

Psychen

PSYCHIATRIE-REPORT
LVR-KLINIKVERBUND

Empowerment
und Partizipation
2020

Inklusion und Menschenrechte im LVR

Die erfolgreiche Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention ist dem Landschaftsverband Rheinland ein besonderes Anliegen. Der LVR-Klinikverbund leistet hierzu wichtige Beiträge.

Das kommt auch in den Jahresberichten zum **LVR-Aktionsplan „Gemeinsam in Vielfalt“** zum Ausdruck, die ausgewählte Aktivitäten des gesamten Verbandes zeigen und zur Diskussion stellen.

Der Aktionsplan und die Jahresberichte sind hier verfügbar: www.inklusion.lvr.de

Herzlich Willkommen!

Aller guten Dinge sind drei – und was drei Mal „gemacht“ wird, ist im Rheinland Tradition. Ich freue mich daher ganz besonders über die aktuelle und damit dritte Ausgabe unseres Psychiatrie-Reports. Und da wir diese gute Tradition fortsetzen wollen, haben wir dem Kind einen Namen gegeben: „Psychen“. Solange sich unsere Psyche im „Normalzustand“ befindet, schenken wir ihr kaum Beachtung. Erst wenn sie krank wird, bekommt sie Aufmerksamkeit. Dann jedoch häufig begleitet von Unwissenheit und Vorurteilen gegenüber den Menschen, die psychisch erkrankt sind. Diesen Vorurteilen wollen wir begegnen, unter anderem mit diesem Report, der Ihnen Einblick in unsere Arbeit geben soll.

Nachdem wir uns beim letzten Mal mit dem Schwerpunkt „Architektur und Psychiatrie“ einem eher greifbaren Thema gewidmet haben, hört sich der aktuelle Themenschwerpunkt „Empowerment und Partizipation“ vielleicht etwas theoretisch an; tatsächlich ist er aber von hoher praktischer Relevanz für psychisch Erkrankte. Denn der Begriff „Empowerment“ lässt sich am treffendsten mit „Patient*innenbefähigung“ übersetzen. Unser Anspruch im Klinikverbund ist es, mithilfe der ausgewiesenen fachlichen Expertise unserer Mitarbeiter*innen unsere Patient*innen so zu befähigen, dass sie sich in allen Belangen ihres Lebens selbst vertreten können.

Für den Klinikalltag bedeutet das, Patient*innen von Anfang an gezielt an der Behandlung zu beteiligen. Zum Beispiel, indem Behandlungsmöglichkeiten gemeinsam besprochen und daraus abgeleitete Therapien entsprechend gestaltet werden. Ziel der Partizipation ist, dass Patient*innen sich als selbsttätig erfahren. In dieser Ausgabe erfahren Sie, welche Forschungsansätze wir zu „Empowerment und Partizipation“ verfolgen und welche Projekte wir bereits erfolgreich umsetzen.



Das Jahr 2020 wird allerdings nicht nur durch Themen wie „Empowerment und Partizipation“ geprägt. Die Corona-Pandemie stellt unsere gesamte Gesellschaft und gerade die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung vor besondere Herausforderungen, die bei Redaktionsschluss dieses Reports (Juni 2020) noch nicht vollständig absehbar waren.

Es scheint aber so, dass es uns durch das frühzeitige Erkennen von Krankheits- und Verdachtsfällen gelungen ist, eine Ausbreitung der Infektionen in unseren Einrichtungen zu verhindern, Patient*innen und Mitarbeiter*innen zu schützen und den Regelbetrieb so gut wie möglich aufrechtzuerhalten.

Mein herzlicher Dank geht an alle, die in diesen Zeiten enorme Arbeit geleistet haben – nicht nur, um „Empowerment und Partizipation“ voranzubringen, sondern auch, um die Auswirkungen der Pandemie zu begrenzen.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Martina Wenzel-Jankowski

LVR-Dezernentin Klinikverbund und
Verbund Heilpädagogischer Hilfen



_Verehrte Leser*innen,

wir alle haben in den vergangenen Wochen und Monaten die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben schmerzlich vermisst – den Kontakt zu Familie und Freunden, Konzert- oder Museumsbesuche, Urlaub oder das „ganz normale“ Arbeitsleben. Auf einmal konnten – und können – wir nicht mehr so selbstbestimmt leben, wie wir es gewohnt waren, nicht mehr einfach entscheiden, wann, wo und wie wir uns unsere Wünsche erfüllen. Dieser Zustand wird vorübergehen, doch vielen Menschen bleibt die Möglichkeit, ein selbstbestimmtes Leben zu führen, weiterhin verwehrt. Vor allem für Menschen mit Behinderungen, seelischen Erkrankungen oder geistigen Beeinträchtigungen gestaltet sich Teilhabe am gesellschaftlichen Leben nach wie vor schwierig.

Es ist das besondere Verdienst der UN-Behindertenrechtskonvention, dass sie die allgemeinen Menschenrechte konkretisiert hat, bezogen auf die Lebenssituation behinderter Menschen – und dass sie Behinderung als Teil der Vielfalt menschlichen Lebens betrachtet. Es sind zentrale Ziele der Konvention, Menschen mit Behinderung die volle gesellschaftliche Teilhabe und Zugang zur gesamten Umwelt zu ermöglichen, Diskriminierung abzubauen und Chancengleichheit zu

schaffen sowie Autonomie und Unabhängigkeit zu achten; mit anderen Worten: die Inklusion von Menschen mit Behinderung in der Gemeinschaft zu fördern.

Der LVR-Klinikverbund mit neun psychiatrischen Kliniken hat sich zum Ziel gesetzt, Patient*innen in ihrem Selbstbewusstsein zu stärken, damit sie wieder Einfluss auf ihr Leben nehmen können (Empowerment) und sie an Entscheidungen bei der Behandlung zu beteiligen (Personenzentrierung).

Diese Maxime spiegelt sich auf übergeordneter Ebene – für den gesamten LVR – im Aktionsplan „Gemeinsam in Vielfalt“ wider. Zielrichtungen des Aktionsplans, an denen wir unser Handeln im LVR messen, sind unter anderem „Die Partizipation von Menschen mit Behinderungen im LVR ausgestalten“ sowie „Die Personenzentrierung im LVR weiterentwickeln“.

So wird im LVR-Klinikverbund schon seit Jahren ein „triologischer Ansatz“ verfolgt, das heißt ein systematischer Austausch zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und professionellen Mitarbeiter*innen. Auch der Einsatz von Genesungsbegleiter*innen, die aufgrund eigener Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen Beratung und Unterstützung auf Augenhöhe bieten, fördert Partizipation. Mit Behandlungsvereinbarungen stärken wir die Personenzentrierung: Patient*innen legen gemeinsam mit der Klinikleitung fest, wie sie im Fall einer erneuten Krise behandelt werden möchten.

Als ein Ergebnis aus dem Projekt „Integrierte Beratung in der psychiatrischen Versorgung“ versprechen wir uns mehr Partizipation von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen an der Beratung der Verbundsteuerung unseres kommunalen Klinikträgers. Empowerment und Partizipation zu stärken, trägt dazu bei, die psychiatrische Versorgung für die Menschen im Rheinland ständig zu verbessern.

Ulrike Lubek

Direktorin des Landschaftsverbandes Rheinland

Liebe Leser*innen,

der LVR-Klinikverbund bietet ein großes Spektrum von Hilfen für psychisch erkrankte Kinder, Jugendliche und Erwachsene im Rheinland – ambulante, teilstationäre und stationäre.

Zehn moderne Fachkliniken, davon neun psychiatrische und eine orthopädische, stehen für hohe Behandlungsqualität auf allen Fachgebieten und in allen Bereichen: Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Orthopädie, Forensik sowie Medizinische und Soziale Rehabilitation. Mehr als 11.000 engagierte und hoch spezialisierte Mitarbeiter*innen in den Kliniken des LVR-Klinikverbundes behandeln rund 60.000 Patient*innen jährlich. Der Mensch steht dabei immer im Mittelpunkt unseres Handelns.

Das war nicht immer so, das haben wir im Laufe der Geschichte schmerzlich erfahren. In den 70er-Jahren lösten die Ergebnisse der Sachverständigenkommission Psychiatrieenquête ein Umdenken aus – weg von der reinen Verwahrung psychisch erkrankter Menschen, hin zu ihrer Behandlung. In den letzten Jahrzehnten hat die Psychiatrie dann weitere enorme Fortschritte gemacht. Doch es besteht immer noch Weiterentwicklungsbedarf. Ziel ist es, die Selbstbestimmung von Patient*innen weiter zu stärken, sie in Entscheidungsprozesse bei der Wahl und Umsetzung von Behandlungsmöglichkeiten einzubeziehen und ihre Positionen ernst zu nehmen und zu berücksichtigen.

Zahlreiche Anträge und Initiativen der Landschaftsversammlung haben dazu beigetragen, moderne Behandlungskonzepte und -strukturen, die Empowerment und Partizipation ermöglichen, in den LVR-Kliniken voranzutreiben. So haben wir bereits vor Jahren damit begonnen, die Angebotskapazitäten der LVR-Kliniken auszuweiten. Hin zu dezentralen, gemein-



denahen und ambulanten Versorgungsstrukturen, die Patient*innen darin bestärken, selbstbestimmt zu leben, auch im Hinblick auf die Behandlung ihrer eigenen Erkrankung. Dazu gehören unter anderem neue Versorgungsformen wie etwa die stationsäquivalente Behandlung oder Modellvorhaben wie „DynaLive“. Wir haben die Entwicklung von Modellen zur Zwangsvermeidung ebenso unterstützt wie den Einsatz von Genesungsbegleiter*innen in der Allgemeinpsychiatrie und der Forensik. Erst kürzlich haben wir die Fördergrundsätze für die Sozialpsychiatrischen Zentren angepasst, um auch hier, zum Beispiel durch Peer-Counseling, Empowerment und Partizipation zu fördern.

Weitere Einblicke in die Entwicklung unserer LVR-Kliniken gibt Ihnen der vorliegende Psychiatrie-Report. Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre.

Margret Schulz

Vorsitzende des Gesundheitsausschusses
der Landschaftsversammlung Rheinland

Inhalt



^ Eine besondere Herausforderung: die Gestaltung von Kontakt, Beziehung und Gespräch.



Empowerment und Partizipation

➤ S.06



^ Erfolgreiche Zusammenarbeit: LVR-Klinik Langenfeld und NABU.

➤ S. 22

Autonomie und Eigenverantwortung fördern – Safewards in der LVR-Klinik Köln

➤ S. 26

Wege ins Arbeitsleben – gemeinsame Projekte von LVR-Klinikum Essen und Jobcenter Essen

➤ S. 30

Heilsames für Mensch und Umwelt in der LVR-Klinik Langenfeld

➤ S. 08

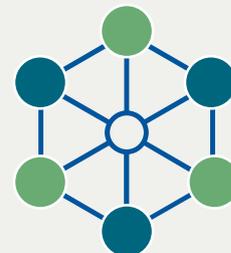
Beziehung auf Augenhöhe – Genesungsbegleiter*innen in den LVR-Kliniken

➤ S. 14

Therapie zu Hause – stationsäquivalente psychiatrische Behandlung der LVR-Klinik Viersen

➤ S. 18

Ein systemischer Weg zu (mehr) Empowerment und Partizipation in der LVR-Klinik Mönchengladbach



➤ S. 34

Sicherheit und Vertrauen – Behandlungsvereinbarungen in der LVR-Klinik Köln

➤ S. 36

Selbstständig leben – Modellprojekt „Gemeindepsychiatrische Basisversorgung“

➤ S. 40

Wissenschaftliche Projekte des LVR-Instituts für Versorgungsforschung

➤ S. 46

Chancengleichheit – das LVR-Kompetenzzentrum für Migration

➤ S. 48

Modellvorhaben „DynaLIVE“ und Soteria-Station in der LVR-Klinik Bonn





< Umfangreiches Behandlungsangebot für Kinder und Jugendliche.

➤ **S. 54**

Klinik-Highlights 2018–2019

➤ **S. 58**

Netzwerk für die Zukunft – der LVR-Klinikverbund

➤ **S. 62**

Sozialräumlich und dezentral – Entwicklung der Versorgungsstruktur

➤ **S. 69**

Vielfältig und engagiert – die Mitarbeiter*innen des LVR-Klinikverbundes

➤ **S. 72**

Gewaltfreie Psychiatrie – Zwang vermeiden und reduzieren

➤ **S. 74**

Besser werden – Patient*innenbefragungen im LVR-Klinikverbund

➤ **S. 75**

Zufriedenheit steigern – Beschwerdemanagement im LVR-Klinikverbund

➤ **S. 76**

Herausfordernd und lehrreich – die Auswirkungen der Coronakrise

➤ **S. 78**

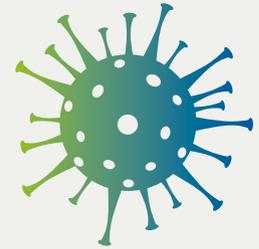
Gut vernetzt – digitaler Wandel in den LVR-Kliniken

➤ **S. 80**

Mehr Personal – die Richtlinie zur Personalausstattung

➤ **S. 82**

Bedeutende Chance – das Bundesteilhabegesetz 2020



Bessere Versorgungsstrukturen dank Digitalisierung. v



Der LVR-Klinikverbund

➤ **S. 52**

Daten und Fakten

➤ **S. 100**

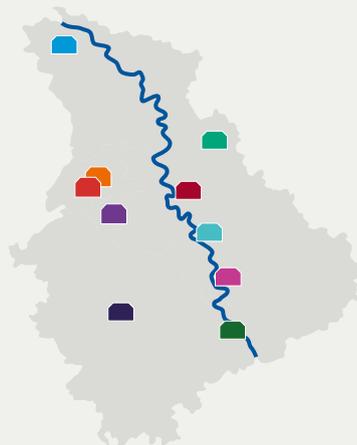
LVR-IFuB

➤ **S. 83**

Forschung und Praxis – das LVR-Institut für Forschung und Bildung

➤ **S. 86**

Zehn Häuser, ein Prinzip – die LVR-Kliniken im Überblick



➤ **S. 102**

Zunahme von Behandlungen – Leistungsdaten der psychiatrischen LVR-Fachkliniken

➤ **S. 108**

Präventiv und modern – die forensischen Behandlungsbereiche

➤ **S. 110**

Nerven, Muskeln und Gelenke – die somatischen Behandlungsbereiche

➤ **S. 112**

Zukunftsfähig aufgestellt – die Lage bei Finanzen und Personal

➤ **S. 114**

Kürzel und Nachweise – der Anhang



Empowerment zielt auf die Stärkung von Autonomie. Mit ausgewiesener fachlicher Expertise gilt es, Patient*innen zu befähigen, sich selbst zu vertreten.



1

Empowerment und Partizipation



Verständnisvoll und ermutigend – eine Beziehung auf Augenhöhe

Genesungsbegleiter*innen in den LVR-Kliniken

Der Einsatz von „Expert*innen aus Erfahrung“ – also Menschen, die selbst eine psychische Erkrankung erlebt und diese bewältigt haben – als Genesungsbegleiter*innen ist im psychiatrischen Versorgungssystem in Deutschland noch ein relativ junges Phänomen. 2015 initiierte der LVR-Klinikverbund das Projekt „Einsatz von Genesungsbegleitung in den LVR-Kliniken“, das Ende 2020 abgeschlossen sein wird. Ab dann soll eine dauerhafte Einbettung von Genesungsbegleitung in die Regelversorgung der LVR-Kliniken stattfinden. Auf Grundlage der bisher gesammelten Erfahrungen wird der LVR-Klinikverbund eine Rahmenvereinbarung erarbeiten, die konkrete Empfehlungen zum Einsatz von Genesungsbegleiter*innen in unterschiedlichen psychiatrischen Versorgungskontexten der LVR-Kliniken formuliert.

Leitliniengerechte Versorgung

Bestärkt wird der Einsatz von Genesungsbegleiter*innen zum einen durch die entsprechende Verankerung in der aktuellen S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“. Hier heißt es: „Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollte Peer-Support unter Berücksichtigung ihrer Wünsche und Bedarfe zur Stärkung des Recovery-Prozesses und zur Förderung der Beteiligung an der Behandlung angeboten werden.“ Auch in der seit 01.01.2020 gültigen Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) wird der zusätzliche Einsatz von Genesungsbegleiter*innen auf den Stationen der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik empfohlen.

Zertifizierte Qualifizierung

Mit Stand vom 31.03.2020 sind 26 Genesungsbegleiter*innen in den LVR-Kliniken tätig. Alle diese Psychiatrie-erfahrenen Mitarbeiter*innen haben eine spezifische Qualifizierung mit Zertifikat abgeschlossen: die sogenannte „Ex-In-Ausbildung“.

Ex-In ist hierbei die Kurzform für „Experienced-Involvement“. Das Curriculum der Ex-In-Ausbildung wurde in den Jahren 2005 bis 2007 im Rahmen eines europäischen Bildungsprojekts von Forscher*innen aus sechs Nationen entwickelt. Seither werden auf dieser Basis Menschen mit unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen qualifiziert und können im Anschluss an diese Schulungsmaßnahme unter anderem als Genesungsbegleiter*innen arbeiten. Allgemein deutet die Bezeichnung „Ex-In“ auf den Einbezug von Menschen als kompetente Mitarbeitende im (sozial-) psychiatrischen System hin.

Verschiedene Aufgabenbereiche

Die Aufgaben für Genesungsbegleiter*innen im Kontext psychiatrischer Kliniken sind vielfältig. In den LVR-Kliniken sind sie schwerpunktmäßig im offenen stationären Bereich tätig, auf verschiedenen allgemeinspsychiatrischen Stationen, und vor allem im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen. Hier gibt es bereits ambulante Angebote. Weitere Kolleg*innen arbeiten im Rahmen der Stationsäquivalenten Behandlung (StäB), in der sozialen Rehabilitation – das heißt im Bereich der Eingliederungshilfe – und auch in der Forensik. Die Angebote der Genesungsbegleiter*innen reichen von offener Beratung über die Gestaltung von bzw. Mitwirkung an psychoedukativen oder aktivitätsbezogenen Gruppenangeboten bis hin zum Einsatz bei internen Schulungen von Mitarbeiter*innen aller Berufsgruppen zu zentralen Themen wie Genesungsbegleitung, Salutogenese, Recovery etc.

Professionelle Perspektiven

Der Einsatz von Genesungsbegleiter*innen in den LVR-Kliniken soll in allen Bereichen zukünftig weiter ausgebaut werden. Eine besondere Herausforderung wird darin bestehen, dass die Genesungsbegleiter*innen eine eigene berufliche Identität im LVR-Klinikverbund entwickeln, mit einer erkennbaren



Wer selbst eine psychische Krise erlebt und überwunden hat, gibt Erfahrungswissen weiter, das nicht in Fachbüchern steht.

Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen. Dies geschieht unter anderem durch besondere Maßnahmen, um die Tätigkeiten der Genesungsbegleiter*innen zu erfassen sowie über standortübergreifende Angebote der Vernetzung im Sinne eines kollegialen Austauschs. Auf Grundlage der in der Ex-In-Aus-

»Frau Jäger hat mir erzählt, dass sie selbst erkrankt war. Da wusste ich sofort: Sie kann sich in mich reinversetzen! Allein dieses Wissen hat mir schon ein Stück weitergeholfen. Endlich jemand, der weiß, wovon ich rede!«

Ein Patient über seine Genesungsbegleiterin

bildung entwickelten sogenannten „Persönlichen Professionellen Profile“ könnten in Zukunft auch Versorgungskonzepte entwickelt werden, bei der die im Vorfeld erworbenen beruflichen Qualifikationen der Genesungsbegleiter*innen ebenfalls stärker Berücksichtigung finden.

So sind im besonders kritischen Bereich der Gewaltprävention – nicht nur in der Akutpsychiatrie – noch nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft, die eine Implementierung von Peers im System bietet: hier wäre vor allem an teambezogene Kommunikationstrainings oder Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen zu denken. Das gleiche gilt für den Maßregelvollzug (MRV) mit seinen besonderen Gegebenheiten. Erste Erfahrungen in den forensischen Abteilungen der LVR-Klinik Köln und im LVR-Klinikum Essen haben gezeigt, dass Genesungsbegleiter*innen häufig einen anderen Zugang zu Patient*innen finden und eine Bereicherung für die Teams sind. Dies spiegelt das folgende Interview wider.

»Wir sind Übersetzer*innen und Hoffnungsträger*innen!«

Im Interview: Genesungsbegleiter*innen und Mitarbeiter*innen verschiedener Berufsgruppen über die Arbeit von Expert*innen aus Erfahrung im Maßregelvollzug (MRV)



OLIVER BRINKMANN (1) Pflegedienstleitung
LVR-Klinikum Essen, Klinik für Forensische Psychiatrie
CLAUDIA FRANCK (2) Ex-In und Safewards-Trainerin sowie
Genesungsbegleiterin
THOMAS MARCINEK (3) Genesungsbegleiter
LVR-Klinikum Essen, Abteilung für Forensische Psychiatrie
DR. HERBERT MEURER (4) Fachbereichsarzt
LVR-Klinik Köln, Abteilungen für Forensische Psychiatrie
ANDREA TROST (5) Pflegewissenschaftlerin,
LVR-Klinik Köln, Abteilung für Forensische Psychiatrie

Seit 2016 arbeiten Genesungsbegleiter*innen im MRV in den LVR-Kliniken, wie kam es dazu?

MEURER: Am Anfang stand die Idee „Wir machen nicht alles für Sie!“ Wir wollten den Patient*innen Mut machen, eigenverantwortlicher zu handeln.

TROST: Es war uns klar, dass eine Mitarbeit einer neuen Berufsgruppe Ängste bei einigen Mitarbeitenden hervorrufen wird. Daher sind wir ganz langsam vorgegangen. Wir haben zunächst Infoveranstaltungen angeboten, damit Ängste ausgesprochen werden. Dann haben wir Claudia Franck als Genesungsbegleiterin für Teamschulungen eingesetzt. Zusätzlich habe ich den Ausbildungsträgern von Ex-In mitgeteilt, dass wir Praktika im Rahmen der Ausbildung anbieten.

BRINKMANN: Ganz wichtig ist, dass die Führungsebene hinter diesem Konzept steht, sonst ist es zum Scheitern verurteilt. In Essen hat Barbara Freundlieb, unsere Stationsleiterin, wesentlich dazu beigetragen, dass wir mit Thomas Marcinek – übrigens als erste Einrichtung mit Untergebrachten nach §126a StPO – einen Genesungsbegleiter fest einstellen konnten.

TROST: Da stimme ich zu. Auch in Köln hat uns die Leitung unterstützt, sonst hätten wir nicht so schnell Genesungsbe-

gleiter*innen einsetzen können. Geholfen hat uns auch, dass angehende Ex-Inler*innen während ihrer Ausbildung ein Praktikum in unserer Abteilung gemacht und gezeigt haben, wie wertvoll ihre Arbeit ist. Dass sie niemandem Arbeit wegnehmen, sondern zusätzliche Angebote im Gesamtspektrum der Behandlung einbringen.

Wie machen Sie das?

FRANCK: Mit unserem Erfahrungswissen, das uns zu Expert*innen im Umgang mit Krisen macht. Es ist etwas anderes, ein aussichtsloses Leben geführt zu haben oder eine ganz „normale“ Lebenskrise durchzumachen. Profis haben mal im Regen gestanden, aber wir als psychisch erkrankte Menschen sind fast im Ozean ertrunken.

TROST: Wir können unseren Patient*innen viel erzählen, wir haben in unseren Ausbildungen schlaue Dinge gelernt, aber wir waren nie in einer vergleichbaren Situation.

MARCINEK: Ich denke mich auf der emotionalen Ebene – und das ist der Unterschied zu den anderen im Team – in Patient*innen hinein. Auch wenn jede Schizophrenie anders ist als meine eigene. Ich baue Kontakt zu Patient*innen auf und kann zwischen ihnen und dem Team vermitteln. Ich erkläre Kolleg*innen, wie sich Patient*innen gerade fühlen. Außerdem erzähle ich, wie ich meine Krankheit erlebt habe. Diese Innensichten sind für das Team hilfreich, denn es kennt Krankheitsverläufe nur aus dem Lehrbuch.

FRANCK: Wichtig ist es, herauszufinden, worin die Stärken der Patient*innen liegen, welches Ziel sie erreichen wollen und wie wir sie dabei unterstützen können.

Und das können Genesungsbegleiter*innen besser als die Profis?

FRANCK: Nein, nicht besser, anders. Wir sprechen von professioneller Nähe, im Gegensatz zu professioneller Distanz. Darin unterscheiden wir uns von den Profis. Wir verstehen den Sinn professioneller Distanz, aber das ist nicht unsere Arbeitsweise. Vor dem Einsatz von Ex-In gilt es zu klären: Was dürfen bzw. sollen sie tun und was nicht? Wie unterstützen Profis Ex-Inler*innen? Welche Prozesse werden angestoßen?

MARCINEK: Ich erzähle Patient*innen von meinen Erfahrungen, zum Beispiel, dass ich nach meiner Entlassung wieder Cannabis konsumiert und sofort wieder psychotisch geworden bin. Ich versuche, ihnen dabei zu helfen, dass sie selbst darauf



^ Eine besondere Herausforderung: die Gestaltung von Kontakt, Beziehung und Gespräch.

kommen, Ideen zu verwirklichen, die verwirklichbar sind, dass sie ihr Leben selbst in die Hand nehmen. Aber ich weiß auch, dass ich nicht jedem helfen kann.

BRINKMANN: Die Patient*innen schauen sehr darauf, wie lebenserfahren eine Bezugsperson ist, und da holt Herr Marcinek sie mit seiner Krankheitsgeschichte ab. Oft schafft er es, Zugang zu Patient*innen zu bekommen, zu denen wir den Kontakt verloren haben.

MEURER: Die Frage ist für mich: Was wirkt, was hilft? Genesungsbegleiter*innen bringen eine große Bandbreite an Erlebtem mit und sie denken auch einmal quer.

FRANCK: Stimmt. Wir sorgen regelmäßig für Irritationen, sowohl bei Behandler*innen als auch bei Patient*innen, nur so kommt man aus dem Trott raus.

TROST: Das ist für mich ein großer Vorteil. Genesungsbegleiter*innen hinterfragen Regeln, zum Beispiel, warum Stationsrunden in einer bestimmten Form stattfinden oder warum Waschzeiten streng reglementiert sind.



Herausforderung Maßregelvollzug



Der Maßregelvollzug (MRV) ist dadurch gekennzeichnet, dass die Patient*innen nicht freiwillig zu einer Behandlung in die LVR-Kliniken kommen. Sie werden zwangsweise von einem Gericht eingewiesen, weil sie eine Straftat begangen haben, die auf ihre psychische Erkrankung zurückzuführen ist. Die Behandlung im MRV soll verhindern, dass sie zukünftig weitere Straftaten begehen.

Bei psychisch erkrankten Straftäter*innen besteht häufiger ein Unverständnis hinsichtlich der Unterbringungsbedingungen in der forensischen Psychiatrie. Zusätzlich kann krankheitsbedingtes Misstrauen zu einer gänzlichen Ablehnung therapeutischer Angebote führen.

Mitarbeitende des MRV werden von Patient*innen oftmals vornehmlich als Personen wahrgenommen, deren Aufgabe es ist, Regeln aufzustellen und durchzusetzen. Trotzdem sind die Mitarbeitenden aufgefordert, zu den Patient*innen des Maßregelvollzugs eine therapeutische Beziehung aufzubauen. Das ist insbesondere am Anfang der Behandlung nicht immer einfach.

Weitere Einblicke in das Leben und Arbeiten im MRV gibt die Multimedia-Reportage „10 Jahre Forensische Psychiatrie in Köln-Porz“ unter klinik-koeln.lvr.de/10-jahre-porz/.

Worin sehen Sie den besonderen Gewinn für das Team?

FRANCK: Wir sind Übersetzer*innen, und zwar in beide Richtungen. Kolleg*innen erklären mir, warum bestimmte Interventionen gerade gut sind und welche nicht, denn wir können uns vorstellen, wie sie sich anfühlen. Patient*innen sagen mir, dass wir sie verstehen, dass es uns ähnlich ging, und dass die Intervention geholfen hat. Zweitens sind wir Hoffnungsträger*innen. Ebenfalls für beide Seiten. Patient*innen vermitteln mir: Es geht hier auch wieder raus. Die Kolleg*innen erleben mit uns Patient*innen, die eine Krise überwunden haben und genesen sind.

Genesungsbegleiter*innen sind eine neue Berufsgruppe. Gab es auch Vorbehalte?

BRINKMANN: Ja, es gab viele Fragen: Was dürfen Genesungsbegleiter*innen und was nicht? Haben sie mehr Rechte als zum Beispiel die Pflege? Wer ist weisungsbefugt, wer nimmt Weisungen an? Fragen, die wir im Team sensibel diskutieren und abwägen mussten, bevor der Genesungsbegleiter kam. Heute sind die Rollen geklärt.

MARCINEK: Viele Kolleg*innen hatten Angst, dass ich mich als ehemaliger Betroffener mit den Patient*innen solidarisiere und gegen das Team arbeite. Ich habe von Anfang an klargestellt, dass das nicht so ist, und dass ich ein Teil des Teams bin.

TROST: Ängste aus der Pflege sind berechtigt, wenn die Stellen für Genesungsbegleiter*innen aus dem Plan für Pflegekräfte finanziert werden. Das Geld muss aus einem anderen Topf kommen.

Wie sieht die Arbeit von Ex-Inter*innen konkret aus?

FRANCK: In Köln begleite ich gemeinsam mit Andrea Trost die Einführung des Modells Safewards. Um ein Gefühl für das Team zu bekommen, hospitiere ich einige Tage auf jeder Station.

MARCINEK: Im Unterschied zu Frau Franck arbeite ich direkt mit Patient*innen. Ich versuche vom ersten Tag der Unterbringung an, mit ihnen in Kontakt zu kommen. Ihnen zu vermitteln, dass nur sie ihr Leben umgestalten können. Ich helfe ihnen, eine Idee zu entwickeln, wie sie ein Ziel erreichen, zum Beispiel eine Lockerung. Das Hinarbeiten auf dieses Ziel setzt schon Energien und Selbstheilungskräfte frei. Aber ich kann ihnen ihre Ziele nicht von außen aufdrücken, die müssen sie selbst erarbeiten. Ich kann sie nur immer wieder anstupsen.

Was wünschen Sie sich beim Ex-In-Projekt für die Zukunft?

FRANCK: Das es ernster genommen wird. Das Wissen um die Psyche des Menschen wird durch den Erfahrungsschatz der Ex-In Expert*innen erweitert. Daher sehe ich Ex-In als eine wertvolle Bereicherung für die Psychiatrie. Außerdem machen es Ex-Inler*innen vielen Menschen leichter, über ihre psychische Erkrankung zu reden.

MARCINEK: Für die Forensik wünsche ich mir, dass auch Mitarbeitende mehr über die dunklen Seiten des Lebens miteinander reden. Dann würde man mehr zueinander finden und viele wären offener für diese Projekte.

BRINKMANN: Ich höre immer wieder Sicherheitsbedenken, wenn wir neue Berufsgruppen einbinden. Ich kann nur an meine Kolleg*innen appellieren: Probieren Sie es aus, versuchen Sie es einfach, und geben Sie neuen Ansätzen eine Chance!

MEURER: Dem kann ich nur zustimmen; wenn wir Systeme nicht weiterentwickeln, sind wir kurz vor der Erstarrung.



^ Strukturierter Alltag in der forensischen Abteilung. Viele Patient*innen müssen erst lernen, mit einem geregelten Tagesablauf umzugehen.

Therapie im eigenen Zuhause – stärkere Orientierung am alltäglichen Leben

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) der LVR-Klinik Viersen

Mit Einführung des PsychVVG besteht bei einer stationär behandlungsbedürftigen psychischen Krankheit die Möglichkeit, diese als stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) durchzuführen (§§ 39, 115d SGB V). Der Gesetzgeber hat damit eine Option geschaffen, die Behandlung – besonders den Behandlungsort – flexibler am Krankheitsverlauf der Patient*innen auszurichten und die strukturelle Trennung zwischen ambulant und stationär zu überwinden.

Hohe Anforderungen bei der Umsetzung von StäB

Die von der DKG, dem GKV-Spitzenverband und dem Verband der privaten Krankenversicherungen ausgearbeitete Rahmenvereinbarung sowie die gemeinsam erstellte Leistungsbeschreibung regeln die formalen Anforderungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung, die durch mobile

multiprofessionelle Behandlungsteams überwiegend im häuslichen Umfeld der Patient*innen zu erbringen ist. Die Behandlung hat hinsichtlich Inhalt, Komplexität und Flexibilität der vollstationären Behandlung zu entsprechen. In Ergänzung dazu hat die DKG Umsetzungsempfehlungen formuliert, die als Hilfestellung für die Praxis dienen. Trotz dieser Materialien bleiben viele Fragen für die Durchführung der neuen Behandlungsmöglichkeit offen, wodurch die Implementierung der hochreglementierten StäB mit diversen Herausforderungen und Unsicherheiten verbunden ist. Laut Erhebung vom VKD (Fachgruppe Psychiatrie) lagen im Herbst 2018 bundesweit 34 Aufforderungen von Kliniken an die Krankenkassen zur Aufnahme von StäB-Verhandlungen vor.

Viersen bereits mit StäB gestartet

Im LVR-Klinikverbund hat die LVR-Klinik Viersen bereits mit der praktischen Umsetzung dieser neuen komplexen Behandlungsform begonnen. Sowohl im Fachbereich der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde nach intensiven Vorarbeiten, in denen neben konzeptionellen, organisatorischen und personellen auch rechtliche und finanzielle Fragen geklärt werden mussten, die Implementierung gestartet. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat im Juli 2018 mit StäB begonnen, wobei zeitgleich bis zu neun Patient*innen (max. drei je Abteilung) eine StäB erhalten können. Dabei werden die Patient*innen von einem multiprofessionellen Team aus der jeweiligen Abteilung betreut. In der Erwachsenenpsychiatrie, wo zeitgleich bis zu fünf Patient*innen von einem Team der Abteilung Allgemeine Psychiatrie behandelt werden können, wurde im September 2018 mit StäB gestartet.



< Fundstücke auf der heimischen Fensterbank.

Tägliche Besuche bei Patient*innen

Der Kontakt zu den Patient*innen erfolgt in der Regel täglich und überwiegend zu Hause. Neben größtenteils aufsuchenden Behandlungskontakten sind Gruppentherapien in der Klinik fester Behandlungsbestandteil. Die therapeutischen Interventionen orientieren sich an den krankheitsspezifischen Leitlinien. Bei Bedarf sind kurzfristig Termine möglich, und es gibt jederzeit die Möglichkeit des ärztlichen Eingriffs sowie der vollstationären Aufnahme bei Zustandsverschlechterung.

Starkes multiprofessionelles Team

Das multiprofessionelle Team besteht aus dem ärztlich-therapeutischen (Ärzt*innen, psychologische Psychotherapeut*innen) und pflegerischen Dienst sowie Sozialarbeit, Spezialtherapie (Ergotherapeut*innen) und Genesungsbegleitung. Der Einbezug von Genesungsbegleiter*innen erfolgt in Kooperation mit der Psychiatrischen Hilfgemeinschaft Viersen. Damit bezieht die LVR-Klinik Viersen ambulante Leistungserbringung in die stationsäquivalente Behandlung ein und lebt strukturierte, sektorenübergreifende Kooperation.

Erfolgreiche Verzahnung der Hilfsangebote

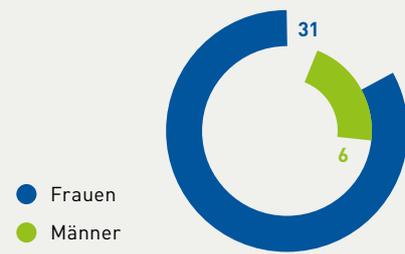
Die bisherigen Erfahrungen werden von den Beteiligten als sehr positiv empfunden. Besonders die stärkere Orientierung am realen Leben der Patient*innen stärkt die Behandlung nachhaltig. Zudem erreicht StäB Patient*innen, die bisher keinen Zugang zu dem Hilffsystem gefunden hatten.

Vom 01.01. – 31.10.2019 wurden in der Erwachsenenpsychiatrie 37 Fälle mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 31,83 Tagen behandelt, im Schnitt etwas länger als im stationären Setting (29,27 Tage). Durchschnittlich waren 4,6 Plätze belegt. Es gab zwei Wechsel aufgrund von Dekompensation in eine Akutstation (einer am Aufnahmetag) und eine Fallunterbrechung aufgrund einer Behandlung in der Hautklinik. Die behandelten Patient*innen waren meist mehrfach erkrankt (komorbide Persönlichkeitsstörungen, Neurosen einschließlich Trauma, Suchterkrankungen sowie internistische Erkrankungen). Das Verhältnis von Schizophreniespektrumsstörung zu Affektiven Störungen in StäB war etwa ausgeglichen, das heißt relativ gesehen höher als stationär. Hier betrug das Verhältnis Schizophrenie/Depressionen 2:3. Behandelt wurde ein relativ gesehen höherer Anteil postpartaler Störungen als von der Krankheitshäufigkeit zu erwarten. Der Frauenanteil in StäB lag mit 31:6 zu den Männern überproportional hoch.

Vergleich Verweildauer in Tagen



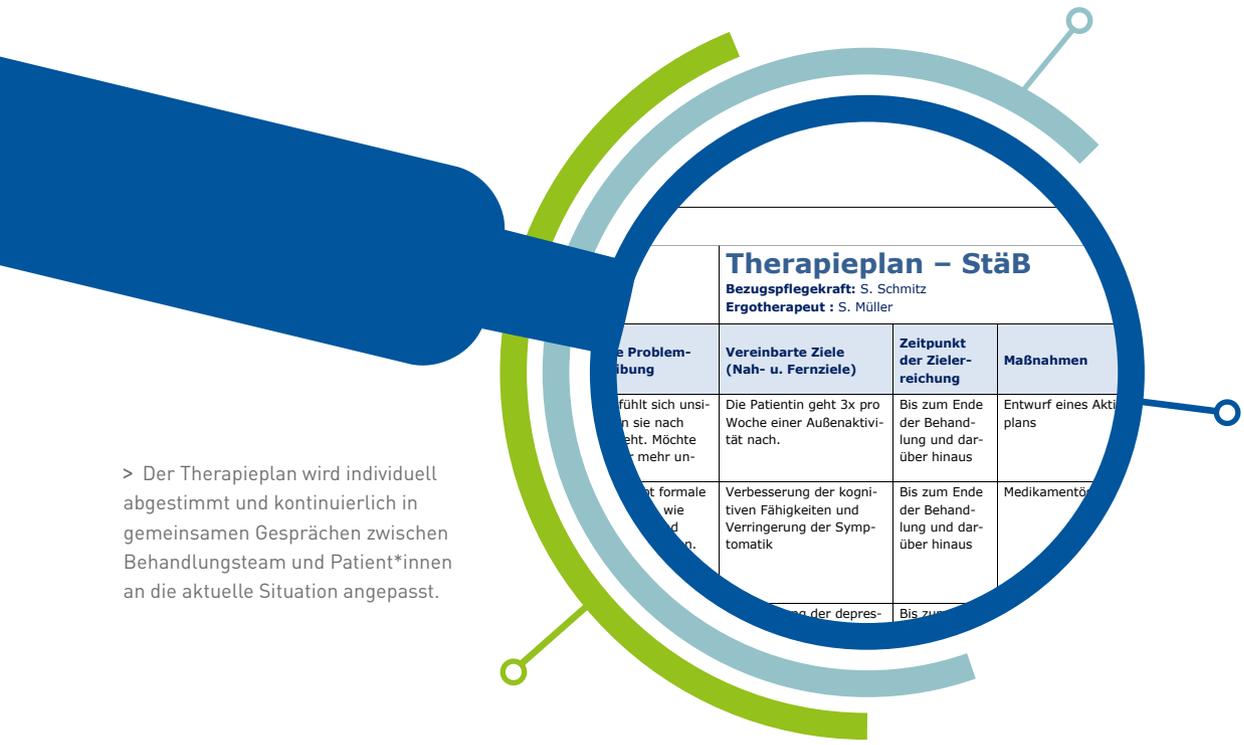
Vergleich Geschlechter in StäB



Besonders geeignete Zielgruppen

Erfahrungsgemäß werden folgende Patienten*innengruppen besser erreicht:

- Patienten*innen, für die ein Klinikaufenthalt schwierig zu organisieren ist, etwa aufgrund der Verantwortung für Angehörige (Kinder oder Pflegebedürftige),
- aber auch Landwirte, die Hof und Tiere nicht alleine lassen können oder wollen,
- Patienten*innen mit Schwierigkeiten nach einem längeren Klinikaufenthalt in den Alltag zurückzukehren,
- Patienten*innen, die aufgrund eines Gerichtsbeschlusses in der Klinik behandelt werden und die nach Auslaufen der Frist die stationäre Behandlung beenden, auch wenn weitere Behandlung erforderlich ist – hier kann StäB beitragen, die Unterbringungsdauer zu verkürzen,
- Patienten*innen, die sich wegen ihrer psychischen Erkrankung schämen oder negative Erfahrungen gemacht haben, etwa aufgrund der Anwendung von Zwangsmaßnahmen.



> Der Therapieplan wird individuell abgestimmt und kontinuierlich in gemeinsamen Gesprächen zwischen Behandlungsteam und Patient*innen an die aktuelle Situation angepasst.

Therapieplan – StäB

Bezugspflegekraft: S. Schmitz
Ergotherapeut : S. Müller

Problem-Übung	Vereinbarte Ziele (Nah- u. Fernziele)	Zeitpunkt der Zielerreichung	Maßnahmen
fühlt sich unsicher, sie nach... geht. Möchte... mehr un-	Die Patientin geht 3x pro Woche einer Außenaktivität nach.	Bis zum Ende der Behandlung und darüber hinaus	Entwurf eines Aktivitätsplans
...nt formale... wie... d... n.	Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten und Verringerung der Symptomatik	Bis zum Ende der Behandlung und darüber hinaus	Medikamentö...
...ng der depres-		Bis zum...	

Die StäB-Patient*innen wurden bisher vom Aufnahmezentrum und der Ambulanz/PIA sowie den Stationen der Allgemeinpsychiatrie zugewiesen, darüber hinaus durch den gemeindepsychiatrischen Verbund. Bisher gab es keine Einweisungen durch niedergelassene Ärzt*innen.

Bisherige Erfahrungen zeigen, dass die Terminfindung für eine patient*innenorientierte Umsetzung sehr flexibel sein muss. In vielen Fällen ist ein Termin am Tag ausreichend. Krisensituationen treten unter diesen Bedingungen selten auf. Auch Terminausfälle kommen selten vor. Die Organisation der Behandlung ist sehr aufwendig, auch wenn die Abläufe nach etwas über einem Jahr ausreichend routiniert sind. Wichtige Voraussetzung zum Gelingen ist das Vorhalten eines Case-Managements und einer Koordinationsfunktion sowie die enge Zusammenarbeit mit dem Medizin-Controlling.

Zu Gast bei den Patient*innen

Das Viersener Team hat die Erfahrung gemacht, dass die Situation, in der Patient*innen als Gastgeber*innen auftreten, eine Rollenkehr bewirkt: Patient*innen können ihre Fähigkeiten demonstrieren und der eingelassenen Person einen Vertrauensvorschuss gewähren. Die therapeutische Beziehung wird tragender, Therapeut*innen kommen eher in die Rolle einer Begleitung. Zudem bestehen erweiterte diagnostische und therapeutische Optionen aufgrund der Kenntnis von Patient*in und Umfeld. Die Familie und andere Bezugspersonen

sind als Ressourcen nutzbar, es kommt zur Entlastung der Patient*innen und der Angehörigen und zu individuelleren, passgenaueren Hilfen (zum Beispiel in den Bereichen Einkaufsplan, Essensvorbereitung, Schlafrituale, Aktivitätsplanung wie Kontakte, Hobbys und Ausflüge, Expositionstraining sowie unterstützte Exposition).

Besondere Herausforderungen

Probleme gab es in der gelingenden Umsetzung natürlich auch: Schwierig sind etwa die bisherigen Möglichkeiten zur Dokumentation der StäB-Behandlung. So werden im Krankenhausinformationssystem (KIS) alle erbrachten Leistungen der LVR-Kliniken festgehalten. Eine mobile Dokumentation im KIS außerhalb der Räumlichkeiten der Klinik ist jedoch derzeit noch nicht möglich. Problematisch ist auch die kleine Größe des StäB-Teams, insbesondere bei der Abdeckung von Wochenenden und Feiertagen. Alle Berufsgruppen müssen auch an Wochenenden und Feiertagen arbeiten (auch Sozialarbeiter*innen usw.). Herausforderungen gibt es zudem aufgrund der Begutachtungen durch den MDK. Hier bestehen noch grundsätzliche Differenzen, da fast alle bisherigen StäB-Fälle mit Verweis auf die negative Strukturbegutachtung pauschal abgelehnt worden sind.

Hilfe für Kinder und Jugendliche

Auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie blickt die LVR-Klinik Viersen bereits auf Vorerfahrungen mit nachstationärer Begleitung im häuslichen Umfeld im Rahmen der Institutsambulanz zurück. 2018 und 2019 gab es je ein StäB-Team in allen drei Abteilungen, organisiert wurde die Behandlung von den Stationen aus. Seit Juli 2018 wurden erste Patient*innen behandelt, wobei an den Wochenenden regelmäßig Telefonkontakte vorgesehen waren. Diese Form der Umsetzung gestaltete sich hinsichtlich der Arbeitsabläufe schwierig, da es für die Behandler*innen oft nicht einfach war, sich anlässlich der Hausbesuche für mehrere Stunden von der Station zu entfernen. In der Folge wurde das Konzept überdacht. Ab 2020 wird es, vergleichbar zur Erwachsenenpsychiatrie, ein zentrales StäB-Team in einer Abteilung geben.

Bisher wurden 29 Fälle mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 24 Tagen behandelt, also deutlich kürzer als durchschnittlich im stationären Rahmen (35 Tage). Dies liegt zum Teil aber auch daran, dass einige Patient*innen zunächst stationär und im Anschluss mit StäB behandelt wurden.

Es gibt Besonderheiten bei der StäB in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Symptomatik der Kinder und Jugendlichen zeigt sich oft auch oder sogar nur in der Schule. Das Fortsetzen des Schulunterrichts während der Behandlung ist meist unverzichtbar. Durch den Besuch der Stammschule bleibt für StäB-Termine oft nur der Nachmittag. Familiengespräche sind unverzichtbar und berufstätige Eltern können oft nur am späten Nachmittag oder frühen Abend an Gesprächen teilnehmen. Abends sind die Kinder müde und erschöpft. Die Fahrwege sind weiter, da das Pflichtversorgungsgebiet größer ist. Direktkontakte finden in der Regel an fünf Tagen in der Woche statt, die samstags und sonntags durch Telefonkontakte ergänzt werden. Es kann somit an fünf Tagen pro Woche die Behandlung den Krankenkassen in Rechnung gestellt werden.

» Eine Therapie im eigenen Zuhause bietet Patientinnen und Patienten eine große Chance, für die ein Klinikaufenthalt nicht infrage kommt. «

Dr. Ralph Marggraf, Ärztlicher Direktor LVR-Klinik Viersen

Ausbau des Angebots geplant

Gegenwärtig kann die LVR-Klinik Viersen die Nachfrage zwar decken, geht aber von einem größeren Nachfragepotenzial aus. Wartefähige Patient*innen warten maximal zwei Wochen auf einen Behandlungsplatz. Die Rückmeldungen der Patient*innen waren bisher ausnahmslos positiv. Das Behandlungsteam erlebte keinen Fall, in dem Patient*innen nicht anwesend waren oder die Tür nicht geöffnet haben. Auch die Behandlungen mit den 60-minütigen Einzelsitzungen pro Tag und die Fokussierung auf die Beschwerden im Kontext der Lebenssituation wurden als ausgesprochen intensiv rückgemeldet und waren im subjektiven Erleben der Betroffenen der stationären Behandlung äquivalent.

Für das Jahr 2019 wird von der LVR-Klinik Viersen eine Ausweitung des Angebots avisiert. Zudem befinden sich weitere LVR-Kliniken in der Konzepterstellungsphase zur StäB bzw. für weitere sektorenübergreifende Versorgungsangebote. Dabei ist zu beachten, dass die weitere Entwicklung innovativer Versorgungsangebote neben dem Engagement der Kliniken auch wesentlich vom Verhalten der Kostenträger beeinflusst wird.

Sinnvolle Erweiterung des Hilfeangebots

Folgende Gründe sprechen besonders für eine StäB: Krankheitsauslösende und -aufrechterhaltende Faktoren sowie Ressourcen können zu Hause deutlicher hervortreten und Bewältigungsstrategien können realitätsbezogener sowie unter Einbezug des sozialen Umfelds erarbeitet werden. Die Patient*innen machen die Erfahrung bedürfnisgerechter Hilfe im häuslichen Umfeld statt eines „Scheiterns“ zu Hause („ich kann nicht mehr, muss in die Klinik“). StäB ist individuell und intensiv. Die Frequenz und Dauer von Einzelkontakten ist hoch (und teilweise höher als im stationären Setting). Die Behandlung findet im privaten Raum statt, was zu einer anderen Qualität führt. Die Patient*innen sind offener, die Psychodynamik des familiären Rahmens kann besser im Blick gehalten werden und die Patient*innen werden umfassender und in ihren tatsächlichen Bezügen wahrgenommen. Eine Effektivität hinsichtlich Symptomreduktion und Wiederaufnahmeraten kann angenommen werden. Die Rückmeldungen zu StäB sind sehr positiv: Die Patient*innen empfinden das StäB-Angebot als gut und sind sehr zufrieden damit.

»Wie würde Ihre Mutter über das Problem denken?«

„Ein systemischer Weg zu (mehr) Empowerment und Partizipation in der LVR-Klinik Mönchengladbach“

„Ist ein Stein ein System? Je nachdem, wie man ihn betrachtet. Wenn man sich für die innere Molekularstruktur der Atome interessiert, dann zeigt sich diese auf eine bestimmte Weise organisiert. Sie grenzt den Stein als kohärente Organisation von seiner Umgebung ab. Wenn wir ihn aber von außen anschauen, macht die Aussage, er sei ein System, keinen Sinn. Wenn er jedoch in ein Gebäude oder eine Skulptur eingebaut ist, lässt er sich wieder als Teil eines Systems sehen.“
(↗ Schlippe, Schweitzer, 2012/2013)

Empowerment und Partizipation sind nicht nur wichtig innerhalb der psychiatrischen Einrichtungen, sondern auch im Lebensumfeld unserer Patient*innen. Um diese Themen innerhalb des LVR-Klinikverbundes weiter zu stärken, gibt es in den einzelnen Kliniken verschiedene Ansätze der Umsetzung. Neben der Einführung und Anwendung von etwa Adherence-Therapie oder Hometreatment hat sich die LVR-Klinik Mönchengladbach dazu entschieden, einen anderen Weg einzuschlagen. Die Wahl der Methode zur Förderung von Autonomie



Systemische Therapie bezieht Familienmitglieder ein. Besprochen werden nicht nur Probleme, sondern auch Stärken einer Familie.

und Empowerment fiel auf systemische Behandlungsmethoden, im Besonderen „Systemische Therapie und Beratung“, die angelehnt sind an das Projekt „Systemtherapeutische Methoden psychiatrischer Akutversorgung“ (SYMPA).

Einbeziehung des sozialen Umfelds

Systemische Methoden sind im Grundsatz Verfahren, die den sozialen Beziehungen innerhalb einer Familie oder Gruppe besondere Relevanz für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen beimessen. Die Therapie und Beratung fokussiert nicht auf die einzelne Person, sondern auf die Interaktionen zwischen Mitgliedern der Familie und des weiteren sozialen Umfelds. Unter anderem wird versucht, symptomfördernde Beziehungen zu verändern bzw. ihnen eine funktionalere Selbstorganisation der Patient*innen entgegenzusetzen (↗ vgl. GBA-Pressemitteilung).

» Wenn sie morgen aufwachen und
die Erkrankungssymptome wären weg,
was wäre anders? «

Frage aus der systemischen Beratung

Für die ambulante Behandlung von Erwachsenen ist diese Therapieform nach langer Prüfungsdauer inzwischen als Psychotherapieverfahren zugelassen. Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie ist dabei für fünf Störungsbereiche nachgewiesen, insbesondere für die sehr versorgungsrelevanten Anwendungsbereiche Angst- und Zwangsstörungen sowie unipolare depressive Störungen. Aber auch bei Schizophrenie, Substanzkonsumstörungen und Essstörungen ist die Systemische Therapie nachweislich wirksam (↗ vgl. BPTK-Pressemitteilung; Retzlaff et al., 2009) – Störungsbilder, mit denen wir uns in der stationären Psychiatrie häufig konfrontiert sehen.

Das Projekt SYMPA

Das Projekt SYMPA ist ein vom Helm-Stierlin Institut in Heidelberg initiiertes Projekt, um systemische Behandlung und Beratung in einem gut praktizierbaren und lehrbaren Behandlungs- und Schulungspaket zu verbinden (↗ Schweitzer, Nicolai, 2010). Ab 2002 wurde dieses in drei psychiatrischen Kliniken trainiert, erprobt und auch wissenschaftlich beglei-

tet. Im Ergebnis konnten auf der Behandlungsebene positive Veränderungen hinsichtlich Auftragsklärung, Lösungs- und Ressourcenorientierung und Verhandlungskultur festgestellt werden. Systemische Gesprächstechniken wurden dabei signifikant vermehrt angewendet. Auf der Ebene der Mitarbeiterschaft konnten darüber hinaus ebenfalls signifikant positive Veränderungen hinsichtlich Erschöpfungszuständen festgestellt werden. „Selbstwirksamkeitserleben und Freude an intensiver Arbeit mit den Patient*innen nahmen somit zu, während emotionale Verhärtung und Gleichgültigkeit gegenüber Patient*innen, sowie Gefühle des Burnouts und Frustes abnahmen“ (Schweitzer, Nicolai, 2010). Bezüglich der Interdisziplinarität konnte über eine Intensivierung in der Zusammenarbeit berichtet werden. „Bei gesteigener wechselseitiger Wertschätzung fühlten sich vor allem die Pfleger*innen vermehrt auf Augenhöhe mit den therapeutischen Berufsgruppen“ (↗ Schweitzer, Nicolai, 2010). Dies gibt schon einen Hinweis auf Veränderungen der beruflichen Rollen innerhalb der psychiatrischen Krankenhausversorgung, auf die später noch eingegangen wird.

Das Mönchengladbacher Konzept

Mit Bekanntmachungen des Projekts SYMPA auf Veranstaltungen sowie Veröffentlichung der Begleitforschung in Fachzeitschriften begann die LVR-Klinik Mönchengladbach sich mit diesem therapeutischen Herangehen auseinanderzusetzen. 2012/2013 entschied der Vorstand, unter Einbezug der Mitarbeiter*innen, systemische Methoden in die psychiatrische Behandlung aufzunehmen – bisher eine Besonderheit in der psychiatrischen Versorgung Erwachsener im Klinikverbund. Im klinikeigenen Konzept heißt es unter anderem: Die kontinuierliche Verkürzung der Behandlungsdauer, die zunehmende Verdichtung von Arbeits- und Organisationsprozessen sowie steigende Dokumentationsanforderungen bergen die Gefahr einer starken Wahrnehmungseinengung auf die unmittelbare klinische Behandlung. Ein zusätzlicher systemischer Fokus soll über die Mitarbeiter*innenbefähigung einen Impuls zur Ambulantisierung und damit zur Ressourcenorientierung und Autonomiestärkung geben. Mitarbeiter*innen bietet die Implementierung systemischer Behandlung zudem die Chance, sich zu entwickeln, da systemische Weiterbildung etwa ein Baustein für das Zertifikat „Systemische Beratung“ ist und damit ein Attraktivitätsfaktor zur Mitarbeiter*innengewinnung und -bindung (↗ vgl. Konzept der LVR-Klinik Mönchengladbach).

Geeignete Weiterbildungsmöglichkeiten

Auf der Suche nach entsprechenden Weiterbildungsmaßnahmen wurden ausschließlich Institute angefragt, deren Curricula den Richtlinien der systemischen Fachverbände, dem Grundkurs der Weiterbildung „Systemische Therapie und Beratung“ entsprachen. Die Entscheidung fiel zugunsten von Dr. Schweitzer, Helm Stierlin Institut Heidelberg, in Zusammenarbeit mit Dr. Vieten, Ärztlicher Direktor der LWL-Klinik Paderborn aus, wo bereits nach systemischen Ansätzen in der Akutpsychiatrie gearbeitet wurde. Die LWL-Klinik Paderborn ist im Übrigen eine der drei o.g. Kliniken, die sich am SYMPA-Projekt beteiligten und die zu diesem Zeitpunkt bereits über Praxis- und Lehrerfahrung verfügten. Das Konzept des Instituts überzeugte zudem durch die Möglichkeit, zwei Mitarbeiter*innengruppen parallel und somit ganze Teams alternierend zeitgleich zu schulen.

Diese aufwendige Weiterbildung konnte dann im Januar 2015 gestartet werden. Insgesamt 50 Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen oder Pflegefachpersonen von drei Stationen nahmen an diesen ersten Kursen teil. Inzwischen wurden über alle Disziplinen hinweg ca. 100 Mitarbeiter*innen weitergebildet, sowohl aus dem voll- und teilstationären Bereich sowie aus dem Bereich des Wohnverbunds. Auch einige Mitarbeiter*innen ambulanter psychiatrischer Dienste der Stadt nahmen teil.

Aktuell läuft ein weiterer Kurs mit interdisziplinärer und interorganisationaler Besetzung. Der theoretische Inhalt gliedert sich in allgemeine Teile, wie Systemische Grundhaltung, Krankheitskonzepte sowie Lösungs- und Ressourcenorientierung, aber auch in die Vermittlung von direkt anwendbaren Techniken wie Genogrammarbeit, Reflecting Team oder systemischer Gesprächsführung.

Die Weiterbildung enthält neben theoretischem Input auch viele praktische Übungen, die Teilnehmer*innen als sehr praxisnah erleben. Es werden Fälle aus dem Stationsalltag supervidiert und sich daraus ergebende Fragen, wie Geheimnisse, Tabus oder Gewalt in der Familie, besprochen. Das Erlernete wird dann wieder im Kontakt mit realen Fällen angewendet.

» Was denken Sie, wie lange Sie Ihre Erkrankung noch brauchen werden?«

Frage aus der systemischen Beratung

Wertschätzende, autonomiefördernde Haltung

In der Lehre wie auch in der Anwendung sticht besonders die wertschätzende Haltung im Patient*innenkontakt hervor. Diese Haltung erfordert gerade im Rahmen der systemischen Beratung ein Menschenbild, das geprägt ist vom Konstruktivismus: Carl Rogers geht zum Beispiel von einer grundsätzlichen subjektiven Realität und Wirklichkeit des Individuums aus. Haupteigenschaften, um die beratende Beziehung zu gestalten, sind nach Rogers eine positive Zuwendung und ein empathisches Verstehen. So erlebt der Ratsuchende, dass er bei der Lösungsfindung verständnisvoll unterstützt, gestärkt und als autonomer Mensch akzeptiert wird. Die Beziehung zwischen Beratenden und Ratsuchenden ist durch Empathie, Akzeptanz und Kongruenz gekennzeichnet (↗ Gröning, 2010). Die systemisch beratende Herangehensweise ist also stark geprägt von dieser wertschätzenden und autonomiefördernden Haltung, aber auch von enger Kooperation und Veränderungsoptimismus ohne Veränderungsdruck.

Möglichst alle Beteiligten kommen zu einem gemeinsamen Fallverständnis und arbeiten ressourcen- und lösungsorientiert an einer sorgfältigen Auftragsklärung und Behandlung, in welcher alle Erwartungen Berücksichtigung finden. Wichtige Menschen, meist Familienangehörige als Mitleidende und Mitexpert*innen, werden also in die Patient*innenversorgung und Behandlung einbezogen, ohne den Hauptbetroffenen (im systemischen Denken als Indexpatient*in bezeichnet) die Entscheidungshoheit streitig zu machen.

Die Rolle der Pfleger*innen

„Die Professionalisierung eines breiten Stammes von Mitarbeitenden und der Einschluss der Pflegekräfte in systemische Therapie und Beratung ist eine Gewähr dafür, systemische Konzepte in psychiatrischen Akutstationen nachhaltig zu implementieren und auf Dauer den Einsatz aufrechtzuerhalten“ (↗ Vieten et al., 2020).

Die erlernten Techniken sind so operationalisiert, dass sie bei hinreichender Fortbildung von nicht psychotherapeutisch oder medizinisch grundständig ausgebildeten Fachkräften, wie zum Beispiel Pflegefachpersonen, sowohl im interdisziplinären Rahmen als auch selbstständig und eigenverantwortlich angewendet werden können.

Mit den Methoden der Genogrammarbeit, mit Aufstellungen oder dem Reflecting Team unter Anwendung von systemischen Gesprächs- und Fragetechniken sind Pflegefachpersonen in der Lage, die psychiatrische Behandlung systemisch mit zu

> Eine Reise zu den eigenen Wurzeln kann für Klarheit sorgen.



gestalten. „Die Grundprofession spielt in der Anwendung von systemischen Techniken keine Rolle“, so der Pflegedirektor der LVR-Klinik Mönchengladbach. Zudem sei die Grundhaltung einiger Pflegetheorien – und damit die vieler Pfleger*innen – eng verwandt mit der systemischen Grundhaltung. Ein weiterer Grundgedanke bei der Entscheidung zur Weiterbildung ist die Möglichkeit für Pfleger*innen, auch ohne akademischen Abschluss das therapeutische Zertifikat „Systemische Therapie und Beratung“ zu erhalten.

Selbstreflexion - ein lebenslanger Lernprozess

Eine wichtige Voraussetzung zum systemisch beratenden Arbeiten ist die eigene Reflexionsfähigkeit. Über fortlaufende, ebenfalls systemisch orientierte Selbsterfahrungsgruppen macht die Mönchengladbacher Klinik interessierten Pflegefachpersonen hierzu Angebote, da Selbsterfahrung bisher nicht Teil der Ausbildung von Pfleger*innen ist. Diese können für das Erwerben des Zertifikats angerechnet werden. Mehrere Pflegefachkräfte und Psychotherapeut*innen arbeiten an einer Zertifizierung. Bei der Umsetzung in die Praxis sind in einigen Bereichen der Klinik bereits systemische Behandlungsstrukturen entstanden, oft getragen durch den Pflegedienst, der konzeptuelle Veränderungen konstant begleitet. Patient*inneninterviews bzw. Gespräche unter systemischen Gesichtspunkten finden meist interdisziplinär statt.

Die Pfleger*innen haben Freude an dieser Form der Arbeit. Die systemische Arbeit und die damit verbundene Haltung bereichern das fachliche Handlungsrepertoire und erweisen sich als praktikabel sowie zielführend im Alltag. Die Patient*innen sind zu Beginn zunächst oft überrascht von den systemischen Vorgehensweisen. So erscheinen die in der systemischen Be-

» Was müssten Sie tun, damit es Ihnen noch schlechter geht? «

Frage aus der systemischen Beratung

ratung genutzten Fragen zunächst untypisch und fremd. Sie tragen jedoch zum Anstoß wichtiger Behandlungsprozesse sowie zu Weiterentwicklungen bei – sowohl bei Patient*innen als auch bei Angehörigen. Positiv berichtet wird in diesem Zuge vor allem von einem Mehr an erlebter Partizipation auf Patient*innenseite sowie einer Stärkung der Eigenverantwortung auf Grundlage gut erarbeiteter Behandlungsaufträge, die mittels der systemischen Vorgehensweise mit allen Beteiligten gelungen abgestimmt sind.

Ziel: institutionelle systemische Zertifizierung

Die systemische Herangehensweise scheint somit ein gutes Mittel zu sein, das Ziel von mehr Partizipation und auch Empowerment zu erreichen. Die systemische Ausrichtung ist sehr gut an andere Konzepte der LVR-Kliniken anknüpfbar, wie etwa Safewards. Die LVR-Klinik Mönchengladbach hat jedoch nicht zum Ziel, ein rein systemisches Behandlungsangebot zu machen. Auch andere therapeutische und pflegerische Herangehensweisen haben weiterhin ihren Platz. Systemische Therapie und Beratung sind vielmehr als zusätzliche Behandlungsoptionen anzusehen. Inzwischen hat man sich in der LVR-Klinik Mönchengladbach dazu entschieden, eine institutionelle systemische Zertifizierung anzustreben.

(↗ Literatur bei den Verfasser*innen)

Autonomie und Eigenverantwortung förderndes Klima

Die Einführung des Safewards Modells in der LVR-Klinik Köln

Autonomie und Eigenverantwortung der Patient*innen zu stärken, steht im Fokus der Arbeit aller Berufsgruppen der LVR-Klinik Köln. Safewards als praxisorientiertes Modell fördert und stärkt diese Aspekte.

Safewards – das Modell

Ziel des Modells ist die Schaffung eines therapeutisch wirksamen Stationsklimas, das von Wertschätzung, größtmöglicher Patient*innenautonomie und Eigenverantwortung geprägt ist. Potenzielle Krisen und Konflikte sollen möglichst vor ihrer Entstehung erkannt, vermieden bzw. eingedämmt werden. Neben der Vermeidung von „Alltagskrisen“, etwa wenn für Patient*innen schlechte Nachrichten eintreffen oder es zu Missverständnissen kommt, steht auch die Reduktion freiheitsbeschränkender Zwangsmaßnahmen im Fokus.

Entwickelt wurde Safewards in Großbritannien von Pflegewissenschaftler*innen des Londoner King's College. Die Entwicklung wurde wissenschaftlich begleitet. Das Modell fasst viele Maßnahmen zusammen, die in Teilen bekannt sind und umgesetzt werden. Das Rad wird nicht neu erfunden, aber Safewards bietet eine fundierte Möglichkeit und den Rahmen, Interventionen systematisch flächendeckend und nachhaltig umzusetzen sowie das eigene Handeln und die eigene Haltung zu reflektieren. Ursprünglich waren akutpsychiatrische Settings Zielgruppe für Safewards, inzwischen wird das Modell mit guten Ergebnissen auf verschiedene Fachbereiche der psychiatrischen Versorgung ausgeweitet, beispielsweise auf den Maßregelvollzug (MRV) der LVR-Klinik Köln.

Haltungs- und handlungsorientiert

Ursprungsfaktoren für Krisen und Konflikte können anhand des Modells gezielt und systematisch identifiziert werden; Einflüsse und Situationen, die nachweislich Krisen und Konflikte hervorrufen oder begünstigen, werden aufgezeigt. Insbesondere zwischenmenschliche und persönliche Aspekte, die in der psychiatrischen Versorgung zu Krisen und Konflik-



Safewards-Interventionen

1. Klärung gegenseitiger Erwartungen
2. Verständnissvolle Kommunikation
3. Deeskalierende Gesprächsführung
4. Positive Kommunikation
5. Unterstützung bei unerfreulichen Nachrichten
6. Gegenseitiges Kennenlernen
7. Gemeinsame Unterstützungskonferenz
8. Methoden zur Beruhigung
9. Sicherheit geben
10. Entlassnachrichten

ten führen können und die durch Mitarbeiter*innen und Patient*innen deeskalierend beeinflusst werden können, sind zentral. Beispiele hierfür sind missverständliche Kommunikation, Umgang mit Regeln, unerfreulichen Nachrichten oder als beunruhigend erlebte Situationen.

Ursprungsfaktoren zu kennen und die Möglichkeiten, sie zu beeinflussen, sind Grundlage für die zehn Safewards-Interventionen. Zudem gibt es weitere optionale Interventionen, die frei erweiterbar sind. Alle Interventionen werden nach Einführung des Modells planmäßig und zielgerichtet von allen Mitarbeiter*innen des Teams angewendet.

Jede Intervention wird unter Einbeziehung aller Beteiligten an die jeweilige Situation und Station angepasst. Die Interventionen dienen als Rahmen, den es auszufüllen gilt, als Baukasten, aus dessen Elementen Safewards jeweils zusammengebaut werden muss. Safewards erfordert, die Wahrnehmung und Deutung von Krisen und Konflikten sowie deren Ursachen konsequent in den Fokus zu rücken, zu hinterfragen sowie, wenn möglich, gezielt deeskalierend zu beeinflussen.

Einführung in der LVR-Klinik Köln

Die LVR-Klinik Köln hat 2017 mit der Einführung des Safewards-Modells begonnen, zuerst auf einer Pilotstation im Maßregelvollzug, dann in geschützten oder halboffenen Akutstationen der Abteilungen Psychiatrie und Psychotherapie. Inzwischen befinden sich fünf Stationen des Maßregelvollzugs und drei Akutstationen der Psychiatrie und Psychotherapie in der Implementierungs- bzw. Verstetigungsphase. Da Safewards mit komplexen Veränderungen einhergeht, ist die Umsetzung im Alltag regelhaft zu reflektieren und zu evaluieren. Dies geschieht etwa durch das „Motto des Tages“, das verständnisvolle Kommunikation fördern soll. Das Motto wird täglich gemeinsam besprochen und auf die Geschehnisse der Station übertragen. Dann wird es für alle sichtbar und als Erinnerung 24 Stunden lang aufgehängt.

Die Anpassung der Interventionen für die jeweilige Station beinhaltet umfassende Diskussionen, Standortbestimmungen sowie Perspektivwechsel. Es gilt Interventionsbevollmächtigte („Kümmerer“), zu benennen, die die Umsetzung begleiten und voranbringen. Patient*innen einzubeziehen ist wesentliches Element der Safewards-Implementierung; gemeinsam werden etwa Stationsregeln, hilfreiche Maßnahmen bei Krisen oder Unterstützungsangebote erarbeitet und umgesetzt. Dieser partizipative Ansatz fördert die Eigenverantwortung im Sinne des Empowerment. Evaluation und Qualitätssicherung helfen, die Implementierung objektiv zu überprüfen.

Eindeutiges Bekenntnis der Führung und Teamentwicklung

Grundvoraussetzung für die Einführung und nachhaltige Implementierung von Safewards ist das Bekenntnis des Klinikvorstands und der Leitungsebenen zum Safewards-Modell sowie die Bereitstellung der personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen. Informationsveranstaltungen, intensive Schulungen und Workshops für die Teams sind unerlässlich. Die Einführung des Modells ist ein berufsgruppenübergreifender Prozess, der Teamentwicklung bedingt.

Safewards im Maßregelvollzug

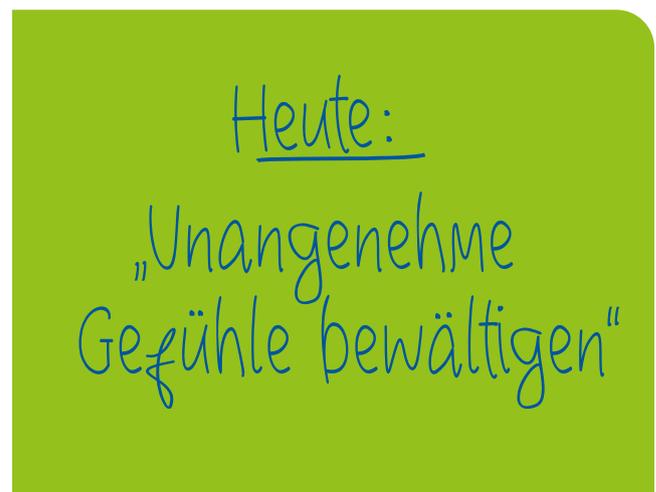
Auch im Maßregelvollzug liegt ein Schwerpunkt pflegerischer Arbeit darin, Krisen, Konflikte sowie deren Ursprungsfaktoren früh zu erkennen und bewusst mit ihnen umzugehen. Ziel ist es, Krisen und Konflikte zu klären, zu mildern oder zu beseitigen. Zu berücksichtigen sind hier die langen Unterbringungsauern, die unfreiwillige Unterbringung, Sicherheitsvorgaben und gesetzliche Rahmenbedingungen.

»Patientinnen und Patienten bringen sich mehr in den Stationsalltag ein und gestalten ihn mit – das macht Mut für mehr.«

Frank Allisat, Pflegedirektor der LVR-Klinik Köln

Während der Vorbereitung zur Implementierung des Safewards-Modells im MRV der LVR-Klinik Köln entstand die Idee, dass der Einbezug von Ex-In-Genesungsbegleitung folgerichtig und konsequent ist. Genesungsbegleiter*innen sind ehemalige Patient*innen mit einer Ex-In-Ausbildung. Sie vermitteln zwischen Patient*innen und Team. Safewards ist ein empowerment- und recoveryorientiertes Modell. Mitbestimmung, Einbezug und Verantwortungsübernahme der behandelten Menschen sind wesentliche Elemente. Die Einführung von Safewards bedeutet das Hinterfragen bestehender Strukturen, Prozesse sowie gewünschter Ergebnisse und die Bereitschaft, sich auf Veränderungen einzulassen. Der Einbezug von Ex-In-Genesungsbegleitung als unterstützende Instanz, die den Perspektivwechsel fördert, ist dabei hilfreich.

▼ 24 Stunden lang hängt das Motto des Tages für alle sichtbar auf der Station.



Die Safewards-Implementierung bedingt auch im MRV einen Teamentwicklungsprozess, der Zeit braucht. Begleitet werden die Teams von der Stabsstelle Pflegeentwicklung und -wissenschaft. Ziel ist es, Offenheit für den Prozess zu schaffen, Unstimmigkeiten zu klären bzw. Alternativen zu erarbeiten.

Information und Schulung der Teams

Vor der Implementierung von Safewards nehmen alle Stationsteams an Informationsveranstaltungen teil, die auch für Diskussionen Raum geben. Zudem ist ein konstruktiver Erfahrungsaustausch zwischen den Stationsteams wichtig.

Planung und Steuerung der Implementierung erfolgen durch Team-Schulungen. Die Moderation übernehmen die Ex-Ingeneusungsbegleiterin sowie die Stabsstelle Pflegeentwicklung und -wissenschaft.

Die zweistündigen Workshops finden außerhalb der Station statt. So werden Störfaktoren wie Telefon etc. vermieden und ein besonderer Rahmen geschaffen. In den Workshops werden die Interventionen vorgestellt und Umsetzungsmöglichkeiten für jede Station diskutiert sowie Vereinbarungen zur Realisierung getroffen. Häufig schildert an dieser Stelle die Ex-Ingeneusungsbegleiterin ihre eigenen Erfahrungen, um einen Perspektivwechsel anzuregen. Auch zeigt sie den bis dahin nicht erkannten Nutzen einer Intervention für die Menschen im MRV vor dem Hintergrund der Lebenswirklichkeit forensischer Patienten. Dies führte bei Mitarbeiter*innen zu „Aha-Erlebnissen“ und der Bereitschaft, Veränderungen zu wagen. Regelmäßige Rückmeldungen und Analysen der Moderatorinnen sind ebenfalls Inhalt der Safewards-Workshops.

Aufgaben für den Folgeworkshop

In den Workshops werden Interventionsbevollmächtigte benannt und Aufgaben definiert, die bis zum Folgeworkshop (ggf. mit Patienten) bearbeitet, ausprobiert oder umgesetzt werden sollen. Der Folgeworkshop knüpft hieran an und arbeitet mit der nächsten Intervention weiter. Bei Bedarf können Interventionen auch zwei Workshops dauern, etwa wenn zuerst Standortbestimmungen zum „Umgang mit Regeln und gegenseitige Erwartungen“ erforderlich sind, bevor Überlegungen zur Implementierung stattfinden können. Hier ist der Einbezug der Genesungsbegleiterin besonders hilfreich.

Safewards in der Akutstation

Als eine der drei Akutstationen der Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie beteiligt sich die halb-offene, gemischt-geschlechtliche Station 12 an der Implementierung des Safewards-Modells.

Behandelt werden Menschen mit verschiedenen akuten, schweren psychischen Störungen, die eine intensive Therapie unter teilweise geschützten Bedingungen benötigen. Sie leiden an Psychosen, manischen Episoden, hirnorganischen Erkrankungen oder schweren Persönlichkeitsstörungen und/oder befinden sich in Krisensituationen.

Das Team der Station 12 wurde berufsgruppenübergreifend in den zehn Interventionen des Safewards-Programms geschult. Die Inhalte wurden vom Pflegepersonal, Stationsärzt*innen, einer Ergotherapeutin und dem Sozialdienst stationsindividuell ausgestaltet.

Intervention „Entlassnachrichten“

Am Tag ihrer Entlassung werden Patient*innen zum Verfassen einer kurzen Mitteilung motiviert. Diese soll an ihre Mitpatient*innen adressiert sein und ein positives Statement enthalten. Das können Ratschläge sein, die den Patient*innen, die noch bleiben, den Stationsalltag erleichtern. Das können kurze Aussagen darüber sein, was Patient*innen an ihren Aufhalten gefallen hat, was die Situation während einer akuten Krankheitsphase verändert und eine Besserung des Krankheitszustandes herbeigeführt hat. Diese Nachrichten werden – für alle sichtbar – an der Wand angebracht.

Ziel der Entlassnachrichten ist es, Patient*innen, die sich in Situationen voller Hoffnungslosigkeit, Wut und Unverständnis befinden, wieder Mut zu machen und den Sinn einer psychiatrischen Behandlung aufzuzeigen.

Die Interventionsbeauftragten haben einen Leuchtturm als Wandmotiv gewählt, in dessen Lichtkegel sie die Entlassnachrichten befestigen. Direkt im Eingangsbereich sind sie sehr gut sichtbar. Die Entlassnachrichten werden regelmäßig von den zuständigen Interventionsbeauftragten ausgetauscht und bieten daher abwechslungsreichen Zuspruch für die Patient*innen auf der Station 12.

Mir hat besonders das Angebot der Ergotherapie gefallen. Dabei konnte ich mich gut vom Alltag ablenken und auf andere Gedanken kommen.



^ Gut sichtbar: Der Leuchtturm im Eingangsbereich der Station 12 beleuchtet Mutmachendes, Hoffnunggebendes, den Alltag Erleichterndes. Geschrieben von Patient*innen für Patient*innen.

Mir half während des Aufenthalts auf Station 12 das nette Pflegepersonal. Außerdem habe ich gern das Angebot der Gruppenausgänge genutzt. Die frische Luft fand ich beruhigend. Eine nette Geste des Teams war, das wir auch (u. a.) abends um 10 Uhr Butterbrote angeboten bekamen.

Konflikte verhindern, Partizipation ermöglichen

Safewards stellt ein recoveryorientiertes Modell auf der Handlungsebene dar. Erste Erfahrungen zeigen positive Veränderungen in den Stationen, die Patient*innen nehmen Neuerungen positiv auf und bringen sich konstruktiv ein.

Die Interventionen des Safewards-Modells und die veränderte Grundhaltung der Mitarbeiter*innen werden von allen Beteiligten positiv wahrgenommen. Konfliktsituationen können professioneller und zielführender gelöst werden; die Patient*-

innen erfahren den Erhalt ihrer Autonomie und respektvollen Umgang auch während krankheitsbedingter Anspannungszustände. Bei den Mitarbeiter*innen kommt es zu einer Erhöhung der Eigenständigkeit und Sicherheit, beispielsweise durch eine veränderte Gesprächsführung und Haltung in Konfliktsituationen. Der Einbezug von Ex-In-Genesungsbegleitenden hat sich bewährt. Auch im Maßregelvollzug ist Safewards gut anwendbar, hier bedarf es der Modifikation einzelner Interventionen.

Teilhabe am Arbeitsleben als therapeutischer Prozess

Kooperationsprojekte des LVR-Klinikum Essen mit dem Jobcenter Essen

Im Jahr 2019 waren in Deutschland 2,27 Millionen Personen arbeitslos, darunter 32,1 Prozent Langzeitarbeitslose, also Personen, die länger als ein Jahr arbeitslos waren. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei (Langzeit-)Arbeitslosen ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht. Umgekehrt weisen psychiatrische Patient*innen eine höhere Arbeitslosenquote auf als die Allgemeinbevölkerung. (↗ Literatur bei den Verfasser*innen)

Unterschiede in der Manifestation

Der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und psychischer Erkrankung ist komplex (↗ Reissner et al., 2016; Scherbaum et al., 2018). Insbesondere folgende Konstellationen sind zu unterscheiden:

a) Primäre psychische Erkrankung mit früher Manifestation

Psychische Erkrankungen wie Cannabisabhängigkeit oder schizophrene Psychose können sich bereits im Jugend- und jungen Erwachsenenalter manifestieren. Sie haben dann einen negativen Einfluss auf die schulische und berufliche Ausbildung (etwa Schul-Drop-out oder „Not in Education, Employment or Training“; NEET). Dies beeinflusst wiederum den Einstieg in das Berufsleben negativ. Personen ohne formale Bildungsabschlüsse haben auf dem Arbeitsmarkt ein erhöhtes Risiko für Arbeitslosigkeit oder Beschäftigung in prekären Arbeitsverhältnissen.

b) Primäre psychische Erkrankung mit Manifestation im Erwachsenenalter

Die Entwicklung während der Schul- und Berufsausbildung ist zunächst unauffällig. Im Verlauf des Berufslebens manifestiert sich dann jedoch eine psychische Störung. Diese kann zu einer (vorübergehenden) Unfähigkeit führen, den Beruf weiter auszuüben. Bei bestimmten psychischen Erkrankungen,

etwa Alkoholabhängigkeit, kann es aufgrund häufiger Fehlzeiten oder ungenügender Leistung auch zur Kündigung kommen. Schließlich gibt es Hinweise darauf, dass Personen mit psychischen Erkrankungen während betrieblicher Umstrukturierungen eher betriebsbedingt gekündigt werden.

c) Psychische Erkrankung als Folge der Arbeitslosigkeit

Auch Menschen, die keine psychische Erkrankung haben, sind von Arbeitslosigkeit betroffen. Etwa infolge betriebswirtschaftlicher Krisen einzelner Firmen oder ganzer Branchen. Insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit ist dann ein Risikofaktor für eine psychische Erkrankung, die wiederum die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit behindert. Die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit verbessert in der Regel die psychische Erkrankung.

Ziel: berufliche Teilhabe

In allen Fällen macht der Zusammenhang von psychischer Erkrankung und Arbeitslosigkeit eine Zusammenarbeit von Jobcentern bzw. Agenturen für Arbeit und dem psychiatrischen Hilfesystem notwendig. Aus sozialpsychiatrischer Perspektive ist es nicht das Ziel psychiatrischer Diagnostik und Therapie, die Intensität von Symptomen psychischer Erkrankungen zu mindern. Vielmehr sind die Teilhabe und hierbei auch die Befähigung zur Teilhabe am allgemeinen Arbeitsmarkt Ziel der Behandlung, zudem Teilhabe ein wesentliches Element für eine psychische Stabilisierung ist.

Gemeinsame Kooperationsprojekte

Vor diesem Hintergrund haben drei Kliniken des LVR-Klinikum Essen (Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin) mit dem Jobcenter Essen seit 2007 verschiedene Kooperationsprojekte entwickelt und etabliert (↗ Reissner et al., 2016).



< Birgit Meiler, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, im Beratungsgespräch mit einem Langzeitarbeitslosen im Jobcenter in Essen.

Die Projekte „Support25“, „TANDEM und PROGRESS“ sowie „SUNRISE“ haben dieselbe Struktur. Sofern Fallmanager*innen des Jobcenters den Verdacht haben, dass Kund*innen psychisch erkrankt sind, kann ein Gutachten bei den Mitarbeiter*innen des LVR-Klinikum Essen beauftragt werden. Zu klären ist, ob eine psychische Erkrankung vorliegt, ob die Kund*innen arbeitsfähig sind und welche therapeutischen Empfehlungen es geben kann. Das Jobcenter möchte psychisch bedingte Vermittlungshemmnisse identifizieren sowie eine Perspektive gewinnen, diese zu vermindern.

Die Teilnahme an der Begutachtung ist freiwillig. Es wird ein fachärztlich-psychiatrisches Gutachten auf Basis einer ausführlichen Anamnese sowie mithilfe verschiedener psychologischer Instrumente erstellt, etwa zur Prüfung von psychiatrischen Diagnosen oder zur Erfassung der Intensität bestimmter Symptome. Die Begutachtung findet an mehreren Terminen statt, teils im Jobcenter und teils im LVR-Klinikum. Die Ergebnisse des Gutachtens, insbesondere die Diagnosen, werden mit den Kund*innen des Jobcenters ausführlich besprochen, verbunden mit therapeutischen Empfehlungen zum weiteren Umgang mit der Erkrankung.

Im Erwachsenenbereich gibt das Klinikum den Teilnehmenden inzwischen eine schriftliche gutachterliche Stellungnahme, inklusive gestellter Diagnosen und leitlinienorientierter Behandlungsempfehlungen. Die Mitarbeiter*innen des Jobcenters erhalten eine zusammenfassende gutachterliche Stellungnahme mit einer strukturierten Einschätzung krankheitsbedingt eingeschränkter, arbeitsmarktrelevanter Fertigkeiten (etwa im Erwachsenenbereich anhand des MINI-ICF-App). Zudem wird die berufliche Belastbarkeit eingeschätzt und Empfehlungen zu weiteren Maßnahmen ausgesprochen.



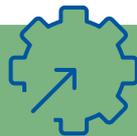
Support 25

2007 startete die Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters mit dem Projekt „Support 25“. Zielgruppe sind Arbeitslose im jungen Erwachsenenalter bis 25 Jahren (↗ Rosien et al., 2009; Reissner et al., 2013). In Essen betreut das Jobcenter Arbeitslose im Jugend- und jungen Erwachsenenalter („U25“) nicht wie Erwachsene an verschiedenen Standorten, sondern an einer zentralen Dependence. Die Mitarbeiter*innen der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik führen dort ihre Begutachtung durch. Bislang wurden etwa 4000 Gutachten erstellt. 98 Prozent der untersuchten Jugendlichen und jungen Erwachsenen wiesen mindestens eine psychische Erkrankung nach DSM-IV auf, 65 Prozent zwei und 30 Prozent drei psychische Erkrankungen (↗ Reissner et al., 2011). Besonders häufig fanden sich depressive Störungen (ca. 48 Prozent), Angststörungen (ca. 33 Prozent), Persönlichkeitsstörungen (ca. 57 Prozent; besonders vom Borderline-Typ) sowie Suchterkrankungen (ca. 27 Prozent). Ein Vergleich der Inanspruchnahme-Population der SUPPORT-25-Ambulanz mit einer Zufallsstichprobe, bestehend aus unter 25-jährigen Kund*innen des Jobcenters, zeigte eine deutlich höhere Belastung der SUPPORT-25-Kund*innen durch psychiatrische Diagnosen (↗ Reissner et al., 2014).



TANDEM und PROGRESS

Das Projekt TANDEM startete im Jahr 2009 (↗ Steil et al., 2013). Dieses Projekt richtete sich an über 50-jährige Langzeitarbeitslose und wurde aus Mitteln des Beschäftigungspakts 50plus des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales finanziert. Nach einer Laufzeit von 6 Jahren wurde das Projekt TANDEM in die Arbeitsmarktmaßnahme PROGRESS mit Finanzierung nach § 16f SGB II verwandelt und für erwachsene Arbeitslose zwischen 25 und 65 Jahren durchgeführt. Die Mehrheit (über 90 Prozent) der etwa 1.000 begutachteten Kund*innen des Jobcenters waren belastet durch psychische Erkrankungen, insbesondere depressive Störungen (60,8 Prozent) und Angststörungen (84,4 Prozent). Es zeigte sich eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich höhere Zahl von sozialen Phobien (25 Prozent) und Traumafolgestörungen (15 Prozent). Auffällig war die hohe Zahl komorbider psychischer Störungen. Über 60 Prozent der Untersuchten litten an mindestens zwei klinisch relevanten psychischen Störungen.



Projekt SUNRISE

Im Projekt SUNRISE werden Kund*innen des Jobcenters mit Verdacht auf eine substanzbezogene Störung begutachtet. Eine 2018 publizierte Analyse (↗ Scherbaum et al., 2018) ergab bei 87 der ersten 100 begutachteten Personen eine substanzbezogene Störung, meist alkoholbezogen. Die mehrheitlich männlichen, im Schnitt 40 Jahre alten Klient*innen zeigten erhebliche Defizite in der Schul- und Berufsausbildung: 30 Prozent hatten die Schule nur bis Klasse 9 absolviert, mehr als die Hälfte hatte keine Berufsausbildung. Die längste Dauer einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit betrug im Median drei Jahre. Bei der Mehrheit der Klient*innen hatte die substanzbezogene Störung bereits im Jugend- bzw. im jungen Erwachsenenalter begonnen. Dem entspricht, dass nur bei weniger als 10 Prozent der Klient*innen die aktuelle Arbeitslosigkeit zeitlich dem Beginn des regelmäßigen Suchtmittelkonsums vorausging. In mehr als der Hälfte der Fälle wurde zudem eine psychiatrische Störung diagnostiziert.

Erkenntnisse der Gutachten

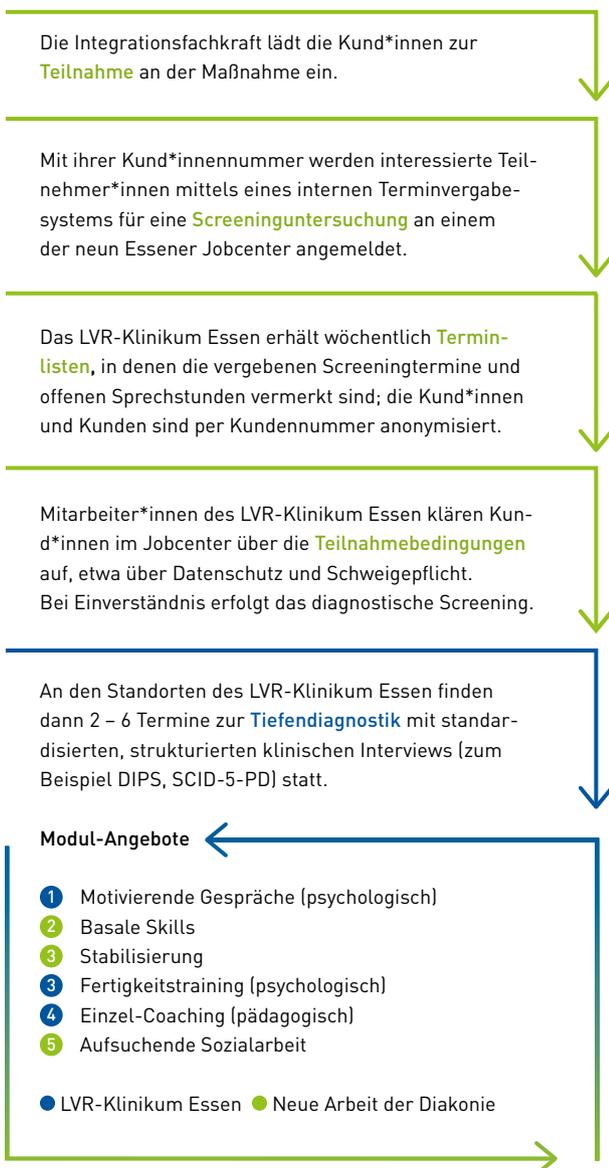
In den Gruppen der Suchterkrankten sowie der Jugendlichen und jungen Erwachsenen litt die Mehrheit an chronifizierten psychischen Erkrankungen, die oft im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter begonnen hatten und mit entsprechenden Defiziten in der Schul- und Berufsausbildung einhergingen. Hier fanden sich oft nur rudimentäre Erwerbsbiografien. Bei Analysen der Lebensläufe waren vielfach frühe psychosoziale Belastungen fassbar, etwa Trennung oder psychische Erkrankung der Eltern. Daher dominiert die Konstellation der frühen Manifestation psychischer Erkrankung beim Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und psychischer Erkrankung. In der Stichprobe der allgemein-psychiatrisch erkrankten über 25-Jährigen wurde zumeist eine Verschlechterung der psychischen Symptome in der Arbeitslosigkeit beschrieben. Die Entwicklung einer im engen Sinne sekundären psychischen Störung infolge längerer Arbeitslosigkeit bei zuvor unauffälliger psychischer und beruflicher Vorgeschichte kam nur selten vor. In allen Gruppen war auffällig, dass nur eine Minderheit der manifest psychisch erkrankten Personen sich aktuell auch in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung befand.

Weiterentwicklung zu FIT FOR WORK

Seit 2019 sind die Projekte PROGRESS und SUNRISE zur Maßnahme Gesundheitszentrum FIT FOR WORK zusammengefasst, nachdem das LVR-Klinikum Essen 2018 als Arbeitsmarktdienstleister nach AZAV-Standard zertifiziert wurde. Dieser Maßnahme, die sowohl aus Mitteln des SGB II als auch des SGB III finanziert wird, werden jährlich 750 Kund*innen des Jobcenters Essen zugewiesen. Die Zertifizierung des LVR-Klinikum Essen als Anbieter arbeitsmarktlicher Leistungen ist, soweit den Verantwortlichen der Projekte bekannt, einzigartig in Deutschland. PROGRESS und SUNRISE hatten ihren Schwerpunkt in einer sozialmedizinischen Begutachtung. Langfristiges Ziel, aus Sicht des Jobcenters wie auch des LVR-Klinikum Essen ist es, Betroffene psychisch zu stabilisieren und zu befähigen, am Arbeitsleben teilzunehmen. Die sozialmedizinische Begutachtung wurde in der Maßnahme FIT FOR WORK ergänzt durch die gezielte Förderung basaler (psychischer) Kompetenzen im Rahmen manualisierter psychologischer Trainings, etwa dem Gruppentraining sozialer Kompetenzen nach ↗ Hinsch und Pfingsten (2007), achtsamkeitsbasierter Interventionen sowie

individueller sozialpädagogischer Aktivierung. In Kooperation mit einem weiteren Anbieter arbeitsmarktlicher Leistungen, der Neue Arbeit der Diakonie Essen, kamen aufsuchende Sozialarbeit, berufsbezogene Aktivierungsmaßnahmen, Maßnahmen zur Förderung psychischer und körperlicher Belastbarkeit und tagesstrukturierende Maßnahmen hinzu. Zuvor auf sozialmedizinische Begutachtung fokussierte Projekte haben sich also zu einer arbeitsmarktlichen Maßnahme entwickelt, die Betroffene sechs bis neun Monate durchlaufen.

Teilnehmer*innenlenkung „FIT FOR WORK“



Perspektiven für die Unterstützung

Die Heranführung an den Arbeitsmarkt ist für psychisch kranke Arbeitslose ein mehrjähriger Prozess. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor dürfte die erfolgreiche Behandlung der psychischen Erkrankungen sein. Die Involvierung einer Klinik ist eine gute Möglichkeit, Personen mit chronischen, meist unbehandelten psychischen Erkrankungen nicht nur allgemeine Therapieempfehlungen zu geben, sondern bei der Vermittlung in Angebote des lokalen Hilfesystems zu unterstützen.

Dynamische Entwicklung der Projekte

Durch den universitären Status des LVR-Klinikum Essen ist eine stetige Auswertung der Daten, etwa im Rahmen von Doktorarbeiten, gewährleistet. Das LVR-Klinikum Essen hat um den Bereich „Arbeitslosigkeit und psychische Erkrankungen“ weitere Projekte entwickelt. Gefördert durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW wird zum Beispiel das „Empfangsraumprojekt“ durchgeführt. Es werden Kommunikationswege zwischen oft wohnortfernen Suchtfachkliniken, dem Jobcenter Essen und dem LVR-Klinikum Essen aufgebaut, um bei arbeitslosen Patient*innen nach der Entlassung aus der suchtfachklinischen Behandlung eine suchtmedizinisch-psychiatrische ambulante Weiterbehandlung sowie eine rasche Vorstellung beim Jobcenter zu gewährleisten. Befunde der suchtfachklinischen Behandlung werden in die Planung der Hilfen einbezogen.

Gesellschaftliche und sozialrechtliche Relevanz

Die berufliche Rehabilitation in Deutschland ist in Schritten organisiert. Häufig erhalten Patient*innen die Chance zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt erst, wenn sie durch eine oft langfristige Behandlung psychisch stabilisiert sind. Beim „supported employment“ (↗ Hoffmann, 2013) ist die (frühe) Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt hingegen bereits Teil des therapeutischen Prozesses. Teilhabe und Inklusion werden durch eine berufliche Wiedereingliederung zentral gefördert. Durch die Aufnahme einer Arbeit kann sich zudem der Gesundheitsprozess verstärken. Erste sozialrechtliche Entwicklungen („MitArbeit“) zu einem sozialen Arbeitsmarkt für Langzeitarbeitslose, unterstützt durch Coaches, haben Ähnlichkeiten mit diesen sozialpsychiatrischen Überlegungen des „supported employment“ zur Unterstützung beim Heranführen an das Berufsleben. Nach den Ergebnissen der Essener Projekte gehört eine psychiatrische Behandlung zu den wesentlichen begleitenden Hilfen.

Heilsame Umgebung stärkt Selbstbestimmung und Autonomie

_Healing Environment in der LVR-Klinik Langenfeld

In der LVR-Klinik Langenfeld, wie auch im gesamten Landschaftsverband Rheinland, werden Naturschutz und Umweltfreundlichkeit großgeschrieben. Wer das Gelände der Klinik betritt, spürt dies sofort. Großzügige Grünflächen, kleine Waldstücke und von Bänken gesäumte Fußwege laden zum Spazierengehen und Entspannen ein. Doch hinter diesem schönen Äußeren verbirgt sich noch mehr. Die natürlich gestaltete Umgebung des Geländes wird in die Therapie einbezogen und unterstützt den Genesungsprozess der Patient*innen aktiv.

Umweltfreundliche Passivhausbauweise

Nicht nur für die Außenanlagen der Klinik, auch bei dem Bau neuer und der Sanierung alter Gebäude spielt Umweltfreundlichkeit eine große Rolle. So wurden die Neubauten, die im Rahmen des Dezentralisierungsprozesses auf dem Klinikgelände in Langenfeld und an den externen Standorten in Solingen und Langenfeld (Lessingstraße) entstanden, im Rahmen der Umweltziele im Passivhausstandard errichtet. Durch den besonders umweltfreundlichen Passivhausstandard fügen sich die Neubauten zum einen in das ökologische Gesamtkonzept der Klinik ein. Auf der anderen Seite wurden bei der Planung und Errichtung der Gebäude auch therapeutische Konzepte beachtet, sodass diese die Patient*innen in ihrer Behandlung unterstützen.

Kooperationspartner NABU

Seit 2018 kooperiert die Klinik mit der Ortsgruppe Langenfeld des Naturschutzbundes (NABU), um die Gestaltung und Pflege des Klinikgeländes in gemeinsamen Projekten umweltfreundlich und ökologisch-nachhaltig zu gestalten und weiterzuentwickeln. Im Jahr 2019 wurden zahlreiche Projekte in Angriff genommen und abgeschlossen.

So wurden beispielsweise Insektenhotels installiert, die einheimischen Insekten einen geschützten Lebensraum bieten und somit auch eine direkte positive Auswirkung auf die Ent-

wicklung und Vermehrung der Pflanzen im biologischen Gartenbau und allgemein auf dem Klinikgelände haben. Ebenso wurde das Weidenwäldchen, das als Biotop für verschiedene Insekten, Kleintiere und Vögel dient, stetig gepflegt und somit sichergestellt, dass dieser natürliche Lebensraum für die Tiere erhalten bleibt.

» Unsere Patientinnen und Patienten profitieren von einer Zusammenarbeit mit dem NABU. Die Teilnahme an Kooperationsprojekten wirkt sich positiv auf ihre gesundheitliche Entwicklung aus.«

Holger Höhmann
Vorstandsvorsitzender der LVR-Klinik Langenfeld

Mit dabei: die Patient*innen

Bei fast allen Aktionen des NABU werden Patient*innen der LVR-Klinik Langenfeld mit einbezogen. Ein Projekt, in dem sie eine besonders große Rolle spielen, ist das Vogelschutzprojekt, das in die therapeutische Arbeit mit den Patient*innen einfließt. Die über 30 Vogelarten auf dem Klinikgelände werden beobachtet, um die Entwicklung und Vermehrung der verschiedenen Arten zu dokumentieren. An den Vogelexkursionen nehmen sowohl Mitarbeiter*innen des NABU und der LVR-Klinik teil als auch Patient*innen und interessierte Externe, die sich dabei informieren und einbringen können. Im Arbeitstherapiebereich Holz werden Vogelhäuser hergestellt, in denen die Tiere nisten und auch überwintern können. Die Fütterung der Tiere wird mithilfe der Patient*innen ganzjährig durch die arbeitstherapeutische Gartengruppe sichergestellt. Ebenso arbeiten Projektgruppen im Rahmen der arbeitsthe-



Historische Lindenallee der LVR-Klinik Langenfeld.
Bis 1969 trennte sie als „Geschlechterachse“ die Bereiche
für Frauen und Männer.

rapeutischen Angebote an der Renaturierung der Fauna auf dem Klinikgelände. Traditionelle, heimische Pflanzenarten werden sowohl in Blumenbeeten als auch im biologischen Gartenbau (Obstbäume, Gemüse) wieder angesiedelt.

Es gelingt hierdurch, Patient*innen im Rahmen ihrer Behandlung direkt an realen ökologischen Prozessen teilhaben zu lassen. Die individuelle Gestaltung der Therapieprozesse führt dabei über ein einwöchiges Assessment in der Arbeitstherapie zu für die Zielerreichung sinnvollen Aufgabenstellungen. Individuelle Patient*innenziele können so zu den vorhandenen Abläufen in einem ökologisch orientierten Klinikbetrieb in Beziehung gesetzt werden.

Positive Auswirkungen auf Mensch und Natur

Das ökologische und umweltfreundliche Konzept der LVR-Klinik Langenfeld und die daraus entstehenden Außenbereiche, Gebäude und Therapiekonzepte haben vielfach positive Auswirkungen. Die vier wichtigsten sind:

▼ Vogelarten auf dem Klinikgelände entdecken. V.l.n.r.: Holger Höhmann (Vorstandsvorsitzender der LVR-Klinik Langenfeld), Rolf-Dieter Gassen (Vorsitzender Förderverein) und Michael Hungenberg (Leiter NABU Ortsgruppe Langenfeld) freuen sich über die neue Informationstafel.



1



Inklusive Elemente fördern

Das Vorgehen in der Therapie wird im Behandlungsverlauf als sinnstiftend und nachhaltig erlebt und fördert im Sinne des Empowerments die weitere Auseinandersetzung mit und Partizipation an Aktivitäten im Naturschutz. Hierzu tragen inklusive Elemente des Miteinanders von Patient*innen und Mitarbeiter*innen der Klinik und des NABU bei, die im sektorübergreifenden Setting auch als ambulante Ergotherapie nach der Entlassung weitergeführt werden können. Die gemeinsamen Projekte mit dem NABU ermöglichen somit, Inklusion von Menschen mit psychischen Einschränkungen zu fördern. Im Rahmen der Kooperation werden Barrieren abgebaut und neben den individuellen therapeutischen Zielen wird ein wichtiger Beitrag zur Entstigmatisierung der Psychiatrie geleistet.

2



Genesungsprozess unterstützen

Verschiedene Aktivitäten für die Patient*innen fördern den Genesungsprozess und sind fester Bestandteil der Behandlung psychiatrischer Erkrankungen. Sie werden von Ergotherapeut*innen gemeinsam mit Patient*innen durchgeführt und unterstützen diese dabei, ihre kognitiven, emotionalen und sozialkommunikativen Fähigkeiten auszubauen. Wichtige Qualifikationen für das Berufsleben wie Pünktlichkeit und Verantwortung werden (wieder) erlernt. Die Maßnahmen tragen dazu bei, Selbstbewusstsein und Selbstwahrnehmung im Gesamtbehandlungskonzept zu verbessern. Durch Einbezug von Natur in die therapeutische Arbeit erleben Patient*innen Selbstwirksamkeit und Orientierung an sinnhaftem Tun. Sie finden den Weg zu einer individuellen, gesundheitsförderlichen Lebensplanung.



^ (v.l.n.r.) Michael Hungenberg (NABU, Leitung Ortsgruppe Langenfeld) nimmt mit seinen Kolleg*innen Helga und Wolfgang Sternberg von Ergotherapeut Kai Sevens (LVR-Klinik Langenfeld) Nistkästen aus der Arbeitstherapie zum Aufhängen entgegen.

3

Biodiversität verbessern

Die Zusammenarbeit mit dem Naturschutzbund und die Umsetzung des Passivhausstandards bei allen Neubauten helfen der LVR-Klinik Langenfeld dabei, ihre Ziele in den Bereichen Umwelt- und Naturschutz zu erreichen, wie beispielsweise die Verbesserung der Biodiversität, und hier vor allem den Erhalt der Artenvielfalt, auf dem Klinikgelände. Diese Ziele und ihr Erreichungsgrad werden systematisch erarbeitet und regelmäßig erfasst. Die Angaben dienen ebenfalls als Grundlage der Klinikzertifizierung durch das Eco-Management and Audit Scheme (EMAS), das auch als EU-Öko-Audit bekannt ist.



4

Platz für Ruhe und Entspannung

Durch das Zusammenfließen der verschiedenen Maßnahmen und Aktionen wird eine friedliche und natürliche Umgebung auf dem Klinikgelände geschaffen, die zum einen Platz für wohltuende Ruhe, spürbare Erholung und angenehme Entspannung liefert und auf der anderen Seite auch dazu einlädt, sich an den vielfältigen Aktionen und nachhaltigen Projekten im Natur- und Umweltschutz zu beteiligen. Von diesem Miteinander und von der natürlichen und heilsamen Umgebung profitieren sowohl Patient*innen und Mitarbeiter*innen, aber auch Besucher*innen der LVR-Klinik Langenfeld.



Sicherheit geben, Vertrauen aufbauen, Selbstbestimmung fördern

_Behandlungsvereinbarungen in der LVR-Klinik Köln

Menschen mit häufiger Psychiatrie-Erfahrung sind meist Expert*innen in eigener Sache rund um ihre Erkrankung. Mit einer Behandlungsvereinbarung profitieren Patient*innen und Behandler*innen von dieser Erfahrung. Behandlungsvereinbarungen geben allen Beteiligten mehr Sicherheit. Sie können dazu beitragen, die Angst vor Krisen und vor der stationären Aufnahme zu verringern, Zwangsbehandlungen zu reduzieren und mehr Vertrauen zueinander aufzubauen.

Verbindliche Absprache für Klinik und Patient*in

Seit 1999 werden in der LVR-Klinik Köln Behandlungsvereinbarungen zwischen Patient*innen und der Klinik abgeschlossen. Im Laufe der Behandlung und spätestens bei der Entlassung werden Patient*innen, für die eine solche Vereinbarung infrage kommt, unterrichtet und es wird ihnen Informationsmaterial mit nach Hause gegeben. Bei Interesse wird, in der Regel etwa vier bis sechs Wochen nach Entlassung, ein ausführliches Vereinbarungsgespräch geführt. Hier können alle Bedingungen und Fragen geklärt und festgehalten werden. Die Vereinbarung wird schriftlich hinterlegt und bei einer erneuten Aufnahme zurate gezogen.

Individuelle Regeln für Aufnahmesituation

Behandlungsvereinbarungen werden in der LVR-Klinik Köln überwiegend mit Menschen abgeschlossen, die an Psychosen, bipolaren Störungen oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen leiden. Gerade Patient*innen, deren Aufnahme in der Vergangenheit dramatisch verlief, bietet die Klinik den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung, um bei erneuter Aufnahme individuelle, hilfreiche Regelungen zu treffen.

Verantwortlich für die Behandlungsvereinbarung ist das Behandlungsteam. Bei den Vereinbarungsgesprächen ist eine Oberärztin bzw. ein Oberarzt und eine Bezugspflegekraft dabei. Betroffene sind aufgefordert, Vertrauenspersonen mitzubringen. Die bestehenden Behandlungsvereinbarungen werden in regelmäßigen Abständen – spätestens alle drei Jahre – in einem gemeinsamen Gespräch mit den Patient*innen überprüft und ggf. angepasst. Patient*innen, die nicht in der eigenen Ambulanz in Behandlung sind, werden angeschrieben und zu einem Gespräch eingeladen. Die Behandlungsvereinbarungen werden in das elektronische Krankenhausinformationssystem (KIS) eingepflegt, sodass sie jederzeit in der Aufnahmesituation gesehen werden. Die LVR-Klinik Köln versteht Behandlungsvereinbarungen als einen wichtigen Baustein in Richtung einer autonomiefokussierten Psychiatrie.

Verfügung im Voraus

Ausdrücklich erwähnt werden Behandlungsvereinbarungen im PsychKG-NRW. Danach ist den gesetzlich untergebrachten Patient*innen eine Behandlungsvereinbarung anzubieten, und auf den geäußerten Willen in einer Behandlungsvereinbarung ist Rücksicht zu nehmen. Behandlungsvereinbarungen gleichen rechtlich Patient*innenverfügungen. Der Deutsche Bundestag beschloss 2009 eine gesetzliche Regelung zur Wirksamkeit und Reichweite von Patient*innenverfügungen.

< Behandlungsvereinbarungen werden regelmäßig gemeinsam geprüft und angepasst.



Intensive Gespräche helfen bei der Aufarbeitung

Richard B. hat seit Jahren wiederkehrende Aufnahmen in der LVR-Klinik Köln, er leidet an einer Psychose. In akuten Krisen hört er Stimmen, die ihn bedrängen, sich das Leben zu nehmen. Nach einer Entlassung vor drei Jahren hat er sich zu einer Behandlungsvereinbarung entschlossen. Zum Vereinbarungsgespräch hat er seine Schwester als Vertraute mitgebracht. Auch wenn das intensive, detaillierte Gespräch teils ein Wiedererleben der schwierigen Aufnahme bedeutete, konnte er formulieren, welche Medikamente zum Beispiel er bei einer Notaufnahme bereit wäre zu nehmen. Auch dass er bereit sei, freiwillig in der Klinik zu bleiben,

wenn er in einer Akutphase mit rechtlichem Beschluss untergebracht werden müsste. Seit der Vereinbarung war Herr B. viermal in der LVR-Klinik Köln. In allen Fällen konnte er sich trotz akuter Psychose an die Vereinbarung erinnern und diese akzeptieren. Wie vereinbart, nahm er seine Medikamente und blieb freiwillig. Er erlebt die Klinik heute als Partner. Auch die Klinik hielt sich an die Vereinbarungen und sorgte dafür, dass er nur in einer Station untergebracht wurde, die ihm bekannt und vertraut war. So gibt die Behandlungsvereinbarung beiden Seiten eine gute und sichere Basis.

Beispiel 1



Vereinbarung gibt Sicherheit

Tanja V. leidet seit Jahren an einer bipolaren Störung und hatte mehrere Klinikaufenthalte. Die letzte Aufnahme, unter anderem mit Zwangsbehandlung, war für sie sehr problematisch und Thema während des gesamten Aufenthalts. Daher wurde ihr die Möglichkeit der Behandlungsvereinbarung erläutert. Zuhause und in der ambulanten Nachbehandlung beschäftigte sie sich sehr intensiv mit dem Geschehenen und entwickelte Ideen und Vorschläge. Ihre Mutter und Schwester bezog sie in die Aufarbeitung ein. In einem Schriftstück beschrieb sie detailliert, was bei einer erneuten Aufnahme aus ihrer Sicht hilfreich sein könnte. In einem gemeinsamen Gespräch wurde daraus eine Behandlungsvereinbarung. Es wurden beispielsweise drei Behandler*innen benannt, zu denen möglichst

schnell ein direkter Kontakt (auch nur telefonisch) hergestellt werden sollte; Medikamente und Entspannungsmethoden wurden aufgeführt; ihre Schwester oder Mutter sollten umgehend informiert und in manischen Phasen der Sozialdienst einbezogen werden, damit es nicht zu ruinösen Käufen kommt. Seit Bestehen der Behandlungsvereinbarung kam es zu keinem weiteren Klinikaufhalt. In regelmäßigen ambulanten Terminen beschreibt Frau V., dass die intensive Beschäftigung mit den belastenden Erlebnissen des letzten Aufenthalts und die Aufarbeitung ihr sehr geholfen haben. Die Behandlungsvereinbarung gibt ihr Sicherheit, dass sie der Krankheit nicht hilflos ausgeliefert ist, sie fühlt sich in der Lage, auch schlechte Phasen zu gestalten.

Beispiel 2



Selbstbestimmung und eigenständige Lebensführung stärken

„Vier LVR-Kliniken beteiligen sich am Modellprojekt „Gemeindepsychiatrische Basisversorgung“

Mit starker Beteiligung aus dem Rheinland ist das Modellprojekt „Gemeindepsychiatrische Basisversorgung“ (GBV) angelaufen, das seit Juli 2019 für vier Jahre aus dem Innovationsfonds zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Deutschland gefördert wird. Unter dem Motto „Hilfen wie aus einer Hand“ bietet die GBV deutschlandweit in zwölf Regionen eine ambulant-aufsuchende psychosoziale Gesamtversorgung an. In Abstimmung mit psychisch erkrankten Menschen und ihrem Umfeld werden ungedeckte Versorgungsbedarfe identifiziert, Hilfsangebote vermittelt und vernetzt. Die Betroffenen werden im Sinne des „Empowerment“ in der Ausübung ihrer Selbstbestimmung gestärkt. In fünf der zwölf Regionen wirkt der LVR mit: Beteiligt sind das LVR-Klinikum Essen, die LVR-Klinik Viersen, die LVR-Klinik Mönchengladbach sowie die LVR-Klinik Langenfeld (für die Projektregionen Solingen und Kreis Mettmann).

Zielgruppe und Motivation

Das GBV-Projekt richtet sich an schwer psychisch erkrankte Menschen mit Einschränkungen der Teilhabe. Trotz kontinuierlicher Weiterentwicklung gemeindenaher Angebote der Behandlung, Rehabilitation und Eingliederungshilfe werden diese Menschen derzeit vielfach noch nicht ausreichend versorgt. Insbesondere fehlen intensiv-ambulante Hilfen mit aufsuchend arbeitenden Teams und rund um die Uhr verfügbaren Krisendiensten. Ein weiteres bekanntes Problem ist die starke Fragmentierung des Versorgungssystems. Die Behandlungs- und Betreuungsleistungen sind aufgeteilt auf unterschiedliche Sozialleistungsträger mit getrennten Vergütungssystemen. Schwer psychisch erkrankte Menschen, für die Sicherheit, Vertrauensaufbau und Beziehungskontinuität zu unterstützenden Personen besonders wichtig wären, sehen sich stattdessen vielerorts mit einem schwer durchschaubaren Dickicht einzelner Angebote, Maßnahmen und Interventionen konfrontiert.

Lösungsansätze

Wie sich diese Versorgungslücke schließen lässt, zeigen internationale Vorbilder wie die britischen „Community Mental Health Teams“ (CMHT) und das niederländische Modell des „Flexible Assertive Community Treatment“ (FACT-Modell), deren Wirksamkeit in wissenschaftlichen Studien erwiesen wurde. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) nimmt in ihrer 2019 aktualisierten S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ auf diese Vorbilder Bezug und fordert ausdrücklich dazu auf, entsprechende „gemeindepsychiatrische Systeminterventionen“ auch in Deutschland flächendeckend zu etablieren.

Das ist der Ausgangspunkt für das Projekt Gemeindepsychiatrische Basisversorgung. Im Rahmen des Projekts sollen die genannten Systeminterventionen in ausgewählten Regionen implementiert werden. Die beschriebene Versorgungslücke soll geschlossen und die Zersplitterung entlang der einzelnen Sozialgesetzbücher überwunden werden. Ziel ist es, dass die Betroffenen und ihre Angehörigen bedarfsgerechte, koordinierte Unterstützung nach ihren Wünschen und Bedarfen erhalten.

Charakteristika der GBV

Die Gemeindepsychiatrische Basisversorgung ist für Menschen konzipiert, die aufgrund einer schweren psychischen Erkrankung einen komplexen psychosozialen Hilfebedarf haben. Um zu klären, ob eine Indikation zur GBV vorliegt, wurde ein spezielles Assessment entwickelt, das standardisierte Diagnoseverfahren und klinische Einschätzung verbindet.

Für die Patient*innen ihrer Zielgruppe bietet die Gemeindepsychiatrische Basisversorgung SGB-übergreifend eine ambulant-aufsuchende psychosoziale Gesamtversorgung unter Einbeziehung und Vernetzung aller individuell erforderlichen Hilfen. Die erkrankten Menschen und ihre Angehörigen bzw. engen Bezugspersonen sollen alle für sie indizierten Hilfen

Vierstufiger Krisendienst

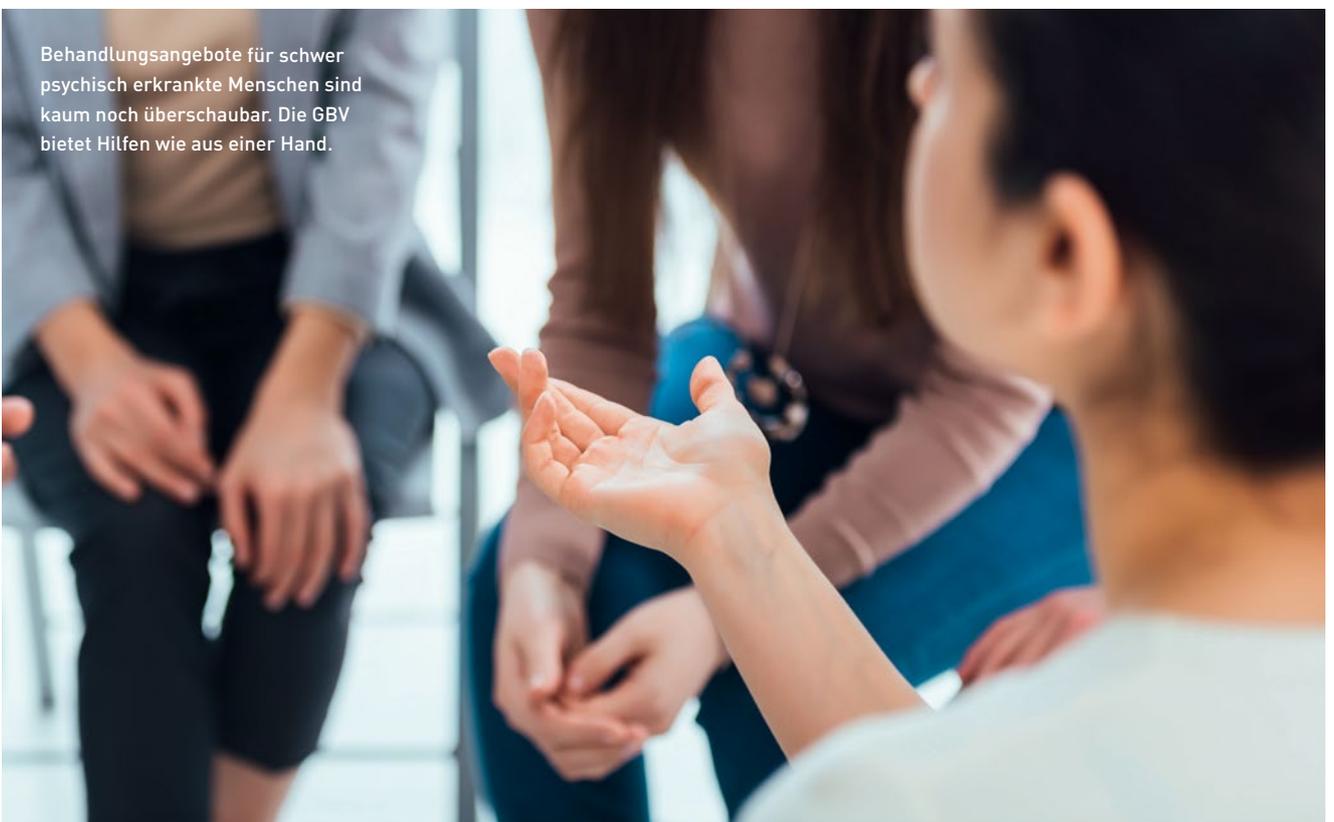


niederschwellig erreichen und verbundförmig „wie aus einer Hand“ erhalten. Im Zentrum des Versorgungsangebots stehen die regionalen, multiprofessionell besetzten GBV-Teams. Sie leisten die psychosoziale Versorgung teils selbst, teils in Vernetzung mit weiteren Anbietern von Behandlungsmaßnahmen, psychosozialen Hilfen aus anderen Sozialgesetzbüchern und nichtpsychiatrischen Hilfen. Kooperationspartner*innen sind insbesondere Hausärzt*innen, Fachärzt*innen, ärztliche und psychologische Psychotherapeut*innen, ambulante Pflegedienste, Sozio- und Ergotherapeut*innen, Krankenhäuser mit ihren Psychiatrischen Institutsambulanzen, Sozialpsychiatrische Dienste sowie Anbieter der Eingliederungshilfe, Jugendhilfe, Rehabilitation und Beratung. Damit werden Leistungen miteinander verknüpft, die in der traditionellen Versorgung inhaltlich und institutionell getrennt sind.

Ein Mitglied des GBV-Teams fungiert als feste*r Ansprechpartner*in und hält kontinuierlich Kontakt zum psychisch erkrankten Menschen und dessen Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen. Gemäß dem individuellen Bedarf führt das GBV-Team zudem „Netzwerkgespräche“ unter Einbeziehung von Betroffenen, Angehörigen und Leistungserbringern durch, an denen in der Regel die*der feste Ansprechpartner*in sowie mindestens ein weiteres Teammitglied teilnehmen.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der GBV ist die vierstufige ambulante Krisenintervention: Die GBV-Teams sind rund um die Uhr telefonisch erreichbar, fahren bei Bedarf als „aufsuchender Krisendienst“ zu den Klient*innen und stellen „Krisenwohnungen“ zur Verfügung. In Absprache mit Versorgungskliniken und Notfallpraxen wird zudem ein ärztlicher Hintergrunddienst angeboten.

Behandlungsangebote für schwer psychisch erkrankte Menschen sind kaum noch überschaubar. Die GBV bietet Hilfen wie aus einer Hand.



Ziele: Bessere Versorgung und Empowerment

Die Erfahrungen mit internationalen Vorbildern lassen erwarten, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch die GBV effektiver und effizienter versorgt werden können. Ziele sind unter anderem

- die Verbesserung des Gesundheitszustands,
- die Stärkung von Selbstbestimmung und eigenständiger Lebensführung,
- die Erweiterung der Möglichkeiten sozialer und beruflicher Teilhabe,
- eine höhere Versorgungszufriedenheit der Patient*innen und ihrer Angehörigen,
- die Verbesserung des Kosten-Effektivitätsverhältnisses der eingesetzten Ressourcen.

Eine besondere Bedeutung kommt dem Empowerment zu: Die psychisch erkrankten Menschen sollen zunehmend in die Lage versetzt werden, selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu agieren und die für sie jeweils erforderlichen Unterstützungen in Anspruch zu nehmen. Der regelhafte Einbezug von Betroffenen und ihren Angehörigen bzw. engen Bezugspersonen in die gesamte Planung und Steuerung der Versorgung soll das Erleben von Selbstwirksamkeit stärken und die Zufriedenheit mit den psychiatrischen Hilfen erhöhen.

Evaluation und Ausblick

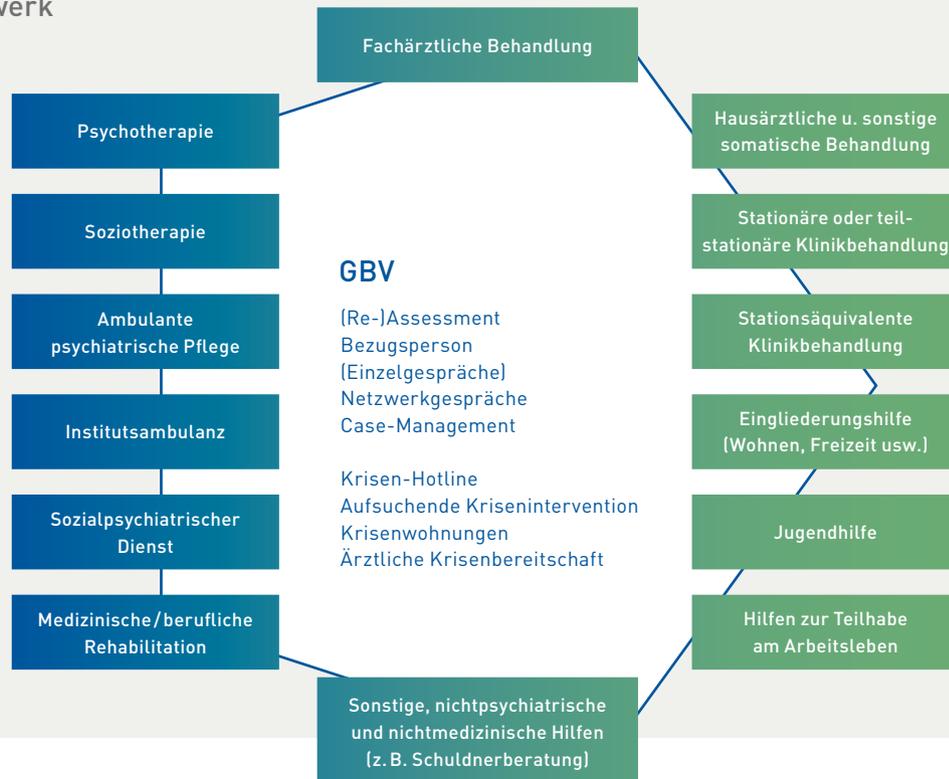
Inwieweit die GBV ihre Ziele erreicht, wird in einer Begleitstudie unter Leitung der Universität Ulm überprüft. Die eine Hälfte der Studienteilnehmer*innen (GBV-Gruppe) erhält zwei Jahre lang die oben beschriebenen Leistungen der GBV, die andere Hälfte (Kontrollgruppe) erhält weiterhin die normale Regelversorgung. Alle Studienteilnehmer*innen und möglichst auch jeweils eine enge Bezugsperson werden im Studienverlauf insgesamt fünf Mal mittels standardisierter Fragebögen befragt, unter anderem zu Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl, Lebensqualität, psychosozialen Beeinträchtigungen, Hilfebedarfen und Versorgungszufriedenheit. Durch den Vergleich von GBV-Gruppe und Kontrollgruppe werden zum Projektabschluss im Jahr 2023 wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse zur Wirksamkeit der GBV vorliegen.

Um möglichst belastbare Aussagen treffen zu können, wurden für die Implementierung des Projektes zwölf Regionen mit unterschiedlichen demografischen Strukturen (groß-/kleinstädtisch und ländlich), unterschiedlichen Landesgesetzen und unterschiedlich strukturierten Versorgungssystemen (vorhandene Fachärzt*innen, Nähe der Versorgungsklinik, Zahl und Komplexität von Angeboten der Eingliederungshilfe usw.) ausgewählt. Im Einzelnen sind dies: Augsburg, Berlin, Dresden, Essen, Kreis Mettmann, Mönchengladbach, München, Paderborn, Saarbrücken, Solingen, Ulm/Neu-Ulm, Kreis Viersen. So sollen möglichst viele Erkenntnisse über die Einsetzbarkeit der GBV unter heterogenen regionalen Voraussetzungen gewonnen werden. Bei erfolgreicher Evaluation soll die Gemeindepsychiatrische Basisversorgung Eingang in die bundesweite Regelversorgung finden, zum Beispiel durch Übernahme in das Dritte Kapitel des SGB V.



^ Zwölf Regionen erproben die Gemeindepsychiatrische Basisversorgung

Regionales Netzwerk



Mitwirkende und Rolle des LVR

Zum GBV-Projektkonsortium unter der Konsortialführung des Dachverbands Gemeindepsychiatrie e.V. gehören insgesamt 19 Krankenkassen sowie Leistungserbringer aus den Projektregionen mit ihren Managementgesellschaften und die Universität Ulm. Leiter des Projekts ist Dipl.-Psych. Nils Greve, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Vorsitzender des Dachverbands Gemeindepsychiatrie.

» Unserem Anspruch entsprechend, innovative und umfassende Behandlungsangebote für Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu ermöglichen, freuen wir uns über die starke Beteiligung unserer LVR-Kliniken an der GBV. «

Martina Wenzel-Jankowski, Leiterin Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen

Eine wesentliche Bedeutung kommt den regionalen Projektpartner*innen zu, ohne deren Mitwirkung die Vernetzung verschiedener Unterstützungsangebote nicht erreichbar wäre. Das Engagement der vier LVR-Kliniken in fünf Projektregionen ist in diesem Zusammenhang besonders wichtig. Denn die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit der Anbieter von stationären und ambulanten Leistungen im GBV-Projekt trägt dazu bei, die starren Sektorengrenzen zu überwinden und bedarfsgerechte vernetzte Komplexleistungen zu realisieren. Diese Entwicklung ist für die Psychiatrie zukunftsweisend. Auch inhaltlich knüpft das GBV-Projekt an Ausrichtung und Ziele der beteiligten LVR-Kliniken an. Mit seinen psychiatrischen Behandlungs- und Unterstützungsangeboten zielt der LVR wesentlich darauf ab, die Eigenverantwortlichkeit psychisch erkrankter Menschen zu fördern und ihre Lebensqualität zu erhöhen. Multiprofessionalität und flexible, bedarfsgerechte Angebote sind fester Bestandteil der LVR-Philosophie. Daher unterstützt der LVR die Gemeindepsychiatrische Basisversorgung und trägt mit der eigenen umfangreichen Expertise zum Erfolg des GBV-Projekts bei – zum Wohle schwer psychisch erkrankter Menschen.

Dieser Beitrag wurde mit freundlicher Unterstützung von Dr. Elke Prestin (Dachverband Gemeindepsychiatrie) verfasst.

Bedeutung von Patient-Empowerment in der Versorgungsforschung

_Wissenschaftliche Projekte des LVR-Instituts für Versorgungsforschung

Eines der Ziele des LVR-Instituts für Versorgungsforschung (IVF) ist die Verbesserung der Behandlungsqualität in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Versorgungskonzepte werden hierzu evaluiert; Ergebnisse der Versorgungsforschung sollen anschließend in den LVR-Kliniken umgesetzt werden. Mit spezifischem Bezug auf das Thema Empowerment gibt der folgende Beitrag einen Einblick in wissenschaftliche Projekte und die damit verbundene Herangehensweise des IVF. (↗ Literatur bei den Verfasser*innen)

Aufgaben der Versorgungsforschung

Die Gesundheitspolitik beschäftigt sich seit der Jahrtausendwende verstärkt mit dem Thema Patient*innenorientierung im Gesundheitswesen. 2013 wurden die Patient*innenrechte im „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen

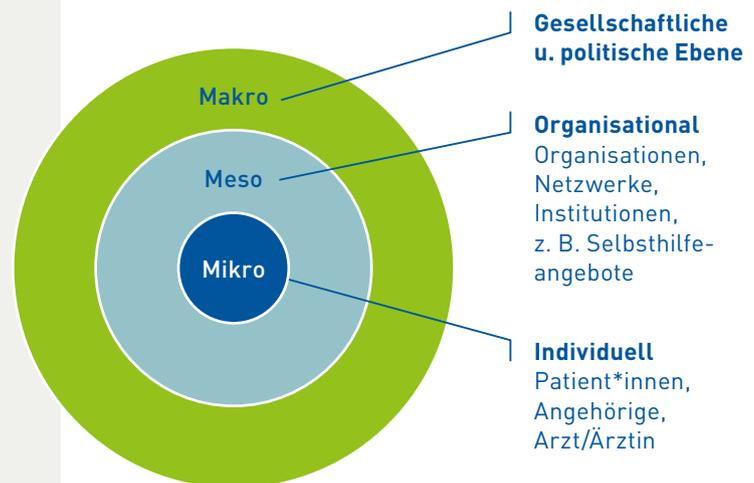
und Patienten“ gebündelt. Gleichwohl steht das Ziel der Patient*innenorientierung im Gesundheitswesen im Spannungsfeld von organisationalen Strukturen des Versorgungssystems und einem wachsenden ökonomischen Druck (↗ Brandstetter et al., 2015). Die Versorgungsforschung, die in Deutschland ebenfalls seit der Jahrtausendwende zunehmend an Bedeutung gewinnt, hat als fachübergreifendes Forschungsgebiet der Gesundheitssystemforschung zum Ziel, die Gesundheitsversorgung und die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung zu beschreiben. Demzufolge steht die Qualität der Versorgung sowie deren Wirksamkeit für Patient*innen im Zentrum der Versorgungsforschung, und die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung werden als entscheidende Wirkungsfaktoren der Ergebnisqualität angesehen (↗ Pfaff et al., 2017).

Soziologische Ebenen

Die Makroebene möchte gesellschaftliche Phänomene zum Beispiel in einzelnen Ländern, dem deutschen Sprachraum oder der Welt beschreiben.

Die Mesoebene betrachtet soziales Handeln in Netzwerken, Institutionen und Organisationen wie beispielsweise in der Nachbarschaft, in Vereinen, in Krankenhäusern oder Selbsthilfeorganisationen.

Die Mikroebene untersucht das soziale Handeln von einzelnen Personen im Austausch mit anderen Personen.



Individuelles Handeln und soziale Rahmenbedingungen

Der Begriff Empowerment oder Patient-Empowerment lässt sich im Deutschen am treffendsten mit Patient*innenbefähigung übersetzen. Empowerment ist kein eigenes Forschungsfeld, vielmehr kann es als eine Bandbreite an Forschungsthemen im Rahmen der Versorgungsforschung aufgefasst werden (↗ Brandstetter et al., 2015). Die Patient*innenorientierung bzw. das Patient-Empowerment in der Versorgungsforschung verbindet unterschiedliche soziologische Ebenen miteinander (siehe Infokasten „Soziologische Ebenen“). Das heißt, die Versorgungsforschung betrachtet Handlungen von einzelnen Personen abhängig von dem Rahmen, in dem diese Handlungen stattfinden. Die Handlungen von Menschen sind demnach auch abhängig von organisationalen und gesellschaftlichen Normen (↗ Parsons, 1951).

Patient*innenorientierung auf allen Ebenen stärken

Empowerment beinhaltet zum einen Forschungsthemen wie die Arzt/Ärztin-Patient*in-Interaktion auf der Mikroebene der Versorgung oder individuelle Barrieren der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten. Auf der Mesoebene der Versorgung kann die organisationale Gestaltung von Versorgungsangeboten ein Forschungsfeld darstellen, so zum Beispiel die Etablierung und Evaluierung von Selbsthilfeangeboten oder neuen Versorgungsformen mit dem Ziel des Patient-Empowerment. Patient-Empowerment wird daher als eine zentrale Orientierung in Richtung Stärkung von Patient*innenorientierung im Gesundheitswesen angesehen: Informiert handelnde Patient*innen sollen durch Steigerung ihrer Kompetenzen zu Mitgestalter*innen der Behandlung werden.

Patient-Empowerment kann auf der Mikroebene gestärkt werden, indem die Gesundheitskompetenz von Patient*innen verbessert wird und sie befähigt werden, an Entscheidungsprozessen teilzunehmen (shared decision-making), oder indem sie Kompetenzen im Umgang mit einer Erkrankung entwickeln. Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext zeigte sich, dass die Förderung von Empowerment im Rahmen der Depressionsbehandlung zu einer Verbesserung der subjektiven Lebensqualität führen kann (↗ Panzhirsch et al., 2019). Patient-Empowerment kann zudem helfen, Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen zu verringern und ihre Lebensqualität zu verbessern (↗ Huber et al., 2015). Aber auch die Entwicklung und die Evaluation unterstützender Maßnahmen

» Patient-Empowerment hat zum Ziel, Patienten und Patientinnen mit (chronischen) somatischen oder psychischen Erkrankungen in ihrem Wissen und in ihren Fähigkeiten zu unterstützen, um sie zu befähigen, mit ihrer Erkrankung zu leben.«

Brandstetter et al., 2015; Huber et al., 2015

wie evidenzbasierte Patient*inneninformationen zählen zum Themenfeld des Patient-Empowerment. Auf der Mesoebene strebt Patient-Empowerment an, Ziele und Aktivitäten von Selbsthilfeorganisationen, die Wirksamkeit von organisierter Selbsthilfe in der professionellen Versorgung sowie Barrieren der Inanspruchnahme zu untersuchen (↗ Brandstetter et al., 2015). Für dauerhaft wirksame Verbesserungseffekte sind allerdings auch Empowerment-Bemühungen auf politischer Ebene, also auf der Makroebene der Versorgung, notwendig.

Forschungsprojekte mit dem Ansatz des Patient-Empowerment

Vor dem Hintergrund der Patient*innenorientierung im Gesundheitswesen werden am LVR-Institut für Versorgungsforschung (LVR-IVF) zwei Forschungsprojekte mit dem Ziel der Förderung des Patient-Empowerment durchgeführt: das Projekt CANDY (Bedarfsgerechte Versorgung von Brustkrebspatientinnen mit einer Behinderung – CAre appropriate to the Needs of breast cancer patients with Disability) und das Projekt PsyKom (Implementierung und Evaluation eines Modells der personenzentrierten, psychosozialen Komplexbetreuung schwer Betroffener mit psychischen Störungen in der LVR-Klinik Köln). Darüber hinaus wird die Implementierung eines Triologischeren Forums als zentrales Element eines partizipativen Forschungsansatzes im LVR-IVF vorgestellt.

Forschungsprojekt CANDY

Versorgung von Brustkrebspatientinnen mit Behinderung

Trotz der hohen Prävalenz von Krebs in Deutschland und der steigenden Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung sind die gesundheitliche Versorgung sowie die Bedarfe und Bedürfnisse von Krebspatient*innen mit bereits vorhandener Behinderung in der Gesundheitsforschung unterrepräsentiert. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, diese Personengruppe in ihrer Gesundheitsversorgung zu stärken und ihre Gesundheitskompetenz zu verbessern. Zusammen mit der Forderung der UN-Behindertenrechtskonvention, wonach das Recht auf ein „Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ im Bereich Gesundheitsversorgung noch nicht umfassend umgesetzt wird, bildet dies den thematischen Hintergrund für die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderte Studie CANDY.

Ziel des Projekts ist es, zu einer bedarfsgerechten Versorgung von Brustkrebspatient*innen mit einer Behinderung beizutragen und das Patient-Empowerment zu fördern. Dafür werden Bedarfe und Bedürfnisse identifiziert und Barrieren in der Versorgung von Brustkrebspatient*innen mit körperlichen, seelischen, geistigen, Sinnes- oder Mehrfachbehinderungen in der Vorsorge, bei der Diagnosestellung und in Entscheidungsprozessen im Zuge der Therapie und Nachsorge ermittelt. CANDY setzt somit an der Mikroebene der Versorgung an.

Patient*innenperspektive

Patient*innenorientierung ist im Forschungsprojekt CANDY von zentraler Bedeutung. Aus diesem Grund wurden Einzelinterviews mit Brustkrebspatient*innen mit Behinderung durchgeführt. Das qualitative Interviewverfahren bietet die Möglichkeit, Einblicke in persönliche Einstellungen, Erfahrungen und Werturteile von Brustkrebspatient*innen mit Behinderung zu gewinnen und auf dieser Grundlage unterstützende Maßnahmen wie Patient*inneninformationen abzuleiten.

Patient*innenerfahrungen in der Versorgung

Es nahmen insgesamt 23 Patient*innen mit diversen Behinderungen teil (körperliche und psychische Erkrankungen sowie chronische Erkrankungen, geistige Behinderung, Sehbehinderung und Doppeldiagnosen). Das Durchschnittsalter der Frauen in der Stichprobe beträgt 65 Jahre. Dies entspricht in etwa dem durchschnittlichen Erkrankungsalter in der Gesamtbevölkerung von 64 Jahren. (↗Stiftung Deutsche Krebs-



hilfe 2019). In der Stichprobe der CANDY-Studie erhielten 12 Frauen (52,2 Prozent) eine brusterhaltende Operation und 11 (47,8 Prozent) eine brustentfernende Operation ohne Rekonstruktion. In der Gesamtbevölkerung Deutschlands liegen brusterhaltende Operationen bei 70 bis 80 Prozent (↗Giersiepen et al., 2005; Groß et al., 2019).

Die Erfahrungen der Patient*innen zeigen, dass sie mit der Versorgungsqualität in den Brustzentren Nordrhein-Westfalens (NRW) sehr zufrieden sind. In der stationären Versorgung konnten wir feststellen, dass die Bedarfe und Bedürfnisse der Patient*innen mit Behinderung meist berücksichtigt und die Partizipation der Patient*innen in Entscheidungsprozessen häufig gestärkt werden. Darüber hinaus haben alle Brustkrebspatient*innen mit einer Behinderung von behinderungsspezifischen Informationsbedarfen, zum Beispiel in Bezug auf ein disziplinübergreifendes Versorgungsangebot oder von behinderungsspezifischen Nebenwirkungen im Rahmen der Krebserkrankung, berichtet.

In den Interviews mit Patient*innen mit geistiger Behinderung und/oder psychischer Erkrankung konnten spezifische Barrieren und kommunikative Schwierigkeiten ermittelt werden. Besonders Brustkrebspatient*innen mit geistiger Behinderung und/oder psychischen Erkrankungen waren vermehrt auf Unterstützung durch Angehörige und/oder Assistent*innen angewiesen, um sich im Gesundheitswesen zurechtzufinden. Es wurden Kommunikationsschwierigkeiten, erhöhte emotionale Belastung sowie geringere Gesundheitskompetenz benannt im Vergleich zu Brustkrebspatient*innen mit Mobilitäts- oder Sehbeeinträchtigungen bzw. chronischen Erkrankungen.

< Wie geht es weiter? Aufklärung und Unterstützung helfen, mit diffusen Ängsten umzugehen.

Patient*innen berichteten subjektiv von verstärkten Nebenwirkungen in der Therapie aufgrund der Behinderung (zum Beispiel körperliche Erschöpfung, Mobilitätseinschränkung).

Gesundheitskompetenz stärken

Im Rahmen der CANDY-Studie wurden Bereiche identifiziert, in denen Brustkrebspatient*innen mit Behinderung bei ihrer Krankheitsbewältigung und in ihrer Gesundheitskompetenz gefördert werden könnten. Belastungen und Barrieren in der Versorgung sollten abgebaut werden. Die Ableitung von Praxisimplikationen für eine Stärkung der Gesundheitskompetenz von Krebspatient*innen mit Behinderung soll in einem Folgeprojekt CANDY-POWER umgesetzt werden.

Forschungsprojekt PsyKom

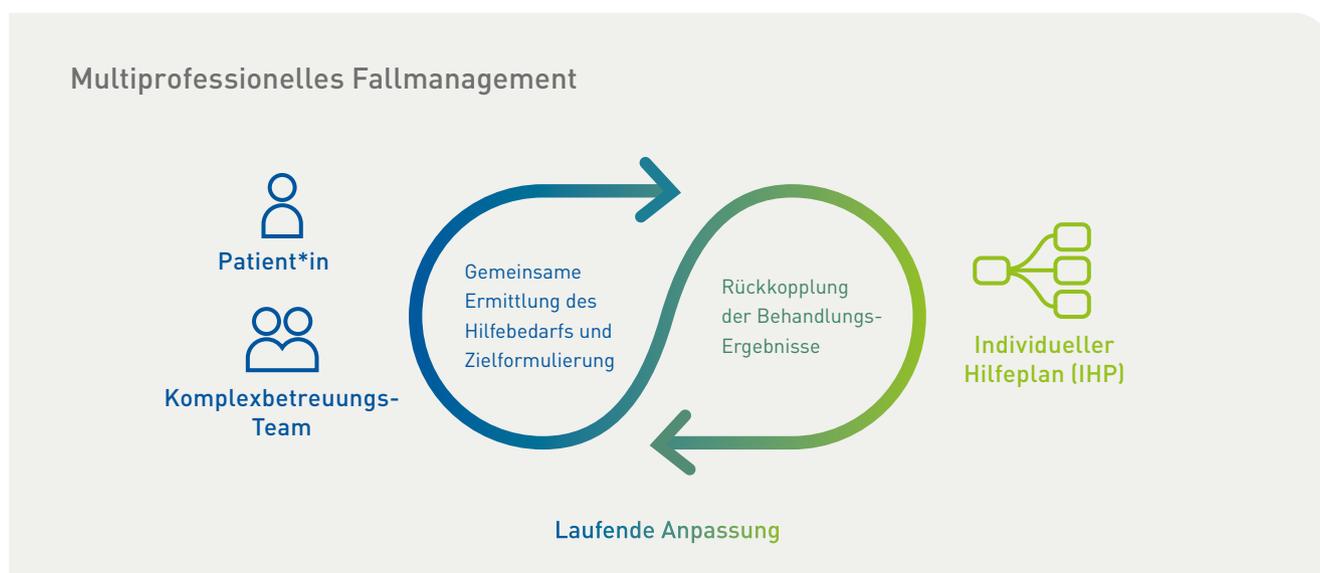
Bedarfsgerechte Versorgung über Sektorengrenzen hinweg

Das personenzentrierte psychosoziale Komplexbetreuungsmodell PsyKom richtet sich an Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die mit langen Krankheitsgeschichten auf eine hohe Anzahl von stationären psychiatrischen Klinikaufenthalten und/oder auf häufig aufeinanderfolgende stationäre Wiederaufnahmen („Drehtüreffekt“) zurückblicken. Diese Menschen fallen häufig durch alle „Netze der Versorgung“. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind dabei nicht nur von Zwangsunterbringungen und/oder freiheitseinschränkenden Maßnahmen (FEM) bedroht, son-

dern sie zeigen auch einen erheblichen Mangel an sozialer Teilhabe [Zielasek et al., 2015; Adorjan et al., 2013]. Ein Großteil dieser Personengruppe hat hohen individuellen psychosozialen Unterstützungsbedarf, der seinen Ausdruck etwa in Problemen der Selbstversorgung, Obdachlosigkeit oder zurückliegenden forensischen Auffälligkeiten findet.

Soziale Teilhabe verbessern

Um der Versorgungsaufgabe für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen besser gerecht zu werden, erfolgt seit 2017 die Implementierung des Modellprojekts „PsyKom“ (gefördert durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen) in einer Abteilung der Allgemeinen Psychiatrie und Psychotherapie der LVR-Klinik Köln. Ziel ist es, mithilfe einer intensiven, komplexen und individuellen Betreuung Zwangsaufnahmen zu reduzieren bzw. zu verhindern, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zur Nutzung angebotener psychosozialer Hilfen zu motivieren und ihre soziale Teilhabe zu verbessern. Für diese Aufgaben kommt ein multiprofessionelles Komplexbetreuungs-Team zum Einsatz, das sich aus Mitarbeitenden der Pflege, des Sozialdienstes und des Ärzt*innenteams der LVR-Klinik Köln zusammensetzt. Das PsyKom-Team fungiert als ein verlängerter Arm aus dem stationären Setting in das häusliche Umfeld der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen hinein und erbringt individuelle und bedarfsorientierte sektoren- und leitungsträgerübergreifende Versorgungs- und Koordinationsleistungen.



Eigene Bedarfe erkennen und Bedürfnisse erfüllen

In Zusammenarbeit mit den Patient*innen ermittelt das Komplexbetreuungs-Team noch bestenfalls während des stationären Aufenthalts den individuellen Hilfebedarf und legt gemeinsam mit der zu betreuenden Person das geplante Vorgehen fest. Auch wenn die Sichtweisen auf die zu erreichenden Ziele zwischen Komplexbetreuenden und Patient*innen bisweilen voneinander abweichen, so besteht die Grundhaltung, dass die individuelle Hilfeplanung mit jedem Menschen möglich ist. Die Betroffenen werden bei der Planung der künftigen Zusammenarbeit als Expert*innen in eigener Sache verstanden und aktiv am Behandlungsprozess beteiligt. Es geht dabei um einen Perspektivwechsel der Komplexbetreuenden und die Stärkung der Selbstbefähigung der Menschen, um ihnen zu ermöglichen, als mündige Behandlungspartner*innen zu agieren (Knuf et al., 2006).

Bestehende Beziehungen nutzen

Einen essenziellen Bestandteil für eine funktionierende Kommunikation zwischen Komplexbetreuenden und Patient*innen bildet dabei das bereits bestehende Beziehungsnetz, das sich in der Regel aufgrund der Vielzahl von stationären Aufenthalten entwickelt hat. Die Komplexbetreuenden kennen die Patient*innen zum Teil über Jahre und versuchen sich diese Vertrautheit zu Nutze zu machen, um nicht nur die Entlassung aus der Klinik, sondern auch die Anbindung an das ambulante Versorgungssystem zu unterstützen. Im Vordergrund stehen dabei die individuellen Bedürfnisse der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und die Beteiligung der erkrankten Menschen bei der Formulierung und Umsetzung der eigenen Ziele. Das Komplexbetreuungs-Team kann mittels aufsuchender Maßnahmen unterstützen und zum Beispiel beim ersten Aufsuchen des*der ambulanten Psychiater*in begleiten oder die betroffenen Personen motivieren, psychosoziale Angebote wahrzunehmen. Es geht bei der Zusammenarbeit sowohl um die Versorgungscoordination als auch um gemeindepsychiatrische Verbundarbeit sowie um eine Zusammenführung von Ressourcen aus den Geltungsbereichen von SGB V und SGB IX – mit dem Ziel einer Verzahnung kurativer Leistungen mit Teilhabeleistungen.

Wissenschaftliche Begleitevaluation

Die vom LVR-IVF durchgeführte Begleitevaluation des Projekts PsyKom zielt unter anderem auf eine Untersuchung der Erwartungen und Erfahrungen der beteiligten Komplexbetreuenden, aber auch auf die subjektive Perspektive der Patient*innen ab. Diese werden mithilfe von Fragebögen zu ihrer Zufriedenheit mit der Versorgung befragt. Ferner werden Selbstständigkeit bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, Lebensqualität sowie Inklusion und soziale Partizipation im Vergleich zu einer Kontrollgruppe betrachtet.

»Ich kann gehen.
Also, ich habe gehen gelernt.
Ich kann das auch alleine.
Ich kann das alleine.«

Patientin über PsyKom-Projekt

In einem zweiten Schritt werden mithilfe von Einzelinterviews die Perspektiven der Patient*innen und Versorgenden hinsichtlich fördernder und erschwerender Faktoren und Bedingungen bei der Überleitung von einer Intensivmaßnahme in die Regelversorgung erfasst. So soll zu unterschiedlichen Messzeitpunkten die psychosoziale Situation der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen abgebildet und ein Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hergestellt werden. Auf Grundlage dieser Ergebnisse und basierend auf den Erfahrungen des Komplexbetreuungsteams erfolgt abschließend die Erstellung eines Implementierungsmanuals, das die praktischen Erfahrungen mit dem Modell zusammenfasst und als Leitfaden für die Implementierung ähnlicher Modelle in anderen (LVR)-Kliniken dienen soll.

Fokus Patient*innenperspektive

PsyKom setzt somit an der Mikro- und Mesoebene der Versorgung an. Dieses Versorgungsmodell soll die individuelle Perspektive der Patient*innen in den Fokus nehmen und die Menschen aktiv in den Behandlungsprozess einbeziehen. Damit sollen die Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen befähigt werden, möglichst kontinuierlich auf ambulante Versorgungsangebote zurückzugreifen.

Trialogisches Forum

Kernelement eines partizipatorischen Forschungsansatzes

Partizipative Forschungsansätze („action research“, „service user research“; in der deutschsprachigen sozialwissenschaftlichen Fachliteratur als „Aktionsforschung“ bezeichnet) wurden seit der Jahrtausendwende zunehmend auch im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Forschung („mental health research“) populär. Dabei geht es um den Einbezug von Menschen mit psychischen Erkrankungen in alle Stufen des Forschungsprozesses, von der Planung bis zur Durchführung von Projekten (↗ Schneider, 2012). Im Zentrum steht die „Koproduktion“ des wissenschaftlichen Erkenntnisprozesses. Wichtig ist, dass es sich nicht um eine eigenständige Forschungsmethode im engeren Sinne handelt, sondern um eine umfassendere Philosophie des Einbezugs von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Prozess des wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns.

Verbindung trialogischer und partizipativer Forschung

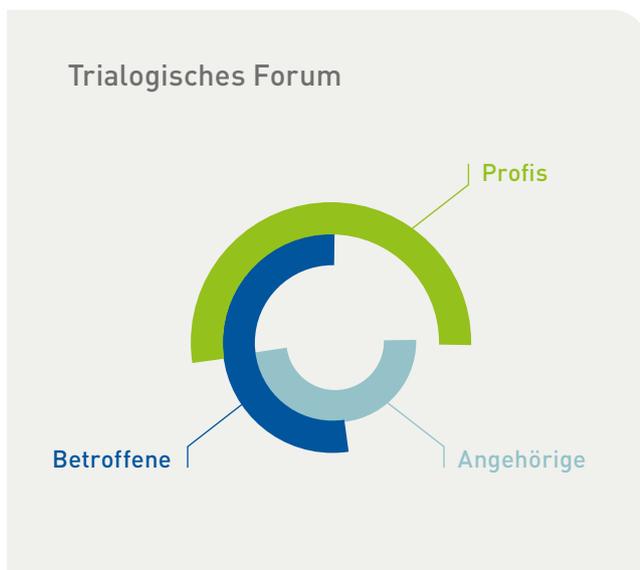
Im Sinne des Dialogs und der Möglichkeit zur Koproduktion durch alle mittelbar oder unmittelbar von psychischen Erkrankungen Betroffenen wird dieser Ansatz durch den Einbezug der Angehörigen psychisch Erkrankter ergänzt. Die Zusammenführung der Konzepte von Dialog und partizipativer Forschung ist eine neue Vorgehensweise in der Versorgungsforschung. Trialogische partizipative Forschungsansätze befinden

sich hier noch in der Entwicklung (↗ Wright et al., 2018), wobei es erste Erfahrungen aus der psychiatrischen Versorgungsforschung gibt, etwa in Mecklenburg-Vorpommern (↗ Pomowski, 2018) und Hamburg (↗ Bock et al, 2015). Das LVR-IVF gestaltet die Entwicklung in diesem Bereich mit.

Ein Trialogisches Forum der psychiatrischen Versorgungsforschung stellt ein Kernelement des partizipatorischen Forschungsansatzes des LVR-IVF dar. Dabei diskutieren Institutsmitarbeitende mit psychisch erkrankten Menschen und Angehörigen allgemeine Richtungen sowie konkrete Projektideen und Projekte der Versorgungsforschung. Künftig soll die stärkere Einbeziehung von Psychiatrie-erfahrenen bei einzelnen Projekten des Instituts ausgelotet werden.

Trialogisches Forum am LVR-IVF

Das erste Trialogische Forum des LVR-IVF fand im März 2019 mit 16 Teilnehmenden statt. Sie begrüßten die neue Form, Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Angehörigen in die psychiatrische Versorgungsforschung einzubeziehen und formulierten Themen, die in der Forschungsplanung berücksichtigt werden könnten, wie Erfahrungen und Erlebnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen bei den LVR-Qualitätsindikatoren einzubeziehen, die Reflexion skandinavischer Versorgungsmodelle, Recovery-orientierte Forschungsprojekte oder der Ausbau der Qualitativen Forschung. Seitens des LVR-IVF wird angestrebt, eine stärkere Einbeziehung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Angehörigen in die Planung und Durchführung von Forschungsprojekten zu erreichen und geeignete Projekte und Formen der Zusammenarbeit zu identifizieren. Die Implementierung eines Trialogischen Forums am LVR-IVF ist zentrales Element eines partizipativen Forschungsansatzes.



Bewertung und Ausblick

Forschungsprojekte wie CANDY setzen auf der Mikroebene der Versorgung an und haben zum Ziel, das Patient*innenwohl sowie das Empowerment der Patient*innen zu fördern. Forschungsprojekte wie PsyKom oder das Trialogische Forum setzen zusätzlich an der organisationalen Mesoebene der Versorgung an. Die beschriebenen Projekte sollen Menschen mit psychischen Erkrankungen zugutekommen. Sie werden in Zukunft innerhalb des LVR-IVF ausgebaut und eignen sich teils auch zur Umsetzung in den Verbundkliniken.

Gleiche Chancen für Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte

Das LVR-Kompetenzzentrum für Migration



< Kunsttherapeutin Anita Derbe begleitet ein inklusives Kunstprojekt für Flüchtlingskinder und deren Familien.

Das LVR-Kompetenzzentrum Migration ist 2018 aus dem langjährigen LVR-Klinikverbundprojekt Migration hervorgegangen und zurzeit in der LVR-Klinik Viersen verortet. Die Leitung und damit auch die konkrete Bearbeitung der verbundweiten Maßnahmen liegt bei Dr. Ljiljana Joksimovic. Planung und Abstimmung des Maßnahmenkatalogs erfolgen fortlaufend durch die Koordinierungsgruppe, in der Leitung und Mitarbeitende des Kompetenzzentrums, die Sprecher*innen der Integrationsbeauftragten sowie Mitarbeitende der Zentrale des Klinikverbundes vertreten sind.

Kooperation mit Integrationsbeauftragten

Diese Organisationsstruktur ermöglicht eine enge Kooperation mit dem Kreis der Integrationsbeauftragten, sodass das Kompetenzzentrum als Bündelungs- und Servicestelle für die trans- und interkulturelle Arbeit innerhalb des LVR-Klinikverbundes fungiert. In jeder LVR-Klinik steht mindestens ein Integrationsbeauftragter bzw. eine Integrationsbeauftragte zur Verfügung,

die den jeweiligen Klinikvorstand sowie Mitarbeitende aller Berufsgruppen zu Fragen der interkulturellen Öffnung berät. Das Ziel ist es, die professionelle Arbeit im LVR-Klinikverbund so weiterzuentwickeln, dass sie jederzeit an Heterogenität und Dynamik psychischer Gesundheitsbedürfnisse von Menschen mit Zuwanderungs- und Fluchtgeschichte angepasst ist. Die Förderung inter- bzw. transkultureller Öffnung bedeutet eine Förderung von Chancengleichheit und Teilhabe. Bei der Entwicklung entsprechender Behandlungskonzepte und Angebote ist zu gewährleisten, dass die Potenziale von Menschen mit Zuwanderungs- und Fluchtgeschichte wahrgenommen werden. Dabei können die Nutzung und Förderung der sprachlichen und kulturellen Vielfalt des Klinikpersonals einen großen Beitrag leisten, nicht zuletzt im Sinne der Landesinitiative „Erfolgsfaktor interkulturelle Öffnung – NRW stärkt Vielfalt“ ([↗www.mkffi.nrw/wir-sind-partner](http://www.mkffi.nrw/wir-sind-partner)), der der LVR bereits in 2014 beigetreten ist, sowie der „Charta der Vielfalt“ ([↗](http://www.charta-der-vielfalt.de) Beitritt des LVR im Juni 2016, www.charta-der-vielfalt.de).

Interkultureller Kalender

Januar	Februar	März	April	Mai	Juni
1 Neujahr	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3 Muhammads Geburtstag 1436	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6 Hl. 3 Könige	6	6	6	6	6
7 Orthodoxes Weihnachtsfest nach julian. Kal.	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11
	12	12	12	12	12
	13	13	13	13	13
	14	14	14	14	14
	15	15	15	15	15

Sprach- und Zugangsbarrieren abbauen

Der Abbau von sprachlichen und soziokulturellen Zugangsbarrieren ist die zentrale Voraussetzung dafür, dass Patient*innen mit Zuwanderungs- und Fluchtgeschichte die gleichen Chancen im Umgang mit ihrer Krankheit erhalten wie Patient*innen ohne Migrationsgeschichte. Prozesse der inter- bzw. transkulturellen Öffnung in Kliniken befähigen Patient*innen mit Zuwanderungs- und Fluchtgeschichte, ihre gesundheitlichen Bedürfnisse und Forderungen eigenständig zu äußern. Daher unterstützt das LVR-Kompetenzzentrum Kliniken, Mitarbeiter*innen und Patient*innen beim Abbau von Sprach- und Zugangsbarrieren. Ein Beispiel: Patient*innen mit Zuwanderungs- und Fluchtgeschichte erhalten unter anderem mehrsprachiges Informationsmaterial, das zielgruppengerecht aufbereitet wurde. Sie haben damit einen besseren Zugang zu Informationen und gleichzeitig werden die Ressourcen dieser Patient*innengruppe besser genutzt. Im weiteren Sinne erhöhen die verschiedenen Hilfen und Maßnahmen (siehe Kasten rechts) des LVR-Kompetenzzentrums Migration die Mündigkeit, Selbstverantwortung und Selbstbestimmung der Patient*innen im Bereich der psychischen Gesundheit. Aber auch die individuelle Behandlungskompetenz der Klinikmitarbeiter*innen wird hierdurch erweitert.

< Feier- und Gedenktage verschiedener Religionen und Kulturen, die in Deutschland leben

▽ Dr. Ljiljana Joksimovic spricht Deutsch, Bosnisch, Kroatisch und Serbisch.



Hilfen zum Abbau von Sprach- und Zugangsbarrieren

- Einsatz von Sprach- und Integrationsmittler*innen (SIM)
- Entwicklung von Maßnahmen zur gezielten Nutzung von Mehrsprachigkeit in Behandlungsteams
- Entwicklung von Instrumenten zur Überprüfung bzw. Anpassung von klinischen Handlungsprotokollen beim Vorliegen von Sprachbarrieren
- Feste Etablierung der Arbeit der Arbeitsgruppe zum Thema „Mehrsprachigkeit“ des LVR-Kompetenzzentrums (gegründet im Herbst 2019)
- Berufsübergreifende Stärkung der inter- bzw. transkulturellen Kompetenz von Mitarbeitenden der LVR-Kliniken
- Stärkung der Rolle und der Kompetenzen der Integrationsbeauftragten
- Kooperationen mit ausgewählten Migranten(selbst-)organisationen
- Erarbeiten von Positionen im Umgang mit Abschiebungen in laufenden Behandlungsprozessen und aus der stationären Behandlung heraus
- Ausbau und Stärkung der Zusammenarbeit mit den OEG-Traumaopferambulanzen des LVR in Bezug auf die Versorgung von traumatisierten Menschen mit Zuwanderungs- und Fluchtgeschichte
- Initiierung von inter- und transkulturellen Organisationsentwicklungsprozessen
- Bereitstellen von zum Teil mehrsprachigen Informationsmaterialien auf der Homepage des LVR-Kompetenzzentrums Migration zu verschiedenen Themen

Konstante therapeutische Beziehung von der Klinik bis ins eigene Zuhause

Modellvorhaben DynaLIVE und Soteria-Station in der LVR-Klinik Bonn

Mit dem Modellprojekt DynaLIVE (Dynamische, lebensnahe, integrative Versorgung) und der Soteria-Station bietet die LVR-Klinik Bonn flexible Behandlungsformen an, die Empowerment und Partizipation von Menschen mit psychischen Erkrankungen unterstützen.

Modellvorhaben DynaLIVE

Die LVR-Klinik Bonn befindet sich im vierten Jahr der Versorgung nach dem Modellvorhaben DynaLIVE. Diese Behandlungsform ist bisher ausschließlich mit den Ersatzkassen vereinbart worden. Sie orientiert sich flexibler als bisher an den Bedarfen der Betroffenen. Durch DynaLIVE wird Patient*innen die Möglichkeit gegeben, die Behandlung viel flexibler und individueller als bisher zu gestalten.

Patient*innenzentrierte Behandlung

Die therapeutische Betrachtungsweise orientiert sich daran, welche Behandlungseinheiten der Mensch wirklich benötigt, um gesund zu werden, und in welchem Setting die Behandlung am wirkungsvollsten angeboten werden kann: vollstationär, tagesklinisch, aufsuchend oder in einer Kombination verschiedener Behandlungsorte. Konkret geht es um eine kontinuierliche Behandlung, die ganzheitlich und patient*innenzentriert ist. Eine konstante therapeutische Beziehung und die Beachtung des persönlichen Umfelds sind dabei wichtige Faktoren.

Empowerment und Partizipation stärken

Ziel ist es, die Partizipation und das Empowerment der Patient*innen und ihrer Angehörigen bzw. ihres sozialen Umfelds zu stärken. Sie werden bei der Erstellung der Therapieplanung

eingebunden, der Behandlungsort richtet sich nach ihren Möglichkeiten und Interessen. Patient*innen und deren Angehörige erhalten somit eine informierte und aktive Rolle. Auch wenn Patient*innen situationsabhängig intensiver externer Unterstützung bedürfen, keine aktive Rolle einnehmen können oder möchten, soll eine flexiblere Behandlung eine individuelle Versorgung ermöglichen, die nicht aufgrund alter Versorgungsstrukturen zwingend zu einer langwierigen stationären Aufnahme fernab des gewohnten Umfelds führen muss.

Individuelle Absprachen zur Behandlung

Eine Besonderheit des Modellvorhabens besteht darin, dass die Art und Weise wie die Behandlung erfolgt, mit jedem*jeder Patient*in individuell vereinbart werden kann. Es bestehen keine Vorgaben für eine bestimmte Anzahl von Kontakten, sondern diese ergeben sich aus dem individuellen Behandlungsbedarf.

Beispielsweise können Patient*innen zur Therapie an einzelnen Tagen in die Klinik kommen, verbunden mit Hausbesuchen durch Mitarbeiter*innen der Klinik. Es gibt zudem die Möglichkeit, die komplette psychiatrische Behandlung aufsuchend bei Patient*innen durchzuführen. So kann die Therapie

» Wir wollen die Übergänge zwischen den Sektoren so gestalten, dass der „Drehtür-Effekt“ nachlässt, also die regelmäßige Rückkehr der Patientinnen und Patienten auf die Station. «

Prof. Dr. Markus Banger,
Ärztlicher Direktor der LVR-Klinik Bonn



^ Eine Behandlung von Kindern und Jugendlichen im eigenen Zuhause lässt sich besser in den Alltag der Familien integrieren.

besser auf die tatsächlichen Bedürfnisse der Menschen zugeschnitten werden. Die klassische Behandlung auf der Station kann so in vielen Fällen durch DynaLIVE ersetzt werden.

Einsatz multiprofessioneller Teams

Die zukunfts- und patient*innenorientierte Versorgung orientiert sich daran, was die Patient*innen möchten und tatsächlich benötigen, um zu genesen. Um dies zu erreichen, besteht die Versorgung aus der Kombination psychiatrisch-psycho-

therapeutischer Behandlung mit einer pflegerischen Versorgung und spezial-therapeutischen Leistungen. Hierbei bestimmt die Schwere der Erkrankung Art und Umfang des therapeutischen Aufwands und die Versorgungserfordernisse.

Im Weiteren wird an zwei Beispielen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPPP) – Stationsunabhängige Leistungen sowie Therapie im Alltag – die Innovationskraft des Projekts verdeutlicht.



Beispiel 1

Stationsunabhängige Leistungen

Die KJPPP führte 2018 das Modellvorhaben DynaLIVE ein. Es ermöglicht, Patient*innen stationär oder teilstationär zu behandeln und stationsunabhängige Leistungen (SUL) anzubieten. In der Bundesrepublik nehmen nur wenige Kinder- und Jugendpsychiatrien am Modellvorhaben teil, das überregionale Interesse ist daher groß. Mithilfe der SUL können Kinder und Jugendliche stationsintegriert an psychotherapeutischen Gesprächen, therapeutischen Einzel- oder Gruppenangeboten sowie pädagogischen und pflegerischen Angeboten teilnehmen. Die Behandlung besteht weiterhin aus der Kombination unterschiedlicher Ansätze. Die Kinder und Jugendlichen haben die Möglich-

keit, statt in der Klinik zu Hause zu übernachten und dort auch tagsüber Zeit zu verbringen. In der Regel kommen die Kinder und Jugendlichen nach einem zwei- bis vierwöchigen teil- bzw. vollstationären Aufenthalt in den stationsintegrierten Rahmen des DynaLIVE Programms. Behandler*innen sowie das stationäre Umfeld bleiben unverändert, so dass das multiprofessionelle Team den Kindern und Jugendlichen wie den Sorgeberechtigten vertraut ist. Bei einigen Störungsbildern – und auch bei der Überleitung zurück in die ambulante Behandlung – ist die Möglichkeit der stationsintegrierten Behandlung hilfreich und wird gut angenommen.

Beispiel 2

Therapie im Alltag

Eine weitere Behandlungsmöglichkeit in der KJPPP im Rahmen des DynaLIVE Programms ist die aufsuchende Behandlung: Therapie im Alltag, kurz ThimA. Sowohl aus der Ambulanz als auch aus dem teil- bzw. vollstationären Setting heraus können Behandlungen zu Hause erfolgen. Dies ist etwa sinnvoll für Patient*innen mit ADHS, Autismus, depressiven Störungen oder Essstörungen. Aufsuchende Behandlungselemente können im Rahmen einer stationären Behandlung erfolgen, an diese angehängt werden oder diese ersetzen. Ein Team prüft sorgfältig, ob ein Kind bzw. Jugendlicher und die Familie für ThimA infrage kommen.

Den Eltern wird die Behandlung erläutert. Sie müssen mit den Besonderheiten des Programms einverstanden sein. Ein- bis mehrmals die Woche wird die Familie zu Hause besucht. Es gibt Einzel- oder Familiengespräche bzw. Übungen. Begleitung in die Schule ist ebenfalls möglich. Im Programm werden Schwierigkeiten, die zu Hause auftreten, direkt vor Ort behandelt und die Eltern in der konkreten Situation unterstützt. Es verbessert zudem den Übergang vom teil- bzw. vollstationären in das ambulante Setting, etwa wenn keine ambulante Anschlussbehandlung gefunden werden konnte.

Soteria – Station mit individueller Betreuung

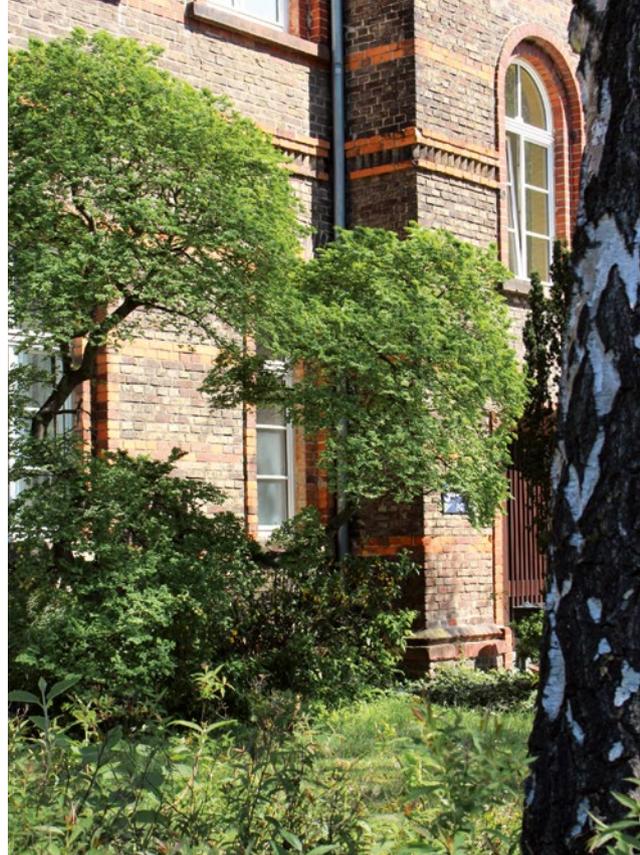
Der Begriff Soteria, der Geborgenheit und Heilung ausdrückt, findet in der aktuellen wissenschaftlichen Forschung seinen Niederklang darin, dass als bestgesicherter Wirkfaktor für eine erfolgreiche Behandlung die positive Beziehungsgestaltung gilt. Daher war es zielführend, dass die LVR-Klinik Bonn im Jahr 2012 die psychiatrische Behandlung nach dem Soteria-Prinzip im Sinne einer störungsspezifischen Behandlung für Patient*innen mit Psychoseerkrankungen implementiert hat.

Erfahrungen der vergangenen Jahre

Von 2012 bis heute wurden in der Soteria-Station der LVR-Klinik Bonn mehr als 1.000 Patient*innen erfolgreich behandelt. Hiervon litten etwa 75 Prozent an schizophrenen Psychosen, doch auch Patient*innen mit anderen Diagnosen profitierten von dem besonders milieu- und personentherapeutisch ausgerichteten Behandlungssetting.

Ein struktureller Meilenstein und Erfolg war der Umzug der Soteria-Station 2015 vom Haupt- in ein Außengebäude, der die Möglichkeiten der Milieu- und Soziotherapie nochmals förderte. Als günstiger Behandlungsfaktor erwies sich die alltagspraktische Unterstützung zur Förderung der Teilhabe und Partizipation. Dies zeigte sich auch in einer bedeutsamen Reduktion notwendiger Vergaben von neuroleptischen Medikamenten, wie sich nach dem Umzug darstellen lässt.

Klar wurde, dass diese Behandlungserfolge nur mit einer ausreichenden Personalausstattung zu erreichen sind. Im Weiteren wurde ein optimaler Behandlungserfolg nur erzielt, wenn die mittlere Behandlungsdauer mit etwa sechs Wochen ca. 20 Prozent über dem in der Klinik bestehenden Durchschnitt lag, um so die psychische Stabilität nachhaltig zu stärken.



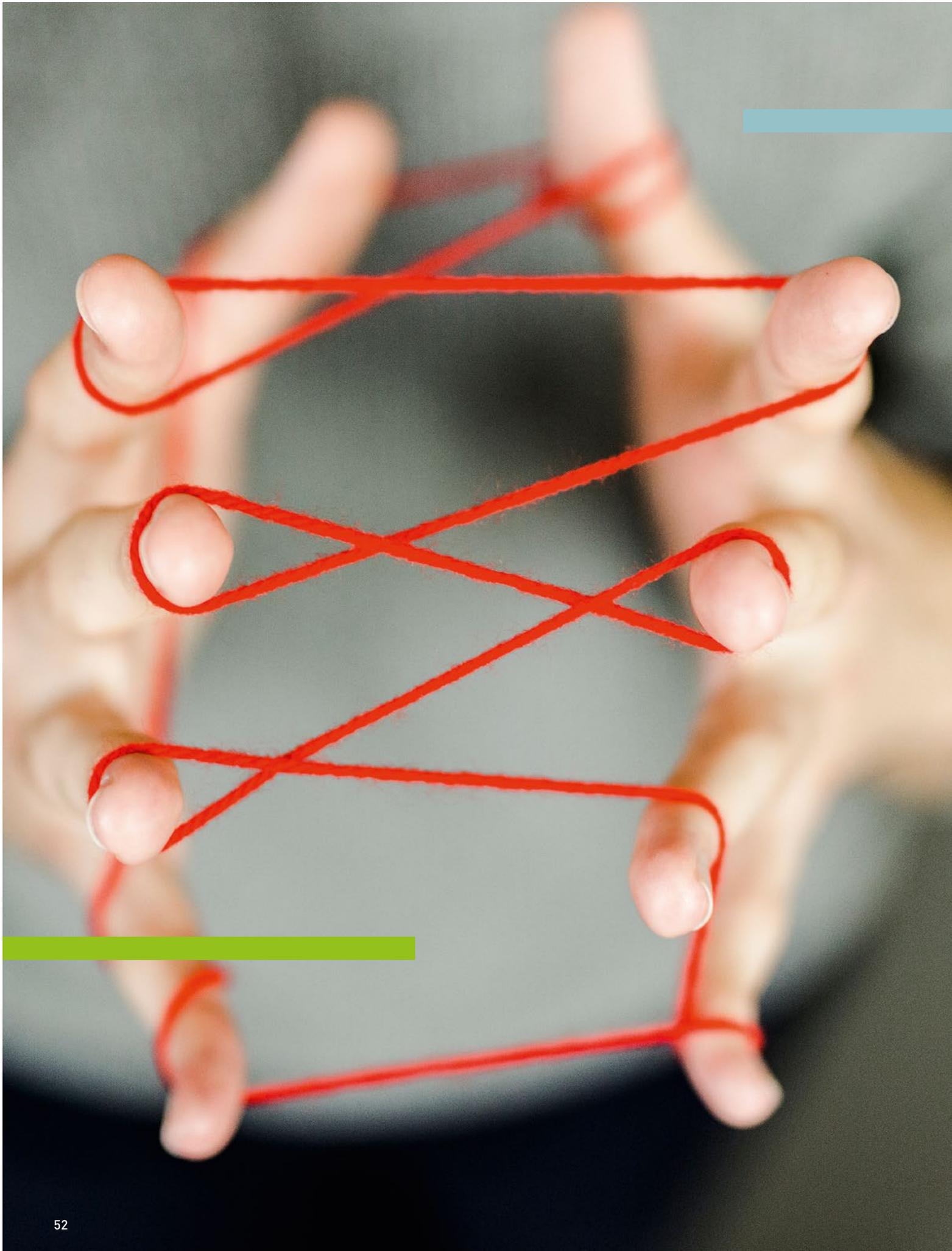
^ Die Soteria-Station vermittelt Sicherheit und Geborgenheit für Menschen in psychotischen Krisen.

Zukunftschancen und Perspektiven

Die Wertschätzung der Qualität der Soteria-Behandlung zeigt sich, neben der sehr positiven Resonanz der Patient*innen, in der Zertifizierung der Soteria-Station durch die Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria. Eine entscheidende Weiterentwicklung des Soteria-Behandlungsgedankens ist das Ziel, die alltagspraktischen Fähigkeiten so zu stärken, dass Patient*innen so schnell wie möglich in ihren eigenen Lebensalltag zurückkehren und dort ein größtmögliches Maß an selbstbestimmter Teilhabe erleben.

Begleitung im persönlichen Lebensumfeld

Hier setzt das Modellvorhaben DynaLIVE an. Die milieu- und soziotherapeutisch ausgerichtete personenzentrierte Behandlung wird von der Station ins häusliche Milieu der Patient*innen ausgeweitet. Im stationären Rahmen Erlerntes wird mit therapeutischer Unterstützung von den Patient*innen in den persönlichen Alltag und ihre Lebenswelt umgesetzt und so Inklusion befördert. DynaLIVE stärkt ressourcenfördernde alltagspraktische Befähigung und Gesundheit. Der Gefahr von „Hospitalisierung“ und Verlust fördernder Bindungen wird zugleich begegnet. Bisher wurden von der Soteria-Station aus mehr als 200 Patient*innen im Modellvorhaben DynaLIVE – im Mittel ca. vier Wochen lang – behandelt.



2

Der LVR- Klinikverbund



Partizipation heißt, Patient*innen von Anfang an zu beteiligen: Wege der Behandlung werden gemeinsam verhandelt und auf dieser Grundlage gestaltet. Ziel ist stets, dass Patient*innen sich als selbsttätig erfahren.

2018-2019

Aug. – Okt.
2018



StäB

Dez.
2018

LVR-KLINIK FÜR ORTHOPÄDIE VIERSEN

Absolute Herzensangelegenheit

Seit 30 Jahren besteht der Förderverein, mit dessen Unterstützung viele Projekte umgesetzt werden konnten. Die Highlights: ein Outdoor-Gehgarden am Festsaal sowie der Indoor-Gehgarden in der Physiotherapie. Für diese Abteilung wurden in diesem Jahr noch weitere moderne Geräte angeschafft. Die erste Anschaffung des Vereins war übrigens ein Kufenwebstuhl, der früher auch in Rehazentren zum Einsatz kam.

LVR-KLINIK MÖNCHENGLADBACH

Teilhabe in der Kunst

Im Projekt Landschaften hat die Montagstiftung Kunst und Gesellschaft gemeinsam mit der LVR-Klinik Mönchengladbach dazu eingeladen, im Klinikpark Landschaft aus Ton zu gestalten. Acht Wochen lang arbeiteten Patient*innen, Mitarbeitende, Einwohner*innen und andere Gäste gemeinsam mit Künstler*innen an Skulpturen und Objekten. Dabei entstand ein freier Raum für individuellen Ausdruck und für Teilhabe, Begegnung und Gemeinschaft.

LVR-KLINIK VIERSEN

Meilenstein der Versorgung

Als erste Klinik im LVR startet Viersen mit der Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB).

Patient*innen werden nicht in der Klinik, sondern im häuslichen Umfeld behandelt. Das kann das eigene Zuhause oder ein Alten- oder Pflegeheim sein. Für diese bedarfsgerechte und patientenorientierte Behandlung kommen etwa Menschen mit Demenz,

Depressionen, schweren Angsterkrankungen und Psychosen in Frage.



Sept.
2018

Landschaften

Jan.
2019

LVR-KLINIK LANGENFELD

Gedenken an die Opfer des Nationalsozialismus

Jedes Jahr erinnert die LVR-Klinik Langenfeld am bundesweiten Gedenktag der Opfer des Nationalsozialismus an die Ermordung von mehr als 2.000 Patient*innen. Die Nationalsozialisten nutzten die damalige Rechtsvorgängerin der Klinik als Zwischenanstalt, von der Patient*innen im Rahmen der NS-Euthanasie unter anderem in die frühere Tötungsanstalt Hadamar transportiert und dort ermordet wurden. 2019 entwickelte das Psychiatrietheater Knofl gemeinsam mit Pflegeschüler*innen der Klinik ein Stück zur NS-Zeit und führte es bei dem Gedenktag auf. Die Aufarbeitung der Vergangenheit ist Anspruch der LVR-Klinik Langenfeld.



Feb.
2019



LVR-KLINIK ESSEN UND MÖNCHENGLADBACH

EFQM als Organisationsentwicklung

Vier Jahre lang haben sich Vorstände und Mitarbeitende der LVR-Kliniken Mönchengladbach und Essen sowie externe Berater*innen mithilfe des EFQM-Verfahrens in Workshops und Gesprächen getroffen, um eine Qualitätsmatrix für die Psychiatrien zu entwickeln. Am 16. Februar 2019 übergaben sie den Projektabschlussbericht an Martina Wenzel-Jankowski, Leiterin Dezernat 8 – Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen.

März
2019

LVR-KLINIK KÖLN

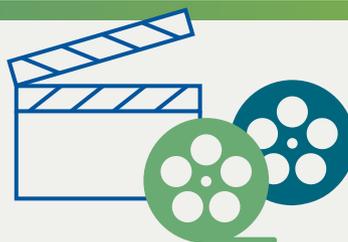
Warum haben wir Angst?

Welche Ängste gibt es und wie wirken sie sich auf unser Leben aus? Einen Aktionstag zum Thema „Angst“ organisierten Krankenpflegeschüler*innen in der Krankenpflegeschule der LVR-Klinik Köln. In einem aufwendig gestalteten Angstraum, versehen mit typischen Angstausschlössern wie Skeletten und Masken, Spinnweben und Geräuschen, wurden Besucher*innen mit ihren eigenen Ängsten konfrontiert.

LVR-KLINIK ESSEN

Erster Schritt zu Offener Psychiatrie

Seit Ende Januar 2019 ist die Akut- und Kriseninterventions-Station P3 in einen geschützten und einen offenen Bereich unterteilt. Den Patient*innen der Station P3B ist es nun möglich, den offenen Teil selbstständig zu verlassen. Direktaufnahmen sind im neuen offenen Bereich zur Akut- und Krisenintervention ebenfalls möglich. Die Teilöffnung ist ein erster Schritt zu einer „Offenen Psychiatrie“ ohne geschlossene Türen.



LVR-KLINIK BONN

Filmische Aufklärung

Jedes Jahr lädt die LVR-Klinik Bonn zu ihren „Filmtagen Psychiatrie – Farben der Seele“, um eine breite Öffentlichkeit über psychische Erkrankungen aufzuklären und Vorurteile abzubauen. Vom 12. – 14. Februar 2019 standen die Filme „Life, Animated“, „Die Überglücklichen“ und „Das Leuchten der Erinnerung“ mit den Themen Autismus, manisch-depressive Störung und Demenz auf dem Programm. Besucher*innen diskutierten im Anschluss an die Filme mit Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten.



Angst

LVR. INKLUSION erleben.

Mai
2019

LVR-KLINIKVERBUND & VERBUND HEILPÄDAGOGISCHER HILFEN

Inklusives Familienfest

Der 20. Tag der Begegnung war gut besucht. Der LVR-Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen begeisterte mit vielfältige Aktionen. Zahlreiche Besucher*innen drängten vorbei an den Ständen der zehn LVR-Kliniken und des LVR-Dezernats Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen. Die Gäste erwarteten viele (Mitmach-)Aktionen und jede Menge Spielspaß. Besonders erfolgreich war die Blumenbindeaktion. Kurz vor Ende der Veranstaltung war der Stand wie leer gefegt und alle Blumen verteilt.

Juli
2019

FiDis

LVR-KLINIK DÜREN

„Psychologie entdecken“ ...

... lautete das Motto der „FiDis“ (Führung im Diskurs) 2019. „Verhalten verstehen und erklären ist unser aller Thema, jeden Tag, immer wieder!“, erklärte Landesdirektorin Ulrike Lubek auf der Tagung. Die Psychologie als Wissenschaft soll Menschen eben dazu befähigen. Ziel der FiDis 2019 war es, Interessierten das Fach näherzubringen und Neugier zu wecken. FiDis findet seit 2012 jährlich an wechselnden Orten statt.



LVR-KLINIK BEDBURG-HAU

Heilendes Theater – Herzrasen

Neun forensische Patientinnen arbeiteten mehrere Monate an der Theatercollage „Liebe & Hass“. Entstanden ist – gemeinsam mit dem Theater „mini-art“, das seine Spielstätte auf dem Klinikgelände hat, und der Dramatherapie – eine berührende Vorstellung. Die selbst erarbeiteten Texte, Dialoge und Szenen bewegten sich im Spannungsfeld gegensätzlicher Gefühle sowie vergangener und aktueller Erfahrungen und Einstellungen. Das Theaterprojekt förderte soziale Interaktion, persönliche Fähigkeiten und das Selbstbewusstsein.

LVR-KLINIK LANGENFELD

Kürzere Wege zur stationären Therapie und Behandlung

Am 5. Juni 2019 eröffnete das Behandlungszentrum Solingen eine stationäre Einheit, direkt vor der Haustür der Solinger Bürgerschaft. Damit verkürzt sich der Weg zur stationären Behandlung und Therapie. Im dreigeschossigen Neubau befinden sich 40 Betten auf zwei Stationen. Die Station ist ein weiterer Baustein des breit aufgestellten Behandlungszentrums. Seit 2007 gibt es hier schon ein Gerontopsychiatrisches Zentrum.



LVR-KLINIK DÜSSELDORF

Neuer Leiter der Autismus-Ambulanz

Psychische Erkrankungen können die Kontaktfähigkeit von Menschen beeinträchtigen. Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Kontakt können aber auch das Auftreten psychischer Erkrankungen beeinflussen. Unter Leitung von Prof. Dr. med. Leonhard Schilbach bietet die neue Ambulanz für Störungen der sozialen Interaktion & Autismus im Erwachsenenalter ausführliche Diagnostik und individuelle Therapie.

Juni
2019

Sept.
2019



LVR-KLINIK BEDBURG-HAU

Kunst an ungewöhnlichem Ort

Seit 25 Jahren kooperieren das Kunstlabor Artoll, das sich auf dem Klinikgelände befindet, und die LVR-Klinik Bedburg-Hau. Viele Künstler*innen setzten sich mit der Klinik und ihrer Geschichte auseinander und schufen gemeinsam mit Patient*innen viele fantastische Kunstwerke. Das Motto „Metamorphose“ der Atelierwochen im Jubiläumsjahr inspirierte junge und alte Patient*innen zu eindrucksvollen Bildern, Texten, Collagen und Skulpturen sowie Musik- und Tanzstücken.

Stroke-Unit

LVR-KLINIK DÜSSELDORF

Im Fokus: Schlaganfallpatient*innen

Der Abteilung Neurologie am LVR-Klinikum Düsseldorf unter der Leitung von Prof. Dr. Rüdiger Seitz wurde im September 2019 von der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe das Gütesiegel Stroke-Unit zuerkannt. Diese herausragende Auszeichnung unterstreicht die hohe Qualität der neurologischen Versorgung in der nordöstlichen Region von Düsseldorf. Zudem ist sie ein wichtiges Strukturmerkmal für die Weiterentwicklung des Zentrums Neurologie und Neuropsychiatrie am LVR-Klinikum Düsseldorf, das seit 2013 in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Düsseldorf betrieben wird.



Nov.
2019



LVR-KLINIK BONN

30 Jahre Bonner Stottertherapie

Im November feierte die Bonner Stottertherapie ihr Jubiläum bei einem Symposium mit über 250 Teilnehmenden. Ehemalige Patient*innen und zahlreiche Fachleute beleuchteten die vielschichtige Thematik. Seit 1989 wird die Therapie unter ärztlicher Leitung bei stotternden Jugendlichen und Erwachsenen mit großem Langzeiterfolg durchgeführt. Weit über 1.000 Stotternde aus dem gesamten Bundesgebiet haben bisher dieses von der Krankenkasse finanzierte stationäre Therapieangebot genutzt.



LVR-KLINIK KÖLN

Zehn Jahre Maßregelvollzug

Eine 5,50 m hohe Mauer aus grauem Beton – viel mehr ist nicht zu sehen von der Forensischen Psychiatrie im Kölner Stadtteil Porz. Dahinter werden seit zehn Jahren psychisch erkrankte Straftäter behandelt. Die Mitarbeiter*innen der Einrichtung haben dieses kleine Jubiläum zum Anlass genommen, um mit Patienten, deren Angehörigen, der Nachbarschaft sowie vielen Wegbegleiter*innen ein Sommerfest zu feiern.



LVR-KLINIK DÜREN

Informatives und Unterhaltsames

Mehr als 700 Gäste besuchten den Tag der offenen Tür der Dürener Klinik. Trotz des regnerischen Wetters ein voller Erfolg. Es gab viel zu sehen, zu hören, zu essen und zu trinken: Holzbläser- und Klarinettenquartett, die Jugendtanzgruppe „Flashlights“, Informations- und Verkaufsstände der Tageskliniken, der Seelsorge sowie der Ergo- und Gartentherapie, viele Fachvorträge und, als besondere Attraktion, die Flugshow einer Falknerei.

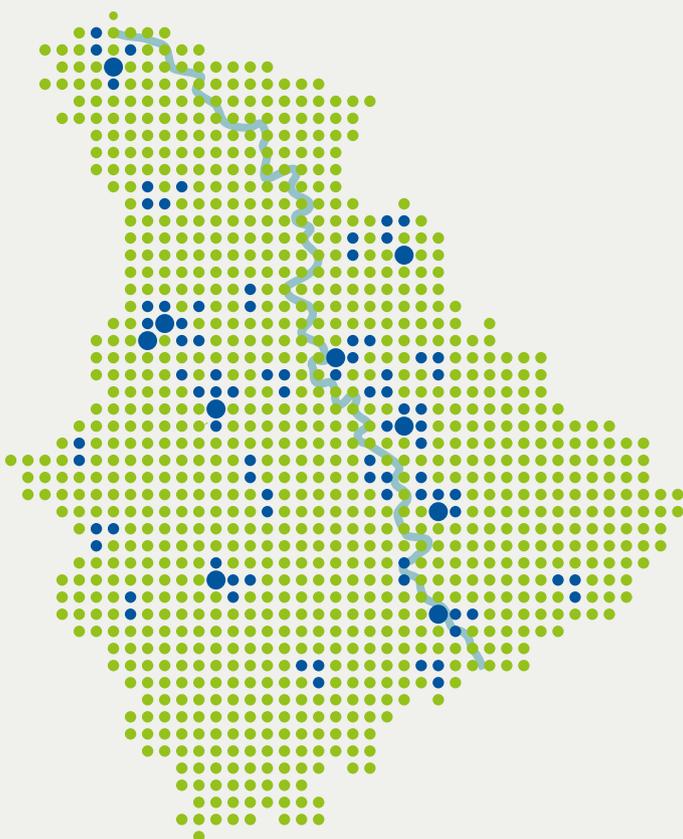
Netzwerk für die Zukunft – innovativ, leistungsfähig, wohnortnah

_Der LVR-Klinikverbund im Porträt

Der Landschaftsverband Rheinland ist Träger neun psychiatrischer Kliniken mit Standorten in Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Düsseldorf, Essen, Köln, Langenfeld, Mönchengladbach und Viersen sowie einer Klinik für Orthopädie am Standort Viersen. Die Kliniken in Essen, Köln und Düsseldorf forschen und lehren darüber hinaus auch universitär.

2009 haben sich die zehn Fachkliniken zum LVR-Klinikverbund zusammengeschlossen. Die zentrale Steuerung des Verbunds übernimmt das LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen in Köln. Weitere Einrichtungen des Dezernats sind die LVR-Krankenhauszentralwäscherei, das LVR-Institut für Versorgungsforschung (IVF) – zuständig für fachübergreifende Forschungsfragen, mit dem Ziel, Behandlung und Versorgung der Bevölkerung zu verbessern – sowie die LVR-Akademie für seelische Gesundheit, die mit ihren Bildungsangeboten maßgeblich zur Personalentwicklung beiträgt. Am 1. Januar 2021 werden sich IVF und Akademie zusammenschließen, um als LVR-Institut für Forschung und Bildung (LVR-IFuB) Theorie und Praxis weiter miteinander zu verzahnen (siehe Seite 85).

Der LVR-Klinikverbund



● Klinikstandorte

Gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft

Die konsequente Orientierung am Menschenbild der UN-Behindertenrechtskonvention, mit Chancengleichheit und Gleichberechtigung, bildet den Rahmen für die übergeordnete Strategie und das alltägliche Handeln im LVR-Klinikverbund. Das „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (UN-BRK) trat in Deutschland am 26. März 2009 in Kraft. Drei Jahre zuvor hatten die Vereinten Nationen diese Konvention verabschiedet. Die UN-BRK enthält 50 Artikel, in denen die allgemeinen Menschenrechte konkret aus der Perspektive von Menschen mit Behinderung formuliert werden. Damit markiert sie einen Paradigmenwechsel: Eine Beeinträchtigung wird nicht als Defizit angesehen, sondern als Teil der Vielfalt menschlichen Lebens.

< Inklusive aller Tageskliniken und Ambulanzen hat der LVR-Klinikverbund 90 Standorte im gesamten Rheinland und stellt damit eine flächendeckende Versorgungsstruktur sicher.



Menschen mit psychischen Erkrankungen

Zu Menschen mit Behinderung zählen laut UN-BRK auch Personen, „die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben“, die sie an einer gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. Sie haben die gleichen Rechte wie Menschen ohne Behinderung und dürfen nicht durch Sondergesetze diskriminiert werden. Maßnahmen wie Freiheitsentzug und Zwang in der Psychiatrie gilt es daher besonders sorgfältig abzuwägen. Im LVR-Klinikverbund beschäftigt sich seit 2010 der Arbeitskreis „Prävention von Zwang und Gewalt“ intensiv mit dieser Problematik (siehe Seite 74).

Gemeinsam in Vielfalt

Umgesetzt wird die UN-BRK mithilfe von Aktionsplänen. „Gemeinsam in Vielfalt“, der Aktionsplan des LVR, bildet seit April 2014 die zentrale Grundlage für die Umsetzung der UN-BRK im gesamten LVR. Er ist damit zentraler Bestandteil bei allen Entscheidungen und Prozessen. Hilfestellung bieten dabei sieben Handlungsfelder (Arbeit und Beschäftigung, Bewusstseinsbildung, Bildung und Erziehung, Kultur und Freizeit, Psychiatrie und Gesundheit, Verwaltung und Organisation, Wohnen und Sozialraum) sowie zwölf Zielrichtungen (siehe Infokasten). Konkrete Maßnahmen im Handlungsfeld Psychiatrie und Gesundheit sind zum Beispiel der Einsatz von Genesungsbegleiter*innen, Forensische Fachtagungen sowie die Reduzierung von freiheitsentziehenden und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in der psychiatrischen Behandlung. Die Einhaltung der Zielrichtung wird jährlich überprüft.



Die zwölf Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans

1. Die Partizipation von Menschen mit Behinderungen im LVR ausgestalten
2. Die Personenzentrierung im LVR weiterentwickeln
3. Die LVR-Leistungen in Form des persönlichen Budgets steigern
4. Den inklusiven Sozialraum mitgestalten
5. Die Barrierefreiheit in allen LVR-Liegenschaften herstellen
6. Die Zugänglichkeit in allen Informations- und Kommunikationsmedien und -formaten im LVR herstellen
7. Ein universelles LVR-Veranstaltungsmanagement entwickeln
8. Eine leichte Sprache im LVR anwenden
9. Menschenrechtsbildung im LVR systematisch betreiben
10. Das Kindeswohl und die Kinderrechte im LVR als inklusiven Mainstreaming-Ansatz schützen
11. Die Geschlechtergerechtigkeit im LVR als inklusiven Mainstreaming-Ansatz weiterentwickeln
12. Vorschriften und Verfahren im LVR systematisch untersuchen und anpassen

< Den Aktionsplan gibt es als barrierefreies PDF-Dokument zum Download unter inklusion.lvr.de.



^ Martina Wenzel-Jankowski (re.) leitet das LVR-Dezernat 8, Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen. Hier im Gespräch mit Mitarbeiter*innen der Verbundzentrale.

Menschlich. Kompetent. Nah.

Der LVR-Klinikverbund besteht aus neun psychiatrischen und einer orthopädischen Klinik sowie dem für die strategische Steuerung verantwortlichen LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen.

Er ist – als Verbund in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft – den Menschen im Rheinland in besonderer Weise verpflichtet. Im Mittelpunkt des Handelns steht der Mensch. Die LVR-Kliniken arbeiten einrichtungsübergreifend, nutzen die Erkenntnisse der neuesten universitären Forschung und teilen ihr Wissen. Die Kliniken stehen für eine hohe Behandlungsqualität in allen Fachgebieten und Bereichen: der Psychiatrie und Psychotherapie, der Psychosomatischen Medizin, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Orthopädie und Forensik sowie der Medizinischen und Sozialen Rehabilitation.

Um dies zu erreichen, setzt der LVR-Klinikverbund auf qualifiziertes und motiviertes Personal sowie auf eine sozialräumliche und regional kluge Vernetzung seiner Kliniken. Diese überregionale Organisationsform bietet große Vorteile: Transfer von

Erfahrung und Wissen, Erschließung von Synergien und Wirtschaftlichkeitsreserven, Vernetzung und Zusammenarbeit, gemeinsame Entwicklung von Angeboten und Verfahren sowie ein gemeinsames Qualitätsmanagement.



Die Mission des LVR-Klinikverbundes

Wir behandeln psychisch und psychosomatisch erkrankte Menschen im Rheinland. Wir bieten qualitativ hochwertige und innovative Behandlungsformen, die auf die individuellen Bedürfnisse der Menschen zugeschnitten sind. Wir setzen uns für die Entstigmatisierung und das Recht auf Selbstbestimmung psychisch Erkrankter ein.

Behandlungs- und Versorgungsangebote

Mit insgesamt 6.069 Betten und Plätzen bietet der LVR-Klinikverbund umfassende Hilfsmöglichkeiten (siehe Tabelle unten):

- Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (AP, GER, SU, PM)
- Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (KJPP, KJPM)
- Neurologie (Neurologie, Kinderneurologie und Sprachheilbehandlung)
- Orthopädie
- Abteilungen für Forensische Psychiatrie (Maßregelvollzug) zur Behandlung schuldunfähiger und vermindert schulfähiger Straftäter
- Abteilungen für soziale Rehabilitation zur Betreuung von chronisch psychisch erkrankten und psychisch behinderten Menschen sowie
- Angebote der medizinischen Rehabilitation von Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen oder Abhängigkeitserkrankungen

Dezentralisierung für flexiblere Behandlungsprozesse

Ein wichtiger Prozess für den gesamten LVR-Klinikverbund ist die Dezentralisierung und damit verbunden die Ausweitung ambulanter und teilstationärer Behandlungsangebote. So werden nach und nach die strukturellen Voraussetzungen für flexible, sektorenübergreifende Behandlungsprozesse geschaffen, die eine Versorgung im Lebensumfeld der Patient*innen ermöglichen. Im November 2018 und im Juni 2019 eröffnete zum Beispiel die LVR-Klinik Viersen je eine alltagspsychiatrische Tagesklinik (TK) in Kempen und Nettetal. Im Juni 2019 verlagerte die LVR-Klinik Langenfeld 40 stationäre Betten vom Klinikgelände in das dezentrale Behandlungszentrum in Solingen. Damit verkürzte die Klinik den Weg zu stationärer Behandlung für Solinger Bürger*innen. Voraussichtlich im Frühjahr 2021 wird die Langenfelder Klinik das vollstationäre Angebot am Klinikum Leverkusen in Betrieb nehmen.

Behandlungsangebote des LVR-Klinikverbundes

	Bedburg-Hau	Bonn	Düren	Düsseldorf	Essen	Köln	Langenfeld	Mönchengladbach	Viersen
Allgemeine Psychiatrie (AP)	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Gerontopsychiatrie (GER)	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Abhängigkeitserkrankungen (SU)	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Psychosomatische Medizin (PM)	●			●	●	●			●
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (KJPPP)	●	●		●	●				●
Jugendhilfe									●
Neurologie	●	●		●					
Kinderneurologie		●							
Sprachheilbehandlung		●							
Maßregelvollzug	●	●	●		●	●	●		●
Medizinische Rehabilitation	●						●		●
Soziale Rehabilitation	●		●	●		●	●	●	●
Orthopädie									●

Sozialräumliche Versorgung stärken, dezentrale Standorte ausbauen

_Versorgungsstruktur und Entwicklung seit 2018

Angebotsstruktur Psychiatrie und Psychotherapie (PP)/ Psychosomatischen Medizin (PM)

Mit insgesamt 3.702 akutpsychiatrischen Betten und Plätzen versorgen die LVR-Kliniken in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Erwachsenenalters ein Gebiet, das insgesamt rund 4,4 Millionen Einwohner umfasst. Hier von sind rund 3,7 Millionen im behandlungsrelevanten Alter von 18 Jahren und älter (83 Prozent der Gesamteinwohner). Die Größe der Pflichtversorgungsgebiete (PVG) 2020 bewegt sich im LVR-Klinikverbund dabei zwischen rund 201.030 PVG-Einwohnern (davon 171.408 Erwachsene) im LVR-Klinikum Essen und 900.969 PVG-Einwohnern (davon 744.188 Erwachsene) in der LVR-Klinik Bonn.



4,4 Mio.

EINWOHNER IM
VERSORGUNGSGEBIET



90

STANDORTE
INKL. TAGESKLINIKEN
UND AMBULANZEN

Seit dem letzten Psychiatrie-Report im Jahr 2018 haben sich folgende Veränderungen in der Zuständigkeit für die Pflichtversorgung ergeben:

LVR-Klinik Bonn

Die LVR-Klinik Bonn hat in den Jahren 2019 und 2020 folgende Pflichtversorgungsgebiete an die Uniklinik Bonn abgegeben: zum 1. Dezember 2019 die Bonner Stadtteile Ippendorf, Ückesdorf, Friesdorf, Hochkreuz und Bad-Godesberg Nord (rund 23.000 erwachsene Bewohner*innen), zum 1. März 2020 die Pflichtversorgung auch für die Bonner Stadtteile Godesberg-Villenviertel, Mehlem, Plittersdorf und Rüngsdorf (rund 25.600 erwachsene Einwohner*innen).

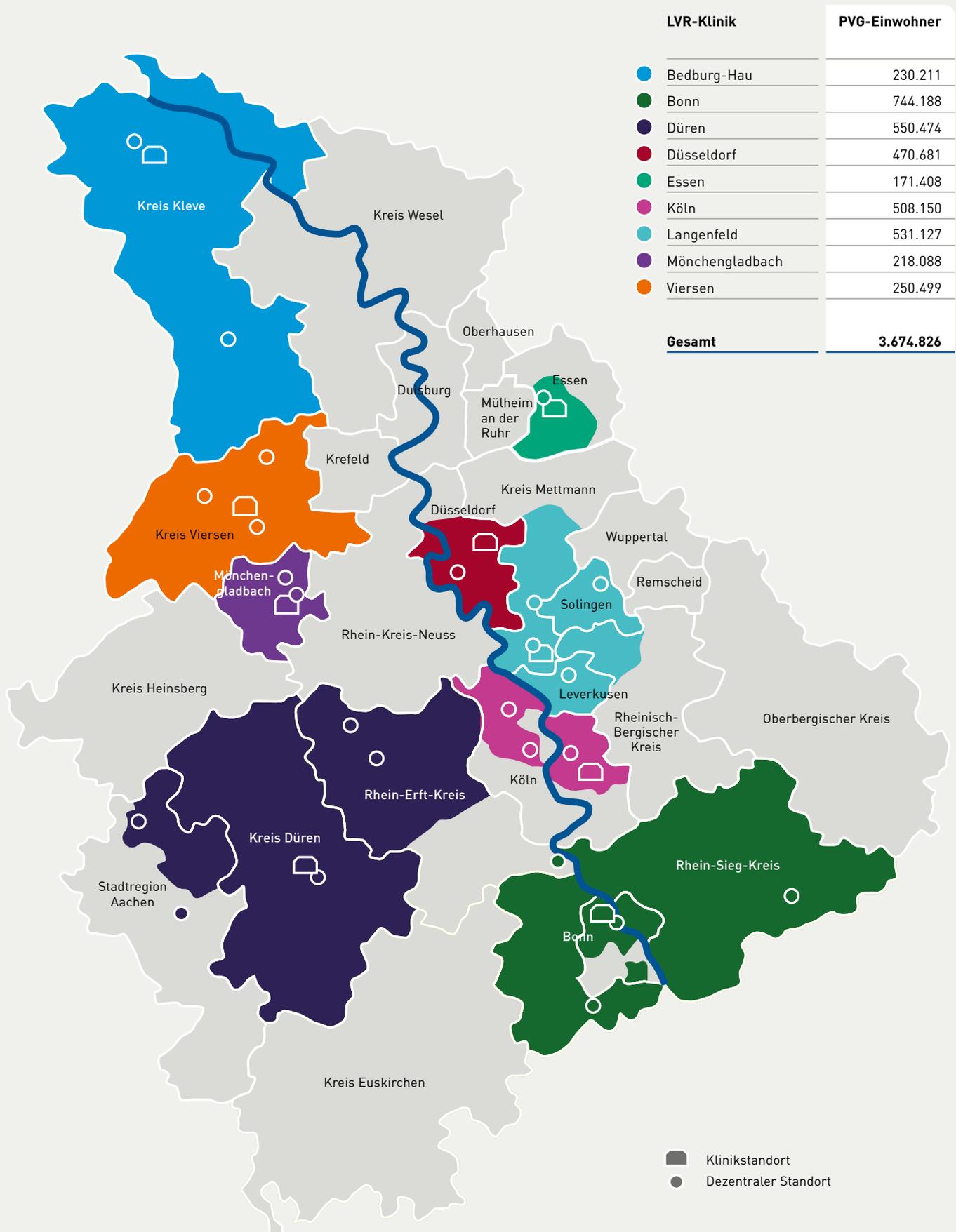
LVR-Klinikum Essen

Mit Datum vom 17.07.2019 hat die Bezirksregierung Düsseldorf einen neuen Feststellungsbescheid für das LVR-Klinikum Essen erteilt und damit den Pflichtversorgungsauftrag für den Essener Stadtteil Nordviertel auf das LVR-Klinikum übertragen. Bisher oblag die Versorgung der rund 6.700 erwachsenen Einwohner aus diesem Stadtteil der Katholische Kliniken Essen GmbH.

LVR-Klinik Köln

Das Pflichtversorgungsgebiet der LVR-Klinik Köln wurde zum Ende des Jahres 2019 um die Stadtteile Niehl (zum 1. September 2019) und Riehl (zum 1. Oktober 2019) des Stadtbezirks Nippes reduziert. Die insgesamt 27.200 erwachsenen Einwohner*innen werden nun vom St. Agatha Krankenhaus in Köln Niehl versorgt.

Pflichtversorgungsgebiet 2020 PP/PM



Ausbau dezentraler Standorte

Die teils erhebliche geografische Ausdehnung der Versorgungsgebiete stellt hohe Anforderungen an die raumbezogene Klinikorganisation und Strukturentwicklung. Verbunden mit dem Anspruch, die inklusive und sozialraumnahe Versorgung zu stärken, wird der Ausbau von dezentralen Standorten im LVR-Klinikverbund schon seit vielen Jahren vorangetrieben. Die LVR-Kliniken betreiben derzeit 25 Dependancen (dezentrale Standorte), an denen insgesamt 70 dezentrale Angebote vorgehalten werden. Diese gliedern sich auf in sechs stationäre Angebote (222 Betten), 32 Tageskliniken (598 Plätze) und 32 Ambulanzen bzw. ambulante Dienste.

Mitte der 90er-Jahre fasste der LVR den Beschluss, 20 Prozent der Gesamtkapazitäten in Form von Tageskliniken bereitzustellen. Dem Grundsatz „Teilstationär vor vollstationär“ folgend, wurden viele vollstationäre Betten in tagesklinische Plätze umgewandelt bzw. neue Plätze beantragt. Heute liegt der tagesklinische Anteil im Klinikverbund bei 22 Prozent.

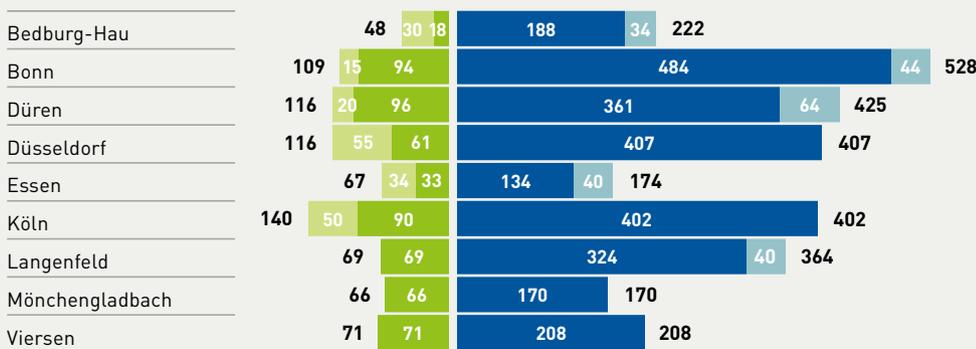
Diese Entwicklung wird systematisch gefördert. Daher haben sich seit dem letzten Report folgende Veränderungen in der Angebotsstruktur ergeben:

LVR-Klinik Düren

Anfang April des Jahres 2019 nahm das Kooperationsvorhaben Altersmedizinisches Zentrum am Krankenhaus Düren seinen Betrieb auf. Das Zentrum ist eine Kooperation des Rheinischen Blindenfürsorgevereins, der Krankenhaus Düren gGmbH und der LVR-Klinik Düren. Zu diesem Zweck zog die gerontopsychiatrische Tagesklinik der LVR-Klinik Düren in die neuen Räumlichkeiten um. Gleichzeitig konnte die Aufstockung um 10 Plätze auf insgesamt 20 realisiert werden, womit sich der TK-Anteil in der LVR-Klinik Düren geringfügig von 20 Prozent auf 21 Prozent erhöht hat. Im Mai 2020 wurde das dezentrale Therapiezentrum Eschweiler für Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie eröffnet. Dieses besteht aus einer Tagesklinik mit 20 Behandlungsplätzen und einer Ambulanz.

Kapazitäten der PP/PM

LVR-Klinik



	dez. Anteil	TK-Anteil
Bedburg-Hau	19 %	18 %
Bonn	22 %	17 %
Düren	30 %	21 %
Düsseldorf	12 %	22 %
Essen	30 %	28 %
Köln	17 %	26 %
Langenfeld	25 %	16 %
Mönchengladbach	28 %	28 %
Viersen	25 %	25 %
Gesamt	22 %	22 %

Gesamt

802 Plätze

2.900 Betten

● Plätze zentral ● Plätze dezentral ● Betten zentral ● Betten dezentral

Gleichzeitig wurde die bisherige Tagesklinik am Standort Stolberg mit zwölf Plätzen geschlossen; die dortigen Behandlungsplätze wurden nach Eschweiler verlegt ebenso wie acht Plätze der Tagesklinik in Alsdorf. Die Anzahl dezentraler Behandlungsplätze bleibt also gleich.

LVR-Klinikum Essen

Zum 01.08.2019 wurden die Kapazitäten in der psychosomatischen Fachabteilung des LVR-Klinikum Essen angepasst. Insgesamt wurden 11 weitere Tagesklinikplätze eingerichtet. Gleichzeitig wurden in der Abteilung neun Betten abgebaut. Die Kapazitätsverlagerung vom stationären in den teilstationären Bereich entspricht der Leistungsentwicklung in diesem Bereich und geht aus dem Abschluss des regionalen Planungsverfahrens zum neuen Krankenhausplan hervor. Durch den Abbau von stationären Betten zugunsten einer Erweiterung der teilstationären Kapazitäten im Bereich der Psychosomatik hat sich der Anteil an Tagesklinikplätzen von 23 Prozent auf 28 Prozent erhöht.

LVR-Klinik Köln

Die Tagesklinik Psychosomatik wurde zum 1. März 2019 mit zunächst 14 Plätzen in Betrieb genommen. Der bereits mit 24 Prozent erreichte Zielwert erhöhte sich damit auf 26 Prozent. Die komplette Platzzahl von 18 kann erst mit Errichtung des für die Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotraumatologie der LVR-Klinik Köln geplanten Neubaus betrieben werden.

LVR-Klinik Langenfeld

Die Dependance in Solingen konnte im Juni 2019 ihren Betrieb aufnehmen. Dazu wurden 40 stationäre Betten vom Klinikgelände nach Solingen verlagert. Der Anteil der dezentralen Kapazitäten der LVR-Klinik Langenfeld konnte damit auf 25 Prozent gesteigert werden.

Die gerontopsychiatrische Tagesklinik in der Kreuzstraße ist Ende Juli 2019 mit 16 Plätzen in den Neubau in der Lessing-

straße umzogen. Der tagesklinische Anteil bleibt unverändert bei 16 Prozent, da mit dem Umzug in den Neubau keine Veränderung bei den Plätzen erfolgte.

LVR-Klinik Viersen

Durch die Inbetriebnahme von zwei allgemeinspsychiatrischen Tageskliniken mit jeweils 20 Plätzen konnte der TK-Anteil der LVR-Klinik Viersen von 13 auf 25 Prozent gesteigert werden. Die Tagesklinik in Kempen wurde Ende November 2018, die Tagesklinik in Nettetal Anfang Juni 2019 in Betrieb genommen.

In den nächsten Jahren ist die Realisierung folgender Maßnahmen vorgesehen:

LVR-Klinik Bonn

Am dezentralen Standort in Meckenheim wird in den nächsten Jahren eine Umwandlung von 18 Betten in 18 Tagesklinikplätze erfolgen, sodass in Meckenheim dann insgesamt 36 Plätze für Erwachsenenpsychiatrie vorgehalten werden.

LVR-Klinikum Düsseldorf

Im Jahr 2020 werden die stationären Kapazitäten am LVR-Klinikum Düsseldorf um insgesamt 40 Betten erweitert. Mittelfristig ist geplant, 40 Betten an das Universitätsklinikum Düsseldorf zu verlagern. Mit der Fertigstellung des Diagnose-, Therapie- und Forschungszentrums werden 12 tagesklinische Plätze in Betrieb genommen. Damit gibt es im Fachgebiet Psychiatrie/Psychosomatik nach Umsetzung des Neubaus insgesamt 435 Betten und 128 Tagesklinikplätze.

LVR-Klinik Langenfeld

Die Dependance in Leverkusen, die mit 30 Betten am Klinikum Leverkusen betrieben werden soll, wird voraussichtlich im Frühjahr 2021 fertig gestellt sein. Zu diesem Zeitpunkt soll auch die Tagesklinik mit 30 Plätzen dort ihren Betrieb aufnehmen. Für die im Rahmen der Neuaufstellung des Krankenhausplans NRW 2015 zusätzlich gewährten vollstationären Kapazitäten werden Unterbringungsmöglichkeiten an den beiden Dependancen in Solingen und Leverkusen geprüft.

Pflichtversorgungsgebiet 2020 KJPPP



Angebotsstruktur Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psycho- therapie und Psychosomatik (KJPPP)

Infolge des niedrigeren Anteils von Kindern und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung sind die Versorgungsgebiete der KJPPP im Vergleich zu den Abteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern für Erwachsene hinsichtlich Einwohnerzahl und Flächenausdehnung größer zugeschnitten. Den damit einhergehenden größeren Entfernungen zwischen den Wohnorten der jungen Patient*innen sowie ihren Familien und den zuständigen Abteilungen für KJPPP begegnet der LVR mit erheblichen Anstrengungen zur Dezentralisierung.

Das KJPPP-Pflichtversorgungsgebiet umfasst insgesamt rund 5,4 Millionen Einwohner, das entspricht bei fünf Kliniken einem Schnitt von rund einer Million PVG-Einwohner pro Klinik. Von den 5,4 Millionen Einwohnern sind rund 893.000 unter 18 Jahre und somit im behandlungsrelevanten Alter.

Mit insgesamt 478 Betten und Plätzen versorgen die Abteilungen der KJPPP an den LVR-Kliniken Bedburg-Hau, Bonn, Düsseldorf, Essen und Viersen Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen (siehe untere Tabelle).

2020 werden 29 Prozent der Gesamtkapazität an Betten und Plätzen der Abteilungen für KJPPP an den LVR-Kliniken dezentral vorgehalten. Im Klinikverbund werden 35 Prozent der KJPPP-Kapazitäten in Form von tagesklinischen Plätzen angeboten, von denen 76 Prozent an dezentralen Standorten verortet sind. Insgesamt bieten die fünf Kliniken des LVR-Klinikverbundes, die die Disziplin KJPPP betreiben, an zwölf dezentralen Standorten 25 Angebote im ambulanten, tagesklinischen sowie vollstationären Bereich.

Kapazitäten der KJPPP





Die Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie bauen ihr Angebot stetig aus – im ambulanten, tagesklinischen und vollstationären Bereich.

Die LVR-Klinik Viersen hält im Fachbereich KJPPP 58 Betten mit überregionalen Angeboten vor. Dazu zählen

- zehn Betten für sexuell auffällige Jungen,
- zehn Betten und 15 Plätze für Jugendliche mit Abhängigkeitserkrankungen und Verhaltensstörungen durch Suchtmittel (zehn Betten qualifizierte Entzugsbehandlung, fünfzehn Plätze medizinische Rehabilitationsbehandlung),
- 30 Betten für Kinder- und Jugendliche mit Intelligenzminde rung und psychischen Störungen sowie eine
- Eltern-Kind-Station mit acht Betten als intensives, gemeinsames Behandlungsangebot für Eltern und wichtige Bezugspersonen mit ihren Kindern.

Im LVR-Klinikum Essen wird eine Station für Jugendliche mit Abhängigkeitserkrankungen (zehn Betten) ebenfalls überregional in Anspruch genommen.

In den nächsten Jahren ist die Realisierung folgender Maßnahmen vorgesehen:

LVR-Klinik Bedburg-Hau

Im Laufe des Jahres 2020 wird die vom Ministerium bewilligte Erweiterung der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik auf dem Gelände der LVR-Klinik Bedburg-Hau erfolgen. Bisher werden in Bedburg-Hau sechs Tagesklinikplätze betrieben. Zukünftig stehen den erkrankten Kindern und Jugendlichen 12 Plätze zur Verfügung.

Darüber hinaus wird die LVR-Klinik Bedburg-Hau eine Dependence in Wesel mit 30 Betten für Kinder- und Jugendpsychiatrie errichten. Ein Zeithorizont für die Realisierung dieses Projekts kann derzeit noch nicht benannt werden.

Vielfalt, Chancengleichheit und Wertschätzung fördern erfolgreiches Miteinander

_Mitarbeiter*innen des LVR-Klinikverbundes

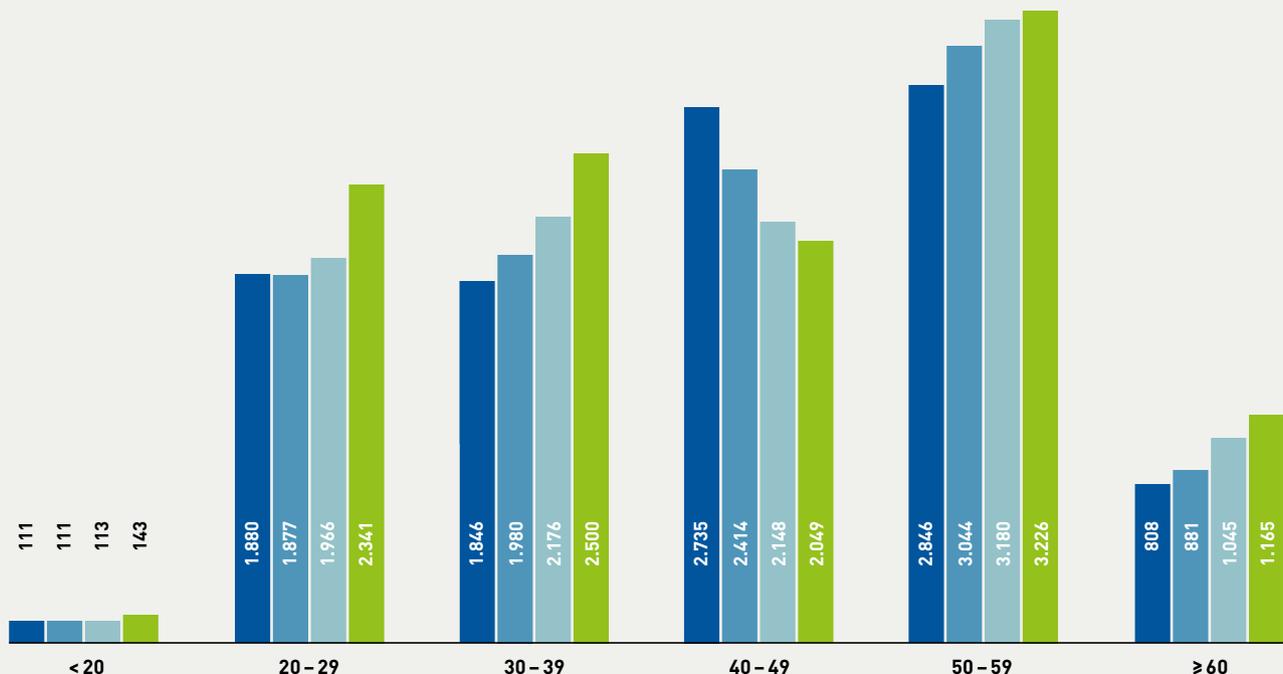
Wenn in den LVR-Kliniken der „Mensch im Mittelpunkt“ steht, sind damit die Patient*innen genauso gemeint wie das gesamte Personal. Denn es sind die Mitarbeiter*innen, die eine qualitativ hochwertige Behandlung und Betreuung gewährleisten. Auf sie kommt es an.

Daher fördert der LVR-Klinikverbund seine Mitarbeiter*innen auf allen Ebenen. Mit Aus-, Fort- und Weiterbildung und mit einer zeitgemäßen Gestaltung der Arbeitsbedingungen. Eben-

so wichtig ist es, die Fachkräfte von morgen zu gewinnen und die eigenen Führungskräfte weiterzuentwickeln. Abgesehen von den innerbetrieblichen Fortbildungen und der fachärztlichen Weiterbildung für die Beschäftigten betreibt der LVR-Klinikverbund die LVR-Akademie für seelische Gesundheit (siehe Seite 83). Mehr als 11.400 Mitarbeiter*innen profitieren von den vielfältigen Kursangeboten, Veranstaltungen und Projekten zur Personalentwicklung und Personalbindung sowie von der Fokussierung auf die Belange der Kolleg*innen.

Entwicklung der Altersstruktur im LVR-Klinikverbund

● 2013 ● 2015 ● 2017 ● 2019



Fachpersonal der Zukunft

Eine Herausforderung für den LVR-Klinikverbund bleibt auch die Gewinnung von Fachpersonal, insbesondere in Zeiten des demografischen Wandels. Speziell dafür hat der Verbund verschiedene Maßnahmen entwickelt, um auch zukünftig seine Aufgaben zu erfüllen – in der gesamten Breite und in der gewohnten fachlichen Qualität. Der Führungsnachwuchs für Pflegedienstleitungen wird besonders mit dem Programm „Fit für die PDL“ gefördert. Nachwuchskräfte im ärztlichen Dienst nutzen das Stipendienprogramm; der jährliche Pflegeausbildungskongress ist ein attraktives Angebot für die Pflegeschüler*innen in der ersten Ausbildungshälfte.

Fit für die Pflegedienstleitung in der Psychiatrie

Dieses Personalentwicklungsprogramm bereitet Führungskräfte aus dem Pflege- und Erziehungsdienst auf eine Führungsposition als Pflegedienstleitung vor. Mit dem Programm fördert der LVR-Klinikverbund die Vernetzung der Kolleg*innen. Die Teilnehmer*innen reflektieren sich als Führungskraft im Spannungsfeld von Fachlichkeit und Führungsaufgabe. Praxisersätze, theoretische Abschnitte und Supervisionen stärken die Fach- und Leitungskompetenzen.

Stipendienprogramm

Mit „LVR-Klinik Start“ bietet der Verbund Medizinstudent*innen theoretische und praktische Einblicke in das Arbeitsfeld der Psychiatrie und Psychotherapie. Ziel ist es, diese zukünftigen Fachkräfte für eine Mitarbeit im LVR-Klinikverbund zu gewinnen. Das Stipendienprogramm enthält eine inhaltliche und eine finanzielle Komponente. Die inhaltliche Förderung umfasst Seminare, Hospitationen und ein Mentoringprogramm. Finanziell gewährt der Verbund monatlich 600 Euro auf Darlehensbasis. Bei Abschluss eines Arbeitsvertrags in einer der LVR-Kliniken zahlt diese das Darlehen zurück – für die Dauer der Beschäftigung.

Pflegeausbildungskongress

Der jährlich stattfindende Pflegeausbildungskongress ist eine beliebte Veranstaltung für alle Auszubildenden der LVR-Pflegeschulen. Hier lernen sie den LVR-Klinikverbund und die weiteren Aufgabenfelder des LVR kennen und erfahren mehr über die vielfältigen Möglichkeiten im spannenden Berufsfeld der psychiatrischen Pflege im LVR-Klinikverbund. Die Veranstaltung fördert, abgesehen von der Bindung der Mitarbeiter*innen an die LVR-Kliniken, auch die klinikübergreifende Vernetzung der Nachwuchskräfte.

Anzahl der Beschäftigten



Führungspositionen in den LVR-Kliniken

Funktion	männlich	weiblich
1. Führungsebene: Klinikvorstand	17	11
2. Führungsebene: Abteilungsleitungen	84	53
3. Führungsebene: Ltd. Oberärzt*innen und Stationsleitungen	194	180
Gesamt	295	244

Führungskräfteentwicklung

Alle Führungskräfte werden im Rahmen von Entwicklungsprogrammen auf ihre zukünftigen Aufgaben vorbereitet. Auch hier strebt der Verbund ein ausgewogenes Verhältnis von Mitarbeiterinnen zu Mitarbeitern an. Die Tabelle oben zeigt die Anzahl der Männer und Frauen in Führungspositionen der Kliniken zum Stichtag 31.12.2019. Der Anteil von Frauen in Führungspositionen ist seit 2016 um 3 Prozent gestiegen und liegt bei ca. 45 Prozent – eine deutliche Geschlechterverschiebung in den Führungspositionen im Vergleich zur Gesamtverteilung.

Familienfreundlichkeit

Fast vier von zehn Beschäftigten im LVR-Klinikverbund arbeiten in Teilzeit und nutzen die familienfreundlichen Arbeitsbedingungen. Die Familienfreundlichkeit soll mit verschiedenen konkreten Angeboten weiter verbessert werden. Bereits seit einigen Jahren sind die Kliniken Mitglied im bundesweiten Netzwerk „Erfolgsfaktor Familie“ und in der Initiative „Familienfreundliches Krankenhaus“ des Marburger Bunds. Darüber hinaus ist der LVR seit 2015 Partner der Landesinitiative „Vielfalt! Interkulturelle Öffnung als Erfolgsfaktor“.

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) werden im Klinikverbund zahlreiche Maßnahmen zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit der Mitarbeitenden angeboten. In den Kliniken existieren sowohl im verhältnis- als auch im verhaltenspräventiven Bereich vielfältige Angebote der Gesundheitsförderung. Zum ersten Mal findet in diesem

Jahr, im Rahmen der bundesweiten „Woche der Seelischen Gesundheit“, eine standortübergreifende BGM-Aktion statt. Das Thema der diesjährigen BGM-Aktionswoche lautet: Mentale Balance – der richtige Umgang mit Stress. Es werden unter anderem meditative Übungen wie Atementspannung und Achtsamkeitstraining angeboten.

Weiterentwicklung durch Austrittsgründe

Um aus den Kündigungsgründen von Mitarbeiter*innen, die sich für einen anderen Arbeitgeber entscheiden, zu lernen, werden verbundweit die Austrittsgründe dieser Personen erfasst. Auf diese Weise erhalten die LVR-Kliniken als Arbeitgeber wichtige Hinweise, die zur Verbesserung der Arbeitgeberattraktivität der LVR-Kliniken beitragen können.

Virtuelle Karrieremesse

Der LVR-Klinikverbund war im Juni 2019 erstmalig Mitveranstalter der zweitägigen virtuellen Fach- und Karrieremesse LIKE Psychiatrie. In Zeiten des demografischen Wandels und des Fachkräftemangels ist es für den LVR-Klinikverbund unerlässlich, neue Wege in der Personalgewinnung zu gehen. Gemeinsam mit zwei weiteren Trägern aus dem psychiatrischen Bereich, der VITOS GmbH und den Kliniken des Bezirks Oberbayern – Kommunalunternehmen (KBO), hat der LVR-Klinikverbund eine virtuelle Messe veranstaltet und sich nach innen und außen als moderner Arbeitgeber positioniert. Die Erfahrungen mit diesem innovativen Format der Personalgewinnung sind positiv und eine Wiederholung ist für den 2. und 3. Februar 2021 bereits in Planung.

Selbstbestimmungsrecht, Schutz von Gesundheit und Leben

Zwang vermeiden und reduzieren

Der Umgang mit Gewalt und Zwang gehört zu den schwierigsten Themen in der Psychiatrie. Den damit verbundenen fachlichen Herausforderungen professionell zu begegnen, ist eine interdisziplinäre Aufgabe, die vielfältige Herangehensweisen erfordert.

Damit bewegen sich die professionell handelnden Personen in einem konfliktreichen Spannungsfeld zwischen dem menschenrechtlich normierten Selbstbestimmungsrecht der Patient*innen und dem Schutz der Gesundheit und des Lebens bei Selbst- oder Fremdgefährdung. Denn Fixierungen und Isolierungen sind keine therapeutischen Maßnahmen. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat bereits 1981 klargestellt, dass Patient*innen in gewissen Grenzen ein Recht auf „Freiheit zur Krankheit“ haben (BVerfGE 58, 208, NJW 1982, 691). Fixierung und Isolierung werden den gesetzlichen Vorgaben folgend daher nur zur Sicherung und zur Gefahrenabwehr bei akuter Selbst- und (im PsychKG) Fremdgefährdung angewandt, wenn und solange sie durch andere Mittel nicht abgewendet werden können und sich so als „Ultima Ratio“ darstellen. Darüber hinaus gilt der sogenannte Richtervorbehalt. Das bedeutet, dass Zwang vom Grundsatz her vorab immer durch ein Gericht genehmigt werden muss. Der Umstand, dass Richter*innen explizit durch eine Anordnung zustimmen müssen, betont das hohe Schutzbedürfnis von Patient*innen in psychiatrischer Behandlung, dem der LVR-Klinikverbund durch hohe Sensibilität für das Thema Rechnung trägt.

Prävention von Zwang und Gewalt im Klinikverbund

Der LVR-Klinikverbund beschäftigt sich intensiv mit diesen Themen, unter anderem im verbundweiten Arbeitskreis „Prävention von Zwang und Gewalt“ unter Leitung der LVR-Verbundzentrale. Der Teilnehmerkreis setzt sich zusammen aus

»Unser Ziel ist eine gewaltfreie Psychiatrie. Zwang ist dabei immer das äußerste Mittel, das ergriffen werden sollte.«

Immanuel Baar, Pflegerische Beratung LVR-Klinikverbund
und Verbund Heilpädagogischer Hilfen

Beteiligten der Verbundzentrale sowie ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter*innen der verschiedenen Fachbereiche der neun LVR-Kliniken. In diesem Qualitätszirkel identifizieren die Teilnehmer*innen Beispiele für „Gute“ oder „Beste Praxis“ und entwickeln Strategien zur Verbesserung der Behandlungsqualität, der Patientensicherheit und -beteiligung – auch auf der Grundlage von Ergebnisvergleichen.

Ein grundlegendes Vorgehen bei der Entwicklung geeigneter Strategien und damit die Voraussetzung für eine Reduktion von Gewalt und Zwang ist die Erhebung, die Beschreibung und Bewertung von Kennzahlen. So wurde im Arbeitskreis unter anderem ein Codebook freigegeben, das das Verständnis, die Durchführung und die Dokumentation von Zwangsmaßnahmen verbundweit vereinheitlicht. Selbstverständlich wird es entsprechend der veränderten Rechtsprechung und dem Verständnis von Zwangsmaßnahmen laufend angepasst, zuletzt im Frühjahr 2019. Darüber hinaus ist die Rate der Zwangsmaßnahmen Teil der so genannten LVR-Qualitätsindikatoren. Ziel ist es, Zwang und Gewaltereignisse im LVR-Klinikverbund möglichst weit zu reduzieren. Dazu setzt der Klinikverbund auf Prävention und Maßnahmen von geringer Eingriffstiefe in die Autonomie von Patient*innen, die vor sich selbst oder vor denen andere zu schützen sind.

Kontinuierliche Überprüfung und Anpassung von Behandlungsansätzen

Die LVR-Kliniken müssen hier in Zusammenarbeit mit der Verbundzentrale immer wieder kritisch prüfen, ob die von ihnen verfolgten Herangehensweisen und Konzepte dazu dienen, gesetzte Ziele zu erreichen. Daraus folgt, dass gegebenenfalls Anpassungen im Vorgehen oder in der Auswahl von Behandlungsansätzen erfolgen müssen. Die implementierten oder in Erprobung befindlichen Strategien zur Reduktion von Zwang und Gewalt sowie für einen weiteren Ausbau der Patient*innenbeteiligung sind dabei eher mittel- bis langfristig geeignet, positive Effekte auch hinsichtlich des Rückgangs von Zwangsmaßnahmen abzubilden. Sie zielen auch auf Handlungs- und Einstellungsänderungen der Mitarbeiter*innen ab. Die LVR-Kliniken konnten in den vergangenen Jahren das erreichte Niveau in der Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen stabil halten. Beispielhaft zeigt die Abbildung unten die Entwicklung des Anteils fixierter und/oder isolierter Fälle an den insgesamt behandelten Fällen im Klinikverbund im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie. Vergleichbare Auswertungen in anderen psychiatrischen Kliniken weisen durchschnittlich 6,7 Prozent aus (Flammer & Steinert 2019).

Gewaltprävention in Abteilungen für Soziale Rehabilitation und Wohnverbänden

Auch unsere Abteilungen für Soziale Rehabilitation an sechs Standorten beschäftigen sich intensiv mit Gewaltprävention. Hier werden Menschen mit wesentlichen psychischen Behinderungen betreut, die teilweise ein besonders herausforderndes Verhalten zeigen. Um damit umzugehen, sind freiheitsentziehende Maßnahmen in besonderen Ausnahmefällen und bei richterlicher Genehmigung gestattet. Es gibt für wenige Bewohner*innen die Genehmigung zur geschlossenen Unterbringung. Dafür hält die Abteilung für Soziale Rehabilitation der LVR-Klinik Düsseldorf einige Plätze bereit. Fixierungen und weitere Zwangsmaßnahmen sind in der Sozialen Rehabilitation konzeptionell nicht vorgesehen.

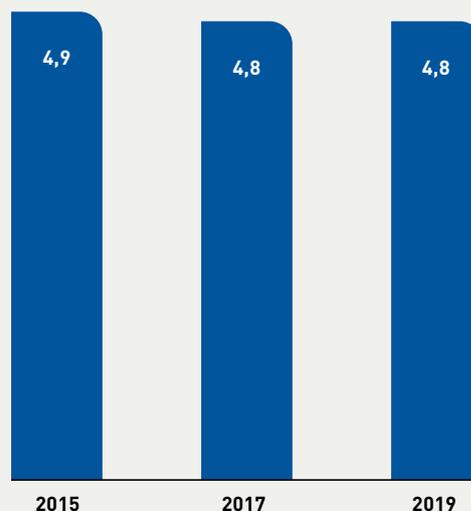
Zur Gewaltprävention in den Abteilungen für Soziale Rehabilitation und in den Wohnverbänden der LVR-Kliniken wurde ein Mantelkonzept erarbeitet. Damit soll ein verbundweit abgestimmtes Vorgehen gemäß fachlicher Standards sichergestellt und die Anforderungen des Wohn- und Teilhabegesetzes NRW erfüllt werden. Ziel ist es, Gewaltereignissen in den Wohnhilfen vorzubeugen und mit Konflikten angemessen umzugehen. Das Konzept wird regelmäßig überprüft und angepasst.



4,8 Prozent

Ø ANTEIL
FIXIERTER ODER
ISOLIERTER FÄLLE
IN PSYCHIATRISCHEN
KLINIKEN 2019

Anteil fixierter und/oder isolierter Behandlungsfälle im LVR-Klinikverbund in Prozent



Verbesserungsmöglichkeiten identifizieren und umsetzen

_Patient*innenbefragungen im LVR-Klinikverbund

Die LVR-Patient*innenbefragung wird seit 2005 in einem etwa dreijährigen Rhythmus über drei Monate durchgeführt. Die insgesamt 25 Fragen sind auf spezifische Prozessaspekte der Versorgung ausgerichtet. Dadurch können Sichtweisen, Meinungen und Bewertungen der Patient*innen systematisch in die Weiterentwicklung der Behandlungsprozesse einfließen.

In der KJPPP werden neben den behandelten Kindern und Jugendlichen auch die Erziehungsberechtigten befragt. Die Ergebnisse werden in den LVR-Kliniken differenziert nach Abteilungen betrachtet und in Bezug auf ableitbare Verbesserungspotenziale analysiert. Der LVR-Klinikverbund stellt darüber hinaus vergleichende Ergebnisse zur Verfügung.

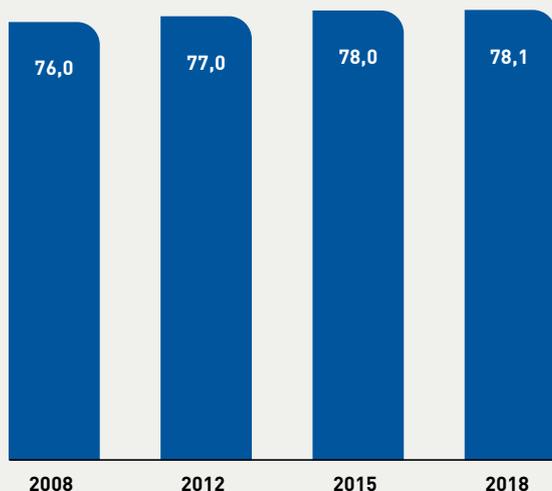
Behandlungsprozesse bewerten

Sechs der Fragen beziehen sich auf die Bereitstellung von Informationen und die Einbeziehung in den eigenen Behandlungsprozess. Folgende Themen werden abgefragt:

- Informationen bei Aufnahme
- Informationen zur Krankheit
- Informationen zu Medikamenten
- Berücksichtigung von Zielen und Wünschen
- Ernstnehmen von Anregungen
- Ernstnehmen von Beschwerden

Aus diesen Fragen lässt sich ein Indikator für „Partizipation“ extrahieren. Dazu werden die Antwortmöglichkeiten in den Fragen so ausgewertet, dass jede der sechs Fragen eine Punktzahl zwischen 0 und 100 erreichen kann. Die Abbildung links zeigt die durchschnittliche Punktzahl aller sechs Fragen. Die durchschnittliche Punktzahl konnte im Laufe der Jahre auf mehr als 78 Punkte gesteigert werden.

Durchschnittliche Punktzahl für den Indikator „Partizipation“



Patient*innenzufriedenheit erfassen

Im Rahmen der Weiterentwicklung der Patient*innenbefragungen wurde in den LVR-Kliniken zum 1. Juli 2019 eine weitere Befragung implementiert. Der sogenannte ZUF-8 ist ein überregional etabliertes Instrument zur Erfassung der Patient*innenzufriedenheit am Ende eines Klinikaufenthalts. Aufgrund seiner Kürze – er besteht lediglich aus acht Fragen – ist der ZUF-8 sehr gut für eine kontinuierliche Dauerbefragung aller Patient*innen geeignet und damit eine sinnvolle Ergänzung für die deutlich umfangreichere, aber eben nur intermittierend stattfindende LVR-Patient*innenbefragung.

< Ergebnisse aus der Befragung in der Erwachsenenpsychiatrie

Qualität verbessern und Patientenzufriedenheit steigern

„Beschwerdemanagement im LVR-Klinikverbund

Beschwerden sind nie erfreulich, geben aber unmittelbare Rückmeldungen über die Leistungsprozesse innerhalb der Organisationen. Ein eigenes Beschwerdemanagement ist vor diesem Hintergrund zentral. Das wird auch durch den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zur Einführung eines „Klinischen Risikomanagements“ untermauert: Beschwerden können dabei helfen, mögliche Fehlerquellen aufzudecken und abzustellen, um so die Sicherheit der Patient*innen zu erhöhen. Die Weiterentwicklung der Versorgungsangebote und -prozesse der LVR-Kliniken hängt daher wesentlich auch von der Berücksichtigung der im LVR-Klinikverbund eingehenden Beschwerden ab.

Damit ein Beschwerdewesen funktioniert, muss die Zugangsschwelle zum Beschwerdemanagement möglichst niedrig sein. Patient*innen müssen frühzeitig dazu ermutigt werden, unterschiedliche Möglichkeiten zur Beschwerde zu nutzen. Eine hohe Anzahl an Beschwerden gilt in den LVR-Kliniken vor diesem Hintergrund nicht ausschließlich als Ausdruck unzufriedener Patient*innen, sondern auch als Zeichen für ein gut funktionierendes Verfahren.

Interne Beschwerden im Jahr 2019

Im Jahr 2019 haben 475 Personen Beschwerden beim internen Beschwerdemanagement der LVR-Kliniken bzw. bei der unabhängigen Beschwerdestelle eingereicht, die eindeutig dem Krankenhausbereich der LVR-Kliniken zuzuordnen waren. Die meisten Beschwerden kamen mit rund 75 Prozent von Patient*innen. Beschwerden von Angehörigen waren die zweitgrößte Gruppe mit ca. 14 Prozent. Die aktuellen Auswertungen zeigen, dass die Beschwerdeführenden im Jahr 2019 häufiger weiblich als männlich waren. Die Schwerpunkte der Beschwerdegründe lagen im Jahr 2019 zum einen im Bereich von Unterbringung und Service (32 Prozent), zum Beispiel in Bezug auf die Ausstattung der Klinik oder die Verpflegung.

Bausteine des Beschwerdesystems der LVR-Kliniken



Internes Beschwerdemanagement der Kliniken, das in den regelmäßigen Zertifizierungen nach KTQ überprüft und bewertet wird

Ehrenamtliche Ombudspersonen in den Kliniken als unabhängige Ansprechpartner*innen für die Patient*innen

Eine unabhängige Beschwerdestelle gem. § 5 KHG NRW, die seit dem 01.03.2010 durch die Geschäftsstelle für Anregungen und Beschwerden im Rahmen des zentralen Beschwerdemanagements des LVR (ZBM) wahrgenommen wird

Zum anderen resultierten Beschwerden aus Erfahrungen mit dem behandelnden Personal (24 Prozent) oder aus Unzufriedenheit mit der Behandlung (20 Prozent).

Alle Beschwerden werden von den Klinikvorständen zur Kenntnis genommen und in den Kliniken innerhalb intern gesetzter Fristen beantwortet. Zur Aufklärung und Bearbeitung bieten die verantwortlichen ärztlichen und/oder pflegerischen Mitarbeiter*innen persönliche Gespräche an. Beschwerden, die beim Zentralen Beschwerdemanagement eingehen, werden nach Rücksprache mit der Klinik innerhalb von 15 Tagen mit einem schriftlichen Antwortschreiben oder einem Telefonat mit der Person, die sich beschwert hat, beantwortet. Jede Beschwerde wird darauf geprüft, ob Verbesserungsmaßnahmen notwendig sind. So können beispielsweise Mängel in der Ausstattung der Klinik durch Neuanschaffungen oder Ablaufkorrekturen behoben oder Prozesse im Rahmen der Behandlung angepasst werden.

Große Herausforderung für den Verbund und hohe Hilfsbereitschaft

„Auswirkungen der Coronakrise

Ende Februar 2020 gab es die ersten Covid-19-Infizierten in Nordrhein-Westfalen. Knapp zwei Wochen später richtete der LVR in den LVR-Kliniken und im Verbund Heilpädagogischer Hilfen Krisenstäbe ein, um Schutzmaßnahmen vor Ort zu koordinieren und die zahlreichen gesetzlichen Regelungen im Verlauf der Pandemie entsprechend den lokalen Anforderungen umzusetzen.

Es galt – durch frühzeitiges Erkennen von Krankheits- und Verdachtsfällen – eine Ausbreitung der Infektionen in den Einrichtungen zu verhindern, Patient*innen, Kund*innen und Mitarbeiter*innen zu schützen und so gut wie möglich den Regelbetrieb aufrechtzuerhalten. Gleichzeitig begannen die Kliniken, Isolierkapazitäten und -stationen einzurichten.

Die Nachfrage nach (teil-)stationären Behandlungsangeboten ging in der ersten Phase der Pandemie deutlich zurück, parallel zu den Einschränkungen der Kontaktmöglichkeiten seitens der Behörden. Aus Gründen des Infektionsschutzes und teilweise auch aufgrund mangelnder Nachfrage (zum Beispiel in den Tageskliniken) wurden Teilbereiche vorübergehend geschlossen. So konnten die Kliniken Personal in Bereichen einsetzen, in denen eine intensivere Begleitung von Patient*innen notwendig war. Die Orthopädie in Viersen hatte ihren Regelbetrieb ebenfalls weitgehend heruntergefahren, um Reserven für Notfallbehandlungen bereitzustellen. Mitarbeiter*innen der psychiatrischen Ambulanzen berieten Patient*innen vermehrt telefonisch; zudem wurde die Möglichkeit von Video-Sprechstunden geschaffen.

Desinfektionsmittel und Schutzkleidung

In der Anfangszeit der Pandemie war die Beschaffung von Desinfektionsmitteln und persönlicher Schutzkleidung eine Herausforderung. Desinfektionsmittel konnten die Apotheken der LVR-Kliniken noch selbst herstellen, sodass kein akuter Engpass entstand. Vereinzelt waren die Vorräte an Einmal-

» Wir alle haben in den letzten Monaten viel gelernt und sind inzwischen im Umgang mit Coronaregeln sehr geübt. Die Versorgung psychisch erkrankter Menschen stellt uns weiterhin vor große Herausforderungen.«

Dr. Mechthild Pott, Fachärztliche Beratung LVR-Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen

MNS-Masken knapp, sodass die Kliniken Masken zum Teil selbst anfertigten und dort einsetzten, wo ein zusätzlicher Schutz gewünscht wurde. Die Beschaffung von Desinfektionsmitteln und persönlicher Schutzausrüstung koordinierte während der Pandemie die Apotheke der LVR-Klinik Viersen.

Die Verwendung von Schutzkleidung richtet sich nach den Regeln des Arbeitsschutzes und den Empfehlungen des RKI, erforderte anfangs allerdings eine gewisse Übung und Gewöhnung an die neue Situation. Inzwischen sind Mitarbeitende und auch Patient*innen mit Mund-Nase-Schutz ein vertrauter Anblick. Bei akuten Engpässen und im Rahmen der Materialbestellung tauschen sich die Wirtschaftsabteilungen und Apotheken in einem zentralen Verteiler aus und unterstützen sich gegenseitig, – ein Vorteil des LVR-Klinikverbundes.

LVR-Kliniken unterstützen somatische Einrichtungen

Alle LVR-Kliniken wurden entsprechend einer Abfrage der Bezirksregierungen als „Spezialversorger“ ausgewiesen. Zwei LVR-Kliniken meldeten freie Kapazitäten für eine Teilnahme an der somatischen Notversorgung. Zusätzlich wurden über

das Portal „IT-NRW“ freie Beatmungskapazitäten ans Land gemeldet. Die LVR-Klinik Bonn beteiligte sich mit der neurologischen Intensivstation auch an der Versorgung von Covid-19-Erkrankten aus anderen Einrichtungen.

Besondere Herausforderungen zeigten sich auch im Maßregelvollzug: Es galt trotz schwieriger Bedingungen, das Eintragen einer Infektion zu vermeiden. Hierzu wurden klinikbezogene Konzepte entwickelt, in Abstimmung mit den Vorgaben des Landesbeauftragten für den MRV.

LVR-Mitarbeitende helfen sich gegenseitig

Die Kund*innen der Einrichtungen des Verbundes Heilpädagogischer Hilfen standen vor der besonderen Situation, dass ihre Arbeitsplätze in den Werkstätten geschlossen waren. Sie und die Mitarbeitenden im HPH-Verbund erhielten Unterstützung durch Mitarbeiter*innen der Werkstätten, die nun in die Einrichtungen kamen. Außerdem konnten über die Personalvermittlungsstelle des LVR Mitarbeitende aus Bereichen, die aktuell ruhten (zum Beispiel den Schulen), als Helfer*innen vermittelt werden.

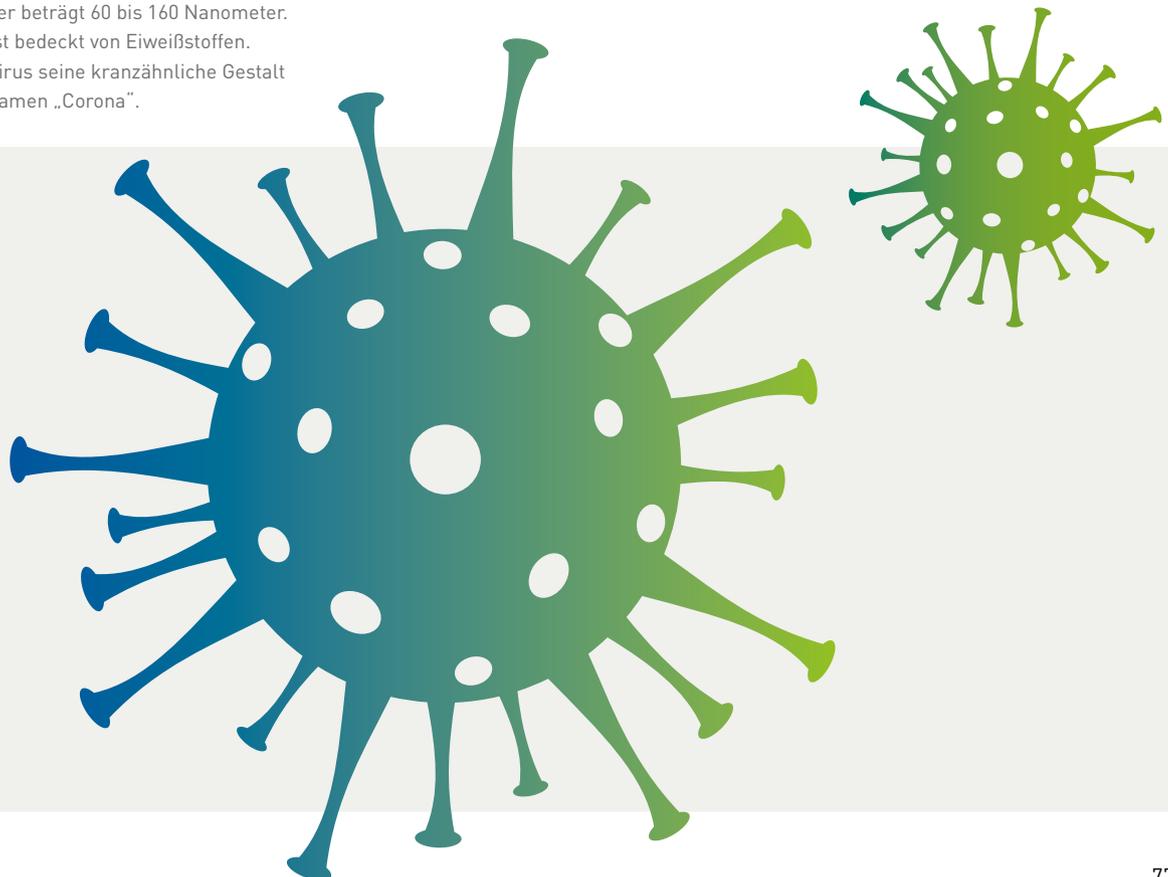
Finanzieller Rettungsschirm

Wegen der zeitweise deutlich geringeren Belegung der Kliniken – bei gleichbleibendem Personalbedarf und erhöhtem organisatorischen Aufwand – befürchteten die Kliniken zunächst erhebliche Budgetausfälle. Der inzwischen vom Bundesgesundheitsministerium aufgespannte Rettungsschirm für die Krankenhäuser in Deutschland gilt aber auch für die psychiatrischen Klinikbetten, sodass sie sich weiter ganz auf ihre inhaltlichen Aufgaben konzentrieren können.

Rückkehr zum Regelbetrieb

Ende April begann die stufenweise Wiederaufnahme des Regelbetriebs in den LVR-Kliniken. Die Orthopädie Viersen bestellte wieder erste Patient*innen zu elektiven Operationen ein. Selbstverständlich wird die dortige Isolierstation weiter vorgehalten. Im Falle einer Verschlechterung der Situation kann die Orthopädie innerhalb weniger Tage wieder auf den Notbetrieb, einschließlich der Option der Behandlung von Covid-19-Patient*innen, umstellen. In den psychiatrischen Kliniken ist die Nachfrage nach stationären Behandlungen inzwischen wieder deutlich gestiegen, der unter Einhaltung der aktuellen Regeln zum Infektionsschutz entsprochen wird.

▽ Tatsächlich ist das Virus unfassbar klein.
Sein Durchmesser beträgt 60 bis 160 Nanometer.
Die Oberfläche ist bedeckt von Eiweißstoffen.
Sie geben dem Virus seine kranzähnliche Gestalt
und damit den Namen „Corona“.



Bessere Versorgungsangebote: sicher vernetzt und eng verzahnt

Digitaler Wandel in den LVR-Kliniken

Die Digitalisierung verändert alle Bereiche unserer Gesellschaft. Spätestens mit dem sogenannten „E-Health-Gesetz“ nahm die öffentliche Diskussion auch im Gesundheitsbereich Fahrt auf. Das wohl bekannteste Beispiel ist die elektronische Patientenakte, die alle Gesundheitsdaten, Befunde und Dokumente einer Person an einem Ort bündelt und für alle Behandelnden zugänglich macht. Aber auch innerhalb der Kliniken vollzieht sich die digitale Transformation – und eröffnet vielfältige Möglichkeiten für eine noch individuellere und bessere medizinische Versorgung.

Für die Kliniken bietet der Digitalisierungsprozess die Chance, Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben zu vereinfachen und Prozesse durch einheitliche Lösungen zu optimieren. Denn Datenpflege, Dokumentation und administrative Tätigkeiten bedeuten im Klinik-Alltag einen hohen Arbeitsaufwand und binden Kapazitäten. Zusätzlich erschwert wird dies häufig durch eine heterogene und „gewachsene“ IT-Landschaft mit vielen Einzellösungen. Mit dem Ziel der papierlosen Klinik verfolgen die LVR-Kliniken daher nicht nur konsequent den Weg, die Papierdokumentation abzulösen und Prozesse zu digitalisieren, sondern arbeiten auch daran, ihre Systeme zu vereinheitlichen und zu vereinfachen.

Nexus Pat-Umstellung:

Startschuss für eine einheitliche Klinik-IT

Das Herzstück der digitalen Klinik ist das Klinik-Informationssystem (KIS), die IT-Lösung also, die alle Daten und Prozesse zusammenbringt. Patientendaten, Informationen zu Therapien und Medikationen sind dort ebenso hinterlegt wie die Pflegedokumentation oder Funktionalitäten zur Abrechnung der Leistungen mit den Krankenkassen. Zum Januar 2020 haben die LVR-Kliniken mit der Umstellung des bestehenden Abrechnungssystems auf die Lösung Nexus Pat einen wichtigen Schritt in Richtung eines einheitlichen IT-Standards vollendet. In einem gemeinsamen IT-Projekt aller zehn Kliniken

wurde die bestehende Struktur mit zwei verschiedenen Systemen zu einer ganzheitlichen Lösung zusammengeführt. In diesem Zuge wurden weitere Prozesse konsolidiert und bisherige Sonderlösungen vereinheitlicht.

»Die Digitalisierung bietet uns die Chance, interne Klinikprozesse und die Kommunikation zu vereinfachen und zu beschleunigen. Pflegende und Behandelnde können sich daher stärker auf ihre wichtige Arbeit mit den Patient*innen konzentrieren.«

Csilla Imre, Abteilungsleitung IT, Statistik,
Öffentlichkeitsarbeit beim LVR-Dezernat Klinikverbund
und Verbund Heilpädagogischer Hilfen

Optimales Zusammenspiel aller Klinik-Bereiche

Das neue KIS ermöglicht somit ein effizienteres Management der Daten und reibungslose Prozesse auch über verschiedene Bereiche der Klinik hinweg. Denn weitere Subsysteme der Häuser werden über eine Schnittstelle an das KIS angebunden: So lassen sich beispielsweise Laborbefunde oder die Ergebnisse von EKG- oder EEG-Untersuchungen (Aufzeichnung der Herzmuskel- bzw. Gehirnaktivitäten) direkt in die Datenbank übertragen und stehen allen Behandelnden und Pflegenden der Klinik zeitnah zur Verfügung – ein großer Vorteil beispielsweise bei der Planung von Therapien und Medikationen. Aber auch organisatorische Aufgaben, wie beispielsweise die Essensbestellung der Patient*innen, sind mittlerweile an das KIS angebunden. Ende des Jahres 2020 wird außerdem ein Dokumenten-Management-System (DMS) in-



< Digitalisierung betrifft alle Bereiche des Gesundheitswesens. Unter anderem soll sie eine bessere sektorenübergreifende Versorgung ermöglichen.

tegriert: Hier sind alle Dokumente enthalten, die zu einer Behandlung gehören und nicht im KIS hinterlegt sind (etwa Arztbriefe der einweisenden Ärzt*innen).

Mobile Visite

Mit dem mobilen Gerät auf alle notwendigen Informationen, die im konkreten Fall benötigt werden, zugreifen: Auch das ist in der Klinik-IT möglich. Dank der „mobilen Visite“ haben Ärzt*innen und Pflegepersonal auch auf mobilen Geräten alle relevanten Daten im Blick – und können neue Informationen von überall eingeben. Unterstützt wird dies durch das „digitale Diktat“ sowie die Spracherkennung, die noch in diesem Jahr in allen LVR-Kliniken zum Einsatz gebracht wird. Hier diktieren die Therapeut*innen direkt in das KIS; die ersten Erfahrungen in der Pilot-Klinik Düsseldorf haben gezeigt, dass die Software innerhalb kürzester Zeit die verschiedensten Dialekte und Akzente „erlernt“. Damit sparen die Diktierenden erheblich Zeit bei der notwendigen Dokumentation.

Zukunftsthema Blended Care

Auch in der Therapie sowie in der Kommunikation mit Patient*innen werden digitale Lösungen künftig eine immer größere Rolle spielen. Für die Mehrheit der Menschen ist das Smartphone inzwischen zu einem ständigen Begleiter im Alltag geworden, das zum Einkaufen, für Bankgeschäfte oder digitale Behördengänge ebenso genutzt wird wie für die Beschaffung von Informationen.

Hier bieten sich hervorragende Möglichkeiten, durch niedrigschwellige und passgenaue Angebote psychisch Erkrankte zu begleiten – sei es bei der Aufklärung und Information über Behandlungsmöglichkeiten, durch therapiebegleitende und -unterstützende Maßnahmen oder in der Nachsorge.

Innovation durch Pilotprojekte

Derzeit führen mehrere LVR-Kliniken Pilotprojekte durch, um Erfahrungen mit verschiedenen Blended-Care-Angeboten zu sammeln und Erkenntnisse über ihre Einsatzmöglichkeiten und ihren Nutzen im Klinikalltag zu gewinnen.

So ist beispielsweise mit „Deprexis“ ein Onlineprogramm im Einsatz, das Patient*innen bei der Therapie von leichten und mittelschweren Depressionen begleitet.

Zudem beteiligen sich die LVR-Kliniken an Forschungsprojekten, unter anderem an einem Projekt des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) zum Einsatz einer App, die Erkrankte mit Fluchterfahrung in der stationären Therapie unterstützen soll.

Diese und weitere Ansätze werden künftig eine größere Bedeutung im klinischen Alltag erlangen. Die Vereinfachung von Prozessen, die Optimierung des Informationsflusses und eine Ergänzung und Erweiterung des Angebots für Menschen mit psychischen Erkrankungen bieten insbesondere die Chance, mehr Raum für das zu schaffen, was in der Psychiatrie und natürlich auch in den LVR-Kliniken im Vordergrund steht: den persönlichen Kontakt, das direkte Gespräch und die individuelle Betreuung der Patient*innen.

Mehr Personal für psychiatrische und psychosomatische Kliniken

Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische und psychosomatische Kliniken sind seit dem 1. Januar 2020 verpflichtet, Mindestvorgaben für die Personalausstattung einzuhalten. Das hat der Gesetzgeber 2016 im Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (Psych-VVG) beschlossen.

Wie diese verbindlichen Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal konkret aussehen und einzuhalten sind, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Qualitätsrichtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) festgelegt. Ausreichende Personalausstattung ist ein wesentliches Merkmal von Qualität im Krankenhaus und soll über Mindestvorgaben sichergestellt werden, möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen.

»Die aktuelle Richtlinie zur Personalausstattung verfehlt den gesetzlichen Auftrag, die qualitative Versorgung in der Psychiatrie durch eine angemessene Personalausstattung weiterzuentwickeln und an die zeitgemäßen Bedarfe moderner Versorgungskonzepte anzupassen.«

Stefan Thewes, Leiter Fachbereich
„Wirtschaftliche Steuerung“ des LVR-Dezernats
Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen

Die PPP-RL orientiert sich dabei stark an der bis dato gültigen Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), da diese bisher der einzige Standard ist, der empirisch hergeleitete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt. Anders als in der Psych-PV, die ein Instrument zur Personalbemessung darstellte und Basis für Budgetverhandlungen war, werden mit der neuen Qualitätsrichtlinie erstmals verbindliche personelle Mindestvorgaben eingeführt.

Veraltete Anforderungen an die Personalausstattung

Primärer Kritikpunkt an der Richtlinie ist, dass sie vorerst keine Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung bewirkt. Dies lässt sich bereits daran ablesen, dass die 1990–1991 entwickelten Regelaufgaben der beteiligten Berufsgruppen weitgehend übernommen und nur in wenigen Punkten pauschal angepasst wurden. Auch die für die Berechnung der Mindestvorgaben erforderlichen Minutenwerte je Patient und Berufsgruppe (siehe Infokasten) wurden nur leicht modifiziert übernommen. Sie bilden damit nicht den Personalbedarf heutiger Versorgungskonzepte ab. Die „Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung“ liegt in der Verantwortung der Verhandlungspartner vor Ort.

Rückschritt für innovative Modellvorhaben und Therapieangebote

Die PPP-RL ist auf einem starren Stationsbezug aufgebaut, der die Weiterentwicklung einer modernen, sozialräumlich orientierten Psychiatrie behindert und einen Rückschritt impliziert. Erfolgreiche Modellvorhaben wie „DynaLive“ der LVR-Klinik Bonn, die auf eine individuelle Behandlung von Patient*innen in ihrem Lebensumfeld zugeschnitten sind, und damit stationsunabhängig arbeiten, werden dadurch behindert.

Verbindliche Mindestpersonalvorgabe



Was heißt das?

Mindestpersonalvorgaben definieren die absolute Untergrenze von Personal, das eine Einrichtung einsetzen muss. Mindestvorgaben sind keine Anhaltszahlen. Sie sichern eine angemessene Personalausstattung, die nicht unterschritten werden darf.

Wie wird sie berechnet?

Die Einrichtungen berechnen die Mindestpersonalvorgaben für jede Berufsgruppe differenziert nach Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik. Basis sind vorgegebene Minutenwerte pro Berufsgruppe und Woche je Patient*in und die von den Kliniken 14-tägig vorzunehmende Eingruppierung der sich zu dieser Zeit auf Station befindlichen Patient*innen in die Behandlungsbereiche sowie die Anzahl der Behandlungstage.

Wann gilt sie als erfüllt?

Die so berechneten Mindestpersonalvorgaben müssen von den Kliniken bis 2024 stufenweise erfüllt werden: 2020 und 2021 zu 85 Prozent, 2022 und 2023 zu 90 Prozent und erst ab 2024 zu 100 Prozent. Die Einhaltung der Vorgaben haben die Einrichtungen auf zwei Ebenen nachzuweisen:

- Durchschnittlich pro Quartal auf Einrichtungsebene, standortbezogen und differenziert nach Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik. Dieser Nachweis wird im Falle einer Nichterfüllung des Umsetzungsgrads sanktioniert.
- Monatlich auf Stationsebene differenziert nach Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik. Dieser Nachweis ist insbesondere zur Strukturabfrage und damit zur Weiterentwicklung der Richtlinie gedacht.

Was passiert, wenn sie nicht erfüllt wird?

Die Kliniken dürfen Patient*innen nur behandeln, wenn sie genug Personal einsetzen können, um die Mindestvorgaben einzuhalten. Bei Unterschreitung der quartalsdurchschnittlichen Mindestvorgaben entfällt ab 2021 der Vergütungsanspruch des Krankenhauses, eine genaue Ausgestaltung steht hier noch aus.

Darüber hinaus werden dezentrale, wohnortnahe Strukturen mangels flexibler Personaleinsatzplanung systematisch zum Risiko für Kliniken, da die sanktionsbehafteten Mindestvorgaben eine Differenzierung je Standort fordern und damit ein weiterer erforderlicher Ausbau dieser Strukturen verhindert bzw. erschwert wird.

Erhöhter Dokumentationsaufwand

Das kleinteilige stationsbezogene Nachweisverfahren erhöht den Dokumentations- und Bürokratieaufwand enorm. Um diesen Aufwand zu bewältigen, werden Fachkräfte der unmittelbaren Patientenbehandlung entzogen. Die Folge: weiter steigender Personalbedarf in Zeiten von Fachkräftemangel.

Unverhältnismäßige Folgen

bei Nichteinhaltung der Mindestvorgabe

Die Sanktionierung für eine unterschrittene Mindestvorgabe besteht im Wegfall des Vergütungsanspruchs, dessen konkrete Höhe der Gemeinsame Bundesausschuss noch definieren muss. Einrichtungen, die ab 2021 die Mindestvorgabe unterschreiten, dürfen ihrer regionalen Pflichtversorgung nicht mehr vollständig nachkommen.

Weiterentwicklung der Richtlinie

Der GB-A hat sich verpflichtet, die PPP-RL kontinuierlich weiterzuentwickeln auf Basis von Daten, die die Kliniken verpflichtend nachweisen müssen (siehe Infokasten). Zukunfts-fähig wird das Modell, wenn es gelingt, Inhalte und Vorgaben soweit nachzubessern, dass die medizinischen und versorgungspolitischen Fortschritte der Psychiatrie berücksichtigt werden, inklusive gesellschaftspolitischer Normen, die auf die Selbstbestimmung der Patient*innen ausgerichtet sind.

Bedeutende Chance auf mehr Teilhabe und Selbstbestimmung

Änderungen durch das Bundesteilhabegesetz 2020

Mit dem Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) im Dezember 2016 wurde ein weitreichender und über mehrere Jahre angesetzter Reformprozess der Leistungen für Menschen mit Behinderungen in Deutschland begonnen. Teilhabe sowie Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention sollen durch das BTHG in Deutschland gestärkt und die Möglichkeiten dazu weiterentwickelt werden.

Wesentliche Kernelemente dieses Reformprozesses betreffen die Abteilungen für Soziale Rehabilitation an den LVR-Kliniken mit ihren Angeboten der Eingliederungshilfe und stellen einen bedeutenden Systemwechsel für alle Leistungserbringer dar. Im Rahmen der inzwischen abgeschlossenen Verhandlungen des Landesrahmenvertrags NRW nach § 131 SGB IX, der konkrete Vereinbarungen zur Umsetzung der verschiedensten neuen gesetzlichen Regelungen definiert, wurde ein neues Leistungs- und Vergütungssystem der Eingliederungshilfeleistungen für Volljährige beschlossen.

Ganzheitliche Bedarfsermittlung

Die damit geschaffene neue Eingliederungshilfe soll die Leitideen des BTHG abbilden – die Ermöglichung von Teilhabe und Selbstbestimmung sowie eine personenzentrierte Leistungsgestaltung, die die individuellen Bedarfe eines Menschen mit Behinderung berücksichtigt.

Hierzu werden in den kommenden Jahren alle Angebote auf die neue Systematik umgestellt werden müssen – dies betrifft die Angebote des stationären Wohnens, das Ambulant Betreute Wohnen in Wohngemeinschaften und Einzelwohnungen sowie die tagesstrukturierenden Angebote in den Abteilungen für Soziale Rehabilitation.

Im Kontext der Frage nach Perspektiven einer qualitativen Weiterentwicklung in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen stellen die BTHG-bedingten Prozesse eine bedeutende Chance dar, deren Umsetzung aber auch mit deutlichen Herausforderungen verbunden ist.

∨ Die Internetseite www.bthg.lvr.de informiert über wichtige Neuerungen rund um das Bundesteilhabegesetz – aufgeteilt nach Themen für Kinder und Jugendliche und Themen für Erwachsene.



Zwei etablierte LVR-Einrichtungen gehen gemeinsame Wege

Gründung des LVR-Instituts für Forschung und Bildung

Nach einem Beschluss des Landschaftsausschusses im Oktober 2019 werden das LVR-Institut für Versorgungsforschung (LVR-IVF) und die LVR-Akademie für seelische Gesundheit zum 1.1.2021 zu einem neuen Wie-Eigenbetrieb zusammengeführt. Er wird den Namen „LVR-Institut für Forschung und Bildung (LVR-IFuB)“ tragen.

Neben der neuen organisatorischen Einheit, die mit verändertem Rechtsrahmen die eigenständigen Handlungsmöglichkeiten stärkt, richten sich die Hoffnungen auf inhaltliche Synergien im Zusammenrücken von Forschung und Bildung. Beide Einrichtungen sind im LVR-Klinikverbund und darüber hinaus gut etabliert und werden mit Kompetenz, Spezifität und Qualität assoziiert.

LVR-Akademie für seelische Gesundheit

Qualifizierung und Weiterbildung

Die LVR-Akademie für seelische Gesundheit blickt auf mehr als 40 Jahre Erfahrung zurück. Der LVR hat schon im Zuge der Psychiatriereform erkannt, dass eine nachhaltige Veränderung von Versorgungsstrukturen und Behandlungspraxis nur mit angepassten Qualifizierungen der psychiatrischen Behandlungsteams gelingt. Wie in den sonstigen Prozessen der Psychiatrie-Enquete hat der LVR auch im Bereich der Qualifizierung eine Vorreiterrolle eingenommen und als einer der ersten Krankenhausträger Deutschlands zum Beispiel eine Weiterbildungsstätte zur psychiatrischen Fachkrankenpflege eröffnet. In den Folgejahren entwickelte sich ein vielfältiges Bildungsprogramm zu Fach- und Führungsthemen der Psychiatrie. Die Bildungseinrichtung war stets ein Teil des Dezernats 8 und verstand sich von jeher einerseits als Bildungsdienstleister, aber auch als eine steuernde Einheit der heutigen Verbundzentrale für seine klinischen Einrichtungen.

Wesentliche Erfolgsfaktoren und zentrale Kennzahlen



- Stetige Weiterentwicklung der Akademie
- Ein interdisziplinäres Team mit weitgehend akademisch ausgebildeten Bildungsreferent*innen und qualifizierten Mitarbeiter*innen im Bereich von Verwaltung und Hauswirtschaft (11 Personen)
- Ein Programm mit jährlich ca. 100 in der Regel mehrtägigen Seminaren zu Fach- und Führungsthemen
- Diverse, teils mehrjährige berufsbegleitende Weiterbildungsgänge zur Gestaltung von Fachkarrieren inklusive der staatlich anerkannten Fachweiterbildung für psychiatrische Pflege
- Ca. 1.600 Teilnehmer*innen in den Kursen pro Jahr
- Ca. 6.930 Teilnehmertage pro Jahr (2019)
- Ca. 1.500 Übernachtungen pro Jahr (2019)

Zukunftsweisende Fort- und Weiterbildung

Die Bedeutung der LVR-Akademie für die Zukunftssicherung des LVR-Klinikverbundes wächst weiter. Der Wettbewerb im Bereich psychiatrischer Krankenhäuser, auch um verfügbares und gut qualifiziertes Fachpersonal, nimmt stetig zu. Eine der Stärken des Klinikverbundes ist sein traditionell hohes Engagement im Bereich der Fort- und Weiterbildung. Dieser Aspekt wird in Befragungen immer wieder als maßgeblich für die erlebte Arbeitgeberattraktivität des LVR genannt und ist eine große Chance, Mitarbeiter*innen auch in einer angespannten Arbeitsmarktsituation zu finden und zu binden. Die Arbeit der LVR-Akademie kann somit als erfolgskritisch für den LVR-Klinikverbund gesehen werden.

Aufgaben und Arbeitsgebiete des LVR-Instituts für Versorgungsforschung



LVR-Institut für Versorgungsforschung

Intensivierung und Vernetzung von Forschung

Das LVR-Institut für Versorgungsforschung (LVR-IVF) wurde im Jahre 2014 auf Beschluss der Landschaftsversammlung als Einrichtung des LVR-Klinikverbundes gegründet und zunächst am LVR-Klinikum Düsseldorf – Kliniken der Heinrich Heine Universität Düsseldorf – angesiedelt (Gründungsdirektor: Univ.-Prof. Dr. med. W. Gaebel). Seit Herbst 2016 leitet das Institut Professorin Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Ärztliche Direktorin der LVR-Klinik Köln. Es folgte der Umzug des Instituts an die LVR-Klinik Köln. Derzeit ist das LVR-IVF organisatorisch eine Sparte der LVR-Klinik Köln und hat neben der Direktorin und einem hauptamtlichen Koordinator acht wissenschaftliche Mitarbeiter*innen (Instituts- und Drittmittelstellen) und zwei Mitarbeitende in der Institutsverwaltung. Gegründet wurde das Institut, um die Versorgungsforschung im LVR-Klinikverbund zu verankern, im Bereich der psychischen Störungen zu intensivieren und bestehende Forschungsaktivitäten im Klinikverbund zu vernetzen. Die Abbildung oben „Aufgaben und Arbeitsgebiete des LVR-IVF“ zeigt die Hauptaufgaben des LVR-Instituts für Versorgungsforschung.

Wissenschaftliche Projekte

Methodisch ist das LVR-IVF breit aufgestellt und nutzt sowohl qualitative als auch quantitative Forschungsmethoden einschließlich moderner statistischer Modellierungsverfahren. Zu den wichtigen Projekten zählen die Entwicklung und Implementierung der LVR-Qualitätsindikatoren für den LVR-Klinikverbund, die Weiterentwicklung einer LVR-Forschungsdatenbank und die Identifikation modifizierbarer Risikofaktoren für freiheitsentziehende Maßnahmen. Forschungsinteressierte und -aktive Kolleg*innen aus den LVR-Kliniken werden beraten und unterstützt. Darüber hinaus werden drittmittelgeförderte Projekte zu verschiedenen Themen durchgeführt, etwa Weiterentwicklung und klinische Einführung von Onlinetherapien für psychisch Erkrankte, somatische Versorgung psychisch Erkrankter sowie Entwicklung, Einführung und Evaluation innovativer Versorgungsmodelle vor allem für schwer psychisch Erkrankte. In den letzten Jahren hat das LVR-IVF Projektförderungen durch die EU, das Bundesministerium für Bildung und Forschung, den Innovationsfonds und das NRW-Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales erhalten. Nähere Angaben zu den Projekten des LVR-IVF finden sich unter <https://kurzelinks.de/lvr-ivf>.

Weiterhin übernimmt das LVR-IVF die Programmgestaltung von wissenschaftlichen Symposien und Tagungen des LVR-Klinikverbundes und organisiert einmal jährlich einen Fortbildungstag für interessierte Mitarbeitende des LVR.

LVR-Institut für Forschung und Bildung

Weiterentwicklung der Kooperation

Mit der Gründung des LVR-Instituts für Forschung und Bildung (IFuB) verbinden sich Hoffnungen und Erwartungen für die Weiterentwicklung der beiden Institutionen LVR-Akademie und IVF, die künftig als Sparten des neuen Wie-Eigenbetriebs geführt werden.

In ihrer Programmgestaltung ist der LVR-Akademie besonders daran gelegen, Themen so zu wählen, dass sie den State of the Art im psychiatrischen Diskurs repräsentieren. An die vertretenen fachlichen Positionen und die vermittelten Behandlungsansätze wird häufig das Kriterium der Evidenzbasierung angelegt. Sehr nahe an der aktuellen Forschung und ihren Ergebnissen im psychiatrischen Feld zu sein, ist deshalb vorteilhaft. Gleiches gilt für die Nähe zum Hochschuldiskurs. Die LVR-Akademie bemüht sich in den letzten Jahren verstärkt um Kooperationen mit Hochschulen (zum Beispiel mit fließenden Übergängen der Bildungswege, etwa im Bildungsgang „weiterbildungsintegriertes Studium in der psychiatrischen Pflege“). Auch in Zeiten der Akademisierung der Pflege ist berufliche Bildung keineswegs ein Auslaufmodell, die Akademie setzt auf Parallelität und Integration von Bildungswegen. In diesem Kontext kann die Zusammenarbeit mit dem IVF nur vorteilhaft sein. Denkbar ist, Kursteilnehmer*innen aus dem Angebot der LVR-Akademie und assoziierten akademischen Bildungsgängen seitens des IVF bei Bachelor-, Master- und Promotionsthemen zu unterstützen oder sie in vom Institut verantwortete Forschungsprojekte einzubeziehen.

Forschung und Praxis im Austausch

Die Stärke der Akademie liegt darin, ein etabliertes Forum für den Diskurs von Praktiker*innen im psychiatrischen Feld zu sein. Die Stärke des LVR-IVF liegt in der durch eine breite methodische Basis und jahrelange Erfahrung getragenen Entwicklung, Implementierung und Evaluation innovativer psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgungsmodelle. Durch die angedachte Nachbarschaft und Kooperation der Institutionen eröffnet sich die Möglichkeit, die jährlich ca. 1.600 Praktiker*innen der Akademie in die Forschung einzubeziehen. Im Dialog mit dieser Gruppe lassen sich praxisrelevante Forschungsfragen generieren, etwa mit den Instrumenten teilnehmender Beobachtung im Seminarkontext. Auch zur Entdeckung neuer Forschungsthemen sowie in der Bearbeitung aktueller Forschungsfragen kann dieser Kontext fruchtbar sein. Dies korrespondiert besonders mit einer bereits eingeleiteten vermehrten Anwendung qualitativer Forschungsmethoden in der Arbeit des LVR-IVF. Beide Sparten des IFuB sind zudem mit Innovationsthemen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung befasst.

Distanzen überwinden

Fusionen sind schwierige Prozesse der Organisationsentwicklung und brauchen viel Energie und Kreativität. Eine erste Begegnung der Mitarbeitenden beider Institutionen war geprägt von der Entdeckung vieler gemeinsamer Themen sowie der Lust auf neue Nachbarschaft und Zusammenarbeit – mit der Hoffnung, mittel- bis langfristig die Sparten des neuen Wie-Eigenbetriebs auch räumlich zusammenzuführen.

> Profitieren voneinander:
die Teammitglieder des neu
gegründeten LVR-Instituts für
Forschung und Bildung.





Zehn Häuser, ein Prinzip.

Im Mittelpunkt unseres Denkens und Handelns steht der Mensch – mit seinen individuellen Bedürfnissen, seinem Recht auf Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft.



4.180

BETTEN UND PLÄTZE
IM KHG-BEREICH



48.497

VOLLSTATIONÄRE
KHG-FÄLLE



11.424

MITARBEITER*INNEN



23

STÄDTE UND KREISE



771,2 Mio. €

UMSATZ

*Stand 2019

Die LVR-Kliniken im Überblick

1

LVR-Klinik Bedburg-Hau

Bahnstraße 6 . 47551 Bedburg-Hau

T +49 (0)2821 81-0

lvr-klinik-bedburg-hau@lvr.de

➔ www.klinik-bedburg-hau.lvr.de

Vorstand

Stephan Lahr | Kaufm. Direktor/Vorstandsvorsitzender

Anita Tönnesen-Schlack | Ärztliche Direktorin

Carsten Schmatz | Pflegedirektor

2

LVR-Klinik Bonn

Kaiser-Karl-Ring 20 . 53111 Bonn

T +49 (0)228 551-1

klinik-bonn@lvr.de

➔ www.klinik-bonn.lvr.de

Vorstand

Michael van Brederode | Kaufm. Direktor/

Vorstandsvorsitzender

Prof. Dr. Markus Banger | Ärztlicher Direktor

Elvira Lange | Pflegedirektorin

3

LVR-Klinik Düren

Meckerstraße 15 . 52353 Düren

T +49 (0)2421 40-0

rk.dueren@lvr.de

➔ www.klinik-dueren.lvr.de

Vorstand

Frank Menzel | Kaufm. Direktor/

Vorstandsvorsitzender

Dr. Martine Grümmer | Ärztliche Direktorin

Josef Cremer | Pflegedirektor

4

LVR-Klinikum Düsseldorf

Bergische Landstraße 2

40629 Düsseldorf

T +49 (0)211 922-0

klinikum-duesseldorf@lvr.de

➔ www.klinikum-duesseldorf.lvr.de

Vorstand

Dr. Peter Enders | Kaufm. Direktor/

Vorstandsvorsitzender

Prof. Dr. Tillmann Suppryan |

Ärztlicher Direktor

Klemens Maas | Pflegedirektor

5

LVR-Klinikum Essen

Virchowstraße 174 . 45147 Essen

T +49 (0)201 7227-0

F +49 (0)201 7227-301

klinikum-essen@lvr.de

➔ www.klinikum-essen.lvr.de

Vorstand

Dipl.-Mathematikerin Jane E. Splett |

Kaufm. Direktorin/Vorstandsvorsitzende

Prof. Dr. Norbert Scherbaum | Ärztlicher Direktor

Dipl.-Pflegerwissenschaftlerin (FH)

Christiane Frenkel | Pflegedirektorin

6

LVR-Klinik Köln

Wilhelm-Griesinger-Straße 23
51109 Köln
T +49 (0)221 8993-0
klinik-koeln@lvr.de
➔ www.klinik-koeln.lvr.de

7

LVR-Klinik Langenfeld

Kölner Straße 82 . 40764 Langenfeld
T +49 (0)2173 102-0
klinik-langenfeld@lvr.de
➔ www.klinik-langenfeld.lvr.de

8

LVR-Klinik Mönchengladbach

Heinrich-Pesch-Straße 39 - 41
41239 Mönchengladbach
T +49 (0)2166 618-0
klinik-mg@lvr.de
➔ www.klinik-moenchengladbach.lvr.de

9

LVR-Klinik Viersen

Johannisstraße 70 . 41749 Viersen
T +49 (0)2162 96-31
klinik-viersen@lvr.de
➔ www.klinik-viersen.lvr.de

10

LVR-Klinik für Orthopädie Viersen

Horionstraße 2 . 41749 Viersen
T +49 (0)2162 966-0
orthopaedie.viersen@lvr.de
➔ www.orthopaedie-viersen.lvr.de

Vorstand

Jörg Schürmanns | Kaufm. Direktor/
Vorstandsvorsitzender
Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank |
Ärztliche Direktorin
Frank Allisat | Pflegedirektor

Vorstand

Holger Höhmann | Kaufm. Direktor (bis 31.08.2020)
Stefan Thewes | Kaufm. Direktor (ab 01.09.2020)
Jutta Muysers | Ärztliche Direktorin
Silke Ludowisy-Dehl | Pflegedirektorin

Vorstand

Dorothee Enbergs | Kaufm. Direktorin/
Vorstandsvorsitzende
Dr. Stephan Rinckens | Ärztlicher Direktor
Jochen Möller | Pflegedirektor

Vorstand

Dorothee Enbergs | Kaufm. Direktorin/
Vorstandsvorsitzende
Dr. Ralph Marggraf | Ärztlicher Direktor
Jörg Mielke | Pflegedirektor

Vorstand

Dorothee Enbergs | Kaufm. Direktorin/
Vorstandsvorsitzende
Dr. Jochen Neßler | Ärztlicher Direktor
Irmgard van Haeff | Pflegedirektorin

1 LVR-Klinik Bedburg-Hau

Die Klinik des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) besteht seit 1912 und hat sich zu einer modernen, mehrfach zertifizierten psychiatrischen Einrichtung entwickelt. Die rund 1.700 Mitarbeiter*innen bieten Patient*innen und ihren Angehörigen in den Kreisen Kleve und Wesel sowie überregional moderne Behandlungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebote im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich.

Informationen zur Klinik

Die Behandlungsangebote der LVR-Klinik Bedburg-Hau richten sich an psychisch erkrankte Erwachsene, Jugendliche und Kinder mit unterschiedlichen Problemen wie Psychosen, Ängsten, Depressionen, Sucht- oder Demenzerkrankungen und an Erwachsene mit neurologischen Erkrankungen.

Die soziale Rehabilitation bietet stationäre Betreuung (etwa Wohngruppen auf dem Klinikgelände und im Kreis Kleve) sowie ambulante Betreuungsformen an. Dazu gehört das Leben in Gastfamilien (LiGa), die Betreuung in eigenen Wohnungen und Wohngruppen sowie die strukturierenden Angebote in Tagesstätten in Kooperation mit den ergotherapeutischen Angeboten der LVR-Klinik.

Die eigene Gesundheits- und Krankenpflegeschule bildet nach neuesten Lehrmethoden den pflegerischen Nachwuchs aus. Am Standort Bedburg-Hau werden auch psychisch kranke Straftäter*innen in zum Teil besonders gesicherten Abteilungen des Maßregelvollzugs behandelt.



Bedburg-Hau liegt in der Nähe der niederrheinischen Kreisstadt Kleve (ca. 50.000 Einwohner), die neben allen weiterführenden Schulen auch über eine Hochschule verfügt. Die Großstädte des Ruhrgebiets sind ebenso wie die niederländischen Städte Nijmegen und Arnhem schnell zu erreichen.

Ausgewählte Angebote der Klinik

Depressionen – kompetent behandeln

Die Depressionsstationen der Sternbuschklinik Kleve, in denen jährlich mehr als 280 Patient*innen behandelt werden, gehörten zu den ersten in Deutschland. Die beiden offenen Stationen mit modern und wohnlich eingerichteten Ein- und Zweibettzimmern und einem schön gestalteten Garten bieten neben individuell abgestimmten medikamentösen und biologischen Therapieformen insbesondere einzel- und gruppen-psychotherapeutische Behandlungen an.

Auch im Alter individuelle Angebote

Das Gerontopsychiatrische Zentrum und die Memory-Klinik sind auf die Diagnostik, Behandlung und Beratung von Demenzpatient*innen sowie ihren Angehörigen spezialisiert.

Schlaganfallversorgung auf höchstem Niveau

Die Klinik für Neurologie und klinische Neurophysiologie in der Föhrenbachklinik Bedburg-Hau und die Stroke-Unit in Kleve bieten umfangreiche Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten für alle neurologischen Krankheitsbilder und eine spezielle neurologische Frührehabilitation an.

Medizinische Rehabilitation

Die zertifizierte Rehabilitationseinrichtung Haus Fahnenkamp richtet sich an suchtkranke Frauen und Männer. Sie bietet durch ihr vielfältiges Therapieangebot den Patient*innen die Möglichkeit, den eigenen konsumfreien und gesunden Lebensstil zu finden.

< Das denkmalgeschützte Gebäude der Hauptverwaltung der LVR-Klinik Bedburg-Hau

LVR-Klinik Bonn

Die Behandlung, Betreuung und Versorgung psychisch und neurologisch erkrankter Menschen stellt seit mehr als 130 Jahren die gemeinsame Aufgabe der mittlerweile mehr als 1.500 Mitarbeiter*innen der LVR-Klinik Bonn dar. Hier finden Patient*innen kompetente medizinische Hilfe sowie Verständnis, Annahme, Schutz und Rückzugsraum in Zeiten persönlicher Not. Die Klinik versteht sich als Dienstleister für Menschen jeden Alters mit psychischen und neurologischen Erkrankungen in all ihren familiären, mitmenschlichen, beruflichen und sozialen Bezügen.



^ Eine von vielen Perspektiven auf die LVR-Klinik Bonn

Informationen zur Klinik

Die LVR-Klinik Bonn sichert die psychiatrische, psychotherapeutische, psychosomatische und neurologische Versorgung der Bevölkerung der Städte Bonn und Wesseling sowie des Rhein-Sieg-Kreises und des Kreises Euskirchen (Kinder und Jugendliche). Die Angebote des Kinderneurologischen Zentrums werden überregional in Anspruch genommen. Engagierte, gut ausgebildete Mitarbeitende gewährleisten eine stationäre, tagesklinische und ambulante Diagnostik und Behandlung. Ein Berufsbildungszentrum mit einer LVR-Pflegeschule sorgt für die Qualifizierung des Nachwuchses. Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Bonn beteiligt sich die Klinik an der Ausbildung der Medizinstudierenden im Praktischen Jahr. Wohnortnahe Versorgung bietet sie in den

Behandlungszentren Meckenheim, Eitorf, Euskirchen, Wesseling und im St. Johannes-Hospital Bonn. Die LVR-Klinik Bonn hat sich mit Erfolg verschiedenen Zertifizierungsverfahren unterzogen (KTQ, EMAS (Eco-Management and Audit Scheme), BUND-Gütesiegel Energiesparendes Krankenhaus, iMZ – Integriertes Myastheniezentrum, Stroke-Unit).

Ausgewählte Angebote der Klinik

Gerontopsychiatrisches Zentrum

Ältere psychisch erkrankte Menschen sowie deren Angehörige finden hier konkrete Hilfe und Unterstützung.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Spezialsprechstunden für junge Menschen mit ADHS, Autismus-Spektrum-Störungen, Essstörungen, Schulverweigerung.

Kinderneurologische Zentrum (KiNZ)

Abklärung von Entwicklungsstörungen für Kinder und Jugendliche von 0 bis 18 Jahren.

LiGa – Leben in Gastfamilien

Betreuung psychisch erkrankter oder behinderter Menschen in Gastfamilien unter fachlicher Begleitung.

Familiale Pflege

Beratungs-, Unterstützungs- und Begleitungsangebot für Angehörige psychisch erkrankter Menschen.

Mutter-Kind-Ambulanz

Individuelle Hilfen für Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt.

Trauma-Ambulanz

Hilfe und Unterstützung für traumatisierte Menschen

„DynaLIVE“ (Dynamische Lebensnahe Integrierte Versorgung) Moderne, intensive Behandlung im stationären Setting, maßgeschneidert auf die individuellen Bedürfnisse, verbunden mit der Möglichkeit einer Behandlung im eigenen Zuhause.

3 LVR-Klinik Düren



^ Eingangsbereich des 2017 eröffneten Neubaus

Im Jahre 1873 wurde auf dem Gelände im Norden Dürens mit dem Bau einer Provinzial Heil- und Pflegeanstalt für 400 Kranke begonnen. Diese löste am 1. Mai 1878 die bisherige, aufgelöste Anstalt in Siegburg ab. Seitdem nahm die Klinik eine ereignisreiche Entwicklung, wobei die bundesweite Psychiatriereform ab 1975 entscheidende Weichen auf dem Weg zu einer modernen Fachklinik stellte. Heute gilt sie als gefragtes Zentrum für seelische Gesundheit im Großraum zwischen Köln und Aachen.

Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Sie übernimmt die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung von ca. 660.000 Einwohner*innen in der Städteregion Aachen, dem Kreis Düren und dem Rhein-Erft-Kreis. Mit über 700 Betten und ca. 1.100 Mitarbeitenden behandelt die Klinik jährlich etwa 8.000 Patient*innen. Hinzu kommen die Personen, die ambulante Behandlungsangebote wahrnehmen.

Als psychiatrische Fachklinik verfügt die LVR-Klinik Düren über fünf klinische Fachabteilungen, ambulante Behandlungsangebote, einen Rehabilitationsbereich sowie einen Fachbereich Maßregelvollzug. In Alsdorf, Bedburg und Eschweiler unterhält die Klinik dezentrale tagesklinische und Ambulanzangebote; in Bergheim ein Therapiezentrum mit stationären, teilstatio-

nären und ambulanten Angeboten. In den drei Abteilungen der Allgemeinpsychiatrie werden Patient*innen, die unter akuten Psychosen, Schizophrenien, Depressionen, Ängsten, Persönlichkeitsstörungen, neurotischen Störungen oder Lebenskrisen leiden oder wegen hirnorganischer Erkrankungen zu uns kommen, nach modernen Erkenntnissen behandelt. Auf den psychiatrischen Akutstationen ist das Krankheitsbild der Patient*innen so stark ausgeprägt, dass sie intensiver Behandlungs- und Schutzmaßnahmen bedürfen. Nach Abklingen der akuten Phase oder bei weniger starken Symptomen stehen offene, zum Teil spezialisierte Behandlungseinheiten zur Verfügung. Auf allen Stationen arbeiten multiprofessionelle Teams. Hierzu gehören unter anderem Ärzt*innen, Psycholog*innen, Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, Ergotherapeut*innen und Sozialarbeiter*innen.

Ausgewählte Angebote der Klinik

Abhängigkeitserkrankungen

Die Abteilung bietet spezialisierte Behandlungskonzepte für Abhängigkeitskranke an, insbesondere bei Alkohol-, Medikamenten- und/oder Drogensucht. Dazu gehört auch eine qualifizierte Entzugsbehandlung.

Gerontopsychiatrie

Mit den Erfordernissen im höheren Lebensalter befasst sich das Fachgebiet der Gerontopsychiatrie. Akute seelische Krisen, Depressionen, Ängste, psychosomatische Störungen, akute Verwirrheitszustände und hirnorganische Veränderungen (Demenzen) stehen im Zentrum der Behandlung.

Tageskliniken

Die Tagesklinik in Wohnortnähe schafft in idealer Weise die Verbindung zwischen intensiver psychiatrischer Diagnostik und Therapie und der Möglichkeit, im gewohnten Lebensumfeld zu verbleiben.

LVR-Klinikum Düsseldorf

Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Das LVR-Klinikum Düsseldorf ist eine psychiatrisch-psycho-somatisch-psychotherapeutische und neurologische Fachklinik und zugleich universitäres Klinikum der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Es ist zuständig für die Versorgung der Einwohner der Stadt Düsseldorf und übernimmt weitreichende Forschungsaufgaben. Die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ist für die Stadt Düsseldorf und den Kreis Mettmann zuständig. Das LVR-Klinikum Düsseldorf beschäftigt etwa 1.300 Mitarbeiter*innen und hält über 700 Behandlungsplätze vor. Berufliche Qualifikationen bietet das Klinikum im eigenen Institut für klinische Verhaltenstherapie (IKV) und in der Gesundheits- und Krankenpflegeschule. Das LVR-Klinikum hält seit 2014 den Status eines „WHO Collaborating Centre for Quality Assurance and Empowerment in Mental Health“.

Kliniken und Abteilungen des LVR-Klinikums Düsseldorf

Das LVR-Klinikum umfasst, unter der Leitung von Prof. Dr. Tillmann Supprian, die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf mit den drei Abteilungen für Allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Abhängigkeitserkrankungen sowie das Zentrum für Neurologie und Neuropsychiatrie (ZNN).

▼ Direktionsgebäude des LVR-Klinikums
Düsseldorf mit Sitz der Ärztlichen Direktion



Darüber hinaus unterhält das LVR-Klinikum eine Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, eine Abteilung für Soziale Rehabilitation sowie die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität.

Ausgewählte Angebote der Klinik

Früherkennungszentrum im TAZ

Neben den Einrichtungen am Standort Bergische Landstraße unterhält das LVR-Klinikum auf dem Gelände des Universitätsklinikums Düsseldorf das Tagesklinik- und Ambulanzzentrum (TAZ), in dem auch eine Reihe von Spezialambulanzen untergebracht sind. Das ebenfalls im TAZ angesiedelte „Früherkennungszentrum bei erhöhtem psychischem Erkrankungsrisiko“ leistet differenzierte Diagnostik, bietet Beratung und evaluiert innovative Therapieverfahren.

Zertifizierte Stroke-Unit

In enger Kooperation mit dem Universitätsklinikum Düsseldorf ist das Zentrum für Neurologie und Neuropsychiatrie auf die Akutversorgung bei Schlaganfall, Epilepsie und neurodegenerativen Erkrankungen sowie die Behandlung neuropsychiatrischer Krankheitsbilder spezialisiert. Der Abteilung Neurologie unter der Leitung von Prof. Dr. Rüdiger Seitz wurde von der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe das Gütesiegel Stroke-Unit zuerkannt. Diese herausragende Auszeichnung unterstreicht die hohe Qualität der neurologischen Versorgung.

Ambulanz für Störungen der sozialen Interaktion und Autismus im Erwachsenenalter

Seit 2019 bietet das LVR-Klinikum eine Ambulanz für Störungen der sozialen Interaktion und Autismus im Erwachsenenalter an. Unter der Leitung von Prof. Dr. Leonhard Schilbach, der im letzten Jahr vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München nach Düsseldorf wechselte, bietet die Ambulanz ausführliche Diagnostik und individuelle Therapie an.

LVR-Klinikum Essen



< Hauptgebäude mit Allgemeiner Psychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen und Psychosomatischer Medizin

Das LVR-Klinikum Essen ist eine psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Fachklinik. Als Teil der Universität Duisburg-Essen erfüllt es einen Versorgungs-, Forschungs- und Lehrauftrag. Im zentral gelegenen Hauptgebäude auf dem Gelände des Universitätsklinikums Essen und in den Außenstellen werden seit 1974 Erwachsene, Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen behandelt. Ziel ist es, hilfeschuchenden Menschen Unterstützung in einer für sie schwierigen Lebensphase zu geben, umfassend zu beraten und kompetente Hilfe anzubieten.

Informationen zur Klinik

Den Patient*innen stehen stationäre, teilstationäre und ambulante Therapieplätze in Essen, Mülheim und Oberhausen offen. Zum Angebot gehören weiterhin die Schule für Ergotherapie und seit 2009 die Klinik für Forensische Psychiatrie. Die Mitarbeitenden erfüllen höchste Ansprüche an Diagnostik und Therapie. Das LVR-Klinikum Essen ist als rauchfreies Krankenhaus ausgezeichnet und nach EFQM-Committed to Excellence zertifiziert.

Ausgewählte Angebote der Klinik

Der Mensch steht im Mittelpunkt psychiatrischer Behandlung und Pflege. Um dabei den unterschiedlichen Bedürfnissen der Patient*innen gerecht zu werden, behandelt das LVR-Klinikum Essen in verschiedenen Schwerpunktbereichen. Für alle Behandlungsbereiche gibt es zudem muttersprachliche Beratung über Sprach- und Integrationsmittler.

Psychiatrisches Kompetenzzentrum

Allgemeinpsychiatrische Angebote zu Depressionen, Angst- oder Zwangsstörungen werden ergänzt von einem gerontopsychiatrischen Kompetenzzentrum und speziellen Angeboten für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie arbeitet eng mit dem lokalen Bündnis gegen Depression zusammen und leistet einen wesentlichen Beitrag zur Antistigmatisierung in der Stadt Essen. Für Menschen mit einem fetalen Alkoholsyndrom steht eine Ambulanz zur Verfügung.

Psychosomatische Klinik

Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bietet über die Behandlung von Essstörungen und somatoformen Störungen hinaus spezielle Konzepte für Menschen mit Migrationshintergrund und Traumatisierung an sowie – in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Essen – die Betreuung von onkologischen Patient*innen.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Junge Patient*innen werden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unterstützt – etwa bei Erkrankungen wie ADHS, Schulvermeidung und Essstörungen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie bietet für Anorexia Nervosa Hometreatment an.

Seit 1974 übernimmt die LVR-Klinik Köln die psychiatrische Versorgung von etwa 600.000 Bürger*innen der Stadt Köln; das sind etwa zwei Drittel der Einwohner*innen von Köln. Die Klinik besteht aus zwei Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie, einer Abteilung für Gerontopsychiatrie, einer Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen und einer Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotraumatologie. Hinzu kommen eine Rehabilitationseinrichtung für Erwachsene mit psychischen Erkrankungen und zwei Maßregelvollzugseinrichtungen (Forensische Psychiatrie) für die Behandlung von straffälligen Patienten. Die Behandlung erfolgt am Hauptstandort in Köln-Merheim und wohnortnah in den Dependancen in Köln-Mülheim, Köln-Bilderstöckchen und Köln-Chorweiler – stationär, tagesklinisch und ambulant.

Behandlung, Qualität und Ausbildung

Die LVR-Klinik Köln behandelt das gesamte Spektrum psychiatrischer Erkrankungen. Dabei kommen alle modernen Verfahren wie Psychotherapie, Pharmakotherapie, Ergotherapie, Kunst-, Musik- und Sporttherapie zum Einsatz.

Qualität hat in der klinischen Versorgung der LVR-Klinik Köln wie in der Aus- und Weiterbildung einen hohen Stellenwert. So wurde die Klinik wiederholt nach KTQ und EMAS zertifiziert und erhielt den KTQ-Award als Krankenhaus der Kulturen für die vorbildlichen und nachhaltigen Maßnahmen im Bereich der Versorgung der Patient*innen mit Migrationshintergrund. Die Kölner Klinik ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln und kooperiert mit der Deutschen Sporthochschule im Bereich der Bewegungs- und Sportgerontologie. Darüber hinaus betreibt sie eine Gesundheits- und Krankenpflegeschule und ist Sitz des LVR-Instituts für Versorgungsforschung.

Ausgewählte Angebote der Klinik

Psychosomatische Medizin und Psychotraumatologie

Behandlung von Traumafolgestörungen, somatoformen, dissoziativen, somatopsychischen Störungen, Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen – ambulant und tagesklinisch.

Depressionsstationen

Störungsspezifische Spezialstationen im Bereich Psychiatrie, Psychotherapie und Gerontopsychiatrie.

Komorbiditätsstationen

Stationen für Menschen mit Doppeldiagnosen: störungsspezifische Behandlungsprogramme im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie (Komorbidität Psychose und Sucht) und Abhängigkeitserkrankungen (Komorbiditäten Depression/Persönlichkeitsstörung und Sucht)

Gerontopsychiatrie in Bewegung

In enger Kooperation mit der Sporthochschule Köln wird im Bereich Gerontopsychiatrie ein umfassendes Sporttherapieangebot weiterentwickelt, analysiert und vorgehalten.

Spezialsprechstunden

Die LVR-Klinik Köln bietet ambulante Spezialsprechstunden für folgende Bereiche: ADHS im Erwachsenenalter; Schwangerschaft, Stillzeit, Kinderwunsch und psychisch krank; eine Substitutionsambulanz; Gedächtnissprechstunde und Autismusdiagnostik.

▼ LVR-Klinik Köln, Hauptgebäude in Merheim



7 LVR-Klinik Langenfeld

Die LVR-Klinik Langenfeld besteht seit März 1900 und behandelt Erwachsene mit psychischen Erkrankungen aus dem südlichen und mittleren Kreis Mettmann sowie den Städten Solingen, Leverkusen, Burscheid und Leichlingen. Mit insgesamt 663 Behandlungsplätzen, verteilt auf 34 Stationen, vier Tageskliniken und spezialisierten Ambulanzen zählt sie zu den größten psychiatrischen Kliniken in NRW.

Modernes Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie

Mit den Abteilungen für Allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen, Forensische Psychiatrie, Therapeutische Dienste und weiteren Angeboten bietet die Klinik ein umfangreiches und ganzheitliches ambulantes, teilstationäres und stationäres Behandlungsangebot für ihre Patient*innen. Die individuelle Behandlung erfolgt leitlinienbasiert und nach aktuellem Stand der Wissenschaft in multiprofessionellen Teams.

Um eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe psychiatrische Behandlung zu gewährleisten, baut die LVR-Klinik Langenfeld ihr Angebot noch weiter aus. In einem umfangreichen Dezentralisierungsprozess wurden und werden mehrere Bauprojekte realisiert. Patient*innen können nun auch Behandlungsangebote in Hilden, Solingen und Leverkusen sowie im Zentrum von Langenfeld wahrnehmen. Eine weitere Dependence in Mettmann ist geplant. Zudem wird das Angebot auf die psychosomatische Behandlung ausgeweitet. Die Klinik be-



schäftigt rund 1.100 Mitarbeitende und bildet den Nachwuchs für die Krankenpflege in der eigenen Pflegeschule aus. Besonderen Wert legt die Klinik auf eine umweltfreundliche, ökologisch heilende Umgebung und Architektur, für die sie mit dem 2. Platz beim EAHM-Award (European Association of Hospital Managers) ausgezeichnet wurde. Zudem hat sie bereits zum sechsten Mal das KTQ-Zertifikat mit einer Spitzenbewertung verliehen bekommen.

Ausgewählte Angebote der Klinik

Spezialisierte Depressionsstationen

Die häufigste Diagnose in der Allgemeinen Psychiatrie der Klinik ist die Depression. Auf spezialisierten Depressionsstationen wird niederschwellig und ohne lange Wartezeiten eine spezielle Behandlung für akut Betroffene angeboten.

Gerontopsychiatrische Zentren

Die Gerontopsychiatrischen Zentren in Langenfeld und Solingen bieten tagesklinische und ambulante Behandlung, die sich an Menschen in höherem Lebensalter richtet. Die Zentren ermöglichen ein zeitliches Nebeneinander von psychiatrischer Behandlung und Leben in der häuslichen Umgebung.

Spezielles psychiatrisches Angebot für psychisch erkrankte Erwachsene mit geistiger Behinderung

Das Kompetenzzentrum nimmt Erwachsene mit geistiger Behinderung zur Krisenintervention sowie zur zeitlich begrenzten Behandlung auf, wenn eine psychische Erkrankung vorliegt, die einer stationären Krankenhausbehandlung bedarf.

Traumaambulanz

In der Traumaambulanz erhalten Patient*innen, die aufgrund einer traumatischen Erfahrung eine behandlungsbedürftige Traumafolgestörung entwickeln, psychiatrische Unterstützung im Rahmen einer Krisenintervention mit anschließender individuell abgestimmter Behandlung.

< Das im Jahr 1900 erbaute Verwaltungsgebäude der LVR-Klinik Langenfeld

LVR-Klinik Mönchengladbach



Die LVR-Klinik Mönchengladbach ist ein gemeindepsychiatrisches Behandlungszentrum für Psychiatrie und Psychotherapie und übernimmt mit 236 teil- und vollstationären Behandlungsplätzen sowie einer Institutsambulanz und einem Bereich Soziale Rehabilitation (45 Plätze) die psychiatrische Pflichtversorgung der Stadt Mönchengladbach.

Informationen zur Klinik

1972 wurde die Klinik als Modellklinik gemeindepsychiatrischer Versorgung für die damalige Stadt Rheydt gegründet. Heute sind rund 360 Mitarbeiter*innen in enger Kooperation mit mehr als 20 Organisationen des gemeindepsychiatrischen Verbunds der Stadt Mönchengladbach sowie den niedergelassenen Ärzt*innen und den Beratungsangeboten anderer Kliniken in städtischer oder gemeinnütziger Trägerschaft tätig. Dabei richtet die Klinik ihre Arbeit nach dem Grundsatz „Ambulant vor teilstationär vor stationär“ aus. Die Aufnahmeambulanz sichert eine nahtlose Betreuung und Vernetzung der Fachbereiche vom ersten Anruf in der Klinik bis zur nachstationären Behandlung.

Die Grundhaltung der Mitarbeitenden orientiert sich an den Interessen und Bedürfnissen der Patient*innen und nimmt ihre sozialen Bezüge als Bedingungsfaktoren für Gesundheit und Erkrankung wahr.

Die Klinik stärkt persönliche Ressourcen und die Ressourcen in der Stadt Mönchengladbach, um Genesung und Inklusion

< Blick auf den historischen Altbau der LVR-Klinik Mönchengladbach (Haus B)

zu fördern und Entwicklungswege für den Einzelnen wie auch für die Stadt aufzuzeigen. Ziel der Arbeit ist es, angemessene, konsistente und lebensbezogene Hilfen für die Bedürfnisse der Patient*innen zu bieten. Die LVR-Klinik Mönchengladbach ist nach EFQM-Committed to Excellence zertifiziert.

Ausgewählte Angebote der Klinik

Lebensphasenbezogenes Behandlungskonzept

Neben der üblichen diagnose- und regionalbezogenen Einteilung hat sich die Klinik für eine lebensphasenorientierte Zuordnung der Patient*innen zu den Stationen entschieden. Es existieren jeweils verschiedene altersgruppenbezogene Angebotsschwerpunkte, um die spezifischen Lebensaufgaben und Herausforderungen besser begleiten und diese gleichzeitig auch mit passenden Angeboten in der Stadt Mönchengladbach gezielt zu verbinden.

Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen

Mit dem Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen verfügt die Klinik über eine Suchtambulanz und eine Suchtstation, in denen Abhängigkeitserkrankungen behandelt werden.

Gerontopsychiatrisches Zentrum

Das gerontopsychiatrische Zentrum – bestehend aus einer Ambulanz und einer Beratungsstelle – bietet die Behandlung altersbedingter psychischer Erkrankungen an.

Wahlleistungsstation

Die Aufnahmeambulanz C1 für Wahlleistungspatient*innen behandelt Menschen mit Erkrankungen aus dem allgemeinpsychiatrischen Spektrum wie Krisen nach belastenden Lebenssituationen, Angst-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und Psychosen. Die Planung der psychiatrischen Behandlung übernimmt das Chefarztteam. Die Station bietet ein modernes, ansprechendes Ambiente mit besonderer Raumausstattung und gehobenen Serviceleistungen.

9 LVR-Klinik Viersen

Die seit 1905 bestehende LVR-Klinik Viersen hat sich im Laufe der Zeit zu einem modernen Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik entwickelt.

Moderne Therapie für Erwachsene, Kinder und Jugendliche

Seit den 1960er-Jahren hält die LVR-Klinik Viersen neben der modernen psychiatrischen Behandlung Erwachsener einen der größten Fachbereiche für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik vor, der das gesamte Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen umfasst. Zu den Besonderheiten gehören eine Eltern-Kind-Station und eine Psychosomatik-Station sowie überregionale Schwerpunkte für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen und Intelligenzminderung, für Jugendliche mit sexueller Delinquenz und für Jugendliche mit Abhängigkeitserkrankung einschließlich medizinischer Rehabilitation.



^ Die allgemeine Verwaltung der LVR-Klinik Viersen

Zu den Fachgebieten gehört auch die forensische Psychiatrie für Erwachsene und Jugendliche. Es gibt Spezialbereiche für Jugendliche, die nach Paragraph 63 StGB untergebracht sind und für Straftäter, die nach Paragraph 64 StGB untergebracht sind. Neben Allgemeiner Psychiatrie und dem Bereich Abhängigkeitserkrankungen gehört die Psychosomatik zu den Fachgebieten der Klinik. In einer psychosomatischen Behandlung werden psychodynamische, verhaltenstherapeutische, syste-

mische und neurobiologische Therapieelemente integriert. Ein wichtiger Bereich ist die gerontopsychiatrische Versorgung. Zu den Angeboten für ältere psychisch erkrankte Menschen gehören neben der stationären Behandlung auch eine Tagesklinik und Ambulanz. Im Erwachsenenbereich gibt es viele ambulante Schwerpunkte, unter anderem für Patient*innen mit psychischer Erkrankung und geistiger Behinderung.

Die LVR-Klinik Viersen mit ihren fast 1.500 Mitarbeitenden verfügt über alle zeitgemäßen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, die sie in voll- oder teilstationären sowie ambulanten Angeboten vorhält. Zielsetzung der Klinik ist es, psychisch kranken Menschen eine auf sie abgestimmte Therapie anzubieten. Seit 2009 hat die LVR-Klinik Viersen das KTQ-Zertifikat und verfügt zudem über das DGPPN-Zertifikat für die ärztliche Weiterbildung.

Ausgewählte Angebote der Klinik

LVR-Bildungszentrum

Der Nachwuchs für die Krankenpflege wird in der eigenen Gesundheits- und Krankenpflegeschule ausgebildet, die seit 1. April 2020 LVR-Bildungszentrum Viersen heißt.

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

Im Erwachsenenbereich und der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) angeboten, also eine Behandlung zu Hause.

Tageskliniken

In Viersen, Nettetal und Kempen verfügt die LVR-Klinik Viersen im Erwachsenenbereich über Tageskliniken. Für Kinder und Jugendliche gibt es Tageskliniken in Krefeld, Heinsberg, Neuss, Viersen und Mönchengladbach.

Wohnverbund / LiGa

Innerhalb des Wohnverbunds gibt es verschiedene Angebote, unter anderem im Bereich der Wohnassistenz und der Alltagsbegleitung. Eine Besonderheit ist LiGa – Leben in Gastfamilien, eine Form ambulanter Wohnhilfe.

LVR-Klinik für Orthopädie Viersen

Am Niederrhein ist die LVR-Klinik für Orthopädie Viersen das Kompetenzzentrum für orthopädische Erkrankungen. Neben hoher Fachexpertise und ausgezeichneten Ergebnissen ist die Klinik auch für ihre schöne Lage am Rande der Süchtelner Höhen, einem üppigen Waldgebiet, bekannt.

Orthopädisches Kompetenzzentrum

Die LVR-Klinik für Orthopädie Viersen behandelt Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparats. Das umfasst Erkrankungen von Knochen, Gelenken, Muskeln und Sehnen. Rücken, Schulter, Hüfte, Knie, Sprunggelenke und Sportverletzungen sind bei dem Fachteam des Kompetenzzentrums in guten Händen. Auch die Kinderorthopädie gehört zum Angebot der LVR-Klinik für Orthopädie Viersen.

Zum Spektrum gehören auch nicht operative und operative Behandlungsmethoden. Zu den nicht operativen Behandlungen zählen beispielsweise verschiedene physiotherapeutische Verfahren oder die multimodale Schmerztherapie. Das physiotherapeutische Team arbeitet unter anderem mit Taping, Krankengymnastik, Rückenschule, Aquafitness, manueller Therapie und Lymphdrainage. Die multimodale Schmerztherapie richtet sich insbesondere an Patient*innen mit chronischen Rückenschmerzen und setzt nicht nur medikamentöse Behandlung und Physiotherapie, sondern auch psychotherapeutische Verfahren ein. Dabei arbeitet die Orthopädie eng mit der LVR-Klinik Viersen, einer Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, zusammen. Sollte eine Operation nötig sein,

greift das Team um den Ärztlichen Direktor Dr. Jochen Neßler im modernen Operationssaal auf minimalinvasive Techniken zurück und kann mit computergestützten Navigationsgeräten sehr präzise arbeiten. Viele operative Verfahren, wie beispielsweise Gelenkspiegelungen, hand- oder fußchirurgische Eingriffe, können auch ambulant durchgeführt werden. Über eine hohe Expertise verfügt die LVR-Klinik für Orthopädie Viersen auch auf dem Gebiet der Gelenkersatzoperationen. Seit 2014 ist sie daher als Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung zertifiziert. Für die Patient*innen bedeutet dieses Zertifikat eine Behandlung in höchster Qualität. Die gut abgestimmten Behandlungsabläufe stellen sicher, dass auch Menschen mit komplexen Erkrankungen mit der erforderlichen Kompetenz betreut werden und so Komplikationen vermieden werden können.

Ausgewählte Angebote der Klinik

LVR-Bildungszentrum

Der Nachwuchs für die Krankenpflege wird in der eigenen Gesundheits- und Krankenpflegeschule ausgebildet, die seit dem 1. April 2020 LVR-Bildungszentrum Viersen heißt.

Schmerztherapie

Pain Nurses, Multimodale Schmerztherapie, Akutschmerzdienst – in der Klinik spielt die Schmerzbehandlung eine besonders wichtige Rolle.

Ambulanz

Für besondere Problematiken wurden im Rahmen der Ambulanz Spezialsprechstunden eingerichtet.

Umfassende Patient*innen-Information

Die LVR-Klinik für Orthopädie informiert regelmäßig bei Veranstaltungen über verschiedene Aspekte orthopädischer Beschwerden und Erkrankungen. Angeboten werden diese etwa in Viersen, Mönchengladbach, Erkelenz oder Straelen.



< An der Horionstraße beheimatet:
die LVR-Klinik für Orthopädie Viersen



Eine fachliche Haltung, die das Ziel von Empowerment und Partizipation in den Mittelpunkt stellt, stärkt die Ressourcen von Patient*innen und bringt verschüttete Potenziale zum Vorschein.



3

Daten und Fakten



Steigende Behandlungszahlen – vor allem im ambulanten Bereich

_Leistungsdaten der psychiatrischen LVR-Fachkliniken

Psychiatrie und Psychotherapie (PP)/ Psychosomatische Medizin (PM)

In den psychiatrischen und psychosomatischen Disziplinen (PP/PM) unterscheiden die Kliniken zwischen voll- und teilstationären Fällen. Betrachtet wird die durchschnittliche Verweildauer. Hier sind zwischen 2013 und 2019, wie die Abbildung unten zeigt, interessante Entwicklungen zu beobachten:

Im vollstationären Bereich ist zwar ein Wachstum um rund 2,5 Prozent zu beobachten, in den letzten Jahren pendeln sich die vollstationären Fälle allerdings bei rund 45.000 ein. Auch der bisher zu beobachtende Rückgang in der Verweildauer hat sich zumindest für 2019 nicht fortgesetzt.

Die 6.770 teilstationären Fälle im Jahr 2019 entsprechen einer Zunahme der Fallzahlen seit 2013 von über 12 Prozent. Hier wirkte sich vor allem der verstärkte Ausbau teilstationärer Behandlungsangebote aus. Im vollstationären Bereich waren rund 42 Prozent der behandelten Personen weiblich, im teilstationären rund 60 Prozent.

Deutlich mehr Patient*innen gibt es im Vergleich zwischen 2013 und 2019 im ambulanten Bereich. Die Abbildung „Ambulante Patient*innen in der PP/PM“ zeigt die Anzahl im Zeitverlauf. Die Gesamtzahl der Patient*innen in der PP/PM ist seit 2013 um 20 Prozent gestiegen. 2019 wurden rund 12.700 Menschen mehr als 2013 behandelt. Rund 47 Prozent waren in 2019 Männer, 53 Prozent Frauen.

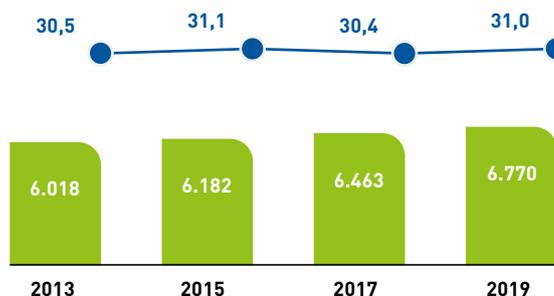
Voll- und teilstationäre Fälle und Verweildauer in der PP/PM

● Anzahl Fälle
● Verweildauer in Tagen

Vollstationär



Teilstationär





Welche Diagnosen wurden gestellt und behandelt?

Wie die Abbildung auf der nächsten Seite zeigt, erhielten im vollstationären Bereich der PP/PM mit 35,1 Prozent im Jahr 2019 etwas mehr Patient*innen F1-Diagnosen (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) als im Jahr 2013 (34,1 Prozent). Insgesamt ist die Verteilung der Diagnosen über die Zeit sehr stabil.

Der Anteil affektiver Störungen (F3) ist im teilstationären Bereich die häufigste Diagnose. Insgesamt macht diese Gruppe im Jahr 2019 rund 75 Prozent aus. Bei den F2-Diagnosen gab es einen leichten Rückgang, bei F4-Diagnosen einen leichten Anstieg über den Betrachtungszeitraum.

In den Ambulanzen der PP/PM gibt es über die Jahre eine recht ähnliche Diagnoseverteilung: Es zeigen sich überwiegend Verschiebungen in den Diagnoseverteilungen von ca. zwei Prozentpunkten. Nur bei den sonstigen Diagnosen zeigt sich 2019 ein Anstieg auf insgesamt 6,2 Prozent.

HÄUFIGSTE DIAGNOSE

35 %

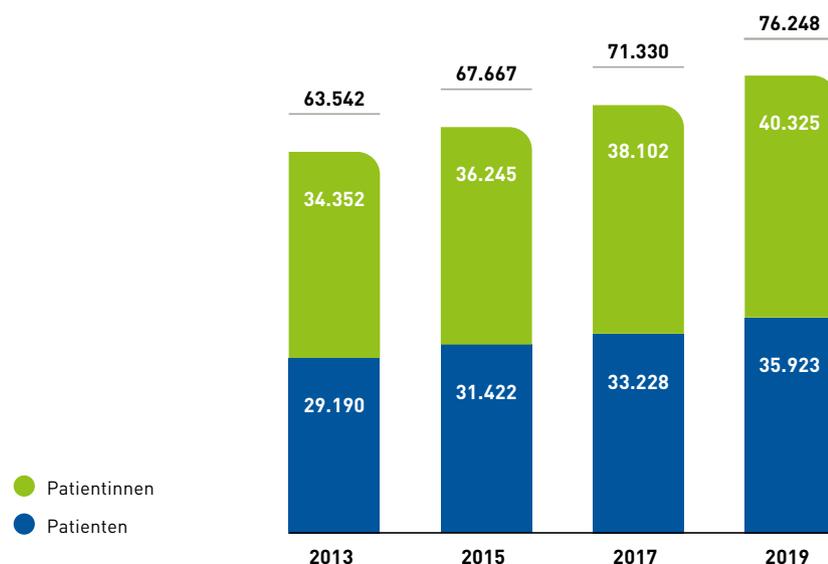
VOLLSTATIONÄR:
F1-DIAGNOSE

75 %

TEILSTATIONÄR:
F3-DIAGNOSE

Die Klassifikation F1-Diagnose bezeichnet „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“, die Klassifikation F3-Diagnose steht für „Affektive Störungen“

Ambulante Patient*innen in der PP/PM



Verteilung der Fälle nach Diagnosen der PP/PM in Prozent

Vollstationäre Fälle	2013	2015	2017	2019
F0+G30: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen und Alzheimer	8,6	8,6	8,4	8,3
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	34,1	34,5	35,3	35,1
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	20,1	20,3	20,4	21,0
F3: Affektive Störungen	29,3	27,2	27,0	25,3
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	3,4	4,7	4,3	4,0
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0,2	0,2	0,2	0,1
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	3,3	3,5	3,2	4,0
F7: Intelligenzstörung	0,6	0,8	0,9	0,9
F8: Entwicklungsstörungen	0,1	0,0	0,0	0,1
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0,1	0,1	0,1	0,1
Sonstige	0,2	0,2	0,1	1,2

Teilstationäre Fälle	2013	2015	2017	2019
F0+G30: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen und Alzheimer	2,5	2,7	2,0	2,4
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	4,1	4,4	2,5	2,5
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	9,3	8,9	8,7	7,1
F3: Affektive Störungen	72,6	71,5	74,8	74,5
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	6,6	7,0	6,9	7,7
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0,6	0,6	0,8	0,8
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	4,1	4,7	4,0	4,6
F7: Intelligenzstörung	0,1	0,0	0,1	0,0
F8: Entwicklungsstörungen	0,0	0,0	0,0	0,0
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0,0	0,1	0,1	0,1
Sonstige	0,1	0,1	0,0	0,2

Ambulante Patient*innen	2013	2015	2017	2019
F0+G30: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen und Alzheimer	13,2	12,8	12,9	11,1
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	16,7	16,0	15,1	14,5
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	13,2	13,2	12,8	11,8
F3: Affektive Störungen	31,5	33,5	33,6	33,4
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	12,9	12,6	12,6	13,2
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1,1	0,8	0,8	1,1
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	4,5	4,2	4,1	3,9
F7: Intelligenzstörung	2,3	2,3	2,4	2,5
F8: Entwicklungsstörungen	0,3	0,4	0,4	0,5
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1,6	1,4	1,6	1,8
Sonstige	2,6	2,9	3,7	6,2

Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (KJPPP)

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJPPP) sind die Fallzahlen 2019 im vollstationären Bereich um rund vier Prozent auf 3.712 Fälle gestiegen, im teilstationären Bereich sogar um rund sechs Prozent auf fast 1.135 Fälle. Gleichzeitig gab es im Vergleich zu 2017 einen leichten Anstieg der durchschnittlichen Verweildauer auf rund 27 Tage im vollstationären und knapp 37 Tage im teilstationären Bereich. In der vollstationären KJPPP ist der Anteil weiblicher Patientinnen mit 60 Prozent höher als in der Erwachsenenpsychiatrie, im teilstationären Setting liegt der Anteil von Mädchen und Jungen bei je 50 Prozent.

In den Ambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden ebenfalls immer mehr Kinder und Jugendliche behandelt, wie die Abbildung auf Seite 108 zeigt. Mit einem Anstieg um rund sechs Prozent zwischen 2013 und 2019 fällt dieser geringer aus als im Erwachsenenbereich. Nach einem Rückgang im Jahr 2015 ist die Anzahl der behandelten Kinder und Jugendlichen auf insgesamt 14.001 gestiegen. 2019 waren rund 55 Prozent Jungen bzw. junge Männer.



ANTEIL PATIENT*INNEN

60% 40%

VOLLSTATIONÄR

50% 50%

TEILSTATIONÄR

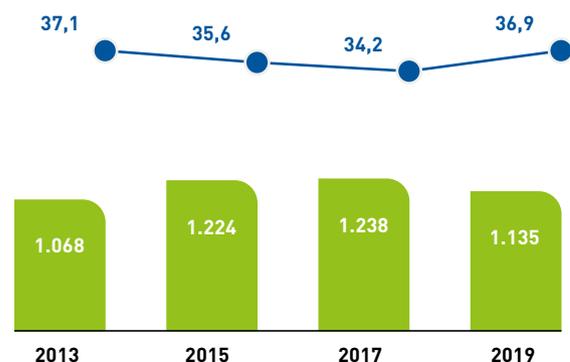
Voll- und teilstationäre Fälle und Verweildauer in der KJPPP

- Anzahl Fälle
- Verweildauer in Tagen

Vollstationär



Teilstationär





ANSTIEG
F3-DIAGNOSE
2013 – 2019 UM

10,8 %punkte

VOLLSTATIONÄR

9,7 %punkte

TEILSTATIONÄR

7,1 %punkte

AMBULANT

Fast neun von zehn der behandelten vollstationären Fälle hatten im Jahr 2019 eine F1-, F3-, F4- oder F9-Diagnose in der KJPPP (siehe Tabelle rechts). Der Anteil mit F9-Diagnosen (Verhaltens- und emotionale Störungen) ist dabei im Betrachtungszeitraum um mehr als sieben Prozentpunkte gesunken, während die affektiven Störungen (F3) um knapp elf Prozentpunkte angestiegen sind.

Auch im teilstationären Sektor sank die Zahl der F9-Diagnosen zwischen 2013 und 2019; auch hier um rund sieben Prozentpunkte. Die affektiven Störungen sind deutlich angestiegen auf fast 32 Prozent.

In der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie sank der Anteil der Kinder mit einer F9-Diagnose seit 2013 um rund fünf Prozentpunkte. Während der Anteil an neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) in den Jahren 2013 bis 2015 zunächst anstieg, ist dieser im Jahr 2017 wieder zurückgegangen und liegt nun bei knapp 21 Prozent. Der Anteil affektiver Störungen (F3) hingegen hat sich seit 2013 deutlich gesteigert.

Ambulante Patient*innen in der KJPPP



Verteilung der Fälle nach Diagnosen der KJPPP in Prozent

Vollstationäre Fälle	2013	2015	2017	2019
F0+G30: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen und Alzheimer	0,1	0,1	0,0	0,1
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	5,8	4,6	4,9	4,6
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	2,3	2,5	2,6	2,1
F3: Affektive Störungen	30,4	36,4	40,0	41,2
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	15,1	14,6	12,5	12,1
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	4,2	4,8	4,4	3,9
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1,3	1,5	1,9	2,5
F7: Intelligenzstörung	1,0	0,4	1,3	0,6
F8: Entwicklungsstörungen	3,5	2,9	2,7	3,6
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	36,2	32,1	29,6	28,8
Sonstige	0,1	0,2	0,1	0,7

Teilstationäre Fälle	2013	2015	2017	2019
F0+G30: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen und Alzheimer	0,0	0,0	0,1	0,0
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	0,2	0,2	0,4	0,0
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	1,0	1,1	2,0	0,9
F3: Affektive Störungen	22,2	25,1	27,7	31,9
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	15,4	19,2	17,2	15,9
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	3,9	4,0	3,4	2,3
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	0,5	0,4	0,3	1,0
F7: Intelligenzstörung	0,3	0,0	0,2	0,2
F8: Entwicklungsstörungen	4,4	3,4	2,1	3,0
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	51,9	46,3	46,6	44,5
Sonstige	0,2	0,0	0,0	0,2

Ambulante Patient*innen	2013	2015	2017	2019
F0+G30: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen und Alzheimer	0,0	0,1	0,1	0,0
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	3,0	3,4	3,0	2,9
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	0,8	0,8	0,7	0,8
F3: Affektive Störungen	10,8	12,7	16,0	17,9
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	23,7	24,6	23,0	20,7
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	2,8	2,8	2,6	2,2
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	0,9	1,0	0,9	1,1
F7: Intelligenzstörung	2,7	2,1	1,9	2,0
F8: Entwicklungsstörungen	8,1	8,1	8,3	9,3
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	44,8	42,4	41,5	39,9
Sonstige	2,3	2,0	2,0	3,2

Unterbringung im Maßregelvollzug – moderne, präventiv ausgerichtete Behandlung

Daten und Fakten der Forensischen Behandlungsbereiche

Das Land Nordrhein-Westfalen hat dem Landschaftsverband Rheinland (LVR) die Trägerschaft für den Maßregelvollzug (MRV) im Rheinland übertragen. Begeht ein psychisch erkrankter Mensch eine Straftat, kann ein Gericht die forensische Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (gemäß § 63 StGB) oder einer Entziehungsanstalt (gemäß § 64 StGB) anordnen. Voraussetzung hierfür: Das Gericht sieht die Gefahr, dass der psychisch erkrankte Mensch aufgrund der Erkrankung weitere Straftaten begehen wird und für die Allgemeinheit gefährlich ist.

Eine auf das individuelle Risikoprofil ausgerichtete Behandlung soll dabei helfen, dass die zum Zeitpunkt der Verurteilung festgestellte „Allgemeingefährlichkeit“ soweit reduziert wird, dass es nach einer Entlassung zu keiner weiteren Straftat kommt.

▼ Hochsicherheitstrakt in der Forensischen Psychiatrie in Köln-Porz.



tat kommt. Eine Behandlung in der Forensischen Psychiatrie orientiert sich an den Leitlinien der Fachgesellschaften. Sie wird ergänzt durch die Leitlinien des Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug NRW (etwa mit Vorgaben, unter welchen Bedingungen Vollzugslockerungen zu gewähren sind).

Psychisch erkrankte Menschen, die eine Straftat begangen haben, werden im Rheinland überwiegend in den forensischen Fachabteilungen der LVR-Kliniken Bedburg-Hau, Düren, Essen, Köln, Langenfeld und Viersen behandelt sowie in Schwerpunktstationen der LVR-Klinikstandorte Bonn und Düsseldorf. Aktuell betreuen die LVR-Kliniken rund 1.550 Personen forensisch, davon ca. 1.300 stationär. Besonders die Unterbringungen in einer Entziehungsanstalt (gemäß § 64 StGB) und die einstweiligen Unterbringungen (gemäß § 126 a StPO) vor der gerichtlichen Hauptverhandlung haben in den letzten Jahren zugenommen.

Verweildauer und Diagnose

Die durchschnittliche Dauer einer Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus hat sich in den letzten Jahren stetig erhöht. Sie liegt im Durchschnitt bei etwa zehn Jahren. Seit der Novellierung des § 63 StGB im Jahr 2016 ordneten Land- und Oberlandesgerichte jedoch vermehrt Entlassungen aufgrund einer Unverhältnismäßigkeit bei langjähriger Unterbringungsdauer an – selbst dann, wenn sich die LVR-Kliniken gegen eine solche aussprachen.

Die meisten Menschen, die in der Forensischen Psychiatrie behandelt werden, haben ihre Straftat im Zustand einer akuten psychotischen Erkrankung begangen. Bei ca. 60 Prozent der gemäß § 63 StGB forensisch untergebrachten Menschen wurde als Hauptdiagnose eine Schizophrenie oder wahnhaftige Störung gestellt – Tendenz steigend, insbesondere einhergehend mit der Nebendiagnose einer Suchterkrankung. Darüber hinaus werden als Hauptdiagnose Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen diagnostiziert sowie Intelligenzminderung und Suchterkrankungen (siehe Tabelle rechts).

Zu einer Unterbringung im Maßregelvollzug können verschiedene Straftaten führen. Die häufigsten Straftaten der im LVR untergebrachten psychisch erkrankten Menschen waren Gewalt- und Sexualstraftaten, aber auch Brandstiftung, Raub und Erpressung.

Der LVR gewährleistet die Qualität einer modernen, delikt-rückfallpräventiv ausgerichteten Maßregelvollzugsbehandlung. Dafür werden struktur-, prozess- und ergebnisorientierte Maßnahmen kontinuierlich evaluiert und weiterentwickelt: baulich-technisch, organisatorisch-personell und behandlungs-

bezogen. Neben dem Einsatz von Erfahrungsexpert*innen wird angestrebt, verstärkt Partizipationsmöglichkeiten von Patient*innen auch im MRV zu prüfen und zu etablieren (etwa mit Patient*innenbefragungen/-vertretungen oder Angeboten, die den Dialog von Patient*innen, Bezugspersonen und Mitarbeitenden fördern). Es werden verstärkt Maßnahmen eingeführt, um die aktive Mitgestaltung zu fördern – unter Berücksichtigung der Kompetenzen der untergebrachten Patient*innen. Über die Belange des MRV informiert der LVR die Öffentlichkeit offen und transparent.

Diagnosen und Delikte der untergebrachten Personen im Maßregelvollzug 2019

Hauptdiagnose	§§ 63, 64 StGB	§ 126 a StPO	Sonstige	Gesamt	%
Schizophrenie, wahnhaftige Störungen	735	82	6	823	52,79
Persönlichkeitsstörungen	201	10	2	213	13,66
Hirnorganische Störung/Intelligenzminderung	123	8	3	134	8,6
Störung der Sexualpräferenz	17	0	0	17	1,09
Suchterkrankungen	331	4	9	344	22,07
andere	26	1	1	28	1,8
Gesamt	1.433	105	21	1.559	100

Hauptdelikte	§§ 63, 64 StGB	§ 126 a StPO	Sonstige	Gesamt	%
Straftat gegen das Leben (Mord, Totschlag)	270	31	0	301	19,31
Brandstiftung	137	7	0	144	9,24
Sexualdelikte zum Nachteil von Kindern	127	1	2	130	8,34
Sonstige Sexualdelikte	128	9	1	138	8,85
Körperverletzung	385	40	10	435	27,9
Raub, Erpressung	159	3	2	164	10,52
Straftat gegen die persönliche Freiheit	25	5	1	31	1,99
Eigentumsdelikt	80	6	2	88	5,64
Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz	108	1	3	112	7,18
sonstiges	14	2	0	16	1,03
Gesamt	1.433	105	21	1.559	100

Orthopädie und Neurologie – Krankheiten des Nervensystems und Bewegungsapparats

Daten und Fakten der Somatischen Behandlungsbereiche

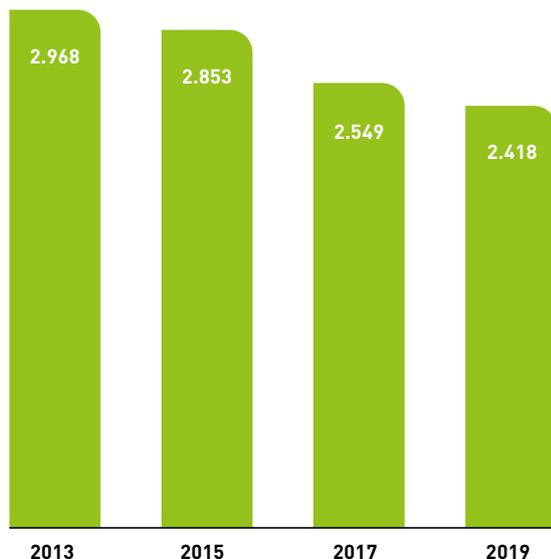
In den vollstationären neurologischen Abteilungen der LVR-Kliniken stiegen die Fallzahlen seit 2013 um insgesamt rund 27 Prozent (siehe Abbildung unten). Von den mehr als 7.000 Fällen, die im Jahr 2019 behandelt wurden, waren 49 Prozent männlich und 51 Prozent weiblich. Den größten Zuwachs verzeichnete das Klinikum Düsseldorf: Seit 2013 haben sich die Fallzahlen hier mehr als verdoppelt!

Die am stärksten vertretenen Diagnosen über alle Jahre hinweg sind in der Neurologie episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems (G4) (siehe Abbildung rechte

Seite). Hierzu gehören Erkrankungen wie Epilepsie oder Migräne. Seit 2013 stieg der Anteil dieser Erkrankungen um vier Prozentpunkte und lag 2019 bei rund 30 Prozent. Ebenfalls häufig kommen mit leicht abfallendem Anteil von knapp 22 Prozent zerebrovaskuläre Krankheiten (I6) in der Neurologie vor. Hierzu gehören zum Beispiel Hirninfarkte oder Schlaganfälle. In der LVR-Klinik für Orthopädie sind die Fallzahlen im Betrachtungszeitraum zurückgegangen. 2019 wurden rund 19 Prozent weniger vollstationäre Fälle behandelt als noch 2013 (siehe Abbildung unten). 44 Prozent der Fälle waren in 2019 männlich und 56 Prozent weiblich.

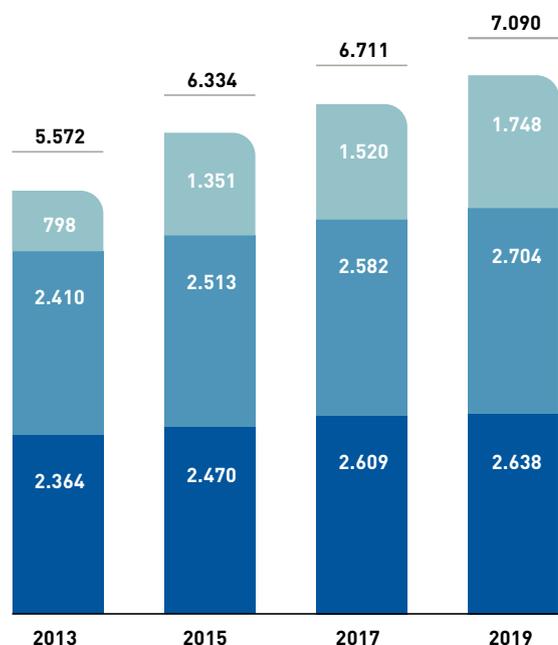
Vollstationäre Fallzahlen

Orthopädie in Viersen



Neurologie der LVR-Kliniken

● Bedburg-Hau ● Bonn ● Düsseldorf



Verteilung der Diagnosen der vollstationären Abteilungen in Prozent

Orthopädie in Viersen	2013	2015	2017	2019
M1: Entzündliche Polyarthropathien und Arthrose	26,4	34,6	44,8	43,7
M2: Sonstige Gelenkkrankheiten	6,9	6,4	3,2	2,7
M4: Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens und Spondylopathien	1,6	2,7	2,1	3,7
M5: Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	39,3	34,6	32,8	31,7
M7: Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes	15,5	11,8	9,7	8,7
M8: Veränderungen der Knochendichte und -struktur und sonstige Osteopathien	2,5	2,2	1,2	1,5
S8: Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	0,8	1,2	0,8	1,1
T8: Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung	3,7	2,8	3,8	4,1
Sonstige	3,2	3,7	1,7	2,8

Neurologie der LVR-Kliniken	2013	2015	2017	2019
F0: Organische Störungen	2,0	1,6	2,0	2,3
F4: Affektive Störungen	1,8	1,5	1,9	2,2
G0: Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems	1,1	1,5	1,7	1,2
G2: Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	3,9	3,7	3,4	3,0
G3: Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	5,2	4,8	4,5	4,7
G4: Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	25,4	26,8	28,3	29,9
G5: Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus	2,8	3,0	2,7	2,8
G6: Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems	2,9	2,4	2,3	2,5
G9: Sonstige Krankheiten des Nervensystems	2,3	2,7	2,7	3,0
H8: Krankheiten des Innenohrs	2,4	2,5	2,7	3,0
I6: Zerebrovaskuläre Krankheiten	23,9	24,1	23,6	21,9
M5: Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	1,5	1,3	1,2	1,0
R2: Symptome, die die Haut, das Unterhautgewebe, das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	3,6	3,1	3,5	3,1
R4: Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung, das Verhalten, die Sprache und die Stimme betreffen	3,2	2,5	2,2	2,3
R5: Allgemeinsymptome	5,0	4,6	4,4	4,2
Sonstige	13,2	13,9	12,9	12,9

Anstieg von Gelenkerkrankungen

In der Orthopädie dominieren in den letzten Jahren entzündliche Polyarthropathien und Arthrose (M1) (siehe Tabelle oben). Seit 2013 stieg der Anteil dieser Erkrankungen an, und zwar um knapp 18 Prozentpunkte, sodass 2019 rund 44 Prozent al-

ler Fälle aufgrund dieser Diagnose in der Orthopädie behandelt wurden. Ebenfalls häufig, aber rückläufig, kommen im Betrachtungszeitraum sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens in der Orthopädie (M5) vor, mit Anteilen von fast 40 Prozent im Jahr 2013 und 32 Prozent im Jahr 2019.

Gut vorbereitet und zukunftsfähig aufgestellt trotz ungünstiger Rahmenbedingungen

Die Lage bei Finanzen und Personal

Krankenhäuser müssen sich wirtschaftlich weiterentwickeln können, um zukunftsfähig zu sein. Doch die Rahmenbedingungen sind ungünstig:

- Die Erhöhung der Krankenhausbudgets wird begrenzt durch die sogenannte Veränderungsrate, die sich an den Einnahmen der Krankenkassen orientiert. Auftretende Kostensteigerungen werden durch diese Budgetdeckelung häufig nicht aufgefangen.
- Investitionen werden im Rahmen der dualen Finanzierung durch die Bundesländer finanziert. Die Förderung in Nordrhein-Westfalen ist im Bundesvergleich sehr gering. Erforderliche Aufwendungen für den Erhalt und die notwendige Neuerrichtung von Gebäuden werden nicht gedeckt.

Dennoch konnte der LVR-Klinikverbund in den letzten Jahren ein positives Ergebnis erwirtschaften und mit notwendigen Investitionen die LVR-Kliniken auf die zukünftigen Herausforderungen vorbereiten.

Bewegung bei Anlage- und Umlaufvermögen

Das Anlagevermögen im LVR-Klinikverbund ist im Vergleich zum Vorjahr von 635,5 Mio. Euro um 30 Mio. Euro auf 665,5 Mio. Euro gestiegen (+ 4,7 Prozent, siehe Tabelle rechte Seite). Dies liegt vor allem an erfolgreich beendeten Baumaßnahmen. Einen weiteren Beitrag zum Anstieg leisteten im Bau befindliche große Projekte wie Standardbettenhäuser.

Das Umlaufvermögen reduzierte sich um 33,7 Mio. Euro (- 9,9 Prozent) auf 306,1 Mio. Euro. Ein wichtiger Faktor bei Bewegungen des Umlaufvermögens ist die Entwicklung der Forderungen gegen die Kostenträger. Unter dem neuen Entgeltsystem PEPP erfolgt die Abrechnung mit den Krankenkassen mit einer zeitlichen Verzögerung. Dieser Effekt führte

in der Vergangenheit zu einem Anstieg der Forderungen. Diese nehmen wieder ab, weil sich die neuen Abrechnungsmodalitäten unter allen Beteiligten einspielen.

Die Rückstellungen haben sich im Vergleich zum Vorjahr um rund 8,8 Mio. Euro (+4,4 Prozent) erhöht. Diese Position beinhaltet auch die Pensionsrückstellungen.

Die Verbindlichkeiten sanken von 298,8 Mio. Euro um 23,9 Mio. Euro (- 8 Prozent) auf rund 274,9 Mio. Euro.

Gestiegene Umsatzerlöse

Die Umsatzerlöse stiegen im Vergleich zu 2018 von 785,9 Mio. Euro auf 819,1 Mio. Euro (siehe Tabelle rechte Seite). Dies entspricht einer Steigerung von 33,2 Mio. Euro (+4,2 Prozent). Wesentlicher Treiber für diesen Anstieg sind gestiegene Fallzahlen im Bereich der Bundespflegesatzverordnung. Auch die anderen Bereiche verzeichneten leichte Umsatzzuwächse, lediglich die sonstigen Umsatzerlöse gingen im Vergleich zum Vorjahr zurück.

Personalaufwandsentwicklung

Der LVR-Klinikverbund wächst – das zeigt sich gut an der Anzahl der Vollzeitkräfte. Sie nahm im Zeitraum 2015 bis 2019 von 7.572,4 auf 8.063,9 Vollkräfte zu (siehe Tabelle rechts). Dies entspricht einem Zuwachs von 491,5 Vollkräften (+6,5 Prozent) in fünf Jahren. Entsprechend stieg auch der Personalaufwand im betrachteten Zeitraum von 486,4 Mio. Euro in 2015 auf rund 588,5 Mio. Euro in 2019. Dies entspricht einem Anstieg in Höhe von rund 102,2 Mio. Euro (+21 Prozent). Die Anstiege bei den Vollzeitkräften und beim Personalaufwand passen zu den steigenden Fallzahlen im LVR-Klinikverbund. Zudem zeigen sie, dass die mit den Kostenträgern vereinbarten PsychPV-Personalquoten erfüllt werden.

Bilanz, Umsatzerlöse und Personalaufwand des LVR-Klinikverbundes

Verkürzte Bilanz	2018		2019	
	TEUR	%	TEUR	%
Anlagevermögen	635.488	65,0	665.514	68,3
Umlaufvermögen	339.860	34,7	306.104	31,4
Rechnungsabgrenzungsposten	2.881	0,3	2.466	0,3
Summe Aktiva	978.229	100,0	974.084	100,0
Eigenkapital	124.656	12,7	127.672	13,1
Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung	354.370	36,3	362.217	37,3
Rückstellungen	200.273	20,5	209.082	21,5
Verbindlichkeiten	298.752	30,5	274.867	28,2
Rechnungsabgrenzungsposten	177	0,0	245	0,0
Summe Passiva	978.228	100,0	974.084	100,0

Umsatzerlöse	2018		2019	
	TEUR	%	TEUR	%
BPfIV	429.801,0	54,4	451.942,0	54,7
Maßregelvollzug	161.429,0	19,6	171.422,0	20,5
KHEntgG	29.159,0	4,1	31.497,0	3,7
Orthopädie	17.439,0	2,5	18.026,0	2,2
Soziale Rehabilitation	28.206,0	3,9	28.054,0	3,6
Ambulanz	45.480,0	5,8	47.935,0	5,8
Sonstiges	74.379,0	9,7	70.221,0	9,5
Summe	785.893,0	100,0	819.097,0	100,0

Personalaufwand (in TEUR)	2015	2016	2017	2018	2019
Personalaufwand	486.362	504.805	528.281	555.798	588.534
Vollkräfte	7.572,4	7.592,3	7.684,6	7.848,1	8.063,9
Personalaufwandsentwicklung (gegenüber Vorjahr)	5,3%	3,8%	4,7%	5,2%	5,9%

Abkürzungsverzeichnis

<p>A</p> <hr/> <p>AP_Allgemeine Psychiatrie</p>	<p>L</p> <hr/> <p>LiGa_Leben in Gastfamilien LVR_Landschaftsverband Rheinland LWL_Landschaftsverband Westfalen-Lippe</p>
<p>B</p> <hr/> <p>BMBF_Bundesministerium für Bildung und Forschung BPfIV_Bundespfllegesatzverordnung BTHG_Bundesteilhabegesetz BVerfG_Bundesverfassungsgericht BVerfGE_Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts</p>	<p>M</p> <hr/> <p>MRV_Maßregelvollzug</p>
<p>C</p> <hr/> <p>CMHT_Community Mental Health Teams</p>	<p>N</p> <hr/> <p>NJW_Neue juristische Wochenschrift (Zeitschrift)</p>
<p>D</p> <hr/> <p>DynaLive_Dynamische Lebensnahe Integrierte Versorgung DGPPN_Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde DKG_Deutsche Krankenhausgesellschaft</p>	<p>P</p> <hr/> <p>PEPP_Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik PM_Psychosomatische Medizin PP_Psychiatrie und Psychotherapie PsychKG_Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten PVG_Pflichtversorgungsgebiet</p>
<p>E</p> <hr/> <p>EMAS_Eco-Management and Audit Scheme</p>	<p>S</p> <hr/> <p>SGB_Sozialgesetzbuch SIM_Sprach- und Integrationsmittler*innen SU_Abhängigkeitserkrankungen SUL_Stationsunabhängige Krankenhausleistungen</p>
<p>F</p> <hr/> <p>FACT_Flexible Assertive Community Treatment</p>	<p>T</p> <hr/> <p>TK_Tagesklinik</p>
<p>G</p> <hr/> <p>GBA_Gemeinsamer Bundesausschuss GBV_Gemeindepsychiatrische Basisversorgung GER_Gerontopsychiatrie GPZ_Gerontopsychiatrische Zentren</p>	<p>U</p> <hr/> <p>UN-BRK_UN-Behindertenrechtskonvention</p>
<p>H</p> <hr/> <p>HPH_Heilpädagogische Hilfen</p>	<p>W</p> <hr/> <p>WHO_World Health Organization</p>
<p>I</p> <hr/> <p>IFUB_Institut für Forschung und Bildung IKV_Institut für klinische Verhaltenstherapie IVF_Institut für Versorgungsforschung</p>	<p>Z</p> <hr/> <p>ZBM_Zentrales Beschwerdemanagement ZNN_Zentrum für Neurologie und Neuropsychiatrie ZUF-8_Zufriedenheitsfragebogen für Patient*innen</p>
<p>K</p> <hr/> <p>KHG_Krankenhausfinanzierungsgesetz KIS_Krankenhausinformationssystem KJPPP_Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik KJPP_Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie KTQ_Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen</p>	

Impressum

Herausgeber

Landschaftsverband Rheinland
LVR-Dezernat Klinikverbund und
Verbund Heilpädagogischer Hilfen
Hermann-Pünder-Straße 1
50679 Köln

Projektleitung

Prof. Dr. Yvonne Kahl
Brigitte Lohmanns
Prof. Dr. Roman Mennicken

Layout und Grafik

sitzgruppe Meyer Rath Uphaus GbR
Achenbachstraße 19
40237 Düsseldorf
www.sitzgruppe.de

Druck

Druckerei des Landschaftsverbandes
Rheinland, Dr.-Simons-Str. 2, 50679 Köln

Redaktion

S. 8: Dr. Sylvia Hufnagel, Bettina Jahnke,
Monika Schröder
S. 14: Dr. Ralph Marggraf, Dr. Tarik Ugur
S. 20: Alexander Cremer, Jochen Möller
S. 24: Dagmar Schmidt, Andrea Trost,
Eva Pütz
S. 28: Dr. Johannes Hebebrand, Birgit Meiler,
Privat-Dozent Dr. Volker Reissner,
Prof. Dr. Norbert Scherbaum
S. 32: Dr. Franz-Peter Begher,
Marie-Louise Niggel, Holger Höhmann
S. 36: Dagmar Schmidt
S. 38: Alexandra Peek, Dr. Elke Prestin
(Dachverband Gemeindepsychiatrie)
S. 42: Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-
Mayfrank, Hannah Gröber, Dr. Sophie E. Groß,
Josephine Heinz, Prof. Dr. Jürgen Zielasek
S. 48: Dr. Ljiljana Joksimovic,
Monika Schröder
S. 50: Prof. Dr. Markus Banger, Dirk Könsgen,
Khadidja Rashid, Prof. Dr. Judith Sinzig
S. 53: Dr. Michael Schormann

Mitarbeiter*innen dieser Ausgabe

Immanuel Baar
Claudia Blum
Niklas Britz
Heidi Credé
Tillmann Daub
Maria Ebbers
Laura Gahr
Miriam Gundlach
Thomas Hax-Schoppenhorst
Dirk Kamps
Stephanie Kelle
Sabine Knau
Jennifer Krämer
Peter Kreacsik
Andreas Kuchenbecker
Klaus Lüder
Eero Mollik
Dr. Mechthild Pott
Dagmar Schmidt
Martina Schramm
Susanne Stephan-Gellrich
Stefan Thewes

Fotos

Titelseite: © plainpicture/Romy Rolltschke
S. 6/7: © plainpicture/André Wagner
S. 9: © picture alliance/Amelie-Benoist
S. 10: © 1, 2, 3: Privat, 4: LVR/Matthias Jung,
5, 6: LVR/Alexandra Kaschirina
S. 11: © LVR/Heike Fischer
S. 12: © LVR/Matthias Jung, Heike Fischer
S. 13: © LVR/Matthias Jung
S. 14: © picture alliance/Westend61/
Lisa und Wilfried Bahn Müller
S. 18: © iStock.com/vasiliki
S. 21: © iStock.com/naphat09
S. 25: © LVR/Eva Pütz
S. 27: © picture alliance/dpa/
Roland Wehrauch
S. 31: © LVR-Klinik Langenfeld
S. 32: © LVR/Beate Lemke
S. 33: © Ralph Matzerath
S. 34: © Westend61/zerocreatives
S. 37: © LightField Studios/Shutterstock

S. 42: © Rido/Shutterstock
S. 46: © LVR/Matthias Jung
S. 47: © LVR/Matthias Jung
S. 49: © Photographee.eu/Shutterstock
S. 51: © LVR/Sonja Reich
S. 52/53: © plainpicture/Giorgio Fochesato
S. 54: © LVR-Klinik Mönchengladbach,
© PantherMedia/woenny, Dirk Kamps
S. 55: © LVR/Jennifer Krämer
S. 56: © Leonhard Schilbach (privat)
S. 57: © Wolfgang Paterok, Olaf Staschik,
Matthias Jung, David Lemanski
S. 60: © LVR/Dezernat 8
S. 68: © LVR/Matthias Jung
S. 77: © AdobeStock/tatoman
S. 79: © Mike-Dennis Müller
S. 82: © Nicole Koj, TAS Emotional
Marketing GmbH
S. 85: © LVR/Andreas Kuchenbecker
S. 90: © LVR/Hans-Theo Gerhards
S. 91: © LVR-Klinik Bonn
S. 92: © LVR/Thomas Hax-Schoppenhorst
S. 93: © LVR/Rainer Hotz
S. 94: © LVR/Bettina Steinacker
S. 95: © LVR/Dagmar Schmidt
S. 96: © LVR-Archiv
S. 97: © LVR/Matthias Jung
S. 98: © LVR/Beatrix Wolters
S. 99: © LVR/Beatrix Wolters
S. 100/101: © plainpicture/DEEPOL
by plainpicture
S. 108: © LVR/Matthias Jung

Fragen und Anregungen, Literaturhinweise

Brigitte Lohmanns
brigitte.lohmanns@lvr.de
Telefon: 0221 809-6754

1. Auflage
Köln, Oktober 2020

Der LVR-Psychiatrie-Report steht auch als
PDF-Dokument zum Download bereit:
www.klinikverbund.lvr.de/psychiatriereport

LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen

– Horion-Haus –

Hermann-Pünder-Straße 1, 50679 Köln

www.kliniken-hph.lvr.de



Qualität für Menschen