

Präv Gesundheitsf
<https://doi.org/10.1007/s11553-021-00899-w>
Eingegangen: 13. Juni 2021
Angenommen: 8. August 2021

© Der/die Autor(en) 2021



Clara Perplies¹ · Louise Biddle¹ · Janine Benson-Martin^{2,3} · Brigitte Joggerst² · Kayvan Bozorgmehr^{1,4}

¹ Sektion Health Equity Studies & Migration, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

² Gesundheitsamt Enzkreis und Stadt Pforzheim, Landratsamt Enzkreis, Pforzheim, Deutschland

³ Heidelberger Institut für Global Health, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

⁴ Abteilung Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

Förderung der psychischen Gesundheit von geflüchteten Menschen

Erkenntnisse aus der Implementierung eines gruppenbasierten Peer-Ansatzes im kommunalen Setting

Zusatzmaterial online

Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Artikels (<https://doi.org/10.1007/s11553-021-00899-w>) enthalten.

Geflüchtete Menschen sind vielfältigen psychosozialen Belastungen ausgesetzt. Um Versorgungs- und Präventionsbedarfe dieser Bevölkerungsgruppe niedrigschwellig und diversitätssensibel zu decken, werden vermehrt Peer-Ansätze verfolgt. Der vorliegende Beitrag informiert den Diskurs über die (Weiter-)Entwicklung und Implementierung von entsprechenden Angeboten für geflüchtete Menschen in Deutschland, indem zentrale Erkenntnisse aus der Prozessevaluation des präventiven Peer-Ansatzes „Mind-Spring“ (MS) nach Pilotierung in einem kommunalen Setting vorgestellt und diskutiert werden.

Hintergrund

In der vergangenen Dekade stellten über 2,1 Mio. Menschen in Deutschland einen Asylantrag, der Großteil der Schutzsuchenden kam in den Jahren 2015 und 2016 im Kontext der Fluchtbewegungen

aus Syrien, Irak und Afghanistan nach Deutschland [26]. Zusätzlich zu traumatischen Erlebnissen im Herkunftsland und belastenden bis lebensbedrohlichen Ereignissen während der Flucht sind geflüchtete Menschen¹ oftmals mit Postmigrationsstressoren konfrontiert [9, 11]. Sie weisen daher eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Erkrankungen auf.

Angesichts von sprachlichen und kulturellen Barrieren, die geflüchtete Menschen bei der Inanspruchnahme psychosozialer Versorgungsangebote erleben [3], aber auch mit dem Ziel einer bedarfsangemessenen Versorgung bei begrenzten finanziellen und professionellen Ressourcen, wird ein Ausbau von niedrigschwelligen und kultursensiblen Angeboten in Europa wie auch spezifisch in Deutschland empfohlen [17, 19, 28]. Ein Ansatz besteht in Peer-to-Peer-Angeboten. Unter ‚Peers‘ werden Personen verstanden, bei denen Gemeinsamkeiten aufgrund der Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe oder geteilten Lebensumständen gesehen werden [28]. Perso-

nen mit eigenen Fluchterfahrungen oder Migrationshintergrund werden in der Prävention und Gesundheitsförderung, bei der Identifizierung und Weiterverweisung von geflüchteten Menschen mit psychischem Unterstützungsbedarf, zur Beratung und zur psychosozialen Stabilisierung und Ressourcenaktivierung eingesetzt [7, 8, 10, 12, 14, 28].

Der Einsatz von ‚Peers‘ kann zu einer Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit beitragen und sich positiv auf die psychische Gesundheit auswirken – auch wenn diese keine formale psychologische Qualifikation aufweisen [4]. Insbesondere in Ländern des globalen Nordens gilt die Evidenzlage bezogen auf Peer- oder Community-basierte Ansätze für unterversorgte Gruppen bisher jedoch als unzureichend, zumal unklar ist, welche Faktoren für eine erfolgreiche Übertragung bewährter Ansätze zu berücksichtigen sind [4, 27]. Zudem mangelt es an Studien zu Sichtweisen von geflüchteten Menschen auf die Implementierung psychosozialer Peer-Ansätze in Deutschland.

Im Folgenden werden exemplarisch wissenschaftliche Erkenntnisse aus der qualitativen Prozessevaluation von MS, einem gruppenbasierten Peer-Ansatz der

¹ Hierunter werden Asylsuchende, Asylbewerber*innen, Menschen mit einer Duldung oder Anerkennung nach der Genfer Flüchtlingskonvention verstanden.

Tab. 1 Charakteristika von „Mind-Spring“

Intervention	
Format und Umfang	Acht Gruppensitzungen, je 2 h
Inhalte	Trauma, Stress, Trauer, Schuldgefühle, Depression, körperliche Beschwerden, Identität und Akkulturation
Methodik	Kognitiv-verhaltensorientierte psychoedukative Elemente, praktische Entspannungsübungen, soziale Unterstützung und Empowerment
Durchführende	
Trainer*innen-tandem	Leitung durch Peer-Trainer*innen Begleitung durch Co-Trainer*innen mit beruflichen Erfahrungen im Flucht-kontext und/oder psychosozialen Bereich
Auswahlkriterien ^a	Peer-Trainer*innen: eigene Fluchterfahrungen, beruflicher Hintergrund, psychische Belastbarkeit, Umgang mit möglichen Herausforderungen aufgrund unterschiedlicher kultureller oder religiöser Vorstellungen, sprachliche Kompetenzen
Qualifizierung und Begleitung	48-stündige Schulung, Manual, regelmäßige Supervision
Strukturelle Faktoren	
Durchführungs-orte ^a	Lokale Veranstaltungsorte, Beratungs- und Quartierszentren, Räumlichkeiten eines Rathauses und eines Bildungsträgers für sprachliche Qualifizierung nach § 45a AufenthG
Finanzielle Förderung ^a	Pilotierungsphase 2017: Bundesprogramm „Willkommen bei Freunden“ der Deutschen Kinder- und Jugendstiftung 2018–2020: AOK Baden-Württemberg Implementierungsphase seit 2021: Stiftung für gesundheitliche Prävention Baden-Württemberg aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung gem. § 20a SGB V, Ministerium für Soziales und Integration aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg

^aBezogen auf das Pilotierungssetting im Enzkreis und Pforzheim

präventiven Psychoedukation und psychosozialen Stabilisierung für geflüchtete Menschen [25], nach Pilotierung in einem kommunalen Setting in Deutschland vorgestellt. Ziel der formativen Prozessevaluation war es, hemmende und fördernde Faktoren der Inanspruchnahme aus der Perspektive von geflüchteten Menschen zu identifizieren.

Methoden

Pilotierung von MS in Deutschland

Die Initiative zur Implementierung von MS in einem kommunalen Setting in Deutschland geht auf eine 2016 durch das Gesundheitsamt Enzkreis/Pforzheim durchgeführte Analyse der lokalen Versorgungssituation und der Bedarfe von geflüchteten Menschen zurück [6]. Die in den Niederlanden entwickelte Intervention MS hat zum Ziel, die psychische Gesundheit von geflüchteten Menschen zu verbessern [25] und wurde anhand ihrer Wirkmechanismen als pas-

send identifiziert. Zentrale Bestandteile von MS sind in **Tab. 1** dargestellt. Eine Evaluation von MS nach Implementierung in Dänemark weist darauf hin, dass MS sich positiv auf depressive Symptome und das Wohlbefinden von geflüchteten Menschen auswirkt [13].

Im Mai 2018 begann die Durchführung von drei Gruppen im Enzkreis und zwei Gruppen in Pforzheim. Gruppen fanden zunächst auf Arabisch und Farsi statt und wurden von zwei Personen mit einer Fortbildung in Traumabegleitung, einer Flüchtlingsbeauftragten und einer im Gesundheitsamt tätigen Psychiaterin und Public-Health-Wissenschaftlerin begleitet. Eine Gruppe wurde aufgrund einer kurzfristigen Absage der Co-Trainerin ohne Begleitung begonnen und nach dem zweiten Termin mangels Teilnehmer*innen abgesagt. Da die Teilnehmerzahlen schwankten und insgesamt unter den Erwartungen lagen, wurden Gruppen nicht als geschlossenes Angebot durchgeführt, sondern ein Einstieg bis zur vierten Sitzung ermöglicht. Zu-

dem wurde eine von zwei Gruppen, die ausschließlich für Frauen geplant waren, im Verlauf auch für Männer geöffnet.

Netzwerkpartner*innen unterstützten sowohl die Suche nach geeigneten Räumlichkeiten als auch die Informierung der Zielgruppe, die über eine Mischstrategie aus schriftlichen Materialien und persönlicher Ansprache erfolgte.

Qualitative Prozessevaluation

Die Prozessevaluation von MS erfolgte unabhängig und unter Anbindung an das Forschungsprojekt „RESPOND“ (<https://respond-study.org>). Nach Durchführung der ersten Gruppen wurden zwischen Juni und September 2018 acht leitfadengestützte Interviews mit geflüchteten Menschen geführt. Die Interviewleitfäden umfassten folgende Themenkomplexe: Informations- und Zugangswege, Beweggründe zur Teilnahme an MS, Durchführung des Angebotes, hemmende und fördernde Faktoren für die Teilnahme an MS sowie bisherige Erfahrungen mit der medizinischen Versorgung in Deutschland.

Bei der Auswahl der Interviewpartner*innen wurde eine maximale Variation hinsichtlich der Rolle bei MS und der Zugehörigkeit zur arabischen oder persischen Sprachgruppe sowie unter den (potenziellen) Teilnehmenden hinsichtlich der Inanspruchnahme des Angebots, soziodemographischer Charakteristika und des Wohnorts verfolgt. Peer-Trainer*innen wurden in der Annahme eingeschlossen, dass sie Aussagen über hemmende und fördernde Faktoren der Teilnahme aus der Sicht von geflüchteten Menschen treffen können und ihre Position zugleich zusätzliche Einblicke in die Kontextualisierung und ein besseres Verständnis der Intervention ermöglicht. Da eine schwere Erreichbarkeit der Studienpopulation angenommen wurde, wurden Interviewpersonen über ein schrittweises Snowball-Sampling rekrutiert, beginnend mit den Peer-Trainer*innen. Diese unterstützten die Rekrutierung von Interviewpartner*innen unter den Teilnehmer*innen.

Präv Gesundheitsf <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00899-w>
© Der/die Autor(en) 2021

C. Perplies · L. Biddle · J. Benson-Martin · B. Joggerst · K. Bozorgmehr

Förderung der psychischen Gesundheit von geflüchteten Menschen. Erkenntnisse aus der Implementierung eines gruppenbasierten Peer-Ansatzes im kommunalen Setting

Zusammenfassung

Hintergrund. Geflüchtete Menschen sind vielfältigen psychosozialen Belastungen ausgesetzt. Zur Förderung ihrer psychischen Gesundheit werden u. a. Peer-Ansätze verfolgt. Wissenschaftliche Erkenntnisse zu den Voraussetzungen einer erfolgreichen Implementierung entsprechender Ansätze für geflüchtete Menschen in Deutschland liegen bisher jedoch kaum vor.

Ziel. Ziel ist es, Erkenntnisse über die Sichtweisen geflüchteter Menschen auf einen gruppenbasierten Peer-Ansatz der Psychoedukation und psychosozialen Stabilisierung („Mind-Spring“) in einem kommunalen Setting zu erlangen sowie Barrieren und fördernde Faktoren der Inanspruchnahme zu identifizieren.

Methoden. Nach Einführung des Ansatzes in einer Region Baden-Württembergs wurden acht leitfadengestützte Interviews mit zwei Peer-Trainern und sechs geflüchteten Menschen, die als potenzielle Teilnehmer*innen adressiert worden waren, durchgeführt. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse. Die Teilnahme an der psychosozialen Intervention beruht auf heterogenen Bedarfen und Nutzenerwartungen. Eine aufsuchende, personalisierte Ansprache, sprachliche Verständigungsmöglichkeit und wohnortnahe Durchführung werden als fördernd erlebt. Hemmend wirken sich Faktoren wie die Sorge vor Stigmatisierung

und fehlendes Vertrauen in Durchführende und andere Teilnehmende aus.

Schlussfolgerung. Bei der Implementierung von psychosozialen Interventionen für geflüchtete Menschen sind eine niedrigschwellige Organisation und Orientierung an den Bedarfen und Nutzenerwartungen von geflüchteten Menschen zu beachten. Die Akzeptanz wird durch ein ausgewogenes Verhältnis von Peer- und Otherness sowie die Anbindung an professionelle Versorgungsstrukturen unterstützt.

Schlüsselwörter

Migration · Psychosoziale Versorgung · Mind-Spring · Gesundheitsförderung · Prozessevaluation

Promoting mental health among refugees. Findings from the implementation of a group-based peer approach in a community setting

Abstract

Background. Refugees and asylum seekers face multiple psychosocial stressors. One approach to promote mental health is a peer engagement model. However, insights into the successful implementation of such an approach in refugee mental health in Germany are relatively scarce.

Objectives. The objective was to elicit perspectives of refugees and asylum seekers regarding a group-based peer approach to psychoeducation and psychosocial stabilization (Mind-Spring) in a community setting, as well as to identify barriers and facilitating factors of participation.

Methods. Following the pilot implementation of peer-based psychosocial groups in a region

of Baden-Württemberg, eight semi-structured interviews were conducted with two peer trainers and six individuals who had been addressed as potential participants. The interviews were recorded, transcribed and analysed using a qualitative content analysis method.

Results. Participation in the psychosocial intervention was found to be based on heterogeneous needs and expectations. Factors that supported participation were personal outreach, the possibility to communicate in one's own language, and the proximity of the group activity to the participants' place of residence. Fear of stigmatization and a lack of trust in those carrying out the intervention

and other participants were found to hinder participation.

Conclusions. Low intensity access, as well as tailoring towards refugees' needs and expectations should be considered when implementing psychosocial interventions for refugees. Acceptability is enhanced by balancing peer- and otherness, as well as by linking the interventions to professional healthcare services.

Keywords

Migration · Psychosocial health care · Mind-Spring · Health promotion · Process evaluation

Die Interviews fanden nach schriftlicher Einwilligung in dem häuslichen Umfeld der Befragten, in Räumlichkeiten des Gesundheitsamtes Enzkreis/Pforzheim oder an den Veranstaltungsorten von MS statt und hatten eine Dauer von 45 bis zu 115 min. Teils waren Familienangehörige der Interviewten anwesend. Fünf Gespräche wurden mit Einbindung eines Videodolmetschdienstes geführt, drei Gespräche fanden auf Deutsch statt. Den Befragten wurde eine

Aufwandsentschädigung in Höhe von 20 € angeboten.

Alle Interviews wurden aufgezeichnet. Deutschsprachige Gesprächsanteile wurden unter Verwendung des Transkriptionsprogramms f4 wörtlich transkribiert und gesprächsinterne nicht-deutsche Redeanteile ggf. zur Kontextualisierung im Transkript vermerkt.

Die Daten wurden in Anlehnung an Kuckartz [15] und unter Verwendung der Software MaxQDA inhaltlich ausgewer-

tet. Kategorien wurden induktiv-deduktiv gebildet. Nach zirkulärem Durchlaufen der Schritte des Kodierens, Systematisierens und Organisierens an sechs Interviews durch CP wurde das vorläufige Codebuch gemeinsam mit LB auf Genauigkeit und theoretische Sensibilität überprüft. Mit unter Rückgriff auf das *Behavioral Model of Health Services Use* [1, 2] erstellten Hauptkategorien wurde ein erneuter Kodierdurchgang aller Interviews durch CP durchgeführt und

Tab. 2 Charakteristika der Befragten (n=8)

Alter/Geschlecht	30 bis 47 Jahre/5 Männer, 3 Frauen
Aufenthaltsstatus	Anerkannter Flüchtlingsstatus (n=5), Duldung (n=2), Ablehnung der Aufenthaltsgestattung mit laufender Klage (n=1)
Aufenthaltsdauer in Deutschland	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer: 33 Monate, Minimum: 30 Monate, längste Aufenthaltsdauer: 38 Monate
Wohnsituation	Dezentral in Wohnungen oder Sammelunterkünften, mit Ehepartner und ggf. Kindern (n=6), alleinerziehend mit Kindern lebend (n=2)
Nationalität	Syrisch (n=4), Afghanisch (n=4)
Bildungshintergrund	Fehlender Schulabschluss (n=1), Grundschulabschluss (n=1), höhere Schulbildung (n=3), mit Fachhochschulabschluss vergleichbare Berufsausbildung (n=1), Universitätsabschluss (n=2)

Haupt- und Subkategorien ausgewertet. Die folgende Ergebnisdarstellung orientiert sich an den Themen, die im gemeinsamen Austausch im Forschungsteam als zentral identifiziert wurden.

Ergebnisse

Charakteristika der Befragten

Im Zuge der Datenerhebung wurden acht Personen interviewt: zwei Peer-Trainer, fünf MS-Teilnehmer*innen aus vier verschiedenen Gruppen und eine geflüchtete Person, die über MS informiert worden war, aber nicht an dem Angebot teilgenommen hat (s. [Tab. 2](#)).

Beweggründe zur Teilnahme an MS

Der Entscheidung zur Teilnahme an MS lagen unterschiedliche Bedarfe und Nutzenerwartungen zugrunde. Teils berichteten die befragten Teilnehmenden von Einschränkungen ihrer subjektiven Gesundheit, die von emotionalem Leidensdruck aufgrund psychosozialer Belastungen bis zu kognitiven und physiologischen Einschränkungen reichten: „... vielleicht könnte es so irgendein Weg sein, so irgendeine Lösung für meine Einsamkeit, für meinen ganzen Stress.“ (T5). Ein Peer-Trainer identifizierte Informationsbedarfe im Umgang mit psychosomatischen Beschwerden (s. Zusatzmaterial, Z1).

Personen, die ihre subjektive Gesundheit und ihr Wohlbefinden als verhältnismäßig gut bewerteten, gaben psychosoziale Probleme oder Interesse als Grund zur Teilnahme an MS an. Die individuellen Erwartungen der Teilnehmenden

an MS reichten von dem Aufbau sozialer Kontakte über eine Unterstützung bei Wohnungssuche und Kindererziehung, professionelle medizinische und psychologische Unterstützung bis hin zu einem Wissenserwerb zu gesellschaftlichen und soziokulturellen Aspekten in Deutschland.

Die befragten Peer-Trainer berichteten, dass die aufsuchende persönliche Ansprache eine Anpassung der Information über MS auf die Zielgruppe, individuelle Lebenssituationen und soziale Normvorstellungen ermöglichte (vgl. Z8 aus Perspektive eines Teilnehmers). Im Verlauf einer Teilnahme wurden Erwartungen jedoch mitunter enttäuscht und Teilnehmende zeigten Desinteresse an der tatsächlichen inhaltlichen Ausrichtung. Die Interviewpartner*innen vermuteten, dass hieraus eine unregelmäßige Teilnahme oder Abbrüche resultieren (vgl. Z2). Im Rahmen zweier Interviews wurde hingegen deutlich, dass selbst wenn Erwartungen an MS enttäuscht werden, kein Nutzen erlebt wird und Zweifel an der Wirkweise von MS bestehen, eine fortlaufende Teilnahme teils für einen weiter erhofften Nutzen aufrechterhalten wird (vgl. Z3 als Beschreibung der Motivation zur weiteren Teilnahme).

Niedrigschwellige Organisation und Verständigungsmöglichkeit

Fördernd für die Teilnahme war den Befragten zufolge, dass die MS-Sitzungen wohnortnah und in bereits bekannten Räumlichkeiten (z. B. durch Angebote wie Asyl-Cafés und Kinderbetreuung) stattfanden. So schilderte ein Teilnehmer, dass MS „gleich um die Ecke“ von sei-

nem Wohnort stattgefunden habe und er dann dachte „ja, warum nicht [...] dann schauen wir mal, was es einfach einem bringt“ (T1). Entfernungen zum Wohnort wurden bezogen auf MS als Hindernis beschrieben (Z6).

In zwei Interviews wurden zeitliche Überschneidungen der MS-Sitzungen mit Sprach- bzw. Integrations- oder Berufsvorbereitungskursen als hemmender Faktor für die Teilnahme an MS angesprochen (vgl. Z7). Insbesondere für Mütter von Kleinkindern war es hinderlich, wenn das Angebot am Abend stattfand.

Durch die kostenfreie sprachliche Verständigungsmöglichkeit über die Peer-Trainer*innen und die wöchentlich zur selben Zeit stattfindenden, fortlaufenden Termine wurden Barrieren reduziert, die bei der Inanspruchnahme professioneller Versorgungs- und Unterstützungsangebote beschrieben wurden. So erlebte eine Interviewpartnerin eine Sprachbarriere für das Erfragen eines Folgetermins bei einem individuellen psychosozialen Beratungsangebot. Ein anderer Teilnehmer berichtete von hohen Wartezeiten und Kosten für Verdolmetschung bei der versuchten Inanspruchnahme professioneller psychologischer oder psychiatrischer Versorgungsleistungen.

Gruppendynamiken und Trainer*innentandem

Der Austausch in der Gruppe über „[...] v]orhandene Probleme, die man loswerden möchte“ (T2) wurde von einigen befragten Teilnehmenden als Kernelement von MS und als etwas, aus dem sie persönlichen Nutzen getragen haben, hervorgehoben. Ein verständnisvoller Austausch in harmonischer Atmosphäre wurde zum einen damit verbunden, emotionale Unterstützung durch die anderen Teilnehmenden zu erfahren (vgl. Z9). Zum anderen ermöglichte der Austausch über gegensätzliche Einstellungen und unterschiedliche Normvorstellungen eine vertiefte Auseinandersetzung mit kulturellen Gemeinsamkeiten und Unterschieden (vgl. Z10).

Einige der Befragten beschrieben zugleich, dass die Durchführung von MS als Gruppenangebot eine Hürde

sein könne, da es manchen Personen schwerfalle, in der Gruppe private Probleme offenzulegen und über eigene Gefühle zu sprechen. Teils wurden in diesem Zusammenhang auch Genderspekte deutlich: Eine Teilnehmerin einer gemischtgeschlechtlichen MS-Gruppe gab an, dass sie Schwierigkeiten hatte, sich in der Gruppe zu öffnen und dass sie sich bei Problemen bevorzugt an Frauen wende, da es ihr leichter falle, zu Frauen Vertrauen aufzubauen. Ein Peer-Trainer verwies auf genderbezogene Rollenerwartungen an Männer als Herausforderung (vgl. Z4).

Die Sorge vor mangelnder Toleranz oder einer Stigmatisierung bei Abweichen von sozialen Normvorstellungen wurde auch von zwei Teilnehmern als mögliche Erklärung für Teilnahmeabbrüche oder Hürde für die erstmalige Teilnahme angesprochen (vgl. Z5).

Die Peer-Trainer*innen wurden von den Teilnehmenden überwiegend als sprachliche und kulturelle Vermittlungspersonen wahrgenommen. Eine Teilnehmerin beschrieb die Peer-Trainerin zudem als Vertrauensperson und emotionale Stütze. Vereinzelt wurde berichtet, dass vorab bereits freundschaftliche Kontakte zwischen Teilnehmenden und einem Peer-Trainer bestanden. Zugleich wurde in den Interviews die Relevanz der Co-Trainer*innen für die inhaltliche Ausgestaltung und die Akzeptanz der Inhalte deutlich. Die Co-Trainer*innen unterstützen die Peer-Trainer*innen nicht zuletzt mit Wissen über institutionelle Strukturen und Abläufe sowie Normen, die als Teil der deutschen Kultur verstanden werden, und wurden dabei als Vertreter*innen der deutschen Mehrheitsgesellschaft wahrgenommen. Als Vorteil des Trainer*innentandems wurde beschrieben, dass ein Austausch über Werte, Normen und die eigene (kulturelle) Identität stattfinden kann, bei dem das „Eigene“ wertgeschätzt und die Einordnung von „Fremdem“ erleichtert wird (vgl. Z11).

Die Annahme von Inhalten im Verlauf der Teilnahme wird unterstützt, wenn die Durchführenden als hilfsbereit und glaubwürdig erlebt werden. Verhaltensanregungen wurden mangels der Übertragbarkeit auf die individuelle Lebens-

situation jedoch nicht von allen Teilnehmenden umgesetzt (vgl. Z12).

Vereinzelt verwiesen die Interviews auf Konflikte aufgrund eines unterschiedlichen Verständnisses von MS und den Rollen der Trainer*innen. So erwartete eine Teilnehmerin von dem Peer-Trainer, dass er konkrete Unterstützungsbedarfe an die Co-Trainerin kommuniziert (vgl. Z13).

Diskussion

Geflüchtete Menschen erleben die aufsuchende, personalisierte Ansprache, sprachliche Verständigungsmöglichkeiten sowie die wohnortnahe Durchführung als fördernd für die Teilnahme an MS. Hemmend wirken sich insbesondere soziale und interpersonelle Faktoren wie die Sorge vor Stigmatisierung und fehlendes Vertrauen in Durchführende und/oder andere Gruppenteilnehmende sowie Inkongruenzen zwischen Nutzererwartungen und Ausrichtung des Angebots aus. Die Erkenntnisse verdeutlichen zugleich den Bedarf an professioneller Unterstützung, die Relevanz einer klaren Zielsetzung sowie der sensiblen Ausgestaltung eines Gruppenangebots für die Inanspruchnahme und den erlebten Nutzen bei Teilnahme. Dabei spielt auch ein ausgewogenes Verhältnis von „peeriness“ und „otherness“ eine wichtige Rolle.

Die in der Studie ersichtlich gewordenen heterogenen Bedarfe, Bedürfnisse und Erwartungen an MS weisen darauf hin, dass eine klare Zielsetzung und adäquate Kommunikation notwendig sind, damit geflüchtete Menschen einen Nutzen von der Teilnahme an niedrigschwelligen Angeboten erleben. Insbesondere wenn eine eingeschränkte subjektive Gesundheit vorliegt, scheint es für die erstmalige Teilnahme wichtig zu sein, dass mit mindestens einer durchführenden Person eine fachliche Expertise und die Erwartung professioneller Unterstützung verbunden wird. Ein Angebot, das zugleich verschiedene primärpräventive Ziele adressiert und Unterstützung bei psychischen Symptomen sowie ungedeckten Therapiebedarfen leisten möchte, kann zu enttäuschten Erwartungen führen und

könnte Teilnehmenden im schlimmsten Fall schaden, statt zu nutzen. Auf die Notwendigkeit einer Abgrenzung von primärpräventiven und gesundheitsförderlichen Peer-Angeboten zu therapeutischen Interventionen weisen auch Aussagen von Teilnehmenden eines vergleichbaren Pilotprojektes hin, dass Personen mit depressiven Symptomen in der Gruppe einen negativen Einfluss auf die eigene Stimmung und Traurigkeit haben würden [14]. Eine fundierte Schulung der Durchführenden und eine fortlaufende professionelle Begleitung bzw. Supervision sind unerlässlich.

Die Erkenntnisse zur niedrigschwelligen Organisation bekräftigen zugleich den Mehrwert, den aufsuchende, diversitätssensible und mehrsprachige Angebote für die Versorgung von geflüchteten Menschen in Deutschland haben und stützen somit die Empfehlungen zur Etablierung von entsprechenden Angeboten als Bestandteil gestufter Versorgungsmodelle. Strukturen, die eine mehrsprachige Identifizierung psychischer Symptome ermöglichen und geflüchtete Menschen bedarfsangemessen an professionelle Angebote weiterverweisen, sollten ausgebaut werden. Zugleich ist im Rahmen weiterer Forschungsprojekte zu beleuchten, wodurch eine erfolgreiche Weiterverweisung begünstigt respektive verhindert wird und ob sich entsprechende Versorgungsmodelle als kosteneffektiv erweisen.

Anhand der Sichtweisen der Befragten auf die Durchführung von MS als Gruppenangebot und das Trainer*innentandem lässt sich ableiten, dass Teilnehmende sowohl aus geteilten Erfahrungen als auch aus differierenden Erfahrungen und Perspektiven profitieren können. Es scheint, dass bei einer Auseinandersetzung mit Akkulturationsprozessen und der eigenen Identität besonders hilfreich ist, wenn sich die Teilnehmenden aufgrund bestimmter Charakteristika oder geteilter Erfahrungen untereinander und mit einem*einer Trainer*in identifizieren können („peeriness“) und die andere durchführende Person als Kulturmittler*in und Vertreter*in der deutschen Mehrheitsgesellschaft („otherness“) erlebt wird. Dies stellt eine wichtige Er-

kenntnis dar, da in Diskussionen zu Peer-Ansätzen der Aspekt der adäquaten Einbindung von Vertreter*innen der Mehrheitsgesellschaft nicht immer ausreichend Beachtung findet. Zugleich wird deutlich, dass geteilte Fluchterfahrungen und Muttersprache als alleinige Merkmale einer *von außen* angenommenen „peerness“ den heterogenen Lebenssituationen nicht gerecht wird. Zudem kann nicht zwangsläufig von einer Übertragbarkeit von Coping-Strategien und der Reduktion von Inanspruchnahmebarrieren ausgegangen werden, die mit kulturellen Werten, Einstellungen und dem Verständnis von Mental Health und Versorgungsangeboten zusammenhängen. In der Entwicklung oder Adaption von Peer-Angeboten ist daher kritisch zu reflektieren, auf welcher Basis ein bestimmtes Merkmal oder eine geteilte Erfahrung als entscheidend für das Erleben einer „peerness“ angenommen wird, und auf welcher Basis bzw. mit welchen Vorannahmen die Mitglieder einer Community als solche identifiziert werden [20, 21]. Das Forschungsprojekt bekräftigt Erkenntnisse aus Studien zu individuellen wie auch gruppenbasierten Peer-Ansätzen, die ebenfalls auf die hohe Bedeutung von vertrauensvollen Beziehungen bzw. einer vertrauensvollen Atmosphäre in Gruppen hinweisen [14, 23, 24]. Die Teilnahme an einem Gruppenangebot kann zu einem „sense of belonging“ beitragen und die gegenseitige Unterstützung in einer Peer-Group kann das Wohlbefinden fördern [5, 14, 16, 18, 22]. Im Rahmen der geführten Interviews wurde jedoch deutlich, dass die Durchführenden eine wesentliche Rolle dafür spielen, dass die methodische Ausgestaltung und Atmosphäre in der Gruppe positive soziale Kontakte ermöglicht.

Die Studie gibt eine Momentaufnahme zum Zeitpunkt der Einführung von MS wieder. Die Ergebnisse sind bereits in die schrittweise Anpassung und fortlaufende Verbesserung von MS durch das Gesundheitsamt Enzkreis/Pforzheim eingeflossen. Schwächen der Studie ergeben sich aus der begrenzten Anzahl an Interviews, der verdolmetschten Interviewführung ohne anschließende Rückübersetzung und dem Verzicht auf ei-

ne konsensuelle Kodierung. Eine fortlaufende Reflektion der Gesprächssituationen und ein enger Austausch im Forschungsteam dienten der Überprüfung, dass relevante Aspekte nicht übersehen werden und Interpretationen auf Aussagen der Befragten beruhen. Da es sich nicht um eine Outcome-Evaluation handelt und ein rein qualitatives Forschungsdesign gewählt wurde, lassen sich keine Aussagen über die Wirksamkeit und Kosteneffizienz der Intervention ableiten. Die qualitative Prozessevaluation ermöglichte stattdessen, vertiefte Einblicke in die Perspektiven geflüchteter Menschen zu gewinnen und stellt damit einen relevanten Beitrag zum Diskurs über die (Weiter-)Entwicklung und Implementierung niedrigschwelliger psychosozialer Versorgungsangebote für Geflüchtete in Deutschland dar.

Fazit für die Praxis

- Eine klare Zielsetzung von niedrigschwelligen psychosozialen Angeboten ist relevant, um eine gute Passung zwischen der Ausrichtung und den Erwartungen von geflüchteten Menschen an das jeweilige Angebot zu erreichen.
- Die Einbindung von geflüchteten Menschen in die Durchführung von psychosozialen Angeboten kann zu einer Reduzierung sprachlicher Barrieren und einem verstärkten Zugehörigkeitsgefühl beitragen.
- Bei der Implementierung sind strukturelle Barrieren wie Kommunikationsstrukturen in der Informierung und Durchführung zu vermeiden.
- Die Akzeptanz psychosozialer Angebote und ihrer Inhalte ist nicht allein von „peerness“ abhängig, sondern auch von Kompetenzerwartungen. Eine Anbindung an professionelle Versorgungsstrukturen kann dies unterstützen.

Korrespondenzadresse

Clara Perplies, MScPH

Sektion Health Equity Studies & Migration, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 130.3, 69120 Heidelberg, Deutschland
clara.perplies@med.uni-heidelberg.de

Danksagung. Wir danken allen Teilnehmer*innen der Interviews für ihre Zeit, die wertvollen Beiträge und das entgegengebrachte Vertrauen.

Förderung. Die Durchführung der Studie wurde finanziell gefördert von dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Projekts „RESPOND“ (FKZ: 01GY1611).

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. C. Perplies, L. Biddle, K. Bozorgmehr geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht. J. Benson-Martin und B. Jogerst konzipierten und leiteten das MS-Programm und die Umsetzung im kommunalen Setting.

Der Durchführung der Interviews lag ein Ethikvotum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Heidelberg, Universität Heidelberg zugrunde (S-287/2017). Die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen und ethischen Richtlinien wurden eingehalten. Von allen Befragten liegt eine Einverständniserklärung vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Andersen RM (1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 36(1):1–10
2. Andersen RM, Davidson PL, Baumeister SE (2014) Improving access to care. In: Kominski GF (Hrsg) *Changing the US health care system: Key issues in health services policy and management*. Jossey-Bass, San Francisco, S 33–69
3. Asfaw BB, Beiersmann C, Keck V et al (2020) Experiences of psychotherapists working with refugees in Germany: a qualitative study. *BMC Psychiatry* 20(1):588
4. Barnett ML, Gonzalez A, Miranda J, Chavira DA, Lau AS (2018) Mobilizing community health workers to address mental health disparities for underserved populations: a systematic review. *Adm Policy Ment Health* 45(2):195–211
5. Behnia B (2003) Refugees' convoy of social support: community peer groups and mental health services. *Int J Ment Health* 32(4):6–19
6. Benson-Martin J, Edwards A, Joggerst B (2017) Determining the mental health & psycho-social needs of a refugee population in Pforzheim/Enzkreis: first results. *Gesundheitswesen* 79(04):299–374
7. Blattner A, Zanker H (2018) Muttersprachliche psychosoziale Beratung von Geflüchteten für Geflüchtete. https://www.infodienst.bzga.de/fileadmin/user_upload/infodienst/Migration/PDF-Archiv/PDF_2018_03_infodienst_Migration.pdf. Zugegriffen: 8. März 2021
8. Böge K, Karnouk C, Hahn E et al (2020) Mental health in refugees and asylum seekers (MEHIRA): study design and methodology of a prospective multicentre randomized controlled trial investigating the effects of a stepped and collaborative care model. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 270(1):95–106
9. Bogic M, Njoku A, Priebe S (2015) Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights* 15:29
10. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2019) Lots*innen, Peers und Laienhelfer*innen: (Neue) Unterstützungskonzepte in der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten. http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2019/02/BAFF-Positionspapier_Laienhilfe_2019.pdf. Zugegriffen: 8. März 2021
11. Gleeson C, Frost R, Sherwood L et al (2020) Post-migration factors and mental health outcomes in asylum-seeking and refugee populations: a systematic review. *Eur J Psychotraumatol* 11(1):1793567
12. Gutknecht S, Kaiser F, Leiding DV, Schneider F, Habel U, Schulte Holthausen B (2020) Evaluation eines Laienhilfeprojekts zur psychischen Stabilisierung von Geflüchteten. *Fortschr Neurol Psychiatr* 88(02):82–88
13. Husby SR, Carlsson J, Scotte Jensen MA, Glahder LL, Sonne C (2020) Prevention of trauma-related mental health problems among refugees: a mixed-methods evaluation of the MindSpring group programme in Denmark. *J Community Psychol* 48(3):1028–1039
14. Jumaa JA, Kluge U, Weigold S, Heinz E, Mehran N (2020) Peer-to-Peer-Selbsthilfe-Interventionen für Geflüchtete – eine Pilotstudie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 88(02):89–94
15. Kuckartz U (2016) *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Beltz Juventa, Weinheim, Basel
16. Mitschke DB, Praetorius RT, Kelly DR, Small E, Kim YK (2016) Listening to refugees: how traditional mental health interventions may miss the mark. *Int Soc Work* 60(3):588–600
17. Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina (2018) Traumatisierte Flüchtlinge – schnelle Hilfe ist jetzt nötig. https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2018-Stellungnahme_traumatisierte_Fluechtlinge.pdf. Zugegriffen: 8. März 2021
18. Posselt M, Eaton H, Ferguson M, Keegan D, Procter N (2019) Enablers of psychological well-being for refugees and asylum seekers living in transitional countries: a systematic review. *Health Soc Care Community* 27(4):808–823
19. Satinsky E, Fuhr DC, Woodward A, Sondorp E, Roberts B (2019) Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: a systematic review. *Health Policy* 123(9):851–863
20. Shiner M (1999) Defining peer education. *J Adolesc* 22(4):555–566
21. South J, Meah A, Bagnall A-M, Jones R (2013) Dimensions of lay health worker programmes: results of a scoping study and production of a descriptive framework. *Glob Health Promot* 20(1):5–15
22. Stewart M, Simich L, Shizha E, Makumbe K, Makwarimba E (2012) Supporting African refugees in Canada: Insights from a support intervention. *Health Soc Care Community* 20(5):516–527
23. Stolzenberg R, Berg G, Maschewsky-Schneider U (2012) Healthy upbringing of children through the empowerment of women in a disadvantaged neighbourhood: evaluation of a peer group project. *J Public Health* 20(2):181–192
24. Stolzenberg R, Berg G, Maschewsky-Schneider U (2013) Wege zu Familien in sozial benachteiligten Regionen. *Präv Gesundheitsf* 8(2):61–66
25. Uitterhaegen B (2005) Psycho-education and psychosocial support in the Netherlands; a program by and for refugees. *Intervention* 3(2):141–147
26. United Nations High Commissioner for Refugees (2020) UNHCR global trends: forced displacement in 2019. <https://www.unhcr.org/globaltrends2019>. Zugegriffen: 8. März 2021
27. Van Ginneken N, Tharyan P, Lewin S et al (2013) Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009149.pub2>
28. Wöller W (2016) Trauma-informierte Peer-Beratung in der Versorgung von Flüchtlingen mit Traumafolgestörungen. *Psychother Psychosom Med* 66(09/10):349–355