

An die Mitglieder
des Gesundheitsausschusses

Köln, 09.11.2018
Frau Groeters
Fachbereich 81

Gesundheitsausschuss

Freitag, 23.11.2018, 9:30 Uhr

Köln, Landeshaus, Rheinlandsaal

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur **23.** Sitzung lade ich herzlich ein.

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

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

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

Öffentliche Sitzung

Beratungsgrundlage

1. Anerkennung der Tagesordnung
2. Niederschrift über die 22. Sitzung vom 07.09.2018
3. LVR-Institut für Versorgungsforschung - Das wissenschaftliche Institut des LVR-Klinikverbundes
 - 3.1. Tätigkeitsbericht des LVR-Instituts für Versorgungsforschung vom 01.10.2016 - 31.12.2017
Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski
 - 3.2. Weiterentwicklung des LVR-Instituts für Versorgungsforschung
Berichterstattung: Frau Prof. Dr. Gouzoulis-Mayfrank, Leiterin des Institutes und Ärztliche Direktorin der LVR-Klinik Köln

14/2627/1 K

Power-Point-Präsentation

- | | | |
|------|--|------------------|
| 4. | Erhöhung der Förderung von KoKoBe, SPZ und SPKoM
<u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernent Lewandrowski, LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski | 14/3008 E |
| 5. | Atrium; ein Modellprojekt zur Weiterentwicklung migrationsspezifischer psychiatrischer Versorgung in Düsseldorf
<u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski | 14/3009 B |
| 6. | Traumaambulanzen | |
| 6.1. | Bedarfsgerechte Behandlung traumatisierter Flüchtlinge über die Traumaambulanzen in den LVR-Klinken
<u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski | 14/2916 K |
| 6.2. | Bericht zum aktuellen Stand der Traumaambulanzen für Gewaltopfer im Rheinland
<u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernentin Prof. Dr. Faber | 14/2974 K |
| 7. | Bericht über die Auswirkungen des BVerfG-Urteils vom 24.7.2018 zu den Anforderungen der Fixierungen auf die LVR-Kliniken
<u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski | 14/3014 K |
| 8. | Anträge und Anfragen der Fraktionen | |
| 9. | Mitteilungen der Verwaltung | |
| 10. | Verschiedenes | |

Nichtöffentliche Sitzung

- | | | |
|-------|--|------------------|
| 11. | Niederschrift über die 22. Sitzung vom 07.09.2018 | |
| 12. | Personalmaßnahmen | |
| 12.1. | Befristete Weiterbeschäftigung und Wiederbestellung zum Kaufmännischen Direktor und Vorsitzenden des Klinikvorstandes der LVR-Klinik Bedburg-Hau
<u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski | 14/3004 B |
| 12.2. | Bestellung zur Ärztlichen Direktorin im Klinikvorstand der LVR-Klinik Düren
<u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski | 14/3028 B |
| 12.3. | Wiederbestellung zum Stellvertreter der Kaufmännischen Direktion im Klinikvorstand des LVR-Klinikums Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf -
<u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski | 14/2999 B |
| 12.4. | Wiederbestellung zum Stellvertreter der Kaufmännischen Direktion im Klinikvorstand des LVR-Klinikums Essen - Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen -
<u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski | 14/3003 B |

- 12.5. Befristete Weiterbeschäftigung und Wiederbestellung zur Pflegedirektorin im Klinikvorstand der LVR-Klinik für Orthopädie Viersen **14/3002 B**
Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski
13. Einzelfortschreibung der Zielplanung der LVR-Klinik Mönchengladbach; Psychosomatische Station an einem somatischen Krankenhaus in Mönchengladbach **14/2979 B**
Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski
14. Sachstandsbericht zur Krankenhausplanung NRW **14/2991 K**
Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski
15. Bericht über die Budgetverhandlungen 2016 für den KHG-Bereich des LVR-Klinikverbundes und Ausblick auf die Budgetverhandlungen 2017 - 2019 **14/3001 K**
Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski
16. Maßregelvollzug
- 16.1. Aktueller Bericht
Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski
- 16.2. Belegungssituation im Maßregelvollzug
Berichterstattung: LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski
17. Anträge und Anfragen der Fraktionen
18. Mitteilungen der Verwaltung
19. Verschiedenes

Mit freundlichen Grüßen
Die Vorsitzende

S c h u l z

TOP 1 Anerkennung der Tagesordnung

Niederschrift
über die 22. Sitzung des Gesundheitsausschusses
am 07.09.2018 in Köln, Landeshaus
- öffentlicher Teil -

Anwesend vom Gremium:

CDU

Dr. Ammermann, Gert
Bündgens, Willi
Herbrecht, Wilhelm
Loepp, Helga
Mucha, Constanze
Nabbefeld, Michael
Naumann, Jochen
Schavier, Karl

(für Meies)
(für Dr. Schlieben)

SPD

Arndt, Denis
Berten, Monika
Ciesla-Baier, Dietmar
Heinisch, Iris
Kiehlmann, Peter
Schmidt-Zadel, Regina
Schulz, Margret

(Vorsitzende)

Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Barion, Katrin
Beck, Corinna
Kresse, Martin

FDP

Pabst, Petra
Feiter, Stefan

(für Dr. Strack-Zimmermann, MdB)

Die Linke.

Glagla M. A., Daniela

(für Hamm)

FREIE WÄHLER

Alsdorf, Georg

Verwaltung:

Wenzel-Jankowski, LVR-Dezernentin "Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen"
Lewandowski, LVR-Dezernent "Soziales" (bis TOP 4)
Lüder, LVR-Fachbereichsleiter "Maßregelvollzug"
Dr. Möller-Bierth, LVR-Fachbereichsleiterin "Personelle und organisatorische Steuerung"
Stephan-Gellrich, LVR-Fachbereichsleiterin "Planung, Qualität und Innovationsmanagement"
Thewes, LVR-Fachbereichsleiter "Wirtschaftliche Steuerung"
Borchers, LVR-Inklusionsamt
Henkel, LVR-Stabsstelle "Inklusion und Menschenrechte" (bis TOP 10)
Herbst, LVR-Fachbereich "Finanzmanagement" (bis TOP 7)
Knöbelspies, LVR-Fachbereich "Kommunikation"
Landorff, LVR-Fachbereich "Kommunikation"
Schaefer, LVR-Fachbereich "Wirtschaftliche Steuerung"
Schneider, LVR-Fachbereich "Finanzmanagement" (bis TOP 7)
Woltmann, Leiter der LVR-Stabsstelle "Inklusion und Menschenrechte" (bis TOP 4)
Groeters, LVR-Fachbereich "Personelle und organisatorische Steuerung" (Protokoll)

Referent:

Dr. Marggraf, Ärztlicher Direktor der LVR-Klinik Viersen (bis TOP 5)

Tagesordnung

Öffentliche Sitzung

Beratungsgrundlage

- | | | |
|------|---|----------------------------|
| 1. | Anerkennung der Tagesordnung | |
| 2. | Niederschrift über die 21. Sitzung vom 12.06.2018 | |
| 3. | Umsetzung des BTHG beim LVR - hier: Aufbau von Beratung und Unterstützung nach § 106 SGB IX n.F. sowie Weiterentwicklung der Kontakt-, Koordinierungs- und Beratungsstellen (KoKoBe) unter Berücksichtigung von Peer Counseling | 14/2893 E |
| 4. | Eckpunkte zur Umsetzung der Integrierten Beratung | 14/2746/1 K |
| 5. | Abschluss "LVR-Anreizprogramm zur Konversion stationärer Wohnangebote und zur Förderung einer inklusiven Sozialraumentwicklung", Abschlussbericht der Evaluation | 14/2745 K |
| 6. | Auswertung der Reise des Gesundheitsausschusses nach Südwürttemberg und in den Kanton Thurgau | |
| 6.1. | Möglichkeiten des Angebotes von stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlungen in den LVR-Kliniken | |
| 6.2. | Erkenntnisse aus der Reise des Gesundheitsausschusses im Jahr 2017
hier: Kinder- und Jugendpsychiatrie | 14/2800 K |
| 7. | Haushalt 2019 | |
| 7.1. | Erhöhung der Förderung von KoKoBe und SPZ; Haushalt 2019 | 14/208 SPD, CDU E |
| 7.2. | Änderungsantrag zum Antrag 14/208 (SPD, CDU) "Erhöhung der Förderung von KoKoBe und SPZ; Haushalt 2019" | 14/246 Die Linke. E |
| 7.3. | Erprobung von Angeboten von Peer-Beratung im Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung; Haushalt 2019 | 14/209 CDU, SPD E |
| 7.4. | Reduzierung von Zwangsmaßnahmen; Haushalt 2019 | 14/210 SPD, CDU E |
| 7.5. | Hometreatment in der Kinder- und Jugendpsychiatrie; Haushalt 2019 | 14/211 CDU, SPD E |
| 7.6. | Neue Versorgungsformen im Klinikverbund; Haushalt 2019 | 14/212 SPD, CDU E |

7.7.	Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärken durch integrierte Behandlung und Rehabilitation durch Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe in den Regionen; Haushalt 2019	14/225 SPD, CDU E
7.8.	Unterstützung von Hilfen für Kinder psychisch und/oder suchterkrankter Eltern; Haushalt 2019	14/227 SPD, CDU E
7.9.	Einführung eines Modellprojekts zur Multisystemischen Therapie in zwei Regionen	14/240 GRÜNE E
7.10.	LVR-Geschichte, Publikation Psychiatrie-Skandale und SSK; Haushalt 2019	14/247 Die Linke. E
7.11.	Haushalt 2019 hier: Zuständigkeiten des Gesundheitsausschusses	14/2638/1 B
8.	Wirtschaftsplanentwürfe 2019 sowie Veränderungsnachweise zu den Wirtschaftsplanentwürfen 2019 des LVR-Klinikverbundes	14/2766 E
9.	Follow up-Staatenprüfung zur UN-Behindertenrechtskonvention: Der Grundsatz der Geschlechtergerechtigkeit in den Abschließenden Bemerkungen des UN-Fachausschusses aus Perspektive des LVR	14/2502/1 K
10.	Abschluss der internen Follow-up Berichterstattung zur ersten Staatenprüfung Deutschlands zur UN-Behindertenrechtskonvention	14/2688 K
11.	Befristete Beschäftigungsverhältnisse 2017	14/2733 K
12.	Bericht über die Maßnahmenumsetzung zur Optimierung des regionalen Lebensmitteleinkaufs	14/2703 K
13.	Dissertation von Anke Hoffstadt über die Geschichte der Gehörlosenschulen des LVR nach 1945 als Bestandteil der Beantwortung der Anträge 12/390 und 14/140	14/2895 K
14.	Informationen des LVR-Inklusionsamtes zu den Wahlen der Schwerbehindertenvertretung 2018	14/2841 K
15.	Vorstellung des Buches „Behind the Door“	
16.	Anträge und Anfragen der Fraktionen	
16.1.	Maßregelvollzug	Antrag 14/229 CDU, SPD B
17.	Beschlusskontrolle	
18.	Mitteilungen der Verwaltung	
19.	Verschiedenes	

Nichtöffentliche Sitzung

- 20. Niederschrift über die 21. Sitzung vom 12.06.2018
- 21. Personalmaßnahmen
- 21.1. Bestellung zum Stellvertreter der Pflegedirektion im Klinikvorstand der LVR-Klinik Langenfeld **14/2874 B**
- 21.2. Wiederbestellung zum Stellvertreter der Pflegedirektion im Klinikvorstand der LVR-Klinik Mönchengladbach **14/2843 B**
- 22. LVR-Benchmarking-Report 2018 **14/2650/1 K**
- 23. Maßregelvollzug
- 23.1. Aktueller Bericht
- 23.2. Belegungssituation im Maßregelvollzug
- 24. Anträge und Anfragen der Fraktionen
- 25. Beschlusskontrolle
- 26. Mitteilungen der Verwaltung
- 27. Verschiedenes

Beginn der Sitzung:	09:30 Uhr
Ende öffentlicher Teil:	11:00 Uhr
Ende nichtöffentlicher Teil:	11:30 Uhr
Ende der Sitzung:	11:30 Uhr

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

Öffentliche Sitzung

Punkt 1

Anerkennung der Tagesordnung

Herr Nabbefeld bittet, die Tagesordnungspunkte 6.2, 6.9 und 6.10 der aktualisierten Tagesordnung zur Beratung und Beschlussfassung in die nächsten Sitzungen des Finanz- und Wirtschaftsausschusses und des Landschaftsausschusses zu verweisen, da zu den Anträgen noch Beratungsbedarf bestehe.

Herr Woltmann schlägt vor, Tagesordnungspunkt 8 auf Tagesordnungspunkt 4 vorzuziehen und gemeinsam mit Tagesordnungspunkt 3 zu behandeln, da es eine inhaltliche und politische Schnittmenge beider Themen gebe.

Der Gesundheitsausschuss stimmt dem zu.

Mit diesen Änderungen wird der Tagesordnung für die Sitzung des Gesundheitsausschusses am 07.09.2018 zugestimmt.

Punkt 2

Niederschrift über die 21. Sitzung vom 12.06.2018

Gegen den öffentlichen Teil der Niederschrift werden keine Einwendungen erhoben.

Punkt 3

Umsetzung des BTHG beim LVR - hier: Aufbau von Beratung und Unterstützung nach § 106 SGB IX n.F. sowie Weiterentwicklung der Kontakt-, Koordinierungs- und Beratungsstellen (KoKoBe) unter Berücksichtigung von Peer Counseling Vorlage 14/2893

Herr Lewandowski erläutert, mit dem am 11.07.2018 durch den Landtag Nordrhein-Westfalen verabschiedeten Ausführungsgesetz zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes in NRW würden u.a. die Landschaftsverbände zum Träger der Eingliederungshilfe bestimmt. Mit der Umsetzung der 3. Stufe des BTHG am 01.01.2020 erhielten die Träger der Eingliederungshilfe durch § 106 SGB IX n.F. einen deutlich konkreteren und differenzierteren Auftrag, ihre Beratung und Unterstützung der Leistungssuchenden auszugestalten. Damit würden die KoKoBe zukünftig mit ihrer Arbeit und ihren Angeboten darauf hinwirken, die Teilhabechancen von Menschen mit Behinderungen nachhaltig zu verbessern und zu fördern. Das Aufgabenprofil der KoKoBe sei vor diesem Hintergrund neu auszugestalten. Darüberhinaus werde mit den SPZ eine Kooperation hinsichtlich der Beratung nach § 106 SGB IX n.F. gesucht, um das Beratungsangebot des Eingliederungshilfeträgers für die Zielgruppe der Menschen mit einer psychischen Behinderung zugänglich zu machen.

Für den Personenkreis der erwachsenen Menschen mit Behinderungen werde das Modell der kooperativen Bedarfsermittlung mit Mitarbeitenden der Leistungsanbieter/Freien Wohlfahrtspflege weiterentwickelt, so dass die Bedarfserhebung bei Erstanträgen mittelfristig und bei ausreichenden Personalressourcen durch Mitarbeitende des LVR erfolge. Die Bedarfserhebung bei Folgeanträgen werde weiterhin durch die Leistungsanbieter durchgeführt. Bei Kindern und Jugendlichen mit (drohender) Behinderung würden die Bedarfe ab dem 01.01.2020 ausschließlich durch eigene LVR-Mitarbeitende (Erst- und Folgeanträge) der LVR-Dezernate Jugend und Soziales mit dem BEI_NRW KiJu erhoben und bearbeitet.

Um einen rheinlandweiten Aufbau von Peer Counseling zu ermöglichen, sei geplant, diese strukturell bei den KoKoBe zu verorten unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus dem Modellprojekt hinsichtlich der konzeptionellen und strukturellen Anforderungen. Damit die geschulten und erfahrenen Peers aus den regionalen Modellprojekten nach Beendigung des Modellprojektes Peer Counseling auch in 2019 weiter Peerberatung anbieten können, werde in Zusammenarbeit mit den regionalen KoKoBe die Übergangszeit gestaltet.

Herr Woltmann ergänzt, die Thematik hänge sehr eng mit den Eckpunkten zur Umsetzung der Integrierten Beratung zusammen. Der Landschaftsausschuss habe in seiner Sitzung am 09.07.2018 der Vorlage Nr. 14/2746 zugestimmt. Er erläutere die Projekte "Sozialräumliche Erprobung Integrierter Beratungsmodelle" und "Entwicklung und Aufbau eines Portals Integrierte Beratung". Hierbei handele es sich um ein politisches Gestaltungsprojekt, das von der politischen Vertretung des Landschaftsverbandes Rheinland beschlossen worden sei. Bei der Umsetzung des § 106 SGB IX n.F. handele es sich dagegen um einen gesetzlichen Auftrag.

Frau Wenzel-Jankowski ergänzt, die SPZ seien ein wesentlicher und unverzichtbarer

Bestandteil in der psychiatrischen Versorgungsstruktur. Die SPZ seien langjährig etablierte, niedrighschwellige Beratungsstellen in der Gemeindepsychiatrie für erwachsene Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder seelischen Behinderungen. Die SPZ verfügten über ein breites spezifisches Wissen zu regionalen Angeboten und Strukturen. Von daher sei es beim Aufbau der Beratungs- und Unterstützungsangebote nach § 106 SGB IX n.F. in der Region unerlässlich, die Kooperation und Vernetzung mit den regionalen SPZ zu suchen und mögliche Formen der Zusammenarbeit zu entwickeln. Dies passe in das laufende Weiterentwicklungsprojekt der SPZ und SPKoM zum BTHG. Hierzu gebe es einen intensiven Kontakt mit den SPZ. Ein Bericht werde dazu im Laufe des Jahres 2019 erfolgen.

Herr Kresse merkt an, Menschen mit psychischen und/oder seelischen Behinderungen würden durch die SPZ betreut. Dieses Angebot habe einen großen Rückhalt im Rheinland. Das Vertrauensverhältnis mit den Trägern der freien Wohlfahrtspflege sei von unschätzbarem Wert. Er bittet in einer Ergänzungsvorlage darzustellen, wie die Erfahrungen der Verbände der freien Wohlfahrtspflege besser in die weiteren Entwicklungen einbezogen werden können.

Herr Lewandrowski gibt zu Bedenken, es müssten vergleichbare Strukturen in NRW geschaffen werden.

Herr Kresse hebt hervor, die Zusammenarbeit mit der freien Wohlfahrtspflege in NRW dürfe nicht gefährdet werden. Es müsse auch möglich sein, dass Erstanträge durch die freie Wohlfahrtspflege bearbeitet würden. Gleiche Lebensverhältnisse bedeuteten nicht zwingend gleiche Verwaltungsverfahren.

Herr Kresse und Frau Glagla bitten, die Vorlage ohne Votum in den Landschaftsausschuss zu schieben, damit noch Beratungen erfolgen könnten.

Herr Nabbefeld schließt sich dem an.

Frau Schmidt-Zadel bittet um eine Darstellung, wie die Arbeit der SPZ in Zukunft aussehen solle.

Frau Wenzel-Jankowski antwortet, im 1. Halbjahr 2019 könne über das Ergebnis des gemeinsamen Projektes mit der Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e.V. (AgpR) zur Weiterentwicklung der SPZ und SPKoM im Gesundheitsausschuss berichtet werden.

Der Aufbau einer integrierten Beratungsstruktur durch die beiden zentralen Projekte "Sozialräumliche Erprobung" (A) und "Portal Integrierte Beratung" (B) wird gemäß Vorlage Nr. 14/2746/1 zur Kenntnis genommen.

Die weitere Beratung und Beschlussfassung zur Vorlage 14/2893 wird auf die nächste Sitzung des Landschaftsausschusses verwiesen.

Punkt 4

Eckpunkte zur Umsetzung der Integrierten Beratung Vorlage 14/2746/1

Es wird auf die Beratungen zu Tagesordnungspunkt 3 verwiesen.

Punkt 5

Abschluss "LVR-Anreizprogramm zur Konversion stationärer Wohnangebote und zur Förderung einer inklusiven Sozialraumentwicklung", Abschlussbericht der Evaluation Vorlage 14/2745

Der Bericht zum Abschluss des LVR-Anreizprogramms zur Konversion stationärer Wohnangebote und zur Förderung einer inklusiven Sozialraumentwicklung sowie der Abschlussbericht der Evaluation des Programms werden gemäß Vorlage Nr. 14/2745 zur Kenntnis genommen.

Punkt 6

Auswertung der Reise des Gesundheitsausschusses nach Südwürttemberg und in den Kanton Thurgau

Punkt 6.1

Möglichkeiten des Angebotes von stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlungen in den LVR-Kliniken

Herr Dr. Marggraf erläutert die stationsäquivalente Behandlung (StäB) in der LVR-Klinik Viersen. Angebote stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung durch mobile multiprofessionelle Behandlungsteams im häuslichen Umfeld der Patientinnen und Patienten seien unter den folgenden Voraussetzungen möglich:

- Psychiatrisches Krankenhaus oder Allgemeinkrankenhaus mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen,
- regionale Selbstverpflichtung,
- Behandlung entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität einer vollstationären Behandlung,
- stationäre Behandlungsbedürftigkeit der Patientinnen und Patienten,
- Beauftragung möglich.
-

Insgesamt sei festzustellen, dass StäB aufgrund der gesetzlichen Regelungen hoch reglementiert sei und nur in sehr engen Grenzen erfolgen könne. Das Angebot der aufsuchenden Behandlung sei in der LVR-Klinik Viersen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Juli 2018 mit jeweils 3 Patientinnen und Patienten in den drei Abteilungen gestartet. Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie starte das Angebot im September 2018.

Möglichkeiten und Vorteile von StäB seien:

- Therapie kann sich stärker an tatsächlicher Lebensrealität der Patientinnen und Patienten orientieren und so effektiver sein,
- verbesserte Integration ins soziale Umfeld,
- Erreichbarkeit von Patientinnen und Patienten, die bisher nicht durch das Hilfesystem erreicht wurden.
-

Herr Thewes ergänzt, dass die Abrechnung der StäB Leistungen über das PEPP System erfolge. Hierfür sei eine vorläufige Pauschale von 200€ je Tag vorgesehen. In den Budgetverhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen für das Jahr 2018, konnte für die LVR-Klinik Viersen, als eine von wenigen Kliniken bundesweit, eine Vereinbarung getroffen werden. Für den Start könne ein höherer Satz abgerechnet werden, der im Jahr 2019 auf Basis tatsächlicher Fälle nachverhandelt werde. Entscheidend für die

Vergütungshöhe seien u.a. die Fahrtkosten, die schwer abzuschätzen seien.

Der Power-Point-Vortrag von Herrn Dr. Marggraf und Herrn Thewes ist als **Anlage 1** der Niederschrift beigelegt.

Auf Fragen von Frau Heinisch, Frau Schmidt-Zadel und Herrn Kresse antwortet Herr Dr. Marggraf:

- Im multiprofessionellen Team gebe es bei StäB ärztlichen, pflegerischen, psychologischen, ergotherapeutischen und sozialarbeiterischen Sachverstand. Darüberhinaus gebe es einen Anteil an Genesungsbegleitung im Team.
- Krisenintervention werde in der normalen Dienstzeit durch das multiprofessionelle Team durchgeführt. Außerhalb der Regelarbeitszeiten sei die Klinik zuständig.
- In Viersen gebe es eine gute Zusammenarbeit mit den Heimen in der Umgebung, sodass hier eine gute Kooperation zu erwarten sei.
- Chronisch psychisch Kranke würden nicht durch StäB erfasst.
-

Herr Dr. Marggraf weist auf den Artikel "Stationsäquivalente Behandlung (StäB)" von Herrn Spitzrock von Brisinski hin (siehe **Anlage 2** der Niederschrift).

Frau Wenzel-Jankowski erläutert die Unterschiede zwischen StäB und Hometreatment. Um StäB durchzuführen, müsse das Erfordernis einer stationären Behandlung vorliegen. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie seien die Bausteine StäB, Hometreatment und Multisystemische Therapie in der Vorlage Nr. 14/2899 erläutert.

Auf Anregung von Herrn Kresse sagt Frau Wenzel-Jankowski zu, im nächsten Jahr eine Fachtagung zum Thema Neue Versorgungsformen im LVR-Klinikverbund vorzubereiten.

Die Vorsitzende bittet Herrn Dr. Marggraf um einen Erfahrungsbericht Ende nächsten Jahres.

Der Bericht von Herrn Dr. Marggraf und Herrn Thewes wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 6.2

Erkenntnisse aus der Reise des Gesundheitsausschusses im Jahr 2017 hier: Kinder- und Jugendpsychiatrie Vorlage 14/2800

Der Bericht der Verwaltung über den aktuellen Sachstand zur Entwicklung von Behandlungskonzepten in den Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LVR-Kliniken mit Berücksichtigung von Ergebnissen der Reise des Gesundheitsausschusses im Jahr 2017 wird gemäß Vorlage 14/2800 zur Kenntnis genommen.

Punkt 7

Haushalt 2019

Punkt 7.1

Erhöhung der Förderung von KoKoBe und SPZ; Haushalt 2019 Antrag 14/208 SPD, CDU

Frau Glagla bittet wegen des Sachzusammenhangs mit Tagesordnungspunkt 7.2, diesen Antrag ebenfalls in die nächsten Sitzungen des Finanz- und Wirtschaftsausschusses und

des Landschaftsausschusses zu schieben.

Frau Beck und Herr Nabbefeld unterstützen diesen Vorschlag.

Die Beratung und Beschlussfassung wird in die nächsten Sitzungen des Finanz- und Wirtschaftsausschusses und des Landschaftsausschusses verwiesen.

Punkt 7.2

Änderungsantrag zum Antrag 14/208 (SPD, CDU) "Erhöhung der Förderung von KoKoBe und SPZ; Haushalt 2019"

Antrag 14/246 Die Linke.

Die Beratung und Beschlussfassung wird in die nächsten Sitzungen des Finanz- und Wirtschaftsausschusses und des Landschaftsausschusses verwiesen.

Punkt 7.3

Erprobung von Angeboten von Peer-Beratung im Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung;

Haushalt 2019

Antrag 14/209 CDU, SPD

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

Der Verwaltung wird gebeten, ein Modell zur Erprobung von Peer-Beratung im Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung sowie im Rahmen der weiteren ambulanten Behandlung an mindestens einem Klinikstandort einzuführen.

Punkt 7.4

Reduzierung von Zwangsmaßnahmen;

Haushalt 2019

Antrag 14/210 SPD, CDU

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

Die Verwaltung wird gebeten, zu prüfen und zu berichten, wie die verschiedenen erfolgreichen Konzepte und Maßnahmen, die in den LVR-Kliniken zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen angewandt werden, zu einem multimodalen Interventionsprogramm des Klinikverbundes gebündelt werden können.

Punkt 7.5

Hometreatment in der Kinder- und Jugendpsychiatrie;

Haushalt 2019

Antrag 14/211 CDU, SPD

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

Die Verwaltung wird gebeten, die Einführung eines Hometreatment-Modells an einem kinder- und jugendpsychiatrischen Standort im Klinikverbund zu prüfen und über die Möglichkeit zur Umsetzung zu berichten.

Punkt 7.6

Neue Versorgungsformen im Klinikverbund; Haushalt 2019 Antrag 14/212 SPD, CDU

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

Die Verwaltung wird gebeten, die Einführung von Hometreatment und weiteren neuen Versorgungsformen in den LVR-Kliniken zu prüfen und über die Umsetzung zu berichten.

Punkt 7.7

Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärken durch integrierte Behandlung und Rehabilitation durch Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe in den Regionen; Haushalt 2019 Antrag 14/225 SPD, CDU

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

I.

Die Verwaltung wird beauftragt, in einer Modellregion im Rheinland ein Konzept für einen kinder- und jugendpsychiatrischen Verbund in Anlehnung an den Gemeindepsychiatrischen Verbund zu erarbeiten und dessen Umsetzung zu initiieren. Bei der Konzepterstellung sollen die Ergebnisse und Maßnahmen des Projektes „Teilhabe ermöglichen – Kommunale Netzwerke gegen Kinderarmut“ sowie die sich daraus abgeleiteten Landesinitiativen „Starke Seelen“ und „kein Kind zurücklassen“, die die nachhaltige Verbesserung des Ineinandergreifens von kommunalen bzw. regionalen Präventions- und Hilfestrukturen zum Ziel hatten, Beachtung finden. Die für eine Umsetzung des regionalen Entwicklungskonzeptes erforderlichen Ressourcen z.B. in Form eines Vernetzungs- bzw. Case Managements sind zu benennen, und – soweit in den Budgets der beteiligten Leistungserbringer im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Verbund nicht enthalten, durch den Haushalt des LVR zur Verfügung zu stellen. Eine entsprechende Beteiligung durch das Land sowie die beteiligten Gebietskörperschaften in der Modellregion wird erwartet.

II.

Darüber hinaus soll die Verwaltung prüfen, ob der LVR selbst in einer weiteren Region zum Beispiel durch vernetzte Angebote zwischen einer LVR-Klinik und der Jugendhilfe Rheinland in Richtung auf einen kinder- und jugendpsychiatrischen Verbund tätig werden kann. Hierdurch könnten auch weitere Angebote für sog. Systemsprenger geschaffen werden.

Punkt 7.8

Unterstützung von Hilfen für Kinder psychisch und/oder suchterkrankter Eltern; Haushalt 2019 Antrag 14/227 SPD, CDU

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

Die Verwaltung wird gebeten, auf der Basis einer Bestandsaufnahme der aktuellen Unterstützungsangebote in den Mitgliedskörperschaften ein Konzept zur Unterstützung der bestehenden oder neu aufzubauenden regionalen Angebote von Hilfen für Kinder psychisch kranker und/ oder suchterkrankter Eltern zu entwickeln. Bei einer

Konzeptentwicklung ist zwingend zu beachten, dass die Anforderungen aus der ehemaligen Modellförderung des LVR in den neun Modellregionen auch für eine eventuelle weitergehende Förderung in den Mitgliedkörperschaften wie folgt zugrunde zu legen sind:

- Die Entwicklung, Koordination und Vernetzung von Hilfen für Kinder psychisch- und/oder suchterkrankter Eltern in der jeweiligen Versorgungsregion ist gewährleistet.
- Konkrete Maßnahmen zur Betreuung, Beratung und Versorgung von Kindern psychisch- und/oder suchterkrankter Eltern werden durchgeführt.
- Konkrete Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung von psychisch- und/oder suchterkrankten Eltern werden durchgeführt.
- Der niedrighschwellige Zugang zu den Hilfen für Kinder psychisch- und/oder suchterkrankter Eltern und den betroffenen Eltern ist sichergestellt.
- Die fallbezogene Zusammenarbeit zwischen den verantwortlichen Institutionen, insbesondere der Gemeindepsychiatrie, der kommunalen Gesundheitshilfe, den Fachkrankenhäusern, den Institutionen der Jugendhilfe und den Jugendämtern sowie der Suchthilfe ist sichergestellt.
- Vorhandene Angebote und Strukturen sollen durch eine eventuelle Förderung durch den LVR nicht ersetzt, sondern unterstützt und ggfls. weiterentwickelt werden.

Punkt 7.9

Einführung eines Modellprojekts zur Multisystemischen Therapie in zwei Regionen

Antrag 14/240 GRÜNE

Die Beratung und Beschlussfassung wird in die nächsten Sitzungen des Finanz- und Wirtschaftsausschusses und des Landschaftsausschusses verwiesen.

Punkt 7.10

LVR-Geschichte, Publikation Psychiatrie-Skandale und SSK; Haushalt 2019

Antrag 14/247 Die Linke.

Die Beratung und Beschlussfassung wird in die nächsten Sitzungen des Finanz- und Wirtschaftsausschusses und des Landschaftsausschusses verwiesen.

Punkt 7.11

Haushalt 2019

hier: Zuständigkeiten des Gesundheitsausschusses

Vorlage 14/2638/1

Der Gesundheitsausschuss fasst **einstimmig** folgenden Beschluss:

1) Dem Entwurf des Haushaltes 2019 für die Produktgruppen 059, 061, 062, 063 und 064 im Produktbereich 07 wird gemäß Vorlage 14/2638/1 zugestimmt.

2) Dem Entwurf des Haushaltes 2019 einschließlich des Veränderungsnachweises der Produktgruppe 060 (mit Ausnahme des Produktes 060.03 "Zentrale Steuerung des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen" in Zuständigkeit des Ausschusses für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen) im Produktbereich 07 wird gemäß Vorlage 14/2638/1 zugestimmt.

Punkt 8

Wirtschaftsplanentwürfe 2019 sowie Veränderungsnachweise zu den Wirtschaftsplanentwürfen 2019 des LVR-Klinikverbundes Vorlage 14/2766

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

1. Die Wirtschaftsplanentwürfe des LVR-Klinikverbundes für das Jahr 2019 einschließlich der ihnen vorangestellten Betrauungsakte, des Kassenkreditrahmens und der Verpflichtungsermächtigungen werden unter Berücksichtigung der Veränderungsnachweise in der Fassung der Vorlage Nr. 14/2766 festgestellt.
2. Die Verwaltung wird beauftragt, die Wirtschaftsplanentwürfe 2019 bis zur Drucklegung noch an die aktuelle Entwicklung anzupassen und ggf. erforderliche Änderungen ohne Einzelaufführung in den Veränderungsnachweisen bei der Drucklegung der endgültigen Wirtschaftspläne vorzunehmen, soweit diese keine Auswirkungen auf die ausgewiesenen Ergebnisse haben.

Punkt 9

Follow up-Staatenprüfung zur UN-Behindertenrechtskonvention: Der Grundsatz der Geschlechtergerechtigkeit in den Abschließenden Bemerkungen des UN-Fachausschusses aus Perspektive des LVR Vorlage 14/2502/1

Die Empfehlungen des UN-Fachausschuss zum Thema Geschlechtergerechtigkeit sowie die Vorschläge zum weiteren Vorgehen im LVR werden gemäß Vorlage Nr. 14/2502/1 zur Kenntnis genommen.

Punkt 10

Abschluss der internen Follow-up Berichterstattung zur ersten Staatenprüfung Deutschlands zur UN-Behindertenrechtskonvention Vorlage 14/2688

Der Abschluss der internen Follow-up Berichterstattung zur ersten Staatenprüfung Deutschlands zur UN-Behindertenrechtskonvention wird gemäß Vorlage-Nr. 14/2688 zur Kenntnis genommen.

Punkt 11

Befristete Beschäftigungsverhältnisse 2017 Vorlage 14/2733

Der Bericht zur Entwicklung und zum aktuellen Stand der befristeten Beschäftigungsverhältnisse wird gemäß Vorlage 14/2733 zur Kenntnis genommen.

Punkt 12

Bericht über die Maßnahmenumsetzung zur Optimierung des regionalen Lebensmitteleinkaufs Vorlage 14/2703

Herr Kresse bittet, die fair gehandelten Produkte auf z.B. Tee und Honig auszuweiten.

Der Bericht über die Umsetzung der Maßnahmen und die damit verbundenen Erfahrungen in Bezug zur Vorlage 14/788 zur Optimierung des regionalen Lebensmitteleinkaufs unter Einbeziehung von Bioprodukten der Region und Fairtrade-Produkten wird gemäß Vorlage Nr. 14/2703 zur Kenntnis genommen.

Punkt 13

Dissertation von Anke Hoffstadt über die Geschichte der Gehörlosenschulen des LVR nach 1945 als Bestandteil der Beantwortung der Anträge 12/390 und 14/140 Vorlage 14/2895

Der Sachstandsbericht zur Dissertation über die Geschichte der Gehörlosenschulen des LVR nach 1945 gemäß Vorlage 14/2895 wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 14

Informationen des LVR-Inklusionsamtes zu den Wahlen der Schwerbehindertenvertretung 2018 Vorlage 14/2841

Die Informationen des LVR-Inklusionsamtes zu den Wahlen der Schwerbehindertenvertretung 2018 werden gemäß der Vorlage 14/2841 zur Kenntnis genommen.

Punkt 15

Vorstellung des Buches „Behind the Door“

Frau Landorff informiert über die Entstehungsgeschichte des Buches "Behind the Door". Hauptsächlich durch Bilder werde der Weg von der Aufnahme bis zur Entlassung eines forensischen Patienten dargestellt. Dieses Buch solle auch anderen Mut machen, dass es einen Weg nach "draußen" gebe. Von daher bittet sie, das Buch an Interessierte weiterzugeben. Das Buch könne bei ihr angefordert werden.

Die Vorsitzende bittet Frau Landorff, Herrn Kleemann zu danken, dass er seinen Aufenthalt in der Psychiatrie in dieser künstlerischen Art dargestellt habe.

Der Bericht von Frau Landorff wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 16

Anträge und Anfragen der Fraktionen

Herr Kresse regt an, dass die Integrationsbeauftragten ihre Berichte vor den Sitzungen der Krankenhausausschüsse schriftlich zur Verfügung stellen.

Die weitere Diskussion, an der sich Herr Dr. Ammermann und Frau Loepp beteiligen, fasst die Vorsitzende dahingehend zusammen, dass es den einzelnen Krankenhausausschüssen weiterhin frei stehe, festzulegen, ob die Berichte der Integrationsbeauftragten vor den Sitzungen schriftlich zur Verfügung gestellt werden sollen.

Punkt 16.1
Maßregelvollzug
Antrag 14/229 CDU, SPD

Der Gesundheitsausschuss fasst **einstimmig** folgenden Beschluss:

Die Verwaltung wird gebeten, gemeinsam mit dem LWL und den anderen Trägern im Maßregelvollzug die finanzierte und tatsächliche Personalausstattung in den MRV-Kliniken mittels einer Tätigkeitsanalyse zu evaluieren. Auf dieser Basis soll mit dem Land eine verbindliche Personalbedarfsrichtlinie verhandelt werden.

Punkt 17
Beschlusskontrolle

Der öffentliche Teil der Beschlusskontrolle wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 18
Mitteilungen der Verwaltung

Auf Bitte von Frau Heinisch sagt Frau Wenzel-Jankowski zu, dass in der nächsten Sitzung des Gesundheitsausschusses ein Bericht zu dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zu den verfassungsrechtlichen Anforderungen an die Fixierung von Patientinnen und Patienten in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung erfolge.

Auf Frage von Frau Schmidt-Zadel antwortet Frau Wenzel-Jankowski, im Rheinland gebe es regelmäßige Schulungen der Ärztinnen und Ärzte sowie der Richterinnen und Richter zum Umgang mit Fixierungen.

Punkt 19
Verschiedenes

Keine Anmerkungen.

Aachen, 20.09.2018

Die Vorsitzende

Schulz

Köln, 14.09.2018

Die Direktorin des Landschaftsverbandes
Rheinland
In Vertretung

Wenzel-Jankowski

Stationsäquivalente Behandlung in der LVR-Klinik Viersen

Grundlagen und Fallbeispiele

Gesundheitsausschuss 07.09.2018

Dr. Ralph Marggraf

Ärztlicher Direktor, LVR-Klinik Viersen



Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (neu: § 115d SGB V)

- **Angebot stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung durch mobile multiprofessionelle Behandlungsteams im häuslichen Umfeld der Patientinnen und Patienten unter den folgenden Voraussetzungen:**

- ✓ Psychiatrisches Krankenhaus oder Allgemeinkrankenhaus mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen
- ✓ Regionale Versorgungsverpflichtung
- ✓ Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung
- ✓ Stationäre Behandlungsbedürftigkeit der Patientinnen und Patienten
- ✓ Beauftragung möglich



StäB ist hoch reglementiert und kann nur in sehr engen Grenzen erfolgen!

Vereinbarung
zur
Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung
nach § 115d Abs. 2 SGB V

zwischen
dem GKV-Spitzenverband, Berlin,
und
dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln,
sowie
der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin

Gesundheitsausschuss

DIWNI
medienwissen
Deutsches Institut für Medizinische
Documentation und Information

Kode-Suche in OPS
Version 2018

Drei- oder Viersteller:

OK

Übersicht über die Kapitel

Kapitelgliederung

Gruppengliederung

Vorige Gruppe

Nächste Gruppe

Ergänzende Informationen

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des SGB V erbracht wurden.
Die gleichzeitige somatische Diagnostik und Behandlung sind gesondert zu kodieren.

Diese Gruppe gliedert sich in folgende Kategorien:

9-80 Spezifische Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

9-80 Spezifische Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

9-801 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen

Exkl.: Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-656)
Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-672)
Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-691 ff.)
Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-693 ff.)
Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (9-694 ff.)

Hinw.: Der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) ist gesondert zu kodieren.
Diese Codes sind für die Behandlung von Patienten anzuwenden, die zu Beginn der stationären Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (bei deutlichen Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr).
Voraussetzung für die stationsäquivalente Behandlung ist das Vorliegen einer psychischen oder einer Indikation für eine stationäre Behandlung. Die stationsäquivalente Behandlung umfasst die psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld des Patienten.
Sie stellt bei Bedarf neben der aufsuchenden Behandlung auch die Nutzung weiterer Ressourcen und jugendpsychiatrischen Klinik (je nach Bundesland und Träger im Bedarfsfall auch der Sozialtherapie) dar.
Diese Codes sind für jeden Tag mit stationsäquivalenter Behandlung berufsgruppenspezifisch oder 15 Teilnehmer begrenzt. Gruppen mit 4 bis 10 Teilnehmern werden nicht angerechnet. Bei Eltern-Gruppentherapien oder Eltern-Kind-Gruppentherapien ist die Gruppengröße auf maximal 2-Teilnehmer-Prinzip begrenzt. Gruppen mit 11 bis 15 Teilnehmern müssen nach dem 2-Teilnehmer-Prinzip geführt werden. Pro Gruppentherapie dürfen Therapiezeiten für maximal 2 Therapeuten angegeben werden. Die Dauer der Gruppentherapie ist mit der Anzahl der Therapeuten zu multiplizieren und dann mit der Anzahl der teilnehmenden Patienten zu teilen. Diese Zeit wird jedem teilnehmenden Patienten zugerechnet. Die Codes sind ebenfalls für Leistungen anzugeben, die von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung beteiligten Leistungserbringern oder anderen zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern (§ 115d Abs. 1 Satz 3 SGB V) erbracht werden.

Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein mobiles multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
- Team bestehend aus ärztlichem Dienst, pädagogisch-pflegerischem Dienst und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilpädagogen

StäB – Voraussetzungen

- *stationär behandlungsbedürftige psychische Krankheit*
 - D.h. ambulant oder teilstationär ist nicht ausreichend
- Wunsch der Patientin/ des Patienten bzw. der Sorgeberechtigten
- *häusliche Voraussetzungen*
 - Ungestörter Kontakt
 - Zustimmung Haushaltsmitglieder
 - Prüfung *Kindeswohlgefährdung*



StäB - Behandlung

- *Multiprofessionelles Team*
- *im Umfeld (zu Hause oder im Heim)*
 - Mind. 1 direkter Patientenkontakt pro Tag
 - An allen Tagen, je nach Einzelfall Ausnahmen möglich
 - KJP: Behandlung in der Regel an 5 Tagen in der Woche
 - Folge: Abrechnung nur an 5 Tagen möglich
- *ergänzende Behandlungskontakte in der Klinik möglich*
 - Gruppentherapie, Diagnostik
- *Therapeutische Interventionen*
 - entsprechend OPS und krankheitsspezifischen Leitlinien
- *Ständige ärztliche Eingriffsmöglichkeit*
 - bei Zustandsverschlechterung vollstationäre Aufnahme möglich

StäB – Strukturen der LVR-Klinik Viersen

- **Kinder- und Jugendpsychiatrie**
 - je ein StäB-Team pro Abteilung
 - 3 Patient*innen gleichzeitig pro Abteilung (insgesamt bis zu 9)
 - seit Juli 2018 erste Patienten und Patientinnen
- **Erwachsenenpsychiatrie**
 - ein Team in der Abteilung Allgemeine Psychiatrie
 - Start Anfang September 2018
 - 5 Patienten und Patientinnen gleichzeitig
 - Einbezug von EX-IN
- ***Ausweitung in 2019 avisiert***



Das StäB-Team der LVR-Klinik Viersen

Fallbeispiele aus der Erwachsenenpsychiatrie



Fallbeispiel 1: Demenz



- dementer Heimbewohner
 - gleichzeitig ausgeprägte organische wahnhafte Störung
 - stationär behandlungsbedürftig
 - durch Wechsel der Umgebung infolge einer stationären Aufnahme würde er aufgrund Orientierungsstörungen voraussichtlich so irritiert, dass sich sein Krankheitsbild eher verschlechtern würde
- ☞ Das StäB Team kann Behandlung im Altenheim durchführen

Fallbeispiel 2: Psychose

- Patientin mit ausgeprägter schizophrener Psychose
 - aufgrund früherer Negativerfahrungen (Fixierungen) auf keinen Fall bereit, in eine Klinik zu gehen
 - ambulante Behandlung aber nicht mehr ausreichend
- ☞ StäB Team kann im häuslichen Rahmen der Patientin eine intensive Behandlung anbieten

Fallbeispiel 3: Depression



- Patientin mit schwerer Depression
 - aufgrund zahlreicher Haustiere nicht in der Lage und willens, sich stationär oder teilstationär behandeln zu lassen
 - ambulante Behandlung nicht mehr ausreichend
- ☞ StäB Team kann im häuslichen Rahmen der Patientin eine intensive Behandlung anbieten.

Fallbeispiel 4: Kinder im Haushalt

- alleinerziehende Mutter mit schwerer psychischer Erkrankung (posttraumatische Belastungsstörung)
- keine soziale Kontakte und keine familiäre Unterstützung
- die Versorgung ihrer Kinder während einer stationären oder teilstationären Behandlung nicht ohne Jugendamt möglich, was sie aber ablehnt



- ☞ Das StäB Team kann im häuslichen Rahmen der Patientin eine intensive Behandlung anbieten.

Fallbeispiel 5: Pflegebedürftige Angehörige

- Eine ihre im Haus lebenden Eltern pflegende kinderlose Frau, deren Mann berufsbedingt kaum unterstützen kann und die keine weitere familiäre Unterstützung hat.
 - Gleichzeitig soll die Situation einer Kurzzeitpflege vermieden werden, weil die berechtigte Sorge besteht, dass die Eltern sehr darunter leiden würden
- ☞ Das StäB Team kann im häuslichen Rahmen der Patientin eine intensive Behandlung anbieten

Reale Beispiele aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie



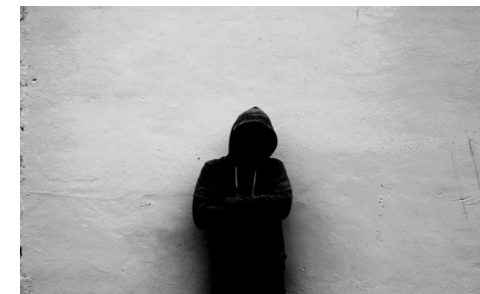
Fallbeispiel 6: Angstpatient



- Patient mit einer schweren Angststörung, der seine Wohnung kaum noch verlässt
 - Hat bisher keinerlei psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen
- ➡ Das StäB Team kann im häuslichen Rahmen der Patientin eine intensive Behandlung anbieten

Fallbeispiel 7: 9-jähriger Junge mit aggressivem Verhalten, Angst und ADHS

- Stark aggressives Verhalten in der Schule und zu Hause
- Ambulante Behandlung erbrachte keine ausreichende Besserung
- Während der stationären Behandlung deutliche Besserung auf der Station, aber nicht zu Hause
- Angst vor dem Schulweg
- ☞ Intensive Behandlung der Symptomatik zu Hause sowie der Ängste auf dem Weg zur Stammschule durch StäB



Fallbeispiel 8: 11-jähriges Mädchen mit selbstverletzendem Verhalten

- Seit 2 Jahren Ritzen, die Arme sind übersät mit Wunden verschiedenen Alters
- Vor 1 Jahr stationäre Behandlung wegen Suizidalität und Depression mit deutlicher Besserung, danach Rückfall
- Die Familie hatte Vieles von dem, was empfohlen worden war, zu Hause nicht umsetzen können
- ☞ Das StäB-Team kann im Anschluss an erneute stationäre Behandlung den Behandlungserfolg im häuslichen Umfeld der Patientin stabilisieren

Fallbeispiel 9: 12-jähriges Mädchen mit Somatoformer Funktionsstörung und Trennungsangst

- psychosomatische Atemstörung mit Hyperventilation, subjektiver Luftnot, nachfolgend Bauchschmerzen und Durchfall seit 2 Jahren, kein Schulbesuch seit Monaten
 - Abbruch der stationären psychosomatischen Behandlung nach 5 Tagen aufgrund von Heimweh
- ☞ Wiederaufnahme der intensiven Behandlung als StäB

Fallbeispiel 10: 14-jähriges Mädchen mit aggressivem Verhalten, Depression, Ängsten und Intelligenzminderung

- Schwer fremdaggressives Verhalten gegenüber Familie und Nachbarn, während es in der Schule gut funktioniert
- Während der stationären Behandlung deutlich besser, danach Rückfall.
- ☞ Das StäB Team kann im häuslichen Umfeld der Patientin eine intensive Behandlung anbieten und die Jugendliche kann ihre Stammschule weiter besuchen.

Fallbeispiel 11: 15-jähriges Mädchen mit Chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

- Herztransplantation in der Kindheit, Tumore durch Therapie mit Immunsuppressiva
- Seit 1 Jahr Gewichtsverlust wegen Schmerzen in der Brust bei Nahrungsaufnahme
- 2 lange stationäre Behandlungen mit Regression, die Patientin drohte zu hospitalisieren
- ➞ Fortsetzung der intensiven Behandlung durch StäB zur Vermeidung weiterer Hospitalisierung anbieten

StäB – Möglichkeiten und Vorteile

- Therapie kann sich stärker am tatsächlichen Lebensrealität der Patientinnen und Patienten orientieren und so effektiver sein
- verbesserte Integration ins soziale Umfeld
- Erreicht Patient*innen, die bisher nicht durch das Hilfesystem erreicht wurden



Stand der Budgetvereinbarung mit den Gesetzlichen Krankenkassen:

- PEPP System sieht vorläufigen Abrechnungsbetrag von 200€ je Tag vor
- Stand aktuell gibt es nur zwei Vergütungsvereinbarungen:
ZFP Südwürttemberg (Weissenau) und LVR-Klinik Viersen
- Verhandlungen scheitern i.d.R. an 200€ Grenze.
- LVR hat Kalkulation mit angenommen Kontakten und Fahrzeiten
vorgelegt



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!



Literatur

- Alsaker FD; Bütikofer A* (2005): Geschlechtsunterschiede im Auftreten von psychischen und Verhaltensstörungen im Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 14: 169-180
- Arbeitskreis OPD (Hg)* (1998): Operationalisierte psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. 2. korrigierte Aufl. Bern, Göttingen: Hans Huber
- Borg-Laufs M* (2011): Störungsübergreifendes Diagnostik-System für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Manual für die Therapieplanung. (SDS-KJ). Tübingen: Dgvt-Verlag
- Lohaus A; Nussbeck FW* (2016): FRKJ 8-16. Fragebogen zu Ressourcen im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe
- Petermann F; Schmidt MH* (2006): Ressourcen – ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie? *Kindheit und Entwicklung* 15 (2): 118-127
- Remschmidt H; Schmidt MH; Poustka F (Hg)* (2017): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-5. 7. Aktualisierte Aufl. Göttingen: Hogrefe
- Resch F; Romer G; Schmeck K (Hg)* (2016): OPD-KJ-2. Göttingen: Hogrefe
- Rutter M* (1985): Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147: 598-611
- Stasch M; Grande T; Hanssen P; Oberbracht C; Rudolf G* (2014): OPD-2 im Psychotherapie-Antrag. Bern: Huber
- Werner EE; Smith RS* (2001): Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery. Ithaca: Cornell University Press

Korrespondenzansadresse:

Dr. med. Ulrich Rüth
Goethestraße 54, D-80336 München
ulrich.rueth@mnet-online.de

Stationsäquivalente Behandlung (StäB)

Ingo Spitzcok von Brisinski

Hausbesuche durch einen Arzt, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder Logopäden haben eine lange Tradition. Die Bestimmungen zu den vertragsärztlichen Hausbesuchen finden sich im zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) vereinbarten Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä, aktuelle Version 2018) in § 17(6): Die Besuchsbehandlung ist zwar grundsätzlich Aufgabe des behandelnden Hausarztes. *Ein Arzt mit Gebietsbezeichnung, der nicht die Funktion des Hausarztes wahrnimmt, ist jedoch (unbeschadet seiner Verpflichtung zur Hilfeleistung in Notfällen) auch zur Besuchsbehandlung berechtigt und verpflichtet:*

1. wenn er zur konsiliarischen Beratung hinzugezogen wird und nach dem Ergebnis der gemeinsamen Beratung weitere Besuche durch ihn erforderlich sind,
2. wenn bei Patienten, die von ihm behandelt werden, wegen einer Erkrankung aus seinem Fachgebiet ein Besuch notwendig ist.

Fachtherapeuten werden bei Bedarf vom Arzt per Heilmittelverordnung beauftragt, die Therapie in der Wohnung des Patienten durchzuführen.

Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen können bei Vorliegen einer Überweisung eines Vertragsarztes oder Heimarztes ebenfalls eine aufsuchende Behandlung durchführen (Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V zwischen GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung).

Diese durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater oder kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen durchführbaren aufsuchenden Behandlungen im häuslichen Umfeld des Patienten umfassen jedoch nur eine Behandlungsintensität, die einer *ambulanten* Behandlung entspricht.

Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld der Patienten im Umfang einer *teil- oder vollstationären* Behandlung war bisher ausschließlich kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen vorbehalten, die mit den Krankenkassen ein Modellvorhaben nach § 64b SGB V vereinbart haben (bisher in Deutschland nur sehr wenige), geregelt durch OPS 9-691 (DIMDI 2018a) „Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen“, oder im Rahmen von Projekten der Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V, in der Regel verbunden mit dem Begriff „Hometreatment“.

Das PsychVVg (Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen) hat durch Änderungen im SGB V (§39, §115d) für alle psychiatrischen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung nun die Möglichkeit geschaffen, ab 01.01.2018 *stationsäquivalente* Behandlung (StäB) durchzuführen (§ 115d SGB V). StäB umfasst eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld des Patienten und stellt bei Bedarf neben der aufsuchenden Behandlung auch Ressourcen der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik für ergänzende Diagnostik und Therapie zur Verfügung.

StäB unterscheidet sich von den meisten der o. g. Modellvorhaben durch die Fokussierung auf die Akutbehandlung psychisch Kranker, die im deutschen Regelversorgungssystem bisher nur im stationären Rahmen behandelt werden können. Eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit ist zentrale Voraussetzung für die stationsäquivalente Behandlung. Erfahrungen aus den Modellprojekten können hilfreich für die Planung von StäB sein, sind aber nicht hinreichend. Dasselbe gilt für Erkenntnisse aus evidenzbasierten Behandlungsformen aus anderen Ländern: Die Versorgungssysteme für psychisch Kranke sind ebenso wie das gesamte Gesundheitswesen vom deutschen System so verschieden, dass eine einfache Übertragung von Forschungsergebnissen nicht möglich ist (Längle et al. 2017).

Unterschiede zwischen aufsuchender Behandlung, Hometreatment und StäB

Es gibt bei StäB teils deutliche Unterschiede zu bisherigen Formen aufsuchender Behandlung bzw. Hometreatment, so dass diese Begriffe **nicht** synonym verwendet werden sollten.

Unterschiede bestehen u. a. bzgl. Art der Finanzierung, Intensität, Gesamtdauer, beteiligte Berufsgruppen.

Art der Finanzierung:

Jugendhilfe:

- Aufsuchende Familientherapie (AFT) ist seit vielen Jahren etabliert (Conen 2017) und wird in der Regel gemäß § 27 SGB VIII Abs. 3 („Hilfe zur Erziehung umfasst insbesondere die Gewährung pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen“) finanziert.
- Multisystemische Therapie (MST, Henggeler et al. 2012) ist ein empirisch gut abgesichertes (von Sydow et al. 2006, Boege et al. 2015) aufsuchendes Verfahren, das sich an 12- bis 17jährige Jugendliche mit einer ausgeprägten Störung des Sozialverhaltens vor einer drohenden Fremdunterbringung richtet. Während MST seit Jahren bereits in über 30 Ländern und über 400 Programmen durchgeführt wird, steht die Implementierung in Deutschland noch ganz am Anfang.
- In Teilen der Niederlande, wo die kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen mittlerweile nicht mehr von den Krankenkassen, sondern von den Gemeinden bezahlt werden, wird mittlerweile ein sehr hoher Anteil kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen von Patienten, die früher vollstationärer Behandlung bedurften, mittels IHT (Intensieve thuisbehandeling) bzw. KIT (Kinder- en jeugdpsychiatrische intensieve thuisbehandeling) zu Hause durchgeführt. Allerdings werden hier Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen und/oder Störungen des Sozialverhaltens durch andere Versorgungssysteme versorgt.

Gesetzliche Krankenversicherung:

- Hausbesuche können von niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern im Rahmen einer ambulanten Behandlung durchgeführt werden (s. o.).
- Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen können ebenfalls eine aufsuchende Behandlung durchführen (s. o.).
- Im Rahmen der bisherigen vollstationären „Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen“ (OPS 9-65, DIMDI 2018b) können übende Verfahren und prospektive Hilfskoordination hinsichtlich geplanter Reintegration in Schule und soziales Umfeld auch als „Hometreatment“ von pädagogisch-pflegerischen Fachpersonen und Spezialtherapeuten (Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Sozialarbeiter, etc.) durchgeführt werden.
- Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld der Patienten im Umfang einer teil- oder vollstationären Behandlung („Halbtägiges Hometreatment“ oder „Ganztägiges Hometreatment“) können kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen durchführen, die mit den Krankenkassen ein Modellvorhaben nach § 64b SGB V vereinbart haben (OPS 9-691, s. o.).
- Seit dem 1.1.2018 dürfen alle kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen „Stationsäquivalente Behandlung“ gemäß OPS 9-801 (DIMDI 2018c) durchführen.

Intensität:

- *Aufsuchende Familientherapie (AFT)*: Insgesamt 26 Familientherapie-sitzungen. Eine familientherapeutische Einheit umfasst 5,5 Zeitstunden pro Fachkraft pro Woche und schließt alle notwendigen personen- und nicht personenbezogenen Tätigkeiten (z. B. Vor- und Nachbereitung, Austausch mit Co-TherapeutInnen, Supervision, notwendige Mitarbeiterbesprechungen etc.) ein. Diese Familientherapieeinheiten beinhalten keine Fahrtzeiten (DGSF 2009).
- *Halbtägiges Hometreatment gemäß OPS 9-691.1*: Die Behandlung des Patienten erfolgt im häuslichen Umfeld über mindestens 105 Minuten

bis maximal 209 Minuten pro Tag. Fahrzeiten werden dabei nicht angerechnet.

- *Ganztägiges Hometreatment gemäß OPS 9-691.0*: Die Behandlung des Patienten erfolgt im häuslichen Umfeld über mindestens 210 Minuten pro Tag. Fahrzeiten werden dabei nicht angerechnet.
- *Multisystemische Therapie (MST)*: 4 bis 5 Hausbesuche pro Woche, außerdem 24 Stunden pro Tag an 365 Tagen im Jahr Bereitschaftsdienst. Eine MST-Therapeutin ist für maximal vier Familien zuständig.
- *Stationsäquivalente Behandlung (StäB)*: Es erfolgt mindestens ein direkter Patientenkontakt durch mindestens ein Mitglied des multiprofessionellen Teams pro Tag. Die Spannbreite der Kodierung reicht von „bis 30 Minuten pro Tag“ bis zu „mehr als 240 Minuten pro Tag“. Wöchentliche ärztliche Visite im direkten Patientenkontakt, in der Regel im häuslichen Umfeld. Wöchentliche multiprofessionelle Fallbesprechung, in die mindestens 3 der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen einbezogen werden. Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandlungsteams werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitschaft). Darüber hinaus 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche ärztliche Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus. Bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung umgehend vollstationäre Aufnahme.

Gesamtdauer:

- *Aufsuchende Familientherapie (AFT)*: 26 Wochen bis 52 Wochen
- *Hometreatment gemäß OPS 9-691*: Grundsätzlich keine Beschränkung, aber abhängig von den mit den Krankenkassen verhandelten Konditionen sowie im Einzelfall von der Beurteilung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Behandlungsdauern von mehr als 3 Monaten sind eher ungewöhnlich.
- *Multisystemische Therapie (MST)*: 4 bis 6 Monate
- *Stationsäquivalente Behandlung (StäB)*: Grundsätzlich keine Beschränkung, aber abhängig von den mit den Krankenkassen verhandelten Konditionen sowie im Einzelfall von der Beurteilung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Behandlungsdauern von mehr als 3 Monaten sind eher ungewöhnlich.

Beteiligte Berufsgruppen:

- *Aufsuchende Familientherapie (AFT)*: Psychosozialer Hoch- bzw. Fachhochschulabschluss + mindestens 3jährige familientherapeutische/systemische Weiterbildung an einem DGSF- bzw. SG-anerkannten Institut. Die MitarbeiterInnen sind durch DGSF/SG zum/zur Systemischen (Familien-)TherapeutIn zertifiziert.
- *Multisystemische Therapie (MST)*: Psychologen, Sozialpädagogen
- *Stationsäquivalente Behandlung (StäB)*: Multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Das Team besteht aus ärztlichem Dienst, pädagogisch-pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe (z.B. Psychologe, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Ergotherapeut, Physiotherapeut, Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Heilpädagoge, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeut, Logopäde o. ä.).

Ausschlusskriterien:

- *Multisystemische Therapie (MST)*: Alter unter 12 Jahren oder über 17 Jahre. Wenn keine Störung des Sozialverhaltens vorliegt oder Verhaltensweisen, die einer solchen Störung ähneln, z.B. Delinquenz, aggressives oppositionelles Verhalten, Schulverweigerung, Substanzmissbrauch. Wenn das familiäre Bezugssystem zur Mitarbeit nicht bereit ist oder ein familiäres Bezugssystem nicht zur Verfügung steht. Das MST-Team in Mainz nennt zudem folgende Ausschlusskriterien: schwerwiegende psychiatrische Störungen, wie z. B. akute Psychose und/oder akute Suizidalität bzw. Fremdgefährdung in schwerer Form; massiv sexuell übergriffiges Verhalten ohne weiteres delinquentes oder dissoziales Verhalten; tiefgreifende Entwicklungsstörung (z.B. Autismus); schwere Drogenabhängigkeit (hier muss erst ein Entzug durchgeführt werden).
- *Hometreatment gemäß OPS 9-691*: Wenn die kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik bzw. Abteilung mit der/den Krankenkasse(n) kein Modellvorhaben nach § 64b SGB V vereinbart hat.
- *Stationsäquivalente Behandlung (StäB)*: Wenn keine psychische Erkrankung vorliegt, keine Indikation für eine vollstationäre Behandlung besteht oder das häusliche Umfeld nicht für StäB geeignet ist (z. B. mangelnde Kooperationsfähigkeit, Zuverlässigkeit oder Einsichtsfähigkeit;

Patienten, bei denen der familiäre Hintergrund Ursache der Erkrankung ist; keine Möglichkeiten zum Vier-Augen-Gespräch; drohende Kindeswohlgefährdung.)

Der vom DIMDI (2018c) für 2018 herausgegebene OPS zu StäB lautet:

9-801 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen

Exkl.:

Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-656)

Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-672)

Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-686)

Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (9-691 ff.)

Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-693 ff.)

Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (9-694 ff.)

Hinw.: Der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) ist gesondert zu kodieren

Diese Kodes sind für die Behandlung von Patienten anzuwenden, die zu Beginn der stationsäquivalenten Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr)

Voraussetzung für die stationsäquivalente Behandlung ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung und einer Indikation für eine stationäre Behandlung.

Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld des Patienten

Sie stellt bei Bedarf neben der aufsuchenden Behandlung auch die Nutzung weiterer Ressourcen der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik (je nach Bundesland und Träger im Bedarfsfall auch der Schule für Kranke) für ergänzende Diagnostik und Therapie sicher

Diese Codes sind für jeden Tag mit stationsäquivalenter Behandlung berufsspezifisch anzugeben. Therapiezeiten eines Tages einer Berufsgruppe sind zu addieren. Fahrzeiten werden nicht angerechnet

Bei Eltern-Gruppentherapien oder Eltern-Kind-Gruppentherapien ist die Gruppengröße auf maximal 8 Familien oder 15 Teilnehmer begrenzt. Gruppen mit 4 bis 10 Teilnehmern werden in aller Regel nach dem 2-Therapeuten-Prinzip geführt. Gruppen mit 11 bis 15 Teilnehmern müssen nach dem 2-Therapeuten-Prinzip geführt werden. Pro Gruppentherapie dürfen Therapiezeiten für maximal 2 Therapeuten angerechnet werden. Die Dauer der Gruppentherapie ist mit der Anzahl der Therapeuten zu multiplizieren und dann durch die Anzahl der teilnehmenden Patienten zu teilen. Diese Zeit wird jedem teilnehmenden Patienten angerechnet

Die Codes sind ebenfalls für Leistungen anzugeben, die von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern (§ 115d Abs. 1 Satz 3 SGB V) erbracht werden

Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein mobiles multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
- Team bestehend aus ärztlichem Dienst, pädagogisch-pflegerischem Dienst (z.B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher) und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe (z.B. Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie) oder Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeut, Physiotherapeut, Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Heilpädagoge, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeut, Logopäde))

- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:
 - Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
 - Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)
 - Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten, Logopäden)
 - Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z.B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)
- Durchführung einer wöchentlichen ärztlichen Visite (bei stationsäquivalenter Behandlung an mehr als 6 Tagen in Folge) im direkten Patientenkontakt, in der Regel im häuslichen Umfeld. Der Facharztstandard ist zu gewährleisten
- Durchführung einer wöchentlichen multiprofessionellen Fallbesprechung zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs (bei stationsäquivalenter Behandlung an mehr als 6 Tagen in Folge), in die mindestens 3 der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen ggf. unter Einbeziehung kooperierender Leistungserbringer nach § 115d Abs. 1 Satz 3 SGB V einbezogen werden. Die Fallbesprechung kann unter Zuhilfenahme von Telekommunikation geschehen
- Behandlung auf der Grundlage eines individuellen Therapieplans, orientiert an den Möglichkeiten und dem Bedarf des Patienten
- Es erfolgt mindestens ein direkter Patientenkontakt durch mindestens ein Mitglied des multiprofessionellen Teams pro Tag. Kommt ein direkter Kontakt nicht zustande aus Gründen, die der Patient zu verantworten hat, zählt der unternommene Kontaktversuch dennoch als direkter Patientenkontakt
- Die Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandlungsteams ist werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes sicherzustellen (Rufbereitschaft). Darüber hinaus ist eine jederzeitige, 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche, ärztliche Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus zu gewährleisten. Bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung muss umgehend mit einer vollstationären Aufnahme reagiert werden können

- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Ärztliches oder psychologisches Einzelgespräch/einzeltherapeutische Intervention
 - Einzelpsychotherapie mit kind- und jugendgerechten Verfahren
 - Entspannungsverfahren
 - Ärztliche oder psychologische therapeutische Familienkontakte, Elterngespräche, Familiengespräche und Familientherapie und/oder Gespräche/Kontakte mit Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu (z.B. Jugendhilfe, Pflegefamilie)
 - Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch
 - Aufklärung (Kind/Jugendlicher und Bezugspersonen), Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie
 - (Störungsspezifische) Psychoedukation
 - Helferkonferenzen (z.B. Jugendhilfe)
 - Anleitung von Bezugspersonen im Umgang mit dem Patienten, z.B. Begleitung von Deeskalationen
 - Gruppenpsychotherapie
- Als angewandte Verfahren der Spezialtherapeuten und pädagogisch-pflegerischen Fachpersonen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Behandlungseinheiten durch die kinder- und jugendpsychiatrische Pflege/Bezugspflege des Pflege- und Erziehungsdienstes (z.B. alltagsbezogenes Training, Anleitung und Förderung der Selbstständigkeit, Stuhltraining, Esstraining, Verstärkerplan, Feedbackrunden)
 - Anleitung bei sozialer Interaktion
 - Gelenkte Freizeitaktivitäten, Medienpädagogik, Erlebnispädagogik/-therapie mit therapeutischem Auftrag gemäß Gesamtbehandlungsplan
 - Heilpädagogische oder ergotherapeutische Förder- und Behandlungsverfahren (auch als Eltern-Kind-Interaktionsförderung)
 - Kreativtherapien (z.B. Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie)

- Bewegungstherapie, Mototherapie, Logopädie
- Übende Verfahren und prospektive Hilfekoordination hinsichtlich der geplanten Reintegration in Schule und soziales Umfeld
- Gespräche mit Behördenvertretern
- Ergotherapeutische Behandlungsverfahren, Krankengymnastik, Entspannungsverfahren
- Unterstützung (der Eltern) bei alltäglichen Verrichtungen und Förderung der selbständigen Konfliktklärung mit dem Kind, ggf. mit Video-Feedback, ggf. mit spezifischen Deeskalationstechniken
- Einübung spezialisierter Therapiemodule gemeinsam mit den Eltern
- Spezielle psychosoziale Techniken (z.B. Sozialkompetenztraining, Anleitung zu gemeinsamen Aktivitäten mit Familienmitgliedern wie Spiel, Sport, Freizeit)
- Angehörigengespräche und gezielte Anleitung von Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu, dem familiären oder sozialen Raum
- Interventionen hinsichtlich der geplanten Überleitung in andere Behandlungssettings oder rehabilitative Anschlussmaßnahmen (z.B. Jugendhilfe)

9-801.0 Therapiezeiten am Patienten durch Ärzte

- .00 Bis 30 Minuten pro Tag
- .01 Mehr als 30 bis 60 Minuten pro Tag
- .02 Mehr als 60 bis 90 Minuten pro Tag
- .03 Mehr als 90 bis 120 Minuten pro Tag
- .04 Mehr als 120 bis 180 Minuten pro Tag
- .05 Mehr als 180 bis 240 Minuten pro Tag
- .06 Mehr als 240 Minuten pro Tag

9-801.1 Therapiezeiten am Patienten durch Psychologen

- .10 Bis 30 Minuten pro Tag
- .11 Mehr als 30 bis 60 Minuten pro Tag
- .12 Mehr als 60 bis 90 Minuten pro Tag

- .13 Mehr als 90 bis 120 Minuten pro Tag
- .14 Mehr als 120 bis 180 Minuten pro Tag
- .15 Mehr als 180 bis 240 Minuten pro Tag
- .16 Mehr als 240 Minuten pro Tag

9-801.2 Therapiezeiten am Patienten durch Spezialtherapeuten

- .20 Bis 30 Minuten pro Tag
- .21 Mehr als 30 bis 60 Minuten pro Tag
- .22 Mehr als 60 bis 90 Minuten pro Tag
- .23 Mehr als 90 bis 120 Minuten pro Tag
- .24 Mehr als 120 bis 180 Minuten pro Tag
- .25 Mehr als 180 bis 240 Minuten pro Tag
- .26 Mehr als 240 Minuten pro Tag

9-801.3 Therapiezeiten am Patienten durch pädagogisch-pflegerische Fachpersonen

- .30 Bis 30 Minuten pro Tag
- .31 Mehr als 30 bis 60 Minuten pro Tag
- .32 Mehr als 60 bis 90 Minuten pro Tag
- .33 Mehr als 90 bis 120 Minuten pro Tag
- .34 Mehr als 120 bis 180 Minuten pro Tag
- .35 Mehr als 180 bis 240 Minuten pro Tag
- .36 Mehr als 240 Minuten pro Tag

Umsetzungshinweise der DKG (2017)

Zulassung	Krankenhäuser oder psychiatrische Fachabteilungen mit regionaler Versorgungspflicht
Indikation	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch ambulante oder teilstationäre Behandlung (einschließlich häuslicher Pflege) erreichbar ist. • Kein Vorrangprinzip StäB vor Stationär • Entscheidung obliegt dem Krankenhaus in Abstimmung mit Patienten und deren Angehörigen
Häusliches Umfeld/ Eignung	<p>Es dürfen keine Faktoren oder Personen im häuslichen Umfeld dem Erreichen des Behandlungsziels entgegenstehen.</p> <p>Prüfung durch das Krankenhaus vor Beginn und während der Behandlung.</p> <p>Kriterien u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keine Möglichkeit zu 4-Augen-Gespräch - Kindeswohlgefährdung droht oder liegt vor - Häusliche Gewalt und Täter lebt im Haushalt
Häusliches Umfeld/ Zustimmung	Zustimmung des häuslichen Umfelds (oder der Einrichtung) muss vorliegen und muss dokumentiert werden. Formelle schriftliche Zustimmung ist nicht vorgeschrieben.
Beauftragung Dritter	<p>Das Krankenhaus kann an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer mit der Durchführung von Teilen der Behandlung (nicht mehr als die Hälfte) beauftragen.</p> <p>Es wird grundsätzlich empfohlen, mit den bestehenden regionalen psychiatrischen Versorgungssystemen vor Ort eng zu kooperieren.</p> <p>Die Gesamtverantwortung für die Behandlung bleibt beim Krankenhaus.</p>
Behandlungsteams	<p>Mobile, ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams</p> <p>Fachärztliche Leitung: Gesamtverantwortung</p> <p>Mindestens 3 Berufsgruppen beteiligt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arzt - Pflege - Weitere Berufsgruppe (siehe OPS)

Leistungen	StäB umfasst alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung erforderlich sind. Psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld; entspricht hinsichtlich ihrer Inhalte sowie der Flexibilität und der Komplexität der vollstationären Behandlung.
Patientenkontakte	Mindestens ein Mitglied des Behandlungsteams hat mindestens einmal täglich einen direkten Patientenkontakt Weitere Kontakte auch telefonisch möglich Der unternommene Kontaktversuch zählt als direkter Patientenkontakt Mindestens einmal wöchentlich ärztliche Visite im häuslichen Umfeld (Facharztstandard)
Fallbesprechungen	Mindestens einmal pro Woche Unter Beteiligung von mindestens 3 Berufsgruppen Ggf. sind weitere beauftragte Leistungserbringer einzubeziehen.
Therapieort	Primär im häuslichen Umfeld der Patienten, darüber hinaus auch an anderen Orten. So soll es beispielsweise möglich sein, an Gruppentherapien im Krankenhaus teilzunehmen.
Kindeswohl	Wenn minderjährige Kinder im Haushalt leben: Kindeswohlgefährdung und Versorgung von Säuglingen sind zu prüfen. Pat hat ggf. Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 SGB V; diese umfasst auch Betreuung und Beaufsichtigung von im Haushalt lebenden Kindern. Es besteht Antragspflicht.
Eltern-Kind-Behandlung	Die kinder- und jugendpsychiatrische fachärztliche Leitung hat gemeinsam mit der erwachsenenpsychiatrischen fachärztlichen Leitung zu prüfen, ob eine gemeinsame Eltern-Kind-Behandlung indiziert ist.
Versorgung des Patienten	Die Versorgung des Patienten ist sicherzustellen. Anspruch auf Leistungen aus anderen Sozialgesetzbüchern bleibt bestehen (etwa stationäre oder ambulante Pflege)
Begleiterkrankungen	Bei Vorliegen einer stationär behandlungsbedürftigen somatischen Krankheit: Krankenhausaufnahme Bei ambulant behandelbaren Begleiterkrankungen

Sicherstellung der Behandlung	Verbindliche Vorgehensweisen, wie wechselnde Bedarfslagen des Patienten berücksichtigt werden <ul style="list-style-type: none"> - Verbindliche schriftliche Vorgehensweise - Diese soll mit dem Patienten kommuniziert werden - Krisenpass Erreichbarkeit des Behandlungsteams werktags zu den üblichen Arbeitszeiten (Rufbereitschaft) Darüber hinaus ist jederzeitige ärztliche Eingriffsbereitschaft zu gewährleisten. Bei Verschlechterung des Zustands des Patienten muss umgehend mit einer vollstationären Aufnahme reagiert werden können.
Entlassmanagement	Die Regelungen des stationären Entlassmanagements gelten

Checkliste Eignung für stationsäquivalente Behandlung (StäB)

Diese Checkliste dient der Erstprüfung, ob ein Patient und sein Umfeld für stationsäquivalente Behandlung (StäB) geeignet sind. Erst nach dieser Prüfung durch den Aufnahmearzt kann die Behandlung im häuslichen Umfeld stattfinden.

	Eignung des Klienten	Ja	Nein
1.	Besteht grundsätzlich eine Indikation für eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung?		
1a	Ist aus Sicht des Klienten und der Klinik eine Behandlung im häuslichen Umfeld zu bevorzugen?		
2.	Steht die Behandlung einer oder mehrerer kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen im Vordergrund?		
3.	Besteht vom Klienten ausgehende Fremdgefährdung?		
4.	Besteht akute Eigengefährdung des Klienten?		
5.	Stehen somatische Erkrankungen im Vordergrund?		
6.	Steht eine Suchterkrankung im Vordergrund?		

	Eignung des häuslichen Umfelds	Ja	Nein
1.	Liegt der Wohnort des Klienten im kinder- und jugendpsychiatrischen Pflichtversorgungsgebiet?		
2.	Besteht im häuslichen Umfeld die Möglichkeit zum therapeutischen Vier-Augen-Gespräch?		
3.	Besteht häusliche Gewalt?		
4.	Sind alle im Haushalt lebenden Personen mit StäB einverstanden?		
4a	Ist die Einrichtung, in der der Klient lebt, mit StäB einverstanden?		
5	Besteht oder droht Kindeswohlgefährdung von im Haushalt lebenden Kindern?		

Organisatorische Rahmenbedingungen

Das StäB-Team muss aus mindestens 3 ständigen Mitarbeitern der o. g. drei Berufsgruppen bestehen.

Diese können entweder ausschließlich bzw. überwiegend StäB durchführen und nicht ständige Mitglieder eines oder mehrerer Stationsteams sein, d. h. alle StäB-Patienten der Abteilung bzw. Klinik werden von einem konstanten StäB-Team behandelt.

Oder das StäB-Team wird je Patient aus jeweils anderen Mitarbeitern zusammengestellt: Ein wesentliches Ziel des deutschen Gesetzgebers ist die Förderung einer personenzentrierten sektorenübergreifenden Behandlung innerhalb des kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungssystems. Ein vom sonstigen Versorgungssystem eher abgekoppeltes StäB-Spezialteam mit eigenständigem Zugang und Abgabe der Patienten nach der akuten Krisenbehandlung entspricht nicht der Vorstellung stationsäquivalenter Behandlung. Im Idealfall findet die Behandlung durch dasselbe Abteilungsteam statt wie die stationäre, tagesklinische oder ambulante Behandlung auch. StäB bedarf nicht zwangsläufig eines eigenen festen Teams, sondern es bedarf der mit dem Patienten vertrauten Behandler, die abhängig von der aktuell notwendigen Behandlungsintensität diese an dem Ort erbringen, der für den Patienten am geeignetsten ist. So können Therapeut und Bezugsbetreuer ihren Patienten im besten Falle sowohl stationär als auch ambulant, aber auch stationsäquivalent zu Hause behandeln. Die Versorgungssektoren lösen sich im Erleben des Patienten auf. Leistungsrechtlich dagegen bleiben die Sektoren unverändert

bestehen, sowohl im Rahmen des SGB V als auch darüber hinaus (Längle et al. 2017).

Ambulant vorbehandelte Patienten, bei denen ambulante Behandlung nicht mehr ausreicht und StäB indiziert ist, können durch die bisher ambulant behandelnden Personen im Rahmen von StäB weiterbehandelt werden, da gemäß § 115d Abs. 1 Satz 3 SGB V das Krankenhaus, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer (also auch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater) mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen kann.

Beide Organisationsformen – ständiges StäB-Team (sST) einerseits und je Patient individuell zusammengestelltes (izST) andererseits – haben gravierende inhaltliche und organisatorische Vor- und Nachteile.

So ist beispielsweise bei izSTs zwar die personelle Kontinuität sektorübergreifend eher realisierbar, dafür ist der Qualifizierungsaufwand aufgrund der deutlich höheren Anzahl in Betracht kommender Mitarbeiter deutlich höher. Auch kann davon ausgegangen werden, dass ein sST innerhalb relativ kurzer Zeit über mehr Erfahrungen, Routine und Kompetenz in der aufsuchenden Behandlung verfügt als ein izST, bei dem die Mitarbeiter in höherem Maße traditioneller vollstationärer, tagesklinischer oder ambulanter Tätigkeit nachgehen als aufsuchender.

Zugang zur StäB

Ein- und Zuweisung

Diese erfolgt grundsätzlich durch denselben Personenkreis wie für vollstationäre Behandlungen (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz).

Grundsätzlich sind aber auch Notfallaufnahmen in StäB möglich.

Indikationsprüfung

Im Rahmen eines oder mehrerer Vorgespräche wird geprüft, ob eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung indiziert ist und ob StäB in Betracht kommt. Die Indikation wird analog zur Indikationsstellung für vollstationäre Behandlung gestellt.

Kindeswohlprüfung

Hierzu eignen sich Checklisten, wie sie auch in der Jugendhilfe zu dieser Fragestellung eingesetzt werden. Des Weiteren kann der Fragebogen EBSK (Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung) eingesetzt werden. Ggf. erfolgt eine Kooperation mit dem zuständigen Jugendamt gemäß §§ 8a und 8b SGB VIII (Meldung an das Jugendamt oder anonyme Beratung durch „eine insoweit erfahrene Fachkraft“) bzw. der Heimatschule (gemäß § 42 Abs. 6 Schulgesetz NRW erfordert die Sorge für das Wohl der Schülerinnen und Schüler, jedem Anschein von Vernachlässigung oder Misshandlung nachzugehen).

Beteiligung des Haushalts

Es müssen die Zustimmungserklärungen insbesondere aller volljährigen Mitbewohner eingeholt und dokumentiert werden.

Schule

Die Inanspruchnahme von Schulunterricht – sofern nicht akut eine schwere Beeinträchtigung der Unterrichtsfähigkeit besteht – ist während einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung die Regel und für die Überprüfung von Behandlungserfolgen oftmals von zentraler Bedeutung. Während bei einer stationären Behandlung die Beschulung in der Regel in einer Schule für Kranke bzw. analoger Schulformen erfolgt, kommt bei StäB auch eine Weiterbeschulung auf der Heimatschule des Patienten in Betracht (ggf. mit reduziertem Stundenumfang).

Diagnostik und Therapie in StäB

Im Vordergrund der Behandlung in akuten oder längeren Krankheitsphasen stehen Verbesserung der aktuellen Symptomatik, Einschätzung von Risiken, Stabilisierung von Behandlungserfolgen einschließlich Rückfallprophylaxe sowie Entlassmanagement.

Die Besonderheit des Behandlungssettings ermöglicht außer einer zeitnahen Beurteilung von Transfer- und Generalisierungseffekten der Therapie auch die intensive Arbeit mit der Familie und/oder dem sozialen Netzwerk.

Die diagnostischen Leistungen umfassen z. B.:

- Erhebung der aktuellen Probleme und potenziellen Auslöser der Krise (Aufnahmearbeit)
- Erhebung der psychiatrischen und somatischen Vorgeschichte (Anamnese) sowie der Familienanamnese
- Erfassung aktueller und früherer Untersuchungen und Behandlungsinterventionen einschließlich Medikation und des Umgangs mit der Medikation (Adhärenz)
- Erfassung von komorbiden Störungen, ggf. auch Substanzmissbrauch
- Erfassung von Aspekten zu Risiken und Sicherheit. Eine Gefährdung des Kindeswohls muss ausgeschlossen werden.
- Erhebung psychosozialer Funktionen einschließlich Ressourcen/Probleme in den Bereichen Kindergarten/Schule/Arbeit, Wohnen, Finanzen.
- Erfassung von Ressourcen, Zielen und Behandlungspräferenzen des Patienten und der Sorgeberechtigten
- Erfassung von Ressourcen des weiteren sozialen Umfelds
- Erfassung der familiären Situation und des sozialen Netzwerkes
- Erfassung der Perspektive und Bedarfe der Bezugspersonen
- Erhebung des psychopathologischen Befunds
- Durchführung von testpsychologischen Untersuchungen
- Somatische Untersuchung, ggf. Labor- und apparative Diagnostik sowie Berücksichtigung möglicher Risiken für somatische Erkrankungen
- Erfassung der intrafamiliären Interaktionen
- Erfassung der Interaktionen zwischen Familie und Schule, Jugend- bzw. Behindertenhilfe, etc.

Zur Erfüllung der Schlüsselaufgaben, die sich in Art und Intensität zu jeder Zeit des Behandlungsverlaufs am individuellen Bedarf des Patienten und seines Umfelds orientieren, können alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des multiprofessionellen Teams und bei Bedarf die Strukturen der Klinik genutzt werden:

- Diagnostik und Erhebung der Bedarfe münden in einen Behandlungsplan, der so weit wie möglich mit allen Beteiligten abgestimmt wird; dabei sind Wahlmöglichkeiten hinsichtlich Zeitpunkt, Art, Ort und Umfang der Behandlung möglichst zu berücksichtigen.
- Kernelement ist der Aufbau und die Pflege einer guten therapeutischen Beziehung unter Berücksichtigung der Behandlungs- und Beziehungskontinuität.
- Psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen (z. B. psychotherapeutische Kurzinterventionen, supportive Einzelgespräche, Gruppentherapien, Familientherapien, Entspannungstraining, Psychoedukation, psychosoziale Beratung)
- Aufklärung, Unterstützung und ggf. Monitoring bei medizinisch indizierter Psychopharmakotherapie
- Soweit erforderlich Mitbehandlung somatischer Erkrankungen
- Interventionen zur Unterstützung psychosozialer und alltagspraktischer Fertigkeiten sowie zur Teilhabe an der Gesellschaft (z. B. Training von Alltagsfertigkeiten und sozialen Fertigkeiten, Förderung von Aktivitäten und sozialen Kontakten/Aktivitätsaufbau, Aktivierungsbehandlung, Selbstsicherheitstraining, Beratung zu und Heranführung an Unterstützungsmöglichkeiten in den Bereichen Wohnen und Arbeit, Kontakte zu Behörden, Justiz, Arbeitgeber oder rechtlichem Betreuer, Aufbau von Sozialkontakten)
- Förderung des Selbst- und Gesundheitsmanagements des Patienten unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten und ggf. des weiteren sozialen Umfelds
- Soweit von Patienten gewünscht Arbeit mit Angehörigen und sozialem Netzwerk.
- Unterstützung bei Krisenplänen für mögliche zukünftige Krisen (z. B. Entwicklung/Review von Krisen-/Rückfallplänen, Unterstützung bei der Nutzung strukturierter Selbst-/Symptommanagementpläne).
- Darüberhinausgehende ergänzende Leistungen können bei entsprechender Indikation erbracht bzw. vermittelt werden: Ergotherapie, Phy-

siotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Kreativtherapien, Logopädie (z. B. bei Schluckstörungen), Entspannungsverfahren, sensorisch fokussierte Therapien, internetbasierte Unterstützungsprogramme und Interventionen.

- Bedarfsorientierte Entlassplanung (einschließlich Kontakt mit Nachbehandlern), an der Patienten und Angehörige bzw. das soziale Netzwerk beteiligt werden.

Frequenz und Dauer der Angebote orientieren sich nicht an starren Zeitkontingenten, sondern an den individuellen Bedarfen und Möglichkeiten der Patienten und seines Umfelds, so dass ggf. eine hohe Flexibilität erforderlich ist.

Patientenkontakte

Die Therapie umfasst in der Regel werktags mindestens einen persönlichen Patientenkontakt pro Tag, davon eine ärztliche Visite wöchentlich zu Hause. Hinzu kommen weitere persönliche Kontakte und/oder Kontakte per Telekommunikation.

Weitere Leistungen

Anleitung der Bezugspersonen, Gespräche mit Familie, Schule, Jugend- bzw. Behindertenhilfe, Vorbehandlern usw. stellen einen wesentlichen Faktor der Netzwerkarbeit dar.

Zudem findet wöchentlich mindestens eine multiprofessionelle Fallbesprechung statt.

Ort der Leistungserbringung

Die Leistung wird überwiegend im häuslichen Umfeld bzw. in Heimen erbracht und nur teilweise in der Klinik.

Art der Leistungserbringung

Die Leistungen erfolgen als Einzel-, Familien oder Gruppenangebote. Bei Bedarf wird zusätzlich zu dem psychotherapeutischen, pflegerisch-pädagogischen und fachtherapeutischen Angebot auch Psychopharmakotherapie durchgeführt.

Rufbereitschaft

Die Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandlungsteams ist werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes sichergestellt.

Telefonische Kontaktmöglichkeit

Die telefonische Kontaktmöglichkeit wird gewährleistet über die Mitglieder des StäB-Teams (Diensthandy) und außerhalb der Dienstzeiten durch den AvD.

Jederzeitige ärztliche Eingriffsbereitschaft

Werktags während der üblichen Arbeitszeiten durch den behandelnden Arzt, außerhalb dieser Zeiten durch den AvD.

Labor/ technische Untersuchungen

Blutentnahmen, EEG- und EKG-Ableitungen erfolgen in der Regel in den Räumen der Klinik. Andere Untersuchungen (z. B. MRT) erfolgen ggf. bei Kooperationspartnern.

Versorgung

Die Versorgung mit Arzneimitteln, Heilmitteln, Hilfsmitteln erfolgt durch die Klinik. Die Verpflegung erfolgt in der Regel durch die Familie bzw. die Einrichtung.

Besprechungen

Fallbesprechung mindestens einmal wöchentlich mit mindestens drei Berufsgruppen.

Visiten

Mindestens eine ärztliche Visite wöchentlich zu Hause.

Eltern-Kind-Behandlung

Eltern-Kind-StäB kann in einzelnen, zwischen beiden Fachbereichen abgestimmten Fällen erfolgen.

Entlassmanagement

Dieses erfolgt analog der Vorschriften für vollstationäre Behandlung.

Wird stationäre Behandlung durch StäB überflüssig?

Wir gehen davon aus, dass bei Patienten und Angehörigen ein hohes Interesse für StäB statt stationärer Behandlung besteht und wir mittels StäB auch Familien erreichen, die eine stationäre Behandlung ablehnen, obwohl ambulante und teilstationäre Behandlung nicht ausreichend bzw. nicht ausreichend erfolgreich sind. Da StäB jedoch sehr personalintensiv ist und diese Personalressourcen nur begrenzt zur Verfügung stehen bzw. gestellt werden können, sind in der Umsetzung Grenzen gesetzt.

Für erwachsene Patienten führten Längle et al. (2017) eine erste Bedarfsermittlung durch. Zur Frage, welche bisher stationär aufgenommenen Patienten schon bei Aufnahme für eine stationsäquivalente Behandlung infrage gekommen wären, bei welchen im Verlauf der Behandlung eine ‚Verlegung‘ in die stationsäquivalente Behandlung möglich gewesen wäre, und ob StäB nach Einschätzung der Behandler der stationären Behandlung überlegen wäre, wurden die Abteilungsleitungen in mehreren internen Schulungen und fallbezogenen Diskussionsforen auf diese Erhebung vorbereitet und führten diese für jeden neu aufgenommenen Patienten in der Regel selbst durch. Dabei wurde davon ausgegangen, dass alle Diagnosegruppen für eine stationsäquivalente Behandlung infrage kommen, ebenso jede Art des privaten Wohnens oder einer betreuten Wohnform bis hin zum Rande der Wohnungslosigkeit. Ersterkrankte und chronisch Kranke waren gleichermaßen im Fokus. Die Ersterhebung an mehr als 800 stationär aufgenommenen Patienten ergab die Einschätzung, dass StäB aus therapeutischer Sicht bei 24% möglich und gleichwertig gewesen wäre, dies von Beginn an bei 13% und im Verlauf der Behandlung bei 11%. Bei insgesamt 13% wäre darüber hinaus die Behandlung zu Hause nicht nur möglich, sondern auch besser geeignet gewesen. Hier wäre StäB von Beginn an bei 9% und im Verlauf bei 4% vorzuziehen gewesen.

Ausblick

StäB stellt eine große Chance dar, Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen, die einer intensiven Behandlung bedürfen, im häuslichen Umfeld zu behandeln. In welchem Umfang sich dies qualitativ und quantitativ umsetzen lässt, hängt im Wesentlichen sowohl von einer adäquaten Finanzierung durch die Krankenkassen als auch von der Akquirierung qualifizierten Personals ab, da diese Behandlungsform besonders personalintensiv und fachlich besonders anspruchsvoll ist.

Literatur

- Boege I, Schepker R, Herpertz-Dahlmann B, Vloet TD* (2015) Hometreatment – Eine effektive Alternative zu konventionellen Behandlungsformen? Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 43 (6), 411–423
- Conen ML [Hrsg.]* (2017) Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 6. Aufl.
- DGSF* (2009) Qualitätskriterien der DGSF zur Praxis der Aufsuchenden Familientherapie <https://www.dgsf.org/zertifizierung/qualitaetskriterien/aft-qualitaetskriterien>
- DIMDI* (2018a) Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2018/block-9-65...9-69.htm#code9-691>
- DIMDI* (2018b) Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen, <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2018/block-9-65...9-69.htm#code9-65>
- DIMDI* (2018c) 9-801 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen. <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2018/block-9-80...9-80.htm#code9-801>
- DKG* (2017) Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Vereinbarung der Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Absatz 2 SGB V sowie ergänzende Informationen. 19. Dezember 2017
- Henggeler SW, Schoenwald SK, Borduin CM, Rowland MD, Cunningham PB* (2012) Multisystemische Therapie bei dissozialem Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Berlin Heidelberg: Springer
- Längle G, Gottlob M, Elsässer-Gaißmaier HP* (2017) Umsetzung des § 115d PsychVVG: Stationsäquivalente Behandlung – Die nächsten Schritte. Psychiat Prax 44: 417–422
- von Sydow K, Beher S, Retzlaff R, Schweitzer-Rothers J* (2006) Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe

Kontaktadresse:

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski
Chefarzt, Fachbereichsarzt
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters
LVR-Klinik Viersen
Horionstr. 14, D-41747 Viersen
Email: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
Internet: www.klinik-viersen.lvr.de

**TOP 3 LVR-Institut für Versorgungsforschung - Das wissenschaftliche
Institut des LVR-Klinikverbundes**

Ergänzungsvorlage-Nr. 14/2627/1

öffentlich

Datum: 27.06.2018
Dienststelle: Fachbereich 81
Bearbeitung: Frau Groeters

Krankenhausausschuss 2	04.09.2018	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	23.11.2018	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

**Tätigkeitsbericht des LVR-Instituts für Versorgungsforschung
vom 01.10.2016 - 31.12.2017**

Kenntnisnahme:

Der Tätigkeitsbericht des LVR-Instituts für Versorgungsforschung vom 01.10.2016 - 31.12.2017 wird gemäß Vorlage Nr. 14/2627/1 zur Kenntnis genommen.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

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

ja

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2020. ja

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:

Erträge:

Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan

Aufwendungen:

/Wirtschaftsplan

Einzahlungen:

Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan

Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:

Auszahlungen:

/Wirtschaftsplan

Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:

Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten

In Vertretung

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

Zusammenfassung:

Das LVR-Institut für Versorgungsforschung wurde am 1. Juli 2014 gemäß einem empfehlenden Beschluss des Gesundheitsausschusses vom 14.03.2014 und einem Beschluss des Landschaftsausschusses vom 07.04.2014 gegründet. Ein Tätigkeitsbericht über die Arbeit des LVR-Instituts für Versorgungsforschung soll jährlich der politischen Vertretung vorgelegt werden. Der Vorlage ist der Tätigkeitsbericht des LVR-Instituts für Versorgungsforschung für den Zeitraum vom 01.10.2016 – 31.12.2017 beigelegt.

Begründung der Vorlage Nr. 14/2627/1:

Der Krankenhausausschuss 2 hat in seiner Sitzung am 05.06.2018 die Beratung der Vorlage Nr. 14/2627 auf seine Sitzung am 04.09.2018 vertagt.

Der Gesundheitsausschuss hat in seiner Sitzung am 12.06.2018 vereinbart, die Vorlage Nr. 14/2627 in seiner Sitzung am 23.11.2018 zu beraten. In dieser Sitzung wird Frau Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank über die Arbeit und Weiterentwicklung des LVR-Instituts für Versorgungsforschung berichten.

Begründung der Vorlage Nr. 14/2627:

Das LVR-Institut für Versorgungsforschung wurde am 1. Juli 2014 gemäß einem empfehlenden Beschluss des Gesundheitsausschusses vom 14.03.2014 und einem Beschluss des Landschaftsausschusses vom 07.04.2014 gegründet. Träger des Institutes ist der LVR-Klinikverbund. Gründungsdirektor war in Personalunion der Ärztliche Direktor des LVR-Klinikums Düsseldorf, Herr Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, stellvertretende Direktorin Frau Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank. Mit der Verabschiedung von Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel in den Ruhestand ging die Leitung des Institutes am 01.10.2016 an Frau Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Ärztliche Direktorin der LVR-Klinik Köln, über. In der Sitzung des Gesundheitsausschusses am 27.03.2017 hatte Frau Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank die Tätigkeitsberichte des LVR-Instituts für Versorgungsforschung vom 01.07.2014 – 30.09.2016 vorgelegt und über die weitere Entwicklung des LVR-Institutes für Versorgungsforschung berichtet. Anbei ist der Tätigkeitsbericht des LVR-Institutes für Versorgungsforschung vom 01.10.2016 – 31.12.2017 zu Ihrer Information beigelegt.

In Vertretung

W e n z e l – J a n k o w s k i

LVR-Institut für Versorgungsforschung

Tätigkeitsbericht 2016 - 2017

Berichtszeitraum: 1. Oktober 2016 - 31. Dezember 2017

Inhalt

1. Einleitung	2
2. Wissenschaftliche Projekte	4
3. Gutachterliche Tätigkeiten	11
4. Planung und Durchführung wissenschaftlicher Fachveranstaltungen	11
5. Vorträge und andere Öffentlichkeitsarbeit	12
6. Wissenschaftliche Publikationen	12
7. Lehre	12
8. Weitere Aktivitäten/Vernetzung	13
9. Personal	13
10. Finanzen	16
11. Ausblick	16
12. Anhänge	18

Kontakt:

Prof. Dr. med. E. Gouzoulis-Mayfrank
Direktorin des LVR-Instituts für Versorgungsforschung
LVR-Klinik Köln
Wilhelm Griesinger Straße 23, 51109 Köln
Tel. 0221-8993 629, FAX 0221-8993 593
E-Mail: euphrosyne.gouzoulis-mayfrank@lvr.de

1. Einleitung

Das LVR-Institut für Versorgungsforschung (LVR-IVF) wurde im Jahr 2014 gegründet. Nach der Emeritierung des Gründungsdirektors Univ.-Prof. Dr. med. W. Gaebel erfolgte am 1. Oktober 2016 der Übergang der Institutsleitung auf die Ärztliche Direktorin der LVR-Klinik Köln, Frau Professor Dr. med. E. Gouzoulis-Mayfrank, die bis dahin die stellvertretende Institutsleitung innehatte. Zur neuen Stellvertretenden Direktorin des Instituts wurde Frau Professor Dr. med. E. Meisenzahl-Lechner, Ärztliche Direktorin des LVR-Klinikums Düsseldorf, ernannt. Verbunden damit war ein Umzug des Instituts und der Mitarbeitenden vom Gründungsstandort am LVR-Klinikum Düsseldorf zur LVR-Klinik Köln zum 1. Dezember 2016.

Der Gründungsdirektor Herr Professor Gaebel bleibt im Institut als Projektleiter für zwei Drittmittelprojekte tätig, die nach erfolgreichem Antragverfahren ihre Arbeit zu Beginn des jetzigen Berichtszeitraums aufnehmen (DAQUMECA und eMEN, s. Abschnitte 2.2.2. und 2.2.3.). Diese Projekte werden von Düsseldorf aus geleitet. Die über diese Projekte finanzierten Projektmitarbeiterinnen haben ihre Arbeitsplätze am LVR-Klinikum Düsseldorf. Somit ist das Institut derzeit an zwei Standorten im LVR-Klinikverbund vertreten.

Administrativ ist das LVR-IVF eine Sparte der LVR-Klinik Köln. Für die administrativ-finanziellen Belange ist somit die Kaufmännische Direktion der LVR-Klinik Köln zuständig (J. Schürmanns).

Das Organigramm des Instituts findet sich in der Abbildung 1.

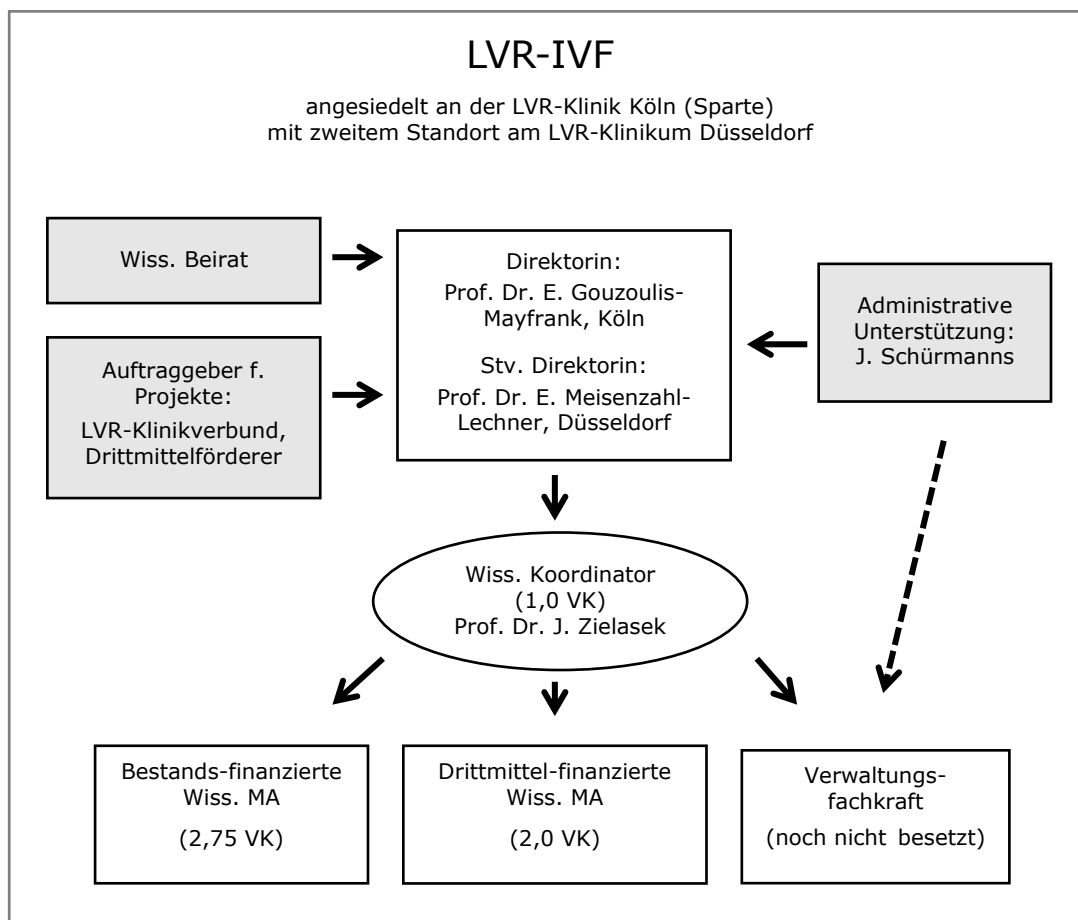


Abbildung 1. Organigramm des LVR-IVF mit Stand 31.12.2017

Nach Evaluation der bis dato zweijährigen Tätigkeit des Instituts wurde im Berichtszeitraum entschieden, dass das LVR-IVF dauerhaft implementiert und in Anbetracht der zunehmenden Aufgaben vergrößert wird. Die Mitarbeiterzahl, die als drittmittelunabhängiger Personalanteil durch den LVR-Klinikverbund finanziert wird, wurde um eine Wissenschaftliche Mitarbeiterstelle sowie eine Verwaltungsfachkraft aufgestockt. Die personellen Erweiterungen konnten schrittweise zum 01.10.2017 und zum 01.01.2018 realisiert werden.

Als neue Strukturen wurden ein wöchentlicher „Jour Fixe“ als regelmäßige Besprechung der Institutsleitung mit den Mitarbeitenden eingeführt. Zusätzlich wurde ein monatlicher „Breakfast Club“ zur ausführlichen Diskussion von Projektergebnissen und neuen Projekte eingeführt.

Im Berichtszeitraum wurden drei neue Drittmittelanträge, teils in nationaler Kooperation, beim Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW (MGEPA, seit 2017 Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS)) sowie im Rahmen einer BMBF-Ausschreibung zur psychischen Versorgung von Flüchtlingen eingereicht. Zwei der drei Anträge waren erfolgreich (PsyKom und I-REACH, s. Abschnitte 2.2.4. und 2.2.5.) und eins der zwei erfolgreichen Projekte ging bereits Ende des Berichtszeitraums in die Realisierungsphase über (PsyKom, s. Abschnitt 2.2.4.).

Neben den Drittmittel-bezogenen Aktivitäten wurden im Berichtszeitraum die aus Bestandsmitteln des Instituts finanzierten Aufgaben für den Klinikverbund wahrgenommen. Neben der Planung neuer Projekte und der Projektdurchführung, über die im Folgenden detailliert berichtet wird, war dies im Berichtszeitraum auch die Planung und Durchführung des LVR-Symposiums 2017 und des LVR-Fortbildungstages 2017 sowie die Planung der LVR-Fokustagung 2018. Darüber hinaus wurden seit dem 2. Quartal 2017 regelmäßige Quartalsbesprechungen („Jour Fixe“) mit dem Fachbereich 84 des LVR-Klinikverbunds (zuständig für Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement) aufgenommen, bei denen mögliche Kooperations- und Evaluationsprojekte gemeinsam beraten werden.

Der Beirat trat im Frühjahr 2017 erstmals zusammen. Die zweite Beiratssitzung fand im April 2018 statt. Die Zusammensetzung des Beirats findet sich im Anhang 1.

2. Wissenschaftliche Projekte

2.1. Institutsprojekte ohne Drittmittelförderung

Gemäß der Gründungsbeschlüsse des Landschaftsausschusses sowie des Gesundheitsausschusses des LVR waren fünf Projekte bei Gründung des Instituts vorgesehen, die zwischenzeitlich abgeschlossen sind (Abschnitt 2.1.1.). Zwei weitere Projekte waren nicht explizit in der Beschlussvorlage erwähnt, sie stammen jedoch auch aus der Gründungszeit des IVF und werden fortgeführt (Abschnitt 2.1.2.). Dazu kamen im Berichtsjahr neue wissenschaftliche Projekte hinzu (Abschnitt 2.1.3.).

2.1.1. Abgeschlossene Projekte aus der Gründungszeit des IVF

2.1.1.1. Implementierung von Home Treatment im LVR-Klinikverbund für Patienten mit schweren psychotischen Störungen

Das Institut hat im Berichtszeitraum gemeinsam mit dem LVR-Klinikum Düsseldorf (Dr. P. Görtz) ein Implementierungsmニュアル für Home Treatment entwickelt. Damit ist das Projekt aus Institutssicht abgeschlossen. Leider erfolgte bislang keine praktische Umsetzung, da es nicht gelang belastbare Finanzierungsgrundlagen zu sichern. Im Berichtszeitraum wurde im Rahmen des PsychVVG Home Treatment als neue Regelleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne der „Stations-äquivalenten Behandlung“ (StäB) eingeführt. Die einzelnen LVR-Kliniken prüfen derzeit, wie sie StäB oder weitere Home Treatment-Angebote einführen werden. Aufsuchende Elemente wurden in aktuellen Modellvorhaben in den LVR-Kliniken Köln und Bonn implementiert. Sie werden teilweise durch das Institut evaluiert (s. Abschnitte 2.1.3.1. und 2.3.).

2.1.1.2. Versorgungsmodell: Bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen (BBpE)

Die Konzeptentwicklung dieses Modellvorhabens zur Optimierung der Versorgung psychisch kranker Menschen erfolgte in Kooperation des LVR-Klinikverbunds und des LVR-IVF mit der AOK Rheinland/Hamburg. Gegenstand des Modells war die Entwicklung und Erprobung eines sektorübergreifenden, an Leitlinien orientierten entgeltwirksamen Versorgungssystems, welches Setting-spezifische und -übergreifende Leistungsmodul definiert. Im Rahmen der Vorbereitungsarbeiten hat das Institut zum 31.12.2016 das Evaluationskonzept und die Evaluationsinstrumente mit Projektförderung durch das MGEPA erstellt und abschließend berichtet. Ein weitergehender Förderantrag nach § 64b SGB V war nicht erfolgreich und bislang konnte das neue Versorgungsmodell nicht eingeführt werden.

2.1.1.3. Retrospektive vergleichende Evaluation der Anwendung von Zwangsmaßnahmen in den Kölner psychiatrischen Kliniken

Das Projekt erhielt das neue Akronym DeFeM (Determinanten freiheitsentziehender Maßnahmen). In einer retrospektiven Datenerhebung bei allen vier sektorversorgenden Kliniken der Stadt Köln sollten Determinanten einer Zwangsunterbringung nach PsychKG NRW identifiziert werden. Ziel war Risikogruppen für gezielte präventive Interventionen zu identifizieren. Die Untersuchung wurde im Berichtszeitraum abgeschlossen. Bei den unfreiwillig untergebrachten Patientinnen und Patienten waren die Diagnosegruppen organische psychische Störungen (F0) und Schizophrenie und andere

psychotische Störungen (F2) überrepräsentiert. Die Hauptdiagnose war der stärkste Prädiktor für eine Zwangseinweisung, weitere Risikofaktoren waren Suizidalität, fehlende ambulante Vorbehandlung, Vorstellung außerhalb der regulären Arbeitszeiten, fehlende Berufsausbildung, männliches Geschlecht und Migrationshintergrund. Besondere Risikogruppen waren Männer mit organischer psychischer Störung (überwiegend Demenz) und Menschen mit psychotischen Störungen und Migrationshintergrund. Eine erste englischsprachige Publikation wurde eingereicht (Schmitz-Buhl et al., 2018), eine weitere Publikation ist in Vorbereitung. Es schließt sich eine prospektive Untersuchung an (s. Abschnitt 2.1.3.2.).

2.1.1.4. Verordnungspraxis einer antidepressiven Kombinationstherapie unter Genderaspekten bei (teil-)stationärer Depressionsbehandlung

In diesem Projekt wurden Routinedaten aus Behandlungsfällen des LVR-Klinikums Düsseldorf analysiert. Das Projekt wurde im Berichtszeitraum abgeschlossen (Schmidt-Kraepelin et al., 2017). Eine Kombinationspharmakotherapie fand sich in 25% der stationär oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten. Entgegen der ursprünglichen Erwartung zeigten sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede der Verordnungspraxis. In einem Folgeprojekt sollen die Verordnungsgewohnheiten im gesamten LVR-Klinikverbund anhand vorliegender Routinedaten analysiert werden, um auf dieser Basis Strategien zur Vermeidung von Kombinationstherapien zu entwickeln (Arbeitsgruppe um Priv.-Doz. Dr. J. Cordes, LVR-Klinikum Düsseldorf; s. Abschnitt 2.1.3.3.).

2.1.1.5. Begleitung der Organisationsentwicklung der Betriebsbereiche für Soziale Rehabilitation

Ursprünglich war geplant die teils tiefgreifenden Veränderungen der letzten Jahre in der Organisation der Betriebsbereiche für Soziale Rehabilitation zu begleiten und Evaluationsstrategien zu entwickeln. Hierzu fanden im Berichtszeitraum drei Planungsgespräche mit dem Fachbereich 84 des LVR-Klinikverbundes statt. Es hat sich herausgestellt, dass eine Evaluation wie ursprünglich vorgesehen nicht möglich war, so dass dieses Projekt nicht weiterverfolgt wird. Perspektivisch ist ein engerer Kontakt mit dem LVR-Dezernat Soziales (Dezernat 7) geplant, um auf Grundlage des Bundesteilhabegesetzes mögliche Projekte der Versorgungsforschung zu konzipieren und möglichst umzusetzen. Damit soll in den kommenden Jahren das Themengebiet „Teilhabe/Inklusion“ in der Institutsarbeit stärkere Berücksichtigung finden (s. auch Abschnitt 9).

2.1.2. Laufende Projekte aus der Gründungszeit des IVF

2.1.2.1. Querschnittsprojekt: Etablierung einer LVR-weiten Forschungsdatenbank

Die Nutzung von Routinedaten und Daten aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) der LVR-Kliniken setzt eine einheitliche Datenbankstruktur, eine gut definierte Merkmalsbeschreibung sowie eine Qualitätssicherung der erhobenen Daten voraus. Als erste Voraussetzung wurde unter Federführung des LVR-Fachbereichs 81 (Personelle und Organisatorische Steuerung, Abteilung IT und Statistik) eine solche Forschungsdatenbank erstellt, die im Berichtszeitraum hinsichtlich der erfassten Daten erweitert werden konnte (z.B. Medikamentenmodul). Im Berichtszeitraum erfolgten erste Probeerhebungen im Rahmen der Implementierung der LVR-Qualitätsindikatoren (s. Abschnitt

2.1.2.2.). Die Nutzung der Forschungsdatenbank wird künftig eine zentrale Rolle bei der Versorgungsforschung im LVR-Klinikverbund spielen.

2.1.2.2. Entwicklung und Implementierung von Qualitätsindikatoren (QI) im LVR-Klinikverbund

Für den Lenkungsausschuss Qualitätsmanagement des LVR-Klinikverbunds (LA-QM) wurde im Sommer 2015 die Aufgabe übernommen, eine Systematisierung qualitätsrelevanter Konzepte und Begriffe im Bereich der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen zu entwickeln. Daraus erwuchs der Auftrag des LA-QM an das LVR-IVF zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren für den LVR-Klinikverbund (LVR-QIs) in Abstimmung mit dem Think Tank und dem Fachforum der Ärztlichen Direktionen. Die ersten Entwicklungsarbeiten wurden im Mai 2016 mit Vorlage des LVR-QI-Satzes abgeschlossen.

Im Berichtszeitraum erstellte das LVR-IVF ein Manual für die Einführung der LVR-QIs im Klinikverbund. Die erste Informations-Veranstaltung für die Qualitätsmanagementbeauftragten der Verbundkliniken sowie für die für die Qualitätssicherung zuständigen Ärztinnen und Ärzte erfolgte im November 2016. Eine Sitzung mit Vorstellung der Ergebnisse der ersten Probeerhebungen erfolgte im Juli 2017. Das Institut erstellte Schulungsmaterialien für die Einführung der Ergebnisindikatoren (Skalen GAF und CGI). Die erste Multiplikatorenschulung fand im September 2017 statt, in der folgenden Zeit erfolgten die Schulungen in den einzelnen LVR-Kliniken durch die Multiplikatoren. Das Institut berichtete regelmäßig im LA-QM über den Fortschritt der Arbeiten, zuletzt in der Sitzung am 25. September 2017. In Zusammenarbeit mit dem Fachbereich 81 der LVR-Klinikverbundzentrale (Abteilung IT und Statistik) wurden im Herbst 2017 durch InfoKom (Systemhaus des LVR) die notwendigen Adaptationen des Krankenhausinformationssystems (KIS) vorgenommen. Im Herbst 2017 erfolgten erste Probeerhebungen, die ersten operativen Erhebungen erfolgen ab Januar 2018.

Der Prozess der Entwicklung und Implementierung der Qis im Klinikverbund wurde im Berichtszeitraum auf nationalen Kongressen vorgestellt (06/2017: 3. NEPF-Entgeltforum Berlin; 10/2017: WPC/DGPPN-Kongress, Berlin).

2.1.3. Neue Institutsprojekte

2.1.3.1. EVA-NETZ: Evaluation des Modells der Integrierten Versorgung der LVR-Klinik Köln

Das Institut evaluiert ein sektorübergreifendes Modell der Integrierten Versorgung an der LVR-Klinik Köln (Projektleitung: Dr. Laumann, Köln). Das Modell ist Teil des bundesdeutschen „Netzwerks psychische Gesundheit“ (NWpG), welches ursprünglich durch die Techniker Krankenkasse entwickelt wurde. Die Besonderheit des NWpG Köln ist, dass eine sehr enge Kooperation zwischen der Versorgungsklinik (LVR-Klinik Köln) und einem gemeindepsychiatrischen Träger besteht. Es werden vergleichsweise mehr schwer erkrankte Patienten in das Netzwerk eingeschlossen. Diese werden zum großen Teil direkt über die Klinik rekrutiert und haben größtenteils stationäre Krankenhausaufenthalte hinter sich. Das NWpG Köln bietet ein sozio- und psychotherapeutisches Nachsorgeprogramm, das mit der Grundidee eines Netzwerkes arbeitet. Kern der Arbeit ist eine individuelle Einzelbegleitung, die als systemisches, ambulantes therapeutisches Nachsorgeprogramm nach einem stationären Krankenhausaufenthalt vorgesehen ist und einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung von Rückfällen leisten soll. Partner im Netzwerk psychische Gesundheit Köln sind der Kölner Verein für

Rehabilitation e.V., die LVR-Klinik Köln sowie mehrere Krankenkassen (Techniker Krankenkasse, AOK, Pronova BKK und weitere Betriebskrankenkassen).

Hauptziele der Evaluation sind die Erfassung der Wirksamkeit des Versorgungsmodells zur Vermeidung stationärer Krankenhausaufenthalte, die Überprüfung der Behandlungsqualität sowie die Bewertung der Modellumsetzung. Hierfür sollen 80-100 Patientinnen und Patienten, die im Versorgungsmodell eingeschrieben sind, über einen Zeitraum von zwei Jahren insgesamt viermal befragt und mit einer der Interventionsgruppe gematchten Kontrollgruppe verglichen werden. Als Datenquelle werden neben Routinedaten der elektronischen Krankenakte und standardisierten klinischen Fragebögen auch spezifische, teils im Rahmen des Projektes neu entwickelte Erhebungsinstrumente genutzt. Das Evaluationskonzept wurde fertiggestellt und ein Ethikvotum der Ärztekammer Nordrhein wurde eingeholt. Die Evaluation soll im ersten Quartal 2018 beginnen, ein Zwischenbericht ist für Mitte 2019 geplant. Der Endbericht ist für Dezember 2020 vorgesehen.

2.1.3.2. DeFEM – Determinanten freiheitsentziehender Maßnahmen – eine prospektive Erhebung

Bei dieser Untersuchung werden Routinedaten und KIS-Daten von Patienten der vier Kölner psychiatrischen Kliniken und zwei weiterer Kliniken des LVR-Klinikverbundes prospektiv erfasst und analysiert. Ziel ist es, krankheitsbezogene, psychosoziale und institutionell-organisatorische Faktoren zu identifizieren, die mit unfreiwilligen Aufnahmen assoziiert sind, sowie Risikogruppen und -konstellationen für gezielte präventive Interventionen festzumachen. Es handelt sich um ein Nachfolgeprojekt nach einer abgeschlossenen retrospektiven Untersuchung (Abschnitt 2.1.1.3.) Aufbauend auf den Erfahrungen aus dem früheren Projekt wurden die Erhebungsinstrumente und -prozesse optimiert. Zum Berichtszeitpunkt gehen die Datenerhebungen in die Endphase und die ersten Auswertungen haben begonnen.

2.1.3.3. Retrospektive Analyse der Verschreibungspraxis der psychopharmakologischen Kombinationstherapie anhand der Patientendaten aus den Jahren 2012-2017 an den LVR-Kliniken

Das Projekt wird gemeinsam mit dem LVR-Klinikum Düsseldorf (Projektleiter: Priv.-Doz. Dr. med. J. Cordes) in Fortsetzung des abgeschlossenen Projektes zu Gender-spezifischen Analysen der Antidepressiva-Therapie (s. Abschnitt 2.1.1.4.) durchgeführt. Im Vordergrund stehen pharmakoepidemiologische Untersuchungen zur medikamentösen Therapie bei Schizophrenie und Depressionen. Im Berichtszeitraum wurde das Ethikvotum eingeholt, die Analysen beginnen im Frühjahr 2018 und die Projektlaufzeit wurde auf ein Jahr festgelegt. Hierbei wird die Forschungsdatenbank des Klinikverbundes eine wesentliche Rolle als Datenquelle spielen.

2.2. Projekte mit Drittmittelförderung

Über die vorgenannten Projekte hinaus führt das LVR-IVF Forschungsaufträge durch und es beteiligt sich mit Drittmittelanträgen an qualifizierten, kompetitiven Förderausschreibungen aus dem gesamten Themenschwerpunkt des Instituts. Die Höhe der eingeworbenen Mittel findet sich in Anhang 2.

2.2.1. Auswertung der Routinedaten der BAG-Psychiatrie (Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser)

Die BAG-Psychiatrie ist der Dachverband der psychiatrisch psychotherapeutisch-psychosomatischen Fachkrankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland. Sie sammelt Routineversorgungsdaten der ihr angehörigen psychiatrischen Einrichtungen. Die Auswertung dieser Daten erfolgte bis 2016 durch die LVR-Verbundzentrale. Ab dem Jahr 2016 wurde das LVR-IVF mit einer Neukonzeption und der Durchführung der jährlichen Analysen beauftragt. Die Arbeiten begannen im Frühjahr 2016 mit der Auswertung der Daten des Jahres 2015 (Bericht hierüber an die BAG-Psychiatrie im Herbst 2016) und wurden im Frühjahr 2017 für die Daten des Jahres 2016 fortgesetzt. Außerdem wurde im Jahre 2017 ein erster Entwurf für eine künftige Erweiterung der Berichterstattung erstellt und der BAG-Psychiatrie vorgelegt. Erste erweiterte Analysen wurden dem Auftraggeber im Jahre 2017 vorgelegt. Die Arbeiten werden durch die BAG-Psychiatrie finanziell unterstützt. Im Jahr 2018 wird der Fokus auf der Weiterentwicklung der Analysen in enger Abstimmung mit der LVR-Verbundzentrale liegen. Wissenschaftliche Publikationsmöglichkeiten werden ausgelotet.

2.2.2. eMEN: e-mental health innovation and transnational implementation platform North-West Europe

Der Projektbeginn für das unter niederländischer Konsortialführung entstandene multinationale Projekt zur Implementierung und Evaluation von eMental Health Diensten erfolgte bereits im Mai 2016, d.h. vor dem aktuellen Berichtszeitraum (Projektlaufzeit 05/2016 – 11/2019). Der Antrag war im Rahmen eines europäischen Programms zur regionalen Infrastrukturförderung in Nordwest-Europa erfolgt („InterReg North West Europe“). Das LVR-IVF übernimmt neben der Tätigkeit in den Work Packages zur Produktentwicklung und -Implementierung vor allem die Aufgaben der Entwicklung von Policy Recommendations als Work Package-Leader (Projektleitung: Prof. W. Gaebel). Diese Projektarbeit erfolgt in enger Zusammenarbeit mit der European Psychiatric Association. Im Vordergrund der Arbeiten standen zunächst die Entwicklung von Qualitätskriterien für eMental Health-Produkte sowie die Erstellung eines Konzeptes für die Erstellung eines internationalen Überblicks über den aktuellen Stand der Implementierung von eMental Health-Anwendungen, deren rechtliche Grundlagen sowie Barrieren und Förderfaktoren. Im Berichtszeitraum wurden die Beratungen zur fachlichen Auswahl geeigneter Internet-basierter Verfahren aufgenommen und eine Reihe von Produkten für Implementierungsuntersuchungen ausgewählt, die ab 2018 beginnen sollen. Für die Transnational Policy Solution wurde das evidenzbasierte Konzept erstellt und es erfolgten erste Erhebungen über den Ist-Stand. Im Mai 2017 wurden zwei Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen für dieses Projekt eingestellt. Zum 31. Dezember 2016 wurde ein erster Projekt-Zwischenbericht erstellt und es erfolgte eine erste Drittmittelabrechnung, zum 30. Juni 2017 folgten der Bericht und die Rechnungstellung über die zweite Förderperiode (Zeitraum 01.01.2017 - 30.06.2017). Die Projektmitarbeiterinnen und die Projektleitung beteiligten sich regelmäßig an den Treffen der Steuerungsgruppe sowie der Arbeitsgruppen in Amsterdam, Mechelen (Belgien), Paris, London, Dublin und Berlin. Ein erstes deutsches eMEN-Symposium fand im Oktober 2017 im Rahmen des Welt-Psychiatriekongresses in Berlin statt. In der Leitungsfunktion für das Work Package „Transnational Policy Solution“ fand am 27. September 2017 das erste internationale Arbeitsgruppentreffen in Düsseldorf (Haus der Universität) statt. Ein neuer Internet-Auftritt des Projekts wurde erstellt (http://www.klinikverbund.lvr.de/de/nav_main/beruns/lvr_institut_fuer_versorgungsforschung_1/emen/emen.html).

Das Projekt war mit einem Poster beim 2. Wissenschaftlichen Fortbildungstag des LVR-IVF (Köln, 29. September 2017) vertreten.

2.2.3. DAQUMECA: Development and implementation of quality indicators for mental healthcare in the Danube region

Vor dem aktuellen Berichtszeitraum wurde in Zusammenarbeit mit dem WHO Office Europe in Kopenhagen (M. Muijen bis 12/2016, seit 1/2017 D. Chisholm) sowie Kooperationspartnern in der Tschechischen Republik, Ungarn, Serbien und Bulgarien ein Antrag auf regionale EU-Struktur-Förderungsmittel zur Entwicklung und Implementierung von Qualitätsindikatoren für die Versorgung von psychisch Kranken in der Donauanrainerstaaten-Region beim Bundesministerium für Bildung und Forschung gestellt. Der Antrag war erfolgreich (Förderzeitraum: 01.04.2017 - 31.03.2019). Das LVR-IVF übernimmt hierbei die Projektsteuerung (Projektleitung: Prof. W. Gaebel). Zunächst erfolgte eine Befragung der teilnehmenden Ländervertreter zu relevanten Qualitätsdimensionen, diese wurden in einer Telefonkonferenz der Projektpartner am 17. Mai 2017 konsentiert. Zum 1. Juni 2017 wurde eine Wissenschaftliche Mitarbeiterin dem Projekt zugeordnet. Im weiteren Jahresverlauf wurden in Absprache mit den Kooperationspartnern sowie weiteren Experten der beteiligten Länder relevante Qualitätsdomänen identifiziert (Delphi-Verfahren). Diese wurden im Rahmen eines ersten persönlichen Netzwerktreffens vom 17.-19. September 2017 in Düsseldorf (Haus der Universität) beraten und es wurde ein Memorandum of Understanding von allen beteiligten Partnern unterzeichnet. Aus den Beratungen ergab sich Modifikationsbedarf und ein erster Entwurf für Indikatorenformulierungen, der nach einer noch in 2017 abgeschlossenen 2. Delphirunde bis Frühjahr 2018 in einem bereits geplanten 2. Projekttreffen in Budapest (Februar 2018) abschließend konsentiert wird. Im 2. Projektjahr, dessen Fördermittel nach einem zu Ende März 2018 fälligen Zwischenbericht freigegeben werden, sind ab April 2018 Probeerhebungen der konsentierten Qualitätsindikatoren in den beteiligten Partnerländern vorgesehen.

Das Projekt war mit einem Poster beim 2. Wissenschaftlichen Fortbildungstag des LVR-IVF (Köln, 29. September 2017) vertreten.

2.2.4. PsyKom: Psychosoziale Komplexbehandlung

Die LVR-Klinik Köln und das LVR-IVF stellten im Frühjahr 2017 erfolgreich einen Antrag bei der Bezirksregierung Köln in fachlicher Absprache mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines neuen, personenzentrierten, bedarfsorientierten, sektorenübergreifenden psychosozialen Komplexbetreuungsmodells für schwer psychisch Erkrankte an der LVR-Klinik Köln. In Anlehnung an bestehende Modelle der personenzentrierten Hilfe (Aktion Psychisch Kranke, 2006) wurde ein Modell einer intensiven ambulanten Behandlung und Betreuung entwickelt, das Elemente eines individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) berücksichtigt und gemeindepsychiatrische Verbundarbeit, die Verzahnung kurativer mit Teilhabeleistungen und Hilfen in Krisensituationen sowie aufsuchende Elemente umfasst. Das Modell wurde in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) der LVR-Klinik Köln in enger Verzahnung mit einer sozialpsychiatrisch orientierten Station einer Abteilung für Allgemeine Psychiatrie implementiert. Es wird eine individuelle Behandlungsdauer und -dichte ermittelt, die bedarfsorientiert interindividuell, aber auch im individuellen Zeitverlauf variabel gestaltet wird.

Das LVR-IVF führt die wissenschaftliche Begleitevaluation für dieses neue Versorgungsmodell durch,

hierfür wird eine Wissenschaftliche Mitarbeiterstelle am IVF für die Projektlaufzeit von 30 Monaten durch die Bezirksregierung Köln finanziert. Im Rahmen der Evaluation werden die Verläufe der Patienten analysiert und mit den Verläufen einer der Interventionsgruppe gematchten Kontrollgruppe aus der Klinik verglichen. Darüber hinaus übernimmt das Institut auch die Gesamtkoordination des Projekts für die LVR-Klinik Köln. Das Projekt läuft vom 1. Juli 2017 bis zum 31. Dezember 2019, die Patientenrekrutierung begann am 1. Oktober 2017.

2.2.5. I-REACH: Internet-based Refugee Mental Healthcare

Im Rahmen einer Ausschreibung des BMBF für die Verbesserung der Versorgung von Flüchtlingen beteiligte sich das Institut im Oktober 2017 an der Konsortial-Antragstellung I-REACH (Konsortialführung: Prof. C. Knaevelsrud, Berlin). Im Vordergrund stehen hier die Entwicklung und Implementierung von internetbasierten psychotherapeutischen Interventionen im Bereich der Angststörungen und der posttraumatischen Belastungsstörungen. Das LVR-IVF ist a) im Teilprojekt zur Entwicklung der Interventionen beratend beteiligt und ist b) Teilprojekt-Verantwortlicher für die Evaluation der klinischen Implementierungsphase, bei der die neue Intervention in den LVR-Kliniken Düsseldorf, Essen, Köln, Langenfeld und Viersen erprobt werden soll. Im April 2018 teilte der Projektträger mit, dass der Konsortialantrag zur Förderung empfohlen wurde und forderte die Verbundpartner zur Einreichung der detaillierten Formanträge auf. Die Projektarbeiten werden voraussichtlich zum 1. Februar 2019 beginnen.

2.3. Drittmittelanträge und weitere projektbezogene Planungen

Im Berichtszeitraum wurde ein Drittmittelantrag zur Implementierung und Evaluation eines innovativen psychosozialen Krisendienstes mit telemedizinischer Einbeziehung fachärztlicher Expertise vorbereitet. Der Förderantrag wurde im Februar 2018 im Rahmen der Förderung der Versorgungsforschung durch den **Innovationsfonds** als Konsortialantrag mit der LVR-Klinik Köln, dem Gesundheitsamt der Stadt Köln und dem Kölner Verein für Rehabilitation e.V. gestellt.

Nebem dem I-REACH Antrag (s. Abschnitt 2.2.5) beteiligte sich das Institut im Rahmen der Ausschreibung des **BMBF** für die Verbesserung der Versorgung von Flüchtlingen im Jahr 2017 auch an einer zweiten Konsortial-Antragstellung (SURVIVE: Konsortialführung: M. Schouler-Ocak, Berlin). Thema war hier die Untersuchung des Versorgungsbedarfs aufgrund von Suizidalität sowie die Einführung eines internetbasierten Expertensystems zur Suizidprophylaxe bei Flüchtlingen. Das Institut war an einem epidemiologischen Teilprojekt beteiligt. Dieser Projektantrag wird nach vorläufiger, telefonischer Mitteilung nicht zur Förderung angenommen.

Geplant sind weitere Drittmittelanträge im Themenbereich der somatischen Versorgung psychisch Erkrankter. Hier gab es im Berichtszeitraum Planungs- und Sondierungsgespräche mit möglichen Kooperationspartnern, einer Krankenkasse und Förderinstitutionen (LWL-Institut für Seelische Gesundheit, DFG-Nachwuchsakademie). Diese Aktivitäten werden fortgeführt. Für das Jahr 2018 konkretisieren sich in diesem Bereich zwei Antragsvorhaben.

Darüber hinaus gab es im Berichtszeitraum Planungs- und Sondierungsgespräche mit dem Fachbereich 84 des LVR-Klinikverbundes über mögliche Evaluationsprojekte in den Bereichen Behand-

lungsvereinbarungen, Adhärenzförderung und Peer Beratung. Hier zeichnet sich für das Jahr 2018 ein mögliches Projekt im Bereich der Evaluation verschiedener Angebote von Peer Beratung ab.

Schließlich berät das Institut forschungsaktive und -interessierte Gruppen und Kollegen aus den einzelnen LVR-Kliniken hinsichtlich der Implementierung und/oder Evaluation neuer Versorgungsangebote und/oder Modellprojekte. Dabei werden auch mögliche Kooperationen ausgelotet. Folgende Projekte wurden im Berichtszeitraum ausführlich beraten:

- **PiQ-ASS (Prävention im Quartier - Aufmerksam Sorge Stärken):** Projekt der Gerontopsychiatrischen Abteilung des LVR-Klinikums Düsseldorf, bei dem es um die Prävention von Aggression in der häuslichen Versorgung von Demenz-Erkrankten geht (Beratung durch das LVR-IVF hinsichtlich der Planung und Durchführung der Begleitevaluation)
- **DynaLIVE (Dynamische, Lebensnahe, Integrative Versorgung):** Sektorübergreifendes Versorgungsmodell der LVR-Klinik Bonn nach § 64b SGB V mit externer Evaluation. Das LVR-IVF überprüft gemeinsam mit den Projektverantwortlichen, inwiefern ergänzende Evaluationsfragen bearbeitet werden können.
- **Spezialprechstunde Kinderwunsch und psychische Erkrankung der LVR-Klinik Köln:** Das LVR-IVF hat die Verantwortlichen hinsichtlich des Evaluationskonzeptes beraten. Neben einer Zufriedenheitsbefragung soll eine Netzwerkanalyse durchgeführt werden. Darüber hinaus wurde das Konzept zur Entwicklung einer resilienzorientierten Gruppenpsychotherapie für Schwangere und Mütter mit psychischer Erkrankung beraten.

3. Gutachterliche Tätigkeiten und Aufträge

Im Berichtszeitraum beteiligte sich das Institut an der Konsentierung eines Entwurfs für ein Methodenpapier zur Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung. Das Institut wird als Mitzeichner des Methodenpapiers aufgeführt (Geraedts et al., Gesundheitswesen 2017; 79: e95-e124).

4. Planung und Durchführung wissenschaftlicher Veranstaltungen

Im Berichtszeitraum war das Institut in die Programmgestaltung, Organisation und Durchführung der folgenden wissenschaftlichen Veranstaltungen des LVR-Klinikverbunds eingebunden:

4.1. LVR-Symposium 2017 „Psychisch erkrankt heute“ (Köln, 2.-3. Februar 2017)

Das LVR-IVF war federführend für die wissenschaftliche Konzeption, die inhaltliche Ausgestaltung, die Referenten- und Moderatorenakquise, die Erstellung des Moderationsleitfadens, die Kommunikation mit den Referentinnen und Referenten sowie für die Evaluation verantwortlich.

4.2. Geburtstagssymposium Prof. Gaebel (Düsseldorf, 18.-19. Mai 2017)

Das LVR-Klinikum Düsseldorf veranstaltete dieses zweitägige wissenschaftliche Symposium. Das Institut war an der Konzeption und Programmgestaltung beteiligt.

4.3. Wissenschaftlicher Fortbildungstag des LVR-IVF (Köln, 29. September 2017)

Am 29. September 2017 hat das Institut seine Arbeit den interessierten Mitarbeitenden im Rahmen der 2. LVR-IVF-Fortbildungsveranstaltung in der LVR-Klinik Köln vorgestellt. Darüber hinaus haben wissenschaftlich aktive Mitarbeitende aus den LVR-Kliniken Projekte vorgestellt. Mit ca. 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmern war die Veranstaltung sehr gut besucht. Erstmals waren hierzu auch Poster-Beiträge zugelassen.

4.4. LVR-Fokustagung „Update Borderline-Persönlichkeitsstörung - Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik, Behandlung und psychosozialer Versorgung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung“ (Köln, 29. Januar 2018)

Das LVR-IVF war federführend für die wissenschaftliche Konzeption, die inhaltliche Ausgestaltung, die Referentenakquise, die Evaluation und den zusammenfassenden Bericht über die Beiträge der Fachtagung verantwortlich. Im Berichtszeitraum konnten die erforderlichen Vorbereitungsarbeiten abgeschlossen werden.

4.5. LVR-Symposium 2019 (Köln 31. Januar/1. Februar 2019)

Das LVR-IVF ist federführend für die wissenschaftliche Konzeption und die inhaltliche Ausgestaltung verantwortlich. Als Thema wurde „Psychiatrie als therapeutische Disziplin“ ausgewählt. Das wissenschaftliche Programm wurde bereits erstellt, gegenwärtig laufen die Referenteneinladungen.

5. Vorträge und andere Öffentlichkeitsarbeit

Das Institut hat im Berichtszeitraum in einer Reihe von Fachvorträgen über Themen der Versorgungsforschung berichtet (Anhang 3). Der Internet-Auftritt des Instituts wurde weiterentwickelt (www.ivf.lvr.de). Der Institutsflyer wurde im Frühjahr 2017 aktualisiert.

6. Wissenschaftliche Publikationen

Die Projekte des noch relativ jungen LVR-IVF kommen erst schrittweise in die Publikationsphase. Eine Übersicht der wissenschaftlichen Publikationen aus dem Berichtszeitraum findet sich in Anhang 4. Für die kommenden Jahre ist ein höherer Output an Publikationen zu erwarten.

7. Lehre

Im Berichtszeitraum fand 14-tägig dienstags (13-14:30 Uhr) ein Seminar zur psychiatrischen Versorgungsforschung statt. Im Rahmen der Vorlesungsreihe „Science Track“ der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf erfolgte einmal im Semester eine Einführungsvorlesung in die psychiatrische Versorgungsforschung durch das LVR-IVF.

8. Weitere Aktivitäten/Vernetzung

Das Institut ist im LVR-Klinikverbund verankert und in Schlüsselgremien wie dem ThinkTank und dem Lenkungsausschuss Qualitätsmanagement (LA-QM) vertreten. Regelmäßig wird das Institut in die Beratungen und Arbeitsgruppen zu Qualitätsthemen einbezogen, wie z. B. die Erfassung und Dokumentation von Zwangsmaßnahmen (Projekt „Codebook“). In regelmäßigen Jour Fixe-Besprechungen mit dem Fachbereich 84 des LVR-Klinikverbunds (zuständig für Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement) werden u. a. Benchmarking-Projekte und Berichte beraten.

Über den LVR-Klinikverbund hinaus ist das LVR-IVF regional und national vernetzt. Mit dem **LWL-Institut für Seelische Gesundheit** des Partnerverbundes LWL hat es im Berichtszeitraum zwei gegenseitige Besuche mit Arbeitstreffen über mögliche Kooperationen gegeben. Im laufenden Jahr 2018 soll dieser Kontakt weiterentwickelt werden. Im Bereich der somatischen Versorgung psychisch Kranker zeichnet sich eine Möglichkeit für ein erstes gemeinsames Vorhaben mit gemeinsamen Antrag auf Forschungsförderung ab. Mit der **DGPPN** und dem **Aktionsbündnis Seelische Gesundheit** in Berlin bestehen enge Arbeitsbeziehungen durch das eMEN Projekt, in dem beide genannten Organisationen Projektpartner sind. Über das Konsortialprojekt I-REACH entstehen Arbeitsbeziehungen mit Instituten für Klinische Psychologie in Berlin und Dresden sowie mit dem **Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (IGV) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf**.

Um die nationale Vernetzung des Instituts zu fördern, ist das Institut seit 2017 Mitglied des **Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF)** und beteiligt sich aktiv an der Entwicklung von Stellungnahmen und Positionspapieren. Das Institut ist Gründungsmitglied der im Herbst 2017 neugegründeten Fachgruppe „Seelische Gesundheit“ des DNVF.

Auch im internationalen Bereich ist das Institut durch die Projekte DAQUMECA und eMEN mit Projektpartnern in den Niederlanden, Frankreich, Belgien, Großbritannien, Irland, Serbien, der Tschechischen Republik, Bulgarien und Ungarn gut vernetzt, darüberhinaus mit der **European Psychiatric Association** und dem **WHO Office Europe**.

In den kommenden Jahren gilt es, diese Kooperationen durch Folgeprojekte fortzuführen.

9. Personal

Zu Beginn des Berichtszeitraums waren im LVR-IVF eine Referentin des Institutsdirektors sowie der Wissenschaftliche Koordinator jeweils in Vollzeit tätig, darüber hinaus zwei Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen in Teilzeitstellen. Eine der zwei Stellen wurde auf eine Vollzeitstelle aufgestockt.

Nachdem im Mai 2017 die befristete Beschäftigung der Referentin der Institutsdirektorin auslief, erfolgte eine personelle Umstrukturierung, indem diese Stelle in eine Wissenschaftliche Mitarbeiterinnenstelle umgewandelt wurde. Im Rahmen der Aufstockung des Stellenplans des Instituts wurden zwei zusätzliche Stellen geschaffen (eine Stelle für einen Wissenschaftlichen Mitarbeiter, eine Stelle für eine Verwaltungsfachkraft). Zum 1. Oktober 2017 wurde zunächst eine Wissenschaftliche Mitarbeiterstelle (0,75 VK) neu besetzt. Am 1. Januar 2018 wurden eine weitere Wissenschaftliche Mitarbeiterin (0,75 VK) und eine Verwaltungsfachkraft (1,0 VK) eingestellt. Die Ausschreibungs- und Bewerberauswahlverfahren hierzu wurden im September 2017 abgeschlossen.

Inhaltlich werden durch die Neueinstellung einer Verwaltungsfachkraft zum 1. Januar 2018 sowohl die Institutsdirektion als auch der Wissenschaftliche Koordinator von administrativen Aufgaben entlastet. Diese haben zuletzt bei reger Antragstellungstätigkeit und der erfolgreichen Projekteinwerbungen erheblich zugenommen. Die geplanten Neueinstellungen konnten bei guter Bewerberlage relativ rasch umgesetzt werden, sodass die fachliche Expertise im Institut dank der Einstellung von in der Versorgungsforschung und dem Projektmanagement langjährig erfahrenen Wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen auf eine breitere und damit belastungsfähigere Basis gestellt werden konnte.

Über Drittmittelfinanzierungen konnten weitere 2,0 VK für Wissenschaftliche Mitarbeitende eingeworben und im Frühjahr 2017 besetzt werden (Projekte DAQUMECA und eMEN). Außerdem wurde eine Wissenschaftliche Mitarbeiterstelle im Projekt eMEN aus Projektmitteln für ein Jahr vorübergehend von 0,5 VK auf 1,0 VK aufgestockt. Desweiteren wurde im Rahmen des Projekts PsyKom im Sommer 2017 eine weitere Wissenschaftliche Mitarbeiterstelle eingeworben, die ab März 2018 besetzt wird.

Eine Übersicht über die personelle Besetzung des Instituts findet sich in Tabelle 1.

Tabelle 1. Personaltabelle LVR-IVF, Stand 31. Dezember 2017*

Direktorin: Prof. Dr. med. E. Gouzoulis-Mayfrank, Köln

Stv. Direktorin: Prof. Dr. med. E. Meisenzahl-Lechner, Düsseldorf

Funktion	Name	Stellenanteil
Wissenschaftlicher Koordinator	Prof. Dr. med. Jürgen Zielasek (Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie)	1,0 VK
Wiss. Mitarbeiterin	Sandra Engemann (M.A. Sozialwissenschaften)	1,0 VK
Wiss. Mitarbeiterin	Dr. Isabelle Reinhardt (Dipl.-Psychologin)	0,75 VK
Wiss. Mitarbeiterin	Isabell Großimlinghaus (M.Sc. Public Health – Health Policy, Economics and Management)	0,5 VK
Wiss. Mitarbeiterin	Dr. Stefanie Gairing (Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie)	0,5 VK
Wiss. Mitarbeiterin	Nadine Trost (M.Sc. Health Education and Promotion)	0,5 VK (Drittmittelprojekt eMEN) **
Wiss. Mitarbeiterin	Sandra Diekmann (M.Sc. Healthcare Policy, Innovation and Management)	1,0 VK (Drittmittelprojekt eMEN)
Wiss. Mitarbeiterin	Dijana Naumoska*** (M.A. Health and Medical Management)	0,5 VK (Drittmittelprojekt DAQUMECA)

* Zum 1. Januar 2018 erfolgte die Neueinstellung einer Wissenschaftlichen Mitarbeiterin (Frau Dr. Sophie Groß, Dipl.-Soziologin, 0,75 VK) und einer Verwaltungsfachkraft (Frau Sonia Esser, B.Sc. Medizinökonomie, 1,0 VK). Zum 15. März 2018 erfolgte die Neueinstellung einer weiteren Wissenschaftlichen Mitarbeiterin über Drittmittel (Frau Josephine Heinz, M.Sc. Public Health, 1,0 VK, Drittmittelprojekt PsyKom).

** Aufgestockt auf 1,0 VK für den Zeitraum März 2018 - März 2019

*** Seit 1. April 2018 Frau Mona Rickert, M.A. Rehabilitationswissenschaften

10. Finanzen

Das LVR-IVF wird aus dem LVR-Klinikverbund finanziert. Eine ergänzende Finanzierung erfolgt durch eingeworbene Drittmittel (s. Anhang 2). Der Hauptanteil der Kosten sind Personalkosten.

11. Ausblick

Das LVR-Institut für Versorgungsforschung hat seine Tätigkeit im Jahr 2014 aufgenommen. Die Mission des LVR-IVF besteht:

1. in der wissenschaftlichen Begleitung der LVR-Kliniken auf dem Weg ihrer weiteren Modernisierung in Diagnostik, Behandlung und Versorgung unter Entwicklung und Evaluation neuer Versorgungsmodelle, und verbunden damit
2. in der weiteren Positionierung des LVR als hoch innovativer Träger des LVR-Klinikverbunds in der nationalen und internationalen Versorgungslandschaft.

Aufgrund einer positiven Evaluation der bisher geleisteten Arbeit durch die Verbundzentrale und den Wissenschaftlichen Beirat wurde nach einer Laufzeit von zwei Jahren beschlossen, das Institut ohne zeitliche Befristung fortzuführen und personell zu verstärken. Im Personalentwicklungsbereich steht für 2018 eine Konsolidierung an, wobei durch die abzusehenden neuen Drittmittelprojekte ein weiterer Anstieg der Mitarbeiterzahl ansteht. Das Institut gerät damit bereits an räumliche Grenzen.

Thematisch hat sich das Institut im Berichtszeitraum vermehrt im Bereich der Entwicklung und Evaluation von psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsmodellen positioniert. Zur fachlichen und methodischen Weiterentwicklung des Instituts sind gegenwärtig die folgenden neuen Themengebiete in Prüfung:

- Somatische Versorgung psychisch Kranker
- Versorgungsforschung in der Forensischen Psychiatrie
- Inklusion und Teilhabe
- Nutzung komplexer Modellierungsverfahren zur Evaluation von Versorgungsmodellen

Die Vernetzung sowie die „Sichtbarkeit“ des Instituts im Klinikverbund wurde durch das Projekt der LVR-QI-Implementierung wesentlich ausgebaut. Diese Entwicklung wird in den kommenden Jahren durch die fortlaufende Berichterstattung über die QI-Ergebnisse fortgesetzt. Verstärkt wird die LVR-interne Vernetzung mit dem Fachbereich 84 des Fachdezernats (bereits „institutionalisiert“ durch regelmäßige Arbeitstreffen) und mit dem Dezernat Soziales (Dezernat 7) betrieben werden. Im Rahmen des neuen Bundesteilhabegesetzes sowie des Landespsychiatrieplans NRW ergeben sich Perspektiven für neue Projekte und Evaluationsaufgaben; hierzu fanden erste Beratungen mit dem Dezernat 7 statt. Erste Projektideen an der Schnittstelle zwischen kurativer und rehabilitativer Versorgung sollen im Jahr 2018 in konkrete Forschungsvorhaben umgesetzt werden.

Es ist unverkennbar, dass es im LVR-Klinikverbund und im LVR noch weiteres Potenzial für Versorgungsforschungsprojekte gibt. Das Institut bietet hierzu mit dem jährlichen Fortbildungstag ein Forum der Vernetzung der an der Versorgungsforschung Interessierten sowohl innerhalb des LVR als

auch übergreifend in Nordrhein-Westfalen. Die Erfahrungen des Instituts in der nationalen und internationalen Drittmittel-Antragstellung sind zunehmend relevant für die Verbundkliniken und externe Partner. So konnten beispielsweise in das Projekt I-REACH fünf Verbundkliniken einbezogen werden. Das Institut wird zunehmend als kompetenter Partner in Fragen der Versorgungsforschung wahrgenommen. In diese Richtung soll das Institut in der Zukunft weiterentwickelt werden.

Die Angaben im Tätigkeitsbericht sowie in den folgenden Anlagen wurden zum Stichtag 30. April 2018 aktualisiert.



Prof. Dr. med. E. Gouzoulis-Mayfrank

Direktorin, LVR-Institut für Versorgungsforschung

Anhang 1.

Der Wissenschaftliche Beirat des LVR-Instituts für Versorgungsforschung

Vorsitz

Frau Martina Wenzel-Jankowski (LVR-Dezernentin, LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen)

LVR-externe Mitglieder

Prof. Dr. Ina Kopp (Institut für medizinisches Wissensmanagement, Marburg)

Prof. Dr. Holger Pfaff (Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft an der Universität Köln)

Prof. Dr. Hans Joachim Salize (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim)

LVR-interne Mitglieder

Prof. Dr. Markus Banger (LVR-Klinik Bonn)

Priv.-Doz. Dr. Peter Häussermann (LVR-Klinik Köln)

Prof. Dr. Johannes Hebebrandt (LVR Klinikum Essen)

Jochen Möller (LVR-Klinik Mönchengladbach)

Dr. Stephan Rinckens (LVR-Klinik Mönchengladbach)

Michael van Brederode (LVR-Klinik Düren, Stellv. Beiratsvors.)

Gäste

Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (LVR-IVF, Direktorin)

Univ.-Prof. Dr. med. Eva Meisenzahl-Lechner (LVR-IVF, stv. Direktorin)

Dr. Dieter Schartmann (LVR-Dezernat Soziales, Fachbereich Sozialhilfe II, FB 73)

Ute Steinhoff (LVR-Stabstelle Gleichstellung und Gender Mainstreaming)

Prof. Dr. Jürgen Zielasek (LVR-IVF, Wissenschaftlicher Koordinator)

Sonia Esser (LVR-IVF, Verwaltungsfachkraft)

Anhang 2.

Eingeworbene Drittmittel

Projekt	Förderer	Summe* [€]	Laufzeit	Projektende
DAQUMECA	BMBF	78.394	2 Jahre	März 2019
eMEN	EU Interreg NWE	557.075	3,5 Jahre	November 2019
PsyKom	MAGS	534.562	2,5 Jahre	Dezember 2019
I-REACH	BMBF	386.000 ** (voraussichtlich)	5 Jahre	2024
Analyse Routine- daten psychiatri- scher Kliniken	BAG	25.942	Jährlich	Laufend

* Bei Konsortialanträgen: Höhe der Förderung für LVR-IVF

** Im April 2018 teilte der Projektträger mit, dass die Projektskizze zur Förderung empfohlen wurde und forderte die Verbundpartner zur Einreichung der detaillierten Formanträge auf. Die genaue Förderhöhe ist zum Zeitpunkt der Berichterstattung noch nicht bekannt, leichte Verschiebungen gegenüber den beantragten Summen sind möglich.

Anhang 3.

Fachvorträge des LVR-IVF im Berichtszeitraum

Datum	Veranstaltung	Vortragstitel (Referent/Referentin)
12.12.2016	Informationsveranstaltung zu LVR-QI, Köln	Entwicklungsprozess und aktueller Stand der LVR-Qualitätsindikatoren (E. Gouzoulis-Mayfrank)
2.2.2017	LVR-Symposium 2017, Köln	Die PsychKG-Reform NRW (E. Gouzoulis-Mayfrank)
2.2.2017	LVR-Symposium 2017, Köln	Soziale Medien, internetbasierte Therapien und seelische Gesundheit: Aktuelle Entwicklungen (J. Zielasek)
13.3.2017	LVR-IVF Beiratssitzung, Köln	Das LVR-Institut für Versorgungsforschung – LVR-IVF (E. Gouzoulis-Mayfrank)
27.3.2017	Gesundheitsausschuss, Köln	Das LVR-Institut für Versorgungsforschung – LVR-IVF (E. Gouzoulis-Mayfrank)
6.4.2017	Science-Track-Woche, HHU Düsseldorf	Nutzung von Routinedaten in der psychiatrischen Versorgungsforschung (S. Engemann)
6.4.2017	Science-Track-Woche, HHU Düsseldorf	GANTT Chart und PERT Diagramm (J. Zielasek)
18.4.2017	Seminar Versorgungsforschung, Köln	Datenquellen in der Versorgungsforschung (S. Engemann)
24.4.2017	LWL Institut für Seelische Gesundheit, Bochum	Das LVR-Institut für Versorgungsforschung (E. Gouzoulis—Mayfrank)
13.6.2017	Seminar Versorgungsforschung, Köln	Propensity Score Matching (J. Zielasek)
27. 6.2017	3. Nationales Forum für Entgeltsysteme in Psychiatrie und Psychosomatik, Berlin	Qualitätsindikatoren (QI) in der Psychiatrie und das Beispiel der LVR-QI (E. Gouzoulis-Mayfrank)
13.9.2017	Multiplikatorenschulung CGI/GAF	„Aktueller Stand der LVR Qualitätsindikatoren und Zweck der Rater-Schulungen“ (S. Engemann)
29. 9.2017	2. Wiss. Fortbildungstag des LVR-IVF, Köln	Begrüßung - Jahresbericht und aktueller Stand des LVR-Instituts für Versorgungsforschung (E. Gouzoulis-Mayfrank)
29.9.2017	2. Wiss. Fortbildungstag des LVR-IVF, Köln	Entwicklung und Evaluation von neuen Versorgungsmodellen (S. Engemann)

Anhang 3 (Forts.).

Fachvorträge des LVR-IVF im Berichtszeitraum

Datum	Veranstaltung	Vortragstitel (Referent/Referentin)
29.9.2017	2. Wiss. Fortbildungstag des LVR-IVF, Köln	Konzepte zur Öffnung von geschlossenen Abteilungen (S. Gairing)
9.10.2017	DGPPN/WCP Kongress 2017, Berlin	Internet und soziale Medien - neue Möglichkeiten für die Versorgungsforschung bei psychischen Störungen? (J. Zielasek)
9.10.2017	DGPPN/WCP Kongress 2017, Berlin	Entwicklung und Implementierung von Qualitätsindikatoren für die Versorgung psychisch Erkrankter im Klinikverbund des Landschaftsverband Rheinland (E. Gouzoulis-Mayfrank)
9.10.2017	DGPPN/WCP Kongress 2017, Berlin	Determinanten unfreiwilliger psychiatrischer Aufnahmen – empirische Daten aus einer deutschen Großstadt (E. Gouzoulis-Mayfrank)
10.10.2017	DGPPN/WCP Kongress 2017, Berlin	Determinants of involuntary hospital spells (M. Schmitz-Buhl, K. Gairing, E. Gouzoulis-Mayfrank)
17.10.2017	Seminar Versorgungsforschung, IVF	Versorgungsforschung im Bereich eMental Health (J. Zielasek)
18.10.2017	Fachkonferenz KJPPP, Köln	LVR-QI in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (E. Gouzoulis-Mayfrank, J. Zielasek)
7.11.2017	Seminar Versorgungsforschung, IVF	Qualitätsentwicklung – zwischen Evidenzbasierung und Patientenorientierung (I. Großimlinghaus)
15.11.2017	Weiterbildungsveranstaltung, LVR-Klinikum Düsseldorf	Aktueller Stand der LVR Qualitätsindikatoren (J. Zielasek)
21.11.2017	Seminar Versorgungsforschung, IVF	Emergency Telepsychiatry (J. Zielasek)
23.11.2017	Verbundkonferenz, Brauweiler	Begleitung einer geschützten Station in der Allgemeinpsychiatrie zu einem fakultativ geschützten Setting (E. Gouzoulis-Mayfrank)

Anhang 4.

Wissenschaftliche Publikationen

1. Originalarbeiten

Großimlinghaus I, Chisholm D, Hristo H, Höschl C, K, Kapócs G, Kurimay T, Lecic-Tosevski D, Nakov V, Winkler P, Zielasek J, Gaebel W. Development of quality indicators for mental healthcare in the Danube region. 2018, submitted.

Schmitz-Buhl M, Gairing SK, Rietz C, Häussermann P, Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E. Determinants of involuntary psychiatric in-Patient treatment. 2018, submitted.

Schmidt-Kraepelin C, Horstkötter E, Zielasek J, Otten M, Cordes J. Antidepressive Kombinationsbehandlung bei Patienten mit schwerer depressiver Episode: Versorgungspraxis am Beispiel einer klinischen Stichprobe 2012. Psychiatr Prax. 2017; 44:274-278.

Schaffrath J, Schmitz-Buhl M, Gün AK, Gouzoulis-Mayfrank E. Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten am Beispiel eines großen psychiatrischen Versorgungskrankenhauses im Rheinland. Psychother Psychosom Med Psychol. 2017; 67:126-133.

Gouzoulis-Mayfrank E, Schmitz-Buhl M, Schaffrath J, Pollmächer T. Die aktuelle Situation der Versorgung von Flüchtlingen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland – Eine Bestandsaufnahme der BDK. Psychiatr Prax. 2017; 44:7-9.

Gouzoulis-Mayfrank E, Otten M. Das neue Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten in NRW. Rheinisches Ärzteblatt 2017; 3:18-19.

Gaebel W, Großimlinghaus I, Mucic D, Maercker A, Zielasek J, Kerst A. EPA guidance on eMental health interventions in the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD). Eur Psychiatry 2017; 41:140-152.

Gaebel W, Zielasek J, Kowitz S. Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung. Nervenarzt 2016; 87:1201-1210.

2. Übersichtsarbeiten

Großimlinghaus I. Debatte: Pro & Kontra: Pro - Qualitätsindikatoren sind sinnvoll und machbar. Psychiatr Prax 2018; 45: 62–63.

Pincus HA, Spaeth-Rublee B, Sara G, Goldner EM, Prince PN, Ramanuj P, Gaebel W, Zielasek J, Großimlinghaus I, Wrigley M, van Weeghel J, Smith M, Ruud T, Mitchell JR, Patton L. A review of mental health recovery programs in selected industrialized countries. Int J Ment Health Syst. 2016 Dec 1;10:73.

3. Bücher/Buchbeiträge

Großimlinghaus I, Janssen B, Gaebel W. Qualitäts- und Risikomanagement. In: Deister A et al. (Hrsg.) Krankenhausmanagement in Psychiatrie und Psychotherapie. Strategien, Konzepte und Methoden. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2017, S. 409-417.

4. Redaktionelle Beiträge, Kurzberichte und Editorials

LVR-IVF. Entwicklung, Implementierung und Evaluation neuer Versorgungsmodelle. In: LVR-Klinikverbund (Hg.). LVR-Psychiatrie-Report 2016. S. 18-19.

5. Posterpräsentationen

Baar I, Gairing S, Schmitz-Buhl M, Gouzoulis-Mayfrank E. Entwicklung des Kölner Fragebogens zu Einstellungen zu Zwangsmaßnahmen (KEZ). DGPPN/WCP Kongress, Berlin, 9.-12. Oktober 2017.

Engemann S, Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E. Etablierung einer Forschungsdatenbank im LVR-Klinikverbund (Landschaftsverband Rheinland). 16. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 4.-6. Oktober 2017, Berlin.

Großimlinghaus I, Gaebel W. Development of cross-national quality indicators in countries of the Danube region. 16. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. Berlin, 4.-6. Oktober 2017.

Diekmann S, Trost N, Zielasek J, Gaebel W. E-Mental-Health - Verbesserung der psychischen Gesundheit in Europa durch das Ausschöpfen technologischer Potentiale. 2. Fortbildungstag. LVR-Institut für Versorgungsforschung. Köln, 29. September 2017.

Großimlinghaus I, Engemann S, Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E. LVR-Qualitätsindikatoren – Entwicklung und Implementierung im LVR-Klinikverbund. 2. Fortbildungstag. LVR-Institut für Versorgungsforschung. Köln, 29. September 2017.

TOP 3.2 Weiterentwicklung des LVR-Instituts für Versorgungsforschung

Vorlage-Nr. 14/3008

öffentlich

Datum: 08.11.2018
Dienststelle: OE 7
Bearbeitung: Kubny (Dez. 7), Kitzig (Dez. 8)

Gesundheitsausschuss	23.11.2018	empfehlender Beschluss
Sozialausschuss	27.11.2018	empfehlender Beschluss
Ausschuss für den LVR- Verbund Heilpädagogischer Hilfen	03.12.2018	empfehlender Beschluss
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	12.12.2018	empfehlender Beschluss
Landschaftsausschuss	14.12.2018	Beschluss

Tagesordnungspunkt:

Erhöhung der Förderung von KoKoBe, SPZ und SPKoM

Beschlussvorschlag:

Die Erhöhung der Förderung der KoKoBe und SPZ sowie der SPKoM von jährlich 70.000,00 Euro auf 80.000,00 Euro pro Vollzeitstelle ab dem 01.01.2018 wird, wie in der Vorlage 14/3008 dargestellt, beschlossen.

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 2020. nein

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:	017/062	
Erträge:		Aufwendungen: 1.380.000 Euro
Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan		/Wirtschaftsplan
Einzahlungen:		Auszahlungen:
Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan		/Wirtschaftsplan
Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:		
Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:		1.380.000 Euro
Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten		ja

Zusammenfassung:

Am 08.10.2018 wurde durch die Landschaftsversammlung der Antrag-Nr. 14/208/1 CDU, SPD „Erhöhung der Förderung von Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangebote KoKoBe und SPZ“ einstimmig beschlossen, der eine Erhöhung der Förderung der Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen (KoKoBe) und Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) von derzeit 70.000,00 Euro auf 80.000,00 Euro pro Vollzeitkraft jährlich ab dem 01.01.2018 vorsieht. Der Antrag wird mit dieser Vorlage umgesetzt und erledigt.

Nachdem die Förderung der SPZ ab 1987 und der KoKoBe ab 2004 zunächst 63.000,00 Euro jährlich pro Vollzeitstelle umfasste, wurde sie durch Beschluss des Landschaftsausschusses im Jahr 2009 auf 70.000,00 Euro erhöht. Seitdem wurde die Förderhöhe nicht wieder angehoben, so dass Ausgabensteigerungen durch die Träger der KoKoBe und SPZ durch die Förderung nicht refinanziert werden konnten.

Seit 1998 fördert der Landschaftsverband Rheinland zudem Maßnahmen zur Weiterentwicklung migrantenspezifischer Hilfsangebote. Dieser Ansatz wurde bis heute systematisch weiterentwickelt und ausgebaut. Seit 2017 gibt es sieben Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration (SPKoM) im Rheinland, die ebenfalls jeweils jährlich mit 70.000,00 Euro pro Vollzeitkraft gefördert werden. Die Anhebung dieser Förderung parallel zu der KoKoBe- und SPZ-Förderung ist im Sinne einer konsequenten Entwicklung der Unterstützungs- und Beratungsstrukturen für Menschen mit einem Migrationshintergrund, die eine psychische Erkrankung und/oder Behinderung haben, folgerichtig.

Durch die Erhöhung der KoKoBe-, SPZ- sowie der SPKoM-Förderung wird der Haushalt des Landschaftsverbandes Rheinland ab dem Jahr 2018 im Umfang von insgesamt maximal 1.380.000,00 Euro pro Jahr mehr belastet.

Eine jährliche Förderung durch die Sozial- und Kulturstiftung wird für alle drei Beratungsangebote regelmäßig beantragt und führt, abhängig von der bewilligten Fördersumme, zu einer Senkung der oben genannten Haushaltsbelastung. Für das Jahr 2018 beträgt die bewilligte Förderung durch die Sozial- und Kulturstiftung 2.199.950,00 Euro und somit knapp 20 % der Gesamtfördersumme von 11.040.000,00 Euro für die KoKoBe, SPZ und SPKoM.

Die Vorlage berührt insbesondere die Zielrichtung der Nummern Z 1, Z 2 und Z 4 des LVR Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.

Begründung der Vorlage Nr. 14/3008:

Erhöhung der Förderung von KoKoBe, SPZ und SPKoM

Am 08.10.2018 wurde durch die Landschaftsversammlung der Antrag-Nr. 14/208/1 CDU, SPD „Erhöhung der Förderung von KoKoBe und SPZ“ einstimmig beschlossen. Dieser wird durch die Verwaltung rückwirkend zum 01.01.2018 umgesetzt. Im Folgenden werden die Geschichte und Entwicklung der Förderung der KoKoBe und SPZ dargestellt und die Auswirkungen auf die Haushalte der beiden Dezernate aufgezeigt.

1. Entwicklung der KoKoBe-Förderung

Mit der „Ausführungsverordnung zum Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) des Landes Nordrhein-Westfalen vom 16.12.2004“ wurde der Landschaftsverband Rheinland als überörtlicher Träger der Sozialhilfe für alle ambulanten Leistungen der Eingliederungshilfe für volljährige behinderte Menschen, die geleistet werden, um ihnen ein selbstständiges Wohnen zu ermöglichen, zuständig.

Mit Beschluss der Vorlage Nr. 11/619 LA durch den Landschaftsausschuss am 17.10.2003 wurde das Dezernat Soziales damit beauftragt, ein rheinlandweites Netz von Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen (KoKoBe) aufzubauen. Ziel der Beratung durch die KoKoBe ist bis heute, mehr Menschen mit einer geistigen Behinderung ein selbstständiges Wohnen in der eigenen Wohnung zu ermöglichen. Die Tätigkeit der KoKoBe wurde entsprechend der Ausführungsverordnung zum SGB XII in Nordrhein-Westfalen zu 80% als eine Pflichtleistung in Zuständigkeit des überörtlichen Sozialhilfeträgers angelegt. In einem Umfang von 20% der Gesamtförderung erhielten die KoKoBe den Auftrag, zudem auch Menschen zu beraten, die (noch) keine Leistungen der Eingliederungshilfe zum Wohnen erhalten und darüber hinaus weitere Angebote (z.B. Freizeitangebote, Kontaktmöglichkeiten) für die Zielgruppe erreichbar zu machen. Ab dem 01.10.2004 wurden die ersten Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangebote für Menschen mit geistiger Behinderung (KoKoBe) durch den Landschaftsverband Rheinland, Dezernat Soziales, gefördert. Gemäß den vom Landschaftsausschuss am 17.10.2003 (Vorlage Nr. 11/619 LA) beschlossenen Fördergrundsätzen wurde das Angebot der KoKoBe soweit ausgebaut, dass im gesamten Rheinland in einem definierten Versorgungsgebiet von 150.000 Einwohnerinnen/Einwohner eine Vollzeitstelle vorgehalten werden kann.

Bereits 2005 war der Aufbau der KoKoBe abgeschlossen und seitdem steht ein flächendeckendes KoKoBe-Angebot mit insgesamt 64 Vollzeitstellen Menschen mit einer geistigen und körperlichen Behinderung im Rheinland zur Verfügung.

Die Förderung der KoKoBe belief sich bei ihrem Start im Jahr 2004 auf einen Betrag von jährlich 63.000,00 Euro pro Vollzeitstelle. Die Fördermittel für die KoKoBe wurden von Beginn an zu mindestens 80% aus dem Haushalt des Dezernates Soziales als ein Teil der Eingliederungshilfe bestritten.

Im Jahr 2005 wurde erstmals durch das Dezernat Soziales ein Antrag bei der „Stiftung zur Förderung sozialer und kultureller Zwecke im Verwaltungsgebiet des Landschaftsverbandes Rheinland“, kurz Sozial- und Kulturstiftung des LVR, gestellt zur Finanzierung der Aufgaben im Umfang von 20%, die nicht zu den Pflichtaufgaben des Eingliederungshilfeträgers gehören. Durch die Stiftung wurden für das Jahr 2005 Fördermittel in Höhe von 806.400,00 Euro bewilligt. Damit wurden 20% der KoKoBe-

Förderung, die zu diesem Zeitpunkt ein Gesamtvolumen in Höhe von 4.032.000,00 Euro hatte, durch die Sozial- und Kulturstiftung des LVR finanziert.

Auf dieser Basis wurden in den Jahren bis 2009 Mittel für die KoKoBe bei der Sozial- und Kulturstiftung des LVR durch das Dezernat Soziales beantragt und durch die Stiftung bewilligt.

Am 29.05.2009 wurde mit Beschluss des Landschaftsausschusses gemäß der Ergänzungsvorlage Nr. 12/4073/1 der Förderbetrag für die KoKoBe pro Vollzeitstelle und Jahr auf 70.000,00 Euro angehoben. Diese Förderhöhe wurde bis zum aktuellen Beschluss durch die Landschaftsversammlung nicht weiter erhöht.

Seit 2010 wurde der Antrag des Dezernates Soziales bei der Sozial- und Kulturstiftung des LVR auf den Förderbetrag auf 896.000,00 Euro pro Jahr erhöht und damit der jährlichen Förderung von 70.000,00 Euro pro Vollzeitstelle angepasst.

Vor dem Hintergrund der anhaltenden Niedrigzinsphase auf dem Kapitalmarkt und den dadurch bedingten erheblich geringeren Kapitalerträgen der Stiftung ist die Förderung, die das Dezernat Soziales für die KoKoBe durch die Sozial- und Kulturstiftung des LVR erhält, jedoch bereits seit 2008 kontinuierlich von zunächst 17,3% auf mittlerweile knapp 15% der jährlichen Gesamtförderhöhe der KoKoBe gesunken. Es ist davon auszugehen, dass dieser Trend sich angesichts der stabil niedrigen Zinsen auf dem Kapitalmarkt weiter fortsetzt.

Seit dem Jahr 2015 wurden die KoKoBe durch die Sozial- und Kulturstiftung des LVR jährlich im Umfang von 668.854,00 Euro gefördert.

Durch die Anhebung der KoKoBe-Förderung pro Vollzeitstelle auf 80.000,00 Euro ab dem 01.01.2018 steigert sich das Fördervolumen für die KoKoBe auf den jährlichen Gesamtbetrag von 5.120.000,00 Euro. Hierdurch entsteht ein Mehraufwand in Höhe von 640.000,00 Euro (64 Stellen x 10.000,00 Euro) pro Jahr.

Für das Jahr 2018 ist das Antragsverfahren bei der Sozial- und Kulturstiftung des LVR bereits abgeschlossen. Die KoKoBe erhalten 2018 eine Förderung in Höhe von 668.854,00 Euro durch die Stiftung. Dies entspricht rund 13,00 % des Gesamtförderbetrages für die KoKoBe in Höhe von 5.120.000,00 Euro im Jahr 2018.

Der Förderantrag für das Jahr 2019 wurde durch das Dezernat Soziales bei der Sozial- und Kulturstiftung des LVR bereits fristgerecht gestellt.

Die erhöhte Förderung von jährlich 80.000,00 Euro kann somit erstmalig für das Jahr 2020 bei der Antragstellung berücksichtigt werden. Ob und in welchem Umfang die Sozial- und Kulturstiftung des LVR ihre Förderung der KoKoBe ab 2020 erhöhen wird, ist derzeit nicht abzusehen.

2. Entwicklung der SPZ-Förderung

Seit 1987 fördert der Landschaftsverband Rheinland (Dezernat 8) auf Grundlage des Beschlusses des Landschaftsausschusses vom 11.06.1987 (Vorlage 8/440 LA) Sozialpsychiatrische Zentren (SPZ) im Rheinland zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung.

Die Förderung umfasst gemäß den gültigen Förderrichtlinien ein nach der Einwohnerzahl bemessenes Versorgungsgebiet pro SPZ. Zielsetzung war es, ein flächendeckendes Netz von SPZ im Rheinland aufzubauen und zu erhalten.

Aufgabe der SPZ ist die Bündelung von wohnortnahen ambulanten und teilstationären Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen in kleinräumigen, überschaubaren Regionen. Fördergegenstand ist je nach Größe der Versorgungsregion eine oder eine halbe Vollzeitstelle.

Mit Vorlage Nr. 11/734 wurde durch den Landschaftsausschuss am 17.07.2004 eine Erhöhung der Förderung von 48.573,00 Euro auf einen Höchstbetrag von 63.000,00 Euro für eine Vollzeitstelle, analog der Anpassung der Förderung der KoKoBe (Vorlage Nr. 11/619), beschlossen.

Im Jahr 2009 beschloss der Landschaftsausschuss gemäß Ergänzungsvorlage Nr. 12/4073/1 am 29.05.2009 die finanzielle Förderung für die SPZ ab dem 01.01.2009 rückwirkend auf 70.000 Euro pro Vollzeitstelle zu erhöhen. Hiermit verbunden war die Aufforderung Zielvereinbarungen mit den Trägern der SPZ zur Optimierung der Qualität abzuschließen.

Durch die Anhebung der SPZ-Förderung gemäß Antrag Nr. 14/208/1 ab dem 01.01.2018 auf 80.000,00 Euro pro Vollzeitstelle, beläuft sich das künftige Fördervolumen auf einen Jahresgesamtbetrag von 5.360.000,00 Euro. Durch diese Erhöhung entsteht folglich ein jährlicher Mehraufwand in Höhe von 670.000,00 Euro für die 67 geförderten Vollzeitstellen (67 x 10.000,00 Euro).

Für das Jahr 2018 ist das Antragsverfahren bei der Sozial- und Kulturstiftung des LVR bereits abgeschlossen. Die SPZ erhalten gemäß dem Zuwendungsbescheid vom 19.04.2018 eine Förderung in Höhe von 1.492.979,00 Euro durch die Stiftung für das Antragsjahr 2018. Diese Förderung entspricht ca. 31,8% des Gesamtfördervolumens der SPZ in 2017.

Für das Jahr 2019 wurde der Förderantrag am 13.09.2018 durch das Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen bei der Sozial- und Kulturstiftung des LVR bereits fristgerecht gestellt.

Die erhöhte Förderung von jährlich 80.000,00 Euro pro SPZ-Vollzeitstelle kann folglich lediglich ab dem Jahr 2020 bei der Antragstellung berücksichtigt werden. Ob und in welcher Höhe die Sozial- und Kulturstiftung des LVR die SPZ ab 2020 mit einer Erhöhung der Förderung bedenken kann, ist derzeit auch hier noch nicht abzuschätzen.

3. Entwicklung der SPKoM-Förderung

Der LVR fördert seit 1998 Maßnahmen zur Weiterentwicklung migrantenspezifischer Hilfsangebote im System der gemeindenahen Versorgung in Köln und Duisburg.

Auf Grundlage des Antrages Nr. 12/16 SPD, Grüne, FDP vom 24.02.2005 beschloss der Landschaftsausschuss am 11.03.2005 den Haushaltsansatz „Psychiatrische Versorgung von Migrantinnen und Migranten“ von 51.000,00 Euro auf 75.000,00 Euro anzuheben. In seiner Sitzung am 29.03.2006 hat der Landschaftsausschuss beschlossen, zusätzliche Mittel in Höhe von 50.000,00 Euro zur Förderung (Antrag Nr. 12/111 SPD, Grüne, FDP) eines dritten SPKoM im Rheinland zur Verfügung zu stellen. Um diesem Ziel gerecht zu werden, wurde ein Trägerverbund der Sozialpsychiatrischen Zentren der Städte Solingen, Wuppertal, Remscheid und Kreis Mettmann geschlossen. Die Förderung begann am 01.10.2006.

Am 10.03.2008 beschloss die Landschaftsversammlung (Antrag Nr. 12/250 SPD, Grüne, FDP) Haushaltsmittel in Höhe von weiteren 63.000 € für ein viertes SPKoM für die Region Westliches Rheinland bereit zu stellen. Des Weiteren wurde mit Beschluss der Landschaftsversammlung vom 27.03.2009 (Antrag Nr. 12/386 SPD, Grüne, FDP) ein fünftes SPKoM für die Versorgung der Region des Südlichen Rheinlands ab dem 1.1.2009 etabliert. Analog zur Erhöhung der KoKoBe und SPZ Förderung erhöhte sich auch der vereinbarte Förderbetrag je SPKoM auf 70.000,00 Euro.

Im Jahr 2015 wurde die Verwaltung aufgrund des Beschlusses der Landschaftsversammlung vom 28.04.2015 (Antrag 14/86 Grüne) beauftragt, zu prüfen, wie eine flächendeckende Versorgung des Rheinlandes durch einen Neuzuschnitt der

bestehenden Versorgungsregionen sowie durch die Einrichtung von zwei weiteren SPKoM sichergestellt werden kann.

Dies konnte mit der Einrichtung eines SPKoM für die Region Mülheim, Essen Oberhausen (SPKoM MEO-Region) und eines SPKoM für die Region Düsseldorf, Rhein-Kreis Neuss, Mönchengladbach, Kreis Viersen und Kreis Heinsberg (SPKoM Mittleres Rheinland) sowie die Verteilung des Oberbergischen Kreises und des Rheinisch Bergischen Kreises auf die SPKoM Bergisches Land und Südliches Rheinland erreicht werden ((Vorlage Nr. 14/649). Durch die Anhebung der SPZ-Förderung ab dem 01.01.2018 sollte konkludent auch die Förderung der SPKoM auf 80.000,00 Euro pro Vollzeitstelle angehoben werden. Folglich beläuft sich das künftige Fördervolumen auf einen Jahresgesamtbetrag von 560.000,00 Euro für die sieben SPKoM. Durch diese Erhöhung entsteht ein jährlicher Mehraufwand in Höhe von 70.000,00 Euro für die geförderten Vollzeitstellen (7 x 10.000,00 Euro). Die SPKoM erhielten 2017 und 2018 eine Förderung in Höhe von 38.167,00 Euro durch die Stiftung, die in 2019 ohne weitere Antragstellung fortgesetzt wird. Diese Förderung entspricht ca. 6,8% des Gesamtfördervolumens der SPKoM Kosten.

Eine Antragstellung für die jährliche Förderung ist hier nur in einem zweijährigen Rhythmus erforderlich. Demnach ist für das Jahr 2019 eine erneute Antragsstellung bei der Sozial- und Kulturstiftung des LVR gemäß Ziffer V. des Schreibens vom 07.04.2018 nicht von Nöten, da über die erneute Auszahlung der Fördermittel erst im kommenden Frühjahr entschieden werden soll.

Die erhöhte Förderung von jährlich 80.000,00 Euro pro Vollzeitstelle könnte somit erst für das Jahr 2020 von der Sozial- und Kulturstiftung des LVR bei ihren Beratungen berücksichtigt werden. Ob und in welcher Höhe die Sozial- und Kulturstiftung des LVR die SPKoM mit einer Erhöhung der Förderung bedenken kann, ist derzeit auch hier noch nicht abzuschätzen.

4. Auswirkungen auf den Haushalt ab 2018

Durch die Erhöhung der KoKoBe-, SPZ- sowie der SPKoM-Förderung wird der Haushalt des Landschaftsverbandes Rheinland ab dem Jahr 2018 im Umfang von insgesamt maximal 1.380.000,00 Euro pro Jahr mehr belastet. Eine jährliche Förderung durch die Sozial- und Kulturstiftung wird für alle drei Beratungsangebote beantragt und führt, abhängig von der bewilligten Fördersumme, zu einer Senkung der oben genannten Haushaltsbelastung.

5. Beschlussvorschlag

Die Erhöhung der Förderung der KoKoBe und SPZ sowie für die SPKoM von jährlich 70.000,00 Euro auf 80.000,00 Euro pro Vollzeitstelle ab dem 01.01.2018 wird beschlossen.

In Vertretung

LEWANDROWSKI

In Vertretung

WENZEL – JANKOWSKI

Vorlage-Nr. 14/3009

öffentlich

Datum: 26.10.2018
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Herr Gierling

Krankenhausausschuss 2	20.11.2018	empfehlender Beschluss
Gesundheitsausschuss	23.11.2018	Beschluss

Tagesordnungspunkt:

Atrium; ein Modellprojekt zur Weiterentwicklung migrationsspezifischer psychiatrischer Versorgung in Düsseldorf

Beschlussvorschlag:

Das Projekt "Atrium" der Stadt Düsseldorf wird entsprechend der Vorlage Nr. 14/3009 über einen Zeitraum von 3 Jahren laut Antrag der Stadt Düsseldorf aus den bereits bereitgestellten Haushaltsmitteln gemäß Haushaltsbegleitbeschluss 2017/2018 gefördert.

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 2020. ja

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

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

In Vertretung

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

Zusammenfassung:

Die politische Vertretung des LVR hat in ihrem Begleitbeschluss zum Doppelhaushalt 2017/2018 festgestellt, dass in den LVR-Kliniken eine hohe Zahl geflüchteter und zugewanderter Menschen wegen einer psychischen Erkrankung behandelt wird. Vielfach erfolgt die psychiatrische Behandlung mit Hilfe qualifizierter Sprach- und Integrationsmittler (SIM), deren Einsatz bereits seit 2013 durch den LVR gefördert wird.

Zielgruppe für den Einsatz von SIM in den SPZ sind Menschen mit Zuwanderungs- und insbesondere Fluchtgeschichte, die unter einer psychischen Störung leiden und begleitender psychosozialer Hilfen während bzw. nach einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung oder beim Zugang in die medizinisch-psychiatrische Regelversorgung bedürfen.

Die bisherigen Erfahrungen in den SPZ/SPKoM haben gezeigt, dass psychisch erkrankte Menschen mit Zuwanderungs- und vor allem Fluchtgeschichte nur schwer den Weg in ein SPZ finden.

Mit Schreiben vom 30.08.2018 hat die Stadt Düsseldorf, hier: das Gesundheitsamt, einen Antrag beim LVR auf „Förderung einer Vollzeitstelle für das Projekt Atrium – Kontakt- und Beratungsstelle zur niedrigschwelligen Unterstützung von psychisch belasteten Flüchtlingen und Menschen mit Migrationshintergrund in Düsseldorf“ gestellt. Mit diesem Ansatz trifft der vorliegende Antrag nach Einschätzung der Verwaltung durchaus die Zielsetzungen des Haushaltbegleitbeschlusses 2017/2018.

Im Jahr 2018 liegen die Ausgaben für SIM bis dato bei ca. 36.000 Euro; nach Berücksichtigung bereits angemeldeter Ausgaben werden zum Ende des Jahres 2018 hochgerechnet ca. 70.000 € ausgezahlt werden. Es ist also in 2018 sowie voraussichtlich in den Folgejahren nicht zu erwarten, dass die bereitgestellten Haushaltsmittel durch die Refinanzierung von SIM voll umfänglich ausgeschöpft werden.

Die Verwaltung schlägt daher vorher, die beantragte Vollzeitstelle aus den bereits bereitgestellten Mitteln des Haushaltbegleitbeschlusses 2017/2018 wie nachfolgend dargestellt unterstützend zu finanzieren:

- Zuschuss zur Finanzierung einer Vollzeitstelle für das Projekt Atrium aus den bereitgestellten SIM Fördermitteln über einen Projektzeitraum von drei Jahren (2019-2021)
- Kosten pro Jahr 55.000 Euro aus den Mitteln der PG 062

Begründung der Vorlage Nr. 14/3009:

Inhalt

1	Ausgangslage	3
2	Projektbeschreibung	4
3	Aufgaben und Ziele der Stelle	5
4	Bewertung.....	6
5	Vorschlag zur Finanzierung	7

1 Ausgangslage

Die politische Vertretung des LVR hat in ihrem Begleitbeschluss zum Doppelhaushalt 2017/2018 festgestellt, dass in den LVR-Kliniken eine hohe Zahl geflüchteter und zugewanderter Menschen wegen einer psychischen Erkrankung behandelt wird. Vielfach erfolgt die psychiatrische Behandlung mit Hilfe qualifizierter Sprach- und Integrationsmittler (SIM), deren Einsatz bereits seit 2013 durch den LVR gefördert wird.

Innerhalb der Nachsorge bedarf diese Patientengruppe ebenfalls weiterhin einer intensiven Beratung. Die hierbei regelhaft auftretenden sprachlichen und soziokulturellen Barrieren könnten durch die Hinzuziehung von SIM deutlich reduziert werden.

Zielgruppe für den Einsatz von SIM in den SPZ sind Menschen mit Zuwanderungs- und insbesondere Fluchtgeschichte, die unter einer psychischen Störung leiden und begleitender psychosozialer Hilfen während bzw. nach einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung oder beim Zugang in die medizinisch-psychiatrische Regelversorgung bedürfen.

Die bisherigen Erfahrungen in den SPZ/SPKoM haben gezeigt, dass psychisch erkrankte Menschen mit Zuwanderungs- und vor allem Fluchtgeschichte nur schwer den Weg in ein SPZ finden. Akteur/innen der Integrations- bzw. Migrationsarbeit, d. h. Mitarbeitende von Beratungsstellen, Sprachschulen, Jobcenter wie auch Schulen und Kitas treffen frühzeitig auf psychisch belastete Flüchtlinge bzw. Migrant/innen, jedoch erfolgte die Weiterleitung der betroffenen Menschen in das gemeindepsychiatrische System zu Förderbeginn 2017 offenbar eher in Ausnahmefällen, so dass im Zuge der Umsetzung der LVR-Förderung eine Verbesserung der Kooperation mit den Trägern gemeindepsychiatrischer Arbeit an dieser Stelle geboten erschien.

Insofern konzentrierten sich die Aktivitäten im ersten Halbjahr 2017 überwiegend aus Maßnahmen der Information, Bewusstseinsbildung, Schulungen zum SIM-Einsatz und Vernetzung durch die SPKoM in Zusammenarbeit mit den SPZ.

Darüber hinaus hat die Verwaltung auf Anfrage aus einigen Gebietskörperschaften die Förderung von SIM-Einsätzen für die regionalen Suchtberatungsstellen eröffnet, da Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen kaum in den SPZ betreut werden und eher die Angebote der regionalen Suchtberatungsstellen aufsuchen. Mit dieser Öffnung sollte der Ausschluss einer ganzen Klientengruppe, der Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, aus der Förderung verhindert werden. Die Suchtberatungsstellen melden ihre Bedarfe über die SPZ an, die wiederum mit der Verwaltung die so gebündelten Einsätze abrechnen.

Im Ergebnis kann berichtet werden, dass nicht nur die Kooperation und Vernetzung der SPZ mit den regionalen Suchtberatungsstellen intensiviert worden sind bzw. werden, sondern auch die vorbereitenden Maßnahmen im Jahr 2018 zu einer im Vergleich zum Vorjahr deutlichen Steigerung der Inanspruchnahme von SIM in der Betreuung von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund durch die SPZ, SPKoM und Suchtberatungsstellen geführt hat.

Dennoch ist auch in 2018 nicht zu erwarten, dass die bereitgestellten Haushaltsmittel durch die Refinanzierung von SIM voll ausgeschöpft werden.

Mit Schreiben vom 30.08.2018 hat die Stadt Düsseldorf einen Antrag auf Förderung eines Modellprojektes „Atrium“, welches eine träger- und leistungsübergreifende Kontakt- und Beratungsstelle zur niedrigschwelligen Unterstützung von psychisch belasteten Flüchtlingen und Menschen mit Migrationshintergrund am Düsseldorfer Hauptbahnhof aufbauen möchte, gestellt (**Anlage 1**).

Da dieses Modellprojekt ganz im Sinne der übergreifenden versorgungspolitischen Zielsetzung der politischen Vertretung des LVR, nämlich der Verbesserung der ambulanten gemeindepsychiatrischen Versorgung von psychisch erkrankten Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund zu liegen schien, hat die Verwaltung eine fachliche Prüfung der Fördermöglichkeiten im Rahmen der SIM-Förderung gemäß Haushaltsbegleitbeschluss 2017/2018 vorgenommen.

2 Projektbeschreibung

Das Atriumprojekt (**Anlage 2**) als Kontakt- und Beratungsstelle speziell zur niedrigschwelligen Unterstützung von psychisch belasteten Flüchtlingen und Menschen mit Migrationshintergrund in Düsseldorf versteht sich als Verbund aus verschiedenen Akteuren der Bereiche Psychiatrie, Kultur und Migration/ Integration.

Es stellt ein niederschwelliges und interdisziplinäres Angebot dar, das die Menschen in der Bewältigung ihres Alltags unterstützen und ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft fördern soll. Teilnahmemöglichkeiten für interessierte Bürgerinnen und Bürger sollen dieses Ansinnen unterstützen. Das Projekt richtet sich an psychisch erkrankte Flüchtlinge, Migrantinnen und Migranten mit unterschiedlichem Rechts- und Aufnahmestatus.

In Kooperation mit dem Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration (SPKoM), den Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) und weiteren Institutionen in Düsseldorf, soll ein differenziertes und niederschwelliges Angebot für den o.g. Personenkreis entstehen, das die Barrieren für die Inanspruchnahme etwaiger Hilfen der psychiatrischen Versorgung abbaut. Diese Zielrichtung deckt sich mit dem Aufgabenbereich der vier SPZ und des SPKoM in Düsseldorf, welcher im Zuge der zunehmenden multikulturellen Diversität der Hilfesuchenden laufend ertüchtigt werden muss.

Das Projekt bietet die Möglichkeit, unter einem Dach vielfältige Angebote u. a. der SPZ, des SPKoM in Düsseldorf, des Gesundheitsamtes Düsseldorf sowie verschiedener (ehrenamtlich) Tätiger in der Flüchtlingshilfe zu bündeln. Die Angebote werden auf die spezifischen sprachlichen und soziokulturellen Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmt, so dass das Atriumprojekt einen barrierearmen „transkulturellen Empfangs- bzw. Übergangsraum“ bilden kann.

Das Projekt soll in die ambulante und stationäre psychiatrische Versorgung eingebunden werden.

Netzwerkstrukturen des Projekts sind:

- kommunale behördliche Strukturen und Ämter: Amt für Migration und Integration, Kulturamt, Volkshochschule, Gesundheitsamt, LVR
- ambulante Versorgungsstrukturen in psychologischen, therapeutischen, pädagogischen, psychosomatischen, psychiatrischen, ärztlichen und aufenthaltsrechtlichen Bereichen
- Beteiligte aus der Quartiersarbeit in den jeweiligen Stadtteilen
- Psychiatrische Kliniken (LVR-Klinikum Düsseldorf)

Träger des Projektes ist die Landeshauptstadt Düsseldorf mit dem

- Amt für Migration und Integration
- Gesundheitsamt
- Kulturamt

In Kooperation mit:

- SPZ Verbund Düsseldorf (vier SPZ: Graf-Recke-Stiftung, Kaiserswerther Diakonie, AWO Vita gGmbH, Stadt Düsseldorf)
- SPKoM Mittleres Rheinland (Graf-Recke-Stiftung für Düsseldorf und Rhein-Kreis-Neuss)

Durch die geplante enge Vernetzung und Kooperation mit Akteur/innen der Integrationsarbeit finden psychisch belastete Flüchtlinge und Migrant/innen deutlich leichter den Weg in das (auch räumlich zentral gelegene) Atriumprojekt und können von dort aus durch die Mitarbeitenden bedarfsgerecht in die bestehenden gemeindepsychiatrischen Angebote (z. B. SPZ) weitervermittelt werden.

Auch die Kooperation mit dem LVR-Klinikum Düsseldorf als zentraler Akteur im Bereich klinischer Hilfen mit seinen spezifischen Angeboten für die genannte Zielgruppe wird angestrebt, um Patient/innen mit Zuwanderungs- und Fluchtgeschichte den Zugang in die medizinisch-psychiatrische Regelversorgung zu ermöglichen bzw. begleitende psychosoziale Hilfen während oder nach einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung zu gewährleisten.

Die Evaluation soll durch zwei Masterstudiengänge erfolgen.

3 Aufgaben und Ziele der Stelle

Ergänzend zu einer bereits kommunal geförderten Stelle soll die Stelleninhaberin/der Stelleninhaber im Team die migrantenspezifische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung weiterentwickeln. Sie/er soll dabei Inklusion und gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund fördern.

Hauptaufgaben gem. Stellenbeschreibung (**Anlage 3**) sind dabei unter anderem:

- Niederschwellige Beratung von Betroffenen und deren Angehörigen
- Bedarfsgerechte und zielgruppenspezifische Angebote aus den Bereichen Kultur, Sprache, Kreativität, Bewegung und Bildung entwickeln, durchführen und koordinieren
- Bereitstellung von praktischen Lebenshilfen zur Verbesserung der alltäglichen Lebenssituation und zur Wiedereingliederung in die Gesellschaft
- Vorhalten von Unterstützungsangeboten zur Erschließung und Nutzung eigener Ressourcen
- Entwicklung und Umsetzung von Angeboten zum Abbau von informationsbedingten, kulturellen und kommunikativen Barrieren
- Aufbau und Pflege einer geeigneten Netzwerkstruktur mit dem Ziel der Einbettung in die Regelversorgung
- Begleitung und Unterstützung von Ehrenamtlichen und Auszubildenden im Praktikum
- Ansprechpartner/-in für Peerberatende
- Fokussierung auf institutionelle Vernetzung und Vermittlung in bestehende Angebote
- Unterstützung bei der Entwicklung verlässlicher institutsübergreifender Hilfestrukturen
- Fallspezifische Zusammenarbeit mit den gemeindepsychiatrischen Einrichtungen sowie Migrationsdiensten

Die Antragstellerin übernimmt die Personalkosten für eine zentrale Ansprechperson; die beteiligten Partner geben personelle Ressourcen angebots- und aufgabenbezogen in das Projekt ein.

4 Bewertung

Von Seiten des Städte- und Gemeindebunds (StGB) NRW wird die medizinische und psychosoziale Versorgung von Geflüchteten, insbesondere von traumatisierten Geflüchteten, zunehmend als ein dringliches Problem benannt.¹

Die Leistungsanbieter in der ambulanten gemeindepsychiatrischen Versorgung stehen in Angebotsgestaltung und Leistungserbringung vor komplexen Anforderungen, die von einer Stelle allein kaum zu bewältigen sind: es sind dies neben den Sprachbarrieren und kulturellen Verständigungsschwierigkeiten auch die komplexen sozialen Problemlagen auf dem Hintergrund von unterschiedlichen, komplizierten asyl- und aufenthaltsrechtlichen Bedingungen, die starken Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten einerseits und die Hilfeebringung andererseits haben.

¹ StGB NRW-Mitteilung 344/2018 vom 18.06.2018 – Pressemitteilung: Hohe Belastung durch Flüchtlings-Integration https://www.kommunen-in-nrw.de/index.php?id=61&np_stgb%5bdocument%5d=28114&no_cache=1

So ist immer wieder auf die Notwendigkeit von gelingender Kooperation zwischen Trägern der gemeindepsychiatrischen Arbeit und den Akteurinnen und Akteuren ausländerrechtlich zuständigen kommunalen Verwaltung, der Integrationsdienste und Flüchtlingshilfen hingewiesen worden.

Auch laut Landespsychiatrieplan NRW ist die Kooperation von Trägern der gemeindepsychiatrischen Arbeit zu den Akteurinnen und Akteuren der Integrationsarbeit auszubauen.²

Mit dem nun vorliegenden Modell „Atrium“ stellt die Stadt Düsseldorf mit ihren Partnern der gemeindepsychiatrischen Versorgung eine in dieser Form im Rheinland bislang einzigartige Planung vor, welche Zuständigkeiten und Leistungen der Gesundheitsversorgung, der Psychiatrisch-psychosozialen Versorgung, der ausländerrechtlichen Begleitung sowie der sozialen Teilhabe und Integration unter einem Dach bündelt und damit entscheidende Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte und personenzentrierte Leistungserbringung schafft.

Mit diesem Modellansatz trifft der vorliegende Antrag nach Einschätzung der Verwaltung durchaus die Zielsetzungen des Haushaltbegleitbeschlusses 2017 / 2018.

5 Vorschlag zur Finanzierung

Seit 2017 werden gem. Begleitbeschluss zum Doppelhaushalt 2017/2018 jährlich Haushaltsmitteln in Höhe von 450.000 € bereitgestellt, um den Einsatz von SIM in der ambulanten psychiatrischen Versorgung durch die SPZ und SPKoM im Rheinland bedarfsabhängig zu fördern.

Im Jahr 2017 wurden aus den bereitgestellten Mitteln für den Einsatz von Sprach- und Integrationsmittler/innen (SIM) inklusive der Kosten für Ausgaben zu Fortbildungen durch die SPKoM ca. 17.500 Euro verausgabt. In 2018 liegen die Ausgaben bis dato bei ca. 36.000 Euro; nach Berücksichtigung bereits angemeldeter Kosten werden zum Ende des Jahres 2018 hochgerechnet ca. 70.000 € ausgezahlt werden. Es ist also auch in 2018 nicht zu erwarten, dass die bereitgestellten Haushaltsmittel durch die Refinanzierung von SIM voll ausgeschöpft werden.

Für die Jahre 2019 bis 2021 wurde – mit Blick auf die zurückliegende Entwicklungsdynamik und die Einschätzungen bei Vor-Ort-Besuchen – für die Inanspruchnahme- und Kostenentwicklung eine Prognose gefertigt (Abb. 1).

Die Verwaltung schlägt daher vorher, die beantragte Vollzeitstelle aus den bereits bereitgestellten Mitteln des Haushaltbegleitbeschlusses 2017/2018 wie nachfolgend dargestellt zu finanzieren:

- Finanzierung der Vollzeitstelle für das Projekt Atrium aus den bereitgestellten SIM Fördermitteln über einen Projektzeitraum von drei Jahren (2019-2021)
- Kosten pro Jahr 55.000 Euro

² Landespsychiatrieplan NRW 2017, Seiten 23-24, 58-59

Abb. 1 Übersicht der Ausgaben SIM

	Ist 2017: 06-12/2017	Ist 2018: 01-09/2017 Hochrechnung 2018*	2019 Prognose**	2020 Prognose**	2021 Prognose**
	PG 062	PG 062	PG 062	PG 062	PG 062
Haushaltsansatz	450.000 €	450.000 €	450.000 €	450.000 €	450.000 €
SPZ Regierungsbezirk Düsseldorf	6.076 €	12.700 €	40.000 €**	50.000 €**	60.000 €**
SPZ Regierungsbezirk Köln	6.878 €	18.800 €	40.000 €**	50.000 €**	60.000 €**
SPKoM	4.564 €	3.500 €	5.000 €**	8.000 €**	10.000 €**
Sucht Regierungsbezirk Düsseldorf		700 €	1.500 €**	3.000 €**	5.000 €**
Sucht Regierungsbezirk Köln		0 €	1.500 €**	3.000 €**	5.000 €**
Planansatz Atrium Düsseldorf			55.000 €	55.000 €	55.000 €
verausgabt	17.518 €	35.700 € 70.000 €* 	143.000 €**	169.000 €**	195.000 €**
Haushaltsrest	432.482 €	414.300 € 398.000 €*	307.000 €**	281.000 €**	255.000 €**

* Hochrechnung 2018 da bis dato nur Abrechnungen bis Ende 3. Quartal 2018 vorliegen

** Prognose für die Jahre 2019 – 2021

Im Jahr 2017 wurden die Restmittel gemäß Vorlage 14/2392 zur Deckung der Mehrkosten der LVR-Kliniken eingesetzt.

In Vertretung

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

Anlagen

1. Antragsschreiben vom 30.08.2018
2. Umsetzungskonzept
3. Stellenbeschreibung



Briefpostanschrift: Stadtverwaltung Amt 53/03 40200 Düsseldorf

Landschaftsverband Rheinland
Leitung des Klinikverbundes und Verbundes Heilpädagogischer Hilfen
Frau Martina Wenzel-Jankowski
Dezernat 8
50663 Köln

Förderung einer Vollzeitstelle für das Projekt Atrium – Kontakt- und Beratungsstelle zur niedrigschwelligen Unterstützung von psychisch belasteten Flüchtlingen und Menschen mit Migrationshintergrund in Düsseldorf

Sehr geehrte Frau Wenzel-Jankowski,

die Flüchtlingssituation sowie das Nicht-Ankommen von Menschen mit Migrationshintergrund u. a. in den Angeboten der Sozialpsychiatrischen Zentren, erfordert ein Umdenken und neue Wege in der gemeindepsychiatrischen Versorgung.

Das Bestreben der SPKoM ist es in dem Zusammenhang, die Angebotsstruktur der Sozialpsychiatrischen Zentren, unter Einbeziehung der gemeindepsychiatrischen Hilfesysteme, zeitnah und dialogisch anzupassen. Dies ist ein erster und notwendiger Schritt.

Unter Federführung der Psychiatriekoordination, konnte nun die Zusammenarbeit von Verantwortungsträgern kommunaler Ämter (Gesundheitsamt, Amt für Migration und Integration, Kulturstadtamt), dem Verbund der vier Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) und dem Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentrum Migration Mittleres Rheinland (SPKoM) erwirkt und das, über den o. g. Ansatz hinausgehende, beiliegende Konzept erarbeitet werden.

Vorhandene Angebote und formulierte Bedarfe in der gemeindepsychiatrischen Versorgung tätiger Institutionen sowie die Anliegen beider psychiatrischen Kliniken (LVR-Klinikum Düsseldorf und Florence-Nightingale Klinik der Kaiserswerther Diakonie) wurden bei der Konzepterstellung berücksichtigt.

Die vorliegende Projektidee einer Kontakt- und Beratungsstelle für psychisch belastete Menschen mit Migrationshintergrund versteht sich auch als „Brückenbauer“ für und zu verschiedenen Hilfesystemen und Institutionen.

In der Zusammenarbeit mit Kliniken und deren Erfahrungshintergrund werden so u. a. umfangreiche und kultursensible Beratungs- und Therapieangebote in das Atriumprojekt eingebracht. Das Projekt stellt insbesondere in der Nachsorge einer stationären Behandlung einen wichtigen Baustein dar. Es kann mit seinen

**Landeshauptstadt
Düsseldorf**
Der Oberbürgermeister
Gesundheitsamt
Koordination
gesundheitlicher
Versorgung

Willi-Becker-Allee 10
40227 Düsseldorf

Kontakt
Elke Wirmann
Zimmer
708
Telefon
0211.89-94965
Fax
0211.89-29384
E-Mail
elke.wirmann@
duesseldorf.de
Datum
30.08.2018
AZ
53/03

Telefonzentrale
0211.89-91

Internet
www.duesseldorf.de

Sprechzeiten
Montag bis Donnerstag
8.00 bis 15.00 Uhr
Freitag
8.00 bis 13.00 Uhr

Bus, Bahn, U-Bahn
Hauptbahnhof

Bankkonto
Stadtsparkasse
Düsseldorf
IBAN DE61 3005 0110
0010 0004 95
BIC DUSSDE33XXX

Gläubiger-ID
DE15DUS00000011727



niedrigschwelligen, barrierefreien Angeboten die Integration in das ambulante (sozial-)psychiatrische Hilfesystem erleichtern und damit die Rückfallquote minimieren sowie die Verweildauer im klinischen Kontext reduzieren. Darüber hinaus eröffnet die enge Kooperation mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes direkte Wege in Beratung und Behandlung. Klinikaufenthalte sollen verhindert und die wohnortnahe Versorgung ermöglicht werden.

Die bisher geplante Personalstruktur setzt sich zusammen aus einer kommunal finanzierten Vollzeitstelle (Sozialarbeiter) und in Anteilen aus Mitarbeitenden der SPZs, Peerberatenden, speziell geschulten Ehrenamtlichen sowie Projektbeteiligten des Kulturstamts, die sich ihrerseits angebotsbezogen engagieren werden.

Psychiatriekoordination und die Mitarbeiterin des SPKoM (Koordination) begleiten das Projekt engmaschig und sichern den Transfer etwaiger Anforderungen und Bedarfe in die gemeindepsychiatrische Versorgung und dortige Gremien, z. B. Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Düsseldorf. Die Projektverantwortung teilen sich die o. g. städtischen Ämter.

Um eine personelle, kontinuierliche und kompetente Angebotsstruktur zu gewährleisten, fehlt eine Vollzeitstelle mit entsprechend qualifiziertem Personal. Dies insbesondere im Hinblick auf die geplanten und dringend (besonders von den bisherigen Akteuren wie Kliniken, Migrationsfachdiensten etc.) benötigten Beratungs- und Unterstützungsangebote für die Zielgruppe auch im Abendbereich und an den Wochenenden.

Wir bitten Sie daher uns Mittel zur Verfügung zu stellen, um eine zusätzliche Vollzeitstelle in diesem Projekt zu realisieren, die die bereits erbrachte Eigenleistung ergänzt und die Projektumsetzung fördert.

Wir bedanken uns im Voraus bei Ihnen für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Wirmann
Psychiatriekoordinatorin



Landeshauptstadt
Düsseldorf

Amt für Migration und Integration
Gesundheitsamt
Kulturamt

In Kooperation
mit:

SPZ Verbund
Düsseldorf
SPKoM Mittleres
Rheinland



Arbeiterwohlfahrt
Düsseldorf
Sozialpsychiatrisches
Zentrum



Graf Recke Stiftung
das Leben meistern



Kaiserswerther
Diakonie

Von hier aus helfen.



Landeshauptstadt
Düsseldorf



Konzeption

Atriumprojekt

Kontakt – und Beratungsstelle
für psychisch belastete
Migrantinnen und Migranten

Bertha-von-Suttner-Platz 1-3
40227 Düsseldorf

Stand: 27.07.18

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
1 Einleitung.....	4
2 Projekt	4
2.1 Zielgruppe.....	4
2.2 Clearing.....	4
2.3 Personelle Ressourcen	5
2.4 Einbettung in die Regelversorgung	5
2.5 Kunst-Kultur-Teilhabe: künstlerische Angebote im Atrium	6
2.6 Finanzierung	6
2.7 Infrastruktur	6
2.8 Grundriss Atrium	7
2.9 Raum- und Nutzungskonzept	7
3 Organigramm.....	8
4 Module	9
5 Wochenplangestaltung	10

Vorwort

Migrantinnen und Migranten sind seit Jahrzehnten ein fester Bestandteil unserer Gesellschaft. Informationsbedingte, kulturelle und kommunikative Barrieren führen dennoch nach wie vor zu einer unbefriedigenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungslage dieser sozialen Gruppe.

Das Projekt versteht sich als Verbund aus verschiedenen Akteuren der Bereiche Psychiatrie, Kultur und Migration/ Integration. Es stellt ein niederschwelliges und interdisziplinäres Angebot dar, das die Menschen in der Bewältigung ihres Alltags unterstützen und ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft fördern soll. Teilnahmemöglichkeiten für interessierte Bürgerinnen und Bürger sollen dieses Ansinnen unterstützen.

In Kooperation mit dem Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren (SPKoM), den Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) und weiteren Institutionen, soll ein differenziertes und niederschwelliges Angebot entstehen, das die Barriere für die Inanspruchnahme etwaiger Hilfen der psychiatrischen Versorgung abbaut.

Mit seiner vielfältigen Angebotsstruktur leistet das Projekt einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung migrantenspezifischer (gemeindepsychiatrischer) Versorgung und fördert zudem die Inklusion und Teilhabe.

1 Einleitung

Das Projekt für Migrantinnen und Migranten bietet psychisch erkrankten Menschen einen Ort, an dem sie gehört und in ihrer schwierigen Lebenssituation unterstützt werden. Den Migrantinnen und Migranten sowie ihren Angehörigen sollen für die Bewältigung ihrer Lebenssituation realistische Wahlmöglichkeiten eröffnet werden. Ihre Entscheidungsfähigkeit, Selbstverantwortung und Selbstbestimmung sollen gestärkt, Sicherheit und Orientierung vermittelt werden. Um Teilhabe in der Gesellschaft zu ermöglichen, sollen die Nutzung und Erschließung eigener Ressourcen unterstützt, vorhandene Kompetenzen aufgespürt und gefördert, sowie alternative Handlungsmuster aufgebaut und erprobt werden.

Zurzeit leben in Düsseldorf insgesamt 625.704 Menschen. 141.761 Menschen (22,3% der Bevölkerung) davon haben ausländische Pässe. Insgesamt 255.553 Menschen, die in Düsseldorf leben, haben Migrationshintergrund. Das sind 40,2% der Gesamtbevölkerung (vgl. Veröffentlichungen Amt für Statistik und Wahlen, Stand 2017 <https://www.duesseldorf.de/statistik-und-wahlen/statistik-und-stadtforschung/veroeffentlichungen.html>)

2 Projekt

Das Ziel dieses differenzierten und niedrighschwelligen Projekts ist es, Begleitung und Unterstützung so zu gestalten, dass Barrieren zur Inanspruchnahme von psychiatrischen Hilfeleistungen abgebaut werden und der Transfer in die umliegenden Sozialpsychiatrischen Zentren und/oder anderen anbietenden Institutionen möglich wird. Darüber hinaus sollen die Menschen für das Leben und Gestalten in der Stadt interessiert und das „Wurzeln schlagen in der Fremde“, erleichtert werden. Hierzu sollen verschiedenste zielgruppenspezifische Angebote u. a. aus den Bereichen Kultur, Sprache, Kreativität, Bewegung und Bildung dienen. Die Modalität zeigt sich durch die Vielfältigkeit der Angebote. So sollen sich verbale und nonverbale Angebote ergänzen, Einzel- und Gruppensettings sowie Bewegungs- und Gesprächsangebote stattfinden.

2.1 Zielgruppe

Das Projekt richtet sich an psychisch erkrankte Flüchtlinge, Migrantinnen und Migranten mit unterschiedlichem Rechts- und Aufnahmestatus. Es besteht generell eine hohe Komorbiditätsrate. Besonders Klientinnen und Klienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zeigen häufig weitere psychische Symptome oder Störungsbilder. So fanden Kessler (zitiert nach Winter, 2015) bei 88% der traumatisierten Männer und bei 78% der traumatisierten Frauen komorbide Störungen. Am häufigsten sind Depressionen, Angststörungen, Alkoholmissbrauch, Drogen, Somatisierungen und Konversionssyndrome.

Die Population der Klientinnen und Klienten weist in der Auswertung eine hohe Heterogenität auf. Sie unterscheiden sich bezüglich Herkunft, Aufenthaltsstatus, Muttersprache, Geschlecht, Alter, Religion und Ethnie.

2.2 Clearing

Um Zugang zu der Lebenswelt der Menschen mit Migrationshintergrund zu finden ist es wichtig, niederschwellige Angebote, die mit ganz praktischen Lebenshilfen und Verbesserung der alltäglichen Lebenssituation einhergehen, anzubieten und über diesen Weg eine Vertrauensbasis zu schaffen. Grundlegende Idee der Beratung ist es, die Lebensbedingungen der Betroffenen zu verbessern, damit eine Wiedereingliederung in ein eigenständiges Leben und in die Gesellschaft möglich wird. Ein

besonderes Anliegen ist es, die vorhandenen Ressourcen der Zielgruppe zu entdecken, zu fördern und zu stärken.

Teilhabe an Ressourcen der Gesellschaft sind nicht nur formell und rechtlich, sondern auch tatsächlich herzustellen. Das bedeutet, die Bedarfslage, die besonderen kulturellen Bedingungen und Wünsche der Menschen mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen. Interkulturelle Kompetenz als viel gebrauchte Schlagwörter meinen die konzeptionelle Berücksichtigung der kulturellen Vielfalt in unserer Gesellschaft. Sie zielt auf die Beseitigung von Zugangshindernissen zu Beratungseinrichtungen, Diensten und Hilfeleistungen, die auf kulturellen oder ethnischen Unterschieden beruhen.

2.3 Personelle Ressourcen

Als personelle Ressourcen stehen dem Projekt zur Verfügung:

- Eine Vollzeitstelle Ansprechpartner im Atrium (Sozialarbeiter/ kommunal geförderte Stelle)
- Teilweise und angebotsbezogen Tätige:
 - o Mitarbeitende der Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ)
 - o Projektbeteiligte des Kulturamts
 - o Stabilisierungshelfende (kommunal geförderte Stellen)
 - o Ehrenamtliche (projektbezogene Förderung/Beantragung über LVR möglich)
- Flankierend und koordinierend Tätige:
 - o Psychiatriekoordinatorin der Landeshauptstadt Düsseldorf
 - o Mitarbeiterin des Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentrums Migration für das Mittlere Rheinland (SPKoM)
- Wünschenswert wären weiterhin:
 - o An der Durchführung verschiedener Angebote beteiligte Laienhelferinnen und -helfer, Ehrenamtliche, Sprachmittlerinnen und -mittler sowie Psychiatrieerfahrene
 - o Zur Aufrechterhaltung verschiedener Angebote Einsatzmöglichkeit von Praktikantinnen und Praktikanten (entsprechend dem Bedarf)
 - o Weitere Vollzeitstelle Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Atrium (Soz. arb./Soz.päd.), die beim LVR beantragt wird

2.4 Einbettung in die Regelversorgung

Das Projekt soll in die ambulante und stationäre psychiatrische Versorgung eingebunden werden.

- Netzwerkstrukturen des Projekts sind:
 - o kommunale behördliche Strukturen und Ämter: Amt für Migration und Integration, Kulturamt, Volkshochschule, Gesundheitsamt, LVR
 - o ambulante Versorgungsstrukturen in psychologischen, therapeutischen, pädagogischen, psychosomatischen, psychiatrischen, ärztlichen und aufenthaltsrechtlichen Bereichen
 - o Beteiligte aus der Quartiersarbeit in den jeweiligen Stadtteilen
 - o Kliniken etc.

2.5 Kunst-Kultur-Teilhabe: künstlerische Angebote im Atrium

Das Kulturamt setzt im Rahmen seines Programms Kunst – Kultur - Teilhabe u. a. künstlerische Projekte für Geflüchtete, die die Unterkünfte verlassen haben, und Einheimische in Welcome Points um. Vor Ort arbeiten Künstlerinnen und Künstler mit Zugewanderten und Einheimischen zusammen. Sie erhalten durch gemeinsames künstlerisches und kreatives Handeln Gelegenheiten zum gegenseitigen Kennenlernen und einen Austausch über Kulturgrenzen hinweg.

Kunst - Kultur - Teilhabe will Impulse vermitteln und ermutigen, die eigene Zukunft positiv zu gestalten und sich als Teil einer neuen Gemeinschaft zu erleben. Kern des Angebots ist es, über gemeinschaftliche kreative Tätigkeit an einem künstlerischen Thema Barrieren abzubauen, persönliche Kontakte zu vermitteln und aufzubauen. Das Programm hat einen ganzheitlichen Anspruch und geht von individuellen Bedarfen und persönlicher Vielfalt aus. Es stellt daher die Individualität und Unterscheidbarkeit jedes Einzelnen, seine Talente, Wünsche und Möglichkeiten in den Mittelpunkt. Fluchterfahrung ist dabei nur ein Teil der vielfältigen Biographie. Die Anleitenden stammen von der Künstlerliste des Kulturamts und sind erfahren in der Vermittlungsarbeit insbesondere mit Kindern und Jugendlichen. Das Kulturamt unterstützt sie durch spezielle Fortbildungen z. B. zu den Themen Asylrecht und Traumata.

Im Atrium sollen ausgewählte und in der Arbeit mit Geflüchteten erfahrene Kunstschaaffende mit psychisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund zusammenarbeiten ohne dabei einen kunsttherapeutischen Anspruch für sich geltend machen zu können. Die Projekte werden individuell und gemeinsam zwischen der im Auftrag des Kulturamts tätigen Koordinatorin und des Fachkollegiums entwickelt bzw. abgestimmt (bezogen auf Inhalt, Umfang und Zielgruppe). Für das Jahr 2018 sind von September bis Dezember drei solcher Projekte geplant.

2.6 Finanzierung

Gesichert sind die Kosten der o. g. vorhandenen personellen Ressourcen, die Anschubfinanzierung und die Miete.

Die (Anfangs-) Investitionskosten für das Projekt im Atrium werden für die Grundausrüstung zur Arbeitsaufnahme mit ca. 8.000,00 € beziffert. Darin enthalten sind Malerarbeiten, Reinigungsarbeiten, Handwerkerarbeiten verschiedener Gewerke, Mobiliar, Mobiliarbeschaffung und Aufbau, technisches Equipment (Telefone, 2 PC-Arbeitsplätze, Kopier-/Scanner-/Fax- Gerät) allgemeine Grundausrüstung wie z.B. Küchenbedarf, Bürobedarf, Reinigungsbedarf.

Die laufenden Fixkosten wie Miete, Versicherung, Reinigung, Sicherheit sowie die variablen Kosten (betriebliche Kosten) wie Strom, Wasser, Heizung, WLAN, Telefon, Material, Reparatur und Anschaffungen, werden im Klärungskatalog aufgenommen. Weitere Kosten für die inhaltliche Arbeit (z.B. Weiterbildung, Honorare, Praktikantenstellen, Supervision, Material) und Öffentlichkeitsarbeit werden im Klärungskatalog aufgenommen. Der Gesamthaushalt wird sich aus den Erfahrungen und Entwicklungsphasen ableiten und beziffern lassen. Dazu werden weitere Kostenträger ermittelt und über verschiedene modulare Projektfinanzierungen erweitert.

2.7 Infrastruktur

Das Projekt zeichnet sich durch seine zentrale und ideale Lage am Bahnhof der Stadt aus. Der Platz wird von vielen Menschen frequentiert und von den anliegenden Einrichtungen in Anspruch genommen. Dementsprechend ist das Atrium optimal mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen.

Die Räumlichkeiten bestehen aus drei Räumen, die sich auf einer Ebene befinden. Ein Raum davon ist separat zugänglich von dem Eingangsbereich der Volkshochschule aus zu betreten. Die anderen zwei Räume sind durch einen zentralen Eingang (bisher nicht barrierefrei) von der Terrasse aus, erreichbar. WC ist vorhanden. Eine große Terrasse vor den Räumlichkeiten kann als Sitz und Aufenthaltsfläche von den Besucherinnen und Besuchern genutzt werden.

Darüber hinaus können u. a. die Vortragsäle der Volkshochschule, im Rahmen der bestehenden Kooperation, für größere Veranstaltungen gebucht werden.

2.8 Grundriss Atrium

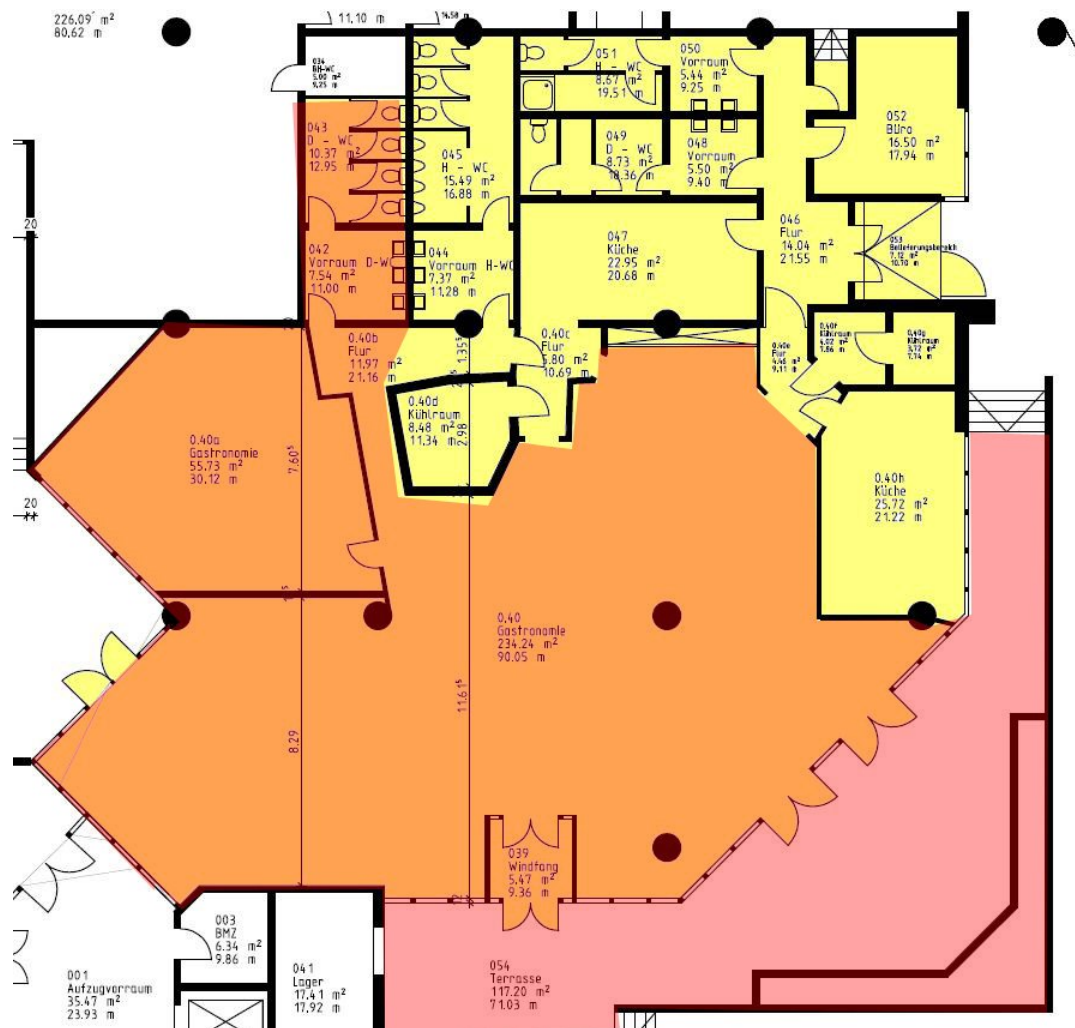


Abbildung 1: Grundriss Atrium Bertha-von-Suttner-Platz 1-3 Nachnutzung

2.9 Raum- und Nutzungskonzept

Die drei zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten sollen wie folgt genutzt werden:

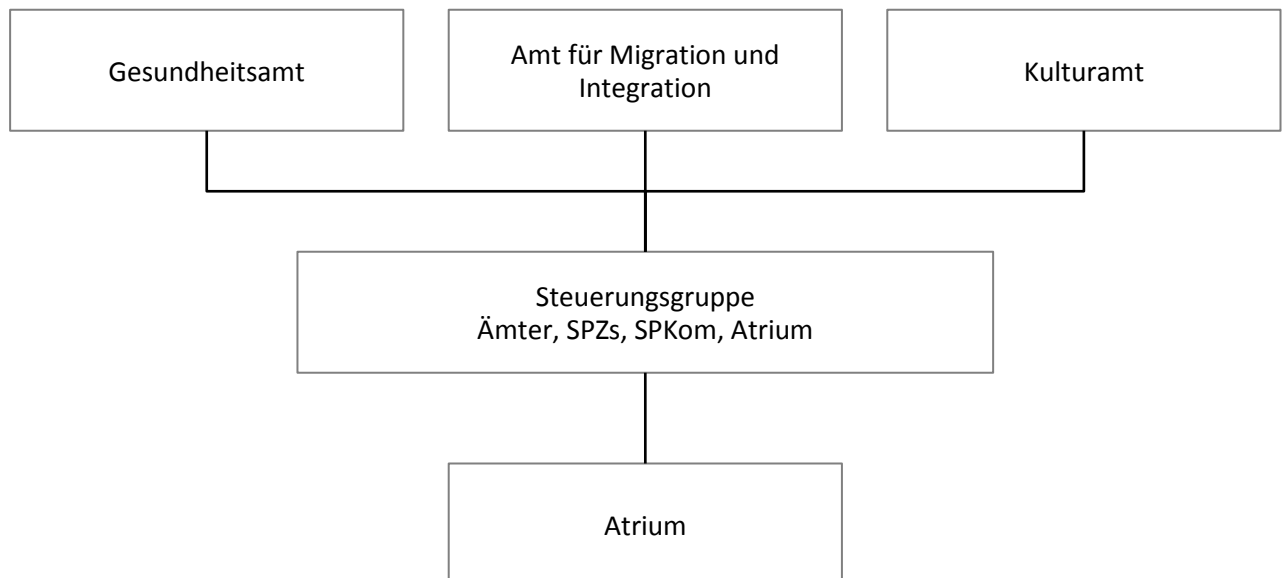
- der große Raum ist der zentrale Raum, in dem Kontakt und Begegnung stattfinden soll. Er kann für Veranstaltungen (Informations-, Kultur-, Gruppenveranstaltungen u. a.) ebenso

genutzt werden, wie für kleinere Angebote (z. B. Nähgruppe) und Gespräch. In einem Teil wird ein Kinderbereich eingerichtet, der zum Spielen, Rückzug und Verweilen einlädt. Variable Sitzmöglichkeiten, wie z. B. Sitzecken (Gesprächsinself), die durch flexible Raumelemente geschützt oder abgetrennt werden können, ermöglichen eine bedarfsgerechte Raumanpassung. Zur Ausgabe von Getränken und Snacks ist eine kleine Küchenzeile mit Spülmöglichkeit vorgesehen. An einer (gewerblich) gastronomische Nutzung ist nicht gedacht.

- Der mit Zugang zum großen Raum ausgestattete, kleinere (Durchgangs-)Raum ist als Büro und für Vor- und Nachbereitungen (Besprechungen für interne Abläufe etc.) sowie die datenschutzgesicherte Aufbewahrung von Unterlagen und Dokumenten vorgesehen. In diesem Raum sind 2 PC Arbeitsplätze, Telefonanschluss und Kopierer, (verschießbare) Aktenschränke und eine kleine Sitzgruppe für Teamgespräche geplant.
- Der zweite kleine Raum ist als Beratungsraum vorgesehen. Durch zwei Zugangsmöglichkeiten bietet er sich als geschützter Raum für vertrauensvolle, ungestörte Beratungs- und Clearinggespräche an. Eingerichtet ist er mit Sitzelementen, kleinen Beistelltischen und Regalen.

Aus der Beschreibung zur Einrichtung und Nutzung der jeweiligen Räume, wird ein Aufgabenprofil für das Objektmanagement erstellt, damit die baulichen Voraussetzungen, zur vorgesehenen Nutzung, umgesetzt werden.

3 Organigramm



4 Module

Mögliche Module sind:



Abbildung 2: Graphische Darstellung Projekt Im Atrium

5 Wochenplangestaltung

Die Kern-Öffnungszeiten im Atrium sind Montag – Mittwoch von 9.00-12.00 Uhr und Donnerstag ab 12.00 Uhr (Anpassung nach Bedarf).

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
09:00-10:00	Kern-Öffnungszeit	Kern-Öffnungszeit	Kern-Öffnungszeit		Offenes Frühstück
10:00-11:00	Angebot für Kinder und Frauen				
11:00-12:00	10-12 Uhr				
12:00-13:00		Orientierungsspaziergang/ Meine Stadt 12-15 Uhr	Sprechstunde SPZ (1x im Monat je SPZ)	Kern-Öffnungszeit	
13:00-14:00					
14:00-15:00	Angebot Gestaltung der Räumlichkeiten 14-16 Uhr	Sprechstunde mit Stabilisierungshelfer	Schmuckfertigung 14-16 Uhr	Nähtwerkstatt 14-17 Uhr	
15:00-16:00		14-16 Uhr			
16:00-17:00					
17:00-18:00					
18:00-19:00					
20:00-21:00					

Abbildung 3: Graphische Darstellung Wochengestaltung

SPZ AWO: Orientierungsspaziergang 3 Monate

SPZ der Landeshauptstadt Düsseldorf: Nähtwerkstatt 6 Monate

Amt für Migration und Integration: Sprechstunde mit Stabilisierungshelferinnen und -helfer

Kulturamt: verschiedene Projekte für Kinder und Frauen

SPZ Graf-Recke Stiftung: Kreativangebot Schmuckgruppe (4 Monate) und Sportangebot

Stellenbeschreibung für eine Personalstelle im Atriumprojekt

1. Stellenbezeichnung

Ansprechpartner/-in der Kontakt- und Beratungsstelle für psychisch belastete Menschen mit Migrationshintergrund

2. Vollzeit

Dipl. Sozialarbeiter/-in bzw. Dipl. Sozialpädagoge/-in

3. Aufgabe/Ziel der Stelle

Die Stelleninhaberin/der Stelleninhaber ist Mitglied im Projektteam, das sich zusammensetzt aus:

- dem Ansprechpartner (Vollzeitkraft) im Atrium (kommunal geförderte Stelle)
- den Mitarbeitenden der Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZs)
- den Projektmitarbeitenden des Kulturstadts der Stadt Düsseldorf
- den Stabilisierungshelfenden (kommunal geförderte Stellen)
- den Ehrenamtlichen, Sprachmittlern und Peerberatenden

Das Projektteam wird dabei in seiner Arbeit unterstützt durch:

- die Psychiatriekoordinatorin der Landeshauptstadt Düsseldorf
- die Mitarbeiterin des Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentrum Migration für das Mittlere Rheinland (SPKoM)

Die Stelleninhaberin/der Stelleninhaber entwickelt gemeinsam mit diesem Team ein auf die Zielgruppe der psychisch belasteten Menschen mit Migrationshintergrund abgestimmtes, niederschwelliges und interdisziplinäres Angebot zur Alltagsbewältigung und Förderung der sozialen Teilhabe. Die Stelleninhaberin/der Stelleninhaber trägt zur Umsetzung der festgesetzten Projektziele bei.

4. Bedeutung der Stelle für das Projekt

Der Stelleninhaberin/dem Stelleninhaber obliegt zusammen mit anderen Teammitgliedern die Weiterentwicklung einer migrantenspezifischen psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung. Sie/er fördert die Inklusion und gesellschaftliche Teilhabe der Zielgruppe. Besondere Verantwortung ergibt sich aus der Notwendigkeit, informationsbedingte, kulturelle und kommunikative Barrieren für die Inanspruchnahme etwaiger Hilfen der (gemeinde-) psychiatrischen Versorgung abzubauen. Den Personen mit Migrationshintergrund und ihren Angehörigen sollen für die Bewältigung ihrer Lebenssituation realistische Wahlmöglichkeiten eröffnet werden. Ihre Entscheidungsfähigkeit, Selbstverantwortung und Selbstbestimmung sollen gestärkt, Sicherheit und Orientierung vermittelt werden. Um soziale Teilhabe zu ermöglichen, sollen die Nutzung und Erschließung persönlicher Ressourcen unterstützt, vorhandene

Kompetenzen aufgespürt und gefördert, sowie alternative Handlungsmuster aufgebaut und erprobt werden.

5. Hauptaufgaben

- Niederschwellige Beratung von Betroffenen und deren Angehörigen
- Bedarfsgerechte und zielgruppenspezifische Angebote aus den Bereichen Kultur, Sprache, Kreativität, Bewegung und Bildung entwickeln, durchführen und koordinieren
- Bereitstellung von praktischen Lebenshilfen zur Verbesserung der alltäglichen Lebenssituation und zur Wiedereingliederung in die Gesellschaft
- Vorhalten von Unterstützungsangeboten zur Erschließung und Nutzung eigener Ressourcen
- Entwicklung und Umsetzung von Angeboten zum Abbau von informationsbedingten, kulturellen und kommunikativen Barrieren
- Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern
- Aufbau und Pflege einer geeigneten Netzwerkstruktur mit dem Ziel der Einbettung in die Regelversorgung unter Beachtung von:
 - kommunalen behördlichen Strukturen und Ämtern
 - bestehenden Gremien und Arbeitskreisen
 - ambulanten Versorgungsstrukturen in psychologischen, therapeutischen, pädagogischen, psychosomatischen, psychiatrischen, ärztlichen und aufenthaltsrechtlichen Bereichen
 - stationären Versorgungsstrukturen wie Kliniken, Fachkliniken, Rehabilitationszentren etc.
 - Akteuren aus der Quartiersarbeit in den jeweiligen Stadtteilen
- Begleitung und Unterstützung von Ehrenamtlichen und Auszubildenden im Praktikum
- Ansprechpartner/-in für Peerberatende
- Fokussierung auf institutionelle Vernetzung und Vermittlung in bestehende Angebote
- Unterstützung bei der Entwicklung verlässlicher institutsübergreifender Hilfestrukturen
- Fallspezifische Zusammenarbeit mit den gemeindepsychiatrischen Einrichtungen sowie Migrationsdiensten

TOP 6

Traumaambulanzen

Vorlage-Nr. 14/2916

öffentlich

Datum: 24.10.2018
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Frau Schröder

Krankenhausausschuss 3	19.11.2018	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	20.11.2018	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	21.11.2018	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	22.11.2018	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	23.11.2018	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

**Bedarfsgerechte Behandlung traumatisierter Flüchtlinge über die
Traumaambulanzen in den LVR-Klinken**

Kenntnisnahme:

Die Ergebnisse des Prüfauftrags zur bedarfsgerechten Behandlung traumatisierter Flüchtlinge über die Traumaambulanzen in den LVR-Klinken werden gemäß Vorlage Nr. 114/2916 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 2020. ja

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

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

In Vertretung

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

Zusammenfassung:

Auf Grundlage des Antrags Nr. 14/161 (Bündnis 90/Die GRÜNEN) hat der Gesundheitsausschuss die Verwaltung beauftragt zu prüfen, wie an allen LVR-Kliniken eine Traumaambulanz eingerichtet werden kann.

Zur Begründung wird in dem Antrag ausgeführt, dass 2015 und 2016 sich die Zahl der geflüchteten und asylsuchenden Menschen in Deutschland deutlich erhöht hat. Auch in den LVR-Kliniken steigen die Zahlen der Patientinnen und Patienten deutlich, die in Deutschland Schutz und Asyl suchen. Viele dieser Menschen leiden aufgrund von Erlebnissen in ihren Heimatländern und Fluchterfahrungen unter Traumata und benötigen Hilfe.

Aufgrund der im Gesundheitsausschuss vorgestellten Erfahrungen im LVR-Klinikum Düsseldorf soll die Einrichtung von Traumaambulanzen an allen LVR-Kliniken geprüft werden.

In den „Trauma-(Opfer-)Ambulanzen“ werden definitionsgemäß Behandlungsangebote für psychotraumatisierte Menschen bereitgestellt, welche insbesondere die rasche Verfügbarkeit von traumatherapeutischen Hilfeleistungen nach schweren Gewalterfahrungen gewährleisten sollen. Die Abrechnung dieser speziellen Leistungen erfolgt nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG). Das OEG greift jedoch lediglich bei Gewalttaten, die sich auf deutschem Boden zugetragen haben bzw. bei Gewalttaten im Ausland gegen Deutsche oder dauerhaft in Deutschland lebende Ausländer.

Im LVR-Klinikverbund verfügen im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie mittlerweile alle neun Klinikstandorte über eine Traumaambulanz. Im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie, -psychotherapie und –psychosomatik (KJPPP) besteht eine Traumaambulanz bereits an vier der fünf Standorte (Bedburg-Hau, Bonn, Essen, Viersen). Die Einrichtung einer Traumaambulanz im KJPPP-Bereich des LVR-Klinikums Düsseldorf wird vom Kostenträger des OEG im LVR, Fachbereich 54 (Soziales Entschädigungsrecht), ebenfalls angestrebt.

Die Traumaambulanzen in nunmehr allen LVR-Kliniken halten zwar ein Angebot vor, in Qualifikationsstruktur und Behandlungsleistungen gemäß den Bestimmungen des OEG. Sie können diese speziellen Leistungen aber nur entsprechend dieser Bestimmungen erbringen und abrechnen. Das spezielle Angebot der Traumaambulanzen, qualifizierte Traumabehandlungen gemäß den Kriterien des OEG, steht also den Flüchtlingen mit Traumafolgestörungen nicht direkt zur Verfügung, da es für diese Patientengruppe nicht abgerechnet werden kann.

Eine qualifizierte und wirtschaftlich auskömmliche Traumabehandlung könnte nur durch eine finanzielle Subventionierung der Behandlung in den PIA (Psychiatrische Institutsambulanz) der LVR-Kliniken ermöglicht werden, da die PIA-Pauschalen zur angemessenen Vergütung von Personal und Leistungen für eine qualifizierte Traumabehandlung bei weitem nicht ausreichen.

Begründung der Vorlage Nr. 14/2916:

2015 und 2016 hat sich die Zahl der geflüchteten und asylsuchenden Menschen in Deutschland deutlich erhöht.

Auch in den LVR-Kliniken steigen die Zahlen der Patientinnen und Patienten deutlich, die in Deutschland Schutz und Asyl suchen. Viele dieser Menschen leiden aufgrund von Erlebnissen in ihren Heimatländern und Fluchterfahrungen unter Traumata und benötigen Hilfe.

Aufgrund der im Gesundheitsausschuss vorgestellten Erfahrungen im LVR-Klinikum Düsseldorf soll die Einrichtung von Traumaambulanzen an allen LVR-Kliniken geprüft werden.

2. Überblick und aktuelle Situation

Der Antrag 14/161 bezog sich auf den Vortrag von Frau Dr. Joksimovic (ehemals Ltd. Oberärztin am LVR-Klinikum Düsseldorf, seit 01.01.2018 Chefarztin der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LVR-Klinik Viersen) in der Sitzung des Gesundheitsausschusses am 17.06.2016.

Frau Dr. Joksimovic berichtete zum damaligen Zeitpunkt über die Erfahrungen mit der Patientengruppe der traumatisierten Flüchtlinge in der Ambulanz für transkulturelle Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am LVR-Klinikum Düsseldorf durch ein spezifisch angepasstes Behandlungsangebot.

Aktuelle Studien weisen übereinstimmend auf höhere Prävalenzraten für Traumafolgestörungen bei geflüchteten Menschen¹ im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung wie auch zu sog. „freiwilligen“ Migrantinnen und Migranten hin.

Die Versorgung traumatisierter Flüchtlinge stellt jedoch Einrichtungen der Regelversorgung vor besondere Herausforderungen, so auch die LVR-Kliniken. Von Seiten des Städte- und Gemeindebunds (StGB) NRW sowie vom Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) werden der Umgang mit traumatisierten Geflüchteten und ihre psychosoziale Betreuung zunehmend als ein dringliches Problem benannt (als **Anlagen 1 und 2** beigefügt).

Zentrale Herausforderungen:

- sprachliche Probleme als stärkste Zugangsbarriere
- kulturelle Differenzen
- sozial- bzw. aufenthaltsrechtliche Problemlagen
- erhöhte Aufwände (z. B. zeitlicher Aufwand, finanzielle Mehrbelastungen, Überlastung bzw. stärkere Frequentierung der Psychiatrischen Instituts- oder Notfallambulanzen, bürokratisierte Prozesse bei der Zusammenarbeit mit Behörden)
- erhöhtes Belastungsniveau der Mitarbeitenden (u. a. stärkere psychische Belastungen).

¹z.B. Bozorgmehr K, Mohsenpour A, et al (2016). Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 59(5), 599-620.

Mögliche Lösungsansätze werden zum einen durch den Einsatz von Behandler/innen mit besonderer fachliche Expertise gesehen: neben allgemeiner traumatherapeutischer Fachkunde sollten diese sowohl über erweiterte Kenntnisse hinsichtlich der spezifischen Behandlungskonzepte für die Zielgruppe der Geflüchteten als auch über interkulturelle Kompetenz sowie hohe eigene Belastbarkeit, Flexibilität und Reflexionsfähigkeit verfügen.

Aber auch die Notwendigkeit der Anpassung von strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen an die Komplexität der Behandlung - einschließlich Vorhandensein und Finanzierung qualifizierter Sprach- und Integrationsmittler/innen (SIM) bzw. Dolmetscher/innen wird betont.

2.1. Traumaambulanzen

In den „Trauma-(Opfer-)Ambulanzen“ werden definitionsgemäß Behandlungsangebote für psychotraumatisierte Menschen bereitgestellt, welche insbesondere die rasche Verfügbarkeit von traumatherapeutischen Hilfeleistungen nach schweren Gewalterfahrungen gewährleisten sollen. Die Abrechnung dieser speziellen Leistungen erfolgt nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG). Das OEG greift jedoch lediglich bei Gewalttaten, die sich auf deutschem Boden zugetragen haben bzw. bei Gewalttaten im Ausland gegen Deutsche oder dauerhaft in Deutschland lebende Ausländer.

Im LVR-Klinikverbund gibt es derzeit Traumaambulanzen an folgenden Standorten (siehe **Anlage 3**, Stand 08/2018):

- **Erwachsene:** Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Düsseldorf, Essen, Köln, Langenfeld, Mönchengladbach, Viersen
- **Kinder und Jugendliche:** Bedburg-Hau, Bonn, Essen, Viersen

Alle Traumaambulanzen des LVR wie auch des LWL haben mit dem LVR-Fachbereich Soziales Entschädigungsrecht/FB 54 einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen. In diesem sind das vorzuhaltende Behandlungsangebot, die Qualifikation des eingesetzten Personals sowie Abrechnungsmodalitäten geregelt:

1. Qualifikation der eingesetzten Fachkräfte

- Einsatz (approbierter) ärztlicher und/oder psychologischer Psychotherapeutinnen/-therapeuten
- Anerkennung der aktuellen Leitlinien für Posttraumatische Belastungsstörung als Grundlage der Behandlung²
- Aktualisierung des Wissens durch regelmäßige Weiterbildungen
- Ermöglichung einer Wahlmöglichkeit zwischen weiblicher Therapeutin und männlichem Therapeuten

2. Leistungsart und –umfang

- Durchführung von bis zu **5 probatorischen Sitzungen** (i.d.R. in wöchentlichen Abständen) zur Abklärung der psychotherapeutischen Behandlungsbedürftigkeit:

² Flatten G, Gast U, Hofmann A et al. 2004 [akt. 2013]. Leitlinie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Posttraumatische Belastungsstörung, 2. Auflage)

Anamneseerhebung, notwendige Diagnostik sowie ggf. Akutmaßnahmen (Psychoedukation, Stabilisierung)

- weitere **10 Sitzungen Akuttherapie** (6.-15. Sitzung) bei gegebener Indikation nach entsprechender Antragstellung
- Erstellung entsprechender **Befundberichte**
- Einsatz von SIM

3. Gesamtkosten nach OEG

- Die Abrechnung erfolgt vertragsgemäß direkt mit dem Kostenträger LVR-FB 54: die probatorischen Sitzungen sowie die akuttherapeutische Behandlung werden mit aktuell **82,- €/Sitzung (à 50 Minuten)** honoriert.
- Zur Vermeidung aufwändiger Einzelabrechnungen der Nebenleistungen sowie zur Sicherstellung des erhöhten Kommunikations-, Bescheinigungs- und Bereitstellungsaufwand zur Versorgung erhält der Leistungserbringer eine **fallbezogene einmalige Pauschale von 100,- €** pro betroffene Person.
- Das Honorar orientiert sich hierbei an den Beträgen, die im Rahmen der GKV abrechnungsfähig sind.
- Nach Auskunft des LVR-Fachbereichs 54 ist es ebenfalls möglich, Kosten für SIM-Einsätze abzurechnen: **45,- €/Std.** zzgl. Fahrtkosten.

Im Einzelfall können hier also pro traumatherapeutischer Behandlung **bis zu 1.330 €** (ohne Einrechnung der SIM-Kosten) in Rechnung gestellt werden.

Nach Durchführung von insgesamt maximal 15 traumatherapeutischen Sitzungen ist die Behandlung im OEG-Bereich abgeschlossen. Je nach gegebenenfalls noch bestehendem Behandlungsbedarf erfolgt eine Weiterverweisung in die Regelversorgung (z. B. an niedergelassene Psychotherapeut/innen, in eine [teil-] stationäre Behandlung oder PIA).

Es bleibt den Traumaambulanzen freigestellt, ihre Patientinnen und Patienten bei Bedarf jenseits der OEG-Vergütung im Bereich der Regelversorgung, d. h. in der angegliederten PIA (weiter) zu behandeln. Die Abrechnung kann dann jedoch lediglich im Rahmen der **PIA-Fallpauschale** erfolgen.

Diese liegt im LVR-Klinikverbund im **Erwachsenenbereich zwischen 160 € und 250 €** und im **KJPPP-Bereich zwischen 296 € und 355 €/Quartal**).

2.2. Behandlung von Flüchtlingen in den Traumaambulanzen

Die Abrechnung von Behandlungen für geflüchtete Patientinnen und Patienten, die durch Erlebnisse in ihren Herkunftsländern oder auf der Flucht traumatisiert wurden, ist im Rahmen des OEG grundsätzlich nicht vorgesehen und dadurch nicht möglich.

Durch ein Förderprogramm des Landes NRW wurde den Traumaambulanzen als Fachstellen für die Behandlung von Traumafolgestörungen von 2015 an bis zum 31.08.2017 die Möglichkeit eines Behandlungsangebots für diese Zielgruppe eröffnet: für Geflüchtete, die sich zu Behandlungsbeginn nicht länger als 15 Monate in Deutschland aufhielten, konnte rasch und unbürokratisch die Kostenübernahme für eine traumatherapeutische Akuttherapie und (falls erforderlich) für entsprechende SIM-Einsätze beantragt werden.

Dieses Programm ist zum 31.08.2017 ausgelaufen; eine Neuauflage ist (derzeit) nicht geplant. Die Traumaambulanzen des LVR haben – je nach Standort in unterschiedlichem Ausmaß - in den genannten Grenzen des Förderprogramms des Landes NRW an der Versorgung von Geflüchteten mitgewirkt.

Die Kosten für die aufwändige traumatherapeutische Behandlung dieser speziellen Zielgruppe konnten hierbei analog zum OEG durch die Möglichkeit der Abrechnung von

- bis zu **10 Stunden** traumatherapeutischer (Akut-)Behandlung mit einer Vergütung entsprechend einer Richtlinienpsychotherapie (**82,- €/Std.**),
- der Fallpauschale **von 100,- €** für den Mehraufwand (Kommunikations-, Bescheinigungs- und Bereitstellungsaufwand) und
- der Honorare (**45,- €/Std.**) zzgl. Fahrtkosten für SIM

im Gesamtvolumen von **920,- €** (ohne SIM-Kosten) refinanziert werden.

Nach Beendigung des Förderprogramms ist diese Finanzierung nunmehr weggefallen. Die Vergütung der Behandlung traumatisierter Flüchtlinge ist zurzeit lediglich im Rahmen der jeweiligen PIA-Pauschale gesichert. Somit kann aufgrund der besonderen und ressourcenaufwändigen Bedürfnisse eine bedarfsgerechte Versorgung kaum realisiert werden.

Die aktuelle Versorgung der Zielgruppe in den Traumaambulanzen der LVR-Kliniken nach Auslaufen des Förderprogramms im August 2017 bietet kein einheitliches Bild.

Von Seiten des LVR-Dezernats 5/FB 54 (Soziales Entschädigungsrecht) wird darauf hingewirkt, dass auch im LVR-Klinikum Düsseldorf, das bisher im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie (KJPPP) noch nicht über eine Traumaambulanz verfügt, ein entsprechendes Angebot eingerichtet wird.

Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass in jeder LVR-Klinik traumatherapeutische Expertise vorgehalten wird, auch wenn sie traumatisierten Flüchtlingen nicht unmittelbar zur Verfügung steht.

Es ist hierbei ausdrücklich erwünscht, dass sich die Traumambulanzen interkulturell öffnen: Ziel sei es, ein Behandlungsangebot für traumatisierte Migrantinnen und Migranten im Rahmen des OEG in allen LVR-Kliniken zu etablieren bzw. bereits bestehende Angebote zu erweitern.

Zwischen den LVR-Fachbereichen FB 54 (Abteilungen 54.30 und 54.40) und FB 84 (Abteilung 84.20 und Stabstelle fachärztliche Beratung 84.00) haben seit Anfang 2018 mehrere Gesprächstermine zur Abstimmung eines gemeinsamen Vorgehens bei der Förderung der interkulturellen Öffnung der Traumaambulanzen zur Behandlung von traumatisierten Patienten mit Migrationshintergrund und entsprechend zu entwickelnden Schulungsmaßnahmen zur Schließung dieser Versorgungslücke stattgefunden.

Hier erscheint vor allem die Kooperation zwischen der Fachberatung Traumaambulanzen (Abt. 54.40) und dem Kompetenzzentrum Migration (ehemals LVR-Klinikverbundprojekt Migration, siehe 2.3.) sinnvoll. Eine Konkretisierung hinsichtlich der Konzeption und Durchführung geeigneter gemeinsamer Qualifizierungs- und Unterstützungsmaßnahmen wird Ende 2018 bzw. Anfang 2019 erfolgen.

2.3. Ambulante Behandlungsmöglichkeiten für traumatisierte Geflüchtete in der Regelversorgung (der LVR-Kliniken)

Die psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen wird grundsätzlich als Aufgabe aller psychiatrischen Institutsambulanzen im LVR-Klinikverbund, nicht nur der Migrantenambulanzen bzw. transkulturellen/ interkulturellen Ambulanzen in den LVR-Kliniken verstanden.

Die Traumaambulanzen des LVR als Fachstellen für Traumafolgeerkrankungen haben - wie dargestellt – lediglich in den genannten Grenzen des Förderprogramms des Landes NRW - an der Versorgung von Geflüchteten mitgewirkt.

Durch die Bereitstellung von Haushalts- bzw. Fördermitteln (Flüchtlingshilfen, Förderprogramm Migration³) ist es den Mitarbeitenden aller LVR-Kliniken möglich, bei sprachlichen und soziokulturellen Barrieren SIM hinzuzuziehen.

Weiterhin wird durch die Fördermittel das LVR-Kompetenzzentrum Migration im LVR-Klinikverbund finanziert.

Das LVR-Kompetenzzentrum⁴ - zum 01.01.2018 hervorgegangen aus dem ehemaligen LVR-Klinikverbundprojekt Migration – hat seit 2014 in allen Kliniken Schulungen zum Einsatz von SIM durchgeführt und entsprechende Handlungshilfen und Informationsmaterialien entwickelt. In Bezug auf die Behandlung von psychisch erkrankten Flüchtlingen wurden ebenfalls Arbeitshilfen erstellt sowie verschiedene Veranstaltungen durchgeführt. Hierdurch wurde Möglichkeit geschaffen, vor allem der Sprachbarriere als eine der zentralen Hürden in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Fluchtgeschichte erfolgreich begegnen zu können.

Obwohl Flüchtlinge mit schweren Traumafolgestörungen laut EU-Aufnahmerichtlinie von 2003 (- 2003/9/EG, aktualisiert 2013 -) als besonders schutzbedürftig anzusehen sind, zeitnah nach Einreise nach Deutschland identifiziert werden und die ihnen zustehende Behandlung erhalten sollen, existieren bislang kaum Behandlungsangebote für diese Zielgruppe in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Regelversorgung.

³vgl. hierzu auch Vorlage 14_1929 zu den LVR-Flüchtlingshilfen 2015/2016:

[https://dom.lvr.de/lvis/lvr_recherchewww.nsf/0/26BACF4117F36A45C1258115002A11CF/\\$file/Vorlage14_1929.pdf](https://dom.lvr.de/lvis/lvr_recherchewww.nsf/0/26BACF4117F36A45C1258115002A11CF/$file/Vorlage14_1929.pdf)

⁴Der Landschaftsverband Rheinland unterstützt im Rahmen des LVR-Klinikverbundprojektes Migration seit 2008 aktiv die Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Menschen mit Zuwanderungs- und Fluchtgeschichte innerhalb des LVR-Klinikverbundes durch die Weiterentwicklung kultursensibler und diversitätsbewusster Behandlungsangebote.

Im Jahr 2018 ist aus dem LVR-Klinikverbundprojekt das LVR-Kompetenzzentrum Migration hervorgegangen. Die Leitung liegt bei Frau Dr. L. Joksimovic (LVR-Klinik Viersen), die stellvertretende Leitung bei Frau Dipl.-Psych. M. Schröder (LVR-Klinikum Düsseldorf).

Das LVR-Kompetenzzentrum Migration macht sich die Bündelung der inter- und transkulturellen Kompetenzen im LVR-Klinikverbund zur Aufgabe und unterstützt die LVR-Kliniken bei der interkulturellen Öffnung der Regelversorgung. Hierbei wird das Fachforum Migration, vertreten durch die Sprecher der Integrationsbeauftragten, Dr. Ali Kemal Gün (LVR-Klinik Köln) und Marion Winterscheid (LVR-Klinik Bonn), intensiv einbezogen.

Wesentliche Ziele des LVR-Kompetenzzentrums liegen dabei zum einen auf dem Abbau von Sprachbarrieren in den LVR-Kliniken, u. a. durch den Einsatz von SIM in der Behandlung oder die Nutzung von Mehrsprachigkeit bei Mitarbeitenden. Zum anderen soll die Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen verbessert werden.

Entsprechende Unterstützungsangebote durch das LVR-Kompetenzzentrum Migration beinhalten z. B. die Qualifizierung der Mitarbeitenden durch Fort- und Weiterbildungen, Fallberatungen, Workshops sowie die Entwicklung von Praxisempfehlungen, Infomaterialien und Leitfäden. Homepage: www.klinikverbund.lvr.de/kompetenzzentrum-migration

Im Folgenden sollen die verschiedenen bestehenden Problemlagen aufgezeigt werden.

2.4. Barrieren

Um eine bedarfsgerechte (erste) Versorgung von traumatisierten Flüchtlinge gewährleisten zu können, müssen diese zunächst überhaupt Eingang in die psychiatrisch/ psychosomatisch /psychotherapeutische Regelversorgung finden und - in einem nächsten Schritt - auch als Patientinnen bzw. Patienten identifiziert werden, bei denen eine Traumafolgestörung mit entsprechendem Behandlungsbedarf vorliegt.

Hier zeigt die klinische Erfahrung, dass gerade die schwerst traumatisierten Überlebenden von Gewalt und Folter oftmals erst mit deutlicher zeitlicher Verzögerung den Weg in die Regelversorgung finden. Andererseits erfüllt die Patientengruppe der Flüchtlinge mit Traumafolgeerkrankungen aufgrund der oft schweren, chronifizierten und komorbiden Erkrankungen in der Regel die PIA-Kriterien.

Eine Weitervermittlung an niedergelassene Psychotherapeut/innen ist aufgrund der schwerwiegenden Störungsbilder bei oft noch unsicherer psychosozialer und aufenthaltsrechtlicher Lebenssituation wie auch häufig ungeklärter Kostenübernahme (Therapie und SIM) sehr häufig nicht möglich.

2.4.1. Flüchtlinge

In Bezug auf die Gruppe der Flüchtlinge selbst können vor allem folgende Aspekte genannt werden, die die Inanspruchnahme psychiatrisch/ psychotherapeutischer Angebote erschweren bzw. verunmöglichen:

- Traumabedingte Barrieren
 - Deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen komplexer chronifizierter und komorbider psychiatrischer bzw. psychosomatischer Störungsbilder
 - Auftreten traumabedingter interaktioneller Probleme (Vermeidungsverhalten, sozialer Rückzug, Misstrauen, reduzierte Stresstoleranz, etc.)
- Sprachliche und soziokulturelle Barrieren
 - Keine bzw. nicht ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache
 - Keine bzw. stark eingeschränkte Kenntnisse der Versorgungsstrukturen des deutschen Gesundheitssystems
 - Erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten (sozio-) kulturell bedingter Missverständnisse

2.4.2. Strukturen und Rahmenbedingungen

Insbesondere strukturelle Rahmenbedingungen erschweren die Etablierung von Angeboten für diese besondere Zielgruppe in der Regelversorgung⁵.

⁵Schröder M, Joksimovic L (2017): Institutionelle Einflüsse auf die psychotherapeutische Arbeit mit geflohenen Menschen. In: Borcsa M, Nikendei C (Hrsg.) Psychotherapie nach Flucht und Vertreibung. Georg Thieme Verlag KG

Die aufwändigere ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung hängt, wenn sie überhaupt stattfindet, in der Regel vom hohen persönlichen Engagement einzelner Behandler/innen ab, die häufig vor dem Hintergrund eigener Zuwanderungs- oder Fluchtgeschichte und entsprechenden muttersprachlichen Kenntnissen tätig werden.

Der benötigte finanzielle und personelle Mehraufwand findet von Kostenträgerseite (GKV, Sozialhilfeträger) bislang keine bzw. kaum eine Berücksichtigung.

Zu nennen sind an dieser Stelle:

- Verunmöglichung kostendeckender Arbeit durch zu niedrige Fallpauschalen im PIA-Bereich (auch im Vergleich zum OEG-Kontext)
- Fehlende personelle und zeitliche Ressourcen für den Aufwand einer zielgruppengerechten und niedrigschwelligen Gestaltung des Zugangs zur Behandlung außerhalb der allgemeinen Aufnahmeroutine der Kliniken
- Fehlende Anschubfinanzierungen für neue/innovative Angebote oder Aufstockung personeller Ressourcen durch Drittmittel(-projekte)
- Grundsätzlich nicht ausreichende Refinanzierungsmöglichkeiten von Dolmetscher- bzw. SIM-Kosten

2.4.3. Behandlerinnen und Behandler

Auch die Behandlerinnen und Behandler in den PIA der LVR-Kliniken stehen in der Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten vor besonderen Herausforderungen, welche neben dem fachlichen und persönlichen Engagement vor allem folgende Kompetenzen erfordern:

- allgemeine traumaspezifische diagnostische und psychotherapeutische Fachkompetenz
- erweiterte Expertise bzw. Erfahrung in Bezug auf die Behandlung von Opfern von Folter, (sexueller) Gewalt und schweren Menschenrechtsverletzungen
- interkulturelle Kompetenzen, kultursensible Achtsamkeit - individuell und teambezogen
- Kenntnisse und Erfahrung in der Arbeit mit SIM bzw. professionelles Einbringen eigener muttersprachlicher und fremdsprachlicher Kompetenzen
- Grundkenntnisse bezüglich asyl- und aufenthaltsrechtlicher Aspekte mit Relevanz für die Behandlung bzw. die Erstellung notwendiger Atteste und Bescheinigungen⁶

⁶Die Erstellung von Attesten stellt in diesem Kontext eine gesonderte Problematik dar:

Psychisch kranke Flüchtlinge sind gesetzlich dazu verpflichtet, Behörden gegenüber (z.B. dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge/ BAMF, der Ausländerbehörde/ ABH) qualifizierte Bescheinigungen über ihre Erkrankung vorzulegen, damit ihr Gesundheitszustand bei der Entscheidung über ein mögliches Bleiberecht überhaupt berücksichtigt werden kann. Diese müssen z. B. laut Urteil des BVerwG vom 11.09.2007 (BVerwG, 10 C 8/07) besonderen Anforderungen genügen. Das LVR-Kompetenzzentrum Migration beschäftigt sich aktuell damit, wie hier die LVR-Kliniken dabei unterstützt werden, sich mit dieser Fragestellung auseinanderzusetzen – unabhängig von möglicherweise geplanten Entwicklungen spezialisierter Versorgungskonzepte für traumatisierte Flüchtlinge.

Durch die Abteilung für Rechts- und Prüfungsangelegenheiten des Dezernats 8 (Abt. 81.30) wurde hierzu am 15.01.2018 eine Handreichung erstellt und an die LVR-Kliniken verschickt (als **Anlage 5** beigefügt), die auch zu der weitgehend ungeklärten Frage der Refinanzierung Stellung bezieht.

Die Verfügbarkeit dieser Qualifikationen und Kompetenzen ist im Rahmen der Regelversorgung durch die PIA noch längst nicht überall gegeben. Dies führt nicht selten bereits im Erstkontakt zu Überforderungs- und Abwehrreaktionen in der Konfrontation mit den komplexen sozialen Problemlagen, Sprachbarrieren und erlebten Verständigungsgrenzen.

An dieser Stelle sollte in erster Linie das LVR-Kompetenzzentrum Migration Angebote bereitstellen bzw. Maßnahmen entwickeln, um die Mitarbeitenden der LVR-Kliniken entsprechend zu unterstützen.

Es ist mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass durch die beschriebenen Barrieren bereits ein großer Teil traumatisierter Flüchtlinge nicht als solche identifiziert werden (können) und dadurch unter- bzw. fehlversorgt werden. Langfristig führen eingeschränkte Möglichkeiten der bedarfsgerechten Versorgung neben dem hohen menschlichen Leid auch zu deutlich höheren Folgekosten im Gesundheitswesen⁷.

2.5. Beispiel guter Praxis im LVR-Klinikverbund: Versorgung traumatisierter Flüchtlingen in der Ambulanz für transkulturelle Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (LVR-Klinikum Düsseldorf)

In der Ambulanz für transkulturelle Psychosomatische Medizin und Psychotherapie besteht im LVR-Klinikum Düsseldorf seit mehr als 15 Jahren ein spezialisiertes Angebot für schwer traumatisierte Flüchtlinge aus verschiedenen Ländern, auf das im Antrag Nr. 14/161 explizit Bezug genommen wird.

Die Behandlung nach dem sogenannten „Düsseldorfer Modell“⁸ richtet sich schwerpunktmäßig an besonders schutzbedürftige Patient/innen mit komplexen Traumafolgestörungen, psychosomatischen Störungen sowie psychischer Komorbidität bei schweren körperlichen Erkrankungen, psychisch kranke Geflüchtete mit Kriegsverletzungen und Behinderungen, Folteropfer, etc. Die Spezialisierung der Angebote erfolgt auf der Basis der Verankerung sowohl von Trauma- als auch „Diversity“-Kompetenz im Behandlungsteam mit entsprechenden regelmäßigen Fall- und Teambesprechungen, Supervisions- und Fortbildungsangeboten (LVR-Psychiatrie Report 2016 – als **Anlage 4** beigelegt).

Seit dem 01.07.2017 (und noch bis zum 31.12.2018) erhält die Ambulanz für transkulturelle Psychosomatische Medizin und Psychotherapie eine Modellprojektfinanzierung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) NRW, wodurch ein bedarfsgerechtes **„Multimodales Behandlungsangebot für traumatisierte Flüchtlinge“** ermöglicht wird.

⁷ Bozorghmer K, Razum O. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013. PLOS ONE, July 22, 2015

⁸ Joksimovic L, Schröder M (2017): Düsseldorfer Modell der psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung von traumatisierten Migrant/innen und Flüchtlingen. In: Graef-Calliess I & Schouler-Ocak M (Hrsg.) Migration und Transkulturalität. Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie. Schattauer Verlag, Stuttgart

Als zentrale Elemente in der Patientenversorgung sind hier zu nennen:

- kultursensible Ausrichtung der Abläufe im Rahmen der Anmeldesituation (geschulte Mitarbeitende, muttersprachliche Angebote, geduldiges Klären des Anliegens, Aufnahme persönlicher Daten und Unterlagen, Aushändigen des Patientenheftes sowie Infomaterial in Muttersprache, etc.)
- am biopsychosozialen Krankheitsmodell orientierte verlängerte Diagnostikphase (mindestens drei bis fünf Untersuchungstermine)
- regelhafte Hinzuziehung von SIM bei gleichzeitiger Schulung von Mitarbeitenden zum Einsatz von SIM in der Behandlung traumatisierter Flüchtlinge
- multiprofessionelle Indikationsstellung und Behandlung in spezifischen Behandlungspfaden: kultursensible Traumatherapie
- Berücksichtigung sozialer Problemlagen durch Einbezug von Sozialarbeiter/innen
- kultursensible fachärztliche Beratung bei psychopharmakologischer Behandlung
- ergänzend resilienzbasierte Kunsttherapie
- störungsspezifische gruppenpsychotherapeutische Angebote
- Erstellung von qualifizierten Attesten (nach gesetzlich bzw. gerichtlich festgelegten Anforderungen), die Patient/innen für ihr Asylverfahren benötigen, um Behörden gegenüber die Schwere ihrer Erkrankung zu verdeutlichen.

Die derzeitige Modellprojektfinanzierung des MAGS NRW läuft jedoch zum Ende des Jahres 2018 aus.

Es ist zu betonen, dass die Finanzierung der Durchführung des beschriebenen spezialisierten Regelversorgungsangebots in der transkulturellen Ambulanz bisher nur durch ergänzende Projekte/ Drittmittelförderung möglich ist, z. B. durch die genannte Förderung durch das MAGS NRW oder durch AMIF-Projekte (Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds der EU) mit Kooperationspartnern wie dem Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf.

Derartige Refinanzierungsmöglichkeiten erfordern jedoch in der Regel aufwändige Antrags- und Berichtslegungen, so dass hierfür ebenfalls entsprechende Ressourcen eingeplant werden müssen.

Die Zahl der Anfragen nach Behandlung in der transkulturellen Ambulanz ist in der Regel deutlich höher als die zur Verfügung stehenden Behandlungsplätze: zum aktuellen Zeitpunkt befinden sich ca. 80 Patientinnen und Patienten aus dem Großraum Düsseldorf auf einer Warteliste.

3. Zusammenfassende Einschätzung

Die dargestellten Anforderungen in Verbindung mit den genannten Zugangsbarrieren machen deutlich, dass eine adäquate Behandlung traumatisierter Flüchtlinge nicht mit den Standardmethoden der Regelversorgung erzielt werden kann, sozusagen im „Alltagsgeschäft“ mit zusätzlich entsprechend enger zeitlicher Taktung.

Auch wenn – schwerpunktmäßig in den Migrantenambulanzen bzw. inter- und transkulturellen Ambulanzen - Angebote für psychisch erkrankte Migrantinnen und Migranten, darunter auch Flüchtlinge, bereitgehalten werden, zeigen sich deutlich Hinweise darauf,

dass eine bedarfsgerechte intensive psychotherapeutische Traumabehandlung für **traumatisierte Geflüchtete** aufgrund der beschriebenen geltenden Gesetze, Finanzierungs- und Fördersituationen nicht in allen LVR-Kliniken angeboten und durchgeführt werden kann.

Die im o.g. Auftrag aufgeworfene Frage, inwieweit durch die (bereits erfolgte) Einrichtung von Traumaambulanzen in allen LVR-Kliniken eine Verbesserung der Behandlung von Flüchtlingen mit Traumafolgestörungen zu erwarten sei, kann nach jetzigem Kenntnisstand kaum positiv beantwortet werden.

Geeignete und an die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe angepasste Behandlungskonzepte erfordern zum einen neben kurzfristigen akuttherapeutischen traumaspezifischen Interventionen (analog OEG) in vielen Fällen auch langfristig und vernetzt angelegte stabilisierende Behandlungsangebote. Zum anderen müssen diese die Berücksichtigung der zum Teil krankheitsverschärfenden Lebensbedingungen in Deutschland (Wohn- und Lebensverhältnisse), des asyl- und aufenthaltsrechtlichen Kontextes und die Vernetzung mit bzw. den Einbezug von Unterstützer/innen (z. B. Familienmitglieder, Sozialarbeiter/innen, Ärzt/innen, Flüchtlingsberatungsstellen, Anwälte/innen, ehrenamtlich Tätige) sicherstellen. Schließlich ist sinnvollerweise auch der Einbezug nichtsprachlicher bzw. sprachreduzierter Therapiemethoden wie z. B. Kunsttherapie oder Ergotherapie zu ermöglichen.

Mittlerweile verfügen alle LVR-Kliniken bereits über das spezielle qualitative Strukturmerkmal der Traumaambulanz im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie bzw. –psychosomatik. Lediglich das LVR-Klinikum Düsseldorf hält zum jetzigen Zeitpunkt als eine von fünf LVR-Kliniken mit einem kinder- und jugenpsychiatrischen Versorgungsbereich noch keine Traumaambulanz vor. Die entsprechende Einrichtung wird jedoch durch den LVR-FB 54 wie auch die Verbundzentrale ebenfalls angestrebt.

Somit halten alle LVR-Kliniken ein Angebot vor, in Qualifikationsstruktur und Behandlungsleistungen gemäß den Bestimmungen des OEG. Sie können diese speziellen Leistungen aber nur entsprechend dieser Bestimmungen erbringen und abrechnen. Das spezielle Angebot der Traumaambulanzen, d. h. qualifizierte Traumabehandlungen gemäß den Kriterien des OEG, steht also den Flüchtlingen mit Traumafolgestörungen nicht direkt zur Verfügung, da sie für diese Patientengruppe nicht abgerechnet werden kann.

In der Regel sind die Traumaambulanzen an eine der PIAs in den LVR-Kliniken angegliedert; damit halten sie eine für die PIAs grundsätzlich zugängliche traumaspezifische Qualifikation vor. Aus rein fachlicher Sicht ist es sinnvoll, dass die Traumaambulanzen ihre Qualifikation in die Behandlung von Flüchtlingen mit schweren Traumafolgestörungen durch die PIAs einbringen und damit diese mit ihrer Expertise und ihrer therapeutischen Erfahrung indirekt unterstützen.

Außerhalb der OEG-Zuständigkeit erfordert die traumaspezifische Behandlung aber, wie oben aufgezeigt wurde, einen hohen personellen und zeitlichen Aufwand, der im Rahmen der PIA-Regelbehandlung unter der üblichen Pauschalvergütung nicht erbracht wird bzw. werden kann.

Eine Öffnung des OEG für Flüchtlinge, die nicht auf deutschem Boden traumatisiert wurden, ist derzeit nicht zu erwarten.

In Vertretung

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

Mitteilungen - Recht, Personal, Organisation

StGB NRW-Mitteilung 344/2018 vom 18.06.2018

Pressemitteilung: Hohe Belastung durch Flüchtlings-Integration

Städte und Gemeinden in NRW haben bei der Integration von Geflüchteten mit massiven Schwierigkeiten zu kämpfen. "Vor allem in den Bereichen Wohnraum, Finanzierung und psychosoziale Betreuung braucht es erheblich mehr Unterstützung von Bund und Land", machte StGB NRW-Hauptgeschäftsführer Dr. Bernd Jürgen Schneider heute in Düsseldorf deutlich.

Anlass ist eine Umfrage unter den 360 StGB NRW-Mitgliedskommunen. Dabei wurde offengelegt, in welchen Bereichen Kommunen in ihrer Integrationsarbeit vor Ort am meisten Schwierigkeiten haben. Für 14 Themenfelder wurde der Problemdruck erfasst mithilfe eines so genannten Krisen-Faktors. Dieser reichte von 1 - keine Probleme - bis 5 - massive Probleme.

Wohnraum: Fehlender Wohnraum für anerkannte Asylsuchende bereitet Städten und Gemeinden in NRW mit Abstand die größten Sorgen. Jede zweite Kommune hat in diesem Bereich mit massiven Problemen zu kämpfen. Noch nicht einmal in jeder zehnten Stadt oder Gemeinde steht genügend passender Wohnraum zur Verfügung. Im Durchschnitt bewerteten Kommunen diesen Bereich mit dem Krisenfaktor 4,1 (Höchstwert 5).

"Das Land muss dringend die Bedingungen für den Wohnungsbau verbessern, denn Unterbringung in familiengerechten Wohnungen ist ein Schlüsselfaktor für erfolgreiche Integration", mahnte Schneider. Es sei zwingend erforderlich, ausreichend bezahlbaren Wohnraum zu schaffen. Für NRW bestehe bis 2020 ein Bedarf von 400.000 Wohnungen. Verteilungskämpfe auf dem Wohnungsmarkt seien "Gift für den sozialen Zusammenhalt", so Schneider.

Finanzausstattung: Den Kommunen stehen für die Integration von Flüchtlingen vor Ort nicht genügend Finanzmittel zur Verfügung. Hierbei spielt auch die allgemeine Finanznot vieler NRW-Städte und -Gemeinden eine Rolle. In der Umfrage des StGB NRW bewerteten Kommunen den Bereich mit einem durchschnittlichen Krisen-Faktor von 3,8 (Höchster Wert 5). Städte und Gemeinden - so Schneider - könnten dringende Aufgaben im Integrationsprozess oftmals nicht in Angriff nehmen, weil sie die erforderlichen Fachkräfte nicht bezahlen können. Vielfach bräuchte es zusätzliches Personal, machte Schneider deutlich. Insbesondere die Vermittlung von Wohnraum sowie von Praktika, Ausbildungsplätzen und Arbeitsstellen erfordere viel Zeit und "Beziehungsarbeit".

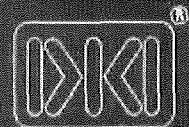
Der StGB NRW habe in den vergangenen Jahren immer wieder darauf hingewiesen, dass die Kommunen die Aufgabe der Integration annähmen. Dafür seien sie aber auf eine nachhaltige Finanzierung angewiesen. "Wir fordern daher die vollständige Weiterleitung der Integrationspauschale durch die Landesregierung", betonte Schneider. Finanzielle Entlastung sei im Übrigen auch dadurch herzustellen, dass das Land die Kosten für die Versorgung nicht anerkannter Asylsuchender komplett übernimmt und nicht nur für drei Monate nach rechtskräftiger Ablehnung.

Psychosoziale Betreuung: In der Integrationsdebatte spielte das Thema des Umgangs mit traumatisierten Geflüchteten und ihrer psychosozialen Betreuung bisher nur eine untergeordnete Rolle. Die Lage in den NRW-Kommunen weist jedoch auf die zunehmende Dringlichkeit des Problems hin. Mit einem durchschnittlichen Krisenfaktor von 3,5 (Höchstwert 5) liegt es im Ranking der Umfrage an dritter Stelle.

"Die Beobachtungen aus Städten und Gemeinden zeigen, dass der Bedarf die Möglichkeiten des Gesundheitssystems um ein Vielfaches übersteigt", erklärte Schneider. Dies decke sich mit Studienergebnissen der Hallenser Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina. Es fehlten definitiv therapeutische Angebote, da nunmehr die psychischen Probleme immer deutlicher würden. Zudem würden speziell geschulte Dolmetscher/innen benötigt.

"Wir dürfen schwer traumatisierte Personen nicht sich selbst überlassen", forderte Schneider. Anderenfalls könnten sie zur Gefahr für sich selbst und für andere werden. Bund und Land müssten rasch Programme entwickeln, welche die Versorgung mit therapeutischen Angeboten verbessern. Zudem müssten verstärkt digitale Hilfsmittel für Erst-Diagnose und Behandlung eingesetzt werden.

Die Ergebnisse der Umfrage samt Schaubildern sind als Anlage zur Pressemitteilung im Internet unter www.kommunen-in-nrw.de , Rubrik "Presse / Pressemitteilungen / 2018" herunterzuladen



7 Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern

Die Zahl der Flüchtlinge ist seit dem Jahr 2009 (33.033 Asylanträge, davon 27.649 Erstanträge) kontinuierlich angestiegen und erreichte im Jahr 2016 einen Höchststand: Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) zählte 745.545 Erst- und Folgeanträge auf Asyl (davon 722.370 Erstanträge) und damit mehr als im Vorjahr (476.649, davon 441.899 Erstanträge).¹⁰

Die psychosozial-psychiatrische gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrungen ist aufgrund institutioneller, struktureller, sprachlicher und kultureller Barrieren häufig eingeschränkt (Adorjan et al. 2017). Dies betrifft auch die Krankenhausversorgung. Ungeachtet der schon schwierigen Situation wurden Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien zudem durch die zunehmende Anzahl von Flüchtlingen und Asylbewerbern vor neue Herausforderungen gestellt, die noch nicht allumfassend untersucht wurden.

Bekannt ist, dass die Einrichtungen der psychosozialen Regelversorgung auf die sich ändernde Versorgungssituation mit der Entwicklung neuer Versorgungsmodelle oder -ansätze reagiert hat (Adorjan et al. 2017, Richter et al. 2017, Schellong et al. 2017, Wöller 2016, Schouler-Ocak & Aichberger 2015). So haben sich beispielsweise Migrationsambulanzen (z. B. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums München), Traumaambulanzen (z. B. Universitätsklinikum der TU Dresden), Kompetenzzentren (z. B. Kompetenzzentrum für Psychotraumatologie - KPZ - Universität Konstanz), spezifische Zentren (z. B. für Transkulturelle Psychiatrie - ZTP - Vivantes Humboldt-Klinikum) oder Clearingstellen (z. B. Charité Berlin) etabliert. Auch Flüchtlingslotsen, psychologische Migrationslotsen oder Trauma-informierte-Peer-Beratung werden in Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien zur Versorgung von Flüchtlingen genutzt. Bisher ist jedoch unklar, inwieweit sich diese Modelle oder andere Ansätze bei der Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrungen in verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen bzw. Abteilungen verbreitet haben.

Aus diesem Grund wurde die Situation des Jahres 2016 im PSYCHIATRIE BAROMETER 2017/2018 erfragt. Bei der Interpretation aller Daten und Ergebnisse ist

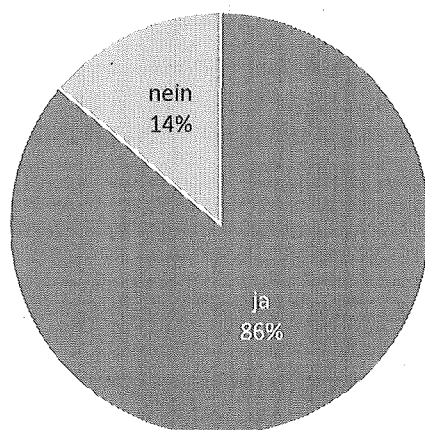
¹⁰ Im Jahr 2017 waren die Zahlen erstmals seit 2009 wieder rückläufig (BAMF 2018). Für das PSYCHIATRIE BAROMETER 2017/2018 ist jedoch das Jahr 2016 das Bezugsjahr.

zu berücksichtigen, dass die Verteilung der Flüchtlinge oder Asylbewerber¹¹ regional unterschiedlich ist. Dies betrifft damit auch die Krankenhäuser und die wahrgenommenen Herausforderungen oder zu ergreifende Maßnahmen.

7.1 Bestandsaufnahme

Der überwiegende Teil der Krankenhäuser (86 %) hat im Jahr 2016 Flüchtlinge behandelt (Abb. 27).¹² Der Anteil war in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern (89 %) etwas höher als in den Abteilungspsychiatrien (84 %).

Hat Ihre psychiatrische/psychosomatische Einrichtung im Jahr 2016
Flüchtlinge / Asylbewerber behandelt?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

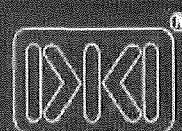
Abb. 27: Versorgung von Flüchtlingen im Jahr 2016

Bei der Darstellung der weiteren Ergebnisse werden nur die Häuser berücksichtigt, die im Jahr 2016 Flüchtlinge versorgt haben.

Die Einrichtungen wurden gebeten, nachfolgend für ihr Haus den prozentualen Anteil von Flüchtlingen jeweils an der Zahl aller voll-, teilstationär und in den

¹¹ Im Nachfolgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit überwiegend der Begriff „Flüchtling“ benutzt. Asylbewerber sind hier mit eingeschlossen.

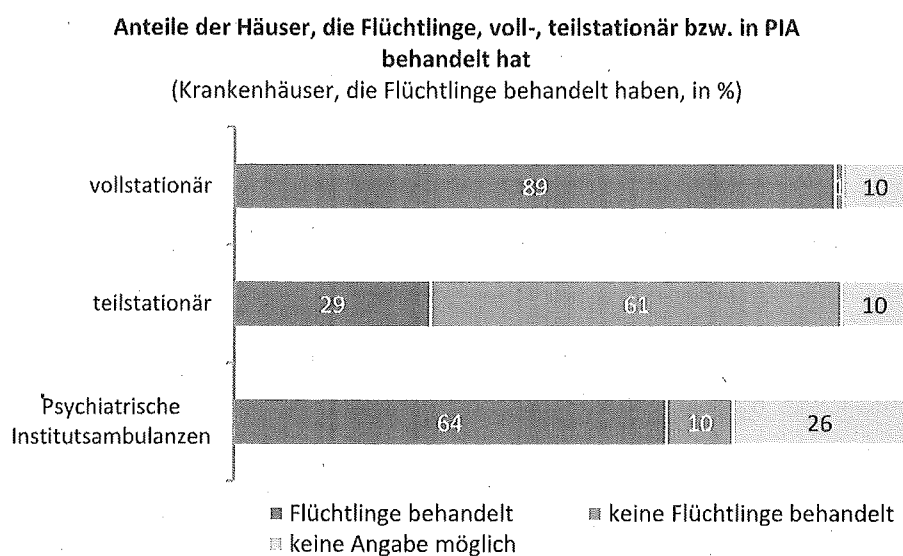
¹² Bei der Interpretation des Ergebnisses wären regionale Klassifizierungen interessant (z. B. die Entfernung zum nächsten Erstaufnahmezentrum). Entsprechende Informationen liegen jedoch nicht in geeigneter Form vor, um sie berücksichtigen zu können.





Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) behandelten Fällen für das Jahr 2016 zu taxieren.

Der Großteil der Häuser hat Flüchtlinge vollstationär bzw. im Rahmen Psychiatrischer Institutsambulanzen versorgt. In knapp einem Drittel der Einrichtungen wurden Flüchtlinge teilstationär behandelt. Je 10 % der Häuser war nicht bekannt, ob Flüchtlinge teil- oder vollstationär betreut wurden, gut einem Viertel fehlte diese Kenntnis für PIA (Abb. 28).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 28: Voll-, teilstationäre bzw. Versorgung in PIA

Betrachtet man nur die Häuser, die im Jahr 2016 Flüchtlinge voll-, teilstationär bzw. in den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) behandelt haben, so zeigt sich folgendes Bild: Im Mittel waren im Jahr 2016 2,5 % aller in den Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien behandelten vollstationär betreuten Patienten Flüchtlinge. Der 5%-getrimmte Mittelwert¹³ lag bei 2,3 % (Median: 2 %) (Tab. 6).

¹³ Bei dem 5%-getrimmten Mittelwert ist der Mittelwert um Ausreißerwerte bereinigt, in dem jeweils die oberen und unteren 5 % der Angaben nicht berücksichtigt werden.



1,1 % aller teilstationären Fälle des Jahres 2016 und 2,5 % aller in den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) behandelten Patienten waren Flüchtlinge (je Mittelwert) (Tab. 6).

Abteilungspsychiatrien haben öfter als psychiatrische Fachkliniken keine Flüchtlinge teilstationär oder in PIA's behandelt. So gaben 66,7 % der Abteilungs- und 55,8 % der Einrichtungspsychiatrien an, keine Flüchtlinge teilstationär versorgt zu haben. 15,4 % der Abteilungs- und 4,8 % der Einrichtungspsychiatrien haben keine Patienten mit Flüchtlingsstatus in Psychiatrischen Institutsambulanzen betreut.

Tab. 6: Prozentuale Anteile von Flüchtlingen (nur Krankenhäuser mit entsprechenden Fällen)

	Prozentualer Anteil von Flüchtlingen an allen		
	vollstationär behandelten Patienten	teilstationär behandelten Patienten	in den PIA behandelten Patienten
Mittelwert	2,5 %	1,1 %	2,5 %
5%-getrimmter Mittelwert	2,3 %	1,0 %	2,1 %
Median	2,0 %	0,9 %	1,0 %
Unterer Quartilswert	1,0 %	0,3 %	0,5 %
Oberer Quartilswert	3,0 %	1,9 %	2,9 %

7.2 Herausforderungen

Bei der Diskussion möglicher Barrieren der stationären psychiatrischen Versorgung von Flüchtlingen stehen meist sprachliche und kulturelle Probleme im Fokus. Darüber hinaus gibt es weitere, mögliche Herausforderungen bei der (teil)stationären Behandlung von Flüchtlingen. Im PSYCHIATRIE BAROMETER wurden elf verschiedene Aspekte erfragt. Diese lassen sich aufgrund der Ergebnisse in „stärkere“, „mittlere“ und „geringere“ Herausforderungen unterteilen.



Die zentralen Herausforderungen bei der Versorgung von Flüchtlingen sind, wie zu erwarten, sprachliche und kulturelle Barrieren. Aber auch erhöhte Aufwände sowie ein erhöhtes Belastungsniveau der Mitarbeiter zählen zu den stärkeren Herausforderungen. Sprachliche Probleme sind der Bereich, der die Behandlung von Flüchtlingen am stärksten beeinträchtigt (85 % der Häuser). So benennen 41 % der Häuser dies als „sehr starke“, 44 % als „starke“ Herausforderung. Eng damit zusammenhängend steht der folgende, ebenfalls stark belastende Aspekt: Die Versorgung von Flüchtlingen ist zeitlich aufwändiger und stellt die Häuser entsprechend vor „starke“ (47 %) bzw. „sehr starke“ (33 %) Herausforderungen. Eine höhere Belastung der Mitarbeiter, inklusive möglicher stärkerer psychischer Belastungen, sowie einen höheren Aufwand durch die Kommunikation mit Angehörigen bewerten je zwei Drittel der Häuser als ("sehr") "starkes" Problem. Kulturelle Differenzen erschweren die Versorgung der Flüchtlinge aus Sicht von 63 % der Einrichtungen ("sehr") "stark".

Knapp die Hälfte der Häuser bzw. Abteilungen bewertet das Fehlen von spezialisierten Mitarbeitern als ("sehr") "starkes" Hindernis bei der Behandlung von Flüchtlingspatienten. Bürokratisierte Prozesse oder eine fehlende Flexibilität, z. B. bei der Zusammenarbeit mit Behörden oder der KV, werten 39 % der Einrichtungen als ("sehr") "starke" Herausforderung. Jeweils rund ein Drittel der Kliniken bzw. Abteilungen benennen bei der Behandlung von Flüchtlingen finanzielle Mehrbelastungen bzw. Schwierigkeiten bei der Begrenzung der Behandlung auf die nach dem Asylbewerbergesetz (AsylbLG) zustehenden medizinischen Leistungen als ("sehr") "starkes" Problem.

In der Rangfolge der möglichen Herausforderungen bei der Versorgung von Flüchtlingen sind die folgenden zwei Aspekte für die Häuser von geringerer Relevanz. Knapp ein Viertel der Einrichtungen nimmt eine Überlastung bzw. stärkere Frequentierung der Psychiatrischen Instituts- oder Notfallambulanz als ("sehr") "starkes" Problem wahr. 13 % der Einrichtungen ist bei der Versorgung von Flüchtlingen mit Zahlungsverzögerungen oder -ausfällen konfrontiert (Abb. 29).

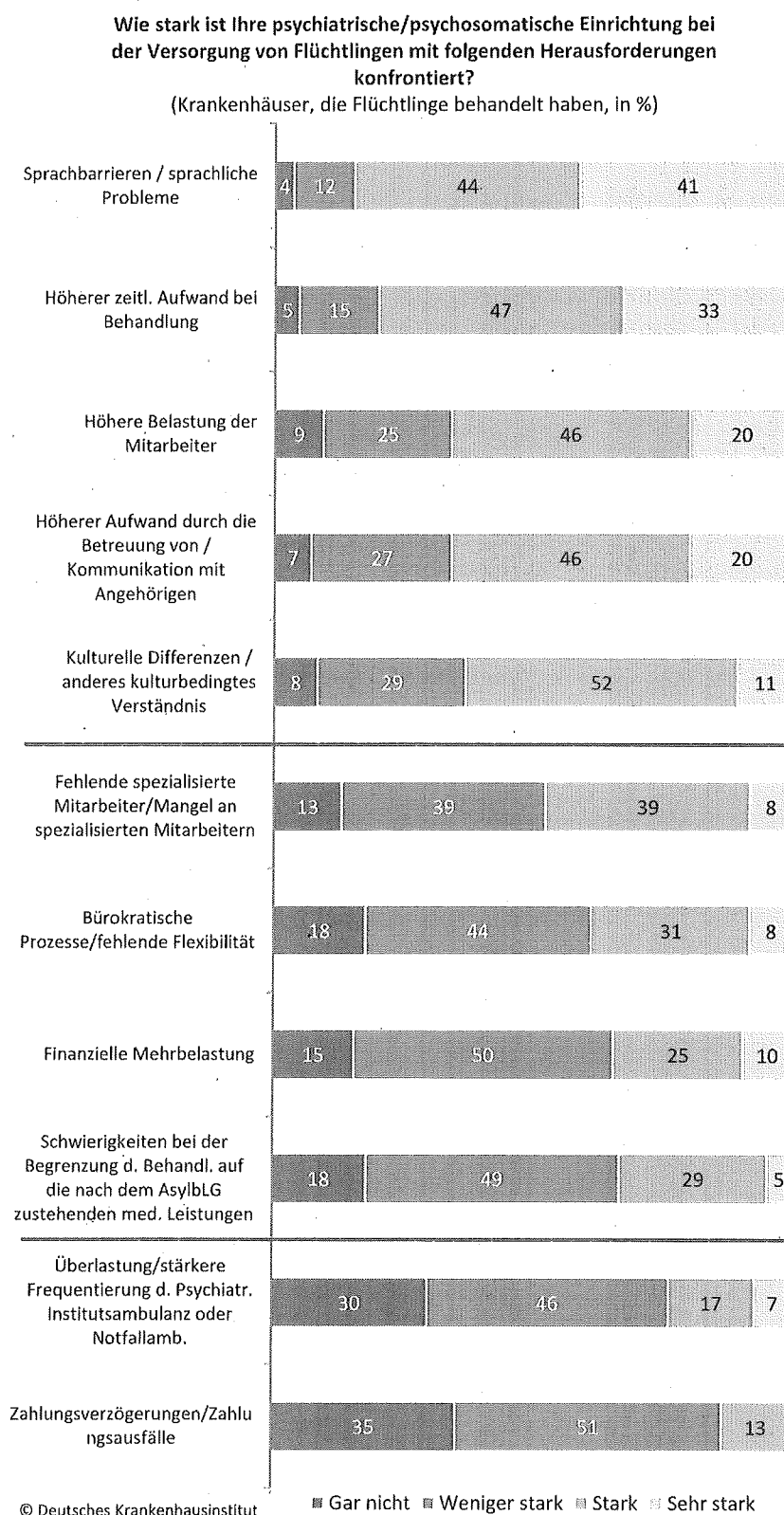
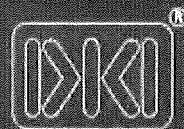


Abb. 29: Herausforderungen bei der Versorgung von Flüchtlingen



7.3 Ergriffene Maßnahmen

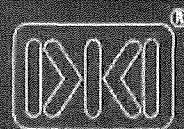
Eingangs wurde bereits dargestellt, dass sich verschiedene Beispiele und Modelle in psychiatrischen Fachkliniken und Abteilungspsychiatrien zur Versorgung von Flüchtlingen entwickelt haben. Bisher ist jedoch wenig bekannt, wie häufig diese bei der Behandlung von Flüchtlingen in den Einrichtungen genutzt werden. Um ein umfassenderes Bild zu zeichnen, wurde im PSYCHIATRIE BAROMETER 2017/2018 gefragt, welche Maßnahmen die Einrichtungen bereits umgesetzt haben oder umzusetzen planen, um sich auf die besonderen Aspekte bei der Versorgung von Flüchtlingen einzurichten. Im ersten Schritt wird der Umsetzungsstand für acht Maßnahmen zur konkreten Überwindung von Sprachbarrieren, im Anschluss für insgesamt zwölf verschiedene eher organisatorische Maßnahmen dargestellt¹⁴.

Sprachbarrieren sind aus Sicht der Krankenhäuser, wie dargestellt, die zentrale Herausforderung bei der Versorgung der Flüchtlinge (vgl. Kap. 7.2). Dies spiegelt sich auch deutlich in den umgesetzten Handlungen wider: Maßnahmen zur Überwindung von Sprachbarrieren sind sehr umfassend und deutlich häufiger in den Einrichtungen (bereits) umgesetzt als eher organisatorische Aspekte.

Zur Bewältigung sprachlicher Probleme greifen die Einrichtungen vor allem auf Krankenhausmitarbeiter sowie Angehörige, Freunde und Bekannte des Patienten, aber auch speziell ausgebildete Dolmetscher, Übersetzer oder Sprachmittler, die nicht am Krankenhaus angestellt sind, zurück. Krankenhausmitarbeiter fungieren in gut drei Vierteln der Häuser, Angehörige, Freunde und Bekannte der Flüchtlinge in 71 % der Kliniken als Übersetzer. Speziell ausgebildete Dolmetscher, die keine Krankenhausmitarbeiter sind, sind in gut zwei Dritteln der Einrichtungen im Einsatz. Sie werden in psychiatrischen Fachkliniken häufiger herangezogen als in Abteilungspsychiatrien.

Gut ein Viertel der Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien hat gezielt Personal mit den benötigten Sprach- und Kulturkenntnissen eingestellt, um bei der Versorgung von Flüchtlingen Sprachbarrieren besser überwinden zu können.

¹⁴ Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Flüchtlinge insgesamt einen relativ geringen Teil der im Krankenhaus behandelten Patienten ausmachen (vgl. Kapitel 7.1.). Zudem ist die Varianz in den Häusern groß. Dies bedeutet, dass es vermutlich nicht erforderlich ist, flächendeckend alle erfragten Maßnahmen umzusetzen, sondern sich je nach Bedarf auf bestimmte Maßnahmen zu fokussieren.



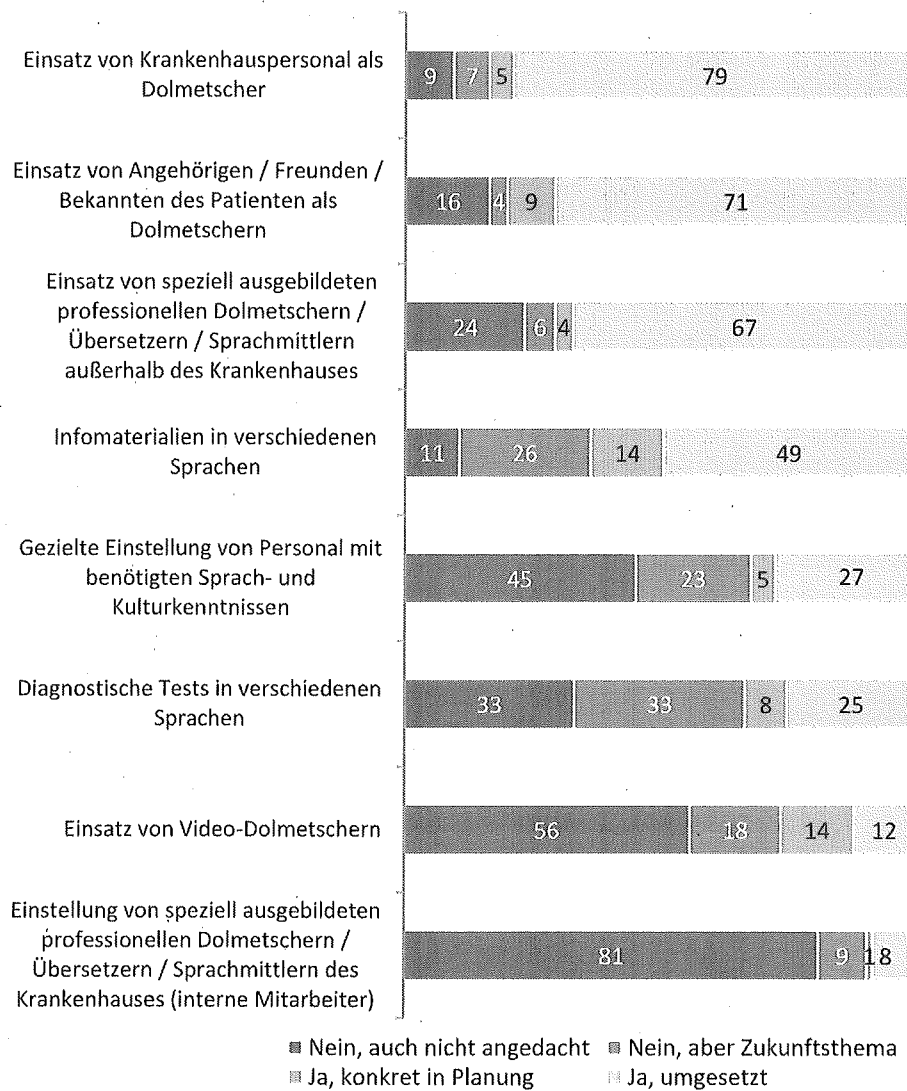
Gut ein weiteres Viertel plant bereits konkret bzw. zukünftig, entsprechendes Personal anzustellen.

Video-Dolmetscher werden vergleichsweise seltener genutzt, um sprachliche Probleme zu lösen. Konkret werden diese in 12 % der Einrichtungen bereits eingesetzt, weitere 14 % planen dies konkret und 18 % für die Zukunft. Die Einstellung von speziell ausgebildeten Dolmetschern, Übersetzern oder Sprachmittlern am Krankenhaus ist für die meisten Krankenhäuser (81 %) kein Thema. Eingesetzt werden sie in 8 % der Einrichtungen, wobei Abteilungspsychiatrien diese häufiger angestellt haben als Einrichtungspychiatrien.

Die Überwindung von Sprachbarrieren ist nicht nur in der direkten Kommunikation notwendig. Auch übersetzte Materialien unterstützen die Mitarbeiter bei der Versorgung von Flüchtlingen in den Krankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen. Knapp die Hälfte der Häuser, und hier vor allem Einrichtungspychiatrien, hat Informationsmaterialien, z. B. über psychische Erkrankungen und ihre Behandlung, bereits übersetzt, bei weiteren 14 % ist dies konkret und bei gut einem Viertel zukünftig geplant. Diagnostische Tests liegen in einem Viertel der Häuser bereits übersetzt vor. Knapp die Hälfte plant dies derzeit konkret (8 %) bzw. für die Zukunft (33 %) (Abb. 30).

Welche Maßnahmen zur Überwindung von Sprachbarrieren hat Ihre psychiatrische/ psychosomatische Einrichtung bereits umgesetzt oder sind geplant, um die Versorgung von Flüchtlingen zu gewährleisten?

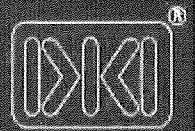
(Krankenhäuser, die Flüchtlinge behandelt haben, in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 30: Ergriffene oder geplante eher Maßnahmen zur Überwindung von Sprachbarrieren bei der Versorgung von Flüchtlingen

In den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen sind Schulungen der Mitarbeiter zu kulturspezifischen Aspekten, z. B. im Umgang mit Menschen aus Krisengebieten oder zu Unterschieden in der Darstellung der Beschwerden,



gut etabliert. Ein Viertel der Häuser setzt dies bereits um, 14 % planen entsprechende Fortbildungen aktuell und in gut einem Viertel steht dies zukünftig auf der Agenda.

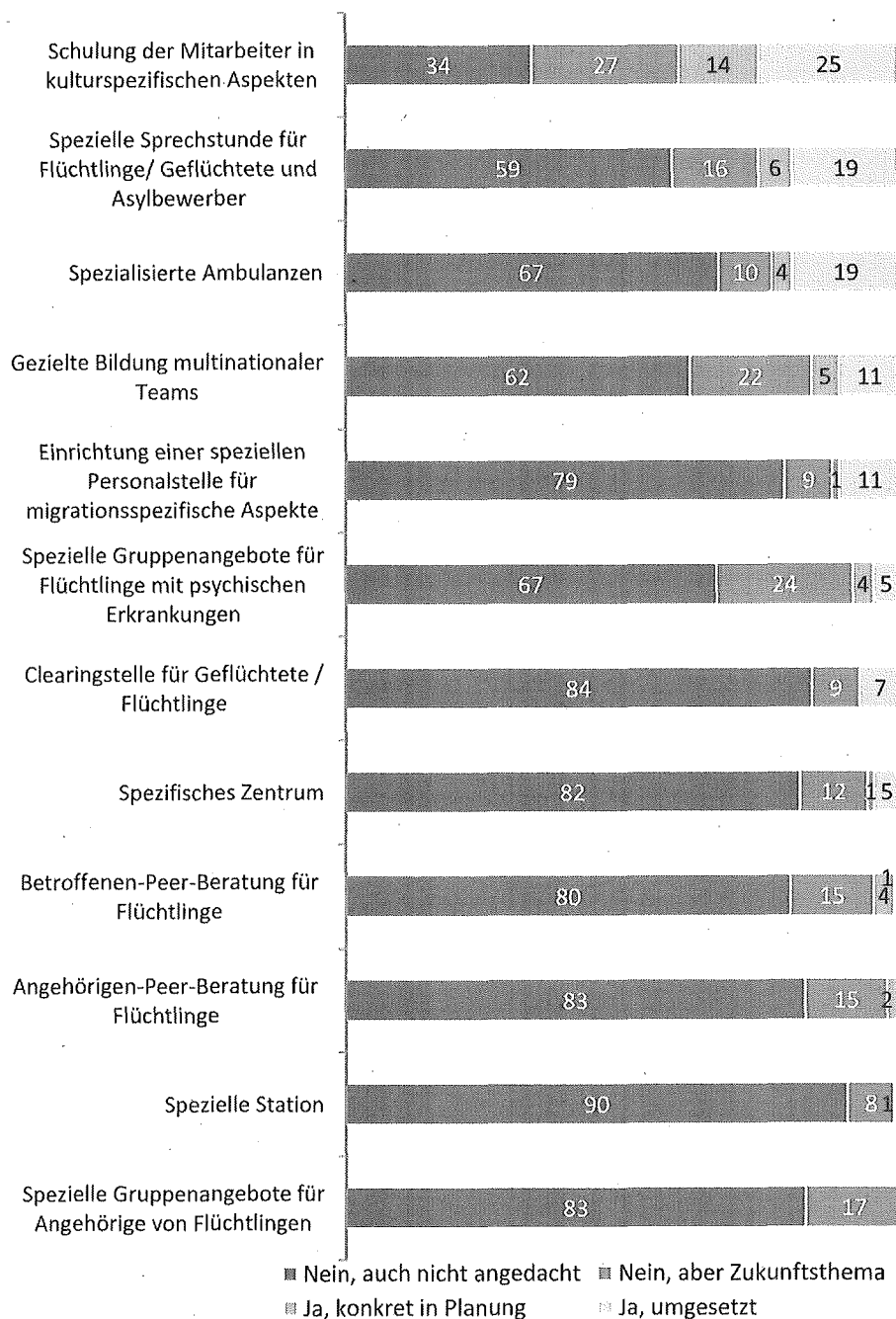
Spezielle Sprechstunden für Flüchtlinge, Geflüchtete und Asylbewerber oder spezialisierte Ambulanzen, z. B. Migrations- oder transkulturelle Ambulanzen, sind in je etwa einem Viertel der Einrichtungen bereits umgesetzt oder konkret in Planung. Bei weiteren 16 % bzw. 10 % ist dies ein Zukunftsthema. Die gezielte Bildung multinationaler Teams und die Einrichtung einer speziellen Personalstelle für migrationsspezifische Aspekte sind in 16 % bzw. 12 % der Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien bereits etabliert oder derzeit in Planung. Gut ein Fünftel der Häuser denkt zudem zukünftig über die Bildung multinationaler Teams nach.

Spezielle Gruppenangebote für Flüchtlinge mit psychischen Erkrankungen sind in knapp 10 % der Einrichtungen derzeit realisiert oder aktuell in Planung, für knapp ein Viertel der Häuser ist dies zukünftig ein Thema.

Clearingstellen für Flüchtlinge, spezifische Zentren, wie z. B. ein Zentrum für transkulturelle Psychiatrie, sowie Betroffenen-Peer-Beratung, bei der Flüchtlinge mit der Erfahrung eigener seelischer Krisen andere Betroffene beraten, sind in 5 – 7 % der Einrichtungen bereits jetzt oder sollen zeitnah umgesetzt werden. Gleichwohl sind diese Maßnahmen für den Großteil der Krankenhäuser (80 – 84 %) gar kein Thema.

Angehörigen-Peer-Beratungen, bei der Flüchtlinge mit der Erfahrung eigener seelischer Krisen Angehörige beraten, spezielle Stationen, z. B. eine Station für interkulturelle Psychiatrie, sowie spezielle Gruppenangebote für Angehörige von Flüchtlingen sind in den psychiatrischen Fachkliniken und Abteilungspsychiatrien kaum etabliert und auch nicht angedacht (83 – 90 %) (Abb. 31).

**Welche Maßnahmen hat Ihre psychiatrische/ psychosomatische
Einrichtung bereits umgesetzt oder geplant, um die Versorgung von
Flüchtlingen zu gewährleisten?**
(Krankenhäuser, die Flüchtlinge behandelt haben, in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 31: Ergriffene oder geplante eher organisatorische Maßnahmen bei der Versorgung von Flüchtlingen

Eine Schulung der Mitarbeiter in kulturspezifischen Aspekten, die gezielte Bildung multinationaler Teams sowie die Einrichtung einer speziellen Personalstelle für migrationsspezifische Aspekte, sind in psychiatrischen Fachkliniken häufiger umgesetzt als in Abteilungspsychiatrien, für die dies häufig ein Zukunftsthema ist. Spezielle Sprechstunden für Flüchtlinge, Geflüchtete und Asylbewerber sind in Abteilungspsychiatrien häufiger etabliert als in psychiatrischen Fachkrankenhäusern. Ebenso stehen spezialisierte Ambulanzen und eine Betroffenen-Peer-Beratung eher auf der Zukunftsagenda von Abteilungspsychiatrien.

7.4 Finanzierung von Dolmetschern

Ein Großteil der Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien greift auf Dolmetscherdienste in Form von Video-Dolmetschern oder professionellen Büros zurück, um sprachliche Barrieren bei der Versorgung von Flüchtlingen zu überwinden (vgl. Kap. 7.2). Der Einsatz von professionellen externen bzw. Video-Dolmetschern ist für die Krankenhäuser in der Regel mit Kosten verbunden. Bisher liegen wenige Informationen zur Finanzierung von Dolmetscherdiensten vor, so dass im PSYCHiatrie Barometer dazu konkrete Fragen gestellt wurden.

In einem geringen Teil der Einrichtungen (8 %) sind keine Kosten für Dolmetschertätigkeiten bei Flüchtlingen entstanden. Abteilungspsychiatrien gaben überproportional häufig an, dass keine Kosten für die Tätigkeiten von Übersetzern entstanden sind (15 %, psychiatrische Fachkrankenhäuser: 2 %).

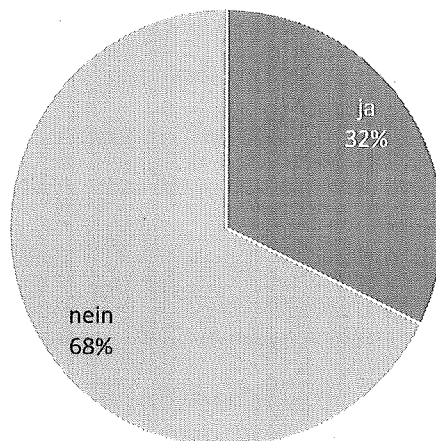
21 % der Befragten war nicht bekannt, ob eine vollständige Refinanzierung von Kosten für Dolmetscherdienste erfolgte. Betrachtet man die Einrichtungen, aus denen Angaben vorlagen bzw. denen Kosten entstanden sind, so wurden diese nur in knapp einem Drittel refinanziert. Dabei erfolgte eine Refinanzierung der Dolmetscherkosten in Abteilungspsychiatrien (17 %) deutlich seltener als in psychiatrischen Fachkrankenhäusern (43 %). Kostenträger waren hier in der Regel die Kommunen bzw. das Land.

Gut zwei Drittel der Häuser gaben an, dass die Kosten für Dolmetschertätigkeiten bei Flüchtlingen, die durch externe professionelle Übersetzer oder Video-



Dolmetscher entstanden sind, im Jahr 2016 nicht vollständig refinanziert wurden (Abb. 32). Als Grund der unvollständigen Finanzierung der Dolmetscherkosten wurde im Rahmen einer offenen Frage vor allem eine fehlende Refinanzierung durch die Kostenträger, hier vor allem die Krankenkassen, teilweise durch das Land und Sozialämter, genannt. Begründet wird dies nach Angaben der Häuser von Seiten der Kostenträger unter Hinweis auf eine vermeintliche Kostendeckung durch die bestehende Finanzierung. Auch eine fehlende Verantwortungsübernahme der Kostenträger und unklare Zuständigkeiten werden von den Einrichtungen als Begründung angeführt.

**Waren die Kosten für Dolmetschertätigkeiten bei Flüchtlingen
(externe professionelle Dolmetscher und / oder Videodolmetscher)
im Jahr 2016 vollständig refinanziert?**
(Krankenhäuser, die Flüchtlinge behandelt haben, in %)



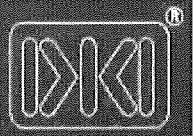
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 32: Refinanzierung von Dolmetschertätigkeiten bei Flüchtlingen

7.5 Finanzierung allgemein

Asylsuchende sind in den ersten 15 Monaten (Wartezeit) ihres Aufenthalts in der Regel nicht krankenversichert. Im Krankheitsfall haben sie Ansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG, §§ 2 und 6)¹⁵. Für die Umsetzung dieses Leistungsanspruchs sind grundsätzlich die Länder bzw. die von ihnen durch Landesgesetze bestimmten Behörden zuständig, wobei die gesetzlichen

¹⁵ Das AsylbLG definiert in Abhängigkeit von Aufenthaltsdauer und -status unterschiedliche Sozialleistungen, zu denen auch Leistungen der gesundheitlichen Versorgung zählen.



Vorgaben auslegungsbedürftig sind. Die Leistungsgewährung liegt somit im Ermessen der jeweiligen kommunalen Leistungsträger. In der Regel ist es vor Inanspruchnahme der medizinischen, ärztlichen Leistungen notwendig, sich einen speziellen Behandlungsschein beim Sozialamt ausstellen zu lassen. Dies kann gerade im psychiatrisch-psychosomatischen Sektor die Zugänge für Flüchtlinge erschweren.

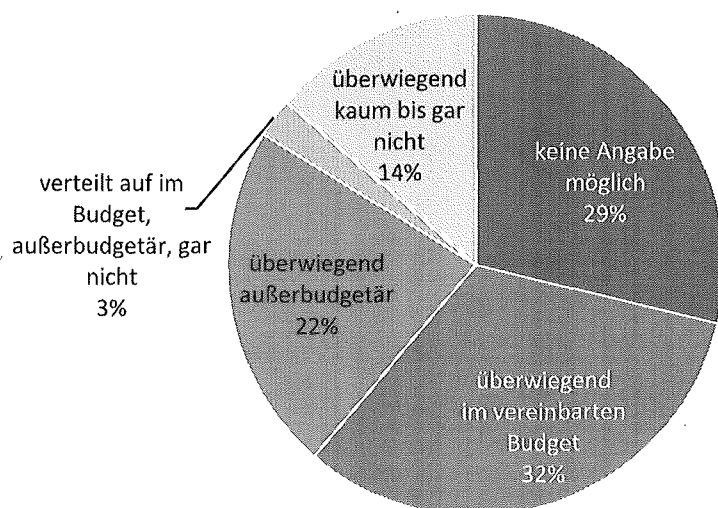
Nach den ersten 15 Monaten erhalten die Asylsuchenden eine elektronische Gesundheitskarte (eGK). Sie werden ab diesem Zeitpunkt auftragsweise durch die gesetzliche Krankenversicherung betreut (§ 264, Abs. 2 SGB V) und erhalten nahezu die gleichen Leistungen wie gesetzlich Krankenversicherte.

Die Einrichtungen wurden gefragt, wie im Jahr 2016 in der Regel die Vergütung von Flüchtlingen erfolgte, die Ansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 4 und 6 AsylbLG) hatten. Knapp ein Drittel der Häuser konnte keine Angabe dazu machen, wie die Vergütung realisiert wurde.

Ungefähr ein Drittel der Einrichtungen gab an, dass die Vergütung der Flüchtlinge, die Ansprüche nach dem AsylbLG hatten, überwiegend im Rahmen des vereinbarten Budgets erfolgte. In 22 % der Einrichtungen erfolgte eine Vergütung der Flüchtlinge überwiegend außerbudgetär. 14 % der Einrichtungen gaben an, dass ein geringer Anteil bis gar keine Asylsuchenden vergütet wurden (Abb. 33).

In Abteilungspsychiatrien wurde bei dem Großteil der behandelten Flüchtlinge eine Vergütung im vereinbarten Budget realisiert, während psychiatrische Fachkrankenhäuser häufiger außerbudgetäre Vereinbarungen trafen.

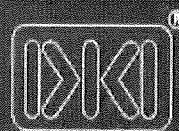
Wie erfolgte im Jahr 2016 in Ihrer Einrichtung in der Regel die Vergütung von Flüchtlingen/ Asylbewerbern, die Ansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 4 und 6 AsylbLG) hatten? (Krankenhäuser, die Flüchtlinge behandelt haben, in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 33: Gruppierung der Vergütung von Flüchtlingen/Asylbewerbern im Jahr 2016, die Ansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 4 und 6 AsylbLG) hatten

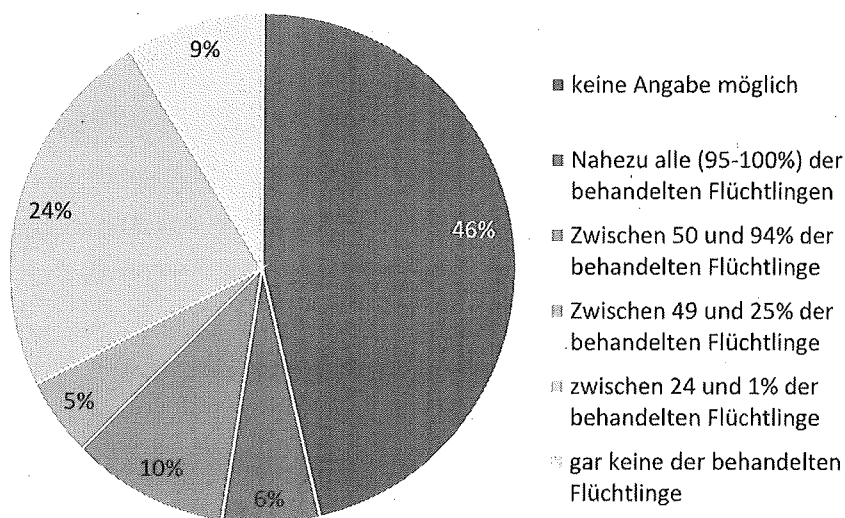
Auch innerhalb der ersten 15 Monate (Wartezeit) ist es möglich, dass die Flüchtlinge bereits auftragsweise von den Krankenkassen eine elektronische Gesundheitskarte erhalten, obwohl sie eigentlich noch Ansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 4 und 6 AsylbLG) hätten. Voraussetzung ist, dass in den Bundesländern eine entsprechende Vereinbarung getroffen wurde, wie dies erstmalig im Jahr 2005 in Bremen mit der AOK Bremen/Bremerhaven erfolgte. Derzeit liegen auch in Berlin, Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen entsprechende Vereinbarungen vor. Die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte für Flüchtlinge ist jedoch auch in den genannten Bundesländern nicht (immer) flächendeckend umgesetzt. So war es beispielsweise 2017 in Niedersachsen eine Kommune, während in NRW 23 Städte die elektronische Gesundheitskarte an Flüchtlinge ausgegeben haben. Der Vorteil der Gesundheitskarten ist, dass Asylsuchende Gesundheitsleistungen nicht mehr vorab bei den Sozialämtern beantragen müssen.



Die Krankenhäuser und Abteilungen wurden gefragt, wie groß der Anteil der Flüchtlinge war, der im Jahr 2016 bereits eine elektronische Gesundheitskarte hatte, obwohl eigentlich noch Ansprüche nach dem AsylbLG bestanden. Knapp die Hälfte der Befragten war dies nicht bekannt und sie haben die Antwortkategorie „keine Angabe möglich“ gewählt (46 %).

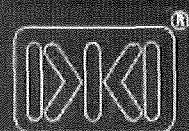
Bei den Einrichtungen, die eine Angabe gemacht hatten, verfügte im Jahr 2016 mehrheitlich lediglich ein geringer Teil der behandelten Flüchtlinge, die Ansprüche nach dem AsylbLG hatten, bereits über eine Gesundheitskarte. In knapp einem Viertel der Einrichtungen lag der Anteil der Patienten mit Gesundheitskarte zwischen 1 und 24 % der behandelten Flüchtlinge. 10 % der Häuser gaben an, dass keiner der versorgten Asylbewerber über eine entsprechende Karte verfügte (Abb. 34).

Inwieweit verfügten die im Jahr 2016 in Ihrer Einrichtung behandelten Flüchtlinge, die Ansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 4 und 6 AsylbLG) hatten, über eine Gesundheitskarte?
(Krankenhäuser, die Flüchtlinge behandelt haben, in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 34: Anteile von Flüchtlingen, die Ansprüche nach dem AsylbLG und eine Gesundheitskarte haben



7.6 Kooperationen

Zur besseren Versorgung von Flüchtlingen kann eine Zusammenarbeit der Einrichtungen mit bestimmten Organisationen sowie Diensten, z. B. Erstaufnahmeeinrichtungen oder Migrationslotsen, sinnvoll sein. Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, mit welchen der zwölf vorgegebenen Personen oder Institutionen sie regelmäßig bei der Behandlung von Flüchtlingen zusammenarbeiten. Im Mittel kooperieren die Häuser mit fünf verschiedenen Personen oder Institutionen (Median: 4).

Über die Hälfte der Einrichtungen arbeiten bei der Versorgung von Flüchtlingen jeweils regelmäßig mit Dolmetscherdiensten, Sprach- oder Kulturmittlern sowie niedergelassenen Ärzten und/oder Psychotherapeuten zusammen. Einrichtungspsychiatrien kooperieren überproportional häufig mit Übersetzern bzw. Sprach- und Kulturmittlern, Abteilungspsychiatrien arbeiten deutlich öfter mit niedergelassenen Ärzten und/oder Psychotherapeuten zusammen.

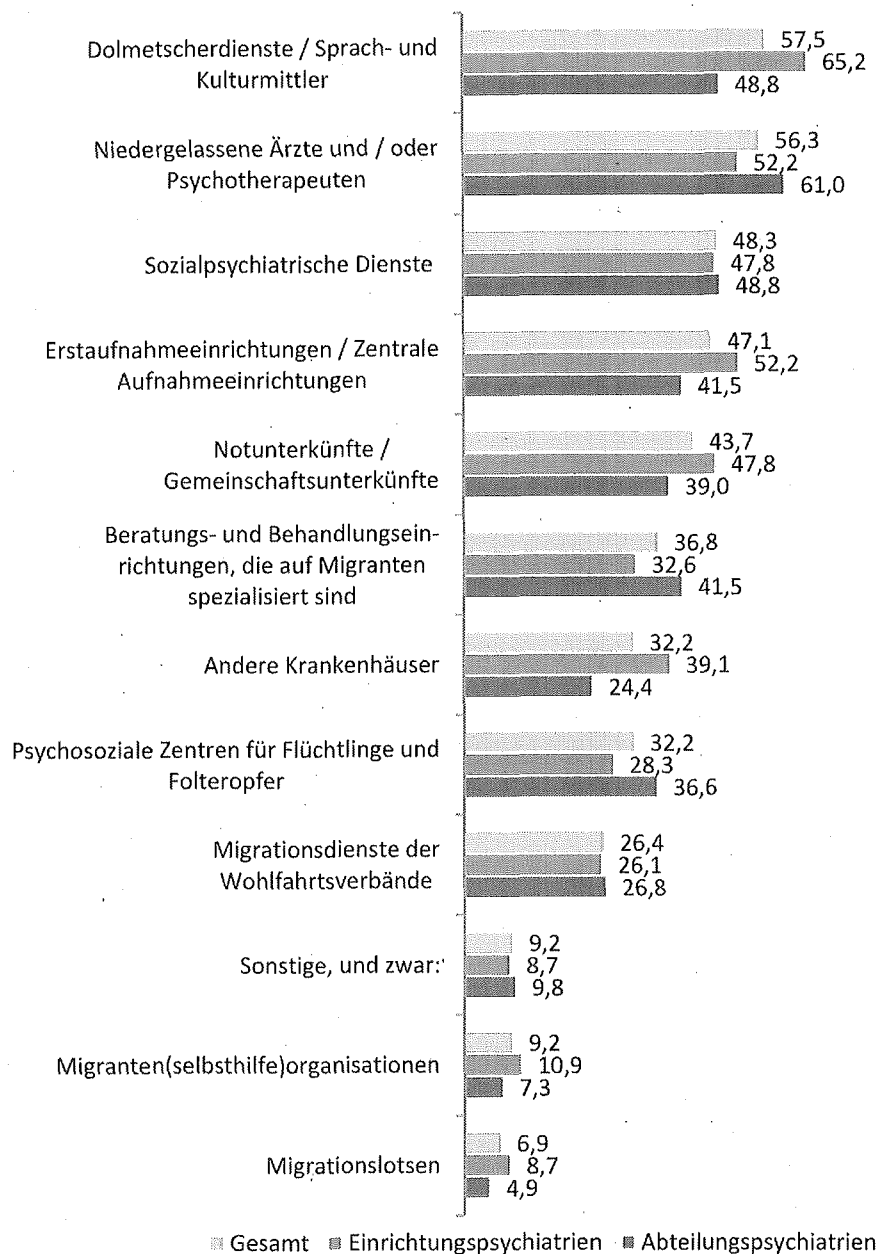
Etwas weniger als die Hälfte der Krankenhäuser pflegen bei der Versorgung von Flüchtlingen jeweils enge Kooperationen mit sozialpsychiatrischen Diensten, Erst- bzw. zentralen Aufnahmeeinrichtungen sowie Not- bzw. Gemeindeunterkünften. Einrichtungspsychiatrien arbeiten stärker mit Not- und Gemeindeunterkünften sowie Erst- bzw. zentralen Aufnahmeeinrichtungen zusammen als Abteilungspsychiatrien.

Rund ein Drittel der Kliniken kooperiert jeweils mit Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, die auf Migranten spezialisiert sind, mit anderen Krankenhäusern sowie psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. Die Zusammenarbeit mit anderen Häusern erfolgt überproportional häufig in Einrichtungspsychiatrien. Mit den Migrationsdiensten der Wohlfahrtsverbände arbeitet gut ein Viertel der Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien regelmäßig eng zusammen.

Vergleichsweise selten werden Kooperationen mit Migrationslotsen, Migranten(selbsthilfe)organisationen sowie „sonstigen“ Personen oder Institutionen realisiert (7 – 9 %). Bei der Zusammenarbeit mit „sonstigen“ werden vor allem Jugendämter und (Sozial)Ministerien angeführt (Abb. 35).



Mit welchen der folgenden Personen oder Institutionen kooperiert
Ihre psychiatrische/ psychosomatische Einrichtung
regelmäßig im Rahmen der Versorgung von Flüchtlingen?
(Krankenhäuser, die Flüchtlinge behandeln, in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 35: Kooperationen im Rahmen der Versorgung von Flüchtlingen

Anlage 3

Begleitung der Vorlage Nr. 14/2916

LVR-Fachbereich Soziales Entschädigungsrecht



Traumaambulanzen NRW - Im Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland

Stand 08/2018

Stadt/Kreis	Anschrift	Kinder und Jugendliche	Erwachsene	Migrantinnen und Migranten
StädteRegion Aachen	Universitätsklinikum Aachen Pauwelsstraße 30 52074 Aachen	0241 80 80 770 Internet	0241 80 89 638 Internet	
	Alexianer Krankenhaus Aachen Mörgensstraße 5-9 52064 Aachen		0241 47701 15200 Internet	
Bonn	LVR-Klinik Bonn Kaiser-Karl-Ring 20 53111 Bonn	0228 551 2850 Internet	0228 551 3131 Internet	
Duisburg	Helios Marien Klinik Duisburg Grunewaldstraße 96 47053 Duisburg		0203 546 36600 Internet	x
	Sana Kliniken Duisburg Maiblumenstraße 5 47229 Duisburg	02065 258 462 Internet		
	Sana Kliniken Duisburg Zu den Rehwiesen 9 47055 Duisburg		0203 733 32 51 Internet	
Kreis Düren	LVR-Klinik Düren Meckerstr. 15 52353 Düren		02421 40 2602 Internet	
	St. Marien-Hospital Düren Hospitalstraße 44 52353 Düren	02421 805 277 Internet		
Düsseldorf	LVR-Klinik Düsseldorf Bergische Landstr. 2 – Haus 18 40629 Düsseldorf		0211 922 4710 Internet	x
	Stadt Düsseldorf/Gesundheitsamt Willi-Becker-Allee 10 40227 Düsseldorf		0211 89 9 53 68 Internet	
Essen	LVR-Klinik Essen Wickenburgstr. 21 45147 Essen	0201 8707 450 Internet		
	LVR-Klinik Essen Virchowstraße 174 45147 Essen		0201 7227 521 Internet	
Kreis Euskirchen	Marien-Hospital Euskirchen Gottfried-Disse-Straße 40 53879 Euskirchen		02251 90 11 02 Internet	
Kreis Heinsberg	Katharina Kasper ViaNobis GmbH Gangelt Katharina-Kasper-Straße 6 52538 Gangelt		02454 59 517 Internet	
Kreis Kleve	LVR-Klinik Bedburg-Hau Grüner Winkel 8 47551 Bedburg-Hau	02821 81 3401 02821 81 3402 Internet		
	LVR-Klinik Bedburg Hau (Sternbuschklinik) Nassauerallee 93-97 47533 Kleve		02821 81 3050 Internet	

Stadt/Kreis	Anschrift	Kinder und Jugendliche	Erwachsene	Migrantinnen und Migranten
Köln	Deutsches Institut für Psychotraumatologie e.V. Unter den Ulmen 5 50968 Köln		0221 39 09 03 11 Internet	
	Kliniken der Stadt Köln gGmbH Florentine-Eichler-Straße 1 51067 Köln	0221 89 07 2085 Internet		
	LVR-Klinik Köln Wilhelm-Griesinger-Straße 23 51109 Köln		0221 8993 610 Internet	
	Uniklinik Köln Robert-Koch-Straße 10/Gebäude 53 50931 Köln	0221 478 6109 Internet		
Krefeld	Alexianer Krankenhaus Krefeld Dießemer Bruch 81 47805 Krefeld	02151 334 7200 Internet	02151 334 7200 Internet	
Kreis Mettmann	LVR-Klinik Langenfeld Kölner Straße 82 40764 Langenfeld		02173 102 2044 Internet	
Mönchengladbach	LVR-Klinik Mönchengladbach Heinrich-Pesch-Str. 39-41 41239 Mönchengladbach		02166 618 2302 Internet	
Oberbergischer Kreis	Klinikum Oberberg Kaiserstr. 75 51643 Gummersbach	02261 80593 Internet		
	Klinikum Oberberg Leppestr. 65-67 51709 Marienheide		02264 24242 Internet	
Rhein-Kreis Neuss	St. Alexius-Krankenhaus/St. Josef Preußenstr. 84 41464 Neuss	02131 5292 5200 Internet		
	St. Alexius-Krankenhaus/St. Josef Nordkanal Allee 99 41464 Neuss		02131 5292 5150 Internet	
Kreis Viersen	LVR-Klinik Viersen Johannisstr. 70 41749 Viersen	02162 96 5211 Internet	02162 96 4923 Internet	
Kreis Wesel	St. Vinzenz-Hospital Dr. Otto-Seidel-Straße 31 - 33 46535 Dinslaken		02064 44 1240 Internet	
Wuppertal	Evangelische Stiftung Tannenhof Institutsambulanz Wuppertal Sanderstraße 161 42283 Wuppertal		0202 26555 66 Internet	
	Sana-Klinikum Remscheid Institutsambulanz Wuppertal Weststr.103 42119 Wuppertal	0202 758 4560 Internet		

Anlage 4.

Begründung der Vorlage Nr. 14/2916

LVR-Dezernat
Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
LVR-Fachbereich Personelle und organisatorische Steuerung



LVR - Dezernat 8 - 50663 Köln

An die Vorstände der
LVR-Kliniken

Bedburg-Hau
Bonn
Düren
Düsseldorf
Essen
Köln
Langenfeld
Mönchengladbach
Viersen

X	Str.	Str.	X	Str.
LVR-Klinikum Düsseldorf				
07. Feb. 2018				
Kaufm. Direktor				
11	12	13	14	10. 02

Datum und Zeichen bitte stets angeben

15.01.2018

Frau El-Sharif
Tel 0221 809-6611
Fax 0221 809-6657
Nadja.El-Sharif@lvr.de

cc) Fr. Monika Schröder

Erstellung von ärztlichen Attesten bzw. Gutachten im Zusammenhang mit der Versorgung psychisch kranker, bzw. traumatisierter Flüchtlinge

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der aktuellen Flüchtlingsthematik kommt es auch in den LVR-Kliniken vermehrt zu Fällen, in denen Patienten/Patientinnen ärztliche Atteste oder Gutachten zum Nachweis ihrer Erkrankung und zur Verhinderung einer Abschiebung benötigen.

Dies nehme ich zum Anlass, Ihnen folgende Informationen und Handlungshinweise für die Anfertigung ärztlicher Atteste/Gutachten betreffend Abschiebungen von Flüchtlingen/Asylsuchenden, die sich in den LVR-Kliniken in Behandlung befinden, zukommen zu lassen.

Bitte beachten Sie hierbei insbesondere die vom Gesetzgeber und der Rechtsprechung geforderten Anforderungen an ärztliche Bescheinigungen (Punkt 1. c)) sowie die Ausführungen zur Pflicht zur Ausstellung solcher ärztlicher Bescheinigungen (Punkt 2).



Wir freuen uns über Ihre Hinweise zur Verbesserung unserer Arbeit. Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 0221 809-2255 oder senden Sie uns eine E-Mail an Anregungen@lvr.de

LVR - Landschaftsverband Rheinland
Dienstgebäude in Köln-Deutz, Cologne Office Center, Siegburger Straße 203
Pakete: Ottoplatz 2, 50679 Köln
LVR im Internet: www.lvr.de
USt-IdNr.: DE 122 656 988, Steuer-Nr.: 214/5811/0027

Bankverbindung:
Landesbank Hessen-Thüringen, Kto 60 061 (BLZ 300 500 00)
IBAN: DE 84 3005 0000 0000 060061, BIC: WELADED3
Postbank Niederlassung Köln, Kto 564 501 (BLZ 370 100 50)
IBAN: DE 95 3701 0050 0000 564501, BIC: PBNKDEFF370

80-8000-05.2011

1. Rechtslage zur Abschiebung psychisch kranker Flüchtlinge:

Bei der Abschiebung eines Flüchtlings/Asylbewerbers handelt es sich um die zwangsweise Durchsetzung der Ausreisepflicht. Dieser Vollstreckungsmaßnahme geht ein verwaltungsrechtliches Verfahren voran, in dessen Rahmen der Asylantrag der/des Betroffenen von der zuständigen Behörde eingehend geprüft wird und bei dem der/die Betroffene auch anzuhören ist. Im Rahmen der Prüfung des Antrags auf Asyl sind auch sogenannte zielstaatsbezogene Abschiebungsverbote zu berücksichtigen.

a) Zielstaatsbezogenes Abschiebungsverbot (§ 60 Abs. 7 AufenthG):

Ein solches Verbot liegt z.B. vor, wenn der Asylbewerber an einer lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankung leidet und sich diese durch die Abschiebung wesentlich verschlimmern würde, z.B. weil vor Ort keine adäquate Behandlung möglich ist (§ 60 Abs. 7 AufenthG) oder eine Retraumatisierung droht. Dabei wird allerdings nicht vorausgesetzt, dass die medizinische Versorgung im Zielstaat mit der in der Bundesrepublik Deutschland gleichwertig ist. Eine ausreichende medizinische Versorgung liegt in der Regel auch dann vor, wenn diese nur in einem Teil des Zielstaats gewährleistet ist.

Diese Art von Abschiebungsverbot ist vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge im Rahmen der Bearbeitung des Asylantrags zu prüfen.

b) Reiseunfähigkeit/Inlandsbezogene Hindernisse (§ 60a Abs. 2c AufenthG):

Wird der Antrag auf Asyl vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge abgelehnt und ist der entsprechende Bescheid der zuständigen Ausländerbehörde bestandskräftig, hat die kommunale Ausländerbehörde für die Beendigung des Aufenthaltes zu sorgen, sofern keine freiwillige Ausreise erfolgt. Nach § 60a Abs. 2c AufenthG wird dabei vermutet, dass gesundheitliche Gründe der Abschiebung nicht entgegenstehen. Der Ausländer muss eine Erkrankung,

die die Abschiebung beeinträchtigen kann, daher durch eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung glaubhaft machen, um den Vollzug der Ausreise ggfs. zu verhindern und eine Duldung zu erlangen.

Gesundheitliche Gründe, die der Abschiebung entgegenstehen, sind hierbei die Reiseunfähigkeit im engeren Sinne und die Reiseunfähigkeit im weiteren Sinne.

aa) Reiseunfähigkeit im engeren Sinne:

Unter einer Reiseunfähigkeit im engeren Sinne ist das Unvermögen zu verstehen, ohne Gefahren für Leib und Leben mit dem vorgesehenen Transportmittel an das Reiseziel zu gelangen, z.B. weil aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen ein zu hohes und nicht abwendbares Risiko für den/die Betroffenen besteht (z.B. Schwangerschaft mit entsprechenden Komplikationen oder andere körperliche Beeinträchtigungen, die eine Flugreise nicht zulassen wie Anfallsleiden, Zustand nach Thrombosen, etc.).

bb) Reiseunfähigkeit im weiteren Sinne:

Daneben gibt es die Reiseunfähigkeit im weiteren Sinne. Hierbei handelt es sich um die Frage, ob sich der Gesundheitszustand der/des Betroffenen durch die Abschiebung (und nicht durch die Flugreise/Reise an sich) wesentlich oder gar lebensbedrohlich verschlechtern würde und dies auch nicht durch entsprechende Vorkehrungen wie ärztliche Hilfen, Flugbegleitung etc. verlässlich verhindert werden kann. Hierzu zählt z.B. ein drohender Suizid bei oder kurz nach der Abschiebung. Diesbezüglich müssen von den Betroffenen allerdings beachtliche Anhaltspunkte vorgetragen werden. Kurze ärztliche Atteste reichen in der Regel nicht aus.

c) Anforderungen an ärztliche Bescheinigungen:

Ärztliche Fachberichte sind nach der Rechtsprechung (zum Nachweis einer Reiseunfähigkeit) nur dann geeignet, wenn sie nachvollziehbar die Befundtatsachen angeben, ggfs. die Methode der Tatsachenerhebung benennen und nachvollziehbar die fachlich-medizinische Beurteilung des Krankheitsbildes sowie die Folgen darlegen, die sich nach ärztlicher Beurteilung aus der krankheitsbedingten Situation als Folge der Abschiebung ergeben. Diese von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien wurden durch die Gesetzesänderung des § 60 Abs. 2c AufenthG noch verschärft.

Die Bescheinigung soll nach dem Gesetzestext folgende Punkte enthalten:

- die **tatsächlichen Umstände**, auf deren Grundlage die fachliche Beurteilung erfolgt ist,
- die **Methode der Tatsachenerhebung** (z.B. Gespräch mit Dolmetscher, fachmedizinische Untersuchungsmethoden, psychologische Testverfahren)
- die konkreten **Diagnosen**, möglichst mit Angabe der ICD-Bezeichnung,
- den **Schweregrad** der Erkrankung sowie
- die **Folgen**, die sich nach ärztlicher Beurteilung aus der krankheitsbedingten Situation voraussichtlich ergeben.

Im Zusammenhang mit der Darlegung psychischer Erkrankungen hat das Bundesverwaltungsgericht zudem besonderen Anforderungen aufgestellt. Es fordert, aus einem ärztlichen Attest für die Darlegung einer PTBS müsse **"sich nachvollziehbar ergeben, auf welcher Grundlage der Facharzt seine Diagnose gestellt hat und wie sich die Krankheit im konkreten Fall darstellt. Dazu gehören etwa Angaben darüber, seit wann und**

wie häufig sich der Patient in ärztlicher Behandlung befunden hat und ob die von ihm geschilderten Beschwerden durch die erhobenen Befunde bestätigt werden.

Des Weiteren sollte das Attest Aufschluss über die Schwere der Krankheit, deren Behandlungsbedürftigkeit sowie den bisherigen Behandlungsverlauf (Medikation und Therapie) geben.

Wird das Vorliegen einer PTBS auf traumatisierende Erlebnisse im Heimatland gestützt und werden die Symptome erst längere Zeit nach der Ausreise aus dem Heimatland vorgetragen, so ist in der Regel auch eine Begründung dafür erforderlich, warum die Erkrankung nicht früher geltend gemacht worden ist." [Urteil vom 11.09.2007 - Az. 10 C 8.07]

Insgesamt kommt es somit entscheidend darauf an, dass eine schlüssige und aussagekräftige Darstellung des Krankheitsbildes und der sich daraus ergebenden Folgen in Bezug auf eine Abschiebung/Reisefähigkeit gegeben ist.

2. Verpflichtung zur Ausstellung von ärztlichen Bescheinigungen und Vergütung:

Grundsätzlich sind solche Bescheinigungen urkundlicher Art und dazu gedacht, dem Patienten/der Patientin bestimmte Krankheitszustände, Vorgänge oder Behandlungssituationen zu bescheinigen. Sofern ein Behandlungsvertrag besteht, stellt die Ausstellung solcher Bescheinigungen eine vertragliche Nebenpflicht des Arztes/der Ärztin dar. Somit sind Ärzte/Ärztinnen grundsätzlich verpflichtet, diese Nebenpflicht zu erfüllen.

Im Falle von Flüchtlingen stellt sich allerdings das Problem der Kostentragungspflicht. Die Ausstellung von ärztlichen Bescheinigungen wird auch bei gesetzlich Versicherten meist nicht übernommen, so dass der Patient/die Patientin diese regelmäßig selbst bezahlen muss (nach GOÄ).

Handelt es sich um Flüchtlinge, so ist leider oft bereits im Vorfeld absehbar, dass die Klinik das Honorar für die ärztliche Bescheinigung nicht wird durchsetzen können, da Flüchtlinge in der Regel nicht über die entsprechenden finanziellen Mittel verfügen.

Dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin stünde daher möglicherweise ein Leistungsverweigerungsrecht nach § 321 Abs. 1 BGB zu, so dass er/sie in diesen Fällen möglicherweise nicht zur Erteilung einer ärztlichen Bescheinigung verpflichtet wäre.

Nach Aussage des Ministeriums für Inneres und Kommunales sind die Kosten für solche Bescheinigungen aber zumindest in den Fällen des § 60 Abs. 7 AufenthG (zielstaatsbezogene Hindernisse) nach § 6 Abs. 1, S. 1, 4. Alt. AsylbLG von dem zuständigen AsylbLG-Träger zu tragen, da es sich nach Ansicht des Ministeriums bei der Vorlage der Bescheinigung um die Erfüllung einer Mitwirkungspflicht des Asylbewerbers handelt. Ob dies auch für ärztliche Bescheinigungen im Sinne des § 60a Abs. 2c AufenthG gilt ist bisher nicht abschließend geklärt.

Selbst, wenn eine Kostentragungspflicht der zuständigen Behörde nicht oder nur in bestimmten Fällen (§ 60 Abs. 7 AufenthG) gegeben sein sollte, möchte ich angesichts der großen Verantwortung, die der Landschaftsverband Rheinland mit seinen Kliniken für die Unterstützung und den Schutz psychisch kranker Flüchtlinge trägt an Sie appellieren, diese ärztlichen Bescheinigungen auszustellen.

Bitte teilen Sie mir halbjährlich (30.6. und 31.12.) mit, in welcher Höhe Ihnen hierdurch tatsächlich ungedeckte Kosten entstehen. Ich werde mich dann bemühen, die Kostenfrage einer einvernehmlichen Lösung zuzuführen.

Mit freundlichen Grüßen

Die Direktorin des Landschaftsverbandes Rheinland

In Vertretung



Martina Wenzel-Jankowski

LVR-Dezernentin



Verstehen und handeln

Erfahrungen von Krieg, Vertreibung, Verlust und Gewalt können schwere körperliche, psychische und psychosomatische Folgen für die Betroffenen haben. Der Behandlung traumatisierter Flüchtlinge kommt im LVR-Klinikverbund daher weitreichende Bedeutung zu. Aktuell mehr denn je.

Die Fakten sind klar; die Zusammenhänge mehr als verständlich: Flüchtlinge leiden aufgrund ihrer belastenden Erlebnisse, der Erfahrung von Gewalt, Leid und Krieg, überdurchschnittlich häufig an so genannten Traumafolgestörungen. Beinahe ebenso oft jedoch erschweren soziokulturelle und sprachliche Barrieren den Betroffenen einen Zugang zu angemessener Behandlung oder führen gar zu Fehldiagnosen, weil ein möglicher traumatischer Ursprung von Beschwerden übersehen wird.

Dies gilt insbesondere bei somatoformen Schmerzstörungen, depressiven Zuständen oder Psychosen. Ein schwerwiegendes Problem, das sich tatsächlich jedoch auf einen einfachen Nenner bringen lässt: Wer nicht richtig verstanden wird, kann nicht angemessen behandelt werden.

Umso wichtiger ist es, dass Flüchtlingen, die sich aufgrund psychischer Probleme an die LVR-Kliniken wenden, ein zeitnahes und bedarfsgerechtes Beratungsangebot gemacht wird. Spezialisierte Ambulanzen der LVR-Kliniken in Bedburg-Hau, Bonn, Essen, Köln, Langenfeld und Viersen sind auf die Behandlung psychischer Traumata ausgerichtet. Sie stehen mit entsprechenden Hilfsangeboten jenen Patientinnen und Patienten zur Seite, die an den psychischen und sozialen Folgen nach traumatischen Ereignissen leiden – auch Menschen mit Migrationshintergrund bzw. Flüchtlingen.

Darüber hinaus ist die Transkulturelle Ambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LVR-Klinikums Düsseldorf führend im Einsatz spezieller Diagnose- und Behandlungskonzepte für besonders schutzbedürftige, also psychisch erkrankte und traumatisierte Flüchtlinge.



Dr. med. (YU) M. san. Ljiljana Joksimovic hat das Projekt für Flüchtlinge maßgeblich mit aufgebaut.

Maßgeblich mit initiiert hat dieses Projekt Dr. med. (YU) M. san. Ljiljana Joksimovic, leitende Oberärztin der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LVR-Klinikums Düsseldorf und seit 2013 Leiterin des LVR-Klinikverbundprojektes „Migration“, die der Krieg vor mehr als 20 Jahren selbst als Flüchtling von Bosnien nach Deutschland geführt hat. Joksimovic: „Diese Erfahrungen haben meinen beruflichen Schwerpunkt geprägt und sind durchaus Auslöser dafür gewesen, dass ich mich seit langen Jahren schon mit den besonderen Problemen von Flüchtlingen im Bereich der Psychotherapie und Psychosomatik auseinandersetze.“

Dass in diesem Arbeitsfeld eigene, adäquate Angebote dringend notwendig sind, habe sich in der Praxis bereits vor mehr als zehn Jahren gezeigt. „Tatsächlich führt eine muttersprachliche traumaspezifische und kultursensible Psychotherapie zu deutlich besseren Ergeb-

nissen als herkömmliche Verfahren. Man darf nicht vergessen, dass viele Menschen, die aus ihrer Heimat fliehen mussten, zusätzlich zu ihrer körperlichen Erschöpfung auch vielfach schlimme Gewalt, gar Folter und schwere persönliche Verluste verarbeiten müssen. In Einzelfällen kann man also sicherlich von einer deutlichen Kumulation der Traumatisierung sprechen. Wer dann in seinen Ängsten und seinen Beschwerden nicht richtig verstanden wird, verzweifelt zusätzlich.“

Entscheidend für eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung sei vor allem das Erkennen und die Einbeziehung des Kontextes,

„Eine muttersprachliche traumaspezifische und kultursensible Psychotherapie führt zu deutlich besseren Ergebnissen als herkömmliche Verfahren.“



Dipl.-Psychologin Monika Schröder.

also grundsätzlicher Zusammenhänge. Soziokulturelle Herkunft, Religion, aber auch Alter, Geschlecht, Hautfarbe, Behinderungen und nicht zuletzt auch die sexuelle Orientierung eines Menschen, allesamt so genannte „Diversity-Merkmale“, können das eigentliche Krankheitsbild ebenso beeinflussen wie den individuellen Umgang der Betroffenen mit Erkrankungen an sich oder mit der Medikamenten-Einnahme.

Wer beispielsweise aus einem Land kommt, in dem psychosomatische Krankheiten – also körperliche Probleme oder Schmerzen ohne auffälligen körperlichen Befund – unbekannt sind, kann diese Beschwerden unter Umständen selbst nicht richtig einordnen. Tatsächlich jedoch können sich psychische Traumatisierungen auch in Herz-Rhythmus-Störungen, Schwindel, Bauchschmerzen oder der plötz-

lichen Verschlechterungen einer bestehenden Diabetes-Erkrankung äußern.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist also nicht zuletzt die Kultursensibilität der Behandelnden. „Eine entscheidende Vorgabe, welche die Transkulturelle Ambulanz in einem ersten Schritt über muttersprachliche Kompetenzen – häufig auch über die Einbeziehung von qualifizierten Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittlern – auffängt“, resümiert Monika Schröder, Diplom-Psychologin und Psychotherapeutin in der Institutsambulanz. Anamnese- und Therapiegespräche sind derzeit in Albanisch, Bosnisch, Deutsch, Englisch, Französisch, Kroatisch, Kurdisch, Persisch, Russisch, Türkisch und Serbisch möglich.

Darüber hinaus haben sich in Ergänzung oder im Anschluss an eine Einzeltherapie gruppen-therapeutische Angebote als besonders hilfreich erwiesen – nicht zuletzt auch, weil auf diese Weise der sozialen Isolierung der Betroffenen entgegengewirkt wird. Joksimovic: „Es kann Patientinnen und Patienten durchaus helfen, wenn sie regelmäßig mit Menschen zusammenkommen, die ein ähnliches Schicksal hinter sich haben wie sie selbst.“ Allerdings habe sich auch hier gezeigt, dass bestehende Verfahren durchaus modifiziert werden müssen: „In Einzelfällen sind Misstrauen oder Scham – auch aufgrund kultureller Hintergründe – sehr groß, so dass in der Einzeltherapie verstärkt Überzeugungsarbeit geleistet werden muss.“ Auch hier gelte es, das „Gesamt“ zu betrachten: den Menschen und seine Geschichte, seine Herkunft und seine individuellen Erfahrungen und soziokulturellen Prägungen. Mit Blick auf sprachliche Barrieren haben sich zudem nonverbale Therapieformen wie etwa eine ergänzende Kunsttherapie bewährt.

Aktuell setzt der LVR-Klinikverbund seine Bemühungen fort, den steigenden Anfragen nach psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten für Flüchtlinge quantitativ und qualitativ angemessen begegnen zu können. Nicht zuletzt auch

Düsseldorfer Modell

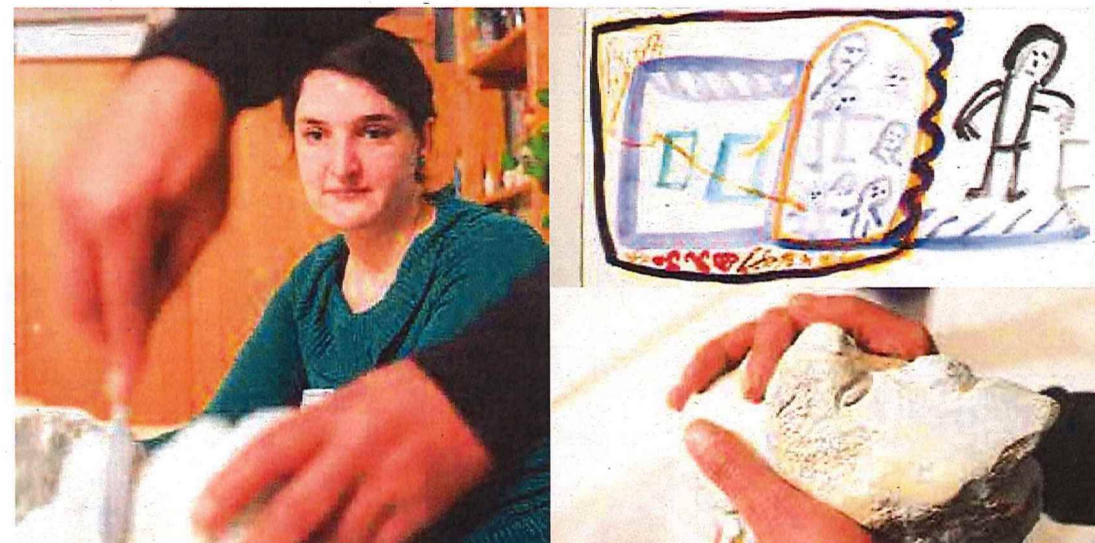
Die transkulturelle psychosomatische Medizin und Psychotherapie für Menschen mit Flucht- und Migrationshintergrund setzt u.a. auf eine kultursensible Ausrichtung der Abläufe im Rahmen der Anmeldesituation, eine psychodynamisch orientierte verlängerte Phase der Diagnostik, muttersprachliche Testverfahren, den Einsatz von SIM, eine multiprofessionelle Indikationstellung und Behandlung, eine kultursensible fachärztliche Beratung bei der psychopharmakologischen Behandlung, störungsspezifische gruppenpsychotherapeutische Angebote, resilienzbasierte Kunsttherapie, kultursensible Traumatherapie sowie traumakonfrontative Behandlungsangebote wie etwa die EMDR-Therapie. Die Spezialisierung der Angebote für Migrantinnen, Migranten und Flüchtlinge erfolgt dabei stets auf der Basis der Verankerung einer „Diversity“-Kompetenz bei den behandelnden Expertinnen und Experten.

vor dem Hintergrund, dass eine erfolgreiche Psychotherapie in vielerlei Hinsicht auch die Integration von Flüchtlingen befördern kann. Joksimovic: „So kann sich beispielsweise auch eine Lernstörung als posttraumatische Störung herausstellen, die sich in innerer Unruhe, Konzentrationsproblemen und der Tatsache äußert, dass jemand vielleicht nur sehr langsam Deutsch lernt.“

Um die Angebote der Transkulturellen Ambulanz in Düsseldorf weiterentwickeln und dauerhaft sicherstellen zu können, wird die Arbeit seit 2005 zum Teil aus Projekten der Europäischen Union finanziert – seit Juni 2015 etwa über das Projekt „Erkennen+Handeln“ aus dem Europäischen Asyl-, Integrations- und Migrationsfonds – und in Kooperation mit unterschiedlichen Partnern, etwa dem Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge in Düsseldorf, durchgeführt.

ljiljana.joksimovic@lvr.de
Tel.: 0211 / 92 24 703

Kunsttherapeutin Nele Heriniaina.



Vorlage-Nr. 14/2974

öffentlich

Datum: 08.11.2018
Dienststelle: Fachbereich 54
Bearbeitung: Frau Dr. Silva Saavedra, Herr Bruns, Frau Rabuse

Gesundheitsausschuss	23.11.2018	Kenntnis
Sozialausschuss	27.11.2018	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Bericht zum aktuellen Stand der Traumaambulanzen für Gewaltopfer im Rheinland

Kenntnisnahme:

Der Bericht zum aktuellen Stand der Traumaambulanzen für Gewaltopfer im Rheinland wird gemäß Vorlage Nr. 14/2974 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 2020. ja

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:

Erträge:

Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan

Aufwendungen:

/Wirtschaftsplan

Einzahlungen:

Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan

Auszahlungen:

/Wirtschaftsplan

Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:

Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:

Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten

In Vertretung

Prof. Dr. Faber

Zusammenfassung:

Als ein Baustein schneller Hilfen für Opfer von Gewalttaten gibt es im Rheinland ein Netz von Traumaambulanzen. Nachdem der LVR dieses in den letzten Jahren immer weiter ausgebaut hat, stellte sich für die Verwaltung die Frage, inwiefern der LVR im Rahmen der ihm übertragenen Aufgaben im Bereich des Sozialen Entschädigungsrechts ein qualifiziertes Angebot für Opfer von Gewalttaten vorhält und damit auch als kompetenter Partner für diese Personengruppe wahrgenommen wird. Kompetenz wird zu diesem Zwecke definiert als das Angebot eines Leistungskataloges, welcher zum gegenwärtigen Zeitpunkt den tatsächlichen Bedürfnissen der Opfer tätlicher Übergriffe entspricht. Die Überprüfung erfolgte anhand einer qualitativ orientierten Bestandserhebung der Handlungsfelder der OEG-Traumaambulanzen (im Folgenden: OEG-TA) im Rheinland.

Gewalt führt zu psychischen und physischen Verletzungen. Die gesundheitlichen Folgen von Gewalt können über Jahre hinweg anhalten und zu dauerhaften psychischen Behinderungen erwachsen. Somit verursacht Gewalt nicht nur großes menschliches Leiden, sondern führt auch zu hohen sozialen und wirtschaftlichen Kosten. Gerade das Vorhandensein verschiedener Angebote und Maßnahmen unterschiedlicher Akteure, die nicht zentral koordiniert und aufeinander abgestimmt werden, stellt ein herausforderndes zukünftiges Handlungsfeld dar.

Die psychotherapeutische Frühintervention im Rheinland war daraufhin zu untersuchen, inwiefern sie tatsächlich erreichbar und niedrigschwellig ist, Gewaltopfer fachlich adäquat behandelt, versorgungsgerecht und differenzsensibel allen Bevölkerungsgruppen gegenüber offen ist. Zudem wurde hinterfragt, inwiefern eine nachhaltige Netzwerkbildung im Bereich Gewaltopferschutz der notwendigen Langzeitperspektive der Entschädigung Rechnung trägt.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass die Arbeit der OEG-TA enger begleitet werden muss, damit die erwünschten qualitativen und quantitativen Veränderungen stattfinden können. Im Rahmen der Bestandserhebung wurde u. a. festgestellt, dass

- der Zugang zu den OEG-TA verbessert werden sollte,
- den Mitarbeitenden der OEG-TA Unterstützungsangebote zur Optimierung der Behandlungsqualität an die Hand gegeben werden sollten,
- die Versorgung spezifischer Zielgruppen, etwa behinderte Gewaltopfer, Kinder/ Jugendliche und Menschen mit Migrationshintergrund, ausgebaut werden muss,
- die Vernetzung der Versorgungsstrukturen untereinander optimiert werden sollte und
- die Verwaltung selber Ressourcen schaffen muss, um den Prozess vorantreiben zu können.

Diese Vorlage ist eine ausführliche Zusammenfassung der Untersuchung und gibt die wesentlichen Ergebnisse und Empfehlungen wieder. Die vollständige Untersuchung wird derzeit noch redaktionell überarbeitet und qualitätsgesichert. Sie wird den Fraktionen nach ihrer Fertigstellung zur Verfügung gestellt.

Die Vorlage berührt die Zielrichtungen Partizipation (Z 1) und Personenzentrierung (Z 2) des LVR-Aktionsplans.

Begründung der Vorlage Nr. 14/2974:

Bericht zum aktuellen Stand der Traumaambulanzen für Gewaltopfer im Rheinland und Vorschläge zur Qualitätsoptimierung

1. Einleitung

In der Bundesrepublik Deutschland liegt das Gewaltmonopol beim Staat. Es ist Aufgabe des Staates, seine Bürgerinnen und Bürger vor Gewalt zu schützen. Gelingt dies dem Staat nicht und wird ein Bürger Opfer einer Gewalttat, so ist es die Aufgabe des Staates, dem Opfer die notwendige Unterstützung zu gewähren, um die gesundheitlichen Folgen der Gewalttat zu beseitigen oder abzumildern und seine gesellschaftliche Teilhabefähigkeit wiederherzustellen. Aus diesem Grund wurde 1976 das Opferentschädigungsgesetz (OEG) vom Bundestag beschlossen.

Als das OEG im Jahr 1976 in Kraft trat, waren die psychischen Folgen einer Gewalttat eher kein Entschädigungsthema. Eine Gewalttat¹ lag und liegt dann vor, wenn ein tätlicher Angriff gegen den Körper einer Person erfolgt. Entsprechend wurden zunächst Leistungen auch nur für körperliche Schädigungen gewährt. Diese Haltung war bereits gängige Praxis bei den Beschädigten des Zweiten Weltkrieges: Die psychischen Probleme der Kriegsheimkehrer und der zivilen Opfer wurden als Neurosen abgetan, welche nach damaliger psychiatrischer Lehrmeinung ihren Ursprung in der frühen Kindheit hatten² und nicht in den Gewalterfahrungen.

Das System der sozialen Sicherung hat einen Paradigmenwechsel hin zu Teilhabe und Inklusion erfahren. Die Belange von Menschen, die die Folgen traumatischer Erlebnisse verarbeiten müssen, werden immer stärker wahrgenommen. Anspruch auf Entschädigung hat demnach, wer durch einen vorsätzlichen tätlichen Angriff Schaden an seiner Gesundheit erlitten hat. Psychische Störungen werden zwischenzeitlich ebenfalls als Gewaltfolge anerkannt.

Menschen, die Opfer von Gewalttaten werden, können hierdurch schwere Traumatisierungen und in der Folge erhebliche psychische Folgen und Schäden bis hin zu psychiatrischen Störungen erleiden. Delikte gegen die sexuelle Selbstbestimmung führen besonders oft³ zu gravierenden Störungsbildern und erhöhen überdies die Vulnerabilität für die zukünftige Entwicklung von psychischen Störungen⁴. Es besteht allerdings in der Fachliteratur Übereinstimmung darin, dass diese Entwicklung durch frühzeitige und angemessene

¹ § 1 Abs. 1 Satz 1 OEG verlangt hier den „...vorsätzlichen, rechtswidrigen, tätlichen Angriff...“

² Wilke, G., Wunderlich, G. Soziales Entschädigungsrecht. Handkommentar zum Bundesversorgungsgesetz. 6. neubearbeitete Auflage. Stuttgart, München, Hannover: Boorberg Verlag. § 30, Rn. 17. 1987 Rohr, K., Sträßer, H. Bundesversorgungsgesetz mit Verfahrensrecht. Handkommentar. Lieferung Stand Februar 1978. Sankt Augustin: Asgard-Verlag. § 30 – K 7

³ Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson (1995 Dec). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey CB. Arch Gen Psychiatry.; 52(12) Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. (2001 Oct). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. Psychol Med.; 31(7):1237

⁴ Scott KM, Koenen KC, King A, Petukhova MV, Alonso J, Bromet EJ, Bruffaerts R, Bunting B, de Jonge P, Haro JM, Karam EG, Lee S, Medina-Mora ME, Navarro-Mateu F, Sampson NA, Shahly V, Stein DJ, Torres Y, Zaslavsky AM, Kessler RC. (2018 Jan) Post-traumatic stress disorder associated with sexual assault among women in the WHO World Mental Health Surveys. Psychol Med.; 48(1):155-167.

psychosoziale Unterstützung gestoppt werden kann und dass diese sowohl die Entstehung wie auch die Aufrechterhaltung von Langzeitfolgen reduzieren kann.

2. Traumaambulanzen im Rahmen des OEG

In einem Modellprojekt unter Prof. G. Fischer wurde das Kölner Opferhilfe-Modell (KOM) in den Jahren 1995-1998 entwickelt. Professor G. Fischer war der Lehrstuhlinhaber Klinische Psychologie an der Universität zu Köln und sehr gut mit den verschiedenen Akteuren im Gewaltopferschutz vernetzt. So gelang es ihm und seiner Arbeitsgruppe in Studien eine Brücke zwischen der psychischen und sozialen Situation der Gewaltopfer und den staatlichen Institutionen, mit denen das Opfer infolge seiner Gewalterfahrung in Berührung kommt, zu schlagen.

In die Konzeption des KOM flossen umfangreiche Untersuchungen zum Verlauf potentiell traumatisierender Erlebnisse und von deren Verarbeitung bei Gewaltopfern ein. Zusätzlich wurden nicht nur die Unzulänglichkeiten in der damaligen Opferhilfe benannt, sondern auch Handlungsempfehlungen für die Zukunft gegeben. Diese flossen in das KOM ein, dessen Kernstrategie es war, die natürlichen Selbstheilungskräfte der Betroffenen zu fördern. Diese Kernstrategie ist bis heute gültig und betrifft die Stärkung individueller Bewältigungsmöglichkeiten. Es wird davon ausgegangen, dass es ein Intensitäts-Mittelfeld des Traumas gibt, in dem subjektive individuelle Bewältigungsmöglichkeiten der Traumaverarbeitung greifen können. Dieses gilt nicht für Bereiche der Extremtraumatisierung wie Folter oder fortgesetzte lebensbedrohliche Verfolgung. Diese waren allerdings auch nicht die Gewalterfahrungen, welche das KOM ursprünglich adressierte. Das KOM sollte durch Opfer einmaliger Akte physischer oder sexueller Gewalt (sog. Monotraumen), etwa nach einem Überfall, schnell aufgesucht werden können. Die Erfahrungen und Empfehlungen aus dem KOM flossen in die Schrift „Neue Wege in der Opferhilfe“⁵ ein. Diese enthält neben den Verfahrensvorschlägen auch aufbereitete Informationen für Betroffene und die beteiligten staatlichen Akteure. Dieser Reader wird heute noch bei jedem Vertragsabschluss mit einer neuen OEG-Ambulanz als grundlegende Lektüre mitgegeben.

Um dem OEG-Auftrag der Wahrung des individuellen Restitutionsinteresses⁶ gerecht zu werden, wurde – ausgehend von den Erfahrungen mit dem KOM – das Instrument der OEG-TA (OEG-finanzierte Frühintervention durch Traumaambulanzen) entwickelt. Das Ziel dieser Frühintervention ist es zu verhindern, dass die Gewalterfahrung zur Entwicklung einer psychischen Störung führt. Die Grundannahme war dabei, dass diese frühe Intervention der Verfestigung der gewaltbedingten psychischen Symptomatik (in Form etwa einer akuten Belastungsreaktion⁷) entgegenwirken würde und somit nicht die weitreichenden individuellen und gesellschaftlichen Folgen und Kosten des Vollbildes der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)⁸ verursachen würde.

Bis dahin gab es kaum adäquate psychotherapeutische Angebote, um den Gewaltopfern zu helfen. Dies betraf nicht nur die Zahl niedergelassener Psychotherapeut/innen, auch

⁵ Fischer, G., Becker-Fischer, M. (1998 und 2001). Neue Wege in der Opferhilfe. Reader über Ergebnisse und Verfahrensvorschläge aus dem Kölner Opferhilfe Modell (KOM). Herausgegeben vom Landesversorgungsamt NRW im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Soziales, Qualifizierung und Technologie Nordrhein-Westfalen. Schriftenreihe des Ministeriums.

⁶ Das heißt, dem individuellen Interesse an der Überwindung der Folgen einer erlittenen Gewalttat.

⁷ Diagnose, die sofort nach dem Erleben eines Extremereignisses vergeben werden kann. Nach dem Diagnosekatalog der WHO wird sie wie folgt abgekürzt: ICD-10 F 43.0)

⁸ Diagnose, die erst sechs Monate nach dem Erleben eines Extremereignisses vergeben werden kann. Nach dem Diagnosekatalog der Weltgesundheitsorganisation wird sie wie folgt abgekürzt: ICD-10 F43.1)

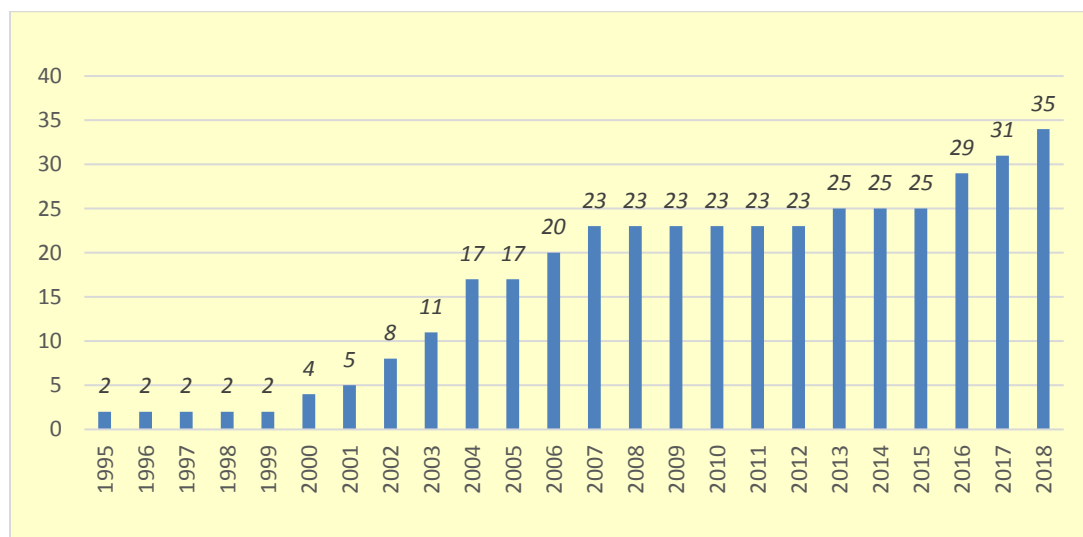
die Psychotraumatologie steckte in Deutschland noch in den Anfängen, traumafokussierte psychotherapeutische Interventionen wurden kaum angeboten. Dies führte zu inadäquaten Interventionen, monatelangen Wartezeiten, was zu weiteren psychischen Belastungen der Opfer führte, Krankheitsbilder mitunter verstärkte und somit auch zu nicht unerheblichen finanziellen Folgekosten führte.

Die Erfahrungen des KOM mündeten in den Beschluss des Landtages vom 06.11.1998, das KOM auf „alle Regionen in NRW“ auszudehnen. Auf dieser Basis schloss die Landesversorgungsverwaltung mehrere Verträge mit Kliniken in Nordrhein-Westfalen ab. Dieses Angebot erweiterte die gesetzlichen Leistungen der Heilbehandlungen um das Angebot einer Frühintervention zur Vermeidung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Ausgehend von der Modellambulanz des Deutschen Institutes für Psychotraumatologie (DIPT) in Köln, die 1995 mit ihrer Arbeit begann, über den Start des flächendeckenden Auftrages im Jahr 1998, hat der LVR mittlerweile (2018) 35 OEG-TA unter Vertrag.

Im LVR-Klinikverbund sind ebenfalls Traumaambulanzen eingerichtet. In allen psychiatrischen LVR-Kliniken bestehen Verträge für Erwachsene, mit vier LVR-Kliniken Verträge für Kinder und Jugendliche.⁹ Hinsichtlich des Ausbaus des Versorgungsnetzes steht noch die Schließung von einzelnen regionalen Lücken für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Ausdehnung der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund.¹⁰ Die psychotraumatologische Versorgung von Menschen v.a. mit geistiger Behinderung, welche ein besonderes Anliegen des LVR ist, soll in den kommenden Jahren angegangen werden.

In der folgenden Abbildung 1 wird das numerische Wachstum der OEG-TA im Rheinland dargestellt. Hier zeigt sich ein steter Anstieg der Anzahl der OEG-TA, was auch ein Anlass war, eine qualitativ orientierte Bestandserhebung durchzuführen.

Abbildung 1 Gesamtzahl der Vertragsabschlüsse 1995-2018



Vor dem Hintergrund des flächendeckenden Wachstums der OEG-TA und der fachlichen Herausforderungen haben sich neue Notwendigkeiten zur qualitativen Weiterentwicklung des Unterstützungsangebotes für Gewaltopfer ergeben.

⁹ Es fehlt nur noch die KJP der LVR-Klinik Düsseldorf.

¹⁰ Zur Schließung der Versorgungslücken bei diesen besonderen Gruppen werden verschiedene Kooperationsgespräche mit Dez. 8 geführt.

2.1 Konkrete aktuelle Leistungen der OEG-TA im Rheinland

Die Traumaambulanzen sind i.d.R. Teil von Institutsambulanzen an psychotherapeutischen-psychosomatischen oder psychiatrischen Kliniken. Die Intervention solcher OEG-TA wird über entsprechende Verträge mit den jeweils zuständigen Versorgungsbehörden finanziert, in NRW sind diese der Landschaftsverband Rheinland und der Landschaftsverband Westfalen-Lippe.

Die Leistungen der Traumaambulanzen werden aufgrund eines Vertrags erbracht, den der LVR mit der jeweiligen Klinik geschlossen hat. Es gibt Verträge sowohl für die Behandlung von Erwachsenen als auch von Kindern und Jugendlichen.

In der gegenwärtigen Leistungsübersicht sind folgende Leistungen enthalten (in Klammern stehen die Bezeichnungen aus der Leistungsübersicht, die jedem Vertrag angefügt wird):

- bis zu fünf probatorische Sitzungen (Probatorik)
- bei Bedarf können im Anschluss bis zu zehn Stunden Akutpsychotherapie beantragt werden (Akuttherapie)
- eine Katamnese nach etwa einem halben Jahr (Nachuntersuchung)
- Begleitung durch eine Fachkraft zu Gerichtsterminen (Prophylaxemaßnahme)
- stationäre Krisenintervention für Kinder und Jugendliche
- Fahrtkosten bei Hausbesuchen und Prophylaxemaßnahmen
- Verwaltungskostenpauschale

Die Behandlungsstunden werden zu vereinbarten Sätzen vergütet. Daneben erhalten die Kliniken eine Verwaltungspauschale, welche u.a. den Aufwand für die Aufnahme eines OEG-Antrags und die Erstellung von Berichten abdeckt. Nach fünf probatorischen Sitzungen können die Traumaambulanzen für ihre Patientinnen und Patienten zusätzlich Stunden für eine Akuttherapie beantragen. Voraussetzung ist, dass die Anerkennung des OEG-Antrags wahrscheinlich erscheint.

Als ein besonderes Mittel zur Inklusion von Migranten und Migrantinnen wird modellhaft die Nutzung von Sprach- und Integrationsmittlung (SIM) erprobt (bewilligt bis zum 31.12.2018). Die Aufwendungen hierfür werden zusätzlich vergütet. Es können ebenfalls bis zu 15 SIM-Stunden übernommen werden, wobei die Traumaambulanz für die ersten fünf Stunden selbst über die Notwendigkeit entscheiden kann. Bei einer Verlängerung muss die SIM mit der Akuttherapie zusammen beantragt werden.

Für eine Frühintervention zuzüglich einer u. U. hinzukommenden Akutpsychotherapie von bis zu zehn Behandlungsstunden entstehen, ohne Aufwendungen für eine SIM, Kosten von unter 1400 Euro.

Es gibt Leistungen, z.B. die Nachuntersuchung oder die Prophylaxemaßnahmen, die so gut wie nie beantragt werden (in dem Zeitraum 2008 bis 2018 wurden vier Nachuntersuchungen abgerechnet, Fahrtkosten wurden 12 Mal abgerechnet). Gerade die Nachuntersuchung würde aber Auskunft über den Behandlungserfolg geben.

Auffällig an der bisherigen Leistungsübersicht ist die Beschränkung auf Behandlungs- und Verwaltungskosten. Weitere Kosten der Klinikträger und der approbierten Psychothera-

peuten und Psychotherapeutinnen, etwa Supervision und Fortbildung, sind in der Leistungsaufstellung nicht berücksichtigt. Als sehr positiv zu würdigen ist die Bereitstellung von SIM.

2.2 Effektivität der Traumaambulanzen

Ob gewaltbetroffene Menschen möglichst früh ein Unterstützungsangebot unterbreitet werden sollte, ist seit langem Gegenstand wissenschaftlicher Diskussionen. Aus der Literatur ist bekannt, dass Frühinterventionen auch negative Folgen haben können¹¹, nämlich dann, wenn sie allen Gewaltopfern bindend erteilt werden. Daher wurde diese Form der Frühintervention in NRW evaluiert¹². In diesem Projektbericht aus dem Jahr 2010 wurden die Ergebnisse einer Studie mit naturalistischem Design veröffentlicht. Die Frühintervention war hiernach erfolgreich: Trotz einiger methodischer Einschränkungen wurden statistisch und klinisch signifikante positive Behandlungseffekte nachgewiesen. Auch die bundesweite Evaluation¹³ der OEG-TA aus dem Jahr 2015 zeigte, mit einem methodisch sichereren Ansatz, eine deutliche Effektivität. In dieser Studie wurde auch untermauert, dass auch nach einer psychotherapeutischen Behandlung in einer OEG-TA bei vielen Gewaltopfern weiterer Psychotherapiebedarf bestehen kann.

Das heißt, dass den Gewaltopfern in NRW seit Jahren eine effektive Frühhilfe angeboten wird, die - im Vergleich zur den anderen Bundesländern- früh ins Leben gerufen wurde, womit NRW eine Vorreiterfunktion einnimmt, auch aufgrund der landesweiten Abdeckung durch OEG-TA.

Die Aufgaben des LVR im Gewaltopferschutz gehen weit über die Bereitstellung der OEG-TA hinaus, sind mannigfaltig und betreffen sowohl Entscheidungen über den Anspruch auf Entschädigung wie auch die Verwaltung eines Leistungssystems, welches die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Kosten der durch kriminelle Gewalteinwirkung entstandenen gesundheitlichen Schädigungen der Opfer auszugleichen sucht.

Innerhalb dieses Leistungssystems gilt der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“. Priorität haben also Leistungen, die das Funktionsniveau des Gewaltbetroffenen zur alltäglichen Lebensführung wiederherstellen und sich der Verfestigung der Symptome entgegenstellen, somit auch den gravierenden Langzeitfolgen. Solche Langzeitfolgen von Gewalterfahrungen bedeuten allerdings nicht nur Leid für die direkt Betroffenen. Familiäre und soziale Netzwerke sind davon ebenso betroffen und werden systemisch durch die Gewaltauswirkungen auf verschiedenen Ebenen belastet.

¹¹ Modellhaft könnte angenommen werden, dass bei großen Teilen der Gewaltbetroffenen in der ersten Zeit Symptome einer akuten Belastungsstörung (ICD-10F 43.0) intermittierend auftauchen, dass es aber bei einem Teil der Personen zu einer spontanen Besserung kommt. Diejenigen, bei denen sich dann später eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) diagnostizieren lässt, sind Menschen, die oft vorher starke Belastungen hatten. Damit aber die Spontanremission eintreten, benötigen Menschen oft eine Unterstützung bei der Aktivierung ihrer Selbstheilungskräfte. Wenn eine kurative Intervention zu früh erfolgt, wird diese Aktivierung behindert.

¹² Schürmann I. (2010): Projektbericht: Evaluation der Traumaambulanzen in NRW. Münster, Eigendruck. https://www.lwl.org/lwl-versorgungsamt-download/Antraege_und_downloads/Projektbericht-MAGS.pdf. Letzter Abruf: 18.09.2018

¹³ Rassenhofer, M., Lasshof, A., Felix, S., Heuft, G., Schepker, R., Keller, F., Fegert, J. M., (2015a): Effektivität der Frühintervention in Traumaambulanzen – Ergebnisse des Modellprojekts zur Evaluation von Ambulanzen nach dem Opferschutzgesetz. Psychotherapeut 1-11

3. Qualitätssicherung

Um zu überprüfen, wie die aktuelle Arbeit der OEG-TA im Rheinland zu bewerten ist, werden in der Untersuchung die aktuellen wissenschaftlichen Kriterien referiert, die eine solche Bewertung anleiten können. So wird dort zunächst in eine Definition für Qualität aus medizinischer Sicht eingeführt und als nächstes die Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels hin zum präventiven Public Health-Ansatz. Hierdurch wird anstelle eines nur kurativen, individualisierenden Handlungsparadigmas die Netzwerkpflege ebenfalls in den Fokus gerückt. Als drittes wird das Handlungsfeld Gewalt kurz beschrieben und im Weiteren werden wichtige Erkenntnisse aus mehreren Studien und Berichten der deutschen Aufbereitungsarbeit¹⁴ berichtet (u. a. „Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch“¹⁵ und „Deutsche Traumafolgekostenstudie“¹⁶). Schließlich werden die Qualitätsanforderungen der Hilfsorganisation „Weisser Ring e.V.“ für Traumaambulanzen beschrieben.

Obwohl die Ausführungen zu den o. g. Kriterien im Rahmen der Untersuchung von einiger Bedeutung sind, gingen die Ausführungen zu den o. g. Themenfeldern im Rahmen dieser Vorlage zu weit. Es wird daher an dieser Stelle nur ein kurzes Resümee wiedergegeben und auf die Ausführungen in der Untersuchung selbst verwiesen.

3.1 Resümee

Der in dieser Vorlage verwendete Ansatz definiert **Qualität** als Zufriedenheit der Gewaltbetroffenen mit dem Instrument OEG-TA. Daher wird im Folgenden zur Bewertung der aktuellen Arbeit der OEG-TA die Perspektive des von Gewalt betroffenen Nutzenden eingenommen. Das Handeln der OEG-TA bewegt sich im Rahmen der Sekundär- und Tertiärprävention. Um diesem Handlungsfeld den notwendigen Orientierungsrahmen zu geben, wird die OEG-TA als eine **Public Mental Health** Intervention im Bereich des OEG definiert. Es sollte ein Paradigmenwechsel, weg von einem kurativen, hin zu einem präventiven Ansatz erwogen werden.

Erfahrungen von **Gewalt** in Form von Misshandlung (auch sexueller Missbrauch) und Vernachlässigung in der Lebenszeit scheinen nicht selten zu sein. Die Schätzungen schwanken zwischen 9% und 21%. Sexuelle Gewalt betrifft eher weibliche Opfer.

Für die hier zu schaffende Bewertungsgrundlage der Arbeit der OEG-TA werden aus den berichteten **Studien** die Kriterien „Niederschwelligkeit“, „Netzwerkarbeit“ und „Weitervermittlung“ übernommen.

Mindestanforderungen an Traumaambulanzen¹⁷ sind nach dem „**Weisser Ring e.V.**“ Akkreditation, Leitlinienorientierung und die Weitervermittlung der Gewaltopfer in die Regelversorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen.

¹⁴ Mehrere wissenschaftliche Studien, die Daten aus den gesammelten Berichten Gewaltbetroffener seit 2010 auswerten und mit relevanten weiteren Befunden z. B. zu Langzeitkosten, Resilienz etc. kontrastieren (vergl. 3.4 Kap.)

¹⁵ Abschlussbericht Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich. 10/2011. Herausgeber: Bundesministerium der Justiz, das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie das Bundesministerium für Bildung und Forschung in ihrer Funktion als Vorsitzende des Runden Tisches.

¹⁶ Habetha, S., Bleich S., S.C., Marschall U., Weidenhammer J., Fegert J.M. (2012): Deutsche Traumafolgekostenstudie- Kein Kind mehr - kein(e) Trauma(kosten) mehr? 1. edn, Schmidt & Klaunig, Kiel.

¹⁷ Gesundheitspolitische Forderungen des WEISSEN RINGS zur psychotherapeutischen Versorgung von Kriminalitätsoptionen (https://weisser-ring.de/sites/default/files/domains/weisser_ring_dev/downloads/gespolfordstand-maerz2018.pdf). Letzter Abruf am 15.10.2018)

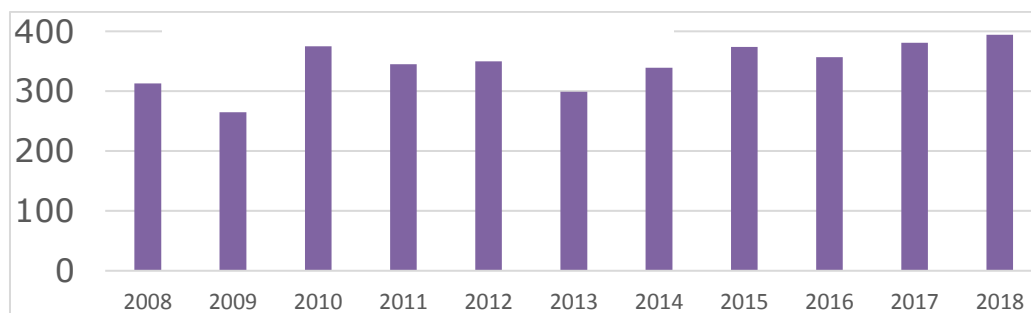
4. Ausgewählte vorläufige Ergebnisse der Bestandserhebung der OEG –TA im Jahr 2018

Im Folgenden werden ausgewählte, vorläufige Ergebnisse der Bestandserhebung berichtet. Zunächst wird ein Überblick über die Entwicklung der Patientenzahlen gegeben, später werden die deskriptiven Daten zur Benutzerfreundlichkeit der OEG-TA im Rheinland im Jahr 2017 dargestellt. Schließlich werden die ersten Schritte zur Qualitätssicherung, Verbesserung der Vernetzung und Flexibilisierung der schnellen Hilfe berichtet.

4.1 Die Patientinnen und Patienten der OEG-TA

Die folgende Abbildung 2: „Anzahl der Patientinnen und Patienten in den OEG-TA seit 2008“ bezieht sich auf die Gewaltbetroffenen, welche probatorische Sitzungen in den OEG TA in Anspruch nahmen. Diese Zahl steigt seit fünf Jahren kontinuierlich an.

Abbildung 2 Anzahl der Patientinnen und Patienten in den OEG-TA seit 2008



Trotzdem ist zu verzeichnen, dass es vergleichsweise wenige Gewaltbetroffene sind, die psychotherapeutische Sitzungen in Anspruch nehmen, wenn diese Zahlen mit den Gewaltdelikten kontrastiert werden. Als weiterer Hinweis für die Annahme, dass die Zielpopulation nicht angemessen erreicht wird, ist zu beachten, dass es im Jahr 2008 nur 23 OEG-TA gab. Inzwischen sind es 35, also ca. ein Drittel mehr. Die Nutzerzahlen sind nicht im selben Verhältnis angestiegen

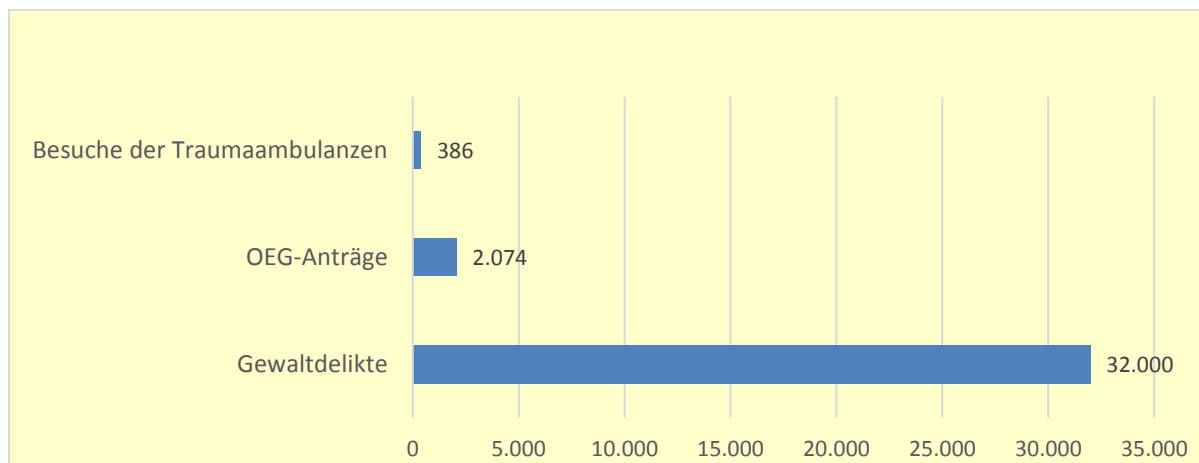
Die folgende Abbildung 3 zeigt, wie groß der Abstand zwischen den Gewaltdelikten¹⁸ im Rheinland und der Anzahl der gestellten OEG-Anträge ist. Nur 1,2% der Gewaltopfer stellen überhaupt einen Antrag. Ob diese Zahl den tatsächlichen Bedarf an Unterstützung widerspiegelt oder andere Faktoren, etwa dem weiter oben genannten geringen Bekanntheitsgrad des OEGs, wird von zukünftigen Studien zu klären sein. Aus der Zusammenschau der Zugangswege zum OEG und der Berichte der Gewaltbetroffenen wird angenommen, dass es neben dem Bekanntheitsgrad auch weitere Gründe geben kann, wie etwa die Befürchtung, durch einen OEG-Antrag retraumatisiert zu werden.

Auch die Differenz zwischen der Zahl der gestellten Anträge und der Nutzung der Möglichkeit zur psychotherapeutischen Frühintervention durch die OEG-TA ist als hoch zu bewerten. Etwa 19% der Antragstellenden nimmt das Angebot wahr. Auch hier lassen sich verschiedene Erklärungsmodelle denken, etwa, dass alle anderen Gewaltbetroffenen die

¹⁸ Gewaltkriminalität umfasst in Deutschland nur gravierende Gewaltstraftaten. In der Polizeilichen Kriminalstatistik fallen hierunter Mord (§ 211 StGB), Totschlag (§ 212 StGB), Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB), gefährliche und schwere Körperverletzung (§ 224, § 226 StGB), Körperverletzung mit Todesfolge (§ 227 StGB), Beteiligung an einer Schlägerei (§ 231 StGB), Vergewaltigung und schwere sexuelle Nötigung (§ 177, § 178 StGB), Raubdelikte (§ 249 bis § 252, § 255, § 316a StGB), erpresserischer Menschenraub (§ 239a StGB), Angriff auf den See- und Luftverkehr sowie Geiselnahme (§ 239b StGB).

Unterstützung nicht benötigen oder aber, dass das Angebot nicht bekannt ist. Welche die entscheidenden Faktoren für die geringe Inanspruchnahme sind, muss zukünftigen Studien überlassen werden. In der Zusammenschau der Literatur ist es durchaus denkbar, dass es vielen Gewaltbetroffenen gelingen kann, die eigenen Selbstheilungskräfte zu aktivieren, so dass ein Prozentsatz von annähernd einem Fünftel durchaus den tatsächlichen Bedarf abdecken könnte.

Abbildung 3 Relation der Gewaltdelikte¹⁹ im Rheinland 2017 zu OEG-Anträgen und Behandlungen in OEG-TA



In der Nutzung der OEG-TA hat sich seit den Anfängen immer wieder gezeigt, dass neben den Gewaltopfern mit Monotraumen viele Gewaltopfer gehäufte biographische Belastungen und komplexe psychosoziale Beanspruchungen im Vorfeld haben. Es handelt sich um die Gruppe der komplex traumatisierten Patientinnen und Patienten, die meistens sexuelle und körperliche Gewalt im Kindesalter berichten. Diese Opfergruppe wird im Rheinland nicht durch das Kriterium Zeit, etwa, „die Gewalttat darf nur bis zu 12 Monate zurückliegen,“ aus dem Angebot der OEG-TA ausgenommen. Somit haben OEG-TA im Rheinland aktuell angesichts der Versorgungslücke in diesem Bereich eine sehr wichtige und herausfordernde diagnostische Funktion und sollten ein ausgedehntes Diagnostik-Portfolio zur Verfügung stellen können. Zu überlegen wäre, ob für diese Patientengruppe nicht ein psychotherapeutisches Kompaktleistungspaket konzipiert werden sollte.

4.2 Psychotherapeutische Frühinterventionsleistungen

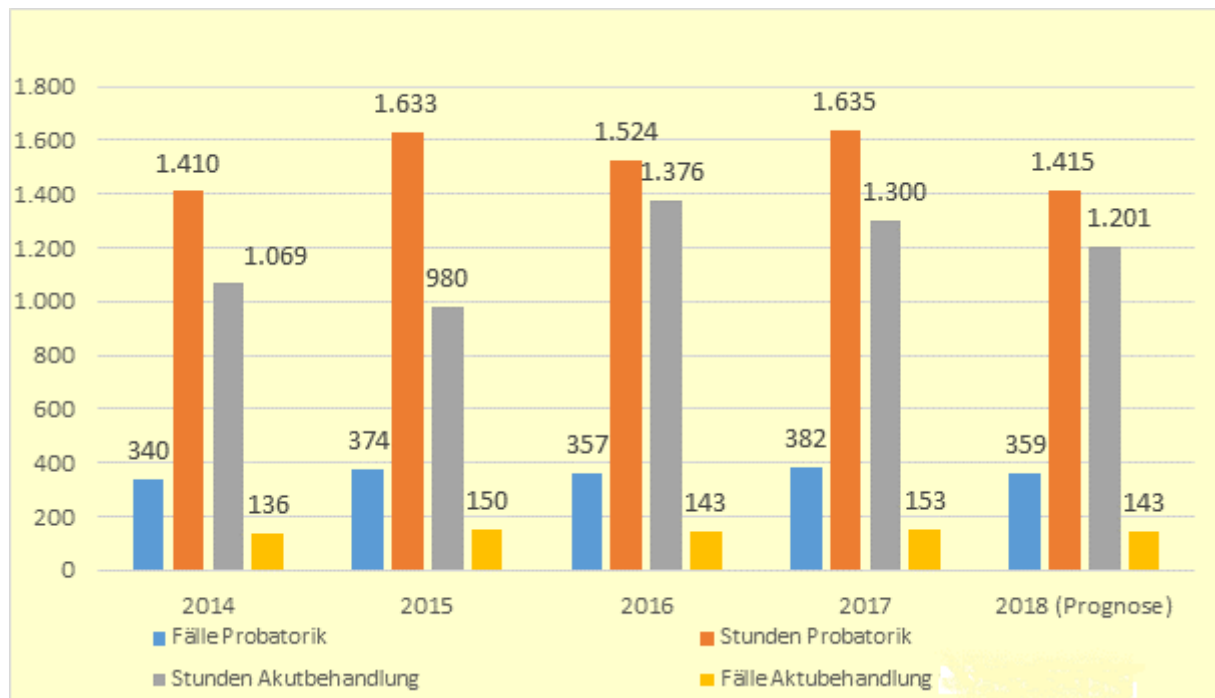
In dem als nächstes gezeigten Schaubild (Abb.4) wird die Entwicklung und Nutzung der psychotherapeutischen Frühintervention über fünf Jahre dargestellt.

Es zeigt sich, dass die angefragte Menge an psychotherapeutischen Leistungen relativ konstant bleibt. Die am meisten angefragten Leistungen der OEG-TA sind die Psychotherapiesitzungen. Hier zeigt sich, dass es vor allem die sogenannten probatorischen Sitzungen, also die ersten fünf Sitzungen sind, die von den meisten Gewaltbetroffenen in Anspruch genommen werden. Von diesen werden durchschnittlich 4,2 Sitzungen wahrgenommen.

¹⁹ Die Anzahl der Gewaltdelikte wurde aus den Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik (2017) für das Rheinland geschätzt.

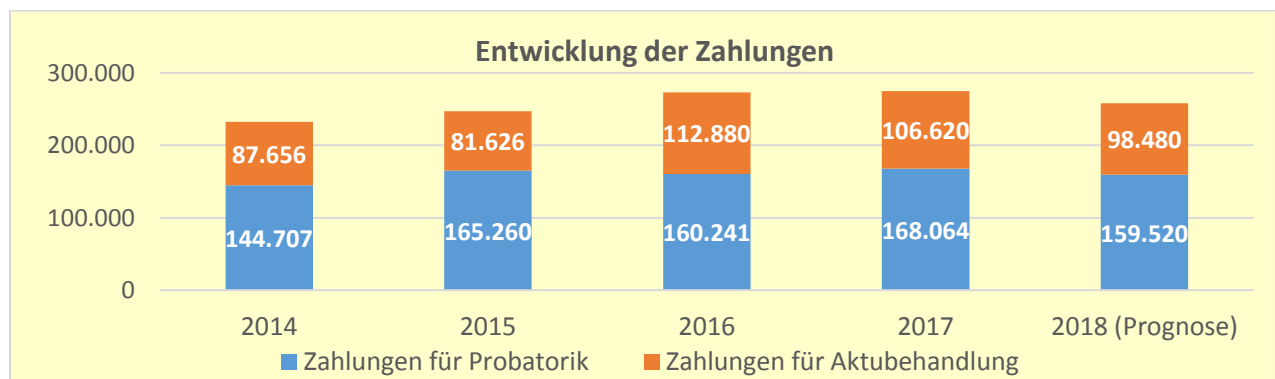
Weniger als die Hälfte der Gewaltbetroffenen (40%) beansprucht die Akutbehandlung. Wenn diese Leistung in Anspruch genommen wird, werden von zehn möglichen Sitzungen durchschnittlich 8,2 genutzt. Diese Zahlen deuten darauf hin, dass die Stundenkontingente einem tatsächlichen Bedarf entsprechen.

Abbildung 4 Entwicklung der Fallzahlen und Nutzung der OEG-TA



Auch in der Entwicklung der Zahlungen zeigt sich, dass die Probatorik am meisten genutzt wird. Einen Einblick in die Kosten des Frühinstrumentes und auch über die Entwicklung der Zahlungen im Fünfjahresverlauf, zeigt die folgende Abbildung 5. Insgesamt bleiben die Jahresbeträge der Zahlungen unter der Grenze von 300.000 €. In dem im folgenden Kapitel dargestellten Jahr 2017 hat die Frühintervention für Gewaltopfer durch die OEG-TA insgesamt 274.684 € gekostet.

Abbildung 5 Zahlungen im Fünf-Jahresverlauf



Auch wenn die Beträge konstant geblieben sind, ist zu überdenken, dass gerade bei der psychotherapeutischen Versorgungslücke diese Möglichkeit der Refinanzierung psycho-

therapeutischer Leistungen (die durch die Vertragslage der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) mit den Krankenkassen eng begrenzt sind) durch das OEG deutlich öfter hätte genutzt werden müssen.

Es muss zukünftig genauer untersucht werden, wieso diese Möglichkeit durch die PIAs seltener als erwartet angenommen wird.

4.3 Daten im Jahr 2017

Im Folgenden werden die Daten aus den LVR OEG-TA der probatorischen Sitzungen im Jahr 2017 berichtet. Diese Daten mussten aus verschiedenen Quellen zusammengefasst werden²⁰. Es handelt sich um die Auswertung von 48% der Datensätze aus 2017 (184 von insgesamt 386). Diese wurden nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Die Gewaltopfer, welche die OEG-TA Leistungen in Anspruch nahmen, zeigen ein deutliches Verteilungsmuster hinsichtlich Geschlecht: 30% waren männlich und 70% weiblich, also sind Frauen deutlich überrepräsentiert. Von allen Gewaltbetroffenen waren 13% unter 18 Jahre alt.

Von den 184 hier erfassten Fällen nutzten alle die Frühintervention (Probatorik), also die ersten fünf Psychotherapiesitzungen. Sie nahmen von den möglichen fünf Sitzungen im Durchschnitt 3,97 Sitzungen wahr. Die im Anschluss mögliche Akutpsychotherapie nutzten 77 (41%) Gewaltbetroffene, wobei durchschnittlich acht Sitzungen erfolgten. Nach der uns vorliegenden Datenlage wurden ganze acht Gewaltbetroffene weitervermittelt (4%).

Zu der Benutzerfreundlichkeit hinsichtlich Differenzsensibilität zeigt sich, dass 34,2% der Gewaltopfer zu einer besonderen Personengruppe zählten. Hiervon waren:

- 6,5% teilhabebeeinträchtigte Menschen,
- 27,7% hatten einen Migrationshintergrund²¹ (davon hatten 14% nicht die deutsche Staatsangehörigkeit).

Mehrfachnennungen waren möglich. So konnte jemand sowohl einen Migrationshintergrund haben als auch teilhabebeeinträchtigt sein. Allerdings ist die Güte dieser Daten als niedrig einzustufen. Zukünftig sollte nach der Art der Teilhabebeeinträchtigung gefragt, auch eine freiwillige Selbstauskunft zu Migrationshintergrund erfragt werden. Nur so wird die Verwaltung Fakten zum tatsächlichen Versorgungsbedarf dieser Bevölkerungsgruppen haben.

Zur Benutzerfreundlichkeit der OEG-TA hinsichtlich der Entfernung wird gefolgert, dass die OEG-TA hinsichtlich der Flächenverbreitung gut aufgestellt sind. Der Wohnort der Opfer war zu 58% im ländlichen Bereich. Aus dem städtischen Bereich kamen 42% der Nutzer. Im Durchschnitt hatten die Patientinnen und Patienten eine Entfernung von 14,75 km zur OEG-TA zurückzulegen. Allerdings hatten 5% mehr als 50 Entfernungskilometer.

Zu der Frage der Benutzerfreundlichkeit hinsichtlich der Dauer bis zur Behandlungsaufnahme waren kaum differenzierte Daten vorhanden. Die Zeit bis zum Erstkontakt war bei

²⁰ Viele Angaben, z.B. zu Behinderungen, Deutschkenntnisse, Art der Gewalttat waren erst durch Aktenstudien zu eruieren, so wurde ein Migrationshintergrund nur geschlussfolgert, etwa dann, wenn sowohl Vor- wie auch Zuname darauf schließen ließen. Auch die Angaben zur Art der Teilhabebeeinträchtigung waren sehr spärlich. Andere Angaben, wie z.B. zur Latenz zwischen Gewalttat und Behandlungsaufnahme in der TA waren nicht vorhanden.

²¹ Wenn eines der Elternteile in einem anderen Land geboren wurden.

64% der Patientinnen und Patienten zwischen einem Monat und einem Jahr nach der Gewalttat. Davon waren 28% unter einem Monat nach der Gewalttat im Kontakt mit der OEG-TA. Zehn Prozent der hier untersuchten Fälle gehörten zu der Gruppe Menschen, die sehr lange nach der Gewalttat Kontakt zu einer OEG-TA aufnehmen. In dieser Gruppe lag die Gewalttat bis zu über 50 Jahre zurück. Es kann keine Aussage darüber getroffen werden, welche Dauer zwischen Erstkontakt und dem tatsächlichen Behandlungsbeginn lag.

Die folgende Abbildung 6 betrifft die Frage nach der Benutzerfreundlichkeit hinsichtlich der Antragstellung. In 66% der untersuchten Fälle bedurfte es einer Unterstützung bei der Antragstellung. Es waren vor allem Hilfsorganisationen, die hierbei unterstützten, allen voran der Weisse Ring e.V. Im Abstand dazu und auf dem zweiten Platz der Nennungen stehen die Traumaambulanzen. Zu empfehlen wäre hier u.a. die Formulierung des Antrages auf OEG-Leistungen in einfacher Sprache.

Abbildung 6 Anzahl der Fälle mit Hilfe bei Antragstellung

Anzahl der Fälle mit Hilfe bei Antragstellung	122	68%
durch		
Traumaambulanzen	35	19%
Verbände/Hilfsorganisationen	60	33%
Polizei	14	8%
Anwälte/Betreuer	5	3%
Ärzte/Therapeuten	5	3%
Angehörige/Freunde	3	2%

Die Zahlen zeigen, dass die Arbeit der OEG-TA enger begleitet werden muss, damit die erwünschten qualitativen und quantitativen Veränderungen stattfinden können.

4.4 Bewährte Maßnahmen und Erste Schritte im Jahr 2018

Bei Betrachtung der gegenwärtigen Tätigkeit in der Begleitung der OEG-TA im Rheinland durch den FB 54 muss beachtet werden, dass diese Form der Zusammenarbeit auf die frühere Ämter- und Regionalstruktur im Rheinland zurückgeht. So standen 2007 einem Versorgungsamt im Schnitt vier Traumaambulanzen gegenüber. Mit der Bündelung der Fachaufgaben im LVR seit dem 01.04.2013 betreuen nun die Abteilungen 54.10, 54.30 und 54.40 alle Traumaambulanzen im Rheinland.

Institutionell ist bislang keine koordinierende Instanz der vielfältigen Aufgaben zur Begleitung der OEG-TA festgelegt. Insbesondere Aufgaben der Qualitätssicherung, Fortbildung und Ressourcensteuerung müssen in Folge des Ausbaus der OEG-TA neu bedacht werden.

Zur Flexibilisierung schneller Hilfen dient gegenwärtig vor allem das Fallmanagement, welches seit dem 01.04.2013 „die zielgerichtete, aktivierende und koordinierende Begleitung von Opfern einer Gewalttat durch das Antragsverfahren aber auch im sich anschließenden Leistungsprozess“ durchführt. Gegenwärtig wird das Fallmanagement hausintern über mehrere Kanäle unbürokratisch aktiviert. Jedes Gewaltopfer und jede Beratungsstelle oder öffentliche Stelle (etwa der Opferschutz der Polizei) kann sich an das Fallmanagement wenden. Das Fallmanagement kann auch von sich aus aktiv werden, z.B. wenn

die Notwendigkeit zum Opferschutz durch Medienberichte deutlich wird. Gegenwärtig wird das Fallmanagement im LVR durch fünf Beschäftigte (4,7 Vollzeitstellen) abgedeckt.

Zukünftig müssen Anstrengungen unternommen werden, damit das Angebot der OEG-TA bekannter wird. Nur jedes 100. Opfer einer Gewalttat wird gegenwärtig in einer OEG-TA behandelt. Während der Untersuchung zeigte es sich,

- dass viele Gewaltopfer Schwierigkeiten hatten, eine OEG-TA zu finden;
- dass es in den Telefonzentralen der Kliniken wiederholt nicht bekannt war, dass es dieses Leistungsangebot gab;
- dass psychotherapeutische Mitarbeitende nicht die Kriterien eines OEG-Tatbestandes kannten.

Diese Erkenntnisse lassen eine zielgruppenadäquate Öffentlichkeitsarbeit notwendig erscheinen, die verschiedene, bereits erfolgte Maßnahmen bündelt. Zu diesen positiv zu verzeichnenden Maßnahmen zählt z.B. die erleichterte OEG-Antragstellung in NRW, die bereits seit 2008 auch mit einer Postkarte erfolgen kann.

Zur qualitativen Optimierung der OEG-TA wurden im Jahr 2018 einige Maßnahmen ergriffen. So wurden inaktive OEG-TA durch persönliche Kontaktbesuche zur Mitarbeit eingeladen. Zusätzlich wurde ein initiales cloudbasiertes Online-Portal eingerichtet, in dem die Daten der Ansprechpartner/innen beim LVR, die Musterverträge, der OEG-Ratgeber in allen verfügbaren Sprachen sowie weitere Fachinformationen zur Verfügung stehen.

Es wurde damit begonnen Schulungsmodule zu erstellen. Hier sind Mitarbeitende aus den drei Abteilungen gemeinsam an den Vorbereitungen beteiligt. Zwei Fortbildungen für die neuen OEG-TA wurden im Jahr 2018 bereits durchgeführt. Diese halbtägigen sog. Basis-schulungen wurden zentral in Köln durchgeführt, um den Mitarbeitenden der Traumaambulanzen die Grundlagen zum Opferentschädigungsgesetz und zur Zusammenarbeit mit dem LVR zu vermitteln. Die Veranstaltungen sind auf positive Resonanz gestoßen und sollen künftig zwei Mal im Jahr stattfinden.

Das Instrument der SIM wurde kaum genutzt, obwohl alle OEG-TA informiert waren. Dieses wird einerseits auf eine geringe Öffentlichkeitsarbeit zurückgeführt, andererseits ist es aber auch denkbar, dass nicht Deutsch sprechende Gewaltopfer das OEG-TA Angebot nicht kennen.

In einer qualitativ ausgerichteten Untersuchung der Berichte der OEG-TA zeigten sich sehr disparate Leistungen zwischen den verschiedenen Vertragsambulanzen. Einerseits waren sog. Leuchtturmambulanzen mit einem sehr guten Behandlungskonzept vorhanden, andererseits gab es sehr viele, die deutliche Handlungsfelder erkennen ließen. So wurde die biographische Vorgeschichte häufig nicht berichtet, was für die Bestimmung etwaiger Schädigungsfolgen eine wichtige Information ist. Vor allem die Diagnosestellung, in der grundlegende Kriterien (Zeit, Ereignis) oft nicht eingehalten wurden, zeigte ein deutliches Verbesserungspotential. Wiederholt wurde es deutlich, dass die Einbindung der Gewaltopfer in ein psychosoziales Netz und/oder eine Weitervermittlung zu niedergelegenen Psychotherapeuten nicht gelang.

Im Sinne der Intensivierung abgestimmter Vernetzung wird beabsichtigt, die zentrale Koordinierungsrolle des LVR weiter zu stärken. Folgende Maßnahmen sollen hierbei dienen:

- Weiterhin Runde Tische für die OEG-TA im Rheinland anbieten. Diese fördern einen regelmäßigen Austausch, der vor allem hinsichtlich der Netzwerkarbeit weiterhin unabdingbar ist. Zudem sollen diese Runden Tische auch fachbezogene Workshops anbieten.
- Weiter Fortbildungen anbieten. Beispielsweise die o.g. Basisschulung, aber auch solche zu fachlich- psychotherapeutischen Themen, wie auch zu Diagnostik in der OEG-TA und zur Selbstfürsorge für die Mitarbeitende sind denkbar. Diese Fortbildungen sollten einem einladenden und attraktiven didaktischen Konzept folgen. Konkrete Arbeitshilfen in Form standardisierter Instrumente, wie z.B. Checklisten zum OEG, Berichtsvorlagen, Fließdiagramme sollten hier vorgestellt werden.
- Zusätzlich sollen Inhouse-Angebote die thematischen Bedarfe der jeweiligen OEG-TA decken. Diese können z.B. besondere Patientengruppen oder der Neustart einer OEG-TA nach personellen Wechsel darstellen.
- Die regelmäßige Teilnahme an regionalen Netzwerktreffen zur Kriminalprävention und Opferhilfe wird zukünftig abteilungsübergreifend prioritär behandelt werden. Bislang nehmen nur Fallmanagerinnen und -manager daran teil.

5. Empfehlungen

Die folgenden Vorschläge sollten auf dem Weg in eine zukunftsfähige OEG-TA berücksichtigt werden:

- Bereits der Zugang zu dem Versorgungsangebot des OEG zeichnet sich durch uneinheitliche und unklare Zugangswege aus. Empfohlen wird eine Öffentlichkeitsarbeit, die sowohl das OEG als auch die Möglichkeit der OEG-TA bekannter macht. Es sollten klare Ansprechpartner benannt werden, es sollte ein einheitlicher Name für die OEG-TA im Rheinland gelten.
- Die Erreichbarkeit benötigt ein zeitgemäßes Konzept. Dieses könnte z.B. einen Internetauftritt oder Social Media Apps umfassen. Über diese Kanäle können Informationen und Angebote an Behandelnde und Betroffene gelangen. Die Möglichkeiten des entstehenden Internetportals der Integrierten Beratung (Vorlage 14/2746/1) werden dabei in Betracht gezogen.
- Ausbau einer spezialisierten Psychotherapie-Versorgung mit erleichtertem Zugang. Die OEG-finanzierten psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten sollten überprüft werden und über das bisherige Angebot der OEG-TA hinausgehen. Beispielsweise könnten gruppenpsychotherapeutische Instrumente sowie Aufbau und Angebot von Selbsthilfegruppen für Gewaltopfer ebenfalls Teil des OEG-Leistungskataloges werden.
- Nur psychotherapeutische Angebote werden nicht reichen, zudem gibt es zu wenige Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Selbstheilungskräfte können auch durch das Empowerment von Gewaltbetroffenen aktiviert werden. Hierzu könnten Maßnahmen, wie sie bereits von anderen Akteuren in diesem Feld ergriffen wurden, dienen.

- Bereitstellung von eigens aufbereiteten Informationen zur Qualität und Wirksamkeit der angebotenen Frühintervention mit dem Ziel, dass Gewaltbetroffene informierte Entscheidungen treffen können²²
 - E-Mental-Health-Anwendungen als Tool für einen erleichterten Zugang zur psychosozialen Versorgung von OEG-Antragstellerinnen und -antragstellern nutzen²³
 - Regelmäßig einen Zugang zu Online-Therapien anbieten, z.B. auch die Nutzung des Projekts „Intherapy“²⁴ und weiterer Telemedizin-Instrumente²⁵
- Grundsätzlich ist eine zielgerichtete, organisierte Vernetzung der Versorgungsstrukturen untereinander gefordert. Die Langzeitperspektive der Wiederherstellung der Teilhabemöglichkeiten sollte in den Blickpunkt gelangen. Eine koordinierte Interaktion der beteiligten Fachleute könnte durch ein Empowerment der Netzwerke gefördert werden.
 - Vernetzungsstrukturen („OEG-Netzwerke“) schaffen, fördern und pflegen²⁶
 - Konzept eines Kohäsionsprojektes zur Förderung der Netzworkebildung mit regelmäßigen Fortbildungen und Netzwerktreffen sowie finanziellen Ressourcen
 - Die Mitarbeitenden in den OEG-Traumaambulanzen sollten unterstützt werden. Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mittels der OEG-TA sollte für die Kliniken interessant sein. Es sollte eine Optimierung der Vorgehensweisen innerhalb einzelner Versorgungsstrukturen unter Einsatz standardisierter Handlungsabläufe und Instrumente avisiert werden.
 - Qualitätssicherung durch Fortbildungen, z.B. zu Diagnostik und traumafokussierter Psychotherapie, Psychotraumatologie für komplex Traumatisierte, Förderung von Resilienz und Selbsthilfe etc. Diese müssen didaktisch inklusiv und attraktiv aufgebaut sein. Blended Learning Angebote sollten inkludiert sein und internetbasiert genutzt werden können.
 - Bereitstellung von Checklisten (z.B. zum OEG, zu den Berichten) und Fließdiagrammen (z.B. zur Weitervermittlung, Problemanzeige).
 - Beteiligung an Kosten für psychotraumatologische Supervision.
 - Der LVR sollte Maßnahmen ergreifen, die der nachhaltigen Qualitätskontrolle dienen. Die notwendigen personellen Ressourcen hierfür müssen geschaffen werden. Ein Konzept hierfür sollte zukünftig erstellt werden. Zum Aufgabenumfang gehören z. B.:
 - Ein Datenmanagement sollte der Qualitätssicherung über die Entwicklung und Akquise von Kennzahlen Rückhalt geben können. Hier müssen datenschutzgerechte Lösungen gefunden und eine Datenbank erstellt werden, in der sich das Qualitätsoptimierungskonzept (mit Zugang, Behandlung und Nachsorge) abbildet.

²² <https://traumanetz-sachsen.de/wissen/>

²³ <http://www.nweurope.eu/emen>

²⁴ 'Interapy' = Effektive und kostengünstige protokollbasierte Therapie, die als Internet-basierte Psychotherapie zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsreaktionen (PTB) entwickelt wurde. Diese wird ausschließlich über das Internet durchgeführt („Interapy“, Lange, 2000). <http://www.interapy.nl>

²⁵ <https://www.carusconsilium.de/projekte/telemedizin/tele-neps>

²⁶ <https://rp-giessen.hessen.de/OEG-Traumanetzwerk>

- Ein cloudbasierter Ausbau der Internetpräsenz im LVR für die OEG-TA im Rheinland, welche prioritär der Erreichbarkeit dient.
- Vom OEG bezahlte psychotherapeutische Behandlungen müssen über die Nachuntersuchungen auf ihre Effektivität hin untersucht werden. Dieses sollte auch über eine wissenschaftliche Begleitforschung gewährleistet werden.
- Vertragspartner, die hierbei kritische Handlungsfelder zu erkennen geben, müssen eng begleitet werden können
- Die Sicherstellung von psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten für spezifische Zielgruppen, etwa behinderte Gewaltopfer, Kinder/Jugendliche und Menschen mit Migrationshintergrund sollte prioritär behandelt werden.
- Überlegungen zu psychotherapeutischen Kompakt-Leistungspaketen für komplex traumatisierte Gewaltopfer und gewaltbetroffene Flüchtlinge sollten getroffen werden.
- Die Mitarbeitenden des LVR im OEG sollten die Möglichkeit erhalten, an Fortbildungen zur Prävention der sekundären Traumatisierung teilzunehmen.
- Zum Aufbau eines psychosozialen Versorgungsangebotes nach Terroranschlägen sollte eine interne Koordinierungsstelle aufgebaut werden²⁷.
- Die Vertragsgestaltung sollte gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen vom LWL überprüft werden. Hieraus sollten Veränderungsvorschläge generiert werden.

Die Verwaltung wird an diesen Punkten in der Zukunft weiterarbeiten und die enge Abstimmung mit dem LWL, vor allem aber mit dem MAGS NRW suchen, da die zur Umsetzung notwendigen finanziellen Mittel von dort bereitzustellen sind.

In Vertretung

P r o f . D r . F a b e r

²⁷ Die Koordinierungsstelle Nachsorge, Opfer- und Angehörigenhilfe (NOAH) ist eine Einrichtung der Bundesregierung und bietet nach schweren Unglücksfällen, Terroranschlägen und Katastrophen im Ausland psychosoziale Versorgung. https://www.bbk.bund.de/DE/AufgabenundAusstattung/Krisenmanagement/PsychKM/NOAH/NOAH_node.html. Letzter Abruf am 17.10.2018

Vorlage-Nr. 14/3014

öffentlich

Datum: 02.11.2018
Dienststelle: Fachbereich 81
Bearbeitung: Frau Fischer

Krankenhausausschuss 3	19.11.2018	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	20.11.2018	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	21.11.2018	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	22.11.2018	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	23.11.2018	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Bericht über die Auswirkungen des BVerfG-Urteils vom 24.7.2018 zu den Anforderungen der Fixierungen auf die LVR-Kliniken

Kenntnisnahme:

Der Bericht über das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 24.07.2018 zu den verfassungsgerichtlichen Anforderungen an die Fixierungen und die Auswirkungen auf die Kliniken des Landschaftsverbandes Rheinland wird gemäß der Vorlage 14/3014 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 2020. 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

WENZEL - JANKOWSKI

Zusammenfassung:

Mit dieser Vorlage erfolgt die Berichterstattung zu dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 24.07.2018. Die Entscheidung des BVerfG betrifft die verfassungsgerichtlichen Anforderungen an die Anordnung von Fixierungen im Rahmen einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung. Sie bezieht sich auf zwei Fälle, in denen bei öffentlich-rechtlich untergebrachten Patienten aus Bayern und Baden-Württemberg 5- bzw. 7-Punkt-Fixierungen vorgenommen wurden.

Das BVerfG hat hierbei festgestellt, dass sowohl bei einer 5-Punkt- als auch bei einer 7-Punkt-Fixierung eine gerichtliche Zustimmung erforderlich ist, soweit sie absehbar die Dauer von ungefähr einer halben Stunde überschreitet. In diesen Fällen liegt eine Freiheitsentziehung im Sinne des Art. 104 Abs. 2 GG vor.

Darüber hinaus werden in dieser Vorlage die Auswirkungen des BVerfG Urteils für die LVR-Kliniken dargestellt. Hierbei hat eine Abfrage bei den Kliniken des LVR ergeben, dass die Umsetzung des Urteils bei den öffentlich-rechtlichen Unterbringungen nach dem PsychKG NRW mit keinen besonderen Schwierigkeiten verbunden ist. Uneinheitliche Rechtsauffassungen bestehen bei den Amtsgerichten in Bezug auf die analoge Anwendung des Urteils bei den freiheitsentziehenden Maßnahmen im Bereich der betreuungsrechtlichen Unterbringung. Im Maßregelvollzug ist noch ungeklärt, welche Gerichte für die gerichtliche Zustimmung zuständig sind.

Begründung der Vorlage Nr. 14/3014:

1) Bericht über das BVerfG Urteil vom 24.07.2018

Am 24.07.2018 hat das BVerfG ein Urteil zu je einer Verfassungsbeschwerde von zwei öffentlich-rechtlich untergebrachten Patienten aus Bayern und Baden-Württemberg verkündet, die sich gegen die ärztliche Anordnung von Fixierungen richteten.

In dem Urteil stellt das BVerfG fest, dass eine 5- oder 7-Punkt-Fixierung im Rahmen einer richterlich genehmigten Unterbringung aufgrund der besonderen Eingriffsintensität eine eigenständige Freiheitsentziehung darstellt, wenn sie absehbar länger als eine halbe Stunde andauert. Nach Art. 104 Abs. 2 GG bedarf sie daher einer gesonderten vorgeordneten richterlichen Anordnung (sog. Richtervorbehalt).

Die besondere Eingriffsintensität der 5-Punkt- wie auch der 7-Punkt-Fixierung begründet das BVerfG damit, dass die Fortbewegungsfreiheit des Betroffenen bei dieser Form der Fixierung nach jeder Richtung hin vollständig aufgehoben wird.

Nach Auffassung des BVerfG reicht der gerichtliche Unterbringungsbeschluss somit nicht aus, um diese Art der Fixierung abzudecken.

Zudem hat das BVerfG in seiner Entscheidung nochmals klargestellt, dass jede Freiheitsentziehung stets einer strengen Prüfung am Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu unterziehen ist. Dabei sind vor allem die nachfolgenden Punkte zu beachten, die bei der Durchführung der Fixierung einzuhalten sind:

- Eine Fixierung darf nur als letztes Mittel angewandt werden, wenn andere mildere Mittel nicht (mehr) in Betracht kommen.
- Die Anordnung und Überwachung der Fixierung hat in einer geschlossenen psychiatrischen Einrichtung durch einen Arzt/eine Ärztin zu erfolgen.
- Bei der Durchführung der Maßnahme ist jedenfalls während einer 5- oder 7-Punkt-Fixierung in der Unterbringung aufgrund der Schwere des Eingriffs und der damit verbundenen Gesundheitsgefahren grundsätzlich eine 1:1 Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal zu gewährleisten.
- Die Fixierung muss als besondere Sicherungsmaßnahme zur Abwehr einer sich aus der Grunderkrankung ergebenden Selbst- oder Fremdgefährdung in engem Zusammenhang mit der in der Unterbringung stattfindenden psychiatrischen Behandlung der Grunderkrankung stehen.
- Die Erforderlichkeit der Fixierung ist in kurzen Abständen zu kontrollieren und ggf. neu einzuschätzen.
- Zur Sicherung der Verhältnismäßigkeit des Eingriffs und im Hinblick auf die Effektivität des Rechtsschutzes ist die Anordnung der Fixierung, die maßgeblichen Gründe dafür, die Durchsetzung, Dauer und die Art der Überwachung zu dokumentieren.

Des Weiteren leitet das BVerfG aus dem Freiheitsgrundrecht die Verpflichtung her, Betroffene nach Beendigung der Maßnahme auf die Möglichkeit hinzuweisen, die Zulässigkeit der durchgeführten Fixierung gerichtlich überprüfen zu lassen, damit den Betroffenen

bewusst ist, dass sie auch noch nach Erledigung der Maßnahme eine gerichtliche Überprüfung herbeiführen können.

Schließlich führt das BVerfG noch aus, dass der Richtervorbehalt für den Staat die Verpflichtung begründet, die Erreichbarkeit eines zuständigen Richters/einer zuständigen Richterin, jedenfalls zur Tageszeit, zu gewährleisten. Um den Schutz des von einer Freiheitsentziehenden Fixierung Betroffenen sicherzustellen, bedarf es eines täglichen richterlichen Bereitschaftsdienstes, der den Zeitraum von 6:00 Uhr bis 21:00 Uhr abdeckt.

Dieses Urteil hat weitreichende Auswirkungen für freiheitsentziehende Maßnahmen, die auf öffentlich-rechtlicher Grundlage anderer Bundesländer oder aufgrund der Regelungen im Zivilrecht bzw. im Maßregelvollzug erfolgen.

2) Auswirkungen auf die LVR-Kliniken

a) bei öffentlich-rechtlich untergebrachten Patientinnen und Patienten nach dem PsychKG NRW

aa) Umsetzungsmaßnahmen

Die Entscheidung des BVerfG bezieht sich auf die (öffentlich-rechtlichen) Unterbringungsgesetze in Bayern und Baden-Württemberg, die sich von der Gesetzeslage in Nordrhein - Westfalen deutlich unterscheiden. Grundlage für die öffentlich-rechtliche Unterbringung in Nordrhein-Westfalen ist das PsychKG NRW, das mit Wirkung zum 01.01.2017 novelliert worden ist und weitgehend mit den Vorgaben des BVerfG zur Rechtmäßigkeit einer Fixierung übereinstimmt. So ist im novellierten § 20 PsychKG NRW ausdrücklich festgelegt, dass jede länger andauernde Fixierung der vorherigen gerichtlichen Zustimmung bedarf.

Im Sinne einer Präzisierung hat die LVR-Verbundzentrale unmittelbar im Anschluss an das Urteil und auf der Grundlage eines entsprechenden Schreibens der beiden Bezirksregierungen Köln und Düsseldorf gegenüber den LVR-Kliniken angeordnet, dass eine gerichtliche Zustimmung bei jeder 5-Punkt- bzw. 7-Punkt-Fixierung einzuholen ist, sobald abzusehen ist, dass diese länger als eine halbe Stunde andauern wird.

Des Weiteren müssen Patientinnen und Patienten nach der Beendigung dieser Fixierungen nun auf die Möglichkeit hingewiesen werden, die Zulässigkeit der durchgeführten Maßnahme gerichtlich überprüfen lassen zu können. Dabei wird empfohlen, den erfolgten Hinweis zu dokumentieren.

Im Klinikinformationssystem (KIS) sind die Fixierungsformulare entsprechend angepasst worden.

Darüber hinaus stehen die LVR-Kliniken in Kontrakt mit den zuständigen Gerichten vor Ort und haben zum Teil neue Antragsformulare konzipiert, die zusammen mit den Formularen aus KIS eingesetzt werden.

bb) Rückmeldungen der Kliniken

In der Regel werden nun alle Fixierungen dem/der zuständigen Richter/-in zur Entscheidung vorgelegt, denn eine Fixierung unter einer halben Stunde kommt in der Praxis aufgrund der schweren Krankheitsbildern kaum vor. Dies führt zu einem deutlichen Anstieg von Antragsstellungen und bedeutet für die Kliniken einen erheblichen Mehraufwand. Für die Gerichte resultieren daraus mehr Anhörungen und Entscheidungsverfahren.

Probleme bereitet häufig, dass eine gerichtliche Entscheidung bei einer nicht nur kurzfristigen Fixierung grundsätzlich vor Beginn der Maßnahme zu erfolgen hat. Aufgrund der oftmals vorliegenden akuten Situation mit erheblicher Gefahr für Leib, Leben und Gesundheit der Betroffenen oder anderer Personen kann die gerichtliche Entscheidung nicht immer rechtzeitig eingeholt werden. In einer solchen Situation ist diese unverzüglich, d. h. ohne jede Verzögerung, die sich nicht aus sachlichen Gründen rechtfertigen lässt, nachzuholen.

Aufgrund der Vorgaben des BVerfG sind die Gerichte verpflichtet, für eine bessere Erreichbarkeit der zuständigen Richter/-innen zu sorgen. Dies ist mittlerweile an allen Gerichten, die für die LVR-Kliniken zuständig sind, sichergestellt. Eine Abfrage bei den LVR-Kliniken hat ergeben, dass an allen Gerichten in der Regel einen Bereitschaftsdienst von 6:00 Uhr bis 8:00 Uhr und von 16:30 Uhr bis mindestens 21:00 Uhr sowie am Wochenende eingerichtet ist. Es gibt allerdings keine Vorgaben, bis wann die Gerichte ihre Entscheidung getroffen haben müssen.

Falls nach der Beantragung der gerichtlichen Zustimmung, aber vor der Entscheidung die Fixierung beendet wird, ist der Antrag zurückzunehmen.

b) Auswirkungen auf die zivilrechtlichen Unterbringungen

aa) Umsetzungsmaßnahmen

Neben den Fixierungen im Rahmen einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung nach dem PsychKG sind freiheitsentziehende Maßnahmen bzw. Fixierungen auch im Rahmen einer betreuungsrechtlichen Unterbringung nach § 1906 Abs. 4 BGB wie auch bei der Unterbringung von Minderjährigen nach § 1631b Abs. 2 BGB (sog. zivilrechtliche Unterbringungen) zulässig.

Zurzeit besteht noch eine erhebliche Unsicherheit, inwieweit das Urteil des BVerfG auch für diese zivilrechtlichen Unterbringungen gelten. So ist insbesondere nicht eindeutig, ob und inwieweit die in dem Urteil festgestellten Rechtsgrundsätze auch auf andere Patientengruppen oder andere Fixierungsarten bzw. vergleichbare freiheitsentziehende Maßnahmen entsprechend anzuwenden sind.

Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) hat hierzu mit einem Schreiben vom 24.8.2018 teilweise Stellung genommen. Aus Sicht des BMJV hat die Beurteilung der Verhältnismäßigkeit einer Fixierung im Rahmen einer geschlossenen Unterbringung nunmehr anhand der vom BVerfG aufgestellten Maßstäbe zu erfolgen. Danach ist § 1906 Absatz 4 BGB jetzt so auszulegen, dass eine gerichtliche Genehmigung dann erforderlich ist, wenn die 5- oder 7-Punkt-Fixierung absehbar eine halbe Stunde

überschreitet. Für alle anderen Fallkonstellationen oder andere Arten von freiheitsentziehenden Maßnahmen soll- wie bisher- einzelfallabhängig zu prüfen sein, wie der Begriff „über einen längeren Zeitraum“ auszulegen ist.

Diese Empfehlung gilt nach dem Verständnis der LVR-Verbundzentrale auch für die Fixierung von Minderjährigen nach § 1631b Absatz 2 BGB.

Die Stellungnahme des BMJV ist nur eine Empfehlung, die für die Gerichte nicht bindend ist. Aus diesem Grunde hat die LVR-Verbundzentrale den LVR-Kliniken geraten zudem mit den jeweils zuständigen Gerichten vor Ort abzuklären, ob und in welchem Umfang sie die Rechtsgrundsätze des BVerfG Urteils auch auf andere Patientengruppen oder Fixierungsarten bzw. vergleichbare freiheitsentziehende Maßnahmen entsprechend anwenden.

bb) Rückmeldungen der Kliniken:

Bislang wird in den LVR-Kliniken von den Betreuern / Betreuerinnen / Bevollmächtigten / Sorgeberechtigten bei einer erstmaligen (nicht regelmäßigen) freiheitsentziehenden Maßnahme erst dann ein Antrag auf Genehmigung der freiheitsentziehenden Maßnahme gestellt, wenn die Maßnahme länger als einen Tag andauert.

Auch hier sind die entsprechenden KIS-Formulare überarbeitet und an die Empfehlung des BMJV angepasst worden, so dass künftig bei 5-, 7- und Mehr-Punkt-Fixierungen, die absehbar eine halbe Stunde überschreiten, die gerichtliche Genehmigung zu veranlassen ist. Da bei den zivilrechtlich untergebrachten Patientinnen und Patienten die Antragsstellung bei den Gerichten durch die Betreuer/-innen oder Bevollmächtigten bzw. Sorgeberechtigten zu erfolgen hat, ist hier nunmehr, sobald von einer längerfristigen Fixierung auszugehen ist, sofort mit den jeweiligen Antragsstellern Verbindung aufzunehmen. Dies hat für die LVR-Kliniken künftig einen erhöhten Arbeitsaufwand zur Folge, zumal die jeweiligen Antragssteller nicht immer direkt erreichbar sind.

Eine Abfrage bei den LVR-Kliniken hat ergeben, dass sie zu der Frage der Anwendbarkeit des Urteils in einem engen Austausch mit zuständigen Amtsgerichten stehen. Allerdings wird bei der Auslegung des BVerfG Urteils seitens der zuständigen Amtsgerichte keine einheitliche Rechtsauffassung vertreten, sondern es zeigt sich vielmehr ein vielfältiges Auslegungsspektrum der Gerichte.

Die Kliniken führen daher Gespräche mit den Amtsgerichten, damit diese sich auf eine möglichst einheitliche Anwendungspraxis innerhalb des Versorgungsgebietes der jeweiligen Klinik verständigen.

c) Umsetzung im Maßregelvollzug

Der Maßregelvollzug ist eine unmittelbare Landesaufgabe mit der Folge, dass die Entscheidung über die Umsetzung des BVerfG Urteils der unmittelbaren Verantwortung des Landes bzw. der zuständigen Landesbehörden untersteht.

Das Maßregelvollzugsrecht in NRW sieht bisher für Fixierungen im Maßregelvollzug keinen Richtervorbehalt vor. Hier fehlen bislang gesetzliche Vorgaben. Das zuständige Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) hat in Bezug auf das BVerfG Urteil

am 27.07.2018 durch Erlass bestimmt, dass der sich aus Art. 104 II GG unmittelbar ableitende Richtervorbehalt grundsätzlich auch im Maßregelvollzug bei Fixierungen gilt. Eine entsprechende richterliche Entscheidung ist nur dann nicht herbeizuführen, wenn zu Beginn der Maßnahme absehbar ist, dass die Entscheidung erst nach dem Wegfall des Grundes ergehen wird oder die Maßnahme vor Herbeiführung der Entscheidung tatsächlich beendet ist und auch keine Wiederholungsgefahr zu erwarten ist.

In dem Erlass hat das MAGS darüber hinaus auch die Einhaltung der weiteren, vom BVerfG vorgegebenen Durchführungsregelungen angeordnet.

Aufgrund der besonderen Zuständigkeiten im Maßregelvollzug hat das MAGS erklärt, dass für den sich aus Art. 104 Abs. 2 GG ableitenden Richtervorbehalt auch im Maßregelvollzug die Betreuungsgerichte am Amtsgericht zuständig sind. Diese Anweisung des MAGS ist für die jeweiligen Gerichte, die die Zuständigkeit stets überprüfen müssen, nicht bindend. Bisher haben alle Amtsgerichte ihre Zuständigkeit verneint. Die Frage, ob die Amtsgerichte (Betreuungsgerichte) für die Umsetzung des Richtervorbehaltes auch im Maßregelvollzug zuständig sind, steht nunmehr zur Entscheidung vor dem BGH an. Ausgangspunkt ist ein Verweisungsbeschluss des LG Kleve, gegen den nach Weisung durch den Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug am 12.09.2018 eine Rechtsbeschwerde beim Bundesgerichtshof eingelegt worden ist. Seitens der Behörde des Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug ist im Rahmen einer Dienstbesprechung am 19.09.2018 erklärt worden, dass die offenen Rechtsfragen im Rahmen der anstehenden Novelle des Maßregelvollzugsgesetzes (MRVG) unter Beachtung der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes gesetzlich geregelt werden.

3) Bewertung des BVerfG Urteils

Das BVerfG Urteil wird in der Fachpresse wie auch von den Fachgesellschaften – wie z.B. durch die DGPPN - allgemein begrüßt. Die nun ausdrücklich vorgeschriebene Notwendigkeit der gerichtlichen Zustimmung ist eine vorbeugende Kontrolle der Maßnahme durch eine unabhängige und neutrale Instanz gewährleistet. Dies führt zu einem besseren Schutz der betroffenen Patientinnen und Patienten.

Aus der Sicht der LVR-Klinikverbundes ist das Urteil gerade im Hinblick auf die Feststellungen zu der besonderen Eingriffsintensität vom Grundsatz zu begrüßen. Aufgrund der erheblichen Eingriffsintensität von Fixierungen verfolgt der LVR - unter enger Begleitung durch die politische Vertretung - seit vielen Jahren erfolgreich das Ziel, in den LVR-Kliniken den Einsatz von Zwangsmitteln und freiheitsentziehende Maßnahmen auf ein Minimum zu reduzieren. Zutreffend weist das BVerfG in diesem Zusammenhang darauf hin, dass gerade psychisch Kranke eine Freiheitsbeschränkung, deren Notwendigkeit ihnen nicht nähergebracht werden kann, häufig als besonders bedrohlich empfinden. So besteht innerhalb des LVR-Klinikverbundes ein verbundweiter Arbeitskreis „Prävention von Zwang und Gewalt“, der sich aus Vertretern der LVR-Kliniken, der Heilpädagogischen Netze und Mitarbeitenden der Verwaltung zusammensetzt und sich intensiv mit diesem Thema beschäftigt. Die Arbeit dieses Qualitätszirkels besteht in der Identifizierung von „Guter“ oder „Bester Praxis“ und Strategien zur Reduzierung von Fixierungen und Zwangsmaßnahmen sowie der Implementierung von Maßnahmen, die eine geringere Eingriffstiefe in die Autonomie von Patientinnen und Patienten haben.

Darüber hinaus ist die Reduktion von Fixierungen und von anderen Zwangsmaßnahmen Gegenstand von Zielvereinbarungsprozessen mit den Klinikvorständen, durch die kontinuierlich entsprechende Maßnahmen und Projekte vereinbart sowie deren Umsetzung und Ergebnisse kontrolliert werden.

Das Urteil des BVerfG lässt allerdings auch eine Reihe von Fragen offen. So ist offen, inwieweit das Urteil des BVerfG auf die Fixierung von zivilrechtlich untergebrachte Patientinnen und Patienten anzuwenden ist. Gleiches gilt für die Anwendbarkeit der Rechtsgrundsätze auf andere freiheitentziehende Maßnahmen, die keine 5-, 7- oder Mehr-Punkt-Fixierungen sind, wie z.B. die Isolation oder die Gabe von Medikamenten, die sedierend wirken. Zudem ist nicht verständlich, weshalb eine richterliche Zustimmung bei Freiheitsentziehungen von unter 30 Minuten entbehrlich sein sollen. Außerdem lässt die Formulierung „in der Regel“ darauf schließen, dass auch Ausnahmen von diesem Grundsatz möglich sind. Welche Ausnahmen dies sein könnten, wird nicht erläutert.

Als Fazit ist somit festzustellen, dass es sich bei dem Urteil um eine wichtige Entscheidung handelt, die - wie schon die Urteile des BVerfG zur Zwangsbehandlung – den Rechtsrahmen für die Zwangsmaßnahmen konkretisieren. Leider führt das Urteil jedoch auch zu einer Reihe von Unklarheiten, die zu neuen Rechtsunsicherheiten führen.

In Vertretung

WENZEL – JANKOWSKI

TOP 8

Anträge und Anfragen der Fraktionen

TOP 9 Mitteilungen der Verwaltung

TOP 10

Verschiedenes