

Muttersprachliche psychosoziale Gesundheitsberatung für Geflüchtete in Pandemie-Zeiten: Das Corona-Krisenberatungsteam des Landes Brandenburg

Freihart Regner & Ulrike Heckl, Juli 2022¹

Einleitung

Von Inter Homines wird seit 2016 *Muttersprachliche psychosoziale Gesundheitsberatung (MPSGB)* für Geflüchtete im Land Brandenburg durchgeführt, ein Projekt, das seit 2017 vom *Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV)* gefördert wird. Grundidee der mittelschweligen MPSGB ist es, *ermächtigende Hilfen zur Selbsthilfe* mit idealerweise folgenden Merkmalen zu leisten: kurzzeitig, thematisch fokussiert, pragmatisch, psychoedukativ, informationsvermittelnd und gegebenenfalls überregional-mobil; das Konzept und seine praktische Durchführung wurden an anderer Stelle bereits ausführlich beschrieben.² Wie für alle gesellschaftlichen Bereiche, bedeutete die Corona-Pandemie seit Frühjahr 2020 auch für die psychosoziale Gesundheitsberatung eine enorme Herausforderung. Die Einzelberatungen betreffend, konnten die Pandemie-bedingten Einschränkungen zwar recht gut über Videokonferenzen aufgefangen werden, was sich für die Gruppenberatungen jedoch kaum realisieren ließ. Eine Ausnahme stellt hierbei das *Corona-Krisenberatungsteam (C-KBT)* dar, welches vom MSGIV gleich in den ersten Monaten der Pandemie initiiert wurde und an dem Inter Homines im Rahmen der MPSGB teilnahm. Die Entwicklung des C-

1 Der Text wurde inhaltlich im Juli 2022 fertiggestellt. Letzte Ergänzungen und Korrekturen wurde im Februar 2023 vorgenommen.

2 Regner, F., Heckl, U. & Bramesfeld, A. (2022): Muttersprachliche psychosoziale Gesundheitsberatung für seelisch belastete bis schwer traumatisierte Geflüchtete im Land Brandenburg. In: Trauma & Gewalt, 2022, Heft 3, S. 208–217.

KBT wird im folgenden idealtypisch in fünf Phasen beschrieben, wobei es in dieser Abfolge auch zeitliche und inhaltliche Überschneidungen gegeben hat.

1. Phase: Entstehung des Corona-Krisenberatungsteams (Mitte März bis Ende Mai 2020)

Am 11. März 2020 erklärte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Lungenkrankheit Covid-19 offiziell zur Pandemie, mit der seitdem die ganze Weltgesellschaft gesundheitlich, politisch und wirtschaftlich zu kämpfen hat. Die erste Ansteckungswelle war unter anderem durch diverse Ausbruchsgeschehen in Wohnheimen für besonders vulnerable Gruppen gekennzeichnet, wie Altenheime, Pflegeheime, Wohneinrichtungen für Behinderte oder auch Gemeinschaftsunterkünfte für AsylbewerberInnen. (Bei letzteren lag die durchschnittliche Fallzahl pro Covid-19-Ausbruch im Sommer 2020 laut Robert-Koch-Institut bei 20,8, das war der höchste Wert in vergleichbaren Wohnstätten!)³. Das zuständige medizinische und sonstige gesundheitlich relevante Personal bemühte sich zwar nach Kräften um eine Eindämmung der Pandemie, etwa durch die Erarbeitung von und Aufklärung über geeignete Corona-Schutzmaßnahmen. Jedoch war es von der historisch erstmaligen „epidemischen Notlage von nationaler Tragweite“ – ein nicht näher bestimmter Rechtsbegriff, der mit Wirkung zum 28. März 2020 in das deutsche Infektionsschutzgesetz (IfSG) eingeführt wurde – bis an seine Belastungsgrenzen und teils beträchtlich darüber hinaus gefordert, ebenso wie auch andere gesellschaftliche Funktionssysteme und letztlich die gesamte Bevölkerung.

In dieser höchst schwierigen, unübersichtlichen und für alle sehr belastenden Situation entwickelte das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg die Idee, das gesundheitsrelevante Personal in den Landkreisen durch multidisziplinäre Krisenberatungsteams mit psychosozialen Kompetenzen zu unterstützen, um die – zum Teil doch sehr herausfordernden – Corona-Schutzmaßnahmen (z.B. wochenlange Quarantäne) überzeugender, verständnisvoller und gegebenenfalls in der Muttersprache an die Betroffenen vermitteln zu können. Demgemäß wurden im Brandenburger Sozialministerium die Referate für besonders vulnerable Gruppen dazu angehalten, derartige Teams mit den jeweils geeigneten Fachkräften zusammenzustellen. Das MSGIV nahm hierfür als erstes Kontakt mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) Berlin-Brandenburg auf, um nach Möglichkeit eine ärztliche Leitung für den geplanten Corona-Krisenberatungsdienst zu gewinnen. Schließlich wurde für diese Aufgabe eine Ärztin abgeordnet, die bereits eine Zeitlang für „Ärzte ohne Grenzen“ gearbeitet hatte und daher in (internationalen) medizinischen Kriseneinsätzen erfahren war. Für die psychosoziale und sprachmittlerische Expertise konnte man auf bereits bewährte und seit Jahren vom Land geförderte Projektträger zurückgreifen: zum einen die Albatros gGmbH, die im Bereich der „muttersprachlichen und kultursensitiven psychosozialen Beratung für Geflüchtete“ tätig ist, zum zweiten von der Gesellschaft für Inklusion und Soziale Arbeit e.V. (ISA) der Gemeindedolmetschdienst Branden-

3 Epidemiologisches Bulletin 38/2020, S. 6.

burg, der qualifizierte Sprach- und KulturmittlerIn für öffentliche und private Einrichtungen vermittelt, und zum dritten unsere eigene Einrichtung Inter Homines e.V. im Bereich der eingangs schon beschriebenen „Muttersprachlichen psychosozialen Gesundheitsberatung“. Bei den Institutionen war dann jeweils intern zu klären, wer von den MitarbeiterInnen sich vor dem Hintergrund eigener oder auch familiärer Vulnerabilität zu den Kriseneinsätzen überhaupt in der Lage sah, insofern sich damit ein durchaus ernstzunehmendes Infektionsrisiko verband.

Mit dieser medizinischen, psychosozialen und sprachmittlerischen Zusammensetzung war das Corona-Krisenberatungsteam für MigrantInnen und Geflüchtete im Land Brandenburg gleichsam geboren. Das C-KBT wurde von den Landkreisen und Gemeinschaftsunterkünften recht gut angenommen, und das MSGIV koordinierte die ersten Einsätze ab Mitte April 2020 noch selbst: Wenn von einem Landkreis – etwa wegen eines Infektionsgeschehens – ein Interventionsbedarf angemeldet wurde, so wurde umgehend bei den psychologischen Leitern von Albatros und Inter Homines sowie bei der Projektleiterin des Gemeindedolmetschdienstes angefragt, ob von ihrem Personal sich jemand kurzfristig – meist innerhalb von ein, zwei Tagen – an dem Einsatz beteiligen könne. Indes gestaltete sich die Koordinationsaufgabe schon nach wenigen Wochen als derart aufwändig, dass das MSGIV diese Funktion – von einzelnen Ausnahmen abgesehen – an das Fachzentrum für Soziale Arbeit in den Bereichen Migration und Integration (FMI), einem Projekt der Gesellschaft für Inklusion und Soziale Arbeit e.V. (ISA), delegierte, das dafür eine halbe Stelle vorhalten konnte. Mit dieser externen Koordinationsstruktur konnte die Entstehungsphase des Corona-Krisenberatungsteams – nunmehr bestehend aus einer Ärztin vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen Berlin-Brandenburg, einer Termin-Koordinatorin vom FMI, der Projektleiterin des Gemeindedolmetschdienstes sowie verschiedenen sprachmittelnden psychosozialen BeraterInnen von Albatros und Inter Homines und insgesamt gesteuert vom MSGIV – als abgeschlossen gelten, und das Team hatte sich bei den nun kommenden komplexen Herausforderungen zu bewähren.

Wie sieht der Vergleich mit anderen Bundesländern aus? In mehrfacher Hinsicht am naheliegendsten ist hier Berlin, wo indes keine vergleichbare Struktur etabliert wurde, wenn es auch anlässlich einer öffentlichen Mitteilung über das C-KBT ein Jahr nach seiner Entstehung ein Fachgespräch gegeben hatte, in dem zuständige Berliner Behörden sich interessiert über das Interventionskonzept und seine praktische Umsetzung informierten. Ansonsten existiert unserem Wissen nach keine belastbare Vergleichsstudie zu anderen Bundesländern, jedoch lässt die Teilnahme an informellen, länderübergreifenden Treffen darauf schließen, dass in anderen Regionen keine solcherart spezifischen Projekte installiert wurden; allenfalls aus Nordrhein-Westfalen ist bekannt, dass dort ebenfalls bestehende psychosoziale Strukturen zur systematischen Corona-Aufklärung für MigrantInnen und Geflüchtete genutzt wurden.

2. Phase: Notfalleinsätze (Mai bis November 2020)

Wie oben beschrieben, ging die erste Ansteckungswelle der Pandemie mit einer enormen Anforderung bis Überforderung für viele gesellschaftlichen Strukturen einher – am augenfälligsten im landesweiten Lockdown –, was zu einer erheblichen Verunsicherung in der gesamten Bevölkerung führte. In den Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete potenzierte sich diese allgemein angespannte Situation noch zusätzlich, da dort bereits zu gewöhnlichen Zeiten besondere Belastungen bestehen, hervorgerufen durch das Zusammenleben der BewohnerInnen aus unterschiedlichen Ländern und Kulturen auf sehr engem Raum, dem hohen sozialen Reiz- und Geräuschpegel, den wegen der geteilten Küchen und Bäder oftmals problematischen hygienischen Bedingungen, dem unsicheren aufenthaltsrechtlichen Status sowie den starken seelischen Belastungen bis hin zu mehrfacher Extremtraumatisierung. Kommt zu all dem noch ein Covid-19-Ausbruch mit anschließenden gesundheitlichen Sicherheitsmaßnahmen hinzu, so kann dies zu einer bedrohlichen Eskalation der Gesamtsituation führen, was psychosoziale Notfalleinsätze erforderlich macht. Von April bis Dezember 2020 mussten (parallel zur allgemeinen Impfaufklärung, siehe dazu unten 3. Phase) 29 solcher akuten Kriseninterventionen durchgeführt werden, von denen zwei im folgenden näher beschrieben werden.

Bei unserem ersten Krisenberatungseinsatz Mitte Mai 2020 hatte es in einer Nordbrandenburger Gemeinschaftsunterkunft einen Covid-19-Ausbruch gegeben, woraufhin der amtsärztliche Dienst des betreffenden Landkreises auf der rechtlichen Grundlage des Infektionsschutzgesetzes eine Quarantäne-Maßnahme einleitete und die betroffenen BewohnerInnen und ihre Familien sowie auch Geflüchtete mit eigenen Wohnungen in eine separate Unterkunft, ein Ferienlandheim, verbringen ließ, wo sie regelmäßig auf das Virus getestet wurden. Vor dem beschriebenen Hintergrund wurde dies von den Migranten jedoch keineswegs als Schutzmaßnahme zur Eindämmung der Pandemie aufgefasst, sondern vielmehr als willkürliche und ungerechte Schikane, mit der ein diskriminierendes Exempel an ihnen statuiert werden sollte! Nachdem die C-KBT-Koordinatorin wegen dieser eskalierenden Entwicklung an Inter Homines herangetreten war, stellte sich bald heraus, dass sich vor Ort bereits eine Landsfrau für die Quarantäne-Betroffenen aus dem Kaukasus engagierte, mit der wir schon seit Jahren in verschiedenen Belangen in Verbindung standen. Wir beauftragten daher unseren russisch-sprachigen psychosozialen Gesundheitsberater, sich regelmäßig mit dieser Vermittlungsperson auszutauschen, mit der Zielvorgabe, mediierend und deeskalierend auf die Lage einzuwirken und einen drohenden Polizeieinsatz nach Möglichkeit zu vermeiden! Denn die Gemeindearbeiterin beschrieb die Situation in der Quarantäne-Einrichtung als „kurz vor dem Explodieren“: Ihre Landsleute, etwa dreißig an der Zahl, empfänden die Maßnahme als ein großes Unrecht und seien kurz davor, die amtsärztlichen Vorgaben vorsätzlich nicht mehr einzuhalten. Sie kämen sich wie eingesperrt vor und fassten die Umstände der „Zwangseinweisung“ als eine diskriminierende Beleidigung auf: Über deren Notwendigkeit habe man sie nicht hinreichend aufgeklärt und ihnen dann noch nicht einmal eine Stunde Zeit gelassen, um für die wochenlange Unterbringung zu packen! Überdies seien eine ganze Reihe von Fragen

aufgetaucht, die vonseiten der Behörden bislang nicht befriedigend geklärt wurden, wie etwa: „Warum gibt es keine Mediziner vor Ort, wenn die Lage doch angeblich so ernst ist? Weshalb gibt es keine Entlassung aus der Quarantäne, selbst wenn die Tests negativ ausfallen? Wieso darf bei denen, die in einer eigenen Wohnung leben, die Quarantänezeit nicht zuhause verbracht werden? Warum werden derartige Tests zwangsweise nur bei Flüchtlingen durchgeführt? Weshalb werden nicht auch infizierte Deutsche in solche Heime eingewiesen? Wer verfügt all das überhaupt, und auf welcher rechtlichen Grundlage? Und ist es tatsächlich richtig, dass wir uns alle – wie uns erklärt wurde – mit der angeblich so gefährlichen Lungenkrankheit Covid-19 anstecken sollen, um quasi ‚durchseucht‘ zu werden?!“

Vor diesem eskalativen Hintergrund organisierte das MSGIV eine Telefonkonferenz unter Beteiligung der zuständigen Person des Landkreises, der leitenden C-KBT-Ärztin sowie unserem psychosozialen Gesundheitsberater, um die aufgeführten Fragen zu besprechen und möglichst zu einem Ausgleich der konträren Sichtweisen zu gelangen. Für unseren Berater musste es in den folgenden zwei Wochen daher darum gehen, zwischen der amtsärztlichen Perspektive mit der Zwischeninstanz der ärztlichen C-KBT-Leitung einerseits und der Betroffenen-Perspektive mit der Zwischeninstanz der landsfraulichen Vermittlungsperson andererseits in gütlicher Weise zu medieren. Wegen der Ansteckungsgefahr konnte er sich dazu nicht persönlich vor Ort begeben, sondern tauschte sich über Telefon mit der ehrenamtlichen Gemeindearbeiterin aus, die dies wiederum an die Quarantäne-Gemeinschaft weitervermittelte, im Sinne einer „Kaskaden-Mediation“, wie wir das damals nannten. Zwar kann von einem konsensualen Ausgleich der widerstreitenden Sichtweisen nicht gesprochen werden, aber immerhin führten die einvernehmlich abgestimmten Interventionen unseres betont deeskalierend auftretenden Gesundheitsberaters sowie der engagierten Gemeindearbeiterin vor Ort dazu, dass die Quarantäne letztlich doch nicht gebrochen und somit keine Polizeieinsätze nötig wurden, womit zumindest das Minimalziel erreicht und die ganze Schutzmaßnahme schließlich Ende Mai abgeschlossen werden konnte.

Wie sehr bei diesem Notfalleinsatz verschiedene psychosoziale bis therapeutische Interventionsebenen ineinandergriffen, lässt sich an einer (aus Datenschutzgründen verfremdeten) Falldarstellung aufzeigen. Die in mehrfacher Hinsicht vulnerable, alleinerziehende Mutter mit vier Kindern befand sich bereits seit Mitte 2017 in unserer psycho(trauma)therapeutischen Behandlung und hatte zusätzlich noch einen Familienhelfer. Ihr letztes Kind war nur wenige Wochen vor dem fraglichen Zeitraum geboren worden, und gleich nach der Entbindung musste sie wegen einer schweren körperlichen Erkrankung für zwei Wochen auf die Intensivstation. Nur zwei Tage nach der Entlassung in die eigene Wohnung wurde sie schließlich in die betreffende Quarantäne-Einrichtung eingewiesen, da ihr ältester Sohn sich als einziges Familienmitglied mit Covid-19 infiziert hatte. Ihr sei gesagt worden, dass sie diese Unterkunft nicht mehr verlassen dürfe, bevor sich nicht die ganze Familie angesteckt habe – gleichzeitig habe man aber Schutzmasken tragen müssen! Die Psychotherapie musste unter diesen Umständen ausgesetzt werden, und unser psychosozialer Gesundheitsberater wurde beauftragt, sich außer der beschriebenen allgemeinen Mediation in besonderer Weise um diese damals hochvulnerable Klientin zu kümmern, die durch die Quarantäne zusätzlich in eine seelische

Krise gestürzt wurde. Gegenwärtig befindet sie sich noch in psychosomatischer Nachsorge bei unserer Allgemeinärztin.

Wenn bei der geschilderten psychosozialen Krisenintervention ein Polizeieinsatz gerade noch vermieden werden konnte, so war es dafür bei unserer vierten Krisenberatung Ende Juli 2020 in einer südlich von Berlin gelegenen Flüchtlingsunterkunft bereits zu spät: Schon am Vortag war eine Polizeipräsenz erforderlich geworden, um eine Gruppe von jungen, diesmal hauptsächlich afrikanischen Männern am Durchbrechen einer Quarantäne-Maßnahme zu hindern; auch das Brandenburger Fernsehen hatte über die Ereignisse berichtet. Die C-KBT-Koordinatorin, die zu diesem Zeitpunkt bereits beim Fachzentrum für Soziale Arbeit in den Bereichen Migration und Integration angesiedelt war, fragte vormittags mit höchster Dringlichkeit bei unserem arabisch-sprachigen psychosozialen Gesundheitsberater Lafi Khalil an, ob er sich nicht vielleicht umgehend vor Ort begeben könne, um möglichst deeskalierend auf die höchst angespannte Situation einzuwirken. Die leitende Ärztin war an jenem Tage verhindert, sodass Khalil, nachdem er sich zuvor noch in aller Eile eine Schutzausrüstung besorgt hatte, sich der Sache alleine annehmen musste.

Am Einsatzort angekommen, berichtete ihm die Heimleiterin, dass die Quarantäne am Vortag auf amtsärztliche Anweisung hin zum zweiten Mal um zwei Wochen habe verlängert werden müssen, und dies kurz vor dem Ramadan-Fest, wo viele der über dreißig Betroffenen sich bereits auf Besuche bei Verwandten und Freunden eingestellt hatten. In der Folge sei es dann zu heftigen Auseinandersetzungen gekommen: Türen seien zertrümmert und Gegenstände aus den Fenstern geworfen worden, mit sachlichen Erläuterungen habe man die Betroffenen nicht mehr erreichen können. Nachdem es der Security nicht gelungen war, die Lage unter Kontrolle zu bringen, habe man schließlich die Polizei gerufen, die daraufhin das eingezäunte Quarantäne-Haus – das Heim besteht aus zwei verschiedenen Häusern – überwachte und die Bewohner mit Lautsprechern darauf hinwies, dass es sich um eine Straftat im Sinne des Infektionsschutzgesetzes handele, wenn sie über den Zaun stiegen und das Gelände verließen. Auch am heutigen Tag, so fuhr die Heimleiterin mit ihrem Bericht fort, seien die Randalierer keineswegs ansprechbar und schrien jeden, der sich ihnen nähert, nur an. Die Polizei war zu diesem Zeitpunkt mit drei Einsatzwagen präsent, während die Security sich aufgeregt um eine Vermittlung zwischen den Heimbewohnern und der Heimleitung bemühte.

Unter diesen schwierigen Umständen gelang es Khalil mit seiner ruhigen und zugewandten Art, mit den Protestierenden ins Gespräch zu kommen und sich geduldig deren Sicht der Dinge anzuhören, die hauptsächlich in dem Unverständnis und der Empörung darüber bestand, nun schon seit Wochen festgehalten zu werden, obwohl sie nicht positiv getestet worden waren. Darauf erläuterte der psychosoziale Gesundheitsberater in Deutsch, Englisch und Arabisch, dass es sich bei der Quarantäne um eine amtsärztlich angeordnete Schutzmaßnahme handele, bei der dem Heimpersonal lediglich eine umsetzende Funktion zukommt, zu der es allerdings rechtlich verpflichtet ist. Wenn mehrere Personen infiziert sind, so müsse bei den engen Wohnverhältnissen gleich das ganze Haus isoliert werden, damit das Virus nicht nach außen getragen wird, und die Quarantäne verlängere sich automatisch, solange sich

noch infizierte Personen unter den HeimbewohnerInnen befinden. Diese Erklärung stieß bei den etwa zehn jungen Männern auf zunächst widerwillige, dann aber immer offenere Resonanz, und sie nutzten schließlich die Gelegenheit, um aus ihrer Sicht auf Misstände im Heim aufmerksam zu machen, die eine effektive Einhaltung der Corona-Regeln erschwerten bis unmöglich machten: Wenn zwei oder drei Personen in einem Zimmer untergebracht sind, könne der Mindestabstand nicht eingehalten werden; die Gemeinschaftsküche befinde sich meistens in einem unhygienischen Zustand und trage zur Verbreitung des Virus bei; außerdem seien im Heim nicht genügend Seifenspender und Desinfektionsmittel vorhanden. Khalil versicherte, diese durchweg nachvollziehbaren Hinweise an die Heimleitung weiterzugeben und eine einvernehmliche Problemlösung anzuregen. Bei seinem Rückweg ins Dienstgebäude sprach er noch weitere Grüppchen von HeimbewohnerInnen an, klärte sie über die Pandemie-Lage auf und gab insbesondere Hinweise, wie unter diesen gesundheitlich schwierigen Bedingungen am besten mit den Kindern umzugehen sei.

Beim abschließenden Gespräch bestätigte die Heimleiterin, dass derzeit kein externer Putzdienst engagiert sei und man stattdessen auf die Eigenaktivität der HeimbewohnerInnen setze. Dies müsse dann aber in geeigneter Form angeleitet und organisiert werden, erwiderte unser Gesundheitsberater und gelernter Sozialarbeiter, da sich sonst niemand dafür verantwortlich fühle – ein Hinweis, der ebenso wie die Rückmeldung vonseiten der Protestierenden konstruktiv aufgenommen wurde. Am Ende verabschiedete man sich freundlich, die jungen Männer hatten ihren angestauten Frust loswerden können, die ganze Atmosphäre hatte sich merklich entspannt, und es befanden sich keine Personen mehr am Quarantäne-Zaun. Die Heimleiterin bedankte sich später bei der C-KBT-Koordinatorin für den Einsatz und äußerte sich positiv über dessen deeskalierende Wirkung, und auch ein junger Heimbewohner, der Khalils Ausführungen ins Persische übersetzt hatte, berichtete im Nachgang, dass die Lage sich nach der Intervention spürbar beruhigt habe und die Polizeikräfte alsbald abgezogen seien.

3. Phase: präventive Corona-Aufklärung (August bis Dezember 2020)

Nachdem die erste Ansteckungswelle einigermaßen überstanden war, ging es ab Sommer 2020 darum, eine drohende zweite Welle im Herbst, wenn die Infektionsgefahr wegen des vermehrten Aufenthalts in Innenräumen wieder größer werden würde, möglichst zu verhindern oder wenigstens niedrig zu halten. Von daher ging die anfängliche Notfallphase des Corona-Krisenberatungsteams allmählich in eine Phase allgemeiner präventiver Aufklärung zur Pandemielage über. Ein typischer Einsatz des C-KBT in dieser Präventionsphase sah folgendermaßen aus: Die Gemeinschaftsunterkünfte hatten über wöchentliche Telefonkonferenzen des Sozialministeriums mit den Landkreisen sowie einen Email-Verteiler über das Angebot erfahren und fragten bei der Koordinatorin wegen Einsatzterminen an. Diese leitete die Anfrage an die ärztliche Leiterin, den Gemeindedolmetschdienst und die psychosozialen Projektträger weiter, um zu klären, wer von den BeraterInnen an dem Einsatz teilnehmen könne. Bei

Inter Homines hatte sich derweil eine Stammbesetzung für das C-KBT herausgebildet: der schon erwähnte arabisch- und englisch-sprachige Berater Lafi Khalil sowie eine Kollegin für Persisch, Englisch und Französisch. Die Ärztin traf in der Regel etwas früher am Einsatzort ein, um die Maßnahme vorzubereiten, die psychosozialen BeraterInnen von Albatros und Inter Homines kamen etwas später hinzu, auch um Organisatorisches mit der Heimleitung zu besprechen. Es folgte meistens eine circa zwanzigminütige ärztliche Aufklärung der Geflüchteten über die Corona-Schutzmaßnahmen, gefolgt von Nachfragen und Diskussionen, die indes öfters auch dafür genutzt wurden, um Beschwerden über den Flüchtlingsstatus oder gewisse Unzufriedenheiten mit der Unterbringungssituation zum Ausdruck zu bringen. Am Ende der Veranstaltung fand in der Regel noch ein Auswertungsgespräch mit den HeimleiterInnen statt, verbunden mit dem Hinweis, dass im Bedarfsfall vertiefende psychosoziale Beratungsgespräche oder auch Psychotherapien durchgeführt werden könnten.

Da die Informationsvermittlung vor Ort einer im wesentlichen gleichbleibenden Routine folgte, stellte sich uns in dieser Phase die Frage, ob das Format durch den zusätzlichen Einsatz von digitalen Medien nicht noch effizienter gestaltet werden könne. In unserer Einrichtung bewährt hatte sich ein selbsterstelltes Metadeutschkurs-Video, in dem zehn Empfehlungen gegeben werden, wie Geflüchtete sich selber effektiv Deutsch beibringen können. So entstand die Idee, ein ähnliches YouTube-Video zur Corona-Aufklärung zu erstellen, erstens, um die Einsätze damit effektiver vor- und nachbereiten zu können, und zweitens, um die relevanten Informationen gleich flächendeckend zur Verfügung zu stellen. Das Resultat war ein zwanzigminütiges Video mit ärztlichen sowie ein zehnminütiges Video mit psychosozialen Hinweisen in verschiedenen Sprachen. Letzteres beruhte auf zehn Empfehlungen, die Stephan Mühlig, Professor für Psychotherapie an der Technischen Universität Chemnitz, für die Allgemeinbevölkerung zusammengestellt hatte, um Lockdown und Quarantäne gesundheitlich möglichst unbeschadet zu überstehen.⁴ Diese allgemeinen psychopragmatischen Hinweise schnitten wir auf die besondere Situation von Geflüchteten zu und betonten etwa das selbständige Deutschlernen, Möglichkeiten der Konfliktreduktion im Wohnheim sowie spezielle psychosozial-therapeutische Hilfsangebote.⁵ Während das ärztliche Video vom Sommer 2020 mittlerweile veraltet ist, ist das psychosoziale Video für Lockdown- und Quarantäne-Situationen nach wie vor nützlich und kann darüber hinaus auch auf die allgemein belastende Wohnsituation in Flüchtlingsunterkünften, wie sie oben schon beschrieben wurde, angewendet werden. Insgesamt war die Resonanz auf die – mit einigem Aufwand erstellten – Videos, auf welche die Koordinatorin als zusätzliche Informationsquelle stets hingewiesen hatte, jedoch nicht zufriedenstellend: Die allgemeine Informationsflut zu Corona, ständig neue und unübersichtliche Pandemie-Regelungen sowie teils schlechte Internet-Verbindungen in der Region führten dazu, dass die Abrufzahlen der Videos sich in überschaubaren Grenzen hielten.

Die allgemein festzustellenden Unterschiede zwischen dem medizinischen und dem psychosozialen Diskurs traten im Laufe der Monate auch im Corona-Krisenberatungsteam hervor:

4 www.tu-chemnitz.de/tu/pressestelle/aktuell/10055.

5 „Geflüchtete in der Coronakrise: psychosoziale Hinweise“ (YT).

Während der ärztliche Kommunikationsstil mit seiner in der Regel knappen Zeittaktung auf eine pragmatische Heilbehandlung bei hierarchischem Arzt-Patient-Verhältnis ausgerichtet ist, setzt die psychosoziale Kommunikation eher auf Empathie, egalitäre Interaktion und Empowerment. So erfüllte die ärztliche Ansprache im betreffenden Krisenkontext zwar eine unverzichtbare autoritative und informationsvermittelnde Funktion, die unter Umständen aber auch Reaktanzen hervorrufen konnte, wie etwa: „Das haben wir alles schon mehrmals gehört und wollen es nicht schon wieder verordnet bekommen! Wir setzen es ja auch um, so gut wir können, allerdings sind dem im Heim deutliche Grenzen gesetzt! Viel wichtiger für uns ist, einmal unsere allgemeinen Probleme zur Sprache bringen zu können, etwa dass es hier im Heim oftmals laut, unhygienisch und konfliktreich ist und wir schon seit Monaten und Jahren auf eine Entscheidung über unseren Aufenthalt warten!“ Vor diesem Hintergrund bekam der psychosoziale Anteil im Corona-Krisenberatungsteam zunehmend mehr Gewicht, das heißt, während die Arbeit der BeraterInnen anfangs noch überwiegend sprachmittelnd und assistierend war, ging sie im Laufe der Monate immer mehr zu einer eigenständigen Beratung in kleineren Gruppen über, wo dann zum Teil nicht mehr in erster Linie über die Corona-Regeln gesprochen wurde, sondern über allgemeine flüchtlingsrelevante Themen.

Bei all dem war die größte Herausforderung für das Corona-Krisenberatungsteam – das berichten sowohl die C-KBT-Koordinatorin als auch unsere Berater – der psychosoziale Umgang mit Gerüchten, (gezielten) Fehlinformationen und Verschwörungstheorien, wie etwa, dass das Virus eigentlich harmlos sei und die Pandemie dazu erfunden worden wäre, um Randgruppen wie Flüchtlinge zu unterdrücken; dass Quarantäne-Maßnahmen nicht dem Gesundheitsschutz, sondern zur Schikane und Überwachung dienten; dass der Lockdown zum Ziel habe, die Wirtschaft zu ruinieren, damit die weltweiten Verschwörer sich bereichern könnten und dergleichen mehr. Indessen muss die Anfälligkeit für Konspirationsnarrative bei Geflüchteten ins rechte Verhältnis zu deren Vorkommen in der Allgemeinbevölkerung gesetzt werden. So sagte etwa der Verschwörungstheorien-Forscher Michael Butter: „[...] Mehr als die Hälfte aller Amerikaner [glaubt an] mindestens eine Verschwörungstheorie, und auch ein signifikanter Teil der deutschen Bevölkerung [glaubt] an verschiedene Verschwörungstheorien. Da kann man nicht einfach sagen, die sind alle irre, sondern da muss man [fragen]: Was ist das, und warum tun die Leute das?“⁶ Aufgrund oben erwähnter psychosozialer Belastungen scheint die Anfälligkeit für konspirativ-paranoide Weltdeutungen bei Geflüchteten indes noch größer zu sein als schon in der Allgemeinbevölkerung. Die Betreffenden sind dann rationalen Argumenten erfahrungsgemäß nicht mehr ohne weiteres zugänglich, wohl aber einer persönlichen, verständnisvollen und vertrauenswürdigen Anrede. Demgemäß bemühte sich das C-KBT darum, bei seinen Einsätzen die pandemische Lage in aller Ruhe, Geduld und Sachlichkeit zu erläutern – und dies auch mit einigem Erfolg, wie der nachfolgende Erfahrungsbericht eines algerischen Geflüchteten verdeutlicht.⁷

„Freitag, 26.06.20. Die Angst wurde immer größer. Obwohl ich nicht gut geschlafen hatte, stand ich früh auf und ging gleich nach draußen. Vor dem Haus stand eine Ärztin, die mit

6 „9. Politikstunde: Warum gibt es gerade so viel Verschwörungstheorien?“ (YT, 5:17 min).

7 Sprachlich geglättete Version. Original auf www.inter-homines.org/KBT-Erfahrungsbericht-lmekraz.pdf.

dem Brandenburger Sozialministerium zusammenarbeitet. Sie sprach ruhig und deutlich mit uns auf Deutsch und Englisch. Sie hatte einen Redestil wie eine Psychologin und erklärte uns geduldig die Situation, um uns auf die eventuelle Quarantäne-Maßnahme vorzubereiten. Es handelte sich um eine Art moralische Lektion, was so auch bei mir ankam. Denn ich hatte in diesem Moment ein ganz seltsames Gefühl, wie das Ende der Welt, ‚Apocalypse Now‘ oder ‚Die Pest‘ von Albert Camus. Mein Blutdruck und mein Adrenalinpiegel waren erhöht. Ich befürchtete, dass die Quarantäne automatisch verlängert werden würde und meine Mitbewohner vielleicht die Geduld verlieren könnten. Und das wäre dann wirklich eine Katastrophe! [...] Die Ärztin sprach mit uns allen, den ganzen Tag lang musste sie stehen und viel reden. Ehrlich gesagt, hat sie mir ein bisschen Leid getan, wiewohl wir in dieser Krise ja alle miserabel dran waren. Sie wollte uns aufrichtig helfen, diese schwierige Situation zu verstehen. [...] Schließlich ließ die Ärztin uns am Abend mitteilen, dass sie die Testergebnisse nun erhalten habe und alle negativ ausgefallen seien! Darauf schrien alle laut durcheinander, es war ein ganz besonderes Gefühl, wie beim Abitur-Zeugnis oder nach einer anderen bestandenen Prüfung! Ich selbst hatte Tränen in den Augen, denn eine Corona-Infektion im Heim – das hätte das Ende meiner Zukunft bedeutet!“

4. Phase: Impfaufklärung (Januar bis Oktober 2021)

Im Herbst 2020 kamen die ersten Corona-Impfstoffe auf den Markt, die in über einhundert Laboren weltweit unter Hochdruck entwickelt worden waren und bei denen aufgrund des enormen gesundheitlichen, politischen und ökonomischen Handlungsdrucks die üblichen mehrjährigen Prüfverfahren zur Zulassung erheblich verkürzt wurden. Während die gesellschaftliche Mehrheit diesen Vakzinen mit der großen Hoffnung entgegensah, durch die allgemeine Impfung der Pandemie endlich entkommen und zum altgewohnten Leben zurückkehren zu können, riefen sie bei einer beachtlichen Minderheit Skepsis, Misstrauen und Furcht hervor, und die oben beschriebene Neigung zu verschwörungstheoretischen Vorstellungen und Gerüchten – besonders auch bei Geflüchteten – wurde dadurch noch einmal spürbar verstärkt.

Außer den rational nachvollziehbaren Einwänden gegen die nicht hinreichend geprüften Impfstoffe – „Wir sind zurzeit alle Versuchskaninchen!“, wie eine Person bei der Impfaufklärung einmal ehrlicherweise sagte – können aus psychologischer Sicht starke Unsicherheiten bis archaische Ängste hervorgerufen werden, wenn ein Präparat in den Körper injiziert werden soll, von dem nicht genau erforscht ist, welche (dauerhaften) Veränderungen es unter Umständen bewirken könnte. So verbreiteten sich alsbald hartnäckige Gerüchte, die Impfung würde zu Vergiftung, Unfruchtbarkeit, schwerer Krankheit oder gar zum Tod führen. Auch psychotische Ängste können sich konspirationsideologisch verselbständigen und über offizielle oder soziale – sehr häufig ausländische – Medien verstärkt und verbreitet werden. So sah sich das Corona-Krisenberatungsteam bei der Impfaufklärung mit dem beharrlichen Phantasma konfrontiert, mit dem Vakzin werde ein Computerchip zwischen Daumen und Zeigefinger

implantiert, durch den die betroffene Person manipuliert und beeinträchtigt werden könne – eine Befürchtung, wie sie auch von paranoiden Wahnvorstellungen her bekannt ist.

Das C-KBT ging mit diesen neuen Herausforderungen in der schon aus der dritten Aktionsphase bewährten Weise um, die epidemiologischen Zusammenhänge ruhig, einfühlsam und geduldig zu erläutern, wobei regelmäßig ein Teil der Vorbereitungszeit dafür verwendet wurde, sich über die aktuellen Meldungen des Gesundheitsministeriums, des Robert-Koch-Instituts oder aus allgemeinen Qualitätsmedien zu informieren, um eventueller Skepsis sachgerecht begegnen zu können. Eine generelle Stärke des Beratungsteams kam hierbei in besonderer Weise zum Tragen: seine muttersprachliche Kompetenz. Wie oben schon ausgeführt, ist eine gewisse Verunsicherung und Skepsis gegenüber gesellschaftlichen Strukturen bei Geflüchteten stärker ausgeprägt als in der Mehrheitsbevölkerung, wozu die fremde Kultur und Sprache natürlich das Ihrige beitragen. Muttersprachliche psychosoziale GesundheitsberaterInnen können hier eine wichtige Brückenfunktion zur Aufnahmegesellschaft erfüllen, indem sie die Betroffenen in kultursensitiver Weise dort abholen, wo sie mit ihren Sorgen und Nöten gerade stehen, und sie zugleich mit den administrativen und sonstigen Gepflogenheiten des Aufnahmelandes vertraut machen. Gleichzeitig dienen die BeraterInnen dabei insofern als Rollenmodell, als an ihnen erkennbar wird, wie gelungene sprachliche und gesellschaftliche Integration in Deutschland aussehen kann. Konkret auf die Impfung bezogen, wurde unser psychosozialer Gesundheitsberater der Priorisierungsgruppe zwei zugeordnet und somit relativ früh geimpft, wobei er sich auch fotografieren ließ. Dieses Foto zeigte Khalil dann bei den Beratungseinsätzen und konnte so an der eigenen Person demonstrieren, dass man die Impfung durchaus unbeschadet überstehen kann. Er selbst schätzt, dass bis zur Hälfte der ImpfskeptikerInnen, mit denen er persönlich ins Gespräch kam, sich dadurch von den persönlichen wie auch gesellschaftlichen gesundheitlichen Vorzügen der Impfung überzeugen ließ.

Bei seinem Impfberatungseinsatz in Werder an der Havel im Juni 2021 wurde Lafi Khalil von Ralf Pauli, einem Journalisten von der Berliner „tageszeitung“ (taz), begleitet. Kritischer Hintergrund war „der Verdacht [...], dass der Staat die Fürsorge für seine Schutzsuchenden hintenanstellt“⁸. Schließlich würden Geflüchtete in den Gemeinschaftsunterkünften schon seit Februar zur bundesweit verordneten Impf-Priorisierungsgruppe zwei gehören, da die Ansteckungsgefahr in den Sammelunterkünften erwiesenermaßen hoch ist. Demgegenüber zeigte eine Umfrage der taz unter den zuständigen Landesministerien, dass seinerzeit nur sechs Bundesländer in den Flüchtlingsunterkünften eine Impfquote von mindestens 50 Prozent vorweisen konnten. Was speziell Brandenburg betrifft, ging das MSGIV aufgrund der Rückmeldung aus den Landkreisen von mindestens 39 % aus, allerdings ungeachtet gewisser Unbekannten, wie zum Beispiel Genesenen, hausärztlich Geimpften, Schwangeren oder Stillenden: „Wahrscheinlich ist [... die Impfquote daher doch ...] um einiges höher, als wir denken“.⁹

8 www.taz.de/Impfskepsis-bei-Gefluechteten/!5777988/.

9 Ebd.

Mit Blick auf die Beratungspraxis zur Erhöhung der Impfbereitschaft ergaben Paulis Recherchen ein ähnliches Bild wie das oben geschilderte. So betonte auch Olaf Jansen, Leiter der Zentralen Ausländerbehörde in Brandenburg und somit verantwortlich für die Erstaufnahmeeinrichtungen des Landes, dass der Impferfolg sich nur dann einstelle, wenn die betreffenden Menschen Vertrauen zu einem fassen könnten. Demgemäß bemühten sich seine Mitarbeitenden darum, landsmännische MentorInnen zu gewinnen, die auf die jeweiligen Gemeinschaften den gewünschten Einfluss ausüben können. Bei Geflüchteten aus dem Kaukasus beobachtete der Behördenleiter ein besonders ausgeprägtes Misstrauen gegenüber dem Staat, was so auch unserer Erfahrung entspricht, wie schon aus dem Erfahrungsbericht aus der ersten Beratungsphase hervorging. Insgesamt aber habe sich die Impfbereitschaft durch das Mentorenkonzept auf über 70 % erhöht. Auch das oben angesprochene „Lernen am Modell“ wurde in den Erstaufnahmeeinrichtungen praktiziert: Geflüchtete, Wachschutz und Mitarbeitende ließen sich gemeinsam impfen. „Wenn die [skeptischen Geflüchteten dann] sehen, dass sich auch alle anderen mit dem gleichen Stoff impfen lassen, haben wir gewonnen“, sagte Jansen.¹⁰

Ralf Paulis Reportage zeichnete insgesamt ein recht ambivalentes Bild von der damaligen Situation: Der Bund und die Länder täten zwar einiges, um die Impfquote bei geflüchteten Menschen zu erhöhen, jedoch gebe es auch Anzeichen, die auf eine gewisse Vernachlässigung dieser vulnerablen Gruppe schließen ließen; bei den Flüchtlingen selbst bestehe durchaus einige Impfbereitschaft, die zudem durch vertrauensstiftende Maßnahmen erhöht werden könne, auf der anderen Seite bestehe teils aber auch ein erhebliches Misstrauen gegenüber dem Staat und seinen gesundheitspolitischen Maßnahmen; und die psychosozialen Bemühungen zur Steigerung des Impferfolges fruchteten zwar bei einem gewissen Anteil der Betroffenen, aber längst nicht bei allen, wie der Journalist mit einer abschließenden Falldarstellung illustriert: „Tatjana Illjenko schreibt eine Woche nach dem taz-Besuch eine SMS. Sie bittet, ihren wirklichen Namen nicht zu verwenden. Die Frage, ob sie sich eine Impfung mittlerweile vorstellen könne, lässt sie unbeantwortet.“¹¹

5. Phase und Ausblick: Impfbegleitung (September 2021 bis Gegenwart)

Nach der Aufklärung über die neuen Impfstoffe im Frühjahr 2021 und einer anschließenden Sommerpause begleitete das Corona-Krisenberatungsteam ab dem Spätsommer auch die amtsärztlichen Impfteams aus den Landkreisen beziehungsweise vom Deutschen Roten Kreuz bei ihren routinemäßigen Einsätzen in den Gemeinschaftsunterkünften. Dies wurde erforderlich, da bei den Geflüchteten auch während der Impfdurchführung skeptische Fragen auftauchten, wie etwa, welches Vakzin zu bevorzugen sei, wie lange der Impfschutz anhalte, nach welchem zeitlichen Abstand eine Boosterung sinnvoll sei, ob man sich auch bei schwerer Krankheit impfen lassen solle und anderes mehr. Die BeraterInnen fungierten in dieser Phase wieder verstärkt als assistierende Sprach- und Kulturmittler, da die Hauptaufgabe des

¹⁰ Ebd.

¹¹ Ebd.

Impfens kompetenzhalber von den ÄrztInnen übernommen wurde, die indes den direkten Kontakt zu den Geflüchteten nicht ohne weiteres herstellen konnten. Darüber hinaus leistete das C-KBT auch bei den zu erledigenden Formalitäten Hilfestellung.

Besonders aufschlussreich ist ein Impfbegleitungseinsatz im März 2022, mit dem zugleich auch die weitere Perspektive für das psychosoziale Krisenberatungsteam aufgezeigt werden kann, da er in einer Gemeinschaftsunterkunft in Nordbrandenburg stattfand, in der erst kurz davor eine sehr große Anzahl von Geflüchteten aus der Ukraine untergebracht worden waren. Etliche von ihnen waren noch nicht geimpft worden, sodass für diese Gruppe die allgemeine Impfaufklärung aus der vierten Phase einfach fortgesetzt werden konnte. Andere Personen hatten sich bereits impfen lassen, einige davon allerdings erst im Januar und mit einem chinesischen Impfstoff, sodass hier epidemiologische Fragen der Art auftauchten, ob so kurze Zeit danach eine erneute Impfung medizinisch sinnvoll und der Impfstoff aus China in Europa überhaupt zugelassen sei (was, wie sich bei einer Nachfrage an unsere Allgemeinärztin herausstellte, nicht der Fall ist). Am Ende ließen sich dann mehr als dreißig Menschen impfen.

Da die vielen Geflüchteten aus der Ukraine erst seit kurzer Zeit in Deutschland waren und sich die logistischen Routinen in der Sammelunterkunft erst noch herausbilden mussten, ging es bei diesem Impfeinsatz eher improvisiert zu. Um möglichst viele Menschen zu erreichen, ging das C-KBT auch außerhalb des Impfraums in einer größeren Cafeteria von Tisch zu Tisch und im Wohnheim von Zimmer zu Zimmer. Lafi Khalil berichtet hier von der kuriosen Situation, dass bei einer Bewohnerin eine zeitlang nicht klar gewesen war, welche Sprache sie eigentlich spreche, bis sich schließlich herausstellte: Arabisch! Aus Syrien war sie in die Ukraine geflohen und musste nun abermals fliehen, weil jetzt auch noch das Fluchtland überfallen wurde! Außer ihr gab es noch weitere Personen, die bereits aus anderen Ländern in die Ukraine geflohen waren. Bei aller Unübersichtlichkeit und logistischen Herausforderung herrschte bei dem Einsatz eine recht lockere und engagierte Arbeitsatmosphäre vor: Das DRK-Impfteam bestand aus einem Arzt und drei Assistenten, von denen einer sich hauptsächlich um die Formalitäten kümmerte, während das KBT-Team sich aus einer russisch-sprachigen Beraterin von Albatros und dem bewährten Inter Homines-Berater zusammensetzte. Beide Teams suchten den fachlichen Austausch miteinander und konnten sich von ihren Kompetenzen her sehr gut ergänzen, sodass nach achteinhalb-stündigem Einsatz rund einhundert-zwanzig Menschen teils zur Impfaufklärung, teils zur Impfdurchführung erreicht wurden.

Mit dem beschriebenen Impfeinsatz ist auch schon die Perspektive des Krisenberatungsteams aufgezeigt: Aufgrund der mittlerweile recht hohen „Durchimpfung und Durchseuchung“ der Bevölkerung scheint die Corona-Pandemie, jedenfalls so wie sie bisher bekannt war, ihrem Ende zuzugehen, beziehungsweise hat die Weltgesellschaft in den letzten zwei Jahren einigermaßen gelernt, wie sie mit dieser pandemischen Bedrohung umgehen kann (wobei natürlich zu hoffen ist, dass sich bis Herbst nicht wieder neue, gefährliche Virus-Mutationen entwickeln, die erneute tiefgreifende Schutzmaßnahmen erforderlich machen). Das C-KBT wurde daher in den letzten Monaten immer weniger von den Landkreisen angefordert, und dieser Trend wird sich voraussichtlich so fortsetzen. Dafür ist die Weltgesellschaft inner-

halb der täglich sich weiter zuspitzenden Klimakatastrophe gleich in den nächsten, in höchstem Maße bedrohlichen Ausnahmezustand hineingeschlittert, nämlich den Krieg in der Ukraine. Der russisch-ukrainische Krieg hat die größte Fluchtbewegung seit dem Zweiten Weltkrieg ausgelöst, und viele der Geflüchteten müssen nun auch im Land Brandenburg untergebracht und ein Teil davon psychosozial versorgt werden. Vor diesem Hintergrund ist das Corona-Krisenberatungsteam gegenwärtig dabei, sich in ein Ukraine-Krisenberatungsteam zu transformieren, mit gewissen Übergängen, wie sie oben beschrieben wurden. Denn die Erfahrungen der letzten Jahre in Brandenburg haben gezeigt, dass die Muttersprachliche psychosoziale Gesundheitsberatung auch über spezielle Krisenkontexte hinaus ein geeignetes Medium darstellt, um für seelisch belastete bis schwer traumatisierte Geflüchtete zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Strukturen zu übersetzen und zu vermitteln, teils auch im engeren Sinne zu medieren. Eine langfristige und bundesweite Implementierung solcher (muttersprachlichen) psychosozialen Krisenberatungsteams wäre daher sicherlich wünschenswert.