

Konzept zur Implementierung eines niederschweligen psychosozialen Angebots für Menschen mit Fluchterfahrung

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Konzept zur Implementierung eines niederschweligen psychosozialen Angebots für Menschen mit Fluchterfahrung

Ergebnisbericht

Autor:innen (alphabetisch):

Waltraud Fellingner
Heinz Fronck
Sylvia Gaiswinkler
Alexander Grabenhofer-Eggerth
Sabine Kampmüller
Deborah Klingler-Katschnig
Alexandra Köck
Lydia Krob
Daniela Krois
Caroline Nik Nafs
Marion Weigl

Projektassistenz:

Menekse Yilmaz

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen/Autoren und nicht unbedingt jenen der Auftraggeberin / des Auftraggebers wieder.

Wien, im November 2021

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Fellingner, Waltraud; Fronek, Heinz; Gaiswinkler, Sylvia; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kampmüller, Sabine; Klingler-Katschnig, Deborah; Köck, Alexandra; Krob, Lydia; Krois, Daniela; Nik Nafs, Caroline; Weigl, Marion; (2021): Konzept zur Implementierung eines niederschweligen psychosozialen Angebots für Menschen mit Fluchterfahrung. Gesundheit Österreich, Wien

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“ bei.

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Inhalt

Kurzfassung	Fehler! Textmarke nicht definiert.	
Summary	Fehler! Textmarke nicht definiert.	
Abbildungen.....	VI	
Abkürzungen.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.	
1	Einleitung	1
1.1	Ziel der AG Niederschwelliges Angebot	2
2	Kernelemente eines niederschweligen psychosozialen Angebots.....	4
2.1	Zielgruppe des niederschweligen psychosozialen Angebots	6
2.2	Kurzzeitinterventionen.....	6
2.3	Soziale und tagesstrukturierende Angebote.....	7
2.4	Psychosoziale Unterstützung durch qualifizierte Peers.....	8
2.5	Anlaufstellen.....	14
2.6	Telefon-Hotline	15
2.7	Vernetzung und Sensibilisierung	18
2.7.1	Vernetzung.....	18
2.7.2	Sensibilisierung.....	21
2.8	Synergien, Kooperationen und Finanzierung.....	22
Anhang		24
2.9	Erhebung Angebote Niederschwellige Angebote Österreich	24
2.10	Weiterführende Informationen.....	24

Abbildungen

Abbildung 2.1: Kernelemente – Niederschwelliges Angebot psychosozialer Unterstützung5

1 Einleitung

Die adäquate Versorgung von Menschen mit Flucht- und Migrationserfahrung in Bezug auf die Prävention von psychischen Problemen ist ein ebenso aktuelles wie komplexes Thema. Unbehandelte psychosoziale Probleme stehen häufig in engem Zusammenhang mit individuellen und gesellschaftlich relevanten Folgeerscheinungen und entstehenden hohen Folgekosten in verschiedensten Politikfeldern (Gesundheitsbereich, Bildungsbereich, Arbeitsmarkt, Sozialbereich, Sicherheitsbereich). Menschen mit Flucht- und Migrationserfahrung bilden in Österreich eine nennenswerte Bevölkerungsgruppe, auf deren psychosoziale Gesundheit sowohl für jede einzelne betroffene Person als auch im Interesse der Gesamtgesellschaft ein Augenmerk gelegt werden sollte.

Im Auftrag des Gesundheitsministerium wurde im Jahr 2016 mit dem Aufbau einer nationalen „Koordinationsplattform zur psychosozialen Unterstützung für Geflüchtete und Helfende“ begonnen. 2017 wurde die Plattform in den Zielsteuerungsvertrag Gesundheit aufgenommen und als Maßnahme zu Gesundheitsziel 9 eingemeldet. Die Plattform wird 2021 in einer an die aktuelle Situation angepassten Form zum längerfristigen und nachhaltigen Erfahrungs- und Wissensaustausch mit Expertinnen und Experten zum Thema psychosoziale Unterstützung für Menschen mit Flucht- und Migrationserfahrung in Österreich fortgeführt und unterstützt nunmehr auch Wirkungsziele von Gesundheitsziel 5.

Durch den regelmäßigen Austausch von Expertinnen und Experten zum Thema psychosoziale Gesundheit von Menschen mit Flucht- und Migrationserfahrung wird eine Verbesserung der Zusammenarbeit aller mit psychisch belasteten bzw. kranken Personen befassten Institutionen gefördert. Dadurch können Synergien genutzt und Angebote besser aufeinander abgestimmt aber auch verbreitet werden. Mit der Plattform wird zudem der Realisierung der EU-Aufnahmerichtlinie entsprochen.

Verstärkt durch die COVID-19-Pandemie wurde im Herbst 2020 die Notwendigkeit von adäquater und **niederschwelliger muttersprachlicher Unterstützung für Menschen mit** Flucht- und Migrationserfahrung als wichtiges und dringliches Thema festgehalten. Es gibt generell zu wenige Angebote und Möglichkeiten für unterschiedliche Formen von Behandlungen und Unterstützungen. Vorhandene Angebote sind zum Teil zu wenig bekannt. Angebote in der stationären und ambulanten Psychiatrie, im Konsiliardienst und in der Psychotherapie fehlen. Eine niederschwellige Struktur könnte bei vielen Problemen unterstützen und Belastungen für einen Teil der Zielgruppe abschwächen bzw. lösen. Für stärker belastete Menschen könnte durch Zuweisungen und Vernetzung frühzeitig eine gezieltere Hilfeleistung aufgebaut werden. Für alle Angebote gilt, dass es eine deutliche Ausweitung und eine idealere Niederschwelligkeit des Zugangs braucht. Generell sollte die Versorgung von geflüchteten Menschen in der Diskussion und Gestaltung von Versorgungssystemen eine gleichwertige Stellung gegenüber anderen Personengruppen erhalten.

Aus diesem Anlass wurde für das Jahr 2021 eine Arbeitsgruppe initiiert, die sich mit der Erstellung eines niederschweligen psychosozialen Angebotes befassen sollte. Impulsgebend für die Arbeitsgruppe (AG Niederschwelliges Angebot) war unter anderem ein Referat zur niederschweligen Kurzzeitintervention „Value Based Counselling“ aus Deutschland. Die Arbeitsgruppe sollte in

einem ersten Schritt Möglichkeiten für ein niederschwelliges psychosoziales Angebot in Österreich ausloten und in Richtung Konzeption führen.

Das Konzept wurde von den als Autor:innen genannten Expertinnen und Experten erstellt. In weiterer Folge wurde zur Qualitätssicherung Feedback der direkten Zielgruppe mittels Fokusgruppe und Kurzinterviews eingeholt, sowie von der ExpertInnengruppe zur psychosozialen Unterstützung von Menschen mit Migrationshintergrund. An alle Mitwirkenden, die an der Erstellung des Konzeptes gearbeitet haben, geht ein herzliches Dankeschön!

1.1 Ziel der AG Niederschwelliges Angebot

Das **strategische Ziel** der *AG Niederschwelliges Angebot* ist die Sicherstellung des Zugangs speziell für Menschen mit Fluchterfahrung zu passenden psychosozialen Angeboten in Österreich. Dass hier Handlungsbedarf besteht, wurde bereits in etlichen Empfehlungen deutlich formuliert (z.B. Maßnahmenkatalog aus dem Projekt Blickwechsel, Maßnahmenpaket zum Schwerpunktthema Psychosoziale Gesundheit der AG Gesundheit des ExpertInnenrats M.I.T. sowie nationaler Aktionsplan Integration).

Als **operatives Ziel** ist die Erarbeitung von Kernelementen, die den Zugang zu psychosozialer Unterstützung erleichtern bzw. fördern und damit die Versorgung niederschwelliger gestalten, formuliert. Dabei soll auf bestehende Angebote, die das eine oder andere Kernelement bereits umsetzen, beispielhaft Bezug genommen werden. Die Auswahl der Beispiele erfolgte vor allem aufgrund ihrer Konzepte, es bestand nicht der Anspruch der Vollständigkeit. Basis für diese Beispiele ist u.a. eine Sammlung, die Anfang 2021 österreichweit durchgeführt wurde und dem Konzept als Anhang angefügt wird.

Niederschwellige Angebote stellen eine Ergänzung bzw. eine Vorbereitung zu eher hochschwierig ausgerichteten psychosozialen Versorgungsangeboten, wie z.B. der Psychotherapie dar und sind nicht als deren Ersatz gedacht. Sie leisten einen wichtigen Beitrag zur Erreichbarkeit von psychosozial belasteten Menschen und helfen den individuellen Bedarf an Unterstützung abzudecken bzw. auszuloten. Für manche Menschen kann eine kurzfristige Entlastung und eine Stärkung ihrer psycho-emotionalen Gesundheitskompetenzen ausreichend sein. Für andere wiederum ist eine längerfristige Begleitung und Therapie das richtige Angebot. Es gilt daher abzuwägen, welches Angebot zu welchem Zeitpunkt passend erscheint und von der betroffenen Person angenommen werden kann. Die Motivation zur Inanspruchnahme mag sich unter Umständen erst im Laufe der Auseinandersetzung mit der eigenen Situation entwickeln. Es kann daher wichtig sein, in dieser Zeit in Kontakt zu bleiben und diese Auseinandersetzung anzuregen. In diesem Sinne können niederschwellige Angebote nicht nur zur Erreichbarkeit und Treffsicherheit beitragen, sondern auch eine Überbrückung darstellen. Keinesfalls sollten sie eine Notlösung sein, die aufgrund von Versorgungslücken als einzig verfügbare Möglichkeit vorliegt.

Für die Erreichbarkeit relevant ist einerseits die Vernetzung von Einrichtungen der Flüchtlingshilfe mit jenen, die psychosoziale Unterstützung anbieten können. Andererseits müssen auch Wege gefunden bzw. erschlossen werden, wie Personen außerhalb von Organisationen erreicht werden können. Dafür sind gemeinsame Anstrengungen hilfreich. Ziel jedes Angebots sollte es sein, einen direkten Draht zur Bevölkerungsgruppe (Menschen mit Fluchterfahrung) aufzubauen.

Im WHO Policy Brief zu Migration and Health wird die Notwendigkeit von "outreach", also aufsuchenden Programmen betont, um erste Kontakte herzustellen, Vertrauen aufzubauen und bei der Bewältigung von Zugangshürden zu unterstützen¹. In internationalen Fachkreisen wird auf die Bedeutung von schneller und leicht zugänglicher Hilfe hingewiesen und für die Errichtung niederschwellige Angebote, plädiert².

Unabhängig von der Etablierung niederschwelliger Angebote ist der Ausbau von (kostenloser) Psychotherapie in Erstsprache oder mit Dolmetsch wünschenswert. Dies gilt auch für die Psychiatrie bzw. stationäre Angebote. Unabhängig davon wird von vielen Seiten ein Mangel an Therapieplätzen aber auch an anderen Angeboten (wie z. B. Anlaufstellen, in denen auch Psychiater:innen anwesend sind und die mit ausreichend Ressourcen für eine Abklärung ausgestattet sind) festgestellt. **Dieser aus Sicht der Fachleute unbedingt notwendige Ausbau ist jedoch nicht Thema der AG und des vorliegenden Konzeptes.** Ebenso sind dringend notwendige strukturelle Änderungen in den Bereichen Gesundheit, Wohnen, Asyl, Arbeit, Bildung etc. im Sinne menschenwürdiger Lebensbedingungen nicht Gegenstand des vorliegenden Konzeptes. Alle diese Bereiche sind im Sinne der psychosozialen Bedürfnispyramide Voraussetzung für eine gute psychische Gesundheit für Menschen mit Fluchterfahrung, auf die hier jedoch nur hingewiesen wird.

¹ WHO (2015) WHO Europe Policy Brief on Migration and Health: Mental Health care for refugees http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/293271/Policy-Brief-Migration-Health-Mental-Health-Care-Refugees.pdf

² Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina (2018): Traumatisierte Flüchtlinge – schnelle Hilfe ist jetzt nötig. Halle (Saale). <http://www.leopoldina.org/de/publikationen/detailansicht/publication/traumatisierte-fluechtlinge-schnelle-hilfe-ist-jetzt-noetig-2018/>

2 Kernelemente eines niederschweligen psychosozialen Angebots

Eine Bestandserhebung zur Situation in Gesamtösterreich (siehe Anhang) zu Beginn der *AG Niederschwelliges Angebot* hat gezeigt, dass bereits etliche psychosoziale Angebote für Menschen mit Fluchterfahrung bestehen, die zum Teil auch als niederschwellig einzuordnen sind. Dennoch muss von einem weiteren Bedarf ausgegangen werden, der regional sehr unterschiedlich ausfällt.

Erfahrungen aus Programmen wie beispielsweise den Frühen Hilfen zeigen, dass es für viele Menschen sehr schwer ist, in belastenden Lebenssituationen Unterstützung zu suchen. Ist der Entschluss aber einmal gefasst, so ist es wichtig, dass möglichst schnell ein Kontakt hergestellt werden kann. Der erste Kontakt sollte in einer Art und Weise ablaufen, dass sich Unterstützungsuchende Menschen ernst genommen und gut aufgehoben fühlen. Unter Umständen gibt das ausreichend Sicherheit und ist für den Moment ausreichend. Falls nicht, können Betroffene dabei motiviert werden, sich je nach Bedarf an passende weiterführende Unterstützungsangebote zu wenden. Das Spektrum von psychosozialen Belastungen kann breit sein, entsprechend sollten niederschwellige Angebote Unterstützung bieten können bei: anhaltenden psychischen Belastung(en) in Familie und Partnerschaft, Arbeit, Wohnen, Zukunft; plötzlich auftretenden Ereignissen (Krankheit, Tod von Angehörigen, Asylentscheidungen); Eintritt von Krisen aufgrund fehlender Ressourcen und Bewältigungsstrategien; sozialer Isolation, Angststörungen, diagnostizierten psych. Erkrankungen.

Im Herbst 2020 wurde unter anderem aus dem Grund des niederschweligen Ansatzes zur Unterstützung von Menschen mit Fluchterfahrung das Konzept des value-based counsellings als Good-Practice-Beispiel erachtet, weil es mit geschulten Peers arbeitet. Damit deckt es den Bedarf an wenig intensiver Betreuung bzw. Behandlung ab, aber bietet auch die Unterstützung zur Überbrückung und vermittelt bei Bedarf gezielt zu hochschwelligeren Behandlungen weiter. Es wird erfolgreich sowohl in Ländern wie Afghanistan als auch Deutschland umgesetzt (vgl. Missmahl 2021). Es entspricht dem Ansatz der WHO, mittels "stepped care"-Programmen Aufgaben aufzuteilen und Programme zu schaffen, die leicht adaptiert und damit weit verbreitet eingesetzt werden können.

Um etwas ähnliches in Österreich umsetzen zu können, wurden im Rahmen der *AG Niederschwelliges Angebot* für Österreich die wesentlichen Kernelemente identifiziert, die für ein niederschwelliges Angebot als relevant erachtet werden. Dazu gehören Kurzzeitinterventionen, aufsuchende Angebote von Peers sowie Telefon-Hotlines. Wichtige Kernelemente sind auch niederschwellige Anlaufstellen, an denen die genannten Angebote angedockt sein können, und die systematische Vernetzung aller relevanter Einrichtungen/Angebote. Diese Kernelemente können miteinander verzahnt sein (vgl. Abb. 2.1) und werden im Folgenden beschrieben. Auch die potenziellen Schnittstellen zu bestehenden oder womöglich aktuell noch nicht bzw. nicht mehr bestehenden, aber sinnvollen Angeboten werden dargestellt.

Zu betonen ist, dass diese Kernelemente nicht unbedingt als ein Gesamtpaket von einer Einrichtung selbst umgesetzt werden müssen. Sie können auch über Kooperationen mit anderen Trägern/Einrichtungen abgedeckt werden. Wichtig ist, dass sie in jeder Region zur Verfügung stehen.

Es wird daher vorgeschlagen, in jeder Region zu überprüfen, welche Einrichtungen welche psychosozialen Unterstützungsleistungen anbieten, welches der hier beschriebenen Kernelemente bereits umgesetzt wird und was noch fehlt. In einem zweiten Schritt kann geprüft werden, wo jene Aktivitäten an bisher Bestehende gut angedockt werden könnten.

Abbildung 2.1:

Kernelemente – Niederschwelliges Angebot psychosozialer Unterstützung

Kernelemente – Niederschwelliges Psychosoziales Angebot



Quelle: GÖG / Eigene Darstellung

2.1 Zielgruppe des niederschweligen psychosozialen Angebots

Wie bereits erwähnt, soll sich das Angebot speziell an Menschen mit Fluchterfahrung in ganz Österreich richten, da es für diese aktuell noch keine ausreichende Versorgung im Rahmen des psychosozialen Regelangebots gibt. Konkret sollen all jene Menschen mit Fluchthintergrund adressiert werden, die psychosoziale Hilfe benötigen aber sich nicht in einer akuten Krise (suizidal oder psychotisch) befinden. Im Fall von akuten Krisen ist die Krisenintervention das passende Angebot.

Zur Zielgruppe des niederschweligen Angebots gehören daher jene Gruppen, die sich aufgrund aktueller Belastungen/Beschwerden überfordert fühlen und Gesprächsbedarf haben. Das können z.B. Frauen (mit oder ohne Kinder) und Männer (mit oder ohne Kinder) sein, die aufgrund ihres aktuell noch fehlenden Aufenthaltstitels Zukunftsängste haben oder auch Gewalt erleben. Im Idealfall sind sie bereits bereit, Unterstützung zu suchen und diese auch anzunehmen. Unter Umständen ist es aber auch notwendig, mit Hilfe des niederschweligen Angebots diese Motivation erst zu erzeugen.

2.2 Kurzzeitinterventionen

Von vielen Einrichtungen, die Psychotherapie anbieten, wird von Wartelisten berichtet. Menschen, die sich für eine Psychotherapie entscheiden, benötigen jedoch rasch eine Unterstützung, da einerseits ein belastender Leidensdruck vorhanden sein kann und sich das Fenster der Bereitschaft für die Inanspruchnahme einer Therapie auch schnell wieder schließen kann. Gleichzeitig kann dadurch das Risiko von Chronifizierungen und Pathologisierungen gesenkt werden, in diesem Sinne sind es präventive Gesundheitsmaßnahmen. Der Weg bis zur Psychotherapie dauert in Österreich im Schnitt etwa 4–6 Jahre. Dabei sind etliche Hürden zu überwinden, darunter auch die Suche nach dem richtigen Angebot. Das muss nicht immer notwendigerweise eine längerfristige Psychotherapie sein, sondern kann auch eine Kurzzeitintervention sein. Freiwerdende Ressourcen können rascher wieder für Schule, Ausbildung, Arbeit, etc. genutzt werden. Auf der Seite der Versorgung können sie für eine Entlastung von Wartelisten sorgen bzw. von spezialisierten Angeboten, die nach Kurzzeitinterventionen oft nicht mehr benötigt werden. Eine Kurzzeitintervention kann einerseits genau das passende/richtige Angebot sein, nachdem keine Psychotherapie mehr benötigt wird. Sie kann aber auch im Sinne eines Einstiegsangebots wirken und die Motivation für mehr erzeugen. Oder sie kann im Sinne eines Überbrückungsangebots wirken und während der Wartezeit auf einen Therapieplatz eine Entlastung und Stabilisierung beitragen.

Was sollten Kurzzeitinterventionen leisten?

Mögliche Ziele von Kurzzeitinterventionen können sein, für Entlastung zu sorgen (z. B. durch Entlastungsgespräche), Information/Psychoedukation, bei der Suche nach Lösungen für aktuelle Herausforderungen wie z.B. Konflikte zu unterstützen, eine Erhöhung der Selbstwirksamkeit zu befördern (Entspannungsübungen, körperliche Bewegung, Tagesstrukturierung, selbst anwendbare

und selbstwirksame Körpertechniken, usw. ...). Die Hilfe sollte darauf ausgerichtet sein, Menschen dabei zu helfen wieder handlungsfähig zu werden und ihre soziale Teilhabe verbessern zu können. Für manche Menschen können Gruppenangebote geeignet sein, andere bevorzugen wiederum Einzelgespräche. Methodische Vielfalt ist daher wichtig.

Kurzzeitinterventionen können z. B. Angebote im Bereich Körperarbeit, Psychoedukation oder auch andere Techniken sein, bei denen in einem kurzen Zeitraum gezielt an Methoden gearbeitet wird, die stabilisierend wirken. Sie sollten nicht nur zeitnahe verfügbar, sondern auch sozial akzeptiert und nicht stigmatisierend (z.B. unter dem Wording "Stress" statt „psychische Gesundheit“ beworben werden) sein. Auch verschiedene „Treffs“ können in diesem Sinne hilfreich sein, da sie die zeigen, dass Menschen mit ihren Problemen nicht alleine sind. Hier kann auch eine gezielte Auseinandersetzung mit verschiedenen Themen erfolgen. Für Frauen und Kinder sind beispielsweise oft die Themen Mobbing und häusliche Gewalt relevant, die im Rahmen von Kurzzeitinterventionen adressiert werden könnten.

Sollte sich jedoch herausstellen, dass eine Stabilisierung nicht gelingt oder doch ein anderer bzw. längerfristiger Unterstützungsbedarf besteht, so sollte zu anderen Angeboten wie z. B. einer Psychotherapie vermittelt werden. Das schließt entsprechende Motivationsarbeit ein.

Welche Hürden könnten entstehen?

Damit Kurzzeitinterventionen auch in Anspruch genommen werden können, ist es wichtig, dass diese kostenlos zugänglich sind. Im Bereich für Menschen mit Fluchterfahrung sollte zudem berücksichtigt werden, wie die Zugänglichkeit in Bezug auf Erstsprachen gelöst wird. Eine Finanzierung entsprechender Angebote sollte daher mitbedacht werden (Honorare Trainer:innen, Eintritte, Raummiete etc.). Beispiele wie der Kulturpass (Gruppenaktivitäten wären da möglich) oder der TuWas-Pass können als Anregung dienen. Aktuelle Entwicklungen im Bereich Social Prescribing könnten zukünftig ebenfalls mitgedacht werden. In einem Projektmodell in Graz werden als Maßnahme zur psychischen Gesundheit Theater- und Veranstaltungsbesuche auf Rezept ausgestellt.

2.3 Soziale und tagesstrukturierende Angebote

Für das psychosoziale Wohlbefinden und eine gewisse Eingebundenheit in soziale Teilhabe können tagesstrukturierende Angebote eine grundlegende Hilfe sein. Regelmäßige Tätigkeiten und tägliche Routinen geben Menschen Sicherheit. Dies ist bereits bei kleinen Kindern gut beobachtbar. Auch sportliche und kreative Aktivitäten können dabei hilfreich sein, da sie soziale Kontakte und Ablenkung bieten, sich aber auch positiv auf die psychische Gesundheit auswirken können. In einzelnen Gemeinden können diese beispielsweise in bestehende Sportvereine integriert werden (Fußball, Schwimmen, Gymnastik, Selbstverteidigungskurse ...). Auch kulturelle Angebote (z. B. Kulturpass) können in diesem Sinn genutzt werden. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass diese Angebote (Sportvereine, Kultur) oft nicht kostenlos zugänglich sind. Generell können jedoch für dieses niederschwellige Elemente diverseste Angebote aus dem Sozial-, Kultur- und Sportbereich eine unterstützenden Wirkung für Betroffene haben.

2.4 Psychosoziale Unterstützung durch qualifizierte Peers

Die Arbeit mit geschulten Peers wird in mehreren Bereichen der psychosozialen Versorgung als wichtiges Element erachtet und in den letzten Jahren stärker forciert. Sie ist auch Teil der bereits erwähnten "stepped care"-Programme der WHO (vgl. Kapitel 1). Aufgrund der Sprache und der Rahmenbedingungen hat dieser Ansatz in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund, inklusive Geflüchteten, einen besonders hohen Stellenwert und ist daher auch häufig Teil von Empfehlungen. Er trägt dazu bei, dass Menschen aus demselben Sprach-/Kulturraum besser erreicht werden können. Peers haben Vorbildcharakter und können als Rollenmodell zur Verfügung stehen. Peers können zudem zwischen den Erfahrungen der Adressierten und den vorhandenen Möglichkeiten für Unterstützung und Behandlung vermitteln. Sie können damit auch die Bereitschaft für die Inanspruchnahme einer hochschwelligeren Behandlung (z.B. Psychotherapie) erzeugen.

Grenzen und Möglichkeiten der Peer-Arbeit

Der Bereich von Peer-Arbeit bietet eine breite Palette an Möglichkeiten, hat innerhalb dieser aber auch Grenzen. Dazu zählen gesetzliche Grenzen bei Beratung und Training (sie sind keine Psychotherapeut:innen!), subjektive Grenzen der Peers, die vermutlich abhängig von der Ausbildung, Erfahrung und Persönlichkeit sind. Es gibt aber auch Grenzen durch die Situation von Klient:innen, wenn diese zum Beispiel eine Form von Selbstgefährdung oder Psychosen aufweisen. Die Kompetenzen der Peers müssen demnach je nach konkretem Angebot, Setting und Bedarfsfall ausgelotet werden, und können sich innerhalb des Spektrums niederschwelliger Angebote auch unterscheiden.

Eine klare Festlegung der Rollen von Peers und Fachkräften ist wichtig. Dies betrifft einerseits die Frage wann an die Profis übergeben wird. Dies kann abhängig von der Schwere der Problemlagen der Hilfesuchenden sein (z.B. Selbstgefährdung, Psychosen, ...) umfasst aber auch die Abgrenzung von Peer-Beratung zur Therapie/Behandlung durch Professionist:innen – Ziel ist es auch, Überforderung der Peers zu vermeiden. Andererseits ist auch die Frage ab welchem Zeitpunkt und bei welchen Entscheidungen Peers im Verlauf des Projekts einbezogen sind von Bedeutung. Da eine Stärke von Peer Projekten das Insider Wissen der Peers ist, ist es wichtig diese möglichst bereits in der Planungsphase eines Projektes miteinzubeziehen. Andererseits gibt es im Projektverlauf Entscheidungen, die nur von Fachleuten getroffen werden können – diese Bereiche sollten im Vorfeld klar definiert und kommuniziert sein, um Konflikten vorzubeugen

Es muss auch berücksichtigt werden, dass es sensible Themen gibt, die unter Umständen nicht mit Peers aus derselben Community besprochen werden. Dabei spielen verschiedene Faktoren eine Rolle, wie z.B. Scham, Stolz und fehlendes Vertrauen in die Verschwiegenheit der Peers. Vertraulichkeit ist ein Grundprinzip, das gut in der Schulung vermittelt werden muss. Zusätzlich sollten in solchen Fällen als Alternative Menschen aus anderen Communities bzw. der Einsatz von Dolmetscher:innen möglich sein.

Good-Practice-Beispiele

Als Beispiele für die Arbeit mit geschulten Peers sollen hier das *Value-based Counselling* (VBC) und die Workshops von AFYA kurz beschrieben werden. VBC wurde in Afghanistan entwickelt, wird aber bereits seit einigen Jahren auch in Deutschland umgesetzt. Eine Studie von IPSO und der Charité in Berlin hat die Wirksamkeit des Programms untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass mit Hilfe von VBC Symptome von Depression, PTSD, Angst, Stress und somatische Beschwerden reduziert werden konnten (aktuell ist Studie in Veröffentlichung begriffen). VBC wird von geschulten Peers in ihrer Erstsprache umgesetzt, die eine umfassende Schulung erhalten. Ein ähnliches Mental Health First Aid Programm (MHFA) in Deutschland umgesetzt. Darin werden Kurse für Ersthelfer:innen und Instruktor:innen angeboten. Ersthelfende können sich darin in einem 12-stündigen Kurs ein Grundwissen über verschiedene psychische Probleme und Krisen aneignen und kennen anschließend die fünf Bausteine der Ersten Hilfe für psychische Gesundheit und können sie anwenden. Instruktor:innen halten die Ersthelfer-Kurse für psychische Gesundheit. Instruktor:innen werden in einem 5-tägigen Training zu zuverlässigen Partner:innen geschult, die Ersthelfenden zur Seite stehen (www.mhfa-ersthelfer.de/de/).

In Österreich hat der Verein AFYA ein *Konzept zur muttersprachlichen psychosozialen Unterstützung* entwickelt und setzt dies aktuell in Wien um. Die speziell ausgebildeten "MentorInnen für psychische Gesundheit" leiten sogenannte Gesundheitskreise, die über einen Zeitraum von 2 Monaten wöchentlich, in Muttersprachen, stattfinden. Ziel ist, im Austausch mit den GruppenteilnehmerInnen, praktisches Wissen zu psychischer Gesundheit (Psychoedukation) sowie sehr konkrete Techniken und Fertigkeiten zum Umgang mit Stress, Sorgen und traumatischen Erinnerungen zu vermitteln. Der Fokus des Angebots liegt auf der Stärkung der Selbstwirksamkeit und der Gesundheitskompetenz, nicht auf Beratung. TeilnehmerInnen mit schweren Belastungen oder Problemen werden an spezialisierte Beratungs- oder Therapieeinrichtungen vermittelt und ggf. auch dorthin begleitet. Eine Ausweitung auf weitere Bundesländer ist geplant.

Eine erste Evaluation zeigt die deutlich salutogenetische Wirkung (Verstehbarkeit, Machbarkeit, Sinnhaftigkeit) auf die TeilnehmerInnen: i) Wissen zur Stärkung der eigenen (psychischen) Gesundheit wurde von den sprach- und kulturkompetenten MentorInnen verständlich gemacht. ii) Durch die Begegnung auf Augenhöhe mit den „Peer-MentorInnen“ wurde ein Gefühl der Machbarkeit von gesundheitsfördernden Maßnahmen im Alltag vermittelt. Die Dauer des Programms erlaubte das Erkennen der eigenen Ressourcen, das Ausprobieren von z.B. Entspannungstechniken und den Austausch über beginnende Verhaltensänderungen. iii) Die offene Atmosphäre erlaubte eine Auseinandersetzung mit sehr persönlichen und belastenden Themen und bot Raum die Sinnhaftigkeit der Erfahrungen und Perspektiven mit anderen zu reflektieren.

Weitere Angebote, die mit Peers arbeiten aber einen breiteren Bereich abdecken bzw. nicht auf psychosoziale Gesundheit fokussieren, sind z.B. die *Nachbarinnen* und *Gesundheitslotsinnen* in Wien, oder *Zeit für mich* in Linz.

Konkrete Aufgaben der geschulten Peers

Geschulte Peers geben wichtige Informationen zum Thema (psychische) Gesundheit weiter. Sie geben Tipps und zeigen Übungen zur Selbststärkung und Selbsthilfe. Sie ermöglichen den Austausch unter Betroffenen und informieren über oder vermitteln an verschiedene Anlaufstellen. Je nach Kontext stehen sie für Gespräche zur Verfügung und helfen bei der Reflexion der individuellen Situation. Die Peers kennen die Anzeichen ernsthafter psychischer Probleme bzw. die Hinweise auf Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen, bei denen sie unverzüglich an entsprechende Einrichtungen vermitteln. Niedergeschlagenheit, Ängste, Schlafstörungen und sozialer Rückzug können vorübergehend in Belastungssituationen auftreten – sie können aber auch erste Hinweise auf schwerwiegende psychische Erkrankungen sein. Angsterkrankungen, Depressionen, schwere posttraumatische Belastungsstörungen oder Psychosen müssen von Fachleuten/Professionalist:innen therapeutisch bzw. fachärztlich behandelt werden. Peers können die Anzeichen richtig einschätzen und entsprechend handeln. Sie sind in jedem Fall auch mit den regionalen, psycho-sozialen Notdiensten vertraut und kommunizieren diese an Betroffene.

Auch Peers können sowohl im Einzel- als auch Gruppensetting arbeiten. Eine methodische Vielfalt ist zielführend, um möglichst vielen Menschen ein passendes Angebot zu bieten.

Wer kann als Peers aktiv werden?

In den stepped care-Programmen der WHO ist vorgesehen, dass auch Laien geschult und eingesetzt werden können. Im Programm *Value-Based Counselling* von IPSO aber auch dem Programm von AFYA müssen die Peers eine psychosoziale Ausbildung mitbringen. Je nach Aufgabenspektrum ist grundsätzlich beides denkbar. Peers, die über keine passende Ausbildung verfügen, können unverbindliche Gespräche führen und Übungen zur Selbsthilfe anleiten. Besteht jedoch Bedarf an einer Beratung oder gar der Abklärung von Symptomen so ist eine psychosoziale Ausbildung Voraussetzung.

Bezeichnung der Peers

Peers sollen für ihre Aufgaben adäquat bezeichnet werden und in ihrer Tätigkeit aufgewertet werden, Assoziationen zur Freiwilligenarbeit sollten vermieden werden. Der generelle Überbegriff im Bereich niederschwelliger Arbeit ist Peer bzw. Peearbeit. Je nach ihrer Tätigkeit oder Rolle können Peers aber sehr unterschiedliche Bezeichnungen erhalten. Möglichkeiten von Bezeichnungen sind derzeit: Muttersprachliche Trainer:innen, Berater:innen, Unterstützer:innen, Prozessbegleiter:innen, Mentor:innen, mental health promoter, Facilitator. Die WHO verwendet die Begriffe peer, aber auch lay people oder trained non-specialized workers.

Rekrutierung passender Menschen

Potenzielle Peers können auf verschiedenen Wegen angesprochen und rekrutiert werden. Als eine Möglichkeit wurden die regionalen Anlaufstellen für Menschen mit im Ausland erworbenen Qualifikationen genannt. Menschen, die z.B. eine pädagogische oder psycho-soziale Ausbildung im Ausland gemacht haben und deren Anerkennung mit viel Aufwand verbunden ist, brächten aber wertvolle Kompetenzen für die Arbeit als Peers mit. Weitere Möglichkeiten sind die Verbreitung

über Schlüsselpersonen aus den Communities, über Einrichtungen aus dem Flüchtlings-/Integrationsbereich oder über das AMS. Eventuell kann auch eine Verbreitung über Deutschkurse (höheres Level) verwendet werden, oder Rekrutierungen im Feld von Dolmetscher:innen.

Ausbildung zukünftiger Peers

Eine Ausbildung bzw. auch die Unterstützung von Peers sollte jene im folgenden beschriebenen Kriterien einer Schulung inklusive der begleitenden Maßnahmen beinhalten.

Schulung

Das Angebot kann in Form einer Grundausbildung angelegt werden, in dem über Fortbildungsmodule weitere Qualifikationen angeeignet werden können. Dies hat den Vorteil, dass Peers auch in verschiedenen Bereichen weiteren oder spezifischen Bereichen eingesetzt werden können. Oder dass sie z.B. nach einer Schulung als Gesundheitslotse/lotsin mit zusätzlichen Modulen auch als Peer im psychosozialen Bereich aktiv sein könnten. Die Grundausbildung für Peers könnte auch als Ergänzung der Ausbildung für Sprachmittler:innen dienen, bzw. auch Nutzbarmachung für Dolmetscher:innen sein.

Die Grundausbildung könnte folgende Themen umfassen:

1. Gesundheit & Gesundheitsförderung
2. Erkennen von Vulnerabilität (LGBTIQ, Diskriminierungserfahrungen, junge Erwachsene, ...)
3. Voraussetzungen für und Förderung der psychischen Gesundheit (eigener Bildungsweg als förderlich od. hinderlich für bspw. Inanspruchnahme einer Psychotherapie)
4. Überblick über psychische Störungen und Erkrankungen
5. Psychische Gesundheit von Kindern und Familien
6. Umgang mit Stress, Krisen, Sorgen
7. Trauma und Traumafolgen
8. Umgang mit Verlust, Tod und Trauer
9. Frauengesundheit, Männergesundheit
10. Missbrauch und Gewalt (Sensibilisierung und Anlaufstellen)
11. Schlafen & Träumen
12. Körper- und Entspannungsübungen
13. Atemtechniken
14. Moderation von Gruppen, Gesprächsführung, Didaktik
15. Professionelle Hilfssysteme in Österreich

Exkursionen zu (Auswahl): Krisenintervention, Therapieeinrichtung, Mädchen-/Frauen-/Männerberatung/LGBTIQ, Frauen-, Männergesundheitszentrum, Gewaltschutzeinrichtungen.

Qualifizierungen, zusätzliche Fortbildungen und regelmäßige Auffrischung des Wissens erscheinen sinnvoll. So kann auch auf neu entstehende Themen reagiert werden. Unabhängig davon sind

besonders tabuisierte oder heikle Themen wie z. B. sexuelle Gesundheit, Gewalt auch in Intervention und Supervision anzusprechen. Das Thema Gewalt sollte in die Grundausbildung als wichtiger und zentraler Bestandteil integriert werden. Über (jährliche) Fortbildungen könnte gewährleistet werden, dass die Peers auf dem jeweils aktuellen Stand zum Thema Gewalt qualifiziert sind. Gewalt wird als Thema eingeordnet, das im Präventionsbereich angesiedelt sein muss. Als mögliche Kooperationspartner kommen hier auch Schulen, Lehrlingsausbildungsstellen in Frage.

An einer Schulung können sich je nach Modul verschiedenste Fachleute beteiligen. Idealerweise jene, die Erfahrung mit Lehre bzw. Trainings und entsprechende Kompetenzen haben. Als Kooperationspartner würde sich eine Institution aus dem Bildungsbereich anbieten, die über entsprechende Infrastruktur verfügt.

Neben einer Schulung werden folgende Rahmenbedingungen als essenziell erachtet:

Intervention – Peers sollten in Teams arbeiten, die auch zu einem regelmäßigen Austausch zusammenkommen. Dies bewährt sich insbesondere bei potenziell belastenden Tätigkeiten, wo eine Abgrenzung vom Gehörten notwendig ist. Aber auch beim Einsatz von Menschen, die unterschiedliche Ausbildungen und Perspektiven mitbringen (wie z.B. in den multiprofessionellen Teams der Frühen Hilfen). Der Austausch zu den unterschiedlichen Wahrnehmungen und die gegenseitige Unterstützung sind wichtige Erfolgsfaktoren.

Supervision – Dies sollte sowohl im Einzel- als auch Gruppensetting möglich sein.

Auch in der Supervision können verschiedene Fachleute hilfreich sein, je nach Thema. Sie sollten jedoch über eine psychosoziale Ausbildung und spezielles Wissen zu Flucht, psychischen Belastungen und Trauma verfügen und entsprechende Erfahrungen in der Supervision mitbringen.

Fachliche Leitung – Eine fachliche Leitung steht für fachliche Rückfragen zur Verfügung, kümmert sich um den fachlichen Austausch und übernimmt die Letztverantwortung.

Honorierung – Peers leisten eine wichtige Aufgabe, für die sie auch angemessen entlohnt werden sollen. Im Idealfall werden sie dafür auch bei einem Träger angestellt. Es erscheint auch wichtig, die Aufmerksamkeit darauf zu richten, dass im Ausland erworbene Berufsabschlüssen anerkannt werden. Nostrifikationen als auch angemessene Gehaltseinstufungen sind eine Grundlage für den Weg in Richtung Gleichstellung.

Arbeitsmittel – Um ihre Arbeit gut erfüllen zu können müssen die Peers erreichbar sein (per Telefon, E-Mail und auch über ausgewählte soziale Medien, wie z.B. Whatsapp). Sie müssen aber auch mobil sein, um aufsuchend tätig sein zu können.

Die genannten Punkte setzen voraus, dass Einrichtungen, die mit Peers arbeiten und welche ausbilden eine entsprechende Infrastruktur benötigen, um die Aufgaben übernehmen zu können.

Was braucht es, um das Konzept von AFYA als österreichisches Good-Practice-Beispiel auszurollen?

Es ist festzuhalten, dass Umsetzungen sehr davon abhängig sind, was in unterschiedlichen Einrichtungen möglich ist. Das Konzept der Gesundheitskreise könnte zum Beispiel in verschiedenen Einrichtungen angeboten werden, die Zugang zu Menschen mit hohen psychischen Belastungen haben (z.B. Wohn-, Beratungs- und Bildungseinrichtungen). Dies wäre allerdings zum Beispiel im psychosozialen Dienst (PSD) wiederum zu hochschwellig. Angeboten könnten dort allerdings Supervisionen, Fortbildungen, Praktika oder Exkursionen werden, auch um die Institution kennenlernen.

In Einrichtungen sollten idealerweise entweder bereits muttersprachliche MitarbeiterInnen tätig sein, die zusätzlich die Ausbildung absolvieren könnten oder ausgebildete Personen werden auf Honorarbasis zugezogen dafür zugezogen. Es erscheint auch zielführend, ein „Pool an ausgebildeten Peers (pro Bundesland) aufzubauen, der von einer einschlägigen Organisation gepflegt wird und auf den auch andere zugreifen können.

Wünschenswert wären zudem Qualitätszirkel von Organisationen die Gesundheitskreise durchführen, damit Erfahrungen ausgetauscht und das Konzept weiter entwickelt werden kann.

Generell sollte auch mitgedacht werden, dass auch aufsuchende Angebote durchaus sinnvoll sein könnten, um bestimmte Zielgruppen zu erreichen.

Zielführend ist in jedem Fall eine breite und strukturierte Vernetzung, über die die diversen Einrichtungen Projekte und Aktivitäten kennenlernen, wovon dann Teile übernommen werden können. So sind Beispiele aktueller Peerarbeit (10/2021) das Projekt CORE2 in Wien, Partizipationsbeauftragte bei der Diakonie, die auch als Anknüpfungsmöglichkeit dienen können (vgl. auch Kapitel 1.6. und Anhang).

Synergien im Rahmen psychosozialer Unterstützung durch qualifizierte Peers

Mögliche Kooperationen im Rahmen psychosozialer Unterstützung durch qualifizierte Peers könnten sein:

- » AST (Anlaufstelle für im Ausland erworbene Qualifikationen, www.anlaufstelle-erkennung.at/anlaufstellen)
- » Migrant – Beratung für Migranten und Migrantinnen, www.migrant.at/ (Wien)
- » Migrare – Zentrum für MigrantInnen OÖ, <https://migrare.at/> (Oberösterreich)
- » Zemit – Zentrum für Migranten und Migrantinnen Tirol, www.zemit.at/de/ (Tirol)
- » Zebra – Interkulturelles Beratungs- und Therapiezentrum, www.zebra.or.at/ (Steiermark)

2.5 Anlaufstellen

Psychosoziale Problemlagen sind vielfältig, Orte und Zeiten für Hilfsangebote sollten entsprechend breit vorhanden sein, um auf die Motivation von betroffenen Menschen, sich möglichst früh Hilfe zu holen, adäquat reagieren zu können. Die Kontaktaufnahme könnte über niederschwellige Anlaufstellen gefördert werden, die möglichst **neutral** sind, **jederzeit** und **ohne Terminvereinbarung** aufgesucht werden können. Es geht vor allem darum, Räume und Orte zur Verfügung zu stellen, die ein Treffpunkt sein können, an dem auch unter anderem psychosoziale Unterstützung vorhanden ist. Solche Anlaufstellen sind besonders wichtig für Frauen, die von Gewalt betroffen sind. Im Idealfall bieten sie verschiedene Aktivitäten zur Tagesstrukturierung an und können so Vertrauen aufbauen. In Städten gäbe es oft Möglichkeiten für eine Kooperation mit der Gemeinwesenarbeit (z.B. Nachbarschaftszentren, Gebietsbetreuung). Ideal wäre für den städtischen Bereich mehrere Anlaufstellen zu haben, die sich in Grätzelnähe befinden. In Wien ist mit CORE 2 ein community center geplant, das eine solche Anlaufstelle darstellen könnte. Weitere Möglichkeiten wären z.B. FEM Süd und FEM Nord. Im ländlichen Raum sind solche Verortungen schwieriger, jedoch gleich wichtig.

Was sollten Anlaufstellen leisten?

Die **Leistung von Anlaufstellen** sollte vor allem sein, Antworten auf erste Fragen zu bieten, Informationen und Tipps zu geben sowie zu weiterführende Angebote gezielt zu vermitteln. Die unter 1.1 und 1.2 erwähnten Themen sollten auch in Anlaufstellen adressiert und mit einer Methodenvielfalt gearbeitet werden. All dies sollte, wie auch bei 1.1, 1.2 und 1.4, in verschiedenen Sprachen möglich sein.

Wie sollten Anlaufstellen aussehen?

Im Idealfall gibt es einen zentralen Ort, der öffentlich gut und schnell erreicht werden kann, in der Nähe von Geschäften oder Ämtern oder nahe anderen Einrichtungen liegt, die immer wieder mal aufgesucht werden (müssen) und der daher bekannt und unauffällig ist. Dazu gehören beispielsweise offene Räume, die möglichst täglich geöffnet sind. Die Erfahrung zeigt, wie wichtig es ist, dass Menschen „einfach hinkommen können“. Zusätzlich sollte diese Anlaufstelle aber auch telefonisch und per E-Mail erreichbar sein. Eine Kombination mit einem Cafe, einer Bücherei, einer anderen Gesundheitseinrichtung kann ebenfalls vertrauensbildend sein. Andere Beispiele wären auch Gesundheitskioske oder im Zuge von COVID-19 Impfstationen. Dennoch sollte auch klar werden, was von diesen Anlaufstellen zu erwarten ist. Entsprechende Informationen über Anlaufstellen sollten in verschiedenen Sprachen aufliegen oder aushängen.

Erfahrungen aus den Frühen Hilfen zeigen, dass z.B. Krankenhäuser Orte sind, die von Menschen in belastenden Lebenslagen als nicht stigmatisierend empfunden und daher auch problemlos aufgesucht werden. Das gilt auch für Gebäude, in denen verschiedene Ärzte/Ärztinnen aber auch Servicestellen Büros haben. Lediglich die Nähe zur Kinder- und Jugendhilfe wird von Familien immer wieder als nicht geeignet bezeichnet.

In den Kontext von Anlaufstellen fallen aber Überlegungen, aufsuchende Komponente anzudenen, wie beispielsweise auf Festen, Veranstaltungen. Erfahrungen aus dem Suchtbereich zeigen, dass mit dieser Methode zum Teil wiederum etwas anderes Publikum erreicht werden kann.

2.6 Telefon-Hotline

Eine weitere Form der niederschweligen Kontaktaufnahme sind Telefon-Hotlines. Eine Erhebung der GÖG zeigte, dass zwar ein breites Angebot besteht, jedoch nicht für Menschen mit Migrationshintergrund. Solche Telefon-Hotlines bieten die Möglichkeit, anonym über Sorgen sprechen, einfache Handlungsmöglichkeiten zu erfahren (z.B. Atemtechniken) sowie Informationen über weiterführende Beratung- oder Behandlungsangebote erhalten zu können. Es dient einer anonymen Hilfestellung für kurzzeitige Entlastungen. Dazu braucht es geschultes Personal, das nicht nur zu psychosozialen Themen geschult ist, sondern auch Wissen aus den Bereichen Asylrecht und Aufenthaltsrecht hat und einen Überblick über entsprechende Angebote hat. Im Idealfall steht Personal mit verschiedenen Erstsprachen zur Verfügung, wenn nicht, ist das Zuschalten von Dolmetscher:innen möglich.

Der Verein Zebra hatte eine Sorgenhotline zum Thema Corona umgesetzt, die Diakonie setzt mit dem *AMIKE-Telefon* eine solche derzeit (2021/2022) um.

Was soll die Telefon-Hotline leisten?

Expert:innen (Psychotherapeut:innen, Klinische Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen, – wenn möglich mit eigener Migrationsbiografie) mit Erfahrungen im Bereich Flucht/Migration, bieten Entlastungsgespräche und psychotherapeutische Hilfestellung für Zielgruppenangehörige in Krisensituationen. Die kultur- und gendersensibel geführten Beratungen berücksichtigen die konkreten Lebenswelten der Zielgruppe.

Wie bereits in **Kapitel 1** erwähnt, sollte das Beratungsangebot psychosozialer Unterstützung leisten bei: anhaltenden psychischen Belastung(en) in Familie und Partnerschaft, Arbeit, Wohnen, Zukunft; plötzlich auftretende Ereignisse (Krankheit, Tod von Angehörigen, Asylentscheidungen); Eintritt von Krisen aufgrund fehlender Ressourcen und Bewältigungsstrategien; sozialer Isolation, Angststörungen, diagnostizierten psych. Erkrankungen

Die Beratung erfolgt bevorzugt muttersprachlich, wenn nötig dolmetschgestützt. Das *AMIKE-Telefon* bietet Beratung zunächst in den Sprachen Arabisch und Farsi, Deutsch, Englisch an. In einer weiteren Ausbaustufe sind Beratungen in den Sprachen Russisch und Somali vorgesehen

Die Beratung erfolgt anonym und ist für die Anrufer:innen kostenlos. Die Telefonberatung kann je nach Bedarf, begleitend oder auch punktuell in Anspruch genommen werden.

Das Beratungsangebot ist niederschwellig und somit als Erstanlaufstelle bei psychosozialen Problemen sehr gut geeignet. Die Erreichbarkeit per Telefon, die Anonymität und die Möglichkeit in

der eigenen Muttersprache zu kommunizieren, erleichtern es, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Psychosoziale Stabilität und die Minderung von Stress geben Menschen ihre Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit zurück, die positive soziale (Gesprächs-)Erfahrung stärkt die Resilienz, das positiv erlebte Erarbeitung von Lösungen mindert die Angst.

Die Hotline ist ein Kompensationsangebot für Menschen, die in im Gesundheitsbereich strukturell schwach entwickelte Regionen in Österreich leben.

Welche Synergien sollten mitbedacht werden?

Das Angebot der Telefon-Hotline schließt eine aktuell bestehende Lücke in der psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Migrant:innen. Die Hotline bietet Entlastung und Stärkung in Krisensituationen ist aber auch eine Erstanlaufstelle und Klient:innen treffsicher an andere psychosoziale, psychotherapeutische und psychiatrische Angebote zu vermitteln.

Eine koordinierte und aufeinander abgestimmte Unterstützung der Zielgruppenangehörigen auf mehreren Ebenen (sozial, psychologisch, mental, emotional) verstärkt die Wirkung der einzelnen Angebote. Wissen über die wesentlichen Angebote, eine realistische Einschätzung von Möglichkeiten und Grenzen der dort abrufbaren Unterstützung, sind Voraussetzung dafür, potentielle Synergien nutzbar zu machen.

Welche Stakeholder sollten berücksichtigt werden?

Stakeholder, die für Kooperationen bzw. Synergien in Zusammenhang mit einer Telefon-Hotline eingebunden werden können, sind Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens (Regelversorgung). Psychosoziale, psychotherapeutische und psychiatrische Angebote speziell für die Zielgruppe. Und Vertreter:innen von Politik (Bund und Länder) und Gesundheitskassen bezüglich der dauerhaften Finanzierung des Betriebs und der Weiterentwicklung des Angebots.

Wie könnten mögliche Kooperationen aussehen?

Die Klient:innen werden von Kooperationspartner:in auf die Hotline aufmerksam gemacht. Die telefonische Krisenberatung kann als Überbrückungsangebot genutzt werden, beispielsweise von Psychotherapieeinrichtungen bei Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz.

Die Hotline vermittelt wiederum Personen mit einem Unterstützungsbedarf an Kooperationspartner:in. In der Beratung werden Personen identifiziert, die spezielle psychosoziale/psychologische/psychotherapeutische/psychiatrische Unterstützung benötigen. Diese können treffsicher an regionale und für die jeweilige Problemstellung kompetente Stelle verwiesen werden.

Sozialberatungsstellen können Klient:innen in psychosozialen Krisen an die Hotline zu Entlastungsgesprächen vermitteln. Dies ermöglicht es Verantwortung an kompetente Stellen weiterzugeben.

Welche Hürden könnten entstehen?

Eine Hürde für die Einrichtung einer Telefon-Hotline könnte sein, adäquat ausgebildete mehrsprachige Fachkräfte zu finden. Diese Herausforderung trifft auch für die anderen Kernelemente zu.

Ebenso könnten Fragen der Kapazität, Auslastung und Steuerung eine Hürde darstellen. Einerseits soll das Angebot rasch in den Communities und den Betreuungseinrichtungen bekannt gemacht werden, andererseits könnte die Hotline durch intensive Bewerbung rasch an die Kapazitätsgrenzen stoßen. Überlastung der Hotline, ständig besetzte Telefonleitungen, führt bei Anrufer:innen zu Frustrationen.

Wie kann die Telefon-Hotline organisatorisch und finanziell angedockt werden?

Die Finanzierung des *AMIKE-Telefons* nach dem Projektende im April 2022, ist aktuell noch vollkommen ungeklärt. Daher sind möglichst rasch Gespräche mit Vertreter:innen von Politik (Bund und Länder) und Gesundheitskassen bezüglich einer dauerhaften Finanzierung des Betriebs bzw. einer Weiterentwicklung des Angebots zu initiieren.

Erfahrungen aus dem Pilotprojekt *AMIKE-Telefon*

Das vom Diakonie Flüchtlingsdienst betriebene *AMIKE-Telefon* ist ein Pilotprojekt und sammelt zu folgenden Punkten Erfahrungen:

- » Wie hoch ist der Bedarf/Wunsch/von Anrufer:innen nach planbaren und regelmäßigen Kontakt? (widerspricht dem Konzept einer offenen Hotline)
- » Gibt es die Erwartung von Anrufer:innen an die Hotline als niederschweligen „Ersatz“ für Psychotherapie (ohne Wartezeit, Kosten, Sprachprobleme)?
- » Wie sind die Erwartungen von Anrufer:innen an praktischer Hilfestellung (bei Behördenwegen, Geldproblemen, ...)?
- » Welche Zielgruppenangehörigen nutzen das Angebot, welche eher nicht (Sprachen, Geschlecht, Alter ...)
- » Sind die Zeiten der Erreichbarkeit des Angebots geeignet, oder sollten auch an den Tagesrändern oder am Wochenende Beratungszeiten angeboten werden?
- » Braucht es eine Ausdifferenzierung des Beratungsangebots, zum Beispiel Beratung per Chat, E-mail, Video-Gespräch ...

2.7 Vernetzung und Sensibilisierung

Zwischen den bestehenden Angeboten ist eine bessere Vernetzung notwendig, um gezielt weitervermitteln zu können. Sowohl im Gesundheits- als auch dem Bildungsbereich braucht es außerdem Maßnahmen zur Sensibilisierung, damit die bestehenden Angebote besser bekannt werden und somit auch Menschen leichter dorthin vermittelt werden können.

2.7.1 Vernetzung

Grundlage der Vernetzung ist einerseits die Kenntnis der vielfältigen Angebotslandschaft und des Leistungsspektrums des jeweiligen Angebots als auch die Bereitschaft und die Ressourcen der Betreuenden und Behandelnden, den betroffenen Menschen eine lückenlose und nachhaltige Behandlung und Betreuung gemeinsam mit anderen Professionist:innen zur Verfügung zu stellen. Diese Vernetzung ist notwendig, um gezielt weitervermitteln zu können und gemeinsam kleine und große Veränderungen initiieren und vorantreiben zu können. Einen Überblick über vorhandene Angebote in Wien bietet die Broschüre für psychische Gesundheit vom Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen sowie die österreichweite Erhebung der GÖG im Rahmen der hier skizzierten Anstrengungen. Derartige Aufstellungen müssen allerdings auch einer systematischen Nutzung durch die Behandelnden zugeführt werden, eine Informationsveranstaltung oder –Kampagne können ein erster Schritt sein.

Professionist:innen und andere Personen mit gutem Zugang zu Geflüchteten (Gatekeepern) sollten Teil der Bestrebungen zur Vernetzung sein. Dies einerseits, um Zugänge herzustellen, andererseits, um auch die Perspektiven der Zielgruppe immer miteinzubeziehen. Die verschiedenen Zugänge und Perspektiven sind relevanter Teil für den Aufbau der Aktivitäten des Netzwerks. Ziel sind ein Zusammenspiel von Anbieter:in – Nutzer:in, Ärztin/Arzt – Betroffenen/Patient:in.

Der Erfolg der Vernetzungsarbeit hängt auch davon ab, in welchem Maß Einrichtungen sich für die spezifischen Belange von Geflüchteten verantwortlich fühlen. Das Gesundheitssystem ist derzeit nach Meinung von Fachleuten nur unzureichend auf Menschen mit nichtdeutscher Muttersprache und ohne Systemwissen eingestellt. Geflüchtete beschreiben ihre Behandlung im niedergelassenen, ambulanten und stationären Bereich oftmals als entwürdigend, sie stellt sich nach Erfahrungen von Fachleuten aber manchmal auch als unzureichend und falsch heraus. Eine oftmals nicht professionelle Dolmetschsituation verstärkt herausfordernde Behandlungssituationen. Geflüchtete Menschen haben wenig Handlungsspielraum, sich den Problemlagen, vor die sie gestellt werden entgegenzusetzen. Es sind also zunächst die Mitarbeiter:innen des Gesundheitssystems selbst, die auf Hürden und Herausforderungen hinweisen und den Anstoß zu notwendigen Veränderungen geben können.

Mit einem mehrstufigen Plan zur Vernetzungsarbeit könnte bestehenden Lücken begegnet werden. In dem Wissen zu vorhandenen Angeboten und Erfahrungen mit diesen gesammelt und zur Verfügung gestellt werden, können vorhandene Ressourcen maximal ausgeschöpft und neue geschaffen werden sowie ein gemeinsames Commitment entwickelt werden.

1. **Wissen zu Angeboten** und Stellen sammeln und verbreiten – auf niederschweligen Wegen, die dem Profil der Zielgruppe Rechnung tragen und das Erreichen sicherstellen
2. **Vernetzung mit Communities und Gatekeepern** etablieren
3. **Sichtbarmachung von Lücken** vorantreiben; mögliche Verzahnung bestehender Angebote und Stellen überdenken; neue Angebote etablieren
4. **Dezentrales Wohnen und individuelles Umfeld der Zielgruppe berücksichtigen** bei der Verbesserung und Entwicklung von Angeboten zentralen Aspekt berücksichtigen > Große Mehrheit der Geflüchteten ist nicht organisiert
5. **Kommunikation** zwischen beteiligten Personen und Organisationen verbessern, inkl. Abläufe vor, während und nach Behandlungen gemeinsam festlegen
6. Gemeinsames **Lobbying** für bessere Versorgung

Eine Verbesserung der Kommunikation zwischen betreuenden und behandelnden Einrichtungen wäre im Bereich der Vernetzungsarbeit ein wichtiger Schritt. Dazu hat auch der PPV-Plan in Wien das Ziel, dass mehrere Einrichtungen gemeinsam die Verantwortung für gemeinsame Fälle übernehmen. Damit sollte vermieden werden, dass wie derzeit üblich, Personen nach Abschluss einer medizinischen Behandlung/eines Aufenthalts ohne entsprechende Vorbereitung nachhause in die Unterbringung entlassen werden bzw. und oftmals Betreuer:innen und Behandler:innen nicht ausreichend darüber informiert sind, welche Ressourcen und Möglichkeiten auf der jeweils anderen Seite vorhanden sind. Das Beispiel zeigt, wie wichtig es für niederschwellige Angebote ist, dass diese auch bei höherschwelligen Angeboten bekannt gemacht werden. Angebote sollten in Zukunft wechselseitig bekannt sein, dazu ist eine gute Vernetzungsstruktur die Grundlage. Zudem ist die Vernetzung regionaler und bundesweiter Einrichtungen wichtig, wie auch die überregionale Vernetzung.

Wichtig erscheint, dass die Information über jedes verfügbare Angebot leicht verständlich vorliegt. Damit können es nicht nur die potenziellen Klient:innen besser verstehen, sondern auch die Fachleute die Information leichter weitergeben und erklären. Die Erfahrungen zeigen, dass Angebote von den potenziellen Klient:innen nicht verstanden werden und in der Folge nicht nur Enttäuschungen entstehen, sondern auch falsche Information in den Communities weitergegeben werden. Ergänzend zu schriftlichem bzw. Text-basiertem Material sind daher auch Infos in den social media bzw. Bild-/Videomaterial wichtig.

Für jedes Angebot muss der Weg vom Bedarf zur Hilfe (Unterstützung oder Behandlung) möglichst kurz, also niederschwellig sein und der heraus- und hineinreichende Charakter von Angeboten mit den möglichen "Zuweiser:innen" abgestimmt sein, d.h.: Ist das Angebot in der Schule so präsent, dass sich Kinder oder Erwachsene an eine Person vor Ort wenden können? Genügt eine gut bekannt gemachte Telefonnummer? Einmalige oder regelmäßige Workshops/Info-Veranstaltungen? Ist das Angebot zwar offen, dockt aber nicht an der Schule, im Verein o.ä. an, so braucht es das Commitment und klare Vereinbarungen mit den Lehrer:innen, Gatekeepern, Vermittler:innen generell, diesen Schritt hinaus gemeinsam oder jedenfalls unterstützt zu tun. Aktuell erlauben die Ressourcen es oftmals nicht, Betroffene zur nächsten Anlaufstelle zu begleiten, telefonisch vorab Kontakt mit ihnen aufzunehmen oder an Termine zu erinnern. Das diese Unterstützung aber notwendig ist, um das vorhandene Angebot optimal zu nutzen, steht für die Mitarbeiter:innen im Feld außer Frage.

Das Gesundheitspersonal kann sich verstärkt für den Einsatz von Videodolmetsch engagieren, Schulungen zur Sensibilisierung organisieren und möglichst oft und hörbar auf die Ressourcen hinweisen, die sie für die gleichwertige Versorgung von Geflüchteten benötigen. An den Entscheidungsträger:innen im Gesundheitsbereich und bei der Politik wird es liegen, die Ressourcen für Veränderungen und neue Angebote zur Verfügung zu stellen. Dafür müssen wohl weitere Handlungsanstöße aus der Praxis erfolgen.

Möglichkeiten, um bestehende Ressourcen zu nützen, wären:

- » Niederschwelligkeits-Checks für alle Angebote: Wie erreiche ich meine Zielgruppe? Und sie mich?
- » Gezielte und rasche Vermittlung von Personen mit Bedarf an die passenden Angebote > niemand soll „durch alle Netze fallen“
- » Kurzfristige Bereitstellung von Dolmetsch
- » Schließen von Lücken aus bestehenden Ressourcen, gleichzeitig Verminderung von Reibungsverlusten > enge und strukturierte Vernetzung ist Voraussetzung dafür

Mögliche Zielgruppen für die Vernetzungsarbeit können sein:

- » Angebotsträger:innen für psychische Gesundheit
- » Der gesamte Gesundheitsbereich inkl. Spitäler, niedergelassene Ärzt:innen
- » Die politisch Verantwortlichen, die Veränderungen vorantreiben können
- » NGOs der Flüchtlingshilfe
- » Frühe Hilfen, Kinder- und Jugendhilfe
- » Schulen und Kindergärten, Bildungsdirektion
- » Jugendarbeit
- » Diaspora-Organisationen v. Geflüchteten
- » Gatekeeper zur Zielgruppe
- » Wr. Behindertenhilfe (Wien)
- » Behörden wie MA 40 (Wien), aber auch AMS

Ein Vorschlag für eine Struktur für die Vernetzungsarbeit wäre:

1. **Round table** mit dem Ziel, alle mit allen zu vernetzen; Vertreter:innen der Zielgruppe und andere Gatekeeper dazu einzuladen; und daran anschließend bei Bedarf Arbeitsgruppen mit klarem Auftrag festzulegen
2. Die **AGs** sollen z.B. untersuchen, diskutieren, abstimmen, vertiefend und weiterführend zur AG niederschwelliges Angebot:

Welche Kriterien für „Niederschwelligkeit für Geflüchtete“ betrachten wir als unabdingbar und wollen wir als Orientierung festlegen?

Wie niederschwellig sind bestehende Angebote? Welche Angebote erfüllen diese Kriterien und auf welche Weise? Wo empfehlen wir Nachbesserungen?

Wie können die Menschen der Zielgruppe direkt erreicht werden

Wie kann die (Weiter-)Vermittlung von Personen zu adäquaten Angeboten konkret aussehen wird und welche Schritte – Information, weitere Vernetzung, Schulung? – müssen dafür gesetzt werden?

3. **Online-Plattform** der Angebotsträger:innen, die Aktualisierungen zu Plätzen und Angebotsspektrum leicht ermöglicht
4. **Task force** aus wichtigen Stakeholdern, die zentrale Forderungen verstärkt lobbyiert

2.7.2 Sensibilisierung

Die Sensibilisierung diverser Stakeholder und Gruppen für die psychische Gesundheit von Geflüchteten ist einerseits notwendig, um die Ziele der Vernetzung zu erreichen. Geflüchtete leiden unter dem Mangel an adäquaten Angeboten und spezifischen Hürden und Belastungen wie Sprachbarrieren und Traumata. Hinzu kommt als weitere Belastung die oftmals beschämende Konfrontation mit dem Gesundheitssystem und seinen Vertreter:innen. Deshalb zielt die Sensibilisierung auch auf ein größeres Bewusstsein und eine gesteigerte Empathie für die Lage dieser vulnerablen Gruppe ab, um die Voraussetzung für einen anderen Umgang mit dieser zu schaffen.

Kurzfristig können Schulungen dem Personal dabei helfen, auf geflüchtete Menschen adäquat einzugehen und Diskriminierung, Entwürdigung und Fehldiagnosen besser zu vermeiden. Generell muss die Sensibilisierung für den Umgang mit systemfremden Klient:innen ein fixer Bestandteil der Ausbildung von Gesundheitspersonal sein. Mittelfristiges Ziel der Sensibilisierung ist das gemeinsame Bekenntnis zu einem Gesundheitssystem, das alle Menschen optimal und würdig versorgen will. In der Überforderung mit geflüchteten Menschen und ihren Problemen scheint dieses Anliegen bei Vertreter:innen des Gesundheitssystems (noch?) nicht immer an erster Stelle zu stehen.

Ziele von Sensibilisierungsmaßnahmen könnten sein:

- » Gesundheitsbereich: Zielgruppenadäquater, empathischer und respektvoller Umgang in der stationären und ambulanten Versorgung von Geflüchteten
- » Gesundheitsbereich: Größere Sicherheit bei Diagnostizierung und Behandlung von Geflüchteten, d.h. auch Berücksichtigung der erhöhten Gefahr für Fehler bei Anamnese, Diagnosestellung und Behandlung, die durch diverse Barrieren vorhanden ist, auch bei Dolmetsch.
- » Gemeinsames Engagement für die Ausbildung von Fachkräften mit Fluchterfahrung
- » Gemeinsames Engagement der Flüchtlingshilfe und des PSY-Bereichs für eine gleichwürdige Versorgung geflüchteter Menschen

Mögliche notwendige Schritte dazu könnten sein:

- a) Sichtung bestehender Erhebungen zu Gesundheitsbedarfen von Geflüchteten und deren Erfahrungen im Gesundheitssystem und ggfalls. weitere Erhebungen
- b) Entwicklung von Sensibilisierungsangeboten mit Professionist_innen relevanter Berufsgruppen, Geflüchteten-Vertreter_innen und Expert_innen für Diversität im Gesundheitsbereich
- c) Sensibilisierungskampagnen: Bewusstseins-schärfung und -Schaffung für die Bedarfe, Angebote und Lücken bzgl. der Versorgung geflüchteter Menschen bei allen Mitarbeiter_innen des Gesundheits- und Sozialsystems

- d) Engere Vernetzung von PSY-Expert_innen und Sozialarbeiter_innen inkl. strukturierter Verbesserung der Kommunikation
- e) AG "Gleiche Behandlung für Geflüchtete" klärt, welche Schritte notwendig sind, um die Erfahrung von Geflüchteten im konkreten Behandlungssetting asap zu verändern

Zielgruppen und Stakeholder für die Sensibilisierungsarbeit

- » Der gesamte Gesundheitsbereich inkl. Spitäler, niedergelassener Ärzt:innen
- » Schulen und Kindergärten, Bildungsdirektion
- » Verwaltung und Politik, um die Versorgung sicherzustellen und den Zusammenhang zu Integrationsagenden vermehrt in den Fokus zu nehmen
- » Gesamtgesellschaft im Rahmen genereller Anstrengungen zur Sensibilisierung für psychisches Leiden/Erkrankungen und Fluchterfahrungen

Weitere Fragen:

- » Welche vorhandenen Angebote sind so effektiv, dass sie ausgebaut werden sollten?
- » Welche vorhandenen Angebote könnten für den Bedarf von Geflüchteten adaptiert werden, z.B. durch Trainings für MA, Dolmetsch o.ä.
- » Welche Bedarfe/Zielgruppen sind nicht von der Angebotspalette abgedeckt?
- » Größenordnung: Wie viele Plätze müssten für die verschiedenen Bedarfe zur Verfügung stehen, um den Bedarf zu decken?

2.8 Synergien, Kooperationen und Finanzierung

Hinsichtlich der organisatorischen Frage soll – wie bereits erwähnt – darauf hingewiesen werden, dass im Idealfall auf bestehenden Angeboten aufgebaut werden sollte. Es erscheint jedoch als notwendig, dass die Institutionen, die als Träger fungieren sollen, Erfahrungen mit Menschen mit Migrationshintergrund aufweisen und mit der Situation von Geflüchteten vertraut sind. Zusätzlich sollten sie im Bereich Gesundheit und Soziales aktiv sein.

Bestehende Angebote und Strukturen sollten genutzt werden. Um an Bestehendem andocken zu können, wird die Liste der Bestandserhebung mit den österreichweit eingemeldeten Angeboten in den Anhang des Konzepts gestellt. Mit Behörden, Schulen, der Jugendarbeit und anderen Stakeholdern können strukturierte Abläufe vereinbart werden, die für eine passende Vernetzung zum Tragen kommen.

Ein Angebot zur psychosozialen Unterstützung durch geschulte Peers ist für verschiedene Politikbereiche aber auch Institutionen relevant und sollte daher im Idealfall auch aus verschiedenen Finanzierungsquellen gefördert werden. Ungeachtet dessen, wer das Angebot (mit)finanziert, ist eine längerfristige Finanzierung anzustreben anstelle einer befristeten Projektförderung.

Die Finanzierung der Angebote sollte vor allem langfristig sein und möglichst breit aufgestellt werden, aus verschiedenen Bereichen (z. B. ÖGK, Z-StG, Integrationsressort, ...)

Erfahrungen zeigen, dass durch niederschwellige Angebote therapeutische Einrichtungen weniger häufig in Anspruch genommen werden müssen. Es trägt also zu einer Entlastung dieser bei. Dies dürfte im Interesse der Sozialversicherung aber auch der Länder als Finanziers des Gesundheitswesens sein. Eine Finanzierung wäre daher aus Mitteln der SV, der BGA und der LGFF denkbar.

Niederschwellige Angebote tragen jedoch nicht nur zur Gesundheit der Betroffenen bei, sie fördern darüber hinaus auch – durch das Auflösen von psychosozialen Problemen – die Möglichkeiten der Betroffenen, sich auf andere Themen zu konzentrieren und z.B. eine Aus- oder Fortbildung zu ergreifen/abzuschließen und können daher letztendlich zu deren Integration beitragen. Da im Rahmen einer psychosozialen Unterstützung häufig auch das Thema "Häusliche Gewalt" adressiert wird, erscheinen Angebote mit diesem Schwerpunkt auch aus der Perspektive der Prävention von Gewalt relevant. Zu einer Finanzierung könnte daher nicht nur der Gesundheitsbereich, sondern auch der Sozialbereich, der Integrationsbereich und die Bereiche Frauen und Familie beitragen.

Anhang

2.9 Erhebung Angebote Niederschwellige Angebote Österreich

Eingefügt vor Lektorat.

2.10 Weiterführende Informationen

Inkl. Handbuch für Helfende (zum Thema Trauma)

IOM Handbuch