



Zeichnung eines 8-jährigen afghanischen Mädchens, EAE Schweinfurt

Henrike Zellmann

NIEDERSCHWELIGE PSYCHOSOZIALE HILFE FÜR GEFLÜCHTETE

Ein Projektleitfaden



MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.

Träger des Friedensnobelpreises

Über die Autorin

Henrike Zellmann

Dr. phil. Dipl.-Psych. Henrike Zellmann, MA Humanitarian Assistance, ist klinische Psychologin, Traumatherapeutin (ITB) und approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Seit 2010 unternahm sie mehrere Einsätze mit ÄRZTE OHNE GRENZEN als Mental Health Spezialistin in Flüchtlingskontexten (Pakistan/Afghanistan, Nordirak/Syrien, Demokratische Republik Kongo) sowie im Ebola-Notfall (Liberia). In 2017 baute sie für ÄRZTE OHNE GRENZEN Deutschland das Modellprojekt ‚Niederschwellige psychosoziale Hilfe für Geflüchtete‘ in Schweinfurt auf.



Mitarbeit: Anne Pillot, Alexandra Blattner

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen	4
1. Einleitung	5
Ausrichtung des Leitfadens.....	5
Entstehung der Idee für das Modellprojekt in Deutschland	5
Zielsetzung des Modellprojektes	6
Zielgruppe des Modellprojektes	6
2. Bezüge zur Theorie	6
Bedarfe und Migrationsspezifischer Stress.....	6
Psychosoziale Versorgung von Geflüchteten.....	7
Bewältigungsmechanismen ('Coping')	10
3. Projektentwicklung und Phasen des Projektaufbaus.....	11
Vorbereitungsphase (Juli 2016 – Januar 2017).....	11
Funktionsweise des Modellprojekts Schweinfurt.....	13
Aufbauphase (Februar 2017 – Juni 2017).....	16
Konsolidierungs- und Ausbauphase (Juli 2017 – aktuell)	18
Verknüpfung mit dem bestehenden Versorgungsangebot	18
4. Wissenschaftliche Begleitung	19
5. Kosten und Personalschlüssel	19
6. Lessons Learned	20
Aus der praktischen Arbeit vor Ort.....	20
Aus der Arbeit mit den Psychosozialen Peer-Beratern.....	22
Aus der wissenschaftlichen Begleitung	23
7. Ausblick	24
8. Checkliste Projektplanung für Interessierte.....	24
9. Materialsammlung.....	25
Infolyer Klient	25
Offizieller Infolyer Modellprojekt Schweinfurt – Seite 1.....	26
Offizieller Infolyer Modellprojekt Schweinfurt – Seite 2	27
Behandlungspfad.....	28
Protokoll Erstgespräch – Seite 1.....	29
Protokoll Erstgespräch – Seite 2	30
Psychometrische Screenings – SRQ-20	31
Psychometrische Screenings – Brief-COPE.....	32
Psychometrische Screenings – Belastungs- und Funktionalitätsrating	33
Gruppenmanual Modul I.....	34
Gruppenmanual Modul II.....	35
Gruppenmanual Modul III.....	36
Psychoedukation Stress I – Stressoren	37
Psychoedukation Stress II – Stressreaktionen	38
Psychoedukation Stress III – Bewältigungsmechanismen	39
Protokoll Zweitgespräch	40
Protokoll Einzelberatung – Seite 1	42
Protokoll Einzelberatung – Seite 2	43
Protokoll Follow-up.....	44
Bild afghanisches Mädchen, 8 Jahre.....	45

Stellenausschreibung Psychosoziale Peer-BeraterInnen – Seite 1.....	46
Stellenausschreibung Psychosoziale Peer-BeraterInnen – Seite 2	47
Stellenausschreibung PsychologIn – Seite 1	48
Stellenausschreibung PsychologIn – Seite 2	49
Stellenausschreibung PsychologIn – Seite 3	50
Ausbildungscurriculum Psychosoziale Peer-BeraterInnen Block I.....	51
Ausbildungscurriculum Psychosoziale Peer-BeraterInnen Block II.....	52
Ausbildungscurriculum Psychosoziale Peer-BeraterInnen Block III.....	54
Urkunde Schulung Psychosoziale Peer-BeraterInnen	55
Logo Ambulanz für seelische Gesundheit St. Josef.....	53
Terminzettel Ambulanz für seelische Gesundheit St. Josef	54
Konzept Fallvorstellung	55
Beispiel Fortbildung: ‚Hilfreiche Fragen stellen‘ – Seite 1.....	56
Beispiel Fortbildung: ‚Hilfreiche Fragen stellen‘ – Seite 2	57
10. Literaturverzeichnis.....	58

Abkürzungen

APA	American Psychiatric Association
ASG	Ambulanz für seelische Gesundheit St. Josef
BAFF	Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer
BÄK	Bundesärztekammer
BPTK	Bundespsychotherapeutenkammer
EAE	Erstaufnahmeeinrichtung
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GU	Gemeinschaftsunterkunft
IASC	Inter-Agency Standing Committee (Ständiger interinstitutioneller Ausschuss der Vereinten Nationen)
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
MHPSS	Mental Health and Psychosocial Support
MSF/ÄOG	Médecins Sans Frontières/ÄRZTE OHNE GRENZEN
LÄK	Landesärztekammer
LPTK	Landespsychotherapeutenkammer
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SRQ-20	Self-Report Questionnaire 20
WHO	World Health Organization

1. Einleitung

Ausrichtung des Leitfadens

Der vorliegende Leitfaden ist stark praxisorientiert und soll als ‚open source‘ zur Nachahmung anregen. Beschrieben werden die Schritte der Entwicklung unseres Modellprojektes ‚Niederschwellige psychosoziale Hilfen für Geflüchtete‘ in Deutschland von der Idee bis hin zur praktischen Umsetzung. Er ist als Erfahrungsbericht zu verstehen, die Arbeitsweise von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** aus den Projektländern auf den deutschen Kontext zu übertragen. Ein besonderer Fokus liegt auf der Beschreibung der Ausbildung und der Arbeitsweise der Psychosozialen Peer-BeraterInnen. Sie stellen das Kernstück unseres Ansatzes im Bereich der niederschweligen psychosozialen Versorgung dar.

Kapitel 2 widmet sich der wissenschaftlichen Einbettung der Thematik und der Herstellung von Bezügen zur Fachliteratur. Es handelt sich um einen überarbeiteten Teil aus der psychologischen Masterarbeit von Frau Alexandra Blattner (Universität Würzburg), welche im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes entstanden ist. Ich danke Frau Blattner für die freundliche Überlassung des Theorieteiles Ihrer Arbeit. Ebenfalls danken möchte ich meiner Kollegin Anne Pillot, welche mit mir die Ausbildung der Psychosozialen Peer-BeraterInnen gestaltete und wichtige Ideen zu dem vorliegenden Leitfaden beitrug.

Wir hoffen, mit unserem Ansatz Interesse wecken und neue Impulse für die psychosoziale Arbeit mit Geflüchteten in Zielländern setzen zu können. Die vorliegende Arbeit soll potentiellen Nachahmern als Leitfaden dienen.

Entstehung der Idee für das Modellprojekt in Deutschland

In der Arbeit von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** ist die psychosoziale Versorgungskomponente ein fest integrierter Bestandteil im Gesamtkonzept, insbesondere bei Projekten für Geflüchtete. Die Menschen, die in unseren Projekten medizinische Hilfe suchen, haben in der Regel hoch belastende, schockierende und schmerzhaft Erfahrungen gemacht. Im Sinne der humanitären Idee reicht es nicht aus, diese Menschen rein organmedizinisch zu versorgen. Sie brauchen Zeit, einen Ausdruck zu finden für das, was ihnen widerfahren ist, um ihre Erlebnisse verarbeiten zu können. Sie brauchen Trost durch ein Gegenüber, welches ihnen zuhört, damit sie mit ihren Erlebnissen nicht alleine bleiben. Sie brauchen vertrauensvolle Beziehungserfahrungen, um die Phase der Verunsicherung, der Trauer und der Angst überwinden zu können und wieder hoffnungsvoll und gestärkt in die Zukunft blicken zu können. Sie brauchen Orientierung im Hier und Jetzt und Hilfe zur Selbsthilfe, um ein neues Kontrollgefühl über die Situation erlangen und ihre Stärken wiederentdecken zu können. Sie brauchen Informationen über den Zusammenhang zwischen belastenden Ereignissen und den Reaktionen des Körpers und der Seele, um ihre Symptome einordnen und bewältigen zu können. Sie brauchen die beruhigende Versicherung, dass sie nicht ‚verrückt werden‘ oder außer Kontrolle geraten, sondern ihre Mitmenschen in der gleichen Situation ganz ähnlich reagieren.

In zahlreichen Berichten hat **ÄRZTE OHNE GRENZEN** die massiven psychologischen Bedürfnisse von Menschen auf der Flucht dokumentiert, deren Nicht-Versorgung gravierende Auswirkungen auf die Allgemeingesundheit des Individuums hat. Niemand dürfte diesen Zusammenhang ernsthaft anzweifeln. Wenn Menschen aufgrund besonderer Belastungen und Sorgen über einen längeren Zeitraum nicht gut schlafen können, wirkt sich dies schädigend auf den gesamten Organismus aus. Ziehen sich Menschen aufgrund ihrer Hoffnungs- und Antriebslosigkeit zurück, hat dies einen Effekt auf das seelische Wohlbefinden und die körperliche Leistungsfähigkeit.

There is no health without mental health (WHO, 2016b)

ÄRZTE OHNE GRENZEN leistet in mehr als 40 Ländern weltweit medizinische Hilfe für Flüchtlinge und Vertriebene. Seit 15 Jahren führt **ÄRZTE OHNE GRENZEN** auch Projekte für Asylsuchende in Europa durch, z. B. in Griechenland, Italien, Serbien, Schweden und Belgien. Doch nicht nur in Krisengebieten und auf den Transitrouten, sondern gerade auch in den Zielländern sind die psychosozialen Bedürfnisse der Geflüchteten dringend zu adressieren.

Aufgrund besonderer Zugangsbarrieren sowie des eklatanten Ressourcenmangels ist die Versorgung der psychischen Gesundheit Geflüchteter in Deutschland derzeit als mangelhaft zu bewerten.

ÄRZTE OHNE GRENZEN implementierte daher zusammen mit dem Krankenhaus St. Josef Schweinfurt das Modellprojekt ‚Niederschwellige psychosoziale Hilfen für Geflüchtete‘ in einer Erstaufnahmeeinrichtung sowie einer Gemeinschaftsunterkunft für Flüchtlinge.

Zielsetzung des Modellprojektes

Mit dem Modellprojekt wollen wir neue Wege für eine angemessene psychosoziale Unterstützung für Geflüchtete aufzeigen. Wir wollen zeigen, daß wir mit relativ wenig Aufwand und Mitteln viel erreichen können, und das auf einer niederschweligen, nicht-spezialisierten Ebene – wenn wir dem geflüchteten Menschen frühzeitig in einer respektvollen, ressourcenorientierten Haltung begegnen. Wir wollen dafür sorgen, dass der niederschwellige Ansatz zur psychosozialen Versorgung von Geflüchteten in weiteren Regionen in Deutschland umgesetzt wird. Zu diesem Zweck möchten wir Akteure in Deutschland über unser Projekt informieren und jenen beratend zur Seite stehen, die an der Implementierung eines ähnlichen Projekts interessiert sind.

Die psychosoziale Versorgung Geflüchteter stellt eine eminent wichtige Komponente der allgemeingesundheitlichen Versorgung und der Integration Geflüchteter dar, die regelhaft in das öffentliche Gesundheitswesen integriert werden muss – aus humanitären, aber auch gesundheitsökonomischen Gründen (vgl. hierzu auch Bozorgmehr et al. 2016)

Zielgruppe des Modellprojektes

Menschen, die aus Kriegs- und Krisengebieten geflohen sind und sich erst seit Kurzem in Deutschland aufhalten, gehören zu unserer primären Zielgruppe. Grundsätzlich sollten jedoch alle in Deutschland ankommenden Flüchtlinge Zugang zu einer angemessenen psychosozialen Unterstützung haben. Es ist davon auszugehen, dass Geflüchtete vielen verschiedenen prä-, und perimigratorische Stressoren ausgesetzt sind. Hinzu kommen sog. postmigratorische Stressoren im Zielland, wie z.B. die Unsicherheit über den Aufenthaltsstatus und unklare Zukunftsperspektiven (vgl. hierzu z. B. Ikram&Stronks, 2016; Boettche, Stammel et al., 2016), die negativ verstärkend wirken. Die Gruppe der Geflüchteten weist daher eine erhöhte Vulnerabilität für die Entwicklung psychischer Probleme auf und bedarf unserer besonderen Aufmerksamkeit.

Das Projekt richtet sich neben der direkten Arbeit mit der Zielgruppe auch an die Fachdienste. Durch eine intensive Vernetzung mit Migrations- und Asylsozialberatungsstellen sowie psychiatrisch-therapeutischen Diensten sollen Synergien entstehen, Fachdienste können entlastet und Klienten bei entsprechender Indikation frühzeitig einer spezifischen Behandlung zugeführt werden.

2. Bezüge zur Theorie

Bedarfe und Migrationsspezifischer Stress

Für den erheblichen Bedarf an Behandlungskapazitäten für psychisch kranke Asylsuchende (Bajbouj et al., 2017) ist das Gesundheitssystem in Deutschland unzureichend aufgestellt (Bozorgmehr, Nost, Thaiss, & Razum, 2016; BÄK & BPTK, 2015; BAFF, 2016b). Neben der allgemeinen psychiatrischen Unterversorgung in der Bevölkerung mangelt es speziell an Finanzierung von Sprachmittlern, an Kultursensibilität, sowie an fachlicher Spezialisierung und Verzahnung (Bajbouj et al., 2017; LÄK & LPTK, 2015; Schneider, Bajbouj, & Heinz, 2017). Bisher sind Screenings zu psychischen Erkrankungen bei neu eintreffenden Geflüchteten kein Standard (Steel et al., 2009).

Geflüchtete sind psychisch besonders vulnerabel (Boettche, Stammel, & Knaevelsrud, 2016; Crepet et al., 2017; Demir, Reich, & Mewes, 2016; Tinghög, Arwidson, Sigvarsdotter, Malm, & Saboonchi, 2016). Neben der PTBS und Depression herrschen Angststörungen, Substanzmissbrauch oder somatoforme Störungen vor (Crepet et al., 2017; Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald, & Neuner, 2006). Gerade psychosomatische Symptome sind bei Flüchtlingen besonders aus nicht-westlichen Ländern signifikant häufiger als in der Allgemeinbevölkerung (Rohlof, Knipscheer, & Kleber, 2014; vgl. auch de Jong, 2011).

Allgemeine psychosoziale Belastungen wie Trauer, soziale Konflikte oder die Zerstörung von Besitz spielen ebenfalls eine große Rolle im Problemspektrum (IASC, 2017; Mundt, Wunsche, Heinz, & Pross, 2011).

Übergreifender ist daher von ‚Stress‘ zu sprechen, um jegliche psychosoziale Belastung miteinzuschließen: Zu unterscheiden sind die belastenden Situationen, also die Stressoren, die Stressreaktion und das Bewältigungsverhalten (Coping). Stress im Sinne der Stressreaktion äußert sich auf der emotionalen Ebene (z.B. Traurigkeit), der kognitiven (z.B. Konzentrationsmangel), der physiologischen (z.B. Schlafschwierigkeiten) und im Verhalten (z.B. aggressive Handlungen) (Almshosh, Mobayed, & Aljendi, 2016; APA, 2001; Wells, Steel, Abo-Hilal, Hassan, & Lawsins, 2016). Zusätzlich zu den ‚normalen‘ täglichen Stressoren

sowie bedeutenden Lebensereignissen (vgl. Anderson, 1991) treten durch die erzwungene Migration zusätzliche psychosoziale Belastungen auf, die meist in Prä-, Peri- und Postmigrationsstressoren eingeteilt werden (vgl. Ikram & Stronks, 2016).

Insbesondere das kumulierte Auftreten von Postmigrationsstressoren, also Belastungen im Zielland, erhöht die psychische Vulnerabilität von Geflüchteten im Allgemeinen, für PTBS und speziell für Depression (Bentley, Thoburn, Stewart, & Boynton, 2012; Lie, 2002; Nickerson, Bryant, Silove, & Steel, 2011; Steel et al., 2009). Zentrale und typische Postmigrationsstressoren sind: Die Trennung von und Sorge um die Familie (Mohammadzadeh, Jung, & Lelgemann, 2016; Schouler-Ocak et al., 2017; Wells et al., 2016), der Asylsstatus und die daran geknüpfte Zukunftunsicherheit (Demir et al., 2016; Gerlach & Pietrowsky, 2012; Gerritsen et al., 2006), die Dauer des Asylverfahrens (Laban, Komproe, Gernaat, & de Jong, 2008), finanzielle Belastungen durch Arbeitsverbote und die in vielerlei Hinsicht problematische Unterbringung in Großunterkünften (Boettche, Heeke et al., 2016; Christ, Meininghaus, & Röing, 2015; Demir, 2015; Wells et al., 2016; Wöller, 2016), der Verlust von sozialem Status und ein Mangel an täglichen Aktivitäten (Christ et al., 2015; Crepet et al., 2017; Demir et al., 2016; MSF Italien, 2016; Wells et al., 2016), sowie sprachliche Barrieren und ein begrenzter Zugang zum Gesundheitssystem (Boettche, Stammel et al., 2016; Demir, 2015; Demir et al., 2016; Wöller, 2016).

Psychosoziale Versorgung von Geflüchteten

Über diese Migrationsstressoren hinaus existieren spezifische Hindernisse in der psychosozialen Versorgung von Geflüchteten. Psychosoziale Probleme, im Sinne allgemeiner Sorgen (vgl. IASC, 2017), liegen im mittleren Bereich eines Kontinuums zwischen psychischer Krankheit und Gesundheit (de Jong, 2011; de Jong & Kleber, 2003).

Dabei soll

„der Begriff ‚psychosozial‘ [...] die Beziehung zwischen psychischen (Gedanken, Gefühle, Verhalten) und sozialen (Bezugspersonen, Lebensumstände, Kultur) Aspekten des menschlichen Erlebens [aufgreifen] und [...] verstehen. Die Verknüpfung von psychischer Gesundheit und psychosozialem Wohlbefinden [...] macht deutlich, dass es nie um soziale Verhältnisse einerseits und psychische Befindlichkeiten andererseits geht, sondern um die Tatsache, dass soziale Konflikte und psychische Schwierigkeiten immer im Bezug miteinander gesehen werden müssen und weder der eine noch der andere Bestandteil [...] vernachlässigt werden darf“ (Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit [GIZ], 2017)

Um Gesundheit in einem positiv-holistischen Sinn (vgl. WHO, 2016b) zu erreichen, braucht es also zum einen psychiatrische Hilfe, Beratung und Ausbildung von nationalem Personal („psycho-“), zum anderen praktische Unterstützung, öffentliche Bildung zu verbreiteten Problemen und die Förderung von sozialen Strukturen und Aktivitäten („-sozial“) (de Jong, 2011). Ein solches Verständnis ist in den Richtlinien der internationalen psychosozialen Arbeit festgelegt für den sogenannten Bereich des ‚Mental Health and Psychosocial Support‘ (MHPSS) (IASC, 2017). Humanitäre MHPSS-Projekte haben zum Ziel, durch die Stärkung von psychischer Gesundheit und psychosozialem Wohlbefinden die Konsequenzen von Massengewalt zu verringern (de Jong, 2011).

Hindernisse für die psychosoziale Versorgung von Geflüchteten in Deutschland

In der aktuellen Literatur wird häufig der sogenannte ‚healthy-migrant‘-Effekt angeführt (z.B. Eggerth & Flynn, 2013; Salman & Weyers, 2010): Er beschreibt den Umstand, dass der Gesundheitsstatus von Immigranten zum Zeitpunkt der Niederlassung vergleichsweise gut ist. Da meist nur die körperlich und psychisch kräftigsten, motiviertesten und finanziell gut situierten Personen die Herausforderung der Flucht oder Migration erfolgreich bewältigen, basiert der Gesundheitsvorteil auf einer positiven Personenselektion. Er schrumpft jedoch mit der Zeit im Zielland angesichts sozioökonomischer Nachteile und unzureichendem Zugang zum Gesundheitssystem (Guruge, Thomson, George, & Chaze, 2015). Aufgrund von Zugangsschwierigkeiten nutzen Flüchtlinge die Gesundheitsangebote in westlichen Ländern nur wenig (Anstiss, Ziaian, Procter, Warland, & Baghurst, 2009; Gerritsen et al., 2006; Ikram & Stronks, 2016). Zentrale Barrieren zur psychosozialen Versorgung von Geflüchteten werden folgend betrachtet.

Die Gesundheitsversorgung besonders beeinträchtigend sind sprachliche Schwierigkeiten (Guruge et al., 2015; Ikram & Stronks, 2016; Schneider et al., 2017; Wöller, 2016). Zwar liegt es vorrangig an den Individuen (Patient & Fachpersonal), wenn Kommunikation notdürftig ist (Salman & Weyers, 2010; Schneider et al., 2017). Strukturell bedingt und eklatant ist aber, dass diese Hürde im Gesundheitssystem nicht durch regelhafte Finanzierung von professionellen Dolmetschern überwunden wird (Boettche, Stammel et al., 2016; BÄK & BPTK, 2015; Richter et al., 2015). Dies behindert psychotherapeutische wie medizinische Behandlung erheblich bei der Anamnese, Sicherstellung von Compliance und Aufklärung (BÄK, 2017). Laut der BAFF resultiert eine oft verspätete oder fehlerhafte Versorgung und teilweise Chronifizierung (Kleefeldt, Wolff, & Carlo, 2016).

Asylprozess und Aufenthaltsstatus schränken rechtlich in den ersten (bis zu 15) Monaten das Behandlungsspektrum stark ein auf akute Erkrankungszustände (LÄK & LPTK, 2015; Schouler-Ocak et al., 2017). Dies beeinträchtigt auch die psychotherapeutische Versorgung, da das AsylbLG z.B. eine Begutachtung von Antragstellern erfordert, die jedoch fachlich oft mangelhaft ist (BÄK, 2017; BÄK & BPTK, 2015).

Durch die gedankliche Überpräsenz des Themas ‚Aufenthaltsstatus‘ mangelt es häufig an Motivation, sich mit davon losgelösten Themen auseinanderzusetzen, z.B. mit psychischer Gesundheit (Demir, 2015).

Aus dem Asylverfahren ergeben sich weitere praktische Probleme, zum Beispiel unvorhersehbare Transfers in eine andere Unterkunft in Deutschland, sodass Fachdienste durch räumliche Entfernungen schlecht erreichbar werden (Guruge et al., 2015; Schneider et al., 2017). Hier schlägt sich auch eine „geringe organisatorische Flexibilität der psychiatrischen Institutionen“ (Schneider et al., 2017, S. 12) nieder.

Eine häufig genannte Versorgungshürde ist mangelndes Wissen über Angebote des deutschen Gesundheitssystems (Demir et al., 2016; Kizilhan, 2014; Salman & Weyers, 2010; Schneider et al., 2017). (Nicht nur) Migranten ist oft nicht bewusst, wofür und in welcher Form Hilfsangebote bestehen, gerade im psychologisch-psychiatrischen Bereich (Guruge et al., 2015; Ikram & Stronks, 2016).

Damit in Verbindung stehen dürfte das letzte Versorgungshindernis: Ein abweichendes (psychisches) Krankheits- und Behandlungsverständnis, das auch durch Bildungsstand und Herkunftskultur beeinflusst wird (Kizilhan, 2014; Kleefeldt et al., 2016; Salman & Weyers, 2010; Schneider et al., 2017). „Vielfach werden Reaktionen auf traumatische Erlebnisse gar nicht als ‚Krankheitssymptome‘ im Sinne einer westlichen Medizin begriffen“, so die BAFF (Kleefeldt et al., 2016). Es kann ethnisch-kulturell üblich sein, belastende Emotionen in körperlichen Symptomen auszudrücken, was zu Fehlinterpretationen und unnötigen Diagnostikprozessen führen kann (Kizilhan, 2014; Kraus, 2006). Psychologische Unterstützungsangebote haben in vielen Fluchtländern wenig Priorität (Demir, 2015; Ikram & Stronks, 2016; Kleefeldt et al., 2016). Häufig gibt es gegenüber MHPSS Misstrauen und Stigmatisierung im sozialen Umfeld, sodass Scham und Schuldgefühle das Sprechen über Belastendes erschweren (Colucci, Szwarc, Minas, Paxton, & Guerra, 2014; Guruge et al., 2015; Kleefeldt et al., 2016; Schneider et al., 2017). Wichtig ist dabei, z.B. zwischen Nationalitäten zu differenzieren: So nutzten somalische Geflüchtete Gesundheitsangebote scheinbar weniger als Afghanen und Iraner (Gerritsen et al., 2006). Kulturell bedingt sind auch überhöhte Vorstellungen von den Heilungsmöglichkeiten der westlichen Medizin (Kleefeldt et al., 2016).

Angesichts dieser Zahl von Barrieren in der psychosozialen Versorgung von Geflüchteten ist es notwendig, zu erfassen, welche Personen(-gruppen) Hilfsangebote nicht in Anspruch nehmen und weshalb. Unter anderem wird dieser Frage im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Schweinfurter Modellprojekts nachgegangen.

Konzeptionelle Lösungen für Versorgungsbarrieren

Die psychosoziale Komponente von Betreuung ist ein fester Bestandteil der humanitären Arbeit von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** (**ÄRZTE OHNE GRENZEN** Deutschland, 2017) und folgt den Prinzipien der kulturellen Sensibilität, Integrativität und Niederschwelligkeit sowie des lokalen Kapazitätenaufbaus und ‚Empowerments‘ (Hilfe zur Selbsthilfe) (de Jong & Kleber, 2003). Auch im Schweinfurter Modellprojekt sollen mit jenen Kriterien die soeben erläuterten psychosozialen Versorgungshindernisse überwunden werden.

a) Einsatz von BeraterInnen & Kultursensibilität

Der heterogen verwendete Begriff ‚peers‘¹ beschreibt Personen, die zueinander ähnliche Professionen, psychische Erkrankungen, soziale, ethnische oder kulturelle Herkunftsgruppen oder sonstige ähnliche Lebensumstände haben (Jain, McLean, Adler, Lindley, & Ruzek, 2013; Wöller, 2016). Die Gemeinsamkeiten machen peers zu Rollenvorbildern mit besonderem Zugang zur Zielklientel, sodass sie Stigmata in der Gesundheitsversorgung effektiv verringern können (Jain et al., 2013; Walker & Bryant, 2013). Im Konzept des Modellprojekts meint der Terminus Personen mit eigener Fluchterfahrung und ähnlicher geographischer Herkunft wie die Klienten (vgl. Crepet et al., 2017).

In einer Studie mit 240 Kriegsveteranen wurden Genesungsgruppen unter peer-Leitung sowie unter Klinikerleitung und die Standardbehandlung verglichen (Eisen et al., 2012). Alle drei Gruppen zeigten vergleichbare Verbesserungen in den Zielkriterien Depression, Funktionalität, psychotische Symptome und Gesamtgesundheit, sodass der Einsatz der peers nicht hinter dem von – vergleichsweise teurem – Fachpersonal zurückblieb. Ähnlich gute Resultate erzielten die kultursensiblen Trauma-peer-Gruppen von Renner, Banninger-Huber und Peltzer (2011). Für den Engpass in der psychosozialen Versorgung von Geflüchteten in Deutschland könnte peer-Arbeit also aufgrund von Ressourcenschonung nützlich sein (Jain et al., 2013; Salman & Weyers, 2010). Auch die Bundesärztekammer (2017) fordert: „Wo das Regelsystem überlastet ist, sollten innovative

Ansätze zur gesundheitlichen Versorgung von Migranten eingesetzt und wissenschaftlich begleitet werden, um Erkenntnisse über deren Ausbau und Aufnahme in die Regelversorgung zu gewinnen“ (S. 129). Das Programm ‚migrants for migrants‘ beispielsweise existiert bereits seit 2003 (Salman & Weyers, 2010), ist konzeptuell allerdings nicht spezifisch auf psychosoziale Probleme von Geflüchteten ausgerichtet und basiert nur auf ehrenamtlichem Engagement.

In Projekten von ÄRZTE OHNE GRENZEN ist der Einsatz von peers als sogenannte ‚Psychosoziale Peer-BeraterInnen‘ ein Schlüsselprinzip (de Jong & Kleber, 2003). Die fest angestellten BeraterInnen sollen dabei keinesfalls Psychotherapeuten ersetzen (vgl. Jain et al., 2013; Wöller, 2016), sondern ein niederschwelliges, präventives Angebot machen, das im Bedarfsfall an Fachdienste vermittelt. Psychologische Supervision sichert die fachliche Qualität der peer-Arbeit und fungiert für die BeraterInnen gleichzeitig als Bindeglied zu Ärzten, Psychotherapeuten und Sozialarbeitern (Boettche, Stammel et al., 2016; Wöller, 2016).

Der Einsatz von peers erhöht die kulturelle Sensibilität von psychosozialen Angeboten sowie bei den einheimischen Kollegen (Crepet et al., 2017), selbst wenn dasselbe Herkunftsland selbstverständlich keine Garantie für einen erfolgreichen Beziehungsaufbau zwischen Klient und BeraterIn bietet (BAFF, 2016a). Auch Personen aus demselben Herkunftsland können sich stark unterscheiden, ob durch Bildungsstand, genauere Herkunftsregion oder Religionszugehörigkeit (Demir, 2015). Die peers müssen daher empathisch sein und sich kulturell wie kommunikativ eignen (de Jong, 2011)

¹ Im Deutschen existiert keine geeignete Übersetzung zu ‚peers‘, weshalb im Folgenden der englische Begriff kleingeschrieben verwendet wird.

b) Niederschwelligkeit & gestuftes Versorgungsmodell

Ein restriktiver Zugang zur Gesundheitsversorgung hat auf lange Sicht ökonomische Nachteile, so eine Analyse von Bozorgmehr et al. (2016). Niederschwelligkeit ist hingegen die „Minimalisierung von Zugangsvoraussetzungen [...], um Hemmschwellen der Inanspruchnahme entgegenzuwirken“ (Ulusoy & Grässel, 2010). Im Folgenden einige konkrete Empfehlungen zur Anpassung von Angeboten an die Lebenswelt von Geflüchteten: Angesichts von Abschiebungen oder der raschen Umverteilung in andere Unterkünfte bieten sich Kurzzeitprogramme an (Demir, 2015). Es sollten geringe Wartezeiten bestehen und Öffnungszeiten z.B. im Ramadan flexibler sein (vgl. Lueger-Schuster, 2009). Außerdem muss für den (häufigen) Fall von niedrigem Bildungsstand (Bunge, Meyer-Nürnberger, & Kilian, 2006) möglichst wenig Vorwissen für die Nutzung des Angebots notwendig sein. Aufklärung sollte daher sehr grundlegend und in der Muttersprache erfolgen (Joksimovic, Wöller, Happ, Tress, & Kruse, 2011). Bikulturelles Personal ist zudem hinsichtlich Vertrauen, Akzeptanz und Entstigmatisierung im Vorteil (Richter et al., 2015). Auch die örtliche Einbettung in bestehende vertraute Strukturen kann helfen, Angst vor der Inanspruchnahme zu mindern und Kontaktaufnahme zu erleichtern (Ulusoy & Grässel, 2010). Richter und Kollegen (2015) empfehlen beispielsweise ein Routinescreening bei allen Neuzugängen vor Ort in Großunterkünften (ebd.). Zuletzt sind auch finanzieller und bürokratischer Aufwand gering zu halten, was bei Fachangeboten für Psychiatrie und Psychotherapie häufig nicht der Fall ist (ebd.).

Niederschwelligkeit im Gesundheitssystem wird durch sogenannte gestufte Versorgungsmodelle („stepped care“) unterstützt (IASC, 2017), beispielhaft ist folgende Abbildung (GIZ, 2017, S. 9).



Gestuftes Versorgungsmodell nach IASC-Richtlinien

Je höher die Stufe in der Interventionspyramide, desto spezialisierter die Maßnahmen, desto formeller die Ausbildung des benötigten Fachpersonals und desto kleiner die erreichbare Zielgruppe (GIZ, 2017). Je nach Belastungs- oder Erkrankungsstadium erfolgt daher zunächst eine Behandlung mit der niedrigstnötigen Stufe und wird nur bei nicht mangelhafter Wirksamkeit durch eine höhere Maßnahme abgelöst (IASC, 2017). Möglich ist ein direkter Einstieg in jede Stufe, z.B. durch Selbstvorstellung oder Überweisung von anderen Diensten (Bohus & Missmahl, 2017; Tol et al., 2014). Laut Bajbouj et al. ist „das deutsche Gesundheitssystem oft übermäßig auf die vierte Stufe der Versorgungspyramide ausgerichtet [...] und [...] einfach verfügbare, niedrigschwellige und in der Breite einsetzbare Interventionen aus den anderen drei Ebenen [werden] nicht koordiniert und nur unregelmäßig umgesetzt“ (Bohus & Missmahl, 2017, S. 4). Das Modellprojekt von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** und dem Krankenhaus St. Josef ist vorrangig auf der zweiten und dritten Ebene einzuordnen, hat jedoch multidisziplinäre Verknüpfungen mit den anderen Stufen. Durch Integrativität und Vernetzung z.B. mit Psychiatrien, Sozialarbeitern oder Unterkunftsleitungen werden Parallelstrukturen vermieden, Ressourcen geschont und teilweise ein Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Angeboten erst ermöglicht (IASC, 2017).

c) Prävention & Ressourcenorientierung

Ein Kernkonzept für niedrigschwellige Versorgung ist die Ressourcenorientierung (Bajbouj et al., 2017). Einteilbar sind sie zum Beispiel in extrapersonale, also der Lebensumwelt zugehörige Ressourcen (z.B. Finanzielles) und intrapersonale Ressourcen, welche Körperliches (z.B. gute Gesundheit), Psychologisches (z.B. Optimismus) und Kompetenzen (z.B. kognitive Leistungsfähigkeit) umfassen (Lazarus & Folkman, 1984). In den unsicheren Lebensumständen direkt nach einer Flucht sollten Angebote nicht defizitorientiert und traumakonfrontativ sein, sondern Sicherheit und eigenaktive Selbsthilfe ermöglichen (Jain et al., 2013; Wöller, 2016). Solche Ressourcenförderung ist ein Teil von Krankheitsprävention, also dem Aufbau gesundheitsförderlichen Verhaltens (Lueger-Schuster, 2009). Indiziert ist sie für vulnerable Personen wie Geflüchtete ohne Symptome (Primärprävention) sowie mit einzelnen Beschwerden ohne vollständige Manifestation (Sekundärprävention) (ebd.). Im psychosozialen Bereich umfasst sie z.B. Aufklärung, Stärkung sozialer Beziehungen, Psychoedukation zu Stressbewältigung oder Förderung körperlicher Aktivität (Busse, Plaumann, & Walter, 2006; de Jong, 2011; WHO, 2016a). Die MSF-Richtlinien fordern, bei der Entstehung von Psychopathologie möglichst früh präventiv zu intervenieren (de Jong, 2011).

In einer 18-monatigen Längsschnittstudie mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Belgien zeigte sich, dass sich ihr Zustand mentaler Gesundheit nicht (von alleine) im Laufe der Zeit verbesserte (Vervliet, Lammertyn, Broekaert, & Derluyn, 2014), dass also Unterstützungsangebote notwendig sind. Ikram und Stronks (2016) fanden für ihr Review nur wenige Studien mit Effektivitätsprüfung von Prävention bei Geflüchteten und diese mit gemischten Ergebnissen. Die Autoren merken jedoch an, dass gerade gemeinschaftsfokussierte Präventionsangebote auch darauf abzielen, Bewusstsein und Sensibilisierung zu schaffen, sowie psychoedukativ vorgehen, was empirisch jedoch leider nicht erfasst wurde. Insgesamt scheint die Datenlage nicht ausreichend.

Bewältigungsmechanismen ('Coping')

Viele Autoren sind sich einig, dass die psychische Gesundheit von Geflüchteten davon abhängt, welche psychologischen und sozialen Copingmöglichkeiten diese anwenden (z.B. Christ et al., 2015; Ikram & Stronks, 2016; Tempany, 2009). Positives Coping schlägt sich in emotionalem Wohlbefinden, Wertschätzung des eigenen Lebens oder Selbstbewusstsein nieder, Negatives hingegen in Hoffnungslosigkeit oder sozialer Dysfunktion (Ano & Vasconcelles, 2005; Prati & Pietrantonio, 2009).

Im Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) umfasst Bewältigung („Coping“) „alle Gedanken und Verhaltensweisen, die jemand benutzt, um inneren und äußeren Anforderungen zu begegnen, die als belastend erlebt werden“ (zitiert nach Ringeisen, 2013, S. 257). Welche Bewältigungsstrategien angewandt werden, hängt von der Situation und persönlichen Eigenschaften ab, sowie von der subjektiven Bewertung der Stresssituation (Lazarus & Folkman, 1984).

Bei größerem Stress oder mehr Traumata werden tendenziell mehr Copingstrategien gleichzeitig eingesetzt (Sachs, Rosenfeld, Lhewa, Rasmussen, & Keller, 2008; Snyder, 2001). Kaluza (2002) fasst zusammen, dass es vor allem hilfreich ist, wenn einer Person ein breites, flexibles Repertoire an behavioralen, kognitiven und emotionalen Strategien zur Verfügung steht. Die folgende Unterteilung in drei Bewältigungsdimensionen stellt selbstverständlich nur eine mögliche dar.

a) Problemorientierte Bewältigungsstrategien (PROB)

PROB-Strategien beinhalten eine Definition des Problems und der verschiedenen Lösungsmöglichkeiten, das Abwägen bezüglich Kosten und Nutzen und die Entscheidung für eine Handlung sowie deren Einleitung (Busse et al., 2006; Matheson, Jordan, & Anisman, 2008; Ringeisen, 2013). PROB-Strategien können sich auch an das Umfeld richten, indem praktische Hilfe gesucht wird bei Familie oder professionellen, z.B. medizinischen Helfern (Busse et al., 2006; de Jong, 2011). Solche instrumentelle Unterstützung, aber auch die emotionale (vgl. Teil c), zeigt einen deutlichen positiven Einfluss auf die mentale Gesundheit (eine genaue Übersicht geben z.B. Hooberman, Rosenfeld, Rasmussen, & Keller, 2010).

b) Aktiv-emotionsorientierte Bewältigungsstrategien (A-EMOT)

Problemfokussierung ist vorrangig dann günstig, wenn eine Person Möglichkeiten zur aktiven Bearbeitung wahrnimmt (Reimann & Pohl, 2006). Ohne Möglichkeit zur Situationskontrolle scheinen jedoch kognitiv-emotionale Strategien effektiver zur Bewältigung (ebd.; de Jong, 2011; vgl. z.B. Strentz & Auerbach, 1988). Unter A-EMOT fallen Strategien, die nicht das Ursprungsproblem, sondern die daraus resultierende emotionale Belastung verringern. Dabei stellt sich eine Person aktiv ihren Emotionen, anders als beim vermeidenden Coping (Busse et al., 2006). Konkret zu nennen sind positives Umdeuten („Reframing“) und Optimismus mit moderaten bis größeren Effekten (Al-Smadi et al., 2016; Kaluza, 1996; Prati & Pietrantonio, 2009), des Weiteren Humor und Akzeptanz von Unabänderlichem (Kaluza, 1996; Ringeisen, 2013). Busse et al. (2006) zählen auch Sport, Meditation oder Atemübungen zur aktiven Emotionsbewältigung, da sie Angst reduzieren und entspannen (vgl. Koll-Krüssmann, 2016; WHO, 2016a). Ähnliches dürfte für persönliche Rituale oder den Besuch kontemplativer Orte gelten (vgl. de Jong, 2011; WHO, 2016a). Soziale emotionale Unterstützung durch Gespräche ist ebenfalls effektiv, wofür auch das Artikulieren von Gefühlen von zentraler Bedeutung ist (Al-Smadi et al., 2016).

c) Vermeidende Bewältigungsstrategien (VERM)

Diese Kategorie umfasst Strategien, durch die man sich mit dem Problem nicht auseinandersetzt und die langfristig nicht entlastend sind (Busse et al., 2006). Dazu zählt Verleugnung über längere Zeit und Ablenkung im Sinne von kognitivem Ignorieren und behavioralem Vermeiden (ebd.; Kaluza, 1996; Matheson et al., 2008). Des Weiteren ist es negativ, sich selbst abzuwerten/zu beschuldigen oder sich sozial zurückzuziehen, da dies langfristig zu Einsamkeit und Aktivitätenmangel führt (Kaluza, 1997; Kapsou, Panayiotou, Kokkinos, & Demetriou, 2010; Ringeisen, 2013). Ebenso vermeidend sind passive Resignation und das Zurückhalten von Emotionen (Matheson et al., 2008). Um Vermeidung zu verringern, ist die Aufrechterhaltung eines aktiven Alltagslebens zu fördern, ob Haushaltsaktivitäten, Berufstätigkeit, Körperpflege oder Fürsorge für Andere (vgl. WHO, 2016a). Ungesundes Essverhalten oder Medikamenten- und Drogenkonsum im Sinne einer Selbstmedikation wirkt emotionsvermeidend und negativ; teils leiden Unbeteiligte darunter, teils führen sie in die Kriminalität oder erhöhen die Suizidalität (Christ et al., 2015; Colder, 2001; de Jong, 2011; Leeies, Pagura, Sareen, & Bolton, 2010). Weiter zu nennen ist Ärgerbewältigung durch Selbst- und Fremdaggression (Kaluza, 1996; Salem-Pickartz, 2007). Religionsausübung kann als negativ-vermeidend bezeichnet werden, wenn sie z.B. passives Bitten um göttliche Intervention oder die Vorstellung eines bestrafenden Gottes umfasst (Ano & Vasconcelles, 2005).

3. Projektentwicklung und Phasen des Projektaufbaus

Vorbereitungsphase (Juli 2016 – Januar 2017)

Suche nach einem Kooperationspartner

Nach einer stichprobenartigen deutschlandweiten Bedarfsermittlung, in der sich die von diversen psychosozialen Akteuren der Flüchtlingshilfe bemängelte gravierende Unterversorgung in der eigenen Anschauung bestätigen ließ, begannen wir damit, die Idee einer Modellprojektierung zu konkretisieren und die Suche nach einem Kooperationspartner einzuleiten. Als Interventionsort für eine möglichst frühe Hilfe und Ansprache der Geflüchteten wählten wir die Erstaufnahmeeinrichtung (EAE) in Schweinfurt: Dort leitet das Krankenhaus St. Josef die Medizinische Ambulanz für Geflüchtete in den Räumen der EAE. Die Krankenhausleitung zeigte sich sehr offen und interessiert an einer Zusammenarbeit. Es war uns auf diese Weise möglich, die Struktur unserer Arbeitsweise in Projektländern in Schweinfurt genau nachzubilden: eine enge Vernetzung des medizinischen und des psychosozialen Dienstes unter einem Dach, Tür an Tür. Die Behandlungs- und Beratungszimmer befinden sich auf demselben Flur der EAE Schweinfurt mit kurzen Überweisungswegen und der Möglichkeit für Klienten, niedrigschwellig die ambulante Außenstelle des Krankenhauses aufzusuchen – sei es für die Inanspruchnahme medizinischer oder psychologischer Hilfe.

Wir erstellten einen Kooperationsvertrag mit einer Laufzeit von zunächst 12 Monaten, in welchem **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in den ersten 7 Monaten für den fachlichen Aufbau verantwortlich zeichnete und danach unter der Personalführung des Krankenhauses St. Josef für den verbleibenden Zeitraum in beratender Funktion zur Verfügung stand.

Bereitstellung finanzieller Mittel

Zu unserem Bedauern wurde der Projektantrag des Krankenhauses St. Josef von der bayerischen Staatsregierung nicht unterstützt. Wir erstellten daher einen eigenen Budgetplan, zunächst für eine Laufzeit von 12 Monaten von Februar 2017 bis Februar 2018 und verständigten uns auf eine Kostenteilung zwischen ÄRZTE OHNE GRENZEN und dem Krankenhaus St. Josef. St. Josef bemüht sich mittlerweile intensiv um eine Weiterfinanzierung des Projektes über die Diözese Würzburg und Drittmittelgeber. Daneben ist geplant, mit den ersten Zwischenergebnissen des Modellprojektes erneut an die verantwortlichen staatlichen Stellen mit der Bitte um Unterstützung heranzutreten.

Suche nach Personal

Für unser Modellprojekt in Schweinfurt schrieben wir ein Stellenangebot für Menschen mit Migrationshintergrund aus, welche über einen sicheren Aufenthaltstitel in Deutschland verfügen. Weitere Kriterien waren: Sie leben seit mindestens zwei Jahren in Deutschland, haben sich im deutschen System orientiert und bringen neben Deutschkenntnissen (mind. B1) Interesse und soziales Geschick für die Arbeit mit der Zielgruppe mit. Einschlägige berufliche Vorerfahrung war erwünscht, jedoch nicht zwingend erforderlich (siehe Kapitel 9 Materialsammlung: Stellenausschreibung Psychosoziale Peer-BeraterInnen).

Im Sinne der Nachhaltigkeit sowie der Wertschätzung für unser Team und die zu leistende Arbeit war es uns wichtig, unser Personal von Beginn an mit deutschen Arbeitsverträgen auszustatten. St. Josef schaffte eigens für dieses Ansinnen neue Stellenprofile und eine passende Einordnung in das hauseigene Vergütungssystem. In Einklang mit unserem Budget konnten drei 75%-Stellen (Psychosoziale Peer-BeraterInnen) sowie ab dem 7. Projektmonat eine 125%-Stelle (PsychologIn und ProjektleiterIn) geschaffen werden. Wir bemühten uns um eine möglichst hohe kulturelle und sprachliche Streubreite bei der Teamzusammensetzung.

Nach dem erfolgreich verlaufenen Auswahlverfahren setzte sich das BeraterInnenteam aus einer Sozialarbeiterin aus dem Iran, einem Journalisten aus Somalia und einem Lehrer aus Syrien zusammen (gesprochene Sprachen: Persisch, Arabisch, Kurdisch, Somalisch, Englisch, Deutsch).

Nach dem Projektaufbau, welcher von der Autorin im Rahmen ihrer Tätigkeit mit ÄRZTE OHNE GRENZEN Deutschland geleitet wurde, fand im 7. Projektmonat die Übergabe an St. Josef statt. Gesucht wurde in diesem Zusammenhang nach einer nachfolgenden psychologischen Leitung sowie Projektleitung, welche in 125% (verteilt auf zwei Stellen) von St. Josef angestellt wurde. Das Stellenprofil sieht eine Psychologin mit klinischem Hintergrund, wünschenswerter Weise mit Vorerfahrung im klinisch-psychiatrischen Arbeitsfeld für diese Position vor. (siehe Kapitel 9 Materialsammlung: Stellenausschreibung PsychologIn).

Suche nach Räumlichkeiten und Ausstattung

Die Betreiber der EAE zeigten sich bei der Bereitstellung von Räumlichkeiten sehr kooperativ und unterstützend. In nächster Nähe zur Medizinischen Ambulanz St. Josef konnten auf dem gleichen Flur ein Büro und zwei Beratungsräume eingerichtet werden. Auf einem höheren Stockwerk erhielten wir einen großen Raum zur Durchführung unserer Schulungen und Gruppen. Die Einrichtung unserer Beratungsräume nimmt traditionell viel Mühe und Zeit in Anspruch; unsere Klienten sollen sich bei uns wohl und willkommen fühlen.

Entwicklung der Interventionslogik und des Behandlungspfades

In der Interventionslogik sollen Neuankömmlinge der EAE möglichst früh vom Beratungsangebot profitieren können, sodass die Erstinformation der KlientInnen an die obligatorische medizinische Erstuntersuchung gekoppelt wird (siehe Kapitel 9 Materialsammlung: Behandlungspfad).

Die Bewohner werden nach dem medizinischen Screening direkt in die Ambulanz für seelische Gesundheit eingeladen, lernen dort ihre sprachlich passende Psychosoziale Peer-BeraterInnen kennen und erhalten eine Aufklärung über das Angebot. In der Praxis wird versucht, mehrere KlientInnen zu einem ersten Informationskontakt zusammen zu fassen. Zusätzlich erhalten die KlientInnen einen Flyer mit schriftlichen Informationen zur ASG plus Foto und Telefonnummer Ihres Ansprechpartners (siehe Kapitel 9 Materialsammlung: Infoflyer Klient).

Bei Zustimmung erfolgt ein individuelles Erstgespräch von ca. 60–75 Minuten, in welchem relevante Aspekte der eigenen Biographie und der Fluchtgeschichte sowie demographische Daten und die aktuelle psychosoziale Situation erfasst werden.

Daneben erfolgt ein fragebogenbasiertes Screening der psychischen Belastung (siehe Kapitel 9 Materialsammlung: Psychometrische Screenings). Der Erstkontakt ist entscheidend für die erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen BeraterIn und KlientIn – gelingt es, einen vertrauensvollen Kontakt aufzubauen? Der KlientIn ein Verständnis für die Möglichkeiten und Grenzen des Angebotes zu vermitteln? Ihn oder sie zur Teilnahme an unserem Gruppenangebot zu motivieren?

Wir erhalten im Rahmen dieses Erstkontaktes viele unterschiedliche Reaktionen von unseren KlientInnen. Die schönsten Momente sind die, in denen sich KlientInnen in unseren Räumlichkeiten sichtlich wohlfühlen, die entgegengebrachte Wertschätzung spüren und rückmelden: 'Du bist der erste Mensch seit Monaten, der mich fragt "Wie geht es Dir?"'

Im Anschluss folgt die Teilnahme am dreiteiligen Gruppenprogramm. Dieses findet idealerweise in einer geschlossenen Gruppe einmal pro Woche à 90 Minuten statt.

Ca. 2–3 Wochen später werden die Teilnehmer einzeln zu einem sog. Zweitgespräch eingeladen, in welchem Inhalte der Gruppe aufgefrischt und individuell vertieft werden. Auch wird eine erneute psychometrische Einschätzung der emotionalen Belastung vorgenommen. Gemäß der individuellen Situation und Bedürfnislage der KlientIn können weitere Kontakte oder Weiterverweisungen in andere Dienste erfolgen.

Aus Gründen der Ökonomie und der Kompetenzlage der BeraterInnen liegt der Interventionsschwerpunkt im Bereich der Gruppenintervention. Einzelinterventionen werden nur bei spezifischer Indikation und unter enger fachlicher Supervision angeboten, da sie sehr ressourcenbindend sind. Trotz allem lautet das Signal an die KlientInnen: 'Unsere Türen sind immer offen – komm` wieder wenn Du Unterstützung brauchst.'

Alle verwendeten Protokollbögen sind im Kapitel 9 ‚Materialsammlung‘ zu finden.

Funktionsweise des Modellprojekts Schweinfurt

Das Modellprojekt wurde in Kooperation von ÄRZTE OHNE GRENZEN Deutschland und der Medizinischen Ambulanz des Krankenhauses St. Josef Schweinfurt in den Räumlichkeiten der Erstaufnahmeeinrichtung Schweinfurt und der Gemeinschaftsunterkunft Geldersheim realisiert. Wir versuchten mit dieser Struktur unsere Arbeitsweise in Projektländern abzubilden, welche stets ein enges Zusammenarbeiten von medizinischem und psychosozialen Dienst unter einem Dach vorsieht. Im August 2017 ging die Leitung des Projektes in die Hände von St. Josef über. Die Kosten werden in 2017 von beiden Kooperationspartnern zu gleichen Teilen getragen. Ab 2018 wird das Krankenhaus St. Josef die Weiterfinanzierung übernehmen.

Das Team besteht aus zwei Psychologinnen sowie drei psychosozialen Peer-BeraterInnen, welche in der ersten Jahreshälfte 2017 von zwei erfahrenen klinischen Psychologinnen von ÄRZTE OHNE GRENZEN geschult wurden. ÄRZTE OHNE GRENZEN hat seit August 2017 eine beratende Funktion im Projekt inne. Das gesamte Team der ‚Ambulanz für seelische Gesundheit St. Josef‘ wurde von Beginn an mit Angestelltenverträgen von St. Josef ausgestattet.

Arbeitsprinzipien

Niederschwelligkeit – ein möglichst einfaches Erreichen des Beratungsangebotes, welches für Alle da ist

Wir möchten den Zugang zu psychosozialen Hilfen möglichst hemmschwellenarm gestalten. Ein niedrigschwelliges Angebot muss also zeitlich, örtlich und inhaltlich möglichst genau in die Lebenswelt und die Bedürfnisse der Zielgruppe eingepasst werden (Bunge, Meyer-Nürnberg, & Kilian, 2006). Da die Arbeit von BeraterInnen direkt im Lebensumfeld von Geflüchteten mit Unterstützungsbedarf erfolgt, hat sie auch eine aufsuchende, sozialarbeiterische Komponente (Salman & Weyers, 2010).

In unseren Projekten stellt der medizinische Dienst den wichtigsten Überweisungsweg in unseren Beratungsservice dar. Im Modellprojekt werden die Geflüchteten nach dem obligatorischen medizinischen Erstscreening von der Medizinischen Ambulanz St. Josef regelhaft in die Ambulanz für seelische Gesundheit St. Josef eingeladen, wohl wissend, dass die Inanspruchnahme von institutionellen/professionellen Beratungsangeboten weder in unserer eigenen noch in anderen Kulturen bereits eine Selbstverständlichkeit wäre. Dort erhalten die Klienten Informationen über unser Angebot und entscheiden sich dann für oder gegen die Durchführung eines Erstgespräches. (siehe Kapitel 9 Materialsammlung: Infolyer KlientIn, Behandlungspfad)

Wir folgen mit diesem Ansatz dem sogenannten 'stepped care'-Modell (gestuftes Versorgungsmodell (IASC, 2017)), und setzen in der Interventionspyramide möglichst weit unten an, um ein breites Publikum mit unserem Angebot zu erreichen und

anzusprechen (Bajbouj et al., 2017). Wir wollen möglichst viele Menschen mit unserem auf Psychoedukation basierendem Präventivangebot erreichen.

'Peer to Peer' und Hilfe zur Selbsthilfe – frühzeitige 'Basishilfen' durch den Einsatz Psychosozialer Peer-BeraterInnen

Die Situation Geflüchteter wird am besten von Geflüchteten verstanden. Wir setzen daher in unserer psychosozialen Arbeit auf BeraterInnen mit ähnlichen Erfahrungshintergründen wie die Klienten. Sie werden als sog. ‚peers‘ bezeichnet. Sie können als Rollenvorbilder mit besonderem Zugang zu unserer Zielgruppe dienen und somit dabei helfen, Stigmata in der Gesundheitsversorgung abzubauen (Walker & Bryant, 2013). Es handelt sich, falls möglich, um Landsleute oder Menschen mit ähnlichem sprachlichen und kulturellen Hintergrund, welche sich schon längere Zeit in Deutschland aufhalten und in der Lage sind, ein gutes und vertrauensvolles, falls möglich muttersprachliches Gesprächsangebot zu machen. Wir bilden die Psychosozialen Peer-BeraterInnen nach einem eigenen Curriculum aus und geben ihnen durch kontinuierliche fachliche Supervision die Möglichkeit, sich im Rahmen ihrer Tätigkeit immer weiter zu professionalisieren.

Gelingt es, Geflüchtete in der ersten Phase der Orientierung und des Ankommens in ihren Ressourcen zu stärken und sie in der aktiven Anwendung ihrer Selbstmanagement-Fähigkeiten zu bekräftigen, kann dies einen entscheidenden Effekt auf ihr psychisches sowie physisches Wohlbefinden und ihre Anpassungsleistung haben.

Ressourcenbezogenheit – im Mittelpunkt des Ansatzes steht der kompetente Mensch, welcher in seinen Bewältigungsmechanismen gestärkt wird

In der Arbeit mit Geflüchteten steht die Orientierung an ihren Ressourcen und Stärken im Vordergrund. Wir wissen, dass es die Bewusstheit über die eigenen Stärken und Ressourcen ist, welche uns schwierige Situationen überstehen lässt – nicht die Orientierung an Symptomen und Defiziten.

In unseren Gruppen werden die Teilnehmer zum Nachdenken angeregt: Wie hast Du es geschafft, bis hierhin zu kommen? Was macht Dich aus? Was sind Deine Stärken, was Deine Kraftquellen? Wie hast Du vor der Flucht Deine Probleme gelöst? Auf was bist Du stolz? Welche Menschen stehen Dir nahe, was hast Du von ihnen gelernt? Wie kannst Du es schaffen, die Zeit in der Aufnahmeeinrichtung möglichst gut zu überstehen? Welche Bilder und Symbole können Dir helfen, mit Schwierigkeiten umzugehen?

Synergie statt Parallelstruktur – enge Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Akteuren der Flüchtlingshilfe

Mit unseren Projekten wollen wir keine bereits bestehenden Strukturen ersetzen oder doppeln, sondern sinnvoll ergänzen. Wir wollen da tätig werden, wo es Lücken im Versorgungssystem gibt und uns mit bestehenden Strukturen vernetzen, um gemeinsam Synergien zu erzielen. Eine sorgfältige Analyse der Bedarfe und der bestehenden Versorgungsstruktur ist von großer Bedeutung für die Planung einer passgenauen, erfolgreichen Intervention. In Schweinfurt wurde zunächst ein sog. ‚Mapping‘ vorhandener Hilfsangebote vorgenommen und Kontakt zu den Akteuren der Flüchtlingshilfe gesucht. Zusammenfassend wurde von ihnen ein dringender Bedarf an niederschweligen Hilfen zur psychischen Entlastung von und Verbesserung der Kommunikation mit Geflüchteten geschildert.

Aufbau lokaler Kapazitäten – 'Capacity Building' – starke Betonung von Wissenstransfer sowie Aus- und Fortbildung lokaler Kräfte

Der Schwerpunkt unserer Arbeit liegt auf der Aus- und Weiterbildung sowie Supervision lokaler Kräfte. Durch die Erfahrungen in unserem Modellprojekt kommen wir zu der Überzeugung, daß die Ausbildung und der Einsatz Psychosozialer Peer-BeraterInnen auch im deutschen Kontext eine effektive und sinnvolle Ergänzung zum bestehenden psychosozialen Versorgungsangebot für Geflüchtete darstellen kann.

Psychosoziale Peer-BeraterInnen – wesentliche Akteure der niederschweligen Versorgung

In unseren Hilfsprojekten in aller Welt arbeiten wir häufig mit sog. ‚Peers‘ – Menschen, die wir aus der Zielpopulation heraus rekrutieren und die die Lebensrealität, Sprache und Kultur der Zielgruppe kennen. Natürlich greifen wir, wenn möglich, auf lokales Fachpersonal zurück – nationale Psychologen, Sozialarbeiter oder Psychiater sind jedoch in den Kriegs- und Krisengebieten der Welt nur wenige zu finden. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** arbeitet daher mit Menschen verschiedenster beruflicher Hintergründe zusammen und bildet diese nach internen Fortbildungscurricula zu Psychosozialen Peer-BeraterInnen aus. Sie werden in der Regel von klinischen PsychologInnen oder PsychiaterInnen fortgebildet und in ihrer Arbeit supervidiert. Die Supervisoren sichern die fachliche Qualität der Arbeit und fungieren als Bindeglied zwischen Flüchtlingen und Fachdiensten. Häufig wird es von KlientInnen als entängstigend und als einfacher erlebt, sich einem unspezialisierten Landsmann bzw. Landsfrau anzuvertrauen als einem ‚Experten‘.

Die Idee des Einsatzes Psychosozialer Peer-BeraterInnen in humanitären Kontexten ist nicht neu. Die WHO, das Internationale Rote Kreuz und andere Nicht-Regierungsorganisationen setzen in ihrer psychosozialen Arbeit auf den Einsatz von ‚Peers‘, welche in der Regel interne Schulungen und Trainings durchlaufen. Es existieren zahlreiche Manuale und Konzepte zur Ausbildung psychosozialer Peer-BeraterInnen (z. B. IFRC, 2016: Lay Counselling – A Trainer’s Manual; WHO: Problem Management Plus, 2016).

Auch in Deutschland wird der Einsatz von BeraterInnen bereits von einigen Akteuren betrieben, bislang jedoch nur im Rahmen von Einzelinitiativen und auf lokaler Ebene. Neben Fachkräften fehlt es allerorts auch an Sprach- und Kulturmittlern für die Verständigung mit und das Verständnis von Geflüchteten sowie für Basisberatung. Wenn es gelingt, eine Multiplikatorenstruktur für den flächendeckenden Einsatz Psychosozialer Peer-BeraterInnen aufzubauen, könnten die weitreichenden Bedarfe Geflüchteter immer besser und passgenauer gedeckt werden.

Die Beratungen mit KlientInnen erfolgen, falls immer möglich, in der Muttersprache der Geflüchteten (in unserem Modellprojekt können drei Psychosoziale Peer-BeraterInnen folgende Sprachen abdecken: Arabisch, Kurdisch, Somalisch, Persisch, Englisch und Deutsch). Bei Bedarf besteht die Möglichkeit, Dolmetscher in die Beratung mit einzubinden.

Was sind die Aufgaben Psychosozialer Peer-BeraterInnen?

- Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und Kommunikation mit Klienten
- Ansprechen von Problemen und beraterisches Zur-Seite-Stehen des Klienten
- Psychoedukatives Angebot für Geflüchtete
- Orientierung Geflüchteter im Hier und Jetzt
- Erste Anlaufstelle und ‚Schaltfunktion‘ für die Bedarfe Geflüchteter
- Früherkennung spezifischer psychiatrischer und psychotherapeutischer Bedarfe und Hilfe bei der Inanspruchnahme von Fachdiensten
- Vernetzungsarbeit mit anderen Akteuren vor Ort
- Sprach- und Kulturmittlung im deutschen Hilffssystem

Beratungsinhalte

Was wirkt in der psychoedukativen Beratungsarbeit mit Flüchtlingen?

Nach Demir, 2015; Kizilhan, 2014; Liedl et al., 2010; de Jong, 2011; Demir et al., 2016 können vor allem folgende Aspekte als Wirkfaktoren in der psychoedukativen Beratungsarbeit mit Flüchtlingen angenommen werden:

- Herstellen einer vertrauensvollen Beziehung und Kommunikation
- Vermittlung einer respektvollen und zutrauenden Haltung
- Vermittlung von Wissen & Krankheitskonzept
- Normalisierung & Entlastung
- Aufklärung zu Bewältigungsmöglichkeiten
- Compliance
- Ressourcenstärkung & praktisches Üben
- Soziale Unterstützung im Gruppensetting

Gruppenebene

Das entwickelte dreigliedrige psychoedukative Gruppenprogramm für den deutschen Kontext arbeitet mit allen der vorgestellten Wirkfaktoren und stellt den Kern unserer Arbeit mit der Zielgruppe dar. Ziel der Intervention ist eine Stärkung und Erweiterung eigener Bewältigungskompetenzen in Bezug auf Stressmanagement, die idealerweise mit einer Reduktion der eigenen Symptombelastung und einer Verbesserung der Alltagsfunktionalität einhergeht. Es geht darum, den Geflüchteten ein schlüssiges Konzept an die Hand zu geben, warum und wie Körper und Psyche auf Belastungen reagieren und wie man mit diesen Reaktionen möglichst gut umgehen kann. Klienten werden in einem ausführlichen Einzelgespräch den Gruppen zugewiesen und nach Abschluss des 3-teiligen Gruppenprogramms erneut für ein individuelles Feedbackgespräch eingeladen. In Einzelgesprächen kann das Gelernte bei Bedarf vertieft und noch mehr auf die individuelle Lebenssituation angepasst werden (siehe Kapitel 9 Materialsammlung: Protokoll Erstgespräch, Gruppenmanual Modul I-III, Psychoedukation Stress I-III, Protokoll Zweitgespräch).

Individuelle Ebene

Für die Einzelberatung stehen folgende Inhalte im Vordergrund:

- Individuelle Problemanalyse und Problemsortierung
- Strukturiertes Problemlösen
- Förderung individueller Ausdrucksmöglichkeiten
- Förderung von Verarbeitungsprozessen

(siehe Kapitel 9 Materialsammlung:

Protokoll Einzelberatung; Protokoll Follow-up; Zeichnung afghanisches Mädchen, 8 Jahre)

Daneben bemüht sich das Modellprojekt im Sinne der Früherkennung psychischer Erkrankungen bei entsprechender Indikation um Weitervermittlung in Fachdienste. Die Psychosozialen Peer-BeraterInnen können hier als Dolmetscher fungieren und somit die Kommunikation zwischen KlientIn und Fachdienst erheblich erleichtern. Auch können sie bei begleitender Weiterbetreuung der KlientIn in der ‚Ambulanz für seelische Gesundheit‘ co-therapeutisch wirksam werden.

Die Projektaktivitäten sind den Interventionsebenen Primär- und Sekundärprävention zuzuordnen. Daneben wird auf die Früherkennung klinischer Symptomatiken mit Überweisung in Fachdienste reagiert.

Inhaltlich stehen Psychoedukation und Stabilisierung im Vordergrund der getroffenen Maßnahmen.

In einer Evaluation von MSF-eigenen MHPSS-Projekten betonen Shanks et al. (2013), dass der gewählte Arbeitsansatz immer wieder an neue Kontexte anzupassen ist.

Beratungsformate

Gruppenberatung

Ein Gruppenzyklus umfasst drei Termine à 90 Minuten mit 4–10 Teilnehmern (geschlossene Gruppe) zu den Themen ‚Soziale Unterstützung‘, ‚Stressmanagement‘ und ‚Ressourcenstärkung‘.

Einzelberatung

- Erstgespräch: ausführliches psychosoziales Anamnesegespräch mit Symptomscreening
- Zweitgespräch: ausführliches Einzelgespräch im Anschluss an die Gruppenphase
- Follow-up-Kontakt: bis zu 20-minütiger Kurzkontakt
- Einzelberatung: ca. 50-minütige Einzelsitzung

Die Inanspruchnahme von Einzelsitzungen ist im gewählten Ansatz nur in Einzelfällen möglich und grundsätzlich an die Teilnahme am Gruppenangebot, in welchem wichtige psychoedukative Grundlagen vermittelt werden, geknüpft.

Aufbauphase (Februar 2017 – Juni 2017)

Schulung der Psychosozialen Peer-BeraterInnen

Die Qualität und der Erfolg unserer Arbeit steht und fällt mit der Haltung und der Ausbildung unserer Psychosozialen Peer-BeraterInnen, die im Zentrum des Ansatzes stehen.

Zusammen mit meiner Kollegin Anne Pillot, ebenfalls klinische Psychologin und langjährige Mitarbeiterin bei ÄRZTE OHNE GRENZEN, wurde eine dreiteilige Intensivschulung der Berater geplant.

Wir fragten uns: Was macht unser Team zu guten Beratern? Welche Haltung wollen wir vermitteln? Was sind relevante Inhalte der Schulungen, was sind geeignete Techniken zur Kenntnisvermittlung?

Folgende Annahmen trafen wir über den Kontext:

- Geflüchtete haben einen besonderen Bedarf an psychosozialer Fürsorge
- Es gibt einen Mangel an psychosozialen Unterstützungsangeboten für Geflüchtete
- Ein frühes Angebot wirkt sich präventiv und positiv auf die psychische und physische Gesundheit der Geflüchteten aus

Folgende Annahmen trafen wir über die Psychosozialen Peer-BeraterInnen:

- Die zukünftigen BeraterInnen haben wenig oder gar keine Erfahrung im Bereich Beratung
- Sie haben mehr oder weniger große Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache
- Sie haben noch keine gefestigte Kenntnis über den Aufbau des deutschen Hilfsystems
- Sie verfügen über hohe soziale Kompetenzen
- Sie verfügen über spezifische Sprachkompetenzen
- Sie verfügen über ähnliche Erfahrungshintergründe wie die Klienten
- Sie sind sehr motiviert, interessiert und neugierig

Folgende Annahmen trafen wir über die Gruppe der Geflüchteten:

- Sie verfügen über keine Deutschkenntnisse und sind nicht im deutschen System orientiert
- Sie sind mit den Erlebnissen im Heimatland, auf der Flucht und mit den aktuellen Lebensumständen und Herausforderungen beschäftigt
- Sie brauchen jemand, der ihnen zuhört
- Sie brauchen Hilfe beim Einordnen ihrer körperlichen und/oder psychischen Beschwerden
- Sie sind in der Lage, ihre Probleme zu lösen bzw. zu kontrollieren
- Sie sind eigenständige und für ihr Leben selbstverantwortliche Individuen

Aus diesen Vorüberlegungen entstand ein dreiteiliges Ausbildungscurriculum, welches nach jeder Einheit bedarfsorientiert angepasst wurde. Es entstand ein Konzept für drei Schulungsblöcke mit einem Auftakttraining à 9 Tage und zwei Verlaufsschulungen nach 6 bzw. 14 Wochen à 5 Schultagen (siehe Kapitel 9 Materialsammlung: Ausbildungscurriculum Psychosoziale Peer-BeraterInnen I-III). Am Ende der dreiteiligen Schulungsphase erhielten die BeraterInnen eine Urkunde über ihre Teilnahme (siehe Kapitel 9 Materialsammlung: Urkunde Psychosoziale Peer-BeraterInnen). Die Supervisions- und Ausbildungsinhalte für die psychosozialen Peer-BeraterInnen umfassen zusammenfassend folgende Bereiche:

- Beraterfähigkeiten (z. B. verbale und nonverbale Kommunikation; allgemeine Kommunikationstechniken; Gesprächsführung in schwierigen Beratungssituationen; Technik der 'Psychologischen Ersten Hilfe' etc.),
- Beraterwissen (z. B. das deutsche Gesundheitswesen; Beratungskonzepte und die Rolle des Beraters; die Beziehung von Geist und Körper; Stress & Stressmanagement, Problemkonzeptualisierung und strukturiertes Problemlösen; Basiswissen zu Ressourcen und Bewältigungsmechanismen, Familie & Erziehung, Familienbeziehungen und -konflikte, Sucht & Drogen, Gewalt, Traumatisierung und Traumafolgen, Umgang mit Suizidalität etc.)
- Berufliche und persönliche Selbsterfahrung (z.B. biographische Arbeit; Selbst- und Gruppenreflexion zum Thema Beraterpersönlichkeit)
- Kontinuierliche fachliche Supervision durch die Projektleitung ('on the job teaching')

Aufnahme der Beratungsarbeit unter enger Supervision

Im direkten Anschluss an das Auftakttraining wurde mit der Arbeit im Projekt begonnen. Die ersten Einzel- und Gruppenkontakte wurden intensiv durch die Projektleiterin begleitet. Das sog. 'Live Coaching', bei dem die BeraterInnen in ihren Einzel- und Gruppengesprächen – das Einverständnis der KlientInnen vorausgesetzt – direkt gecoacht werden, bewährte sich hierbei erneut – wie in allen meinen Einsätzen und meiner bisherigen Erfahrung in der Arbeit mit Psychosozialen Peer-BeraterInnen – als hoch effektive Methode zur Mitarbeiterausbildung. Ebenso fanden nach jedem KlientInnenkontakt Nachbesprechungen einzeln oder mit dem ganzen BeraterInnenteam statt. Eine wöchentliche Fallbesprechung (siehe Kapitel 9 Materialsammlung: Konzept Fallvorstellung), ein zweiwöchentliches Fortbildungstreffen (siehe Kapitel 9 Materialsammlung: Beispiel Fortbildung ‚hilfreiche Fragen stellen‘) sowie eine wöchentliche Zusammenkunft mit den Mitarbeitern der Medizinischen Ambulanz St. Josef wurden in den Wochenablauf integriert.

Unsere Namensgebung war mit vielen Diskussionen im Team verbunden, aber ein hoch spannender und aufschlussreicher Prozess – jede Kultur hat ihren eigenen Umgang und ihr eigenes Verständnis für die Begriffe 'Seele', 'Psycho', 'Sozial', und jede Sprache und Kultur ihre eigenen feinen Konnotationen, die weitere Überlegungen und Diskussionen im Team mit sich brachten. Nach mehreren Wochen (!) war der Name gefunden, der für alle Beteiligten passte: Die 'Ambulanz für seelische Gesundheit St. Josef' entwarf ein Logo, Terminzettel sowie einen Infolyer für KlientInnen (siehe Kapitel 9 Materialsammlung: Logo Ambulanz für seelische Gesundheit St. Josef, Terminzettel KlientInnen, Infolyer für KlientInnen) und machte sich mehr und mehr auf dem Gelände der AE bekannt.

Nach kurzer Zeit lief die Zuweisung zum Gruppenprogramm an. Nach Durchführung des Erstgesprächs werden Gruppen von 4-10 Teilnehmern mit gleichem sprachlichen Hintergrund gesammelt, welche dann gemeinsam in die dreiteilige Gruppenphase gehen. Die Psychoedukationsgruppen werden jeweils von zwei BeraterInnen durchgeführt. Dieses Vorgehen bindet

Ressourcen, bietet aber deutliche Vorteile in Bezug auf die Möglichkeiten kollegialer Unterstützung und Entlastung, sowie bei der Steuerung der Gruppendynamik. Das Gruppenmanual wurde den Gegebenheiten angepasst und sukzessive verfeinert (siehe Kapitel 9 Materialsammlung: Gruppenmanual Modul I-III). Systematisch und intensiv wurde im Team jede Gruppeneinheit inklusive BeraterInnenverhalten nachbesprochen. Die BeraterInnen konnten so rasch Sicherheit im eigenen Auftreten vor der Gruppe und in der Einschätzung der Gruppendynamiken aufbauen.

Konsolidierungs- und Ausbauphase (Juli 2017 – aktuell)

Weitere Ausdifferenzierung

Die weitere Ausdifferenzierung und Anpassung des Projektangebotes bezieht sich aktuell insbesondere auf die Durchführung reiner Frauengruppen (der Erfahrung nach führt der 'Männerüberhang' in den Gruppen dazu, dass Frauen das Angebot nur zögerlich in Anspruch nehmen), sowie auf eine besondere Beachtung der Gruppe der Somalier. Diese weisen ein geringeres Inanspruchnahmeverhalten und ein bedingteres Verständnis für das Konzept von 'Beratung' als andere Gruppen im Projekt auf, was sich mit Vorbefunden zu dieser Thematik deckt (Gerritsen et al., 2006). Es wird derzeit versucht, ein passendes Angebot für diese Gruppe noch niederschwelliger zu gestalten (zum Beispiel durch allgemeine psychoedukative Aufklärungsveranstaltungen im Wartebereich der medizinischen Ambulanz).

Ausweitung des Beratungsangebotes auf andere Standorte

Nach der Konsolidierung von Arbeitsabläufen in der EAE wurde mit der Übersetzung der Beratungsarbeit in den Kontext der Gemeinschaftsunterkunft Geldersheim begonnen, welche ca. 6 Kilometer entfernt von Schweinfurt liegt. Es handelt sich hierbei um eine große Anschlussunterkunft mit ca. 600 Plätzen, in welche Geflüchtete nach der Klärung ihres Asylstatus verlegt werden. Es ergeben sich deutliche Unterschiede in Bezug auf Verweildauer und psychologische Situation der Bewohner. Ein psychosoziales Beratungsangebot war im Vorfeld dringend angefragt worden. Mit den Akteuren vor Ort (Leitung, Asylberatungsstelle, ehrenamtliche medizinische Ambulanz) konnte von Beginn an eine enge Zusammenarbeit etabliert werden.

Eine Ausweitung unserer Wirkorte nach Würzburg in eine derzeit neu entstehende Wohneinrichtung für besonders Schutzbedürftige ist in Planung. Sie soll ihre Arbeit Anfang Dezember 2017 aufnehmen. Die Kapazitätsgrenze für drei 75%-Kräfte ist hiermit bei weitem erreicht. Die Bedarfe sind offensichtlich und die Anfragen von außen nehmen stetig zu – bei entsprechender Gegenfinanzierung wäre die Erweiterung unseres BeraterInnenteams um neue Kräfte mit zusätzlichen Sprachkompetenzen der richtige Schritt.

Vernetzungsarbeit

Die Vernetzungsarbeit wird weiter vorangetrieben, wie separat unter 'Verknüpfung mit dem bestehenden Versorgungsangebot' beschrieben.

Qualifizierung der Psychosozialen Peer-Berater auf dem deutschen Arbeitsmarkt

Ein großes Thema stellt die Weiterqualifizierung unserer Psychosozialen Peer-BeraterInnen dar. In welcher Weise können wir ihre weitere Fortbildung mit dem Erwerb eines offiziell anerkannten Abschlusses/Zertifikates verbinden? Inwieweit kann unser eigenes Ausbildungsprogramm zertifiziert werden?

Verknüpfung mit dem bestehenden Versorgungsangebot

Auf die Verknüpfung mit dem bestehenden psychologisch-psychiatrischen und sozialen Versorgungsangebot wurde von Beginn an viel Wert gelegt. Die Vernetzung befindet sich in der stetigen Weiterentwicklung.

Ein kollegialer Austausch konnte mit allen Akteuren in der AE installiert werden (Einrichtungsleitung, Medizinische Ambulanz St. Josef, Asylsozialberatung, Gesundheitsamt, Polizei). Einmal im Monat findet ein sog. Behördengespräch zum formalisierten Informationsaustausch statt, daneben kommt es insbesondere mit der Asylsozialberatungsstelle des Öfteren zu kundenbezogenen Rücksprachen und Überweisungen. Außenkontakte werden bedarfsorientiert geknüpft, so z.B. zur Suchtberatungsstelle, zum Migrationsdienst, zu den lokalen Helferkreisen oder den Anbietern von Deutschkursen. Das Modellprojekt versteht sich neben dem eigenen Beratungsangebot auch als kompetente Schaltstelle für die Klienten. Wer braucht was, und wo ist es zu finden?

In Bezug auf eine Vernetzung mit Fachdiensten fokussiert das Modellprojekt auf eine Zusammenarbeit mit dem lokalen psychiatrischen Netzwerk. Die Vermittlung in psychotherapeutische Fachdienste ist zum Zeitpunkt des ersten Ankommens in Deutschland in den seltensten Fällen vorrangig. Meist besteht große Unsicherheit in Bezug auf die Zukunft und den noch

ungeklärten Asystatus, sodass die psychische Stabilisierung Geflüchteter im Fokus getroffener Maßnahmen stehen sollte. Ist der Asylstatus geklärt und eine zeitliche Perspektive gegeben, kommt bei entsprechender Indikation die Durchführung einer Richtlinien-Psychotherapie in Betracht, wobei hier die vorbeschriebenen Kapazitätsgrenzen im deutschen Gesundheitswesen sehr deutlich zu Tage treten.

Die Einweisungsmöglichkeit in stationäre Strukturen im Falle des Auftretens akuter Selbst- oder Fremdgefährdung muss vorbereitet werden. Das Modellprojekt wurde daher von Beginn an im Bezirkskrankenhaus Werneck (zuständige Erwachsenenpsychiatrie) bekannt gemacht. Bei Einweisungen fungieren die Berater häufig als Dolmetscher, da bereits ein Vertrauensverhältnis zwischen BeraterIn und KlientIn besteht und auf diese Weise auch die Psychiatrie von der Suche nach einem geeigneten Dolmetscher entlastet wird.

Sehr viel schwieriger gestaltet sich die Situation im Bereich der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung. Die Vereinbarung eines Termins beim niedergelassenen Psychiater oder Psychotherapeuten resultiert in der Regel in einer Wartezeit von 4–6 Monaten. Durch intensive Netzwerkarbeit ist es mittlerweile gelungen, ein wöchentliches psychiatrisches Konsil in Angliederung an die Ambulanz für seelische Gesundheit St. Josef für dringend abklärungsbedürftige Klienten anbieten zu können, welches im Rotationsprinzip von niedergelassenen Psychiatern in den Räumen der ASG angeboten wird. Erfahrungswerte dieser strukturellen Neuerung und Erweiterung des Versorgungsangebotes sind abzuwarten.

4. Wissenschaftliche Begleitung

Die Aktivitäten des Modellprojektes werden vom Psychologischen Institut der Universität Würzburg wissenschaftlich begleitet. Untersucht wird, ob sich das psychische Befinden und die Stressbewältigung von Teilnehmern des psychoedukativen Gruppenangebots im Vergleich zu einer Kontrollgruppe verbessert. Es wird zudem die psychische Belastung in der Gesamtgruppe der Klienten erfasst und Charakteristika der Personen analysiert, die die Psychoedukation nicht in Anspruch nehmen. Als Messinstrumente dienen insbesondere der Self Reporting Questionnaire 20 (SRQ-20) der WHO und der Brief-COPE, welcher Strategien der Stressbewältigung erfasst. In einer ersten Zwischenevaluation wird die psychoedukative Intervention von Teilnehmern in der qualitativen Erhebung sehr positiv bewertet. Auf quantitativer Ebene zeichnet sich eine Verstärkung positiver, aktiv-emotionaler Bewältigungsmechanismen durch die Intervention ab. Da Geflüchtete über viele ihrer Lebensumstände in Deutschland in der ersten Zeit des Ankommens wenig eigene Kontrolle besitzen, ist gerade diese Form der Stressbewältigung (z.B. Veränderung eigener Einstellungen und Sichtweisen, Akzeptanz, Ausübung angstreduzierender und entspannender Aktivitäten, Ausdruck von Emotionen) für sie hoch relevant und zielführend.

Aktuell wird an einer Erweiterung der Stichprobe und des Erkenntnisstandes gearbeitet. Erste Veröffentlichungen der Ergebnisse sind für die erste Jahreshälfte 2018 geplant.

5. Kosten und Personalschlüssel

Im Modellprojekt versorgen drei Psychosoziale Peer-BeraterInnen (je 75%), zwei Psychologinnen und eine Projektleiterin (insges. 150%) monatlich im Durchschnitt 40–50 KlientInnen. Zudem werden bei Bedarf DolmetscherInnen auf Studienbasis zur Unterstützung herbeigezogen. Es werden monatlich im Mittel 60–70 Einzel- und 30–40 Gruppensitzungen durchgeführt.

Die monatlichen Projektkosten inklusive Personal- und Materialkosten belaufen sich im Modellprojekt in Schweinfurt im Mittel auf ca. 20.000 Euro.

6. Lessons Learned

Aus der praktischen Arbeit vor Ort

Herausforderungen

Heterogenität der Zielpopulation und Rotation der Herkunftsländer

Ganz anders als in Projektländern, in denen die Zielpopulation mehr oder weniger stabil bleibt und in sich relativ homogen ist, sind in den Sammelunterkünften für Geflüchtete in Deutschland in der Regel Menschen verschiedenster Herkunftsländer anzutreffen.

In der Erstaufnahmeeinrichtung Schweinfurt sehen wir uns zudem mit einer 3- bis 4-monatigen Rotation der Herkunftsländer konfrontiert. Die Rotation hat einen unmittelbaren Einfluss auf die Möglichkeit einer muttersprachlichen Ansprache der Ankommenden durch unsere BeraterInnen. Wurde die EAE im vergangenen Jahr noch mit den Ländern Syrien, Irak, Somalia und Afghanistan belegt, sind dies aktuell hauptsächlich die Länder Elfenbeinküste, Somalia, Armenien und Algerien. In der Gemeinschaftsunterkunft fächert sich die Zusammensetzung der Bewohner nach Nationen weiter auf. Ankommende Asylsuchende können deshalb häufig nicht mehr muttersprachlich, aber zumindest noch unter Zuhilfenahme von Dolmetschern von unserem Angebot profitieren. Die Psychosozialen Peer-BeraterInnen teilen auch in diesen Fällen noch wichtige Merkmale mit den Ankommenden, und zwar die Merkmale ‚Fluchterfahrung‘ und ‚ähnlicher kultureller Hintergrund‘.

Ausgesprochen wünschenswert wäre eine Erweiterung unseres BeraterInnenteams um Personen mit den gefragten sprachlichen Kompetenzen. Dies ist jedoch mit den gegebenen Mitteln zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

Dolmetschermangel

Der Dolmetschermangel vor Ort ist eklatant und schafft Probleme. Die Asylsozialberatung, die Polizei, das Gesundheitsamt und auch die Medizinische Ambulanz sind gezwungen, für Dolmetscherdienste auf Bewohner der AE oder der GU zurückzugreifen; Mittel für den Einsatz professioneller Dolmetscher stehen offenbar nicht zur Verfügung. Unsere BeraterInnen werden daher häufig von KlientInnen oder anderen Stellen für Dolmetscherdienste angefragt und kommen diesbezüglich regelmäßig unter Druck. Es gilt als kulturell inakzeptabel, derartige Anfragen auszuschlagen – mit dem Ergebnis, dass die eigentliche Beratungsarbeit ins Hintertreffen gerät, bzw. dass die BeraterInnen und die Teamleitung des Öfteren Abgrenzungen vornehmen müssen, was als unangenehm und schwierig erlebt wird.

Das ‚Umschalten‘ zwischen der Rolle als Dolmetscher und der Rolle als BeraterIn ist ein anspruchsvolles Unterfangen. Das Beraterteam scheint sich jedoch in dieser Herausforderung immer besser zurechtzufinden.

Versorgungslücke Fachdienste

Die Kooperation mit der zuständigen Psychiatrie funktioniert (z.B. werden akut suizidale Patienten direkt überwiesen und aufgenommen, auch geplante Aufnahmen sind in Einzelfällen möglich).

Die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung hingegen ist erheblichen Engpässen unterworfen, sie ist den Geflüchteten so gut wie gar nicht zugänglich. Dies führt nicht selten zu einer Überlastung unseres Dienstes; diejenigen KlientInnen, die zwar nicht akut suizidal sind, aber dennoch fachliche Hilfe benötigen, verbleiben in der ASG. Wie oben beschrieben erproben wir derzeit ein neues Versorgungsmodell mit psychiatrischen Konsilen in der Ambulanz für seelische Gesundheit, durch welches Entlastung erhofft wird.

Die Überweisung von KlientInnen in psychotherapeutische Fachdienste erscheint aufgrund der kurzen Verweildauer für Bewohner der EAE wenig zielführend; für Bewohner der GU ist diese Möglichkeit bei entsprechender Indikation jedoch zu prüfen. Wir erleben in diesem Versorgungsbereich ebenfalls erhebliche Engpässe; lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz und die bereits mehrmals beschriebene Dolmetschermangelproblematik, welche viele Psychotherapeuten von der Annahme Geflüchteter ganz absehen lässt und Geflüchtete in ihren Therapiebemühungen nicht selten aufgeben lässt.

Resonanz

Resonanz der KlientInnen

Die Resonanz unserer KlientInnen auf unser Angebot ist überwiegend positiv. Wir haben es in unserer Arbeit aber nicht mit einer homogenen Gruppe ‚der Geflüchteten‘ zu tun – die Gruppe unserer KlientInnen ist ausgesprochen vielfältig und divers.

Verschiedenste kulturelle und individuelle Hintergründe führen zu völlig unterschiedlichen Auffassungen und Meinungen zu unserem Angebot. Es ist nicht immer einfach, den unterschiedlichen Konzepten von 'psychosozialer Hilfe' zu begegnen, Vorurteile und Ängste zu korrigieren. Immer wieder müssen wir die Rolle der psychosozialen Peer-BeraterIn und die Möglichkeiten und Grenzen unseres Beratungsangebotes erklären. Wir holen uns regelmäßig Feedback von unseren KlientInnen ein, um von ihnen zu lernen und ein Verständnis für die verschiedenen Sichtweisen zu entwickeln. Auch die Gespräche mit den drei BeraterInnen über kulturelle Gewohnheiten und Sitten geben uns Deutschen wertvolle Impulse für ein besseres gegenseitiges Verständnis. So wurden wir bei unserer dritten Schulungseinheit im Rahmen einer Diskussion über verschiedene kulturelle Sichtweisen auf die Inanspruchnahme von Beratungsdiensten von unserem somalischen Teammitglied auf zwei somalische Sprichwörter aufmerksam gemacht.

Das eine lautet übersetzt in etwa: ‚Der schweigende Mund ist Gold.‘

Und das andere: ‚Wenn man etwas in der Hand haben will, hilft Reden nicht.‘

Wir können uns seither um einiges besser erklären, warum die Somalier in der EAE auf unser Angebot eher skeptisch und zurückhaltend reagieren und bemühen uns um eine Anpassung unseres Vorgehens. Die Reaktionen der Somalier auf einfach und kurz gehaltene psychoedukative Informationsveranstaltungen im Wartezimmerbereich bleiben derzeit noch abzuwarten. Positive Erfahrungen sammeln wir derzeit bei der Durchführung reiner Frauengruppen sowie bei der Durchführung kulturell gemischter Gruppen (z.B. arabischsprachige Somalier, Syrer und Algerier in einer Gruppe).

Offenheit, Flexibilität und Freude am Ausprobieren von Neuem im gesamten Team sind wesentliche Voraussetzungen für das Gelingen unserer Arbeit.

Resonanz aus dem Umfeld

Die Resonanz aus dem Umfeld ist bislang sehr positiv. Zwischenzeitlich wurden systematische Interviews mit der Einrichtungsleitung, mit Mitarbeitern der Medizinischen Ambulanz sowie mit der Asylsozialberatungsstelle geführt und insbesondere Nützlichkeit, Relevanz und Angemessenheit des Projektes von diesen Akteuren als ausgesprochen gut bewertet. Als limitierende Faktoren wurden die begrenzte Beratungskapazität sowie die Rotation der Herkunftsländer in der AE benannt.

Im Rahmen eines Runden Tisches mit Akteuren der Flüchtlingshilfe in Schweinfurt sprachen sich die Teilnehmer für eine Weiterverbreitung des Ansatzes aus. Der Einsatz Psychosozialer Peer-BeraterInnen wurde überwiegend positiv und vorteilhaft eingeschätzt. Die Bedeutung der supervisorischen fachlichen Begleitung wurde hervorgehoben.

Vergleich von Arbeitssetting Aufnahmeeinrichtung vs. Gemeinschaftsunterkunft

Wir machen unterschiedliche Erfahrungen in den verschiedenen Arbeitssettings. In der ersten Zeit des Ankommens in der Aufnahmeeinrichtung sind die Asylsuchenden häufig vollkommen absorbiert von den vielen Terminen und Formalitäten, die es einzuhalten gilt. Es gibt viel zu regeln, man ist aktiv und voller Hoffnung. Der Leidensdruck aufgrund der persönlichen Situation gerät in dieser Phase häufig in den Hintergrund. Des Öfteren überschneiden sich in der EAE andere Termine mit unseren Gruppenterminen – die Termineinhaltung und –zuverlässigkeit ist ein deutlich größeres Thema als in der Gemeinschaftsunterkunft.

Dennoch erscheint es wichtig, den Ankommenden gleich zu Beginn unser Angebot nahe zu bringen. Auch wenn eine Beratung u. U. erst zu einem späteren Zeitpunkt in Anspruch genommen wird, können wir bereits in der Phase des ersten Ankommens und Orientierens ein wichtiges und hilfreiches Zeichen der Unterstützung setzen und die Akzeptanz eines psychosozialen Beratungsangebotes schrittweise erhöhen.

In der Gemeinschaftsunterkunft stellt sich die psychologische Situation der Bewohner vollkommen anders dar. Der Asylstatus ist für die Meisten geklärt, es geht in dieser Phase um andere Themen für die Geflüchteten. Unserer Erfahrung nach zeigen sich die Menschen hier deutlich offener und dankbar für das Angebot. Die KlientInnen in der GU scheinen belasteter und die Art der Belastungen ist komplexer – beispielsweise wenn eine Ablehnung mit Abschiebestop vorliegt, die einen Integrationskurs unmöglich macht und zu Lethargie und Perspektivlosigkeit führt; oder wenn ein positiver Asylbescheid zwar vorliegt, aber partout kein Wohnraum gefunden werden kann. Die Termineinhaltung und –zuverlässigkeit gestaltet sich deutlich einfacher als in der AE, das Angebot wird gut angenommen.

Struktureller Aufbau

Es hat sich als äußerst sinnvoll erwiesen, die Ambulanz für seelische Gesundheit an die Medizinische Ambulanz St. Josef anzugliedern. Die Medizinische Ambulanz St. Josef stellt den wichtigsten Überweisungsweg in die ASG dar. Durch die Kopplung unseres Angebotes an die obligatorische medizinische Erstuntersuchung können wir besonders viele Menschen erreichen. Auch senden wir hiermit ein wichtiges Zeichen. Die psychosoziale Versorgung gehört zur allgemeingesundheitlichen Versorgung dazu und ist ein selbstverständlicher Teil des gesundheitlichen Versorgungsangebotes. Kurze Wege zwischen den beiden Ambulanzen vereinfachen die Rücksprachen. Ein gemeinsam genutzter Wartebereich ermöglicht es den KlientInnen, uns unter dem 'Deckmantel' der Medizinischen Ambulanz aufzusuchen. Dies erleichtert es denjenigen KlientInnen, die sich mit Vorbehalten oder Ängsten tragen, unser Angebot dennoch nutzen zu können.

Mittlerweile erreichen uns immer mehr Menschen auch durch ‚Hörensagen‘ direkt ohne Zuweisung durch die medizinische Ambulanz, was wir als positives Zeichen in Bezug auf eine steigende Akzeptanz und Bekanntheit unseres Angebotes bewerten.

Aus der Arbeit mit den Psychosozialen Peer-Beratern

Teamdynamik und Haltung

Die Gruppe der Psychosozialen Peer-BeraterInnen ist heterogen in Bezug auf die beruflichen, sprachlichen und kulturellen Hintergründe. Auch wenn diese Heterogenität der Gruppe in den Schulungen mitunter eine Herausforderung darstellte, ist sie in der praktischen Arbeit von großem Vorteil und eine Bereicherung für alle Seiten. Von Beginn an war zudem eine sehr gute Teamkohäsion und gegenseitige Unterstützung im Kollegenkreis zu beobachten.

Die Haltung der BeraterInnen stellt eine der größten Ressourcen in der Arbeit mit den KlientInnen dar. Die Beziehungserfahrung eines respektvollen, menschlichen Umgangs mit dem Gegenüber ist von großer Bedeutung für die KlientInnen, wie auch das Team selbst.

Aber kann man die richtige Haltung 'lernen'? In unserem Beispiel ist es sicherlich einerseits zu einem günstigen Selektionsprozess gekommen (nur ganz bestimmte Personen fühlten sich durch das Stellenangebot ‚Psychosoziale Peer-BeraterInnen‘ angesprochen). Andererseits konnten wir im Rahmen unserer Schulungen das Team in einer hilfreichen Haltung als BeraterIn gegenüber ihren KlientInnen weiter sensibilisieren und stärken.

Die Motivation für die Beratungsarbeit war bei allen drei Psychosozialen Peer-BeraterInnen von Beginn an sehr hoch. Immer wieder werden Reflektionsgespräche im Team über die eigene Rolle und das eigene Handeln geführt. Unsere BeraterInnen berichten, dass sie stolz auf ihre Arbeit sind. Sie erleben ihre Aufgabe als sinnhaft und sehr wichtig und wollen 'etwas zurückgeben', wie sie sagen. Auch ist es für die drei motivierend, erste Erfahrungen im deutschen Arbeitskontext machen zu können. Die Anerkennung Ihrer im Heimatland erworbenen beruflichen Qualifikationen auf dem deutschen Arbeitsmarkt ist kompliziert und nur in kleinen Teilen von Erfolg gekrönt. Sie sind sich bewusst, dass Ihnen die Position und die Weiterbildung zur Psychosozialen Peer-BeraterIn neue berufliche Chancen und Perspektiven in Deutschland öffnen könnte.

Die Professionalisierung von 'Laienhelfern'

Die häufigsten Bedenken, die zum Einsatz der Psychosozialen Peer-BeraterInnen zu hören sind, beziehen sich auf deren professionelle Unerfahrenheit in ihrer Rolle als BeraterIn. Vor allem das Erlernen und Einhalten einer gesunden, professionellen Distanz zu den KlientInnen wird den BeraterInnen nicht zugetraut.

Es ist vollkommen richtig, dass wir unseren BeraterInnen viel zumuten: Tagtäglich werden sie in ihrer Arbeit mit extrem schwierigen, schockierenden oder traurigen Geschichten konfrontiert. Forderungen der KlientInnen können sie häufig nicht in der Form erfüllen, wie sie an die BeraterInnen herangetragen werden. Wir benötigen daher eine enge fachliche Führung, viele Entlastungs- und Rücksprachemöglichkeiten, sowie interne und externe Fortbildungs- und Supervisionsangebote für unsere Psychosozialen Peer-BeraterInnen.

Ein anderer Aspekt, der genannt wird, bezieht sich auf die Ähnlichkeit der BeraterInnen mit den Klienten. Kann es zu Loyalitätsproblemen oder Misstrauen führen, wenn hier zwei Menschen unterschiedlicher ethnischer, politischer oder religiöser Zugehörigkeiten, unterschiedlicher Stämme aufeinandertreffen? Prozesse, die mit einer neutralen, distanzierten deutschen BeraterIn nicht in Gang gekommen wären? Wir vertrauen in unserer Arbeit darauf, dass uns die BeraterInnen über derartige Schwierigkeiten, wenn sie auftauchen sollten, informieren würden. Mit dem Team wurde über schwierige Konstellationen im Beratungsprozess gesprochen. Bislang kam es noch zu keiner einzigen derartigen Konstellation.

In unseren Schulungen waren die Inhalte zu beruflicher und persönlicher Selbsterfahrung von enormer Bedeutung. Die Rückmeldungen zur biographischen Arbeit („Lebenslinie“) vom Team waren ausgesprochen positiv. Wichtig war auch das selbsterfahrerische Ausprobieren des Gelernten in Rollenspielen, sowie der interkulturelle Austausch im Diskussionsstil.

Über die Monate seit Arbeitsbeginn konnten die BeraterInnen eigene Erwartungen an ihre Tätigkeit regulieren. Sie konnten ihren Erfahrungshorizont deutlich erweitern; sie konnten und können durch zahlreiche Reflektionsgespräche im Team voneinander profitieren; sie lernen, sich selber zu beobachten und auf sich zu achten. All das trägt dazu bei, dass sich die BeraterInnen immer besser in ihrer Rolle zurechtfinden und lernen, sich im gesunden Maße abzugrenzen. Es handelt sich hierbei um fortlaufende Prozesse der persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung.

Eine formale Anerkennung der ausgeübten Tätigkeit und des Berufsbildes 'Psychosoziale Peer-BeraterInnen' wäre nicht nur in Bezug auf den vorhandenen Bedarf, sondern auch in Bezug auf das Selbstverständnis der BeraterInnen ein wichtiger und zielführender Schritt. Auf einer Fachveranstaltung des Psychosozialen Zentrums Düsseldorf am 21.11.2017 kurz vor Fertigstellung dieses Leitfadens wurden ganz ähnliche Fragen diskutiert. Das äußerst positiv verlaufene Modellprojekt ‚in2balance‘ (siehe hierzu auch <http://www.laienhelferprojekt-nrw.de/>), ein Verbundprojekt vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, der Ärztekammer Nordrhein, der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, der Psychotherapeutenkammer NRW sowie des Psychosozialen Zentrums Düsseldorf, in welchem in einem vergleichbaren, niederschweligen Ansatz ebenfalls mit Psychosozialen Peer-BeraterInnen gearbeitet wurde, kam zu dem Schluss, dass BeraterInnen einen wertvollen Beitrag in Bezug auf die psychosoziale Versorgungsnotlage Geflüchteter leisten können und weiter in das deutsche System integriert werden müssen. Dieses Beispiel stimmt hoffnungsfroh für die Möglichkeit einer Aufnahme des Berufsbildes 'Psychosoziale Peer-BeraterInnen' in das deutsche Gesundheitswesen.

In der Gesamtschau unserer Erfahrungen erweist sich der Einsatz von Psychosozialen Peer-BeraterInnen in der Arbeit mit Geflüchteten in humanitären Kontexten nicht nur in typischen Projektländern, sondern auch im deutschen Umfeld unter Berücksichtigung der nötigen strukturellen und supervisorischen Rahmenbedingungen als eine funktionierende und zielführende Arbeitsweise, die multipliziert werden kann und sollte.

Funktion der Psychosozialen Peer-BeraterInnen

Folgende Aspekte haben sich als besonders relevant in der praktischen Arbeit erwiesen:

- Vertrauensvolle Kontakt- und Gesprächsmöglichkeit für Geflüchtete
- Supportives Beziehungsangebot
- Vorhalten relevanter Informationen
- Orientierungsmöglichkeit für Geflüchtete
- Schaltfunktion für die Bedürfnisse Geflüchteter
- Kulturmittler zwischen Geflüchtetem und deutschem Hilfesystem

Aus der wissenschaftlichen Begleitung

Bis zum 15.11.2017 haben wir 263 Klienten im Modellprojekt betreut, es wurden 446 Einzel- und 259 Gruppensitzungen durchgeführt.

Eine Effektivitätsmessung psychosozialer Interventionen ist zahlreichen Herausforderungen unterworfen (z. B. frühe Wegverlegung von KlientInnen, ungeübter Umgang der KlientInnen mit psychometrischen Fragebögen, hoher personeller und zeitlicher Aufwand für die Erhebung etc.). Die systematische Erfassung quantitativer und qualitativer Daten ist dennoch ein wichtiges Ziel unserer Arbeit vor Ort. Die ersten Ergebnisse werden in der ersten Jahreshälfte 2018 zur Veröffentlichung kommen.

Folgende Trends können unserer Stichprobe bislang entnommen werden:

Insgesamt werden psychische und psychosomatische Symptome in großer Anzahl berichtet, insbesondere zu den Bereichen Schlafschwierigkeiten, Nervosität/Konzentration, Kopfschmerzen und Traurigkeit. Unser Gruppenprogramm führt offenbar zu einer Bestärkung eigener Stressbewältigungsmechanismen. Insbesondere scheint die Gruppenintervention positive Effekte auf sog. aktiv-emotionale Bewältigungsstrategien zu haben. Gerade der positiv-emotionalen Bewältigung kommt eine besondere Bedeutung zu vor dem Hintergrund, dass viele asylspezifische Probleme nach der Ankunft nicht von den Betroffenen selbst gelöst werden können. In Bezug auf geeignete Bewältigungsmechanismen für KlientInnen geht es daher vielmehr um die Verringerung emotionaler Belastung als um die Veränderung eines Ursprungsproblems.

Stressoren, die Geflüchtete in der ersten Phase des Ankommens erwähnen und erleben, sind vor allem auf ihre gegenwärtige Lebenssituation bezogen.

Als besonders belastend empfinden die Befragten die Unsicherheit bzgl. des Aufenthaltsstatus sowie die Sorge um Familienangehörige.

Das psychische Befinden ist eng verknüpft mit dem eigenen Asylstatus, der wiederum über die Zukunftsperspektive entscheidet: Menschen mit Ablehnungsbescheid geben weitaus mehr Symptome als Menschen am Anfang ihres Asylverfahrens an.

Die Menschen der verschiedenen Herkunftsländer nehmen das psychosoziale Beratungsangebot unterschiedlich gut an. So nutzen Somalier das (Gruppen-)Angebot seltener als die Angehörigen anderer Nationalitäten.

7. Ausblick

Wir haben vielfältige und vielversprechende Erfahrungen mit unserem Modellprojekt in Schweinfurt machen können und machen sie weiterhin. Wir haben erfahren, dass unser niederschwelliger Ansatz zur psychosozialen Unterstützung für Geflüchtete unter Einsatz von Psychosozialen Peer-BeraterInnen auch im deutschen Kontext funktioniert, wenn die richtigen fachlichen und strukturellen Rahmenbedingungen gefunden sind. Wir hoffen, deutsche Akteure für unseren Ansatz interessieren zu können und werben für eine Weiterverbreitung, um die – derzeit prekäre – psychosoziale Versorgungslage für Geflüchtete in Deutschland zu verbessern. Wir interessieren uns für einen fortgesetzten Austausch mit Akteuren der Flüchtlingshilfe und politischen Entscheidungsträgern.

Die Weiterverbreitung des Berufsbildes 'Psychosoziale Peer-BeraterInnen' in Deutschland erscheint uns zielführend. Wir werden uns für eine Formalisierung des Ausbildungsganges und eine Verortung im deutschen Gesundheitswesen einsetzen.

Mit der Veröffentlichung der Ergebnisse unserer wissenschaftlichen Begleitstudie ist in der ersten Jahreshälfte 2018 zu rechnen.

8. Checkliste Projektplanung für Interessierte

1. Sorgfältige Analyse der Zielgruppe und der Bedarfe – Wer braucht was?
2. Sorgfältige Analyse der lokalen Versorgungsstruktur – Wer und was ist vor Ort vorhanden?
3. Sorgfältige Analyse der Interessenvertreter und der Erwartungen – Wer möchte was?
4. Sorgfältige Analyse der Mittel – Geld, Zeit, Personal
5. Erstellung eines realistischen Projektplans – Was ist unter den gegebenen Umständen leistbar und realistisch? Was sind die Zielvorstellungen?
6. Bei Interesse besteht das Angebot einer vertieften Projektberatung durch **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Deutschland, Kontakt: philipp.frisch@berlin.msf.org

9. Materialsammlung

Infolyer Klient

Hallo, mein Name ist XY. Wie geht es Dir? Ich bin psychosoziale Beraterin in der Ambulanz für seelische Gesundheit St. Josef. Ich komme aus dem Iran und spreche Dari, Deutsch, ein wenig Paschtu, Arabisch und Englisch. Ich kümmere mich um den seelischen Teil Deiner Gesundheit. Wir sprechen über Deine aktuelle Situation und wie es Dir geht. Im Einzelgespräch höre ich Dir einfach zu, das tut vielen Leuten sehr gut. Ich habe Schweigepflicht, unser Gespräch bleibt also ganz privat und ich gebe die Informationen nicht weiter.

Zusammen mit meinen Kollegen XY aus Somalia und XY aus Syrien biete ich auch Gruppen zum Thema Stress und Stressbewältigung an. Sicher kannst Du bei uns interessante und nützliche Informationen zu diesem wichtigen Thema mitnehmen.

Komm bitte zum vereinbarten Termin vorbei! Dann trinken wir einen Tee zusammen und lernen uns kennen.

Liebe Grüße

XY



Telefon: XY

AMBULANZ FÜR SEELISCHE GESUNDHEIT ST. JOSEF

Die „Ambulanz für seelische Gesundheit St. Josef“ unterstützt Asylsuchende in Schweinfurt mit psychischen Belastungen durch Gewalterfahrungen in ihrer Heimat und auf der Flucht und ihrer unsicheren Situation in Deutschland umzugehen. Das Modellprojekt „Niederschwellige psychosoziale Hilfen für Geflüchtete“ in der Erstaufnahmeeinrichtung Schweinfurt richtet sich besonders

an Geflüchtete aus Krisengebieten und ist an die medizinische Ambulanz St. Josef angegliedert. ÄRZTE OHNE GRENZEN und das Krankenhaus St. Josef betreiben das Modellprojekt gemeinsam. Das Team besteht aus einer erfahrenen klinischen Psychologin als Projektleiterin und mehreren Psychosozialen Beratern.

- Bestandteile**
- Psychoedukation und psychosoziale Beratung**
durch geschulte muttersprachliche Laienhelfer aus dem Kulturkreis der Geflüchteten im Einzel- und Gruppensetting (Schwerpunkt: Stressmanagement)
 - Prävention und Früherkennung psychischer Störungen**
bei Bedarf Überweisung an spezialisierte Dienste oder in spezialisierte Einrichtungen
 - Aus- und Weiterbildung, Supervision**
durch eine erfahrene klinische Psychologin

Warum psychosoziale Hilfe für Asylsuchende?

Menschen auf der Flucht haben oft Angehörige verloren, belastende Erfahrungen durchlebt und ihr soziales Umfeld verlassen müssen. Sie sind mit schwierigen Lebensumständen und Unsicherheit über ihre Zukunft konfrontiert. Psychosoziale BeraterInnen aus ihrem Kulturkreis, die ihre Sprachen sprechen, können ihnen effektiv helfen, mit den Belastungen umzugehen. Ziel des Projekts ist eine Verbesserung der mentalen Gesundheit Asylsuchender und die Reduzierung psychischer Störung durch Ressourcenstärkung. ÄRZTE OHNE GRENZEN führt niederschwellige Programme dieser Art seit Jahren mit großem Erfolg in vielen Flüchtlingslagern weltweit durch.

- Ablauf**
- Februar 2017: Ausbildungsbeginn der Psychosozialen BeraterInnen
 - März 2017: Aufnahme der Projektaktivitäten
 - Mai 2017: Ausweitung des Angebots auf umliegende Flüchtlingsunterkünfte
 - Juli 2017: Übergabe der Leitung/Supervision des Projekts von ÄRZTE OHNE GRENZEN an das Krankenhaus St. Josef
 - August 2017: Das Krankenhaus St. Josef führt die Beratung weiter. ÄRZTE OHNE GRENZEN begleitet die Projektaktivitäten beratend



Wie funktioniert die Zusammenarbeit zwischen St. Josef und ÄRZTE OHNE GRENZEN?

Das Modellprojekt wird von beiden Partnern gemeinsam durchgeführt. ÄRZTE OHNE GRENZEN übernimmt das Training und die fachliche Supervision der Psychosozialen BeraterInnen und koordiniert das Projekt bis Ende Juli. Das Krankenhaus St. Josef, das bereits für die allgemeinmedizinische, kinderärztliche und gynäkologische Versorgung der Asylsuchenden in der Erstaufnahmeeinrichtung Schweinfurt zuständig ist, trägt von Beginn an die Personalverantwortung für die Psychosozialen BeraterInnen und übernimmt im weiteren Verlauf Leitung und Supervision. Das Projekt ist mit den zuständigen Behörden des Regierungsbezirks Unterfranken abgestimmt.

An wen richtet sich das Projekt genau?

Grundsätzlich wird angestrebt, allen neu ankommenden Asylsuchenden der Erstaufnahmeeinrichtung eine psychosoziale Unterstützung anzubieten. Menschen, die aus Kriegs- und Krisengebieten geflohen sind, sind die primäre Zielgruppe des Projekts und werden prioritär ins Programm aufgenommen. Eine lokale Ausweitung des psychosozialen Beratungsangebotes wurde bereits begonnen.

Warum benötigen Menschen auf der Flucht psychosoziale Hilfe?

Viele Flüchtlinge und Migranten haben in ihren Ursprungsländern oder auf der Flucht Gewalterfahrungen und andere belastende Ereignisse durchlebt und befinden sich in einer Situation großer Unsicherheit. Die daraus resultierenden seelischen Belastungen sind oft nicht sichtbar und können gravierende Auswirkungen auf das körperliche und seelische Wohlbefinden haben. Aufgrund der Sprachbarriere und des Ressourcenmangels im Bereich spezialisierter Dienste bleiben die meisten Geflüchteten mit ihren Belastungen und Sorgen auf sich gestellt.

Welche Erfahrungen hat ÄRZTE OHNE GRENZEN mit psychosozialer Hilfe für Flüchtlinge?

ÄRZTE OHNE GRENZEN leistet in mehr als 40 Ländern weltweit medizinische Hilfe für Flüchtlinge und Vertriebene. Seit 15 Jahren hat ÄRZTE OHNE GRENZEN auch Projekte für Asylsuchende in Europa, derzeit in Griechenland, Italien, Serbien, Schweden und Belgien, sowie Teams auf zwei Rettungsschiffen im Mittelmeer. Die psychosoziale Hilfe ist eine feste Komponente der medizinischen Hilfe. In zahlreichen Berichten hat ÄRZTE OHNE GRENZEN die massiven psychologischen Bedürfnisse von Menschen auf der Flucht dokumentiert, die oft auch schwere Folgen für ihre Gesundheit haben.

Wie ist das das Modellprojekt mit der bestehenden Versorgung verknüpft?

Das Modellprojekt ist eine Ergänzung zu den spezialisierten medizinischen und psychologischen Beratungs- und Behandlungsangeboten. Die niederschwellige psychosoziale Hilfe kann die spezialisierten Angebote entlasten, indem psychische Belastungen frühzeitig erkannt und ihnen in einem frühen Stadium entgegengewirkt werden kann. Die Laienhelfer sind geschult in der Identifikation möglicher Symptome für manifeste psychische Erkrankungen, so dass im Bedarfsfall eine frühzeitige Anbindung an das bestehende System erfolgen kann. Eine Vernetzung mit den bestehenden Hilfsstrukturen wird angestrebt.

Kontakt

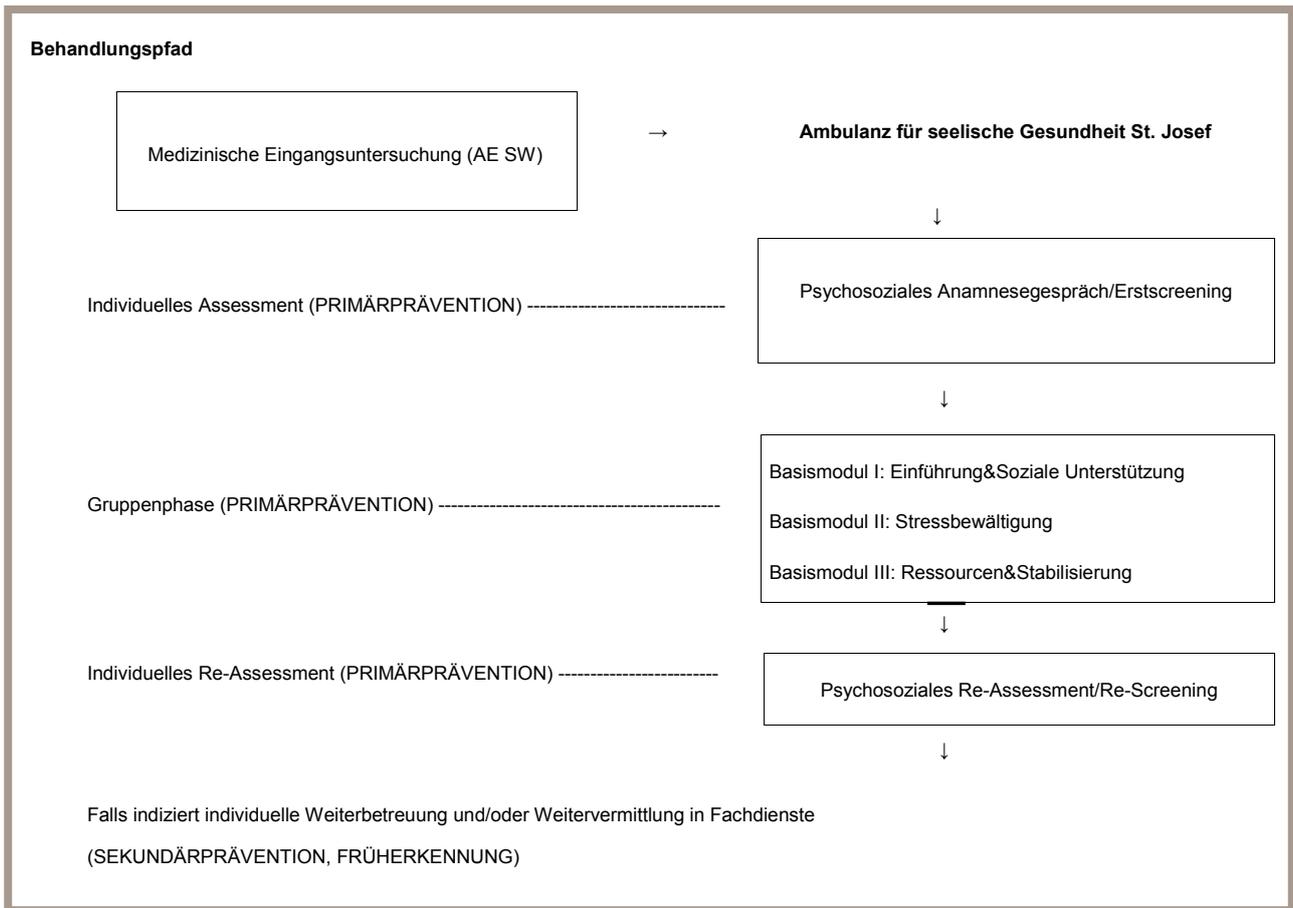
Krankenhaus St. Josef:
Martin Stapper, Krankenhausdirektor, 09721/57-1800, info@josef.de, www.josef.de
ÄRZTE OHNE GRENZEN:
Büro Berlin, 030/700130-0, mail: office@berlin.msf.org

Spendenkonto

Projektspenden (über Kongregation der Schwestern des Erlösers als Träger des Krankenhauses St. Josef)
Kongregation der Schwestern des Erlösers
IBAN: DE19 75090300 000 3019004 (Ligabank Würzburg)
Bitte geben Sie als Verwendungszweck „Schweinfurt“ an.



Behandlungspfad



Medizinische Anamnese

„Haben Sie eine relevante medizinische Erkrankung?“

„Sind sie in psychiatrischer Behandlung?“ (ggf. Diagnose):

„Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?“

(Präparat, Dosis, seit wann?)

Stress (Skala 1-10)

„Wie gestresst haben Sie sich vor ihrer Flucht im Heimatland gefühlt?“	
„Wie gestresst haben Sie sich während der Flucht gefühlt?“	
„Wie gestresst fühlen Sie sich momentan?“	

Aktuelle psychosoziale Situation

Probleme: „Haben Sie aktuell Sorgen oder Probleme?“ (Wichtigstes unterstreichen!)

Coping: „Was haben Sie bisher unternommen gegen Ihre Sorgen und Probleme?“

Ressourcen: „Welche positiven Aspekte gibt es aktuell in Ihrem Leben? Was gibt Ihnen Kraft?“

Bemerkungen:

SRQ-20 DEUTSCH

Die folgenden Fragen beziehen sich auf bestimmte Schmerzen und Probleme, die Sie in den letzten 30 Tagen vielleicht belastet haben. Wenn Sie denken, dass eine Frage auf Sie zutrifft und Sie das beschriebene Problem in den letzten 30 Tagen hatten, antworten Sie mit JA. Wenn Sie hingegen das Gefühl haben, dass eine Frage nicht auf Sie zutrifft und Sie in den letzten 30 Tagen das beschriebene Problem nicht hatten, antworten Sie mit NEIN. Wenn Sie sich unsicher sind, wie Sie eine Frage beantworten soll, geben Sie bitte die bestmögliche Antwort.

1.	Haben Sie oft Kopfschmerzen?	JA	NEIN
2.	Haben Sie wenig Appetit?	JA	NEIN
3.	Schlafen Sie schlecht?	JA	NEIN
4.	Sind sie sehr schreckhaft?	JA	NEIN
5.	Zittern Ihre Hände?	JA	NEIN
6.	Fühlen Sie sich nervös, angespannt oder besorgt?	JA	NEIN
7.	Ist ihre Verdauung schlecht?	JA	NEIN
8.	Haben Sie Schwierigkeiten, klar zu denken?	JA	NEIN
9.	Fühlen Sie sich unglücklich?	JA	NEIN
10.	Weinen Sie mehr als üblich?	JA	NEIN
11.	Fällt es Ihnen schwer, Ihre täglichen Aktivitäten zu genießen?	JA	NEIN
12.	Fällt es Ihnen schwer, Entscheidungen zu treffen?	JA	NEIN
13.	Leidet Ihre tägliche Arbeit?	JA	NEIN
14.	Sind sie unfähig, einen nützlichen Beitrag im Leben zu leisten?	JA	NEIN
15.	Haben Sie das Interesse an Dingen verloren?	JA	NEIN
16.	Haben Sie das Gefühl eine wertlose Person zu sein?	JA	NEIN
17.	Haben Sie daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?	JA	NEIN
18.	Fühlen Sie sich ständig müde?	JA	NEIN
19.	Haben Sie unangenehme Gefühle im Magen?	JA	NEIN
20.	Werden Sie schnell müde?	JA	NEIN

[Brief COPE--German]

Knoll, N., Rieckmann, N., & Schwarzer, R. (2005). Coping as a mediator between personality and stress outcomes: A longitudinal study with cataract surgery patients. *European Journal of Personality, 19*, 229-247.

Bsp. Instruktion

Beurteilen Sie jetzt bitte, inwiefern die folgenden Aussagen auf Ihr Denken und Handeln in vergangenen unangenehmen oder schwierigen Situationen zutreffen. Bitte machen Sie für jede Aussage eine Angabe.

Vorgeschlagene Antwortskala:

1	2	3	4
überhaupt nicht	ein bißchen	ziemlich	sehr

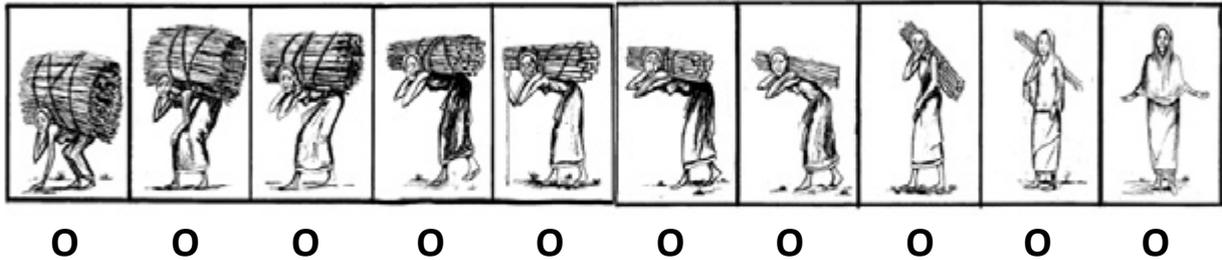
1. Ich habe mich mit Arbeit oder anderen Sachen beschäftigt, um auf andere Gedanken zu kommen.
2. Ich habe mich darauf konzentriert, etwas an meiner Situation zu verändern.
3. Ich habe mir eingeredet, daß das alles nicht wahr ist.
4. Ich habe Alkohol oder andere Mittel zu mir genommen, um mich besser zu fühlen.
5. Ich habe aufmunternde Unterstützung von anderen erhalten.
6. Ich habe es aufgegeben, mich damit zu beschäftigen.
7. Ich habe aktiv gehandelt, um die Situation zu verbessern.
8. Ich wollte einfach nicht glauben, daß mir das passiert.
9. Ich habe meinen Gefühlen freien Lauf gelassen.
10. Ich habe andere Menschen um Hilfe und Rat gebeten.
11. Um das durchzustehen, habe ich mich mit Alkohol oder anderen Mitteln besänftigt.
12. Ich habe versucht, die Dinge von einer positiveren Seite zu betrachten.
13. Ich habe mich selbst kritisiert und mir Vorwürfe gemacht.
14. Ich habe versucht, mir einen Plan zu überlegen, was ich tun kann.
15. Jemand hat mich getröstet und mir Verständnis entgegengebracht.
16. Ich habe gar nicht mehr versucht, die Situation in den Griff zu kriegen.

Emotionale Belastung

„Möglicherweise empfinden Sie psychosoziale Beschwerden wie z.B. Ängste, Schlafprobleme, Streit mit Ihrer Familie oder Schwierigkeiten sich zu konzentrieren. Bitte nennen Sie kurz Ihr wichtigstes psychosoziales Problem.“ (Bitte entscheiden Sie sich für ein Problem!)

„Wie sehr fühlen Sie sich von diesem Problem emotional belastet?“ (Bitte kreuzen Sie das Bild unten an (O), das am ehesten ausdrückt, wie schwer sich dieses Problem für Sie anfühlt.)

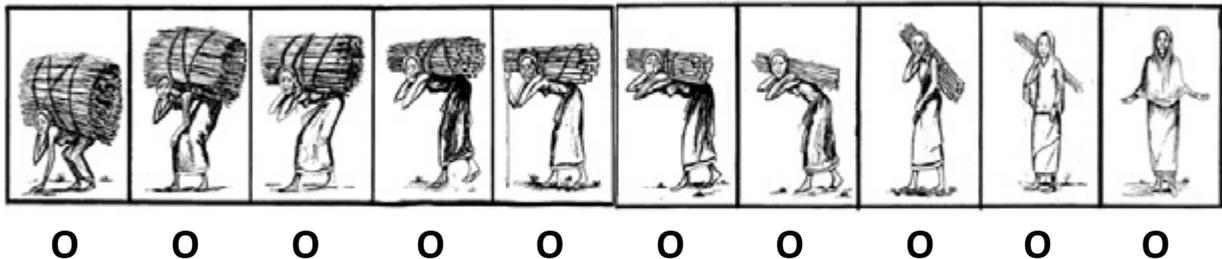
- Ganz links: „Ich fühle mich völlig überwältigt davon.“
- Mitte: „Es ist schwer. Manchmal komme ich damit zurecht, manchmal nicht.“
- Ganz rechts: „Ich komme sehr gut damit zurecht, es belastet mich nicht sehr.“



Funktionsfähigkeit im Alltag

„Möglicherweise beeinflusst dieses psychosoziale Problem, wie gut Sie Ihre Alltagsaktivitäten ausführen können (z.B. Haushaltsaufgaben, Freunde treffen, eigene Körperhygiene). In welchem Ausmaß beeinträchtigt dieses psychosoziale Problem die unterschiedlichen Aufgaben Ihres Alltags?“ (Bitte kreuzen Sie das Bild unten an (O), das am ehesten ausdrückt, wie sehr das Problem Ihre Funktionsfähigkeit im Alltag beeinträchtigt.)

- Ganz links: „Ich kann keine meiner alltäglichen Aktivitäten ausführen.“
- Mitte: „Halb – halb, ich kann nur einen Teil meiner alltäglichen Aktivitäten ausführen.“
- Ganz rechts: „Ich habe keine Schwierigkeiten, meine alltäglichen Aktivitäten wie üblich auszuführen.“





Manual für Berater

Gruppenmodul I: Einführung (15 + 90 Min.)

Kernstück der Stunde: Die Teilnehmer lernen sich kennen. Die Teilnehmer bekommen eine Idee von dem Beratungsangebot und von dem Zusammenhang zwischen Stress und psychischer Belastung. Die Teilnehmer bekommen eine Idee von dem Zusammenhang zwischen Gedanken und Gefühlen. Den Teilnehmern wird ein Gesprächsangebot über ihre aktuelle Situation gemacht.

- o. Ankommen der Teilnehmer – Tee, Kaffee (15 Min.)
1. Vorstellung der Trainer und der Struktur des Angebotes (5 Min.)
 - Name und Herkunft der Trainer, seit wann in Deutschland; Erklärung: Rolle des Beraters
 - 3 Gruppen à 90 Minuten, Info über Folgetermine
 - Geschlossene, aufeinander aufbauende Gruppen; regelmäßige Teilnahme ist wichtig
 - Inhaltlich geht es vor allem um das Thema Stress und Stressbewältigung
 - Registrierung der Teilnehmer im Gruppenstammblatt; Erklärung: Daten werden nur zu internen Zwecken genutzt und nicht weitergegeben
2. Schweigepflicht (3 Min.)
 - Was bedeutet Schweigepflicht? Warum ist sie so wichtig?
3. Gruppenregeln (8 Min.)
 - Welche Regeln sollen in der Gruppe gelten? In der Gruppe sammeln, Vorschläge auf Flip Chart schreiben. **Trainer macht Ergänzungen/Kommentare.** Kommunikationsregeln, Verschwiegenheit, Handy bei den Sitzungen ausschalten. Poster mit Gruppenregeln aufheben, bei den nächsten beiden Modulen wieder aufhängen.
4. Paarübung: Vorstellung der Gruppenteilnehmer (10-15 Min.)
 - Trainer erklärt Paarübung. 2-er Gruppen, einer interviewt den anderen, dann Vorstellung in der Gruppe. (Name? Alter? Herkunftsland? Wer ist mitgekommen nach Deutschland? Beruf? Lernen Sie schon Deutsch? Bedeutung des Namens –wer hat ihn gegeben, was bedeutet er übersetzt, gibt es eine Familientradition zum Namen etc.)
 - Vorstellung des Interviewpartners in der Gruppe
5. Einführung zum Thema Stress (8 Min.)
 - Was ist Stress? Wie merke ich dass ich Stress habe? In der Gruppe sammeln, Vorschläge stichwortartig auf Flip Chart schreiben. Trainer ergänzt und kommentiert. Stress ist eine normale Reaktion des Körpers auf die Herausforderungen im Alltag. Wenn eine Stressreaktion zu lange andauert und/oder sie sehr intensiv ausfällt, sollte man eine Beratung aufsuchen.
 - Es ist normal, in einer belastenden Zeit und mit belastenden Erinnerungen mit Stress zu reagieren. Nächstes Mal mehr Informationen zu Stress und Umgang mit Stress.
6. Einführung zum Thema Gesundheit (8 Min.)
 - Es gibt körperliche und seelische Gesundheit
 - Wann geht man zum Arzt, wann geht man zur Beratung? Was ist die Rolle eines Beraters? Was kann ein Berater NICHT leisten?
 - Welche Situationen und welche Symptome können zu Beratung führen? (Situationen: z.B. Paarkonflikte, schwierige Erlebnisse auf der Flucht oder vor der Flucht; Symptome: z.B. Schlafprobleme – Interessenverlust, Rückzug – anhaltende Traurigkeit, Angst – wechselnde körperliche Beschwerden, für die der Arzt keine Ursache finden kann – erhöhter Substanzkonsum)
7. Die Macht unserer Gedanken (15 Min.)
 - Der Trainer gibt das Beispiel mit dem halb vollen/halb leeren Glas. Erarbeiten: Personen nehmen Situationen sehr unterschiedlich wahr. Personen sind in der Lage, durch die Veränderung ihrer Bewertung und ihrer Gedanken mehr Kontrolle über ihre Gefühle zu bekommen („positives Denken“). **Zeit geben für Diskussion in der Gruppe.**
8. Atemübung (8 Min.)
9. Abschluss (Was nehmen Sie aus dieser Gruppe mit?), Hinweis auf nächstes Modul, Ratings EB/FA (10-15 Min.)



Manual für Berater

Gruppenmodul II: Stress Management (90 Min.)

Kernstück der Stunde: Verstärkung hilfreicher Bewältigungsmechanismen – die Betonung liegt auf einem konstruktiven Austausch in der Gruppe sowie einer Motivierung für eine aktive Alltagsbewältigung.

1. Begrüßung, Registrierung (Gruppenstammblatt) (5 Min.)
2. Blitzlichtrunde (8 Min.)
 - *Wie geht es Ihnen heute? Wie kommen Sie heute in die Gruppe? Trainer fängt an, bezieht Gefühle mit ein, gibt weiter an Gruppenteilnehmer*
3. Was ist Stress? Wie merkt man, daß man Stress hat? (8 Min.)
 - *Definition ‚Stress‘ geben: Die Stressreaktion unseres Körpers ist eine normale Reaktion auf die Herausforderungen des Lebens. Die Stressreaktion ist zunächst etwas Positives, da sie in uns Energien freisetzt, um Probleme anzugehen und zu lösen. Normalerweise ist eine Stressreaktion vorübergehend und klingt ab, wenn die belastende Situation überwunden ist. Wenn die Stressreaktion unseres Körpers zu lange andauert, kann sie uns jedoch ‚krankmachen‘ und Symptome wie anhaltende Schlaflosigkeit, Nervosität, Körperschmerzen etc. hervorrufen.*
4. Vorstellung der Stressposter (50 Min.)
 - *Die Stressposter werden der Reihe nach an die Flip Chart geklemmt. Welche Situationen führen zu Stress/Belastung? Welche Reaktionen gibt es? Was kann man tun, um mit der Situation umzugehen? Wichtig: Trainer bezieht die Gruppe mit ein, fragt nach eigenen Erfahrungen, Reaktionen und Bewältigungsmechanismen. **Der Schwerpunkt liegt auf dem dritten Poster!!** Insgesamt **aktive Bewältigung und Tagesstruktur betonen**. Auch Thema Akzeptanz: was kann ich verändern, was kann ich nicht verändern?*
 - *In der Gruppe sammeln lassen: was macht mir Stress, wie reagiere ich auf Stress, und was tue ich überlicherweise, um ihn loszuwerden? Was könnt ihr tun, um die belastende Zeit im Asylverfahren möglichst gut zu überstehen?*
 - ***Die Teilnehmer sollen mehr reden als die Trainer!***
 - *Zusammenfassung durch die Trainer: Jeder Mensch hat sein individuelles, typisches Stressmuster und seine individuellen Bewältigungsmechanismen. Jeder Mensch reagiert unterschiedlich auf Stress, jeder Mensch findet seinen eigenen Weg, mit seinem Stress umzugehen. Die Trainer motivieren die Teilnehmer, auch neue Bewältigungsstrategien auszuprobieren.*
5. Achtsamkeitsübung: Selbstbeobachtung (3-Minuten Übung)/Atemübung (8 Min.)
 - *Trainer verweist auf Übung von der letzten Stunde. Jetzt gezielter beobachten: mit geschlossenen Augen 1 Minute auf die Umwelt, 1 Minute auf den eigenen Körper, 1 Minute auf das eigene Empfinden achten; nur beobachten, nicht bewerten. Feedback der Gruppe wer möchte.*
6. Abschluss, Hinweis auf nächstes Modul, Ratings EB/FA (10-15 Min.)



Gruppenmodul III: Ressourcen (90 Min.)

Kernstück der Stunde: Jeder Teilnehmer bekommt die Gelegenheit, über seine ganz persönlichen Ressourcen und Bewältigungsstrategien zu reflektieren und diese in der Gruppe vorzustellen.

1. Begrüßung, Registrierung (5 Min.)
2. Blitzlichtrunde (5 Min.)
3. Einführung in das Thema Akzeptanz (10 Min.)
 - *Probleme machen uns Stress. Es gibt Probleme, die kann man verändern (Bsp. Verständigung – Sprachkurs machen). Hier ist es wichtig, aktiv zu werden und zu versuchen, die Situation zu verändern. Es gibt aber auch Probleme, die kann man nicht verändern (Bsp. Antwort Asylantrag). Wenn man die Dinge nicht verändern kann, sollte man versuchen die Situation zu akzeptieren und Energie sparen für seinen Alltag, um die schwierige Zeit möglichst gut zu überstehen. **Überleitung zum Thema Ressourcen***
4. Einführung in das Thema Ressourcen (15 Min.)
 - *Was sind Ressourcen? Es gibt äußere und innere Energiequellen/Kraftquellen.*
 - *Äußere Ressourcen z.B.: Beziehungen, Familie, Freunde, Arbeit, Geld, Ausbildung etc. Die Trainer machen Beispiele, die Teilnehmer ergänzen.*
 - *Innere Ressourcen z.B.: wertvolle Erfahrungen und Erinnerungen, Erinnerungs"schätze", Wissen, Glaube, Gefühle, Werte, das Denken, das „ich“, gesunde Lebensführung, Geduld, Wille, persönliche Ziele, die Fähigkeit zum positiven Denken, Hoffnung etc. Die Trainer machen Beispiele, die Teilnehmer ergänzen.*
 - ***Fokus auf innere Ressourcen und persönliche Bewältigungsstrategien legen** – was kann Euch hier helfen, um die schwierige Zeit zu überstehen?*
5. Baum der Ressourcen (40 Min.)
 - *Die Trainer malen auf der Flip Chart einen Baum mit Wurzeln, Stamm, Ästen und Blättern. **Sie machen einige wenige, ganz persönliche Beispiele für innere und äußere Ressourcen** (z.B. daß ich eine gute Beziehung zu meinem Sohn habe gibt mir Kraft, daß ich lustig sein kann und andere zum lachen bringe ist Besonders an mir, der Song „XY“ weil er mich an eine schöne Situation mit meiner Frau erinnert etc.)*
 - *Hilfreiche Fragen für die Teilnehmer: Was tut mir hier im Alltag gut? An was kann ich glauben? Welche inneren Werte geben mir Halt und Stärke? Was kann ich tun, wenn ich traurig bin? Was kann ich gut? Auf was an mir bin ich stolz? Wofür bin ich dankbar? Mit wem bin ich in Kontakt? **Der Ressourcenbaum soll inhaltlich möglichst persönlich und individuell gestaltet sein!***
 - *Die Trainer teilen Malutensilien aus. Jeder Teilnehmer soll seinen eigenen, persönlichen Ressourcenbaum malen, **in der Gruppe vorstellen** (freiwillig) und mit nach Hause nehmen. **Die Vorstellung der Ressourcenbäume ist das Kernstück der Stunde!!! Die Trainer spenden den Teilnehmern viel Zeit und Aufmerksamkeit bei der Vorstellung in der großen Runde.***
6. Imaginationsübung (Imagination des eigenen Ressourcenbaumes) (5 Min.)
7. Abschluss, Danksagung, Abschlussrunde („Was nehme ich mit aus der Gruppe?“), Hinweis auf Zweitgespräch in ca. zwei Wochen, Ratings EB/FA (10-15 Min.)



Stress: Causes, Signs and Coping Strategies

Stress is normal part of our everyday lives, and is not an illness itself, However, if signs of ongoing stress are not managed it can result in physical and mental health problems.

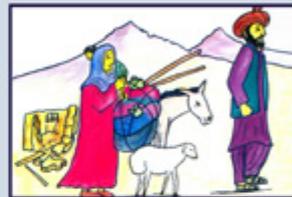
Causes Of Stress To Women, Men and Children



WAR/CONFLICT



DEATH OF FAMILY MEMBER



DISPLACEMENT



SEPARATION OF FAMILY MEMBER



LACK OF FOOD



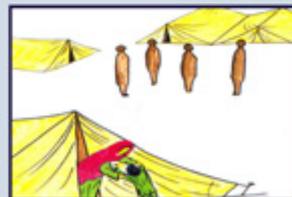
JOBLESS



DEPENDENT ON OTHERS FOR SURVIVAL



FAMILY CONFLICT



LIVING AMONGST STRANGERS



SOCIAL ISOLATION



UNCERTAIN FUTURE



OTHER CAUSES OF STRESS



Stress: Causes, Signs and Coping Strategies

When we experience ongoing stress in our lives, there are various ways our body and mind reacts to these tensions and pressures. Below are a selection of the signs of ongoing stress.

SIGNS OF ONGOING STRESS



GENERAL BODY ACHES / PAIN



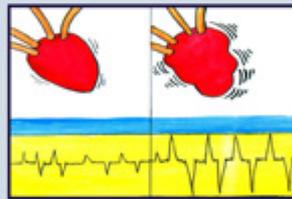
LACK OF APPETITE



SLEEPLESSNESS



PROFUSE SWEATING



POUNDING / IRREGULAR
HEARTBEAT



SADNESS / CRYING
FREQUENTLY



SELF-ISOLATION



ANGER / AGGRESSION
TOWARDS OTHERS



ANGER / AGGRESSION
TOWARDS SELF



POWERLESSNESS



OTHER SIGNS OF STRESS



Stress: Causes, Signs and Coping Strategies



WHY DOESN'T MEDICATION ALWAYS WORK?

Medication help us feel better for a short time from what is upsetting us. It will not provide a permanent cure, because what is upsetting us comes from something bad that has happened or an unhappy time. These unhappy events have caused an emotional wound to our minds. Like all wounds, time is the real healer. Unless the "emotional wound" is allowed to be healed, then we remain stressed. The best way to heal is to share our memories, feelings and worries with someone we trust, someone in our family or a close friend.



TRY TO EAT



AVOID DRINKING TEA AFTER SUNSET



SHARE YOUR WORRIES WITH SOMEONE YOU TRUST/FAMILY



EXPLORE SUPPORT NETWORKS WITHIN THE COMMUNITY



SPEND TIME WITH CHILDREN / PLAYING



PARTICIPATION IN CULTURAL ACTIVITIES



SPORTS / GAMES



PHYSICAL EXERCISES



BREATHING EXERCISES



NEEDLEWORK / CARPET WEAVING



SPIRITUAL ACTIVITIES



ANY OTHER WAYS

Zweitgespräch

Datatool

Klienten-Nr.:	Datum:
Beratername:	Erhebungsort:
Telefon-Nr.:	Gebäude, Zimmer:

Asylstatus: Antrag schon gestellt? Nein Ja, am (T/M/J):

- warten auf Antwort
- Anerkennung
 - 3 Jahre
 - 1 Jahr
- Ablehnung
 - Einspruch eingelegt: Ja Nein
 - Duldung
 - Abschiebetermin (T/M/J):

Aktuelle Medikamenteneinnahme?

Aktuelle psychosoziale Situation _____

„Wie gestresst fühlen Sie sich momentan?“ (Skala 1-10):

Probleme: „Haben Sie aktuell Sorgen oder Probleme?“

Coping: „Was unternehmen Sie im Moment gegen Ihre Sorgen und Probleme?“

Ressourcen: „Welche positiven Aspekte gibt es aktuell in Ihrem Leben? Was gibt Ihnen Kraft?“
(An welche persönlichen Ressourcen von Ihrem Ressourcenbaum erinnern Sie sich?)

Psychoedukationsgruppen

„Wie zufrieden sind Sie mit den Psychoedukationsgruppen?“



Gar nicht zufrieden

Sehr zufrieden

„Was genau an den Gruppen hat Ihnen geholfen? Was genau fanden Sie persönlich nützlich?“

„Welche Anregungen, Kritik oder Wünsche haben Sie für die Gruppen?“

Anmerkungen:

Einzelberatung

Datatool

Projektname: German Refugee MH DE003

Klienten-Nr.:	Datum:
Beratername:	Erhebungsort:
Telefon:	Gebäude, Zimmer:

Asylstatus: Antrag schon gestellt? Nein Ja, am (T/M/J):

- warten auf Antwort
- Anerkennung
 - 3 Jahre
 - 1 Jahr
- Ablehnung
 - Einspruch eingelegt: Ja Nein
 - Duldung
 - Abschiebetermin (T/M/J):

Kurze Erinnerung an das letzte Gespräch

„Wie gestresst fühlen Sie sich momentan?“ (Skala, 1-10):

aktuelle Situation

.....

.....

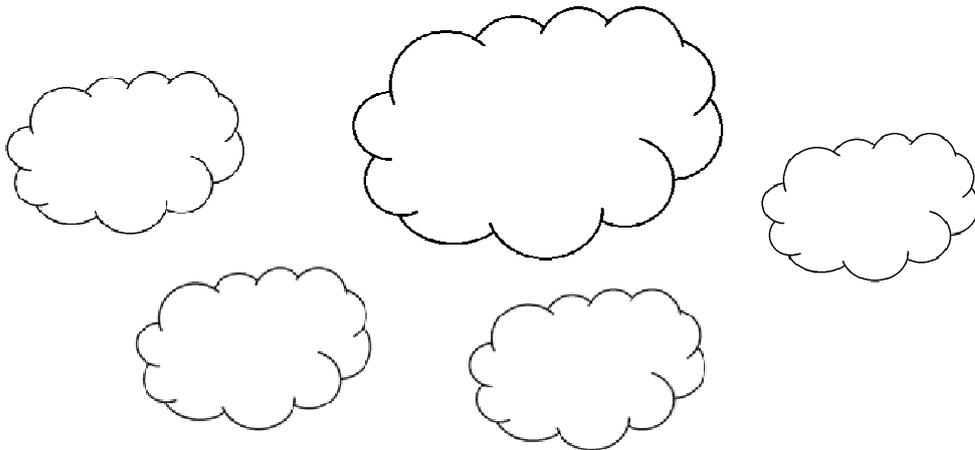
.....

.....

.....

.....

Problemerkundung



→ Über diese Punkte möchte der Klient heute sprechen:

Welche Intervention fand heute statt?

- Probleme sortieren
- Lösungsalternativen erarbeiten und zur Anwendung ermutigen
- Ressourcen stärken
- neue Sichtweisen erarbeiten
- hilfreiche Fragen stellen
- üben
- andere:

Was nimmt der Klient mit/konkrete Aufgabe:

.....
.....

Kurzkontakt



Projektname: German Refugee MH DE003

Klienten-Nr.:	Datum:
Beratername:	Erhebungsort:
Telefon:	Gebäude, Zimmer:

Asylstatus: Antrag schon gestellt? Nein Ja, am (T/M/J):

- warten auf Antwort
- Anerkennung
 - 3 Jahre
 - 1 Jahr
- Ablehnung
 - Einspruch eingelegt: Ja Nein
 - Duldung
 - Abschiebetermin (T/M/J):

„Wie gestresst fühlen Sie sich momentan?“ (Skala 1-10):

Aktuelle Situation/Problem

.....
.....
.....
.....

Was wurde besprochen/vereinbart?

.....
.....
.....
.....

Bild afghanisches Mädchen, 8 Jahre



Das Krankenhaus St. Josef ist ein modernes, leistungsfähiges, zertifiziertes Krankenhaus der Grundversorgung mit über 660 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, 272 Betten und den Fachabteilungen Chirurgie, Innere Medizin, Palliativmedizin, Akutgeriatrie, Anästhesie und Intensivmedizin sowie den Belegabteilungen Gynäkologie, Geburtshilfe und HNO. Träger des katholischen Krankenhauses ist die Kongregation der Schwestern des Erlösers, Würzburg.

Ab dem 01.01.2017 werden wir - in Kooperation mit dem Ärzte ohne Grenzen e.V. - das Modellprojekt „Psychosoziale Hilfen für Asylsuchende“ durchführen. Deshalb suchen wir zum nächstmöglichen Termin

Psychosoziale Berater (m/w)

in Teilzeit (ca. 75%).

Die Anstellung ist vorerst für die Projektdauer bis zum 31.12.2017 befristet, es besteht eine Perspektive auf Vertragsverlängerung. Die Beschäftigung erfolgt in der psychosozialen Beratungsstelle in den Räumen der Aufnahmeeinrichtung in Schweinfurt.

Kurzbeschreibung:

Das Vorhaben „Psychosoziale Hilfen für Asylsuchende: Niederschwelliges Präventives Versorgungsangebot in der Aufnahmeeinrichtung Schweinfurt“ ist ein Modellprojekt für neu in Deutschland angekommene Geflüchtete und verfolgt das Ziel, den Zugang zu niederschwelligen psychosozialen Hilfen für Asylsuchende zu erleichtern, durch Installierung einer psychosozialen Beratungsstelle nach dem international erprobten Modell von Ärzte ohne Grenzen. Die psychosozialen Berater stammen dabei aus einem ähnlichen oder gleichen Kultur- und Sprachkreis wie die Geflüchteten und arbeiten unter fachlicher Anleitung und Supervision.

Frühe, niederschwellige Hilfen und Angebote tragen zu einer angemessenen Verarbeitung belastender Geschehnisse, zur Erhöhung der eigenen Widerstandskraft und der psychischen Stabilität bei und wirken einer Chronifizierung psychischer Leiden entgegen.

Im Rahmen des Projektes wird eine psychosoziale Beratungsstelle in der Aufnahmeeinrichtung Schweinfurt, die vom St. Josef Krankenhaus betrieben wird, installiert. Angeboten werden moderierte Gesprächskreise (Frauen, Männer, jugendliche Männer, junge Frauen etc.) mit dem Ziel der Psycho-Edukation sowie Entlastungsgespräche für Familien und Einzelpersonen. Im Sinne eines aufsuchenden Hilfeansatzes werden auch die umliegenden Asylunterkünfte durch ein mobiles Team psychosozial betreut. Weiterhin ist eine enge Zusammenarbeit und Vernetzung mit lokalen Akteuren der Flüchtlingshilfe geplant.

Ziele:

Förderung der seelischen Gesundheit Geflüchteter/Asylsuchender durch die Ausführung niederschwelliger psychosozialer Hilfen und das frühzeitige Adressieren psychosozialer Bedürfnisse.

Verantwortungsbereiche unter fachlicher Supervision:

- ✓ Vorbereitung und Durchführung niederschwelliger psychoedukativer Angebote im Einzel- und Gruppensetting in der Erstaufnahmeeinrichtung Schweinfurt, im Krankenhaus St. Josef Schweinfurt sowie in umliegenden Asylunterkünften
- ✓ Durchführung niederschwelliger psychosozialer Aktivitäten und Beratungsgespräche im Einzel- und Gruppensetting in der Erstaufnahmeeinrichtung in Schweinfurt, im Krankenhaus St. Josef Schweinfurt sowie in umliegenden Asylunterkünften
- ✓ Information, Kontaktpflege und Netzwerkarbeit im Umfeld der Einrichtungen
- ✓ Information und Unterstützung der Beschäftigten sowie der Bewohner der Flüchtlingseinrichtungen zu gesundheitlichen, psychiatrischen und psychosozialen Fragestellungen (Wahrnehmung einer Lotsenfunktion)
- ✓ Aufbau von Kontakten zu geflüchteten Bewohnerinnen und Bewohnern mit psychischen Auffälligkeiten und im Krankheitsfall Vermittlung in psychiatrische Behandlung bzw. das psychiatrische Hilfesystem (Case Management)
- ✓ Initiierung geeigneter psychosozialer Maßnahmen für Geflüchtete bzw. Anbindung an bestehende Angebote außerhalb der Unterkünfte
- ✓ Dokumentation und Evaluation der durchgeführten Maßnahmen und Aktivitäten

Anforderungsprofil:

- ✓ Relevanter Migrationshintergrund (Afghanistan, Syrien, Irak, Iran, Somalia, Eritrea, Algerien) und/ oder genaue Kenntnisse der Regionen
- ✓ Relevante Sprachkenntnisse: Heimatsprache(n), Deutsch (mind. B2), Englisch (wünschenswert) mit genauer Darstellung des jeweiligen Sprachniveaus
- ✓ Schulabschluss, abgeschlossene Berufsausbildung
- ✓ Migrierte Personen/Geflüchtete mit Aufenthaltstitel/gesichertem Aufenthaltsstatus mit sozialarbeiterischer/sozialpädagogischer/pädagogischer/psychologischer Ausbildung oder einer anderen geeigneten Berufsausbildung
- ✓ Relevante Arbeitserfahrung
- ✓ Interkulturelle Kompetenz/Kultursensibilität
- ✓ Führerschein Klasse III (wünschenswert)
- ✓ EDV-Kenntnisse
- ✓ Gute Kenntnisse des lokalen psychosozialen / psychiatrischen Hilfesystems in Schweinfurt und Umgebung (wünschenswert)
- ✓ Seit mind. 2 Jahren in Deutschland lebend

Wir bieten Ihnen:

- ✓ Selbständiges Arbeiten
- ✓ Eine vielseitige und verantwortungsvolle Aufgabe
- ✓ Eine Vergütung nach den Arbeitsvertragsrichtlinien des Deutschen Caritasverbandes, mit allen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes; die Höhe der Vergütung richtet sich nach Ihrer beruflichen, staatlich anerkannten Qualifikation

Krankenhaus St. Josef, Schweinfurt



Das Krankenhaus St. Josef ist ein modernes, leistungsfähiges, zertifiziertes Krankenhaus der Grundversorgung mit über 670 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, 272 Betten und den Fachabteilungen Chirurgie, Innere Medizin, Palliativmedizin, Akutgeriatrie, Anästhesie und Intensivmedizin sowie den Belegabteilungen Gynäkologie, Geburtshilfe und HNO. Träger des katholischen Krankenhauses ist die Kongregation der Schwestern des Erlösers, Würzburg.

Seit dem 01.01.2017 führen wir - in Kooperation mit dem Ärzte ohne Grenzen e.V. - das Modellprojekt „Psychosoziale Hilfen für Asylsuchende“ durch. Deshalb suchen wir zum 01.07.2017 eine/n

Psycholog/In (m/w) mit klinischem Hintergrund

in Voll- oder Teilzeit.

Die Anstellung ist vorerst bis zum 15.02.2018 befristet, es besteht eine Perspektive auf Vertragsverlängerung. Die Beschäftigung erfolgt in der Ambulanz für seelische Gesundheit St. Josef in den Räumen der Aufnahmeeinrichtung in Schweinfurt.

Kurzbeschreibung:

Das Vorhaben „Psychosoziale Hilfen für Asylsuchende: Niederschwelliges Präventives Versorgungsangebot in der Aufnahmeeinrichtung Schweinfurt“ ist ein Modellprojekt für neu in Deutschland angekommene Geflüchtete und verfolgt das Ziel, den Zugang zu niederschwelligen psychosozialen Hilfen für Asylsuchende zu erleichtern, durch Installierung einer psychosozialen Beratungsstelle nach dem international erprobten Modell von Ärzte ohne Grenzen. Die in unserem Modellprojekt beschäftigten psychosozialen Berater stammen dabei aus einem ähnlichen oder gleichen Kultur- und Sprachkreis wie die Geflüchteten und arbeiten unter fachlicher Anleitung und Supervision der/s gesuchten Psychologen/In. Die psychosozialen Berater werden im Rahmen ihrer Anstellung intensiv geschult und fortlaufend weitergebildet.

Frühe, niederschwellige Hilfen und Angebote tragen zu einer angemessenen Verarbeitung belastender Geschehnisse, zur Erhöhung der eigenen Widerstandskraft und der psychischen Stabilität bei und wirken einer Chronifizierung psychischer Leiden entgegen.

Im Rahmen des Projektes wurde eine psychosoziale Beratungsstelle (Ambulanz für seelische Gesundheit) in der Aufnahmeeinrichtung Schweinfurt, die vom St. Josef Krankenhaus betrieben wird, installiert. Angeboten werden moderierte Gesprächskreise (Frauen, Männer, jugendliche Männer, junge Frauen etc.) mit dem Ziel der Psycho-Edukation sowie Entlastungsgespräche für Familien und Einzelpersonen. Im Sinne eines aufsuchenden Hilfeansatzes werden auch die umliegenden Asylunterkünfte durch ein mobiles Team psychosozial betreut. Die Vernetzungsarbeit mit lokalen Akteuren der Flüchtlingshilfe ist Teil unseres Ansatzes.

Ziele:

Förderung der seelischen Gesundheit Geflüchteter/Asylsuchender durch die Ausführung niederschwelliger psychosozialer Hilfen und das frühzeitige Adressieren psychosozialer Bedürfnisse.

Verantwortungsbereiche unter fachlicher Supervision:

- ✓ Fachliche Supervision der psychosozialen Berater (Team- und Einzelsupervision, Personalentwicklung nach dem Modell von Ärzte ohne Grenzen)
- ✓ Unterstützung der psychosozialen Berater in der Vorbereitung und Durchführung niederschwelliger psychoedukativer Angebote im Einzel- und Gruppensetting in der Erstaufnahmeeinrichtung Schweinfurt, im Krankenhaus St. Josef Schweinfurt sowie in umliegenden Asylunterkünften
- ✓ Initiierung geeigneter psychosozialer Maßnahmen für Geflüchtete bzw. Anbindung an bestehende Angebote außerhalb der Unterkünfte
- ✓ Information, Kontaktpflege und Netzwerkarbeit im Umfeld der Einrichtungen
- ✓ Information und Unterstützung der Beschäftigten sowie der Bewohner der Flüchtlingseinrichtungen zu gesundheitlichen, psychiatrischen und psychosozialen Fragestellungen
- ✓ Aufbau von Kontakten zu geflüchteten Bewohnerinnen und Bewohnern mit psychischen Auffälligkeiten und im Krankheitsfall Vermittlung in psychiatrische Behandlung bzw. das psychiatrische Hilfesystem (Case Management)
- ✓ Dokumentation und Evaluation der durchgeführten Maßnahmen und Aktivitäten, Berichterstattung
- ✓ Partizipation an Öffentlichkeitsarbeit
- ✓ Partizipation an der Weiterentwicklung des Projektansatzes

Anforderungsprofil:

- ✓ Abgeschlossenes Studium der Psychologie
- ✓ Relevante Arbeitserfahrung, insbesondere Arbeitserfahrung im psychosozial-beraterischen und/oder klinisch-psychiatrischen Setting sowie in internationaler/interkultureller Zusammenarbeit
- ✓ Erfahrung in Teamsupervision und Fallsupervision
- ✓ Interkulturelle Kompetenz/Kultursensibilität
- ✓ Führerschein Klasse III (wünschenswert)
- ✓ EDV-Kenntnisse
- ✓ Gute Kenntnisse des lokalen psychosozialen / psychiatrischen Hilfesystems in Schweinfurt und Umgebung (wünschenswert)

Wir bieten Ihnen:

- ✓ Einmonatige Einarbeitung durch eine Fachkraft von Ärzte ohne Grenzen e.V.
- ✓ Selbständiges Arbeiten
- ✓ Eine vielseitige und verantwortungsvolle Aufgabe
- ✓ Eine Vergütung nach den Arbeitsvertragsrichtlinien des Deutschen Caritasverbandes, mit allen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes; die Höhe der Vergütung richtet sich nach Ihrer beruflichen, staatlich anerkannten Qualifikation

Fachliche Rückfragen beantwortet Ihnen gerne Frau Dr. Henrike Zellmann unter der Telefonnummer 0163 8808 418

Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben, senden Sie bitte Ihre ausführlichen Bewerbungsunterlagen (incl. Anschreiben, Motivationsbrief, Lebenslauf und allen relevanten Ausbildungs- und Arbeitszertifikaten) bis **spätestens 15.06.2017** in schriftlicher Form an das

**Krankenhaus St. Josef, Ludwigstr. 1, 97421 Schweinfurt,
z.Hd. Herrn Personalleiter Norbert Reuther**

Ausbildungscurriculum Psychosoziale Peer-BeraterInnen Block I

Trainingsblock I Psychosoziale Berater, Februar 2017 – MSF Modellprojekt ‚Psychosoziale Hilfen für Geflüchtete‘

Tag 1 16.02.2017	Vorstellung/Einführung Paar-Übung Interview Gruppenregeln Was ist Beratung? Was heißt es, Berater oder Beraterin zu sein? Was ist die Rolle eines Beraters/einer Beraterin? Schweigepflicht	Was ist Beratung? (Zellmann)	9-12h
	Theorie: Was ist Psychische Gesundheit? Physische versus psychische Gesundheit Theorie der Persönlichkeit Einführung Salutogenese Beziehung zwischen Körper und Geist/Psyche Humanistische Sichtweise Embodiment Theorie	Die Beziehung von Geist/Psyche und Körper (Pillot)	13-16h
Tag 2 17.02.2017	Blitzlicht und Morgenrunde Vorstellung der Arbeitsweise der psychosozialen Beratungsstelle Beratungsetappen Beratungsstelle Schweinfurt und Geldersheim Erstgespräch und Erhebungsinstrumente	Arbeitsansatz und –struktur im Modellprojekt (Zellmann)	9-12h
	Verbale und non-verbale Kommunikation Verhaltensbeobachtung Was ist Empathie? Gesprächsführung nach Rogers Paraphrasieren und Zusammenfassen, Restating Aktives Zuhören	Kommunikation I (Pillot)	13-16h
Tag 3 18.02.2017	Blitzlicht und Morgenrunde Verbale Kommunikation Offene und geschlossene Fragen Hilfreiche und weniger hilfreiche Fragen Leitfragen	Kommunikation II (Pillot)	9-12h
	Meine Werte und Einstellungen Lebenslinien	Selbsterfahrung I (Pillot)	13-16h
Tag 4 20.02.2017	Blitzlicht und Morgenrunde Erstgespräch (Rollenspiele) Benutzung der Erhebungsinstrumente (Rollenspiele)	Einsatz der Erhebungsinstrumente (Zellmann&Blattner)	9-12h
	Trauma und Traumafolgen	Trauma (Zellmann)	13-16h
Tag 5 21.02.2017	Blitzlicht und Morgenrunde Was sind Ressourcen? Was sind Bewältigungsmechanismen? Fallbeispiele	Ressourcen und Bewältigungsmechanismen (Pillot)	9-12h
	Blitzlicht und Morgenrunde Psychologische Erste Hilfe (Rollenspiele)	Psychologische Erste Hilfe (Zellmann)	13-16h
Tag 6 22.02.2017	Was sind meine persönlichen Ressourcen? Arbeit mit Lebenslinien	Selbsterfahrung II (Pillot)	9-12h

Ausbildungscurriculum Psychosoziale Peer-BeraterInnen Block I

	Vorstellung des Gruppenkonzeptes Gruppenmodul I (Rollenspiel)	Gruppenmodul I (Zellmann)	13-16h
Tag 7 23.02.2017	Blitzlicht und Morgenrunde Gruppenmodul II (Rollenspiel)	Gruppenmodul II (Zellmann)	9-12h
	Gruppendiskussion: Was bedeutet es in meinem Kulturkreis, sich das Leben zu nehmen? Welche Worte gibt es dafür? Fallbeispiele Kritische Beratungsszenarien (Rollenspiele)	Suizidalität und andere kritische Beratungsszenarien (Zellmann & Pillot)	13-16h
Tag 8 24.02.2017	Blitzlicht und Morgenrunde Gruppenmodul III (Rollenspiele) Die Verwendung des Gruppenstammblasses	Gruppenmodul III (Zellmann)	9-12h
	Selbstfürsorge	Selbsterfahrung III (Pillot)	13-16h
Tag 9 25.02.2017	Blitzlicht und Morgenrunde Das deutsche Gesundheitssystem, insbes. Mental Health System (SPD, JA, schulpsychologischer Dienst, PT, KJP etc.; Finanzierungssysteme etc.) Überweisungssystem	Das deutsche Gesundheitssystem (Zellmann) 90 Min.: flexibel, Vertiefung, z.B. Gruppendynamik	9-12h
	Wiederholung Klärung von Fragen Abschluss	Abschluss	13-16h

Ausbildungscurriculum Psychosoziale Peer-BeraterInnen Block II

Trainingsblock II Psychosoziale Berater, April 2017 – MSF Modellprojekt ‚Psychosoziale Hilfen für Geflüchtete‘			
Tag 1 03.04.2017	Blitzlicht und Morgenrunde Resumé der ersten Arbeitswochen Was fällt mir leicht, was fällt mir schwer? Was sind schwierige Situationen, schwierige Klienten für mich – und warum? Fallbezogene Selbsterfahrung	Berufliche/Fallbezogene Selbsterfahrung (Zellmann)	9-12h
	Bedürfnishierarchie von Maslow Mit welchen Problemen und Sorgen kommen die Klienten? Problemtypisierung und Formen der Interventionen	Problemkonzeptualisierung & hilfreiche Interventionen (Pillot)	13-16h
Tag 2 04.04.2017	Blitzlicht und Morgenrunde Struktur und Inhalte des Zweitgesprächs Die Fragebögen IES-R und TSQ Der weitere Behandlungspfad Indikation und Struktur Einzelberatung	Das Zweitgespräch (Zellmann)	9-12h
	Der Sichere Ort	Imaginationsübung (Pillot)	
	Paraphrasing und Summarizing Reframing (Theorie & Rollenspiele, Fallbeispiele)	Techniken der Gesprächsführung (Pillot)	13-16h

Ausbildungscurriculum Psychosoziale Peer-BeraterInnen Block II

Tag 3 05.04.2017	Blitzlicht und Morgenrunde Problemerkundung - Wie finde ich heraus, was das Hauptproblem meines Klienten ist? Einführung in die strukturierte Problemlösung Fragen als Beratungstechnik Fallbeispiel	Techniken der Gesprächsführung (Pilot) Fallkonzeptualisierung (Pilot)	9-12h
	Suizidalität Gesprächsführung mit suizidalen Klienten Fallbeispiel	Impulsvortrag & Fallbeispiel (Zellmann) Fallkonzeptualisierung (Pilot)	13-16h
Tag 4 06.04.2017	Blitzlicht und Morgenrunde Die Ziele unserer psychosozialen Beratung Wann machen/fragen wir was – und warum? Trauer Der unstrukturierte/logorrhoeische Klient Der unzufriedene/der fordernde Klient Fallbeispiele des Teams Schlafstörungen	Das Einnehmen der Meta-Ebene (Zellmann&Pilot) Impulsvortrag (Pilot) Gesprächsführung in schwierigen Beratungssituationen (Zellmann) Fallvorstellung, Supervision und Fallkonzeptualisierung (Zellmann&Pilot) Impulsvortrag (Zellmann)	9-12h 13-16h
	Tag 5 07.04.2017	Blitzlicht und Morgenrunde Fallbeispiele des Teams Familienkonflikte Abschluss und Abschied aus der zweiten Trainingsphase Besprechung und Auswertung	Fallvorstellung, Supervision und Fallkonzeptualisierung (Zellmann&Pilot) Impulsvortrag (Pilot) Offene Fragen und Abschluss (Zellmann&Pilot) Nachbesprechung (Zellmann&Pilot)

Ausbildungscurriculum Psychosoziale Peer-BeraterInnen Block III

Trainingsblock III Psychosoziale Berater, Juni 2017 – MSF Modellprojekt ‚Psychosoziale Hilfen für Geflüchtete‘

Tag 1 19.06.2017	Blitzlicht und Morgenrunde Wo steht das Projekt? Ein Blick zurück, ins Hier und Jetzt und in die Zukunft	Reflektion und Zwischenresumé (Zellmann)	9-12h
	Wo stehe ich? Was sind meine Themen? Selbstreflektion und Selbstwahrnehmung als Entwicklungschance für Berater Stressmanagement&Selbstfürsorge für Berater	Berufliche Selbsterfahrung (Zellmann&Pillot)	12.30-15.30h
Tag 2 20.06.2017	Blitzlicht und Morgenrunde Reflektion über die Rolle des Beraters Gesprächsführung nach Rogers Rollenspiel Problemkonzeptualisierung Stressmanagement für Berater	Gesprächsführung in der Einzelberatungssituation (Pillot)	9-12h
	Drogen und Sucht Rollenspiel	Impulsvortrag (Zellmann) Fallarbeit (Zellmann&Pillot)	12.30-15.30h
Tag 3 21.06.2017	Blitzlicht und Morgenrunde 7-stufiges Problemöseschema Familie&Erziehung Entwicklungsaufgaben und Psychologie der Lebensspanne Familienbeziehungen und –dynamiken Familienkonflikte und Beratungsansätze	Strukturiertes Problemlösen (Zellmann) Themenbezogene Impulse (Zellmann&Pillot) Familie (Zellmann&Pillot) Diskussion (Pillot&Zellmann)	9-12h
	Fallarbeit und praktische Übungen Rollenspiel: Ein fordernder, unzufriedener Klient	Fallarbeit (Zellmann&Pillot)	12.30-15.30h
Tag 4 22.06.2017	Blitzlicht und Morgenrunde Wiederholung vom Vortag: Strukturiertes Problemlösen Häusliche und sexuelle Gewalt Rollenspiel: Problemanalyse, Problemkonzeptualisierung, Problemlöseschema	Wh.: Strukturierte Problemanalyse, Strukturiertes Problemlösen (Zellmann) Impulsvortrag (Pillot) Fallarbeit (Zellmann&Pillot)	9-12h
	Arbeitsorganisation	Arbeitsorganisation (Blattner)	12.30-15.30h
Tag 5 23.06.2017	Blitzlicht und Morgenrunde Rollenspiel: Die Rolle des Beraters Die ersten Daten sind ausgewertet – Rückmeldung an das Team Auswertung der Fragen und Themen des Teams von Tag 1 Abschluss, Feedbackrunde, Verabschiedung von Anne Pillot	Die Rolle des Beraters (Zellmann&Pillot) Reflektion und Zwischenresumé (Zellmann&Blattner) Wrap Up (Zellmann) Ausblick und Abschluss (Zellmann&Pillot)	9-13h
	Abschlussbesprechung und Auswertung (nur die Trainer)	Trainingsabschluss (Zellmann&Pillot)	14-16.30h



Urkunde

Hiermit wird bestätigt, daß XY mit großen Erfolg an einer 20-tägigen Vollzeitschulung (**Weiterbildung zum Psychosozialen Laienberater*** - 3 Trainingsblöcke à 9 bzw. 5 Schultagungen) von Ärzten ohne Grenzen Deutschland teilgenommen hat.

Die Schulung fand im Rahmen des Modellprojektes 'Niederschwellige psychosoziale Hilfen für Geflüchtete', ein Kooperationsprojekt von Ärzten ohne Grenzen Deutschland und dem Krankenhaus St. Josef Schweinfurt statt. Daneben erfolgte eine kontinuierliche fachliche Supervision und Weiterbildung von Herrn XY durch die Projektleiterin Dr. Henrike Zellmann im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit im Modellprojekt in der Erstaufnahmeeinrichtung Schweinfurt und der Gemeinschaftsunterkunft Geldersheim im Zeitraum 15.02.-31.07.2017. Ab dem 01.08.2017 wird die fachliche Supervision von qualifizierten Mitarbeitern des Krankenhauses St. Josef Schweinfurt weitergeführt.

Zu folgenden Themen wurden Grundlagen in Theorie und Praxis vermittelt:

1. Beraterfähigkeiten (siehe umseitige Beschreibung)
2. Beraterkenntnisse (siehe umseitige Beschreibung)
3. Berufliche und persönliche Selbsterfahrung (siehe umseitige Beschreibung)

Die Wissensvermittlung erfolgte unter Einbezug folgender Techniken: Arbeit in Kleingruppen, Frontalvorträge, Rollenspiele, Gruppendiskussionen, Kurzpräsentationen der Teilnehmer.

Wir wünschen Herrn XY alles Gute für seinen weiteren beruflichen Werdegang.

Dipl.-Psych. Dr. Henrike Zellmann
Projektleiterin Ärzte ohne Grenzen Deutschland

Dipl.-Psych. Anne Pillot
Co-Trainerin Ärzte ohne Grenzen Deutschland

Übersicht zu den wichtigsten Inhalten der Weiterbildung:

- **Beraterfähigkeiten**
 - Kommunikation – Theorie und Praxis
 - Techniken der Gesprächsführung
 - Gesprächsführung in schwierigen Beratungssituationen
 - Gesprächstechnik der 'Psychologischen Ersten Hilfe'
- **Beraterwissen**
 - Was ist Beratung? Beratungskonzepte und die Rolle des Beraters
 - Die Beziehung von Geist und Körper
 - Salutogenese
 - Problemkonzeptualisierung und Strukturiertes Problemlösen
 - Impulsvorträge zu den Themen: Das deutsche Gesundheitswesen, Stress und Stressmanagement, Ressourcen und Bewältigungsmechanismen, Entwicklungsaufgaben und Psychologie der Lebensspanne, Familie und Erziehung, Familienbeziehungen und Familiendynamiken, Familienkonflikte, Häusliche und sexuelle Gewalt, Schlafstörungen, Trauma und Traumafolgen, Drogen und Sucht, Umgang mit Suizidalität
- **Berufliche und persönliche Selbsterfahrung**
 - Biographische Arbeit
 - Selbst- und Gruppenreflektion zum Thema Beraterpersönlichkeit
 - Kontinuierliche Supervision durch die Projektleitung

* Anmerkung:

Die Berufsbezeichnung 'Psychosoziale LaienberaterIn' wurde zu einem späteren Zeitpunkt von uns in 'Psychosoziale Peer-BeraterIn' abgewandelt. Die Begrifflichkeit 'LaienberaterIn' ist unserer Meinung nach irreführend und bringt in ihrer Konnotation die vorhandene Professionalität der BeraterInnen zu wenig zum Ausdruck.

Logo Ambulanz für seelische Gesundheit St. Josef





Ambulanz für Seelische Gesundheit

Datum:
Uhrzeit:
Berater:
Telefon:



Ambulanz für Seelische Gesundheit

Datum:
Uhrzeit:
Berater:
Telefon:



Ambulanz für Seelische Gesundheit

Datum:
Uhrzeit:
Berater:
Telefon:



Ambulanz für Seelische Gesundheit

Datum:
Uhrzeit:
Berater:
Telefon:



Ambulanz für Seelische Gesundheit

Datum:
Uhrzeit:
Berater:
Telefon:



Ambulanz für Seelische Gesundheit

Datum:
Uhrzeit:
Berater:
Telefon:



Ambulanz für Seelische Gesundheit

Datum:
Uhrzeit:
Berater:
Telefon:



Ambulanz für Seelische Gesundheit

Datum:
Uhrzeit:
Berater:
Telefon:

Struktur Fallvorstellung

1. Formulierung der Frage des Beraters an die Gruppe/an den Supervisor
2. Schilderung der Hauptproblematik und des Ziels des Klienten
3. Basisinformationen (Geschlecht, Alter, Herkunftsland, Besonderheiten)
4. Hintergrundinformationen (soziale und familiäre Situation, Fluchtgeschichte)
5. Besonderheiten in der Biographie (z.B. schwere Erkrankungen, Todesfälle in der Familie, besondere Familienkonstellationen etc.)
6. Individuelle Ressourcen des Klienten
7. Fragen der Gruppe
8. Brainstorming in der Gruppe
9. Festlegung der nächsten Schritte im Beratungsprozess

Fragen als Instrument der Beratung

Fragen zur Erforschung des Befindes des Klienten

- Wann hat dieses Gefühl angefangen?
- Wann hat dieses Symptom angefangen?
- Was ist in dieser Zeit passiert?
- Erzähle mir mehr darüber
- Wie äußert sich das genau?
- Auf einer Skala von 0 bis 10, wie stark ist das Gefühl im Moment? Wie stark ist das Symptom?
- Gibt es Momente, in denen das Symptom/ das Gefühl nicht da ist? Was ist dann anders? Was machst du dann anders?

Fragen zur Erforschung und Veränderung von Gedanken und/oder die Art und Weise wie jemand denkt

- Wie oder was denkst du in dieser bestimmten Situation?
- Ist es sinnvoll, so zu denken? Welche Gefühle lösen Deine Gedanken aus?
- Gibt es eine andere Art und Weise über diese Situation zu denken?
- Welche persönliche Ressourcen können dir helfen, diese Situation zu überstehen?
- Was kann hilfreich für dich sein?

Fragen zur Zielformulierung

- Was möchten Sie heute mit mir besprechen? Was ist Ihr Ziel für das heutige Gespräch?
- Gibt es etwas über das wir nicht sprechen sollen/ über das Sie nicht sprechen wollen?
- Was haben Sie schon gemacht um das Problem zu lösen? Was war hilfreich, was war weniger hilfreich?

Fragen nach Unterschieden und Ausnahmen

Diese Art von Fragen macht Ausnahmen wahrnehmbar und reduziert die Neigung zu Generalisierung.

- Wann sind die Beschwerden weniger, wann mehr?
- Was ist anders, wenn die Beschwerden weniger sind?
- Gibt es Momenten wo das Problem nicht da ist?
- Was ist dann anders?
- Wie können sie dafür sorgen, dass es mehr Momente ohne das Problem gibt?
- Welche persönlichen Stärken und/oder Ressourcen können Sie benutzen?

Hypothetische Fragen

Diese Art von Fragen machen Lösung möglich.

- Wenn ihre Angst weniger würde, was wäre für sie der nächsten Schritt?
- Wie könnten sie Ihre Freude an erhöhen?
- Wenn Sie einen Tag frei von Ihrem Problem hätten, was würden sie gern tun?
- Wie ist es Ihnen gelungen, das (etwas Positives) zu machen?
- Wie haben Sie den Mut gefunden, das zu tun was Sie bis jetzt getan haben?
Was hat Ihnen geholfen?

Zirkulären Fragen:

- Was würde ihre Mutter/ihr Vater/ ihre Frau/ ihr Mann Ihnen raten?
- Was würde Ihr bester Freund/Ihre beste Freundin sagen, was Ihre Stärke sind?
- Welche guten Eigenschaften an Dir würden Deine Freunde nennen?
- Was glauben Sie wäre für ihre Mutter/Vater..etc ein guter Ausgang dieser Beratung?
- Was würden Ihre Mutter/ Ihre Freunde sagen, was Ihre Stärken sind?
- Was möchten Sie heute so behalten, wie es ist? Was soll auf keinem Fall geändert werden? Was soll beibehalten werden?

Skalierung Fragen

Diese Fragen sind hilfreich um Veränderungen anzuzeigen/ um zu sehen wie nahe der Klient sich bereits an seinem Ziel sieht.

- Auf einer Skala von 1 bis 10 (1 sehr schlecht, 10 sehr gut) - wo stehen Sie heute?
- Was brauchen Sie um von ... auf ... zu kommen? (kleine Schritte vorgeben!)
- Was kann ich sie (als Berater) unterstützen, damit sie von ... bis ... kommen?
- Wer kann Sie noch unterstützen?

Fragen um Ressourcen oder Kompetenzfragen

- Welche Probleme haben Sie schon in ihrem Leben gelöst? Was haben Sie dafür getan? Was hat Ihnen dabei geholfen? Was war hilfreich?
- Wie haben Sie das gemacht?
- Wie sind sie bis jetzt mit anderen Leuten/anderen Situationen umgegangen? Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht? Was können Sie daraus für Ihre jetzige Situation nutzen?
- Was können Sie besonders gut? Was macht Ihnen am meisten Spaß?
- Gibt es jemand in ihrem Leben, der Ihnen helfen kann?
- Nennen Sie 5/10 Sachen, die Sie an sich mögen
- Nennen Sie 5/10 Sachen, die Ihnen in Ihrem Leben bis jetzt gut gelungen sind
- Nennen Sie 5/10 Dinge, wofür Sie Anderen dankbar sind

10. Literaturverzeichnis

- Almshmosh, N., Mobayed, M., & Aljendi, M. (2016). Mental health and psychosocial needs of Syrian refugees and the role of Syrian non-governmental organisations. *BJPsych*, 13(4), 81–83.
- ÄRZTE OHNE GRENZEN Deutschland. (2017). Modellprojekt für psychosoziale Hilfe für Asylsuchende in Schweinfurt gestartet. Retrieved from <https://www.aerzte-ohne-grenzen.de/modellprojekt-psychosoziale-hilfe-asylsuchende-deutschland>
- Al-Smadi, A. M., Tawalbeh, L. I., Gammoh, O. S., Ashour, A., Alzoubi, F. A., & Slater, P. (2016). Predictors of coping strategies employed by Iraqi refugees in Jordan. *Clinical nursing research*, 26(5), 592–607.
- American Psychiatric Association (APA). (2001). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-4-TR)* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Anderson, L. P. (1991). Acculturative stress: A theory of relevance to black Americans. *Clinical Psychology Review*, 11(6), 685–702.
- Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta analysis. *Journal of clinical psychology*, 61(4), 461–480.
- Anstiss, H. d., Ziaian, T., Procter, N., Warland, J., & Baghurst, P. (2009). Help-seeking for mental health problems in young refugees: A review of the literature with implications for policy, practice, and research. *Transcultural Psychiatry*, 46(4), 584–607.
- Bajbouj, M., Alabdullah, J., Ahmad, S., Schidem, S., Zellmann, H., Schneider, F., & Heuser, I. (2017). Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland: Erkenntnisse aus der Not- und Entwicklungshilfe. *Der Nervenarzt*, published online.
- Bentley, J. A., Thoburn, J. W., Stewart, D. G., & Boynton, L. D. (2012). Post-migration stress as a moderator between traumatic exposure and self-reported mental health symptoms in a sample of Somali refugees. *Journal of Loss and Trauma*, 17(5), 452–469.
- Bohus, M., & Missmahl, I. (2017). Zur Umsetzung alternativer Behandlungsmodelle für Flüchtlinge in der BRD: Was können – was sollten – wir aus Afghanistan lernen? *Der Nervenarzt*, 88(1), 34–39.
- Böttche, M., Stammel, N., & Knaevelsrud, C. (2016). Psychotherapeutische Versorgung traumatisierter geflüchteter Menschen in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 87(11), 1136–1143.
- Böttche, M., Heeke, C., & Knaevelsrud, C. (2016). Sequenzielle Traumatisierungen, Traumafolgestörungen und psychotherapeutische Behandlungsansätze bei kriegstraumatisierten erwachsenen Flüchtlingen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(5), 621–626.
- Bozorgmehr, K., Nost, S., Thaiss, H. M., & Razum, O. (2016). Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden: Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(5), 545–555.
- Bundesärztekammer. (2017). 120. Deutscher Ärztetag – Beschlussprotokoll. Retrieved from http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/120DaetBeschlussProt_2017-05-26.pdf
- Bundesärztekammer (BÄK), & Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). (2015). Vorschlag der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundesärztekammer zu den Eckpunkten eines Modellprojektes zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge. Retrieved from http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Modellprojekt_Versorgung_psychisch_kranker_Fluechtlinge_BPTK_BAEK.pdf
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF). (2016a). Ein Jahr nach dem „Sommer der Solidarität“ – Was bewegte sich? Ehrenamt in der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten: Zwischen praktischer Unterstützungsarbeit und politischer Verantwortung. Stellungnahme. Retrieved from http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2016/09/BAFF_Ehrenamt-in-der-psychosozialen-Arbeit.pdf
- BundesweiteArbeitsgemeinschaftderpsychosozialenZentrenfürFlüchtlingeundFolteropfer(BAFF).(2016b).Versorgungsbericht: Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. Berlin. Retrieved from Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer website: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2017/02/Versorgungsbericht_3-Auflage_BAfF.pdf
- Bunge, C., Meyer-Nürnberger, M., & Kilian, H. (2006). Gesundheitsfördernde Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund: Sonderauswertung der Projektdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ www.gesundheitliche-chancengleichheit.de. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 49(9), 893–897.
- Busse, A., Plaumann, M., & Walter, U. (2006). Stresstheoretische Modelle. In Kaufmännische Krankenkasse & Medizinische Hochschule Hannover (Eds.), *Weißbuch Prävention 2005/2006: Stress? Ursachen, Erklärungsmodelle und präventive Ansätze* (pp. 63–77). Berlin: Springer.
- Christ, S., Meininghaus, E., & Röing, T. (2015). All Day Waiting: Konflikte in Unterkünften für Geflüchtete in NRW. Retrieved from Bonn International Center for Conversion website: <https://www.bicc.de/publications/publicationpage/publication/all-day-waiting-konflikte-in-unterkuenften-fuer-gefluechtete-in-nrw-697/>
- Colder, C. R. (2001). Life stress, physiological and subjective indexes of negative emotionality, and coping reasons for drinking: Is there evidence for a self-medication model of alcohol use? *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(3), 237–245.

- Colucci, E., Szwarc, J., Minas, H., Paxton, G., & Guerra, C. (2014). The utilisation of mental health services by children and young people from a refugee background: A systematic literature review. *International Journal of Culture and Mental Health*, 7(1), 86–108.
- Crepet, A., Rita, F., Reid, A., van den Boogaard, W., Deiana, P., Quaranta, G., Di Carlo, S. (2017). Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015: a descriptive study of neglected invisible wounds. *Conflict and health*, 11, 1.
- de Jong, K. (2011). *Psychosocial and mental health interventions in areas of mass violence.: A community-based approach* (2.th ed.). Amsterdam: Médecins Sans Frontières. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Kaz_Jong/publication/263198639_Mental_Health_Guidelines_A_handbook_for_implementing_mental_health_programmes_in_areas_of_mass_violence/links/02e7e53b6b95beb6ee000000.pdf
- de Jong, K., Ariti, C., van der Kam, S., Mooren, T., Shanks, L., Pintaldi, G., & Kleber, R. (2016). Monitoring and Evaluating Psychosocial Intervention Outcomes in Humanitarian Aid. *PloS one*, 11(6), e0157474.
- de Jong, K., & Kleber, R. (2003). Early psychosocial interventions for war-affected populations. *Reconstructing early intervention after trauma innovations in the care of survivors*, 184–192.
- Demir, S., Reich, H., & Mewes, R. (2016). Psychologische Erstbetreuung für Asylsuchende: Entwicklung und erste Erfahrungen mit einer Gruppenpsychoedukation für Geflüchtete. *Psychotherapeutenjournal*. (2), 124–131.
- Demir, S. (2015). *Beratung nach Flucht und Migration: Ein Handbuch zur psychologischen Erstbetreuung von Geflüchteten*. Potsdam: WeltTrends.
- Eggerth, D. E., & Flynn, M. A. (2013). Immigration: Implikationen für Stress und Gesundheit. In P. Genkova, T. Ringeisen, & F. T. L. Leong (Eds.), *Handbuch Stress und Kultur* (pp. 343–359). Wiesbaden: Springer.
- Eisen, S. V., Schultz, M. R., Mueller, L. N., Degenhart, C., Clark, J. A., Resnick, S. G., Sadow, D. (2012). Outcome of a randomized study of a mental health peer education and support group in the VA. *Psychiatric services*, 63(12), 1243–1246.
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., & Neuner, F. (2006). Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 12–20.
- Gerlach, C., & Pietrowsky, R. (2012). Trauma und Aufenthaltsstatus: Einfluss eines unsicheren Aufenthaltsstatus auf die Traumasymptomatik bei Flüchtlingen. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 1, 5–19.
- Gerritsen, A., Bramsen, I., Devillé, W., van Willigen, L., Hovens, J., & van der Ploeg, H. (2006). Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in The Netherlands. *European journal of public health*, 16(4), 394–399.
- Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ). (2017). *Psychische Gesundheit und Psychosoziale Unterstützung (MHPSS) im Kontext der Syrien- und Irakkrisen: Orientierungsrahmen für die Entwicklungszusammenarbeit*. Anforderbar bei judith.baessler@giz.de, Leiterin des Regionalvorhabens „Psychosoziale Unterstützung für syrische/irakische Flüchtlinge und Binnenvertriebene.“
- Guruge, S., Thomson, M. S., George, U., & Chaze, F. (2015). Social support, social conflict, and immigrant women's mental health in a Canadian context: a scoping review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(9), 655–667.
- Hooberman, J., Rosenfeld, B., Rasmussen, A., & Keller, A. (2010). Resilience in trauma-exposed refugees: the moderating effect of coping style on resilience variables. *The American journal of orthopsychiatry*, 80(4), 557–563.
- Ikram, U., & Stronks, K. (2016). *Preserving and Improving the Mental Health of Refugees and Asylum Seekers: A Literature Review for the Health Council of the Netherlands*. Amsterdam.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2017). *A Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Retrieved from IASC website: <https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings>
- Jain, S., McLean, C., Adler, E. P., Lindley, S. E., & Ruzek, J. I. (2013). Does the integration of peers into the treatment of adults with posttraumatic stress disorder improve access to mental health care? A literature review and conceptual model. *J Trauma Stress Disor Treat* 2, 3, 2.
- Joksimovic, L., Wöller, W., Happ, M., Tress, W., & Kruse, J. (2011). Gruppentherapeutische Interventionen bei traumatisierten Flüchtlingen. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 47(3), 192–210.
- Kaluza, G. (1996). Belastungsbewältigung und Gesundheit. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 5, 147–155.
- Kaluza, G. (1997). Evaluation von Stressbewältigungstrainings in der primären Prävention–eine Meta-Analyse (quasi-) experimenteller Feldstudien. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 5(3), 149–169.
- Kaluza, G. (2002). Förderung individueller Belastungsverarbeitung: Was leisten Stressbewältigungsprogramme. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2, 195–218.
- Kapsou, M., Panayiotou, G., Kokkinos, C. M., & Demetriou, A. G. (2010). Dimensionality of coping: An empirical contribution to the construct validation of the brief-COPE with a Greek-speaking sample. *Journal of health psychology*, 15(2), 215–229.
- Kizilhan, J. I. (2014). Migration aus psychologischer Perspektive. Retrieved from <http://www.dgvt-fortbildung.de/interaktive-fortbildung/archiv-der-fachartikel/archiv/jan-ilhan-kizilhan-2014-migration-aus-psychologischer-perspektive/>
- Kleefeldt, E., Wolff, B., & Carlo, L. d. (2016). *Flüchtlinge in unserer Praxis: Information für ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen*. Berlin. Retrieved from Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) website: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2016/03/BAFF-Fluechtlinge_in_unserer_Praxis.pdf

- Koll-Krüsmann, M. (2016). Trauma-Awareness und Psychoedukation. Bonn. Retrieved from Deutscher Akademischer Austauschdienst (DAAD) website: <http://www.daad-akademie.de/medien/ida/traumalast.pdf>
- Kraus, M. (2006). Somatisierung im kulturellen Kontext. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Eds.), *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie: Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (pp. 363–376). Berlin: Springer.
- Laban, C. J., Komproe, I. H., Gernaat, H. B., & de Jong, J. T. (2008). The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(7), 507.
- Landesärztekammer (LÄK), & Landespsychotherapeutenkammer (LPTK). (2015). 2. Versorgungsbericht – Ambulante medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten MigrantInnen in Baden-Württemberg. Stuttgart. Retrieved from <http://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/05kammern/10laekbw/20ehrenamt/3oausschuesse/menschenrechte/versorgungsbericht/versorgungsbericht-2015.pdf>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Berlin: Springer.
- Leeies, M., Pagura, J., Sareen, J., & Bolton, J. M. (2010). The use of alcohol and drugs to self-medicate symptoms of posttraumatic stress disorder. *Depression and anxiety*, 27(8), 731–736.
- Lie, B. (2002). A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(6), 415–425.
- Liedl, A., Schäfer, U., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2010). *Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen: Manual für Einzel- und Gruppensetting*. Stuttgart: Schattauer.
- Lueger-Schuster, B. (2009). *Psychosoziale Versorgungssysteme – institutionelle und gesundheitsrechtliche Rahmenbedingungen, Beschaffung von Information: Skriptum zur Vorlesung*. Retrieved from <http://docplayer.org/12538133-Psychosoziale-versorgungssysteme-institutionelle-und-gesundheitsrechtliche-rahmenbedingungen-beschaffung-von-information.html>
- Matheson, K., Jorden, S., & Anisman, H. (2008). Relations between trauma experiences and psychological, physical and neuroendocrine functioning among Somali refugees: mediating role of coping with acculturation stressors. *Journal of immigrant and minority health*, 10(4), 291–304.
- Mohammadzadeh, Z., Jung, F., & Leigemann, M. (2016). Gesundheit für Flüchtlinge – das Bremer Modell. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(5), 561–569.
- MSF Italien. (2016). *Neglected Trauma: Asylum seekers in Italy: An analysis of mental health distress and access to healthcare*. Retrieved from MSF website: <https://www.aerzte-ohne-grenzen.de/sites/germany/files/attachments/2016-neglected-trauma-report.pdf>
- Mühlig, S., & Jacobi, F. (2011). Psychoedukation. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Eds.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (pp. 477–490). Berlin: Springer.
- Mundt, A., Wunsche, P., Heinz, A., & Pross, C. (2011). Traumatherapie in Krisenregionen und Katastrophengebieten – Eine kritische Auseinandersetzung mit standardisierten Interventionsverfahren am Beispiel der Narrativen Expositionstherapie. *Psychiatrische Praxis*, 38(6), 300–305.
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D., & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 399–417.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14(5), 364–388.
- Reimann, S., & Pohl, J. (2006). Stressbewältigung. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Eds.), *Gesundheitspsychologie* (pp. 217–227). Berlin: Springer.
- Renner, W., Banninger-Huber, E., & Peltzer, K. (2011). Culture-Sensitive and Resource Oriented Peer (CROP)-Groups as a community based intervention for trauma survivors: A randomized controlled pilot study with refugees and asylum seekers from Chechnya. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*. (1), 1–13.
- Richter, K., Lehfeld, H., & Niklewski, G. (2015). Warten auf Asyl: Psychiatrische Diagnosen in der zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern. *Das Gesundheitswesen*, 77(11), 834–838.
- Ringeisen, T. (2013). Stressbewältigung im Kulturvergleich. In P. Genkova, T. Ringeisen, & F. T. L. Leong (Eds.), *Handbuch Stress und Kultur* (pp. 255–278). Wiesbaden: Springer.
- Rohloff, H. G., Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2014). Somatization in refugees: a review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(11), 1793–1804.
- Ruf, M., Schauer, M., & Elbert, T. (2010). Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(3), 151–160.
- Sachs, E., Rosenfeld, B., Lhewa, D., Rasmussen, A., & Keller, A. (2008). Entering exile: Trauma, mental health, and coping among Tibetan refugees arriving in Dharamsala, India. *Journal of traumatic stress*, 21(2), 199–208.
- Salem-Pickartz, J. (2007). Peer counsellors training with refugees from Iraq: a Jordanian case study. *Intervention*, 5(3), 232–243.
- Salman, R., & Weyers, S. (2010). MiMi Project – With Migrants for Migrants. In WHO Regional Office for Europe (WHO) (Ed.), *Poverty and social exclusion in the European Region. Health systems respond* (pp. 52–63). Copenhagen.

- Schneider, F., Bajbouj, M., & Heinz, A. (2017). Psychische Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland: Modell für ein gestuftes Vorgehen. *Der Nervenarzt*, 88(1), 10–17.
- Schouler-Ocak, M., Kurmeyer, C., Jesuthasan, J., Abels, I., Sönmez, E., Oertelt-Prigione, S., Richter, K. (2017). Study on Female Refugees: Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland. Retrieved from Charité Berlin website: https://female-refugee-study.charite.de/index.php?id=30230121&type=0&jumpurl=fileadmin%2Fuser_upload%2Fmicrosites%2Fsonstige%2Fmentoring%2FAbschlussbericht_Final_-1.pdf&juSecure=1&mimeType=application%2Fpdf&locationData=30230121%3Asys_file_metadata%3A30241895&juHash=1bb7720e95803b2be0fcb7414ae70ec266d7a3b9
- Shanks, L., Ariti, C., Siddiqui, M. R., Pintaldi, G., Venis, S., de Jong, K., & Denault, M. (2013). Counselling in humanitarian settings: A retrospective analysis of 18 individual-focused non-specialised counselling programmes. *Conflict and health*, 7(1), 19.
- Snyder, C. R. (2001). *Coping with stress: Effective people and processes*: Oxford University Press.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 302(5), 537–549.
- Stewart, E. (2005). Exploring the vulnerability of asylum seekers in the UK. *Population, Space and Place*, 11(6), 499–512.
- Strentz, T., & Auerbach, S. M. (1988). Adjustment to the stress of simulated captivity: Effects of emotion-focused versus problem-focused preparation on hostages differing in locus of control. *Journal of personality and social psychology*, 55(4), 652.
- Tempamy, M. (2009). What research tells us about the mental health and psychosocial wellbeing of Sudanese refugees: A literature review. *Transcultural Psychiatry*, 46(2), 300–315.
- Tinghög, P., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Malm, A., & Saboonchi, F. (2016). Newly resettled refugees and asylum seekers in Sweden: A study of mental ill health, trauma and living conditions. The Swedish Red Cross University College's report series. (1).
- Tokem, Y., Ozcelik, H., & Cicik, A. (2015). Examination of the relationship between hopelessness levels and coping strategies among the family caregivers of patients with cancer. *Cancer nursing*, 38(4), E28–E34.
- Tol, W. A., Barbui, C., Bisson, J., Cohen, J., Hijazi, Z., Jones, van Ommeren, M. (2014). WHO guidelines for management of acute stress, PTSD, and bereavement: key challenges on the road ahead. *PLoS medicine*, 11(12), e1001769.
- Ulusoy, N., & Grässel, E. (2010). Türkische Migranten in Deutschland. Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege – ein Überblick. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(5), 330–338.
- Vervliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E., & Derluyn, I. (2014). Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European child & adolescent psychiatry*, 23(5), 337–346.
- Walker, G., & Bryant, W. (2013). Peer support in adult mental health services: A metasynthesis of qualitative findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(1), 28–34.
- Wells, R., Steel, Z., Abo-Hilal, M., Hassan, A. H., & Lawsin, C. (2016). Psychosocial concerns reported by Syrian refugees living in Jordan: systematic review of unpublished needs assessments. *The British journal of psychiatry*, 209(2), 99–106.
- WHO. (2016a). Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. Genf: WHO.
- WHO. (2016b). Mental health: strengthening our response: Fact Sheet. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- Wöller, W. (2016). Trauma-informierte Peer-Beratung in der Versorgung von Flüchtlingen mit Traumafolgestörungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 66(9–10), 349–355.



Mein Baum der Ressourcen –
 Zeichnung eines 37-jährigen afghanischen Mannes, entstanden im Rahmen des Gruppenprogramms Modul III, EAE Schweinfurt