

Vorlage-Nr. 14/2916

öffentlich

Datum: 24.10.2018
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Frau Schröder

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

Tagesordnungspunkt:

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

Kenntnisnahme:

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

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

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

ja

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2020. ja

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

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

In Vertretung

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

Zusammenfassung:

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

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

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

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

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

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

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

Begründung der Vorlage Nr. 14/2916:

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

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

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

2. Überblick und aktuelle Situation

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

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

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

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

Zentrale Herausforderungen:

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

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

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

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

2.1. Traumaambulanzen

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

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

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

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

1. Qualifikation der eingesetzten Fachkräfte

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

2. Leistungsart und –umfang

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

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

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

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

3. Gesamtkosten nach OEG

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

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

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

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

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

2.2. Behandlung von Flüchtlingen in den Traumaambulanzen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

³vgl. hierzu auch Vorlage 14_1929 zu den LVR-Flüchtlingshilfen 2015/2016:
[https://dom.lvr.de/lvis/lvr_recherchewww.nsf/0/26BACF4117F36A45C1258115002A11CF/\\$file/Vorlage14_1929.pdf](https://dom.lvr.de/lvis/lvr_recherchewww.nsf/0/26BACF4117F36A45C1258115002A11CF/$file/Vorlage14_1929.pdf)

⁴Der Landschaftsverband Rheinland unterstützt im Rahmen des LVR-Klinikverbundprojektes Migration seit 2008 aktiv die Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Menschen mit Zuwanderungs- und Fluchtgeschichte innerhalb des LVR-Klinikverbundes durch die Weiterentwicklung kultursensibler und diversitätsbewusster Behandlungsangebote. Im Jahr 2018 ist aus dem LVR-Klinikverbundprojekt das LVR-Kompetenzzentrum Migration hervorgegangen. Die Leitung liegt bei Frau Dr. L Joksimovic (LVR-Klinik Viersen), die stellvertretende Leitung bei Frau Dipl.-Psych. M. Schröder (LVR-Klinikum Düsseldorf). Das LVR-Kompetenzzentrum Migration macht sich die Bündelung der inter- und transkulturellen Kompetenzen im LVR-Klinikverbund zur Aufgabe und unterstützt die LVR-Kliniken bei der interkulturellen Öffnung der Regelversorgung. Hierbei wird das Fachforum Migration, vertreten durch die Sprecher der Integrationsbeauftragten, Dr. Ali Kemal Gün (LVR-Klinik Köln) und Marion Winterscheid (LVR-Klinik Bonn), intensiv einbezogen. Wesentliche Ziele des LVR-Kompetenzzentrums liegen dabei zum einen auf dem Abbau von Sprachbarrieren in den LVR-Kliniken, u. a. durch den Einsatz von SIM in der Behandlung oder die Nutzung von Mehrsprachigkeit bei Mitarbeitenden. Zum anderen soll die Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen verbessert werden. Entsprechende Unterstützungsangebote durch das LVR-Kompetenzzentrum Migration beinhalten z. B. die Qualifizierung der Mitarbeitenden durch Fort- und Weiterbildungen, Fallberatungen, Workshops sowie die Entwicklung von Praxisempfehlungen, Infomaterialien und Leitfäden. Homepage: www.klinikverbund.lvr.de/kompetenzzentrum-migration

Im Folgenden sollen die verschiedenen bestehenden Problemlagen aufgezeigt werden.

2.4. Barrieren

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

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

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

2.4.1. Flüchtlinge

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

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

2.4.2. Strukturen und Rahmenbedingungen

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

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

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

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

Zu nennen sind an dieser Stelle:

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

2.4.3. Behandlerinnen und Behandler

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Als zentrale Elemente in der Patientenversorgung sind hier zu nennen:

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

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

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

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

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

3. Zusammenfassende Einschätzung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In Vertretung

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

Mitteilungen - Recht, Personal, Organisation

StGB NRW-Mitteilung 344/2018 vom 18.06.2018

Pressemitteilung: Hohe Belastung durch Flüchtlings-Integration

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7 Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern

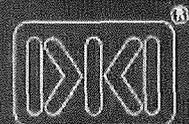
Die Zahl der Flüchtlinge ist seit dem Jahr 2009 (33.033 Asylanträge, davon 27.649 Erstanträge) kontinuierlich angestiegen und erreichte im Jahr 2016 einen Höchststand: Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) zählte 745.545 Erst- und Folgeanträge auf Asyl (davon 722.370 Erstanträge) und damit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

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

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

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

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

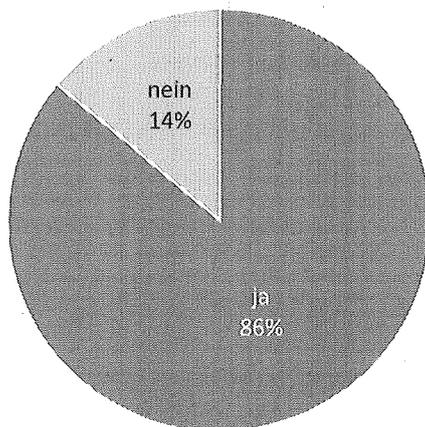


zu berücksichtigen, dass die Verteilung der Flüchtlinge oder Asylbewerber¹¹ regional unterschiedlich ist. Dies betrifft damit auch die Krankenhäuser und die wahrgenommenen Herausforderungen oder zu ergreifende Maßnahmen.

7.1 Bestandsaufnahme

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

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



© Deutsches Krankenhausinstitut

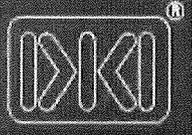
Abb. 27: Versorgung von Flüchtlingen im Jahr 2016

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

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

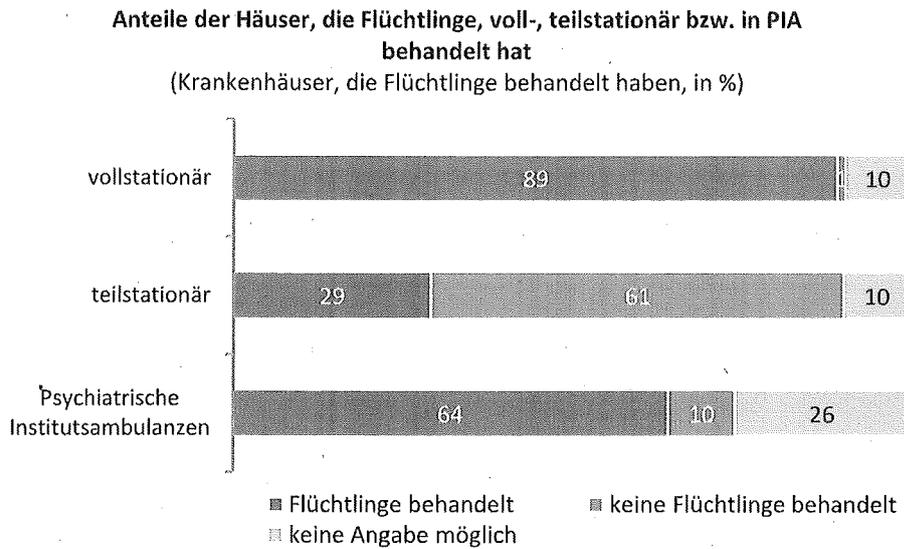
¹¹ Im Nachfolgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit überwiegend der Begriff „Flüchtling“ benutzt. Asylbewerber sind hier mit eingeschlossen.

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



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

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

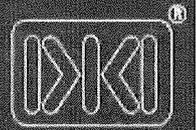


© Deutsches Krankenhausinstitut

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

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

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



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

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

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

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

7.2 Herausforderungen

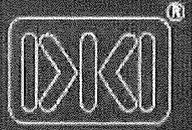
Bei der Diskussion möglicher Barrieren der stationären psychiatrischen Versorgung von Flüchtlingen stehen meist sprachliche und kulturelle Probleme im Fokus. Darüber hinaus gibt es weitere, mögliche Herausforderungen bei der (teil)stationären Behandlung von Flüchtlingen. Im PSYCHIatrie Barometer wurden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



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

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

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



Wie stark ist Ihre psychiatrische/psychosomatische Einrichtung bei der Versorgung von Flüchtlingen mit folgenden Herausforderungen konfrontiert?

(Krankenhäuser, die Flüchtlinge behandelt haben, in %)

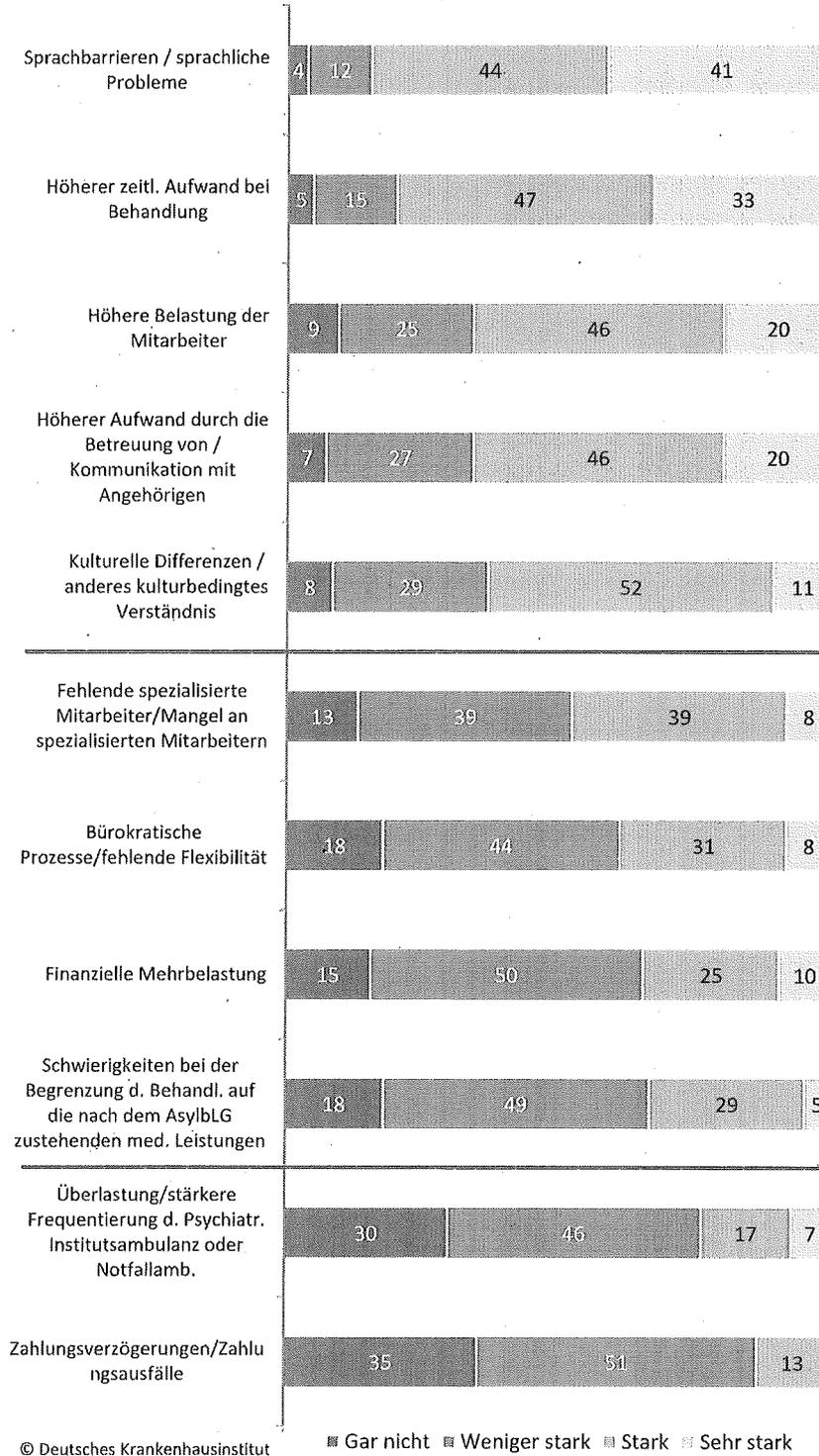


Abb. 29: Herausforderungen bei der Versorgung von Flüchtlingen



7.3 Ergriffene Maßnahmen

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

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

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

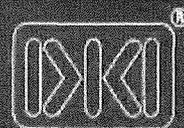
Gut ein Viertel der Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien hat gezielt Personal mit den benötigten Sprach- und Kulturkenntnissen eingestellt, um bei der Versorgung von Flüchtlingen Sprachbarrieren besser überwinden zu können.

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

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

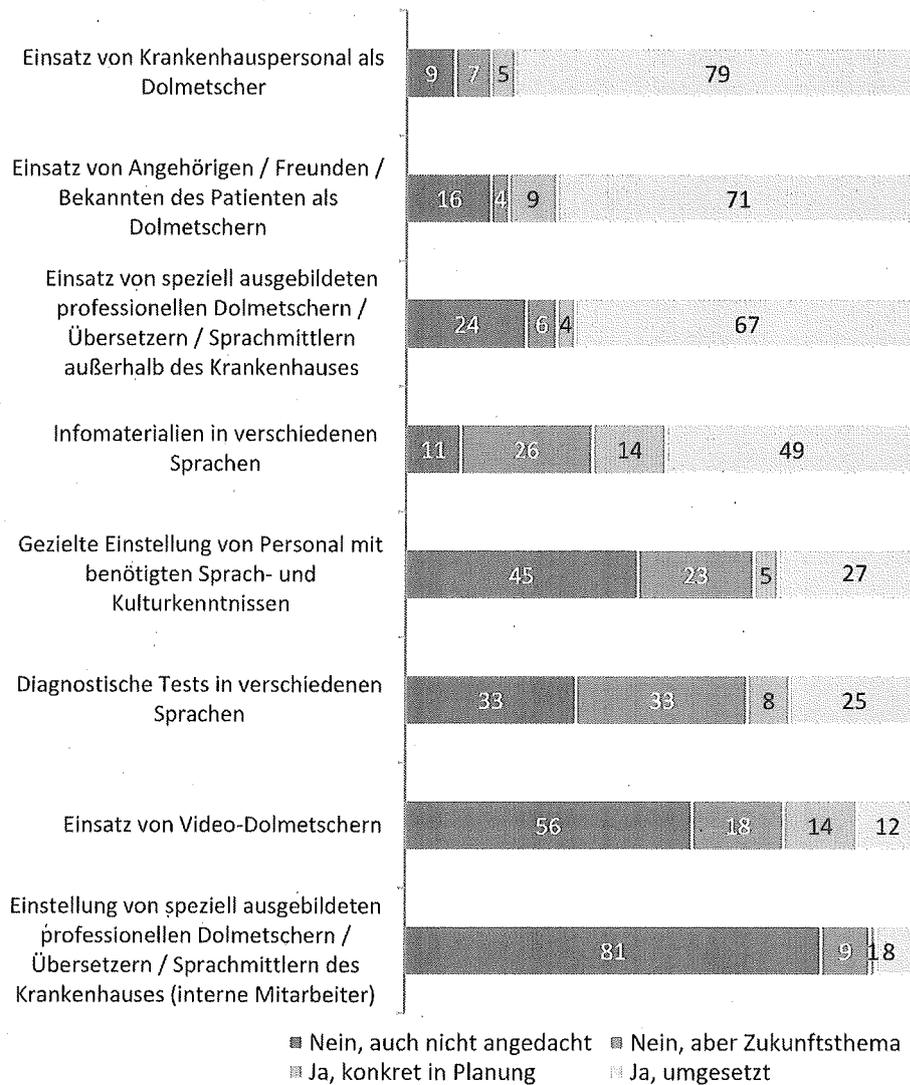
Video-Dolmetscher werden vergleichsweise seltener genutzt, um sprachliche Probleme zu lösen. Konkret werden diese in 12 % der Einrichtungen bereits eingesetzt, weitere 14 % planen dies konkret und 18 % für die Zukunft. Die Einstellung von speziell ausgebildeten Dolmetschern, Übersetzern oder Sprachmittlern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

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





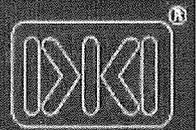
Welche Maßnahmen zur Überwindung von Sprachbarrieren hat Ihre psychiatrische/ psychosomatische Einrichtung bereits umgesetzt oder sind geplant, um die Versorgung von Flüchtlingen zu gewährleisten?
(Krankenhäuser, die Flüchtlinge behandelt haben, in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

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

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



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

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

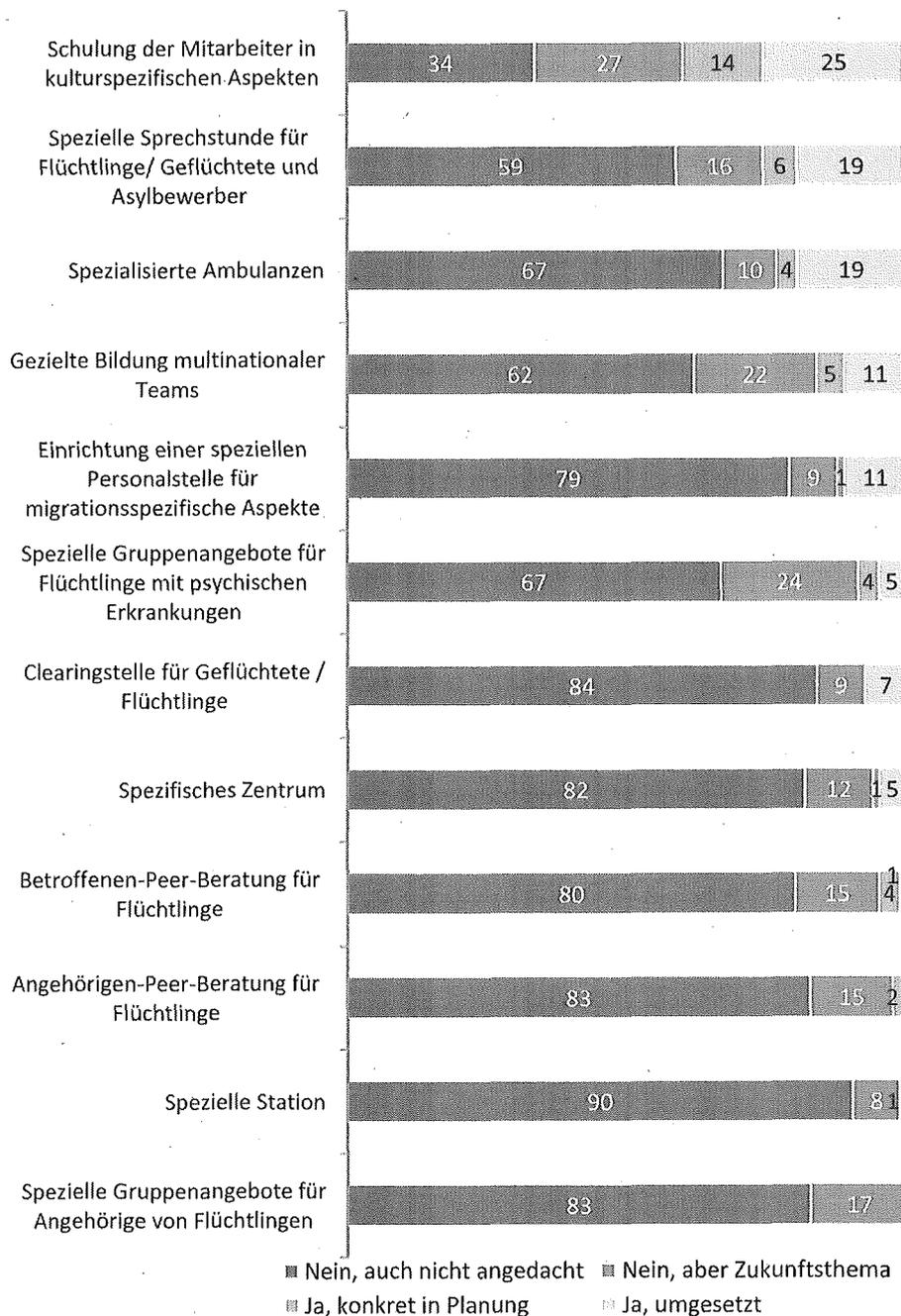
Spezielle Gruppenangebote für Flüchtlinge mit psychischen Erkrankungen sind in knapp 10 % der Einrichtungen derzeit realisiert oder aktuell in Planung, für knapp ein Viertel der Häuser ist dies zukünftig ein Thema.

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

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



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



© Deutsches Krankenhausinstitut

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

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

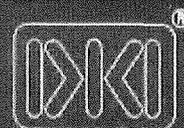
7.4 Finanzierung von Dolmetschern

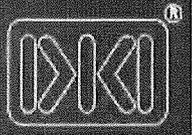
Ein Großteil der Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien greift auf Dolmetscherdienste in Form von Video-Dolmetschern oder professionellen Büros zurück, um sprachliche Barrieren bei der Versorgung von Flüchtlingen zu überwinden (vgl. Kap. 7.2). Der Einsatz von professionellen externen bzw. Video-Dolmetschern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

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

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

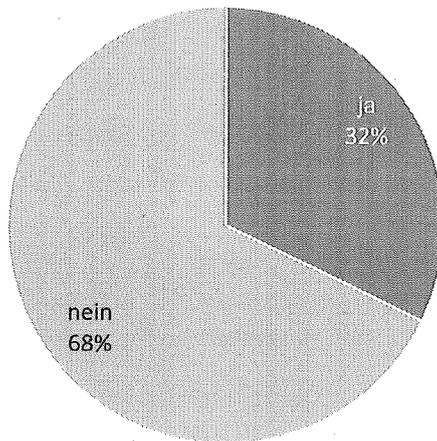
Gut zwei Drittel der Häuser gaben an, dass die Kosten für Dolmetschertätigkeiten bei Flüchtlingen, die durch externe professionelle Übersetzer oder Video-





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

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



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 32: Refinanzierung von Dolmetschertätigkeiten bei Flüchtlingen

7.5 Finanzierung allgemein

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

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

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

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

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

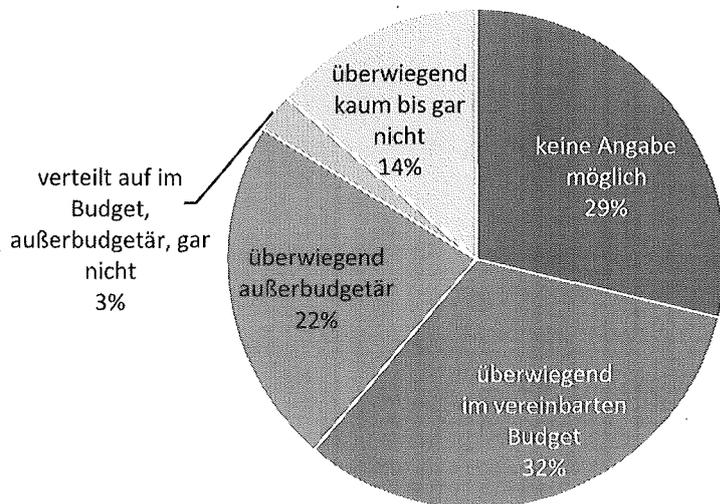
Ungefähr ein Drittel der Einrichtungen gab an, dass die Vergütung der Flüchtlinge, die Ansprüche nach dem AsylbLG hatten, überwiegend im Rahmen des vereinbarten Budgets erfolgte. In 22 % der Einrichtungen erfolgte eine Vergütung der Flüchtlinge überwiegend außerbudgetär. 14 % der Einrichtungen gaben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

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





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



© Deutsches Krankenhausinstitut

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

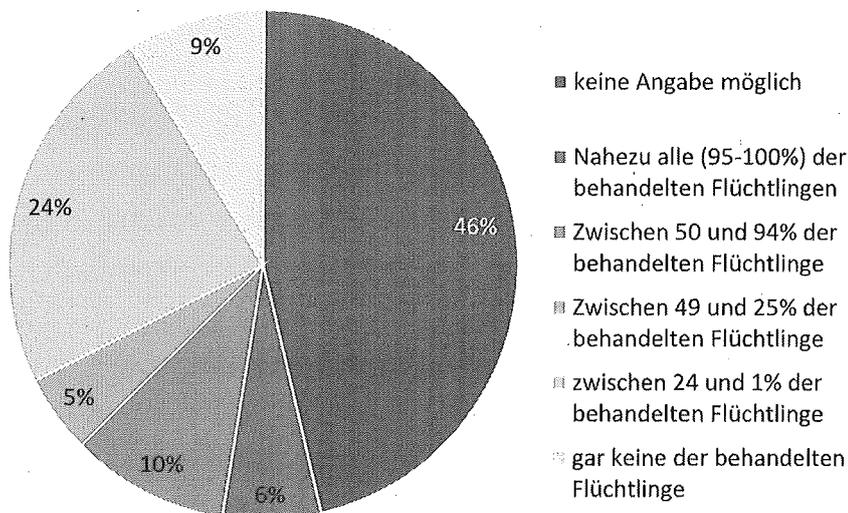
Auch innerhalb der ersten 15 Monate (Wartezeit) ist es möglich, dass die Flüchtlinge bereits auftragsweise von den Krankenkassen eine elektronische Gesundheitskarte erhalten, obwohl sie eigentlich noch Ansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 4 und 6 AsylbLG) hätten. Voraussetzung ist, dass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



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

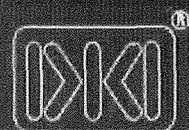
Bei den Einrichtungen, die eine Angabe gemacht hatten, verfügte im Jahr 2016 mehrheitlich lediglich ein geringer Teil der behandelten Flüchtlinge, die Ansprüche nach dem AsylbLG hatten, bereits über eine Gesundheitskarte. In knapp einem Viertel der Einrichtungen lag der Anteil der Patienten mit Gesundheitskarte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

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



© Deutsches Krankenhausinstitut

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



7.6 Kooperationen

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

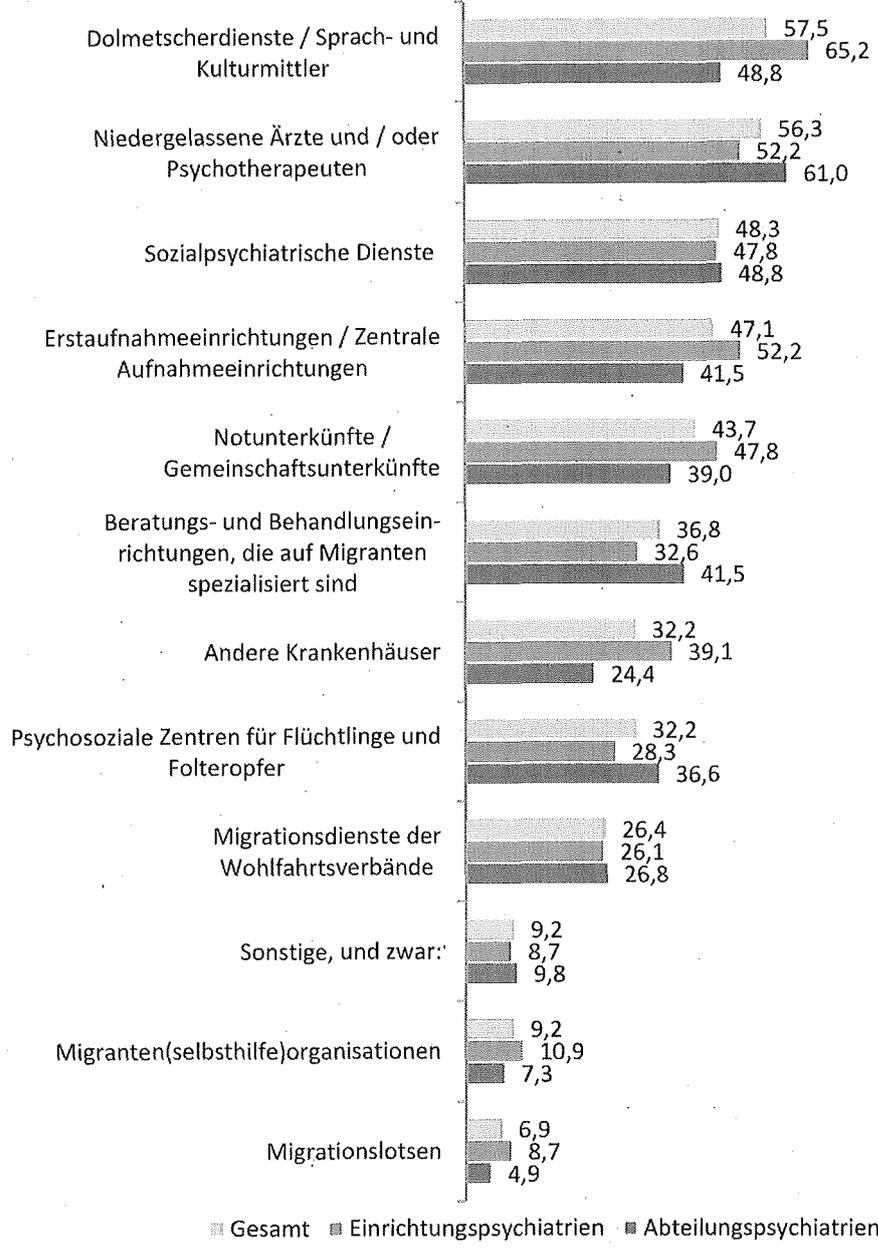
Über die Hälfte der Einrichtungen arbeiten bei der Versorgung von Flüchtlingen jeweils regelmäßig mit Dolmetscherdiensten, Sprach- oder Kulturmittlern sowie niedergelassenen Ärzten und/oder Psychotherapeuten zusammen. Einrichtungspsychiatrien kooperieren überproportional häufig mit Übersetzern bzw. Sprach-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

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

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

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

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



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 35: Kooperationen im Rahmen der Versorgung von Flüchtlingen

Anlage 3

Begleitung der Vorlage Nr. 14/2916

LVR-Fachbereich Soziales Entschädigungsrecht



Traumaambulanzen NRW - Im Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland

Stand 08/2018

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

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

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



LVR - Dezernat 8 - 50663 Köln

An die Vorstände der
LVR-Kliniken

Bedburg-Hau
Bonn
Düren
Düsseldorf
Essen
Köln
Langenfeld
Mönchengladbach
Viersen

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Stv.	Stv.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
LVR-Klinikum Düsseldorf					
07. Feb. 2018					
Kaufm. Direktor					
11	12	13	14	10.	02

Datum und Zeichen bitte stets angeben

15.01.2018

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

c) Fr. Monika Schröder

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

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

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



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

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

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

1. Rechtslage zur Abschiebung psychisch kranker Flüchtlinge:

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

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

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

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

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

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

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

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

aa) Reiseunfähigkeit im engeren Sinne:

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

bb) Reiseunfähigkeit im weiteren Sinne:

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

c) Anforderungen an ärztliche Bescheinigungen:

Ärztliche Fachberichte sind nach der Rechtsprechung (zum Nachweis einer Reiseunfähigkeit) nur dann geeignet, wenn sie nachvollziehbar die Befundtatsachen angeben, ggfs. die Methode der Tatsachenerhebung benennen und nachvollziehbar die fachlich-medizinische Beurteilung des Krankheitsbildes sowie die Folgen darlegen, die sich nach ärztlicher Beurteilung aus der krankheitsbedingten Situation als Folge der Abschiebung ergeben.

Diese von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien wurden durch die Gesetzesänderung des § 60 Abs. 2c AufenthG noch verschärft.

Die Bescheinigung soll nach dem Gesetzestext folgende Punkte enthalten:

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

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

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

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

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

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

2. Verpflichtung zur Ausstellung von ärztlichen Bescheinigungen und Vergütung:

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

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

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

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

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

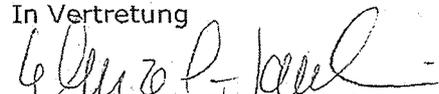
Selbst, wenn eine Kostentragungspflicht der zuständigen Behörde nicht oder nur in bestimmten Fällen (§ 60 Abs. 7 AufenthG) gegeben sein sollte, möchte ich angesichts der großen Verantwortung, die der Landschaftsverband Rheinland mit seinen Kliniken für die Unterstützung und den Schutz psychisch kranker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

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

Mit freundlichen Grüßen

Die Direktorin des Landschaftsverbandes Rheinland

In Vertretung



Martina Wenzel-Jankowski

LVR-Dezernentin



Verstehen und handeln

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



Diplom-Psychologin Monika Schröder.

lichen Verschlechterungen einer bestehenden Diabetes-Erkrankung äußern.

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

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

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

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

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

Düsseldorfer Modell

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

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

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

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

Kunsttherapeutin Nele Heriniaina.

