



Dr. Ute Siebert  
Interkulturelle Kompetenzen, Coaching & Beratung  
Fichtestr. 23 | 10967 Berlin

Landtag NRW  
Platz des Landtags 1  
40221 Düsseldorf

LANDTAG  
NORDRHEIN-WESTFALEN  
16. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME**  
**16/3740**

A19, A01

**Schriftliche Stellungnahme**  
**zur öffentlichen Anhörung des Integrationsausschusses und des Ausschusses für Arbeit,**  
**Gesundheit und Soziales zum Thema: „Integrationsanträge“ am 27. April 2016**

Berlin, 20. April 2016

Sehr geehrte Damen und Herren,

gerne komme ich Ihrer Bitte um schriftliche Stellungnahme für die Anhörung von Sachverständigen im Integrationsausschuss und Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags NRW am 27. April 2016 nach.

Meiner Stellungnahme möchte ich ein paar Informationen zu meiner Person vorausschicken: Als Beraterin, Supervisorin und Coach für Interkulturelle Kompetenzen und Diversity-Sensibilisierung bin ich im Bereich von Medizin, Pflege und psychosozialer Versorgung in Kliniken und im ambulanten Bereich tätig.

Zielgruppen meines Fortbildungs- und Supervisionsangebots sind Ärzte, Pflegekräfte, Psychotherapeuten und Psychiater sowie Sozialarbeiter und Sozialpädagogen.

Außerdem berate ich Kliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Beratungsstellen etc. in Fragen interkultureller Öffnung.

Darüber hinaus engagiere ich mich in Projekten zu transkulturellem Lernen in Migrationsselfstorganisationen.

Mit freundlichen Grüßen,

Ute Siebert





# STELLUNGNAHME

zur  
**Öffentlichen Anhörung von Sachverständigen im**  
Integrationsausschuss und  
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags NRW  
am Mittwoch, 27.04.2016

Beratungsgegenstand:

Antrag von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Drucksache 16/11229,  
Änderungsantrag der PIRATEN, Drucksache 16/11318  
Antrag der CDU, Drucksache 16/11225  
Antrag der CDU, Drucksache 16/11434  
Entschließungsantrag der FDP, Drucksache 16/11299  
Antrag PIRATEN, Drucksache 16/11218  
Antrag der PIRATEN, Drucksache 16/9588

In meiner Stellungnahme beziehe ich mich vorrangig auf das Thema Gesundheit.

## **Drucksache 16/11229 (Antrag von SPD/BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)**

### **Elektronische Gesundheitskarte (Seite 5)**

Die Gesundheitskarte stellt zunächst eine Verbesserung zur bisherigen Praxis dar, weil damit ein schnellerer und unbürokratischer Zugang zur medizinischen Versorgung möglich ist.

Insofern wäre es ein Fortschritt, die Karte zügig in ganz NRW einzuführen.

Da aber die Regelungen zur Gesundheitskarte auf dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) beruhen, bestehen meines Erachtens weiterhin große Mängel in der gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen: Für Asylsuchende in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts bestehen Leistungsvorbehalte, bei denen die Sozialbehörde entscheidet, ob die Gesundheitsleistung erbracht wird oder nicht. Dieser Vorgang verzögert die medizinische Inanspruchnahme oft erheblich, und häufig wird dringend benötigte medizinische Versorgung abgelehnt.

Hier teile ich den Standpunkt der Bundespsychotherapeutenkammer (2015), dass es nicht hinnehmbar ist, wenn „(...) Flüchtlinge nicht die medizinische Versorgung erhalten, die in Deutschland als notwendig erachtet wird, um kranke Menschen zu behandeln.“<sup>1</sup> und unterstütze die Forderung nach Aufhebung der Einschränkung bei der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen nach dem AsylbLG.



### **Zugang zu psychosozialer und psychotherapeutischer Versorgung von Asylbewerbern und Flüchtlingen (Seite 5)**

Studien haben ergeben, dass etwa 40-50% der Asylbewerber und Flüchtlinge in Deutschland unter Traumatisierungen und anderen psychischen Erkrankungen leiden, darunter viele Kinder und Jugendliche<sup>2</sup>. Werden Traumatisierungen nicht zügig behandelt, entwickelt sich häufig das Vollbild von posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) sowie weitere psychische und körperliche Erkrankungen. Psychotherapie und psychosoziale Versorgung haben sich als effektive Mittel zur Behandlung von Traumatisierungen und anderen psychischen Erkrankungen erwiesen.

SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN erwähnen in ihrem Antrag, dass sie „für anerkannte Asylbewerber oder Flüchtlinge, die längerfristig in Deutschland bleiben, den Zugang zu psychosozialen und therapeutischen Versorgung verbessert“ haben.

Hier halte ich weitere Anstrengungen für dringend notwendig, denn die Bundespsychotherapeutenkammer hat darauf hingewiesen, dass 2014 nur ca. 4% der psychisch erkrankten Flüchtlinge eine psychotherapeutische Behandlung erhielten<sup>3</sup>. Die seitdem drastisch gestiegene Zahl von Flüchtlingen lässt eine immer größer werdende Versorgungslücke befürchten.

Gleichzeitig will ich hier anmerken, dass auch viele neu angekommene Asylsuchende – unabhängig davon, wie lange sie in Deutschland bleiben dürfen oder bleiben wollen – den Zugang zu psychotherapeutischer und psychosozialer Versorgung dringend brauchen. Dieser Zugang ist jedoch in den ersten 15 Monaten des Aufenthalts durch das AsylbLG erheblich eingeschränkt und liegt im Ermessen von oft ungenügend qualifiziertem Personal der Sozialbehörden<sup>4</sup>. Daher befürworte ich an dieser Stelle nochmals, dass die Einschränkungen bei der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen nach dem AsylbLG aufgehoben werden. Der Forderung im Antrag von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN nach dem „(...) Einsatz von professionellen, qualifizierten und geschulten Übersetzern zur psychologischen Betreuung und Behandlung traumatisierter Flüchtlinge und Asylbewerber (...)“ stimme ich zu, doch sie ergibt nur dann Sinn, wenn die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass auch Asylbewerbern in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts eine solche Betreuung und Behandlung überhaupt zugestanden wird.

### **Versorgung von Traumatisierten und Flüchtlingen mit Beeinträchtigung (Seite 6)**

Die von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in ihrem Antrag genannte Absicht, „Traumatisierte und Flüchtlinge mit Beeinträchtigung angemessen [zu] versorgen“, ist notwendig für die Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie (2013). Diese verlangt, dass die spezielle Situation von schutzbedürftigen Personen berücksichtigt wird. Zu schutzbedürftigen Personen zählen Flüchtlinge mit Traumatisierungen und anderen



Dr. phil. Ute Siebert

[www.siebert-interkulturell.de](http://www.siebert-interkulturell.de)

psychischen Erkrankungen, mit Behinderungen, chronisch Kranke, Schwangere, ältere Menschen und unbegleitete Kinder und Jugendliche.

Allerdings muss sichergestellt werden, dass Landesaufnahmestellen bzw.

Erstaufnahmeeinrichtungen in die Lage versetzt werden, die Schutzbedürftigkeit von geflüchteten Menschen überhaupt zu erkennen. Dafür muss in diesen Stellen und in der medizinischen Erstversorgung ein qualifiziertes und sensibilisiertes Personal eingesetzt werden. Insbesondere in Bezug auf Traumatisierungen und andere psychische Erkrankungen muss eine psychotherapeutisch bzw. psychiatrisch qualifizierte und zügige Begutachtung erfolgen, um dem oft dringenden Behandlungsbedarf Rechnung zu tragen. Darüber hinaus sollten Fachberatungsstellen in die Feststellung besonderer Schutzbedarfe bei Flüchtlingen einbezogen werden.

Die festgestellten Schutzbedarfe müssen rasch an die Kommunen weitergeleitet werden, die die betroffenen Flüchtlinge aufnehmen, um schnell eine adäquate Unterbringung und Versorgung zu gewährleisten.

In der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung von traumatisierten oder sonstig psychisch erkrankten Flüchtlingen und Asylbewerbern besteht insgesamt ein großer personeller Mangel, dem dringend durch Zulassung weiterer Psychotherapeuten für die Behandlung dieser Personengruppe begegnet werden muss<sup>5</sup>. Gleichzeitig sollte sichergestellt werden, dass die oft benötigten Dolmetscher in der psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung schnell und unbürokratisch bewilligt werden.

In Bezug auf psychische Erkrankungen und Traumatisierungen empfehle ich außerdem, den betroffenen Flüchtlingen und ihren Angehörigen Psychoedukation anzubieten, die über Auslöser, Bewältigungsstrategien und Selbsthilfemöglichkeiten informiert. Solche Maßnahmen können Coping-Strategien und Resilienz bei Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld deutlich verbessern.

### **Einsatz von professionellen Dolmetschern (Seite 5)**

Dieser Einsatz ist nicht nur erforderlich bei der psychologischen Betreuung und Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen und Asylbewerbern, sondern auch bei der übrigen medizinischen Versorgung.

Eine hohe Dringlichkeit für den Einsatz von professionellen, qualifizierten Dolmetschern in der medizinischen und psychosozialen Versorgung besteht für Flüchtlinge und Asylbewerber, aber auch für andere Menschen mit Migrationshintergrund, für die die sprachliche Verständigung eine Hürde in der gesundheitlichen Versorgung darstellt.

Mittlerweile herrscht Konsens darüber, dass qualifiziertes Dolmetschen in der Gesundheitsversorgung sowohl aus sprachlicher Übersetzung durch medizinisch und psychosozial geschulte Dolmetscher als auch aus soziokultureller Mittlung besteht (Informationen über kulturelle Aspekte von Kranksein, Symptomäußerungen, kulturell-religiösen Normen und Werten etc.). Sprachlich-kulturelles Dolmetschen verringert



Dr. phil. Ute Siebert

[www.siebert-interkulturell.de](http://www.siebert-interkulturell.de)

Informationslücken, Missverständnisse oder Konflikte in der gesundheitlichen Versorgung ganz erheblich.

Bisher müssen Patienten den Dolmetschereinsatz selbst bezahlen oder die Einrichtungen, die diese Patienten behandeln, haben die Kosten tragen. Für die meisten Flüchtlinge und viele andere Patienten mit Migrationshintergrund ist diese Leistung unbezahlbar und oft wird sie in stationären Einrichtungen oder ambulanten Praxen gar nicht angeboten.

Daher werden noch immer Familienangehörige, insbesondere die Kinder der Patienten sowie ungeschultes Personal für das Dolmetschen in der medizinischen und psychosozialen Versorgung hinzugezogen. Dies führt zu Übersetzungsfehlern, unzureichender Patientenaufklärung und psychischer Belastung der übersetzenden Kinder. Weitere Folgen sind Fehldiagnosen, Fehlbehandlungen, Chronifizierungen, Mehrfachaufnahmen, längere Liegezeiten in Kliniken und häufiger Arztwechsel. Daraus resultieren hohe ökonomische Folgekosten und (vermeidbares) Leid für die Betroffenen.

Sprachliche und soziokulturelle Kommunikationsbarrieren gefährden die Patientensicherheit und verletzen Patientenrechte. Die im Patientenrechtegesetz (2013) verstärkten Aufklärungs- und Informationspflichten erfordern eine gut funktionierende Arzt-Patienten-Kommunikation, die ohne qualifizierte Dolmetscher oft nicht gegeben ist.

Deshalb bin ich der Auffassung, dass Dolmetscherkosten von gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialleistungsträgern übernommen werden müssen. Dies wird seit Jahren von verschiedener Seite gefordert, beispielsweise im „9. Bericht zur Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland“ (2012)<sup>6</sup> und vom 116. Deutsche Ärztetag (2013)<sup>7</sup>.

Die Nutzung von professionellen, qualifizierten Dolmetschern in der gesundheitlichen Versorgung ist nach meiner Erfahrung aufgrund der fehlenden Kostenübernahme weitaus geringer als sie erforderlich wäre.

Zwar ist zu begrüßen, dass in NRW schon viele Institutionen in der Gesundheitsversorgung die Dienstleistung von qualifizierten Dolmetschdiensten wie SprInt (Sprach- und Integrationsmittlung) nutzen<sup>8</sup>. Die Studie des Deutschen Krankenhausinstituts zur „Kultursensibilität der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen“ (2012) zeigt jedoch, dass die Mehrzahl der befragten Kliniken professionelle Dolmetscher kaum einsetzen, sondern auf hausinterne Dolmetschersysteme oder die Übersetzung durch Angehörige zurückgreifen. In hausinternen Dolmetscherdiensten werden aus Kostengründen nach meiner Erfahrung kaum professionelle Dolmetscher beschäftigt, sondern es wird primär auf bereits vorhandenes Personal aus Medizin und Pflege zurückgegriffen.

Dieses Personal ist jedoch nicht im Dolmetschen qualifiziert; aufgrund von Personalknappheit fehlen Mitarbeiter, die für einen Dolmetschereinsatz gerufen werden, an anderen Stellen. Daher wird auf sie nicht so oft zurückgegriffen wie es nötig wäre. Auch sind unter dem jeweils verfügbaren Klinikpersonal nicht immer alle Sprachen vertreten, die in der Kommunikation mit Patienten gebraucht werden.



Dr. phil. Ute Siebert

[www.siebert-interkulturell.de](http://www.siebert-interkulturell.de)

So sehen 42% der 2012 befragten Krankenhäuser in NRW den größten Verbesserungsbedarf in der Patientenversorgung im Bereich Übersetzung und Kommunikation<sup>9</sup>.

Meines Erachtens könnten die genannten Mängel dadurch behoben werden, klinikinternes Personal als Dolmetscher zu qualifizieren, den Personalschlüssel an die Dolmetschereinsätze im Haus anzupassen, zusätzlich professionelle Dolmetscher einzustellen und bei speziellem sprachlichen Bedarf auf externe Dolmetscherdienste zurückzugreifen. Solche Verbesserungsmaßnahmen würden erheblich erleichtert, wenn Dolmetscherkosten von Sozialleistungsträgern wie den gesetzlichen Krankenkassen finanziert würden.

Der Integrationsplan sollte zum Anlass genommen werden, Einigungen darüber mit den entsprechenden Akteuren auf Landes- und Bundesebene anzustreben.

Zusätzlich zu den im Antrag von SPD und BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN genannten Punkten spreche ich mich für weitere Maßnahmen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen und anderen Menschen mit Migrationshintergrund aus:

### **Ausbau von interkulturellen Fortbildungen für Ärzte, Pflegekräfte, Psychotherapeuten, Sozialberufe**

Meine berufliche Erfahrung deckt sich mit dem Statement der Bundesbeauftragten für Migration, Flüchtlinge und Integration Aydan Özoğus in ihrem 10. Bericht zur Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland (Oktober 2014), dass in der Aus- und Fortbildung in Medizin und Pflege noch ein Mangel an Angeboten zum Erwerb interkultureller Kenntnisse und Kompetenzen besteht<sup>10</sup>.

Interkulturelle Kompetenzen stellen eine zentrale Schlüsselqualifikation dar: Sie sind eine wichtige Voraussetzung dafür, Flüchtlinge und andere Menschen mit Migrationshintergrund medizinisch erfolgreich zu behandeln<sup>11</sup>.

Die aktuellen Flüchtlingszahlen, die in den nächsten Jahren wahrscheinlich noch steigen werden, erfordern es, dass sich Ärzte aller Fachgebiete verstärkt auf Patienten mit Migrationshintergrund und Fluchterfahrung einstellen.

Meine Empfehlung ist, Akteure in der Fortbildung wie Landesärztekammer, Berufsverbände, Kassenärztliche Vereinigungen etc. darin zu unterstützen, Fortbildungen in interkulturellen Kompetenzen weiter auszubauen<sup>12</sup>.

Zusätzlich könnte über Anreizsysteme zur Teilnahme an interkulturellen Fortbildungen nachgedacht werden und Ärzte sollten für die Relevanz interkultureller Kompetenzen noch stärker sensibilisiert werden.

In Kliniken muss die Entwicklung interkultureller Kompetenzen des Personals integraler Bestandteil des Qualitätsmanagements werden. Dies gilt auch für die Förderung interkultureller Kompetenzen bei Pflegekräften und Sozialberufen in Kliniken und im ambulanten Bereich.



Für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind interkulturelle Kompetenzen ebenfalls sehr relevant durch den hohen Bedarf an Psychotherapieplätzen für traumatisierte Flüchtlinge und andere Patienten mit Migrationshintergrund. Entsprechende Fortbildungen sowie das Angebot an kultur- und migrationssensibler Supervision und Qualifizierung in der therapeutischen Arbeit mit Dolmetschern sollten ausgeweitet werden.

### **Interkulturelle Kompetenzen als Teil der Ausbildung in Medizin und Pflege**

Interkulturelle Kompetenzen und Qualifikation in der Arbeit mit Dolmetschern müssen in den Curricula des Medizinstudiums einen größeren Platz einnehmen. Bisher sind interkulturelle Kompetenzen oft ein Wahlpflichtfach oder sie finden ihren Platz in studienbegleitenden Sonderprogrammen, die (ab)wählbar sind.

In der Ausbildung von Pflege- und Gesundheitsberufen sind interkulturelle Kompetenzen und kulturelle Sensibilisierung schon besser verankert. Doch auch hier sollte das Angebot an kultur- und migrationssensiblen Themen weiter ausgebaut werden.

### **Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen**

Interkulturelle Öffnung im ambulanten Bereich sowie in Kliniken und anderen stationären Einrichtungen gewährleistet eine gute Versorgung von Flüchtlingen und anderen Menschen mit Migrationshintergrund.

Die Befragung der Krankenhäuser in NRW (2012) hat ergeben, dass es bisher kaum eine Gesamtstrategie der interkulturellen Öffnung gibt. Lediglich 29,6% der befragten Kliniken nannten interkulturelle Öffnung als Teil der Unternehmensstrategie, nur bei 25,5% der Krankenhäuser war interkulturelle Öffnung in das Qualitätsmanagement integriert<sup>13</sup>.

Weitere wichtige Maßnahmen interkultureller Öffnung in Kliniken und anderen stationären Einrichtungen sind (neben den bereits erwähnten interkulturellen Fortbildungen und Dolmetschersystemen) die Verfügbarkeit von Patientenformularen und Informationsmaterialien über medizinische Eingriffe in relevanten Sprachen, eine multilinguale Beschilderung bzw. Nutzung von Piktogrammen, die Einstellung von interkulturell kompetentem und mehrsprachigem Personal sowie die Anpassung des Personalschlüssels an den erhöhten Zeitaufwand für eine kultur- und migrationssensible Versorgung.

Vieles davon gilt auch für den ambulanten Bereich; zusätzlich dazu sollte der Fokus auf der Entwicklung von kultur- und migrationssensiblen ambulanten Angeboten liegen, z.B. im Bereich Beratung und Selbsthilfe.

Angesichts des aktuellen Stands Interkultureller Öffnung im Gesundheitswesen empfehle ich, Akteure im stationären und ambulanten Bereich noch stärker darin zu unterstützen, Prozesse der interkulturellen Öffnung weiter voranzubringen.





**Drucksache 16/11318 (Änderungsantrag der PIRATEN)**

*Zum Thema Spracherwerb, Seite 1:*

In Bezug auf den hier genannten notwendigen Ausbau von Integrationskursen und personellen Ressourcen unterstütze ich die Forderung nach Anhebung der Bezahlung der Sprachkursleiter/innen. Die meisten von ihnen arbeiten auf Honorarbasis und müssen selbst für ihre Kranken- und Sozialversicherung aufkommen. Dies bildet sich jedoch meist nicht in den Honoraren der Kursleiter ab. Daher besteht in diesem Arbeitsfeld eine hohe Personalfuktuation, durch die die Planung und Qualitätssicherung von Integrationskursen erschwert sind.

*Zum Thema Gesundheit, Seite 2:*

Ich vertrete den Standpunkt, dass in der Gesundheitsversorgung Flüchtlinge, Asylbewerber und Migranten den Menschen mit deutscher Staatsbürgerschaft gleichgestellt sein sollten, damit sie in Bezug auf gesundheitliche Versorgung während ihres Aufenthalts in Deutschland nicht schlechter behandelt werden.

*Zum Thema Traumatisierung und Flüchtlinge mit Beeinträchtigungen angemessen versorgen, Seite 3:*

Ich unterstütze die hier geäußerte Forderung, dass den Kommunen besondere Schutzbedarfe bei der Zuweisung mitgeteilt werden sollen und Verfahren in den Landesaufnahmen eingeführt werden müssen, die besondere Schutzbedarfe feststellen. Dazu sind qualifiziertes Personal und schnelle Verfahrensabläufe unerlässlich.

*Zum Thema „Zusammenleben im Quartier und in der Gesellschaft“, Seite 5:*

Ich unterstütze die hier genannte Forderung, der Unterbringung von geflüchteten Menschen in Privatunterkünften Vorrang zu geben und die ehrenamtliche, wohnungsnaher Betreuung von Geflüchteten auszubauen. Denn die Unterbringung in Sammelunterkünften stellt eine hohe Belastung für Flüchtlinge dar, lässt sie nach traumatischen Fluchterfahrungen nicht zur Ruhe kommen und führt oft zur Verstärkung psychischer und körperlicher Leiden. Außerdem können sich geflüchtete Menschen in dezentralen Unterkünften in Kombination mit wohnungsnaher Betreuung schneller in ihrer neuen Umgebung orientieren.

*Zum Thema „Starke Zivilgesellschaft“, Seite 6:*

Ich befürworte den Fokus auf Projekte zur Stärkung von Selbstempowerment und Selbsthilfe, denn dadurch wird die Resilienz und Integrationsfähigkeit von geflüchteten Menschen gestärkt. Dies belegt die erfolgreiche Tätigkeit vieler Migrationsselbstorganisationen in den letzten Jahrzehnten.



Dr. phil. Ute Siebert  
[www.siebert-interkulturell.de](http://www.siebert-interkulturell.de)

Der Forderung, Rentenpunkte zu erwerben durch ehrenamtliches Engagement, stimme ich zu, denn Ehrenamtliche in diesem Land leisten sehr viel in der Hilfe für Geflüchtete. Die Rentenpunkte wären ein Signal der Wertschätzung für das Ehrenamt.

Dr. phil. Ute Siebert

Berlin, 20. April 2016

---

<sup>1</sup> BPtK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen (September 2015), Seite 15  
[http://www.bptk.de/uploads/media/20150916\\_BPtK-Standpunkt\\_psychische\\_Erkrankungen\\_bei\\_Fluechtlingen.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/20150916_BPtK-Standpunkt_psychische_Erkrankungen_bei_Fluechtlingen.pdf)

<sup>2</sup> Vergl. BPtK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen (September 2015), Seite 6-7

<sup>3</sup> Vergl. BPtK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen (September 2015), Seite 11

<sup>4</sup> Oft wird Psychotherapie mit der Begründung verweigert, dass keine akute Erkrankung vorliegt. Zustände von Traumatisierung und anderen psychischen Erkrankungen sind jedoch meist akut und erfordern dringend Behandlung. Vergl. auch BPtK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen (September 2015), Seite 13

<sup>5</sup> Um die Zahl der Psychotherapieplätze für traumatisierte Flüchtlinge zu erhöhen, fordert beispielsweise die Bundespsychotherapeutenkammer in ihrer Stellungnahme (2015, Seite 15-16), dass Psychotherapeuten die in Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer oder in Privatpraxen tätig sind, dazu ermächtigt werden, Flüchtlinge auch im Rahmen der Versorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen zu behandeln (also auch nach den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts).

<sup>6</sup> 9. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland (Juni 2012)  
[http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Publikation/IB/2012-12-18-9-Lagebericht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Publikation/IB/2012-12-18-9-Lagebericht.pdf?__blob=publicationFile)



---

<sup>7</sup> Entschließungsantrag 116. Ärztetag (2013), TOP VI, Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer VI-70: „Ungenügende Sprachkenntnisse und kulturelle Missverständnisse – Zugangsbarrieren vermeiden.“  
<https://www.aerzteblatt.de/download/files/2013/06/down53104633.pdf>

<sup>8</sup> Oft bestehen kommunal geförderte Kooperationen, die Dolmetscherdienstleistungen kostengünstiger macht. Vergl. auch SprInt: [www.sprachundintegrationsmittler.org](http://www.sprachundintegrationsmittler.org)

<sup>9</sup> Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung. (Februar 2015)  
[https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/Das\\_kultursensible\\_Krankenhaus\\_09-02-2015.pdf?blob=publicationFile&v=17](https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/Das_kultursensible_Krankenhaus_09-02-2015.pdf?blob=publicationFile&v=17)

<sup>10</sup> 10. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland (Oktober 2014), Seite 151  
[http://www.bundesregierung.de/Content/DE/\\_Anlagen/IB/2014-10-29-Lagebericht-lang.pdf](http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/IB/2014-10-29-Lagebericht-lang.pdf)

<sup>11</sup> Interkulturellen Kompetenz umfasst die Fähigkeit zu Selbstreflexion im Umgang mit soziokultureller Differenz, Perspektivwechsel, flexible kommunikative Fähigkeiten, kultursensible Konfliktkompetenz, soziokulturelles und migrationsspezifisches Hintergrundwissen sowie Wissen über die Zusammenhänge zwischen Migration, Flucht und Gesundheit.

<sup>12</sup> Gebraucht werden verstärkt auch Fortbildungen zu Interkulturelle Kompetenzen in einzelnen medizinischen Fachgebieten.

<sup>13</sup> Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung (Februar 2015), Seite 13  
[https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/Das\\_kultursensible\\_Krankenhaus\\_09-02-2015.pdf?blob=publicationFile&v=17](https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/Das_kultursensible_Krankenhaus_09-02-2015.pdf?blob=publicationFile&v=17)