



Geflüchtete als Patient*innen in den LVR-Kliniken

Eine Information des LVR-Kompetenzzentrums Migration für
Mitarbeitende der LVR-Kliniken

2022

IMPRESSUM

Herausgeberinnen:

Dr. Ljiljana Joksimovic
Monika Schröder

Redaktion:

Uwe Blücher
LVR-Fachbereich Planung,
Qualitäts- und Innovationsmanagement
Psychiatrische Versorgung

Mitarbeit:

LVR-Kompetenzzentrum Migration:
Abiram Kasilingam, Sabrina Ranglack, Zerga Tulan

Landschaftsverband Rheinland (LVR)
LVR-Dezernat 8/84.20 Klinikverbund und
Verbund Heilpädagogischer Hilfen
Auflage 2 (500 Exemplare)
Köln, März 2022

Druck und Layout

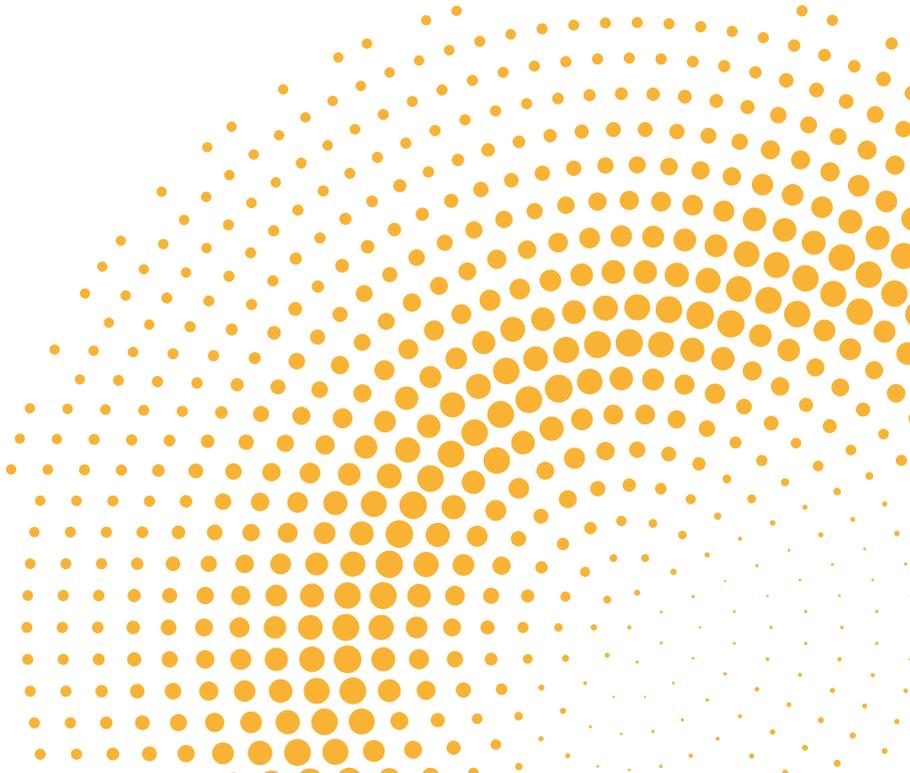
Melina Mertens, LVR-Druckerei, Inklusionsabteilung
Tel 0221 809-2442

externe Weitergabe mit Copyright-Vermerk möglich:
© LVR-Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen



Human Rights

**Informationsschrift des LVR-Kompetenzzentrums Migration für
Mitarbeitende der LVR-Kliniken**



Inhaltsverzeichnis

1.		6.	
Zum LVR-Kompetenzzentrum Migration.....	4	Ansprechpersonen und Einrichtungen in den LVR-Kliniken	20
2.		6.1. Integrationsbeauftragte	20
Zielsetzung der Broschüre.....	5	6.2. Spezialisierte ambulante Angebote für Migrant*innen und Geflüchtete	21
3.		6.3. Traumaambulanzen	21
Probleme in der psychiatrischen/psychosomatischen und		7.	
psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten.....	7	Nützlichtes zum Abschluss	22
3.1. Sprachliche und kulturelle Barrieren	7	7.1. Hilfreiche Links	22
3.2. Traumabedingte Barrieren	8	7.2. Qualifizierte SIM-Dienstleister bzw. Telefondolmetschen	
3.3. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen	10	gem. LVR-Rahmenvereinbarung Okt. 2021–Okt. 2023	23
4.		7.3. LVR-„SIM-Karte“ 7. Auflage	24
Mögliche Lösungsansätze im Behandlungskontext der LVR-Kliniken	12	7.4. „Kleiner Leitfaden zur gelingenden Kommunikation mit geflüchteten	
4.1. Lösungen für sprachliche Barrieren	12	Patient*innen“	26
4.1.1. Einsatz von SIM	12	7.5. Kontakt zum LVR-Kompetenzzentrum Migration	27
4.1.2. Einsatz von muttersprachlichem Personal	14		
4.1.3. Nutzen von Drittsprachen	15		
4.1.4. Einsatz von Sprachhilfen	15		
4.2. Lösungsansätze bei soziokulturellen Barrieren	16		
4.3. Berücksichtigung von Traumafolgen	16		
4.4. Berücksichtigung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen	18		
4.4. Stellenwert der soziokulturellen Anamnese	19		
5.			
Hilfreiche Haltungen und Interventionen im Umgang mit			
geflüchteten Patient*innen	19		

1.

Zum LVR-Kompetenzzentrum Migration

Das Kompetenzzentrum Migration des Landschaftsverbands Rheinland (LVR) unterstützt seit dem Jahr 2008 aktiv die Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Menschen mit Zuwanderungs- und Fluchtgeschichte innerhalb des LVR-Klinikverbundes durch die Weiterentwicklung kultursensibler und diversitätsbewusster Behandlungsangebote.

Die Notwendigkeit der Etablierung einer psychiatrisch/psychosomatisch/psychotherapeutischen Versorgung, die die Bedürfnisse von Migrant*innen und geflüchteten Menschen berücksichtigt, wurde im LVR jedoch bereits Ende der 1990er Jahre als ein zentrales Thema erkannt.

Zur besseren Umsetzung des Zielkatalogs in der klinischen Versorgung wurden – deutschlandweit bis heute einzigartig und beispielhaft – in allen LVR-Kliniken Integrationsbeauftragte ernannt, die unter anderem folgende Aufgaben übernehmen:

- Entwicklung von Konzepten zur inter-/ bzw. transkulturellen Öffnung der LVR-Kliniken
- Koordination von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von Patient*innen mit Migrations-, Zu-

wanderungs- und Fluchtbiografie im Rahmen des Qualitätsmanagements

- Ermittlung des Bedarfs an fremdsprachigen Materialien sowie des klinikinternen Bedarfs an Fort- und Weiterbildung etc.
- Vertretung der LVR-Kliniken in Belangen der inter-/ bzw. transkulturellen Öffnung

Ergänzend werden jährlich vom LVR-Klinikverbund finanzielle Mittel für die Konzeptualisierung und Umsetzung von kultursensiblen Maßnahmen im Bereich der LVR-Kliniken zur Verfügung gestellt. Auf diese Weise wird ein Anreiz dafür geschaffen, entsprechende Behandlungs- und Hilfsangebote in der stationären, teilstationären und ambulanten psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung zu gewährleisten und Mitarbeitende aller Berufsgruppen inter- bzw. transkulturell zu qualifizieren.

Durch spezielle Angebote wie muttersprachliche Sprechstunden und transkulturelle bzw. Migrant*innen-Ambulanzen wird Patient*innen mit Zuwanderungs- bzw. Fluchtgeschichte der Zugang in die Regelversorgung erleichtert.

Die vorliegende Broschüre ist im Rahmen der Arbeit des LVR-Kompetenzzentrums Migration (bis 2017: LVR-Klinikverbund-

projekt Migration) entstanden. Das Kompetenzzentrum trägt durch unterschiedliche Maßnahmen wie Publikationen und Fortbildungen bzw. Fachtagungen zur Bewusstseinsbildung und zum Wissenstransfer in Bezug auf Besonderheiten der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten und Migrant*innen in den LVR-Kliniken bei^{1,2,3,4}.

¹ Erim, Y., Toker, M., Aygün, S., Özdemir, Z., Renz, M. & Gün, A.: Essener Leitlinien zur interkulturellen Psychotherapie. Interkulturalität in psychotherapeutischer Praxis, Aus- und Fortbildung, Forschung und in der Öffnung von Institutionen. PiD – Psychotherapie im Dialog 2010; 11(4): 299–305. Georg Thieme Verlag, Stuttgart

² Joksimovic, L. & Schröder, M. (2017): Düsseldorfer Modell der psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung von traumatisierten Migrant*innen und Flüchtlingen. In: Graef-Callies, I. & Schouler-Ocak, M. (Hrsg.) Migration und Transkulturalität. Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie. Schattauer Verlag, Stuttgart

³ Schaffrath, J., Schmitz-Buhl, M., Gün, A.K., Gouzoulis-Mayfrank, E.: Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten am Beispiel eines großen psychiatrischen Versorgungskrankenhauses im Rheinland. PPMp, DOI: 10.1055/s-00000060, Oktober 2016, eFirst

⁴ Wenzel-Jankowski, M., Blücher, U., Kitzig, F., et al. (2015). Sensibilisieren und befähigen. Förderprogramm „Migration“. f&w 32, 804–807

2.

Zielsetzung der Broschüre

Die Broschüre soll Mitarbeitende aller Berufsgruppen in den LVR-Kliniken über Besonderheiten informieren, die zu beachten sind, wenn Patient*innen mit Fluchtbiografie⁵ psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Hilfe aufsuchen. Es werden verschiedene Lösungsansätze im Behandlungskontext der LVR-Kliniken dargestellt. Außerdem werden Handlungshilfen beschrieben, die sich auf die Meinung von Expert*innen wie auch wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse stützen.

Abschließend werden interkulturelle/transkulturelle Anlaufstellen, Einrichtungen und Ansprechpersonen in den LVR-Kliniken benannt, die den Mitarbeitenden bei der ersten Orientierung und der weiteren Bereitstellung von Informationen und Materialien behilflich sein können.

In Bezug auf die spezialisierten Angebo-

⁵ Im Versorgungskontext der LVR-Kliniken wird das Vorliegen einer Fluchtgeschichte bei Patient*innen als behandlungsrelevantes soziales Merkmal definiert, das nicht an einen bestimmten aufenthaltsrechtlichen Status gebunden ist, sondern als Sammelbegriff für alle Personen verwandt wird, die als Schutzsuchende nach Deutschland gekommen sind. Die seit Mitte 2016 systematisch stattfindende Erfassung dieses Merkmals in den LVR-Kliniken dient der Quantifizierung der Inanspruchnahme durch diese Patientengruppe sowie der Erhebung besonderer Bedarfe als Grundlage für eine mögliche zukünftige Angebotsentwicklung und Personalplanung.

te der LVR-Kliniken stehen die Begriffe der Interkulturalität und Transkulturalität hierbei nebeneinander: je nach den klinischen Behandlungskontexten und -konzepten können sowohl interkulturelle als auch transkulturelle Ansätze in ihrer Anwendung passend sein⁶.

Flucht-, Kriegs- und Gewalterfahrungen gehen mit vielen Veränderungen, Belastungen und Anpassungsprozessen einher sowie mit entsprechenden seelischen, körperlichen und psychosomatischen Folgen. Untersuchungen zeigen, dass 20–40% der Geflüchteten allein unter Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) leiden. Näheres findet sich hierzu z. B. auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer NRW⁷.

⁶ Der Begriff der Interkulturalität beruht auf angenommenen Differenzbeziehungen zwischen dem kulturell Eigenen und dem kulturell Anderen. Kulturelle Verschiedenartigkeit wird als Ursache für möglicherweise auftretende Kommunikationsstörungen angesehen; Lösungsansätze liegen in der Vermittlung von Wissen über die kulturelle Unterschiedlichkeit. Der Begriff der Transkulturalität verweist auf eine eher untergeordnete Bedeutung von Wissen über „andere Kulturen“ und stattdessen auf deren zunehmende hybride Verfasstheit. Er basiert auf einem dynamischen und deterritorialiserten Kulturbegriff, kulturelle Differenzen werden als temporäre, durchlässige und heterogene Phänomene betrachtet (vgl. hierzu z. B. Welsch, W. 1995. Transkulturalität. Zur veränderten Verfasstheit heutiger Kulturen. In: Zeitschrift für Kulturaustausch 1, S. 39–44).

⁷ <https://www.ptk-nrw.de/themenschwerpunkte/gefluechtete>

Innerhalb der medizinischen Flüchtlingshilfe steht Deutschlandweit allerdings die Versorgung somatischer Erkrankungen und Verletzungen von geflüchteten Menschen sehr stark im Vordergrund. Auch wenn das den oft realen Erfordernissen Rechnung trägt, besteht für die Betroffenen und für das medizinische Hilfesystem im Allgemeinen hier die Gefahr, die schweren psychischen und psychosomatischen Folgen von Krieg, Flucht und Traumata zu übersehen und unbehandelt zu lassen.

Daher tragen die LVR-Kliniken, die sich mit ihren Angeboten an psychisch kranke Erwachsene, Jugendliche und Kinder richten, mit ihren vielfältigen inter- und transkulturellen Behandlungsmöglichkeiten jetzt schon wesentlich dazu bei, das seelische Leid von Geflüchteten aus Kriegsregionen und Krisengebieten zu erkennen und rechtzeitig eine notwendige Behandlung zu ermöglichen. Dies ist insofern wichtig, da sich unbehandelte psychische Störungen bei Geflüchteten häufig chronifizieren und so unter anderem die Integration dieser Menschen in die neue Gesellschaft stark beeinträchtigen.

Die Zahl von geflüchteten Patient*innen in den LVR-Kliniken ist seit 2015 deutlich angestiegen und bleibt auch bei zurzeit rückläufigen Asylzahlen auf einem relativ hohen Niveau. Die Kliniken stehen damit

einerseits vor den Aufgaben der akuten psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten, die im Einzugsgebiet der jeweiligen Klinik leben, und der Vermeidung von akuten psychischen Belastungen bzw. Gefährdungen. Andererseits kommt ihnen bei geflüchteten Patient*innen, die - unter anderem aufgrund ihres Herkunftslandes - über eine gute Bleibeperspektive verfügen, die Aufgabe der langfristigen Integration dieser Menschen innerhalb der vielfältigen therapeutischen Angebote der LVR-Kliniken zu: hier sind ambulante und stationäre ärztlich/therapeutische Versorgung, Künstlerische Therapien und sozialtherapeutische Angebote, pflegerische Versorgung, etc. zu nennen.

Dies stellt sowohl eine professionelle Herausforderung wie auch (berufs-)ethische Pflicht dar. Der Einsatz vorhandener fachlicher Ressourcen, Lösungen interkultureller Fragen und des höheren Bedarfs an traumaspezifischer Behandlung sowie gesetzliche Regelungen, Zuständigkeiten und Kostenübernahmen sind dabei nur einige der zentralen Fragestellungen und Hindernisse, mit denen es sich auseinanderzusetzen gilt. Darüber hinaus können große individuelle Not, schwere Schicksale und Leid der schutzsuchenden Geflüchteten auch bei professionellen Unterstützer*innen zu Überlastung führen.

3.

Probleme in der psychiatrischen/ psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten

3.1.

Sprachliche und kulturelle Barrieren

Eine eingeschränkte sprachliche Verständigungsmöglichkeit stellt eines der Haupthindernisse für den Zugang zu einer Behandlung dar und führt zu einer Reihe von Erschwernissen für das ärztliche, psychotherapeutische und pflegerische Handeln im engeren Sinne, z. B. für die Durchführung von Anamnesen, Aufklärungsgesprächen, Testdiagnostik und Vermittlung von ärztlich-therapeutischen Empfehlungen und Maßnahmen. In den meisten Fällen bedarf es einer Sprach- und Integrationsmittlung, also die Hinzuziehung einer dritten (professionell geschulter) Person. Dies stellt sowohl für Behandler*innen als auch für Patient*innen eine häufig neue und ungewohnte Situation dar. Die Möglichkeiten des Einsatzes von Sprach- und Integrationsmittler*innen (SIM) sind oft vielfältiger als zunächst angenommen, unterliegen allerdings auch durchaus einigen Einschränkungen. So können Patient*innen mit Fluchtgeschichte aufgrund von Sprachbarrieren oftmals nicht an allen (stationären) therapeutischen

Angeboten teilnehmen: z. B. Bezugspfle-gegespräche, gruppenpsychotherapeuti-sche oder auch künstlerische Therapie-angebote können für diese Patient*innen schwerer zugänglich sein. Damit erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich nur geringere Behandlungserfolge zeigen – was zu einer Belastung der Beziehung zwischen Fachpersonal und Patient*innen führen kann. Wird dieser Zusammenhang nicht wahrgenommen und ausreichend berücksichtigt, kann es zu Fehlinterpretationen (z. B. im Sinne einer fehlenden Be-handlungsmotivation) kommen.

Ein weiteres Problem in der medizini-schen Versorgung von Geflüchteten sind soziokulturell bedingte Unterschiede in Bezug auf das Krankheitsverständnis, auf die Beziehungsgestaltung zum Fachper-sonal, auf Kommunikationsweisen sowie auf Erwartungen an Heilung. Manchmal bestehen auch Hoffnungen bzw. (unaus-gesprochene) Wünsche/Erwartungen da-hingehend, dass Behandler*innen einen direkten Einfluss auf die Veränderung von belastenden Lebensbedingungen oder asyl- und aufenthaltsrechtliche Entschei-dungen nehmen.

Mögliche Lösungsansätze hierfür sind in **Kapitel 4.1 und 4.2** dargestellt.

3.2.

Traumabedingte Barrieren

Selbst ein zuvor psychisch und körperlich stabiler und gesunder Mensch kann in-folge gravierender kriegs- und fluchtbe-dingter Gewalterfahrungen, Verluste und Lebensumstände im Erwachsenenalter umfassend seelisch erkranken.

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist lediglich eine unter zahlreichen Störungen, die traumatisierte Geflüch-tete dazu veranlassen, mit dem Wunsch nach Unterstützung oder Behandlung die LVR-Kliniken aufzusuchen. Zu weiteren, häufig auftretenden (traumabedingten) Störungen und Symptomen zählen Angst-störungen, Depressionen, somatoforme Erkrankungen, dissoziative Störungen, Suizidalität, Selbstverletzungen, Persön-lichkeitsstörungen und wahnhaftige Symp-tome. Auch signifikante Verschlechterun-gen von bereits vorhandenen körperlichen Erkrankungen (z. B. Diabetes, Bluthoch-druck, Schmerzerkrankungen) und ge-sundheitsschädigende Veränderungen des Lebensstils (Rauchen, Alkohol- und Medikamentenkonsum, etc.) können Fol-gen von traumatisierenden Erlebnissen wie Krieg, Menschenrechtsverletzungen oder Folter sein. Das komorbide Auftre-ten von mehreren Krankheiten ist hierbei die Regel.

Erlebte Traumata, Todesangst und Gewalt machen es aber, ganz unabhängig von Sprach- und Kulturbarrieren, oft unmög-lich, über das Erlebte zu sprechen.

Bruchstückhaftes Berichten und hoher innerer Stress sind typisch für trauma-tisierte Patient*innen, oftmals ist die Verbindung zwischen den Symptomen und deren Ursachen für Betroffene nur schwer (selbst) herzustellen.

Dieses bruchstückhafte Berichten und die in der Regel damit verbundenen Erinne-rungslücken (die traumabedingte Abrufs-törung) erschwert häufig insbesondere traumatisierten und schwer psychisch kranken Asylbewerber*innen, ihre Erleb-nisse bei der Erstanhörung im Rahmen des Asylverfahrens (beim sogenannten „Interview“) durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) konsis-tent und chronologisch darzulegen.

Auf Behördenseite wird dies des Öfteren fälschlicherweise als Zeichen mangelnder Glaubhaftigkeit gewertet und nur selten als krankheitsbedingte Einschrän-kung. In vielen Fällen haben diese Fehl-einschätzungen dann gravierende nega-tive Folgen bezüglich der Möglichkeit, in Deutschland ein dauerhaftes Bleiberecht zu erlangen.

Um die Patient*innengruppe der Geflüch-teten längerfristig innerhalb der medizi-nischen und psychiatrischen Regelver-sorgung zu integrieren, reicht es nicht aus, bei den herkömmlichen Strategien wie dem Abbau von Verständigungs- und Kulturbarrieren zu bleiben. Expert*innen sind sich einig, dass Kommunikations-weisen und Inanspruchnahmeverhalten von geflüchteten Patient*innen häufig mit facettenreicher traumabedingter Psycho-pathologie und aktuellen postmigratori-schen Belastungen zusammenhängen⁸.

Erkenntnisse der Traumaforschung müssten daher deutlich mehr als bisher in Versorgungs- und Behandlungskon-zepten für Geflüchtete innerhalb der Re-gelversorgung berücksichtigt werden.

Die in den LVR-Kliniken noch bestehen-den Zugangsbarrieren für Geflüchtete und der weitere Entwicklungsbedarf der bisherigen Angebote treten immer wieder hervor. Dies kann und wird auch als Chan-ce für die kultur-, traumasensible und di-versitätsbewusste (Weiter-) Entwicklung und Gestaltung der verschiedenen Be-handlungsangebote gesehen (**Kapitel 4.3, 4.4, 4.5, 5**).

⁸ Vgl. hierzu z. B. zusammenfassend: Birck, A [2002]. Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen. *Psychotraumatologie* 2002; 3(4): 42

Die LVR-Kliniken verzeichnen zwar in 2015 sowie erneut in 2016 einen Zuwachs an geflüchteten Patient*innen, allerdings ist die Nachfrage hinter bestehenden Annahmen bisher zurück geblieben.

An dieser Stelle ist zu beachten, dass die Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung über eine dringend indizierte Akutversorgung hinaus, gerade bei Opfern von schweren Menschenrechtsverletzungen, Gewalt oder Folter, häufig erst mit einer deutlichen Verzögerung stattfindet. Gründe hierfür sind vor allem in der Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung als eine der häufigsten Traumafolgeerkrankungen zu suchen, insbesondere in den interaktionellen Beeinträchtigungen mit z. B. ausgeprägtem Vermeidungsverhalten und sozialem Rückzug. Außerdem sind Geflüchtete aufgrund spezifischer Stressbelastungen einem deutlich größeren Risiko ausgesetzt, innerhalb der Regelversorgung keine adäquate Hilfe zu erhalten. Oft sind sie aufgrund von gesundheitlichen Risiken und aufgrund des Inanspruchnahmeverhaltens stark gefährdet, chronisch und komplex psychisch und psychosomatisch erkrankt.

Bekannter Weise findet diese Gruppe von Patient*innen ihren Weg in unsere klinische Versorgung aber viel effektiver,

wenn Angebote bereitgestellt werden und Behandlungskonzepte vorliegen, die nicht nur kultur- und diversitätssensibel, sondern auch Diskriminierungs- und Rassismus-sensibel ausgerichtet sind. Diese Anforderungen können jedoch nur durch ein transkulturell kompetentes Behandlungsteam realisiert werden.

Es erfolgen regelmäßig Anfragen nach entsprechenden traumaspezifischen transkulturellen Behandlungen von Zuweisenden und Betreuenden, von Migrantenorganisationen, Beratungsstellen, Psychosozialen Zentren etc., die im Rahmen der Regelangebote aber nur vereinzelt möglich gemacht werden können.

3.3.

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

In Deutschland lebende Menschen mit Fluchtgeschichte bzw. Asylbewerber*innen unterliegen zahlreichen Restriktionen, die sich je nach aufenthaltsrechtlichem Status, bisheriger Aufenthaltsdauer oder auch Herkunftsland unterscheiden können.

So haben sie beispielsweise mindestens die ersten 15 Monate nach Einreise nur ein Recht auf sehr eingeschränkte medizinische Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG). Untersuchungen und Behandlungen müssen

zum Teil erst von Seiten des Sozialamtes genehmigt werden, was in Einzelfällen mehrere Monate dauern kann. Auch sind die medizinischen Leistungen in der Regel auf akute Krankheitszustände und Schmerzen beschränkt. Die Aufnahme einer Beschäftigung ist oft ebenfalls nur mit Genehmigung der Ausländerbehörde möglich. Einschränkungen wie die Festlegung des Wohnsitzes durch die Ausländerbehörde (Wohnsitzauflage), die Einschränkung der dauerhaften freien Beweglichkeit im In- oder Ausland (Residenzpflicht), die Verpflichtung auf die Teilnahme an einem Integrationskurs oder aber – von Betroffenen häufig als weitaus schlimmer empfunden – das nicht vorhandene Anrecht auf eine solche integrative Maßnahme, die knapp kalkulierten finanziellen Leistungen, die in vielen Fällen deutlich unter dem Sozialhilfeniveau liegen und nicht zuletzt die (verpflichtende) Unterbringung in Asylbewerberheimen oder Sammelunterkünften sind an dieser Stelle zu nennen.

Psychisch kranke, insbesondere traumatisierte Geflüchtete leiden unter den genannten Einschränkungen oftmals in ganz besonderem Maße. Auch wird die Behandlung dadurch häufig sowohl thematisch („Angst vor Abschiebung“), strukturell als auch symptomatisch beeinflusst.

In engen Gemeinschaftsunterkünften ohne ausreichende Privatsphäre, ohne Rückzugsmöglichkeiten oder ohne geschlechtergetrennte Sanitäranlagen wird sich die Symptomatik zum Beispiel einer jungen geflüchteten Frau, die sexuelle Gewalt erlebt hat, mit großer Sicherheit massiv verschärfen.

Der Zugang zu einer angemessenen ärztlich/psychotherapeutischen Versorgung ist aufgrund der oben genannten Rahmenbedingungen erschwert. Darüber hinaus gilt es nach wie vor, dass Asylbewerber*innen selbst verpflichtet sind, durch das Vorlegen umfangreicher fachärztlicher Atteste ihre psychische Erkrankung (oftmals innerhalb einer sehr kurzen Frist) gegenüber Behörden zu dokumentieren.

Den hierdurch erzeugten behördlichen Druck, der zum Teil existenzielles Bedrohungserleben und Angst vor Abschiebung auslöst, geben diese Patient*innen in der Regel bewusst oder unbewusst an Behandler*innen weiter. Dies stellt sehr oft eine hohe Belastung für die Arzt-Patient-Beziehung dar und kann zu Missverständnissen oder Konflikten führen, die sogar in einem Abbruch der Behandlung enden können.

Und nicht zuletzt erzeugt die sich aktuell verändernde gesellschaftliche und

politische Stimmung mit Zunahme von Übergriffen gegenüber Geflüchteten und Angriffe auf Unterkünfte bei vielen – und nicht nur psychisch Kranken und Traumatisierten – geflüchteten Menschen hier in Deutschland Angst und Irritation.

4.

Mögliche Lösungsansätze im Behandlungskontext der LVR-Kliniken

4.1. Lösungen für sprachliche Barrieren

Sofern eine Sprachbarriere vorliegt, kommen je nach Bedarf und Indikation verschiedene Instrumente und Lösungsmöglichkeiten zum Einsatz:

- qualifizierte Sprach- und Integrationsmittler*innen (SIM)
- muttersprachiges Fachpersonal
- nutzen von Drittsprachen
- Sprachhilfen bzw. sprachreduzierte Aufklärungs- und Behandlungsverfahren

4.1.1.

Einsatz von SIM

Professionelle SIM sind „Brückenbauer“ im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen. Ihre Aufgabe ist es, die sprachliche und soziokulturelle Verständigung zwischen Fachkräften und Patient* mit Zuwanderungs- und Fluchtbiografie zu verbessern, und geht so über eine reine

Übersetzungstätigkeit hinaus. Die Qualifikation zum SIM dauert in der Regel mindestens ein Jahr und findet nach bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards statt.

Aufgrund der eigenen Migrationserfahrung sind SIM sowohl vertraut mit der Kultur des Herkunftslandes, als auch mit länderspezifischen Unterschieden in der medizinischen und sozialen Versorgung. Daher können sie bei Bedarf auch in soziokulturell sensiblen Fragen vermitteln und Behandler*innen mit ihrem Wissen zur Verfügung stehen (wie z. B. in Bezug auf den Umgang mit psychischen Erkrankungen, auf Geschlechterrollen, auf religiöse Fragestellungen, Familienstrukturen etc.).

Dies kann helfen, soziokulturell bedingte Missverständnisse zu vermeiden/aufzuklären, eine angemessene Versorgung zu gewährleisten und somit einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Behandlungsqualität zu leisten.

Studien zeigen auch, dass eine psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten mit SIM nicht als Therapie „zweiter Wahl“ anzusehen ist⁹.

⁹ Brune, M., Eiroá-Orosa et al.: Intermediated communication by interpreters in psychotherapy with traumatized refugees. *International Journal of Culture and Mental Health*, Volume 4, Issue 2, 2011, p. 144–151

Allerdings sollten Fachkräfte, die SIM für die Behandlung ihrer Patient*innen hinzuziehen, für dieses spezielle Setting geschult werden. Ebenso wie bei anderen ärztlichen, pflegerischen oder therapeutischen Fertigkeiten erhöhen sich Sicherheit und Selbstbewusstsein durch die Vermittlung von spezifischem Handlungswissen sowie durch Training/Übung, was auch durch Studien belegt wird¹⁰.

Durch das LVR-Kompetenzzentrum Migration wurden bereits in allen LVR-Kliniken umfassende Informationsveranstaltungen oder auch vertiefende Schulungen hierzu durchgeführt. Darüber hinaus fasst die sogenannte LVR-„SIM-Karte“¹¹ in einem handlichen Format die wichtigsten Regeln für den Einsatz von SIM kurz und prägnant zusammen.

Von Seiten des LVR-Klinikverbunds ist es ausdrücklich erwünscht, bei Bedarf SIM einzusetzen, um die Qualität von Diagnostik und Behandlung zu sichern.

Seit Juni 2015 besteht eine LVR-Rahmenvereinbarung mit mehreren Anbietern von

SIM¹². Auf diese Fachkräfte sollen die Mitarbeitenden der LVR-Kliniken zurückgreifen, zum Dolmetschen in Präsenz vor Ort oder auch telefonisch.

Die Anforderung eines SIM bei entsprechendem Bedarf in Diagnostik oder Behandlung ist in der Regel unproblematisch möglich, allerdings unterscheiden sich die Abläufe des Bestellvorgangs von Klinik zu Klinik ein wenig. Daher ist es sinnvoll, sich beim ersten Mal zu erkundigen, wie sich der Prozess in der jeweiligen LVR-Klinik gestaltet und was in Bezug auf formale Aspekte des Bestellvorgangs (Gibt es ein Formular für die Bestellung? Welcher Vorgesetzte muss der Hinzuziehung ggf. zustimmen?) und der Abrechnung der Einsatzkosten zu beachten ist. Eine LVR-Broschüre zum Einsatz von Sprach- und Integrationsmittler*innen mit Kontaktdaten steht im LVR-Klinikverbund zur Verfügung¹³.

Im Zweifel können hier die Integrationsbeauftragten die richtigen Ansprechpersonen für die Bereitstellung entsprechender Informationen sein.

¹⁰ Vgl. hierzu: Thompson, D. A., Hernandez, R. G., Cowden, J. D., Sisson, St. D., Moon, M. (2013). Caring for Patients With Limited English Proficiency: Are Residents Prepared to Use Medical Interpreters? *Academic Medicine*. 2013 Oct;88(10):1485–1492

¹¹ „SIM-Karte“ siehe **Kapitel 7.3**

¹² Adressverzeichnis der Anbieter von SIM siehe **Kapitel 7.2**

¹³ https://klinikverbund.lvr.de/de/nav_main/beruns/lvr_kompetenzzentrum_migration/arbeitshilfen/arbeitshilfen.html

4.1.2.

Einsatz von muttersprachlichem Personal

Der Einsatz von muttersprachlichem Personal stellt grundsätzlich ebenfalls eine gute Lösung dar, um die Verständigung zwischen Patient*innen und dem Klinikpersonal zu gewährleisten.

Hierbei ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen der muttersprachlichen Behandlung von Patient*innen durch Mitarbeitende mit eigener Zuwanderungsgeschichte, die im Ärztlichen, Psychologischen oder Therapeutischen bzw. Pflege- und Sozialdienst tätig sind und ihre sprachlichen (und kulturellen) Kompetenzen entsprechend ihrer Qualifizierung in ihrem originären Arbeitsbereich einbringen, und der Hinzuziehung von sprachkundigen Kolleg*innen aus anderen Abteilungen, Arbeitsbereichen oder sogar „fachfremden“, d.h. nicht im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich tätigen Mitarbeitenden, wie z. B. Reinigungsfachkräfte.

Muttersprachlich tätige Ärzt*innen, Psycholog*innen, des Sozialdienstes oder des Pflegepersonals werden insbesondere bei der Behandlung von Geflüchteten teils mit hohen impliziten, aber auch offen ausgesprochenen Erwartungen konfrontiert: als „Landsleute“ können

die Kolleg*innen oft einen besonders hohen Druck und eine große Verantwortung für diese Patient*innen, die sich häufig in prekären oder sogar existenziell unsicheren Lebenssituationen befinden, verspüren. Die hohen Erwartungen von Patient*innenseite können bei muttersprachlichen Therapeut*innen aber auch zu starken Abgrenzungstendenzen führen. Um an dieser Stelle professionell handlungsfähig bleiben zu können, sind unter anderem Gespräche mit den Vorgesetzten sowie regelmäßige Supervisionsangebote zu empfehlen.

In den LVR-Kliniken gibt es in der Regel interne Dolmetscherlisten von Mitarbeitenden unterschiedlichster Berufsgruppen, deren Sprachkompetenz gezielt angefordert werden kann. Jedoch ist es wichtig, jederzeit die berufliche Rolle und die damit verbundenen Qualifikationen im Blick zu haben, um Überforderungen zu vermeiden. Eine gute fachliche Einbindung der zusätzlichen Aufgabe des Übersetzens sollte gewährleistet sein, ebenso sollten Arbeitszeiten, dienstliche Pflichten und auch die Gestaltungswünsche der Kolleg*innen selbst möglichst respektiert werden. Desweiteren ist zu beachten, dass eine übermäßige Betonung von Herkunft und Sprachkenntnissen stigmatisierend wirken kann.

4.1.3.

Nutzen von Drittsprachen

Der Einsatz von Drittsprachen ist eine weitere Möglichkeit einer besseren sprachlichen Verständigung zwischen Geflüchteten und Fachpersonal.

Dazu müssen die Sprachkenntnisse auf beiden Seiten nicht perfekt sein – ein erstes Erfragen von Grundlagen der Anamnese, eine orientierende Klärung der Problemlage sowie der Aufbau eines therapeutischen Arbeitsbündnisses sind in der Regel trotzdem möglich.

Durch eine bewusst einfache Sprachgestaltung und der Möglichkeit des wiederholten Nachfragens für beide Seiten kann es gelingen, die Scham für die als unzureichend empfundenen Sprachkenntnisse zu überwinden, die strukturell bedingte Machtasymmetrie zu nivellieren (Empowerment) und einen stützenden und fruchtbaren therapeutischen Prozess anzustoßen.

Erwähnenswert an dieser Stelle ist ebenfalls, dass auch Patient*innen mit noch geringen Deutschkenntnissen durchaus in der Lage sind, sich zu verständigen, wenn sie dazu ermutigt werden. Voraussetzungen auf Seiten der Fachkräfte sind zum einen, Ruhe und Interesse auszustrahlen

und die eigene sprachliche Ausdrucksweise anzupassen (kurze, eher einfache Sätze ohne komplizierte Fachbegriffe, reduzierte Sprachgeschwindigkeit, deutliche Aussprache), zum anderen erleichtert eine umfangreiche Erfahrung im Umgang mit Deutsch-sprechenden Migrant*innen und Geflüchteten das Verstehen von gebrochenem, grammatikalisch nicht korrektem Deutsch und vom ersten Eindruck her schwer verständlichen Akzenten.

4.1.4.

Einsatz von Sprachhilfen

Die Verwendung von Informationsmaterialien in unterschiedlichen Sprachen kann ebenfalls hilfreich sein. So können die Patient*innen z. B. schon vorab einen Überblick über die Struktur der Abteilung, den Ablauf der Therapie, der Symptomatik ihrer Erkrankung oder Ähnlichem erhalten.

Screenings in unterschiedlichen Sprachen können dabei helfen, dass Fragen nicht missverstanden werden und eine adäquate Diagnostik erfolgen kann. Auch Internetseiten oder Apps in unterschiedlichen Sprachen, beispielsweise zu bestimmten Anlaufstellen für Geflüchtete oder zum Asylverfahren, können sehr nützlich sein und die (klinische) Alltagsgestaltung entscheidend erleichtern.

4.2.

Lösungsansätze bei soziokulturellen Barrieren

Einer der zentralen Aspekte im transkulturellen Behandlungskontext ist die Reflexion über die Annahmen, Bilder und Stereotype, die wir als Behandler*innen im Umgang mit Geflüchteten im Rahmen der professionellen Versorgung haben. Die als kulturell/kulturimmanent gedeuteten Wahrnehmungen bieten eine starke Orientierung in der Begegnung mit „Fremden“ und können dazu verleiten, die beobachteten Unterschiede in Bezug auf das Krankheitsverständnis, auf die Beziehungsgestaltung und auf Erwartungen an Heilung allzu schnell ausschließlich mit dem soziokulturellen Hintergrund zu erklären. Wenn Mitarbeitende keine einschlägigen Erfahrungen im Umgang mit Patient*innen aus Krisen- und Bürgerkriegsregionen haben, ist die Gefahr der „Kulturalisierung“ (d.h. der Überbetonung kultureller Merkmale und eine damit einhergehende Vernachlässigung individueller Persönlichkeitszüge) hoch.

Lösungsmöglichkeiten sind beispielsweise:

- Erhöhung der transkulturellen Kompetenz/„Diversity“¹⁴-Kompetenz

¹⁴ „Diversity“-Kompetenz ermöglicht Untersuchenden, die Auswirkungen von „Diversity“-Dimensionen wie Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Behinderung, Religion, soziokultureller Hintergrund und Hautfarbe, auf das ärztliche Handeln zu reflektieren und professionell, d.h. patient*innengerecht, anzuwenden – unabhängig davon, welche Fachgebiete der Medizin betroffen sind.

- Einsatz von SIM (siehe **Kapitel 4.1.1.**)
- Integrationsbeauftragte ansprechen, spezialisierte Einrichtungen der Klinik kontaktieren¹⁵
- Angebote des LVR-Kompetenzentrums Migration nutzen: Hotline, Inhouse-Schulungen, zentrale Angebote – anzufragen über die Mitarbeitenden des Kompetenzzentrums
- Weiterbildungen und Informationsangebote anderer Anbieter nutzen (z.B. Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf)¹⁶
- Selbstreflexion (welche Vorurteile, Vorlieben, Abneigungen, Kompetenz(grenzen) bringe ich in die Behandlung mit ein?)
- „Diversity“-orientierte Supervisionsangebote

Als Einstiegshilfe sei außerdem auf den „Kleinen Leitfaden zur gelingenden Kommunikation mit Flüchtlingspatienten“ in **Kapitel 7.4** dieser Broschüre hingewiesen, der einige der genannten Punkte detaillierter beschreibt und so erste Orientierungsmöglichkeiten bietet.

4.3.

Berücksichtigung von Traumafolgen

Insgesamt bilden etablierte psychotraumatologische Behandlungsmodelle auch in der Traumatherapie für Geflüchtete wichtige Grundlagen. Diese greifen je-

doch häufig dann nicht, wenn sie der Lebenswirklichkeit von (in Deutschland lebenden) Geflüchteten nicht angepasst werden.

Suchen traumatisierte Geflüchtete eine Klinik mit dem Wunsch nach Hilfe auf, ist ihnen häufig direkt anzusehen, dass sie unter enormen Stress und Angst leiden. Traumatisierte Geflüchtete sind unter anderem von dem Verlust vertrauter sprachlicher, kultureller, emotionaler und normativer Strukturen in besonderer Weise betroffen. Sie sind mit dem Anpassungsdruck an das Neue, auch an das neue, für sie fremde Gesundheitssystem häufig überlastet.

Stressreduktion sollte somit ein übergeordnetes, berufsübergreifendes Ziel im Umgang mit traumatisierten Geflüchteten sein. Nur bei reduziertem psychophysiologischen Arousal ist es möglich, progressivere Lösungsmöglichkeiten im therapeutischen Setting sowie im Kontext alltäglicher Belastungssituationen zu suchen. Die Behandlungsmethoden bei traumatisierten Geflüchteten müssen z. B. eine größere Breite von stressreduzierenden, psychoedukativen, stützenden, Orientierung und Kontrolle vermittelnden Aktivitäten umfassen als normalerweise üblich.

Bei der Behandlung von Geflüchteten sind außerdem traumaspezifische Komorbiditäten, wie Somatisierung oder Schmerzen und damit einhergehendes Inanspruchnahme-Verhalten zu berücksichtigen: diese Patient*innen suchen in hohem Maße Notfallambulanzen auf, zudem kommt es häufiger zu einer stationären Behandlung.

Die Verhaltensweisen von durch Angst und Dauerstress gequälten Patient*innen dürfen nicht vorschnell als soziokulturell determiniertes Verhaltensmuster gedeutet werden. Der Umgang mit Stress ist zwar auch kulturell bedingt, z. B. können leidende Körperhaltung und Gesichtsausdruck sowie eine übermäßig wirkende Darstellung von Ohnmacht und Hilfslosigkeit in anderen Gesellschaften zur Unterstreichung der Notlage dazu gehören.

Therapeut*innen können diese Reaktionen aber durch eigenes Verhalten verstärken, indem sie beispielsweise Auslöser bagatellisieren, Verhaltensweisen unzutreffend interpretieren oder, oft auch zum eigenen Schutz, äußerst abstinente und unberührt bleiben. Dadurch können sich traumatisierte geflüchtete Menschen in ihrem Bedürfnis nach basaler Sicherheit und Schutz noch bedrohter fühlen als sonst, was ihre Stressreaktionen in der Regel zusätzlich verstärkt.

¹⁵ siehe Kapitel 6.

¹⁶ siehe Kapitel 7.

Weiterführende Erfahrungen aus dem Behandlungskontext der LVR-Kliniken finden sich in der Fußnote¹⁷.

4.4. Berücksichtigung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen

Aufgrund der oftmals prekären Lebensbedingungen von Geflüchteten in Deutschland ist es sinnvoll, sich über die psychiatrische/psychotherapeutische/psychosomatische Behandlung hinaus mit anderen Unterstützungsangeboten und Einrichtungen der Flüchtlingshilfe, in Einzelfällen (zum Beispiel im Zusammenhang mit einer drohenden Abschiebung) auch mit den bevollmächtigten Rechtsanwält*innen zu vernetzen. Diese Kooperationen mit Psychosozialen Zentren für Geflüchtete, Flüchtlingsberatungsstellen, der möglichst sofortige Einbezug des Sozialdienstes, die Hinzu-

¹⁷ Joksimovic, L., Karger, A., Kunzke, D. & Schröder, M.; 2016: Flüchtlinge als Patienten. Über die Notwendigkeit einer ganzheitlichen medizinischen Versorgung. In: Eppenstein, T. und Ghaderi, C. Flüchtlinge – Multiperspektivische Zugänge. Springer VS, Wiesbaden

Joksimovic, L., Schröder, M. & Van Keuk, E. Psychotherapy with Immigrants and Refugees from Crisis Zones. In: Schouler-Ocak, M. (Hrsg.) Trauma and Migration: Cultural Factors in the Diagnosis and Treatment of Traumatized Immigrants. Springer; 2015: 223–241

Joksimovic, L. & Kruse, J. Stabilisierende psychodynamische Traumatherapie für Flüchtlinge: ein Leitfaden für das therapeutische Vorgehen bei PTBS und Somatisierung. PPMp; 2016

ziehung klinikinterner Stellen des LVR-Fallmanagements für Geflüchtete¹⁸ sind notwendig, um Patient*innen aufgrund krankmachender Beschränkungen beispielsweise im Zusammenhang mit dem Asylverfahren zu unterstützen.

Auch leiden traumatisierte Geflüchtete nicht selten unter den einengenden Wohnbedingungen der Flüchtlingsunterkünfte, die keinen Raum lassen für notwendige Rückzugsmöglichkeiten und Privatsphäre. Von zentraler Bedeutung für die psychotherapeutische Beziehung ist die Anerkennung, dass Patient*innen durchaus reale soziale Ungerechtigkeit und Diskriminierung erfahren. Beispielsweise wird die EU-Aufnahmerichtlinie bisher nicht umgesetzt, nach der besonders schutzbedürftige Geflüchtete, zu denen unter anderem auch psychisch kranke/traumatisierte zählen, zeitnah nach ihrer Einreise nach Deutschland, identifiziert und ihren Bedürfnissen entsprechend psychosozial und medizinisch versorgt werden sollen.

Allerdings ist es wichtig, angesichts ungerechter sozialer und gesellschaftlicher Strukturen als Behandler*in nicht aufgrund der eigenen (persönlichen) Betroffenheit zu agieren, sondern die ergriffenen Maßnahmen zu reflektieren und professionell zu handeln. Dabei sollte jedoch auch berücksichtigt werden, dass

¹⁸ siehe Kapitel 6.

das Inanspruchnahme- und Kontaktverhalten von Patient*innen durch Traumatisierungen beeinflusst werden kann.

4.4. Stellenwert der soziokulturellen Anamnese

In Zeiten der Globalisierung und Diversität werden die Biografien und soziokulturellen Prägungen immer vielfältiger und für die Behandlung bedeutender. In der modernen Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik gilt es inzwischen als Standard, die soziokulturelle Anamnese zu erheben. Diese Erhebung spielt sowohl in der Diagnostik als auch beim individuellen Behandlungsplan eine tragende Rolle.

Hierfür hat das LVR-Kompetenzzentrum Migration einen orientierenden Leitfaden zur Erhebung der soziokulturellen Anamnese entwickelt, welche auf der Homepage des LVR-Kompetenzzentrums unter „Arbeitshilfen“¹⁹ zu finden sind. Schulungen zum Einsatz des Leitfadens wurden im Jahr 2021 und 2022 durch das LVR-Kompetenzzentrum Migration regelmäßig angeboten. Weitere Inhouse-Schulungen können auf Nachfrage organisiert und durchgeführt werden.

¹⁹ https://klinikverbund.lvr.de/de/nav_main/beruns/lvr_kompetenzzentrum_migration/arbeits-hilfen/arbeits-hilfen.html

5.

Hilfreiche Haltungen und Interventionen im Umgang mit geflüchteten Patient*innen

- Bewusstheit dafür, dass sich Geflüchtete in einem für sie fremden System der gesundheitlichen Versorgung befinden
- Bewusstheit dafür, dass sich geflüchtete Patient*innen in der Regel in einer gänzlich anderen Lebenslage befinden als Behandler*innen
- Geeignete Rahmenbedingungen schaffen (z. B. Hinzuziehung SIM, Verlängerung der diagnostischen Phase)
- Strukturiertes und geduldiges Abfragen des aktuellen Behandlungsanlasses
- Stressreduktion
- Prüfen der Notwendigkeit sozialer Unterstützung, etwa durch das Ausstellen erforderlicher Atteste/Bescheinigungen für unterschiedliche Fragestellungen (z. B. fachliche Empfehlung des Umzugs in eine weniger belastende Wohnumgebung beim Vorliegen einer gravierenden Traumafolgestörung, qualifizierte Darlegung der ärztlichen Einschätzung bezüglich psychischer Erkrankung und Schutzbedürftigkeit im Rahmen des Asylverfahrens bzw. im Zusammenhang mit einer bevorstehenden Abschiebung)

6.

Ansprechpersonen und Einrichtungen in den LVR-Kliniken (Stand: März 2022)

6.1.

Integrationsbeauftragte

LVR-Klinik Bedburg-Hau

Frau Gulistan Göktas

Sozialdienst

Gulistan.Goektas@lvr.de

LVR-Klinik Bonn

Frau Marion Winterscheid

Sozialdienst

Marion.Winterscheid@lvr.de

Herr Said Nadali

Pflegedienst

Said.Nadali@lvr.de

LVR-Klinik Düren

Herr Thomas Hax-Schoppenhorst

Ärztlich-therapeutischer Dienst

Thomas.Hax@lvr.de

Herr Mohamed Zairit

Pflegedienst

Mohamed.Zairit@lvr.de

LVR-Klinikum Düsseldorf

Frau Marie Bette

Leitende Psychologin

Marie.Bette@lvr.de

LVR-Klinikum Essen

Herr Francesco Peulen

Pflege- u. Erziehungsdienst

Francesco.Peulen@lvr.de

LVR-Klinik Köln

Herr Dr. Ali Kemal Gün

Ärztlich-therapeutischer Dienst

AliKemal.GuenDr@lvr.de

Herr Luca Castiglione

Pflegedienst

Luca.Castiglione@lvr.de

LVR-Klinik Langenfeld

Herr Dr. Murat Ozankan

Ärztlich-therapeutischer Dienst

Murat.Ozankan@lvr.de

LVR-Klinik Mönchengladbach

Herr Dr. Ertan Altintas

Ärztlich-therapeutischer Dienst

Ertan.Altintas@lvr.de

Herr Alexander Cremer

Pflegedienst

Alexander.Cremer@lvr.de

Herr David Dennebaum

Sozialdienst

David.Dennebaum@lvr.de

LVR-Klinik Viersen

Frau Thayalini Boll

Ärztlich-therapeutischer Dienst

Thayalini.Boll@lvr.de

Frau Sabrina Ranglack

Sozialdienst

Sabrina.Ranglack@lvr.de

LVR-Klinik für Orthopädie Viersen

Frau Beatrix Wolters

Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit

Beatrix.Wolters@lvr.de

6.2.

Spezialisierte ambulante Angebote für Migrant*innen und Geflüchtete

Mittlerweile verfügen viele LVR-Kliniken über spezialisierte Ambulanzen bzw. ambulante Angebote, die sich mit bedarfsgerechten und oftmals muttersprachlichen Beratungs- und Behandlungsangeboten an Menschen unterschiedlicher Herkunft richten. Informationen zu den Behandlungsangeboten finden sich auf den jeweiligen Homepages der Kliniken. Die Integrationsbeauftragten sind auch für hier als zentrale Ansprechpartner zu nennen.

Die transkulturelle psychosomatische Ambulanz der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (LVR-Klinikum Düsseldorf) verfügt über langjährige Expertise im Einsatz von Behandlungskonzepten speziell für traumatisierte Geflüchtete und Folteropfer („Düsseldorfer Modell“).

Seit dem 01.08.2020 hat in der LVR-Klinik Düsseldorf eine Tagesklinik mit 9 Behandlungsplätzen für schwer traumatisierte und chronisch erkrankte Überlebende von Folter, Bürgerkrieg und schweren Menschenrechtsverletzungen eröffnet. Mit der Schaffung dieses Angebotes werden bedarfsgerechtere Rahmenbedingungen für die Versorgung komplex erkrankter Geflüchtete im LVR-Klinikverbund etab-

liert, wobei von einem ähnlichen Bedarf an anderen Standorten der LVR-Kliniken auszugehen ist, zumal bei komplex traumatisierten Geflüchteten ein ambulantes Angebot i. d. R. nicht ausreichend ist.

6.3.

Trauma-Ambulanzen

In allen Kliniken gibt es Ambulanzen²⁰, die speziell auf die Behandlung psychischer Traumata ausgerichtet sind und nach dem OEG (Opfer-Entschädigungsgesetz) abrechnen können.

Trauma-Ambulanz für Kinder und Jugendliche

LVR-Klinik Bedburg-Hau

Tel.: 02821-813401 oder -813402

LVR-Klinik Bonn

Bonn, Tel.: 0228 551-2850

Euskirchen, Tel.: 02251-9871-0

LVR-Klinikum Düsseldorf

Tel.: 0211 922-4710

LVR-Klinikum Essen

Tel.: 0201 8707-450

LVR-Klinik Viersen

Tel.: 02162 96-5211

²⁰ https://lvr.de/de/nav_main/soziales_1/soziale_entschaedigung/leistungen/traumaambulanzen/traumaambulanzen.jspmaambulanzen_Rheinland_2021_07_23.pdf

OEG-Traumaambulanzen für Erwachsene

LVR-Klinik Bedburg-Hau
Tel.: 02821 81-3050

LVR-Klinik Bonn
Tel.: 0228 551-3131

LVR-Klinik Düren
Tel.: 02421 40-2602

LVR-Klinikum Düsseldorf
Tel.: 0211 922-4710

LVR-Klinikum Essen
Tel.: 0201 438755-101

LVR-Klinik Köln
Tel.: 0221 899-610

LVR-Klinik Langenfeld
Tel.: 02173 102-2044

LVR-Klinik Mönchengladbach
Tel.: 02166 618-2302

LVR-Klinik Viersen
Tel.: 02162 96-4085

7. Nützliches zum Abschluss

7.1. Hilfreiche Links

Umfangreiche und strukturierte Literaturempfehlungen finden sich auf der Homepage der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Geflüchtete und Folteropfer (BAfF): <http://www.baff-zentren.org/veroeffentlichungen-der-baff/literaturempfehlungen/>

Die Homepage des Netzwerks der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge in NRW stellt grundlegenden Informationen für Behandler*innen zur Verfügung sowie die Möglichkeit, sich vor Ort mit Einrichtungen der Flüchtlingsversorgung zu vernetzen: <http://www.psz-nrw.de/>

7.2. Qualifizierte SIM-Dienstleister bzw. Telefondolmetschen gem. LVR-Rahmenvereinbarung Okt. 2021–Okt. 2023

Bikup Sprachmittlerpool NRW gGmbH
Widdersdorfer Str. 248-252, 50933 Köln
Tel.: 0221 485568-14
E-Mail: sprachmittlerpool@bikup.de
www.bikup.de

Intermigras e. V.
Internationale Migrantinnen e. V.,
Düsseldorf
Tel.: 0211 93593890
E-Mail: auftrag@intermigras.de
www.intermigras.de

SprInt Wuppertal gemeinnützige e. G.
Gronaustraße 68, 42285 Wuppertal
Tel.: 0202 25864-100
www.sprint-wuppertal.de

SprInt Essen gemeinnützige GmbH
Kreuzeskirchstr. 1, 45127 Essen
Tel.: 0201 220369-99
www.sprint-essen.de

Dolmetscher in Köln UG
An der Walkmühle 16, 51069 Köln
Tel.: 0221 99967059
E-Mail: info@dolmetscher-im-rheinland.de

Ausschließlich kultursensibles telefonisches Dolmetschen Dolatel GmbH
Sofortverfügbarkeit in allen gängigen Sprachen
Tel.: 069 380781876
E-Mail: support@dolatel.com

7.3.

LVR-„SIM-Karte“ 7. Auflage

LVR
„SIM-Karte“

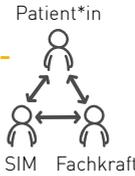
LVR-Dezernat
Klinikverbund und Verbund
Heilpädagogischer Hilfen

Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatik

LVR-Kompetenzzentrum Migration

Erfolgreiche Gespräche mit Patient*innen mit Zuwanderungs- und Fluchtgeschichte

Einsatz von Sprach- und Integrationsmittler*innen (SIM):



Vor dem Gespräch:

- ➔ Informieren Sie die SIM über:
 - Inhalt, Ziel und Dauer des Gesprächs.
 - Die Notwendigkeit, bei Verständnisproblemen jederzeit nachzufragen.
 - Die Möglichkeit, sich ggf. Notizen zu Namen, Zahlen oder Details zu machen.
- ➔ Bitten Sie um eine möglichst wortwörtliche und vollständige Übersetzung aller Inhalte, ggf. auch deren kulturspezifische Bedeutung (z. B. Sprachbilder).
- ➔ Regen Sie an, in der Ich-Form zu übersetzen.

Im Gespräch:

- ➔ Stellen Sie sich selbst, aber auch SIM und die Patient*innen einander namentlich vor.
- ➔ Informieren Sie darüber, dass SIM ebenfalls der Schweigepflicht unterliegen.

LVR-Klinikverbund 
Qualität für Menschen

- ➔ Sprechen Sie die Patient*innen direkt in der ersten Person an, nehmen Sie Blickkontakt auf.
- ➔ Klare, deutliche und vollständige Sätze sowie Mimik und Gestik sind hilfreich.
- ➔ Fragen Sie direkt die Patient*innen, wenn gedolmetschte Äußerungen für Sie keinen Sinn ergeben oder nicht zu Ihren Fragen passen.
- ➔ Bitten Sie die Patient*innen, an relevanten Stellen zusammenzufassen, was sie verstanden haben.

Nach dem Gespräch:

- ➔ Erkundigen Sie sich bei den SIM, wie sie den Gesprächsverlauf eingeschätzt haben:
 - Konnten die Patient*innen dem Gespräch folgen?
 - Gab es sprachliche oder soziokulturell bedingte Aspekte, die aufgefallen sind?
- ➔ Bitten Sie die SIM ggf. um eine Rückmeldung zu Ihrer Gesprächsführung.
- ➔ Geben Sie ihnen ebenfalls eine Rückmeldung zu relevanten Gesprächsphasen.

Rückfragen zum Einsatz von SIM:

LVR-KompetenzzentrumMigration@lvr.de
Uwe.Bluecher@lvr.de (LVR-Klinikverbundzentrale)

Informationen zum SIM-Einsatz:

www.klinikverbund.lvr.de/
kompetenzzentrum-migration



LVR-Dezernat Klinikverbund und
Verbund Heilpädagogischer Hilfen
www.lvr.de

Aufgabe 7 ergänzt, korrigiert, 2021-2023

7.4.

„Kleiner Leitfaden zur gelingenden Kommunikation mit geflüchteten Patient*innen“

- Sensibel sein für Unterschiede in Bezug auf Bildungssysteme, Religion, sozioökonomischen Status, Lebenserfahrungen, politische/weltanschauliche Einstellung etc.
- Eigenes Be- „Fremden“ wahrnehmen und containen (Ambiguitätstoleranz), z. B. durch Fokussierung auf Gemeinsamkeiten
- Sich eigene Vorurteile und Stereotypen bewusst machen und reflektieren
- Eigene kulturelle Eingebundenheit, familiären Prägungen und Fluchterfahrungen in der eigenen Familie reflektieren
- Sensibel sein für das Thema Mehrheiten- und Minderheitenerfahrungen
- Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen von Patient*innen ernst nehmen
- Beachten, dass im transkulturellen Behandlungssetting in erster Linie sog. „Macht-Asymmetrien“ zu Kommunikationsstörungen beitragen (Macht-Asymmetrie = ein Mehr an Ressourcen/Handlungsmöglichkeiten aufgrund von sozialem, rechtlichem und finanziellem Status, ein Mehr an

Wissen oder besserem Zugang zu Informationen, etc.)

- Transparenz herstellen, insbesondere in Bezug auf Erwartungen an die Behandlungssituation
- Explorieren der aktuellen Lebensumstände unter Berücksichtigung flüchtlingspezifischer Aspekte, z. B. beengte Wohnsituation, Belastung durch unsicheren aufenthaltsrechtlichen Status, Trennung von Familienmitgliedern
- Reflektieren, ob Kommunikationsschwierigkeiten tatsächlich kulturell bedingt sind oder ob z. B. die psychische Erkrankung/die Persönlichkeitsstruktur auf Patient*innenseite oder aber der Zeitdruck/Vorerfahrungen mit Patient*innen aus dem gleichen Herkunftsland auf Behandler*innenseite verantwortlich sein könnten
- Reflektieren, ob – andererseits – kulturbedingte Unterschiede durch Behandelnde ausreichend beachtet werden (z. B. Wirkweise und Darreichungsform von Medikamenten, Krankheitsausdruck und -verhalten)

©LVR-Kompetenzzentrum Migration –
Dr. L. Joksimovic/M. Schröder

7.5.

Kontakt zum LVR-Kompetenzzentrum Migration


v.l.n.r.: A. Kasilingam, S. Ranglack, Z. Tulan, Dr. L. Joksimovic Foto: Amandowitsch

Leitung:

Frau Dr. med. (YU) M. san. Ljiljana Joksimovic, CÄ

Mail: Ljiljana.Joksimovic@lvr.de

Mitarbeiter*innen:

Herr Abiram Kasilingam, M.sc. Psychologe

Mail: LVR-KompetenzzentrumMigration@lvr.de

Frau Zerga Tulan, B.A. Sozialarbeiterin

Mail: LVR-KompetenzzentrumMigration@lvr.de

Frau Sabrina Ranglack, B.A. Sozialarbeiterin

Mail: LVR-KompetenzzentrumMigration@lvr.de

Notizen

Lined area for taking notes, consisting of multiple horizontal dotted lines.



