

LVR-Klinikverbundprojekt Migration

Flüchtlinge als Patientinnen und Patienten in den LVR-Kliniken

Informationen für Mitarbeitende der LVR-Kliniken

IMPRESSUM

Herausgeber

Landschaftsverband Rheinland (LVR)

50663 Köln

Tel 0221 809-0

Text und Redaktion

Dr. Ljiljana Joksimovic, Monika Schröder,

Kerstin Diel (LVR-Klinikverbundprojekt Migration)

Druck und Layout

LVR-Druckerei

Ottoplatz 2, 50679 Köln

Tel 0221 809-2418

**Eine Informationsschrift des LVR-Klinikverbundprojekts Migration
für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LVR-Kliniken**



Inhaltsverzeichnis

| | | | | | |
|--------|--|-----------|-----|---|-----------|
| 1. | Zum LVR-Klinikverbundprojekt Migration | 4 | 5. | Hilfreiche Haltungen und Interventionen im Umgang mit Flüchtlingspatientinnen und -patienten | 19 |
| 2. | Zielsetzung der Broschüre | 5 | 6. | Ansprechpersonen und Einrichtungen in den LVR-Kliniken (Stand Januar 2017) | 20 |
| 3. | Probleme in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen | 8 | 6.1 | Integrationsbeauftragte | 20 |
| 3.1. | Sprachliche und kulturelle Barrieren | 8 | 6.2 | Spezialisierte ambulante Angebote für Migrantinnen/Migranten und Flüchtlinge | 21 |
| 3.2. | Traumabedingte Barrieren | 9 | 6.3 | Trauma-Ambulanzen | 22 |
| 3.3. | Gesellschaftliche Rahmenbedingungen | 11 | 7. | Nützliches zum Abschluss | 24 |
| 4. | Mögliche Lösungsansätze im Behandlungskontext der LVR-Kliniken | 12 | 7.1 | Hilfreiche Links | 24 |
| 4.1. | Lösungen für sprachliche Barrieren | 12 | 7.2 | Anbieter von SIM mit LVR-Rahmenvereinbarung (April 2015) | 24 |
| 4.1.1. | Einsatz von SIM | 12 | 7.3 | LVR-„SIM-Karte“ | 25 |
| 4.1.2. | Einsatz von muttersprachlichem Personal | 14 | 7.4 | „Kleiner Leitfaden zur gelingenden Kommunikation mit Flüchtlingspatientinnen und -patienten“ | 27 |
| 4.1.3. | Nutzen von Drittsprachen | 15 | 7.5 | Kontakt zum LVR-Klinikverbundprojekt Migration | 28 |
| 4.1.4. | Einsatz von Sprachhilfen | 16 | | | |
| 4.2. | Lösungsansätze bei soziokulturellen Barrieren | 16 | | | |
| 4.3. | Berücksichtigung von Traumafolgen | 17 | | | |
| 4.4. | Berücksichtigung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen | 18 | | | |

1.

Zum LVR-Klinikverbundprojekt Migration

Im Landschaftsverband Rheinland (LVR) wurde die Notwendigkeit der Schaffung einer migrantengerechten psychiatrisch/psychosomatisch/psychotherapeutischen Versorgung bereits Anfang der 2000er Jahre als ein zentrales Thema erkannt. Zur besseren Umsetzung des Zielkatalogs auf diesem Gebiet wurden – deutschlandweit bis heute einzigartig und beispielhaft – in allen LVR-Kliniken Integrationsbeauftragte ernannt, die unter anderem folgende Aufgaben übernehmen:

- Pflege der Kontakte zu den kommunalen Stellen des Versorgungsgebietes
- Vertretung der Klinik in Belangen der Integration von Migrantinnen, Migranten und Flüchtlingen
- Erfahrungsaustausch mit weiteren Trägern
- Entwicklung eines Klinikkonzeptes für die Integration von Migrantinnen, Migranten und Flüchtlingen
- Koordination von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von Migrantinnen, Migranten und Flüchtlingen im Rahmen des Qualitätsmanagements
- Ermittlung des Bedarfs an fremdsprachigen Materialien sowie des klinikinternen Bedarfs an Fort- und Weiterbildung etc.

Ergänzend werden jährlich vom LVR-Klinikverbund finanzielle Mittel für die Konzeptionalisierung 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. Migrantenambulanzen wird den Patientinnen und Patienten mit Zuwanderungs- bzw. Fluchtgeschichte der Zugang in die Regelversorgung erleichtert.

Die vorliegende Broschüre ist im Rahmen der Arbeit des LVR-Klinikverbundprojektes Migration entstanden.

Seit 2008 unterstützt das LVR-Klinikverbundprojekt Migration den jeweiligen Förderschwerpunkt im LVR-Förderprogramm zur „Verbesserung der migrantensensib-

len psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung“ und trägt durch unterschiedliche Maßnahmen wie versorgungsbegleitende Forschungsprojekte, Publikationen und Fortbildungs- bzw. Fachtagungen zur Bewusstseinsbildung und zum Wissenstransfer bei, z.B. die „Essener Leitlinien zur interkulturellen Psychiatrie“ (Erim et al., 2010)¹, „Düsseldorfer Modell der Behandlung von Migranten und Flüchtlingen“ (Joksimovic & Schröder, in Druck)², „Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten am Beispiel eines großen psychiatrischen Versorgungskrankenhauses im Rheinland“ (Schaffrath et al., 2016)³.

Im Jahr 2016 liegen die Förderschwerpunkte zum einen auf dem Einsatz von Sprach- und Integrationsmittlerinnen bzw. Sprach- und Integrationsmittlern (SIM), und zum anderen auf der Verbes-

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

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. PPM, DOI: 10.1055/s-00000060, Oktober 2016, eFirst

serung der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Fluchtgeschichte⁴.

2.

Zielsetzung der Broschüre

Die Broschüre soll die Mitarbeitenden aller Berufsgruppen der LVR-Kliniken über Besonderheiten informieren, die zu beachten sind, wenn Flüchtlinge⁵ psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Hilfe aufsuchen. Es werden verschiedene Lösungsansätze im Behandlungskontext der LVR-Kliniken dargestellt.

Außerdem werden Handlungshilfen beschrieben, die sich auf Expertenmeinungen wie auch wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse stützen.

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

⁵ Im Versorgungskontext der LVR-Kliniken wird das Vorliegen einer Fluchtgeschichte bei Patientinnen und Patienten als behandlungsrelevantes 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 Kliniken dient der Quantifizierung der Inanspruchnahme durch diese Patientengruppe sowie der Erhebung besonderer Bedarfe als Grundlage für eine mögliche zukünftige Angebotsentwicklung und Personalplanung.

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 Angebote 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 Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)⁷.

Innerhalb der medizinischen Flüchtlingshilfe steht allerdings die Versorgung somatischer Erkrankungen und Verletzungen von Flüchtlingen 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.

⁷http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPTK-Standpunkte/Psychische_Erkrankungen_bei_Fluechtlingen/20150916_bptk_standpunkt_psychische_erkrankungen_fluechtlinge.pdf

Dies ist insofern wichtig, da sich unbehandelte psychische Störungen bei Flüchtlingen häufig chronifizieren und so unter anderem die Integration dieser Menschen in die neue Gesellschaft stark beeinträchtigen.

Die Zahl von Flüchtlingspatientinnen und Flüchtlingspatienten in den LVR-Kliniken ist seit 2015 deutlich angestiegen. Die Kliniken stehen damit einerseits vor den Aufgaben der akuten psychiatrischen Versorgung von Flüchtlingen, die im Einzugsgebiet der jeweiligen Klinik leben, und der Vermeidung von akuten psychischen Belastungen bzw. Gefährdungen.

Andererseits kommt ihnen bei Flüchtlingspatientinnen und -patienten, 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, kreativ- und sozialtherapeutische Angebote, pflegerische Betreuung, 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 Flüchtlinge auch bei professionellen Unterstützerinnen und Unterstützern zu Überlastung führen. Der Landschaftsverband Rheinland hat zur Unterstützung ehrenamtlich in der Flüchtlingsarbeit tätiger Menschen ein „Kleines Handbuch für ehrenamtliche Helferinnen und Helfer von Flüchtlingen“⁸ veröffentlicht. Dieses bietet einen Überblick über wichtige Themen im Zusammenhang mit der Betreuung von Geflüchteten, unter anderem auch über die Zugangsmöglichkeiten zu den psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsangeboten der LVR-Kliniken für diese Patientengruppe, und eignet sich durchaus auch für professionelle Helferinnen und Helfer.

⁸ Schröder, M. & Andres, S.: Kleines Handbuch für ehrenamtliche Helferinnen und Helfer von Flüchtlingen (zum Download als pdf). Hrsg.: LVR, Köln (Stand: Juni 2016) http://www.lvr.de/de/nav_main/metanavigation_5/nav_meta/service/publikationen_4/detailseite_publicationen_778.jsp

3.

Probleme in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen

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, Patientenaufklärungen, 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 geschulten) Person. Dies stellt sowohl für Behandlerinnen und Behandler als auch für Patientinnen und Patienten eine häufig neue und ungewohnte Situation dar. Die Möglichkeiten des Einsatzes von Sprach- und Integrationsmittler-innen bzw. -mittlern (SIM) sind oft vielfältiger als zunächst angenommen, unterliegen allerdings auch durchaus einigen Einschränkungen.

So können Patientinnen und Patienten mit Fluchtgeschichte aufgrund von Sprachbarrieren oftmals nicht an allen (stationären) therapeutischen Angeboten teilnehmen: z. B. Bezugspflegegespräche, gruppenpsychotherapeutische oder auch kreativtherapeutische Angebote können für diese Patientengruppe schwerer zugänglich sein. Damit erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich nur geringere Behandlungserfolge zeigen – was zu einer Belastung der Beziehung zwischen Fachpersonal und Patientinnen bzw. Patienten führen kann. Wird dieser Zusammenhang nicht wahrgenommen und ausreichend berücksichtigt, kann es zu Fehlinterpretationen (z.B. im Sinne einer fehlenden Behandlungsmotivation) kommen.

Ein weiteres Problem in der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen sind soziokulturell bedingte Unterschiede in Bezug auf das Krankheitsverständnis, auf die Beziehungsgestaltung zum Fachpersonal, auf Kommunikationsweisen sowie auf Erwartungen an Heilung. Manchmal bestehen auch Hoffnungen bzw. (unausgesprochene) Wünsche/Erwartungen dahingehend, dass Behandlerinnen und Behandler einen direkten Einfluss auf die Veränderung von belastenden Lebensbedingungen oder asyl- und aufenthalts-

rechtliche Entscheidungen 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 infolge gravierender kriegs- und fluchtbedingter Gewalterfahrungen, Verluste und Lebensumstände im Erwachsenenalter umfassend seelisch erkranken. Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist lediglich eine unter zahlreichen Störungen, die traumatisierte Flüchtlinge dazu veranlassen, mit dem Wunsch nach Unterstützung oder Behandlung die LVR-Kliniken aufzusuchen. Zu weiteren, häufig auftretenden (traumabedingten) Störungen und Symptomen zählen Angststörungen, Depressionen, somatoforme Erkrankungen, dissoziative Störungen, Suizidalität, Selbstverletzungen, Persönlichkeitsstörungen und wahnhaftige Symptome. Auch signifikante Verschlechterungen von bereits vorhandenen körperlichen Erkrankungen (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Schmerzerkrankungen) und gesundheitsschädigende Veränderungen des Lebensstils (Rauchen, Alkohol- und Medikamentenkonsum, etc.) können Folgen von traumatisieren-

den Erlebnissen wie Krieg, Menschenrechtsverletzungen oder Folter sein. Das komorbide Auftreten von mehreren Krankheiten ist hierbei die Regel.

Erlebte Traumata, erlebte Todesangst und Gewalt machen es aber oft unmöglich, ganz unabhängig von Sprach- und Kulturbarrrieren, über das Erlebte zu sprechen. Bruchstückhaftes Berichten und hoher innerer Stress sind typisch für traumatisierte Patientinnen und Patienten, 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 Erinnerungslücken (die traumabedingte Abrufstörung) erschwert häufig insbesondere traumatisierten und schwer psychisch kranken Asylbewerberinnen und -bewerbern, ihre Erlebnisse bei der Erstanhörung im Rahmen des Asylverfahrens (beim sogenannten „Interview“) durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) konsistent und chronologisch darzulegen. Auf Behördenseite wird dies des Öfteren fälschlicherweise als Zeichen mangelnder Glaubhaftigkeit gewertet und nur selten als krankheitsbedingte Einschränkung. In vielen Fällen

haben diese Fehleinschätzung dann gravierende negative Folgen bezüglich der Möglichkeit, in Deutschland ein dauerhaftes Bleiberecht zu erlangen.

Um die Patientengruppe der Flüchtlinge längerfristig innerhalb der medizinischen und psychiatrischen Regelversorgung zu integrieren, reicht es nicht aus, bei den herkömmlichen Strategien wie dem Abbau von Verständigungs- und Kulturbarrieren zu bleiben. Expertinnen und Experten sind sich einig, dass Kommunikationsweisen und Inanspruchnahmeverhalten von Flüchtlingspatientinnen und -patienten häufig mit facettenreicher traumabedingter Psychopathologie und aktuellen postmigratorischen Belastungen zusammenhängen⁹.

Erkenntnisse der Traumaforschung müssten daher deutlich mehr als bisher in Versorgungs- und Behandlungskonzepten für Flüchtlinge innerhalb der Regelversorgung berücksichtigt werden.

Durch die derzeit verstärkte Zuwanderung von Flüchtlingen, aktuell aus arabischsprachigen Ländern wie Syrien und Irak, werden mit großer Wahrscheinlichkeit die in den LVR-Kliniken noch bestehenden Zugangsbarrieren für Geflüchtete

und der weitere Entwicklungsbedarf der bisherigen Angebote hervortreten. Dies kann jedoch auch als Chance für die kultur-, traumasensible und diversitätsbewusste (Weiter-) Entwicklung und Gestaltung der verschiedenen Behandlungsangebote gesehen werden (**Kapitel 4.3, 4.4, 5**).

Die LVR-Kliniken verzeichnen zwar in 2015 sowie erneut in 2016 einen Zuwachs an Flüchtlingspatientinnen und -patienten, allerdings ist die Nachfrage hinter bestehenden Annahmen bisher zurück geblieben.

An dieser Stelle ist jedoch 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.

Es ist damit zu rechnen, dass diese Gruppe von Patientinnen und Patienten nach und nach ihren Weg in unsere klinische Versorgung finden wird. Dies ist natürlich auch von der Bereitstellung von Angeboten und Behandlungskonzepten abhängig, die an die Störungsbilder und Lebenswirklichkeiten (der unterschiedlichen Gruppen) von Geflüchteten in Deutschland/NRW angepasst sind.

3.3. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

In Deutschland lebende Flüchtlinge bzw. Asylbewerberinnen und -bewerber 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.

Zudem sind die medizinischen Leistungen in der Regel auf akute Krankheitszustände und Schmerzen beschränkt. Auch die Aufnahme einer Beschäftigung ist oftmals 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 zur 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 Flüchtlinge 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.

⁹ Vgl. hierzu z. B. zusammenfassend: Birck, A (2002). Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen. *Psychotraumatologie* 2002; 3[4]: 42

In engen Gemeinschaftsunterkünften ohne ausreichende Privatsphäre, ohne Rückzugsmöglichkeiten oder ohne geschlechtergetrennte Sanitäranlagen wird sich die Symptomatik zum Beispiel einer jungen Frau aus Eritrea, 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 wurde im neuen „Asylpaket 2“ nochmals explizit festgelegt, dass Asylbewerberinnen und -bewerber verpflichtet sind, selbst 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 Patienten in der Regel bewusst oder unbewusst an Behandlerinnen und Behandler 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 Flüchtlingen 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

Für den Abbau sprachlicher Barrieren gibt es mehrere Lösungsmöglichkeiten bzw. geeignete Instrumente:

- Einsatz von Sprach- und Integrationsmittlerinnen bzw. -mittlern (SIM)
- Einsatz von muttersprachlichem Personal
- Nutzen von Drittsprachen
- Einsatz von Sprachhilfen

4.1.1.

Einsatz von SIM

Professionelle Sprach- und Integrationsmittlerinnen bzw. -mittler (SIM) sind „Brückenbauer“ im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen. Ihre Aufgabe ist es, die sprachliche und soziokulturelle Verständigung zwischen Fachkräf-

ten und Patientinnen sowie Patienten mit Flucht- und Migrationshintergrund 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 Behandlerinnen und Behandler 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 Flüchtlingen nicht als Therapie „zweiter Wahl“ anzusehen ist¹⁰.

¹⁰ 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 Patientinnen und Patienten 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 wird¹¹.

Durch das Klinikverbundprojekt Migration wurden bereits in allen LVR-Kliniken umfassende Informationsveranstaltungen oder auch vertiefende Schulungen hierzu durchgeführt. Darüber hinaus fasst die sogenannte LVR-„SIM-Karte“¹² 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 und noch weiterhin bis zunächst Mai 2017 besteht eine Rahmenvereinbarung des LVR mit drei Anbietern von SIM (Bikup gGmbH, Intermigras,

¹¹ 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

¹² „SIM-Karte“ siehe Kapitel 7.3

SprInt NRW)¹³, auf die in der Regel zurückgegriffen werden muss.

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.

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

4.1.2. Einsatz von muttersprachlichem Personal

Der Einsatz von muttersprachlichem Personal stellt grundsätzlich ebenfalls eine gute Lösung dar, um die Verständigung zwischen Patientinnen und Patienten und dem Klinikpersonal zu gewährleisten. Hierbei ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen der muttersprach-

lichen Behandlung von Patientinnen und Patienten 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 Kolleginnen und Kollegen aus anderen Abteilungen, Arbeitsbereichen oder sogar „fachfremden“, d.h. nicht im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich tätige Mitarbeitenden wie z. B. Reinigungsfachkräfte.

Muttersprachlich tätige Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, Sozialarbeiterinnen/-arbeiter oder Kranken-pflegerinnen/-pfleger werden insbesondere bei der Behandlung von Flüchtlingen teils mit hohen implizierten, aber auch offen ausgesprochenen Erwartungen konfrontiert: als „Landsleute“ können die Kolleginnen und Kollegen oft einen besonders hohen Druck und eine große Verantwortung für diese Patientinnen und Patienten, die sich häufig in prekären oder sogar existenziell unsicheren Lebenssituationen befinden, verspüren. Die hohen Erwartungen von Patientenseite können bei muttersprachlichen Therapeutinnen

und Therapeuten 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 Kollegin/des Kollegen 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 Patientinnen und Patienten 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 Migran-

¹³ Adressverzeichnis der Anbieter von SIM siehe Kapitel 7.2

tinnen, Migranten 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 Patientinnen und Patienten 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 Behandlerinnen und Behandler 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 Patientinnen und Patienten 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 dem Untersucher, 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. patientengerecht, 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-Klinikverbundprojektes nutzen: Hotline, Inhouse-Schulungen, zentrale Angebote – anzufragen über die Mitarbeitenden des Klinikverbundprojektes
- 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.

¹⁵ siehe **Kapitel 6**

¹⁶ siehe **Kapitel 7**

4.3. Berücksichtigung von Traumafolgen

Insgesamt bilden etablierte psychotraumatologische Behandlungsmodelle auch in der Traumatherapie für Flüchtlinge wichtige Grundlagen. Diese greifen jedoch häufig dann nicht, wenn sie der Lebenswirklichkeit von (in Deutschland lebenden) Flüchtlingen nicht angepasst werden. Suchen traumatisierte Flüchtlingspatientinnen und -patienten mit dem Wunsch nach Hilfe eine Klinik auf, ist ihnen häufig direkt anzusehen, dass sie unter enormen Stress und Angst leiden. Traumatisierte Flüchtlinge 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 Flüchtlingen sein. Nur bei reduziertem psychophysiologischen Arousal ist es möglich, progressivere Lösungsmöglichkeiten im therapeutischen Setting sowie im Kontext alltäglicher Belastungssituationen zu suchen. Die Behandlungsme-

thoden bei traumatisierten Flüchtlingen müssen z.B. eine größere Breite von stressreduzierenden, psychoedukativen, stützenden, Orientierung und Kontrolle vermittelnden Aktivitäten umfassen als normalerweise üblich. Bei der Behandlung von Flüchtlingen sind außerdem traumaspezifische Komorbiditäten, wie Somatisierung oder Schmerzen und damit einhergehendes Inanspruchnahmeverhalten zu berücksichtigen: diese Patientinnen und Patienten suchen in hohem Maße Notfallambulanzen auf, zudem kommt es häufiger zu einer stationären Behandlung.

Die Verhaltensweisen von durch Angst und Dauerstress gequälten Patienten 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.

Therapeutinnen und Therapeuten können diese Reaktionen aber durch eigenes Verhalten verstärken, indem sie beispielsweise Auslöser bagatellisieren,

Verhaltensweisen unzutreffend interpretieren oder, oft auch zum eigenen Schutz, äußerst abstinenter 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.

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

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 Traumatised Immigrants. Springer; 2015: 223–241
Joksimovic, L. & Kruse, J. Stabilisierende psychodynamische Traumatherapie für Flüchtlinge: ein Leitfaden für das therapeutische Vorgehen bei PTBS und Somatisierung. PPM (2016, in Druck)

Zusammenhang mit einer drohenden Abschiebung) auch mit den bevollmächtigten Rechtsanwälten zu vernetzen. Diese Kooperationen mit Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge, Flüchtlingsberatungsstellen, der möglichst sofortige Einbezug sozialarbeiterischer Tätigkeit, die Hinzuziehung klinikinterner Stellen des LVR-Fallmanagements für Flüchtlinge¹⁸ sind notwendig, um Patientinnen und Patienten aufgrund krankmachender Beschränkungen beispielsweise im Zusammenhang mit dem Asylverfahren zu unterstützen.

Auch leiden traumatisierte Flüchtlinge 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 Patientinnen und Patienten durchaus reale soziale Ungerechtigkeit und Diskriminierung erfahren. Beispielsweise setzt Deutschland die EU-Aufnahmerichtlinie bisher nicht um, nach der besonders schutzbedürftige Flüchtlinge, zu denen unter anderem auch psychisch kranke/traumatisierte Menschen zählen, zeitnah nach ihrer Einreise nach Deutschland identifiziert

¹⁸ siehe Kapitel 6

und ihren Bedürfnissen entsprechend psychosozial und medizinisch versorgt werden sollen.

Allerdings ist es wichtig, angesichts ungerechter sozialer und gesellschaftlicher Strukturen als Behandlerinnen und Behandler 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 das Inanspruchnahme- und Kontaktverhalten von Patientinnen und Patienten durch Traumatisierungen beeinflusst werden kann.

5. Hilfreiche Haltungen und Interventionen im Umgang mit Flüchtlingspatientinnen und -patienten

- Bewusstheit dafür, dass sich Flüchtlinge in einem für sie fremden System der gesundheitlichen Versorgung befinden
- Bewusstheit dafür, dass sich Flüchtlingspatientinnen und -patienten in der Regel in einer gänzlich anderen Lebenslage befinden als Behandlerinnen und Behandler
- 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 Januar 2017)

6.1

Integrationsbeauftragte

LVR-Klinik Bedburg-Hau

Frau Gulistan Göktas,

Sozialdienst:

Gulistan.Goektas@lvr.de

Herr Hans-Jürgen Tübbing,

Pflegedienst:

Hans-Juergen.Tuebbing@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,

Öffentlichkeitsarbeit:

Thomas.Hax@lvr.de

LVR-Klinikum Düsseldorf

Frau Dr. Stefanie Dechering,

Ärztlich-therapeutischer Dienst (zuständig für Psychosomatik/Psychotherapie, KJPPP, Trauma):

Stefanie.Dechering@lvr.de

Herr Dr. Christian Schmidt-Kraepelin,

Ärztlich-therapeutischer Dienst

(zuständig für Psychiatrie/Psychotherapie, Qualitätsmanagement):

Christian.Schmidt-Kraepelin@lvr.de

LVR-Klinikum Essen

Herr Frank Boden, Pflegedienst:

Frank.Boden@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

Herr Maksym Isachenko,

Pflegedienst:

Maksym.Isachenko@lvr.de

LVR-Klinik Mönchengladbach

Frau Asuman Ücer,

Ärztlich-therapeutischer Dienst:

Asuman.Uecer@lvr.de

Herr Alexander Cremer, Pflegedienst:

Alexander.Cremer@lvr.de

LVR-Klinik Viersen

Herr Robert Schlömer,

Ärztlich-therapeutischer Dienst:

Robert.Schloemer@lvr.de

Frau Ülkü Cengiz, Sozialdienst:

Uelkue.Cengiz@lvr.de

6.2

Spezialisierte ambulante Angebote für Migrantinnen/Migranten und Flüchtlinge

Mittlerweile verfügen alle 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. Ein Gesamtüberblick findet sich unter: www.klinikverbund.lvr.de > [Für Patienten > Migration](#)

Die Ambulanz für transkulturelle psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LVR-Klinikums Düsseldorf verfügt über langjährige Erfahrung im Einsatz von Behandlungskonzepten speziell für traumatisierte Flüchtlinge und Migrantinnen/Migranten („Düsseldorfer Modell“). Auch das LVR-Klinikverbundprojekt Migration ist derzeit hier verortet.

6.3

Trauma-Ambulanzen

In den LVR-Kliniken in Bedburg-Hau, Bonn, Essen, Köln, Langenfeld und Viersen gibt es Ambulanzen, die speziell auf die Behandlung psychischer Traumata ausgerichtet sind und nach dem OEG (Opfer-Entschädigungsgesetz) abrechnen können.

LVR-Klinik Bedburg-Hau

Trauma-Ambulanz für Erwachsene

Tel 02821-813790

Internet www.klinik-bedburg-hau.lvr.de > [Fachgebiete](#) > [Abhängigkeitserkrankungen](#) > [Ambulanzen](#) > [Flyer Trauma-Ambulanz](#)

Trauma-Ambulanz für Kinder und Jugendliche

Bedburg-Hau, Tel 02821-813401

Geldern, Tel 02831-1333 213

Internet www.klinik-bedburg-hau.lvr.de > [Fachgebiete](#) > [Kinder- und Jugendpsychiatrie](#) > [Ambulanzen](#) > [Institutsambulanz Bedburg Hau](#) > [Spezialangebote](#) > [Trauma-Ambulanz](#)

LVR-Klinik Bonn

Trauma-Ambulanz für Erwachsene als Gewaltopfer

Tel 0228 551-3131

Internet www.klinik-bonn.lvr.de > [Fachgebiete](#) > [allgemeine Psychiatrie](#) > [Ambulante Behandlung](#) > [Ambulanz für traumatisierte Menschen](#)

Trauma-(Opfer-)Ambulanz für Kinder und Jugendliche als Gewaltopfer

Bonn, Tel 0228 551-2850

Euskirchen, Tel 02251-9871-0

Internet www.klinik-bonn.lvr.de > [Fachgebiete](#) > [Kinder und Jugendpsychiatrie](#) > [Spezialsprechstunden](#) > [Trauma-Opfer-Ambulanz](#)

LVR-Klinikum Essen

Psychosomatische Trauma-Ambulanz für Erwachsene

Tel 0201 7227-521

Internet www.klinikum-essen.lvr.de > [Fachgebiete](#) > [Psychosomatik](#) > [Ambulanz](#) > [Traumaambulanz](#) > [Flyer Traumaambulanz](#)

Trauma-Ambulanz für Kinder und Jugendliche

Tel 0201 8707-450

Internet www.klinikum-essen.lvr.de > [Fachgebiete](#) > [Kinder- und Jugendpsychiatrie](#) > [Ambulanzen](#) > [Ambulanz Essen](#) > [Psychotraumatologische Notfallsprechstunde](#)

LVR-Klinik Köln

Trauma-Ambulanz für Erwachsene

Tel 0221 899-610

Internet www.klinik-koeln.lvr.de > [Behandlungsangebote & Fachgebiete](#) > [Allgemeine Psychiatrie](#) > [Ambulanzen](#) > [Traumaambulanz](#) > [Flyer Traumaambulanz](#)

LVR-Klinik Langenfeld

Trauma-Ambulanz für Erwachsene

Tel 02173 102-2044

Internet www.klinik-langenfeld.lvr.de > [Behandlungsangebote & Fachgebiete](#) > [Flyer zum Download](#) > [Ambulanzen](#) > [Traumaambulanz](#)

LVR-Klinik Viersen

Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Tel 02162 96-5211

Internet www.klinik-viersen.lvr.de > [Fachgebiete](#) > [Kinder- und Jugendpsychiatrie](#) > [Ambulanzen](#) > [Viersen-Süchteln](#)

7.

Nützliches zum Abschluss

7.1

Hilfreiche Links

Umfangreiche und strukturierte Literaturempfehlungen finden sich auf der Homepage der **Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge 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 Behandlerinnen und Behandler zur Verfügung sowie die Möglichkeit, sich vor Ort mit Einrichtungen der Flüchtlingsversorgung zu vernetzen: <http://www.psz-nrw.de/>

Darüber hinaus macht das **Psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge in Düsseldorf (PSZ)** für unterschiedliche Zielgruppen Fortbildungs-, Supervisions- und Informationsangebote: <http://www.psz-duesseldorf.de/>

Die **Psychotherapeutenkammer NRW** hat auf ihrer Homepage (u.a.) eine umfangreiche Informationssammlung zur psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen zusammengetragen: <https://www.ptk-nrw.de/de/aktuelles/fluechtlingsversorgung.html>

7.2

Anbieter von SIM mit LVR-Rahmenvereinbarung (April 2015)

Sprint NRW

Sprint Aachen

Tel 0241-4017779

www.sprintaachen.de

Sprint Essen

Tel 0201-8888481

www.sprint-essen.de

Sprint Wuppertal

Tel 0202 97 4447 23

www.sprint-wuppertal.de

Sprachmittlerpool NRW

Bikup gGmbH, Köln

Tel 0221 485 568 14

Mail sprachmittlerpool@bikup.de

www.bikup.de, www.sprachmittlerpool-nrw.de

www.sprachmittlerpool-nrw.de

Intermigras

Internationale Migrantinnen e.V.,

Düsseldorf

Tel 0211 93 593 890

Mail auftrag@intermigras.de

www.intermigras.de

7.3

LVR-„SIM-Karte“

LVR
„SIM-Karte“

LVR-Dezernat
Klinikverbund und Verbund
Heilpädagogischer Hilfen

Psychiatrie - Psychotherapie - Psychosomatik

LVR-Verbundprojekt Migration

**Erfolgreiche Gespräche mit
Patientinnen und Patienten mit
Migrations- und Fluchthintergrund**

**Einsatz von Sprach- und
Integrationsmittlerinnen/-mittlern (SIM):**

Vor dem Gespräch:

- ➔ Informieren Sie die/den 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, Organchiffren).
- ➔ Regen Sie an, in der Ich-Form zu übersetzen.

Im Gespräch:


- ➔ Stellen Sie sich selbst, aber auch die/den SIM und die Patientin/den Patienten einander namentlich vor.

„Gesundheitsprojekt
Landesinitiative
Gesundes Land“

Nordrhein
Westfalen

2015*

LVR-Klinikverbund



Qualität für Menschen

- ➔ Informieren Sie darüber, dass die/der SIM ebenfalls der Schweigepflicht unterliegt.
- ➔ Sprechen Sie die Patientin/den Patienten 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 Patientin/den Patienten, wenn gedolmetschte Äußerungen für Sie keinen Sinn ergeben oder nicht zu Ihren Fragen passen.
- ➔ Bitten Sie die Patientin/den Patienten, an relevanten Stellen zusammenzufassen, was sie/er verstanden hat.

Nach dem Gespräch:

- ➔ Erkundigen Sie sich bei der/dem SIM, wie sie/er den Gesprächsverlauf eingeschätzt hat:
 - Konnte die Patientin/der Patient dem Gespräch folgen?
 - Gab es sprachliche oder soziokulturell bedingte Aspekte, die aufgefallen sind?
- ➔ Bitten Sie die/den SIM ggf. um eine Rückmeldung zu Ihrer Gesprächsführung.
- ➔ Geben Sie ihr/ihm ebenfalls eine Rückmeldung zu relevanten Gesprächsphasen.

Die Mitarbeiterin des LVR-Verbundprojektes steht Ihnen für Fragen gerne zur Verfügung:
Monika.Schroeder@lvr.de

2. Auflage: 10/2015



**LVR-Dezernat Klinikverbund und
 Verbund Heilpädagogischer Hilfen**

Ansprechpartner: Uwe Blücher, 50663 Köln,
 Tel 0221 809-6936, uwe.bluecher@lvr.de

7.4

„Kleiner Leitfaden zur gelingenden Kommunikation mit Flüchtlingspatientinnen und -patienten“

- Sensibel sein für Unterschiede in Bezug auf Bildung, Religion, sozio-ökonomischer 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
- Diskriminierungserfahrungen von Patientinnen und Patienten 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 Patientenseite oder aber der Zeitdruck/Vorerfahrungen mit Patientinnen/Patienten aus dem gleichen Herkunftsland auf Behandlerseite verantwortlich sein könnten
- Reflektieren, ob – andererseits – kulturbedingte Unterschiede durch die Behandlerin/den Behandler ausreichend beachtet werden (z. B. Wirkweise und Darreichungsform von Medikamenten, Krankheitsausdruck und -verhalten)

©LVR-Klinikverbundprojekt Migration –
 L. Joksimovic/M. Schröder

7.5

Kontakt zum LVR-Klinikverbundprojekt Migration



Ljiljana Joksimovic



Monika Schröder



Kerstin Diel

LVR-Klinikverbundprojekt Migration

Leitung

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

Ljiljana.Joksimovic@lvr.de

Mitarbeiterinnen

Frau Monika Schröder, Dipl.-Psychologin

Monika.Schroeder@lvr.de

Frau Kerstin Diel, M. Sc. Psychologin

Kerstin.Diel@lvr.de

Ambulanz für transkulturelle Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Bergische Landstraße 2
40629 Düsseldorf



LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
Fachbereich 84 – Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement
Psychiatrische Versorgung (Abt. 84.20)