

An die Mitglieder
des Sozialausschusses

Köln, 25.04.2024
Frau Stenzel
Fachbereich 71

Sozialausschuss

Dienstag, 07.05.2024, 10:00 Uhr

Köln, Landeshaus, Rheinlandsaal

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur **16.** Sitzung lade ich herzlich ein.

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

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

Öffentliche Sitzung

Beratungsgrundlage

- | | | |
|----|---|------------------|
| 1. | Anerkennung der Tagesordnung | |
| 2. | Niederschrift über die 15. Sitzung vom 05.03.2024 | |
| 3. | Einrichtungsbezogener Hitzeschutz in NRW
<u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski | 15/2190 K |
| 4. | Positionspapier "Sport gehört in die Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie"
<u>Berichterstattung:</u> LVR-Direktorin Lubek | 15/2359 K |
| 5. | Einrichtung von Ausbildungsstellen in der Form einer theoriereduzierten Ausbildung - im Rahmen der Zuständigkeiten des LVR - zwecks Einsatzes am Ersten Arbeitsmarkt
<u>Berichterstattung:</u> ELR Limbach | 15/2311 K |

- | | | |
|-----|--|------------------|
| 6. | Förderung von Inklusionsbetrieben gem. §§ 215 ff. SGB IX
<u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernentin Dr. Schwarz | 15/2315 B |
| 7. | Eckpunkte zu einem Modellprojekt "Vom betriebsintegrierten Arbeitsplatz in die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung"
<u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernent Lewandrowski | 15/2368 E |
| 8. | Sachstandsbericht BTHG Implementierung - Soziale Teilhabe „Umstellung II“
<u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernent Lewandrowski | 15/2157 K |
| 9. | Zentrale Ergebnisse des BAGüS-Benchmarking-Berichts 2024
<u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernent Lewandrowski
+
PowerPoint Präsentation | 15/2289 K |
| 10. | Die Eingliederungshilfe-Leistungen des LVR im Rheinland: regionalisierter Datenbericht 2022
<u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernent Lewandrowski | 15/2286 K |
| 11. | Projektskizze zur Bearbeitung des Haushaltsantrags Nr. 15/133 „Zur Situation Erwachsener mit Behinderung, die noch bei ihren Eltern wohnen“ mit eigenem Personal im Rahmen einer empirischen Befragung
<u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernent Lewandrowski | 15/2313 B |
| 12. | "Digitales Dezernat 7" - Bericht aus dem Projekt
<u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernent Lewandrowski
LVR-Dezernent Janich
+
PowerPoint Präsentation | 15/2325 K |
| 13. | Anfragen und Anträge | |
| 14. | Bericht aus der Verwaltung | |
| 15. | Verschiedenes | |

Mit freundlichen Grüßen
Die Vorsitzende

Z s a c k - M ö l l m a n n

TOP 1 Anerkennung der Tagesordnung

Niederschrift
über die 15. Sitzung des Sozialausschusses
am 05.03.2024 in der Gold-Kraemer-Stiftung,
Frechen

Anwesend vom Gremium:

CDU

Cleve, Torsten
Kipphardt, Guntmar
Dr. Leonards-Schippers, Christiane
Nabbefeld, Michael
Petrauschke, Hans-Jürgen
Labouvie, Peter
Wehlus, Jürgen
Wörmann, Josef

für: Hermes, Achim

für: Renzel, Peter

für: Stolz, Ute

SPD

Bozkir, Timur
Kox, Peter
Kucharczyk, Jürgen
Schmerbach, Cornelia
Scho-Antwerpes, Elfi

Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Kresse, Martin
Peters, Jürgen
Schäfer, Ilona
Kanschä, Andreas
Zsack-Möllmann, Martina

für: Blanke, Andreas

für: Tadema, Ulrike
Vorsitzende

FDP

Runkler, Hans-Otto
Pohl, Mark Stephen

für: Nüchter, Laura

AfD

Schaary, Alexander

für: Nietsch, Michael

Die Linke.

Detjen, Ulrike

FREIE WÄHLER

Dr. Grumbach, Hans-Joachim

Die FRAKTION

Lukat, Nicole

für: Peyvandi, Shekoofeh

Verwaltung:

Herr Lewandrowski	LR 7
Frau Dr. Schwarz	LR 5
Frau von Berg	Fachbereichsleitung 74
Herr Dr. Schartmann	Fachbereichsleitung 73
Herr Schulzen	Fachbereichsleitung 72
Herr Beyer	Fachbereichsleitung 53
Herr Anders	Fachbereichsleitung 54
Frau Krause	Stabstellenleitung 70.10
Frau Wagner	70.10
Frau Stenzel	71.11 (Protokoll)
Frau Turhan	53, Praktikantin
Frau Bamberg	54

Gäste:

Prof. Dr. Deutsch
Dr. Anneken

Vorstandsvorsitzender der Gold-Kraemer-Stiftung
Fachgeschäftsführer für die inklusive und
teilhabebezogene Ausrichtung der Aktivitäten der
gemeinnützigen Stiftungsgruppe der Gold-
Kraemer-Stiftung

Frau Kuhne
Herr Cvetic
Herr Schneider

Judoka
Fußballspieler
Leitung ZABS

Herr Fensterseifer

LAG Werkstatträte NRW

Tagesordnung

<u>Öffentliche Sitzung</u>	<u>Beratungsgrundlage</u>
1. Anerkennung der Tagesordnung	
2. Niederschrift über die 14. Sitzung vom 23.01.2024	
3. Vorstellung der Gold-Kraemer-Stiftung und des ZABS	
4. Rheinlandweiter Ausbau der „Peer-Beratung bei den Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen (KoKoBe)“ sowie Entwicklung der Qualifizierung der Peer-Berater*innen bei der KoKoBe	15/2173 K
5. Offenlegung der Arbeitsergebnisse 2021 und 2022 der rheinischen Werkstätten für Menschen mit Behinderung	15/2192 K
6. Teilhabeverfahrensbericht 2023	15/2178 K
7. Förderung von Inklusionsbetrieben gem. §§ 215 ff. SGB IX	15/2182 B
8. Weiterentwicklung der Arbeit der Integrationsfachdienste	15/2138 E
9. Aufbau eines Ausbildungs- und Inklusionsbetriebes für Consultants für Diversität und Inklusion für WfbM-Abgänger*innen.	15/2205 B
10. Weiterentwicklung des Angebotes für die Zielgruppe der sehbehinderten und blinden Menschen im Arbeitsleben	15/2194 B
11. Erneute Übertragung der Aufgaben des Sozialen Entschädigungsrechts auf die Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe ab 2024	15/2170 K
12. Angebote für geflüchtete Menschen in den Traumaambulanzen des LVR-Klinikverbunds – Zwischenbericht zu den bisherigen Aktivitäten und zum aktuellen Sachstand	15/2144 K
13. Anfragen und Anträge	
14. Bericht aus der Verwaltung	
15. Verschiedenes	

Beginn der Sitzung: 10:00 Uhr
Ende der Sitzung: 12:00 Uhr

Öffentliche Sitzung

Punkt 1

Anerkennung der Tagesordnung

Frau Schmerbach kündigt zu TOP 13 eine Anfrage der SPD-Fraktion zur Insolvenz des Inklusionsunternehmens Genesis GmbH an.

Die Tagesordnung wird anerkannt.

Punkt 2

Niederschrift über die 14. Sitzung vom 23.01.2024

Herr Lewandrowski teilt mit, dass die von der SPD-Fraktion in der letzten Sitzung gestellten Fragen zu TOP 5 im Protokoll beantwortet wurden.

Die Niederschrift wird anerkannt.

Punkt 3

Vorstellung der Gold-Kraemer-Stiftung und des ZABS

Der Vorstandsvorsitzende **Prof. Dr. Deutsch** begrüßt die Mitglieder des Sozialausschusses in den Räumen der Gold-Kraemer-Stiftung und stellt die Stiftung, die 2022 ihr 50-jähriges Bestehen feiern konnte, mit ihren unterschiedlichen Betätigungsfeldern vor. Ziel sei gewesen und sei es, Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung in der Gesellschaft Realität werden zu lassen.

Vorgestellt wird die Arbeit des ZABS (Zentrum für Arbeit durch Bildung und Sport) von **Herrn Dr. Anneken** als Fachgeschäftsführer und **Herrn Schneider** als Leiter des ZABS, welches seit 2023 ein „Anderer Leistungsanbieter“ des LVR und damit eine Alternative zu einem Arbeitsangebot einer WfbM sei. Mit dem ZABS werde es Menschen mit Behinderung ermöglicht, über den Sport einen beruflichen Einstieg in den Arbeitsmarkt zu bekommen. Durch den Sport lernen derzeit 14 Teilnehmer*innen Werte kennen, die im Berufsleben von grundlegender Bedeutung seien, wie Teamgeist, Respekt, Ehrlichkeit, Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit. Dabei stehen die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten der Menschen im Vordergrund und nicht die jeweiligen Behinderungen. Parallel zur sportlichen Ausbildung bietet das ZABS verschiedene Praktika und Erprobungszeiten in Unternehmen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt an.

Frau Kuhne (Goldmedaillengewinnerin der Special Olympics 2023) und **Herr Cvetic** berichteten sehr engagiert und anschaulich über ihren sportlichen Alltag als Judoka bzw. Fußballer und fühlen sich im ZABS mit seinen vielfältigen individuellen Angeboten sehr wohl. Ziel ist, dass die Menschen mit Behinderung ihren eigenen Weg im Arbeitsleben finden.

Da die Sitzung im Reit- und Therapiezentrum der Gold-Kraemer-Stiftung stattfindet, betont **Herr Dr. Anneken** die gute Zusammenarbeit mit den LVR-Förderschulen, die das

Angebot der Reittherapie auch sehr engagiert nutzen. Es wird von allen beklagt, dass die Krankenkassen diese wirksamen Therapien bis auf wenige Ausnahmen nicht finanzieren.

Die Vorsitzende bedankt sich bei der Gold-Kraemer-Stiftung für ihr großes Engagement für die Menschen mit Behinderung.

Der Sozialausschuss bedankt sich für die Tagungsmöglichkeit im Reit- und Therapiezentrum der Gold-Krämer-Stiftung und nimmt die Ausführungen von Prof. Dr. Deutsch, Herrn Dr. Anneken, sowie von Frau Kuhne, Herrn Cvetic und Herrn Schneider vom ZABS zur Kenntnis.

Punkt 4

Rheinlandweiter Ausbau der „Peer-Beratung bei den Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen (KoKoBe)“ sowie Entwicklung der Qualifizierung der Peer-Berater*innen bei der KoKoBe

Vorlage Nr. 15/2173

Frau Schmerbach bittet um eine Wirkungsanalyse zur Peer-Beratung und fragt nach dem Sachstand der Einführung der sog. Küchentischgespräche, die der Sozialausschuss in den Niederlanden kennengelernt hat, beim LVR.

Frau Detjen schlägt vor, mit der Zeit die Anzahl der Peer-Beratungen pro Trägerverbund zu überprüfen und ggf. dort, wo es notwendig ist, zu erhöhen. Sie würde es sehr begrüßen, wenn es eine Auswertung geben würde, welche Ausbildungen es dazu in den anderen Bundesländern gibt.

Frau Schäfer begrüßt den Ausbau und freut sich, dass die Beratung auf Augenhöhe nunmehr rheinlandweit angeboten wird.

Frau Lukat regt an, eine Peer-Beratung bei einer KoKoBe im Sozialausschuss vorzustellen und dankt der Verwaltung für die Vorlage.

Die Vorsitzende verweist auf die Sitzung des Sozialausschusses vom 17.01.2023, in der sich drei Mitarbeitende der KoKoBe Köln incl. einer Peer-Beratenden vorgestellt haben.

Herr Lewandrowski erläutert, dass es bereits eine wissenschaftliche Begleitung zum Modellprojekt gegeben hat, die auch dem Sozialausschuss vorgestellt wurde. Über die weitere Entwicklung werde im Sozialausschuss berichtet werden. Die Anregungen von Frau Detjen werde die Verwaltung mitnehmen. Eine bundesweit anerkannte Ausbildung zur Peer-Beratung wird es in absehbarer Zeit jedoch nicht geben. Die unterschiedlichen Vergütungen der Peer-Beratenden erfolge größtenteils auf eigenen Wunsch je nach Lebenslage der Beratenden.

Zum Küchentischgespräch berichtet **Herr Schulzen**, dass dies im Rahmen der Fallübernahmen der persönlichen Budgets (sog. AKF-Fälle) in der Abteilung 72.70 mitbehandelt und erprobt werden wird. Außerdem ist geplant, diese Thematik dann auch auf die §106-er Beratung auszuweiten.

Herr Pohl begrüßt die rheinlandweite Ausweitung sehr und sieht sie als großen Erfolg an. Eine Wirkungsanalyse zum jetzigen Zeitpunkt hält er jedoch für verfrüht.

Die Vorsitzende schlägt vor, eine Wirkungsanalyse zu einem späteren Zeitpunkt, nach 2 - 3 Jahren, vorzunehmen, damit erste Erkenntnisse aus der Praxis dabei berücksichtigt werden könnten. Weiterhin regt sie an, angelehnt an Frankreich, die Peer-Beratung als Studiengang an einer Universität anzubieten und auch verschiedene Ausbildungsmöglichkeiten mitzudenken. **Herr Lewandrowski** gibt zu bedenken, dass die

Niedrigschwelligkeit beibehalten werden sollte, der Zugang für eine Beratertätigkeit sollte nicht zu hoch angesetzt werden. Die Anregungen wird die Verwaltung mitnehmen.

Die Informationen zum rheinlandweiten Ausbau der Peer-Beratung bei den Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen (KoKoBe) sowie der Entwicklung der Qualifizierung für die Peer-Berater*innen bei der KoKoBe werden gemäß Vorlage Nr. 15/2173 zur Kenntnis genommen.

Punkt 5

Offenlegung der Arbeitsergebnisse 2021 und 2022 der rheinischen Werkstätten für Menschen mit Behinderung

Vorlage Nr. 15/2192

Ergänzend berichtet **Herr Lewandrowski** zum geplanten Werkstättengesetz, dass ein Gesetzentwurf jetzt erst im 2. Quartal 2024 erwartet wird. Die angespannte finanzielle Lage des Bundes lasse jedoch vermuten, dass es, anders als zunächst erhofft, allzu große Verbesserungen nicht geben wird.

Der Bericht der Verwaltung über die Offenlegung der Arbeitsergebnisse 2021 und 2022 der rheinischen Werkstätten für Menschen mit Behinderung wird gemäß Vorlage Nr. 15/2192 zur Kenntnis genommen.

Punkt 6

Teilhabeverfahrensbericht 2023

Vorlage Nr. 15/2178

Frau Schäfer merkt an, dass der Bericht zeige, dass der BEI_NRW dringend überarbeitet werden müsse, um die Verfahren zu beschleunigen. Sie fragt nach, ob es aufgrund der verspäteten Bearbeitung zu Liquiditätsproblemen bei den Anbietern kommen könnte.

Herr Lewandrowski bestätigt, dass die Verfahrenslaufzeiten verkürzt werden müssen. Eine Ursache im Bereich der erwachsenen Menschen mit Behinderung ist der BEI_NRW, der zurzeit in der praktischen Anwendung viel zu aufwändig ist. Es wird zurzeit unter Hochdruck ein verschlankter und digitalisierter BEI_NRW 2.0 erarbeitet, der jedoch frühestens Ende 2024 zur Verfügung stehen und hoffentlich zu einer schnelleren Bearbeitung führen werde.

Bei Liquiditätsproblemen von Einrichtungsträgern wurde ein Verfahren mit der Freien Wohlfahrtspflege entwickelt, das sich bewährt hat. Er bittet die Leistungserbringer, sich in diesen Fällen bezüglich Abschlüsse etc. an den LVR zu wenden.

Die Vorsitzende fragt in diesem Zusammenhang nach, ob für besondere Zielgruppen, beispielsweise Menschen mit Autismus-Spektrums-Störungen oder Menschen ohne festen Wohnsitz mit psychischen Erkrankungen, ein spezialisiertes Fallmanagement angedacht ist.

Herr Lewandrowski berichtet, dass die Verwaltung zurzeit dabei ist, bestimmte Bedarfslagen organisatorisch zu bündeln und die Anregung von Frau Zsack-Möllmann mitnehmen werde. Auf Bundesebene werde diskutiert, ob vor allem für Menschen mit psychischen Erkrankungen das Antragserfordernis als eine zu große Hürde gesehen werde. Die BAGüS hat sich jedoch klar für ein Antragserfordernis für die Beantragung von Leistungen der Eingliederungshilfe ausgesprochen.

Die Ergebnisse des fünften Teilhabeverfahrensberichts 2023 werden gemäß Vorlage Nr. 15/2178 zur Kenntnis genommen.

Punkt 7

Förderung von Inklusionsbetrieben gem. §§ 215 ff. SGB IX Vorlage Nr. 15/2182

Auf Nachfrage von **Herrn Schaary** erläutert **Herr Beyer**, dass die Fahrzeuge, die die WRS beantragt hat, als Investitionsgüter für die Beschäftigung von Menschen mit einer Schwerbehinderung vorgesehen sind. Bei einer doppelten Besetzung seien in der Regel Menschen mit und ohne Behinderung als Tandem unterwegs. Es könne aber nicht ausgeschlossen werden, dass die Fahrzeuge auch von Mitarbeitenden ohne Behinderung genutzt werden.

Der Sozialausschuss fasst **einstimmig** folgenden Beschluss:

Der LVR-Sozialausschuss beschließt die Förderung von Inklusionsbetrieben gem. §§ 215 ff. SGB IX wie in der Vorlage Nr. 15/2182 dargestellt.

Punkt 8

Weiterentwicklung der Arbeit der Integrationsfachdienste Vorlage Nr. 15/2138

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

Der Finanzierungsanpassung der rheinischen Integrationsfachdienste wird gemäß Vorlage Nr. 15/2138 zugestimmt. Die Förderung erfolgt aus Mitteln der Ausgleichsabgabe des LVR-Inklusionsamtes und umfasst für das Jahr 2024 und die Folgejahre Mehrkosten in Höhe von 1,5 Mio. € pro Jahr. Die Mehrkosten sind in der Haushaltsplanung der Ausgleichsabgabe des LVR-Inklusionsamtes enthalten.

Punkt 9

Aufbau eines Ausbildungs- und Inklusionsbetriebes für Consultants für Diversität und Inklusion für WfbM-Abgänger*innen. Vorlage Nr. 15/2205

Frau Dr. Schwarz berichtet über Anmerkungen aus den Arbeitskreisen zur Wortwahl dieses Projektes. Diese ist unter anderem der Tatsache geschuldet, dass es sich hierbei um ein großes Kooperationsprojekt über drei Bundesländer handelt, welches auch für die Arbeitgeberseite attraktiv gestaltet werden sollte. Das Inklusionsamt hat dann zum besseren Verständnis für Menschen mit Behinderung bei „Consultants“ auch jeweils „Berater*innen“ ergänzt. Anschließend erläutert sie dieses innovative Projekt und weist darauf hin, dass der Sozialausschuss mit dieser Vorlage zunächst einen Beschluss über die Einführungsphase von 2 Jahren fasst.

Herr Kucharczyk bittet zu gegebener Zeit um eine Evaluation und einen Bericht über die Fortentwicklung des Projektes.

Herr Schaary teilt mit, dass seine Fraktion keine realistischen Beschäftigungschancen für Menschen mit Behinderung nach der Ausbildung auf dem ersten Arbeitsmarkt sieht. Er werde daher der Vorlage nicht zustimmen.

Herr Kresse betont, dass alle Anstrengungen unternommen werden müssen, um Menschen mit Behinderung auf den ersten Arbeitsmarkt zu vermitteln und hält das Projekt für sehr interessant und eine große Chance für die Menschen mit Behinderung.

Herr Beyer bestätigt, dass das Inklusionsamt relativ zeitnah evaluieren wird, ob sich eine Weiterentwicklung dieses Projektes lohnt; es wird im Sozialausschuss wieder berichtet. Rheinland-Pfalz und das Saarland sind auf dem selben Sachstand wie der LVR, auch hier werde in den nächsten Wochen mit einer Beschlussfassung gerechnet.

Der Sozialausschuss fasst **mehrheitlich gegen die Stimme der AfD** folgenden Beschluss:

Die Finanzierung einer 24-monatigen Vorbereitungsphase für die Planung, den Aufbau und die Durchführung einer Qualifizierung von WfbM-Wechsler*innen zu Consultants/Berater*innen für Inklusion sowie dem Aufbau eines Inklusionsbetriebes COIN gemeinnützige GmbH mit insgesamt bis zu 42 Arbeitsplätzen im Rheinland, in Rheinland-Pfalz und dem Saarland aus den Mitteln der Ausgleichsabgabe des LVR-Inklusionsamtes in Höhe von 222.167 EUR wird gemäß Vorlage Nr. 15/2205 beschlossen. Die Umsetzung des Beschlusses steht unter dem Vorbehalt der Realisierung der Gesamtfinanzierung.

Punkt 10

Weiterentwicklung des Angebotes für die Zielgruppe der sehbehinderten und blinden Menschen im Arbeitsleben

Vorlage Nr. 15/2194

Auf Nachfrage von **Herrn Schaary** erläutert **Herr Beyer**, dass es keine zahlenmäßige Erhöhung von Menschen mit einer Sehbehinderung im Rheinland gibt. Es hat sich jedoch gezeigt, dass Menschen mit einer Sehbehinderung erst relativ spät Beratungen in Anspruch nehmen. Das Inklusionsamt möchte mit diesen zusätzlichen Angeboten gegensteuern und präventiv versuchen, die Arbeitsplätze für die Menschen mit einer Sehbehinderung auf dem ersten Arbeitsmarkt zu erhalten.

Die Vorsitzende schlägt diesen präventiven Beratungsansatz auch für Menschen mit einer Hörbehinderung vor.

Der Sozialausschuss fasst **einstimmig** folgenden Beschluss:

Die Finanzierung zur Weiterentwicklung der Angebote für blinde und sehbehinderte Menschen der drei Bereiche Optometrie, einheitlicher Hilfsmittelpool und eine Personalstelle für eine*n Techniker*in im IFD Sehen i. H. v. einmalig 252.000,00 € und jährlich i. H. v. 98.200,00 € aus Mitteln der Ausgleichsabgabe für einen Zeitraum von 5 Jahren wird gemäß Vorlage Nr. 15/2194 beschlossen.

Punkt 11

Erneute Übertragung der Aufgaben des Sozialen Entschädigungsrechts auf die Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe ab 2024

Vorlage Nr. 15/2170

Herr Anders erläutert die neuen Regelungen des Aufgabenübertragungsgesetzes, wie sie in der Vorlage vorgestellt werden.

Eine wichtige Änderung im SGB XIV sei, dass seit dem 01.01.2024 auch Opfer von psychischer Gewalt eine Entschädigung erhalten können. Im Fachbereich 54 wird eine neue Abteilung gegründet, die ausschließlich Anträge von Minderjährigen bearbeitet und die notwendige Expertise (z. B. im Zusammenhang mit Missbrauchskomplexen) für diese Fallkonstellationen in der Abteilung bündelt.

Auf Nachfrage **der Vorsitzenden** nach der Bearbeitungsdauer der Anträge schildert **Herr Anders** an einem Beispiel, welche aufwändigen Arbeitsschritte, Beweisführungen und

diverse umfassende Gutachten für eine Fallbearbeitung notwendig sind. Eine solch umfassende Bearbeitung benötigt Zeit. Er weist darauf hin, dass im letzten Jahr Arbeitsrückstände abgebaut werden konnten, trotz personeller Engpässe, die es neben der Sachbearbeitung auch im Bereich der medizinischen Begutachtungen immer noch gebe.

Die Vorsitzende appelliert, neue Verfahren zu schaffen, die für die Opfer weniger retraumatisierend sind. **Herr Anders** bietet für diese Personen an, das Fallmanagement bereits im Vorfeld zu kontaktieren und schon vor einer möglichen Antragstellung die Beratung in Anspruch zu nehmen. Mit diesen Informationen ist dann eine Entscheidung über eine Antragstellung besser möglich.

Die Vorlage Nr. 15/2170 wird zur Kenntnis genommen

Punkt 12

Angebote für geflüchtete Menschen in den Traumaambulanzen des LVR-Klinikverbunds – Zwischenbericht zu den bisherigen Aktivitäten und zum aktuellen Sachstand Vorlage Nr. 15/2144

Frau Schäfer bedankt sich für den Zwischenbericht und bedauert, dass die Förderprogramme Ende 2023 ausgelaufen sind. Sie begrüßt den Ansatz, in Kooperation mit dem LWL andere Lösungen zu schaffen. Das Thema würde Gesundheitsausschuss intensiv beraten.

Der Zwischenbericht zum möglichen Ausbau bzw. zur Verstetigung von Angeboten in den Traumaambulanzen des LVR für Geflüchtete, insbesondere mit Beeinträchtigungen, wird gemäß Vorlage Nr. 15/2144 zur Kenntnis genommen.

Punkt 13

Anfragen und Anträge

Herr Kucharczyk bittet die Verwaltung um einen aktuellen Sachstand zur Insolvenz der Genesis GmbH. Welche Anstrengungen unternimmt das Inklusionsamt, eine Arbeitslosigkeit der dort beschäftigten Menschen mit einer Schwerbehinderung zu verhindern.

Herr Beyer berichtet, dass nach jetzigem Sachstand Genesis zum 31.03.2024 geschlossen und in eine Transfergesellschaft überführt wird. Genesis hat sehr offen kommuniziert und das Inklusionsamt immer umgehend über aktuelle Entwicklungen informiert. Ziel ist jetzt, gemeinsam mit dem Integrationsfachdienst, der Bundesagentur für Arbeit und dem Jobcenter, die Menschen mit einer Schwerbehinderung auf einen Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt zu vermitteln. Da in den beiden von Genesis abgedeckten Bereichen Küche und Garten- und Landschaftsbau aktuell Arbeitskräfte gesucht werden, ist das Inklusionsamt optimistisch, eine Vermittlung auf dem ersten Arbeitsmarkt für alle Menschen mit einer Schwerbehinderung zu erreichen. Für den 06.03.24 hat das MAGS zu einem Runden Tisch geladen, zu dem auch das Inklusionsamt eingeladen ist. Außerdem bestehen Kontakte zum Klinikum Solingen, wo eventuell im Küchenbereich einige Menschen mit einer Schwerbehinderung eine neue Arbeitsstelle finden können.

Abschließend stellt er fest, dass es im Bereich der Inklusionsunternehmen zwar nur sehr wenige, aber immer wieder Insolvenzen gegeben hat, da es sich um Betriebe handelt, die auf dem ersten Arbeitsmarkt bestehen müssen. Bisher ist es immer gelungen, die Menschen mit einer Schwerbehinderung auf dem ersten Arbeitsmarkt weiter zu vermitteln.

Herr Kucharczyk gibt zu bedenken, dass es für die Menschen mit Behinderung eine Herausforderung ist, sich beruflich zu verändern und bittet das Inklusionsamt, alles zu unternehmen, eine gute Lösung für die betroffenen Menschen zu finden oder aber die Arbeitsplätze bei Genesis zu erhalten.

Frau Dr. Schwarz ergänzt, dass der LVR nicht die Aufgabe und auch nicht die finanziellen Mittel hat, eine Insolvenz bei Genesis abzuwenden und es sei nicht absehbar, dass die Stadt Solingen mit dem Land NRW eine Lösung zur Abwendung der Insolvenz finden wird. Daher legt das Inklusionsamt den Fokus darauf, in Zusammenarbeit mit dem Land und der Stadt Solingen für die Menschen mit einer Schwerbehinderung eine neue, adäquate Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt zu finden.

Punkt 14

Bericht aus der Verwaltung

Herr Lewandrowski spricht ein Schreiben der Trägerkonferenz Behindertenhilfe Duisburg vom 02.02.2024 an die Landtagsfraktionen und den LVR an. Das Schreiben sowie die Beantwortung der Verwaltung sind als **Anlagen** beigefügt.

Punkt 15

Verschiedenes

Keine Wortmeldungen.

Solingen, den 28.03.2024

Die Vorsitzende

Z a c k - M ö l l m a n n

Köln, den 13.03.2024

Die Direktorin des Landschaftsverbandes
Rheinland

In Vertretung

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

Eing. 14. Feb. 2024
LR7



Regenbogen Duisburg gGmbH • Fuldastraße 31 • 47051 Duisburg

Landesrat Dirk Lewandrowski
Landschaftsverband Rheinland
Kennedy-Ufer 2
50679 Köln

Regenbogen Duisburg gGmbH
Geschäftsführung
Fuldastraße 31
47051 Duisburg

Rolf Wöste,
Geschäftsführer

Telefon: 0203 30036-23

Telefax: 0203 30036-20

Email: woeste@
regenbogen-duisburg.de

Datum: 05.02.2024 Wö / La

*17.02. an
- FBZ
- LR4
- Fabian
Klaus z.k.
4) FBZ 73:
AE für
Wöste in
Abstimmung
mit FBZ
72
(g.a.: Vorwärts auf SK)*

Offener Brief der Trägerkonferenz Behindertenhilfe Duisburg

Sehr geehrter Herr Landesrat Lewandrowski,

beigeschlossen sende ich Ihnen einen Offenen Brief der Trägerkonferenz Behindertenhilfe Duisburg mit der Bitte um Beachtung.

Mit freundlichen Grüßen


Rolf Wöste
Geschäftsführer

Anlage

Informationen zur **Datenverarbeitung** personenbezogener Daten von Externen gem. **Art. 13 DSGVO** finden Sie auf unserer Homepage.

Gesellschafter:
Regenbogen Verein zur Verbesserung der
psychosozialen Versorgung e.V.

Geschäftsführer:
Rolf Wöste

Handelsregisternummer: HRB 5096
Registergericht: Amtsgericht Duisburg
USt-ID: DE225286948

Verwaltung & Geschäftsstelle:
Fuldastraße 31
47051 Duisburg

Telefon: 0203 30036-0
Telefax: 0203 30036-20
Email: info@regenbogen-duisburg.de

Bankverbindung: Sparkasse Duisburg
IBAN: DE07 3505 0000 0200 1216 97
BIC: DUISDE33XXX

TRÄGERKONFERENZ BEHINDERTENHILFE DUISBURG

Trägerkonferenz Behindertenhilfe Duisburg
Regenbogen Duisburg gGmbH, Fuldastraße 31, 47051 Duisburg

Landschaftsverband Rheinland

Frau Direktorin Ulrike Lubek
Herr Landesrat Dirk Lewandrowski
Landtagsfraktion der CDU in Düsseldorf
Landtagsfraktion der SPD in Düsseldorf
Landtagsfraktion der Grünen in Düsseldorf
Landtagsfraktion der FDP in Düsseldorf
Frau MdL Sarah Philipp
Frau MdL Jule Wenzel
Herr MdL Frank Börner
Herr MdL Benedikt Falszewski

Fuldastraße 31
47051 Duisburg
Telefon 0203-30036-0
Telefax 0203-30036-20

Rolf Wöste
Telefon 0203-30036-23
✉ woeste@regenbogen-duisburg.de

Datum: 02.02.2024

nachrichtlich Frau Beigeordnete **Astrid Neese**
Herr Vorsitzender LAG FW **Hartmut Krabs-Höhler**

Dringender Handlungsbedarf zur Bewältigung der akuten Notsituation in der Eingliederungshilfe

Sehr geehrte Damen und Herren,

die unterzeichnenden Organisationen aus dem Bereich der Eingliederungshilfe möchten mit diesem Schreiben auf die akute Notsituation hinweisen, die in unserer Branche vorherrscht. Die Herausforderungen erfordern dringend Ihren Einsatz und Ihre rasche, zielgerichtete Unterstützung. Wir appellieren an die Landschaftsverbände als Eingliederungshilfeträger, an die Spitzenverbände als unsere Vertreter sowie an die politischen Entscheidungsträger in entsprechenden Gremien, um gemeinsam tragfähige Lösungen zu erarbeiten.

1. **Fachkräftemangel:**

Es ist kein Geheimnis, dass der Mangel an qualifizierten Fachkräften die Eingliederungshilfe längst erreicht hat. Dies beeinträchtigt nicht nur die Betreuungsqualität, sondern verschärft auch die aktuelle Notsituation in den Einrichtungen erheblich. Die resultierenden Minderbetreuungen und die Reduzierung von Betreuungsangeboten führen zu wesentlichen finanziellen Belastungen für die Träger der Eingliederungshilfe. Der Einsatz von Personaldienstleistern wird erforderlich, deren Mehrkosten die Organisationen derzeit selbst tragen müssen. Für die Zukunft müssen diese Mehrkosten Eingang in die Entgelte finden.

2. **Notwendigkeit einer qualifizierten Öffnung und kurzfristige Lösung:**

Analog zur Jugendhilfe ist eine Öffnung der Vorgaben hinsichtlich anerkannter Fachkräfte in der Eingliederungshilfe erforderlich. Nur so lässt sich aus unserer Sicht die bereits eingetretene Notsituation kurzfristig bewältigen. Die Implementie-

Die langfristige Qualifizierung erfolgt in unseren Organisationen bereits durch vermehrte Ausbildungsaktivitäten, wie praxisintegrierte Ausbildungen oder duale Studiengänge. Dieses Vorgehen bietet zwar eine langfristige Perspektive, jedoch fordern wir, einen zeitlich begrenzten, sinnvollen Rahmen für die kurzfristige Qualifizierung von Personal zu schaffen, um die akute Situation zu bewältigen. Damit für die Träger eine Planungssicherheit entsteht, sind die Regelungen bis zum Jahr 2030 festzulegen.

Die langfristige Qualifizierung erfolgt in unseren Organisationen bereits durch vermehrte Ausbildungsaktivitäten, wie praxisintegrierte Ausbildungen oder duale Studiengänge. Dieses Vorgehen bietet zwar eine langfristige Perspektive, jedoch fordern wir, einen zeitlich begrenzten, sinnvollen Rahmen für die kurzfristige Qualifizierung von Personal zu schaffen, um die akute Situation zu bewältigen.

Damit für die Träger eine Planungssicherheit entsteht, sind die Regelungen bis zum Jahr 2030 festzulegen.

3. Anerkennung ausländischer Berufs- und Studienabschlüsse

Seit vielen Jahren ist bekannt, dass der demografische Wandel in Deutschland zu dem allseits beklagten Fachkräftemangel führen wird. Eine geregelte Zuwanderung ist deshalb unabdingbar.

Wir fordern die Anerkennung ausländischer Berufs- und Studienabschlüsse binnen von acht Wochen, sofern die Unterlagen vollständig der Bezirksregierung vorliegen. Darüber hinaus müssen die Vorgaben hinsichtlich der formalen Qualifizierung für die Tätigkeit in der Eingliederungshilfe flexibel angewandt werden. In den Herkunftsländern entsprechen die Qualifikationen und Abschlüsse nicht immer vollumfänglich denen in Deutschland.

Gemeinsam können wir kurz- und langfristige Lösungen entwickeln, um die Qualität der Betreuung sicherzustellen und die unmittelbaren Herausforderungen zu bewältigen. Wir appellieren an Ihre Verantwortung und Solidarität, die Eingliederungshilfe und die begleiteten Menschen mit Behinderung in dieser kritischen Zeit zu unterstützen, damit das Ziel der Inklusion kein Lippenbekenntnis, sondern ein gesetztes Ziel ist.

Wir stehen Ihnen für weiterführende Gespräche und eine konstruktive Zusammenarbeit jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Rolf Wöste



Sonja Ebert
Sprecher*innen der Trägerkonferenz



Michael Reichelt

Anlage:

Unterzeichner*innenliste der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe in Duisburg

TRÄGERKONFERENZ BEHINDERTENHILFE DUISBURG

Trägerkonferenz Behindertenhilfe Duisburg
Regenbogen Duisburg gGmbH, Fuldastraße 31, 47051 Duisburg

Fuldastraße 31
47051 Duisburg
Telefon 0203-30036-0
Telefax 0203-30036-20

Rolf Wöste
Telefon 0203-30036-23
✉ woeste@regenbogen-duisburg.de

Datum: 02.02.2024

Dringender Handlungsbedarf zur Bewältigung der akuten Notsituation in der Eingliederungshilfe

Unterzeichner*innen des Offenen Briefes der Trägerkonferenz
AIDS-Hilfe Duisburg/Kreis Wesel e.V.
Alsbachtal gGmbH - Verein f. körper- u. mehrfachbehinderte Menschen
Albert Schweizer Einrichtung für Behinderte gGmbH
Amalie Sieveking Gesellschaft Duisburg gGmbH
ABW Elsebrock - Ambulant Betreutes Wohnen Rhein Ruhr
Ambulant Betreutes Wohnen im Rheinland
Aussicht - Assistenz zum selbstständigen Wohnen
Becker Ambulant Betreutes Wohnen und Beratung
BerufsTrainingsZentrum Rhein Ruhr gGmbH
Caritas Rehabilitationseinrichtung Maria in der Drucht
Caritas Werkstätten Niederrhein
Caritas Wohn- und Werkstätten Niederrhein gGmbH
Caritasverband Duisburg e.V.
Der Paritätische NRW
Diakoniewerk Duisburg gGmbH
Inkomm Duisburg GmbH
Integrationsmodell Duisburg gGmbH
Kaiserswerther Diakonie, Ambulant Betreutes Wohnen
Lebenshilfe Duisburg gGmbH
Lebensräume Duisburg gGmbH
Löwenzahn e.V. Ambulant Betreutes Wohnen
MEDIAN Therapiezentrum Haus Werth
Neukirchener Erziehungsverein ambulante Hilfen
Psychiatrische Hilfsgemeinschaft Duisburg gGmbH
Regenbogen Duisburg gGmbH
SDN Soziale Dienste Niederrhein GmbH
Theodor Fliedner Stiftung
TofftetLeben Tobias Müller GmbH
Verein für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung Duisburg e.V.

LVR · Dezernat 7 · 50663 Köln

Trägerkonferenz Behindertenhilfe Duisburg
c/o Herrn Rolf Wöste
Regenbogen Duisburg gGmbH

woeste@regenbogen-duisburg.de

ausschließlich per E-Mail

Datum und Zeichen bitte stets angeben

26.02.2024

Dr. Dieter Schartmann
Tel 0221 809-7300
Fax 0221 8284-3006
dieter.schartmann@lvr.de

Ihr Offener Brief vom 02.02.2024, eingegangen am 14.02.2024

Sehr geehrter Herr Wöste,
sehr geehrte Frau Ebert,
sehr geehrter Herr Reichelt,

Sie hatten im Rahmen Ihres Offenen Briefes auch mich namentlich angeschrieben. Ich danke Ihnen herzlich für Ihr Schreiben, denn Sie greifen ein Thema auf, welches uns auch hier beim LVR vielfach beschäftigt, nämlich den Fachkräftemangel in der Eingliederungshilfe.

Sie formulieren in Ihrem Brief drei Punkte, zu denen ich gerne Stellung nehme:

1. Fachkräftemangel:

Sie führen aus, dass der Fachkräftemangel die Eingliederungshilfe längst erreicht habe und dass die daraus resultierende Minderbetreuung und Reduzierung von Betreuungsangeboten zu wesentlichen finanziellen Belastungen bei den Leistungserbringern führen würden.

Neben diesem angesprochenen Gesichtspunkt führe der Fachkräftemangel auch zu einer Einschränkung der Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen.

Sie fordern, dass die Mehrkosten, die durch die Beauftragung von Personaldienstleistern entstehen, Eingang in die Entgelte finden müssen.



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

Sie werden mir sicherlich zustimmen, dass die Beauftragung von Personaldienstleistern immer nur „ultima ratio“ sein darf und auch nur vorübergehend erfolgen sollte. Da die Verhandlung der Entgelte nach der Systematik des SGB IX immer prospektiv zu erfolgen hat, können solche Ausnahmetatbestände nicht vorab einkalkuliert werden. Sollten sich dann aber unterjährig finanzielle Problemlagen ergeben, kann ich Sie nur bitten, sich an die zuständige Abteilungsleitung in meinem Dezernat, Herrn Lüking, zu wenden.

2. Notwendigkeit einer qualifizierten Öffnung und kurzfristige Lösung:

Sie regen eine Öffnung der Vorgaben hinsichtlich anerkannter Fachkräfte in der Eingliederungshilfe an. Zu diesem Punkt haben wir bereits in der Gemeinsamen Kommission nach SGB IX eine Entscheidung getroffen und die Möglichkeit des Verzichts auf die mindestens einjährige Berufserfahrung bei Fachkräften im ambulant betreuten Wohnen eröffnet.

Weitergehende Regelungen zur Anerkennung von Fachkräften können dann nur in der Gemeinsamen Kommission getroffen werden, weil dort die entsprechenden Regularien verhandelt werden.

3. Anerkennung ausländischer Berufs- und Studienabschlüsse:

Die Anerkennung ausländischer Studien- und Berufsabschlüsse kann ein wichtiger Baustein zur Bekämpfung des Fachkräftemangels sein, fällt aber nicht in die Zuständigkeit des LVR.

Darüber hinaus wird das Thema des Fachkräftemangels auch in der „AG Eingliederungshilfe“ (AG nach § 94 SGB IX) behandelt, an der auch die Vertretungen der LAG der Freien Wohlfahrtspflege teilnehmen. Auch dort ist eine UAG eingerichtet worden, die Handlungsstrategien entwickeln soll. Ebenso ist der Fachkräftemangel im halbjährlichen Verbändegespräch mit der LAG FW im Zuständigkeitsgebiet des LVR regelmäßig Thema.

Ich gehe davon aus, dass Sie über Ihre Spitzenverbände zu diesen Entwicklungen auch auf dem Laufenden gehalten werden.

Der LVR hat gemeinsam mit der Evangelischen Stiftung Hephata ein Forschungs- und Modellprojekt (Projekt STUFE) initiiert, welches über die Stiftung Wohlfahrtspflege finanziert wird. In diesem Projekt geht es unter anderem um die Fragestellung, wie in Zeiten des Fachkräftemangels dennoch qualifizierte Teilhabeleistungen erbracht werden können. Von diesem Projekt erwarte ich mir wichtige Impulse zur Lösung dieser drängenden Fragestellungen.

Sehr geehrte Damen und Herren, ich danke Ihnen nochmals für Ihr Schreiben und konnte Ihnen hoffentlich verdeutlichen, dass auch dem LVR das Thema „Umgang mit dem Fachkräftemangel“ sehr am Herzen liegt und es entsprechend – im Rahmen

unserer Möglichkeiten als Träger der Eingliederungshilfe – weiter engagiert verfolgt wird.

Mit freundlichen Grüßen
Die Direktorin des Landschaftsverbandes Rheinland
In Vertretung

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dirk Lewandrowski'. The signature is written in a cursive, flowing style.

Dirk Lewandrowski
Landesrat
LVR-Dezernent Soziales

Vorlage Nr. 15/2190

öffentlich

Datum: 26.02.2024
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Frau Wokurka

Ausschuss für den LVR- Verbund Heilpädagogischer Hilfen	08.03.2024	Kenntnis
Krankenhausausschuss 3	18.03.2024	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	19.03.2024	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	20.03.2024	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	21.03.2024	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	22.03.2024	Kenntnis
Sozialausschuss	07.05.2024	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Einrichtungsbezogener Hitzeschutz in NRW

Kenntnisnahme:

Die Arbeitshilfen "Einrichtungsbezogener Hitzeschutz in NRW" werden gemäß Vorlage Nr. 15/2190 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 **Arbeitshilfen Einrichtungsbezogener Hitzeschutz in NRW** wurden im Frühjahr und Sommer 2023 vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) in Zusammenarbeit mit Akteurinnen und Akteuren des Gesundheits- und Pflegewesens entwickelt. Sie sollen nordrhein-westfälischen Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens als Orientierung bei der Erstellung und Umsetzung von einrichtungsspezifischen Hitzeschutzmaßnahmen dienen. In erster Linie richten sich diese Arbeitshilfen an die Geschäftsführungen und das Personal von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen.

Die erste Ausgabe der Arbeitshilfen Einrichtungsbezogener Hitzeschutz in NRW wurde in zwei verschiedenen Versionen erstellt. Eine richtet sich an Krankenhäuser, die andere an stationäre Pflege- und Wohneinrichtungen. Die Erstellung von Arbeitshilfen auch für weitere Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens, im ambulanten wie stationären Bereich, ist beabsichtigt.

Die Arbeitshilfen stellen keine verbindlichen Richtlinien dar. Sie sollen für das Thema Hitze sensibilisieren und zum Handeln anregen. Sie sind sog. „Lernende Systeme“ und sollen entsprechend weiterentwickelt werden.

An der Erstellung haben auch zwei Kolleginnen aus der Zentralverwaltung mitgearbeitet (Frau Barbara Wokurka, Architektin der Abteilung Klinikplanung, 84.10 und Frau Annette Seurer, Architektin, Teamleitung 74.20).

Für den Bereich der Krankenhäuser werden 16 Arbeitshilfen im Rahmen des einrichtungsbezogenen Hitzeschutzes vorgestellt. Sie gliedern sich in A.1 (Checkliste für den Schnelleinstieg), B.1 – B.5 (Grundlagen) und C.1 – C.10 (Handlungsorientierte Detailinformationen).

Der LVR-Klinikverbund bearbeitet das Thema fortlaufend. Im August/September 2023 wurde im Rahmen der Beratungen zu Menschenrechten der LVR-Aktionsplan mit Blick auf Zielrichtung 5 auch der Hitzeschutz in den Klinikgebäuden, insbesondere im Maßregelvollzug, diskutiert.

Neben den Anregungen für die Gebäude enthalten die Arbeitshilfen wichtige und umfangreiche Empfehlungen zum Umgang mit Arzneimitteln, Speisen und Getränken während der Hitzeperioden sowie Vorschläge zur adäquaten Kühlung von Räumen, Medikamenten und Speisen und Getränken.

Für Wohn- und Pflegeeinrichtungen nach dem SGB IX und dem SGB XI ist der Musterhitzeschutzplan als Hilfestellung zu verstehen. Verpflichtende Maßnahmen mit einem Anspruch auf Refinanzierung enthält dieser nicht.

Wohn- und Pflegeeinrichtungen erhalten hiermit ein übersichtliches Werkzeug für den Umgang mit Hitzeereignissen. Dabei geht es nicht nur um pflegerische und medizinische Aspekte, sondern auch um baufachliche Handlungsempfehlungen, an deren Erarbeitung die Landschaftsverbände beteiligt waren.

Begründung der Vorlage Nr. 15/2190:

Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) hat das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) gemeinsam mit relevanten Akteurinnen und Akteuren aus dem Gesundheits- und Pflegewesen Arbeitshilfen für die Erstellung von Hitzeschutzplänen entwickelt.

Neben dem Gesundheitsministerium und dem LZG.NRW waren Expertinnen und Experten folgender Institutionen an der Entwicklung der Arbeitshilfen beteiligt:

Freie Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen,
Ärztekammer Nordrhein,
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste,
Caritasverband für das Bistum Essen,
DRK-Landesverband Westfalen-Lippe,
Hospiz- und Palliativverband Nordrhein-Westfalen,
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen,
Kreis Höxter, Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen,
Landschaftsverband Rheinland,
Landschaftsverband Westfalen-Lippe,
Pflegekammer Nordrhein-Westfalen,
Rhein-Erft-Kreis, Seniorenrat Bielefeld und
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe.

Für den Landschaftsverband haben Frau Barbara Wokurka, Architektin der Abteilung Klinikplanung, 84.10 und Frau Annette Seurer, Architektin, Teamleitung 74.20 an der Arbeitsgruppe teilgenommen.

Die Arbeitshilfen stehen in zwei Versionen für Krankenhäuser (**Anlage 1**) und für stationäre Pflege- und Wohneinrichtungen (**Anlage 2**) sowie online unter dem Link

https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/klima_gesundheit/hsp/index.html

zur Verfügung.

Die Arbeitshilfen stellen keine verbindlichen Richtlinien dar. Sie sollen für das Thema Hitze sensibilisieren und zum Handeln anregen. Dabei lassen sie jeder Gesundheits- und Pflegeeinrichtung den erforderlichen Spielraum zur individuellen Gestaltung des Vorgehens im Bereich des Hitzeschutzes. Jede Einrichtung soll auf Grundlage ihrer spezifischen Strukturen und Prozessabläufe sowie entsprechend ihrer eigenen Bedarfe und Ressourcen Maßnahmen planen und umsetzen können. Die Anerkennung notwendiger individueller Gestaltungsfreiheiten stellt dabei nicht infrage, dass es sich bei der Maßnahmenentwicklung zum Hitzeschutz um eine dringend empfohlene Aufgabe handelt.

Die Arbeitshilfen umfassen sowohl kurzfristig umsetzbare verhaltensbasierte Maßnahmen wie Empfehlungen zu Trink- und Ernährungsverhalten, zum Monitoring von Patient*innen bzw. Bewohner*innen und der Nutzung von Innen- und Außenbereichen. Sie enthalten

auch mittel- und langfristige verhältnisbasierte Maßnahmen wie zum Beispiel gebäudebezogene Gestaltungsmöglichkeiten.

Die **Arbeitshilfen Einrichtungsbezogener Hitzeschutz in NRW** wurden im Frühjahr und Sommer 2023 vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) in Zusammenarbeit mit Akteurinnen und Akteuren des Gesundheits- und Pflegewesens entwickelt. Sie sollen nordrhein-westfälischen Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens als Orientierung bei der Erstellung und Umsetzung von einrichtungsspezifischen Hitzeschutzmaßnahmen dienen. In erster Linie richten sich diese Arbeitshilfen an die Geschäftsführungen und das Personal von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen.

Für den Bereich der Krankenhäuser werden 16 Arbeitshilfen im Rahmen des einrichtungsbezogenen Hitzeschutzes vorgestellt. Sie gliedern sich in A.1 (Checkliste für den Schnelleinstieg), B.1 – B.5 (Grundlagen) und C.1 – C.10 (Handlungsorientierte Detailinformationen).

Der LVR-Klinikverbund bearbeitet das Thema fortlaufend.

Er beschäftigt sich seit vielen Jahren mit den Themen Energie und Klimaschutz. Im aktuell vorgelegten Energiebericht 2022 – 2022 (Vorlage Nr. 15/2064) wird darauf hingewiesen, dass seit den 1970er Jahren ein beschleunigter Anstieg der Jahresdurchschnittstemperaturen zu beobachten ist (2022 10,5 °C). Mit weiteren Temperaturanstiegen und entsprechenden Auswirkungen auf das Klimasystem muss gerechnet werden (ebenda S. 14).

Die LVR-Kliniken nehmen seit vielen Jahren an einem Öko-Audit im Rahmen des europäischen System EMAS teil, das LVR-Klinikum Essen ist im Rahmen des Energieaudits nach DIN EN 16247-1 zertifiziert. Ein Umweltmanagementsystem ist mittlerweile in allen LVR-Dienststellen verpflichtend.

Bei Neu- Umbau- und Sanierungsmaßnahmen ist eine umfangreiche Checkliste zum ökologischen Bauen zu beachten. Die Checkliste ökologisches Bauen (Vorlage Nr. 15/863) umfasst an vielen Stellen auch Aspekte des Hitzeschutzes (extensive Dachbegrünung, Oberflächenentsiegelung, helle Oberflächen, Ausrichtung und Kompaktheit des Baukörpers, Sonnenschutz, natürliche Lüftung).

Im August/September 2023 wurde im Rahmen der Beratungen zu Menschenrechten der LVR-Aktionsplan mit Blick auf Zielrichtung 5 auch der Hitzeschutz in den Klinikgebäuden, insbesondere im Maßregelvollzug, diskutiert.

Neben den Anregungen für die Gebäude enthalten die Arbeitshilfen wichtige und umfangreiche Empfehlungen zum Umgang mit Arzneimitteln, Speisen und Getränken während der Hitzeperioden sowie Vorschläge zur adäquaten Kühlung von Räumen, Medikamenten und Speisen und Getränken.

Die Anregungen bzw. die Arbeitshilfen werden vom Qualitätsmanagement und den Technischen Leitungen beachtet.

Für Wohn- und Pflegeeinrichtungen nach dem SGB IX und dem SGB XI ist der Musterhitzeschutzplan als Hilfestellung zu verstehen. Verpflichtende Maßnahmen mit einem Anspruch auf Refinanzierung enthält dieser nicht.

Wohn- und Pflegeeinrichtungen erhalten hiermit ein übersichtliches Werkzeug für den Umgang mit Hitzeereignissen. Dabei geht es nicht nur um pflegerische und medizinische Aspekte, sondern auch um baufachliche Handlungsempfehlungen, an deren Erarbeitung die Landschaftsverbände beteiligt waren.

Aufgrund der Individualität der Gebäude konnte im Musterhitzeschutzplan kein allgemeingültiger Vorschlag für alle Objekte gemacht werden. Vielmehr sollen die Einrichtungsträger dafür sensibilisiert werden, die Anforderungen vor Ort zu prüfen, und die für den Standort erforderlichen und möglichen Maßnahmen ergreifen.

So werden die Maßnahmen in drei Kategorien aufgeteilt.

- Sofortmaßnahmen
 - ➔ mit sofortiger Auswirkung auf die Raumtemperatur
 - ➔ BSP: Ausschalten von Lichtquellen und anderen wärmeerzeugenden Elektrogeräten; Verdunkeln von Fenstern;
- Kurz- u. Mittelfristige Maßnahmen
 - ➔ Leichter Planungsaufwand, Vorbereitung kann bereits im Vorfeld erfolgen
 - ➔ Geringer bis kein Kostenaufwand
 - ➔ BSP: Erfassung und Nutzung kühlerer Räume im Gebäude (z.B. Abstellräumen gen Norden) umgestalten zu Aufenthaltsräumen
- Aufstellung eines ganzheitlichen Energie- und Klimakonzeptes
 - ➔ Erheblicher Planungsaufwand unter Einbindung von Fachplaner
 - ➔ Wirtschaftlichkeitsberechnung zwingend als Basis
 - ➔ Zeit- und Kostenintensiv; ist von langer Hand zu planen.
 - ➔ ABLAUF: Gebäudezustand erfassen, Individuelles Energetisches Konzept erstellen, Finanzierung und Fördermöglichkeiten prüfen.

Von der Empfehlung einzelner Maßnahmen wurde sich ausdrücklich distanziert. Grundsätzlich wurden keine allgemeingültigen Festlegungen zur Refinanzierung der Maßnahmen getroffen.

Sobald die Maßnahmen über den kurz- und mittelfristigen Bereich hinausgehen, ist ein Gesamtkonzept für jede einzelne Einrichtung zur Realisierung von baulichen Maßnahmen unumgänglich. Dieses Gesamtkonzept ist dann mit den Kostenträgern (LVR oder örtlicher Sozialhilfeträger) hinsichtlich der Umsetzbarkeit abzustimmen. Hierbei sind vorrangig Fördermöglichkeiten in Anspruch zu nehmen.

Eine Evaluation sowie stetige Weiterentwicklungen der Arbeitshilfen ist geplant.
Die Arbeitshilfen „Einrichtungsbezogener Hitzeschutz für Krankenhäuser“ und
„Einrichtungsbezogener Hitzeschutz für stationäre Pflege- und Wohneinrichtungen“ sind
der Vorlage als **Anlagen** beigefügt.

In Vertretung

W e n z e l – J a n k o w s k i



Einrichtungsbezogener Hitzeschutz in NRW

Arbeitshilfen für Krankenhäuser

Impressum

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Unter Mitwirkung von

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen
Ärztammer Nordrhein
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (Landesgeschäftsstelle Nordrhein-Westfalen)
Caritasverband für das Bistum Essen e. V., DiCV Essen
DRK-Landesverband Westfalen-Lippe e. V.
Hospiz- und Palliativverband Nordrhein-Westfalen e. V.
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.
Kreis Höxter
Landessenorenvertretung Nordrhein-Westfalen e. V.
Landschaftsverband Rheinland
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
Pflegekammer Nordrhein-Westfalen
Rhein-Erft-Kreis
Seniorenrat Bielefeld
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V.

Konzeption und Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW:
Lea-Christine Antoine, Selina Brünker, Thomas Claßen, Thea Kelly,
Isabelle Liebchen, Odile Mekel, Katharina Müller, Raphael Sieber

Layout und Verlag

LZG.NRW

Das LZG.NRW ist eine Einrichtung des Landes Nordrhein-Westfalen im Geschäftsbereich des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Bochum, Oktober 2023

Zitiervorschlag:

LZG.NRW – Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2023):
Einrichtungsbezogener Hitzeschutz in NRW. Arbeitshilfen für Krankenhäuser.
Bochum.

Hinweis:

Das LZG.NRW dankt allen beteiligten Institutionen für ihre Mitwirkung bei der
Erstellung der Arbeitshilfen Einrichtungsbezogener Hitzeschutz in NRW.

Vorwort

Der Klimawandel gilt als größte Herausforderung für die menschliche Gesundheit im 21. Jahrhundert. Die zunehmende Anzahl, Dauer und Intensität von Hitzeperioden gehören zu den gravierendsten Klimawandelfolgen. Hitze führt in Deutschland bereits jetzt zu mehreren Tausend vorzeitigen Todesfällen pro Jahr. Dabei werden die Herausforderungen, die aufgrund von Hitzeperioden für das Gesundheitssystem entstehen, auf absehbare Zeit weiter zunehmen. Daher ist es erforderlich, dass sich Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens auf Hitzeereignisse konsequent vorbereiten und bestenfalls einen konkreten Plan für den Hitzeschutz entwickeln. Es gilt kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen zu ergreifen, um einen möglichst umfassenden Hitzeschutz zu gewährleisten.

Die **Arbeitshilfen Einrichtungsbezogener Hitzeschutz in NRW** wurden im Frühjahr und Sommer 2023 vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) in Zusammenarbeit mit Akteurinnen und Akteuren des Gesundheits- und Pflegewesens entwickelt. Sie sollen nordrhein-westfälischen Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens als Orientierung bei der Erstellung und Umsetzung von einrichtungsspezifischen Hitzeschutzmaßnahmen dienen. In erster Linie richten sich diese Arbeitshilfen an die Geschäftsführungen und das Personal von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen.

Die Arbeitshilfen stellen keine verbindlichen Richtlinien dar. Sie sollen für das Thema Hitze sensibilisieren und zum Handeln anregen. Dabei lassen sie jeder Gesundheits- und Pflegeeinrichtung den erforderlichen Spielraum zur individuellen Gestaltung des Vorgehens im Bereich des Hitzeschutzes. Jede Einrichtung soll auf Grundlage ihrer spezifischen Strukturen und Prozessabläufe sowie entsprechend ihrer eigenen Bedarfe und Ressourcen

Maßnahmen planen und umsetzen können. Die Anerkennung notwendiger individueller Gestaltungsfreiheiten stellt dabei nicht infrage, dass es sich bei der Maßnahmenentwicklung zum Hitzeschutz um eine dringend empfohlene Aufgabe handelt. Die Auseinandersetzung mit dem Thema führt in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen bestenfalls zu einem umsetzungsorientierten Hitzeschutzplan – im Sinne einer konkreten Vorstellung davon, wie sich auf Hitzeperioden vorbereitet werden kann und im Fall von akuten Hitzeereignissen gehandelt werden muss.

Die erste Ausgabe der Arbeitshilfen Einrichtungsbezogener Hitzeschutz in NRW wurde in zwei verschiedenen Versionen erstellt. Eine richtet sich an Krankenhäuser, die andere an stationäre Pflege- und Wohneinrichtungen. **Ihnen liegt hier die Version für Krankenhäuser vor.** Die Erstellung von Arbeitshilfen auch für weitere Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens, im ambulanten wie stationären Bereich, ist beabsichtigt.

Helfen Sie mit, diese Arbeitshilfen weiterzuentwickeln!

Die hier vorliegenden Arbeitshilfen stellen wichtige Bausteine für den einrichtungsbezogenen Hitzeschutz in Nordrhein-Westfalen dar. Sie sollen stetig weiterentwickelt werden. Hierzu sind wir auf Ihre Erfahrungen bei der Nutzung der Arbeitshilfen angewiesen.

Teilen Sie uns gerne Ihre Anregungen über unseren Feedbackbogen mit:
https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/klima_gesundheit/hsp/index.html.

Zudem sind wir für Sie per E-Mail erreichbar:
klima@lzg.nrw.de

Lesehilfe

Die hier vorliegenden Arbeitshilfen sind modular aufgebaut. Sie können als zusammenhängendes Gesamtdokument oder einzeln gelesen werden. Zusammenhängend geben sie einen umfassenden Überblick über verschiedenste Aspekte des einrichtungsbezogenen Hitzeschutzes. Einzeln zur Kenntnis genommen ermöglichen sie einen schnellen Einstieg in jeweils begrenzte thematische Ausschnitte.

Die Arbeitshilfen gliedern sich in drei Abschnitte (A, B und C). Jeder Abschnitt erfüllt einen nachfolgend beschriebenen Zweck. Die Abschnitte sind zur besseren Orientierung farblich markiert.

 **Die Arbeitshilfe A** (Checkliste für den Schnelleinstieg) setzt den Rahmen für die Erstellung eines umfassenden Hitzeschutzplans. Sie bietet eine protokollartige Checkliste mit jahreszeitlich unabhängigen Maßnahmen, die kurz-, mittel- und langfristig umgesetzt werden können und solchen Maßnahmen, die während der Sommermonate (sowie explizit bei Warnstufe 1 und 2 des DWD-Hitzewarnsystems) angewandt werden können. Anhand dieser Checkliste wird ein Gesamtüberblick vermittelt und ein systematisches Vorgehen für die Entwicklung eines umfassenden Hitzeschutzplans vorgeschlagen.

 **In den Arbeitshilfen B** (Grundlagen) wird die Relevanz des Themas sowie die Notwendigkeit der Erstellung von einrichtungsbezogenen Hitzeschutzplänen erläutert. Die aufgeführten Grundlageninformationen können Krankenhäusern dabei helfen, festzustellen, inwieweit sie vom Klimawandel beziehungsweise von Hitze betroffen sind oder in Zukunft betroffen sein werden. Sie dienen dazu, Gesundheitsrisiken durch Hitze zu

erkennen und dementsprechend gefährdete Patientinnen und Patienten zu identifizieren. Auch die Sicherstellung der Entgegennahme und Weitergabe von Hitzewarnungen des DWD wird thematisiert. Darüber hinaus werden einige Handlungsempfehlungen und Toolboxes, die außerhalb von Nordrhein-Westfalen entwickelt wurden, aber ebenfalls sehr gut nutzbar sind, kurz vorgestellt.

Die Arbeitshilfen C (Handlungsorientierte Detailinformationen) liefern konkrete Ansätze beziehungsweise Handlungsempfehlungen für die Umsetzung gesundheitsbezogener Hitzeschutzmaßnahmen im Rahmen eines Hitzeschutzplans in Krankenhäusern. Sie liefern detaillierte Informationen auch zur Umsetzung der in Arbeitshilfe A genannten Maßnahmen. Die Betrachtung der Arbeitshilfe A im Zusammenhang mit den entsprechenden Arbeitshilfen C ist daher unerlässlich. Die Arbeitshilfen reichen von einfachen Tipps zur Beratung von Patientinnen und Patienten sowie An- und Zugehörigen bei Hitzeperioden bis hin zu Handlungsempfehlungen für die Lagerung von Medikamenten sowie zur gebäudebezogenen Gestaltung.

Insgesamt liegen derzeit 16 Arbeitshilfen für Krankenhäuser vor. Sie sind entsprechend folgender Gliederung durchnummeriert:

Gliederung der Arbeitshilfen

- A.1** Maßnahmen Checkliste
- B.1** Der Klimawandel und seine Auswirkungen in Nordrhein-Westfalen
- B.2** Auswirkungen von Hitze auf den Körper
- B.3** Risikofaktoren und bei Hitze besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen
- B.4** Hitzewarnsystem des Deutschen Wetterdienstes
- B.5** Übersicht weiterer Arbeitshilfen
- C.1** Anamnesebogen für die Erfassung besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten
- C.2** Hitze – Erkrankungen und Maßnahmen
- C.3** Flüssigkeitszufuhr bei Hitze
- C.4** Verabreichung von Medikamenten
- C.5** Lagerung von Medikamenten
- C.6** Beratung von gefährdeten Personen und Angehörigen
- C.7** Qualitätsmanagement und -sicherung
- C.8** Tipps zur Nutzung von Innenbereichen
- C.9** Tipps zur Nutzung von Außenbereichen
- C.10** Gebäudebezogene Gestaltungsmöglichkeiten

A.1

Maßnahmen Checkliste

Krankenhäuser stellen Lebenswelten von Personengruppen dar, die besonders durch Hitze gefährdet sind. Sie bedürfen daher eines gut durchdachten Hitzeschutzes. Detaillierte Informationen zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Hitze, den Risikofaktoren und -gruppen sowie weitere Informationen zu Hitzeereignissen finden Sie in den Arbeitshilfen B.

Die Herausforderungen, denen die Krankenhäuser bei zukünftigen Hitzeereignissen gegenüberstehen, unterscheiden sich je nach Rahmenbedingungen (zum Beispiel Lage, Organisationsstruktur, bauliche Gegebenheiten). Aufgrund zunehmender Hitzeereignisse ist es jedoch dringend angeraten, sich diesen Herausforderungen zu stellen.

Schnelleinstieg zur Erstellung eines Hitzeschutzplans

Die folgende Checkliste dient als Orientierung und Arbeitshilfe für die Erstellung eines Hitzeschutzplans für Krankenhäuser. Sie soll einen Schnelleinstieg in das Thema ermöglichen. Die Checkliste enthält einen ersten Überblick zu möglichen jahreszeitlich unabhängigen Maßnahmen sowie Maßnahmen in Vorbereitung auf den Sommer und bei Hitzewarnstufe 1 und 2. Sie finden nachfolgend Vorschläge zur Maßnahmengestaltung, die jedoch aufgrund der Heterogenität der Krankenhauslandschaft für jede Einrichtung individuell angepasst und konkretisiert werden müssen. Ausführliche Erläuterungen erhalten Sie in den separat verfügbaren Arbeitshilfen B und C.

Maßnahmen zur kurzfristigen Anpassung

Organisation:

- verantwortliche Personen für den Hitzeschutz und die Umsetzung des Hitzeschutzplanes benennen und beteiligen
- interne Kommunikation des für das Krankenhaus aufgestellten Hitzeschutzplans festlegen
- Anmeldung zum Newsletter „Hitzewarnung“ des Deutschen Wetterdienstes (DWD)
- Festlegung einer Behandlungstriage bei Extremereignissen (z. B. MANV nach Großereignissen)
- Entwicklung einer Vorgehensweise zur Anpassung der Speisen und Getränke während Hitzeperioden unter Einbindung des Küchenpersonals
- Überprüfung und Bereitstellung von Lagerungsmöglichkeiten für hitzeempfindliche Arzneimittel (*siehe Arbeitshilfe C.5*)
- Verfügbarkeit von notwendigen Bedarfsartikeln und Hilfsmitteln bei Hitzeperioden prüfen (z. B. Kühlpacks, Ventilatoren, Fächer zur Kühlung)

Technische Maßnahmen:

- Prüfung von Überbrückungskonzepten für Extremereignisse und Notfälle (z. B. Stromknappheit oder -ausfall)
- Erfassung kühler Räume und Bereiche (*siehe Arbeitshilfe C.10*)
- Funktionsfähigkeit der Verschattung von Fenstern und Glaselementen für den Sonnenschutz prüfen
- dezentrale Automatisierung von z. B. Verschattung oder Lüftungsanlagen prüfen und ggf. anpassen oder einrichten (*siehe Arbeitshilfe C.10*)

Maßnahmen zur mittelfristigen Anpassung

Organisation:

- Festlegung von spezifischen Hitzeschutzmaßnahmen in einem Hitzeschutzplan
 - Festlegung von Schwellenwerten und Maßnahmen (*siehe Arbeitshilfe C.8 und Arbeitshilfe C.10*)
 - interdisziplinäre Koordination der Planung, Vorbereitung und Umsetzung der vorgesehenen Maßnahmen bestimmen
 - Bewertung und laufende Aktualisierung des Hitzeschutzplans sicherstellen
 - Evaluation von Hitzeschutzmaßnahmen des letzten Sommers und Verbesserungspotentiale bestimmen

Personalplanung und Arbeitsschutz:

- Personalmehrbedarf je nach Hitzewarnstufe bei Personalressourcenplanung berücksichtigen und Verfügbarkeit von Vertretungspersonal prüfen
- Gewährleistung des Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerschutzes während Hitzeperioden sicherstellen
 - z. B. durch an die Temperatur angepasste Kleidung oder Wasserspender

- Angebot von Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeitende zu Themen wie
 - hitzebedingte Erkrankungen
 - Anpassung von medikamentösen Therapien unter Hitzebedingungen

Technische Maßnahmen:

- Entwicklung eines Überbrückungskonzepts für Extremereignisse und Notfälle (z. B. Stromknappheit oder -ausfall)
- Funktionstüchtigkeit der Verschattung von Fenstern und Glaselementen für den Sonnenschutz sicherstellen

Maßnahmen zur langfristigen Anpassung

Organisation:

- Qualität des Hitzeschutzplans sicherstellen und möglichen Optimierungsbedarf ermitteln (*siehe Arbeitshilfe C.7*)

Fortbildungen:

- Fortbildungsbedarf ermitteln sowie Fortbildungen entwickeln und durchführen

Gebäudebezogene Gestaltung (*siehe Arbeitshilfe C.10*):

- alle Maßnahmen sollten auf einem ganzheitlichen Konzept basieren, welches von einer Fachplanerin oder einem Fachplaner erstellt wird
- bei Renovierung, Um- oder Neubau können bspw. folgende Maßnahmen oder Konzepte sinnvoll sein:
 - energetisches Gesamtkonzept
 - Sonnenschutzkonzept (Außen- und Innenbereich)
 - Kühlungs- bzw. Klimatisierungskonzept
 - Begrünungskonzept
 - Bewässerungs- und Regenwasserkonzept (z. B. Regenrückhaltung und -speicherung)

Hitzewarnsystem des Deutschen Wetterdienstes

Warnstufe 1 (starke Wärmebelastung):

- vorhergesagte Gefühlte Temperatur am frühen Nachmittag von **über 32 °C** für mindestens zwei Tage in Folge
- nur geringe nächtliche Abkühlung

Warnstufe 2 (extreme Wärmebelastung):

- vorhergesagte Gefühlte Temperatur am frühen Nachmittag von **über 38 °C**

Für ältere und pflegebedürftige Menschen kann eine Gefühlte Temperatur von über 36 °C bereits eine extreme Wärmebelastung darstellen. Die Warnung des DWD enthält einen entsprechenden Warntext. Daher wäre zu empfehlen, für besonders gefährdete Patientinnen und Patienten (siehe Arbeitshilfe C.1) die Maßnahmen der Warnstufe 2 bereits früher zu ergreifen.

Weiterführende Informationen zum Hitzewarnsystem finden Sie in Arbeitshilfe B.4

Maßnahmen während der Sommermonate

Organisation:

- Überwachung der Temperaturentwicklung in Innenräumen und ggf. Einleitung von beschlossenen Maßnahmen bei Überschreitung des Schwellenwertes
- schnelles Ausweisen von kühlen Räumen und Bereichen für Warnstufe 1 und 2 vorbereiten
- wärmeempfindliche Medikamente und Materialien richtig lagern (*siehe Arbeitshilfe C.5*)
- nicht-medizinisches oder nicht-pflegerisches Personal (z. B. Pforte, Verwaltung, Reinigung) sensibilisieren unter Berücksichtigung der aktuellen Hitzewarnungen
- bei Bedarf pflegerisches und ärztliches Personal (nach)schulen
- Informationen zur Prävention von hitzebedingten Erkrankungen für Patientinnen und Patienten sowie An- und Zugehörige bereitstellen und An- und Zugehörige einbinden (*siehe Arbeitshilfe C.6*)
- im Belegungsplan die bei der Aufnahme erfassten individuellen Risiken für hitzebedingte Gesundheitsbeeinträchtigung (s. u. Behandlungs- und Pflegepraxis) nach Möglichkeit berücksichtigen
- auf Verwendung dünner Bettwäsche und Laken achten
- Getränkevorrat sicherstellen (für den Innen- und Außenbereich)
- Angebot von hitzeangepasster Nahrung für die Patientinnen und Patienten erhöhen (wasserreiche, kühle und über den Tag verteilt kleine Mahlzeiten) (*siehe Arbeitshilfe C.3*)
- weitere vorzunehmende Nahrungsanpassungen während der Warnstufen im Vorfeld mit verantwortlichem Personal kommunizieren
- Außenbereiche an Hitze anpassen (z. B. Aufstellung von Verschattung, ggf. ungeeignete Orte sperren) (*siehe Arbeitshilfe C.9*)

Behandlungs- und Pflegepraxis:

- bei Aufnahme und Visite individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten für hitzebedingte Gesundheitsbeeinträchtigung erfassen (*siehe Arbeitshilfe C.1*)
 - Risiken in der Behandlungsplanung berücksichtigen
 - auf die Verabreichung von Medikamenten achten um Nebenwirkungen im Zusammenhang mit Hitze sowie Sonnenexposition zu vermeiden (*siehe Arbeitshilfe C.4*)
- Beratung von Patientinnen und Patienten und Einbindung von An- und Zugehörigen (*siehe Arbeitshilfe C.6*)
- Medikationsübersicht und Übersicht der Nahrungsergänzungsmittel bzw. Diätvorschriften den Patientinnen und Patienten aushändigen und dem Entlassungsbrief beifügen

Maßnahmen bei Warnstufe 1

ergänzend zu den Maßnahmen während der Sommermonate:

Organisation:

- Besuchszeiten auf kühlere Morgen- oder Abendstunden verlegen
- systematische Erfassung von Hitzeerkrankungen

Behandlungs- und Pflegepraxis:

- für ein geeignetes Raumklima sorgen (*siehe Arbeitshilfe C.10*)
 - angepasstes Lüftungsverhalten
 - Nutzung von Lüftungs- und Kühlmöglichkeiten
 - Reduktion von Wärme produzierenden Geräten und Lichtquellen
- Möglichkeiten zur aktiven Kühlung des Körpers anbieten (z. B. Duschen, Hand- oder Fußbäder, Auflegen feuchter Tücher)
- kühle Aufenthaltsräume und Bereiche ausweisen
- Planung therapeutischer Aktivitäten anpassen
- auf angemessenes Verhalten im Außenbereich hinweisen (z. B. Aktivitäten und Aufenthaltsorte) (*siehe Arbeitshilfe C.9*)
- Versorgung der Patientinnen und Patienten
 - anlassbezogene Erfassung der Körpertemperatur (ggf. auch mehrmals täglich)
 - intensive Betreuung besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten
 - Patientinnen und Patienten in Bezug auf Austrocknungserscheinungen und weitere gesundheitliche Auffälligkeiten beobachten
 - ausreichende Flüssigkeitsaufnahme sicherstellen und Elektrolytverlust ausgleichen (*siehe Arbeitshilfe C.3*)
 - leichte Nahrung empfehlen und anbieten (*siehe Arbeitshilfe C.3*)

Pforte und Empfang:

- Patientinnen und Patienten zum Trinken animieren
- das Tragen von Sonnenschutz anregen
- verstärkt auf Patientinnen und Patienten achten und bei beobachteter Zustandsverschlechterung pflegerisches oder betreuendes Personal informieren

Haustechnik und Reinigungskräfte:

- Raumtemperatur sowie Lüften bei täglichen Routinen beachten
- verstärkt auf Patientinnen und Patienten achten und bei beobachteter Zustandsverschlechterung pflegerisches oder betreuendes Personal informieren

Personalplanung und Arbeitsschutz:

- leichte, atmungsaktive Dienstkleidung bereitstellen
- ausreichende Versorgung mit Getränken sicherstellen und auf ausreichende Flüssigkeitsaufnahme achten
- Abkühlungsmöglichkeiten bereitstellen
- kühle Pausenräume einrichten
- weitere Kühlungsmöglichkeiten anbieten (z. B. Kühlwesten)
- ggf. Maskenpausen verlängern
- Beurteilung der Hitzebelastung bei Arbeiten im Freien und Ergreifung entsprechender Maßnahmen
- Festlegung von zusätzlichen Entwärmungsphasen (Aufenthalt in weniger hitzebelasteten Bereichen)

Maßnahmen bei Warnstufe 2

ergänzend zu den Maßnahmen bei Warnstufe 1:

Behandlungs- und Pflegepraxis:

- bei Planung von Operationen, diagnostische Prozeduren berücksichtigen (z. B. elektive Eingriffe verschieben)
- verstärkte pflegerische und medizinische Betreuung aller Patientinnen und Patienten (z. B. regelmäßige Erfassung der Körpertemperatur, Flüssigkeitsbilanzierung)
- gefährdete Patientinnen und Patienten engmaschiger auf hitzebedingte Symptome beobachten und ggf. überwachen (*siehe Arbeitshilfe C.1*)
 - bei Hitzeerkrankungen Maßnahmen ergreifen (*siehe Arbeitshilfe C.2*)
- Verlegung von Patientinnen und Patienten oder Gästen in kühlere Räume, falls die Raumtemperatur nicht gesenkt werden kann oder individuelles Risikopotenzial besteht

Versorgung (*siehe Arbeitshilfe C.3*):

- ganztägig Getränke entsprechend der erforderlichen Trinkmenge bereitstellen, das Trinkverhalten beobachten, eventuell Unterstützungsbedarf ermitteln und ggf. protokollieren
- Trinkplan für pflegebedürftige Patientinnen und Patienten erstellen und vermehrt Flüssigkeit und Elektrolyte anbieten

Personalplanung und Arbeitsschutz:

- Personal nach Möglichkeit entlasten (z. B. Verlängerung der Pausen, Verkürzung der Arbeitszeiten, ggf. Absage elektiver Eingriffe)

Literatur

Die Inhalte dieser Arbeitshilfe orientieren sich an: Landessanitätsdirektion Wien (2018): Leitfaden Hitzemaßnahmenplan. Für medizinische und pflegerische Einrichtungen zur Erstellung eigener Hitzemaßnahmenpläne; Aktionsbündnis Hitzeschutz Berlin (2022): Musterhitzeschutzplan für Krankenhäuser.

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Bochum, Oktober 2023

B.1

Der Klimawandel und seine Auswirkungen in Nordrhein-Westfalen

Der Klimawandel in wenigen Worten

Wenn Sie in Ihrem Tätigkeitsbereich nur wenig Zeit haben, um sich mit dem Klimawandel auseinanderzusetzen, helfen Ihnen möglicherweise schon folgende fünf Kerninfos weiter [1].

Kerninfos zum Klimawandel

1. Der Klimawandel ist real.
2. Wir Menschen sind die Ursache.
3. Die Auswirkungen sind gefährlich.
4. Die Fachleute sind sich einig.
5. Noch können wir etwas tun.

Mit dem Klimawandel wird der Anstieg der globalen, mittleren Lufttemperatur in Bodennähe seit der Industrialisierung bezeichnet. Dieser Anstieg lässt sich eindeutig nachweisen. Zwar sind die Ursachen des Klimawandels komplex – fest steht jedoch, dass er fast ausschließlich durch menschliches Handeln hervorgerufen wird. Der Eintrag von sogenannten Treibhausgasen wie Kohlendioxid oder Methan in die Atmosphäre ist ausschlaggebend für den Klimawandel. Denn die kurzwellige Sonnenstrahlung durchdringt die Treibhausgase auf ihrem Weg zur Erde ungehindert, aber die von der Erde zurückgestrahlte langwellige Wärmestrahlung wird anschließend von den Treibhausgasen absorbiert. Es stellt sich somit ein Effekt wie in einem Gewächshaus ein.

Die zentrale Auswirkung des Klimawandels ist ein bisher feststellbarer Anstieg der globalen, mittleren Lufttemperatur von ca. 1,2 °C [2]. Das klingt zunächst nach einem geringen Anstieg, ist aber tatsächlich viel und sehr bedeutend. Dieser Anstieg wird sich fortsetzen. Bis zum Jahr 2100 wird nach Expertenschätzungen eine Steigerung zwischen ca. 1,6 °C bis über 4,0 °C möglich sein [1] – je nachdem wie sehr es die menschliche Gesellschaft schafft, ihr Handeln so zu verändern, dass weniger Treibhausgase in die Atmosphäre eingebracht werden. Der Anstieg der globalen Lufttemperatur ist verbunden mit vielen weiteren Auswirkungen, insbesondere vermehrt auftretenden und intensiveren Hitzeperioden, aber auch häufigeren Starkregenereignissen, Stürmen oder langanhaltenden Dürren. Das Klima gerät in mehrfacher Hinsicht aus dem Gleichgewicht – das heißt aus dem Zustand, den der Mensch für seine bisherige Lebensweise benötigt.



Über Ursachen und Auswirkungen des Klimawandels können Sie sich zusätzlich hier informieren:

www.umweltbundesamt.de

www.deutsches-klima-konsortium.de

www.de-ipcc.de

Die Entwicklung des Klimas in NRW

Der Klimawandel betrifft auch Nordrhein-Westfalen. Es sind beispielsweise mehr heiße Tage (Maximaltemperatur über 30 °C) und mehr Tropennächte (nächtliche Lufttemperatur nicht unter 20 °C) zu erwarten. Aufgrund naturräumlicher Unterschiede sind die verschiedenen Regionen in Nordrhein-Westfalen unterschiedlich betroffen. Entlang von Rhein und Ruhr sind zum Beispiel vergleichsweise viele heiße Tage und Tropennächte zu erwarten. Im Sauerland und in der Eifel werden im Vergleich zu anderen Regionen zwar weniger Hitzeereignisse auftreten, dennoch ist auch hier ein Anstieg zu erwarten [3].

Besonders von Hitze betroffen sind hoch verdichtete, städtische Gebiete. Man spricht von einem städtischen Hitzeinseleffekt. Dieser tritt auf, weil beispielsweise städtische Oberflächen mehr Energie absorbieren und speichern als natürliche Umgebungen, da weniger Verdunstung möglich ist. Darüber hinaus kommt der anthropogene, also der durch den Menschen verursachte Wärmefluss besonders zum Tragen. Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass die Temperatur in städtischen Hitzeinseln um bis zu 10 °C höher als im Umland liegen kann. Im bevölkerungsreichen Nordrhein-Westfalen gibt es viele urbane Zentren, die potenziell vom Hitzeinseleffekt betroffen sind. In diesen Bereichen gilt es, sich ganz besonders vor den Auswirkungen von Hitzeperioden zu schützen. Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens in urbanen Hitzeinseln müssen mit sehr intensiven Auswirkungen von Hitzeperioden rechnen.

Inwiefern ist der Standort Ihrer Einrichtung vom Klimawandel betroffen?

Das Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz Nordrhein-Westfalen (LANUV) hat einen Klimaatlas entwickelt, der umfassende Klima-Informationen für ganz NRW bereitstellt. Auf anschaulichen Karten können Sie sich informieren, welche Faktoren des Klimawandels am Standort Ihrer Einrichtung besonders relevant sind. Beispielsweise können Sie

nachschauen, ob sich Ihre Einrichtung in einem Gebiet befindet, welches vom städtischen Hitzeinseleffekt betroffen ist.



Informieren Sie sich hier:
www.klimaatlas.nrw.de

Literatur

Zitierte Literatur

- [1] Deutsches Klima-Konsortium, Deutsche Meteorologische Gesellschaft, Deutscher Wetterdienst, Extremwetterkongress Hamburg, Helmholtz-Klima-Initiative, klimafakten.de (Hrsg.) (2022): Was wir heute übers Klima wissen: Basisfakten zum Klimawandel, die in der Wissenschaft unumstritten sind. (pdf).
- [2] CAT – Climate Action Tracker (2022): The CAT Thermometer. URL: <https://climateactiontracker.org/global/cat-thermometer/> (abgerufen: 06.07.2023).
- [3] LANUV – Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz Nordrhein-Westfalen (2021): Klimabericht NRW 2021. Klimawandel und seine Folgen – Ergebnisse aus dem Klimafolgen- und Anpassungsmonitoring. (LANUV Fachbericht 120.) Recklinghausen. (pdf).

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Bochum, Oktober 2023

B.2

Auswirkungen von Hitze auf den Körper

Extreme Hitze stellt eine Gesundheitsgefährdung für die Bevölkerung dar. Die physiologischen Anpassungsmechanismen können bei Hitze, vor allem bei besonders gefährdeten Personengruppen, wie älteren Menschen und chronisch Erkrankten (*siehe Arbeitshilfe B.3*) überlastet werden. Als Folge kann es zu Regulationsstörungen und Kreislaufproblemen kommen.

Die Körperkerntemperatur eines Menschen liegt im Ruhezustand bei etwa 36,5 °C. Temperaturschwankungen werden durch körpereigene Mechanismen der Thermoregulation weitestgehend verhindert. Durch langanhaltende Hitzeperioden kann es jedoch zu starken Abweichungen der Körpertemperatur kommen, welche zu einer hohen Beanspruchung der Thermoregulation und somit zu körperlicher Belastung führen. Dies kann wiederum in gesundheitlichen Störungen resultieren [1, 2].

Gesundheitliche Auswirkungen von Hitze sind nicht zu unterschätzen

Die gesundheitlichen Auswirkungen von Hitze werden häufig unterschätzt. Im Zweifel gilt es schnell zu handeln!

Die Folgen von langanhaltender Hitze, insbesondere in Kombination mit einer geringen Flüssigkeits- und Elektrolytzufuhr bei hohem Schweißverlust, können sich negativ auf die Gesundheit auswirken.

Der wichtigste Mechanismus des Körpers, um überschüssige Wärme loszuwerden, ist die Verdunstung von Schweiß. Hierbei ist zu beachten, dass Schweiß nur kühlt, wenn er verdunstet [2]. Schweiß, der abtropft, trägt nicht zur Kühlung bei. Schwitzen wiederum hat einen Einfluss auf den Flüssigkeitshaushalt des Körpers. Die Flüssigkeitsbilanz steht daher bei der Betrachtung von Auswirkungen von Hitze im Vordergrund. Die Aufnahme von

Flüssigkeit in Form von Getränken oder Nahrung ist während Hitzeperioden von besonderer Bedeutung. Auch die Aufnahme von Elektrolyten ist wichtig, da Schweiß unter normalen Bedingungen etwa 3 g Kochsalz pro Liter enthält. Bei starkem Schwitzen gehen die Elektrolyte, die als Salze im Körper vorkommen, verloren [3].

Hitzeerkrankungen

Als Folge von Hitzeereignissen können beim Menschen Hitzeerkrankungen auftreten. Zu den hitzebedingten Erkrankungen gehören unter anderem Hitzekrampf, Hitzekollaps, Hitzeerschöpfung, Hitzschlag und Sonnenstich.

Hitzekrämpfe können während körperlicher Anstrengung in heißer Umgebung entstehen und stehen oftmals im Zusammenhang mit hohem Elektrolytverlust. In der Regel verlaufen sie harmlos. Das Auftreten der Krämpfe beginnt typischerweise mit einer gewissen Verzögerung von einigen Stunden nach der Hitzeexposition und Belastung.

Beim Hitzekollaps handelt sich um eine Überlastung des Kreislaufs, die zu einem Bewusstseinsverlust führen kann. Der Kollaps tritt auf, weil die Blutversorgung im Gehirn durch Erweiterung der Blutgefäße beeinträchtigt wird.

Die Hitzeerschöpfung ist ein Zustand, der in der Regel auf hohe Umgebungstemperaturen häufig in Verbindung mit schwerer körperlicher Arbeit zurückzuführen ist. Betroffene leiden an Kopfschmerzen, Schwindel und Erschöpfungsgefühl oder kollabieren gar aufgrund von Dehydrierung, Salzverlust und verringerten Blutmengen (Hypovolämie). Aus der Hitzeerschöpfung kann sich ein Hitzschlag entwickeln.

Der Hitzschlag stellt ein schweres Zustandsbild mit Delirium, Krämpfen oder Koma dar und kann lebensgefährlich sein. Ein Hitzschlag tritt aufgrund von Exposition in einer heißen Umgebung (Klassischer Hitzschlag) oder als Folge schwerer körperlicher Belastung (Belastungshitzschlag) auf. Der Klassische Hitzschlag wird zumeist bei älteren Menschen während Hitzeperioden beobachtet, der Belastungshitzschlag hingegen bei jungen, zumeist gesunden Personen, beispielsweise nach sportlicher Anstrengung. Bei voller Ausprägung kann es zu Folgeschäden inklusive einer neurologischen Symptomatik bis zu Multiorganversagen kommen [2, 3].

Bei einem Sonnenstich handelt es sich um eine Folge direkter Einwirkung von Sonnenstrahlen auf den ungeschützten Kopf. Geschieht dies über einen längeren Zeitraum, kommt es zum Hitzestau im Schädelinneren, der eine Erweiterung der Gefäße des Kopfes und der Hirngefäße auslöst. Dies hat eine leichte bis mäßiggradige Hirndrucksymptomatik zur Folge. Darüber hinaus führt die thermische Reizung der Schädeldecke und der darunterliegenden Hirnhäute zu deren Reizung, was eine akute abakterielle Meningitis zur Folge haben kann [2, 3].

Einen Überblick zu Hitze – Erkrankungen und Maßnahmen finden Sie in Arbeitshilfe C.2.

Die Auswirkungen und das Empfinden von Hitze sind vielfältig

Neben den beschriebenen „klassischen“ Hitzeerkrankungen gibt es weitere, sehr vielfältige Auswirkungen von Hitze mit Bedeutung für die menschliche Gesundheit. So kann Hitze allgemein zu einer Beeinflussung der Leistungsfähigkeit führen. Die Konzentration kann abnehmen, das Wohlbefinden sinkt. Es gibt Hinweise darauf, dass die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens während Hitzeperioden deutlich ansteigt [4]. Auch die Zahl der Verkehrs- und Betriebsunfälle während Hitzeperioden kann zunehmen [5]. Hitze kann des Weiteren indirekt zu negativen gesundheitlichen Auswirkungen führen. So können beispielsweise hohe Lufttemperaturen zusammen mit intensiver Sonneneinstrahlung zur Bildung von Luftverunreinigungen sowie bodennahem Ozon führen [6]. Dies kann zu Reizungen der Augen, Atemwegsbeschwerden und Beeinträchtigungen der körperlichen Leistungsfähigkeit führen [7, 8]. Die Auswirkungen sind weitgehend unabhängig von der körperlichen Aktivität und werden primär von der Dauer der Exposition gegenüber ozonbelasteter Luft bestimmt [8].

Bei Betrachtungen von Hitze und Gesundheit gilt es immer auch die individuellen, subjektiven Empfindungen einzelner Person zu beachten. Physiologische und psychische Zustände eines Individuums können sich auf das Empfinden von Hitze auswirken. Das Empfinden von Hitze und deren Auswirkungen ist folglich unterschiedlich.

Literatur

Zitierte Literatur

- [1] Matzarakis, A., Muthers, S. u. K. Graw (2020): Thermische Belastung von Bewohnern in Städten bei Hitzewellen am Beispiel von Freiburg (Breisgau). In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 63. S. 1004–1012 (2020). doi: 10.1007/s00103-020-03181-0.
- [2] Muth, C. M. (2020): Hitzeerkrankungen. In Notfall + Rettungsmedizin 23. S. 299-312. doi: 10.1007/s10049-020-00716-5.
- [3] von Wichert, P. (2014): Hitzewellen und thermophysiologische Effekte bei geschwächten bzw. vorgeschädigten Personen. In: Lozán, J. L., Grassl, H., Karbe, L. u. G. Jendritzky (Hrsg.): Warnsignal Klima: Gefahren für Pflanzen, Tiere und Menschen. (Kap. 3.1.11).
- [4] Blättner, B., Grewe, H. A., Jansons, D. et al. (2021): Arbeitshilfe zur Entwicklung und Implementierung eines Hitzeaktionsplans für Städte und Kommunen. Hochschule Fulda. (pdf).
- [5] Koppe, C. u. G. Jendritzky (2014): Die Auswirkungen von thermischen Belastungen auf die Mortalität. In: Lozán, J. L., Grassl, H., Karbe, L. u. G. Jendritzky (Hrsg.): Warnsignal Klima: Gesundheitsrisiken: Gefahren für Pflanzen, Tiere und Menschen. (Kap. 3.1.9).
- [6] UBA – Umweltbundesamt (2023a): Gesundheitsrisiko Hitze. URL: <https://www.umweltbundesamt.de/daten/umwelt-gesundheit/gesundheitsrisiken-durch-hitze#gesundheitsrisiko-hitze> (abgerufen: 14.06.2023).
- [7] UBA – Umweltbundesamt (2019): Klimawandel und Gesundheit Tipps für sommerliche Hitze und Hitzewellen. Dessau-Roßlau. (pdf).
- [8] UBA – Umweltbundesamt (2023b): Gesundheitliche Wirkungen. URL: <https://www.umweltbundesamt.de/daten/umwelt-gesundheit/gesundheitsrisiken-durch-ozon#gesundheitsliche-wirkungen> (abgerufen: 14.06.2023).

Übergreifende Literatur

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2021): Hitze: Risiken und Schutzmaßnahmen. URL: <https://gesund.bund.de/hitze-und-gesundheit> (abgerufen: 08.05.2023).

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Bochum, Oktober 2023

B.3

Risikofaktoren und bei Hitze besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen

Wie sehr Menschen gesundheitlich unter Hitze leiden, hängt von dem Ausmaß ihrer Exposition, der Empfindlichkeit der Betroffenen gegenüber Hitze, ihrer Anpassungskapazität, sowie der Qualität der Gesundheitsversorgung ab [1]. In dieser Arbeitshilfe werden besonders gefährdete Personengruppen und die im Zusammenhang existierenden Risikofaktoren benannt.

Besonders gefährdete Personengruppen

- Ältere Menschen, insbesondere in der Altersgruppe über 65 Jahren
- Menschen mit chronischer Erkrankung oder körperlicher bzw. psychischer Beeinträchtigung bzw. Behinderung sowie Schwersterkrankte
- Menschen, die bestimmte Medikamente einnehmen
- Schwangere
- Säuglinge und Kinder
- Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status
- Menschen, die sozial isoliert sind
- Menschen, die im Freien arbeiten

Körperliche Risikofaktoren

Ältere Menschen

Ältere Menschen haben aufgrund mehrerer Faktoren ein erhöhtes Risiko an den Folgen von Hitze zu erkranken. Mit steigendem Alter sinkt die Anpassungsfähigkeit des Körpers. So haben ältere Menschen ein vermindertes Durstgefühl und Schwitzen weniger sowie später. Des Weiteren können altersbedingte kognitive oder physische Einschränkungen zu einer

schlechteren Selbsteinschätzung und entsprechend gering ausgeprägter Anpassung führen. Die Anpassungsfähigkeit wird auch durch die in der Altersgruppe häufige Medikamenteneinnahme verschlechtert, da gewisse Medikamente die Mechanismen der Thermoregulation des Körpers beeinflussen [2].

Menschen mit chronischer Erkrankung

Chronische Erkrankungen gelten ebenfalls als Risikofaktor für Hitzebelastung: hierzu zählen insbesondere psychische Erkrankungen, Depressionen, Diabetes, Lungenerkrankungen sowie kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen [2, 3]. So verringern kardiovaskuläre Erkrankungen die Fähigkeit das Herzzeitvolumen zu vergrößern, was wiederum die Anfälligkeit für einen Hitzschlag aufgrund eingeschränkter Thermoregulation erhöht. Vaskuläre Erkrankungen schränken die Thermoregulation wiederum durch die erschwerte Erhöhung der Blutzufuhr zur Haut ein. Durchfall und fieberige Erkrankungen sowie Nieren- und Stoffwechselkrankheiten beeinflussen die Thermoregulation aufgrund des Zusammenhangs mit übermäßigem Flüssigkeitsverlust und Dehydrierung. Darüber hinaus sind Krankheiten, welche die Anzahl oder Funktion von Schweißdrüsen beeinflussen, wie etwa Sklerodermie und Mukoviszidose, ebenfalls Risikofaktoren. Zusätzlich gelten Bettlägerigkeit oder jegliche Krankheiten, welche die Selbstversorgung einschränken, als Gefahr, da die Fähigkeit der angemessenen Verhaltensreaktionen verringert wird [3]. Adipositas stellt ebenfalls ein Risiko für die Funktion der Thermoregulation dar [4].

Menschen, die bestimmte Medikamente einnehmen

Auch Medikamenteneinnahme kann ein gesundheitliches Risiko bei Hitze darstellen. Medikamente können die Schweißproduktion und das Durstempfinden beeinflussen, die Durchblutung der Haut verhindern, Elektrolytverlust fördern und den Stoffwechsel beziehungsweise das Herz-Kreislaufsystem stören und somit die Thermoregulation und Anpassungsfähigkeit vermindern [3, 4]. Im Zusammenhang mit der Einnahme von Medikamenten muss zudem auf physiologische Unterschiede zwischen Frauen und Männern und entsprechende Unterschiede in Therapieeffekt und -verträglichkeit hingewiesen werden. So werden beispielweise Psychopharmaka, welche die Schweißproduktion vermindern, häufiger Frauen verordnet [5] und Betablocker, welche die Herzleistung verringern, wirken bei Frauen 40 % (bei Pilleneinnahme 50 %) stärker, auch in Bezug auf die Nebenwirkungen [6]. Zudem stellen Koffein-, Alkohol- und Drogenkonsum ein Risiko dar [7].

Schwangere

Die physiologischen Anpassungen des Körpers während der Schwangerschaft beeinflussen die Mechanismen der Thermoregulation. Die Körpermasse, die Fettablagerung, die körpereigene Wärmeproduktion und das Verhältnis von Körperoberfläche zu Masse verändern sich. Um diese Veränderungen zu kompensieren, senkt der Körper die Kerntemperatur und den Schwellenwert für das Schwitzen. Extreme Hitzeexposition wird jedoch mit verschiedenen Komplikationen für das ungeborene Kind, wie beispielsweise Frühgeburten, geringes Geburtsgewicht, angeborene Anomalien und Totgeburten in Verbindung gebracht. Die genauen Mechanismen konnten hierbei noch nicht ausreichend nachgewiesen werden [8, 9]. Auch nach der Geburt kann etwa für stillende Personen weiterhin ein erhöhtes Risiko bestehen, da Stillen dehydrierend wirkt [10].

Säuglinge und Kinder

Kleinkinder und Kinder sind aufgrund ihres Stoffwechsels ebenfalls einem erhöhten Risiko gegenüber Hitze ausgesetzt. So haben Neugeborene ein von Erwachsenen abweichendes Oberfläche-Massenverhältnis [11]. In extremer Hitze ist daher die Fähigkeit der Thermoregulation schlechter. Ob dies auch bei leichter und mittlerer Hitzeeinwirkung der Fall ist, wird angefochten [12]. Hinzu kommt, dass Kinder häufig insgesamt aktiver sind, was für den Körper eine zusätzliche Belastung darstellen kann [13]. Kinder sind jedoch auch aufgrund ihrer geringeren Anpassungsfähigkeit gefährdet: sie sind auf Versorgung und Fürsorge durch Andere angewiesen und können ihr Verhalten nicht selbst anpassen oder gesundheitliche Beeinträchtigungen hinreichend zum Ausdruck bringen [3, 14, 15].

Weitere körperliche Risikofaktoren

Über- oder Untergewicht sowie ein schlechter Fitness-Zustand können weitere gesundheitliche Risiken während Hitzeperioden darstellen. Studien zufolge werden eine geringe aerobe Leistungsfähigkeit ($VO_2\max$) und ein hoher Körperfettanteil mit geringerer Hitzeverträglichkeit in Verbindung gebracht [16, 17]. Fehlernährung kann zu einer verminderten Aufnahme von Nährstoffen oder von Schwierigkeiten bei der Absorption von Nährstoffen führen. Dies schränkt die Funktionsfähigkeit der Thermoregulation ein [18]. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass Ältere und pflegebedürftige Menschen aufgrund verschiedener altersphysiologischer Veränderungen ein erhöhtes Risiko für Fehlernährung haben [19].

Soziale Risikofaktoren

Menschen mit geringen soziökonomischen Ressourcen

Personen, die aufgrund von Beschäftigung, Bildung oder Diskriminierung nur über geringe sozioökonomische Ressourcen verfügen, können übermäßig von Hitze betroffen sein [20]. Aufgrund oftmals beengter Wohnverhältnisse ist ein Ausweichen auf kühlere Räume beispielsweise nicht möglich. Fehlendes Wissen oder nur geringe finanzielle Möglichkeiten verhindern zudem eine adäquate Anpassung von Räumlichkeiten oder weitere Schutzmaßnahmen [14]. Hierbei können außerdem Geschlechterunterschiede in den Bereichen Beschäftigung und Einkommen eine Rolle spielen [21]. Auch der zeitliche Anteil, der zuhause mit wärmebelasteten Tätigkeiten, wie beispielsweise Kochen, verbracht wird, kann einen Einfluss auf die Betroffenheit nehmen [2]. Soziale Risikofaktoren betreffen daher sowohl die Exposition als auch die Anpassungskapazität.

Menschen, die sozial isoliert sind

Menschen, die allein oder isoliert leben, besitzen aufgrund verringerter sozialer Kontakte ein erhöhtes Risiko. Sie haben beispielsweise bei Bedarf keine Unterstützung bei der Hitzeanpassung oder sind weniger in Aktivitäten außerhalb der Wohnung, welche von Hitze betroffen sein kann, eingebunden [14, 20].

Räumliche Risikofaktoren

Städtische Bereiche

In urbanen Räumen sind die Umgebungstemperaturen höher als in ländlichen Gebieten (*siehe Arbeitshilfe B.1*). Bewohnerinnen und Bewohner städtischer Hitzeinseln besitzen ein erhöhtes Risiko von Hitzeerkrankungen betroffen zu sein. Auch der kurzfristige Aufenthalt in städtischen Hitzeinseln bedeutet an heißen Tagen bereits eine gesteigerte Exposition gegenüber Hitze. Der Zugang der Bewohnerinnen und Bewohner zu kühlen Räumen und Gebieten, wie etwa Grünflächen, kann Linderung verschaffen.

Wohnung

Neben der Lage der Wohnung sind der bauliche Zustand und die Ausstattung der Wohnung besonders relevant für die Exposition gegenüber Hitze. So beeinflussen beispielsweise Dämmung, technische Anlagen wie Klimageräte oder Ventilatoren sowie Verschattungsmöglichkeiten wie Jalousien oder Gardinen die Raumtemperatur in der Wohnung [2]. Ebenso hat die Etage der Wohnung Einfluss auf die Hitzeexposition, weshalb Personen in Dachgeschosswohnungen einem höheren Risiko für Hitze ausgesetzt sind.

Menschen, die im Freien Arbeiten

Als weitere gefährdete Gruppe können Menschen, die im Freien oder in hohen Umgebungstemperaturen arbeiten, genannt werden. Diese haben aufgrund ihrer Exposition (Dauer, Häufigkeit und Intensität) gegenüber Hitze und den dabei geleisteten meist anstrengenden Aktivitäten eine hohe körperliche Belastung, welches ein besonderes Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen birgt. Arbeitsschutzkleidung oder Abwärme von Maschinen können zu weiterer Hitzebelastung beitragen [2].

Wissenswert

Die Evidenzlage für die Gefährdung dieser verschiedenen Personengruppen ist unterschiedlich. Während älteren Menschen eindeutig eine erhöhte Betroffenheit nachgewiesen werden kann, können aufgrund mangelnder Datengrundlage oder -zugänglichkeit nicht alle Bevölkerungsgruppen, wie beispielsweise Wohnungslose, Pflegebedürftige oder isoliert lebende Menschen, gleichermaßen gut untersucht werden [1]. Des Weiteren betrifft die Personen häufig eine Kombination verschiedener Risikofaktoren, wie etwa chronisch Erkrankte, die bestimmte Medikamente einnehmen und sozial isoliert sind [14] oder etwa schwangere Frauen, die in sozial benachteiligten städtischen Hitzeinseln leben und ein niedriges Bildungsniveau haben [2].

Literatur

Zitierte Literatur

- [1] Blättner, B., Grewe, H. A., Jansons, D. et al. (2021): Arbeitshilfe zur Entwicklung und Implementierung eines Hitzeaktionsplans für Städte und Kommunen. Hochschule Fulda. (pdf).
- [2] WHO – World Health Organization Regional Office for Europe (2021): Heat and health in the WHO European Region: updated evidence for effective prevention. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339462> (abgerufen 08.05.2023).
- [3] WHO – World Health Organization (2008): Heat-health action plans: guidance. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789289071918> (abgerufen 08.05.2023).
- [4] LMU Klinikum (2020): Hitzemaßnahmenplan für stationäre Einrichtungen der Altenpflege. Empfehlungen aus der Praxis für die Praxis. München. (pdf).
- [5] Barmer GEK (2012): Barmer GEK Arzneimittelreport 2012. (Asgard Verlagsservice) Siegburg. (pdf).
- [6] Glaeske, G. (2021): Auf Kosten der Patienten? Kritische Kommentare zur Pharmaindustrie. (Mabuse Verlag) Frankfurt am Main.
- [7] NIOSH – National Institute for Occupational Safety and Health (2016): Criteria for a recommended standard: Occupational exposure to heat and hot environments. Cincinnati, OH. United States. Department of Health and Human Services (DHHS) Publication 2016-106.
- [8] Samuels, L., Nakstad, B. Roos, N. et al. (2022): Physiological mechanisms of the impact of heat during pregnancy and the clinical implications: review of the evidence from an expert group meeting. In: International Journal of Biometeorology 66. S. 1505-1513. doi: 10.1007/s00484-022-02301-6.
- [9] Syed, S., O'Sullivan, T. L. u. K. P. Phillips (2022): Extreme Heat and Pregnancy Outcomes: A Scoping Review of the Epidemiological Evidence. In: International Journal of Environmental Research and Public Health 19, 2412. doi: 10.3390/ijerph19042412.
- [10] Singh, R., Arrighi, J., Jjemba, E. et al. (2019): Heatwave Guide for Cities. Red Cross Red Crescent Climate Centre. (pdf).
- [11] Koch, J. (2016): Thermoregulation des Menschen. In: Leonhardt, S. u. M. Walter (Hrsg.): Medizintechnische Systeme. (Springer Verlag) Berlin, Heidelberg. S. 283-317. doi: 10.1007/978-3-642-41239-4_10.
- [12] Smith, C. J. (2019): Pediatric Thermoregulation: Considerations in the Face of Global Climate Change. In: Nutrients 11, H. 9. doi: 10.3390/nu11092010.
- [13] Ministry of Health Canada (2011): Extreme Heat Events Guidelines. Technical Guide for Health Care Workers. Water, Air and Climate Change Bureau, Healthy Environments and Consumer Safety Branch, Health Canada. Ottawa, Ontario. (pdf).
- [14] Landessanitätsdirektion Wien (2018): Leitfaden Hitzemaßnahmenplan. Für medizinische und pflegerische Einrichtungen zur Erstellung eigener Hitzemaßnahmenpläne. Wien. URL: <https://www.wien.gv.at/gesundheit/sandirektion/leitfaden-hitzemassnahmen.html> (abgerufen: 14.06.2023).
- [15] Stadt Erfurt (o. J.): Hitzegefährdete Risikogruppen. URL: <https://www.erfurt.de/ef/de/leben/oekoumwelt/stadtklima/hitze/134749.html> (abgerufen: 14.06.2023).
- [16] Lisman, P., Kazman, J. B., O'Connor, F. et al. (2014): Heat Tolerance Testing: Association Between Heat Intolerance and Anthropometric and Fitness Measurements. In: Military Medicine 179, H. 11. S. 1339-1346. doi: 10.7205/MILMED-D-14-00169.
- [17] Aliabadi, M., Motlagh, M. S., Golmohammadi, R. et al. (2022): Analysis of body heat tolerance of workers in a simulated warm environment based on linear mixed model. In: PLoS ONE 17, H. 12. e0279170. doi: 10.1371/journal.pone.0279170.
- [18] Hansestadt Lübeck (2023): Hitzegefährdete Risikogruppen. Ältere Menschen, Kranke Menschen, Kleinkinder u.a. URL: <https://www.luebeck.de/de/stadtentwicklung/klimaschutz/hitzeportal/hitzegefaehrdete-risikogruppen.html> (abgerufen: 26.06.2023).
- [19] Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2014): Grundsatzstellungnahme – Essen und Trinken im Alter – Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Essen. (pdf).

[20] WHO – World Health Organization (2014): Gender, Climate Change and Health. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/144781> (abgerufen: 08.05.2023).

[21] Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2023): Die Arbeitsmarktsituation von Frauen und Männern 2022. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Nürnberg. (pdf).

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Bochum, Oktober 2023

B.4

Hitzewarnsystem des Deutschen Wetterdienstes

Die Hitzewarnungen des DWD

Der Deutsche Wetterdienst (DWD) gibt für den Fall von Hitzeereignissen Hitzewarnungen heraus. Die Warnungen erfolgen, wenn eine starke Wärmebelastung für mindestens zwei Tage in Folge vorhergesagt wird und eine ausreichende nächtliche Abkühlung nicht mehr gewährleistet ist.

Hitzewarnsystem des DWD

Warnstufe 1 (starke Wärmebelastung):

- Vorhergesagte Gefühlte Temperatur am frühen Nachmittag von **über 32 °C** für mindestens zwei Tage in Folge
- nur geringe nächtliche Abkühlung

Warnstufe 2 (extreme Wärmebelastung):

- Vorhergesagte Gefühlte Temperatur am frühen Nachmittag von **über 38 °C**

Besonders gefährdete Personen werden bei den Warnstufen berücksichtigt und im Warntext gezielt angesprochen:

- **Ältere Menschen:** für diese Gruppe stellt eine Gefühlte Temperatur ab 36 °C bereits eine extreme Belastung dar.
- **Stadtbewohnerinnen und -bewohner:** die nächtliche Abkühlung der Innenräume in Städten kann unter Umständen aufgrund des Wärmeinseleffekts nicht ausreichen, um einen erholsamen Schlaf zu gewährleisten. Falls dies der Fall ist, wird im Warntext auf die besondere Belastung der Stadtbewohnerinnen und -bewohner hingewiesen.

Die Hitzewarnungen des Deutschen Wetterdienstes werden anhand der Gefühlten Temperatur im Freien bestimmt. Hierfür werden in einem Modell verschiedene Messwerte wie Lufttemperatur, Windgeschwindigkeit, Wasserdampfdruck und mittlere Strahlungstemperatur sowie die Stoffwechselrate und Wärmeisolation der Bekleidung verwendet. Als Basis zur Bestimmung der Gefühlten Temperatur wird hierbei als Standard der sogenannte Klima-Michel verwendet: ein 35-jähriger Mann, 75 kg schwer, 1,75 m groß, mit einer Gehgeschwindigkeit von 4 km/h. Er wird seit 2017 ergänzt durch einen Klima-Michel Senior, das heißt einen 75-jährigen Mann mit einer Gehgeschwindigkeit von 1 km/h und einer eingeschränkten Hitzeanpassung [1, 2]. Aufgrund der standardisierten Stoffwechselraten trifft die Gefühlte Temperatur nicht zwingend für alle Personen zu, da sich beispielsweise die durchschnittlichen physischen Parameter für Frauen deutlich unterscheiden [3].

Entgegennahme der Hitzewarnungen des DWD sicherstellen

Um sicherzustellen, dass Sie die Hitzewarnungen des DWD erreichen, können Sie sich für den Newsletter „Hitzewarnungen“ des DWD anmelden. Im Warnfall wird die Hitzewarnung bis 10:00 Uhr des jeweiligen Tages versendet.

Beim Abonnieren des Newsletters können Sie wählen, ob Sie die Hitzewarnung auf Bundesländer- oder zusätzlich auf Landkreisebene sowie eine Hitzepronose erhalten möchten. Falls Sie das Feld Hitzepronose ausgewählt haben, werden Sie für die ausgewählten Ebenen auch über eine mögliche Hitzeentwicklung über den zweitägigen Warnzeitraum hinaus informiert.



Über Ursachen und Auswirkungen des Klimawandels können Sie sich zusätzlich hier informieren:

www.umweltbundesamt.de

www.deutsches-klima-konsortium.de

www.de-ipcc.de

Außerdem bietet der DWD eine GesundheitsWetter-App an. Hierüber werden aktuelle Warn- und Wettersituationen in Bezug auf die aktuellen Gesundheitseinflüsse bereitgestellt, darunter fallen unter anderem amtliche Hitzewarnungen, Hinweise zur Wetterfähigkeit sowie amtliche UV-Warnungen. Zusätzlich sind die Warnelemente und Warnstufen frei konfigurierbar.



Detaillierte Informationen zur GesundheitsWetter-App des DWD erhalten sie hier:

www.dwd.de/DE/leistungen/gesundheitswetter/gesundheitswetter.html

Die Wetterwarnungen des DWD können Sie auch über die Warn-App NINA des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe beziehen. Es erreichen Sie zudem wichtige Warnmeldungen des Bevölkerungsschutzes über diese App.



Detaillierte Informationen zur Warn-App NINA gibt es hier:

www.bbk.bund.de

Einrichtungsinterne Verteilung sicherstellen

Nachdem die Hitzewarnung eine Einrichtung erreicht, gilt es diese in der Einrichtung zu kommunizieren. Für ein Krankenhaus als große Organisationseinheit kann sich dies mitunter sehr komplex gestalten. Es kann sich anbieten über eine koordinierte Verfahrensanweisung bei Hitzewarnungen zu verfügen, um sicherzustellen, dass alle Mitarbeitenden rechtzeitig entsprechende Maßnahmen einleiten. Hierfür kann es hilfreich sein, eine Kommunikationskaskade festzulegen, idealerweise in Form eines Ablauf- oder Kommunikationsplans. Hierbei ist es vor allem wichtig, konkrete Zuständigkeiten festzulegen.

Literatur

Zitierte Literatur

- [1] DWD – Deutscher Wetterdienst (o. J.): Erläuterungen zur Gefühlten Temperatur. URL: <https://www.dwd.de/DE/leistungen/gefahrendindizes/thermisch/gefuehltetemp.html> (abgerufen: 14.06.2023).
- [2] Matzarakis, A., Laschewski, G. u. S. Muthers (2020): The Heat Healthwarning System in Germany – Application and Warnings for 2005 to 2019. In: Atmosphere 11 (2), 170; doi: 10.3390/atmos11020170
- [3] Haselsteiner, E. (2021): Gender matters! Thermal comfort and individual perception of indoor environmental quality: A literature review In: Andreucci, M. B., Marvuglia, A., Baltov, M. u. P. Hansen (Hrsg.): Rethinking Sustainability Towards a Regenerative Economy. Future City 15. Cham. S. 169-200. doi: 10.1007/978-3-030-71819-0_9.

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Bochum, Oktober 2023

B.5

Übersicht weiterer Arbeitshilfen

Im Folgenden finden Sie eine Kurzübersicht über weitere Arbeitshilfen. Viele der Inhalte könnten auch für Ihre Einrichtung von Interesse sein. Für die Inhalte sind die herausgebenden Institutionen verantwortlich.

Einrichtungsbezogene Muster-Hitzeschutzpläne

Musterhitzeschutzplan für stationäre Pflegeeinrichtungen, Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Pflege-Wohngemeinschaften

1. Maßnahmen zur Vorbereitung auf den Sommer

Struktur	Verantwortliche Personen für Hitzeschutz und die Umsetzung des Hitzeschutzplans benennen und beauftragen Kommunikationskaskade und Hitzeschutzmaßnahmen in einem für die Einrichtung spezifischen Hitzeschutzplan festlegen Mechanismen für die Maßnahmenbewertung und laufende Aktualisierung des Hitzeschutzplans festlegen Hitzeschutzmaßnahmen des nächsten Sommers erarbeiten
Schulungen	Schulungsbedarf ermitteln sowie ein Schulungskonzept für pflegerisches und betreuendes Personal entwickeln und durchführen Konzept zum Einbezug von nicht-medizinischem Personal in den Hitzeschutzplan entwickeln und durchführen
Technik	Hitzerelevanter Ist-Bauzustand der Gebäude sowie auch der Umgebung (Begrünungskonzept) erheben Kühle Zonen bzw. Erholungsbereiche (Cooling zones) für Bewohner:innen, Gäste und Mitarbeitende erheben Überblickskonzept für Extremereignisse bzw. Störfälle wie Stromknappheit/-ausfall entwickeln bzw. überprüfen Sonnenschutzkonzepte entwickeln bzw. überprüfen (Außenbereiche und Innenbereiche für Bewohner:innen, Gäste und Mitarbeitende) Kühlungs- bzw. Klimatisierungskonzept für Bewohner:innen, Gäste und Mitarbeitende entwickeln bzw. überprüfen Funktionsfähigkeit von Jalousien und Sonnenschutz prüfen Temperatur und Luftfeuchtigkeit in den Innenräumen messen und dokumentieren
Personalplanung	Mehrbedarfe an Personal während Hitzeperioden ermitteln
Arbeitsschutz	Gewährleistung des Arbeitnehmer:innenschutzes während Hitzeperioden prüfen
Pflegepraxis	Vorgehen zur Erkennung von gefährdeten Personen festlegen (z.B. „Pflege-Assessments“) Ernährungskonzepte während Hitzeperioden unter Einbindung des Küchenpersonals entwickeln Lagerungsmöglichkeiten für hitzeempfindliche Arzneimittel überprüfen und bereitstellen

Aktionsbündnis Hitzeschutz Berlin – eine Initiative der ÄKB, SenWGPÖ und KLUG e.V.
Stand: Juni 2022, Version 2

Herausgeben von:

Aktionsbündnis Hitzeschutz Berlin – eine Initiative der ÄKB, SenWGPÖ und KLUG e. V.

Jahr: 2022

Die Muster-Hitzeschutzpläne für verschiedene Einrichtungstypen enthalten sowohl saisonale als auch nach Warnstufen abgestufte Maßnahmen zum Schutz vor hitzebedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen. Die Maßnahmen beziehen sich bspw. auf Struktur, Schulungen, Personalplanung, Arbeitsschutz, Pflegepraxis, Informationen, Mitarbeitende sowie Bau und Ausrüstung.

Leitfaden Hitzemaßnahmenplan – Für medizinische und pflegerische Einrichtungen zur Erstellung eigener Hitzemaßnahmenpläne



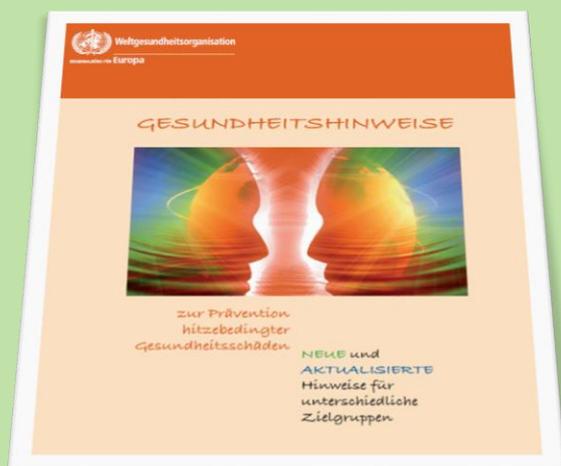
Herausgeben von:

Landessanitätsdirektion Wien –
Magistratsabteilung 15

Jahr: 2018

Dieser Leitfaden wendet sich an die institutionalisierten Versorgungsbereiche besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen, insbesondere an die Verantwortlichen von Krankenhäusern, Pflege- und Betreuungseinrichtungen sowie deren Mitarbeitende. Die Arbeitshilfe soll die Einrichtungen bei der Entwicklung von Hitzeschutzmaßnahmen unterstützen. Dabei berücksichtigt die Arbeitshilfe die Notwendigkeit jeder einzelnen Einrichtung, auf die jeweiligen regionalen Gegebenheiten sowie die Bedürfnisse und Ausgangsbedingungen der zu betreuenden Personengruppen einzugehen.

Gesundheitshinweise zur Prävention hitzebedingter Gesundheitsschäden - Neue und aktualisierte Hinweise für unterschiedliche Zielgruppen



Herausgeben von:

Weltgesundheitsorganisation

Jahr: 2019

Dieser Leitfaden enthält zielgruppenspezifische Informationen zum Gesundheitsschutz bei Hitze. Zu den Zielgruppen gehören Gesundheitsbehörden, medizinisches Fachpersonal, Ärztinnen und Ärzte sowie Leitungen von Pflegeeinrichtungen. Der Leitfaden enthält Informationen zu z. B. Risikofaktoren für hitzebedingte Erkrankungen und Sterblichkeit, zur Behandlung von hitzebedingten Erkrankungen, zu Nebenwirkungen von Medikamenten, zur Medikamentenanpassung, zum Trinken bei Hitze sowie zu Normen für Sicherheit am Arbeitsplatz.

Hitzemaßnahmenplan für stationäre Einrichtungen der Altenpflege. Empfehlungen aus der Praxis für die Praxis



Herausgeben von:

LMU Klinikum, Institut für Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Jahr: 2020

Diese Arbeitshilfe zielt darauf ab, hitzebedingte Gesundheitsrisiken in der stationären Pflege zu reduzieren. Sie liefert Hintergrundinformationen, warum Hitzeereignisse für die Pflege relevant sind und welche praktischen Maßnahmen vor und während einer Hitzewelle ergriffen werden können. Außerdem gibt diese Arbeitshilfe Ratschläge, wie man Besucher, Angehörige und andere Berufsgruppen einbeziehen kann, sowie praktische Tipps für das Qualitätsmanagement.

Pflege im Umgang mit dem Klimawandel – Information und Tipps für Pflegende zum Umgang mit Auswirkungen der Wetterextreme



Herausgeben von:

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e. V.

Jahr: 2020

Mit dieser Arbeitshilfe gibt der DBfK Bundesverband Hinweise für Pflegende, um vorerkrankte und pflegebedürftige Menschen vor Hitze zu schützen. Pflegekräfte tragen besonders an hitzebedingt kritischen Tagen eine hohe Verantwortung, auf Veränderungen der Vitalfunktionen und des Bewusstseinszustandes zu achten und rechtzeitig zu reagieren. Detaillierte Informationen werden zu Nebenwirkungen von Medikamenten bei Hitze, Arbeitssicherheit bei Hitze und wetterbedingten Gesundheitsrisiken gegeben.

Außergewöhnliche Hitzeperioden – Vorbereitung und Vorgehen in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe



Herausgegeben von:
Regierungspräsidium Gießen

Jahr: 2018

Diese Arbeitshilfe dient der Vorbereitung und Durchführung von Maßnahmen bei Hitzeperioden für stationäre Einrichtungen. Sie enthält u. a. ausführliche Informationen zum deutschen Hitzewarnsystem, den Auswirkungen von Hitze auf ältere und pflegebedürftige Menschen, zur Identifizierung von besonders gefährdeten Bewohnerinnen und Bewohnern, zur Vermeidung von Hitzeschäden, zu präventiven Maßnahmen, zur Einrichtungsorganisation und zu Maßnahmen im Rahmen von Betreuung und Pflege.

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Bochum, Oktober 2023

C.1

Anamnesebogen für die Erfassung besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten

Die in dieser Arbeitshilfe bereitgestellten Informationen dienen dazu, im Rahmen der Anamnese Patientinnen und Patienten zu erfassen, die während Hitzeereignissen besonders gefährdet sein könnten. Die Erfassung dieser Patientinnen und Patienten anhand bestimmter Risikofaktoren kann für mögliche Beeinträchtigungen durch Hitze sensibilisieren und liefert Anhaltspunkte für eine angemessene Versorgung.

Einige der Aufgreifkriterien werden in Ihrer Einrichtung im Rahmen von Eingangsuntersuchungen womöglich ohnehin bereits erhoben, andere vielleicht noch nicht. Bei den hier vorgeschlagenen Kriterien handelt es sich um Anregungen. Es liegt im fachlichen Ermessen Ihrer Einrichtung, welche Kriterien während der Sommermonate zusätzlich mit aufgenommen werden können. Ob und inwieweit Sie die hier beschriebenen Aufgreifkriterien in die Aufnahmeroutinen Ihrer Einrichtung integrieren, entscheiden Sie hausintern.

Die möglichen Aufgreifkriterien werden nachfolgend in ihrer Bandbreite dargestellt. Sie sind zunächst nur als deskriptive Zustandsbeschreibung zu verstehen und stellen keine Bewertung dar. Sie dienen lediglich als Entscheidungsgrundlage für das medizinische Fachpersonal. Zutreffende Kriterien sollten immer im einzelfallspezifischen Kontext betrachtet werden. Die Bewertung der erhobenen Informationen, wie beispielsweise die Einstufung als besonders gefährdete Person, sollte von der behandelnden Ärztin beziehungsweise dem behandelnden Arzt getroffen werden.

Erfassung hitzebezogener Informationen im Rahmen der Anamnese

Im Folgenden werden Kriterien gelistet, die im Rahmen der Anamnese erfasst werden können. Personen, bei denen ein oder mehrere Kriterien zutreffen, können unter Umständen

ein erhöhtes Risiko gegenüber Hitze aufweisen. Auf eine quantitative Bewertung beispielsweise mit Schwellenwerten wird jedoch zugunsten einer Sensibilisierung bewusst verzichtet.

Anamnese zur Abklärung von Risikofaktoren für eine erhöhte Anfälligkeit gegenüber Hitze:

- Notaufnahme, Aufenthalt auf Intensivstation, prä- oder postoperative Phase
- Alter (>65 Jahren, <4 Jahren)
- Schwangerschaft
- Pflegebedürftigkeit
- Kognitive Einschränkungen (erschweren eine selbstständige Flüssigkeitszufuhr)
- Körperliche Einschränkungen (hochgradige Sehstörung, eingeschränkte Beweglichkeit, Trinkbecher kann nicht selbständig gefüllt oder gehalten werden, Schluckstörung, reduziertes Durstgefühl, Übelkeit oder Geschmacksstörungen)
- Akute oder chronische Erkrankungen (s. u.)
- Vorherige Anfälligkeit für eine hitzeassoziierte Erkrankung (Hitzekrampf, Hitzekollaps, Hitzeerschöpfung, Hitzschlag und Sonnenstich)
- Einnahme von Medikamenten, die während einer Hitzeperiode besondere Aufmerksamkeit erfordern (*siehe Arbeitshilfe C.4*)

Grundsätzlich sind alle pflegebedürftigen Menschen sowie Personen mit veränderter Anpassungsfähigkeit aufgrund körperlicher und geistiger Einschränkungen besonders durch Hitze gefährdet [1, 2].

Erkrankungen oder Symptome, die Patientinnen und Patienten besonders anfällig für Folgen von Hitze machen können:

- Fieber
- Durchfall
- Infektionen
- Wundheilungsstörung
- Ulcus cruris
- Munderkrankungen
 - u. a. Mundsoor, Aphten, Zahnprobleme
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 - u. a. KHK, Herzinsuffizienz, Reizleitungsstörungen, Bluthochdruck, pAVK
- Atemwegserkrankungen (insbesondere als Kombination aus Hitze und Luftverunreinigung)
 - u. a. Asthma, chronische Bronchitis, COPD
- Stoffwechselerkrankungen
 - u. a. Diabetes mellitus, Schilddrüsenüberfunktion
- Neurologische Erkrankungen
 - u. a. Schlaganfall, Morbus Parkinson, eingeschränkte Beweglichkeit mit Lähmungen, organisch bedingte kognitive Einschränkungen bzw. psychische Störungen wie bei Morbus Alzheimer und anderen Formen von Demenz
- Psychische Erkrankungen
 - u. a. wahnhaftige Erkrankungen (Schizophrenie und schizoaffektive Störungen), kognitive Einschränkungen, Substanzabhängigkeit
- Nierenerkrankungen

- u. a. Nierensteine, akute oder chronische Niereninsuffizienz
- Adipositas
- Andere chronische Erkrankungen wie Sklerodermie oder zystische Fibrose (Mukoviszidose)

Wissenswert

Zusätzlich sollte besonders auf die verschriebenen Medikamente geachtet werden. Weitere Informationen hierzu finden Sie in Arbeitshilfe C.4.

Bewertung der erfassten Informationen und Folgemaßnahmen

Die Bewertung der erfassten Informationen erfolgt durch die behandelnde Ärztin beziehungsweise den behandelnden Arzt. Hierzu können an dieser Stelle keine pauschalen Empfehlungen gegeben werden. Je nach Einschätzung des ärztlichen Personals können zusätzliche Maßnahmen ergriffen werden. So kann eine engmaschigere Versorgung mit erweitertem Monitoring (siehe unten) besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten während Hitzeereignissen sinnvoll sein, um Hitzeerkrankungen vorzubeugen oder bei deren Auftreten schnell Maßnahmen einzuleiten. Wann welche Maßnahmen erfolgen, liegt im Ermessen der Ärztin oder des Arztes.

Es kann gegebenenfalls sinnvoll sein, folgende Parameter regelmäßig zu kontrollieren, um Hinweise über die Notwendigkeit von Folgemaßnahmen zu erhalten:

- Bewusstseinslage
- Blutdruck und Puls
- Körpertemperatur
- Flüssigkeitsbilanzierung
- Urinausscheidung (Menge, Farbe)
- Stuhlgang (Konsistenz, Menge, Farbe)
- Feuchtigkeit der Schleimhäute

Literatur

Zitierte Literatur

- [1] RKI – Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2004): Hitzewellen und extreme Klimaereignisse – Herausforderungen für das Gesundheitswesen. In: Epidemiologisches Bulletin 25, S. 200-201. (pdf).
- [2] WHO – Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro Europa (2019): Gesundheitshinweise zur Prävention hitzebedingter Gesundheitsschäden. Neue und aktualisierte Hinweise für unterschiedliche Zielgruppen. (pdf).

Übergreifende Literatur

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2021): Hitze: Risiken und Schutzmaßnahmen. URL: <https://gesund.bund.de/hitze-und-gesundheit> (abgerufen: 08.05.2023).

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Unter Mitwirkung von

Axel Herzog, Ärztekammer Nordrhein
Peter May, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.
Hilmar Riemenschneider, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.

Bochum, Oktober 2023

C.2

Hitze – Erkrankungen und Maßnahmen

Welche Erkrankungen treten bei Hitze verstärkt auf?

Langanhaltende hohe Temperaturen können zu verschiedenen Hitzeerkrankungen führen, insbesondere, wenn zu wenig getrunken wird oder körperlich anstrengende Tätigkeiten durchgeführt werden. Zu den hitzebedingten Erkrankungen gehören beispielsweise Hitzekrampf, Hitzekollaps, Hitzeerschöpfung und Hitzschlag. Außerdem kann die direkte Sonneneinstrahlung auf den (unbedeckten) Kopf einen Sonnenstich verursachen.

Eine Vorerkrankung erhöht das Risiko, durch Hitze beeinträchtigt zu werden und damit auch die Wahrscheinlichkeit, eine Hitzeerkrankung zu entwickeln. Zu den Vorerkrankungen gehören beispielsweise:

- akute somatische Erkrankungen wie Fieber, Durchfall, Infektionen, Ulcus cruris oder Wundheilungsstörung
- Chronische Erkrankungen wie
 - Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. KHK, Herzinsuffizienz, Reizleitungsstörungen, Bluthochdruck, pAVK)
 - Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, COPD)
 - Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes mellitus, Schilddrüsenüberfunktion)
 - Adipositas
 - Neurologische Erkrankungen (z. B. Schlaganfall, Morbus Parkinson, eingeschränkte Beweglichkeit mit Lähmungen, organisch bedingte kognitive Einschränkungen bzw. psychische Störungen wie bei Morbus Alzheimer und anderen Formen von Demenz)
 - Psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen, wahnhaftige Erkrankungen, Schizophrenie, kognitive Einschränkungen, Substanzabhängigkeit)
 - Nierenerkrankungen (z. B. Nierensteine, akute oder chronische Niereninsuffizienz)

- andere chronische Erkrankungen wie Sklerodermie oder zystische Fibrose (Mukoviszidose)

Wenden Sie sich in diesen Fällen gegebenenfalls an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt.

Wissenswert

Die folgenden Hitzeerkrankungen und entsprechenden Maßnahmen betreffen größtenteils mobilere Personen und nicht diejenigen, die beispielsweise aufgrund eines operativen Eingriffs bettlägerig sind.

Was ist ein Hitzekrampf?

Schmerzhafte Muskelkrämpfe, oft nach starker körperlicher Anstrengung bei Hitze, sind Anzeichen für einen Hitzekrampf. Sie treten meist in den Beinen und im Bauch auf, manchmal auch erst nach einigen Stunden.

Erste Hilfe: Menschen mit einem Hitzekrampf sollten sich an einem kühlen Ort ausruhen, vorsichtig die betreffenden Muskeln dehnen und massieren sowie salzhaltige Getränke zu sich nehmen, um den Elektrolythaushalt auszugleichen.

Was ist ein Hitzekollaps?

Die Anzeichen für einen Hitzekollaps sind eine kurzzeitige Ohnmacht oder ein Kreislaufkollaps. Der Hitzekollaps tritt schon bei relativ geringer Hitzebelastung auf, häufig nach längerem Stehen. Typisch für den Hitzekollaps ist, dass es der Person im Liegen schnell bessergeht.

Erste Hilfe: Bei einem Hitzekollaps ist es wichtig, die Person an einem kühlen Ort in Rückenlage und mit erhöhten Beinen zu lagern. Ist sie bei Bewusstsein, sollte man salzhaltige Getränke reichen. Auch wenn die Bewusstlosigkeit meist kurz und in der Regel nicht gefährlich ist, sollte die Ärztin beziehungsweise der Arzt sofort informiert werden.

Was ist eine Hitzeerschöpfung?

Körperliche Anstrengung bei hohen Temperaturen und starkes Schwitzen führen zu einem starken Flüssigkeits- und Elektrolytmangel und können so eine Hitzeerschöpfung begünstigen. Anzeichen sind unter anderem Schwäche, Unwohlsein, Schwindel, Kopfschmerzen, vermehrtes Schwitzen, starkes Durstgefühl, später auch trockene, blasse und kühle Haut, sowie eine Körpertemperatur von bis zu 40 °C und ein niedriger Blutdruck.

Wissenswert

Eine Hitzeerschöpfung kann schnell in einen lebensbedrohlichen Hitzschlag übergehen. Daher sollte regelmäßig die Körpertemperatur kontrolliert werden.

Erste Hilfe: Bei einer Hitzeerschöpfung ist es wichtig, den Körper auf 38,5 bis 39 °C herunterzukühlen, beispielsweise durch Eintauchen des Körpers in kaltes Wasser oder Duschen, Erzeugen von Verdunstungskälte durch Besprühen mit kaltem Wasser und Luftzug sowie zusätzlich Kühlpacks an Nacken, Leiste und Achseln. Außerdem ist es wichtig, die Person an einen kühlen Ort zu bringen, überflüssige Kleidung zu entfernen, sowie salzhaltige Getränke zu reichen. Bei einer starken Hitzeerschöpfung sollte außerdem umgehend die Notärztin beziehungsweise der Notarzt verständigt werden.

Wissenswert

Kühlpacks und Kühllakus aus dem Tiefkühlschrank sowie Eiswürfel müssen in ein Handtuch oder anderen Stoff gewickelt werden, um Erfrierungen der Haut zu vermeiden.

Was ist ein Hitzschlag?

Anzeichen für einen Hitzschlag sind eine Körpertemperatur von über 40 °C, Bewusstseinsstörungen, eventuell epileptische Anfälle, Erbrechen, Durchfall und niedriger Blutdruck. Bei Älteren, chronisch kranken Menschen und Kindern tritt ein Hitzschlag meist aufgrund hoher Umgebungstemperaturen sowie einem starken Flüssigkeits- und Elektrolytmangel auf (Klassischer Hitzschlag). Bei gesunden Erwachsenen hingegen führt meist zu viel körperliche Anstrengung bei hohen Temperaturen, beispielsweise Sport oder Arbeit im Freien, zu einem Hitzschlag (Belastungshitzschlag).

Erste Hilfe: Bei Anzeichen für einen Hitzschlag muss sofort ärztliches Personal einbezogen und gegebenenfalls müssen Wiederbelebensmaßnahmen eingeleitet werden. Es ist unbedingt notwendig, den Körper so rasch wie möglich abzukühlen. Das geschieht am besten durch Eintauchen des Körpers in kaltes Wasser, Duschen oder auch durch Erzeugen von Verdunstungskälte durch Besprühen mit kaltem Wasser und Luftzug sowie Kühlpacks an Nacken, Leiste und Achseln. Außerdem ist es wichtig, die Person an einem kühlen Ort zu lagern, überflüssige Kleidung zu entfernen und ihr wenn möglich Flüssigkeit zuzuführen.

Wissenswert

Eine Hitzeerschöpfung oder ein Hitzschlag können auch vorliegen, wenn die Körpertemperatur nicht stark erhöht oder die Umgebungstemperatur nicht extrem hoch ist. Wichtiger ist die Gefühlte Temperatur der Person und ob sich diese körperlich angestrengt hat. Im Zweifelsfall sollte ein Hitzschlag vermutet und eine Notärztin beziehungsweise ein Notarzt hinzugezogen werden.

Was ist ein Sonnenstich?

Viel Sonne auf den (unbedeckten) Kopf führt leicht zu einem Sonnenstich. Anzeichen können Unruhe, Schwindel, Übelkeit, Kopfschmerzen, ein hochroter heißer Kopf, Bewusstseinsstörungen und ein steifer Nacken sein.

Erste Hilfe: Personen mit einem Sonnenstich müssen an einen schattigen, gut belüfteten Ort gebracht und mit erhöhtem Kopf gelagert werden. Es ist wichtig, den Kopf zu kühlen, beispielsweise mit feuchten, kalten Tüchern oder Kompressen, die den ganzen Kopf bedecken. Bei einem leichten Sonnenstich sollten salzhaltige Getränke gereicht werden. Bei Anzeichen für einen starken Sonnenstich, wie Bewusstseinsstörungen oder ein steifer Nacken, sollte außerdem umgehend die Notärztin beziehungsweise der Notarzt verständigt werden.

Wissenswert

Bei einem Sonnenstich sollte regelmäßig die Körpertemperatur gemessen werden, um eine Hitzeerschöpfung (bis 40 °C) oder einen Hitzschlag (über 40 °C) auszuschließen, da diese gemeinsam auftreten können.

Literatur

Die Inhalte dieser Arbeitshilfe wurden mit freundlicher Genehmigung in weiten Teilen übernommen aus dem Online Auftritt gesund.bund.de, einem Service des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Unter Mitwirkung von

Michael Adam, Landessenorenvertretung Nordrhein-Westfalen e. V.

Bochum, Oktober 2023

C.3

Flüssigkeitszufuhr bei Hitze

Ein Flüssigkeitsmangel im Körper kann zu einer Dehydrierung und sogar Exsikkose führen. Diese entsteht insbesondere bei Hitze, wenn der Flüssigkeitsverlust besonders hoch und die Flüssigkeitszufuhr zu gering ist. Eine verringerte Flüssigkeitsmenge beeinträchtigt vor allem die Funktionen des Gehirns, des Kreislaufs und der Nieren. Menschen mit akuten oder chronischen Erkrankungen leiden auch außerhalb von Hitzeperioden häufiger unter einem erhöhten Flüssigkeitsmangel. Dieser schränkt die Flüssigkeitsaufnahme in Verbindung mit anderen Faktoren, wie beispielsweise eingeschränkter Mobilität oder kognitiver Leistungsfähigkeit, zusätzlich stärker ein. Außerdem ist es wichtig, ausreichend Elektrolyte zu sich zu nehmen. Die tägliche Aufnahme von mindestens 1,5 bis 2 Liter Flüssigkeit ist empfohlen, Mineral- oder Leitungswasser, Saftschorlen und ungesüßte Tees eignen sich dazu besonders. Auf Getränke mit Alkohol, Koffein oder viel Zucker sollte hingegen verzichtet werden. Bei Vorerkrankungen wie beispielsweise Herz-Kreislauf- oder Nierenerkrankungen sollte die richtige Trinkmenge mit der behandelnden Ärztin beziehungsweise dem Arzt abgesprochen werden [1]. Auch über die Nahrung wie frisches Obst und Gemüse mit hohem Wasser- und günstigem Elektrolytgehalt (zum Beispiel Melone, Gurke) sowie Salate (zum Beispiel mit Schafskäse) können Elektrolyte zugeführt werden.

Wissenswert

Elektrolyte sind Salze, die im Körper vorkommen und unter anderem Natrium- und Magnesium-Ionen enthalten. Wenn man viel schwitzt, verliert man auch Salze. Das kann unter anderem zu starker Erschöpfung und Muskelkrämpfen führen. Ein Ausgleich des Elektrolythaushaltes ist daher bei Hitze besonders wichtig und kann durch den Einsatz von Brausetabletten und Infusionen unterstützt werden.

Eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr und leichte Mahlzeiten sowie einfach umsetzbare Empfehlungen und Maßnahmen helfen, die Gesundheit zu schützen. Insbesondere bei stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten ist diese für die Genesung unerlässlich. Leichte Mahlzeiten, wie wasserreiches Obst und Gemüse, aber auch Brühen und Suppen versorgen den Körper mit ausreichend Flüssigkeit und tragen dazu bei, den Elektrolythaushalt auszugleichen, auch wenn bei hohen Temperaturen das Hungergefühl oft gering ist [1]. Darüber hinaus ist es möglich, Patientinnen und Patienten mit Hilfe einer Infusion ausreichend Flüssigkeit zuzuführen, zum Beispiel bei Schluckstörungen. Nachfolgend finden Sie Tipps zum angepassten Trink- und Ernährungsverhalten bei Hitze, eine kurze Tabelle zur Ermittlung des Unterstützungsbedarfs sowie eine Protokollvorlage zur Kontrolle des Trink- und Essverhaltens der Patientinnen und Patienten.

Bedarf zur Unterstützung zum und beim Trinken erkennen

Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, welche häufig an chronischen oder akuten Krankheiten leiden, müssen vor allem in den Sommermonaten auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr achten. Aufgrund von Medikamenteneinnahme kann es zu einem veränderten Durstgefühl kommen sowie aufgrund von kognitiven oder Bewegungseinschränkungen nicht selbstständig Flüssigkeit zu sich genommen werden. Wenn die reduzierte Flüssigkeitsaufnahme über einen längeren Zeitraum erfolgt, können Symptome wie ein trockener Mund, Kreislaufprobleme, Verwirrtheit oder Bewusstseinsstörungen auftreten. Um dem vorzubeugen, sollte der Bedarf zur Unterstützung zum und beim Trinken ermittelt werden. Dies kann zunächst mithilfe einer Bedarfsermittlung und einem Protokoll zur Flüssigkeitsaufnahme umgesetzt werden. Letzteres sieht bei Bedarf die Dokumentation des täglichen Trinkverhaltens während Hitzeperioden vor, um ein möglichst genaues Bild des gesundheitlichen Zustandes der Patientinnen und Patienten abzubilden. Weiterer Handlungs- und Unterstützungsbedarf ist im Einzelfall durch Rücksprache zwischen Pflegepersonal und Ärztinnen und Ärzten zu klären.

Gesunde Ernährung bei Hitze: den Körper mit Flüssigkeit versorgen

Während der Hitzeperioden in der Sommerzeit muss die Speiseversorgung und Ernährung der Patientinnen und Patienten angepasst werden. Insbesondere auf fettige, schwere Speisen sollte verzichtet werden. Es empfiehlt sich, über den Tag verteilt kleinere Mahlzeiten mit ausreichend mineralischer Kost anzubieten. Die Speisen sollten leicht verdaulich sein, um keine zusätzliche Belastung für den Körper darzustellen. Stellen Sie den Patientinnen und Patienten zu jeder Mahlzeit ein Getränk bereit. Die folgenden Lebensmittel und Speisen eignen sich besonders bei Hitze:

- Obst und Gemüse mit einem hohen Wasseranteil (z. B. Äpfel, Melonen, Erdbeeren, Gurken)
- leichte Salate, wie Couscous- oder Bulgursalat, italienischer Nudelsalat, griechischer Bauernsalat oder bayrischer Kartoffelsalat
- süße oder herzhaft kaltschalen, wie Milch- und Beerenkaltschalen oder Gazpacho und kalte Gurkensuppe
- Gemüse- oder Fleischbrühen

Achten Sie darauf, dass das Essen ausreichend gesalzen ist, um den Salzgehalt des Körpers aufrecht zu erhalten. Das Bereitstellen von salzhaltigem Knabbergebäck ist bei extremen Hitzeperioden ebenfalls sinnvoll.

Achten Sie zudem vermehrt auf die Küchenhygiene, da durch hohe Außentemperaturen Lebensmittel schneller verderben und häufiger mit Keimen belastet sein können.

Quellen: [2, 3, 4, 5]

Organisatorisches

- Achten Sie auf eine alters- und einschränkungsangepasste, über den Tag verteilte Flüssigkeitszufuhr und auf jederzeit verfügbare Getränke! Personen, die Hitze gegenüber besonders gefährdet sind, sollte natriumreiches Mineralwasser oder leicht gesalzenes Leitungswasser angeboten werden. Bei Vorerkrankungen (u. a. Herz-Kreislauf- oder Nierenerkrankungen) sollte die richtige Trinkmenge mit der behandelnden Ärztin beziehungsweise dem Arzt besprochen werden.
- Erinnern Sie die Patientinnen und Patienten bei jeder Visite daran, ausreichend zu trinken.
- Erleichtern Sie den Patientinnen und Patienten das Trinken, indem Sie Strohhalme und größere Trinkgefäße anbieten.
- Binden Sie den Sozialdienst, den freiwilligen Besuchsdienst und die An- und Zugehörigen mit ein, um zum Trinken zu motivieren.
- Informieren Sie Physio- und Ergotherapeuten darüber, auch während der Behandlung Getränke anzubieten.
- Nutzen Sie die beigefügte Tabelle zur Ermittlung des Unterstützungsbedarfs zum und beim Trinken.

- Eine Protokollvorlage zur Beobachtung und Planung des Trink- und Essverhaltens befindet sich auf Seite 8. Trinkgefäße mit Skalierung erleichtern die Dokumentation der Flüssigkeitsmengen.
- Stellen Sie ausreichend Getränke in den Zimmern der Patientinnen und Patienten, in Gemeinschaftsräumen, in Aufenthaltsbereichen und in Außenbereichen bereit.

Ermittlung des Unterstützungsbedarfs zum und beim Trinken

Viele Personen mit akuten oder chronischen Erkrankungen nehmen sowohl Hunger und Durst als auch Geschmack anders wahr. Zusätzliche körperliche Einschränkungen erfordern daher in vielen Fällen eine Unterstützung beim Trinken durch das Krankenhauspersonal sowie durch An- und Zugehörige. Um den genauen Bedarf einzelner Personen ermitteln zu können, kann die nachfolgende Tabelle genutzt werden.

Weiterer Handlungs- und Unterstützungsbedarf ist erforderlich, wenn eine oder mehrere der untenstehenden Fragen mit ja beantwortet werden. Erste Maßnahmen, die anschließend ergriffen werden können, sind beispielsweise eine engmaschigere Überwachung und die Dokumentation des Trinkverhaltens in einem Protokoll (siehe Protokoll zur Beobachtung und Planung des Trink- und Essverhaltens). Diese Maßnahme bietet sich jedoch nur bei Patientinnen und Patienten an, die über einen längeren Zeitraum im Krankenhaus sind. Darüber hinaus sollten diese Patientinnen und Patienten engmaschiger überwacht und noch stärker zum Trinken motiviert werden. Zusätzlich könnten die Zimmerschilder an den Türen eine eindeutige Kennzeichnung erhalten (zum Beispiel Trinkgefäß Icon). In jedem Fall sollte Rücksprache mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt gehalten werden, sobald eine der nachfolgenden Fragen mit ja beantwortet wird.

Fragen zur Patientin bzw. zum Patienten	Ja / Nein
<p>Besteht eine mangelnde Selbstständigkeit, alleine für das Trinken zu sorgen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beispiel: Das Trinken wird vergessen, das Getränk wird nicht erkannt oder die Motivation zum Trinken fehlt. 	
<p>Besteht ein reduziertes Durstgefühl?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beispiel: Es wird nicht geäußert, wann Durst verspürt wird, wenn etwas getrunken werden möchte oder es wird bewusst nicht getrunken, weil die Sorge besteht, die Toilette nicht mehr rechtzeitig erreichen zu können. 	
<p>Besteht eine eingeschränkte Beweglichkeit der Patientinnen oder Patienten?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beispiel: Beeinträchtigung des Sehens, Schmerzen oder Zittern, das Trinkgefäß kann nicht selbstständig gefüllt oder gehalten werden oder die Kleiderwahl schränkt die Beweglichkeit ein. 	
<p>Bestehen Einschränkungen beim Trinken?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beispiel: Auftreten von Schluckstörungen, Übelkeit oder Geschmacksveränderungen, Inkontinenz, hohe Atemfrequenz, Atemnot oder Hyperventilation. • Erkrankungen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Munderkrankungen wie weißer Mundpilz, Aphten oder Zahnprobleme ○ akute Erkrankungen mit erhöhtem Flüssigkeitsverlust, wie Durchfallerkrankungen, Erbrechen oder Fieber ○ chronische Erkrankungen, die Einfluss auf den Flüssigkeitshaushalt haben, wie Herzinsuffizienz oder Niereninsuffizienz ○ Adipositas 	

Protokoll zur Beobachtung und Planung des Trink- und Essverhaltens

Zur Reduzierung des Zeitaufwandes empfiehlt es sich, ein Trink- oder auch ein Essprotokoll nur dann zu führen, wenn

- die oben aufgeführte Bedarfsermittlung einen Handlungs- und Unterstützungsbedarf erkennen lässt,
- die akut oder chronisch erkrankte Person auffällig wenig trinkt oder die Flüssigkeitsaufnahme ablehnt oder
- erste Anzeichen einer akuten hitzeassoziierten Erkrankung, insbesondere einer Exsikkose, auftreten.

Anwendungstipps:

- Dokumentieren Sie täglich, am besten direkt nach dem Trinken, welche Getränke die Patientin beziehungsweise der Patient zu sich genommen hat. Notieren Sie die Menge möglichst genau, nur so können Sie kontrollieren, ob ausreichend getrunken wurde. Wenn Sie die Daten nur einmal am Tag eintragen, könnten Angaben vergessen und somit das Protokoll ungenau werden.
- Da die Flüssigkeitsaufnahme auch durch den Verzehr von Nahrungsmitteln erfolgt, können auch Speisen in der Protokollvorlage dokumentiert werden. So lässt sich ein umfassenderes Bild der gesamten Flüssigkeitsaufnahme während des Tages erstellen. Notieren Sie hierzu ebenfalls die Menge möglichst genau.

Geeignete Getränke und Speisen bei Hitze

An heißen Tagen gilt es, viel zu trinken und eher leichte Mahlzeiten zu sich zu nehmen. Die folgende Übersicht zeigt, welche Getränke und Speisen besonders geeignet sind, um Flüssigkeit und Elektrolyte aufzunehmen.

Im Allgemeinen ist ein niedriger Zucker- und Fettgehalt zu bevorzugen. Weiter sind Genussmittel mit Koffein oder Alkohol ungeeignet, um Durst zu löschen und sollten nur in Maßen konsumiert werden. Auch zu kalte Getränke sollten vermieden werden.

Gegebenenfalls stimmen Sie die Ernährung mit einer behandelnden Ärztin beziehungsweise einem behandelnden Arzt ab.

Achten Sie zudem vermehrt auf die Küchenhygiene wie gründliches Händewaschen und die Verwendung von frischen Küchenutensilien bei der Verarbeitung von Fisch oder Fleisch. Durch hohe Temperaturen können Lebensmittel schneller verderben und mit krankmachenden Keimen belastet sein.

Getränke

- ✓ Leitungswasser
- ✓ kohlen säurearmes, natriumreiches Mineralwasser
- ✓ natürlich aromatisiertes Wasser z. B. mit Zitrone, Minze oder Gurke
- ✓ lauwarme, ungesüßte Früchte- oder Kräutertees
- ✓ Obst- und Gemüsesaftschorlen (Verdünnt 1:3)

Speisen

- ✓ Obst und Gemüse mit hohem Wassergehalt
 - Melonen, Kirschen, Äpfel, Erdbeeren, Pfirsiche, Nektarinen, Bananen, Beeren, Orangen
 - Gurken, Paprika, Tomaten
- ✓ Salate
 - Blattsalat
 - griechischer Salat mit Schafskäse
 - italienischer Nudelsalat
 - Couscous- und Bulgursalat
 - bayrischer Kartoffelsalat
- ✓ Suppen
 - kalte Tomatensuppe (Gazpacho)
 - kalte Gurkensuppe
 - Gemüse- oder Fleischbrühe
- ✓ Milch- oder Obstkaltschalen
- ✓ (Frucht-)Joghurt und Quark
- ✓ magere Fisch-, Fleisch- und Milchprodukte

Literatur

Zitierte Literatur

- [1] BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2021): Hitze: Risiken und Schutzmaßnahmen. URL: <https://gesund.bund.de/hitze-und-gesundheit> (abgerufen: 08.05.2023).
- [2] BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2023a): Essen und Trinken bei Hitze. URL: <https://www.gesundheit.gv.at/leben/ernaehrung/lebensmittel/essen-hitze.html> (abgerufen: 13.06.2023).
- [3] BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2023b): Trinken im Alter. URL: <https://www.gesundheit.gv.at/leben/altern/ernaehrung-im-alter/trinken-senioren.html> (abgerufen: 13.06.2023).
- [4] HMSI – Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (Hrsg.) (2023): Hitze – Was man für Betreuung und Pflege in der Häuslichkeit wissen sollte. (pdf).
- [5] RKI – Robert Koch Institut (Hrsg.) (2023): Auswirkungen des Klimawandels auf lebensmittelassoziierte Infektionen und Intoxikationen. In: Journal of Health Monitoring 8 (S3). S. 85 - 101. doi: 10.25646/11393.

Übergreifende Literatur

- LMU Klinikum (2020): Hitzemaßnahmenplan für stationäre Einrichtungen der Altenpflege. Empfehlungen aus der Praxis für die Praxis. München. (pdf).
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2023). So bleiben Sie bei einer Hitzewelle gesund. Sommer, Sonne, Hitzewelle – Empfehlungen für ältere Menschen. Köln.

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Unter Mitwirkung von

Axel Herzog, Ärztekammer Nordrhein
Gisela Hück, Rhein-Erft-Kreis
Barbara Wokurka, Landschaftsverband Rheinland

Bochum, Oktober 2023

C.4

Verabreichung von Medikamenten

Nebenwirkungen von Medikamenten im Zusammenhang mit Hitze- sowie Sonnenexposition

Bei Hitze gilt es auf bestimmte potenzielle Nebenwirkungen von Medikamenten besonders zu achten. Hitze hat einen Einfluss auf die Aufnahme, die Verteilung, den Abbau und die Ausscheidung von Arzneistoffen im Körper. Vermehrte Sonnenexposition der Patientinnen und Patienten kann zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen bestimmter Medikamente unter anderem an der Haut führen.

Medikamente können

- Schwitzen vermindern,
- Thermoregulation beeinflussen und die Anpassungskompetenz schwächen,
- die Durchblutung der Haut vermindern und dadurch die Wärmeabfuhr stören,
- den Elektrolytverlust fördern und den Stoffwechsel sowie das Herz-Kreislauf-System stören und
- fototoxische oder fotosensibilisierende Reaktionen hervorrufen.

Bei Dehydrierung können infolge geringerer Ausscheidung Dosisreduktionen notwendig sein (zum Beispiel bei Nierenfunktionsstörungen). Die Dosierung von beispielsweise Diuretika ist daher während Hitzeperioden besonders im Blick zu behalten.

Hinweis für Pflegefachkräfte

Machen Sie die behandelnden Ärztinnen und Ärzte auf die Thematik aufmerksam, wenn notwendig. Medikationspläne der Patientinnen und Patienten sind hinsichtlich der besonders bei Hitze- und Sonnenexposition relevanten Nebenwirkungen vom ärztlichen Fachpersonal zu beurteilen.

Übersicht von Medikamenten mit möglichen Nebenwirkungen

Die nachfolgenden Tabellen geben einen Überblick zu häufig verwendeten Medikamenten, die im Zusammenhang mit Hitze beziehungsweise Sonnenexposition zu möglichen Nebenwirkungen führen können. In der linken Spalte wird die Wirkstoffklasse genannt. In der mittleren Spalte sind beispielhaft die relevantesten Wirkstoffe der entsprechenden Substanzklassen aufgeführt. Zusätzlich werden als Orientierung beispielhaft Handelsnamen in der rechten Spalte angegeben. Die Übersichten besitzen keinen Anspruch auf Vollständigkeit und sollen die Tätigkeit der für die Pharmakotherapie verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte unterstützen.

Medikamente mit anticholinerger Wirkung → verminderte Schweißproduktion

Wirkstoffklasse	Wirkstoffname	Beispielhafter Handelsname
Antipsychotika (außer Thioxanthere)	<ul style="list-style-type: none">• Clozapin• Risperidon• Quetiapin• Haloperidol	<ul style="list-style-type: none">• Leponex®• Risperdal®• Seroquel®• Haldol®
Antidepressiva	<ul style="list-style-type: none">• Amitriptylin• Doxepin• Maprotilin	
Antihistaminika: Allergie, nicht verschreibungspflichtige Schlafmittel, Übelkeit	<ul style="list-style-type: none">• Dimetinden• Diphenhydramin• Doxylamin• Dimenhydrinat	<ul style="list-style-type: none">• Fenistil-Tropfen®• Vivinox®• Hoggar®• Vomex®
Anti-Parkinson Arzneimittel: Anticholinergika	<ul style="list-style-type: none">• Biperiden	<ul style="list-style-type: none">• Akineton®
Urologische Spasmolytika: Anticholinergika	<ul style="list-style-type: none">• Trospium• Tolterodin• Solifenacin	<ul style="list-style-type: none">• Spasmex®• Detrusitol®
Antiepileptika	<ul style="list-style-type: none">• Carbamazepin• Oxcarbazepin	<ul style="list-style-type: none">• Tegretal®• Trileptal®, Apydan®
Stark wirksame Schmerzmittel	<ul style="list-style-type: none">• Tramadol• Morphin	<ul style="list-style-type: none">• Tramal®
Muskelrelaxantien	<ul style="list-style-type: none">• Tizanidin• Methocarbamol	<ul style="list-style-type: none">• Sirdalud®• Orton®, Dolovisano®

Medikamente, die die Thermoregulation oder die Hitzewahrnehmung beeinflussen können

Wirkstoffklasse		
Antidepressiva (v. a. SSRIs, SNRIs, MAO-Hemmer)	SSRI: <ul style="list-style-type: none"> • Citalopram • Escitalopram • Sertralin • Fluoxetin S(S)NRI: <ul style="list-style-type: none"> • Duloxetin • Venlafaxin MAO-A Hemmer: <ul style="list-style-type: none"> • Moclobemid 	<ul style="list-style-type: none"> • Cipramil® • Cipralex® • Zoloft® • Cymbalta® • Trevilor® • Aurorix®
Antiepileptika	<ul style="list-style-type: none"> • Topiramate • Zonisamid 	<ul style="list-style-type: none"> • Topamax® • Zonegran®
Schilddrüsenhormone	<ul style="list-style-type: none"> • L-Thyroxin 	<ul style="list-style-type: none"> • Eferox®
Benzodiazepine, Opioide	<ul style="list-style-type: none"> • Lorazepam • Bromazepam • Oxazepam • Tilidin • Oxycodon • Morphin • Fentanyl • Levomethadon • Tramadol • Oxycodon • Hydromorphon 	<ul style="list-style-type: none"> • Tavor® • Bromazanil®, Normoc® • Adumbran®, Praxiten® • Valoron N®
Dopaminerge Medikamente (Morbus Parkinson)	<ul style="list-style-type: none"> • Levodopa • Benserazid • Entacapone 	<ul style="list-style-type: none"> • Madopar®, Nacom®, Restex®, Isicom®, Stalevo® • Madopar®, Restex®

Medikamente, die eine Gefäßverengung fördern oder die Herzleistung verringern können

Wirkstoffklasse	Wirkstoffname	Beispielhafter Handelsname
Selektive Serotonin (5HT1)-Agonisten	<ul style="list-style-type: none"> Naratriptan Sumatriptan 	<ul style="list-style-type: none"> Imigran®
Sympathomimetika	<ul style="list-style-type: none"> Pseudoephedrin 	<ul style="list-style-type: none"> Aspirin Complex®
Beta-Blocker	<ul style="list-style-type: none"> Propranolol Bisoprolol Metoprolol 	<ul style="list-style-type: none"> Dociton® Concor® Beloc®

Medikamente, die den Wasser- und Elektrolythaushalt verändern beziehungsweise eine Dekompensation des Stoffwechsels oder Herz-Kreislauf-Systems begünstigen können

Wirkstoffklasse	Wirkstoffname	Beispielhafter Handelsname
Diuretika, ACE-Hemmer, AT1-Rezeptor-Antagonisten (Sartane)	<ul style="list-style-type: none"> Furosemid Spironolacton Ramipril Enalapril Candesartan Valsartan 	<ul style="list-style-type: none"> Lasix® Aldactone®, Osyrol® Arelix®, Delix®, Tonotec® Benalapril®, Carmen®, Xanef® Atacand®, Blopress®, Candecor® Amlodipin plus Valsartan, Diovan®, CoDiovan®, Entresto®, Exforge®
<i>Inbesondere in Kombination mit Diuretika, ACE-Hemmern und Sartanen:</i> nicht-steroidale Antiphlogistika (NSAR), Coxibe	<ul style="list-style-type: none"> Acetylsalicylsäure Ibuprofen Etoricoxib 	<ul style="list-style-type: none"> Aspirin®, Grippostad®, ASS, Godamed® BoxaGrippal®, Aktren®, Dolgit® Arcoxia®
Abführmittel	<ul style="list-style-type: none"> Bisacodyl Natriumpicosulfat Macrogol 	<ul style="list-style-type: none"> Dulcolax® Laxoberal® Laxofalk®, Movicol®

Medikamente mit geringer therapeutischer Breite

Bei stark exsikkierten Patientinnen und Patienten kann zum Beispiel die Ausscheidung über die Nieren derart eingeschränkt sein, dass es zu erhöhten Wirkstoffkonzentrationen kommt.

Wirkstoffklasse	Wirkstoffname	Beispielhafter Handelsname
Antipsychotika	<ul style="list-style-type: none"> • Lithium 	
Herzglykoside (Digitalis-Glykoside)	<ul style="list-style-type: none"> • Digoxin • Digitoxin 	
Antiarrhythmika	<ul style="list-style-type: none"> • Propafenon • Flecainid • Amiodaron 	
Gerinnungshemmer (vom Typ der Vitamin-K Antagonisten)	<ul style="list-style-type: none"> • Phenprocoumon • Warfarin 	<ul style="list-style-type: none"> • Marcumar®

Medikamente mit möglichen fototoxischen oder fotosensibilisierenden Nebenwirkungen nach der Anwendung

Wirkstoffklasse	Wirkstoffname	Beispielhafter Handelsname
Diuretika	<ul style="list-style-type: none"> • Hydrochlorothiazid • Furosemid • Bendroflumethiazid • Amilorid • Triamteren • Spironolacton • Xipamid 	<ul style="list-style-type: none"> • HCT Hexal®, Dytide®, Nephral® • Lasix® • dehydro®, diucomb®, Neotri®, Tri.Thiazid Stada®, Veratide® • Aldactone®, Osyrol® • Neotri®
Nicht-steroidale Antiphlogistika (NSAR)	<ul style="list-style-type: none"> • Naproxen • Ketoprofen • Tiaprofensäure • Piroxicam • Diclofenac • Phenylbutazon • Mefenaminsäure • Indometacin • Ibuprofen 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolormin®, Togal® • Alrheumun®, Effecton®, Gabrilen® • Surgam® • Arthotec®, Diclac®, Effecton®, Solaraze®, Voltaren® • Ambene® • Aktren®, BoxaGrippal®, Doc®, Dolgit®, Dolormin®,

Medikamente mit möglichen fototoxischen oder fotosensibilisierenden Nebenwirkungen nach der Anwendung (Fortsetzung)

Wirkstoffklasse	Wirkstoffname	Beispielhafter Handelsname
Nicht-steroidale Antiphlogistika (NSAR)	<ul style="list-style-type: none"> • Ibuprofen • Celecoxib 	Nurofen®, Proff®, ratioGrippal®, Spalt®, Togonal®
Antimikrobielle Substanzen	<ul style="list-style-type: none"> • Sulfamethoxazol bzw. Trimethoprim • Sulfasalazin • Ciprofloxacin • Lomefloxacin • Ofloxacin • Norfloxacin • Oxytetracyclin • Tetracyclin • Doxycyclin • Minocyclin • Isoniazid • Gentamicin • Griseofulvin • Nitrofurantoin • Chlortetracyclin • Chloramphenicol • Ciprofloxacin • Levofloxacin 	<ul style="list-style-type: none"> • Cotrim forte • Ratiopharm®, Eusaprim® • Azulfidine® • Ciprobay® • Barazan® • Pylera • Uro Tablinen®
Antipsychotika	<ul style="list-style-type: none"> • Chlorpromazin, • Thioridazin • Chlorprothixen • Promethazin • Perazin • Fluphenazin • Promazin • Haloperidol 	<ul style="list-style-type: none"> • Melleril® • Atosil® • Haldol®
Antidepressiva	<ul style="list-style-type: none"> • Amitriptylin • Trimipramin • Nortriptylin • Desipramin • Imipramin • Doxepin • Clomipramin 	<ul style="list-style-type: none"> • Amineurin®, Amioxid-neuraxpharm®, Syneudon® • Aponal®, Doneurin®, Mareen® • Anafranil®

Medikamente mit möglichen fototoxischen oder fotosensibilisierenden Nebenwirkungen nach der Anwendung (Fortsetzung)

Wirkstoffklasse	Wirkstoffname	Beispielhafter Handelsname
Antidepressiva	<ul style="list-style-type: none"> • Johanniskraut 	
Kardiovaskulär wirksame Substanzen	<ul style="list-style-type: none"> • Amiodaron • Nifedipin • Chinidin • Captopril • Enalapril • Fosinopril • Ramipril • Disopyramid • Hydralazin • Simvastatin • Diltiazem 	<ul style="list-style-type: none"> • Cordarex® • Adalat • ACE-Hemmer-ratiopharm® • Benalapril®, Carmen®, Corvo®, Renacor®, Xanef®, Zanipress®, Lercaprel • Fosino-TEVA®, Fosinorm® • Appunto, Arelix®, Delix®, Delmuno®, Iltria®, RamiDipin®, RamiLich®, Tonotec®, Triapin • Trinormin® • Ezetimib/Simvastatin-1 A Pharma®, Inegy®, Zocor®, Goltor
Antiepileptika	<ul style="list-style-type: none"> • Carbamazepin • Lamotrigin • Phenobarbital • Phenytoin • Topiramate • Valproinsäure 	<ul style="list-style-type: none"> • Tegretal®, Timonil® • Lamictal® • Luminal®, Luminaletten® • Phenydan® • Topamax® • Convulex, Ergenyl®, Orfiril®, Valproat - 1 A Pharma®, Convulex, Depakine
Antihistaminika	<ul style="list-style-type: none"> • Cyproheptadin • Diphenhydramin 	<ul style="list-style-type: none"> • Peritol® • Betadorm®, Docpelin, Dolestan, Dorm, Dormutil, Emesan®, Halbmond Tabletten®, Sediat®, Sedopretten, SLEEPWELL, Sodormwell, Vivinox®,

Medikamente mit möglichen fototoxischen oder fotosensibilisierenden Nebenwirkungen nach der Anwendung (Fortsetzung)

Wirkstoffklasse	Wirkstoffname	Beispielhafter Handelsname
Antihistaminika	<ul style="list-style-type: none"> • Diphenhydramin • Loratadin • Cetirizin • Promethazin 	<ul style="list-style-type: none"> • Wick DayNait Filmtabletten • Lora-ADGC®, Lorano®
Zytotoxische Substanzen	<ul style="list-style-type: none"> • Fluorouracil • Vinblastin • Dacarbazin • Procarbazin • Methotrexat • Azathioprin • Capecitabin • Epirubicin • Pentostatin 	<ul style="list-style-type: none"> • 5FU, Tolak®, Verrumal®, Efudix • Lantarel®, Metex®, Methofill, MTX Hexal®, Nordimet, Trexject® • Aza-Q®, Azafalk®, Imurek®, Imurel
Hormone	<ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroide • Estrogene • Progesterone • Spironolacton • Gestagene 	<ul style="list-style-type: none"> • Aldactone®, Osyrol®
Systemische Dermatika	<ul style="list-style-type: none"> • Isotretinoin • Methoxsalen • Tacrolimus • Pimecrolimus • Dithranol • Tretinoin • Acitretin 	
Lipidsenker	<ul style="list-style-type: none"> • Clofibrat • Fenofibrat • Bezafibrat • Atorvastatin • Fluvastatin 	<ul style="list-style-type: none"> • Cedur® • Sortis • Locol®
Antimykotika	<ul style="list-style-type: none"> • Terbinafin • Itraconazol • Voriconazol 	<ul style="list-style-type: none"> • Lamisil® • Sempera®
Antidiabetika	<ul style="list-style-type: none"> • Glibenclamid • Glipizid 	

Vorsicht ist bei Transdermalen Therapeutischen Systemen (TTS) geboten, insbesondere bei der Behandlung mit Opioiden gegen Schmerzen (zum Beispiel Fentanylpflaster). Direkte Hitzeexposition kann zu Überdosierungen führen. Starkes Schwitzen unter dem Pflaster kann die Resorption des Wirkstoffes beeinträchtigen.

Eine veränderte bzw. erhöhte Resorption gilt beispielsweise auch für subkutan gegebenes Insulin. Bei insulinpflichtigen Menschen sollten die Blutzuckerwerte entsprechend häufiger kontrolliert (mindestens zweimal täglich) und gegebenenfalls die Dosierung von der behandelten Ärztin bzw. dem behandelten Arzt angepasst werden.

Außerdem ist bei Hitze besonders auf Patientinnen und Patienten zu achten, welche Sedativa einnehmen, da Sedativa die Erkennung von körpereigenen Warnsymptomen erschweren oder verhindern können.

Wissenswert

Auch nicht verschreibungspflichtige Medikamente können hitzerelevante Nebenwirkungen haben und von Patientinnen und Patienten ohne das Wissen des ärztlichen und pflegerischen Fachpersonals eingenommen werden. Sprechen Sie Ihre Patientinnen und Patienten auf solche Medikamente an und informieren Sie gegebenenfalls die behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

Literatur

Die Inhalte dieser Arbeitshilfe wurden mit freundlicher Genehmigung in weiten Teilen übernommen aus: LMU Klinikum, Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin (2020): Hitzemaßnahmenplan für stationäre Einrichtungen der Altenpflege – Empfehlungen aus der Praxis für die Praxis.

Übergreifende Literatur

- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2023): Arzneimittelinformationssystem AMIce-Datenbank, URL: https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/Arzneimittel-recherchieren/AMIce/Datenbankinformation-AMIce-Arzneimittel/_node.html (abgerufen: 28.06.2023).
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2023): Diabetes und Hitze – was muss ich beachten? Sommer, Sonne, Hitzewelle – Tipps für Menschen mit Diabetes. Köln. (pdf).
- DAZ – Deutsche Apotheker Zeitung (2016): Lichtempfindlich durch Arzneimittel. Ursachen fototoxischer Hautreaktionen und Beratung zu fotosensibilisierenden Arzneistoffen. URL: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2016/daz-21-2016/lichtempfindlich-durch-arzneimittel> (abgerufen: 20.06.2023).
- Gelbe Liste (o. J.): Gelbe Liste Online. News, Info und Datenbank für Ärzte, Apotheker und Fachpersonal aus Medizin und Pharmazie. URL: <https://www.gelbe-liste.de/> (abgerufen: 07.07.2023).
- KLUG – Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (2019): Hintergrundinformationen Klimawandel: HITZE. (pdf).
- Landessanitätsdirektion Wien (2018): Leitfaden Hitzemaßnahmenplan. Für medizinische und pflegerische Einrichtungen zur Erstellung eigener Hitzemaßnahmenpläne. Wien. URL: <https://www.wien.gv.at/gesundheits/sandirektion/leitfaden-hitzemassnahmen.html> (abgerufen: 08.05.2023).
- Moore, D. E. (2012): Drug-Induced Cutaneous Photosensitivity. In: Drug Safety 25, S. 345-372 (2002). doi: 10.2165/00002018-200225050-00004.
- Schauder, S. (2005): Phototoxische Reaktionen der Haut durch Medikamente. In: Deutsches Ärzteblatt 102, H. 34-35. A2314-A2319. URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/48117/Phototoxische-Reaktionen-der-Haut-durch-Medikamente> (abgerufen: 20.06.2023).
- Schuster, N. (2022): Photosensibilität. Das Licht und seine Schattenseiten. In: Pharmazeutische Zeitung online. URL: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/das-licht-und-seine-schattenseiten-134065/> (abgerufen 03.07.2023).
- Šklebar, T., Rudež, K. D., Rudež, L. K. u. R. Likić (2022): Global Warming and Prescribing: A Review on Medicines' Effects and Precautions. In: Psychiatria Danubina 34, H. 10. S. 5-12. (pdf).
- SSK – Strahlenschutzkommission (2016): Schutz des Menschen vor den Gefahren solarer UV-Strahlung und UV-Strahlung in Solarien. Wissenschaftliche Begründung zur Empfehlung der Strahlenschutzkommission. Anhang 4. Bonn. (pdf).
- Universitätsklinikum Heidelberg (2020): Heidelberger Hitze-Tabelle. (pdf).
- WHO – Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro Europa (2019): Gesundheitshinweise zur Prävention hitzebedingter Gesundheitsschäden. Neue und aktualisierte Hinweise für unterschiedliche Zielgruppen. (pdf).

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Unter Mitwirkung von

Michael Adam, Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen e. V.
Fachgruppe Arzneimitteluntersuchung, LZG.NRW

Bochum, Oktober 2023

C.5

Lagerung von Medikamenten

Die richtige Lagerung von Medikamenten ist während des Sommers besonders wichtig. Hohe Temperaturen und Sonneneinstrahlung können einen Einfluss auf die Stabilität und Wirksamkeit von Medikamenten haben. Der Zustand eines Medikaments kann sich bei zu hoher Temperatur oder zu intensiver Sonneneinstrahlung verändern (beispielsweise durch Zersetzung) [1]. Daher sind die empfohlene Lagerung von Medikamenten und die Hinweise auf der Verpackung unbedingt zu berücksichtigen. Für den Großteil der Medikamente gilt, dass sie bei Raumtemperatur gelagert werden sollten. Ferner ist es wichtig, einen trockenen und keiner direkten Sonneneinstrahlung ausgesetzten Ort zu wählen.

Wissenswert

Machen Sie Ihre Patientinnen und Patienten darauf aufmerksam, dass Arzneimittel keiner Hitze oder Sonneneinstrahlung ausgesetzt werden sollten. Bei Fragen zur Lagerung von einzelnen Medikamenten sprechen Sie Ihre Apotheke oder medizinisches Fachpersonal an.

In der Regel werden folgende Temperaturbereiche für die Lagerung von Medikamenten angegeben:

- Raumtemperatur: 15 bis 25 °C (oder falls so vermerkt 15 bis 30 °C)
- im Kühlschrank: 2 bis 8 °C
- tiefgekühlt: bei -18 °C oder kälter

Bei folgenden lichtempfindlichen Arzneistoffen ist besonders auf eine geschützte Lagerung zu achten [2]:

- Amiodaron
- Amlodipin
- Cefaclor
- Chinin
- Cyanocobalamin
- Furosemid
- Isotretinoin
- Molsidomin
- Nifedipin
- Nitrendipin
- Zopiclon

Die Auflistung der lichtempfindlichen Arzneistoffe stellt eine Auswahl dar und besitzt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Wissenswert

Die Lichtempfindlichkeit der Arzneistoffe kann sich je nach Verarbeitung oder Darreichungsform stark unterscheiden.

Tipps

- Falls nicht vorhanden, bringen Sie ein Thermometer in den Medikamentenkühlschränken und Lagerräumen für Medikamente an und kontrollieren Sie die Temperatur regelmäßig mithilfe eines Protokolls.
- Um die für die Lagerung angegebenen Temperaturbereiche einzuhalten, bewahren Sie die Medikamente in sonnengeschützten, ggf. fensterlosen Räumen auf.
- Achten Sie darauf, wie Ihre Patientinnen und Patienten die Medikamente lagern. Bestenfalls erfolgt die Lagerung im Umkarton in einer Schublade und nicht im Badezimmer, da dort die Luftfeuchtigkeit zu hoch werden kann.
- Müssen die Medikamente im Kühlschrank aufbewahrt werden, sollten sie mittig liegen – nicht zu weit hinten bei den Kühlelementen und nicht in der Tür.

Literatur

Die Inhalte dieser Arbeitshilfe wurden mit freundlicher Genehmigung in weiten Teilen übernommen aus: LMU Klinikum, Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin (2020): Hitzemaßnahmenplan für stationäre Einrichtungen der Altenpflege – Empfehlungen aus der Praxis für die Praxis.

Zitierte Literatur

- [1] Tejada, E. T., Pérez, B. G. u. D. S. Muner (2023): Review of Drug Storage Conditions, A Case Report. In: Hospital Pharmacy 58, H. 3. S. 252-254. (pdf).
- [2] PTAheute (2020): Photoinstabilität von Wirkstoffen – was ist bei der Lagerung zu beachten? URL: <https://www.ptaheute.de/aktuelles/2020/09/11/photoinstabilitaet-von-wirkstoffen-was-ist-bei-der-lagerung-zu-beachten> (abgerufen: 20.06.2023).

Übergreifende Literatur

- Aktionsbündnis Hitzeschutz Berlin – eine Initiative der ÄKB, SenWGPG und KLUG e. V. (2022): Musterhitzeschutzplan für Krankenhäuser. Stand: Juni 2022, Version 2. Berlin. (pdf).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2022): Arzneimittel richtig aufbewahren und entsorgen. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/arzneimittelentsorgung-und-aufbewahrung.html> (abgerufen: 20.06.2023).
- Landessanitätsdirektion Wien (2018): Leitfaden Hitzemaßnahmenplan. Für medizinische und pflegerische Einrichtungen zur Erstellung eigener Hitzemaßnahmenpläne. Wien. URL: <https://www.wien.gv.at/gesundheit/sandirektion/leitfaden-hitzemassnahmen.html> (abgerufen: 20.06.2023).

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Unter Mitwirkung von

Michael Adam, Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen e. V.
Fachgruppe Arzneimitteluntersuchung, LZG.NRW

Bochum, Oktober 2023

C.6

Beratung von gefährdeten Personen und Angehörigen

Akut und chronisch erkrankte Menschen, die stationär in Krankenhäusern aufgenommen werden, sind einem hohen Risiko für hitzebedingte Erkrankungen ausgesetzt. Daher ist es notwendig, den Patientinnen und Patienten sowie ihren An- und Zugehörigen die Relevanz des Themas zu verdeutlichen.

Die Sensibilisierung der Patientinnen und Patienten sowie ihrer An- und Zugehörigen kann dazu beitragen, die Hitzeresilienz in Krankenhäusern zu erhöhen. Ziel ist es, das Bewusstsein für hitzebedingte Gesundheitsrisiken zu stärken und ein angemessenes Verhalten bei Hitzeperioden zu erreichen. An- und Zugehörige spielen eine wesentliche Rolle in der Betreuung und Begleitung von Patientinnen und Patienten, weshalb sie bei Einverständnis in die Versorgung miteinbezogen werden sollten.

Hinweise zur Beratung von Patientinnen und Patienten

Sensibilisieren Sie die Patientinnen und Patienten für die gesundheitlichen Folgen von Hitze, damit sie eventuell auftretende Symptome besser erkennen können. Sprechen Sie mit den Patientinnen und Patienten über (Vor-)Erkrankungen und darüber, welche gesundheitlichen Auswirkungen aufgrund von Hitze auftreten können. Je früher die Patientinnen und Patienten negative Folgen von Hitze erkennen, desto eher können sie handeln oder sich Hilfe holen. Außerdem sollte den Patientinnen und Patienten kontinuierlich bewusstgemacht werden, wie wichtig es ist, viel zu trinken. Bei Vorerkrankungen wie beispielsweise Herz-Kreislauf- oder Nierenerkrankungen sollte die richtige Trinkmenge jedoch mit der behandelnden Ärztin beziehungsweise dem Arzt abgesprochen werden. Aufgrund des verminderten Durstgefühls, das beispielsweise durch die Einnahme bestimmter Medikamente hervorgerufen werden kann, besteht während Hitzeereignissen ein erhöhtes Risiko einer Dehydrierung oder sogar einer Exsikkose.

Sensibilisieren Sie die Patientinnen und Patienten für ein angemessenes Verhalten bei Hitzeperioden. Um die Auswirkungen von Hitze zu mindern und den Alltag bei Hitze angenehmer zu gestalten, können einfache, individuell umsetzbare Maßnahmen ergriffen werden:

- auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr achten, angepasst an individuelle Gesundheitsfaktoren
- Körperpflege tagsüber mit lauwarmem Wasser durchführen
- helle und luftige Kleidung tragen
- leichte Bettwäsche und Laken verwenden, dicke Bettdecken meiden
- direkte Sonneneinstrahlung meiden, kühlere und schattige Orte aufsuchen
- für Sonnenschutz im Freien sorgen durch Kopfbedeckung, Sonnenbrille und Sonnencreme
- körperliche Aktivität reduzieren bzw. anpassen
- leichte Mahlzeiten in kleinen Portionen über den Tag verteilt essen
- Raumtemperatur nach Möglichkeit reduzieren
- bei Bedarf kühlende Wickel oder Bäder an den Armen und Füßen anwenden, z. B. mit Pfefferminz
- bei Bedarf Puls Kühler anbringen

Diese Maßnahmen können den Patientinnen und Patienten beispielsweise mit Hilfe von Flyern präventiv vermittelt werden. Auch im Rahmen von Gesprächen und Visiten können die Maßnahmen im Krankenhausalltag kommuniziert werden. Je häufiger über Hitze, ihre Auswirkungen und Schutzmaßnahmen informiert wird, desto wahrscheinlicher ist es, dass im Falle von Hitzeperioden schnell die richtigen Maßnahmen ergriffen werden.

Tipps zum Einbinden von An- und Zugehörigen

Die Einbindung von An- und Zugehörigen (Familie, Freunde oder Bekannte) kann im Krankenhausalltag unterstützend wirken. An- und Zugehörige leisten einen wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden, denn sie kennen die Gewohnheiten und Wünsche der Patientinnen und Patienten häufig sehr gut. Insbesondere beim Hitzeschutz können An- und Zugehörige eine große Unterstützung für das Krankenhauspersonal sein und dazu beitragen, die Patientinnen und Patienten vor negativen gesundheitlichen Folgen von Hitze zu schützen.

Unter Berücksichtigung individueller Möglichkeiten und Ressourcen sowie der Wünsche von Patientinnen und Patienten können An- und Zugehörige in die Betreuung bei Hitze eingebunden werden. Zudem können ehrenamtliche Besuchs- und Unterstützungsdienste, zum Beispiel die Grünen Damen und Herren, ebenfalls mit eingebunden werden. Zu den möglichen Aktivitäten oder empfohlenen Maßnahmen während Hitzeperioden zählen:

Zum Besuch mitbringen:

- wasserreiches Obst und Gemüse
- Lieblingsgetränk der Patientin oder des Patienten
- helle und luftige Kleidung
- Sonnencreme, Sonnenbrille und luftdurchlässige, leichte Kopfbedeckung

Während des Besuchs:

- Informationen zu Gesundheitsrisiken durch Hitze weitergeben
- die Patientinnen und Patienten zur Selbsthilfe anregen
- die Patientinnen und Patienten zum Trinken motivieren
- gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten Getränke einnehmen
- bei Zustimmung der Patientinnen und Patienten kühlende Wickel und Bäder an Armen und Füßen anwenden
- auf die Verwendung von Sonnencreme, Sonnenbrille und luftdurchlässiger, leichter Kopfbedeckung achten
- auf Verhaltensveränderungen wie Verwirrtheit, Unruhe oder Benommenheit achten
- Aufenthalte im Freien möglichst während kühler Tageszeiten planen und wenn möglich Schatten aufsuchen

In Kontakt bleiben:

- regelmäßige Telefonate zu festgelegten Uhrzeiten vereinbaren
- regelmäßige Besuche, bei pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten auch nach dem Krankenhausaufenthalt

Wissenswert

Nicht nur bei Hitzeperioden, sondern auch im Allgemeinen, ist es wichtig, in Kontakt zu bleiben, um sich regelmäßig nach dem Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten erkundigen zu können.

An- und Zugehörige gut informieren:

Für einen erfolgreichen Hitzeschutz ist es wichtig, die An- und Zugehörigen umfassend darüber zu informieren, wie sie sich und ihre unterstützungsbedürftigen Angehörigen im Alltag schützen können. Dies kann geschehen durch:

- Aushändigen hitzebezogener Informationsflyer
- Aufhängen von Postern mit Hitzeschutztipps in Gemeinschaftsbereichen und Fluren während der Hitzesaison
- Nutzung digitaler Kommunikations- und Informationswege, z. B. via E-Mail (ggf. im Newsletter-Format)

Literatur

Die Inhalte dieser Arbeitshilfe wurden mit freundlicher Genehmigung in weiten Teilen übernommen aus: LMU Klinikum, Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin (2020): Hitzemaßnahmenplan für stationäre Einrichtungen der Altenpflege – Empfehlungen aus der Praxis für die Praxis.

Übergreifende Literatur

BMUB – Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (2017):

Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen zum Schutz der menschlichen Gesundheit. Bonn. (pdf).

BMUV – Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz (2022): Den Klimawandel gesund meistern – Coole Tipps für heiße Tage. Berlin. (pdf).

eKH – Evangelische Kranken- und Alten-Hilfe e.V. (2023): Grüne Damen und Herren. URL: <https://www.ekh-deutschland.de/> (abgerufen: 10.07.2023).

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Unter Mitwirkung von

Stefanie Peters, DRK-Landesverband Westfalen-Lippe e. V.

Bochum, Oktober 2023

C.7

Qualitätsmanagement und -sicherung

Für eine erfolgreiche Implementierung eines Hitzeschutzplans ist es besonders wichtig, die Qualität der Umsetzung sicherzustellen und mögliche Optimierungsbedarfe zu ermitteln. Ein kontinuierlicher Zyklus der Qualitätsoptimierung kann genutzt werden, um das interne Qualitätsmanagement zu strukturieren.

Für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement des Hitzeschutzplans sollten für die einzelnen Maßnahmen folgende Aspekte berücksichtigt und umgesetzt werden [1]:

- Qualitätsplanung (Qualitätsmerkmale und -ziele definieren)
- Qualitätssteuerung (Standards bzw. Kriterien anwenden)
- Qualitätsprüfung (SOLL-IST-Vergleich)
- Qualitätsverbesserung (IST nach SOLL bringen)

Im Rahmen der Qualitätsplanung könnten beispielsweise ein geringes Auftreten von hausinternen hitzebedingten Notfällen und die Aufstellung und Umsetzung von Trink- und Ernährungskonzepten als Qualitätsmerkmale festgelegt werden. Zudem müssen konkrete Strategien entwickelt werden, um die einrichtungsspezifisch zu entwickelnden Ziele zu erreichen.

Für die Qualitätssteuerung könnten beispielsweise folgende Kriterien relevant sein:

Interne Kommunikation:

- Festlegung einer Koordinierungsstelle für die Entwicklung und Sicherung des Hitzeschutzplans
- Benennung von Stabsstellen aus den verschiedenen Arbeitsbereichen als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Umsetzungssicherung und Evaluierung)

- Terminierung von regelmäßigen Besprechungsterminen, Aufnahme der Thematik in die regulären Teamsitzungen
- Installierung der Kommunikationskaskade nach Vorgaben des zukünftigen Hitzeschutzplans
- konstante Einbindung des medizinischen und pflegerischen Fachpersonals zur Umsetzung des Hitzeschutzplans
- regelmäßige Erhebung des Fortbildungsbedarfs, z. B. zu Gesundheitsrisiken durch Hitze, Ernährung und Getränke, Beschattung und Kühlung
- Durchführung regelmäßiger Fortbildungen
 - zum aktuellen Wissen hinsichtlich der Wechselwirkung von Medikamenten und Hitze
 - zu aktuellem Wissen und zu aktuellen Fachkenntnissen hinsichtlich des medizinisch fachlichen Umgangs mit den Risiken und Gefahren von Hitze
 - zur Umsetzung der Maßnahmen des Hitzeschutzplans für alle Mitarbeitenden
- Bereitstellen von Informationsmaterialien und Fortbildungen zum Thema Hitzeschutzplanung zum alltäglichen Gebrauch in digitaler Form
- Bereitstellen von digitalen Checklisten zur Information, Evaluation, Vorbereitung und Nutzung
- Bereitstellung von Merkblättern für Notsituationen in den Aufenthaltsräumen.

Externe Kommunikation:

- Umsetzung des Informationswesens für Patientinnen und Patienten sowie An- und Zugehörige zum Verhalten bei Hitzeperioden
- Initiierung und Sicherung von Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern zur Unterstützung der fachlichen Umsetzung des Notfallkonzeptes

Organisatorische Maßnahmen:

- Festlegung eines Stufen- und Aktionsplans, der sich an der Temperaturentwicklung orientiert und der Orientierung und Sicherung der Umsetzung dient
- Bereithaltung eines Bereitschaftsdienstplans zur Abdeckung von Personalausfällen sowie zur Sicherung eines möglichen erhöhten Versorgungsaufwands
- Implementierung einer übergreifenden Zusammenarbeit in der Einrichtung zur Umsetzung des Hitzeschutzplans
- Sicherstellung einer notwendigen Anpassung der Arbeitsorganisation für Mitarbeitende inklusive der Pausenzeiten, Entwärmungsphasen, Korridore und Bekleidung
- Benennung und Definierung der Risikogruppen entsprechend der medizinisch, pflegerischen Stabilität und Formulierung der zu ergreifenden notwendigen Maßnahmen
- Festlegung von Maßnahmen des Hitzeschutzes für Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitende als Standard
- Anpassung des Tagesablaufes für die Patientinnen und Patienten in Bezug auf Betreuungsangebote
- Erhebung aller Maßnahmen, die für die Umsetzung eines erfolgreichen Hitzeschutzplans notwendig sind, sowohl baulich, infrastrukturell, als auch organisatorisch und fachlich, durch die Benennung von Verantwortlichkeiten

- Erstellung einer Planung zur Umsetzung aller notwendigen baulichen, organisatorischen, fachlichen vorbereitenden Maßnahmen unter Berücksichtigung einer funktionierenden Infrastruktur
- Erhebung der Hilfsmittelbedarfe für die erfolgreiche Umsetzung des Hitzeschutzplans (z. B. Thermometer, Waschschüsseln, dünne Bettwäsche und Laken, Kühlschränke, Messgeräte, Getränke)
- Sicherung einer Notfallbevorratung für Getränke für Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitende

Um die Qualität systematisch zu überprüfen, ist eine regelmäßige Prüfung und Aktualisierung des Hitzeschutzplans notwendig. So kann beispielsweise jährlich nach dem Sommer eine Evaluation durchgeführt werden, um die Erreichung der definierten Qualitätsmerkmale und -ziele zu überprüfen.

Außerdem kann es für die Qualitätsverbesserung hilfreich sein, die aufgeführten Kriterien in ihrer Umsetzungstiefe zu überprüfen, um mögliche Veränderungs- und Entwicklungsbedarfe zu erkennen und Anpassungen vorzunehmen.



Detaillierte Informationen zur Umsetzung von bestimmten Maßnahmen des Qualitätsmanagement inklusive Praxisbeispielen bietet auch der Hitzemaßnahmenplan für stationäre Einrichtungen der Altenpflege des LMU Klinikums (2020):

www.klinikum.uni-muenchen.de

Literatur

Zitierte Literatur

[1] Helou, A., Schwartz, F. u. G. Ollenschläger (2002): Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in Deutschland Übersicht auf der Grundlage des Gutachtens "Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit" des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 45. S. 205–214. doi: 10.1007/s00103-001-0372-1.

Übergreifende Literatur

Landessanitätsdirektion Wien (2018): Leitfaden Hitzemaßnahmenplan. Für medizinische und pflegerische Einrichtungen zur Erstellung eigener Hitzemaßnahmenpläne. Wien. URL: <https://www.wien.gv.at/gesundheit/sandirektion/leitfaden-hitzemassnahmen.html> (abgerufen: 14.06.2023).

LMU Klinikum (2020): Hitzemaßnahmenplan für stationäre Einrichtungen der Altenpflege. Empfehlungen aus der Praxis für die Praxis. München. (pdf).

Sens, B., Pietsch, B., Fischer, B. et al. (2018): Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements – 4. Auflage. In: GMS Medizinische Informatik Biometrie und Epidemiologi3 14, H. 1. doi: 10.3205/mibe000182.

Walter, U., Schwartz, F. W. u. F. Hoepner-Stamos (2001): "Zielorientiertes Qualitätsmanagement und aktuelle Entwicklungen in Gesundheitsförderung und Prävention." In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Köln. S. 18-37.

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Unter Mitwirkung von

Sabine Baro, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.
(Landesgeschäftsstelle Nordrhein-Westfalen)

Bochum, Oktober 2023

C.8

Tipps zur Nutzung von Innenbereichen

Die Raumtemperatur kann durch viele verschiedene Faktoren beeinflusst werden. Neben der Lage des Raums (zum Beispiel innenliegend, nach Süden oder Norden ausgerichtet) haben auch die Funktion beziehungsweise Nutzung des jeweiligen Raums eine große Wirkung auf die Innenraumtemperatur [1].

Gerade bei Hitze sollte die Raumtemperatur möglichst entsprechend der Anforderungen und Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten sowie der Krankenhausbelegschaft angepasst werden. Diese sollte regelmäßig kontrolliert werden. Informationen zur ordnungsgemäßen Messung der Raumtemperatur sowie die Vorgabe einer optimalen Lufttemperatur in Abhängigkeit von der Arbeitsschwere und Körperhaltung, sind in der Arbeitsstättenverordnung zur Raumtemperatur festgelegt (siehe Technische Regeln für Arbeitsstätten ASR A3.5 [2]). Die Inhalte können etwa im Rahmen der arbeitsschutzrechtlichen Unterweisungen des Personals vermittelt werden.

Um ein übermäßiges Aufheizen des Inneren von Krankenhäusern zu vermeiden, ist es notwendig, die Räume so gut wie möglich vor starker Sonneneinstrahlung und hohen Außentemperaturen zu schützen (*siehe Arbeitshilfe C.10*). Am Effektivsten sind gebäudebezogene Maßnahmen außen wie innen. Ist dies nicht möglich beziehungsweise heizen sich Innenräume dennoch stark auf, gilt es zunächst, die Raumtemperatur zu senken. Die folgenden Maßnahmen tragen dazu bei, ein angenehmes Raumklima in den verschiedenen Räumen eines Krankenhauses zu schaffen beziehungsweise zu erhalten und können je nach Bedarf umgesetzt werden.

Verwendung raumbezogener Hilfsmittel

- Nutzung von Sonnenschutzelementen wie bspw. (Außen-)Jalousien oder Rollläden, ggf. auch Vorhängen
- Verdunklung von Räumen, sofern möglich (insbesondere solche, die selten genutzt werden)
Nutzung von kühleren Räumen oder Bereichen, die den Patientinnen und Patienten zugänglich sind, z. B. Räume auf der Nordseite
- Verwendung von Ventilatoren zur Verbesserung der Luftzirkulation und Erhöhung der Behaglichkeit
 - Grundsätzlich sollten Ventilatoren sowie Monoblock-Klimageräte aufgrund des vergleichsweise hohen Energieverbrauchs und der zusätzlichen Wärmeerzeugung die letzte Wahl sein und nur verwendet werden, wenn andere Hilfsmittel schon ausgeschöpft oder nicht verfügbar sind.
 - Der Einsatz von Ventilatoren in von Patientinnen und Patienten genutzten Bereichen ist, im Gegensatz zu Verwaltungsbereichen, stets personen- und situationsspezifisch zu regeln.
 - Deckenventilatoren sind dem Einsatz von Stand- und Tischventilatoren vorzuziehen.
 - Diese sorgen für einen wesentlich besseren „Rundum-Effekt“ und sind besonders für größere Räume zu empfehlen,
 - zudem ist bereits ein geringer Luftstrom ausreichend.
 - Bei Tisch- und Standventilatoren gilt:
 - auf ausreichend Abstand zu Personen im Raum achten,
 - den Luftstrom nicht direkt auf Körperflächen, insbesondere den Oberkörper richten und
 - nur im dynamischen Betrieb verwenden (Ventilator lässt den Luftstrom durch den Raum schwenken), um stetige Zugluft zu vermeiden.
- wärmeerzeugende (Elektro-)Geräte vollständig ausschalten oder nicht länger als unbedingt nötig nutzen
- energiesparende Lichtquellen und Geräte nutzen
- auf eine möglichst niedrige Luftfeuchtigkeit hinwirken

Organisatorische Maßnahmen

- Thermometer in allen häufig genutzten und bewohnten Räumen bzw. Bereichen aufstellen und während Hitzeperioden die Werte morgens, mittags und abends ablesen und dokumentieren.
 - Die Raumtemperaturen sollten 26 °C nach Möglichkeit nicht überschreiten.
 - Digitale Thermometer mit großem Display ermöglichen ein einfaches und schnelles Ablesen der Werte, ggf. auch durch Patientinnen und Patienten.
 - Ab intern vordefinierten Schwellenwerten sollten konkrete Gegenmaßnahmen eingeleitet werden.
 - Die Luftfeuchtigkeit sollte regelmäßig überprüft werden.
- Türen und Fenster in den frühen Morgen- und späten Abendstunden (sobald die Außentemperatur geringer als die Innenraumtemperatur ist) 10 Minuten oder länger öffnen. Beachten Sie, dass es nicht ausreicht, die Fenster gekippt zu lassen. Wenn möglich, lüften Sie quer oder öffnen Sie den gesamten Fensterflügel.

- Sofern die Möglichkeit besteht, Patientinnen und Patienten anbieten, nachts die Zimmertüren zum Flur zu öffnen, um einen besseren Luftaustausch zu ermöglichen.
- Außentüren und Fenster tagsüber insbesondere auf der besonnten Seite, wenn es der Nutzung nach möglich ist, geschlossen halten, solange die Außentemperatur über der Innentemperatur liegt.
- Besonders gefährdete Personen ggf. in kühlere Bereiche des Gebäudes verlegen, bspw. in Räumlichkeiten mit nördlicher Ausrichtung oder in unteren Stockwerken.

Personenbezogene Maßnahmen

Bekleidung und Bettwäsche

- Tragen von leichter, luftdurchlässiger Kleidung aus atmungsaktiven Stoffen, wie Baumwolle oder Leinen, die nicht eng anliegend sein sollte
- Vermeidung von Kleidung aus synthetischen Stoffen
 - Ausnahme: Verwendung besonderer klimaregulierender Kleidung
- Verwendung atmungsaktiver Bettwäsche, statt einer Bettdecke kann ggf. nur der Deckenbezug als Zudecke verwendet werden
- Kopfkissen sollten aus atmungsaktivem Material mit atmungsaktiver Struktur sein

Grundpflegerische Maßnahmen

- Beim Duschen und Waschen von Patientinnen und Patienten eine lauwarme Wassertemperatur einstellen, die geringer als die Körpertemperatur, aber nicht kalt ist
- Patientinnen und Patienten nur leicht abtrocknen, damit das verdunstende Wasser dem Körper Wärmeenergie entziehen kann
- Zur allgemeinen Körperpflege feuchtigkeitsspendende statt fetthaltige Cremes verwenden

Allgemeine Maßnahmen

- Vermeidung von körperlicher Anstrengung in der heißesten Tageszeit, Verlagerung körperlich anstrengender Tätigkeiten, sofern möglich, auf kühlere Morgen- und Abendstunden
- das Tragen von Kühlwesten oder Kühlshirts wird insbesondere für Krankenhauspersonal empfohlen, auch unter persönlicher Schutzausrüstung
- zeitweiliges Auflegen feuchter, kühlender (nicht kalter) Handtücher oder Waschlappen auf Arme, Beine, Füße, Nacken oder Stirn
- regelmäßiges Kühlen immobiler Patientinnen und Patienten an Armen, Beinen, Füßen, Nacken oder Stirn
- Bereitstellen einer Fußwanne mit kühlem Wasser zur kurzzeitigen Kühlung der Füße und Unterschenkel

Tagesplanungsübersicht zur Verringerung der Hitze in Innenräumen

Morgens

- lüften, solange die Außentemperatur unter der Innenraumtemperatur liegt
- (ungenutzte) Räume, wenn möglich, verdunkeln
- vorbeugende personenbezogene Maßnahmen durchführen (Kleidung anpassen, an das Trinken erinnern, etc.)

Mittags / Nachmittags

- Verschattung nutzen (insbesondere Südseite)
- besonnte Außentüren und Fenster möglichst geschlossen halten
- personenbezogene Maßnahmen zur Abkühlung durchführen
- Vermeidung körperlicher Anstrengung (Aktivitäten in kühlere Tageszeiten verlegen)
- wärmeerzeugende (Elektro-)Geräte ausschalten
- Verwendung von Ventilatoren in Betracht ziehen
- direkte Sonnenexposition vermeiden
- Innenraumtemperaturen kontinuierlich prüfen
- Hitzebereiche identifizieren und ggf. gefährdete Personen in kühlere Räume verlegen

Abends

- großzügig lüften, sobald die Außentemperatur unter der Innenraumtemperatur liegt
- verdunkelte Räume wieder öffnen, um Lüftungsquellen zu schaffen
- personenbezogene Maßnahmen zur Erfrischung durchführen

Nachts

- großzügig lüften, wo möglich und sinnvoll
- Fenster und Türen in der Nacht geöffnet lassen

Literatur

Zitierte Literatur

- [1] Jatzwauk, L., Popp, W., Schmithausen, R. u. W. Kohnen (2022): Welche Temperaturen im OP-Saal? URL: <https://www.krankenhaushygiene.de/informationen/hygiene-tipp/hygienetipp-archiv/874> (abgerufen: 06.06.23).
- [2] BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2022): Technische Regeln für Arbeitsstätten Raumtemperatur ASR A3.5. Ausgabe: Juni 2010, zuletzt geändert GMBI 2022, S. 198. URL: <https://www.baua.de/DE/Angebote/Regelwerk/ASR/ASR-A3-5.htm> (abgerufen: 09.08.2023).

Übergreifende Literatur

- Pqsg das Altenpflegemagazin im Internet: Standard „Versorgung von Bewohnern bei Sommerhitze“ (stationäre Pflege). URL: <https://pqsg.de/seiten/openpqsg/mobil/hintergrund-standard-hitze.htm> (abgerufen: 11.05.2023).
- Regierungspräsidium Gießen (Hrsg.) (2018): Betreuungs- und Pflegeaufsicht Hessen. Außergewöhnliche Hitzeperioden. Vorbereitung und Vorgehen in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe. (pdf).

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Unter Mitwirkung von

Philip Kärcher, Kreis Höxter
Annette Seurer, Landschaftsverband Rheinland
Robert Stöhr, Kreis Höxter
Barbara Wokurka, Landschaftsverband Rheinland

Bochum, Oktober 2023

C.9

Tipps zur Nutzung von Außenbereichen

Der Aufenthalt in Außenbereichen im unmittelbaren Einrichtungsumfeld, wie begrünten Innenhöfen, Terrassen oder einrichtungsangehörigen Parks, ist grundsätzlich für mobile Patientinnen und Patienten wie auch das Klinikpersonal während Pausen eine willkommene Abwechslung und steigert Vitalität und Wohlbefinden. Während Hitzeperioden ist allerdings Vorsicht geboten, da solche Bereiche oftmals sonnenexponiert sind und sich entsprechend aufheizen können. Insbesondere für gegenüber Hitze besonders gefährdete Patientinnen und Patienten birgt der Aufenthalt im Freien während Hitzeperioden Risiken.

Insgesamt während des Sommers, aber vor allem an warmen und sonnigen Tagen, ist es wichtig, Aktivitäten draußen so anzupassen, dass man sich und andere bestmöglich vor Hitze und übermäßiger Sonneneinstrahlung schützen kann. Weitere organisatorische und personenbezogene Maßnahmen können hierbei ebenfalls helfen. Die folgenden Empfehlungen gelten sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Mitarbeitende.

Aktivitäten draußen

- Nach Möglichkeit den Aufenthalt im Freien zur Mittagshitze sowie in Bereichen mit stehender Luft (Stauwärme) vermeiden.
- Insbesondere körperlich anstrengende Tätigkeiten im Außenbereich, sofern möglich, auf kühlere Morgen- und Abendstunden verschieben.
- Aufenthalte im Freien möglichst in verschattete, gut belüftete Außenbereiche verlegen und, sofern verfügbar, Bereiche im Grünen bzw. unter Bäumen nutzen, denn diese haben einen kühlenden und beruhigenden Effekt.

- Wege durch unbeschattete Gebiete möglichst kurz halten, insbesondere bei Personen mit eingeschränkter Hitzeverträglichkeit oder geringer Mobilität.
- Risiko der Verbrennung an überhitzten Gegenständen beachten, insbesondere Metalle und dunkle Materialien können in der Sonne sehr heiß werden.

Organisation

- Sofern verfügbar (künstliche) Verschattungsmöglichkeiten, wie z. B. Sonnenschirme, Sonnensegel oder Markisen nutzen, hierbei auf Materialien mit UV-Schutzfaktor und ausreichende Größe sowie Sicherung gegen Wind und Standsicherheit achten.
- Temperatur an Aufenthaltsorten auch im Schatten überwachen, insbesondere unter Markisen und Sonnenschirmen, da hier Stauwärme auftreten kann.
- Außenbereiche, die sich übermäßig aufheizen, ggf. temporär absperren.
- Prüfen, inwieweit die Aufenthaltsqualität von kleineren, verschatteten Außenanlagen bei Windstille ggf. durch die Verwendung eines mobilen Ventilators gesteigert werden kann.
- Angemessene Außenbetreuung durch Personal, An- und Zugehörige oder andere Personen gewährleisten.
- Getränke im Außenbereich bereitstellen, um dem erhöhten Flüssigkeitsverlust entgegen zu wirken.
- Aktive Kühlungsmöglichkeiten im Außenbereich anbieten, wie das vorübergehende Auflegen von feuchten Tüchern auf Arme, Beine, Nacken oder Stirn sowie Fußbäder mit kühlem Wasser zur Kühlung der Füße und Unterschenkel.

Personenbezogene Maßnahmen

- Leichte, luftdurchlässige Kleidung aus atmungsaktiven Stoffen wie Baumwolle oder Leinen tragen
- Enganliegendes und Kleidung aus synthetischen Stoffen vermeiden, mit Ausnahme von speziell klimaregulierender Kleidung, die eng anliegen darf
- bei erforderlichen Aufenthalten in der Sonne Kleidung nutzen, die Arme und Beine bedeckt
- UV-schützende, luftdurchlässige und leichte Kopfbedeckungen nutzen, die möglichst sowohl den Kopf als auch das Gesicht vor Sonneneinstrahlung schützen
- Sonnencreme mit einem hohen Lichtschutzfaktor zum Schutz vor schädlichen UV-Strahlen verwenden
- zum Schutz der Augen eine Sonnenbrille tragen

Literatur

Übergreifende Literatur

LMU Klinikum (2020): Hitzemaßnahmenplan für stationäre Einrichtungen der Altenpflege. Empfehlungen aus der Praxis für die Praxis. München. (pdf).

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Unter Mitwirkung von

Gisela Hück, Rhein-Erft-Kreis
Philip Kärcher, Kreis Höxter
Robert Stöhr, Kreis Höxter

Bochum, Oktober 2023

C.10

Gebäudebezogene Gestaltungsmöglichkeiten

Die bauliche Gestaltung besitzt großen Einfluss auf das Innenraumklima eines Krankenhauses. Veränderungen am und im Gebäude können daher spürbare Effekte auf die Temperaturen in den Innenräumen haben.

Bei der Planung und Umsetzung entsprechender Maßnahmen sollten regionale und lokalklimatische Faktoren berücksichtigt werden. Welche Maßnahmen im Einzelnen ergriffen werden, muss unter Abwägung spezifischer Anforderungen an das jeweilige Krankenhaus entschieden werden.

Die nachfolgend aufgeführten Maßnahmen sind entsprechend als Empfehlung zu verstehen. Über die unterschiedlichen Anforderungen verschiedener Krankenhaustypen sowie die gegebenen baulichen oder rechtlichen Voraussetzungen hinaus können selbstverständlich weitere Maßnahmen sinnvoll sein und ergriffen werden.

Grundsätzlich gilt jedoch: alle Maßnahmen sollten möglichst auf einem ganzheitlichen Energie- beziehungsweise Klimakonzept basieren, welches von einer Fachplanerin oder einem Fachplaner erstellt wird. Die Reihenfolge der Einzelmaßnahmen sollte sinnvoll aufeinander abgestimmt werden, wobei bestehende Förderungen genutzt werden sollten. So können auch potenzielle Mehrkosten sowie die Umsetzung möglicherweise miteinander konkurrierender Einzelmaßnahmen frühzeitig erkannt und vermieden werden.

Der generelle Ablauf einer mittelfristig angelegten Planung sähe dann wie folgt aus:

- Gebäudezustand erfassen
- Energetisches Gesamtkonzept erstellen
- Finanzierungsmöglichkeiten prüfen und ggf. abstimmen

- Energieberatung anfordern und einschalten – wird über das Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle (BAFA) finanziell gefördert
- Fördermöglichkeiten prüfen



Über Fördermöglichkeiten können Sie sich beispielsweise hier informieren:

www.energie-effizienz-experten.de/

www.bafa.de/DE/Energie/Energieberatung

www.bafa.de/DE/Energie/Effiziente_Gebaeude

Über die mittelfristige strategische Planung hinaus gibt es jedoch eine Vielzahl an Maßnahmen, die sich sofort bei einer akuten Hitzewarnung oder mit relativ geringem Aufwand kurzfristig realisieren lassen.

Gebäudebezogene Sofort-Maßnahmen bei bestehender Hitzewarnung

Alle bereits am und im Gebäude vorhandenen Möglichkeiten sollten umgehend ausgeschöpft werden:

Verschatten von Fenster- und Glaselementen:

Die Nutzung von Sonnenschutz (Blend- und Wärmeschutzelementen) ist besonders bei direkter Sonneneinstrahlung von zentraler Bedeutung und soll dem Eintrag von Wärme in den Innenraum entgegenwirken sowie störendes Blenden durch Lichteinfall verhindern. Außenliegender Sonnenschutz ist dabei im Regelfall deutlich effektiver als innenliegender.

Als Verschattungselemente dienen unter anderem:

- außenliegende horizontale Metall-Jalousien, ggf. in Kombination mit innenliegenden vertikalen, verstellbaren Textil-Lamellen zur bestmöglichen Vermeidung von Streifenbildung (Zeileneffekt) [1]
- Markisen und andere, ggf. bauliche Elemente wie Vordächer, die die direkte Sonneneinstrahlung auf Fenster und Außenwände deutlich reduzieren können
- Rollläden
- Sonnenschutzfolien
- Sonnensegel
- innenliegende Jalousien, Rollos oder Vorhänge bzw. Gardinen, deren Effektivität jedoch erheblich geringer ist als jene der oben genannten Verschattungselemente

Die Verschattung konkurriert jedoch mit dem Wunsch nach Ausblick für Patientinnen und Patienten sowie zum Teil mit den Vorgaben für Tageslicht an Arbeitsstätten [2]. Zum Ausgleich von Vor- und Nachteilen verschiedener innen- und außenliegender Maßnahmen kann die Kombination verschiedener Verschattungsmöglichkeiten sinnvoll sein.

Nutzung von Lüftungsmöglichkeiten:

In nicht anderweitig belüfteten oder klimatisierten Gebäuden und Räumlichkeiten ist eine gezielte Lüftung in den kühlen Tages- und Nachtzeiten – wenn möglich – durch das Öffnen kompletter Fensterflügel (das Kippen reicht nicht aus) für 10 Minuten oder länger morgens

und abends sehr sinnvoll. Idealerweise sollten Möglichkeiten zur Querlüftung (wo möglich) genutzt werden. *Weitere Informationen zum Lüftverhalten siehe Arbeitshilfe C.8.*

Nutzung vorhandener technischer Kühlmöglichkeiten:

Sofern raumluftechnische Anlagen zur Gebäudeteilkühlung beziehungsweise Klimatisierung vorhanden sind, sollten diese auch genutzt werden, idealerweise aber in Kombination mit oben genannten Maßnahmen. Aufgrund des hohen Energieverbrauchs und der Produktion von Abwärme sollte insbesondere die Nutzung von Monoblöcken jedoch die letzte Wahl sein. Luftbewegung ist neben Temperatur und Luftfeuchte ein weiterer Faktor, der die subjektive Empfindung des Raumklimas beeinflusst [3]. Ventilatoren können kurzfristig Linderung verschaffen, sind aber ebenfalls eher eine Notlösung.

Reduktion Wärme produzierender Geräte und Lichtquellen:

Grundsätzlich, aber gerade auch in Gebäudeteilen, die aufgrund ihrer Ausrichtung oder eines energetisch problematischen Gebäudezustands besonders von Hitze betroffen sind, kann das Entfernen, Verlagern oder Ausschalten von Geräten, die eine hohe zusätzliche Wärmelast erzeugen (zum Beispiel Computer, Kühlschränke, Spezialgerätschaften), sehr nützlich sein. Hier empfiehlt sich der Einsatz von so genannten Bestgeräten, die möglichst energieeffizient sind und wenig Wärme abgeben [4]. Der Umstieg auf LED-Leuchtmittel ist, wo möglich, ebenfalls zu erwägen.

Kontrolle der Raumluf temperatures:

Da sich insbesondere während Hitzeereignissen mit hoher Sonneneinstrahlung Gebäudeteile sehr unterschiedlich schnell aufheizen, sollte die kurzfristige Messung der Raumluf temperature im gesamten Gebäude ermöglicht werden. Gebäudeteile, die als „Hot Spots“ bereits bekannt sind, sollten bezüglich der Raumtemperatur engmaschiger kontrolliert werden.

Gebäudebezogene kurz- und mittelfristige Maßnahmen

Neben den oben genannten Sofort-Maßnahmen gibt es verschiedene Maßnahmen, die vorbereitet beziehungsweise geplant werden müssen, allerdings mit relativ geringem Aufwand zu realisieren sind.

Erfassung und Nutzung kühler Räume und Bereiche

Dies sind zum Beispiel Gebäudeteile,

- die gen Norden ausgerichtet sind (als reine Nordlage gilt die Lage der Außenwand zwischen NO und NW gem. § 49 49.32 VV BauO NRW),
- bei denen eine direkte Sonneneinstrahlung durch großflächige Verschattung vermindert wird, beispielsweise durch Bäume, Fassadenbegrünung, Schatten spendende weitere Gebäude oder
- die beispielsweise energetisch durch Dämmung besser ausgestattet sind.

Sofern möglich, sollten in solchen Gebäudeteilen Ausweichzimmer für jene Patientinnen und Patienten geschaffen werden, die besonders gefährdet sind oder zuvor in besonders durch Hitze belasteten Bereichen untergebracht waren.

Dezentrale Automatisierung prüfen, anpassen und ggf. einrichten

Viele Einrichtungen verfügen bereits über eine zeit- und teilweise sensorikgesteuerte Automatisierung beispielsweise für Rollläden, Jalousien oder Lüftungsanlagen. Diese ermöglichen eine sensorische Erfassung der Raumtemperatur und ein automatisiertes, effizientes Öffnen und Schließen der Fenster. Es ist zu prüfen, ob automatisierte Jalousien und Rollläden im Sommer und insbesondere während starker Sonneneinstrahlung und Hitze so eingestellt werden, dass sie am späten Morgen und tagsüber schattenspendend geschlossen bleiben und erst nachts zur Belüftung hochfahren.

Gebäudebezogene Maßnahmen mit längerem Planungshorizont

Unter Abwägung der konkreten Bedingungen vor Ort und gegebenenfalls ohnehin angedachten Planungen zur Veränderung von Gebäuden der Einrichtungen (z. B. Neubau, Sanierung) sind weitere Maßnahmen sinnvoll:

- Entwicklung und Umsetzung von Strategien zu baulichen Maßnahmen
 - Energiekonzept durch Fachplaner oder Fachplanerin erstellen
 - Finanzierungskonzept erstellen
- Gebäudesanierung gemäß GebäudeEnergieGesetz (GEG), z. B.
 - Dämmung der Außenfassade
 - Dämmung des Dachbodens bzw. Dämmung der Dachflächen
 - Fensteraustausch (allerdings nur im Rahmen einer Gesamtbetrachtung)
- Nachrüstung von Verschattungselementen, z. B.
 - Außenjalousien
 - Sonnensegel
 - höherwüchsige und im Sommer möglichst dichte Vegetation
- Veränderung der Gebäudehülle im Hinblick auf
 - ein besseres Reflexionsvermögen (höhere Albedo, z. B. durch Farbgebung)
 - Verschattung der Fassade (z. B. durch Fassadenbegrünung)
 - Dachbegrünung (Potenziale hierzu können beispielsweise mithilfe des Gründachkatasters NRW im Klimaatlas des LANUV abgeschätzt werden)
- Veränderung der unmittelbaren Gebäudeumgebung, z. B.
 - Begrünungskonzept
 - Prüfung der Möglichkeiten für die Nutzung von Wasser und Kleingewässern als Gestaltungselement und für Bewässerung
 - Entsiegelungsmaßnahmen

Literatur

Zitierte Literatur

- [1] DGUV – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Hrsg.) (2016): Neu- und Umbauplanung im Krankenhaus unter Gesichtspunkten des Arbeitsschutzes – Basismodul. DGUV Information 207-016. Berlin. (pdf).
- [2] DGUV – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Hrsg.) (2022): Sonnenschutz im Büro. DGUV Information 215-444. Berlin. (pdf).
- [3] Regierungspräsidium Gießen (Hrsg.) (2018): Betreuungs- und Pflegeaufsicht Hessen. Außergewöhnliche Hitzeperioden. Vorbereitung und Vorgehen in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe. Gießen. (pdf).
- [4] Ragettli, M. S. u. M. Rösli, (2021): Hitze-Massnahmen-Toolbox 2021. Ein Massnahmenkatalog für den Schutz der menschlichen Gesundheit vor Hitze. 2021, SwissTPH, Basel. Im Auftrag des BAG. (pdf).

Übergreifende Literatur

- LMU Klinikum (2020): Hitzemaßnahmenplan für stationäre Einrichtungen der Altenpflege. Empfehlungen aus der Praxis für die Praxis. München. (pdf).

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Unter Mitwirkung von

Annette Seurer, Landschaftsverband Rheinland
Barbara Wokurka, Landschaftsverband Rheinland

Bochum, Oktober 2023



Einrichtungsbezogener Hitzeschutz in NRW

Arbeitshilfen für stationäre
Pflege- und Wohneinrichtungen

Impressum

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Unter Mitwirkung von

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen
Ärztammer Nordrhein
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (Landesgeschäftsstelle Nordrhein-Westfalen)
Caritasverband für das Bistum Essen e. V., DiCV Essen
DRK-Landesverband Westfalen-Lippe e. V.
Hospiz- und Palliativverband Nordrhein-Westfalen e. V.
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.
Kreis Höxter
Landessenorenvertretung Nordrhein-Westfalen e. V.
Landschaftsverband Rheinland
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
Pflegekammer Nordrhein-Westfalen
Rhein-Erft-Kreis
Seniorenrat Bielefeld
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V.

Konzeption und Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW:
Lea-Christine Antoine, Selina Brünker, Thomas Claßen, Thea Kelly,
Isabelle Liebchen, Odile Mekel, Katharina Müller, Raphael Sieber

Layout und Verlag

LZG.NRW

Das LZG.NRW ist eine Einrichtung des Landes Nordrhein-Westfalen im Geschäftsbereich des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Bochum, Oktober 2023

Zitiervorschlag:

LZG.NRW – Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2023):
Einrichtungsbezogener Hitzeschutz in NRW. Arbeitshilfen für stationäre Pflege- und
Wohneinrichtungen. Bochum.

Hinweis:

Das LZG.NRW dankt allen beteiligten Institutionen für ihre Mitwirkung bei der
Erstellung der Arbeitshilfen Einrichtungsbezogener Hitzeschutz in NRW.

Vorwort

Der Klimawandel gilt als größte Herausforderung für die menschliche Gesundheit im 21. Jahrhundert. Die zunehmende Anzahl, Dauer und Intensität von Hitzeperioden gehören zu den gravierendsten Klimawandelfolgen. Hitze führt in Deutschland bereits jetzt zu mehreren Tausend vorzeitigen Todesfällen pro Jahr. Dabei werden die Herausforderungen, die aufgrund von Hitzeperioden für das Gesundheitssystem entstehen, auf absehbare Zeit weiter zunehmen. Daher ist es erforderlich, dass sich Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens auf Hitzeereignisse konsequent vorbereiten und bestenfalls einen konkreten Plan für den Hitzeschutz entwickeln. Es gilt kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen zu ergreifen, um einen möglichst umfassenden Hitzeschutz zu gewährleisten.

Die **Arbeitshilfen Einrichtungsbezogener Hitzeschutz in NRW** wurden im Frühjahr und Sommer 2023 vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) in Zusammenarbeit mit Akteurinnen und Akteuren des Gesundheits- und Pflegewesens entwickelt. Sie sollen nordrhein-westfälischen Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens als Orientierung bei der Erstellung und Umsetzung von einrichtungsspezifischen Hitzeschutzmaßnahmen dienen. In erster Linie richten sich diese Arbeitshilfen an die Geschäftsführungen und das Personal von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen.

Die Arbeitshilfen stellen keine verbindlichen Richtlinien dar. Sie sollen für das Thema Hitze sensibilisieren und zum Handeln anregen. Dabei lassen sie jeder Gesundheits- und Pflegeeinrichtung den erforderlichen Spielraum zur individuellen Gestaltung des Vorgehens im Bereich des Hitzeschutzes. Jede Einrichtung soll auf Grundlage ihrer spezifischen Strukturen und Prozessabläufe sowie entsprechend ihrer eigenen Bedarfe und Ressourcen

Maßnahmen planen und umsetzen können. Die Anerkennung notwendiger individueller Gestaltungsfreiheiten stellt dabei nicht infrage, dass es sich bei der Maßnahmenentwicklung zum Hitzeschutz um eine dringend empfohlene Aufgabe handelt. Die Auseinandersetzung mit dem Thema führt in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen bestenfalls zu einem umsetzungsorientierten Hitzeschutzplan – im Sinne einer konkreten Vorstellung davon, wie sich auf Hitzeperioden vorbereitet werden kann und im Fall von akuten Hitzeereignissen gehandelt werden muss.

Die erste Ausgabe der Arbeitshilfen Einrichtungsbezogener Hitzeschutz in NRW wurde in zwei verschiedenen Versionen erstellt. Eine richtet sich an Krankenhäuser, die andere an stationäre Pflege- und Wohneinrichtungen. **Ihnen liegt hier die Version für stationäre Pflege- und Wohneinrichtungen vor.** Die Erstellung von Arbeitshilfen auch für weitere Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens, im ambulanten wie stationären Bereich, ist beabsichtigt.

Helfen Sie mit, diese Arbeitshilfen weiterzuentwickeln!

Die hier vorliegenden Arbeitshilfen stellen wichtige Bausteine für den einrichtungsbezogenen Hitzeschutz in Nordrhein-Westfalen dar. Sie sollen stetig weiterentwickelt werden. Hierzu sind wir auf Ihre Erfahrungen bei der Nutzung der Arbeitshilfen angewiesen.

Teilen Sie uns gerne Ihre Anregungen über unseren Feedbackbogen mit:

https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/klima_gesundheit/hsp/index.html.

Zudem sind wir für Sie per E-Mail erreichbar:

klima@lzg.nrw.de

Lesehilfe

Die hier vorliegenden Arbeitshilfen sind modular aufgebaut. Sie können als zusammenhängendes Gesamtdokument oder einzeln gelesen werden. Zusammenhängend geben sie einen umfassenden Überblick über verschiedenste Aspekte des einrichtungsbezogenen Hitzeschutzes. Einzeln zur Kenntnis genommen ermöglichen sie einen schnellen Einstieg in jeweils begrenzte thematische Ausschnitte.

Die Arbeitshilfen gliedern sich in drei Abschnitte (A, B und C). Jeder Abschnitt erfüllt einen nachfolgend beschriebenen Zweck. Die Abschnitte sind zur besseren Orientierung farblich markiert.

 **Die Arbeitshilfe A** (Checkliste für den Schnelleinstieg) setzt den Rahmen für die Erstellung eines umfassenden Hitzeschutzplans. Sie bietet eine protokollartige Checkliste mit jahreszeitlich unabhängigen Maßnahmen, die kurz-, mittel- und langfristig umgesetzt werden können und solchen Maßnahmen, die während der Sommermonate (sowie explizit bei Warnstufe 1 und 2 des DWD-Hitzewarnsystems) angewandt werden können. Anhand dieser Checkliste wird ein Gesamtüberblick vermittelt und ein systematisches Vorgehen für die Entwicklung eines umfassenden Hitzeschutzplans vorgeschlagen.

 **In den Arbeitshilfen B** (Grundlagen) wird die Relevanz des Themas sowie die Notwendigkeit der Erstellung von einrichtungsbezogenen Hitzeschutzplänen erläutert. Die aufgeführten Grundlageninformationen können stationären Pflege- und Wohneinrichtungen dabei helfen, festzustellen, inwieweit sie vom Klimawandel beziehungsweise von Hitze betroffen sind oder in Zukunft betroffen sein werden. Sie dienen

dazu, Gesundheitsrisiken durch Hitze zu erkennen und dementsprechend gefährdete Bewohnerinnen und Bewohner zu identifizieren. Auch die Sicherstellung der Entgegennahme und Weitergabe von Hitzewarnungen des DWD wird thematisiert. Darüber hinaus werden einige Handlungsempfehlungen und Toolboxen, die außerhalb von Nordrhein-Westfalen entwickelt wurden, aber ebenfalls sehr gut nutzbar sind, kurz vorgestellt.

Die Arbeitshilfen C (Handlungsorientierte Detailinformationen) liefern konkrete Ansätze beziehungsweise Handlungsempfehlungen für die Umsetzung gesundheitsbezogener Hitzeschutzmaßnahmen im Rahmen eines Hitzeschutzplans in stationären Pflege- und Wohneinrichtungen. Sie liefern detaillierte Informationen auch zur Umsetzung der in Arbeitshilfe A genannten Maßnahmen. Die Betrachtung der Arbeitshilfe A im Zusammenhang mit den entsprechenden Arbeitshilfen C ist daher unerlässlich. Die Arbeitshilfen reichen von einfachen Tipps zur Beratung von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie An- und Zugehörigen bei Hitzeperioden bis hin zu Handlungsempfehlungen für die Lagerung von Medikamenten sowie zur gebäudebezogenen Gestaltung.

Insgesamt liegen derzeit 16 Arbeitshilfen für stationäre Pflege- und Wohneinrichtungen vor. Sie sind entsprechend folgender Gliederung durchnummeriert:

Gliederung der Arbeitshilfen

- A.1** Maßnahmen Checkliste
- B.1** Der Klimawandel und seine Auswirkungen in Nordrhein-Westfalen
- B.2** Auswirkungen von Hitze auf den Körper
- B.3** Risikofaktoren und bei Hitze besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen
- B.4** Hitzewarnsystem des Deutschen Wetterdienstes
- B.5** Übersicht weiterer Arbeitshilfen
- C.1** Anamnesebogen für die Erfassung besonders gefährdeter Bewohnerinnen und Bewohner
- C.2** Hitze – Erkrankungen und Maßnahmen
- C.3** Flüssigkeitszufuhr bei Hitze
- C.4** Einnahme von Medikamenten
- C.5** Lagerung von Medikamenten
- C.6** Beratung von gefährdeten Personen und Angehörigen
- C.7** Qualitätsmanagement und -sicherung
- C.8** Tipps zur Nutzung von Innenbereichen
- C.9** Tipps zur Nutzung von Außenbereichen
- C.10** Gebäudebezogene Gestaltungsmöglichkeiten

A.1

Maßnahmen Checkliste

Stationäre Pflege- und Wohneinrichtungen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie stationäre Hospize stellen Lebenswelten von Personengruppen dar, die besonders durch Hitze gefährdet sind. Sie bedürfen daher eines gut durchdachten Hitzeschutzes. Detaillierte Informationen zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Hitze, den Risikofaktoren und -gruppen sowie weitere Informationen zu Hitzeereignissen finden Sie in den Arbeitshilfen B.

Die Herausforderungen, denen die Einrichtungen bei zukünftigen Hitzeereignissen gegenüberstehen, unterscheiden sich je nach Rahmenbedingungen (zum Beispiel Lage, Organisationsstruktur, bauliche Gegebenheiten). Aufgrund zunehmender Hitzeereignisse ist es jedoch dringend angeraten, sich diesen Herausforderungen zu stellen.

Schnelleinstieg zur Erstellung eines Hitzeschutzplans

Die folgende Checkliste dient als Orientierung und Arbeitshilfe für die Erstellung eines Hitzeschutzplans für stationäre Pflege- und Wohneinrichtungen. Sie soll einen Schnelleinstieg in das Thema ermöglichen. Die Checkliste enthält einen ersten Überblick zu möglichen jahreszeitlich unabhängigen Maßnahmen sowie Maßnahmen in Vorbereitung auf den Sommer und bei Hitzewarnstufe 1 und 2. Sie finden nachfolgend Vorschläge zur Maßnahmengestaltung, die jedoch aufgrund der Heterogenität der Versorgungslandschaft für jede Einrichtung individuell angepasst und konkretisiert werden müssen. Ausführliche Erläuterungen erhalten Sie in den separat verfügbaren Arbeitshilfen B und C.

Maßnahmen zur kurzfristigen Anpassung

Organisation:

- verantwortliche Personen für den Hitzeschutz und die Umsetzung des Hitzeschutzplanes benennen und beteiligen
- interne Kommunikation des für die Einrichtung aufgestellten Hitzeschutzplans festlegen
- Anmeldung zum Newsletter „Hitzewarnung“ des Deutschen Wetterdienstes (DWD)
- Entwicklung einer Vorgehensweise zur Anpassung der Speisen und Getränke während Hitzeperioden unter Einbindung des Küchenpersonals
- Überprüfung und Bereitstellung von Lagerungsmöglichkeiten für hitzeempfindliche Arzneimittel (*siehe Arbeitshilfe C.5*)
- Verfügbarkeit von notwendigen Bedarfsartikeln und Hilfsmitteln bei Hitzeperioden prüfen (z. B. Kühlpacks, Ventilatoren, Fächer zur Kühlung)

Technische Maßnahmen:

- Prüfung von Überbrückungskonzepten für Extremereignisse und Notfälle (z. B. Stromknappheit oder -ausfall)
- Erfassung kühler Räume und Bereiche (*siehe Arbeitshilfe C.10*)
- Funktionsfähigkeit der Verschattung von Fenstern und Glaselementen für den Sonnenschutz prüfen
- dezentrale Automatisierung von z. B. Verschattung oder Lüftungsanlagen prüfen und ggf. anpassen oder einrichten (*siehe Arbeitshilfe C.10*)

Pflegepraxis:

- Vorgehen zur Erkennung von gefährdeten Personen festlegen (z. B. „Pflege-Assessment“) (*siehe Arbeitshilfe C.1*)

Maßnahmen zur mittelfristigen Anpassung

Organisation:

- Festlegung von spezifischen Hitzeschutzmaßnahmen in einem Hitzeschutzplan
 - Festlegung von Schwellenwerten und Maßnahmen (*siehe Arbeitshilfe C.8 und Arbeitshilfe C.10*)
 - interdisziplinäre Koordination der Planung, Vorbereitung und Umsetzung der vorgesehenen Maßnahmen bestimmen
 - Bewertung und laufende Aktualisierung des Hitzeschutzplans sicherstellen
 - Evaluation von Hitzeschutzmaßnahmen des letzten Sommers und Verbesserungspotentiale bestimmen

Personalplanung und Arbeitsschutz:

- Personalmehrbedarf je nach Hitzewarnstufe bei Personalressourcenplanung berücksichtigen und Verfügbarkeit von Vertretungspersonal prüfen
- Gewährleistung des Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerschutzes während Hitzeperioden sicherstellen
 - z. B. durch an die Temperatur angepasste Bekleidung oder Wasserspender

- Angebot von Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeitende zu Themen wie
 - hitzebedingte Erkrankungen
 - Einfluss von Hitze auf medikamentösen Therapien

Technische Maßnahmen:

- Entwicklung eines Überbrückungskonzepts für Extremereignisse und Notfälle (z. B. Stromknappheit oder -ausfall)
- Funktionstüchtigkeit der Verschattung von Fenstern und Glaselementen für den Sonnenschutz sicherstellen

Maßnahmen zur langfristigen Anpassung

Organisation:

- Qualität des Hitzeschutzplans sicherstellen und möglichen Optimierungsbedarf ermitteln (*siehe Arbeitshilfe C.7*)

Fortbildungen:

- Fortbildungsbedarf ermitteln sowie Fortbildungen entwickeln und durchführen

Gebäudebezogene Gestaltung (*siehe Arbeitshilfe C.10*):

- alle Maßnahmen sollten auf einem ganzheitlichen Konzept basieren, welches von einer Fachplanerin oder einem Fachplaner erstellt wird
- bei Renovierung, Um- oder Neubau können bspw. folgende Maßnahmen oder Konzepte sinnvoll sein:
 - energetisches Gesamtkonzept
 - Sonnenschutzkonzept (Außen- und Innenbereich)
 - Kühlungs- bzw. Klimatisierungskonzept
 - Begrünungskonzept
 - Bewässerungs- und Regenwasserkonzept (z. B. Regenrückhaltung und -speicherung)

Hitzewarnsystem des Deutschen Wetterdienstes

Warnstufe 1 (starke Wärmebelastung):

- vorhergesagte Gefühlte Temperatur am frühen Nachmittag von **über 32 °C** für mindestens zwei Tage in Folge
- nur geringe nächtliche Abkühlung

Warnstufe 2 (extreme Wärmebelastung):

- vorhergesagte Gefühlte Temperatur am frühen Nachmittag von **über 38 °C**

*Für ältere und pflegebedürftige Menschen kann eine Gefühlte Temperatur von über 36 °C bereits eine extreme Wärmebelastung darstellen. Die Warnung des DWD enthält einen entsprechenden Warntext. Daher wäre zu empfehlen, für besonders gefährdete Bewohnerinnen und Bewohner (*siehe Arbeitshilfe C.1*) die Maßnahmen der Warnstufe 2 bereits früher zu ergreifen.*

Maßnahmen während der Sommermonate

Organisation:

- Überwachung der Temperaturentwicklung in Innenräumen und ggf. Einleitung von beschlossenen Maßnahmen bei Überschreitung des Schwellenwertes
- schnelles Ausweisen von kühlen Räumen und Bereichen für Warnstufe 1 und 2 vorbereiten
- wärmeempfindliche Medikamente und Materialien richtig lagern (*siehe Arbeitshilfe C.5*)
- nicht-pflegerisches Personal (z. B. Pforte, Verwaltung, Reinigung) sensibilisieren unter Berücksichtigung der aktuellen Hitzewarnungen
- bei Bedarf pflegerisches Personal (nach)schulen
- Informationen zur Prävention von hitzebedingten Erkrankungen für Bewohnerinnen und Bewohner sowie An- und Zugehörige bereitstellen und An- und Zugehörige einbinden (*siehe Arbeitshilfe C.6*)
- Getränkevorrat sicherstellen (für den Innen- und Außenbereich)
- Angebot von hitzeangepasster Nahrung für die Bewohnerinnen und Bewohner erhöhen (wasserreiche, kühle und über den Tag verteilt kleine Mahlzeiten) (*siehe Arbeitshilfe C.3*)
- weitere vorzunehmende Nahrungsanpassungen während der Warnstufen im Vorfeld mit verantwortlichem Personal kommunizieren
- Außenbereiche an Hitze anpassen (z. B. Aufstellung von Verschattung, ggf. ungeeignete Orte sperren) (*siehe Arbeitshilfe C.9*)

Pflegepraxis:

- bei erhöhter Hitzebelastung bedarf es einer engmaschigen, systematischen Betreuung von besonders durch Hitze gefährdeten Bewohnerinnen und Bewohnern
 - Identifizierung gefährdeter Personen bei Einzug in die Einrichtung (*siehe Arbeitshilfe C.1*)
 - Einnahme von Medikamenten beachten, um Nebenwirkungen im Zusammenhang mit Hitze sowie Sonnenexposition zu vermeiden (*siehe Arbeitshilfe C.4*)
 - Ermittlung des Unterstützungsbedarfs zum und beim Trinken zu Beginn des Sommers (*siehe Arbeitshilfe C.3*)
- Beratung von Bewohnerinnen und Bewohnern und Einbindung von An- und Zugehörigen (*siehe Arbeitshilfe C.6*)
- Medikationsübersicht und Übersicht der Nahrungsergänzungsmittel bzw. Diätvorschriften der Bewohnerinnen und Bewohner laufend aktualisieren und bereithalten zur Beurteilung des Einflusses der Arzneitherapie auf die Hitzetoleranz
- ggf. auf die Verwendung leichter Bettwäsche und das Tragen leichter, atmungsaktiver Kleidung achten (*siehe Arbeitshilfe C.6*)

Maßnahmen bei Warnstufe 1

ergänzend zu den Maßnahmen während der Sommermonate:

Organisation:

- Besuchszeiten auf kühlere Morgen- oder Abendstunden verlegen
- systematische Erfassung von Hitzeerkrankungen

Pflegepraxis:

- für ein geeignetes Raumklima im Innenbereich sorgen (*siehe Arbeitshilfe C.10*)
 - angepasstes Lüftungsverhalten
 - Nutzung von Lüftungs- und Kühlmöglichkeiten
 - Reduktion von Wärme produzierenden Geräten und Lichtquellen
- Möglichkeiten zur aktiven Kühlung des Körpers anbieten (z. B. Duschen, Hand- oder Fußbäder, Auflegen feuchter Tücher)
- kühle Aufenthaltsräume und Bereiche ausweisen
- Planung therapeutischer Aktivitäten anpassen
- auf angemessenes Verhalten im Außenbereich hinweisen (z. B. Aktivitäten und Aufenthaltsorte) (*siehe Arbeitshilfe C.9*)
- Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner
 - anlassbezogene Erfassung der Körpertemperatur (ggf. auch mehrmals täglich)
 - intensive Betreuung besonders gefährdeter Bewohnerinnen und Bewohnern
 - Bewohnerinnen und Bewohner in Bezug auf Austrocknungserscheinungen und weitere gesundheitliche Auffälligkeiten beobachten
 - bei unklaren Gesundheitszuständen sofort die Hausärztin bzw. den Hausarzt oder den Rettungsdienst informieren
 - ausreichende Flüssigkeitsaufnahme sicherstellen und Elektrolytverlust ausgleichen (ggf. Maßnahmen ergreifen, um Trinken attraktiver zu gestalten und zu erleichtern) (*siehe Arbeitshilfe C.3*)
 - leichte Nahrung empfehlen und anbieten (*siehe Arbeitshilfe C.3*)
 - Anpassung der Kleidung der Bewohnerinnen und Bewohner

Pforte und Empfang:

- Bewohnerinnen und Bewohner zum Trinken animieren
- das Tragen von Sonnenschutz anregen
- verstärkt auf Bewohnerinnen und Bewohner achten und bei beobachteter Zustandsverschlechterung pflegerisches oder betreuendes Personal informieren

Haustechnik und Reinigungskräfte:

- Raumtemperatur sowie Lüften bei täglichen Routinen beachten
- verstärkt auf Bewohnerinnen und Bewohner achten und bei beobachteter Zustandsverschlechterung pflegerisches oder betreuendes Personal informieren

Personalplanung und Arbeitsschutz:

- leichte, atmungsaktive Dienstkleidung bereitstellen
- ausreichende Versorgung mit Getränken sicherstellen und auf ausreichende Flüssigkeitsaufnahme achten
- Abkühlungsmöglichkeiten bereitstellen
- kühle Pausenräume einrichten
- weitere Kühlungsmöglichkeiten anbieten (z. B. Kühlwesten)
- ggf. Maskenpausen verlängern
- Beurteilung der Hitzebelastung bei Arbeiten im Freien und Ergreifung entsprechender Maßnahmen
- Festlegung von zusätzlichen Entwärmungsphasen (Aufenthalt in weniger hitzebelasteten Bereichen)

Maßnahmen bei Warnstufe 2

ergänzend zu den Maßnahmen bei Warnstufe 1:

Pflegepraxis:

- verstärkte pflegerische Betreuung aller Bewohnerinnen und Bewohner (z. B. regelmäßige Erfassung der Körpertemperatur, Flüssigkeitsbilanzierung)
- gefährdete Bewohnerinnen und Bewohner engmaschiger auf hitzebedingte Symptome beobachten und ggf. überwachen (*siehe Arbeitshilfe C.1*)
 - bei Hitzeerkrankungen Maßnahmen ergreifen (*siehe Arbeitshilfe C.2*)
- Verlegung von Bewohnerinnen und Bewohner oder Gästen in kühlere Räume, falls die Raumtemperatur nicht gesenkt werden kann oder individuelles Risikopotenzial besteht

Versorgung (*siehe Arbeitshilfe C.3*):

- ganztägig Getränke entsprechend der erforderlichen Trinkmenge bereitstellen, das Trinkverhalten beobachten, eventuell Unterstützungsbedarf ermitteln und ggf. protokollieren
- Trinkplan für Bewohnerinnen und Bewohner mit starken Einschränkungen erstellen und vermehrt Flüssigkeit und Elektrolyte anbieten

Personalplanung und Arbeitsschutz:

- Personal nach Möglichkeit entlasten (z. B. Verlängerung der Pausen, Verkürzung der Arbeitszeiten, Schaffung von kühlen Rückzugsorten)

Literatur

Die Inhalte dieser Arbeitshilfe orientieren sich an: Landessanitätsdirektion Wien (2018): Leitfaden Hitzemaßnahmenplan. Für medizinische und pflegerische Einrichtungen zur Erstellung eigener Hitzemaßnahmenpläne; Aktionsbündnis Hitzeschutz Berlin (2022): Musterhitzeschutzplan für stationäre Pflegeeinrichtungen, Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Pflege-Wohngemeinschaften.

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Bochum, Oktober 2023

B.1

Der Klimawandel und seine Auswirkungen in Nordrhein-Westfalen

Der Klimawandel in wenigen Worten

Wenn Sie in Ihrem Tätigkeitsbereich nur wenig Zeit haben, um sich mit dem Klimawandel auseinanderzusetzen, helfen Ihnen möglicherweise schon folgende fünf Kerninfos weiter [1].

Kerninfos zum Klimawandel

1. Der Klimawandel ist real.
2. Wir Menschen sind die Ursache.
3. Die Auswirkungen sind gefährlich.
4. Die Fachleute sind sich einig.
5. Noch können wir etwas tun.

Mit dem Klimawandel wird der Anstieg der globalen, mittleren Lufttemperatur in Bodennähe seit der Industrialisierung bezeichnet. Dieser Anstieg lässt sich eindeutig nachweisen. Zwar sind die Ursachen des Klimawandels komplex – fest steht jedoch, dass er fast ausschließlich durch menschliches Handeln hervorgerufen wird. Der Eintrag von sogenannten Treibhausgasen wie Kohlendioxid oder Methan in die Atmosphäre ist ausschlaggebend für den Klimawandel. Denn die kurzwellige Sonnenstrahlung durchdringt die Treibhausgase auf ihrem Weg zur Erde ungehindert, aber die von der Erde zurückgestrahlte langwellige Wärmestrahlung wird anschließend von den Treibhausgasen absorbiert. Es stellt sich somit ein Effekt wie in einem Gewächshaus ein.

Die zentrale Auswirkung des Klimawandels ist ein bisher feststellbarer Anstieg der globalen, mittleren Lufttemperatur von ca. 1,2 °C [2]. Das klingt zunächst nach einem geringen Anstieg, ist aber tatsächlich viel und sehr bedeutend. Dieser Anstieg wird sich fortsetzen. Bis zum Jahr 2100 wird nach Expertenschätzungen eine Steigerung zwischen ca. 1,6 °C bis über 4,0 °C möglich sein [1] – je nachdem wie sehr es die menschliche Gesellschaft schafft, ihr Handeln so zu verändern, dass weniger Treibhausgase in die Atmosphäre eingebracht werden. Der Anstieg der globalen Lufttemperatur ist verbunden mit vielen weiteren Auswirkungen, insbesondere vermehrt auftretenden und intensiveren Hitzeperioden, aber auch häufigeren Starkregenereignissen, Stürmen oder langanhaltenden Dürren. Das Klima gerät in mehrfacher Hinsicht aus dem Gleichgewicht – das heißt aus dem Zustand, den der Mensch für seine bisherige Lebensweise benötigt.



Über Ursachen und Auswirkungen des Klimawandels können Sie sich zusätzlich hier informieren:

www.umweltbundesamt.de

www.deutsches-klima-konsortium.de

www.de-ipcc.de

Die Entwicklung des Klimas in NRW

Der Klimawandel betrifft auch Nordrhein-Westfalen. Es sind beispielsweise mehr heiße Tage (Maximaltemperatur über 30 °C) und mehr Tropennächte (nächtliche Lufttemperatur nicht unter 20 °C) zu erwarten. Aufgrund naturräumlicher Unterschiede sind die verschiedenen Regionen in Nordrhein-Westfalen unterschiedlich betroffen. Entlang von Rhein und Ruhr sind zum Beispiel vergleichsweise viele heiße Tage und Tropennächte zu erwarten. Im Sauerland und in der Eifel werden im Vergleich zu anderen Regionen zwar weniger Hitzeereignisse auftreten, dennoch ist auch hier ein Anstieg zu erwarten [3].

Besonders von Hitze betroffen sind hoch verdichtete, städtische Gebiete. Man spricht von einem städtischen Hitzeinseleffekt. Dieser tritt auf, weil beispielsweise städtische Oberflächen mehr Energie absorbieren und speichern als natürliche Umgebungen, da weniger Verdunstung möglich ist. Darüber hinaus kommt der anthropogene, also der durch den Menschen verursachte Wärmefluss besonders zum Tragen. Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass die Temperatur in städtischen Hitzeinseln um bis zu 10 °C höher als im Umland liegen kann. Im bevölkerungsreichen Nordrhein-Westfalen gibt es viele urbane Zentren, die potenziell vom Hitzeinseleffekt betroffen sind. In diesen Bereichen gilt es, sich ganz besonders vor den Auswirkungen von Hitzeperioden zu schützen. Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens in urbanen Hitzeinseln müssen mit sehr intensiven Auswirkungen von Hitzeperioden rechnen.

Inwiefern ist der Standort Ihrer Einrichtung vom Klimawandel betroffen?

Das Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz Nordrhein-Westfalen (LANUV) hat einen Klimaatlas entwickelt, der umfassende Klima-Informationen für ganz NRW bereitstellt. Auf anschaulichen Karten können Sie sich informieren, welche Faktoren des Klimawandels am Standort Ihrer Einrichtung besonders relevant sind. Beispielsweise können Sie

nachschauen, ob sich Ihre Einrichtung in einem Gebiet befindet, welches vom städtischen Hitzeinseleffekt betroffen ist.



Informieren Sie sich hier:
www.klimaatlas.nrw.de

Literatur

Zitierte Literatur

- [1] Deutsches Klima-Konsortium, Deutsche Meteorologische Gesellschaft, Deutscher Wetterdienst, Extremwetterkongress Hamburg, Helmholtz-Klima-Initiative, klimafakten.de (Hrsg.) (2022): Was wir heute übers Klima wissen: Basisfakten zum Klimawandel, die in der Wissenschaft unumstritten sind. (pdf).
- [2] CAT – Climate Action Tracker (2022): The CAT Thermometer. URL: <https://climateactiontracker.org/global/cat-thermometer/> (abgerufen: 06.07.2023).
- [3] LANUV – Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz Nordrhein-Westfalen (2021): Klimabericht NRW 2021. Klimawandel und seine Folgen – Ergebnisse aus dem Klimafolgen- und Anpassungsmonitoring. (LANUV Fachbericht 120.) Recklinghausen. (pdf).

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Bochum, Oktober 2023

B.2

Auswirkungen von Hitze auf den Körper

Extreme Hitze stellt eine Gesundheitsgefährdung für die Bevölkerung dar. Die physiologischen Anpassungsmechanismen können bei Hitze, vor allem bei besonders gefährdeten Personengruppen, wie älteren Menschen und chronisch Erkrankten (*siehe Arbeitshilfe B.3*) überlastet werden. Als Folge kann es zu Regulationsstörungen und Kreislaufproblemen kommen.

Die Körperkerntemperatur eines Menschen liegt im Ruhezustand bei etwa 36,5 °C. Temperaturschwankungen werden durch körpereigene Mechanismen der Thermoregulation weitestgehend verhindert. Durch langanhaltende Hitzeperioden kann es jedoch zu starken Abweichungen der Körpertemperatur kommen, welche zu einer hohen Beanspruchung der Thermoregulation und somit zu körperlicher Belastung führen. Dies kann wiederum in gesundheitlichen Störungen resultieren [1, 2].

Gesundheitliche Auswirkungen von Hitze sind nicht zu unterschätzen

Die gesundheitlichen Auswirkungen von Hitze werden häufig unterschätzt. Im Zweifel gilt es schnell zu handeln!

Die Folgen von langanhaltender Hitze, insbesondere in Kombination mit einer geringen Flüssigkeits- und Elektrolytzufuhr bei hohem Schweißverlust, können sich negativ auf die Gesundheit auswirken.

Der wichtigste Mechanismus des Körpers, um überschüssige Wärme loszuwerden, ist die Verdunstung von Schweiß. Hierbei ist zu beachten, dass Schweiß nur kühlt, wenn er verdunstet [2]. Schweiß, der abtropft, trägt nicht zur Kühlung bei. Schwitzen wiederum hat einen Einfluss auf den Flüssigkeitshaushalt des Körpers. Die Flüssigkeitsbilanz steht daher bei der Betrachtung von Auswirkungen von Hitze im Vordergrund. Die Aufnahme von

Flüssigkeit in Form von Getränken oder Nahrung ist während Hitzeperioden von besonderer Bedeutung. Auch die Aufnahme von Elektrolyten ist wichtig, da Schweiß unter normalen Bedingungen etwa 3 g Kochsalz pro Liter enthält. Bei starkem Schwitzen gehen die Elektrolyte, die als Salze im Körper vorkommen, verloren [3].

Hitzeerkrankungen

Als Folge von Hitzeereignissen können beim Menschen Hitzeerkrankungen auftreten. Zu den hitzebedingten Erkrankungen gehören unter anderem Hitzekrampf, Hitzekollaps, Hitzeerschöpfung, Hitzschlag und Sonnenstich.

Hitzekrämpfe können während körperlicher Anstrengung in heißer Umgebung entstehen und stehen oftmals im Zusammenhang mit hohem Elektrolytverlust. In der Regel verlaufen sie harmlos. Das Auftreten der Krämpfe beginnt typischerweise mit einer gewissen Verzögerung von einigen Stunden nach der Hitzeexposition und Belastung.

Beim Hitzekollaps handelt sich um eine Überlastung des Kreislaufs, die zu einem Bewusstseinsverlust führen kann. Der Kollaps tritt auf, weil die Blutversorgung im Gehirn durch Erweiterung der Blutgefäße beeinträchtigt wird.

Die Hitzeerschöpfung ist ein Zustand, der in der Regel auf hohe Umgebungstemperaturen häufig in Verbindung mit schwerer körperlicher Arbeit zurückzuführen ist. Betroffene leiden an Kopfschmerzen, Schwindel und Erschöpfungsgefühl oder kollabieren gar aufgrund von Dehydrierung, Salzverlust und verringerten Blutmengen (Hypovolämie). Aus der Hitzeerschöpfung kann sich ein Hitzschlag entwickeln.

Der Hitzschlag stellt ein schweres Zustandsbild mit Delirium, Krämpfen oder Koma dar und kann lebensgefährlich sein. Ein Hitzschlag tritt aufgrund von Exposition in einer heißen Umgebung (Klassischer Hitzschlag) oder als Folge schwerer körperlicher Belastung (Belastungshitzschlag) auf. Der Klassische Hitzschlag wird zumeist bei älteren Menschen während Hitzeperioden beobachtet, der Belastungshitzschlag hingegen bei jungen, zumeist gesunden Personen, beispielsweise nach sportlicher Anstrengung. Bei voller Ausprägung kann es zu Folgeschäden inklusive einer neurologischen Symptomatik bis zu Multiorganversagen kommen [2, 3].

Bei einem Sonnenstich handelt es sich um eine Folge direkter Einwirkung von Sonnenstrahlen auf den ungeschützten Kopf. Geschieht dies über einen längeren Zeitraum, kommt es zum Hitzestau im Schädelinneren, der eine Erweiterung der Gefäße des Kopfes und der Hirngefäße auslöst. Dies hat eine leichte bis mäßiggradige Hirndrucksymptomatik zur Folge. Darüber hinaus führt die thermische Reizung der Schädeldecke und der darunterliegenden Hirnhäute zu deren Reizung, was eine akute abakterielle Meningitis zur Folge haben kann [2, 3].

Einen Überblick zu Hitze – Erkrankungen und Maßnahmen finden Sie in Arbeitshilfe C.2.

Die Auswirkungen und das Empfinden von Hitze sind vielfältig

Neben den beschriebenen „klassischen“ Hitzeerkrankungen gibt es weitere, sehr vielfältige Auswirkungen von Hitze mit Bedeutung für die menschliche Gesundheit. So kann Hitze allgemein zu einer Beeinflussung der Leistungsfähigkeit führen. Die Konzentration kann abnehmen, das Wohlbefinden sinkt. Es gibt Hinweise darauf, dass die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens während Hitzeperioden deutlich ansteigt [4]. Auch die Zahl der Verkehrs- und Betriebsunfälle während Hitzeperioden kann zunehmen [5]. Hitze kann des Weiteren indirekt zu negativen gesundheitlichen Auswirkungen führen. So können beispielsweise hohe Lufttemperaturen zusammen mit intensiver Sonneneinstrahlung zur Bildung von Luftverunreinigungen sowie bodennahem Ozon führen [6]. Dies kann zu Reizungen der Augen, Atemwegsbeschwerden und Beeinträchtigungen der körperlichen Leistungsfähigkeit führen [7, 8]. Die Auswirkungen sind weitgehend unabhängig von der körperlichen Aktivität und werden primär von der Dauer der Exposition gegenüber ozonbelasteter Luft bestimmt [8].

Bei Betrachtungen von Hitze und Gesundheit gilt es immer auch die individuellen, subjektiven Empfindungen einzelner Person zu beachten. Physiologische und psychische Zustände eines Individuums können sich auf das Empfinden von Hitze auswirken. Das Empfinden von Hitze und deren Auswirkungen ist folglich unterschiedlich.

Literatur

Zitierte Literatur

- [1] Matzarakis, A., Muthers, S. u. K. Graw (2020): Thermische Belastung von Bewohnern in Städten bei Hitzewellen am Beispiel von Freiburg (Breisgau). In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 63. S. 1004–1012. doi: 10.1007/s00103-020-03181-0.
- [2] Muth, C. M. (2020): Hitzeerkrankungen. In Notfall + Rettungsmedizin 23. S. 299-312. doi: 10.1007/s10049-020-00716-5.
- [3] von Wichert, P. (2014): Hitzewellen und thermophysiologische Effekte bei geschwächten bzw. vorgeschädigten Personen. In: Lozán, J. L., Grassl, H., Karbe, L. u. G. Jendritzky (Hrsg.): Warnsignal Klima: Gefahren für Pflanzen, Tiere und Menschen. (Kap. 3.1.11).
- [4] Blättner, B., Grewe, H. A., Jansons, D. et al. (2021): Arbeitshilfe zur Entwicklung und Implementierung eines Hitzeaktionsplans für Städte und Kommunen. Hochschule Fulda. (pdf).
- [5] Koppe, C. u. G. Jendritzky (2014): Die Auswirkungen von thermischen Belastungen auf die Mortalität. In: Lozán, J. L., Grassl, H., Karbe, L. u. G. Jendritzky (Hrsg.): Warnsignal Klima: Gesundheitsrisiken: Gefahren für Pflanzen, Tiere und Menschen. (Kap. 3.1.9).
- [6] UBA – Umweltbundesamt (2023a): Gesundheitsrisiko Hitze. Abrufbar unter: <https://www.umweltbundesamt.de/daten/umwelt-gesundheit/gesundheitsrisiken-durch-hitze#gesundheitsrisiko-hitze> (letzter Abruf: 14.06.2023).
- [7] UBA – Umweltbundesamt (2019): Klimawandel und Gesundheit Tipps für sommerliche Hitze und Hitzewellen. Dessau-Roßlau. (pdf).
- [8] UBA – Umweltbundesamt (2023b): Gesundheitliche Wirkungen. URL: <https://www.umweltbundesamt.de/daten/umwelt-gesundheit/gesundheitsrisiken-durch-ozon#gesundheitsliche-wirkungen> (abgerufen: 14.06.2023).

Übergreifende Literatur

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2021): Hitze: Risiken und Schutzmaßnahmen. URL: <https://gesund.bund.de/hitze-und-gesundheit> (abgerufen: 08.05.2023).

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Bochum, Oktober 2023

B.3

Risikofaktoren und bei Hitze besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen

Wie sehr Menschen gesundheitlich unter Hitze leiden, hängt von dem Ausmaß ihrer Exposition, der Empfindlichkeit der Betroffenen gegenüber Hitze, ihrer Anpassungskapazität, sowie der Qualität der Gesundheitsversorgung ab [1]. In dieser Arbeitshilfe werden besonders gefährdete Personengruppen und die im Zusammenhang existierenden Risikofaktoren benannt.

Besonders gefährdete Personengruppen

- Ältere Menschen, insbesondere in der Altersgruppe über 65 Jahren
- Menschen mit chronischer Erkrankung oder körperlicher bzw. psychischer Beeinträchtigung bzw. Behinderung sowie Schwersterkrankte
- Menschen, die bestimmte Medikamente einnehmen
- Schwangere
- Säuglinge und Kinder
- Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status
- Menschen, die sozial isoliert sind
- Menschen, die im Freien arbeiten

Körperliche Risikofaktoren

Ältere Menschen

Ältere Menschen haben aufgrund mehrerer Faktoren ein erhöhtes Risiko an den Folgen von Hitze zu erkranken. Mit steigendem Alter sinkt die Anpassungsfähigkeit des Körpers. So haben ältere Menschen ein vermindertes Durstgefühl und Schwitzen weniger sowie später. Des Weiteren können altersbedingte kognitive oder physische Einschränkungen zu einer

schlechteren Selbsteinschätzung und entsprechend gering ausgeprägter Anpassung führen. Die Anpassungsfähigkeit wird auch durch die in der Altersgruppe häufige Medikamenteneinnahme verschlechtert, da gewisse Medikamente die Mechanismen der Thermoregulation des Körpers beeinflussen [2].

Menschen mit chronischer Erkrankung

Chronische Erkrankungen gelten ebenfalls als Risikofaktor für Hitzebelastung: hierzu zählen insbesondere psychische Erkrankungen, Depressionen, Diabetes, Lungenerkrankungen sowie kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen [2, 3]. So verringern kardiovaskuläre Erkrankungen die Fähigkeit das Herzzeitvolumen zu vergrößern, was wiederum die Anfälligkeit für einen Hitzschlag aufgrund eingeschränkter Thermoregulation erhöht. Vaskuläre Erkrankungen schränken die Thermoregulation wiederum durch die erschwerte Erhöhung der Blutzufuhr zur Haut ein. Durchfall und fieberige Erkrankungen sowie Nieren- und Stoffwechselkrankheiten beeinflussen die Thermoregulation aufgrund des Zusammenhangs mit übermäßigem Flüssigkeitsverlust und Dehydrierung. Darüber hinaus sind Krankheiten, welche die Anzahl oder Funktion von Schweißdrüsen beeinflussen, wie etwa Sklerodermie und Mukoviszidose, ebenfalls Risikofaktoren. Zusätzlich gelten Bettlägerigkeit oder jegliche Krankheiten, welche die Selbstversorgung einschränken, als Gefahr, da die Fähigkeit der angemessenen Verhaltensreaktionen verringert wird [3]. Adipositas stellt ebenfalls ein Risiko für die Funktion der Thermoregulation dar [4].

Menschen, die bestimmte Medikamente einnehmen

Auch Medikamenteneinnahme kann ein gesundheitliches Risiko bei Hitze darstellen. Medikamente können die Schweißproduktion und das Durstempfinden beeinflussen, die Durchblutung der Haut verhindern, Elektrolytverlust fördern und den Stoffwechsel beziehungsweise das Herz-Kreislaufsystem stören und somit die Thermoregulation und Anpassungsfähigkeit vermindern [3, 4]. Im Zusammenhang mit der Einnahme von Medikamenten muss zudem auf physiologische Unterschiede zwischen Frauen und Männern und entsprechende Unterschiede in Therapieeffekt und -verträglichkeit hingewiesen werden. So werden beispielweise Psychopharmaka, welche die Schweißproduktion vermindern, häufiger Frauen verordnet [5] und Betablocker, welche die Herzleistung verringern, wirken bei Frauen 40 % (bei Pilleneinnahme 50 %) stärker, auch in Bezug auf die Nebenwirkungen [6]. Zudem stellen Koffein-, Alkohol- und Drogenkonsum ein Risiko dar [7].

Schwangere

Die physiologischen Anpassungen des Körpers während der Schwangerschaft beeinflussen die Mechanismen der Thermoregulation. Die Körpermasse, die Fettablagerung, die körpereigene Wärmeproduktion und das Verhältnis von Körperoberfläche zu Masse verändern sich. Um diese Veränderungen zu kompensieren, senkt der Körper die Kerntemperatur und den Schwellenwert für das Schwitzen. Extreme Hitzeexposition wird jedoch mit verschiedenen Komplikationen für das ungeborene Kind, wie beispielsweise Frühgeburten, geringes Geburtsgewicht, angeborene Anomalien und Totgeburten in Verbindung gebracht. Die genauen Mechanismen konnten hierbei noch nicht ausreichend nachgewiesen werden [8, 9]. Auch nach der Geburt kann etwa für stillende Personen weiterhin ein erhöhtes Risiko bestehen, da Stillen dehydrierend wirkt [10].

Säuglinge und Kinder

Kleinkinder und Kinder sind aufgrund ihres Stoffwechsels ebenfalls einem erhöhten Risiko gegenüber Hitze ausgesetzt. So haben Neugeborene ein von Erwachsenen abweichendes Oberfläche-Massenverhältnis [11]. In extremer Hitze ist daher die Fähigkeit der Thermoregulation schlechter. Ob dies auch bei leichter und mittlerer Hitzeeinwirkung der Fall ist, wird angefochten [12]. Hinzu kommt, dass Kinder häufig insgesamt aktiver sind, was für den Körper eine zusätzliche Belastung darstellen kann [13]. Kinder sind jedoch auch aufgrund ihrer geringeren Anpassungsfähigkeit gefährdet: sie sind auf Versorgung und Fürsorge durch Andere angewiesen und können ihr Verhalten nicht selbst anpassen oder gesundheitliche Beeinträchtigungen hinreichend zum Ausdruck bringen [3, 14, 15].

Weitere körperliche Risikofaktoren

Über- oder Untergewicht sowie ein schlechter Fitness-Zustand können weitere gesundheitliche Risiken während Hitzeperioden darstellen. Studien zufolge werden eine geringe aerobe Leistungsfähigkeit ($VO_2\max$) und ein hoher Körperfettanteil mit geringerer Hitzeverträglichkeit in Verbindung gebracht [16, 17]. Fehlernährung kann zu einer verminderten Aufnahme von Nährstoffen oder von Schwierigkeiten bei der Absorption von Nährstoffen führen. Dies schränkt die Funktionsfähigkeit der Thermoregulation ein [18]. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass Ältere und pflegebedürftige Menschen aufgrund verschiedener altersphysiologischer Veränderungen ein erhöhtes Risiko für Fehlernährung haben [19].

Soziale Risikofaktoren

Menschen mit geringen soziökonomischen Ressourcen

Personen, die aufgrund von Beschäftigung, Bildung oder Diskriminierung nur über geringe sozioökonomische Ressourcen verfügen, können übermäßig von Hitze betroffen sein [20]. Aufgrund oftmals beengter Wohnverhältnisse ist ein Ausweichen auf kühlere Räume beispielsweise nicht möglich. Fehlendes Wissen oder nur geringe finanzielle Möglichkeiten verhindern zudem eine adäquate Anpassung von Räumlichkeiten oder weitere Schutzmaßnahmen [14]. Hierbei können außerdem Geschlechterunterschiede in den Bereichen Beschäftigung und Einkommen eine Rolle spielen [21]. Auch der zeitliche Anteil, der zuhause mit wärmebelasteten Tätigkeiten, wie beispielsweise Kochen, verbracht wird, kann einen Einfluss auf die Betroffenheit nehmen [2]. Soziale Risikofaktoren betreffen daher sowohl die Exposition als auch die Anpassungskapazität.

Menschen, die sozial isoliert sind

Menschen, die allein oder isoliert leben, besitzen aufgrund verringerter sozialer Kontakte ein erhöhtes Risiko. Sie haben beispielsweise bei Bedarf keine Unterstützung bei der Hitzeanpassung oder sind weniger in Aktivitäten außerhalb der Wohnung, welche von Hitze betroffen sein kann, eingebunden [14, 20].

Räumliche Risikofaktoren

Städtische Bereiche

In urbanen Räumen sind die Umgebungstemperaturen höher als in ländlichen Gebieten (*siehe Arbeitshilfe B.1*). Bewohnerinnen und Bewohner städtischer Hitzeinseln besitzen ein erhöhtes Risiko von Hitzeerkrankungen betroffen zu sein. Auch der kurzfristige Aufenthalt in städtischen Hitzeinseln bedeutet an heißen Tagen bereits eine gesteigerte Exposition gegenüber Hitze. Der Zugang der Bewohnerinnen und Bewohner zu kühlen Räumen und Gebieten, wie etwa Grünflächen, kann Linderung verschaffen.

Wohnung

Neben der Lage der Wohnung sind der bauliche Zustand und die Ausstattung der Wohnung besonders relevant für die Exposition gegenüber Hitze. So beeinflussen beispielsweise Dämmung, technische Anlagen wie Klimageräte oder Ventilatoren sowie Verschattungsmöglichkeiten wie Jalousien oder Gardinen die Raumtemperatur in der Wohnung [2]. Ebenso hat die Etage der Wohnung Einfluss auf die Hitzeexposition, weshalb Personen in Dachgeschosswohnungen einem höheren Risiko für Hitze ausgesetzt sind.

Menschen, die im Freien Arbeiten

Als weitere gefährdete Gruppe können Menschen, die im Freien oder in hohen Umgebungstemperaturen arbeiten, genannt werden. Diese haben aufgrund ihrer Exposition (Dauer, Häufigkeit und Intensität) gegenüber Hitze und den dabei geleisteten meist anstrengenden Aktivitäten eine hohe körperliche Belastung, welches ein besonderes Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen birgt. Arbeitsschutzkleidung oder Abwärme von Maschinen können zu weiterer Hitzebelastung beitragen [2].

Wissenswert

Die Evidenzlage für die Gefährdung dieser verschiedenen Personengruppen ist unterschiedlich. Während älteren Menschen eindeutig eine erhöhte Betroffenheit nachgewiesen werden kann, können aufgrund mangelnder Datengrundlage oder -zugänglichkeit nicht alle Bevölkerungsgruppen, wie beispielsweise Wohnungslose, Pflegebedürftige oder isoliert lebende Menschen, gleichermaßen gut untersucht werden [1]. Des Weiteren betrifft die Personen häufig eine Kombination verschiedener Risikofaktoren, wie etwa chronisch Erkrankte, die bestimmte Medikamente einnehmen und sozial isoliert sind [14] oder etwa schwangere Frauen, die in sozial benachteiligten städtischen Hitzeinseln leben und ein niedriges Bildungsniveau haben [2].

Literatur

Zitierte Literatur

- [1] Blättner, B., Grewe, H. A., Jansons, D. et al. (2021): Arbeitshilfe zur Entwicklung und Implementierung eines Hitzeaktionsplans für Städte und Kommunen. Hochschule Fulda. (pdf).
- [2] WHO – World Health Organization Regional Office for Europe (2021): Heat and health in the WHO European Region: updated evidence for effective prevention. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339462> (abgerufen: 08.05.2023).
- [3] WHO – World Health Organization (2008): Heat-health action plans: guidance. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789289071918> (abgerufen: 08.05.2023).
- [4] LMU Klinikum (2020): Hitzemaßnahmenplan für stationäre Einrichtungen der Altenpflege. Empfehlungen aus der Praxis für die Praxis. München. (pdf).
- [5] Barmer GEK (2012): Barmer GEK Arzneimittelreport 2012. (Asgard Verlagsservice) Siegburg. (pdf).
- [6] Glaeske, G. (2021): Auf Kosten der Patienten? Kritische Kommentare zur Pharmaindustrie. (Mabuse Verlag) Frankfurt am Main.
- [7] NIOSH – National Institute for Occupational Safety and Health (2016): Criteria for a recommended standard: Occupational exposure to heat and hot environments. Cincinnati, OH. United States. Department of Health and Human Services (DHHS) Publication 2016-106.
- [8] Samuels, L., Nakstad, B. Roos, N. et al. (2022): Physiological mechanisms of the impact of heat during pregnancy and the clinical implications: review of the evidence from an expert group meeting. In: International Journal of Biometeorology 66. S. 1505-1513. doi: 10.1007/s00484-022-02301-6.
- [9] Syed, S., O'Sullivan, T. L. u. K. P. Phillips (2022): Extreme Heat and Pregnancy Outcomes: A Scoping Review of the Epidemiological Evidence. In: International Journal of Environmental Research and Public Health 19, 2412. doi: 10.3390/ijerph19042412.
- [10] Singh, R., Arrighi, J., Jjemba, E. et al. (2019): Heatwave Guide for Cities. Red Cross Red Crescent Climate Centre. (pdf).
- [11] Koch, J. (2016): Thermoregulation des Menschen. In: Leonhardt, S. u. M. Walter (Hrsg.): Medizintechnische Systeme. (Springer Verlag) Berlin, Heidelberg. S. 283-317. doi: 10.1007/978-3-642-41239-4_10.
- [12] Smith, C. J. (2019): Pediatric Thermoregulation: Considerations in the Face of Global Climate Change. In: Nutrients 11, H. 9. doi: 10.3390/nu11092010.
- [13] Ministry of Health Canada (2011): Extreme Heat Events Guidelines. Technical Guide for Health Care Workers. Water, Air and Climate Change Bureau, Healthy Environments and Consumer Safety Branch, Health Canada. Ottawa, Ontario. (pdf).
- [14] Landessanitätsdirektion Wien (2018): Leitfaden Hitzemaßnahmenplan. Für medizinische und pflegerische Einrichtungen zur Erstellung eigener Hitzemaßnahmenpläne. Wien. URL: <https://www.wien.gv.at/gesundheit/sandirektion/leitfaden-hitzemassnahmen.html> (abgerufen: 14.06.2023).
- [15] Stadt Erfurt (o. J.): Hitzegefährdete Risikogruppen. URL: <https://www.erfurt.de/ef/de/leben/oekoumwelt/stadtklima/hitze/134749.html> (abgerufen: 14.06.2023).
- [16] Lisman, P., Kazman, J. B., O'Connor, F. et al. (2014): Heat Tolerance Testing: Association Between Heat Intolerance and Anthropometric and Fitness Measurements. In: Military Medicine 179, H. 11. S. 1339-1346. doi: 10.7205/MILMED-D-14-00169.
- [17] Aliabadi, M., Motlagh, M. S., Golmohammadi, R. et al. (2022): Analysis of body heat tolerance of workers in a simulated warm environment based on linear mixed model. In: PLoS ONE 17, H. 12. e0279170. doi: 10.1371/journal.pone.0279170.
- [18] Hansestadt Lübeck (2023): Hitzegefährdete Risikogruppen. Ältere Menschen, Kranke Menschen, Kleinkinder u.a. URL: <https://www.luebeck.de/de/stadtentwicklung/klimaschutz/hitzeportal/hitzegefaehrdete-risikogruppen.html> (abgerufen: 26.06.2023).
- [19] Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2014): Grundsatzstellungnahme – Essen und Trinken im Alter – Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Essen. (pdf).

[20] WHO – World Health Organization (2014): Gender, Climate Change and Health. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/144781> (abgerufen: 08.05.2023).

[21] Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2023): Die Arbeitsmarktsituation von Frauen und Männern 2022. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Nürnberg. (pdf).

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Bochum, Oktober 2023

B.4

Hitzewarnsystem des Deutschen Wetterdienstes

Die Hitzewarnungen des DWD

Der Deutsche Wetterdienst (DWD) gibt für den Fall von Hitzeereignissen Hitzewarnungen heraus. Die Warnungen erfolgen, wenn eine starke Wärmebelastung für mindestens zwei Tage in Folge vorhergesagt wird und eine ausreichende nächtliche Abkühlung nicht mehr gewährleistet ist.

Hitzewarnsystem des DWD

Warnstufe 1 (starke Wärmebelastung):

- vorhergesagte Gefühlte Temperatur am frühen Nachmittag von **über 32 °C** für mindestens zwei Tage in Folge
- nur geringe nächtliche Abkühlung

Warnstufe 2 (extreme Wärmebelastung):

- vorhergesagte Gefühlte Temperatur am frühen Nachmittag von **über 38 °C**

Besonders gefährdete Personen werden bei den Warnstufen berücksichtigt und im Warntext gezielt angesprochen:

- **Ältere Menschen:** für diese Gruppe stellt eine Gefühlte Temperatur ab 36 °C bereits eine extreme Belastung dar.
- **Stadtbewohnerinnen und -bewohner:** die nächtliche Abkühlung der Innenräume in Städten kann unter Umständen aufgrund des Wärmeinseleffekts nicht ausreichen, um einen erholsamen Schlaf zu gewährleisten. Falls dies der Fall ist, wird im Warntext auf die besondere Belastung der Stadtbewohnerinnen und -bewohner hingewiesen.

Die Hitzewarnungen des Deutschen Wetterdienstes werden anhand der Gefühlten Temperatur im Freien bestimmt. Hierfür werden in einem Modell verschiedene Messwerte wie Lufttemperatur, Windgeschwindigkeit, Wasserdampfdruck und mittlere Strahlungstemperatur sowie die Stoffwechselrate und Wärmeisolation der Bekleidung verwendet. Als Basis zur Bestimmung der Gefühlten Temperatur wird hierbei als Standard der sogenannte Klima-Michel verwendet: ein 35-jähriger Mann, 75 kg schwer, 1,75 m groß, mit einer Gehgeschwindigkeit von 4 km/h. Er wird seit 2017 ergänzt durch einen Klima-Michel Senior, das heißt einen 75-jährigen Mann mit einer Gehgeschwindigkeit von 1 km/h und einer eingeschränkten Hitzeanpassung [1, 2]. Aufgrund der standardisierten Stoffwechselraten trifft die Gefühlte Temperatur nicht zwingend für alle Personen zu, da sich beispielsweise die durchschnittlichen physischen Parameter für Frauen deutlich unterscheiden [3].

Entgegennahme der Hitzewarnungen des DWD sicherstellen

Um sicherzustellen, dass Sie die Hitzewarnungen des DWD erreichen, können Sie sich für den Newsletter „Hitzewarnungen“ des DWD anmelden. Im Warnfall wird die Hitzewarnung bis 10:00 Uhr des jeweiligen Tages versendet.

Beim Abonnieren des Newsletters können Sie wählen, ob Sie die Hitzewarnung auf Bundesländer- oder zusätzlich auf Landkreisebene sowie eine Hitzepronose erhalten möchten. Falls Sie das Feld Hitzepronose ausgewählt haben, werden Sie für die ausgewählten Ebenen auch über eine mögliche Hitzeentwicklung über den zweitägigen Warnzeitraum hinaus informiert.



Über Ursachen und Auswirkungen des Klimawandels können Sie sich zusätzlich hier informieren:

www.umweltbundesamt.de

www.deutsches-klima-konsortium.de

www.de-ipcc.de

Außerdem bietet der DWD eine GesundheitsWetter-App an. Hierüber werden aktuelle Warn- und Wettersituationen in Bezug auf die aktuellen Gesundheitseinflüsse bereitgestellt, darunter fallen unter anderem amtliche Hitzewarnungen, Hinweise zur Wetterfähigkeit sowie amtliche UV-Warnungen. Zusätzlich sind die Warnelemente und Warnstufen frei konfigurierbar.



Detaillierte Informationen zur GesundheitsWetter-App des DWD erhalten sie hier:

www.dwd.de/DE/leistungen/gesundheitswetter/gesundheitswetter.html

Die Wetterwarnungen des DWD können Sie auch über die Warn-App NINA des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe beziehen. Es erreichen Sie zudem wichtige Warnmeldungen des Bevölkerungsschutzes über diese App.



Detaillierte Informationen zur Warn-App NINA gibt es hier:

www.bbk.bund.de

Einrichtungsinterne Verteilung sicherstellen

Nachdem die Hitzewarnung eine Einrichtung erreicht, gilt es diese in der Einrichtung zu kommunizieren. Für eine Pflege- und Wohneinrichtung als große Organisationseinheit kann sich dies mitunter sehr komplex gestalten. Es kann sich anbieten über eine koordinierte Verfahrensanweisung bei Hitzewarnungen zu verfügen, um sicherzustellen, dass alle Mitarbeitenden rechtzeitig entsprechende Maßnahmen einleiten. Hierfür kann es hilfreich sein, eine Kommunikationskaskade festzulegen, idealerweise in Form eines Ablauf- oder Kommunikationsplans. Hierbei ist es vor allem wichtig, konkrete Zuständigkeiten festzulegen.

Literatur

Zitierte Literatur

- [1] DWD – Deutscher Wetterdienst (o. J.): Erläuterungen zur Gefühlten Temperatur. URL: <https://www.dwd.de/DE/leistungen/gefahreindizesthermisch/gefuehltetemp.html> (abgerufen: 14.06.2023).
- [2] Matzarakis, A., Laschewski, G. u. S. Muthers (2020): The Heat Healthwarning System in Germany – Application and Warnings for 2005 to 2019. In: Atmosphere 11 (2), 170; doi: 10.3390/atmos11020170
- [3] Haselsteiner, E. (2021): Gender matters! Thermal comfort and individual perception of indoor environmental quality: A literature review In: Andreucci, M. B., Marvuglia, A., Baltov, M. u. P. Hansen (Hrsg.): Rethinking Sustainability Towards a Regenerative Economy. Future City 15. Cham. S. 169-200. doi: 10.1007/978-3-030-71819-0_9.

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Bochum, Oktober 2023

B.5

Übersicht weiterer Arbeitshilfen

Im Folgenden finden Sie eine Kurzübersicht über weitere Arbeitshilfen. Viele der Inhalte könnten auch für Ihre Einrichtung von Interesse sein. Für die Inhalte sind die herausgebenden Institutionen verantwortlich.

Hitzemaßnahmenplan für stationäre Einrichtungen der Altenpflege. Empfehlungen aus der Praxis für die Praxis



Herausgeben von:

LMU Klinikum, Institut für Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Jahr: 2020

Diese Arbeitshilfe zielt darauf ab, hitzebedingte Gesundheitsrisiken in der stationären Pflege zu reduzieren. Sie liefert Hintergrundinformationen, warum Hitzeereignisse für die Pflege relevant sind und welche praktischen Maßnahmen vor und während einer Hitzeperiode ergriffen werden können. Außerdem gibt diese Arbeitshilfe Ratschläge, wie man Besucher, Angehörige und andere Berufsgruppen einbeziehen kann, sowie praktische Tipps für das Qualitätsmanagement.

Pflege im Umgang mit dem Klimawandel – Information und Tipps für Pflegende zum Umgang mit Auswirkungen der Wetterextreme



Herausgeben von:

Deutscher Berufsverband für
Pflegerberufe – DBfK Bundesverband
e. V.

Jahr: 2020

Mit dieser Arbeitshilfe gibt der DBfK Bundesverband Hinweise für Pflegende, um vorerkrankte und pflegebedürftige Menschen vor Hitze zu schützen. Pflegekräfte tragen besonders an hitzebedingt kritischen Tagen eine hohe Verantwortung, auf Veränderungen der Vitalfunktionen und des Bewusstseinszustandes zu achten und rechtzeitig zu reagieren. Detaillierte Informationen werden zu Nebenwirkungen von Medikamenten bei Hitze, Arbeitssicherheit bei Hitze und wetterbedingten Gesundheitsrisiken gegeben.

Außergewöhnliche Hitzeperioden – Vorbereitung und Vorgehen in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe



Herausgeben von:

Regierungspräsidium Gießen

Jahr: 2018

Diese Arbeitshilfe dient der Vorbereitung und Durchführung von Maßnahmen bei Hitzeperioden für stationäre Einrichtungen. Sie enthält u. a. ausführliche Informationen zum deutschen Hitzewarnsystem, den Auswirkungen von Hitze auf ältere und pflegebedürftige Menschen, zur Identifizierung von besonders gefährdeten Bewohnerinnen und Bewohnern, zur Vermeidung von Hitzeschäden, zu präventiven Maßnahmen, zur Einrichtungsorganisation und zu Maßnahmen im Rahmen von Betreuung und Pflege.

Einrichtungsbezogene Muster-Hitzeschutzpläne

Musterhitzeschutzplan für stationäre Pflegeeinrichtungen, Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Pflege-Wohngemeinschaften	
1. Maßnahmen zur Vorbereitung auf den Sommer	
Struktur	Verantwortliche Personen für Hitzeschutz und die Umsetzung des Hitzeschutzplans benennen und beauftragen Kommunikationsstrategie und Hitzeschutzmaßnahmen in einem für die Einrichtung spezifischen Hitzeschutzplan festlegen Mechanismen für die Maßnahmenbewertung und laufende Aktualisierung des Hitzeschutzplans festlegen
Schulungen	Hitzeschutzmaßnahmen des letzten Sommers evaluieren Schulungsbedarf ermitteln sowie ein Schulungskonzept für pflegerisches und betreuendes Personal erarbeiten und durchführen
Technik	Konzept zum Einbezug von nicht-medizinischem Personal in den Hitzeschutzplan entwickeln und durchführen Hitzerelevante Ist-Situationsanalyse der Gebäude sowie auch der Umgebung (Begrünungskonzept) erheben Kühle Zonen bzw. Erholungsgebiete (Cooling zones) für Bewohner:innen, Gäste und Mitarbeitende erheben Überprüfungskonzept für Extremsituationen bzw. Nötfälle wie Stromausfall aufstellen erheben bzw. überprüfen Sonnenschutzkonzepte entwickeln bzw. überprüfen (Außenbereiche und Innenbereiche für Bewohner:innen, Gäste und Mitarbeitende) Kühlungs- bzw. Klimatisierungskonzept für Bewohner:innen, Gäste und Mitarbeitende entwickeln bzw. überprüfen Funktionsfähigkeit von Jalousien und Sonnenschutz prüfen Temperatur und Luftfeuchtigkeit in den Innenräumen messen und dokumentieren
Personalplanung	Mitarbeiter:innen an Personal während Hitzeperioden ermitteln
Arbeitsschutz	Gewährleistung des Arbeitnehmerschutzes während Hitzeperioden prüfen
Pflegepraxis	Vorgehen zur Erkennung von gefährdeten Personen festlegen (z.B. Pflege-Assessment) Ernährungskonzepte während Hitzeperioden unter Einbindung des Küchenpersonals entwickeln Lagerungsmöglichkeiten für hitzeempfindliche Arzneimittel überprüfen und bereitstellen

Aktionsbündnis Hitzeschutz Berlin – eine Initiative der ÄKB, SenWGPfD und KLUG e.V.
Stand: Juni 2022, Version 2

Herausgegeben von:

Aktionsbündnis Hitzeschutz Berlin – eine Initiative der ÄKB, SenWGPfD und KLUG e. V.

Jahr: 2022

Die Muster-Hitzeschutzpläne für verschiedene Einrichtungstypen enthalten sowohl saisonale als auch nach Warnstufen abgestufte Maßnahmen zum Schutz vor hitzebedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen. Die Maßnahmen beziehen sich bspw. auf Struktur, Schulungen, Personalplanung, Arbeitsschutz, Pflegepraxis, Informationen, Mitarbeitende sowie Bau und Ausrüstung.

Leitfaden Hitzemaßnahmenplan – Für medizinische und pflegerische Einrichtungen zur Erstellung eigener Hitzemaßnahmenpläne



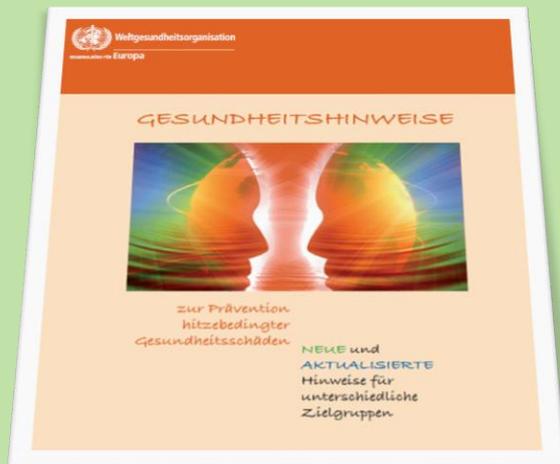
Herausgegeben von:

Landessanitätsdirektion Wien – Magistratsabteilung 15

Jahr: 2018

Dieser Leitfaden wendet sich an die institutionalisierten Versorgungsbereiche besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen, insbesondere an die Verantwortlichen von Krankenhäusern, Pflege- und Betreuungseinrichtungen sowie deren Mitarbeitende. Die Arbeitshilfe soll die Einrichtungen bei der Entwicklung von Hitzeschutzmaßnahmen unterstützen. Dabei berücksichtigt die Arbeitshilfe die Notwendigkeit jeder einzelnen Einrichtung, auf die jeweiligen regionalen Gegebenheiten sowie die Bedürfnisse und Ausgangsbedingungen der zu betreuenden Personengruppen einzugehen.

Gesundheitshinweise zur Prävention hitzebedingter Gesundheitsschäden - Neue und aktualisierte Hinweise für unterschiedliche Zielgruppen



Herausgeben von:
Weltgesundheitsorganisation

Jahr: 2019

Dieser Leitfaden enthält zielgruppenspezifische Informationen zum Gesundheitsschutz bei Hitze. Zu den Zielgruppen gehören Gesundheitsbehörden, medizinisches Fachpersonal, Ärztinnen und Ärzte sowie Leitungen von Pflegeeinrichtungen. Der Leitfaden enthält Informationen zu z. B. Risikofaktoren für hitzebedingte Erkrankungen und Sterblichkeit, zur Behandlung von hitzebedingten Erkrankungen, zu Nebenwirkungen von Medikamenten, zur Medikamentenanpassung, zum Trinken bei Hitze sowie zu Normen für Sicherheit am Arbeitsplatz.

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Bochum, Oktober 2023

C.1

Anamnesebogen für die Erfassung besonders gefährdeter Bewohnerinnen und Bewohner

Die in dieser Arbeitshilfe bereitgestellten Informationen dienen dazu, im Rahmen der Pflegeanamnese Bewohnerinnen und Bewohner zu erfassen, die während Hitzeereignissen besonders gefährdet sein könnten. Die Erfassung dieser Bewohnerinnen und Bewohner anhand bestimmter Risikofaktoren kann für mögliche Beeinträchtigungen durch Hitze sensibilisieren und liefert Anhaltspunkte für eine angemessene Versorgung. Die Pflegeanamnese sollte zudem laufend aktualisiert werden, wenn sich der Gesundheitszustand der Bewohnerinnen oder Bewohner verändert.

Einige der Aufgreifkriterien werden in Ihrer Einrichtung im Rahmen einer Pflegeanamnese womöglich ohnehin bereits erhoben, andere vielleicht noch nicht. Bei den hier vorgeschlagenen Kriterien handelt es sich um Anregungen. Es liegt im fachlichen Ermessen Ihrer Einrichtung, welche Kriterien in der Pflegeanamnese beim Einzug in die Einrichtung mit aufgenommen werden können. Ob und inwieweit Sie die hier beschriebenen Aufgreifkriterien in die Aufnahmeroutinen Ihrer Einrichtung integrieren, entscheiden Sie hausintern.

Die möglichen Aufgreifkriterien werden nachfolgend in ihrer Bandbreite dargestellt. Sie sind zunächst nur als deskriptive Zustandsbeschreibung zu verstehen und stellen keine Bewertung dar. Sie dienen lediglich als Entscheidungsgrundlage für die behandelnde Ärztin beziehungsweise den behandelnden Arzt. Zutreffende Kriterien sollten immer im einzelfallspezifischen Kontext betrachtet werden. Die Bewertung der erhobenen Informationen, wie beispielsweise die Einstufung als besonders gefährdete Person, sollte von ärztlichem Personal getroffen werden.

Erfassung hitzebezogener Informationen im Rahmen der Anamnese

Im Folgenden werden Kriterien gelistet, die im Rahmen der Pflegeanamnese erfasst werden können. Personen, bei denen ein oder mehrere Kriterien zutreffen, können unter Umständen ein erhöhtes Risiko gegenüber Hitze aufweisen. Auf eine quantitative Bewertung beispielsweise mit Schwellenwerten, wird jedoch zugunsten einer Sensibilisierung bewusst verzichtet.

Anamnese zur Abklärung von Risikofaktoren für eine erhöhte Anfälligkeit gegenüber Hitze:

- Vorausgegangener Krankenhausaufenthalt (z. B. Notaufnahme, Operation, Intensivstation)
- Alter (>65 Jahren, <4 Jahren)
- Schwangerschaft
- Pflegebedürftigkeit
- Kognitive Einschränkungen (erschweren eine selbstständige Flüssigkeitszufuhr)
- Körperliche Einschränkungen (hochgradige Sehstörung, eingeschränkte Beweglichkeit, Trinkbecher kann nicht selbständig gefüllt oder gehalten werden, Schluckstörung, reduziertes Durstgefühl, Übelkeit oder Geschmacksstörungen)
- Akute oder chronische Erkrankungen (s. u.)
- Vorherige Anfälligkeit für eine hitzeassoziierte Erkrankung (Hitzekrampf, Hitzekollaps, Hitzeerschöpfung, Hitzschlag und Sonnenstich)
- Einnahme von Medikamenten, die während einer Hitzeperiode besondere Aufmerksamkeit erfordern (*siehe Arbeitshilfe C.4*)

Grundsätzlich sind alle pflegebedürftigen Menschen sowie Personen mit veränderter Anpassungsfähigkeit aufgrund körperlicher und geistiger Einschränkungen besonders durch Hitze gefährdet [1, 2].

Erkrankungen oder Symptome, die Bewohnerinnen und Bewohner besonders anfällig für Folgen von Hitze machen können:

- Fieber
- Durchfall
- Infektionen
- Wundheilungsstörung
- Ulcus cruris (offene Gliedmaßen)
- Munderkrankungen
 - u. a. Mundsoor (weißer Mundpilz), Aphten, Zahnprobleme
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 - u. a. KHK (koronare Herzkrankheit), Herzinsuffizienz, Reizleitungsstörungen, Bluthochdruck, pAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheit)
- Atemwegserkrankungen (insbesondere als Kombination aus Hitze und Luftverunreinigung)
 - u. a. Asthma, chronische Bronchitis, COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
- Stoffwechselerkrankungen
 - u. a. Diabetes mellitus, Schilddrüsenüberfunktion
- Neurologische Erkrankungen

- u. a. Schlaganfall, Morbus Parkinson, eingeschränkte Beweglichkeit mit Lähmungen, organisch bedingte kognitive Einschränkungen bzw. psychische Störungen wie bei Morbus Alzheimer und anderen Formen von Demenz
- Psychische Erkrankungen
 - u. a. wahnhafte Erkrankungen (Schizophrenie und schizoaffektive Störungen), kognitive Einschränkungen, Substanzabhängigkeit
- Nierenerkrankungen
 - u. a. Nierensteine, akute oder chronische Niereninsuffizienz
- Adipositas
- Andere chronische Erkrankungen wie Sklerodermie oder zystische Fibrose (Mukoviszidose)

Wissenswert

Zusätzlich sollte besonders auf die Einnahme von Medikamenten geachtet werden. Weitere Informationen hierzu finden Sie in Arbeitshilfe C.4.

Bewertung der erfassten Informationen und Folgemaßnahmen

Die Bewertung der erfassten Informationen erfolgt durch die behandelnde Ärztin beziehungsweise den behandelnden Arzt. Hierzu können an dieser Stelle keine pauschalen Empfehlungen gegeben werden. Je nach Einschätzung des ärztlichen Personals können zusätzliche Maßnahmen ergriffen werden. So kann eine engmaschigere Versorgung mit erweitertem Monitoring (siehe unten) besonders gefährdeter Bewohnerinnen und Bewohner während Hitzeereignissen sinnvoll sein, um Hitzeerkrankungen vorzubeugen oder bei deren Auftreten schnell Maßnahmen einzuleiten. Wann welche Maßnahmen erfolgen, liegt im Ermessen der Ärztin oder des Arztes.

Es kann gegebenenfalls sinnvoll sein, folgende Parameter regelmäßig zu kontrollieren, um Hinweise über die Notwendigkeit von Folgemaßnahmen zu erhalten:

- Bewusstseinslage
- Blutdruck und Puls
- Körpertemperatur
- Flüssigkeitsbilanzierung
- Urinausscheidung (Menge, Farbe)
- Stuhlgang (Konsistenz, Menge, Farbe)
- Feuchtigkeit der Schleimhäute

Literatur

Zitierte Literatur

- [1] RKI – Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2004): Hitzewellen und extreme Klimaereignisse – Herausforderungen für das Gesundheitswesen. In: Epidemiologisches Bulletin 25, S. 200-201. (pdf).
- [2] WHO – Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro Europa (2019): Gesundheitshinweise zur Prävention hitzebedingter Gesundheitsschäden. Neue und aktualisierte Hinweise für unterschiedliche Zielgruppen. (pdf).

Übergreifende Literatur

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2021): Hitze: Risiken und Schutzmaßnahmen. URL: <https://gesund.bund.de/hitze-und-gesundheit> (abgerufen: 08.05.2023).

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Unter Mitwirkung von

Axel Herzog, Ärztekammer Nordrhein
Peter May, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.
Hilmar Riemenschneider, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.

Bochum, Oktober 2023

C.2

Hitze – Erkrankungen und Maßnahmen

Welche Erkrankungen treten bei Hitze verstärkt auf?

Langanhaltende hohe Temperaturen können zu verschiedenen Hitzeerkrankungen führen, insbesondere, wenn zu wenig getrunken wird oder körperlich anstrengende Tätigkeiten durchgeführt werden. Zu den hitzebedingten Erkrankungen gehören beispielsweise Hitzekrampf, Hitzekollaps, Hitzeerschöpfung und Hitzschlag. Außerdem kann die direkte Sonneneinstrahlung auf den (unbedeckten) Kopf einen Sonnenstich verursachen.

Eine Vorerkrankung erhöht das Risiko, durch Hitze beeinträchtigt zu werden und damit auch die Wahrscheinlichkeit, eine Hitzeerkrankung zu entwickeln. Zu den Vorerkrankungen gehören beispielsweise:

- Akute somatische Erkrankungen wie Fieber, Durchfall, Infektionen, Ulcus cruris (offene Gliedmaßen) oder Wundheilungsstörungen
- Chronische Erkrankungen wie
 - Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. KHK [koronare Herzkrankheit], Herzinsuffizienz, Reizleitungsstörungen, Bluthochdruck, pAVK [periphere arterielle Verschlusskrankheit])
 - Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, COPD [chronisch obstruktive Lungenerkrankung])
 - Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes mellitus, Schilddrüsenüberfunktion)
 - Adipositas
 - Neurologische Erkrankungen (z. B. Schlaganfall, Morbus Parkinson, eingeschränkte Beweglichkeit mit Lähmungen, organisch bedingte kognitive Einschränkungen bzw. psychische Störungen wie bei Morbus Alzheimer und anderen Formen von Demenz)
 - Psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen, wahnhaftige Erkrankungen, Schizophrenie, kognitive Einschränkungen, Substanzabhängigkeit)

- Nierenerkrankungen (z. B. Nierensteine, akute oder chronische Niereninsuffizienz)
- Andere chronische Erkrankungen wie Sklerodermie oder zystische Fibrose (Mukoviszidose)

Wenden Sie sich in diesen Fällen gegebenenfalls an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt.

Wissenswert

Die folgenden Hitzeerkrankungen und entsprechenden Maßnahmen betreffen größtenteils mobilere Personen und nicht diejenigen, die beispielsweise aufgrund körperlicher Einschränkungen bettlägerig sind.

Was ist ein Hitzekrampf?

Schmerzhafte Muskelkrämpfe, oft nach starker körperlicher Anstrengung bei Hitze, sind Anzeichen für einen Hitzekrampf. Sie treten meist in den Beinen und im Bauch auf, manchmal auch erst nach einigen Stunden.

Erste Hilfe: Menschen mit einem Hitzekrampf sollten sich an einem kühlen Ort ausruhen, vorsichtig die betreffenden Muskeln dehnen und massieren sowie salzhaltige Getränke zu sich nehmen, um den Elektrolythaushalt auszugleichen.

Was ist ein Hitzekollaps?

Die Anzeichen für einen Hitzekollaps sind eine kurzzeitige Ohnmacht oder ein Kreislaufkollaps. Der Hitzekollaps tritt schon bei relativ geringer Hitzebelastung auf, häufig nach längerem Stehen. Typisch für den Hitzekollaps ist, dass es der Person im Liegen schnell bessergeht.

Erste Hilfe: Bei einem Hitzekollaps ist es wichtig, die Person an einem kühlen Ort in Rückenlage und mit erhöhten Beinen zu lagern. Ist sie bei Bewusstsein, sollte man salzhaltige Getränke reichen. Auch wenn die Bewusstlosigkeit meist kurz und in der Regel nicht gefährlich ist, sollte die behandelnde Ärztin beziehungsweise der behandelnde Arzt sofort informiert werden. Falls sich der Gesundheitszustand der betroffenen Person nicht schnell bessert, sind der ärztliche Notdienst zu verständigen oder bei lebensbedrohlichen Zuständen der Notruf zu wählen.

Was ist eine Hitzeerschöpfung?

Körperliche Anstrengung bei hohen Temperaturen und starkes Schwitzen führen zu einem starken Flüssigkeits- und Elektrolytmangel und können so eine Hitzeerschöpfung begünstigen. Anzeichen sind unter anderem Schwäche, Unwohlsein, Schwindel, Kopfschmerzen, vermehrtes Schwitzen, starkes Durstgefühl, später auch trockene, blasse und kühle Haut, sowie eine Körpertemperatur von bis zu 40 °C und ein niedriger Blutdruck.

Wissenswert

Eine Hitzeerschöpfung kann schnell in einen lebensbedrohlichen Hitzschlag übergehen. Daher sollte man regelmäßig die Körpertemperatur kontrollieren.

Erste Hilfe: Bei einer Hitzeerschöpfung ist es wichtig, zunächst die behandelnde Ärztin beziehungsweise den behandelnden Arzt zu verständigen, bei einer starken Hitzeerschöpfung sollte direkt der Notruf gewählt werden. Zudem ist es wichtig, den Körper auf 38,5 bis 39 °C herunterzukühlen, beispielsweise durch Eintauchen des Körpers in kaltes Wasser oder Duschen, Erzeugen von Verdunstungskälte durch Besprühen mit kaltem Wasser und Luftzug sowie zusätzlich Kühlpacks an Nacken, Leiste und Achseln. Außerdem ist es wichtig, die Person an einen kühlen Ort zu bringen, überflüssige Kleidung zu entfernen, sowie salzhaltige Getränke zu reichen.

Wissenswert

Kühlpacks und Kühlakkus aus dem Tiefkühlschrank sowie Eiswürfel müssen in ein Handtuch oder anderen Stoff gewickelt werden, um Erfrierungen der Haut zu vermeiden.

Was ist ein Hitzschlag?

Anzeichen für einen Hitzschlag sind eine Körpertemperatur über 40 °C, Bewusstseinsstörungen, eventuell epileptische Anfälle, Erbrechen, Durchfall und niedriger Blutdruck. Bei Älteren, chronisch kranken Menschen und Kindern tritt ein Hitzschlag meist aufgrund hoher Umgebungstemperaturen sowie einem starken Flüssigkeits- und Elektrolytmangel auf (Klassischer Hitzschlag). Bei gesunden Erwachsenen hingegen führt meist zu viel körperliche Anstrengung bei hohen Temperaturen, beispielsweise Sport oder Arbeit im Freien, zu einem Hitzschlag (Belastungshitzschlag).

Erste Hilfe: Bei Anzeichen für einen Hitzschlag muss sofort der Notruf gewählt werden und gegebenenfalls müssen Wiederbelebensmaßnahmen eingeleitet werden. Es ist unbedingt notwendig, den Körper so rasch wie möglich abzukühlen, bis der Rettungsdienst eintrifft. Das geschieht am besten durch Eintauchen des Körpers in kaltes Wasser, Duschen oder auch durch Erzeugen von Verdunstungskälte durch Besprühen mit kaltem Wasser und Luftzug sowie Kühlpacks an Nacken, Leiste und Achseln. Außerdem ist es wichtig, die Person an einem kühlen Ort zu lagern, überflüssige Kleidung zu entfernen und ihr wenn möglich Flüssigkeit zuzuführen.

Wissenswert

Eine Hitzeerschöpfung oder ein Hitzschlag können auch vorliegen, wenn die Körpertemperatur nicht stark erhöht oder die Umgebungstemperatur nicht extrem hoch ist. Wichtiger ist die Gefühlte Temperatur der Person und ob sich diese körperlich angestrengt hat. Im Zweifelsfall sollte ein Hitzschlag vermutet und der Rettungsdienst gerufen werden.

Was ist ein Sonnenstich?

Viel Sonne auf den (unbedeckten) Kopf führt leicht zu einem Sonnenstich. Anzeichen können Unruhe, Schwindel, Übelkeit, Kopfschmerzen, ein hochroter heißer Kopf, Bewusstseinsstörungen und ein steifer Nacken sein.

Erste Hilfe: Personen mit einem Sonnenstich müssen an einen schattigen, gut belüfteten Ort gebracht und mit erhöhtem Kopf gelagert werden. Es ist wichtig, den Kopf zu kühlen, beispielsweise mit feuchten, kalten Tüchern oder Kompressen, die den ganzen Kopf bedecken. Bei einem leichten Sonnenstich sollten salzhaltige Getränke gereicht werden. Bei Anzeichen für einen starken Sonnenstich, wie Bewusstseinsstörungen oder ein steifer Nacken, sollte außerdem umgehend der Notruf gewählt werden.

Wissenswert

Bei einem Sonnenstich sollte regelmäßig die Körpertemperatur gemessen werden, um eine Hitzeerschöpfung (bis 40 °C) oder einen Hitzschlag (über 40 °C) auszuschließen, da diese gemeinsam auftreten können.

Literatur

Die Inhalte dieser Arbeitshilfe wurden mit freundlicher Genehmigung in weiten Teilen übernommen aus dem Online Auftritt gesund.bund.de, einem Service des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Unter Mitwirkung von

Michael Adam, Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen e. V.

Bochum, Oktober 2023

C.3

Flüssigkeitszufuhr bei Hitze

Ein Flüssigkeitsmangel im Körper kann zu einer Dehydrierung und sogar Exsikkose führen. Diese entsteht insbesondere bei Hitze, wenn der Flüssigkeitsverlust besonders hoch und die Flüssigkeitszufuhr zu gering ist. Eine verringerte Flüssigkeitsmenge beeinträchtigt vor allem die Funktionen des Gehirns, des Kreislaufs und der Nieren. Bei älteren Menschen sind durch Flüssigkeitsmangel sehr häufig auch kognitive Funktionen und die Mobilität beeinträchtigt, was wiederum die Flüssigkeitszufuhr zusätzlich einschränken kann. Außerdem ist es wichtig, ausreichend Elektrolyte zu sich zu nehmen. Die tägliche Aufnahme von mindestens 1,5 bis 2 Liter Flüssigkeit ist empfohlen, Mineral- oder Leitungswasser, Saftschorlen und ungesüßte Tees eignen sich hierzu besonders. Auf Getränke mit Alkohol, Koffein oder viel Zucker sollte hingegen verzichtet werden. Bei Vorerkrankungen wie beispielsweise Herz-Kreislauf- oder Nierenerkrankungen sollte die richtige Trinkmenge mit der behandelnden Ärztin beziehungsweise dem Arzt abgesprochen werden [1]. Auch über die Nahrung wie frisches Obst und Gemüse mit hohem Wasser- und günstigem Elektrolytgehalt (zum Beispiel Melone, Gurke) sowie Salate (zum Beispiel mit Schafskäse) können Elektrolyte zugeführt werden.

Wissenswert

Elektrolyte sind Salze, die im Körper vorkommen und unter anderem Natrium- und Magnesium-Ionen enthalten. Wenn man viel schwitzt, verliert man auch Salze. Das kann unter anderem zu starker Erschöpfung und Muskelkrämpfen führen. Ein Ausgleich des Elektrolythaushaltes ist daher bei Hitze besonders wichtig und kann durch den Einsatz von Brausetabletten und Infusionen unterstützt werden.

Eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr und leichte Mahlzeiten sowie einfach umsetzbare Empfehlungen und Maßnahmen helfen, die Gesundheit zu schützen. Leichte Mahlzeiten, wie wasserreiches Obst und Gemüse, aber auch Brühen und Suppen versorgen den Körper mit ausreichend Flüssigkeit und tragen dazu bei, den Elektrolythaushalt auszugleichen, auch wenn bei hohen Temperaturen das Hungergefühl oft gering ist [1]. Nachfolgend finden Sie Tipps zum Trink- und Ernährungsverhalten bei Hitze, eine Tabelle zur Ermittlung des Unterstützungsbedarfs sowie eine Protokollvorlage zur Kontrolle des Trink- und Essverhaltens der Bewohnerinnen und Bewohner.

Bedarf zur Unterstützung zum und beim Trinken erkennen

Pflegebedürftige, aber auch ältere Menschen, müssen vor allem in den Sommermonaten auf eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme achten. Oftmals verspüren insbesondere ältere Menschen weniger Durst, scheiden aber unter anderem infolge von Medikamenteneinnahme häufig mehr Flüssigkeit am Tag aus. Wenn die reduzierte Flüssigkeitsaufnahme über einen längeren Zeitraum erfolgt, können Symptome wie ein trockener Mund, Kreislaufprobleme, Verwirrtheit oder Bewusstseinsstörungen auftreten. Um dem vorzubeugen, sollte der Bedarf zur Unterstützung zum und beim Trinken ermittelt werden. Dies kann zunächst mithilfe einer Bedarfsermittlung und einem Protokoll zur Flüssigkeitsaufnahme umgesetzt werden. Letzteres sieht bei Bedarf die Dokumentation des täglichen Trinkverhaltens während Hitzeperioden vor, um ein möglichst genaues Bild des gesundheitlichen Zustandes der Bewohnerinnen und Bewohner abzubilden. Weiterer Handlungs- und Unterstützungsbedarf ist im Einzelfall durch medizinische Rücksprache zu klären.

Gesunde Ernährung bei Hitze: den Körper mit Flüssigkeit versorgen

Während der Hitzeperioden in der Sommerzeit muss die Speiseversorgung und Ernährung der Bewohnerinnen und Bewohner angepasst werden. Insbesondere auf fettige, schwere Speisen sollte verzichtet werden. Es empfiehlt sich, über den Tag verteilt kleinere Mahlzeiten mit ausreichend mineralischer Kost anzubieten. Die Speisen sollten leicht verdaulich sein, um keine zusätzliche Belastung für den Körper darzustellen. Stellen Sie den Bewohnerinnen und Bewohnern zu jeder Mahlzeit ein Getränk bereit. Die folgenden Lebensmittel und Speisen eignen sich besonders bei Hitze:

- Obst und Gemüse mit einem hohen Wasseranteil (z. B. Äpfel, Melonen, Erdbeeren, Gurken, Tomaten)
- leichte Salate, wie Couscous- oder Bulgursalat, italienischer Nudelsalat, griechischer Bauernsalat oder bayrischer Kartoffelsalat
- süße oder herzhafte Kaltschalen, wie Milch- und Beerenkaltschalen oder Gazpacho und kalte Gurkensuppe
- Gemüse- oder Fleischbrühen

Achten Sie darauf, dass das Essen ausreichend gesalzen ist, um den Salzgehalt des Körpers aufrecht zu erhalten. Das Bereitstellen von salzhaltigem Knabbergebäck ist bei extremen Hitzeperioden ebenfalls sinnvoll.

Achten Sie zudem vermehrt auf die Küchenhygiene, da durch hohe Außentemperaturen Lebensmittel schneller verderben und häufiger mit Keimen belastet sein können.

Quellen: [2, 3, 4, 5]

Organisatorisches

- Achten Sie auf eine alters- und einschränkungsangepasste, über den Tag verteilte Flüssigkeitszufuhr und auf jederzeit verfügbare Getränke! Personen, die Hitze gegenüber besonders gefährdet sind, sollte natriumreiches Mineralwasser oder leicht gesalzenes Leitungswasser angeboten werden. Bei Vorerkrankungen wie Herz-Kreislauf- oder Nierenerkrankungen sollte die richtige Trinkmenge mit der behandelnden Ärztin bzw. dem Arzt besprochen werden.
- Benennen Sie Trinkbeauftragte, die auf das Trinkverhalten der Bewohnerinnen und Bewohner achten.
- Binden Sie den Sozialdienst, den freiwilligen Besuchsdienst und die An- und Zugehörigen mit ein, um zum Trinken zu motivieren.
- Informieren Sie Physio- und Ergotherapeuten darüber, auch während der Behandlung Getränke anzubieten.
- Nutzen Sie die beigefügte Tabelle zur Ermittlung des Unterstützungsbedarfs zum und beim Trinken.
- Eine Protokollvorlage zur Beobachtung und Planung des Trink- und Essverhaltens befindet sich auf Seite 8. Trinkgefäße mit Skalierung erleichtern die Dokumentation der Flüssigkeitsmengen.

- Stellen Sie ausreichend Getränke in den Zimmern der Bewohnerinnen und Bewohnern, in Gemeinschaftsräumen, in Aufenthaltsbereichen und in Außenbereichen bereit.

Wissenswert

Trinkrituale bereits ausreichend vor dem Eintreten einer Hitzeperiode einüben. Die Herausforderung liegt statt in einer Steigerung der Trinkmengen im Falle von Hitzeperioden vor allem in der Beibehaltung ausreichend bemessener Trinkmengen, insbesondere bei älteren Menschen. Die (Wieder-)Einübung dieser Trinkrituale muss jedoch mit einem Vorlauf von 2 - 3 Tagen vor Eintreten der Hitzeperiode bereits erfolgt sein, denn nach Eintreten einer Hitzeperiode leiden bei älteren Menschen häufig unmittelbar die kognitiven Funktionen.

Trinken attraktiver gestalten

- Bieten Sie abwechslungsreiche und schön dekorierte Getränke an wie
 - Fruchtsaftschorlen, Eistees, Eiskaffees,
 - Wasser mit Kräutern und Früchten.
- Auf den Konsum von Alkohol sollte verzichtet werden. Auch der übermäßige Konsum koffein- oder zuckerhaltiger Getränke ist nicht zu empfehlen.
- Dekorieren Sie das Trinkgefäß mit Obstscheiben.
- Bereiten Sie Getränke gemeinsam mit den Bewohnerinnen und Bewohnern zu.
- Stellen Sie Eiswürfel aus Fruchtsaft her.
- Bieten Sie den Bewohnerinnen und Bewohnern ihre alkoholfreien Lieblingsgetränke an.
- Organisieren Sie Trinkrunden zu festen Zeiten.
- Prostern Sie sich gegenseitig zu.
- Decken Sie Getränke ab, um Insektenstiche beim Trinken (Erstickungsgefahr) zu vermeiden.
- Führen Sie Trinkrituale ein.



Hinweis für Einrichtungen im Rheinland: Spielen Sie das Lied „Drinke“ der Kölner Band Klaves ab, das zum Hitzeaktionsplan der Stadt Köln komponiert wurde:

www.youtube.com



Rezeptideen der Verbraucherzentrale NRW für Getränke finden Sie unter:

www.verbraucherzentrale.de

Trinken erleichtern

- Bieten Sie Strohhalme an, um Verschluckungsgefahren zu reduzieren.
- Bieten Sie farbige Trinkgefäße an.
- Bieten Sie größere Trinkgefäße an.
- Bieten Sie Trinkgefäße mit Henkel an.

Ermittlung des Unterstützungsbedarfs zum und beim Trinken

Viele pflegebedürftige Personen nehmen sowohl Hunger und Durst als auch Geschmack anders wahr. Zusätzliche körperliche Einschränkungen erfordern daher in vielen Fällen eine Unterstützung beim Trinken durch das Pflegepersonal sowie durch An- und Zugehörige. Um den genauen Bedarf einzelner Personen ermitteln zu können, kann die nachfolgende Tabelle angewandt werden. Diese Erfassung sollte bei Aufnahme einer pflegebedürftigen Person in die Einrichtung durchgeführt und im Optimalfall in regelmäßigem Turnus wiederholt werden. Eine jährliche Durchführung im Frühling bietet sich als vorbereitende Sensibilisierungsmaßnahme auf sommerliche Hitzeperioden an.

Weiterer Handlungs- und Unterstützungsbedarf ist erforderlich, wenn eine oder mehrere der untenstehenden Fragen mit ja beantwortet werden. Erste Maßnahmen, die anschließend ergriffen werden können, sind beispielsweise eine engmaschigere Überwachung und die Dokumentation des Trinkverhaltens in einem Protokoll (siehe Protokoll zur Beobachtung und Planung des Trink- und Essverhaltens). Zusätzlich könnten die Namensschilder an den Zimmertüren eine eindeutige Kennzeichnung erhalten (zum Beispiel Trinkgefäß Icon). In jedem Fall sollte Rücksprache mit einer Ärztin oder einem Arzt gehalten werden, sobald eine der nachfolgenden Fragen mit ja beantwortet wird.

Fragen zur Bewohnerin bzw. zum Bewohner	Ja / Nein
<p>Besteht eine mangelnde Selbstständigkeit, alleine für das Trinken zu sorgen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beispiel: Das Trinken wird vergessen, das Getränk wird nicht erkannt oder die Motivation zum Trinken fehlt. 	
<p>Besteht ein reduziertes Durstgefühl?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beispiel: Es wird nicht geäußert, wann Durst verspürt wird, wenn etwas getrunken werden möchte oder es wird bewusst nicht getrunken, weil die Sorge besteht, die Toilette nicht mehr rechtzeitig erreichen zu können. 	
<p>Besteht eine eingeschränkte Beweglichkeit der Bewohnerinnen oder Bewohner?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beispiel: Beeinträchtigung des Sehens, Schmerzen oder Zittern, das Trinkgefäß kann nicht selbstständig gefüllt oder gehalten werden oder die Kleiderwahl schränkt die Beweglichkeit ein. 	
<p>Bestehen Einschränkungen beim Trinken?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beispiel: Auftreten von Schluckstörungen, Übelkeit oder Geschmacksveränderungen, Inkontinenz, hohe Atemfrequenz, Atemnot oder Hyperventilation. • Erkrankungen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Munderkrankungen wie weißer Mundpilz, Aphten oder Zahnprobleme ○ akute Erkrankungen mit erhöhtem Flüssigkeitsverlust, wie Durchfallerkrankungen, Erbrechen oder Fieber ○ chronische Erkrankungen, die Einfluss auf den Flüssigkeitshaushalt haben, wie Herzinsuffizienz oder Niereninsuffizienz ○ Adipositas 	

Protokoll zur Beobachtung und Planung des Trink- und Essverhaltens

Zur Reduzierung des Zeitaufwandes empfiehlt es sich, ein Trink- oder auch ein Essprotokoll nur dann zu führen, wenn

- die oben aufgeführte Bedarfsermittlung einen Handlungs- und Unterstützungsbedarf erkennen lässt,
- die Bewohnerin oder der Bewohner auffällig wenig trinkt oder die Flüssigkeitsaufnahme ablehnt,
- erste Anzeichen einer akuten hitzeassoziierten Erkrankung, insbesondere einer Exsikkose, auftreten oder
- eine ärztliche Anweisung vorliegt.

Anwendungstipps:

- Dokumentieren Sie täglich, am besten direkt nach dem Trinken, welche Getränke die Bewohnerin beziehungsweise der Bewohner zu sich genommen hat. Notieren Sie die Menge möglichst genau, nur so können Sie kontrollieren, ob ausreichend getrunken wurde. Wenn Sie die Daten nur einmal am Tag eintragen, könnten Angaben vergessen und somit das Protokoll ungenau werden.
- Da die Flüssigkeitsaufnahme auch durch den Verzehr von Nahrungsmitteln erfolgt, können auch Speisen in der Protokollvorlage dokumentiert werden. So lässt sich ein umfassenderes Bild der gesamten Flüssigkeitsaufnahme während des Tages erstellen. Notieren Sie hierzu ebenfalls die Menge möglichst genau.
- Konsultieren Sie medizinische Hilfe, wenn Sie Probleme beim Trinken bzw. der Flüssigkeitsaufnahme feststellen sollen.

Geeignete Getränke und Speisen bei Hitze

An heißen Tagen gilt es, viel zu trinken und eher leichte Mahlzeiten zu sich zu nehmen. Die folgende Übersicht zeigt, welche Getränke und Speisen besonders geeignet sind, um Flüssigkeit und Elektrolyte aufzunehmen.

Im Allgemeinen ist ein niedriger Zucker- und Fettgehalt zu bevorzugen. Weiter sind Genussmittel mit Koffein oder Alkohol ungeeignet, um Durst zu löschen und sollten nur in Maßen konsumiert werden. Auch zu kalte Getränke sollten vermieden werden.

Gegebenenfalls stimmen Sie die Ernährung mit einer behandelnden Ärztin beziehungsweise einem behandelnden Arzt ab.

Achten Sie zudem vermehrt auf die Küchenhygiene wie gründliches Händewaschen und die Verwendung von frischen Küchenutensilien bei der Verarbeitung von Fisch oder Fleisch. Durch hohe Temperaturen können Lebensmittel schneller verderben und mit krankmachenden Keimen belastet sein.

Getränke

- ✓ Leitungswasser
- ✓ kohlen säurearmes, natriumreiches Mineralwasser
- ✓ natürlich aromatisiertes Wasser z. B. mit Zitrone, Minze oder Gurke
- ✓ lauwarme, ungesüßte Früchte- oder Kräutertees
- ✓ Obst- und Gemüsesaftschorlen (Verdünnt 1:3)

Speisen

- ✓ Obst und Gemüse mit hohem Wassergehalt
 - Melonen, Kirschen, Äpfel, Erdbeeren, Pfirsiche, Nektarinen, Bananen, Beeren, Orangen
 - Gurken, Paprika, Tomaten
- ✓ Salate
 - Blattsalat
 - griechischer Salat mit Schafskäse
 - italienischer Nudelsalat
 - Couscous- und Bulgursalat
 - bayrischer Kartoffelsalat
- ✓ Suppen
 - kalte Tomatensuppe (Gazpacho)
 - kalte Gurkensuppe
 - Gemüse- oder Fleischbrühe
- ✓ Milch- oder Obstkaltschalen
- ✓ (Frucht-)Joghurt und Quark
- ✓ magere Fisch-, Fleisch- und Milchprodukte

Literatur

Zitierte Literatur

- [1] BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2021): Hitze: Risiken und Schutzmaßnahmen. URL: <https://gesund.bund.de/hitze-und-gesundheit> (abgerufen: 08.05.2023).
- [2] BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2023a): Essen und Trinken bei Hitze. URL: <https://www.gesundheit.gv.at/leben/ernaehrung/lebensmittel/essen-hitze.html> (abgerufen: 13.06.2023).
- [3] BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2023b): Trinken im Alter. URL: <https://www.gesundheit.gv.at/leben/altern/ernaehrung-im-alter/trinken-senioren.html> (abgerufen: 06.2023).
- [4] HMSI – Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (Hrsg.) (2023): Hitze – Was man für Betreuung und Pflege in der Häuslichkeit wissen sollte. (pdf).
- [5] RKI – Robert Koch Institut (Hrsg.) (2023): Auswirkungen des Klimawandels auf lebensmittelassoziierte Infektionen und Intoxikationen. In: Journal of Health Monitoring 8 (S3). S. 85 - 101. doi: 10.25646/11393.

Übergreifende Literatur

- LMU Klinikum (2020): Hitzemaßnahmenplan für stationäre Einrichtungen der Altenpflege. Empfehlungen aus der Praxis für die Praxis. München. (pdf).
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2023). So bleiben Sie bei einer Hitzewelle gesund. Sommer, Sonne, Hitzewelle – Empfehlungen für ältere Menschen. Köln.

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Unter Mitwirkung von

Axel Herzog, Ärztekammer Nordrhein
Gisela Hück, Rhein-Erft-Kreis
Barbara Wokurka, Landschaftsverband Rheinland

Bochum, Oktober 2023

C.4

Einnahme von Medikamenten

Nebenwirkungen von Medikamenten im Zusammenhang mit Hitze- sowie Sonnenexposition

Bei Hitze gilt es auf bestimmte potenzielle Nebenwirkungen von Medikamenten besonders zu achten. Hitze hat einen Einfluss auf die Aufnahme, die Verteilung, den Abbau und die Ausscheidung von Arzneistoffen im Körper. Vermehrte Sonnenexposition der Bewohnerinnen und Bewohnern kann zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen bestimmter Medikamente unter anderem an der Haut führen.

Medikamente können

- Schwitzen vermindern,
- Thermoregulation beeinflussen und die Anpassungskompetenz schwächen,
- die Durchblutung der Haut vermindern und dadurch die Wärmeabfuhr stören,
- Elektrolytverlust fördern und den Stoffwechsel sowie das Herz-Kreislauf-System stören und
- fototoxische oder fotosensibilisierende Reaktionen hervorrufen.

Bei Dehydrierung können infolge geringerer Ausscheidung Dosisreduktionen notwendig sein (zum Beispiel bei Nierenfunktionsstörungen). Die Dosierung von beispielsweise Diuretika ist daher während Hitzeperioden besonders im Blick zu behalten.

Hinweis für Pflegefachkräfte

Machen Sie die behandelnden Ärztinnen und Ärzte auf die Thematik aufmerksam, wenn notwendig. Medikationspläne der Bewohnerinnen und Bewohner sind hinsichtlich der besonders bei Hitze- und Sonnenexposition relevanten Nebenwirkungen vom ärztlichen Fachpersonal zu beurteilen.

Übersicht von Medikamenten mit möglichen Nebenwirkungen

Die nachfolgenden Tabellen geben einen Überblick zu häufig verwendeten Medikamenten, die im Zusammenhang mit Hitze beziehungsweise Sonnenexposition zu möglichen Nebenwirkungen führen können. In der linken Spalte wird die Wirkstoffklasse genannt. In der mittleren Spalte sind beispielhaft die relevantesten Wirkstoffe der entsprechenden Substanzklassen aufgeführt. Zusätzlich werden als Orientierung beispielhaft Handelsnamen in der rechten Spalte angegeben. Die Übersichten besitzen keinen Anspruch auf Vollständigkeit und sollen die Tätigkeit der für die Pharmakotherapie verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte unterstützen.

Medikamente mit anticholinergischer Wirkung → verminderte Schweißproduktion

Wirkstoffklasse	Wirkstoffname	Beispielhafter Handelsname
Antipsychotika (außer Thioxanthene)	<ul style="list-style-type: none">• Clozapin• Risperidon• Quetiapin• Haloperidol	<ul style="list-style-type: none">• Laponex®• Risperdal®• Seroquel®• Haldol®
Antidepressiva	<ul style="list-style-type: none">• Amitriptylin• Doxepin• Maprotilin	
Antihistaminika: Allergie, nicht verschreibungspflichtige Schlafmittel, Übelkeit	<ul style="list-style-type: none">• Dimetinden• Diphenhydramin• Doxylamin• Dimenhydrinat	<ul style="list-style-type: none">• Fenistil-Tropfen®• Vivinox®• Hoggar®• Vomex®
Anti-Parkinson Arzneimittel: Anticholinergika	<ul style="list-style-type: none">• Biperiden	<ul style="list-style-type: none">• Akineton®
Urologische Spasmolytika: Anticholinergika	<ul style="list-style-type: none">• Trospium• Tolterodin• Solifenacin	<ul style="list-style-type: none">• Spasmex®• Detrusitol®
Antiepileptika	<ul style="list-style-type: none">• Carbamazepin• Oxcarbazepin	<ul style="list-style-type: none">• Tegretal®• Trileptal®, Apydan®
Stark wirksame Schmerzmittel	<ul style="list-style-type: none">• Tramadol• Morphin	<ul style="list-style-type: none">• Tramal®
Muskelrelaxantien	<ul style="list-style-type: none">• Tizanidin• Methocarbamol	<ul style="list-style-type: none">• Sirdalud®• Ortoton®, Dolovisano®

Medikamente, die die Thermoregulation oder die Hitzewahrnehmung beeinflussen können

Wirkstoffklasse	Wirkstoffname	Beispielhafter Handelsname
Antidepressiva (v. a. SSRIs, SNRIs, MAO-Hemmer)	SSRI: <ul style="list-style-type: none"> • Citalopram • Escitalopram • Sertralin • Fluoxetin S(S)NRI: <ul style="list-style-type: none"> • Duloxetin • Venlafaxin MAO-A Hemmer: <ul style="list-style-type: none"> • Moclobemid 	<ul style="list-style-type: none"> • Cipramil® • Ciprallex® • Zoloft® • Cymbalta® • Trevilor® • Aurorix®
Antiepileptika	<ul style="list-style-type: none"> • Topiramat • Zonisamid 	<ul style="list-style-type: none"> • Topamax® • Zonegran®
Schilddrüsenhormone	<ul style="list-style-type: none"> • L-Thyroxin 	<ul style="list-style-type: none"> • Eferox®
Benzodiazepine, Opioide	<ul style="list-style-type: none"> • Lorazepam • Bromazepam • Oxazepam • Tilidin • Oxycodon • Morphin • Fentanyl • Levomethadon • Tramadol • Oxycodon • Hydromorphon 	<ul style="list-style-type: none"> • Tavor® • Bromazanyl®, Normoc® • Adumbran®, Praxiten® • Valoron N®
Dopaminerge Medikamente (Morbus Parkinson)	<ul style="list-style-type: none"> • Levodopa • Benserazid • Entacapone 	<ul style="list-style-type: none"> • Madopar®, Nacom®, Restex®, Isicom®, Stalevo® • Madopar®, Restex®

Medikamente, die eine Gefäßverengung fördern oder die Herzleistung verringern können

Wirkstoffklasse	Wirkstoffname	Beispielhafter Handelsname
Selektive Serotonin (5HT1)-Agonisten	<ul style="list-style-type: none"> Naratriptan Sumatriptan 	<ul style="list-style-type: none"> Imigran®
Sympathomimetika	<ul style="list-style-type: none"> Pseudoephedrin 	<ul style="list-style-type: none"> Aspirin Complex®
Beta-Blocker	<ul style="list-style-type: none"> Propranolol Bisoprolol Metoprolol 	<ul style="list-style-type: none"> Dociton® Concor® Beloc®

Medikamente, die den Wasser- und Elektrolythaushalt verändern beziehungsweise eine Dekompensation des Stoffwechsels oder Herz-Kreislauf-Systems begünstigen können

Wirkstoffklasse	Wirkstoffname	Beispielhafter Handelsname
Diuretika, ACE-Hemmer, AT1-Rezeptor-Antagonisten (Sartane)	<ul style="list-style-type: none"> Furosemid Spironolacton Ramipril Enalapril Candesartan Valsartan 	<ul style="list-style-type: none"> Lasix® Aldactone®, Osyrol® Arelix®, Delix®, Tonotec® Benalapril®, Carmen®, Xanef® Atacand®, Blopress®, Candecor® Amlodipin plus Valsartan, Diovan®, CoDiovan®, Entresto®, Exforge®
<i>Insbesondere in Kombination mit Diuretika, ACE-Hemmern und Sartanen:</i> nicht-steroidale Antiphlogistika (NSAR), Coxibe	<ul style="list-style-type: none"> Acetylsalicylsäure Ibuprofen Etoricoxib 	<ul style="list-style-type: none"> Aspirin®, Grippostad®, ASS, Godamed® BoxaGrippal®, Aktren®, Dolgit® Arcoxia®
Abführmittel	<ul style="list-style-type: none"> Bisacodyl Natriumpicosulfat Macrogol 	<ul style="list-style-type: none"> Dulcolax® Laxoberal® Laxofalk®, Movicol®

Medikamente mit geringer therapeutischer Breite

Bei stark exsikkierten Bewohnerinnen und Bewohnern kann zum Beispiel die Ausscheidung über die Nieren derart eingeschränkt sein, dass es zu erhöhten Wirkstoffkonzentrationen kommt.

Wirkstoffklasse	Wirkstoffname	Beispielhafter Handelsname
Antipsychotika	<ul style="list-style-type: none"> Lithium 	
Herzglykoside (Digitalis-Glykoside)	<ul style="list-style-type: none"> Digoxin Digitoxin 	
Antiarrhythmika	<ul style="list-style-type: none"> Propafenon Flecainid Amiodaron 	
Gerinnungshemmer (vom Typ der Vitamin-K Antagonisten)	<ul style="list-style-type: none"> Phenprocoumon Warfarin 	<ul style="list-style-type: none"> Marcumar®

Medikamente mit möglichen fototoxischen oder fotosensibilisierenden Nebenwirkungen nach der Anwendung

Wirkstoffklasse	Wirkstoffname	Beispielhafter Handelsname
Diuretika	<ul style="list-style-type: none"> Hydrochlorothiazid Furosemid Bendroflumethiazid Amilorid Triamteren Spironolacton Xipamid 	<ul style="list-style-type: none"> HCT Hexal®, Dytide®, Nephral® Lasix® dehydro®, diucomb®, Neotri®, Tri.Thiazid Stada®, Veratide® Aldactone®, Osyrol® Neotri®
Nicht-steroidale Antiphlogistika (NSAR)	<ul style="list-style-type: none"> Naproxen Ketoprofen Tiaprofensäure Piroxicam Diclofenac Phenylbutazon Mefenaminsäure Indometacin Ibuprofen 	<ul style="list-style-type: none"> Dolormin®, Togal® Alrheumun®, Effecton®, Gabrilen® Surgam® Arthotec®, Diclac®, Effecton®, Solaraze®, Voltaren® Ambene® Aktren®, BoxaGrippal®, Doc®, Dolgit®, Dolormin®,

Medikamente mit möglichen fototoxischen oder fotosensibilisierenden Nebenwirkungen nach der Anwendung (Fortsetzung)

Wirkstoffklasse	Wirkstoffname	Beispielhafter Handelsname
Nicht-steroidale Antiphlogistika (NSAR)	<ul style="list-style-type: none"> • Ibuprofen • Celecoxib 	Nurofen®, Proff®, ratioGrippal®, Spalt®, Togonal®
Antimikrobielle Substanzen	<ul style="list-style-type: none"> • Sulfamethoxazol bzw. Trimethoprim • Sulfasalazin • Ciprofloxacin • Lomefloxacin • Ofloxacin • Norfloxacin • Oxytetracyclin • Tetracyclin • Doxycyclin • Minocyclin • Isoniazid • Gentamicin • Griseofulvin • Nitrofurantoin • Chlortetracyclin • Chloramphenicol • Ciprofloxacin • Levofloxacin 	<ul style="list-style-type: none"> • Cotrim forte • Ratiopharm®, Eusaprim® • Azulfidine® • Ciprobay® • Barazan® • Pylera • Uro Tablinen®
Antipsychotika	<ul style="list-style-type: none"> • Chlorpromazin, • Thioridazin • Chlorprothixen • Promethazin • Perazin • Fluphenazin • Promazin • Haloperidol 	<ul style="list-style-type: none"> • Melleril® • Atosil® • Haldol®
Antidepressiva	<ul style="list-style-type: none"> • Amitriptylin • Trimipramin • Nortriptylin • Desipramin • Imipramin • Doxepin • Clomipramin 	<ul style="list-style-type: none"> • Amineurin®, Amioxid-neuraxpharm®, Syneudon® • Aponal®, Doneurin®, Mareen® • Anafranil®

Medikamente mit möglichen fototoxischen oder fotosensibilisierenden Nebenwirkungen nach der Anwendung (Fortsetzung)

Wirkstoffklasse	Wirkstoffname	Beispielhafter Handelsname
Antidepressiva	<ul style="list-style-type: none"> • Johanniskraut 	
Kardiovaskulär wirksame Substanzen	<ul style="list-style-type: none"> • Amiodaron • Nifedipin • Chinidin • Captopril • Enalapril • Fosinopril • Ramipril • Disopyramid • Hydralazin • Simvastatin • Diltiazem 	<ul style="list-style-type: none"> • Cordarex® • Adalat • ACE-Hemmer-ratiopharm® • Benalapril®, Carmen®, Corvo®, Renacor®, Xanef®, Zanipress®, Lercaprel • Fosino-TEVA®, Fosinorm® • Appunto, Arelix®, Delix®, Delmuno®, Iltria®, RamiDipin®, RamiLich®, Tonotec®, Triapin • Trinormin® • Ezetimib/Simvastatin-1 A Pharma®, Inegy®, Zocor®, Goltor
Antiepileptika	<ul style="list-style-type: none"> • Carbamazepin • Lamotrigin • Phenobarbital • Phenytoin • Topiramate • Valproinsäure 	<ul style="list-style-type: none"> • Tegretal®, Timonil® • Lamictal® • Luminal®, Luminaletten® • Phenydan® • Topamax® • Convulex, Ergenyl®, Orfiril®, Valproat - 1 A Pharma®, Convulex, Depakine
Antihistaminika	<ul style="list-style-type: none"> • Cyproheptadin • Diphenhydramin 	<ul style="list-style-type: none"> • Peritol® • Betadorm®, Docpelin, Dolestan, Dorm, Dormutil, Emesan®, Halbmond Tabletten®, Sediat®, Sedopretten, SLEEPWELL, Sodormwell, Vivinox®,

Medikamente mit möglichen fototoxischen oder fotosensibilisierenden Nebenwirkungen nach der Anwendung (Fortsetzung)

Wirkstoffklasse	Wirkstoffname	Beispielhafter Handelsname
Antihistaminika	<ul style="list-style-type: none"> • Diphenhydramin • Loratadin • Cetirizin • Promethazin 	<ul style="list-style-type: none"> • Wick DayNait Filmtabletten • Lora-ADGC®, Lorano®
Zytotoxische Substanzen	<ul style="list-style-type: none"> • Fluorouracil • Vinblastin • Dacarbazin • Procarbazine • Methotrexat • Azathioprin • Capecitabin • Epirubicin • Pentostatin 	<ul style="list-style-type: none"> • 5FU, Tolak®, Verrumal®, Efudix • Lantarel®, Metex®, Methofill, MTX Hexal®, Nordimet, Trexject® • Aza-Q®, Azafalk®, Imurek®, Imurel
Hormone	<ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroide • Estrogene • Progesterone • Spironolacton • Gestagene 	<ul style="list-style-type: none"> • Aldactone®, Osyrol®
Systemische Dermatika	<ul style="list-style-type: none"> • Isotretinoin • Methoxsalen • Tacrolimus • Pimecrolimus • Dithranol • Tretinoin • Acitretin 	
Lipidsenker	<ul style="list-style-type: none"> • Clofibrat • Fenofibrat • Bezafibrat • Atorvastatin • Fluvastatin 	<ul style="list-style-type: none"> • Cedur® • Sortis • Locol®
Antimykotika	<ul style="list-style-type: none"> • Terbinafin • Itraconazol • Voriconazol 	<ul style="list-style-type: none"> • Lamisil® • Sempera®
Antidiabetika	<ul style="list-style-type: none"> • Glibenclamid • Glipizid 	

Vorsicht ist bei Transdermalen Therapeutischen Systemen (TTS) geboten, insbesondere bei der Behandlung mit Opioiden gegen Schmerzen (zum Beispiel Fentanylpflaster). Direkte Hitzeexposition kann zu Überdosierungen führen. Starkes Schwitzen unter dem Pflaster kann die Resorption des Wirkstoffes beeinträchtigen.

Eine veränderte bzw. erhöhte Resorption gilt beispielsweise auch für subkutan gegebenes Insulin. Bei insulinpflichtigen Menschen sollten die Blutzuckerwerte entsprechend häufiger kontrolliert (mindestens zweimal täglich) und gegebenenfalls die Dosierung von der behandelten Ärztin bzw. dem behandelten Arzt angepasst werden.

Außerdem ist bei Hitze besonders auf Bewohnerinnen und Bewohner zu achten, welche Sedativa einnehmen, da Sedativa die Erkennung von körpereigenen Warnsymptomen erschweren oder verhindern können.

Wissenswert

Auch nicht verschreibungspflichtige Medikamente können hitzerelevante Nebenwirkungen haben und von Bewohnerinnen und Bewohnern ohne das Wissen des ärztlichen und pflegerischen Fachpersonals eingenommen werden. Sprechen Sie Ihre Bewohnerinnen und Bewohner auf solche Medikamente an und informieren Sie gegebenenfalls die behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

Literatur

Die Inhalte dieser Arbeitshilfe wurden mit freundlicher Genehmigung in weiten Teilen übernommen aus: LMU Klinikum, Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin (2020): Hitzemaßnahmenplan für stationäre Einrichtungen der Altenpflege – Empfehlungen aus der Praxis für die Praxis.

Übergreifende Literatur

- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2023): Arzneimittelinformationssystem AMIce-Datenbank, URL: https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/Arzneimittel-recherchieren/AMIce/Datenbankinformation-AMIce-Arzneimittel/_node.html (abgerufen: 28.06.2023).
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2023): Diabetes und Hitze – was muss ich beachten? Sommer, Sonne, Hitzewelle – Tipps für Menschen mit Diabetes. Köln. (pdf).
- DAZ – Deutsche Apotheker Zeitung (2016) Lichtempfindlich durch Arzneimittel. Ursachen fototoxischer Hautreaktionen und Beratung zu fotosensibilisierenden Arzneistoffen. URL: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2016/daz-21-2016/lichtempfindlich-durch-arzneimittel> (abgerufen: 20.06.2023).
- Gelbe Liste (o. J.): Gelbe Liste Online. News, Info und Datenbank für Ärzte, Apotheker und Fachpersonal aus Medizin und Pharmazie. URL: <https://www.gelbe-liste.de/> (abgerufen: 07.07.2023).
- KLUG – Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (2019): Hintergrundinformationen Klimawandel: HITZE. (pdf).
- Landessanitätsdirektion Wien (2018): Leitfaden Hitzemaßnahmenplan. Für medizinische und pflegerische Einrichtungen zur Erstellung eigener Hitzemaßnahmenpläne. Wien. URL: <https://www.wien.gv.at/gesundheit/sandirektion/leitfaden-hitzemassnahmen.html> (abgerufen: 08.05.2023).
- Moore, D. E. (2012): Drug-Induced Cutaneous Photosensitivity. In: Drug Safety 25, S. 345-372 (2002). doi: 10.2165/00002018-200225050-00004.
- Schauder, S. (2005): Phototoxische Reaktionen der Haut durch Medikamente. In: Deutsches Ärzteblatt 102, H. 34-35. A2314-A2319. URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/48117/Phototoxische-Reaktionen-der-Haut-durch-Medikamente> (abgerufen: 20.06.2023).
- Schuster, N. (2022): Photosensibilität. Das Licht und seine Schattenseiten. In: Pharmazeutische Zeitung online. URL: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/das-licht-und-seine-schattenseiten-134065/> (abgerufen: 03.07.2023).
- Šklebar, T., Rudež, K. D., Rudež, L. K. u. R. Likić (2022): Global Warming and Prescribing: A Review on Medicines' Effects and Precautions. In: Psychiatria Danubina 34, H. 10. S. 5-12. (pdf).
- SSK – Strahlenschutzkommission (2016): Schutz des Menschen vor den Gefahren solarer UV-Strahlung und UV-Strahlung in Solarien. Wissenschaftliche Begründung zur Empfehlung der Strahlenschutzkommission. Anhang 4. Bonn.(pdf).
- Universitätsklinikum Heidelberg (2020): Heidelberger Hitze-Tabelle. (pdf).
- WHO – Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro Europa (2019): Gesundheitshinweise zur Prävention hitzebedingter Gesundheitsschäden. Neue und aktualisierte Hinweise für unterschiedliche Zielgruppen. (pdf).

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Unter Mitwirkung von

Michael Adam, Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen e. V.
Fachgruppe Arzneimitteluntersuchung, LZG.NRW

Bochum, Oktober 2023

C.5

Lagerung von Medikamenten

Die richtige Lagerung von Medikamenten ist während des Sommers besonders wichtig. Hohe Temperaturen und Sonneneinstrahlung können einen Einfluss auf die Stabilität und Wirksamkeit von Medikamenten haben. Der Zustand eines Medikaments kann sich bei zu hoher Temperatur oder zu intensiver Sonneneinstrahlung verändern (beispielsweise durch Zersetzung) [1]. Daher sind die empfohlene Lagerung von Medikamenten und die Hinweise auf der Verpackung unbedingt zu berücksichtigen. Für den Großteil der Medikamente gilt, dass sie bei Raumtemperatur gelagert werden sollten. Ferner ist es wichtig, einen trockenen und keiner direkten Sonneneinstrahlung ausgesetzten Ort zu wählen.

Wissenswert

Machen Sie Ihre Bewohnerinnen und Bewohner darauf aufmerksam, dass Arzneimittel keiner Hitze oder Sonneneinstrahlung ausgesetzt werden sollten. Bei Fragen zur Lagerung von einzelnen Medikamenten sprechen Sie Ihre Apotheke oder medizinisches Fachpersonal an.

In der Regel werden folgende Temperaturbereiche für die Lagerung von Medikamenten angegeben:

- Raumtemperatur: 15 bis 25 °C (oder falls so vermerkt 15 bis 30 °C)
- im Kühlschrank: 2 bis 8 °C
- tiefgekühlt: bei -18 °C oder kälter

Bei folgenden lichtempfindlichen Arzneistoffen ist besonders auf eine geschützte Lagerung zu achten [2]:

- Amiodaron
- Amlodipin
- Cefaclor
- Chinin
- Cyanocobalamin
- Furosemid
- Isotretinoin
- Molsidomin
- Nifedipin
- Nitrendipin
- Zopiclon

Die Auflistung der lichtempfindlichen Arzneistoffe stellt eine Auswahl dar und besitzt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Wissenswert

Die Lichtempfindlichkeit der Arzneistoffe kann sich je nach Verarbeitung oder Darreichungsform stark unterscheiden.

Tipps

- Falls nicht vorhanden, bringen Sie ein Thermometer in den Medikamentenkühlschränken und Lagerräumen für Medikamente an und kontrollieren Sie die Temperatur regelmäßig mithilfe eines Protokolls.
- Um die für die Lagerung angegebenen Temperaturbereiche einzuhalten, bewahren Sie die Medikamente in sonnengeschützten, ggf. fensterlosen Räumen auf.
- Achten Sie darauf, wie Ihre Bewohnerinnen und Bewohner die Medikamente lagern. Bestenfalls erfolgt die Lagerung im Umkarton in einer Schublade und nicht im Badezimmer, da dort die Luftfeuchtigkeit zu hoch werden kann.
- Müssen die Medikamente im Kühlschrank aufbewahrt werden, sollten sie mittig liegen – nicht zu weit hinten bei den Kühlelementen und nicht in der Tür.

Literatur

Die Inhalte dieser Arbeitshilfe wurden mit freundlicher Genehmigung in weiten Teilen übernommen aus: LMU Klinikum, Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin (2020): Hitzemaßnahmenplan für stationäre Einrichtungen der Altenpflege – Empfehlungen aus der Praxis für die Praxis.

Zitierte Literatur

- [1] Tejada, E. T., Pérez, B. G. u. D. S. Muner (2023): Review of Drug Storage Conditions, A Case Report. In: Hospital Pharmacy 58, H. 3. S. 252-254. (pdf).
- [2] PTAheute (2020): Photoinstabilität von Wirkstoffen – was ist bei der Lagerung zu beachten? URL: <https://www.ptaheute.de/aktuelles/2020/09/11/photoinstabilitaet-von-wirkstoffen-was-ist-bei-der-lagerung-zu-beachten> (abgerufen: 20.06.2023).

Übergreifende Literatur

- Aktionsbündnis Hitzeschutz Berlin – eine Initiative der ÄKB, SenWGPG und KLUG e. V. (2022): Musterhitzeschutzplan für Krankenhäuser. Stand: Juni 2022, Version 2. Berlin. (pdf).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2022): Arzneimittel richtig aufbewahren und entsorgen. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/arzneimittelentsorgung-und-aufbewahrung.html> (abgerufen: 20.06.2023).
- Landessanitätsdirektion Wien (2018): Leitfaden Hitzemaßnahmenplan. Für medizinische und pflegerische Einrichtungen zur Erstellung eigener Hitzemaßnahmenpläne. Wien. URL: <https://www.wien.gv.at/gesundheit/sandirektion/leitfaden-hitzemassnahmen.html> (abgerufen: 20.06.2023).

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Unter Mitwirkung von

Michael Adam, Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen e. V.
Fachgruppe Arzneimitteluntersuchung, LZG.NRW

Bochum, Oktober 2023

C.6

Beratung von gefährdeten Personen und Angehörigen

Ältere, pflegebedürftige und vorerkrankte Menschen in stationären Pflege- und Wohneinrichtungen haben ein hohes Risiko für hitzebedingte Gesundheitsprobleme. Daher ist es notwendig, den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie ihren An- und Zugehörigen die Relevanz des Themas zu verdeutlichen.

Die Sensibilisierung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie ihrer An- und Zugehörigen kann dazu beitragen, die Hitzeresilienz in Pflege- und Wohneinrichtungen zu erhöhen. Ziel ist es, das Bewusstsein für hitzebedingte Gesundheitsrisiken zu stärken und ein angemessenes Verhalten bei Hitzeperioden zu erreichen. An- und Zugehörige spielen eine wesentliche Rolle in der Begleitung und Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern, weshalb sie bei Einverständnis möglichst in die Versorgung miteinbezogen werden sollten.

Hinweise zur Beratung von Bewohnerinnen und Bewohner

Sensibilisieren Sie die Bewohnerinnen und Bewohner für die gesundheitlichen Folgen von Hitze, damit sie eventuell auftretende Symptome besser erkennen können. Informieren Sie über (Vor-)Erkrankungen und darüber, welche gesundheitlichen Auswirkungen aufgrund von Hitze auftreten können. Je früher die Bewohnerinnen und Bewohner negative Auswirkungen von Hitze erkennen, desto eher können sie handeln oder sich Hilfe suchen. Außerdem sollte den Bewohnerinnen und Bewohnern kontinuierlich bewusstgemacht werden, wie wichtig es ist, viel zu trinken. Bei Vorerkrankungen wie beispielsweise Herz-Kreislauf- oder Nierenerkrankungen sollte die richtige Trinkmenge jedoch mit der behandelnden Ärztin beziehungsweise dem Arzt abgesprochen werden. Aufgrund des verminderten Durstgefühls, beispielsweise durch die Einnahme bestimmter Medikamente oder bei älteren Bewohnerinnen und Bewohnern, besteht während Hitzeereignissen ein erhöhtes Risiko einer Dehydrierung oder sogar einer Exsikkose.

Sensibilisieren Sie die Bewohnerinnen und Bewohner für ein angemessenes Verhalten bei Hitzeperioden. Um die Auswirkungen von Hitze zu mindern und den Alltag bei Hitze angenehmer zu gestalten, können einfache, individuell umsetzbare Maßnahmen ergriffen werden:

- auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr achten, angepasst an individuelle Gesundheitsfaktoren
- Körperpflege tagsüber mit lauwarmem Wasser durchführen
- helle und luftige Kleidung tragen
- leichte Bettwäsche und Laken verwenden, dicke Bettdecken meiden
- direkte Sonneneinstrahlung meiden, kühlere und schattige Orte aufsuchen
- für Sonnenschutz im Freien sorgen durch Kopfbedeckung, Sonnenbrille und Sonnencreme
- körperliche Aktivität reduzieren bzw. anpassen
- leichte Mahlzeiten in kleinen Portionen über den Tag verteilt essen
- Raumtemperatur nach Möglichkeit reduzieren
- bei Bedarf kühlende Wickel oder Bäder an den Armen und Füßen anwenden, z. B. mit Pfefferminz
- bei Bedarf Pulskühler anbringen

Diese Maßnahmen können den Bewohnerinnen und Bewohnern beispielsweise mit Hilfe von Flyern präventiv vermittelt werden. Auch tägliche Begegnungen sowie beständiger Austausch helfen, die Maßnahmen in den Alltag der Einrichtung zu integrieren. Je häufiger über Hitze, ihre Auswirkungen und Schutzmaßnahmen gesprochen wird, desto wahrscheinlicher ist es, dass im Falle von Hitzeperioden schnell die richtigen Maßnahmen ergriffen werden.

Tipps zum Einbinden von An- und Zugehörigen

Die Einbindung von An- und Zugehörigen (Familie, Freunde oder Bekannte) kann im Versorgungsalltag unterstützend wirken. An- und Zugehörige leisten einen wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden, denn sie kennen die Gewohnheiten und Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner häufig sehr gut. Insbesondere beim Hitzeschutz können An- und Zugehörige eine große Unterstützung für das Pflegepersonal sein und dazu beitragen, die Bewohnerinnen und Bewohner vor negativen gesundheitlichen Folgen von Hitze zu schützen. Dies ist unter anderem im Rahmen so genannter Hitzepatenschaften möglich.

Hitzepatenschaften

Unter Berücksichtigung individueller Möglichkeiten und Ressourcen sowie der Wünsche von Bewohnerinnen und Bewohnern können An- und Zugehörige sowie ehrenamtliche Personen als Paten („Buddies“) systematisch die Pflegenden unterstützen. Das sogenannte „Buddy-System“ umfasst verschiedene Aktivitäten zum Hitzeschutz während Hitzeperioden [1, 2]. Die Einbindung von An- und Zugehörigen sowie eines Besuchsdienstes sollte erst nach Einverständnis der Bewohnerinnen und Bewohner erfolgen. Zu den möglichen Aktivitäten oder empfohlenen Maßnahmen während Hitzeperioden zählen:

Zum Besuch mitbringen:

- wasserreiches Obst und Gemüse
- Lieblingsgetränk der pflegebedürftigen Person
- helle und luftige Kleidung
- Sonnencreme, Sonnenbrille und luftdurchlässige, leichte Kopfbedeckung

Während des Besuchs:

- Informationen zu Gesundheitsrisiken durch Hitze weitergeben
- die Bewohnerinnen und Bewohner zur Selbsthilfe anregen
- die Bewohnerinnen und Bewohner zum Trinken motivieren
- gemeinsam mit den Bewohnerinnen und Bewohnern Getränke einnehmen
- bei Zustimmung der Bewohnerinnen und Bewohner kühlende Wickel und Bäder an Armen und Füßen anwenden
- auf die Verwendung von Sonnencreme, Sonnenbrille und luftdurchlässiger, leichter Kopfbedeckung achten
- auf Verhaltensveränderungen wie Verwirrtheit, Unruhe oder Benommenheit achten
- Aufenthalte im Freien möglichst während kühler Tageszeiten planen und wenn möglich Schatten aufsuchen

In Kontakt bleiben:

- regelmäßige Telefonate zu festgelegten Uhrzeiten vereinbaren
- regelmäßige Besuche, auch unabhängig von Hitzeperioden

Wissenswert

Nicht nur bei Hitzeperioden, sondern auch im Allgemeinen, ist es wichtig, mit der pflegebedürftigen Person in Kontakt zu bleiben, um sich regelmäßig nach deren Wohlbefinden erkundigen zu können.

An- und Zugehörige gut informieren:

Für einen erfolgreichen Hitzeschutz ist es wichtig, die An- und Zugehörigen umfassend darüber zu informieren, wie sie sich und ihre pflegebedürftigen Angehörigen im Alltag schützen können. Dies kann geschehen durch:

- Aushändigen hitzebezogener Informationsflyer
- Aufhängen von Postern mit Hitzeschutztipp in Gemeinschaftsbereichen und Fluren während der Hitzesaison
- Nutzung digitaler Kommunikations- und Informationswege, z. B. via E-Mail (ggf. im Newsletter-Format)

Literatur

Die Inhalte dieser Arbeitshilfe wurden mit freundlicher Genehmigung in weiten Teilen übernommen aus: LMU Klinikum, Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin (2020): Hitzemaßnahmenplan für stationäre Einrichtungen der Altenpflege – Empfehlungen aus der Praxis für die Praxis.

Zitierte Literatur

- [1] Ragetti, M. S. u. M. Rösli (2021): Hitze-Massnahmen-Toolbox 2021. Ein Massnahmenkatalog für den Schutz der menschlichen Gesundheit vor Hitze. SwissTPH, Basel. (pdf).
- [2] TMUEN – Thüringer Ministerium für Umwelt, Energie und Naturschutz (2023): Kommunale Hitze-Toolbox Thüringen. (pdf).

Übergreifende Literatur

- BMUB – Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (2017): Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen zum Schutz der menschlichen Gesundheit. Bonn. (pdf).
- BMUV – Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz (2022): Den Klimawandel gesund meistern – Coole Tipps für heiße Tage. Berlin. (pdf).

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Unter Mitwirkung von

Stefanie Peters, DRK-Landesverband Westfalen-Lippe e. V.

Bochum, Oktober 2023

C.7

Qualitätsmanagement und -sicherung

Für eine erfolgreiche Implementierung eines Hitzeschutzplans ist es besonders wichtig, die Qualität der Umsetzung sicherzustellen und mögliche Optimierungsbedarfe zu ermitteln. Ein kontinuierlicher Zyklus der Qualitätsoptimierung kann genutzt werden, um das interne Qualitätsmanagement zu strukturieren.

Für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement des Hitzeschutzplans sollten für die einzelnen Maßnahmen folgende Aspekte berücksichtigt und umgesetzt werden [1]:

- Qualitätsplanung (Qualitätsmerkmale und -ziele definieren)
- Qualitätssteuerung (Standards bzw. Kriterien anwenden)
- Qualitätsprüfung (SOLL-IST-Vergleich)
- Qualitätsverbesserung (IST nach SOLL bringen)

Im Rahmen der Qualitätsplanung könnten beispielsweise ein geringes Auftreten von Notaufnahme Einweisungen aufgrund von hitzebedingten Notfällen und die Aufstellung und Umsetzung von Trink- und Ernährungskonzepten als Qualitätsmerkmale festgelegt werden. Zudem müssen konkrete Strategien entwickelt werden, um die einrichtungsspezifisch zu entwickelnden Ziele zu erreichen.

Für die Qualitätssteuerung könnten beispielsweise folgende Kriterien relevant sein:

Interne Kommunikation:

- Festlegung einer Koordinierungsstelle für die Entwicklung und Sicherung des Hitzeschutzplans
- Benennung von Stabsstellen aus den verschiedenen Arbeitsbereichen als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Umsetzungssicherung und Evaluierung)

- Terminierung von regelmäßigen Besprechungsterminen, Aufnahme der Thematik in die regulären Teamsitzungen
- Installierung der Kommunikationskaskade nach Vorgaben des zukünftigen Hitzeschutzplans
- konstante Einbindung des medizinischen und pflegerischen Fachpersonals zur Umsetzung des Hitzeschutzplans
- regelmäßige Erhebung des Fortbildungsbedarfs, z. B. zu Gesundheitsrisiken durch Hitze, Ernährung und Getränke, Beschattung und Kühlung
- Durchführung regelmäßiger Fortbildungen
 - zum aktuellen Wissen hinsichtlich der Wechselwirkung von Medikamenten und Hitze
 - zu aktuellem Wissen und zu aktuellen Fachkenntnissen hinsichtlich des medizinisch fachlichen Umgangs mit den Risiken und Gefahren von Hitze
 - zur Umsetzung der Maßnahmen des Hitzeschutzplans für alle Mitarbeitenden
- Bereitstellen von Informationsmaterialien und Fortbildungen zum Thema Hitzeschutzplanung zum alltäglichen Gebrauch in digitaler Form
- Bereitstellen von digitalen Checklisten zur Information, Evaluation, Vorbereitung und Nutzung
- Bereitstellung von Merkblättern für Notsituationen in den Aufenthaltsräumen

Externe Kommunikation:

- Umsetzung des Informationswesens für Bewohnerinnen und Bewohner sowie An- und Zugehörige zum Verhalten bei Hitzeperioden
- Initiierung und Sicherung von Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern zur Unterstützung der fachlichen Umsetzung des Notfallkonzeptes

Organisatorische Maßnahmen:

- Festlegung eines Stufen- und Aktionsplans, der sich an der Temperaturentwicklung orientiert und der Orientierung und Sicherung der Umsetzung dient
- Bereithaltung eines Bereitschaftsdienstplans zur Abdeckung von Personalausfällen sowie zur Sicherung eines möglichen erhöhten pflegerischen Mehraufwands
- Implementierung einer übergreifenden Zusammenarbeit in der Einrichtung zur Umsetzung des Hitzeschutzplans
- Sicherstellung einer notwendigen Anpassung der Arbeitsorganisation für Mitarbeitende inklusive der Pausenzeiten, Entwärmungsphasen, Korridore und Bekleidung
- Benennung und Definierung der Risikogruppen entsprechend der medizinisch, pflegerischen Stabilität und Formulierung der zu ergreifenden notwendigen Maßnahmen
- Festlegung von Maßnahmen des Hitzeschutzes für Bewohnerinnen und Bewohner sowie Mitarbeitende als Standard
- Anpassung des Tagesablaufes für die Bewohnerinnen und Bewohner in Bezug auf Betreuungsangebote
- Erhebung aller Maßnahmen, die für die Umsetzung eines erfolgreichen Hitzeschutzplans notwendig sind, sowohl baulich, infrastrukturell, als auch organisatorisch und fachlich, durch die Benennung von Verantwortlichkeiten

- Erstellung einer Planung zur Umsetzung aller notwendigen baulichen, organisatorischen, fachlichen vorbereitenden Maßnahmen unter Berücksichtigung einer funktionierenden Infrastruktur
- Erhebung der Hilfsmittelbedarfe für die erfolgreiche Umsetzung des Hitzeschutzplans (z. B. Thermometer, Waschschüsseln, dünne Bettwäsche und Laken, Kühlschränke, Messgeräte, Getränke)
- Sicherung einer Notfallbevorratung für Getränke für Bewohnerinnen und Bewohner sowie Mitarbeitende

Um die Qualität systematisch zu überprüfen, ist eine regelmäßige Prüfung und Aktualisierung des Hitzeschutzplans notwendig. So kann beispielsweise jährlich nach dem Sommer eine Evaluation durchgeführt werden, um die Erreichung der definierten Qualitätsmerkmale und -ziele zu überprüfen.

Außerdem kann es für die Qualitätsverbesserung hilfreich sein, die aufgeführten Kriterien in ihrer Umsetzungstiefe zu überprüfen, um mögliche Veränderungs- und Entwicklungsbedarfe zu erkennen und Anpassungen vorzunehmen.



Detaillierte Informationen zur Umsetzung von bestimmten Maßnahmen des Qualitätsmanagement inklusive Praxisbeispielen bietet auch der Hitzemaßnahmenplan für stationäre Einrichtungen der Altenpflege des LMU Klinikums (2020):

www.klinikum.uni-muenchen.de

Literatur

Zitierte Literatur

[1] Helou, A., Schwartz, F. u. G. Ollenschläger (2002): Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in Deutschland Übersicht auf der Grundlage des Gutachtens "Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit" des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 45. S. 205–214. doi: 10.1007/s00103-001-0372-1.

Übergreifende Literatur

Landessanitätsdirektion Wien (2018): Leitfaden Hitzemaßnahmenplan. Für medizinische und pflegerische Einrichtungen zur Erstellung eigener Hitzemaßnahmenpläne. Wien. URL: <https://www.wien.gv.at/gesundheit/sandirektion/leitfaden-hitzemassnahmen.html> (abgerufen: 08.05.2023).

LMU Klinikum (2020): Hitzemaßnahmenplan für stationäre Einrichtungen der Altenpflege. Empfehlungen aus der Praxis für die Praxis. München. (pdf).

Sens, B., Pietsch, B., Fischer, B. et al. (2018): Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements – 4. Auflage. In: GMS Medizinische Informatik Biometrie und Epidemiologi3 14, H. 1. doi: 10.3205/mibe000182.

Walter, U., Schwartz, F. W. u. F. Hoepner-Stamos. (2001): Zielorientiertes Qualitätsmanagement und aktuelle Entwicklungen in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Köln. S. 18-37.

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Unter Mitwirkung von

Sabine Baro, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.
(Landesgeschäftsstelle Nordrhein-Westfalen)

Bochum, Oktober 2023

C.8

Tipps zur Nutzung von Innenbereichen

Die Raumtemperatur kann durch viele verschiedene Faktoren beeinflusst werden. Neben der Lage des Raums (zum Beispiel innenliegend, nach Süden oder Norden ausgerichtet) haben auch die Funktion beziehungsweise Nutzung des jeweiligen Raums eine große Wirkung auf die Innenraumtemperatur [1].

Gerade bei Hitze sollte die Raumtemperatur möglichst entsprechend der Anforderungen und Bedürfnisse von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie der Mitarbeitenden angepasst werden. Diese sollte regelmäßig kontrolliert werden. Informationen zur ordnungsgemäßen Messung der Raumtemperatur sowie die Vorgabe einer optimalen Lufttemperatur in Abhängigkeit von der Arbeitsschwere und Körperhaltung, sind in der Arbeitsstättenverordnung zur Raumtemperatur festgelegt (siehe Technische Regeln für Arbeitsstätten ASR A3.5 [2]). Die Inhalte können etwa im Rahmen der arbeitsschutzrechtlichen Unterweisungen des Personals vermittelt werden.

Um ein übermäßiges Aufheizen des Inneren von Pflege- und Wohneinrichtungen zu vermeiden, ist es notwendig, die Räume so gut wie möglich vor starker Sonneneinstrahlung und hohen Außentemperaturen zu schützen (*siehe Arbeitshilfe C.10*). Am Effektivsten sind gebäudebezogene Maßnahmen außen wie innen. Ist dies nicht möglich beziehungsweise heizen sich Innenräume dennoch stark auf, gilt es zunächst, die Raumtemperatur zu senken. Die folgenden Maßnahmen tragen dazu bei, ein angenehmes Raumklima in den verschiedenen Räumen einer Pflege- und Wohneinrichtung zu schaffen beziehungsweise zu erhalten und können je nach Bedarf umgesetzt werden.

Verwendung raumbezogener Hilfsmittel

- Nutzung von Sonnenschutzelementen wie bspw. (Außen-)Jalousien oder Rollläden, ggf. auch Vorhängen
- Verdunklung von Räumen, sofern möglich (insbesondere solche, die selten genutzt werden)
- Nutzung von kühleren Räumen oder Bereichen, die den Bewohnerinnen und Bewohnern zugänglich sind, z. B. Räume auf der Nordseite
- Verwendung von Ventilatoren zur Verbesserung der Luftzirkulation und Erhöhung der Behaglichkeit
 - Grundsätzlich sollten Ventilatoren sowie Monoblock-Klimageräte aufgrund des vergleichsweise hohen Energieverbrauchs und der zusätzlichen Wärmeerzeugung die letzte Wahl sein und nur verwendet werden, wenn andere Hilfsmittel schon ausgeschöpft oder nicht verfügbar sind.
 - Der Einsatz von Ventilatoren in von Bewohnerinnen und Bewohnern genutzten Bereichen ist, im Gegensatz zu Verwaltungsbereichen, stets personen- und situationsspezifisch zu regeln.
 - Deckenventilatoren sind dem Einsatz von Stand- und Tischventilatoren vorzuziehen.
 - Diese sorgen für einen wesentlich besseren „Rundum-Effekt“ und sind besonders für größere Räume zu empfehlen,
 - zudem ist bereits ein geringer Luftstrom ausreichend.
 - Bei Tisch- und Standventilatoren gilt:
 - auf ausreichend Abstand zu Personen im Raum achten,
 - den Luftstrom nicht direkt auf Körperflächen, insbesondere den Oberkörper richten und
 - nur im dynamischen Betrieb verwenden (Ventilator lässt den Luftstrom durch den Raum schwenken), um stetige Zugluft zu vermeiden.
- wärmeerzeugende (Elektro-)Geräte vollständig ausschalten oder nicht länger als unbedingt nötig nutzen
- energiesparende Lichtquellen und Geräte nutzen
- auf eine möglichst niedrige Luftfeuchtigkeit hinwirken

Organisatorische Maßnahmen

- Thermometer in allen häufig genutzten und bewohnten Räumen bzw. Bereichen aufstellen und während Hitzeperioden die Werte morgens, mittags und abends ablesen und dokumentieren.
 - Die Raumtemperaturen sollten 26 °C nach Möglichkeit nicht überschreiten.
 - Digitale Thermometer mit großem Display ermöglichen ein einfaches und schnelles Ablesen der Werte, ggf. auch durch Bewohnerinnen und Bewohner.
 - Ab intern vordefinierten Schwellenwerten sollten konkrete Gegenmaßnahmen eingeleitet werden.
 - Die Luftfeuchtigkeit sollte regelmäßig überprüft werden.
- Türen und Fenster in den frühen Morgen- und späten Abendstunden (sobald die Außentemperatur geringer als die Innenraumtemperatur ist) für 10 Minuten oder länger öffnen. Beachten Sie, dass es nicht ausreicht, die Fenster gekippt zu lassen. Wenn möglich, lüften Sie quer oder öffnen Sie den gesamten Fensterflügel.

- Sofern die Möglichkeit besteht, Bewohnerinnen und Bewohnern anbieten, nachts die Zimmertüren zum Flur zu öffnen, um einen besseren Luftaustausch zu ermöglichen.
- Außentüren und Fenster tagsüber insbesondere auf der besonnten Seite, wenn es der Nutzung nach möglich ist, geschlossen halten, solange die Außentemperatur über der Innentemperatur liegt.
- Besonders gefährdete Personen ggf. in kühlere Bereiche des Gebäudes verlegen, bspw. in Räumlichkeiten mit nördlicher Ausrichtung oder in unteren Stockwerken.

Personenbezogene Maßnahmen

Bekleidung und Bettwäsche

- Tragen von leichter, luftdurchlässiger Kleidung aus atmungsaktiven Stoffen, wie Baumwolle oder Leinen, die nicht eng anliegend sein sollte
- Vermeidung von Kleidung aus synthetischen Stoffen
 - Ausnahme: Verwendung besonderer klimaregulierender Kleidung
- Verwendung atmungsaktiver Bettwäsche, statt einer Bettdecke kann ggf. nur der Deckenbezug als Zudecke verwendet werden
- Kopfkissen sollten aus atmungsaktivem Material mit atmungsaktiver Struktur sein

Grundpflegerische Maßnahmen

- Beim Duschen und Waschen von Bewohnerinnen und Bewohnern eine lauwarme Wassertemperatur einstellen, die geringer als die Körpertemperatur, aber nicht kalt ist.
- Bewohnerinnen und Bewohnern nur leicht abtrocknen, damit das verdunstende Wasser dem Körper Wärmeenergie entziehen kann.
- Zur allgemeinen Körperpflege feuchtigkeitsspendende statt fetthaltige Cremes verwenden.

Allgemeine Maßnahmen

- Vermeidung von körperlicher Anstrengung in der heißesten Tageszeit, Verlagerung körperlich anstrengender Tätigkeiten, sofern möglich, auf kühlere Morgen- und Abendstunden
- das Tragen von Kühlwesten oder Kühlshirts wird insbesondere für Pflegepersonal empfohlen, auch unter persönlicher Schutzausrüstung
- zeitweiliges Auflegen feuchter, kühlender (nicht kalter) Handtücher oder Waschlappen auf Arme, Beine, Füße, Nacken oder Stirn
- regelmäßiges Kühlen immobiler Bewohnerinnen und Bewohnern an Armen, Beinen, Füßen, Nacken oder Stirn
- Bereitstellen einer Fußwanne mit kühlem Wasser zur kurzzeitigen Kühlung der Füße und Unterschenkel
- Möglichkeiten zur Vermeidung zusätzlicher psychischer Belastungen durch „Nicht-Schlafen-Können“:
 - Schlafzeiten an die verzögerte Hitzeabsenkung in Innenräumen anpassen (besonders in dicht bebauten Gebieten kann es bis in die späten Abendstunden dauern, bis die Innenräume abkühlen)
 - abends zunächst nur einen „Cool down“ statt direktem Schlafen anstreben, z. B. (gemeinsam) Musik oder Hörbücher hören

Tagesplanungsübersicht zur Verringerung der Hitze in Innenräumen

Morgens

- lüften, solange die Außentemperatur unter der Innenraumtemperatur liegt
- (ungenutzte) Räume, wenn möglich, verdunkeln
- vorbeugende personenbezogene Maßnahmen durchführen (Kleidung anpassen, an das Trinken erinnern, etc.)

Mittags / Nachmittags

- Verschattung nutzen (insbesondere Südseite)
- besonnte Außentüren und Fenster möglichst geschlossen halten
- personenbezogene Maßnahmen zur Abkühlung durchführen
- Vermeidung körperlicher Anstrengung (Aktivitäten in kühlere Tageszeiten verlegen)
- wärmeerzeugende (Elektro-)Geräte ausschalten
- Verwendung von Ventilatoren in Betracht ziehen
- direkte Sonnenexposition vermeiden
- Innenraumtemperaturen kontinuierlich prüfen
- Hitzebereiche identifizieren und ggf. gefährdete Personen in kühlere Räume verlegen

Abends

- großzügig lüften, sobald die Außentemperatur unter der Innenraumtemperatur liegt
- verdunkelte Räume wieder öffnen, um Lüftungsquellen zu schaffen
- personenbezogene Maßnahmen zur Erfrischung durchführen

Nachts

- großzügig lüften, wo möglich und sinnvoll
- Fenster und Türen in der Nacht geöffnet lassen

Literatur

Zitierte Literatur

- [1] Jatzwauk, L., Popp, W., Schmithausen, R. u. W. Kohnen (2022): Welche Temperaturen im OP-Saal? URL: <https://www.krankenhaushygiene.de/informationen/hygiene-tipp/hygienetipp-archiv/874> (abgerufen: 06.06.23).
- [2] BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2022): Technische Regeln für Arbeitsstätten Raumtemperatur ASR A3.5. Ausgabe: Juni 2010, zuletzt geändert GMBI 2022, S. 198. URL: <https://www.baua.de/DE/Angebote/Regelwerk/ASR/ASR-A3-5.htm> (abgerufen: 09.08.2023).

Übergreifende Literatur

- Pqsg das Altenpflegemagazin im Internet: Standard „Versorgung von Bewohnern bei Sommerhitze“ (stationäre Pflege). URL: <https://pqsg.de/seiten/openpqsg/mobil/hintergrund-standard-hitze.htm> (abgerufen: 11.05.2023).
- Regierungspräsidium Gießen (Hrsg.) (2018): Betreuungs- und Pflegeaufsicht Hessen. Außergewöhnliche Hitzeperioden. Vorbereitung und Vorgehen in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe. (pdf).

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Unter Mitwirkung von

Silke Beverunge, Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Philip Kärcher, Kreis Höxter
Annette Seurer, Landschaftsverband Rheinland
Robert Stöhr, Kreis Höxter
Barbara Wokurka, Landschaftsverband Rheinland

Bochum, Oktober 2023

C.9

Tipps zur Nutzung von Außenbereichen

Der Aufenthalt in Außenbereichen im unmittelbaren Einrichtungsumfeld, wie begrünten Innenhöfen, Terrassen oder einrichtungsangehörigen Parks, ist grundsätzlich für mobile Bewohnerinnen und Bewohner wie auch das Personal während Pausen eine willkommene Abwechslung und steigert Vitalität und Wohlbefinden. Während Hitzeperioden ist allerdings Vorsicht geboten, da solche Bereiche oftmals sonnenexponiert sind und sich entsprechend aufheizen können. Insbesondere für gegenüber Hitze besonders gefährdete Bewohnerinnen und Bewohnern birgt der Aufenthalt im Freien während Hitzeperioden Risiken.

Insgesamt während des Sommers, aber vor allem an warmen und sonnigen Tagen, ist es wichtig, Aktivitäten draußen so anzupassen, dass man sich und andere bestmöglich vor Hitze und übermäßiger Sonneneinstrahlung schützen kann. Weitere organisatorische und personenbezogene Maßnahmen können hierbei ebenfalls helfen. Die folgenden Empfehlungen gelten sowohl für Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtung als auch für Mitarbeitende.

Aktivitäten draußen

- Nach Möglichkeit den Aufenthalt im Freien zur Mittagshitze sowie in Bereichen mit stehender Luft (Stauwärme) vermeiden.
- Insbesondere körperlich anstrengende Tätigkeiten im Außenbereich, sofern möglich, auf kühlere Morgen- und Abendstunden verschieben.
- Aufenthalte im Freien möglichst in verschattete, gut belüftete Außenbereiche verlegen und, sofern verfügbar, Bereiche im Grünen bzw. unter Bäumen nutzen, denn diese haben einen kühlenden und beruhigenden Effekt.

- Wege durch unbeschattete Gebiete möglichst kurz halten, insbesondere bei Personen mit eingeschränkter Hitzeverträglichkeit oder geringer Mobilität.
- Risiko der Verbrennung an überhitzten Gegenständen beachten, insbesondere Metalle und dunkle Materialien können in der Sonne sehr heiß werden.

Organisation

- Sofern verfügbar (künstliche) Verschattungsmöglichkeiten, wie z. B. Sonnenschirme, Sonnensegel oder Markisen, nutzen, hierbei auf Materialien mit UV-Schutzfaktor und ausreichende Größe sowie Sicherung gegen Wind und Standsicherheit achten.
- Temperatur an Aufenthaltsorten auch im Schatten überwachen, insbesondere unter Markisen und Sonnenschirmen, da hier Stauwärme auftreten kann.
- Außenbereiche, die sich übermäßig aufheizen, ggf. temporär absperren.
- Prüfen, inwieweit die Aufenthaltsqualität von kleineren, verschatteten Außenanlagen bei Windstille ggf. durch die Verwendung eines mobilen Ventilators gesteigert werden kann.
- Angemessene Außenbetreuung durch Personal, An- und Zugehörige oder andere Personen gewährleisten.
- Getränke im Außenbereich bereitstellen, um dem erhöhten Flüssigkeitsverlust entgegen zu wirken.
- Aktive Kühlungsmöglichkeiten im Außenbereich anbieten, wie das vorübergehende Auflegen von feuchten Tüchern auf Arme, Beine, Nacken oder Stirn sowie Fußbäder mit kühlem Wasser zur Kühlung der Füße und Unterschenkel.

Personenbezogene Maßnahmen

- leichte, luftdurchlässige Kleidung aus atmungsaktiven Stoffen wie Baumwolle oder Leinen tragen
- Enganliegendes und Kleidung aus synthetischen Stoffen vermeiden, mit Ausnahme von speziell klimaregulierender Kleidung, die eng anliegen darf
- bei erforderlichen Aufenthalten in der Sonne Kleidung nutzen, die Arme und Beine bedeckt
- UV-schützende, luftdurchlässige und leichte Kopfbedeckungen nutzen, die möglichst sowohl den Kopf als auch das Gesicht vor Sonneneinstrahlung schützen
- Sonnencreme mit einem hohen Lichtschutzfaktor zum Schutz vor schädlichen UV-Strahlen verwenden
- zum Schutz der Augen eine Sonnenbrille tragen

Literatur

Übergreifende Literatur

LMU Klinikum (2020): Hitzemaßnahmenplan für stationäre Einrichtungen der Altenpflege. Empfehlungen aus der Praxis für die Praxis. München. (pdf).

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Unter Mitwirkung von

Gisela Hück, Rhein-Erft-Kreis
Philip Kärcher, Kreis Höxter
Robert Stöhr, Kreis Höxter

Bochum, Oktober 2023

C.10

Gebäudebezogene Gestaltungsmöglichkeiten

Die bauliche Gestaltung besitzt großen Einfluss auf das Innenraumklima einer Pflege- und Wohneinrichtung. Veränderungen am und im Gebäude können daher spürbare Effekte auf die Temperaturen in den Innenräumen haben.

Bei der Planung und Umsetzung entsprechender Maßnahmen sollten regionale und lokalklimatische Faktoren berücksichtigt werden. Welche Maßnahmen im Einzelnen ergriffen werden, muss unter Abwägung spezifischer Anforderungen an die jeweilige Wohn- und Pflegeeinrichtung entschieden werden.

Die nachfolgend aufgeführten Maßnahmen sind entsprechend als Empfehlung zu verstehen. Über die unterschiedlichen Anforderungen verschiedener Einrichtungstypen sowie die gegebenen baulichen oder rechtlichen Voraussetzungen hinaus können selbstverständlich weitere Maßnahmen sinnvoll sein und ergriffen werden.

Grundsätzlich gilt jedoch: alle Maßnahmen sollten möglichst auf einem ganzheitlichen Energie- beziehungsweise Klimakonzept basieren, welches von einer Fachplanerin oder einem Fachplaner erstellt wird. Die Reihenfolge der Einzelmaßnahmen sollte sinnvoll aufeinander abgestimmt werden, wobei bestehende Förderungen genutzt werden sollten. So können auch potenzielle Mehrkosten sowie die Umsetzung möglicherweise miteinander konkurrierender Einzelmaßnahmen frühzeitig erkannt und vermieden werden.

Der generelle Ablauf einer mittelfristig angelegten Planung sähe dann wie folgt aus:

- Gebäudezustand erfassen
- Energetisches Gesamtkonzept erstellen
- Finanzierungsmöglichkeiten prüfen und ggf. abstimmen

- Energieberatung anfordern und einschalten – wird über das Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle (BAFA) finanziell gefördert
- Fördermöglichkeiten prüfen



Über Fördermöglichkeiten können Sie sich beispielsweise hier informieren:

www.energie-effizienz-experten.de/

www.bafa.de/DE/Energie/Energieberatung

www.bafa.de/DE/Energie/Effiziente_Gebaeude

Über die mittelfristige strategische Planung hinaus gibt es jedoch eine Vielzahl an Maßnahmen, die sich sofort bei einer akuten Hitzewarnung oder mit relativ geringem Aufwand kurzfristig realisieren lassen.

Gebäudebezogene Sofort-Maßnahmen bei bestehender Hitzewarnung

Alle bereits am und im Gebäude vorhandenen Möglichkeiten sollten umgehend ausgeschöpft werden:

Verschatten von Fenster- und Glaselementen:

Die Nutzung von Sonnenschutz (Blend- und Wärmeschutzelemente) ist besonders bei direkter Sonneneinstrahlung von zentraler Bedeutung und soll dem Eintrag von Wärme in den Innenraum entgegenwirken sowie störendes Blenden durch Lichteinfall verhindern. Außenliegender Sonnenschutz ist dabei im Regelfall deutlich effektiver als innenliegender.

Als Verschattungselemente dienen unter anderem:

- außenliegende horizontale Metall-Jalousien, ggf. in Kombination mit innenliegenden vertikalen, verstellbaren Textil-Lamellen zur bestmöglichen Vermeidung von Streifenbildung (Zeileneffekt) [1]
- Markisen und andere, ggf. bauliche Elemente wie Vordächer, die die direkte Sonneneinstrahlung auf Fenster und Außenwände deutlich reduzieren können
- Rollläden
- Sonnenschutzfolien
- Sonnensegel
- innenliegende Jalousien, Rollos oder Vorhänge bzw. Gardinen, deren Effektivität jedoch erheblich geringer ist als jene der oben genannten Verschattungselemente

Die Verschattung konkurriert jedoch mit dem Wunsch nach Ausblick für Bewohnerinnen und Bewohner sowie zum Teil mit den Vorgaben für Tageslicht an Arbeitsstätten [2]. Zum Ausgleich von Vor- und Nachteilen verschiedener innen- und außenliegender Maßnahmen kann die Kombination verschiedener Verschattungsmöglichkeiten sinnvoll sein.

Nutzung von Lüftungsmöglichkeiten:

In nicht anderweitig belüfteten oder klimatisierten Gebäuden und Räumlichkeiten ist eine gezielte Lüftung in den kühlen Tages- und Nachtzeiten – wenn möglich – durch das Öffnen kompletter Fensterflügel (das Kippen reicht nicht aus) für 10 Minuten oder länger morgens

und abends sehr sinnvoll. Idealerweise sollten Möglichkeiten zur Querlüftung (wo möglich) genutzt werden. *Weitere Informationen zum Lüftverhalten siehe Arbeitshilfe C.8.*

Nutzung vorhandener technischer Kühlmöglichkeiten:

Sofern raumluftechnische Anlagen zur Gebäudeteilkühlung beziehungsweise Klimatisierung vorhanden sind, sollten diese auch genutzt werden, idealerweise aber in Kombination mit oben genannten Maßnahmen. Aufgrund des hohen Energieverbrauchs und der Produktion von Abwärme sollte insbesondere die Nutzung von Monoblöcken jedoch die letzte Wahl sein. Luftbewegung ist neben Temperatur und Luftfeuchte ein weiterer Faktor, der die subjektive Empfindung des Raumklimas beeinflusst [3]. Ventilatoren können kurzfristig Linderung verschaffen, sind aber ebenfalls eher eine Notlösung.

Reduktion Wärme produzierender Geräte und Lichtquellen:

Grundsätzlich, aber gerade auch in Gebäudeteilen, die aufgrund ihrer Ausrichtung oder eines energetisch problematischen Gebäudezustands besonders von Hitze betroffen sind, kann das Entfernen, Verlagern oder Ausschalten von Geräten, die eine hohe zusätzliche Wärmelast erzeugen (zum Beispiel Computer, Kühlschränke, Spezialgerätschaften), sehr nützlich sein. Hier empfiehlt sich der Einsatz von so genannten Bestgeräten, die möglichst energieeffizient sind und wenig Wärme abgeben [4]. Der Umstieg auf LED-Leuchtmittel ist, wo möglich, ebenfalls zu erwägen.

Kontrolle der Raumluf temperatures:

Da sich insbesondere während Hitzeereignissen mit hoher Sonneneinstrahlung Gebäudeteile sehr unterschiedlich schnell aufheizen, sollte die kurzfristige Messung der Raumluf temperature im gesamten Gebäude ermöglicht werden. Gebäudeteile, die als „Hot Spots“ bereits bekannt sind, sollten bezüglich der Raumtemperatur engmaschiger kontrolliert werden.

Gebäudebezogene kurz- und mittelfristige Maßnahmen

Neben den oben genannten Sofort-Maßnahmen gibt es verschiedene Maßnahmen, die vorbereitet beziehungsweise geplant werden müssen, allerdings mit relativ geringem Aufwand zu realisieren sind.

Erfassung und Nutzung kühler Räume und Bereiche

Dies sind zum Beispiel Gebäudeteile,

- die gen Norden ausgerichtet,
- bei denen eine direkte Sonneneinstrahlung durch großflächige Verschattung vermindert wird, beispielsweise durch Bäume, Fassadenbegrünung, Schatten spendende weitere Gebäude oder
- die beispielsweise energetisch durch Dämmung besser ausgestattet sind.

Dezentrale Automatisierung prüfen, anpassen und ggf. einrichten

Viele Einrichtungen verfügen bereits über eine zeit- und teilweise sensorikgesteuerte Automatisierung beispielsweise für Rollläden, Jalousien oder Lüftungsanlagen. Diese ermöglichen eine sensorische Erfassung der Raumtemperatur und ein automatisiertes, effizientes Öffnen und Schließen der Fenster. Es ist zu prüfen, ob automatisierte Jalousien

und Rollläden im Sommer und insbesondere während starker Sonneneinstrahlung und Hitze so eingestellt werden, dass sie am späten Morgen und tagsüber schattenspendend geschlossen bleiben und erst nachts zur Belüftung hochfahren.

Gebäudebezogene Maßnahmen mit längerem Planungshorizont

Unter Abwägung der konkreten Bedingungen vor Ort und gegebenenfalls ohnehin angedachten Planungen zur Veränderung von Gebäuden der Einrichtungen (z. B. Neubau, Sanierung) sind weitere Maßnahmen sinnvoll:

- Entwicklung und Umsetzung von Strategien zu baulichen Maßnahmen
 - Energiekonzept durch Fachplaner oder Fachplanerin erstellen
 - Finanzierungskonzept erstellen
- Gebäudesanierung gemäß GebäudeEnergieGesetz (GEG), z. B.
 - Dämmung der Außenfassade
 - Dämmung des Dachbodens bzw. Dämmung der Dachflächen
 - Fensteraustausch (allerdings nur im Rahmen einer Gesamtbetrachtung)
- Nachrüstung von Verschattungselementen, z. B.
 - Außenjalousien
 - Sonnensegel
 - höherwüchsige und im Sommer möglichst dichte Vegetation
- Veränderung der Gebäudehülle im Hinblick auf
 - ein besseres Reflexionsvermögen (höhere Albedo, z. B. durch Farbgebung)
 - Verschattung der Fassade (z. B. durch Fassadenbegrünung)
 - Dachbegrünung (Potenziale hierzu können beispielsweise mithilfe des Gründachkatasters NRW im Klimaatlas des LANUV abgeschätzt werden)
- Veränderung der unmittelbaren Gebäudeumgebung, z. B.
 - Begrünungskonzept
 - Prüfung der Möglichkeiten für die Nutzung von Wasser und Kleingewässern als Gestaltungselement und für Bewässerung
 - Entsiegelungsmaßnahmen

Es wird an dieser Stelle nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen, dass alle rechtlichen Vorgaben zum Beispiel aus dem Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG), Wohn- und Teilhabegesetz (WTG), und seinen Durchführungsverordnungen (DVOs), oder den Wohnraumförderungsbestimmungen immer zwingend zu berücksichtigen sind. Abstimmungen mit den jeweils zuständigen Stellen wie zum Beispiel den örtlichen Trägern der Sozialhilfe, den WTG-Behörden oder den örtlichen Wohnraumförderungen sind grundsätzlich zu prüfen und gegebenenfalls einzuleiten.

Literatur

Zitierte Literatur

- [1] DGUV – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Hrsg.) (2016): Neu- und Umbauplanung im Krankenhaus unter Gesichtspunkten des Arbeitsschutzes – Basismodul. DGUV Information 207-016. Berlin. (pdf).
- [2] DGUV – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Hrsg.) (2022): Sonnenschutz im Büro. DGUV Information 215-444. Berlin. (pdf).
- [3] Regierungspräsidium Gießen (Hrsg.) (2018): Betreuungs- und Pflegeaufsicht Hessen. Außergewöhnliche Hitzeperioden. Vorbereitung und Vorgehen in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe. Gießen. (pdf).
- [4] Ragettli, M. S. u. M. Rösli, (2021): Hitze-Massnahmen-Toolbox 2021. Ein Massnahmenkatalog für den Schutz der menschlichen Gesundheit vor Hitze. 2021, SwissTPH, Basel. Im Auftrag des BAG. (pdf).

Übergreifende Literatur

- LMU Klinikum (2020): Hitzemaßnahmenplan für stationäre Einrichtungen der Altenpflege. Empfehlungen aus der Praxis für die Praxis. München. (pdf).

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Redaktion

Fachgruppe Klima und Gesundheit, LZG.NRW

Unter Mitwirkung von

Silke Beverunge, Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Annette Seurer, Landschaftsverband Rheinland
Barbara Wokurka, Landschaftsverband Rheinland

Bochum, Oktober 2023

Vorlage Nr. 15/2359

öffentlich

Datum: 12.04.2024
Dienststelle: LVR-Direktorin
Bearbeitung: Herr Woltmann

Landschaftsausschuss	23.04.2024	Beschluss
Sozialausschuss	07.05.2024	Kenntnis
Ausschuss für Inklusion	20.06.2024	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Positionspapier "Sport gehört in die Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie"

Beschlussvorschlag:

Der LVR unterstützt per Unterzeichnung das Positionspapier "Sport gehört in die Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie" der Fokusgruppe Nachhaltigkeit und Sport im Westen gemäß Vorlage Nr. 15/2359.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

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

ja

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2025. nein

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:

Erträge:

Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan

Aufwendungen:

/Wirtschaftsplan

Einzahlungen:

Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan

Auszahlungen:

/Wirtschaftsplan

Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:

Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:

Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten

Worum geht es hier?

In leichter Sprache

Menschen mit Behinderungen machen sehr gerne Sport.

Die Sport-Angebote müssen barrierefrei sein,
damit sie von allen Menschen genutzt werden können.

Der LVR möchte Sport-Angebote bekannter machen,
damit noch mehr Menschen mit Behinderung
mitmachen können.

Der LVR hat verstanden:
Sport ist für alle da. Sport macht Inklusion.

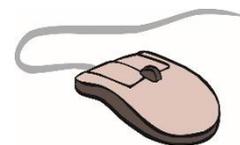
Es ist wichtig, dass das auch die Bundesregierung versteht.

Haben Sie Fragen zu diesem Text?

Dann können Sie beim LVR in Köln anrufen:
0221-809-2202.



Viele Informationen zum LVR in Leichter Sprache
finden Sie hier:
www.leichtesprache.lvr.de



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

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

Zusammenfassung

Vor Hintergrund der vom LVR sehr lange schon erkannten und beachteten Bedeutung des Sports als gesellschaftlichen Handlungsfeldes für Inklusion und Teilhabe und im Sinne der Weiterentwicklung der Nachhaltigkeitsbemühungen des LVR gemäß Vorlage Nr. 15/1743 mit der hierzu formulierten Leitidee der „Inklusiven Nachhaltigkeit“ wird gemäß Vorlage Nr. 15/2359 vorgeschlagen, das **Positionspapier „Sport gehört in die Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie“** zu unterstützen.

Das Papier will die **politische Aufmerksamkeit für Sport** als wichtigen „Motor und Multiplikator“ für nachhaltige Entwicklung im Sinne der Agenda 2030 erhöhen.

Der LVR kann mit der Unterstützung dieses an die Bundesregierung adressierten Anliegens die selbst schon lang erkannte gesellschaftliche Bedeutung des Sports im Allgemeinen betonen und sich im Besonderen als bedeutender Verfechter von **Inklusion als Menschenrecht** auch nachhaltigkeitspolitisch ambitioniert zeigen.

Die Vorlage berührt insbesondere Zielrichtung 9 „Menschenrechtsbildung“ des LVR-Aktionsplans „Gemeinsam in Vielfalt“.

Begründung der Vorlage Nr. 15/2359:

Positionspapier "Sport gehört in die Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie"

Sport kann ganz im Sinne der sog. Potsdamer Erklärung **„Mehr Inklusion im und durch Sport!“** des 66. Treffens der Konferenz der Beauftragten von Bund und Ländern für Menschen mit Behinderungen im November 2023 als wichtiges gesellschaftspolitisches „Transmissionsmittel“ für die Rechte von Menschen mit Behinderungen auch weit über Artikel 30 UN-Behindertenrechtskonvention (Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport) hinaus begriffen werden.

Gemäß Vorlage Nr. 15/2155 hat sich zuletzt das **LVR-Dezernat Soziales** im Januar 2024 in eigener Zuständigkeit als Träger der Eingliederungshilfe im Bereich der Sozialen Teilhabe auch mit dem Thema **„Sport als Bindeglied von Teilhabe und Inklusion“** beschäftigt.

Vor diesem Hintergrund und im Sinne der Weiterentwicklung der Nachhaltigkeitsbemühungen des LVR gemäß Vorlage Nr. 15/1743 mit der hierzu formulierten **Leitidee der „Inklusiven Nachhaltigkeit“** für nachhaltige positive Entwicklungen für alle Menschen in allen Lebensbereichen und überall auf der Welt, wird gemäß Vorlage Nr. 15/2359 vorgeschlagen, das **Positionspapier „Sport gehört in die Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie“** (Anlage) zu unterstützen.

Das Papier will die politische Aufmerksamkeit für **Sport als wichtigen „Motor und Multiplikator“ für nachhaltige Entwicklung** im Sinne der Agenda 2030 erhöhen.

Hier ist insbesondere auf die Beiträge des Sports im sog. Transformationsbereich **„Menschliches Wohlbefinden und Fähigkeiten, soziale Gerechtigkeit“** der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie hinzuweisen, die in Kapitel III, Ziffer 1 der Anlage ausgeführt werden.

Der LVR kann mit der Unterstützung dieses an die Bundesregierung adressierten Anliegens die selbst schon lang erkannte gesellschaftliche Bedeutung des Sports im Allgemeinen betonen und sich im Besonderen als bedeutender Verfechter von **Inklusion als Menschenrecht** in prominenter Gesellschaft auch nachhaltigkeitspolitisch ambitioniert zeigen.

Das Positionspapier wurde erarbeitet von der sog. **Fokusgruppe "Nachhaltigkeit und Sport im Westen"** mit 21 Expert*innen aus Sport- und Nachhaltigkeitsorganisationen, die sich gemeinsam zu den Synergien der beiden Themenfelder austauschen. Sie sind in der Anlage namentlich aufgeführt.

Gegründet wurde die Fokusgruppe im Jahr 2021, im Rahmen der Kampagne „Ziele brauchen Taten“ von RENN.west, einer von vier **Regionalen Netzstellen Nachhaltigkeitsstrategien**, die 2016 vom Rat für Nachhaltige Entwicklung ins Leben gerufen wurden, um vor Ort Transformationsprozesse zu gestalten und Nachhaltigkeitsstrategien zu begleiten.

Federführend ist hier die **Landesarbeitsgemeinschaft Agenda 21 NRW e.V.** (LAG 21 NRW), die auch gemäß Vorlage Nr. 15/1743 mit der Prozessbegleitung des LVR-Projektes „Nachhaltigkeit inklusiv“ beauftragt wurde.

Der LVR ist Gründungsmitglied der LAG 21 NRW.

Zu den aktuell ca. 100 (rein ideellen) Unterstützer*innen des Positionspapiers zählt als Mitgliedskörperschaft des LVR auch die Stadt Bonn.

L u b e k

Anlage

Fortschreibung der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie:

Positionierung der Fokusgruppe „Nachhaltigkeit und Sport im Westen“



Fortschreibung der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie: Positionierung der Fokusgruppe „Nachhaltigkeit und Sport im Westen“

Wir, relevante Sport- und Nachhaltigkeitsakteure aus Bund und Ländern der West-Region, begrüßen den Start des Fortschreibungsprozesses der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie und erkennen hierin die Chance, schon früh im Prozess neue Impulse einzubringen. Wir möchten uns zur Rolle des Sports als wichtiger Akteur in der Strategie positionieren und uns für dessen angemessene Einbindung stark machen. Nur durch eine ganzheitliche Betrachtung und Einbeziehung können wir die Ziele der Nachhaltigen Entwicklung und damit der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie erfolgreich erreichen.

Anlass dazu gibt uns:

I. Der aktuelle Sachstand einer bisher unzureichenden Berücksichtigung des Sports in der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie:

Die bisherige Ausgestaltung der Nachhaltigkeitsstrategie auf Bundesebene vernachlässigt merklich den Beitrag des Sports zu einer Nachhaltigen Entwicklung. So findet der Sport in den knapp 400 Seiten bislang nicht oder nur mittelbar Erwähnung – trotz diverser Stellungnahmen bspw. des DOSB in den vergangenen Fortschreibungsrunden. Diese Vernachlässigung steht im starken Widerspruch zur gesellschaftlichen Bedeutung des Sports, der weit über rein physische Betätigung hinausgeht und als wichtiger Faktor für soziale Integration, Gesundheitsförderung und Bildung steht sowie zur ökologischen Transformation einen wichtigen Beitrag leistet.

Die Politikfelder Sport und Nachhaltigkeit können also nicht losgelöst voneinander stattfinden. Denn Sport kann als wichtiger Treiber für die Umsetzung der SDGs sowie der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategien fungieren. Gleichzeitig braucht der Sport eine strukturelle Verankerung von Nachhaltigkeit, um Resilienz zu entwickeln und auch in Zukunft seine gesellschaftsrelevanten Funktionen ausführen zu können.

II. Die Bedeutung des Sports als ein wichtiger gesellschaftlicher Akteur für die Umsetzung der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie:

Die Sportgemeinschaft bietet mit ihren vielfältigen Strukturen, Verbindungen, Aktiven und Fans ein enormes Potenzial, um in der Dekade des Handelns einen zentralen Beitrag zur Umsetzung der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie zu leisten. Mit mehr als 27 Millionen Mitgliedschaften in rund 87.000 Sportvereinen in Deutschland¹ und einer Vielzahl an Aktiven im informellen Sport² ragt dieser tief in die Gesellschaft hinein. Auch verbindet der Sport über die Millionen Fans, die allein im deutschen Fußball auf rund 46 Millionen³ beziffert werden, milieu-, generationen- und kulturübergreifend⁴ und vermittelt universelle Werte eines freiheitlichen Gemeinwesens, bspw. Respekt, Fair Play und Akzeptanz von Regeln. Die Vielfalt der Sportgemeinschaft bietet großes Potenzial auch in den Bildungsbereich hinein. Außerdem stellt er einen wichtigen Wirtschaftsfaktor dar: Der Sport schafft Wertschöpfung, Beschäftigung und Konsum. Sein Beitrag zum BIP liegt in 2019 bei 2,3 %, der Beitrag zum Konsum der Privathaushalte bei 4,4 %⁵.

¹ [Deutscher Olympischer Sportbund \(DOSB\), 2022](#)

² [Bundesinstitut für Sportwissenschaften, 2019](#)

³ [statista.com](#)

⁴ [Sport--nachgedacht.de](#)

⁵ [sportsatellitenkonto.de](#)

Investitionen in Sportsponsoring in Deutschland lagen im Jahr 2021 bei knapp vier Milliarden Euro.⁶ Ebenso zu berücksichtigen ist seine Bedeutung in der Unterhaltungsindustrie: 2023 gaben rund 17 Millionen deutschsprachige Personen ab 14 Jahren an, sich sehr gerne Live-Sportübertragungen oder Sportsendungen anzusehen.⁷ Sportgroßveranstaltungen locken große Publikumsmassen an und fördern den Tourismus. Nicht zuletzt leistet der Sport einen wesentlichen Beitrag zum gesundheitlichen Wohlergehen in unserer Gesellschaft und transportiert Eigenschaften wie Leistungsbereitschaft, Durchsetzungsfähigkeit und Ausdauer. Der Sport gilt als „Kit der Gesellschaft“ und fördert den gesellschaftlichen Zusammenhalt in erheblichem Maße, wie Umfragen zeigen.⁸

Das knüpft an die [Empfehlung des Rats für Nachhaltige Entwicklung zur Fortschreibung der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie](#) an, der die große Rolle eines gesellschaftlichen Zusammenhalts in der Transformation als inhaltlichen Fokus adressiert. Um das „Gemeinschaftswerk Nachhaltigkeit“ breit in der Gesellschaft zu verankern, ist der Sport, wie bereits ausgeführt, ein entscheidender Akteur.

Außerdem nehmen wir Bezug zum [Positionspapier „Nachhaltiger Sport 2030“](#) des Beirats „Umwelt und Sport“ im BMUV, in dem bereits wichtige Forderungen in fünf Handlungsfeldern gestellt und ebenfalls die Notwendigkeit einer stärkeren Zusammenarbeit zwischen dem Sport und dem öffentlichen Sektor thematisiert wurden.

Auch international gewinnt die Rolle des Sports für die Umsetzung der SDGs zunehmend an Sichtbarkeit, wie zuletzt erkennbar durch den Launch des Frameworks „[SPORTS20](#)“ bei der COP28⁹.

III. Die vielfältigen Beiträge, die der Sport bereits zu den Transformationsbereichen der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie leistet und leisten kann:

Als wichtiger Gesundheits- und Sozialdienstleister trägt der Sport bereits zur Erreichung der sechs zentralen Transformationsbereiche der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie bei. Darüber hinaus besteht weiterhin großes Potenzial, Nachhaltigkeit im und durch den Sport zu fördern: Sport ist ein kraftvoller Multiplikator, der den gesellschaftlichen Wandel aktiv begleiten und erlebbar machen kann.

1. Menschliches Wohlbefinden und Fähigkeiten, soziale Gerechtigkeit

Sportliche Aktivitäten fördern das individuelle Wohlbefinden, positive Aspekte der mentalen und der körperlichen Gesundheit. In diesem Transformationsbereich nimmt der Sport also sui generis eine herausragende Rolle in unserer Gesellschaft ein. Anhand inklusiver Programme, Zugangsförderung sowie kostengünstiger Angebotsstrukturen und der Ausbildung von Teamfähigkeit, tragen Sportorganisationen außerdem zur sozialen Gerechtigkeit bei; Sport ermöglicht Chancengleichheit und Teilhabe. Außerdem ist er wichtiger Treiber für Bildung für Nachhaltige Entwicklung, da der Sport mithilfe entsprechender Maßnahmen, die in vielen Verbänden und Vereinen bereits umgesetzt werden, Nachhaltigkeit ins Bewusstsein seiner Mitglieder und Fans bringen kann. Einige Sportverbände, wie der DFB, haben diesen Transformationsbereich als einen speziellen Fokus ihrer Nachhaltigkeitsstrategie gesetzt.

⁶ [statista.com](https://www.statista.com)

⁷ [statista.com](https://www.statista.com)

⁸ [tagesschau.de](https://www.tagesschau.de)

⁹ [youtube.com](https://www.youtube.com)

2. Energiewende und Klimaschutz

Für den Betrieb der rund 230.000 Sportstätten in Deutschland wird viel Energie benötigt. Durch energetische Sanierungen und Modernisierungen (Vereinszentren, Stadien, Hallen, Bäder, etc.), bspw. durch die Nutzung regenerativer Heizsysteme, PV-Anlagen und Umrüsten auf LED-Beleuchtungen, kann der Sportsektor auf nachhaltige Energiepraktiken umstellen und so einen Beitrag zur Energiewende leisten. Die positiven Beispiele können dann wiederum von den Mitgliedern der Sportvereine genutzt werden, um in ihrem jeweiligen Umfeld mögliche und nötige Potenziale zu erschließen. Viele Sportorganisationen setzen darüber hinaus eigenständig oder in Kooperationen entsprechende Beiträge um und betätigen somit einen großen Hebel für bedeutsamen Klimaschutz. Ein aktuell prominentes Positiv-Beispiel ist der Neubau „SAP Garden“ in München als Arena für Basketball und Eishockey im Ligabetrieb sowie für den Breitensport. Der Betrieb wird weitestgehend energieautark funktionieren, außerdem wird der Landschaftsschutz einbezogen. Nicht zuletzt unterstützen viele Vereine mit einem effizienten Wassermanagement bereits die Umsetzung der Nationalen Wasserstrategie.

3. Kreislaufwirtschaft

Sportorganisationen tragen bspw. durch ReUse-, Repair-, Recycling- und Upcyclingmaßnahmen sowie einem ressourceneffizienten Veranstaltungsmanagement im Kontext von Sport-Events zu einer nachhaltigen Kreislaufwirtschaft bei. Viele Sportvereine engagieren sich bereits in der Plastikvermeidung und verantwortungsvollen Entsorgung von Abfall über ihre Sportstätte hinaus. Erhebliches Potenzial für ökologisches und soziales Wirtschaften in einer nachhaltigen Lieferkette besteht bei der Beschaffung von Trikots und Sportmitteln.

4. Nachhaltiges Bauen und Verkehrswende

Sportstätten gehören zu den zentralen Ressourcen des Breiten-, Leistungs- und Schulsports. Es besteht ein Sanierungsbedarf von ca. 31 Mrd. Euro¹⁰, womit die Modernisierung bestehender und der nachhaltige Bau notwendiger neuer Sportstätten zu einem wesentlichen Baustein der Ressourcenschonung und auf dem Weg zur Klimaneutralität wird. Dabei bringen Sportvereine eine Eigenanteilsquote von oft 10 % bis 20 % mit, wodurch sie nachhaltiges Bauen auch mit Eigenleistung erheblich voranbringen. Mit Blick auf die Verkehrswende ist der Sport ein wichtiger Impulsgeber für emissionsarme Verkehrslösungen, indem er sich für einen entsprechenden Zugang zu Sporteinrichtungen oder -veranstaltungen einsetzt und eigene Maßnahmen umsetzt. Denn allein bei Sportgroßveranstaltungen ist die Mobilität für rund 80 % der CO₂-Emissionen zuständig¹¹.

5. Nachhaltige Agrar- und Ernährungssysteme

Um die weitreichenden Effekte unserer Ernährungssysteme und Essensproduktion innerhalb der planetaren Grenzen umzusetzen, braucht es umweltfreundliche Agrarsysteme und den Konsum von umweltfreundlichem Essen – auch beim Sport. Sportliche Initiativen und insb. Sportgroßveranstaltungen haben eine große Strahlkraft und weisen entsprechendes Potenzial auf, mit einem Fokus auf alternativen Fleischprodukten und Reduktion von Lebensmittelverschwendung Vorbildcharakter darzustellen und auf gesellschaftliche Themen über den Sport hinaus

¹⁰ DOSB, 2018

¹¹ [Öko-Institut, 2022](#)

Aufmerksamkeit zu erregen. Auch der Einsatz von regionalen und pflanzenbetonten Lebensmitteln bei Sportveranstaltungen zählt auf den Transformationsbereich ein. Als Beispiel ist hier der (als Projekt des BMUV geförderte) KochCup zu nennen, den das Collaborating Centre on Sustainable Consumption and Production im Kontext der Fußball-Europameisterschaft der Männer 2024 umsetzt und welcher den Bezug zwischen pflanzenbetonter Ernährung und dem Sport herstellt und eine gesunde und nachhaltige Verpflegung und Lebensweise spielerisch in den Fokus rückt. Als Orte des non-formalen und informellen Lernens tragen Sportvereine damit auf allen gesellschaftlichen Ebenen und in allen sozio-demographischen Schichten zu einer Ernährungsbildung bei.

6. Schadstofffreie Umwelt

Der Sportsektor kann durch verschiedene Maßnahmen, die Schnittmengen zu den anderen Transformationsbereichen aufweisen, zur Reduzierung von Schadstoffemissionen beitragen: diese reichen von schadstoffarmen Produkten bspw. beim Merchandising oder der Sportplatzgestaltung über nachhaltigen Sportstättenbau bis hin zu klimaneutralen Veranstaltungskonzepten. Die Natursportverbände setzen sich nicht zuletzt aus Selbsterhaltungstrieb für eine intakte Umwelt ein, da diese für deren Sportausübung maßgeblich ist. Auch leistet insbesondere der organisierte Sport hier einen wichtigen Bildungsauftrag, indem bspw. bei Outdoor-Sportaktivitäten über klima- und umweltbezogene Aspekte aufgeklärt wird (siehe auch SPORTOUT-Projekt des DOSB).

Die Transformationsbereiche übergreifend zeigt sich der Sport zunehmend als gesellschaftliches Vorbild im nachhaltigkeitsstrategischen Sinne. Dies wird aktuell in besonderem Maße im Profi-Sport sichtbar: Mit den Vereinen der DFL, der BBL und der DEL engagieren sich bereits drei große Ligen und somit 68 Vereine für eine strategische Entwicklung von Nachhaltigkeit im Profi-Sport. Mit transparenten Nachhaltigkeitsstrategien und verbindlichen Zielen, Konzepten und Maßnahmen begünstigen sie die globale sowie nationale Transformation und dienen als Vorbild auch für viele mittelständische Unternehmen.

Das zeigt: Insgesamt ist der Sport nicht nur ein bedeutender gesellschaftlicher Akteur, sondern auch ein Motor für Veränderung im Sinne einer nachhaltigen Entwicklung. Daher appellieren wir an die Bundesregierung, den Sport angemessen in die Fortschreibung der Nachhaltigkeitsstrategie zu integrieren und seine Potenziale für das Jahrzehnt der Nachhaltigkeit aktiv zu nutzen. Wir fordern die intensivere und wertschätzende Einbindung in den Prozess der Fortschreibung, um inhaltliche Bezüge in den Transformationsbereichen stärker herauszuarbeiten und Potenziale gemeinsam zu erkennen und zu heben. Nur durch eine ganzheitliche Betrachtung und Einbeziehung des Sports können wir die Ziele einer nachhaltigen Entwicklung und damit die der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie erfolgreich erreichen.

Eine Verankerung des Sports in der Strategie und eine entsprechende Umsetzung, welche die Vorbildfunktion der deutschen Sportstrukturen betont, würde darüber hinaus sicherlich auch in weiteren Prozessen, wie kommende Bewerbungen für die Ausrichtung der Olympischen Spiele, entsprechende Wirkung zeigen.

Für einen Austausch zu Beteiligungsprozessen des Sports in der Fortschreibung der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie stehen wir gerne zur Verfügung.

Mitglieder der Fokusgruppe „Nachhaltigkeit und Sport im Westen“

Tony Bender, Amtsleiter Sport- und Bäderamt der Landeshauptstadt Saarbrücken

Björn Fecker, Leiter der Kommission Gesellschaftliche Verantwortung beim Deutschen Fußball-Bund (DFB)

Prof. Dr. Klaus Helling, Dekan FB Umweltwirtschaft/-recht des Umwelt-Campus Birkenfeld der Hochschule Trier / RENN.west

Michael Kuhndt, Geschäftsführender Direktor der Collaborating Centre on Sustainable Consumption and Production (CSCP) gGmbH

Thomas Leyendecker, komm. Personalgeschäftsführer des Landessportbund Rheinland-Pfalz

Reiner Mathar, Finanzvorstand ANU Hessen / RENN.west

Barbara Mittler, Geschäftsführerin ELAN e.V. / RENN.west

Dr. Alex Mommert, Referent Sportpolitik des Städtetags Nordrhein-Westfalen

Dr. Heide Naderer, Vorsitzende des NABU NRW

Jens Prüller, Geschäftsbereichsleiter Sportinfrastruktur des Landessportbunds Hessen

Bianca Quardokus, Referentin Sportstätten, Umwelt und Nachhaltigkeit des Deutschen Olympischen Sportbundes

Joachim Raschke, BNE-Partner am Nuremberg Campus of Technology

Andreas Rettig, Geschäftsführer Sport beim Deutschen Fußball-Bund (DFB)

Dr. Klaus Reuter, Geschäftsführender Vorstand LAG 21 NRW e.V. / RENN.west

Angelika Ribler, Jugend- und Sportpolitik | Referatsleiterin der Sportjugend Hessen im Landessportbund Hessen

Neele Rickers, Leiterin Marketing | CSR & Entwicklung beim SC Paderborn 07

Tobias Rinauer, Leiter CSR beim 1. FSV Mainz 05

Olaf Röttig, Geschäftsführer des Behinderten- und Rehabilitationssportverbands Rheinland-Pfalz

Univ.-Prof. Dr. Ralf Roth, Leitung Institut für Outdoor Sport und Umweltforschung der Deutschen Sporthochschule Köln

Clara Pointke, Themenmanagerin Nachhaltigkeit & Frauen im Fußball beim Deutschen Fußball-Bund (DFB)

Ilja Waßenhoven, Vorstandsmitglied des Landessportbund Nordrhein-Westfalen

Prof. Dr. Heinz Zielinski, Vorstandsmitglied der Landesstiftung „Miteinander in Hessen“

ANLAGE: Die Fokusgruppe „Nachhaltigkeit und Sport im Westen“

Die Fokusgruppe „Nachhaltigkeit und Sport im Westen“ wurde im Jahr 2021 einberufen. Im ergebnisorientierten Dialog werden Akteur*innen aus dem Sport sowie Expert*innen der Nachhaltigkeit v.a. in Hessen, NRW, Rheinland-Pfalz und dem Saarland vernetzt, um Wissen zu bündeln, Handlungsfelder zu identifizieren und Lösungen zu entwickeln.

Unser Ziel ist es, Nachhaltigkeit stärker in den Strukturen des Sports zu etablieren, um die Resilienz und Zukunftsfähigkeit des Sportes zu stärken. Dies ermöglicht den Sportler*innen das Sporttreiben auch langfristig und schafft Begegnungsorte, die den gesellschaftlichen Zusammenhalt fördern und sinnstiftendes Handeln in der Gruppe ermöglichen. Denn starke Strukturen sind Motor und Grundvoraussetzung für Erfolge.

Ziel ist es außerdem, die Vorbildfunktion des Sports in der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung zu stärken und andere Akteur*innen weiter zum Handeln zu motivieren. Dabei gilt es zum einen aufzuzeigen, dass der Sport bereits ein wichtiger Akteur in der Umsetzung der globalen Nachhaltigkeitsziele ist und durch das Engagement der Vereine und Verbände eine große Hebelwirkung zu erwarten ist. Zum anderen gelingt dadurch auch, die noch bestehenden Nachhaltigkeits-„Hot Spots“ im Sport offen und transparent zu diskutieren, um so – zusammen mit den relevanten Akteur*innen – gemeinsame Handlungswege zu entwickeln und zu begehen.

Wir tragen zur Erreichung dieser Ziele bei, indem wir die Kommunikation zur Rolle des Sports als Nachhaltigkeitsakteur stärken. Dabei soll sowohl nach außen als auch nach innen aufgezeigt werden, auf welche SDGs der Sport bereits einzahlt und welches Potenzial noch ausgeschöpft werden kann und sollte. Indem die Vorteile des Engagements aufgezeigt werden, wird die Motivation zur Nachahmung und Optimierung erhöht.

Wir verpflichten uns, die strategische Betrachtung und Herangehensweisen von Vereinen und Verbänden zu stärken und sie bei der Umsetzung zu unterstützen. Denn: zielgerichtete Entscheidungen sichern Zukunftsfähigkeit. Schnittstellen zwischen verschiedenen Akteursgruppen sollen gefördert und zusammengedacht werden, denn durch die Vernetzung kann mehr erreicht und die Multiplikatorenfunktion gefördert werden.

Impressum:

c/o Landesarbeitsgemeinschaft Agenda 21 NRW e.V. (LAG 21 NRW)

Deutsche Straße 10, 44339 Dortmund

Ansprechpartnerin für Rückfragen: Alice Berger | a.berger@lag21.de

Vorlage Nr. 15/2311

öffentlich

Datum: 02.04.2024
Dienststelle: Fachbereich 12
Bearbeitung: Frau Leisbrock

Ausschuss für Personal und allgemeine Verwaltung	15.04.2024	Kenntnis
Ausschuss für Inklusion	18.04.2024	Kenntnis
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	19.04.2024	Kenntnis
Landschaftsausschuss	23.04.2024	Kenntnis
Schulausschuss	06.05.2024	Kenntnis
Sozialausschuss	07.05.2024	Kenntnis
Kulturausschuss	13.05.2024	Kenntnis
Krankenhausausschuss 3	03.06.2024	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	04.06.2024	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	05.06.2024	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	06.06.2024	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	07.06.2024	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Einrichtung von Ausbildungsstellen in der Form einer theoriereduzierten Ausbildung - im Rahmen der Zuständigkeiten des LVR - zwecks Einsatzes am Ersten Arbeitsmarkt

Kenntnisnahme:

Die Vorlage Nr. 15/2311 "Einrichtung von Ausbildungsstellen in der Form einer theoriereduzierten Ausbildung - im Rahmen der Zuständigkeiten des LVR - zwecks Einsatz am Ersten Arbeitsmarkt" 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. nein

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

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

Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan	/Wirtschaftsplan
Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:	
Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:	Personalkosten
Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten	ja

In Vertretung

L i m b a c h

Worum geht es hier?

In leichter Sprache

Für Menschen mit Behinderungen gibt es eine besondere Ausbildung:
die Fachpraktiker-Ausbildung.

Die Ausbildung ist leichter als eine normale Ausbildung.

Es gibt verschiedene Fachpraktiker-Ausbildungen.

Zum Beispiel:

- Fachpraktiker für Hauswirtschaft
- Fachpraktiker in der Holz-Verarbeitung.

In der Vorlage stellt der LVR dar:

Hier könnte es Fachpraktiker-Ausbildungen geben.

Besonders gut eignen sich als Ausbildungsorte:

- Die Kliniken des LVR
- Die Museen des LVR.

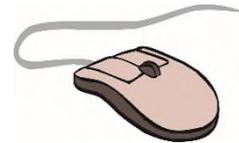
Haben Sie Fragen zu diesem Text?

Dann können Sie beim LVR in Köln anrufen:

0221-809-2202.



Viele Informationen zum LVR in Leichter Sprache finden
Sie unter <https://leichtesprache.lvr.de/>.



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

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

Zusammenfassung

Mit Beschluss der Landschaftsversammlung vom 13.12.2023 wurde die Verwaltung beauftragt darzustellen bzw. zu prüfen, wie die Einrichtung von Ausbildungsstellen –ggf. in der Form einer theoriereduzierten Ausbildung- im Rahmen der Zuständigkeiten des LVR erfolgen kann.

In den Ausbildungsbereichen des LVR ist diese Form der Ausbildung gemäß § 66 Berufsbildungsgesetz (BBiG)/ § 42r Handwerksordnung (HwO) bekannt. Sie wird bspw. im Bereich der Holzverarbeitung im LVR-APX und Küche in der LVR-Klinik Köln regelmäßig angeboten. Auch in anderen Fachgebieten, wie bspw. Gartenbau könnte die fachpraktische Ausbildung beim LVR durchgeführt werden. Viele Bereiche des LVR stehen einer theoriereduzierten Ausbildung offen gegenüber. Die besten Möglichkeiten zur Realisierung der fachpraktischen Ausbildung werden in den LVR-Kliniken oder Außendienststellen des Kulturdezernates gesehen.

Die Beschäftigung von Fachpraktiker*innen-Auszubildenden kann mit dem Budget für Ausbildung finanziell gefördert werden. Die Agentur für Arbeit gewährt einen monatlichen Zuschuss von bis zu 80 % der Ausbildungsvergütung. Auch aus dem Budget für Arbeit kann ein einmaliger Ausbildungszuschuss zu den Personalkosten erfolgen. Dieser beträgt zurzeit bis zu 3.000 €.

Die Unterstützung wird von Bildungsträgern vor Ort bspw. durch Berufsförderungswerke sichergestellt. Insbesondere für junge Menschen mit Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit bietet das Rheinisch-Westfälische Berufskolleg verschiedene Fachpraktiker*innen-Klassen an. Eine entsprechende Regelung nach § 66 BBiG vorausgesetzt, könnte ein Angebot für einen Kurs „Fachpraktiker*innen im sozialen Bereich“ am LVR-Berufskolleg geschaffen werden.

Im Rahmen des Abschlusses von Leistungsvereinbarungen durch den LVR als Träger der Eingliederungshilfe und von Vergütungsvereinbarungen mit Leistungserbringern zur Erbringung von Leistungen kann für die fachpraktische Ausbildung geworben werden.

Die Berufsaussichten und Verdienstmöglichkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt richten sich nach der Verfügbarkeit von freien Stellen, die entsprechend bewertet sind.

Die Ausbildung zur*zum Fachpraktiker*in basiert auf den Regelungen der § 66 BBiG/§ 42r HwO. Als anerkannte Ausbildungsberufe nach Nr. 6 der Vorbemerkungen zur neuen Entgeltordnung sind aber nur solche, die auf der Grundlage des Berufsbildungsgesetzes bzw. der Handwerksordnung geregelt sind (§ 4 BBiG/§ 25 HwO), erfasst. Eine Eingruppierung ist in den überwiegenden Fällen nur in die Entgeltgruppe 3 TVöD möglich.

Diese Vorlage berührt Zielrichtung Nr. 1 (Die Partizipation von Menschen mit Behinderung im LVR ausgestalten) des LVR Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.

Begründung der Vorlage Nr. 15/2311:

Mit Beschluss der Landschaftsversammlung vom 13.12.2023 wurde die Verwaltung beauftragt darzustellen bzw. zu prüfen, wie die Einrichtung von Ausbildungsstellen –ggf. in der Form einer theoriereduzierten Ausbildung- im Rahmen der Zuständigkeiten des LVR erfolgen kann.

Die in dem Beschluss in Verbindung mit dem Antrag Nr. 15/145 und seiner Begründung aufgeführten Aspekte werden in dieser Vorlage aufgegriffen.

1. Hintergrund zur theoriereduzierten Ausbildung

Menschen mit Behinderung, denen aufgrund der Art und Schwere der Behinderung auch unter der Anwendung eines Nachteilsausgleich keine Regelausbildung möglich ist, können eine Fachpraktiker*innenausbildung gemäß § 66 BBiG/ § 42r HwO absolvieren.

Oberstes Ziel ist immer die reguläre Ausbildung. Bevor eine Fachpraktiker*innenausbildung in Frage kommt, ist stets zu prüfen, ob mit geeigneter Unterstützung –dem sogenannten Nachteilsausgleich- nicht doch eine Regelausbildung möglich ist, zum Beispiel durch Stützunterricht, Verlängerung der Schreibzeit bei Klausuren oder Verlängerung der Ausbildungszeit. Für Arbeitgeber besteht die finanzielle Unterstützungsmöglichkeit durch einen Beschäftigungssicherungszuschuss (den früheren Minderleistungsausgleich) nach § 185 SGB IX.

Die Feststellung der fehlenden Eignung für eine Regelausbildung erfolgt durch den berufspsychologischen Service der zuständigen Agentur für Arbeit und ist Voraussetzung für die Ausbildung in einem Beruf als Fachpraktiker*in.

Bei der Fachpraktiker*innenausbildung handelt es sich um eine Ausbildung innerhalb des Berufsbildungsgesetzes (BBiG), welche eine anschließende Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt ermöglicht.

Die Ausbildungsinhalte orientieren sich an denen anerkannter Ausbildungsberufe, erfordern jedoch einen geringeren Umfang an theoretischen Kenntnissen. Daher wird die Fachpraktiker*innenausbildung auch als „theoriereduzierte Ausbildung“ bezeichnet.

Das Ablegen der Abschlussprüfung erfolgt vor der jeweils zuständigen Kammer. Die Ausbildung dauert meist zwei bis drei Jahre je nach Ausbildungsberuf.

Im Jahr 2022 wurden auf Basis von § 66 BBiG oder § 42r HwO bundesweit 6.172 neue Ausbildungsverträge abgeschlossen (2019: 7.669; 2020: 7.234; 2021: 6.969). Dies entspricht einem Anteil von 1,3 % an allen neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen. In den drei Vorjahren hatte der Anteil 1,5 % betragen. 90 % der gesamten Ausbildungsverhältnisse finden in der überbetrieblichen Form statt.

Der Katalog der Bundesagentur für Arbeit umfasst zurzeit 52 Berufsbilder für Fachpraktiker*innen. Eine Auswahl hiervon könnte für den LVR in Frage kommen:

- Fachpraktiker*in für Büromanagement
- Fachpraktiker*in Küche
- Fachpraktiker*in Service in sozialen Einrichtungen
- Fachpraktiker*in für Holzverarbeitung
- Fachpraktiker*in für IT-Systeme

- Fachpraktiker*in im Gartenbau
- Fachpraktiker*in für Landwirt

Die Ausbildung kann sowohl überbetrieblich, in Bildungseinrichtungen mit Betriebspraktika, oder betrieblich, regulär oder begleitet durch einen Bildungsträger, durchgeführt werden.

Hinsichtlich der Anforderungen an den Ausbildungsbetrieb ist zu beachten, dass Ausbilder*innen neben der berufs- und arbeitspädagogischen Eignung (AEVO) eine mehrjährige Erfahrung in der Ausbildung sowie zusätzliche behindertenspezifische Qualifikationen nachweisen müssen. Es ist eine rehabilitationspädagogische Zusatzqualifikation (ReZa) mit den Kompetenzfeldern

- Reflexion der betrieblichen Ausbildungspraxis
- Psychologie
- Pädagogik, Didaktik
- Rehabilitationskunde
- Interdisziplinäre Projektarbeit
- Arbeitskunde/ Arbeitspädagogik
- Recht
- Medizin

erforderlich.

Die aufgeführten Anforderungen gelten auch als erfüllt, wenn die behindertenspezifischen Zusatzqualifikationen auf andere Weise, z. B. durch eine (sonder-)pädagogische Ausbildung, glaubhaft gemacht werden können. Die Qualität der Ausbildung ist auch sichergestellt, wenn eine Unterstützung durch eine geeignete Einrichtung (Bildungsträger, Berufsschule mit entsprechender Fachpraktiker*innenklasse) erfolgt. Auch der Integrationsfachdienst kann diese Rolle übernehmen, da dort in der Regel Mitarbeiter*innen mit dieser Qualifikation beschäftigt sind.

Beantwortung der einzelnen Fragestellungen

2.1. Die Verwaltung wird beauftragt darzustellen und/ oder zu prüfen, ob und in welchem Umfang in Einrichtungen und Dienststellen des LVR Ausbildungsstellen für eine theoriereduzierte Ausbildung geschaffen werden können.

Der LVR bildet zurzeit in 38 verschiedenen Berufsbildern bzw. Studiengängen aus. Insgesamt 1615 Nachwuchskräfte standen zum 01.10.2023 im Ausbildungsverhältnis bzw. Studium beim LVR. Darunter befinden sich auch zwei Fachpraktiker*innen. Ein Fachpraktiker für Holzverarbeitung und eine Fachpraktikerin Küche.

Am 16.12.2016 wurde im Landschaftsausschuss mit Vorlage Nr. 14/1628/2 der „Aktionsplan Integration von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Einschränkungen im LVR-APX“ beschlossen. Dieser wurde in 2017 umgesetzt: Zwei Mitarbeiter in den Bereichen Fundmagazin und Parkpflege wurden auf feste Arbeitsplätze übernommen. Ferner wurde in Zusammenarbeit und Förderung des LVR-Inklusionsamtes eine Tischlerwerkstatt aufgebaut und zwei ehemals im Schiffbauprojekt (Rekonstruktion der bekannten römischen Schiffstypen zu römischer Zeit im Rhein) auf betriebsintegrierten Arbeitsplätzen (BIAPs) beschäftigte junge Männer als Auszubildende zum Fachpraktiker für Holzverarbeitung – mit begleitender theoriereduzierter Ausbildung – eingestellt. Hierbei werden Arbeiten ausgeführt, die im Rahmencurriculum des Lehrberufs Fachpraktiker für Holzver-

arbeitung vorgeschrieben sind. Die hierfür im LVR-APX eingerichteten vier Ausbildungsplätze werden durch Kontakte mit den umliegenden Werkstätten und nur nach einem erfolgreichen Praktikum vor Ort besetzt.

Seit 01.08.2023 absolviert ein weiterer Auszubildender die theoriereduzierte Ausbildung als Fachpraktiker für Holzverarbeitung.

Die Ausbildung erfolgt im LVR-APX in Form der regulären betrieblichen Ausbildung. Die fachtheoretische Ausbildung findet in einer Berufsschule statt, derzeit über die CJD Christophorusschule Neukirchen-Vluyn.

Die zweite Fachpraktikerin wird seit 2022 in der LVR-Klinik Köln in der Verteilerküche zur Fachpraktikerin Küche ebenfalls in der betrieblichen Ausbildungsform zusammen mit der IHK Köln ausgebildet.

LVR-InfoKom hat einige Aufgaben outgesourct und nimmt die Leistungen der [AfB social & green IT](#), einem Refurbisher-Unternehmen, das durch Aufarbeitung und Verkauf gebrauchter IT- und Mobilgeräte Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderung schafft, in Anspruch. AfB steht für „Arbeit für Menschen mit Behinderung“. Es handelt sich um ein gemeinnütziges Inklusionsunternehmen mit einer Schwerbehindertenquote von 50 %. Der AfB bildet Fachpraktiker*innen für IT-Systeme aus und beschäftigt diese weiter.

Aufgrund der Auslagerung der entsprechenden Aufgaben unterstützt LVR-InfoKom in dieser „Kooperationsform“ schwerbehinderte Menschen mit Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten für eine theoriereduzierte Ausbildung.

Die LVR-Klinik Langenfeld hat vor vielen Jahren Erfahrungen mit der Ausbildung zum*zur Fachpraktiker*in für Holzverarbeitung gemacht. Grundsätzlich ist in dieser Klinik im Bereich Hauswirtschaft eine entsprechende Ausbildung denkbar, wäre aber im Sondervermögen in den zuständigen Gremien selbst zu entscheiden.

Eine theoriereduzierte Ausbildung im Bereich der Gärtnerei kann sich die LVR-Klinik Düsseldorf mit bis zu zwei Stellen vorstellen.

Auch das LVR-Freilichtmuseum Lindlar steht grundsätzlich dem Angebot eines Ausbildungsplatzes zum*zur Fachpraktiker*in im Gartenbau offen gegenüber.

Der LVR-Verbund HPH bildet aktuell keine Fachpraktiker*innen aus, da keine Ressourcen für Anleitung und Betreuung bestehen. In Betracht käme nach dortiger Prüfung und Entscheidung eine Ausbildung in den Bereichen Hauswirtschaft und eventuell Landwirtschaft.

Das LVR-Industriemuseum hat noch keine Erfahrung mit der Ausbildung von Fachpraktiker*innen gesammelt, könnte sich aber eine entsprechende Ausbildung in der Schlosserei, Schreinerei oder im Lager vorstellen. In diesen Bereichen wäre dann gegebenenfalls je nach Stellenangebot auch ein späterer Einsatz der ausgebildeten Kräfte möglich.

Die Ausbildung zum*zur Fachpraktiker*in für Büromanagement könnte im Verwaltungsbereich ein passender Ausbildungsberuf sein. Von 2014 bis 2018 wurde in der Zentralverwaltung dieser Ausbildungsberuf angeboten. Nach Abschluss der Ausbildung gestaltete sich die Übernahme sehr schwierig, zumal innerhalb des LVR vor allem in der sachbearbeitenden Verwaltung keine freien Stellen mit einfacher, insbesondere theoriereduzierter Tätigkeit vorhanden waren. Letztendlich

besteht hier dann auch eine Konkurrenz zu den Einsatzmöglichkeiten im Bereich der betriebsintegrierten Arbeitsplätze.

Diese Erfahrung hat dazu geführt, dass im Verwaltungsbereich kein Ausbildungsplatz für Fachpraktiker*innen für Büromanagement mehr angeboten wurde. Administrative Arbeitsprozesse sind in den allermeisten Fällen letztlich doch sehr theorie-lastig und erfordern eine diesbezügliche Kompetenz. Die Möglichkeit, bei einer überbetrieblichen Ausbildungsform ein Praktikum beim LVR zu absolvieren, wäre aber gegeben.

Hinsichtlich der Qualifizierung der Ausbilder*innen liegt die geforderte rehabilitationspädagogische Zusatzqualifikation überwiegend nicht vor. Lediglich im LVR-APX hat der zuständige Ausbilder und Tischlermeister in den Jahren 2019 und 2020 diese Zusatzqualifikation beim CJD, Institut für Weiterbildung, erworben. In den LVR-Kliniken kann über vergleichbar ausgebildete Sozialarbeiter*innen oder durch Inanspruchnahme des IFD die Betreuung sichergestellt werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass im LVR bereits Erfahrungen mit der Ausbildung von Fachpraktiker*innen gesammelt wurden und in einigen Bereichen die Möglichkeit gesehen wird, diese auszuweiten. Durch das Angebot von Informationsveranstaltungen durch die Fachberatungen für inklusive Bildung und örtliche Bildungsträger besteht hier die Aussicht, dass weitere Ausbildungsangebote durch den LVR erleichtert werden könnten.

2.2. Die Verwaltung wird beauftragt darzustellen und/ oder zu prüfen, ob sich solche oder andere Ausbildungsstellen für Menschen eigenen, die ein Budget für Ausbildung in Anspruch nehmen können.

Grundsätzlich kann mit dem Budget für Ausbildung die eingestellte Person bzw. letztlich der Ausbildungsbetrieb gefördert werden. Vorrangiger Kostenträger für die berufliche Erstausbildung ist in der Regel die Agentur für Arbeit. Sie hat folgende Fördermöglichkeiten:

- Zuschuss zur Ausbildungsvergütung bis zu 80 %
- Technische Arbeitshilfen
- Eingliederungszuschuss im Anschluss an eine abgeschlossene Aus- oder Weiterbildung
- Begleitete Betriebliche Ausbildung (z. B. Wissensvermittlung, sozialpädagogische Begleitung, Sicherstellung der rehabilitationspädagogischen Zusatzqualifikation)

Der LVR kann mit dem Budget für Arbeit weitere Förderleistungen zur Verfügung stellen

- Zuschüsse zu den Gebühren bei der Berufsausbildung
- Finanzielle Förderung zur Schaffung neuer Arbeits- und Ausbildungsplätze für Menschen mit Schwerbehinderung
- Unterstützung bei der behindertengerechten Gestaltung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen
- Prämien und Zuschüsse zur Berufsausbildung bis zu 3.000 €
- Förderung individuell erforderlicher Maßnahmen, bspw. Jobcoaching, Stützunterricht, sofern diese nicht durch vorrangige Kostenträger (z. B. Agentur für Arbeit) erbracht werden.

2.3. Die Verwaltung wird beauftragt darzustellen und/ oder zu prüfen, welche Bildungsträger oder sonstigen Stellen die Auszubildenden unterstützen und in der Praxis begleiten können und wie dies finanziert werden kann, und inwieweit für den sozialen Bereich - insbesondere durch das LVR-Berufskolleg – geeignete Ausbildungsgänge angeboten oder beschafft werden könnten

a. Unterstützung durch Bildungsträger oder sonstige Stellen für die Auszubildenden

Hinsichtlich der Fragestellung, welche Träger die Auszubildenden bzw. die Ausbildungsbereiche unterstützen können, kann aufgrund der örtlichen Zuständigkeit nur eine beispielhafte Nennung erfolgen.

Bei den einzelnen Kammern, die für die Ausbildung zuständig sind, gibt es spezielle Fachberater*innen Inklusion. Die Integrationsfachdienste (IFD) unterstützen schwerbehinderte Schüler*innen im Übergang Schule – Beruf. Sie können die betriebliche Ausbildung psychosozial begleiten.

Die Theorieausbildung kann in Köln durch das Berufsförderungswerk Michaelshoven angeboten werden. Das CJD Berufsbildungswerk in Frechen betreibt ebenso Fachklassen für Fachpraktiker*innen. Der LVR-APX kooperiert mit der CJD Christophorusschule Neukirchen-Vluyn. Weitere Anbieter finden sich je nach Ort im [Verzeichnis REHADAT](http://www.rehadat-bildung.de) unter www.rehadat-bildung.de.

b. Bildungsgang insbesondere für den sozialen Bereich im LVR-Berufskolleg

Der LVR ist Träger des LVR-Berufskollegs -Fachschulen des Sozialwesens- mit Standorten in Düsseldorf und Bedburg-Hau. Es umfasst die Fachschulen für Heilerziehungspflege, Sozialpädagogik, Heilpädagogik sowie die Ausbildungsgänge Offene Ganztagschule, Bewegung und Gesundheit sowie Beratung und Anleitung in der Pflege.

Dort wird bislang noch kein Ausbildungsgang speziell für die Personengruppe angeboten, die keine Regelausbildung durchlaufen kann. Sozialberufe sind bislang nicht von § 66 Berufsbildungsgesetz umfasst, entsprechend enthalten die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen des Berufskollegs diese Zielgruppe bislang nicht mit einem speziellen Ausbildungszeitpunkt.

Die Verwaltung kann sich bei Vorliegen der bundes- und landesgesetzlichen Regelungen grundsätzlich vorstellen, zukünftig einen theoriereduzierten Ausbildungsgang im sozialen Bereich anzubieten, wobei auch Fragen der Refinanzierung zu klären wären. Letztlich ist hierfür entscheidend, dass Arbeitgeber die Qualifizierung anerkennen und entsprechende Beschäftigung anbieten.

Das Rheinisch-Westfälische Berufskolleg Essen bietet die Ausbildung als Fachpraktiker*in nach § 66 Berufsbildungsgesetz für junge Menschen mit Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit in verschiedenen Bereichen an:

- Küche/Gastgewerbe (zukünftig),
- Lagerlogistik,
- Metallbau/Holztechnik und
- in anderen technischen Berufen - abhängig von der Nachfrage.

2.4. Die Verwaltung wird beauftragt darzustellen und/ oder zu prüfen, ob Zielvereinbarungen mit Anbietern, die über Leistungen der Eingliederungshilfe finanziert werden, möglich sind, geeignete Ausbildungsplätze im ersten Arbeitsmarkt anzubieten

Der LVR als Träger der Eingliederungshilfe ist selbst Leistungsträger und finanziert Leistungen für leistungsberechtigte Menschen, die dann von Leistungserbringern umgesetzt werden. Im Rahmen dieses Verhältnisses schließt der LVR als Träger der Eingliederungshilfe Leistungsvereinbarungen und Vergütungsvereinbarungen mit Leistungserbringern zur Erbringung von Leistungen ab – insgesamt rund 1.900 Vereinbarungen im Rheinland. Alle diese Leistungserbringer können als Arbeitgeber Ausbildungsstellen einrichten. Hier besteht für den LVR aber keine Möglichkeit, diese zu verpflichten, Ausbildungsplätze anzubieten.

Als Träger der Eingliederungshilfe besteht keine gesetzliche Grundlage, wie bspw. in einem Über- und Unterordnungsverhältnis, Zielvereinbarungen mit Arbeitgebern zur Ausbildung und Beschäftigung von Fachpraktiker*innen abzuschließen. Es besteht lediglich die Option, dafür zu werben, dass Arbeitgeber sich dafür öffnen, dem Personenkreis der leistungsberechtigten Menschen aus der Eingliederungshilfe Ausbildungsplätze (z. B. über das Budget für Ausbildung, § 61a SGB IX) anzubieten.

2.5. Die Verwaltung wird beauftragt darzustellen und/ oder zu prüfen, welche rechtlichen Rahmenbedingungen zu beachten und wie die Berufsaussichten und Verdienstmöglichkeiten auf dem Ersten Arbeitsmarkt dadurch, insbesondere für Menschen mit kognitiven Einschränkungen, einzuschätzen sind.

In den klassischen Verwaltungsbereichen kommt bei theoriereduzierter Ausbildung ein Einsatz von Fachpraktiker*innen mit Blick auf die Tätigkeits-/Aufgabenfelder nach den bisherigen Erfahrungen eher nicht in Betracht. Grund hierfür sind die gerade mit Theoriewissen verbundenen administrativen Arbeitsprozesse, insbesondere auch wegen der bei fortschreitender Digitalisierung und Komplexität der Aufgaben zunehmend höheren Anforderungen.

Verwaltungsdienstposten sind durch die vielfältigen administrativen Aufgaben in aller Regel nach E5 aufwärts bewertet.

Für das Beispiel des*der Fachpraktiker*in für Büromanagement gilt Folgendes hinsichtlich der Eingruppierung:

Für eine Eingruppierung ab Entgeltgruppe 5 TVöD wird neben der entsprechenden Tätigkeit eine erfolgreich abgeschlossene Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf mit einer Ausbildungsdauer von mindestens drei Jahren vorausgesetzt. Anerkannte Ausbildungsberufe sind nach Nr. 6 der Vorbemerkungen zur neuen Entgeltordnung aber nur solche, die auf der Grundlage des Berufsbildungsgesetzes bzw. der Handwerksordnung geregelt sind (§ 4 BBiG/§ 25 HwO). Die Ausbildung zur*zum Fachpraktiker*in basiert auf den Regelungen der § 66 BBiG/§ 42r HwO und ist daher hiervon nicht erfasst.

Für eine Eingruppierung verblieben demnach die Entgeltgruppen 2 bis 4 TVöD. Tätigkeiten der Entgeltgruppe 2 TVöD erfordern keine Vor- oder Ausbildung, aber eine fachliche Einarbeitung, welche dem Erwerb derjenigen Kenntnisse und Fertigkeiten dienen soll, die für die Beherrschung der Arbeitsabläufe erforderlich sind. Unterstellt, die dreijährige Ausbildung zur*zum Fachpraktiker*in für Büromanagement ersetzt hier die fachliche Einarbeitung, verblieben die Entgeltgruppen 3 und 4 TVöD. Tätigkeitsmerkmale der Entgeltgruppe 4 TVöD erfordern mindestens zu einem

Viertel gründliche Fachkenntnisse (nähere Kenntnisse von Rechtsvorschriften oder Fachkenntnissen) bzw. schwierige Tätigkeiten (erhöhtes Überlegungsvermögen und fachliches Geschick gegenüber der Entgeltgruppe 3 TVöD). Unterstellt, während der dreijährigen Ausbildung zur*zum Fachpraktiker*in für Büromanagement werden keine gründlichen Fachkenntnisse erworben und die erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse reichen (unter Berücksichtigung des jeweiligen personenbezogenen Förderplans) nicht für die Ausübung schwieriger Tätigkeiten, verbliebe letztlich die Entgeltgruppe 3 TVöD. Eine Übernahmemöglichkeit nach der Ausbildung mit dieser Eingruppierungsmöglichkeit besteht dann, wenn eine entsprechend bewertete Stelle im LVR zur Verfügung steht. Daher scheidet der Verwaltungsbereich auch aus diesen Gründen grundsätzlich aus.

Im handwerklichen Bereich bestehen dagegen vergleichsweise bessere Möglichkeiten, auf dem ersten Arbeitsmarkt eine Einsatzmöglichkeit zu finden. Der LVR-APX hat die beiden ersten ausgebildeten Fachpraktiker*innen bspw. auf freie Stellen übernommen.

Auch im Bereich der Garten- und Landschaftspflege werden die Möglichkeiten eines Einsatzes auf dem ersten Arbeitsmarkt aufgrund des Fachkräftemangels ebenso als besser gegenüber dem Verwaltungsbereich bewertet.

In den Kliniken und Schulen, da wo Küchen vorhanden sind, können gute Übernahmemöglichkeiten bestehen. In der LVR-Klinik Köln wird bspw. nach der Fachpraktiker*innenausbildung eine Übernahme in der Verteilerküche angestrebt.

In Vertretung

L i m b a c h

Vorlage Nr. 15/2315

öffentlich

Datum: 12.04.2024
Dienststelle: Fachbereich 53
Bearbeitung: Herr Stenz

Schulausschuss	06.05.2024	Kenntnis
Sozialausschuss	07.05.2024	Beschluss

Tagesordnungspunkt:

Förderung von Inklusionsbetrieben gem. §§ 215 ff. SGB IX

Beschlussvorschlag:

Der LVR-Sozialausschuss beschließt die Förderung von Inklusionsbetrieben gem. §§ 215 ff. SGB IX wie in der Vorlage Nr. 15/2315 dargestellt.

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: A .041

Erträge:
Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan

Aufwendungen:
/Wirtschaftsplan

Einzahlungen:
Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan

Auszahlungen:
/Wirtschaftsplan

Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:

Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:

Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten

In Vertretung

D r . S c h w a r z

Zusammenfassung

Dem Sozialausschuss wird vorgeschlagen, gem. §§ 215 ff. SGB IX die Anerkennung und Förderung des Inklusionsunternehmens

- SHO - Service. Handwerk. Oberberg. gGmbH

sowie die Anerkennung und Förderung der Gründung einer Inklusionsabteilung in der

- REWE David Hegemann oHG
- e.CW Logicon gGmbH

zu beschließen.

Der Beschluss umfasst einmalige Zuschüsse zu Investitionskosten in Höhe von 264.800 € sowie laufende Zuschüsse zu Personalkosten von bis zu 90.002 € für das Jahr 2024 und die Folgejahre im dargestellten Umfang.

Mit dieser Förderung werden in o. g. Inklusionsbetrieben insgesamt 15 Arbeitsplätze für Personen der Zielgruppe des § 215 Abs. 2 SGB IX neu geschaffen sowie ein bestehender Arbeitsplatz in die Förderung übernommen.

Die Förderung erfolgt, soweit dies projekt- und personenbezogen möglich ist, unter Einbeziehung des Landesprogramms „Integration unternehmen!“, des LVR-Budgets für Arbeit – Aktion Inklusion, den Eingliederungsleistungen nach dem SGB II und III sowie der Förderung von Inklusionsbetrieben durch das LVR-Inklusionsamt gem. §§ 215 ff. SGB IX.

Darüber hinaus informiert das LVR-Inklusionsamt über folgende Erweiterungen von bestehenden Inklusionsbetrieben gem. §§ 215 ff. SGB IX:

- Alexianer MoVeKo GmbH

Die Bewilligungen des LVR-Inklusionsamtes umfassen einmalige Zuschüsse zu Investitionskosten in Höhe von 99.520 € sowie laufende Zuschüsse zu Personalkosten. Durch die Erweiterung werden in den o.g. Inklusionsbetrieben insgesamt fünf Arbeitsplätze für Personen der Zielgruppe des § 215 Abs. 2 SGB IX neu geschaffen.

Diese Vorlage berührt insbesondere die Zielrichtung Z2 „Die Personenzentrierung im LVR weiterentwickeln“ des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.

Begründung der Vorlage Nr. 15/2315:

1. Zusammenfassung der Zuschüsse.....	Seite	3
1.1. Zuschüsse zu Investitionen.....	Seite	3
1.2. Laufende Zuschüsse.....	Seite	3
2. Einleitung.....	Seite	4
2.1. Das Landesprogramm „Integration unternehmen!“.....	Seite	4
2.2. Das Bundesprogramm „Inklusionsinitiative II – AlleImBetrieb“.....	Seite	4
2.3. Stand der Bewilligungen.....	Seite	5
3. Gründung und Anerkennung von Inklusionsbetrieben.....	Seite	5
3.1. SHO - Service. Handwerk. Oberberg. gGmbH.....	Seite	5
3.2. REWE David Hegemann oHG.....	Seite	9
3.3. e.CW Logicon gGmbH.....	Seite	12
4. Nachrichtliche Information zu Erweiterungen von Inklusionsbetrieben.....	Seite	16
4.1. Alexianer MoVeKo GmbH.....	Seite	16

Anlage – Begutachtung und Förderung von Inklusionsbetrieben gem.
§§ 215 ff. SGB IX

1. Zusammenfassung der Zuschüsse

1.1. Investive Zuschüsse

Die in der Vorlage dargestellten Vorhaben zur Gründung von Inklusionsbetrieben umfassen folgende Zuschüsse zu Investitionen:

Tabelle 1: Anzahl der geförderten Arbeitsplätze (AP) und Investitionskostenzuschüsse – die Anzahl der Arbeitsplätze gibt die Anzahl der mit einem Zuschuss gesicherten Arbeitsplätze plus die Anzahl der mit einem Zuschuss neu entstehenden Arbeitsplätze an.

Antragsteller	Region	Branche	AP	Zuschuss in €
SHO - Service. Handwerk. Oberberg. gGmbH	Wiehl	Garten- und Landschaftsbau	4	80.000
REWE David Hege- mann oHG	Düsseldorf	Inklusionsabteilung Waren- und Materiallogistik	8	160.000
e.CW Logicon gGmbH	Duisburg	Inklusionsabteilung Gastrono- mie	3	24.800
Beschlussvorschlag gesamt			15	264.800

1.2. Laufende Zuschüsse

Die in der Vorlage dargestellten Vorhaben umfassen die in der folgenden Tabelle aufgeführten laufenden Zuschüsse. Für die Berechnung wurden die durchschnittlichen Arbeitnehmerbruttolohnkosten (je nach Branche und Tarif) und eine jährliche Steigerung der Löhne und Gehälter von 2 % zugrunde gelegt. Die Berechnung der Zuschüsse erfolgt von Seiten des LVR-Inklusionsamtes im Sinne haushaltsplanerischer Vorsicht in voller Höhe und auf Basis von Vollzeitstellen. Soweit für die Neueinstellung von Personen mit einer Schwerbehinderung Eingliederungszuschüsse nach dem SGB II oder III in Anspruch genommen werden können, werden reduzierte oder keine weiteren Zuschüsse des LVR-Inklusionsamtes gezahlt.

Tabelle 2: Laufende Zuschüsse für 15 neue sowie einen bestehenden, förderfähigen Arbeitsplatz gem. § 215 SGB IX

Summe	2024	2025	2026	2027	2028
Arbeitsplätze	16	16	16	16	16
Zuschüsse § 27 SchwbAV in €	61.802	127.166	129.710	132.304	134.950
Zuschüsse § 217 SGB IX in €	28.200	57.600	57.600	57.600	57.600
Zuschüsse gesamt in €	90.002	184.766	187.310	189.904	192.550

2. Einleitung

Die Nachfrage nach Beratung und Förderung neuer Arbeitsplätze in Inklusionsbetrieben im Rheinland befindet sich seit Jahren auf einem hohen Niveau. Das LVR-Inklusionsamt fördert die Schaffung von Arbeitsplätzen für Menschen mit einer Schwerbehinderung der Zielgruppe des § 215 Abs. 2 SGB IX in Inklusionsbetrieben bereits seit Ende des Jahres 2001 aus Mitteln der Ausgleichsabgabe. Aktuell bestehen im Rheinland 155 Inklusionsunternehmen, Inklusionsabteilungen und Inklusionsbetriebe mit rd. 3.826 Arbeitsplätzen, davon 1.948 Arbeitsplätze für Beschäftigte der Zielgruppe des § 215 SGB IX.

2.1. Das Landesprogramm „Integration unternehmen!“

Seit dem Jahr 2008 beteiligt sich das Land Nordrhein-Westfalen im Rahmen des Landesprogramms „Integration unternehmen!“ zu 50 % an der investiven Förderung von Inklusionsbetrieben. Aufgrund des großen Erfolgs wurde das Landesprogramm im Jahr 2011 als Regelförderinstrument implementiert. Im Koalitionsvertrag für die Jahre 2022 bis 2027 bekennt sich die Landesregierung zur Förderung von Inklusionsunternehmen. So wird erwartet, dass das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW weiterhin dauerhaft Mittel zur investiven Förderung von jährlich 250 zusätzlichen Arbeitsplätzen zur Verfügung stellt. Der Haushaltsplanentwurf für das Jahr 2023 sieht für das Landesprogramm „Integration unternehmen!“ Haushaltsmittel von rd. 2,6 Mio. € vor.

2.2. Das Bundesprogramm „Inklusionsinitiative II – AlleImBetrieb“

Im Jahr 2016 wurde das Förderprogramm „Inklusionsinitiative II – AlleImBetrieb“ vom Bundestag beschlossen, bundesweit werden aus dem Ausgleichsfonds 150 Mio. € für die Förderung von Inklusionsbetrieben zur Verfügung gestellt, auf das Rheinland entfallen davon 18,2 Mio. €. Die am 22.04.2016 in Kraft getretene Richtlinie sieht als Fördergegenstand die investive und laufende Förderung zusätzlicher Arbeitsplätze in neuen und bestehenden Inklusionsbetrieben vor. Die Ausführung des Programms erfolgt durch die Integrationsämter, denen auch die inhaltliche und finanzielle Ausgestaltung der Förderung obliegt. Das LVR-Inklusionsamt hat die bestehenden Förderkonditionen unverändert beibehalten und konnte in den Jahren 2016 bis 2019 den Ausbau von Inklusionsbetrieben um

rd. 380 Arbeitsplätze für Personen der Zielgruppe des § 215 SGB IX vollständig aus Mitteln des Bundesprogramms finanzieren. Die laufenden Zuschüsse für diese Personen werden für die Dauer von fünf Jahren aus Mitteln des Bundesprogramms getragen und danach in die Regelfinanzierung aus Mitteln der Ausgleichsabgabe übergehen.

Mit Ablauf des Jahres 2019 sind die Mittel des Bundesprogramms vollständig gebunden, so dass keine weiteren Arbeitsplätze aus diesen Mitteln gefördert werden können.

Hinsichtlich einer ausführlichen Darstellung des Bundesprogramms „Inklusionsinitiative II – AlleImBetrieb“ wird auf die Vorlage Nr. 14/1207 verwiesen.

2.3. Stand der Bewilligungen

Tabelle 3: Stand der Bewilligungen im Jahr 2024

Antragsteller	Region	Branche	Anzahl AP	Vorlage Nr.
IFG gGmbH – „projekt.bike inklusiv“	Euskirchen	Fahrradhandel und -Dienstleistungen	5	15/2118
NEUE INSEL gGmbH	Essen	Event- und Veranstaltungsmanagement	3	15/2118
VFG Inklusiv gGmbH	Bonn	Garten- und Landschaftsbau	3	15/2182
WRS gGmbH	Gummersbach	Personenbeförderung und Sachgütertransporte	5	15/2182

3. Gründung und Anerkennung von Inklusionsbetrieben

3.1. SHO - Service. Handwerk. Oberberg. gGmbH

3.1.1. Zusammenfassung

Der Verein Lebenspfade Oberberg e. V. mit Sitz in Wiehl wurde, hervorgehend aus einer Elterninitiative, 1963 gegründet und verfolgt seither das Ziel der Förderung und Betreuung körperlich und geistig beeinträchtigter Menschen sowie der einhergehenden Begleitung und Unterstützung derer Angehöriger. Zum Unternehmensverbund gehören zudem die beiden Tochtergesellschaften BWO gGmbH sowie HBW gGmbH, welche Angebote im Rahmen einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) bzw. der besonderen Wohnformen und des ambulant betreuten Wohnens offerieren. Der Verein beabsichtigt nunmehr, mit Gründung des Inklusionsunternehmens SHO - Service. Handwerk. Oberberg. gGmbH das bestehende Unterstützungssystem um sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung zu erweitern und dergestalt ebenfalls Übergänge auf den ersten Arbeitsmarkt anbieten zu können. Das geplante Inklusionsunternehmen soll neben Hausmeisterdiensten und Überprüfungen von Elektrogeräten insbesondere

Dienstleistungen im Bereich der Garten- und Landschaftspflege erbringen. In der Aufbau- phase sollen in der SHO - Service. Handwerk. Oberberg. gGmbH zunächst sieben Arbeits- plätze, davon vier für Personen der Zielgruppe, geschaffen werden. Im Zuge dessen wird ein Investitionszuschuss von 80.000 € sowie jährliche Zuschüsse zu den Personalkosten der Beschäftigten der Zielgruppe beantragt. Eine positive betriebswirtschaftliche Stellung- nahme der Fachberatung für Arbeits- und Firmenprojekte - FAF gGmbH liegt vor (s. Ziff. 3.1.4.).

3.1.2. Die SHO – Service. Handwerk. Oberberg. gGmbH

Das Inklusionsunternehmen der Lebenspfade Oberberg e. V. wird am Standort Wiehl-Bo- mig gegründet und soll schwerpunktmäßig Dienstleistungen im Geschäftsbereich des Gar- ten- und Landschaftsbaus anbieten. Innerhalb des Trägerverbundes bestehen insbeson- dere durch das Beschäftigungsangebot der Werkstatt für behinderte Menschen (BWO gGmbH am Standort Faulmert) bereits langjährige Erfahrungen in der Garten- und Land- schaftspflege, wobei aufgrund ausgeschöpfter Kapazitäten, höherer Auftragsanforderun- gen oder zu großer räumlicher Entfernung die Nachfrage mitunter nicht bedient werden konnte. Mit Gründung des Inklusionsunternehmens soll künftig bestehender Nachfrage- überhang übernommen und Aufträge innerhalb des Unternehmensverbundes verrichtet werden. Weitergehend wird die SHO - Service. Handwerk. Oberberg. gGmbH ergänzend und zur Kompensation von ggfs. witterungsbedingten Ausfallzeiten bislang fremdverge- bende Hausmeisterdienste und Elektroüberprüfungen durchführen. Durch die interne Auf- tragsübernahme kann eine solide Grundauslastung des Unternehmens bereits zu Beginn sichergestellt und der Markteintritt mit geringerem wirtschaftlichen Risiko gestaltet wer- den. Nach erfolgreicher Anlaufphase sollen dann verstärkt Neuaufträge am Markt, vor- nehmlich in der Garten- und Landschaftspflege, akquiriert werden. Zur Geschäftsführung des Inklusionsunternehmens wird Herr Jens Kämper, zugleich auch Geschäftsführer des Gesellschafters Lebenspfade Oberberg e. V. sowie der BWO gGmbH, berufen. Mit geplanter Unternehmensgründung beabsichtigt der Unternehmensverbund neben einer Ausweitung des Dienstleistungs- und Marktangebotes insbesondere auch die Übergangsmöglichkeiten aus einer WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu stärken.

3.1.3. Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderung

Das Leistungsprogramm der SHO - Service. Handwerk. Oberberg. gGmbH soll vornehmlich die Garten- und Landschaftspflege umfassen. Es sollen z. B. Pflegearbeiten für Gärten und Anlagen, Hecken- und Gehölzschnitt sowie Baumfällarbeiten und Gartengestaltung ange- boten werden. Der Arbeitseinsatz der Mitarbeitenden mit Schwerbehinderung umfasst vor- wiegend angelernte Tätigkeiten in der Garten- und Anlagenpflege sowie einfache hand- werkliche Tätigkeiten im Rahmen der Hausmeisterdienste und Elektroprüfung. Die Arbeits- plätze für die Mitarbeitenden der Zielgruppe sind als Vollzeit- und Teilzeitstellen angelegt, die Entlohnung orientiert sich am Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst, welcher über dem gültigen Branchentarif des Garten-, Landschafts- und Sportplatzbau liegt. Die arbeits- begleitende und psychosoziale Betreuung wird durch den langjährig in der Anleitung und Begleitung von Menschen mit Beeinträchtigung erfahrene Betriebsleitung erfolgen, welcher ggfs. von sozialpädagogisch qualifiziertem Personal im Unternehmensverbund unterstützt wird.

3.1.4. Wirtschaftlichkeit des Vorhabens

Im Rahmen des Antrages auf Anerkennung und Förderung der SHO - Service. Handwerk. Oberberg. gGmbH hat das LVR-Inklusionsamt die FAF gGmbH mit der Begutachtung der Wirtschaftlichkeit des Vorhabens beauftragt. In ihrer Stellungnahme vom 29.02.2024 kommt diese zu folgendem Ergebnis:

„(...) Die Vorhabensbeschreibung und die Planungen erscheinen insgesamt nachvollziehbar. In der Aufbauphase der ersten zwei Jahre wurden Defizite im geringeren Ausmaß einkalkuliert. Ab dem dritten Plan-Jahr werden Jahresüberschüsse erwirtschaftet. Der Cashflow ist überwiegend im Betrachtungszeitraum positiv und ermöglicht die Re-Investition in beschaffte Wirtschaftsgüter. (...)“

Bei der Umsatzplanung wurde die Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden und eine anzunehmende Minderleistung der Mitarbeitenden mit Schwerbehinderung angemessen berücksichtigt. Die Plan-Kostenstruktur ist im Wesentlichen und unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Inklusionsunternehmens mit der in konventionellen Unternehmen des Garten- und Landschaftsbaus vergleichbar, so dass von realistischen Planwerten ausgegangen werden kann. (...) Zusammenfassend lassen sich die Chancen und Risiken am Markt sowie die Stärken und Schwächen des zu gründenden Inklusionsbetriebes wie folgt darstellen:

- Marktrisiken liegen vorwiegend in der Akquisition von rentablen Aufträgen, da öffentliche und soziale Auftraggeber tendenziell eher Preissenkungen aushandeln. Bei privaten Kunden hat die Branche zudem mit Schwarzarbeit zu kämpfen. Der Fachkräftemangel in der Branche stellt zudem eine Herausforderung dar.
- Marktchancen für Gründungen bestehen in dem weiterhin wachsenden Markt - nicht zuletzt aufgrund des demographischen Wandels und der hohen Erwerbstätigenquote. Es ist davon auszugehen, dass regionale Marktanteile im Oberbergischen Kreis erschlossen werden können, ohne in einen Verdrängungswettbewerb eintreten zu müssen.
- Zu den Stärken des Unternehmens zählen sowohl die vorhandenen regionalen Branchenkenntnisse, die Erfahrung in der Anleitung von Mitarbeitenden mit Schwerbehinderung als auch die internen Auftragspotentiale und die Akquise-Möglichkeiten im Kontext des Betätigungsfeldes des Unternehmensverbundes.
- Zu den Schwächen des Unternehmens gehört, dass die Mitarbeitenden mit Schwerbehinderung durch den ggf. anfallenden Arbeitseinsatz in verschiedenen Einsatzbereichen GaLa, E-Check und Hausmeisterdienst eine höhere Umstellungsfähigkeit und Flexibilität aufweisen müssen.

Da es sich um eine personalintensive Branche handelt, ist besonderes Augenmerk auf den Personaleinsatz zu legen. Die zentralen Erfolgsfaktoren liegen in der Akquise von rentablen Aufträgen, der Personaleinsatzplanung und der Sicherstellung der produktiven Leistung.

Abschließend ist festzuhalten, dass aufgrund der bereits vorhandenen Branchenerfahrung im Garten- und Landschaftsbau, der gesicherten Grundauslastung durch interne Aufträge und der starken Verankerung des Unternehmensverbundes in der Region, die Aussichten positiv erscheinen, dass die Arbeitsplätze für Menschen mit Schwerbehinderung nachhaltig

gesichert werden können. Die Förderung des Vorhabens ist unseres Erachtens zu empfehlen“ (FAF GmbH vom 29.02.2024).

3.1.5. Bezuschussung

3.1.5.1. Zuschüsse zu Investitionen

Im Rahmen der Gründung und Anerkennung des Inklusionsunternehmens werden für die Neuschaffung von vier Arbeitsplätzen für Personen der Zielgruppe des § 215 SGB IX Investitionen in Höhe von 539.000 € geltend gemacht. Darin enthalten sind Kosten für den Umbau und den barrierefreien Ausbau einer Bestandsimmobilie des Gesellschafters (305 T €), Fahrzeugbedarfe (122 T €), Maschinen und Geräte für den Garten- und Landschaftsbau (83 T €), Maschinen und Werkzeuge für den Hausmeisterservice und die Elektroprüfung (13 T €) sowie Büroausstattungen (16 T €). Diese Investitionen können gem. §§ 215 ff. SGB IX mit 80.000 € bezuschusst werden, dies entspricht 15 % der Gesamtinvestition. Zur Finanzierung des verbleibenden Betrags werden Mittel der Aktion Mensch und der Stiftung Wohlfahrtspflege beantragt sowie erforderliche Eigenmittel eingebracht. Die Absicherung des Zuschusses erfolgt durch eine Bankbürgschaft.

3.1.5.2. Laufende Zuschüsse

Die Berechnung der laufenden Zuschüsse für Inklusionsbetriebe ist in der Anlage ausführlich beschrieben. Die Förderung erfolgt entsprechend der unter Ziff. 1.2. der Vorlage dargelegten Rahmenbedingungen. Die Personalkosten (PK) und die laufenden Zuschüsse für die Personen der Zielgruppe sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 5: PK (jährliche Steigerung um 2 %) und Zuschüsse

	ab 05.2024	2025	2026	2027	2028
Personen	4	4	4	4	4
PK (AN-Brutto) in €	69.050	120.739	123.154	125.617	128.130
Zuschuss § 27 SchwbAV in €	20.715	36.222	36.946	37.685	38.439
Zuschuss § 217 SGB IX in €	8.400	14.400	14.400	14.400	14.400
Zuschüsse Gesamt in €	29.115	50.622	51.346	52.085	52.839

3.1.6. Beschlussvorschlag

Der Sozialausschuss beschließt gem. §§ 215 ff. SGB IX die Anerkennung und Förderung der SHO - Service. Handwerk. Oberberg. gGmbH als Inklusionsunternehmen. Der Beschluss umfasst einen Zuschuss zu den Investitionen für die Schaffung von vier neuen Arbeitsplätzen für Beschäftigte der Zielgruppe des § 215 SGB IX in Höhe von 80.000 € und laufende Zuschüsse gem. § 217 SGB IX und § 27 SchwbAV von bis zu 29.115 € für das Jahr 2024 und die Folgejahre wie zuvor dargestellt.

Die Förderung erfolgt, soweit dies projekt- und personenbezogen möglich ist, unter Einbeziehung des Landesprogramms „Integration unternehmen!“, des LVR-Budgets für Arbeit – Aktion Inklusion, den Eingliederungsleistungen nach dem SGB II und III sowie der Förderung von Inklusionsbetrieben durch das LVR-Inklusionsamt gem. §§ 215 ff. SGB IX.

3.2. REWE David Hegemann oHG

3.2.1. Zusammenfassung

Die REWE David Hegemann oHG mit Sitz in Düsseldorf wurde 2018 gegründet und ist Betreiber von drei Lebensmitteleinzelhandelsmärkten an den Standorten Düsseldorf und Meerbusch. Die Supermärkte umfassen dabei jeweils eine Verkaufsfläche von ca. 800 qm. Das Unternehmen beschäftigt derzeit insgesamt ca. 60 Mitarbeitende sozialversicherungspflichtig, u. a. zwei Personen über das Budget für Arbeit hervorgehend aus bestehender Kooperation mit einer Werkstatt für behinderte Menschen. Vor dem Hintergrund der sehr guten Erfahrungen bei der Beschäftigung von Menschen mit Behinderung und ergänzendem Personalbedarf, insbesondere am im Jahr 2024 eröffneten Standort in Meerbusch sowie im Zuge der geplanten Umbaumaßnahmen am Hauptsitz in Düsseldorf-Eller, beabsichtigt das Unternehmen nunmehr den Aufbau einer Inklusionsabteilung. Neben einem im Aufgabenbereich bereits bestehenden, sollen insgesamt acht neue Arbeitsplätze für Personen der Zielgruppe entstehen. Die REWE David Hegemann oHG beantragt im Rahmen des Gründungsvorhabens einen Investitionszuschuss gem. §§ 215 ff. SGB IX von 160.000 € sowie jährliche Zuschüsse zu den Personalkosten der Beschäftigten der Zielgruppe. Eine positive betriebswirtschaftliche Stellungnahme der Fachberatung für Arbeits- und Firmenprojekte - FAF gGmbH liegt vor (s. Ziff. 3.2.4.).

3.2.2. Die REWE David Hegemann oHG

Die REWE David Hegemann oHG umfasst neben zwei Lebensmitteleinzelhandelsmärkten im Düsseldorfer Süden - Eller und Lierenfeld - seit dem Jahr 2024 zudem einen neu eröffneten Supermarkt am Standort Meerbusch. Das Unternehmen ist Mitglied der REWE West eG, wobei 20 % der offenen Handelsgesellschaft von der REWE Partner GmbH gehalten werden. Als vollhafter Gesellschafter tritt Herr David Hegemann auf. Bereits seit vielen Jahren werden durch das Unternehmen Menschen mit Behinderung qualifiziert und beschäftigt u. a. im Rahmen betriebsintegrierter Arbeitsplätze sowie des Budgets für Arbeit, so dass die gesetzliche Beschäftigungspflicht übererfüllt ist. Aufgrund dieser positiven Erfahrungswerte sowie bestehendem Personalbedarf bedingt durch die Neueröffnung des Marktes in Meerbusch und durch die Anfang 2025 vorgesehenen Umbaumaßnahmen am Hauptstandort in Düsseldorf-Eller mit einhergehender Intensivierung der Servicetätigkeiten soll nunmehr der Aufbau einer Inklusionsabteilung im Bereich der filialinternen Waren- und Materiallogistik erfolgen. Insgesamt werden schwerpunktmäßig in vorgenanntem Aufgabenbereich bislang neun Mitarbeitende sozialversicherungspflichtig beschäftigt, wovon eine Person der Zielgruppe des § 215 SGB IX zugerechnet werden konnte. Weitergehend sollen acht Arbeitsplätze für Menschen der Zielgruppe entstehen, so dass die filialübergreifende Abteilung nach entsprechenden Besetzungen 17 Mitarbeitende umfasst und eine Beschäftigungsquote von 52 % aufweist.

3.2.3. Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderung

Das Tätigkeitsfeld der Zielgruppenmitarbeitenden umfasst alle Aufgaben der filialinternen Waren- und Materiallogistik. Die Abteilung Pack-Team in den Märkten ist zuständig für die Warenannahme bis Regalpflege, so für das Einräumen der Regale und deren Pflege, die Müllentsorgung, den Kundenservice und die Aufgaben hinsichtlich des Leerguts. Die Arbeitsplätze sind als Voll- und Teilzeitstellen angelegt, die Entlohnung der Beschäftigten orientiert sich an dem Tarifvertrag zwischen dem Handelsverband Nordrhein-Westfalen und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di e.V. Landesbezirk Nordrhein-Westfalen. Einarbeitung und Qualifizierung der Menschen mit Behinderung erfolgen durch acht qualifizierte Mitarbeitende, die psychosoziale Betreuung wird ergänzend durch sozialpädagogisch qualifiziertes Personal der REWE West eG unterstützt.

3.2.4. Wirtschaftlichkeit des Vorhabens

Im Rahmen des Antrages auf Anerkennung und Förderung einer Inklusionsabteilung gem. § 215 SGB IX hat das LVR-Inklusionsamt die FAF gGmbH mit der Begutachtung der Wirtschaftlichkeit des Vorhabens beauftragt. In ihrer Stellungnahme vom 06.03.2024 kommt diese zu folgendem Ergebnis:

„(...) Die Zusammenführung folgender Stärken und Schwächen des Unternehmens sowie der Chancen und Risiken des Marktumfeldes führt zur Gesamtbeurteilung des Vorhabens:

- Die REWE David Hegemann oHG konnte sich am Markt etablieren und die drei Märkte weisen attraktive Standorte auf. Die Erschließung des Marktes in Meerbusch sowie die geplanten Investitionen in den Hauptsitz der Gesellschaft ermöglichen eine weitere, klare Positionierung am Markt und eine hohe Produktivität auch der schwerbehinderten Mitarbeitenden. Bereits heute weist das Unternehmen eine deutlich über dem Durchschnitt liegende Produktivität und Rentabilität auf.
- Die Struktur der Mitarbeitenden in der Abteilung sowie die bereits jahrelange Beschäftigung schwerbehinderter Mitarbeitender ermöglichen es, sowohl die Potentiale der schwerbehinderten Menschen zu nutzen als auch eine zufriedenstellende Rentabilität des Gründungsvorhabens zu realisieren. Das Verhältnis von schwerbehinderten und nicht behinderten Mitarbeitenden in der Abteilung bietet auch angesichts der Marktdaten bzw. der Daten relevanter Vergleichsbetriebe Qualifizierungspotentiale für die Mitarbeitenden und somit Optimierungspotentiale für den Leistungsprozess.
- Das Marktvolumen des Lebensmitteleinzelhandels in der Bundesrepublik stieg in den vergangenen Jahren, die Gesamtzahl der Lebensmittelgeschäfte geht aber weiter zurück. Die Kleinfläche verliert insgesamt deutlich an Boden und die Anzahl der kleinen Lebensmittelgeschäfte (bis 400 qm) sinkt deutlich.
- Der Lebensmitteleinzelhandel gehörte zu den wenigen Branchen, die in der Corona-Krise und bei einem rückläufigen Bruttoinlandsprodukt ein Umsatzplus verzeichneten. Auch in der Phase nach der Krise konnten Umsatzsteigerungen realisiert werden. Das Wachstum im Jahr 2023 stieg zwar nominal im Vergleich zu 2022, war jedoch real, d.h. preisbereinigt, niedriger als im Jahr 2022.
- Die Unternehmenskonzentration nimmt weiter zu und die vier größten Unternehmen (REWE, Edeka, Schwarz-Gruppe, Aldi) vereinen mittlerweile 76% Marktanteil auf sich. Die Rewe Group belegt dabei zusammen mit Edeka die ersten zwei Plätze im Ranking

der größten Unternehmen im Lebensmitteleinzelhandel. Da im Lebensmittelbereich zuletzt Preiserhöhungen oberhalb der Inflationsrate zu verzeichnen waren, änderte sich das Verbraucherverhalten jedoch und der Marktanteil der Discounter steigt zulasten der Supermärkte, die allerdings ein Umsatzwachstum bei den Handelsmarken verzeichnen können.

- Der Lebensmitteleinzelhandel leidet zwar momentan weniger unter Lieferengpässen als noch 2023, die Lage bleibt aber schwierig. 2023 berichteten noch ca.70% der Lebensmittelhändler über Lieferprobleme. Kostendruck, Personalmangel und veränderte Kundenbedürfnisse haben im Lebensmitteleinzelhandel zudem zu einem Technologieschub geführt und die Unternehmen investieren in digitale Innovationen.
- Den genannten Herausforderungen des Marktes begegnet die REWE David Hegemann oHG mit der Intensivierung der Servicetätigkeiten, der Einbindung von mehr Technik (Handscanner, HSC Kassen) sowie der Verstärkung der Tages-Angebote und der Erweiterung des Handelsmarken-Angebotes („JA“ Produkte). Nicht zuletzt sind auch der Umbau des Hauptsitzes, der neue Markt in Meerbusch sowie auch die geplante Errichtung einer Inklusionsabteilung Bausteine auf dem Weg zu einer weiteren Stärkung der Positionierung am Markt.
- Im laufenden Jahr wird zunächst weiterhin eine spürbare Zurückhaltung der Verbraucherinnen und Verbraucher erwartet, allerdings dürften die sinkende Inflation und steigende Löhne und Gehälter die Kaufkraft stärken und im Jahresverlauf für mehr Nachfrage im Einzelhandel sorgen. Die genannten Maßnahmen der REWE David Hegemann oHG sowie auch die ohnehin durch eine überdurchschnittlich hohe, einzelhandelsrelevante Kaufkraft geprägten Standorte Düsseldorf und Meerbusch dürften in diesem Kontext sicherstellen, dass den wettbewerbsbestimmenden Kräften standgehalten werden kann und eine weitere Expansion des Unternehmens realisiert wird.
- Hinsichtlich der betriebswirtschaftlichen Planung ist anzumerken, dass von Beginn an zunehmende Jahresüberschüsse und ein positiver Cashflow realisiert werden können. Die Zahlungsfähigkeit bleibt in jedem Fall erhalten und ermöglicht zudem die Re-Investition in die beschafften Wirtschaftsgüter.

Zusammenfassend kann vor dem Hintergrund der Marktgegebenheiten sowie der Wettbewerbsposition der REWE David Hegemann oHG von einem wirtschaftlichen Vorhaben und somit einer langfristigen Sicherung der Arbeitsplätze für schwerbehinderte Mitarbeitende ausgegangen werden. Die Förderung des Vorhabens ist daher u.E. zu befürworten“ (FAF gGmbH vom 06.03.2024).

3.2.5. Bezuschussung

3.2.5.1. Zuschüsse zu Investitionen

Im Rahmen der Gründung der Inklusionsabteilung werden für die Neuschaffung von acht Arbeitsplätzen für Personen der Zielgruppe des § 215 SGB IX Investitionen in Höhe von 294.000 € geltend gemacht. Darin enthalten sind Kosten für ein Tiefkühlregal (110 T €), ein Kühlregal für Molkereiprodukte (96 T €) sowie ein Trockensortimentsregal (88 T €). Diese Investitionen können gem. §§ 215 ff. SGB IX mit 160.000 € bezuschusst werden, dies entspricht 54 % der Gesamtinvestition. Der verbleibende Betrag wird aus Eigenmitteln finanziert. Die Absicherung des Zuschusses erfolgt durch eine Bankbürgschaft. Für den

Investitionszuschuss wird für jeden der neu geschaffenen Arbeitsplätze eine Bindungsfrist von 60 Monaten festgelegt.

3.2.5.2. Laufende Zuschüsse

Die Berechnung der laufenden Zuschüsse für Inklusionsbetriebe ist in der Anlage ausführlich beschrieben. Die Förderung erfolgt entsprechend der unter Ziff. 1.2. der Vorlage dargelegten Rahmenbedingungen. Die Personalkosten (PK) und die laufenden Zuschüsse für die Personen der Zielgruppe sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 6: PK (jährliche Steigerung um 2 %) und Zuschüsse

	ab 08.2024	2025	2026	2027	2028
Personen	9	9	9	9	9
PK (AN-Brutto) in €	91.035	222.854	227.311	231.857	236.494
Zuschuss § 27 SchwbAV in €	27.311	66.856	68.193	69.557	70.948
Zuschuss § 217 SGB IX in €	13.500	32.400	32.400	32.400	32.400
Zuschüsse Gesamt in €	40.811	99.256	100.593	101.957	103.348

3.2.6. Beschlussvorschlag

Der Sozialausschuss beschließt gem. §§ 215 ff. SGB IX die Anerkennung und Förderung einer Inklusionsabteilung in der REWE David Hegemann oHG. Der Beschluss umfasst einen Zuschuss zu den Investitionen für die Schaffung von acht neuen Arbeitsplätzen für Beschäftigte der Zielgruppe des § 215 SGB IX in Höhe von 160.000 € und laufende Zuschüsse gem. § 217 SGB IX und § 27 SchwbAV von bis zu 40.811 € für das Jahr 2024 und die Folgejahre wie zuvor dargestellt.

Die Förderung erfolgt, soweit dies projekt- und personenbezogen möglich ist, unter Einbeziehung des Landesprogramms „Integration unternehmen!“, des LVR-Budgets für Arbeit – Aktion Inklusion, den Eingliederungsleistungen nach dem SGB II und III sowie der Förderung von Inklusionsbetrieben durch das LVR-Inklusionsamt gem. §§ 215 ff. SGB IX.

3.3. e.CW Logicon gGmbH

3.3.1. Zusammenfassung

Die e.CW Logicon gGmbH wurde 2002 gegründet und ist Teil des Unternehmensverbundes der Evangelische Dienste Duisburg gGmbH (EDD gGmbH), die in 2023 durch den Zusammenschluss des Evangelischen Christophoruswerkes e. V. mit der Evangelischen Altenhilfe Duisburg gGmbH entstanden ist. Neben der Gestellung von Fahrern für Fahrdienste der Tagespflege und der Übernahme der internen Logistik umfasst das Aufgabengebiet der e.CW Logicon insbesondere die Speisenversorgung der verbundzugehörigen Einrichtungen

auf dem Pflegecampus in Duisburg-Meiderich sowie der im Stadtgebiet verorteten Außenhäusern, welche ihrerseits jeweils in den Bereichen der Altenpflege und Behindertenhilfe tätig sind. Das Unternehmen beabsichtigt weitergehend einen aktuell bestehenden Cafébetrieb auf vorgenanntem Areal zu ersetzen und diesen in neuen Räumlichkeiten mit attraktiverem und erweitertem Angebot neu zu errichten. Neben der Übernahme von drei Mitarbeitenden, welche bereits in bestehendem Cafébetrieb tätig sind, sollen im Rahmen der Anerkennung und Gründung einer Inklusionsabteilung drei Arbeitsplätze für Personen der Zielgruppe neu geschaffen werden. Im Zuge dessen wird ein Investitionszuschuss von 24.800 € sowie jährliche Zuschüsse zu den Personalkosten der Beschäftigten der Zielgruppe beantragt. Eine positive betriebswirtschaftliche Stellungnahme der Fachberatung für Arbeits- und Firmenprojekte - FAF gGmbH liegt vor (s. Ziff. 3.3.4.).

3.3.2. Die e.CW Logicon gGmbH

Die e.CW Logicon gGmbH mit Sitz in Duisburg ist eine Tochtergesellschaft der in 2023 gegründeten Evangelische Dienste Duisburg gGmbH (EDD gGmbH), welche aus dem Zusammenschluss des Evangelischen Christophoruswerkes e. V. mit der Evangelischen Altenhilfe Duisburg gGmbH entstanden ist. Die e.CW Logicon gGmbH tritt darüber hinaus als alleiniger Gesellschafter der e.CW Parcion gGmbH auf, welche Dienstleistungen im Bereich der Wäscheversorgung und Unterhaltsreinigung anbietet und bereits seit dem Jahr 2018 über eine anerkannte Inklusionsabteilung verfügt. Selbst bietet das Unternehmen insbesondere Leistungen im Rahmen der Speisensversorgung in Kooperation mit externen Zulieferern, der internen Logistik sowie der Fahrdienste im Bereich der Tagespflege für die Gesellschaften des Unternehmensverbundes an. Die e.CW Logicon gGmbH plant nunmehr weitergehend, eine Inklusionsabteilung im Gastronomiebereich zu gründen. Ein bestehender Cafébetrieb am Hauptstandort an der Bonhoefferstraße in Duisburg, an dem u. a. fünf Seniorenzentren, zwei „Wohnen mit Service“-Einrichtungen, eine Zentralküche, eine Wäscherei, die Pflegeschule des Christophoruswerkes sowie die Verwaltung der EDD gGmbH angesiedelt sind, soll im Zuge dessen ersetzt und an attraktiverem Standort mit erweitertem Angebot neu errichtet werden. Der ebenfalls im Zentrum der Pflege- und Wohnanlage befindliche, neue Restaurantbetrieb verfügt über einen Speisesaal, in dem zugleich etwa 50 Gäste Platz finden sowie eine Terrassenfläche für weitere 20 Außenplätze. Insgesamt sollen im Rahmen des Vorhabens drei Arbeitsplätze für Beschäftigte der Zielgruppe des § 215 SGB IX neu geschaffen werden.

3.3.3. Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderung

Die Arbeitsplätze für Personen der Zielgruppe des § 215 SGB IX werden im Bereich der Helfertätigkeiten entstehen und umfassen im Wesentlichen die Bereitstellung und Vorbereitung der Speisen für den Verkauf, die Verkaufspräsentation und Regeneration im Zuge des „Cook and Chill“-Verfahrens, Reinigungs- und Hygienearbeiten sowie Kontroll- und Dokumentationsarbeiten. Die Arbeitsplätze sind als Teilzeitstellen angelegt, die Entlohnung erfolgt nach dem Tarifvertrag des Hotel- und Gaststättengewerbes (DeHoGa). Die arbeitsbegleitende und psychosoziale Betreuung wird durch die Betriebsleitung sowie Mitarbeitende mit sozialpädagogischer Qualifikation sichergestellt.

3.3.4. Wirtschaftlichkeit des Vorhabens

Im Rahmen des Antrages auf Anerkennung und Förderung einer Inklusionsabteilung in der e.CW Logicon gGmbH hat das LVR-Inklusionsamt die FAF gGmbH mit der Begutachtung der Wirtschaftlichkeit des Vorhabens beauftragt. In ihrer Stellungnahme vom 20.03.2024 kommt diese zu folgendem Ergebnis:

„(...) Die Zusammenführung folgender Stärken und Schwächen sowie Chancen und Risiken führt zur Gesamtbeurteilung des Vorhabens:

- Das Café-Restaurant verfügt mit den Bewohnern, Mietern und Mitarbeitenden über ein ausreichendes Kundenpotential. Bei vollständiger Belegung beherbergt das Areal an der Bonhoefferstraße ca. 480 Bewohner sowie 116 Mieter (Wohnen mit Service). Ca. 690 Mitarbeitende sind zudem in den dortigen Einrichtungen tätig. Hinzu kommen 147 Pflegeschüler. Der Pflegecampus ist zwar unbeschränkt zugänglich, das zukünftige Gästepotential des Gastronomiebetriebs dürfte aber insbesondere die Mieter, Mitarbeitenden und Schüler umfassen.
- Die pflegerische Betreuung und häuslicher Unterstützung der Mieter durch die Einrichtungen der EDD gGmbH ermöglichen zudem Synergieeffekte hinsichtlich der Speiserversorgung der Bewohner durch das Restaurant. Das Restaurant stellt schließlich den gastronomischen Mittelpunkt und einen wesentlichen Faktor der Attraktivität des Quartiers dar.
- Der bisherige Gastronomiebetrieb auf dem Gelände in Duisburg-Meiderich (Café Zentral) war zwar bereits bei den Mietern etabliert, aufgrund der räumlichen Gegebenheiten und der Speisenauswahl war das Potential des Café-Restaurants bisher jedoch begrenzt. Die Räumlichkeiten des neuen Betriebs sind deutlich attraktiver und laden in erheblicher Weise zum längeren Verbleib ein.
- Es erfolgt zudem eine Qualitätsverbesserung durch die Zulieferung der Warmverpflegung durch einen externen Dienstleister seit Januar 2024, welche bereits zu höherer Akzeptanz und Kundenzufriedenheit geführt hat. Das bisherige Angebot des Cafés Zentral wird schließlich im neuen Betrieb erweitert. Besondere Aktionen zu Feiertagen, Spezialangebote wie z.B. Grillgerichte auf der angrenzenden Außenterrasse, sowie das Angebot von frischen Salaten und Bowls führen zu einer deutlich höheren Vielfalt als bisher.
- Die Gewinn- und Verlustplanung für den Geschäftsbereich Café-Restaurant kann vor dem Hintergrund des erhöhten Beköstigungspotentials und somit sukzessiv zunehmender Umsatzvolumina zwar ein finanzielles Gleichgewicht (Einzahlungen > Auszahlungen) aufweisen, auf Basis einer solchen Kostenstellenbetrachtung kann ein negativer Deckungsbeitrag aber keineswegs ausgeschlossen werden.
- Die Verantwortlichen der e.CW Logicon gGmbH sind sich des Risikos eines negativen Deckungsbeitrages bewusst und werden die kostenstellenbezogenen Defizite gegebenenfalls auf Unternehmensebene auffangen. Aus Sicht des Gesamtunternehmens dürften derartige Defizite ohnehin nur einen unerheblichen Einfluss auf die e.CW Logicon gGmbH haben.

Liquidität ist in ausreichendem Maße im Unternehmen vorhanden und Plan-Abweichungen im Gastronomiebereich können somit sowohl aus eigener Kraft als auch mithilfe des Gesellschafters aufgefangen werden. In diesem Kontext ist anzumerken, dass Gastronomiebetriebe innerhalb von Pflege- oder Senioreneinrichtungen nur selten kostendeckend geführt werden können, sie stellen aber eine wesentliche Leistungskomponente im Rahmen der Pflege- und Wohnangebote dar, so dass eine Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebs in jedem Fall sichergestellt ist.

Unter Berücksichtigung der genannten Faktoren ist somit von einer hohen Wahrscheinlichkeit der langfristigen Sicherung der Arbeitsplätze für schwerbehinderte Mitarbeiter/-innen auszugehen, so dass eine Förderung des Vorhabens zu empfehlen ist“ (FAF gGmbH vom 20.03.2024).

3.3.5. Bezuschussung

3.3.5.1. Zuschüsse zu Investitionen

Im Rahmen der Gründung und Anerkennung der Inklusionsabteilung werden für die Neuschaffung von drei Arbeitsplätzen für Personen der Zielgruppe des § 215 SGB IX Investitionen in Höhe von 31.000 € geltend gemacht. Darin enthalten sind Kosten für Kochutensilien und Essgeschirr (8 T €), ein Grill (6 T €), ein Kassensystem (4 T €) sowie weitere Ausstattungen für den gastronomischen Betrieb inkl. des Außenbereichs (13 T €). Diese Investitionen können gem. §§ 215 ff. SGB IX mit 24.800 € bezuschusst werden, dies entspricht 80 % der Gesamtinvestition. Der verbleibende Betrag wird aus Eigenmitteln finanziert. Die Absicherung des Zuschusses erfolgt durch eine Bankbürgschaft. Für den Investitionszuschuss wird für jeden der neu geschaffenen Arbeitsplätze eine Bindungsfrist von 60 Monaten festgelegt.

3.3.5.2. Laufende Zuschüsse

Die Berechnung der laufenden Zuschüsse für Inklusionsbetriebe ist in der Anlage ausführlich beschrieben. Die Förderung erfolgt entsprechend der unter Ziff. 1.2. der Vorlage dargelegten Rahmenbedingungen. Die Personalkosten (PK) und die laufenden Zuschüsse für die Personen der Zielgruppe sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 7: PK (jährliche Steigerung um 2 %) und Zuschüsse

	ab 05.2024	2025	2026	2027	2028
Personen	3	3	3	3	3
PK (AN-Brutto) in €	45.920	80.294	81.900	83.538	85.209
Zuschuss § 27 SchwbAV in €	13.776	24.088	24.570	25.061	25.563
Zuschuss § 217 SGB IX in €	6.300	10.800	10.800	10.800	10.800
Zuschüsse Gesamt in €	20.076	34.888	35.370	35.861	36.363

3.1.6. Beschlussvorschlag

Der Sozialausschuss beschließt gem. §§ 215 ff. SGB IX die Anerkennung und Förderung einer Inklusionsabteilung in der e.CW Logicon gGmbH. Der Beschluss umfasst einen Zuschuss zu den Investitionen für die Schaffung von drei neuen Arbeitsplätzen für Beschäftigte der Zielgruppe des § 215 SGB IX in Höhe von 24.800 € und laufende Zuschüsse gem. § 217 SGB IX und § 27 SchwbAV von bis zu 20.076 € für das Jahr 2024 und die Folgejahre wie zuvor dargestellt.

Die Förderung erfolgt, soweit dies projekt- und personenbezogen möglich ist, unter Einbeziehung des Landesprogramms „Integration unternehmen!“, des LVR-Budgets für Arbeit – Aktion Inklusion, den Eingliederungsleistungen nach dem SGB II und III sowie der Förderung von Inklusionsbetrieben durch das LVR-Inklusionsamt gem. §§ 215 ff. SGB IX.

4. Nachrichtliche Information zu Erweiterungen von Inklusionsbetrieben

4.1 Alexianer MoVeKo GmbH

Die Alexianer MoVeKo GmbH mit Sitz in Köln wurde 2018 gegründet sowie einhergehend als Inklusionsunternehmen anerkannt. Gesellschafter ist die Alexianer Werkstätten gGmbH, ihres Zeichens wiederum anerkannte Werkstatt für behinderte Menschen mit verschiedenen Standorten im Kölner Stadtgebiet sowie in und um Münster. Darüber hinaus tritt die Alexianer Werkstätten GmbH zudem als Gesellschafter des Inklusionsunternehmens Integra Hotel GmbH auf und betreibt sowohl das Hotel Begardenhof (Köln-Rodenkirchen) als auch das Restaurant-Bistro eXcellent (Bezirksrathaus Köln-Kalk). Als Geschäftsführer der Alexianer MoVeKo GmbH sowie des Gesellschafters ist Herr Matthias Hopster bestellt. Währenddessen die Alexianer Werkstätten gGmbH u. a. bereits langjährig mit dem Kölner Motorenhersteller Deutz AG kooperiert, wurde mit Gründung der Alexianer MoVeKo GmbH eine weitergehende Beauftragung und Dienstleistungserbringung vereinbart. Dem entsprechend werden seither durch das Inklusionsunternehmen Montage- Verpackungs- sowie Konfektionierungsarbeiten im Rahmen einer langfristigen, arbeitsteiligen Kooperation für die Deutz AG verrichtet (Dienstleistung im Rahmen der Kontraktlogistik). Die Alexianer MoVeKo GmbH beschäftigt aktuell 49 Mitarbeitende, davon 20 Personen der besonderen Zielgruppe des § 215 SGB IX.

4.1.1. Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderung

Im Zuge der Übernahme weiterer Werkleistungen für den Bereich Logistik und Qualität für Ersatzteile der Deutz AG bzw. einer Ausweitung des bestehenden Rahmenvertrages und der Zusammenarbeit plant die Alexianer MoVeKo GmbH nunmehr eine Erweiterung mit Neuschaffung von insgesamt elf Arbeitsplätzen, davon fünf für Mitarbeitende der Zielgruppe. Die zu verrichtenden Tätigkeiten werden dabei weiterhin vorwiegend unmittelbar in den Hallen bzw. auf dem Gelände des Kooperationspartners verrichtet. Der Einsatz der Beschäftigten mit Schwerbehinderung soll in der Produktion vorrangig als Montagehelfer und Verpacker erfolgen, u. a. an sogenannten Skin- und Blisterverpackungsmaschinen. Die Arbeitsplätze sind als Vollzeitstellen angelegt, die Entlohnung erfolgt in Anlehnung an den Tarif der Speditions-, Logistik- und Transportwirtschaft. Die arbeitsbegleitende und psychosoziale Betreuung wird durch eine entsprechend qualifizierte Person im Sozialen Dienst der Alexianer MoVeKo GmbH sichergestellt.

4.1.2. Wirtschaftlichkeit des Vorhabens

Eine positive betriebswirtschaftliche Stellungnahme der Fachberatung für Arbeits- und Firmenprojekte - FAF gGmbH liegt vor, wobei insbesondere die folgenden Marktchancen und –risiken sowie Stärken und Schwächen herausgestellt werden: „(...)

- Zu den zentralen Risiken gehört sicherlich die Konzentration des Geschäftsbetriebs der MoVeKo GmbH auf nur einen Kunden. (...)
- Die Einbindung der MoVeKo GmbH in die Wertschöpfungskette der Deutz AG bietet aber auch Chancen und Wettbewerbsvorteile. Kontraktlogistik-Dienstleister übernehmen logistische und logistikt nahe Aufgaben entlang der Wertschöpfungskette und stellen das Bindeglied zwischen sämtlichen Wertkettenbeteiligten dar. Ein Wechsel ist für den Auftraggeber zumeist mit erheblichen Risiken und Kosten verbunden. (...)
- Zu den Stärken der MoWeKo GmbH gehört, dass diese sich innerhalb der Deutz AG bereits etabliert hat und über Verständnis für die Abläufe sowie über Kenntnisse hinsichtlich der Vernetzung der Prozesse verfügt. Im Kontext des Erweiterungsvorhabens kann die MoVeKo GmbH das Angebot ausbauen und sich somit stärker positionieren. (...)
- In der Koordination der Betriebsabläufe der beiden Unternehmen und der leistungsbezogenen Konditionengestaltung könnten Schwächen des Konzeptes liegen, aufgrund der bisherigen Erfahrungen kann dies aber aus heutiger Sicht vermieden werden. (...)
- Die Planungsrechnungen sind nachvollziehbar und wurden auf Basis der vertraglich vereinbarten Konditionen sowie angesichts des künftigen Auftragsvolumens erstellt. Bei plangemäßer Entwicklung können mit der Erweiterung sowohl der Cashflow als auch das Betriebsergebnis stabilisiert und optimiert werden.

Vor dem Hintergrund der unternehmensinternen sowie der unternehmensexternen Erfolgsfaktoren kann bei der Erweiterung der MoVeKo GmbH von einem wirtschaftlichen Vorhaben ausgegangen werden, bei dem die Chancen und Stärken gegenüber den Risiken und Schwächen überwiegen. Die Voraussetzungen für eine weitere Stabilisierung der Marktposition sind demnach als günstig zu beurteilen.

Es ist zusammenfassend von einer langfristigen Sicherung der neu zu schaffenden sowie auch der bestehenden Arbeitsplätze für schwerbehinderte Menschen auszugehen, so dass die Förderung des Erweiterungsvorhabens der MoVeKo GmbH u.E. zu empfehlen ist“ (FAF gGmbH vom 14.02.2024).

4.1.3. Bezuschussung

Im Rahmen der Erweiterung macht die Alexianer MoVeKo GmbH Investitionen von 124.400 € geltend. Darin enthalten sind Kosten für einen teilautomatisierten Paket-umreicher (27 T €), einen Brückenkran mit elektrischem Kettenzug (25 T €), Hubwagen und Werkbänke (24 T €), Maschinen und Geräte (21 T €), Ausstattungen Büro und Pausenraum (15 T €), eine Paketklebemaschine (7 T €) sowie EDV-Ausstattungen (5 T €). Diese Investitionen können gem. §§ 215 ff. SGB IX mit 99.520 € bezuschusst werden, dies entspricht

80 % der Gesamtinvestition. Der verbleibende Betrag in Höhe von 24.880 € wird aus Eigenmitteln finanziert. Die Absicherung des Zuschusses erfolgt über eine Bankbürgschaft. Für den Investitionszuschuss wird für jeden der neu geschaffenen Arbeitsplätze eine Bindungsfrist von 60 Monaten festgelegt.

4.1.4. Bewilligung

Die Erweiterung der Alexianer MoVeKo GmbH um fünf Arbeitsplätze für Beschäftigte der Zielgruppe gem. § 215 SGB IX wird entsprechend Beantragung bewilligt. Der Beschluss umfasst einen einmaligen Zuschuss in Höhe von 99.520 € zu den Investitionskosten sowie laufende Zuschüsse gem. §§ 217 SGB IX und 27 SchwbAV.

Die Förderung erfolgt, soweit dies projekt- und personenbezogen möglich ist, unter Einbeziehung des Landesprogramms „Integration unternehmen!“, des Bundesprogramms „Inklusionsinitiative II – AlleImBetrieb“, des LVR-Budgets für Arbeit – Aktion Inklusion, den Eingliederungsleistungen nach dem SGB II und III sowie der Förderung von Inklusionsbetrieben durch das LVR-Inklusionsamt gem. §§ 215 ff. SGB IX.

In Vertretung

D r . S c h w a r z

Anlage zur Vorlage Nr. 15/2315:

Begutachtung und Förderung von Inklusionsbetrieben gem. §§ 215 ff. SGB IX

1. Das Beratungs- und Antragsverfahren

Das Beratungs- und Antragsverfahren zur Förderung von Inklusionsbetrieben gem. §§ 215 ff. SGB IX erfolgt auf der Grundlage der Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) zur Förderung von Inklusionsbetrieben und der daraus abgeleiteten Förderrichtlinien des LVR-Inklusionsamtes.

Das Beratungs- und Antragsverfahren folgt den Gegebenheiten und Fragestellungen der einzelnen Antragsteller, es gibt keine festgelegten Fristenregelungen oder Zugangsbeschränkungen. Im Regelfall durchläuft jedes Projekt folgende Abfolge:

- Erstberatungsgespräch
- Einreichen einer ersten Unternehmensskizze
- Inhaltliche und betriebswirtschaftliche Beratung zur Ausarbeitung eines detaillierten Unternehmenskonzeptes
- Beratung hinsichtlich der Gesamtfinanzierung
- Vermittlung von Kontakten zu IFD, Agentur für Arbeit u.a.
- Einreichen eines detaillierten Unternehmenskonzeptes einschließlich betriebswirtschaftlicher Ausarbeitungen
- Hilfestellung bei der Beantragung weiterer Fördermittel (Aktion Mensch, Stiftung Wohlfahrtspflege u.a.)
- Betriebswirtschaftliche Stellungnahme durch die Fachberatung für Arbeits- und Firmenprojekte gGmbH (FAF gGmbH)
- Beschlussvorschlag des LVR-Inklusionsamtes

Inklusionsbetriebe sind Wirtschaftsunternehmen, die ihre Entscheidungen aufgrund wirtschaftlicher Rahmenbedingungen und der jeweiligen Marktsituation treffen. Daher können von Seiten des LVR-Inklusionsamtes Faktoren wie Standort und Größe des Unternehmens, Betriebsbeginn, Anteil bestimmter Zielgruppen an der Gesamtbelegschaft etc. nicht vorgegeben oder maßgeblich beeinflusst werden.

Im Beratungs- und Antragsverfahren werden die inhaltlichen und betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen geprüft und bewertet. Werden diese Bedingungen von den Antragstellenden erfüllt, liegen alle weiteren unternehmerischen Entscheidungen, wie z.B. die Personalauswahl, alleine in der Verantwortung der Unternehmen.

Alle Inklusionsbetriebe, für die dem zuständigen Fachausschuss seitens des LVR-Inklusionsamtes ein positiver Beschlussvorschlag vorgelegt wird, erfüllen die in den Empfehlungen der BIH und den Förderrichtlinien des LVR-Inklusionsamtes vorgegebenen Bedingungen. Es ist jedoch anzumerken, dass insbesondere bei Unternehmensgründungen sowohl Chancen als auch Risiken bestehen. Diese werden im Rahmen des Antragsverfahrens sorgfältig abgewogen, ein sicherer wirtschaftlicher Erfolg eines Inklusionsbetriebes kann jedoch in keinem Fall garantiert werden.

2. Die Förderung von Inklusionsbetrieben gem. §§ 215 ff. SGB IX

Inklusionsbetriebe beschäftigen auf 30 % bis 50 % ihrer Arbeitsplätze Menschen mit Behinderung, die aufgrund von Art und Schwere der Behinderung, aufgrund von Langzeitarbeitslosigkeit oder weiteren vermittlungshemmenden Umständen (z.B. Alter, mangelnde Qualifikation) und trotz Ausschöpfens aller Fördermöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt besonders benachteiligt sind. Zum Ausgleich der sich daraus ergebenden Nachteile können Inklusionsbetriebe aus Mitteln der Ausgleichsabgabe Leistungen für erforderliche Investitionen, besonderen Aufwand sowie betriebswirtschaftliche Beratung erhalten. Eine Förderung von Gründungsvorhaben ist möglich, wenn mindestens drei Arbeitsplätze für Personen der Zielgruppe des § 215 SGB IX neu geschaffen werden. Die Förderung von Erweiterungsvorhaben bestehender Inklusionsbetriebe orientiert sich am betrieblichen Bedarf und ist ab der Neuschaffung eines einzelnen Arbeitsplatzes möglich. Als Arbeitsplatz gelten in Inklusionsbetrieben gem. § 185 Abs. 2 Satz 3 SGB IX Stellen, auf denen Personen mit einem Stundenumfang von mindestens 12 Stunden beschäftigt werden.

Auf die gesetzlich definierte Quote von 30 % bis 50 % wird auch die Anzahl der psychisch kranken beschäftigten Menschen angerechnet, die behindert oder von Behinderung bedroht sind und deren Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufgrund von Art und Schwere der Behinderung oder wegen sonstiger Umstände auf besondere Schwierigkeiten stößt. Die Finanzierung von Leistungen für diesen Personenkreis der psychisch kranken Menschen ohne eine anerkannte Schwerbehinderung erfolgt nicht durch das LVR-Inklusionsamt, sondern durch den zuständigen Rehabilitationsträger.

2.1. Regelförderung durch das LVR-Inklusionsamt

2.1.1. Zuschüsse zu Investitionskosten

Investitionshilfen für Inklusionsbetriebe sind möglich für Aufbau, Erweiterung, Modernisierung und Ausstattung. Gefördert werden können bspw. Anschaffungen von Maschinen, Gerätschaften oder Büroausstattung sowie Bau- und Sachinvestitionen, die dem Aufbau bzw. der Erweiterung des Inklusionsbetriebes dienen. Nicht förderfähig sind bspw. Grunderwerbskosten, Miet- und Projektvorlaufkosten sowie reine Ersatzbeschaffungen.

Als Zuwendungsart für Investitionshilfen kommen Zuschüsse, Darlehen und Zinszuschüsse zur Verbilligung von Fremdmitteln in Betracht. Art und Höhe der Förderung richtet sich nach den Umständen des einzelnen Inklusionsbetriebes. Berücksichtigt werden bei der Bewertung des Einzelfalls insbesondere der Anteil von Menschen mit Behinderung an der Gesamtbeschäftigtenzahl, die wirtschaftliche Situation des Projektträgers, die Gesamtinvestitionssumme, der Finanzierungsplan sowie branchenbezogene Kriterien.

Grundsätzlich sind maximal 80 % der Gesamtinvestition förderfähig, 20 % der investiven Kosten sind zwingend als Eigenanteil zu erbringen. Es gelten folgende Richtwerte:

- pro neu geschaffenem Arbeitsplatz für einen Menschen der Zielgruppe des § 215 SGB IX können 80 % der notwendigen Kosten, höchstens aber 20.000 €, als Zuschuss gezahlt werden.
- zur Sicherung eines bestehenden Arbeitsplatzes eines Menschen der Zielgruppe des § 215 SGB IX können im Einzelfall, z.B. bei Standortschließungen, 80 % der notwendigen Kosten, höchstens aber 15.000 € als Zuschuss

gezahlt werden, wenn der Arbeitsplatz damit an anderer Stelle im Unternehmen erhalten werden kann.

Die genannten Beträge sind Richtwerte, die Höhe wird projektbezogen festgelegt. Zuschüsse und Darlehen müssen gegenüber dem LVR-Inklusionsamt durch Stellung einer Sicherheit für den Zeitraum der Bindungsfrist abgesichert werden. Die Bindungsfrist für die Besetzung eines Arbeitsplatzes umfasst bei Bewilligung des maximalen Investitionszuschusses einen Zeitraum von fünf Jahren. Als Sicherheit kommen bspw. eine Bank- oder Gesellschafterbürgschaft sowie eine Grundschuldeintragung in Frage, die Kombination verschiedener Sicherheiten ist möglich. Leasing von Ausstattungsgegenständen kann im Rahmen der festgelegten Zuschusshöhe gefördert werden, in diesem Fall entfällt die Stellung von Sicherheiten.

2.1.2. Laufende Zuschüsse als Nachteilsausgleiche

Inklusionsbetriebe erhalten für die Beschäftigung eines besonders hohen Anteils von Menschen mit Behinderung an der Gesamtbelegschaft laufende Zuschüsse als Nachteilsausgleiche. Diese Leistungen werden in pauschalierter Form erbracht, für ein Kalenderjahr festgelegt und in der Regel vierteljährlich ausgezahlt. Die laufenden Förderungen gelten auch für Auszubildende.

Arbeitsverhältnisse, die gem. § 16 e oder § 16 i SGB II (Teilhabechancengesetz) gefördert werden und nur eingeschränkt sozialversicherungspflichtig sind, werden nicht zusätzlich aus Mitteln der Ausgleichsabgabe bezuschusst.

2.1.2.1 Abgeltung des besonderen Aufwands

Nach § 217 SGB IX können Inklusionsbetriebe finanzielle Mittel für den so genannten besonderen Aufwand erhalten. Hierbei handelt es sich um einen über die typischen Kosten branchen- und größengleicher Unternehmen hinausgehenden Aufwand, der auf die Beschäftigung besonders betroffener Menschen mit Behinderung sowie auf die Verfolgung qualifizierender und rehabilitativer Ziele zurückzuführen ist und der die Wettbewerbsfähigkeit des Inklusionsbetriebes im Vergleich mit anderen Unternehmen beeinträchtigen kann. Hierzu zählen insbesondere:

- eine überdurchschnittlich aufwendige arbeitsbegleitende Betreuung,
- eine zeitweise oder dauerhafte psychosoziale Betreuung am Arbeitsplatz,
- das Vorhalten behinderungsgerechter Betriebsstrukturen und –prozesse.

Die Abgeltung des besonderen Aufwandes erfolgt mittels einer Pauschale pro beschäftigter Person der Zielgruppe in Höhe von 300,- € pro Monat (ab dem 01.01.2023; zuvor 210,- € pro Monat).

2.1.2.2 Beschäftigungssicherungszuschuss gem. § 27 SchwbAV

Bei den beschäftigten Menschen der Zielgruppe des § 215 Abs. 2 SGB IX wird unterstellt, dass deren Arbeitsleistung dauerhaft unterhalb der Normalleistung eines Menschen ohne Schwerbehinderung liegt. Zum Ausgleich erhalten Inklusionsbetriebe für Personen der Zielgruppe eine entsprechende Pauschale in Höhe von 30 % des Arbeitnehmerbruttogehaltes (AN-Brutto) nach vorherigem Abzug von Lohnkostenzuschüssen Dritter (sog. bereinigtes AN-Brutto).

2.2. Weitere Fördermöglichkeiten für Inklusionsbetriebe

2.2.1. Landesprogramm „Integration Unternehmen!“

Das Landesprogramm „Integration Unternehmen!“ wurde im Jahr 2011 als Regelförderinstrument implementiert. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW beabsichtigt, dauerhaft Mittel in Höhe von jährlich 2,5 Mio. € für investive Zuschüsse zur Neuschaffung von 250 Arbeitsplätzen für Menschen mit einer Schwerbehinderung in Inklusionsbetrieben in NRW zur Verfügung zu stellen. Die Aufteilung der Mittel erfolgt jeweils hälftig auf die beiden Landesteile.

2.2.2. Eingliederungszuschüsse nach den SGB II, III und IX

Inklusionsbetriebe können, wie jeder andere Arbeitgeber auch, für Personen, die sozialversicherungspflichtig eingestellt werden, Leistungen der Arbeitsförderung oder zur beruflichen Teilhabe erhalten. Diese so genannten Eingliederungszuschüsse werden personenabhängig, je nach Vorliegen der individuellen Anspruchsvoraussetzungen und nach Lage des Einzelfalls, gewährt. Deshalb sind sowohl Höhe als auch Bewilligungsdauer vorab nicht kalkulierbar. Gesetzliche Grundlagen dieser Eingliederungszuschüsse sind §§ 16 Abs. 1 SGB II, 217 bis 222, 235 a SGB III und 50 SGB IX.

Förderungen nach § 16 e und § 16 i SGB II (Job Perspektive) sind auch für Inklusionsbetriebe möglich, wenn die einzustellenden Personen die persönlichen Fördervoraussetzungen erfüllen. Zielgruppe sind langzeitarbeitslose Personen mit oder ohne Schwerbehinderung und weiteren Vermittlungshemmnissen.

2.2.3. LVR-Budget für Arbeit – Aktion Inklusion

Ein wichtiges Ziel der Förderung von Inklusionsbetrieben ist auch die Integration von Werkstattbeschäftigten sowie die Vermittlung von Schulabgänger*innen mit Behinderung in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis als Alternative zu einer Werkstattaufnahme.

An diese Zielgruppen richtet sich auch das LVR-Budget für Arbeit – Aktion Inklusion als ein gemeinsames Programm der LVR-Fachbereiche Inklusionsamt und Sozialhilfe. Es beinhaltet sowohl die gesetzlichen Leistungen gem. §§ 61, 61a SGB IX der Eingliederungshilfe als auch freiwillige Leistungen der Ausgleichsabgabe.

2.2.3.1 Teil I: Allgemeine Budgetleistungen

Mit diesem Programmteil werden Personen, die aus dem Arbeitsbereich einer WfbM oder eines anderen Leistungsanbieters auf einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz auf den allgemeinen Arbeitsmarkt wechseln sowie deren Arbeitgeber unterstützt. Gleiches gilt für Schulabgänger*innen mit Bedarf an sonderpädagogischer Unterstützung, bei denen eine wesentliche Behinderung sowie eine Schwerbehinderung vorliegen, als Alternative zu einer unmittelbar bevorstehenden WfbM-Aufnahme.

Höhe und Dauer des Arbeitgeberzuschusses werden für alle Arbeitgeber, auch für Inklusionsbetriebe, vom Träger der Eingliederungshilfe im Gesamtplanverfahren festgestellt und beschieden. Für Schülerinnen und Schüler erfolgt die Festlegung der Höhe und Dauer des Zuschusses durch das LVR-Inklusionsamt. Zum Ausgleich des Aufwands für Anleitung und Begleitung erhalten Inklusionsbetriebe auch für die genannten Personengruppen eine Pauschale zum besonderen Aufwand gem. § 217 Abs. 1 SGB IX (vgl. Ziff. 2.1.2.1.).

2.2.3.2 Teil II: Besondere Budgetleistungen

Leistungen nach Teil II können Arbeitgeber sowie besonders betroffene schwerbehinderte oder ihnen gleichgestellte Personen zur Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt erhalten.

Als Förderinstrumente, die auch für Inklusionsbetriebe zugänglich sind, stehen Einstellungs- und Ausbildungsprämien sowie am individuellen Unterstützungsbedarf ausgerichtete Budgetleistungen zur Hinführung einer Person auf ein konkretes Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis zur Verfügung. Zudem können bei Vorliegen der in §§ 26 a und b SchwbAV normierten Voraussetzungen Prämien und Zuschüsse zur betrieblichen Ausbildung von schwerbehinderten oder ihnen gleichgestellten Personen beantragt werden.

2.3. Stiftungsmittel

Inklusionsbetriebe können Fördermittel freier Stiftungen oder Organisationen erhalten, sofern die jeweiligen Fördervoraussetzungen, bspw. der steuerrechtlich anerkannte Status der Gemeinnützigkeit oder die Zugehörigkeit zu einem Spitzenverband der Wohlfahrtspflege, erfüllt werden. Bei der Finanzierung von Inklusionsbetrieben im Rheinland sind häufig weitere Fördermittelgeber beteiligt, dies sind insbesondere die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW, Aktion Mensch e.V. sowie die Kämpgen-Stiftung.

3. Berechnung der Zuschüsse für die einzelnen Inklusionsbetriebe

Die Berechnung der investiven Zuschüsse für neue Inklusionsbetriebe bzw. für Erweiterungsvorhaben bestehender Inklusionsbetriebe wird in der Regel auf Basis der Antragsunterlagen vorgenommen, der Technische Beratungsdienst des LVR-Inklusionsamtes wird bereits im Rahmen der Antragstellung beteiligt. Die Auszahlung der Investitionskostenzuschüsse erfolgt nach Stellung einer Sicherheit sowie im Regelfall nach Vorlage von Originalrechnung und Zahlungsnachweis.

Die Berechnung der laufenden Leistungen für Inklusionsbetriebe erfolgt im Sinne haushaltsplanerischer Vorsicht ohne Berücksichtigung von Zuschüssen Dritter. Zum Zeitpunkt der Entscheidung über eine Förderung durch das LVR-Inklusionsamt können die personenbezogenen Leistungen noch nicht beantragt werden, da die einzustellenden Personen erst zu einem späteren Zeitpunkt benannt werden können. Inklusionsbetriebe sind jedoch verpflichtet, für alle einzustellenden Personen entsprechende Leistungen bei vorrangigen Kostenträgern zu beantragen. Diese Leistungen reduzieren die Zuschüsse des LVR-Inklusionsamtes aus Mitteln der Ausgleichsabgabe entsprechend.

Die Berechnung der laufenden Zuschüsse erfolgt anhand eines zu erwartenden, am jeweiligen Branchentarif orientierten Arbeitnehmerbruttogehaltes mit einer jährlichen Steigerung von 2 %. Die Höhe der tatsächlichen Zuschüsse richtet sich jedoch nach den tatsächlichen Lohnkosten und den tatsächlichen Beschäftigungszeiten innerhalb eines Kalenderjahres.

4. Vergabe öffentlicher Aufträge

Mit in Kraft treten des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) am 01.01.2018 können gem. § 224 SGB IX Aufträge der öffentlichen Hand, die von Inklusionsbetrieben ausgeführt werden können, diesen bevorzugt angeboten werden. Dies galt bis zu diesem Zeitpunkt nur für Werkstätten für behinderte Menschen.

Vorlage Nr. 15/2368

öffentlich

Datum: 25.04.2024
Dienststelle: Fachbereich 73
Bearbeitung: Dr. Dieter Schartmann, Olaf Bauch, Thomas Fonck

Sozialausschuss	07.05.2024	empfehlender Beschluss
Ausschuss für Personal und allgemeine Verwaltung	17.06.2024	empfehlender Beschluss
Ausschuss für Inklusion	20.06.2024	empfehlender Beschluss
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	21.06.2024	empfehlender Beschluss
Landschaftsausschuss	25.06.2024	Beschluss

Tagesordnungspunkt:

Eckpunkte zu einem Modellprojekt "Vom betriebsintegrierten Arbeitsplatz in die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung"

Beschlussvorschlag:

Die Verwaltung wird beauftragt, ein Modellprojekt zur "regionalen Evaluation betriebsintegrierter Arbeitsplätze (BiAp) in WfbM" gemäß Vorlage Nr. 15/2368 zu erarbeiten und umzusetzen.

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:	090		
Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan		Aufwendungen: /Wirtschaftsplan	340.000 €
Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:		Auszahlungen: /Wirtschaftsplan	
Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:			340.000 €
Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten			ja

L u b e k

Worum geht es hier?

In leichter Sprache

Viele Menschen mit Behinderungen arbeiten aktuell in einer Werkstatt für behinderte Menschen. Sie arbeiten nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.



Manche Menschen sind zwar in einer Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt. Ihr Arbeitsplatz befindet sich aber in einem Unternehmen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Ein solcher Arbeitsplatz heißt in schwerer Sprache: Betriebs-integrierter Arbeitsplatz.

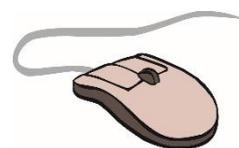
Der LVR hat das Ziel: Mehr Menschen aus einer Werkstatt sollen einen Arbeitsvertrag bei einem Unternehmen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erhalten. Oder dort eine Ausbildung machen können.

In einem Projekt will der LVR jetzt untersuchen: Was braucht es, damit mehr Menschen von einem betriebs-integrierten Arbeitsplatz auf den allgemeinen Arbeitsmarkt wechseln können?

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



Viele Informationen zum LVR in Leichter Sprache finden Sie unter leichtsprache.lvr.de.



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

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

Zusammenfassung

Von den insgesamt rund 38.000 Menschen mit einer Behinderung, die im Rheinland in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen (WfbM) arbeiten, führen rund 3.000 Menschen diese Arbeit auf einem betriebsintegrierten Arbeitsplatz (BiAp) aus. Bei einem betriebsintegrierten Arbeitsplatz handelt es sich um ein arbeitnehmerähnliches Rechtsverhältnis, nicht um eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit, obwohl in einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes gearbeitet wird.

Die Auswertung der Leistungsdokumentation der rheinischen WfbM hat gezeigt, dass die Übertrittswahrscheinlichkeit aus dem arbeitnehmerähnlichen Beschäftigungsverhältnis in einer WfbM in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bei einem BiAp höher liegt als bei Menschen mit Behinderung, die nicht auf einem BiAp arbeiten.

Zielsetzung des Modellprojektes ist es, diese Brückenfunktion eines betriebsintegrierten Arbeitsplatzes zu nutzen, um den Übergang in eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit zu fördern. In zwei Modellregionen im Rheinland sollen die BiAp mit der Zielsetzung überprüft werden, ob und wie aus einem BiAp dies gelingen kann und welche Voraussetzungen dafür erforderlich sind. Dabei soll der rechtliche Status der Beschäftigten gewandelt werden: weg vom arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis innerhalb der WfbM hin zu einem sozialversicherungs-pflichtigen Arbeitsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Durch das Modellprojekt sollen mindestens 10 % der untersuchten betriebsintegrierten Arbeitsplätze in sozialversicherungspflichtige Arbeits- bzw. Ausbildungsverhältnisse für Menschen mit einer wesentlichen Behinderung umgewandelt werden. Für die zukünftige operative Steuerungsunterstützung durch das LVR-Fallmanagement soll als zweites Ziel des Modellprojektes ein spezielles und geeignetes Frage- und Beratungsinstrument für den Übergang von einem BiAp in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung entwickelt und eingeführt werden.

Dazu soll ein Projektteam eingerichtet werden (1 Stelle Leitung, 3 Fallmanager*innen), welches die Leistungsberechtigten, ihr Umfeld und den Arbeitgeber informiert, berät und beim Übergangsprozess praktisch unterstützt.

Das Projekt bezieht sich auf die Zielrichtungen Nr. 2 (Die Personenzentrierung im LVR weiterentwickeln), Nr. 3 (Die Leistungen in Form des persönlichen Budgets steigern) und Nr. 4 (Den inklusiven Sozialraum mitgestalten).

Begründung der Vorlage Nr. 15/2368:

1. Ausgangslage

Mit der Vorlage Nr. 15/1826 zur Weiterentwicklung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch den LVR hat die Verwaltung angekündigt, Beschlussfassungen zu Forschungs- und Modellprojekten vorzulegen, um über deren Erkenntnisse im Sinne der Zielsetzungen des BTHG (Personenzentrierung, Übergangsförderung) besser steuern zu können. Hierbei hat der LVR folgende Leitziele formuliert:

- Die Leistungen werden differenziert, passgenau und personenzentriert erbracht.
- Die Leistungen werden flexibilisiert und dynamisiert – die Schnittstellen zwischen dem allgemeinen Arbeitsmarkt und der WfbM werden vermehrt in den Blick genommen und Übergänge verstärkt.
- Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollen so inklusiv und sozialräumlich wie möglich erbracht werden.

Teil der Vorlage Nr. 15/1826 bildet ein Modellprojekt mit der Zielsetzung, die betriebsintegrierten Arbeitsplätze im Rheinland hinsichtlich der Hinführung auf ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis zu überprüfen und zu eruieren, welche Voraussetzungen dafür erforderlich sind. Arbeitgeber und Leistungsberechtigte sind zu beraten und zu informieren, wie ein Übergang erreicht werden kann.

Dieses Modellprojekt leistet einen Beitrag zu der generellen Zielsetzung, Teilhabe am Arbeitsleben inklusiver zu gestalten.

2. Auftrag und Herleitung aus der UN-BRK

Sowohl die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), der Staatenbericht zur Umsetzung der UN-BRK, der aktuelle Koalitionsvertrag der Bundesregierung sowie der aktuell geplante Landes-Aktionsplan zur NRW-Kooperation Inklusiver Arbeitsmarkt (NRW-KIAM) fordern übereinstimmend verstärkte Anstrengungen, um die Teilhabe am Arbeitsleben inklusiver zu gestalten und insbesondere Alternativen zur Beschäftigung in einer WfbM zu ermöglichen.

Die Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention konstatiert in ihrem aktuellen Bericht aus 2024 „Menschenrechtliche Eckpunkte für die Reform von Werkstätten für behinderte Menschen“ das bestehende Werkstättensystem als förderlich für Segregation und Exklusion und damit als konventionswidrig und fordert ergänzend entsprechenden Anstrengungen im Feld des Wechsels aus einer WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (vgl. www.institut-fuer-menschenrechte.de).

Diese menschenrechtlich gebotene Forderung und Ausrichtung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vor dem Hintergrund des normativen Ansatzes der UN-BRK korrespondiert auf Seiten der in WfbM beschäftigten Menschen mit Behinderung. Gut 1/3 dieser Personen äußert den Wunsch, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig zu werden (vgl. „Studie zu einem transparenten, nachhaltigen und zukunftsfähigen Entgeltsystem für Menschen mit Behinderungen in Werkstätten für behinderte Menschen und deren Perspektiven auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt“, Forschungsbericht BMAS 09.2023, S. 131).

3. Betriebsintegrierte Arbeitsplätze im Rheinland

Derzeit arbeiten im Rheinland rund 2.900 Beschäftigte auf einem sogenannten betriebsintegrierten Arbeitsplatz (BiAp), ausgestaltet als „Einzel-BiAp“ oder als „Gruppen-BiAp“. Die Auswertung der Leistungsdokumentation der rheinischen WfbM aus dem Jahr 2022 zeigt, dass die Übertrittswahrscheinlichkeit aus dem arbeitnehmerähnlichen Beschäftigungsverhältnis in einer WfbM in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bei einem BiAp höher liegt als bei Menschen mit Behinderung, die nicht auf einem BiAp arbeiten, allerdings auf einem sehr bescheidenen Niveau.

Bezogen auf die Gesamtbeschäftigtenzahl in den rheinischen WfbM zum 31.12.2022 von 37.848 beträgt der Anteil aller betriebsintegriert Beschäftigten an der Gesamtbeschäftigtenzahl rd. 7,59 % (ein Plus um 0,3 Prozentpunkte zum Vorjahr).

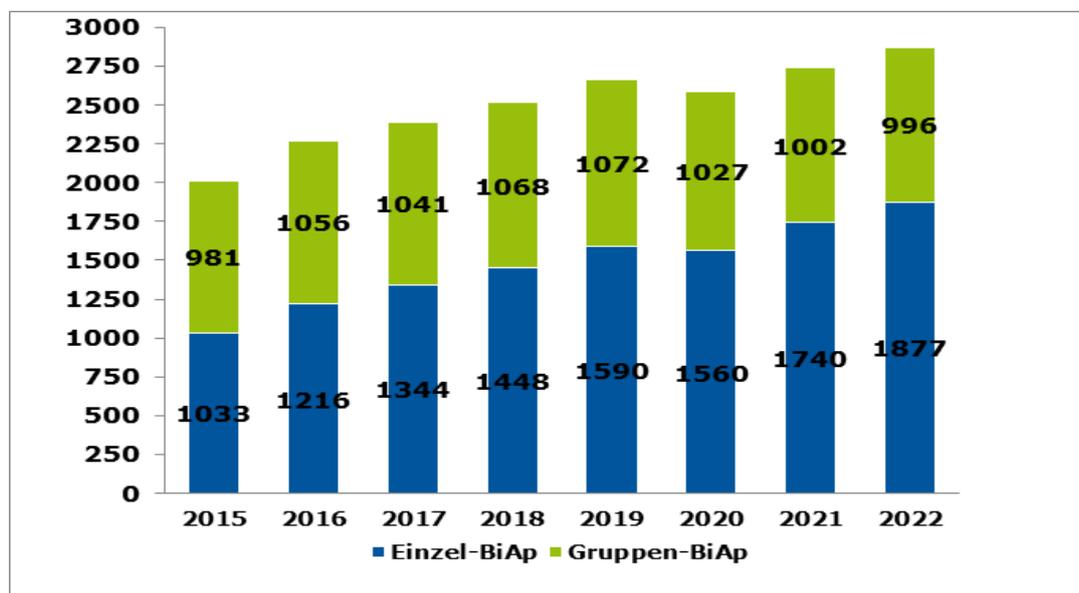


Abbildung 1: BiAp im Rheinland: Entwicklung der Gesamtzahlen 2015 bis 2022

Sowohl die Zahl der BiAp insgesamt wie auch der Anteil der Einzel-BiAp steigen in den letzten Jahren stetig an. Dies ist die Folge des Zielvereinbarungsprozesses zwischen der Verwaltung und den rheinischen Werkstätten und ist aus Sicht der Verwaltung zu begrüßen. Allerdings folgen aus der Beschäftigung auf einem BiAp noch nicht in einem zufrieden stellenden Maße Übergänge in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis.

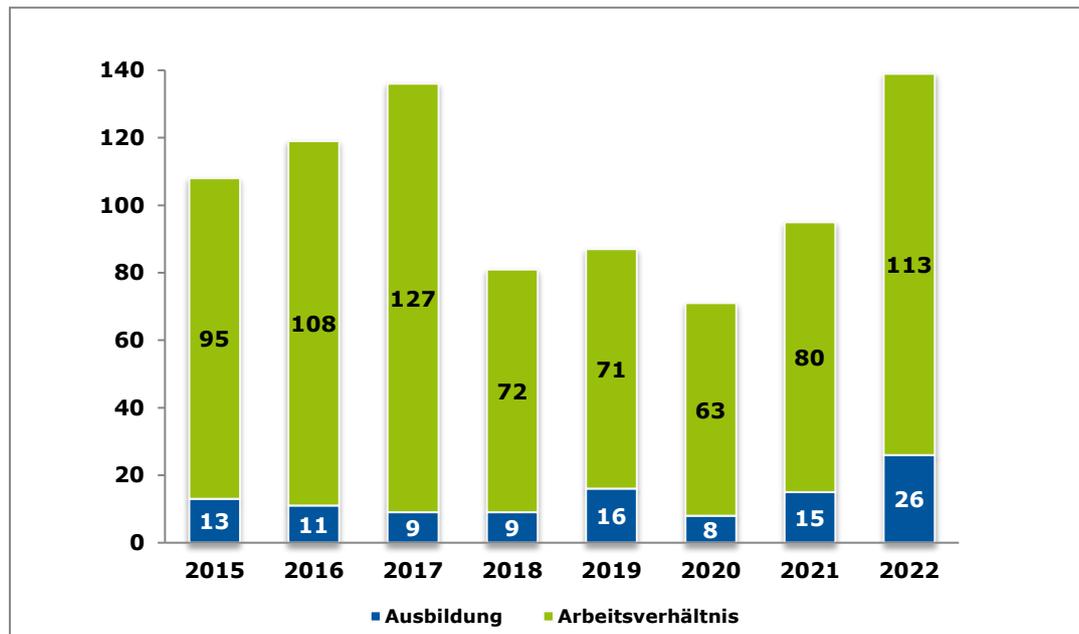


Abbildung 2: Vermittlungen in sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse 2015 bis 2022

Betriebsintegrierte Arbeitsplätze bieten bereits jetzt einen guten Rahmen zur Übergangsförderung: gut 57 % aller Vermittlungen erfolgten im Jahr 2022 aus einer bestehenden Beschäftigung im Rahmen eines BiAp (nominal 79).

4. Zielsetzung

An diesem Punkt setzt das Modellprojekt an: in zwei Modellregionen im Rheinland sollen die BiAp mit der Zielsetzung überprüft werden, ob und wie aus einem BiAp ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis ermöglicht werden kann und welche Voraussetzungen dafür erforderlich sind. Dabei soll der rechtliche Status der Beschäftigten gewandelt werden: weg vom arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis innerhalb der WfbM hin zu einem sozialversicherungs-pflichtigen Arbeitsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

4.1 Übergänge in sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse

Durch das Modellprojekt sollen mindestens 10 % der untersuchten betriebsintegrierten Arbeitsplätze in sozialversicherungspflichtige Arbeits- bzw. Ausbildungsverhältnisse für Menschen mit einer wesentlichen Behinderung umgewandelt werden. Die Unterstützungsleistungen der Eingliederungshilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben wie betriebsintegrierte Praktika, die Budgets für Arbeit, Ausbildung und geringfügige Beschäftigungen können dabei ebenso zum Tragen kommen wie die Nutzung von Inklusionsbetrieben, Jobcoaching und weiteren Leistungen anderer Rehabilitationsträger.

4.2 Operative Steuerungsunterstützung

Für die zukünftige operative Steuerungsunterstützung durch das LVR-Fallmanagement soll als zweites Ziel des Modellprojektes ein spezielles und geeignetes Frage- und Beratungsinstrument für den Übergang von einem BiAp in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung entwickelt und eingeführt werden.

Leistungsberechtigte und Arbeitgeber sind zu beraten und zu informieren, wie ein Übergang erreicht werden kann. Zur näheren qualitativen Bewertung der aktuell ausgelagerten Arbeitsplätze wird angestrebt, Förderfaktoren und Hemmnisse in den Prozessen, aber auch in Haltungen bei Leistungsberechtigten, Angehörigen/sozialem Umfeld, Werkstätten, Arbeitgebern und Fallmanger*innen (LVR, IFD, Beratungsstellen) darzustellen und genauere Erkenntnisse zu den Wirkungen und zur Weiterentwicklung dieser Ansätze zu gewinnen.

Das Modellprojekt soll ebenfalls auf Grundlage der individuellen Bedarfslage kreativ passgenaue Unterstützungsmöglichkeiten in Form eines Persönlichen Budgets im Sinne eines „Rucksackmodells“ ausloten und prüfen und ggf. deren Hindernisse offenlegen.

5. Konzeptioneller Rahmen des Modellprojektes

5.1 Was soll gemacht werden?

Mit dem Modellprojekt sollen die beiden folgenden Zielsetzungen verfolgt werden:

Zum einen soll in zwei noch zu definierenden Modellregionen konkret der Teilhabeprozess von derzeitigen betriebsintegrierten Beschäftigungen im Sinne des § 121 Abs. 2 SGB IX im Rahmen des Teilhabeplanverfahren umfassend untersucht werden. Für einen repräsentativen Erkenntnisgewinn sollten die Modellregionen ca. 10 % der 2.900 rheinlandweiten BiAp repräsentieren.

Die Bedarfslagen und Wünsche der Leistungsberechtigten sind immer individuell zu betrachten. Ohne das Ergebnis der Gesamtplanung vorwegnehmen zu können, verfolgt das Modellprojekt gleichwohl das Ziel, dass durch eine umfassendere und fokussierte Teilhabeplanung bei ca. 10 % der überprüften BiAp Übergänge auf den allgemeinen Arbeitsmarkt erfolgen.

Hierzu werden folgende Maßnahmen durchgeführt:

- Durchführung von Teilhabeplanverfahren mit den Beschäftigten der Modell-Werkstätten, die auf einem BiAp tätig sind (Zielsetzung: Motivation, eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung anzunehmen),
- Vorbereitung: Bedarfsermittlung mit dem LB mittels BEI_NRW durch das LVR-Fallmanagement unter Einbindung der WfbM und des IFD,
- Beratung des Arbeitgebers,
- Beratung der Angehörigen/des sozialen Umfelds,
- Ggf. Durchführung eines „Perspektivgespräch“ mit dem LB und dem Arbeitgeber,
- Teilhabeplankonferenz zur Klärung offener Fragen.

Zum Zweiten liegt ein Schwerpunkt in dem Modellprojekt auf der Identifikation der generellen Gelingensfaktoren für Übergänge aus BiAp in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung.

Das Modellprojekt wird in seiner Zielsetzung 1 auf Bestehendes treffen:

Hierzu zählen die Auswahl der Beschäftigten, die aktuelle Unterstützung der Beschäftigten, Werthaltungen der Beteiligten, Interessen und Motive.

Inwieweit diese Bedingungen/Hintergründe übergangsförderlich gestaltet sind oder werden können, lässt sich für diese Modellregionen nicht vorab bestimmen. Insofern dient die Identifikation entsprechender Parameter der zukünftigen Frage der Ausgestaltung von BiAp in Sinne der zweiten Zielsetzung (Erarbeitung eines Frage- und Beratungsinstrumentes für die operative Steuerung von BiAp).

Hierzu zählen u. a.

- Übergangsförderliche Ausgestaltung der BiAp-Verträge (Verträge zwischen WfbM beschäftigungsgebenden Arbeitgeber und Mensch mit Behinderung),
- Vorbereitung der Beschäftigten,
- Werthaltungen der Stakeholder (WfbM, Betriebe, Angehörige, IFD, Menschen mit Behinderungen),
- Entwicklung übergangsförderlicher Strukturen innerhalb des Werkstattsystems.

Für den Zeitraum des Modelprojektes wird ein vierköpfiges Projektteam (angedockt an den Grundsatzbereich 73.70) aus einer Projektkoordination und drei FallmanagerInnen gegründet.

Die Federführung und Prozessteuerung der Teilhabeplanverfahren (Bedarfsermittlung, Beratung, Teilhabeplanerstellung) liegen beim Projekt-Fallmanagement und erfolgen personenzentriert und im direkten Kontakt mit der leistungsberechtigten Person.

In den Bedarfsermittlungs- und Beratungsprozess werden

- Arbeitgeber,
- WfbM (einschl. Werkstatttrat, Begleitung nach Vermittlung),
- IFD (fachdienstliche Stellungnahme, Begleitung nach Vermittlung) und weitere Beratungsstellen (z.B. Rente),
- Angehörige und das soziale Umfeld eingebunden.

5.2 Was soll nachhaltig erarbeitet werden?

- Übergang von 10 % der BiAp in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung,
- Projektbericht mit Darstellung von Ergebnissen und Handlungsempfehlungen und
- Geeignete Praxisinstrumente zur künftigen Fallsteuerung für das LVR-Fallmanagement.

6. Finanzierung: Zeit- und Kostenplan

Dazu werden für die Zeit von 39 Monaten für eine Projektleitung, drei Mitarbeitende sowie entstehende Sachkosten insgesamt 340.000 € p. a. benötigt. Die entstehenden Kosten sind durch den Haushalt gedeckt.

- Zeitplanung:
 - Vorlaufphase: 01.10.2024 bis 30.06.2025,
 - Modellphase: 01.07.2025 bis 30.06.2027,
 - Evaluationsphase: 01.07.2027 bis 31.12.2027.

- Personelle Ressourcen
 - Projektsteuerung (73.70) 1 VK – Projektkoordination (E 13) (ca. 85.000 €)

 - FM (zentralisiert bei 73.70) 3 VK – Fallmanagement (E 11) (ca. 75.000 €*3 =225.000 €)
(1VK=65 Fälle/Jahr= 3 Arbeitstage/Fall)

 - Bei den IFD IFD-Beratung im Rahmen IFD-WfbM-Beauftragung bei Übergängen durch EGH (Ermittlung und Fachdienstl. Stellungnahme 480 €)
Diese Kosten sind nur nachrichtlich aufgeführt, weil sie ohnehin bei einer Beauftragung durch den Träger der Eingliederungshilfe anfallen.

 - Bei den WfbM Teilhabemanagement und Übergangsförderung bereits refinanziert.

- Sachkosten (10% von 310.000 € = 31.000 €)
 - Orga von Terminen (Räume, Catering...),
 - Verwaltungskosten,
 - Evaluationskosten.

Gesamtkosten: 340.000 € p.a.

Die jährlichen Werkstattkosten betragen demgegenüber für 29 Leistungsberechtigte 551.000 €. Diese Kosten werden bei einer dauerhaften Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr anfallen.

Beschluss

Die Verwaltung wird beauftragt, auf Basis dieser Begründung ein Modellprojekt zur regionalen Evaluation betriebsintegrierter Arbeitsplätze (BiAp) in WfbM zu erarbeiten und umzusetzen.

In Vertretung

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

Vorlage Nr. 15/2157

öffentlich

Datum: 23.04.2024
Dienststelle: Fachbereich 72
Bearbeitung: Herr Schulzen

Sozialausschuss **07.05.2024** **Kenntnis**

Tagesordnungspunkt:

Sachstandsbericht BTHG Implementierung - Soziale Teilhabe „Umstellung II“

Kenntnisnahme:

Der Sachstand zu den Verhandlungen des Landesrahmenvertrages SGB IX wird gemäß Vorlage Nr. 15/2157 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. 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

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

Zusammenfassung

Das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen, kurz Bundesteilhabegesetz (BTHG), markierte einen bedeutenden Schritt des Bundesgesetzgebers in der Neuregelung der Eingliederungshilfe. Insbesondere trat zum 01.01.2020 die maßgebliche Stufe 3 für die Leistungen der Eingliederungshilfe in Kraft, was einen einschneidenden Einfluss auf die Unterstützung von Menschen mit Behinderungen hatte.

Am 23.07.2019 erfolgte in NRW die Unterzeichnung des Landesrahmenvertrages gemäß § 131 SGB IX über die Leistungen der Eingliederungshilfe (siehe auch Vorlage Nr. 14/3433).

Dieser Vertrag bildet eine wichtige Grundlage für die Umsetzung der neuen Regelungen.

Die Auswirkungen des BTHG erstreckten sich insbesondere auf die Verwaltung, die vor der Herausforderung steht, das neue Leistungs- und Finanzierungssystem gemäß dem Landesrahmenvertrag zu implementieren. Dies beinhaltet die Einführung neuer Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen, die sorgfältig auszugestalten sind.

Die Umstellung der Verwaltungsverfahren erweist sich als sehr komplexer Prozess, sodass auch im Jahr 2023 noch weitere Verhandlungsrunden notwendig waren und im Jahr 2024 mit der sog. „Umstellung II“ begonnen werden soll.

Diese Vorlage betrifft die Zielrichtungen Z 1 (Partizipation), Z 2 (Personenzentrierung), Z 3 (Persönliches Budget) und Z 4 (Mitgestaltung des inklusiven Sozialraums) des LVR-Aktionsplans.

Begründung der Vorlage Nr. 15/2157:

1. Ausgangslage

Das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen, kurz Bundesteilhabegesetz (BTHG), markierte einen bedeutenden Schritt des Bundesgesetzgebers in der Neuregelung der Eingliederungshilfe. Insbesondere trat zum 01.01.2020 die maßgebliche Stufe 3 für die Leistungen der Eingliederungshilfe in Kraft, was einen einschneidenden Einfluss auf die Unterstützung von Menschen mit Behinderungen hatte.

Am 23.07.2019 erfolgte in NRW die Unterzeichnung des Landesrahmenvertrages gemäß § 131 SGB IX über die Leistungen der Eingliederungshilfe (siehe auch Vorlage Nr. 14/3433).

Dieser Vertrag bildet die Grundlage für die Umsetzung der neuen Regelungen.

Die Auswirkungen des BTHG erstreckten sich insbesondere auf die Verwaltung, die vor der Herausforderung steht, das neue Leistungs- und Finanzierungssystem gemäß dem Landesrahmenvertrag zu implementieren. Dies beinhaltet die Einführung neuer Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen, die sorgfältig auszugestalten sind.

Das zentrale Element des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) bestand in der umfassenden Reform der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, deren entscheidende und weitreichende Änderungen im Rahmen der dritten Stufe zum 01.01.2020 wirksam wurden. Ein vorrangiges Ziel des BTHG war die Förderung der Selbstständigkeit von Menschen mit Behinderungen, welche durch die Auflösung der Komplexleistung "stationäre Unterbringung" und die Differenzierung in existenzsichernde Leistungen und Fachleistungen realisiert wurde. Hierbei sollten existenzsichernde Leistungen im Wesentlichen den Menschen mit Behinderungen in gleicher Weise wie allen anderen Individuen zustehen, um ihre alltäglichen Bedarfe zu decken. Die sog. „Umstellung I“ wurde zum 01.01.2020 in den besonderen Wohnformen umgesetzt. Resümierend lässt sich festhalten, dass die Mitgliedskörperschaften und der Landschaftsverband Rheinland diese „Trennung“, die mit einem Wechsel der Zuständigkeit bei der Bearbeitung der existenzsichernden Leistungen einherging, insgesamt gut umgesetzt haben.

Ein weiterer Fokus lag auf der Umsetzung des neu geregelten Vertragsrechts durch das BTHG, welches die rechtlichen Beziehungen zwischen dem Träger der Eingliederungshilfe und den Leistungserbringern festlegt und die Leistungserbringung detailliert regelt, einschließlich Inhalt, Qualität und Preis der erbrachten Leistung. Darüber hinaus strebt das BTHG eine gesteigerte Steuerungsfähigkeit der Eingliederungshilfe durch die Leistungsträger an.

2. Sachstand „Umstellung II“

Auf die „Umstellung I“ soll im zweiten Schritt die sog. „Umstellung II“ folgen, welche die vollständige Überführung in neue Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen nach der neuen Leistungs- und Finanzierungssystematik vorsieht. Die Fortsetzung dieses Prozesses, "Umstellung II", zielt darauf ab, die bestehenden Vereinbarungen an die neue Vertragsstruktur und Finanzierungssystematik des Landesrahmenvertrags (LRV)

anzupassen. Die Verhandlungen hierzu waren intensiv und umfassten neben der Klärung praktischer Umsetzungsfragen auch die Festlegung von Verfahrensweisen zur Gewährleistung von Transparenz und Überprüfbarkeit. Die Umstellung von einer institutionszentrierten zu einer personenzentrierten Betreuung stellt sowohl für Leistungserbringer als auch für Leistungsträger eine signifikante Veränderung dar. Dies erforderte umfangreiche Verhandlungen und die Entwicklung von Strategien zur effektiven Steuerung der Eingliederungshilfe. Pilotprojekte und das Closed-Box-Verfahren (s.u.) lieferten wichtige Erkenntnisse, die in den laufenden Umstellungsprozess einfließen.

Angesichts der komplexen Herausforderungen, die die Implementierung des neuen Leistungs- und Finanzierungssystems mit sich bringt, sowie der damit verbundenen erheblichen finanziellen Unsicherheiten, hat man im Rahmen der Gemeinsamen Kommission SGB IX für den Bereich der Sozialen Teilhabe eine für die weitere Vorgehensweise bedeutsame und vor allem kooperative Vorgehensweise vereinbart. Es wurde beschlossen, dass vor der umfassenden Implementierung der zweiten Phase des Systems sorgfältig ausgewählte Pilotprojekte in besonderen Wohnformen und bei ambulanten Diensten durchgeführt werden sollen. Diese strategische Vorgehensweise zielt darauf ab, mögliche Risiken zu minimieren und einen reibungslosen Übergang zu gewährleisten.

Im Zuständigkeitsbereich des LVR konnten sechs Leistungserbringer für die sogenannte Pilotumstellung im Jahr 2021 gewonnen werden. Diese Phase hatte folgende Ziele: Zum einen sollten die im Zuge der Verhandlungen zum Landesrahmenvertrag erzielten vorläufigen Einigungen und Dokumente der Gemeinsamen Kommission auf ihre Belastbarkeit, fachliche Angemessenheit und finanzielle Auswirkungen hin überprüft werden. Zum anderen bot diese Pilotphase die einzigartige Gelegenheit, die praktischen Abläufe der Umstellung – sowohl in der Kooperation mit den Leistungserbringern als auch in den internen Verwaltungsprozessen – detailliert zu erproben und zu optimieren.

Die Pilotphase war für alle Beteiligten eine aufschlussreiche und zielführende Erprobung der bereits verhandelten Inhalte. Dennoch zeigte sie exemplarisch, welche Entscheidungen und Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Umstellung auf die neue Finanzierungssystematik notwendig sind.

Aufgrund unterschiedlicher Positionen in Bezug auf die notwendigen Konkretisierungen im LRV und der Inhalte und Konsequenzen der Umstellung II, fanden im vergangenen Jahr innerhalb der AG Soziale Teilhabe der Gemeinsamen Kommission intensive Diskussionen und Verhandlungen statt, die auch unter Einbeziehung weiterer Entscheidungsträger*innen fortgesetzt wurden.

Da einige Dissense in den Verhandlungen auch nach Auswertung der Pilotphase nicht aufgelöst werden konnten, wurde im Zuge der notwendigen Transparenzherstellung mit zwei der sechs Leistungserbringer das sogenannte Closed-Box-Verfahren durchgeführt. In diesem Verfahren erfolgte eine noch differenziertere Betrachtung und es wurden zusätzlich mögliche Lösungsansätze unmittelbar erprobt, bewertet und anschließend von den beteiligten Personen in die AG Soziale Teilhabe übermittelt. Der hohe Einsatz auf allen Seiten führte dazu, dass in 2023 differenzierte Arbeitspakete für die Arbeitsgruppen der Gemeinsamen Kommission definiert und in kurzer Zeit zu gemeinsamen Entscheidungsvorlagen gebracht werden konnten.

Aktuell werden mit den zwei Leistungserbringern aus dem Closed-Box-Verfahren Verhandlungen zur Umstellung II geführt. Geplant ist, dass nach Abschluss dieser Verhandlungen die bereits begonnenen Arbeiten mit den vier Piloten aus der Pilotphase wiederaufgenommen werden, sodass auch hier eine Umstellung erfolgen kann. Mit den gewonnenen Erfahrungen soll dann anschließend mit der Regelumstellung begonnen werden.

Geplant ist, den Leistungserbringern bis zur nächsten Sitzung der Gemeinsamen Kommission am 19. Juni 2024 einen Vorschlag vorzulegen, wie eine ressourcenschonende Umstellung im Rheinland erfolgen kann. Diese wird dann gemeinsam mit den Leistungserbringern bewertet und ggf. angepasst. Priorität hat, dass die zu erwartenden Arbeitsbelastungen für die Umstellung II von allen Seiten zu bewältigen sind. Daher sind entsprechende Abstimmungen notwendig und eingeplant.

Um gemeinsam mit dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe und den Leistungserbringern in festen Strukturen zusammenarbeiten zu können und eine effiziente Umstellung gewährleisten zu können, wurde im Dezernat 7 ein Umstellungsteam gegründet, welches unterschiedliche Disziplinen und Expertisen aus dem Dezernat bündelt und zusammenführt. Die dort beteiligten Personen sind neben ihrer üblichen Tätigkeit zum Teil auch in diversen Arbeitsgremien der Gemeinsamen Kommission vertreten, sodass auch hier notwendige Synergien genutzt werden. Damit wird gewährleistet, dass im Anschluss an die Klärung noch offener Fragestellungen unmittelbar mit der Umstellung begonnen werden kann.

In Vertretung

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

Vorlage Nr. 15/2289

öffentlich

Datum: 18.04.2024
Dienststelle: Stabsstelle 70.10
Bearbeitung: Martina Krause, Petra Kramer, Lara Seehafer

Sozialausschuss	07.05.2024	Kenntnis
Ausschuss für Inklusion	20.06.2024	Kenntnis
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	21.06.2024	Kenntnis
Landschaftsausschuss	25.06.2024	Kenntnis
Ausschuss für den LVR- Verband Heilpädagogischer Hilfen	13.09.2024	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Zentrale Ergebnisse des BAGüS-Benchmarking-Berichts 2024

Kenntnisnahme:

Die zentralen Ergebnisse des BAGüS-Benchmarking-Berichts 2024 (Berichtsjahr 2022) werden gemäß Vorlage Nr. 15/2289 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. 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	

Worum geht es hier?*

In leichter Sprache:

Der LVR ist ein Amt im Rheinland.

Das Amt bezahlt Unterstützung zum Wohnen und im Alltag.

Er bezahlt auch Hilfen zur Arbeit für Menschen mit Behinderungen.

Jedes Jahr berichtet der LVR

mit anderen Ämtern in Deutschland über diese Hilfen.

In diesem Jahr gibt es den dritten Bericht nach der Einführung des neuen Gesetzes Bundesteilhabegesetz.

Das steht in dem neuen Bericht:

In Deutschland lebt mehr als die Hälfte der Menschen mit Behinderung in der eigenen Wohnung.

Immer mehr Menschen erhalten ihre Unterstützung in der eigenen Wohnung.

Die Zahl der Menschen, die in einem Wohnheim leben, wird kleiner.



Im Rheinland leben besonders viele Menschen mit Behinderung mit Unterstützung in der eigenen Wohnung.

Menschen mit Lern-Schwierigkeiten leben oft noch in einem Heim.

Der LVR tut viel dafür,

dass auch Menschen mit Lern-Schwierigkeiten in der eigenen Wohnung leben können.

Viele Menschen mit Behinderungen

arbeiten in einer Werkstatt für behinderte Menschen.

In 2022 ist diese Zahl aber etwas kleiner geworden.



In den Heimen und in den Werkstätten gibt es immer mehr ältere Menschen mit Behinderungen.

Der Bericht sagt auch,

wie viel Geld diese Hilfen für Menschen mit Behinderungen kosten.

Für die Unterstützung beim Wohnen, im Alltag

und in der Werkstatt werden in Deutschland
viele Milliarden Euro ausgegeben:
Über 18 Milliarden Euro im Jahr – das ist eine Zahl mit 9 Nullen.

Damit wird Hilfe für rund 800-Tausend Menschen bezahlt.
Unterstützung im Alltag oder bei der Arbeit.
Das sind etwas mehr Menschen,
als in der Stadt Frankfurt am Main leben.

Haben Sie Fragen zu diesem Text?
Dann können Sie beim LVR in Köln anrufen:
0221-809-6153



*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.

Zusammenfassung

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGüS) führt in Zusammenarbeit mit der Hamburger Firma con_sens GmbH jährlich ein Benchmarking im Bereich der Eingliederungshilfe durch. Seit 2018 konzentriert sich dieser Vergleich auf die Leistungen für erwachsene Menschen mit Behinderung.

Der Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe zum Berichtsjahr 2022 steht unter <https://www.bagues.de/de/veroeffentlichungen/kennzahlenvergleiche/> als pdf-Datei zum Download zur Verfügung.

Diese Vorlage informiert über die zentralen Ergebnisse des Berichtes 2024 zum Berichtsjahr 2022:

- 461.957 erwachsene Menschen mit Behinderungen erhielten 2022 eine Assistenz- bzw. Unterstützungsleistung im Rahmen der Eingliederungshilfe – entweder in einer besonderen Wohnform, der eigenen Wohnung oder in einer Pflegefamilie. Ihre Zahl steigt bundesweit um 1,5 Prozent oder absolut 6.635 Personen gegenüber dem Vorjahr. Im Rheinland steigt die Zahl der Menschen mit Assistenzleistung sowie Leistungen in Pflegefamilien für Erwachsene nur noch geringfügig um 0,1 Prozent auf knapp 64.800. Dabei geht der Fallzahlenanstieg ausschließlich auf Unterstützungsleistungen außerhalb besonderer Wohnformen zurück.
- Bundesweit lebten 58,3 Prozent der Personen mit Leistungen zum Wohnen selbstständig mit ambulanter Unterstützung in der eigenen Häuslichkeit; das sind 1,1 Prozentpunkte mehr als im Vorjahr. Im Rheinland liegt der Anteil der Menschen mit Unterstützung in der eigenen Häuslichkeit mit 69,2 Prozent mehr als zehn Punkte über dem Bundesdurchschnitt. Wie in der Vergangenheit nimmt der LVR im bundesweiten Vergleich hinter den Stadtstaaten Berlin und Hamburg bei der Ambulantisierung den dritten Platz ein.
- 192.525 Menschen lebten bundesweit in einer besonderen Wohnform - ein Rückgang von 1,2 Prozent. Auch im Rheinland setzt sich der Fallzahlrückgang in den besonderen Wohnformen fort (minus 1,8 Prozent auf 19.993 Personen).
- 2022 finanzierten die Eingliederungshilfeträger die Fachleistung in den besonderen Wohnformen mit rund 8,6 Milliarden Euro. Das sind 260 Millionen Euro mehr als in 2021 (plus 3,1 Prozent).
- Die durchschnittlichen Eingliederungshilfe-Fallkosten in den besonderen Wohnformen steigen bundesweit um 3,9 Prozent auf 44.380 Euro im Jahr. Beim LVR belaufen sich die Kosten pro Fall und Jahr auf 54.106 Euro (plus 3,2 Prozent gegenüber Vorjahr).
266.228 Menschen mit Behinderung erhielten 2022 Assistenz in der eigenen Häuslichkeit (außerhalb besonderer Wohnformen). Verglichen mit 2021 ist das ein Zuwachs von 3,4 Prozent. Beim LVR erhielten 44.785 Menschen ambulante Assistenzleistungen außerhalb besonderer Wohnformen – ein Zuwachs um 428 Personen oder ein Prozent.
- 2022 gaben die EGH-Träger rund 3,3 Milliarden Euro für Assistenzleistungen außerhalb besonderer Wohnformen aus, etwa 230 Millionen Euro mehr als im Vorjahr (plus 7,5 Prozent).
- Die Kosten für die Assistenz außerhalb besonderer Wohnformen steigen im bundesweiten Durchschnitt auf 12.617 Euro pro Fall und Jahr – ein Anstieg um 4,1 Prozent gegenüber dem Vorjahr (bei Vergleich von 20 gleichen Trägern). Mit

- 12.781 Euro liegen die Fallkosten im LVR-Gebiet knapp über dem Bundesschnitt.
- 272.780 Personen waren Ende 2022 bundesweit in einer Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt; weitere 39.176 Menschen erhielten Leistungen in einer Tagesförderstätte. Während die Zahl der Leistungsberechtigten in Tagesförderstätten im Vergleich zum Vorjahr um 0,2 Prozent anstieg, ging die Zahl der Werkstatt-Beschäftigten zum dritten Mal in Folge zurück (um 1,3 Prozent oder 3.465 Personen). Im LVR-Gebiet arbeiteten 34.601 Leistungsberechtigte im Arbeitsbereich einer Werkstatt – mit einem Rückgang von 1,1 Prozent (oder 377 Personen) ist damit erstmalig auch im Rheinland eine Abnahme der Werkstatt-Beschäftigung zu beobachten.
 - Die Ausgaben aller Eingliederungshilfeträger für Werkstatt-Leistungen beliefen sich 2022 auf insgesamt 5,2 Milliarden Euro, ein Anstieg von 3,3 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Die durchschnittlichen Fallkosten in der Werkstatt lagen bundesweit bei 18.870 Euro im Jahr, ein Anstieg von 3,6 Prozent im Vergleich zu 2021. (Beim LVR: 21.051 Euro, ein Plus von 6,3 Prozent im Vergleich zu 2021).
 - Die Ausgaben für Tagesförderstätten lagen 2022 bei 1,18 Milliarden Euro – ein Plus von 5,2 Prozent (Fallkosten im Bundesschnitt: 30.394 Euro). Tagesförderstätten gibt es in NRW nicht, da hier die Werkstätten auch für stark eingeschränkte Menschen mit Behinderung offen sind.
 - Bundesweit nutzten 2.950 Menschen mit Behinderungen das mit dem BTHG neu eingeführte gesetzliche Budget für Arbeit, 276 davon beim LVR.

Die Vorlage berührt insbesondere die Zielrichtung Nr. 4 „Den inklusiven Sozialraum mitgestalten“ des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.

Begründung der Vorlage Nr. 15/2289: Zentrale Ergebnisse des BAGüS-Kennzahlenvergleichs Eingliederungshilfe 2024

Die Inhalte im Überblick:

1. Allgemeines zum BAGüS- Kennzahlen-Vergleich der Eingliederungshilfe
2. Zentrale Ergebnisse Soziale Teilhabe
 - 2.1. Gesamtdarstellung Assistenz und Unterstützung in Pflegefamilien für Erwachsene: Leistungsberechtigte, Dichte, Ambulantisierung und Aufwand
 - 2.2. Assistenzleistungen in besonderen Wohnformen
 - 2.3. Assistenzleistungen außerhalb besonderer Wohnformen
3. Zentrale Ergebnisse Teilhabe an Arbeit
 - 3.1. Teilhabe an Arbeit in Werkstätten für behinderte Menschen
 - 3.2. Budget für Arbeit/Ausbildung und Andere Leistungsanbieter

Anhang: Datentabellen Fallzahlen nach Trägern

1. Der Kennzahlenvergleich und die neue BTHG-Leistungssystematik

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGüS) ist der Zusammenschluss aller 23 überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe in der Bundesrepublik Deutschland. Seit 1998 führen die BAGüS-Mitglieder in Zusammenarbeit mit der Firma con_sens (Consulting für Steuerung und soziale Entwicklung GmbH, Hamburg) ein Benchmarking im Bereich der Eingliederungshilfe durch, seit 2018 konzentriert sich die Darstellung auf Leistungen für erwachsene Leistungsberechtigte.

Dieser Kennzahlenvergleich liefert nach Einschätzung des LVR-Dezernates Soziales eine gute Übersicht über bundesweite Trends und Entwicklungen auf aggregierter Grundlage. Unterschiede bei Datenlage, Umsetzungspraxis, Aufgabenzuordnungen, Haushaltssystematik und Verfahren erschweren jedoch Einzelvergleiche im Detail. Nicht alle überörtlichen Träger können die Daten in der gewünschten Differenzierung liefern. Dies gilt aufgrund der erforderlichen BTHG-Umstellungen auch noch für das Berichtsjahr 2022, auch wenn die Datenlage insgesamt deutlich verbessert ist im Vergleich zum Vorjahr.

Unter www.bagues.de > Veröffentlichungen > Kennzahlenvergleiche steht der Bericht 2024 als pdf-Datei zum Download zur Verfügung. Alle Fraktionen und Gruppen der Landtagsversammlung haben drei Druckexemplare des BAGüS-Kennzahlenvergleichs Eingliederungshilfe 2024, Berichtsjahr 2022, erhalten.

Diese Vorlage informiert über die zentralen Ergebnisse des Berichts 2024 in den Handlungsfeldern Soziale Teilhabe und Teilhabe an Arbeit. Die Vorlage stellt zudem die bundesweite Entwicklung in der Eingliederungshilfe den Trends und Daten für den LVR gegenüber.

Assistenzleistungen lösen bisherige Wohnhilfen ab

Wie bereits im Vorjahr bildet der vorliegende Bericht die Leistungen entsprechend der neuen gesetzlichen Leistungssystematik ab. Anstelle der bisherigen ambulanten und stationären Wohnleistungen wird nun zwischen Assistenzleistungen innerhalb und außerhalb besonderer Wohnformen unterschieden.

Mit der Einführung der neuen Leistungsbegrifflichkeit Assistenz entfällt die bisherige Eingrenzung auf Leistungen mit Wohnbezug im ambulanten Bereich (BeWo). Der Kennzahlenvergleich 2022 (Berichtsjahr 2020) arbeitete im Übergang zum BTHG einmalig noch mit der alten Leistungskategorie ambulant betreutes Wohnen (BeWo). Im jetzt vorliegenden Bericht 2024 für das Berichtsjahr 2022 erfolgt nun zum zweiten Mal die Datenerhebung auf Basis des weiter gefassten Assistenzbegriffs nach dem BTHG. Dadurch werden zusätzliche Unterstützungsleistungen und Leistungsberechtigte im Kennzahlenvergleich erfasst und eine umfassendere Darstellung der Unterstützungsleistungen für erwachsene Menschen mit Behinderung im Kennzahlenvergleich ermöglicht.

Im neuen SGB IX werden die Tagesförderstätten nicht mehr den Leistungen zur Beschäftigung, sondern der Sozialen Teilhabe zugeordnet (als Teil der mit § 81 SGB IX neu eingeführten „Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten“). Unter diese Leistungen fallen zudem auch Angebote der (externen) Tagesstruktur, die bisher im stationären Wohnen enthalten waren.

Mit der Vorlage Nr. 15/2286 legt die Verwaltung ergänzend einen regionalisierten Datenbericht zu den Leistungen der Eingliederungshilfe in den Mitgliedskörperschaften des LVR vor, der sich ebenfalls auf Daten zum Stichtag 31.12.2022 bezieht.

2. Zentrale Ergebnisse Soziale Teilhabe

Neben den Assistenzleistungen sowie den Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie finden außerdem folgende Leistungen zur Sozialen Teilhabe Berücksichtigung im Kennzahlenvergleich:

- Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten (bisher teilweise als Tagesstruktur Bestandteil der Leistungen zum stationären Wohnen),
- Besuchsbeihilfen (bisher ebenfalls Bestandteil der Leistungen zum stationären Wohnen),
- Leistungen zu den Kosten für Wohnraum oberhalb der Angemessenheitsgrenze (neue Fachleistung nach § 113 Abs. 5 SGB IX; die sogenannte „Existenzsicherung II“),
- Verwaltungspauschalen zur Kompensation des BTHG-Mehraufwands bei den Leistungserbringern.

Dabei sind die Ausgaben für Besuchsbeihilfen, Leistungen für Wohnraum und BTHG-Verwaltungspauschalen als Teil der Fachleistungskosten in besonderen Wohnformen berücksichtigt.

2.1. Gesamtdarstellung Assistenz und Unterstützung in Pflegefamilien für Erwachsene: Leistungsberechtigte, Dichte, Ambulantisierung und Aufwand

Die Zahl der Menschen mit Behinderungen, die eine Assistenzleistung zur Sozialen Teilhabe oder eine Unterstützungsleistung in einer Pflegefamilie für Erwachsene erhalten, wächst 2022 bundesweit um 1,5 Prozent auf insgesamt 461.957 Personen. Das sind

6.635 Leistungsberechtigte mehr als 2021, die bundesweit Unterstützung im Rahmen der Eingliederungshilfe beim Wohnen und im Alltag innerhalb oder außerhalb besonderer Wohnformen erhalten.

Der Zuwachs findet ausschließlich außerhalb besonderer Wohnformen in ambulanten Unterstützungs-Settings statt. Die Zahl der Menschen mit Assistenz im ambulanten Setting steigt um 3,4 Prozent auf 266.228 Leistungsberechtigte, die Zahl der Menschen in Pflegefamilien für Erwachsene um 0,9 Prozent auf 3.204 Leistungsberechtigte. Die Anzahl der Leistungsberechtigten in besonderen Wohnformen sinkt hingegen bundesweit (um 1,2 Prozent auf 192.525).

Abbildung 1: volljährige Leistungsberechtigte mit Assistenzleistungen und in Pflegefamilien

LB mit Assistenzleistungen in besonderen Wohnformen, außerhalb besonderer Wohnformen (bis 2020 ehem. ambulant betreutes Wohnen) sowie LB mit Leistungen in Pflegefamilien am 31.12.				Entwicklung 2021 – 2022		Ø jährl. Veränd. seit 2020
	2020	2021	2022	absolut	%	
Besondere Wohnformen	194.874	194.787	192.525	-2.262	-1,2%	-0,6%
Außerhalb besonderer Wohnformen	231.001	257.360	266.228	8.868	3,4%	7,4%
Pflegefamilien	3.176	3.175	3.204	29	0,9%	0,4%
LB mit Assistenz bzw. Unterstützungsleistungen insg.	429.051	455.322	461.957	6.635	1,5%	3,8%

©2023 BAGüS/con_sens

Fallzahl-Entwicklung beim LVR

Die Zahl der Leistungsberechtigten mit Assistenzleistung außerhalb besonderer Wohnformen im Rheinland ist in 2022 um ein Prozent (oder 428 Personen) auf insgesamt 44.785 gestiegen und damit deutlich weniger als in den Vorjahren und als im Bundesdurchschnitt. Die Ambulantisierungsquote im Rheinland liegt bereits seit Jahren auf einem hohen Niveau, während in anderen Bundesländern entsprechende Nachholeffekte zu beobachten sind.

Die Zahl der Leistungsberechtigten in besonderen Wohnformen ist beim LVR entsprechend schon seit 2015 rückläufig. Diese Tendenz setzt sich fort. In 2022 sank die Zahl der Menschen in besonderen Wohnformen um 357 Personen (oder -1,8 Prozent) auf insgesamt 19.993.

Die Zahl der in Pflegefamilien betreuten erwachsenen Leistungsberechtigten sinkt im Rheinland um 6 Personen auf 168.

Insgesamt wuchs damit die Gesamtzahl der Menschen mit Assistenzleistung oder Unterstützung in Pflegefamilien im Rheinland 2022 im Saldo um 65 Personen oder 0,1 Prozent auf insgesamt 64.946.

Die Fallzahlentwicklungen bei den einzelnen Trägern zeigen Tabelle 1 und 2 im Anhang.

Leistungsberechtigte im Verhältnis zur Einwohnerzahl (Dichte)

Bundesweit erhalten durchschnittlich 6,7 von 1.000 volljährigen Einwohner*innen eine Assistenz (inkl. Leistung in Pflegefamilien für Erwachsene) im Rahmen der Sozialen Teilhabe. Der Dichtewert ist im Vergleich zum Vorjahr weitgehend unverändert geblieben. Die Spanne reicht von 3,5 pro 1.000 Einwohner*innen in Niederbayern bis zu 10,5 in Hamburg.

Im Rheinland erhalten 8,0 von 1.000 volljährigen Einwohner*innen eine solche Assistenz- bzw. Unterstützungsleistung für Menschen mit Behinderungen, beim LWL sind es 9,1.

Ambulantisierung der Leistungen

Die Ambulantisierungsquote liegt bundesweit bei 58,3 Prozent (2021: 57,2 Prozent). Im regionalen Vergleich gibt es deutliche Unterschiede, wie Abbildung 2 zeigt.

Im Rheinland leben mit 69,2 Prozent mehr als zwei Drittel der leistungsberechtigten Menschen mit ambulanten Unterstützungsleistungen in der eigenen Häuslichkeit. Damit erreicht der LVR wie in den Vorjahren den dritthöchsten Wert im Bundesgebiet, hinter den Stadtstaaten Berlin und Hamburg, und gefolgt vom Landeswohlfahrtsverband Hessen (66,3 Prozent) und dem LWL (65,8 Prozent) (s. Abbildung 2).

Ambulantisierung nach Behinderungsform

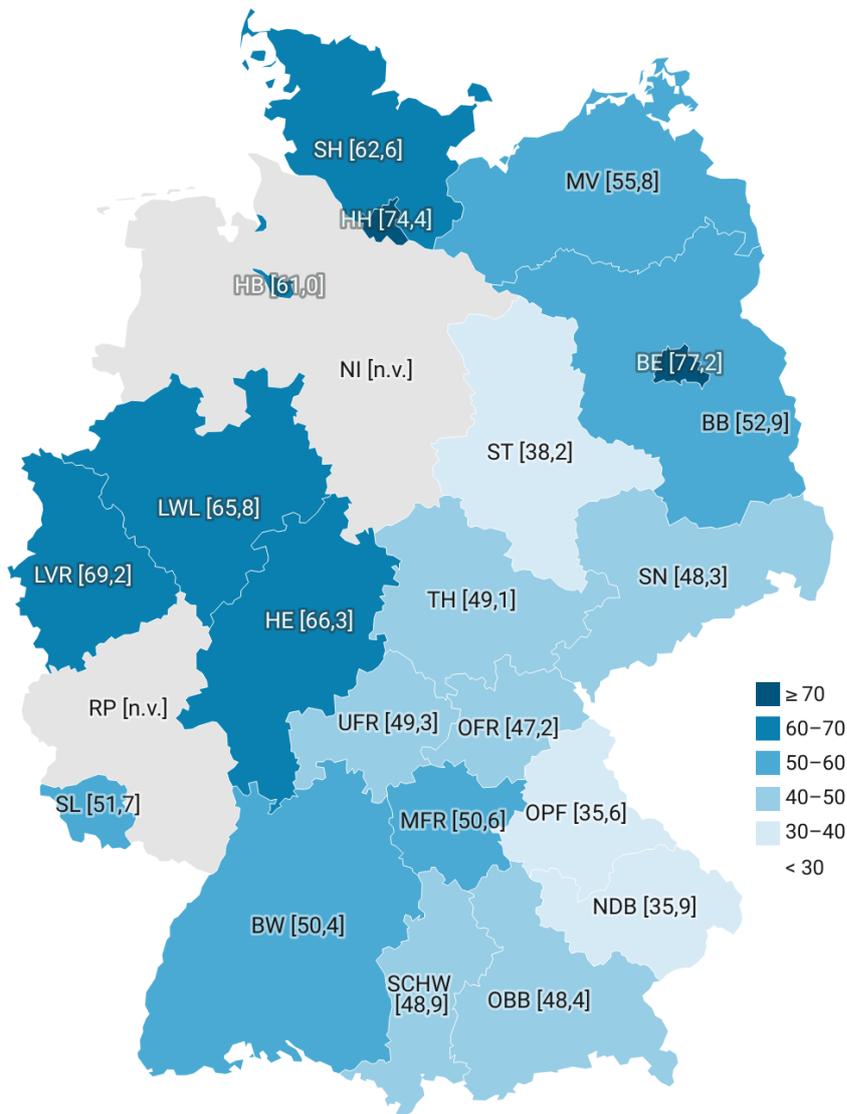
Der Anteil der Menschen mit Behinderungen, die selbstständig mit ambulanter Unterstützung leben, variiert deutlich je nach Behinderungsform: Während in der Gruppe der Menschen mit seelischer Behinderung bundesweit mehr als drei Viertel der Leistungsberechtigten (78,4 Prozent) ambulant betreut außerhalb besonderer Wohnformen leben, sind es in der Gruppe der geistig oder körperlich behinderten Menschen lediglich knapp 40 Prozent.

Der LVR liegt mit einer Ambulantisierungsquote von 84,6 Prozent bei Menschen mit seelischer Behinderung und 45,8 Prozent bei Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung signifikant über dem bundesweiten Schnitt.

Abbildung 2: Ambulantisierungsquote 2022¹

Ambulantisierungsquote 2022

In Prozent



Quelle: 2022 | BAGüS/con_sens • Erstellt mit Datawrapper

Aufwand und Fallkosten

Deutschlandweit wurden 2022 rund 8,59 Milliarden Euro für Fachleistungen der Eingliederungshilfe in besonderen Wohnformen aufgewendet. Das sind, bei einer Verringerung um 2.262 Leistungsberechtigte, etwa 260 Millionen Euro (oder 3,1 Prozent) mehr als 2021.

Für Leistungsberechtigte mit Assistenz außerhalb besonderer Wohnformen in der eigenen Häuslichkeit gaben die Träger 2022 rund 3,28 Milliarden Euro aus. Das sind 7,5 Prozent oder 230 Millionen Euro mehr als 2021 und spiegelt u.a. die Zunahme der Leistungsbe-

¹ Die Quote bezeichnet den Anteil der volljährigen Leistungsberechtigten mit Assistenzleistungen außerhalb besonderer Wohnformen an allen Assistenzleistungen innerhalb und außerhalb besonderer Wohnformen (jeweils inklusive Leistungen in Pflegefamilien).

rechtigten um 8.868 Personen (oder 3,4 Prozent). Die Ausgaben für Pflegefamilien haben sich ebenfalls leicht erhöht.

Abbildung 3: Gesamtergebnis Ausgaben: Fachleistungen, Assistenzleistungen und Leistungen in Pflegefamilien²

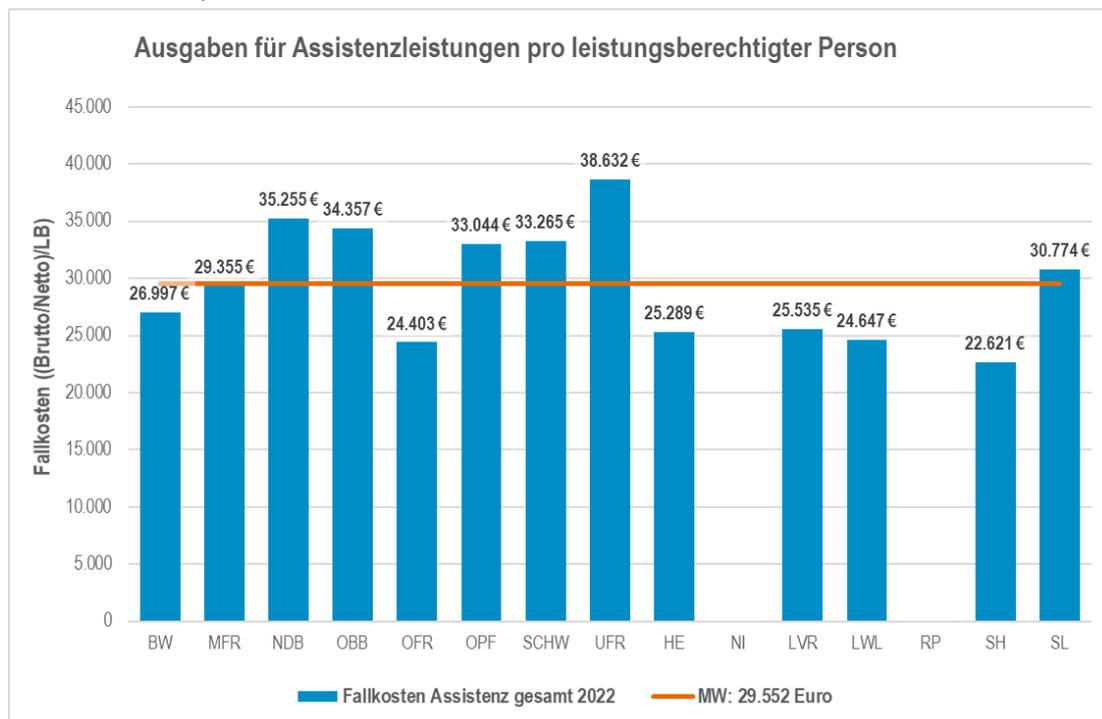
Ausgaben (Mio Euro) für Assistenzleistungen in und außerhalb besonderer Wohnformen (bis 2020 ehem. ambulant betreutes Wohnen) sowie für Leistungen in Pflegefamilien				Entwicklung 2021 – 2022		Ø jährl. Veränd. seit 2020
	2020	2021	2022	absolut	%	
Besondere Wohnformen	nicht verfügbar	8.330	8.590	260	3,1%	
Außerhalb besonderer Wohnformen	2.600	3.050	3.280	230	7,5%	12,3%
Pflegefamilien	47,0	49,9	51,0	1,1	2,2%	4,2%

©2023 BAGüS/con_sens

Fallkosten Assistenz gesamt

Da ab 2020 die Fallkosten für Assistenz innerhalb und außerhalb besonderer Wohnformen beide nur noch die Fachleistung abdecken (ohne Existenzsicherung), können diese gemeinsam als Fallkosten Assistenz gesamt (ohne Pflegefamilie) dargestellt werden. Die Grafik enthält die Angaben von 13 westdeutschen Leistungsträgern (aus Flächenländern), zu denen vollständige, definitionsgerechte Angaben vorliegen.

Abbildung 4: Gesamtfallkosten Assistenzleistungen innerhalb und außerhalb besonderer Wohnformen (westdeutsche Leistungsträger, aus Flächenländern)



Der LVR liegt im Vergleich dieser westdeutschen Leistungsträger (aus Flächenländern) bei den Gesamtfallkosten Wohnen unterhalb des Mittelwertes trotz der im Rheinland vergleichsweise hohen Fallkosten in den besonderen Wohnformen. Die hohe Ambulantisierungsquote im Rheinland wirkt sich hier positiv aus.

² Für Niedersachsen und Rheinland-Pfalz sind kalkulierte Beträge in die Ausgaben für Assistenzleistungen innerhalb und außerhalb besonderer Wohnformen (hier auch ein kalkulierter Betrag für Unterfranken) eingeflossen.

2.2 Assistenzleistungen in besonderen Wohnformen

Altersentwicklung

Das Durchschnittsalter der Menschen in der besonderen Wohnform steigt weiter an. Der Anteil der Leistungsberechtigten, die 50 Jahre und älter sind, liegt 2022 bei 53,4 Prozent. (Beim LVR: 54,9 Prozent).

Behinderungsform

Fast zwei Drittel der Menschen in den bundesdeutschen Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung sind primär geistig behindert (64,1 Prozent), knapp 30 Prozent haben eine seelische und 6 Prozent eine körperliche Behinderung. Diese Verteilung ist seit Jahren weitgehend unverändert. Im Rheinland gibt es nur geringfügige Abweichungen vom Bundesschnitt.

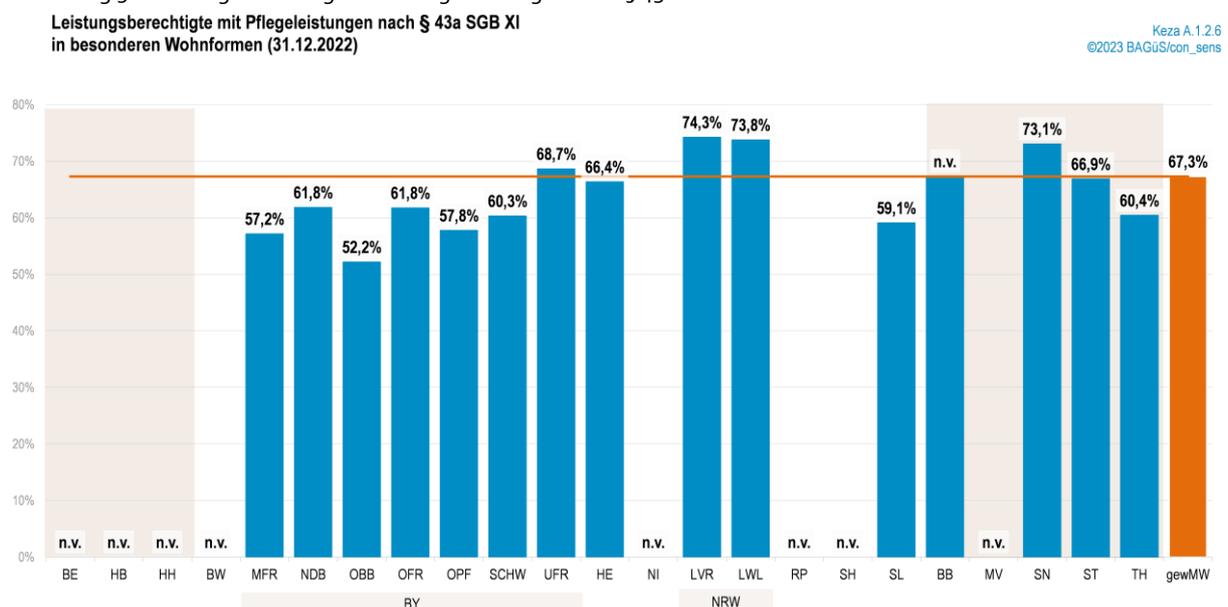
Geschlechterverteilung

Im „stationären“ Wohnen sind bundesweit knapp 60 Prozent der Leistungsberechtigten männlich, 40 Prozent weiblich. Dieses Verhältnis ist seit Jahren unverändert und auch die Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern bzw. Regionen sind gering. Personen mit dem Geschlechtsmerkmal „divers“ wurden nicht gemeldet.

Pauschale Leistungen der Pflegeversicherung

Im Durchschnitt werden für 67,3 Prozent der Menschen in besonderen Wohnformen pauschal Pflegeleistungen nach § 43a SGB XI erstattet.

Abbildung 5: Leistungsberechtigte mit Pflegeleistungen nach § 43a SGB IX innerhalb besonderer Wohnformen

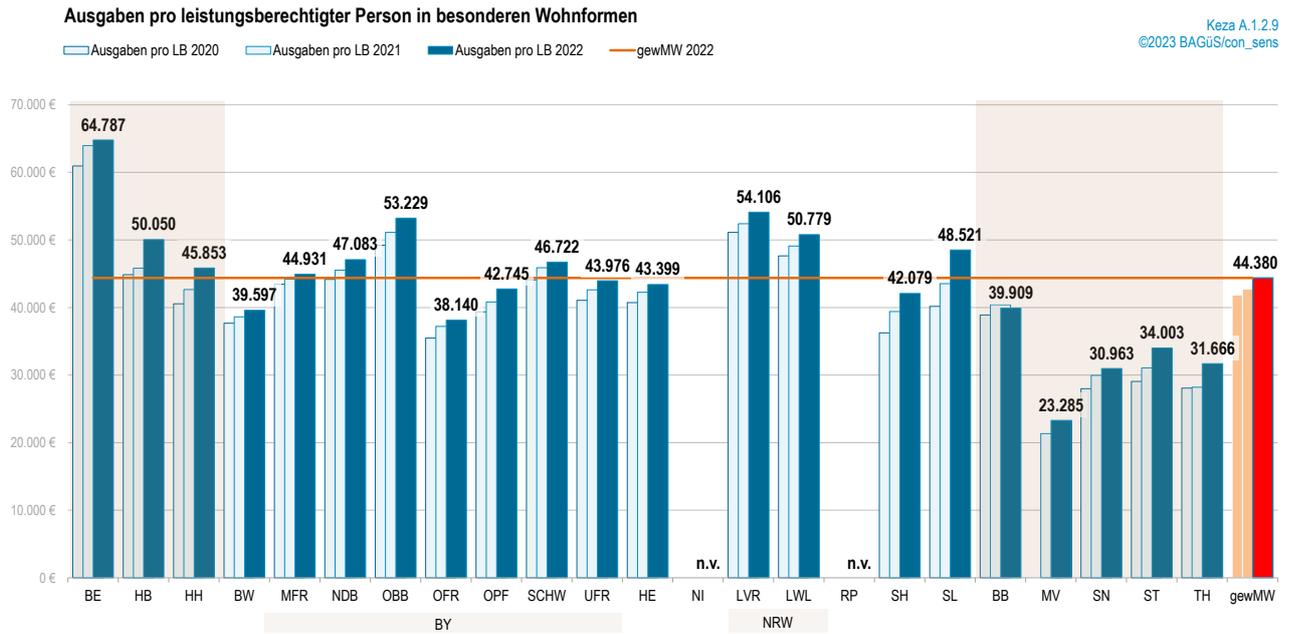


Die Quote beim LVR liegt mit 74,3 Prozent deutlich über dem Durchschnitt und nimmt den Spitzenwert ein bei den Meldungen der 15 überörtlichen Träger, die diese Kennzahl liefern konnten. Auch dies deutet darauf hin, dass im Rheinland vor allem Menschen mit erhöhtem Pflege- und Betreuungsbedarf in den „Wohnheimen“ verbleiben.

Fallkosten für die Fachleistung in besonderen Wohnformen

Die Fallkosten für die Assistenz in besonderen Wohnformen steigen in 2022 im Bundeschnitt auf 44.380 Euro. Das sind 1.654 Euro oder 3,9 Prozent mehr als im Vorjahr.

Abbildung 6: Ausgaben für Fachleistungen in besonderen Wohnformen pro Leistungsberechtigter Person



Mit Fallkosten von 54.106 Euro liegt der LVR im Bundesvergleich an zweiter Stelle hinter Berlin. Der Kostenanstieg fiel jedoch mit 3,2 Prozent geringer aus als im Bundesschnitt. Der Abstand des LVR zu den anderen westdeutschen Flächenländern hat sich in 2022 im Durchschnitt weiter verringert.

In den ostdeutschen Bundesländern sind mit durchschnittlich 32.392 Euro nach wie vor auffallend niedrige Fallkosten zu verzeichnen, auch wenn der Anstieg über dem Bundesschnitt liegt. Unterschiede bei den Fallkosten dürften wesentlich auf das Fachpersonal (Fachkraftquote, Tarife und Qualifikationsanforderungen) sowie den Personalschlüssel zurückzuführen sein.

In Metropolregionen existiert das Problem besonders hoher Personalkosten. Als Region mit verdichteten Ballungsräumen hat der LVR wie die Stadtstaaten und vergleichbare westdeutsche Länder tendenziell höhere Fallkosten.

Durch die Ambulantisierung und den steigenden Altersdurchschnitt verändert sich die Bewohnerstruktur in den besonderen Wohnformen zunehmend mit der Tendenz zu höheren Hilfebedarfen und entsprechend höheren Ausgaben. Hinzu kommt die wachsende Gruppe der sogenannten „WfbM-Rentner*innen“: Wer aus Altersgründen aus der Werkstatt ausscheidet, nimmt oft „heiminterne“ Tagesstruktur in Anspruch, die beim LVR in die Ausgaben für „stationäres“ Wohnen einfließt. Tagesförderstätten gibt es in NRW nicht.

2.3 Assistenzleistungen außerhalb besonderer Wohnformen

Altersentwicklung

Das Durchschnittsalter der Menschen mit Assistenzleistungen außerhalb besonderer Wohnformen steigt weiter an, bewegt sich aber auf niedrigerem Niveau als in den besonderen Wohnformen. Der Anteil der Leistungsberechtigten über 50 Jahre liegt bundesweit bei 43,7 Prozent (Vorjahr: 43,3 Prozent). Die Werte für das LVR-Gebiet sind entsprechend.

Behinderungsform

Die größte Gruppe im selbstständigen Wohnen mit ambulanter Unterstützung stellen die Menschen mit einer seelischen Behinderung (71,0 Prozent), fast ein Viertel (23,2 Prozent) hat eine geistige Behinderung, lediglich knapp sechs Prozent haben eine körperliche Beeinträchtigung. Gegenüber dem Vorjahr ist der Anteil der Menschen mit seelischer Behinderung leicht zurückgegangen, derjenigen mit primär geistiger Behinderung leicht gestiegen. Die Verteilung nach Behinderungsformen entspricht im Rheinland weitgehend dem Bundestrend.

Geschlechterverteilung

Bei den Assistenzleistungen außerhalb besonderer Wohnformen ist die Geschlechterverteilung ausgewogener als in den besonderen Wohnformen: Im Bundesschnitt sind 48,7 Prozent der Leistungsberechtigten weiblich, 51,2 Prozent männlich³. Im Rheinland liegt der Frauenanteil unter den ambulant betreuten Menschen bei 49,7 Prozent, kaum verändert gegenüber dem Vorjahr. In 2022 wurden zudem sowohl bundesweit als auch innerhalb des Rheinlandes erstmalig einzelne wenige Personen mit dem Geschlechtsmerkmal „divers“ gemeldet.

Fallkosten Assistenz im selbstständigen Wohnen

Pro leistungsberechtigter Person werden 2022 von den überörtlichen EGH-Trägern im Durchschnitt 12.617 Euro für Assistenzleistungen in der eigenen Häuslichkeit ausgegeben. Im bundesweiten Mittel sind die Fallkosten um 4,1 Prozent gestiegen, sofern nur die 20 Träger verglichen werden, zu denen schon in 2021 Werte vorlagen. Beim LVR liegen die Fallkosten bei 12.781 Euro und damit leicht über dem bundesdeutschen Mittelwert und dem Schnitt der westdeutschen Flächenländer (12.337 Euro). Die Fallkosten steigen im Rheinland gegenüber 2021 um 9,1 Prozent

Neben höheren Tarifabschlüssen für 2022 ist der hohe Fallkostenanstieg vor allem auf erhöhte Hilfebedarfe zurückzuführen. In 2022 ist die Zahl der „teureren“ Fälle mit komplexem Hilfebedarf weiter gestiegen.

In Umsetzung des BTHG hat sich durch das erweiterte Verständnis von „Assistenzleistungen“ der Kreis der Leistungsberechtigten, insbesondere auch um Personen mit komplexem Förderbedarf und zum Teil hohem pflegerischen Aufwand, erweitert. Infolge der Zuständigkeitsübernahmen vom örtlichen Träger sind ab 2020 zahlreiche Fälle als trägerübergreifendes persönliches Budget in die Zuständigkeit des LVR gewechselt. Assistenz- und Hintergrunddienste können in diesen Fällen umfangreich sein (bis zu 24-Stunden-Assistenz). Hinzu kommt, dass vermehrt begleitende Leistungen wie Freizeitassistenzen beantragt und bewilligt werden.

Der im Vergleich zu Vorjahren deutlich geringere Fallzahlenanstieg im Jahresverlauf 2022 lässt darüber hinaus schon rein rechnerisch die Fallkosten beim LVR steigen, da im Benchmarking die Fallzahlen zum Jahresende den Gesamtkosten des Jahres gegenübergestellt werden.

³ Die Prozentzahlen ergeben nicht genau 100 Prozent. 0,03 Prozent der LB haben das Geschlecht divers.

Abbildung 7: Fallkosten Assistenzleistungen außerhalb besonderer Wohnformen (bis 2020 LB im ehem. ambulant betreuten Wohnen)

Ausgaben pro leistungsberechtigter Person mit Assistenzleistungen außerhalb besonderer Wohnformen (bis 2020 LB im ehem. ambulant betreuten Wohnen)				Entwicklung 2021 – 2022		Veränderung seit 2020
Jahr	2020	2021	2022	absolut	%	
BE	n.v.	20.152	20.610	458	2,3%	
HB	14.929	15.237	15.236	-1	0,0%	1,0%
HH	16.846	14.598	13.926	-673	-4,6%	-9,1%
BW	12.982	13.961	14.259	297	2,1%	4,8%
MFR	14.538	15.039	15.156	117	0,8%	2,1%
NDB	13.096	13.381	13.362	-19	-0,1%	1,0%
OBB	14.719	14.964	15.036	72	0,5%	1,1%
OFR	8.782	8.252	8.833	581	7,0%	0,3%
OPF	17.677	17.992	16.907	-1.085	-6,0%	-2,2%
SCHW	13.365	12.527	12.250	-276	-2,2%	-4,3%
UFR	n.v.	n.v.	n.v.			
HE	11.111	11.600	12.219	618	5,3%	4,9%
NI	n.v.	n.v.	n.v.			
LVR	10.877	11.711	12.781	1.070	9,1%	8,4%
LWL	9.853	9.987	10.459	472	4,7%	3,0%
RP	n.v.	n.v.	n.v.			#WERT!
SH	9.864	10.042	10.952	909	9,1%	5,4%
SL	11.496	11.789	13.551	1762	14,9%	8,6%
BB	n.v.	9.972	10.368	396	4,0%	
MV	n.v.	8.087	7.769	-318	-3,9%	#WERT!
SN	6.986	8.617	9.143	527	6,1%	14,4%
ST	6.264	6.478	7.089	611	9,4%	6,4%
TH	n.v.	8.382	9.203	820	9,8%	
gewMW	11.269	12.120	12.617	497	4,1%	5,8%

©2023 BAGüS/con_sens Tab Fallkosten A.1.3.9.1

3. Zentrale Ergebnisse Teilhabe an Arbeit

Der BAGüS-Kennzahlenvergleich enthält Daten und Informationen zu den Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), dem in 2018 eingeführten Budget für Arbeit sowie dem im Aufbau befindlichen neuen Angebot der „Anderen Leistungsanbieter“.

Ab 2022 haben Menschen mit Behinderungen im Arbeitsbereich einer WfbM auch Anspruch auf ein Budget für Ausbildung. Hierzu liegen allerdings bisher kaum Daten vor.

Die Tagesförderstätten, die in anderen Bundesländern der Beschäftigung von „nicht werkstattfähigen“ Menschen mit Behinderung dienen, gibt es in NRW nicht, da hier die Werkstätten auch für Menschen mit besonders hohem Unterstützungsbedarf offenstehen. Tagesförderstätten sind gesetzessystematisch der Sozialen Teilhabe zugeordnet. Da die Leistungsberechtigten, die in anderen Bundesländern die Tagesförderstätte besuchen, in NRW häufig Leistungen zur Teilhabe an Arbeit in der WfbM erhalten, werden die Tages-

förderstätten dennoch hier zur besseren Vergleichbarkeit von Fallzahlen und –kosten der Werkstätten herangezogen.

3.1 Teilhabe an Arbeit in Werkstätten für behinderte Menschen

Fallzahlentwicklung und Dichte

Die Zahl der Menschen mit Behinderung, die im Arbeitsbereich einer Werkstatt beschäftigt sind, ist 2022 zum dritten Mal in Folge leicht rückläufig. Bundesweit waren 272.780 Personen in einer WfbM beschäftigt – 3.465 Leistungsberechtigte oder 1,3 Prozent weniger als im Vorjahr. 20 der 23 überörtlichen Träger verzeichnen 2022 sinkende Fallzahlen.

Zurückzuführen ist dies, nach Einschätzung des Benchmarking-Berichts, auf eine je Träger unterschiedliche Kombination von demografischem Wandel und besonderen Programmen zur Förderung der Übergänge auf den ersten Arbeitsmarkt. Abbildung 8 zeigt die Fallzahlentwicklung bei den einzelnen EGH-Trägern.

Abbildung 8: Fallzahlentwicklung Werkstattbeschäftigung bundesweit

Leistungsberechtigte Personen im Arbeitsbereich der WfbM				Entwicklung 2021 – 2022		durchschn. jährl. Veränderung seit 2020	durchschn. jährl. Veränderung seit 2013
Jahr (31.12.)	2020	2021	2022	absolut	%		
BE	8.367	8.223	8.146	-77	-0,9%	-1,3%	0,2%
HB	2.255	2.253	2.092	-161	-7,1%	-3,7%	-0,6%
HH	4.137	3.953	3.789	-164	-4,1%	-4,3%	-0,3%
BW	27.668	27.598	27.274	-324	-1,2%	-0,7%	-0,1%
MFR	4.714	4.681	4.657	-24	-0,5%	-0,6%	0,6%
NDB	3.608	3.566	3.533	-33	-0,9%	-1,0%	0,1%
OBB	8.707	8.715	8.642	-73	-0,8%	-0,4%	0,8%
OFR	3.634	3.590	3.544	-46	-1,3%	-1,2%	0,1%
OPF	3.265	3.238	3.199	-39	-1,2%	-1,0%	0,0%
SCHW	5.483	5.425	5.310	-115	-2,1%	-1,6%	0,5%
UFR	4.025	4.025	4.035	10	0,2%	0,1%	0,7%
HE	17.827	17.637	17.322	-315	-1,8%	-1,4%	0,5%
NI	28.992	28.868	n.v.				
LVR	34.887	34.978	34.601	-377	-1,1%	-0,4%	0,7%
LWL	37.892	37.794	37.284	-510	-1,3%	-0,8%	0,6%
RP	13.659	13.995	n.v.				
SH	11.252	11.286	11.090	-196	-1,7%	-0,7%	0,5%
SL	3.459	3.455	3.377	-78	-2,3%	-1,2%	0,8%
BB	10.307	10.328	10.189	-139	-1,3%	-0,6%	0,5%
MV	7.966	7.940	7.937	-3	0,0%	-0,2%	0,1%
SN	15.556	15.480	15.365	-115	-0,7%	-0,6%	0,1%
ST	10.634	10.537	10.465	-72	-0,7%	-0,8%	-0,2%
TH	8.826	8.680	8.604	-76	-0,9%	-1,3%	-0,8%
insg.	277.120	276.245	272.780	-3.465	-1,3%	-0,8%	0,4%

hochgerechnete Summe

Eine Tagesförderstätte besuchten zum Vergleich in 2022 bundesweit 39.176 Personen, 0,2 Prozent mehr als im Vorjahr. Seit 2013 liegt der durchschnittliche jährliche Zuwachs hier bei 2,2 Prozent.

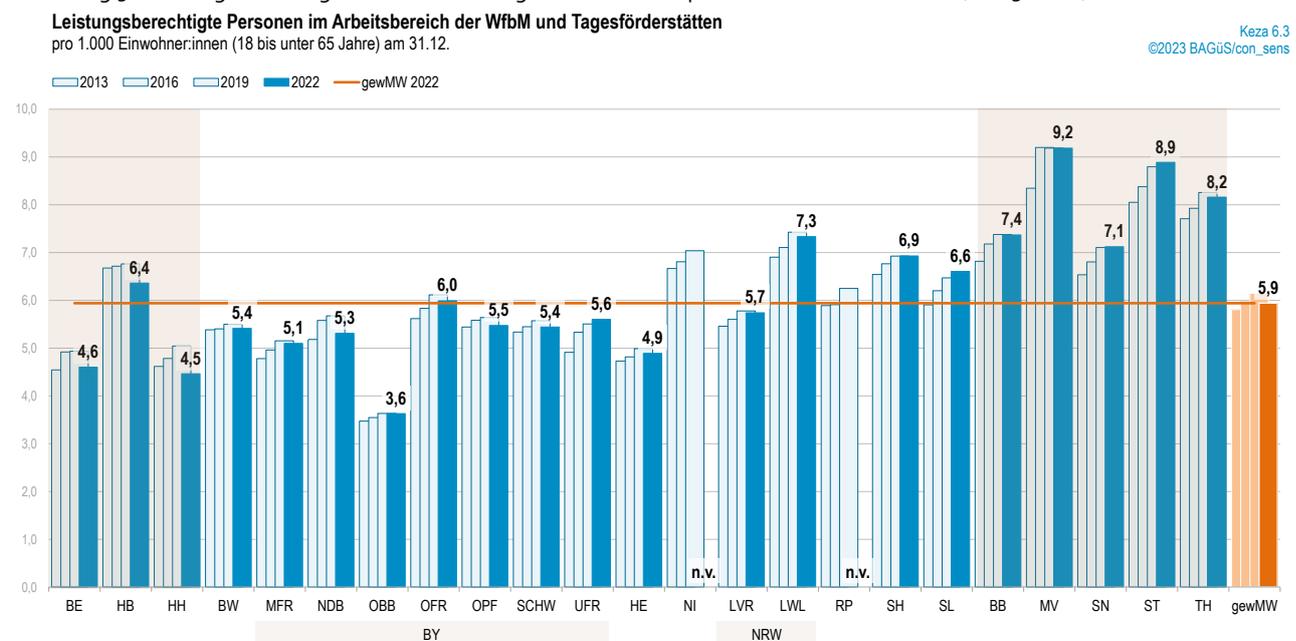
Auch im Rheinland ist die Zahl der Werkstatt-Beschäftigten mit einer Gesamtzahl von 34.601 (minus 1,1 Prozent im Vergleich zu 2021) gesunken. Damit ist in 2022 erstmalig ein Rückgang der Fallzahl innerhalb des LVR-Gebiets zu verzeichnen. 2021 war die Zahl der WfbM-Beschäftigten noch geringfügig gewachsen im Vergleich zum durch Sonder-Effekte geprägten Corona-Jahr 2020. Grundsätzlich nimmt auch beim LVR die Zahl der Abgänge zu, insbesondere auch durch Renteneintritte. In 2022 konnte nun auch erstmals gleichzeitig ein Rückgang der Zugänge festgestellt werden. Deren Zahl war bis zum Jahr 2021 weitgehend konstant geblieben.

Dichtewerte Beschäftigung gesamt

Bundesweit waren Ende 2022 von 1.000 Einwohner*innen im erwerbsfähigen Alter insgesamt 5,9 Personen im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Tagesförderstätte beschäftigt. Damit sinkt der Dichtewert, nachdem er seit 2019 bei 6,2 stagniert hatte, um 0,3 Dichtepunkte. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern bzw. Regionen sind wie in den Vorjahren deutlich. Die Dichtewerte schwanken zwischen 9,2 in Mecklenburg-Vorpommern und 3,6 in Oberbayern. Regionale Unterschiede können dabei auch auf unterschiedliche Bevölkerungsentwicklungen zurückzuführen sein, da die Einwohnerzahl in die Berechnung der Dichtewerte einfließt. Dieser rechnerische Effekt ist insbesondere für die ostdeutschen Bundesländer zu beachten. Dort ist die Einwohnerzahl der 18 bis 65-Jährigen seit 2013 deutlich gesunken.

Im Rheinland liegt der Dichtewert bei 5,7 Werkstatt-Beschäftigten je 1.000 Einwohner*innen im Alter von 18 bis unter 65 Jahren und damit im Schnitt der westdeutschen Flächenländer.

Abbildung 9: Leistungsberechtigte in WfbM und Tagesförderstätten pro 1.000 Einwohner/innen (18-65 Jahre)



Ausgabenentwicklung und Fallkosten

Die Bruttoausgaben aller Träger der Eingliederungshilfe für Werkstatt-Leistungen und Tagesförderstätten insgesamt erreichen 2022 einen Wert von rund 6,38 Milliarden Euro. Während die Ausgaben für die Tagesförderstätten um 5,2 Prozent oder 58 Millionen Euro stiegen, erhöhten sich die Gesamtausgaben für Werkstattleistungen um 3,3 Prozent oder 165 Millionen Euro auf insgesamt 5,2 Milliarden Euro. Im Jahr zuvor, 2021, waren die Ausgaben für Werkstätten um 2,7 Prozent gestiegen.

Abbildung 10: Ausgaben im Arbeitsbereich der WfbM

Bruttoausgaben im Arbeitsbereich der WfbM (Mio Euro)				Entwicklung 2021 – 2022		Ø jährl. Veränd. seit 2020
	2020	2021	2022	absolut	%	
WfbM	4.926	5.058	5.223	165,3	3,3%	3,0%

©2023 BAGüS/con_sens

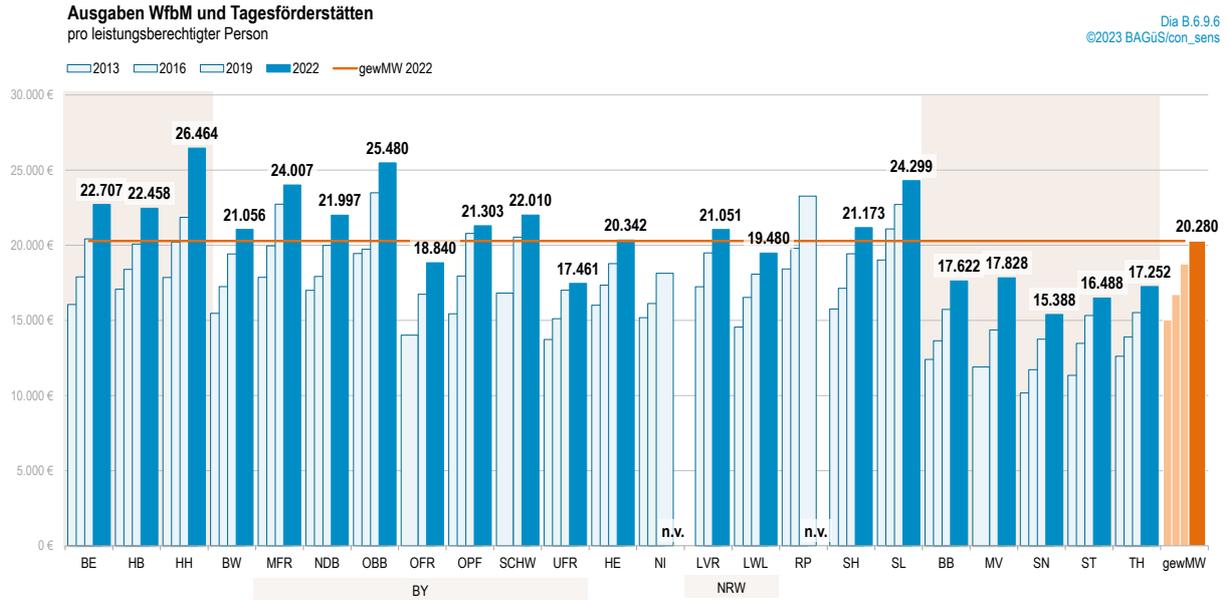
Im Rheinland sind die WfbM-Gesamtkosten von 2021 auf 2022 um rund 36 Millionen Euro oder 5,2 Prozent gestiegen. Neben inflationsbedingt höheren Entgeltsteigerungen bei Personal- und Sachkosten liegt ein Hauptgrund hier in der deutlichen Zunahme bei den Fahrtkosten. Waren beim LVR in 2020 die Fahrtkosten coronabedingt überdeutlich um 6,7 Millionen Euro gesunken, so steigen diese seit 2021 ebenfalls sehr deutlich wieder an: zunächst um 16 Millionen Euro in 2021 und erneut um knapp 20 Millionen Euro in 2022. Im Berichtsjahr 2022 wirken sich dabei insbesondere die Energiekostenerhöhungen in Folge des Ukraine-Krieges aus. Hohe Fahrtkostensteigerungen sind in 2022 bundesweit auch bei anderen überörtlichen Trägern feststellbar.

Die Entwicklung der Gesamtkosten führt, zusammen mit dem Rückgang der Fallzahlen, bundesweit ebenso wie im Rheinland zu einem Anstieg der durchschnittlichen Fallkosten für die Werkstattbeschäftigung. Sie erhöhen sich im Bundesdurchschnitt um 3,6 Prozent (oder 662 Euro) auf jetzt 18.970 Euro. Zwischen 2015 und 2019, das heißt vor der Pandemie, waren die Fallkosten jährlich vergleichbar um jeweils 3,7 Prozent gestiegen.

In den Tagesförderstätten steigen 2022 die Fallkosten noch stärker (plus 5,0 Prozent⁴). Die Entwicklung seit 2013 für beide Beschäftigungsangebote zusammen genommen zeigt Abbildung 11. Die Fallkosten WfbM/Tagesförderstätte erhöhen sich danach im Bundesdurchschnitt um 4,8 Prozent auf 20.280 Euro pro leistungsberechtigter Person.

⁴ ohne Rheinland-Pfalz und Niedersachsen

Abbildung 11: Ausgaben WfbM und Tagesförderstätten pro Leistungsberechtigter Person



Im Rheinland liegen die Bruttoausgaben pro leistungsberechtigter Person bei 21.051 Euro. Das ist ein Anstieg um 1.253 Euro pro Person und Jahr (oder 6,33 Prozent).

Die Fallkosten beim LVR sind in der Gesamtbetrachtung WfbM/Tagesförderstätte etwas höher als der Bundesschnitt, jedoch niedriger als der Schnitt der westdeutschen Flächenländer ohne NRW (21.517 Euro). Sie liegen allerdings weiterhin über den Fallkosten des LWL. Wie schon in den Jahren vor Pandemiebeginn sind beim LVR insbesondere die Fahrtkosten zur Werkstatt vergleichsweise hoch (siehe auch unten zu Fahrtkosten WfbM pro Fall). Die Gründe liegen unter anderem darin, dass im Rheinland die WfbM nicht in unmittelbarer Nähe zu den Wohnangeboten liegen und somit größere Entfernungen zu bewältigen sind.

Die Werkstattausgaben enthalten bundesweit die Vergütung für die Betreuung (durchschnittlich 73,6 Prozent der Bruttofallkosten), die Fahrtkosten (13,2 Prozent), die Leistungen zur Sozialversicherung (10,2 Prozent) und das Arbeitsförderungsgeld (2,9 Prozent).

Fallkosten Vergütung für Werkstatt für behinderte Menschen

Die durchschnittliche Vergütung im Arbeitsbereich liegt bundesweit bei 14.114 Euro pro leistungsberechtigter Person. Grund für die Steigerung zum Vorjahr von 3,7 Prozent sind Tarif- und Bedarfssteigerungen. Dabei liegen die Vergütungen in den westlichen Flächenländern (Durchschnitt 14.590 Euro) um 26 Prozent über dem Wert in den ostdeutschen Flächenländern (11.502 Euro im Mittel).

Im Rheinland beträgt die Vergütung in der WfbM im Schnitt 14.974 Euro – das sind 4,2 Prozent mehr als im Vorjahr. 2021 war die Steigerungsrate bei den Vergütungen im Rheinland dagegen mit 1,5 Prozent sehr niedrig ausgefallen und lag unter dem Bundesschnitt. Auch beim LVR haben, neben den höheren Tarifabschlüssen in 2022, gestiegene Hilfebedarfe die Vergütungen nun stärker ansteigen lassen. Die Zahl der Beschäftigten mit Bedarf an Zusatzpersonal, das heißt an höheren Betreuungsschlüsseln, hat sich deutlich erhöht, während insgesamt die Gesamtfallzahl der WfbM-Beschäftigten zurückgegangen ist.

Fahrtkosten zur Werkstatt pro Fall

Die durchschnittlichen Fahrtkosten pro leistungsberechtigter Person betragen 2.491 Euro, erneut ein deutliches Plus von nunmehr 13,9 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Die Fahrtkosten für die Beförderung der Leistungsberechtigten zur Werkstatt waren bundesweit und insbesondere auch im Rheinland bereits vor der Pandemie in 2020 stark gestiegen, u.a. aufgrund einer Zunahme an teuren Sonder- und Einzelfahrten durch mehr Beschäftigte mit höherem Hilfebedarf sowie aufgrund von Neuausschreibungen (Anstieg 2018 auf 2019: bundesweit plus 6 Prozent, beim LVR plus 11 Prozent).

2020 gingen die bundesweiten Fahrtkosten pro Fall gegenüber dem Vorjahr pandemiebedingt einmalig um über 12,1 Prozent zurück (LVR: minus 7 Prozent). Dieser Effekt entfällt seit 2021 und zudem sorgen in 2022 die Kombination der gestiegenen Preise für Kraftstoffe und Wartungsarbeiten sowie die stufenweise Erhöhung des Mindestlohns dafür, dass sich die Steigerung früherer Jahre fortsetzt.

Im LVR-Gebiet stiegen die Fahrtkosten pro leistungsberechtigter Person in 2022 entsprechend um gut 21 Prozent auf 3.530 Euro.

Alter, Behinderungsform und Geschlecht der Leistungsberechtigten

In 2022 sind bundesweit rund ein Drittel der Werkstattbeschäftigten 50 und älter (32 Prozent), kaum verändert im Vergleich zum Vorjahr. Im Vergleich zu 2021 sind die Anteile der 18- bis 30-Jährigen, der 40- bis 50-Jährigen und der 60- bis 65-Jährigen leicht gestiegen, während der Anteil der 50- bis 60-Jährigen gesunken ist. Die Altersverteilung der Werkstatt-Beschäftigten im Rheinland weicht nur unwesentlich von den bundesweiten Daten ab. Altersbedingt werden so künftig tendenziell noch mehr Menschen aus der Werkstatt ausscheiden.

Behinderungsform

Sieben von zehn Werkstatt-Beschäftigten sind im Bundesschnitt Menschen mit einer geistigen Behinderung (71,7 Prozent), ein Fünftel (20,9 Prozent) sind Menschen mit seelischer Behinderung. 7,4 Prozent sind primär körperlich behindert. Die Verteilung ist weitgehend unverändert gegenüber dem Vorjahr.

Im Rheinland weicht die Verteilung nur leicht vom Bundesschnitt ab (geistige Behinderung: 72,6 Prozent, seelische Behinderung: 22,3 Prozent, körperliche Behinderung: 5 Prozent⁵). Während die Anteile der Menschen mit körperlicher und der mit geistiger Behinderung leicht gestiegen sind, ist der Anteil der Menschen mit seelischer Behinderung geringfügig gesunken.

Geschlechterverteilung

59 Prozent der Werkstatt-Beschäftigten sind männlich, 41 Prozent weiblich. Dies gilt bundesweit wie für das Rheinland. Die Verteilung ist seit Jahren unverändert.

Werkstattbeschäftigung und Wohnformen

Bundesweit erhält etwas weniger als die Hälfte aller Werkstatt-Beschäftigten keine Wohnleistungen der Eingliederungshilfe. 29 Prozent leben in einer besonderen Wohnform, 23 Prozent selbstständig mit ambulanter Unterstützung.

Beim LVR erhalten 46 Prozent der Werkstatt-Beschäftigten keine Wohnleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe. Der Anteil der Werkstatt-Beschäftigten mit ambulanter

⁵ Da für 24 Leistungsberechtigte die Behinderungsform nicht nach Behinderungsart differenzierbar ist, addieren sich die Anteile nicht auf 100 Prozent.

Wohnunterstützung liegt mit 27 Prozent höher als im Bundesschnitt; 26 Prozent leben in einer besonderen Wohnform.

3.2 Leistungsberechtigte mit Budget für Arbeit/Ausbildung und Andere Leistungsanbieter

Mit der zweiten Stufe des Bundesteilhabegesetzes wurden ab Januar 2018 zwei neue gesetzliche Instrumente zur Förderung der Teilhabe an Arbeit außerhalb von Werkstätten geschaffen: das Budget für Arbeit und die Anderen Leistungsanbieter.

Zum 31.12.2022 nutzten bundesweit insgesamt 2.950 Leistungsberechtigte ein gesetzliches Budget für Arbeit, davon 276 Leistungsberechtigte beim LVR. Die Zahl der Menschen mit Behinderungen, die 2022 zum ersten Mal ein Budget für Arbeit erhielten, lag bundesweit bei 408 (2021: 410).

Im Rheinland erhielten 96 Leistungsberechtigte 2022 erstmalig das Budget für Arbeit nach § 61 SGB IX (Vorjahr: 47).

Weitere 2.988 Menschen mit Behinderung erhielten Ende 2022 eine Förderung nach länderspezifischen Programmen. Im Rheinland waren es 93. Die länderspezifischen Programme haben unterschiedliche Konzeptionen und richten sich an unterschiedlich breite Zielgruppen. Das LVR-Inklusionsamt setzt mit seinem Programm LVR-Budget für Arbeit – Aktion Inklusion den Schwerpunkt auf den Personenkreis der Schulabgänger*innen.

Die „Anderen Leistungsanbieter“ befinden sich 2022 weiterhin im Aufbau. Bundesweit wurden Vereinbarungen mit 70 Anderen Leistungsanbietern geschlossen, bei denen 606 Personen beschäftigt waren. Im LVR-Gebiet wurden 2022 von sechs Anderen Leistungsanbietern insgesamt 25 Leistungsberechtigte unterstützt und betreut.

Ebenso wie das Angebot der „Anderen Leistungsanbieter“ befindet sich auch das zum 01.01.2022 eingeführte Budget für Ausbildung für Menschen mit Anspruch auf Leistungen im Arbeitsbereich einer WfbM (§ 61a SGB IX n.F.) noch im Aufbau. Insgesamt wurden bundesweit nur 29 Leistungsberechtigte mit einem Budget für Ausbildung gemeldet, davon über die Hälfte der Leistungsberechtigten (15 Personen) aus dem Rheinland.

In Vertretung

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

Anhang: Trägerbezogene Einzelwerte BAGüS-Kennzahlen-Vergleich

Tabelle 1: Volljährige Leistungsberechtigte in besonderen Wohnformen (bis 2019 stationäres Wohnen)

Volljährige leistungsberechtigte Personen in besonderen Wohnformen (bis 2019 stationäres Wohnen)				Entwicklung 2021 – 2022		durchschn. jährl. Veränderung seit 2020	durchschn. jährl. Veränderung seit 2013
Jahr (31.12.)	2020	2021	2022	absolut	%		
BE	5.578	5.517	5.499	-18	-0,3%	-0,7%	-0,3%
HB	2.043	2.033	1.884	-149	-7,3%	-4,0%	-1,3%
HH	4.242	4.434	4.233	-201	-4,5%	-0,1%	-1,0%
BW	21.344	21.268	21.175	-93	-0,4%	-0,4%	0,2%
MFR	4.307	4.297	4.286	-11	-0,3%	-0,2%	-0,3%
NDB	2.359	2.392	2.358	-34	-1,4%	0,0%	1,1%
OBB	9.634	9.713	9.605	-108	-1,1%	-0,2%	0,5%
OFR	2.492	2.464	2.508	44	1,8%	0,3%	0,7%
OPF	2.363	2.368	2.375	7	0,3%	0,3%	1,2%
SCHW	4.306	4.332	4.290	-42	-1,0%	-0,2%	0,6%
UFR	2.682	2.702	2.703	1	0,0%	0,4%	0,8%
HE	12.755	12.768	12.736	-32	-0,3%	-0,1%	-0,6%
NI	22.511	22.819	n.v.				
LVR	20.573	20.350	19.993	-357	-1,8%	-1,4%	-0,6%
LWL	21.741	21.724	21.484	-240	-1,1%	-0,6%	-0,2%
RP	9.840	n.v.	n.v.				
SH	7.823	7.931	7.894	-37	-0,5%	0,5%	-1,2%
SL	2.265	2.242	2.169	-73	-3,3%	-2,1%	-0,2%
BB	6.686	6.627	6.652	25	0,4%	-0,3%	0,0%
MV	5.483	5.404	5.143	-261	-4,8%	-3,2%	-1,6%
SN	9.625	9.507	9.418	-89	-0,9%	-1,1%	1,1%
ST	8.936	8.826	8.714	-112	-1,3%	-1,2%	-0,5%
TH	5.286	5.233	5.140	-93	-1,8%	-1,4%	-0,5%
insg.	194.874	194.787	192.525	-2.262	-1,2%	-0,6%	-0,1%

©2023 Tab A.1.2

BAGüS/con_sens

hochgerechnete Summen

Tabelle 2: Volljährige Leistungsberechtigte mit Assistenz außerhalb besonderer Wohnformen

Leistungsberechtigte Personen mit Assistenzleistungen außerhalb besonderer Wohnformen (bis 2020 LB im ehem. ambulant betreuten Wohnen)				Entwicklung 2021 – 2022		durchschn. jährl. Veränderung seit 2020	durchschn. jährl. Veränderung seit 2013	
				Jahr (31.12)	2020	2021	2022	absolut
BE		14.751	18.179	18.510	331	1,8%	12,0%	5,6%
HB		2.432	2.517	2.931	414	16,4%	9,8%	6,0%
HH		9.842	11.637	12.261	624	5,4%	11,6%	4,0%
BW		17.285	19.605	20.373	768	3,9%	8,6%	7,2%
MFR	BY	3.782	4.173	4.354	181	4,3%	7,3%	6,5%
NDB		1.170	1.238	1.274	36	2,9%	4,3%	6,0%
OBB		7.620	8.640	8.894	254	2,9%	8,0%	6,2%
OFR		1.925	2.066	2.222	156	7,6%	7,4%	8,5%
OPF		1.083	1.172	1.288	116	9,9%	9,1%	7,0%
SCHW		3.320	3.900	4.044	144	3,7%	10,4%	10,3%
UFR		2.226	2.430	2.564	134	5,5%	7,3%	7,4%
HE		20.526	23.752	24.891	1.139	4,8%	10,1%	6,7%
NI			n.v.	n.v.	n.v.			
LVR	NRW	41.939	44.357	44.785	428	1,0%	3,3%	4,4%
LWL		36.024	39.218	40.711	1.493	3,8%	6,3%	6,1%
RP		2.159	n.v.	n.v.				
SH		11.424	12.691	13.164	473	3,7%	7,3%	6,0%
SL		2.213	2.249	2.235	-14	-0,6%	0,5%	6,0%
BB		6.245	7.233	7.475	242	3,3%	9,4%	5,5%
MV		5.391	5.995	6.464	469	7,8%	9,5%	5,6%
SN		7.571	8.402	8.615	213	2,5%	6,7%	6,4%
ST		4.910	5.255	5.358	103	2,0%	4,5%	5,9%
TH		4.219	4.683	4.883	200	4,3%	7,6%	5,7%
insg.		231.001	257.360	266.228	8.868	3,4%	7,4%	5,8%

©2023 BAGüS/con_Keza Tab_abs.ZR A.

hochgerechnete Summen

Vorlage Nr. 15/2286

öffentlich

Datum: 18.04.2024
Dienststelle: Stabsstelle 70.10
Bearbeitung: Frau Pflugrad, Frau Seehafer, Frau Dr. Weidenfeld

Sozialausschuss	07.05.2024	Kenntnis
Ausschuss für Inklusion	20.06.2024	Kenntnis
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	21.06.2024	Kenntnis
Landschaftsausschuss	25.06.2024	Kenntnis
Ausschuss für den LVR- Verbund Heilpädagogischer Hilfen	13.09.2024	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

**Die Eingliederungshilfe-Leistungen des LVR im Rheinland: regionalisierter
Datenbericht 2022**

Kenntnisnahme:

Der regionalisierte Datenbericht 2022 zu den Eingliederungshilfe-Leistungen des LVR wird gemäß Vorlage Nr. 15/2286 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. 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	

L u b e k

Worum geht es hier?

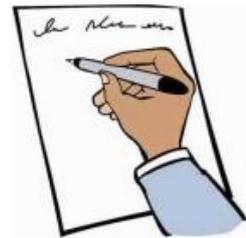
In leichter Sprache:

Der LVR ist ein Amt im Rheinland.
Das Amt bezahlt Hilfen zum Wohnen und im Alltag.
Und Hilfen zur Arbeit für Menschen mit Behinderungen.



Der LVR bezahlt die Hilfen überall im Rheinland.

Jedes Jahr berichtet der LVR:
So sieht es in den 13 Städten und 12 Land-Kreisen
und in der Städteregion Aachen aus mit den Hilfen für Menschen
mit Behinderung.



Das steht in dem Bericht für das Jahr 2022:

Weniger Menschen wohnen im Heim.
Mehr Menschen mit Behinderung
wohnen in der eigenen Wohnung.

In den Städten Köln, Oberhausen, Krefeld, in der Städteregion
Aachen und im Kreis Heinsberg erhalten
besonders viele Menschen mit Behinderungen
Hilfen in ihrer eigenen Wohnung.



Menschen mit Lern-Schwierigkeiten
leben heute noch besonders häufig
in einem Wohn-Heim.
Aber es gibt eine gute Entwicklung:
Immer mehr Menschen mit Lernschwierigkeiten
ziehen um in eine eigene Wohnung.

Viele Menschen mit Behinderungen
arbeiten in einer Werkstatt.
Die Zahl ist etwa gleich groß wie im Jahr davor.
Vor allem Menschen mit Lern-Schwierigkeiten arbeiten in einer Werkstatt.

In jeder Stadt und jedem Kreis und in der Städteregion Aachen
gibt es immer mindestens eine Werkstatt, meist mehrere.

Und die Werkstätten haben mehrere Werkstatt-Häuser.
Damit die Menschen mit Behinderung
nicht so weit zur Arbeit fahren müssen.

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

Diese Vorlage stellt regionalisierte Daten zu den Eingliederungshilfe-Leistungen des LVR-Dezernates 7 zum 31.12.2022 dar und ergänzt damit den gleichzeitig vorliegenden, bundesweiten Benchmarking-Bericht 2024 (Berichtsjahr 2022) der BAGüS (Vorlage Nr. 15/2289).

Dabei berührt diese Vorlage insbesondere Zielrichtung Nummer 4 „Den inklusiven Sozialraum mitgestalten“ des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.

1. Themenbereich Assistenz / Soziale Teilhabe für Menschen mit Behinderung

Es werden Basisdaten zu Assistenzleistungen in besonderen Wohnformen (früher: stationäres Wohnen) und zu Assistenzleistungen außerhalb besonderer Wohnformen je Mitgliedskörperschaft dargestellt.

Zu wesentlichen Kennzahlen wird die Entwicklung der letzten Jahre bis 2022 aufgezeigt. Die wesentlichen Daten im LVR-Durchschnitt:

- Rund 64.800 Menschen mit Behinderungen erhalten vom LVR eine Assistenzleistung der Eingliederungshilfe. Damit steigt die Gesamtzahl beim LVR in 2022 um 1,9 Prozent – dieser Anstieg ist geringer als in den Vorjahren.
- Rheinlandweit liegt die Ambulantisierungsquote bei 69 Prozent. Die regionalen Unterschiede reichen von 56 Prozent bis 82 Prozent.

2. Themenbereich Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderung

Hier werden Daten zur Teilhabe am Arbeitsleben und zu den Inklusionsbetrieben im Rheinland vorgestellt. Die Entwicklung der letzten Jahre ist für ausgewählte Daten ebenfalls ersichtlich. Die wesentlichen Daten im LVR-Durchschnitt:

- Ende 2022 finanziert der LVR die Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen für 34.601 Leistungsberechtigte – ein leichter Rückgang gegenüber dem Vorjahr.
- Insgesamt 44 Werkstattträger mit über 200 Betriebsstätten sorgen für ein flächendeckendes Angebot an Arbeitsplätzen für Menschen mit wesentlicher Behinderung im Rheinland.
- Zum 31.12.2022 haben 276 Leistungsberechtigte im LVR-Gebiet die Unterstützung im Rahmen des gesetzlichen Budgets für Arbeit genutzt (2021: 175 Leistungsberechtigte). Weitere 93 Personen erhielten vergleichbare Leistungen aus Mitteln der Ausgleichsabgabe im Rahmen des LVR-Förderprogramms „LVR-Budget für Arbeit – Aktion Inklusion“. Zudem wurden in 2022 erstmalig Leistungen des Budgets für Ausbildung für 15 Leistungsberechtigte durch den LVR finanziert.

Begründung der Vorlage Nr. 15/2286:

Die Eingliederungshilfe-Leistungen des LVR im Rheinland: Regionalisierter Datenbericht 2022

Dieser regionalisierte Datenbericht zu den Eingliederungshilfe-Leistungen in den Mitglieds-körperschaften des LVR ergänzt die Vorlage Nr. 15/2289 zum bundesweiten BAGüS-Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe 2024 (Berichtsjahr 2022). Es werden wesentliche Kennzahlen zu den Eingliederungshilfe-Leistungen Assistenz / Soziale Teilhabe (innerhalb und außerhalb besonderer Wohnformen) sowie Teilhabe am Arbeitsleben (Werkstätten für behinderte Menschen, Budget für Arbeit bzw. für Ausbildung, andere Leistungsanbieter) und ergänzend Daten zu den Inklusionsbetrieben im Rheinland dargestellt.

Bis 2021 wurde an den Auswertungs-Kategorien der letzten Jahre festgehalten – also den „Wohnleistungen ambulant und stationär“ (die allerdings entsprechend der BTHG-Terminologie als Wohnleistungen innerhalb und außerhalb besonderer Wohnformen bezeichnet wurden), um den Vergleich zu Vorjahren herzustellen. Da die gesetzlichen Grundlagen für die Abgrenzung eines Wohnbezugs der Assistenzleistung mit dem BTHG entfallen sind und auch die technische Abgrenzung zunehmend nicht mehr valide möglich ist, werden ab dem Berichtsjahr 2022 die Assistenzleistungen umfassend als „Assistenzleistungen innerhalb und außerhalb besonderer Wohnformen“ dargestellt (inklusive Leistungen ohne Wohnbezug, für die der LVR 2020 die Zuständigkeit vom örtlichen Träger übernommen hat).

1. Assistenzleistungen für Menschen mit Behinderung

Basisdaten zur Entwicklung der Assistenzleistungen für Menschen mit Behinderung

Kennzahlen zur Entwicklung der Assistenzleistungen werden von beiden Landschaftsverbänden jährlich gemeinsam an das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS NRW) berichtet. Im Folgenden werden die Daten der Meldung zum Stichtag 31.12.2022 dargestellt und die Entwicklungen mit Vorjahren verglichen. Alle Angaben einschließlich der Bevölkerungszahlen beziehen sich auf erwachsene Personen (18 Jahre und älter).

Die Angaben der beiden Landschaftsverbände werden regionalisiert nach Städten und Kreisen dargestellt und nach tatsächlichem Aufenthalt der Leistungsberechtigten differenziert.

1.1. Fallzahlentwicklung Assistenz im Rheinland 2012 - 2022

Die Gesamtzahl der Leistungsberechtigten mit Assistenzleistung beim LVR steigt in 2022 um 1,9 Prozent auf insgesamt 64.778 Personen. Die Zunahme ist etwas höher als im Vorjahr (Steigerung um 1,4 Prozent in 2021). Der Fallzahlzuwachs von 2021 zu 2022 um 1.543 Leistungsberechtigte außerhalb besonderer Wohnformen geht überwiegend, zu mehr als zwei Dritteln, auf die oben erläuterte Ausweitung der Datengrundlage auf Assistenzleistungen auch ohne Wohnbezug zurück. Im Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der BAGüS war diese Erweiterung bereits im Vorjahr für den Bericht 2021 vollzogen worden. Bei glei-

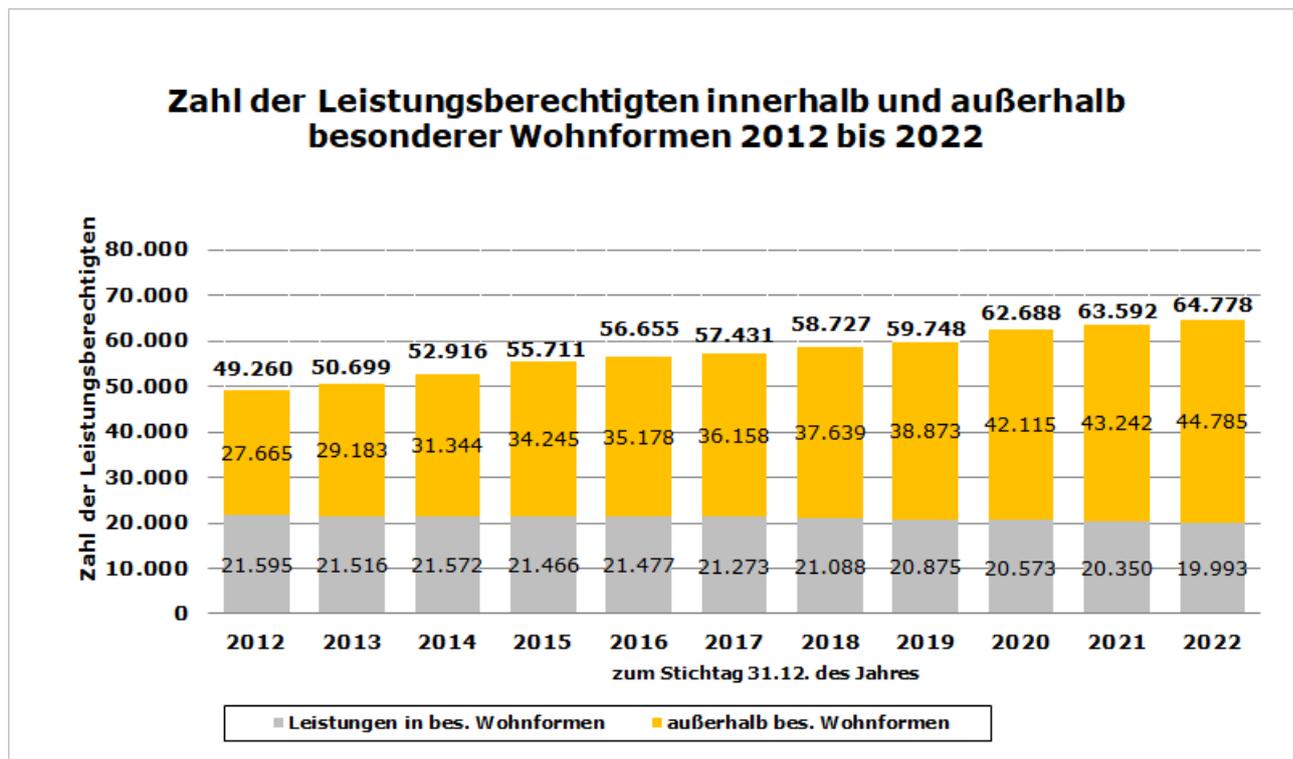
cher Datengrundlage für 2021 und 2022 beträgt der materielle Fallzahlzuwachs in 2022 lediglich 428 Fälle.

Zwischen 2017 und 2022 stieg die Gesamt-Fallzahl um durchschnittlich 2,4 Prozent im Jahr, wobei in 2020 auch Effekte der Zuständigkeitsveränderungen durch das AG BTHG NRW und Fallübernahmen vom örtlichen Träger hinzukamen (siehe Abbildung 1). Verglichen mit 2012 ist die Zahl der Leistungsberechtigten, die eine Unterstützungsleistung innerhalb oder außerhalb einer besonderen Wohnform erhalten, um insgesamt 31,5 Prozent gestiegen.

Diese Fallzahlsteigerungen der letzten 10 Jahre bilden sich ausschließlich im ambulanten Bereich ab - mit einem deutlichen Zuwachs von insgesamt rund 17.100 Leistungsberechtigten. Der durchschnittliche jährliche Fallzahlzuwachs liegt hier im 10-Jahres-Zeitraum bei 4,9 Prozent, im 5-Jahres-Zeitraum zwischen 2017 und 2022 leicht reduziert bei durchschnittlich 4,4 Prozent.

Die Fallzahlentwicklung in besonderen Wohnformen ist von 2012 bis 2022 dagegen rückläufig mit einem Minus von 1.602 Leistungsberechtigten. Während zwischen 2012 und 2016 die Fallzahlentwicklung stagniert bzw. nur geringfügig gesunken ist, ist seit 2017 ein kontinuierlicher Rückgang zu verzeichnen.

ABBILDUNG 1: ENTWICKLUNG DER LEISTUNGEN INNERHALB UND AUßERHALB BESONDERER WOHNFORMEN BEI ERWACHSENEN LEISTUNGSBERECHTIGTEN DES LVR ZUM JEWEILIGEN STICHTAG 31.12.



1.2. Leistungsberechtigte in besonderen Wohnformen

Im 5-Jahres-Zeitraum 2017 bis 2022 ist die Anzahl der Leistungsberechtigten in besonderen Wohnformen um 6 Prozent oder 1.280 Leistungsberechtigte gesunken.

Tabelle 1 zeigt die regionalen Unterschiede in den absoluten wie prozentualen Fallzahlveränderungen. Diese variieren zwischen Fallzahlzuwächsen in Höhe von plus 15 Leistungsberechtigten im Kreis Wesel bis hin zu Fallzahlrückgängen in Höhe von minus 135 Leistungsberechtigten im Rhein-Sieg-Kreis. Die prozentualen Veränderungen in den Regionen schwanken zwischen plus 1,7 Prozent in Duisburg und im Kreis Wesel und minus 13,6 Prozent im Oberbergischen Kreis.

TABELLE 1: ERWACHSENE LEISTUNGSBERECHTIGTE IN BESONDEREN WOHNFORMEN UND VERÄNDERUNG ZUM STICHTAG 31.12.

Leistungsberechtigte in besonderen Wohnformen nach tatsächlichem Aufenthalt			Veränderungen seit 2017	
Stadt/Kreis	2017	2022	absolut	%
Düsseldorf	956	923	-33	-3,5%
Duisburg	660	671	11	1,7%
Essen	1.368	1.262	-106	-7,7%
Krefeld	452	425	-27	-6,0%
Leverkusen	290	279	-11	-3,8%
Mönchengladbach	757	704	-53	-7,0%
Mülheim/Ruhr	365	339	-26	-7,1%
Oberhausen	247	234	-13	-5,3%
Remscheid	402	373	-29	-7,2%
Solingen	356	365	9	2,5%
Wuppertal	773	748	-25	-3,2%
Kreis Mettmann	799	778	-21	-2,6%
Rhein-Kreis Neuss	885	846	-39	-4,4%
Kreis Viersen	827	779	-48	-5,8%
Kreis Kleve	1.175	1.102	-73	-6,2%
Kreis Wesel	878	893	15	1,7%
Bonn	491	436	-55	-11,2%
Köln	1.365	1.333	-32	-2,3%
Rhein-Erft-Kreis	470	473	3	0,6%
Kreis Euskirchen	642	592	-50	-7,8%
Oberbergischer Kreis	720	622	-98	-13,6%
Rheinisch-Bergischer Kreis	552	497	-55	-10,0%
Rhein-Sieg-Kreis	1.080	945	-135	-12,5%
Städteregion Aachen	875	848	-27	-3,1%
Kreis Düren	450	394	-56	-12,4%
Kreis Heinsberg	634	603	-31	-4,9%
außerhalb Rheinland	2.804	2.529	-275	-9,8%
LVR-Gesamt	21.273	19.993	-1.280	-6,0%

1.2.1 Leistungsberechtigte in besonderen Wohnformen im Verhältnis zur Einwohnerzahl und Verteilung nach Behinderungsform

Zum Stichtag 2022 erhalten LVR-weit 2,46 von 1.000 erwachsenen Einwohner*innen Leistungen in besonderen Wohnformen. Der Dichtewert für einzelne Mitgliedskörperschaften schwankt zwischen 1,20 im Rhein-Erft-Kreis und 4,15 im Kreis Kleve.

TABELLE 2: DICHTEWERTE FÜR ERWACHSENE LEISTUNGSBERECHTIGTE IN BESONDEREN WOHNFORMEN UND DEREN VERTEILUNG NACH BEHINDERUNGSFORM ZUM STICHTAG 31.12.2022

Anzahl der Leistungsberechtigten mit einem bewilligten Antrag auf Leistungen in besonderen Wohnformen nach tatsächlichem Aufenthalt je 1.000 Einwohner*innen am Stichtag 31.12.2022						
Stadt/Kreis	Anzahl der Leistungsberechtigten	Bevölkerungszahl (EW) zum 31.12.2022 *	Bewilligte Anträge pro 1.000 EW	Anteil geistig behinderte Menschen (g.B.) in %	Anteil körperlich behinderte Menschen (k.B.) in %	Anteil seelisch behinderte Menschen (p.B.) in %
Düsseldorf	923	526.027	1,75	59,7%	4,0%	36,3%
Duisburg	671	412.055	1,63	69,6%	2,5%	27,7%
Essen	1.262	485.199	2,60	70,8%	2,5%	26,7%
Krefeld	425	189.628	2,24	53,9%	6,4%	39,8%
Leverkusen	279	136.481	2,04	66,7%	1,1%	32,3%
Mönchengladbach	704	221.501	3,18	81,7%	5,1%	13,2%
Mülheim/Ruhr	339	143.162	2,37	65,5%	1,5%	33,0%
Oberhausen	234	174.957	1,34	67,5%	3,0%	29,5%
Remscheid	373	92.915	4,01	33,0%	1,1%	66,0%
Solingen	365	132.649	2,75	73,7%	2,5%	23,8%
Wuppertal	748	294.707	2,54	52,4%	1,5%	46,1%
Kreis Mettmann	778	405.059	1,92	73,8%	2,3%	23,9%
Rhein-Kreis Neuss	846	375.991	2,25	56,5%	2,4%	41,1%
Kreis Viersen	779	251.625	3,10	62,0%	2,7%	35,3%
Kreis Kleve	1.102	265.287	4,15	70,7%	2,0%	27,3%
Kreis Wesel	893	389.630	2,29	80,0%	1,7%	18,4%
Bonn	436	278.373	1,57	51,1%	7,8%	41,1%
Köln	1.333	907.806	1,47	52,1%	3,2%	44,8%
Rhein-Erft-Kreis	473	392.722	1,20	77,0%	4,9%	18,2%
Kreis Euskirchen	592	163.390	3,62	44,1%	5,4%	50,3%
Oberbergischer Kreis	622	225.528	2,76	53,7%	2,4%	43,9%
Rheinisch-Bergischer Kreis	497	237.187	2,10	74,2%	2,2%	23,5%
Rhein-Sieg-Kreis	945	500.077	1,89	80,1%	4,0%	15,9%
Städteregion Aachen	848	473.731	1,79	65,7%	7,4%	26,8%
Kreis Düren	394	223.716	1,76	67,5%	12,9%	19,5%
Kreis Heinsberg	603	216.657	2,78	77,1%	2,2%	20,7%
außerhalb Rheinland	2.529			67,5%	10,0%	22,5%
LVR-Gesamt	19.993	8.116.060	2,46	65,5%	4,3%	30,2%

*Berechnungsgrundlage sind hier erwachsene Einwohner*innen im Rheinland ab 18 Jahren.

Menschen mit geistiger Behinderung stellen weiterhin die größte Gruppe in besonderen Wohnformen. LVR-weit liegt der Anteil bei 65,5 Prozent. Zweitgrößte Gruppe in besonderen Wohnformen sind Menschen mit einer seelischen Behinderung bzw. Suchterkrankung (30,2 Prozent), gefolgt von Menschen mit einer körperlichen Behinderung (4,3 Prozent).

1.2.2 Alter der Leistungsberechtigten in besonderen Wohnformen

In Tabelle 3 ist die Verteilung der Leistungsberechtigten nach Altersgruppen zum Stichtag 31.12.2022 dargestellt. Rheinlandweit sind durchschnittlich 55 Prozent der Leistungsberechtigten 50 Jahre und älter (Vergleichswert 2017: 51 Prozent). In 9 von 26 Mitgliedskörperschaften wird dieser Wert unterschritten. Lediglich 12,4 Prozent der Leistungsberechtigten im LVR-Gebiet gehören 2022 zur Gruppe der 18- bis unter-30-Jährigen. Vor 5 Jahren lag der Anteil noch bei rund 14 Prozent.

TABELLE 3: ERWACHSENE LEISTUNGSBERECHTIGTE IN BESONDEREN WOHNFORMEN NACH ALTERSGRUPPEN

Anzahl der Leistungsberechtigten mit einem bewilligten Antrag auf Leistungen in besonderen Wohnformen nach tatsächlichem Aufenthalt und Altersgruppen am Stichtag 31.12.2022						
Stadt/Kreis	Anzahl der Leistungsberechtigten	18 bis unter 30 Jahre	30 bis unter 40 Jahre	40 bis unter 50 Jahre	50 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
Düsseldorf	923	12,5%	15,4%	15,8%	42,3%	14,1%
Duisburg	671	13,7%	17,9%	12,8%	40,5%	15,1%
Essen	1.262	11,9%	14,5%	15,1%	41,8%	16,7%
Krefeld	425	9,2%	17,9%	16,2%	42,1%	14,6%
Leverkusen	279	7,2%	10,0%	18,3%	40,5%	24,0%
Mönchengladbach	704	15,6%	14,1%	16,9%	36,2%	17,2%
Mülheim/Ruhr	339	7,7%	18,0%	12,7%	41,9%	19,8%
Oberhausen	234	11,5%	11,1%	14,1%	44,4%	18,8%
Remscheid	373	6,4%	19,6%	19,8%	37,5%	16,6%
Solingen	365	10,1%	12,6%	16,4%	38,6%	22,2%
Wuppertal	748	8,2%	13,5%	16,4%	45,7%	16,2%
Kreis Mettmann	778	14,1%	15,3%	15,3%	37,9%	17,4%
Rhein-Kreis Neuss	846	9,6%	14,2%	15,4%	40,0%	20,9%
Kreis Viersen	779	10,3%	15,3%	18,9%	40,6%	15,0%
Kreis Kleve	1.102	13,5%	14,0%	13,9%	38,7%	19,9%
Kreis Wesel	893	15,8%	18,9%	16,9%	32,8%	15,6%
Bonn	436	10,8%	17,0%	12,8%	45,0%	14,4%
Köln	1.333	9,6%	16,5%	19,2%	39,7%	15,0%
Rhein-Erft-Kreis	473	12,5%	23,3%	20,3%	33,6%	10,4%
Kreis Euskirchen	592	19,6%	14,7%	13,3%	38,9%	13,5%
Oberbergischer Kreis	622	10,9%	14,3%	22,3%	37,6%	14,8%
Rheinisch-Bergischer Kreis	497	8,7%	16,9%	17,9%	40,0%	16,5%
Rhein-Sieg-Kreis	945	15,7%	18,3%	17,5%	36,5%	12,1%
Städteregion Aachen	848	13,1%	18,2%	19,3%	36,2%	13,2%
Kreis Düren	394	9,6%	14,7%	19,3%	37,6%	18,8%
Kreis Heinsberg	603	16,1%	15,8%	12,4%	39,5%	16,3%
außerhalb Rheinland	2.529	14,4%	17,8%	16,6%	34,7%	16,5%
LVR-Gesamt	19.993	12,4%	16,2%	16,6%	38,7%	16,2%

1.2.3 Geschlecht der Leistungsberechtigten in besonderen Wohnformen

In besonderen Wohnformen sind – seit Jahren fast unverändert – 41 Prozent der Leistungsberechtigten weiblich, 59 Prozent männlich. Dieses Verhältnis ist in fast allen Mitgliedskörperschaften ähnlich – der höchste Männeranteil beträgt, wie auch 5 Jahre zuvor, 68 Prozent in Mönchengladbach. Der höchste Frauenanteil liegt bei 49 Prozent im Kreis Wesel sowie Kreis Heinsberg (2017: 53 Prozent im Kreis Heinsberg). Die Kategorie „divers“ kommt bisher nicht vor.

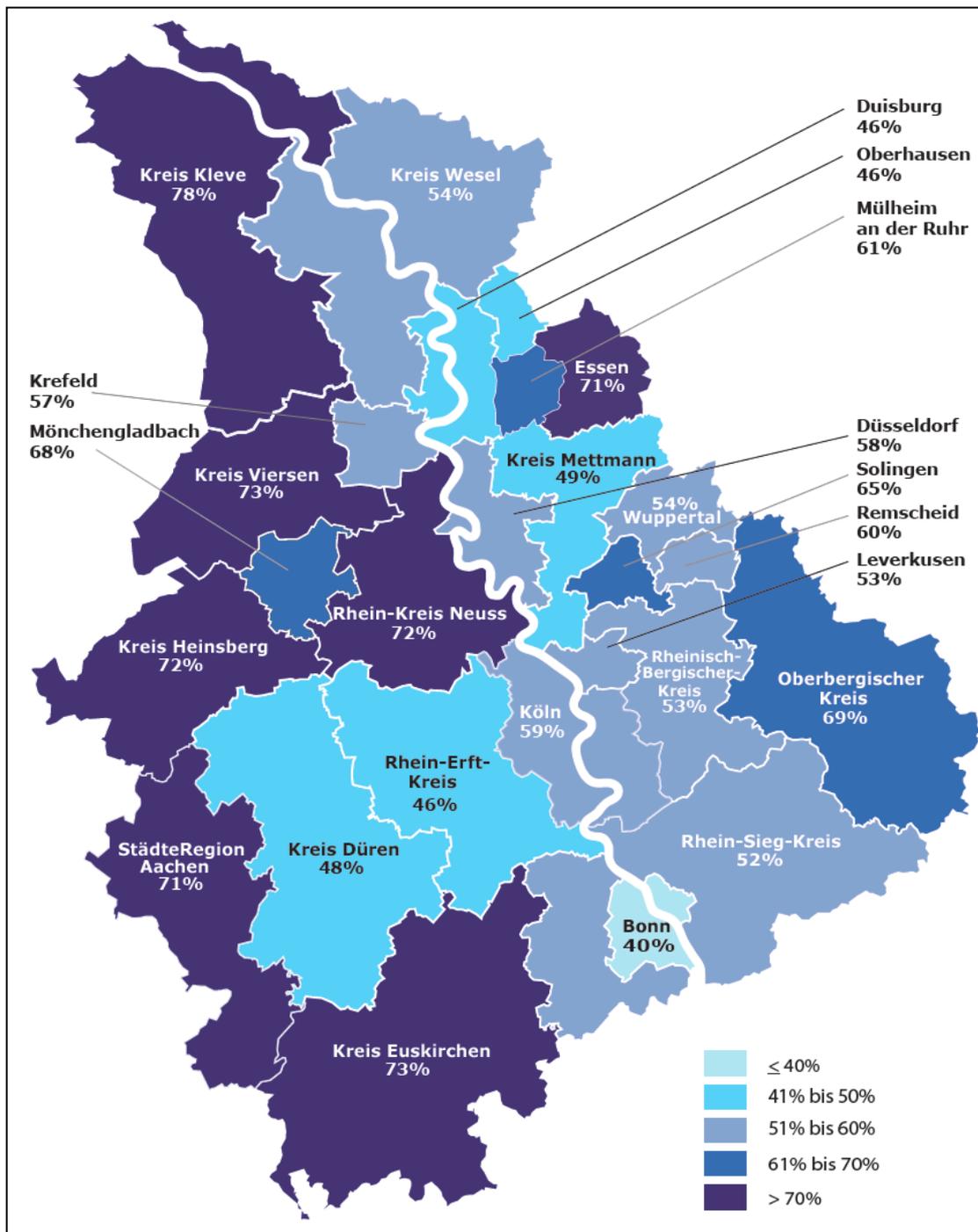
TABELLE 4: ERWACHSENE LEISTUNGSBERECHTIGTE IN BESONDEREN WOHNFORMEN NACH GESCHLECHT

Anzahl der Leistungsberechtigten mit einem bewilligten Antrag auf Leistungen in besonderen Wohnformen nach tatsächlichem Aufenthalt und Geschlecht am Stichtag 31.12.2022			
Stadt/Kreis	Anzahl der Leistungsberechtigten	Anteil männlich	Anteil weiblich
Düsseldorf	923	52%	48%
Duisburg	671	63%	37%
Essen	1.262	64%	36%
Krefeld	425	56%	44%
Leverkusen	279	63%	37%
Mönchengladbach	704	68%	32%
Mülheim/Ruhr	339	59%	41%
Oberhausen	234	58%	42%
Remscheid	373	65%	35%
Solingen	365	59%	41%
Wuppertal	748	57%	43%
Kreis Mettmann	778	64%	36%
Rhein-Kreis Neuss	846	61%	39%
Kreis Viersen	779	61%	39%
Kreis Kleve	1.102	60%	40%
Kreis Wesel	893	51%	49%
Bonn	436	55%	45%
Köln	1.333	58%	42%
Rhein-Erft-Kreis	473	54%	46%
Kreis Euskirchen	592	65%	35%
Oberbergischer Kreis	622	57%	43%
Rheinisch-Bergischer Kreis	497	59%	41%
Rhein-Sieg-Kreis	945	57%	43%
Städteregion Aachen	848	62%	38%
Kreis Düren	394	60%	40%
Kreis Heinsberg	603	51%	49%
außerhalb Rheinland	2.529	59%	41%
LVR-Gesamt	19.993	59%	41%

1.2.4 Eigenversorgungsquote in besonderen Wohnformen

Die Eigenversorgungsquote einer Stadt bzw. eines Kreises gibt an, wie hoch der Anteil der Leistungsberechtigten in besonderen Wohnformen ist, die in der Region leben, in der sie bereits vor dem Leistungsbezug lebten, das heißt: ein Wohnangebot in ihrer Herkunftsregion nutzen. Die Quoten sind regional unterschiedlich, sie unterscheiden sich z.B. zwischen eher städtischen und eher ländlichen Regionen: So nehmen beispielsweise 78 Prozent der Leistungsberechtigten in besonderen Wohnformen aus dem Kreis Kleve diese Leistung tatsächlich in ihrem Herkunftskreis in Anspruch. Am niedrigsten ist die Eigenversorgungsquote hingegen in Bonn. Dort sind lediglich 40 Prozent der aus der Stadt stammenden Leistungsberechtigten in einer besonderen Wohnform in Bonn untergebracht.

ABBILDUNG 2: EIGENVERSORGUNGSQUOTE IN BESONDEREN WOHNFORMEN – STICHTAG 31.12.2022



1.3. Leistungsberechtigte außerhalb besonderer Wohnformen / Ambulantisierung

Die Zahl der Menschen mit Behinderungen, die außerhalb besonderer Wohnformen in einer eigenen Häuslichkeit leben, steigt weiterhin, in 2022 gegenüber dem Vorjahr um 3,6 Prozent auf 44.785. Im 5-Jahres-Zeitraum seit 2017 ist die Anzahl der Leistungsberechtigten um rund 24 Prozent bzw. 8.627 Menschen gestiegen.

Zwischen den einzelnen Gebietskörperschaften gibt es teilweise erheblich unterschiedliche Veränderungen innerhalb von fünf Jahren. Die Zuwächse sind fast alle im zweistelligen Prozentbereich, lediglich in Oberhausen ist die Zahl der Menschen mit Behinderungen, die in einer eigenen Häuslichkeit leben, um 8 Prozent gestiegen und in Wuppertal um 1 Prozent zurückgegangen.¹

TABELLE 5: LEISTUNGSBERECHTIGTE AUßERHALB BESONDERER WOHNFORMEN UND VERÄNDERUNG ZUM STICHTAG 31.12.

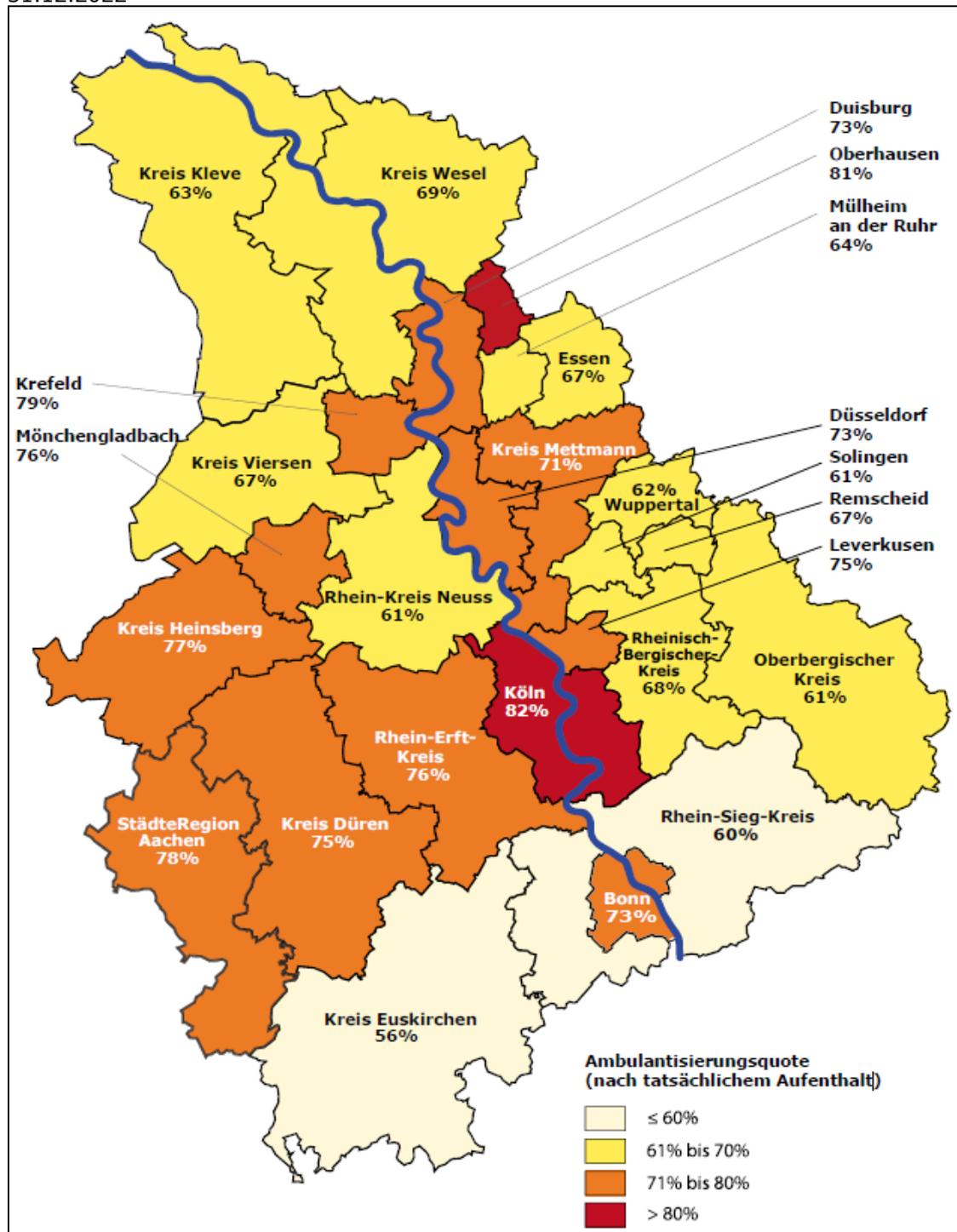
Leistungsberechtigte außerhalb besonderer Wohnformen nach tatsächlichem Aufenthalt	Veränderung seit 2017			
	Stadt/Kreis	2017	2022	absolut
Düsseldorf	1.903	2.460	557	29,3%
Duisburg	1.595	1.861	266	16,7%
Essen	2.227	2.596	369	16,6%
Krefeld	1.195	1.616	421	35,2%
Leverkusen	615	828	213	34,6%
Mönchengladbach	1.794	2.263	469	26,1%
Mülheim/Ruhr	535	610	75	14,0%
Oberhausen	895	970	75	8,4%
Remscheid	653	767	114	17,5%
Solingen	446	562	116	26,0%
Wuppertal	1.261	1.246	-15	-1,2%
Kreis Mettmann	1.491	1.878	387	26,0%
Rhein-Kreis Neuss	979	1.298	319	32,6%
Kreis Viersen	1.200	1.564	364	30,3%
Kreis Kleve	1.554	1.896	342	22,0%
Kreis Wesel	1.431	2.004	573	40,0%
Bonn	991	1.166	175	17,7%
Köln	5.309	6.221	912	17,2%
Rhein-Erft-Kreis	1.258	1.474	216	17,2%
Kreis Euskirchen	650	760	110	16,9%
Oberbergischer Kreis	812	984	172	21,2%
Rheinisch-Bergischer Kreis	870	1.063	193	22,2%
Rhein-Sieg-Kreis	992	1.424	432	43,5%
Städteregion Aachen	2.282	3.085	803	35,2%
Kreis Düren	955	1.209	254	26,6%
Kreis Heinsberg	1.529	1.995	466	30,5%
außerhalb Rheinland	736	985	249	33,8%
LVR-Gesamt	36.158	44.785	8.627	23,9%

¹ Bereits im letzten Jahr wurde in Wuppertal ein Fallzahlrückgang festgestellt. Im Betrachtungszeitraum hat ein Leistungserbringer aus dem Bereich der seelischen Behinderung sein Leistungsangebot in Wuppertal eingestellt (vgl. [Niederschrift Sozialausschuss 05.09.2023](#), S. 8f.).

Regional-Karte Rheinland: Ambulantisierungsquote

Zum 31.12.2022 leben fast 7 von 10 Leistungsberechtigten mit Assistenzleistung im LVR-Gebiet selbstständig außerhalb besonderer Wohnformen in eigener Häuslichkeit. Rheinlandweit liegt die Ambulantisierungsquote bei 69,1 Prozent. Zwischen den Regionen bestehen teils deutliche Unterschiede: der niedrigste Wert liegt bei 56 Prozent (Kreis Euskirchen), der höchste bei 82 Prozent (Stadt Köln). Die höchsten Ambulantisierungsquoten weisen Köln (82 Prozent), Oberhausen (81 Prozent), Krefeld (79 Prozent), StädteRegion Aachen (78 Prozent) und Kreis Heinsberg (77 Prozent) auf.

ABBILDUNG 3: ANTEIL ERWACSENER LEISTUNGSBERECHTIGTER AUßERHALB BESONDERER WOHNFORMEN AN DEN ERWACSENER LEISTUNGSBERECHTIGTEN MIT ASSISTENZLEISTUNG GESAMT NACH TATSÄCHLICHEM AUFENTHALT ZUM STICHTAG 31.12.2022



1.3.1 Assistenzleistungen außerhalb besonderer Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung

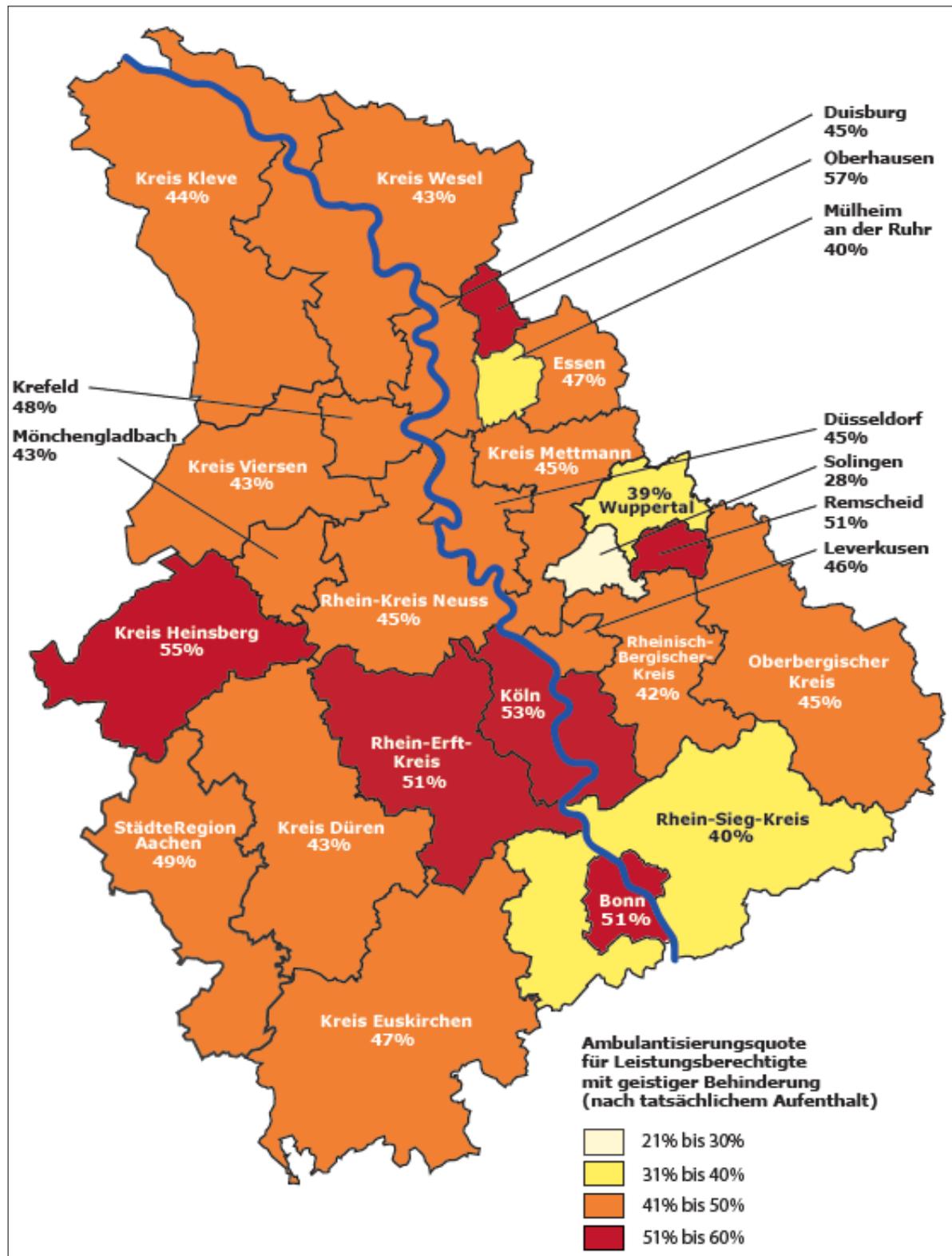
Ein Ziel der Ambulantisierung beim LVR war und ist es, insbesondere auch mehr Menschen mit geistiger Behinderung ein selbstständiges Leben außerhalb besonderer Wohnformen zu ermöglichen. Dies gelingt: Die Zahl der Menschen mit geistiger Behinderung in ambulanten Unterstützungssettings stieg zwischen 2017 und 2022 um 24 Prozent bzw. 1.949 Leistungsberechtigte. Im 10-Jahres-Vergleich ist diese Zahl in 2022 sogar um 68 Prozent bzw. 4.016 Leistungsberechtigte gestiegen. Damit leben inzwischen 4 von 10 (43 Prozent) der Leistungsberechtigten mit geistiger Behinderung und Assistenzleistungen durch den LVR in der eigenen Häuslichkeit.

TABELLE 6: LEISTUNGSBERECHTIGTE MIT GEISTIGER BEHINDERUNG UND ASSISTENZLEISTUNGEN ZUM STICHTAG 31.12.

Assistenzleistungen für Leistungsberechtigte mit einer geistigen Behinderung beim LVR	2012		2017		2022	
	Absolut	%	Absolut	%	Absolut	%
außerhalb besonderer Wohnformen	5.889	29%	7.956	36%	9.905	43%
LVR gesamt	20.282		21.864		22.995	

Die Ambulantisierungsquoten für diese Zielgruppe in den einzelnen Regionen sind in der nachfolgenden Karte (Abbildung 4) ausgewiesen. Die Spanne reicht von 28 Prozent (Stadt Solingen) bis 57 Prozent (Stadt Oberhausen).

ABBILDUNG 4: ANTEIL ERWACHSENER LEISTUNGSBERECHTIGTER MIT GEISTIGER BEHINDERUNG AUßERHALB BESONDERER WOHNFORMEN AN DEN ERWACHSENEN LEISTUNGSBERECHTIGTEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG UND ASSISTENZLEISTUNG GESAMT ZUM STICHTAG 31.12.2022



1.3.2 Leistungsberechtigte außerhalb besonderer Wohnformen im Verhältnis zur Einwohnerzahl und Verteilung nach Behinderungsform

Zum 31.12.2022 leben rheinlandweit insgesamt 44.785 Menschen mit Behinderung mit ambulanter Unterstützung außerhalb von besonderen Wohnformen. Dies entspricht einer LVR-weiten Dichte von 5,52 pro 1.000 (erwachsene) Einwohner*innen. Bei Betrachtung der einzelnen Gebietskörperschaften schwankt der Dichtewert erheblich zwischen 2,85 (Rhein-Sieg-Kreis) und 10,22 (Mönchengladbach).

TABELLE 7: DICHTEWERTE FÜR ERWACHSENE LEISTUNGSBERECHTIGTE AUßERHALB BESONDERER WOHNFORMEN UND DEREN VERTEILUNG NACH BEHINDERUNGSFORM ZUM STICHTAG 31.12.2022

Anzahl der bewilligten Anträge auf Leistungen außerhalb besonderer Wohnformen nach tatsächlichem Aufenthalt je 1.000 Einwohner*innen am Stichtag 31.12.2022						
Stadt/Kreis	Anzahl der Leistungsberechtigten	Bevölkerungszahl (EW) zum 31.12.2022	Bewilligte Anträge pro 1.000 EW	Anteil geistig behinderte Menschen	Anteil körperlich behinderte Menschen	Anteil seelisch behinderte Menschen
Düsseldorf	2.460	526.027	4,68	18,4%	6,8%	74,7%
Duisburg	1.861	412.055	4,52	20,3%	2,5%	77,1%
Essen	2.596	485.199	5,35	30,2%	4,5%	65,2%
Krefeld	1.616	189.628	8,52	13,1%	4,5%	82,4%
Leverkusen	828	136.481	6,07	19,3%	4,0%	76,4%
Mönchengladbach	2.263	221.501	10,22	19,1%	3,0%	77,9%
Mülheim/Ruhr	610	143.162	4,26	24,3%	3,0%	72,8%
Oberhausen	970	174.957	5,54	21,6%	1,8%	76,6%
Remscheid	767	92.915	8,25	16,9%	1,7%	81,4%
Solingen	562	132.649	4,24	18,3%	3,7%	77,9%
Wuppertal	1.246	294.707	4,23	20,4%	2,3%	77,3%
Kreis Mettmann	1.878	405.059	4,64	24,7%	5,2%	70,1%
Rhein-Kreis Neuss	1.298	375.991	3,45	29,9%	4,4%	65,6%
Kreis Viersen	1.564	251.625	6,22	23,1%	3,1%	73,7%
Kreis Kleve	1.896	265.287	7,15	31,8%	2,8%	65,4%
Kreis Wesel	2.004	389.630	5,14	26,8%	2,3%	70,9%
Bonn	1.166	278.373	4,19	20,2%	4,5%	75,3%
Köln	6.221	907.806	6,85	12,7%	4,8%	82,5%
Rhein-Erft-Kreis	1.474	392.722	3,75	26,2%	5,6%	68,2%
Kreis Euskirchen	760	163.390	4,65	30,7%	3,4%	65,8%
Oberbergischer Kreis	984	225.528	4,36	28,3%	3,0%	68,6%
Rheinisch-Bergischer Kreis	1.063	237.187	4,48	24,7%	6,8%	68,5%
Rhein-Sieg-Kreis	1.424	500.077	2,85	35,5%	4,1%	60,1%
Städteregion Aachen	3.085	473.731	6,51	17,1%	3,9%	79,0%
Kreis Düren	1.209	223.716	5,40	16,5%	3,6%	79,8%
Kreis Heinsberg	1.995	216.657	9,21	28,1%	2,7%	69,3%
außerhalb Rheinland	985			31,4%	7,6%	61,0%
LVR-Gesamt	44.785	8.116.060	5,52	22,1%	4,1%	73,8%

* Berechnungsgrundlage sind erwachsene Einwohner*innen im Rheinland ab 18 Jahren.

Menschen mit seelischer Behinderung stellen weiterhin mit einem Anteil von rund 74 Prozent die größte Gruppe bei Leistungen außerhalb von besonderen Wohnformen dar. Wie in den Vorjahren machen Menschen mit geistiger Behinderung mit 22 Prozent hier die zweitgrößte Gruppe aus. Rund 4 Prozent der Leistungsberechtigten sind Menschen mit körperlicher Behinderung.

1.3.3 Alter der Leistungsberechtigten außerhalb besonderer Wohnformen

LVR-weit sind knapp 44 Prozent der Leistungsberechtigten außerhalb besonderer Wohnformen 50 Jahre und älter. Damit ist der prozentuale Anteil dieser Altersgruppe im ambulanten Setting geringer als bei den Leistungsberechtigten in besonderen Wohnformen (55 Prozent). Der Anteil der über 50-Jährigen liegt zwischen 36 Prozent (Kreis Düren) und 51 Prozent (Mülheim/Ruhr). Der Anteil der 18- bis unter 30-Jährigen ist in Mülheim/Ruhr mit 9 Prozent am geringsten und im Kreis Düren mit 19 Prozent am höchsten.

TABELLE 8: ERWACHSENE LEISTUNGSBERECHTIGTE AUßERHALB BESONDERER WOHNFORMEN NACH ALTERSGRUPPEN

Anzahl der bewilligten Anträge auf Leistungen außerhalb besonderer Wohnformen nach örtlichen Trägern und Altersgruppen am Stichtag 31.12.2022						
Stadt/Kreis	Anzahl der Leistungsberechtigten	18 bis unter 30 Jahre	30 bis unter 40 Jahre	40 bis unter 50 Jahre	50 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
Düsseldorf	2.460	11,9%	17,7%	21,0%	38,5%	10,9%
Duisburg	1.861	13,6%	21,0%	19,3%	38,0%	8,1%
Essen	2.596	13,6%	20,3%	19,3%	36,3%	10,4%
Krefeld	1.616	16,3%	21,2%	18,9%	36,4%	7,2%
Leverkusen	828	14,0%	20,3%	20,4%	36,8%	8,5%
Mönchengladbach	2.263	17,0%	21,3%	21,3%	32,1%	8,3%
Mülheim/Ruhr	610	8,7%	21,8%	19,0%	38,2%	12,3%
Oberhausen	970	12,3%	21,6%	18,5%	39,6%	8,0%
Remscheid	767	12,8%	24,1%	19,3%	33,9%	9,9%
Solingen	562	16,0%	20,3%	20,1%	35,2%	8,4%
Wuppertal	1.246	15,9%	21,0%	20,7%	34,3%	8,1%
Kreis Mettmann	1.878	13,6%	21,1%	19,2%	35,0%	11,0%
Rhein-Kreis Neuss	1.298	16,1%	22,0%	18,0%	36,4%	7,6%
Kreis Viersen	1.564	15,0%	21,4%	18,5%	35,9%	9,1%
Kreis Kleve	1.896	15,5%	25,2%	18,3%	31,9%	9,2%
Kreis Wesel	2.004	16,3%	23,0%	21,3%	33,3%	6,2%
Bonn	1.166	12,1%	21,9%	20,5%	37,0%	8,5%
Köln	6.221	11,8%	19,1%	21,4%	38,2%	9,5%
Rhein-Erft-Kreis	1.474	16,3%	22,0%	19,7%	33,9%	8,0%
Kreis Euskirchen	760	16,6%	23,9%	19,7%	31,1%	8,7%
Oberbergischer Kreis	984	13,2%	21,5%	22,4%	36,2%	6,7%
Rheinisch-Bergischer Kreis	1.063	14,7%	20,9%	21,3%	35,6%	7,6%
Rhein-Sieg-Kreis	1.424	16,9%	23,9%	20,5%	31,7%	7,0%
Städteregion Aachen	3.085	15,4%	22,5%	18,7%	33,9%	9,5%
Kreis Düren	1.209	19,4%	24,7%	19,9%	29,6%	6,4%
Kreis Heinsberg	1.995	17,1%	23,0%	18,6%	32,1%	9,1%
außerhalb Rheinland	985	21,7%	28,7%	20,5%	24,2%	4,9%
LVR-Gesamt	44.785	14,7%	21,6%	20,0%	35,0%	8,7%

1.3.4 Geschlecht der Leistungsberechtigten außerhalb besonderer Wohnformen

Das Geschlechterverhältnis bei den Leistungsberechtigten mit Assistenz außerhalb besonderer Wohnformen ist mit 49,7 Prozent Frauen gegenüber 50,3 Prozent Männern ausgeglichener als in den besonderen Wohnformen und seit 2017 kaum verändert. In 14 Regionen erhalten mehr Frauen als Männer ambulante Wohnunterstützung (mit einem maximalen Frauenanteil von 55 Prozent). Der Anteil der Männer an den Leistungsberechtigten ist im Rheinisch-Bergischen Kreis mit 55 Prozent am höchsten. LVR-weit sind 6 Leistungsberechtigte mit Assistenzleistungen außerhalb besonderer Wohnformen als divers eingetragen.

TABELLE 9: ERWACHSENE LEISTUNGSBERECHTIGTE AUßERHALB BESONDERER WOHNFORMEN NACH GESCHLECHT

Anzahl der bewilligten Anträge auf Leistungen außerhalb besonderer Wohnformen nach tatsächlichem Aufenthalt und Geschlecht am Stichtag 31.12.2022			
Stadt/Kreis	Anzahl der Leistungsberechtigten	Anteil männlich	Anteil weiblich
Düsseldorf	2.460	52,7%	47,3%
Duisburg	1.861	51,4%	48,6%
Essen	2.596	53,5%	46,5%
Krefeld	1.616	47,5%	52,5%
Leverkusen	828	50,4%	49,6%
Mönchengladbach	2.263	49,4%	50,6%
Mülheim/Ruhr	610	50,8%	49,2%
Oberhausen	970	49,0%	51,0%
Remscheid	767	46,8%	53,2%
Solingen	562	49,5%	50,5%
Wuppertal	1.246	48,7%	51,3%
Kreis Mettmann	1.878	49,0%	50,9%
Rhein-Kreis Neuss	1.298	49,6%	50,4%
Kreis Viersen	1.564	46,6%	53,4%
Kreis Kleve	1.896	53,9%	46,1%
Kreis Wesel	2.004	49,1%	50,9%
Bonn	1.166	45,2%	54,8%
Köln	6.221	51,4%	48,6%
Rhein-Erft-Kreis	1.474	48,9%	51,1%
Kreis Euskirchen	760	53,3%	46,7%
Oberbergischer Kreis	984	51,6%	48,4%
Rheinisch-Bergischer Kreis	1.063	55,1%	44,9%
Rhein-Sieg-Kreis	1.424	51,4%	48,6%
Städteregion Aachen	3.085	49,7%	50,3%
Kreis Düren	1.209	52,6%	47,4%
Kreis Heinsberg	1.995	47,3%	52,6%
außerhalb Rheinland	985	47,5%	52,5%
LVR-Gesamt	44.785	50,3%	49,7%

2. Leistungen zur Teilhabe an Arbeit für Menschen mit Behinderung

Der Landschaftsverband Rheinland erbringt Leistungen zur Teilhabe an Arbeit für Menschen mit Behinderung insbesondere durch

- die Finanzierung von Beschäftigung in Werkstätten für behinderte Menschen im Rahmen der Eingliederungshilfe,
- die Eingliederungshilfe-Leistungen „Budget für Arbeit“ und „Budget für Ausbildung“ sowie „Andere Leistungsanbieter“ und
- das landesspezifische „LVR-Budget für Arbeit“ und die Förderung von Inklusionsbetrieben aus Mitteln der Ausgleichsabgabe.

2.1 Fallzahlen beim Budget für Arbeit und Ausbildung und bei Anderen Leistungsanbietern

Mit der BTHG-Reform wurde das gesetzliche Leistungsportfolio im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben 2018 durch das „Budget für Arbeit“ (§ 61 SGB IX) und 2020 durch das „Budget für Ausbildung“ (§ 61a SGB IX) erweitert. Die neuen Förderinstrumente verbinden Lohnkostenzuschüsse für Arbeitgeber mit Leistungen für Anleitung und Begleitung am Arbeitsplatz und sollen damit eine Tätigkeit auf dem ersten, allgemeinen Arbeitsmarkt als Alternative zur Werkstatt ermöglichen. Damit hat der Bundesgesetzgeber einen Ansatz normiert, der u.a. beim LVR bereits seit Jahren erfolgreich erprobt worden war (LVR-Budget für Arbeit). Im Rahmen des bisherigen LVR-Programms werden weiterhin Übergänge auf den ersten Arbeitsmarkt über den gesetzlichen Rahmen hinaus gefördert.

Zum 31.12.2022 haben 276 Leistungsberechtigte im LVR-Gebiet die Unterstützung im Rahmen des gesetzlichen Budgets für Arbeit genutzt (2021: 175 Leistungsberechtigte). Weitere 93 Personen erhielten vergleichbare Leistungen aus Mitteln der Ausgleichsabgabe im Rahmen des LVR-Förderprogramms „LVR-Budget für Arbeit – Aktion Inklusion“. Zudem wurden in 2022 erstmalig Leistungen des Budgets für Ausbildung für 15 Leistungsberechtigte durch den LVR finanziert.

2022 sind insgesamt 139 Werkstattbeschäftigte aus allen Bereichen der Werkstatt auf den allgemeinen Arbeitsmarkt gewechselt, davon 96 mit einer Förderung durch das Budget für Arbeit nach § 61 SGB IX.

Die folgende Tabelle 10 zeigt die regionale Verteilung bei der Nutzung des gesetzlichen „Budgets für Arbeit“ nach § 61 SGB IX auf Basis des tatsächlichen Aufenthaltes (Wohnadresse) der Leistungsberechtigten. Erfasst sind nur die Leistungsberechtigten, bei denen nach Erteilung einer Bewilligung auch tatsächlich ein Arbeitsvertrag auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zustande gekommen ist.

Gemessen an einem Anteil der männlichen Leistungsberechtigten in den rheinischen Werkstätten für Menschen mit Behinderung von 59 Prozent ist der Anteil der männlichen Leistungsberechtigten beim Budget für Arbeit mit im Durchschnitt 76 Prozent überproportional hoch.

Rund zwei Drittel der insgesamt 276 Beschäftigten mit einem Budget für Arbeit sind geistig

behindert, rund 67 Prozent sind unter 40 Jahre alt. Bei den Beschäftigten in einer Werkstatt sind zum Vergleich nur 49 Prozent jünger als 40 Jahre.

TABELLE 10: LEISTUNGSBERECHTIGTE MIT BUDGET FÜR ARBEIT NACH § 61 SGB IX NACH GESCHLECHT

Anzahl der bewilligten Anträge auf Leistungen nach § 61 SGB IX nach tatsächlichem Aufenthalt und Geschlecht am Stichtag 31.12.2022			
Stadt/Kreis	Anzahl der Leistungsberechtigten	männlich	weiblich
Düsseldorf	13	10	3
Duisburg	17	13	4
Essen	9	7	2
Krefeld	1	1	0
Leverkusen	1	0	1
Mönchengladbach	10	8	2
Mülheim/Ruhr	5	2	3
Oberhausen	8	7	1
Remscheid	4	2	2
Solingen	6	5	1
Wuppertal	18	14	4
Kreis Mettmann	23	14	9
Rhein-Kreis Neuss	15	11	4
Kreis Viersen	5	4	1
Kreis Kleve	14	10	4
Kreis Wesel	15	14	1
Bonn	17	15	2
Köln	9	6	3
Rhein-Erft-Kreis	7	5	2
Kreis Euskirchen	8	6	2
Oberbergischer Kreis	3	3	0
Rheinisch-Bergischer Kreis	4	3	1
Rhein-Sieg-Kreis	19	14	5
Städteregion Aachen	16	13	3
Kreis Düren	8	7	1
Kreis Heinsberg	12	12	0
außerhalb Rheinland	9	5	4
LVR-Gesamt	276	211	65

Analog zum in 2018 eingeführten „Budget für Arbeit“ (§ 61 SGB IX) werden mit dem zum 01.01.2020 eingeführten „Budget für Ausbildung“ (§ 61a SGB IX) vergleichbare Leistungen im Rahmen eines Ausbildungsganges erbracht. Darunter fallen u.a. Anleitung und Begleitung am Ausbildungsplatz und in der Berufsschule, die erforderlichen Fahrkosten sowie die Erstattung der Ausbildungsvergütung an Arbeitgeber*innen.

Das Angebot „Budget für Ausbildung“ befindet sich noch im Aufbau und der LVR als Eingliederungshilfeträger ist nur in Einzelfällen zuständig – Hauptleistungsträger ist die Agentur für Arbeit. Zum 31.12.2022 erhielten insgesamt 15 Leistungsberechtigte der Eingliederungshilfe

in 10 verschiedenen Regionen Leistungen des LVR im Rahmen eines Budgets für Ausbildung. Aufgrund dieser kleinen Fallzahl wird auf eine regionalisierte Darstellung verzichtet. Als weitere Alternative zur Werkstattbeschäftigung wurde mit dem BTHG die Möglichkeit geschaffen, dass Menschen mit Behinderungen, die Anspruch auf Aufnahme in eine Werkstatt haben, entsprechende Leistungen zur Teilhabe an Arbeit auch bei Anderen Leistungsanbietern in Anspruch nehmen (§ 60 SGB IX).

Auch dieses Angebot ist weiterhin im Aufbau; Zum 31.12.2022 hat der LVR mit sechs Anderen Leistungsanbietern Vereinbarungen getroffen, bei denen insgesamt 25 Leistungsberechtigte Leistungen zur Beschäftigung erhielten (2021: 14 Leistungsberechtigte). Tabelle 11 zeigt die Verteilung der Leistungsberechtigten auf die sechs „Anderen Leistungsanbieter“.

TABELLE 11: ANDERE LEISTUNGSANBIETER UND LEISTUNGSBERECHTIGTE NACH REGION UND LEISTUNGSANBIETER

Anzahl der bewilligten Anträge auf Leistungen nach § 60 SGB IX nach tatsächlichem Aufenthalt und Leistungsanbieter am Stichtag 31.12.2022		
Stadt/Kreis	Leistungsanbieter	Anzahl der Leistungsberechtigten
Duisburg	Regenbogen Duisburg gGmbH	6
Wuppertal	Wichernhaus Wuppertal	4
Köln	IN Via Köln e.V.	3
	kaethe:k kunsthaus	1
Rhein-Erft-Kreis	kaethe:k kunsthaus	6
Oberbergischer Kreis	LPlus gGmbH	1
Städteregion Aachen	ViaNobis	3
Kreis Düren	ViaNobis	1
LVR-Gesamt	6	25

2.2 Leistungsberechtigte in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

Der Landschaftsverband Rheinland ist zuständiger Leistungsträger im Arbeitsbereich einer Werkstatt (WfbM) – die dargestellten Daten beziehen sich entsprechend auf Beschäftigte im Arbeitsbereich (ohne Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich). Zusätzlich zu den Beschäftigten in den rheinischen Werkstätten werden auch die Leistungsberechtigten ausgewiesen, die in Werkstätten außerhalb des Rheinlandes beschäftigt sind, für die der LVR aber zuständiger Leistungsträger ist.

Zum 31.12.2022 finanzierte der LVR die Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen für 34.601 Leistungsberechtigte (2021: 34.978 Leistungsberechtigte). Damit wurde erstmalig ein Rückgang der Fallzahlen im Rheinland beobachtet, während in den letzten Jahren die Dynamik des Fallzahlenanstiegs im Rheinland sowie bundesweit bereits erkennbar zurückgegangen war.

Wie in den anderen Bundesländern war auch im Rheinland bis 2019 ein stetiger Anstieg der Anzahl der Leistungsberechtigten zu verzeichnen – sowohl absolut wie auch bezogen auf die Einwohnerzahl. Von 2010 bis 2019 erhöhte sich die Zahl der Werkstattbeschäftigten im

Rheinland um insgesamt 21 Prozent. Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Steigerungsrate von 1,9 Prozent oder - in absoluten Zahlen - einem jährlichen Zuwachs von durchschnittlich knapp 600 Fällen.

Von 2018 auf 2019 stiegen die Fallzahlen im Rheinland nur noch um 0,6 Prozent oder 220 Personen; seit dem Corona-Jahr 2020 stagnierten sie nahezu und sind in 2022 erstmalig rückläufig.

Demografisch bedingt steigt die Zahl der Leistungsberechtigten, die die Werkstatt verlassen und in Rente gehen. Die geförderten Alternativen zur Werkstattbeschäftigung tragen ebenfalls zum Rückgang der Fallzahlen bei.

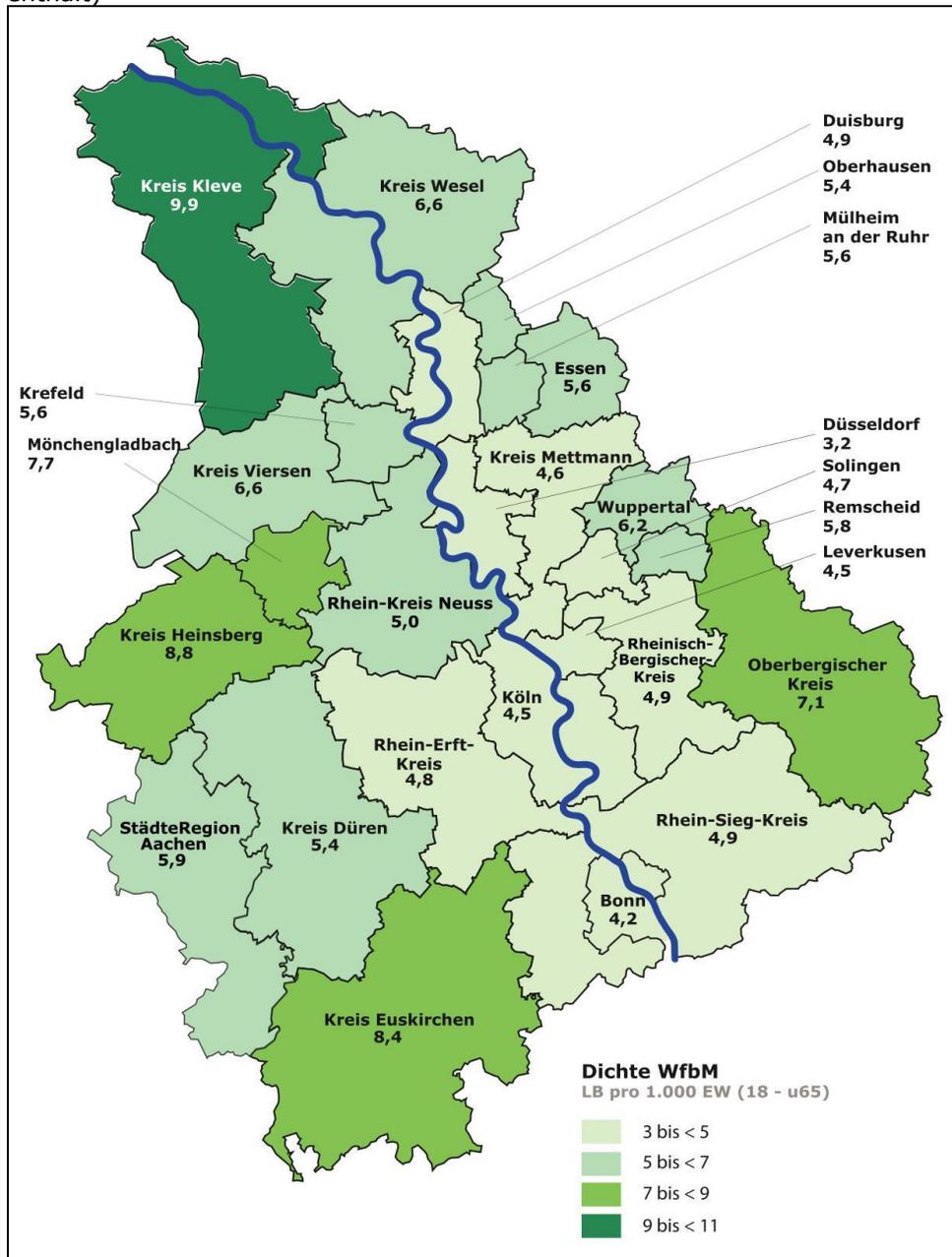
2.2.1 Beschäftigtenzahlen im Verhältnis zur Einwohnerzahl

Die folgende Karte stellt die Fallzahlen bei der Werkstatt-Beschäftigung in den LVR-Mitgliedskörperschaften im Verhältnis zur Einwohnerzahl (Dichtewert) dar. Die Verteilung basiert auf dem tatsächlichen Aufenthalt der Leistungsberechtigten.

Im Rheinland sind durchschnittlich 5,7² von 1.000 Einwohner*innen im Alter von 18 bis unter 65 Jahren in einer Werkstatt beschäftigt. Diese Dichtewerte variieren regional deutlich von 3,2 in Düsseldorf bis zu 9,9 im Kreis Kleve.

² Dieser Dichtewert berücksichtigt auch die Beschäftigten in außerrheinischen WfbM.

ABBILDUNG 5: LEISTUNGSBERECHTIGTE IM ARBEITSBEREICH DER WERKSTÄTTEN FÜR BEHINDERTE MENSCHEN PRO 1.000 EINWOHNER*INNEN (18 BIS UNTER 65 JAHRE) IN 2022 (nach tatsächlichem Aufenthalt)



Die Zahl der Werkstattbeschäftigten in einer Region ist unter anderem abhängig von in der Region vorhandenen Wohnangeboten der Eingliederungshilfe oder Standorten von Kliniken, HPH-Netzen etc. Auch sind Alternativen zur Beschäftigung in einer Werkstatt wie Tagesstrukturangebote, Tagesstätten, Arbeitstherapie, Inklusionsbetriebe, Arbeitsplätze auf dem ersten Arbeitsmarkt etc. regional unterschiedlich vorhanden beziehungsweise werden unterschiedlich in Anspruch genommen.

2.2.2 Behinderungsform der Beschäftigten

Im Bereich des LVR sind, wie bundesweit, vornehmlich Menschen mit primär geistiger (und körperlicher) Behinderung in einer Werkstatt beschäftigt. Ihr Anteil liegt 2022 bei rund 78 Prozent, wohingegen die Gruppe der Werkstattbeschäftigten mit psychischer Behinderung

einen Anteil von gut 22 Prozent ausmacht. Der Anteil der Werkstattbeschäftigten mit psychischer Behinderung ist bis 2020 langsam aber stetig auf durchschnittlich 22 Prozent angestiegen, und ist nun seit 2020 konstant geblieben (2017: 20,1 Prozent).

Tabelle 12 zeigt die regionale Verteilung der Werkstatt-Beschäftigten in Leistungsträgerschaft des LVR in absoluten Zahlen sowie die Verteilung nach Behinderungsform. Es sind regionale Unterschiede zu sehen: Der Anteil der Menschen mit psychischer Behinderung an allen Beschäftigten in einer WfbM schwankt zwischen knapp 16 und 42 Prozent. Diese regionalen Unterschiede sind unter anderem auch durch die Nähe zu Wohneinrichtungen, Fachkliniken oder alternativen Beschäftigungsangeboten für Menschen mit einer psychischen Behinderung zu erklären.

TABELLE 12: LEISTUNGSBERECHTIGTE IN WFBM IN LEISTUNGSTRÄGERSCHAFT LVR NACH BEHINDERUNGSFORM³

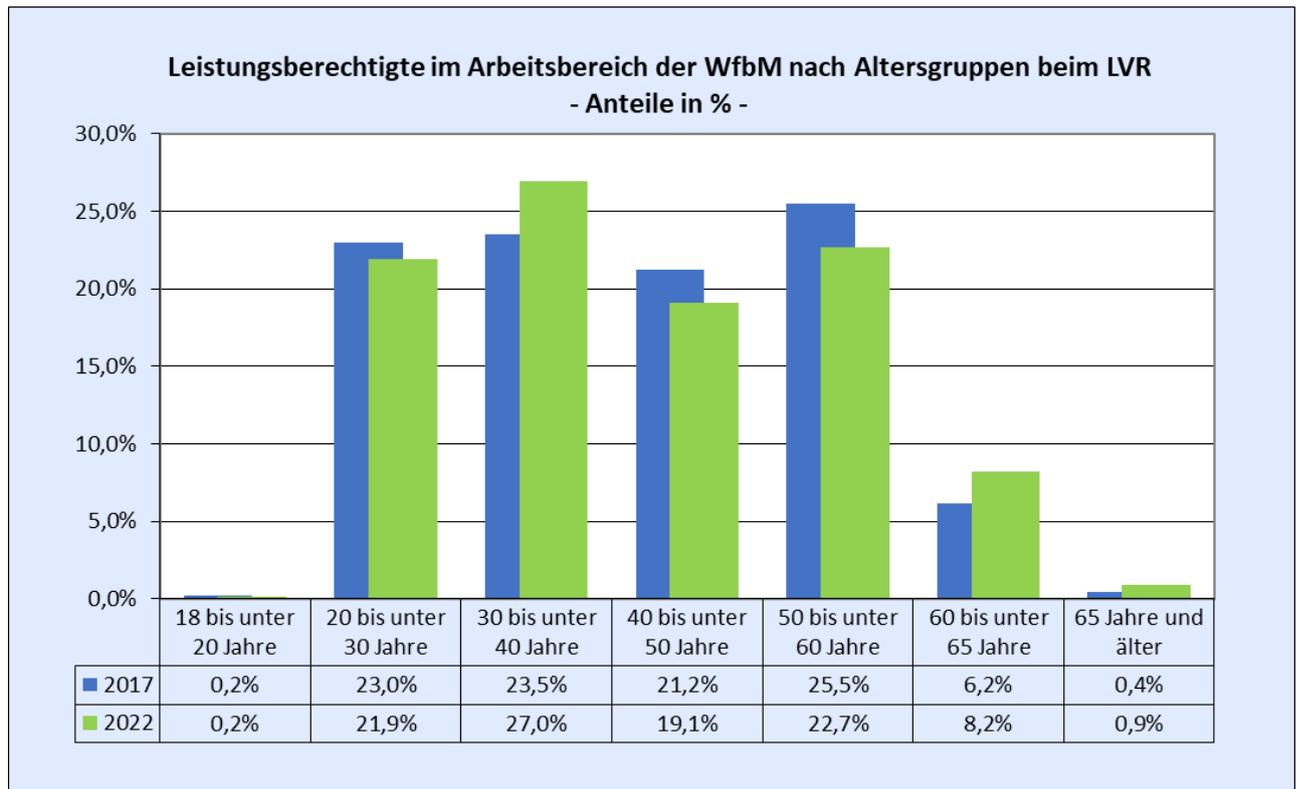
Anzahl der Beschäftigten im Arbeitsbereich der WfbM nach tatsächlichem Aufenthalt am Stichtag 31.12.2022			
Stadt/Kreis	Anzahl der Beschäftigten	Anteil der Beschäftigten in % mit einer	
		geistigen/körperlichen Behinderung (g.B./k.B.)	psychischen Behinderung (p.B.)
Düsseldorf	1.309	83,3%	16,7%
Duisburg	1.509	84,0%	16,0%
Essen	2.013	83,3%	16,6%
Krefeld	771	78,7%	21,3%
Leverkusen	453	81,5%	18,5%
Mönchengladbach	1.280	83,0%	17,0%
Mülheim/Ruhr	573	76,1%	23,6%
Oberhausen	694	77,1%	22,8%
Remscheid	394	71,3%	28,7%
Solingen	464	74,6%	25,4%
Wuppertal	1.364	57,7%	42,3%
Kreis Mettmann	1.318	84,1%	15,9%
Rhein-Kreis Neuss	1.360	81,3%	18,6%
Kreis Viersen	1.191	83,4%	16,1%
Kreis Kleve	1.940	76,8%	23,1%
Kreis Wesel	1.837	82,5%	17,5%
Bonn	914	66,5%	33,5%
Köln	3.205	66,8%	33,1%
Rhein-Erft-Kreis	1.382	77,7%	22,3%
Kreis Euskirchen	998	69,9%	30,1%
Oberbergischer Kreis	1.171	72,2%	27,8%
Rheinisch-Bergischer Kreis	834	80,5%	19,5%
Rhein-Sieg-Kreis	1.784	82,7%	17,2%
Städteregion Aachen	2.101	81,7%	18,3%
Kreis Düren	880	78,5%	21,5%
Kreis Heinsberg	1.399	74,6%	25,4%
außerrheinisch	1.463	84,4%	15,5%
LVR-Gesamt	34.601	77,6%	22,3%

³ Da für 24 Leistungsberechtigte die Behinderungsform nicht nach Behinderungsart differenzierbar ist, addieren sich die Anteile nicht auf 100 Prozent.

2.2.3 Alter der Beschäftigten

Knapp 32 Prozent der Leistungsberechtigten in Werkstätten für behinderte Menschen sind älter als 50 Jahre alt – eine nur minimale Verringerung im Vergleich zur Situation 2017. Bei den unter 50-Jährigen sind sowohl in der Altersgruppe der 20- bis unter 30-Jährigen als auch der 40- bis unter 50-Jährigen Rückgänge zu beobachten, während die Gruppe der 30- bis unter 40-Jährigen demgegenüber stark gewachsen ist (siehe Abbildung 6).

ABBILDUNG 6: LEISTUNGSBERECHTIGTE IM ARBEITSBEREICH DER WERKSTÄTTEN FÜR BEHINDERTE MENSCHEN IN LEISTUNGSTRÄGERSCHAFT LVR NACH ALTERSGRUPPEN 2017 UND 2022



Datenquelle: Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2022

Seit 2019 macht sich ein Anstieg der Anzahl der Renteneintritte bemerkbar - auch in den nächsten Jahren ist verstärkt mit altersbedingten Abgängen aus den Werkstätten zu rechnen.

Die Altersverteilung in den einzelnen Regionen im Rheinland zum 31.12.2022 ist in der folgenden Tabelle 13 dargestellt. In zwei Regionen (Bonn und Wuppertal) liegt der Anteil der Altersgruppen ab 50 Jahre bei über 41 Prozent, in der Städteregion Aachen dagegen unter 25 Prozent.

TABELLE 13: LEISTUNGSBERECHTIGTE IN WFBM IN LEISTUNGSTRÄGERSCHAFT LVR NACH ALTERSGRUPPEN

Anzahl der Beschäftigten im Arbeitsbereich der WfbM nach tatsächlichem Aufenthalt und Altersgruppen am Stichtag 31.12.2022								
Stadt/Kreis	Anzahl der Leistungs- berechtig- tigten	bis unter 20 Jahre	20 bis unter 30 Jahre	30 bis unter 40 Jahre	40 bis unter 50 Jahre	50 bis unter 60 Jahre	60 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
Düsseldorf	1.309	0,1%	21,8%	24,3%	18,2%	26,1%	8,6%	0,8%
Duisburg	1.509	0,2%	22,1%	28,4%	18,6%	23,3%	7,0%	0,5%
Essen	2.013	0,2%	19,2%	24,8%	20,1%	25,6%	9,0%	1,0%
Krefeld	771	0,4%	23,5%	30,0%	17,8%	21,8%	6,1%	0,5%
Leverkusen	453	0,4%	19,2%	30,7%	20,3%	22,5%	6,0%	0,9%
Mönchengladbach	1.280	0,2%	23,2%	26,8%	19,5%	22,5%	7,3%	0,6%
Mülheim/Ruhr	573	0,0%	20,6%	28,8%	18,2%	24,6%	6,6%	1,2%
Oberhausen	694	0,1%	23,1%	29,3%	19,5%	21,8%	5,6%	0,7%
Remscheid	394	0,3%	22,3%	31,5%	16,2%	20,6%	8,6%	0,5%
Solingen	464	0,2%	18,3%	25,6%	20,3%	25,6%	8,6%	1,3%
Wuppertal	1.364	0,0%	18,3%	21,1%	19,6%	27,6%	12,0%	1,5%
Kreis Mettmann	1.318	0,1%	22,3%	26,9%	20,1%	22,2%	7,6%	0,8%
Rhein-Kreis Neuss	1.360	0,3%	21,2%	26,3%	18,2%	24,9%	8,5%	0,7%
Kreis Viersen	1.191	0,3%	24,2%	27,7%	18,2%	22,0%	6,8%	0,8%
Kreis Kleve	1.940	0,1%	20,6%	25,1%	19,4%	23,0%	10,3%	1,6%
Kreis Wesel	1.837	0,1%	21,9%	28,9%	20,7%	20,3%	7,2%	1,0%
Bonn	914	0,1%	16,0%	24,3%	18,3%	27,8%	11,9%	1,6%
Köln	3.205	0,2%	22,5%	26,0%	19,0%	23,5%	7,9%	0,9%
Rhein-Erft-Kreis	1.382	0,3%	23,9%	27,9%	19,5%	21,3%	6,5%	0,6%
Kreis Euskirchen	998	0,4%	25,5%	24,5%	17,2%	22,6%	8,8%	0,9%
Oberbergischer Kreis	1.171	0,2%	20,3%	27,3%	21,4%	22,9%	7,1%	0,8%
Rheinisch-Bergischer Kreis	834	0,4%	19,7%	27,2%	20,5%	22,4%	9,2%	0,6%
Rhein-Sieg-Kreis	1.784	0,0%	20,8%	30,6%	20,7%	20,3%	7,1%	0,4%
Städteregion Aachen	2.101	0,0%	28,9%	28,6%	17,5%	18,0%	6,2%	0,7%
Kreis Düren	880	0,1%	27,7%	26,3%	19,0%	19,9%	6,7%	0,3%
Kreis Heinsberg	1.399	0,1%	25,2%	29,9%	16,1%	18,9%	8,6%	1,3%
außerrheinischer Träger	1.463	0,0%	14,1%	26,3%	20,1%	24,0%	13,5%	1,9%
LVR-Gesamt	34.601	0,2%	21,9%	27,0%	19,1%	22,7%	8,2%	0,9%

2.2.4 Geschlecht der Werkstattbeschäftigten

Im Rheinland sind 59 Prozent der Werkstattbeschäftigten männlich und 41 Prozent weiblich. Dies entspricht der bundesweiten Verteilung, die seit Jahren unverändert ist.

In den einzelnen Regionen stellt sich die Geschlechterverteilung durchaus unterschiedlich dar. Der Männeranteil schwankt zwischen 55 Prozent (Stadt Krefeld und außerrheinisch) und 63 Prozent (Stadt Mönchengladbach).

TABELLE 14: LEISTUNGSBERECHTIGTE IN WFBM IN LEISTUNGSTRÄGERSCHAFT LVR NACH GESCHLECHT

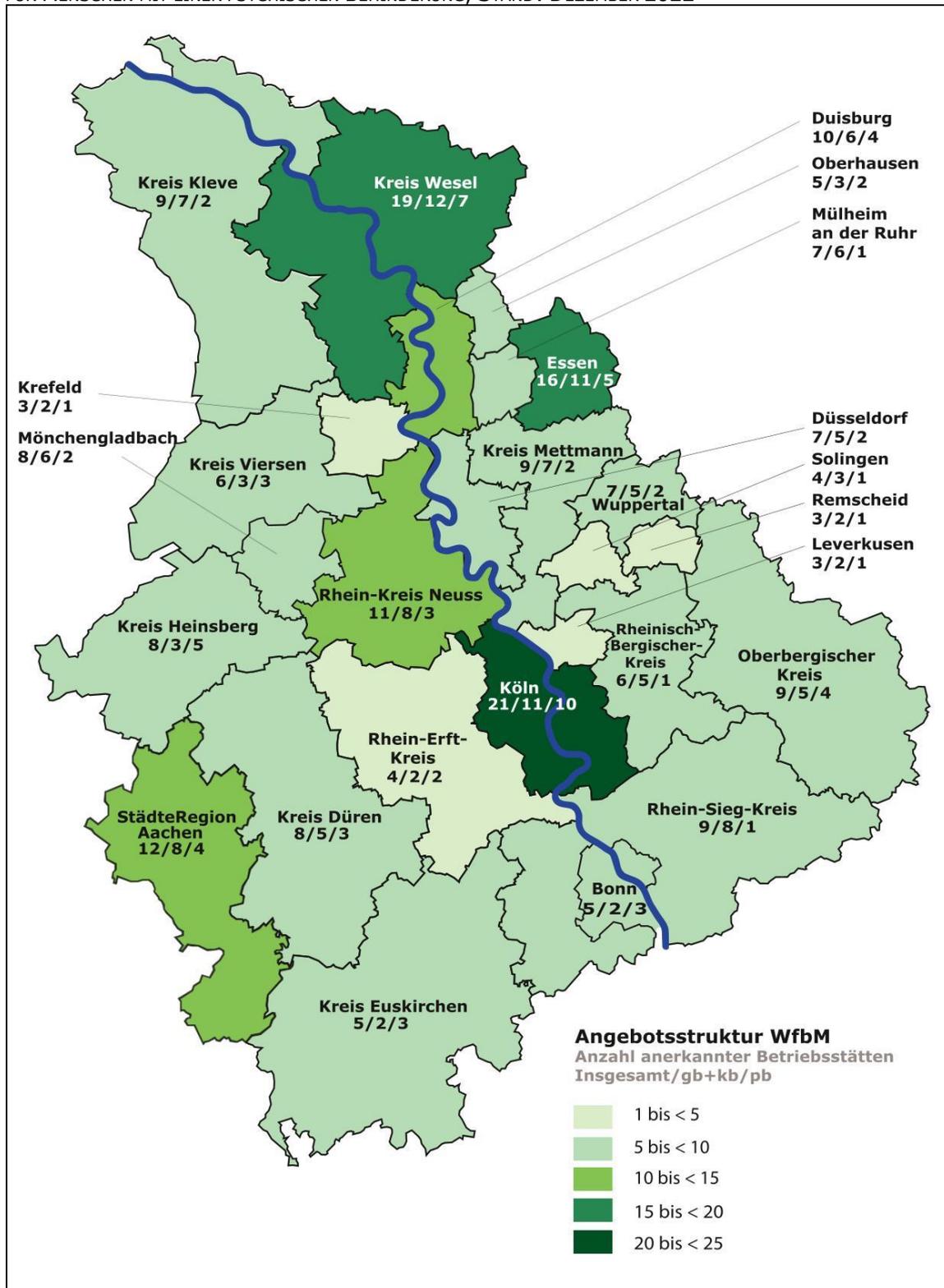
Anzahl der Beschäftigten im Arbeitsbereich der WfbM nach tatsächlichem Aufenthalt am Stichtag 31.12.2022			
Stadt/Kreis	Anzahl der Leistungsberechtigten	Anteil männlich	Anteil weiblich
Düsseldorf	1.309	57,8%	42,2%
Duisburg	1.509	59,9%	40,1%
Essen	2.013	60,8%	39,2%
Krefeld	771	55,3%	44,7%
Leverkusen	453	59,6%	40,4%
Mönchengladbach	1.280	63,3%	36,7%
Mülheim/Ruhr	573	61,1%	38,9%
Oberhausen	694	59,9%	40,1%
Remscheid	394	61,7%	38,3%
Solingen	464	59,5%	40,5%
Wuppertal	1.364	56,0%	44,0%
Kreis Mettmann	1.318	60,1%	39,9%
Rhein-Kreis Neuss	1.360	61,0%	39,0%
Kreis Viersen	1.191	60,0%	40,0%
Kreis Kleve	1.940	58,5%	41,5%
Kreis Wesel	1.837	57,5%	42,5%
Bonn	914	58,6%	41,4%
Köln	3.205	58,2%	41,8%
Rhein-Erft-Kreis	1.382	57,6%	42,4%
Kreis Euskirchen	998	61,1%	38,9%
Oberbergischer Kreis	1.171	58,0%	42,0%
Rheinisch-Bergischer Kreis	834	56,6%	43,4%
Rhein-Sieg-Kreis	1.784	57,9%	42,1%
Städteregion Aachen	2.101	58,6%	41,4%
Kreis Düren	880	58,0%	42,0%
Kreis Heinsberg	1.399	57,8%	42,2%
außerrheinischer Träger	1.463	55,2%	44,8%
LVR-Gesamt	34.601	58,7%	41,3%

2.2.5 Angebotsstruktur der Werkstätten im Rheinland

Im Rheinland unterhielten die 44 Werkstattträger 2022 insgesamt 214 Betriebsstätten mit einem flächendeckenden Angebot an Arbeitsplätzen für Menschen mit wesentlicher Behinderung. Die Karte in Abbildung 7 stellt die Verteilung der Betriebsstätten im Rheinland dar. Angezeigt wird jeweils die Gesamtzahl der Betriebsstätten sowie die Zahl der Betriebsstätten für Menschen mit einer geistigen/körperlichen Behinderung sowie für Menschen mit psychischer Behinderung.

In Bezug auf die regionale Versorgungsstruktur ist dabei auf Folgendes hinzuweisen: Den Werkstätten sind verbindliche Einzugsbereiche zugeordnet, die sich an der Erreichbarkeit der WfbM orientieren. Einzugsbereiche können dabei in Randgebieten von Städten und Kreisen auch in angrenzende Regionen hineinreichen.

ABBILDUNG 7: ANGEBOTSSTRUKTUR DER WfbM IM RHEINLAND NACH ANERKANNTEN BETRIEBSSTÄTTEN (BS)
 INSGESAMT/ ANERKANNTEN BS FÜR MENSCHEN MIT EINER GEISTIGEN ODER KÖRPERLICHEN BEHINDERUNG/ ANERKANNTEN BS
 FÜR MENSCHEN MIT EINER PSYCHISCHEN BEHINDERUNG, STAND: DEZEMBER 2022



32 der 44 Werkstattträger bieten spezifische Beschäftigungsangebote für Menschen mit psychischer Behinderung. Zehn von ihnen halten ausschließlich Beschäftigungsmöglichkeiten für diese Zielgruppe vor. Tabelle 15 listet die Werkstattträger pro Region mit ihren Betriebsstätten (nach der primären Behinderungsform) auf.

TABELLE 15: ANGEBOTSSTRUKTUR DER WFBM IM RHEINLAND NACH ANERKANNTEN BETRIEBSSTÄTTEN (BS) 2022

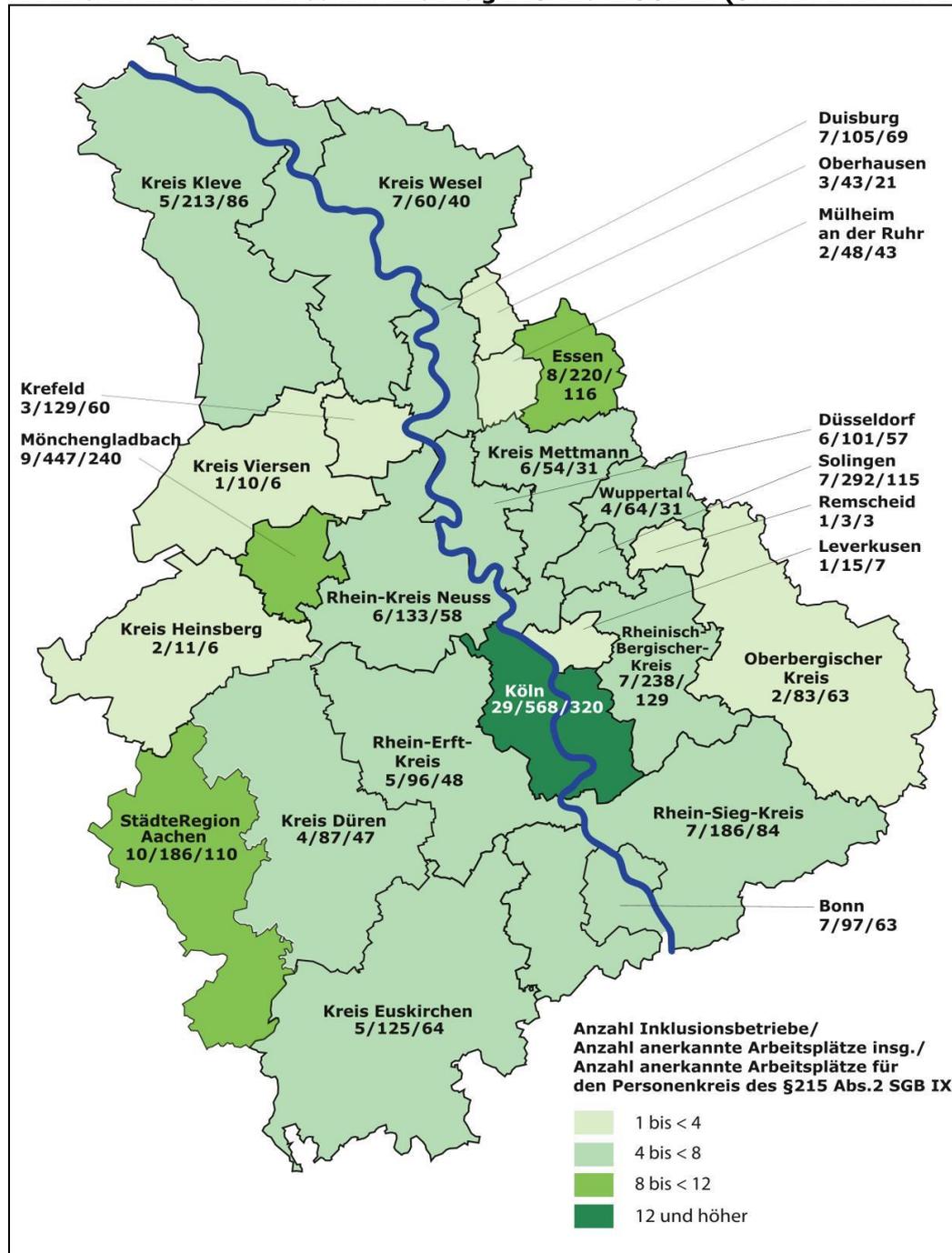
Stadt/Kreis	Werkstattträger	Anzahl BS gb/kb	Anzahl BS pb
Düsseldorf	Werkstatt für angepasste Arbeit GmbH	5	2
Duisburg	Duisburger Werkstatt für Menschen mit Behinderung gGmbH	5	3
	Caritas Wohn- und Werkstätten Niederrhein gGmbH	1	1
Essen	Gesellschaft für soziale Dienstleistungen Essen mbH	5	4
	Franz Sales Werkstätten Essen GmbH	6	1
Krefeld	Heilpädagogisches Zentrum Krefeld - Kreis Viersen gGmbH	2	1
Leverkusen	Lebenshilfe - Werkstätten Leverkusen Rhein / Berg GmbH	2	
	Papierservice Britanniahütte gemeinnützige GmbH		1
Mönchengladbach	Ev. Stiftung Hephata Werkstätten gGmbH	6	2
Mülheim/Ruhr	Theodor Fliedner Einrichtungen	6	1
Oberhausen	Lebenshilfe Werkstätten Oberhausen gGmbH	3	2
Remscheid	Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung OV Remscheid e.V.	2	1
Solingen	Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung OV Solingen e.V.	3	1
Wuppertal	Lebenshilfe Werkstätten Wuppertal gem. GmbH	2	
	Troxler-Haus GmbH	3	
	proviel GmbH		2
Kreis Mettmann	WFB Werkstätten des Kreises Mettmann GmbH	6	2
	Ev. Stiftung Hephata Werkstätten gGmbH	1	
Rhein-Kreis Neuss	VARIUS Werkstätten	5	1
	GNW Gemeinnützige Werkstätten Neuss GmbH	3	2
Kreis Viersen	Heilpädagogisches Zentrum Krefeld - Kreis Viersen gGmbH	3	3
Kreis Kleve	Haus Freudenberg GmbH	6	2
	Lebenshilfe Werkstätten Unterer Niederrhein GmbH	1	
Kreis Wesel	Caritas Wohn- und Werkstätten Niederrhein gGmbH	4	1
	Albert-Schweitzer-Einrichtungen für Behinderte gGmbH	4	1
	Lebenshilfe Werkstätten Unterer Niederrhein GmbH	4	
	Spix e. V.		5
Bonn	Bonner Werkstätten Lebenshilfe Bonn gGmbH	2	
	GVP Gemeinnützige Werkstätten Bonn GmbH		3
Köln	Alexianer Werkstätten GmbH		7
	Caritas Werkstätten Köln (Geschäftsfeld Caritas Wertarbeit)	5	2
	Gemeinnützige Werkstätten Köln	4	1
	SBK gGmbH Werkstätten	2	
Rhein-Erft-Kreis	Reha-Betriebe Erftland GmbH	2	
	WIR gGmbH		2
Kreis Euskirchen	NEW Nordeifelwerkstätten gGmbH	2	3
Oberbergischer Kreis	Behinderten Werkstätten Oberberg GmbH	4	
	Werkstatt Lebenshilfe Bergisches Land GmbH	1	
	RAPS Marienheide		4
Rheinisch-Bergischer Kreis	Werkstatt Lebenshilfe Bergisches Land GmbH	3	
	Gemeinnützige Werkstätten Köln	1	
	Lebenshilfe - Werkstätten Leverkusen Rhein / Berg gGmbH	1	
	Papierservice Britanniahütte gemeinnützige GmbH		1
Rhein-Sieg-Kreis	Bonner Werkstätten Lebenshilfe Bonn gGmbH	2	
	Rhein Sieg Werkstätten der Lebenshilfe gGmbH	5	1
	Lebensgemeinschaft Eichhof gGmbH	1	
Städteregion Aachen	Lebenshilfe Aachen Werkstätten & Service GmbH	2	
	Prodia Kolping WfbM gmbH		2
	Caritas-Behindertenwerk GmbH	6	2
Kreis Düren	Rurtalwerkstätten Lebenshilfe Düren gemeinnützige GmbH	5	3
Kreis Heinsberg	Lebenshilfe Heinsberg e.V.	3	
	ViaNobis Profil		3
	DeinWerk gGmbH		2
LVR-Gesamt		139	75

2.3 Inklusionsbetriebe

Im Dezember 2022 liegt die Zahl der anerkannten Inklusionsbetriebe im Rheinland bei insgesamt 154. Seit Ende 2001 sind dort 3.612 Arbeitsplätze entstanden, davon 1.917 Arbeitsplätze für Beschäftigte, die zur besonderen Zielgruppe der Inklusionsbetriebe gehören.

ABBILDUNG 8: STANDORTE DER INKLUSIONSBETRIEBE IN DEN LVR-MITGLIEDSKÖRPERSCHAFTEN

ANZAHL INKLUSIONSBETRIEBE / ANZAHL ANERKANNTE ARBEITSPLÄTZE INSGESAMT / ANZAHL ANERKANNTE ARBEITSPLÄTZE FÜR DEN PERSONENKREIS DES § 215 ABS. 2 SGB IX (STAND DER DATEN: DEZEMBER 2022)



In Vertretung

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

Vorlage Nr. 15/2313

öffentlich

Datum: 19.04.2024
Dienststelle: Stabsstelle 70.10
Bearbeitung: Dr. Andrea Weidenfeld (70.10) und Isabel Pflugrad (70.10)

Sozialausschuss **07.05.2024** **Beschluss**

Tagesordnungspunkt:

Projektskizze zur Bearbeitung des Haushaltsantrags Nr. 15/133 „Zur Situation Erwachsener mit Behinderung, die noch bei ihren Eltern wohnen“ mit eigenem Personal im Rahmen einer empirischen Befragung

Beschlussvorschlag:

Die Verwaltung wird beauftragt, den Haushaltsantrag Nr. 15/133 entsprechend der Projektskizze gemäß Vorlage Nr. 15/2313 zu bearbeiten.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

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

ja

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2025.

nein

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:

Erträge:

Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan

Aufwendungen:

/Wirtschaftsplan

Einzahlungen:

Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan

Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:

Auszahlungen:

/Wirtschaftsplan

Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:

Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten

ja

In Vertretung

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

Zusammenfassung

Mit Beschluss der Landschaftsversammlung vom 23.12.2023 über den Antrag Nr. 15/133 wurde die Verwaltung beauftragt, einen Forschungsauftrag oder ein Traineeprojekt zu initiieren, in dem die Situation Erwachsener mit Behinderung beleuchtet wird, die mangels geeigneter Angebote der Eingliederungshilfe noch in ihrer Herkunftsfamilie leben. In den kommenden 2-3 Jahren werden nach jetziger Planung keine sozialwissenschaftlichen Trainees für ein Projekt zur Verfügung stehen. Bei einer externen Ausschreibung wäre ein hoher personeller Aufwand für die Ausschreibung und Auswahl des Forschungsinstituts sowie für die Begleitung der externen Mitarbeitenden erforderlich. Die Kosten für einen entsprechenden Forschungsauftrag würden voraussichtlich den 6-stelligen Bereich erreichen. Deshalb wird im Folgenden ein Projekt vorgeschlagen, mit dem der Antrag durch den Strategischen Stab des LVR-Dezernates Soziales bearbeitet werden könnte.

Im Sinne einer partizipativen Vorgehensweise sollen sowohl Erwachsene mit Behinderung, die bei ihren Eltern wohnen, als auch ihre Eltern zur aktuellen Wohnsituation sowie zur gewünschten zukünftigen Wohnsituation befragt werden. Im geplanten Projekt wird ein Methodenmix aus qualitativer und standardisierter, quantitativer Methodik genutzt, um sowohl der Tiefe des Themas gerecht zu werden als auch eine möglichst breite Datenbasis zu erhalten. Insgesamt wird eine Stichprobe von rund 200 Befragungen angestrebt.

Die Vorlage Nr. 15/2313 leistet einen Beitrag zur Umsetzung des LVR-Aktionsplanes im Hinblick auf Zielrichtung 2 („Die Personenzentrierung im LVR weiterentwickeln“) und Zielrichtung 4 („Den inklusiven Sozialraum mitgestalten“).

Begründung der Vorlage Nr. 15/2313:

Vorschlag des Dezernates Soziales zur Bearbeitung des Haushaltsantrags 15/133 „Zur Situation Erwachsener mit Behinderung, die noch bei ihren Eltern wohnen“ mit eigenem Personal im Rahmen einer empirischen Befragung

Mit Beschluss der Landschaftsversammlung vom 23.12.2023 über den Antrag Nr. 15/133 wurde die Verwaltung beauftragt, einen Forschungsauftrag oder ein Traineeprojekt zu initiieren, in dem die Situation Erwachsener mit Behinderung beleuchtet wird, die mangels geeigneter Angebote der Eingliederungshilfe noch in ihrer Herkunftsfamilie leben. Dabei soll ermittelt werden, ob sich die Nachfrage nach entsprechenden Angeboten quantifizieren bzw. schätzen lässt, welche wesentlichen Gründe gegebenenfalls einem bedarfsgerechten Angebot entgegenstehen und wie die Situation im Sozialraum und für die Angehörigen durch den LVR positiv zu verändern ist. Derzeit ist für die nächsten 2-3 Jahre kein sozialwissenschaftlich ausgerichtetes Trainee-Programm geplant, deshalb stehen keine passenden Trainees für ein Projekt zur Verfügung. Bei einer externen Ausschreibung wäre ein hoher Personalaufwand für die Ausschreibung und Auswahl des Forschungsinstituts sowie für die Begleitung der externen Mitarbeitenden erforderlich. Zudem wäre ein hoher finanzieller Aufwand zu erwarten sowie ein längerer Zeitraum, bis der Auftrag bearbeitet werden könnte.

Im Folgenden wird ein Projekt skizziert, mit dem das Dezernat 7 diese Fragestellung mit eigenem Personal bearbeiten könnte. Um sich dieser Frage zu nähern, sollen erwachsene Menschen mit Behinderung, die noch in ihrer Herkunftsfamilie leben, sowie ihre Eltern befragt werden. In Interviews und standardisierten Fragebögen (auch in einfacher Sprache) sollen diese Zielgruppen nach ihrer Sicht auf die aktuelle Wohnsituation, den Gründen und Motiven für die Wohnsituation sowie zur gewünschten oder geplanten Zukunft befragt werden. Ebenfalls erfragt werden sollten bisherige Erfahrungen zur Beratung in dem Themenfeld „Wohnen“.

Wie können wir Erwachsene mit Behinderung erreichen, die noch in ihrer Herkunftsfamilie leben?

Die Verwaltung kann gezielt Menschen mit Behinderungen, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder tagesstrukturierende Maßnahmen, aber keine Assistenzleistungen der sozialen Teilhabe erhalten, ansprechen und zu einer Befragung einladen. Diese Personengruppe wohnt mit großer Wahrscheinlichkeit entweder selbstständig in eigenem Hausstand oder in ihrer Herkunftsfamilie.

Diese Personengruppe wird weiter eingeschränkt auf die Zielgruppe der Leistungsberechtigten mit einer geistigen und/oder mehrfachen Behinderung, die älter als 40 Jahre sind und in der Herkunftsfamilie leben, sowie deren Eltern.

Die Prüfung der Akten bei einer kleinen Stichprobe hat gezeigt, dass wir bei dieser Konstellation mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgehen können, dass mindestens 40 Prozent bei ihren Eltern wohnen.

Persönliche Interviews werden durch einen standardisierten Fragebogen ergänzt

Die Verwaltung plant, eine Stichprobe von ca. 30 Erwachsenen mit Behinderung sowie 30 Elternteilen persönlich in qualitativen Interviews zu befragen, um die individuelle

Wohnsituation und ihre Hintergründe sowie die individuellen Perspektiven der Leistungsberechtigten und ihrer Angehörigen differenziert zu beleuchten.

Um die Aussagen der persönlichen Befragung zu bestätigen sowie Aussagen auf größerer Datenbasis und entsprechend größerer Allgemeingültigkeit treffen zu können, ist als zweiter Teil die Befragung mit standardisierten Fragebögen in Alltagssprache bzw. wahlweise in einfacher Sprache vorgesehen. Befragte Leistungsberechtigte können bei der Beantwortung durch eine Vertrauensperson unterstützt werden. Neben dem Ausfüllen einer Papierversion ist eine Online-Teilnahme möglich.

Eine standardisierte Befragung bietet die Chance, eine hohe Zahl an Rückmeldungen zu erreichen und auszuwerten. Dies bestätigen auch Erfahrungen bundesweiter Untersuchungen.¹ Für die standardisierte Befragung streben wir 150 Teilnehmende an, davon 75 Leistungsberechtigte und 75 Elternteile.

Um insgesamt über 200 Teilnehmende für die beiden Teile der Befragung zu erreichen, wird davon ausgegangen, dass zwischen 2.000 und 3.500 Leistungsberechtigte angeschrieben werden müssen. Diese Schätzung basiert auf der Annahme, dass von den angesprochenen Leistungsberechtigten mindestens 40 Prozent bei ihren Eltern leben und dass bei einer einmaligen Ansprache eine Rücklaufquote von ungefähr zehn Prozent erreicht wird.

Für die Fragebogenkonstruktion ist wichtig, sich auf Kernfragen zu konzentrieren und den Fragebogen kurz zu halten. Dies gilt besonders für die alternative Version in einfacher Sprache, die wahlweise ausgefüllt werden kann. Folgende Fragenkomplexe werden berücksichtigt – sowohl für die Befragung der Leistungsberechtigten als auch der Eltern:

1. aktuelle Wohnsituation
 - a. faktische Situation,
 - b. subjektiv wahrgenommene positive Aspekte sowie negative Aspekte,
2. vergangene Erfahrungen im Bereich Wohnen, z.B. vorherige Wohnerfahrungen außerhalb des Elternhauses,
3. gewünschte Zukunft im Hinblick auf die Wohnsituation,
4. Erfahrungen mit Beratung im Bereich Wohnen.

Das skizzierte Vorgehen setzt partizipativ bei betroffenen Familien an und nimmt sowohl die erwachsenen Menschen mit Behinderung als auch ihre Eltern in den Blick. Die Vorteile standardisierter Fragebögen werden mit den Vorteilen persönlicher Interviews mit explorativem Charakter kombiniert, um aussagekräftige Ergebnisse für die befragte Stichprobe zu erhalten.

In Vertretung

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

¹ Wie etwa im Berichtsanhang des Forschungsberichtes 626 zum Entgeltsystem in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, S. 24ff.



CDU-FRAKTION
LANDSCHAFTSVERSAMMLUNG
RHEINLAND



Die SPD-Fraktion in der
Landschaftsversammlung
Rheinland

Antrag Nr. 15/133

öffentlich

Datum: 24.10.2023
Antragsteller: CDU, SPD

Sozialausschuss	07.11.2023	empfehlender Beschluss
Ausschuss für Inklusion	21.11.2023	empfehlender Beschluss
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	01.12.2023	empfehlender Beschluss
Landschaftsausschuss	07.12.2023	empfehlender Beschluss
Landschaftsversammlung	13.12.2023	Beschluss

Tagesordnungspunkt:

Haushalt 2024; Zur Situation Erwachsener mit Behinderung, die noch bei ihren Eltern wohnen

Beschlussvorschlag:

Die Verwaltung wird beauftragt, einen Forschungsauftrag oder ein Traineeprojekt zu initiieren, in dem die Situation Erwachsener mit Behinderung beleuchtet wird, die mangels geeigneter Angebote der Eingliederungshilfe noch in ihrer Herkunftsfamilie leben. Dabei soll ermittelt werden, ob sich die Nachfrage nach entsprechenden Angeboten quantifizieren bzw. schätzen lässt, welche wesentlichen Gründe ggf. einem bedarfsgerechten Angebot entgegenstehen und wie die Situation im Sozialraum und für die Angehörigen positiv zu verändern ist.

Begründung:

Oftmals dringt die schwierige Situation von Familien, in denen für die erwachsenen Söhne und Töchter aufgrund der Art oder Schwere ihrer Behinderung keine geeignete Wohnform und keine geeignete Erwerbstätigkeit gefunden wird, erst durch krisenhafte Zuspitzungen nach außen. Leidtragende dieser Situation sind diese behinderten Menschen selbst sowie die psychisch und oft auch physisch überforderten Angehörigen, wenn es keine entsprechenden Angebote, wirksame Beratung und fachliche Begleitung gibt.

Vorlage Nr. 15/2325

öffentlich

Datum: 19.04.2024
Dienststelle: Fachbereich 71
Bearbeitung: André Knips

Sozialausschuss	07.05.2024	Kenntnis
Ausschuss für Digitale Entwicklung und Mobilität	19.06.2024	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

"Digitales Dezernat 7" - Bericht aus dem Projekt

Kenntnisnahme:

Die Vorlage Nr. 15/2325 zum Projekt "Digitales Dezernat 7" 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 (Ihd. Jahr):

Produktgruppe:	016		
Erträge:		Aufwendungen:	904.320 €
Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	ja	/Wirtschaftsplan	
Einzahlungen:		Auszahlungen:	904.320 €
Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan	ja	/Wirtschaftsplan	
Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:			
Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:			
Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten			ja

In Vertretung

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

J a n i c h

Zusammenfassung

Die Arbeits- und Geschäftsprozesse des LVR-Dezernates „Soziales“ sollen möglichst vollständig digital neugestaltet werden.

Ziele sind

- ein einfacher, intuitiver, sicherer und barrierefreier Zugang für Leistungsberechtigte und Leistungserbringer zu den Angeboten des LVR-Dezernates „Soziales“, insbesondere im Sinne des Onlinezugangsgesetzes;
- eine schnelle und datenschutzkonforme Kommunikation mit unseren (externen) Kund*innen und Partner*innen;
- die Förderung der Nachhaltigkeit (zum Beispiel durch Nutzung zukunftsfähiger Software und digitaler Prozesse) und des Klimaschutzes (zum Beispiel durch Reduzierung des Papierverbrauchs);
- Einsatz und Implementierung von Automatisierung („robotic process automation“) und Künstlicher Intelligenz (KI) zur Entlastung der Mitarbeiter*innen und zur Abfederung des Fachkräftemangels sowie demografischen Wandels.

Diese Vorlage berührt insbesondere die Zielrichtung Z6 (Die Zugänglichkeit in allen Informations- und Kommunikationsmedien im LVR herstellen) des LVR- Aktionsplans zur Umsetzung der UN-BRK sowie das Handlungsfeld 3.4 des LVR-Gleichstellungsplans 2025 (Vereinbarkeit von Erwerbs- und Sorgearbeit).

Begründung der Vorlage Nr. 15/2325:

Die durch das LVR-Dezernat Soziales, insbesondere durch das Projekt „Digitales Dezernat Soziales“, angestoßenen Maßnahmen und Aktivitäten zur Digitalisierung der internen wie externen Verwaltungsleistungen und –Vorgänge werden im Einklang mit den gesetzlichen Bestimmungen, der digitalen Agenda des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) und in enger, partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit dem LVR-Dezernat „Digitalisierung, IT-Steuerung, Mobilität und technische Innovation“ umgesetzt.

Die internen Prozesse und Abläufe werden dabei einfach, intuitiv und digital (neu) gestaltet – nachhaltig und nutzer*innenorientiert: geprägt von der sich dynamisch verändernden Arbeitswelt und den daraus resultierenden Anpassungserfordernissen. Die nachfolgenden Ausführungen informieren schlaglichtartig über die Entwicklung der Digitalisierung im LVR-Dezernat Soziales seit der letztmaligen Berichterstattung im Sozialausschuss am 17. Januar 2023 zu Vorlage Nr. 15/1362.

Mit der Digitalisierung verfolgt das Dezernat Soziales folgende grundsätzliche Zielsetzungen:

- Die Digitalisierung soll die Mitarbeiter*innen unterstützen und entlasten, um dem demografischen Wandel und dem Fachkräftemangel entgegen zu wirken.
- Der LVR als „best place to work“: moderne und attraktive räumliche sowie technische Rahmenbedingungen der Arbeitsplätze steigern die Identifikation und Motivation aller Mitarbeiter*innen, leisten einen erheblichen Beitrag zur Vereinbarkeit von Familie/Pflege und Beruf und erhöhen nicht zuletzt die Attraktivität des LVR als Arbeitgeber.
- Schaffung möglichst vollständiger digitaler Workflows für die Arbeits- und Geschäftsprozesse der Sozial- und Eingliederungshilfe: vom digitalen Posteingang über die ortsvariable, digitale Bearbeitung der Vorgänge bis hin zur digitalen Rückmeldung.
- Bestehende Flächen mit Blick auf Nachhaltigkeit und Klimaschutz effizient und kostengünstig nutzen.

1. Elektronische Akten

Im vergangenen Berichtszeitraum konnte der Grad der Digitalisierung weiter erhöht werden. Neben der seit 2008 genutzten elektronischen Akte (eAkte) für die leistungsberechtigten Menschen mit Behinderungen (LB-Akte) wurde die eAkte für die Leistungserbringer (LeiA) weiterentwickelt und kann in Kürze aktiv im Echtbetrieb durch die Mitarbeiter*innen verschiedener Funktionsgruppen wie Regionalsachbearbeiter*innen oder Entgeltverhandler*innen für die anfallenden Aufgaben und Tätigkeiten genutzt werden.

Parallel erfolgte dazu die Entwicklung einer elektronischen Rechtsakte (eRechtsakte) für den Rechtsdienst des LVR-Dezernates Soziales. Dies stellt keine eigene Neuentwicklung dar, sondern basierte auf einer bereits im LVR-Fachbereich Recht, Versicherungen und Innenrevision (14) eingeführten und genutzten eRechtsakte. Diese wurde speziell an die Anforderungen und Bedürfnisse der Mitarbeiter*innen des Rechtsdienstes angepasst. Die Anpassung eines bereits bestehenden Produktes des Fachbereichs 14 kann als gelungenes

Beispiel für Nachhaltigkeit und Benutzerfreundlichkeit (Usability) bezeichnet werden. Gerade die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Anforderungen führt langfristig zu einer guten, starken Akzeptanz des Produktes und somit zu einem Erfolg beim Einsatz der neuen eRechtsakte im LVR-Dezernat Soziales.

Alle bestehenden eAkten-Lösungen werden nun kontinuierlich weiterentwickelt, um die Usability weiter zu steigern, den Grad der Digitalisierung noch weiter zu erhöhen und den dynamischen Veränderungen der Arbeitswelt und/oder der gesetzlichen Bestimmungen gerecht zu werden.

2. Digitalisierung des Rechnungswesens

Ein wesentlicher Entwicklungsansatz im Jahr 2024 ist die Digitalisierung der eingehenden Rechnungen. Mit der Richtlinie 2010/45/EU hat die Europäische Union (EU) Vorgaben zur Rechnungsstellung an öffentliche Auftraggeber gestellt (ergänzt durch Richtlinie 2014/55/EU bezüglich der Annahme elektronischer Rechnungen). Öffentliche Auftraggeber werden damit verpflichtet, Rechnungen in elektronischer Form anzunehmen.

Die daraus resultierenden Anforderungen definieren daher auch die Ziele des LVR-Dezernates Soziales für die generelle Rechnungslegung, den Rechnungsempfang und die Rechnungsbegleichung: einen digitalen Rechnungseingang, eine durch Automatisierung unterstützte Rechnungsbearbeitung und –Begleichung bis hin zu einer perspektivischen „Dunkelverbuchung“ (ohne menschliches Zutun).

Diese Entwicklungen zielen auf

- die Entlastung des bestehenden Personalkörpers (Automatisierung),
- die Reduzierung von Kosten (Reduzierung von Ablageflächen und somit geringe Mietkosten oder auch geringere Mahngebühren durch Erreichen eines höheren Grades der Zahlungsziele) und
- Nachhaltigkeit mit Blick auf Klimaschutz (durch die Reduzierung des Papierverbrauchs).

2.1 Digitalisierung des Rechnungseinganges

Bedingt durch die in diesem Jahr anstehenden Umzüge innerhalb der Liegenschaften im Deutzer Hafen steht die Digitalisierung der Eingangsrechnungen aktuell im Fokus der laufenden Entwicklungen. Die Abteilung Abrechnung (71.20) wird aus der Liegenschaft „Siegburger Straße 195A“ (SU195A) in das Gebäude „Kaltenbornweg 6“ (K6) umziehen – dort stehen keine Lagerflächen für das aktuelle Rechnungsaufkommen in Papier zur Verfügung.

Oberste Prämisse hat dabei die Sicherstellung der Rechnungsbegleichung und damit des Zahlungsverkehrs an die Leistungsberechtigten und die Leistungserbringer.

Dabei werden verschiedene Wege verfolgt:

- Die in Papierform eingehenden Rechnungen werden durch die Registratur eingescannt. Die Verteilung der gescannten Rechnungen zur zuständigen Sachbearbeitung erfolgt ressourcenschonend durch einen automatisierten Prozess („robotic process automation“) – siehe Ziffer 2.2,
- Parallel soll der datenschutzkonforme Weg zur Rechnungslegung auf dem digitalen Weg forciert werden. Das „einfache“ Hochladen als PDF-Datei oder die Zustellung per (sicherem) E-Mail-Versand sind ein erster Schritt zur Steigerung des Digitalisierungsgrades. Gleichzeitig beteiligt sich das LVR-Dezernat Soziales über die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGüS) an der deutschlandweit standardisierten Einführung der sogenannten XRechnung. Auch hier erfolgt die ressourcenschonende Verteilung der gescannten Rechnungen zur zuständigen Sachbearbeitung per automatisiertem Prozess („robotic process automation“) – siehe Ziffer 2.2.

2.2 Einsatz von Texterkennung

Unabhängig von der Form des Rechnungseinganges wurde eine Texterkennung speziell für die Rechnungsdokumente entwickelt und wird aktuell intensiv getestet. Zukünftig, spätestens jedoch mit dem Umzug in das Dienstgebäude „K6“, werden alle Rechnungsdokumente diese Texterkennung durchlaufen und anschließend durch einen BOT (=Roboter) automatisch der zuständigen Rechnungssachbearbeitung in die eAkte zugestellt.

BOTs bieten enorme Chancen, um die Mitarbeiter*innen von wiederkehrend-monotonen Tätigkeiten zu entlasten und somit einen gezielteren Fokus auf sinnstiftende Tätigkeiten legen zu können. Wichtig ist allerdings zu betonen, dass damit keinesfalls kurzfristig ein (aktiv gesteuerter) Personalabbau einhergeht, sondern es zunächst um die Reduzierung des Arbeitsaufkommens für die aktuellen Mitarbeiter*innen kommen wird. Langfristig können BOTs dabei helfen, den Fachkräftemangel und die Auswirkungen des demografischen Wandels abzufedern.

2.3 Einsatz von Künstlicher Intelligenz

Perspektivisch, aber noch nicht in der Umsetzung, sollen die Rechnungsdokumente so ausgelesen werden, dass diese mit Unterstützung der Automatisierung (per BOT) oder auch der Künstlichen Intelligenz (KI) „dunkel“, also maschinell und ohne menschliches Zutun, verbucht werden. Diese Anwendungen werden bei Entwicklungsstart intensiv durch ein Changemanagement begleitet.

3. Digitalisierung von Verwaltungsleistungen nach dem Onlinezugangsgesetz

Die Digitalisierung von Verwaltungsleistungen wird auch durch den Gesetzgeber mit dem Onlinezugangsgesetz (OZG) vorangetrieben. Auf dieser Grundlage werden, in enger Zusammenarbeit mit dem LVR-Dezernat „Digitalisierung, IT-Steuerung, Mobilität und

technische Innovation“, die Leistungsangebote des LVR-Dezernates Soziales sukzessiv „online“ zugänglich gemacht – dies erfolgt über den LVR-Beratungskompass als „Eingangstor“.

In einem ersten Schritt wurden die Anträge auf Blinden- und Gehörlosenhilfe online gestellt. Seit dem 1. März 2024 kann Eingliederungshilfe für erwachsene Menschen online beantragt werden. Bereits bis Ende März konnte hier eine rege Nutzung mit bereits über 100 Anträgen festgestellt werden.

Seit April 2024 ist zusätzlich die Antragsstellung auf Sozialhilfe (Sozialhilfegrundertrag) über den LVR-Beratungskompass möglich. Damit ist ein weiterer, wesentlicher Meilenstein für die Beantragung von Sozialleistungen für die Menschen im Rheinland erreicht.

Als einer der letzten Bausteine folgt noch im Jahr 2024 der Antrag auf Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit Behinderung in Pflegefamilien oder in einer Wohneinrichtung.

Damit können rund 98 % aller Leistungen des LVR-Dezernates Soziales online beantragt werden.

3.1 OZG-Änderungsgesetz

Mit dem aktuell vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Onlinezugangsgesetzes sowie weiterer Vorschriften zur Digitalisierung der Verwaltung (OZGÄndG) soll der Prozess der Entwicklung nutzer*innenfreundlicher digitaler Dienste weiter gefördert werden.

Der Gesetzentwurf sieht unter anderem folgende Maßnahmen vor:

- Streichung der OZG-Umsetzungsfrist,
- Regelung zu „digital-only“ für Unternehmensleistungen,
- Verbindlichkeit der Nutzerfreundlichkeit und Barrierefreiheit,
- Eindeutiger Zugang per Authentifizierung.

Das OZGÄndG bildet die derzeit notwendigsten Bedarfe für die Fortsetzung der Verwaltungsmodernisierung ab und ist daher auch Richtschnur für den LVR.

So sieht das OZGÄndG für natürliche Personen die sogenannte BundID und für Organisationen „Mein Unternehmenskonto“ (MuK) als eindeutige Authentifizierung vor. Diese beiden Anmeldeoptionen werden künftig auch für die Anmeldeverfahren des LVR als maßgeblich übernommen. Sie werden durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnologie (BSI) als datenschutzkonform angesehen und entsprechen einem hohen Sicherheitsstandard sowie einer eindeutigen Authentifizierung/Identifizierung der antragsstellenden Personen oder Organisationen.

Mit dem Grundsatz „digital only“ wird per Gesetz der Austausch, sowohl Eingang als auch Rückmeldung, auf dem digitalen Weg vorgeschrieben. Perspektivisch bedeutet dies einen standardisierten und schnelleren, aber auch sicheren und intuitiven Austausch zwischen dem LVR-Dezernat Soziales und den Leistungserbringern.

Der Weg „digital only“ steht auch allen natürlichen Personen – also insbesondere den Leistungsberechtigten offen – allerdings bedarf es hier einer aktiven Zustimmung für eine digitale Rückmeldung.

3.2 Video-Ident-Verfahren

Um Verwaltungsleistungen einfach, intuitiv und möglichst ohne Große Hürden online zugänglich zu machen, wird die Einführung eines „Video-Ident-Verfahrens“ auf Machbarkeit geprüft. Per Video-Ident können sich Personen, die Leistungen beim Landschaftsverband beantragen wollen, ortsunabhängig und schnell per Videochat identifizieren – deren Identität wird dabei verifiziert. Die Kund*innen erhalten einen Link zum Einloggen und nehmen darüber Kontakt mit der Identifizierungsstelle auf. Das Verfahren dauert nur wenige Minuten und ist mit einem Smartphone, Tablet, PC oder Laptop und über alle gängigen Webbrowser oder Apps möglich.

Dieses Verfahren ist unabhängig von der BundID oder des (auslaufenden) ServiceKonto.NRW und somit eine niedrigschwellige Möglichkeit zur Identifizierung der antragsstellenden Menschen. Das Verfahren an sich erfüllt die hohen Sicherheitsanforderungen des Geldwäschegesetzes und stellt somit eine sichere, einfache und intuitive Alternative zu den zuvor genannten Authentifizierungsverfahren dar.

Im Fokus der digitalen Entwicklungen im Dezernat Soziales stehen die Mitarbeitenden, die Leistungsberechtigten sowie die Leistungserbringer. Innovative Entwicklungen, Automatisierung oder Künstlichen Intelligenz soll nicht zur Entmündigung oder zu (automatisierten) Entscheidungen führen, sondern die Nutzer*innen bei der Bewältigung immer vielfältigerer und komplexerer Aufgaben unterstützen und so weit wie möglich von eintönigen Routineaufgaben entlasten. Die Nutzerfreundlichkeit, das heißt die individuellen Bedarfe und Anforderungen der Nutzer*innen, steht im Fokus eines anhaltenden Veränderungsprozesses. Die Digitalisierung der Verwaltung kann nur mit den beteiligten Nutzer*innen in einem partizipativen Prozess gelingen. Im Projekt „Digitales Dezernat Soziales“ wird der partizipative Ansatz als ein wesentlicher Faktor für einen erfolgreichen Veränderungsprozess ganz im Sinne des OZG konsequent verfolgt.

In Vertretung

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

In Vertretung

J a n i c h

TOP 13 Anfragen und Anträge

TOP 14 Bericht aus der Verwaltung

TOP 15 **Verschiedenes**