

An die Mitglieder
des Krankenhausausschusses 1

Köln, 08.05.2023
Frau Pelzer
LVR-Klinik Düren

Krankenhausausschuss 1

Donnerstag, 11.05.2023, 10:00 Uhr

LVR-Klinik Düren, Meckerstraße 15,

52353 Düren

Haus 16, Festsaal

2. Aktualisierte Tagesordnung

Öffentliche Sitzung

Beratungsgrundlage

1. Anerkennung der Tagesordnung
2. Niederschrift über die 11. Sitzung vom 09.03.2023
3. Suizidprävention
Berichterstattung: Klinikvorstände der LVR-Kliniken Bonn und Düren
4. Genesungsbegleitung
- 4.1. Genesungsbegleitung im LVR-Klinikverbund: **15/1658 K**
Rahmenkonzept zum Einsatz von Genesungsbegleitenden und Bericht zum Stand der Umsetzung
Berichterstattung: LVR-Verbundzentrale
- 4.2. Bericht der Genesungsbegleitungen
Berichterstattung: Klinikvorstände LVR-Kliniken Bonn und Düren
5. Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) - Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen im LVR-Klinikverbund **15/1663 K**
Berichterstattung: LVR-Verbundzentrale
6. Erster Monitoring-Bericht zur Vorlage „Grundsätze des Gewaltschutzes im LVR“ **15/1044/1 K**
Berichterstattung: LVR-Verbundzentrale

- 7. Belegungssituation im Maßregelvollzug
Berichterstattung: LVR-Verbundzentrale, Klinikvorstand
LVR-Klinik Düren
- 8. Anträge und Anfragen
- 8.1. Resolution für die Regulierung der Arbeitnehmerüberlassung im Gesundheits- und Sozialwesen **Antrag 15/103 CDU, SPD, GRÜNE, FDP, Die FRAKTION E**
- 8.2. **NEU:** Änderungsantrag zur "Resolution für die Regulierung der Arbeitnehmerüberlassung im Gesundheits- und Sozialwesen" **Antrag 15/105 Die Linke. E**
- 8.3. Angebote der sozialen Infrastruktur für Mitarbeitende der Kliniken nach der Pandemie **Anfrage 15/60 CDU, SPD K**
- 8.4. Beantwortung der Anfrage 15/60 CDU: Angebote der sozialen Infrastruktur für Mitarbeitende der Kliniken nach der Pandemie
- 8.5. Anfrage: Information über Anonyme Spurensicherung in LVR-Einrichtungen nach sexualisierter Gewalt **Anfrage 15/59 GRÜNE K**
- 8.6. Beantwortung der Anfrage 15/59 GRÜNE: Information über Anonyme Spurensicherung in LVR-Einrichtungen nach sexualisierter Gewalt
- 9. Bericht aus der Verwaltung
- 9.1. Bericht LVR-Verbundzentrale
- 9.2. Bericht LVR-Klinik Bonn
- 9.3. Bericht LVR-Klinik Düren
- 10. Verschiedenes

Nichtöffentliche Sitzung

- 11. Niederschrift über die 11. Sitzung vom 09.03.2023
- 12. Wiederbestellung zum Ärztlichen Direktor im Klinikvorstand der LVR-Klinik Bonn **15/1634 E**
Berichterstattung: LVR-Verbundzentrale
- 13. Bestellung eines Wirtschaftsprüfers für die Prüfung der Jahresabschlüsse und der Lageberichte 2023 der LVR-Kliniken Bonn und Düren **15/1612 B**
Berichterstattung: Klinikvorstände LVR-Klinik Bonn und LVR-Klinik Düren
- 14. Aufwands- und Ertragsentwicklung im I. Quartal 2023
- 14.1. I. Quartalsbericht 2023 der LVR-Klinik Bonn **15/1674 K**
Berichterstattung: Klinikvorstand LVR-Klinik Bonn
- 14.2. I. Quartalsbericht 2023 der LVR-Klinik Düren **15/1613 K**

- Berichterstattung: Klinikvorstand LVR-Klinik Düren
15. Vergabeübersichten über das I. Quartal 2023 mit einer Vergabesumme ab EUR 10.000,-
- 15.1. Vergabeübersicht über das I. Quartal 2023 der LVR-Klinik Bonn **15/1673 K**
Berichterstattung: Klinikvorstand LVR-Klinik Bonn
- 15.2. Vergabeübersicht über das I. Quartal 2023 der LVR-Klinik Düren **15/1615 K**
Berichterstattung: Klinikvorstand LVR-Klinik Düren
- 15.3. Vergaben des LVR-Dezernates Gebäude- und Liegenschaftsmanagement, Umwelt, Energie, Bauen für Menschen GmbH für die LVR-Kliniken Bonn und Düren für das I. Quartal 2023 **15/1695 K**
Berichterstattung: LVR-Dezernat Gebäude- und Liegenschaftsmanagement, Umwelt, Energie, Bauen für Menschen GmbH
16. Maßregelvollzug
- 16.1. Niederschrift über die Sitzung des Beirates der Forensik bei der LVR-Klinik Düren am 10.03.2023 **15/1616 K**
Berichterstattung: Klinikvorstand LVR-Klinik Düren
- 16.2. Auswirkungen des Maßregelvollzugs auf die Allgemeinpsychiatrie
Berichterstattung: LVR-Verbundzentrale, Klinikvorstand LVR-Klinik Düren
17. Anträge und Anfragen
18. Bericht aus der Verwaltung
- 18.1. Bericht LVR-Verbundzentrale
- 18.2. Bericht LVR-Klinik Bonn
- 18.3. Bericht LVR-Klinik Düren
19. Verschiedenes

Mit freundlichen Grüßen
 Die Vorsitzende

H e i n i s c h

TOP 1 Anerkennung der Tagesordnung

Niederschrift
über die 11. Sitzung des Krankenhausausschusses 1
am 09.03.2023 in Bonn
- öffentlicher Teil -

Anwesend vom Gremium:

CDU

Braumüller, Heinz-Peter	
Bündgens, Willi	
Stieber, Andreas Paul	für Henk-Hollstein, Anne
De Bellis-Olinger, Teresa	für Hermes, Achim
Körlings, Franz	
Loepp, Helga	
Braun-Kohl, Annette,	für Plum, Franz
Solf, Michael-Ezzo	

SPD

Heinisch, Iris	Vorsitzende
Kox, Peter	
Krupp, Ute	
Mazur-Flöer, Cornelia	
Schmitz, Hans	

Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Beu, Rolf Gerd
Bortlitz-Dickhoff, Johannes
Deussen-Dopstadt, Gabi
Haußmann, Sybille
Scholz, Tobias

FDP

Breuer, Klaus
Radoch-Hamzić, Amila

AfD

König, Michael

Die Linke.

Kloep, Barbara

Die FRAKTION

Géczi, Judit

Gruppe FREIE WÄHLER

Fink, Hans-Jürgen

Verwaltung:

Wenzel-Jankowski, Martina

Dr. Möller-Bierth, Ulrike
Krüger, Ramon
van Brederode, Michael

Sprenger, Katja

LVR-Dezernentin
Klinikverbund und Heilpädagogische Hilfen
LVR-FBLin 81
LVR-FBL 83
LVR, Projektkoordinator
Modellvorhaben DynaLIVE
LVR, Geschäftsstelle für Anregungen und
Beschwerden - anwesend bis TOP 4

LVR-Klinik Bonn:

Szesik, Klaus-Werner

Prof. Dr. Banger, Markus
Lange, Elvira
Supp, Werner
Janssen, Gabriele

Kaufmännischer Direktor,
Vorsitzender des Vorstands
Ärztlicher Direktor
Pflegedirektorin
Ombudsmann
Protokollantin

LVR-Klinik Düren:

Menzel, Frank

Dr. Grümmer, Martine
Königs, Kurt

Kaufmännischer Direktor,
Vorsitzender des Vorstands
Ärztliche Direktorin
Pflegedirektor

Zuhörende:

Meisel, Delf
Tiedge, Kai

Liertz, Christoph

LVR, 6. Stellv. Vorsitzender Gesamtpersonalrat
Vorsitzender Örtlicher Personalrat
- anwesend bis TOP 10
Stellv. Vorsitzender Örtlicher Personalrat
- anwesend bis TOP 10

Tagesordnung

Öffentliche Sitzung

Beratungsgrundlage

1. Anerkennung der Tagesordnung
2. Niederschrift über die 10. Sitzung vom 02.02.2023
3. Vorstellung der LVR-Klinik Bonn **Powerpoint-Präsentation**
4. Erfahrungsbericht der Ombudsperson der LVR-Klinik Bonn
5. Modellvorhaben DynaLIVE nach § 64b SGB V in der LVR-Klinik Bonn **Powerpoint-Präsentation**
6. LVR-Klinik Bonn - Kinderneurologische Zentrum - Neubau des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) am Kaiser-Karl-Ring 20 in Bonn; hier: Grundsatzbeschluss **15/1435/1 B**
7. Belegungssituation im Maßregelvollzug
8. Anträge und Anfragen
- 8.1. Auswirkungen der Lieferengpässe von Medikamenten auf die Kliniken des LVR **Anfrage 15/52 AfD K**
- 8.2. Beantwortung der Anfrage 15/52 AfD: Auswirkungen der Lieferengpässe von Medikamenten auf die Kliniken des LVR
9. Bericht aus der Verwaltung
- 9.1. Bericht LVR-Verbundzentrale
- 9.2. Bericht LVR-Klinik Bonn
- 9.3. Bericht LVR-Klinik Düren
10. Verschiedenes

Nichtöffentliche Sitzung

11. Niederschrift über die 10. Sitzung vom 02.02.2023
12. Aktualisierung Stresstest: Auswirkungen der gesetzlichen Energiepreishilfen **15/1535 K**
13. Aufwands- und Ertragsentwicklung im IV. Quartal 2022
- 13.1. IV. Quartalsbericht 2022 der LVR-Klinik Bonn **15/1520 K**
- 13.2. IV. Quartalsbericht 2022 der LVR-Klinik Düren **15/1530 K**
14. Vergaben
- 14.1. Gestellung Pflegepersonal und Ärzt*innen im Rahmen von Arbeitnehmerüberlassung für die LVR-Klinik Bonn **15/1547 B**

- 14.2. Vergabeübersicht über das IV. Quartal 2022 der LVR-Klinik Bonn **15/1519 K**
- 14.3. Vergabeübersicht über das IV. Quartal 2022 der LVR-Klinik Düren **15/1532 K**
- 15. Baucontrollingbericht für die LVR-Kliniken Bonn und Düren **15/1525 K**
- 16. Auswirkungen des Maßregelvollzugs auf die Allgemeinpsychiatrie
- 17. Anträge und Anfragen
- 18. Bericht aus der Verwaltung
- 18.1. Bericht LVR-Verbundzentrale
- 18.2. Bericht LVR-Klinik Bonn
- 18.3. Bericht LVR-Klinik Düren
- 19. Verschiedenes

Beginn der Sitzung:	10:00 Uhr
Ende öffentlicher Teil:	11:30 Uhr
Ende nichtöffentlicher Teil:	12:05 Uhr
Ende der Sitzung:	12:05 Uhr

Öffentliche Sitzung

Punkt 1

Anerkennung der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird ohne Änderungswünsche genehmigt.

Punkt 2

Niederschrift über die 10. Sitzung vom 02.02.2023

Keine Wortmeldungen.

Die Niederschrift über die 10. Sitzung vom 02.02.2023 wird ohne Änderungswünsche genehmigt.

Punkt 3

Vorstellung der LVR-Klinik Bonn

Die dieser Niederschrift beigelegte PowerPoint-Präsentation (**Anlage 1**) erfolgt durch **Herrn Szesik**. Die Fragen von **Frau Haußmann** und **Frau Mazur-Flöer** zu bestimmten Fachbegriffen werden von **Hr. Prof. Banger** detailliert beantwortet. **Frau Deussen-Dopstadt** bittet um Details zur erwähnten Etablierung eines zeitgemäßen Wahlleistungsangebotes bis zum Jahr 2030. **Herr Szesik** führt aus, dass dies ein modernes Interieur und Medientechnik betreffe.

Zur Nachfrage von **Herrn Bortlitz-Dickhoff** nach einem Mobilitätskonzept erklärt **Frau Wenzel-Jankowski**, dass das Dezernat 6 Digitalisierung, IT-Steuerung, Mobilität und Technische Innovation sich verstärkt diesem Thema widmen würde. Über die weiteren Entwicklungen werde in den folgenden Krankenhausausschüssen berichtet werden.

Frau Krupp bedankt sich für die interessante Präsentation, vor allem auch für die Ausführungen zur Wettbewerbssituation der LVR-Klinik in Bonn.

Frau Wenzel-Jankowski erläutert die Historie zu der jetzigen Aufteilung und Versorgungssituation, die auch vom Landschaftsverband Rheinland begrüßt würde. In dem Wettbewerbsumfeld sei es wichtig, dass die LVR-Klinik Bonn Alleinstellungsmerkmale entwickeln würde, damit auch elektive Patient*innen sich außerhalb des Pflichtversorgungsgebietes für die Klinik entschieden. Bei den besonderen Merkmalen der Klinik sei hier auch das Modellvorhaben DynaLIVE und das Angebot der psychosomatischen Medizin zu erwähnen.

Punkt 4

Erfahrungsbericht der Ombudsperson der LVR-Klinik Bonn

Herr Supp berichtet über seine Arbeit als Ombudsman in der LVR-Klinik Bonn vom 01.01.2022-31.12.2022.

Erweiternd stellt er Beispiele aus seiner täglichen Arbeitspraxis vor.

Die Frage von **Frau Géczi** nach weitergehenden Erläuterungen zur unterstützenden Vermittlung durch die Ombudsperson bei Lockerungsmaßnahmen im Bereich Forensik, wurde von **Herrn Supp** umfangreich beantwortet. **Frau Haußmann** fragt an, wie mit einzelnen Nachfragen von Patient*innen, die strukturellen, übergreifenden Charakter haben, zum Beispiel zu den Themen Erweiterung des Mittagessensangebots um vegane Speisen oder muslimische Seelsorge, verfahren würde. **Herr Supp** erklärt, dass auch regelmäßig Treffen mit allen Ombudspersonen der anderen Kliniken stattfinden, bei denen diese Themen behandelt würden. **Frau Deussen-Dopstadt** interessiert, welche Themen vorherrschend an die Ombudspersonen herangetragen würden. **Herr Supp** erläutert die Vielfältigkeit der Anfragen und erklärt, dass die Ombudspersonen als Mediatoren wirken würden und betont in diesem Zusammenhang auch die gute Zusammenarbeit mit der Klinik.

Die Vorsitzende bedankt sich bei **Herrn Supp** im Namen von allen Anwesenden für seine Ausführungen und seine Arbeit im diesem verantwortungsvollen Ehrenamt.

Punkt 5

Modellvorhaben DynaLIVE nach § 64b SGB V in der LVR-Klinik Bonn

Die Powerpoint-Präsentationen zum Modellvorhaben DynaLIVE nach §64b SGB V in der LVR-Klinik Bonn erfolgen durch **Herrn van Brederode** und **Herrn Prof. Banger**. Die Präsentationen werden der Niederschrift beigelegt (**Anlage 2 und 3**).

Die Vorsitzende bedankt sich für die Vorträge und lobt die gute Vorarbeit durch die Klinik.

Frau Géczi fragt nach, ob die Compliance durch die Patient*innen und die Bereitschaft der Mitarbeitenden zur Umsetzung gegeben seien. **Herr Prof. Banger** führt aus, dass die Implementierung des Modellvorhabens alle Beteiligten fordere, die Klinik sich hier aber auf einem guten Weg befände. Ergänzend hierzu verweist **Frau Wenzel-Jankowski** auf die erfolgte Studien- und Informationsreise des Gesundheitsausschusses, bei der die Gewinnung der Mitarbeitenden für die Modellvorhaben in Münster und München ebenfalls als große Aufgabe herausgestellt worden sei, die sich jedoch durch die sich weiterentwickelnde, gelungene Umsetzung in der Praxis zu bewältigen zeige. Dass das Modellvorhaben den Zukunftsweg aufzeige, sei auch der geänderten Vorlage zum Stesstest zu entnehmen, in dem die Kliniken gehalten werden, nicht-stationäre, sektorenübergreifende und aufsuchende Behandlungsangebote deutlich zu erweitern.

Frau Deussen-Dopstadt erkundigt sich konkret nach den Gelingensbedingungen dieses Modells und wie dieses im Kooperationsnetz mit den niedergelassenen Ärzten, Pflegeinstitutionen und Sozialarbeiter*innen einzuschätzen sei.

Herr Prof. Banger führt aus, dass das Ziel sei, Patient*innen aus dem bislang überwiegend stationären in ein teilstationäres Setting zu überführen und eine Kontinuität durch die Bindung an die involvierten Mitarbeitenden und externen Anbietenden aufzubauen. Hierzu habe es vor Corona schon Veranstaltungen mit lokalen Anbietenden gegeben, die jetzt wieder reaktiviert würden. **Frau Wenzel-Jankowski** betont, dass die erfolgreiche Umsetzung vor allem die Teilnahme am Modell von allen wesentlichen Krankenkassen erfordere. Es wird ergänzend festgehalten, dass eine Liste der 18 verschiedenen Modellvorhaben als Anlage zur Niederschrift beizufügen sei (**Anlage 4**).

Herr Bortlitz-Dickhoff hinterfragt die integrierte Versorgung und ob es kontraindiziert sei, die Patient*innen bei diesem Modell in ihrem eventuell problematischen, häuslichen Umfeld zu belassen. **Herr Prof. Banger erwidert**, dass auch der medizinischen Betreuung Grenzen gesetzt seien.

Punkt 6

**LVR-Klinik Bonn - Kinderneurologische Zentrum - Neubau des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) am Kaiser-Karl-Ring 20 in Bonn; hier: Grundsatzbeschluss
Vorlage Nr. 15/1435/1**

Keine Wortmeldungen.

Der Krankenhausausschuss 1 fasst **einstimmig** nachstehenden Beschluss.

Der Errichtung eines Neubaus für das SPZ wird gemäß Ergänzungsvorlage Nr. 15/1435/1 zugestimmt. Die Verwaltung wird mit der Planung beauftragt.

Punkt 7

Belegungssituation im Maßregelvollzug

Die Belegungsstatistik liegt vor. **Frau Géczi** erfragt den Stand der Überbelegung in der Forensik und ob es daraus resultierend noch Fremdbelegungen auf anderen Stationen gäbe. **Frau Wenzel-Jankowski** berichtet, dass immer noch ein hoher Belegungsdruck vorherrsche. In Düren werde das modulare Gebäude für die Forensik im Herbst 2024 fertiggestellt, in den anderen Kliniken gäbe es auch Baumaßnahmen. **Herr Prof. Banger** ergänzt, dass in Bonn eine Ausweichstation für die Forensik mit 20 neuen Plätzen umgebaut wurde, die bei einer ersten stattgefundenen Begehung sehr positiven Anklang gefunden habe.

Punkt 8
Anträge und Anfragen

Punkt 8.1
Auswirkungen der Lieferengpässe von Medikamenten auf die Kliniken des LVR
Anfrage Nr. 15/52 AfD

Keine Wortmeldungen.

Die Anfrage Nr. 15/52 wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 8.2
Beantwortung der Anfrage 15/52 AfD: Auswirkungen der Lieferengpässe von
Medikamenten auf die Kliniken des LVR

Herr König bedankt sich für die Beantwortung.

Die Beantwortung der Anfrage Nr. 15/52 wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 9
Bericht aus der Verwaltung

Punkt 9.1
Bericht LVR-Verbundzentrale

Keine Wortmeldungen.

Punkt 9.2
Bericht LVR-Klinik Bonn

Herr Prof. Banger berichtet über anstehende Veranstaltungen in der LVR-Klinik Bonn. Es fänden ein Ärzte-Richter Treffen und 3 Workshops mit der Polizei statt.

Punkt 9.3
Bericht LVR-Klinik Düren

Keine Wortmeldungen.

Punkt 10
Verschiedenes

Keine Wortmeldungen.

Kerpen, 20.04.2023

Die Vorsitzende

H e i n i s c h

Bonn, 03.04.2023

Für den Vorstand

S z e s i k
Vorsitzender des Vorstands

LVR-Klinik Bonn

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Bonn

LVR-Klinikverbund



Die LVR-Klinik Bonn

Klaus-Werner Szesik (Vors. des Vorstandes)



www.klinik-bonn.lvr.de

LVR-Klinik Bonn – Fachabteilungen



Allgemeine Psychiatrie
und Psychotherapie



Abhängigkeitserkrankungen
und Psychotherapie

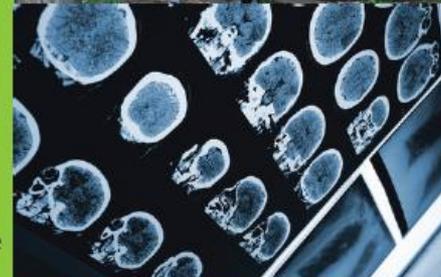


Gerontopsychiatrie
und Psychotherapie

Kinder- und Jugend-
psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie



Neurologie



Kinderneurologisches
Zentrum (KiNZ)



LVR-Klinik Bonn – Spezielle Behandlungsangebote

- Stroke Unit (Schlaganfalleinheit, zertifiziert)
- Ambulanzen für traumatisierte Menschen
- Zahlreiche Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund
- Gerontopsychiatrisches Zentrum
- Substitutionsambulanz Sucht (Haus 20c)
- Bonner Stottertherapie (www.bonner-stottertherapie.de)
- Mutter-Kind-Ambulanzen (Allgemeinpsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen)
- Familiäre Pflege (Angebot für Angehörige)
- Leben in Gastfamilien (LiGa)
- Spezielle Angebote Kinder- und Jugendpsychiatrie (ADHS, Autismus-Spektrum-Störung etc.)
- **DynaLIVE** – Modellvorhaben nach § 64b SGB V

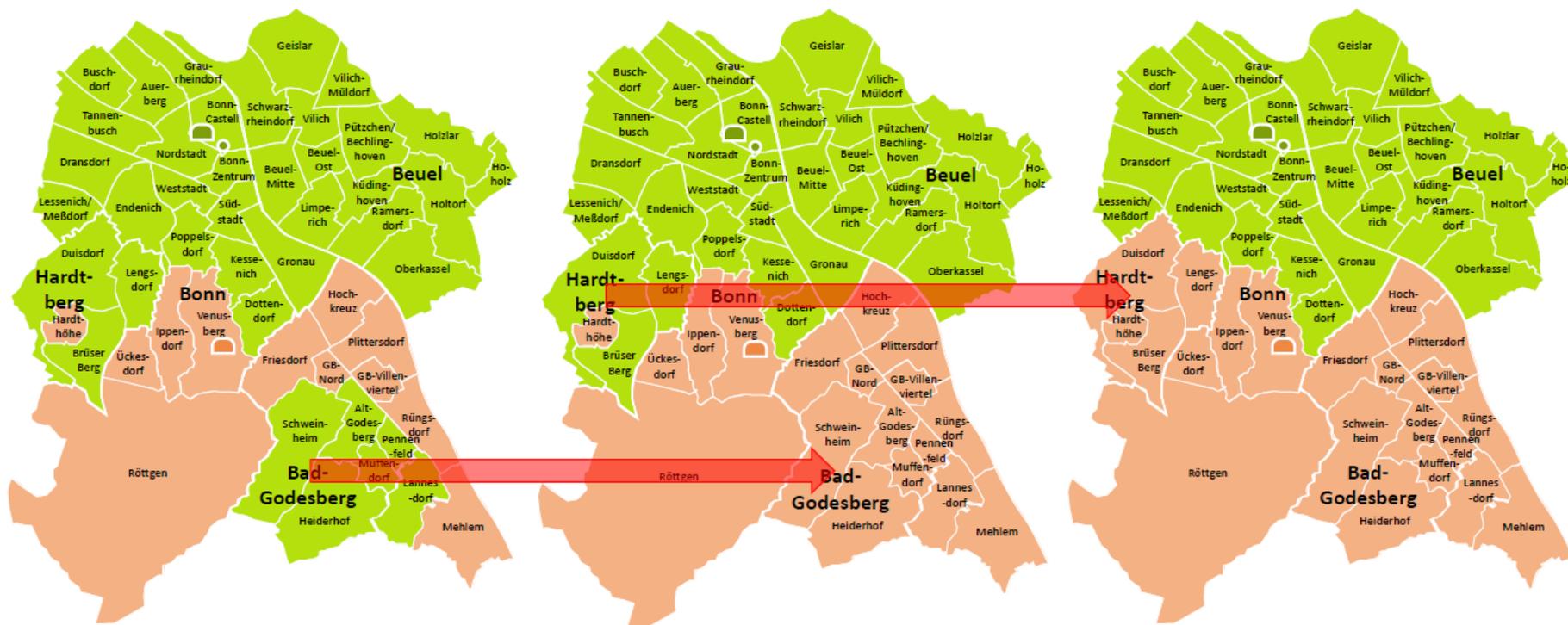


LVR-Klinik Bonn – Einzugsgebiet von rund 1 Mio. Menschen

- Hauptstandort Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn
- Substitutionsambulanz, Kaiser-Karl-Ring 20 (Haus 20 c)
- 6 externe Behandlungszentren / Außenstellen in der Region:
 - ✓ Behandlungszentrum Wesseling
 - ✓ Behandlungszentrum St. Johannes-Hospital
 - ✓ Behandlungszentrum Meckenheim
 - ✓ Behandlungszentrum Eitorf
 - ✓ Behandlungszentrum Euskirchen
 - ✓ Kinderneurologisches Zentrum (Gustav-Heinemann-Haus)



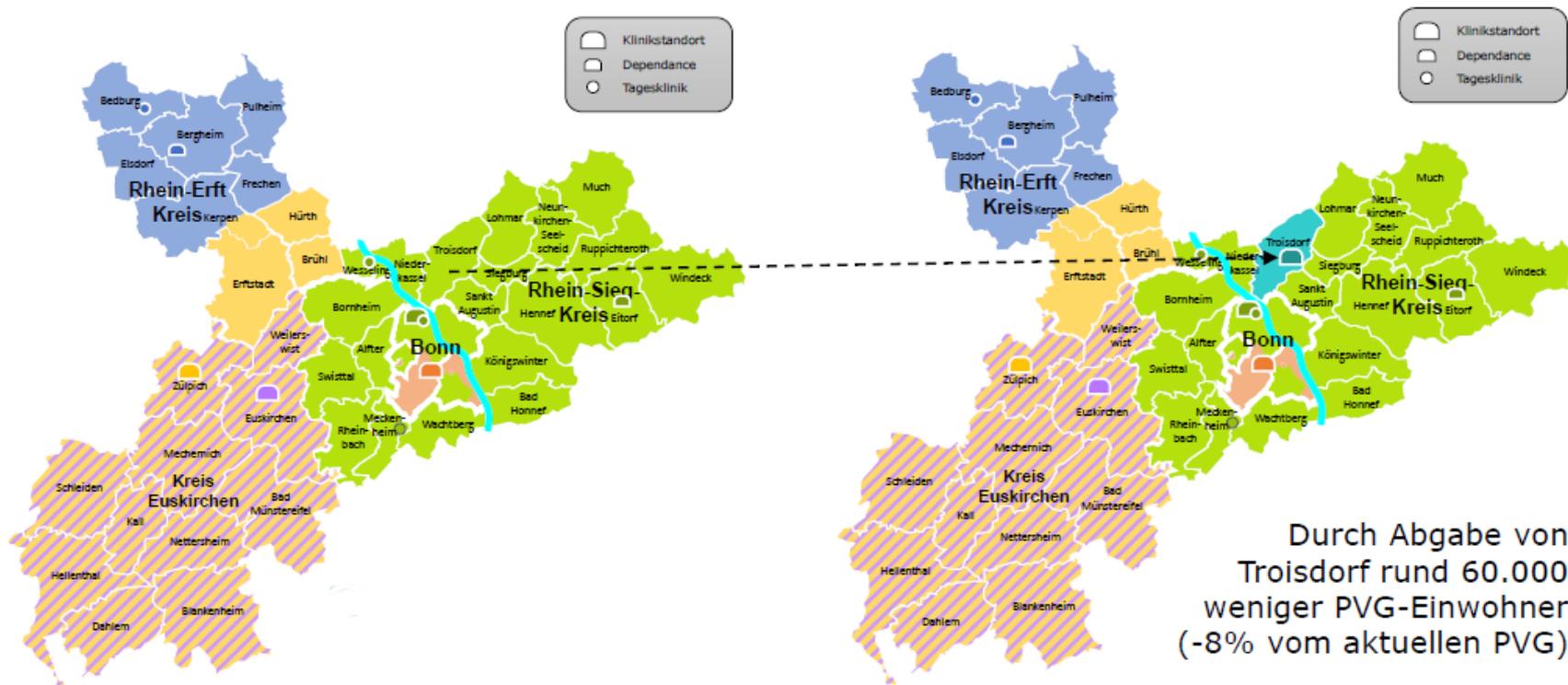
Veränderung der Pflicht-Versorgungsgebiete Stadt Bonn



Abgabe von Pflichtversorgungsgebieten an Universitätsklinikum Bonn

-  Pflichtversorgung durch LVR-Klinik Bonn
-  Pflichtversorgung durch Universitätsklinikum Bonn

Pflicht-Versorgungsgebiete



Klinik	VG6				Summe
	Stadt Bonn	RSK	Kreis EU*	REK (VG5)	
LVR-Klinik Bonn	220.074	494.289		29.825	744.188
Uniklinik Bonn	50.400				50.400
LVR-Klinik Düren				222.693	222.693
Kr-Anstalten Marienborn Zülpich			32.088	136.832	168.920
Marienhospital Euskirchen			128.352		128.352
Summe	270.474	494.289	160.440	389.350	1.314.553

LDS-Einwohner 2017 im Alter von 18 Jahren oder älter

* Krankenanstalten Marienborn Zülpich nur GER, Marienhospital Euskirchen AP und SU

Klinik	VG6				Summe
	Stadt Bonn	RSK	Kreis EU*	REK (VG5)	
LVR-Klinik Bonn	220.074	432.663		29.825	682.562
Uniklinik Bonn	50.400				50.400
GFO Kliniken Troisdorf		61.626			61.626
LVR-Klinik Düren				222.693	222.693
Kr-Anstalten Marienborn Zülpich			32.088	136.832	168.920
Marienhospital Euskirchen			128.352		128.352
Summe	270.474	494.289	160.440	389.350	1.314.553

LDS-Einwohner 2017 im Alter von 18 Jahren oder älter

* Krankenanstalten Marienborn Zülpich nur GFB, Marienhospital Euskirchen AP und SU

LVR-Klinik Bonn – Pflicht-Versorgungsgebiete KJPP



	Kreis EU	Stadt Bonn	RSK	Summe
LVR-Klinik Bonn	32.400	56.784	105.491	194.675
Asklepios Kinderklinik, St. Augustin	<i>Ohne PVG</i>			

LVR-Klinik Bonn – Wettbewerbssituation

- **Universitätsklinik Bonn – Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie**

Pflichtversorgung – Stadt Bonn: Venusberg, Röttgen, Hardthöhe, Ückesdorf, Ippendorf;
Stadtbezirk Bad Godesberg: Friesdorf, Godesberg-Nord, Hochkreuz, Godesberg-Villenviertel,
Mehlem, Plittersdorf, Rüngsdorf

5 Stationen, Tagesklinik, Ambulanz und zahlreiche Spezialambulanzen

(z.B. für ADHS, Traumata, Früherkennung von Psychosen, therapieresistente Depressionen)

Behandlungsmöglichkeiten für das gesamte Spektrum psychischer Erkrankungen im
Erwachsenenalter

- **St. Johannes Krankenhaus GfO-Kliniken Troisdorf**

Abteilung für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Tagesklinik und Psychiatrische Institutsambulanz / Psychosomatische Medizin

Planung Intensivstation und 24-Stunden-Ambulanz

LVR-Klinik Bonn – Wettbewerbssituation (Privatkliniken)

- **Gezeitenhaus**

Standorte in Bonn und Wesseling

Gezeitenhaus Bonn: Private Fachklinik für Psychosomatik und Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) für Erwachsene

Wesseling (Gezeitenhaus Schloss Eichholz):

Psychosomatische Fachklinik, Akutbehandlung von psychischen und psychosomatischen Störungen, insbesondere von Traumafolgestörungen sowie auf der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie inkl. Tagesklinik

- **BetaGenese-Klinik**

Privatklinik für Psychosomatik und Psychiatrie und Privatpraxis für klinisch-psychiatrische Behandlung sowie Psychotherapie

LVR-Klinik Bonn – Wettbewerbssituation

- **Rhein-Klinik Bad Honnef**

Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Evangelischen Johanneswerks

94 stationäre Behandlungsplätze und Tagesklinik mit 16 Plätzen

- **Johanniter Tagesklinik Siegburg**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit 30 tagesklinischen Behandlungsplätzen und einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)

Privatklinik für Psychosomatik und Psychiatrie und Privatpraxis für klinisch-psychiatrische Behandlung sowie Psychotherapie

- **MARIENBORN Zülpich**

Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie: Schwerpunkte Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen

LVR-Klinik Bonn – Wirtschaftliche Situation

Die Klinik in Zahlen

Stand: 31.12.2021

Kategorie	Anzahl
Betten und Plätze gesamt	858
Betten und Plätze teilstationär	139
Betten und Plätze Forensik	39
Behandlungen/Fälle im KHG-Bereich	11.361
Behandlungen/Fälle Kinder u. Jugendliche bis 18 Jahren	1.151
Behandlungen/Fälle stationär	10.347
Behandlungen/Fälle teilstationär	1.014
Behandlungstage gesamt	228.645
Behandlungstage vollstationär	188.411
Behandlungstage teilstationär	24.429
Ambulant behandelte Patientinnen und Patienten	33.487
Beschäftigte gesamt	1.720
Beschäftigte Männer	516
Beschäftigte Frauen	1.204
Gesamtumsatzin Mio. € p.a.	121,4

Klinische Herausforderungen

- Steigerung der Attraktivität des Standortes
- Abbildung der Bevölkerungsstruktur des Einzugsgebietes Bonn/Rhein-Sieg (Alter, Einkommensniveau etc.) in der Patient*innenstruktur
- Hohe Bedeutung des Ausbaus des Wahlleistungsangebotes
- Erhaltung eines breiten Indikationsspektrums in der klinischen Versorgung
- Etablierung neuer klinischer Leistungsfelder:
 - EKT-Behandlung
 - Schlafentzugsbehandlung
 - Lichttherapie
- Ausbau Psychosomatische Medizin

Strategische Herausforderungen und Projekte

- **Fachkräftemangel**

- ✓ insbesondere im Bereich Pflege, Ärzteschaft und Ergotherapie

- **Modellvorhaben nach § 64 SGB V „DynaLIVE“**

- ✓ insbesondere vor dem Hintergrund des Beitritts der AOK ab ...

- **Energiekosten**

- ✓ Umstellung LED Außenbeleuchtung (2022)
- ✓ Anbindung an Fernwärmenetz Stadt Bonn in (2022)
- ✓ Umstellung LED Innenbeleuchtung (2023)
- ✓ Installation Blockheizkraftwerk (2023)
- ✓ Ausbau Photovoltaik-Anlage (2023)

LVR-Klinik Bonn im Jahre 2030

- Qualitätsversorgung für die gesamte Bandbreite psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen in allen Altersgruppen
- Attraktivität als Arbeitgeber für alle Berufsgruppen
- Etablierung eines zeitgemäßen Wahlleistungsangebotes
- Energieautarkes Krankenhaus (Green Hospital)
- Langfristige Mitarbeiterbindung
- Wirtschaftliche Stabilität

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Stand der Umsetzung des Modellvorhabens DynaLive in der LVR-Klinik Bonn

Michael van Brederode

LVR-Klinik Bonn/LVR-Institut für Versorgungsforschung

Gesetzliche Grundlage

§ 64b SGB V Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen

Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 kann auch die **Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen** sein, die auf eine **Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung** ausgerichtet ist, **einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld**. **In jedem Land** soll unter besonderer Berücksichtigung der **Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1** durchgeführt werden.

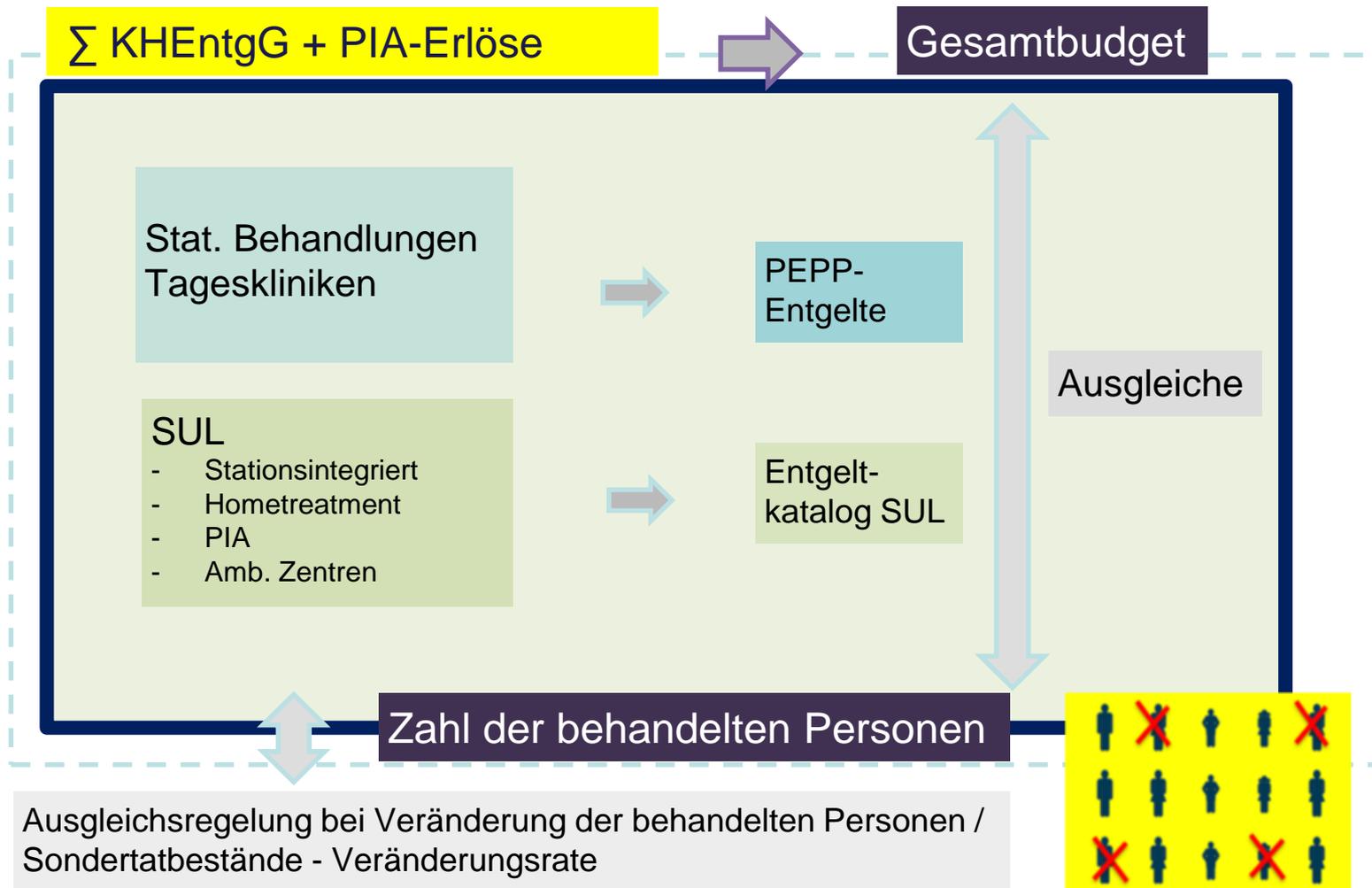
Zielsetzungen des § 64b SGB V

- Erprobung von Alternativen zum Entgeltsystem PEPP
- (sowie für die Finanzierung der PIA-Leistungen)
- Verringerung des stationären Behandlungsbedarfs durch verbesserte ambulante/teilstationäre Hilfen
- Verbesserung der ambulanten Versorgungsstrukturen (insbes. für Menschen mit schweren Erkrankungen)
- Verbesserung der Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Versorgung

Aktueller Stand

- bundesweit 22 Modellvorhaben (Stand Sommer 2022)
- (überwiegend) einheitliche Grundstruktur
- Vertragspartner: Krankenkassen – Psychiatrische Kliniken/Fachabteilungen
- einheitliche Evaluation durch Institute der Universitäten Dresden/Magdeburg: 2. Bericht 2021
- Verlängerung der max. Laufzeit von ursprünglich 8 auf 15 Jahre

Struktur der Modelle nach § 64 b SGB V



Struktur der Modelle nach 64 b SGB V

- Gesamtbudget aus Summe der Erlöse aus stationären, teilstationären und ambulanten Leistungen im Referenzjahr
- verknüpft mit der Zahl der ambulant, teilstationär und stationär behandelten Personen (nicht Fälle!) im Referenzjahr
- Budget als Finanzierungsbasis für die Modelllaufzeit garantiert: Unabhängig von Veränderungen im Leistungsspektrum
- + evtl. Veränderungen im Modellzeitraum: Veränderungswert, gesetzliche Regelungen mit finanziellen Auswirkungen, Erhöhung der Zahl der behandelten Personen
- PEPP-Abrechnungsziffern und Vergütungskatalog für die Stationsunabhängigen Leistungen (SUL) als reine Abrechnungsgrößen, die am Ende des Jahres entsprechend der Budgetrahmens ausgeglichen werden.
- Laufzeit: 8 Jahre – Verlängerung auf bis zu 15 Jahren möglich

Chancen

versorgungspolitisch

- Anstöße für die Entwicklung von Alternativen bzw. Verbesserungen: PEPP und PIA-Finanzierung
- Verbesserung der ambulanten und sektorenübergreifenden Versorgung

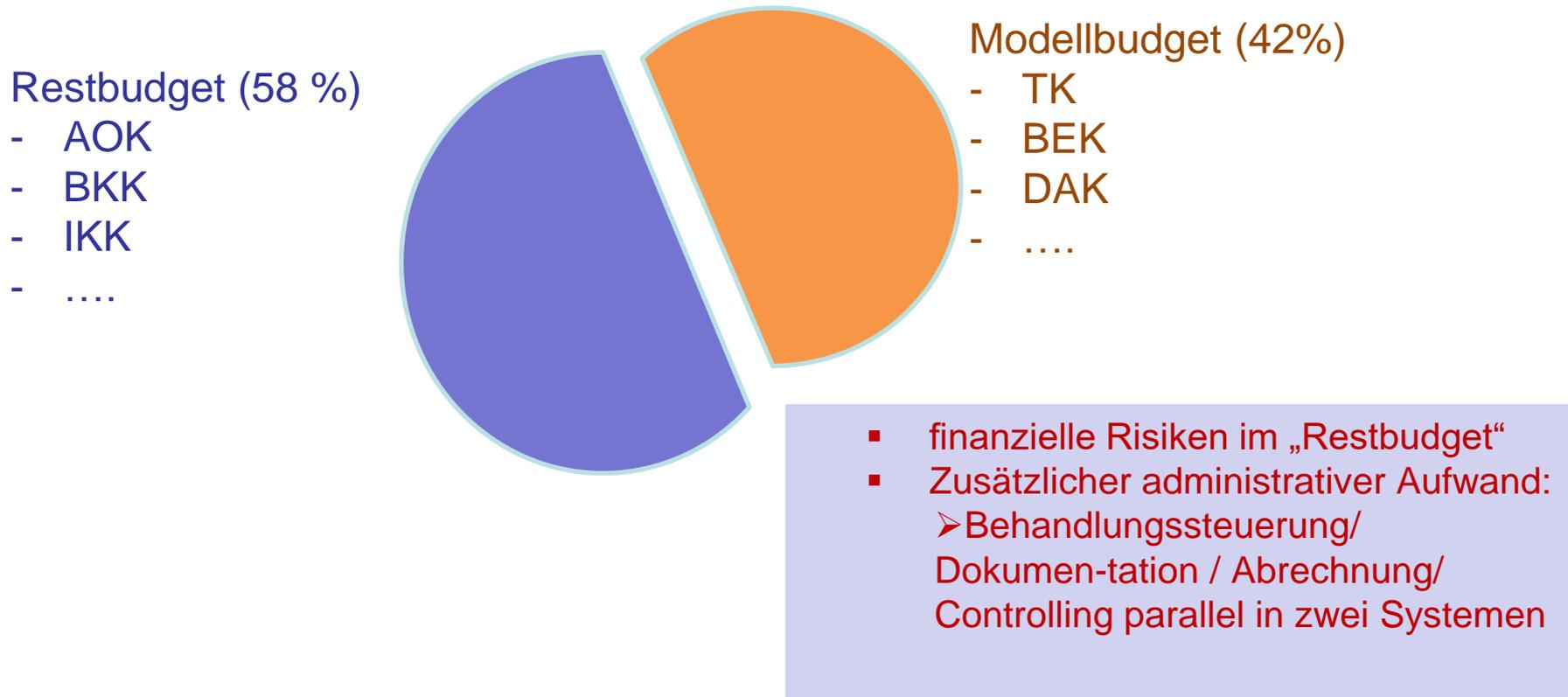
für beteiligte Kliniken

- Budgetsicherheit während der Modellphase....
 - eröffnet Freiräume für die Umstrukturierung der Behandlungsangebote (Substitution stationärer Hilfen durch ambulante Komplexbehandlung)
 - „geschützter“ Erfahrungsraum für die Erprobung und Umsetzung neuer Organisations- und Angebotsformen

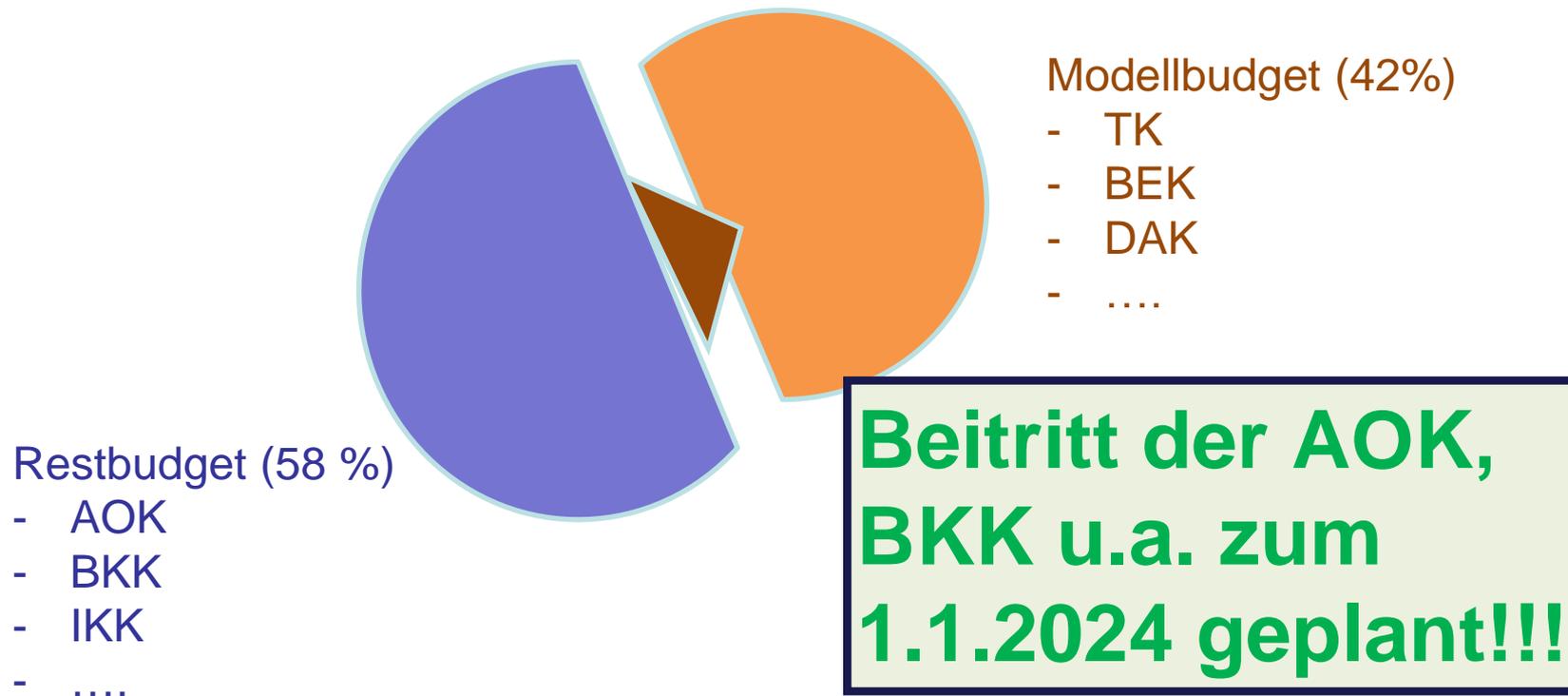
Risiken

- Keine Extrafinanzierung für zusätzliche ambulante Hilfen
Ressourcen für erweiterte ambulante Hilfen müssen budgetneutral durch Umschichtung aus dem stationären Sektor finanziert werden.
- Potential der Modellvorhaben deutlich reduziert, wenn nicht alle Krankenkassen beitreten.

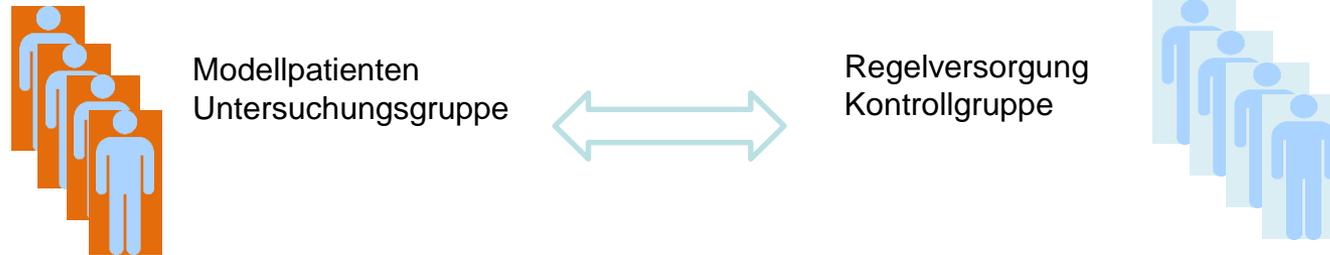
Problem für die Modellimplementierung in Bonn: Aufspaltung in zwei Teilbudgets



Ausgangsbedingungen für die Modellimplementierung: Aufspaltung in zwei Teilbudgets



Anlage der Evaluation: Gruppenvergleich



- Inanspruchnahme (teil-)stationärer und ambulanter Hilfen

Hypothese

Die erweiterten Behandlungsoptionen führen bei den Modellpatienten zu einer – gegenüber der Kontrollgruppe – verminderten Inanspruchnahme stationärer Leistungen.

Anlage der Evaluation: Gruppenvergleich

Modellpatienten mit
SUL-Leistungen

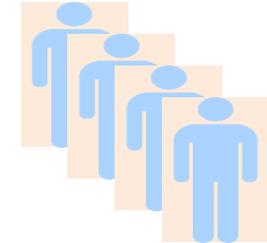
51,2%

bis 10 Std. 66,6%
10 – 20 Std. 17,6%
>20 Std. 15,8%
max. 430 Std.



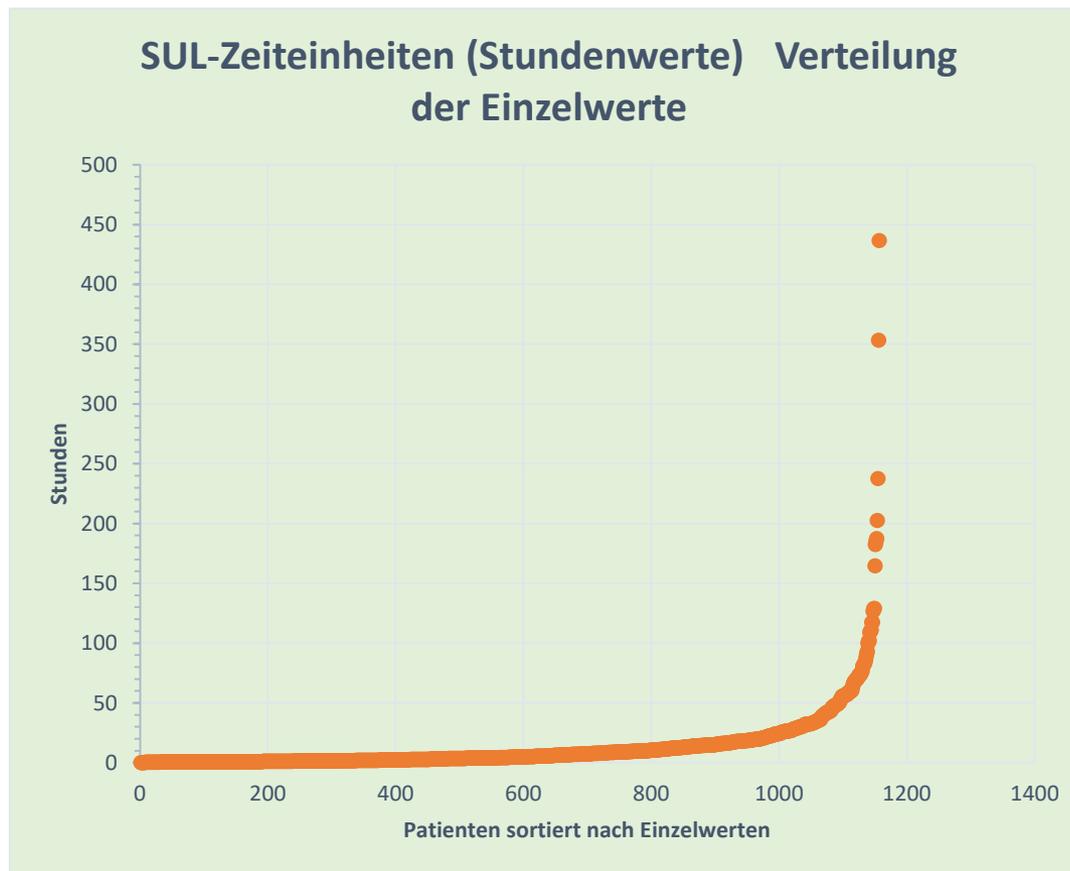
Modellpatienten ohne
SUL-Leistungen

49,8%



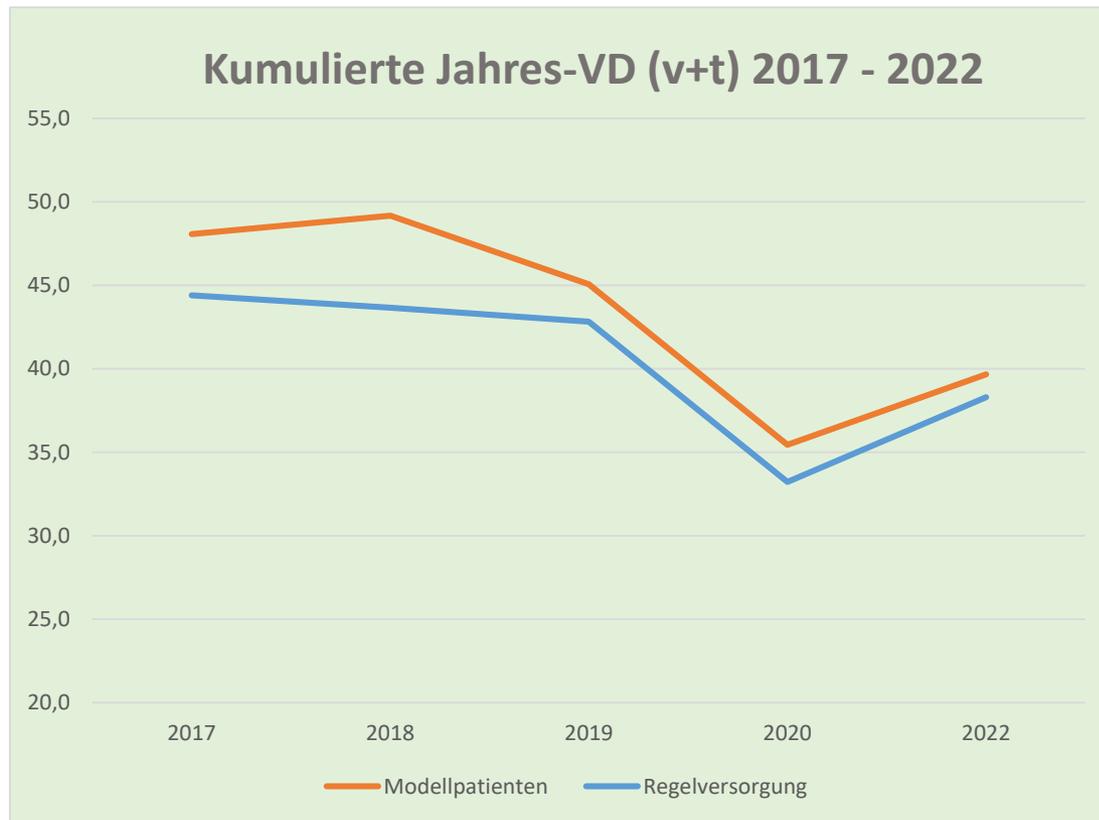
Der überwiegende Teil der Modellpatienten erhält bisher ambulante SUL-Leistungen im Umfang bis zu 10 Std.

Ergebnisse der Evaluation 2017 - 2022



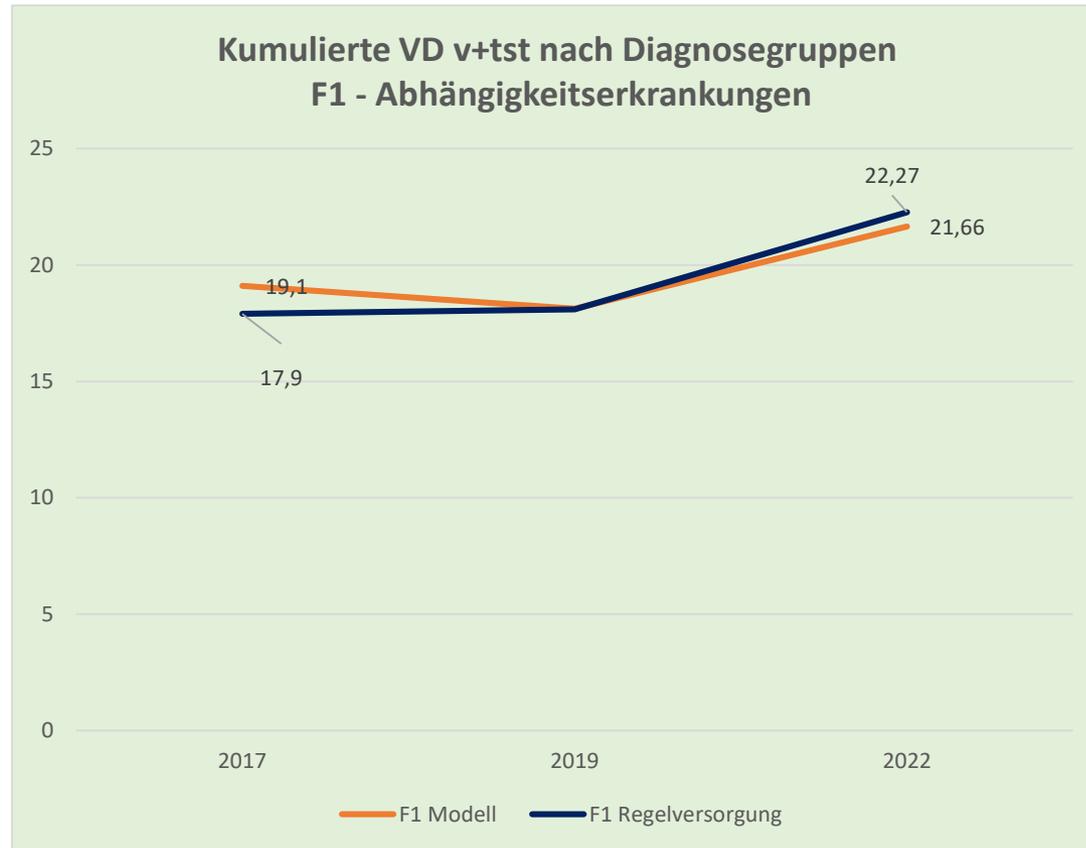
- Kontinuierliche Verringerung bis 2020 (MO>RV)
- Wiederanstieg nach 2020 (RV>MO)

Ergebnisse der Evaluation 2017 - 2022



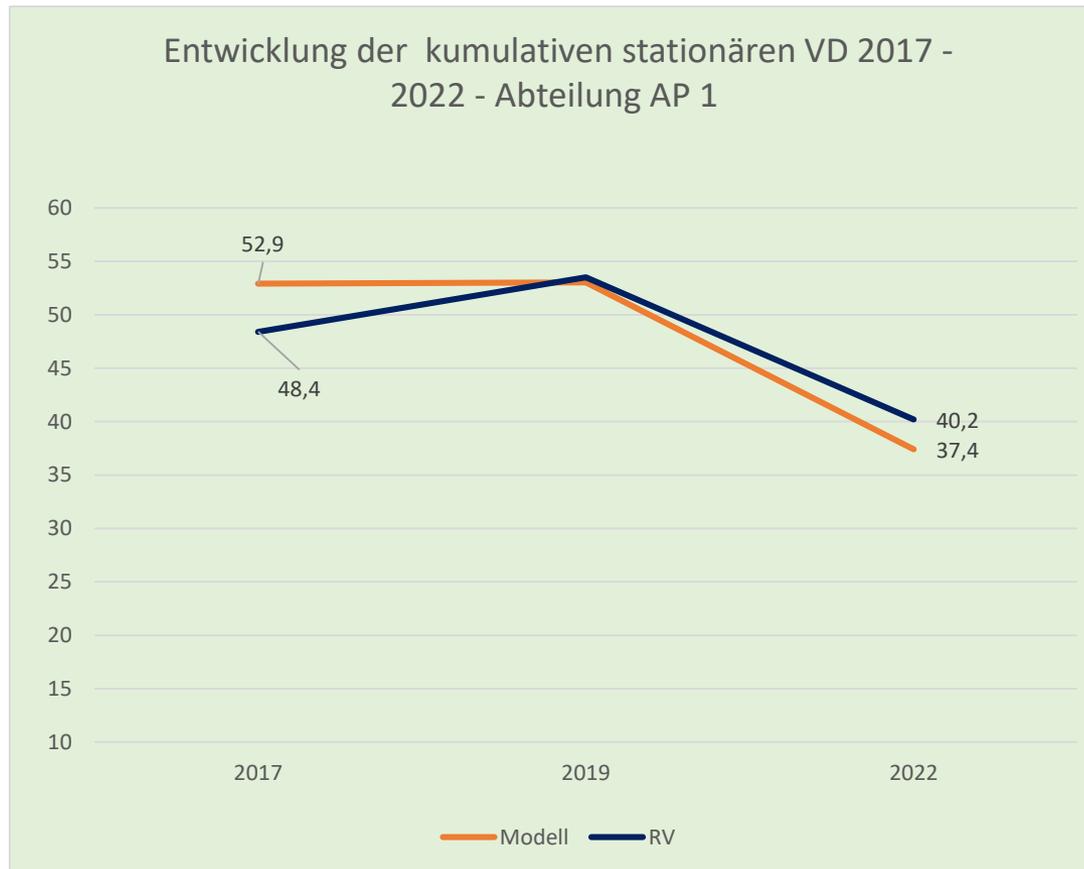
- Kontinuierliche Verringerung bis 2020 (MO>RV)
- Wiederanstieg nach 2020 (RV>MO)

Ergebnisse der Evaluation 2017 - 2022



- Anstieg **KVD Modell** um **13%** vs. Anstieg **RV** um **24%**

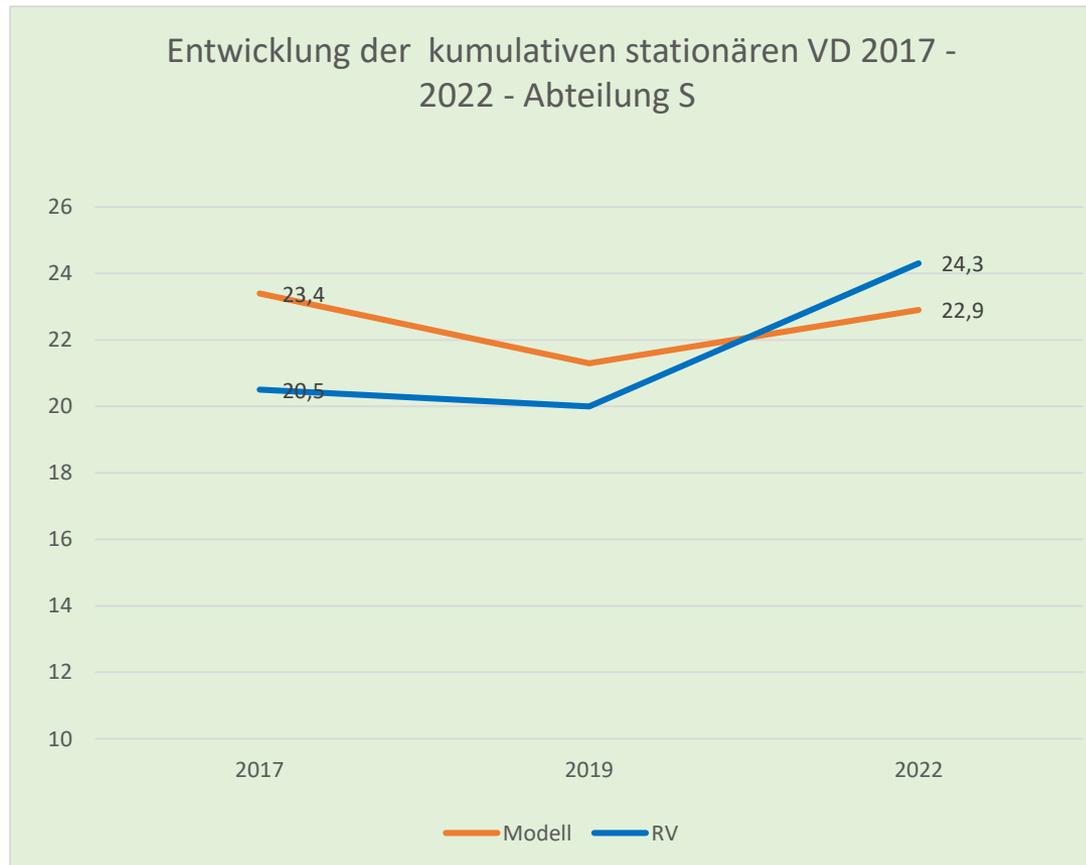
Ergebnisse der Evaluation 2017 - 2022



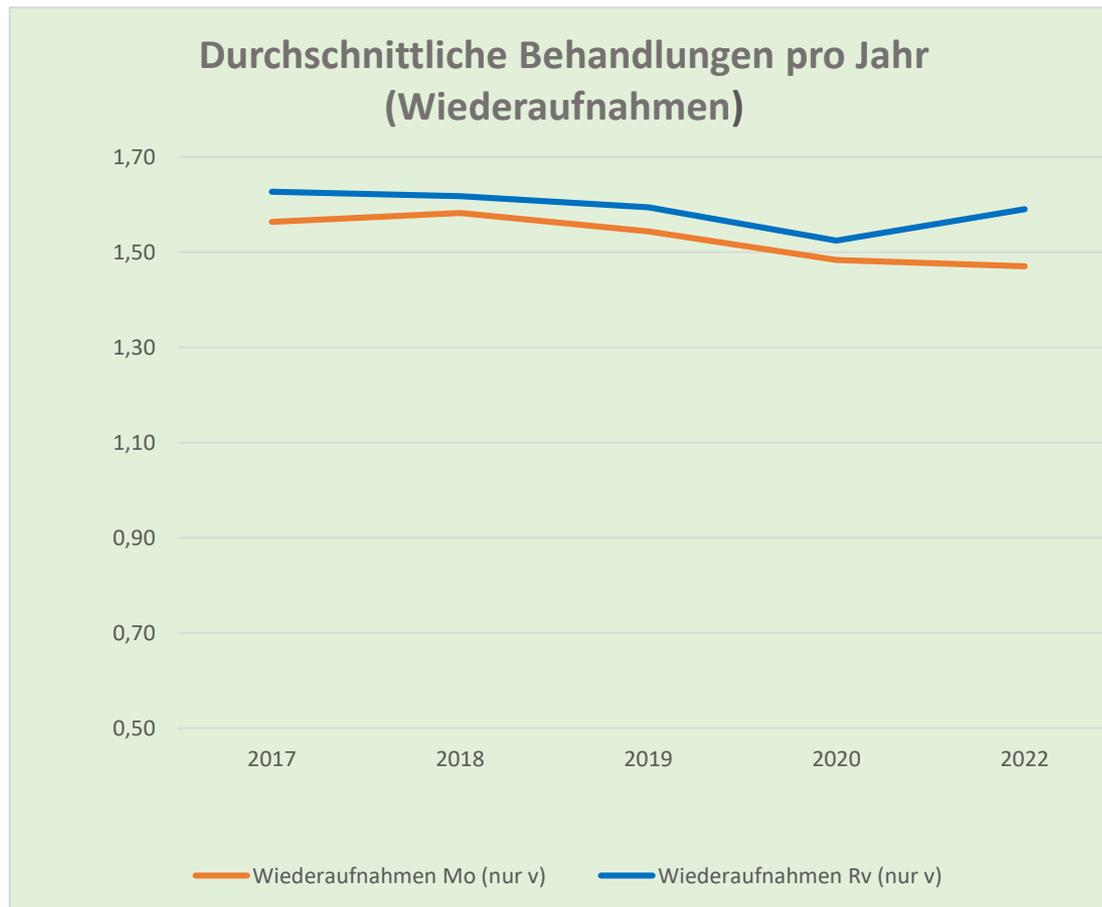
- Rückgang **KVD Modell** um **29%** vs. Rückgang **RV** um **19%**

Ergebnisse der Evaluation 2017 - 2022

- Rückgang **KVD Modell** um 2,2% vs. Anstieg **RV** um 18,5%



Ergebnisse der Evaluation 2017 - 2022



- Starker Wiederanstieg RV nach 2020
- Fortsetzung Rückgang MO

Gründe für den zeitlich gestreckten Eintritt der erwarteten Effekte

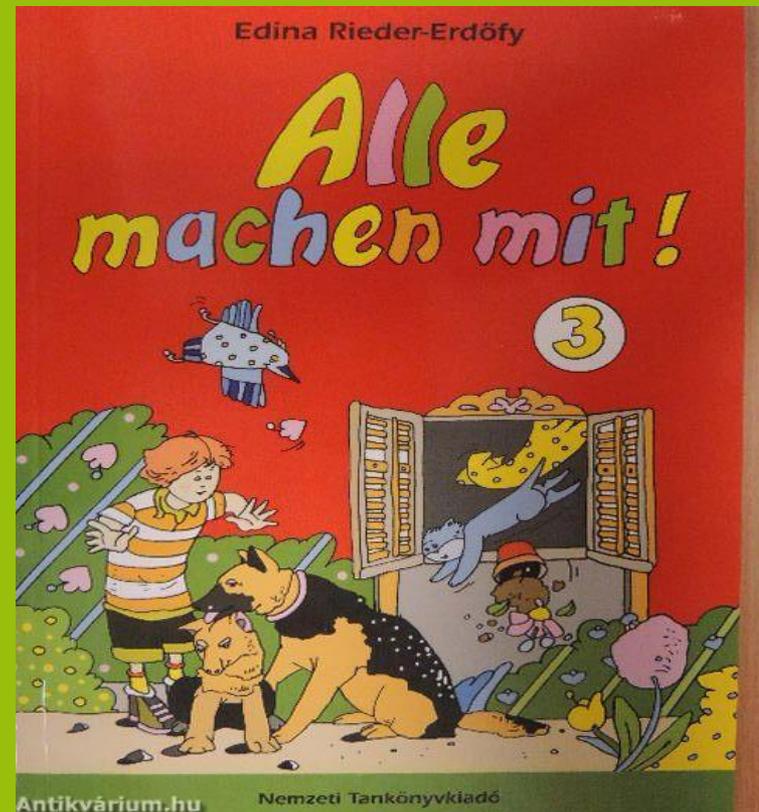
- Folgen des Nicht-Beitritts wesentlicher Kassen
- Einschnitte und Einschränkungen durch die Corona-Pandemie
- Keine Anlauffinanzierung: Ressourcen für ambulante Hilfen müssen schrittweise durch Umschichtung aus dem stationären Bereich freigesetzt werden
- Größe und Komplexität der Klinik – gestaffelt Umsetzung



Das Modellvorhaben nach § 64b SGB V in der LVR-Klinik Bonn

Köln, 10.03.2023

Prof. Dr. Markus Banger



Mögliche Varianten der Behandlung

30 Tage vollstationäre Versorgung



klassisch

20 Tage stationäre Versorgung

und x Tage „Stationsungebundene Leistungen“ (SUL), ambulant erbracht



Modell

Reine stationsersetzende Behandlung ohne vorherige stationäre Behandlung



Modell

3 Tage prästationäre Phase

15 Tage Stationäre Versorgung

2 +1 Tage TK

und x Tage „Stationsungebundene Leistungen“ (SUL), ambulant erbracht



Modell

30 Tage vollstationäre Versorgung

und x Tage „Stationsungebundene Leistungen“ (SUL) als „Add-on“



Fehlsteuerung

Legende:

■ stationsersetzende Behandlungstage

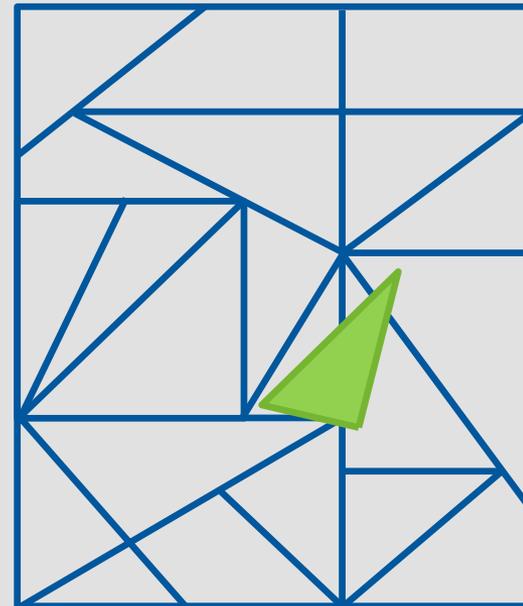
■ teilstationäre Behandlungstage

■ vollstationäre Behandlungstage

5

DynaLIVE – Organisationsentwicklung der Klinik als ganzheitlicher Prozess

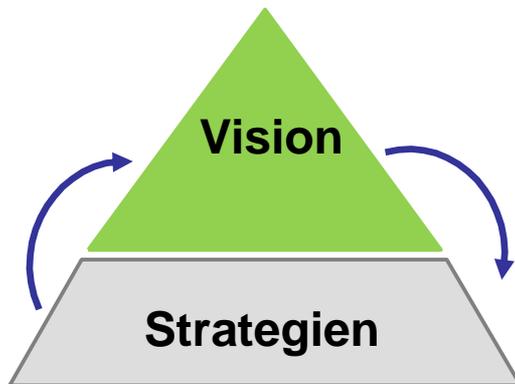
In einem
stabilen System
erfordert jeder
Entwicklungsschritt
die Justierung
aller Komponenten



Was bedeutet die Ausweitung des Modellvorhabens für unsere Klinik

- Patientensteuerung und -begleitung durch die Angebote
- Implementierung in der KIJU
- Kennzahlenentwicklung zur Steuerung
- Neue Besprechungsmatrix entwickeln auf den unterschiedlichen Ebenen
- Welche DynaLIVE Organisationsform (Station, TK, Ambulanz, eigenes Zentrum)?
- Entscheidungen und Vertrauen in die gegenseitige Kompetenz werden wichtiger
- Entwicklung von neuen Behandlungsabläufen?
- Änderung des multiprofessionellen Zusammenspiels?
- Neudefinition von Kompetenzbereichen?
- Neue Wirkfaktoren?

Steuerungskreislauf der Organisationsentwicklung



- Wie wollen wir als Klinik jetzt und in Zukunft gesehen werden?
- Was wollen wir mit DynaLIVE erreichen? (Patienten-, Mitarbeiter und Unternehmensebene)

Welchen Weg werden wir dazu beschreiten?

Der Patient steht im Mittelpunkt!



**Unsere Hilfen müssen bedarfsgerecht sein
und die reale Personalsituation berücksichtigen.**



Was wirkt in der Psychiatrie?

Was wird bei dem individuellen Pat. wirken?

Wie unterscheiden wir Bedarf und Bedürfnis?

Wie kommen wir ohne MD zurecht?

Wie und wann setzen wir Grenzen?

Welche Patienten sind für die neuen
Versorgungsformen geeignet?

Welche Maßnahmen sind indiziert und wirksam?

Welche Frequenz und Intensität der ambulanten
Hilfen?

Wir gehen wir mit mangelnder Compliance um?

Wie erkennen wir individuelle Gefährdungen
rechtzeitig?



Wie wollen wir das erreichen?

- **Regelmäßige Workshops/Konferenzen** mit den Führungskräften
- **Engmaschige Information** der Mitarbeiterschaft
- **Kontinuierliche Kontrolle** der Umsetzung auf Grundlage der Daten aus der internen Evaluation
- **Implementation** eines **neuen** Steuerungsmodells
- **Anpassung des Controllings**
- **Klinikinterne Leitlinien** für die Umsetzung der Modelmaßnahmen
- **Erprobung verschiedener Organisationsmodelle**
- **Zusammenarbeit** mit **Niedergelassenen Ärzten** und **gemeindepsychiatrischen Diensten** an die **neuen Anforderungen** anpassen

Für unsere Patienten sind Fragen des Alltags von hoher Bedeutung

- Bekomme ich im ambulanten Status weiterhin ein Mittagessen?
- Wer bezahlt die Fahrtkosten für die häufigen Besuche in der Klinik?
- Ist die Behandlung „genau so gut“ wie eine stationäre Behandlung oder dient das nur der Kostenersparnis?
- Möchte ich, dass meine Betreuer in meine Wohnung kommen? Und, dass sie sehen, wie unaufgeräumt es ist?

Oder aus Sicht der Angehörigen:

- Müssen wir nun wieder die Lasten der Erkrankung unseres Sohns, unserer Tochter, des Ehemanns, der Ehefrau tragen. Wer hilft uns, wenn es wieder schwierig wird.

Unsere Organisationsentwicklung verfolgt zwei Hauptziele

1. Menschliche- personelle Entwicklung
2. Institutionelle- strukturelle Entwicklung



Idealerweise greifen beide Stränge Hand in Hand

**"Wir müssen jetzt
die Köpfe
hochkrempeln -
und die Ärmel
auch"**

Lukas Podolski

Krankenhausausschuss 1 am 09.03.2023

Anlage zu TOP 5: Modellvorhaben DynaLIVE nach § 64b SGB V in der LVR-Klinik Bonn

Das Universitätsklinikum in Dresden führt in ihrer EVA64-Studie eine Evaluation der Modellvorhaben in der Psychiatrie nach §64b SGB V durch.

Auf der [Projektseite](#) finden Sie Zwischen- und Abschlussberichte der jeweiligen Modellvorhaben:

1. DIAKO Nordfriesland gGmbH
2. Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH
3. Imland Klinik Rendsburg GmbH
4. Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH
5. Klinikum Itzehoe
6. Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH
7. Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH
8. Klinikum Hanau gGmbH
9. Krankenhaus und Poliklinik Rüdersdorf gGmbH
10. Psychiatrische Klinik Lüneburg gGmbH
11. St. Marien-Hospital Hamm gGmbH
12. Südharz Klinikum Nordhausen gGmbH
13. LWL-Universitätsklinikum Bochum
14. Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH
15. Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH
16. Vitos Klinikum Riedstadt gGmbH
17. LVR-Klinik Bonn
18. Kliniken Landkreis Heidenheim

TOP 3 Suizidprävention

TOP 4 Genesungsbegleitung

Vorlage Nr. 15/1658

öffentlich

Datum: 25.04.2023
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Frau Schröder, Herr Dr. Baar

Krankenhausausschuss 3	08.05.2023	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	09.05.2023	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	10.05.2023	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	11.05.2023	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	12.05.2023	Kenntnis
Ausschuss für Inklusion	01.06.2023	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Genesungsbegleitung im LVR-Klinikverbund: Rahmenkonzept zum Einsatz von Genesungsbegleitenden und Bericht zum Stand der Umsetzung

Kenntnisnahme:

Die Vorlage Nr. 15/1658 wird 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

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

Zusammenfassung

Die Verwaltung wurde gemäß Antrag Nr. 14/71 von CDU und SPD beauftragt, den Einsatz von Genesungsbegleitenden in bis zu drei LVR-Kliniken zu testen und über die Ergebnisse zu berichten.

Hierzu wurde von März 2016 bis Dezember 2021 durch die Verbundzentrale/FB 84 ein entsprechendes Projekt durchgeführt, an dem alle Kliniken im LVR-Klinikverbund beteiligt waren. Ziele waren sowohl die Erweiterung des Angebotsspektrums in den LVR-Kliniken als auch die grundsätzliche Stärkung von Autonomie und Selbstverantwortung von Patient*innen.

Die aus dem Projekt gewonnenen Grundsätze, Rahmenbedingungen und Empfehlungen für den Einsatz von Genesungsbegleitenden im LVR-Klinikverbund wurden seitens der Projektgruppe in einem Rahmenkonzept (**Anlage**) niedergelegt.

Der aktuelle Stand in Bezug auf den Einsatz von Genesungsbegleitenden in unterschiedlichen Behandlungsformen und -settings kann nach Projektdurchführung insgesamt als positiv bewertet werden. Inzwischen sind 43 Genesungsbegleitende in den LVR-Kliniken tätig. Um die positive Entwicklung voranzutreiben und die Angebote der Genesungsbegleitung langfristig und nachhaltig zu verankern, ist zum einen eine durchgehend gesicherte Finanzierung erforderlich, zum anderen sollte im Klinikverbund selbst eine entsprechende Qualifizierung (nach dem Curriculum von EX-IN NRW bzw. EX-IN Deutschland) etabliert werden, um Genesungsbegleitende als Mitarbeitende der LVR-Kliniken gewinnen zu können.

Begründung der Vorlage Nr. 15/1658:

Auftrag

Gemäß dem Antrag Nr. 14/71 von der CDU und der SPD aus dem Haushalt 2015/16 wurde die Verwaltung beauftragt, modellhaft den Einsatz von Genesungsbegleiter*innen in bis zu drei LVR-Kliniken zu erproben und über die Erfahrung zu berichten.

1. Ausgangslage: Projekt „Erprobung von Angeboten der Genesungsbegleitung in den LVR-Kliniken“

Peer-Support im Sinne von „*Genesungsbegleitung*“ ist im psychiatrischen Versorgungssystem in Deutschland zum jetzigen Zeitpunkt weiterhin ein relativ junges Phänomen. Die Erprobung von Angeboten der Genesungsbegleitung im LVR-Klinikverbund – gemäß Antrag Nr. 14/71 - erfolgte mit der Zielsetzung, das Angebotsspektrum in den LVR-Kliniken zu erweitern.

Zur Umsetzung des Antrags wurde seitens des Fachbereichs 84 (Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement) von März 2016 bis Dezember 2021 das Projekt „Erprobung von Angeboten der Genesungsbegleitung in den LVR-Kliniken“ durchgeführt, welches Corona-bedingt verlängert werden musste. Das übergeordnete Ziel bestand darin, auch auf diesem Weg Autonomie und Selbstverantwortung von Patient*innen zu stärken. Unter dieser Zielsetzung wurde der zentrale Aspekt Partizipation, welcher eine Zielrichtung des LVR-Aktionsplans darstellt, kontinuierlich mitgedacht.

Genesungsbegleiter*innen haben eine spezifische Ausbildung mit Zertifikat (UN-BRK, Leonardo da Vinci Pilotprojekt EX-IN 2005–2007) abgeschlossen. Bundesweit bestanden zu Projektbeginn bereits in mehreren psychiatrischen Kliniken Angebote der Genesungsbegleitung (z.B. UKE Hamburg-Eppendorf, LWL-Klinik Herten). In den LVR-Kliniken sollte der Einsatz von Genesungsbegleitenden in unterschiedlichen Behandlungskontexten (Umsetzungsvarianten) ebenfalls modellhaft erprobt werden. Projektbeteiligte Klinikvertreter*innen wurden in der Umsetzung des Angebotes ermutigt, sodass im Projektverlauf alle LVR-Kliniken einbezogen wurden und Erfahrungen mit dem Einsatz von Genesungsbegleitenden sammeln konnten.

In Vorbereitung auf das Projekt erfolgte Ende 2014 die Vernetzung mit dem Verein „EX-IN NRW“ über die Mitwirkung der Abteilung 84.20 im EX-IN Beirat. Von Seiten der LVR-Kliniken wurden Projektverantwortliche als Ansprechpersonen und Ressourcen für die klinikinterne Begleitung und Umsetzung des Projektes bereitgestellt. Von Seiten des FB 84 erfolgte die Einrichtung eines Projektmanagements und die Etablierung von Strukturen, welche allen Projektteilnehmenden relevante Fachpublikationen, Materialien und Abstimmungsergebnisse im Projekt zugänglich machten.

Zum Zeitpunkt der Projektvorphase (September 2015 bis März 2016) verfügten die meisten der LVR-Kliniken bereits über erste Erfahrungen in der Arbeit mit Genesungsbegleiter*innen, da diese im Rahmen ihrer EX-IN-Ausbildung in den Kliniken die erforderlichen Praktika bzw. Hospitationen ableisteten und auch weiterhin ableisten.

In der Projektgruppe wurden übereinstimmend folgende Grundsätze bzw. Rahmenbedingungen benannt:

1. Die Gesamtverantwortung für die klinikinternen Angebote der Genesungsbegleitung werden multiprofessionell ausgerichtet: ärztliche und pflegerische Verantwortung.
2. Die Einstellungsvoraussetzung für Genesungsbegleitende ist der Nachweis eines Ex-IN Zertifikats.
3. Genesungsbegleitende werden sozialversicherungspflichtig (>14 Std./Wo.) beschäftigt, Ausnahmen sind im gegenseitigen Einverständnis zwischen Genesungsbegleitenden und den Kliniken möglich.
4. Die Beschäftigung von (mindestens) zwei Genesungsbegleitenden als Kleinteam/Tandem pro LVR-Klinik wird angestrebt.

Die Voraussetzung für eine gelingende Implementierung von Angeboten der Genesungsbegleitung besteht erfahrungsgemäß in einem längerfristigen Prozess von Schulungen und weiteren Maßnahmen der Bewusstseinsbildung bzw. Haltungsänderung auf Ebene aller Mitarbeitenden. Daher wurde von Seiten des zentralen Projektmanagements der Wunsch der einzelnen Kliniken nach einer sorgfältigen Vorbereitung sowie einer an die individuellen Gegebenheiten angepassten Geschwindigkeit bei der Umsetzung einzelner Entwicklungsschritte berücksichtigt und unterstützt.

2. Verlauf des Projektes

Vor dem Hintergrund der Zielsetzung wurden durch die Verbundzentrale in den vergangenen Jahren entsprechende Veranstaltungen durchgeführt bzw. Informations- und Kommunikations- und Unterstützungsstrukturen (z.B. regional etablierte klinikübergreifende Reflexionstreffen unter Leitung eines*einer externen Supervisor*in) für die Genesungsbegleitenden geschaffen.

Alle im LVR-Klinikverbund eingesetzten psychiatriee erfahrenen Mitarbeiter*innen haben mit der sogenannten „EX-IN Ausbildung“ eine spezifische Qualifizierung mit Zertifikat abgeschlossen. Die Aufgaben für Genesungsbegleitende im Kontext psychiatrischer Kliniken sind vielfältig. In den LVR-Kliniken sind sie vielfach im offenen stationären Bereich sowie im Bereich der tagesklinischen und ambulanten Versorgung tätig. Der Einsatz erfolgt bereits in nahezu allen Bereichen des LVR-Klinikverbundes, auch in geschützten Bereichen gibt es bereits Erfahrungen mit dem Einsatz von Genesungsbegleitenden. Weitere Kolleg*innen arbeiten im Rahmen der Stations-äquivalenten Behandlung (StäB), in der sozialen Rehabilitation – d.h. im Bereich der Eingliederungshilfe – und in der Forensik. Die Angebote der Genesungsbegleitenden reichen von offener Beratung über die Gestaltung von bzw. Mitwirkung an psychoedukativen oder aktivitätsbezogenen Gruppenangeboten bis hin zum Einsatz bei internen Schulungen von Mitarbeitenden aller Berufsgruppen zu zentralen Themen wie Genesungsbegleitung, Salutogenese, Recovery etc.

Der Übergang von der stationär-psychiatrischen Behandlung zur Entlassung sowie in die weitere ambulante Versorgung im Sozialraum stellt eine besondere Schnittstelle dar. Der Einsatz von Genesungsbegleitung bzw. Peer-Beratung könnte hier ein Baustein sein, den stabilisierenden konstanten Bezugskontakt zu erhalten und die möglichen Hilfen beim Selbstmanagement der psychischen Erkrankung im Übergang von der klinischen Betreuung ins häusliche Umfeld zu gewährleisten¹. Die LVR-Klinik Mönchengladbach hat ein entsprechendes Konzept erstellt und erprobte als erste LVR-Klinik seit 10/2019 modellhaft die Umsetzung (s. Vorlage Nr. 14/4147).

Im Projektverlauf wurde durch die Projektgruppe ein **Rahmenkonzept** zum Einsatz von Genesungsbegleitenden im LVR-Klinikverbund erarbeitet (siehe **Anlage**), um eine Verstärkung des durchgehend als sinnvoll erachteten Angebots zu fördern und weiter auszubauen. Das Rahmenkonzept bindet bisherige klinische Erfahrungen in Bezug auf Vorbereitung sowie Umsetzung der Implementierung des Angebotes, bietet damit einen Orientierungsrahmen für die Kliniken und soll darüber hinaus ermutigen, gemeinsam mit Genesungsbegleitenden neue Wege in der Versorgung von Patient*innen zu denken und umzusetzen.

Das am 01.04.2016 gestartete Projekt hatte eine Laufzeit von knapp sechs Jahren und endete zum 31.12.2021. Mit Stand vom 17.04.2023 sind 43² Genesungsbegleiter*innen in den LVR-Kliniken tätig. Alle LVR-Kliniken haben sich an der Umsetzung des Angebotes beteiligt und setzen Genesungsbegleitende in unterschiedlichem Umfang und verschiedenen Behandlungsformen ein (s. f. Abb. 1 und 2).

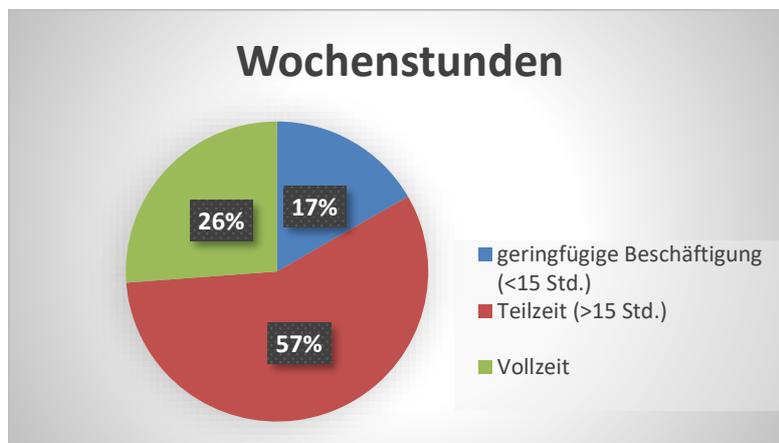


Abb. 1 Beschäftigungsumfang

¹ Hierauf wurde unter anderem von Vertreter*innen der Psychiatrieerfahrenen-Verbände im 1. LVR-Dialog-Forum Inklusion und Menschenrechte am 22.11.2017 hingewiesen.

² Zum 01.05. und zum 15.06.2023 werden zwei weitere Genesungsbegleitenden im Klinikverbund ihre Arbeit aufnehmen.

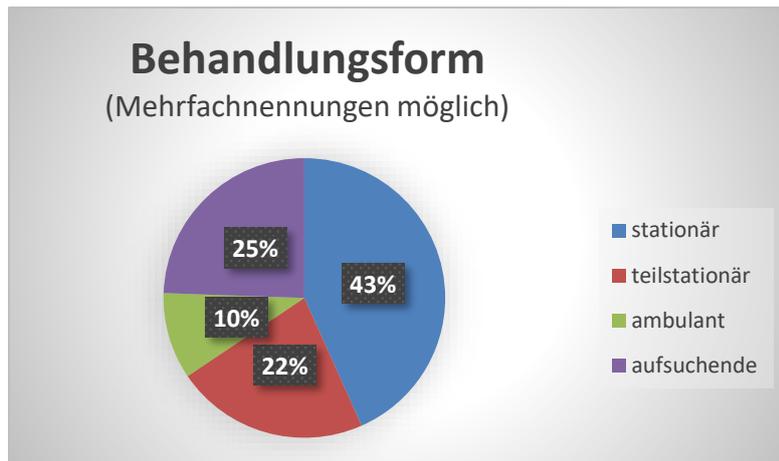


Abb. 2 Einsatzfelder der Genesungsbegleitenden

3. Ausblick und weitere Planung

Das gemeinsam mit Klinikvertreter*innen konstituierte Rahmenkonzept sieht langfristig einen Einsatz von mindestens einer*inem Genesungsbegleiter*in pro Organisationseinheit vor. Hierbei sind die klinikinternen Vernetzungsstrukturen zur Stärkung der Rolle der Genesungsbegleitenden als zentral hervorzuheben. Neben den bisherigen Erfahrungen in Bezug auf die Einsatzmöglichkeiten werden auch die Ausweitung der Einbeziehung von Genesungsbegleitenden in neue, aufsuchende Behandlungsformen hervorgehoben. Der Einsatz in geschützten Behandlungssettings sollte ebenfalls weiter forciert werden.

Die oben angeführte Zielsetzung setzt allerdings eine angemessene Refinanzierung durch die Kostenträger*innen voraus.

Die „Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V – PPP-RL“ sieht erstmals die Berufsgruppe der Genesungsbegleitenden explizit vor – auch wenn sie keine Minutenwerte im Sinne der Mindestvorgabe definiert. Gleichzeitig spricht die PPP-RL einen hohen Empfehlungsgrad zum Einsatz der Genesungsbegleitung in ihren Qualitätsempfehlungen nach § 9 aus. Nach § 2 Abs. 10 PPP-RL gehört die Genesungsbegleitung zu den gesondert zu verhandelnden Tatbeständen und ist durch die Gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren. Der LVR-Klinikverbund hat deshalb diesen Ausnahmetatbestand in die Budgetverhandlungen der LVR-Kliniken seit dem Jahr 2020 eingebracht, sobald ein Einsatz erfolgte. Eine Finanzierung des Teils der Peer-Beratung, der im stationären oder teilstationären Kontext der Behandlung durchgeführt wird, wird bislang durch die Kostenträger anerkannt. Allgemein anerkannte Anhaltswerte für eine Bedarfsbemessung gibt es allerdings für den Peer-Einsatz bislang nicht.

Insgesamt kann der aktuelle Stand nach Projektdurchführung als positiv gewertet werden. Seitens des FB 84 wird hierbei vor allem die Förderung und Stärkung der „neuen“ Rolle der Genesungsbegleiter*innen im klinischen Kontext als wesentliche Bestandteile hervorgehoben, die sich im Projektverlauf deutlich herauskristallisiert haben. Die Etablierung von gefestigten klinikübergreifenden Strukturen ist daher von hoher

Relevanz, weil diese weiterhin eine notwendige Unterstützung für die Genesungsbegleitenden darstellen. Daher sind die bisher etablierten klinikübergreifenden Strukturen (wie z.B. das Fachforum Genesungsbegleitung und klinikübergreifende regionale Supervisionsangebote), welche den Genesungsbegleitenden als Austauschmöglichkeit dienen, weiterhin zu fördern.

Der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit EX-IN-Ausbildungsinstituten wird empfohlen. So können zukünftige Genesungsbegleitende die LVR-Kliniken bereits im Rahmen ihrer praktischen Einsätze kennenlernen. Die Kliniken haben die Möglichkeit, die zukünftigen Kolleg*innen gezielt anzusprechen, um sie nach absolvierter Qualifizierungsmaßnahme als Mitarbeitende zu gewinnen.

Um den Ausbau des Angebots von Genesungsbegleitenden im LVR-Klinikverbund in jeglichen Behandlungsformen wie -settings langfristig sicher zu stellen, sollte eine Qualifizierungsmaßnahme (nach dem Curriculum von EX-IN NRW bzw. EX-IN Deutschland) auch im Klinikverbund selbst etabliert werden. Diese soll sinnvollerweise in enger Kooperation mit dem LVR-IFuB (Sparte Bildung) angeboten werden. Eine entsprechende Zielvereinbarung für das Jahr 2024 wird angestrebt. Die praktischen Einsätze im Rahmen der Qualifizierungsmaßnahme können auf diese Weise fokussierter über den Klinikverbund hinweg absolviert werden, sodass alle Kliniken von den zentralen, LVR-internen EX-IN-Kursen profitieren werden. Als ein weiterer förderlicher Faktor ist zu benennen, dass über eine solche Ausweitung der Arbeit der Genesungsbegleitenden in den Kliniken entsprechende Potenziale bei Patient*innen erkannt werden können. So könnte z.B. eine gezielte Rekrutierung von möglichen Fortbildungsinteressent*innen (Patient*innen des LVR-Klinikverbundes) erfolgen³.

In Bezug auf die weitere Förderung der Arbeit von Genesungsbegleitenden besteht derzeit ein enger Austausch zwischen der bisherigen Projektleitung (FB 84) und dem IFuB (Sparte Forschung), um sich differenzierter mit der Frage der Wirksamkeit bzw. mit Effekten der Arbeit der Genesungsbegleitenden in den LVR-Kliniken auseinander zu setzen. Die dahinterstehenden Bemühungen sollen die Arbeit der Genesungsbegleitenden und den Ausbau der Angebote generell unterstützen.

Das Rahmenkonzept zum Einsatz von Genesungsbegleitenden im LVR-Klinikverbund soll mit zukünftigen klinischen Erfahrungen angereichert und in Revisionen fortgeschrieben werden. Dies soll helfen, Synergieeffekte im Klinikverbund ganzheitlich zu nutzen und das Angebot zielführend in der Patient*innenversorgung zu verankern und auszubauen. Darüber hinaus kann es helfen, die Attraktivität des LVR-Klinikverbunds als Arbeitgeber nicht nur für Genesungsbegleitende, sondern insgesamt zu fördern.

In Vertretung

W e n z e l – J a n k o w s k i

³ Vgl. hierzu auch Vorlage Nr. 15/1460 (Reise des GA, Oktober 2022) zur Ausbildung von Genesungsbegleitenden im Pfalzlinikum Klingenmünster: 2.9.3 Sicht der Nutzenden – Peers und Genesungsbegleitungen

Rahmenkonzept zum Einsatz von Genesungsbegleiter*innen

IM LVR-KLINIKVERBUND

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	3
Einleitung	4
Aktueller Stand im LVR-Klinikverbund	5
Ziel und Geltungsbereich	6
Inhalte der EX-IN Ausbildung	7
Stabilisieren	7
Sensibilisieren	7
Orientieren.....	7
Reflektieren.....	8
Fürsprache	8
Aufklärungsarbeit.....	8
Implementierung von Angeboten der Genesungsbegleitung im LVR-Klinikverbund	8
Grundvoraussetzungen / Rahmenbedingungen	8
Einstellungsvoraussetzungen.....	9
Tarifliche Eingruppierung	9
Inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung der Tätigkeit als Genesungsbegleiter*in (Aufgabenprofil).....	9
Vorbereitungen in der jeweiligen Organisationseinheit (zukünftiges Team).....	11
Empfehlungen zu unterschiedlichen Einsatzgebieten (Behandlungssettings) im LVR- Klinikverbund	13
Fort- und Weiterbildung	15
LVR-Pflegeschulen.....	15
Teilnahme an Fort- und Weiterbildung.....	16
Supervision / Reflexionsgruppen / Vernetzungsformate	16
Trialogische Angebote und Strukturen im LVR-Klinikverbund	17
Trialog	17
(Weiter-)Entwicklung trialogischer Angebote und Strukturen.....	17
Zusammenfassung und Ausblick.....	19
Anhang	21
Beispiel einer Tätigkeitsbeschreibung „Genesungsbegleiter*in“ im LVR-Klinikverbund“	21
Beispiel einer Stellenausschreibung für Genesungsbegleitende im LVR-Klinikverbund	23

Abkürzungsverzeichnis

Bsp.	.....	<i>Beispiel</i>
bzgl.	.....	<i>bezüglich</i>
bzw.	.....	<i>beziehungsweise</i>
DFPP	.....	<i>Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege</i>
DGPPN	.....	<i>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde</i>
DNQP	.....	<i>Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege</i>
EG	.....	<i>Entgeltgruppe</i>
EX-IN	.....	<i>"experienced involvement"</i>
GB	.....	<i>Genesungsbegleitung</i>
KIS	.....	<i>Krankenhausinformationssystem</i>
LVR	.....	<i>Landschaftsverband Rheinland</i>
TN	.....	<i>Teilnehmer*innen</i>
UN-BRK	.....	<i>UN-Behindertenrechtskonvention</i>
StäB	.....	<i>stationsäquivalente Behandlung</i>
z.B.	.....	<i>zum Beispiel</i>
ZV	.....	<i>Zielvereinbarung</i>

Folgende Mitarbeiter*innen aus dem LVR-Klinikverbund haben an der Erstellung des Rahmenkonzeptes zum Einsatz von Genesungsbegleiter*innen im LVR-Klinikverbund im Rahmen des Projektes „*Erprobung von Angeboten der Genesungsbegleitung in den LVR-Kliniken*“ unter der Leitung von Frau Schröder und Herrn Dr. Baar mitgewirkt:

Frau Brocksieper, Julia (Mönchengladbach), Herr Derissen, Stephan (ZV), Frau Franck, Claudia (Bedburg-Hau), Frau Prof. Dr. Franke, Petra (Düsseldorf), Frau Gawlak, Katharina (Düren), Herr Grell, Joergen (Bedburg-Hau), Herr Hannen, Thomas (Düren), Herr Hax-Schoppenhorst, Thomas (Düren), Frau Himmel, Claudia (Essen), Frau Jahnke, Bettina (PHG-Viersen), Frau Jäger, Doris (Köln), Frau Jansen-Ophei, Ilse (Viersen), Herr Kemmer, Holger (IFuB/Bildung), Frau Knabenschuh, Patricia (ZV), Frau Schmidt, Marlene (Essen), Frau Krings, Christine (Langenfeld), Frau Ludowisy-Dehl, Silke (Langenfeld), Herr Maas, Klemens (Düsseldorf), Herr Dr. Marggraf, Ralph (Viersen), Herr Möller, Jochen (Mönchengladbach), Frau Monheimius, Hanna (Viersen), Herr Nowack, Mark (Bonn), Frau Olschowski, Iris (Mönchengladbach), Frau Dr. Reinholz, Ulrike (Köln), Herr Schätzer, Norbert (GPR-Köln), Herr Schmitz, Stephan (ZV), Herr Schultz, Karlheinz (Langenfeld), Frau Thissen, Katrin (Bedburg-Hau), Frau Trost, Andrea (Köln), Frau Weide, Amelie (IFuB/Forschung), Herr Werner, Dirk (Bonn)

Einleitung

Peer-Support im Sinne von „Genesungsbegleitung“ etabliert sich zunehmend im psychiatrischen Versorgungssystem in Deutschland. Als innovatives wie auch bereits anerkanntes Verfahren wird es in zahlreichen ambulanten und stationären Einrichtungen eingesetzt (Trachtenberg et al., 2013). Menschen, die sowohl Erfahrungen mit psychischer Erkrankungen als auch deren Behandlung gemacht haben (sogenannte Genesungsbegleiter*innen, Erfahrungsexperten oder engl. peers), können eine neue Qualität der lebensnahen, lebensorientierten, nicht-stigmatisierenden Unterstützung in psychiatrische Versorgungssysteme einbringen.

Auch in den LVR-Kliniken ist der Einsatz von Genesungsbegleitenden in unterschiedlichen Behandlungskontexten bereits seit 2015 erfolgreich erprobt worden.

Die Verbundzentrale hat den Einsatz von Genesungsbegleitenden in den institutionellen Zielvereinbarungen verankert: „Der LVR-Klinikverbund stärkt die Partizipation, Patientenautonomie und Selbstverantwortung“ (ZV1/Zielbild 2020).

Dabei fokussiert die Zielsetzung auf eine positive Grundhaltung der Klinikmitarbeitenden in Richtung des LVR-Aktionsplans und der darin enthaltenen Zielrichtung „Die Partizipation von Menschen mit Behinderungen im LVR ausgestalten“, in dem die Förderung von Autonomie und Partizipation der Patient*innen in der Behandlung durch Genesungsbegleitende unmittelbar positiv beeinflusst wird. Im Sinne der UN-BRK geht es hier einerseits um die Inklusion von (ehemals) seelisch erkrankten Menschen ins Arbeitsleben und andererseits um die Chance zur Verbesserung von Arbeitsergebnissen in der klinischen Behandlung der Patient*innen, zur Erleichterung ihrer Umsetzung und zur Sicherung ihrer nachhaltigen Wirkung.

Der Einbezug von speziell ausgebildeten Genesungsbegleitenden wird in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde ebenfalls aufgegriffen, und es wird empfohlen, dieses Versorgungsangebot in der Routinebehandlung umzusetzen. Empfehlung 9: „Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollte Peer-Support unter Berücksichtigung ihrer Wünsche und Bedarfe zur Stärkung des Recovery-Prozesses und zur Förderung der Beteiligung an der Behandlung angeboten werden. (...)“ (DGPPN, 2018).

Mit ihrer Arbeit stärken Genesungsbegleitende die gesunden Anteile von psychisch erkrankten Menschen. Sie vermitteln Hoffnung und den Glauben an eine gute Lebensqualität trotz psychischer Erkrankung. Negative Wirkungen des Peer-Supports sind bisher nicht bekannt (DFPP, 2018).

Peer-Support nutzt die sehr individuellen und sehr unterschiedlichen Erfahrungen der (ehemals) Betroffenen, fokussiert auf Stärken und Fähigkeiten und unterstützt im Aufbau von Hoffnung, Toleranz sowie gegenseitigem Respekt und Gleichberechtigung. Es wird davon ausgegangen, dass Peer-Arbeit nicht nur einen Nutzen für die Betroffenen bringt, sondern auch förderliche Auswirkungen auf das allgemeine therapeutische Klima in Behandlungs- und Versorgungseinrichtungen haben und den Kampf gegen Stigmatisierung unterstützen kann (DGPPN, 2018). Bedingt durch den positiven Effekt auf das Behandlungsmilieu sowie auf die Haltung des multiprofessionellen Behandlungsteams sollte der Einsatz von Genesungsbegleitenden insgesamt auch als ein Element im Rahmen

von institutionellen Gewaltschutzkonzepten mitgedacht werden (LVR-Gewaltschutzkonzept, Vorlage 15/300).

Durch ihre Vorbildfunktion können Genesungsbegleitende eine Brücke in das Versorgungssystem für jene Patient*innen bauen, die (bisher) keinen Zugang hierzu finden konnten sowie Vorbehalte gegenüber dem System haben oder hier bereits schlechte Erfahrungen gemacht haben (Gillard et al, 2014; Repper & Carter, 2011).

Vor diesem Hintergrund kann angenommen werden, dass Genesungsbegleitung eine bedarfsgerechtere Inanspruchnahme sowie eine bessere Bewertung ambulanter, teilstationärer und komplementärer Versorgungsangebote fördern kann. Die Einstellung und Integration von Genesungsbegleitenden werden vielerorts (noch) als Herausforderung erlebt und sind auch mit einer Reihe notwendiger organisatorischer Veränderungen verbunden (Utschakowski, 2015).

Genesungsbegleitung orientiert sich an den grundlegenden Konzepten von Partizipation, Empowerment und Recovery. Damit liegt der Fokus der Genesungsbegleitung auf aktiver Beteiligung, auf der Stärkung der Selbstbefähigung und der Unterstützung eines Prozesses von persönlichem Wachstum und Entwicklung der Betroffenen. In unterschiedlichen Studien konnte gezeigt werden, dass die Einführung von Genesungsbegleitung neben einer Verbesserung der individuellen Recovery zu einer Erhöhung der Recovery-Orientierung in psychiatrischen Institutionen beitragen kann (Repper & Carter, 2011) und somit über die damit einhergehende Stärkung von Patientenorientierung und –autonomie zu einer Verringerung von Zwangsmaßnahmen und zum Abbau der Stigmatisierung psychisch Erkrankter beiträgt.

Eng verbunden mit einer Verbesserung der persönlichen Recovery-Orientierung ist eine Verbesserung der Selbstwirksamkeit. So legt eine aktuellere Studie nahe, dass durch eine Ergänzung der Routinebehandlung durch speziell ausgebildete Genesungsbegleitende die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung als Teil einer Recovery-Orientierung bei Patient*innen erhöht werden konnte (Mahlke et al., 2017).

Insbesondere in Krisensituationen haben Genesungsbegleiter*innen vor dem Hintergrund des eigenen Erfahrungswissens eine wichtige Mittlerfunktion. Erfahrungsberichte (s. z. B. „Weddinger Modell“, Mahler et al. 2013) stützen die Sinnhaftigkeit des Einsatzes bei Kriseninterventionen im Akutbereich, wobei auf größeren Aufnahmestationen der Einsatz von mindestens zwei Genesungsbegleitenden anzustreben ist.

Belege zum Rückgang von zwangsweisen Aufnahmen in psychiatrische Kliniken durch die Unterstützung von Genesungsbegleitung wurden ebenfalls bereits gefunden (Greenfield et al, 2008; Repper & Carter, 2011).

Aktueller Stand im LVR-Klinikverbund

Das Projekt „Erprobung von Angeboten der Genesungsbegleitung in den LVR-Kliniken“ hat zum 01.04.2016 begonnen mit dem Ziel, Angebote der Genesungsbegleitung in unterschiedlichen Behandlungskontexten der LVR-Kliniken zu etablieren, um auf diese Weise das Angebotsspektrum in den LVR-Kliniken zu erweitern.

Das Projekt ist dem Verbundziel „Partizipation, Selbstbestimmung, Empowerment“ zuzuordnen und soll zur „Stärkung der Patientenautonomie und Selbstverantwortung“ beitragen.

Zu Projektbeginn wurde festgelegt, dass bei der Durchführung der modellhaften Erprobung die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der LVR-Kliniken berücksichtigt werden und der Einsatz von Genesungsbegleitenden in verschiedenen Umsetzungsvarianten möglich ist.

Die klinikspezifischen Angebote der Genesungsbegleitung sollten im Projektverlauf erprobt, evaluiert und gegebenenfalls weiterentwickelt werden.

Die Gesamtverantwortung für die klinikspezifische Umsetzung liegt beim jeweiligen Klinikvorstand. Die Verantwortung für den Einsatz und die klinikinternen Angebote der Genesungsbegleitung wird multiprofessionell wahrgenommen: hier besteht eine gemeinsame ärztliche und pflegerische Verantwortung.

Der Klinikvorstand wirkt in einem ersten Schritt darauf hin, dass mindestens zwei Genesungsbegleitende pro LVR-Klinik eingestellt werden, wobei die Erfahrungen im Laufe des Projekts deutlich gemacht haben, dass eine wirkliche Etablierung dieser besonderen Gruppe von Mitarbeitenden und der damit verbundenen Angebote erst mit einer deutlich höheren Zahl von Genesungsbegleitenden innerhalb einer Klinik erreicht werden kann. Es empfiehlt sich dringend, Genesungsbegleitung in der konzeptionellen Weiterentwicklung von Abteilungen zu berücksichtigen. Mittel- bis langfristig sollten daher mindestens zwei Genesungsbegleitende in jeder Fachabteilung eingebunden werden, wobei hier die individuelle Größe jeder LVR-Klinik wie auch die Schwerpunkte der einzelnen Fachabteilungen Berücksichtigung finden.

Genesungsbegleitende an einem Standort sollten untereinander regelhaft im Kontakt und gegenseitig als wichtige Ansprechpersonen zur Verfügung stehen. Bei einer Tätigkeit in großen Akutaufnahmestationen ist der gleichzeitige Einsatz von (mindestens) zwei Genesungsbegleitenden zur gegenseitigen Entlastung und Unterstützung besonders wünschenswert.

Im Projektverlauf wurden durch die Verbundzentrale entsprechende Veranstaltungen durchgeführt bzw. Informations-, Kommunikations- sowie Unterstützungsstrukturen geschaffen. In dem hier vorliegenden Rahmenkonzept wurden (Projektende: 31.12.2021) die klinischen Erfahrungen aus dem Projektzeitraum gebündelt, um zukünftig eine Verstetigung des durchgehend als sinnvoll erachteten Angebotes zu erreichen und weiter auszubauen.

Ziel und Geltungsbereich

Grundsätzliches übergreifendes Ziel ist die klinikweite Integration von Genesungsbegleitung als ein ergänzendes Element im gesamten Behandlungs- und Genesungsprozess.

Hiermit sind alle Behandlungssettings in allen Fachgebieten gemeint, von der Aufnahme bis zur ambulanten Nachsorge. In diesem Rahmen sollen Genesungsbegleitende, da sie beide Perspektiven kennen, als Brücke bzw. Vermittelnde zwischen Patient*innen und dem multiprofessionellen Team wirken.

Die Einbeziehung von Genesungsbegleitenden zielt ergänzend darauf ab,

- Menschen in seelischen Krisen zu unterstützen, ihre Autonomie zu stärken und ihnen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wieder zu ermöglichen und der noch immer vorhandenen Stigmatisierung entgegenzuwirken

Rahmenkonzept „Genesungsbegleitung im LVR-Klinikverbund“

- Patient*innen bei der Rückgewinnung von Alltagskompetenzen, der Entwicklung von Copingstrategien sowie von Wohlbefinden zu begleiten und zu unterstützen
- das Kompetenz- und Angebotsspektrum der LVR-Kliniken zu erweitern und damit strukturell zu einer Empowerment-orientierten, verbesserten psychiatrischen Behandlung beizutragen
- das multiprofessionelle Behandlungsteam um eine weitere Perspektive zu ergänzen: durch das aktive Einbringen des Erfahrungswissens soll bei den übrigen Professionen das Verständnis bzw. die Empathie für die Patient*innen und somit eine patientenzugewandte Haltung gefördert werden

Das vorliegende Rahmenkonzept soll ein Leitfaden für die praktische Umsetzung sowie Orientierung zur Implementierung von Genesungsbegleitenden in den LVR-Kliniken sein. Dies bezieht sich auf alle in den Kliniken angebotenen Behandlungsformen sowie -settings.

Inhalte der EX-IN Ausbildung

Eine erfolgreich abgeschlossene und zertifizierte einjährige EX-IN Ausbildung ("experienced involvement") zur/zum Genesungsbegleiter*in ist Einstellungs Voraussetzung für die Tätigkeit als Mitarbeitende*r in den LVR-Kliniken. Die im Folgenden ausgeführten **sechs** Kategorien leiten sich aus den Inhalten der EX-IN Ausbildung ab und bilden eine wichtige Grundlage für den klinischen Arbeitsalltag. Hierbei wird der Fokus auf eine*n akut krisenhafte*n Patient*in gelegt, in deren bzw. dessen Genesungsverlauf sich auf der Basis der EX-IN Methode vom „Ich- über das Du- zum Wir-Wissen“ verschiedene Reflexionsräume öffnen.

Stabilisieren

Zielt auf Erlangen und Erhalten von Hoffnung und Gesundheit sowie Entdecken und Mobilisieren stützender Faktoren (eigene Ressourcen und im Lebensumfeld der Patient*innen).

Themen für die Patient*innen sind hier z. B. Selbstannahme, Erkennen eigener hilfreicher Bewältigungsstrategien, Entdecken eigener Stärken und Potentiale sowie die Vorsorge und Krisenbegleitung.

Sensibilisieren

Zielt auf die Förderung einer achtsamkeitsbasierten und ressourcenorientierten Haltung. Für die Patient*innen stehen Entdecken und Fördern der Selbstfürsorge und Selbstheilungskräfte zur Erholung, die Besserung der Gesundheit, die Wiederherstellung und die Rückgewinnung eigener Stärken und Potentiale ebenso wie das Aufdecken und Überwinden von Selbst- und Fremdstigmatisierungen im Vordergrund.

Orientieren

Zielt auf eine zukunftsgerichtete, subjektive Neuaufstellung in bewusster Wahrnehmung und Anerkennung der eigenen Vulnerabilität der Patient*innen.

Thematisch werden das Selbstmanagement, die Patientenautonomie und die Selbstvertretung gefördert. Das Bewusstwerden und Artikulieren der subjektiven Bedürfnisse gegenüber medizinischen, pflegerischen, therapeutischen Akteuren stehen im Vordergrund. Weitere Themen sind:

Rahmenkonzept „Genesungsbegleitung im LVR-Klinikverbund“

- Eigene Vorsorge: z. B. Behandlungsvereinbarung, Frühwarnzeichen und Krisenplan
- Hilfesystem: Lotsenhilfe und Wahlmöglichkeiten schaffen, bedürfnis- und bedarfsgerechte Hilfeplanung
- Soziale Teilhabe: aktive Lebensgestaltung mit der eigenen Vulnerabilität, Integration in soziale und kulturelle Zusammenhänge des Sozialraums

Reflektieren

Zielt auf sinnstiftende und Empowerment fördernde Kontextualisierung von Lebenskrisen. Es erfolgt eine Unterstützung bei der Aufarbeitung der Lebensgeschichte, der Krankheitsgeschichte (Biografiearbeit), der inneren Einordnung und Sinngebung sowie ein Perspektivwechsel.

Fürsprache

Zielt auf die Unterstützung durch Vertretung, Vermittlung, Übersetzung, Begleitung im Kontakt mit Angehörigen (Trialog), medizinischen, pflegerischen, therapeutischen Anbietern, betreuenden psychosozialen Diensten, Behörden, Krankenkassen, Vermieter*innen, Arbeitgeber*innen etc.

Genesungsbegleitende unterstützen bei der Integration in soziale und kulturelle Zusammenhänge des Sozialraums (soziale Teilhabe).

Aufklärungsarbeit

Umfasst Schulungen für Fachkräfte im Gesundheitswesen zur Bewusstseinsbildung im Sinne einer institutionellen Recovery-Orientierung: weg von der Risiko-Aversion hin zu einem positiven Risikomanagement in enger und gleichberechtigter Absprache mit den Patient*innen.

Implementierung von Angeboten der Genesungsbegleitung im LVR-Klinikverbund

Die/der Genesungsbegleiter*in ist Mitarbeiter*in der jeweiligen Klinik, somit Teil des multiprofessionellen Behandlungsteams und in den überwiegenden Fällen einer Fachabteilung zugeordnet. Der Einsatz kann in unterschiedlichen Behandlungssettings bzw. -formen erfolgen. Hierbei ist sollte die Bereitstellung entsprechender Infrastruktur als grundsätzliche Voraussetzung für die Arbeit der Genesungsbegleitenden selbstverständlich sein. Je nach Aufgabenbereich ist hierbei die Anbindung an bzw. die feste Integration in ein Team unabdingbar.

Grundvoraussetzungen / Rahmenbedingungen

Im Rahmen der Einstellung für eine entsprechende Fachabteilung sowie im Hinblick auf die Einsatzplanung soll berücksichtigt werden, dass Genesungsbegleitende in der Regel nicht in Bereichen tätig werden, in denen sie betreut bzw. behandelt wurden. Auch sollte bei Auftreten einer erneuten Krise eine Versorgung bzw. Behandlung grundsätzlich eher nicht in der Fachabteilung erfolgen, in der die/der Genesungsbegleiter*in tätig ist.

Rahmenkonzept „Genesungsbegleitung im LVR-Klinikverbund“

Eine andere Betrachtungsweise ergibt sich möglicherweise aufgrund der Differenzierung zwischen festangestellten Genesungsbegleitenden als Mitarbeitende der Klinik vs. Honorarkräften.

Weiter sollte die Möglichkeit eingeräumt werden, klare Regelungen bei Auftreten einer persönlichen Krise anzusprechen und abzustimmen.

Einstellungsvoraussetzungen

Wie in allen Berufsgruppen, die im klinischen Kontext tätig sind, muss auch bei den Genesungsbegleitenden eine entsprechende formale Qualifikation vorliegen.

Die Einstellungsvoraussetzung ist eine erfolgreich abgeschlossene und zertifizierte einjährige EX-IN Ausbildung ("experienced involvement") zur/zum Genesungsbegleiter*in.

Tarifliche Eingruppierung

Grundsätzlich gilt für den gesamten Klinikverbund, das Genesungsbegleitende sozialversicherungspflichtig beschäftigt werden. Ausnahmen sind im gegenseitigen Einverständnis zwischen Genesungsbegleitenden und der jeweiligen Klinik je nach persönlichen Lebensumständen möglich. Die Eingruppierung erfolgt bislang in der Vergütungsgruppe EG 3, oder behelfsweise in der P5 (Vergütungsgruppe des Pflegedienstes). Von einer Eingruppierung in die P-Tabelle wird allerdings abgeraten. Zum einen, weil es der Emanzipation der noch jungen Berufsgruppe wenig zuträglich ist, zum anderen, weil eine Höhergruppierung (höher als P5) in dieser Systematik nicht möglich ist. In Abstimmung mit den zuständigen Abteilungen der Zentralverwaltung wurde das beigefügte Aufgabenprofil anhand der Mindestanforderungen an Genesungsbegleitende erstellt und einer Stellenbewertung zugeführt. Das vorliegende Aufgabenprofil orientiert sich ausschließlich an den Mindestanforderungen, die von Genesungsbegleitenden zu erwarten sind. Diese Tätigkeiten würden nach EG 4, Fallgruppe 2 TVöD-K/VKA zu bewerten sein. Grundsätzlich ist auch eine höhere Bewertung denkbar, wenn die tarifrechtlichen Voraussetzungen dafür vorliegen. Sofern auf Kompetenzen zurückgegriffen wird, welche im Rahmen einer vorausgegangenen beruflichen Qualifizierungsmaßnahme (Grundausbildung sowie Zusatzqualifikationen) erworben wurden (persönliches professionelles Profil), und diese für die Ausübung der Tätigkeit in der Klinik relevant sind, sind diese in das Aufgabenprofil aufzunehmen. Das Aufgabenprofil sollte Grundlage für eine individuelle Stellenbewertung sein und somit auch eine Zuordnung der entsprechenden Vergütungsgruppe im Rahmen der Eingruppierung ermöglichen. So können Unterschiede in Bezug auf das Aufgabenprofil und den damit verbundenen Einsatzorten in den LVR-Kliniken berücksichtigt werden. Von einer zeitlichen Befristung der Arbeitsverträge sollte abgesehen werden.

Inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung der Tätigkeit als Genesungsbegleiter*in (Aufgabenprofil)

Grundsätzlich sind Genesungsbegleitende dahingehend qualifiziert, in der Gesundheitsversorgung als Peers vorzugsweise in multiprofessionellen Teams tätig zu werden, um auf der Basis der eigenen Erfahrungsexpertise (Durchleben seelischer Erschütterung und deren Reflexion) Patient*innen im Klinikverbund im Prozess des

Wiedererstickens zu begleiten und zu unterstutzen. Diese Ressourcen und Fdhigkeiten sollen die Qualitt und Effizienz der psychiatrischen Behandlung unterstutzen und verbessern.

Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass es sinnvoll ist, Patient*innen ber die Tdtigkeiten sowie patientenbezogenen Angebote der Genesungsbegleitenden zu informieren¹. AuBerst wirksam ist die Vorstellung der Angebote im persnlichen Kontakt mit den jeweiligen Genesungsbegleitenden.

Dem Anhang ist eine exemplarische Tdtigkeitsbeschreibung (Aufgabenprofil) zu entnehmen. Diese soll fr die Kliniken lediglich zur Orientierung dienen. Die klinik- bzw. abteilungsspezifischen Erwartungen an diese Stelle sollten sich in den klinikspezifischen Funktionsbeschreibungen wiederfinden. Darber hinaus sollte im Rahmen des Bewerbungsverfahrens auch auf die persnlichen professionellen Profile, welche im Rahmen der Ausbildung angelegt wurden, Bezug genommen werden. Hier knnten sich weitere Kompetenzen auftun, welche bislang nicht gefordert wurden, aber fr die Arbeit im klinischen Kontext mglicherweise von Bedeutung sein knnen. Ferner stellt das Aufgabenprofil eine Abgrenzung zu ubrigen Tdtigkeiten dar – insbesondere im Bereich des Pflege- und Erziehungsdienstes. Darber hinaus soll es den Stelleninhaber*innen Sicherheit und Orientierung in der Ausbung der Tdtigkeit geben und helfen, sich mit der neuen Rolle im klinischen Kontext einzubringen.

Zustndigkeiten in Bezug auf die Kernprozesse

Die Ausgestaltung der Aufgaben von Genesungsbegleitung beziehen sich u. a. auf Themen wie Hoffnung, Recovery und Empowerment, innerhalb der Alltagsbegleitung oder in speziell dafur gestalteten individuellen Angeboten. Sowohl stationr als auch ambulant sollten diese Themen, im Rahmen der Kernprozesse, durch die Genesungsbegleitung, proaktiv eingebracht werden und so Bercksichtigung finden. Dies kann im Rahmen von Einzel- und Gruppengesprchen sein, aber auch ber gemeinsames Handeln und Tun. Als Beispiele hierfr knnen u. a. psychoedukative Angebote, Genesungsgruppen oder soziotherapeutische Angebote, wie z. B. das gemeinsame Einkaufen oder Kochen, angefhrt werden.

Das individuelle Vorgehen muss, analog zur Behandlungsplanung, gestaltet und abgestimmt werden und sich somit an den jeweiligen Zielen und Bedarfen der Patient*innen orientieren. Diese Planung soll sich dabei ber den stationren Rahmen hinaus erstrecken und kann, je nach Ausgestaltung, im ambulanten Rahmen weitergefuhrt werden. Im ambulanten Setting kann ergnzend die Angehorigenarbeit, im Sinne von Vermittlung und Aufklrung, zum Bestandteil der Aufgaben von Genesungsbegleitung werden.

Die Genesungsbegleitenden sind Teil des multiprofessionellen Teams und bieten ihre persnlichen Erfahrungen den Kolleg*innen zur Reflektion ihres tgllichen Tuns an und erweitern somit die Perspektive in der Arbeit mit den Patient*innen. Daher ist die Teilnahme der Genesungsbegleitenden an Teamsitzungen, Supervisionen und Visiten allgemeiner Bestandteil des Aufgabenprofils.

Der beschriebene Prozess und die damit verbundene Erweiterung der Perspektive kann die Milieugestaltung in den jeweiligen Bereichen nachhaltig positiv beeinflussen.

¹ z. B. in Vorstellungs-, Morgenrunden oder hnliche Zusammenkfnfte mit den diensthabenden Teammitgliedern und der gesamten Patient*innengruppe, Aushnge in Form von Plakaten, Flyern, Infobroschre zum Angebot des Behandlungssettings etc.

Die erbrachten Leistungen müssen, ebenso wie bei Mitarbeitenden anderer Berufsgruppen üblich, in der jeweiligen Patient*innenakte im Krankenhausinformationssystem (KIS) dokumentiert werden. Hierfür erhalten die Genesungsbegleitenden einen KIS-Zugang. Eine separate berufsspezifische Rollendefinition (gelöst von den Rollendefinitionen, die dem Pflege- und Erziehungsdienst zugewiesen sind) im KIS wäre daher wünschenswert und wird weiterhin zeitnah angestrebt.

Ansprechpartner / verantwortliche Leitung

Die dienstrechtliche Zuständigkeit liegt bei der jeweils zuständigen Dualen Abteilungs- bzw. Stationsleitung. Darüber hinaus kann es klinikspezifische Regelungen geben, welche sich auf einen zentralen Ansprechpartner beziehen. Die Genesungsbegleitenden sind hierüber und über eine mögliche Trennung der Zuständigkeiten in Bezug auf fachliche Inhalte oder personelle Anliegen entsprechend zu informieren. Wie sonst auch, sollte diese Regelung einen verbindlichen Charakter haben. Gleiches gilt für die Regelungen von stellv. Ansprechpartner*innen.

Auch für mögliche Praktika im Rahmen der EX-IN Ausbildung und/oder des Bewerbungsverfahrens sollten verantwortliche Ansprechpersonen benannt sein. Im Rahmen der Einarbeitung empfiehlt sich die Etablierung eines Paten-Systems (siehe folgendes Kapitel).

Vorbereitungen in der jeweiligen Organisationseinheit (zukünftiges Team)

Die Etablierung der Genesungsbegleitung in den einzelnen Behandlungseinheiten und Fachabteilungen bedarf vorab einer umfassenden Vorbereitung. Hierzu zählen insbesondere die umfassende Information aller Mitarbeitenden, insbesondere durch vorausgegangene Informations- und Schulungsveranstaltungen zum Thema EX-IN/Genesungsbegleitung sowie Recovery. Im Idealfall werden bereits zu diesem Zeitpunkt Genesungsbegleitende und Mitarbeitende, die bereits Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Genesungsbegleitenden haben, mit einbezogen. Empfohlen wird, dass die dualen Leitungen die Veranstaltungen begleiten, damit deutlich wird, dass die Implementierung von dieser Seite unterstützt wird, und dass Mitarbeitende aller Berufsgruppen des Behandlungsteams teilnehmen. Hierbei sollte ebenfalls Zeit und Raum für Gespräche, Diskussion und Rückfragen zur Klärung eventueller Unklarheiten, Vorbehalte oder Befürchtungen aller beteiligten Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt werden. Es sollte im Vorfeld eine offene, neugierige und wertschätzende Haltung im Behandlungsteam vorliegen. Weiter sollte ein Rahmen ermöglicht werden, in dem ein offener Austausch stattfinden kann, damit Fragen gestellt werden können. Gerade in Bezug auf das Aufgabenfeld der Genesungsbegleitenden sollte Klarheit hergestellt werden. Weiter könnte dieser Kontext auch genutzt werden, um gegenseitige Erwartungen zu klären. Sofern nicht alle Akteur*innen des multiprofessionellen Behandlungsteams zu oben angeführten Treffen zusammenkommen können, sollte mehr als ein Termin geplant werden, damit alle Berufsgruppen bzw. Teammitglieder sich „mitgenommen“ fühlen. Ziel ist es, dass die Genesungsbegleitenden als gleichwertige Kolleg*innen mit einer eigenen Expertise im multiprofessionellen Behandlungsteam aufgenommen werden. Um diesen Prozess zu begleiten bzw. zu unterstützen, bieten sich u. a. auch Konzepttage/Klausurtage und/oder Supervisionen an.

Bei der Darstellung der „neuen“ Rolle ist ebenfalls darauf abzustellen, dass Genesungsbegleitende Mitarbeitende der jeweiligen LVR-Klinik sind, für die analog

sämtliche Verfügungen, Regelungen und Vorgaben ebenso gelten wie für alle anderen Mitarbeitenden (z. B. Rundverfügungen des LVR, klinikinterne Regelungen wie Einarbeitungskonzepte, Dokumentationsvorgaben). Bedingt durch Einsatzort sowie -art können sich natürlich andere Arbeitsbedingungen abzeichnen als bei den übrigen Akteur*innen, worüber das jeweilige Behandlungsteam im Vorfeld umfänglich informiert werden sollte. Hierzu gehören insbesondere die Arbeitszeiten, die Funktionsbeschreibung (Aufgabenprofil) sowie die Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen (z. B. Tätigkeiten des Pflege- und Erziehungsdienstes). Hier können Angaben zu der Finanzierung der besagten Stelle ebenfalls hilfreich sein. Um die Umsetzung des abgestimmten Aufgabengebietes des Genesungsbegleitenden umfassend sicher zu stellen, sollte im Vorfeld die entsprechende Infrastruktur zur Verfügung gestellt werden. Hierbei sind Räumlichkeiten für Einzel- od. Gruppenangebote genauso zu berücksichtigen wie der Zugang zur elektronischen Patient*innenakte im KIS, um durchgeführte Leistungen dort zu dokumentieren und sich über die/den Patient*in umfassend informieren zu können.

In Hinblick auf die Vorbereitung kann es mitunter sinnvoll sein, wenn einzelne Mitarbeitende aus dem multiprofessionellen Behandlungsteam in Behandlungseinheiten/ Fachabteilungen hospitieren und in einen fachlichen Austausch treten, in denen bereits Genesungsbegleitende eingesetzt sind. Die Vermittlung von positiven Erfahrungen können einen positiven Einfluss auf die Akzeptanz haben. Bisherige Erfahrungen im Klinikverbund haben gezeigt, dass für die Einarbeitungsphase eine Begleitung durch eine*n bereits in der jeweiligen Klinik etablierte*n Genesungsbegleiter*in sinnvoll sein kann. Dies ermöglicht auch nach der Einarbeitungsphase einen regen Austausch unter den Genesungsbegleitenden in den unterschiedlichen Kliniken bzw. Fachabteilungen und trägt weiter zu Stärkung der Rolle bei. Um im Rahmen der Einarbeitung Kontinuität zu gewährleisten, ist der Einsatz einer Patin/eines Paten zu empfehlen, der die/den Genesungsbegleitende*n in den ersten Monaten der Einarbeitung begleitet. Sofern hierzu kein*e bereits etablierte*r Genesungsbegleiter*in zur Verfügung steht, kann diese Rolle z.B. von einer Pflegefachkraft übernommen werden. Abläufe, die sich auf die jeweilige Organisationseinheit beziehen, sowie Zuständigkeiten und Hierarchien sollten umfassend erläutert werden, um den Genesungsbegleitenden eine ausreichend gute Orientierung im neuen Arbeitsbereich zu ermöglichen. Ein regelmäßiger Austausch, auch dazu, wie die Rolle des Genesungsbegleitenden im Behandlungsteam wahrgenommen wird, kann für das neue Teammitglied ebenfalls ein wichtiger Orientierungspunkt sein.

Die Arbeit mit den Patient*innen sollte ebenfalls gemeinsam im Behandlungsteam aufgegriffen werden. Die Zielsetzung in Bezug auf das Angebot der Genesungsbegleitenden in der Station bzw. im Behandlungssetting sollte allen Teammitgliedern klar sein. Dies beinhaltet u. a. auch, wie verbindlich die Angebote von Genesungsbegleitenden mit den Patient*innen kommuniziert² werden oder ob dem neuen Teammitglied die Möglichkeit eingeräumt wird, sich in dieser Arbeit mit den Patient*innen zunächst „auszuprobieren“. Vorbehalte in Bezug auf die EX-IN Begleitung bei „schwierigen Patient*innen“ sollten im Vorfeld ausgeräumt werden, da diese als hinderlicher Faktor im Rahmen der Implementierung von Genesungsbegleitenden zu werten sind. Bürokratische Hürden bei der gemeinsamen Erarbeitung von entsprechenden Konzepten sind zu vermeiden. Weiter sollte im Kolleg*innenkreis ein Klima erzeugt werden, welches das Anzeigen von Unterstützungsbedarf ermöglicht. Wie bei allen Einarbeitungsprozessen sollte gerade in

² Freiwillige Teilnahmen am Therapieangebot der Genesungsbegleitenden, gemeinsam besprochener Therapieplan im Rahmen der Visite oder z. B. pflegerischen Bezugsgesprächen oder die persönliche Ansprache durch Genesungsbegleitenden selbst.

Bezug auf die Verbindung mit der Implementierung eines neuen Angebotes in der Station bzw. im Behandlungssetting eine ausreichende Fehlertoleranz sowie Geduld vorhanden sein. Gerade am Anfang können auch „Tandemprojekte“ (berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit) einen unterstützenden Charakter haben und sich insgesamt positiv auf die Zusammenarbeit auswirken.

Fachliteratur sowie Erfahrungsberichte zu dem Themen EX-IN, Genesungsbegleitung sowie Recovery können ebenfalls eine sinnvolle ergänzende Informationsquelle für Behandlungsteams sein, die zukünftig mit Genesungsbegleitenden die Kernprozesse in den unterschiedlichen Behandlungssettings und -formen der LVR-Klinik gestalten.

Im Sinne der Förderung eines innovativen Umfeldes sollten Einschränkungen bzw. Restriktionen möglichst gering und – sofern diese vorliegen – transparent gehalten werden, damit sie nachvollziehbar sind.

Schon in der Projektzeit zur Implementierung des Angebotes von Genesungsbegleitenden im LVR-Klinikverbund hat sich gezeigt, dass es sinnvoll ist, eine*n zentrale*n und kontinuierliche*n Ansprechpartner*in in der Klinik zu benennen. Über diese*n können z.B. Informationen von extern oder aus der Verbundzentrale an alle Genesungsbegleitenden weitergeleitet werden. Darüber hinaus bietet dies die Möglichkeit, den klinikinternen Austausch der Genesungsbegleitenden unproblematisch zu organisieren.

Insgesamt wird Wert daraufgelegt, das Genesungsbegleitende genauso wahrzunehmen und zu behandeln sind wie alle übrigen Mitarbeitenden. Dennoch sollte sowohl im kollegialen Kontext wie auch auf Führungsebene ein Verständnis für eine Vulnerabilität hergestellt werden. Diplomatie und Geduld sollten daher einer direkten Konfrontation vorgezogen werden sollten. Ein offener und wertschätzender Umgang miteinander sollte im Behandlungsteam (unabhängig von der/dem Genesungsbegleitenden) grundsätzlich gefördert werden.

Empfehlungen zu unterschiedlichen Einsatzgebieten (Behandlungssettings) im LVR-Klinikverbund

Im Folgenden werden unterschiedliche Einsatzgebiete (Behandlungssettings wie -formen) dargestellt, in denen bisher Erfahrungen mit dem Einsatz von Genesungsbegleitenden gemacht wurden. Die folgende Zusammenstellung sollte jedoch nicht als Einschränkung interpretiert werden. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass Offenheit sowie die Bereitschaft von verantwortlichen Akteur*innen in Hinblick auf neue Ideen sowie Konzepte in Bezug auf die Einsatzmöglichkeiten sehr erfolgsversprechend sein kann. Da die Einsatzmöglichkeiten so mannigfaltig sind, sollten gegenseitige Erwartung sowie das offene Kommunizieren von möglichen Herausforderungen im Rahmen eines Einstellungsgespräches Berücksichtigung finden. Wie sonst auch, sollten individuelle Erfahrungen und Fertigkeiten/Kompetenzen der Genesungsbegleitenden im Rahmen der Mitarbeitendenführung gezielt angesprochen, eingesetzt und gefördert werden. Generell sollte, unabhängig vom Einsatzort, die Perspektive der Genesungsbegleitenden gezielt eingeholt werden.

Genesungsbegleitende können aufgrund ihrer Erfahrungen sehr vielseitig in psychiatrischen Behandlungssettings und -formen eingesetzt werden. In der Regel werden sie gezielt in einer Station eingesetzt und dort in ein bestehendes multiprofessionelles

Rahmenkonzept „Genesungsbegleitung im LVR-Klinikverbund“

Behandlungsteam integriert. Darüber hinaus ist auch ein abteilungsbezogener, stationsübergreifender Einsatz von Genesungsbegleitenden denkbar. Bei dieser Form des Personaleinsatzes werden Genesungsbegleitende gezielt eingesetzt, z. B. in

- Visiten / Pflegebezugsgesprächen
- Morgenrunden
- Sprechstunden (offen oder nach Terminvereinbarung)
- Expositionstrainings, z. B. Expositionen mit Bahn, oder Exposition von Station in häusliche Umgebung anbieten

oder bieten (stationsübergreifend) unterschiedliche Gruppen für Patient*innen oder Angehörige an, wie z. B.

- Recovery-Gruppe
- Genesung/ Salutogenese
- Nachsorgegruppe für entlassene Patient*innen
- „Stimmenhörer“-Gruppe
- IWS-Programm („In Würde zu sich stehen“)
- Selbsthilfe³

Neben den unterschiedlichen Angeboten, die mit Patient*innen individuell auch im Rahmen der Visite abgestimmt werden sollten, damit diese in den Therapieplan/-Pass aufgenommen werden, empfiehlt sich eine zentrale Anlaufstelle für das Angebot der Genesungsbegleitenden. Hierzu sollte das Angebot sowie die Kontaktmöglichkeit (u. a. auch ein Büro, in dem ungestörte Gespräche mit Patient*innen und/oder Angehörigen möglich sind) für Patient*innen zentral ausgehandelt oder den Patient*innen im Rahmen der Aufnahme ausgehändigt werden.

Neben dem stationären Behandlungssetting werden Genesungsbegleitende in Tageskliniken sowie Ambulanzen oder in den Aufnahmen der LVR-Kliniken eingesetzt. Hierbei sind ebenfalls verschiedene Einsatzmöglichkeiten denkbar und mit der/dem jeweiligen Genesungsbegleitenden abzustimmen. Im ambulanten Bereich sind dies z. B. folgende Angebote:

- Offene Sprechstunden
- Individuelle Kontaktaufnahmen und Peer-Beratung
- Peerorientierte Gruppenangebote
- Unterstützung im häuslichen Umfeld

Auch mit dem Angebot einer aufsuchenden Unterstützung für bereits entlassene Patient*innen wurden gute Erfahrungen gemacht. Die vereinbarten Treffen können hierbei unterschiedlich gestaltet werden und müssen sich nicht ausschließlich auf das häusliche Umfeld der/des entlassenen Patient*in beziehen. So fanden während der Corona-Pandemie u. a. Gesprächstermine mit bereits entlassenen Patient*innen im Klinikpark statt und wurden mit einem Spaziergang verbunden.

Unter Berücksichtigung der bisherigen Erfahrungen in den LVR-Kliniken ist z.B. die Integration von Genesungsbegleitenden in ein multiprofessionelles Behandlungsteam, welches Patient*innen im Rahmen von Home Treatment, StäB oder Modellprojekten behandelt und begleitet, als sinnvoll zu erachten.

Weiterführend bietet sich neben der Arbeit mit Patient*innen in unterschiedlichen Behandlungssettings die Integration von Genesungsbegleitenden in

³ Dies sind lediglich Beispiele zu Einsatzmöglichkeiten, die an anderer Stelle ausführlich dargestellt werden.

abteilungsübergreifenden Gremien der LVR-Kliniken an (z. B. Ethikkomitee oder projektbezogene Gremien).

Fort- und Weiterbildung

Genesungsbegleitung und Genesungsbegleitende wird/werden in der Fort- und Weiterbildung systematisch und ganzheitlich einbezogen. Angebote für Mitarbeitende, die die Themen Genesungsbegleitung und EX-IN fokussieren, werden im LVR-Klinikverbund in verschiedenen Formen und auf unterschiedlichen Ebenen unter Einbezug der Genesungsbegleitenden als Dozent*innen angeboten.

Genesungsbegleitende haben zudem die Möglichkeit, sich und ihre Expertise im Rahmen von Referent*innentätigkeiten in den verschiedenen Formaten der innerbetrieblichen Fortbildungsangebote der LVR-Kliniken, im Institut für Forschung und Bildung (Sparte Bildung, ehemals: LVR-Akademie für seelische Gesundheit) sowie im Rahmen von Fachtagungen und Kongressen einzubringen. Um Genesungsbegleitende in ihrer professionellen Rolle zu unterstützen, haben sich Bildungsformate bewährt, in denen diese ihre spezielle Rolle und die damit verbundenen fachlichen, institutionellen und persönlichen Anforderungen reflektieren können. So können Recovery-orientierte Fort- und Weiterbildungen von Genesungsbegleitenden auch im Tandem mit Angehörigen anderer Berufsgruppen angeboten werden. Zudem sind teambezogene Fort- und Weiterbildungen unter Einbezug von Genesungsbegleitenden möglich, ebenso die Begleitung bei der Implementierung neuer Modelle und deren Evaluation (z. B. Safewards, Adherencetherapie etc.).

Bereits bei der Konzeption der Fort- und Weiterbildungsangebote sowie bei der Planung von Tagungen und Kongressen sollen Genesungsbegleitende einbezogen werden, um ihre Perspektive und Expertise einzubringen. Zusätzlich bereichern Genesungsbegleitende und Psychiatrieerfahrene Menschen als Teilnehmende die Perspektiven auf unterschiedliche psychiatrische Themen der Fort- und Weiterbildung und unterstützen somit den Prozess der Entstigmatisierung.

LVR-Pflegeschulen

Die partizipative Arbeit mit Patient*innen und deren Angehörigen sowie die zunehmende Zusammenarbeit mit Genesungsbegleitenden hat, bedingt durch die Relevanz in Standards (DNQP), Leitlinie (z. B. DGPPN) sowie der Praxis auch in der Pflegeausbildung an Bedeutung zugenommen.

Bisher wurden bereits vereinzelt Patient*innen in den Unterricht integriert, um den Auszubildenden deren Erfahrungen und Perspektive näher zu bringen und eine patientenorientierte Haltung zu generieren. Eine weitere Möglichkeit, Erfahrungen und Perspektiven von Betroffenen einzubeziehen, erfolgt durch gezielte Einsätze in der psychiatrischen Praxis und/oder Vorstellungen von implementierten Prozessen (wie z. B. Safewards) der Stationen mit Beteiligung von Genesungsbegleitenden im Rahmen eines Stationsbesuches oder einer Unterrichtseinheit.

Durch die Vielfalt von Praxiseinsätzen der Auszubildenden erfahren diese bereits in den psychiatrischen Settings, wie gewinnbringend die Arbeit mit Genesungsbegleitenden für den Behandlungsprozess in der Psychiatrie sein kann.

Die Schulleitungen der LVR-Pflegeschulen stehen einer Zusammenarbeit mit Genesungsbegleitenden offen gegenüber. Die formale und inhaltliche Ausgestaltung des theoretischen Unterrichtes in Bezug auf Dialog, Partizipation, dem Einsatz von Genesungsbegleitenden im psychiatrischen Pflege- und Behandlungskontext sowie einer damit einhergehenden patientenorientierten Haltung obliegt den LVR-Pflegeschulleitungen.

Teilnahme an Fort- und Weiterbildung

Die regelmäßige Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen ist, wie bei allen anderen Mitarbeitenden, grundsätzlich verpflichtend/erforderlich. In Abstimmung mit der/dem direkten Vorgesetzten (oder zentralen Ansprechperson) sollten im Rahmen der Mitarbeitendenentwicklung gezielt Bereiche eruiert werden, in denen die/der Genesungsbegleiter*in ihre/seine Kompetenzen erweitern bzw. stärken bzw. erweitern sollte.

Supervision / Reflexionsgruppen / Vernetzungsformate

Im Rahmen der Verstärkung des Angebotes und der Unterstützung der noch jungen Profession im psychiatrischen Behandlungskontext sind unterstützende Angebote in Form von Supervisionen und Reflexionsgruppen sicher zu stellen. Hier soll den Genesungsbegleitenden ein Raum zur Verfügung gestellt werden, in dem sie sich bzgl. ihres Aufgabenprofils, aber auch bzgl. möglicher Konflikte/Akzeptanzprobleme, die sich mit Kolleg*innen aus anderen Professionen ergeben können, lösungsorientiert austauschen. Darüber hinaus sollen solche Formate dazu dienen, inhaltlich fachlich voneinander partizipieren zu können. Letzteres kann sich auf Inhalte von „therapeutischen“ Formaten, oder auf die Erfahrung zu unterschiedlichen Formaten selber beziehen. Dieses Angebot kann zum Beispiel in den Kliniken abteilungsübergreifend unter der Steuerung einer zentralen Ansprechperson zur Verfügung gestellt werden.

Die im Rahmen des Projektes von der Verbundzentrale aus gesteuerten Supervisions- und Reflexionsgruppenangebote stellen eine etablierte Struktur dar, auf die im Klinikverbund zurückgegriffen werden könnte. Hierfür würde sich ein Zusammenschluss von zwei oder drei LVR-Kliniken anbieten, um regionale Supervisions- und Reflexionsgruppen zu organisieren und gemeinsam zu finanzieren. Weiter dienen diese Formen der Zusammenkunft der Vernetzung untereinander, was einen positiven Effekt auf die Behandlungseinheiten haben kann, in denen die Genesungsbegleitenden wirksam sind. Genesungsbegleitende sollen in ausreichendem Maß die Möglichkeit einer Teilnahme an spezifischen Reflexions- und Supervisionsangeboten im Rahmen ihrer Arbeitszeit haben, ebenso soll ihnen die Teilnahme an klinikinternen Team- bzw. Fallsupervisionen ermöglicht werden.

Unabhängig von dem in diesem Kapitel angeführten Maßnahmen zeigt die bisherige Erfahrung in den LVR-Kliniken, dass es sinnvoll ist, den klinikinternen Austausch der Genesungsbegleitenden (über die stations-, bzw. Abteilungsgrenzen hinaus) zu fördern und eine entsprechende Kultur des Austausches in den Kliniken zu etablieren.

Auch die Etablierung eines klinikübergreifenden Vernetzungsformats zur Förderung der Genesungsbegleitenden im LVR-Klinikverbund sollte angestrebt und umgesetzt werden.

Trialogische Angebote und Strukturen im LVR-Klinikverbund

Trialog

Die Entwicklung des Trialogs geht maßgeblich auf Dorothea Buck und Prof. Thomas Bock zurück und wurde zunächst am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) 1989 im Rahmen der „Hamburger Psychoseseinare“ umgesetzt. Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige als „Expert*innen durch Erfahrung“ wurden mit Profis im psychosozialen Bereich, also mit „Expert*innen durch Ausbildung“, zusammengebracht. Auch das EX-IN Ausbildungsmodul „Trialog“ wurde – neben Dorothea Buck – u. a. vom Erfinder des Trialogs, Professor Thomas Bock, am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf konzipiert.

Seit den oben angeführten Anfängen dieser Entwicklung ist eine fortlaufende Weiterentwicklung der trialogische Formate zu beobachten. Heute versteht man unter Trialog die gleichberechtigte Begegnung von Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen. Dies bezieht sich nicht nur auf die Bereiche der Behandlung (u. a. im Rahmen der Qualitätssicherung einer personenzentrierten Behandlung), sondern kann sich ebenso auf Kontexte wie die Öffentlichkeitsarbeit oder Anti-Stigma-Bewegung der Psychiatrien und auf Forschung und Lehre beziehen.

Dabei sollte Partizipation, mit Blick auf einen gelingenden Trialog, als ein wichtiger Bestandteil gesehen werden. In diesem Zusammenhang bedeutet das zum einen das Erleben und Wahrnehmen eigener, konkreter Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten („Nicht ausgeliefert sein“), trotz oder auch mit einer psychischen Erkrankung, zum anderen das (Wieder-)Erleben von Sinn und Kohärenz und die Wiederaneignung des eigenen Lebens. Beides sollte Bestandteil der Behandlung und Ausdruck der Haltung der jeweiligen Akteur*innen sein, um die Basis für den Trialog zu schaffen.

(Weiter-)Entwicklung trialogischer Angebote und Strukturen

Es gibt bereits einzelne Kliniken in Deutschland, die ihre Abläufe grundsätzlich trialogisch gestaltet haben, wie z. B. das St.-Hedwig-Krankenhaus in Berlin, welches die Arbeit an den Kernprozessen nach dem sogenannten „Weddinger Modell“ (Mahler et al., 2013) ausgerichtet hat. Insgesamt besteht bundesweit bei der partnerschaftlich-trialogischen Gestaltung der alltäglichen psychiatrischen Versorgung sowie der qualitativen Weiterentwicklung von Behandlungsangeboten und -strukturen noch Entwicklungspotential.

Innerhalb des LVR-Klinikverbunds finden bereits verschiedene partizipative und trialogische Elemente Anwendung, wie z. B. unterschiedliche Angehörigengruppen.

Die übergreifende Weiterentwicklung des trialogischen Gedanken, wie z. B. im Sinne des Weddinger Modells, weist der Stärkung von Autonomie eine zentrale Rolle zu. Damit verbunden ist vor allem die Förderung der Haltung von Behandler*innen aller Berufsgruppen, die Verantwortung für den Prozess der Behandlung und Genesung, wann immer möglich, in die Hände der Patient*innen zu legen.

An dieser Schnittstelle stellt der Einsatz von Genesungsbegleitenden ein entscheidendes Qualitätsmerkmal dar. Ein in der Fachliteratur vielfach hervorgehobenes und als förderlich herausgestelltes Alleinstellungsmerkmal von EX-IN Kräften im beruflichen Alltag ist deren Vorbildrolle für andere Betroffene. Während der EX-IN Ausbildung wird das Wissen aus der Praxis dann durchgehend in größere gesellschaftspolitische Zusammenhänge - Stichworte wie „Empowerment“ oder „Inklusion“ weisen darauf hin - gestellt und vertieft. Eigene Erfahrungen und Tätigkeiten in der organisierten Selbsthilfe können hierbei als zusätzliches Potential gesehen werden.

Die Expertise von Genesungsbegleitenden ist nicht nur in der konkreten Begleitung von Patient*innen und in der Beratung von Fachkräften aller Berufsgruppen in den LVR-Kliniken gefragt, sondern zunehmend häufiger auch in Projekten und Prozessgestaltungen der LVR-Verbundzentrale⁴.

Ihre Fachlichkeit aus Erfahrung wird häufig als partizipatives Element genutzt, um dialogische Formate zu bilden. Bei der Betrachtung der erforderlichen klinikverbundweiten Steuerungs- und Weiterentwicklungsprozesse in Bezug auf Partizipation und Dialog muss deutlich gesagt werden, dass diese keinesfalls alleine in der Verantwortung der Genesungsbegleitenden als *eine* Berufsgruppe innerhalb des LVR-Klinikverbundes liegen und auch nicht von der quantitativen Vertretung dieser Berufsgruppe abhängen können. Insoweit hängt ihre positive Wirkung auf die Weiterentwicklung von Partizipation und Dialog im LVR-Klinikverbund davon ab, wie Rollendivergenzen ausgefüllt und Rollenkonflikte bewältigt werden können. Hierfür sind unterstützende Strukturelemente wie z. B. die im Sommer 2022 erfolgte Bildung des Fachforums Genesungsbegleitung, verbindliche Stellenbeschreibungen, regelmäßige klinikübergreifende Supervision und die Vernetzung untereinander sehr wesentlich.

Auch die EX-IN Angehörigenarbeit schreitet kontinuierlich fort. An verschiedenen Standorten im LVR-Klinikverbund werden bereits Angehörigen-Peers eingesetzt, die in eigens für die Zielgruppe der Angehörigen konzipierten EX-IN Kurse ausgebildet werden. Unabhängig von Formalqualifikationen ist zudem bemerkenswert, dass in EX-IN Kreisen überdurchschnittlich viele betroffene Profis wirksam sind, ebenso wie Psychiatrie-Erfahrene, die selbst wiederum Angehörige von Betroffenen sind.

Erforderlich ist die weitere fachliche und organisatorische Förderung und Verankerung des dialogischen Gedankens innerhalb der psychiatrischen Versorgung des LVR-Klinikverbundes. Neben dialogischen Angeboten auf der Ebene der klinischen Versorgung ist hier die strukturelle Verankerung des dialogischen Gedankens als einer von mehreren Fach- und Qualitätsstandards und die Evaluation seines Einsatzes zu nennen. Qualitätselemente hierfür sind beispielsweise die quantitative und qualitative Stärkung der Genesungsbegleitung in den LVR-Kliniken als eine weitere fachliche Profession neben anderen Fachprofessionen oder die strukturelle (und ggf. finanzielle) Förderung von Angehörigen Begleiter*innen (z. B. EX-IN Angehörigen Begleiter*innen Kurs). Auf der Ebene der LVR-Klinikverbundzentrale wird ab 2023 ein neu konzipierter dialogischer Beirat seine Arbeit aufnehmen⁵.

⁴ insb. in Bezug auf digitale Anwendungen, die zukünftig auch die Kommunikation mit Patient*innen auf den Zeitraum vor sowie nach der Behandlung auf einer anderen Ebene erweitern.

⁵ Vgl. Vorlage 15/797, Seite 39 ff.

Der Einsatz für eine trialogische Haltung, die Umsetzung innerhalb der konkreten Behandlung und die Entwicklung von Strukturen zur Stärkung in steuernden Einheiten und der politischen Vertretung skizziert die Aufgabe für die nächsten Jahre. Darüber hinaus geht es ebenfalls darum, Wissen und Akzeptanz um psychiatrische Themenfelder nicht nur in der gemeindepsychiatrischen Versorgungslandschaft, sondern auch gesellschaftlich, alltagspraktisch und sozialräumlich zu fördern.

Zusammenfassung und Ausblick

In den letzten Jahren ist in Hinblick auf die Etablierung von Genesungsbegleitenden in die Behandlungsprozesse der LVR-Kliniken bereits viel passiert. Erste Erfahrungen wurden gemacht und geteilt, so dass andere Kliniken bzw. Organisationseinheiten davon partizipieren konnten. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Einsatz von Genesungsbegleitenden in allen bisher erprobten Behandlungsformen und -settings im LVR-Klinikverbund weiterhin gefördert werden sollte. Der LVR setzt sich ein für eine quantitative Weiterentwicklung dieser noch sehr jungen Profession. Zur Förderung weiterer Einstellungen von Genesungsbegleitenden sollten Kooperationsvereinbarungen mit Ausbildungsträgern abgeschlossen werden. Es hat sich bewährt, die im Rahmen der EX-IN Qualifizierungsmaßnahme geforderten mehrwöchigen Praktika, die in den Einrichtungen des Klinikverbundes erfolgen können, zur Personalakquise zu nutzen. Darüber hinaus stellt diese Vorgehensweise sicher, dass die Praktikant*innen die Erwartungen der klinischen Arbeit kennen lernen und sich mit den entsprechenden Arbeitskontexten vertraut machen können.

Eine zentrale Aufgabe besteht darin, die im LVR-Klinikverbund noch junge Profession dahingehend zu fördern und zu stärken, dass diese als autark, losgelöst vom Pflege- und Erziehungsdienst, im multiprofessionellen Behandlungsteam wahrgenommen wird. Die Förderung der Belange dieser Profession werden daher auch zukünftig durch die Klinikverbundzentrale - in Form der Etablierung und Verstetigung von Vernetzungsformaten, wie z. B. das klinikübergreifende Fachforum *Genesungsbegleitung* - unterstützt.

Perspektivisch sollte bei bestehender Grundqualifikation auch über den Einsatz von Peers, ggf. mit EX-IN Zertifikat im Sinne einer Zusatzqualifikation, in anderen Bereichen des LVR (z. B. Qualitätsmanagement oder projektbezogene Konzeptentwicklung) nachgedacht werden („betroffene Profis“), um dem Inklusionsgedanken gesamtgesellschaftlich ebenfalls Rechnung zu tragen.

Vor diesem Hintergrund und in der Annahme, dass Genesungsbegleitende zunehmend komplexere und verantwortungsvollere Aufgaben in Form von therapeutischen Angeboten im Rahmen der Patient*innenbehandlung, jeweils entsprechend ihrer Qualifikation⁶, übernehmen werden, sind Vergütungsmöglichkeiten grundsätzlich kontinuierlich mitzudenken und zu gestalten. Etablierte und erfahrene Akteur*innen können so ggf. im LVR-Klinikverbund gehalten werden.

Innerhalb der Patient*innenbehandlung gewinnt das soziale Umfeld zunehmend an Bedeutung. Es wird vermehrt deutlich, dass durch einen verstärkten Einbezug und durch Information zur vorliegenden Erkrankung ein positiver Einfluss sowohl auf die soziale

⁶ oder auch Grundausbildung sowie weitere Qualifizierungsmaßnahmen, siehe Berücksichtigung des persönlichen professionellen Profils, Kap. Tarifliche Eingruppierung, S. 9

Rahmenkonzept „Genesungsbegleitung im LVR-Klinikverbund“

Bindung (bedingt dadurch, dass Angehörige weniger an ihre Grenzen geraten und dem Gefühl von Ohnmacht entgegengewirkt wird) als auch auf die Stabilität des Umfeldes genommen werden kann. Dies kann sich positiv auf Verweildauer sowie Wiederaufnahmeraten auswirken. Vor diesem Hintergrund sind daher auch bewährte Konzepte, welche die Beteiligung und den Einbezug der Angehörigenperspektive beinhalten, zukünftig in der Gestaltung der Patient*innenversorgung mitzudenken und zu fördern.

Um im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung ein stabiles Netzwerk für Patient*innen und Angehörige zu etablieren, ist die Förderung der Vernetzung in gemeindepsychiatrische Strukturen (Fallsteuerung, Kontinuität in Bezug auf die Versorgung durch Behandler*innen) von zentraler Bedeutung und eine entsprechende Berücksichtigung in der klinischen Arbeit unerlässlich. Hier bietet sich zum einen an, alle klinikspezifischen Behandlungsformen (stationär, teilstationär, ambulant, aufsuchend in der häuslichen Umgebung od. in besonderen Wohnformen/Heimen) in Bezug auf den Einsatz von Genesungsbegleitenden mitzudenken. Darüber hinaus sind die Kooperationen mit relevanten externen Kooperationspartnern, wie z. B. SPZ, weiter auszubauen.

Anhang

Beispiel einer Tätigkeitsbeschreibung „Genesungsbegleiter*in“ im LVR-Klinikverbund“

Organisatorische Eingliederung der Tätigkeit:

<u>Stellenbezeichnung:</u>	Genesungsbegleiter/Genesungsbegleiterin
<u>Vorgesetzte Stelle:</u>	Duale Abteilungsleitung / Duale Stationsleitung
<u>Arbeitszuweisung auch durch:</u>	(Stellvertretende) Stationsleitung in Belangen der Organisation und des Managements Zuständige Pflegedienstleitung
<u>Arbeitsanweisung an:</u>	-

Zielsetzung des Aufgabenprofils:

Genesungsbegleiter*innen übernehmen typischerweise die Rolle von Übersetzer*innen bzw. Vermittler*innen zwischen dem Behandlungsteam und den Patient*innen, wobei sie fallbezogen mittelbar und unmittelbar auch als deren Fürsprecher agieren. Sie stellen ebenfalls ein wichtiges Kontakt- und Bindeglied zu den Angehörigen der Patient*innen dar. Von dieser Position aus fördern sie dialogische Prozesse. Genesungsbegleiter*innen geben Impulse im Sinne einer guten Selbstfürsorge (Salutogenese) und leisten Hilfe zur Selbsthilfe (Empowerment). Durch besondere Methoden des Erfahrungsaustausches öffnen sie neue Räume für individuelle Bewältigungsstrategien und stoßen damit ganzheitliche Genesungsprozesse an (Recovery). Darüber hinaus leisten Genesungsbegleiter*innen einen wesentlichen Beitrag zur Milieugestaltung.

Die folgenden Arbeitsschwerpunkte werden durch die Genesungsbegleitenden weitestgehend selbstständig, im Rahmen eines autonomen Handlungsfeldes geplant und durchgeführt.

Patientenbezogene Aufgaben:

- Sie/er steht den Patient*innen bei alltäglichen Aktivitäten zur Verfügung und unterstützt bei der Tagesstrukturierung sowie Freizeitgestaltung (z. B. bei Alltagsaufgaben, Spaziergängen, gemeinsamem Essen, Wahrnehmung des Behandlungsangebotes) unter Berücksichtigung von sozialen und kulturellen Aspekten.
- Sie/er bietet persönliche Gespräche mit Patient*innen und Beratung (z. B. durch Nutzung des Instruments „Das Leben wieder in den Griff bekommen“ sowie „Persönlicher Recovery-Plan“) in unterschiedlichen Formaten an.
- Sie/er unterstützt bei der Krisenintervention, der Erarbeitung wirksamer Copingstrategien und eines positiven Selbstwirksamkeitsgefühls.
- Organisation und selbstständige Leitung von - oder Mitwirkung (z. B. in Form von Tandem-Moderationen) an themenzentrierten Gruppenangeboten (u. a. Dialog, Psychoedukationsgruppen, Angehörigenarbeit).

Rahmenkonzept „Genesungsbegleitung im LVR-Klinikverbund“

- Sie/er wirkt als Teil des multiprofessionellen Behandlungsteams mit bei der Gestaltung und Umsetzung eines Recovery- und Empowerment-orientierten therapeutischen Klimas und entsprechenden Konzepten.
- Sie/er dokumentiert die erbrachten Leistungen in der Patient*innenakte im KIS (NEXUS).
- Sie/er berät bei der Erstellung von Genesungs- und Krisenplänen sowie Behandlungsvereinbarungen.
- Sie/er unterstützt bei der Entlassungsvorbereitung, bietet Hausbesuche nach der Entlassung an und steht für eine Übergangsbegleitung zur Verfügung.

Teambezogene Aufgaben:

- Sie/er trägt zu einer gesundheitsfördernden Atmosphäre in der Organisationseinheit bei.
- Sie/er kooperiert mit allen anderen Mitarbeiter*innen des multiprofessionellen Behandlungsteams sowie weiteren relevanten Akteuren außerhalb der Organisationseinheit.
- Sie/er zeigt Offenheit und Bereitschaft, Veränderungen konstruktiv mit zu gestalten und zu tragen.
- Sie/er nimmt an Mitarbeitenden- und Teambesprechungen (z. B. Übergaben, Teamsitzungen, Behandlungsplanungskonferenzen) teil.

Betriebsbezogene Aufgaben:

- Sie/er ist mitverantwortlich für den ökonomischen, ökologischen und sachgerechten Umgang von Arbeitsmaterial.
- Sie/er beachtet bestehende gesetzliche Regelungen in Bezug auf Hygiene, Datenschutz und die sonstigen in den Rundverfügungen und Dienst- und Verfahrensanweisungen geregelten Maßnahmen/Anforderungen.
- Sie/er ist verpflichtet, alle wichtigen Veränderungen und Beobachtungen, bezogen auf Patient*innen und deren Umfeld, an Kolleg*innen sowie an die Vorgesetzten weiter zu leiten.

Fort- und Weiterbildung:

- Sie/er bringt wertvolles Erfahrungswissen in Aus- und Fortbildungen ein.
- Sie/er bringt die Bereitschaft mit zur konzeptionellen Weiterentwicklung bestehender Angebote sowie die Entwicklung eigener, EX-IN basierter Angebote.
- Sie/er bringt die Bereitschaft zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen im Rahmen der individuellen Personalentwicklung mit.
- Sie/er nimmt an Supervisionen, Behandlungsteambesprechungen sowie Fallbesprechungen teil.

Gremienaufgaben:

- Sie/er unterstützt z. B. projektbezogene Treffen, Ethikkomitee, Beiräte, Besuchskommissionen. Dabei kann sich die Arbeit in Gremien neben klinikinternen Schwerpunkten auch auf die Ebene des LVR-Klinikverbunds beziehen.
- Sie/er arbeitet bei Bedarf eng mit Kooperationspartnern im Sozialraum zusammen.

Genesungsbegleiterin / Genesungsbegleiter (m/w/d)

für die **LVR-Klinik xxx, Abteilung xxx**

Stelleninformationen	Kontaktinformationen
Standort:	Ansprechperson:
Befristung:	Telefon:
Arbeitszeit: Vollzeit oder Teilzeit	Bewerbungsfrist:
Vergütung:	

Ihre Aufgaben

- Eigenständige Gestaltung der Kontakte mit Patient*innen in Zusammenarbeit mit dem multiprofessionellen Behandlungsteam
- Unterstützung bei der Krisenintervention, der Erarbeitung wirksamer Copingstrategien und ein positives Selbstwirksamkeitsgefühl
- Begleitung der Patient*innen bei alltäglichen Aktivitäten und Unterstützung bei der Tagesstrukturierung sowie Freizeitgestaltung, (z. B. bei Alltagsaufgaben, Spaziergänge, gemeinsames Essen, Wahrnehmung des Behandlungsangebotes) unter Berücksichtigung von sozialen und kulturellen Aspekten
- Mitwirken als Teil des multiprofessionellen Behandlungsteams bei der Gestaltung und Umsetzung eines Recovery- und Empowerment-orientierten therapeutischen Klimas und entsprechenden Konzepten
- Milieugestaltung
- Fürsprache für die Patient*innen
- Übersetzende, vermittelnde Rolle zwischen Team und Patient*in und umgekehrt

Ihr Profil

Voraussetzungen für die Besetzung:

- eine erfolgreich abgeschlossene und zertifizierte einjährige EX-IN Ausbildung ("experienced involvement") zur/zum Genesungsbegleiter*in

Wünschenswert sind:

- Praxiskompetenz zur Alltagsbegleitung
- Reflexionsvermögen in Bezug auf die besondere Rolle im multiprofessionellen Team mit besonderer Schnittstellenfunktion zum Patienten in Ergänzung zu den anderen Professionen
- Bereitschaft zur konzeptionellen Weiterentwicklung bestehender Angebote sowie die Entwicklung eigener EX-IN basierter Angebote
- Gute Selbstmanagementfähigkeiten und Fähigkeit zur Selbstreflexion
- Fähigkeit, sich aktiv in verschiedene Kontexte (Patientenkontakt, Team etc.) einzubringen

- Wissen über und Anwendung von Kommunikationskompetenzen (z.B. aktives Zuhören, empathische und personenzentrierte Beziehungsgestaltung)
- Moderation von Gruppenangeboten auch im Tandem mit anderen professionellen Behandler*innen
- Bereitschaft zur kontinuierlichen Teilnahme an Team- und Fallsupervisionen sowie an regelmäßigen Fortbildungen
- Bereitschaft zum Einbringen von Erfahrungswissen in Konzepte, Teamprozesse sowie Aus- und Fortbildung

Wir bieten Ihnen

- Moderne, attraktive und familienfreundliche Arbeitsbedingungen zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf
- Die üblichen Sozialleistungen für den öffentlichen Dienst
- Ein umfangreiches Fortbildungsangebot
- Betriebliche Zusatzversorgung zur Alterssicherung im Tarifbereich
- Betriebliche Gesundheitsförderung und Sozialberatung
- Freier Eintritt in die LVR-Museen
- Etc.

Menschen mit Schwerbehinderung werden bei gleicher Eignung bevorzugt eingestellt.

Bewerbungen von Frauen sind ausdrücklich erwünscht. Sie werden gemäß Landesgleichstellungsgesetz NRW bei gleicher Eignung, Befähigung und fachlicher Leistung bevorzugt berücksichtigt, sofern nicht in der Person eines Mitbewerbers liegende Gründe überwiegen.

Bewerben Sie sich jetzt!

Bitte schicken Sie Ihre Bewerbungsunterlagen gerne **mit Angaben zu Ihren Gehaltsvorstellungen bis zum xx.xx.xxxx** an die E-Mail-Adresse:

oder schriftlich an:

Aus Gründen des Umweltschutzes bitten wir, auf die Benutzung von Klarsichthüllen und Bewerbungsmappen zu verzichten.

Bitte fügen Sie Ihrer Bewerbung in deutscher Sprache Anschreiben, Lebenslauf, Nachweise über den Ausbildungs-/ Studienabschluss und Arbeitszeugnisse bzw. dienstliche Beurteilungen bei. **Falls Sie Ihren Studienabschluss im Ausland erlangt haben, fügen Sie bitte auch eine Zeugnisbewertung der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen (ZAB) bei.** Weitere Informationen hierzu entnehmen Sie bitte der Internetseite www.kmk.org/zab.

Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) arbeitet als Kommunalverband mit rund 19.000 Beschäftigten für die 9,7 Millionen Menschen im Rheinland. Mit seinen 41 Schulen, zehn Kliniken, 20 Museen und Kultureinrichtungen, vier Jugendhilfeeinrichtungen, dem Landesjugendamt sowie dem Verbund Heilpädagogischer Hilfen erfüllt er Aufgaben, die rheinlandweit wahrgenommen werden. Der LVR ist Deutschlands größter Leistungsträger

Rahmenkonzept „Genesungsbegleitung im LVR-Klinikverbund“

für Menschen mit Behinderungen und engagiert sich für Inklusion in allen Lebensbereichen. „Qualität für Menschen“ ist sein Leitgedanke.

Die 13 kreisfreien Städte und die zwölf Kreise im Rheinland sowie die StädteRegion Aachen sind die Mitgliedskörperschaften des LVR. In der Landschaftsversammlung Rheinland gestalten gewählte Mitglieder aus den rheinischen Kommunen die Arbeit des Verbandes.

Das **LVR-Klinikum XXX** ... *weitere klinikspezifische Informationen.*

Mehr Informationen über den LVR und das LVR-Klinikum xxx finden Sie unter www.lvr.de und „[Homepage](#)“ der entsprechenden Klinik“.

TOP 4.2 Bericht der Genesungsbegleitungen

Vorlage Nr. 15/1663

öffentlich

Datum: 28.04.2023
Dienststelle: Fachbereich 83
Bearbeitung: Herr Krüger

Krankenhausausschuss 3	08.05.2023	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	09.05.2023	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	10.05.2023	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	11.05.2023	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	12.05.2023	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

**Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) -
Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen im LVR-Klinikverbund**

Kenntnisnahme:

Die Ausführungen gemäß der Vorlage Nr. 15/1663 werden 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 (Ifd. Jahr):

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

In Vertretung

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

Zusammenfassung

Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) ist bereits seit mehr als drei Jahren in Anwendung. Trotz großer Bemühungen um einen Personalaufbau ist eine überwiegende Anzahl an Psych-Krankenhäusern bundesweit noch nicht in der Lage, die Mindestvorgaben für den Personaleinsatz zu jeder Zeit, an jedem Standort und in jeder Berufsgruppe zu erfüllen. Im Vergleich zur Psych-PV, die bis 2019 die Personalausstattung in der Psychiatrie normiert hat, muss der Personaleinsatz nach PPP-RL auf kleinteiligen Ebenen verbindlich nachgewiesen werden. Zur jederzeitigen Erfüllung auf allen Ebenen ist ein erheblicher zusätzlicher Personalaufbau erforderlich. Aus fachlicher Sicht wird weiterhin große Kritik geäußert, dass sich die an veralteten Strukturen orientierten Untergrenzen in der Praxis nicht umsetzen lassen.

So bestand die Erwartung, dass anlässlich der breiten Erfüllungsschwierigkeiten der Umsetzungszeitplan verschoben und die Richtlinie in wesentlichen Punkten verändert wird. Mit Änderungsbeschluss vom 15.09.2022 wurden die angekündigten Sanktionen um ein weiteres Jahr verschoben (ab 2024). Der ab 2024 erforderliche Erfüllungsgrad wurde für zwei Jahre auf 95% gesenkt. Weitere Veränderungen wurden vorgenommen, die Praxisprobleme zwar teilweise anerkennen, allerdings nicht grundsätzlich beheben. Auch Anpassungen ab 2024 wurden bereits beschlossen, wie z.B. die Regelung von Mindestvorgaben für den pflegerischen Nachtdienst.

Ab 2023 wird die Richtlinie zusätzlich dadurch verschärft, dass in hohem Umfang Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD) erfolgen werden. Das bevorstehende Prüfverfahren wird in den Kliniken einen völlig neuen Dokumentations- und Verfahrensaufwand erzeugen. Gleichzeitig zeichnen sich in den Budgetverhandlungen Streitpunkte über die zur jederzeitigen Erfüllung erforderliche Personalausstattung ab.

Mit fortschreitender Wirksamkeit und in Hinblick auf existenzbedrohende Sanktionierung wird die PPP-RL einen verändernden Einfluss auf die psychiatrische und psychosomatische Versorgung haben. Eine Reduktion von stationärer Behandlung scheint unausweichlich. Alternative Behandlungs- und Versorgungsansätze bieten Möglichkeiten effektiven Einsatzes der begrenzten Personalressourcen. Werden diese – unterstützt durch die Kostenträger sowie den sozialgesetzlichen Rahmen – konsequent umgesetzt, bestehen trotz fehlanreizender Ausgestaltung der Richtlinie Chancen die Versorgung zu verbessern.

Im LVR-Klinikverbund wurde, nicht zuletzt durch die steigenden Anforderungen der PPP-RL, ein Strategiewechsel in der Leistungs- und Angebotsplanung beschlossen. Die Vorlage Nr. 15/1313 (Stresstest LVR-Kliniken) beschreibt einen Ausbau nicht-stationärer, sektorenübergreifender und aufsuchender Behandlungsangebote. Zur Erfüllung der hohen Qualitätsanforderungen in der (verringerten) stationären Versorgung ist das ein zentraler Baustein. Zusätzlich sind im LVR-Klinikverbund – neben weiterer Personalgewinnung – Steuerungsprozesse im Sinne der PPP-RL zu implementieren. Bis zum nächsten Jahreswechsel sollen in einem intensiven Prozess zwischen Kliniken und Verbundzentrale – unter Beteiligung der Arbeitnehmer*innenvertretung – erforderliche Strukturen und Prozesse zur Steuerung der PPP-RL implementiert werden.

So wird die PPP-RL bekannte Abläufe, Strukturen und Prozesse in der Behandlung und Versorgung verändern. In einem transparenten, partizipativen und motivierenden Prozess bestehen darin allerdings auch Chancen zu deren Verbesserung.

Begründung der Vorlage Nr. 15/1663:

Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) - Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen im LVR-Klinikverbund

Inhalt

- 1 Grundlagen und bisherige Entwicklung der PPP-RL
- 2 Aktuelle Entwicklungen
 - 2.1 Richtlinienänderungen ab 2023/2024
 - 2.2 Prüfverfahren nach MD-Qualitätskontrollrichtlinie
 - 2.3 Finanzierung des Personalbedarfs nach PPP-RL
- 3 Auswirkungen der PPP-RL auf die Psych-Versorgung
- 4 Herausforderungen im LVR-Klinikverbund durch die PPP-RL

1 Grundlagen und bisherige Entwicklung der PPP-RL

Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) regelt als Qualitätsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) verbindliche Vorgaben über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal. Ihre gesetzliche Grundlage hat sie in § 136a Abs. 2 Satz 2 SGB V. Die PPP-RL ist zum 01. Januar 2020 in Kraft getreten und wurde in den Jahren 2020, 2021 und 2022 turnusmäßig weiterentwickelt.

Geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der Versorgung sieht die Richtlinie in der Sicherstellung einer jederzeitigen, patient*innenbezogenen Verfügbarkeit von Personal aller Berufsgruppen an allen Standorten. Dafür regelt sie kleinteilig nachzuweisende Mindestvorgaben – im Sinne von Untergrenzen, die nicht unterschritten werden dürfen. Damit unterscheidet sich die Regelung deutlich von der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), die bis einschließlich 2019 die Bemessung für das jahresdurchschnittlich und berufsgruppenübergreifend einzusetzende Personal vorgegeben hat.

Zwar baut die PPP-RL weiterhin auf der Grundsystematik der Psych-PV auf – sie definiert Minutenwerte pro Patient*in pro Woche nach Behandlungsbereichen und Berufsgruppen -, setzt aber die Einhaltung von Mindestvorgaben in erhöhtem Umfang und auf gänzlich neuen Ebenen voraus:

- Die Mindestvorgaben sind grundsätzlich jederzeit zu erfüllen (im Nachweis: quartalsweise). Eine vollstationäre oder teilstationäre Behandlung der Patient*innen ist nur zulässig, wenn die verbindlichen Mindestvorgaben erfüllt sind (§ 2 Abs. 2 PPP-RL). Gleichzeitig ist nicht definiert, wieviel Personal zur jederzeitigen Erfüllung benötigt wird (Streitpunkt Budgetverhandlung).
- Die Minutenwerte pro Patient*in pro Woche wurden erhöht. So wurde z.B. der (Mindest-)Bedarf an Pflege für die Intensivbehandlung um 10% in der Erwachsenenpsychiatrie erhöht. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden die Minutenwerte aller Berufsgruppen um 5% erhöht. Der erforderliche Einsatz von Psycholog*innen bzw. Psychotherapeut*innen wurde deutlich erhöht. Für die Psychosomatik werden erstmals verbindliche Mindestvorgaben festgelegt.
- Der Personaleinsatz ist nicht mehr in umgesetzten Stellen bzw. Vollkräften (VK) nachzuweisen, sondern über die stations- bzw. patient*innenbezogene Anwesenheit in Stunden – sog. Vollkräftestunden (VKS). Abwesenheitszeiten (z.B. Urlaub, Krankheit, Feiertage) oder nicht direkt patient*innenbezogene Tätigkeiten (z.B. Leitungstätigkeiten, Fortbildung, Beauftragtenwesen, Personalrat) sind hierbei nicht zu berücksichtigen und gesondert vorzuhalten.
- Die Erfüllung der Mindestvorgabe ist für jede der sechs PPP-RL Berufsgruppen (Ärzt*innen, Psycholog*innen, Pflegefachkräfte, Spezialtherapeut*innen, Bewegungstherapeut*innen, Sozialdienst) einzeln nachzuweisen. Zuvor war nur die Gesamt-Personalbesetzung über alle therapeutisch-pflegerischen Berufsgruppen relevant.
- An allen Standorten und Fachabteilungen muss jeweils die Einhaltung der Mindestvorgaben nachgewiesen werden. Mit den dezentralen Einrichtungen der LVR-Kliniken sind das unter Umständen sehr kleine Einheiten.
- Nur einer Station (oder Tagesklinik) zugeordnetes Personal ist per Definition für die PPP-RL Nachweisführung relevant. Stationsübergreifend eingesetztes Personal ist nur über Umwege zurechenbar.
- (Sanktionsbehaftet) Nachzuweisen sind die erforderlichen Anwesenheitszeiten für jedes Quartal (statt im Jahresdurchschnitt). Teilweise muss ergänzend ein stations- und monatsbezogener Nachweis erfolgen.
- Bei Nicht-Erfüllung sieht die Richtlinie schwerwiegende Sanktionen vor, bis hin zum Wegfall des Vergütungsanspruchs in Abhängigkeit vom Umfang der Unterschreitung je Berufsgruppe.

Mit der PPP-RL wurden für die Psychiatrie und Psychosomatik – in einem bislang unbekanntem Detaillierungsgrad sowie einer existenziellen Verbindlichkeit – Vorgaben über den Einsatz von Personal in Abhängigkeit von den jeweils zu behandelnden Patient*innen geschaffen. Die Auswirkungen dieser Qualitätsvorgaben und deren Eignung, die psychiatrische und psychosomatische Versorgung zu verbessern (oder sogar zu verschlechtern) werden fachlich breit diskutiert. Unstreitig ist: Die Krankenhäuser, die perspektivisch nicht in der Lage sein werden, die verbindlichen Mindestvorgaben zu

erfüllen, werden ihren Versorgungsauftrag nicht mehr oder nur noch in geringerem Umfang erfüllen können.

Gleichzeitig können auch im vierten Anwendungsjahr der Richtlinie, eine überwiegende Anzahl der Krankenhäuser die Mindestpersonalvorgaben nicht in jedem Quartal, in jeder Berufsgruppe und an jedem Standort erfüllen. Schon für das Nachweisjahr 2021 vermeldete der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen in einer Pressemitteilung: „Nur knapp zwei Drittel der psychiatrischen Krankenhäuser halten Mindestvorgaben für Personal ein“ (GKV-SV, Berlin, 02.02.2023). Seitdem ist der erforderliche Umsetzungsgrad weiter gestiegen (2020/21: 85%, 2022/23: 90%, 2024/24: 95%), sodass von noch weniger Einrichtungen ausgegangen werden kann, die in der Lage sind, die PPP-RL zu erfüllen.

Die Gründe liegen in der Nachweissystematik für den Personaleinsatz, die sich nach Auffassung der Krankenhausträger in der Praxis nur abbilden ließe, wenn wesentlich mehr therapeutisches und pflegerisches Personal in allen Berufsgruppen beschäftigt wird. Die geschätzte Größenordnung liegt bei 15 – 20% Mehrpersonal im Vergleich zur Psych-PV. Für große Krankenhäuser, wie die LVR-Kliniken, bedeutet dies einen notwendigen Zuwachs von jeweils mehreren Hundert Vollkraft-Stellen. Unter den Realitäten des zunehmenden Fachkräftemangels stellt dies eine kaum zu bewältigende Herausforderung dar. Weiterhin ist die vollständige Refinanzierung durch die Krankenkassen, mangels objektiver Personalbemessungsgrundlagen, unsicher. Gleichzeitig drohen – trotz mehrfacher Verschiebung – weiterhin scharfe Sanktionen bei Nicht-Erfüllung, die die Wirtschaftlichkeit der Häuser gefährden würden. Die Umsetzung der PPP-RL hat damit für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser eine zentrale Bedeutung und ist entscheidende Grundlage für die Entwicklung des Leistungsangebots und die zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Erfüllung des Versorgungsauftrags.

So sind die bislang jährlichen Veränderungen der Richtlinie sowie damit verknüpfter Regelungen von höchster Bedeutung. Die jüngsten Veränderungen werden im Folgenden dargestellt.

2 Aktuelle Entwicklungen

Angesichts der zuvor dargestellten Bedeutung der Mindestvorgaben sind auch die jährlichen Veränderungen der Richtlinie sowie damit verknüpfter Regelungen von höchster Bedeutung. Im Folgenden werden die jüngsten Veränderungen dargestellt. Zuletzt wurde die Richtlinie turnusmäßig zum 01.01.2023 verändert, weitere Veränderungen wurden bereits zum 01.01.2024 beschlossen. Gleichzeitig wurde das Verfahren zur Überprüfung der PPP-RL durch den Medizinischen Dienst festgelegt. Beide Veränderungen haben wesentlichen Einfluss auf die Anforderungen zur Erfüllung der Richtlinie sowie den diesbezüglichen Aufwand in der Steuerung und Dokumentation.

2.1 Richtlinienänderungen ab 2023/2024

Der G-BA hat am 15.09.2022 einige Änderungen der PPP-RL beschlossen. Die Änderungen wurden erst im März 2023 endgültig wirksam, da das Bundesministerium für Gesundheit aufgrund von inhaltlichen und methodischen Rückfragen zuvor die

erforderliche Nicht-Bearstandung nicht erklärt hat. Die meisten Änderungen sind rückwirkend wirksam ab dem 01.01.2023, andere treten erst ab 2024 in Kraft. Damit ist zu vermuten, dass im laufenden Jahr (mit Wirkung zum Folgejahr) keine größeren Veränderungen vorgenommen werden.

Im Folgenden werden die wesentlichen Veränderungen zusammengefasst:

Veränderungen des Zeitplans zur Umsetzung der PPP-RL

Die Sanktionierung der Nicht-Erfüllung sowie einer nicht vollständigen Nachweisabgabe wurden erneut um ein Jahr verschoben. Ab dem 01.01.2024 soll die Sanktionsregelung nun mit erhöhtem Sanktionsfaktor von 1,7 wirksam werden. Damit werden alle fehlenden Einsatzstunden der Berufsgruppen mit Unterschreitung ins Verhältnis zur Mindestvorgabe gesetzt und um den Sanktionsfaktor erhöht. Daraus ergibt sich ein prozentualer Abschlag, der vom gesamten Quartalsbudget der Klinik (nicht nur PPP-RL Bestandteile) abgezogen wird.

Zudem wurden die erforderlichen Umsetzungsgrade angepasst. Ursprünglich war eine 100%-Erfüllung ab 2024 vorgesehen. Nach Änderung sind nun in den Jahren 2024 und 2025 95% der Vorgaben zu erreichen, ab 2026 dann 100%.

Aussetzen des stations- und monatsbezogenen Nachweises für 95% der Einrichtungen

Als aufwändiges und dabei wenig informationsbringendes Verfahren stand die stations- und monatsbezogene Datenlieferung in der Kritik. Nach dem Änderungsbeschluss sind 95% der Einrichtungen von der ergänzenden Lieferpflicht befreit. 5 % der Einrichtungen werden in einer jährlichen Stichprobe gezogen. Im LVR-Klinikverbund sind zwei Standorte (jeweils dezentrale Standorte der Kliniken Bonn und Viersen) weiter lieferpflichtig, weil sie in die aktuelle Stichprobe fallen.

Veränderung der Anrechnungsmöglichkeiten von Berufsgruppen

In definierten Grenzen können Anrechnungen zwischen den PPP-RL Berufsgruppen sowie von anderen, in der PPP-RL nicht explizit genannten Berufsgruppen vorgenommen werden. Diese Anrechnungsmöglichkeiten wurden ab 2023 verändert. Zunächst wird eine prozentuale Begrenzung der Anrechnung von anderen, in der PPP-RL nicht explizit genannten Fach- und Hilfskräften, wirksam (je nach Berufsgruppe 10% bzw. 5%). Diese Begrenzung limitiert die Einsatzmöglichkeiten z.B. von Pflegehilfskräften, Physician Assistants oder Stationssekretär*innen zur Entlastung der PPP-RL Berufsgruppen.

Vorübergehend wurde die Möglichkeit geschaffen, die Berufsgruppe der Psycholog*innen bzw. Psychotherapeut*innen einseitig auf alle anderen Berufsgruppen anzurechnen, solange sie Regelaufgaben dieser Berufsgruppen übernehmen.

Ausnahmeregelungen für „Stand-Alone-Tageskliniken“

Für Standorte, an denen ausschließlich eine Tagesklinik betrieben wird, gilt inzwischen ein ergänzender Ausnahmetatbestand. Die Einrichtungen können ohne Sanktionen die Mindestvorgaben in einem Quartal unterschreiten, solange im nächsten oder übernächsten Quartal die Mindestvorgaben wieder eingehalten werden. Von dieser Ausnahmeregelung sind kleinere, dezentrale Standorte (Dependancen), an denen auch vollstationäre Behandlung erbracht wird, nicht umfasst.

Veränderung der Einstufungssystematik aus Routinedaten (ab 2024)

Ab 2024 soll die Einstufung der Patient*innen (z.B. nach Regel-/Intensivbehandlung oder Behandlungsschwerpunkt) nicht mehr aktiv zu Stichtagen erfolgen, sondern automatisch aus Routinedaten abgeleitet werden. Hierfür sind umfassende IT-Umstellungen vorzunehmen, fachliche Fragen sind teilweise noch ungeklärt. Die Mindestvorgaben werden damit für jeden Tag in Abhängigkeit von Einstufung und Diagnose abgeleitet – dadurch steigt der Dokumentations- und Nachweisaufwand.

Mindestvorgaben für den pflegerischen Nachtdienst (ab 2024)

Ab dem 01.01.2024 gelten auch für den pflegerischen Nachtdienst verbindliche Mindestanforderungen. Diese werden für jeden Standort ermittelt, an dem auch vollstationäre (Intensiv-)Behandlung erbracht wird. Die zu besetzenden Nachdienste ergeben sich aus der Anzahl der (vollstationären) Betten des Standorts sowie aus dem Anteil der Behandlungstage mit Intensivbehandlung. Je nach Intensivanteil ergibt sich eine Mindestbesetzung von 1,6, 1,4 oder 1,2 Nachdiensten je rechnerisch ermittelter Stationseinheit. Die Mindestbesetzung ist in mehr als 90% der Nächte nachzuweisen. Für die Psychosomatik und für Einrichtungen ohne Intensivbehandlung gelten zunächst keine Mindestvorgaben. Sanktionen gelten nicht vor dem Jahr 2026.

Durch die per Beschluss vom 15.09.2022 festgelegten Änderungen erkennt der Richtliniengeber manche in der Praxis besonders problematische Bereiche an (z.B. kleinere Standorte), ohne sie jedoch konsequent zu lösen. Gravierende systemische Hürden bleiben weiterhin bestehen. Durch die Mindestvorgabe im Nachtdienst steigt der Personalbedarf an vielen Stellen zusätzlich an.

2.2 Prüfverfahren nach MD-Qualitätskontrollrichtlinie

Ab dem Jahr 2023 werden die ersten Prüfungen der PPP-RL durch den Medizinischen Dienst erfolgen. Das Prüfverfahren wird in der MD-Qualitätskontrollrichtlinie festgelegt. Diese gilt bereits seit längerem, wurde allerdings bisher nur für Qualitätssicherungsverfahren für hoch komplexe Einzelleistungen in der somatischen Medizin angewendet. Mit der PPP-RL wird die Prüfrichtlinie nun auf die gesamte Leistungserbringung sowie den gesamten Personaleinsatz ganzer Fachgebiete bzw. ganzer maximalversorgender Krankenhäuser angewendet.

Mit Beschluss vom 20.01.2022 wurden die Prüfmöglichkeiten und –verfahren für die PPP-RL konkretisiert. Somit sind drei Arten der Kontrolle vorgesehen:

1. Kontrollen aufgrund von Anhaltspunkten: Liegen aus Sicht der Kostenträger Anhaltspunkte vor, können in unbegrenztem Umfang Prüfungen der letzten vier Quartalsnachweise beauftragt werden. Auffälligkeiten können sich innerhalb des Nachweisverfahrens, im Abgleich etwa mit Abrechnungsdaten oder auch durch Meldungen von Versicherten oder der Besuchskommission ergeben. Die Art und Qualität von Anhaltspunkten ist nicht definiert und obliegt dem „pflichtgemäßem Ermessen“ der beauftragenden Kostenträger.
2. Kontrollen aufgrund von Stichprobenziehung: Auch ohne Vorliegen von Anhaltspunkten erfolgen Prüfungen einer jährlich zu ziehenden Stichprobe. Für die ersten fünf Anwendungsjahre (2023 – 2027) wurde die jährlich Stichprobe auf 20% aller Standorte festgelegt – innerhalb von fünf Jahren wird damit jeder

Standort geprüft. Ab 2028 wird die Stichprobe auf jährlich 9% reduziert. Nach Ziehung in der Stichprobe erfolgt eine Vollprüfung des Standorts (üblicherweise angekündigt vor Ort) anhand von zwei Quartalsnachweisen.

3. Anlassbezogene Kontrollen: Ergänzend finden Kontrollen bei erstmaliger Behandlung an einem Standort oder bei Wiederaufnahmen der Behandlung nach 12 Monaten. Zusätzlich erfolgen auch dann (Folge-)Kontrollen, wenn bei einer vorherigen Kontrolle die Nichteinhaltung von Nachweis- oder Dokumentationsanforderungen festgestellt wurden.

Die Prüfung der PPP-RL nach MD-QK-RL wird damit nicht nur häufig erfolgen, sondern einen Prüfumfang einnehmen, der bisherige Erfahrungen mit MD-Prüfungen weit übersteigt. Die Prüfung jeglichen Personaleinsatzes mit entsprechender Qualifikation aller in der Behandlung eingesetzter Berufsgruppen sowie aller Behandlungstage und deren Einstufung wird einen enormen Verfahrensaufwand für die Einrichtungen und den MD verursachen. Das Risiko ist hoch, dass Dokumentation für unzureichend befunden wird und damit Annahmen aus dem Nachweisverfahren rückwirkend verändert werden. Damit steht eine Erfüllung von Mindestvorgaben ab 2023 zusätzlich unter Vorbehalt möglicher Kontrollen durch den MD. Die Anforderung an die Dokumentation in den Verwaltungsbereichen und in den therapeutisch-pflegerischen Berufsgruppen steigt dadurch deutlich.

2.3 Finanzierung des Personalbedarfs nach PPP-RL

In Vorlage Nr. 15/1444 wurde ausführlich zu den Herausforderungen in der Finanzierung des Personalbedarfs zur jederzeitigen Erfüllung der PPP-RL über die Budgets der Kliniken berichtet. Nach wie vor stellt die Gewinnung des Personals die größte Herausforderung dar. Aber auch in der Finanzierung über Budgets zeigen sich Streitpunkte auf, die eine Refinanzierung des Personalaufwands in Frage stellen.

Mit besonderem Blick auf die aktuellen Tarifverhandlungen, in deren Konsequenz die Personalkosten deutlich ansteigen werden, muss – trotz gesetzlich gedeckelter Budgetsteigerungen – eine vollständige Ausfinanzierung von tariflichen Lohnsteigerungen eingefordert werden. Zusätzlich ist mangels eines geltenden Personalbemessungsinstruments weiterhin ungeklärt, wieviel Personal vorzuhalten ist, um den Anforderungen der PPP-RL sicher gerecht werden zu können. Eine zentrale Frage ist hierbei, wie mit in den letzten Jahren angestiegenen und unterjährig sehr unterschiedlichen Ausfallzeiten im Sinne der PPP-RL umzugehen ist. Die Krankenhausträger vertreten hierbei die Auffassung, dass in der quartalsweisen Nachweisverpflichtung das Quartal mit den höchsten Ausfallzeiten (bedingt durch Feiertage, Urlaubszeiten oder Erkrankungswellen) für die Personalausstattung als Grundlage zu verwenden ist, da es nicht möglich ist, Personal kurzfristig ein- und auszustellen. Gleichzeitig bedarf es aus Sicht der Krankenhausträger einer „Schwankungsreserve“, um trotz Belegungsspitzen und Personalausfällen jederzeit im Rahmen des Pflichtversorgungsauftrags aufnahmefähig zu bleiben.

Die Kostenträger vertreten, auch vor dem Hintergrund eigener defizitärer Entwicklungen, abweichende Auffassungen. Ein hohes Konfliktpotenzial entsteht durch die beidseitige Knappheit von Ressourcen bei gleichzeitig deutlich steigenden Anforderungen an die stationäre und teilstationäre Versorgung. Auflösbar erscheint der Konflikt nur durch

rechtliche Klarstellung und dadurch, dass gemeinsam auf dem Verhandlungsweg Alternativen gefunden werden, wie mit begrenzteren Ressourcen effektive, bedarfsgerechte und personenzentrierte Versorgung gewährleistet werden kann. Für letzteres setzt sich der LVR-Klinikverbund, genauso wie andere Psych-Träger, konsequent ein.

3 Auswirkungen der PPP-RL auf die Psych-Versorgung

Die psychiatrische und psychosomatische Versorgung und als Bestandteil davon, die Behandlung durch Krankenhäuser, müssen sich weiter verändern. Der Reformprozess der letzten Jahrzehnte, von der Einrichtungs- hin zur Personenzentrierung, ist noch nicht abgeschlossen und erscheint unter den aktuellen Herausforderungen mehr denn je erforderlich.

Die PPP-RL selbst vermag es nach überwiegender fachlicher Einschätzung nicht, diese Ziele zu fördern, steht diesen möglicherweise sogar entgegen. Die hohen Mindestvorgaben für den Personaleinsatz werden ausschließlich für die stationäre Behandlung vorgegeben und sind dabei an veralteten Einrichtungsstrukturen orientiert. Die ambulante sowie wohn- und lebensraumorientierte Versorgung, die besonders geeignet wären, stationäre Behandlung zu verkürzen oder zu verhindern, bleiben in der PPP-RL gänzlich unberücksichtigt. Es könnten Fehlanreize entstehen, den Personaleinsatz aufgrund hoher Anforderungen und vorrangiger Dringlichkeit im Sinne der Pflichtversorgung wieder auf die stationäre Behandlung zu fokussieren.

Die angekündigten, bisher noch ausgesetzten Sanktionen, die bereits bei einmaligem Unterschreiten der Mindestvorgaben geeignet sind, Krankenhäuser in eine wirtschaftliche Schieflage zu bringen, könnten mit Inkrafttreten die Versorgung schlagartig verändern. Wie zuvor dargestellt kann eine überwiegende Anzahl der Krankenhäuser schon heute bei reduziertem Umsetzungsgrad die Mindestvorgaben nicht erfüllen. Diese wären mit Sanktionierung zur Abwendung von wirtschaftlichem Schaden gezwungen, stationäre und teilstationäre Behandlung zu reduzieren. Kurzfristig müssten dafür Behandlungszeiten verkürzt oder (elektive) Aufnahmen abgelehnt werden. Mit den für die stationäre Versorgung verfügbaren Personalressourcen müsste vorrangig der Behandlungs- und Unterbringungsauftrag im Rahmen der Pflichtversorgung erbracht werden. Vor einer Sanktionierung, bevor notwendige systemische Veränderungen umgesetzt wurden, wird deswegen breit gewarnt.

Die beschriebenen Veränderungen der Versorgung führen nicht zwangsläufig zu ihrer Verschlechterung. Auch wenn die PPP-RL teilweise falsche Anreize setzt und die vorgesehenen Sanktionen weder maßvoll noch verhältnismäßig sind, kann die Richtlinie durchaus als Katalysator für Veränderungen in der Versorgung wirken. Entscheidend sind hierbei Veränderungen, die es ermöglichen, Versorgung vermehrt im nicht-stationären Bereich sicherzustellen. Wenn es gelingt, die weiterhin systemisch vorhandenen Sektorenhürden zu überwinden, kann eine Reduktion stationärer Behandlung bei gleichzeitigem Aufbau nicht-stationärer und sektorenübergreifender Versorgungsangebote erfolgen. So kann sich Versorgung am individuellen Bedarf und Lebensumfeld der Menschen mit psychischer Erkrankung orientieren. Damit wird eine Verschlechterung der Versorgung nicht nur verhindert, sondern diese im Sinne der o.g. Ziele verbessert.

Diesen Weg hat der LVR-Klinikverbund in aller Konsequenz eingeschlagen und setzt auf Veränderungsprozesse in der Versorgung, die auch durch Kostenträger und gesetzliche Rahmenbedingungen unterstützt werden sollten. Zuletzt vermehren sich die Signale, dass die erforderlichen Veränderungen der Versorgung auch gesamtsystemisch möglich sind. So haben z.B. zuletzt Vertreter*innen verschiedener gesetzlicher Krankenversicherungen auf Bundesebene öffentlich umfassende Reformen gefordert, die sektorenübergreifende Modellansätze in die Regelversorgung überführen (Lehmann et al., f & w 4/2023, S. 990 ff.). Auch die „Regierungskommission zur Krankenhausreform“ ist aktuell mit der Psychiatrie und Psychosomatik befasst und prüft in diesem Zusammenhang Ansätze, die Sektoren im Sinne der Versorgungsqualität zu überwinden. Unabhängig davon sind Veränderungen im LVR-Klinikverbund aus Sicht der Verwaltung unerlässlich, damit die hohen Anforderungen an die stationäre Behandlung im Sinne der Qualitätsvorgaben eingehalten werden und gleichzeitig die Versorgung nicht eingeschränkt, sondern mit effektivem und personenzentriertem Ressourceneinsatz verbessert wird.

4 Herausforderungen im LVR-Klinikverbund durch die PPP-RL

Auch mit Blick auf die Herausforderungen durch die PPP-RL wurde mit der Vorlage Nr. 15/1313 (Stresstest LVR-Kliniken) eine strategische Neuausrichtung für den LVR-Klinikverbund beschlossen. Die Vorlage beschreibt die Veränderungen des Leistungsangebots durch Ausweitung ambulanter, stationsäquivalenter und aufsuchender Angebote. Damit sollen, wenn möglich, stationäre Kapazitäten reduziert oder deren weiterer Aufbau im Rahmen der Krankenhausplanung verhindert werden. Der erforderliche Personaleinsatz in den stationären Bereichen, mit dem ressourcenintensiven Tag- und Nachtdienst, kann damit mittel- und langfristig verringert werden. Diese Veränderungen alleine werden allerdings nicht ausreichen, um den Anforderungen der PPP-RL in den LVR-Kliniken gerecht zu werden.

Im LVR-Klinikverbund bestehen, wie für die überwiegende Anzahl an psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern bundesweit, große Schwierigkeiten, die PPP-RL an jedem Standort, in jedem Quartal und in jeder Berufsgruppe zu erfüllen. Im Jahr 2022 mussten deswegen in mehreren LVR-Kliniken an einzelnen Standorten bzw. in einzelnen Berufsgruppen Nicht-Erfüllungen der PPP-RL für manche Quartale ausgewiesen werden. Dabei liegt den Nicht-Erfüllungen in der Gesamtbetrachtung keine unzureichende Personalausstattung zugrunde. Der Personaleinsatz konnte nur nicht zu der erforderlichen Zeit, an dem betreffenden Standort bzw. in jeder einzelnen Berufsgruppe nachgewiesen werden. In der berufsgruppen- und standortübergreifenden Betrachtung konnte in den Quartalen jeweils zumeist ein ausreichender Personaleinsatz ausgewiesen werden. Zwischen den Quartalen zeigen sich wesentliche Unterschiede – einem Quartal mit berufsgruppenbezogener Untererfüllung folgt in der Regel eine Übererfüllung.

Eine Nicht-Erfüllung der PPP-RL resultiert damit in der Regel nicht aus unzureichender Personalausstattung, sondern aus einer Verteilung, die nicht den Vorgaben der Richtlinie entspricht. Um den Anforderungen dennoch gerecht werden zu können, bedarf es in erster Linie einer Personalausstattung, die weit über der Mindestvorgabe liegt. Nur so führen unvermeidliche Veränderungen in der Verteilung von Personaleinsatz nicht zu einer Unterschreitung. An der Gewinnung und langfristigen Bindung von Personal, als entscheidende Zukunftsaufgabe, arbeiten die LVR-Kliniken gemeinsam mit der Verbundzentrale mit Hochdruck.

Es bedarf zur Erfüllung der Qualitätsanforderungen in der stationären und teilstationären Behandlung allerdings auch umfassender organisatorischer und prozessualer Veränderungen. Diese Veränderungen betreffen alle in den LVR-Kliniken Beschäftigten und werden auch Behandlungsabläufe verändern. Sie sind nur an den Schnittstellen zwischen den therapeutisch-pflegerischen Berufsgruppen, den Verwaltungsbereichen sowie der Verbundsteuerung zu lösen. Nachfolgend werden exemplarisch die Strukturen und Prozesse benannt, die fortlaufend gemeinsam zwischen Kliniken und Verbundzentrale – unter Einbezug der Arbeitnehmer*innenvertretung – erarbeitet werden:

- Inhaltliche und Prozessoptimierung in der Nachweisführung sowie der Dokumentation zur PPP-RL
- Vorbereitung der MD-Prüfungen zur PPP-RL (MD-QK-RL)
- Wissenstransfer zur PPP-RL – mit Schwerpunkt auf die therapeutisch-pflegerischen Berufsgruppen
- Aufbau eines geeigneten Steuerungs- und Reporting-Instruments zur Planung und laufenden Steuerung in den Behandlungsbereichen der Kliniken (PPP-RL-Monitor)
- Schaffung von Instrumenten zur Personaleinsatz- und Leistungsplanung nach den Maßgaben der PPP-RL
- Ausbau klinikübergreifender und klinikinterner Abstimmungsgremien für operative und strategische Fragen zur Umsetzung der PPP-RL
- Aufbau von Kommunikationsstrukturen in den Kliniken, Vorbereitung von Entscheidungsprozessen, Diskussion von Verfahren bei drohender Nicht-Erfüllung

Dieser Prozess wird aktuell intensiv betrieben und soll bis zum Jahreswechsel – vor dem Beginn einer möglichen Sanktionierung – einen Zwischenstand erreicht haben, der die Kliniken sowie die Verbundzentrale zur Steuerung im Sinne der PPP-RL befähigt.

Auch darüber hinaus wird sich die PPP-RL mit ihren weiteren Umsetzungsschritten zunehmend verändernd auf bekannte Behandlungsprozesse und Abläufe in den Kliniken auswirken. Ein transparenter, partizipativer und motivierender Change-Prozess in den Kliniken ist erforderlich – die Verwaltung unterstützt und begleitet diesen engmaschig. Der Prozess bietet abseits der großen Herausforderungen auch neue Chancen, die Veränderungen in verbesserten Behandlungs- und Versorgungsangeboten für die Menschen im Rheinland umzusetzen. Über die Fortschritte wird die Verwaltung fortlaufend und regelmäßig berichten.

In Vertretung

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

Ergänzungsvorlage Nr. 15/1044/1

öffentlich

Datum: 05.05.2023
Dienststelle: LVR-Direktorin
Bearbeitung: Frau Wierum/Herr Woltmann

Krankenhausausschuss 3	08.05.2023	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	09.05.2023	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	10.05.2023	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	11.05.2023	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	12.05.2023	Kenntnis
Ausschuss für Digitale Entwicklung und Mobilität	17.05.2023	Kenntnis
Betriebsausschuss LVR- Jugendhilfe Rheinland	23.05.2023	Kenntnis
Landesjugendhilfeausschuss	25.05.2023	Kenntnis
Ausschuss für Personal und allgemeine Verwaltung	05.06.2023	Kenntnis
Landschaftsausschuss	13.06.2023	Kenntnis
Kommission Gleichstellung	22.08.2023	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Erster Monitoring-Bericht zur Vorlage „Grundsätze des Gewaltschutzes im LVR“

Kenntnisnahme:

Der erste interne Monitoring-Bericht zu den Grundsätzen des Gewaltschutzes im LVR wird gemäß Vorlage Nr. 15/1044/1 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

L u b e k

Worum geht es hier?

In leichter Sprache

Manche Kinder, Jugendliche und Erwachsene erleben Gewalt.
Besonders oft erleben Menschen mit Behinderungen Gewalt.

Gewalt kann ganz unterschiedlich aussehen.

Zum Beispiel:

- Tritte und Schläge.
- Bedrohen und Anschreien.
- Angefasst werden. Obwohl man das nicht will.
- Ignoriert werden.
- Gewalt mit Fotos und Bildern.



Der LVR will alle Menschen vor Gewalt schützen.
Zum Beispiel in Wohnheimen und Werkstätten.
Oder in der Schule.

In dieser Vorlage berichtet der LVR:
Das haben wir unternommen.
Damit der Schutz vor Gewalt besser wird.

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

Im September 2021 hat der LVR gemäß Vorlage Nr. 15/300 die übergreifend geltende Vorlage „Grundsätze des Gewaltschutzes im LVR“ vorgelegt (im Folgenden kurz: Grundsatzpapier).

Im Grundsatzpapier wurden verschiedene Vorkehrungen zum Gewaltschutz festgelegt, die unter Umständen auch über gesetzliche Anforderungen hinausgehen.

Mit Blick auf die besonders vulnerablen Zielgruppen, für die der LVR in verschiedenen Rollen tätig ist, – dazu zählen einerseits Kinder und Jugendliche sowie andererseits erwachsene Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen – wurden folgende Vorkehrungen beschlossen:

- 1) Der LVR hat festgelegt, dass in allen Einrichtungen und Diensten, in denen er selbst Leistungen für vulnerable Zielgruppen erbringt, das Vorliegen eines **einrichtungsbefugten Gewaltschutzkonzeptes obligatorisch** ist.
- 2) Darüber hinaus wirkt der LVR im Rahmen seiner (rechtlichen) Zuständigkeiten und Möglichkeiten darauf hin, dass **externe Leistungserbringer**, die für vulnerable Zielgruppen tätig sind, einrichtungsbezogene Gewaltschutzkonzepte erstellen oder zumindest geeignete Präventionsmaßnahmen entwickeln und in der Praxis umsetzen.

Überdies wurde festgelegt:

- 3) **Alle Einrichtungen und Dienststellen des LVR** (einschließlich der Zentralverwaltung und der Außendienststellen) sollen sich mit dem Erfordernis von Gewaltschutzkonzepten befassen.

Mit dem vorliegenden Monitoring-Bericht informiert die federführend verantwortliche LVR-Stabsstelle Inklusion – Menschenrechte – Beschwerden erstmals seit Vorlage des Grundsatzpapiers über den aktuellen Umsetzungsstand hinsichtlich dieser Vorkehrungen.

Die Vorlage berührt insbesondere Zielrichtung 9 („Menschenrechtsbildung“), Zielrichtung 10 („Kindeswohl“) und Zielrichtung 11 („Geschlechtergerechtigkeit“) des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.

Begründung der Vorlage Nr. 15/1044/1:

Auf Anregungen des Ausschusses für Inklusion soll die Vorlage mit Blick auf das Thema der digitalen Gewalt auch dem Ausschuss für Digitale Entwicklung und Mobilität zur Kenntnis gebracht werden.

Darüber hinaus soll die Vorlage auf Anregung des Sozialausschusses ebenfalls der Kommission Gleichstellung zur Kenntnis gebracht werden.

Zusätzlich wurde ein Link auf S. 18 aktualisiert.

Begründung der Vorlage Nr. 15/1044:

Erster Monitoring-Bericht zur Umsetzung der Grundsätze des Gewaltschutzes im LVR

Gliederung

1. Hintergrund: Grundsätze des Gewaltschutzes im LVR	6
2. Gewaltschutz in LVR-eigenen Einrichtungen für vulnerable Zielgruppen	8
2.1 LVR-Jugendhilfe Rheinland	8
2.2 LVR-Förderschulen	9
2.3 LVR-Klinikschulen.....	11
2.4 LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen.....	11
2.5 LVR-Kliniken.....	12
2.5.1 Erwachsenenpsychiatrie und übergreifende Aktivitäten.....	13
2.5.2 Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und - psychosomatik (KJPPP) und Abteilungen für Soziale Rehabilitation	14
2.5.3 LVR-Institut für Forschung und Bildung	15
2.6 Zusammenfassung	15
3. LVR-Aktivitäten zur Stärkung des Gewaltschutzes durch externe Leistungserbringer für vulnerable Zielgruppen.....	17
3.1 Aktivitäten des LVR-Landesjugendamtes	17
3.2 Aktivitäten des LVR als Träger der Eingliederungshilfe	18

3.2.1 LVR-Dezernat Soziales	19
3.2.2 LVR-Dezernat Kinder, Jugend und Familie.....	21
3.2.3 Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung	23
3.3 Aktivitäten im Rahmen der Förderung von Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen und Sozialpsychiatrischen Zentren.....	23
3.3.1 Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen.....	23
3.3.2 Sozialpsychiatrische Zentren.....	23
3.4 Aktivitäten des LVR-Inklusionsamtes	24
3.5 Aktivitäten des Schulträgers LVR im Bereich der Schülerbeförderung.....	24
3.6 LVR-Institut für Konsulentenarbeit „Kompass“ im LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen.....	25
3.7 Weitere Aktivitäten des LVR	25
3.8 Zusammenfassung	25
4. Weitere LVR-Aktivitäten zur Stärkung des Gewaltschutzes in LVR- Einrichtungen und -Dienststellen	27
4.1 LVR-Diversity-Konzept.....	27
4.2 Aktivitäten der LVR-Stabsstelle Gleichstellung und Gender Mainstreaming.....	28
4.3 Interne Beschwerdestelle nach dem AGG im LVR	29
4.4 Zentrales Beschwerdemanagement im LVR	29
4.5 Fortbildungen im LVR-Institut für Training, Beratung und Entwicklung	30
4.6 Sicherheitskonzept für die Zentralverwaltung	31
4.7 Aktivitäten im LVR-Fachbereich Soziale Entschädigung	32
4.8 Aktivitäten zum Gewaltschutz in LVR-Schulen.....	32
4.9 Aktivitäten zum Gewaltschutz im LVR-Kultureinrichtungen	33
4.9.1 Sicherheitskonzept für das LVR-Jüdisches Museum im Archäologischen Quartier Köln.....	33
4.9.2 Vorlagepflicht erweiterter Führungszeugnisse in LVR-Kultureinrichtungen ..	33
4.10 Weitere Aktivitäten des LVR.....	34
4.10.1 Beteiligung am Kölner Präventionsprojekt „Edelgard schützt“	34
4.10.2 Studie zu diskriminierungsfreier Digitalisierung im LVR.....	34

4.11 Zusammenfassung	35
5. Ausblick.....	36

1. Hintergrund: Grundsätze des Gewaltschutzes im LVR

Im September 2021 hat der LVR gemäß Vorlage Nr. 15/300 die übergreifend geltende Vorlage „Grundsätze des Gewaltschutzes im LVR“ vorgelegt (im Folgenden kurz: Grundsatzpapier).

Das Grundsatzpapier definiert eine einheitliche Haltung des LVR zum Schutz vor Gewalt und beschreibt ein gemeinsames Verständnis der verschiedenen Erscheinungsformen von Gewalt (körperlich, psychisch, sexualisiert, strukturell).

Das Grundsatzpapier soll einen Beitrag dazu leisten, dass alle Menschen, für die der LVR arbeitet und die im LVR arbeiten, eine einheitliche Qualität des Gewaltschutzes im LVR erwarten können und bestmöglich vor Gewalt geschützt werden. Zu diesem Zweck wurden im Grundsatzpapier verschiedene **Vorkehrungen zum Gewaltschutz** festgelegt, die unter Umständen auch über gesetzliche Anforderungen hinausgehen.

Prioritär ist dabei, den Gewaltschutz in Bereichen zu verbessern, in denen der LVR für Menschen tätig ist, die besonders gefährdet sind, Opfer von Gewalt zu werden. Zu diesen **vulnerablen Zielgruppen** zählen insbesondere:

- Kinder und Jugendliche (mit und ohne Behinderungen) sowie
- erwachsene Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen, einschließlich traumatisierter Menschen.

Mit dem vorliegenden internen Monitoring-Bericht gibt die federführend verantwortliche LVR-Stabsstelle Inklusion – Menschenrechte – Beschwerden einen **ersten Überblick über den aktuellen Umsetzungsstand** hinsichtlich der im Grundsatzpapier getroffenen Vorkehrungen zum Gewaltschutz. Bezugspunkt ist der Zeitpunkt seit Vorlage des Grundsatzpapiers im September 2021. Der Umsetzungsstand bezieht sich auf Aktivitäten bis Januar 2023. Der Monitoring-Bericht ist in einer dezernatsübergreifenden Zusammenarbeit entstanden.

Konkret wurden im Grundsatzpapier die folgenden Vorkehrungen festgelegt¹:

- 1) Der LVR hat festgelegt, dass in allen Einrichtungen und Diensten, in denen er selbst Leistungen für vulnerable Zielgruppen erbringt, das Vorliegen eines einrichtungsbezogenen Gewaltschutzkonzeptes nunmehr obligatorisch ist. Im Folgenden werden diese Einrichtungen und Dienste kurz als **LVR-eigene Einrichtungen für vulnerable Zielgruppen** bezeichnet. (→ vgl. Gliederungsziffer 2 dieses Monitoring-Berichts)
- 2) Darüber hinaus wirkt der LVR im Rahmen seiner (rechtlichen) Zuständigkeiten und Möglichkeiten darauf hin, dass **externe Leistungserbringer**, die für **vulnerable Zielgruppen** tätig sind, einrichtungsbezogene Gewaltschutzkonzepte erstellen oder zumindest geeignete Präventionsmaßnahmen entwickeln und in der Praxis umsetzen. (→ vgl. Gliederungsziffer 3 dieses Monitoring-Berichts)

¹ Gegenüber dem Grundsatzpapier wurden die Vorkehrungen in ihrer Reihenfolge verändert, um im Monitoring-Bericht eine bessere thematische Sortierung der Inhalte zu erreichen.

Darüber hinaus wurde festgelegt:

- 3) **Alle Einrichtungen und Dienststellen des LVR** (einschließlich der Zentralverwaltung und der Außendienststellen) sollen sich mit dem Erfordernis von Gewaltschutzkonzepten befassen. (→ vgl. Gliederungsziffer 4 dieses Monitoring-Berichts)

Neben den genannten Vorkehrungen zum Gewaltschutz wurden im Grundsatzpapier auch fachliche Mindestanforderungen an einrichtungsbezogene Gewaltschutzkonzepte² von LVR-Einrichtungen und -Dienstleistungen festgelegt. Diese Mindestanforderungen sollen zukünftig bei Bedarf durch **Rahmenkonzepte** weiter konkretisiert werden. In Rahmenkonzepten können weitergehende Anforderungen an einrichtungsbezogene Gewaltschutzkonzepte von Einrichtungen und Dienstleistungen definiert werden, die mit bestimmten Zielgruppen arbeiten.

Seit September 2021 wurde zwei Papiere vorgelegt, die zugleich als LVR-Rahmenkonzepte für spezifische Zielgruppen fungieren und damit bei der Erstellung von einrichtungsbezogenen Gewaltschutzkonzepten im LVR zu beachten sind:

- Die beiden Landesjugendämter in NRW haben 2021 die Broschüre „Aufsichtsrechtliche Grundlagen – Organisationale Schutzkonzepte in betriebserlaubnispflichtigen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche nach § 45 SGB VIII“ entwickelt und veröffentlicht (vgl. [Vorlage Nr. 15/659](#), vgl. Gliederungsziffer 3.1). In Bezug auf LVR-eigene Einrichtungen und Dienste fungiert diese Broschüre gleichzeitig als Rahmenkonzept für Kinder und Jugendliche im Sinne des Grundsatzpapiers.
- Aufbauend auf dem Grundsatzpapier hat das LVR-Dezernat Soziales im Herbst 2021 ein „Eckpunktepapier zum Gewaltschutz bei Leistungen der sozialen Teilhabe“ formuliert. Dieses enthält konkrete Anforderungen an vorzuhaltende Gewaltschutzkonzepte aus Sicht des LVR (vgl. Gliederungsziffer 3.2). In Bezug auf LVR-eigene Einrichtungen und Dienste, die Leistungen der sozialen Teilhabe anbieten, ist dieses Eckpunktepapier auch als Rahmenkonzept für erwachsene Menschen mit Behinderungen im Sinne des Grundsatzpapiers zu betrachten.

Das Grundsatzpapier des LVR stand auch im Mittelpunkt des **4. LVR-Dialog Inklusion und Menschenrechte** (19. November 2021) und wurde dort kritisch und konstruktiv mit der Zivilgesellschaft diskutiert.³

Das Grundsatzpapier des LVR wurde zudem im Abschlussbericht der **Expertenkommission der Landesregierung „Herausforderndes Verhalten und Gewaltschutz in Einrichtungen der Behindertenhilfe“** vom Dezember 2021 ausdrücklich gewürdigt (s. dort S. 42).⁴

² Im Grundsatzpapier wurde die synonyme Bezeichnung „Institutionelle Gewaltschutzkonzepte“ verwendet. Aufgrund der besseren Verständlichkeit wird hier durchgehend der Begriff „Einrichtungsbezogene Gewaltschutzkonzepte“ verwendet.

³ Die Dokumentation wurde veröffentlicht unter www.dialog.lvr.de.

⁴ Der LVR hat mit [Vorlage Nr. 15/912](#) zu den Empfehlungen der Expertenkommission ausführlich Stellung genommen.

Der Abschlussbericht bildete den Ausgangspunkt für die zwischenzeitlich ins Leben gerufene „**Landesinitiative Gewaltschutz NRW**“, der sich der LVR im September 2022 angeschlossen hat (vgl. Vorlage Nr. 15/1417).

Im Kontext der Landesinitiative hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS NRW) das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität zu Köln damit beauftragt, ein „Muster-Rahmenkonzept Gewaltprävention“ zu erarbeiten. Auch in diesem Kontext wurde das Grundsatzpapier des LVR wahrgenommen und die LVR-Stabsstelle Inklusion – Menschenrechte – Beschwerden zur Beteiligung an einem Expert*innen-Workshop eingeladen.

2. Gewaltschutz in LVR-eigenen Einrichtungen für vulnerable Zielgruppen

Im Grundsatzpapier hat der LVR festgelegt, dass in allen Einrichtungen und Diensten, in denen er selbst Leistungen für vulnerable Zielgruppen (s.o.) erbringt, das Vorliegen eines einrichtungsbezogenen Gewaltschutzkonzeptes nunmehr obligatorisch ist (vgl. Gliederungsziffer 1).

Zu den LVR-eigenen Einrichtungen und -Diensten für vulnerable Zielgruppen zählen insbesondere:

- Im Dezernat Kinder, Jugend und Familie (Dezernat 4)
 - o die Einrichtungen und Dienste der LVR-Jugendhilfe Rheinland.
- Im Dezernat Schulen, Inklusionsamt, Soziale Entschädigung (Dezernat 5)
 - o die LVR-Förderschulen (einschließlich der zugehörigen Kindergärten/Frühförderzentren)
 - o die LVR-Klinikschulen.
- Im Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen (Dezernat 8)
 - o die Einrichtungen und Dienste des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen
 - o die LVR-Kliniken.

Im Folgenden wird dargestellt, in welchen LVR-eigenen Einrichtungen für vulnerable Zielgruppen bereits einrichtungsbezogene Gewaltschutzkonzepte vorliegen oder aktuell erarbeitet werden.

2.1 LVR-Jugendhilfe Rheinland

Die LVR-Jugendhilfe Rheinland (JHR) ist Träger von Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe im ambulanten, teilstationären und stationären Setting sowie Anbieter von Ausbildungsmaßnahmen, einschließlich sog. intensivpädagogischer Angebote für dissoziale und besonders auffällige Jugendliche und junge Erwachsene. Zielgruppe sind Kinder und Jugendlichen mit Bedarf an Hilfen zur Erziehung sowie Kinder und Jugendliche mit einer seelischen Behinderung gemäß § 35a des SGB VIII im Sinne der Eingliederungshilfe.

Mit dem im Juni 2021 in Kraft getretenen Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) wurde das SGB VIII in einem weiteren Schritt reformiert. Ein wichtiger Baustein sind verpflichtende Konzepte, die zur Sicherung der Rechte von Kindern und Jugendlichen und zu deren Schutz vor Gewalt in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe einzuführen sind. Sogenannte Schutzkonzepte sind individuell in jeder bestehenden Einrichtung zu erstellen und unterliegen der Prüfung durch die betriebserlaubniserteilende Behörde (vgl. Gliederungsziffer 3.1). Folglich ist die JHR als Träger in der gesetzlichen Verantwortung, ein auf die eigenen Strukturen und Angebote bzw. Maßnahmen bezogenes einrichtungsbezogenes Gewaltschutzkonzept zu erarbeiten und zu implementieren.

Die Betriebs- und die Einrichtungsleitungen der LVR-Jugendhilfe Rheinland, der Standorte Euskirchen, Solingen, Tönisvorst und Remscheid, erstellen derzeit ein erweitertes Gewaltschutzkonzept und legen übergreifende Rahmenbedingungen für die Einrichtungen der JHR fest. Diese werden auf Einrichtungsebene sukzessive konkretisiert und umgesetzt. Die Basis bilden bereits bestehende Gewaltschutzkonzepte und Standards, die sich in der LVR-Jugendhilfe bewährt haben. Elemente und Inhalte eines Schutzkonzeptes können Leitbild, Verhaltenskodex, Partizipation, Handlungsplan etc. sein. Diese gilt es, in einem Prozess mit den Mitarbeitenden der JHR zu gestalten.

Die JHR sieht den gesetzlichen Auftrag für die Implementierung des Schutzkonzeptes selbst als eine Chance, um die Mitarbeitenden im Umgang miteinander und mit den Kindern und Jugendlichen zu sensibilisieren und die Aufmerksamkeit für ungerechtfertigtes und gewalttätiges Verhalten zu fördern. Es fordert zur eigenen Auseinandersetzung mit dem Thema auf. Das Schutzkonzept soll handlungsorientiert und im permanenten Fokus im Sinne einer gelebten Unternehmenskultur entwickelt und verstanden werden.

Mit der Betriebsleitung und den Einrichtungsleitungen hat am 6. Mai 2022 ein erster Workshoptag mit Prof. Dr. Wazlawik stattgefunden, der sich seit vielen Jahren mit der Thematik Gewalt und Missbrauchsformen sowie der Entwicklung von Schutzkonzepten beschäftigt. In diesem Workshoptag wurden bereits weitere Meilensteine für die Erstellung des erweiterten Gewaltschutzkonzeptes definiert. Im Verlauf des Jahres 2022 wurden auf Einrichtungsebene weitere Arbeitsgruppen gebildet. Nach der aktuellen Planung sollen Anfang 2024 die erweiterten Gewaltschutzkonzepte in den Einrichtungen erstellt sein.

Die JHR versteht die Erstellung des erweiterten Gewaltschutzkonzeptes als einen kontinuierlichen Prozess. Das erarbeitete Gewaltschutzkonzept wird auch nicht als ein Endprodukt verstanden, sondern vielmehr als etwas Fortlaufendes, was sich ergänzen und verändern darf und wird.

2.2 LVR-Förderschulen

Der LVR ist gesetzlich verpflichteter Schulträger für die Förderschwerpunkte körperliche und motorische Entwicklung, Hören und Kommunikation, Sehen sowie Sprache in der Sekundarstufe I. Als Schulträger ist der LVR mit den sog. äußeren Schulangelegenheiten betraut. Die Prävention von Gewalt in Schulen ist als sog. innere Schulangelegenheit aufzufassen und daher im Verantwortungsbereich der Schulaufsicht mit den zugeordneten Institutionen (Ministerium, Bezirksregierung, Schulämter) verortet. Es handelt sich damit primär um eine Aufgabe der in der Schule tätigen Mitarbeitenden des Landes, vor allem

der Schulleitungen. Insbesondere ist das Erfordernis eines Schutzkonzeptes gegen Gewalt und sexuellen Missbrauch **schulgesetzlich geregelt** und somit für jede Schule, auch für die Schulen in Trägerschaft des LVR, obligatorisch (§ 42 Abs. 6 SchulG NRW).

Die Schulleitungen der LVR-Förderschulen fungieren zugleich als Dienststellenleitungen für den LVR. Zudem arbeiten das LVR-Schulträgerpersonal (z.B. in den Bereichen Sekretariat, Hausmeister*innen, Pflege und Therapie) und das Landespersonal in den Förderschulen immer eng zusammen. Sie sind damit letztlich gemeinsam vor die Aufgabe gestellt, die ihnen anvertrauten Kinder und Jugendlichen zu schützen.

Im Rahmen des **schulfachlichen Fortbildungsprogramms** „Fachkompetenzen LVR-Schulen und LVR-Internat“ bietet der LVR seinem Schulträgerpersonal u.a. die Veranstaltung „Prävention sexualisierter Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen mit Behinderung“ an. Zielgruppe des Seminars sind alle interessierten LVR-Mitarbeitenden der LVR-Förderschulen. Inhaltlich befassen sich die Teilnehmenden mit einem Überblick über den aktuellen Forschungs- und Wissensstand zum Thema „Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen“. Anhand von Präventionsmaterialien vermittelt das Seminar handlungspraktische Kompetenzen zur Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. In Kleingruppenarbeit werden Gespräche mit Kindern und Jugendlichen geübt. Darüber hinaus zeigt es auf, wie einrichtungsspezifische Schutzkonzepte gegen (sexualisierte) Gewalt aussehen können und wie diese entwickelt werden können. Das Fortbildungsprogramm für das Schulträgerpersonal wird fortlaufend auf seine Passung zur Nachfrage überprüft, sodass ggf. auch zusätzliche Veranstaltungen angeboten werden.

Von präventiven Maßnahmen abzugrenzen ist jede Form einer akuten schulischen Krise, die mit der Androhung oder konkreten Anwendung von körperlicher und/oder seelischer Gewalt einhergeht. Dies kann z.B. die Androhung einer Amoktat, eines sexuellen Übergriffs oder eines anderen Gewaltaktes sein. Zum Umgang mit einer konkreten schulischen Krise existieren Verfahrens- und Verhaltensmaßgaben seitens des Landes NRW, die im „Notfallordner für Schulen in NRW – Hinsehen und Handeln“ systematisch aufbereitet zur Verfügung stehen und die von der Unfallkasse NRW herausgegeben und regelmäßig aktualisiert werden.

Zu den konkreten Maßnahmen des Schulträgers zur **Amokprävention** gehören drei Punkte:

- Benachrichtigung des Personals über die konkrete Gefahr eines Amoklaufs mittels elektroakustischer und optischer Anlagen: In den vergangenen Jahren wurden die elektroakustischen Alarmierungssysteme in den LVR-Schulen geprüft und, falls notwendig, behinderungsspezifisch angepasst (z.B. eindeutige, amokspezifische optische Alarmierung an Förderschulen mit dem Schwerpunkt Hören und Kommunikation). Es wird ein Hinweistext eingespielt, der dem eingewiesenen Personal die Situation verdeutlicht, bei den Schüler*innen jedoch keine Panik auslöst, z.B. „Wir haben ein technisches Problem. Bitte gehen Sie in ihre Klassenräume“. Gleichzeitig signalisieren farbige Blitzleuchten den hörgeschädigten Schüler*innen und Mitarbeitenden, dass sie ihre Klassenräume aufsuchen sollen.
- Es wurden in allen Klassenräumen Einschlussmöglichkeiten von innen geschaffen, die auch ohne Schlüssel von den Schüler*innen zu bedienen sind. Darüber hinaus haben

die Klassenräume Telefone, von denen aus eine Verbindung nach draußen zu den Einsatzkräften geschaltet werden kann.

- Ein einheitliches Beschilderungskonzept für alle Förderschulen ist zurzeit noch in der Entwicklung. Ziel ist es, dass sich die Einsatzkräfte innerhalb des Gebäudes sehr schnell zurechtfinden und notwendige Maßnahmen effektiv und zielgerichtet vornehmen können. Das neue Beschilderungskonzept ersetzt idealerweise den Bestand und ermöglicht dann auch den Schüler*innen sowie Lehrkräften und Besuchenden eine leichte Orientierung im Gebäude.

2.3 LVR-Klinikschulen

In den beiden LVR-Klinikschulen werden Kinder und Jugendliche aller Altersstufen unterrichtet, die in den LVR-Kliniken in Bedburg-Hau und Viersen in Behandlung sind und vorübergehend ihre reguläre Schule an ihrem Wohnort nicht besuchen können.

Für diese beiden Schulen gelten grundsätzlich die gleichen Maßnahmen, wie sie bereits unter Gliederungsziffer 2.2 für die LVR-Förderschulen dargestellt wurden. Da an diesen Standorten im wesentlichen Schüler*innen mit psychischen Erkrankungen beschult werden, wurden insbesondere die Maßnahmen zur Amokprävention entsprechend angepasst.

2.4 LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen

Durch die Fusion der drei ehemaligen Netze, durch die jüngste Novellierung des Wohn- und Teilhabegesetz NRW (WTG) und durch die Anforderung des Leistungsträgers der Eingliederungshilfe, ein Gewaltschutzkonzept in Anlehnung an das vorgegebene Eckpunktepapier zu erarbeiten und einzureichen (vgl. Gliederungsziffer 3.2.1), gab es im LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen (LVR-Verbund HPH) Handlungsbedarf in Bezug auf die (Neu-)Konzeptionierung der Gewaltprävention. Es wurde eine gemeinsame verbundübergreifende Vorgehensweise zur Prävention von Gewalt sowie zum Umgang mit Gewaltvorkommnissen entwickelt. Der Prozess der Sicherstellung der Mitwirkung der Nutzer*innenbeiräte wurde ebenfalls definiert.

Aktuell wird eine Schulungsplanung konzeptioniert, in der beschrieben wird, wie die Mitarbeitenden in 2023 in die neue verbundsübergreifende Vorgehensweise eingeführt werden. Für eine ausführliche Darstellung der inhaltlichen Schwerpunkte des **verbundweiten Rahmenkonzeptes**⁵ zur Prävention und zum Schutz vor Gewalt sowie der partizipativen Vorgehensweise bei der Erstellung des Konzeptes sei auf den 5. Qualitäts- und Leistungsbericht für den LVR-Verbund HPH (Vorlage Nr. 15/1041) verwiesen. Auf Basis des neuen Rahmenkonzeptes zur Prävention und zum Schutz vor Gewalt werden einrichtungsbezogenen Konkretisierungen erstellt, um das Gewaltschutzkonzept auf die jeweiligen Einrichtungen und Dienste anzupassen.

Das bereits fertiggestellte Rahmenkonzept befindet sich aktuell in einem Abstimmungsprozess mit dem Leistungsträger. Dieser wird zeitnah vollzogen und die standortspezifischen Konkretisierungen auf Basis des abgestimmten Rahmenkonzeptes bis Ende 2023 abgeschlossen sein.

⁵ Diese Begrifflichkeit beschreibt hier ein einrichtungsübergreifendes Träger-Konzept. Nicht gemeint ist hier ein Rahmenkonzept im engeren Sinne des Grundsatzpapiers (vgl. Gliederungsziffer 1).

Zur Sicherstellung der Umsetzung des Konzepts zur Prävention und zum Schutz vor Gewalt wurde die „**AG zur Gewaltprävention und zum Schutz vor Gewalt**“ gegründet. Diese ist paritätisch-partizipativ besetzt mit Kund*innen sowie Mitarbeitenden des LVR-Verbund HPH. Sie fungiert als interne Monitoring- und Controllingstelle und ist für die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Themenfeldes und des Rahmenkonzepts zur Prävention und zum Schutz vor Gewalt im LVR-Verbund HPH zuständig.

Ein wichtiger Baustein der Gewaltprävention ist das Empowerment der Kund*innen. Um die Organisation dahingehend weiter zu entwickeln, wurde die „**AG Partizipation**“ vom LVR-Verbund HPH und Dezernat 8 ins Leben gerufen. Grundsätzliches Ziel der AG ist es, in den nächsten drei Jahren Partizipation im LVR-Verbund HPH zu identifizieren, zu bewerten und Verbesserungsvorschläge zu entwickeln: Welche Bedeutung hat Partizipation für den LVR-Verbund HPH? Wo wird bereits partizipativ gearbeitet und gehandelt? Wo muss Partizipation erst noch ermöglicht oder weiterentwickelt werden? Welche Erfahrungen wurden beim partizipativen Handeln gemacht? Wie kann Partizipation für alle attraktiv gemacht werden? Welche Mittel und Arten der Kommunikation stehen zu Verfügung? In diesen Prozess sind die Kund*innen aktiv mit eingebunden. Zu den Mitgliedern der AG zählen aktuell 13 Kund*innen, 3 Mitarbeitende aus verschiedenen Regionen und Hierarchieebenen sowie das sogenannte „Parti-Team“ (4 Mitarbeitende aus dem LVR-Verbund HPH sowie aus Dezernat 8), das sich auch um die Organisation der AG kümmert.

Um die vorhandene Expertise in den Themenfeldern sexuelle Selbstbestimmung und sexualisierte Gewalt zu bündeln, werden die Arbeitsgruppen der ausgebildeten „ReWiKs – Lots*innen“⁶ und der „AG gegen sexualisierte Gewalt“ künftig zusammengelegt.

Bereits vor einiger Zeit wurde im Rahmen einer kooperativen Zusammenarbeit zwischen dem Dezernat 8 und dem LVR-Verbund HPH der **Dilemmata-Katalog** entwickelt. Anhand von z.B. Rollenspielen, bewusst uneindeutig formulierten Situationsbeschreibungen oder einfachen Übungen werden Mitarbeitende dazu angehalten, sich mit schwierigen Situationen, der eigenen Wahrnehmung und Haltungen sowie mit möglichen Vorgehensweisen kritisch-reflektierend auseinanderzusetzen. Grundsätzlich fokussiert dieser Dilemmata-Katalog das Themenfeld der sexualisierten Gewalt. Aufgrund der guten Erfahrungen mit diesem Instrument, soll es nun auch als handhabbare Methode zum Gewaltschutz weiterentwickelt werden, mit der möglichst viele Formen und Dimensionen von Gewalt berücksichtigt werden.

2.5 LVR-Kliniken

In den LVR-Kliniken werden sowohl Kinder und Jugendliche als auch erwachsene Menschen mit psychischen Erkrankungen behandelt. Zum Teil liegt bei den Behandelten neben einer psychischen Erkrankung auch eine Behinderung vor.

Das Thema Gewaltschutz betrifft die LVR-Kliniken in all ihren Einrichtungen und Diensten, einschließlich derer im Rahmen der Eingliederungshilfe (insb. Abteilungen für Soziale Rehabilitation).

⁶ ReWiKs: Seit 2014 fördert die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung das Forschungsprojekt „Reflexion, Wissen, Können – Qualifizierung von Mitarbeitenden und Bewohnerinnen und Bewohnern zur Erweiterung der sexuellen Selbstbestimmung für erwachsene Menschen mit Behinderungen in Wohneinrichtungen“ der Humboldt Universität Berlin und der Katho NRW. Im Rahmen eines modularen Fortbildungsprogramms wurde einzelne Mitarbeitende des LVR-Verbund HPH zu sogenannten ReWiKs-Lots*innen qualifiziert.

2.5.1 Erwachsenenpsychiatrie und übergreifende Aktivitäten

Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie beschäftigt sich seit Jahren der „Arbeitskreis Zwang-, Gewalt- und Suizidprävention“ mit der Problematik des Gewaltschutzes. So wurde z.B. in den letzten Jahren klinikweit das komplexe Behandlungskonzept „**Safe-wards**“ eingeführt, das sowohl auf die Haltung der Mitarbeitenden und die Beziehungsgestaltung als auch auf konkrete deeskalierende Interventionen abzielt. Regelmäßig werden die Mitarbeitenden zusätzlich in Deeskalationstechniken geschult.

Im psychiatrischen Klinikkontext ist außerdem immer auch die Ausübung von Zwang im Zusammenhang mit Gewaltereignissen zu betrachten. **Das LVR-interne Benchmarking von Zwangsmaßnahmen** soll neben der Wachsamkeit für die Problematik auch die Analyse von Bedingungsfaktoren und die Diskussion von Maßnahmen zur Reduktion von Zwang und Gewalt auf eine sachliche und konstruktive Grundlage stellen. So konnten z.B. die jüngsten Auswertungen von Zwangsmaßnahmen im zeitlichen Kontext zur Aufnahme zeigen, dass hier eine besondere Häufung stattfindet. Dies lenkt den Blick auf ein besonders zu betrachtendes Zeitfenster. Die Analysen werden im Jahr 2023 klinikbezogen vertieft werden.

Ein weiteres wichtiges Instrument ist die **Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen** gemeinsam mit den Patient*innen, dessen Umsetzung und Durchführung Teil der Zielvereinbarungen in 2022 mit den LVR-Kliniken war. Aktuell erfolgt eine Bewertung der Nachbesprechungen, um über das weitere Vorgehen in 2023 zu entscheiden. Die Nachbesprechungen dienen dem wechselseitigen Verständnis und der Vermeidung von künftigen Eskalationen.

Der Arbeitskreis „Zwang-, Gewalt- und Suizidprävention“ hat einen Leitfaden zur Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen erstellt, in dem neben dem therapeutischen Kontext auch die Verbindlichkeit der Durchführung dargestellt wird, entsprechend den gesetzlichen Regeln nach PsychKG NRW und StrUG, bzw. gemäß den Empfehlungen der S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang.

Der Lenkungsausschuss Qualitätsmanagement hat sich in seiner Sondersitzung Risikomanagement im Dezember 2022 mit dem Risiko „Zwangsmaßnahmen“ beschäftigt. Als Maßnahmen zur Sekundärprävention wurden hier neben den therapeutischen und organisatorischen Faktoren auch bauliche Gestaltungselemente dargestellt, die bei Neu- und Umbauten berücksichtigt werden können.

Die Strategiekonferenz des Klinikverbunds im Frühjahr 2022 hat sich außerdem unter der Überschrift „**Sicherheit im LVR-Klinikverbund: Die Perspektive der Mitarbeitenden**“ schwerpunktmäßig den Auswirkungen von Gewaltereignissen auf die Mitarbeitenden gewidmet. Die abgeleiteten Maßnahmen betreffen neben klinikbezogenen Prozessen auch die Kooperation mit externen Partnern, z.B. aus der Gemeindepsychiatrie, der Polizei und den Gerichten.

In diesem Kontext hat der Lenkungsausschuss Qualitätsmanagement in Übereinstimmung mit der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ die Empfehlung ausgesprochen, eine modifizierte SOAS-R-Skala als Ergänzung bestehender Meldeverfahren wie dem elektronischen Verbandsbuch im gesamten LVR-Klinikverbund einzuführen.

2.5.2 Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (KJPPP) und Abteilungen für Soziale Rehabilitation

Die Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (KJPPP) als auch die Abteilungen für Soziale Rehabilitation im Klinikverbund zeichnen sich durch ihr besonders vulnerables Klientel aus. In beiden Abteilungen bestehen seit vielen Jahren Gewaltschutzkonzepte mit unterschiedlichen Schwerpunkten.

Für die **KJPPP** wird aktuell die Weiterentwicklung der bestehenden Gewaltschutzkonzepte zu einem gemeinsamen „Rahmenkonzept“⁷ initiiert. Dieser Prozess wird aus der Verbundzentrale gesteuert, wobei die inhaltliche Entwicklung und Umsetzung der einrichtungsspezifischen Gewaltschutzkonzepte in der Verantwortung der jeweiligen Abteilungsleitung liegt und partizipativ gestaltet werden wird.

Die Fachkonferenz KJPPP wird sich Ende März 2023 erneut mit diesem Thema befassen. Die zunächst abschließende Erstellung eines gemeinsamen Rahmenkonzepts bis Ende 2023 erscheint realistisch.

In den **Abteilungen für Soziale Rehabilitation** besteht bereits ein „Rahmenkonzept zur Gewaltprävention“⁸ (Kahl/Mertens), welches in der Verbundkonferenz im Dezember 2017 verabschiedet wurde und seit diesem Zeitpunkt in den Abteilungen umgesetzt und gelebt wird. In der letzten Verbundkonferenz im April 2022 wurde beschlossen, dass ebenfalls in einem von der Verbundzentrale gesteuerten Prozess die Weiterentwicklung der individuellen, abteilungsspezifischen Präventionskonzepte entsprechend den neuen Anforderungen aus dem WTG und dem Grundsatzpapier „Gewaltschutz im LVR“ erfolgen soll. In den Abteilungen liegt die inhaltliche Ausgestaltung in expliziter Verantwortung der jeweiligen Leitung und wird dort durch eine verantwortliche, arbeitsfähige Projektgruppe partizipativ umgesetzt. In der Hälfte der Abteilungen wurden bereits die zuletzt weiterentwickelten Konzepte fertiggestellt, in den übrigen Abteilungen ist der Prozess in der Finalisierung. Dieser Prozess wird voraussichtlich bis etwa Mitte 2023 abgeschlossen sein.

Die hier getroffene, gemeinsame Verpflichtung aller Mitarbeitenden der Abteilungen ist eine strikte Orientierung an den Rechten der Klient*innen. Die Mitarbeitenden nehmen eine Haltung ein und transportieren diese in der täglichen Arbeit, welche gewaltfreie Begegnung und Miteinander sowohl für Klient*innen als auch für Mitarbeitende forciert und ermöglicht. Die Abteilungen für Soziale Rehabilitation setzen sich für die Prävention von gewalttätigen Handlungen und zugleich eine Sensibilisierung für die Vielfalt möglicher Erscheinungen von Gewalt ein, welche weit über Formen körperlicher Übergriffe hinausgehen.

Außerdem werden regelmäßige (jährliche) Fortbildungen zum Gewaltschutz – auch in Einklang mit den Vorgaben des WTG – konzipiert und umgesetzt. Ein zweiteiliges Auftaktseminar wurde in der LVR-Akademie durchgeführt (s.u.).

⁷ Diese Begrifflichkeit beschreibt hier ein einrichtungsübergreifendes Träger-Konzept. Nicht gemeint ist hier ein Rahmenkonzept im engeren Sinne des Grundsatzpapiers (vgl. Gliederungsziffer 1).

⁸ Vgl. Fußnote 6.

2.5.3 LVR-Institut für Forschung und Bildung

Das LVR-Institut für Forschung und Bildung (im Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen) – Sparte Bildung – bietet ein vielfältiges Bildungsprogramm für die LVR-Mitarbeitenden zu Fach- und Führungsthemen in der Psychiatrie. Das Programm umfasst dabei **freiwillige Seminare**, die (auch) explizit auf eine gestärkte Handlungskompetenz zum Thema Gewaltschutz abzielen. Exemplarisch zu nennen sind hier:

- Gewaltprävention in Wohneinrichtungen der sozialen Rehabilitation
- Beziehungsgestaltung im Maßregelvollzug: Zwischen Nähe und Distanz
- Resilienz – Widerstandsfähigkeit gegenüber belastenden Situationen
- Konflikte konstruktiv bewältigen
- Safewards – Ein Modell zur Prävention und Reduzierung von Konflikten in psychiatrischen Institutionen
- Die Bedeutung einer Recovery- und Safewards-Orientierung im Maßregelvollzug

Darüber hinaus gibt es zahlreiche Gruppencoachings, Gruppenselbsterfahrungs-Seminare sowie Klausurtagung zur Teamentwicklung und Förderung multiprofessioneller Zusammenarbeit, in denen Themen im Zusammenhang mit der Prävention von Gewalt und im Umgang mit Gewaltvorkommnissen bei Bedarf thematisiert werden können.

Zusätzlich werden den in psychiatrischen LVR-Kliniken in der innerbetrieblichen Fortbildung **Pflichtfortbildungen** zur Gewaltprävention durchgeführt.

2.6 Zusammenfassung

Dem LVR ist bewusst, dass die gemeinsame Erstellung und Implementierung eines Gewaltschutzkonzeptes, das tatsächlich gelebt wird, anspruchsvoll und zeitintensiv ist (s. Grundsatzpapier, S. 15).

Zusammenfassend stellt sich für die LVR-Stabsstelle Inklusion – Menschenrechte – Beschwerden das folgende Bild dar:

In allen LVR-eigenen Einrichtungen für vulnerable Zielgruppen lässt sich eine intensive Beschäftigung mit dem Thema Gewaltschutz feststellen. Dies hängt vermutlich auch damit zusammen, dass für viele dieser Einrichtungen inzwischen – abseits der festgelegten Vorkehrungen im LVR-Grundsatzpapier – auch eine explizite gesetzliche Verpflichtung gilt, einrichtungsbezogene Gewaltschutzkonzepte zu erstellen und ggf. bei Prüfungen vorzulegen (z.B. auf Basis des SGB VIII, des SGB IX, des WTG NRW oder des SchulG NRW). Keine Pflicht besteht hierzu im Bereich der Einrichtung im Rechtskreis SGB V (Psychiatrie).

Für die einzelnen Bereiche lässt sich zusammenfassend Folgendes festhalten:

In der **JHR** wurde 2022 damit begonnen, auf Basis bestehender Konzepte und Standards das einrichtungsübergreifende Gewaltschutzkonzept neu aufzulegen. Dieses gilt es dann anschließend in und für die einzelnen Einrichtungen der JHR zu konkretisieren. Dabei ist eine Beteiligung der Mitarbeitenden vorgesehen.

Die **LVR-Förderschulen** und **LVR-Klinikschulen** sind schulgesetzlich dazu verpflichtet, Schutzkonzepte gegen Gewalt und sexuellen Missbrauch zu erstellen. Der aktuelle Umsetzungsstand zur Anzahl der tatsächlich vorliegenden Gewaltschutzkonzepte gemäß § 42 Abs. 6 SchulG NRW kann in folgenden Monitoring-Berichten dargestellt werden. Der LVR als Schulträger unterstützt das Thema Gewaltschutz selbst insbesondere mit Fortbildungen sowie Maßnahmen zur Amokprävention.

Im **LVR-Verbund HPH** ist der Prozess der Neukonzeption des verbundübergreifenden Gewaltschutzkonzeptes bereits weit fortgeschritten. Erkennbar wird dabei ein stark partizipativer Ansatz, der neben den Mitarbeitenden im LVR-Verbund HPH auch die aktive Einbindung der Kund*innen vorsieht.

In den **Abteilungen für Soziale Rehabilitation** an den LVR-Kliniken wurde ein Prozess angestoßen, um die bestehenden abteilungsspezifischen Gewaltschutzkonzepte entsprechend den neuen Anforderungen aus dem WTG und dem Grundsatzpapier fortzuentwickeln. Der Prozess ist ebenfalls weit fortgeschritten.

In den **Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (KJPPP)** der LVR-Kliniken gibt es ebenfalls bereits seit vielen Jahren Gewaltschutzkonzepte. Die Weiterentwicklung der bestehenden Gewaltschutzkonzepte zu einem gemeinsamen Rahmenkonzept wurde aktuell initiiert.

Im Bereich der **Erwachsenenpsychiatrie** findet bereits seit vielen Jahren eine intensive fachliche Befassung mit dem Thema Gewalt statt (z.B. im Arbeitskreis „Zwang-, Gewalt- und Suizidprävention“ und im Lenkungsausschuss Qualitätsmanagement). Die Kliniken setzen sich auf unterschiedlichen Ebenen mit dem Thema Gewaltschutz differenziert auseinander. Das Thema findet sich wieder in entsprechenden Regelwerken der Kliniken mit regionalem Bezug sowie in fachlichen Konzepten und Leitlinien mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Der Fokus liegt hier seit vielen Jahren auf der Etablierung einer zeitgemäßen und tragfähigen Haltung, die dem Ziel des Gewaltschutzes gerecht wird.

3. LVR-Aktivitäten zur Stärkung des Gewaltschutzes durch externe Leistungserbringer für vulnerable Zielgruppen

Gemäß Grundsatzpapier wirkt der LVR im Rahmen seiner (rechtlichen) Zuständigkeiten darauf hin, dass externe Leistungserbringer, die für vulnerable Zielgruppen tätig sind, einrichtungsbezogene Gewaltschutzkonzepte erstellen oder zumindest geeignete Präventionsmaßnahmen entwickeln und in der Praxis umsetzen (vgl. Gliederungsziffer 1).

3.1 Aktivitäten des LVR-Landesjugendamtes

Das im Juni 2021 in Kraft getretene Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) verpflichtet das LVR-Landesjugendamt dazu, bei der **Erteilung einer Betriebserlaubnis nach § 45 SGB VIII** nunmehr auch die Entwicklung, Anwendung und Überprüfung eines Konzeptes zum Schutz vor Gewalt als Voraussetzung zu überprüfen. Ein einrichtungsbezogenes Gewaltschutzkonzept stellt neben der pädagogischen Konzeption und den personellen, räumlichen und sachlichen Voraussetzungen der Träger jetzt eine verbindliche Mindestanforderung für die Erteilung der Betriebserlaubnis dar.

Unter die Betriebserlaubnispflicht nach § 45 SGB VIII fallen Einrichtungen, in denen Kinder und Jugendliche ganztägig oder über einen Teil des Tages außerhalb ihrer Familie betreut werden (z.B. Kindertageseinrichtungen oder Wohneinrichtungen für Kinder mit Behinderungen).

Um die Einrichtungsträger bei der Erstellung von einrichtungsbezogenen Gewaltschutzkonzepten zu unterstützen, haben die beiden Landesjugendämter in NRW im Jahr 2021 gemeinsam das Papier „**Aufsichtsrechtliche Grundlagen – Organisationale Schutzkonzepte in betriebserlaubnispflichtigen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche nach § 45 SGB VIII**“ erarbeitet und veröffentlicht (vgl. Gliederungsziffer 1). Es gibt den Leistungserbringern einen differenzierten Fragenkatalog an die Hand, der viele wichtige Impulsfragen beinhaltet und so Raum zur Auseinandersetzung mit der Gewaltschutz-Thematik bietet. Das Papier dient zugleich als Orientierungshilfe für die mit Betriebserlaubnissen befassten Mitarbeitenden der Landesjugendämter.

Neue Aufgaben im Kontext des Gewaltschutzes sind für das LVR-Landesjugendamt zudem mit dem nordrhein-westfälischen Landeskinderschutzgesetz verbunden, welches überwiegend am 1. Mai 2022 in Kraft getreten.

Ein Novum ist die darin verankerte Verpflichtung der Jugendämter, die **Empfehlung der Landesjugendämter „Gelingensfaktoren bei der Wahrnehmung des Schutzauftrags gemäß § 8a SGB VIII“** als Mindeststandard ihrer Arbeit im Kinderschutz zu berücksichtigen. Die beiden Landesjugendämter in NRW haben den Auftrag, diese Empfehlung regelmäßig – spätestens alle fünf Jahre – weiterzuentwickeln. Auch sollen sie zur Sicherung der Rechte von Kindern und Jugendlichen in Pflegefamilien Empfehlungen entwickeln und fortschreiben. Im Januar 2023 hat der Landesjugendhilfeausschuss des LVR-Landesjugendamtes eine „Empfehlung für die Pflegekinderhilfe – Anerkennung, Gestaltung, Beteiligung – Verwandtenpflege und Netzwerkpflege“ verabschiedet (vgl. Vorlage Nr. [15/1434](#)).

Darüber hinaus werden im Landeskinderschutzgesetz der landesweite Aufbau von Kinderschutznetzwerken, die Verpflichtung zur Erstellung von Schutzkonzepten für diverse Aufgabenfelder der Kinder- und Jugendhilfe (also auch über die nach § 45 SGB VIII betriebs-erlaubnispflichtigen Einrichtungen hinaus) sowie die Bereitstellung von Landesmitteln zur Fortbildung im Gesetz festgeschrieben.

Dies wird zu einem weiteren deutlichen Ausbau der **Fortbildung und Beratung** des Landesjugendamtes zu diesem Themenfeld führen.

Zum Thema „Schutzkonzepte in der Kindertagesbetreuung“ wurden 2022 über 25 Veranstaltungen in unterschiedlichsten Formaten (Fachtage, Websprechstunden, Vorträge in Arbeitsgemeinschaften nach § 78 SGB VIII, Kooperationsveranstaltungen mit dem NRW-Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration (MKJFGFI), Spitzenverbänden und Trägern) für unterschiedliche Zielgruppen (Jugendämter, Träger, Fachberatungen, Leitungen) angeboten.

Das Thema der sexualisierten Gewalt von Kindern und Jugendlichen hat zudem eine gesonderte Beachtung erfahren (vgl. hierzu ausführlich Vorlage Nr. 14/3821/1).

Im November 2022 wurde vom LVR-Landesjugendamt zusammen mit der Aktion Jugendschutz (AJS NRW) eine Arbeitshilfe „Rechte- und Schutzkonzepte – Praxistipps für die Jugendförderung in NRW“ herausgegeben. Sie soll Fachkräfte und Personen unterstützen, die sich mit der Entwicklung und Umsetzung von Schutzkonzepten insbesondere im Bereich der Jugendförderung auseinandersetzen.⁹

Darüber hinaus unterstützen die beiden Landesjugendämter die örtlichen Träger der Jugendhilfe regelmäßig mit **Empfehlungen zur Erfüllung ihrer Aufgaben** (§ 85 SGB Abs. 2 Nr. 1 VIII), auch im Kontext von Gewaltschutz. So wurde 2022 z.B. eine neue gemeinsame Empfehlung für die örtlichen Jugendämter zum Thema „Kinder und Jugendliche als Mitbetroffene von Gewalt in Paarbeziehungen“ veröffentlicht (vgl. Vorlage Nr. 15/985).

3.2 Aktivitäten des LVR als Träger der Eingliederungshilfe

Als Träger der Eingliederungshilfe hat der LVR grundsätzlich zwei Möglichkeiten, um darauf hinzuwirken, dass externe Leistungserbringer der Eingliederungshilfe einrichtungsbezogene Gewaltschutzkonzepte erstellen und umsetzen:

- **Hinwirkungspflicht gemäß § 37a Abs. 1 SGB IX:** Durch das im Juni 2021 verabschiedete Teilhabestärkungsgesetz wurde § 37a Abs. 1 SGB IX neu ins SGB IX aufgenommen. Alle Leistungserbringer müssen demnach „geeignete Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen, insbesondere für Frauen und Kinder mit Behinderung und von Behinderung bedrohte Frauen und Kinder“ treffen. „Zu den geeigneten Maßnahmen nach Satz 1 gehören insbesondere die Entwicklung und Umsetzung eines auf die Einrichtung oder Dienstleistungen zugeschnittenen Gewaltschutzkonzepts. Die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter **wirken** bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben

⁹ https://www.lvr.de/media/wwwlvrde/jugend/jugendfoerderung/dokumente_74/Praxistipps_Rechte-und-Schutzkonzepte_AJS-LVR_22122022.pdf

darauf hin, dass der Schutzauftrag nach Absatz 1 von den Leistungserbringern umgesetzt wird“ (§ 37a Abs. 1 SGB IX).

- **Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung:** Mit Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) wurden den Trägern der Eingliederungshilfe in § 128 SGB IX „Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung“ ein gesetzliches Prüfrecht aus besonderem Anlass eingeräumt. Das Land NRW hat mit § 8 des Ausführungsgesetzes zum SGB IX (AG-SGB IX NRW) das Prüfrecht der Träger der Eingliederungshilfe nach § 128 SGB IX um anlassunabhängige Qualitätsprüfungen erweitert. Konkret bedeutet dies, dass der LVR u.a. anlassunabhängig und unangekündigt Qualitätsprüfungen in Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe vornehmen und dabei auch den Umgang mit dem Thema Gewaltschutz beleuchten kann.

3.2.1 LVR-Dezernat Soziales

Das LVR-Dezernat Soziales ist insbesondere zuständig für Eingliederungshilfeleistungen für erwachsene Menschen mit wesentlicher Behinderung und Eingliederungshilfebedarf.

Um die Leistungserbringer der Eingliederungshilfe in diesem Bereich bei der Erstellung von einrichtungsbezogenen Gewaltschutzkonzepten nach § 37a SGB IX zu unterstützen, hat das LVR-Dezernat Soziales im Herbst 2021 zwei Eckpunktepapiere veröffentlicht:

- Das **LVR-Eckpunktepapier zum Gewaltschutz bei Leistungen der sozialen Teilhabe** dient Leistungserbringern von Angeboten der sozialen Teilhabe im Rheinland als Orientierungshilfe bei der Erstellung von Gewaltschutzkonzepten (vgl. Gliederungsziffer 1).
- Das **LVR-Eckpunktepapier Gewaltschutz in rheinischen Werkstätten (WfbM)** konkretisiert die Inhalte der landesweiten „Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung und Gewaltprävention in nordrhein-westfälischen Werkstätten für Menschen mit Behinderung“ aus September 2019. Es strukturiert sich in eine Beschreibung der Zielsetzung von Gewaltschutzkonzepten der WfbM, den Umfang von derartigen Gewaltschutzkonzepten, die zu integrierenden Elemente eines Gewaltschutzkonzeptes (u.a. Präventions- und Interventionsstrategien) und die Erarbeitungsverantwortung von Gewaltschutzkonzepten.

Mit Veröffentlichung der Eckpunktepapiere wurden alle im Rheinland tätigen Leistungserbringer dieser Eingliederungshilfeleistungen durch das LVR-Dezernat Soziales dazu aufgefordert, ihre einrichtungsbezogenen Gewaltschutzkonzepte bis Ende des Jahres 2021 einzureichen. Parallel wurde damit begonnen, ein systematisches LVR-internes Prüfverfahren für die eingereichten Gewaltschutzkonzepte der Leistungserbringer aufzubauen.

Zur Umsetzung im Bereich der **WfbM** lässt sich zusammenfassend feststellen, dass ein Teil der von den WfbM eingereichten Gewaltschutzkonzepte in sehr gutem Maße den vereinbarten Eckpunkten entspricht. Gleichzeitig bestehen bei einem größeren Teil der eingereichten Konzepte jedoch noch erhebliche Mängel (vgl. Vorlage Nr. 15/1125).

Die Verantwortung zur Hinwirkung der Erfüllung des Schutzauftrages durch Leistungserbringer von **Leistungen der Sozialen Teilhabe** ist in den Regionalabteilungen verortet und wird durch die Grundsatzabteilung 72.70 unterstützt und koordiniert. Zur Erfassung des gegenwärtigen Status eingereicherter Gewaltschutzkonzepte und deren vorliegender

Qualität, wurden zwei Onlinebefragungen mit den Regionalabteilungen durchgeführt. Die erste Onlinebefragung fand im August 2022 im Rahmen eines Traineeprojekts statt und zielte auf die Erfassung eingereicherter Konzepte und die Bewertungen der Qualität dieser Konzepte ab. Zeitgleich sollte die zu erwartende Arbeitsbelastung für die Mitarbeitenden in den Regionalabteilungen durch den Hinwirkungs- und Prüfauftrag dargestellt werden. Die zweite Onlinebefragung der Regionalabteilungen fand im Dezember 2022 statt, um den aktuellsten Stand zu den eingereichten Gewaltschutzkonzepten und den gegenwärtigen Prüfstand zu verifizieren. Die nachfolgenden Ergebnisse basieren entsprechend auf den aktuellsten Zahlen beider Abfragen.

Mit Blick auf die Angebote für Leistungen der Sozialen Teilhabe lässt sich feststellen, dass über 1.775 Einrichtungen und Dienste für Leistungen der Sozialen Teilhabe im Zuständigkeitsbereich des LVR liegen. 652 Gewaltschutzkonzepte wurden bislang eingereicht, die sich auf insgesamt 1.471 Einrichtungen und Dienste für Leistungen der Sozialen Teilhabe beziehen.¹⁰ Das entspricht einem Anteil von rund 83%.

Die Überprüfung der Gewaltschutzkonzepte geht mit einem enormen Arbeitsaufwand für die Regionalabteilungen einher. Von den 652 eingegangenen Gewaltschutzkonzepten konnten 224 mindestens einmal geprüft werden. Dies zeigt sich auch in der subjektiv empfundenen Arbeitsbelastung durch die Prüftätigkeit: 95% der prüfenden Personen fühlen sich (stark) überlastet durch die Prüftätigkeit der Gewaltschutzkonzepte. Gleichzeitig zeigt sich eine große Zufriedenheit mit dem intern zur Verfügung stehenden Prüfschema auf Seiten der prüfenden Personen – der überwiegende Anteil bewertet das Prüfschema als (sehr) hilfreich.

Die **Qualität der eingegangenen Gewaltschutzkonzepte** entspricht bislang nicht den Vorgaben des LVR-Eckpunktepapier zum Gewaltschutz bei Leistungen der sozialen Teilhabe. Bislang konnte ein Gewaltschutzkonzept als qualitätsgesichert bewertet werden. Die inhaltlichen Herausforderungen bei der Umsetzung der Vorgaben werden bei unterschiedlichen Themen gesehen. Hierzu wird in der nachfolgenden Abbildung eine Übersicht vermittelt:

¹⁰ Ein substantieller Anteil von Leistungserbringern der Sozialen Teilhabe reicht die Gewaltschutzkonzepte als Trägerkonzepte ein, die Aussagen über mehrere Einrichtungen und Dienste beinhalten.

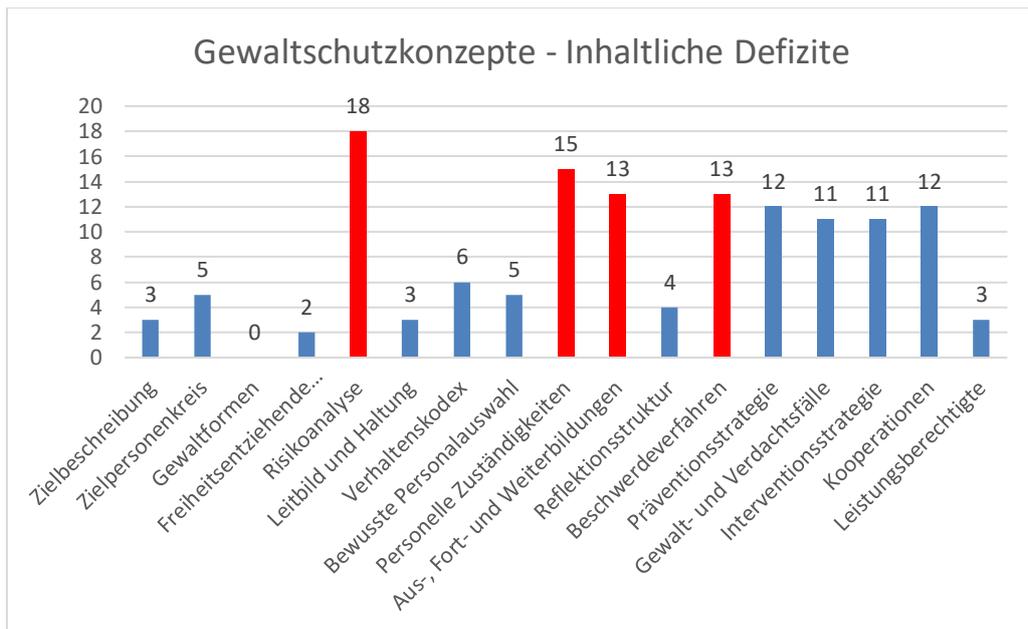


Abbildung 1: Defizite in der inhaltlichen Ausgestaltung.

Bei den rot markierten Balken handelt es sich um inhaltliche Bereiche, die von mehr als der Hälfte der Personen als defizitär im Rahmen der Gewaltschutzkonzepte bewertet werden. Hier ist insbesondere hervorzuheben, dass die eingehenden Gewaltschutzkonzepte noch nicht hinreichend genau die eigenen einrichtungs- und dienstleistungsbezogenen Risiken für Gewaltereignisse in Form von passgenauen Risikoanalysen in den Blick nehmen. Auch sind die Konzepte häufig eher unkonkret formuliert, so dass meist nicht deutlich wird, welche konkreten Zuständigkeiten für den Gewaltschutz vorgehalten, wie interne Prozesse umgesetzt oder welches gewaltschutzbezogene Fortbildungsangebot von Leistungserbringern vorgehalten wird.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Gewaltschutzkonzepte für Einrichtungen und Dienste im Rahmen von Leistungen der Sozialen Teilhabe aktuell inhaltlich noch nicht konkret genug beschrieben werden.

Die Hinwirkungspflicht nach §37a Abs. 2 SGB IX des Trägers der Eingliederungshilfe ist aufgrund des leistungsrechtlichen Bezugs zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe eingeschränkt. Wenn Gewaltschutzkonzepte den Vorgaben des LVR nicht genügen, werden die Leistungserbringer durch die Regionalabteilungen der Fachbereiche 72 und 73 um eine Überarbeitung gebeten und es werden ggfls. Qualitätsgespräche durchgeführt. Wird durch die internen Konzeptprüfungen und Qualitätsgespräche – oder auch durch Wirtschaftlichkeit- und Qualitätsprüfungen nach §128 SGB IX – deutlich, dass den vertraglichen oder gesetzlichen Verpflichtungen nicht nachgekommen wird, ist nach § 129 SGB IX die Vergütung des Leistungserbringers zu kürzen.

3.2.2 LVR-Dezernat Kinder, Jugend und Familie

Die Zuständigkeit für Eingliederungshilfe im Bereich der Frühförderung (Heilpädagogische Leistungen im Rahmen von Frühförderung/Interdisziplinäre Frühförderung) sowie im Bereich von heilpädagogischen Tagesstätten, in Kindertageseinrichtungen sowie in der Kindertagespflege im Rheinland liegt im LVR-Dezernat Kinder, Jugend und Familie.

Um auch die Leistungserbringer dieser Angebote zu unterstützen, haben die zuständigen Stellen im LVR und im LWL eine „**Arbeitshilfe Gewaltschutzkonzepte nach § 37a SGB IX – eine Unterstützung für Leistungserbringer der (interdisziplinären) Frühförderung**“ erarbeitet (siehe Vorlage Nr. 15/1273). Die Arbeitshilfe orientiert sich stark an dem Papier „Aufsichtsrechtliche Grundlagen – Organisationale Schutzkonzepte in betriebserlaubnispflichtigen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche nach § 45 SGB VIII“ (vgl. Gliederungsziffer 3.1).

Die Leistungserbringer von Eingliederungshilfeleistungen im Bereich der Kindertageseinrichtungen sowie von Leistungen über Tag und Nacht für Kinder und Jugendliche müssen Gewaltschutzkonzepte gemäß § 45 SGB VIII vorlegen (vgl. Gliederungsziffer 3.1). Gehen die Einrichtungen in ihren Gewaltschutzkonzepten auf besondere Schutzbedürfnisse von Kindern mit (drohender) Behinderungen ein, so erkennt der LVR als Träger der Eingliederungshilfe die Konzepte auch als Gewaltschutzkonzept nach § 37a SGB IX an.

3.2.3 Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung

Zur Umsetzung der Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung wurden in beiden beteiligten Dezernaten inzwischen eine Konzeption zur Umsetzung des Prüfauftrags erarbeitet und erste Prüfungen durchgeführt. Bei den Prüfungen wird im Kontext der Prozessqualität auch regelhaft geprüft, ob in einer Einrichtung ein Gewaltschutzkonzept vorliegt und ob die darin beschriebenen Prozesse etabliert sind. Für eine ausführliche Darstellung der Prozesse sei auf [Vorlage Nr. 15/564/1](#) verwiesen.

3.3 Aktivitäten im Rahmen der Förderung von Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen und Sozialpsychiatrischen Zentren

3.3.1 Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen

Im Rahmen der Anforderung an Gewaltschutzkonzepte von Leistungserbringern der Eingliederungshilfe (vgl. Gliederungsziffer 3.2) wurden auch die vom LVR geförderten Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen (KoKoBe) dazu aufgefordert, Gewaltschutzkonzepte zu verfassen und vorzulegen. Dabei wurde es den Leistungserbringern, die eine Förderung für das Angebot der KoKoBe erhalten, freigestellt, ob das Gewaltschutzkonzept für diese Dienstleistung innerhalb des Gesamtkonzepts des Leistungserbringers auf Trägerebene beschrieben wird oder ob der KoKoBe-Trägerverbund in einer Gebietskörperschaft des Rheinlands ein eigenständiges Gewaltschutzkonzept für den KoKoBe-Trägerverbund und damit leistungserbringerübergreifend beschreibt.

Von den 58 Leistungserbringern, die eine KoKoBe-Förderung erhalten, wurden derzeit 42 Gewaltschutzkonzepte eingereicht, die die Dienstleistung der KoKoBe berücksichtigen (Stand Januar 2023). Das heißt es erfolgte ein Rücklauf in ca. 72 %.

Die Qualität eingereichter Gewaltschutzkonzepte von KoKoBe-Angeboten lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschließend eruieren. Gleichzeitig sind die bisherigen Kriterien zum LVR-Erwartungshorizont (LVR-Eckpunktepapiere) nur eingeschränkt auf die Beratungstätigkeiten übertragbar. Es bedarf passgenauer Kriterien, die Gewaltschutzkonzepte auf ihre Qualität im Kontext von Beratungssituationen überprüfen. Dies wird Teil des neuen „Rahmenkonzeptes zur Weiterentwicklung der KoKoBes“ sein. Auch ist der Fokus vertiefend auf die Aufdeckung von Gewaltereignissen im Kontext von Beratungssituationen zu beziehen.

3.3.2 Sozialpsychiatrische Zentren

Das Thema Gewaltschutz ist auch im Kontakt mit den vom LVR geförderten Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) ein wichtiges Thema, welches durch die in 2020 begonnene Förderung des Peer-Counseling durch das Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen verstärkt fokussiert wird. Perspektivisch wird Gewaltschutz nach Inkrafttreten der geänderten Förderrichtlinien sicher auch in den (nun wieder aufgenommenen) Prozessen der Selbstbewertungen und gegenseitigen Visitationen bis hin zu den mit dem Fachbereich „Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement“ (FB 84) abzuschließenden Zielvereinbarungen aufgegriffen.

Das Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen wird im Laufe des Jahres 2023 mit dem Dezernat Soziales dazu in Austausch treten, in welcher Form die SPZ,

die ja in der Regel auch Angebote der Eingliederungshilfe vorhalten und entsprechend finanziert werden, bezüglich der Gewaltschutzkonzepte bereits informiert bzw. angefragt worden sind.

Ob es Sinn macht bzw. erforderlich ist, dass die Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren für Migration (SPKoM) Konzepte vorlegen, ist unklar. Diese sind als einzelne Fachkräfte mit ihrer speziellen Funktion in einer Institution angegliedert und haben keinen direkten Klient*innenkontakt.

3.4 Aktivitäten des LVR-Inklusionsamtes

Die Hinwirkungspflicht gemäß § 37a Abs. 1 SGB IX betrifft explizit auch die Integrationsämter (vgl. Gliederungsziffer 3.2). Die für das LVR-Inklusionsamt relevanten Bereiche sind die Integrationsfachdienste (IFD) und Inklusionsbetriebe. Die Inklusionsbetriebe fallen als Betriebe des ersten Arbeitsmarktes jedoch nicht unter den § 37a Abs. 1 SGB IX.

Die IFD-Träger im Rheinland wurden vom LVR-Inklusionsamt über den neuen gesetzlichen Tatbestand des § 37a SGB IX informiert und zum wichtigen Thema Gewaltschutz erneut sensibilisiert. Weitere Schritte wurden nicht veranlasst, da es sich bei den IFD nicht um klassische Betreuungseinrichtungen in allen Lebensbereichen, sondern um ambulante Beratungsstellen im beruflichen Kontext für Arbeitgebende und Arbeitnehmende handelt.

Dem LVR-Inklusionsamt sind in den vergangenen Jahren weder aus dem Bereich der IFD-Träger noch aus dem Bereich der Inklusionsbetriebe Fälle bekannt geworden, die dem Thema Gewaltschutz zuzurechnen wären.

3.5 Aktivitäten des Schulträgers LVR im Bereich der Schülerbeförderung

Nur wenige Schüler*innen der LVR-Förderschulen legen den täglichen Schulweg mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurück. Der LVR hat aus diesem Grund einen Schülerspezialverkehr zu seinen Schulen eingerichtet. Mit dem Betrieb der Schulbuslinien sind etwa 150 Beförderungsunternehmen beauftragt, die über 5.200 Schüler*innen befördern.

Für den Bereich der Schülerbeförderung hat der LVR als Schulträger, gemeinsam mit dem LVR-Förderschulen, einen **Verhaltenskodex** entwickelt. Der Verhaltenskodex formuliert für das Beförderungspersonal der Schulbusunternehmen Verhaltensregeln. Das Personal verpflichtet sich schriftlich dazu, den Verhaltenskodex einzuhalten. Eine entsprechende Erklärung ist im Fahrzeug mitzuführen (vgl. hierzu ausführlich [Vorlage Nr. 14/3821/1](#)). Die Eltern werden durch die Schulen über den Verhaltenskodex informiert. Im Rahmen von Schulbuskontrollen überprüfen die Mitarbeitenden des LVR-Fachbereichs Schulen und das LVR-Schulträgerpersonal, ob die Unternehmen sich an diese Vorgabe halten. Ein fehlender Verhaltenskodex wird durch den LVR-Fachbereich Schulen geahndet.

3.6 LVR-Institut für Konsulentenarbeit „Kompass“ im LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen

Eine wichtige Unterstützungs- und Beratungsfunktion im Kontext der Prävention von Gewalt für externe sowie LVR-eigene Leistungserbringer leistet das LVR-Institut für Konsulentenarbeit „Kompass“ im LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen. Das mobile Beratungsangebot vor Ort richtet sich an Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen sowie an Fachkräfte aus den verschiedensten Diensten der Eingliederungshilfe.

Ziele der Beratung sind:

- Entwicklung von Handlungsalternativen bei herausforderndem Verhalten und im Umgang mit Konflikten.
- Sicherung qualitativ guter und unterstützender Wohn- und Beschäftigungssituationen
- Verbesserung von Lebenssituationen und Lebensperspektiven sowie Teilhabechancen.

Die Anzahl der Neuanfragen, die das Institut erreichen, ist über die letzten zehn Jahre auf einem hohen Niveau stabil. Dies ist ein Hinweis auf den anhaltenden Bedarf und die fachliche Akzeptanz der Beratungsleistungen des Institutes. Im Jahr 2021 gab es insgesamt 152 neue Beratungsanfragen. Zusammen mit den „laufenden Beratungsfälle“, d.h. den Beratungen, welche in den vorherigen Jahren begonnen und bislang noch nicht abgeschlossen wurden, hat das Institut 2021 insgesamt 371 Fälle bearbeitet (vgl. 5. Qualitäts- und Leistungsbericht für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen, S. 70 f., Vorlage Nr. 15/1041).

Bemerkenswert ist, dass im Abschlussbericht der Expertenkommission „Herausforderndes Verhalten und Gewaltschutz in Einrichtungen der Behindertenhilfe“ der Aufbau von Konsulentendiensten in ganz NRW gefordert wird.

3.7 Weitere Aktivitäten des LVR

Das **LVR-Zentrum für Medien und Bildung** hat sich im Rahmen der Online-Workshopreihe „MediaLab Inklusiv“ auch mit dem Thema Gewaltschutz explizit befasst. Am 9. Juni 2022 fand eine Veranstaltung zum Thema „Cybergrooming – Sexuelle Gewalt im Internet. Gefahren erkennen und sich schützen“ statt. Es ist geplant, das Thema Cybermobbing/Cybergrooming künftig regelmäßig in der „MediaLab Inklusiv“-Reihe anzubieten.

Die Online-Workshopreihe richtet sich an pädagogische Fachkräfte aus LVR- und anderen Förderschulen sowie an außerschulische Einrichtungen, um medienpädagogische und -technische Impulse für den sinnvollen Einsatz von Medien in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen zu geben.

3.8 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich aus Sicht der LVR-Stabsstelle Inklusion – Menschenrechte – Beschwerden festhalten, dass der LVR insbesondere seine neuen gesetzlichen Einflussmöglichkeiten sehr aktiv dafür nutzt, um externe Leistungserbringer für vulnerable Zielgruppen im Rheinland zur Beschäftigung mit Gewaltschutzkonzepten anzuregen.

Ein starkes rechtliches Instrument liegt hierfür auf Seiten des **LVR-Landesjugendamtes**, das nunmehr bei der Erteilung und Überprüfung einer Betriebserlaubnis nach § 45 SGB VIII von den jeweiligen betriebserlaubnispflichtigen Leistungserbringern eine Beschäftigung mit einem Gewaltschutzkonzept explizit verlangen kann. Um die Leistungserbringer hierbei zu unterstützen, wurden Arbeitshilfen entwickelt sowie zahlreiche Fortbildungs- und Beratungsangebote geschaffen.

Auch in weiteren Aufgabenfeldern der Kinder- und Jugendhilfe bekommen Gewaltschutzkonzepte einen immer wichtigeren Stellenwert. Dies wird nach eigener Einschätzung des LVR-Landesjugendamtes zu einem weiteren deutlichen Ausbau der Fortbildung und Beratung des Landesjugendamtes zu diesem Themenfeld führen.

Ein zweites starkes rechtliches Instrument steht dem LVR zudem als **Träger der Eingliederungshilfe** mit der Hinwirkungspflicht gemäß § 37a Abs. 1 SGB IX zur Verfügung. Die mit dieser Aufgabe betrauten LVR-Dezernate Soziales sowie Kinder, Jugend und Familie haben inzwischen alle Leistungserbringer dazu aufgefordert, einrichtungsbezogene Gewaltschutzkonzepte vorzulegen. Das Nachhalten und vor allem die inhaltliche Prüfung der eingereichten Konzepte geht mit einem erheblichen Arbeitsaufwand einher. Noch zeigen sich nach eigener Einschätzung des Dezernates Soziales erkennbare Abweichungen in der Qualität der eingegangenen Gewaltschutzkonzepte im Vergleich zu den vom LVR festgelegten Vorgaben für Gewaltschutzkonzepte.

Das LVR-Dezernat Soziales hat auch die vom LVR geförderten **Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen (KoKoBe)** dazu aufgefordert, Gewaltschutzkonzepte zu verfassen und vorzulegen. Dabei wurde als Entwicklungsaufgabe deutlich, die Risiken für Gewalt und daraus abgeleitete Anforderungen an Gewaltschutzkonzepte noch einmal speziell für den Kontext einer Beratungsstelle zu beleuchten. Im Kontext der vom LVR geförderten **Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ)** ist noch zu prüfen, in welcher Form die SPZ, die in der Regel auch Angebote der Eingliederungshilfe vorhalten, bereits die SPZ-Angebote in ihren Gewaltschutzkonzepten (ausreichend) aufgreifen.

Möglicherweise ergeben sich hieraus auch Impulse für die ebenfalls beratend tätigen **Integrationsfachdienste (IFD)** im Rheinland. Sie wurden vom LVR-Inklusionsamt zum wichtigen Thema Gewaltschutz erneut sensibilisiert. Eine Handlungsnotwendigkeit zur Einreichung von Konzepten wird jedoch aktuell nicht gesehen.

Im Bereich der Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern in der **Schülerbeförderung** setzt der LVR als Schulträger weiterhin auf das inzwischen bewährte Instrument eines Verhaltenskodex.

Die fachliche Unterstützung in der konkreten Fallarbeit durch das **LVR-Institut für Konsulentenarbeit „Kompass“** wird durch externe sowie LVR-eigene Leistungserbringer weiterhin stark nachgefragt. Insofern überrascht es nicht, dass die Expertenkommission „Herausforderndes Verhalten und Gewaltschutz in Einrichtungen der Behindertenhilfe“ einen Ausbau ähnlicher Beratungsangebote angeregt hat.

4. Weitere LVR-Aktivitäten zur Stärkung des Gewaltschutzes in LVR-Einrichtungen und -Dienststellen

Gemäß Grundsatzpapier sollen sich perspektivisch auch **alle weiteren Einrichtungen und Dienste des LVR** (einschließlich der Zentralverwaltung und der Außendienststellen) mit den vorhandenen Risiken für Gewalt in ihren unterschiedlichen Erscheinungsformen und dem Erfordernis von Gewaltschutzkonzepten befassen.

Hier ist der LVR insbesondere in seiner **Funktion als Arbeitgeber** gefragt, der seine **Mitarbeitenden** im Zuge seiner arbeitgeberseitigen Fürsorgepflicht vor Gewalt durch andere Mitarbeitenden oder Externe (z.B. Kund*innen der Verwaltung, Dienstleistende, Besucher*innen) schützen muss.

Zugleich ist der LVR – auch abseits seiner Funktion als Leistungserbringer für besonders vulnerable Zielgruppen (vgl. Gliederungsziffer 2) – gefordert, **Externe vor Gewalt** zu schützen. Dies betrifft in besondere Weise

- Verwaltungsbereiche mit viel Kontakt zur (vulnerablen) Kundschaft (z.B. Eingliederungshilfe, Opferentschädigung),
- LVR-Einrichtungen mit viel Publikumsverkehr (z.B. Pforten, Museen) sowie
- LVR-Schulen, in denen vorrangig volljährige Schüler*innen unterrichtet werden (LVR-Berufskolleg und LVR-Pflegesschulen im Klinikverbund).

Im Folgenden werden zentrale Aktivitäten beschrieben, die der LVR zur Verbesserung des Gewaltschutzes in den **weiteren Einrichtungen und Dienststellen bzw. LVR-übergreifend** unternimmt.

4.1 LVR-Diversity-Konzept

Im Juni 2021 stimmte der LVR-Verwaltungsvorstand einvernehmlich dem ersten LVR-Diversity-Konzept zu (vgl. [Vorlage Nr. 15/584](#)). Im Fokus des LVR-Diversity-Konzeptes stehen die sogenannten Diskriminierungsgründe nach § 1 Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) und diese sechs daraus abgeleiteten Dimensionen von Vielfalt: Lebensalter, Geschlecht und geschlechtliche Identität, sexuelle Identität, Behinderung, ethnische Herkunft und Nationalität sowie Religion und Weltanschauung.

Das Diversity-Konzept definiert zehn strategische Diversity-Ziele für den LVR als Arbeitgeber (drei Ziele), als Dienstleister für die Menschen im Rheinland (zwei Ziele) sowie fünf übergreifende Ziele. Aufsetzend auf den guten Erfahrungen mit dem LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) sollen diese Ziele im Rahmen eines Mainstreaming-Ansatzes umgesetzt werden.

Die bisherige Antidiskriminierungs- und Gleichstellungsarbeit des LVR wird durch das neue LVR-Diversity-Konzept ergänzt und verstärkt. So gibt es nun zum ersten Mal ein verbandsweit geltendes Gesamtkonzept, das alle wichtigen Dimensionen von Vielfalt und ihr Zusammenwirken (Intersektionalität) zugleich in den Blick nimmt und für das gesamte Aufgabenspektrum des LVR gilt.

Als deutlich herauszustellendes Merkmal beschränkt sich das LVR-Diversity-Konzept nicht auf ein personalwirtschaftliches „Diversity-Management“, sondern betont die allgemeinen Gleichbehandlungsrechte aller Menschen und die Schutz- und Gewährleistungspflichten des LVR. Zu den Schutzpflichten zählt dabei explizit auch der Schutz vor Diskriminierung in all ihren Erscheinungsformen (Diversity-Ziel Nr. 8). Eine wichtige Umsetzungsaktivität ist dabei die Neustrukturierung der internen LVR-Beschwerdestelle nach dem AGG (vgl. Gliederungsziffer 4.3).

Die LVR-Stabsstelle Inklusion – Menschenrechte – Beschwerden koordiniert federführend die strategische Umsetzung des LVR-Diversity-Konzeptes im Verband.

4.2 Aktivitäten der LVR-Stabsstelle Gleichstellung und Gender Mainstreaming

Die LVR-Stabsstelle Gleichstellung und Gender Mainstreaming fungiert LVR-weit als Ansprechpartnerin für die Beratung und Unterstützung zum Themenfeld **Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz** sowohl für (betroffene) Beschäftigte als auch für Führungskräfte (vgl. Vorlage Nr. 15/704).

Um Betroffenen von sexueller Belästigung das Angebot einer niedrigschwelligen konkreten Unterstützung verbandsweit bekannter werden zu lassen, hat die Stabsstelle die Dienststellen des LVR flächendeckend mit Plakaten ausgestattet, die auf die Kontaktdaten der Stabsstelle, externer Beratungs- und Anlaufstellen für Frauen, Männern und LSB-TIQ*-Personen und der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS) hinweisen. Die Kontaktdaten werden zudem auf der Intranetseite der Stabsstelle veröffentlicht.

Neue Mitarbeitende erhalten über die jeweilige Dienststelle die Broschüre „Nein heißt Nein! auch beim Landschaftsverband Rheinland“ mit Informationen zur internen LVR-Beschwerdestelle nach dem AGG und zu externen Beratungs- und Anlaufstellen.

Die Stabsstelle hat sich 2021 gemeinsam mit der Gleichstellungsstelle beim LWL im Rahmen einer durch das NRW-Gleichstellungsministerium initiierten landesweiten Aktionswoche zum Internationalen Tag gegen Gewalt an Frauen beteiligt. In dieser Aktionswoche wurde vom 22. bis 26. November 2021 täglich mit einem Newsletter und im Intranet über verschiedene Formen der Gewalt(-erfahrung) informiert, sensibilisiert und es wurden Hilfs- und Beratungsangebote aufgezeigt.

Als Sensibilisierungsaktivität hat die Stabsstelle im Jahr 2022 zu einem digitalen „Wissens-Lunch“ mit dem Titel „Häusliche Gewalt – Was tun?“ am 25. November 2022 eingeladen. Die Veranstaltung diente der Information und Sensibilisierung von Mitarbeitenden im LVR, um betroffenen Kolleg*innen helfen zu können. Im Rahmen der Wanderausstellung „Wenn`s zu Hause knallt“, die zwischen dem 8. und 22. November 2022 im LVR-Landeshaus zu Gast war, wurde zudem die Möglichkeit geschaffen, das Thema in den öffentlichen Raum und direkt in den LVR zu bringen.

Darüber hinaus hat die Stabsstelle eine Projektgruppe von Studierenden des Dualen Bachelor-Studiengangs „Kommunaler Verwaltungsdienst - Allgemeine Verwaltung“ (LL.B.) an der Hochschule für Polizei und Öffentlichen Verwaltung (HSPV NRW) mit dem Thema „Umgang mit sexueller Belästigung am Arbeitsplatz während der Ausbildung“ unterstützt. Die Projektarbeit wurde im Juni 2022 vorgestellt.

Auch der 2022 neu aufgelegte **LVR-Gleichstellungsplan 2025** (vgl. Vorlage Nr. 15/850) beschäftigt sich im Handlungsfeld 3.6 mit dem **Schutz vor Gewalt und sexueller Belästigung am Arbeitsplatz**. Als Zielstellung wird formuliert:

„Auf Grundlage einer vorzunehmenden Risikoanalyse im LVR wird ein Präventionskonzept entwickelt und umgesetzt, mit dem sowohl die Führungskräfte im LVR sensibilisiert und in ihrer Handlungskompetenz unterstützt werden als auch die Beschäftigten Information und Unterstützung erhalten. Um ein bedarfs- und geschlechtersensibles Handlungskonzept zu entwickeln, werden die Daten im Rahmen vorhandener Erhebungsinstrumente zum Gewaltschutz flächendeckend geschlechtsspezifisch erhoben und dokumentiert.“

Als Maßnahmen in diesem Handlungsfeld sind vorgesehen:

- Geschlechtsspezifische Datenerfassung zum Gewaltschutz
- Fortbildung für Führungskräfte zur Prävention von sexueller Belästigung am Arbeitsplatz¹¹
- Präventionsangebot für Mitarbeitende zum Schutz vor sexueller Belästigung

Das Präventionskonzept ist in Vorbereitung. Das angesprochene Präventionsangebot für Mitarbeitende ist als eine neue Maßnahme zur Prävention von sexueller Belästigung am Arbeitsplatz für Führungskräfte geplant.

4.3 Interne Beschwerdestelle nach dem AGG im LVR

Die interne LVR-Beschwerdestelle nach § 13 AGG hat die Aufgabe, Beschwerden wegen einer Benachteiligung aus den in § 1 AGG genannten Gründen entgegenzunehmen, zu prüfen und das Ergebnis der beschwerdeführenden Person mitzuteilen. Die Beschwerdestelle dient dem Schutz der Mitarbeitenden im LVR vor Gewalt, Diskriminierung und Benachteiligung.

Der LVR-Fachbereich Recht, Versicherungen und Innenrevision wurde 2022 mit der Entwicklung eines Konzeptes zur Neustrukturierung der internen AGG-Beschwerdestelle beauftragt (vgl. Beantwortung der Anfrage Nr. 15/20). Das Konzept ist inzwischen ausgearbeitet. Eine entsprechende Dienstanweisung wird aktuell ausgearbeitet.

4.4 Zentrales Beschwerdemanagement im LVR

Unabhängige Beschwerdewege sind von hoher Wichtigkeit, damit Betroffene eine Anlaufstelle haben, an die sie sich wenden können, auch im Zusammenhang mit Gewalterfahrungen.

Der LVR bietet seinen Kund*innen und Bürger*innen im Rheinland eine Vielzahl von Möglichkeiten, kritische Rückmeldungen zu geben. Eine zentrale Funktion nimmt hier das

¹¹ In den neunziger Jahren wurde bis zum Jahr 2002 ein allgemeines Seminar zum Thema „Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz“ seitens des LVR-Instituts Training, Beratung und Entwicklung angeboten. Ab dem Jahr 2003 gab es ein Seminar für Führungskräfte mit dem Titel „Fairnesskompetenz als Führungsaufgabe“ (späterer Titel: Faire Organisationskultur). Das Seminar beinhaltete u. a. das Thema Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz. Dieses Seminar mündete im Jahr 2019 in das Führungskräfte-Curriculum als Wahlpflichtmodul unter dem Titel „Führen in komplexen Organisationen – eine Führungskultur leben“.

Zentrale Beschwerdemanagement im LVR (ZBM) im Organisationsbereich der LVR-Direktorin ein. Das ZBM ist seit März 2019 in der LVR-Stabsstelle Inklusion – Menschenrechte – Beschwerden angesiedelt, da unabhängigen Beschwerdemöglichkeiten insbesondere für Menschen mit Behinderungen im menschenrechtlichen Kontext eine besondere Bedeutung beigemessen wird.

Aktuell wird die IT-Fachanwendung (Beschwerde-Management-Software) für das ZBM weiterentwickelt. Mit ihrer Hilfe soll künftig auch die zusammenfassende Berichterstattung über Beschwerden weiter qualifiziert werden. Ziel ist es, z.B. ein besseres Bild davon zu erhalten, wie häufig und in welchen Zusammenhängen Beschwerden mit Bezug auf subjektive erlebte Gewalt vorgetragen werden.

Bereits heute setzt sich das ZBM thematisch intensiv mit dem Thema Gewalt auseinander. Angelehnt an das Grundsatzpapier reflektiert das ZBM-Team regelmäßig, in welchen Situationen aus Sicht von Beschwerdeführenden ein Gewalterlebnis vorgelegen hat. Hierzu wird das Augenmerk auf solche Beschwerden gelegt, in denen eine Gewalterfahrung vorgetragen und dargelegt wird. Hintergrund dieser Vorgehensweise ist, dass die Betroffenen selbst am besten artikulieren können, in welchen Situationen sie Gewalt erlebt haben und welche alternativen Handlungsformen sie sich stattdessen vorstellen.

Eine Auseinandersetzung in qualitativer Hinsicht mit zuvor anonymisierten Beschwerden über Gewalterfahrungen findet zudem in regelmäßigen Sitzungen mit dem gesamten Team der Stabsstelle statt.

4.5 Fortbildungen im LVR-Institut für Training, Beratung und Entwicklung

Fortbildungen sind ein wichtiges Instrument, um die Handlungskompetenzen der LVR-Mitarbeitenden im Kontext des Gewaltschutzes zu verbessern.

Das LVR-Institut für Training, Beratung und Entwicklung (im Dezernat Personal und Organisation) bietet in seinem **allgemeinen Fortbildungsprogramm**, das sich an alle Mitarbeitenden des LVR richtet, verschiedene Seminare mit Berührungspunkten zum Thema Gewaltschutz an. Zu nennen sind hier exemplarisch:

- Konflikt als Chance (im Berichtszeitraum kein Seminar; zwei Seminare in 2023 geplant)
- Schwierige Kundengespräche konstruktiv gestalten (2 Seminare mit insgesamt 18 Personen seit September 2021; ein weiteres Seminar in 2023 geplant)
- Deeskalierende Gesprächsführung (1 Seminar mit 12 Personen seit September 2021; zwei weitere Seminare in 2023 geplant)
- Einführung in das Thema Resilienz (1 Seminar mit 9 Personen seit September 2021; zwei weitere Seminare in 2023 geplant)
- Stress?! Ursachen – Auswirkungen – Lösungen (2 Seminare mit insgesamt 16 Personen seit September 2021; ein weiteres Seminar in 2023 geplant)

Auch im sogenannten **Führungskräfte-Curriculum**, das sich an alle LVR-Führungskräfte mit Personalverantwortung (mit Ausnahme des LVR-Klinikverbunds und des Verbunds Heilpädagogischer Hilfen) richtet, gibt es verschiedene Seminare, in denen das Thema Gewaltschutz (mit-)behandelt wird. Zu nennen sind hier exemplarisch:

- Diversity im LVR (Wahlpflichtmodul) (→ Umgang mit Diskriminierung und Konflikten im Team) (1 Seminar mit 10 Personen seit September 2021; ein weiteres Seminar in 2023 geplant)
- Konflikte im Führungsalltag – Eine besondere Herausforderung (Wahlpflichtmodul) (3 Seminare mit insgesamt 30 Personen seit September 2021, zwei weitere Seminare in 2023 geplant)
- Führen in komplexen Organisationen – eine Führungskultur leben (vgl. Gliederungsziffer 4.2)

4.6 Sicherheitskonzept für die Zentralverwaltung

Es ist leider zu beobachten, dass auch Mitarbeitende von Behörden Opfer von Angriffen werden können. Diese können verbaler Art, persönlich oder telefonisch, bis hin zu tätlichen Angriffen sein.

Die Abteilung Arbeitssicherheit des LVR-Fachbereiches Personal und Organisation hat daher für die Bereiche der LVR-Zentralverwaltung ein Sicherheitskonzept durch eine Sicherheitsberatungsfirma erstellen lassen. Darin sind mehrere Sicherheitsmaßnahmen vorgeschlagen worden, die auf dem von der Unfallkasse NRW in Zusammenarbeit mit dem Polizeipräsidium Aachen erarbeiteten „Aachener Modell“ basieren. Diese umfangreichen Maßnahmen sind seitens der Verwaltung für eine Umsetzung priorisiert worden.

Ein ganz wesentlicher Baustein ist eine **Präventions- und Verhaltensschulung** für den Fall von Übergriffen gegen Beschäftigte. Hierzu wird das Institut für Training, Beratung und Entwicklung künftig geeignete Formate anbieten.

Daneben soll in den LVR-eigenen Bestandsgebäuden durch bauliche, bautechnische und technische Maßnahmen ein **reglementierter Zugang externer Besuchender** ermöglicht werden, insbesondere durch technische Zutrittskontrollen und Zutrittsüberwachung, durch Sicherheitszonen innerhalb der Gebäude, Schließkonzepte und spezielle Bürotrakte für Kontakte mit Besuchenden.

Überdies ist zum Schutz von Beschäftigten mit gefahrgeneigten externen Kontakten eine **Alarmierungssoftware** der Fa. Pascom angeschafft worden, die im Falle eines Übergriffs schnelle Hilfe sicherstellen kann. Die Pilotanwendung wird aktuell im LVR-Fachbereich Soziale Entschädigung im Gebäude Deutzer Freiheit erprobt (vgl. Gliederungsziffer 4.7). Die Software bietet umfangreiche Möglichkeiten. Neben individuell programmierbaren Nutzergruppen sind verschiedene Alarme auslösbar, wie z.B. „Benötige Hilfe“ oder „Gefahrenbereich verlassen“. Ebenso sind verschiedene akustische und optische Alarmierungen (eben auch „stille Alarme“) möglich. Die Nutzung der Software ist auch beim Desk-Sharing möglich.

Nach erfolgreicher Erprobung der Software im LVR-Fachbereich Soziale Entschädigung soll der Einsatz in weiteren Bereichen erfolgen. Ein priorisierter weiterer Einsatzbereich

soll z.B. die LVR-Stabsstelle Inklusion – Menschenrechte – Beschwerden sein, da dort das Zentrale Beschwerdemanagement im LVR (ZBM) angesiedelt ist (vgl. Gliederungsziffer 4.4). Die aktuell installierte Alarmierung per Drucktaster genügt nicht (mehr) den definierten sicherheitsfachlichen Anforderungen an ein gefahrenstufenabhängiges Sicherheitssystem.

4.7 Aktivitäten im LVR-Fachbereich Soziale Entschädigung

Der LVR-Fachbereich Soziale Entschädigung bearbeitet insbesondere Anträge nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG). Hier wird über Entschädigungsanträge von Menschen entschieden, die Opfer von rechtswidrigen, vorsätzlichen und tätlichen Gewalttaten geworden sind. Die Antragstellenden konfrontieren – in ihren Anträgen oder im Gespräch – die LVR-Mitarbeitenden teilweise mit Schilderungen extremster Gewalterfahrungen, angefangen bei „einfachen“ Schlägereien bis hin zu Vergewaltigung, sexuellem Missbrauch von Kindern, Mord und Totschlag.

Auch wenn die Mitarbeitenden dadurch nur mittelbare Zeugen dieser Gewalttaten werden, so besteht doch die Gefahr einer sog. „sekundären Traumatisierung“, d.h. die Mitarbeitenden können selber durch die Gewaltschilderungen traumatisiert werden, ohne selber die Gewalt erlebt zu haben. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn es ihnen nicht gelingt, sich von dem Gelesenen oder Gehörten abzugrenzen oder dieses zu verarbeiten.

Um hier vorzubeugen, hat der Fachbereich unter dem Titel „**Auf dem Weg in eine stress- und traumasensible Organisationskultur** im LVR-Fachbereich Soziale Entschädigung“ einen Maßnahmenplan entwickelt. Inhalt ist v. A. der Umgang mit Stress und die Bewältigung von möglicherweise traumatisierenden Gewalterlebnissen Dritter. Neben niederschweligen Angeboten wie gemeinsamen Aktivitäten oder kollegialer Beratung, sind auch Supervisionen Bestandteile des Konzepts.

Die Mitarbeitenden des Fachbereichs Soziale Entschädigung sind in den letzten Jahren zudem gelegentlich Opfer von teils grenzüberschreitenden verbalen Angriffen geworden, zumeist über das Telefon. Aber auch im Dienstgebäude wurden Mitarbeitende beschimpft oder bedroht. Auch wenn dies Einzelfälle und Ausnahmen sind, so tragen diese doch zu einer gewissen Verunsicherung bei. Dies zumal dann, wenn besuchende Personen nicht bekannt sind oder nicht eingeschätzt werden können. Daher wird im Fachbereich aktuell die Pilotanwendung einer neuen **Alarmierungssoftware** erprobt (vgl. Gliederungsziffer 4.6).

4.8 Aktivitäten zum Gewaltschutz in LVR-Schulen

Das Thema Gewaltschutz betrifft den LVR neben seine Schulangeboten für Minderjährige (vgl. Gliederungsziffer 2.2 und 2.3) auch in Bezug auf seine Schulen, in denen vorrangig bereits volljährige Schüler*innen unterrichtet werden. Hierzu zählen das LVR-Berufskolleg sowie die LVR-Pflegesschulen im Klinikverbund.

Für das **LVR-Berufskolleg** gelten grundsätzlich die gleichen Maßnahmen wie sie bereits unter Gliederungsziffer 2.2 für die LVR-Förderschulen dargestellt wurden.

Die **Pflegesschulen an den LVR-Kliniken** fallen unter das Pflegeberufegesetz bzw. die Verordnung zur Durchführung des Pflegeberufegesetzes in NRW (DVO-PfIBG NRW). Dort

sind – anders etwa als im Schulgesetz NRW – keine Anforderungen an Schutzkonzepte für den Schulbetrieb formuliert.

Die LVR-Pflegeschulen befassen sich mit dem Thema Gewaltschutz jedoch explizit innerhalb der Schulcurricula, z.B. in Form von Deeskalationstrainings. Im Fokus steht dort der Umgang mit Patient*innen, die gewalttätiges Verhalten zeigen. Da die Pflegeschulen direkt den Kliniken zugeordnet sind, gelten für die Lehrenden und Lernenden dort ansonsten alle Konzepte und Ansätze zum Gewaltschutz, die bereits für den Bereich der Kliniken berichtet wurden (vgl. Gliederungsziffer 2.5).

4.9 Aktivitäten zum Gewaltschutz im LVR-Kultureinrichtungen

4.9.1 Sicherheitskonzept für das LVR-Jüdisches Museum im Archäologischen Quartier Köln

Aufgrund des musealen Hauptthemas des „LVR-Jüdisches Museum im Archäologischen Quartier Köln“ bedarf die Gefahrenabwehr einer besonderen Aufmerksamkeit. Ein externer Sicherheitsexperte erarbeitet aktuell ein entsprechendes Sicherheitskonzept für die bereits bestehende Verwaltung und den zukünftigen Museumsbetrieb.

4.9.2 Vorlagepflicht erweiterter Führungszeugnisse in LVR-Kultureinrichtungen

Gemäß § 30a des Gesetzes über das Zentralregister und das Erziehungsregister (Bundeszentralregistergesetz BZRG) besteht für Personen die beruflich, ehrenamtlich oder in sonstiger Weise kinder- und jugendnah tätig sind, eine Vorlagepflicht erweiterter Führungszeugnisse.

Mitarbeitende des LVR und der Rheinland Kultur GmbH (RKG) in LVR-Kultureinrichtungen, die ihre arbeitsvertraglichen Tätigkeiten regelmäßig kinder- und jugendnah ausführen, aber auch Ausbilder*innen von Nachwuchskräften, verfügen über ein entsprechendes Zeugnis. Dies gilt ebenso für in diesen Aufgabenbereichen eingesetzte freie Mitarbeitende (Selbständige). In jeder LVR-Kultureinrichtung und bei der RKG wird dies entsprechend dokumentiert und nachgehalten.

4.9.3 Fortbildungen

Die Rheinland Kultur GmbH (RKG) erarbeitet aktuell ein neues Qualifizierungskonzept für die Aufsichten/Kolleg*innen an den Kassen zum Thema Besucherorientierung. Hier soll das Thema Gewaltschutz aufgegriffen werden.

Im LVR-Archäologischen Park Xanten und in den LVR-Industriemuseen wurden zudem mit Blick auf ein zunehmendes Aggressionspotential bei Besucher*innen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, bereits Deeskalationstrainings für die Mitarbeitenden durchgeführt.

Das Thema „Prävention von sexualisierter Gewalt“ wurde zudem im November 2022 im LVR-Freilichtmuseum Kommern (LVR-FMK) in einer Fortbildung behandelt, zu der alle Mitarbeitenden und freie Mitarbeitenden eingeladen waren. Die Resonanz war sehr positiv.

Für das LVR-Archivberatungs- und Fortbildungszentrum (LVR-AFZ) wird ebenfalls Schulungsbedarf für die Mitarbeitenden des Pforten- und Empfangsdienstes in der Abtei Brauweiler sowie in Analogie auch für das Personal im Veranstaltungsmanagement gesehen.

Darüber hinaus bergen die Außenkontakte der Mitarbeitenden sowohl des LVR-Amt für Denkmalpflege im Rheinland (LVR-ADR) als auch des LVR-AFZ immer wieder Konfliktpotential u.a. durch verbal unangemessenes Verhalten. Hier sind entsprechend zugeschnittene Schulungen zunehmend notwendig. So sehen sich etwa die Mitarbeitenden des LVR-ADR in der praktischen Arbeit vor Ort zunehmend aggressivem Verhalten ausgesetzt. Das Angebot von Deeskalationstrainings für die Mitarbeitenden könnte hilfreich sein um mit konfrontativen Situationen umzugehen.

Das LVR Institut für Landeskunde und Regionalgeschichte (LVR-ILR) regt dienststellenbezogene Workshops zur Sensibilisierung der Mitarbeitenden an.

4.10 Weitere Aktivitäten des LVR

4.10.1 Beteiligung am Kölner Präventionsprojekt „Edelgard schützt“

Der LVR beteiligt sich bereits seit mehreren Jahren am Kölner Präventionsprojekt „Edelgard schützt“, das zu mehr Sicherheit im öffentlichen Raum beitragen will. In seinen Gebäuden der Zentralverwaltung in Köln-Deutz bietet der LVR einen geschützten Ort an, den Frauen und Mädchen bei akuter Bedrohung schnell und unkompliziert aufsuchen können, um durchzuatmen, sich zu sammeln und die nächsten Schritte planen zu können – sei es, sich gestärkt, auf den Weg zu machen, ein Taxi zu rufen, die Polizei zu informieren oder was auch immer, von den Betroffenen im Edelgard-geschützten Raum entschieden wird.

Ein gut sichtbarer Aufkleber im Eingangsbereich macht auf das niedrigschwellige Hilfsangebot in den LVR-Dienstgebäuden aufmerksam. Das Personal des Pfortendienstes wird durch das Projekt regelmäßig geschult – unterstützt durch die LVR-Stabsstelle Gleichstellung und Gender Mainstreaming.

4.10.2 Studie zu diskriminierungsfreier Digitalisierung im LVR

Im digitalen Raum ist insbesondere die Form der psychischen Gewalt präsent. Als psychische Gewalt werden „alle Formen der emotionalen Schädigung und Verletzung einer Person“ verstanden (vgl. Grundsatzpapier Gliederungsziffer 3.2). Im digitalen Raum umfasst psychische Gewalt zum Beispiel „von Hass erfüllte Sprache oder Gesten, verletzende und beleidigende Kommentare oder Einträge auf Internetseiten sowie nicht zuletzt Diskriminierungen und die nach außen gezeigte gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit“.¹²

Neben der psychischen Gewalt gilt es ebenfalls strukturelle Gewalt in Form von diskriminierenden Rahmenbedingungen (Regeln, Abläufe, Haltungen) auch im Rahmen der Digitalisierung zu vermeiden bzw. zu eliminieren (vgl. Grundsatzpapier Gliederungsziffer 3.4).

¹² <https://www.schulministerium.nrw/Schulsystem/Praevention/Gewaltpraevention/Aktionsplan>

Das LVR-Dezernat Digitalisierung, IT-Steuerung, Mobilität und technische Innovation wird im Jahr 2023 im Rahmen einer externen Studie unter dem Stichwort „diskriminierungsfreie Digitalisierung“ entstehende Barrieren und etwaige Ungerechtigkeiten im Digitalen untersuchen.¹³ In der extern begleiteten Studie soll konkret der Frage nachgegangen werden, ob und inwieweit Digitalisierung diskriminierend wirken kann. Die Studie soll daneben Handlungsempfehlungen enthalten, wie ggf. diskriminierenden Faktoren aktiv durch den LVR begegnet werden kann. Dabei soll auch der Aspekt der „Gewalt im digitalen Raum“ aufgegriffen werden. Themen wie „Cybermobbing“ und „Gewalt im Internet“ sollen innerhalb der Studie betrachtet werden. Die zentralen Ergebnisse der Studie werden dann in einer der folgenden Auflagen des Monitoring-Berichts zu den „Grundsätzen des Gewaltschutzes im LVR“ vorgestellt.

4.11 Zusammenfassung

Dieses Kapitel des Monitoring-Berichtes macht aus Sicht der LVR-Stabsstelle Inklusion – Menschenrechte – Beschwerden deutlich, an wie vielen verschiedenen Stellen der LVR Berührungspunkte mit dem Thema Gewaltschutz hat.

Mit dem **LVR-Diversity-Konzept** wurde erstmals eine verbandsweit geltende Grundlage geschaffen, um sich konzeptionell-strategisch mit vorhandenen Diskriminierungsrisiken im LVR zu befassen, die nicht nur, aber auch in Form von Gewalt in Erscheinung treten zu können.

Auf Basis des LVR-Diversity-Konzeptes wurde inzwischen u.a. eine Neustrukturierung der **internen LVR-Beschwerdestelle nach dem AGG** angestoßen. Durch die Beschwerdestelle soll der Schutz der Mitarbeitenden im LVR vor Gewalt, Diskriminierung und Benachteiligung zukünftig verbessert werden, indem vor allem die Bekanntheit und Wirksamkeit der Beschwerdestelle verbessert werden.

Ein wichtiger Akteur in diesem Kontext ist auch die **LVR-Stabsstelle Gleichstellung und Gender Mainstreaming**, die vor allem über die Instrumente Beratung und Sensibilisierung für sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz auf einen verstärkten Schutz der Mitarbeitenden vor Gewalt hinwirkt.

Der LVR bietet seinen Mitarbeitenden zudem zahlreiche Möglichkeiten, über **Fortbildungen** ihre Handlungskompetenzen im Kontext des Gewaltschutzes zu verbessern. Das LVR-Institut für Training, Beratung und Entwicklung hat hierzu verschiedene Seminare im Angebot. Auch in den LVR-Kultureinrichtungen finden zum Teil spezifische Schulungen zu diesen Themen statt. Weiterer Bedarf wird berichtet.

Überdies ist der LVR dabei, ein **Sicherheitskonzept** für die Zentralverwaltung umzusetzen, um Mitarbeitende durch Gewalt durch externe Besuchende zu schützen. Neben Verhaltensschulungen sind z.B. auch Maßnahmen für einen reglementierten Zugang externer Besuchender sowie eine technische Alarmierungslösung geplant.

Neben diesen übergreifenden Aktivitäten zeigt der Monitoring-Bericht auch, dass verschiedene Bereiche der LVR-Verwaltung begonnen haben, sich mit ihren spezifischen Ge-

¹³ Vgl. Begleitbeschluss zum Doppelhaushalt 2022/2023, Antrag Nr. 15/37, S. 8.

waltrisiken zu befassen. So hat **LVR-Fachbereich Soziale Entschädigung** einen entsprechenden Maßnahmenplan auf den Weg gebracht, um auf eine stress- und traumasensible Organisationskultur hinzuwirken.

Das **LVR-Dezernat Kultur und landschaftliche Kulturpflege** berichtet über besondere Vorüberlegungen zur Gefahrenabwehr im Kontext des LVR-Jüdisches Museum im Archäologischen Quartier Köln. Im Kontext von musealen Angeboten für Minderjährige wird in allen Kultureinrichtungen die Möglichkeit zur Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses genutzt, um eine grundsätzliche Eignung der eingesetzten Mitarbeitenden sicherzustellen.

Im **LVR-Dezernat Digitalisierung, IT-Steuerung, Mobilität und technische Innovation** ist eine spezifische Befassung mit Diskriminierungsrisiken und Gewalt im digitalen Kontext für 2023 geplant.

Auch im Kontext der Beschwerdewege für Kund*innen des LVR, insbesondere im **Zentralen Beschwerdemanagement (ZBM)**, findet inzwischen eine vertiefte Befassung mit dem Thema Gewalt statt. Aus Sicht der LVR-Stabsstelle Inklusion – Menschenrechte – Beschwerden bietet die Auswertung solcher Beschwerden die Möglichkeit, in Zukunft einen detaillierten Blick darauf zu bekommen, wo besondere Gewaltrisiken in den LVR-Einrichtungen und -Dienststellen liegen könnten. Das gleiche gilt für Beschwerden, die künftig die neue interne LVR-Beschwerdestellen nach dem AGG erreichen.

Auf dieser Basis könnte in Zukunft neu über das Erfordernis von Gewaltschutzkonzepten in den weiteren LVR-Einrichtungen und -Dienststellen nachgedacht werden. Zudem ergeben sich ggf. Impulse dafür, wo die Gewaltschutzkonzepte in LVR-eigenen Einrichtungen für vulnerable Zielgruppen anzupassen wären.

5. Ausblick

Für den LVR ist das Thema Gewaltschutz kein neues Thema. Es gibt langjährige Erfahrungen und ausgeprägte Fachlichkeit an verschiedenen Stellen im Verband. Gleichwohl wurde mit dem Grundsatzpapier im September 2021 ein **Meilenstein** gelegt:

Erstmals hat sich der LVR verbandsweit – d.h. über alle Dezernate und Aufgaben hinweg – auf eine aufgeklärte und entschlossene Haltung zum Gewaltschutz sowie auf seine Verpflichtungen zum Gewaltschutz in den verschiedenen Rollen als Leistungsträger, Leistungserbringer und auch als Arbeitgeber verständigt. Der LVR hat sich ausdrücklich zu seiner Verantwortung bekannt, im Rahmen seiner Aufgaben und Zuständigkeiten alle Menschen so effektiv wie möglich vor Gewalt zu schützen. Im Sinne des Leitgedanken „Qualität für Menschen“ heißt dies auch, gegebenenfalls über besondere gesetzliche Pflichten hinaus tätig zu werden.

Der vorliegende erste interne Monitoring-Bericht zeigt eindrücklich auf, an wie vielen unterschiedlichen Stellen im Verband bereits eine ernsthafte Befassung mit dem Thema Gewaltschutz stattfindet und auch konkrete Schritte zur Verbesserung des Gewaltschutzes angestoßen wurden.

Der Einstieg in den Monitoring-Prozess ist aus Sicht der für das Monitoring federführend verantwortlichen LVR-Stabsstelle Inklusion – Menschenrechte – Beschwerden gelungen.

Hierfür bedankt sich die Stabsstelle bei den beteiligten Dezernaten für die konstruktive Zusammenarbeit.

Die Stabsstelle wird die Umsetzung der Grundsätze des Gewaltschutzes im LVR weiterhin aufmerksam verfolgen und dem Verwaltungsvorstand sowie der politischen Vertretung **jährliche Monitoring-Berichte** vorlegen.

Hinsichtlich der LVR-eigenen Einrichtungen für vulnerable Zielgruppen wird die Stabsstelle dabei quantitativ sichtbar machen, wie die Abdeckung der Einrichtungen mit einrichtungsbezogenen Gewaltschutzkonzepten im Sinne des Grundsatzpapiers voranschreitet.

In qualitativer Hinsicht wird die Stabsstelle ein besonderes Augenmerk auf die Qualität der Erstellungsprozesse richten. Aktuell lassen sich insbesondere im LVR-Verbund HPH intensive Bemühungen erkennen, neben den Mitarbeitenden auch die vulnerable Zielgruppe selbst partizipativ an der Erstellung der Gewaltschutzkonzepte zu beteiligen.

Spannend werden für zukünftige Berichte auch die weiteren Erfahrungen sein, die der LVR in seiner Rolle als Leistungsträger oder Aufsichtsbehörde mit der anspruchsvollen Aufgabe der Prüfung von Gewaltschutzkonzepten externer Leistungserbringer sammelt.

Zudem wird die Stabsstelle die LVR-übergreifenden Aktivitäten (z.B. interne AGG-Beschwerdestelle) und die Entwicklungen in einzelnen Fachbereichen der Zentralverwaltung (z.B. Fachbereich 54) weiter beobachten. Gerne steht die Stabsstelle den Dezernaten auch beratend und unterstützend zur Seite. Mit dem Dezernat 9 ist ein gemeinsamer Workshop zum Thema „Gewaltschutz in LVR-Kultureinrichtungen“ bereits konkret in Planung.

Es bleibt abzuwarten, welche Impulse für den Gewaltschutz im und durch den LVR im Kontext der neuen **Landesinitiative Gewaltschutz NRW** entstehen. LVR-Direktorin Lubek hat die gemeinsame Erklärung zum Auftakt der Landesinitiative „Gewaltschutz Nordrhein-Westfalen“ am 27. September 2022 unterzeichnet (vgl. Vorlage Nr. 15/1417). Der LVR ist in der Gremien- und Arbeitsstruktur der Landesinitiative sowohl als Gesamtverband als auch als Vertretung für die öffentlichen Träger von Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe aktiv beteiligt.

Klinikbelegung mit forensischen Patienten in 2022/2023

	Apr 22	Mai 22	Jun 22	Jul 22	Aug 22	Sep 22	Okt 22	Nov 22	Dez 22	Jan 23	Feb 23	Mrz 23	davon:					Behand- lungsplätze								
													1. Apr. 23	in AP	gegendert		zusätzlich:									
															♀	♂	außerhalb der Einrichtung (Grad 0)		davon ♀	außerhalb der Einrichtung (Grad 0) in %						
Forensische Kliniken																										
Düren	§ 63	223	221	218	219	217	218	220	221	221	217	220	220	220	2	2	218	26	1	11,82%	218					
	§ 64	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	0	0	2									
	§ 126a	14	12	9	11	10	12	14	13	16	20	21	18	17	0	0	17									
	§ 81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
	sonstige *	1	2	2	2	2	0	1	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	240	237	231	234	230	231	236	235	238	238	243	240	239	2	2	237	26	1	10,88%	218					
Allgemeinpsychiatrien																										
Bonn	§ 63	37	36	35	37	36	39	36	39	37	37	37	39	37	37	0	37	10	0	27,03%	39					
	§ 64	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	0	3	0	0							
	§ 126a	3	4	6	4	4	4	6	4	4	5	4	3	4	4	0	4									
	§ 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	1	0	1	2	2	2	0	2									
	§ 46 StVollzG NRW**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
	Summe	40	40	42	42	41	44	43	44	43	43	44	46	46	46	0	46	10	0	21,74%	39					

TOP 8 Anträge und Anfragen



Antrag Nr. 15/103

öffentlich

Datum: 20.04.2023
Antragsteller: CDU, SPD, GRÜNE, FDP, Die FRAKTION

Ausschuss für den LVR- Verbund Heilpädagogischer Hilfen	28.04.2023	empfehlender Beschluss
Krankenhausausschuss 3	08.05.2023	empfehlender Beschluss
Krankenhausausschuss 2	09.05.2023	empfehlender Beschluss
Krankenhausausschuss 4	10.05.2023	empfehlender Beschluss
Krankenhausausschuss 1	11.05.2023	empfehlender Beschluss
Gesundheitsausschuss	12.05.2023	empfehlender Beschluss
Landschaftsausschuss	13.06.2023	Beschluss

Tagesordnungspunkt:

**Resolution für die Regulierung der Arbeitnehmerüberlassung im Gesundheits-
und Sozialwesen**

Beschlussvorschlag:

Der Druck der Personalakquise steigt in allen Versorgungseinrichtungen, ein aggressives Abwerben der Mitarbeitenden durch konkurrierende Versorger gehört inzwischen fast zum Alltag. Der Einsatz von Mitarbeitenden aus der Arbeitnehmendenüberlassung (ANÜ) ist immer häufiger erforderlich und die Kosten dafür steigen. Laut einer Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) waren die Personalkosten für Leiharbeitskräfte 2022 um 92% höher als für vergleichbare festangestellte Mitarbeiter*innen^[1]. Auch der LVR ist hiervon betroffen. Die Leiharbeitsfirmen werben mit mehr Flexibilität, mehr Gehalt und mehr Freizeit. Dies führt verständlicherweise zu Unzufriedenheit unter den festangestellten Mitarbeitenden, die immer häufiger die unattraktiveren Dienste übernehmen und die Einarbeitung der Zeitarbeitskräfte übernehmen müssen. Die Abwanderung von Pflegepersonal in die Leiharbeit ist für Krankenhäuser und die Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe zu einer ernsthaften Gefahr im Hinblick auf die Fachkräftesicherung

geworden. Hinzu kommt, dass eine hohe Fluktuation von Personal auch für die Patient*innen und Kund*innen Nachteile bringt, da weniger Routinen in der Anwendung von Standards bestehen. Hier besteht rechtlicher Handlungsbedarf durch eine stärkere Regulierung. Diese Resolution plädiert deshalb für die auch von der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft (DKG) vorgeschlagenen Maßnahmen, um das Instrument der ANÜ zur Fachkräftesicherung in den kommenden Jahren möglichst zu reduzieren und auf den Ausgleich von Belastungsspitzen zu begrenzen.

Die zu behandelnden bzw. betreuenden Menschen benötigen eine Versorgung durch professionelles Personal, das ihnen vertraut ist und ihre Situation, Bedürfnisse und Bedarfe erkennt. Menschen, die über Arbeitnehmerüberlassung temporär eingesetzt werden, können die Qualitätsanforderungen nicht im gleichen Umfang wie festangestellte Mitarbeiter*innen gewährleisten und kennen die betriebsspezifischen Arbeitsabläufe in der Regel weniger. Zudem wird durch die Praxis der ANÜ, die Möglichkeit untergraben, langfristige Beziehungen zu Patient*innen und Bewohner*innen aufzubauen. Auch ist eine Einschätzung der fachlichen und sozialen Kompetenzen durch die kurzen Einsätze schwierig. Insbesondere im heilpädagogischen Bereich ist die Inklusion der zu betreuenden Menschen ohne kontinuierliche persönliche Betreuung und Beziehungsarbeit gefährdet.

Ungünstige Dienstzeiten müssen weiterhin meist von der Stammebelegschaft anstatt von den Leiharbeiter*innen übernommen werden. Zudem verdienen die Leiharbeiter*innen häufig besser. Für die Mehrkosten kommen die Krankenhäuser auf, die den eigenen Mitarbeitenden aufgrund der tariflichen Bindung keine höheren Entgelte bezahlen dürfen. Das benachteiligt die festangestellten Mitarbeitenden, sorgt für deren steigende Belastung und führt zu weiterer Unzufriedenheit, zu Konflikten und zur Entsolidarisierung innerhalb der Arbeiterschaft.

Der Aufwand wie auch die Kosten für die Kliniken und Einrichtungen der Eingliederungshilfe bei Einsatz von Leiharbeiter*innen sind enorm hoch. Es besteht die Gefahr, dass aufgrund der hohen Gewinnmargen der Vermittlungsunternehmen finanzielle Mittel aus den Einnahmen der Solidargemeinschaft abfließen, die an anderer Stelle benötigt werden.

Trotz aller Bemühungen der Krankenhäuser um eine ausgeglichene Personaldecke hat der Einsatz von Leiharbeitskräften in den vergangenen Jahren zugenommen, weil ein ohnehin angespannter Fachkräftemarkt auf den Renteneintritt der geburtenstarken Jahrgänge trifft. Im Arbeitsfeld der Psychiatrie wird diese Situation noch verschärft durch die Mindestpersonalvorgaben in der Psychiatrie und Psychosomatik. Ein Handeln ist daher zwingend geboten, so dass wir uns nachdrücklich den Forderungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Leiharbeit im Krankenhaus^[2] anschließen und uns für ein Verbot der Leiharbeit mit den jeweiligen Ausnahmen zur Aufrechterhaltung des laufenden Betriebes aussprechen, wie es schon seit 1982 für das Baugewerbe gilt.

Sollte ein Verbot rechtlich nicht zulässig oder durchsetzbar sein, so sollten die möglichen Stundenverrechnungssätze auf das 1,5-fache des durchschnittlichen einschlägigen Bruttolohns inklusive Arbeitgebernebenkosten begrenzt werden. Außerdem müssen die Leiharbeitsfirmen stärker in die Pflicht genommen werden, indem sie ihre Vermittlungshonorare offenlegen und ihre Mitarbeitenden regelmäßig fortbilden.

[1] Blum/ Löffert/ Schumacher (2022): DKI Krankenhaus-Pool – Umfrage November 2022: Leiharbeit im Krankenhaus (S. 6f)

[2] DKG-Positionspapier zur Leiharbeit im Krankenhaus vom 17.02.2023

<https://www.dkg-ev.de/dkg/presse/details/verbot-als-ultima-ratio-krankenhaeuser-fordern-drastische-beschaenkung-der-pflege-leiharbeit/>

erfolgt mündlich

Frank Boss

Thomas Böll

Ralf Klemm

Hans-Otto Runkler

Aaron von Krüedener

Antrag Nr. 15/105

öffentlich

Datum: 08.05.2023
Antragsteller: Die Linke.

Krankenhausausschuss 3	08.05.2023	empfehlender Beschluss
Krankenhausausschuss 2	09.05.2023	empfehlender Beschluss
Krankenhausausschuss 4	10.05.2023	empfehlender Beschluss
Krankenhausausschuss 1	11.05.2023	empfehlender Beschluss
Gesundheitsausschuss	12.05.2023	empfehlender Beschluss
Landschaftsausschuss	13.06.2023	Beschluss

Tagesordnungspunkt:

**Änderungsantrag zur "Resolution für die Regulierung der
Arbeitnehmerüberlassung im Gesundheits- und Sozialwesen"**

Beschlussvorschlag:

1. **Ergänzung** nach dem 3. Absatz („...*Entsolidarisierung innerhalb der Mitarbeiterschaft*“):

„Krankenhaus-eigene Kosten, die Flexibilität der Dienstplangestaltung und Ausfallsicherheit der eigenen Pflegekräfte sicherstellen sollen und nicht tariflich vereinbart wurden, wie Rufbereitschaften und Höhergruppierungen in Poollösungen, Sonderzahlungen beim Einspringen u.v.m. sind folgerichtig im Pflegebudget vollständig zu refinanzieren.“

2. **Streichen** im 5. Absatz (4. und 5. Zeile):

„Im Arbeitsfeld der Psychiatrie wird diese Situation noch verschärft

durch die Mindestpersonalvorgaben in der Psychiatrie und Psychosomatik.“

Begründung:

Das vorrangige Ziel der Politik muss sein, die Arbeitsbedingungen für die Stammebelegschaften zu verbessern.

zu 1) Übernommen aus den „Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Leiharbeit im Krankenhaus“. Die Situation der Stammebelegschaften soll verbessert werden.

zu 2) Die Mindestpersonalvorgaben sind für die Sicherung der Qualitätsanforderungen und den Arbeitsschutz der Beschäftigten unabdingbar.

Wilfried Kossen



CDU-FRAKTION
LANDSCHAFTSVERSAMMLUNG
RHEINLAND



Die SPD-Fraktion in der
Landschaftsversammlung
Rheinland

Anfrage Nr. 15/60

öffentlich

Datum: 20.03.2023
Anfragesteller: CDU, SPD

Krankenhausausschuss 3	08.05.2023	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	09.05.2023	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	10.05.2023	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	11.05.2023	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	12.05.2023	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Angebote der sozialen Infrastruktur für Mitarbeitende der Kliniken nach der Pandemie

Fragen/Begründung:

Im Rahmen der Corona Pandemie war es erforderlich, Angebote für Mitarbeitende und deren Familien zu schließen, damit sich Infektionen nicht verbreiten. Mittlerweile könnten diese aber wieder betrieben werden.

Unsere Fragen hierzu:

1. Sind alle vor der Pandemie in den Kliniken angebotenen familienfreundlichen Maßnahmen wie betriebliche Kinderbetreuung und Eltern-Kind-Büros wieder im Betrieb und ausgelastet?
2. Wird die kostenfreie Beratung und Vermittlung von konkreter Unterstützung zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf wieder angeboten?
3. Sind die Kantinen in den Kliniken wieder für Mitarbeitende offen?
4. Stehen Angebote wie Superversion, kollegiale Nachsorge oder weitere Beratungsangebote im gleichen Maße zur Verfügung wie vor der Pandemie?
5. Gibt es Angebote, die nicht wieder zur Verfügung stehen und wenn ja, warum?

Frank Boss

Thomas Böll

LVR · Dezernat 8 · 50663 Köln

Datum und Zeichen bitte stets angeben

Vorsitzende der Krankenhausausschüsse 1 - 4
und des Gesundheitsausschusses

03.04.2023

Mitglieder und stellvertretende Mitglieder
der Krankenhausausschüsse 1 - 4
und des Gesundheitsausschusses

Frau Groner
Tel 0221 809-6930
Marit.groner@lvr.de

nachrichtlich:
Geschäftsführungen der Fraktionen und Gruppe
in der Landschaftsversammlung Rheinland

über Stabsstelle 00.200

Beantwortung der Anfrage Nr. 15/60 der Fraktionen CDU und SPD zu den Angeboten der sozialen Infrastruktur für Mitarbeitende der Kliniken nach der Pandemie

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Anfrage Nr. 15/60 wird wie folgt beantwortet:

1. Sind alle vor der Pandemie in den Kliniken angebotenen familienfreundlichen Maßnahmen wie betriebliche Kinderbetreuung und Eltern-Kind-Büros wieder im Betrieb und ausgelastet?

Die LVR-Kliniken mit Belegplätzen in angebundenen KiTas, hatten diese auch während der Pandemie. Sie konnten entsprechend der jeweils gültigen Regelungen genutzt werden und sind inzwischen wieder im Regelbetrieb.

Die Plätze sind in der Regel ausgelastet.

Das Mitbringen von Kindern an den Arbeitsplatz wird bei Bedarf ermöglicht, wo es vertretbar ist. Einige LVR-Kliniken halten Eltern-Kind Büros vor, die dann genutzt werden können.

2. Wird die kostenfreie Beratung und Vermittlung von konkreter Unterstützung zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf wieder angeboten?

Die Beratungsangebote wurden während der Pandemie im entsprechenden Rahmen angeboten und laufen nach der Pandemie regulär weiter.



Ihre Meinung ist uns wichtig!

Die LVR-Geschäftsstelle für Anregungen und Beschwerden erreichen Sie hier:
E-Mail: anregungen@lvr.de oder beschwerden@lvr.de, Telefon: 0221 809-2255

3. Sind die Kantinen in den Kliniken wieder für Mitarbeitende offen?

Die Kantinen haben soweit möglich auch während der Pandemie Angebote gemacht. Beispielsweise gab es Möglichkeiten, zum Mitnehmen. Inzwischen sind die Kantinen wieder im gewohnten Rahmen für die Mitarbeitenden geöffnet.

4. Stehen Angebote wie Superversion, kollegiale Nachsorge oder weitere Beratungsangebote im gleichen Maße zur Verfügung wie vor der Pandemie?

Diese Angebote haben auch während der Pandemie unter den entsprechenden Rahmenbedingungen stattgefunden.

5. Gibt es Angebote, die nicht wieder zur Verfügung stehen und wenn ja, warum?

Nein.

Mit freundlichen Grüßen
Die Direktorin des Landschaftsverbandes Rheinland
In Vertretung

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

**TOP 8.4 Beantwortung der Anfrage 15/60 CDU: Angebote der sozialen
Infrastruktur für Mitarbeitende der Kliniken nach der Pandemie**



Anfrage Nr. 15/59

öffentlich

Datum: 06.03.2023
Anfragesteller: GRÜNE

Kommission Gleichstellung	21.03.2023	Kenntnis
Ausschuss für den LVR- Verbund Heilpädagogischer Hilfen	28.04.2023	Kenntnis
Krankenhausausschuss 3	08.05.2023	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	09.05.2023	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	10.05.2023	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	11.05.2023	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	12.05.2023	Kenntnis
Betriebsausschuss LVR- Jugendhilfe Rheinland	23.05.2023	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Anfrage: Information über Anonyme Spurensicherung in LVR-Einrichtungen nach sexualisierter Gewalt

Fragen/Begründung:

Schutz und Hilfe erhalten von sexualisierter Gewalt betroffene Frauen bei Fachberatungsstellen und in Frauenhäusern.

Unter „sexualisierter Gewalt“ versteht man

- sexuelle Übergriffe, sexuelle Nötigung bis hin zur Vergewaltigung
- sexuellen Missbrauch an Kindern, aber auch
- sexuelle Belästigungen und entsprechende Straftaten aus Gruppen heraus.

Erfahrungen von Frauenhilfeeinrichtungen belegen, dass von sexualisierter Gewalt betroffene Frauen und Mädchen im Anschluss an die Gewalthandlung häufig nicht in der Lage oder bereit sind, die Tat anzuzeigen. Ohne Strafanzeige werden Tatspuren im Regelfall aber nicht gesichert und stehen damit bei einem zukünftigen Strafverfahren nicht als

Beweismittel zur Verfügung. Dies kann im Extremfall einen späteren Freispruch des Täters oder der Täterin und bei der geschädigten Person eine (Re-)Traumatisierung zur Folge haben.

Die Anonyme Spurensicherung wird in NRW gefördert durch das MKJFGFI, Abt. Gleichstellung. Seit einigen Jahren können die örtlichen Frauenberatungsstellen im Zusammenwirken mit Klinik(en) aus der Region eine Anonyme Spurensicherung als besondere Option einer somatischen Untersuchung nach sexualisierter Gewalt durchführen lassen. Die Besonderheit: einerseits werden zeitnah nach der Tat Spuren erhoben und gesichert, andererseits besteht für das Opfer kein Zwang, sich zeitnah für oder gegen eine Strafanzeige zu entscheiden. Die Spuren werden für 10 Jahre sicher verwahrt; die Zuordnung von Spuren und Opfer erfolgt nur über eine Chiffre-Nummer. Dieses Projekt wird in vielen Regionen/Kommunen angeboten.

Für eine zügige Hilfe ist es notwendig, die örtlichen Anlaufstellen (Frauenberatungsstelle und teilnehmende Klinik) zu kennen. Dies gilt sowohl für Personen, die ggf. besonders gefährdet sind, Opfer einer Straftat zu werden als auch für Fachkräfte.

Auch in Einrichtungen des LVR (wie die HPHs, Jugendhilfe, Kliniken) kann es zu sexualisierter Gewalt kommen. Ärzte, Ärztinnen und Mitarbeiter/innen des Gesundheitswesens sind oftmals die ersten Ansprechpartner/innen für Frauen, die Opfer von Gewalt wurden. Der Ärzteschaft und den Mitarbeiter/innen des Gesundheitswesens wird eine Schlüsselposition bei der Erkennung und Behandlung, aber auch für die Vermittlung von Hilfen und weiterer Unterstützung für betroffene Frauen zugesprochen. Gewaltbetroffene Frauen nehmen häufiger als Nicht-Betroffene ärztliche und gesundheitliche Behandlung in Anspruch

Deshalb fragen wir den LVR:

1. Welche Schulungen gibt es für medizinisches Personal, um zu erkennen, ob Patient*innen möglicherweise von Gewalt betroffen sind?
2. Welche Schulungen gibt es für pädagogisches Personal, um von sexualisierter Gewalt Betroffene unterstützen zu können?
3. Wie werden von Gewalt betroffene Patient*innen aufmerksam gemacht auf die Möglichkeit der Anonymen Spurensicherung?
4. Welche Kooperationen zwischen dem Personal von LVR-Einrichtungen (Kliniken, Wohnheimen, Jugendhilfeeinrichtungen) und regionalen / lokalen Netzwerken gibt es?
5. Welche Angebote, die über Möglichkeiten der anonymen Spurensicherung informieren, gibt es in LVR-Einrichtungen der Jugendhilfe, in psychiatrischen Kliniken und heilpädagogischen Wohnheimen?
6. Wie werden solche Angebote kommuniziert?

Ralf Klemm
Fraktionsgeschäftsführer

LVR · Dezernat 1 · 50663 Köln

Datum und Zeichen bitte stets angeben

Vorsitzende der Kommission
Gleichstellung,
des Ausschusses für den LVR-Verbund
Heilpädagogischer Hilfen,
der Krankenhausausschüsse 1-4,
des Gesundheitsausschusses,
des Betriebsausschusses LVR-Jugendhilfe
Rheinland

17.03.2023
10.04

Sabine Brinkmann
Tel.: 0221-809-3582
Sabine.Brinkmann@lvr.de
Lena Piel
Tel.: 0221-809-3584
Lena.Piel@lvr.de

Mitglieder und stellvertretende Mitglieder
der Kommission Gleichstellung,
des Ausschusses für den LVR-Verbund
Heilpädagogischer Hilfen,
der Krankenhausausschüsse 1-4,
des Gesundheitsausschusses,
des Betriebsausschusses LVR-Jugendhilfe
Rheinland

nachrichtlich:

Geschäftsführungen der Fraktionen und der Gruppe
in der Landschaftsversammlung Rheinland

über LVR-Stabsstelle 00.200

**Beantwortung der Anfrage Nr. 15/59 der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN
zum Thema „Information über Anonyme Spurensicherung in LVR-Einrichtungen
nach sexualisierter Gewalt“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

nachfolgend beantwortet die Verwaltung die von der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN
gestellte Anfrage zum Thema Information über Anonyme Spurensicherung in LVR-Ein-
richtungen nach sexualisierter Gewalt.

**1. Welche Schulungen gibt es für medizinisches Personal, um zu erkennen, ob Pati-
ent*innen möglicherweise von Gewalt betroffen sind?**

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Die LVR-Geschäftsstelle für Anregungen und Beschwerden erreichen Sie hier:
E-Mail: anregungen@lvr.de oder beschwerden@lvr.de, Telefon: 0221 809-2255



LVR-Klinikverbund: Die klinische Beobachtung von Patient*innen und Klient*innen sind Teil der jeweiligen beruflichen Grundausbildung. Diese wird in Aus-, Fort- und Weiterbildungen vertieft und ausdifferenziert, z.B. in der fortlaufenden ärztlichen Weiterbildung oder im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung (IBF).

Mitarbeitende der LVR-Kliniken sind auf diese Weise für das Thema (sexualisierte) Gewalt sensibilisiert, um Anzeichen zu erkennen und zu ergreifende Maßnahmen interdisziplinär zu besprechen. Nicht nur, aber auch unter dem Aspekt einer möglichen (sexuellen) Gewalterfahrung spielen im Behandlungsalltag „besondere“ Situationen eine wichtige Rolle, wie z.B. Belastungserprobungen. In diesem Zusammenhang erfolgen regelmäßig Kontakt und Ansprache von Patient*innen und Klient*innen durch das Fachpersonal. Veränderungen im Verhalten können so möglichst zeitnah erfasst und angesprochen, Übergriffe thematisiert und entsprechende Maßnahmen angeboten bzw. eingeleitet werden. Die Relevanz der Thematik ist dem medizinischen Personal sehr bewusst. Die Kolleg*innen sind auch explizit dazu angehalten, Sachverhalte zu dokumentieren und ggf. Unterstützung bei einer Anzeigeerstellung zu leisten.

Im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie (KJP) ist das Vorgehen bei Minderjährigen spezifisch zu beantworten, da hier das Vorgehen im Umgang mit sexualisierter und körperlicher Gewalt über das Kinderschutzkonzept geregelt ist. Nach sexuellen Übergriffen auf Minderjährige müssen die Sorgeberechtigten informiert werden. Die Spurensicherung erfolgt nach Einbeziehung der Kripo/Polizei und ggf. des Jugendamtes.

In der LVR-Jugendhilfe Rheinland wird kein medizinisches Personal beschäftigt. Für das pädagogische Personal der LVR-Jugendhilfe Rheinland lässt sich hierzu jedoch sagen, dass ein jährlicher Kurs mit dem Institut für Trauma und Pädagogik durchgeführt wird, in welchem zum zertifizierten Traumapädagogen*in ausgebildet wird. Hier lernt das Personal differenzierte Überlebensstrategien von traumatisierten Kindern und Jugendlichen kennen. Durch das Verstehen der Verhaltensweisen ist das Personal auch sensibilisiert Opfer von sexualisierter Gewalt zu erkennen.

2. Welche Schulungen gibt es für pädagogisches Personal, um von sexualisierter Gewalt Betroffene zu unterstützen?

LVR-Klinikverbund: Besondere Schulungen zum Erkennen von sexualisierter Gewalt wie auch bezüglich geeigneter Unterstützung sind fachlich am ehesten im Kontext der Behandlung von (Akut-)Traumatisierungen einzuordnen.

In den LVR-Kliniken gibt es für den Erwachsenen- wie auch Kinder- und Jugendbereich spezialisierte Traumaambulanzen. Diese bieten psychotherapeutische Frühinterventionen an, welche nach dem Opferentschädigungsrecht abgerechnet werden können und sind als Fachstellen mit entsprechender Expertise anzusehen. Zum anderen sind (multiprofessionelle) Schulungen und Fortbildungen zu Traumafolgeerkrankungen – wie oben angeführt – Teil der fortlaufenden Fort- und Weiterbildungsprogramme der einzelnen LVR-Kliniken. Das LVR-Institut für Forschung und Bildung (IFuB) bietet in seinem Jahresprogramm z. B. regelmäßig klinikübergreifend Schulungen zum Thema Gewalt und traumasensibler Pflege

an. Die diesjährige Fokustagung des IFuB im LVR-Klinikverbund befasste sich am 15.03.2023 ganztägig mit der Posttraumatischen Belastungsstörung: „UPDATE Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) – Prävention, Diagnostik und Therapie“.

LVR-Verbund HPH: Die Prävention von und der Umgang mit sexualisierter Gewalt ist Bestandteil des vereinheitlichten und neu erstellten „Konzepts zur Prävention und zum Schutz vor Gewalt des LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen“, dem einrichtungsbezogenen Gewaltschutzkonzept nach §37a SGB IX.

Gemäß diesem Konzept erfahren Kund*innen in und nach Gewaltereignissen die nötige Unterstützung und Nachsorge. Bei Wunsch und Bedarf erhalten die Kund*innen Unterstützung bei der Kontaktaufnahme und dem Aufsuchen externer Unterstützungsangebote. Diese sind in den jeweiligen Standorten bekannt sowie in den standortbezogen konkretisierten Gewaltschutzkonzepten benannt.

Zudem enthält das Gewaltschutzkonzept einen Handlungsplan bei akuten Gewaltvorfällen, der Mitarbeitenden in solchen Situationen Orientierung bietet. Im Rahmen dessen erfolgt u.a. eine Information an die zuständigen rechtlichen Vertretungen, mit denen die Situation und das weitere Vorgehen ebenfalls besprochen werden. Erfahren Kund*innen (sexualisierte) Gewalt, stellt dies eine Straftat dar. Das Hinzuziehen der Polizei bzw. das Stellen einer Strafanzeige wird dabei ebenfalls thematisiert, um die Kund*innen bei der Wahrnehmung ihrer Rechte zu unterstützen. Alle Mitarbeitenden werden zu diesem Gewaltschutzkonzept geschult. Aktuell erfolgt der Roll-Out der erstellten Schulungsplanung zum neu erstellten Gewaltschutzkonzept.

Dabei ist sexualisierte Gewalt bei Weitem kein neues Themenfeld für den heutigen LVR-Verbund HPH. Als Bestandteil der Gewaltschutzkonzepte der ehemaligen LVR-HPH-Netze floss es bereits in die entsprechenden Schulungen mit ein. Darüber hinaus haben hierarchieübergreifend mehrere Mitarbeitende des LVR-Verbund HPH eine modulare Qualifizierung zu sogenannten ReWiKs-Lots*innen absolviert. Die Bezeichnung „ReWiKs“ geht auf das, dieser Qualifizierungsmaßnahme zugrundeliegende Forschungsprojekt zurück, welches seit 2014 von der BZgA gefördert wird: „**Reflexion, Wissen, Können** – Qualifizierung von Mitarbeitenden und Bewohnerinnen und Bewohnern zur Erweiterung der sexuellen Selbstbestimmung für erwachsene Menschen mit Behinderungen in Wohneinrichtungen“. Im Rahmen der AG gegen sexuelle Gewalt (GsG) wurde vor einigen Jahren ein Dilemmata-Katalog als Instrument zur Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung entwickelt. Dieser Katalog enthält u.a. bewusst uneindeutige Situationsbeschreibungen, welche Mitarbeitende für das Erkennen sexualisierter Gewalt sensibilisieren und Diskussionen über entsprechende Vorgehensweisen anregen sollen. Dieser Dilemmata-Katalog wurde in allen Teams des LVR-Verbund HPH thematisiert.

In der LVR-Jugendhilfe Rheinland finden regelmäßig für die pädagogischen Mitarbeitenden in Teambesprechungen, in kollegialen Fallbesprechungen und nach Bedarf Beratungen und Besprechungen statt. Im Jahr 2022 haben u. a. auch zwei interne Fortbildungen der JHR zum Thema Sexualerziehung und Sexualpädagogik in Wohngruppen in der stationären Jugendhilfe stattgefunden.

Im Rahmen der zertifizierten Weiterbildung zum Traumapädagogen*in lernen die Mitarbeitenden Methoden zum Erleben von Selbstwirksamkeit und Emotionsregulation. Weiterhin sollen die Mitarbeitenden durch ein Verstehen des Beziehungsverhaltens von Kindern und Jugendlichen die sexualisierte Gewalt erlebt haben, befähigt sein ein besonders „therapeutisches Milieu“ im Gruppenalltag zu schaffen, um korrigierende Erfahrungen zu ermöglichen. Ein Wissen über Scham und Angst der Betroffenen sowie ein Auslagern der Thematik auf Fachstellen stellt eine weitere Komponente dieses Milieus dar, worüber die Mitarbeitenden fortgebildet werden.

3. Wie werden von Gewalt betroffene Patientinnen aufmerksam gemacht auf die Möglichkeit der Anonymen Spurensicherung?

LVR-Klinikverbund: Aufgrund der Individualität der Fallkonstellationen gibt es keinen festgelegten Standard, das Vorgehen wird in der Regel im jeweiligen Behandlungsteam der betroffenen Patient*innen abgestimmt.

Insbesondere Ärzt*innen haben im Verdachtsfall bei der Erkennung von Gewalt betroffener Patient*innen eine Schlüsselposition. Im Rahmen der ärztlichen Befunderhebung wird bestehenden Hinweisen, insbesondere nach Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt, im geschützten Einzelgespräch nachgegangen.

Patient*innen werden durch die behandelnden Ärzt*innen und Psycholog*innen im Bedarfsfall (oder ggf. bereits bei der Aufnahme wie auch in den spezialisierten Traumaambulanzen) unter anderem über das Angebot der Anonymen Spurensicherung aufmerksam gemacht. In einigen Fällen waren Patient*innen zuvor bereits bei der Polizei und/oder beim Weißen Ring vorstellig.

Die LVR-Jugendhilfe Rheinland ist eine stationäre Jugendhilfeeinrichtung, die Kinder oder Jugendliche mit Gewalterfahrungen aufnimmt. Wir kooperieren entsprechend mit unterschiedlichen Fachstellen, Therapeut*innen und geschulten Pädagog*innen zum Thema Opferschutz und Traumaarbeit.

4. Welche Kooperationen zwischen dem Personal von LVR-Einrichtungen (Kliniken, Wohnheimen, Jugendhilfeeinrichtungen) und regionalen / lokalen Netzwerken gibt es?

LVR-Klinikverbund: Es bestehen auf Seiten der LVR-Kliniken vielfältige formelle wie informelle, regional geprägte Kooperationen mit lokalen wie auch überörtlich tätigen Partnern, zum Beispiel mit dem „Weißen Ring“, den örtlichen Polizei- und Strafverfolgungsbehörden sowie somatischen Krankenhäusern im Einzugsgebiet der jeweiligen LVR-Klinik oder der Rechtsmedizinischen Ambulanz für Gewaltopfer (Düsseldorf), darüber hinaus mit Frauenberatungsstellen und Akteuren des Landespräventionsprogramms „Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern“ (KIPS).

Weiterhin bestehen klinikindividuell Austausch- und Kooperationsformate mit kommunalen Gesundheitskonferenzen, Teilhabeverbänden, Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) sowie dem LVR-FB 54 (Soziales Entschädigungsrecht).

LVR-Verbund HPH: Auch der LVR-Verbund HPH unterhält und pflegt diverse Kooperationen. In diesem Kontext sei beispielsweise auf die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG), die örtlichen Polizei- und Strafverfolgungsbehörden, die LVR-Kliniken und MZEB, diverse Beratungsstellen sowie einen umfangreichen Pool an Supervisor*innen und Qualifizierungsangebote verwiesen.

Die vier Einrichtungen **der LVR-Jugendhilfe Rheinland** kooperieren regelmäßig mit den LVR Kliniken im Einzugsgebiet. Im Sanaklinikum Remscheid kann für die Standorte Solingen und Remscheid die anonyme Spurensicherung durchgeführt werden. In Tönisvorst existiert eine gute Kooperation mit der „Praxis für Sexualpädagogik“ und dem Kinderschutzbund.

5. Welche Angebote, die über Möglichkeiten der anonymen Spurensicherung informieren, gibt es in LVR-Einrichtungen der Jugendhilfe, in psychiatrischen Kliniken und heilpädagogischen Wohnheimen?

LVR-Klinikverbund: Über die Angebote der anonymen Spurensicherung werden Patient*innen anlassbezogen im Einzelfall wie beschrieben informiert.

Die entsprechende Informationsweitergabe zur Möglichkeit der anonymen Spurensicherung innerhalb von Behandlungsteams erfolgt z. B. in Teamsitzungen oder (Fall-)Besprechungen (regelmäßig wie anlassbezogen), wobei die Zuständigkeit vor allem bei den medizinischen und pflegerischen Abteilungsleitungen zu verorten ist.

Es existieren darüber hinaus frei verfügbare Informationsmaterialien, z.B. der Flyer der Stadt Köln zur Anonymen Spurensicherung nach Sexualstraftat.

Bei erwachsenen Patient*innen wird das Angebot der anonymen Spurensicherung in der Regel im persönlichen Einzelgespräch, ggf. mit gezielter Abgabe von spezifischen Flyern kommuniziert.

Bei Minderjährigen ist, aufgrund der in der Regel hohen Komplexität der Fallkonstellation und der Vulnerabilität der Zielgruppe, das Vorgehen fachlich sorgfältig, altersgerecht und sensibel mit den unter 1. genannten Akteur*innen abzustimmen.

LVR-Verbund HPH: Zu diesem speziellen Thema gibt es keine standardisierten Informationsangebote. Das Vorgehen zur Prävention und zum Schutz vor Gewalt ist im Gewaltschutzkonzept abgebildet.

Mit der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes wird bzw. wurde die Eingliederungshilfe aus dem bisherigen Fürsorgesystem herausgeführt und zu einem modernen Teilhaberecht weiterentwickelt. Der fachlich begründete Paradigmenwechsel „Weg vom Fürsorge- und

hin zum Teilhabeprinzip“ ist somit nicht mehr nur eine fachliche Ausrichtung der Eingliederungshilfe, sondern gesetzlich geregelt: Im Rahmen des BEI_NRW werden die individuellen Teilhabebeeinträchtigungen in einer ICF-basierten Systematik sowie der individuelle Unterstützungsbedarf erfasst und dazu passende, individuell abgestimmte Assistenzleistungen geplant, bewilligt und erbracht. Das darauf ausgerichtete personenzentrierte Finanzierungssystem sieht die Organisation, Bereitstellung und Umsetzung anderweitiger Assistenz- und Unterstützungsmaßnahmen streng genommen nicht mehr vor. „Fürsorge“ und die Bereitstellung von Schutz- oder Versorgungsmaßnahmen, die sich nicht aus dem individuellen Bedarf ergeben, sind kein Bestandteil mehr des Auftrags der Eingliederungshilfe.

Die vier Einrichtungen **der LVR-Jugendhilfe Rheinland** kooperieren regelmäßig mit den LVR Kliniken im Einzugsgebiet. Auf der Homepage des Sana Klinikums Remscheid findet man bei Eingabe im Suchfeld entsprechende notwendige Informationen und Ansprechpartner*innen.

6. Wie werden solche Angebote kommuniziert?

LVR-Klinik-Verbund/Verbund-HPH: Siehe Antworten auf die Fragen 3 und 5.

LVR-Jugendhilfe Rheinland: Die Leitungskräfte der Einrichtungen sind über die Möglichkeit der anonymen Spurensicherung informiert und geben Informationen zur Vorgehensweise im konkreten Verdachtsfall an die Teams weiter.

Die Mitarbeitenden, in der Regel die Bezugsbetreuenden, stehen im Rahmen der Hilfeverlaufsplanung sowie der täglichen Begleitung der Kinder und Jugendlichen in engem Austausch. In regelmäßigen Gesprächen werden die Möglichkeiten der anonymen Angebote kommuniziert und Begleitung dafür angeboten.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung

L i m b a c h
Erster Landesrat und LVR-Personaldezernent

**TOP 8.6 Beantwortung der Anfrage 15/59 GRÜNE: Information über
Anonyme Spurensicherung in LVR-Einrichtungen nach
sexualisierter Gewalt**

TOP 9 Bericht aus der Verwaltung

TOP 9.1 Bericht LVR-Verbundzentrale

TOP 9.2 Bericht LVR-Klinik Bonn

TOP 9.3 Bericht LVR-Klinik Düren

TOP 10 Verschiedenes