innen für die Gefahr der Gewalt im digitalen Raum zu sensibilisieren. Wir bauen auf werteorientierte und diskriminierungsfreie KI und Algorithmen, um eine menschenzentrierte Digitalisierung zu gewährleisten.

Wir setzen uns für eine diskriminierungsfreie Digitalisierung ein, die sich gegen digitale Gewalt stellt und den Wert der Diversität erkennt.



Resilienz und Vielfalt im digitalen Raum

Die Diversität der Mitarbeitenden und Bürger*innen motivieren uns, einen vielfältigen, zugänglichen digitalen Raum zu gestalten. Die unterschiedlichen Erfahrungswelten und Perspektiven bieten einen unschätzbaren Mehrwert für den LVR. Wir sehen in divers zusammengesetzten Teams die Chance auf innovative Lösungen. Ebenso ist es nur unter Einbezug der diversen Blickwinkel möglich, die vorhandene Vielfalt der Mitarbeitendenschaft und der Bürger*innen auch im Digitalen abzubilden.

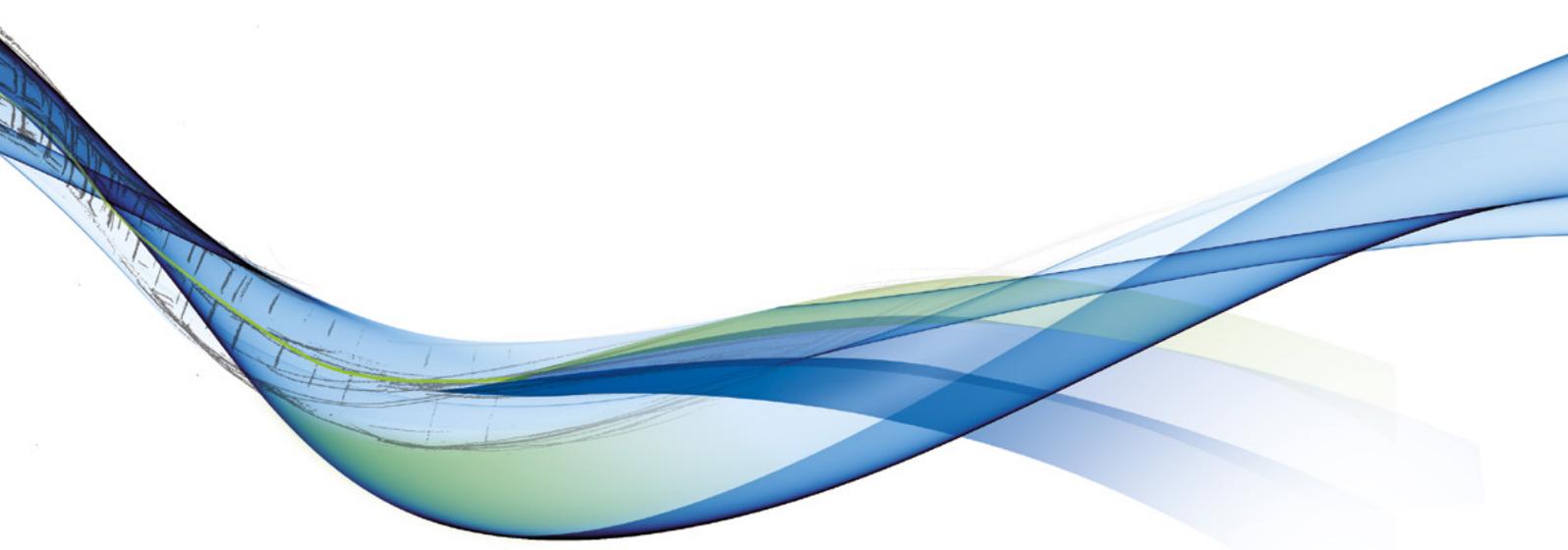
Wir stärken zudem die Resilienz der Mitarbeitenden. Dies ist Ausdruck eines gesundheitsfördernden Umgangs mit der Digitalisierung.

Der Ungleichbehandlung der Geschlechter im digitalen Raum wirken wir bewusst entgegen. Eine geschlechterdifferenzierte Datenerhebung ermöglicht es, Defizite in der digitalen Gleichberechtigung aufzuzeigen. So wird die Grundlage geschaffen, Ungleichberechtigung dauerhaft entgegenzuwirken.

Algorithmen und KI dürfen kein zusätzliches Diskriminierungsrisiko darstellen und müssen daher regelmäßig überprüft werden. Diskriminierung in Sprache,

Algorithmen und KI zu identifizieren, ist wesentlich für eine diskriminierungsfreie Gestaltung von Fachanwendungen, Programmen und Antragsverfahren. Wir stellen daher sicher, dass KI und Algorithmen diskriminierungsfrei wirken, indem wir Datenbestände sowie die aus Algorithmen gewonnenen Erkenntnisse und Ergebnisse kritisch hinterfragen. Durch die regelhafte Prüfung der Funktionsweisen und der Datenqualität wird eine diskriminierungsfreie Nutzung der Algorithmen und KI gewährleistet. Darüber hinaus werden wir den Aufbau entsprechender Expertise und Kompetenzen beim Personal stärken.

Wir stellen uns gegen jedwede Form von Gewalt und Diskriminierung im digitalen Raum.



IV. Von der Haltung zum Handeln

Wir begegnen dem digitalen Wandel nicht nur mit der hier erläuterten ethischen und sozialen Haltung, sondern auch mit klaren Schwerpunkten im tagtäglichen Handeln. Um den Anforderungen der digitalen Transformation gerecht zu werden, stellen wir daher finanzielle, sachliche und vor allem auch personelle Ressourcen bereit. Bei der digitalen Arbeitserledigung ist die Ausstattung und Qualifikation der Mitarbeitenden maßgeblich. Zudem ist

eine Digitalisierung von (Fach-)Verfahren, Anwendungen und Prozessen notwendig. Fachkräfte für IT und Digitalisierung wollen wir zunehmend im LVR verankern. Bei der Personalgewinnung setzen wir auf digitale Formate. Personalprozesse im LVR werden ebenfalls zunehmend digitalisiert. Die Finanzierung der digitalen Transformation haben wir durch das Budget des IT-Lenkungsausschusses sowie durch das Innovationsbudget sichergestellt.



Im Rahmen der IT-Strategie wird eine nachhaltige, kontinuierliche Digitalisierung und technische Ertüchtigung gewährleistet. Es werden Projekte initiiert, gesteuert und koordiniert. Zudem ist unter den Aspekten von Standardisierung, Barrierefreiheit, Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit mit dem Portfoliomanagement eine zentrale Steuerungsinstanz zur Priorisierung von IT- und Digitalisierungsprojekten geschaffen. Ziel der digitalen

Transformation im LVR ist es, den Weg des LVR hin zum digitalen Dienstleister und digitalen Arbeitgeber aktiv und wertegeleitet zu gestalten. Wie in der hier gezeigten Darstellung ist die Digitalisierung für uns ein fortlaufender Prozess, der die physische Welt erfasst und ergänzt, jedoch nicht ersetzt.



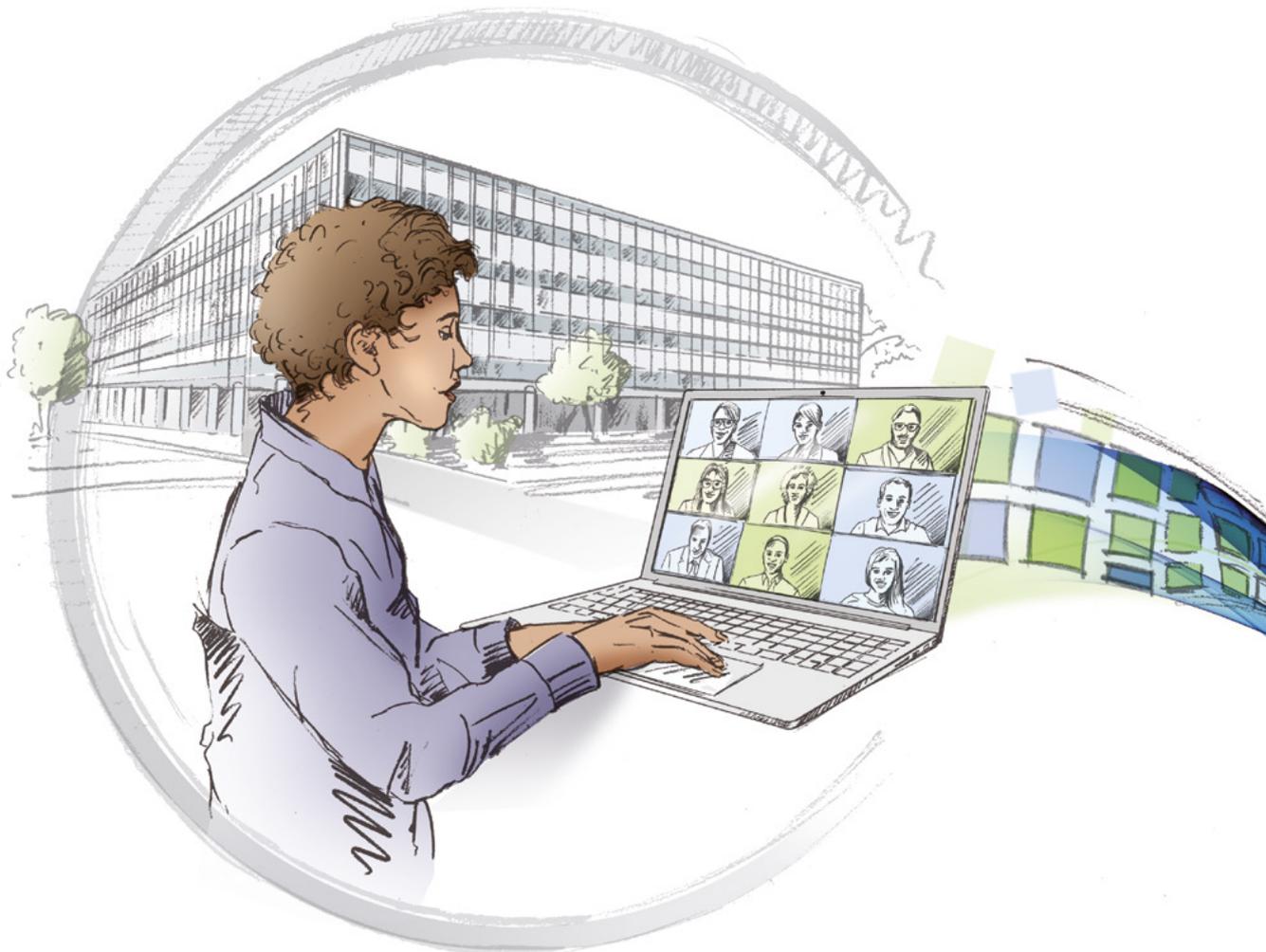
V. Handeln

1. Digitale Zugänge und Vernetzung	28
2. Digitale Prozesse und Dienstleistungen	30
3. Technische Innovation und Ertüchtigung	32
4. Digitale Kompetenzen und Zusammenarbeit	34
5. Vernetzte Mobilität	36

1. Digitale Zugänge und Vernetzung

Es sind vor allem die digitalen Zugänge, die für zeit- und ortsunabhängige Möglichkeiten der Information, Erreichbarkeit und Leistungserbringung stehen. Es handelt sich dabei unter anderem um klassische Webauftritte, thematisch eingegrenzte Portale bis hin zu konkreten Beratungsleistungen, Möglichkeiten der Antragsstellung oder auch der Vermittlung von Inhalten. Als digitaler Dienstleister

bieten wir bereits heute und in Zukunft eine Vielzahl an Kontakt-, Informations- und Interaktionsmöglichkeiten mit dem Verband an. Hierbei bietet der digitale Raum den Vorteil, eine dauerhafte, qualitativ hochwertige Erreichbarkeit des Verbands sicherzustellen, beispielsweise über den Abbau von Barrieren und einer dynamischen Kommunikation von Neuheiten/Änderungen.



Webauftritte und Portale

Wir zeigen über unsere bestehenden Websites und Portale sowie zukünftig über die geplanten Neuen Webwelten unterschiedliche Wege der Information, Beratung und Leistungserbringung auf und ermöglichen es den Bürger*innen in direkten Kontakt mit uns zu treten, wann und wo sie wollen. Um dies zu erreichen, sind wir im digitalen Raum auf vielen Kanälen erreichbar. Angefangen beim zentralen Webauftritt des Verbands, über die Websites der Kliniken und Museen, bis hin zu den diversen Kanälen im Bereich der Sozialen Medien. Wir bieten den vielen unterschiedlichen Adressat*innen personenzentriert, individuell und passgenau Möglichkeiten, sich über unsere Leistungen und unsere Arbeit zu informieren oder auch direkt in Kontakt mit uns zu treten. Für Letzteres stehen vor allem unsere Portale. Beispielhaft können hier das Informationsportal zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG), das zukünftige Stellenportal für digitale Bewerbungen oder auch CURAMENTA, die Plattform für seelische Gesundheit, die neben den klassischen Funktionalitäten eines Patient*innenportals den sicheren Austausch mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringenden, Angehörigen, Selbsthilfegruppen etc. ermöglicht, genannt werden. Neben diesen Informationsportalen bietet der barrierearm gestaltete LVR-Beratungskompass den Nutzenden eine direkte Möglichkeit, sich zu den vielen Aufgaben- und Handlungsfeldern des Verbands nicht nur zu informieren, sondern auch direkt eine Beratung anzufragen und [zukünftig] auch Leistungen zu beantragen. Unsere LVR-Kulturportale wie KuLaDig, ClickRhein und das zukünftige Portal zum rheinischen Kulturerbe sind darüber hinaus auch auf die interaktive Beteiligung der Bürger*innen ausgerichtet.

Digitale Vermittlung und Fortbildung

Wir nutzen digitale Technologien für moderne Angebote zur Vermittlung von Inhalten und zur Schaffung inklusiver Formate. Besonders mit Blick auf das LVR-Kulturerbe bieten sich Möglichkeiten auch wertvolle Originale und

Informationen hochwertig zu digitalisieren und diese nachhaltig verfügbar zu machen. Damit alle Menschen an der Vielfalt des kulturellen Erbes und an der kulturgeschichtlichen Identität des Rheinlands gemeinsam und gleichberechtigt partizipieren können, bieten zahlreiche LVR-Museen und die LVR-Kulturdienste ein breites Spektrum an digitalen Angeboten, die eine digitale Zugänglichkeit zu den Sammlungen, Archiven und Ausstellungen ermöglichen. Die Digitalisierung soll hier nicht die Aura der originalen Kulturobjekte ersetzen. Sie schafft vielmehr eine zusätzliche Dimension, in der die analogen Vorlagen als Digitalisate durch Beschreibung und Vernetzung mit neuen Werten angereichert werden. Neben der Vermittlung von kulturellen Erzeugnissen, bieten wir auch zunehmend digitale Fortbildungen an. So werden Qualifizierungsreihen oder Websprechstunden im Rahmen der Jugendhilfe ebenso angeboten, wie eine Vielzahl an digitalen Fortbildungen zum Thema schwerbehinderte Menschen im Beruf durch das LVR-Inklusionsamt.

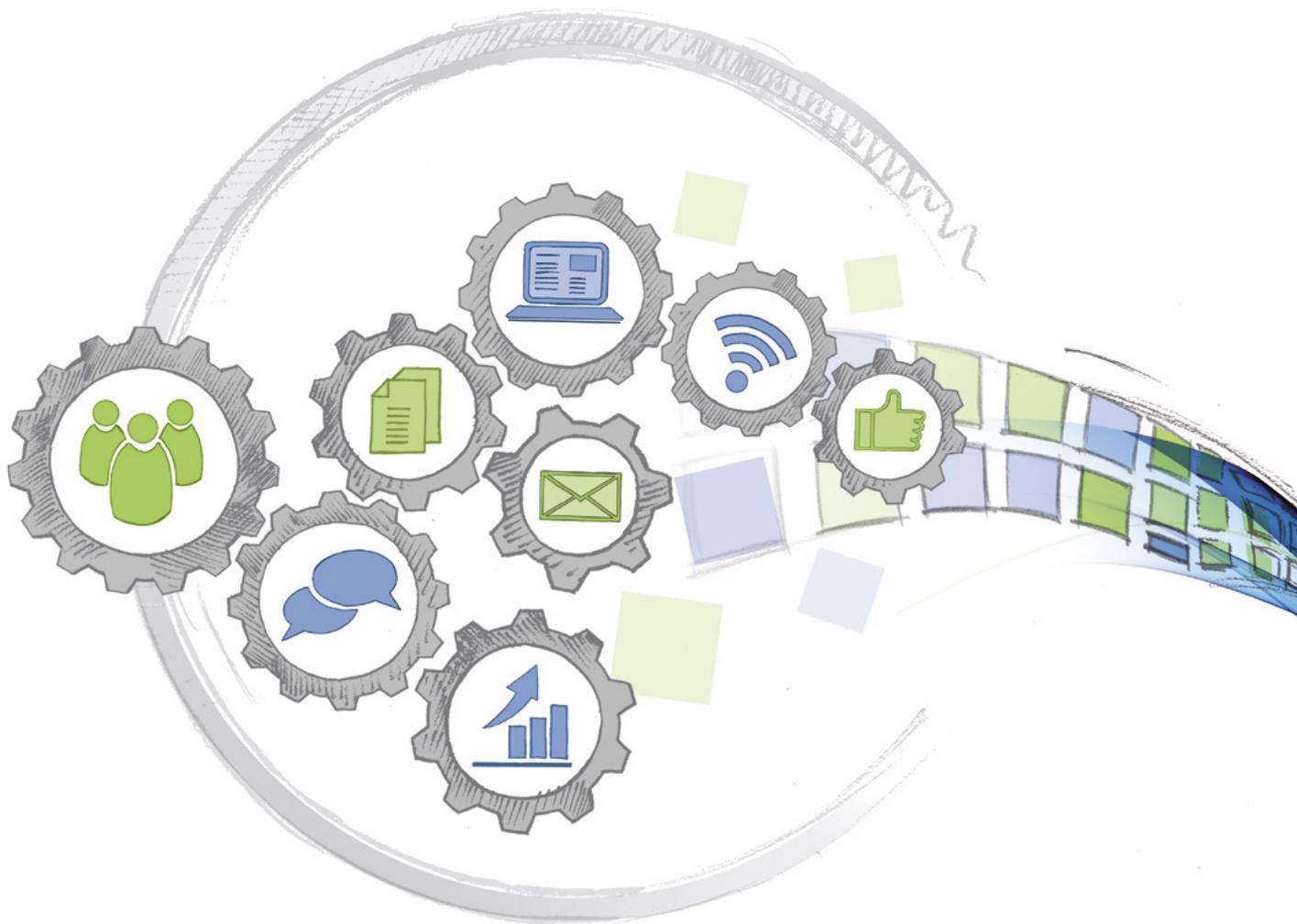
Vernetzung zu externen Partner*innen

Wir ermöglichen eine reibungslose, digitale Zusammenarbeit mit unseren externen Partner*innen (beispielsweise KoKoBe, Integrationsfachdienste, Arbeitgeber, Werkstätten für Menschen mit Behinderung). Dafür sorgen wir für eine bestmögliche digitale Kommunikation und, wo notwendig, für die Möglichkeit der gemeinsamen Nutzung von digitalen Anwendungen. Darüber hinaus gehen wir gezielt Kooperationen mit unseren Mitglieds-körperschaften, den Hochschulen, der Wirtschaft oder auch zivilgesellschaftlichen Institutionen ein, um den digitalen Wandel im LVR weiter anzutreiben und auch zukünftige Entwicklungen antizipieren und aufgreifen zu können. Durch die vielfältige Vernetzung im Rheinland können somit Innovationspotenziale gehoben und fruchtbare Verbindungen geschaffen werden.

2. Digitale Prozesse und Dienstleistungen

Wir digitalisieren den LVR nicht nur mit Blick auf die nach außen gerichteten Leistungs- und Informationszugänge, sondern gehen ebenso unsere inneren Prozesse und die angebotenen Dienstleistungen an. Als moderner, zukunftsfähiger und attraktiver Arbeitgeber wollen wir unsere Dienstleistungen zeit- und ortsunabhängig anbieten sowie effiziente und schnelle Prozesse gewährleisten. Daher werden wir immer mehr

(Verwaltungs-)Prozesse und -dienstleistungen digital und möglichst medienbruchfrei sowie papierlos gestalten. Dieser Wandel wird im Austausch mit allen unseren Mitarbeitenden und unter Einbezug der Bürger*innen erarbeitet, um zukunftssichere, barrierearme Prozesse zu gewährleisten und den heutigen Erwartungen der Leistungssuchenden zu entsprechen.



Digitale Prozesse

Wir digitalisieren unsere Prozesse unabhängig davon, ob sie unmittelbar in Bezug zu Leistungen für Bürger*innen stehen oder intern im Hintergrund ablaufen. Wir werden dabei die Weiterentwicklung von (Fach-)Verfahren und Anwendungen bis hin zum flächendeckenden Ausrollen der E-Akte im Verband in den Blick nehmen. All dies geschieht auch vor dem Hintergrund einer notwendigen Standardisierung, damit die zukünftig digitalen Prozesse effektiv und wirtschaftlich „Hand-in-Hand“ gehen. Mit Blick auf die Digitalisierung unserer Prozesse gibt es bereits einige gute Beispiele im Verband. Neben der zunehmenden Digitalisierung und technischen Vernetzung stationärer Prozesse in den Kliniken wird auch die Kommunikation mit Patient*innen modernisiert, zum Beispiel durch ein digitales Aufnahme- und Entlassmanagement. Beispielhaft kann auch die Digitalisierung der Personalprozesse innerhalb des Verbands genannt werden. Es werden bereits Krankmeldungen, Abwesenheitszeiten oder auch Anträge etwa für Arbeitszeitänderungen digital bearbeitet. Im Rahmen des Projekts zum „Digitalen Sozialdezernat“ wird darüber hinaus eine kohärente und durchgehende Digitalisierung aller Prozesse im Dezernat Soziales angestrebt.

Digitale Dienstleistungen

Wir übersetzen digitale Dienstleistungen nicht einfach aus dem analogen Verwaltungsprozess, sondern denken diese für den digitalen Raum neu. Dabei gilt es, dass die Perspektiven der Nutzenden im Zentrum der Gestaltung digitaler Dienstleistungen stehen. Digitale (Verwaltungs-) Dienstleistungen tragen dann maßgeblich zu einer modernen, effizienten und bürgernahen Verwaltung bei, wenn neben der Nutzendenzentrierung auch die bewährte Zuverlässigkeit und hohe Qualität unserer Leistungen gewährleistet wird und bleibt. Konkret werden Verwaltungsleistungen derzeit im Rahmen der Umsetzung des Onlinezugangsgesetzes (OZG) nach den hier beschriebenen Kriterien umgesetzt. Langfristig verfolgen wir das Ziel von durchgehend digitalen Antragsprozessen, beginnend mit der Antragsstellung über die interne Bearbeitung bis hin zum finalen Bescheid in elektronischer Form. Die digitale Beantragung von Leistungen und die Beratung von Leistungssuchenden sollen so möglichst verständlich und niedrigschwellig möglich sein. Mit unserem Projekt „Digitales Sozialdezernat“ haben wir daher beispielsweise einen gezielten Fokus auf einen digitalen, einfachen und intuitiven Zugang für alle Leistungsempfänger und Leistungserbringer gelegt.

3. Technische Innovation und Ertüchtigung

Wir sehen (technische) Innovationen als Grundlage für einen modernen und zukunftsorientierten Verband. Gesellschaftliche Trends und Entwicklungen betrachten wir als Basis, um den LVR durch stetige Innovationen zukunftsorientiert weiterzuentwickeln. Die regelhafte Bewertung sowie der Einsatz von Innovationen erhöht die Anpassungsfähigkeit des Verbands an zukünftige Entwicklungen.

In diesem Sinne gilt es, unsere Mitarbeitenden, aber beispielsweise auch die Schüler*innen der LVR-Schulen, mit der bestmöglichen technologischen Unterstützung auszustatten. Denn gerade mit Blick auf die Arbeit oder das Lernen im digitalen Raum sind die Menschen mit der passenden Ausstattung zu ertüchtigen.



Technische Innovation

Im Rahmen des Innovationsmanagements werden wir neue technologische Lösungsansätze, wie beispielsweise die digital gestützte Navigation von Menschen in Gebäuden, identifizieren und sie auf ihre Umsetzbarkeit sowie auf ihr Erfolgspotenzial hin bewerten. Hierfür bedarf es neuer Experimentierräume, in denen mit offener Fehlerkultur eine bestmögliche Erprobung und Übersetzung von technischen Innovationen im Verbands-handeln ermöglicht wird. Einer dieser Räume wird das geplante Digitallabor werden.

Künstliche Intelligenz und Open Data

Wir stellen als innovativer Verband eine ethische Nutzung von Künstlicher Intelligenz (KI) sicher. Hierfür werden wir zukünftige Projekte auf KI-Komponenten prüfen und eine Begleitung dieser Projekte unter ethischen Gesichtspunkten gewährleisten. Zu diesen ethischen Überlegungen gehört auch, dass KI zur Unterstützung der Mitarbeitenden dienen und zeitliche Kapazitäten für komplexe Sachverhalte schaffen soll. Die persönliche Betreuung und Beratung sowie die finalen Entscheidungen sollen jedoch immer auf Seite des Menschen liegen. Eine Grundlage für den ethischen Einsatz von KI ist die sorgfältige Auswahl, der verantwortungsvolle Umgang sowie die konstante Pflege der genutzten Daten, um Fehlschlüsse aufgrund von mangelnder Datenqualität zu vermeiden. Dieser wachsenden Bedeutung von (großen) Datensätzen möchten wir auch mit Blick auf das Thema der offenen Daten (Open Data) gerecht werden und den Zugang zu Daten sowie ihre Teilung und Nutzung fördern.

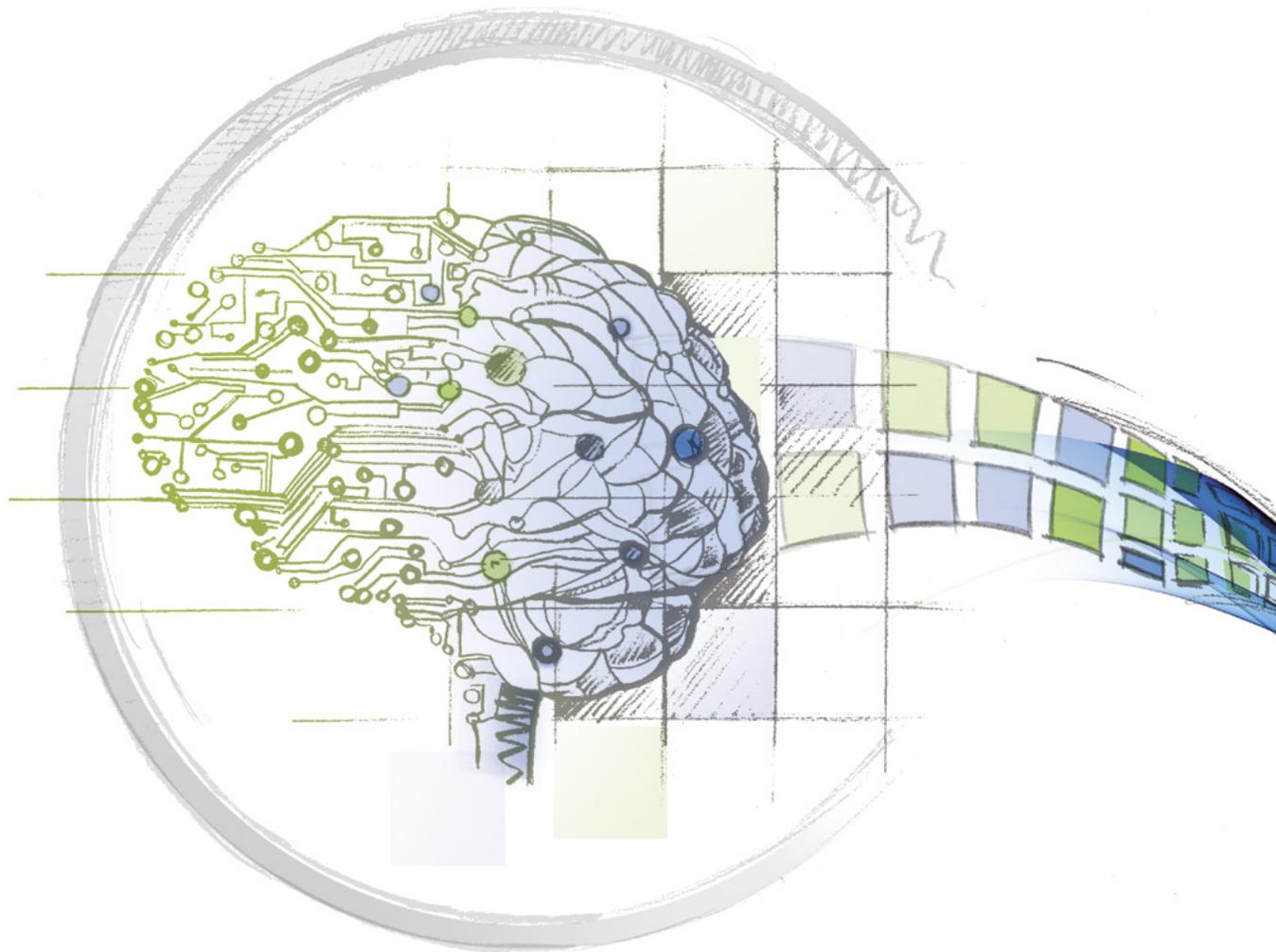
Technische Ertüchtigung

Wir sehen die adäquate technische Ausstattung als entscheidenden Faktor zum Gelingen des digitalen Wandels. Hierfür werden wir unsere Mitarbeitenden mit der entsprechenden Hard- und Software ausstatten, die eine digitale Zusammenarbeit und integrierte Kommunikation intern wie extern ermöglicht. Auch die Zusammenarbeit mit der politischen Vertretung unseres Verbands wird digital ertüchtigt, zum Beispiel durch die zukünftige Erprobung hybrider Gremiensitzungen. Als Träger unserer LVR-Schulen sind wir darauf bedacht, im Rahmen des Medienentwicklungsplans durch eine bestmögliche digitale Ausstattung die Grundlagen für optimale Lernbedingungen aller Schüler*innen an den LVR-Schulen zu schaffen. Dabei sollen unter Beachtung förder-schwerpunktspezifischer Besonderheiten vergleichbare IT-Strukturen und IT-Ausstattungen an all unseren Schulen gewährleistet werden. Hierfür greift der LVR auf verschiedene Förderprogramme - wie beispielsweise den DigitalPakt Schule - zurück. Darüber hinaus wird die digitale Ertüchtigung zukünftig auch unsere Liegenschaften betreffen. „Von der digitalen Buchung des Arbeitsplatzes über die effiziente, digitale Steuerung der Gebäudetechnik bis hin zum System der digitalen Unterstützung zur Navigation in Räumen!“

4. Digitale Kompetenzen und Zusammenarbeit

Die Vermittlung digitaler Kompetenzen sowie eine offene Vertrauens- und Fehlerkultur in der täglichen Zusammenarbeit sind für uns Grundlagen eines erfolgreichen digitalen Wandels. Hierbei kommt den Führungskräften durch ihre Multiplikatoren- und Vorbildfunktionen eine besondere Bedeutung zu. Wir begreifen den digitalen Wandel daher vor allem auch als einen Kulturwandel. Diesen gehen wir an, indem wir die Mitarbeitenden durch ein gezieltes Changemanagement und die Förderung

des lebenslangen Lernens begleiten. Wir ermöglichen flexible und mobile Arbeitsformen und unterstützen die Mitarbeitenden mit einer modernen technischen Ausstattung. Der digitale Wandel schafft neben einer sich verändernden Arbeitswelt auch neue Räume der Partizipation. Diese werden wir erschließen, indem wir unsere Mitarbeitenden und die Bürger*innen aktiv am digitalen Wandel beteiligen.



Digitale Kompetenzen

Wir bauen ein digitales Lern- und Wissensmanagement auf, um die (digitalen) Kompetenzen im Verband zu stärken und ein zeit- und ortsunabhängiges Lernen zu ermöglichen. Mitarbeitende werden personenzentriert und zielgruppenspezifisch durch eigene Bildungsformate und E-Learnings unterstützt. Die neue Art des Lernens ermöglicht dabei mehr Selbstbestimmung in Bezug auf Wissenskonsument und Kompetenzerwerb. Angelehnt an den Europäischen Referenzrahmen für digitale Kompetenzen werden wir passende Bildungsformate entwickeln. Beispielhaft können folgende Themenbereiche genannt werden: Umgang mit Informationen und Daten, Zusammenarbeit in multifunktionalen Teams, digitale Problemlösung sowie Führungskultur. Unser Ziel ist es, ein breit gefächertes digitales Weiterbildungsangebot zu entwickeln und zu steuern, das sich auf moderne, agile Methoden, wie beispielsweise Design Thinking und Scrum, stützt.

In diesem Sinne werden wir ein Digitallabor als neuen Ort des Lernens und des Austauschs etablieren. Ein attraktiv gestalteter „Creative Space“, der allen Mitarbeitenden des LVR zur Verfügung steht, soll Ort für Workshops, für den informellen Austausch und zur Methodenvermittlung werden. Darüber hinaus werden wir dort neue Möglichkeiten der digital gestützten Zusammenarbeit erlebbar und nutzbar machen.

Digitale Arbeitswelt

Die digitale Arbeitswelt sehen wir als einen bedeutenden Teil der neuen Arbeitswelten im Verband. Dies zeigt sich vor allem mit Blick auf das neu eingeführte Mobile Arbeiten. Auf Basis der notwendigen Hard- und Software ermöglichen wir es unseren Mitarbeitenden, sofern es die

Tätigkeit zulässt, bis zu 80 % mobil zu arbeiten. Eine digitalisierte Arbeitswelt ist also eine grundsätzliche Voraussetzung zum Gelingen des mobilen Arbeitens. Von großer Bedeutung ist auch die Führung im digitalen Raum. Diese setzt eine flexible und kommunikative Herangehensweise in der Personalführung voraus. Wir werden daher unsere Führungskräfte durch ein gezieltes Weiterbildungsangebot sowohl technisch als auch methodisch befähigen, diesen Herausforderungen gerecht zu werden.

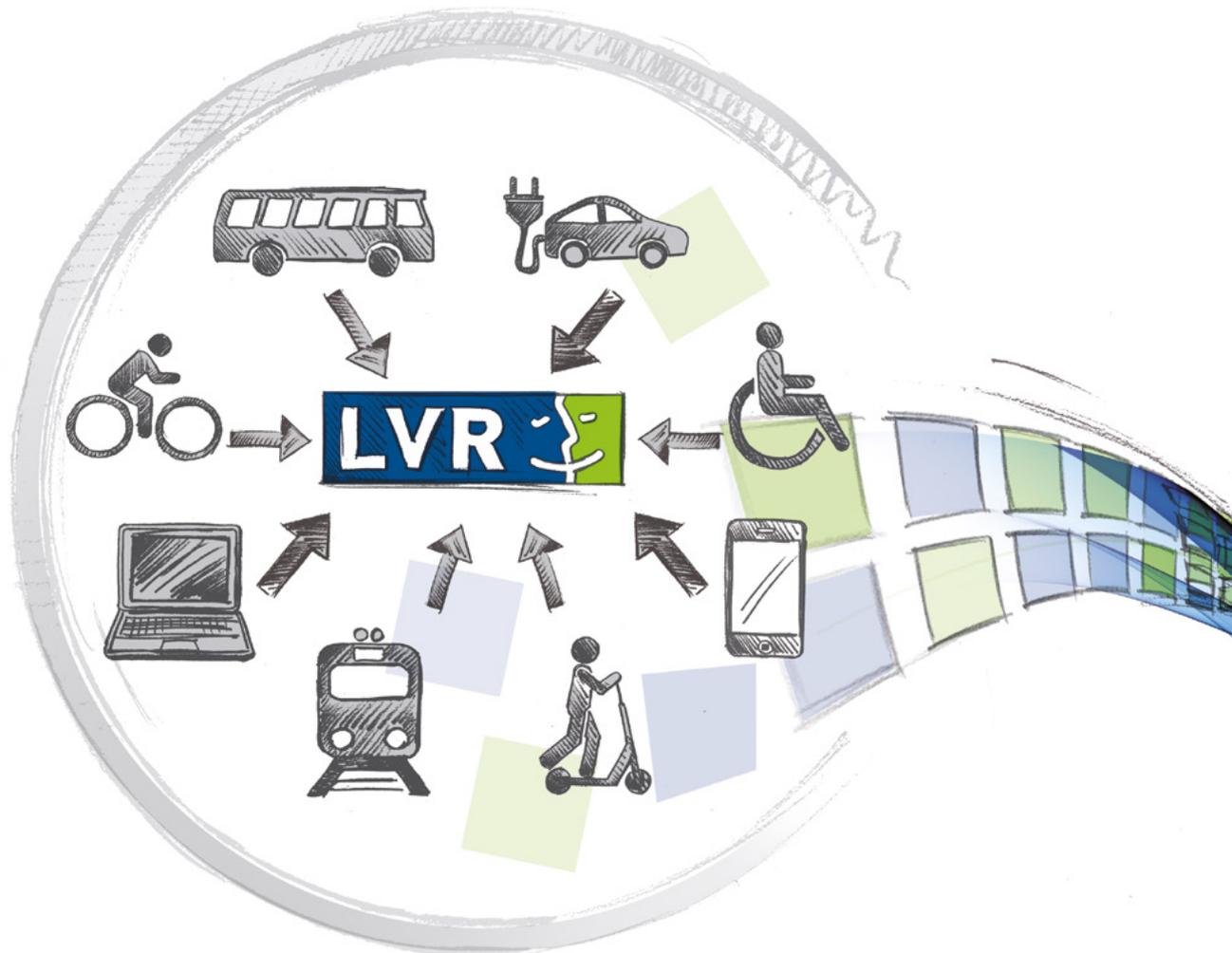
Partizipation

Wir sehen in der Digitalisierung Möglichkeiten für eine verstärkte Partizipation. Beispielsweise können wichtige Informationen und Dokumente digital verfügbar gemacht werden. Hierdurch schaffen wir Transparenz für Mitarbeitende und Bürger*innen und versetzen diese in die Lage, Informationen und Dokumente einzuwerten. Zudem ermöglicht es die digitale Partizipation, über neue Feedbackkanäle die Meinungen der Mitarbeitenden und/oder Bürger*innen einzubeziehen. Beispielhaft kann hier das künftig vollständig digitale „Zentrale Beschwerdemanagement“ genannt werden, in welchem digitale Beschwerden, Anregungen oder Lob an eine zentrale Stelle übermittelt werden können.

5. Vernetzte Mobilität

Digitalisierung und innovative Formen der Mobilität gehen Hand in Hand. Vor allem mit Blick auf die Nutzung von Daten bieten sich neue Räume, in denen wir mit der vernetzten Mobilität aktiv gestalten wollen. Wir setzen uns daher für eine vernetzte, barrierefreie und nachhaltige Mobilität im LVR ein. Durch eine datenbasierte Analyse und Steuerung des Mobilitätsverhaltens möchten wir Berufs- und Pendelverkehre reduzieren und Mitarbeitende zur Nutzung umweltfreundlicher

Mobilitätsressourcen bewegen. Neben der Mobilität der Mitarbeitenden möchten wir auch die Erreichbarkeit unserer Liegenschaften verbessern. Hierbei gilt es Mobilität so zu gestalten, dass sie zielgruppenspezifisch sowohl digitale als auch physische Mobilitätsbedürfnisse in den Blick nimmt und unter den Aspekten von Nachhaltigkeit und Inklusion verbessert, verlagert und, wenn sinnvoll, vermeidet.



Aufbau eines integrierten Mobilitätsmanagements

Wir bauen ein digital gestütztes, integriertes Mobilitätsmanagement auf, um ziel- und zukunftsorientiert auf die individuellen Mobilitätsbedürfnisse der Mitarbeitenden einzugehen und die Erreichbarkeit des Verbands für Dritte zu verbessern. Die verstärkte Nutzung von (Live-) Daten zur Verbesserung und Verknüpfung von Mobilitätslösungen (öffentlichen, privaten wie verbandseigenen) ist hier ebenso wichtig wie die Senkung von Mobilitätsbedürfnissen über digitale Kommunikationstools. Hierzu erarbeiten wir ein Mobilitätskonzept für den Gesamtverband.

Als eine erste Maßnahme des (digitalen) Mobilitätsmanagements haben wir eine datengestützte Anwendung für das gemeinsame Pendeln unserer Mitarbeitenden eingeführt. Mit Hilfe dieser Lösung, auf die alle Mitarbeitende des LVR zugreifen können, werden anhand der Standorte der Nutzenden Mitfahrmöglichkeiten errechnet. Die Anwendung ermöglicht es somit, neben den klassischen Fahrgemeinschaften auch spontane Mitfahrgelegenheiten unter Kolleg*innen zu organisieren.

Mobilität und Inklusion

Wir stehen für eine Mobilität, die Barrieren reduziert und die Mobilitätsbedürfnisse aller Menschen berücksichtigt. Mobilitätsoptionen innerhalb des Verbands sollen von Anfang an auf den Grundsatz der Inklusion hin ausgerichtet werden, um allen Menschen gleichermaßen die Teilhabe am (Arbeits-)Leben zu ermöglichen und gesellschaftliche Ungleichheiten zu reduzieren. Menschen mit und ohne Behinderung sollen dementsprechend nicht durch Zugangsbarrieren von physischen

und virtuellen Mobilitätsformen ausgegrenzt werden. Die Verfügbarkeit von barrierefreien, digitalen Kommunikations- und Informationsangeboten zur Sicherstellung inklusiver Mobilitätsangebote ist deshalb von großer Bedeutung. Dabei ist es uns wichtig, digitale Formen der Mobilität als Ergänzung zur physischen Mobilität zu sehen, mit dem Ziel die Entscheidungsoptionen zur Wahl der bestmöglichen Mobilitätsoption zu erweitern.

Ausbaustand der Elektromobilität

Wir möchten den Ausbau der Elektromobilität im Verband voranbringen, um eine nachhaltige, emissionsarme Mobilität zu ermöglichen. Dies erfordert neben dem Aufbau der Ladeinfrastruktur und der Beschaffung der Fahrzeuge auch eine verstärkte Digitalisierung der Fuhrparke. Zum einen, um vermehrt Daten über den Einsatz der verschiedenen Fahrzeuge zu gewinnen, und zum anderen, um über die digital einsehbaren Ladestände der E-Fahrzeuge ein optimiertes Lademanagement zu ermöglichen. Daher berichten wir regelmäßig über den Ausbaustand der Ladeinfrastruktur und den Einsatz von Elektrofahrzeugen im Verband.

Impressum

Herausgeber:

Landschaftsverband Rheinland
LVR-Dezernat Digitalisierung, IT-Steuerung,
Mobilität und technische Innovation
Kennedy-Ufer 2, 50679 Köln
E-Mail: digitalisierung@lvr.de
digitale-agenda.lvr.de

Autor*innen:

Dominik Biergans, Tobias Hoeps, Marc Janich

Redaktion:

Annika Hasselmann, Isabel Joost, Dr. Monika Pavetic,
Prof. Dr. Karsten Wendland

Redaktionelle und fachliche Mitarbeit:

Angela Borchardt, Elke Duitscher, Thomas Eichmüller,
Elena Küpper, Lisa Lotz, Megan Unger, Beate van Kempen

Dank:

Großer Dank gilt den Kolleg*innen in den Dezernaten und Dienststellen des LVR für ihre inhaltliche Mitarbeit. Ihre Fachexpertise und die unterschiedlichen Perspektiven auf die digitale Transformation haben eine übergreifende Digitale Agenda für den Gesamtverband erst ermöglicht.

Gestaltung:

Frank Engel, art-engel.de

Druck:

LVR-Hausdruckerei, Inklusionsabteilung

© November 2022

LVR-Dezernat Digitalisierung, IT-Steuerung,
Mobilität und technische Innovation

Alle Angaben ohne Gewähr



LVR-Dezernat 6

Digitalisierung, IT-Steuerung,
Mobilität und technische Innovation
www.lvr.de

Klinikbelegung mit forensischen Patienten in 2022/2023

	Jan 22	Feb 22	Mrz 22	Apr 22	Mai 22	Jun 22	Jul 22	Aug 22	Sep 22	Okt 22	Nov 22	Dez 22	davon:		gegendert		zusätzlich:			Behand- lungsplätze						
													1. Jan. 23	in AP	♀	♂	außerhalb der Einrichtung (Grad 0)	davon								
																		♀	außerhalb der Einrichtung (Grad 0) in %							
Forensische Kliniken																										
Bedburg-Hau	§ 63	200	200	197	205	200	202	198	196	197	204	208	198	205	0	76	129	73	29	35,61%	216					
	§ 64	212	212	195	193	197	205	210	217	217	224	215	214	219	8	17	202	73	11	33,33%	182					
	§ 126a	14	15	21	27	24	20	25	25	25	26	21	22	22	0	17	5									
	§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
	sonstige *	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0								
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0								
Summe	426	427	413	425	421	427	433	438	439	454	444	434	447	8	111	336	146	40	32,66%	398						
Düren	§ 63	225	222	223	223	221	218	219	217	218	220	221	221	217	3	3	214	27	1	12,44%	218					
	§ 64	2	2	3	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0							
	§ 126a	14	17	16	14	12	9	11	10	12	14	13	16	20	0	0	20	0	0							
	§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
	sonstige *	1	1	1	1	2	2	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0									
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
Summe	242	242	243	240	237	231	234	230	231	236	235	238	238	3	3	235	27	1	11,34%	218						
Langenfeld	§ 63	157	155	156	156	157	155	160	163	160	159	160	159	159	0	0	159	43	0	27,04%	171					
	§ 64	37	37	38	34	39	39	39	41	39	41	41	42	43	0	0	43	25	0	58,14%	20					
	§ 126a	5	6	8	9	13	14	11	12	13	15	17	16	18	0	0	18									
	§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
	sonstige *	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
Summe	199	198	202	199	209	208	210	216	212	215	218	217	220	0	0	220	68	0	30,91%	191						
Viersen	§ 63	168	165	164	165	165	162	161	163	165	164	164	169	168	9	0	168	18	0	10,71%	166					
	§ 64	40	40	39	38	45	46	45	41	42	44	43	43	44	13	0	44	11	0	25,00%	18					
	§ 126a	5	7	9	9	7	8	11	10	12	13	14	15	18	0	0	18									
	§ 81	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
	sonstige *	1	1	2	1	1	1	1	0	1	2	2	2	2	0	0	2									
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
Summe	214	213	214	213	218	218	214	220	223	223	223	229	232	22	0	232	29	0	12,50%	184						
Köln	§ 63	211	212	216	214	213	214	211	224	222	216	213	220	224	0	0	224	43	0	19,20%	210					
	§ 64	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	0	0	2	0	0							
	§ 126a	6	7	7	8	11	10	9	7	7	8	10	10	11	0	0	11									
	§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
	sonstige *	1	0	0	0	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0									
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
Summe	219	220	224	223	226	226	223	234	232	226	225	232	237	0	0	237	43	0	18,14%	210						
Essen	§ 63	5	3	4	1	2	3	2	3	2	2	3	3	5	0	0	5	0	0							
	§ 64	0	3	2	5	3	3	4	3	3	3	3	3	1	0	0	1	0	0							
	§ 126a	50	46	47	50	49	48	46	48	50	51	48	50	48	0	0	48									
	§ 81	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
	sonstige *	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
Summe	55	53	54	56	54	54	52	54	55	56	54	56	54	0	0	54	0	0	0,00%	54						

*sonstige: § 453c StPO - Vorläufige Sicherungsmaßnahme im Widerrufsverfahren

§ 73 JGG - Unterbringung zur Beobachtung

**§ 46 StVollzG / § 24 UVollzG NRW - Interkurrente Behandlung von Strafgefangenen aus der JVA / U-Haft

Klinikbelegung mit forensischen Patienten in 2022/2023

		Jan 22	Feb 22	Mrz 22	Apr 22	Mai 22	Jun 22	Jul 22	Aug 22	Sep 22	Okt 22	Nov 22	Dez 22	davon:		gegendert		zusätzlich:		Behand- lungsplätze	
														1. Jan. 23	in AP	♀	♂	außerhalb der Einrichtung (Grad 0)	davon		
																			♀		außerhalb der Einrichtung (Grad 0) in %
Allgemeinpsychiatrien																					
Bonn	§ 63	37	40	36	37	36	35	37	36	39	36	39	37	37	37	0	37	12	0	32,43%	39
	§ 64	2	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0		
	§ 126a	4	3	4	3	4	6	4	4	4	6	4	4	5	5	0	5	0	0		
	§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	sonstige *	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Summe	43	44	40	40	40	42	42	41	44	43	44	43	43	43	0	43	12	0	27,91%	39
Düsseldorf	§ 63	23	22	22	22	21	19	19	19	20	19	20	20	19	20	0	19	10	0	52,63%	20
	§ 64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	§ 126a	0	1	1	1	1	2	1	2	2	3	3	3	3	3	0	3	0	0		
	§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	sonstige *	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Summe	23	23	23	23	22	21	20	21	22	22	23	23	22	23	0	22	10	0	45,45%	20
Mönchengladbach	§ 63	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0		
	§ 64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	§ 126a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	sonstige *	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Summe	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0,00%	0

Gesamtbelegung LVR		Jan 22	Feb 22	Mrz 22	Apr 22	Mai 22	Jun 22	Jul 22	Aug 22	Sep 22	Okt 22	Nov 22	Dez 22	1. Jan. 23							
Summe	§ 63	1027	1020	1019	1024	1016	1009	1008	1022	1024	1021	1029	1028	1035	69	79	955	226	30	21,84%	1040
	§ 64	294	296	278	273	287	297	302	306	305	316	306	306	311	22	17	294	109	11	35,05%	220
	§ 126a	98	102	113	121	121	117	118	118	125	136	130	136	145	8	17	128	0			54
	§ 81	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
	sonstige *	3	2	3	2	4	4	5	3	2	3	2	3	3	0	1	2	0			
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Zwischensumme LVR	ohne außerhalb der Einrichtung (Grad 0)	1422	1421	1414	1420	1428	1428	1433	1449	1456	1476	1467	1473	1494	99	114	1379	335	41	22,42%	1314
Zwischensumme LVR	mit außerhalb der Einrichtung (Grad 0)	1731	1741	1749	1749	1762	1758	1756	1768	1780	1804	1802	1813	1829							
Zwischensumme LVR	außerhalb der Einrichtung (Grad 0)	309	320	335	329	334	330	323	319	324	328	335	340	335							

*sonstige: § 453c StPO - Vorläufige Sicherungsmaßnahme im Widerrufsverfahren

§ 73 JGG - Unterbringung zur Beobachtung

**§ 46 StVollzG / § 24 UVollzG NRW - Interkurrente Behandlung von Strafgefangenen aus der JVA / U-Haft

Klinikbelegung mit forensischen Patienten in 2022/2023

		Jan 22	Feb 22	Mrz 22	Apr 22	Mai 22	Jun 22	Jul 22	Aug 22	Sep 22	Okt 22	Nov 22	Dez 22	1. Jan. 23	davon:		zusätzlich:		Behand- lungsplätze		
															in AP	gegendert		außerhalb der Einrichtung (Grad 0)		davon	
																♀	♂			♀	außerhalb der Einrichtung (Grad 0) in %
Kliniken anderer Träger																					
NTZ-Duisburg	§ 64	101	102	101	103	101	100	97	101	101	100	98	100	102	0	0	102	39	0	38,24%	100
	Summe	101	102	101	103	101	100	97	101	101	100	98	100	102	0	0	102	39	0	38,24%	100
Fachklinik Im Deerth	§ 64	10	10	10	13	13	13	13	13	13	13	17	17	17	17	0	17	2	0	11,76%	0
	Summe	10	10	10	13	13	13	13	13	13	13	17	17	17	17	0	17	2	0	11,76%	0

		Jan 22	Feb 22	Mrz 22	Apr 22	Mai 22	Jun 22	Jul 22	Aug 22	Sep 22	Okt 22	Nov 22	Dez 22	1. Jan. 23	davon:		zusätzlich:		Behand- lungsplätze		
															in AP	gegendert		außerhalb der Einrichtung (Grad 0)		davon	
																♀	♂			♀	außerhalb der Einrichtung (Grad 0) in %
Gesamtbelegung Kliniken anderer Träger																					
Summe	§ 64	111	112	111	116	114	113	110	114	114	113	115	117	119	17	0	119	41	0	34,45%	100
Zwischensumme andere Träger	ohne außerhalb der Einrichtung (Grad 0)	111	112	111	116	114	113	110	114	114	113	115	117	119	17	0	119	41	0	34,45%	100
Zwischensumme andere Träger	mit außerhalb der Einrichtung (Grad 0)	154	157	157	159	159	158	157	157	158	156	157	158	160	17	0	219	41	0		
Zwischensumme andere Träger	außerhalb der Einrichtung (Grad 0)	43	45	46	43	45	45	47	43	44	43	42	41	41							

*sonstige: § 453c StPO - Vorläufige Sicherungsmaßnahme im Widerrufsverfahren

§ 73 JGG - Unterbringung zur Beobachtung

**§ 46 StVollzG / § 24 UVollzG NRW - Interkurrenre Behandlung von Strafgefangenen aus der JVA / U-Haft

Klinikbelegung mit forensischen Patienten in 2022/2023

		Jan 22	Feb 22	Mrz 22	Apr 22	Mai 22	Jun 22	Jul 22	Aug 22	Sep 22	Okt 22	Nov 22	Dez 22	1. Jan. 23	davon:		zusätzlich:		Behand- lungsplätze									
															gedengert		davon											
															in AP	♀	♂	außerhalb der Einrichtung (Grad 0)		♀	außerhalb der Einrichtung (Grad 0) in %							
Gesamtbelegung Rheinland																												
Summe	§ 63	1027	1020	1019	1024	1016	1009	1008	1022	1024	1021	1029	1028	1035	69	79	955	226	30	21,84%	1040							
	§ 64	405	408	389	389	401	410	412	420	419	429	421	423	430	39	17	413	150	11	34,88%	320							
	§ 126a	98	102	113	121	121	117	118	118	125	136	130	136	145	8	17	128				54							
	§ 81	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0											
	sonstige *	3	2	3	2	4	4	5	3	2	3	2	3	3	0	1	2											
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0											
Gesamtsumme	ohne außerhalb der Einrichtung (Grad 0)	1533	1533	1525	1536	1542	1541	1543	1563	1570	1589	1582	1590	1613	116	114	1498	376	41	23,31%	1414							
Gesamtsumme	mit außerhalb der Einrichtung (Grad 0)	1885	1898	1906	1908	1921	1916	1913	1925	1938	1960	1959	1971	1989														
	außerhalb der Einrichtung (Grad 0)	352	365	381	372	379	375	370	362	368	371	377	381	376														
Aufnahmen gem. § 63 StGB		9	9	6	10	11	15	5	11	14	10	13	2		Gesamt:		115											
Entlassungen gem. § 63 StGB		11	9	11	9	14	13	11	10	2	6	20	7		Gesamt:		123											

Warteliste

		Jan 22	Feb 22	Mrz 22	Apr 22	Mai 22	Jun 22	Jul 22	Aug 22	Sep 22	Okt 22	Nov 22	Dez 22	1. Jan. 23	gedengert		davon	davon
															♀	♂	sofort	♀
	§ 63	19	22	20	19	20	19	20	22	20	21	19	21	23	1	22	3	0
	§ 64 Alkohol	25	23	23	23	24	22	23	21	21	22	24	27	26	2	24	16	2
	§ 64 Drogen	185	181	194	210	208	208	211	220	216	205	210	221	221	9	212	143	7
Summe		229	226	237	252	252	249	254	263	257	248	253	269	270	12	258	162	9

§ 63 StGB - Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

§ 64 StGB - Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

§ 126a StPO - Anordnung der einstweiligen Unterbringung

§ 81 StPO - Unterbringung zur Beobachtung

*sonstige: § 453c StPO - Vorläufige Sicherungsmaßnahme im Widerrufsverfahren

§ 73 JGG - Unterbringung zur Beobachtung

**§ 46 StVollzG / § 24 UVollzG NRW - Interkurrende Behandlung von Strafgefangenen aus der JVA / U-Haft

TOP 10 Anträge und Anfragen

Beschlüsse des Gremiums Gesundheitsausschuss öffentlich offene Beschlüsse

Vorlage / Antrag / Anfrage	TOP / Betreff	Gremium / Datum	federführende DST	Beschluss / Auftrag Fachausschussbezogene Ergänzung	Zu erled. bis	Beschlussausführung	
15/973	Fachtagung zum Thema "Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) bei Mädchen/Frauen	GA / 13.05.2022	84	Der Ausrichtung einer Fachtagung zum Thema "Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) bei Mädchen/Frauen" wird gemäß Vorlage Nr. 15/973 zugestimmt.	31.12.2023	Die Durchführung der Fachtagung wird geplant.	
15/926	Sanierung, Umbau und Erweiterung des Hauses 29 "Paulo-Freire-Haus" an der LVR-Klinik Viersen zu einem Bildungscampus	KA 3 / 09.05.2022 GA / 13.05.2022 Bau- und VA / 16.05.2022	84	Die Verwaltung wird gemäß Vorlage Nr. 15/926 mit der weiteren Planung der Maßnahme beauftragt.	31.12.2028	Das VGV-Verfahren wurde im Oktober 2022 abgeschlossen. Die Vorplanung für den Bildungscampus „Paulo-Freire-Haus“ hat mit einer Startveranstaltung der Planungsbeteiligten am 28.11.2022 in Viersen begonnen.	
15/850/1	LVR-Gleichstellungsplan 2025	GA / 18.03.2022 PA / 28.03.2022 Inklusion / 31.03.2022 LA / 04.04.2022	05	Der Umsetzung des LVR-Gleichstellungsplans 2025 mit den dazu gehörigen Zielen und Maßnahmen wird gemäß der Vorlage Nr. 15/850/1 zugestimmt.	31.12.2022	Die mit dem Beschluss einhergehende Erstellung einer Dienstanweisung zur Umsetzung des Gleichstellungsplans 2025 hat sich verzögert und folgt Anfang 2023.	
15/57	Finanzierungs- und Umsetzungsplanung für das Forum Psychiatrie - Dezentrale Begegnungsstätten zur Geschichte und Gegenwart der Psychiatrie im Rheinland	Ku / 24.02.2021 Bau- und VA / 01.03.2021 KA 3 / 08.03.2021 KA 2 / 09.03.2021 KA 4 / 10.03.2021 KA 1 / 11.03.2021 GA / 12.03.2021 Fi / 17.03.2021 LA / 19.03.2021	8	Der Landschaftsausschuss beauftragt die Verwaltung, auf der Grundlage der Finanzierungs- und Umsetzungsplanung gemäß Vorlage 15/57, mit der Durchführung der in der Planung aufgeführten Teilmaßnahmen: 1) Umsetzung der „Route der Psychiatriegeschichte“ • Aufbau und fortlaufende Erweiterung einer gemeinsamen Web-Präsenz aller LVR-Kliniken und sonstigen Erinnerungsorte • Aufbau einer digitalen, webbasierten Objektdatenbank • Umsetzung des Konzepts der Ausstellungs- und Begegnungsstätte in Haus 5 der LVR-Klinik Düren • Umsetzung des Konzepts der Ausstellungs- und Begegnungsstätte in der Klinik-Kirche der LVR-Klinik Langenfeld.	31.12.2025	Die Teilmaßnahmen werden sukzessive umgesetzt.	

Selektionskriterien:
alle öffentlichen offenen Beschlüsse

Legende: **Gremium** = Beschlussgremium

Beschlüsse des Gremiums Gesundheitsausschuss öffentlich offene Beschlüsse

Vorlage / Antrag / Anfrage	TOP / Betreff	Gremium / Datum	federführende DST	Beschluss / Auftrag Fachausschussbezogene Ergänzung	Zu erled. bis	Beschlussausführung	
15/57	Finanzierungs- und Umsetzungsplanung für das Forum Psychiatrie - Dezentrale Begegnungsstätten zur Geschichte und Gegenwart der Psychiatrie im Rheinland	Ku / 24.02.2021 Bau- und VA / 01.03.2021 KA 3 / 08.03.2021 KA 2 / 09.03.2021 KA 4 / 10.03.2021 KA 1 / 11.03.2021 GA / 12.03.2021 Fi / 17.03.2021 LA / 19.03.2021	8	2) Der Umbau- und Sanierungsmaßnahme von Haus 5 zur Aufnahme der Ausstellungs- und Begegnungsstätte wird dem Grunde nach zugestimmt. Die Verwaltung wird mit der Planung beauftragt.	31.12.2025	Der Vergabe der Architektenleistung (Vorlage Nr.: 15/352 B) zur Planung der Erweiterung der Nutzung von Haus 5 wurde am 19.07.2021 im Bau- und Vergabeausschuss zugestimmt. Im nächsten Schritt folgt die Erstellung der HU-Bau und Vorlage des Durchführungsbeschlusses bis voraussichtlich Mitte 2023.	
15/57	Finanzierungs- und Umsetzungsplanung für das Forum Psychiatrie - Dezentrale Begegnungsstätten zur Geschichte und Gegenwart der Psychiatrie im Rheinland	Ku / 24.02.2021 Bau- und VA / 01.03.2021 KA 3 / 08.03.2021 KA 2 / 09.03.2021 KA 4 / 10.03.2021 KA 1 / 11.03.2021 GA / 12.03.2021 Fi / 17.03.2021 LA / 19.03.2021	8	3) Die Verwaltung wird beauftragt, über den Fortgang dieses Projektes regelmäßig zu berichten.	31.12.2025	Es erfolgt ein regelmäßiger Zwischenbericht.	
15/37 CDU, SPD	Haushalt 2022/2023 Begleitbeschluss zum Doppelhaushalt 2022/2023	HPH / 12.11.2021 GA / 19.11.2021 Um / 24.11.2021 Ju / 25.11.2021 PA / 06.12.2021 Fi / 09.12.2021 LA / 14.12.2021	1	4.4) 4. Handlungsschwerpunkt IV; Bauen und Umwelt 4.4 Berücksichtigung regionaler Produkte (448-456)	31.12.2023	Das Thema „Einsatz regionaler Lebensmittel“ ist seit langem Gegenstand fortlaufender Überlegungen im für den Lebensmitteleinkauf beim LVR zuständigen Competence Center in der LVR-Klinik Viersen. Soweit rechtlich möglich und abhängig von der jeweiligen regionalen und jahreszeitlichen Verfügbarkeit wird in jedem Ausschreibungszyklus der Lebensmittelrahmenverträge der Bezug regionaler Produkte in geeigneten Warengruppen ermöglicht. Die an die Rahmenverträge angeschlossenen selbstkochenden Einrichtungen (Kliniken) des LVR entscheiden selbstständig, welche Produkte sie regional beziehen. Dies erfolgt unter Berücksichtigung der jeweiligen technischen Produktionsmöglichkeiten und der benötigten Großverbraucher-mengen. Aktuell führen Lieferkettenprobleme und Preissteigerungen zu verstärkter Nachfrage nach regionalen Produkten.	

Selektionskriterien:
alle öffentlichen offenen Beschlüsse

Legende: **Gremium** = Beschlussgremium

Beschlüsse des Gremiums Gesundheitsausschuss öffentlich offene Beschlüsse

Vorlage / Antrag / Anfrage	TOP / Betreff	Gremium / Datum	federführende DST	Beschluss / Auftrag Fachausschussbezogene Ergänzung	Zu erled. bis	Beschlussausführung	
						Die Verwaltung prüft die vorhandenen Flächen im Bereich aller Dienststellen auf deren Eignung zur Erzeugung von Nahrungsmitteln bzw. die aktuelle Nutzung als landwirtschaftliche Fläche und erstellt eine Gesamtübersicht. Die Ergebnisse werden der politischen Vertretung im Laufe des Jahres 2023 vorgestellt.	
15/37 CDU, SPD	Haushalt 2022/2023 Begleitbeschluss zum Doppelhaushalt 2022/2023	Schul / 08.11.2021 Soz / 09.11.2021 HPH / 12.11.2021 GA / 19.11.2021 Ju / 25.11.2021 Inklusion / 02.12.2021 PA / 06.12.2021 Fi / 09.12.2021 LA / 14.12.2021	0	7.3) 7. Handlungsschwerpunkt VII; Soziales und Inklusion 7.3 Menschenrechte/Diversität/Gewaltschutz und Schutz von Menschen mit Behinderung mit hohem Unterstützungsbedarf sowie besonderen Lebenslagen (619-627)	01.12.2022	Im September 2021 hat der LVR erstmals ein verbandswweit übergreifend geltendes Grundsatzpapier „Gewaltschutz im LVR“ vorgelegt (vgl. Vorlage Nr. 15/300). Aufgrund der dynamischen politischen Entwicklung in diesem Themenfeld (z.B. Landesinitiative Gewaltschutz, Antrag für eine LVR-Fachtagung zum Thema) ergibt sich eine Verzögerung der Vorlage eines ersten Monitoring-Berichtes zum Umsetzungsstand bis ins Frühjahr 2023.	
15/37 CDU, SPD	Haushalt 2022/2023 Begleitbeschluss zum Doppelhaushalt 2022/2023	Schul / 08.11.2021 Soz / 09.11.2021 GA / 19.11.2021 Fi / 09.12.2021 LA / 14.12.2021	8	7.4) 7. Handlungsschwerpunkt VII; Soziales und Inklusion 7.4 Traumaambulanzen (629-633)	31.12.2023	Die Angebote in den Traumaambulanzen für Geflüchtete, insbesondere mit Beeinträchtigungen, werden ausgebaut/verstetigt. Eine Initiative zur Kostenübernahme hierfür durch den Bund wurde initiiert.	
15/37 CDU, SPD	Haushalt 2022/2023 Begleitbeschluss zum Doppelhaushalt 2022/2023	HPH / 12.11.2021 KA 3 / 15.11.2021 KA 2 / 16.11.2021 KA 4 / 17.11.2021 KA 1 / 18.11.2021 GA / 19.11.2021 Bau- und VA / 22.11.2021 Fi / 09.12.2021 LA / 14.12.2021	8	9.1) 9. Handlungsschwerpunkt IX; Gesundheit + Heilpädagogische Hilfen 9.1 Investitionsprogramm (774-786)	31.12.2023	Die Investitionspläne der Kliniken werden überarbeitet sowie ein Zeit-, Maßnahmen- und Kostenplan erstellt.	
15/37 CDU, SPD	Haushalt 2022/2023 Begleitbeschluss zum Doppelhaushalt 2022/2023	HPH / 12.11.2021 KA 3 / 15.11.2021 KA 2 / 16.11.2021 KA 4 / 17.11.2021	8	9.2) 9. Handlungsschwerpunkt IX; Gesundheit + Heilpädagogische Hilfen 9.2 Ausbau Peer counseling (788-794)	31.12.2023	Die in den SPZ bereits etablierten Angebote des Peer counseling sowie deren Inanspruchnahme werden mit Unterstützung des IFuB (Sparte For-	

Selektionskriterien:

alle öffentlichen offenen Beschlüsse

Legende: **Gremium** = Beschlussgremium

Beschlüsse des Gremiums Gesundheitsausschuss öffentlich offene Beschlüsse

Vorlage / Antrag / Anfrage	TOP / Betreff	Gremium / Datum	federführende DST	Beschluss / Auftrag Fachausschussbezogene Ergänzung	Zu erled. bis	Beschlussausführung	
		KA 1 / 18.11.2021 GA / 19.11.2021 Fi / 09.12.2021 LA / 14.12.2021				schung) evaluiert. Auf dieser Grundlage wird seitens der Verwaltung eine Empfehlung für die zukünftige Förderung erarbeitet, die passgenau eingesetzt und am Bedarf orientiert verstetigt wird.	
15/37 CDU, SPD	Haushalt 2022/2023 Begleitbeschluss zum Doppelhaushalt 2022/2023	HPH / 12.11.2021 KA 3 / 15.11.2021 KA 2 / 16.11.2021 KA 4 / 17.11.2021 KA 1 / 18.11.2021 GA / 19.11.2021 Fi / 09.12.2021 LA / 14.12.2021	8	9.3) 9. Handlungsschwerpunkt IX; Gesundheit + Heilpädagogische Hilfen 9.3 Wohnangebote für Menschen in besonderen Wohnformen (796-817)	31.12.2023	Die Bedarfe des Klientel des LVR-Verbund HPH hinsichtlich der Beschaffenheit und der architektonischen Gestaltung von Wohnraum sind identifiziert und als Grundlage für weitere Planungen nutzbar.	
15/37 CDU, SPD	Haushalt 2022/2023 Begleitbeschluss zum Doppelhaushalt 2022/2023	HPH / 12.11.2021 KA 3 / 15.11.2021 KA 2 / 16.11.2021 KA 4 / 17.11.2021 KA 1 / 18.11.2021 GA / 19.11.2021 DiMA / 08.12.2021 Fi / 09.12.2021 LA / 14.12.2021	8	9.4) 9. Handlungsschwerpunkt IX; Gesundheit + Heilpädagogische Hilfen 9.4 Digitalisierung (819-838)	31.12.2023	Der Bedarf an personellen, materiellen und fachlichen Ressourcen zur Realisierung einer adressatengerechten Digitalen Teilhabe im LVR-Verbund HPH wird im Rahmen eines Gesamtkonzeptes dargestellt und finanziell beziffert.	
14/4116	Weiterführung des Stipendienprogramms für Medizinstudierende im LVR-Klinikverbund	KA 3 / 31.08.2020 KA 2 / 01.09.2020 KA 4 / 02.09.2020 KA 1 / 07.09.2020 GA / 08.09.2020	81	Die Verwaltung wird gemäß Vorlage Nr. 14/4116 beauftragt, das Stipendienprogramm zur Förderung von Medizinstudierenden für den LVR-Klinikverbund weitere vier Jahre ab dem 01.01.2021 fortzuführen.	31.12.2024	Zweimal jährlich startet eine neue Gruppe von Stipendiat*innen.	
14/3736	Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärken durch integrierte Behandlung und Rehabilita- tion durch Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Regionen	GA / 22.11.2019 Inklusion / 28.11.2019 Fi / 03.12.2019 LA / 09.12.2019 Ju / 07.02.2020	84	"1. Der Bericht zur Umsetzung des Haushaltsbeschlusses 14/225 „Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärken durch integrierte Behandlung und Rehabilitation durch Kinder und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe in den Regionen" wird zur Kenntnis genommen.	30.06.2025	Der Abschlussbericht über die Modellförderung wird nach Ende der Projektphase vorgelegt. Mit Vorlage 15/250 ist in der Sitzung des Gesundheitsausschusses am 15.06.2021 ein Zwischenbericht vorgelegt worden.	

Selektionskriterien:
alle öffentlichen offenen Beschlüsse

Legende: **Gremium** = Beschlussgremium

Beschlüsse des Gremiums Gesundheitsausschuss öffentlich offene Beschlüsse

Vorlage / Antrag / Anfrage	TOP / Betreff	Gremium / Datum	federführende DST	Beschluss / Auftrag Fachausschussbezogene Ergänzung	Zu erled. bis	Beschlussausführung	
				2. Zur Umsetzung des Haushaltsbeschlusses 14/225 „Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärken durch integrierte Behandlung und Rehabilitation durch Kinder und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe in den Regionen; Haushalt 2019“ werden fünf Modellregionen gemäß Vorlage 14/3736 gefördert. Dazu werden in den folgenden vier Haushaltsjahren Haushaltsmittel im Umfang von 1.499.950,- € bereitgestellt."			
14/3006	Konzeption zur Unterstützung von Psychiatrischen Kliniken und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen im (ost-)europäischen Raum	Ko Europa / 04.12.2018 Fi / 12.12.2018 LA / 14.12.2018 GA / 08.02.2019 Schul / 11.02.2019	2	"Der Landschaftsverband Rheinland bekennt sich zu einer verstärkten Unterstützung von Psychiatrischen Kliniken und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen im (ost-) europäischen Raum und beschließt erste Schritte zur Umsetzung gemäß Vorlage Nr. 14/3006. Der Stabsstelle 20.01 werden ab 2019 bis vorerst einschließlich 2023 jährlich 25.000 € an Haushaltsmitteln zur Projektförderung zur Verfügung gestellt."	31.12.2023	- Satzung und Richtlinien der LVR-Europa-Projektförderung (Vorlagen 14/3440 und 14/3443) wurden von der politischen Vertretung im Juli 2019 beschlossen - drei Anträge auf Projektförderung wurden bereits politisch beschlossen (vgl. Vorlage 14/3647, 14/3330 und 14/3846/2) - Sondierung weiterer Projekte (zuletzt bzgl. einer Kooperation zw. der LVR-Klinik Düren und einem ostbelgischen Partner aus St. Vith) sowie förderbezogene Informationssarbeit (zuletzt im Zuge der LVR-Woche der Begegnung im Rahmen eines Digital-Seminars am 07.06.2022) erfolgt kontinuierlich - ggf. (ab 5.000 € beantragtem Projektzuschuss) Erstellung von Beschlussvorlagen für den Finanz- und Wirtschaftsausschuss sowie Landschaftsausschuss - regelmäßige Berichterstattung über Fördermittelverwendung im Finanz- und Wirtschaftsausschuss sowie in der Kommission Europa, zuletzt bzgl. des LVR-Europa-Förderprojektes „Hellas“ (15/576) in der Sitzung am 23.05.2022 - spätestens 31.12.2023 Evaluierung des Gesamtkonzeptes	

Selektionskriterien:
alle öffentlichen offenen Beschlüsse

Legende: **Gremium** = Beschlussgremium

Beschlüsse des Gremiums Gesundheitsausschuss öffentlich offene Beschlüsse

Vorlage / Antrag / Anfrage	TOP / Betreff	Gremium / Datum	federführende DST	Beschluss / Auftrag Fachausschussbezogene Ergänzung	Zu erled. bis	Beschlussausführung	
14/2893	Umsetzung des BTHG beim LVR - hier: Aufbau von Beratung und Unterstützung nach § 106 SGB IX n.F. sowie Weiterentwicklung der Kontakt-, Koordinierungs- und Beratungsstellen (KoKoBe) unter Berücksichtigung von Peer Counseling	GA / 07.09.2018 Soz / 11.09.2018 Ju / 13.09.2018 HPH / 14.09.2018 Inklusion / 20.09.2018 PA / 24.09.2018 Fi / 26.09.2018 LA / 01.10.2018	74	3) "3. Für den Personenkreis der erwachsenen Menschen mit Behinderungen wird das Modell der kooperativen Bedarfsermittlung mit Mitarbeitenden der Leistungsanbieter/Freien Wohlfahrtspflege weiterentwickelt, so dass die Bedarfserhebung bei Erstanträgen mittelfristig und bei ausreichenden Personalressourcen durch Mitarbeitende des LVR erfolgt. Die Bedarfserhebung bei Folgeanträgen wird weiterhin durch die Leistungsanbieter durchgeführt."	31.12.2020	In den Pilot-Regionen des SEIB-Projektes wurden erste Erfahrungen mit der Übernahme der Erst-Bedarfserhebung durch das FM gesammelt. Die Erkenntnisse der Pilotregionen wurden ausgewertet und dazu genutzt, sukzessive die Erstbedarfserhebung durch das FM im ganzen Rheinland umzusetzen. U.a. sind weitere spezifische Qualifizierungsmaßnahmen für das FM geplant, zudem wird das Bedarfsermittlungsinstrument BEI_NRW optimiert und verschlankt.	

Selektionskriterien:
alle öffentlichen offenen Beschlüsse

Legende: **Gremium** = Beschlussgremium

Beschlüsse des Gremiums Gesundheitsausschuss öffentlich erledigte Beschlüsse

Vorlage / Antrag / Anfrage	TOP / Betreff	Gremium / Datum	federführende DST	Beschluss / Auftrag Fachausschussbezogene Ergänzung	Zu erled. bis	Beschlussausführung	
15/763	Studien- und Informationsreise des Gesundheitsausschusses im Jahr 2022	GA / 04.02.2022 ÄR / 14.02.2022 LA / 14.02.2022	84	Der Studien- und Informationsreise des Gesundheitsausschusses nach München und Klingenmünster im Jahr 2022 wird gemäß Vorlage Nr. 15/763 zugestimmt.	30.10.2022	Die Studien- und Informationsreise des Gesundheitsausschusses nach München und Klingenmünster ist vom 17.10. - 20.10.2022 durchgeführt worden.	

Selektionskriterien:
alle öffentlichen erledigten Beschlüsse, erledigt ab 02.08.2022

Legende: **Gremium** = Beschlussgremium

TOP 12 Bericht aus der Verwaltung

TOP 13 Verschiedenes

TOP 14 Verschiedenes