

DOKUMEN
TATION
2020

Sprachmittlung in der
psychiatrisch-psychotherapeutischen
Versorgung von Geflüchteten
in Baden-Württemberg
Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

refugio stuttgart e.v.
Psychosoziales Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge
Weißenburgstraße 13
70180 Stuttgart
Fon: 0711 6453-127
E-Mail: info@refugio-stuttgart.de

AUTORIN

Ute Hausmann

GESTALTUNG

Werbeagentur Know-how, Herrenberg

DRUCK

DS Print, Böblingen

Diese Veröffentlichung ist Teil des Projekts „Traumatisierungsketten durchbrechen – Handlungsunsicherheiten überwinden – Schutzsysteme stärken“, das aus den Mitteln des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds kofinanziert wird.



Europäische Union



März 2020

Inhaltsverzeichnis

- 04 1. Einführung**
- 05 2. Grundsätze der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten**
 - a. Psychische Gesundheit im Kontext von Flucht, Trauma und Politik
 - b. Auswirkungen der Lebensbedingungen auf die psychische Gesundheit
 - c. Rechtliche Grundlagen eines psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsanspruchs
 - d. Die Versorgung von Geflüchteten laut Landespsychiatrieplan
- 08 3. Einsatz von Sprachmittler*innen bei den verschiedenen Akteuren der Versorgung**
 - a. Verständigungsprobleme als Hürde im Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung
 - b. Ankunftszentrum und Erstaufnahmeeinrichtungen
 - c. Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer
 - d. Niedergelassene Fachärzt*innen und psychologische Psychotherapeut*innen
 - e. Familien- und Erziehungsberatungsstellen und sozialpsychiatrische Dienste der Landkreise
 - f. Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie
- 13 4. Qualitative Anforderungen an den Einsatz von Sprachmittler*innen**
 - a. Zur Notwendigkeit qualifizierter Sprachmittlung
 - b. Deutsch und Zweitsprache als Alternative?
 - c. Video-Dolmetschen als Alternative?
 - d. Professionelle Anforderungen an Behandler*innen und Sprachmittler*innen
 - e. Belastung und Sekundärtraumatisierung von Sprachmittler*innen
- 17 5. Strukturelle und Finanzielle Herausforderungen**
 - a. Ansätze zur Erhebung eines quantitativen Bedarfs an qualifizierter Sprachmittlung
 - b. Auf- und Ausbau von Sprachmittlerpools für den Einsatz in Beratung und Therapie
 - c. Finanzierung des Einsatzes von Sprachmittler*innen
- 20 6. Schlussfolgerungen**
- 21 7. Literatur**
- 23 8. Anhang**

1. Einführung

Ziel der vorliegenden Veröffentlichung ist es, einen allgemeinen Beitrag zur Diskussion zu Sprachmittlung im Gesundheitswesen sowie einen spezifischen Beitrag zur Diskussion um den Bedarf an und Lösungsansätze für qualifizierte Sprachmittlung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten in Baden-Württemberg zu leisten. Im November 2017 veröffentlichten Teilnehmer*innen des Fachtags „Verstehen und Verstanden-Werden. Sprache als erste Medizin. Dolmetschen im Gesundheitswesen“ der Evangelischen Akademie Bad Boll ein Impulspapier, in dem sie Vorschläge zu Verbesserung der Versorgungslage für Patient*innen mit Sprachbarrieren machen¹. Diese betreffen die Bereiche Schulung und Sensibilisierung für im Gesundheitswesen Tätige, die Qualifizierung von Sprach- und Kultur-mittler*innen, die Verwaltung und die Finanzierung der notwendigen Akquise- und Qualifizierungsmaßnahmen und des Sprachmittlereinsatzes. Die vorliegende Veröffentlichung greift diese Vorschläge auf und konkretisiert sie in Bezug auf den Bedarf an Sprachmittlung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten in Baden-Württemberg.

Sprachmittlung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten wird in der vorliegenden Veröffentlichung als eine das Gesundheitswesen betreffende Fragestellung behandelt. Dabei ist zu beachten, dass diese Versorgung auch in Einrichtungen stattfindet, die man bei einer engen Definition des Begriffs „Gesundheitswesen“ diesem nicht zuordnen würde. So sind seit den 1980er Jahren bundesweit und in Baden-Württemberg zivilgesellschaftlich organisierte Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer entstanden, die neben therapeutischen Angeboten auch psychosoziale Hilfen anbieten. Diese Angebote werden außerhalb des Regelsystems, aber zum Teil öffentlich gefördert erbracht. Andere Einrichtungen wie die Familien- und Erziehungsberatung der Landkreise werden zum Beispiel der Jugendhilfe zugeordnet. Diese Veröffentlichung geht davon aus, dass in diesen Einrichtungen ein Beitrag zur psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung geleistet wird.

Die Einrichtungen, die in der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BAfF) zusammengeschlossen sind, sind seit den 1980er Jahren Vorreiter im Einsatz von Sprachmittler*innen in der psychosozialen Beratung und der Psychotherapie. Eine 2018 vorgelegte Veröffentlichung fasst die über dreißig Jahre gemachten Erfahrungen zusammen und sei hiermit allen an der Thematik Interessierten zur Lektüre empfohlen². Die vorliegende

Veröffentlichung geht nur begrenzt auf Fragen des beratenden oder therapeutischen Prozesses ein und stellt stattdessen die Rahmenbedingungen für den Einsatz von Sprachmittler*innen in den Mittelpunkt. Die vorliegende Veröffentlichung beschäftigt sich auch nicht mit Fragen in Bezug auf die Möglichkeiten einer muttersprachlichen Behandlung.

In der vorliegenden Veröffentlichung wird in der Regel die Bezeichnung Sprachmittler*in anstelle der Bezeichnung Dolmetscher*in verwendet. Hierfür gibt es zwei wesentliche Gründe: zum einen wird durch die Verwendung des Begriffs Sprachmittler*in die kulturelle Dimension in der Kommunikation zwischen Patient*innen und Behandler*innen sowie die allgemeine Notwendigkeit einer interkulturellen Öffnung des Gesundheitssystems betont. Zum anderen kommen in der Praxis häufig sogenannte Laiendolmetscher*innen zum Einsatz, die keine einschlägige Ausbildung haben, sich aber durch ihre Erfahrung und persönliche Eignung auszeichnen. Insbesondere in der Versorgung von Geflüchteten spielen seltene Sprachen eine wichtige Rolle, für die es keine einschlägige Ausbildung gibt. Da es sich bei der Bezeichnung Dolmetscher*in um keine geschützte Berufsbezeichnung handelt, werden die Begriffe in der Praxis oft austauschbar verwendet. Die berufsethischen Prinzipien der Dolmetscher*innen werden dabei auch auf Sprachmittler*innen angewandt.

Diese Veröffentlichung ist entstanden als Teil des durch die BAfF koordinierten und durch den Asyl-, Migrations-, und Integrationsfonds (AMIF) der Europäischen Union geförderten dreijährigen Projekts „Traumatisierungsketten durchbrechen – Handlungsunsicherheiten überwinden – Schutzsysteme stärken“. Ziel des Projektes ist es, einen Beitrag zur Verbesserung der Qualität, Effektivität und Effizienz des Gesundheitswesens hinsichtlich der Rehabilitation von Folteropfern und traumatisierten Asylsuchenden zu leisten. Ein nachhaltiger Ansatz zur Stärkung der Sprachmittlung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Baden-Württemberg und bundesweit ist nur im Dialog und mit Unterstützung einer Vielzahl von Akteuren zu erreichen. Die Autorin bedankt sich deshalb bei den vielen Personen, die das Projekt bereits durch ihre Bereitschaft zum Dialog und Austausch von Erfahrungen bereichert und politisches Interesse signalisiert haben und hofft, dass die in dieser Veröffentlichung dokumentierten Erkenntnisse Impulse für weitere Initiativen darstellen. Ein besonderer Dank richtet sich an Ulrike Schneck, Fachliche Leitung bei refugio stuttgart e.v. und Lea Flory von BAfF e.V. für die bereichernden fachlichen Diskussionen und Anregungen.

1 Dieses Impulspapier finden Sie im Anhang

2 Schriefers (2018)

2. Grundsätze der Psychiatrisch-Psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten

a) Psychische Gesundheit im Kontext von Flucht, Trauma und Politik

Das Bewusstsein dafür, was Folter, Krieg und sexuelle Gewalt mit Menschen anrichten, ist in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen. Vor allem das Erleben von -menschengemachter Gewalt hat oftmals gravierende Auswirkungen auf die psychische Stabilität der Betroffenen und viele haben noch lange nach der Flucht mit den physischen und psychischen Folgen traumatischer Erlebnisse zu kämpfen. Betroffene benötigen daher dringend Schutz, Sicherheit und medizinische sowie psychotherapeutische Versorgung. Ansprüche auf eine bedarfsgerechte Versorgung wurden insbesondere im Völker- und im Europarecht festgeschrieben. So sieht zum Beispiel die UN-Antifolterkonvention in Artikel 14 vor, „dass das Opfer einer Folterhandlung Wiedergutmachung erhält und ein einklagbares Recht auf gerechte und angemessene Entschädigung einschließlich der Mittel für eine möglichst vollständige Rehabilitation hat.“ Es wird dabei ein holistischer Ansatz verfolgt, d.h. medizinische, psychotherapeutische, rechtliche und (psycho-)soziale Versorgung in eine Rehabilitation miteingeschlossen (Committee against Torture, 2012).

Laut Konvention besteht dieses einklagbare Recht nur in Bezug auf den Staat, in dem die Menschenrechtsverletzung stattgefunden hat. Gleichwohl ist es wichtig, deutlich zu machen, dass die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten nicht nur ein gesundheitspolitisches, sondern auch ein menschenrechtspolitisches Anliegen ist. Dies ist mehrfach bedeutend: Erstens zeigt es die besondere menschenrechtliche Verantwortung des deutschen Staates, angemessene psychosoziale und therapeutische Angebote bereit zu stellen, wie dies auch in der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU und im Baden-Württembergischen Flüchtlingsaufnahmegesetz von 2013 verpflichtend festgehalten ist. Zweitens zeigt es die besondere Relevanz traumaspezifischer und interkultureller Therapieansätze in der Behandlung von Geflüchteten. Drittens hilft es, einer Entkontextualisierung des Leids der Opfer von Menschenrechtsverletzungen entgegenzuwirken. Viertens – so betont die BAfF in ihrer letzten Pressemitteilung zum Internationalen Tag zur Unterstützung der Folteropfer – „leisten Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, Ärzt*innen und Sozialarbeiter*innen einen entscheidenden Beitrag bei der Diagnostik, Dokumentation und Identifikation von psychischen oder seelischen Leiden nach zurückliegender Folter im Asylverfahren und kommen so ihrer professionellen Fürsorgepflicht nach.“³

In der politischen Praxis werden oftmals andere Argumente in den Vordergrund gerückt. So betont zum Beispiel die Bundespsychotherapeutenkammer, dass psychische Gesundheit eine wichtige Voraussetzung für Integration ist: „Vielen Geflüchteten, die beispielsweise unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, fällt es aufgrund psychischer Beschwerden wie Flashbacks, Intrusionen, Vermeidungsverhalten, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, schwer, Kontakt mit fremden Menschen aufzunehmen, regelmäßig die Schule zu besuchen oder andauernd einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen.“ (Bundespsychotherapeutenkammer, 2016). Während diese Argumente dazu dienen, die Teilhabe von Geflüchteten und damit ihre Rehabilitation zu fördern, werden im gesellschaftlichen Diskurs verstärkt auch sicherheitspolitische Argumente laut, die zu einer Stigmatisierung von traumatisierten Geflüchteten als potentiell gefährliche Gewalttäter beitragen.

b) Auswirkungen der Lebensbedingungen auf die psychische Gesundheit

Traumatische Erfahrungen werden vor der Flucht, während der Flucht und im Aufnahmeland gemacht. Diese oft vielfältigen und komplexen Stressoren können die psychische Gesundheit nachhaltig beeinträchtigen. Hilfreich für ein besseres Verständnis der Problematik ist das Konzept von „Flucht als sequenzieller Traumatisierung“, welches das Konzept von Hans Keilson von „Trauma als Prozess“ um Aspekte der aktuellen Situation von Geflüchteten in Deutschland erweitert (Becker und Weyermann, zitiert in Velho, 2018, S. 109). Nach diesem Modell sind folgende Phasen zu unterscheiden:

- vom Beginn der Verfolgung bis zur Flucht;
- auf der Flucht;
- die Ankunftszeit (in der Bundesrepublik Deutschland);
- die Chronifizierung der Vorläufigkeit durch befristeten und ungesicherten Aufenthaltsstatus bis hin zur Illegalisierung;
- im Rahmen des Bleiberechts;
- bei Weiterflucht und Rückkehr/Ausweisung/Abschiebung.

Die unterschiedlichen Stressoren in den unterschiedlichen Phasen des Fluchtprozesses können unterschiedliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben: „Während sich kriegsbezogene Faktoren auf die Entstehung und Ausprägung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auswirken, scheinen die Stressoren der Postmigrationsphase eher Depressionen, Angststörungen und Substanzmissbrauch zu beeinflussen.“ (Schneider, Bozorgmehr, 2017, S. 36).

³ <http://www.baff-zentren.org/news/deutschland-verhindert-dokumentation-und-behandlung-von-folteropfern/>

Die Stressoren im Aufnahmeland sind vielfältig. Dazu gehört zum Beispiel der Aufenthalt in einer Sammelunterkunft, der fehlende Familiennachzug oder der ungeklärte Aufenthaltsstatus und allgemein fehlende Zukunftsperspektiven. Auch der von Geflüchteten regelmäßig erlebte Alltags- und institutionelle Rassismus hat gesundheitliche Auswirkungen.

Bei Studien zur spezifischen Situation von Jugendlichen hat sich eine sehr hohe Bedeutung der exil-spezifischen Stressoren gezeigt (fehlender Rückzugsort in der Unterkunft, Diskriminierungserfahrungen und veränderte Familienstrukturen). Zudem wurde in einer Auswertung der Daten des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys des RKI (KiGGS) festgestellt, dass Kinder mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus eine signifikante und um 80% höhere Wahrscheinlichkeit haben, psychische Auffälligkeiten aufzuweisen (Schneider, Bozorgmehr, 2017, S. 41).

Versorgungspolitisch bedeutet dies, dass zum einen eine Früherkennung von psychischen Erkrankungen und vorliegenden Traumatisierungen wie auch eine bedarfsgerechte Leistungsgewährung erfolgen muss. Hinzu kommt, dass präventiv gehandelt werden muss, um Postmigrationsstressoren im Aufnahmeland zu reduzieren. Leitend sollte dabei die Maßgabe des Bundesverfassungsgerichts sein, dass die Menschenwürde migrationspolitisch nicht zu relativieren ist. Die Früherkennung von psychischen Traumafolgen und Erkrankungen sollte in den Erstaufnahmeeinrichtungen des Landes erfolgen und auch die Verantwortlichen in den vorläufigen Unterkünften müssen entsprechende Abläufe umsetzen. Sozialarbeiter*innen, die ein breites Spektrum von Sozial- und Verfahrensberatung bis hin zu Integration in den Arbeitsmarkt abdecken, stellen sowohl in der Unterkunft als auch darüber hinaus zentrale Partner in der psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung dar.

c) Rechtliche Grundlagen eines psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsanspruchs

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten ist nicht nur aufgrund der sprachlichen und interkulturellen Herausforderungen komplex, sondern auch weil die Inanspruchnahme und Finanzierung der Behandlung für Geflüchtete auf einem rechtlich komplizier-

ten System beruht. Relevant sind hier vor allem der Aufenthaltsstatus und die Dauer des Aufenthalts⁴. So richten sich die Ansprüche in der Gesundheitsversorgung in den ersten 18 Monaten des Aufenthalts nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, das die Behandlung auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt. Der Gesetzestext lässt offen, was als akut und was als chronisch zu gelten hat. Die Bundespsychotherapeutenkammer betont, dass psychische Erkrankungen in der Regel dringend behandlungsbedürftig sind (Bundespsychotherapeutenkammer, 2015, S. 13). Hinzu kommt, dass die Europäische Aufnahme richtlinie⁵ in Art. 19 die Gewährung der „erforderlichen medizinischen und sonstigen Hilfen, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung“ für Asylsuchende mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme fest schreibt. Darunter fallen gem. Art. 21 der Richtlinie z. B. Minderjährige, unbegleitete Minderjährige, Behinderte, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben.

Diese Richtlinie wurde in Baden-Württemberg durch das Flüchtlingsaufnahmegesetz (FlüAG) umgesetzt⁶. Daraus ergibt sich, dass ein Anspruch auf psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung auch bei Geflüchteten im Asylverfahren besteht, wenn sie sich kürzer als 18 Monate in Deutschland aufhalten. In der Praxis weicht jedoch die Genehmigungspraxis in Städten und Landkreisen, die für die Genehmigung von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zuständig sind, davon stark ab. So werden zum Beispiel weitere Hürden wie die persönliche Vorstellung im Gesundheitsamt auferlegt. Im Gegensatz zu anderen Bundesländern hat Baden-Württemberg bisher keine Gesundheitskarte für Geflüchtete eingeführt, mit deren Hilfe bürokratische Hürden reduziert werden könnten. Nach 18-monatigem Aufenthalt in Deutschland erhalten Asylsuchende Leistungen wie nach dem SGB XII, die sogenannten Analogleistungen. Damit besteht ein Anspruch auf die Leistungen, die durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gedeckt sind. Darin nicht enthalten sind Kosten für Sprachmittlung.

4 Für eine ausführliche Darstellung siehe BAfF (2017).

Der für die Analogleistungen notwendige Voraufenthalt beträgt mit Wirkung ab dem 21.8.2019 inzwischen 18 Monate.

5 Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung)

6 Vgl. §5 Gesetz über die Aufnahme von Flüchtlingen (Flüchtlingsaufnahmegesetz - FlüAG) vom 19. Dezember 2013 und darin den Verweis auf Artikel 21 der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU.

d) Die Versorgung von Geflüchteten laut Landespsychiatrieplan

Im Juli 2018 veröffentlichte das Ministerium für Soziales und Integration den Landesplan der Hilfen für psychisch kranke Menschen in Baden-Württemberg (Landespsychiatrieplan). Dort findet sich ein sehr ausführliches Kapitel zur „Versorgung von Migrantinnen und Migranten mit psychischen Störungen“. Im folgenden Zitat wird der im Landespsychiatrieplan beschriebene vernetzte Versorgungsansatz dargestellt. Die Hervorhebungen wurden nachträglich vorgenommen, um die beteiligten Akteure zu verdeutlichen, auf die in den folgenden Kapiteln dieser Veröffentlichung Bezug genommen wird. Nicht erwähnt werden die psychologischen Beratungsstellen, sowie die Familien- und Erziehungsberatungsstellen, die ebenfalls eine Rolle in der Versorgung spielen.

„Prävention und Früherkennung sowie eine zielgruppengemäße und möglichst frühe Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen und anderen psychischen Erkrankungen sind sinnvoll und sollten standardisiert durchgeführt werden. Sollten akut behandlungsbedürftige Störungen identifiziert werden, muss zeitnah ein Erstgespräch mit einer Fachärztin oder einem Facharzt stattfinden, in welchem je nach Beratungs- und Behandlungsbedarf eine Kurzintervention und/oder die Weiterleitung der Patientin oder des Patienten in das vernetzte Versorgungssystem erfolgen können. Um die Durchführung eines zeitnahen Erstgesprächs sicherzustellen, können Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünfte Vereinbarungen mit den pflichtversorgenden Fachabteilungen bzw. -krankenhäusern und dem sozialpsychiatrischen Dienst schließen. Die akute Behandlung bzw. Krisenintervention erfolgt in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, hier vor allem in den Rettungsstellen der Krankenhäuser und insbesondere den Psychiatrischen Institutsambulanzen. Eine qualifizierte Behandlung kann auch in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ) des Landes erfolgen (...) Bei weitergehendem Behandlungsbedarf sollten die Betroffenen in das regionale psychiatrische Versorgungsnetz überführt werden. Bei komplexem Bedarf können die Psychiatrischen Institutsambulanzen Leistungen übernehmen. Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind im Rahmen der kassenärztlichen/psychotherapeutischen Versorgung in die Behandlung einzubeziehen. Grundsätzlich ist anzustreben, durch eine gute Vernetzung in der Versorgung langfristige Beziehungen zu den Betroffenen aufzubauen, da sich Beziehungsabbrüche nachteilig auf die Genesung auswirken.“ (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, 2018, S. 159)

Dieser idealtypische Ansatz stößt in der Praxis auf eine Reihe von Hindernissen. Die mangelnde Verfügbarkeit qualifizierter Sprachmittlung ist eine davon. Der Landespsychiatrieplan erkennt die Problematik der fehlenden Sprachmittlung an, macht aber keine konkreten Vorschläge zur Lösung des Problems.

Die Schwierigkeiten einer Verbesserung der Versorgungskapazitäten zeigt sich auch am Beispiel der zusätzlich geschaffenen Ermächtigungen zur Behandlung von Asylsuchenden: Im Oktober 2015 war durch den Gesetzgeber vor dem Hintergrund zu geringer Behandlungskapazitäten die Möglichkeit der Ermächtigung von Psychotherapeut*innen spezifisch für die Behandlung von Geflüchteten deutlich erleichtert worden. Diese Möglichkeit der Bedarfszulassung wurde jedoch wenig genutzt. Die Gründe hierfür sind nicht untersucht worden, es ist jedoch davon auszugehen, dass auch hier die Barriere der Sprachmittlung eine Rolle gespielt hat.

3. Einsatz von Sprachmittler*innen bei den verschiedenen Akteuren der Versorgung

a) Verständigungsprobleme als Hürde im Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung

Im Landespsychiatrieplan wird festgestellt, dass psychisch belastete Migrant*innen im ambulanten und teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich unter- und im Akut-, geschlossenen und forensischen Bereich überrepräsentiert sind (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, 2018, S. 157). Dabei wäre gerade in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung eine Überrepräsentanz von Migrant*innen zu erwarten:

„Gemäß mehrerer Studien ist gerade für Menschen, die Verständigungsprobleme haben oder das Gesundheitssystem nicht kennen, die Präsentation vorrangig körperlicher Beschwerden beim Hausarzt ein erster Schritt zur Kontaktaufnahme mit dem Versorgungssystem. Diese Art der „fakultativen Somatisierung“ kann als „Eröffnungszug“ einer Arzt-Patienten-Beziehung in einem allgemeinmedizinischen Dienst über Kulturgrenzen und sozioökonomische Statusunterschiede hinweg verstanden werden. Auf Basis solcher Ergebnisse wäre zu vermuten, dass Migranten gerade in psychosomatisch-psychotherapeutischen Einrichtungen gehäuft aufgenommen würden, was aber nicht der Fall zu sein scheint und auf eine unverändert inadäquate Versorgung psychisch belasteter Migranten hindeutet, die weiter von Hausärzten und überwiegend medikamentös behandelt werden.“ (Graef-Calliess u. Schouler-Ocak, 2019, S. 276)

Eine Befragung von mehr als 2.000 Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan kam zu dem Ergebnis, dass 56 Prozent Probleme hatten, sich in einer Arztpraxis oder einem Krankenhaus verständlich zu machen (Schröder, Zak, Faulbaum, 2018, S. 15). Verständigungsprobleme lassen sich dabei nicht auf rein sprachliche Faktoren reduzieren, sondern sind sehr häufig auch kulturgebunden (Schouler-Ocak, Aichberger, 2015, S. 479). Kultursensible Sprachmittlung ist nicht nur aus Patient*innensicht notwendig, sondern auch eine Voraussetzung, dass die behandelnden Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen fachlich gute Arbeit leisten können, wie die Landesärztekammer betont:

„Bei Geflüchteten ist es für die Diagnostik und die Behandlung von Erkrankungen erforderlich, mit dem Kranken differenziert kommunizieren zu können. Dies gilt insbesondere für Menschen mit Traumafolgestörungen. Die derzeitige Situation in Praxen und Kliniken ist aufgrund der sprachlichen Probleme oft dramatisch und mit Risiken für die Betroffenen und Eskalationen verbunden. Bei Geflüchteten liegen neben den Traumafolgestörungen vielfach Suchterkrankungen und

andere psychische Erkrankungen vor. In allen medizinischen Fachgebieten, doch insbesondere in den genannten Bereichen und in der Behandlung von Kindern ist eine adäquate Diagnostik und Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte nur bei einer guten sprachlichen Verständigung möglich.“ (Landesärztekammer, 2016)

b) Ankunftszentrum und Erstaufnahmeeinrichtungen

Vor diesem Hintergrund spricht viel dafür, dort Maßnahmen zur Früherkennung z.B. von Traumafolgestörungen zu installieren, wo viele Geflüchtete zusammenkommen und entsprechend geschultes Personal vorgehalten werden kann. Ein entsprechendes Screening findet in Rahmen von Pilotprojekten im Ankunftszentrum Heidelberg und in der Erstaufnahmeeinrichtung in Tübingen statt:

„Im Rahmen eines Pilotprojekts erfolgt in der Erstaufnahmeeinrichtung Tübingen ein Screening der untergebrachten Personen auf psychische Traumata. Die Teilnahme an diesem Screening ist freiwillig. Das Screening erfolgt durch Psychologinnen und anhand international anerkannter Standardfragebögen, die in zahlreichen Sprachen verfügbar sind („PROTECT“ und „PHQ-9“). Wird ein Behandlungsbedarf erkannt, erfolgt eine Vorstellung bei der Psychiatrischen Institutsambulanz des Universitätsklinikums Tübingen, mit der eine Kooperationsvereinbarung besteht. Das Innenministerium ist derzeit damit befasst, dieses Pilotprojekt – gemeinsam mit anderen Pilotprojekten – auszuwerten.“ (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (2019))

Im Kontext von Ankunftszentrum und Erstaufnahmeeinrichtungen sind sehr viele Sprachmittler*innen im Einsatz. Einen kleinen Einblick gibt eine Studie, bei der im Zeitraum Mai bis Dezember 2016 insgesamt 95 Sprachmittler*innen befragt wurden, die im Ankunftszentrum Patrick Henry Village und am Universitätsklinikum Heidelberg bei der medizinischen und psychosozialen Versorgung und bei Beratungen/Anhörungen im Asylverfahren eingesetzt wurden. 49,2 Prozent der Einsätze dieser Sprachmittler*innen fanden an der Uniklinik statt. Eine allgemeine Übersicht zum Einsatz von Sprachmittler*innen in der Erstaufnahme liegt nicht vor. Nach Aussage des Innenministeriums liegt bisher kein Konzept zur Sprachmittlung in der Erstaufnahme vor und es ist nicht damit zu rechnen, dass ein Konzept kurzfristig abgeschlossen wird (Stand Januar 2020).

c) Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

Der Landespsychiatrieplan hebt auf die besondere Bedeutung der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ) in der Versorgung von traumatisierten Geflüchteten ab. Die PSZ bieten neben der traumaspezifischen psychotherapeutischen Behandlung auch psychosoziale Unterstützung von Geflüchteten an, schulen Multiplikator*innen, bauen Vernetzungsstrukturen aus und betreiben Öffentlichkeitsarbeit. Aktuell existieren in Baden-Württemberg fünf PSZ in Karlsruhe, Stuttgart, Ulm und Villingen-Schwenningen, weitere Zentren in Nord- und Südbaden sind im Aufbau. Im Jahr 2018 wurden von den fünf PSZ mehr als 2.000 Geflüchtete mit unterschiedlichen Angeboten unterstützt ⁷

Die PSZ orientieren sich an den Qualitätsstandards der Bundesarbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.), in der bundesweit mehr als 40 Einrichtungen Mitglied sind. Zu den Kernangeboten der PSZ gehören (BAfF, 2019, S. 7):

- Hilfestellungen bei asyl-, aufenthalts- und sozialrechtlichen Fragestellungen
- Informationsvermittlung zu allen Lebensbereichen (Unterkunft, Arbeit, Schule, Familie)
- Sozialarbeiterische Begleitung, Hilfen zur sozialen Integration und Rehabilitation und Förderung gesellschaftlicher Teilhabe
- Psychologische Diagnostik und Dokumentation
- Psychosoziale Beratung und Psychoedukation
- Krisenintervention
- Psychotherapie
- Qualifizierte Stellungnahmen zur Vorlage in asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren

- Beratung, Diagnostik und Therapie erfolgen, wenn erforderlich, mit Hilfe geschulter Sprachmittler*innen oder durch muttersprachliche Mitarbeitende
- Alle Angebote sind traumasensibel gestaltet, psychologische/psychotherapeutische/psychosoziale Unterstützung und Diagnostik wird bei Bedarf mit Traumafokus angeboten

In Baden-Württemberg verfügen alle PSZ über einen eigenen, über Jahre aufgebauten Sprachmittlerpool, in der Arbeit der PSZ kommen durchgängig speziell für den Einsatz in Beratung und Therapie geschulte Sprachmittler*innen zum Einsatz. Abbildung 1 gibt einen Einblick in die Größe der Pools. In Einzelfällen begleiten diese Sprachmittler*innen die Klient*innen auch zu Arztterminen oder zu Therapiesitzungen bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen.

d) Niedergelassene Fachärzt*innen und psychologische Psychotherapeut*innen

Im Jahr 2019 gab es 4.095 zugelassene und angestellte Vertragspsychotherapeut*innen (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2019, S. 43). Laut Wartezeitenstudie der Bundespsychotherapeutenkammer von 2018 lag die durchschnittliche Wartezeit auf einen Behandlungsplatz für eine Richtlinienpsychotherapie in Baden-Württemberg bei 17 Wochen. Innerhalb Baden-Württembergs schwanken diese Zahlen beträchtlich, sie liegen zwischen ca. 8 und ca. 33 Wochen (Nübling, Munz, 2019). Informationen dazu, wie viele Geflüchtete in den vergangenen Jahren durch niedergelassene Psychotherapeut*innen behandelt wurden, liegen nicht vor. Thomas Gustorff, Leiter der Psychologischen Beratungsstelle im Enzkreis beschreibt die Situation der niedergelassenen Psychotherapeut*innen sehr anschaulich:

	Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm	pbv Stuttgart	refugio stuttgart Hauptstelle Stuttgart	refugio stuttgart Regionalstelle Tübingen	refugio stuttgart Sprechstunde Heilbronn	Refugio Villingen-Schwenningen
Anzahl der Sprachmittler*innen im Pool	35	71	53	47	12	16
Anzahl der Sprachen im Pool	32	32	27	28	17	11

Abbildung 1: Sprachmittlerpools der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

⁷ Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm (BFU), Psychosoziale Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene Stuttgart, refugio stuttgart e.v., Refugio Villingen-Schwenningen e.V., Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V., Karlsruhe. Siehe Landesarbeitsgemeinschaft Flucht und Trauma der Psychosozialen Zentren Baden-Württemberg (2019) und Schirovski et al. (2015)

„Wenn man bedenkt, was es für einen geflüchteten Menschen bedeutet, einen niedergelassenen Psychotherapeuten zu finden, der a) einen freien Therapieplatz hat; b) eine notwendige Traumatherapieausbildung gemacht hat; c) sich zutraut kulturfremd diese Therapie auch anzuwenden; d) Kontakt zu dem dazu notwendigen Dolmetscher/in hat und e) auch noch die Dolmetscherfinanzierung klären muss, dann wird eigentlich sofort klar, dass dies ein Ding der Unmöglichkeit ist, da die Ausgangshürden unüberwindbar hoch sind.“ (Gustorff, 2017, S. 6)

Im Folgenden werden die Ergebnisse einer von refugio stuttgart e.v. mit Unterstützung der Landespsychotherapeutenkammer durchgeführte Umfrage bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen dokumentiert (Hausmann, 2019):

Die Umfrage bildet die Erfahrung von 34 Psychotherapeut*innen ab, die im Zeitraum Januar 2018 bis Juni 2019 Geflüchtete behandelt haben. Im Jahr 2018 wurden von ihnen insgesamt 215 Patient*innen mit Fluchthintergrund behandelt, darunter war ein hoher Anteil an Geflüchteten unter 21 Jahren (42,8%). 145 dieser Patient*innen wurden von nur 5 Psychotherapeut*innen behandelt. Diese hohen Fallzahlen sind durch eine erhöhte Offenheit und Sensibilität für die Zielgruppe aufgrund eines eigenen Migrationshintergrunds oder durch eine Anbindung an eine Institution zu erklären. Bei den übrigen Niedergelassenen liegt die Fallzahl bei durchschnittlich 2 bis 3 Patient*innen mit Fluchterfahrung.

Niedergelassene Psychotherapeut*innen behandeln erwachsene Geflüchtete vorrangig auf Englisch (56 Prozent der Therapeut*innen) oder mit Unterstützung durch Sprachmittler*innen (53 Prozent). Einige Psychotherapeut*innen bevorzugen die Arbeit ohne Sprachmittler*innen im unmittelbaren Kontakt mit den Patient*innen. Andere schätzen den Beitrag von Sprachmittler*innen als Vermittler*innen zwischen den Kulturen. Eine Behandlung auf Deutsch kommt meist nur bei Kindern zum Tragen, die schnell die Sprache erlernen konnten. Begleitende Elterngespräche sind jedoch in der Regel nicht auf Deutsch möglich.

Die Verfügbarkeit und der Zugang zu für den Einsatz in der Therapie geschulten Sprachmittler*innen ist für Niedergelassene sehr schwierig. Der aktuelle Schulungsbedarf für Sprachmittler*innen ist sehr hoch: nur ein Drittel derjenigen, bei denen Sprachmittler*innen zu Einsatz kamen, gaben an, dass sie ausschließlich mit für den Einsatz in der Therapie geschulten Sprachmittler*innen gearbeitet haben. Die Übernahme der Kosten der

Sprachmittlung ist häufig nicht geklärt bzw. sehr aufwändig zu klären. Dies kann dazu führen, dass keine Sprachmittler*innen eingesetzt werden können und damit Therapien nicht möglich sind. Dies gilt insbesondere für von den Krankenkassen finanzierte Therapien. Die Kosten für Sprachmittlung werden von den Krankenkassen nicht übernommen und es gibt keine alternative einheitliche Lösung für die Finanzierung des Sprachmittlereinsatzes. Die gesamte Verantwortung für die Suche nach geeigneten Sprachmittler*innen sowie deren Entlohnung liegt somit bei kassenfinanzierten Therapien bei den Psychotherapeut*innen selbst. Dies führt dazu, dass Sprachmittler*innen zum Teil nicht bezahlt werden, oder die Psychotherapeut*innen diese Kosten selbst übernehmen.

Darüber hinaus haben mehrere der Befragten darauf hingewiesen, dass die Kostenerstattung für die Therapie durch Sozialamt und Krankenkassen nicht kostendeckend ist. Hintergrund ist ein erhöhter organisatorischer Aufwand aufgrund der Sprachbarriere und eine höhere Anzahl ausgefallener Termine, für die kein Ausfallhonorar gestellt werden kann. Hinzu kommt, dass einige Psychotherapeut*innen zusätzlich Stellungnahmen und Atteste im Rahmen des Asylverfahrens verfassen, was nicht vergütet wird, und zusätzliche Unterstützung für die Patient*innen organisieren, was eher sozialarbeiterischen Tätigkeiten entspricht und ebenfalls nicht abrechnungsfähig ist. Eine professionelle Begleitung der Geflüchteten durch Sozialarbeiter*innen wurde deshalb als bedeutender Faktor für die Rahmenbedingungen therapeutischer Arbeit benannt.

e) Familien- und Erziehungsberatungsstellen und sozialpsychiatrische Dienste der Landkreise

Die Kommunen sind zuständig für die Gewährung von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, sowie für die Sozialbetreuung und Unterbringung, und werden so auf den Bedarf an psychosozialer Begleitung und therapeutischer Versorgung von Geflüchteten aufmerksam. Viele Städte und Landkreise haben darauf mit unterschiedlichen Ansätzen reagiert. Einige Landkreise haben in Kooperation mit freien Trägern Initiativen gestartet, um die psychologischen Beratungsstellen, sowie die Familien- und Erziehungsberatungsstellen für Geflüchtete zu öffnen. In den sozialpsychiatrischen Diensten scheinen die Geflüchteten bisher noch nicht angekommen sein. Die LIGA Baden-Württemberg berichtet, dass 2018 15 Prozent der betreuten Personen einen Migrationshintergrund hatten (LIGA, 2019). Das liegt unter

dem allgemeinen Anteil in der Bevölkerung des Bundeslandes. Zwei Beispiele, die hier vorgestellt werden sollen, sind die Beratungsstellen im Landkreis Esslingen und im Enzkreis:

Die 2017 in Kooperation mit einer Reihe von Akteuren entwickelte „Konzeption Psychische Hilfen, Beratung, Therapie für psychisch belastete Menschen mit Fluchterfahrung, insbesondere Traumatisierung“ des Landkreises Esslingen beschreibt umfassend die Beiträge der verschiedenen Akteure im Landkreis. Sie beinhaltet neben einer personellen Aufstockung und der fachlichen Qualifizierung und Begleitung der Mitarbeitenden der Psychologischen Beratungsstellen auch die Schaffung eines eigens geschulten Sprachmittlerpools zum Einsatz in den Beratungsgesprächen. So wurden im Jahr 2019 zwei Schulungen durch refugio stuttgart e.v. durchgeführt, inzwischen stehen zwanzig geschulte Sprachmittler*innen zur Verfügung. Auf den Pool greifen acht Beratungsstellen des Landkreises und freier Träger zu, jede Beratungsstelle stellt eigene Honorarverträge aus, die sich aber an gemeinsamen Qualitätsstandards orientieren. Der Einsatz der Sprachmittler wird aktuell aus Landesmitteln (VWV Integration) bezahlt.

Die Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche im Enzkreis startete im August 2015 das Projekt „KIWI – Kinder der Welt integrieren“ mit Unterstützung des Kommunalverbands für Jugend und Soziales Baden-Württemberg. Seit Januar 2018 wird es fortgesetzt als Regelanbot zur Integration von besonders belasteten geflüchteten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Das Angebot findet sowohl im Gruppen- als auch im Einzelsetting statt und umfasst auch Erziehungs- und Familienberatung sowie Therapie für traumatisierte Eltern. Im Jahr 2018 wurden insgesamt 150 Personen behandelt. Ein eigener für den Einsatz in Beratung und Therapie geschulter Sprachmittlerpool wurde ab Februar 2015 aufgebaut. Aktuell gibt es ein Kernteam an 6 bis 10 Sprachmittler*innen, die öfter zum Einsatz kommen (insb. Arabisch, Dari/Farsi, Kurdisch). Die Kosten für den Einsatz in der Beratungsstelle werden aus Gewährträgermitteln der Sparkasse gedeckt. Die Arbeit mit Geflüchteten wird in der Beratungsstelle durch eine eigene

Verwaltungsstelle (50%) unterstützt, die auch für die Verwaltung der Sprachmittler zuständig ist. Der Sprachmittlerpool wird auch anderen Einrichtungen zur Verfügung gestellt, die Kosten für den Einsatz muss durch diese Einrichtungen getragen werden.

f) Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie

Der Psychiatriebarometer 2017/2018 des Deutschen Krankenhausinstituts nimmt die Situation im Jahr 2016 in den Krankenhäusern in den Blick. Dort wird zunächst festgehalten, dass einige Einrichtungen mit der Entwicklung neuer Versorgungsmodelle oder -ansätzen reagiert haben, zum Beispiel mit der Einrichtung oder Stärkung von Migrations- oder Traumaambulanzen, Clearingstellen, Zentren für transkulturelle Psychiatrie oder andere Kompetenzzentren (Blum et al., 2018, S. 38). Für Baden-Württemberg wird das Kompetenzzentrum für Psychotraumatologie an der Universität Konstanz erwähnt⁸. Die Universitätskliniken in Heidelberg⁹, Freiburg¹⁰, Tübingen¹¹ sind in die Versorgung in den Erstaufnahmeeinrichtungen eingebunden. An den Universitätskliniken werden zudem Forschungsprojekte zur verbesserten medizinischen Versorgung von Geflüchteten durchgeführt¹² und Fortbildungsangebote für Mediziner*innen gemacht (in Tübingen zum Beispiel in Kooperation mit dem Deutschen Institut für Ärztliche Mission e.V.), die auch Fragen der psychischen Gesundheit einbeziehen. Eine Übersicht über die in den Kliniken in Baden-Württemberg gestarteten Initiativen zur verbesserten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten gibt es bisher nicht. Auch liegt keine Übersicht über die muttersprachliche Versorgung in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie vor. Besonders zu erwähnen ist hier die Abteilung Transkulturelle Psychosomatik unter der Leitung von Prof. Jan Kizilhan an der MEDICLIN Klinik am Vogelsang in Donaueschingen¹³.

Die Versorgung von Geflüchteten findet jedoch nicht nur in spezialisierten Einrichtungen statt. Laut Psychiatriebarometer wurden im Jahr 2016 in 86 Prozent der Krankenhäuser bundesweit Geflüchtete behandelt (Blum et al., 2018, S. 39)¹⁴.

8 Siehe <https://www.psychologie.uni-konstanz.de/elbert/einrichtungen/kompetenzzentrum-psychotraumatologie>

9 <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/zentrum-fuer-innere-medizin-medizin-klinik/klinik-fuer-allgemeine-innere-medizin-und-psychosomatik/ueber-uns/sektionen/psychotraumatologie>

10 <https://www.uniklinik-freiburg.de/presse/pressemitteilungen/detailansicht/576-universitaetsklinikum-freiburg-uebernimmt-die-medizinische-versorgung-von-fluechtlingen.html>

11 <https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/einrichtungen/kliniken/psychiatrie/kinder-und-jugendpsychiatrie/ambulanz/psychotherapie-fluechtlinge>

12 Siehe z.B. <https://respond-study.org>

13 <https://transkulturelle-psychotherapie.de>

14 Eine Regionalauswertung der dem Psychiatriebarometer 2017/2018 zugrundeliegenden Daten für Baden-Württemberg ist leider nicht möglich, u. a. weil die Teilnehmerzahlen auf Landesebene in der Regel zu klein sind, um statistisch belastbare Ergebnisse zu generieren.

Der Anteil der Krankenhäuser, in denen Geflüchtete ambulant über die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) behandelt wurden, liegt mit 64 Prozent deutlich darunter. Die Befragung der Krankenhäuser zeigte, dass sprachliche Probleme der Bereich sind, „der die Behandlung von Flüchtlingen am stärksten beeinträchtigt (85% der Häuser)“ (Blum et al., 2018, S. 42). Die Einrichtungen reagieren hierauf mit einer Reihe von Maßnahmen. In mehr als drei Viertel der Krankenhäuser kommen Krankenhausmitarbeiter*innen zum Einsatz. Dies können Mitarbeiter*innen aus sehr unterschiedlichen Arbeitsfeldern sein, die über bestimmte sprachliche Kenntnisse verfügen, und deshalb vor allem in Notfällen herangezogen werden. Nur 16 Prozent der Einrichtungen verzichten auf den Einsatz von Angehörigen, Freunden und Bekannten. Leider liegen keine Informationen dazu vor, um welche Art von Einrichtungen es sich handelt. So könnte es sich zum Beispiel um Einrichtungen handeln, in denen keine Notfallbehandlung stattfindet. Es ist davon auszugehen, dass es auch in den anderen Krankenhäusern sensible Bereiche gibt, die auf den Einsatz von unqualifizierten Kräften verzichten. Erwähnenswert ist zudem, dass auf Nachfrage der Autorin bei mehreren Einrichtungen keine über eine interne Regelung verfügt, die explizit den Einsatz von Kindern in der Sprachmittlung ausschließt. Dies wäre aus Sicht des Kinderschutzes dringend wünschenswert.

67 Prozent der Krankenhäuser arbeiten laut Psychiatriebarometer bereits mit qualifizierten Sprachmittler*innen zusammen. Wie diese rekrutiert werden und welche Art der Qualifizierung stattfindet, war leider nicht Gegenstand der Erhebung. Nach Erkenntnis der Autorin verfügen Krankenhäuser oftmals über einen eigenen Sprachmittlerpool. Interessierte Sprachmittler*innen können sich um Aufnahme in diesen Pool bewerben. Andere Einrichtungen greifen auf kommunale Sprachmittlerpools zu. Besonders hervorzuheben ist hier der Sprachmittlerpool der Stadt Freiburg, der Sprachmittler*innen u.a. für den Einsatz in der Psychotherapie schult und auf den auch die Kliniken der Stadt zugreifen. In den meisten Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie dürfte ein hoher Bedarf an für den Einsatz im psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext geschultem Personal bestehen.

4. Qualitative Anforderungen an den Einsatz von Sprachmittler*innen

a) Zur Notwendigkeit qualifizierter Sprachmittlung

In den meisten deutschen Kliniken und Arztpraxen findet Sprachmittlung in erster Linie durch Verwandte, Freunde und Bekannte oder durch nicht für die Sprachmittlung qualifizierte Angestellte statt¹⁵. Kliniken verfügen zwar in der Regel über einen Sprachmittlerpool, auf den sie zurückgreifen können, doch der Einsatz von Angestellten und von Verwandten, Freunden und Bekannten ist mit weniger Aufwand und Kosten verbunden und wird deshalb oftmals bevorzugt. Niedergelassene Ärzt*innen haben in der Regel keinen Zugriff auf einen Sprachmittlerpool. Aus fachlicher und ethischer Sicht ist der Einsatz von Angestellten und von Verwandten, Freunden und Bekannten als problematisch zu werten. Zum einen stellt sich die Frage nach der Vertraulichkeit im Arzt-Patienten-Verhältnis, zum anderen stellt die Sprachmittlung gerade im gesundheitlichen Bereich eine Belastung der Angehörigen oder anderer nicht qualifizierter Personen dar. Wenn es sich dabei um Kinder handelt, ist von einer sowohl kognitiven als auch emotionalen Überforderungssituation auszugehen, die weitreichende psychische Entwicklungsschäden nach sich ziehen kann. Es gibt natürlich lebensbedrohliche Situationen, in denen kein professioneller Sprachmittler zur Verfügung steht und deshalb auf die Angehörigen oder andere Personen zurückgegriffen werden muss. Für den Regelfall sollten jedoch andere Mechanismen greifen. Neben der Betroffenheit der Angehörigen und dem Recht der Patient*innen auf Vertraulichkeit spielt auch die Professionalität der sprachmittelnden Person eine Rolle. Sonst kommt es zu unabsichtlichen Übersetzungsfehlern oder die sprachmittelnde Person unterschlägt oder verändert Gesprächsinhalte, mit dem vermeintlichen Interesse, die Patient*innen zu schützen. In der Psychotherapie gilt der Einsatz von Angehörigen als Sprachmittler*innen grundsätzlich als ungeeignet und wird abgelehnt.

b) Deutsch und Zweitsprache als Alternative?

Als Alternative zum Einsatz von Sprachmittler*innen bietet sich je nach Sprachkenntnissen der Patient*innen und der Behandler*innen die Behandlung in der Muttersprache, auf Deutsch oder in einer Zweitsprache an. Leider liegen keine Zahlen zur Verfügbarkeit von muttersprachlichen Behandler*innen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Baden-Württemberg vor. Insgesamt ist die Verfügbarkeit aber als sehr gering einzuschätzen. Die Behandlung auf Deutsch oder in einer Zweitsprache stößt dort an ihre Grenzen, wo

Patient*innen und Behandler*innen über unzureichende Sprachkenntnisse verfügen. Hier können zwar auch non-verbale Methoden zum Einsatz kommen, die BAfF betont aber gerade in Bezug auf Behandlung in einer Zweitsprache, dass es zu den Kriterien für eine gute kultursensible Beratung und Therapie gehört, sich bewusst zu machen, dass eigene fremdsprachliche Kenntnisse nicht unbedingt für den Kontext Beratung und Therapie ausreichen und dass man die Fähigkeit besitzen sollte, zu entscheiden, wann Sprachmittler*innen hinzuzuziehen sind (BAfF, 2019, S. 5).

Die Erwartung, dass Migrant*innen nach einer bestimmten Aufenthaltsdauer über ausreichend Sprachkenntnis für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung besitzen, ist zudem unrealistisch. So wird im 10. Ausländerbericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration festgehalten: „Allerdings werden auch langfristig bestimmte Personengruppen eine Sprachmittlung benötigen: Ältere Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere bei demenziellen Erkrankungen, Neuzuwanderer von außerhalb und innerhalb der EU, Flüchtlinge und Asylsuchende. Nach Schätzungen werden dauerhaft rund 20 % der zugewanderten Bevölkerung auf eine Sprachmittlung angewiesen sein.“ (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2014, S. 154f). Der Paritätische Gesamtverband weist ebenfalls darauf hin, dass auch bereits länger in Deutschland lebende Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund zum Beispiel aufgrund individueller körperlicher, psychischer oder kognitiver Einschränkungen oder aufgrund von strukturellen Hürden, wie erschwerter oder fehlender Zugang zu Sprachlernangeboten, nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen. Als Beispiele werden in der Zeit zwischen 1955 und 1973 eingewanderte Arbeitsmigrant*innen und Unionsbürger*innen genannt, die keinen Rechtsanspruch auf Teilnahme an einem Integrationskurs haben, was auch auf einige Asylsuchende zutrifft. Zudem berichtet der Verband über Erfahrungen, die zeigen, „dass auch erfolgreiche Absolvent*innen der Integrationskurse mit dem B1-Niveau in bestimmten Situationen im behördlichen oder gesundheitlichen Kontext auf Unterstützung Dritter bei der sprachlichen Verständigung angewiesen sind“ (DER PARITÄTISCHE Gesamtverband, 2018). Eine Studie zu Inanspruchnahme von Psychotherapie bei polnisch stämmigen Migrant*innen in Deutschland ergab zudem, dass 17,5% der Befragten ihre Deutschkenntnis als unzureichend für eine Psychotherapie einschätzten und deshalb polnischsprachige Psychotherapeut*innen bevorzugten. (Morawa, Erim, 2016).

¹⁵ Die Bezirksärztekammer Nordbaden hat 2019 das Pilotprojekt „Kultursensible Sprachassistenz“ durchgeführt, ein Fortbildungsangebot das sich an Medizinische Fachangestellte mit Herkunftssprache Türkisch richtete, die von Dolmetscher*innen und Ärzten geschult wurden. Darüber hinaus gibt es bisher keine entsprechenden Fortbildungsangebote.

c) Video-Dolmetschen als Alternative?

In den letzten Jahren hat sich der Einsatz von Video-Dolmetschen als mögliche Alternative auch im Gesundheitswesen entwickelt. Der Vorteil liegt in der schnellen Verfügbarkeit von medizinisch geschulten Sprachmittler*innen in einer Vielzahl von Sprachen. Dies ist insbesondere für Kliniken interessant, die Video-Dolmetschen bei Krisenfällen in Randzeiten einsetzen, oder die aufgrund ihrer Lage im ländlichen Raum nicht über die notwendigen Sprachmittler*innen verfügen können. In Stuttgart kommt Video-Dolmetschen inzwischen auch beim Gesundheitsamt bei Beratungsgesprächen nach dem Prostituiertenschutzgesetz zum Einsatz. Die Landesregierung fördert zudem ein Pilotprojekt zum Einsatz von Video-Dolmetschen im Untersuchungsgefängnis Stammheim. Erste Erfahrungen zeigen, dass der Einsatz von Video-Dolmetschen eine hohe deeskalierende Wirkung haben kann.

Grenzen des Einsatzes von Video-Dolmetschen zeigen sich dort, wo das Herstellen einer intimen Gesprächsatmosphäre notwendig ist (Kletecka-Pulker et al., S. 71). Dies betrifft alle Formen der Psychotherapie. Erste Erfahrung beim Einsatz bei psychiatrischen Sitzungen zeigen jedoch, dass es durchaus auch positive Aspekte des Video-Dolmetschens in diesem Kontext geben kann:

„Erstaunlicherweise bewertete ein Großteil der interviewten DolmetscherInnen den Umstand, dass durch den Einsatz des E-Dolmetschers zur Dolmetschsituation eine physische Distanz zwischen DolmetscherInnen und GesprächsteilnehmerInnen entstand, als durchaus positiv. Ihrer Einschätzung nach sei dieses Setting, im Vergleich zu Dolmetschaufträgen vor Ort, für beide Seiten einfacher zu „verlassen“ und mit deutlich weniger Verhaltenskonventionen verbunden, was auch die Angehörigen der Gesundheitsberufe positiv bewerteten. Interessanterweise gewannen die DolmetscherInnen bei den PatientInnen den Eindruck, dass diesen die Distanz eher half, sich bei intimeren Arztgesprächen (zum Beispiel bei psychiatrischen Sitzungen) freier und entspannter auszudrücken. Im Gegensatz dazu gaben die befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe ja an, das Herstellen intimer Gesprächssituationen bei Verwendung des E-Dolmetscher als eher schwächer empfunden zu haben.“ (Kletecka-Pulker et al., S. 121)

16 Schriefers (2018)

Laut PsychiatrieBarometer steht knapp die Hälfte der Krankenhäuser dem Einsatz von Video-Dolmetschen grundsätzlich positiv gegenüber. So gaben 12 Prozent an, dass sie bereits Video-Dolmetscher*innen einsetzen, 14 Prozent sind konkret in der Planung und 18 Prozent sehen Video-Dolmetschen als Zukunftsthema (Blum et al, 2018, S. 46). Es kann festgehalten werden, dass Video-Dolmetschen für Krankenhäuser eine sinnvolle Ergänzung insbesondere bei Notfällen darstellen kann, aber für den Einsatz in der Psychotherapie nur sehr eingeschränkt geeignet ist.

d) Professionelle Anforderungen an Behandler*innen und Sprachmittler*innen

Die Arbeit mit Geflüchteten stellt Behandler*innen vor besondere professionelle Herausforderungen. Die triadische Gesprächssituation, in der sehr persönliche, oft intime und emotionale Inhalte Gegenstand sind, stellt eine hohe Herausforderung für alle Beteiligten dar. Die Einrichtungen, die in der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BAfF) zusammengeschlossen sind, sind seit den 1980er Jahren Vorreiter im Einsatz von Sprachmittler*innen in der psychosozialen Beratung und der Psychotherapie. Eine 2018 vorgelegte Veröffentlichung fasst die über dreißig Jahre gemachten Erfahrungen zusammen¹⁶.

In den Jahren 2015 und 2016 organisierten die Landespsychotherapeutenkammer und die Landesärztekammer Baden-Württemberg eine Reihe von Fortbildungsveranstaltungen zur psychotherapeutischen Behandlung von traumatisierten Geflüchteten. Eine 2019 durchgeführte Umfrage unter den Teilnehmenden ergab, dass es weiter einen hohen Fortbildungsbedarf gibt in Bezug auf transkulturelle und kultursensible Ansätze in der Therapie, traumaspezifische Ansätze und den Umgang mit Somatisierungsstörungen sowie zu Kontextwissen zu den Herkunftsländern und aktuellen Lebensbedingungen. Auch in Bezug auf das Arbeiten mit Sprachmittler*innen bzw. das Arbeiten ohne Sprachmittler*innen mit eingeschränkten sprachlichen Möglichkeiten gibt es Schulungsbedarf (Hausmann, 2019, S. 6).

Bei der Auswahl von Sprachmittler*innen, die in der Mehrzahl nicht über eine professionelle Ausbildung verfügen, steht zunächst die persönliche Voraussetzung für den Einsatz in diesem spezifischen Kontext im Fokus. Hierzu gehören die aktuelle Lebenssituation der Sprachmittler*innen (insbesondere ein möglicher eigener Fluchthintergrund und der rechtliche Aufenthaltsstatus), die sprachlichen Fähigkeiten (insbesondere ein Wortschatz zur Beschreibung von Gefühlen und Gedanken), Vorerfahrungen im Dolmetschen und die persönliche Eignung (die z.B. durch rassistische Vorurteile oder starke politische oder religiöse Überzeugungen, die quasi missionarisch vertreten, infrage gestellt ist).

Wichtig für eine gute Zusammenarbeit sind gute kommunikative Fähigkeiten, auch im non-verbalen Bereich, Präsenz und Konzentrationsfähigkeit, grundsätzlich wertschätzende Offenheit gegenüber anderen Kulturen und anderen Haltungen, Bereitschaft zur Zusammenarbeit und Kritikfähigkeit, sowie die Akzeptanz der Fachlichkeit der Behandler*innen (Konzeption Sprachmittler*innen bei refugio stuttgart e.v.).

Scheinen die persönlichen Voraussetzungen nach einem Vorgespräch gegeben, so sollte sich bei Kandidat*innen, die bisher nicht in der Therapie eingesetzt waren, eine Schulung anschließen, die sich an den Aspekten und den Vorgehensweisen orientieren, die sich für den Einsatz in der Psychotherapie als bedeutsam herausgestellt haben. Diese sind in Abbildung 2 übersichtlich dargestellt.

Leitfaden für DolmetscherInnen

- Einhalten der Schweigepflicht
- Loyale und neutrale Haltung gegenüber anderen ethnischen, religiösen und politischen Gruppen
- Kein privater Kontakt zu PatientInnen
- Weiterleiten jeglicher Kommunikation, die mit dem Patienten außerhalb des Therapieraums erfolgt
- Wortgetreue Wiedergabe der sprachlichen Inhalte des Patienten
- Keine Übernahme der Gesprächsführung
- Regelmäßige Teilnahme an Supervisionen und Schulungen

Leitfaden für PsychotherapeutInnen

- Führen eines Vorgesprächs vor jedem Patientenkontakt (Klärung gegenseitiger Erwartungen und der Rolle des Dolmetschers)
- Definieren des Arbeitsmodells der Übersetzung mit dem Dolmetscher; eine Übersetzung in der Ich-Form wird i.d.R. empfohlen
- Festlegen der Sitzposition in der Triade
- Einholen der Schweigepflicht-Erklärung des Dolmetschers, der Patient ist darüber zu informieren
- Aufklärung des Dolmetschers über psychotherapeutische Techniken und den Umgang mit sensiblen Themen (z.B. suizidale Gefährdungen oder Missbrauchserfahrungen von Patient*innen)
- Nachbesprechung nach jedem Patientenkontakt (Rückmeldung zu kulturellen Bedeutungszusammenhängen, relevanten Beobachtungen, wahrgenommenen triadischen Beziehungsmustern)

Abbildung 2: Leitfaden für Dolmetscher*innen und Psychotherapeut*innen. Quelle: Helmbodt et al., S. 97

e) Belastung und Sekundärtraumatisierung von Sprachmittler*innen

Sprachmittler*innen sind im therapeutischen Gespräch einer sehr hohen Belastung ausgesetzt, insbesondere wenn es sich um die Konfrontation mit Traumainhalten handelt. „Die empathische Öffnung für das Leiden der Klienten/Klientinnen ist einerseits notwendige Voraussetzung für die Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten, zugleich kann das Mitfühlen zu einer empathischen Belastung führen, bei der Sprachmittler/-innen ähnliche Symptome entwickeln wie die Klienten/Klientinnen“ (Schriefers, 2018, S. 121). Dieses Phänomen wird meist mit dem Begriff Sekundärtraumatisierung beschrieben. Während dieses Phänomen auch die Behandler*innen trifft, so sind Sprachmittler*innen oft stärker betroffen, da sie die Inhalte unmittelbar aufnehmen und im Unterschied zu den Behandler*innen nur über eine begrenzte Ausbildung verfügen. Hinzu kommt, dass Sprachmittler*innen zudem häufig über eine persönliche traumatisierende Fluchterfahrung verfügen, so dass es zu Re-Traumatisierungseffekten kommen kann.

In letzten Jahren wurden in Baden-Württemberg zwei Studien durchgeführt, die sich explizit mit dem Thema Sekundärtraumatisierung beschäftigen. So kam die Evaluierung des Sonderkontingents für besonders schutzbedürftige Frauen und Kinder aus dem Nordirak zu dem Ergebnis, dass 14,3% der befragten Mitarbeiterinnen zum Zeitpunkt der stärksten Belastung eine moderate und 8,6% eine starke Sekundärtraumatisierung aufwiesen. Die Sprachmittlerinnen stachen besonders aus der Gruppe heraus: 62,5% wiesen eine Sekundärtraumatisierung auf (Junne et al., 2019, S. 418f). Eine 2016 durchgeführte Studie der Universitätsklinik Heidelberg kam zu weniger drastischen Ergebnissen, die aber gleichwohl Handlungsbedarf aufwerfen. Befragt wurden Sprachmittler*innen die im Ankunftszentrum „Patrick Henry Village“ und an der Uniklinik eingesetzt wurden. Bei 21% zeigte sich eine Sekundärtraumatisierung, 6% wiesen eine starke Traumatisierung auf. Deutlich wurde auch, dass viele Sprachmittler*innen gleichzeitig an Primär- und Sekundärtraumatisierung leiden. Während kein höherer Grad an Depressionen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung festzustellen war, zeigten sich höhere Grade an Stress und Ängstlichkeit, insbesondere bei Frauen (Kindermann et al., 2017, S. 269).

Diese beiden Studien veranschaulichen sehr deutlich, dass der Einsatz von Sprachmittler*innen von Angeboten zur Psychohygiene begleitet sein muss. Dazu gehört die Nachbesprechung des Gesprächs mit dem/der Behandler*in und Angebote zur Intervention und zur Supervision in der Gruppe oder individuell. Für die Sprachmittler*innen, die im „Patrick Henry Village“ aktiv sind, wird in Reaktion auf die Studie inzwischen ein Supervisionsangebot bereitgestellt, das durch die Abteilung für Medizinische Psychologie der Universitätsklinik Heidelberg angeboten und von einem Psychotherapeuten geleitet wird.

5. Strukturelle und finanzielle Herausforderungen

a) Ansätze zur Erhebung eines quantitativen Bedarfs an qualifizierter Sprachmittlung

Wie in Kapitel 3 deutlich wurde, werden bei den verschiedenen Akteuren der Versorgung nur sehr begrenzt Zahlen zu den behandelten Patient*innen mit Fluchthintergrund erhoben. Die psychosozialen Zentren (PSZ) geben an, im Jahr 2018 2.259 Klient*innen versorgt zu haben, in der Regel mit Unterstützung durch Sprachmittler*innen. Dies umfasst das gesamte Leistungsspektrum der PSZ. Versorgungszahlen aus den Kliniken, von niedergelassenen Psychotherapeut*innen und der Beratungsstellen der Landkreise liegen nur im Einzelfall vor. Es ist also schwer einzuschätzen, wie viele Geflüchtete in Baden-Württemberg in den vergangenen Jahren psychiatrisch-psychotherapeutisch versorgt wurden und wie diese Zahl im Verhältnis zum Bedarf steht.

In der Frage, wie ein Bedarf insbesondere an psychotherapeutischer Versorgung einzuschätzen ist, wird in der Regel auf die vorliegenden Studien zur Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten zurückgegriffen. Die größte Studie wurde 2018 durch das Wissenschaftliche Institut der AOK herausgegeben (Schröder et al., 2018). Befragt wurden bundesweit über 2.000 Schutzsuchende über 18 Jahren aus Syrien, Irak und Afghanistan, 453 davon lebten in Baden-Württemberg. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass 75 Prozent Gewalt erlebt haben und oft mehrfach traumatisiert sind. 40 Prozent der Befragten hatten Anzeichen einer depressiven Erkrankung. Weitere Studien betonen die zusätzlich krankmachenden Postmigrationsfaktoren. So zitieren Schneider und Bozogmehr eine 2008 publizierte Studie, in der die psychische Gesundheit von in Deutschland lebenden Geflüchteten aus dem ehemaligen Jugoslawien untersucht wurde, die nur einen temporären Aufenthaltsstatus hatten. In dieser Studie „wurde bei 78% eine psychische Störung diagnostiziert, darunter rangierte PTBS (54%) vor Depression (50%) und Angststörungen (30%).“ Eine wichtige Erkenntnis der Studie war, „dass Postmigrationsfaktoren, allen voran der Zustand permanenter Unsicherheit, neben Kriegstraumatisierungen die Ausbildung psychischer Erkrankungen fördern“ (Schneider, Bozogmehr, 2017, S. 37).

Bei einer Abschätzung des Bedarfs an insbesondere traumaspezifischer Behandlung sollten deshalb sowohl die Zahlen von neu in Baden-Württemberg ankommenden Geflüchteten als auch von Migrant*innen mit unsicherem Aufenthaltsstatus herangezogen werden. Vor diesem Hintergrund bietet es sich an, sich am „Konzept zur Quantifizierung des Bestands an Ausländerinnen und

Ausländern, die sich aus humanitären Gründen in Deutschland aufhalten“ zu orientieren, welches das Statistische Bundesamt 2019 vorgelegt hat. Das Konzept nutzt den Begriff „Schutzsuchende“, der nicht nur Ausländer*innen mit anerkanntem Schutzstatus einbezieht, sondern auch solche, die sich im laufenden Asylverfahren befinden oder mit abgelehntem Schutzstatus in Deutschland leben. Dies entspricht den Empfehlungen der Statistischen Kommission der Vereinten Nationen zu Flüchtlingsstatistiken (Ebert, 2019). Die Ergebnisse dieser Auswertung zeigt sich für Baden-Württemberg wie folgt:

„In Baden-Württemberg lebten Ende 2017 rund 194.100 Schutzsuchende. Damit hat sich deren Zahl innerhalb von 10 Jahren mehr als verdreifacht. (...) Am Jahresende 2017 hatten in Baden-Württemberg 52.100 oder 27 % aller Schutzsuchenden einen offenen Schutzstatus. Deren Zahl ist damit gegenüber 2016 deutlich, nämlich um rund 24.000, zurückgegangen. Die Mehrheit der Schutzsuchenden – 120.500 bzw. 62 % – verfügten Ende 2017 über einen humanitären Aufenthaltstitel und damit über einen anerkannten Schutzstatus. Überwiegend war diese Anerkennung jedoch befristet (84 900). Außerdem lebten Ende 2017 rund 21.500 Schutzsuchende (11 %) in Baden-Württemberg, deren Antrag abgelehnt wurde. Diese Personen waren daher ohne Schutzstatus und grundsätzlich ausreisepflichtig. Darunter waren 16 600 Personen, deren Ausreisepflicht aufgrund einer Duldung jedoch vorübergehend ausgesetzt wurde, weil der Vollstreckung der Abschiebung rechtliche oder tatsächliche Abschiebehindernisse entgegenstehen.“ (Brachat-Schwarz, 2019, S. 15f.)

Zur Feststellung eines Bedarfs an psychosozialer und psychotherapeutischer Versorgung wäre nun der nächste Schritt, einen Bezug zur geschätzten Prävalenz von psychischen Erkrankungen in der Zielgruppe zu den Zahlen der Schutzsuchenden in Baden-Württemberg herzustellen. Aus einer geschätzten Prävalenz behandlungsbedürftiger Traumafolgestörungen von 40 Prozent ergibt sich ein sehr hoher Bedarf, der in deutlichem Kontrast zu den real verfügbaren Psychotherapie-Plätzen steht.

In der psychotherapeutischen Versorgung ist zunächst davon auszugehen, dass die Behandlung im Regelfall mithilfe von Sprachmittler*innen erfolgen sollte, solange keine muttersprachliche Versorgung möglich ist (siehe dazu Kapitel 4). In der Praxis wird an diesem Punkt immer wieder von dieser Regel abgewichen werden, da entweder die Patient*innen oder die Psychotherapeut*innen aus unterschiedlichen Gründen die Behandlung in

einer Zweitsprache bevorzugen oder weil keine Sprachmittler*innen zur Verfügung stehen. Für die Bedarfsplanung wäre also zunächst der Bedarf an Sprachmittlung identisch zu sehen mit dem Bedarf an Psychotherapie. Insbesondere im Bereich der kassenfinanzierten Versorgung durch Niedergelassene wird die Zahl der Sprachmittlerstunden jedoch deutlich unter der Zahl der Therapiestunden liegen, solange nur wenige geschulte Sprachmittler*innen zur Verfügung stehen.

b) Auf- und Ausbau von Sprachmittlerpools für den Einsatz in Beratung und Therapie

Wie in Kapitel 3 beschrieben, haben verschiedene Akteure (PSZ, Beratungsstellen der Landkreise) in den vergangenen Jahren speziell für den Einsatz in Beratung und Therapie geschulte Sprachmittlerpools aufgebaut. Die längste Erfahrung in Schulung und Einsatz haben dabei die PSZ. Diesen Pools ist gemein, dass die dort geschulten Sprachmittler*innen in der Regel nur in den eigenen Einrichtungen zum Einsatz kommen. Ausnahmen werden dort gemacht, wo die Begleitung von durch die Einrichtung betreuten Patient*innen durch eine Sprachmittler*in zu einem Facharztbesuch oder ähnlichem Termin notwendig ist. In sehr begründeten Einzelfällen reagieren die PSZ auch auf Anfragen von außen, keine der Einrichtungen nimmt aber aktuell eine vermittelnde Rolle ein. Die kommunalen Sprachmittlerpools sind unterschiedlich aufgestellt, insbesondere was den Zugriff auf den Pool betrifft. So scheinen die meisten Pools nur für öffentliche Einrichtungen zugänglich zu sein. Nur wenige Pools verfügen über für den Einsatz in Therapie und Beratung geschulte Sprachmittler*innen. Eine Ausnahme stellt der Dolmetscherpool der Stadt Freiburg dar, auf deren durch das Rote Kreuz geschulte Personal auch die Kliniken und die Niedergelassenen der Stadt zugreifen. Dort, wo geschulte Sprachmittler*innen zur Verfügung stehen, müssen diese jedoch in der Regel durch die einsetzende Einrichtung finanziert werden (siehe unten).

Die Schulungen werden in der Regel durch an die PSZ angebundene Therapeut*innen und Sprachmittler*innen durchgeführt. Auch das Rote Kreuz auf Freiburg ist landesweit mit Schulungen aktiv. Diese Schulungen liefern den Sprachmittler*innen jedoch keinen Nachweis in Form einer Zertifizierung. Die Möglichkeit, eine solche durch ein überregionales Schulungsangebot zu erlangen, wäre langfristig hilfreich, damit die kommunalen Sprachmittlerpools (und die Sprachmittlerpools der Kliniken) diese Spezialisierung anbieten können, ohne selbst schulen zu müssen. Für die Einrichtungen und die Psychothe-

rapeut*innen, die diese Sprachmittler*innen auf Honorarbasis einsetzen, muss zudem deutlich sein, dass Vor- und Nachgespräche sehr wichtig sind, um Sprachmittler*innen dabei zu unterstützen, wertvolle Erfahrung zu sammeln und auf die besondere Gefährdung von Sprachmittler*innen in Bezug auf Sekundärtraumatisierung einzugehen. Die Verwaltung der Sprachmittlerpools müssen zudem prüfen, ob die bereits angebotenen Maßnahmen zu Inter- und Supervision der Sprachmittler*innen für den therapeutischen Kontext ausreichend sind. So kann es sich eventuell anbieten, entweder auf Kreisebene oder über verschiedene Kreise hinweg ein Interventions- oder Supervisionsangebot zu machen.

c) Finanzierung des Einsatzes von Sprachmittler*innen

Jeder Diskussion über die Finanzierung des Einsatzes von Sprachmittler*innen sollte eine Diskussion über eine angemessene Entlohnung vorangestellt werden. Die in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung eingesetzten Sprachmittler*innen werden in der Regel auf Honorarbasis eingesetzt. Die gezahlten Honorare belaufen sich auf 20 bis 30 Euro pro Stunde. Dies liegt deutlich unter den Verdienstmöglichkeiten als beeidigte*r Dolmetscher*in vor Gericht (70 Euro) oder im Rahmen polizeilicher Strafverfolgungsmaßnahmen (55 Euro). Viele Sprachmittler*innen verfügen nicht über die nötigen formellen Voraussetzungen, um bei Gericht beeidigt zu werden und sind nicht Mitglied in einem Berufsverband. Bei den in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung eingesetzten Sprachmittler*innen handelt es sich sowohl um hauptberuflich als auch nebenberuflich Arbeitende. Solange es keine Selbstvertretung gibt, ist es notwendig, dass die einsetzenden Einrichtungen sich der Frage einer gerechten Entlohnung für eine sehr anspruchsvolle Tätigkeit stellen. So wäre es hilfreich, eine unabhängige Stelle mit einer Studie zu beauftragen, die anhand von Einzelbeispielen die aktuelle Situation der Sprachmittler*innen offen legt.

Die im Vergleich zu anderen Bereichen geringe Entlohnung lässt sich insbesondere durch den vorherrschenden Kostendruck erklären. So finanzieren die PSZ und die Beratungsstellen der Landkreise den Einsatz von Sprachmittler*innen durch einen Mix an öffentlichen Geldern, Projektmitteln und Spenden. Eine höhere Entlohnung der Sprachmittler*innen müssen deshalb in einer konzertierten Verhandlung mit den beteiligten Gebern erreicht werden. In den Krankenhäusern erstet der Druck daraus, dass entweder Unklarheit über den

Kostenträger besteht oder dass Sprachmittlerkosten durch die GKV nicht einzeln vergütet werden, sondern in der PEPP-Fallpauschale eingepreist sind:

„Betrachtet man die Einrichtungen, aus denen Angaben vorlagen bzw. denen Kosten entstanden sind, so wurden diese nur in knapp einem Drittel refinanziert. Dabei erfolgte eine Refinanzierung der Dolmetscherkosten in Abteilungspsychiatrien (17%) deutlich seltener als in psychiatrischen Fachkrankenhäusern (43%). Kostenträger waren hier in der Regel die Kommunen und das Land. (...) Als Grund der unvollständigen Finanzierung der Dolmetscherkosten wurden im Rahmen einer offenen Frage vor allem die fehlende Refinanzierung durch die Kostenträger, hier vor allem die Krankenkassen, teilweise durch das Land und die Sozialämter, genannt. Begründet wird dies nach Angaben der Häuser von Seiten der Kostenträger durch Hinweis auf eine vermeintliche Kostendeckung durch die bestehende Finanzierung. Auch eine fehlende Verantwortungsübernahme der Kostenträger und unklare Zuständigkeiten werden von den Einrichtungen als Begründung angeführt.“ (Blum et al., 2018, S. 49f)

Durch die Umstellung auf Fallpauschalen hat sich in den Krankenhäusern der wirtschaftliche Druck erhöht (Land, 2018, S. 139f). Damit steigt das Risiko, dass an falscher Stelle gespart wird. Die Psychiatrische Institutsambulanz der Charité in Berlin hat sich mit dieser Frage auseinandergesetzt:

„Unsere Studie weist auf den hohen initialen Kostenaufwand für den dringenden Einsatz professioneller Dolmetscher hin. Gleichzeitig zeigen Studien, dass zwar initial die Kosten einer dolmetscher-gestützten Behandlung höher sind, jedoch langfristig – durch eine Verhinderung von Chronifizierung und Fehldiagnostik – eine zielgerichtete Behandlung ermöglichen und damit Kosten langfristig einsparen.“ (Schreiter et al., 2016, S. 359)

In der ambulanten Versorgung stellt sich vor allem das Problem, dass das Krankenversicherungsrecht des SGB V keine Grundlage für die Übernahme zur medizinischen Versorgung nötiger Übersetzungskosten enthält. Abbildung 3 zeigt das Ergebnis einer Umfrage bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen in Baden-Württemberg, die im Zeitraum Januar 2018 bis Juni 2019 Geflüchtete kassenfinanziert behandelt haben. Zwar finden die Niedergelassenen Mittel und Wege, um eine sprachmittlergestützte Therapie zu ermöglichen, keiner der Wege ist aber sowohl nachhaltig als auch ethisch korrekt. Hinzu kommt, dass es sich hierbei um eine Gruppe von Psychotherapeut*innen handelt, die hochmotiviert und sehr engagiert sind.

Die Forderung nach Aufnahme von Dolmetsch- und Sprachmittlungsleistungen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nach SGB V wird durch ein weites Bündnis unter Beteiligung der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer getragen und ist seit mehreren Jahren Gegenstand der Gesundheits- und Integrationsministerkonferenzen. Zuletzt forderte die Integrationsministerkonferenz den Bund auf, die Übernahme in den Leistungskatalog zu prüfen. Die Finanzierung soll nicht aus Beitragsmitteln, sondern aus Steuermitteln erfolgen (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales Berlin, 2019). Bisher ist jedoch auf Bundesebene keine Bewegung in Sicht. Vor diesem Hintergrund ist es angebracht, auf Landesebene eine Zwischenlösung zur Finanzierung von Sprachmittlereinsätzen bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen zu finden¹⁷. Zur Ermittlung der nötigen Finanzen könnte folgende Rechnung angesetzt werden: 40 Stunden pro Klient pro Jahr bei einer Entlohnung für Sprachmittlung bei (mindestens) 35 Euro pro Stunde entspricht jährliche Kosten von 1.400 Euro pro Patient*in pro Jahr. Hinzu kommen noch Fahrtkosten der Sprachmittler*innen zu ihren Einsatzorten und bei Hauptberuflichen die Mehrwertsteuer.

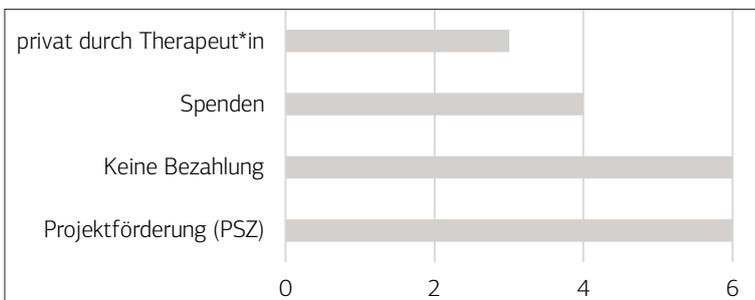


Abbildung 3: Finanzierung der Sprachmittler*innen bei kassenfinanzierter Therapie (16 Befragte, Mehrfachnennung möglich)

¹⁷ Ein Vorbild könnte der durch die Stadt Hamburg finanzierte Sprachmittlerpool von SEGEMI sein, der auch an Niedergelassene vermittelt. Die Kosten für den Einsatz werden ebenfalls durch die Stadt Hamburg getragen. www.segemi.org; Ein ähnliches Pilotprojekt wird aktuell in Bremen umgesetzt: www.refugio-bremen.de/sprachmittlung/

6. Schlussfolgerungen

Die mangelnde sprachliche Verständigung ist eine zentrale Hürden im Zugang zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten. Der Abbau dieser Hürde stellt somit einen bedeutenden Beitrag zur Erhöhung des Versorgungsgrads (nicht nur) in Baden-Württemberg dar. Der Landespsychiatrieplan listet die an der Versorgung beteiligten Akteure auf: die Universitätskliniken, die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, insbesondere die Psychiatrischen Institutsambulanz, die Psychosozialen Zentren für Flüchtlingen und Folteropfer (PSZ) und die niedergelassenen Fachärzt*innen und Psychologischen Psychotherapeut*innen. In den vergangenen Jahren haben sich zudem einige Familienberatungsstellen der Landkreise begonnen, ihr Angebot auch auf die Bedarfe von Geflüchteten auszurichten, und die Sozialpsychiatrischen Dienste sehen dies als Zukunftsthema.

All diese Einrichtungen sind in ihrem Handeln miteinander verwoben und aufeinander angewiesen. Am deutlichsten wird dies bei fehlender Anschlussversorgung nach einem krisenbedingten stationären Aufenthalt oder bei der zentralen Bedeutung, die eine gute sozialarbeiterische Begleitung von Geflüchteten dabei spielt, dass Psychotherapien bei Niedergelassenen zielführend durchgeführt werden können. Alle genannten Einrichtungen sind auf Sprachmittler*innen angewiesen und der Behandlungserfolg hängt wesentlich von der Qualität der Sprachmittlung ab. Die Versorgung mit muttersprachlichen Therapeut*innen ist sehr gering. Ein Durchführen der Therapie auf Englisch scheint eine gute Alternative sein, erfordert aber auch von den Therapeut*innen eine kritische Selbstreflektion. Neue Formen der Sprachmittlung wie z.B. das Video-Dolmetschen können für Krankenhäuser eine sinnvolle Ergänzung insbesondere bei Notfällen darstellen, sind aber für den Einsatz in der Psychotherapie nur sehr eingeschränkt geeignet. Die Arbeit mit Sprachmittler*innen bringt eine Reihe von Herausforderungen mit sich, die in der Triade Behandler*in – Patient*in – Sprachmittler*in entstehen. Hieraus entsteht ein hoher Fortbildungsbedarf sowohl für die Psychotherapeut*innen als auch für die Sprachmittler*innen. Die Sprachmittler*innen sind zudem einem erhöhten Risiko der Sekundärtraumatisierung ausgesetzt, auf das sowohl vorbereitend in Form von Schulungen aber auch begleitend durch Nachbesprechungen, Interventions- und Supervisionsangeboten reagiert werden muss.

Bisher haben die betroffenen Einrichtungen vor allem Inselfösungen für den Einsatz von Sprachmittler*innen entwickelt, indem sie eigene geschulte Pools aufgebaut haben. Negative Auswirkungen haben diese Inselfösungen vor allem auf die Niedergelassenen, die weder Zugriff auf diese Pools haben, noch an einer Finanzierungslösung teilhaben können. Die in den letzten Jahren verstärkt geförderten kommunalen Sprachmittlerpools bieten inzwischen landesweit Zugang zu Sprachmittler*innen und bieten sich somit als Partner für neue Kooperationen an. Ein Ansatz für eine bessere Versorgung mit geschulten Sprachmittler*innen könnte darin bestehen, statt Einrichtungsspezifischen Lösungen Einzugsgebietsorientierte Lösungen zu finden. Dazu könnte gehören:

1. Sprachmittler*innen erhalten die Möglichkeit, sich fortzubilden, ohne dass dies an eine Einrichtung gebunden ist. Nach Möglichkeit sind diese Fortbildungen nach einem (noch zu entwickelnden) bundesweiten Curriculum zertifiziert und es gibt eine individuelle öffentliche Förderung als Anreiz für Sprachmittler*innen, sich in dieser Form (kostenpflichtig) zu qualifizieren.
2. Die einsetzenden Einrichtungen verständigen sich mit dem Land und den Landkreisen über eine gerechte Entlohnung für den Sprachmittlereinsatz.
3. Das Land stellt – vorbehaltlich einer Lösung der Übernahme der Kosten für die Sprachmittler*innen in den Leistungskatalog der GKV – Gelder bereit, um den Einsatz von Sprachmittler*innen bei kassenfinanzierten Therapien durch Niedergelassene zu ermöglichen.
4. Die einsetzenden Einrichtungen und die kommunalen Sprachmittlerpools verständigen sich über ein sinnvolles Einzugsgebiet für Interventions- und Supervisionsangebote für die Sprachmittler*innen. Eine Finanzierung dieser Angebote könnte durch das Land oder/und die Landkreise erfolgen.

Übergeordnetes Ziel aller weiteren Initiativen sollte es sein, nachhaltige Lösungen für eine bessere psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten in Baden-Württemberg zu finden. Dabei sollte nicht vergessen werden, dass auch andere Gruppen von Migrant*innen auf Sprachmittlung angewiesen sind. Eine Ausweitung auf weitere Sprachen wäre gerade in Baden-Württemberg mit einem sehr hohen Anteil von Menschen mit Migrationserfahrung eine wichtige Investition in die Zukunft.

7. Literatur

Alle Links wurden zuletzt abgerufen am 09.03.2020

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2014). 10. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland.

Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M., Steffen, P. (2018). PsychiatrieBarometerUmfrage 2017/2018. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V. bit.ly/38xKRNO

Brachat-Schwarz, W. (2019). Ausländische Staatsangehörige in Baden-Württemberg. Zur Entwicklung, Herkunft und regionalen Verteilung der Ausländerinnen und Ausländer im Südwesten. In Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 5/201. Stuttgart: Statistisches Landesamt

Bundespsychotherapeutenkammer (2015). BPTK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen. bit.ly/2TMQQJf

Bundespsychotherapeutenkammer (2016). Entwurf eines Integrationsgesetzes BT Drucksache 18/8615. Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 1. Juli 2016

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) (2017). Leitfaden zur Beantragung einer Psychotherapie für Geflüchtete. bit.ly/38vkV5Q

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) (2019). Leitlinien zur Behandlung, Beratung und Begleitung von Flüchtlingen und Opfern von Folter und organisierter Gewalt in den Psychosozialen Zentren. bit.ly/2TzOXkd

Committee against Torture (2012). General Comment No. 3. Implementation of article 14 by States Parties. CAT/C/GC/3. Geneva: United Nations

DER PARITÄTISCHE Gesamtverband (2018). Sicherstellung der Sprachmittlung als Voraussetzung beim Zugang zu Sozialleistungen. Positionspapier. bit.ly/2xqa3ch

Eberle, J. (2019). Schutzsuchende. Ein Konzept zur Quantifizierung des Bestands an Ausländerinnen und Ausländern, die sich aus humanitären Gründen in Deutschland aufhalten. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Destatis)

Genge, J. (2019). Das geänderte Asylbewerberleistungsgesetz. In Informationsverbund Asyl und Migration e.V. Das Migrationspaket – Beiträge zu den aktuellen gesetzlichen Neuerungen im Asyl- und Aufenthaltsrecht sowie in weiteren Rechtsgebieten. Beilage zum Asylmagazin 8-9/2019

Graef-Calliess, I. T., Schouler-Ocak, M. (2019). Migrantinnen und Geflüchtete in der Hausarztpraxis. In D.E. Dietrich, C. Goesmann, J. Gensichen, I. Hauth, I. Veit (Hrsg.), Praxisleitfaden psychische Erkrankungen. (S. 269 – 284). Bern: Hogrefe

Gustorff, T. (2017). Abschlussbericht KIWI – Kinder in die Welt integrieren. Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche Pforzheim/Enzkreis. bit.ly/39CmHmq

Hausmann, U. (2019). Ambulante psychotherapeutische Behandlung von Geflüchteten in Baden-Württemberg. Ergebnisse einer Umfrage bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen. Stuttgart: refugio stuttgart e.v. bit.ly/2uQCe2Q

Helmboldt, L., Nikendei, C., Kindermann, D. (2019). Sprachmittlung – Einsatz von DolmetscherInnen in der Traumatherapie von Geflüchteten. In PiD - Psychotherapie im Dialog 2019; 20(02): 95-99

Junne, F., Denking, J.K., Engelhardt, M., Zipfel, S. (2019). Zusammenfassung: Beschreibung und Evaluierung des Sonderkontingents. In Junne, F., Denking, J.K., Kizilhan, J.I., Zipfel, S. (2019), S. 410-421

Junne, F., Denking, J.K., Kizilhan, J.I., Zipfel, S. (2019). Aus der Gewalt des "Islamischen Staates" nach Baden-Württemberg. Evaluation des Sonderkontingents für besonders schutzbedürftige Frauen und Kinder aus dem Nordirak. Weinheim: Beltz Juventa

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2019). Die ambulante medizinische Versorgung 2019. Versorgungs- und Qualitätsbericht. bit.ly/3aHgFku

Kindermann, D. et al. (2017). Prevalence of and Risk Factors for Secondary Traumatization in Interpreters for Refugees: A Cross-Sectional Study. In Psychopathology 2017; 50:262-272

Kletecka-Pulker, M., Parrag, S. (2015). Pilotprojekt Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen. Videodolmetschern im Gesundheitswesen. Endbericht. Wien: Plattform Patientensicherheit. bit.ly/2vac0J0

- Land, B. (2018). Das deutsche Gesundheitssystem – Struktur und Finanzierung. Wissen für Pflege- und Therapieberufe. Stuttgart: Kohlhammer
- Landesarbeitsgemeinschaft Flucht und Trauma der Psychosozialen Zentren Baden-Württemberg (2019). Förderung von Angeboten zur ambulanten dolmetscher-gestützten psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung von traumatisierten Geflüchteten in Baden-Württemberg. Positionspapier zum Doppelhaushalt des Landes Baden-Württemberg 2020/2021. bit.ly/2wLc9mn
- Landesärztekammer Baden-Württemberg (2016). Kostenübernahme für Dolmetscher im Rahmen der Behandlung von Flüchtlingen und Asylbewerbern. Pressemitteilung vom 26.11.2016
- Landkreis Esslingen (2017). Konzeption Psychische Hilfen, Beratung, Therapie für psychisch belastete Menschen mit Fluchterfahrung, insbesondere Traumatisierung. bit.ly/3319TUp
- LIGA (2019). Freiwillige Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg 2018. bit.ly/2Q1h35w
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (2018). Landesplan der Hilfen für psychisch kranke Menschen in Baden-Württemberg. bit.ly/38xEkTl
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (2019). Medizinisches Screening von Geflüchteten in Baden-Württemberg. Antwort auf den Antrag der Abg. Sabine Wölfle u. a. SPD. Drucksache 16 /6659. bit.ly/33dygyl
- Morawa, E., Erim, Y. (2016). Traumatische Erlebnisse, posttraumatische Belastungsstörungen und Inanspruchnahme von Psychotherapie bei polnisch stämmigen Migranten in Deutschland. *Psychother Psych Med* 2016; 66: 369-376
- Nübling, R., Munz, D. (2019). Zur Notwendigkeit einer am Bedarf orientierten Bedarfsplanung für die ambulante Psychotherapie in Baden-Württemberg. Stuttgart: Landespsychotherapeutenkammer
- Razum, O., Wenner, J., Bozorgmehr, K. (2016). Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2016; 78(11): 711-714
- Raible, N., Singhammer, J., Holleederer, A., Wildner, M. (2017). Die aktuelle Situation und Herausforderungen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung von Geflüchteten in Deutschland. In Borcsa, M., Nikendei, C. (Hrsg.), *Psychotherapie nach Flucht und Vertreibung*. (S. 27 – 31). Stuttgart: Thieme
- Reiter, R., Töller, A., Walter, L., Günther, W., Walter, L. (2019). Psychische Gesundheit Geflüchteter: Institutionelle Rahmenbedingungen der Versorgung in Deutschland in asylpolitischen Krisenzeiten. In Rainer Bauböck, Christoph Reinprecht, Wiebke Sievers (Hg.). *Flucht und Asyl – internationale und österreichische Perspektiven*. Wien: Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften.
- Schirovski, H., Makowitzki, M., Schneck, U., Sterzel, A. (2015). Traumatisierte MigrantInnen. Ambulante, medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten MigrantInnen in Baden-Württemberg. 2. Versorgungsbericht. Stuttgart: Landesärztekammer Baden-Württemberg, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
- Schouler-Ocak, M., Aichberger, M. (2015). Versorgung von Migranten. *Psychother Psych Med* 2015; 65: 476–485
- Schneck, U. (2017). Psychosoziale Beratung und therapeutische Begleitung von traumatisierten Flüchtlingen. Köln: Psychiatrie Verlag
- Schneider, C., Bozorgmehr, K. (2017). Prävalenz körperlicher und psychischer Erkrankungen bei Asylsuchenden und Geflüchteten. In Borcsa, M., Nikendei, C. (Hrsg.). *Psychotherapie nach Flucht und Vertreibung*. (S. 32 - 44). Stuttgart: Thieme
- Schreiter, S., Winkler, J., Bretz, J., Schouler-Ocak, M. (2016). Was kosten uns Dolmetscher? – Eine retrospektive Analyse der Dolmetscherkosten in der Behandlung von Flüchtlingen in einer Psychiatrischen Institutsambulanz in Berlin. *Psychother Psych Med* 2016; 66: 356-360
- Schriefers, S., Hadzic, E. (Hrsg.) (2018). Sprachmittlung in Psychotherapie und Beratung mit geflüchteten Menschen. Wege zur transkulturellen Verständigung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Schröder, H., Zak, K., Faulbaum, F. (2018). Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. *WiDOmonitor Ausgabe 1/2018*

8. Anhang

Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales Berlin (2019). Beschlussniederschrift der Hauptkonferenz der 14. Integrationsministerkonferenz am 11. und 12. April 2019 in Berlin

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2019). Daten zu Migration und Nationalität. bit.ly/2U30kAj

Velho, A. (2018). Trauma als Konzept der Diagnose, Verdeckung und Skandalisierung in der Sozialen Arbeit im Kontext Flucht – rassismuskritische und menschenrechtliche Perspektiven. In Pasad, N. (Hrsg.). Soziale Arbeit mit Geflüchteten. Rassismuskritisch, professionell, menschenrechtsorientiert. Opladen: Budrich

Weitere Ressourcen

Mitschnitt der Podiumsdiskussion: Die flüchtige Würde. Versorgung traumatisierter Geflüchteter in Baden-Württemberg am 27.05.2019 in der Akademie Hohenheim. bit.ly/2TTjpot

Dolmetschen im Gesundheitswesen Vorschlag für eine Weiterentwicklung

Die Unterzeichner dieses Impulspapiers waren Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Fachtags „Verstehen und Verstanden-Werden. Sprache als erste Medizin. Dolmetschen im Gesundheitswesen“ am 9.11.2017 in der Evangelischen Akademie Bad Boll.

Auf Grund zahlreicher Erfahrungen weisen Betroffene sowie im Gesundheitswesen Tätige auf das Problem einer unzureichenden Versorgung mit kompetenten Dolmetscher_innen bzw. Sprach- und Kulturmittler_innen im Gesundheitswesen hin. Um Patient_innen mit Sprachbarrieren adäquat behandeln und ihnen das Recht einer informierten Einwilligung bei pflegerischen und medizinischen Maßnahmen gewähren zu können, braucht es dringend eine deutliche Verbesserung der bisherigen Versorgungslage.

Zum Wohl der PatientInnen mit Sprachbarrieren und zur Erfüllung der ihnen zustehenden Rechte brauchen wir:

- **Schulung und Sensibilisierung für im Gesundheitswesen Tätige**
Wir schlagen vor, in die Aus- und Fortbildung von Pflegekräften und Mediziner*innen ein Modul zum Thema „Führen von ärztlichen/pflegerischen Gesprächen mit Dolmetscher_innen unter Berücksichtigung der Kultursensibilität“ aufzunehmen sowie dieses im nationalen kompetenzorientierten Lernzielkatalog (NKLZ) zu verankern.
- **Qualifizierung von Sprach- und Kulturmittler*innen**
Wir schlagen eine bundeseinheitliche Qualifizierung von Dolmetscher_innen bzw. Sprach- und Kulturmittler_innen nach einem zertifizierten Curriculum vor, welches auch soziokulturelle Themen umfasst.
- **Verwaltung**
Wir schlagen den Aufbau von verlässlichen und flächendeckenden administrativen Strukturen vor, die die Vermittlung der Dolmetscher_innen im Gesundheitswesen und die adäquate Vergütung der Einsätze regelt.
- **Finanzierung**
Wir schlagen eine gesicherte Finanzierung für den Aufbau der Infrastruktur, für die Qualifizierungsmaßnahmen sowie das Erbringen von Dolmetscherleistungen im Gesundheitswesen vor und regen an, die dafür notwendigen rechtlichen Grundlagen zu schaffen.

refugio stuttgart e.v.
Psychosoziales Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge

Hauptstelle Stuttgart
Weißenburgstraße 13
70180 Stuttgart
Fon 0711 6453-127
Fax 0711 6453-126

Regionalstelle Tübingen
Kohlplattenweg 5
72074 Tübingen
Fon 07071 99046-20
Fax 07071 99046-21

E-Mail: info@refugio-stuttgart.de
www.refugio-stuttgart.de
Twitter: @refugio_ev

Spendenkonto
Evangelische Bank
Konto-Nr.: 414387 · BLZ: 52060410
IBAN: DE 54 5206 0410 0000 4143 87
BIC: GENODEF1EK1

www.refugio-stuttgart.de