

An die Mitglieder
des Krankenhausausschusses 2

Köln, 08.11.2018
Herr Mucha
LVR-Klinikum
Düsseldorf

Krankenhausausschuss 2

Dienstag, 20.11.2018, 10:00 Uhr

**LVR-Klinikum Düsseldorf – Kliniken der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf,
Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf
im Sozialzentrum (Haus 27)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur **22.** Sitzung lade ich herzlich ein.

Während der Sitzung sind Sie telefonisch zu erreichen unter Tel. Nr.: 0211/922-1362.

Die Vorbesprechung der CDU-Fraktion findet **ab 8:30 Uhr im Konferenzraum 4 im Direktionsgebäude (Haus 41, 1. Etage)** statt.

Die Vorbesprechung der SPD-Fraktion findet **ab 08:30 Uhr im Personalspeiseraum 1 im Sozialzentrum (Haus 27)** statt.

Die gemeinsame Vorbesprechung der Fraktionsvertretungen von CDU und SPD findet **um 09:30 Uhr im Personalspeiseraum 2 im Sozialzentrum (Haus 27)** statt.

Für die Vorbesprechung der Fraktionen von Bündnis 90/Die Grünen, FDP, Die Linke und Freie Wähler ist der **Konferenzraum 3 im Direktionsgebäude (Haus 41, 1. Etage)** **ab 09:00 Uhr** reserviert.

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

Tagesordnung

Öffentliche Sitzung

Beratungsgrundlage

1. Anerkennung der Tagesordnung
2. Niederschrift über die 21. Sitzung vom 04.09.2018
3. Bericht der Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter
Berichterstattung: Klinikvorstände LVR-Klinikum Düsseldorf und LVR-Kliniken Köln und Langenfeld
4. Bericht über das Safewards-Modell des LVR-Klinikums Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Berichterstattung: Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf
5. Atrium; ein Modellprojekt zur Weiterentwicklung migrationsspezifischer psychiatrischer Versorgung in Düsseldorf
Berichterstattung: LVR-Verbundzentrale **14/3009 E**
6. Bedarfsgerechte Behandlung traumatisierter Flüchtlinge über die Traumaambulanzen in den LVR-Kliniken
Berichterstattung: LVR-Verbundzentrale **14/2916 K**
7. Bericht über die Auswirkungen des BVerfG-Urteils vom 24.7.2018 zu den Anforderungen der Fixierungen auf die LVR-Kliniken
Berichterstattung: LVR-Verbundzentrale **14/3014 K**
8. Anträge und Anfragen der Fraktionen
9. Mitteilungen der Verwaltung
- 9.1. LVR-Verbundzentrale
- 9.2. Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf
- 9.3. Klinikvorstand LVR-Klinik Köln
- 9.4. Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld
10. Verschiedenes

Nichtöffentliche Sitzung

11. Niederschrift über die 21. Sitzung vom 04.09.2018
12. Wiederbestellung zum Stellvertreter der Kaufmännischen Direktion im Klinikvorstand des LVR-Klinikums Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf -
Berichterstattung: LVR-Verbundzentrale **14/2999 E**

- | | | |
|-------|--|------------------|
| 13. | Bestellung einer Ombudsperson für die LVR-Klinik Langenfeld
<u>Berichterstattung:</u> LVR-Geschäftsstelle für Anregungen und Beschwerden | 14/2932 B |
| 14. | Sachstandsbericht zur Krankenhausplanung NRW
<u>Berichterstattung:</u> LVR-Verbundzentrale | 14/2991 K |
| 15. | Bericht über die Budgetverhandlungen 2016 für den KHG-Bereich des LVR-Klinikverbundes und Ausblick auf die Budgetverhandlungen 2017 - 2019
<u>Berichterstattung:</u> LVR-Verbundzentrale | 14/3001 K |
| 16. | Überprüfung von Einrichtungen gemäß § 23 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) NRW
hier: Besuch der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des LVR-Klinikums Düsseldorf
<u>Berichterstattung:</u> LVR-Verbundzentrale | 14/2990 K |
| 17. | Vergabeübersichten über das III. Quartal 2018 mit einer Vergabesumme ab EUR 10.000,- | |
| 17.1. | Vergabeübersicht über das III. Quartal 2018 des LVR-Klinikums Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
<u>Berichterstattung:</u> Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf | 14/2992 K |
| 17.2. | Vergabeübersicht über das III. Quartal 2018 der LVR-Klinik Köln
<u>Berichterstattung:</u> Klinikvorstand LVR-Klinik Köln | 14/3024 K |
| 17.3. | Vergabeübersicht über das III. Quartal 2018 der LVR-Klinik Langenfeld
<u>Berichterstattung:</u> Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld | 14/2988 K |
| 17.4. | Vergabeübersicht des LVR-Dezernates Gebäude- und Liegenschaftsmanagement, Umwelt, Energie, RBB für die LVR-Klinken Köln und Langenfeld sowie das LVR-Klinikum Düsseldorf für das III. Quartal 2018
<u>Berichterstattung:</u> LVR-Dezernat Gebäude- und Liegenschaftsmanagement, Umwelt, Energie, Rheinische Beamten-Baugesellschaft mbH | 14/3020 K |
| 18. | Maßregelvollzug | |
| 18.1. | Niederschrift über die 14. Sitzung des Beirates der Forensik bei der LVR-Klinik Köln am 04.06.2018
<u>Berichterstattung:</u> Klinikvorstand LVR-Klinik Köln | 14/3042 K |
| 19. | Auswirkungen des Maßregelvollzugs auf die Allgemeinpsychiatrie
<u>Berichterstattung:</u> LVR-Verbundzentrale, Klinikvorstände LVR-Kliniken Köln und Langenfeld | |
| 20. | Anträge und Anfragen der Fraktionen | |

- 21. Mitteilungen der Verwaltung
- 21.1. LVR-Verbundzentrale
- 21.2. Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf
- 21.3. Klinikvorstand LVR-Klinik Köln
- 21.4. Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld
- 22. Verschiedenes

Mit freundlichen Grüßen
Der Vorsitzende

S t i e b e r

TOP 1 Anerkennung der Tagesordnung

Niederschrift
über die 21. Sitzung des Krankenhausausschusses 2
am 04.09.2018 in Solingen
- öffentlicher Teil -

Anwesend vom Gremium:

CDU

Bündgens, Willi	
Sonntag, Ullrich	für Dr. Elster, Ralph
Kleine, Jürgen	
Loepp, Helga	
Mucha, Constanze	
Krebs, Bernd	für Plum, Franz
Rohde, Klaus	
Dr. Schlieben, Nils Helge	
Stieber, Andreas-Paul	Vorsitzender

SPD

Ciesla-Baier, Dietmar
Gabriel, Joachim
Kaske, Axel
Schmidt-Zadel, Regina
Schulz, Margret
Servos, Gertrud
Zepuntke, Klaudia

Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Barion, Katrin
Schäfer, Ilona
Zsack-Möllmann, Martina

FDP

Pohl, Mark Stephen	für Dr. Strack-Zimmermann, Marie-Agnes (MdB)
Wirtz, Robert	

Die Linke.

Glagla M.A., Daniela

FREIE WÄHLER

Bosch, Robert

Verwaltung:

Wenzel-Jankowski, Martina	LVR-Dezernatsleitung 8
Dr. Möller-Bierth, Ulrike	LVR-Fachbereichsleiterin 81
Lüder, Klaus	LVR-Fachbereichsleiter 82
Stephan-Gellrich, Susanne	LVR-Fachbereichsleiterin 84
Stölting, Thomas	LVR-Fachbereichsleiter 31
Kreacsik, Peter	LVR-Fachbereich 83

LVR-Klinikum Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität

Prof. Dr. Supprian, Tillmann	Stellv. Ärztlicher Direktor
Maas, Klemens	Pflegedirektor
Dr. Enders, Peter	Kaufmännischer Direktor

LVR-Klinik Langenfeld

Muysers, Jutta	Ärztliche Direktorin
Ludowisy-Dehl, Silke	Pflegedirektorin
Höhmann, Holger	Kaufmännischer Direktor
Schramm, Martina	Protokollführerin

LVR-Klinik Köln

Allisat, Frank	Pflegedirektor
Schürmanns, Jörg	Kaufmännischer Direktor

Zuhörer

Landorff, Katharina	LVR-Fachbereich 03
Nowak, Norbert	LVR-Klinikum Düsseldorf
Gassner, Jürgen	LVR-Klinik Langenfeld
Micheel, Thomas	LVR-Klinikum Düsseldorf
Balzer, Harald	LVR-Klinik Köln
Hülsen, Joachim	LVR-Klinik Langenfeld
Prof. Dr. Janssen, Birgit	LVR-Klinik Langenfeld
Mucha, Jens	LVR-Klinikum Düsseldorf

Tagesordnung

Nichtöffentliche Sitzung

Beratungsgrundlage

1. Anerkennung der Tagesordnung
2. Niederschrift über die 20. Sitzung vom 05.06.2018
3. Berichte über die Prüfung der Jahresabschlüsse und Lageberichte 2017 der LVR-Kliniken
 - 3.1. Bericht über die Prüfung des Jahresabschlusses und des Lageberichtes 2017 des LVR-Klinikums Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf **14/2906 K**
 - 3.2. Bericht über die Prüfung des Jahresabschlusses und des Lageberichtes 2017 der LVR-Klinik Köln **14/2898 K**
 - 3.3. Bericht über die Prüfung des Jahresabschlusses und des Lageberichtes 2017 der LVR-Klinik Langenfeld **14/2820 K**
4. Lageberichte 2017 der LVR-Kliniken
 - 4.1. Lagebericht 2017 des LVR-Klinikums Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf **14/2907 K**
 - 4.2. Lagebericht 2017 der LVR-Klinik Köln **14/2899 K**
 - 4.3. Lagebericht 2017 der LVR-Klinik Langenfeld **14/2818 K**
5. Bestellung zum Stellvertreter der Pflegedirektion im Klinikvorstand der LVR-Klinik Langenfeld **14/2874 E**
6. LVR-Benchmarking-Report 2018 **14/2650/1 K**
7. Überprüfung von Einrichtungen gemäß § 23 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) NRW
hier: Besuch der Abteilung für Allgemeine Psychiatrie der LVR-Klinik Köln **14/2775 K**
8. Aufwands- und Ertragsentwicklung im II. Quartal 2018
 - 8.1. II. Quartalsbericht 2018 des LVR-Klinikums Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf **14/2904 K**
 - 8.2. II. Quartalsbericht 2018 der LVR-Klinik Köln **14/2901 K**
 - 8.3. II. Quartalsbericht 2018 der LVR-Klinik Langenfeld **14/2821 K**
9. Vergaben
 - 9.1. LVR-Klinik Köln
Neubau Haus V
hier: Vergabe Planungsleistungen **14/2894 B**

- 9.2. Vergabe zur Beschaffung eines CT´s und eines MRT´s für das LVR-Klinikum Düsseldorf an die Fa. Siemens Healthcare GmbH **14/2918 B**
- 10. Vergabeübersichten über das II. Quartal 2018 mit einer Vergabesumme ab EUR 10.000,-
- 10.1. Vergabeübersicht über das II. Quartal 2018 des LVR-Klinikums Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf **14/2887 K**
- 10.2. Vergabeübersicht über das II. Quartal 2018 der LVR-Klinik Köln **14/2835 K**
- 10.3. Vergabeübersicht über das II. Quartal 2018 der LVR-Klinik Langenfeld **14/2896 K**
- 10.4. Vergabeübersicht des LVR-Dezernates Gebäude- und Liegenschaftsmanagement, Umwelt, Energie, RBB für die LVR-Klinken Köln und Langenfeld sowie das LVR-Klinikum Düsseldorf für das II. Quartal 2018 **14/2858 K**
- 11. Baucontrollingbericht für die LVR-Kliniken Köln und Langenfeld sowie für das LVR-Klinikum Düsseldorf **14/2862 K**
- 12. Maßregelvollzug
- 12.1. Niederschrift über die 13. Sitzung des Beirates der Forensik bei der LVR-Klinik Köln am 26.02.2018 **14/2831 K**
- 12.2. Niederschrift über die 10. Sitzung des Beirates der Forensik bei der LVR-Klinik Langenfeld am 14.03.2018 **14/2839 K**
- 12.3. Auswirkungen des Maßregelvollzugs auf die Allgemeinpsychiatrie
- 13. Anträge und Anfragen der Fraktionen
- 14. Beschlusskontrolle
- 15. Mitteilungen der Verwaltung
- 15.1. LVR-Verbundzentrale
- 15.2. Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf
- 15.3. Klinikvorstand LVR-Klinik Köln
- 15.4. Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld
- 16. Verschiedenes

Öffentliche Sitzung

- 17. Niederschrift über die 20. Sitzung vom 05.06.2018
- 18. Jahresabschlüsse 2017 der LVR-Kliniken

18.1.	Jahresabschluss 2017 des LVR-Klinikums Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf	14/2908 B
18.2.	Jahresabschluss 2017 der LVR-Klinik Köln	14/2900 B
18.3.	Jahresabschluss 2017 der LVR-Klinik Langenfeld	14/2819 B
19.	Anträge und Anfragen der Fraktionen	
19.1.	Erprobung von Angeboten von Peer-Beratung im Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung; Haushalt 2019	Antrag 14/209 CDU, SPD E
19.2.	Reduzierung von Zwangsmaßnahmen; Haushalt 2019	Antrag 14/210 SPD, CDU E
19.3.	Hometreatment in der Kinder- und Jugendpsychiatrie; Haushalt 2019	Antrag 14/211 CDU, SPD E
19.4.	Neue Versorgungsformen im Klinikverbund; Haushalt 2019	Antrag 14/212 SPD, CDU E
19.5.	Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärken durch integrierte Behandlung und Rehabilitation durch Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe in den Regionen; Haushalt 2019	Antrag 14/225 SPD, CDU E
19.6.	Unterstützung von Hilfen für Kinder psychisch und/oder suchterkrankter Eltern; Haushalt 2019	Antrag 14/227 SPD, CDU E
20.	Wirtschaftsplanentwürfe 2019 sowie Veränderungsnachweise zu den Wirtschaftsplanentwürfen 2019 des LVR-Klinikverbundes	14/2766 E
21.	Tätigkeitsbericht des LVR-Instituts für Versorgungsforschung vom 01.10.2016 - 31.12.2017	14/2627/1 K
22.	Befristete Beschäftigungsverhältnisse 2017	14/2733 K
23.	Bericht über die Maßnahmenumsetzung zur Optimierung des regionalen Lebensmitteleinkaufs	14/2703 K
24.	Beschlusskontrolle	
25.	Mitteilungen der Verwaltung	
25.1.	LVR-Verbundzentrale	
25.2.	Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf	
25.3.	Klinikvorstand LVR-Klinik Köln	
25.4.	Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld	
26.	Verschiedenes	

Beginn der Sitzung:	10:00 Uhr
Ende öffentlicher Teil:	11:38 Uhr
Ende nichtöffentlicher Teil:	11:25 Uhr
Ende der Sitzung:	11:38 Uhr

Öffentliche Sitzung

Punkt 17

Niederschrift über die 20. Sitzung vom 05.06.2018

Die Niederschrift wurde einstimmig genehmigt.

Punkt 18

Jahresabschlüsse 2017 der LVR-Kliniken

Punkt 18.1

Jahresabschluss 2017 des LVR-Klinikums Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Vorlage 14/2908

Keine Wortmeldungen.

Der Krankenhausausschuss 2 fasst **einstimmig** folgenden Beschluss:

1. Der Krankenhausausschuss 2 nimmt den Jahresabschluss 2017 des LVR-Klinikums Düsseldorf gemäß Vorlage Nr. 14/2908 zur Kenntnis.
2. Er empfiehlt dem Landschaftsausschuss, den Jahresabschluss an die Landschaftsversammlung mit folgender Beschlussempfehlung weiterzuleiten:
 - 2.1. Die Landschaftsversammlung stellt den Jahresabschluss 2017 des LVR-Klinikums Düsseldorf fest. Im abgelaufenen Geschäftsjahr 2017 hat das LVR-Klinikum Düsseldorf einen Jahresüberschuss in Höhe von EUR 218.927,42 erwirtschaftet.
 - 2.2 Aus dem Jahresüberschuss zum 31.12.2017 in Höhe von EUR 218.927,42 zuzüglich des Gewinnvortrages in Höhe von EUR 369.382,16 wird ein Bilanzgewinn in Höhe von EUR 588.309,58 ausgewiesen.
Der verbleibende Bilanzgewinn in Höhe von EUR 588.309,58 wird auf neue Rechnung vorgetragen.
3. Dem Klinikvorstand des LVR-Klinikums Düsseldorf wird gem. § 17 Abs. 3 Ziff. 18 der Betriebssatzung Entlastung erteilt.

Punkt 18.2

Jahresabschluss 2017 der LVR-Klinik Köln Vorlage 14/2900

Keine Wortmeldungen.

Der Krankenhausausschuss 2 fasst **einstimmig** folgenden Beschluss:

1. Der Krankenhausausschuss 2 nimmt den Jahresabschluss 2017 der LVR-Klinik Köln gemäß Vorlage Nr. 14/2900 zur Kenntnis.
2. Er empfiehlt dem Landschaftsausschuss, den Jahresabschluss an die Landschaftsversammlung mit folgender Beschlussempfehlung weiterzuleiten:
 - 2.1 Die Landschaftsversammlung stellt den Jahresabschluss 2017 der LVR-Klinik Köln fest. Im abgelaufenen Geschäftsjahr 2017 hat die LVR-Klinik Köln einen Jahresüberschuss in Höhe von EUR 378.492,92 erwirtschaftet.
 - 2.2 Aus dem Jahresüberschuss zum 31.12.2017 in Höhe von EUR 378.492,92 zuzüglich des Gewinnvortrages in Höhe von EUR 289.925,80 sowie einer Entnahme aus der zweckgebundenen Rücklage in Höhe von EUR 74.306,29 wird ein Betrag in Höhe von EUR 742.725,01 der Gewinnrücklage zugeführt.
3. Dem Klinikvorstand der LVR-Klinik Köln wird gem. § 17 Abs. 3 Ziff. 18 der Betriebssatzung Entlastung erteilt.

Punkt 18.3

Jahresabschluss 2017 der LVR-Klinik Langenfeld Vorlage 14/2819

Keine Wortmeldungen.

Der Krankenhausausschuss 2 fasst **einstimmig** folgenden Beschluss:

1. Der Krankenhausausschuss 2 nimmt den Jahresabschluss 2017 der LVR-Klinik Langenfeld gemäß Vorlage Nr. 14/2819 zur Kenntnis.
2. Er empfiehlt dem Landschaftsausschuss, den Jahresabschluss an die Landschaftsversammlung mit folgender Beschlussempfehlung weiterzuleiten:
 - 2.1. Die Landschaftsversammlung stellt den Jahresabschluss 2017 der LVR-Klinik Langenfeld fest. Im abgelaufenen Geschäftsjahr 2017 hat die LVR-Klinik Langenfeld einen Jahresüberschuss in Höhe von EUR 247.359,66 erwirtschaftet.
 - 2.2 Aus dem Jahresüberschuss zum 31.12.2017 in Höhe von EUR 247.359,66 wird ein Betrag in Höhe von EUR 247.359,66 der zweckgebundenen Rücklage zugeführt.
3. Dem Klinikvorstand der LVR-Klinik Langenfeld wird gem. § 17 Abs. 3 Ziff. 18 der Betriebssatzung Entlastung erteilt.

Punkt 19

Anträge und Anfragen der Fraktionen

Punkt 19.1

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

Haushalt 2019

Antrag 14/209 CDU, SPD

Keine Wortmeldungen.

Der Krankenhausausschuss 2 fasst **einstimmig** folgenden empfehlenden Beschluss:

Die Verwaltung wird gebeten, ein Modell zur Erprobung von Peer-Beratung im Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung sowie im Rahmen der weiteren

ambulanten Behandlung an mindestens einem Klinikstandort einzuführen.

Punkt 19.2
Reduzierung von Zwangsmaßnahmen;
Haushalt 2019
Antrag 14/210 SPD, CDU

Keine Wortmeldungen.

Der Krankenhausausschuss 2 fasst **einstimmig** folgenden empfehlenden Beschluss:

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

Punkt 19.3
Hometreatment in der Kinder- und Jugendpsychiatrie;
Haushalt 2019
Antrag 14/211 CDU, SPD

Keine Wortmeldungen.

Der Krankenhausausschuss 2 fasst **einstimmig** folgenden empfehlenden Beschluss:

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

Punkt 19.4
Neue Versorgungsformen im Klinikverbund;
Haushalt 2019
Antrag 14/212 SPD, CDU

Keine Wortmeldungen.

Der Krankenhausausschuss 2 fasst **einstimmig** folgenden empfehlenden Beschluss:

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

Punkt 19.5

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

Keine Wortmeldungen.

Der Krankenhausausschuss 2 fasst **einstimmig** folgenden empfehlenden Beschluss:

I.

Die Verwaltung wird beauftragt, in einer Modellregion im Rheinland ein Konzept für einen kinder- und jugendpsychiatrischen Verbund in Anlehnung an den Gemeindepsychiatrischen Verbund zu erarbeiten und dessen Umsetzung zu initiieren. Bei der Konzepterstellung sollen die Ergebnisse und Maßnahmen des Projektes „Teilhabe ermöglichen – Kommunale Netzwerke gegen Kinderarmut“ sowie die sich daraus abgeleiteten Landesinitiativen „Starke Seelen“ und „kein Kind zurücklassen“, die die nachhaltige Verbesserung des Ineinandergreifens von kommunalen bzw. regionalen Präventions- und Hilfsstrukturen zum Ziel hatten, Beachtung finden.

Die für eine Umsetzung des regionalen Entwicklungskonzeptes erforderlichen Ressourcen z.B. in Form eines Vernetzungs- bzw. Case Managements sind zu benennen, und – soweit in den Budgets der beteiligten Leistungserbringer im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Verbund nicht enthalten, durch den Haushalt des LVR zur Verfügung zu stellen. Eine entsprechende Beteiligung durch das Land sowie die beteiligten Gebietskörperschaften in der Modellregion wird erwartet.

II.

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

Punkt 19.6

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

Keine Wortmeldungen.

Der Krankenhausausschuss 2 fasst **einstimmig** folgenden empfehlenden Beschluss:

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

ehemaligen Modellförderung des LVR in den neun Modellregionen auch für eine eventuelle weitergehende Förderung in den Mitgliedkörperschaften wie folgt zugrunde zu legen sind:

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

Punkt 20

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

Keine Wortmeldungen.

Der Krankenhausausschuss 2 fasst **einstimmig** folgenden empfehlenden Beschluss:

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

Punkt 21

Tätigkeitsbericht des LVR-Instituts für Versorgungsforschung vom 01.10.2016 - 31.12.2017 Vorlage 14/2627/1

Herr Ciesla-Baier weist darauf hin, dass Frau Professor Gouzoulis-Mayfrank im Gesundheitsausschuss im November erläuternd berichten werde. Auf Nachfrage von Herrn Wirtz erläutert Frau Wenzel-Jankowski, dass das Institut einmal im Jahr einen Fortbildungstag organisiere, bei dem die Erkenntnisse aus der Forschung an die Kliniken weitergegeben werden.

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

Punkt 22
Befristete Beschäftigungsverhältnisse 2017
Vorlage 14/2733

Frau Wenzel-Jankowski erläutert auf Nachfrage von Herrn Ciesla-Baier, dass der LVR-Verwaltungsvorstand aufgrund der Rückmeldungen aus der Landschaftsversammlung insbesondere zu den sachgrundlosen Befristungen beraten habe, diese missbillige und die Landesdirektorin nun mit jedem Geschäftsbereich Zielvereinbarungen zu der Thematik schließen werde. Die Verbundzentrale werde das Thema wiederum in die Zielvereinbarungen mit den Klinikvorständen einfließen lassen. Zielgröße bei den sachgrundlosen Befristungen sei maximal 2,5%, dieser Wert werde derzeit auf Bundesebene diskutiert.

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

Punkt 23
Bericht über die Maßnahmenumsetzung zur Optimierung des regionalen Lebensmitteleinkaufs
Vorlage 14/2703

Herr Bosch begrüßt die Entwicklung. Er bittet um Angaben, um wieviel sich die Beschaffungskosten erhöht haben bzw. mit welchen Mehrkosten insgesamt prozentual zu rechnen sei. Die Verwaltung wird gebeten, diese Fragen in der nächsten Sitzung zu beantworten. Frau Schäfer fragt nach der Einbindung von Fair-Trade-Produkten, die sie vermisse. Zudem wünsche sie sich eine klinikscharfe Darstellung. Die Klinikvorstände sagen zu, dies in der nächsten Sitzung zu erläutern, da die Angaben bei dem Competence Center in Viersen eingeholt werden müssten.

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

Punkt 24
Beschlusskontrolle

Keine Wortmeldungen.

Punkt 25
Mitteilungen der Verwaltung

Punkt 25.1
LVR-Verbundzentrale

Keine Wortmeldungen.

Punkt 25.2

Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf

Keine Wortmeldungen.

Punkt 25.3

Klinikvorstand LVR-Klinik Köln

Keine Wortmeldungen.

Punkt 25.4

Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld

Keine Wortmeldungen.

Punkt 26

Verschiedenes

Herr Höhmann erläutert, wie sichergestellt werde, dass Patientinnen und Patienten vor Belästigungen durch andere Patientinnen und Patienten geschützt seien. In Langenfeld sei es in dem Neubau Haus 60 so gelöst, dass Patientinnen und Patienten die Tür von innen verschließen können, das Personal mittels Schlüssel aber von außen aufschließen könne. Dies funktioniere nur eingeschränkt bei Zwei-Bett-Zimmern. Bei den Neubauten werde darauf geachtet.

Herr Schürmanns schließt sich an; der vorhandene Bestand bestehe überwiegend aus Mehr-Bett-Zimmern. Theoretisch sei es denkbar, eine Lösung in Zwei-Bett-Zimmern mittels elektronischer Schließanlagen zu finden. Die LVR-Klinik Köln habe damit angefangen, aus Brandschutzgründen auf elektronische Schließanlagen umzurüsten. Es sei aber mit Flucht- und Rettungswegen begonnen worden. Elektronische Schließanlagen in Patientenzimmern würden überprüft und wären in einem weiteren Bauabschnitt denkbar.

Köln, 28.10.2018

Der Vorsitzende

S t i e b e r

Langenfeld, 08.10.2018

Für den Klinikvorstand

H ö h m a n n
Vorstandsvorsitzender

TOP 3 Bericht der Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter

TOP 4

**Bericht über das Safewards-Modell des LVR-Klinikums
Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf**

Vorlage-Nr. 14/3009

öffentlich

Datum: 26.10.2018
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Herr Gierling

Krankenhausausschuss 2	20.11.2018	empfehlender Beschluss
Gesundheitsausschuss	23.11.2018	Beschluss

Tagesordnungspunkt:

Atrium; ein Modellprojekt zur Weiterentwicklung migrationspezifischer psychiatrischer Versorgung in Düsseldorf

Beschlussvorschlag:

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

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

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

ja

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2020. ja

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

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

In Vertretung

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

Zusammenfassung:

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

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

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

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

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

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

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

Begründung der Vorlage Nr. 14/3009:

Inhalt

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

1 Ausgangslage

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 Projektbeschreibung

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

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

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

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

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

Netzwerkstrukturen des Projekts sind:

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

Träger des Projektes ist die Landeshauptstadt Düsseldorf mit dem

- Amt für Migration und Integration
- Gesundheitsamt
- Kulturamt

In Kooperation mit:

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

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

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

Die Evaluation soll durch zwei Masterstudiengänge erfolgen.

3 Aufgaben und Ziele der Stelle

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

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

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

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

4 Bewertung

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

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

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

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

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

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

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

5 Vorschlag zur Finanzierung

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

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

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

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

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

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

Abb. 1 Übersicht der Ausgaben SIM

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

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

** Prognose für die Jahre 2019 – 2021

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

In Vertretung

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

Anlagen

1. Antragsschreiben vom 30.08.2018
2. Umsetzungskonzept
3. Stellenbeschreibung



Briefpostanschrift: Stadtverwaltung Amt 53/03 40200 Düsseldorf

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

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

Sehr geehrte Frau Wenzel-Jankowski,

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

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

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

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

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

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

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

Willi-Becker-Allee 10
40227 Düsseldorf

Kontakt
Elke Wirmann
Zimmer
708

Telefon
0211.89-94965

Fax
0211.89-29384

E-Mail
elke.wirmann@
duesseldorf.de

Datum
30.08.2018

AZ
53/03

Telefonzentrale
0211.89-91

Internet
www.duesseldorf.de

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

Bus, Bahn, U-Bahn
Hauptbahnhof

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

Gläubiger-ID
DE15DUS00000011727



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

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

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

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

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

Wir bedanken uns im Voraus bei Ihnen für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Birnbaum
Psychiatriekoordinatorin



Landeshauptstadt
Düsseldorf

Amt für Migration und Integration
Gesundheitsamt
Kulturamt

In Kooperation
mit:

SPZ Verbund
Düsseldorf
SPKoM Mittleres
Rheinland



Konzeption

Atriumprojekt

Kontakt – und Beratungsstelle
für psychisch belastete
Migrantinnen und Migranten

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

Stand: 27.07.18

Inhaltsverzeichnis

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

Vorwort

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

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

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

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

1 Einleitung

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

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

2 Projekt

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

2.1 Zielgruppe

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

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

2.2 Clearing

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

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

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

2.3 Personelle Ressourcen

Als personelle Ressourcen stehen dem Projekt zur Verfügung:

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

2.4 Einbettung in die Regelversorgung

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

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

2.5 Kunst-Kultur-Teilhabe: künstlerische Angebote im Atrium

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

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

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

2.6 Finanzierung

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

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

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

2.7 Infrastruktur

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

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

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

2.8 Grundriss Atrium

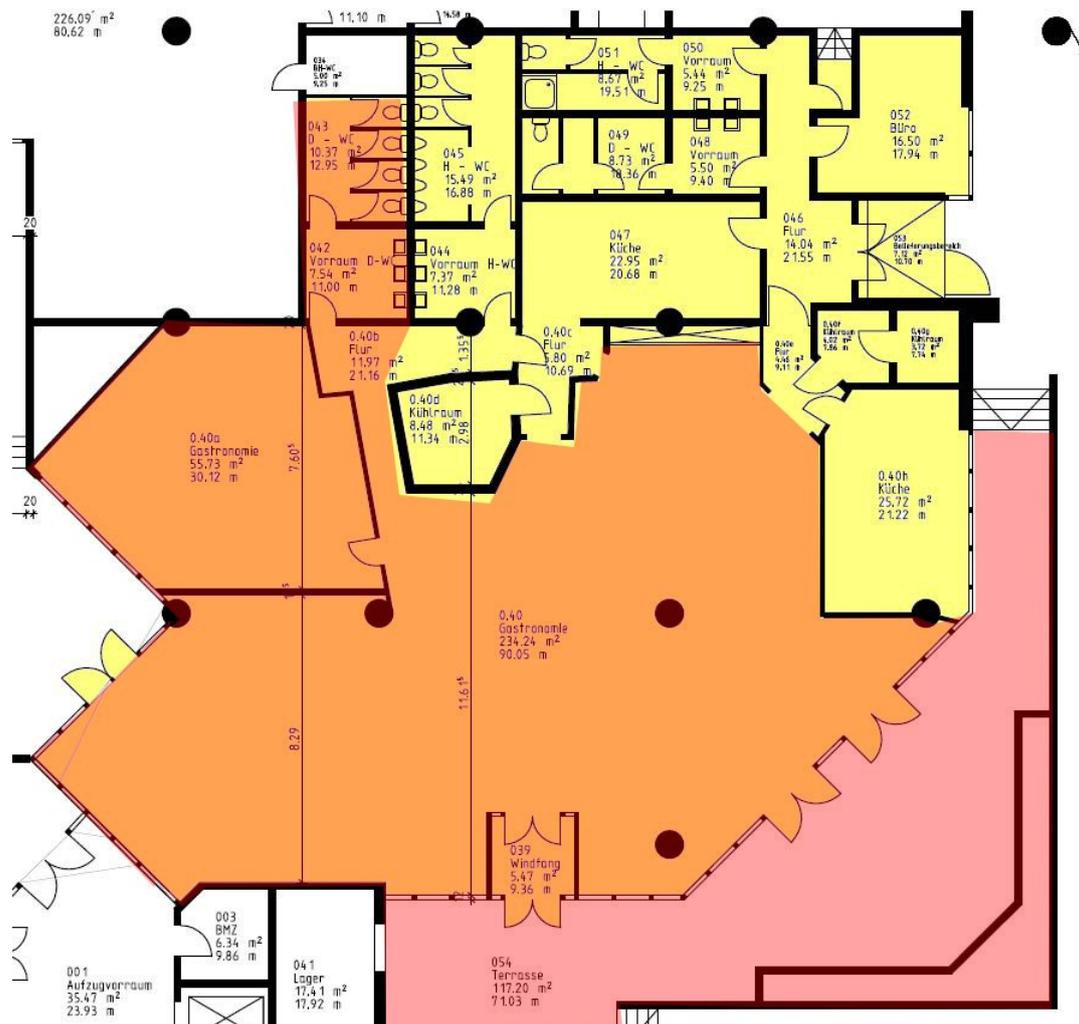


Abbildung 1: Grundriss Atrium Bertha-von-Suttner-Platz 1-3 Nachnutzung

2.9 Raum- und Nutzungskonzept

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

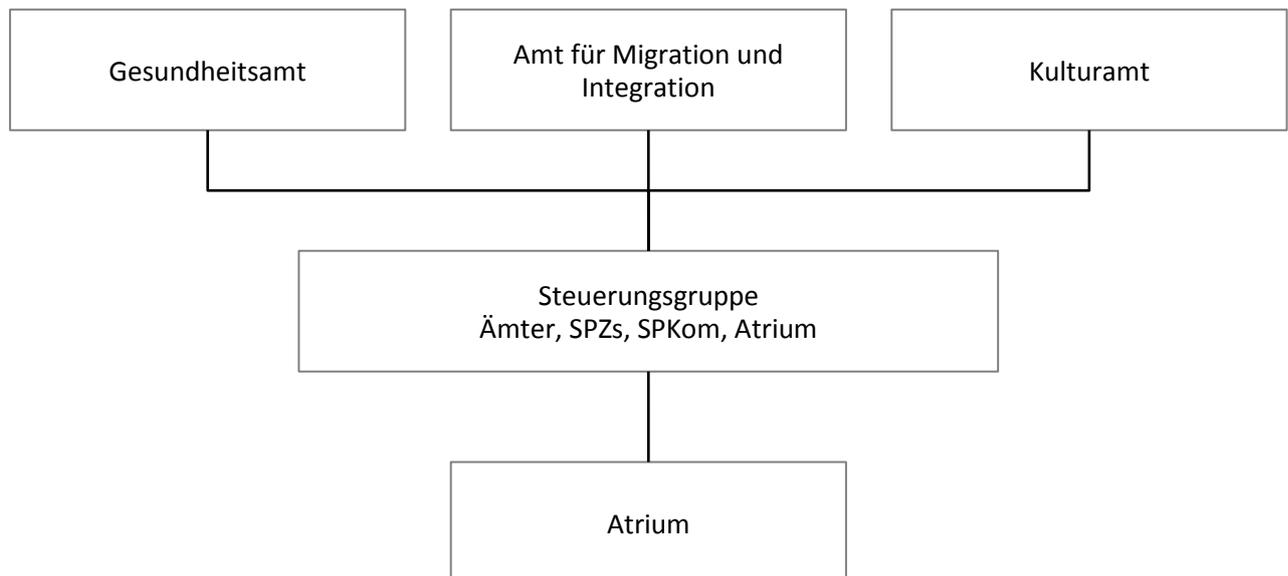
- der große Raum ist der zentrale Raum, in dem Kontakt und Begegnung stattfinden soll. Er kann für Veranstaltungen (Informations-, Kultur-, Gruppenveranstaltungen u. a.) ebenso

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

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

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

3 Organigramm



4 Module

Mögliche Module sind:



Abbildung 2: Graphische Darstellung Projekt Im Atrium

5 Wochenplangestaltung

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

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

Abbildung 3: Graphische Darstellung Wochengestaltung

SPZ AWO: Orientierungsspaziergang 3 Monate

SPZ der Landeshauptstadt Düsseldorf: Näherwerkstatt 6 Monate

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

Kulturamt: verschiedene Projekte für Kinder und Frauen

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

Stellenbeschreibung für eine Personalstelle im Atriumprojekt

1. Stellenbezeichnung

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

2. Vollzeit

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

3. Aufgabe/Ziel der Stelle

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

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

Das Projektteam wird dabei in seiner Arbeit unterstützt durch:

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

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

4. Bedeutung der Stelle für das Projekt

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

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

5. Hauptaufgaben

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

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 Traumafolgeerkrankung mit entsprechendem Behandlungsbedarf vorliegt.

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

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

2.4.1. Flüchtlinge

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

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

2.4.2. Strukturen und Rahmenbedingungen

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

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

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

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

Zu nennen sind an dieser Stelle:

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

2.4.3. Behandlerinnen und Behandler

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Als zentrale Elemente in der Patientenversorgung sind hier zu nennen:

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

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

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

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

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

3. Zusammenfassende Einschätzung

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

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

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

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

Geeignete und an die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe angepasste Behandlungskonzepte erfordern zum einen neben kurzfristigen akuttherapeutischen traumaspezifischen Interventionen (analog OEG) in vielen Fällen auch langfristig und vernetzt angelegte stabilisierende Behandlungsangebote. Zum anderen müssen diese die Berücksichtigung der zum Teil krankheitsverschärfenden Lebensbedingungen in Deutschland (Wohn- und Lebensverhältnisse), des asyl- und aufenthaltsrechtlichen Kontextes und die Vernetzung mit bzw. den Einbezug von Unterstützer/innen (z. B. Familienmitglieder, Sozialarbeiter/innen, Ärzt/innen, Flüchtlingsberatungsstellen, Anwalt/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

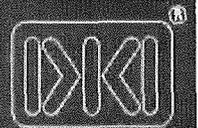
Die Zahl der Flüchtlinge ist seit dem Jahr 2009 (33.033 Asylanträge, davon 27.649 Erstanträge) kontinuierlich angestiegen und erreichte im Jahr 2016 einen Höchststand: Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) zählte 745.545 Erst- und Folgeanträge auf Asyl (davon 722.370 Erstanträge) und damit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

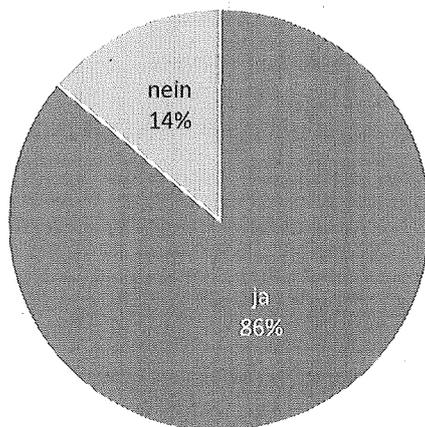


zu berücksichtigen, dass die Verteilung der Flüchtlinge oder Asylbewerber¹¹ regional unterschiedlich ist. Dies betrifft damit auch die Krankenhäuser und die wahrgenommenen Herausforderungen oder zu ergreifende Maßnahmen.

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

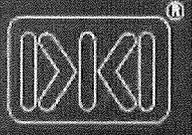
Abb. 27: Versorgung von Flüchtlingen im Jahr 2016

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

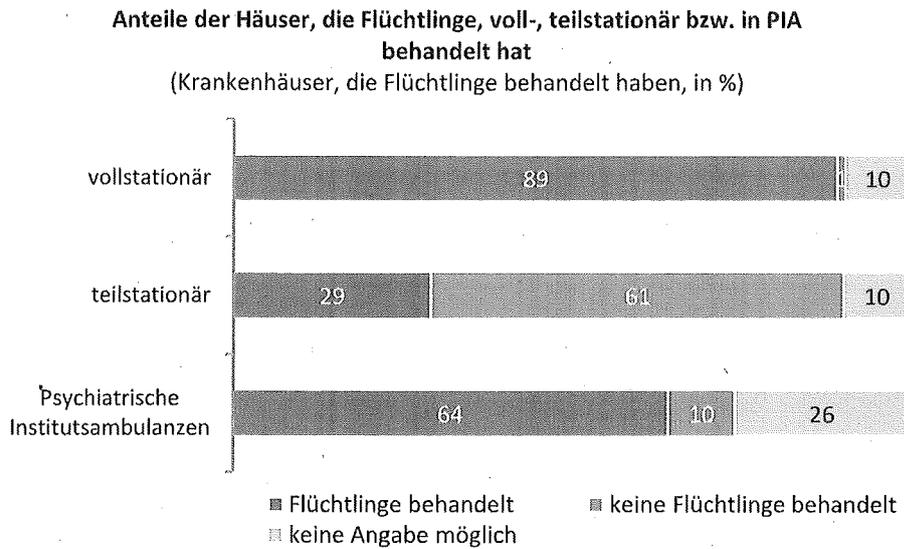
¹¹ Im Nachfolgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit überwiegend der Begriff „Flüchtling“ benutzt. Asylbewerber sind hier mit eingeschlossen.

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).

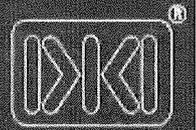


© Deutsches Krankenhausinstitut

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

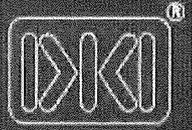
Bei der Diskussion möglicher Barrieren der stationären psychiatrischen Versorgung von Flüchtlingen stehen meist sprachliche und kulturelle Probleme im Fokus. Darüber hinaus gibt es weitere, mögliche Herausforderungen bei der (teil)stationären Behandlung von Flüchtlingen. Im PSYCHIatrie Barometer wurden 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 %)

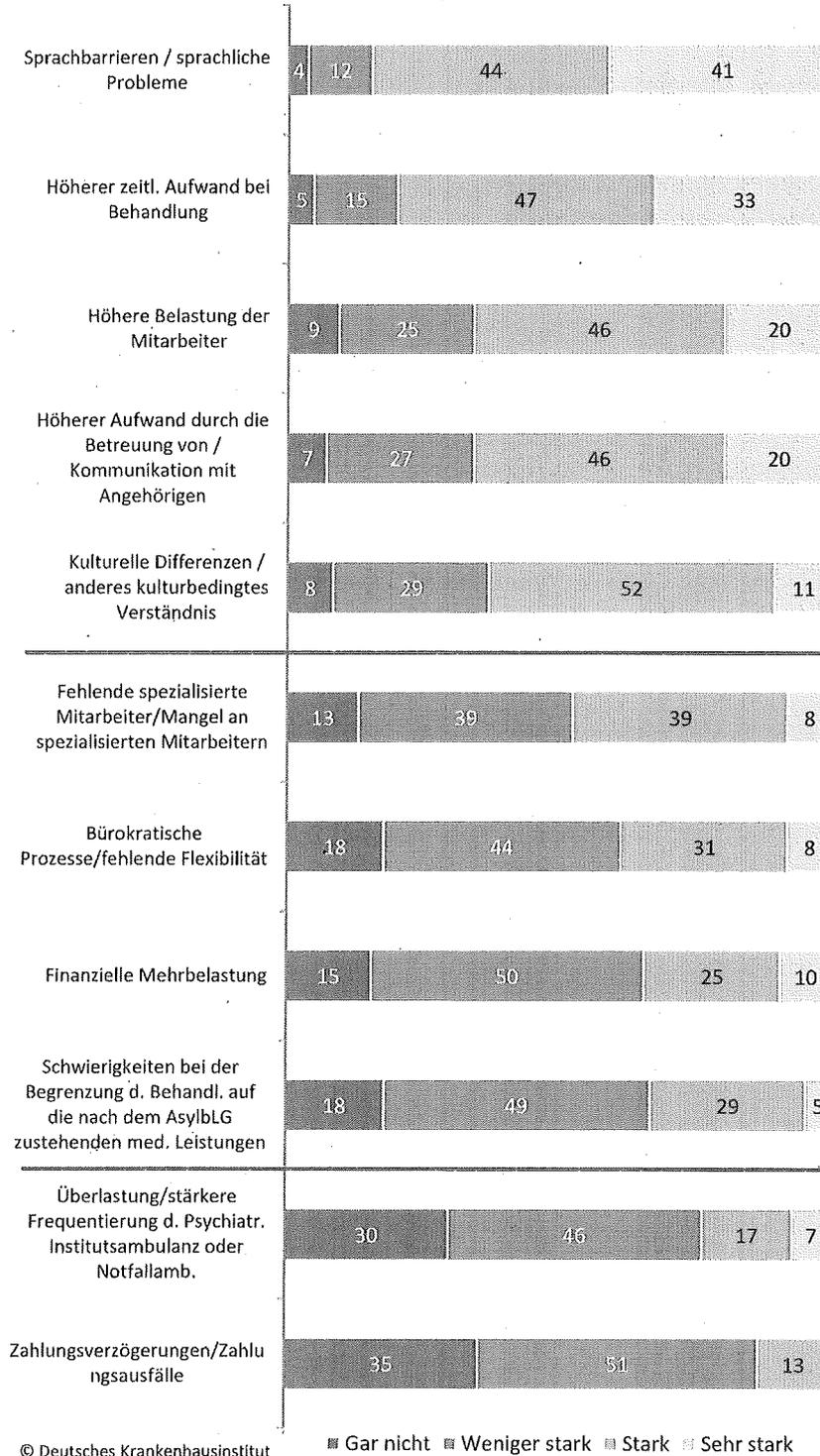


Abb. 29: Herausforderungen bei der Versorgung von Flüchtlingen



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.

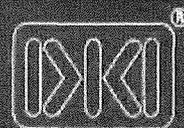
Gut ein Viertel der Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien hat gezielt Personal mit den benötigten Sprach- und Kulturkenntnissen eingestellt, um bei der Versorgung von Flüchtlingen Sprachbarrieren besser überwinden zu können.

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.

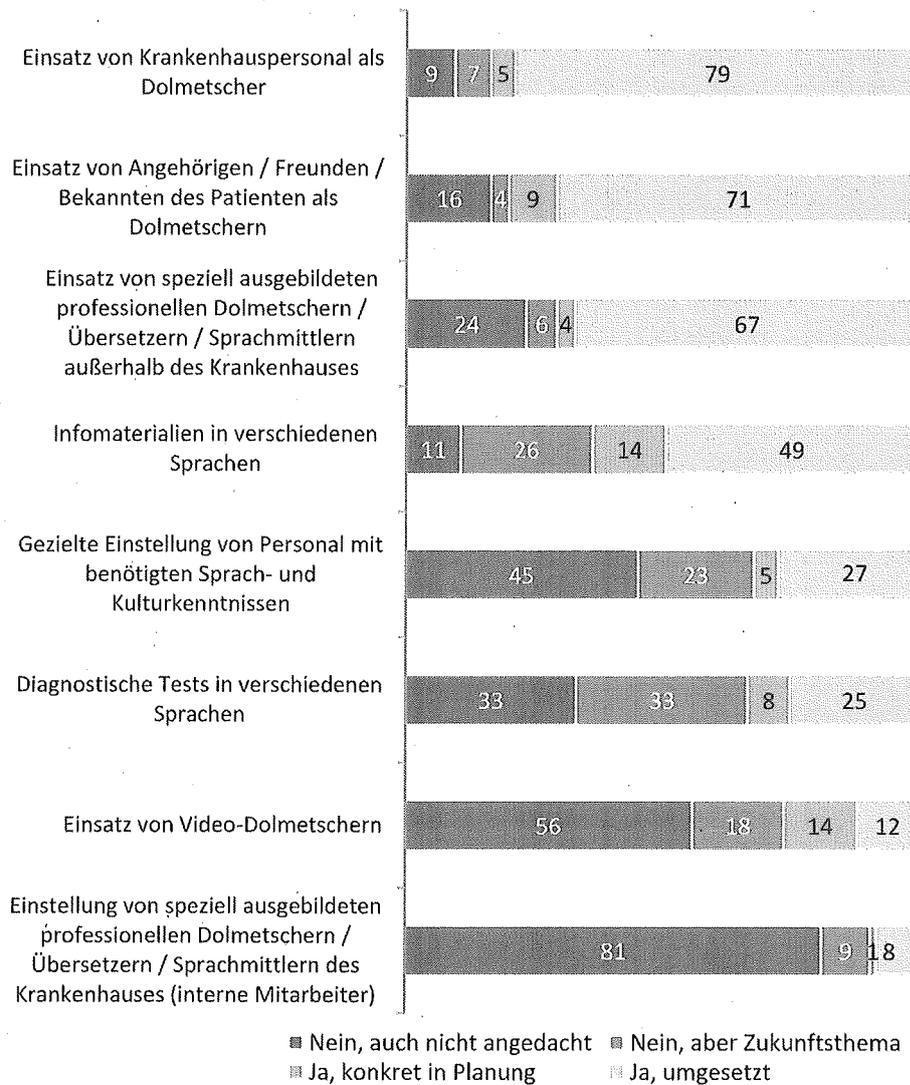
Video-Dolmetscher werden vergleichsweise seltener genutzt, um sprachliche Probleme zu lösen. Konkret werden diese in 12 % der Einrichtungen bereits eingesetzt, weitere 14 % planen dies konkret und 18 % für die Zukunft. Die Einstellung von speziell ausgebildeten Dolmetschern, Übersetzern oder Sprachmittlern 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.

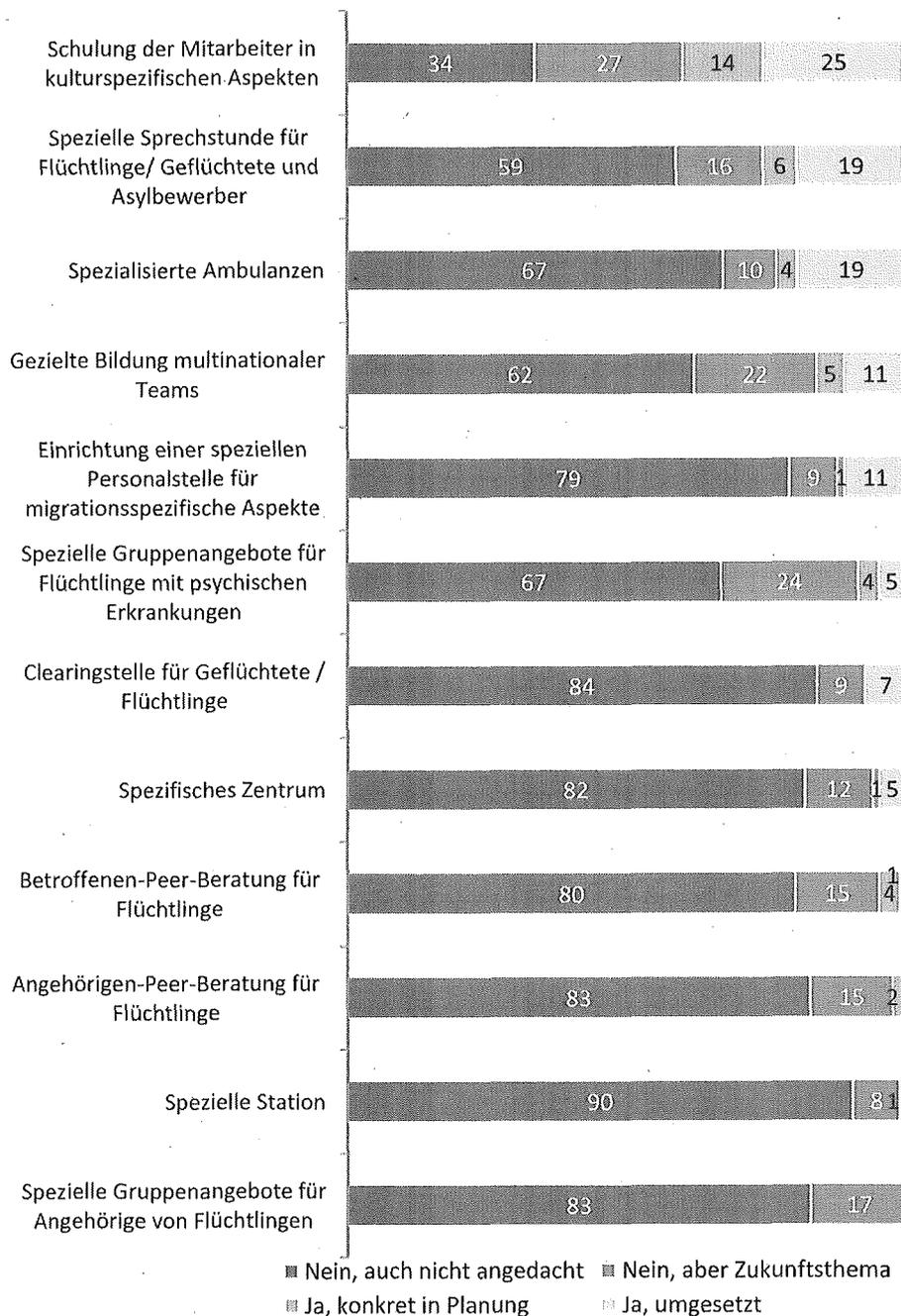
Spezielle Gruppenangebote für Flüchtlinge mit psychischen Erkrankungen sind in knapp 10 % der Einrichtungen derzeit realisiert oder aktuell in Planung, für knapp ein Viertel der Häuser ist dies zukünftig ein Thema.

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 Zukunftsaenda von Abteilungspsychiatrien.

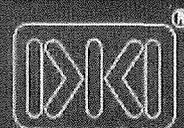
7.4 Finanzierung von Dolmetschern

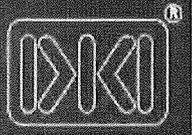
Ein Großteil der Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien greift auf Dolmetscherdienste in Form von Video-Dolmetschern oder professionellen Büros zurück, um sprachliche Barrieren bei der Versorgung von Flüchtlingen zu überwinden (vgl. Kap. 7.2). Der Einsatz von professionellen externen bzw. Video-Dolmetschern 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.

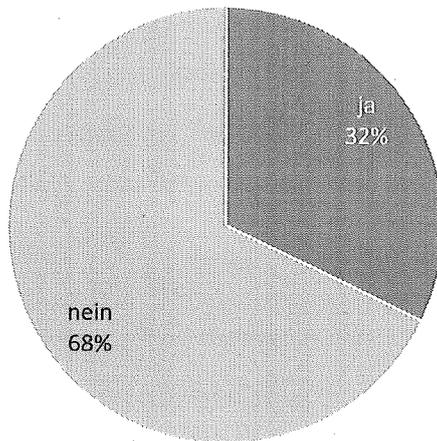
Gut zwei Drittel der Häuser gaben an, dass die Kosten für Dolmetschertätigkeiten bei Flüchtlingen, die durch externe professionelle Übersetzer oder Video-





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.

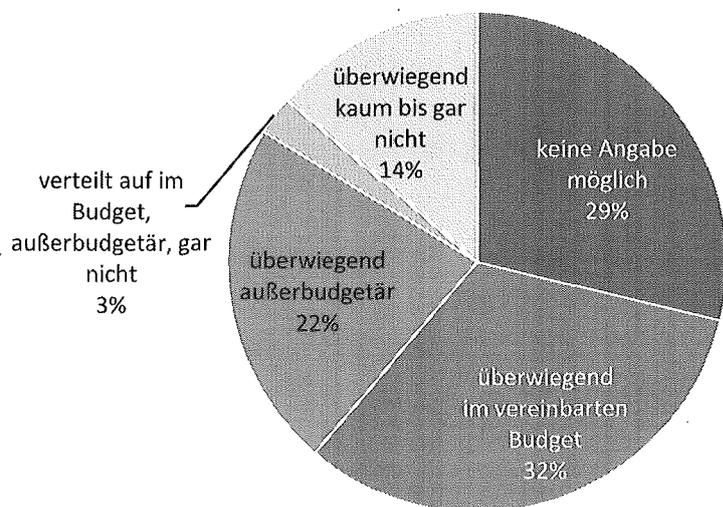
Ungefähr ein Drittel der Einrichtungen gab an, dass die Vergütung der Flüchtlinge, die Ansprüche nach dem AsylbLG hatten, überwiegend im Rahmen des vereinbarten Budgets erfolgte. In 22 % der Einrichtungen erfolgte eine Vergütung der Flüchtlinge überwiegend außerbudgetär. 14 % der Einrichtungen gaben 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

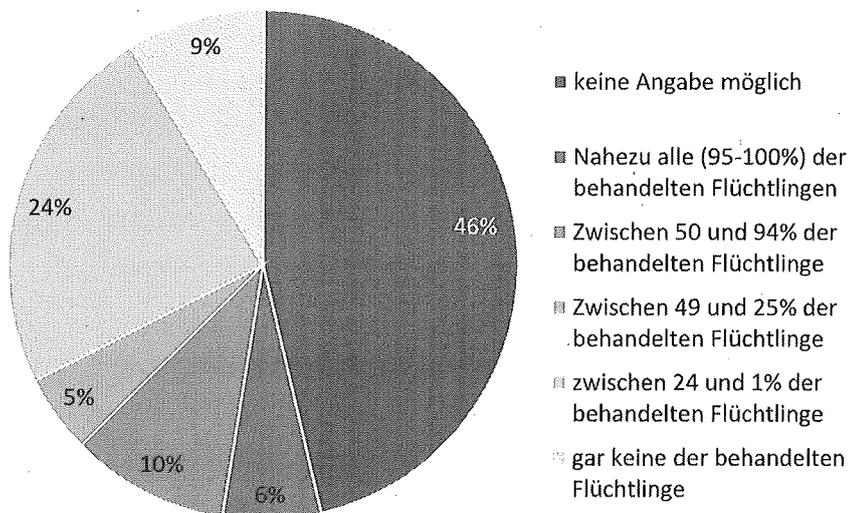
Auch innerhalb der ersten 15 Monate (Wartezeit) ist es möglich, dass die Flüchtlinge bereits auftragsweise von den Krankenkassen eine elektronische Gesundheitskarte erhalten, obwohl sie eigentlich noch Ansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 4 und 6 AsylbLG) hätten. Voraussetzung ist, dass 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 %).

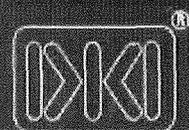
Bei den Einrichtungen, die eine Angabe gemacht hatten, verfügte im Jahr 2016 mehrheitlich lediglich ein geringer Teil der behandelten Flüchtlinge, die Ansprüche nach dem AsylbLG hatten, bereits über eine Gesundheitskarte. In knapp einem Viertel der Einrichtungen lag der Anteil der Patienten mit Gesundheitskarte 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 %)**

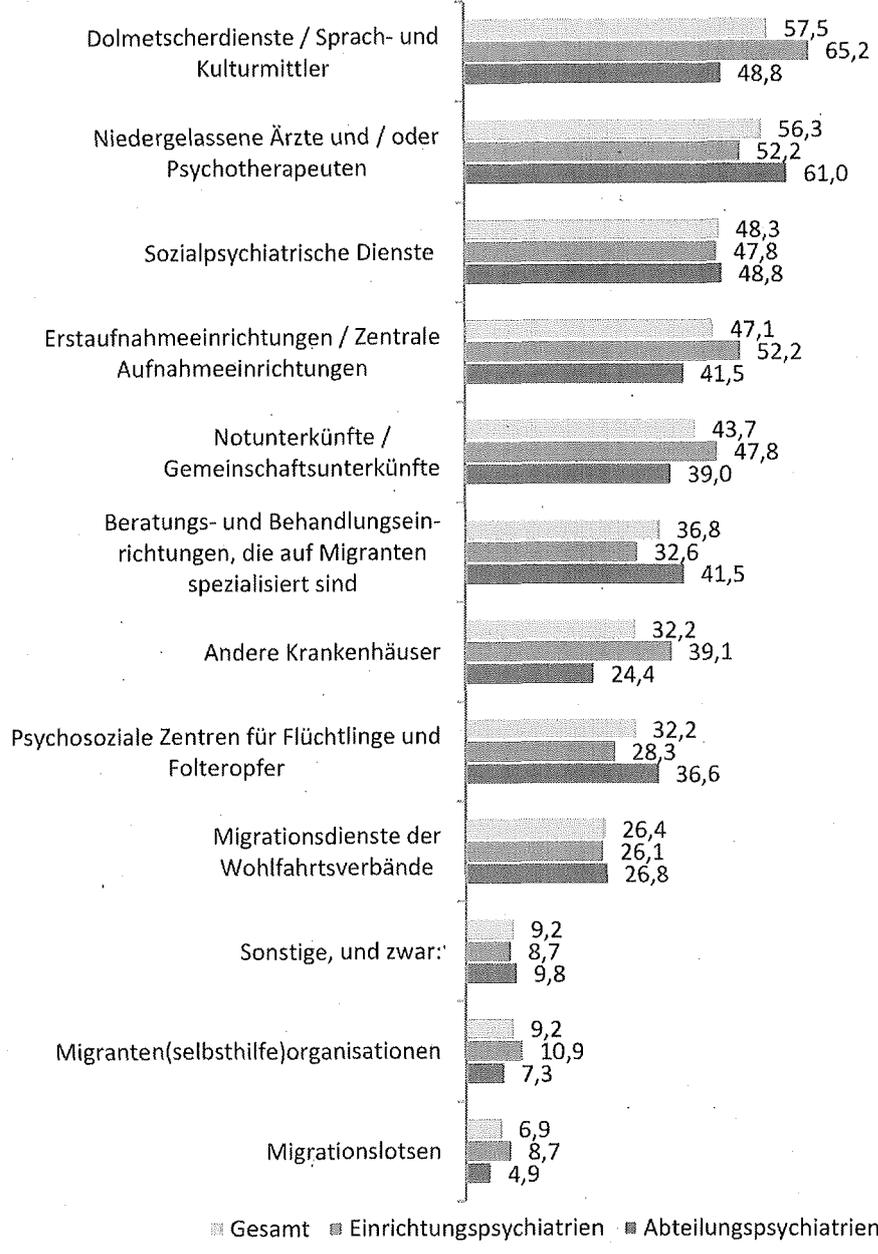


Abb. 35: Kooperationen im Rahmen der Versorgung von Flüchtlingen

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.

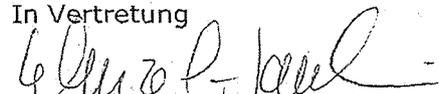
Selbst, wenn eine Kostentragungspflicht der zuständigen Behörde nicht oder nur in bestimmten Fällen (§ 60 Abs. 7 AufenthG) gegeben sein sollte, möchte ich angesichts der großen Verantwortung, die der Landschaftsverband Rheinland mit seinen Kliniken für die Unterstützung und den Schutz psychisch kranker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

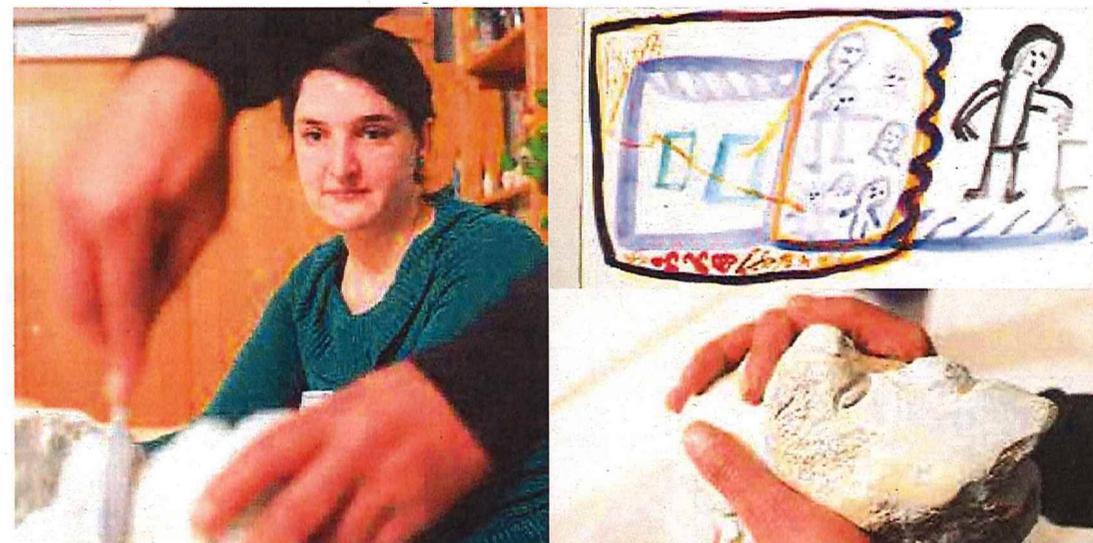
Die transkulturelle psychosomatische Medizin und Psychotherapie für Menschen mit Flücht- und Migrationshintergrund setzt u.a. auf eine kultursensible Ausrichtung der Abläufe im Rahmen der Anmeldesituation, eine psychodynamisch orientierte verlängerte Phase der Diagnostik, muttersprachliche Testverfahren, 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.



Vorlage-Nr. 14/3014

öffentlich

Datum: 02.11.2018
Dienststelle: Fachbereich 81
Bearbeitung: Frau Fischer

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

Tagesordnungspunkt:

Bericht über die Auswirkungen des BVerfG-Urteils vom 24.7.2018 zu den Anforderungen der Fixierungen auf die LVR-Kliniken

Kenntnisnahme:

Der Bericht über das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 24.07.2018 zu den verfassungsgerichtlichen Anforderungen an die Fixierungen und die Auswirkungen auf die Kliniken des Landschaftsverbandes Rheinland wird gemäß der Vorlage 14/3014 zur Kenntnis genommen.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

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

ja

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2020. nein

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

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

In Vertretung

WENZEL - JANKOWSKI

Zusammenfassung:

Mit dieser Vorlage erfolgt die Berichterstattung zu dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 24.07.2018. Die Entscheidung des BVerfG betrifft die verfassungsgerichtlichen Anforderungen an die Anordnung von Fixierungen im Rahmen einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung. Sie bezieht sich auf zwei Fälle, in denen bei öffentlich-rechtlich untergebrachten Patienten aus Bayern und Baden-Württemberg 5- bzw. 7-Punkt-Fixierungen vorgenommen wurden.

Das BVerfG hat hierbei festgestellt, dass sowohl bei einer 5-Punkt- als auch bei einer 7-Punkt-Fixierung eine gerichtliche Zustimmung erforderlich ist, soweit sie absehbar die Dauer von ungefähr einer halben Stunde überschreitet. In diesen Fällen liegt eine Freiheitsentziehung im Sinne des Art. 104 Abs. 2 GG vor.

Darüber hinaus werden in dieser Vorlage die Auswirkungen des BVerfG Urteils für die LVR-Kliniken dargestellt. Hierbei hat eine Abfrage bei den Kliniken des LVR ergeben, dass die Umsetzung des Urteils bei den öffentlich-rechtlichen Unterbringungen nach dem PsychKG NRW mit keinen besonderen Schwierigkeiten verbunden ist. Uneinheitliche Rechtsauffassungen bestehen bei den Amtsgerichten in Bezug auf die analoge Anwendung des Urteils bei den freiheitsentziehenden Maßnahmen im Bereich der betreuungsrechtlichen Unterbringung. Im Maßregelvollzug ist noch ungeklärt, welche Gerichte für die gerichtliche Zustimmung zuständig sind.

Begründung der Vorlage Nr. 14/3014:

1) Bericht über das BVerfG Urteil vom 24.07.2018

Am 24.07.2018 hat das BVerfG ein Urteil zu je einer Verfassungsbeschwerde von zwei öffentlich-rechtlich untergebrachten Patienten aus Bayern und Baden-Württemberg verkündet, die sich gegen die ärztliche Anordnung von Fixierungen richteten.

In dem Urteil stellt das BVerfG fest, dass eine 5- oder 7-Punkt-Fixierung im Rahmen einer richterlich genehmigten Unterbringung aufgrund der besonderen Eingriffsintensität eine eigenständige Freiheitsentziehung darstellt, wenn sie absehbar länger als eine halbe Stunde andauert. Nach Art. 104 Abs. 2 GG bedarf sie daher einer gesonderten vorgeordneten richterlichen Anordnung (sog. Richtervorbehalt).

Die besondere Eingriffsintensität der 5-Punkt- wie auch der 7-Punkt-Fixierung begründet das BVerfG damit, dass die Fortbewegungsfreiheit des Betroffenen bei dieser Form der Fixierung nach jeder Richtung hin vollständig aufgehoben wird.

Nach Auffassung des BVerfG reicht der gerichtliche Unterbringungsbeschluss somit nicht aus, um diese Art der Fixierung abzudecken.

Zudem hat das BVerfG in seiner Entscheidung nochmals klargestellt, dass jede Freiheitsentziehung stets einer strengen Prüfung am Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu unterziehen ist. Dabei sind vor allem die nachfolgenden Punkte zu beachten, die bei der Durchführung der Fixierung einzuhalten sind:

- Eine Fixierung darf nur als letztes Mittel angewandt werden, wenn andere mildere Mittel nicht (mehr) in Betracht kommen.
- Die Anordnung und Überwachung der Fixierung hat in einer geschlossenen psychiatrischen Einrichtung durch einen Arzt/eine Ärztin zu erfolgen.
- Bei der Durchführung der Maßnahme ist jedenfalls während einer 5- oder 7-Punkt-Fixierung in der Unterbringung aufgrund der Schwere des Eingriffs und der damit verbundenen Gesundheitsgefahren grundsätzlich eine 1:1 Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal zu gewährleisten.
- Die Fixierung muss als besondere Sicherungsmaßnahme zur Abwehr einer sich aus der Grunderkrankung ergebenden Selbst- oder Fremdgefährdung in engem Zusammenhang mit der in der Unterbringung stattfindenden psychiatrischen Behandlung der Grunderkrankung stehen.
- Die Erforderlichkeit der Fixierung ist in kurzen Abständen zu kontrollieren und ggf. neu einzuschätzen.
- Zur Sicherung der Verhältnismäßigkeit des Eingriffs und im Hinblick auf die Effektivität des Rechtsschutzes ist die Anordnung der Fixierung, die maßgeblichen Gründe dafür, die Durchsetzung, Dauer und die Art der Überwachung zu dokumentieren.

Des Weiteren leitet das BVerfG aus dem Freiheitsgrundrecht die Verpflichtung her, Betroffene nach Beendigung der Maßnahme auf die Möglichkeit hinzuweisen, die Zulässigkeit der durchgeführten Fixierung gerichtlich überprüfen zu lassen, damit den Betroffenen

bewusst ist, dass sie auch noch nach Erledigung der Maßnahme eine gerichtliche Überprüfung herbeiführen können.

Schließlich führt das BVerfG noch aus, dass der Richtervorbehalt für den Staat die Verpflichtung begründet, die Erreichbarkeit eines zuständigen Richters/einer zuständigen Richterin, jedenfalls zur Tageszeit, zu gewährleisten. Um den Schutz des von einer Freiheitsentziehenden Fixierung Betroffenen sicherzustellen, bedarf es eines täglichen richterlichen Bereitschaftsdienstes, der den Zeitraum von 6:00 Uhr bis 21:00 Uhr abdeckt.

Dieses Urteil hat weitreichende Auswirkungen für freiheitsentziehende Maßnahmen, die auf öffentlich-rechtlicher Grundlage anderer Bundesländer oder aufgrund der Regelungen im Zivilrecht bzw. im Maßregelvollzug erfolgen.

2) Auswirkungen auf die LVR-Kliniken

a) bei öffentlich-rechtlich untergebrachten Patientinnen und Patienten nach dem PsychKG NRW

aa) Umsetzungsmaßnahmen

Die Entscheidung des BVerfG bezieht sich auf die (öffentlich-rechtlichen) Unterbringungsgesetze in Bayern und Baden-Württemberg, die sich von der Gesetzeslage in Nordrhein - Westfalen deutlich unterscheiden. Grundlage für die öffentlich-rechtliche Unterbringung in Nordrhein-Westfalen ist das PsychKG NRW, das mit Wirkung zum 01.01.2017 novelliert worden ist und weitgehend mit den Vorgaben des BVerfG zur Rechtmäßigkeit einer Fixierung übereinstimmt. So ist im novellierten § 20 PsychKG NRW ausdrücklich festgelegt, dass jede länger andauernde Fixierung der vorherigen gerichtlichen Zustimmung bedarf.

Im Sinne einer Präzisierung hat die LVR-Verbundzentrale unmittelbar im Anschluss an das Urteil und auf der Grundlage eines entsprechenden Schreibens der beiden Bezirksregierungen Köln und Düsseldorf gegenüber den LVR-Kliniken angeordnet, dass eine gerichtliche Zustimmung bei jeder 5-Punkt- bzw. 7-Punkt-Fixierung einzuholen ist, sobald abzusehen ist, dass diese länger als eine halbe Stunde andauern wird.

Des Weiteren müssen Patientinnen und Patienten nach der Beendigung dieser Fixierungen nun auf die Möglichkeit hingewiesen werden, die Zulässigkeit der durchgeführten Maßnahme gerichtlich überprüfen lassen zu können. Dabei wird empfohlen, den erfolgten Hinweis zu dokumentieren.

Im Klinikinformationssystem (KIS) sind die Fixierungsformulare entsprechend angepasst worden.

Darüber hinaus stehen die LVR-Kliniken in Kontrakt mit den zuständigen Gerichten vor Ort und haben zum Teil neue Antragsformulare konzipiert, die zusammen mit den Formularen aus KIS eingesetzt werden.

bb) Rückmeldungen der Kliniken

In der Regel werden nun alle Fixierungen dem/der zuständigen Richter/-in zur Entscheidung vorgelegt, denn eine Fixierung unter einer halben Stunde kommt in der Praxis aufgrund der schweren Krankheitsbildern kaum vor. Dies führt zu einem deutlichen Anstieg von Antragsstellungen und bedeutet für die Kliniken einen erheblichen Mehraufwand. Für die Gerichte resultieren daraus mehr Anhörungen und Entscheidungsverfahren.

Probleme bereitet häufig, dass eine gerichtliche Entscheidung bei einer nicht nur kurzfristigen Fixierung grundsätzlich vor Beginn der Maßnahme zu erfolgen hat. Aufgrund der oftmals vorliegenden akuten Situation mit erheblicher Gefahr für Leib, Leben und Gesundheit der Betroffenen oder anderer Personen kann die gerichtliche Entscheidung nicht immer rechtzeitig eingeholt werden. In einer solchen Situation ist diese unverzüglich, d. h. ohne jede Verzögerung, die sich nicht aus sachlichen Gründen rechtfertigen lässt, nachzuholen.

Aufgrund der Vorgaben des BVerfG sind die Gerichte verpflichtet, für eine bessere Erreichbarkeit der zuständigen Richter/-innen zu sorgen. Dies ist mittlerweile an allen Gerichten, die für die LVR-Kliniken zuständig sind, sichergestellt. Eine Abfrage bei den LVR-Kliniken hat ergeben, dass an allen Gerichten in der Regel einen Bereitschaftsdienst von 6:00 Uhr bis 8:00 Uhr und von 16:30 Uhr bis mindestens 21:00 Uhr sowie am Wochenende eingerichtet ist. Es gibt allerdings keine Vorgaben, bis wann die Gerichte ihre Entscheidung getroffen haben müssen.

Falls nach der Beantragung der gerichtlichen Zustimmung, aber vor der Entscheidung die Fixierung beendet wird, ist der Antrag zurückzunehmen.

b) Auswirkungen auf die zivilrechtlichen Unterbringungen

aa) Umsetzungsmaßnahmen

Neben den Fixierungen im Rahmen einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung nach dem PsychKG sind freiheitsentziehende Maßnahmen bzw. Fixierungen auch im Rahmen einer betreuungsrechtlichen Unterbringung nach § 1906 Abs. 4 BGB wie auch bei der Unterbringung von Minderjährigen nach § 1631b Abs. 2 BGB (sog. zivilrechtliche Unterbringungen) zulässig.

Zurzeit besteht noch eine erhebliche Unsicherheit, inwieweit das Urteil des BVerfG auch für diese zivilrechtlichen Unterbringungen gelten. So ist insbesondere nicht eindeutig, ob und inwieweit die in dem Urteil festgestellten Rechtsgrundsätze auch auf andere Patientengruppen oder andere Fixierungsarten bzw. vergleichbare freiheitsentziehende Maßnahmen entsprechend anzuwenden sind.

Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) hat hierzu mit einem Schreiben vom 24.8.2018 teilweise Stellung genommen. Aus Sicht des BMJV hat die Beurteilung der Verhältnismäßigkeit einer Fixierung im Rahmen einer geschlossenen Unterbringung nunmehr anhand der vom BVerfG aufgestellten Maßstäbe zu erfolgen. Danach ist § 1906 Absatz 4 BGB jetzt so auszulegen, dass eine gerichtliche Genehmigung dann erforderlich ist, wenn die 5- oder 7-Punkt-Fixierung absehbar eine halbe Stunde

überschreitet. Für alle anderen Fallkonstellationen oder andere Arten von freiheitsentziehenden Maßnahmen soll- wie bisher- einzelfallabhängig zu prüfen sein, wie der Begriff „über einen längeren Zeitraum“ auszulegen ist.

Diese Empfehlung gilt nach dem Verständnis der LVR-Verbundzentrale auch für die Fixierung von Minderjährigen nach § 1631b Absatz 2 BGB.

Die Stellungnahme des BMJV ist nur eine Empfehlung, die für die Gerichte nicht bindend ist. Aus diesem Grunde hat die LVR-Verbundzentrale den LVR-Kliniken geraten zudem mit den jeweils zuständigen Gerichten vor Ort abzuklären, ob und in welchem Umfang sie die Rechtsgrundsätze des BVerfG Urteils auch auf andere Patientengruppen oder Fixierungsarten bzw. vergleichbare freiheitsentziehende Maßnahmen entsprechend anwenden.

bb) Rückmeldungen der Kliniken:

Bislang wird in den LVR-Kliniken von den Betreuern / Betreuerinnen / Bevollmächtigten / Sorgeberechtigten bei einer erstmaligen (nicht regelmäßigen) freiheitsentziehenden Maßnahme erst dann ein Antrag auf Genehmigung der freiheitsentziehenden Maßnahme gestellt, wenn die Maßnahme länger als einen Tag andauert.

Auch hier sind die entsprechenden KIS-Formulare überarbeitet und an die Empfehlung des BMJV angepasst worden, so dass künftig bei 5-, 7- und Mehr-Punkt-Fixierungen, die absehbar eine halbe Stunde überschreiten, die gerichtliche Genehmigung zu veranlassen ist. Da bei den zivilrechtlich untergebrachten Patientinnen und Patienten die Antragsstellung bei den Gerichten durch die Betreuer/-innen oder Bevollmächtigten bzw. Sorgeberechtigten zu erfolgen hat, ist hier nunmehr, sobald von einer längerfristigen Fixierung auszugehen ist, sofort mit den jeweiligen Antragsstellern Verbindung aufzunehmen. Dies hat für die LVR-Kliniken künftig einen erhöhten Arbeitsaufwand zur Folge, zumal die jeweiligen Antragssteller nicht immer direkt erreichbar sind.

Eine Abfrage bei den LVR-Kliniken hat ergeben, dass sie zu der Frage der Anwendbarkeit des Urteils in einem engen Austausch mit zuständigen Amtsgerichten stehen. Allerdings wird bei der Auslegung des BVerfG Urteils seitens der zuständigen Amtsgerichte keine einheitliche Rechtsauffassung vertreten, sondern es zeigt sich vielmehr ein vielfältiges Auslegungsspektrum der Gerichte.

Die Kliniken führen daher Gespräche mit den Amtsgerichten, damit diese sich auf eine möglichst einheitliche Anwendungspraxis innerhalb des Versorgungsgebietes der jeweiligen Klinik verständigen.

c) Umsetzung im Maßregelvollzug

Der Maßregelvollzug ist eine unmittelbare Landesaufgabe mit der Folge, dass die Entscheidung über die Umsetzung des BVerfG Urteils der unmittelbaren Verantwortung des Landes bzw. der zuständigen Landesbehörden untersteht.

Das Maßregelvollzugsrecht in NRW sieht bisher für Fixierungen im Maßregelvollzug keinen Richtervorbehalt vor. Hier fehlen bislang gesetzliche Vorgaben. Das zuständige Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) hat in Bezug auf das BVerfG Urteil

am 27.07.2018 durch Erlass bestimmt, dass der sich aus Art. 104 II GG unmittelbar ableitende Richtervorbehalt grundsätzlich auch im Maßregelvollzug bei Fixierungen gilt. Eine entsprechende richterliche Entscheidung ist nur dann nicht herbeizuführen, wenn zu Beginn der Maßnahme absehbar ist, dass die Entscheidung erst nach dem Wegfall des Grundes ergehen wird oder die Maßnahme vor Herbeiführung der Entscheidung tatsächlich beendet ist und auch keine Wiederholungsgefahr zu erwarten ist.

In dem Erlass hat das MAGS darüber hinaus auch die Einhaltung der weiteren, vom BVerfG vorgegebenen Durchführungsregelungen angeordnet.

Aufgrund der besonderen Zuständigkeiten im Maßregelvollzug hat das MAGS erklärt, dass für den sich aus Art. 104 Abs. 2 GG ableitenden Richtervorbehalt auch im Maßregelvollzug die Betreuungsgerichte am Amtsgericht zuständig sind. Diese Anweisung des MAGS ist für die jeweiligen Gerichte, die die Zuständigkeit stets überprüfen müssen, nicht bindend. Bisher haben alle Amtsgerichte ihre Zuständigkeit verneint. Die Frage, ob die Amtsgerichte (Betreuungsgerichte) für die Umsetzung des Richtervorbehaltes auch im Maßregelvollzug zuständig sind, steht nunmehr zur Entscheidung vor dem BGH an. Ausgangspunkt ist ein Verweisungsbeschluss des LG Kleve, gegen den nach Weisung durch den Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug am 12.09.2018 eine Rechtsbeschwerde beim Bundesgerichtshof eingelegt worden ist. Seitens der Behörde des Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug ist im Rahmen einer Dienstbesprechung am 19.09.2018 erklärt worden, dass die offenen Rechtsfragen im Rahmen der anstehenden Novelle des Maßregelvollzugsgesetzes (MRVG) unter Beachtung der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes gesetzlich geregelt werden.

3) Bewertung des BVerfG Urteils

Das BVerfG Urteil wird in der Fachpresse wie auch von den Fachgesellschaften – wie z.B. durch die DGPPN - allgemein begrüßt. Die nun ausdrücklich vorgeschriebene Notwendigkeit der gerichtlichen Zustimmung ist eine vorbeugende Kontrolle der Maßnahme durch eine unabhängige und neutrale Instanz gewährleistet. Dies führt zu einem besseren Schutz der betroffenen Patientinnen und Patienten.

Aus der Sicht der LVR-Klinikverbundes ist das Urteil gerade im Hinblick auf die Feststellungen zu der besonderen Eingriffsintensität vom Grundsatz zu begrüßen. Aufgrund der erheblichen Eingriffsintensität von Fixierungen verfolgt der LVR - unter enger Begleitung durch die politische Vertretung - seit vielen Jahren erfolgreich das Ziel, in den LVR-Kliniken den Einsatz von Zwangsmitteln und freiheitsentziehende Maßnahmen auf ein Minimum zu reduzieren. Zutreffend weist das BVerfG in diesem Zusammenhang darauf hin, dass gerade psychisch Kranke eine Freiheitsbeschränkung, deren Notwendigkeit ihnen nicht nähergebracht werden kann, häufig als besonders bedrohlich empfinden. So besteht innerhalb des LVR-Klinikverbundes ein verbundweiter Arbeitskreis „Prävention von Zwang und Gewalt“, der sich aus Vertretern der LVR-Kliniken, der Heilpädagogischen Netze und Mitarbeitenden der Verwaltung zusammensetzt und sich intensiv mit diesem Thema beschäftigt. Die Arbeit dieses Qualitätszirkels besteht in der Identifizierung von „Guter“ oder „Bester Praxis“ und Strategien zur Reduzierung von Fixierungen und Zwangsmaßnahmen sowie der Implementierung von Maßnahmen, die eine geringere Eingriffstiefe in die Autonomie von Patientinnen und Patienten haben.

Darüber hinaus ist die Reduktion von Fixierungen und von anderen Zwangsmaßnahmen Gegenstand von Zielvereinbarungsprozessen mit den Klinikvorständen, durch die kontinuierlich entsprechende Maßnahmen und Projekte vereinbart sowie deren Umsetzung und Ergebnisse kontrolliert werden.

Das Urteil des BVerfG lässt allerdings auch eine Reihe von Fragen offen. So ist offen, inwieweit das Urteil des BVerfG auf die Fixierung von zivilrechtlich untergebrachte Patientinnen und Patienten anzuwenden ist. Gleiches gilt für die Anwendbarkeit der Rechtsgrundsätze auf andere freiheitentziehende Maßnahmen, die keine 5-, 7- oder Mehr-Punkt-Fixierungen sind, wie z.B. die Isolation oder die Gabe von Medikamenten, die sedierend wirken. Zudem ist nicht verständlich, weshalb eine richterliche Zustimmung bei Freiheitsentziehungen von unter 30 Minuten entbehrlich sein sollen. Außerdem lässt die Formulierung „in der Regel“ darauf schließen, dass auch Ausnahmen von diesem Grundsatz möglich sind. Welche Ausnahmen dies sein könnten, wird nicht erläutert.

Als Fazit ist somit festzustellen, dass es sich bei dem Urteil um eine wichtige Entscheidung handelt, die - wie schon die Urteile des BVerfG zur Zwangsbehandlung – den Rechtsrahmen für die Zwangsmaßnahmen konkretisieren. Leider führt das Urteil jedoch auch zu einer Reihe von Unklarheiten, die zu neuen Rechtsunsicherheiten führen.

In Vertretung

W E N Z E L – J A N K O W S K I

TOP 8 Anträge und Anfragen der Fraktionen

TOP 9 Mitteilungen der Verwaltung

TOP 9.1 LVR-Verbundzentrale

TOP 9.2 Klinikvorstand LVR-Klinikum Düsseldorf

TOP 9.3 Klinikvorstand LVR-Klinik Köln

TOP 9.4 Klinikvorstand LVR-Klinik Langenfeld

TOP 10 Verschiedenes