

**Projekt:****Peer<sup>1</sup>-gestützte Koordinierung von Behandlungen von Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen* im Landkreis Konstanz****Hintergrund:**

Unter Menschen mit psychischen Störungen existiert eine schwer betroffene Untergruppe mit *schweren psychischen Störungen*; darunter fallen Personen mit Schizophrenie, Schizoaffektiver Störung, Bipolarer Störung oder schweren Formen von Depression, Persönlichkeits-, Substanzkonsum- oder Traumafolgestörungen (Gühne et al., 2022). Ein häufiges Kennzeichen von *schweren psychischen Störungen* ist die fehlende Einsicht in die Erkrankung und Behandlungsbedürftigkeit und/oder die fehlende Fähigkeit und Bereitschaft, eine Behandlung wahrzunehmen.

Betroffene von *schweren psychischen Störungen* benötigen in der Regel eine komplexe Behandlung, die mehrere BehandlerInnen, oft aus mehreren Sektoren des Behandlungssystems, eine Abfolge verschiedener Behandlungsschritte und eine dauerhafte Anbindung an Einrichtungen des Gesundheitssystems (v.a. sozialpsychiatrische Institutionen, ErbringerInnen von Assistenzleistungen) erfordert. Zudem benötigen sie niedrigschwellige Behandlungs- und Betreuungskomponenten, wie Behandlung im häuslichen Setting (StäB), unterstützende Hausbesuche (z.B. Sozialpsychiatrische Dienste) oder Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen (Assistenzleistungen Wohnen, Arbeiten; gesetzliche Betreuungen). Vor allem aber benötigen sie ein überdauerndes Fallmanagement (Behandlungskoordinierung), das trotz fehlender Einsicht und Fähigkeit, Behandlungen selbständig wahrzunehmen, die indizierten Betreuungs- und Therapiemaßnahmen möglich macht (Gühne et al., 2019).

Die spezielle Herausforderung im deutschen Behandlungssystem ist jedoch, dass die hierbei benötigten Behandlungs- und Betreuungsangebote in der Regel von unterschiedlichen BehandlerInnen bzw. Institutionen (ambulant, stationär) erbracht und von verschiedenen Kostenträgern finanziert werden (SGB-V: Krankenkassen; SGB-IX: kommunale Kostenträger, Rentenversicherung). Es gibt zudem im deutschen Behandlungssystem keine kontinuierliche Behandlungskoordinierung, die zeitlich über verschiedene Behandlungs- und Betreuungsepisoden hinausgeht. Es besteht daher ein hohes Risiko, dass Betroffene von *schweren psychischen Störungen* an den Übergängen zwischen einzelnen Behandlungsepisoden und Schnittstellen des Behandlungssystems „verloren gehen“, was dadurch verstärkt wird, dass die Ressourcen in den meisten Versorgungseinrichtungen knapp sind. Eine Folge davon sind „Drehtürphänomene“ in der Akutpsychiatrie, d.h. betroffene PatientInnen ohne stabile Versorgung erleben häufig Krisen und werden immer wieder für kurze Zeit in der Akutpsychiatrie aufgenommen (z.B. von der Polizei gebracht). Zum anderen besteht bei PatientInnen mit unbehandelten *schweren psychischen Störungen*, v.a. wenn Substanzkonsum eine Rolle spielt, ein erhöhtes Risiko Straftaten zu begehen (Fazel et al., 2009).

---

<sup>1</sup> Das Englische Wort „peer“ wird ins Deutsche übersetzt als „gleich“; das Konzept „Peer Support“ wird als die Unterstützung definiert, die von Personen geleistet wird, die gleiche Erfahrungen gemacht oder unter ähnlich Umständen gelebt haben (BAfF, 2019).

## Notwendigkeit

Personen mit *schweren psychischen Störungen* aus der Gruppe der Menschen mit Fluchtgeschichte sind im besonderen Maße und mehr als Betroffene aus anderen Bevölkerungsgruppen von diesen systemischen Problemen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem betroffen:

- Das AsylbLG engt das zur Verfügung stehende Leistungsspektrum für Menschen mit Fluchtgeschichte ein.
- Der Anspruch auf Assistenzleistungen nach BTHG (SGB-IX) ist in vielen Fällen unklar oder nicht gegeben.
- Es bestehen eine Vielzahl von spezifischen Zugangsbarrieren: Fehlende deutsche Sprachkenntnisse, kulturelle Aspekte (psychische Erkrankungen sind Familiensache und nicht Sache des Staates), Erklärungsmodelle (übersinnliche Phänomene statt Erkrankungen), eine größere subjektive Angst vor Stigmatisierung durch psychische Störungen.
- Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen* leben oft ohne familiäre Strukturen in Deutschland; die Familie ist jedoch in unserem System bei Akzeptanz, Initiierung und Wahrnehmung von Behandlungsangeboten von zentraler Bedeutung.

Im Landkreis Konstanz lebten zum 1. Dezember 2024 insgesamt 11.387 geflüchtete Menschen. Basierend auf Schätzungen der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina sind 50% von Ihnen wegen erlittener Traumaerfahrungen von Traumafolgestörungen betroffen und 25% (die Hälfte der Betroffenen) braucht psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung (Elbert et al., 2018). Wir müssen davon ausgehen, dass es mehrere Hundert Personen aus der Gruppe der Menschen mit Fluchtgeschichte im Landkreis Konstanz gibt, die unter *schweren psychischen Störungen* leiden. Auch im Landkreis Konstanz existiert eine Überlastung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Regelversorgungssystems und damit eine Unterversorgung der Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen*. Dies deckt sich mit den Erfahrungen vieler Mitarbeitenden aus Flüchtlingssozialarbeit und Integrationsmanagement, dass Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen* nur schwer in die Regelbehandlungsstrukturen zu integrieren sind, d.h. die Initiierung und Aufrechterhaltung medizinisch notwendiger Behandlungen ist aus vielerlei Gründen erschwert. Dennoch wurden in der Vergangenheit im Zentrum für Psychiatrie (ZfP) Reichenau auch Menschen mit Fluchtgeschichte aufgenommen, viele mehrfach. Daten des ZfP Reichenau deuten zudem darauf hin, dass Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen* überproportional häufig in den forensischen Kliniken (Sondereinrichtungen für psychisch erkrankte Straftäterinnen und -täter) des Landes Baden-Württemberg untergebracht sind (Bulla et al., 2018).

## Projektziele

Ziele des vorgeschlagenen Projektes sind:

1. Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen* im Landkreis Konstanz erhalten eine kontinuierliche und adäquate Gesundheitsversorgung.

Teilziele:

- i. Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen* werden bei akutem Krankheitsgeschehen zeitnah in die stationäre psychiatrische Behandlung aufgenommen.

- ii. Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen* erhalten im ambulanten Setting Unterstützung von Gemeindepsychiatrischen Verbund und dem sozialpsychiatrischen Versorgungssystem im Landkreis Konstanz.
  - iii. Einrichtungen arbeiten sektorenübergreifend bei der Behandlung von Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen* zusammen.
2. Das Regelversorgungssystem im Landkreis Konstanz ist in der Lage, Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen* versorgen zu können.  
Teilziele:
  - i. Institutionen des Regelversorgungssystems erhalten vom Projekt praktische Unterstützung bei der Behandlung von einzelnen Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen*
  - ii. MitarbeiterInnen der Institutionen des Regelversorgungssystems sind theoretisch und praktisch auf die Arbeit mit Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen* vorbereitet.
3. Ein Modell für die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen* wird etabliert und zukünftige evaluative Forschungsarbeiten vorbereitet.

#### **Vorarbeiten:**

Das Integrationsprojekt der Universität Konstanz (<https://www.psychologie.uni-konstanz.de/mier/einrichtungen/integrationsprojekt/>) und des gemeinnützigen Vereins vivo international e.V. ([www.vivo.org](http://www.vivo.org)) hat seit 2017 eine neue Versorgungsstruktur für Menschen mit Fluchtgeschichte mit psychischen Störungen im Landkreis Konstanz aufgebaut. Diese Struktur fokussiert sich auf diejenigen Menschen mit Fluchtgeschichte mit psychischen Störungen, die selbständig und eigenmotiviert die Angebote des psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungssystems wahrnehmen können; Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen* können von diesem Projekt nicht ausreichend versorgt werden. Mit Projektmitteln wurden folgende Strukturen im Landkreis Konstanz aufgebaut:

- Eine zentrale Koordinierungsstelle wurde in den Räumen der Universität am ZfP Reichenau etabliert.
- Eine Gruppe von Menschen mit Fluchtgeschichte wurde zu GesundheitspatInnen qualifiziert, die im Projekt unter Supervision der Koordinierungsstelle psychisch belastete Menschen mit Fluchtgeschichte in die Versorgungsstrukturen begleiten.
- Ein Netzwerk von Psychotherapiepraxen und Ambulanzen wurde aufgebaut und bei der Behandlung der Menschen mit Fluchtgeschichte PatientInnen unterstützt.

Die bisherige Begleitforschung zeigte klar, dass dieses Versorgungsmodell auf verschiedenen Ebenen funktioniert (Bogatzki et al., 2023; Bogatzki et al., 2025). Die Nachfrage nach dieser Unterstützung übersteigt aber bei weitem die Kapazität des bisherigen Projektes, das gleichzeitig 40 bis 50 Menschen mit Fluchtgeschichte unterstützen kann. Aktuell existiert eine Warteliste von 38 Personen und eine Wartezeit von mindestens sechs Monaten, um die Projektmaßnahmen in Anspruch nehmen zu können.

In einer Zwischenauswertung der aktuell laufenden projektbegleitenden Forschung konnte mit 71 Menschen mit Fluchtgeschichte (Stand Februar 2025) gezeigt werden, dass sie mit dem o.g. Projektmaßnahmen schneller in die Regelversorgungsstrukturen integriert werden können als wenn diese Maßnahmen nicht zur Verfügung stehen: 71,4 Prozent der Menschen mit

Fluchtgeschichte, die Projektunterstützung erhielten, hatten nach sechs Monaten mind. einen Kontakt im psychotherapeutischen Regelversorgungssystem wahrgenommen im Vergleich zu nur 15,0 Prozent in der Warte-Kontrollgruppe (Lipinski et al., 2025).

In den letzten Jahren wurden in diesen Strukturen an einzelnen Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen* Erfahrungen gesammelt. Daraus konnte abgeleitet werden, dass das etablierte Projektvorgehen an folgenden Punkten weiterentwickelt werden muss, damit auch diese Gruppe von PatientInnen besser versorgt wird:

- Es braucht eine spezialisierte Koordinierungsstruktur, die auf die speziellen Bedürfnisse der PatientInnen und der Behandlungs- und Betreuungs-Institutionen besser ausgerichtet ist, v.a. ist es notwendig, dass die MitarbeiterInnen der Koordinierungsstelle die PatientInnen aufsuchen; ferner ist bei dieser PatientInnengruppe, die üblicherweise in akuten Zuständen angemeldet wird, eine schnelle Reaktion des Projektes erforderlich (Wartezeiten müssen minimiert werden).
- Es bedarf speziell qualifizierter GesundheitspatInnen, die für die aufsuchende Arbeit mit teilweise verhaltensauffälligen und schwer psychisch kranken Personen geschult sind, z.B. deeskalierender Umgang mit Aggression, Umgang mit wahnhaften und halluzinierenden Personen. Diese GesundheitspatInnen bedürfen vertiefte Kenntnisse des Versorgungssystems, da sie nicht nur mit Einrichtungen des SGB-V-Systems zusammenarbeiten müssen, sondern auch mit denen des SGB-IX-Systems (Sozialpsychiatrie, Assistenzleistungen, Rehabilitation).
- Ein Netzwerk von spezialisierten Einrichtungen des Gesundheitssystems muss aufgebaut werden, das mit der Versorgung von PatientInnen mit *schweren psychischen Störungen* betraut ist.

Aus diesen Erkenntnissen wurden bereits seit Ende 2024 vom Projekt drei Veranstaltungen durchgeführt, bei denen MitarbeiterInnen der Flüchtlingssozialarbeit und des Integrationsmanagements mit den MitarbeiterInnen aus den Bereichen Sozialpsychiatrie und Psychiatrie vernetzt wurden. In diesen Vernetzungstreffen konnte ein besseres Verständnis der Zuständigkeiten und der Arbeitsweise der jeweilig anderen Institutionen geschaffen werden. Hier entstand die Idee einer speziellen peer-gestützten Koordinierung der Versorgung von schwer psychisch kranken Menschen mit Fluchtgeschichte, die in dieses Projekt einfließt.

### **Geplante Projektaktivitäten**

Das vorgeschlagene Projekt zur koordinierten Komplexbehandlung soll von der Universität Konstanz in enger Kooperation mit dem ZfP Reichenau durchgeführt werden.

Grundsatz der Projektarbeit ist es, dass *keine neuen Versorgungsstrukturen* geschaffen werden, sondern dass *im bestehenden Versorgungssystem zusätzliche Komponenten* eingebaut werden, damit die bestehenden Strukturen effektiv arbeiten. Dabei gilt das *Effizienz-Prinzip*, d.h. dass die zusätzlichen Komponenten möglichst klein sein sollen. Damit dies gelingt, ist projektbegleitende Forschung notwendig, die im parallellaufenden AMIF-Projekt verortet ist.

Die Koordinierung der Behandlung von Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen* soll durch den Einsatz einer zusätzlichen integrierten Koordinierungskraft durchgeführt werden, die gleichzeitig in die Strukturen des ZfP Reichenau und in das bestehende Integrationsprojekt der Universität Konstanz und vivo international e.V. eingebunden

ist. Dabei sollen die Aufgaben, die im Rahmen der oft mehrjährigen Begleitungen von Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen* anfallen, zwischen den beiden Institutionen aufgeteilt werden. Die Projektmitarbeitende soll diese Aufteilung organisatorisch unterstützen.

Räumlich soll die *integrierte Koordinierungskraft* im ZfP Reichenau verortet sein, das die primäre Versorgungsstruktur ist und von wo aus weitere Versorgungsangebote organisiert werden. Die organisatorische Einbindung soll in die Klinik für Allgemeinpsychiatrie und in die Klinik für Sozialpsychiatrie realisiert werden, zu der auch StäB und große Teile der gemeindepsychiatrischen Strukturen im Landkreis Konstanz gehören. Die *integrierte Koordinierungskraft* nimmt an Abteilungs- und Teamsitzungen dieser Kliniken teil.

Gleichzeitig ist die *integrierte Koordinierungskraft* in das Integrationsprojektes der Universität integriert, dessen Zentrale in Haus 22 des ZfP Reichenau angesiedelt ist. Sie nimmt an Teamsitzungen der bestehenden Koordinierungsstelle teil und hat Zugang zu den Ressourcen des Projektes; sie kann so Einsätze der projekteigenen GesundheitspatInnen und SprachmittlerInnen initiieren und koordinieren.

Der modellhafte Ablauf einer Peer-gestützten koordinierten Behandlung von Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen* kann daher folgendermaßen ablaufen:

1. Die Kontaktaufnahme mit Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen* erfolgt üblicherweise auf eine der zwei folgenden Arten: a) Die *integrierte Koordinierungskraft* erfährt durch das ZfP (z.B. Teamsitzungen, Nachricht der Aufnahmeabteilung), wenn Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen* aufgenommen und behandelt werden. Sie nimmt in Absprache mit den behandelnden Teams direkt Kontakt zu den behandelten Menschen mit Fluchtgeschichte, unter Zuhilfenahme des klinikeigenen Sprachmittlungssystems auf. Bei Bedarf unternimmt sie in Absprache mit den PatientInnen, ihren Betreuungspersonen und den behandelnden Teams Schritte zur Anbindung an weiterbehandelnde Institutionen. b) Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen*, die in vorläufiger oder Anschluss-Unterbringung leben und nicht bereit oder fähig sind eine Klinikbehandlung wahrzunehmen, werden von kommunalen MitarbeiterInnen, FlüchtlingssozialarbeiterInnen oder IntegrationsmanagerInnen in der Koordinierungsstelle gemeldet. In Absprache mit allen Teams bereitet die *integrierte Koordinierungskraft* eine aufsuchende Kontaktaufnahme in der Unterkunft bzw. vor Ort vor, bei der die Ressourcen des Integrationsprojektes (z. B. Sprachmittlung) und der Klinik (z.B. Sozialpsychiatrischer Dienst) herangezogen werden.
2. Die Bedarfsermittlung erfolgt nach einem strukturierten Vorgehen und umfasst die diagnostische Abklärung, die Abschätzung von Eigen- und Fremdgefährdung, die Erfassung von Vorbehandlungen und die Erwartungen der betroffenen Person und falls vorhanden ihrer Betreuungspersonen. Die Bedarfsermittlung wird durch die *integrierte Koordinierungskraft* vorgenommen. Üblicherweise erfordert dies einen oder mehrere Kontakte. Dazu werden ggf. mehrere Fachpersonen aus Integrationsprojekt und Klinik konsultiert.
3. In Fällen mit ermitteltem Bedarf wird eine Behandlungs- und Betreuungsempfehlung erarbeitet. Je nach Schweregrad der Störungen und der Eigen- und Fremdgefährdung wird deren Umsetzung der freien Entscheidung der Betroffenen überlassen oder basierend auf den geltenden Gesetzen (PsychKHG oder BBG) auch gegen deren Willen umgesetzt. Beispielsweise kann bei bestehender Eigen- und Fremdgefährdung eine

Einweisung in die Klinik erfolgen und eine Unterbringung beantragt werden. Diese Entscheidungen werden in den beteiligten Teams diskutiert. Die *integrierte Koordinierungskraft* unterstützt diesen Prozess, der jedoch von den Einrichtungen des Regelversorgungssystems verantwortlich durchgeführt wird. Im Falle, dass bei einem attestierten Behandlungsbedarf keine Behandlungsmotivation besteht, soll die erklärende und motivationsfördernde Arbeit durch GesundheitspatInnen im Vordergrund der Projektmaßnahmen stehen und die psychiatrische Behandlung zum nächstmöglichen Zeitpunkt begonnen werden.

4. Der Einsatz von trainierten GesundheitspatInnen, d.h. kulturell und sprachlich passenden Personen, die selbst eine Flucht- oder Migrationsgeschichte haben, wird mit Beginn der Kontaktaufnahme in der Funktion eines Sprachmittlenden zentral sein. Die *integrierte Koordinierungskraft* plant den Einsatz der GesundheitspatInnen in Absprache mit allen beteiligten Teams. In vielen Fällen werden GesundheitspatInnen ab der Bedarfsermittlung eine erklärende und motivierende Funktion übernehmen und zusätzliche Kontakte ohne eine Fachperson anbieten. Häufig nutzen die GesundheitspatInnen elektronische Kommunikationsmittel, um mit den PatientInnen in Kontakt zu bleiben. So ist auch die Motivierung zur freiwilligen Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen bei der Umsetzung der ausgesprochenen Behandlungs- und Betreuungsempfehlung eine wichtige Aufgabe, sei es die Aufnahme in die Klinik oder die Weiterbehandlung nach Entlassung. Die GesundheitspatInnen begleiten PatientInnen in die behandelnden und betreuenden Einrichtungen, z.B. zu Terminen im Gemeindepsychiatrischen Zentrum. Bei der Anleitung und Supervision der GesundheitspatInnen übernimmt die *integrierte Koordinierungskraft* eine hauptverantwortliche Rolle.
5. Die Anbindung an Versorgungsangebote des Regelversorgungssystems wird von der *integrierten Koordinierungskraft* zusammen mit den anderen Berufsgruppen innerhalb des Kliniknetzwerkes und im Netzwerk mit anderen Institutionen vorgenommen. Die an dieser Stelle entstehenden Wartezeiten bis zur Aufnahme in die nachfolgenden Behandlungs- und Betreuungsangebote werden durch die Strukturen des Integrationsprojektes abgemildert: GesundheitspatInnen bleiben mit den PatientInnen in regelmäßigem Kontakt. Bei Krisen können die Fachpersonen des Integrationsprojektes Gespräche anbieten und mit den kooperierenden Institutionen in Kontakt treten, z.B. um eine notfallmäßige Klinikbehandlung einzuleiten. Die *integrierte Koordinierungskraft* unterstützt an dieser Stelle die Aufgaben der Koordinierungsstelle des Integrationsprojektes.
6. Die kontinuierliche Fallbegleitung wird initial durch die Strukturen des Integrationsprojektes, durch die GesundheitspatInnen und die Koordinierungsstellen-Fachkräfte, realisiert, die PatientInnen unabhängig von Behandlungs- und Betreuungsepisoden in einzelnen Institutionen begleiten. Nach ungefähr einem Jahr sollen Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen* so stark in die Strukturen der Regelversorgung, z.B. Gemeindepsychiatrische Zentren, Sozialpsychiatrische Dienste etc., eingebunden sein, dass sich die Koordinierungsstelle des Integrationsprojektes aus der Begleitung zurückziehen kann. GesundheitspatInnen und SprachmittlerInnen des Integrationsprojektes sind in Ausnahmefällen weiterhin für die Behandlung und Betreuung verfügbar, wenn sonst die Weiterbehandlung gefährdet ist. Der Übergang der Hauptverantwortung für die Begleitung von PatientInnen auf die Regelversorgungsstrukturen wird von der *integrierten Koordinierungskraft* koordiniert.

Weitere Aufgabenbereiche, an welchen die *integrierte Koordinierungskraft* mitarbeitet, sind:

- Schulung von GesundheitspatInnen und SprachmittlerInnen für den Einsatz im Projekt
- Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen für MitarbeiterInnen der Klinik und des Integrationsprojektes
- Auf der Ebene der Projektbegleitforschung trägt die Erfahrung mit dem Einsatz der integrierten Koordinierungskraft dazu bei, dass eine qualitative Beschreibung der Komponenten des Modells (integrierte Koordinierungskraft, Koordinierungsstelle, GesundheitspatInnen) und der Erfahrung damit angefertigt werden können. Diese Arbeit ist jedoch nicht Bestandteil der Aufgabe der vom Landkreis finanzierten Kraft. Dies soll die Basis sein für eine zukünftige Evaluierungsstudie, z.B. eine Randomisiert-Kontrollierte Studie mit einem manualisierten Interventionsansatz.

### **Mehrwert des Projektes**

Durch das Projekt wird auf folgenden Ebenen Mehrwert erzeugt:

- Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen* erhalten eine zielgerichtetere Behandlung, wodurch Rückfälle vermindert und die Integration in die Gesellschaft im Landkreis Konstanz erleichtert werden können.
- Institutionen des Regelversorgungssystems können durch eine bessere Behandlung von Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen* ressourcenfordernde Chronifizierungen verhindern und das „Drehtürphänomen“ vermeiden.
- Die Kommunen und das Amt für Migration und Integration haben durch das Projekt eine direkte Ansprechperson im Falle von Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen*.
- Für die Kommunen, das Amt für Migration und Integration, die Flüchtlingssozialarbeit und das Integrationsmanagement entsteht der Mehrwert durch die Vermeidung von belastenden Situationen in den Unterkünften und an Orten, wo Menschen mit Fluchtgeschichte mit *schweren psychischen Störungen* leben, und durch deren verbesserte Fähigkeit, sich gesellschaftlich zu integrieren und eigenständiger zu leben. Eventuell besteht auch ein Kosteneinsparpotenzial durch rechtzeitigere und weniger stationäre und dadurch über den Zeitverlauf weniger kostenintensive Behandlungsmaßnahmen.
- Die Gesellschaft profitiert von einem Versorgungssystem, das durch weniger Ungleichheit gekennzeichnet ist, und von einer Vermeidung von belastenden Situationen in der Öffentlichkeit, wenn schwer psychisch belastete Menschen mit Fluchtgeschichte effektiv in Versorgungsstrukturen integriert sind.

### **Literatur:**

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. Lotsinnen, Peers und Laienhelferinnen (2019). (Neue) Unterstützungskonzepte in der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten. Berlin: BAfF e.V. Available from: [https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2019/02/BAfF\\_Positionspapier\\_Laienhilfe\\_2019.pdf](https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2019/02/BAfF_Positionspapier_Laienhilfe_2019.pdf) (Accessed 12 March 2024).

Bogatzki, L., Miredin, J., Millet, S., Lipinski, L., Molle, M., Rockstroh, B., Mier, D. & Odenwald, M. (2023). Konstanzer Modellprojekt für psychisch belastete Menschen mit Fluchtgeschichte: Koordinierte Psychotherapeutische Behandlung unter Einbezug von Gesundheitspat\*innen (KOBEG). Der Nervenarzt, 94, 1016-1032. <https://doi.org/10.1007/s00115-023-01524-1>

- Bogatzki, L., Potter, F., Trauner, L. T., Mier, D., & Odenwald, M. (2025). "I know that I can help the person and that is priceless to me" - A qualitative study on tasks and experiences of peers in mental healthcare for refugees. *Frontiers in Public Health*, 13, 1525378. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1525378>
- Bulla J., Rzodeczko F., Querengässer J., Hoffmann K., Ross T. (2018). Migrants in unlimited detention according to section 63 of the German penal code: results from the German federal state of Baden- Württemberg. *Int. J. Law Psychiatry* 57 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.12.003>
- Elbert T., Grütters-Kieslich A., Rösler F., et al. (2018). Traumatisierte Flüchtlinge – schnelle Hilfe ist jetzt nötig. Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, Halle (Saale).
- Fazel S., Gulati G., Linsell L., Geddes J.R., Grann M. (2009) Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med* 6(8): e1000120. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120>
- Gühne, U., Weinmann, S., Riedel-Heller, S. & Becker, T. (2019). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58284-8>
- Gühne, U., Schulz, M., Nienaber, A., Rogge, S. & G. Riedel-Heller, S. (2022). Herausforderungen in der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen. In: K. Jacobs et al. (Hrsg.), *Pflege-Report 2022*, Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-65204-6\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-662-65204-6_9)
- Lipinski, L., Bogatzki, L., Grimm, M., Mier, D., Rockstroh, B. & Odenwald M. (2025). Evaluation des Versorgungsmodells Koordinierte Behandlung unter Einbezug von Gesundheitspat:innen (KOBEG) für psychisch belastete Menschen mit Fluchtgeschichte – Zwischenergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Studie im Landkreis Konstanz. Symposiumsvortrag. 33. Dgvt-Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung: „Who cares? – Psychotherapie und Beratung in der Verantwortung“, 19. – 22-03.2025, Berlin.

Universität Konstanz  
Dr. Odenwald