



ORIENTIERUNGSRAHMEN FÜR DIE PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND PSYCHOSOZIALE UNTERSTÜTZUNG (MHPSS) IN DER ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT

Am Beispiel des Kontexts der Syrien- und Irakkrisen



Im Auftrag des



Bundesministerium für
wirtschaftliche Zusammenarbeit
und Entwicklung

IMPRESSUM

Als Bundesunternehmen unterstützt die GIZ die deutsche Bundesregierung bei der Erreichung ihrer Ziele in der Internationalen Zusammenarbeit für nachhaltige Entwicklung

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für
Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Sitz der Gesellschaft

Bonn und Eschborn

Friedrich-Ebert-Allee 36 + 40
53113 Bonn
T +49 228 44 60 - 0
F +49 228 44 60 - 17 66

Dag-Hammarskjöld-Weg 1-5
65760 Eschborn
T +49 228 44 60 - 0
F +49 228 44 60 - 17 66

E info@giz.de
I www.giz.de

Bezeichnung Programm

Psychosoziale Unterstützung für syrische/
irakische Flüchtlinge und Binnenvertriebene

Verantwortlich

Dr. Judith Baessler, Amman

Gesamtredaktion

Johanna Lechner

Design

creative republic
Thomas Maxeiner Kommunikationsdesign,
Frankfurt am Main, Germany
www.creativerepublic.de

Bildnachweis

Titel: © Gehad Gharaibeh, Amman
Illustrationen: © creative republic & © shutterstock

URL-Verweise

In dieser Publikation befinden sich Verweise zu externen Internetseiten. Für die Inhalte der aufgeführten externen Seiten ist stets der jeweilige Anbieter verantwortlich. Die GIZ hat beim erstmaligen Verweis den fremden Inhalt daraufhin überprüft, ob durch ihn eine mögliche zivilrechtliche oder strafrechtliche Verantwortlichkeit ausgelöst wird. Eine permanente inhaltliche Kontrolle der Verweise auf externe Seiten ist jedoch ohne konkrete Anhaltspunkte einer Rechtsverletzung nicht zumutbar. Wenn die GIZ feststellt oder von anderen darauf hingewiesen wird, dass ein externes Angebot, auf das sie verwiesen hat, eine zivil- oder strafrechtliche Verantwortlichkeit auslöst, wird sie den Verweis auf dieses Angebot unverzüglich aufheben. Die GIZ distanziert sich ausdrücklich von derartigen Inhalten.

Im Auftrag des

Bundesministeriums für wirtschaftliche
Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)

Referat 221

Fluchtursachen mindern, Flüchtlinge unterstützen
Beschäftigungsoffensive Nahost
Marianna Knirsch

Referat 301

Naher Osten II
Dr. Ulrike Hopp-Nishanka

Stresemannstraße 94
10963 Berlin

Die GIZ ist für den Inhalt der vorliegenden Publikation
verantwortlich.

Druck

Druckreif, Frankfurt, Germany

Gedruckt auf 100 % Recyclingpapier,
nach FSC-Standards zertifiziert

Erscheinungsort und -jahr

Amman/Eschborn, 2018

ORIENTIERUNGSRAHMEN FÜR DIE PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND PSYCHOSOZIALE UNTERSTÜTZUNG (MHPSS) IN DER ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT

Am Beispiel des Kontexts der Syrien- und Irakkrisen





HINTERGRUND UND ENTSTEHUNG DES ORIENTIERUNGSRAHMENS

Das vorliegende Papier wurde 2015 durch das *Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)* in Auftrag gegeben und von der *Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH* in Zusammenarbeit mit deutschen zivilgesellschaftlichen Akteuren sowie freiberuflichen Psycholog*innen erarbeitet, die im Kontext der Syrien- und Irakkrisen zu Psychischer Gesundheit und Psychosozialer Unterstützung (*MHPSS – Mental Health and Psychosocial Support*) mit Geflüchteten und Binnenvertriebenen in der Region Naher Osten und in Deutschland arbeiten. Der Auftrag entstand aus dem Wunsch des BMZ nach einer Orientierung bezüglich der Merkmale guter Arbeit zur Förderung von MHPSS im Kontext der Syrien- und Irakkrisen. Ebenfalls bestand unter den Partnern des GIZ-Regionalvorhabens „Psychosoziale Unterstützung für syrische/irakische Flüchtlinge und Binnenvertriebene“ Bedarf nach einem stärkeren Austausch hinsichtlich dieser Merkmale und einer gemeinsamen Orientierung.

Das Papier wurde neben Fachveröffentlichungen auf Basis von Inputs der *Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer*, der *Charité – Universitätsmedizin Berlin*, *Haukari*, der *Jiyan Foundation for Human Rights*, *medica mondiale*, *medico international*, *Misereor*, der *Sigmund-Freud-Universität Berlin* und des *Zentrums Überleben* erstellt. Zwischen Juli 2017 und März 2018 wurde zudem das Feedback von 66 verschiedenen staatlichen und nicht-staatlichen Organisationen und Institutionen, die in Syrien, dem Libanon, der Türkei, dem Irak und Jordanien tätig sind, zu einer ersten Version des Papiers eingeholt. Mit über 120 Personen wurden in diesem Zeitraum Workshops und Interviews zu den Prinzipien guter psychosozialer Unterstützung im Kontext der Syrien- und Irakkrise durchgeführt. Die gesammelten Erkenntnisse wurden in dieses Papier integriert.

Bei dem vorliegenden Orientierungsrahmen handelt es sich somit um ein kontextuell angepasstes, gemeinsames Positionspapier für die deutsche Entwicklungszusammenarbeit, das den Diskussionsstand der beteiligten Institutionen und Expert*innen darüber wiedergibt, was gute psychosoziale Arbeit mit Geflüchteten ausmacht und welche Risiken es zu berücksichtigen gilt. Es richtet sich an Akteure aus dem MHPSS-Sektor, die im Kontext der Syrien- und

Irakkrisen mit Flüchtlingen im Nahen Osten arbeiten sowie an Ministerien und wissenschaftliche Institutionen. Es ist als Grundlagendokument zu verstehen, das Orientierung bietet – für die Konzeption, Durchführung, Planung, Umsetzung und Evaluierung von Aktivitäten, sowie für Geberorganisationen in der fundierten Beurteilung von Maßnahmen und Projektanträgen zur psychosozialen Unterstützung für Geflüchtete und aufnehmende Gemeinden. Hierzu enthält es eine Reihe an Qualitätsprinzipien, deren Beachtung bei der Entwicklung von Maßnahmen zur psychischen und sozialen Stabilisierung und Behandlung von Menschen mit Flucht- und Gewalterfahrungen, sowie von traumasensibler Entwicklungszusammenarbeit (EZ) helfen sollen.

Bei dem Papier handelt sich um ein „**living document**“, das im Gegensatz zu Standards, welche die Gefahr bergen, Flexibilität und Kreativität einzuschränken und spezifische kulturelle, geographische und politisch-gesellschaftliche Einflussfaktoren zu vernachlässigen, stets einer Anpassung an den jeweiligen Kontext bedarf. Aufgrund der anhaltenden Veränderungen der politischen und sozialen Gegebenheiten ist neben der Anpassung auch eine begründete Abweichung von den Prinzipien möglich. Das Dokument dient abgesehen von der Orientierung von Maßnahmen auch der Kommunikation mit lokalen Partnern. Trotz der Entstehung aus dem deutschen Diskurs, kann es auch von anderen internationalen Akteuren als Grundlage für ihre jeweilige Positionierung verwendet werden.

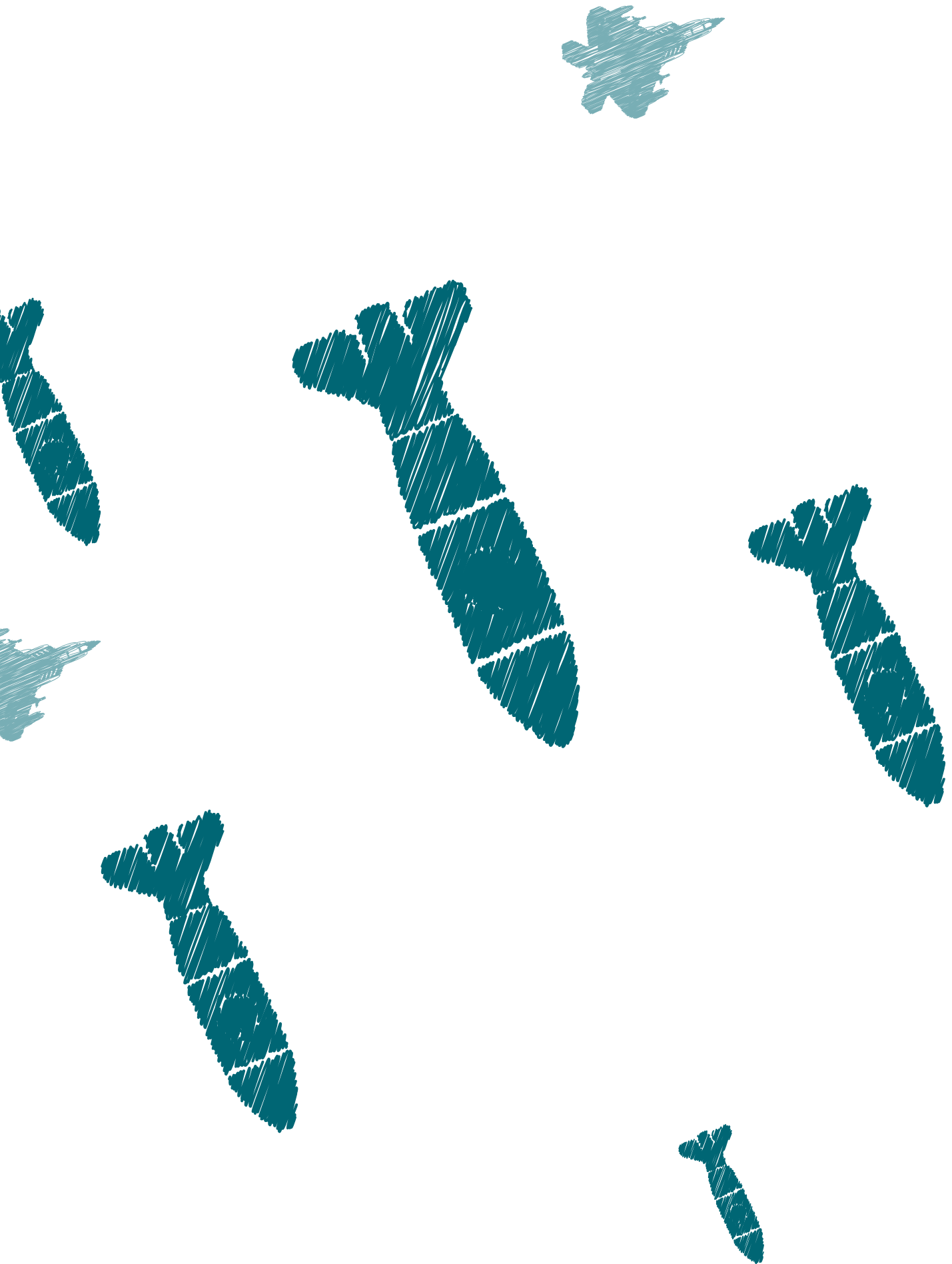
Traumasensibel zu arbeiten, bzw. Aktivitäten traumasensibel zu organisieren, bedeutet, jegliche Merkmale in der Implementierung von Aktivitäten zu vermeiden, die eine traumatische Erfahrung ausmachen und zur Retraumatisierung führen könnten: Sich bedroht und ausgeliefert fühlen, extreme Angst und Ohnmacht erleben, Vertrauen und Kontrolle verlieren. Im Zentrum steht daher die Herstellung von Rahmenbedingungen, die ein größtmögliches Maß an Sicherheit, Berechenbarkeit und Vertrauen schaffen, um den Betroffenen Kontrolle und Selbstbestimmung über jeden Schritt zu ermöglichen. Alle, die mit Geflüchteten arbeiten, sollten über Grundmuster von Traumadynamiken informiert sein (z.B. dass es **auslösende Faktoren** gibt, die Traumafolgestörungen wieder hervorrufen können), und je nach Berufsgruppe und traumatischem Kontext müssen Rahmenbedingungen angepasst werden.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
cfw	Cash for Work
EZ	Entwicklungszusammenarbeit
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
IASC	Inter-Agency Standing Committee
ICD	International Classification of Disease Register
IDP	Internally Displaced Persons – Binnenvertriebene
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
IS	Sogenannter Islamischer Staat
LGBTI	Lesben, Schwule, Bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche Menschen
MEAL	Monitoring, Evaluation, Accountability and Learning
MHPSS	Mental Health and Psychosocial Support
PFA	Psychological First Aid – Psychologische Erste Hilfe
PSS	Psychosocial Support – Psychosoziale Unterstützung
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung – engl. PTSD
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees – UN-Flüchtlingsorganisation
WHO	World Health Organization – Weltgesundheitsorganisation

INHALT

1. WAS SIND PSYCHOSOZIALE AUSWIRKUNGEN VON GEWALT UND FLUCHT?	9
2. WAS SIND DIE BESONDEREN AMBIVALENZEN DER PSYCHOSOZIALEN BEDÜRFNISSE VON OPFERN MENSCHENVERURSACHTER GEWALT?	11
3. WAS SIND DIE BESONDEREN PSYCHOSOZIALEN BEDÜRFNISSE VON GEFLÜCHTETEN UND VERTRIEBENEN IM KONTEXT DER SYRIEN- UND IRAKKRISEN?	12
4. WAS BEDEUTET MHPSS IM KONTEXT VON KONFLIKT UND VERTREIBUNG?	15
5. WELCHES VERSTÄNDNIS VON TRAUMA SOLLTE DER DEUTSCHEN ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT ZUGRUNDE LIEGEN?	18
6. WAS HABEN WIR ÜBER MHPSS-ANSÄTZE IM KONTEXT VON KRIEG UND FLUCHT BEREITS GELERNT UND WIE LÄSST SICH PSYCHOSOZIALE UNTERSTÜTZUNG FÜR FLÜCHTLINGE UND BINNENVERTRIEBENE IM KONTEXT DER SYRIEN- UND IRAKKRISEN GESTALTEN?	22
7. WIE SIEHT DIE PRAXIS DER DEUTSCHEN ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT AUS?	25
8. WIE KANN PSYCHOSOZIALES WOHLERGEHEN VON MHPSS-PERSONAL SICHERGESTELLT WERDEN?	30
9. WAS SIND PRINZIPIEN HOHER QUALITÄT FÜR ENTWICKLUNGSPOLITISCHE MASSNAHMEN ZUR FÖRDERUNG PSYCHISCHER GESUNDHEIT UND PSYCHOSOZIALER UNTERSTÜTZUNG?	32
10. WELCHEN MEHRWERT BIETEN DIE PSYCHOSOZIALEN ANSÄTZE FÜR DIE DEUTSCHE ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT?	40
ABSCHLIESSENDE BEMERKUNG	42
LITERATURVERZEICHNIS	43
WEITERFÜHRENDE LITERATUREMPFEHLUNGEN (DEUTSCH)	47
WEITERFÜHRENDE LITERATUREMPFEHLUNGEN (ENGLISCH)	48
ANHANG – ERGÄNZUNG KAPITEL 10	49



1

WAS SIND PSYCHOSOZIALE AUSWIRKUNGEN
VON GEWALT UND FLUCHT?

Bewaffnete Konflikte haben nicht nur verheerende Auswirkungen auf Infrastruktur, Sicherheit und die wirtschaftliche Entwicklung eines Landes, sondern vor allem auch auf das psychische und soziale Befinden der betroffenen Menschen. Eine ausbleibende Anerkennung und Bearbeitung psychischen Leids auf individueller und kollektiver Ebene beeinträchtigt den sozialen Zusammenhalt einer Gesellschaft, ihre ökonomische Produktivität und ihre Stabilität (*siehe Literaturverzeichnis (1)*). Die Verbindung zwischen gewalttätigen Konflikten und psychischer Belastung ist komplex und oft unvorhersehbar (*2*).

Flucht im Kontext bewaffneter Konflikte und Gewalt führt neben den materiellen Folgen zu gravierenden Verlusterfahrungen, darunter dem Verlust von Familienangehörigen und Freunden, von Zugehörigkeit, von Kontrolle und Autonomie und von Zugang zu Ressourcen. Außerdem erleben Geflüchtete und Binnenvertriebene erhöhte Verwundbarkeit, zunehmendes Gewaltisiko im häuslichen und gesellschaftlichen Bereich sowie Armut, Perspektivlosigkeit und Unsicherheit darüber, was die Zukunft bereithält.

Fliehende Menschen machen nicht nur in der Krisenregion traumatische Erfahrungen, sondern auch auf Fluchtwegen und nach der Flucht in Flüchtlingslagern, in Aufnahmeländern, als Opfer von Diskriminierung und bei

Abschiebung. Die Ankunft im Aufnahmeland bringt häufig neue Herausforderungen mit sich, wie Schwierigkeiten mit den Behörden, Unsicherheit über den Aufenthaltsstatus, mangelnde Sprachkenntnisse und Konflikte mit der lokalen Bevölkerung. Der Erwartungsdruck aus dem Heimatland kann eine zusätzliche Belastungsquelle darstellen. Erfahrungen von Folter und anderen Menschenrechtsverletzungen zerstören funktionale Welt- und Selbstbilder, erlebte Ablehnung oder Fremdenfeindlichkeit verstärkt das Empfinden einer kontinuierlichen Bedrohung, und die Konkurrenz bei der Arbeitssuche belastet noch bestehende soziale Beziehungen (*3*). Gefühle von Wurzellosigkeit und Unbehaustsein erschweren Integrationsprozesse und können das Leben als Provisorium erscheinen lassen. Eine oft ersehnte Rückkehr in ein wieder aufgebautes Heimatland ist in vielen Fällen nicht möglich und selbst wenn es dazu kommt, wird sie durch den häufig massiven Wandel der Gegebenheiten, wie die Zerstörung von Infrastruktur, der Verlust von Familienmitgliedern und die Etablierung neuer Hierarchien, oftmals als komplizierter und schmerzhafter Neuanfang empfunden (*4*).

Zusammenfassend lassen sich die Erfahrungen von Geflüchteten als extreme Entmächtigung beschreiben, die oft mit Scham und Schuldgefühlen einhergeht, aber auch mit Hass und Rachedgedanken. Oft leiden die Betroffenen zusätzlich zu den schwierigen Lebensbedingungen unter

Trauer, Sorge, Angst, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit, Heimweh, Entfremdung, Hilflosigkeit, Ohnmacht und Aggression, die ihr Verhalten prägen (5) (6). Die Auswirkungen von Flucht machen nicht beim einzelnen Menschen halt, sondern wirken sich ebenso auf die unmittelbaren und weiteren Beziehungsgefüge der betroffenen Menschen aus. So beeinflussen beispielsweise Vermeidungsverhalten, sozialer Rückzug und Lethargie auch die Bezugsgruppe des Individuums. Paaren kann es schwer fallen, Vertrauen und Intimität aufrechtzuerhalten, Eltern sind oft weniger in der Lage, ihren Kindern eine sichere und tragfähige Bindung zu bieten. Unausgesprochenes Leid zwischen Familienmitgliedern kann zu einer Atmosphäre des Schweigens und der Geheimnisse führen. Ebenso manifestieren sich Gewalt- und Fluchterfahrungen im größeren sozialen Gefüge von Gemeinschaften und Gesellschaften. Ängste, Misstrauen und sozialer Rückzug der Einzelnen zerstören den sozialen Zusammenhalt und die Solidarität und können zu Gewalt und sozialer Abstumpfung führen, was wiederum bedeutet, dass Gemeinschaft und Gesellschaft ihre wichtigen stabilisierenden Funktionen nicht mehr erfüllen können. Natürlich bedingen sich die Folgen auf individueller und kollektiver Ebene und bilden dadurch nicht selten einen Teufelskreis, der Individuen und Gruppen immer weiter destabilisiert. Deshalb müssen Maßnahmen zur Stärkung von psychischer Gesundheit und psychosozialem Wohlbefinden auf all diesen Ebenen gleichzeitig ansetzen. Oft ist auch eine Gleichzeitigkeit und Verschränkung von Überlebenskompetenzen und Widerstandskraft einerseits und psychischen, psychosomatischen und/oder somatischen Auffälligkeiten

und Krankheitsbildern (wie beispielsweise *Depressionen, Angststörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)*)¹ andererseits zu beobachten. Die WHO schätzt, dass sich die Zahl von schwerwiegenden psychischen Erkrankungen im Kontext von Konflikten verdoppeln kann. Auch moderate Formen psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung erhöhen sich von 10% auf 15 – 20%. Die hohe Verbreitung psychischer Belastung schlägt sich in allen Bereichen gesellschaftlicher Funktions- und Leistungsfähigkeit nieder.

Neben den oben beschriebenen negativen Auswirkungen darf jedoch nicht unbeachtet bleiben, dass sich die Reaktionen auf belastende Erfahrungen und die Bewältigung der Belastungen in der aktuellen Lebenssituation individuell unterschiedlich gestalten und viele Flüchtlinge Fähigkeiten und personale Ressourcen entwickeln, um unter diesen schwierigen Bedingungen zu überleben. Um diese Ressourcen und Stärken der Betroffenen besser abzubilden, ist es im Diskurs der internationalen Expert*innengemeinschaft in den vergangenen Jahren zunehmend zu einer Loslösung vom PTBS-Konzept hin zu einem ressourcenorientierten Ansatz gekommen, der die individuelle Belastungsreaktion auf einem Kontinuum zwischen funktionaler (adaptiver) und dysfunktionaler (maladaptiver) Reaktion auf verschiedene Herausforderungen und Stressoren betrachtet. Das ADAPT-Modell (*ADAPT – Adaptation and Development after Persecution and Trauma*) beispielsweise stellt das Potential einer gelingenden Anpassungsleistung Betroffener in den Bereichen Sicherheit, Beziehungen, Identität, und existentieller Bedeutung in den Vordergrund (7).

¹ Beschreibung laut International Classification of Disease Register (ICD): Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten (20). Hierbei muss beachtet werden, dass diese Symptome nur Ausdruck einer Erkrankung sind, wenn sie über einen längeren Zeitraum hinweg bestehen.

2

WAS SIND DIE BESONDEREN AMBIVALENZEN
DER PSYCHOSOZIALEN BEDÜRFNISSE VON OPFERN
MENSCHENVERURSACHTER GEWALT?

Gewalt und Zerstörung, die von Menschen verursacht wird, wird von den Betroffenen meist als massive Unrechts-erfahrung erlebt. Häufig steht das Bedürfnis nach Anerkennung dieser Erfahrung als Unrecht und der Wunsch nach Empathie und Solidarität stark im Vordergrund. Krankheitsdiagnosen wie Depression oder PTBS können als pathologisierende Zuschreibung und Stigmatisierung erlebt werden, die dem Bedürfnis nach Anerkennung zusätzlich entgegenstehen. Interventionen, die sich nur an Leidens- und Krankheitssymptomen orientieren, können erneute Entmächtigungserfahrungen verursachen. Andererseits haben Krankheitsmodelle auch das Potenzial, entlastend für den Einzelnen zu wirken, da sie aufzeigen, dass das Auftreten bestimmter Reaktionen nach Gewalterfahrungen normal ist¹. Um diesen Ambivalenzen traumasensibel zu begegnen, ist es zentral, die Kontrolle und Entscheidung über Interventionsprozesse und Deutungsgebung bei den Betroffenen zu belassen, ihre Autonomie und Potentiale zu respektieren, eigene Wege zu finden, mit den Erfahrungen umzugehen und das Schaffen neuer Perspektiven zu unterstützen. Es sollte in diesem Zusammenhang jedoch auch berücksichtigt werden, dass neben dem Autonomiebedürfnis eines traumabelasteten Menschen oft gleichzeitig ein Sicherheitsbedürfnis besteht, das Proaktivität und das Ergreifen von Initiativen hemmen und in einer Umgebung von ungewohnten soziokulturellen Normen zu einer Präferenz von klaren Vorgaben führen kann (8).

Eine weitere zentrale Ambivalenz im Umgang mit menschenverursachter Gewalt ist das Thema Vertrauen und Misstrauen, insbesondere in jahrzehntealten, hochkomplexen und sich rasant verändernden Konfliktkontexten. Meist erzeugen sie eine Vielfalt von Frontlinien und Opfer-Täter-Beziehungen, die es äußerst schwer machen, vertrauensvolle Beziehungen zu entwickeln, selbst dann, wenn externe Bedrohungen behoben wurden. Oft spiegeln sich politische und historische Konflikte in den Gewalterfahrungen der Individuen wider, und regionale Dynamiken werden in der psychosozialen Arbeit auf der Mikroebene ausgetragen. Eine genaue Kenntnis der Zielgruppen und unterschiedlichen nationalen, regionalen, politischen, konfessionellen, ethnischen und geschlechtsspezifischen Konfliktlinien ist unabdingbar, um asymmetrische, konfliktive Beziehungskonstellationen, die Misstrauen erzeugen, in der psychosozialen Arbeit zu vermeiden. Das Herstellen einer Atmosphäre, die von Berechenbarkeit, Glaubwürdigkeit und Wertschätzung gezeichnet ist, wird von fluchterfahrungsbelasteten Menschen als hilfreich empfunden, um ihre Gefühle der Entwurzelung und des Ausgeliefertseins zu überwinden und neue Perspektiven zu entwickeln. Durch einen Fokus auf die Ressourcen und Stärken einer Person kann der Bewältigungsprozess und der Umgang mit der aktuellen Lebenssituation gefördert werden.

3

WAS SIND DIE BESONDEREN PSYCHOSOZIALEN BEDÜRFNISSE VON GEFLÜCHTETEN UND VERTRIEBENEN IM KONTEXT DER SYRIEN- UND IRAKKRISEN?

Der verheerende und langanhaltende Bürgerkrieg in Syrien sowie die Konflikte im Irak führten zu einer der größten Fluchtbewegungen unserer Zeit. Seit 2011 wurden etwa 12 Millionen syrische (9) und 4,3 Millionen irakische (10) Staatsbürger*innen aus ihren Heimatregionen vertrieben. Circa 5,6 Millionen Menschen haben Syrien in Richtung Nachbarländer verlassen, darunter 1,9 Millionen Kinder. Mehr als 6,1 Millionen Syrer*innen und knapp drei Millionen Iraker*innen sind derzeit Binnenvertriebene (11) (12). Neben dem Bedarf an humanitärer Unterstützung für diese, sieht sich der Irak auch mit der Aufnahme syrischer Flüchtlinge und der Rückkehr von ca. 46.000 irakischen Staatsbürger*innen aus Syrien konfrontiert. Da die lokale Infrastruktur bereits vor den Syrien- und Irakkrisen geschwächt war, kann die Grundversorgung für Geflüchtete und Binnenvertriebene in vielen der aufnehmenden Gemeinden aufgrund der enormen Belastung nicht gewährleistet werden. Politik, Wirtschaft und Gesellschaft der Nachbarländer Türkei, Libanon und Jordanien sind durch die Aufnahme Geflüchteter unmittelbar von den bewaffneten Konflikten betroffen. Der Umgang mit Geflüchteten und Vertriebenen im Kontext der Syrien- und Irakkrisen ist nicht nur vom aktuellen politischen und gesellschaftlichen Kontext in den aufnehmenden Staaten und Gemeinden geprägt, sondern spiegelt auch die Komplexität einer jahrzehntelangen gemeinsamen Geschichte von Gewalterfahrungen entlang verschiedener Konfliktlinien mit

Betroffenen diverser politischer, ethnischer und religiöser Affiliationen im Nahen Osten wider.

Ebenso heterogen, komplex und verschieden wie die Beziehungen zu den Anrainer-Staaten, ist auch die Geschichte der Konflikte in Syrien und dem Irak. Während der Krieg in Syrien Anfang 2011 in Folge des Arabischen Frühlings begann und rasch eskalierte, blickt der Irak auf mehr als drei Jahrzehnte (wiederholter) bewaffneter Auseinandersetzungen, Unterdrückung und Verfolgung unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen aufgrund von politischer, konfessioneller und territorialer bzw. ethnischer Zugehörigkeit, zurück.

Die syrische Gesellschaft war bereits vor Beginn des bewaffneten Konflikts durch eine große soziale, sozio-ökonomische, ethnische und religiöse Vielfalt geprägt, die sich – gemeinsam mit demographischen Faktoren wie Alter und Geschlecht – in der Gruppe der Geflüchteten widerspiegelt. Diese unterschiedlichen Merkmale prägen Zugehörigkeitsempfinden und Loyalitäten innerhalb der Flüchtlingsgemeinde und haben Auswirkungen auf die psychosozialen Bedürfnisse, Anpassungsmechanismen und das Hilfesuchverhalten der Menschen. So hat beispielsweise die Bedeutung von Religions- und Stammeszugehörigkeit im Zuge der Schwächung des Staates zugenommen (13). Die hohe Zahl an Kindern, die in Syrien vor Ausbruch

des Konflikts eine Schule besuchten, bzw. derer, die auf und nach der Flucht geboren wurden und mittlerweile im schulfähigen Alter sind, kann von den Aufnahmegemeinden nur unzureichend ins Schulwesen integriert werden. Dies wirkt sich negativ auf das Normalitätsempfinden und die Zukunftsperspektiven der Kinder und Jugendlichen aus. Insgesamt sind die Lebensbedingungen der Flüchtlingspopulation sehr vom Integrationswillen und den Kapazitäten der aufnehmenden Länder und Gemeinden abhängig. In den Staaten, mit denen vor der Krise bereits kulturelle und ökonomische Verbindungen bestanden, ist dieser Wille oft stärker ausgeprägt (13). Die große Mehrzahl der Schutzsuchenden lebt in urbanen Gebieten: Ca. 88% in der Türkei, ca. 80% in Jordanien und 100% im Libanon – hier gibt es keine offiziellen Flüchtlingscamps für syrische Flüchtlinge (14). Ihre Bedürfnisse im Bereich der psychosozialen Hilfe unterscheiden sich aufgrund der unterschiedlichen Lebensverhältnisse oft von denen der Menschen in den Camps. Die Zahl der Flüchtlinge, die in überfüllten Unterkünften lebt, hat stetig zugenommen und trägt zur höheren Verwundbarkeit der Flüchtlingspopulation bei (15).

Die Gruppe der Geflüchteten und die hohe Zahl an Binnenvertriebenen aus dem Irak erlebte zum großen Teil bereits über Jahrzehnte systematische Verfolgung. Einzelne Bevölkerungsgruppen wurden aufgrund ihrer politischen, religiösen und ethnischen Zugehörigkeiten unterdrückt, terrorisiert, gefoltert und ermordet. Der iranisch-irakische Krieg in den achtziger Jahren und der Golfkrieg der Neunziger forderten Hunderttausende Opfer und verursachten massive Fluchtbewegungen. Die US-Invasion 2003 und die einhergehende Auflösung der irakischen Armee sowie der Zerfall der staatlichen Strukturen ermöglichten im weiteren Verlauf die Formation unzähliger staatlicher und nichtstaatlicher Milizen, die ab 2005 in vielen Teilen des Iraks zu einer Eskalation der Gewalt durch Mord, Vergewaltigung, Versklavung und Aushungern beitrugen. Diese Umstände führten zu einer weiteren Fluchtwelle betroffener Bevölkerungsgruppen – vornehmlich in die nördlichen Provinzen des Iraks und ins Ausland. Die irakische Gesellschaft ist durch ihre lange und komplexe Gewaltgeschichte fragmentiert, welche Spannungen und tiefes Misstrauen zwischen verschiedenen Gruppen Vertriebener untereinander, sowie zwischen Vertriebenen und aufnehmenden Gemeinden erklären. Auch unter den irakischen Geflüchteten lebt nur eine Minderheit in Lagern; die Mehrzahl lebt verstreut in den Städten der Region in behelfsmäßigen Unterkünften.

Viele der Geflüchteten und Binnenvertriebenen wurden, auch im Zuge des Erstarkens des sogenannten *Islamischen Staates* (IS) auf irakisch-syrischem Territorium, Zeugen von Massakern, Exekutionen und Bombenangriffen.

Viele mussten Vertreibung, Entführungen, Inhaftierung, Folter und Vergewaltigung über sich ergehen lassen. Zahllose Menschen verloren Angehörige und Freunde bzw. leben in Ungewissheit über deren Schicksal. In Flüchtlingslagern und Notunterkünften führen der Zerfall sozialer Strukturen, prekäre Lebensumstände und Perspektivlosigkeit häufig zu neuer Gewalt, vor allem gegen Frauen und Kinder. Zwangsehen, Kinderehen, sexuelle Übergriffe und Zwangsprostitution sind verbreitet. In der aktuellen Fluchtsituation stoßen auch unterschiedliche Geschlechterkonzepte und Rechtskodexe der aufnehmenden Gemeinden und der Geflüchteten aufeinander und führen zu Konflikten. Darüber hinaus leiden vor allem Binnenvertriebene unter Belagerungssituationen, Angriffen auf Krankenhäuser und dem dadurch erschwerten Zugang zu Nahrung und medizinischer Versorgung. Auch Armut und Arbeitslosigkeit sind zentrale psychosoziale Belastungsfaktoren. Die besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen definieren sich durch den sich fortwährend ändernden Kontext und die ökonomischen Rahmenbedingungen immer wieder neu. Eine Erfassung von Vulnerabilitäten bedarf somit einer wiederholten Analyse der Gegebenheiten. Unter anderem gehören neben Frauen und Kindern vor allem (radikalisierte) Jugendliche, ältere Menschen, Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen, Suizidgefährdete, Waisenkinder, männliche und weibliche Überlebende sexualisierter Gewalt sowie andere marginalisierte Bevölkerungsgruppen wie beispielsweise *Lesben, Schwule, Bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche Menschen* (LGBTI) zu Gruppen mit hoher Vulnerabilität (13).

Der Versuch, die psychosozialen Folgen der teils langjährigen und anhaltenden Gewalterfahrungen empirisch zu erheben, ist sowohl methodisch als auch ethisch äußerst schwierig. Klinische Studien und Diagnostik besonderer psychischer Belastungen unter Geflüchteten sind oftmals nur bedingt kultur- und kontextangepasst, während Wirkungsmessungen niederschwelliger, psychosozialer Maßnahmen aufgrund des Mangels an geeigneten Evaluierungsinstrumenten bisher noch kaum durchgeführt werden. Hinzu kommt im Kontext von Flucht die erhöhte Mobilität der Menschen, welche Langzeitanalysen zusätzlich erschwert.

Verlässliche Zahlen gibt es auch in der klinisch-psychologisch bzw. -psychiatrischen Forschung kaum; Studienergebnisse variieren stark und können dementsprechend nur Tendenzen angeben. Hoher psychischer Stress, teilweise begleitet von Angstzuständen und Depression, wurde von 42% einer Stichprobe unter Geflüchteten in der Türkei und im Libanon angegeben (16). In einer Gruppe syrischer Flüchtlinge in der Türkei fanden die Autoren bei jedem Dritten Symptome für eine PTBS, mit höheren Werten

für Frauen und Menschen, die mehrere traumatische Ereignisse erlebt haben (17). Laut UNHCR zeigen 8,5% der Geflüchteten im Zaatari-Camp in Jordanien, die aufgrund von psychischer Beschwerden behandelt wurden, Symptome einer PTBS (18). Eine Untersuchung des International Medical Corps (2015) ergab, dass ein Drittel der Befragten anhaltend hohe Angstwerte aufwiesen (6). Besonders hohe Prävalenzraten von 45% für PTBS (und 44% für Depression) wurden bei syrischen Flüchtlingskindern in der Türkei gefunden (19).

Um zukünftig neben den klinischen auch die psychosozialen Belastungen und Bedarfe der Geflüchteten und Binnenvertriebenen untersuchen zu können, gilt es vorhandene Forschungs- und Evaluierungsmethoden inhaltlich und kontextuell anzupassen und alternative Formen der Wirkungsmessung sowie grundlegende Konzepte wie psychosoziales Wohlbefinden und die Bedeutung eines holistischen Konzepts psychosozialer Gesundheit, fortlaufend zu diskutieren.

4

WAS BEDEUTET MHPSS IM KONTEXT VON KONFLIKT UND VERTREIBUNG?

Das im internationalen Diskurs entstandene und verwendete Konzept **MHPSS** steht für „**Mental Health and Psychosocial Support**“, zu Deutsch „Psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung“. Es stellt das Ergebnis einer breit getragenen Auseinandersetzung über psychosoziale Arbeit dar, in dessen Rahmen auch Richtlinien des *Inter-Agency Standing Committee (IASC)* formuliert wurden. MHPSS beschreibt alle Maßnahmen, die auf Bewahrung und Verbesserung des psychosozialen Wohlbefindens abzielen. Es werden gleichzeitig verschiedene Unterstützungsangebote bereitgestellt, die ineinandergreifen und dadurch der Vielfalt der Belastungen und Bedarfe gerecht werden.

Der Begriff „**Wohlbefinden**“ steht in enger Beziehung mit psychischer Gesundheit, ist aber noch weiter gefasst und hängt in seiner Definition stark von Sprache, Kultur und dem gesellschaftlichen Kontext und Wertesystem einer Person ab. Der Begriff „**psychosozial**“ verbindet psychische (Gedanken, Gefühle, Verhalten) und soziale (Bezugspersonen, Lebensumstände, Kultur) Aspekte des menschlichen Erlebens. Die Verknüpfung von psychischer Gesundheit und psychosozialem Wohlbefinden im Begriff MHPSS macht deutlich, dass es nie um soziale Verhältnisse einerseits und psychische Befindlichkeiten andererseits geht, sondern um die Tatsache, dass soziale Konflikte oder Nöte und psychische Schwierigkeiten

immer in Bezug miteinander gesehen werden müssen und weder der eine noch der andere Bestandteil in der Bearbeitung vernachlässigt werden darf. Psychosoziales Wohlbefinden bezieht sich auf einen positiven körperlichen und geistigen Zustand, der persönliches Wachstum befördert. Dieses befähigt die Person, sich konstruktiv zu anderen Menschen in Beziehung zu setzen und ist ein lebenslanger dynamischer Prozess.

MHPSS-Ansätze bemühen sich darum, das psychosoziale Wohlbefinden des Menschen zu bewahren und zu verbessern und psychischen Störungen entgegenzuwirken. Die Bereitstellung der passenden Unterstützung erfolgt auf Basis des Bedarfs durch vielfältige und komplementär wirkende Maßnahmen (32).

Den Ansätzen **psychotherapeutischer Maßnahmen** liegen je nach therapeutischer Schule unterschiedliche Menschenbilder zugrunde, die jeweils die Methodik und Schritte der Therapie vorgeben. Die Psychotherapie von Menschen mit traumatischen Erfahrungen beschäftigt sich auch mit psychosozialen Aspekten und macht die Schwierigkeiten der Patient*innen, dysfunktionale Gedanken und Gefühle zu regulieren und/oder konstruktive zwischenmenschliche Beziehungen herzustellen und aufrechtzuerhalten, zum Gegenstand der Behandlung.

Üblicherweise fokussiert die Therapie auf die Erkrankung (Defizienz) sowie den Umgang mit ihr und die Linderung des Leidens. Psychotherapie sollte ausschließlich von entsprechend ausgebildeten Expert*innen durchgeführt werden, die im Rahmen ihrer Ausbildung und vor allem durch supervidierte Praxis Erfahrungen im Durchführen einer Psychotherapie sammeln konnten. **Psychiatrische Maßnahmen**, d.h. die medizinische Behandlung von psychischen Erkrankungen, schließen medikamentöse Behandlungen ein und müssen deshalb von Ärzt*innen bzw. medizinischem Fachpersonal durchgeführt werden. In der Arbeit mit Geflüchteten interessieren sich immer mehr Psycholog*innen und Psychiater*innen dafür, psychosoziale Aspekte in ihre Therapie zu integrieren bzw. diese Integration auszuweiten, um die Vielschichtigkeit der Belastungen ihrer Klienten*innen stärker zu berücksichtigen.

Unter dem Oberbegriff „**psychosoziale Unterstützung**“ wird eine Vielzahl von Ansätzen gefasst, die die Widerstandskraft, das psychische Wohlbefinden und die Funktionsfähigkeit von Menschen auf emotionaler, sozialer, spiritueller, kognitiver und Verhaltensebene stärken, ohne auf ein medizinisches Behandlungsmodell zurückzugreifen.

Psychosoziale Unterstützung im Kontext von Flucht und Gewalt zielt darauf ab, sichere Orte zu schaffen, in denen Menschen ihre Verarbeitungsmöglichkeiten erweitern können, um trotz stressreicher und potenziell traumatisierender Umstände selbstwertgefährdende Ereignisse so zu verarbeiten, dass beeinträchtigende Konsequenzen im Alltag weitgehend vermieden oder reduziert werden. Den besonderen Bedürfnissen von lebensgeschichtlich belasteten Menschen wird hierbei Rechnung getragen. Zugleich werden die sozialen, ökonomischen und politischen Dimensionen der Belastung berücksichtigt.

Maßnahmen der psychosozialen Unterstützung zeichnen sich dadurch aus, dass sie die folgenden Aspekte als maßgeblich für die Förderung des Wohlbefindens Geflüchteter erachten und folglich anstreben:

- ▶ Stabilität wird gefördert und Stress reduziert, indem zunächst auch auf die Erfüllung grundlegender Bedürfnisse wie Schutz, Sicherheit und die Sicherstellung der Versorgung mit Wasser und Nahrungsmitteln abgezielt wird
- ▶ konstruktive zwischenmenschliche Beziehungen, die soziale Anerkennung und gegenseitige Unterstützung ermöglichen, werden aktiv gestärkt und wiederaufgebaut

- ▶ ein Rahmen, in dem der/die Einzelne und/oder die Gruppe die Möglichkeit haben, die eigene Wirksamkeit und eine positive Rolle in ihrer sozialen Umgebung zu erleben und sich selbst und andere in ihren Bedürfnissen, Stärken und Schwächen wahrzunehmen, wird hergestellt
- ▶ personale und soziale Ressourcen der Person, die bei der Alltagsbewältigung und der Integration des Erlebten in das Selbst- und Weltbild unterstützen, werden aktiviert
- ▶ Würde, Gerechtigkeit, Kontrolle und Autonomie, werden wiederhergestellt
- ▶ der Aufbau neuer Ziele und Lebenspläne, um das Leben als sinnvoll und bereichernd zu erleben und im Einklang mit seinen (von einer Bezugsgruppe geteilten) Werten zu leben, wird unterstützt.

Diese Unterstützungsmaßnahmen sind zum größten Teil niederschwellig und oft auf Gemeindeebene angesiedelt. Sie zielen darauf ab, möglichst viele Menschen zu erreichen. Oft sind sie im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialarbeitsbereich verortet oder ergänzend zu Maßnahmen in anderen Sektoren – z.B. Einkommensschaffung, Beschäftigungsförderung, Aus- und Fortbildung – integriert. Wenn ein Mensch trotz Wahrnehmung niederschwelliger psychosozialer Angebote nicht mehr in der Lage ist, mit seinen Belastungen umzugehen und seinen Alltag zu bewältigen, spricht man von einer psychischen Störung oder Erkrankung. Diese Erkrankungen sind, wie auch alle somatischen Krankheitsbilder, in internationalen Klassifizierungssystemen erfasst und werden durch psychotherapeutische bzw. psychiatrische Maßnahmen adressiert (20) (21).

Psychosoziale Maßnahmen werden oft von Sozialarbeiter*innen², Lehrer*innen, Seelsorger*innen sowie Mitarbeiter*innen von Nichtregierungsorganisationen durchgeführt. Diese sollten über persönliche Kompetenzen und technische Fähigkeiten verfügen, die sich zwar von einer psychotherapeutischen Ausbildung unterscheiden können, aber dennoch eine Grundlage schaffen, destruktive soziale Interaktionen positiv zu beeinflussen und andere beim konstruktiven Neuaufbau von Selbst- und Weltbild zu unterstützen – bspw. durch Stabilisierung, Empowerment und das Schaffen sicherer Orte zur Verarbeitung und konstruktiven Beziehungsgestaltung.

² Die Berufsgruppe der Sozialarbeiter*innen wird in den Ländern des Nahen Ostens nicht einheitlich ausgebildet (in jedem Land werden unterschiedliche Fähigkeiten vermittelt), so dass hier kein standardisiertes PSS-Vorgehen vorausgesetzt werden darf.

Neben den fachlichen Kompetenzen (u.a. Wissen zu psychologischen Theorien/ Modellen, psychosozialen Konsequenzen von Konflikt und Vertreibung; rechtliches Hintergrundwissen, Problemanalyse/ Diagnostik, Interventionsansätze, Dokumentation und Evaluierung) und einer tiefgreifenden Kenntnis des politischen und kulturellen Kontexts bedarf es wichtiger Kernkompetenzen für Fachpersonal im psychosozialen Bereich, die vor allem durch eine begleitete Reflexion (z.B. durch Supervision) der eigenen Beratungspraxis, der eigenen Werte, Kommunikationsstile und eigener Persönlichkeitsmuster aufgebaut werden. Zentrale Elemente der Ausbildung von MHPSS Kompetenzen müssen deshalb erfahrungsbasiertes Lernen und Selbstreflexion sein. Zu den Kernkompetenzen gehören folgende:

- ▶ Fähigkeit zur Selbstreflexion und Bereitschaft zur Hinterfragung eigener Verhaltens-, Macht- und Denkmuster
- ▶ Empathie und Beziehungsfähigkeit
- ▶ Offene, kultursensible Haltung und Fähigkeit zum Perspektivwechsel
- ▶ Egalitäre, solidarische, ressourcenorientierte und empowernde Haltung gegenüber Klient*innen/ Patient*innen
- ▶ Neutralität, Unvoreingenommenheit und Vertraulichkeit
- ▶ Fähigkeit zur sensiblen und respektvollen Kommunikation und Konfliktbearbeitung
- ▶ Fähigkeit und Bereitschaft zur Selbstfürsorge
- ▶ Fähigkeit, an vor Ort bestehende Ressourcen anzuknüpfen und sie zu stärken
- ▶ Transparenz im Vorgehen gegenüber den Klient*innen/ Patient*innen.

In der Praxis stellt die zum Teil vorliegende konzeptionelle Unklarheit von MHPSS eine große Herausforderung für die Akteure dar. Erschwerend kommt hinzu, dass die steigende Zahl an Angeboten auch zu einer zunehmenden Komplexität der Aktivitäten- und Akteurslandschaft führt. Unter anderem agieren auch Organisationen mit nur unzureichend ausgebildetem Personal im Feld, deren Maßnahmen keine (wirksamen) psychosozialen Komponenten beinhalten, die jedoch aufgrund der Fragmentierung und konzeptionellen Unklarheiten des Sektors dennoch unter der Bezeichnung MHPSS arbeiten. Zugleich erfolgt unter vielen MHPSS-Akteuren eine bewusste Entscheidung gegen die offizielle Verwendung der Bezeichnung, um Stigmatisierungen der Zielgruppe vorzubeugen und den Zugang zum Hilfsangebot zu erleichtern. Beide Trends tragen zur zunehmenden Komplexität des Sektors bei und erschweren die einheitliche Darstellung des holistischen MHPSS-Konzepts.

5

WELCHES VERSTÄNDNIS VON TRAUMA SOLLTE DER DEUTSCHEN ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT ZUGRUNDE LIEGEN?

Der anhaltend bedrohliche Kontext und die verlorene Einbindung in eine protektive Bezugsgruppe fordern von Flüchtlingen extreme Anpassungs- und Neuorientierungsleistungen. In vielen Fällen reichen bewährte Bewältigungsmuster nicht mehr aus, um sich den nicht abnehmenden Herausforderungen zu stellen. Viele Geflüchtete erhoffen sich in erster Linie eine Erleichterung ihrer schwierigen Lebensumstände. Sie sind fokussiert auf das unmittelbare Überleben, und die hinter ihnen liegenden Erfahrungen von Verfolgung und Zerstörung scheinen manchmal nur eine untergeordnete Rolle zu spielen, können aber jederzeit in den Vordergrund treten. Das Konzept der PTBS erfasst die Leiderfahrungen der Betroffenen oft nur ungenügend, weil der Fokus auf einen spezifischen und eingegengten Symptomkatalog¹ der Komplexität der vielfältigen und fortdauernden Belastungserfahrungen nicht gerecht wird. Die individuell unterschiedlich ausfallenden traumatischen Erfahrungen, die langjährigen Prozesse der Integration des Erlebten, die Überlebensversuche, die Verluste und die immer wieder neuen Bemühungen, mit all dem zurecht zu kommen, müssen im Mittelpunkt stehen.

¹ Beschreibung laut International Classification of Disease Register (ICD): Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten (20). Hierbei muss beachtet werden, dass diese Symptome nur Ausdruck einer Erkrankung sind, wenn sie über einen längeren Zeitraum hinweg bestehen.

Der Vorteil des Verständnisses von Trauma nicht als ein Einzelereignis mit prädestinierten Folgen, sondern als langfristigen Prozess innerhalb eines gegebenen sozialen, politischen und rechtlichen Kontexts, entspricht der Lebensrealität von Geflüchteten eher als eine statische, ausschließlich symptomorientierte Sichtweise, welche soziale, politische, ökonomische und rechtliche Kontextfaktoren weitgehend vernachlässigt. Dieses weiter gefasste Verständnis von Trauma bietet ein Potenzial, auch die klinische Behandlung von Traumatisierten im Rahmen psychotherapeutischer bzw. psychiatrischer Bemühungen zu verbessern. Erfolgen klinische Interventionen komplementär zu oder integriert in Aktivitäten sozialer Unterstützung und richtet sich die Aufmerksamkeit in der Behandlung auch auf die spezifischen psychosozialen Folgen und Merkmale von Flucht und Vertreibung, können die Bedarfe der Zielgruppe besser verstanden und bearbeitet werden. Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit sollte in erster Linie darauf ausgerichtet sein, durch psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen möglichst viele Menschen zu erreichen, ohne natürlich die spezifischen klinischen Bedarfe außer Acht zu lassen. Durch gezieltes und kontext-angepasstes *Capacity Development* soll dem hohen Bedarf an Versorgung auf dem gesamten Spektrum von MHPSS begegnet werden. *Hans Keilson's Modell der sequentiellen Traumatisierung* (22) hat sich u.a. aufgrund seines kontext- und gesellschaftsbewussten Ansatzes für

die deutsche Entwicklungszusammenarbeit als wegweisend erwiesen. Keilsons Verständnis vom Trauma als eine Abfolge verschiedener Zeit-Sequenzen, anstatt der Fokussierung auf ein singuläres ursprüngliches Gewalterlebnis, bietet ein umfassenderes Bild auf die Abläufe langfristiger und vielfältiger traumatisierender Erfahrungen und ihre Auswirkungen auf psychosoziales Wohlbefinden (23). Keilson stellte in seiner Forschung mit jüdischen Kriegswaisen aus dem Zweiten Weltkrieg in den Niederlanden fest, dass nicht nur die ersten Sequenzen, d.h. die feindliche Besetzung der Niederlande mit dem beginnenden Terror gegen die jüdische Minderheit und später die direkte Verfolgung, also die Deportation von Eltern und Kindern bzw. die Trennung von Mutter und Kind, sondern vor allem auch die Zeit nach der Verfolgung, einen wesentlichen Teil der traumatischen Erfahrung ausmacht und „von vielen als die eingreifendste und schmerzlichste ihres Lebens bezeichnet“ wurde (23). Keilson konnte zeigen, dass der Verlauf der Nachkriegssequenz für die Gesundheitsperspektiven der Überlebenden bedeutsamer ist als der Schweregrad der Traumatisierung in den vorangegangenen Sequenzen (24) (25). Keilsons Konzept beinhaltet einen grundlegenden Wechsel im Verständnis von Traumata: „Anstatt ein Ereignis zu betrachten, das Konsequenzen hat, haben wir jetzt einen Prozess, in dem die Beschreibung einer sich verändernden traumatischen Situation der Rahmen ist, der festlegt, wie wir Trauma verstehen“ (25). Diese neue Schwerpunktsetzung auf den Prozess ist komplizierter als das Konzept eines einzelnen traumatischen Ereignisses, aber sie wird der Situation der Überlebenden gerechter, weil sie die gesellschaftliche Ver-

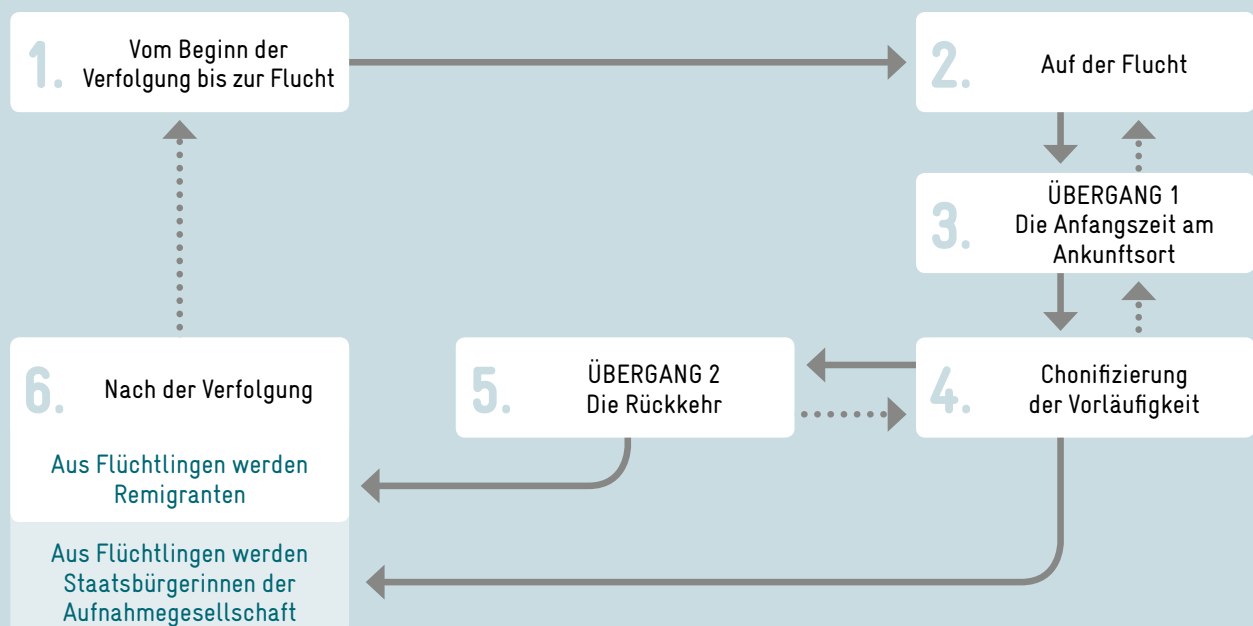
antwortung immer mitdenkt, was gerade im Lichte der deutschen Vergangenheit eine ethische Notwendigkeit ist. Das unterstützende Potenzial, das aus dieser Erkenntnis sichtbar wird, legt die Verantwortung für die Bewältigung der traumatischen Erfahrungen nicht alleine auf das betroffene Individuum, sondern sieht auch die Gesellschaft und die Politik in der Pflicht. Dies ist insbesondere für die Entwicklungszusammenarbeit von höchster Relevanz. Gleichmaßen ergibt sich aus der Einbeziehung von Politik und Gesellschaft auch ein Potenzial, die Verantwortung und somit auch die Belastung der/-s Einzelnen zu reduzieren, sowie den Zusammenhalt in der Gesellschaft und Friedensprozesse zu fördern.

Keilsons Modell wurde für den Flüchtlingskontext folgendermaßen adaptiert, wobei folgende Sequenzen, d. h. kennzeichnende traumatische Situationen herausgearbeitet wurden (25) (3):

Die in dieser Erweiterung des *Keilsonschen Modells* beschriebenen **sechs Sequenzen** können im Detail unterschiedlich verlaufen und sind, wie die gepunkteten Pfeile anzeigen, auch manchmal rückläufig. So kann es wiederholte Male zur **zweiten traumatischen Sequenz** der Flucht kommen, die bei Ankunft in einem anderen Land oder innerhalb desselben Landes an einem anderen Ort wiederum in die **dritte traumatische Sequenz** – der Anfangszeit an diesem – und bei einem längeren Aufenthalt an diesem Ort in die **vierte traumatische Sequenz** – der Chronifizierung der Vorläufigkeit – münden kann.

FLUCHT ALS SEQUENTIELLE TRAUMATISIERUNG

Erweiterung eines Konzeptes von Hans Keilson



Wichtig aber ist festzuhalten, dass das Leben von Geflüchteten als Abfolge solcher Sequenzen zu verstehen und einzuordnen ist und stets unter dem Einfluss politischer, sozialer und rechtlicher Faktoren steht. So z. B. wäre die Erwartung, dass Geflüchtete nur im Heimatland traumatisiert wurden, falsch. Ganz im Gegenteil ist zu verstehen, dass auch die Aufnahme in einem sicheren Aufnahme-land, welche in der **dritten traumatischen Sequenz** erfolgen könnte, u.U. nur die nächste traumatische Sequenz darstellt, da beispielsweise die lang andauernde Ungewissheit im Asylverfahren und die unsicheren Zukunftsaussichten einen Zustand von zermürbender Vorläufigkeit erzeugen und zu starker Verunsicherung in einer **vierten traumatischen Sequenz** führen können.

Auch in **Phase fünf** und **sechs** kommt es wesentlich darauf an, wie eine umfassende (Re-)integration der Geflüchteten in die (wieder-)aufnehmende Gesellschaft erfolgt, damit sie nicht zu weiteren traumatischen Sequenzen werden. Die politische und gesellschaftliche Verantwortung bezieht sich dabei auf das Schaffen von Zukunftsperspektiven und Ermöglichen gesellschaftlicher Teilhabe, um das Gefühl von Sicherheit und Zugehörigkeit wieder zu ermöglichen. **Für das psychosoziale Wohlergehen der Geflüchteten und Binnenvertriebenen ist es essentiell, dass sie den Zeitpunkt einer Rückkehr selbst wählen und die dazu gehörigen Schritte gestalten können.** Hierbei wirkt es enorm entlastend, wenn sowohl die Aufnahme-, als auch die Herkunftsregion die rückkehrenden Geflüchteten und Binnenvertriebenen aktiv unterstützt. Rückkehrmaßnahmen, die so gestaltet sind, dass sie sich für Schutzsuchende und vulnerable Menschen als Zwang und Gefährdung darstellen, die Autonomie der Geflüchteten beschneiden oder sie gegen ihren Willen zur Rückkehr bewegen, können eine erneute existentielle Verlusterfahrung von Sicherheit bedeuten und somit zu einer weiteren traumatischen Sequenz werden. **Genuine Freiwilligkeit, also die Möglichkeit zurückzukehren bzw. in der aufnehmenden Gemeinde zu verbleiben, ist eine wesentliche Voraussetzung für den erneuten Vertrauens- und Perspektivaufbau**

und das Wiedererlangen von Kontrolle und Selbstwirksamkeit. Verletzt man durch alternativlos organisierte Rückkehr die Entscheidungsmacht von Schutzsuchenden, gefährdet man nicht nur das Individuum, sondern auch die Friedensfähigkeit einer Gesellschaft durch die Schwächung des gesellschaftlichen Engagements für Menschlichkeit, Gerechtigkeit und Solidarität. Die gesellschaftlichen Folgen von einer als entwürdigend empfundenen Alternativlosigkeit sind weitreichend und fördern ein politisches Klima, in welchem Betroffene Ausgrenzung und Ablehnung erfahren.

In welchem Ausmaß sich Gewalt- und Verlusterfahrungen in bestimmten Situationen als psychische Belastung bis hin zur Erkrankung niederschlagen, hängt somit wesentlich von der Entscheidungsmacht einer Person, aber auch von der gesellschaftlichen Umgebung ab. Förderliche Bedingungen für einen vergleichsweise gesunden Umgang mit dem eigenen Leid finden sich in einem sozialen Umfeld, das unterstützend, verständnisvoll und anerkennend (re-) agiert und somit einen neuen (Selbst-)Vertrauensaufbau ermöglicht, der weder die Qualität des Leides verleugnet, noch einer Pathologisierung Vorschub leistet. Hinderliche Bedingungen sind weitere Belastungen wie Unsicherheit, Stigmatisierung, erfahrene Ablehnung, erneuter Kampf ums Überleben und erneute Erfahrungen von Missbrauch, Kontrollverlust und Verrat. Psychosoziale Maßnahmen müssen einerseits die Schwere und Tiefe der Verletzungen anerkennen, andererseits muss die Fähigkeit der Betroffenen, weiterhin als selbstständige Subjekte zu handeln, gewürdigt und gefördert werden. Daher müssen sich psychosoziale Angebote an vorhandenen Ressourcen orientieren, bestehende familiäre und soziale Unterstützungsstrukturen mit einbeziehen und stärken und letztendlich immer die Anerkennung und Ermächtigung der betroffenen Personen in den Vordergrund stellen, und zwar nicht nur in Bezug auf die Ziele der psychosozialen Arbeit, sondern immer auch im Hinblick auf die angewendeten Fach-Methoden und -Techniken.



6

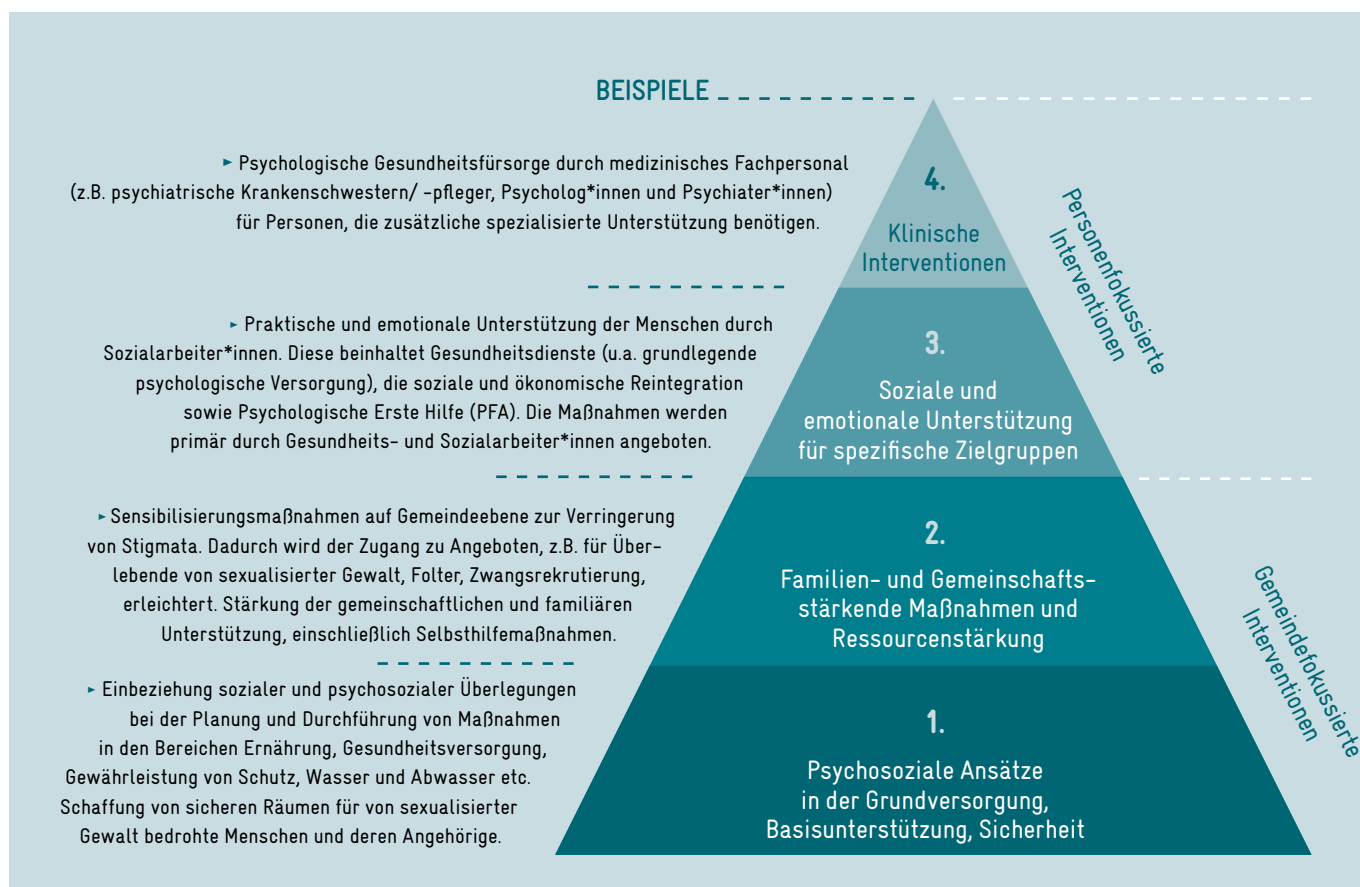
WAS HABEN WIR ÜBER MHPSS-ANSÄTZE IM KONTEXT VON KRIEG UND FLUCHT BEREITS GELERNT UND WIE LÄSST SICH PSYCHOSOZIALE UNTERSTÜTZUNG FÜR FLÜCHTLINGE UND BINNENVERTRIEBENE IM KONTEXT DER SYRIEN- UND IRAKKRISEN GESTALTEN?

Das *Inter-Agency Standing Committee* (IASC) hat ein Modell entwickelt, das seit 2007 international als Referenzrahmen für psychosoziale Arbeit in Krisen- und Konfliktkontexten gilt. Das Modell betrachtet 4 vernetzte Interventionsfelder, die es in Form einer *Pyramide* darstellt (26). Diese Pyramide impliziert im Idealfall keine qualitative Hierarchie; vielmehr findet MHPSS gleichzeitig auf allen vier Ebenen statt (*siehe dazu Grafik gegenüber*).

Psychosoziale Arbeit im **Feld 1** besteht oftmals in der Beratung von Dienstleistern, damit diese in ihren Interventionen den MHPSS-Ansatz integrieren. Bei diesen Interventionen handelt es sich um die Versorgung mit Basisgütern und die Wiederherstellung von einer Basisinfrastruktur zur Sicherung von physischen Grundbedürfnissen (Nahrung, Wohnraum, Wasser, Basisgesundheitsversorgung). Die genannten Leistungen werden oftmals im Kontinuum zwischen humanitärer Hilfe und langfristiger Entwicklungszusammenarbeit erbracht. Unter Einbezug des MHPSS-Ansatzes wird bei der Erfüllung der Grundbedürfnisse sichergestellt, dass negative Konsequenzen vermieden werden (beispielsweise zu verhindern, dass Abhängigkeiten aufgebaut oder verstärkt werden), bedarfsorientiert sowie konflikt- und traumasensibel vorgegangen wird (beispielsweise darauf zu achten, dass Latrinen in Flüchtlingscamps gefahrlos von Frauen und Mädchen aufgesucht und benutzt werden können und dass Hilfsgüter auf eine Art und Weise verteilt werden, die den Empfängern nicht das Gefühl vermittelt,

Bittsteller zu sein) und eine generelle Sensibilität für psychosoziale Aspekte besteht. Für das psychosoziale Wohlbefinden der Menschen ist eine gesicherte Versorgung mit Basisgütern zur Sicherung der physischen Grundbedürfnisse unabdingbar. Ohne einen garantierten Zugang zu überlebensnotwendigen Ressourcen befinden sich Menschen in einer dauernden Sorge und Anspannung darüber, wie ihr Überleben gesichert werden kann. Ein regionales Beispiel für diese Ebene ist das gesteigerte Bewusstsein für ein sensibles *Camp Management*. Maßnahmen, die bereits in mehreren Ländern implementiert werden, sind beispielsweise die gezielte und regelmäßige Informationsdissemination für neu ankommende Geflüchtete und die Anpassung der Standards für die Unterbringung in den Camps, um Vergleichbarkeit herzustellen und Konflikte zu vermeiden.

Neben der Unterstützung beim Aufbau haltgebender Beziehungen geht es im **Feld 2** unter anderem um die Schaffung bzw. *Stärkung von sicheren Orten des gemeinschaftlichen Austauschs und die Förderung von Familienzusammenführungen sowie Einkommens- und Beschäftigungsmaßnahmen*. In der Region umgesetzte Vorhaben fördern beispielsweise den sozialen Zusammenhalt mittels Bereitstellung von öffentlichen Plätzen wie „Familiengärten“, den verbesserten Zugang zur Nutzung von Mobiltelefonen und die Psychoedukation über das Angebot von Sport- und Musikprojekten für Jugendliche.



Im **Feld 3** setzt die gezieltere, *nicht spezialisierte Unterstützung für Einzelpersonen, Familien oder Gruppen* durch geschulte und begleitete Sozialarbeiter*innen, *Community Worker* und Multiplikator*innen an. In einzelnen Aufnahmelandern wurden beispielsweise Protokolle für das Krisenmanagement und Anleitungen zur Selbsthilfe entwickelt und angepasst.

Im **Feld 4** finden sich spezialisierte *Behandlungsangebote durch medizinisches und psychologisches Fachpersonal* für Menschen, die aufgrund starker Einschränkungen in ihrem Alltag eine langfristige psychologische oder psychiatrische Behandlung benötigen. Aktuell in der Region umgesetzt, werden Maßnahmen zum *Up-Scaling* von therapeutischen Interventionen und eine Weiterentwicklung akademischer Curricula, um den Bedarfen an spezialisierter klinischer Behandlung zu begegnen.

Das Pyramiden-Modell ist als ein ganzheitliches zu verstehen, in dem gleichzeitig Interventionen in allen vier Feldern notwendig sind, um die unterschiedlichen Bedürfnisse zu adressieren und der Heterogenität der Zielgruppe gerecht zu werden. Ein traumasensibles Vorgehen ist in allen Feldern von Nöten und dient als ein zentraler Ansatz bei der Stärkung von konstruktiven zwischenmenschlichen Interaktionen im Alltag. Das Modell liefert keine Aussage darüber, dass Maßnahmen in einem bestimmten Feld der Pyramide allgemein sinnvoller oder

effektiver sind als in einem anderen. Vielmehr sollen geeignete Maßnahmen kontextspezifisch entschieden werden, möglichst breitenwirksam sein und ineinandergreifen. Die Pyramide vertritt einen holistischen Ansatz psychosozialer Gesundheit, was bedeutet, dass Menschenrechte wie psychische Gesundheit und persönliche Entfaltung sowie die Versorgung mit Grundnahrungsmitteln, Wasser, Schutz, Schlaf etc. gleichzeitig und mit gleicher Relevanz erfüllt und unterstützt werden müssen. Mit diesem Verständnis sollten sich die Akteure in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit, die im Bereich MHPSS im Kontext der Syrien- und Irakkrisen aktiv sind, an der Interventionspyramide des IASC orientieren.

Um dem Risiko einer Fehlinterpretation der Pyramide entgegenzuwirken, kann man sich das Modell alternativ als ineinandergreifende Angebote (*siehe Grafik auf Seite 24*) vorstellen, deren Komponenten andere Schwerpunkte haben, die aber verbindet, dass in allen Feldern Spezialisierungen unterschiedlicher Art notwendig sind, um ein holistisches psychosoziales Versorgungsangebot aufzustellen.

In dem Alternativmodell werden im **Feld 4** neben den klinischen Dienstleistungen, anders als in der IASC-Pyramide, noch weitere hochspezialisierte Angebote aufgenommen.

In einem Kontext anhaltender Gewalt und Flucht mit so knappen Ressourcen in den Erstaufnahmeländern, wo in der Regel nicht einmal für die heimische Bevölkerung ausreichend psychosoziale Unterstützung vorhanden ist, sollten Maßnahmen möglichst breitenwirksam konzipiert sein. Dies ist in der Regel mit gemeindeorientierten Aktivitäten am ehesten zu erreichen. In unsicheren und hochdynamischen Kontexten muss zudem bedacht werden, dass psychotherapeutische Behandlungen im **Feld 4** nur begonnen werden sollten, wenn sie auch abgeschlossen werden können, was bei Vertriebenen aufgrund von instabilen Lebenssituationen oder anhaltender Flucht selten der Fall ist³. In der Entwicklungszusammenarbeit im Kontext der Syrien- und Irakkrisen sind deshalb Maßnahmen zur psychosozialen Unterstützung von Flüchtlingen in den **Feldern 1 bis 3**, die mit knappen Ressourcen viele Menschen erreichen, häufig geeigneter und nachhaltiger.

Das bedeutet allerdings keinesfalls, dass eine spezifischere psychiatrische oder psychotherapeutische Unterstützung auf individueller Ebene nicht nötig wäre. Viele Menschen

haben Symptome, bei denen die besondere Aufmerksamkeit von Expert*innen definitiv wünschenswert ist – nur ist das aufgrund der schlechten Versorgungslage häufig nicht möglich. So fungieren auch bei schwerwiegenden Problematiken oftmals Personen ohne spezifisches psychologisches oder psychiatrisches Wissen als erste Ansprechpartner (z.B. in Camps oder Schulen). Umso wichtiger ist eine Sensibilisierung für psychische Erkrankungen sowie psychosoziale Ansätze auch bei Akteuren, die nicht spezifisch therapeutisch arbeiten, sondern in den **Feldern 1 bis 3**. Die Mehrheit der psychosozialen Probleme bedürfen nämlich keiner klinisch-therapeutischen Intervention im **Feld 4**, sondern haben ihre Ursachen in Stigmatisierung, Hoffnungslosigkeit, Trauer, Entwurzelung, chronischer Armut, fehlendem Zugang zu Versorgungsangeboten sowie in einem zerstörten sozialen Bezugssystem (27) (13). Diese Schwierigkeiten können auch in den drei unteren Feldern der Pyramide in Angriff genommen werden, in denen die Selbstheilungskräfte der Person durch die Stärkung der sozialen Gemeinschaft aktiviert werden sollen (28).



³ Die fortlaufende psychopharmakologische Versorgung von Patient*innen (mit bestehenden Vorerkrankungen) sollte natürlich gewährleistet sein.

7

WIE SIEHT DIE PRAXIS DER DEUTSCHEN
ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT AUS?

Es gibt vielfältige MHPSS-Ansätze in der Flüchtlingsarbeit. Diese reichen von Übungen zur Selbstregulation und sozialer Kompetenz über Ausdruck von Fluchterfahrung durch Theater, Poesie, Bilder, didaktische Spiele, Sport, Tanz, Entspannungstechniken bis hin zu hochspezialisierten klinischen und traumazentrierten Behandlungsangeboten. Zu den MHPSS-Ansätzen gehören auch der Zugang zu Rechtshilfen sowie Offenlegung von Verbrechen, Wahrheitsfindung und Verfolgung von Tätern, was die psychische Genesung unterstützen kann. Als besonders geeignete Maßnahme, um psychisches Wohlbefinden von Betroffenen zu stärken, hat sich der Aufbau von Begegnungs- und Informationszentren herausgestellt, die die Möglichkeit bieten, sich mit Anderen auszutauschen. In solchen Zentren kann es außerdem zur Beratung zu bestimmten Lebensbereichen, wie zum Beispiel die ärztliche Versorgung oder den Schulbesuch der Kinder, kommen.

Die folgenden Beispiele aus der deutschen EZ lassen sich unterschiedlichen Feldern der Interventionspyramide zuordnen:

Feld 1 – Psychosoziale Ansätze in Grundversorgung, Basisgüter und Sicherheit

Hier geht es darum, in der humanitären Hilfe und der EZ sowohl bei der Gebergemeinschaft als auch in lokalen Gemeinden Sensibilisierung, Verständnis und Akzeptanz

für MHPSS-Maßnahmen zu schaffen (*Advocacy*) und bei der Wiederherstellung zerstörter Systeme (Infrastruktur, Bildung, Gesundheit, etc.) darauf zu achten und dafür zu werben, dass MHPSS als Querschnittsthema berücksichtigt und Maßnahmen umsichtig, respektvoll und entsprechend den psychosozialen Bedürfnissen der Betroffenen durchgeführt werden. Diese Sensibilität durch Einbezug des MHPSS-Ansatzes erkennt man beispielsweise daran,

- ▶ dass die Betroffenen an dem Bereitstellen von Angeboten aktiv beteiligt werden und jederzeit in Kontrolle ihrer eigenen Situation sind
- ▶ dass Stigmatisierungen und Opferklassifizierungen durch die Nutzung der Angebote vermieden werden
- ▶ dass Maßnahmen zur Bereitstellung von Basisgütern berücksichtigen, dass stark belastete Menschen aufgrund ihres Rückzugsbedürfnisses oder ausgeprägten Misstrauens häufig bei der Verteilung von Hilfsgütern nicht erreicht werden und deswegen andere Zugangswege eröffnet werden müssen
- ▶ dass Bildungsmaßnahmen auf die Beeinträchtigungen in der Konzentrations- und Informationsverarbeitungskapazität von jungen Menschen mit traumatischen Erfahrungen abgestimmt sein müssen
- ▶ dass Frauen und Männer mit Gewalterfahrungen dem Gesundheitssystem aus Angst vor Stigmatisierung oft fernbleiben, wenn es keinen psychosozial informierten, d.h. aufsuchenden Ansatz in der Gesundheitsversorgung gibt.

Beispiel aus der deutschen EZ im Nahen Osten.

Das *cash for work* Projekt „Waste to (positive) energy“ der GIZ in Jordanien wurde 2015 beauftragt. Ziel des Vorhabens ist es, vorübergehend die Einkommenssituation Geflüchteter und vulnerabler Mitglieder der aufnehmenden Gemeinden durch zeitlich befristete Arbeitsverhältnisse zu sichern und zugleich lokale Infrastruktur, sowie den sozialen Zusammenhalt zu fördern. Durch den drastischen Anstieg der Bevölkerungszahl in Jordanien im Zuge der Syrian- und Irakkrise, kam es zu einer Überlastung vorhandener Kapazitäten zur Abfallentsorgung. Neben mangelnder Ressourcen für Müllbeseitigung und Straßenreinigung, führt auch die Wahrnehmung der Bevölkerung der aufnehmenden Gemeinden, dass sich internationale Gelder primär an Geflüchtete richten, zu einem Anstieg des Konfliktpotenzials. Das Vorhaben „Waste to (positive) energy“ berücksichtigt bei der Umsetzung zur Beschäftigungsförderung in der arbeitsintensiven Wertstoffsammlung und -aufarbeitung psychosoziale Ansätze, indem es sich zunächst im Sinne der Konfliktsensibilität gleichermaßen an Geflüchtete wie Bedürftige aufnehmen der Gemeinden richtet und innerhalb partizipativer Dialogforen auch spezifische Maßnahmen zur Förderung und Teilnahme von Frauen integriert. Durch z.B. den Einbezug des Privatsektors und den Bau von Recyclinganlagen werden Nachhaltigkeit der Maßnahme und die Überführung in langfristige Arbeitsverhältnisse angestrebt. Das Gefühl von Kontrolle – trotz Befristung der Arbeitsverträge – wird durch das Vorhaben über transparente und umfassende Ausarbeitung und Aktualisierung von Informationsmaterial geregelt, in welchem Sorgen und Bedenken der Arbeiter*innen erfasst und beantwortet werden. Darüber hinaus werden Monitoring und Partizipation über die Durchführung von Fokusgruppen, regelmäßige Feedbackveranstaltungen und anonymisierte Beschwerdemechanismen ermöglicht. Unterstützung im Übergang nach der befristeten Beschäftigung in die Arbeitssuche wird durch die Betreuung und Beratung in Gemeindezentren der Implementierungspartner unter Berücksichtigung erworbener Qualifikationen geschaffen. Gesundheits- und Sicherheitstrainings sollen zudem die Rechte der Angebotsempfänger schützen.

Feld 2 –

Unterstützung von Familien und Gemeinden

Maßnahmen auf dieser Ebene zielen darauf ab, gegenseitige Unterstützung und soziale Kohäsion in Familien und Gemeinden zu stärken. Der (Wieder-)Aufbau sozialer Netzwerke kann den einzelnen Mitgliedern der Zielbevölkerung schließlich in ihrem persönlichen Umgang mit dem Erlebten und den aktuellen Belastungen helfen. Eine umfassende Vertrautheit mit kulturellen und kontextuellen Besonderheiten ist hierbei unabdinglich.

Zu dieser Ebene gehören u.a. folgende Maßnahmen:

- ▶ Zusammenführung von Familienangehörigen
- ▶ Kampagnen zu konstruktiver Vergangenheitsbewältigung
- ▶ *Livelihood*-Aktivitäten
- ▶ Familienplanungsansätze
- ▶ Förderung des Aufbaus gewaltfreier Familiendynamiken
- ▶ Frauengruppen
- ▶ Jugendclubs
- ▶ Aktivitäten zur formalen und nicht-formalen Beschulung
- ▶ kollektive Trauerprozesse
- ▶ Reintegration ehemaliger Kämpfer*innen in ihre Dörfer durch traditionelle Reinigungs- und Versöhnungsrituale
- ▶ Wiederaufbau von sozialen Beziehungen zwischen polarisierten Gruppen.

Beispiel „Fußball als psychosoziale Maßnahme“.

Ein Fußballspiel zwischen Jugendlichen wäre beispielsweise eine psychosoziale Maßnahme auf Ebene 2, wenn es so konzipiert, begleitet und gestaltet wird, dass es Raum für die folgenden Erfahrungen der Spieler*innen bietet:

- ▶ Empathie
- ▶ Fairness
- ▶ Kooperation
- ▶ Kontrolle
- ▶ Ermächtigung
- ▶ Zugehörigkeitsgefühl und Einbindung in eine Gruppe
- ▶ Regelbeachtung, ohne sich eingezwängt zu fühlen
- ▶ Erproben von gewaltfreien und kreativen Problemlösungen
- ▶ Anwendung von konstruktiver Kommunikation und Zielerreichungsstrategien
- ▶ Reflexion zum Umgang mit den eigenen Gefühlen
- ▶ Freude an Erfolg und Frustrationstoleranz bei Misserfolg, etc.

Dies kann bei einem Spiel, das durch eine/n Coach ohne Ausbildung in psychosozialer Unterstützung angeleitet wird, nicht als gegeben angenommen werden, da in dem Spiel auch Potenzial für eine Verschärfung von Feindbildern, Bedrohung, Misstrauen, Ausgrenzung und Mobbing einzelner Spieler*innen, Wahrnehmung von eigenem Kontrollverlust und Ohnmacht oder das Ausleben von Aggressionen und zerstörerischen Tendenzen gegen die gegnerische Mannschaft oder die eigenen Teamkamerad*innen steckt. In diesem Fall würden wir nicht von einer PSS-Maßnahme sprechen können, sondern das Fußballspiel als konfliktverstärkend oder entmachtend für ein Team oder einzelne Spieler*innen ansehen.

Beispiel aus der deutschen EZ im Nahen Osten.

Seit 2011 unterstützt *Save the Children* im Libanon Projekte, die gemeindebasierte Kinderschutzsysteme fördern. Im Libanon leben derzeit knapp 1,5 Millionen Flüchtlinge – davon sind mehr als 50% Kinder. Viele dieser Kinder benötigen nach der Fluchterfahrung psychosoziale Unterstützung. *Save the Children* setzt zum einen mit seinem bewährten Konzept der Schutz- und Spielräume an, um so auf die unmittelbaren und dringenden Bedürfnisse von geflüchteten Kindern und deren Familien zu reagieren. Diese kinderfreundlichen Orte wurden neben Registrierungszentren eingerichtet und ermöglichen Kindern anhand gezielter Aktivitäten und eines bedarfsorientierten Raumkonzepts eine stabilisierende Routine zu finden und wieder Kind zu sein. Gleichzeitig dienen sie als Eingangspunkt für die geschulten Betreuer*innen, um Fälle mit besonderen Bedürfnissen, Gewalt- und Missbrauchserfahrung oder andere Kinderschutzrisiken zu erkennen und bei Bedarf ein individuelles Fallmanagement aufzusetzen. Je nach Ausprägung und in Abstimmung mit den Familien werden die einzelnen Fälle an spezialisierte Dienstleister und kooperierende Organisationen überwiesen. Gleichzeitig nutzt das Fachpersonal von *Save the Children* die Schutz- und Spielräume, um Fürsorgepflichtige über Kinderschutzrisiken aufzuklären und über Versorgungsdienste zu informieren. Als zweiten zentralen Bestandteil unterstützt *Save the Children* bereits bestehende *Social Development Centres* darin, ihre Kapazitäten im Kinderschutz und in der Bereitstellung sozialer Dienstleistungen auszubauen. Diese Zentren sollen als lokal gewachsene Strukturen im Auftrag der Regierung in den Gemeinden soziale, medizinische und psychologische Dienstleistungen auch für Flüchtlinge erbringen, jedoch mangelt es vielfach an Fachexpertise und Ausstattung. *Save the Children* schult Sozialarbeiter*innen in den Zentren zum Konzept der Schutz- und Spielräume und Psychologischer Erster Hilfe (*Psychological First Aid – PFA*), etabliert Unterstützungsnetzwerke mit anderen Dienstleistern und hilft den Zentren, lokale Aktionspläne für die Weiterentwicklung ihrer Angebote zu entwerfen. So wird nicht nur die Partizipation, sondern auch das Empowerment lokaler Strukturen sichergestellt. Ein weiterer Entwicklungsschritt war die Gründung mobiler Teams in den Zentren, um auch Kinder in abgelegenen Gegenden mit Schutzangeboten erreichen zu können. Das Vorgehen ist eingebettet in die *National Strategy to Safeguard Children and Women* in Libanon des libanesischen Sozialministeriums, wodurch eine landesweite Koordination und Nachhaltigkeit gewährleistet werden.

Feld 3 – Emotionale und soziale Unterstützung für Einzelpersonen, Familien oder Gruppen

Auf der dritten Ebene finden sich die Unterstützungsmaßnahmen, die einen höheren Grad der Beratung und Beziehungsarbeit bedürfen als auf Ebene 2. Es geht darum, Menschen Erleichterung zu verschaffen, die stark unter Gewalt-, Kriegs- oder Katastrophenerfahrungen leiden und bei denen die Maßnahmen auf Ebene 2 nicht oder zu wenig greifen. Oft isolieren sich die Betroffenen auch und nehmen deswegen nicht an Aktivitäten der Ebene 2 teil. Hauptsächlich, aber nicht ausschließlich, ist auf dieser Ebene die PFA angesiedelt; ein Unterstützungskonzept für belastete Menschen, die vor kurzem einem existenziell bedrohlichen Ereignis ausgesetzt waren.

Die Psychologische Erste Hilfe wurde von internationalen Expert*innen entwickelt und zielt zum einen auf die Stabilisierung bei emotionalen Zusammenbrüchen ab, zum anderen geht es um Prävention von weiterem Schaden durch empathisches Zuhören und die Unterstützung der Betroffenen bei der unmittelbaren Erfüllung ihrer Bedürfnisse (29).

Beispiel aus der deutschen EZ im Nahen Osten.

Seit 2016 engagieren sich *medica mondiale* und *HAUKARI e.V.* in der Kurdischen Region im Irak zur Stärkung lokaler staatlicher und zivilgesellschaftlicher Strukturen für die Beratung von Frauen mit geschlechtsspezifischen Gewalterfahrungen. Projektregionen sind die Provinz Duhok und das German-Gebiet/Provinz Sulaimania, aus welchem 1988 im Zuge der sog. Anfal-Operationen Zehntausende junge Männer und Frauen verschleppt und ermordet, Überlebende inhaftiert und später in Umsiedlungslager gebracht wurden. Bis heute leidet die Region unter den Folgen der erlittenen Massengewalt. Seit dem Vormarsch des IS 2014 ist sie erneut zum Konfliktgebiet geworden; Zehntausende Geflüchtete aus den Provinzen Anbar, Salahaddin und Dyala suchen hier Zuflucht und haben bis heute keine konkrete Rückkehrperspektive. Die Gastgemeinden schwanken zwischen Solidarität mit den Geflüchteten und aus der Gewaltgeschichte erwachsenen Ressentiments. Um zur Minderung dieser Spannungen und zum Dialog beizutragen, richtet sich das Projekt an Frauen mit Erfahrungen sexualisierter geschlechtsspezifischer und sich damit überlappendender politisch/sozialer Gewalt sowohl in Geflüchtetenlagern als auch Gastgemeinden. Es verbindet die direkte Beratung von Frauen über mobile Teams lokaler Partner mit der Stärkung des lokalen staatlichen Direktorats zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen. Dieses unterhält Beratungsstellen, die betroffenen Frauen polizeilichen Schutz und psychosoziale Beratung bieten. Im Projektrahmen werden

diese Beratungsstellen logistisch unterstützt. Mitarbeiter*innen staatlicher und zivilgesellschaftlicher Partner erhalten Training und Supervision; Polizei- und Sicherheitskräfte werden für den traumasensiblen Umgang mit von Gewalt betroffenen Frauen fortgebildet. In der German-Region ergeben sich zudem Synergien mit einem HAUKARI-Projekt zur Stärkung staatlicher niedrigschwelliger Familienberatungsstellen und der Etablierung von Netzwerken zur Früherkennung und Prävention geschlechtsspezifischer Gewalt. Der Beratungsansatz ist holistisch, Ressourcen- und Empowerment-orientiert und verbindet psychosoziale, rechtliche und medizinische Beratung, Bildungs- und Aufklärungskurse entstigmatisieren den Zugang zu Beratung. Lokal kontextualisierte Familienmediationsstrategien, die die Männer der Familie aktiv einbeziehen, unterstützen Frauen bei der Entwicklung sozialer Perspektiven. Bei Qualifizierungsmaßnahmen lokaler Fachkräfte stehen Systematisierung und Weiterentwicklung von bereits vorhandenem lokalen Wissen und Praxisansätzen im Vordergrund. Alle Projekte sichern Nachhaltigkeit durch die Förderung staatlicher Strukturen. Die gleichzeitige Stärkung zivilgesellschaftlicher Partner und deren Zusammenarbeit mit dem Staat fördert eine frauenparteiliche und auf Transformation von Geschlechterverhältnissen gerichtete Beratung.

Feld 4 – Spezialisierte und klinische Behandlungsangebote

Hierzu gehören klinische Interventionsansätze von Psychiater*innen oder Psychotherapeut*innen zum Umgang mit erlebter Gewalt, Verlusten, Trauer, Menschenrechtsverletzungen und Trauma. Um Menschen, die an psychosozialen oder psychischen Erkrankungen unterschiedlichen Schweregrades leiden, zu helfen, sich in ihrer extrem brüchigen Lebenssituation neu zu orientieren, eine neue Identität, ihr seelisches Gleichgewicht und ihren Lebenswillen wiederzuerlangen, bedarf es in einigen Fällen spezialisierter Hilfestellung durch unterschiedliche Expert*innen, die im gegebenen Kontext intervenieren können: Psychotherapeutische Einzel- oder Familientherapie, psychiatrische und medikamentöse Behandlung sowie pharmakologische Empfehlungen. Medikamentengabe und psychopharmakologische Empfehlungen sollten – in Verbindung mit psychotherapeutischer Unterstützung – ausschließlich durch Spezialist*innen stattfinden.

Zu den traumafokussierten Techniken sei angemerkt, dass sie nicht losgelöst vom spezifischen Kontext der Betroffenen angewandt werden sollten. Die prinzipielle Effektivität einer Methode darf nicht das einzige Kriterium ihrer Anwendung sein, sondern muss sich stimmig in die Alltagsrealität der Betroffenen einbetten lassen, damit sie die intendierte stabilisierende Wirkung entfalten kann. Therapeutische Ansätze, die Konfrontation mit der individuellen Leidenserfahrung als zentral für die Bewältigung derselben sehen, sollten überprüft und an den spezifischen Kontext angepasst werden. Die Verführung, eine komplett standardisierte Methode immer und überall anwenden zu können, schneidet sozialpolitische, interkulturelle Fragen und auch die Fragen nach den Ursachen von Gewalt ab. Dem sollte durch multidimensionale Interventionsdesigns entgegengewirkt werden (30).

Beispiele aus der deutschen EZ im Nahen Osten.

Das seit 2014 laufende *Balsam-Projekt* der *Charité – Universitätsmedizin Berlin* und *Help e.V.* in Jordanien richtet sich gleichermaßen an syrische Flüchtlinge und Mitglieder der einheimischen Bevölkerung mit psychosozialen Behandlungsbedarf. Die Förderung der lokalen Infrastruktur beinhaltet die psychologisch-psychiatrische Grundversorgung in drei ausgewählten Gesundheitszentren mit Angliederung an das Gesundheitsministerium und enger Verzahnung mit über 40 lokalen Institutionen. Zudem werden jährlich mindestens vier Trainings und Fortbildungen von lokalen Expert*innen über Präsenzveranstaltungen und strukturierte Online-Angebote durchgeführt; sowie über 30 Psychoedukations- und Aufklärungsveranstaltungen in Schulen und Gemeindezentren. Im Projekt tätige Psychiater*innen und Psycholog*innen kommen sowohl aus Syrien, als auch aus Jordanien. Das übergreifende Projektziel ist die Unterstützung der Menschen in ihrem Grundrecht auf geistige Gesundheit. Empowerment erfolgt durch die Partizipation in der gemeinsamen Implementierung mit dem Gesundheitsministerium und in Anlehnung an eine Bedarfsanalyse. Die ausgewählten Trainingsinhalte und die Behandlungsangebote adressieren insbesondere vulnerable Gruppen, sowie gender- und traumaspezifische Aspekte. Das Projekt umfasst neben niederschwelligen Gemeindeangeboten auch gezielte Beratungen, sowie spezialisierte psychologisch-psychiatrische Behandlungsangebote und ein funktionierendes Überweisungssystem.

Holistisches Konzept – Das Ineinandergreifen aller vier Felder

Durch die Gleichzeitigkeit der Maßnahmen (vorhandene MHPSS-Angebote in allen vier Pyramidenfeldern zu stärken und ggf. fehlende zu etablieren) soll den Geflüchteten ein Angebot zur Verfügung stehen, das den spezifischen Bedürfnissen in möglichst großem Umfang gerecht wird sowie die Helfer*innen entlastet.

Beispiel des holistischen Ansatzes aus der deutschen EZ im Nahen Osten.

Die Nothilfemaßnahmen, die medico international seit 2014 in der Kurdischen Region im Irak mit Geflüchteten nach der IS Offensive unterstützt, bauen auf der langjährigen Kooperation mit HAUKARI e.V. und den lokalen Partnern Frauenzentrum *KHANZAD* und *Kurdistan Health Foundation* auf und werden von Beginn an über lokale Komitees in Kooperation mit Selbsthilfestrukturen von Flüchtlingen umgesetzt. Über einen kontinuierlichen Dialog werden Bedarf und Maßnahmen entwickelt und im Prozess weiterentwickelt, der immer auch die spezifischen psychosozialen Bedürfnisse nach Vertrauen, Verlässlichkeit, Erfahrung von Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit im Auge hat und gleichzeitig stabile, solidarische Strukturen fördert. In der Region Germian verbanden medico international und HAUKARI e.V. akute Überlebenshilfen für Flücht-

linge aus den vom IS besetzten Provinzen Anbar, Salahaddin und Dyala mit der Förderung gemeinschaftlicher kultureller Aktivitäten zwischen Aufnahmegemeinden und Flüchtlingen. Aus dieser prozessorientierten Flüchtlingshilfe hat sich inzwischen in einer ehemaligen Notunterkunft in Kifri ein Jugendkulturzentrums entwickelt, das Begegnung und Austausch zwischen lokalen und geflüchteten jungen Leuten (Männern wie Frauen) ermöglicht, um gemeinsam mit den Erfahrungen von Gewalt, Vertreibung und extremistischer Mobilisierung umzugehen und sich über Träume und Visionen einer anderen Zukunft zu verständigen.

Beispiel des holistischen Ansatzes aus der psychosozialen Arbeitspraxis in Deutschland. Die psychosozialen Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Deutschland arbeiten als multidisziplinäres Team, um so rasch wie möglich einerseits niederschwellig psychosoziale und rechtliche Orientierung und Hilfestellung zu geben sowie durch die Vermittlung von Mentor*innen Vernetzung zu schaffen und andererseits spezialisierte Therapie und Behandlung anzubieten. Gleichzeitig wirken die Mitarbeiter*innen als Multiplikator*innen, Mediator*innen und Trainer*innen in den Gemeinden und im Gesundheits-, Sozial- und Erziehungswesen (31).

8

WIE KANN PSYCHOSOZIALES WOHLERGEHEN VON MHPSS-PERSONAL SICHERGESTELLT WERDEN?

Grundlage einer guten psychosozialen Unterstützung ist die eigene psychische Gesundheit und Professionalität des MHPSS-Personals, sei es entsandtes oder nationales Personal der internationalen Organisationen oder der lokalen Partnerorganisationen. MHPSS-Personal setzt sich täglich mit Leid, Unrecht und Menschenrechtsverletzungen in zumeist volatilen Umgebungen auseinander. Damit Mitarbeiter*innen eine solidarische, empathische Haltung langfristig aufrechterhalten können, ist es eine professionelle Notwendigkeit für jede MHPSS-Organisation, das psychosoziale Wohlergehen des Personals zu schützen. Nur Fachpersonal, das in der Lage ist, eigene Belastungen zu erkennen und abzubauen, kann auch anderen dabei helfen, Stress zu reduzieren und traumatische Erfahrungen zu verarbeiten. Ohne die Kompetenz, sich selbst zu reflektieren und zu regulieren, besteht die Gefahr, dass Unterstützer*innen eigene Anspannungen noch zusätzlich auf belastete Personen übertragen. Zu einer erfolgreichen Umsetzung von Maßnahmen zum Schutz aller Mitarbeiter*innen einer Organisation bedarf es der (fortlaufenden) Entwicklung eines Konzepts zur Mitarbeiterfürsorge für die gesamte Organisation, sowie der Verinnerlichung und Durchführung dieses Konzepts auf allen (Hierarchie-) Ebenen der Organisation.

Einen Beitrag zum psychosozialen Wohlergehen des Personals leisten u.a. organisational fest verankerte Entlastungsangebote, die Raum für eine wechselseitige

Unterstützung der Mitarbeiter*innen und Reflexion der persönlichen Belastungen geben. Diese Angebote sollten von Anfang an gut in die Arbeitsabläufe integriert sein und an bestehende Selbstfürsorge-Strategien des Personals anknüpfen. So haben sich Bewegungs- und Kreativitätsangebote sowie regelmäßige (Fall-)Supervision bewährt. Darüber hinaus ist die Etablierung von Reflexions- und Schutzräumen, um Strukturen in das Projektmanagement einzugliedern, ein gutes Praxisbeispiel. Durch diese Räume wird für die Mitarbeiter*innen eine Atmosphäre und ein Ort der Sicherheit und Vertraulichkeit geschaffen, in welcher sie auch Gefühle wie Verletzlichkeit, Hilflosigkeit, Unsicherheit oder Schuld thematisieren können.

Entlastungsaktivitäten alleine sind jedoch nicht ausreichend, um das Personal zu schützen. Organisationen sind gut beraten, ihre Strukturen und Praktiken explizit auf Risiken für psychosoziales Wohlbefinden ihrer Mitarbeiter*innen überprüfen zu lassen. Entscheidend in der Erstellung eines Mitarbeiterfürsorgekonzeptes ist dabei auch die Berücksichtigung der Zusammensetzung von Teams und der Dynamiken innerhalb der Organisation, welche häufig den gesellschaftlichen Kontext des Arbeitsumfeldes widerspiegeln. So zeichnet sich eine Organisation, die in einer gesellschaftlichen Umgebung tätig ist, welche durch eine tiefe Fragmentierung zwischen Gesellschaftsgruppen geprägt ist (z.B. aufgrund komplexer Gewalterfahrungen), häufig durch eine entsprechende

Fragmentierung innerhalb der Organisation aus. Es bedarf daher einer sorgfältigen Analyse dieser Dynamiken und einer Anpassung der Entlastungsmaßnahmen an die Bedarfe aller Mitglieder der Organisation. Darüber hinaus kennzeichnen eine professionelle, unterstützende Arbeitsorganisation auch stabile und berechenbare Förderbedingungen für ihre Mitarbeiter*innen. Eine verlässliche Anbindung des Feldpersonals in den Außenposten an die Zentralstruktur, Verhinderung von Isolation des Personals in entlegenen Gebieten durch die Arbeit in festen Teams, klar definierte Aufgabenbereiche und -grenzen aller Positionen, Einsatz von Personal unter sorgfältiger Berücksichtigung ihrer Qualifikation in Verbindung mit kontinuierlichen Weiterbildungsangeboten, Rückzugsräume für Personal in allen Arbeitsstätten, Transparenz über und nach Möglichkeit Förderung von Arbeitsplatzsicherheit sowie ein verlässliches Sicherheitsmanagement sind hierfür beispielhaft.

Die Rolle des Führungsstils am Arbeitsplatz ist ein nicht zu vernachlässigender Faktor für das psychosoziale Wohlbefinden der Mitarbeiter*innen. Die Führungskräfte einer Organisation nehmen in der Umsetzung von Maßnahmen der Mitarbeiterfürsorge eine Schlüsselfunktion ein. Aufgrund ihrer Vorbildfunktion können sie ihren Mitarbeiter*innen sowohl den respektvollen Umgang mit ihren Kolleg*innen und der Zielgruppe, als auch einen achtsamen Umgang mit sich selbst nahebringen und vorleben. Die kritische Reflexion der eigenen Person im Team hinsichtlich eigener Verletzlichkeit und der Grenzen eigener Belastbarkeit, ist ebenfalls essentiell. Das Offenlegen der Vulnerabilität der Führungskraft stellt keinen Ausdruck unprofessionellen Verhaltens dar, sondern dient viel-

mehr dem Erhalt der persönlichen Empathiefähigkeit und Belastbarkeit und soll der Sorge der Mitarbeiter*innen vor Stigmatisierung bei der Bitte um Unterstützung entgegensteuern. Um die Unterstützung ihrer Mitarbeiter*innen durch die Führungskraft zu ermöglichen, ohne dabei zu einer zusätzlichen Belastung zu werden, ist es unabdingliche Voraussetzung, dass sich die Organisation als lernende Organisation begreift, die die Umsetzung und Weiterentwicklung von Selbst- und Mitarbeiterfürsorge als Notwendigkeit versteht.

Wie die Organisation sinnvoll auf den psychosozialen Schutz ihrer Mitarbeiter*innen ausgerichtet werden kann, ist abhängig vom spezifischen Projektkontext und hängt auch von den finanziellen Rahmenbedingungen der Projekte ab. So sollten Mittel für angemessene Entlohnung des Personals zusammen mit regelmäßigen Entlastungsaktivitäten feste Bestandteile des Budgets jeder MHPSS-Initiative sein. Möglichst lange Projektlaufzeiten erhöhen die Arbeitsplatzsicherheit und geben Raum für Teambuilding. Weiterhin ist die Budgetierung von ausreichend Personal mit unterschiedlichen Kompetenzen für die Bewältigung der vielfältigen Aufgaben notwendig. So hat sich beispielsweise eine Unterstützung des Feldpersonals in administrativen Prozessen, insbesondere in Antragstellung zur Akquise weiterer Mittel, und Weiterqualifizierung der Mitarbeiter*innen zum verbesserten Umgang mit (täglichen) Herausforderungen bewährt. Darüber hinaus kann die Identifizierung und Vernetzung bestehender MHPSS-Initiativen mit im lokalen und regionalen Umfeld tätigen Akteuren zum fachlichen Austausch guter Praktiken und somit zur weiteren Erhöhung des Professionalisierungsgrads beitragen.



9

WAS SIND PRINZIPIEN HOHER QUALITÄT FÜR
ENTWICKLUNGSPOLITISCHE MASSNAHMEN
ZUR FÖRDERUNG PSYCHISCHER GESUNDHEIT
UND PSYCHOSOZIALER UNTERSTÜTZUNG?

Die folgende Aufstellung beschreibt den weitgehenden Konsens der internationalen Praktiker*innen in Bezug auf Prinzipien, durch die sich erfolgreiche Interventionen auszeichnen und gibt Hinweise, welche Fallstricke vermieden werden sollten (32) (33) (34). In der Konzeption und Planung von Maßnahmen ist es daher ratsam, Überlegungen zu den einzelnen Prinzipien anzustellen und diese ebenfalls in der Implementierung und Evaluierung der Intervention zu berücksichtigen. Es sei angemerkt, dass diese Prinzipien keine statischen Kriterien sind, sondern durch Erfahrungen und Debatten unter Praktiker*innen vor Ort weiterentwickelt und kontext-

uell angepasst werden und manchmal in der Projektarbeit unter anderem aufgrund mangelnder Ressourcen an ihre Grenzen stoßen. Auch kann es im spezifischen Kontext zu Widersprüchlichkeiten zwischen einzelnen Prinzipien kommen. Derlei Hürden bereits in der Konzeption von Maßnahmen zu bedenken, kann auch bei der späteren Implementierung helfen. In der folgenden Tabelle werden daher neben der Definition der einzelnen Prinzipien auch Herausforderungen im spezifischen Kontext und mögliche Umgangsweisen mit diesen aufgelistet, welche von lokalen und internationalen MHPSS-Akteuren benannt wurden.

Nr.	Prinzip	Bedeutung	Herausforderungen	Best Practices
1	Menschenbild/ Haltung	Unter Berücksichtigung dieses Prinzips werden die Selbstwirksamkeitserwartung und die Würde der Person bestärkt und bei jedem Schritt der Intervention ermöglicht. Zielpersonen haben Handlungsspielraum, Agency und Kontrolle über ihre Entscheidungen, was die Bewältigung und Überwindung von Gewalt- und Verlusterfahrungen begünstigt. Zukunftsperspektiven werden eröffnet. Bei Missachtung dieses Prinzips werden Geflüchtete nicht als autonome Individuen mit Kompetenzen und Ressourcen begriffen, sondern kollektiv als Teil einer unmündigen, hilfsbedürftigen Gruppe pathologisiert. Die Gefahr entsteht, dass Ohnmachts- und Kontrollverlustserfahrungen wiederholt und Abhängigkeiten aufgebaut oder verstärkt werden.	Der Bedarf an ausgebildeten und erfahrenen Mitarbeiter*innen, welche eine solidarische und offene Haltung gegenüber der Zielgruppe aufweisen und diese verinnerlicht haben, kann in der Praxis nicht erfüllt werden. Eine unterstützende Supervision ist häufig aus mangelnden finanziellen und personellen Ressourcen nicht möglich. Der Einfluss des Verhaltens der Mitarbeiter*innen auf die Zielgruppe wird nur selten reflektiert oder nachgehalten. Die geringe Laufzeit von Projekten verhindert zudem oft eine aktive Einbindung und Übernahme von Entscheidungen durch die Zielgruppe.	Konzeption und Planung von Projekten sollten sich an den Bedarfen der Zielgruppe orientieren und diese auch während der Implementierung zu regelmäßigem Feedback ermutigt werden. Autonomie und Kontrollerleben können auch durch das Übertragen von Verantwortung und damit gezeigtes Vertrauen gestärkt werden; z.B. indem man Familien in Camps die Verfügung über ein eigenes finanzielles Guthaben anstelle von Essens-/Wertmarken gewährt. Zuverlässigkeit und die Sicherstellung von Vertraulichkeit, sowie Transparenz von Vorgängen und Entscheidungen seitens der Organisation sind Voraussetzung für den Aufbau von gegenseitigem Vertrauen.
2	Menschenrechte	Unter Berücksichtigung dieses Prinzips erachtet die Maßnahme Menschenrechte als unveräußerlich, die unabhängig von Staatsangehörigkeit und Aufenthaltsstatus uneingeschränkt gelten (35). Dementsprechend ist sie kompatibel mit dem „Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an (...) geistiger Gesundheit“. Bei Missachtung dieses Prinzips wird die vermeidbare Benachteiligung bestimmter sozialer Gruppen wie Asylsuchende oder Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus zwar weiterhin oft als ungerecht wahrgenommen, soll allerdings lediglich durch einzelne Maßnahmen behoben werden. Ein Menschenrechtsansatz ist nicht erkennbar.	Der Menschenrechtsansatz kann in bestimmten Kontexten auf Reaktanz stoßen, da dessen Ursprung im westlichen Diskurs und als widersprüchlich zu lokalen Konzepten wie sozialer Kohäsion, sowie dem Wert der Familie und Kollektivität gesehen werden kann. In der Implementierung einer Maßnahme kann es somit zu einem Dilemma zwischen kultureller Sensibilität und der angestrebten Förderung von Menschenrechten, die die individuelle Entscheidungsfähigkeit betonen, kommen.	Unter Einbeziehung lokaler Konzepte von Gemeinschaft und gegenseitiger Unterstützung, sollte auch jede implementierende Organisation selbst über ethische Richtlinien für die Arbeit verfügen. Zudem sollte der Zielgruppe stets die Möglichkeit gegeben sein, wahrgenommene Verletzungen der Würde zu melden. Weiterhin sollte ein Wettkampf um Ressourcen vermieden, sondern vielmehr Solidarität und der Mut zum Einfordern von Rechten gestärkt werden.
3	Alignment/ Abgleich mit Vorhandenem	Unter Berücksichtigung dieses Prinzips ist die Maßnahme bedarfsorientiert (basierend auf internationalen Assessments im Sektor) und arbeitet abgestimmt mit und komplementär zu den Planungen der nationalen und internationalen Akteure. Sie integriert sich in bestehende gemeindebasierte Initiativen und Strukturen und läuft nicht Gefahr, Parallelstrukturen aufzubauen. Bei Missachtung dieses Prinzips ist die Maßnahme eine alleinstehende Intervention, der keine Akteurs-/ Interventionsanalyse vorausgegangen ist und läuft somit Gefahr, bereits bestehende Interventionen zu duplizieren und mit ihnen in Konkurrenz zu treten.	Allgemein stellt die (nationale) Koordinierung der MHPSS-Akteure und die Abstimmung mit staatlichen Institutionen ein Problem dar. Neben der Vernetzung zwischen den Angeboten, die auch reibungslose Überweisungen ermöglichen und Duplikation von bzw. Konkurrenz zwischen Maßnahmen verhindern soll, mangelt es häufig an gemeinsamen Standards für MHPSS-Interventionen. Die von Land zu Land unterschiedlich geregelten, oft über zahlreiche Ministerien (u.a. Gesundheits-, Bildungs-, Sozialministerium) und Cluster verteilten Verantwortlichkeiten erschweren zusätzlich die Koordinierung der Interventionen und die Entwicklung konzeptioneller Klarheit im MHPSS-Sektor.	In die Konzeption und Planung von Maßnahmen sollten sowohl internationale Standards, als auch nationale Strategien einbezogen werden. Die Abstimmung und Zusammenarbeit von Akteuren aus der humanitären und der Entwicklungshilfe sollte zudem intensiviert werden. Die regelmäßige Aktualisierung sog. 4W-Mappings (Who's doing What, Where and When) kann dabei helfen. Lücken in der Koordination zwischen Feldpersonal, Management und Gebern sollten zudem identifiziert werden. Kollaboration internationaler und lokaler Akteure in Abstimmung mit den zuständigen Ministerien und unter Stärkung lokaler Strukturen, sowie die Zusammenarbeit zwischen den staatlichen Institutionen verhindern die zunehmende Fragmentierung des Sektors.

Nr.	Prinzip	Bedeutung	Herausforderungen	Best Practices
4	Kultur- und Kontextsensibilität	Unter Berücksichtigung dieses Prinzips orientiert sich die Maßnahme an hilfreichen kulturangepassten und kontextsensiblen Praktiken, die von lokalen und internationalen Akteuren als wirksam und wertvoll angesehen werden. Bei Missachtung dieses Prinzips geht die Maßnahme von universellen Interventionsansätzen aus und tritt in Konkurrenz zu lokalen Bewältigungsansätzen und Strukturen. Westliche Ansätze werden übernommen, ohne kultur- und kontextrelevante Ansätze oder Anpassungen zu integrieren.	In der MHPSS-Arbeit spielen Gesellschaft und Familie eine große Rolle. Die Gefahr der Stigmatisierung des gesamten Umfelds und Unverständnis innerhalb der Gemeinschaft kann Betroffene am Aufsuchen eines Angebots hindern. Traditionelle Einstellungen und Werte können teils im Widerspruch mit MHPSS-Maßnahmen zur Förderung des Empowerments vulnerabler Gruppen stehen und zu Misstrauen führen. Der religiöse und kulturelle Hintergrund der Mitarbeiter*innen kann somit für das Erreichen der Zielgruppe entscheidend sein und deren Ideologien und unbewusste Annahmen die (psychosoziale) Arbeit beeinflussen. Auch die Zielgruppe ist kulturell von enormer Heterogenität geprägt und je nach religiösem, politischen, geographischen, sozialen und ökonomischen Kontext verschieden.	Durch den respektvollen Dialog mit Mitgliedern der Zielgruppe und das Einbeziehen lokaler Mitarbeiter*innen in die Konzeption und Implementierung kann möglichen Problemen vorgebeugt werden. Religiöse und kulturelle Diversität, sowie die Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen (bzgl. Risiken einer Stigmatisierung) kann potentiellen Bedenken der Zielgruppe vorab begegnet werden. Vertrauensstiftender Umgang mit der Zielgruppe und die sensible Behandlung kritischer Themen, die ggf. auch familiäre Strukturen betreffen, sind unerlässlich. Traditionelle Praktiken und lokale Bewältigungsstrategien auf ihre psychosoziale Wirkung zu prüfen und an kollektive Ansätze anzuknüpfen kann vielversprechend sein. Maßnahmen, die auf gesellschaftlichen Wandel abzielen, müssen auch an Familie, Religion und Politik ansetzen und durch Einbindung lokaler Schlüsselpersonen gefördert werden.
5	Partizipation, Ownership	Unter Berücksichtigung dieses Prinzips ist der Erarbeitung der Maßnahme eine Kontext- und Konfliktanalyse vorausgegangen, an der Frauen und Männer der Zielgruppe mitgearbeitet haben. Die Maßnahme wird zusammen mit Vertreter*innen der Geflüchteten oder der Zielgemeinde entwickelt, was Akzeptanz, Ownership und Nachhaltigkeit des anvisierten Projekts begünstigt⁴. Die Maßnahme wird gemeinsam mit oder von Vertreter*innen der Zielgruppe angeboten. Bei Missachtung dieses Prinzips stützt sich das Design der Maßnahme ausschließlich auf Studien oder Erfahrungen in anderen Kontexten. Den besonderen Gegebenheiten des spezifischen Kontexts wird nicht Rechnung getragen. Die Maßnahme wird nicht zusammen mit Vertreter*innen der Geflüchteten geplant oder durchgeführt.	Aufgrund mangelnder personeller und finanzieller Ressourcen, der kurzen Dauer von Projektlaufzeiten und fehlender Durchführungsflexibilität (insbes. in stark hierarchisch strukturierten Organisationen), erfolgt nur in äußerst seltenen Fällen eine Partizipation der Zielbevölkerung. In der Regel kommt es weder zu umfassenden Bedarfsanalysen, noch besteht Konsens bzgl. der Art der Anpassung von Interventionen. Geber ziehen Ansätze, welche auf Evidenzen aus meist anderen Kontexten basieren, gemeindebasierten Ansätzen vor. Seitens der Zielgruppe ist eine Partizipation aufgrund der mit dem Thema MHPSS verbundenen Stigmatisierung erschwert. Auch stellt die demokratische Mitbestimmung nicht in allen Gesellschaften eine Selbstverständlichkeit dar und kann u.U. auch überfordernd wirken. Besonders schwierig ist die Einbindung vulnerabler Gruppen, deren Mobilität aufgrund sozialer oder geographischer Faktoren eingeschränkt ist. Dies kann die erneute Selektion besonders privilegierter und Isolation vulnerabler Personen bedeuten.	Die Bedarfe der Zielgruppe sollten die Konzeption und Durchführung von Interventionen maßgeblich steuern. Dies wird erleichtert, wenn vorangehende Bedarfsanalysen und ein qualitatives Monitoring bereits Teil von Projektanträgen ist und von Gebern gefordert wird. Weiterhin bieten sich Partnerschaften mit lokalen gemeindebasierten Organisationen und die Aus- und Weiterbildung lokaler Mitarbeiter*innen an. Durch regelmäßige Einbindung der Zielgruppe und Gemeinde (z.B. durch Fokusgruppen, local champions) kann die Identifikation mit der Maßnahme gefördert werden. Eine Sensibilisierung kann auch durch Pilot-Projekte erfolgen. Insgesamt ist zu vermeiden, dass durch aktive Partizipation zusätzliche Stressoren oder Gefühle von Überforderung erzeugt werden.

⁴ Wenn aktuelle partizipative MHPSS-Studien im anvisierten Interventionskontext bereits vorliegen, sollten diese genutzt werden, anstatt sie zu replizieren, um die Geflüchteten vor Überforschung zu schützen.

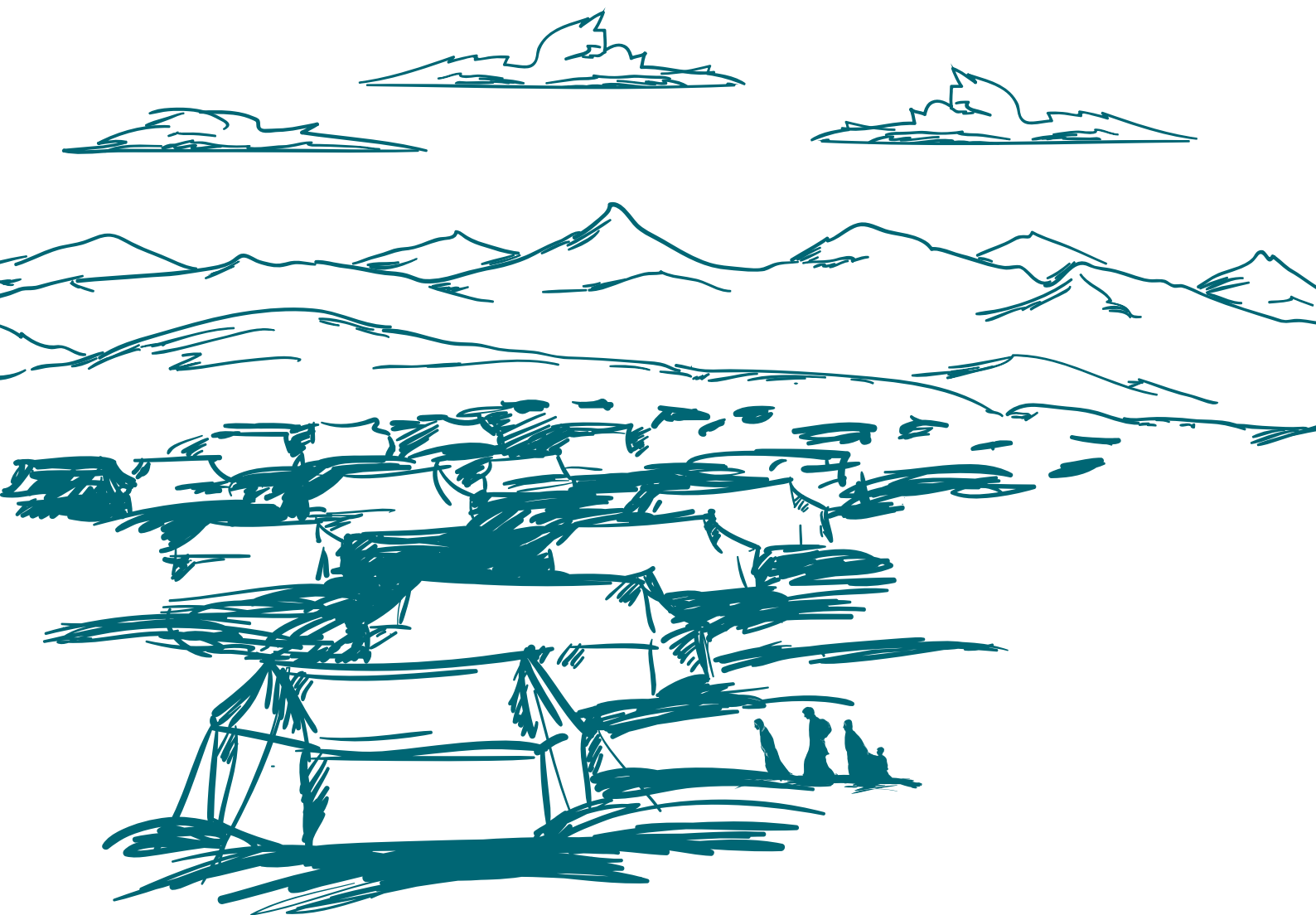
Nr.	Prinzip	Bedeutung	Herausforderungen	Best Practices
6	Diversität & Inklusion	Unter Berücksichtigung dieses Prinzips ist die Maßnahme inklusiv und berücksichtigt explizit die Bedürfnisse vulnerabler Gruppen (z.B. Frauen, Kinder, ältere Menschen, junge Männer, Menschen mit Behinderung, radikalisierte oder suizidgefährdete Menschen, Waisenkinder und andere marginalisierte Bevölkerungsgruppen wie beispielsweise LGBTI). Die Maßnahme berücksichtigt die Heterogenität der Zielgruppe und trägt diesem Umstand in einem ausdifferenzierten Interventionsdesign Rechnung. Bei Missachtung dieses Prinzips wird ein undifferenziertes Etikettieren einer Person oder einer Gruppe vorgenommen (z.B. „Die Flüchtlinge sind alle traumatisiert“), was zum einen stigmatisierende Wirkung haben kann, zum anderen erwünschter Ressourcenstärkung entgegenwirkt. Auf die spezifischen Bedürfnisse vulnerabler Gruppen wird nicht eingegangen.	In der Praxis kann der Zugang zu vulnerablen Gruppen aus geographischen, politischen, sozioökonomischen oder kulturellen Gründen limitiert sein. Bestehende Diskrimination und Isolation können hierdurch noch verstärkt werden. Gleichermaßen kann es zwischen verschiedenen vulnerablen Gruppen (auch der aufnehmenden Gemeinden) zu Konkurrenz um Ressourcen kommen, die durch den Fokus (internationaler) Organisationen auf eine Zielgruppe befördert wird. Dies führt u.U. zu weiterer Stigmatisierung und erhöhtem Konfliktrisiko. Mitarbeiter*innen sehen sich teils in dem Dilemma zwischen Neutralität und eigenen bzw. gesellschaftlichen Einstellungen und Werten. Häufig mangelt es zudem an einer gemeinsamen Positionierung von Organisationen.	Inklusion sollte bereits in der Planung von Interventionen priorisiert und die Erreichbarkeit strategisch durchdacht werden. Insbesondere für einen verbesserten Zugang zu entlegenen Gegenden kann die Kooperation von lokalen mit internationalen Organisationen und z.B. das Einrichten von Telefonberatungen mit Überweisungsoptionen von Nutzen sein. Aufklärung, sowie eine Bereitstellung der Angebote für die aufnehmende Gemeinde und Geflüchtete kann weiterhin sensibilisierend und konflikt-verhütend wirken. Das Gelingen aktiver Inklusion sollte als Ziel innerhalb Organisationen verankert sein und fortwährend geprüft werden.
7	Gender-sensibilität	Unter Berücksichtigung dieses Prinzips wird in der Planung und Implementierung der Maßnahme sichergestellt, dass die spezifischen und unterschiedlichen Bedarfe von Männern und Frauen berücksichtigt werden, z.B. hinsichtlich des Umgangs mit erfahrener geschlechtsspezifischer oder sexualisierter Gewalt etc. Bei Missachtung dieses Prinzips setzt die Maßnahme implizit voraus, dass Männer und Frauen gleichermaßen von ihr profitieren werden. Sie berücksichtigt nicht die besonderen Bedürfnisse von Männern und Frauen mit Gewalterfahrungen.	Die Arbeit mit der Zielbevölkerung ist von gesellschaftlichen und politischen Hürden geprägt, die sich je nach Geschlecht verschieden äußern. Eine Teilnahme kann durch traditionelle Werte verhindert sein (z.B. wenn Frauen nicht unbegleitet außer Haus gehen/Männer keine Schwäche zeigen dürfen), oder zu Konflikten aufgrund neuer Hierarchien im (Familien-)system führen. Das Geschlecht der Mitarbeiter*innen kann ebenfalls die Teilnahme beeinflussen. Zugleich werden Interventionen nur selten an geschlechtsspezifische Bedarfe angepasst.	Interventionen sollten in ihrer Ausgestaltung und den Rahmenbedingungen die unterschiedlichen Bedarfe weiblicher und männlicher Teilnehmender berücksichtigen und den Hürden in der Erreichbarkeit begegnen (z.B. Angebot einer Kinderbetreuung). Mitarbeiter*innen sollten bzgl. des Einflusses ihres eigenen Geschlechts sensibilisiert werden. Bestenfalls bieten Organisationen eine Versorgung durch sowohl männliche als auch weibliche Mitglieder an. Anliegen der Zielbevölkerung sollten auch im Verlauf der Durchführung beachtet werden.
8	Trauma-sensibilität	Unter Berücksichtigung dieses Prinzips sind die besonderen Bedürfnisse und Charakteristika von Menschen mit potentiell und reell traumatisierenden Erfahrungen in der Planung, Implementierung und Evaluierung der Maßnahmen berücksichtigt. Retraumatisierungen oder eine Verstärkung der Belastungen werden vermieden. Bei Missachtung dieses Prinzips berücksichtigt die Maßnahme nicht die besonderen Bedürfnisse und Charakteristika von Menschen mit traumatisierenden Erfahrungen. Es kann zu einer Retraumatisierung kommen.	Häufig mangelt es an Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen bezüglich der emotionalen und behavioralen Folgen möglicher Traumatisierung und damit einhergehenden Bedarfen Betroffener. Bei fehlender Berücksichtigung individueller Reaktionen auf potentiell traumatische Erfahrungen, werden Zielgruppen voreilig pathologisiert und entmündigt. Mangelndes Wissen und Stigmatisierung können zur erhöhten Belastung der Zielbevölkerung und der Mitarbeiter*innen selbst führen und die Arbeit nachhaltig beeinträchtigen.	Die Sensibilisierung aller Mitarbeiter*innen, die in Kontakt zur Zielbevölkerung stehen, kann das Bewusstsein für die Auswirkungen der eigenen Arbeit erhöhen. Standards für den Umgang mit Betroffenen sollten in der Organisation gepflegt und von Management und Gubern gefordert werden. Vertraulichkeit und Respekt für individuelle Stärken und Ressourcen der Betroffenen können beiderseits das Kontrollierenleben fördern. (Peer-)Supervisionen und Orientierung für die Überweisung in spezialisierte Angebote entlasten das Personal.

Nr.	Prinzip	Bedeutung	Herausforderungen	Best Practices
9	Do-No-Harm/ Konflikt- sensibilität	Unter Berücksichtigung dieses Prinzips wird das Do-No-Harm-Prinzip beachtet. Doppelungen und Lücken in der Versorgung werden vermieden. Potentielle nicht-intendierte negative Wirkungen werden berücksichtigt, es wird dargelegt, wo diese vermutet werden und es werden Vorkehrungen getroffen, die das Eintreten unerwünschter Wirkungen verhindern/verringern (z.B. Verstärkung bestehender Machtstrukturen, Bevorzugung einer bestimmten Gruppe gegenüber anderen oder inadäquate Gleichbehandlung von ungleichen Gruppen, Diskriminierungen). Bei Missachtung dieses Prinzips steigt die Wahrscheinlichkeit, Schaden anzurichten. Eine Analyse der potenziellen Negativwirkungen wurde nicht durchgeführt.	Schaden für die Zielbevölkerung entsteht u.a., wenn Maßnahmen nicht an Bedarfen der Geflüchteten und aufnehmenden Gemeinden orientiert sind, oder wenn Interventionen nicht individuell und kontextuell angepasst werden. Negative Folgen werden zudem durch einen schädlichen bzw. diskriminierenden Umgang der Mitarbeiter*innen mit Betroffenen, oder durch falsche Einschätzung der Kompetenzen und deren Grenzen erzeugt. Schaden für Mitarbeiter*innen entsteht, wenn organisationale Unterstützung bei gleichzeitig hoher Arbeitsbelastung fehlt.	Programme sollten mit Rücksicht auf den Kontext stets auch lokale (Infra-)strukturen und Mitglieder der aufnehmenden Gemeinden fördern. Verschärfung lokaler und regionaler Konflikte durch Bevorzugung oder ausschließliche/einseitige (internationale) Aufmerksamkeit auf eine bestimmte Zielgruppe muss vermieden werden. Äußerst behutsam sollten zudem Auseinandersetzungen zwischen Überlebenden von Gewalt mit Tätern/Gegnern in multi-ethnischen/-konfessionellen Dialogprojekten durchdacht werden. Richtlinien für das Verhalten von Mitarbeiter*innen einer Organisation sollten bindend sein. Insbesondere bei ausgelagerter Implementierung sollten Organisationen ihre Projekte eng begleiten und Rückmeldungen und ggf. Beschwerden der Zielgruppen einholen, sowie deren Rechte transparent kommunizieren.
10	Monitoring & Evaluation und flexible Steuerung (Monitoring, Evaluation, Accountability and Learning – MEAL)	Unter Berücksichtigung dieses Prinzips ist ein prozessbegleitendes partizipatives Monitoring vorgesehen (z.B. regelmäßiges Feedback der Zielgruppen, fortlaufende Supervision von MHPSS-Personal, Auswertung der Ergebnisse), welches den Projektverlauf durch die gewonnenen Erkenntnisse mitsteuert. Das Monitoring sollte disaggregiert nach Geschlecht und mit Fokus auf besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen sein. Es gibt einen flexiblen Gestaltungsraum, um individuellen Bedürfnissen innerhalb des Projektkontexts Rechnung zu tragen. Bei Missachtung dieses Prinzips werden Erkenntnisse zu negativen Folgen in Krisen oder Post-Krisensituationen, die das Projekt betreffen könnten (z.B., dass Intimate Partner Violence in Camps oft zunimmt), nicht beachtet. Reflexionen zum Projektverlauf und Abweichungen vom Interventionsplan durch Input/Feedback der Zielgruppen sind nicht vorgesehen.	In der Praxis fehlen häufig geeignete, kontextuell angepasste und validierte Indikatoren und Instrumente der Erfolgsmessung. Meist bedürfte es auch zunächst einer einheitlichen Definition von Wohlbefinden und dessen Verbesserung. Vorrangig Bedarfsanalysen und die langfristigen Messungen der Effekte erfolgen selten. Die von den meisten Gebern geforderten quantitativen Erhebungen spiegeln die MHPSS-Arbeit nicht vollständig wider und die Vielfalt an Instrumenten macht Vergleiche unmöglich. Die von Mitarbeiter*innen meist als Zusatzbelastung empfundene Evaluationsarbeit hat aufgrund mangelnder Ressourcen und Flexibilität von Organisationen zudem selten Einfluss auf die weitere Implementierung der Maßnahme.	In den vergangenen Jahren wurden einige Referenzrahmen zu MEAL entwickelt (36) (37). Um positive Veränderungen abzubilden und negative, nicht-intendierte Wirkungen frühzeitig zu erkennen, können die regelmäßige Einbindung der Zielgruppe und Nutzung von Feedback-Mechanismen weitere Quellen für MEAL darstellen, die eine Anpassung in der Durchführung fördern. Im Dialog mit Gebern können durch verstärkten Informationsaustausch alternative MEAL-Formate entwickelt werden, die dem Kontext, in welchem die Maßnahme umgesetzt wird, gerecht werden. Dies können neben oder anstelle von linearen Modellen wie Logframes auch prozessorientierte, qualitative Methoden sein. Dabei einen möglichst geringen Zeitdruck von Seiten der Geber zu haben, scheint vor allem bei spezialisierten und zielgruppenorientierten MHPSS-Maßnahmen von hoher Relevanz.

Nr.	Prinzip	Bedeutung	Herausforderungen	Best Practices
11	Mehrdimensio- naler Ansatz	Unter Berücksichtigung dieses Prinzips wird der Mehrebenenansatz im Sinne des IASC beachtet. Das Angebot ist holistisch und umfasst die unterschiedlichen Bedürfnisse einer heterogenen Bevölkerung. Es gibt sowohl trauma- und konfliktensible Versorgung mit Basisgütern als auch niederschwellige Gemeindeangebote, sowie gezielte Beratung für bestimmte Zielgruppen und spezialisierte klinische Behandlungsangebote. Bei Missachtung dieses Prinzips sind die Maßnahmen einseitig und umfassen z.B. nur spezialisierte therapeutische Angebote oder nur niederschwellige, gemeindebasierte Angebote.	Die adäquate Verortung auf der IASC-Pyramide mit entsprechenden Grenzen und Möglichkeiten eigenen Handelns, erfordert eine sorgfältige Auseinandersetzung der Projekte mit dem holistischen MHPSS-Ansatz. Mehrdimensionalität der Angebote verlangt zudem eine erfolgreiche Vernetzung der Akteure inklusive Wissens- und Informationsaustausch, sowie funktionierenden Überweisungsmechanismen (z.B. zwischen gemeindebasierten Interventionen auf Ebene 2 und spezialisierten Maßnahmen auf Ebene 4). Die komplexe Bürokratie von Organisationen und die Fragmentierung des Sektors erschweren dies.	Die Bedarfe innerhalb der Zielgruppe sollten individuell und sorgfältig erhoben werden. Auf Basis dieser kann die geeignete Passung von einer Person oder Gruppe mit einer Maßnahme ermittelt bzw. die Überweisung zwischen Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen der Pyramide organisiert werden. Der Konzeption von Maßnahmen sollten umfassende Akteurs-Mappings vorangehen. Mitarbeiter*innen sollten über die Maßnahmen anderer Akteure informiert sein und z.B. über gemeinsame Koordinationsgruppen in Kontakt mit diesen stehen, um Betroffenen (komplementär) die Angebote anderer Akteure vermitteln zu können.
12	Überweisungs- mechanismen	Unter Berücksichtigung dieses Prinzips gibt es Auffang-/Referenzstrukturen für schwere klinische Fälle. Überweisungen an klinisches Fachpersonal und andere Hilfsangebote sind möglich. Ebenso sind soziale und gemeindebasierte Bedarfe in klinischen Einrichtungen mit bedacht. Bei Missachtung dieses Prinzips enthält das Projekt keine angemessenen Überweisungsmechanismen bei auftretendem Bedarf während der Projektarbeit und kann der Zielgruppe bzw. einzelnen Personen keine adäquate Versorgung anbieten.	Die Koordination zwischen den einzelnen MHPSS-Akteuren gestaltet sich aufgrund der Fragmentierung des MHPSS-Sektors als sehr herausfordernd. Klare Pfade für die Überweisung in andere Angebote sind auch wegen des häufigen Personalwechsels und der kurzen Laufzeit von Projekten selten etabliert. Die Überlastung aller Systeme und Angebote führt teils zur Ablehnung von Überweisungsanfragen. Latente Konkurrenz zwischen Angeboten kann die Zusammenarbeit behindern. Nach Überweisung kann die Service-Qualität nicht mehr sichergestellt werden.	Gemeinsame Richtlinien für die Überweisung und das Case-Management (u.a. Datenschutzregeln, einheitliche Überweisungsformulare, Dokumentation) können als Orientierung dienen. Ein Minimal-Training für die Mitarbeiter*innen und Netzwerke mit Focal Points für Überweisungen unterstützen die Abläufe. 4 W-Mappings mit regelmäßigem Update der Kontaktdetails sind dabei unerlässlich. Ein Follow-Up bei Überweisungen durch Kontakt mit der aufnehmenden Organisation sichert die Qualität, stärkt das Netzwerk und reduziert Konkurrenz.

Nr.	Prinzip	Bedeutung	Herausforderungen	Best Practices
13	Unterstützungsstrukturen/ Mitarbeiterfürsorge	Unter Berücksichtigung dieses Prinzips sind Unterstützungsstrukturen für das MHPSS-Personal von Anbeginn vorhanden und fester Bestandteil in den Projekten/des Arbeitsalltags. Die Professionalität wird durch kontinuierliche, begleitende Reflexion der Arbeit erhöht. Burnout-Prozessen und sekundärer Traumatisierung wird durch organisationalen Psychohygienemaßnahmen vorgebeugt. Im Idealfall liegt ein Maßnahmenpaket zum langfristigen Erhalt der psychosozialen Gesundheit des Personals vor. Themen wie Supervision, Peer-Coaching, die Förderung von Selbstfürsorge, aber auch organisationale Variablen wie z.B. Finanzierungs- und Arbeitsplatzsicherheit, Erholungsstrukturen, Sicherheitsmanagement sind integriert. Bei Missachtung dieses Prinzips gibt es keine Unterstützungsstrukturen. Es ist nicht zu erkennen, ob für die Psychohygiene und Erhaltung der Professionalität des implementierenden MHPSS-Personals gesorgt ist. Im Projektbudget sind keine Mittel für die Entlastung des Personals vorgesehen.	Auf organisationaler Ebene und seitens der Geber wird die Mitarbeiterfürsorge bisher noch nicht als Priorität oder Notwendigkeit erachtet. Liegt die Verantwortung für den Erhalt der Psychohygiene ausschließlich auf den Mitarbeiter*innen einer Organisation, kann dies zu zusätzlicher Belastung und dem Erleben von Kontrollverlust führen.	Innerhalb der Organisation sollte Raum für die Rückmeldung zur eigenen Belastung bereitgestellt werden. Die Unterstützungsstrukturen müssen von der Organisation geschaffen und vom Management entsprechend berücksichtigt werden. Der Zugang zu Unterstützungsmaßnahmen im Sinne von Staff Care (z.B. eine wertschätzende und respektvolle Unternehmenskultur, die Beziehungen auf Augenhöhe ermöglicht; transparente und für alle Mitarbeiter*innen verfügbare Angebote wie psychosoziale Beratung (Einzel- und Gruppensitzungen) und Entlastungsangebote (Sport- und Entspannungskurse); ein Arbeitspensum, das Self Care ermöglicht; sichere Arbeitsplätze für Planungssicherheit), und Self Care (Was für die Mitarbeiter*innen als entspannend wahrgenommen wird) sollten als organisationale Verantwortung bereits in der Konzeption einer Maßnahme mitgedacht und finanziell eingeplant werden. Geber sollten die Konzeption und Umsetzung von Maßnahmen zur Mitarbeiterfürsorge einfordern.
14	Professionalität	Unter Berücksichtigung dieses Prinzips ist das implementierende, vorzugsweise lokale, MHPSS-Personal nachweisbar erfahren, geschult und kulturkompetent. Bei Missachtung dieses Prinzips ist ein internationales, kontextfremdes Team (oft Expert*innen aus einer anderen Kultur oder Region) für die Implementierung vorgesehen. Lokales Personal wird nicht ausreichend in MHPSS-Interventionen geschult.	Eine große Herausforderung stellt die personelle Ressourcenknappheit dar. Die immense Nachfrage nach erfahrenem, geschulten und supervidierten Personal überschreitet das geringe Angebot. Zeitdruck und finanzielle Engpässe erschweren die Umsetzung von Trainings und Supervision. Qualifiziertes Personal zieht häufig Sicherheit und höhere Bezahlung der Arbeit im Krisenkontext vor. Professionalität der Mitarbeiter*innen leidet zudem unter hoher Arbeitsbelastung, häufigen Arbeitsplatzwechseln und der Unsicherheit des Kontexts. Zudem ist das Dilemma zwischen Geberinteressen und den Bedarfen der Zielbevölkerung, sowie zwischen Neutralität und Empathie belastend. Ein Monitoring der Professionalität bleibt oft aus.	Ein internes MEAL Format für die eigene Arbeit kann zur Professionalisierung beitragen. Längerfristiges Mentoring und Supervision der Mitarbeiter*innen sowie Peer-Coaching können als Entlastung dienen. Strukturelle Professionalität und Flexibilität von Organisationen erleichtern zudem die Arbeit. Unabdinglich scheint die Bereitstellung von Trainings. Eine Auseinandersetzung mit Arbeitsbedingungen in Krisenkontexten sollte bereits im akademischen Umfeld verankert sein. Die Rekrutierung von Mitarbeiter*innen sollte auf Basis von Transparenz und klaren Stellenbeschreibungen erfolgen. Professionalität bedarf zudem je nach Kontext einer umfassenderen Definition.

Nr.	Prinzip	Bedeutung	Herausforderungen	Best Practices
15	Exit-Strategie & Nachhaltigkeit	Unter Berücksichtigung dieses Prinzips, wird die Nachhaltigkeit des Projekts durch progressive Übergabe an lokale Strukturen und Akteure aus der Zielbevölkerung gesichert. Ein Exit-Plan für das Projekt, der einer Dauerabhängigkeit von externen Finanzierungen entgegengewirkt, ist erarbeitet oder vorgesehen. Bei Missachtung dieses Prinzips hat das Projekt keine Exit-Strategie und nachhaltige Wirkungen können nicht sichergestellt werden.	Zunächst stellt jegliche Form eines gut vorbereiteten Exits eine enorme Herausforderung im Kontext anhaltender Krisen mit einer stetigen Zunahme an Bedarfen dar. Da die Wirkungen im Bereich MHPSS oft erst auf lange Sicht erfolgen, gilt dies hier umso mehr. Die Übergabe von Angeboten an staatliche Strukturen ist von der Befürchtung begleitet, dass MHPSS-Bedarfe keine Priorisierung erfahren, oder einzelne Gruppen exkludiert werden. Eine Übergabe an die Zielbevölkerung ist durch das Risiko einer Erschaffung neuer Machthierarchien erschwert. In beiden Fällen kann die Qualität des Angebots nicht länger sichergestellt werden.	Eine frühzeitige Einbindung, sowie Aus-/Weiterbildungen von Akteuren aus der Zielbevölkerung scheint unerlässlich. Gleichmaßen sollte sichergestellt sein, dass ausreichend Zeit zum Erproben, Einsetzen und Festigen des neu erlangten Wissens vorhanden ist, ehe Multiplikator*innen selbst zu Trainer*innen werden. Dies setzt Zeit, Geduld und somit eine adäquate Laufzeit der Projekte voraus (mind. 4 Jahre) (1). Vorbereitung und Planung von Exit-Strategien sollten transparent verlaufen: Vulnerabilitäten und Verantwortlichkeiten sollten vorzeitig identifiziert werden und eine Vernetzung zu laufenden Angeboten erfolgen. Möglichkeiten alternativen Fundings und des Remote Managements sollten untersucht werden. Aufgrund langfristig anhaltender Bedarfe kann ein Fokus auf der Stärkung lokaler (Infra-)Strukturen und Systeme liegen. Zeitpunkt und Art eines verantwortbaren Rückzugs sind projektspezifisch zu wählen.



10

WELCHEN MEHRWERT BIETEN DIE PSYCHOSOZIALEN ANSÄTZE FÜR DIE DEUTSCHE ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT?

Traumatisierende Erlebnisse, anhaltende Angst und vielfältige gewalttätige Verlusterfahrungen prägen das Leben von Menschen in Konfliktgebieten. Dies hat Auswirkungen nicht nur im Sinne einer möglichen individuellen psychischen Störung infolge des Erlebten, sondern immer auch auf das gesamte Sozial- und Lernverhalten der Betroffenen. Die chronischen Erfahrungen von Verfolgung, Tod und Zerstörung prägen die Dynamik von zwischenmenschlichen Beziehungen in Familien, in Gemeinden und in der gesamten Gesellschaft.

Psychosoziale Probleme sind also kein reines Gesundheits-, Psycho- oder Sozialthema, sondern müssen in fast allen gesellschaftlichen Bereichen aufgegriffen und reflektiert werden (28). Entsprechend sollte auch die EZ diese Dimensionen in Projektbereichen mitberücksichtigen, die zunächst scheinbar wenig mit psychologischen Themen zu tun haben. So haben betroffene Menschen häufig gelernt, anderen zu misstrauen, sich mit eigenen Meinungen zurückzuhalten und scheinbar normal zu funktionieren, während sie innerlich oft langfristig verängstigt, von zu vielen Verlusten betroffen und verletzt sind. Viele sind anfälliger für körperliche Krankheiten und weniger belastbar, leiden unter Unsicherheit und Nervosität und haben mitunter ein starkes Rückzugsbedürfnis entwickelt. Oft führt das Erlebte zu Vermeidungsverhalten und Hoffnungslosigkeit.

In einigen Fällen kommt es zu erhöhter Aggressivität und Gewaltbereitschaft. Lebensgeschichtlich belastete Menschen leiden häufiger unter verminderter Konzentrations- und Erinnerungsfähigkeit, vielen fällt es schwer, sich zu motivieren, ihre Fähigkeiten positiv einzuschätzen und risikobereit zu sein, wenn es darum geht, ihr Leben wieder selbstbestimmt zu gestalten. All dies sollte nicht als Ausdruck einer Krankheit gewertet werden, sondern vielmehr als Folge erlernter Überlebensmechanismen, die im Krieg oft sinnvoll waren, nun aber hemmend und zerstörend auf das Verhalten und das Gestaltungspotential der Betroffenen wirken.

Um den negativen psychosozialen Folgen von Krieg und Gewalt vorzubeugen, sollte die Förderung von MHPSS im Projektdesign und –verlauf in allen EZ-Sektoren mitgedacht werden (3). Im Gegensatz zu MHPSS-Interventionen, die als Primärziel eine Verbesserung und Bewahrung des psychosozialen Wohlbefindens der Zielgruppe anstreben, verfolgen Interventionen der EZ im Allgemeinen andere Primärziele (18). Unter Einbezug von MHPSS und somit der Verfolgung eines MHPSS-Ansatzes, liegt der gesellschaftliche Mehrwert nicht nur in der Linderung des Leidensdrucks für die Betroffenen, sondern auch in politischer Stabilisierung, Gewaltprävention, höherer Erfolgswahrscheinlichkeit von EZ-Maßnahmen, nachhaltigerem sozialen und materiellen Wiederaufbau, sowie

der konsequenten Anwendung eines menschenrechtsbasierten Ansatzes, dem sich die deutsche EZ verschrieben hat. Um die synergetische Wirkung, die die Erleichterung von schwierigen Lebensumständen sowie den Neuaufbau von Perspektiven erzielen, optimal zu nutzen, sind Projekte, die psychosoziale Maßnahmen mit einkommensschaffenden Maßnahmen verbinden, von besonders hoher Bedeutung. Dies gilt in beide Richtungen: Einkommensschaffende Maßnahmen alleine sind weniger effektiv als in Kombination mit psychosozialen Maßnahmen (1).

Das Potenzial der Menschen, die die EZ-Maßnahmen erreichen möchte, wird durch Einbezug von MHPSS-Überlegungen in andere Sektoren der EZ gestärkt und die Zielvorstellungen der Projekte realistischer.

Die folgende Auflistung gibt einen Überblick über die allgemeinen Risiken, denen sich EZ-Projekte aussetzen, wenn sie MHPSS unberücksichtigt lassen, sowie über Möglichkeiten, diese Risiken durch Einbezug von Ansätzen aus dem Bereich MHPSS zu vermeiden.

Eine detailliertere Darstellung von Chancen, Risiken und Good Practices für die einzelnen Sektoren der EZ befindet sich zudem im Anhang des Dokuments.

Psychosoziale Risiken	MHPSS-Ansatz
Psychische Belastungen, die sich in somatischen Beschwerden und/oder unangepasstem Verhalten äußern, werden nicht als solche erkannt. Folglich kommt es zur Zunahme der Belastung der betroffenen Mitglieder der Zielbevölkerung, wodurch Funktionsfähigkeit und Beteiligung am Projekt beeinträchtigt werden.	Training der Mitarbeiter*innen in den jeweiligen Sektoren zur Sensibilisierung auf Anzeichen psychosozialer Belastung und auf traumaspezifische Bedarfe, sowie die Bereitstellung funktionierender Überweisungsmechanismen fördern das psychosoziale Wohlbefinden und helfen bei der frühzeitigen Erkennung klinischer Bedarfe.
Die Würde einzelner Mitglieder der Zielbevölkerung wird verletzt und ihr Sicherheitsempfinden durch eine Missachtung trauma- und kulturspezifischer Besonderheiten in der Umsetzung von Maßnahmen beeinträchtigt.	Schaffung sicherer Orte durch Berücksichtigung trauma- und kulturspezifischer Bedarfe bei der Auswahl von örtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen der Maßnahme erleichtern den Zugang zum Angebot und fördern die Akzeptanz.
Die Verletzung der Privatsphäre Betroffener und die voreilige aktive Einbindung in Prozesse der Konfliktbearbeitung kann überfordernd und sogar retraumatisierend wirken.	Aufbau von Vertrauen erfolgt über die Anerkennung des (vergangenen) Leidens, das Schaffen eines Handlungsspielraums für die Zielbevölkerung und das Übertragen von (Entscheidungs-)Verantwortung. Ratsam ist auch die Installation anonymer Beschwerdemechanismen.
Intransparenz im Handeln und Missachtung der Bedarfe der lokalen, sowie der Zielbevölkerung führen zu einem erneuten Gefühl des Kontrollverlusts, der Entmächtigung und Abhängigkeit von willkürlich agierenden Systemen. Wahrgenommene Ungerechtigkeiten können zudem einen Anstieg des Konfliktpotenzials auslösen.	Die wiederholte Analyse der Bedarfe, die frühzeitige und fortlaufende (aktive) Einbindung der Zielbevölkerung und der aufnehmenden Gemeinde, sowie die Anpassung der Maßnahme an den Kontext führt zum Empowering der Betroffenen. Regelmäßige und umfassende Bereitstellung von Informationen schafft Vertrauen und Gerechtigkeitsempfinden.
Ausschließliche Integration ausgewählter Mitglieder der Zielbevölkerung in die Maßnahme führt zu Isolation und weiterer Diskriminierung vulnerabler Gruppen, sowie einem Wettkampf um Ressourcen.	Gezielte Inklusion vulnerabler Gruppen durch Anpassung der Maßnahme an deren Bedarfe und Lebensumstände, sowie Einbezug der aufnehmenden Gemeinden und Vermeidung aller Handlungen, die (bestehende) Konflikte (wieder) verstärken, unterstützen die gegenseitige Solidarität.
Mangelnde Anerkennung der Belastungen, die Mitarbeiter*innen einer Organisation erfahren, können Gefühle von Überforderung und Erschöpfung nach sich ziehen und letztlich auch negative Konsequenzen auf das psychosoziale Wohlbefinden der Mitarbeiter*innen und der Zielbevölkerung haben.	Die durch die Arbeit in den einzelnen Projekten entstehenden Belastungen der Mitarbeiter*innen wurden identifiziert und Konzepte der Mitarbeiterfürsorge werden entwickelt und umgesetzt. Die Mitarbeiter*innen erfahren darüber hinaus Unterstützung in der Durchführung von Maßnahmen zur Selbstfürsorge.

ABSCHLIESSENDE BEMERKUNG

Der Syrienkrieg befindet sich im Jahr 2018 ohne Aussicht auf baldigen Frieden und Sicherheit im Land in seinem achten Jahr; gleichzeitig halten weitere bewaffnete Konflikte im Nahen Osten an. Das hat zur Folge, dass eine kaum vorstellbare Zahl an Menschen von Flucht und Vertreibung, sowie von Gewalterfahrungen betroffen sind. Geflüchtete und Binnenvertriebene suchen Schutz innerhalb des eigenen Landes oder in angrenzenden Ländern. Ressourcen aufnehmender Gemeinden sind vielerorts erschöpft und Infrastrukturen überlastet.

Unter Berücksichtigung des Grundrechts auf Gesundheit und Würde gilt es, Geflüchtete, Binnenvertriebene und aufnehmende Gemeinden nicht nur bei der Erfüllung der Grundbedürfnisse der Zielbevölkerung zu unterstützen und Versorgungssysteme für die psychosoziale Unterstützung und die psychische Gesundheit zu stärken.

Wie der Kontext, in welchem das vorliegende Papier verfasst und angepasst wurde, unterliegen auch die

Belastungen und die Bedarfe der Geflüchteten und der aufnehmenden Gemeinden einem stetigen Wandel. Es ist somit nicht nur Aufgabe und Verantwortung von Medien, Politik und internationalen Gebern, Aufmerksamkeit auf das Thema psychische Gesundheit und psychosoziales Wohlbefinden zu lenken, sondern auch darauf hinzuwirken, die Bedarfe zu kommunizieren, Lücken in der Versorgung zu schließen und vorhandene MHPSS-Systeme und Interventionen fortlaufend zu verbessern (38). Im Sinne dieser fortlaufenden Anpassung, bedarf es auch regelmäßiger Diskussionen und Überarbeitungen des vorliegenden Orientierungsrahmens.

Bei Fragen oder Anregungen zum Orientierungsrahmen wenden Sie sich daher bitte an die Leiterin des Regionalvorhabens,

Dr. Judith Bäßler
E-Mail: judith.baessler@giz.de
Tel.: +962 (0) 777 171 115)

11

LITERATURVERZEICHNIS

1. World Bank. Forcibly Displaced. Toward a development approach supporting refugees, the internally displaced, and their hosts. Advanced Edition. Washington, DC: The World Bank Group, 2016.

<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/25016/9781464809385.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
eingesehen am 22.03.2017.

2. Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ). Sicherheit, Wiederaufbau, Frieden. Psychosoziale Unterstützung im Kontext von Krisen und Konflikten. Bonn/Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, 2015.

3. Becker, D, Weyermann, B. Gender, Konflikttransformation & Der Psychosoziale Ansatz. Bern: Schweizerische Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA), 2006.

www.eda.admin.ch/dam/deza/de/documents/themen/gender/91135-arbeitshilfe-gender-konflikttrans-psychosoz-ansatz_DE.pdf
eingesehen am 22.03.2017.

4. Ghanem, T. When Forced Migrants Return «Home»: The Psychosocial Difficulties Returnees Encounter in the Reintegration Process. Oxford: Refugee Study Center, 2003.

5. Dobrić, J, Purić, D, Vukčević, M. Study of the Mental Health of Asylum Seekers in Serbia. Belgrad: UNHCR Serbien, 2014. www.unhcr.rs/media/MentalHealthFinal.pdf eingesehen am 22.03.2017.

6. IMC, SIGI Jordan. MHPSS Needs Assessment of Displaced Syrians and Host Communities in Jordan. 2015. www.data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=10165 eingesehen am 23.03.2017.

7. Silove, D. The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings. Intervention. 11(3), 2013, S. 237-248.

8. Bundesarbeitsgemeinschaft für Traumapädagogik. URL: <http://www.bag-traumapaedagogik.de/>
eingesehen am 22.03.2017.

- 9. European Parliamentary Research Service.** Briefing February 2017. Syrian crisis: Impact on Jordan. 2017. [www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2017/599258/EPRS_BRI\(2017\)599258_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2017/599258/EPRS_BRI(2017)599258_EN.pdf) eingesehen am 18.04.2017.
- 10. UNHCR.** Country Operations Profile Iraq. 2015.
- 11. UNHCR.** Reporting Iraq. [Online] 31. May 2018. <http://reporting.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR%20Iraq%20Factsheet%20-%20May%202018.pdf>
- 12. UNHCR.** Situation Syrian Regional Refugee Response. Data UNHCR. <http://data2.unhcr.org/en/situations/syria> [Online] June 2018.
- 13. Hassan, G, Kirmayer, LJ, Mekki-Berrada A., Quosh, C, el Chammay, R, Deville-Stoetzel, JB, Youssef, A, Jefe-Bahloul, H, Barkeel-Oteo, A, Coutts, A, Song, S, Ventevogel, P.** Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: A Review for Mental Health and Psychosocial Support staff working with Syrians Affected by Armed Conflict. Genf: UNHCR, 2015. www.unhcr.org/55f6b90f9.pdf eingesehen am 22.03.2017.
- 14. Berti, B.** The Syrian Refugee Crisis: Regional and Human Security Implications. Strategic Assessment, Volume 17, No.4. Tel Aviv: Institute for National Security Studies, 2015. www.inss.org.il/uploadImages/systemFiles/adkan17_4ENG_7_Berti.pdf eingesehen am 22.03.2017.
- 15. Regional Refugee and Resilience Plan (3RP).** Regional Monthly Update August. Shelter. 2016. <http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/RegionalShelter3RPDashboardAugust2016.pdf> eingesehen am 22.03.2017.
- 16. Jefe-Bahloul, H, Moustafa, MK, Shebl, FM, Barkil-Oteo, A.** Pilot assessment and survey of syrian refugees' psychological stress and openness to referral for telepsychiatry (PASSPORT Study). Telemed J E Health. 20. Oktober 2014, 10, S. 977-9.
- 17. Alpak, G, Altindag, A, Bez, Y, Bulbul, F, Dalkilic, A, Sagaltici, E, Savas, HA, Unal, A.** Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: A cross-sectional study. London: Taylor and Francis Group, 2014.
- 18. UNHCR.** UNHCR report shows health services for Syrian refugees increasingly overstretched. Briefing Notes. Genf: UNHCR, 2013. www.unhcr.org/news/briefing/2013/4/517a58af9/unhcr-report-shows-health-services-syrian-refugees-increasingly-overstretched.html eingesehen am 22.03.2017.
- 19. Sirin, S, Rogers-Sirin, L.** The Educational and Mental Health Needs of Syrian Refugee Children. Washington, DC: Migration Policy Institute, 2015. www.migrationpolicy.org/research/educational-and-mental-health-needs-syrian-refugee-children eingesehen am 22.03.2017.
- 20. WHO.** ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Volume 22. Instruction Manual. Genf: WHO, 2011. www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf eingesehen am 22.03.2017.
- 21. American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-V. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
- 22. Keilson, H.** Sequential Traumatization in Children. Jerusalem: Magnes Press, Hebrew University, 1992.
- 23. Keilson, H..** Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen. Gießen: Psychosozial Verlag, 2005.

- 24. Brensell, A.** Trauma als Prozess – Wider die Pathologisierung struktureller Gewalt und ihrer innerpsychischen Folgen. Frankfurt a. M.: Vortrag auf der Fachtagung „Trauma und Politik“ vom 24. Januar 2013, 2013.
www.medico.de/fileadmin/_migrated/_document_medial/1/trauma-als-prozess.pdf eingesehen am 22.03.2017.
- 25. Becker, D.** Die Erfindung des Traumas. Verflochtene Geschichten. Gießen: Psychosozial Verlag, 2014.
- 26. IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.** Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know? Genf: IASC, 2010. www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know.pdf eingesehen am 22.03.2017.
- 27. Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE).** Thematic Issue Brief: Psychosocial Well-Being. New York: INEE, 2010. http://toolkit.ineesite.org/toolkit/INEEcms/uploads/1128/INEE_Thematic_Issue_Brief_Psychosocial.pdf eingesehen am 22.03.2017.
- 28. Robinson, M, Williamson, J.** Psychosocial interventions, or integrated programming for well-being? Intervention 2006, Vol 4, No. 1, 4-25. 2006. www.interventionjournal.com/content/march-2006-volume-4-issue-1 eingesehen am 07.04.2017.
- 29. War Trauma Foundation, WHO, World Vision International.** Psychological first aid: Guide for field workers. Genf: WHO, 2011. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44615/1/9789241548205_eng.pdf eingesehen am 22.03.2017.
- 30. GIZ.** EMDR in der Entwicklungszusammenarbeit. Internes Arbeitspapier. 2017.
- 31. Baron, J, Flory, L.** Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. 2. aktualisierte Auflage. Berlin: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF), 2016.
- 32. IASC.** IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Genf: IASC, 2007. www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf eingesehen am 22.03.2017.
- 33. Sphere Project.** Sphere Handbook. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. Genf: The Sphere Project, 2011.
- 34. Gagliato, M, Hansen LJ, Schinina, G, Strang, A, Ventevogel, P.** Mental Health and Psychosocial Support for Refugees, Asylum Seekers and Migrants on the Move in Europe. A multi-agency guidance note . s.l.: IOM, MHPSS.net, UNHCR, 2015. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/297576/MHPSS-refugees-asylum-seekers-migrants-Europe-Multi-Agency-guidance-note.pdf?ua=1 eingesehen am 22.03.2017.
- 35. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ).** BMZ Konzepte 172. Förderung von Good Governance in der deutschen Entwicklungspolitik. Berlin/ Bonn: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ), 2009. www.bmz.de/de/mediathek/publikationen/archiv/reihen/strategiepapierel/konzept172.pdf eingesehen am 23.03.2017.
- 36. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC).** Project/programme monitoring and evaluation (M&E) guide. www.ifrc.org/Global/Publications/monitoring/IFRC-ME-Guide-8-2011.pdf; s.n., 2011.
- 37. Inter-Agency Standing Committee (IASC).** IASC Common Monitoring and Evaluation Framework for MHPSS Programmes in Emergency Settings. <https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/documents-public/iasc-common-monitoring>; s.n., 2017.
- 38. WHO.** Building Back Better. Sustainable mental health care after emergencies. Genf: WHO, 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85377/1/9789241564571_eng.pdf?ua=1, eingesehen am 22.03.2017.

WEITERFÜHRENDE LITERATUREMPFEHLUNGEN (DEUTSCH)

- 39. Bajbouj, M.** Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland. Erkenntnisse aus der Not- und Entwicklungshilfe. Der Nervenarzt (in press), 2017.
- 40. Becker, D. (Hg.)** 1:0 für Rafah. Chancen und Herausforderungen psychosozialer Arbeit in Palästina. Gießen: Psychosozial Verlag, 2016.
- 41. Griesse, K., Mehla, A.** Resilienzstärkung auf Gemeinde-Ebene. Eine Strategie gegen geschlechtsspezifische Gewalt und gegen Konflikte zwischen Gastgemeinden und Geflüchteten. Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen, 14 Jg., Heft 3, 2016.
- 42. Griesse, K., Mehla, A.** Ein solidarischer, stress- und traumasensibler Ansatz zur multisektoriellen Unterstützung von Gewaltüberlebenden. Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen, 14 Jg., Heft 1, 2016.
- 43. Kühner, A.** Trauma und kollektives Gedächtnis. Gießen: Psychosozial, 2008.
- 44. Medico International.** medico-Report 26: Im Inneren der Globalisierung. Psychosoziale Arbeit in Gewaltkontexten. Frankfurt: Mabuse Verlag, 2005.
- 45. Medico International.** medico-Report 20. Schnelle Eingreiftruppe „Seele“. Texte für eine kritische „Trauma-Arbeit“. Frankfurt: medico international Verlag, 2000.
- 46. Merk, U.** Respekt, Würde, Ubuntu – gemeindeorientierte systemische Traumaarbeit in Südafrika, in: **Budzinski, M. (Hg.).** Traumatherapie und gesellschaftliches Umfeld. Bad Boll: Ev. Akademie Bad Boll, 2010.
- 47. Ottomeyer, K.** Die Behandlung der Opfer. Über unseren Umgang mit dem Trauma der Flüchtlinge und Verfolgten. Stuttgart: Klett-Cotta, 2011.
- 48. Ottomeyer, K., Peltzer, K.** Überleben am Abgrund. Psychotrauma und Menschenrechte. Klagenfurt: Drava, 2002.
- 49. Wenk-Ansohn, M., Weber-Nelson C., Hoppmann F., Ahrndt A.** Behandlung und Rehabilitation von Folterüberlebenden und Kriegstraumatisierten. Politische Traumatisierung. Zeitschrift Psychosozial, 55-7, Gießen: Psychosozial Verlag, 2014.
- 50. Zondi, M.** Breaking the Walls of Trauma Counselling – eine kritische Analyse von vorherrschenden Traumakonzepten im Kontext städtischer Lebensrealitäten in Johannesburg, in: **Flick, S., Jung, A., Merk, U., Teuber, N. (Hg.)** psychosozial 142: Umkämpfte Psyche – Zur Rekontextualisierung psychischen Leids. 38. Jg., Nr. 142, Heft IV. Gießen: Psychosozial Verlag, 2015.

WEITERFÜHRENDE LITERATUREMPFEHLUNGEN (ENGLISCH)

51. **Ager, A, Ager, W, Boothby, N, Stavrou, V.** Inter-Agency Guide to the Evaluation of Psychosocial Programming in Emergencies. New York: Unicef, 2011.
52. **Barkil-Oteo, A, Hassan, G, Jefee-Bahloul, H, Kirmayer, LJ, Ventevogel, P.** Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2016 Apr, 25(2): 129-41. Cambridge: Cambridge University Press, 2016.
53. **Bittenbinder, E (Hg.)** Good Practice in the Care of Victims of Torture. Karlsruhe: Loeper Verlag, 2010.
54. **Bubenzer, F, Tankink, M.** Healing communities, transforming societies. Exploring the interconnectedness between psychosocial needs, practice and peacebuilding. 2015.
55. **Gallagher, E, Hamber, B (Hg.)** Psychosocial Perspectives on Peacebuilding. New York: Springer, 2015.
56. **Hamber, B.** Transforming societies after political violence. Truth, Reconciliation and Mental Health. New York: Springer, 2009.
57. **Herman, JL.** Trauma and recovery: the aftermath of violence - from domestic abuse to political terror. New York: Basic Books, 1997.
58. **Human Rights Watch.** Genocide in Iraq. The Anfal Campaign against the Kurds. New York: Human Rights Watch, 1993.
59. **Mlodoch, K.** The Limits of Trauma Discourse. Women Anfal Survivors in Kurdistan-Iraq. Berlin: Klaus Schwarz Verlag, 2014.
60. **Miller, K., Rasmussen, A.** War Exposure, Daily Stressors, and Mental Health in Conflict and Post-Conflict Settings: Bridging the Divide between Trauma-Focused and Psychosocial Frameworks. *Social Science Medicine* 2009. Vol 70(1), 7-16.
61. **Pross, C, Schweitzer, S.** The culture of organizations dealing with trauma: Sources of work-related stress and conflict. *Traumatology* 2010, Vol 16(4), 97-108.
62. **Save the Children.** Invisible Wounds. The impact of six years of war on the mental health of Syria's children. 2017.
63. **UNHCR.** Protecting and supporting the displaced in Syria. UNHCR Syria End of Year Report 2015. Genf: UNHCR, 2015. URL: <http://www.unhcr.org/56cad5a99.pdf> eingesehen am 22.03.2017.
64. **UNHCR.** Operational Guidance. Mental Health & Psychosocial Support Programming for Refugee Operations. Genf: UNHCR, 2013.
65. **UNHCR.** Protection Policy Paper. Understanding Community-Based Protection.
66. **UNHCR.** A Community-based Approach in UNHCR Operations. Genf: UNHCR, 2008.
67. **War Trauma Foundation.** Journal of Mental Health and Psychosocial Support in Conflict Affected Areas. Diemen.

ANHANG – ERGÄNZUNG KAPITEL 10

Beschäftigungsförderung – Capacity Development – Entrepreneurship

Unterstützung durch Privatwirtschaftsförderung und Erweiterung von Produktbereichen, Schaffung und Verbesserung von Berufsbildungsangeboten und Arbeits-

plätzen, Förderung von Eigeninitiativen, Kreativität, Innovationsfreude, Investitionsbereitschaft und Wettbewerbsfähigkeit.

Psychosozialer Nutzen	Psychosoziale Risiken	Good Practices
Empowerment und Aufbau von Vertrauen in System und Beziehungen, sowie Selbstvertrauen	Folgen psychosozialer Belastung, wie Konzentrationsprobleme, Aggressivität, Somatisierung etc. beeinträchtigen die Arbeit(-squalität) und Produktivität und führen zu Überforderung	Betreuer*innen und Arbeitgeber*innen werden hinsichtlich möglicher psychosozialer Belastungen sensibilisiert und das Arbeitsumfeld an die spezifischen Bedarfe angepasst
Höhere Lebensqualität und Autonomie durch finanzielle Unabhängigkeit	Schaffung von Arbeitsplätzen mit Inklusion spezifischer Gruppen stiftet ggf. neue Hierarchien und erhöht (innerfamiliäres) Konfliktpotenzial (z.B., wenn eine Frau Arbeit erhält, ihr Mann jedoch nicht)	Berücksichtigung des Umfelds/ Kontexts einer Zielgruppe bei der Planung und Implementierung von Maßnahmen, Berücksichtigung der Bedarfe und Voraussetzungen für die Beschäftigung der Zielgruppe
Ownership und Agency durch tägliche Beschäftigung	Misstrauen und Gefühl der Hilfslosigkeit entsteht durch Abhängigkeit von implementierender Organisation	Einholen regelmäßigen Feedbacks und Einrichten von Beschwerdemechanismen Anpassung der Durchführung auf Basis der Rückmeldungen
Schaffung neuer Perspektiven durch Ausbildung neuer Fähigkeiten und Investitionen	Erhöhte Ängstlichkeit und Beeinträchtigung des Selbstvertrauens verhindern Lern- und Risikobereitschaft, sowie Innovationsfreude	Anpassung der Lerninhalte und Ausbildungsgestaltung in trauma- und stresssensibler Weise, Sensibilisierung der Lehrer*innen, gezieltes Ermutigen der Zielgruppe

Bildung

Bildung reicht von der frühkindlichen Erziehung, über Schulen, Berufsausbildung, Universitäten, Erwachsenenbildung bis hin zu vielfältigen bildungsorientierten

Gemeindeprojekten und stellt eine wichtige Entwicklungschance für Individuen und die Gesellschaft dar.

Psychosozialer Nutzen	Psychosoziale Risiken	Good Practices
Schaffung zentraler Orte zur Aufarbeitung der Vergangenheit	Erhöhter Stress, Ängste und (wiederholtes) Erleben von Hilflosigkeit aufgrund von mangelnder Sicherheit	Sorgfältige Wahl von Ort und Transportmöglichkeiten, die Sicherheit und Würde garantieren
Soziale Stabilisierung und Aufbau vertrauensvoller Beziehungen zur Bewältigung erlebter Stressoren und Erfahrungen	Misstrauen durch eine entmündigende/entwürdigende Haltung der Pädagog*innen und Konzeption der Rahmenbedingungen	Berücksichtigung traumapädagogischer Ansätze in der Umsetzung von Bildungsmaßnahmen auf allen Ebenen der Intervention
(Re-) Konstruktion von gesellschaftlichem Zusammenleben, Förderung von Kooperationsfähigkeit	Rückzug, Isolation und Ausbleiben positiver Beziehungserfahrungen bei fehlendem Verständnis für die eigenen Belastungen	Erleichtern des Zugangs, aktive Inklusion vulnerabler Gruppen, Aufklärungsarbeit zur Reduzierung von Stigmata
Frühzeitiges Erkennen psychosozialer Bedarfe von Kindern und Jugendlichen und Vermittlung passender Unterstützung	Fehlende psychosoziale Unterstützung führt zu unangepasstem Verhalten, wie Aggressivität, Rückzug, mangelnder Konzentrationsfähigkeit und erhöhter Stress der Betroffenen	Angebot von präventiven Unterstützungsmaßnahmen und Schulung des Personals bzgl. Anzeichen psychosozialer Belastung, sowie bzgl. der Überweisung zu spezialisierter Versorgung; Vernetzung mit anderen MHPSS-Akteuren
Überwindung von Passivität und Ängsten, Steigerung von Selbstwertgefühl und -vertrauen	Wiederholtes Erleben von Kontrollverlust, Entmächtigung und Entmündigung durch autoritären Lehrstil, Missachtung spezifischer Bedarfe	Empowerment der Schüler*innen durch Förderung kritischen Denkens; Ressourcenorientierung durch fähigkeitsbasiertes Lehren und unterstütztes Lernen
Verbesserung des Lernverhaltens und Selbstwirksamkeitserlebens, Förderung von Neugierde, Interesse, Engagement, Selbstvertrauen	Perspektivlosigkeit, Frustration und Abnahme des Selbstwertgefühls durch Rückschritte/ Stagnation in (schulischer) Entwicklung, Ausbleiben des schulischen Erfolgs	Entwicklung von Lehr- und Lernmaterialien, die Konzentration fördern und Lernen erleichtern

Camp Management

Das Garantieren von Sicherheit und die Bereitstellung von Nothilfe für in Camps lebende Geflüchtete und Binnenvertriebene durch Errichten und Einhalten von Standards, sodass Betroffene ihre Grundrechte wahr-

nehmen können. Es werden Lücken in der Versorgung geschlossen und die gezielte Koordination zwischen Camp-Bewohner*innen, Organisationen und Clustern vermeidet Duplikation von Angeboten.

Psychosozialer Nutzen	Psychosoziale Risiken	Good Practices
Gefühl der Kontrolle und des Gerechtigkeitsempfindens durch positive Erfahrungen mit den aufnehmenden Strukturen	Reproduktion des Gefühls der Macht des Stärkeren und Abhängigkeit von (willkürlichen) Strukturen (z.B. Zweifel an gerechter Verteilung von Ressourcen)	Ein umfassendes, standardisiertes, regelmäßiges Informationsmanagement wird umgesetzt, der Umgang mit Bewohner*innen ist respektvoll und Prozesse sind nachvollziehbar und transparent gestaltet (z.B. die Registrierung im Camp)
Aufbau von Selbstvertrauen und Erleben von Agency durch das Erleben von Autonomie	Misstrauen gegenüber Ordnungsstrukturen und eigenen Kompetenzen	Vertrauen wird durch das bewusste und einvernehmliche Übertragen von (Eigen-)Verantwortung auf Camp-Bewohner*innen aktiv aufgebaut (z.B. durch Aufladen von Guthabekarten anstelle von Essensmarken)
Vertrauensaufbau, Abnahme des Gefühls von Bedrohung und verbesserte Bewältigung der belastenden Ereignisse und Erfahrungen	Verletzung der Privatsphäre, Zunahme erlebter Bedrohung und tatsächlicher Gewalt durch inadäquate Planung/Aufteilung der Anlagen und Unterbringung im Camp	Die Planung ist trauma- und konfliktsensibel und (gender-)spezifische Bedarfe, sowie ethnisch-religiöse Heterogenität der Zielgruppe werden in der Infrastruktur berücksichtigt (z.B. Lage der Waschanlagen)

Cash for Work

Angebot befristeter Beschäftigung für Geflüchtete, Binnenvertriebene und Mitglieder der aufnehmenden Gemeinden mit dem Ziel einer vorübergehenden Stabilisierung des Einkommens, der Unterbrechung von

Passivität und Stärkung lokaler Infrastruktur. Meist handelt es sich um einfache Tätigkeiten in Sektoren wie der Abfallwirtschaft, dem Auf- und Ausbau von Infrastruktur.

Psychosozialer Nutzen	Psychosoziale Risiken	Good Practices
Förderung sozialer Kohäsion durch Instandsetzung kommunaler Infrastruktur	Beschäftigung schafft ggf. unrealistische Erwartungen und stiftet Hoffnungen, die aufgrund der Befristung in Enttäuschung münden	Von Beginn an werden regelmäßig Informationen an die Zielbevölkerung der Maßnahme vermittelt, die standardisiert, umfassend und erklärend sind
Autonomie, Kontrollgefühl und Selbstvertrauen durch Flexibilität im Haushalten und ökonomische Unabhängigkeit	Fehlende Arbeitsplatzgarantie kann Gefühl des Kontrollverlusts und Hilflosigkeit verschlimmern und Stress erhöhen	Planung und Implementierung der Maßnahme erfolgen transparent und offen; Follow-Ups nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses ggf. mit Vermittlung in Job-/ Gemeindezentren/ weiterbildende Maßnahmen werden durchgeführt
Resilienz und Bewältigung durch feste Gestaltung des Alltags/die tägliche Beschäftigung	Abhängigkeiten von den implementierenden Organisationen widersprechen dem Bedürfnis nach Autonomie	Verantwortung und Kontrolle in der Durchführung der Arbeit werden übertragen und es erfolgt ein respektvoller Umgang mit der Zielbevölkerung
Stärkung des Zugehörigkeitsgefühls durch Arbeit im Team und der Kommune	Fehlende Inklusion verschiedener (vulnerabler) Gruppen führt zu zunehmender Isolation	Vulnerable Gruppen werden durch die Anpassung der Maßnahme an deren Bedarfe gezielt integriert

Ernährungssicherheit – Ländliche Entwicklung

Das Recht auf Nahrung wird als unveräußerlich und als entscheidend in der Förderung von Gesundheit und allgemeiner Entwicklung erachtet.

Psychosozialer Nutzen	Psychosoziale Risiken	Good Practices
(Rück-)Gewinnung von Kontrolle und Selbstwirksamkeit durch langfristige Entwicklung eigener Betriebe	Reiner Fokus auf technische Umstände und Gegebenheiten führt zur Wiederholung von Abhängigkeitsverhältnissen	Unter Berücksichtigung von Familienstrukturen und Hierarchien werden langfristige Strategien der Ernährungssicherung gestaltet

Friedensarbeit – Soziale Kohäsion

In Zusammenarbeit mit lokalen Partnern und durch Einbindung weiterer Akteure soll durch zivile, gewaltfreie Konfliktbearbeitung ein nachhaltiger Beitrag zur Friedensarbeit geleistet werden und der soziale Zusammenhalt gestärkt werden.

Psychosozialer Nutzen	Psychosoziale Risiken	Good Practices
Stärkung von Selbstwirksamkeitserleben und Zugehörigkeitsempfinden durch identitätsstiftende Prozesse	Mangelnde Einbindung in Projekte führt zu wahrgenommener Diskriminierung, Isolation und Spannungen zwischen einzelnen Gruppen der Zielbevölkerung	Zielbevölkerung und aufnehmende Gemeinden werden zur aktiven Teilnahme als (freiwillige) Helfer*innen im Projekt motiviert
(Wieder-)Aufbau von Vertrauen in ein konstruktives Menschenbild und gesellschaftliche Reflexion	Wiederholte Bestätigung des Misstrauens in andere Menschen und Rückzug einzelner Mitglieder der Zielbevölkerung bzw. Anstieg des Konfliktpotenzials durch Marginalisierung oder Reduzierung bestimmter Gruppen auf ihre Vulnerabilität	Gesunde Trauerprozesse und die Anerkennung des individuellen Leidens bei gleichzeitiger gemeinsamer Planung von Projekten und Förderung des Austauschs zwischen Gruppen werden angestrebt
Gelingende Integration des Erlebten durch gemeinsame Aufarbeitungsprozesse und Förderung von gegenseitiger Empathie	Retraumatisierung durch verfrühte Konfrontation mit (ehemaligen) Gegnern und Aufarbeitungsdruck	Die Wahl eines Zeitpunkts für Annäherungsprozesse ist gut durchdacht und wird schrittweise und mit der Möglichkeit des Rückzugs umgesetzt

Gesundheit

Neben der WHO setzen sich auch zahlreiche andere (nicht-) staatliche Akteure für die Förderung einer flächendeckenden und umfassenden Verbesserung der Gesundheitsversorgung inklusive Gesundheitserziehung ein.

Psychosozialer Nutzen	Psychosoziale Risiken	Good Practices
Entlastung durch (frühzeitiges) Erkennen des Bedarfs an psychosozialer/ psychiatrischer/ psychotherapeutischer Unterstützung und höhere Lebensqualität durch verbesserte Passung von Person und Intervention	Frustration und Hilflosigkeit durch Fehldiagnosen, Behandlungsresistenz und langwierige Krankheitsverläufe aufgrund mangelnder Berücksichtigung des bidirektionalen Zusammenhangs von psychischer und körperlicher Gesundheit	Das Personal in der Primären Gesundheitsversorgung wird hinsichtlich des Zusammenhangs von (psychischen) Symptomen und der (Leidens-)Geschichte bzw. Stressoren in der aktuellen Lebenssituation geschult und funktionierende Überweisungsmechanismen errichtet
(Wieder-)Erleben von Kontrolle und Aufbau von Vertrauen in andere Menschen und Systeme	Misstrauen und erneutes Gefühl des Kontrollverlustes aufgrund (wiederholter) Durchführung (komplizierter) Untersuchungen und Intransparenz im Handeln des Gesundheitspersonals	Das Gesundheitspersonal wird zum traumasensiblen Umgang mit Betroffenen und deren Ängsten geschult (insbesondere bei ehemaligen Häftlingen, Folteropfern)
Verbessertes Wohlbefinden und reduzierte Stigmatisierung durch Aufklärung und sensibles Handeln	Verstärkung von Diskriminierung und Stigmatisierung durch Ignorieren des Kontexts	Die Gemeinde wird hinsichtlich MHPSS aufgeklärt und das Personal bzgl. der Furcht Betroffener vor Stigmatisierung sensibilisiert

Gute Regierungsführung – Medien – Sicherheit – Rechtsstaatlichkeit

Die für einen Staat übliche Art der Entscheidungsfindung, die Formulierung und Umsetzung politischer Inhalte und die Gestaltung der Rechts- und Justizsysteme, sowie das Funktionieren der Verwaltungen. Reformprozesse sollen durch die Förderung leistungsfähiger, rechtmäßiger staatlicher, transparenter und effektiver Einrichtungen angestoßen werden, die Korruption und Willkür entgegenstehen. Voraussetzung ist auch die Beteiligung der gesamten Bevölkerung und die Berücksichtigung von deren Meinung.

ger, rechtmäßiger staatlicher, transparenter und effektiver Einrichtungen angestoßen werden, die Korruption und Willkür entgegenstehen. Voraussetzung ist auch die Beteiligung der gesamten Bevölkerung und die Berücksichtigung von deren Meinung.

Psychosozialer Nutzen	Psychosoziale Risiken	Good Practices
Förderung persönlicher Bewältigungsprozesse und sozialer Kohäsion, Schaffung neuer Zukunftsperspektiven	Persönliche Erfahrungen und Narrative politischer Führungspersonlichkeiten leiten den Umgang mit der Vergangenheit; eine Aufteilung in Opfer- und Tätergruppen führt zu Diskriminierung und Isolation einzelner Betroffener	Der Dialog mit und zwischen Gruppen unterschiedlicher Zugehörigkeiten und Überzeugungen wird gefördert, falls diese hierfür bereit sind. Empathie und Reflexion werden durch ergänzende MHPSS-Maßnahmen gesteigert
Aufbau gegenseitigen Vertrauens, Förderung von Empathie durch Austausch innerhalb der Bevölkerung	Einseitige, plakative und dramatische Darstellung und Berichterstattung, unsensibles Befragen und Zitieren Betroffener führt zu Verletzung von Autonomie und Privatsphäre und Zunahme des Konfliktpotenzials bis hin zu Retraumatisierungen	Der öffentliche und politische Umgang mit Gewalt und Leid der Vergangenheit erfolgt sensibel. Konfliktsensibler Journalismus unterstützt unter Schutz der Individuen Annäherungsprozesse und treibt sie aktiv voran
Wiederherstellung von Vertrauen durch umfassende und konflikt- bzw. trauma-sensible Reform der staatlichen Organe und durchdachte Reconciliation-Ansätze	Erhöhte Delinquenz und Sicherheitsrisiken aufgrund der Überlastung/ Dysfunktionalität des Rechtssystems führen zu realen Gefühlen von Bedrohung und Unsicherheit	Die Befürchtungen der Beteiligten und die Gefühle der Betroffenen werden in Reformprozessen der Rechtsorgane und in Ansätzen zum Dealing with the Past berücksichtigt

Infrastruktur – Baumaßnahmen – Wiederaufbau

Nachhaltige Förderung von Infrastruktur durch die Umsetzung von Baumaßnahmen unter Beteiligung lokaler Bevölkerung, lokaler Architekten und Bauunternehmer. Bei Bedarf wird die Intervention durch Qualifizie-

rungsmaßnahmen ergänzt. Ziel ist zudem die Förderung der lokalen Wirtschaft unter gleichzeitiger Minimierung des Energieverbrauchs und Schonung der Ressourcen.

Psychosozialer Nutzen	Psychosoziale Risiken	Good Practices
Anpassung der Baumaßnahmen an die Bedarfe der Nutzer*innen führt zu deren Empowerment und Ownership bzgl. neuer Gebäude	Mangelnde Ownership führen zur Zerstörung bzw. fehlender Instandhaltung der Gebäude durch die Nutzer*innen bis hin zu Konflikten (z.B., wenn kulturell/religiös bedeutsame Orte als Baugrund gewählt werden)	Die späteren Nutzer*innen und deren (kulturellen) Bedarfe werden in die Planung der Maßnahmen einbezogen
Stärkung von Identität und Zugehörigkeit durch den Erhalt und den Wiederaufbau des Stadtbildes im Sinne der Bewohner*innen	Voreilige oder rasch umgesetzte Maßnahmen zum (Wiederauf-) Bau zweckmäßiger Infrastruktur zerstören traditionelle Stadtbilder und greifen somit auch die Identität ihrer Bewohner*innen an	Der Fokus der Baumaßnahme liegt nicht nur auf der (Wieder-)herstellung von Infrastruktur, sondern auch auf dem Erhalt von Tradition und der Bedeutung von Gebäuden und Orten für die Bewohner*innen (z.B. Wiederaufbau und Neubau von Brücken/Verbindungen zwischen Stadtteilen)
Wohlbefinden und Würde der Nutzer*innen und der am Bau beteiligten Zielgruppe durch kontext- und traumasensible Umsetzung	Missachtung der spezifischen Bedarfe kann zu erneuter Verletzung der Würde und Isolation vulnerabler Gruppen führen	Besondere Bedarfe vulnerabler Gruppen, wie ältere Menschen, Frauen und Kinder, etc. werden bei Architektur und Bau berücksichtigt
Schaffen von Perspektiven und Autonomie durch Arbeitsmöglichkeiten vor Ort	Fehlende Einbindung der lokalen Bevölkerung erzeugt Wettkampf und Konfliktpotenzial gegenüber externen Fachkräften	(Weiter) qualifizierende Maßnahmen werden für die lokale Bevölkerung umgesetzt
Förderung der sozialen Kohäsion und der Begegnung zwischen (ehemaligen) Konfliktparteien durch Schaffen und Erhalt gemeinsamer Orte	Zerstörung von Infrastruktur oder Baumaßnahmen an Orten mit potentiell positiver Symbolkraft ohne Einbeziehen aller Bevölkerungsgruppen	Die Bewohner*innen verschiedener ethnischer und religiöser Zugehörigkeiten werden in die Planung von Baumaßnahmen einbezogen, die auch die Versöhnung und Annäherung zwischen Bevölkerungsgruppen fördern können
Empowerment und Partizipation der Überlebenden von Gewalt und Verfolgung durch die aktive Teilhabe in der Planung von Baumaßnahmen und die Gestaltung negativ besetzter Orte	Mangelnde Rücksicht auf Überlebende von Gewalt in der Planung von Baumaßnahmen an durch negative Erinnerungen besetzten Orten führt zur Wiederholung von Entmündigung und zunehmende Entfremdung und Isolation	An Orten, die bspw. mit Menschenrechtsverletzungen verknüpft sind, werden Überlebende in die Planung der (Um-)gestaltung mit einbezogen. Es wird Raum für das Gedenken der Opfer geschaffen und eine Bewältigung des Geschehenen z.B. durch einen architektonischen Stil, der Helligkeit und Offenheit schafft, gefördert

Umwelt – Biodiversität – Energie – Klima und Wasser

Wasser ist lebenswichtige Ressource und entscheidend, um den zunehmenden Herausforderungen des Klimawandels zu begegnen. Der Erhalt funktionsfähiger

Ökosysteme erfordert Aktivitäten in allen Querschnittsbereichen Wasser, Artenvielfalt, Energie, Klima und Wasser.

Psychosozialer Nutzen	Psychosoziale Risiken	Good Practices
Förderung sozialer Kohäsion durch gemeinsame Errichtung kommunaler Infrastruktur und Nutzung kommunaler Ressourcen	Wettkampf um Ressourcen erhöht (erneutes) Konfliktpotenzial zwischen Bevölkerungsgruppen und innerhalb Gemeinden	Die Planung erfolgt konflikt- und kontextsensibel und der (Informations-)Austausch mit den Gemeindemitgliedern geht allen Implementierungen von Umweltprojekten voran, um Widerstände zu vermeiden
Steigerung des psychosozialen Wohlbefindens und der Lebensqualität durch Verbesserung von Hygienestandards in Siedlungen, Camps und Gemeinden	Mangelnde Berücksichtigung von Passivität als mögliche Folge traumatischer Erfahrungen führt zu fehlendem Interesse für Veränderung, und u.U. zu selbstdestruktiven und vernachlässigendem Verhalten	Alle Mitarbeiter*innen werden hinsichtlich konstruktivem Kontakt zur Zielgruppe, der Ermutigung zur Überwindung von Passivität und Maßnahmen der Selbstfürsorge geschult
Empowerment von Frauen und anderen Gemeindemitgliedern	Vernachlässigung der Verantwortlichkeit und des Wissens von Frauen bezüglich der Versorgung mit Wasser oder Arbeitsüberlastung führen zu Entmächtigung und Hilflosigkeit	Das Know-How verschiedener Mitglieder der Gemeinde in die Planung von Maßnahmen erfolgt frühzeitig und ihre Bedarfe werden in der Umsetzung von Maßnahmen berücksichtigt

Querschnittsthemen: Menschenrechte – Gender – Inklusion vulnerabler Gruppen

Nachhaltige Förderung von Infrastruktur durch die Umsetzung von Baumaßnahmen unter Beteiligung lokaler Bevölkerung, lokaler Architekten und Bauunternehmer. Bei Bedarf wird die Intervention durch Qualifizie-

rungsmaßnahmen ergänzt. Ziel ist zudem die Förderung der lokalen Wirtschaft unter gleichzeitiger Minimierung des Energieverbrauchs und Schonung der Ressourcen.

Psychosozialer Nutzen	Psychosoziale Risiken	Good Practices
Erleben von Schutz und Abnahme von Stress, Bedrohung und wahrgenommener Stigmatisierung	Tabuisierung von genderspezifischer Gewalt, Folter, Zwangsrekrutierung, Festnahmen und Kindesmisshandlungen führen zur Marginalisierung, der emotionalen und sozialen Isolation und dem Angriff auf die Identität der Überlebenden	Funktion und psychosoziale Folgen sexualisierter Gewalt müssen durch die Verknüpfung von Forschung, Advocacy und Rehabilitation offengelegt und Täter zur Rechenschaft gezogen werden
Förderung von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Empowerment der Überlebenden	Gefühl der Hilflosigkeit hinsichtlich der Gefahr zukünftiger Übergriffe	Präventive Maßnahmen gegen das Auftreten zukünftiger Gewalt werden unter aktiver Teilhabe Überlebender umgesetzt



Deutsche Gesellschaft für
Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Sitz der Gesellschaft
Bonn und Eschborn

Friedrich-Ebert-Allee 36 + 40	Dag-Hammarskjöld-Weg 1 - 5
53113 Bonn	65760 Eschborn
T +49 228 44 60 - 0	T +49 6196 79 - 0
F +49 228 44 60 - 17 66	F +49 6196 79 - 11 15

E info@giz.de
I www.giz.de

Im Auftrag des



Bundesministerium für
wirtschaftliche Zusammenarbeit
und Entwicklung