

Vorlage-Nr. 14/2174

öffentlich

Datum: 24.08.2017
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Frau Stephan-Gellrich

Gesundheitsausschuss	15.09.2017	Kenntnis
Ausschuss für Inklusion	20.09.2017	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Der neue Landespsychiatrieplan Nordrhein-Westfalen, seine Bedeutung für den LVR sowie Bezugspunkte zur Staatenprüfung UN-Behindertenrechtskonvention (Follow Up-Vorlage Psychiatrie)

Kenntnisnahme:

Der neue Landespsychiatrieplan Nordrhein-Westfalen, seine Bedeutung für den LVR sowie Bezugspunkte zur Staatenprüfung UN-Behindertenrechtskonvention (Follow Up-Vorlage Psychiatrie) wird entsprechend der Vorlage Nr. 14/2174 zur Kenntnis genommen.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

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

ja

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

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

ja

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (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	

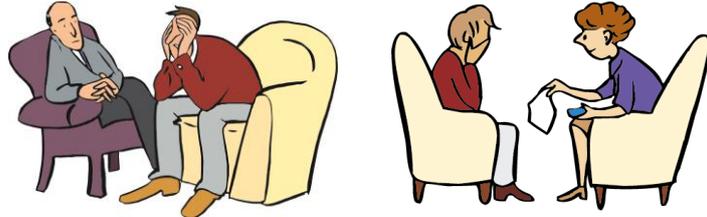
In Vertretung

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

Worum geht es hier?

In leichter Sprache

Wenn die Seele krank ist, sind manche Menschen sehr oft traurig oder ängstlich. Viele sind dann sehr nachdenklich oder schlafen nicht gut. Jeder Mensch ist da anders.



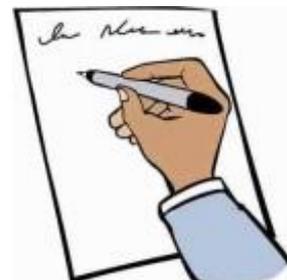
In unserem Land Nordrhein-Westfalen gibt es viele Angebote und Hilfen für Menschen mit einer seelischen Erkrankung oder Behinderung.

Die Landes-Regierung hat jetzt einen neuen Plan gemacht.

Der Plan heißt so: Landes-Psychiatrie-Plan.

Psychiatrie ist ein schweres Wort.

In leichter Sprache heißt das: die Seele behandeln.



Das Wort Psychiatrie meint auch oft das:
Krankenhaus für seelisch Kranke.

In dem Landes-Psychiatrie-Plan steht:

So wollen wir die Angebote und Hilfen in NRW verbessern.

Das steht auch in dem Plan:

Alle Menschen haben die gleichen Menschen-Rechte.

Kranke und behinderte Menschen dürfen
nicht unmenschlich behandelt werden.

Zum Beispiel: Es soll keinen Zwang geben.



Der LVR hat an dem Plan mitgearbeitet.

Hier beschreibt der LVR jetzt, wie er seine eigenen Angebote und Hilfen verbessern will.

Haben Sie Fragen zu diesem Text?

Dann können Sie beim LVR in Köln anrufen:

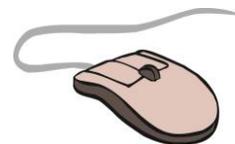
0221-809-6153



Viele Informationen zum LVR in leichter Sprache

finden Sie hier:

www.leichtesprache.lvr.de



Der Zusatztext in leichter Sprache soll zum einen die Verständlichkeit der Vorlage insbesondere für Menschen mit Lernschwierigkeiten konkret verbessern, zum anderen für die Grundsätze der Zugänglichkeit und Barrierefreiheit im Bereich Information und Kommunikation im Sinne der Zielrichtungen 6 und 8 des LVR-Aktionsplans zur UN-Behindertenrechtskonvention sensibilisieren. Mit der Telefonnummer 0221-809-6153 erreicht man die zentrale Stabsstelle Inklusion und Menschenrechte (00.300).
Bilder: © Reinhild Kassing.

Zusammenfassung:

Die Vorlage berührt insbesondere die Zielrichtungen:

- Z1. Die Partizipation von Menschen mit Behinderung im LVR ausgestalten
- Z2. Die Personenzentrierung im LVR weiterentwickeln
- Z3. Die LVR-Leistungen in Form des Persönlichen Budgets steigern
- Z4. Den inklusiven Sozialraum mitgestalten
- Z9. Menschenrechtsbildung im LVR systematisch betreiben des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.

Am 18.04.2017 wurde der Landespsychiatrieplan veröffentlicht.

Diese Vorlage beschäftigt sich zum einen mit dem Prozess der Erstellung des Landespsychiatrieplanes, dessen Schwerpunkte und Handlungsfelder und deren Bearbeitung durch die Verbundzentrale. Zum anderen berichtet sie auch zu den Ergebnissen der Staatenprüfung Deutschlands hinsichtlich der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention im Handlungsfeld Psychiatrie (interne Follow Up-Berichterstattung).

Der Landespsychiatrieplan NRW ist mit allen relevanten Beteiligten und Betroffenen in einem prozesshaften, dialogischen und durch das Gesundheitsministerium koordinierten Verfahren zwischen Mai 2005 und Februar 2017 entstanden.

Mit In-Kraft-Treten des neuen PsychKG zum 01.01.2017 wurde in § 32 Abs. 3 PsychKG NW die Verpflichtung festgelegt, einen solchen Plan zu erstellen und nach fünf Jahren bei Bedarf fortzuschreiben.

Vertretungen des Landschaftsverbandes haben im Lenkungsausschuss (LR 8, Vertr. LR 7), allen sechs Unterausschüssen und einigen Arbeitsgruppen mitgewirkt.

Grundlegend wurden bei allen Sitzungen die Grundsätze der **Psychiatrie-Enquête** (1975) und die anschließenden „**Empfehlungen der Expertenkommission**“ (1988) herangezogen. Die 1989 im **SGB V** und 2002 im **SGB IX** verankerte Prämisse, nach der den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker Menschen Rechnung zu tragen ist, wurde bis heute in zahlreichen sozial- und gesundheitspolitischen Aktivitäten und rechtlichen Reformen auf Landes-, Bundes- und EU-Ebene und von den Vereinten Nationen (insbesondere durch die UN-Behindertenrechtskonvention, die 2009 in Deutschland in Kraft trat) aufgegriffen und weiterentwickelt.

Inhaltsverzeichnis

1.	Zielsetzung des Landespsychiatrieplans	5
2.	Beteiligungsorientiertes Verfahren	5
2.1	Beteiligungsorientierte Phase (5/2015 – 10/2016)	5
2.2	Koordinations- und Steuerungsgruppe des MGEPA (11/2016 – 2/2017)	7
3.	Grundlagen/UN-Behindertenrechtskonvention	7

4.	Handlungsfelder, Handlungsempfehlungen	10
4.1	Ambulante Krisenhilfen ausbauen und vernetzen	10
4.2	Patientenorientierung in der Behandlung und Überwindung der Sektoren	10
4.3	Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärken – integrierte Behandlung und Rehabilitation	11
4.4	Ältere psychisch kranke Menschen – Komplexleistung Behandlung, Rehabilitation und Pflege	13
4.5	Soziale Teilhabe, Arbeit und Beschäftigung ermöglichen – Personenzentrierung umsetzen	14
4.6	Hilfeplanung und Steuerung optimieren	15
4.7	Selbsthilfe und Partizipation – Strukturen fördern	16
4.8	Zwang minimieren und überwinden – Beschwerdewesen ausbauen	18
4.9	Menschen in spezifischen Problemlagen bedarfsgerecht unterstützen	19
4.9.1	Menschen mit geistiger Behinderung und psychiatrischem Behandlungsbedarf:	19
4.9.2	Kooperation Suchthilfe und Psychiatrie	20
4.9.3	Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte	21
4.9.4	Menschen im Maßregelvollzug - Verbesserung der Prävention von Gewalttaten psychisch Kranker und Kooperation Allgemeinpsychiatrie und Maßregelvollzug an den Schnittstellen weiterentwickeln	23
4.10	Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung - Inklusion fördern und Exklusion verhindern	24

Das Herzstück des Landespsychiatrieplans NRW ist sein Kapitel 3, in welchem alle Handlungsfelder aufgeführt sind, die aus Landessicht vorrangig bearbeitet werden sollen. Diese werden vorliegend unter 4. einzeln beschrieben und ergänzend die jeweiligen Positionierungen des Klinikverbundes und die weiteren Planungen dazu dargestellt. Dabei wird deutlich, dass es zwischen den Handlungsempfehlungen des Landespsychiatrieplanes und den Zielen sowie der strategischen Ausrichtung des LVR-Klinikverbundes vielfältige Übereinstimmungen und Verknüpfungen gibt.

Der Landespsychiatrieplan NRW und der Bericht mit den Ergebnissen der beteiligungsorientierten Phase können heruntergeladen werden unter www.mgepa.nrw.de/publikationen, Veröffentlichungsnummern 221 und 222.

Begründung der Vorlage Nr. 14/2174:

Der neue Landespsychiatrieplan Nordrhein-Westfalen, seine Bedeutung für den LVR sowie Bezugspunkte zur Staatenprüfung UN-Behindertenrechtskonvention (Follow Up-Vorlage Psychiatrie)

1. Zielsetzung des Landespsychiatrieplans

Im Frühjahr 2015 hat das Land NRW entschieden, nach dem Muster einiger weiterer Bundesländer, einen neuen Landespsychiatrieplan aufzustellen. Dieser Plan sollte – im Unterschied zum Krankenhausplan 2015 - nicht nur den Leistungssektor des SGB V mit seinen stationären, teilstationären und ambulanten Leistungen zum Gegenstand haben, sondern auch darauf abzielen, eine umfassende Aufarbeitung der bisher vorhandenen Hilfestrukturen über die Sektorengrenzen hinweg (insbesondere auch SGB IX) für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen vorzunehmen. Das bisher Erreichte sollte analysiert, Entwicklungsziele aufgezeigt und konkrete Empfehlungen für die zukünftige Entwicklung der Versorgungslandschaft formuliert werden.

Die Erarbeitung des Landespsychiatrieplanes sollte mit allen relevanten Beteiligten und Betroffenen in einem prozesshaften, dialogischen und durch das Gesundheitsministerium koordinierten Verfahren erreicht werden.

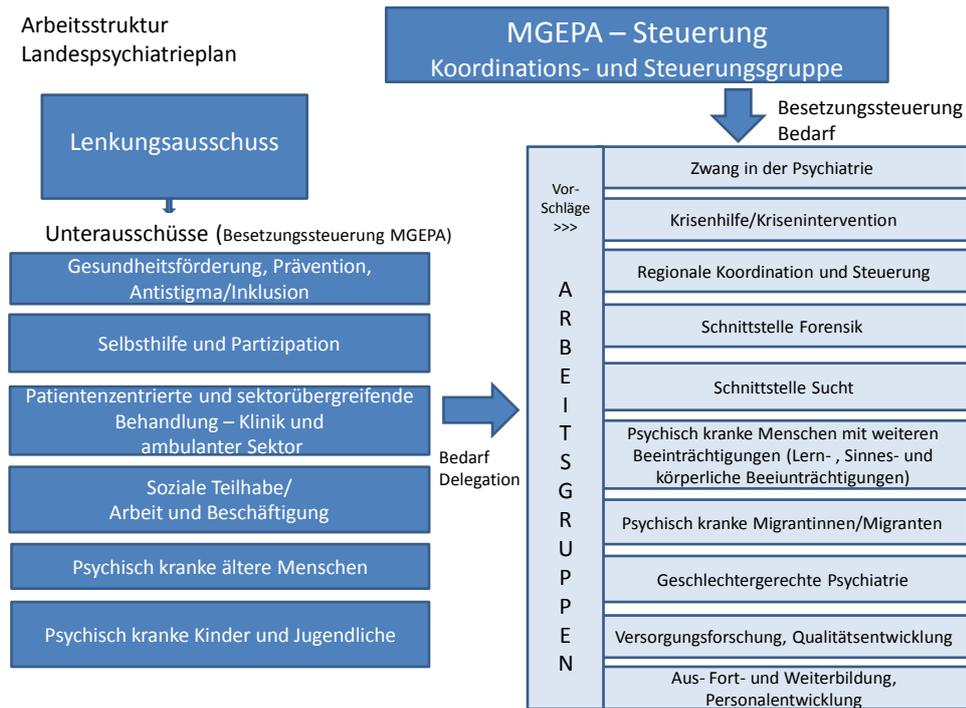
Mit § 32 Abs. 3 PsychKG NW hat die Verpflichtung einen solchen Plan zu erstellen und nach Bedarf fortzuschreiben, mittlerweile eine gesetzliche Grundlage erhalten.

2. Beteiligungsorientiertes Verfahren

2.1 Beteiligungsorientierte Phase (5/2015 – 10/2016)

Die Erstellung des Landespsychiatrieplanes erfolgte in zwei Schritten. Bis September 2016 wurde in einer beteiligungsorientierten, partizipativen Phase mit den Betroffenenverbänden, den Leistungsträgern, den Fach- und Wohlfahrtsverbänden sowie den Fachgesellschaften in über 70 Sitzungen diskutiert. Die aktuelle Situation der psychiatrischen Versorgung in NRW wurde in sechs eigens gebildeten Unterausschüssen betrachtet; zu spezifischen Fragestellungen arbeiteten neun Arbeitsgruppen zu. Eine Steuerungsgruppe des Ministeriums hielt die umfangreichen Ergebnisse in einem Bericht fest. Dieser wurde durch den Lenkungsausschuss konsentiert.

Arbeitsstruktur
Landespsychiatrieplan



Von Seiten des Landschaftsverbandes Rheinlands haben folgende Personen an den Beratungen und Bearbeitungen in den Arbeitsgremien mitgewirkt:

I. Lenkungsausschuss:

Martina Wenzel-Jankowski, LVR-Dezernentin 8

Stellvertretung: Dirk Lewandrowski, LVR-Dezernent 7

II. Unterausschüsse:

1. Unterausschuss "Gesundheitsförderung, Prävention, Antistigma/Inklusion"

Bernd Woltmann, LVR-Stabsstelle Inklusion und Menschenrechte

2. Unterausschuss "Selbsthilfe und Partizipation"

Friedhelm Kitzig, LVR-Dezernat 8

Prof. Dr. Birgit Janssen, LVR-Klinikum Düsseldorf

3. Unterausschuss "Patientenzentrierte und sektorübergreifende Behandlung – Klinik und ambulanter Sektor"

Martina Wenzel-Jankowski, LVR-Dezernentin 8

Stellvertretung Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, LVR-Klinikum Düsseldorf

4. Unterausschuss "Soziale Teilhabe/Arbeit und Beschäftigung"

Dirk Lewandrowski, LVR-Dezernent 7

Stellvertretung Dr. Dieter Schartmann, LVR-Dezernat 7

5. Unterausschuss "Psychisch kranke ältere Menschen"

Prof. Dr. Tillmann Supprian, LVR-Klinikum Düsseldorf

6. Unterausschuss "Psychisch kranke Kinder und Jugendliche"

Rolf Mertens, LVR-Dezernat 8

III. Arbeitsgruppen

1. Arbeitsgruppe Zwang in der Psychiatrie

Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, LVR-Klinik Köln
Dr. Wolfgang Görtz, LVR-Klinikum Düsseldorf

2. Arbeitsgruppe Regionale Koordination und Steuerung

Prof. Dr. Birgit Janssen, LVR-Klinikum Düsseldorf

In allen Gremiensitzungen wurde das Konsensprinzip angestrebt. In den Fällen, in denen trotz kontroverser Diskussionen und Standpunkte keine Übereinstimmung erzielt werden konnte, wurde der jeweilige Dissens dokumentiert.

2.2 Koordinations- und Steuerungsgruppe des MGEPA (11/2016 – 2/2017)

In einem zweiten Schritt wurde auf Grundlage dieses Berichtes in enger Abstimmung mit den ebenfalls fachlich zuständigen Ministerien für Arbeit, Integration und Soziales, Familie, Kinder, Jugend und Kultur, Inneres und Kommunales und dem Justizministerium der Landespsychiatrieplan erstellt.

Nach einer Einführung werden in Kapitel 2 (Grundsätzliche Anforderungen an das Hilfesystem) auf Grundlage eines unter allen Akteuren und Akteurinnen entwickelten Selbstverständnisses die gemeinsam erarbeiteten Anforderungen an ein passgenaues Hilfesystem und daraus abgeleitet grundsätzliche Anforderungen an die Leistungserbringung formuliert (s. o.).

Als Herzstück des Landespsychiatrieplans wird das Kapitel 3 (Handlungsempfehlungen, Maßnahmen und Entwicklungsprojekte) bezeichnet, in dem die Handlungsfelder aufgeführt sind, die aus Landessicht vordringlich zu bearbeiten sind. Impulse aus der Beteiligungsphase wurden aufgegriffen, um konkrete Handlungsschritte zu skizzieren, die der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in den kommenden Jahren dienen sollen.

Kapitel 4 und 5 umfassen Anhänge mit umfassenden Daten zur Epidemiologie von psychischen Störungen, Lebenslagen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und einer Bestandsaufnahme der sektorübergreifenden psychiatrischen Versorgung in NRW.

Am 18.04.2017 wurde der Landespsychiatrieplan veröffentlicht. Er ist nach fünf Jahren zu überprüfen und gegebenenfalls fortzuschreiben.

Der Landespsychiatrieplan NRW und der Bericht mit den Ergebnissen der beteiligungsorientierten Phase können heruntergeladen werden unter www.mgepa.nrw.de/publikationen, Veröffentlichungsnummern 221 und 222.

3. Grundlagen/UN-Behindertenrechtskonvention

Das Land hat mit der Landespsychiatrieplanung „die Zielsetzung verbunden, ein inhaltliches Grundgerüst passgenauer Hilfen im Sinne eines gemeinsam mit den beteiligten Akteurinnen und Akteuren entwickelten Selbstverständnisses und daraus abgeleitete grundsätzliche Anforderungen an die Leistungserbringung zu formulieren“ (LPP NRW S.7).

Grundlegend sind dabei die Grundsätze der **Psychiatrie-Enquête**“ (1975) und die anschließenden **„Empfehlungen der Expertenkommission“** (1988) herangezogen worden. Die 1989 im **SGB V** und 2002 im **SGB IX** verankerte Prämisse, nach der den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker Menschen Rechnung zu tragen ist, wurde bis heute in zahlreichen sozial- und gesundheitspolitischen Aktivitäten und rechtlichen Reformen auf Landes-, Bundes- und EU-Ebene und von den Vereinten Nationen aufgegriffen und weiterentwickelt.

Ebenfalls herangezogen wurde die **UN-Behindertenrechtskonvention** (BRK), die 2009 in Deutschland in Kraft trat. Gemäß Vorlage Nr. 14/567 (Abschließende Bemerkungen des UN-Fachausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zur ersten Staatenprüfung Deutschlands) informierte die Verwaltung schon 2015 über den Abschluss dieses ersten völkerrechtlichen Prüfungsverfahrens.

Das Verhältnis einer Behindertenrechtskonvention zur Psychiatrie kann folgendermaßen beschrieben werden:

Zum einen können längerfristige psychische Erkrankungen zu Beeinträchtigungen in der gesellschaftlichen Teilhabe beitragen. Der o.g. UN-Fachausschuss spricht hier von **Menschen mit psychosozialen Behinderungen**. Zum anderen sind selbstverständlich auch Menschen mit diversen („anderen“) Behinderungen von psychischen Erkrankungen und damit ggf. einhergehend **zusätzlichen** psychosozialen Behinderungen betroffen.

Diese Vorlage anlässlich des neuen Landespsychiatrieplans stellt in Zusammenarbeit mit der **Stabsstelle Inklusion und Menschenrechte** (00.300) zugleich den **„Follow up-Bericht“ im Handlungsfeld Psychiatrie** dar. Das Handlungsfeld wird in den Abschließenden Bemerkungen bzw. in der BRK mehrfach angesprochen:

Thema	Vgl. Abschließende Bemerkungen	Vgl. UN-Behindertenrechtskonvention
Entstigmatisierung	Ziffer 19 f.	Artikel 8 (Bewusstseinsbildung)
Angemessene Vorkehrungen im Einzelfall in Rechtsverfahren	Ziffer 27 f. <i>insb. 28 b!</i>	Artikel 13 (Zugang zur Justiz)
Zwangsunterbringung	Ziffer 29 f.	Artikel 14 (Freiheit und Sicherheit der Person)
Maßregelvollzug	Ziffer 31 f.	Artikel 15 (Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe)
Freiheitseinschränkungen	Ziffer 33 f.	Artikel 15 (Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe)
Gewaltschutz und Beschwerdemöglichkeiten in Einrichtungen	Ziffer 35 f.	Artikel 16 (Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch)
Zwangsbehandlung	Ziffer 37 f.	Artikel 17 (Schutz der Unversehrtheit der Person)
Gesundheitliche Versorgung bei Flucht und Migrationshintergrund	Ziffer 39 f.	Artikel 18 (Freizügigkeit u. Staatsangehörigkeit)+ Artikel 25 (Gesundheit)
Wahlmöglichkeiten, wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben	Ziffer 41 f.	Artikel 19 (Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft)

Das Bundesverfassungsgericht hat nach dem Beschluss vom 26.07.2016 - 1 BvL 8/15 - klargestellt, dass dem UN-Fachausschuss in den Art. 34 ff. BRK kein Mandat zur verbindlichen Interpretation des Vertragstextes übertragen worden ist.

Insofern ist darauf hinzuweisen, dass auch die Abschließenden Bemerkungen des UN-Fachausschusses einen „empfehlenden Charakter“ haben. Dem Gesetzgeber verbleibt das Letztentscheidungsrecht.

Gleichwohl bilden die „Abschließenden Bemerkungen“ eine wesentliche Grundlage für die nächste Staatenprüfung, in deren Rahmen Deutschland zu den Empfehlungen und den daraufhin eingeleiteten Maßnahmen wird Stellung nehmen müssen. Im Prozess zum Landespsychiatrieplan erfolgte durchaus eine entsprechende Auseinandersetzung.

Die Stabsstelle Inklusion und Menschenrechte berichtet in der **Anlage 1** ergänzend über kritische Einschätzungen im besonders sensiblen Kontext von Zwang und Gewalt.

Alle genannten Initiativen und gesetzlichen Grundlagen bildeten die Basis für den Fachdiskurs in der beteiligungsorientierten Phase und führten zur Formulierung von Rahmenbedingungen und Anforderungen zu den großen Themenfeldern

- Krankheitsverständnis, menschenrechtliche Perspektive und gegliedertes System (2.1),
- Selbsthilfe und Partizipation (2.2),
- Anforderungen an Behandlung, Rehabilitation (2.3),
- Spezifische Problemlagen im Fokus (2.4),
- Strukturen und Ausrichtung der Hilfen (2.5),
- Patientenrechte, Beschwerdewesen (2.6) und
- Ausgestaltung von Prävention und Inklusion (2.7).

In den genannten Handlungsfeldern setzt der Landespsychiatrieplan Handlungsempfehlungen, benennt Maßnahmen und Entwicklungsprojekte des Landes. In dieser Vorlage wird u. a. dargelegt, welche Herausforderungen an den LVR-Klinikverbund und die LVR-Förderprogramme der außerklinischen, gemeindepsychiatrischen Versorgung abgeleitet werden können.

4. Handlungsempfehlungen, Maßnahmen und Entwicklungsprojekte

Der Landschaftsverband Rheinland ist aufgrund seiner vielfältigen Aufgaben und Zuständigkeiten sowohl als Leistungsträger als auch als Leistungserbringer und Impulsgeber ein wesentlicher Akteur bezüglich der psychiatrischen Hilfen und Angebote in NRW. Die Mitarbeit in der Steuerungsgruppe, allen Unterausschüssen und relevanten Arbeitsgruppen unterstreicht diese wichtige Rolle. Diese wollen die beteiligten Fachdezernate auch weiterhin offensiv ausfüllen.

Bezüglich der einzelnen Handlungsfelder wird im Folgenden dargestellt, wie sich der Klinikverbund positioniert und in weitere Projekte einbringen möchte.

4.1 Ambulante Krisenhilfen ausbauen und vernetzen

Der LVR ist bereit, sich an einer Konzept- und Steuerungsgruppe sowie mit seinen Kliniken an regionalen Lösungen zu beteiligen.

4.2 Patientenorientierung in der Behandlung und Überwindung der Sektoren

Die LVR-Kliniken befinden sich in einem kontinuierlichen Prozess der Dezentralisierung und der Ausweitung von ambulanten und teilstationären Behandlungsangeboten. Ziel ist es weiterhin, die strukturellen Voraussetzungen für flexible, sektorenübergreifende Behandlungsprozesse auch im Lebensumfeld von Patient*innen zu schaffen.

Verteilung zentraler und dezentraler PP- und PM-Kapazitäten in den LVR-Kliniken 2017

Quelle: Bettenspiegel 2017 + Inbetriebnahme Dep. Bergheim am 02.05.2017
Stand: 07.07.2017

	Plätze zentral	Plätze dezentral	Betten zentral	Betten dezentral	dezentraler Anteil	TK-Anteil		
Bedburg-Hau	48	18	30	188	34	222	19%	18%
Bonn	109	94	15	484	44	528	22%	17%
Düren	106	86	20	342	64	406	29%	21%
Düsseldorf	116	61	55	407		407	12%	22%
Essen	56	33	23	143	40	183	31%	23%
Köln	126	90	36	402		402	17%	24%
Langenfeld	69	69		364		364	16%	16%
Mönchengladbach	56	56		170		170	25%	25%
Viersen	27	27		174		174	13%	13%
LVR	713	Plätze	2.856	Betten	20%	20%		

Im Jahr 2017 konnte von der **LVR-Klinik Düren** durch die Verlagerung von vollstationären Kapazitäten und die Inbetriebnahme zusätzlicher teilstationärer Plätze ein neues dezentrales Behandlungszentrum in Bergheim in Betrieb genommen werden.

In den nächsten beiden Jahren werden die bereits im Krankenhausplan NRW ausgewiesenen dezentralen Behandlungsangebote der **LVR-Klinik Langenfeld** in Leverkusen und Solingen ihren Betrieb aufnehmen.

Mit der Umsetzung des **Modellvorhabens (§ 64 SGB V)** in der LVR-Klinik Bonn leistet der LVR einen wichtigen Beitrag zur Erprobung von sektorübergreifender Versorgung (s. auch Punkt 4.6).

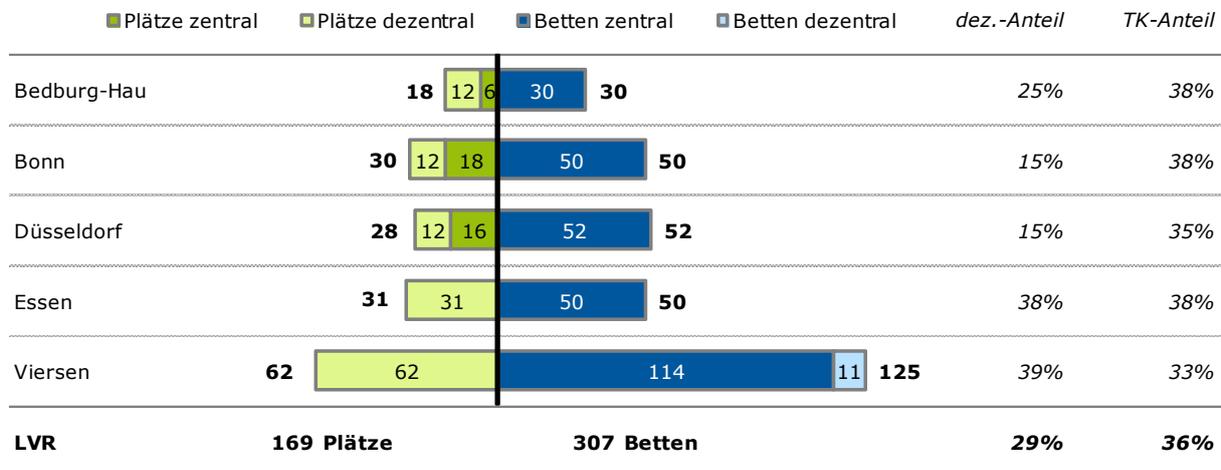
Weiterhin wirken LVR-Kliniken an der Gestaltung von **Integrierten Versorgungsmodellen (§140 SGB V NWpG)** in ihren Versorgungsregionen mit.

4.3 Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärken – integrierte Behandlung und Rehabilitation

Aufgrund der im Vergleich zur Erwachsenenpsychiatrie größeren Versorgungsgebiete in der KJPPP verfolgt der LVR seit mehreren Jahren eine Dezentralisierung und Differenzierung der Behandlungsangebote.

Verteilung zentraler und dezentraler KJPP-Kapazitäten in den LVR-Kliniken 2017

Quelle: Bettenspiegel 2017
Stand: 07.07.2017



Das Ministerium fokussiert im Landespsychiatrieplan auf den zentralen Gedanken in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen, dass Aufwachsen, Erziehung, Bildung und Gesundheit nur in Zusammenarbeit verschiedener Beteiligten möglich sind. Dies gilt auch für jene Kinder und Jugendliche, die wegen ihrer psychischen Störung oder Erkrankung kinder- und jugendpsychiatrische und/oder -psychotherapeutische Hilfe benötigen. Dabei wird als ein wesentlicher Wirkfaktor einer erfolgreichen Behandlungs- und Rehabilitationsplanung bzw. Hilfeplanung „die umfassende Beteiligung der Kinder bzw. Jugendlichen und ihrer Eltern“, angesehen.

Instrumente zur Sicherstellung der unterschiedlichen Beteiligten in der Versorgung psychisch erkrankter Kinder, die organisatorischen Abläufe der Behandlungs- und der Hilfeplanung sollen weiterentwickelt und Ressourcen für diese regionalen Entwicklungsprozesse zur Verfügung gestellt werden. Entsprechende Leistungen der Jugendhilfe als auch die Teilhabeleistungen im Bereich Bildung, Ausbildung und Beschäftigung sind zu integrieren und die Schnittstelle zur Kinder- und Jugendmedizin ist zu verbessern.

Kinder- und jugendpsychiatrische Verbünde sollen in Anlehnung an den Gemeindepyschiatrischen Verbund in den Regionen aufgebaut werden.

Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern in dafür notwendigen Vernetzungen sollen regional und unter Vorhaltung des dafür notwendigen Personals sichergestellt werden. Möglichkeiten im Rahmen der Prävention für diese Zielgruppe sollen identifiziert und finanziert werden.

Den besonderen Anforderungen in der Behandlung von Adoleszenten mit psychischen Störungen soll in gemeinsamer Verantwortung der unterschiedlichen Leistungsträger entsprochen und bedarfsgerechte Angebote vorgehalten bzw. entwickelt werden.

Bezüglich einer zukunftsorientierten Weiterentwicklung des Klinik- und ambulanten Sektors sieht der Landespsychiatrieplan NRW vor, dass Anforderungen, Empfehlungen

und Entwicklungsprojekte, wie sie für den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie formuliert wurden, auch in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen gültig bzw. auf diese übertragbar sind.

Hinsichtlich der Behandlung und Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen werden folgende Entwicklungsprojekte benannt:

- Planungsebene für stationäre Versorgung sind die Gebietskörperschaften. Idealerweise sollte eine Versorgungsregion max. 400.000 Einwohner umfassen.
- Erprobung alternativer, sektorenübergreifender Behandlungsformen für Kinder und Jugendliche mit andauerndem fremd- und autoaggressivem Verhalten in einem Entwicklungsprojekt.
- Initiierung eines Fachforums Adoleszenz durch das Land.
- Bündelung von regionalen Kooperationserfahrungen von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe in einer Kooperationskonferenz auf Landesebene.
- Aufbereitung und Bereitstellung der Ergebnisse der Landesinitiative „Starke Seelen“ mit den Schwerpunkten Vernetzung und Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern.

Darüber hinaus werden mit dem Landespsychiatrieplan besondere Anforderungen an die Regelversorgung von geflüchteten Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen benannt:

- Erkennung von behandlungsbedürftigen Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit erhöhter traumatischer Symptombelastung.
- Einsatz qualifizierter Sprach- und Integrationsmittler*innen auch zur Sicherstellung der Kommunikation mit den Eltern.
- Wissenstransfer zwischen den an der Versorgung beteiligten Institutionen, Weiterqualifizierung und supervisorische Begleitung von niedergelassenen Fachkräften.

Der LVR hat maßgeblich die Handlungsempfehlungen des Landespsychiatrieplans mit entwickelt und verfolgt diese in seiner strategischen Ausrichtung zur KJPPP konsequent weiter.

4.4 Ältere psychisch kranke Menschen – Komplexleistung Behandlung, Rehabilitation und Pflege

Der Landespsychiatrieplan nennt mehrere Eckpunkte, welche die Herausforderungen durch den demographischen Wandel in einer sich verändernden Gesellschaft mit sich bringen, u.a.:

- Stärkung häuslicher und ambulanter Unterstützungsleistungen
- Bedarf für ältere Menschen an teilstationären und stationären Kapazitäten regelhaft prüfen
- Implementation regionaler Demenznetzwerke
- Zielgerichtete Weiterentwicklung der Pflegeplanung auf ältere Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen durch Pflegestützpunkte

- Mitwirkung von gerontopsychiatrischen Verbänden beim Aufbau von geriatrischen Versorgungsverbänden

Die Ziele des LVR-Klinikverbundes, niedergelegt im dem mit Vorlage 14/1103 vorgelegten LVR-Rahmenkonzept für Gerontopsychiatrie, insbesondere die

- Gestaltung von wohnortnahen, patientenzentrierten und sektorübergreifenden Behandlungsprozessen,
- Einbeziehung der Angehörigen bzw. des jeweiligen Lebensumfeldes in Pflege und Behandlung
- und eine verbindliche Kooperation mit den übrigen Leistungserbringern der geriatrischen Behandlung, Rehabilitation und Pflege

können damit zur Realisierung der Vorgaben des Landespsychiatrieplans beitragen.

Die neun LVR-Kliniken bieten an allen Standorten stationäre, teilstationäre und ambulante gerontopsychiatrische Leistungen auf den jeweiligen Klinikgeländen und an acht Standorten in dezentralen Strukturen an. Sie kooperieren und wirken, dort wo vorhanden, mit den vom LVR geförderten Gerontopsychiatrischen Zentren (GPZ) zusammen. Damit ist die Basis für weitere Entwicklungsstufen hin zu geriatrischen Versorgungsverbänden und zu „Zentren für Altersmedizin“ an den LVR-Kliniken gelegt.

4.5 Soziale Teilhabe, Arbeit und Beschäftigung ermöglichen – Personenzentrierung umsetzen

Hier weist der Landespsychiatrieplan auf Chancen hin, die durch die Umsetzung des neuen Bundeteilhabegesetzes bestehen. Dabei wird die zentrale Bedeutung des auf individuellen Zuschnitt hin konzipierten ambulanten aufsuchenden Leistungsangebots des sogenannten Betreuten Wohnens für chronisch psychisch kranke Menschen hervorgehoben. Dieses System soll durch die neuen Regelungen nicht gefährdet werden, sondern im Sinne der UN-BRK mit dem Ziel einer vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe weiterentwickelt werden.

Die Sozialpsychiatrischen Zentren sollen unter Beteiligung der betroffenen Nutzer*innen zu Gemeindepsychiatrischen Verbänden weiterentwickelt werden.

Die Teilhabeforschung ist auszubauen.

Im Einzelnen werden folgende Entwicklungsprojekte und Maßnahmen auf Landesebene vorgeschlagen:

- Das Land widmet sich verstärkt der Problematik von Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarfen, moderiert den fachlichen Diskurs mit dem Ziel der Schaffung offener Konzepte mit Intensivbetreuung, die modellhaft erprobt werden sollen.
- Begleitung der Umsteuerung auf personenzentrierte Teilhabeleitungen durch das Land.
- Begleitforschung zur Überführung der bisherigen Leistungsform des ambulant betreuten Wohnens in die neue Leistungsform Assistenzleistung.

Neben der sozialen Teilhabe sieht der Landespsychiatrieplan ein verstärktes Engagement zur Erreichung der Ziele der UN-BRK durch einen inklusiven Arbeitsmarkt vor. Entsprechend sind die Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM) weiterzuentwickeln und enger mit Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes zu verbinden. Aus Sicht des Landes sollte das BTHG künftig die Möglichkeit bieten,

- dass voll erwerbsgeminderte Menschen auch außerhalb von Werkstätten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten,
- dass mit dem „Budget für Arbeit“ betrieblich begleitete Arbeitsplätze gefördert werden,
- dass in den vorgesehenen Teilhabekonferenzen die Teilhabe an Arbeit ein zentraler Bestandteil wird.

Die LVR-Kliniken entwickeln die Bereiche für soziale Rehabilitation auf der Basis der mit Vorlagen 13/3351, 13/3352, 13/3354 und 13/3357 vorgelegten Entwicklungskonzepte fortlaufend weiter. Dabei berücksichtigen sie insbesondere die fachlichen Anforderungen im Zusammenhang mit Hilfen für Menschen mit hohem Integrationsbedarf und die angemessene Gestaltung des Sozialraums und der Wohnquartiere.

4.6 Hilfeplanung und Steuerung optimieren

Mit dem Landespsychiatrieplan betont die Landesregierung die Notwendigkeit einer stärkeren strukturellen Verbindung zwischen Fall- und Systemebene mit dem Ziel, die psychiatrischen und psychosozialen Angebotsstrukturen bedarfsgerecht weiter zu entwickeln.

An mehreren Stellen im Landespsychiatrieplan verdeutlicht die Landesregierung ihre Überzeugung, dass erst mit einer integrierten Hilfeplanung und gegebenenfalls entsprechenden Hilfeplankonferenzen eine personenzentrierte und bedarfsgerechte Leistungserbringung ermöglicht wird.

Hinsichtlich der Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit strebt die Landesregierung ein Entwicklungsprojekt an, das die Förderung und den Ausbau von gemeindepsychiatrischen Verbänden zum Ziel hat.

„Gemeindepsychiatrische Verbände als Leistungserbringerverbände gewährleisten gemeinsame Planung, Sicherstellung und Qualitätssicherung der Hilfen und arbeiten in regionalen Steuerungsgremien mit (LPP NRW, S. 50-51)“.

Das LVR-Anreizprogramm „Förderung von Verbundkooperationen“ (2007-2012) zielte bereits auf die bessere Integration der LVR-Kliniken in den Gemeindepsychiatrischen Verbund und hat zur Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen den LVR-Kliniken und den Einrichtungen und Diensten der kommunalen psychiatrischen Versorgung beigetragen.

Der Klinikverbund flankiert die gewünschte Entwicklung seit Jahren mit Zielvereinbarungen und Netzwerktreffen.

Beispiel:

Bonn: Einführung von qualitätsgesicherten stationsunabhängigen Krankenhausleistungen (SUL)

In Absprache mit der TKK, der BEK und der DAK hat die LVR-Klinik Bonn ein Modellprojekt nach §64 b SGB V für die gesamte Allgemeinpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie vereinbart.

Ziel dieses Vorhabens ist die Einführung von qualitätsgesicherten stationsunabhängigen Krankenhausleistungen (SUL). SULs sind dabei intensivierete stationersetzende Leistungen ohne Unterkunft und Verpflegung, deren Einsatz mit dem Ziel der graduellen Reduktion der stationären Verweildauer verfolgt wird. Sie werden settingunabhängig erbracht und in Leistungskomplexen definiert. Dabei wird auf der einen Seite eine hohe Flexibilität zwischen ambulant und stationär angestrebt, auf der anderen Seite soll eine längerfristige kontinuierliche therapeutische Beziehung zum Patienten ermöglicht werden.

Ziele hierbei sind:

- Optimierung der Qualität der Versorgung psychisch Kranker
- Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität der Betroffenen

4.7 Selbsthilfe und Partizipation – Strukturen fördern

Die Inhalte des Landespsychiatrieplans folgen im Themenfeld der „*Selbsthilfe und Partizipation*“ sowie dem Thema „*Zwang reduzieren*“ dem Grundverständnis der Weltgesundheitsorganisation, das ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell für die Erklärung und Entstehung von psychischen Störungen in Wechselbeziehung zu Körper, Seele und sozialem Umfeld zu Grunde legt.

Aus menschenrechtlicher Sicht und in Analogie mit der Ratifizierung der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) durch den Deutschen Bundestag 2009, stehen dabei die Selbstbestimmung, Teilhabe, Partizipation, Nicht-Diskriminierung, Geschlechtergerechtigkeit, Zugänglichkeit sowie die Chancengleichheit gleichrangig als Themen nebeneinander. Die implizite Forderung des Landespsychiatrieplans, dass die Behandlung und Rehabilitation psychischer Störungen den individuellen Bedürfnissen der Patient*innen entsprechend mehrdimensional auszurichten sind, führt auch in den LVR-Kliniken zu einer methodisch kombinierten und in vielen Fällen multiprofessionell erbrachten Versorgungsleistung.

In diesem Zusammenhang initiiert der LVR-Klinikverbund in Zusammenarbeit mit den LVR-Kliniken unterschiedliche Projekte und vielfältige Maßnahmen mit dem Ziel der „Förderung von Partizipation und Selbstbestimmung“.

Vorrangig sind hier zu nennen:

1. Der fortlaufend aktualisierte LVR-Verbundstandard Behandlungsvereinbarung

Behandlungsvereinbarungen sind als Instrument zur Förderung der Partizipation und der Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten für alle LVR-Kliniken verbindlich eingeführt und mit einem fachlichen Durchführungsstandard hinterlegt.

2. Die Etablierung einer TRIALOG-Plattform Klinikverbund

Mit der Etablierung einer TRIALOG-Plattform beabsichtigt der LVR-Klinikverbund die kontinuierliche Einbeziehung der Betroffenen in die Angebotsgestaltung. In der Förderung der Sozialpsychiatrischen Zentren wurde bereits eine trialogische Beteiligung in einem Qualitätsentwicklungsverfahren eingeführt.

3. Im LVR-Klinikverbund wird bis zum Frühjahr 2019 die Einführung von Peer-Angeboten durch Genesungsbegleiter*innen in neun LVR-Kliniken erprobt.

Das Projekt berührt und beeinflusst in seiner Zielsetzung die positive Grundhaltung der Klinikmitarbeitenden in Richtung des LVR-Aktionsplans und der darin enthaltenen Zielrichtung 1 „Die Partizipation von Menschen mit Behinderungen im LVR ausgestalten“, in dem die Förderung von Autonomie und Partizipation der Patient*innen in der Behandlung unmittelbar positiv durch Genesungsbegleitende beeinflusst wird. Im Sinne der UN-BRK geht es hier einerseits um die Inklusion von ehemals seelisch erkrankten Menschen ins Arbeitsleben und andererseits um die Chance zur Verbesserung von Arbeitsergebnissen in der klinischen Behandlung der Patient*innen, zur Erleichterung ihrer Umsetzung und zur Sicherung ihrer nachhaltigen Wirkung.

Zum 31.07.2017 beschäftigen die LVR-Kliniken insgesamt 14 Genesungsbegleiter*innen in unterschiedlichen Tätigkeitsvarianten bzw. Modellen.

4. Die Bestandsaufnahme, Evaluation und Ableitung von Maßnahmen der Durchdringung von multiprofessionellen, partizipativen Behandlungsangeboten in den LVR-Kliniken auf Grundlage der Zielvereinbarungen mit den Klinikvorständen (z.B. Adherence-Therapie, Safewards, u.a.).

5. Die Beteiligung an einem LVR-dezernatsübergreifenden Workshop zum Thema "Partizipation in der Verwaltung" unter Federführung der LVR-Stabsstelle Inklusion und Menschenrechte.

Ziel des Workshops war es, ausgehend von bestehenden Erfahrungen mit Beteiligungsformaten, Synergieeffekte in der Umsetzung weiterer geeigneter und praktikabler Beteiligungsformen im LVR zu entwickeln, um eine fachlich-inhaltliche Absicherung bzw. Weiterentwicklung von Arbeitsergebnissen der Verwaltung zu bewirken, sodass Menschen mit Behinderungen ihre Rechte tatsächlich in Anspruch nehmen können.

Allgemein betrachtet geht es auch um die Ausdifferenzierung der Menschenrechtsbildung bei LVR-Mitarbeitenden, dem Empowerment der beteiligten Akteure sowie um Sozialraumentwicklung.

Auf Grundlage der Erfahrungen und Ergebnisse der o.g. Projekte und Aktivitäten werden wir die Entwicklung von dialogischen Kommunikations- und Beteiligungsformaten auf verschiedenen Ebenen vorantreiben.

4.8 Zwang minimieren und überwinden – Beschwerdewesen ausbauen

Der LVR-Klinikverbund beschäftigt sich systematisch bereits seit 2010 in seinem verbundweiten Arbeitskreis „Prävention von Zwang und Gewalt“ unter Leitung der LVR-Verbundzentrale, intensiv mit diesen Themen. Der Teilnehmendenkreis setzt sich aus ärztlichen pflegerischen und psychologischen Mitarbeitenden der verschiedenen Fachbereiche der neun LVR-Kliniken unter Beteiligung des Verbundes Heilpädagogischer Hilfen, des Betriebsärztlichen Dienstes, der Stabsstelle Gleichstellung und Gender-Mainstreaming sowie der Abteilung Rechtsangelegenheiten im Dezernat 8 zusammen.

Die Arbeit dieses Qualitätszirkels besteht in der Identifizierung von „Guter“ oder „Bester Praxis“ und Strategien zur Verbesserung der Behandlungsqualität, der Patientensicherheit und -beteiligung auf der Grundlage von Ergebnisvergleichen.

Für die Ergebnisvergleiche werden zentrale Auswertungen von Zwangsmaßnahmen im LVR-Klinikverbund, jeweils getrennt nach Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, durchgeführt. Neben der Anzahl aller Maßnahmen nach Abteilungsarten und im Klinikvergleich werden jeweils die Anzahl der Maßnahmen und ihr Anteil an der Gesamtfallzahl abgebildet, gefolgt von Darstellungen der Anzahl und des Anteils der von Maßnahmen Betroffenen. Hierbei wird meist deutlich, dass eine kleine Zahl von schwerst-psychisch Kranken, die durch häufige und zumeist unter Zwang verlaufende Aufnahmen gekennzeichnet ist, mehrere Zwangsmaßnahmen während der Behandlung auslösen.

Insgesamt verfolgt der LVR-Klinikverbund das Ziel, eine Reduktion von Zwang und Gewaltereignissen zu erreichen. Dazu setzt der Klinikverbund auf Prävention und Maßnahmen von geringerer Eingriffstiefe in die Autonomie solcher Patient*innen, die vor sich selbst oder vor denen andere zu schützen sind (Verhältnismäßigkeit).

- a. Ableitung und Erprobung von innovativen Maßnahmen und Instrumenten der Gewaltvermeidung und Zwangsreduktion (Deeskalation, Safewards, Soteria-Elemente, u.a.m.)
- b. Verbesserung der Begleitung und Nachsorge von Zwangsmaßnahmen (nachsorgende Gespräche, persönliche Begleitung während der Fixierung)

Hier einige konkrete Beispiele:

- Ausbau des Einsatzes von Behandlungsvereinbarungen (s.o.)

PsychKG-Patient*inneninformation in 22 Sprachen

Die umfassenden Informations- und Aufklärungspflichten gegenüber Menschen mit unzureichenden deutschen Sprachkenntnissen oder anderen Verstehenshemmnissen (Patient*inneninformationen in einfacher / bürgernaher Sprache) stellen eine Herausforderung dar, der sich der Klinikverbund auf verschiedenen Ebenen (FF ÄD,

AK Gewaltprävention) stellen muss; hier insbesondere auch hinsichtlich der Beratung zum Absetzen von Medikamenten.

- Maßnahmen der Prävention: Nächtliche Angebote für unruhige und schlafgestörte, alte Menschen („Nachtcafe“) im Bereich der Gerontopsychiatrie (Düren, Langenfeld, Viersen)
- Entwicklung eines patientenbezogenen Nachsorgekonzepts bzw. Verbesserung der Nachsorge nach Zwangsmaßnahmen (Düren, Essen, Mönchengladbach)
- Erprobung einer Kombination von Behandlungspass und Behandlungsvereinbarung (Bonn)
- Erstellung, Erprobung und Evaluation eines Deeskalationskonzeptes (Köln)

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

4.9 Menschen in spezifischen Problemlagen bedarfsgerecht unterstützen

4.9.1 Menschen mit geistiger Behinderung und psychiatrischem Behandlungsbedarf:

In verschiedenen Abschnitten ist der Landespsychiatrieplan Menschen mit weiteren Beeinträchtigungen gewidmet, insbesondere den Menschen mit Lernschwierigkeiten, die beim Landschaftsverband Rheinland als Einrichtungsträger der HPH-Netze und LVR-Kliniken im Wesentlichen als Menschen mit geistiger Behinderung und psychiatrischem und/oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf bezeichnet werden. Neben dem besonderen Versorgungs- und Behandlungsbedarf dieser Gruppe nimmt der Landespsychiatrieplan die im Land kontrovers geführte Debatte auf, die auf der einen Seite Spezialeinrichtungen als Ergänzung inklusiver Regelangebote fordert und auf der anderen Seite die Sicherstellung von Spezialkompetenz in den Regelangeboten.

Zur Verbesserung der Datenlage werden mit dem Landespsychiatrieplan als Entwicklungsprojekte und Maßnahmen auf Landesebene folgende Empfehlungen ausgesprochen:

- Für Menschen mit psychischen Erkrankungen und weiteren Beeinträchtigungen wird in Abstimmung mit den Fachverbänden eine Übersicht für NRW in Bezug auf barrierefreie und bedarfsgerechte psychiatrische und psychotherapeutische Angebote erstellt.
- Wegen der mangelhaften Datenlage und der zum Teil kontrovers geführten Fachdiskussion sollte ein Gutachten seitens des Landes in Auftrag gegeben werden, das eine Bestandsaufnahme durchführt und auf dieser Grundlage Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Versorgung herausgearbeitet werden.

Im Anhang des Landespsychiatrieplans werden die Kompetenzzentren für Menschen mit geistiger Behinderung und psychiatrischem Behandlungsbedarf an den LVR-Kliniken Bedburg-Hau und Langenfeld aufgeführt.

Für Kinder und Jugendliche ist die ambulante und aufsuchende Therapie des Fachbereiches Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der

LVR-Klinik Viersen genannt, was richtigerweise um das dort vorhandene stationäre Angebot zu ergänzen wäre.

Der LVR-Klinikverbund erkennt den Bedarf dieser Spezialangebote als Ergänzung zur Regelbehandlung in den Versorgungskliniken. Dabei soll die Versorgung soweit wie möglich durch die Regelbehandlung sichergestellt werden. Erst wenn auf Grund besonderer Anforderungen Spezialkenntnisse und -settings erforderlich sind, sollte eine Überweisung in eine Spezialeinrichtung erfolgen.

4.9.2 Kooperation Suchthilfe und Psychiatrie

Psychiatrische Versorgung und Suchtkrankenhilfe weisen traditionell unterschiedliche Versorgungsstrukturen auf. Das Land NRW sieht daher unterschiedliche Planungsgrundlagen für beide Hilfesysteme vor:

- *Landeskonzept und Aktionsplan gegen Sucht NRW*
Die Sucht- und Drogenpolitik des Landes Nordrhein-Westfalen beruht auf dem Landeskonzept gegen Sucht und in Umsetzung dessen auf dem Aktionsplan gegen Sucht.
Im Sinne eines Strategiepapiers ist das Landeskonzept gegen Sucht darauf gerichtet, notwendige strukturelle und fachlich-inhaltliche Weiterentwicklungen unter Berücksichtigung des aktuellen Stands der wissenschaftlichen Erkenntnisse sowohl auf Landes- als auch auf kommunaler Ebene anzustoßen und die hierfür erforderlichen Umsetzungsprozesse zu befördern.
Der Aktionsplan zeigt auf der Grundlage einer aktuellen Problemanalyse prioritäre Handlungsbedarfe und Maßnahmen in den Bereichen Suchtprävention und Suchthilfe auf. Die im Landeskonzept gegen Sucht NRW festgeschriebenen fachlichen Grundsätze und Rahmenvorgaben werden hierbei konkretisiert.

- *Landespsychiatrieplan*
Die im Landeskonzept und Aktionsplan gegen Sucht NRW vereinbarten Strategien und Ziele der Suchtkrankenhilfe fanden Eingang im Landespsychiatrieplan. Ein hoher Anteil suchtkranker Menschen wird in psychiatrischen Versorgungsangeboten behandelt. Die Behandlung erfolgt im Rahmen von
 - Leistungen der niedergelassenen Fachärzt*innen
 - Ambulanter Substitutionsbehandlung (in Praxen und Klinikambulanzen)
 - Ambulanter Psychotherapie
 - Leistungen in psychiatrischen Instituts/-Suchtfachambulanzen
 - kommunalen Sozialpsychiatrischen Dienste
 - Qualifizierter stationärer Entzugsbehandlung
 - Suchtpsychiatrischer Krankenhausbehandlung
 - Behandlung bei Komorbidität von Sucht und weiteren psychischen Erkrankungen

In Bezug auf spezifische Zielgruppen bestehen Schnittmengen, in denen beide Hilfesysteme in unterschiedlicher Intensität und unterschiedlicher fachlicher Zuständigkeit tätig werden. Auf Grund der Vielzahl an Schnittstellen und der komplexen Hilfebedarfe suchtkranker Menschen kommt der Zusammenarbeit der Hilfen eine besondere Bedeutung zu.

Der Landespsychiatrieplan betont die Notwendigkeit verstärkter Bemühungen um Vernetzung von Suchtkrankenhilfe und Psychiatrie zum einen in Bezug auf Behandlung und Rehabilitation und zum anderen in Bezug auf regionale und überregionale Steuerung.

Der LVR-Klinikverbund (Dez. 8) unterstützt seit jeher mit verschiedenen Projekten und Förderprogrammen die Weiterentwicklung von Kooperationsbeziehungen in der gemeindepsychiatrischen Versorgung:

- Mit dem im FB 84 ursprünglich für die Kooperation der kommunalen Suchtkrankenhilfe entwickelten und erprobten Konzept des Netzwerkbezogenen Qualitätsmanagements (NBQM) wurde ein strukturiertes Verfahren entwickelt, das zur Verbesserung der Vernetzung vor Ort beiträgt.

4.9.3 Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte

Von Seiten des Landes wird die Qualität von Behandlung, Rehabilitation und Pflege schwerer kranken Menschen als der Maßstab für Psychiatrie und Psychosomatik angesehen, zudem fließt explizit eine menschenrechtliche Perspektive ein. Da Migrant*innen und insbesondere Geflüchtete häufig unter komplexen und chronifizierten Erkrankungen leiden, werden diese mit ihren Bedarfen durch den Landespsychiatrieplan besonders in den Blick genommen:

Hinweise auf psychische Belastungen müssen beachtet bzw. erkannt und geeignete Verfahrenswege und Routinen zur Vermittlung in die Regelversorgung entwickelt werden. Durch frühe Identifizierung von seelischen Belastungen seien Prävention und Förderung seelischer Gesundheit und somit auch Teilhabe an bzw. Integration in die Gesellschaft möglich.

Die Behandlung von Geflüchteten mit psychischen Störungen im Erwachsenenalter stelle jedoch besondere Anforderungen an die Regelversorgung wie z. B. einfache Zugänge, bedarfsgerechte und nachhaltige Konzepte, enge Kooperationen der Dienste der Regelversorgung mit spezialisierten Psychosozialen Zentren und Beratungsstellen für Flüchtlinge.

Im LVR wurde die Notwendigkeit der Schaffung einer migrant*innengerechten psychiatrisch / psychosomatisch / psychotherapeutischen Versorgung bereits Anfang der 2000er Jahre als ein zentrales Thema erkannt. Zur besseren Umsetzung des Zielkatalogs auf diesem Gebiet wurden in allen LVR-Kliniken Integrationsbeauftragte benannt.

Der LVR-Klinikverbund stellt darüber hinaus über das LVR-Förderprogramm zur „Verbesserung der migrantensensiblen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung“ finanzielle Mittel für die Konzeptionalisierung und Umsetzung kultursensibler Maßnahmen im Bereich der LVR-Kliniken zur Verfügung. Auf diese Weise wurde bzw. wird ein Anreiz dafür geschaffen, entsprechende Behandlungs- und Hilfsangebote in der (teil-)stationären und ambulanten Versorgung zu gewährleisten und Mitarbeitende inter- bzw. transkulturell zu qualifizieren. Die so entstandenen Angebote wie muttersprachliche Sprechstunden oder Migrant*innenambulanzen erleichtern Patient*innen mit Zuwanderungs- und Fluchtgeschichte den Zugang in die Regelversorgung.

Seit 2008 unterstützt das LVR-Klinikverbundprojekt Migration den jeweiligen Förderschwerpunkt des Förderprogramms und trägt durch unterschiedliche Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung und zum Wissenstransfer bei (s.a. **Anlage 2** „Interkulturelle Öffnung am Beispiel des LVR-Verbundprojekts Migration“).

Aktuell liegen die Förderschwerpunkte auf dem Einsatz von Sprach- und Integrationsmittler*innen (SIM) und auf der Verbesserung der Versorgung von Flüchtlingspatient*innen im Behandlungskontext der LVR-Kliniken.

In 2014 und 2015 wurden durch das Klinikverbundprojekt Migration in den LVR-Kliniken grundlegende Informationsveranstaltungen und vertiefende Inhouse-Schulungen zum Einsatz von SIM in der Behandlung von Patient*innen mit Migrations- und Fluchtgeschichte durchgeführt. Mittlerweile hat sich das Setting – auch durch die zusätzliche finanzielle Förderung durch Haushaltsmittel im Rahmen der Flüchtlingshilfen (seit 2015) – als Behandlungsroutine etablieren können.

Zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken/traumatisierten Geflüchteten hat das LVR-Klinikverbundprojekt in 2016 verschiedene Schulungs- bzw. Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt. Darüber hinaus wurde eine Broschüre als Informationsschrift und Handlungshilfe zu spezifischen Herausforderungen und möglichen Lösungsansätzen zur Behandlung von Geflüchteten in den LVR-Kliniken verfasst und allen Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt.

Mit dem Haushaltsbegleitbeschluss vom 17.11.2016 wurde die Bereitstellung von Haushaltsmitteln für die bedarfsabhängige Förderung des Einsatzes von SIM auch in der ambulanten psychiatrischen Versorgung durch die SPZ im Rheinland initiiert, wodurch die Möglichkeiten der Versorgung/Unterstützung psychisch kranker Menschen mit Migrations- und insbesondere Fluchtgeschichte eine konsequente Erweiterung erfahren haben.

Zielgruppe für den Einsatz von SIM in den SPZ sind vor allem besonders schutzbedürftige Flüchtlinge im Sinne der EU-Aufnahmerichtlinie, 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 SPKoM mit ihrer Kernaufgabe der Unterstützung der SPZ bei der Entwicklung interkultureller Kompetenz haben, den Erfahrungen in den LVR-Kliniken folgend, in Zusammenarbeit mit dem LVR-Klinikverbundprojekt Migration bereits begonnen, Schulungsveranstaltungen zu konzipieren und diese den SPZ-Mitarbeitenden anzubieten, um ihnen eine sichere und professionelle Zusammenarbeit mit SIM zu ermöglichen.

Auf der Grundlage des Beschlusses des Gesundheitsausschusses vom 20.01.2017 bezüglich des Antrags Nr. 14/161 erfolgt die Prüfung durch Dezernat 8, welche spezialisierten Angebote für schwer traumatisierte Flüchtlinge in den LVR-Kliniken aktuell bereits bestehen und unter welchen Rahmenbedingungen Standorten die Möglichkeit einer ambulanten Traumabehandlung von Flüchtlingen – orientiert am Behandlungsansatz der Ambulanz für Transkulturelle Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LVR-Klinikums Düsseldorf („Düsseldorfer Modell“) – gewährleistet werden könnte.

Grundsätzlich steht der LVR in den kommenden Jahren vor der Herausforderung, die genannten Angebote für Flüchtlinge und Migrant*innen zum einen zu verstetigen und zielgruppenspezifisch bzw. bedarfsgerecht weiter auszudifferenzieren, zum anderen die Integration dieser Patientengruppe in reguläre Behandlungsangebote zu erleichtern, indem Prozesse der kultursensiblen Öffnung bzw. Diversity-orientierten Weiterentwicklung von Abteilungen – auch unter Einbezug der Perspektive von Patient*innen - vorangetrieben werden.

4.9.4 Menschen im Maßregelvollzug - Verbesserung der Prävention von Gewalttaten psychisch Kranker und Kooperation Allgemeinpsychiatrie und Maßregelvollzug an den Schnittstellen weiterentwickeln

Der Landespsychiatrieplan setzt in Bezug auf den Maßregelvollzug an den Schnittstellen zum allgemeinpsychiatrischen Versorgungsnetz an. Dies gilt sowohl für die Neuaufnahmen wie auch für die Entlassungen aus dem Maßregelvollzug.

Rund 75 % der Menschen, die gemäß § 63 StGB zu einer Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus verurteilt werden, wurden vor ihrer Unterbringung im Maßregelvollzug in Einrichtungen der Allgemeinpsychiatrie stationär behandelt. Das Ministerium sieht in der Verbesserung der Prävention von Gewalttaten psychisch Kranker eine Gemeinschaftsaufgabe.

Im Bereich der Entlassungen sieht das Ministerium die Notwendigkeit, die rationalisierte Nachsorge über die forensischen Ambulanzen auszubauen, indem sich forensische Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie enger verzahnen.

Als Maßnahmen und Entwicklungsprojekte formuliert das Ministerium:

„Die Implementierung adäquater Betreuungsformen für „schwer vermittelbare Patientinnen und Patienten“ in Zusammenarbeit mit Projekten im allgemeinpsychiatrischen Bereich, die auf die Versorgung von Menschen mit einem besonderen und hohen Unterstützungsbedarf zielen, ist unter Beteiligung des Landes anzustreben. Das Gesundheitsministerium wird zu einer Dialogveranstaltung einladen.“

Dieser vom Land postulierte Handlungsbedarf deckt sich mit den Aktivitäten des LVR als Maßregelvollzugsträger im Bereich der Entlassungsvorbereitung und außerstationären Versorgung von Maßregelvollzugspatient*innen mit besonderem Betreuungsbedarf, die aktuell als „schwer vermittelbar“ gelten. Hierzu wird verwiesen auf den Vortrag von Herrn Dr. Schmidt-Quernheim im Gesundheitsausschuss am 28.10.2016 zum Pilotprojekt Duisburg („Vom Entwicklungsprojekt zum Versorgungspolitischen Programm“) u.a..

4.10 Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung - Inklusion fördern und Exklusion verhindern

Prävention und Gesundheitsförderung werden als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen für deren Bewältigung Präventionsgesetz und das Präventionskonzept NRW gute Grundlagen bieten. Als besondere Schwerpunkte werden

- Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern
- Psychische Störungen als Folge von Arbeitslosigkeit und
- Früherkennung von psychischen Erkrankungen sowie
- Anti Stigma- und Antidiskriminierungsinitiativen

genannt.

Insbesondere Belange von Menschen mit Mehrfachbehinderungen sind im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention stärker zu beachten. Barrieren im Zugang sollen beseitigt werden.

Inklusion fördern und Stigmatisierung von psychisch Erkrankten verhindern werden darüber hinaus in Übereinstimmung mit Artikel 8 der UN-BRK als dauerhafte Aufgabe der Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit angesehen.

Die Kliniken im LVR-Klinikverbund sind in erster Linie für die Behandlung psychischer Erkrankungen unterschiedlicher Ausprägung zuständig. In unterschiedlicher Weise und von Standort zu Standort verschieden unterstützen jedoch die Expert*innen im LVR-Klinikverbund auch verschiedene präventive Angebote und Initiativen, z.B. die „Bündnisse gegen Depression“, Aufklärungsangebote in Schulen, die regionale Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderungen und psychiatrischem Behandlungsbedarf, die regionalen Hilfen für Kinder psychisch -und/oder suchtkranker Eltern.

Der LVR wird darüber hinaus die im Landespsychiatrieplan angekündigten, zusätzlich ausgewiesenen Entwicklungsprojekte und Maßnahmen

- Durchführung eines Fachkongresses „Prävention bei psychischen Erkrankungen einschließlich Anti-Stigma-Arbeit“ und
- die Durchführung einer Evaluation von Diskriminierungsrisiken und besonderen Einschränkungen des Zugangs zu Gesundheitswesen oder Behörden und zu öffentlichem Raum für Menschen mit psychischen Störungen

bei Bedarf gerne unterstützen.

In Vertretung

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

**Anlage 1 zu Vorlage Nr. 14/2174:
Einschätzung des UN-Fachausschusses zu den Themen Zwang und Gewalt
aus den Abschließenden Bemerkungen**

Gemäß Vorlage Nr. 14/567 („Abschließende Bemerkungen des UN-Fachausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zur ersten Staatenprüfung Deutschlands“) informierte die **Stabsstelle Inklusion und Menschenrechte** über den Abschluss des völkerrechtlichen Prüfungsverfahrens der Bundesrepublik Deutschland zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK). Es ist beabsichtigt, schrittweise zu allen Empfehlungen der sog. Abschließenden Bemerkungen innerhalb des LVR zu prüfen, inwiefern sich Handlungsbedarf für den LVR ergibt und mit welchen Lösungsansätzen diesem Handlungsbedarf begegnet werden könnte.

Im Rahmen der Abschließenden Bemerkungen wurde dem Vertragsstaat an mehreren Stellen ausdrücklich angeraten, die **Praxis der Zwangsmaßnahmen in Deutschland** zu überdenken. Sowohl die freiheitsentziehende Unterbringung, freiheitsentziehende Maßnahmen als auch die unfreiwillige Behandlung werden als kritisch betrachtet (vgl. Ziffern 30, 32, 34, 38 der Abschließenden Bemerkungen).

Am 10. August 2017 hat die Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention beim Deutschen Institut für Menschenrechte anlässlich dieser Thematik in den Abschließenden Bemerkungen zwei Ausschreibungen auf den Weg gebracht. Damit verfolgt die Monitoring-Stelle das Ziel, ihre Kenntnisse über das deutsche psychiatrische Hilfesystem unter dem Fokus Zwang und Zwangsvermeidung zu aktualisieren, zu erweitern und zu vertiefen.¹

Im Detail werden in den Abschließenden Bemerkungen folgende Punkte angesprochen:

Mit Blick auf das in Artikel 14 BRK verankerte **Recht auf Freiheit und Sicherheit** der Person zeigt sich der UN-Fachausschuss „besorgt über die verbreitete Praxis der **Zwangsunterbringung** von Menschen mit psychosozialen Behinderungen in Einrichtungen, den mangelnden Schutz ihrer Privatsphäre und den Mangel an verfügbaren Daten über ihre Situation.“ Der Ausschuss empfiehlt dem Vertragsstaat, „alle unmittelbar notwendigen gesetzgeberischen, administrativen und gerichtlichen Maßnahmen zu ergreifen,

- um Zwangsunterbringung durch Rechtsänderungen zu verbieten, und mit den Artikeln 14, 19 und 22 des Übereinkommens übereinstimmende alternative Maßnahmen zu fördern;
- um eine unabhängige Überprüfung durchzuführen, gestützt auf eine menschenrechtsbasierte Überprüfung der psychiatrischen Dienste für Menschen mit Behinderungen und der Achtung ihrer Privatsphäre sowie die Sammlung einschlägiger Daten.“ (Ziffern 29 und 30 der Abschließenden Bemerkungen).

¹ <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/ueber-uns/ausschreibungen/wissenschaftliche-werkvertraege/#c21365>

Im Kontext des Rechtsanspruchs auf **Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe** (Artikel 15 BRK) drückt der UN-Fachausschuss seine Besorgnis darüber aus, dass **körperliche und chemische freiheitseinschränkende Maßnahmen**, insbesondere bei Personen mit psychosozialen Behinderungen in Einrichtungen und älteren Menschen in Pflegeheimen zur Anwendung kommen. Grundsätzlich ist der UN-Fachausschuss der Auffassung, dass die Verwendung körperlicher und chemischer freiheitseinschränkender Maßnahmen, die Isolierung und andere schädliche Praktiken in Deutschland als Folterhandlungen anzuerkennen sind.

Um die vorgetragenen Kritikpunkte abzustellen, empfiehlt der UN-Fachausschuss

- „eine Überprüfung mit dem Ziel der offiziellen Abschaffung aller Praktiken vorzunehmen, die als Folterhandlungen angesehen werden;
- die Anwendung körperlicher und chemischer freiheitseinschränkender Maßnahmen in der Altenpflege und in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen zu verbieten,
- Schadenersatzleistungen für die Opfer dieser Praktiken zu erwägen.“ (Ziffern 33 und 34 der Abschließenden Bemerkungen)

Mit Blick auf den in Artikel 17 UN-BRK geforderten **Schutz der Unversehrtheit der Person** äußert sich der UN-Fachausschuss besorgt über die **Anwendung von Zwang und unfreiwilliger Behandlung**, insbesondere gegenüber Menschen mit psychosozialen Behinderungen in Einrichtungen oder älteren Menschen in Wohnpflegeeinrichtungen sowie den Mangel an verfügbaren Daten über die Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung.

Daher empfiehlt der UN-Fachausschuss, die notwendigen Maßnahmen, einschließlich gesetzgeberischer Art, zu treffen,

- „um sicherzustellen, dass alle psychiatrischen Behandlungen und Dienstleistungen stets auf der Grundlage der freien und informierten Einwilligung der/des Betroffenen erbracht werden;
- um Menschenrechtsverletzungen in der psychiatrischen Versorgung und der Altenpflege in allen Bundesländern zu untersuchen.“ (Ziffern 37 und 38 b und c der Abschließenden Bemerkungen)

Speziell für den Bereich des **Maßregelvollzugs** nimmt der UN-Fachausschuss „mit Besorgnis Kenntnis von dem Mangel an Informationen über Menschen mit Behinderungen im Strafjustizsystem, die bei einer Straftat für verhandlungsunfähig erklärt worden sind, über den Freiheitsentzug bei Personen aufgrund dieser Erklärung und die Anwendung von Maßregeln der Sicherung, oftmals auf unbestimmte Zeit.“ Insofern wird dem Vertragsstaat empfohlen:

- „eine strukturelle Überprüfung der Verfahren einzuleiten, die genutzt werden, um straffällig gewordene Menschen mit Behinderungen zu bestrafen;
- sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen gleichen Zugang zu den Verfahrensgarantien haben, die allen einer Straftat beschuldigten Personen im Strafjustizsystem zur Verfügung stehen, unter anderem die Unschuldsvermutung, das Recht auf Verteidigung und auf ein faires Verfahren;
- angemessene Vorkehrungen an Orten des Freiheitsentzugs sicherzustellen.“ (Ziffern 31 und 32 Abschließenden Bemerkungen)

Zum Thema Gewaltschutz und zu den Beschwerdemöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen (insbesondere) in Einrichtungen kann auf die ausführliche Follow up-Vorlage Nr. 14/1180 der Stabsstelle Inklusion und Menschenrechte verwiesen werden.

Einschätzung der Bundesregierung und der Landesregierung NRW

Im neuen Nationalen Aktionsplan der **Bundesregierung** (NAP 2.0) zur UN-Behindertenrechtskonvention, der im Juni 2016 vom Kabinett beschlossen wurde, spricht sich die Bundesregierung dafür aus, „Zwang in der psychiatrischen Versorgung auf das unbedingt Notwendige zu begrenzen und damit zur Verbesserung der psychiatrischen Hilfesysteme insgesamt beizutragen.“ Dabei setzt sie insbesondere auf „alternative freiwillige Behandlungsmöglichkeiten“. Als Maßnahme ist ein entsprechendes Forschungsprojekt zur „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem“ im NAP 2.0 vorgesehen.²

Mit Blick auf Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß **§ 63 des Strafgesetzbuches** verweist die Bundesregierung darauf, dass schon die bisherigen bundesrechtlichen Regelungen **den Vorgaben der BRK entsprechen**.³ Am 28. April 2016 wurde ein Gesetz zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 des Strafgesetzbuches beschlossen. Ziel ist aus Sicht der Bundesregierung, „durch entsprechende materiell-rechtliche Konkretisierungen und Beschränkungen sowie den Ausbau der prozessualen Sicherungen noch besser unverhältnismäßige und vor allem unverhältnismäßig lange Unterbringungen zu vermeiden“.

² Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Nationalen Aktionsplan 2.0 der Bundesregierung zur UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), S. 185.

³ Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Nationalen Aktionsplan 2.0 der Bundesregierung zur UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), S. 201.

Der Landtag in **Nordrhein-Westfalen** hat Ende November 2016 die Neuregelung des **Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG)** beschlossen. Die Änderungen sind am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Mit der Neuregelung wurden insbesondere die Voraussetzungen zur Anwendung von Zwang (insb. von Zwangsbehandlungen) konkretisiert und enger gefasst. Damit wurde versucht, Vorgaben der BRK und des Bundesverfassungsgerichts besser gerecht zu werden (vgl. dazu auch **Vorlage Nr. 14/1502** mit der gemeinsamen Stellungnahme der beiden Landschaftsverbände zum Gesetzesentwurf).

Zudem befasst sich auch der neue **Landespsychiatrieplan NRW** mit dem Thema Zwang (vgl. Abschnitt 4.8. in der Vorlage Nr. 14/2174).

Interkulturelle Öffnung am Beispiel des LVR-Verbundprojekts Migration

Y. Erim^{1,2}; E. Morawa^{1,2}; A. K. Gün³

¹Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg; ²ehemals: Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LVR-Klinikum am Universitätsklinikum Essen; ³LVR-Klinik Köln-Merheim, Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Schlüsselwörter

Migranten,
interkulturelle Öffnung,
Versorgung,
Psychotherapie

Zusammenfassung

In ihrer Tätigkeit haben Psychotherapeuten immer häufiger mit Patienten mit Migrationshintergrund zu tun. Studien weisen darauf hin, dass die Versorgung von Migranten unter dem Niveau der Versorgung von einheimischen Patienten liegt. Ab 2005 begann deshalb der Landschaftsverband Rheinland (LVR) als Träger von 9 psychiatrischen Kliniken ein Förderprogramm zur Optimierung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Migranten. Insgesamt wurden 15 Projekte sowie ein übergeordnetes Projekt zur Vorbereitung struktureller Maßnahmen – das LVR-Verbundprojekt Migration – gefördert. Nach einer theoretischen Einleitung in die Thematik wird das Verbundprojekt mit seinen Teilzielen vorgestellt. Diese umfassen Netzwerke, Vernetzung mit kultursensitiven und gemeindenahen Angeboten, Information und Internetpräsenz, Materialien und Übersetzungen, Studien und Befragungen der Mitarbeiter als Lernende, Weiterbildung in interkultureller Kompetenz: fortlaufende Schulungen, Tagungen, Symposien sowie therapeutische Konzepte für kultursensitive/muttersprachliche Angebote. Das Verbundprojekt wird hier aufgrund des Modellcharakters der dort entwickelten Instrumente und Maßnahmen beschrieben.

Keywords

Immigrants,
cross-cultural opening,
health care,
psychotherapy

Summary

In their practice psychotherapists deal more and more often with patients with migration background. Studies point out the fact that the provision of mental health care for immigrants is not as sufficient as for local patients. Therefore, from 2005 the Landschaftsverband Rheinland (LVR) as the provider of 9 psychiatric hospitals began to promote a programme for the optimization of mental health services for immigrants. All in all, 15 projects as well as a superordinate project covering to ensure structural measures – the LVR-Cooperation Project Immigration – were promoted. After a theoretical introduction to the topic the LVR-Cooperation Project Immigration with its sub-ordinate targets is presented. These enclose networks, interlinking with cultural-sensitive services in community psychiatry, information and website, materials and translations, studies and surveys of the employees as learners, advanced training in intercultural competence: continuous trainings, conferences, symposia as well as therapeutic concepts for cultural-sensitive/native-language services. The LVR-Cooperation Project Immigration is delineated because of its exemplary properties of the instruments and measures developed there.

Cross-cultural opening using the example of the LVR-Cooperation Project Immigration
Ärztliche Psychotherapie 2014; 9: 61-67

Laut Angaben des Mikrozensus 2012 betrug die Zahl der in Deutschland lebenden Personen mit Migrationshintergrund im Jahre 2012 20% (26). Jeder fünfte Bürger in Deutschland (=16,3 Millionen) ist also entweder selbst zugewandert (ca. zwei Drittel) oder hat mindestens einen Elternteil, der zugewandert oder als Ausländer in Deutschland geboren ist (26). Diese in der epidemiologischen Migrationsforschung verwendete erweiterte Definition des Migrantenstatus (24) ermöglicht eine exaktere Erfassung der Migranten, vor allem auch jener Migrantengruppen, die aufgrund unterschiedlicher Operationalisierungen des Migrantenstatus – z.B. anhand eines einzigen Merkmals wie Staatsangehörigkeit – in früheren Statistiken nicht als Migranten fungierten (z.B. die zugewanderten deutschstämmigen [Spät-]Aussiedler). Die drei zahlenmäßig größten Migrantenkollektive in Deutschland stammen 2012 aus: der Türkei (18,3%), Polen (9,4%) sowie der Russischen Föderation (7,4%) (26).

Unter den Personen mit Migrationshintergrund herrscht eine große Heterogenität hinsichtlich kultureller, ethnischer, religiöser und sozialer Merkmale. Dies macht die Erforschung der spezifischen Belastungen, aber auch Ressourcen der jeweiligen Migrantenkollektive notwendig, nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund einer kultursensitiven Versorgung dieser Menschen. Trotz des in den letzten Jahren deutlich gestiegenen Forschungsinteresses am Thema Migration und psychische Gesundheit ist diesbezüglich noch immer ein großes Forschungsdefizit zu konstatieren. Die Studienergebnisse sind inkonsistent (2, 13), was zum großen Teil auf methodische und konzeptionelle Differenzen und Limitationen zurückzuführen ist (16). Sowohl bundesdeutsche als auch internationale Untersuchungen zur psychischen Morbidität von Personen mit Zuwanderungsgeschichte weisen mehrheitlich bei diesen höhere Prävalenzraten psychischer Erkrankungen (2) und Symptome (1) wie auch eine höhere Symptomausprägung (9, 21, 27) im Vergleich mit der autochthonen Bevölkerung auf.

Der durch viele Studien belegte schlechtere psychische Gesundheitsstatus bei Personen mit Migrationshintergrund in Relation zu Einheimischen verwundert nicht angesichts der Vielzahl an Belastungen, denen Zugewanderte ausgesetzt sind, beispielsweise vielfältige Verlusterfahrungen im Zusammenhang mit dem Verlassen des Herkunftslandes (Sprache, soziales Netzwerk etc.). Es ist jedoch nicht nur der Migrationsprozess alleine, der als Stressor angesehen werden kann, sondern auch die Akkulturation, also die erforderliche Anpassung an die neue Lebenssituation im Aufnahmeland (z.B. der Erwerb der neuen Sprache etc.), kann den Gesundheitszustand beeinträchtigen, wenn sie die Bewältigungsmöglichkeiten des betroffenen Individuums übersteigt (5).

Um den akkulturativen Stress, also die kulturelle Anpassung angesichts der Konfrontation der eigenen sozia-

len und kulturellen Identität mit der Kultur des Aufnahmelandes bewältigen zu können, entwickeln die Migranten langfristige Strategien. In Anlehnung an das bekannteste Akkulturations-Stress-Modell (3) können vier unterschiedliche Akkulturations-Strategien differenziert werden:

1. Integration,
2. Assimilation,
3. Separation und
4. Marginalisierung.

Diese können anhand von zwei Dimensionen definiert werden – Interesse an der Aufrechterhaltung der kulturellen Muster der Herkunftskultur und Interesse an der Aufnahme der kulturellen Muster der Aufnahmekultur. Die Integration gilt als der Königsweg der Anpassung an die neue Aufnahmekultur, der langfristig die größte Chance für eine konstruktive Bewältigung migrations- und kulturspezifischer Konflikte bietet und mit geringstem akkulturativen Stressniveau verbunden ist, während die Marginalisierung besonders stark mit psychischer Dekompensation assoziiert ist; die Separation und Assimilation dagegen werden hinsichtlich des Stressausmaßes zwischen den beiden Akkulturationsstrategien verortet (4).

Das Ausmaß der mit dem Migrations- und Akkulturationsprozess assoziierten Belastungen ist u.a. auch von der Distanz zwischen dem Herkunftsland des Migranten und der aufnehmenden Gesellschaft im Hinblick auf solche Merkmale wie Kultur, Religion, Sprache, (wirtschaftlicher) Entwicklungsindex etc. abhängig: je größer diese Distanz, desto größer der akkulturativen Stress (4). Zu dem vielfältigen Spektrum der migrationsbezogenen Stressoren zählt auch die Diskriminierung, also die Erfahrung von Benachteiligung aufgrund der Zugehörigkeit zu einer Gruppe (6).

Die Diskriminierung kann auch auf der strukturellen Ebene, z.B. in Institutionen der öffentlichen Hand, stattfinden. Studien zur Versorgungslage und zum Inanspruchnahmeverhalten von Personen mit Migrationshintergrund im psychiatrisch-psychotherapeutischen Sektor zeigen, dass diese in den ambulanten, (teil)stationären und rehabilitativen Bereichen unter- und in der Forensik sowie den geschlossenen Bereichen überrepräsentiert sind (17, 18). Auch suchen sie Notfallambulanzen sowie psychiatrische Institutsambulanzen verstärkt auf (7, 25). Im Vergleich mit Deutschen werden bei Migranten höhere Zwangseinweisungsquoten konstatiert (14).

Aus den geschilderten Daten kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die psychosoziale Versorgung von Migranten in Deutschland eine Fehlentwicklung aufweist. Einen wichtigen Grund für die geringere Nutzung der regulären Behandlungsangebote des Gesundheitssystems durch die Migranten stellen unzureichende Sprachkenntnisse dar (16). Auch fehlendes Wissen über die Angebote

des Gesundheitssystems sowie kulturell/religiös bedingt unterschiedliche Krankheitskonzepte bilden Zugangsbarrieren beim Aufsuchen von medizinischen Institutionen. Zwischen den Migranten und Nicht-Migranten sind nicht nur Differenzen in Bezug auf das Inanspruchnahmeverhalten sowie die psychische Symptombelastung zu beobachten, sondern auch im Hinblick auf den Behandlungserfolg. Eine prospektive, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung durchgeführte Studie (19) fand bei Personen mit türkischem Migrationshintergrund im Vergleich mit einheimischen deutschen Patienten einen geringeren Therapieerfolg. Der Migrationshintergrund wurde in dieser Untersuchung als unabhängiger negativer Prädiktor des Behandlungserfolgs identifiziert.

Eine adäquate Gesundheitsversorgung von Migranten erfordert die kulturelle Öffnung der Einrichtungen der Gesundheitsdienste, also ihre Anpassung an die Erfordernisse einer multikulturellen Gesellschaft, und daraus resultierend die Ermöglichung eines gleichberechtigten Zugangs zu den Behandlungsangeboten der Regeldienste (15). Die Realisierung der kulturellen Öffnung einer Institution zeigt sich anhand unterschiedlicher Indizien. Vor diesem Hintergrund soll im Folgenden der Beitrag des LVR-Verbundprojektes Migration vorgestellt werden.

LVR-Projekte zur Optimierung der psychosomatischen und psychiatrischen Versorgung von Migranten

Angesichts der Tatsache, dass die Versorgung der Patienten mit Migrationshintergrund noch weit unter dem Niveau der Versorgung von einheimischen Patienten liegt, begann der Landschaftsverband Rheinland (LVR) ab 2005 mit einer projektbezogenen Förderung der migrationsspezifischen psychosozialen Versorgung (Erstfinanzierung 07.10.2005) in neun Psychiatrischen Krankenhäusern (Essen, Düsseldorf, Langenfeld, Köln, Düren, Bedburg-Hau, Viersen, Mönchengladbach und Bonn) in seiner Trägerschaft. Dieser Förderung waren Initiativen zum Aufbau von migrationsspezifischen Angeboten in den Institutsambulanzen und zum Aufbau der SPKoM (Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration) in den Städten Duisburg, Solingen und Köln vorausgegangen.

LVR-Verbundprojekt Migration

Neben annähernd 15 Projekten an neun Psychiatrischen Kliniken des LVR wurde das LVR-Verbundprojekt Migration gefördert, dessen Ergebnisse hier dargestellt werden. Das Hauptziel dieses Projektes bestand darin, übergeordnete strukturelle Maßnahmen zu entwickeln, die von allen LVR-Kliniken genutzt werden konnten. Das Projekt wurde

durch die Integrationsbeauftragten der LVR-Kliniken Essen (Prof. Dr. Yesim Erim) und Köln (Dr. phil. Dipl.-Psych. Ali Kemal Gün) geleitet und ab 2008 durch die wissenschaftliche Mitarbeit von Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Dipl.-Theol. Eva Morawa verstärkt. Die anvisierten Ziele sollten durch sechs Teilprojekte realisiert werden, die im Folgenden beschrieben werden:

1. Netzwerke, Vernetzung mit kultursensitiven und gemeindenahen Angeboten;
2. Information und Internetpräsenz;
3. Arbeitsmaterialien und Übersetzungen;
4. Studien und Befragungen der Mitarbeiter als Lernende;
5. Weiterbildung in interkultureller Kompetenz: fortlaufende Schulungen, Tagungen, Symposien;
6. Therapeutische Konzepte für kultursensitive/muttersprachliche Angebote.

Zum Rahmenkonzept des Projekts gehörte die Feststellung, dass es sich bei den definierten Zielen nicht um eine zusätzliche neue Leistung handelt, sondern um eine spezifische Darstellung von Leistungen, die im Hinblick auf die Integration von Patienten mit Migrationshintergrund von den Kliniken im Rahmen der Regelversorgung zu erbringen sind. Damit wurden die Notwendigkeit und Dringlichkeit der Projektziele unterstrichen. Interkulturelle Kompetenz wurde als eine Schlüsselqualifikation definiert und Mitarbeiter mit Fremdsprachenkompetenz als wertvolle Ressourcen angesehen. Sicherstellung von qualifizierten Dolmetschern wurde angestrebt.

Als Ausführungsorgane wurden ein Arbeitskreis Migration, Integrationsbeauftragte und klinikinterne Arbeitskreise zur Migration etabliert. In allen neun Psychiatrischen Kliniken wurden Integrationsbeauftragte benannt, die ihrerseits eine klinikinterne interdisziplinäre Arbeitsgruppe gründeten (Abb. 1).

Der Arbeitskreis Migration, an dem alle neun Psychiatrischen Kliniken des Landschaftsverbands teilnehmen, gewährleistet den Informationsaustausch zwischen den einzelnen Kliniken, der Trägerverwaltung und den SPKoM.

Integrationsbeauftragte

Die Integrationsbeauftragten der Kliniken sind für die Belange von Patienten mit Migrationshintergrund bzw. fremder Muttersprache, Kultur und Religion zuständig und unmittelbar der ärztlichen Direktion unterstellt. Sie beraten den Klinikvorstand in allen interkulturellen Belangen und treten für die Intensivierung der Kontakte der Klinik und den kommunalen Stellen, insbesondere kulturellen und gesellschaftlichen Vereinigungen der Migranten, sozialen und gemeindepsychiatrischen Diensten, Selbsthilfeverbänden etc. ein. Sie sind für die Förderung der kultursensitiven Sichtweise und die Entwicklung eines Klinikkonzeptes

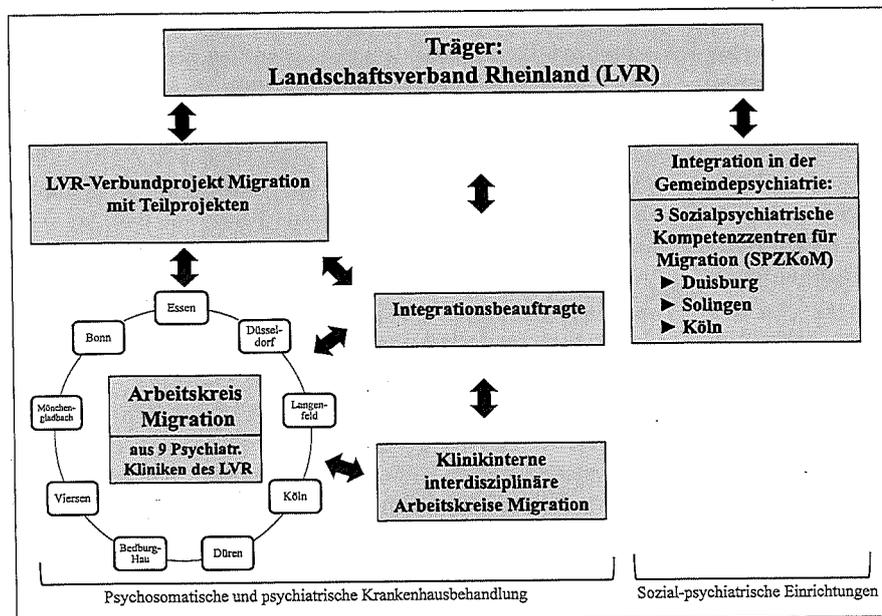


Abb. 1
Struktur der LVR-Projekte zur Optimierung der psychosomatischen und psychiatrischen Versorgung von Migranten

für die Integration von Migranten zuständig. Dazu gehört auch die Ermittlung des besonderen Bedarfs in Versorgungssituationen wie z.B. fremdsprachige Materialien, Verfügbarkeit von Dolmetschern, an gezielter Fort- und Weiterbildung.

Die klinikinternen interdisziplinären Arbeitsgruppen umfassen alle wichtigen Professionen in der stationären Psychosomatischen und Psychiatrischen Patientenbehandlung wie die Ärzte, die Pflege, Psychologen, Sozialarbeiter und die Öffentlichkeitsbeauftragten, beraten über Ziele und Projekte. In der Regel werden die Arbeitsgruppen von den Integrationsbeauftragten geleitet.

Teilprojekte des Verbundprojekts

1. Netzwerke, Vernetzung mit kultursensitiven und gemeindenahen Angeboten

Es wurden eine bundesweite Liste von psychosomatischen Abteilungen und psychosomatischen Rehabilitationskliniken mit migrations- und kulturspezifischen, muttersprachlichen Angeboten sowie eine Liste der muttersprachlichen Behandler für die Sprachen Türkisch, Polnisch, Russisch, Serbokroatisch, Arabisch und Persisch für den Einzugsbereich des Landschaftsverbands bzw. für Essen und Umgebung erstellt. Ebenfalls eine Liste der Dolmetscher mit Kompetenzen in der psychosomatisch-psychiatrischen Befunderhebung und Therapiesituation wurde für den Einzugsbereich des Landschaftsverbands angefertigt.

Durch Vorträge, Einladungen, Teilnahme oder Gründung bei städtischen Arbeitskreisen und Netzwerken wur-

den regelmäßige Beziehungen zu Institutionen etabliert und gepflegt. Dazu gehören kulturelle und gesellschaftliche Vereinigungen der Migranten, z.B. Moscheen, Moscheenvereine, Kirchen, Beratungsstellen für Familien, gemeindepsychiatrische Dienste, SPKoM, Stadtteilprojekte, Selbsthilfverbände etc.

2. Information und Internetpräsenz

Eine spezielle Internetpräsenz wurde für das Projekt geschaffen und folgende Inhalte dort platziert: Adresslisten der oben genannten Kliniken und niedergelassenen Psychotherapeuten sowie Dolmetscher, bilinguale Übersetzungen von wichtigen standardisierten Informations- und Arbeitsblättern, Links zu Krebs-bezogenen Informationen in Türkisch, Polnisch und Russisch (zur Beantwortung von Fragen, die im Kontakt des Psychoonkologischen Dienstes entstanden), Internetseiten der Migrationssprechstunden und Ambulanzen, Flyer für muttersprachliche Angebote für türkisch- und polnischstämmige Patienten.

3. Arbeitsmaterialien und Übersetzungen

Standardisierte Informations- und Merkblätter wurden allen Kliniken in Form von CDs zur Verfügung gestellt (Flyer der interkulturellen Sprechstunde in verschiedenen Sprachen, interkultureller Jahreskalender, Informationen zum PsychKG, Psychoedukation, Verständigungshilfen, Therapieverträge, Adresslisten, Informationen über die islamische Kultur uvm.). Auch validierte türkischsprachige Übersetzungen, die im Ursprungsland der Migranten Anwendung finden, wurden den Kliniken zur Verfügung gestellt.

4. Studien und Befragungen der Mitarbeiter als Lernende

Im Rahmen des Verbundprojektes Migration wurden verschiedene Befragungen zu versorgungsrelevanten migrationspezifischen Themen durchgeführt, die sowohl bestehende Defizite als auch bereits vorhandene Ressourcen in den Fokus genommen haben. An einer großen Befragung nahmen 65 Sozialpsychiatrische Zentren (SPZ) aus der Region Rheinland und dem LVR als Träger teil. Es wurden migrationspezifische Angebote erfasst. Eine andere Umfrage beschäftigte sich mit der Versorgung der Patienten mit Migrationshintergrund aus der Sicht der Mitarbeiter der LVR-Klinik Köln. Erfasst werden sollte unter anderem, was die Mitarbeiter für die Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund benötigen und welche Veränderungen und Ergänzungen im Versorgungsalltag ihnen sinnvoll erscheinen. 66,1% der Befragten gaben an, es gäbe kulturspezifische Besonderheiten bei der Behandlung der Patienten mit Migrationshintergrund. Als besonders belastend empfanden die befragten Mitarbeiter Verständigungsschwierigkeiten sprachlicher (53,2%) und kultureller (33,8%) Art. Als Entlastung würden die Beschäftigten empfinden, wenn die im täglichen Gebrauch benötigten Formulare, Frage- und Aufklärungsbögen in die relevanten Sprachen übersetzt werden könnten.

5. Weiterbildung in interkultureller Kompetenz: fortlaufende Schulungen, Tagungen, Symposien

Ein Ziel des Projekts bestand darin, das Thema "Interkulturelle Kompetenz" in der Facharztweiterbildung und der universitären Lehre zu verankern. Durch die Migranten bezogenen Angebote wuchs in den Kliniken allgemein eine Sensitivität für interkulturelle Probleme. Von der Lenkungsgruppe „Verbundprojekt“ wurden zwei Fachtagungen ausgerichtet. Darüber hinaus organisiert die LVR-Klinik Düren seit 2001 jährlich eine Fachtagung zum Thema Migration mit über 300 Teilnehmern.

6. Therapeutische Konzepte für kultursensitive/muttersprachliche Angebote

Kultur- und migrationspezifische Therapiekonzepte wurden unter den Kliniken ausgetauscht, damit wurde eine gegenseitige Unterstützung der Kliniken beim Aufbau und der Konzeption von muttersprachlichen Angeboten gewährleistet. In den LVR-Kliniken werden muttersprachliche Behandlungen in Türkisch, Serbisch, Kroatisch, Russisch, Polnisch und Arabisch angeboten.

Zwei migrationsbezogene Konzepte sollen hier skizziert werden:

Das Konzept der muttersprachlichen Gruppentherapie in der Psychosomatischen Klinik in Essen. An der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Essen wurden seit 1994 Diagnostik und Psychotherapie in

türkischer Sprache zur Verfügung gestellt. Im Einzelnen wurden Diagnostik, Krisenintervention, ambulante Gruppentherapie, ambulante supportive Kurzzeittherapie, Psychoedukation, Familien- und Paartherapie, Therapieberatung und Zuweisung zu kultursensitiven Angeboten sowie türkischsprachige Selbsthilfegruppen angeboten.

Bereits wenige Jahre nach Beginn des Projekts stellte sich die Zahl der Vorstellungen in der Migrantenambulanz bei jährlich etwa 200 Patienten ein und entsprach damit dem Anteil der türkischsprachigen Kohorte an der Stadtbevölkerung. In der Ambulanz wurde den Patienten nach einer ausführlichen Diagnostik und Beratung die Teilnahme an der ambulanten muttersprachlichen Gruppentherapie angeboten. Obwohl sich in der letzten Dekade einige türkischsprachige Psychotherapeuten im Stadtbezirk niedergelassen haben, konnten sie nicht ausreichende Behandlungsplätze anbieten.

Entgegen den Befürchtungen, die Psychotherapie sei als Methode kulturell wenig bekannt und würde von Migranten nicht gut angenommen werden, nahmen die Patienten regelmäßig und lange an der halboffenen Gruppentherapie teil. Bis vor zwei Jahren wurden die Gruppen ausschließlich von Frauen genutzt, obwohl die Therapeutinnen immer bemüht waren, gemischt geschlechtliche Gruppen aufzubauen. Seit zwei Jahren nehmen auch Männer an der Gruppentherapie teil, eine Entwicklung, die die Autoren als Zeichen kultureller Adaptation ansehen. Die Bearbeitung partnerschaftlicher Probleme in der Gruppe ist für Männer und Frauen von hoher Bedeutung. Um dem Wunsch der Patienten zu entsprechen, den Support der Gruppe möglichst lange zu genießen, wurde vor zwei Jahren in Kooperation mit der städtischen Koordinationsstelle Wiese e.V. eine Selbsthilfegruppe gegründet. Gleichzeitig wurde der zeitliche Rahmen der Gruppen in eine curriculäre Form geändert.

Die Leitung der Gruppen wurde von einer erfahrenen Therapeutin und einer Therapeuten in Weiterbildung gemeinsam übernommen. Die Teilnehmer wurden in der Ambulanz über einen längeren Zeitraum rekrutiert und kurz vor dem Start der Behandlung erneut eingeladen, um die diagnostischen Befunde zu aktualisieren. Dabei haben die Therapeutinnen eine Konflikt- und Strukturdiagnostik nach OPD-Kriterien vorgenommen. Die Gruppensitzungen wurden gleich im Anschluss besprochen und supervidiert.

An den Gruppen nahmen überwiegend durch Heirat nach Deutschland zugezogene Personen teil, im Mittel hatten sie eine Aufenthaltsdauer von 29,25 Jahren und waren durchschnittlich 46,2 Jahre alt (8). Partnerschaftliche Konflikte, Probleme als erziehende Eltern aber auch frühe Verlust- und Vernachlässigungserlebnisse nahmen thematisch einen wichtigen Raum ein.

Das Konzept des interkulturellen Konsildienstes in der LVR-Klinik Köln-Merheim: Neben der kollegialen Supervision bei der Behandlung von Patienten mit Migrations-

hintergrund besteht für die Therapeuten das Angebot, in einer wöchentlich stattfindenden Sprechstunde Fragen, die sich bei der Behandlung ergeben, zu erörtern und konkrete Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Synergien: Wissenschaftliche Studien und Ergebnisse

Während des Förderungszeitraums konnten wissenschaftliche Studien durchgeführt werden, darunter finden sich vier medizinische Dissertationen, zwei abgeschlossene, zwei weitere im fortgeschrittenen Stadium. Auch wurden diverse Artikel in Fachzeitschriften veröffentlicht. Untersucht wurden neben der Prävalenz von psychischen Störungen in türkisch- (9) und polnischstämmigen (21) Migrantenstichproben depressive, posttraumatische und somatoforme Symptombelastung im Kulturvergleich (9, 10, 21, 23), Effekte der wahrgenommenen Diskriminierung (20), Resilienz (11, 22) und Lebensqualität (22). Das Screeninginstrument SOMS-2 wurde ins Türkische übersetzt und validiert (12). Ein Fragebogen zur kulturellen Adaptation wurde entwickelt und validiert.

Als wichtige Ergebnisse aus diesen Studien ist zu resümieren, dass im Vergleich mit deutschen Kontroll-/Referenzgruppen die (klinischen und nicht-klinischen) Migrantenkollektive meistens eine höhere psychische Symptombelastung sowie hohe Prävalenzraten psychischer Erkrankungen aufweisen. Jedoch sind nicht alle untersuchten Migrantenpopulationen gleichermaßen hoch belastet. Türkische Migranten zeigen in Relation zu polnischen Migranten signifikant höhere Depressivitätswerte, eine geringere physische und psychische Lebensqualität, darüber hinaus geben sie signifikant häufigere subjektive Diskriminierungserfahrungen an.

Studien sollen in Zukunft auch Probanden aus dem Ursprungsland der Migranten einschließen, um Migrations- und kulturspezifische Effekte trennen zu können. Neben dem Migrantenstatus und damit assoziierten Stressoren als Einflussgrößen auf den Gesundheitszustand der Migranten sind konfundierende Variablen zu berücksichtigen, z.B. sozioökonomischer Status, Geschlecht etc.

Schlussfolgerungen

Die finanzielle und ideelle Förderung der kulturellen Öffnung durch den Landschaftsverband als Träger machte einen einmaligen Prozess bezüglich der Verbesserung der Versorgung von Migranten in den LVR-Kliniken möglich. Diese Entwicklung macht aus Sicht der Autoren deutlich, dass kulturelle Öffnung ein „from top to bottom“ Prozess sein muss. Erst eine eindeutige Entscheidung der Geschäftsführung ermöglicht die kulturelle Öffnung.

Personelle und finanzielle Ressourcen sind notwendig. Der Einsatz von Mitarbeitern mit bilingualen Kompetenzen ist sowohl in der direkten Patientenversorgung als auch in der Projektleitung notwendig. Da die Prozeduren, die notwendig sind, viele Ähnlichkeiten mit den Qualitätsmanagementprozeduren haben, kann das QM für die interkulturelle Öffnung genutzt werden. Nur durch Kooperationen in der Gemeinde kann ein kulturelles Projekt langfristig und sicher etabliert werden.

In nächster Zukunft werden kulturelle Öffnung und Diversity Management als wichtige Prinzipien in öffentlichen Institutionen etabliert werden. Die migrationsbezogenen Projekte in den Kliniken des Landschaftsverbands stellen ein erfolgreiches Beispiel dafür dar.

Danksagung

Die Autoren danken Herrn Dr. Friedrich Leidinger, Herrn Friedrich Kitzig und Herrn Uwe Blücher für ihre stets engagierte und freundliche Unterstützung des LVR-Verbundprojekts.

Literatur

1. Aichberger MC, Neuner B, Hapke U, Rapp MA, Schouler-Ocak M, Busch MA. Der Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen in der älteren Bevölkerung in Deutschland. *Psychiatr Prax* 2012; 39: 116–121.
2. Bermejo I, Mayninger E, Kriston L, Härter M. Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatr Prax* 2010; 37: 225–232.
3. Berry JW. Psychology of acculturation. Understanding individuals moving between cultures. In: Brislin RW (ed). *Applied cross-cultural psychology*. London: Sage Publications 1990, 232–253.
4. Berry JW. Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology* 1997; 46: 5–68.
5. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 243–258.
6. Bierhoff H-W (Hrsg.). *Sozialpsychologie. Ein Lehrbuch*, 5. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer 2000.
7. Borde T, Braun T, David M. Gibt es Besonderheiten in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migranten und Migranten. In: Borde T, David M (Hrsg.). *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. Frankfurt am Main: Mabuse 2003, 43–81.
8. Erim Y, Kahraman S. „Ich habe noch vier Embryos in Istanbul“: Muttersprachliche Gruppenpsychotherapie. *PID* 2010; 11: 346–351.
9. Erim Y, Morawa E, Özdemir DF, Senf W. Prävalenz, Komorbidität und Ausprägungsgrad psychosomatischer Erkrankungen bei ambulanten Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2011; 61: 472–480.
10. Erim Y, Morawa E, Atay H, Tagay S, Aygün S, Senf W. Traumaleben, Posttraumatische Belastungsstörung und Kohärenzgefühl bei türkischsprachigen Patienten einer psychosomatischen Universitätsambulanz. *Z Med Psychol* 2009; 18: 108–116.
11. Erim Y, Morawa E, Atay H, Aygün S, Gökalp P, Senf W. Sense of coherence and depression in the framework of immigration: Turkish patients in Germany and in Turkey. *Int Rev Psychiatry* 2011; 23: 542–549.
12. Erim Y, Beckmann M, Tagay S, Aygün S, Gencoglu PG, Senf W. Validierung der türkischen Version des Screenings für Somatoforme Störungen (SOMS). *Diagnostica* 2012; 58: 194–210.

13. Glaesmer H, Wittig U, Brähler E, Martin A, Mewes R, Rief W. Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatr Prax* 2009; 36: 16–22.
14. Grube M. Sind Zwangseinweisungen in psychiatrischen Kliniken bei Migranten häufiger? *Psychiatr Prax* 2009; 36: 67–71.
15. Gün AK. Interkulturelle Öffnung in den Institutionen der Gesundheitsdienste. In: Erim Y (Hrsg.). *Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2009, 118–134.
16. Kirkcaldy B, Wittig U, Furnham A, Merbach M, Siefen RG. Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2006; 49: 873–883.
17. Koch E. Die aktuelle Lage von Minoritäten im psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem Deutschlands. In: Koch E, Schepker R, Taneli S (Hrsg.). *Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft – deutsch-türkische Perspektiven*. Freiburg: Lambertus 2000, 55–67.
18. Leidinger F. Klinikstatistiken. Landschaftsverband Rheinland. Werkstattgespräch Psychiatrische Versorgung von Migranten und Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Dokumentation der Veranstaltung am 1. April 2003 im Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie in Düsseldorf, 2004.
19. Möske M, Schneider J, Koch U, Schulz H. Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? Ergebnisse einer prospektiven Versorgungsstudie in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen. *Psychother Psych Med* 2008; 58: 176–182.
20. Morawa E, Erim Y. Zusammenhang von wahrgenommener Diskriminierung mit Depressivität und gesundheitsbezogener Lebensqualität bei türkisch- und polnischstämmigen Migranten. *Psychiatr Prax* 2013 Jul 18 (Epub ahead of print).
21. Morawa E, Senf W, Erim Y. Die psychische Gesundheit polnischstämmiger Migranten im Vergleich zur polnischen und deutschen Bevölkerung. *Z Psychosom Med Psychother* 2013; 59: 209–217.
22. Morawa E, Senf W, Erim Y. Health related quality of life and sense of coherence among Polish immigrants in Germany and indigenous Poles. *Transcult Psychiatry* (im Druck).
23. Sariaslan S, Morawa E, Erim Y. Psychische Symptombelastung bei Patienten einer Allgemeinarztpraxis: deutsche und türkischstämmige Patienten im Vergleich. *Nervenarzt* 2013 Apr 12 (Epub ahead of print).
24. Schenk L, Bau AM, Borde T, Butler J, Lampert T, Neuhauser H, Razum O, Weilandt C. Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2006; 49: 853–860.
25. Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Hauf I et al. Patienten mit Migrationshintergrund in Psychiatrischen Institutsambulanzen – ein Vergleich zwischen Patienten mit türkischer und osteuropäischer Herkunft sowie Patienten ohne Migrationshintergrund. *Psychiatr Prax* 2010; 37: 384–390.
26. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2012. Fachserie 1 Reihe 2.2*. Wiesbaden, 2013.
27. Wittig U, Lindert J, Merbach M, Brähler E. Mental health of patients from different cultures in Germany. *Eur Psychiatry* 2008; 23: 28–35.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Yesim Erim
 Leiterin der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Abteilung
 Universitätsklinikum Erlangen
 Schwabachanlage 6
 91054 Erlangen
 Tel. 09131-8535928
 Fax 09131-8534899
 E-Mail: yesim.erim@uk-erlangen.de



73. Psychotherapie-Seminar Freudenstadt e.V.
 02. – 04. Oktober 2014

Die Lüge der Wahrheit ist die Wahrheit der Lüge - Wirklichkeit in Therapie und Beziehung -

Veranstaltungsort Hotel Teuchelwald, 72250 Freudenstadt

Das Programm finden Sie unter www.ptseminar-freudenstadt.de
 oder im Veranstaltungsbereich von www.sigma-akademie.de

S I G M A
 A K A D E M I E

Das Psychotherapie-Seminar
 Freudenstadt e.V. ist ein Partner der

Fon: 07726 - 9 39 59 42 / Fax: 07726 - 9 39 38 56
 Mail: sekretariat@sigma-akademie.de