

Positionspapier

Lots*innen, Peers und Laienhelfer*innen: (Neue) Unterstützungskonzepte in der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten

Der „Sommer der Migration“ ist nun bereits drei Jahre her und brachte viele Diskussionen um den Schutz und die Aufnahme von Geflüchteten mit sich. Viele Menschen verharren seit Jahren in einem Dauerzustand des Wartens und in der Politik stellen sich zunehmend Fragen einer möglichst schnellen Integration. Dabei wird oftmals vergessen, dass vor allem die psychische Gesundheit eine der Voraussetzungen dafür ist, das eigene Leben in die Hand zu nehmen und sich zu integrieren.

Ausgangspunkt: Psychische Belastungen bei Geflüchteten

Selbst wenn die Flucht geglückt ist, vielleicht sogar schon bereits ein Aufenthaltstitel vergeben wurde, ist nicht immer alles gut. Belastungen aufgrund traumatischer Erlebnisse im Herkunftsland, während und nach der Flucht können die Integration erschweren bzw. behindern. Sogenannte Postmigrationsstressoren, also Belastungssituationen aufgrund schlechter Unterbringungssituationen ohne Privatsphäre, Probleme beim Familiennachzug, das Fehlen einer adäquaten gesundheitlichen Versorgung, können u.a. insbesondere die psychische Situation bei Geflüchteten deutlich verschlechtern. Der Zustand des Wartens auf eine geeignete Wohnmöglichkeit, den Besuch eines Sprachkurses, die Aufnahme einer Arbeit oder Ausbildung sowie notwendige Behandlung für gesundheitliche Belastungen und Schwierigkeiten trägt oftmals zu Gefühlen der Passivität und Ohnmacht bei.

Nicht jede geflüchtete Person ist von Traumafolgestörungen betroffen – jedoch der Großteil von Postmigrationsstressoren. Traumafolgestörungen treten bei mindestens 33-40%¹ der Geflüchteten auf. Nicht alle ankommenden Geflüchteten benötigen eine Therapie. Heilungsprozesse vollziehen sich bei einigen Menschen auch ohne professionelle Hilfe, beispielsweise durch Unterstützung und Stabilisierung im sozialen, kulturellen oder religiösen Kontext. Andere benötigen jedoch eine fachliche Unterstützung in Form psychosozialer Hilfen oder psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlung.

Handlungsbedarf: Defizite in der psychosozialen Versorgung

Allerdings mangelt es häufig an Kapazitäten, es bestehen Barrieren für Geflüchtete im Zugang zu einer psychosozialen bzw. psychotherapeutischen Versorgung und nur ein Bruchteil der Betroffenen kann eine bedarfsgerechte Beratung und Behandlung in Anspruch nehmen². Diese Situation ist leider nicht neu – schon vor 2015 waren Wartezeiten auf einen Therapieplatz lang und die Regelversorgung nicht auf die komplexen Bedarfe der Geflüchteten eingestellt. Die Psychosozialen

¹ Lindert, J., Ehrenstein, O. S. von, Wehrwein, A., Brähler, E., & Schäfer, I. (2018). Angst, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen bei Flüchtlingen – eine Bestandsaufnahme. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 68(01), 22–29.

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: The Journal of the American Medical Association*, 302(5), 537–549.

² vgl. Versorgungsberichte der BAfF e.V.: <http://www.baff-zentren.org/veroeffentlichungen-der-baff/versorgungsberichte-der-baff/>
Bozorgmehr, K., Nöst, S., Thaïss, H. M., & Razum, O. (2016). Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden: Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(5), 545–555.

Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer bieten seit Ende der 1970er Jahre spezialisierte multiprofessionelle Beratung und Behandlung für Geflüchtete in Deutschland an, unabhängig von Aufenthaltsstatus, Herkunftsland und Bleibeperspektive. Doch die Nachfrage hilfesuchender Klient*innen übersteigt die Kapazitäten dieser Einrichtungen um ein Vielfaches. Der Bedarf ist in den letzten Jahren weiter gestiegen.

Aus der Praxis wird auch deutlich, dass der Bedarf oftmals erst später zutage kommt, was auch damit zusammenhängt, dass viele der Betroffenen erst nach einer längeren Zeit des Ankommens und der Orientierung, Kapazitäten frei haben, sich ihrer psychischen Belastungen anzunehmen und eine geeignete Behandlung zu suchen. Auch wenn die Zahlen der Ankommenden zurückgehen, haben die Personen, die hier sind, einen Anspruch auf eine adäquate Gesundheitsversorgung.

Geflüchtete finden jedoch noch immer nur schwer Zugang zum Gesundheitssystem, im Bereich der psychosozialen Versorgung u.a. aufgrund hoher struktureller Hürden. Angebote, die auf die komplexe Problemlage und die speziellen Zugangsbarrieren der Betroffenen eingehen, wurden vom herkömmlichen Gesundheitssystem bislang nur sehr zögerlich entwickelt. Es ist trotz europäischer Vorgaben³ nicht gelungen, eine flächendeckende, bundesweit einheitliche Früherkennung von psychischer Belastung und damit einer Feststellung der besonderen Schutzbedürftigkeit der Betroffenen zu etablieren⁴. Für die Behandlung der Geflüchteten fehlen muttersprachliche Personen und v.a. Lösungen zur Übernahme von Dolmetscherkosten für Beratung und Behandlung. Nach wie vor bestehen Berührungängste gegenüber Geflüchteten als Patient*innengruppe; diversitätssensible Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten sind im Gesundheitssystem immer noch eine Besonderheit und nicht der Standard.

Aktuelle Entwicklungen: Laienhilfe- und Peer-Konzepte zur Unterstützung psychisch belasteter Geflüchteter

Aus einem gewissen Handlungsdruck heraus haben seit 2015 verschiedene Akteur*innen Lösungen vorgeschlagen, um auf diesen Bedarf möglichst schnell zu reagieren. Vielen dieser Lösungsansätze ist der Einsatz von Laien gemein, die psychisch belastete Menschen unterstützen sollen. Hintergrund dieser Ansätze ist die Prämisse, dass eine Versorgung durch das Regelsystem nicht (ausreichend) möglich sei – aus Kapazitätsgründen, um der Sprachbarriere ohne den Umweg von Dolmetscher*innen zu begegnen oder begründet mit einer (sozio)kulturellen Distanz der Anbieter in der Regelversorgung zur Patient*innengruppe der Geflüchteten. So forderte u.a. die Bundesärztekammer (2017), dass „wo das Regelsystem überlastet [sei], innovative Ansätze zur gesundheitlichen Versorgung von Migranten eingesetzt und wissenschaftlich begleitet werden

³ Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung)

⁴ Hager, N., & Baron, J. (2017). Eine Frage von Glück und Zufall – Zu den Verfahrensgarantien für psychisch Kranke oder Traumatisierte im Asylverfahren. Beratung und Rechtsschutz im Asylverfahren. Beilage zum *Asylmagazin*, 2017(7-8), 17-26.

[sollten], um Erkenntnisse über deren Ausbau und Aufnahme in die Regelversorgung zu gewinnen“⁵. Ziel sei es, Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen zu entlasten – vor dem Hintergrund, dass die Ressourcen psychotraumatologisch erfahrener Psychotherapeut*innen nicht effektiver genutzt werden könnten⁶.

Bei einem „Blick über den Tellerrand“ wurden Erfahrungen herangezogen, die im globalen Süden mit Peers⁷ im Rahmen der sogenannten *psychologischen Ersten Hilfe*⁸ oder mit *Multi-layered support*⁹ gemacht wurden¹⁰. Auch in Deutschland sind Peer-Ansätze aus anderen Bewegungen bekannt, wie die der ursprünglichen Idee von Selbsthilfegruppen als sog. „grass-roots movement“ mit einer politisch-gesellschaftskritischen und emanzipatorischen Ausrichtung¹¹. Oder auch das Einbeziehen von Psychiatrie-/Therapie-Erfahrenen in die Behandlung anderer Patient*innen (*Experienced-Involvement, Ex-In*). Diese Ansätze sind aus einer kritischen Systemperspektive heraus entstanden und waren partizipatorisch konzipiert, aber immer ergänzend und nicht ersetzend zu den Regelstrukturen gedacht.

Im Bereich der Integration gibt es ähnliche Projekte, wie das der *Stadtteilmütter*, die als Personen mit eigener Migrationserfahrung als Multiplikator*innen anderen Personen durch ein niedrigschwelliges Angebot bei Fragen zu den Themen Erziehung, Bildung und Gesundheit unterstützen¹². In diesen Kontexten ist die Rede von „Peer Support“ oder „Peer Counseling“. Diese Ansätze beruhen darauf, dass nicht alle Betroffenen eine professionelle Psychotherapie benötigen und Unterstützung auch – teilweise – durch Laien durchgeführt werden kann: das Schaffen günstiger Kontextbedingungen, stabilisierende Maßnahmen, Befähigung und Wissen kann zu einer gesundheitlichen Verbesserung führen.

Auch für die Zielgruppe der Geflüchteten wurden solche Ansätze in unterschiedlicher Form herangezogen. Mehrsprachig kompetente Peers oder Laien, die eventuell selbst Fluchterfahrungen gemacht haben, werden in Programmen zur Unterstützung von Geflüchteten geschult. Ebenso wurden Programme auch für Laien entwickelt, die selbst nicht zur Gruppe der Peers bzw. *der Community* zählen - was auch immer darunterfällt - und keine Mehrsprachigkeit aufweisen.

⁵ Bundesärztekammer. (2017). 120. Deutscher Ärztetag - Beschlussprotokoll. Seite 129. Abgerufen von http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/120DaetBeschlussProt_2017-05-26.pdf

⁶ Wöller, W. (2016). Trauma-informierte Peer-Beratung in der Versorgung von Flüchtlingen mit Traumafolgestörungen. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 66(09/10), 349–355.

⁷ Peer (engl.) bedeutet so viel wie „gleichrangig“. Peer-Beratung bezeichnet die Beratung durch Menschen mit denselben einschränkenden Lebenserfahrungen wie der Beratene.

⁸ UNHCR (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. Abgerufen von http://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/

⁹ Inter-Agency Standing Committee (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial support in Emergency settings*. Abgerufen von http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf

¹⁰ Kritische Positionierung aus dem Jahr 2000 zur „Schnellen Einsatzgreiftruppe Seele“ von medico international: von https://www.medico.de/download/mi_report-20-scan.pdf

¹¹ Kritische Reflexion der Selbsthilfebewegung in Ingenkamp, K. (2015). Zur Konstruktion psychischer Erkrankungen durch die Förderung seelischer Gesundheit am Beispiel der Selbsthilfegruppen. In R. Anhorn & M. Balzereit, *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit* (1. Aufl. 2016, S. 781–802). Wiesbaden: Springer VS.

¹² mehr Informationen: <https://www.buergergesellschaft.de/praxishilfen/sozialraumorientierte-interkulturelle-arbeit/beispiele-gelingender-praxis/stadtteilmuetter/>

Bei Ansätzen, die sich bewährt haben, existieren bestimmte Rahmenbedingungen, welche den Tätigkeits- und Einsatzbereich von Peers klar umgrenzen. Darunter zählt, dass Peers beispielsweise nur gering bis mittelgradig psychisch belastete Personen in den Unterkünften aufsuchen, diese informieren und eine Unterstützung sein sollen und damit das Ankommen erleichtern. Durch eine Qualifizierung, die solche Programme beinhalten, soll es Laien möglich sein, psychische Belastung zu erkennen, frühzeitige niedrigschwellige stabilisierende und ressourcenorientierte Angebote durchzuführen und die Betroffenen nach Bedarf in professionelle Hilfen zu vermitteln. Durch das Unterstützungsangebot sollen akute Stresssituationen bewältigt und Chronifizierungen der psychischen Belastungen verringert werden. Betroffene sollen sich so besser (im Gesundheitssystem) orientieren und integrieren können. Durch die Ansprache in der Muttersprache und möglicherweise die Nähe durch Ähnlichkeiten im soziokulturellen Kontext oder biographischen Erfahrungen, kann nach Argumentation der Anbietenden adäquat auf die meist komplexen Bedarfe der Personen eingegangen und Barrieren im Zugang zur Regelversorgung abgebaut werden. Schwer belastete Personen sollen durch sie nur identifiziert werden und in das Regelsystem vermittelt werden.

Inzwischen ist ein unübersichtlicher Markt an psychosozialen Laien- bzw. Peer-Programmen für Geflüchtete in Deutschland entstanden, der im Folgenden analysiert werden soll:

Systematisierung der Laienhilfe- und Peer-Programme

Bei einer Systematisierung der bestehenden Programme fällt auf, dass unterschiedliche Einsatzbereiche bzw. unterschiedliche Zeitpunkte der Tätigkeit für Laienhelfer*innen zu sehen sind, die mit einer Kategorisierung der Peer-Aktivitäten nach Jain et al. (2014)¹³ übereinstimmen:

1. Es bestehen zum einen Programme, die Laien dazu anleiten, belastete Personen (meist vor Ort in den Unterkünften) zu identifizieren und diese dann möglichst schnell in bestehende Beratungs- und Behandlungsstrukturen zu „lotsen“ und die vor allem durch Wissen über Abläufe und Anlaufstellen des Gesundheitssystems Bescheid wissen¹⁴.
2. Des Weiteren gibt es Peer-Aktivitäten, die die reine „Wegweiserfunktion“ überschreiten und das psychosoziale Angebot ergänzen¹⁵. Sie werden unterschiedlich bezeichnet, u.a. als Laienhelfer*innen, paraprofessionelle Helfer*innen, psychosoziale Peer-Berater*innen, Trauma-informierte Peer-Berater*innen o.ä. Je nach Programm wird Psychoedukation, Stabilisierung und Ressourcenaktivierung durchgeführt, vereinzelt existieren auch Ansätze, die weiterführende psychotherapeutische Elemente in die Arbeit der Peers integrieren.

¹³ Jain, S., McLean, C., Adler, E. P., Lindley, S. E., Ruzek, J. I., & Rosen, C. S. (2014). 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. *Traumatic Stress Disorders & Treatment*, 2013.

¹⁴ z.B. Projekt in Berlin: <https://www.khsb-berlin.de/weiterbildung/zertifikatskurse/gesundheitslotsen/> oder ein Projekt in Frankfurt a.M.: http://www.gesunde-staedte-projekt.frankfurt.de/KOGI/Konzept_KoGi-Fluechtlingsmodul2016_2017.pdf

¹⁵ z.B. In2Balance in Düsseldorf: <http://www.laienhelferprojekt-nrw.de/die-laienhelfer/> oder das Modellprojekt von Ärzte ohne Grenzen in Schweinfurt: <https://www.aerzte-ohne-grenzen.de/modellprojekt-psychoziale-hilfe-asylsuchende-deutschland>

Unterschiede gibt es hierbei bei der Einbindung in das Netz aus professionellen Hilfen (der Regelversorgung).

3. Ein dritter Bereich des Einsatzes von sogenannten Peers beinhaltet eine Art Prozessbegleitung (Unterstützung im Alltag, bei Behördengängen oder Wohnungssuche) und Stabilisierungsarbeit von geflüchteten Patient*innen mit Traumafolgestörungen, die bereits in Therapie sind¹⁶, d.h., nicht als Ersatz für eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung konzipiert sind.

Gemeinsam haben alle drei Einsatzbereiche die notwendige Voraussetzung einer Ausbildung, die der Qualitätssicherung dienen soll. Zusätzlich werden sie meist begleitet durch das Angebot einer Supervision durch Psychotherapeut*innen.

Bewertung der Laienhilfe- und Peer-Programme

Rahmenbedingungen (Qualifizierung, Koordinierung, Supervision, Netzwerk, ...) werden jedoch in einer sehr unterschiedlichen Weise ausgefüllt. Es gibt Programme, die eine prozessorientierte Qualifizierung mit z.B. acht Modulen beinhalten und bedarfsorientiert und in hoher Frequenz supervisorisch begleiten. Auf der anderen Seite gibt es jedoch auch Programme, die Laien innerhalb von zwei Tagen zu dieser Tätigkeit „befähigen“ wollen.

Es wird im Folgenden dargelegt, welche Gefahren diese Programme bergen und welche Konsequenzen aus den Erfahrungen der Praxis (der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer) zu berichten sind:

Generalisierung von Sprache, Kultur und Community

Der Einsatz von Laienhelfenden im psychosozialen Setting wird oftmals damit legitimiert, dass die Laienhelfer*innen über ein gutes Verständnis der Sprache, der Kultur und der Umgangsformen verfügen, ihr Gegenüber somit besser verstehen, Stigmatisierungseffekte verringern und damit zu besseren Möglichkeiten führen, auf psychische Problemlagen zu reagieren.

Grundsätzlich ist es sehr hilfreich, eine gemeinsame Sprache zu sprechen, ebenso wie ein gegenseitiges Verstehen durch scheinbare (kulturelle) Nähe. Eine einfache Generalisierung und ein Heranziehen von Laienhelfer*innen aus diesen Gründen ist jedoch nicht unmittelbar bedarfsgerecht: Die sprachliche Verständigung ist nicht unmittelbar bei der gleichen Herkunftsregion gewährleistet. Das gleiche Herkunftsland ist auch kein Garant für die gleiche Kultur im Sinne einer gleichen Auffassung davon, wie bspw. Mann und Frau einander gegenüberstehen, wie Kinder zu erziehen sind, welche politischen Parteien oder Strömungen unterstützenswert sind. Angehörige einer Herkunftsregion und der gleichen Religion können im Gegenteil sehr unterschiedliche Auffassungen vertreten. Kultur kann nicht als einheitliches, unveränderbares Etwas verstanden werden, das sich auf eine Nation oder Religion bezieht, denn die Identität einer

¹⁶ z.B. Mentorenprogramm von Xenion in Berlin: <http://www.xenion.org/angebote/mentorenprogramm/>

Person entwickelt sich vielmehr durch unterschiedlichste Erfahrungen, die sie in ihrem Leben macht. Zudem ist festzuhalten, dass es sich bei den Ankommenen um eine sehr heterogene Gruppe handelt – es gibt nicht *die* Community. Hilfreich sind daher Konzepte, die Diversity-Merkmale wie Geschlecht, Gender, Alter, Milieu, politische und religiöse Gruppenzugehörigkeiten, Sprache, etc. mitberücksichtigen und nicht nur auf die nationale Herkunft fokussieren¹⁷.

Rollenkonfusionen und Abgrenzungsschwierigkeiten

*Abgrenzung zu Sprach- und Kulturmittler*innen*

Die Praxis zeigt, dass Laienhelfer*innen aufgrund ihrer Mehrsprachigkeit häufig auch z.B. bei Vermittlungen ins Regelversorgungssystem als „Sprachmittler*innen“ fungieren. Es kommt so zu Rollenkonfusionen: Die helfende Person muss in einigen Situationen beratend und informierend tätig werden, in anderen Situationen hingegen möglichst neutral übermitteln. Laienhelfer*innen werden als eine Art „Multifunktionswerkzeug“ angefragt und herangezogen, die Grenzen ihrer Arbeit verwischen somit. Es ist bedeutsam, dass Laien die Grenzen der Tätigkeit mit allen Beteiligten klären und somit ihrem Auftrag nachkommen und ihre Grenzen auch wahren können. Es besteht ein breiter Konsens zur Rolle sowie zu den Zuständigkeiten eines Sprach- und Kulturmittlers¹⁸. Die Vermischung von Rollen birgt die Gefahr von Konflikten, Überforderung und auch Enttäuschung des Gegenübers. Eine regelmäßige Supervision ist hilfreich, um derartige Konflikte oder Spannungsverhältnisse zu bewältigen.

*Abgrenzung zu Sozialarbeiter*innen*

Auch zum Berufsbild der Sozialarbeitenden müssen Grenzen klar gezogen werden. Sozialarbeitende in der Flüchtlingshilfe leisten eine enorme Querschnittsaufgabe, da sie asyl-, aufenthalts- und sozialrechtliche Beratung, psychosoziale Unterstützung und ein traumasensibles Verständnis aufweisen müssen. Geflüchtete haben oftmals konkrete Bedürfnisse und Wünsche, die nicht vordergründig die Gesundheitssituation betreffen. Dies wird auch aus der Praxis der Peer-Programme berichtet¹⁹. So kommen sie mit Anliegen bei schwierigen Unterbringungsbedingungen oder dem Wunsch nach Verlegung in andere Unterkünfte, bei Fragen zum Asylverfahren, bei Problemen mit unverständlichen Briefen, im Zugang zu Sprachkursen usw. Es geht dabei meist um konkrete Schritte der Unterstützung, z.B. in der Formulierung einer Beschwerde oder bei der Suche z.B. nach Rechtsanwält*innen.

Für diese Anliegen gibt es in den Unterkünften Sozialarbeiter*innen. Sie sind für derartige Fragen und Bedarfe ausgebildet und verfügen über die entsprechende Expertise, diese einzuordnen, ihre Dringlichkeit zu bewerten, die richtigen Informationen zu geben und ggf. an andere Fachstellen

¹⁷ Keuk, E. van, Ghaderi, C., Joksimovic, L., & David, D. M. (2010). Diversity: Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern. Stuttgart: Kohlhammer W., GmbH.

¹⁸ Schriefers, S., & Hadzic, E. (Hrsg.). (2018). Sprachmittlung in Psychotherapie und Beratung mit geflüchteten Menschen. Wege zur transkulturellen Verständigung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

¹⁹ Wolf, V., & van Keuk, E. (2018). Nach der Flucht das Gleichgewicht wiederfinden. Erfahrungen aus dem Düsseldorfer Modellprojekt „In2Balance – Laienhilfe für Geflüchtete zur psychischen Stabilisierung“. *Ärztliche Psychotherapie*, 13(2), 105.

weiterzuvermitteln. Der Betreuungsschlüssel ist jedoch oft deutlich unzureichenden (meist 1:200)²⁰, weshalb die Sozialarbeiter*innen nicht jeder Person gerecht werden können und oftmals v.a. für organisatorische Fragen zuständig sind.

Damit scheinen neue Berufsbilder wie sog. Laienhelfer*innen auf den ersten Blick die Rolle einer*s Sozialarbeiters*in zu erfüllen. So wird z.B. die frühzeitige Erkennung von belasteten Personen als ein Arbeitsfeld der Laienhelfer*innen beschrieben. Der rechtliche Anteil des sozialarbeiterischen Profils fällt bei den Laienhelfer*innen weg, es wird vor allem psychische Stabilisierung geleistet, indem Tagesstrukturen erarbeitet und Ressourcenübungen durchgeführt werden. In der Praxis kommen die Betroffenen mit all ihren komplexen Anliegen zu den Laienhelfer*innen, was es ihnen schwer macht, ihre Rolle und Tätigkeit als Laienhelfer*in für eine ausschließlich „psychische“ Stabilisierung zu wahren²¹. Oftmals sind Themen, wie z.B. die eigene Familie nach Deutschland nachzuholen, drängender, als alle anderen Belastungen. Einige Programme denken diese psychosozialen Kontextbedingungen und Postmigrationsstressoren nicht in adäquatem Ausmaß mit. Eine Hilfe zur Bewältigung der Symptome von Traumafolgestörungen im luftleeren Raum ist nicht hilfreich. Eine Qualifizierung der Laien hinsichtlich der Belastungssituationen und der Anliegen der Klient*innen sowie die Vermittlung von Netzwerkwissen ist unabdingbar, damit die Personen mit spezifischen Fragen zu Aufenthalt und Asyl z.B. an bestimmte Beratungsstellen weitervermittelt werden können. Die Laienhelfer*innen und Gesundheitslots*innen übernehmen damit in der Praxis oftmals eine zu weitreichende Lots*innenfunktion, der sie nicht gerecht werden können. Hier besteht die Gefahr, dass eine sachgerechte Beratung durch rechtlich und/oder klinisch qualifizierte Fachkräfte ausbleibt. Um dem entgegenzuwirken, muss eine enge Kooperation mit Sozialarbeitenden bestehen und es müssen gemeinsam die jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche reflektiert werden. Es braucht eine klare Grenzziehung zwischen professioneller und peergestützter Begleitung. Peers können als Ergänzung der multiperspektivischen psychosozialen Unterstützung hilfreich sein, dürfen jedoch nicht als Ersatz für qualifizierte, aber quantitativ nicht ausreichende Unterstützungsstrukturen dienen.

Als ausgebildete*r Sozialarbeiter*in ist man immer wieder mit der Frage konfrontiert, ob man Menschen beim Aushalten schwieriger Bedingungen unterstützen kann, wenn es gerade nicht möglich ist, diese zu verändern. Hier besteht bei Laienhelfer*innen die Gefahr, dass aus dieser Herausforderung der Sozialen Arbeit schnell eine Überforderung und Ohnmacht entsteht, mit der die Personen umgehen müssen.

Unabhängig von einer klaren Rollenklärung müssen vor allem bestehende strukturelle Mängel in Form einer Verbesserung von Arbeitsbedingungen für die Soziale Arbeit geschaffen werden, die

²⁰ Professionelle Standards der Sozialen Arbeit werden im Positionspapier „Soziale Arbeit mit Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften“ formuliert:

https://www.fluechtlingssozialarbeit.de/Positionspapier_Soziale_Arbeit_mit_Gefl%C3%BChteten.pdf

²¹ Wolf, V., & van Keuk, E. (2018). Nach der Flucht das Gleichgewicht wiederfinden. Erfahrungen aus dem Düsseldorfer Modellprojekt „In2Balance – Laienhilfe für Geflüchtete zur psychischen Stabilisierung“. *Ärztliche Psychotherapie*, 13(2), 103–108. Seite 105.

einen bedarfsgerechten Betreuungsschlüssel²² ermöglichen, was unmittelbar den Klient*innen und ihren Familienangehörigen sowie den Unterkünften zugutekommt.

*Abgrenzung zu Psychotherapeut*innen*

Auch zur Rolle der Psychotherapeut*in muss eine sehr klare Abgrenzung erfolgen, wenn über Laienhelfer*innen gesprochen wird. Psychische Belastungen sind für die davon betroffenen Menschen kein einfaches Thema. Es bedarf einer Vertrauensbasis und es muss hierfür Beziehungsarbeit geleistet werden, damit darüber gesprochen werden kann. Die Auseinandersetzung zu psychischen Belastungen und ihrer Bewältigung im Kontext der Laienhilfe birgt die Gefahr, dass aus dem Wunsch oder der Not dem Gegenüber helfen und unterstützen zu wollen, eine quasi-therapeutische Unterstützung oder Beziehung angeboten wird. „Laientraumatherapien“ verbieten sich nach ethischen und professionellen Standards, da sie zahlreiche Risiken bergen:

Viele Menschen, die unter Traumafolgestörungen leiden, haben Schwierigkeiten ihre Gefühle zu regulieren. Sie neigen zu Impulsdurchbrüchen, dissoziativen Symptomen, Substanzmissbrauch, Selbstverletzungen oder Suizidalität, was professionell abgeklärt und in der Behandlungsplanung berücksichtigt werden muss. Genauso, wie man einen chirurgischen Eingriff aus guten Gründen nicht von Laien durchführen lassen würde, ist auch für die Behandlung psychischer Erkrankungen eine entsprechende Ausbildung in wissenschaftlich anerkannten Therapieverfahren notwendig. Für die Behandlung psychischer Störungen bedarf es einer Expertise, die sich auf entsprechende Ausbildungen in wissenschaftlich anerkannten Therapieverfahren gründet. Ebenso ist die therapeutische Vorgehensweise bei der Behandlung von Traumafolgestörungen, wie beispielsweise der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), durch Leitlinien vorgegeben: Demnach soll Patient*innen mit PTBS eine Psychotherapie angeboten werden. Andere, z.B. medikamentöse oder niedrigschwellig begleitende Ansätze können begleitend eingesetzt werden und müssen dann in einem Gesamtbehandlungsplan berücksichtigt werden – sie ersetzen jedoch keinesfalls die Psychotherapie.

Es gibt klar geregelte und festgelegte berufliche Standards für Psychotherapien, die Laienhelfer*innen ohne entsprechende therapeutische Ausbildung nicht erfüllen. Eine Therapie durch Laiterapeut*innen stellt somit nicht nur eine Gefährdung für Geflüchtete dar, sondern diskreditiert sie und ihr Befinden durch eine zweitklassige Versorgung. Daher müssen alle Maßnahmen nach dem Do-no-harm-Prinzip²³ geprüft werden und mögliche unerwünschte Effekte, wie z.B. eine unkontrollierte Überflutung durch Reaktualisierung der traumatischen Erfahrung und Grenzverletzungen vermieden werden.

²² Nach wie vor gibt es keinen verbindlichen Stellenschlüssel, das Positionspapier „Soziale Arbeit mit Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften“ propagiert in der Arbeit mit Erwachsenen einen Personalschlüssel von 1:50, in der Unterstützung besonders schutzbedürftiger Personen von 1:20 und von Kindern 1:10 als Mindeststandard.

²³ Anderson, M. B. (1999). *Do No Harm: How Aid Can Support Peace - Or War*. Boulder, Colo: Lynne Rienner Publ.

Das heißt nicht, dass nicht-professionelle Unterstützer*innen nicht einen wertvollen Beitrag zur Stabilisierung leisten können – im Gegenteil: Die neu geschaffenen Unterstützungsangebote können einen niedrigschwelligen Zugang schaffen und in Beratung und Hilfe „lotsen“ und auf diesem Weg stabilisierend und informierend das Ankommen erleichtern. Es braucht jedoch eine klare Bestimmung der Rollen, Verantwortlichkeiten und Grenzen im Helfer*innensystem.

Inzwischen vertreten einige Akteur*innen die Position, dass aus strukturellen und Kostengründen eine bedarfsgerechte Versorgung von Geflüchteten nicht möglich sei und daher schnelle Hilfen mit geringerer Behandlungstiefe nötig seien²⁴. Werden Laienhilfeprojekte v.a. zur Kompensation dieser Versorgungsdefizite konzipiert, dann besteht die Gefahr, dass hier ein systemischer Mangel verwaltet wird, statt ihn auf struktureller Ebene zu beseitigen – obwohl auch Geflüchtete einen menschenrechtlich geschützten Anspruch auf gesundheitliche Versorgung haben, der ihnen gewährt werden muss.

Während eine „Light-Version“ der Traumatherapie für Geflüchtete vielerorts als vielversprechendes Konzept vermarktet wird, ist kaum vorstellbar, welche Resonanz man erhalten würde, schließe man dergleichen für „deutsche“ Patient*innen vor. Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung muss für alle Menschen gleich gewährleistet werden. Es ist fachlich und medizinethisch nicht begründbar, bei der gesundheitlichen Versorgung verschiedener Patient*innen-Gruppen mit zweierlei Maß über die Versorgungstiefe bzw. den Versorgungsumfang zu entscheiden. Auch für Geflüchtete gelten die medizinethischen Prinzipien der Schadensvermeidung und der Fürsorge.

Qualifizierung wohin?

Als herausfordernd wird in der Praxis die Auswahl der Laienhelfer*innen beschrieben. Nicht allein eine Form von Betroffenheit (Sprache, Fluchthintergrund, ähnliche Sozialisation, ...) sollte als einzige Voraussetzung zur Qualifikation und zum Einsatz der Personen gelten. In der Mehrzahl der Programme werden Menschen akquiriert, die bereits im sozialen gesundheitlichen oder beraterischen Bereich tätig waren. Es muss bei der Akquise ebenfalls die psychische Stabilität und die Fähigkeit zur Abgrenzung der Bewerber*innen eingeschätzt werden, denn es ist für viele Geflüchtete belastend, sich vor dem Hintergrund der eigenen Fluchtgeschichte die traumatischen Erfahrungen und Schwierigkeiten anderer Geflüchteter anzuhören und hier beratend tätig zu werden. Auch wenn vielleicht ein großer Wunsch besteht, anderen Menschen zu helfen, so wie einem selber geholfen wurde, ist zu berücksichtigen, dass die Hilfe möglicherweise eigenen Belastungsgrenzen unterliegt, die unbedingt geschützt werden müssen²⁵.

In Deutschland ist es für viele Menschen mühsam, im Ausland erworbene Ausbildungen anerkennen zu lassen und sich entsprechend der Qualifikation beruflich zu etablieren. Für andere ist es ohne Schul-/Studienabschluss unvorstellbar, vergleichbare Qualifikationen zu erreichen. Für viele

²⁴ Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina (2018): Traumatisierte Flüchtlinge – schnelle Hilfe ist jetzt nötig. Halle (Saale).

²⁵ Zu Qualifikation und Supervision existieren Empfehlungen, wie z.B. bei Wöller, W. (2016). Trauma-informierte Peer-Beratung in der Versorgung von Flüchtlingen mit Traumafolgestörungen. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 66(09/10), 349–355.

Laienhelfer*innen ist ihre Unterstützungsarbeit eine gute Möglichkeit, Zugang zum Arbeitsmarkt zu bekommen²⁶. Für den Fall, dass die Personen bereits z.B. als Sozialarbeiter*in oder Psycholog*in ausgebildet sind, muss jedoch kritisch hinterfragt werden, ob diese Personen durch die Peer-Konzepte nicht doppelt (sowohl als Fachkraft als auch in der Sprachmittlung) qualifiziert sind, aber nur unter Standard honoriert werden – anstelle einer möglichst unbürokratischen Anerkennung der Studienabschlüsse und damit einer adäquaten Bezahlung. Für die Honorierung werden in jedem Programm andere Regelungen gefunden, die meist im niedrigen Lohnsektor liegen. Hier besteht die Gefahr, dass Akteur*innen mit einer höchst verantwortungsvollen Aufgabe – der Unterstützung von komplex traumatisierten Menschen in einer Situation von hoher innerer und äußerer Unsicherheit – in unsichere, instabile Beschäftigungsverhältnisse gedrängt werden. Eine nachhaltige, stabilisierende und Halt gebende Unterstützung dieser vulnerablen Personengruppe bedarf auch entsprechender Rahmenbedingungen und damit zumindest einer sozialversicherungspflichtigen Anstellung oberhalb des Mindestlohns. Andernfalls resultieren Personalwechsel und Fluktuation aufgrund unsicherer oder prekärer Beschäftigungsbedingungen der Laienhelfer*innen für die betroffenen Geflüchteten zu weiteren Beziehungsabbrüchen und damit auch zur Gefahr einer Stagnation des Genesungsprozesses bzw. sogar einer erneuten Destabilisierung.

Ein Berufsbild für die Unterstützer*innen darf keine Sackgasse sein, sondern braucht eine Perspektive, wie beispielsweise Möglichkeiten der Weiterbildung in bestehende, anerkannte Berufsbilder. Sonst besteht die Gefahr einer Semiprofessionalisierung: die Peer-Berater*innen dienen als „Lückenfüller“ mit immenser Verantwortung, werden aber in prekär bezahlten Jobs ohne Perspektive gehalten.

Entlastung des Gesundheitssystems?

Wenn schwer psychisch Kranke mit einem akuten Behandlungsbedarf auf Peer-Berater*innen treffen, werden in der Regel auch schnell die Mängel in der Regelversorgung deutlich, die nicht durch diese Programme kompensiert werden. Geflüchtete suchen Rat und Unterstützung bei Peer-Berater*innen, die in diesen Fällen jedoch nicht unmittelbar helfen können, sondern – i.d.R. zeitnah – an ambulante oder stationäre Versorgungsangebote im Regelsystem vermitteln müssen. Hier jedoch stoßen viele Akteur*innen in der Praxis an ihre Grenzen: Therapieplätze für Geflüchtete bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen sind schwer zu finden, die Kapazitäten der spezialisierten Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer sind begrenzt und es braucht die Bereitschaft, mit Sprachmittler*innen zu arbeiten, und qualifizierte Sprachmittlung, für die am Ende auch eine Kostenübernahme erwirkt werden kann. Daher ist eine enge Vernetzung der Programme in die Regelversorgung und eine Sensibilisierung des ambulanten und des (teil)stationären Sektors für die Bedarfe von Geflüchteten notwendig, damit Vermittlungen überhaupt gelingen können²⁷.

²⁶ wie z.B. Organisationen, die sich seit 30 Jahre für eine Anerkennung von ausländischen Abschlüssen einsetzen:

<http://www.berami.de/test/>

²⁷ Habel, U., & Gutknecht, S. (2018). Evaluation des In2Balance Modellprojekts zur Unterstützung von traumabelasteten Flüchtlingen durch geschulte LaienhelferInnen für Düsseldorf. Aachen: Uniklinik RWTH Aachen. Seite 86.

Peer-Konzepte können und dürfen Gesundheitsleistungen der Regelversorgung nicht ersetzen, sie funktionieren nur im Zusammenhang mit einer transkulturell geöffneten Regelversorgung.

Die fachlichen Diskussionen und die Entwicklung neuer Möglichkeiten, um den Bedarf an psychosozialer Unterstützung und/oder psychotherapeutischer Behandlung von Geflüchteten zu decken, stehen immer auch in Zusammenhang mit ökonomischen Entwicklungen. Unser Gesundheitswesen steht aktuell unter hohem wirtschaftlichen Druck, bei dem jede kosteneffektive Entwicklung begrüßt wird. Je nach Projekt kommen die Gelder für Laienhilfe- oder Peer-Programme aus verschiedensten Förderquellen. Eine Unterstützung durch diese Programme ist zum einen (kurzfristig) günstiger, zum anderen kann sie darauf abzielen, das Gesundheitssystem durch die Allokation von Ressourcen aus anderen (Projekt)Mitteln von seinem Versorgungsauftrag zu entlasten. Weitere Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen sind jedoch aus fachlicher Perspektive für alle Patient*innen, gleich welcher Herkunft, nur dann vertretbar, wenn sie nicht zu Lasten der Behandlungsqualität erfolgen. Bereits jetzt unterliegen Gesundheitsleistungen in Deutschland dem sog. *Wirtschaftlichkeitsgebot*, d.h., „Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen“²⁸. Hier wird neben der Notwendigkeit eines wirtschaftlichen Einsatzes von Ressourcen auch deutlich, dass Gesundheitsversorgung „ausreichend“ und „zweckmäßig“ sein muss – auch anhand dieser Kriterien müsste also überprüft werden, inwieweit ihnen Peer-Programme zur Unterstützung psychisch erkrankter Geflüchteter gerecht werden können.

Hinzu kommt, dass der Druck, Problemstellen wie die fehlende Öffnung des Regelversorgungssystems und mangelnde Kapazitäten, zu bearbeiten, zunächst weniger Aufmerksamkeit erhalten. Formen der meist entpolitisierten Unterstützung „lösen“ diese Probleme und Missstände nur external und kurzfristig, mittelfristig erfolgen jedoch keine Strukturverbesserungen. Auswirkungen der Programme auf den politischen Kontext müssen daher zwingend mitgedacht, reflektiert und (Versorgungs-)Missstände entsprechend problematisiert werden.

²⁸ §12 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot)

Fazit

Die Peer-Konzepte, die in den letzten Jahren in Deutschland zur Begleitung oder Beratung entwickelt wurden, lassen sich [in drei Kategorien \(S. 5\)](#) systematisieren: Gesundheitslots*innen (1), Peer-Berater*innen (2) und Mentor*innen (3). Durch diese Angebote soll möglichst vielen Personen der Weg ins Gesundheitssystem erleichtert werden und durch teilweise edukative, stabilisierende und ressourcenaktivierende Interventionen in der jeweiligen Muttersprache Entlastung gefunden, Sicherheit und Stabilität gewonnen und Selbstwirksamkeit gestärkt werden.

Nach Analyse dieser Konzepte wird deutlich, dass Peer-Ansätze unter Berücksichtigung bestimmter Rahmenbedingungen durchaus hilfreich sein können. Sie können und dürfen eine professionelle Unterstützung aber nicht ersetzen und dürfen keine kostengünstige Alternative für fehlende Behandlungsressourcen darstellen, sondern nur eine vorgelagerte, zusätzliche Beratungsstruktur.

Wichtige Eckpunkte für bedarfsgerechte Peer-Programmen sollten sein: Eine sorgfältige Akquise der Laienhelfer*innen muss vorangestellt werden, eine zeitintensive Koordination durch Professionelle muss berücksichtigt werden und die Helfenden müssen eine angemessene Bezahlung sowie langfristige Perspektiven auf dem Arbeitsmarkt erhalten. Neben einer begleitenden Qualifizierung, Anleitung und Koordinierung durch eine Fachkraft und professionelle Supervision, die bei der notwendigen Grenzziehung zu anderen Arbeitsfeldern der psychosozialen/-therapeutischen Arbeit mit Geflüchteten unterstützen, sollten Peer-Programme immer in enger Verbindung mit dem bestehenden professionellen Hilfe- bzw. Regelsystem stehen. Die Öffnung des Regelsystems muss weiterhin als Ziel vorangetrieben werden. Strukturelle Rahmenbedingungen und die Lebensbedingungen der Geflüchteten müssen berücksichtigt werden. Zum Schutz der Peers müssen für schwer belastete Personen bedarfsorientierte Lösungen im Gesundheitssystem gefunden werden. Peers können in diesen Fällen als Lots*innen agieren, dürfen jedoch keine (trauma-)therapeutischen Interventionen durchführen – auch nicht, wenn diese manualisiert sind, d.h. etwa durch eine Art Leitfaden mit Handlungsanweisungen vorstrukturiert sind.

Peer-Programme sind kein Allheilmittel für jahrelang versäumte Missstände. Es gilt weiterhin, Mängel in den bestehenden Versorgungsstrukturen nachhaltig zu beheben und eine bedarfsorientierte Versorgung zu gewährleisten.

Es bedarf eines differenzierten, multiprofessionellen Ansatzes, der auf die psychosozialen und gesellschaftlichen Bedürfnisse der Betroffenen eingeht und Solidarität vermittelt in einer unsicheren, undurchsichtigen und entmündigenden Zeit des Ankommens.