Zugang zum Menschenrecht auf Gesundheit -

Integration von psychisch belasteten Geflüchteten in die psychotherapeutische Regelversorgung

Dissertation zur Erlangung des

akademischen Grades eines Doktors der Naturwissenschaften

(Dr. rer. nat.)

vorgelegt von

Lea Charlotte Bogatzki

an der

Universität Konstanz

Mathematisch – Naturwissenschaftliche Sektion

Psychologie

Konstanz, 2025

Konstanzer Online-Publikations-System (KOPS)
URL: http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:352-2-goxjkhzivm4q1

Tag der mündlichen Prüfung: 04.04.2025

Vorsitzender: Prof. Dr. Wolfgang Gaissmaier

1. Referent: Dr. Michael Odenwald

2. Referent: Prof. Dr. Brigitte Rockstroh

“Behind these stark and rising numbers lie countless human tragedies”
Filippo Grandi

Für alle,
die eine gerechtere Gesundheitsversorgung verdienen
und für Elin Minou, die mir gezeigt hat wie wertvoll Leben ist

•

Inhaltsverzeichnis

Danksagung v

Zusammenfassung ix

Abstract xi

Abbildungsverzeichnis xiii

Tabellenverzeichnis xiii

Abkürzungsverzeichnis xv

1 Einleitung 1

1.1 Überblick 1

1.1.1 Definitionen und Begrifflichkeiten 1

1.1.2 Zahlen zu Geflüchteten 3

1.2 Psychische Gesundheit von Geflüchteten 5

1.2.1 Stressoren und psychische Belastung 5

1.2.2 Prävalenzen psychischer Störungen 6

1.3 Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten 8

1.3.1 Rechtliche Grundlagen zur Versorgung Geflüchteter in Deutschland 8

1.3.2 Psychotherapeutische Regelversorgung in Deutschland 9

1.3.3 Spezialisierte Versorgungszentren 11

1.3.4 Zugangsbarrieren zur Versorgung 13

1.4 Lösungsansätze 18

1.4.1 Stepped- und Collaborative-Care-Modelle (SCCM) 18

1.4.2 Arbeit mit Peers im Gesundheitswesen 20

1.4.3 Das Konstanzer Modellprojekt KOBEG 21

1.5 Ziel dieser Doktorarbeit 26

2 Studie I: „Konstanzer Modellprojekt für psychisch belastete Geflüchtete – Koordinierte psychotherapeutische Behandlung unter Einbezug von Gesundheitspat:innen (KOBEG)“ ... 27

2.1 Zusammenfassung 27

2.2 Abstract 28

2.3 Einleitung 29
2.3.1 Hinführung zum Thema 29
2.3.2 Hintergrund 29
2.3.3 Modellprojekt 30
2.3.4 Fragestellungen der Untersuchung 30
2.4 Methoden 30
2.4.1 Koordinierte psychotherapeutische Behandlung unter Einbezug von Gesundheitspat:innen (KOBEG) 30
2.4.2 Studienplan der Projektevaluierung 32
2.4.3 Stichprobe 33
2.4.4 Instrumente und Indizes 33
2.4.5 Statistische Auswertung 34
2.5 Ergebnisse 35
2.5.1 Notwendigkeit/Bedarf 35
2.5.2 Effektivität 35
2.6 Diskussion 38
2.6.1 Notwendigkeit 38
2.6.2 Effektivität 38
2.6.3 Wirksamkeit der therapeutischen Maßnahmen und Begleitung durch Gesundheitspat:innen 39
2.6.4 Limitationen 39
2.6.5 Implikationen und Ausblick 40
2.7 Fazit für Praxis 40
3 Studie II: "*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 41
3.1 Abstract 41
3.2 Introduction 42
3.3 Methods 46
3.3.1 Selection of methods and study design 46

3.3.2 Data Collection 46
3.3.3 Study sample 47
3.3.4 Qualitative Analysis 47
3.3.5 Quality Criteria 48
3.4 Results 49
3.4.1 Task areas 49
3.4.2 Positive and negative experiences 53
3.5 Discussion 56
3.5.1 Summary of results 56
3.5.2 Interpretation task areas 57
3.5.3 Interpretation negative and positive experiences 59
3.5.4 Limitations 60
3.6 Conclusion 61
4 Studie III: Successful trauma-focused psychotherapy of a refugee under unstable life conditions: a case report 63
4.1 Abstract 63
4.2 Background 64
4.3 Case Presentation 66
4.3.1 Patient information 66
4.3.2 Primary concerns and symptoms 66
4.3.3 Clinical findings 66
4.3.4 Therapeutic intervention 67
4.3.5 Outcome 71
4.3.6 Patient's perspective 71
4.4 Discussion 72
4.5 Conclusion 74
5 Diskussion 75
5.1 Zentrale Schlussfolgerungen 76
5.1.1 Koordinierte Behandlung unter Einbezug von PSWs ist machbar und effektiv 76

5.1.2 PSWs übernehmen zentrale Aufgaben im Zugang zur Versorgung 81
5.1.3 Positive Erfahrungen überwiegen und Belastungen sind bewältigbar 84
5.1.4 TF-Psychotherapie unter unsicheren Lebensumständen erfordert individuell angepasste Strategien 88
5.2 Limitationen 92
5.3 Implikationen 95
5.3.1 Implikationen für weitere Forschung 95
5.3.2 Implikationen für die klinische Praxis 97
5.3.3 Empfehlungen 103
5.3.4 Fazit 107
6 Informationen zu Studien dieser Doktorarbeit 109
6.1 Studie I: Konstanzer Modellprojekt KOBEG 109
6.2 Studie II: Qualitative Interview-Studie mit PSWs 110
6.3 Studie III: Fallbericht zur traumafokussierten Psychotherapie 111
7 Literaturverzeichnis 113
8 Anhang 141
8.1 Ergänzendes Material Studie I 141
8.1.1 Daten zu Abbildung 4 (A und B) 141
8.1.2 Qualitative Analyse zur Befragung der Psychotherapeut:innen 142
8.2 Ergänzendes Material Studie II 144
8.2.1 Code-Set 144
8.2.2 Interviews with PSWs: All quotes cited in the study 146
8.2.3 All Quotes used as anchor examples in the Code-Set 155
8.2.4 COREQ (Consolidated criteria Reporting Qualitative research) Checklist 158
8.3 Ergänzendes Material Studie III 160
8.3.1 CARE (Case Report) Checklist 160
9 Eidesstaatliche Erklärung 163

Danksagung

Genau wie der Erfolg einer Psychotherapie nicht losgelöst von ihrem Kontext zu verstehen ist, so kann auch diese Arbeit nicht ohne die Menschen vor hinter und neben den Kulissen betrachtet werden.

An erster Stelle möchte ich daher ganz herzlich meinem Doktorvater **Dr. Michael Odenwald** danken. Deine Expertise in der Verbindung von therapeutischer Praxis und klinisch-angewandter Forschung hat mich sehr bereichert und wird mich auf meinem zukünftigen Weg begleiten. Ich bin dankbar für vieles – insbesondere für die Flexibilität und die individuelle Förderung, die es mir ermöglicht haben, meine persönlichen Stärken im Rahmen des Projekts einzubringen und zu entfalten.
Bedanken möchte ich mich zudem bei **Prof. Dr. Daniela Mier** für ihr großes Vertrauen und den praktisch-anpassbaren Gestaltungsspielraum über all die Jahre. Für ihre sofortige Bereitschaft, das Modellprojekt am Lehrstuhl fortzuführen, ihre Begeisterung und ihren Einsatz dabei sowie ihre sehr motivierende Unterstützung meiner wissenschaftlichen Arbeiten.
Ein besonderer Dank gilt auch **Prof. Dr. Brigitte Rockstroh** für die kontinuierliche Unterstützung, den inspirierenden Austausch und das gemeinsame Engagement im Landkreis, beispielsweise beim kurzfristigen Aufbau der Ukraine-Beratung oder der Mitwirkung im „Arbeitskreis zur psychosozialen Beratung von Geflüchteten in Konstanz“.

Das Konstanzer Modellprojekt wäre nicht das, was es heute ist, ohne das gesamte Koordinationsteam im Hintergrund, das sich von einer „One-Woman-Show“ über die Jahre zu einem „Großteam“ entwickelte. Ein besonderer Dank gilt dabei **Anne Rusch**, der Verwaltungskönigin hinter Zahlen, Verträgen, Abrechnungen und Teilnehmer:innenlisten für Schulungen im Dschungel von EU-, NGO- und Uni-Förderungen. Danke für deine kontinuierliche Unterstützung von Stunde 0 bis heute.
Von ganzem Herzen möchte ich mich bei meinen engagierten Kolleg:innen **Leonie Lipinski** und **Marius Grimm** sowie den früheren Psychologinnen **Helena Bell, Karen Lindlar** und **Nicola Reit** bedanken. Die Arbeit mit einer stark belasteten Patient:innengruppe kann herausfordernd sein, insbesondere wenn neben den menschlichen Schicksalen organisatorische, strukturelle und politische Hindernisse den Weg versperren. Der Austausch mit euch und eure Motivation geben Kraft, Schritt für Schritt gemeinsam weiter zu gehen.
Ich danke der Studentin **Lu Trauner** für ihre Unterstützung bei der Transkription der qualitativen Interviews sowie der Studentin **Laura Nemati**, die mich und uns die letzten Monate aktiv und tatkräftig unterstützte.

Danke an alle **20 Gesundheitspat:innen** und die vielen zusätzlichen **Sprachmittler:innen** die mich im Laufe der letzten Jahre begleitet haben und das Projekt zu dem machen, was es ist: Ein lebendiges, aktiv gestaltendes Miteinander mit dem Ziel einer humanitären Versorgung für psychisch belastete Geflüchtete. Über euch hatte ich ständig die Welt zu Gast im kleinen Konstanz und vermutlich habe ich mit euch so viel gelernt wie auf kaum einer Reise ins ferne Ausland.

Ich danke all meinen Kolleg:innen der **Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie** für ihre Unterstützung und den wertvollen fachlichen Austausch. Ein besonderer Dank gilt dabei **Dr. Flurina Potter** – für das gemeinsame Dranbleiben, die Impulse und deine Expertise in qualitativer Forschung. Ich danke **Susanne Breinlinger** für gemeinsame Kongresse, Kaffee-Gespräche und den wichtigen Bezug zur klinischen Praxis, **Dr. Anna Becker** für ihren ärztlichen Rat als Psychiaterin des Vertrauens und **Dr. Anne Schawohl** für die unkomplizierte Zusammenarbeit mit der Hochschulambulanz.
Ein kollegialer Dank geht auch weit in den Norden zu **Dr. Lars Dumke**, den ich auf meinem ersten Kongress kennenlernen durfte und der mich durch seine Projekte inspiriert(e).

Zudem ein herzliches Danke an alle vivo's (vivo international e.V.), die mich durch ähnliche Forschung und Projekte motivieren, insbesondere **Prof. Dr. Anselm Crombach, Dr. Veronika Müller-Bamouh, Dr. Julia Miredin, Ann-Kathrin Pütz, Charlotte Salmen, Heike Riedke, Prof. Dr. Inga Schalinski, Dr. Johanna Sill, Dr. Katalin Dohrmann** und **Dr. Elisabeth Kaiser.**

Ich danke meinen „Psycho-Freundinnen" **Ursa Grau, Hannah Enslin, Victoria Zirpel und Mareike Keller:** Für euren differenzierten Blick durch geballte Expertise in systemischen, tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutisch orientierten Ansätzen. Für eure Bestärkung zum Engagement und die Ermutigung zur Abgrenzung. Ich danke **Tobias Biehl** für bereichernde Gespräche und lange Pendelfahrten an die Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie mitten in vollen Arbeitswochen. Ich danke meinen engen Freunden **Julius** und **Tamalone** für eure Begleitung über all die Jahre.
Ich danke den besten Mitbewohnern **Ismail Shoukry** und **Naila**, für kulinarische Reisen von Deutschland über Frankreich und Indien bis nach Ägypten, für bereichernde Diskussionen über das Konzept „Integration" sowie für musikalisches und tänzerisches Loslassen neben all der Arbeit.

Nun sind bereits zwei ganze Seiten mit Dankesworten gefüllt – doch wer mich kennt, weiß, was noch fehlt: Natürlich danke ich meiner Familie. Meinem **Papa**, Kollegen und Diskussionspartner – für deine interessierte und zugewandte Unterstützung, den fachlichen Austausch, deine Mammutexpertise, deinen lösungsorientierten Blick und die Motivation, dranzubleiben. Meiner **Mama** – für deine Begleitung in allen Schritten, die musikalischen und kulinarischen Highlights, deine beständige Positivität und das Vorleben von Mut in Zeiten zunehmender Krisen. Ich danke all meinen **4 Geschwistern** von Bayern über Berlin nach Amsterdam. **Meinem Bruder**, der mich erstmals auf die Thematik Flucht und Asyl aufmerksam machte, lange bevor ich 2015 in Wien zu „Train of Hope“ stieß. Meinen **drei Schwestern**, die trotz allem Kindertrubel immer für mich da sind. **Meinen 10 Neffen und Nichten**, die mich so manches Mal vom Laptop abhielten und mich im traditionellen Hütten-Wanderurlaub abschalten lassen, wie es kaum anderswo möglich ist.
Und ich danke meinem Partner **Luki.** Für Mut, Zeit und haitianischen Kaffee, für Fallenlassen und das Durchtragen im Endspurt. Für deine Energie und dein unbändiges und ansteckendes Engagement, diese Welt aktiv mitzugestalten.

Neben all diesen Menschen gilt ein großer Dank dem **Landkreis Konstanz** und dem **Landratsamt Konstanz**, den Städten **Konstanz, Singen** und **Radolfzell** sowie der **Stabstelle Konstanz International** mit all ihren Vertreter:innen für die vertrauensvolle Zusammenarbeit und die kontinuierliche Förderung unseres Projekts.

Abschließend möchte ich **allen Geflüchteten** danken, die bereit waren, sich auf unsere Fragebögen einzulassen, die uns vertraut haben und unserem Modellprojekt eine Chance geben. Insbesondere gilt mein Dank dabei **Frau Y**., die sich mutig bereit erklärte, ihre Therapie als Fallbericht zu veröffentlichen, mit dem gemeinsamen Ziel, die Versorgung psychisch belasteter Geflüchteter voranzubringen.

Zusammenfassung

Die Zahl der Geflüchteten war noch nie so hoch wie heute. Geflüchtete sind eine besonders belastete und vulnerable Gruppe im Hinblick auf psychische Störungen und stellen das gesundheitliche Versorgungssystem in Deutschland vor große Herausforderungen. Spezialisierte Versorgungszentren können den Bedarf nicht decken, die Regelversorgung ist nicht ausreichend vorbereitet, und es bestehen zahlreiche Barrieren im Zugang zur Versorgung. Um einen diskriminierungsfreieren Zugang zum Menschenrecht auf Gesundheit zu erreichen und strukturelle Barrieren im Versorgungssystem systematisch abzubauen, wurde seit 2017 das Konstanzer Modellprojekt „*Koordinierte Psychotherapeutische Behandlung unter Einbezug von Gesundheitspat:innen*“ (KOBEG) aufgebaut. Über eine zentrale Koordinationsstelle werden psychisch belastete Geflüchtete an lokale Psychotherapeut:innen im Landkreis vermittelt, während sprach- und kultursensitiv geschulte Gesundheitspat:innen (Peer Support Workers, PSWs) diese auf ihrem Weg in die Regelversorgung begleiten. Im Rahmen der vorliegenden Doktorarbeit wurden 3 Studien durchgeführt, die mithilfe unterschiedlicher methodischer Ansätze zentrale Aspekte des Projekts evaluieren.

Die erste Studie (Kapitel 2: Studie I) untersucht Notwendigkeit, Effektivität und Wirksamkeit der therapeutischen Maßnahmen im Rahmen einer ersten 3-jährigen Modellphase (Pilotprojekt 2017 - 2020). Ergebnisse belegen eine überdurchschnittlich hohe Belastung der Geflüchteten zum Zeitpunkt des Erstgesprächs im Vergleich mit einer klinischen Normstichprobe. Die hohe Inanspruchnahme des vermittelten Therapieangebots, die geringen Abbruchraten und positiven Erfahrungen der beteiligten Therapeut:innen weisen auf Machbarkeit und Effektivität der Behandlung von Geflüchteten in Regelversorgungsstrukturen hin. Verlaufserhebungen zeigen signifikante Verbesserungen hinsichtlich psychischer Symptombelastung (Symptomchecklist-27) und Funktionsbeeinträchtigung (Work and Social Adjustment Scale) nach durchschnittlich 10 Monaten Projektteilnahme.

In der zweiten Studie (Kapitel 3: Studie II) wurde anhand qualitativer Interviews explorativ untersucht, welche Aufgabenbereiche PSWs im Rahmen ihrer Tätigkeiten für das Konstanzer Modellprojekt übernehmen und welche negativen und positiven Erfahrungen PSWs in der Arbeit im Projekt erleben. Eine strukturierte qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ergab, dass PSWs Aufgaben der „Organisation“, „physischen Begleitung“, „Kulturmittlung“, „Motivation“ und der „emotionalen Unterstützung“ ausüben und damit zentrale Aufgaben übernehmen, die dazu beitragen, Barrieren im regulären Gesundheitssystem für Geflüchtete zu überwinden. Dabei machen sie sowohl negative als auch positive Erfahrungen, wobei Fortbildung und

regelmäßige Supervision entscheidend für die erfolgreiche Bewältigung der beruflichen Anforderungen sind.

In einer abschließenden Fallstudie (Kapitel 4: Studie III) wird eine traumafokussierte Psychotherapie unter unsicheren Lebensumständen mit einer geflüchteten Patientin retrospektiv berichtet und analysiert. Aus der praxisorientierten Falldarstellung werden konkrete Handlungsempfehlungen für Therapeut:innen abgeleitet. Darüber hinaus sollen Hypothesen für ein dringend benötigtes Forschungsprogramm entwickelt werden, das untersucht, unter welchen Bedingungen eine traumafokussierte Psychotherapie auch unter unsicheren Lebensumständen möglich ist und welche besonderen Faktoren es hierbei zu berücksichtigen gilt.

Alle drei Studien dieser Doktorarbeit beleuchten das Versorgungsmodell KOBEG auf unterschiedlichen Ebenen. Während in Studie I Patient:innen und Therapeut:innen im Mittelpunkt der Untersuchung stehen, liegt der Fokus in Studie II auf den PSWs. Studie III konzentriert sich auf die praktisch-therapeutische Ebene der Psychotherapeut:innen in der Regelversorgung. Die verschiedenen Perspektiven der drei Studien (Fokus Patient:innen, Therapeut:innen, PSWs) deuten einheitlich darauf hin, dass die koordinierte Behandlung unter Einbezug von PSWs in der Praxis umsetzbar ist und die erwartet positive Wirkung entfaltet. Zusammenfassend lassen sich vier Schlussfolgerungen zur Integration von psychisch belasteten Geflüchteten in die psychotherapeutische Regelversorgung ziehen: (1) Eine koordinierte Behandlung unter Einbezug von PSWs ist machbar und effektiv, (2) PSWs übernehmen zentrale Aufgaben im Zugang zur Versorgung, (3) Positive Erfahrungen überwiegen und Belastungen sind bewältigbar – die von PSWs erlebten Belastungen können durch eine professionelle Ausbildung, enge Betreuung durch Fachpersonal und regelmäßige Supervision bewältigt werden, (4) Traumafokussierte Psychotherapie unter unsicheren Lebensumständen erfordert individuell angepasste Strategien und die Erforschung von Risiko- und Resilienzfaktoren zur Entwicklung praxisorientierter Leitlinien.
In Bezug auf bestehende Barrieren im Zugang zur Versorgung werden die hier gefundenen Schlussfolgerungen zu einem „Gestuft Integrierten Versorgungsmodell“ (GIV) weiterentwickelt. Das GIV propagiert eine koordinierte Versorgungsstruktur (coordinated care) unter Einbezug von PSWs (collaborative care) sowie ein gestuftes und integriertes Vorgehen (stepped- and integrated care) bei der Vermittlung in die Regelversorgung.

Diese Doktorarbeit liefert erste Erkenntnisse eines koordinierten Versorgungsmodells für Geflüchtete unter Einbezug von PSWs und bietet daher wichtige Implikationen für zukünftige Forschung und praktische Projekt-Konzeptualisierungen, um einen diskriminierungsfreieren Zugang zum Menschenrecht auf Gesundheit zu erreichen.

Abstract

The number of refugees has never been as high as it is today. Refugees represent a particularly burdened and vulnerable group regarding mental health disorders, posing significant challenges to the healthcare system in Germany. Specialized care centers are unable to meet the demand, standard healthcare services are insufficiently prepared, and numerous barriers hinder access to care. To promote a more equitable and discrimination-free access to the human right to health and systematically dismantle structural barriers within the healthcare system, the Konstanz model project "Coordinated Psychotherapeutic Treatment with the Involvement of Peer Support Workers" (COPEER) has been developed since 2017. Through a central coordination office, refugees with mental disorders are referred to local psychotherapists in the district, while Peer Support Workers (PSWs), trained in language and cultural sensitivity, support them on their journey into regular healthcare services. As part of this doctoral thesis, three studies were conducted to evaluate key aspects of the project using various methodological approaches.

The first study (Chapter 2: Study I) examines the necessity, effectiveness, and efficacy of therapeutic measures implemented during the initial three-year model phase (pilot project 2017 - 2020). The results demonstrate an above-average level of psychological distress among refugees at the time of their initial consultation compared to a clinical normative sample. The high utilization of the therapy services provided, the low dropout rates, and the positive feedback from participating therapists indicate the feasibility and effectiveness of treating refugees within standard healthcare structures. Follow-up assessments reveal significant improvements in psychological symptom burden (Symptom Checklist-27) and functional impairment (Work and Social Adjustment Scale) after an average of 10 months of project participation.

The second study (Chapter 3: Study II) explored the roles undertaken by the Peer Support Workers (PSWs) within the framework of the Konstanz model project, as well as the positive and negative experiences they encounter in their work. Structured qualitative content analysis according to Mayring revealed that PSWs perform tasks in the areas of "organization", "physical accompaniment," "cultural mediation," "motivation" and "emotional support." Through these activities, they play a critical role in overcoming barriers in the regular healthcare system for refugees. While PSWs report both negative and positive experiences, ongoing training and regular supervision are crucial for successfully managing the professional challenges they encounter.

In a concluding case study (Chapter 4: Study III), a trauma-focused psychotherapy conducted under unstable life conditions with a refugee patient is retrospectively reported and analyzed. Concrete practical recommendations for therapists will be derived from the case-oriented analysis. Furthermore, hypotheses for an urgently needed research program will be developed to examine the conditions under which trauma-focused psychotherapy can be effectively implemented in unstable life situations and to identify the specific factors that need to be considered in this context.

All three studies in this doctoral dissertation examine the work of the COPEER care model from different perspectives. While Study I focuses on patients and therapists, Study II centers on Peer Support Workers (PSWs), and Study III concentrates on the practical therapeutic level of psychotherapists within standard care. The diverse perspectives of the three studies (patients, therapists and PSWs) consistently suggest that coordinated treatment involving PSWs is feasible in practice and delivers the anticipated positive outcomes. The findings lead to four key conclusions regarding the integration of refugees with mental health disorders into regular psychotherapeutic care: (1) A coordinated treatment approach involving PSWs is both feasible and effective, (2) PSWs play a crucial role in overcoming barriers and facilitating access to care, (3) positive experiences prevail and challenges are manageable – the challenges experienced by PSWs can be effectively managed through professional training, close support from specialists, and regular supervision, and (4) trauma-focused psychotherapy in unstable life conditions requires individually tailored strategies as well as research on risk and resilience factors to develop practice-oriented guidelines.

In relation to existing barriers to accessing care, the conclusions drawn here have been further developed into a “Stepped- and Integrated Care Model” (SIC). The SIC model advocates for a coordinated care structure (coordinated care) involving PSWs (collaborative care) as well as a stepped and integrated approach (stepped- and integrated care) to facilitate referral into standard healthcare services.

This doctoral dissertation provides initial insights into a coordinated care model for refugees involving PSWs, offering significant implications for future research and practical project conceptualizations to achieve a more equitable and less discriminatory access to the human right to health.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung von Dumke et al. (2024b).18
Abbildung 2. Interventionspyramide für psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung in Krisen und Konfliktkontexten (Inter-Agency Standing Committee, 2007)...19
Abbildung 3. Struktureller Aufbau des Projekts (Bogatzki, 2021) 25
Abbildung 4. Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtskalen und Subskalen zum Zeitpunkt des Erstgesprächs und Follow-Ups (SCL-27 und WSAS) 37
Abbildung 5. Abbau von Barrieren durch Koordination und Einbezug von Peer-Support....98
Abbildung 6. Vorschlag eines Gestuft Integrierten Versorgungsmodells (GIV) 99

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Table of main code "task area".....53
Tabelle 2. Most commonly mentioned main codes for positive and negative experiences of the PSWs 56
Tabelle 3. Psychodiagnostic test scores at beginning and end of therapy 71
Tabelle 4. Zusammengefasste Empfehlungen für eine nachhaltige Versorgung von psychisch belasteten Geflüchteten in bestehenden Regelversorgungsstrukturen 105
Tabelle 5. SCL-Werte zum Erstgespräch und Follow-Up mit Standardabweichung.....141
Tabelle 6. WSAS-Werte zum Erstgespräch und Follow-Up mit Standardabweichung 141

Abkürzungsverzeichnis

Das Abkürzungsverzeichnis beinhaltet sowohl deutsche als auch englische Begriffe, da Studie I dieser Doktorarbeit auf Deutsch veröffentlicht wurde, während die beiden anderen Studien (II und III) auf Englisch verfasst sind.

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetztes
AZR	Ausländerzentralregister
BafF	Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer
BSG	Bundessozialgericht
BSI	Becks Symptom Inventory
CBT	Cognitive behavioral therapy
CF	Mitgefühlsmüdigkeit (Compassion Fatigue)
COPEER	Coordinated Psychotherapeutic Treatment with the Involvement of Peer Support Workers
COREQ	Consolidated criteria for Reporting Qualitative Research
CPT	Cognitive Processing Therapy
CT-PTSD	Cognitive Therapy for PTSD
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EU	European Union
EMA	Ecological Momentary Assessment
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EX-IN	Experienced Involved, Experten durch Erfahrung
FU	Follow-Up
GIV	Gestuft Integriertes Versorgungsmodell
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPZ	Gemeindepsychiatrische Zentren

GSI	Global Symptom Index
HHS	U.S. Department of Health and Human Services
IASC	Inter-Agency Standing Committee
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IRRT	Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy
ISTSS	International Society for Traumatic Stress Studies
IV	Integrierte Versorgung
KOBEG	Koordinierte psychotherapeutische Behandlung unter Einbezug von Gesundheitspat:innen
KPTBS	Komplexe posttraumatische Belastungsstörung
LEC-5	Life Event Checklist 5
MHPSS	Mental Health and Psychosocial Support
NCCMH	National Collaborating Center for Mental Health, England
NE	Negative Experience
NET	Narrative Exposure Therapy
NGO	Nichtregierungsorganisation
PCL-5	Posttraumatic Symptom Checklist 5
PE	Positive Experience (Studie II, Kapitel 3)
PE	Prolonged Exposure Therapy (Studie III, Kapitel 4)
PM+	Problem Management Plus
PSW	Peer Support Worker
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
PSZ	Psychosoziale Zentren
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Post-traumatic stress disorder
RCI	Reliable Change Index

RCT	Randomized Controlled Trial
RHS-15	Refugee Health Screeners
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Vereinigte Staaten
SCCM	Stepped- und Collaborative-Care-Modelle
SCL-27	Symptomcheckliste-27
SGB V	Sozialgesetzbuch V – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VIII	Sozialgesetzbuch VIII – Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
SGB XII	Sozialgesetzbuch XII – Sozialhilfe
SIC	Stepped- and Integrated Care Model
SKID-5-CV	Structured Clinical Interview for DSM-5
STS	Sekundärer traumatischer Stress
TAU	Treatment As Usual, Kontrollgruppe
TF	Trauma-focused, traumafokussiert
UK	United Kingdom
UN	United Nations
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
WHO	World Health Organization
WSAS	Work and Social Adjustment Scale

1 Einleitung

"The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition"
(World Health Organization, 1946)

1.1 Überblick

Diese Doktorarbeit befasst sich mit der Integration von psychisch belasteten Geflüchteten in die psychotherapeutische Regelversorgung in Deutschland. Es wurden drei Studien mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen durchgeführt: Eine quantitative Evaluation des innovativen Versorgungsmodells KOBEG im Landkreis Konstanz, eine qualitative Interviewstudie mit am KOBEG-Projekt beteiligten Gesundheitspat:innen (Peer Support Workers, PSWs) sowie ein klinischer Fallbericht zur traumafokussierten Psychotherapie im Regelversorgungssystem unter unsicheren Lebensumständen.

In der folgenden Einleitung soll eine generelle Hinführung zum Thema erfolgen. Neben der Klärung von Begrifflichkeiten liegt ein Fokus auf der psychischen Gesundheit von Geflüchteten, auf rechtlichen Grundlagen, aktuellen Versorgungsstrukturen in Deutschland und Lösungsansätzen wie der Implementierung von gestuften Versorgungsmodellen und dem Einsatz von Peer-Support im Gesundheitswesen. Zusätzlich wird das Konstanzer Modellprojekt KOBEG vorgestellt.

In den anschließenden Kapiteln folgt die Darstellung der drei durchgeführten Studien: „Konstanzer Modellprojekt für psychisch belastete Geflüchtete - Koordinierte psychotherapeutische Behandlung unter Einbezug von Gesundheitspat:innen (KOBEG)" (Studie I, Kapitel 2), „'*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" (Studie II, Kapitel 3) und „Successful trauma-focused psychotherapy of a refugee under unstable life conditions: a case report" (Studie III, Kapitel 4).

In einer abschließenden Diskussion werden die Ergebnisse eingeordnet und in einen breiteren Zusammenhang gestellt, wobei weitere Forschungsansätze und praktische Implikationen diskutiert werden.

1.1.1 Definitionen und Begrifflichkeiten

Die Begriffe „Flüchtling", „Geflüchteter", „Asylbewerber", „Asylsuchende" und „Asylberechtigte" werden oftmals als Synonyme für Menschen mit Fluchterfahrung genutzt, beschreiben

aber sehr unterschiedliche Gruppen der Schutzsuchenden im Ausländer- und Asylrecht (Statistisches Bundesamt, 2025b).

Als „Flüchtling“ definiert die Genfer Flüchtlingskonvention eine Person, die „aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will; oder die sich als staatenlose infolge solcher Ereignisse außerhalb des Landes befindet, in welchem sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatte, und nicht dorthin zurückkehren kann oder wegen der erwähnten Befürchtungen nicht dorthin zurückkehren will“ (Vereinte Nationen, 1951, Art. 1, Abs. 2). Der Begriff „Flüchtling“ wird häufig synonym für geflüchtete Menschen verwendet. Im asylrechtlichen Kontext bezieht sich der Begriff jedoch nur auf Personen, die gemäß der Genfer Flüchtlingskonvention als Flüchtlinge anerkannt wurden – also Personen, die nach einem erfolgreich abgeschlossenen Asylverfahren Flüchtlingsschutz erhalten haben (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2025).

„Asylsuchende“ sind Personen, die in einem anderen Land einen Antrag auf internationalen Schutz stellen wollen, „Asylantragsstellende“ sind „Asylbewerber:innen“, die in einem fremden Land einen Asylantrag gestellt haben, deren Verfahren jedoch noch nicht abgeschlossen ist (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2025). Solange noch kein Entscheid über den Asylantrag ergangen ist, handelt es sich dabei um keine offiziell anerkannten „Flüchtlinge“ (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2025). Asylsuchende und Asylbewerber:innen stehen unter Schutz der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, in der festgelegt wurde: „Jeder hat das Recht, in anderen Ländern vor Verfolgung Asyl zu suchen und zu genießen“ (Vereinte Nationen, 1948, Art. 14, Abs. 1). Es ist jedoch zu beachten, dass die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte keinen völkerrechtlich bindenden Status besitzt (Vereinte Nationen, 1948). Als „Schutzsuchende“ gelten Personen, die sich aus völkerrechtlichen, humanitären oder politischen Gründen in Deutschland aufhalten (Statistisches Bundesamt, 2025b). Hierzu gehören Personen, die sich zur Durchführung ihres Asylverfahrens in Deutschland aufhalten und deren Schutzgesuch noch nicht entschieden wurde (Schutzsuchende mit offenem Schutzstatus), die sich nach einer Ablehnung ihres Asylgesuchs oder Verlustes ihres Aufenthaltstitels in Deutschland aufhalten (Schutzsuchende mit abgelehntem Schutzstatus) oder Personen, denen ein unbefristeter oder befristeter Aufenthaltstitel aus humanitären Gründen anerkannt wurde (Schutzsuchende mit anerkanntem Schutzstatus; Statistisches Bundesamt, 2025a).

Schutzsuchende mit anerkanntem Schutzstatus sind „Schutzberechtigte“ bzw. „Bleibeberechtigte“, die einen Flüchtlingsschutz, eine Asylberechtigung oder subsidiären Schutz erhalten haben oder aufgrund eines Abschiebeverbots in Deutschland bleiben dürfen (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2025).

In den letzten Jahren ist eine zunehmende Debatte um die Begriffe „Flüchtlinge“ und „Geflüchtete“ entstanden (Der Spiegel, 2015; Lisa Jöris, 2015; Pro Asyl, 2016; Tagesspiegel, 2023). Als „Geflüchtete“ werden ebenfalls Menschen bezeichnet, die ihre Heimat aufgrund von Krieg, Verfolgung oder anderen Notsituationen verlassen mussten (Bundeszentrale für politische Bildung, 2022; Pro Asyl, 2016). Im Gegensatz zu "Flüchtling" impliziert der Begriff "Geflüchtete" jedoch auch, dass diese Menschen ihre Flucht möglicherweise schon abgeschlossen haben und in Sicherheit sind und ist nicht an eine juristische Definition gekoppelt (Fries, 2022; Pro Asyl, 2016). Die sprachliche und politische Diskussion um die Begrifflichkeiten „Flüchtlinge“ und „Geflüchtete“ umfasst Fragen der Inklusion, der Sensibilität und der politischen Korrektheit, wobei insbesondere das Suffix „-ling“ und einer damit verbundenen Verkleinerung und Verniedlichung des Betrachteten durch den Betrachtenden kritisch hinterfragt wird (Hardick, 2016; Netzwerk IQ, 2018). In der rechtlichen Verwendung wird überwiegend weiterhin der Begriff „Flüchtling“ verwendet, während in der institutionellen Praxis von Organisationen und Nichtregierungsorganisationen (NGOs) zunehmend der Begriff „Geflüchtete“ bevorzugt wird, da er als inklusivere und neutralere Alternative gilt, die den Fluchtprozess unabhängig vom rechtlichen Status beschreibt (Pro Asyl, 2016).

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff „Geflüchtete“ verwendet, wobei hier zur Vereinfachung sowohl Flüchtlinge nach Genfer Flüchtlingskonvention als auch Asylsuchende, Asylbewerber:innen und Schutzsuchende aller Schutzformen (d.h. Geflüchtete im Verfahren, mit positiver Anerkennung oder mit negativem Asylbescheid) gemeinsam gemeint sind.

1.1.2 Zahlen zu Geflüchteten

Weltweit ist die Zahl der Geflüchteten höher als je zuvor (United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR], 2024). Mitte 2024 waren 122,6 Millionen Menschen gezwungen, aufgrund von Verfolgung, Gewalt, Konflikten, Menschenrechtsverletzungen oder anderen schweren Störungen der öffentlichen Ordnung ihre Heimat zu verlassen (UNHCR, 2024). Insgesamt 72,1 Millionen dieser Geflüchteten sind Binnenvertriebene (UNHCR, 2024). Schätzungen zufolge sind etwa 40% (47 Millionen) aller Geflüchteten Kinder unter 18 Jahren (UNHCR, 2023b). Fast zwei Drittel (65%) aller Geflüchteten unter UNHCR-Mandat und international Schutzbedürftige kommen aus nur vier Ländern: Arabische Republik Syrien (6,3 Millionen),

Venezuela (6,2 Millionen), Ukraine (6,1 Millionen) und Afghanistan (6,1 Millionen). Die große Mehrheit der Geflüchteten lebt in Nachbarländern ihrer Herkunftsländer (69%). Insgesamt 32% der Geflüchteten werden aktuell von fünf Ländern aufgenommen: Iran (3,8 Millionen), Türkei (3,1 Millionen), Kolumbien (2,8 Millionen), Deutschland (2,7 Millionen) und Uganda (1,7 Millionen) (United Nations High Commissioner for Refugees, 2024).

Deutschland ist damit das viertgrößte Aufnahmeland für Geflüchtete weltweit und der zweitgrößte Geldgeber humanitärer Hilfe auf internationaler Ebene (United Nations High Commissioner for Refugees, 2023a). Nach Angaben des Ausländerzentralregisters lebten Ende 2023 rund 3,17 Millionen Schutzsuchende in Deutschland[1], 95.000 (3%) mehr als im Vorjahr (Statistisches Bundesamt, 2024). Hierbei kommen fast drei Viertel aller Schutzsuchenden aus nur fünf Staaten: Ukraine (977.000), Syrien (712.000), Afghanistan (323.000), Irak (200.000) oder Türkei (152.000; Statistisches Bundesamt, 2024). Von den 3,17 Millionen Geflüchteten in Deutschland verfügten Ende 2023 2,53 Millionen über einen humanitären Aufenthaltstitel (anerkannter Schutzstatus). Der Anteil weiblicher Personen unter den anerkannten Schutzsuchenden lag bei 49%, das Durchschnittsalter der Schutzsuchenden betrug 32,2 Jahre. Rund 29% der anerkannten Schutzsuchenden waren Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2024). Für die Mehrheit der Schutzsuchenden war der anerkannte Schutzstatus befristet (87%), während nur ein kleiner Teil (13%) einen unbefristeten Schutzstatus erhielt. Rund 455.000 Personen hatten einen offenen Schutzstatus (Asylantrag noch nicht entschieden), während 189.000 Personen einen abgelehnten Schutzstatus aufwiesen, von denen 83% mit Duldung lebten (Statistisches Bundesamt, 2024).
Die meisten anerkannten Schutzsuchenden lebten Ende 2023 in Bremen (5,5%), im Saarland (4,6%), in Hamburg (4,1%) und in Berlin (4,0%), am wenigsten fanden sich Schutzsuchende in Mecklenburg-Vorpommern (2,3%), Bayern (2,2%) und Brandenburg (2,1%; Statistisches Bundesamt, 2024). Jedes Bundesland ist verpflichtet, einen gewissen Prozentanteil der Geflüchteten, die neu nach Deutschland kommen, aufzunehmen. Die Aufnahmequote der Bundesländer wird über den sogenannten „Königssteiner Schlüssel“ berechnet, der sich zu zwei Dritteln aus Steueraufkommen berechnet und zu einem Drittel aus der Bevölkerungszahl der Länder ergibt (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2022). Im Jahr 2022 war das Land Baden-Württemberg verpflichtet, mindesten 13,04% der registrierten Geflüchteten aufzunehmen (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2022).

[1] Die unterschiedlichen Angaben zur Anzahl der Geflüchteten in Deutschland (UNHCR, 2024; Statistisches Bundesamt, 2024) resultieren aus verschiedenen Definitionen und Erhebungsmethoden der jeweiligen Institutionen.

Im Landkreis Konstanz lebten zum Stichtag 01.07.2024 11.720 geflüchtete Personen, die nach dem 31.12.2013 nach Deutschland eingereist sind (Landkreis Konstanz, 2024). Rund 1.418 von ihnen lebten in Gemeinschaftsunterkünften[2]. Etwa die Hälfte von ihnen sind Männer, die überwiegende Mehrheit ist zwischen 22 - 40 Jahre alt, Hauptherkunftsländer sind Türkei, Syrien und Afghanistan (Landkreis Konstanz, 2024).

1.2 Psychische Gesundheit von Geflüchteten

Unfreiwillige Migration ist mit einem erhöhten Risiko für psychische Störungen verbunden (Mesa-Vieira et al., 2022). Als Risikofaktoren gelten multiple Stressoren vor, während und nach der Flucht (Abbott, 2016; Priebe et al., 2016), die in Kumulation zur Entstehung und Chronifizierung psychischer Störungen beitragen können (Nickerson et al., 2011).

1.2.1 Stressoren und psychische Belastung

Prämigratorische Risikofaktoren und Stressoren umfassen das Erleben von Verfolgung, gewaltvollen Konflikten und/oder ökonomischen Notlagen, die grundlegende Bedürfnisse wie Nahrung, Wasser und Schutz betreffen (Priebe et al., 2016). Über verschiedene epidemiologische Studien hinweg zeigt sich, dass fast alle Geflüchteten mindestens ein traumatisches Ereignis miterlebt haben und dass die Exposition zu mehreren Ereignissen weit verbreitet ist (Bryant et al., 2023; Nesterko et al., 2020; Neuner et al., 2004). Im Vergleich zu Nicht-Geflüchteten sind Geflüchtete damit deutlich häufiger traumatischen Ereignissen ausgesetzt (Betancourt et al., 2017). Auch eine deutschlandweite Umfrage unter Versicherten des Wissenschaftlichen Instituts der „Allgemeinen Ortskrankenkasse“ (AOK) ergab, dass rund drei Viertel der befragten Geflüchteten unterschiedliche Formen von Gewalt erlebt haben und viele von ihnen mehrfachen traumatischen Erlebnissen ausgesetzt waren (Schröder et al., 2018). So berichteten 60,4% der befragten Geflüchteten (n = 2021) von Kriegserlebnissen, 40,2% hatten Angriffe durch das Militär miterlebt, 34,8% berichteten von verschleppten Angehörigen und 19% hatten Foltererfahrungen gemacht (Schröder et al., 2018). Prämigratorische Stressoren werden mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Auftreten stressbedingter Störungen in Verbindung gebracht (Kartal et al., 2018; Wilker et al., 2015). Die Anzahl traumatischer Erlebnisse erhöht die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), was als „Building Block“-Effekt beschrieben wird (Schauer et al., 2003).

[2] Zu Gemeinschaftsunterkünften zählen sowohl vorläufige Unterbringungen als auch Anschlussunterbringungen (kommunale Folgeunterbringung), für die die Landkreise nach der Zuweisung von Geflüchteten aus Landeserstaufnahmestellen zuständig sind (Flüchtlingsrat Baden-Württemberge e.V., 2020; Landkreis Konstanz, 2025).

Zudem kann eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen kumulativer Trauma-Exposition und der Entwicklung von gesundheitlichen Problemen wie Angststörungen, PTBS und Depressionen angenommen werden (Kolassa et al., 2010; Neuner et al., 2004).
Perimigratorische Risikofaktoren und Stressoren beinhalten lebensbedrohliche Ereignisse auf der Fluchtroute, oft verbunden mit physischen Verletzungen, sexueller Gewalt, Infektionskrankheiten und/oder Menschenhandel (Priebe et al., 2016). Zunehmend gewaltsame Grenzschutzmaßnahmen, die mit schweren Verletzungen und Todesfällen unter Geflüchteten einhergehen, zwingen Menschen dazu, extrem gefährliche Routen zu wählen, um Grenzen zu überqueren (Smith & Daynes, 2016). Oft sind sie dabei auf unbestimmte Zeit unter unmenschlichen Bedingungen in Drittstaaten gefangen (Smith & Daynes, 2016). 29,2% der Geflüchteten in Deutschland berichten neben anderen gewaltvollen Erlebnissen von spezifischen Gewalterfahrungen in Zusammenhang mit ihrer Flucht (Schröder et al., 2018).
Postmigratorische Stressoren in der Exilphase wie langandauernde Asylverfahren, unsichere asylrechtliche Aufenthalte, eingeschränkte Arbeitsmöglichkeiten, eingeschränkte gesellschaftliche Teilhabe, fehlendes soziales Netz, Einsamkeit, Trennung von Familienmitgliedern und Diskriminierung stellen weitere Risikofaktoren dar und haben Einfluss auf das psychische Wohlbefinden (Böttche et al., 2016; Kaltenbach et al., 2018; Laban et al., 2005; Li et al., 2016; Priebe et al., 2016). Postmigratorische Stressoren können zur Aufrechterhaltung und Aggravation psychischer Störungen beitragen (Böttche et al., 2016). Das kumulative Erleben dieser Stressoren geht mit einem signifikant erhöhten Risiko für die Entwicklung von PTBS und Depressionen einher (Nickerson et al., 2011; Steel et al., 2009).

1.2.2 Prävalenzen psychischer Störungen

Geflüchtete haben ein hohes Risiko, psychische Störungen zu entwickeln (Mesa-Vieira et al., 2022; Turrini et al., 2017). Internationale Reviews und Metaanalysen zeigen besonders hohe Prävalenzen für PTBS mit 31% und Depression mit 25% bis 32% (Blackmore et al., 2020; Mesa-Vieira et al., 2022; Patanè et al., 2022). Komorbiditäten von PTBS und Depression sind weit verbreitet und werden mit einer erheblichen psychischen und physischen Belastung in Zusammenhang gebracht (Nickerson et al., 2017). In einer Studie mit 134 Geflüchteten in der Schweiz zeigte sich, dass etwa die Hälfte der Stichprobe eine Komorbidität für PTBS und Depression aufwies, während nur 33,6% die Kriterien für Depression und lediglich 2,2 % die Kriterien für einer isolierten PTBS erfüllten (Nickerson et al., 2017).
Für Angststörungen ergibt sich eine Prävalenz von 11% bis 14% (Blackmore et al., 2020; Mesa-Vieira et al., 2022), bipolare Störungen liegen bei 5% (Patanè et al., 2022) und Psychosen finden sich bei 1% bis 1,51% unter Geflüchteten (Blackmore et al., 2020; Patanè et al.,

2022). Ähnliche Prävalenzraten zeigen sich in einer Metaanalyse aus Deutschland mit einer Prävalenz von 29,9% für PTBS und 39,8% für Depression (Hoell et al., 2021). In einer weiteren deutschen Studie mit 502 Teilnehmenden wurde ebenfalls eine Prävalenz von 34,9% für PTBS festgestellt, während die Prävalenzen für Depression mit 21,7% und für Somatisierungsstörungen mit 31% niedriger ausfielen. Insgesamt zeigten 49,7% der Befragten Hinweise auf mindestens eine untersuchte psychische Störung (Nesterko et al., 2020). Auch die hohe Prävalenz von Suizidgedanken weist auf eine erhebliche psychische Belastung der Geflüchteten hin (Haase et al., 2022). Eine Metaanalyse von Haase et al. (2022) ermittelte eine Gesamtprävalenz von 20,5% für Suizidimpulse bei Geflüchteten ab 16 Jahren, wobei die Prävalenz bei Frauen 22,3% und bei Männern 27,7% betrug.

Studien weisen darauf hin, dass die Prävalenzen psychischer Störungen bei Geflüchteten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung signifikant erhöht sind (Bogic et al., 2015; Turrini et al., 2017). Ein Vergleich mit Daten aus dem „World Mental Health Survey“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verdeutlicht die erhöhte Prävalenz von PTBS unter Geflüchteten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, bei der die Lebenszeitprävalenz für PTBS in repräsentativen Umfragen bei 3,9% liegt (Koenen et al., 2017). Bogic et al. (2015) konnten in einer längsschnittlichen Untersuchung zeigen, dass das Risiko, an einer schweren psychischen Störung zu leiden, selbst fünf Jahre nach Ankunft im Aufnahmeland bei Geflüchteten signifikant höher bleibt als in der Allgemeinbevölkerung. Im Vergleich zur erwachsenen Bevölkerung in westlichen Industrieländern zeigt sich, dass Geflüchtete ein bis zu 14-mal höheres Risiko haben, an Depressionen zu leiden, und ein bis zu 15-mal höheres Risiko, eine PTBS zu entwickeln (Bogic et al., 2015).

Insgesamt ist festzustellen, dass sich die Forschung zu Prävalenzen von psychischen Störungen unter Geflüchteten stark auf PTBS und Depression konzentriert hat, sodass umfassende, weltweite und systematische Übersichtsarbeiten zu anderen Störungsbildern notwendig scheinen (Blackmore et al., 2020). Die große Spannbreite der berichteten Prävalenzraten kann auf die erhebliche Heterogenität der untersuchten Geflüchtetenpopulationen, die unterschiedlichen Lebensbedingungen im Aufnahmeland zum Zeitpunkt der Datenerhebung, die Studien-Einschlusskriterien sowie die Verwendung westlicher Screening-Instrumente zurückzuführen sein (Schlechter et al., 2021b; Turrini et al., 2017).

Ohne adäquate Behandlung bleibt die psychische Belastung von geflüchteten Personen über die Zeit hinweg konstant hoch (Blackmore et al., 2020; Borho et al., 2020; Patanè et al., 2022). Verlaufsstudien in Deutschland zeigen bei Nicht-Behandlung keine signifikanten Veränderungen der Symptomatik (Borho et al., 2020; Kaltenbach et al., 2018). Zudem ist anzunehmen, dass Spontanremissionen bei schwer und komplex traumatisierten Personen kaum auftreten

(Kolassa et al., 2010). Neben gesundheitlichen Folgen (Wagner et al., 2015) verursachen chronische psychische Erkrankungen bei Geflüchteten oft hohe Ausgaben für stationäre Aufenthalte und Notfallversorgungen (Bauhoff & Göpffarth, 2018; Priebe et al., 2016). Zudem kann sich die Symptombelastung negativ auf das tägliche Funktionsniveau, den Spracherwerb, die Arbeitssuche und die gesamte Integration auswirken (Hecker & Neuner, 2019).

1.3 Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten

1.3.1 Rechtliche Grundlagen zur Versorgung Geflüchteter in Deutschland

Gesundheit ist ein Menschenrecht, das völkerrechtlich verankert und in zahlreichen internationalen Abkommen anerkannt wurde. Das Recht auf Gesundheit wird etwa in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (Vereinte Nationen, 1948, Art. 25), dem Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Vereinte Nationen, 1966, Art. 12), der Antirassismuskonvention (Vereinte Nationen, 1969, Art. 5), der Frauenrechtskonvention (Vereinte Nationen, 1981, Art. 12), der Kinderrechtskonvention (Vereinte Nationen, 1990, Art. 24) sowie in der Verfassung der WHO (World Health Organization, 1946) anerkannt. Auch auf nationaler Ebene hat Deutschland das Recht auf Gesundheit im deutschen Grundgesetz verankert: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit...“ (Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, 1949, Art. 2).
Deutschland hat zahlreiche internationale Verträge und völkerrechtliche Übereinkommen ratifiziert und sich damit zur Aufnahme und Versorgung Schutzsuchender verpflichtet. Hierunter zählen, ergänzend zu den oben genannten, die Genfer Flüchtlingskonvention (Vereinte Nationen, 1951), die Europäische Menschenrechtskonvention (Europarat, 1953), die UN-Antifolterkonvention (Vereinte Nationen, 1984), die Charta der Grundrechte der EU (Europäische Union, 2000), die Europäische Sozialcharta (Europarat, 1961) sowie die EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU (Europäische Union, 2013). Alle diese Übereinkommen verpflichten Deutschland zu einem Schutz Geflüchteter, basierend auf den Prinzipien der Menschenrechte, der internationalen Solidarität und dem völkerrechtlichen Prinzip der Nichtzurückweisung.

Die EU-Aufnahmerichtlinie beinhaltet konkrete Normen hinsichtlich Unterbringung, medizinischer Versorgung und besonderer Schutzbedürftigkeit (Europäische Union, 2013). Hierin verpflichten sich Mitgliedstaaten, dass „…Antragsteller die erforderliche medizinische Versorgung erhalten, die zumindest die Notversorgung und die unbedingt erforderliche Behandlung von Krankheiten und schweren psychischen Störungen umfasst“ (Europäische Union, 2013, Art. 19, Abs. 1). Besonders schutzbedürftigen Personen „wie Minderjährigen, unbegleiteten Minderjährigen, Behinderten, älteren Menschen, Schwangeren, Allein-

erziehenden mit minderjährigen Kindern, Opfern des Menschenhandels, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wie z. B. Opfer der Verstümmelung weiblicher Genitalien“, sollen hierbei spezielle Leistungen zustehen (Europäische Union, 2013, Art. 21, Abs. 1). Die mitratifizierenden Staaten, darunter auch Deutschland, verpflichten sich, dass „Personen die Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Gewalttaten erlitten haben, die Behandlung – insbesondere Zugang zu einer adäquaten medizinischen und psychologischen Behandlung oder Betreuung – erhalten, die für den Schaden, welcher ihnen durch derartige Handlungen zugefügt wurde, erforderlich ist“ (Europäische Union, 2013, Art. 25, Abs. 1). Um dies sicherzustellen soll eine Beurteilung der besonderen Schutzbedarfe bei Aufnahme erfolgen (Europäische Union, 2013, Art. 22, Abs. 1). Das Betreuungspersonal muss hierfür adäquat ausgebildet sein und verpflichtet sich zur Einhaltung der Schweigepflicht (Europäische Union, 2013, Art. 25, Abs. 2).

Auch im Koalitionsvertrag der Bundesregierung unter Olaf Scholz (SPD et al., 2021) wurde auf die humanitäre Verantwortung und Verpflichtung hinsichtlich des deutschen Grundgesetzes, der Genfer Flüchtlingskonvention, der Europäischen Menschenrechtskonvention und des Europarechts Bezug genommen. Die psychosoziale Unterstützung für geflüchtete Menschen sollte weiter ausgebaut, die Rechte schutzbedürftiger Geflüchteter gestärkt und die frühzeitige und systematisches Erkennung besonderer Schutzbedarfe sollte angestrebt werden (SPD et al., 2021).

Es wird ersichtlich, dass das Recht auf medizinische Versorgung von Geflüchteten sowohl auf internationaler als auch nationaler Ebene durch verschiedene Gesetze und Übereinkommen abgesichert ist.

1.3.2 Psychotherapeutische Regelversorgung in Deutschland

Die allgemeine medizinische Regelversorgung beschreibt die gesetzlich gesicherte Grundversorgung der Bevölkerung im Gesundheitswesen (Sozialgesetzbuch V [SGB V], 2024). Sie umfasst Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, zur Vermeidung ihrer Verschlimmerung, zur Früherkennung von Krankheiten, zur bedarfsgerechten ambulanten und stationären Versorgung sowie Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (SGB V). Neben hausärztlicher und fachärztlicher Behandlung umfasst die Regelversorgung auch die Medikamentenversorgung, stationäre Behandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen, Pflegeleistungen, Vorsorgeuntersuchungen, Präventionsmaßnahmen, Notfallversorgung sowie psychotherapeutische Leistungen (SGB V). Zudem gibt es ergänzende und unterhaltssichernde Leistungen, die

darauf abzielen, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung zu mildern, auszugleichen oder zu beseitigen. Diese Leistungen sind in Deutschland durch das SGB V geregelt und werden im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bereitgestellt (Bundesgesundheitsministerium, 2024). Ziel ist die Aufrechterhaltung, Verbesserung oder Wiederherstellung der Gesundheit (SGB V, §1). Neben der medizinischen Versorgung (SGB V) stellen auch die Bereiche der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX), das Kinder und Jugendhilfegesetzt (SGB VIII) sowie die Sozialhilfe (XII) wichtige Bestandteile des SGB für psychisch erkrankte Menschen dar, die weitere Versorgungsangebote ermöglichen. Unter psychotherapeutischer Regelversorgung können demnach alle SGB V Leistungen (bspw. ambulante Psychotherapie, psychiatrische Anbindung, Tagesklinik, stationäre Therapie etc.), die über die GKV bereitgestellt werden, sowie alle ergänzenden Unterstützungsangebote, die im Rahmen des SGB hinsichtlich psychischer Störungen angeboten werden können (bspw. Sozialpsychiatrische Dienste), verstanden werden.

Für den medizinischen Leistungsanspruch von Geflüchteten ist der Verfahrensstand des Asylprozesses maßgebend (Liedl et al., 2016). Während der ersten 36 Monate in Deutschland sind Gesundheitsleistungen auf Grundlage des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) möglich, Kostenträger ist das Sozialamt (AsylbLG, 1993). Gesundheitliche Versorgung kann im Rahmen des AsylbLG nur eingeschränkt gewährt werden. Leistungen können bei der *„erforderliche(n) Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“* über §4 AsylbLG erfolgen. Zudem können *„Sonstige Leistungen [...] insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind“*, §6 AsylbLG.
Je nach Bundesland und Kommunen müssen Betroffene Behandlungsscheine in den zuständigen lokalen Behörden abholen, bevor sie die leistungserbringende Einrichtung aufsuchen können oder erhalten eine elektronische Gesundheitskarte. Behandlungsscheine werden für jede Behandlung neu beantragt oder besitzen drei Monate Gültigkeit. Die Behandlung muss in vielen Bundesländern über die Sozialämter vorab bewilligt werden, oft geschieht dies durch nicht medizinisch geschulte Behördenmitarbeitende (Bergmeyer, 2020). §§4 und 6 des AsylbLG lassen durch undifferenzierte Formulierung der Begrifflichkeiten viel behördlichen Ermessensspielraum in ihrer Auslegung. In der Praxis führt dies zu hohen Ablehnungsquoten der beantragten Psychotherapien für Geflüchtete (5,7% in den Psychosozialen Zentren, BAfF e.V., 2024) im Vergleich zu gesetzlich Versicherten (2,8%, Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2023).
Aktuelle Entwicklungen und Einflüsse auf bestehende Auslegungen und Bewilligungsprozesse des AsylbLG durch das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 29.02.2024 bleiben

abzuwarten[3]. Nach 36 Monaten besteht für Geflüchtete ein Anspruch auf Analogleistungen. Geflüchtete erhalten eine elektronische Gesundheitskarte, das Leistungsspektrum ist ähnlich dem der regulär Versicherten. Kostenträger ist nach wie vor das Sozialamt. Personen mit einem Aufenthaltstitel werden Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und haben damit Anspruch auf alle Versorgungsleistungen der Kassen (BAfF e.V., 2024).

1.3.3 Spezialisierte Versorgungszentren

Spezialisierte Versorgungszentren leisten einen großen Beitrag zur Versorgung psychisch belasteter Geflüchteter. Unter dem Dach der „Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer“ (BAfF) haben sich aktuell 48 „Psychosoziale Zentren“ (PSZ) in Deutschland zusammengeschlossen. Seit ihrer Entstehung in den Achtzigerjahren bieten sie spezialisierte, multiprofessionelle, kostenfreie und diskriminierungs-sensible Angebote für Menschen mit Fluchterfahrungen an (BAfF e.V., 2024). Das Angebot reicht von psychologischer und medizinischer Diagnostik, Beratung, Psychoedukation, Krisenintervention und Psychotherapie über sozialarbeiterische Begleitung bis hin zur asyl-, aufenthalts- und sozialrechtlichen Beratung. Zudem werden Stellungnahmen zur Vorlage in asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren unterstützt. Betroffene werden beim Umgang mit Behörden und der Gesundheitsvorsorge begleitet, es bestehen niedrigschwellige Freizeitangebote sowie eine generelle Unterstützung hinsichtlich gesellschaftlicher Teilhabe und Spracherwerb (BAfF e.V., 2024). PSZ vertreten die Interessen ihrer Klient:innen und Mitarbeitenden in lokalen Gremien und Netzwerken und bieten Schulungen für Akteur:innen an (BAfF e.V., 2024).
Die PSZ sind primär auf zeitlich befristete öffentliche Fördermittel angewiesen, was die langfristige Sicherstellung ihrer Leistungen erschwert (BAfF e.V., 2024). Die Finanzierung der einzelnen PSZ unterscheidet sich stark und erfolgt aus unterschiedlichen Quellen, was einen erheblichen Verwaltungsaufwand verursacht, da zahlreiche Förderanträge gestellt und verwaltet werden müssen (BAfF e.V., 2024). Im Jahr 2022 kam der größte Anteil der PSZ-Finanzierung über Landesmittel (36,0%), gefolgt von der Finanzierung durch Bundesmittel (14,2%) und kommunale Mittel (12,4%). Weitere Gelder kamen von Stiftungen und Nichtregierungsorganisationen (6,5%), durch Therapiefinanzierung über Sozialämter, Krankenkassen, Jugendämter (6,3%), von Spenden, Bußgeldern und Mitgliedsbeiträgen (5,6%) oder Förderungen

[3] BSG Urteil vom 29.02.2024 - B 8 AY 3/23 R. Rechtsprechung zugunsten eines geflüchteten Afghanen mit Duldung über einen fünfwöchigen stationär-psychiatrischen Aufenthalt bei Verdacht auf eine schwere depressive Episode sowie PTBS. Das Urteil des BSG begründet, dass der Begriff einer akuten Erkrankung auch einen Gesundheitszustand erfasst „der bei bereits bestehenden (gegebenenfalls chronischen) Erkrankungen eine Behandlung aus medizinischen Gründen unaufschiebbar werden lässt, um eine unumkehrbare oder akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder ein kritisches Stadium zu verhindern“ (Bundessozialgericht, 2024; Az.: B 8 AY 3/23 R).

durch den Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds der Europäischen Union (5,4%). Finanzierungsquellen, die weniger als 5% ausmachten, umfassten kirchliche Fördermittel, Wohlfahrtsverbände, die UNO-Flüchtlingshilfe, Amnesty International sowie weitere internationale Mittel (BAfF e.V., 2024). Der Anteil der Therapien, die über das Sozialamt und Krankenkassen abgerechnet werden konnten, ist von 2021 zu 2022 leicht gestiegen, blieb jedoch gering (BAfF e.V., 2024). Weniger als 25% aller Psychotherapien wurde durch Krankenkassen, Sozialämter und Jugendämter finanziert. Es wird deutlich, dass die PSZ stark auf Fördermittel angewiesen sind (BAfF e.V., 2024).

Im Jahr 2022 wurden 25.861 Klient:innen in den PSZ versorgt, 14.252 von ihnen wurden neu aufgenommen (BAfF e.V., 2024). Die meisten der aufgenommenen Personen wiesen besondere Schutzbedarfe in Folge von Folter, Menschenhandel und/oder Verfolgung aufgrund sexueller Orientierung oder geschlechtlicher Identität auf. 16,4% der Klient:innen waren minderjährig (BAfF e.V., 2024). Über die Hälfte (56,9%) der im Jahr 2022 betreuten Klient:innen verfügte lediglich über eine Aufenthaltsgestattung, eine Duldung oder lebte ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus (BAfF e.V., 2024). Das Einzugsgebiet der PSZ war groß und umfasste im Schnitt 97,8 km. Über die Hälfte (60,9%) der 2022 versorgten Klient:innen suchten die PSZ zur (psycho)sozialen und/oder asylrechtlichen Beratung auf (BAfF e.V., 2024). Etwa ein Drittel (29,9%) befand sich zusätzlich zur Beratung in psychotherapeutischer Behandlung, 12,2% wurden ausschließlich psychotherapeutisch behandelt, 4,7% wurden psychiatrisch versorgt und 24,8% nutzten kreative, bewegungs- und/oder bildungsorientierte Angebote (BAfF e.V., 2024). Die Psychotherapien in den PSZ dauerten durchschnittlich 22,4 Sitzungen, zwei Drittel davon waren Kurzzeittherapien. Ein Viertel der Therapien (22,5%) wurde trotz weiterer therapeutischer Indikation abgebrochen (BAfF e.V., 2024). Die Wartezeit auf einen Therapieplatz in einem PSZ betrug 5,7 Monate, in einzelnen Zentren sogar zehn bis 21 Monate (BAfF e.V., 2024). Aufgrund begrenzter Kapazitäten und um die Versorgung zu erhöhen, erfolgt auch aus den PSZ die Weitervermittlung in Regelversorgungsstrukturen (BAfF e.V., 2024). In der Zahl der erfolgreich vermittelten Klient:innen aus PSZ an niedergelassene Fachärzt:innen oder Psychotherapeut:innen zeichnet sich hierbei ein deutlicher Rückgang ab (BAfF e.V., 2024). Während im Jahr 2019 noch durchschnittlich rund 20,4 Klient:innen pro PSZ an niedergelassene Psychotherapeut:innen vermittelt werden konnten (Karato & Mohammed, 2021), waren es 2022 nur noch 11,3 (BAfF e.V., 2024).

Unter Berücksichtigung der bereits berichteten Prävalenzzahlen von konservativ geschätzten 30% für Depression oder PTBS in der Population der in Deutschland lebenden Geflüchteten wird davon ausgegangen, dass die PSZ lediglich 3,1% des potenziellen Versorgungsbedarfs für 2022 abdecken konnten (BAfF e.V., 2024). Der Versorgungsengpass wird auch hier besonders deutlich.

1.3.4 Zugangsbarrieren zur Versorgung

Zahlreiche Zugangsbarrieren erschweren Geflüchteten den Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung (Böttche et al., 2016; Dumke et al., 2024b; Nohr et al., 2024). Barrieren können sich seitens der hilfesuchenden Person, seitens des Hilfe-Systems und seitens der behandelnden Person zeigen (Nohr et al., 2024).

1.3.4.1 Hilfesuchende Person

Hinsichtlich der hilfesuchenden Personen selbst zeigen sich Barrieren durch die Angst vor Stigmatisierung, dem fehlenden Wissen über Behandlungsangebote, dem vorherrschenden „Störungsverständnis“, den Einstellungen gegenüber Behandlungen sowie der Präferenz für informelle Hilfen (Dumke et al., 2024b; Nohr et al., 2024).
Die Angst vor Stigmatisierung spielt eine zentrale Rolle in der Interpretation und im Umgang mit psychischer Belastung und kann zur Verheimlichung oder auch zur generellen Ablehnung von Hilfen führen (Dumke et al., 2024b). Einige Reviews zeigen, dass psychisch belastete Personen oft mit negativ konnotierten Wörtern wie „crazy“ oder „abnormal“ assoziiert werden (Firth et al., 2022; Van der Boor & White, 2020). Psychische Gesundheit wird teilweise schambehaftet wahrgenommen und kann mit Stigmatisierung, Diskriminierung und sozialem Ausschluss verbunden sein (Byrow et al., 2020). In einer Studie mit syrischen, irakischen und afghanischen Personen zeigte sich, dass die Hälfte der Teilnehmenden trotz vorhandenem Bedarf keine Hilfe aufsuchte, aus Angst vor sozialem Ausschluss (Boettcher et al., 2021). Neben mangelndem Wissen über psychische Gesundheit im Allgemeinen werden kulturelle Einstellungen und ein von westlichen Konzepten abweichendes Störungsverständnis als Barriere hinsichtlich der subjektiven Einschätzung des Behandlungsbedarfs und der Inanspruchnahme diskutiert (Nohr et al., 2024). Personen aus anderen Kulturen wird oft automatisch ein kausales und vom westlichen Verständnis abweichendes Konzept von psychischer Gesundheit zugeschrieben; dieses scheint von spirituellen oder supranaturalen Einstellungen geprägt und wird als unvereinbar mit dem Rational „westlicher Psychotherapien“ wahrgenommen (Byrow et al., 2020; Nohr et al., 2024; Salam et al., 2022). Aktuelle Studien zeigen jedoch lediglich geringe Zusammenhänge zwischen spirituellem Krankheitsverständnis und Einstellungen zu professioneller psychotherapeutischer Hilfe (Dumke et al., 2023a). Die Mehrheit der befragten Geflüchteten nahm psychosoziale und biomedizinische Ursachen für ihre Erkrankungen an, während spirituelle Überzeugungen lediglich für eine Minderheit von Bedeutung waren (Dumke et al., 2023a). Die Diskussion um ein abweichendes Störungs- und Behandlungsmodell von Geflüchteten könnte also auch als stereotypische Einstellung der Behandler:innen gedeutet werden (Dumke & Neuner, 2023).

Auch die Wahrnehmung der formellen und informellen Hilfsangebotsoptionen beeinflusst die Inanspruchnahme der Behandlungsangebote (Byrow et al., 2020; Firth et al., 2022; Satinsky et al., 2019). Teilweise zeigen sich Sorgen bzgl. Vertraulichkeit, z.B. einer Angst vor Weitergabe der Informationen und eines negativen Auslegens der Informationen sowie großes Misstrauen gegenüber Autoritätspersonen und öffentlichen, formellen Organisationen (Byrow et al., 2020; Salam et al., 2022). Verschiedene Reviews zeigen eine geringere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, wenn eine formelle Hilfe nicht als hilfreich angesehen wird (Firth et al., 2022; Priebe et al., 2016; Satinsky et al., 2019). In diesem Zuge wird informelle Hilfe aufgesucht und kann als akzeptabler und effektiver wahrgenommen werden (Boettcher et al., 2021), beispielsweise durch Familienangehörige, das soziale Netz oder religiöse Ansprechpersonen (Byrow et al., 2020; Firth et al., 2022; Satinsky et al., 2019). Informelle Hilfen müssen jedoch nicht ausschließlich als Barriere betrachtet werden, da hierbei auch die Ermutigung zum Aufsuchen professioneller Unterstützung erfolgen kann (Saleh et al., 2023).
Ein generell fehlendes Wissen über mögliche Versorgungsangebote kann ebenfalls zu einer verringerten Inanspruchnahme der gesundheitlichen Dienste beitragen (Dumke et al., 2024b). Im Vergleich zu Personen ohne Fluchterfahrung verfügen Geflüchtete über ein signifikant geringeres Wissen über potenzielle psychosoziale Behandlungsangebote in Deutschland (Schlechter et al., 2023). Hierbei besteht sowohl ein Mangel an Informationen bzgl. der Behandlungsangebote als auch Unklarheiten beim Zugang zu Einrichtungen (Boettcher et al., 2021). Personen ohne flüssige Sprachkenntnisse haben oft Schwierigkeiten, sich im Gesundheitssystem zu „navigieren“ (Van der Boor & White, 2020).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich für die Theorien eines von westlichen Konzepten abweichenden Störungsverständnisses und der Präferenz informeller Hilfen keine eindeutige Evidenz ergibt, während fehlendes Wissen über das Gesundheitssystem und Behandlungsoptionen sowie die Angst vor Stigma zentrale Barrieren seitens der hilfesuchenden Person darstellen (Nohr et al., 2024).

1.3.4.2 Strukturelle Ebene des Hilfe-Systems

Auf struktureller Ebene bestehen Barrieren in Bezug auf gesetzliche Rahmenbedingungen, praktische Versorgungsmöglichkeiten, eine fehlende Vernetzung innerhalb des Gesundheitssystems sowie sprachliche Herausforderungen (Dumke et al., 2024b; Nohr et al., 2024).
Das AsylbLG beschränkt die medizinische Versorgung von Geflüchteten auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände (AsylbLG; §§4 und 6). Hierbei kommt es zu langen Wartezeiten während der Antragsstellung und teils unbegründeten Ablehnungen von Therapieanträgen

durch das Sozialamt (Thoele et al., 2017). Psychosoziale, therapeutische und medizinische Fachverbände sowie über 200 zivilgesellschaftliche Organisationen fordern daher in einem aktuellen Positionspapier, die gesundheitlichen Leistungen aus dem AsylbLG herauszunehmen und Gesundheitsleistungen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen zu verorten (BAfF e.V., 2023). Der durch das AsylbLG massiv eingeschränkte Zugang zur Gesundheitsversorgung wurde jedoch zum Jahresbeginn 2024 von eineinhalb auf drei Jahre verdoppelt (BAfF e.V., 2024).

Zudem betreffen strukturelle Faktoren die Erreichbarkeit von Behandlungsangeboten, wobei Fahrtkosten als ein zentrales Hindernis wahrgenommen werden (Firth et al., 2022; Salam et al., 2022). Zwei weitere zentrale Herausforderungen stellen die fehlenden Anmeldungen von Geflüchteten bei Behandelnden sowie Kommunikationsprobleme zwischen Geflüchteten und Behandelnden dar (Dumke & Neuner, 2023; Dumke et al., 2024b). Aktuelle Studien machen einen deutlichen Mangel an Anmeldungen und einen fehlende Kontakt von Therapeut:innen zu Geflüchteten deutlich (Dumke et al., 2023b; Hausmann, 2019; Kiselev et al., 2020), was in Zusammenhang mit der geringen Anzahl an Behandlungen von Geflüchteten gebracht werden kann (Dumke et al., 2023b). Zudem besteht ein Mangel an professionell ausgebildeten Sprachmittler:innen und fehlende Finanzierungsstrukturen, womit ein administrativer Mehraufwand und ggfs. eine private Kostenübernahme für Psychotherapeut:innen einhergeht (Führer & Brzoska, 2022; Mewes et al., 2016; Thoele et al., 2017). Sprachprobleme können in Krankenhäusern dazu führen, dass auf den Einsatz von Angehörigen, Bekannten oder bilingualem Klinikpersonal zurückgegriffen wird, was die Qualität und Professionalität einschränkt und sich negativ auf Behandlungserfolge auswirken kann (Führer & Brzoska, 2022). Therapeut:innen selbst betrachten die Barriere der Sprach- und Kommunikationsprobleme als besonders schwerwiegend (Nohr et al., 2024).

1.3.4.3 Behandelnde

Auf Seiten der Behandelnden lassen sich mangelndes Wissen, erlebte Kompetenzdefizite, Stereotype, Diskriminierung und Rassismus als Barrieren identifizieren, die die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten sowie die Qualität der Behandlung beeinflussen können (Nohr et al., 2024).

Psychotherapeut:innen[4] führen mangelndes Wissen hinsichtlich Abrechnungsmodalitäten, Unsicherheiten bei der Kostenübernahme und einen hohen formalen Aufwand als Hindernisse an (Dumke et al., 2024b; Mewes et al., 2016). Zudem wird ein fehlendes Netzwerk und

[4] Im Folgenden wird auch stellenweise der kürzere Begriff „Therapeut:innen“ verwendet (z.B. Studie I). Sowohl unter „Psychotherapeut:innen“ als auch unter „Therapeut:innen“ sind in dieser Arbeit psychologische oder ärztliche Psychotherapeut:innen im deutschen Versorgungssystem gemeint.

ein fehlender Austausch zu Erfahrungen in der Arbeit mit Geflüchteten als Barriere diskutiert (Mewes et al., 2016). Auch die fehlende Erfahrung in der Arbeit mit Sprachmittlung und die als nicht ausreichend erlebte Kompetenz bei der Behandlung von Traumafolgestörungen wird als Barriere erlebt (Mewes et al., 2016; Thoele et al., 2017). Hierbei werden eine potenzielle Belastung und Stress durch die Konfrontation mit traumatischen Erlebnissen (Karageorge et al., 2017; Peñuela-O'Brien et al., 2023) sowie Ängste vor schwierigen Themen genannt (Mewes et al., 2016; Thoele et al., 2017). Neben Unsicherheiten in der Diagnostik und Behandlung von PTBS wird die Lebenssituation der Geflüchteten als sehr herausfordernd wahrgenommen (Dumke et al., 2024a; Dumke et al., 2024b; Peñuela-O'Brien et al., 2023; Thoele et al., 2017). Psychisch belastete Geflüchtete werden dabei oft als eine „schwierige Patient:innengruppe" wahrgenommen, die sehr komplexe und spezifische Anforderungen an die Behandlung stellt (Peñuela-O'Brien et al., 2023). Es bestehen Bedenken hinsichtlich der Herausforderungen bei der Behandlung komplexer psychischer Störungen sowie hinsichtlich der angenommenen, erheblichen kulturellen Unterschiede in der Auffassung von psychischer Gesundheit (Karageorge et al., 2017; Peñuela-O'Brien et al., 2023). Psychotherapeut:innen befürchten eine unzureichende Kompetenz und erwarten kulturelle Unterschiede und Besonderheiten bei Menschen mit Migrations- oder Fluchtgeschichte, was sie davon abhalte, Therapie mit ihnen durchzuführen (Dumke & Neuner, 2023; Mewes et al., 2016). Ein aktuelles, deutschlandweites Vignetten-Experiment konnte zeigen, dass sich die kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen Einstellungen von Psychotherapeut:innen gegenüber Patient:innen mit und ohne Fluchthintergrund signifikant unterscheiden. Hierbei ist ein sogenannter „Othering Prozess" zu beobachten: Patient:innen mit Fluchthintergrund werden mit einzigartigen Merkmalen und Bedürfnissen wahrgenommen, die als Abweichungen betrachtet werden und als hinderlich für die Durchführung einer Psychotherapie eingeschätzt werden (Dumke & Neuner, 2023). Psychotherapeut.innen gaben mit höherer Wahrscheinlichkeit an, Geflüchtete nicht in ihre Praxis aufnehmen zu wollen, sie weiter zu verweisen, ihnen einen stationären Aufenthalt oder eine medikamentöse Einstellung zu empfehlen, als dies bei Nicht-Geflüchteten der Fall war (Dumke & Neuner, 2023).

Stereotypisierende und diskriminierende Einstellungen und Verhaltensweisen seitens der Behandelnden zeigen sich während der Behandlungssuche und bei der Behandlung selbst (Salam et al., 2022). Durchgeführte Behandlungen mit Geflüchteten entsprechen häufig nicht den Empfehlungen der Psychotherapie-Richtlinien (Boettcher et al., 2021; Dumke et al., 2024a). In einer längsschnittlichen Studie von Boettcher et al. (2021) zeigte sich bei 54,8% (n = 97) der untersuchten Geflüchteten ein objektiver Behandlungsbedarf anhand des Refugee Health Screeners (RHS-15). Lediglich 17 Personen (9,6%) der Stichprobe gaben nach einem Jahr an, mindestens einen psychiatrischen Termin wahrgenommen zu haben, 8

Personen (4,5%) berichteten über psychotherapeutische Termine, und 2 von ihnen (1,1%) gaben an, mehr als fünf Termine erhalten zu haben (max. 7 Sitzungen). Keiner der Teilnehmenden gab hierbei an, eine evidenzbasierte Behandlung erhalten zu haben (Boettcher et al., 2021), beispielsweise eine traumafokussierte (TF) Therapie, wie von den S3 Leitlinien bei PTBS empfohlen (Cloitre et al., 2012; Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie und Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 2019). Personen mit unsicherem Asylstatus berichteten von häufigeren Kontakten zu Psychiater:innen in den letzten 12 Monaten, verspürten jedoch signifikant häufiger den Wunsch nach und den Bedarf an einer psychotherapeutischen Behandlung (Boettcher et al., 2021). Dumke et al. (2023b) konnten in einer Online-Umfrage zeigen, dass 50% der Therapeut:innen angaben, keine Geflüchteten zu behandeln, und dass Therapien für Geflüchtete im Durchschnitt 20% kürzer waren als für andere Patient:innen. Auch in einer längsschnittlichen Follow-Up-Studie von Dumke et al. (2024a) zeigte sich, dass weniger als die Hälfte der Personen mit auffälliger psychischer Symptomatik und Belastung 12 Monate nach Untersuchung Zugang zur Versorgungsstruktur hatte, wobei nur eine von 14 Personen eine minimal adäquate Versorgung erhalten hatte (definiert nach der WHO: ≥ 8 Sitzungen Psychotherapie oder Pharmakotherapie plus ≥ 4 medizinische Termine; Dumke et al., 2024a).

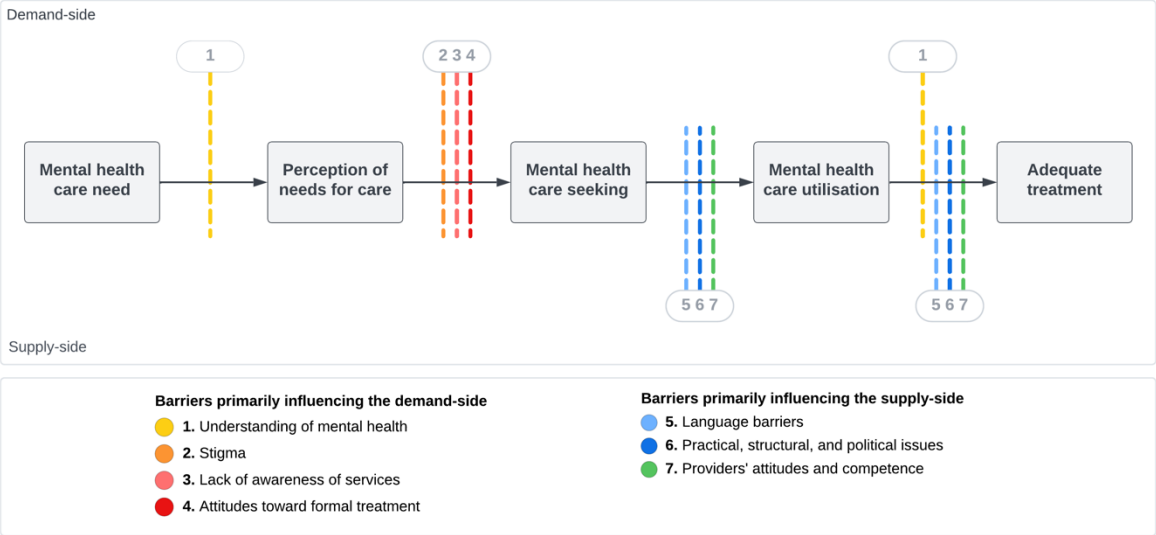
1.3.4.4 Behandlungslücke

Es wird deutlich, dass Barrieren auf unterschiedlichen Ebenen zu einer Behandlungslücke beitragen. Mehr als zwei Drittel der Geflüchteten mit objektivem Behandlungsbedarf haben keinen Kontakt zum Versorgungssystem (Boettcher et al., 2021; Borho et al., 2020; Bozorgmehr et al., 2015; Dumke et al., 2024a; Führer et al., 2020; Georgiadou et al., 2018; Nikendei et al., 2019; Trohl et al., 2021). In einer deutschlandweiten Befragung berichten 36,9% der Behandelnden in den letzten 12 Monaten keine Anmeldung von Geflüchteten erhalten zu haben, 56% gaben an, keine Geflüchteten im letzten Jahr behandelt zu haben (Bogatzki & Odenwald, 2024). Es zeigt sich zudem, dass Geflüchtete nach Anmeldung in einer Praxis nur 41% der Wahrscheinlichkeit von nicht Geflüchteten hatten, behandelt zu werden (Bogatzki & Odenwald, 2024). Auch Zahlen der Krankenkassen zeigen, dass Geflüchtete in ambulanter Psychotherapie unterrepräsentiert sind, während sie im Vergleich dazu relativ häufig stationäre Aufenthalte in Anspruch nehmen (Bauhoff & Göpffarth, 2018).

Insgesamt kann der Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung als ein Behandlungspfad verstanden werden, den Geflüchtete durchlaufen müssen, um eine erforderliche Behandlung zu erhalten. Barrieren können seitens der Patient:innen und seitens des

Gesundheitssystems an den Übergängen zwischen den unterschiedlichen Phasen auftreten (Levesque et al., 2013). Dumke et al. (2024b) haben das konzeptionelle Modell zum Zugang zur Gesundheitsversorgung („A conceptual framework of access to healthcare“) von Levesque et al. (2013) auf den Behandlungspfad von Geflüchteten angepasst (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1. Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung von Dumke et al. (2024b)



Anmerkung. Das Modell von Dumke et al. (2024b) wurde konzeptualisiert nach dem Modell „A conceptual framework of access to healthcare“ von Levesque et al. (2013) und illustrativ angepasst nach Smith et al. (2019).

1.4 Lösungsansätze

Im folgenden Kapitel sollen Stepped- und Collaborative-Care-Modelle (SCCM) sowie der Einbezug von Peers als mögliche Lösungsansätze für die prekäre Versorgungssituation von psychisch belasteten Geflüchteten in Deutschland vorgestellt werden. Auf dieser Grundlage wird im Anschluss die Konzeption des Konstanzer Modellprojekts (KOBEG) erläutert, auf das sich die Studien dieser Dissertation beziehen.

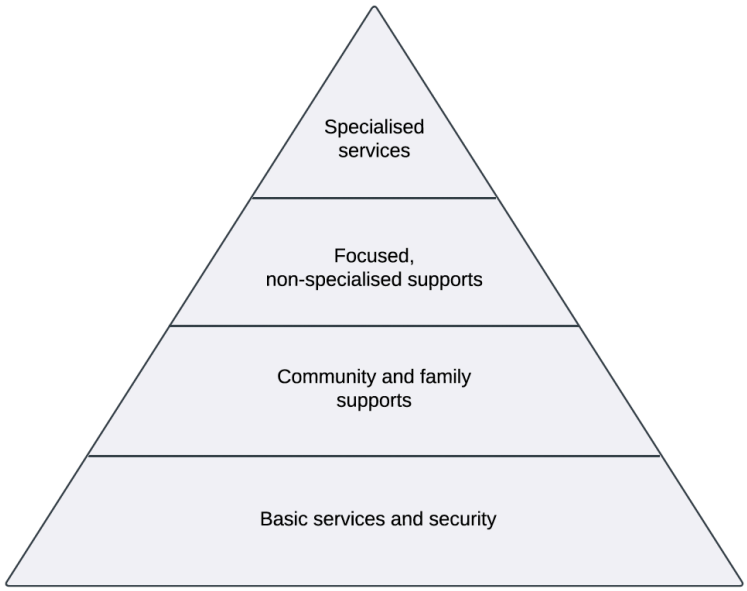
1.4.1 Stepped- und Collaborative-Care-Modelle (SCCM)

Stepped- und Collaborative-Care-Modelle (SCCM) werden als potenzielle Lösungsansätze zur Bewältigung des Versorgungsdefizits von Geflüchteten diskutiert (Schneider et al., 2017). SCCM haben das Ziel, bei limitiert verfügbaren Ressourcen eine kultursensitive Versorgung bedarfsgerecht zu gestalten und zu implementieren (Schneider et al., 2017). Dabei

werden die Betroffenen entsprechend ihrer Bedürfnisse in Behandlungsangebote mit unterschiedlicher Intensität überführt (stepped care), während zugleich die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Fachkräften im Gesundheitssystem zu einer integrativen Versorgungsstruktur gefördert wird (collaborative care; Bohus & Missmahl, 2017; Elbert et al., 2017; Schneider et al., 2017). SCCM kommen bereits in der Not- und Entwicklungshilfe, insbesondere in Kriegs- und Krisengebieten, sowie in Projekten und Studien in der deutschen Regelversorgung zur Anwendung (Böge et al., 2020; Böttche et al., 2016; Elbert et al., 2017; Liedl et al., 2016; Schneider et al., 2017). In einer ersten multizentrischen, randomisiert-kontrollierten Studie von Geflüchteten mit depressiven Symptomen in Deutschland zeigen sich Machbarkeit und positive Ergebnisse (Böge et al., 2020).

Auch das Inter-Agency Standing Committee (IASC) des United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) und die WHO propagieren einen gestuften Interventionsansatz für psychosoziale Arbeit in Krisen- und Konfliktkontexten (siehe Abbildung 2). Das Pyramidenmodell ist seit 2007 Teil der IASC-Richtlinien für die psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung (Mental Health and Psychosocial Support, MHPSS) in Notsituationen, wobei die vier Stufen der Pyramide als ineinandergreifende Interventionsformen zu verstehen sind (Inter-Agency Standing Committee, 2007). Um ein holistisches psychosoziales Versorgungsangebot zu gewährleisten, sind verschiedene Spezialisierungen auf den jeweiligen Stufen erforderlich (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, 2018).

Abbildung 2. Interventionspyramide für psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung in Krisen und Konfliktkontexten (Inter-Agency Standing Committee, 2007)



Anmerkung. Interventionspyramide des IASC 2007, illustrativ angepasst in Schriftart und Farbe.

Stepped- und Collaborative-Care-Modelle erfordern eine koordinierende Struktur, um gestufte Behandlungsangebote zuzuweisen (stepped care) und die Vernetzung von Fachkräften im Gesundheitssystem zu ermöglichen (collaborative care). Der Aufbau von „Koordinierten Versorgungsstrukturen“ wird daher ergänzend zu Stepped- und Collaborative-Care-Modellen als möglicher Lösungsansatz diskutiert (Adorjan et al., 2017; Dumke, 2024). Regionale Koordinationsstellen könnten multidisziplinäre Netzwerke von Institutionen und Akteur:innen, die an der Versorgung beteiligt sind, aufbauen (Adorjan et al., 2017; Dumke, 2024). Überweisungen, Vernetzung und Austausch könnten erleichtert werden (Dumke, 2024). Gleichzeitig könnte eine zentrale Koordination den Einsatz von Dolmetscher:innen verbessern und durch regelmäßige Supervisionsangebote professionalisieren (Dumke, 2024). Zudem besteht durch eine zentrale Koordination die Möglichkeit eines koordinierten Case-Managements, was sich in einer ersten randomisiert-kontrollierten Studie mit Geflüchteten im Regelversorgungssystem als effektiver Ansatz erweist (Northwood et al., 2020). Koordinationszentren werden deutschlandweit bereits für spezifische Störungsbilder aufgebaut, um Behandelnde mit Diagnostik zu entlasten, bei Fragen zu unterstützen und die lokale Vernetzung zu fördern (Stark et al., 2024).

1.4.2 Arbeit mit Peers im Gesundheitswesen

Ein zentraler Aspekt der Stepped- und Collaborative-Care-Modelle ist der Einbezug und Einsatz von Nicht-Spezialist:innen und Peer-Support. Obwohl es bis heute keine einheitliche Terminologie für Peer-Support gibt und die Definitionen, Auslegungen und Handlungsfelder stark variieren, zeigt sich, dass Peer-Support bei Geflüchteten zur Reduktion von Zugangsbarrieren beitragen kann (Jallow et al., 2022). Peer-Support im Gesundheitswesen wird verstanden als die Unterstützung für Menschen mit psychischen Krisen durch eine andere krisen- und genesungserfahrene Person (Mahlke et al., 2019). Peer-Support in der Arbeit mit Geflüchteten wird unterschiedlich interpretiert; die meisten Ansätze legen das englische Wort „Peer“ jedoch als „gleichrangig“ aus und definieren Peer-Begleitung als Unterstützung von Menschen für Menschen, die ähnliche oder dieselben einschränkenden Lebenserfahrungen gemacht haben (BAfF e.V., 2019). Im Rahmen der Arbeit mit Geflüchteten bezeichnet Peer-Support daher oft die Unterstützung von Personen mit ähnlichen Erfahrungen im Bereich Flucht, Migration und Integration (BAfF e.V., 2019).

Bei der Systematisierung der heterogenen Programme von Peer-Support bei Geflüchteten zeigt sich, dass diese sich vor allem in Einsatzbereichen und Einsatzzeitpunkten unterscheiden (BAfF e.V., 2019). So bestehen Projekte, die Laien mit spezifischen Trainings dazu trainieren, belastete Geflüchtete zu identifizieren und sie in bestehende Behandlungsstrukturen zu „lotsen“ (Gesundheitslots:innen; BAfF e.V., 2019). Zudem existieren Peer-Projekte, die

psychosoziale Angebote aufgebaut haben; hier wird oft von paraprofessionellen Helfer:innen, Laienhelfer:innen, psychosozialen Peer-Berater:innen, trauma-informierten Peer-Berater:innen oder Ähnlichem gesprochen (BAfF e.V., 2019). Das psychosoziale Angebot reicht dabei von Psychoedukation über Ressourcenaktivierung bis hin zur Stabilisierung (Peer-Berater:innen). Ein dritter Einsatzbereich von Peer-Support besteht in einer unterstützenden Alltagsbegleitung. Dies kann bspw. den Gang zu Behörden, die Wohnungssuche oder die Stabilisierung für Patient:innen mit PTBS, die bereits in Therapie sind, umfassen (Mentor:innen; BAfF e.V., 2019). Gemeinsames Ziel der Peer-Projekte ist es, möglichst vielen Menschen den Weg ins Gesundheitssystem zu erleichtern (BAfF e.V., 2019).
Studien zeigen positive Wirkungen des Einsatzes von unterschiedlichen Peer-Support-Ansätzen im Gesundheitswesen (Cabassa et al., 2017). Hierbei wird eine bessere Lebensqualität und ein aktiveres „Verbleiben“ in der Behandlung als positiv angegeben (Chinman et al., 2014). Gleichzeitig zeigen sich positive Effekte durch die Unterstützung bei der Orientierung im Gesundheitssystem (Cabassa et al., 2017). Es wird angenommen, dass es Peers schnell gelingt, Vertrauen zu den von ihnen Betreuten aufzubauen und als Rollenvorbilder zu fungieren (Gillard et al., 2017). Dabei kann Peer-Support für die Unterstützenden selbst eine Belastung darstellen (Otte et al., 2020), beispielsweise durch eine starke emotionale Nähe und die Schwierigkeit, Grenzen einzuhalten (Mirbahaeddin & Chreim, 2022). Gleichzeitig zeigen Studien zu Peer-Support auch positive Effekte für die Helfenden, wie persönliches Wachstum, eine Förderung ihres kulturellen Verständnisses und Wissens, Empathiezunahme und eine Stärkung von Problemlösefähigkeiten (Barbaresos et al., 2023; Poremski et al., 2022).

1.4.3 Das Konstanzer Modellprojekt KOBEG

Um der beschriebenen Versorgungsherausforderung zu begegnen wurde 2017 in Kooperation zwischen der Universität Konstanz und der gemeinnützigen Nichtregierungsorganisation vivo international e.V. (www.vivo.org) ein neues Versorgungsmodell, die *Koordinierte psychotherapeutische Behandlung unter Einbezug von Gesundheitspat:innen* (KOBEG), auf kommunaler Ebene aufgebaut. KOBEG fokussiert sich auf einen Landkreis als kommunale Verwaltungseinheit mit einheitlicher Anwendung des AsylbLG und hat das Ziel, Zugangsbarrieren zu überwinden und Geflüchteten den Zugang zur Regelversorgung zu erleichtern. Über eine zentrale Koordinationsstelle werden psychiatrische und psychotherapeutische Bedarfe von Geflüchteten systematisch erfasst. Im Anschluss erfolgt die Vermittlung in das lokale, kassenfinanzierte Regelversorgungssystem, wobei Geflüchtete von trainierten und unter Supervision stehenden Gesundheitspat:innen unterstützt und begleitet werden (siehe Abbildung 3). Die Implementierung der verschiedenen Maßnahmen erfolgt im engen Netzwerk lokaler Partner

(Zentrum für Psychiatrie, Ambulanzen, Psychotherapiepraxen) und in Zusammenarbeit mit Landkreisbehörden und Kommunen. KOBEG fokussiert sich auf strukturelle Aspekte in der Gesundheitsversorgung und ist daher inhaltlich offen für alle therapeutischen Verfahrensausrichtungen, Techniken und Berufsgruppen. Folgende Strukturkomponenten werden in KOBEG implementiert:

Kommunale Koordinationsstelle und koordinierte Behandlung

Ursprünglich stammt der Begriff „Koordinierte Behandlung“ aus der Sozialgesetzgebung und bezieht sich auf die seit 2000 eingeführte Integrierte Versorgung (IV) (Sozialgesetzbuch V, 2024; §140 a bis d). Integrierte Versorgung bezeichnet die Vernetzung verschiedener Sektoren im Gesundheitssystem. Ziel ist eine koordinierte, sektorenübergreifende Zusammenarbeit (bspw. ambulant, stationär) zwischen unterschiedlichen Fachrichtungen, verschiedenen Ärzt:innen und Therapeut:innen, um die Versorgung von Patient:innen, die eine komplexe Behandlung erfordern, bestmöglich zu integrieren (Bundegesundheitsministerium, 2024). Krankenkassen können IV-Leistungen in separaten Verträgen mit Leistungserbringern im Gesundheitssystem vereinbaren. In KOBEG wird mit „Koordinierter Behandlung“ die lokale Vernetzung von Psychotherapeut:innen, Ärzt:innen, ambulanten und stationären Strukturen im Gesundheitswesen gemeint. Diese Vernetzung erfolgt durch eine zentrale Koordinationsstelle, welche Leistungserbringer:innen unterschiedliche Unterstützungsmöglichkeiten (inhaltlich und administrativ) bei der Behandlung von Geflüchteten bietet, sowie ein zentrales Case Management[5] betreibt. Die im Rahmen von KOBEG etablierte „Koordinierte Behandlung“ ist nicht von der bestehenden Sozialgesetzgebung abgedeckt und wird nicht von Krankenkassen finanziert, sondern stellt ein innovatives, aus Projektgeldern finanziertes Konzept dar.

In der kommunalen Koordinationsstelle von KOBEG können sich Geflüchtete selbst melden oder werden von Mitarbeitenden des Asylsystems oder des Gesundheitswesens angemeldet. In standardisierten, diagnostischen Vorgesprächen (Screenings) werden die Hilfebedarfe der angemeldeten Geflüchteten erfasst. Basierend auf den Vorbefunden wird eine zielgenaue Vermittlung in Regelversorgungsstrukturen vorgenommen. Diese reicht von ambulanten Therapieangeboten über teilstationäre und stationäre Vermittlung bis hin zur Anbindung an psychiatrische Institutsambulanzen sowie Gemeindepsychiatrische Zentren (GPZ). Interessierte Leistungserbringer:innen aus dem Regelversorgungssystem können sich melden, um sich an

[5] Case Management bezieht sich auf die gezielte Steuerung (Management) einer Fallsituation (Case), um eine individuelle Problematik zu lösen und wird innerhalb einer Organisation sowie im regionalen Versorgungssystem durchgeführt. Es handelt sich um ein strukturiertes Vorgehen, das das Versorgungssystem verändern kann und an dem verschiedene Professionen und Organisationen sektorenübergreifend beteiligt sind (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, 2020).

der Versorgung psychisch belasteter Geflüchteter zu beteiligen und um Patient:innen zugewiesen zu bekommen. Die sich am Projekt beteiligenden Psychotherapeut:innen werden fortgebildet, von der Koordinationsstelle unterstützt (bspw. bei Fragen zur Abrechnung von Psychotherapie über AsylbLG) und gegenüber kommunalen Kostenträgern vertreten. Zudem erfolgt die Organisation und Bereitstellung von Sprachmittlung sowie eine generelle inhaltliche und gegebenenfalls organisatorische Unterstützung. Gleichzeitig werden in der Koordinationsstelle die Ausbildungen und Einsätze von Sprachmittler:innen und Gesundheitspat:innen koordiniert und verwaltet.

Einbezug von trainierten Gesundheitspat:innen (PSWs)[6]

Gesundheitspat:innen (Peer Support Workers, PSWs) sind psychisch stabile, sozial gut integrierte Personen aus ähnlichen Herkunftsländern der Geflüchteten. Nach Auswahlverfahren und abgeschlossener Schulung übernehmen sie im Rahmen einer bezahlten Tätigkeit und unter regelmäßiger Supervision stehend die Unterstützung und Begleitung von ins Projekt aufgenommenen psychisch belasteten Geflüchteten. Es handelt sich hierbei um eine aufsuchende Unterstützung und Begleitung in Regelversorgungsstrukturen, oft verbunden mit interkultureller Wissensvermittlung und Motivationsaufbau. Die Aufgabenbereiche sind vielfältig und werden in Studie II (Kapitel 3) näher exploriert und erfasst. Die konzeptionelle Abgrenzung zu Sprachmittler:innen ist elementar: PSWs übernehmen in Psychotherapien keine Sprachmittlung, begleiten aber ggfs. zu Sprechstunden oder Probatorik oder übersetzen bei spontanen Arztbesuchen. Die Kurzausbildung im Rahmen von KOBEG umfasst Wissensvermittlung und praktische Workshops zu den Themen Gesundheitssystem und Regelversorgung; psychische Störungen (insb. PTBS); Selbstfürsorge, Abgrenzung und professionelle Beziehungsgestaltung; Umgang mit Krisen sowie Sprachmittlung. Häufige Themen der Supervisionen sind der Umgang mit Abgrenzung (bspw. Patient:in meldet sich nachts oder an Wochenenden, ruft ständig an), die eigene Betroffenheit (bspw. Erinnerung an eigene belastende Vergangenheit durch die Erlebnisse der Patient:innen, aufkommende Traurigkeit über das Berichtete und/oder die Erlebnisse der Patient:innen, aufkommende Hoffnungslosigkeit angesichts der Situation der Patient:innen), aufkommende Gefühle von Scham und/oder Wut (Fremdscham bei Therapie als Ort für Frust, Wut über Undankbarkeit), der Aufbau von Selbstfürsorge (nicht abschalten können), Herausforderungen hinsichtlich Kultursensibilität (bspw. respektvoller Umgang, Fragen nach Sexualität) sowie Organisatorisches (Umgang mit Datenschutz). Die Kosten von PSWs werden im deutschen Gesundheitssystem noch nicht von den Krankenkassen übernommen und im Rahmen der Projektförderungen finanziert.

[6] Die in KOBEG beschriebenen „Gesundheitspat:innen“ werden im Englischen als Peer Support Workers (PSWs) bezeichnet. Im Folgenden wird daher durchgehend die Abkürzung PSW angewendet.

Aufbau und Finanzierung eines lokalen Sprachmittler:innenpools

KOBEG rekrutiert, schult, koordiniert und supervidiert einen Pool an Sprachmittler:innen im Landkreis. Zur Qualifizierung wurde ein Trainingskonzept entwickelt. Nach erfolgreichem Bewerbungsgespräch erhalten Sprachmittler:innen zunächst eine Grundausbildung. Hier erfolgt die Vermittlung von spezifischen Regeln sowie erste praktische Übungen. Spezifische Regeln beziehen sich unter anderem auf die Verantwortlichkeit der Gesprächsführung und die Gestaltung der Rahmenbedingungen sowie die Vorabklärung von Rollen, Regeln und Abläufen. Zudem werden technische Aspekte der Sprachmittlung, Beziehungsgestaltung und der Umgang mit Belastung thematisiert. Im Rahmen der Arbeit im KOBEG-Projekt bestehen fortlaufende Möglichkeiten zu weiteren Schulungen. Aufbauschulungen beinhalten praktische Übungen zu besonders schwierigen Situationen, wie z.B. Sprachmittlung mit logorrhoischen oder psychotischen Patient:innen. Die trainierten Sprachmittler:innen werden für die Durchführung von Psychotherapien in die Regelversorgung vermittelt. Alle 4 - 6 Wochen erhalten sie Supervision im Rahmen des KOBEG-Projekts; bei Fragen oder Schwierigkeiten haben sie zudem die Möglichkeit, sich umgehend an die Koordinationsstelle zu wenden.

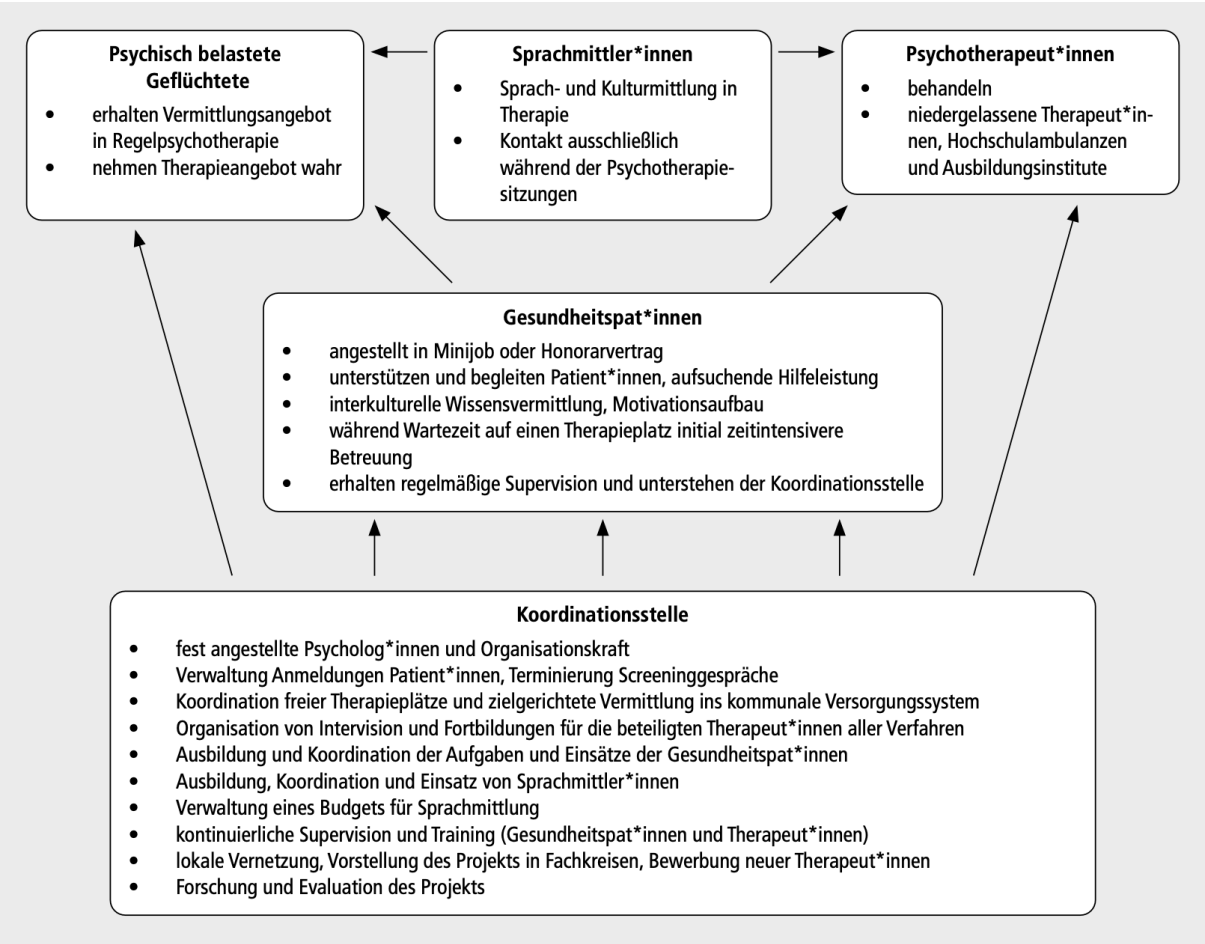
Weiterqualifizierung des lokalen Versorgungssystems

Zudem organisiert und koordiniert KOBEG regelmäßige Fortbildungs- und Intervisionsangebote (z.B. Traumatherapie für Geflüchtete, Psychotherapie mit Sprachmittlung, Grundlagen des Asylrechts, Menschenhandel), um spezifisches Wissen nachhaltig in den Regelversorgungsstrukturen zu verankern. Die Fortbildungen werden kostenfrei vom KOBEG-Projekt angeboten. Für Behandelnde besteht zudem die freiwillige Möglichkeit alle 4 - 6 Wochen an kostenfreien und akkreditierten Intervisionsrunden teilzunehmen.

Neben Fortbildungen für Psychotherapeut:innen und Ärzt:innen werden auch Schulungen für Asylsozialarbeitende und Integrationsmanager:innen angeboten. Themen sind unter anderem psychische Störungen bei Geflüchteten, der Umgang mit psychisch auffälligen Geflüchteten, Krisen, Aggression und Suizidalität sowie die Informationsvermittlung über mögliche Anlaufstellen im Landkreis. Durch praxisorientierte Workshops fördert KOBEG die Vernetzung zwischen dem regionalen Gesundheitssystem und dem Asylsystem. Ziel ist es, Mitarbeitende aus den Bereichen Asylsozialarbeit, Integrationsmanagement und Sozialpsychiatrie enger miteinander zu vernetzen, Verantwortungsbereiche klarer zu definieren und die Zusammenarbeit gezielt zu stärken.

Das Projekt beteiligt sich an lokalen Veranstaltungen, wie etwa dem Welttag der seelischen Gesundheit, und wird regelmäßig in Qualitätszirkeln[7] der Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut:innen und Ärzt:innen vorgestellt.
Zudem erfolgt eine enge Kooperation mit lokalen Psychotherapie-Ausbildungsinstituten, wobei Auszubildende und Supervisor:innen, welche die Behandlung von Geflüchteten auch im Rahmen von Lehrtherapien unterstützen, gefördert werden.

Abbildung 3. Struktureller Aufbau des Projekts (Bogatzki, 2021)



Anmerkung. Struktureller Aufbau des Konstanzer Modellprojekts KOBEG aus Psychotherapie Aktuell, Ausgabe 4/2021 (Bogatzki, 2021). Die Verwendung des Begriffs „Gesundheitspate“ ist als äquivalent zu „PSW“ zu verstehen.

[7] Qualitätszirkel sind eine von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gemäß § 75 Abs. 7 SGB V empfohlene Maßnahme zur Qualitätssicherung im ambulanten Bereich (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2025). Vertragsärzt:innen und Vertragspsychotherapeut:innen kommen hier mindestens einmal im Quartal in kleinen Gruppen zusammen, um unter moderierter Leitung Erfahrungen und Wissen auszutauschen.

Insgesamt koordiniert KOBEG, ähnlich wie andere innovative Versorgungsprojekte in Deutschland (z. B. Centra Hamburg), die Vermittlung bedarfsgerechter und variierend intensiver Angebote (stepped care). Ausgebildete und unter Supervision stehende PSWs unterstützen diesen Prozess und fördern die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Fachkräfte im gesundheitlichen Regelversorgungssystem (collaborative care; Bogatzki & Odenwald, 2023).

1.5 Ziel dieser Doktorarbeit

Ausgehend von einer hohen Anzahl an psychisch belasteten Geflüchteten und strukturellen Zugangsbarrieren wurde im Landkreis Konstanz das Modellprojekt „Koordinierte Psychotherapeutische Behandlung unter Einbezug von Gesundheitspat:innen“ (KOBEG) aufgebaut. Im Rahmen dieser Doktorarbeit wurden drei Studien mit unterschiedlichen thematischen und methodischen Schwerpunkten durchgeführt.

Studie I evaluiert in einem quantitativen Design die Pilotphase des Modellprojekts KOBEG. Der Fokus liegt hierbei auf der psychischen Belastung der Geflüchteten sowie den Erfahrungen der beteiligten Therapeut:innen (Kapitel 2).
Studie II untersucht in einem explorativen, qualitativen Design Aufgabenbereiche sowie Belastungen und Bereicherungen der PSWs (Kapitel 3).
Studie III ergänzt Studie I und Studie II um eine praxisorientierte therapeutische Perspektive und fokussiert sich auf die Durchführung von konfrontativer Traumatherapie unter unsicheren Lebensumständen in der psychotherapeutischen Regelversorgung (Kapitel 4).

Während sich die ersten beiden Studien auf direkte Aspekte des Projekts KOBEG beziehen, befasst sich die dritte Studie mit den therapeutischen Möglichkeiten im Rahmen der Regelversorgung. Alle drei Studien befassen sich auf unterschiedlichen Ebenen mit dem Zugang psychisch belasteter Geflüchteter zur psychotherapeutischen Regelversorgung.

Mein Ziel ist es, mit dieser Arbeit sowohl einen Beitrag zur Evaluation und Weiterentwicklung des Konstanzer Modellprojekts KOBEG, als auch zur Peer-Forschung und zur Behandlung von Geflüchteten unter unsicheren Lebensumständen zu liefern.
Ausgehend von den Ergebnissen der drei durchgeführten Studien soll in der Diskussion ein „Gestuft Integriertes Versorgungsmodell“ (GIV) entwickelt werden, das für eine besonders vulnerable Zielgruppe dazu beitragen könnte, den Zugang zum Menschenrecht auf Gesundheit zu verbessern.

2 Studie I: „Konstanzer Modellprojekt für psychisch belastete Geflüchtete – Koordinierte psychotherapeutische Behandlung unter Einbezug von Gesundheitspat:innen (KOBEG)“[8]

2.1 Zusammenfassung

Geflüchtete mit psychischen Störungen sind mit Zugangsbarrieren zum psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem konfrontiert. Um diesen Barrieren zu begegnen, wurde im Landkreis Konstanz ein Modellprojekt zur Unterstützung der Gesundheitsversorgung und Integration psychisch belasteter Geflüchteter etabliert (Koordinierte psychotherapeutische Behandlung unter Einbezug von Gesundheitspat:innen; KOBEG) und in einer ersten 3-jährigen Modellphase evaluiert. Über eine zentrale Koordinierungsstelle werden die Geflüchteten an lokale, niedergelassene Psychotherapeut:innen vermittelt. Sprach- und kultursensitiv geschulte Gesundheitspat:innen (Peers) betreuen und begleiten die Geflüchteten während ihrer Therapie. Die Inanspruchnahme des vermittelten Therapieangebots und Erfahrungen beteiligter Therapeut:innen dienen als Indikatoren für die Effektivität der patengestützten Therapievermittlung. Die Wirksamkeit der therapeutischen Maßnahmen und Begleitung durch Gesundheitspat:innen wurde anhand der psychischen Symptombelastung (Symptomchecklist-27) und Funktionsbeeinträchtigung (Work and Social Adjustment Scale) vor und nach durchschnittlich 10 Monaten Projektteilnahme evaluiert. Im Zentrum der Untersuchung stehen die Geflüchteten (Angebotsinanspruchnahme und psychische Belastung) sowie die Psychotherapeut:innen (berichtete Erfahrungen). Erste Ergebnisse belegen eine überdurchschnittlich hohe Belastung der Geflüchteten zum Zeitpunkt des Erstgesprächs, eine hohe Teilnahmequote und eine geringe Abbruchrate. Die Verlaufserhebung zeigt signifikante Verbesserungen hinsichtlich der psychischen Symptombelastung sowie Funktionsbeeinträchtigung. Die (qualitative) Befragung der Psychotherapeut:innen unterstreicht die Effektivität von KOBEG, 93% der Therapeut:innen beabsichtigen im Rahmen des Projekts weiterhin mit Geflüchteten zu arbeiten.

[8] Publiziert in „*Der Nervenarzt*“, angenommen 09. Juni 2023, publiziert 11. August 2023

Studie I wurde in originaler Publikationsversion als Teil dieser Dissertation eingefügt. Daher wird hier der Begriff „Gesundheitspat:in“ verwendet, der äquivalent zu „PSW“ zu verstehen ist. Zudem entspricht die im Text enthaltene Beschreibung zu Abrechnungsmodalitäten über das AsylbLG nicht mehr dem neuesten Stand, aktuelle Informationen zur Gesundheitsversorgung von Geflüchteten siehe Kapitel 1.3.2 Psychotherapeutische Regelversorgung in Deutschland.

2.2 Abstract

Refugees with mental disorders are confronted with access barriers to the psychiatric and psychotherapeutic care system. In order to counter these barriers, a model project to support the health care and integration of mentally distressed refugees was established in the district of Konstanz (coordinated psychotherapeutic treatment involving trained peer support; CO-PEER) and evaluated in an initial 3-year model phase. A coordination center refers the patients to local certified psychotherapists. Language and culturally sensitive trained mentors (peers) support and accompany the refugees during the therapy. The utilization of the referred therapy and the experiences of the participating therapists serve as indicators for the effectiveness of the peer-supported therapy referral. The effectiveness of therapeutic measures and support by trained peers was evaluated on the basis of the psychological symptom burden (symptom checklist 27) and functional impairment (work and social adjustment scale) before and after an average of 10 months of project participation. The study focuses on the refugees (use of services and mental distress) and the psychotherapists (reported experiences). Initial results showed an above-average stress level among the refugees at the time of the initial interview, a high participation rate and a low drop-out rate. The follow-up survey showed significant improvements in terms of psychological symptom burden as well as functional impairments. The (qualitative) survey among psychotherapists underlines the effectiveness of CO-PEER, 93% of the therapists intend to continue working with refugees within the framework of the project.

2.3 Einleitung

2.3.1 Hinführung zum Thema

Weltweit sind aktuell über 100 Mio. Menschen auf der Flucht (United Nations High Commissioner for Refugees, 2022b). Strukturelle Barrieren erschweren dieser besonders vulnerablen Zielgruppe den Zugang zum krankenkassenfinanzierten Regelversorgungssystem (Böttche et al., 2016). Das nachfolgend vorgestellte Modellprojekt wurde 2017 für den Landkreis Konstanz entwickelt, um mittels koordinierter psychotherapeutischer Behandlung unter Einbezug von Gesundheitspat:innen (KOBEG) den Zugang zur Regelversorgung für belastete Geflüchtete zu verbessern. Die nachfolgend berichteten Evaluationsergebnisse dokumentieren Notwendigkeit, Machbarkeit und erste Hinweise auf die Effektivität des Modellprojekts.

2.3.2 Hintergrund

Unfreiwillige Migration aufgrund von Flucht vor Krieg und Verfolgung geht mit einem hohen psychischen Morbiditätsrisiko einher (Böttche et al., 2016). Neuere Studien berichten hohe Prävalenzen für psychische Störungen wie Depressionen (40,9% Peconga & Høgh Thøgersen, 2020; 31,5% Blackmore et al., 2020) und PTBS (43,0% Peconga & Høgh Thøgersen, 2020; 31,46% Blackmore et al., 2020). In einer von der Bundesregierung in Auftrag gegebenen Studie, schätzten Expert:innen, dass 50% der in den letzten Jahren nach Deutschland gekommenen Geflüchteten traumabedingte psychische Störungen haben und etwa 25% von ihnen professioneller psychotherapeutischer Hilfe bedürfen (Nationale Akademie der Wissenschaften, 2018).

Das Recht auf gesundheitliche Grundversorgung ist auf internationaler Ebene für Geflüchtete geschützt (Baron & Flory, 2016). Bis heute besteht dennoch eine große Diskrepanz zwischen Bedarf und praktischer Versorgung. Auf Grundlage des Asylbewerberleistungsgesetztes (AsylbLG) werden Gesundheitsleistungen nur eingeschränkt gewährt; insbesondere Psychotherapie wird häufig abgelehnt (je nach Kostenträger Ablehnungsquote bis zu 41%; Baron & Flory, 2016). Sprachmittlungkosten werden nicht von den Krankenkassen übernommen. Nach 18 Monaten erhalten Geflüchtete eine elektronische Gesundheitskarte und sog. Analogleistungen, Kostenträger ist im Rahmen des AsylbLG jedoch weiterhin das Sozialamt. Die Bundespsychotherapeutenkammer betrachtet Geflüchtete daher als eine systemisch diskriminierte Gruppe bezüglich des Zugangs zu Psychotherapie (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018). Über spezialisierte Einrichtungen (Psychosoziale Zentren der Bundesarbeitsgemeinschaft für Flüchtlinge und Folteropfer, BafF) kann nur ein kleiner Anteil der Zielgruppe versorgt werden und es bestehen lange Wartezeiten (Baron & Flory, 2016). Weitere

Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem sind Wissensdefizite (über psychische Störungen und deren Behandlung) und administrative Hürden für Psychotherapeut:innen (Hausmann, 2019; Schröder et al., 2018); diese erschweren Geflüchteten den Zugang zum Versorgungssystem und erklären die verhältnismäßig geringe Inanspruchnahme von Psychotherapie (Bauhoff & Göpffarth, 2018; Schröder et al., 2018).

2.3.3 Modellprojekt

Mit dem Ziel, psychisch belasteten Geflüchteten die Angebote der Regelversorgung zugänglich zu machen, entstand 2017 das Modellprojekt KOBEG an der Universität Konstanz in enger Zusammenarbeit mit dem gemeinnützigen Verein vivo international e. V.. Das Modellprojekt im Landkreis Konstanz beinhaltet die Elemente einer koordinierten Versorgung sowie den Einsatz von Peers (Gesundheitspat:innen).

2.3.4 Fragestellungen der Untersuchung

In dieser Evaluierung des Modellprojekts werden Notwendigkeit (anhand der Symptomschwere), Effektivität des Projekts (Inanspruchnahme durch Patient:innen; Beurteilung durch Psychotherapeut:innen) und erste Hinweise auf die Wirksamkeit der therapeutischen Maßnahmen und Begleitung durch Gesundheitspat:innen (Veränderung der Symptomatik und Funktionsbeeinträchtigung) untersucht.

2.4 Methoden

2.4.1 Koordinierte psychotherapeutische Behandlung unter Einbezug von Gesundheitspat:innen (KOBEG)

Basierend auf langjähriger Erfahrung in der Diagnostik und Therapie von Geflüchteten (Adorjan et al., 2017) wurde im Landkreis Konstanz eine zentrale Koordinationsstelle eingerichtet und die umfangreiche Vernetzung mit bestehenden Strukturen der Flüchtlingshilfe ausgebaut. Parallel wurden vermehrt Personen als Gesundheitspat:innen oder Sprachmittler:innen rekrutiert und ausgebildet; diese sollten Muttersprachler:innen eines der Hauptherkunftsländer sein (Afghanistan, Iran und Syrien), solide Deutschkenntnis (mindestens B2), eigenen Flucht- oder Migrationshintergrund sowie psychische Stabilität aufweisen. Alle Gesundheitspat:innen wurden in einem Bewerbungsverfahren ausgewählt, durchliefen spezifische Schulungen (6 Termine à 3h) zum deutschen Gesundheitssystem, psychischen Störungen insbesondere PTBS, Selbstfürsorge und Abgrenzung, Umgang mit Krisen, Sprachmittlung

sowie zur Fragebogenerhebung mit Patient:innen, wurden von Psycholog:innen angeleitet und waren verpflichtet an Supervisionssitzungen teilzunehmen. Geflüchtete mit psychischer Belastung wurden von kooperierenden Institutionen im Landkreis angemeldet und in die Koordinationsstelle eingeladen. Dabei standen die Aufklärung, Entscheidung bezüglich Projekteinschluss, Datenerhebung mit dem strukturierten diagnostischen Interview MINI (Sheehan et al., 1998) und Fragebögen (SCL-27, Hardt et al., 2004; WSAS, Mundt et al., 2002), schriftliche Einwilligung und Vermittlung von Information im Vordergrund. Bei Projekteinschluss wurden Betroffene an kooperierende ambulante Psychotherapeut:innen im Landkreis vermittelt. Praxen in der Versorgungsstruktur wurden durch Informationsveranstaltungen, kostenfreie Fortbildungsangebote (bspw. Arbeit mit Sprachmittlung in der Psychotherapie) und durch persönliche Kontaktaufnahme gewonnen. Etwa 25 Psychotherapeut:innen waren zum Zeitpunkt der Studie beteiligt, zudem bestand eine enge Kooperation mit dem lokalen Ausbildungsinstitut und mit der Hochschulambulanz des Lehrstuhls Klinische Psychologie und Psychotherapie. Gesundheitspat:innen überbrückten durch regelmäßige Kontakte die Wartezeit und unterstützten durch aufsuchende, individuell an die Bedürfnisse der Patient:innen angepasste Begleitung den Übergang in die Behandlung. Gesundheitspat:innen leisteten dabei emotionale Unterstützung, halfen bei der Organisation von Terminen, begleiteten zu ärztlichen und oder behördlichen Terminen im Rahmen der Behandlung (z. B. zur Erlangung von Behandlungsscheinen), vermittelten kulturelles Wissen (bspw. „Was ist Psychotherapie?“), motivierten zur fortgesetzten Wahrnehmung der Therapietermine und fungierten als Kulturmittler:innen. Bei Sprachmittlungsbedarf in der Therapie kamen Sprachmittler:innen zum Einsatz. Die konzeptionelle Abgrenzung von Sprachmittelnden und Gesundheitspat:innen ist hierbei wichtig: Sprachmittelnde erscheinen nur zu den Therapieterminen und haben keinen weiteren Kontakt zu den Patient:innen; Gesundheitspat:innen betreuen und begleiten Patient:innen im persönlichen Kontakt. In unserer Pilotstudie konnten Gesundheitspat:innen jedoch bei einer geflüchteten Person beide Rollen einnehmen.

Das Unterstützungsangebot der Koordinationsstelle an Psychotherapeut:innen umfasste kostenlose Fortbildungen (z. B. Psychotherapie mit Sprachmittlung, narrative Expositionstherapie bei PTBS), Intervisionsgruppen sowie administrative Unterstützung (Organisation und Abrechnung von Sprachmittlung, Unterstützung bei Kostenbeantragung, Beratung bei Fragen zum Asylverfahren etc.). Die kostenlosen Fortbildungen wurden hierbei hochfrequentiert genutzt und waren bei jedem Durchgang ausgebucht. Die administrative Unterstützung erfolgte primär hinsichtlich der Abrechnungsmodalitäten, bei Fragen zu Gutachten im Asylprozess oder zur Arbeit und Kooperation mit den Sprachmittelnden. Das akkreditierte Intervisionsangebot wurde von ca. einem Drittel der Therapeut:innen regelmäßig, von den anderen eher

sporadisch genutzt; häufige Themen waren dabei die Herausforderung der Arbeit mit Sprachmittlung und spezifische Belastungen (bspw. Umgang mit herkunftslandspezifischen Stressoren und Besonderheiten im Asylprozess, z. B. wenn Atteste verfasst werden sollten). Die beteiligten Therapeut:innen waren neben zwei Tiefenpsycholog:innen und einem Analytiker überwiegend verhaltenstherapeutisch orientiert.

Gesundheitspat:innen und Sprachmittler:innen erhielten regelmäßige Supervisionsangebote. Abgrenzung, eigene Betroffenheit, Umgang mit den Gefühlen Wut und Scham, Selbstfürsorge, Kultursensibilität, Verantwortungsübernahme und Abgabe im Projekt stellten häufige Themen der Supervision dar.

Die eingeschlossenen Patient:innen wurden im Abstand von 4 Monaten durch die Koordinierungsstelle zu Katamnesegesprächen eingeladen, unabhängig vom Erfolg der Vermittlungsversuche in die Regelversorgung.

2.4.2 Studienplan der Projektevaluierung

Im Zentrum der Untersuchung stehen die psychisch belasteten Geflüchteten (Inanspruchnahme Angebot und psychische Belastung) sowie die Psychotherapeut:innen (berichtete Erfahrungen). Einschlusskriterien der Geflüchteten waren die Indikation für eine ambulante Psychotherapie, z. B. das Vorliegen einer psychischen Störung anhand des MINI (Sheehan et al., 1998) sowie die Bereitschaft zur Beteiligung an den Projektmaßnahmen. Ausschlusskriterien für eine Projektteilnahme war das Vorliegen einer psychischen Störung, die eine stationäre Therapie erforderte (z. B. akute Psychose, akute Suchtproblematik, akute Suizidalität anhand des MINI). In einem unkontrollierten Längsschnittdesign wurde der Symptomverlauf wiederholt erfasst. In dieser Studie werden Daten aus dem Erstgespräch und der letzten, routinemäßig erfassten Verlaufsmessung verglichen. In die Studie aufgenommen wurden alle Patient:innen, deren letzte Verlaufsmessung mindestens 4 Monate nach dem Erstgespräch stattgefunden hat, da so angenommen werden konnte, dass neben der Gesundheitspat:innen-Betreuung auch die Psychotherapie bereits begonnen hatte (Wartezeiten auf einen Therapieplatz durchschnittlich 15,5 Wochen (Wartezeiten auf einen Therapieplatz durchschnittlich 15,5 Wochen, Nübling et al., 2014). Die Erhebungen fanden zwischen 2017 und 2020 statt, Fragebögen und Daten zur Anzahl der Therapietermine wurden im persönlichen Kontakt mit professioneller Sprachmittlung erhoben. Alle Fragebögen wurden im direkten Kontakt mit den Patient:innen und mithilfe ausgebildeter Sprachmittler:innen vom Deutschen in die jeweilige Muttersprache übersetzt. Die Erstgespräche wurden von Psycholog:innen des Projektteams durchgeführt, die Follow-Ups (FUs) von trainierten Psychologiestudierenden. Im Zuge der

Corona-Pandemie (ab April 2020) wurden die Gesundheitspat:innen zum selbstständigen Durchführen der FU-Fragebögen ausgebildet.
In einer anonymen Onlinebefragung über das Online-Tool Unipark, https:// www.unipark.com, Tivian XI GmbH, Köln, Deutschland, wurden Projekttherapeut:innen, die zwischen 2017 und 2018 am Modellprojekt beteiligt waren, zu ihren Erfahrungen bei den Behandlungen der Geflüchteten befragt.

2.4.3 Stichprobe

Insgesamt wurden 51 Geflüchtete (43 Männer und 8 Frauen, Alter bei Erstgespräch M = 25,69 Jahre, SD = 7,58, Range 15 - 43) in die Studie aufgenommen. Die häufigsten Herkunftsländer waren Afghanistan (33%), Iran (22%), Syrien (16%) und Irak (12%). Zum Zeitpunkt des Erstgesprächs lebten 67% in einer Flüchtlingsunterkunft, die überwiegende Mehrheit war 2015 (41%) und 2016 (24%) nach Deutschland eingereist. 33% befanden sich bei Projektvorstellung im Erst-, 12% weitere im Folgeverfahren, 29% besaßen eine Duldung bzw. vorübergehende Aussetzung der Abschiebung, 22% hatten eine Aufenthaltsgenehmigung, bei 4% lagen keine Angaben vor. Insgesamt liegen bei 39 Geflüchteten FU-Daten vor, Gründe für Dropout waren „keine Projektteilnahme“ (*n* = 6) und „Beendigung der Projektteilnahme vor Durchführung eines FU“ (*n* = 3); für 3 weitere Personen fehlen FU-Daten vollständig. Von den *n* = 39 Personen der Evaluation waren 32 Männer und 7 Frauen im Alter zwischen 16 und 43 Jahren (M = 26,23, SD = 7,93). Die FU fanden im Mittel 10,08 Monate nach dem Erstgespräch statt (SD = 4,33, Rang = 4 - 21, Anzahl FUs Range = 1 - 3).

Voraussetzung für die Teilnahme an der Therapeut:innen-Befragung war mindestens eine abgeschlossene Therapie im Rahmen des Projektes. 14 Therapeut:innen nahmen daran teil (2 männlich; 9 approbiert, 5 in Ausbildung), von denen 11 als Schwerpunktverfahren Verhaltenstherapie, 2 Tiefenpsychologie und 1 Psychoanalyse angaben. Die Befragung umfasste die Erfahrung von 19 innerhalb des Projekts durchgeführten Therapien.

2.4.4 Instrumente und Indizes

Zur Einschätzung der psychischen Beschwerden kam die *Symptomchecklist-27* (SCL-27; Hardt et al., 2004), ein Verfahren zur Selbstbeurteilung der subjektiv empfundenen Belastung durch körperliche und psychische Symptome innerhalb der letzten 7 Tage, zum Einsatz. Sie umfasst 27 Items und setzt sich aus 6 Subskalen zusammen. Validität und Reliabilität des Instruments wurden bestätigt, Normwerte des Instrumentes liegen aus mehreren Populationen vor (Hardt et al., 2004). Die erlebte Einschränkung der Leistungsfähigkeit und

Alltagsfunktionalität wurde mittels der *Work and Social Adjustment Scale* (WSAS) erhoben, bestehend aus 5 Items und einer 8-stufigen Skala. Die WSAS gilt als verlässliches, valides unidimensionales Messinstrument für den Schweregrad funktioneller Beeinträchtigungen (Mundt et al., 2002). Zum besseren Verständnis wurde für SCL-27 und WSAS eine visuelle Ratingskala entworfen.

Therapeut:innen-Befragung: Ein Onlinefragebogen erfasste die Erfahrungen der Therapeut:innen bezüglich Therapieerfolg, Sprachmittlung, Gesundheitspat:innen, Koordinationsstelle sowie Belastungen und Bereicherungen. Alle Themenkomplexe wurden in Ratingskalen abgefragt, zusätzlich gab es zu jedem Themenbereich die Kategorie „Beurteilung in eigenen Worten“, die hier qualitativ analysiert wird.

2.4.5 Statistische Auswertung

Die *Notwendigkeit* der Behandlung psychisch belasteter Geflüchteter wurde anhand des Vergleichs der Symptombelastung der aktuellen Stichprobe (n = 39) mit einer Normstichprobe von Psychotherapiepatient:innen mit affektiver Erkrankung (n = 2717; Prinz et al., 2013) untersucht (One-Sample t-Tests; Cohen’s d).

Die *Effektivität* wurde aus der Inanspruchnahme bzw. Abbruch des Projektangebots von Studienaufnahme bis zum Zeitpunkt des FU und den qualitativen Aussagen der teilnehmenden Psychotherapeut:innen abgeleitet. Die Daten zur Bewertung der Effektivität wurden sowohl an Geflüchteten als auch an Therapeut:innen erhoben. Vergleichsmaßstab war die Therapieabbruchrate (nach Probatorik) an deutschen Hochschulambulanzen von 14,1% (Cinkaya et al., 2012; χ^2-Test).

Die qualitative Auswertung der Aussagen der Psychotherapeut:innen zu ihren Erfahrungen bei Behandlungen im Modellprojekt erfolgte anhand Mayrings qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring & Fenzl, 2019). Aufgrund der explorativen Natur dieser Untersuchung werden die Daten induktiv mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Aussagen der Therapeut:innen werden dabei zusammengefasst und zu Kategorien zugeteilt, die sich induktiv aus dem Datenmaterial ergeben.

Die *Wirksamkeit der therapeutischen Maßnahmen* und Begleitung durch Gesundheitspat:innen wurde an der Reduktion der Symptombelastung und Funktionsbeeinträchtigung vom Erstgespräch zum FU mittels t-Tests für abhängige Stichproben gemessen. Studienobjekt sind hierbei die Geflüchteten. Zudem wurde mittels einfaktorieller ANCOVA mit Messwiederholung

überprüft, ob die Veränderung der Gesamtwerte von den Variablen Alter, Geschlecht, Dauer der Projektteilnahme (zeitlicher Abstand zwischen Erstgespräch und FU) und Anzahl an Therapiestunden beeinflusst wurde. Die Effektstärke wurde mit dem partiellen Eta-Quadrat η^2 angegeben.

2.5 Ergebnisse

2.5.1 Notwendigkeit/Bedarf

Zum Zeitpunkt des Erstgesprächs zeigt sich bei den Geflüchteten im SCL-27 (Abb. 4A) eine signifikant höhere mittlere Gesamtbelastung (GSI) als in der klinischen Normstichprobe ($t(50) = 7{,}51$, $p < 0{,}001$, $d = 1{,}05$). Dies zeigt sich auch in Bezug auf alle Subskalen der SCL-27 (alle $p \leq 0{,}002$).

2.5.2 Effektivität

Inanspruchnahme der Projektunterstützung

Die Inanspruchnahme war hoch. Nur 17,6% ($n = 9$) hatten die angebotene Unterstützung durch das Projekt sofort oder kurz nach dem Erstgespräch abgelehnt, sodass keine Vermittlung in Regelpsychotherapie stattfand.

Therapieabbruch

Von den längsschnittlich untersuchten 39 Geflüchteten, die in Psychotherapie vermittelt wurden, hatten bei der FU-Untersuchung 11 Personen ihre Psychotherapie bereits regulär beendet, 21 befanden sich noch in einer laufenden Psychotherapie. Vier Geflüchtete hatten die Therapie abgebrochen, eine zusätzliche Therapie war durch eine Therapeutin abgebrochen worden. Zwei warteten auf den Beginn ihrer Therapie. Zum Zeitpunkt des FU hatten die Geflüchteten zwischen 0 und 80 Therapietermine wahrgenommen ($M = 15{,}64$, $SD = 15{,}93$). Bei 3 Geflüchteten fehlen Werte zur konkreten Stundenanzahl. Daraus ergibt sich eine Therapieabbruchrate von 13,5% ($n = 5/37$; $\chi^2 = 0{,}1351$, $p = 0{,}713208$).

Erfahrung der Psychotherapeut:innen

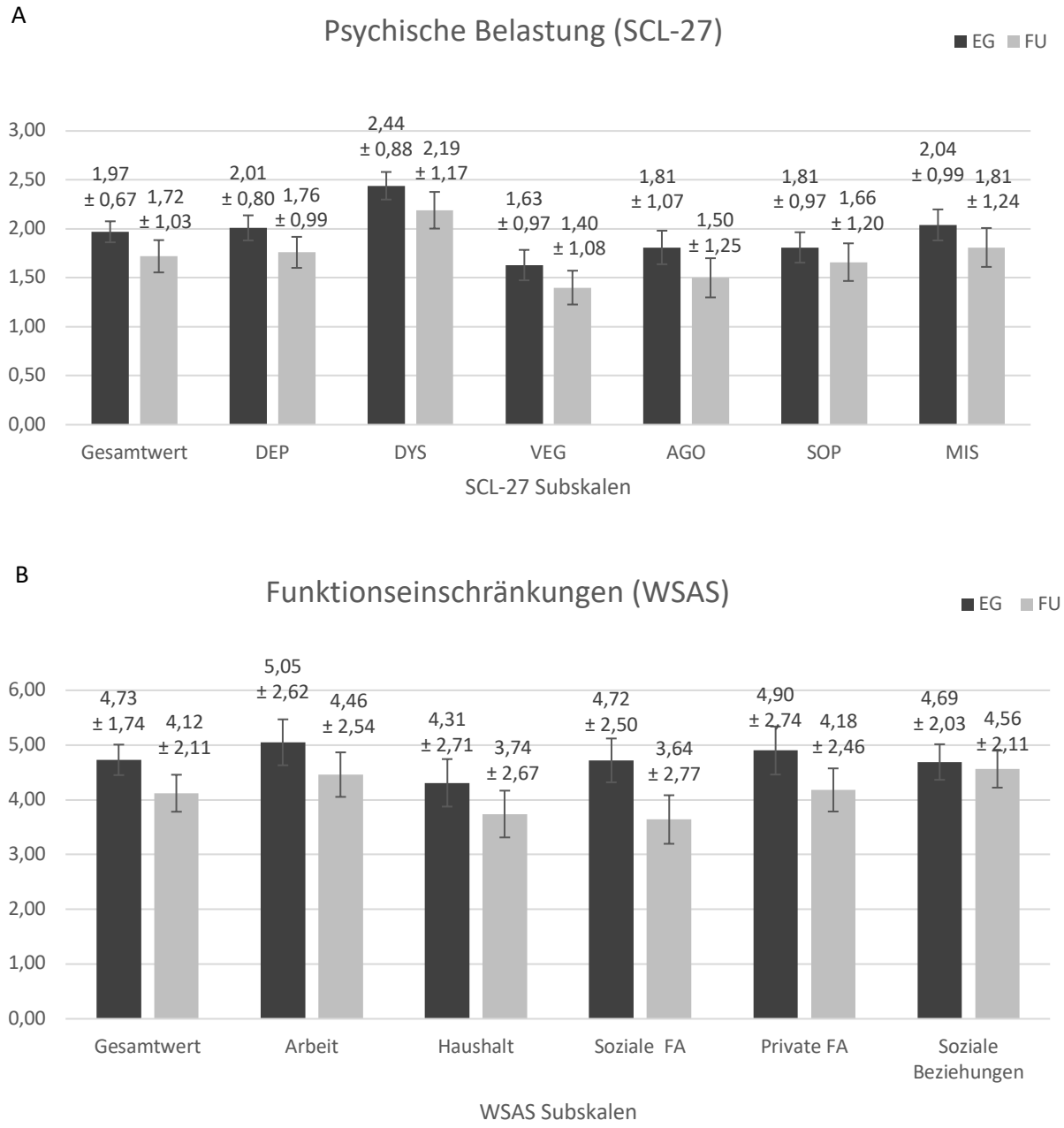
Insgesamt lässt sich eine positive Einschätzung hinsichtlich Effektivität, insbesondere in Zusammenarbeit mit den Gesundheitspat:innen sowie mit der Koordinationsstelle im freien Antwortverhalten festhalten (siehe Anhang 8.1.2 Qualitative Analyse zur Befragung der Psychotherapeut:innen). Eine Therapeutin berichtete: „*Alpträume, Schlafstörungen und Schwere der Depression haben sich gebessert. Einen Raum zu haben, in dem er sein Grauen berichten*

kann und sich entladen kann, ist für ihn wichtig" (Th5). Als bereichernd wurden neue Einblicke sowie positive Entwicklungen der Patient:innen erlebt. Belastende Aspekte stellten die geringe Therapiemotivation und geringe Eigenverantwortung seitens der Patient:innen, ein höherer Anteil an sozialarbeiterischen Tätigkeiten sowie Berichte der Patient:innen dar. Zeitliche Koordinierung, Zweifel an Übersetzungen sowie dominantes Verhalten der Sprachmittelnden wurden herausfordernd beschrieben, insgesamt wurden die Sprachmittelnden aber hilfreich und kompetent erlebt. Die Unterstützung durch die Gesundheitspat:innen wurde sowohl für Patient:innen als auf für Therapeut:innen als hilfreich erlebt. Bsp. *„Der Gesundheitspate war sehr stützend für den Patienten, der sonst die Therapie wahrscheinlich direkt am Anfang abgebrochen hätte*" (Th1). 13 der 14 Therapeut:innen (93%) konnten sich vorstellen, auch in Zukunft weiter mit Geflüchteten zu arbeiten. Sie betonten dabei die Wichtigkeit und Machbarkeit des Projekts. Beispielaussagen machen dies besonders greifbar: „*Durch das Projekt ist jeder und jede Psychotherapeut:in in der Lage, auch den höheren Aufwand etwas abzufedern und sprachliche Barrieren und kulturelle Verständnisprobleme zu überwinden*" (Th7) oder: „*Habe vorher ohne Unterstützung versucht, mit Geflüchteten zu arbeiten. War extrem zeitaufwendig und frustrierend, da bei 3 Versuchen keine Therapie zustande gekommen ist… Im Projekt lief das Ganze sehr viel reibungsloser ohne Riesenmehraufwand"* (Th12).

Wirksamkeit der therapeutischen Maßnahmen und Begleitung durch Gesundheitspat:innen

Die 39 Geflüchteten in der Längsschnittstudie berichteten zum Zeitpunkt des FU im Schnitt von einer leicht reduzierten psychischen Gesamtbelastung im Vergleich zum Erstgespräch (kleiner bis mittlerer Effekt; $p = 0{,}033$; Abb. 4A). In den einzelnen SCL-27-Subskalen erreichte die Symptomreduktion kleine oder kleine bis mittlere Effekte (alle $p \geq 0{,}072$; Abb. 4A). Ferner ergaben sich keine signifikanten Einflüsse der Kovariablen Alter ($F[1, 35] = 0{,}23$, $p = 0{,}635$, $\eta^2 = 0{,}01$), Geschlecht ($F[1, 35] = 0{,}22$, $p = 0{,}642$, $\eta^2 = 0{,}01$), Teilnahmedauer am Projekt ($F[1, 35] = 0{,}82$, $p = 0{,}371$, $\eta^2 = 0{,}02$) und Anzahl an Therapiestunden ($F[1, 34] = 0{,}12$ $p = 0{,}732$, $\eta^2 < 0{,}01$). In Bezug auf die Veränderung der globalen Funktionalität (WSAS-Gesamtwert) zeigte sich eine signifikante, kleine bis mittlere Verbesserung im Verlauf ($p = 0{,}036$; siehe Abb. 4B), während auf Subskalenebene die Veränderungen nicht statistisch bedeutsam waren (alle $p \geq 0{,}09$, alle Effekte klein oder klein bis mittel; siehe Abb. 4B).

Abbildung 4. Mittelwerte, Standardabweichungen und statistische Ergebnisse der Gesamtskalen und Subskalen zum Zeitpunkt des Erstgesprächs (EG, dunkelgrau) und Follow-Ups (FU, hellrau).
A Psychische Belastung (SCL- 27) **B** Funktionseinschränkungen (WSAS)



Anmerkungen. Abkürzungen: SCL-27 = Symptomcheckliste, SCL-27 Gesamtwert = GSI-27, DE = Depressivität, DYS = Dysthymie, VEG = vegetative Symptome, AGO = Agoraphobie, SOP = soziale Phobie, MIS = Misstrauen, WSAS = Work and Social Adjustment Scale, FA = Freizeitaktivitäten.

2.6 Diskussion

Die vorliegende Untersuchung zeigt Effektivität und Machbarkeit der Behandlung psychisch belasteter Geflüchteter in Regelversorgungsstrukturen. In Deutschland gibt es unseres Wissens nach bis heute keine vergleichbaren Daten aus einem koordinierten und Peer-unterstützten Versorgungsmodell für Geflüchtete mit psychischen Störungen.

2.6.1 Notwendigkeit

Die hohe Belastung der Geflüchteten im Vergleich zu einer Normstichprobe von Patient:innen mit affektiver Erkrankung macht den starken Behandlungsbedarf deutlich und deckt sich mit vorherigen Befunden (Blackmore et al., 2020; Peconga & Høgh Thøgersen, 2020).

2.6.2 Effektivität

Die Inanspruchnahme von Psychotherapie ist mit 82,4% (n = 42) hoch und vergleichbar mit anderen Patient:innen-Populationen (Altmann et al., 2014). Die hier berichtete Abbruchrate von 13,5% (n = 5, inklusive in der Probatorik) weicht nicht von der nicht geflüchteter Patient:innen ab (14,1% nach Probatorik; Cinkaya et al., 2012). Unsere Ergebnisse sind eine Momentaufnahme aus der laufenden Versorgung, da nicht alle Therapien bereits abgeschlossen waren und potenziell noch hätten abgebrochen werden können. Da Therapieabbrüche vor allem in der Probatorik und in der ersten Phase der Therapie auftreten (Cinkaya et al., 2012; Schawohl & Odenwald, 2018), ist davon auszugehen, dass sich dieses Bild nicht wesentlich verändern wird. Der Vergleich mit Interventionsstudien bei Geflüchteten mit PTBS erlaubt eine weitere Einordnung der Daten: Effektivität wurde gezeigt (Kip et al., 2020; Tribe et al., 2019; Turrini et al., 2019), jedoch weisen einige Studien sehr hohe Abbruchraten von über 50% auf (z. B. Steil et al., 2021). Es ist zu beachten, dass diese Studien mit standardisierten, kurzen Interventionen (geplante Sitzungszahl M = 8, Range 2 - 16; Dauer M = 102 min, Range 60 - 240 min) außerhalb der kassenfinanzierten Regelversorgung stattfanden (Kip et al., 2020). Unsere Studie hingegen unterstützt die Machbarkeit von Behandlungen in Regelversorgungsstrukturen.

Die Befragung der Psychotherapeut:innen unterstreicht die Effektivität des Modellprojekts, wobei insbesondere die Koordinationsstelle und der Einbezug von Gesundheitspat:innen als unterstützend und entlastend erlebt wird. Gleichzeitig zeigen sich bekannte Barrieren und Schwierigkeiten (Schneider et al., 2017). Das Modellprojekt schafft hier jedoch einen konstruktiven Zugang und Umgang durch Unterstützungsangebote sowie den Einsatz der

Gesundheitspat:innen, sodass 93% der Therapeut:innen (*n* = 13) angeben, dass sie weiterhin mit Geflüchteten im Rahmen des Projekts arbeiten würden.

2.6.3 Wirksamkeit der therapeutischen Maßnahmen und Begleitung durch Gesundheitspat:innen

Im Schnitt zeigen sich eine reduzierte psychische Gesamtbelastung (SCL-27) im Projektverlauf sowie eine Verbesserung der globalen Funktionalität (WSAS). Diese kleinen Veränderungen sind vor dem Hintergrund von Verlaufsstudien, in denen sich die Symptomatik unbehandelter Geflüchteter mit PTBS nicht verbesserte (Borho et al., 2020; Kaltenbach et al., 2018), als Erfolg zu werten. Außerdem lebten viele der Patient:innen zum Zeitpunkt der Therapie noch in Gemeinschaftsunterkünften und befanden sich im Asylverfahren, d. h. die Lebensumstände waren vermutlich von Unsicherheit, Unruhe und Postmigrationsstressoren geprägt (Tay et al., 2019). Angesichts dieser destabilisierenden Lebenssituation ist eine initiale Stabilisierungsphase erforderlich, in der oft nicht symptomfokussiert gearbeitet werden kann (Liedl et al., 2016). Gerade in dieser Phase hat die Zusammenarbeit mit Gesundheitspat:innen eine große Bedeutung, um Therapieabbrüche zu vermeiden. Ein randomisiert-kontrolliertes Studiendesign ist jedoch für die weitere Evaluierung erforderlich.

2.6.4 Limitationen

Limitationen sind eine kleine und überwiegend männliche Stichprobe sowie ein unkontrolliertes Design, eine pragmatisch kurze Diagnostik und aufgrund von Erreichbarkeit und Motivation der Geflüchteten unregelmäßige Abstände vom Erstgespräch zum FU-Termin. Zusätzlich wurden im Zuge der Corona-Pandemie die Fragebogenerhebung von Psycholog:innen auf Gesundheitspat:innen umgestellt. Durch die verfahrensoffene Konzeption des Projekts sind Psychotherapeut:innen verschiedener Therapieschulen beteiligt, die selbstverantwortlich über das indizierte Vorgehen entscheiden. Dies geht mit einer Heterogenität der psychotherapeutischen Interventionen und in der wissenschaftlichen Evaluierung mit methodischen Problemen (interne Validität) einher. Auch ist in dieser ersten Evaluation der Effekt der Psychotherapie nicht vom Effekt der Gesundheitspat:innen zu trennen. Die Therapeut:innen-Befragung wurde aus praktischen Gründen bereits 2018 durchgeführt, was zu einer Verzerrung der berichteten Ergebnisse führen kann, da viele der Behandlungen deutlich länger anhielten.

2.6.5 Implikationen und Ausblick

Die hier beschriebene erste Evaluierung von KOBEG ist vielversprechend. Aktuell wird eine randomisiert-kontrollierte Studie zu diesem Ansatz durchgeführt. Bei positiver Evaluierung sollte der Auf- und Ausbau *koordinierter und Peer-unterstützter Versorgungsstrukturen* für Geflüchtete auf der kommunalen Ebene gefördert werden.

2.7 Fazit für Praxis

- Die besondere Schutzbedürftigkeit einer sehr vulnerablen Gruppe im Hinblick auf psychische Belastungen wird in der Studie deutlich.
- Eine *koordinierte* und *Peer-unterstützte Versorgungsstruktur* scheint hilfreich, um eine strukturell benachteiligte Patient:innengruppe wie Geflüchtete mit psychischen Störungen in die Regelversorgung zu integrieren.
- Niedergelassene Psychotherapeut:innen bewerten eine koordinierte und Peer-unterstützte Versorgungsstruktur als hilfreich für die Versorgung von Geflüchteten mit psychischen Störungen.
- Sprachmittler:innen-Pools stellen eine wichtige Voraussetzung für die Durchführung indizierter psychotherapeutischer Behandlungen bei Geflüchteten dar.
- Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit sollen gefördert werden, um die strukturelle Benachteiligung Geflüchteter im Zugang zu Psychotherapie schrittweise zu mildern und langfristig einen diskriminierungsfreien Zugang zum Menschenrecht auf Gesundheit zu ermöglichen.

3 Studie II: "*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[9]

3.1 Abstract

Background. Numerous barriers prevent refugees from accessing indicated psychotherapy in the German healthcare system. Peer support emerges as a potential key element to overcome utilization barriers for refugees in the future. Since 2017, the pilot project "Coordinated Psychotherapeutic Treatment with the Involvement of Peer Support Workers" (COPEER) has been developed and implemented and is currently being evaluated. In COPEER, supervised, but autonomously acting peer support workers (PSWs) accompany and support refugees with mental disorders in the healthcare system.

Objective. This study focusses on the qualitative description of the PSWs' work reality and their positive and negative work-related experiences in COPEER to access the feasibility and relevance of their role.

Method. An explorative and qualitative approach with purposive sampling was chosen, face-to-face expert interviews were conducted using a semi-structured guide with 8 PSWs (3 women, 5 men, age M = 43 years). The evaluation was carried out using Mayring's Qualitative Content Analysis.

Results. Five main task areas within the work reality of PSWs could be identified: organization, physical accompaniment, cultural mediation, motivation and emotional support. PSWs reported both positive and negative work-related experiences, with positive aspects being mentioned more frequently, such as high meaningfulness and a personal learning process. Negative experiences were often encountered in the initial phase of their work, e.g. problems managing the professional relationship. The mandatory continuous supervision provided by COPEER was described as helpful.

Conclusion. PSWs take on important tasks that actively help to overcome central barriers to the regular health care system for refugees. In doing so, they experience both negative and positive aspects. Training and regular supervision appear to be crucial to successfully cope with work-related demands. In sum, the results show that a peer approach as implemented in COPEER can help to overcome barriers and enable equal access to mental health care for a particularly disadvantaged patient group.

[9] Submitted in „*Frontiers in Public Health*", 9th of November, 2024

3.2 Introduction

Refugees are considered a particularly vulnerable group in terms of the prevalence of mental disorders (Bogic et al., 2015). Thus, there is a pressing need for psychotherapeutic care. However, several barriers hinder refugees' treatment in the regular health care system. Possible solutions to overcome these barriers are coordinated care and the assistance of peer support workers (PSWs) with a comparable cultural background to the refugee.

Worldwide, there are currently over 110 million people on the run or displaced and the number of refugees has never been higher than today (United Nations High Commissioner for Refugees, 2022a). International studies show particularly high prevalence rates for mental disorders in refugees such as posttraumatic stress disorder (31% Patanè et al., 2022; 43% Peconga & Høgh Thøgersen, 2020) and depression (21.7% Nesterko et al.; 40.9% Peconga & Høgh Thøgersen, 2020).
In Germany however, refugees' accessibility to psychotherapy provided by the regular healthcare system (defined as all healthcare providers that work under the federal social law, Code of Social Law 5 - SGB V and receive payments from the statutory health insurances for their services) is hindered by several barriers. There are structural barriers, such as restricted healthcare services under the Asylum-Seekers' Benefits Act, the lack of coverage of interpreter costs, administrative hurdles and a complex billing system, as well as refugees' individual and social components, such as an insufficient knowledge of the healthcare system, differing explanation systems of symptoms and treatment expectations, stigmatization, interpersonal, institutional and structural discrimination (Jallow et al., 2022; Schneider et al., 2017). In addition, on the part of the practitioners, there is a lack of training, administrative barriers and practical challenges (Hausmann, 2019), as well as in some cases obstructive attitudes towards therapy with refugees (Dumke & Neuner, 2023; Hausmann, 2019).

In general, stepped and collaborative care models are an approach to increase the accessibility to health care (Schneider et al., 2017). One aspect of these models is peer support. Although there is still no uniform terminology and the definitions "peer support", "help mentors", "peer workers", "peer-delivered services" or "self-help" are used differently (Penney, 2018), peer support crystalizes as a key element to address barriers to health services for refugees in the regular healthcare system (Jallow et al.). While the type of peer support may vary greatly depending on the setting and role (Mahlke et al., 2019), peer support in general is understood as "a system of giving and receiving help founded on key principles of respect, shared responsibility and mutual agreement of what is helpful" (Mead et al., 2001).

A distinction can be made between two forms of peer support: peer-developed peer support (non-hierarchical, informal self-help) and employment of peer staff in traditional mental health programs (Penney, 2018). The definition of peers varies and can differ between settings. In mental health care, peer support on an individual or group level is defined as support for people with mental health crises from another person who has lived experiences of mental health issues (Mahlke et al., 2019). More broadly defined, peer support is understood as support from people who share similar background, long-term conditions or health experiences and who come together at a group or individual level to support each other (National Health Service England, 2023). Peer support in working with refugees is also interpreted in various ways. According to the nationwide working group of psychosocial centers for refugees and victims of torture in Germany, the English term 'peer' is understood as 'equal' and defines peer counseling as support provided by people who have experienced similar or identical limiting life circumstances (BAfF e.V., 2019). The focus of this paper is on employed PSWs who share a common cultural background and/or an integration experience in Germany with their refugee patients.

In addition to the broad definitions and the variability of use of peers in the healthcare sector, there is great heterogeneity regarding the areas of responsibility carried out by the peers. In the general mental health care, e.g. the center for Substance Abuse Treatment’s Recovery Community Support Program, four types of recovery support services carried out by peer recovery support specialists were identified: Emotional support (caring, empathy), informational support (provision of health information’s), instrumental support (e.g. assistance with unpleasant or stressful tasks) and companionship (e.g. helping people to feel connected) (White, 2007). The areas of peer work with refugees range from unspecific, undefined tasks such as offering space for thoughts and feelings and undertaking joint activities (Valtonen, 2014) to very specifically described peer-based interventions (such as self-help programs, including dealing with stress, relaxation, vulnerability/resilience factors, conflicts and cultural misunderstandings (Jumaa et al., 2020) and vary depending on the project and target group. Thus, more research is needed to gain a more precise understanding of the responsibilities and tasks of PSWs working with refugees.

Regarding the effectiveness of peers in mental health care, there is clear evidence that peer support interventions have positive effects, e.g. self-management and peer-navigator interventions, especially in finding one's way around in the healthcare system (Cabassa et al., 2017). Other positive aspects show an increase in quality of life, interpersonal relationships and in supporting a more active bond in treatment (Chinman et al., 2014). Creating a fast and

deep build-up of trust with patients and acting as role models can be assumed to be mechanisms of action (Gillard et al., 2017).
Peer support was also found to have positive effects for mentally distressed refugees (Jallow et al., 2022). In the case of refugees, employed PSWs may not share a „crisis experience“ (by former diagnoses of mental disorders), but rather share a common cultural background and/or an “integration experience“ (that was already successful in the case of the PSWs). As with non-refugee patients, systematic reviews show that peer support is associated with numerous positive effects such as building new relationships, getting access to resources, receiving emotional support, talking through problems, coping with difficulties and general psychological support (Barbaresos et al., 2023; Jallow et al., 2022). In addition, one study with community health workers found a higher patient activation, more use of medical appointments and a reduction in missed appointments (Yun et al., 2016).

Providing peer support however, can be a source of stress to the individuals who provide it (Otte et al., 2020). Until now, research has paid limited attention to this aspect. Single studies reported that the own emotional involvement caused stress and problems managing professional boundaries (Mirbahaeddin & Chreim, 2022). Others described protective factors, such as personal growth (Jallow et al., 2022; Poremski et al., 2022), training, access to self-care and supervision (Mirbahaeddin & Chreim, 2022). Studies on peer support in the refugee population also showed positive effects on PSWs’ personal development: through their work their cultural understanding, empathy, interpersonal skills and problem-solving capacities increased (Barbaresos et al., 2023; Jallow et al., 2022). Since peers are often former refugees themselves, they serve as role models for successful integration and can thus promote hope for their mentees. Peers often reported to feel empowered by sharing their experiences and serving as positive role models (Barbaresos et al., 2023; Valtonen, 2014).
Overall, it should be noted that there are only few studies that explicitly deal with the benefits and burdens of peers. While existing studies mentioned some negative experiences, more positive experiences were reported. Further research is clearly needed to investigate PSWs’ negative and positive experiences.

In a pilot project carried out by the University of Konstanz in close cooperation with the non-profit non-governmental organization vivo international e.V. (www.vivo.org), a new care model has been evaluated at a local level since 2017: Coordinated Psychotherapeutic Treatment with the Involvement of Peer Support Workers (COPEER; German: Koordinierte Behandlung unter Einbezug von Gesundheitspat:innen; KOBEG). The project implements several innovative concepts, including coordinated care and the coordinated use of trained PSWs, to make

services of the regular healthcare system available to asylum seekers and refugees and to support service providers to offer treatment to them, e.g. by covering the costs of interpreters for the therapy sessions and by offering intervision.
Refugees with mental health problems are screened and diagnosed in a coordination center, their needs are assessed and they are referred to the appropriate service providers of the local regular healthcare system. Employed PSWs are bilingual, well-integrated and mentally stable lay people from the refugees' countries of origin. They are assigned to the refugee patients and accompany and support them with continuous supervision on their way into the regular healthcare system. PSWs share the cultural background, the history of flight or migration and the experience of integrating into the German society with the patient. Thus, the PSWs in COPEER are not defined as peers by former diagnoses of mental disorders, but by a common cultural background to the refugee patients. Preparing them for their work, PSWs receive a comprehensive training (e.g. on the German healthcare system; mental disorders, especially PTSD; self-care and professional relationship management; dealing with crises; interpreting in psychotherapy). PSWs are paid for their work and are obliged to take part in regular supervision sessions. The conceptual distinction between PSWs and interpreters is particularly important in the project: the latter are also financed and trained by the project, but are only present during therapy sessions and otherwise have no contact with the patients. The feasibility of COPEER to integrate refugees with mental disorders into the German regular psychotherapy system has currently been reported (Bogatzki et al., 2023) and a mono-centric pilot RCT to prove its effectiveness is running (NCT04832035 || https://www.clinicaltrials.gov/ || April 5, 2021).

One of the central aspects concerning the evaluation of COPEER is whether its peer concept is feasible and relevant, i.e. whether PSWs take on relevant tasks for the integration of refugee patients into the regular healthcare system.

The aims of this study are (A) to describe the actual tasks which PSWs carry out in COPEER, and (B) to investigate PSWs' negative (e.g. burden, stress) and positive experiences (e.g. personal gains) associated with their work.

3.3 Methods

3.3.1 Selection of methods and study design

An explorative and qualitative design was chosen, as this research question has not yet been studied in a similar model of peer-supported care for refugees. It was assumed that interviews would provide access to the subjective views of the PSWs' as an expert group. The study was thus designed and evaluated based on subjective epistemology (Deppermann, 2013). The selected methodological approach included descriptive (task areas) and evaluative (negative and positive experiences) aspects of the work of PSWs.

A semi-structured interview guide was designed according to Helfferich (Helfferich, 2011). The interview guide included eight main areas, each with open key questions, as well as specific additional questions. In the interview guide, we also defined basic rules for the interview (e.g. narrative prompts are formulated as an introduction, the question blocks should be worked through in a flexible order, each key question should be discussed within a block, whereby the key question is only asked if not mentioned by the interviewee themselves, as well as information on dealing with follow-up questions, pauses or avoidance) and recommendations on reactions to potentially difficult situations. Moreover, an interview protocol sheet was completed by the interviewer immediately after the interview to record special incidents (e.g. breaks), the atmosphere during the interview and additional information on the setting. The interview guide was piloted in advance by project staff, i.e. a "trial interview" was conducted by the project coordinator and interviewer of the study with another psychologist project staff member.

3.3.2 Data Collection

A purposive sampling strategy was chosen to reach experienced PSWs of the COPEER approach. PSWs who had been involved in the project for at least three years were invited by telephone to take part in individual face-to-face expert interviews. Before the interview started, extensive information was provided orally about the purpose of the study, the voluntary participation, further processing of the data and anonymization. Then, all invited PSWs gave their written informed consent. All interviews were conducted between April and June 2022, interviewees received 25 Euros/hour. The interviews were conducted face-to-face in the project office and recorded using a voice recorder. The interviews lasted on average for 71.75 minutes (49 - 90 minutes).

All interviews were conducted by a female psychologist and doctoral student (age 28, born and raised in Germany, Caucasian) who has held the position of project coordinator for several

years. Therefore, the interviewer herself had her own view and thoughts of the project and preliminary considerations about the roles and tasks the PSWs might have. The interviewer and the PSWs had also been in contact for several years prior to the survey due to their close collaboration. These influences were discussed and reflected on several times and checked in advance using a structured interview guideline and training (trial interview) for conducting the interviews. Consequently, the interviewer was well prepared and the positive aspects of the relationship of trust and knowing each other in a good working relationship over the last few years were also considered as strengths of the approach.

3.3.3 Study sample

We selected a purposeful sample by inviting the eight individuals who had worked the longest on the project to participate. The sample included three women and five men, with an average age of 43 years (range: 25 to 61 years). One PSW was born in Germany, the other countries of birth were Afghanistan (1), Syria (2), Tunisia (1) and Iran (3). Their mother tongues were German, Arabic, Farsi and Dari. The seven PSWs who were not born in Germany had been living in Germany for on average 11 years (range: 5 - 31 years). All PSWs had already supported at least 5 refugee patients (mean = 9.8, range: 5 - 15) and were working with at least one patient at the time of the interview (mean = 2.6, range: 1 - 5). All PSWs also worked as interpreters as part of the COPEER project. For each patient, they were only active in one role at a time (PSW or interpreter). The study focuses explicitly on their role as PSWs within the project.

3.3.4 Qualitative Analysis

The audio files were transcribed and anonymized using standard orthographic transcription by two psychology interns and one psychology student. The transcription was carried out using otranscribe.com (Bentley, O.D.), it was transcribed phonetically, whereby neither the grammar nor the dialect or accent of the PSWs was changed. For better readability, all anchor examples (example quotes that describe a main code category) in the code system and all quotations in the results section were also adapted to standard German and then translated into English (see Appendix 8.2.2 All quotes cited in the study). There was no back-translation of the transcripts. All transcriptions were proofread and checked for mistakes by the two internship psychologists and the psychology student and listened to again from another person.

The data was analyzed using qualitative content analysis according to Mayring (Mayring & Fenzl, 2019). This method enables complex information to be extracted from textual data and

interpreted, whereby the analysis is carried out in eight steps: Preparation and definition of the analysis objective (clear definition of the research questions), material collection (conducting the interviews), content indexing (texts are indexed in terms of content by marking relevant text sections and recording initial content-related connections (Mayring, 2010), category formation (deductive-inductive categories were formed on the basis of the text materials to create a systematic order of the content (Mayring, 2010), rule formation and evaluation (defining the rules to apply categories, interpreting data), interpretation and reporting (presenting the results). The practical data analysis was carried out by the psychologist/doctoral student conducting the interviews and a psychology student with the help of MAXQDA (2022), a software for qualitative and mixed-methods research (https://www.maxqda.com/de).
The categories were formed deductively - inductively. This means that the main categories were initially derived from the interview guide and later supplemented inductively when analyzing the text material. In addition to the main code “task areas” and the codes “positive experience” and “negative experience”, seven other main codes from the text were analyzed and subtracted. The full code set contained 10 main codes with definitions, coding rules and anchor examples (see Appendix 8.2.1 Entire code set). The two evaluative main codes "positive experience" and "negative experience" were only assigned in combination with another main code. The analyzed main code “task areas” with its’ subcodes is reported descriptively for the first research question (task areas of the PSWs). For the evaluation of the second research question (positive and negative experiences), the number of text segments (of all main codes) overlapping with the evaluative codes was analyzed. We reported the two most common code overlaps within the entire code system for the analysis of positive and negative experience.

3.3.5 Quality Criteria

Typically used quality criteria for quantitative data cannot be directly applied to qualitative research (Flick, 2020) but should be reformulated for qualitative research (Mayring, 2021). The material quality can be classified as high, as the interviews were conducted face-to-face with experts. The transcription quality can be rated at a good level, since completeness, accuracy, consistency, freedom of interpretation and comprehensibility were taken into account (Davidson, 2009). In addition, the validity of the transcriptions was ensured by cross-checking with another person. In order to ensure intersubjective comprehensibility, the code system was repeatedly discussed among a group of experts (clinical psychologist, two psychologists, psychology student); rule-guidedness was ensured by the a priori definition of the research questions and the study design. Theoretical guidance was partially possible due to the links to other projects and some similar studies (Cabassa et al., 2017; Gillard et al., 2017), as well

as theoretical guidance through acquired knowledge and years of work in the project. At the same time, this is an exploratory survey, as the interviewed professional group does formally not yet exist in the regular health care system. Intracoder reliability was not determined. In order to specify the code system and to obtain more concrete code definitions, one interview was compared using consensual coding. After the intercoder discussion, a very good intercoder agreement of Cohen's Kappa of .92 was obtained for the analyzed interviews (consensual coding and calculation was carried out via MAXQDR). The generalizability of the results can be classified as low; the present study is primarily concerned with concrete and tangible insights of a specific small target group. The qualitative criterion of transparency was achieved through the detailed documentation of the entire evaluation process. The COREQ checklist was used for this purpose (see Appendix 8.2.4 COREQ checklist).

3.4 Results

With the help of structured qualitative content analysis, the following 10 main codes were identified: “task areas”, “negative experience”, “positive experience”, “factor PSW”, “factor patient”, “working with coordination office”, “working with healthcare system”, “value for patients”, “coping strategies” and “future” (for a description of the code set see Appendix 8.2.1 Entire code set). The most frequent overlapping main codes with “negative experience” were "factor PSW” and “factor patient”. The most frequent overlapping main codes for “positive experience” were "factor PSW” and “working with coordination office” (definition see below and Appendix 8.2.1 Entire code set). The results concerning the other main codes will be reported elsewhere.

3.4.1 Task areas

From the main code “task areas”, 5 subcodes could be inductively derived: Organization (24.7% of the total amount of mentions), accompaniment (21.9%), cultural mediator role (24.2%), motivational tasks (19.1%) and emotional support (10.1.%; see Table 1). In the following, these subcodes will be described and analyzed in more detail:

<u>A. Organization</u>

Organizational tasks were described by all eight PSWs. The organizational work was primarily described with the thematic main focuses (subcodes) "making appointments" and "reminders to keep appointments".

<u>A1. Making appointments:</u>

Organizing appointments (described by all eight PSWs, *N* = 8) involved arranging and coordinating appointments with psychotherapists, general practitioners, medical specialists and

social workers. Organizing appointments was described as "*[...] time-consuming, you have to call, make appointments, sometimes it doesn't work right away and you have to ask again…" (PSW1).*

A2. Reminders to keep appointments:

Another focus was on the organizational work of reminding the patient of appointments (e.g., by sending a reminder message in advance or calling the day before, *n* = 6). Reliably keeping agreed appointments was often described as a major challenge. PSWs' responses show that their role here is to build a bridge between the healthcare system and the refugee, e.g.: *"So I would often call them a week, a day ahead or the same day of the appointment and tell them that they have an appointment today and they need to be there" (PSW5).*

B. Accompaniment

The function of accompaniment can be described by the subcodes "accompaniment to regular healthcare", "accompaniment to public authorities" and "appointments with PSW".

B1. Accompanying in regular healthcare:

Six PSWs explicitly described having accompanied their patients regularly to appointments in the regular healthcare system (therapists, psychiatrists or general practitioners), especially during the initial stages of treatment. The support provided by the PSWs ranged from the offer of singular to regular pick-ups and accompaniments, e.g.: *"Or [they] need to be picked up from home or where they are at that moment because they forgot. So, that's where it starts. Before therapy, you pick them up. You go with them to the therapist..." (PSW4).*

B2. Accompanying patients to public authorities:

Four PSWs stated that they had also accompanied their patients to public authorities. In this context lawyers (*n* = 3), district offices ("Landratsamt", *n* = 2), immigration authorities and job centers, health authorities, schools and chambers of commerce were named (each by one PSW), e.g.*"[…] You may also have to go to the authorities if the patient is not insured. You have to go to the district office or the responsible authority that gives him this authorization. I've often been to the district office […] or the health authority" (PSW4).*

B3. Appointments with PSW:

Seven PSWs mentioned own appointments with patients as part of their work. They described visits at the patients' home, with the patients' families or stabilizing positive activities in acute stress situations, e.g.: "*I said, if you're feeling bad, why don't you call me? Then we'll go out together…" (PSW8).*

C. Cultural mediator role

All PSWs described a "cultural mediator role" as part of their work. A distinction can be made between a “cultural mediator role in the therapy context” and a “cultural mediator role regarding bureaucracy and administrative processes”.

C1. Cultural mediator role in therapy context:

All PSWs described an explicit transfer of specific cultural “German knowledge” in relation to the therapy process and interpersonal aspects. Dealing with experienced stigmatization (self-stigmatization and stigmatization by others) was mentioned by four PSW. The PSWs perceived the fear of mental health treatment causing external stigmatization in the target group of refugees as stronger than in the host society, so that their work was about mitigating the stigma-related avoidance of utilization: *"If I go to a psychiatrist, then I'm crazy, then I get labeled. Stigmatization is a barrier and nobody wants to be labeled like that. Through this information transfer from me as PSW [...]* [*the patients*] *get involved and want to change what happened to them" (PSW7).* Communicating the concept of psychotherapy and explaining data protection and confidentiality also played a central role (*n* = 4), e.g.: “*We are always afraid that the past or problems will be made public at some point. I then say: this is really secure, data protection, it will never get out. They need a lot, before they really believe it” (PSW8).* Overall, the PSWs took over a culture-mediating role regarding traditions, rituals and behaviors experienced in the host culture (*n* = 4), e.g.: “*It's mostly non-verbal. [...] this interaction and this distance that is maintained [...] because they probably know it differently from their home countries and sometimes they are disappointed [...] and then I have to intervene and say: [...] That's just the way things are here and it has nothing to do with you as a person" (PSW3).* Interviewees also stated that this mediation of culture-specific knowledge helped *“the therapist and patient to reach a better basis and consensus in the therapy sessions in order to continue the therapy successfully” (PSW7).* At the same time, there was also a culturally mediating role towards the therapists concerning amongst others cultural taboos like sexuality and gender so that diagnostics and interventions could be implemented in a sensitive way (*n* = 2). For example: *“Unfortunately, we never talked about gender at school. So, we had no sex education [...] and it's a topic that nobody wants to talk about. And when it is now open and suddenly asked, they withdraw because they don't want to talk about it and have never had this experience" (PSW1).*

C2. Cultural mediator role in bureaucracy context:

Five PSWs also described the transfer of cultural knowledge regarding official structures in Germany. First and foremost, information about the healthcare system was important: “*They didn't even know how to get a referral. 'What do you need a referral slip for?’ or ‘When do you get a referral slip?” and also that they have the right to get a health insurance card” (PSW1).*

Other central aspects of cultural mediation are bureaucratic structures and processes *(„Time consuming…“ (PSW1); "someone who teaches them patience" (PSW4)* as well as the school system, hearings and the ‘Federal Office for Migration and Refugees’.

D. Motivation

All eight PSWs described a large proportion of motivational work, primarily via the subcodes of “facilitating hope and/or promoting the patient's independence”, as well as “motivation for psychotherapy”.

D1. Motivation for therapy:

A large part of the motivational work involved building up motivation regarding the referral to and utilization of therapy. Seven PSWs described building motivation for therapy as part of their work. Here, culturally sensitive aspects were mentioned (see category cultural mediator role), as well as giving psychoeducation and teaching patience. In addition to the basic motivation to undergo psychotherapy, another part of the work was to motivate patients to attend, continue treatment and not drop out: “… *they come [to the] first two or three appointments maybe. ... they don't need so much motivation [from outside], but after that they need it because they thought the result would come very quickly. So, if after three or two appointments they feel that there hasn't been much development yet, they need even more motivation. 'It takes a long time', or something like that. Or some patients don't feel like coming to an appointment or have a lot to do. I always have to motivate them and explain that it always helps, but that it takes a lot of patience" (PSW2)*.

D2. Facilitating hope and/or promoting independence:

This aspect (*n* =4) often involved conveying hope concerning the improvement of psychological suffering and functional impairments as well as general living conditions and the increasing promotion of the patient's independence and motivation for independence in the course of therapy; e.g.: *“I try to make the patients more independent. I say, okay, you do it yourself. You can do it” (PSW8).* Using themselves as role models PSWs conveyed hope through describing their successful integration after a difficult post-migration phase: *"When I think [back] to myself, many [refugees/new arrivals] are depressed, hopeless and don't know what the future holds. Whether this time will ever be over or not. And I tell them many of my experiences and how it was for me [to arrive] in Germany..." (PSW1).*

E. Emotional support

Seven PSWs reported emotional support of the patients as an important task. This task included building a good personal relationship, becoming a person of trust for the refugees and thereby creating support and security. At the same time, they described that active contact,

listening and engaging in exchange decreased the patients' feeling of loneliness: "*When they realized that I was often available or read the messages […], I noticed: yes, they don't feel [so] alone [anymore]" (PSW6)*. Four PSWs described flexible availability and commitment when patients were stressed either accomplished by phone or in direct contact (see category "accompaniment", subcode "meet-ups").

Table 1. Table of main code "task area"

Main-code	Sub-codes	Sub-sub-codes
Task area	Organization	Making appointments Reminders to keep appointments
	Cultural mediator role	Cultural mediator role in therapy context Cultural mediator role in bureaucracy context
	Accompaniment	Accompanying in regular healthcare Accompanying patients to public authorities Appointments with refugees
	Motivation	Motivation for therapy Facilitating hope and/or promoting independence
	Emotional support	Emotional support of the patients

3.4.2 Positive and negative experiences

The number of coded text segments with the evaluative code "negative experiences" (Definition: circumstances, events, contacts, etc. experienced by PSWs as subjectively negative) was 106 and the number of coded text segments with the evaluative code "positive experiences" (Definition: circumstances, events, contacts, etc. experienced by PSWs as subjectively positive) was 207.

<u>A. Negative experience (NE)</u>

The most frequent overlaps for negative experiences were found with the main code "factor PSW" (Definition: Indications of characteristics, attitudes, behavioral patterns of PSWs which appear in their context of the work as a PSW) followed by the main code "factor patient"

(Definition: Indications of characteristics, life history, behaviors and backgrounds of patients who were supported from the PSWs; see Table 2).

A1. NE and “factor PSW”:

NE were mentioned 30 times in combination with the code “factor PSW”. Regarding the person of the PSWs itself, primarily the aspects of managing the boundaries of the professional relationship (*n* = 6), role clarification (*n* = 3) and a strong sense of responsibility (*n* = 2) were mentioned as negatively experienced: *"’You know, I'm not going to do that now,’ or ‘That's not my job’, and when you hung up, you always thought, ‘Okay, now I've broken his or her heart, maybe I could have done something here or there’"(PSW3);* role clarifications: *“Or they often say, for example, I need more help. It's just difficult for me when they need financial help. Unfortunately, I can't help them with that and I think they're a bit disappointed in me” (PSW8).* In addition, memories of their own biography and a potentially difficult or stressful own life situation (*n* = 4) were described as challenging and stressful in combination with their work as a PSW: *“I have to be honest, sometimes I think, how does he do that? He must be sad. Or I always compare my personal story with the patient's story. But I did an exercise for myself. Sometimes when I can manage it, I sit alone just before or after therapy and don't go straight home. I sit alone, sometimes I cry, sometimes I look at pictures - the pictures of my home, my parents or something” (PSW6).*

A2. NE and “factor patient”:

NE were mentioned 27 times in combination with the code “factor patient”. With regard to the patients, their life stories were described as particularly stressful (*n* = 5): *"[…] when they tell about the army, soldiers or arrest, - these things are difficult for me" (PSW6).* In addition, the symptoms, specifically suicidal tendencies, strong negativity and suffering or mistrust as well as an attitude of denial were experienced as stressful: *"First, it's sad to see people down. To hold out a hand and ask them to get up is also not very easy. Because there comes only rejection and there comes an energy, or a feeling: 'Leave me alone, I don't believe you now, you're only here for your own benefit'" (PSW3).*

B. Positive experience (PE)

The most frequent overlaps with positive experience were found with the main code "factor PSW" followed by the main code "working with the coordination center" (Definition: Information on the experiences of the PSWs in cooperation with the coordination office; see Table 2).

B1. PE and the “factor PSW”:

PE were mentioned in 53 segments in combination with the code “factor PSW”. In terms of the PSWs' personalities, the personal development throughout the project and work (e.g.,

social skills, increase in specialist knowledge, broadening of perspective) was experienced by all eight PSWs as positive: "*Learning psychological things, it's so instructive for me" (PSW3).* The fact that they were able to rely on their own personal experiences and life stories also proved enriching. A successful clarification of boundaries and the associated learning of more self-care as well as enjoying the responsible role were marked positively, e.g. *"This is very nice for me personally, because I generally like to take on such a role in life. Also towards my family and my colleagues. I just want everyone to look ahead and move forward*" *(PSW3)*; e.g. associated learning of keeping boundaries: *"So for me [it] was very good, a very good experience. I've been here for so many years now and I already realize who needs what or how far I'm allowed to go in, I can judge the distance better [...] I realize this better now than at the beginning and [with] the role I have [...] I get along better than at the beginning" (PSW1).* Furthermore, self-efficacy and motivation were also experienced positively, *"because I know that I can help the person, and that is priceless to me" (PSW8).*

B2. PE and work with the coordination office:

PE were mentioned 50 times in combination with the code "working with coordination office". First and foremost, all eight PSW mentioned the trainings within the project and the acquired specialist knowledge as helpful: *"These training courses are extremely important" (PSW1*) and helped the PSW to prepare for their work, e.g. "*[…] very, very helpful training courses. Yes, that's the feeling that you're not thrown in at the deep end […]" (PSW5).* In addition, the regular supervision through the exchange with other PSWs was described as enriching (*n* = 7), as were the atmosphere, mutual support, social interaction and an understanding, open handling within the team; e.g. "*Supervision is absolutely the best, whether as a translator or as a PSW. […] I love it. I will always participate when I can […]" (PSW8)*, "*Good. Communicative, helpful. Because those who have less experience […] get advice or tips from others on how to deal with the situation" (PSW7)*.

Table 2. Most commonly mentioned main codes for positive and negative experiences (PE and NE) of the PSWs

Main-codes (Ranking based on frequency of mentions of PE and NE)	**Sub-codes**
Factor PSW 1st PE (n=53) 1st NE (n=30)	Personal development Strong sense of responsibility Boundaries/professional relationship Role clarifications Own biography, stressful life situation
Factor patient 2nd NE (n=27)	Life stories Symptoms suicidal tendencies strong negativity suffering or mistrust attitude of denial
Coordination office 2nd PE (n=50)	Supervision Trainings Other (atmosphere, contact)

3.5 Discussion

3.5.1 Summary of results

The in-depth analysis of the eight qualitative interviews shows that the PSWs take over important tasks supporting refugee patients utilizing service providers of the regular health care system. Overall, their tasks comprise three areas, i.e. practical assistance to arrange and keep appointments (see codes “organization” and “accompaniment”), facilitation of cultural exchange between clients and service providers (“cultural mediator role”), and tasks supporting the therapeutic process, building up treatment motivation and provision of emotional support (codes “motivational tasks” and “emotional support”).

PSWs have both negative and positive experiences, with positive experiences being mentioned more frequently. Negative experiences were primarily associated with personal challenges in terms of management of own boundaries, responsibility and role clarity, as well as with the characteristics of the patients (life history and severity of symptoms) and occurred mainly in the beginning of their work as PSWs. Positive experiences were evident in relation to personal development, enjoyment of responsibility and motivation, as well as in cooperation with the coordination office.

3.5.2 Interpretation task areas

The PSWs' job includes the facilitation of a broad range of barriers to mental health service utilization.

Organizational domain: One of the main tasks of the PSWs is "organization", including the support to regular and reliable utilization of services in the regular healthcare system. The importance of peers taking on organizational tasks has been discussed in previous studies showing that peer support can help patients to better find their way around the regular healthcare system (Cabassa et al., 2017) and to avoid missing appointments (Yun et al., 2016). These results are particularly relevant, as practitioners in the regular healthcare system often complain about missed appointments with refugee patients (Semmlinger & Ehring, 2022). PSWs could build a central bridge to reliably bring refugees to appointments in the regular healthcare system. The aspect of "accompaniment to public authorities" seems to be closely related to the utilization of health services, i.e. the forms on assumption of health care costs by public authorities or the renewal of residence permissions. The "appointments with PSW" seem to have the quality of personal meetings, in which refugees explain their problems; this is the base for the above mentioned organizational tasks but also contributes to the other two task areas because here PSWs explain the German health care system, promote motivation and provide emotional support. In summary, the organizational domain covers the areas of "informational support" (educational) and "instrumental support" (supporting stressful tasks, e.g. when filling out applications) conceptualized by the center for Substance Abuse and Mental Health Treatment's Administrations of recovery (SAMHSA; White, 2007).

The aspect of the "cultural mediator role" can also be found in the literature on refugees, particularly in the case of psychotherapy with interpreters. Gartley and Due (2017) found that interpreters do more than just translate, they seem to act as "cultural brokers" and Miller et al. (2005) also assumed that language mediators clarify cultural misunderstandings and contribute to mutual understanding. Cultural mediation could play a decisive role, particularly with regard to current findings on culturally differing concepts of mental illnesses such as trauma sequelae (Bachem et al., 2024). This area of responsibility addresses barriers on the refugees' and their families' part to utilize the regular healthcare system, such as an insufficient knowledge of the existing services, of medical explanation of symptoms and of adequate treatment expectations. Furthermore, PSWs can discuss and modify fears of stigmatization, interpersonal, institutional and structural discrimination (Jallow et al., 2022; Schneider et al., 2017). Our results align with research, showing that PSWs informed their mentees about the healthcare system and specific aspects (e.g. confidentiality, interpersonal relationships), that

they provided psychoeducation and fostered destigmatization regarding mental illness. In addition, PSWs facilitated the exchange of information between service providers and patients (see subcodes: "cultural mediator role in the therapy context" and "cultural mediator role regarding bureaucracy and administrative processes"). It can be assumed that "cultural mediation" reduces barriers for therapists and patients, contributes to more mutual understanding (Miller et al., 2005), leads to more compliance and motivation and is associated with the finding of a more active tying in treatment. Regarding these findings, it should be noted that the roles of cultural mediation and language mediation are clearly separated in the COPEER project, so that interpreters may be relieved by the cultural mediation work of the PSWs.

The third domain of the PSWs tasks "motivation" and "emotional support" relate to the tasks “emotional support” and “companionship” propagated by the center for Substance Abuse and Mental Health Treatment’s Administrations office of recovery (SAMHSA; White, 2007). "Motivation" and "emotional support" are traditionally provided by highly trained mental health care providers such as psychologists, social workers or medical doctors. In the context of scarcity of human resources, the concepts of task shifting and task sharing have been introduced, for example by the WHO, meaning that less trained staff or trained laypersons take over defined tasks. A recent meta-analysis provided evidence for the effectiveness of non-professional task sharing in relation to different interventions, e.g. behavioral activation (Anvari et al., 2023). Anvari et al. (2023) highlighted the feasibility and acceptability of non-professional evidence-based interventions delivered in the context of depression, substance use, loneliness, trauma and for people with comorbid physical illnesses. Task-sharing approaches with refugees also showed positive effects, for example in the PROSPER study, in which the WHO Problem Management Plus (PM+) intervention was carried out by peer lay therapists with lived experience of seeking asylum or of migration (Chiumento et al., 2021).
Other studies reported that the motivational work of PSWs can lead to a more active tying in treatment (Chinman et al., 2014). The "emotional support" task is closely related to the building of a trustful relationship and to the communication of hope. The PSWs serve as role models, having experienced flight/migration, having achieved integration in the host society and thereby having a strong influence on creating hope for future improvements in the refugees’ lives (Gillard et al., 2017).

It is evident that the tasks identified in this study are manifold and complex and that PSWs need a complex and diverse knowledge and skill base for their work. Consequently, the demand for specific training of PSWs as well as for continuous supervision and training is obvious. Therefore, a PSW training curriculum should be guided by the existing proven schemes,

e.g. the comprehensive training of EXIN (experienced involvement) peers. The concept for a curriculum for the training of EXIN peers was developed internationally and includes defined theory lessons (12 units, 22 hours) and practical internships of 120 hours (EX-IN Deutschland e.V., 2025a). The training content includes some of the following topics, e.g. empowerment, participation, trialogue, recovery, research, assessment, accompaniment and support, crisis intervention (EX-IN Deutschland e.V., 2025b). These training modules overlap with some aspects that PSWs also adopt in their work with refugees. Other recommendations on training (quality of training and content of training), certifications and implementation of PSWs in the healthcare sector are available from the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of Recovery, U.S. Department of Health and Human Services (HHS; Awadalla, 2023).

The training of PSWs in COPEER comprises 15 hours, plus three additional hours for language mediation training (as many PSWs also work as interpreters in the project). For the further development of the peer concept in Germany, legal foundations, organizational basics of recruitment and training for PSW in the mental healthcare system with refugees is necessary.

In summary, PSWs reported to take on central tasks of different complexity and in different domains of barriers to healthcare utilization that have been already reported in the literature (Jallow et al., 2022). The initial evaluation results from the COPEER model show that typical barriers to service utilization are successfully addressed, e.g. a low drop-out rate of refugee patients and a high commitment of psychotherapists to treat them with project support (Bogatzki et al., 2023), which is certainly also the result of the PSWs work. Our results also confirm that PSWs need a broad knowledge and skill base achieved with a comprehensive training curriculum and that they require continuous supervision.

3.5.3 Interpretation negative and positive experiences

PSWs reported positive and negative experiences in their work, whereby the fact that positive experiences are mentioned more frequently might reflect that they outbalance the negative experiences in the PSWs work.

In relation to their own person, the following aspects were mentioned as negative work-related experiences: the management of the professional relationship and its limits, role clarification, a too strong sense of responsibility, the provocation of stressful memories of one’s own life, as well as emotional overload due to the PSWs own current situation. Previous studies also reported the setting of boundaries and role ambiguity as challenging for PSWs (Mirbahaeddin & Chreim, 2022). Negative experiences in relation to the patients were particularly evident

regarding the burden of getting to know their life stories and severe symptoms, especially suicidal tendencies. Emotional involvement is evident and has been reported in other studies with PSWs (Mirbahaeddin & Chreim, 2022).

In the analysis and consideration of the positive experiences, it is to be noted that some aspects initially described as negative (especially in relation to the PSW themselves, "factor PSW") are subject to change and are later reported as positive. For example, some PSWs described it as positive to have learned to be able to rely more on their own personal experiences and life stories. Moreover, they also experience a positive learning experience in relation to improved management of one's own boundaries and self-care, as well as to higher enjoyment of the PSWs' responsibility. Here the PSWs personal growth is evident: With ongoing training, supervision and acquired skills, burdens and difficulties regarding responsibilities, boundaries, role clarity and one's own story seem to become manageable. This leads to initial burdens to be perceived as very positive and empowering throughout their work. This learning and associated "personal growth" is evident in various areas (e.g. social skills, increase in specialist knowledge, broadening of perspective) and has already been found in other studies with PSWs (Barbaresos et al., 2023; Jallow et al., 2022). The regular supervision, peer-to-peer exchange, the training and further education provided by the project are also seen as positive. In line with other studies, it can be assumed that training and supervision have a protective effect on the stress of PSWs (Mirbahaeddin & Chreim, 2022).

In summary, it can be stated that PSWs have both negative and positive experiences, whereby regular training and supervision appear to be important for a learning process and personal growth (shifting from negatively challenging experiences of managing boundaries and clarifying roles to self-determined actions and enjoyment of responsibility).

3.5.4 Limitations

Some methodological limitations need to be discussed. On the basis of subjective epistemology, it can be assumed that the interviews provide insights into the subjective perception of the PSWs and do not reflect objective reality. What counts here is the "subjective truth" and the principle of "benevolent interpretation" or "meaningfulness assumption" (Helfferich, 2011). However, it should be noted that perception can be influenced by various effects such as social desirability, memory bias and selective perception.

In qualitative studies, the sample size of twelve is expected to be sufficient for content saturation, although basic meta-themes can be assumed from a sample size of six (Guest et al., 2006). It can therefore be assumed that the number of eight PSWs is sufficient to identify main

themes. However, the results should be interpreted with caution, as our study examined a very small sample, and the findings require replication before they can be generalized more broadly.

The semi-structured interview guide (according to Helfferich, 2011) asked directly about some of the PSWs' areas of responsibility, which may have led PSWs' answers in one direction. Furthermore, the interviews were conducted by the project coordinator herself, who has been actively working with all the PSWs for years. In this context, in particular social desirability could be suspected, which could have influenced the interviews/answers. However, we managed this potential problem to the best of our abilities, by discussing these issues openly, an extensive informed consent, confidentiality and an atmosphere of trust.

The dangers of an "interviewer bias", a distortion of the collected and interpreted data due to the interviewer's personal expectations and prejudices were intensively discussed in the research team. In order to reduce the impact of these potential problems, we conducted a "trial interview" in advance, had expert discussion rounds and analyzed the results in a team process. For allowing a focus on the task areas and positive and negative experiences of the PSWs, the results and discussion of the interviews do not cover the entire code system. However, to ensure completeness and transparency, all main codes and their descriptions are presented in the Appendix (8.2.1 Entire code set).

3.6 Conclusion

This study is important for the further development and improvement of COPEER and other projects involving PSWs, as it highlights potential burdens on PSWs and offers valuable insights for developing measures in training, guidance, and support.

In an initial approach, it seems that PSWs take on central tasks that can actively help overcome refugees' barriers to utilizing services in the regular healthcare system. In doing so, they have both negative and positive experiences, whereby a learning process and the positive effects of training and supervision can be observed. Further studies are needed to evaluate the task areas and the positive and negative experiences of PSWs to achieve greater generalizability of the results. Research concerning the effectiveness of PSWs in mental health care for refugees should be conducted in a controlled trial. Additionally, examining the perspectives of refugees who received support from PSWs would provide valuable insights into the nature of the support and areas of responsibility.

Based on our findings we recommend that PSWs find more use in the regular health care system, to provide refugees a less-discriminatory access to the human right of health. In order to include PSWs as service providers into the regular health care system, a standardized

training schedule should be developed and the legal framework for their employment in the health care system needs to be set. We recommend that comprehensive and standardized trainings particularly focus on aspects of local healthcare structures, mental disorders, cultural mediation and motivational conversation management, as well as strategies for managing personal stress and setting professional boundaries. Additionally, ongoing training (to further deepen knowledge and skills acquired in practice), regular supervision and permanent support offers from a responsible and coordinating institution are needed.

4 Studie III: Successful trauma-focused psychotherapy of a refugee under unstable life conditions: a case report[10]

4.1 Abstract

Background. Despite the strong body of evidence supporting the effectiveness of trauma-focused therapy approaches (TF) in the treatment of trauma-related disorders guidelines discourage their usage when patients are still confronted with trauma-related violence. In the treatment of refugee patients this recommendation is referred to when unstable life conditions lead therapists to consider less effective stabilizing and non-confrontational techniques. Refugees with post-traumatic stress disorder (PTSD) often face prolonged instability in host countries, including years living with tolerated stay and fear of deportation, uncertainty about the survival of loved ones in countries of origin and an insecure future. This creates a moral and emotional dilemma for therapists. We report a successful treatment of a refugee patient who remained in a stressful situation during therapy.

Case Presentation. Outpatient individual therapy for Ms Y., a 35-year-old female asylum seeker from West Africa, survivor of human trafficking with subsidiary protection in Germany. Diagnoses: Post-traumatic stress disorder (F43.1), depressive disorder (F32.1), suicide attempts in the past (Z91.8). The PTSD was treated with Narrative Exposure Therapy (NET), one form of TF. Therapy started directly in the first year under unstable conditions. The patient had no German knowledge, suffered from severe pain, cared for her developmentally delayed child, and remained uncertain about the fate of the child's father. The treatment lead to a stable reduction of depression, PTSD and general psychopathology at post and follow-up assessments. We report under which specific conditions TF was feasible despite the unstable circumstances and what special factors needed to be taken into account.

Conclusion. Unstable life situations per se do not cause unfeasibility of TF, but they require careful consideration of the practical access to healthcare, assessment and evaluation of risk and resilience factors, emergency plans, support networks, exchange with colleagues**,** and tailored therapeutic strategies. To support therapists in their decision whether they should apply TF to refugees or not, systematic research on the risk and resilience factors affecting psychotherapeutic processes and outcomes is urgently needed, along with the development of guidelines and training for practitioners.

[10] Submitted in *Journal of Medial Case Reports*, 26th January 2024

4.2 Background

Post-traumatic stress disorder (PTSD) significantly impairs quality of life and increases morbidity and mortality (George et al., 2016; Giacco et al., 2013; Katrinli et al., 2020; Scherrer et al., 2020). Psychotherapy is considered a very effective and efficient method for the treatment of PTSD (Lewis et al., 2020). The greatest evidence regarding effectiveness and long-term stability is shown for trauma-focused (TF) therapy approaches (McLean et al., 2022; in alphabetical order): Cognitive Processing Therapy (CPT; Resick et al., 2016), Cognitive Therapy for PTSD (CT-PTSD; Ehlers, 1999), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; De Jongh et al., 2019; Shapiro & Maxfield, 2002), Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT; Schmucker & Köster, 2017), Narrative Exposure Therapy (NET; Schauer et al., 2011), and Prolonged Exposure Therapy (PE; Foa et al., 2014). International guidelines, in general, recommend TF, with relative contraindications including severe behavioral control disorders like suicidal tendencies, psychotic symptoms, dissociative symptoms, self-harm, external aggression, substance use and ongoing confrontation with trauma-related violence, e.g. contact to perpetrator (Cloitre et al., 2011; Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie und Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 2019; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Despite a clear evidence base, there is a gap between scientific recommendations and actual practice (Herzog et al., 2023). Therapists seem to be insufficiently trained on TF (Lindauer et al., 2022; Pittig et al., 2019; Van Minnen et al., 2010). Practitioners are concerned about worsening symptoms and discontinuation of treatment (Van Minnen et al., 2010). Especially in the German language countries, the debate on the need for stabilizing interventions continues, although evidence is limited, and S3 guidelines highlight the lack of support for these methods (Cloitre, 2016; De Jongh et al., 2016; Schäfer et al., 2019).

Displacement and flight increase the risk of mental disorders, with refugees and asylum seekers experiencing traumatic events disproportionately, being the group with highest risk for PTSD globally (Nickerson et al., 2010). Studies demonstrate the high effectiveness of TF for treating PTSD in refugees, even when using interpreters (Schulz et al., 2006). Recent reviews highlight the effectiveness of TF, particularly EMDR and NET, in improving symptoms in refugees and asylum seekers (Thompson et al., 2018). Debate persists over the best therapeutic approach for refugees, with some practitioners arguing that a purely exposure-based method may not address the complex issues faced by this group and could cause adverse emotional reactions under high stress (Başoğlu et al., 2007; Hermann et al., 2001; Nickerson et al., 2011; Silove, 1996). Contraindications for TF in refugees include living in adverse and unstable conditions, which can create significant stress (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005; Nickerson et al., 2011). The National Collaborating Center for Mental Health (NCCMH)

emphasizes that after refugees arrive in host countries "the first need is to achieve safety from further persecution" (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Treatment recommendations state that it is "typically inappropriate and ineffective" to employ TF early when refugees still experience a lack of safety, such as uncertain legal status (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005) or living in reception centers (Liedl et al., 2016) and priorize stabilization or other non-TF approaches (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). The International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD also recommend a phase-based treatment approach, with phase 1 achieving patient safety and reducing environmental characteristics that "make the patient a danger to him/herself or others" (Cloitre et al., 2012). This is considered to take at least for 6 months after arrival. In the subsequent phase 2 TF is recommended if "an actual and subjectively experienced safe environment" exists and if the patient has "enough skills and life stability" (Cloitre et al., 2012).

The social conditions faced by refugees and asylum seekers after migration often position them at the lowest levels of the social hierarchy (Hynie, 2018). Variables that are consistently found affecting their mental health are income, housing, employment, language skills and lack of interpretation services, the asylum-seeking process, social support and social isolation and discrimination (Hynie, 2018). Overall, refugees often face precarious situations for years and are forced to remain in unstable life conditions, making it unclear when therapy under stable conditions could be possible (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Follow-up studies indicate that untreated PTSD symptoms in refugees do not improve and are exacerbated by factors like post-migration stress and additional trauma exposure (Kaltenbach et al., 2018). This situation poses a moral dilemma: Should therapists wait for stable conditions to safely apply TF, risking prolonged PTSD symptoms as well as chronification, or should they provide TF, potentially alleviating symptoms for some but risking exacerbation for others? Unfortunately, there is a lack of empirical data and evidence-based guidance on whether and how TF can be applied to improve symptoms despite unstable life conditions or on what methods can be employed to prevent deterioration during TF. Research on this topic is difficult to implement. A first step to develop hypotheses and to improve our knowledge can be realized by case studies.

Focus Case Report: This article reports and analyzes a TF of a refugee woman who remained in a stressful and unstable situation during therapy. The aim is to (1) demonstrate that unstable circumstances do not preclude the feasibility of TF and (2) to systematize what special factors should be taken into account when providing TF to refugees despite unstable conditions.

4.3 Case Presentation

4.3.1 Patient information

Ms Y. was an asylum seeker from West Africa in her mid-30s, applying for asylum in Germany in 2021. At the time of referral to psychotherapy in 2022 she lived together with her third daughter (3 years at the beginning of therapy), didn't speak any German and experienced an unstable life situation, i.e. only temporary permit to stay and unclear future perspectives. Ms Y. reported having experienced a very violent childhood in a constant struggle for survival. She was raised in a strict voodoo tradition, forcibly married at the age of 12, subsequently giving birth to two children. During her escape from the abusing husband to her new partner and her flight to Europe, she again experienced severe violence. She became a victim of human trafficking and was sold into forced prostitution in Libya, reacting to this situation with several suicide attempts. Her third daughter was born prematurely during the prolonged forced prostitution condition; she suffers from severe developmental delay and displays challenging behavior (attention deficit, hyperactivity, impulsivity). After a long, violent and fearful flight to Germany, she held a residence permit for one year under subsidiary protection at the start of therapy and waited for the installation of an applied family helper by the youth welfare office to support her daily life.

4.3.2 Primary concerns and symptoms

Ms Y. reported depressive and PTSD-symptoms including severe nightmares, flashbacks, intrusions, severe dissociation, sadness and worthlessness. She was overburdened with childcare, helpless, resigned and desperate. She also experienced severe abdominal complaints, strong back pain and used an asthma inhaler for her asthma. Sometimes she suddenly had vaginal bleedings that lasted up to two weeks.

4.3.3 Clinical findings

4.3.3.1 Diagnostic assessment

The Structured Clinical Interview for DSM-5 (SKID-5-CV; Osório et al., 2019) was employed to determine diagnoses according to ICD-10: Post-traumatic stress disorder (F43.1), Depressive disorder with moderate episode (F32.1), Suicide attempts in the past (Z91.8). Before treatment the following instruments were employed as assisted self-report: Life-Event-Checklist (LEC-5, German version; Ehring et al., 2014), Posttraumatic Symptom Checklist (PCL-5, German version; Krüger-Gottschalk et al., 2017), Work and Social Adjustment Scale (WSAS;

Mundt et al., 2002) for functional limitations in everyday life and the Brief Symptom Inventory (BSI; Franke & Derogatis, 2000) to measure clinically relevant symptoms in the last week. After the therapy, the following instruments were used to re-assess the symptoms: PCL-5, WSAS, BSI. Based on the reliable change index (RCI, 95%) differences between pre- and post-test values were evaluated (Jacobson & Truax, 1991).

4.3.3.2 Co-Treatments

Ms Y. was referred to outpatient therapy by the project "Coordinated Psychotherapeutic Treatment with the Involvement of Peer Support Workers" (COPEER, University of Konstanz; Bogatzki et al., 2023). In addition to referring her in therapy, COPEER also provided a trained female Peer Support worker (PSW) from north Africa to help her organizing appointments, for a better orientation in the healthcare system and for a transcultural mediation of the treatment concepts. Her psychiatrist prescribed Promethazin 25mg as needed. She received gynecological treatment because of the heavy and prolonged bleedings; two ultrasound examinations revealed no pathological findings and she was prescribed herbal medication (Agnus Castus).

4.3.4 Therapeutic intervention

A regular insurance-financed long-term psychotherapy (62 therapy units of 50 min.) that extended over a period of 26 months was carried out in a university outpatient clinic for teaching. The therapy was conducted weekly until end of TF (phase 2), followed by longer periods between the sessions. Treatment planning encompassed three main goals related to three treatment phases, i.e. initial stabilizing phase, followed by a trauma processing and an integration phase: (1) Coping with acute stress and crisis was main focus in phase 1 and was less intensive in subsequent phases; (2) reduction of post-traumatic stress symptoms was the focus of phase 2; (3) reduction of depressive behavior and development of realistic future perspectives was the core of phase 3.

Coping strategies were developed early on to prevent impulsive acts of despair and manage suicidal impulses. Motivation was built for practical tasks and appointments, daily structure and positive activities were encouraged, anti-dissociative skills and grounding techniques were introduced. TF started after 6 therapy sessions, as early as anti-dissociative skills had been established. The trauma processing phase consisted of 50 sessions, with TF and crisis interventions. TF was carried out according to the rationale of Narrative Exposure Therapy (Schauer et al., 2017) and comprised 22 double sessions (each 2 x 50 minutes). Initially sessions were missed by the patient due to lacking childcare, illness of her child or herself or strong avoidance tendencies during TF. To overcome avoidance, psychoeducation was

helpful as well as the involvement of the PSW (see below 3, “enabling and maintaining access to healthcare” and 7 “selection of adequate psychotherapeutic techniques to reduce key symptoms”). According to the NET standard procedure, Ms Y’s life story was worked through in a trauma-focused narrative and in chronological order. Despite the great strain, Ms Y. engaged well in the therapeutic process, even though strong avoidance reactions appeared, such as lastminute canceling appointments. The application of additional CBT techniques was necessary over the whole phase 2, e.g. to reduce the mistrust towards the Arabic speaking PSW and family support worker that naturally became a topic during exposure of traumatic events in Libya (see below 6, “Psychotherapeutic strategies to cope with insecurity, mistrust and loss of control”). For crisis interventions during phase 2, 6 x 50-min sessions were used when unexpected destabilizing events occurred (e.g. the death of her partner who drowned in the Mediterranean Sea, severe illness of mother back home, child in hospital etc.). The subsequent integration phase of therapy involved 6 x 50-min sessions, the focus shifted to dealing with her strong mistrust, her indifferentism towards dating and sex and her reaction to racial incidents. After TF and towards the very end of the therapy positive external factors supported the therapy goals and provided orientation and future perspectives, such as securing a place in a special school for her younger daughter.

4.3.4.1 Focus on unstable life situation

During all therapy the unstable life situation prevailed and, in addition, Ms Y. was repeatedly confronted with destabilizing events and information, e.g. about the maltreatment and planned forced marriage of her older daughters, the death of her partner (drowned in the Mediterranean Sea) and the severe illness of her mother back home. A range of measures was necessary to be able to conduct TF under these complex circumstances.

1. **Close contact with supporting network:** This aspect was fundamental for all further measures (see 3, 4, 5, 6, 7), especially the exchange of information and the management of crisis situations. For the latter, certain reference persons (e.g. PSW, family helper, volunteer from church and co-treating physicians) were informed so that stabilizing or monitoring contacts could be established with them outside the therapy setting if necessary. Regular information exchange was established with the psychiatrist and the responsible social worker as well as the structured update of information about the current situation at the beginning of each session.
2. **Information transparency and transfer:** Clear and honest communication with Ms Y. was crucial for all therapeutic interventions (see 4,5,6,7) and the planning of the three treatment phases. Especially her human trafficking background required to

provide her with as much autonomy and influence as possible in her uncertain and very unclear situation (Brady et al., 2021).

3. **Enabling and maintaining access to healthcare:** Attending therapy was a significant challenge for Ms Y., hindered by practical and personal obstacles. Practical issues included a long commute, the challenges of caring for her developmentally delayed daughter, navigating train schedules and ticketing, and severe physical pain. Personal barriers such as forgetfulness, low motivation, and avoidance further complicated attendance. The PSW of the COPEER project was crucial to overcome these challenges. The PSW was introduced to the patient by COPEER before therapy start and under the project's supervision both developed a trustful relationship. The PSW reminded her about appointments by mobile phone, sometimes accompanied her and took care of the child if necessary, and addressed avoidance and treatment adherence by providing low-threshold interventions like motivating conversations. The PSW also helped her with the renewal and re-prescription of her medication. Over time, family support services were installed and eased childcare responsibilities, reducing logistical burdens. Collaborative problem-solving and encouragement from the therapist further helped Ms Y. maintain engagement in therapy and to overcome avoidance tendencies.
4. **Assessment and evaluation of risk and resilience factors:** A consideration of potential risk and resilience factors according to the framework provided by Scharpf et al. (2021) proved helpful in selecting the appropriate therapeutic strategies (see section 6). Risk and resilience factors were evaluated at multiple levels: the individual level (patient-specific factors) and the level of the immediate environment (family, community) or support systems (society level). Risk factors were monitored throughout the course of therapy, while resilience factors served as a source of support and were actively utilized through resource activation strategies.
5. **Establishment of an emergency plan and systematic symptom monitoring:** Measures for prevention and management of crises were carried out regularly, more frequently at the beginning. Close contact with the support network (co-treating physicians, PSW und social worker, see 1) helped to set up emergency plans (e.g. scheduling of crisis sessions by therapist or through COPEER project staff, additional emergency contacts via phone, emergency contacts with psychiatrists, emergency medication, planning a potential hospitalization). Knowledge transfer in form of clear information about the current situation helped to at least formally categorize the permanent fear about safety. Clear agreements and emergency plans in crisis situations helped managing strong fear or dissociation, provided structure and stability in an

overwhelming, fearful, and unclear phase, creating a reliable foundation to maintain security and direction despite the desperation.

6. **Psychotherapeutic strategies to cope with insecurity, mistrust and loss of control:** Establishing a trusting therapeutic relationship was the foundation of the therapeutic process, built on appreciation, equality, and a complementary therapeutic relationship (Caspar et al., 2005; Kiesler & Watkins, 1989). Ms Y.'s initial insecure bonding with the therapist and her mistrust towards the support network were addressed with a focus on confidentiality explanations, predictability, and opportunities for control. The therapist's clear condemnation of the brutal violence, forced marriage, and human trafficking validated her feelings, offered relief and motivated her to confront memories of inhumane violence and post-traumatic stress during therapy. It was crucial, that the whole therapy took place in a human rights context, acknowledging the injustice and inhumanity she had experienced (Becker et al., 1990). Cognitive restructuring of shame-related basic assumptions also helped her to engage in the TF therapy. Cognitive behavioral techniques (CBT) were necessary to reduce mistrust and fostered a trustful relationship to the PSW and the family helper (both with Arabic background). Finding a balance between accepting the unchangeable aspects of her life situation and adopting an active attitude to change the situation remained challenging. CBT helped building up positive expectations of self-efficacy in domains she could actively influence (e.g., German courses, securing a kindergarten place) while acknowledging unchangeable circumstances. A step-by-step approach addressed rumination and catastrophizing by focusing on the present moment.

7. **Selection of adequate psychotherapeutic techniques to reduce key symptoms:** Narrative exposure in a chronological way was the technique of choice because of the high number of traumatic experienced starting in early childhood, causing lack of explicit memories and severe dissociation upon confrontation with triggers. Concerning the patients voodoo background, it was important to discuss her understanding of illness and symptoms and to provide individually tailored psychoeducation so that she understood the treatment techniques and processes. It was important to develop mutual agreements how to deal with avoidance tendencies and involve the PSW and social worker into the solutions. Throughout the whole process and all the upcoming crisis events, it was highly relevant to keep a high flexibility in the therapeutic techniques (e.g. shifting from exposure sessions to grief processing after she had received the information that her boyfriend had died in the Mediterranean Sea on his way to follow her).

8. **Exchange with colleagues, supervision and intervision:** Regular exchanges with colleagues and participation in peer supervision significantly reduced the burden of therapy under challenging circumstances. Discussions with colleagues provided a space to openly express concerns, collaboratively reflect on difficult decisions, and explore alternative courses of action. This collegial support also helped maintain focus and motivation, while fostering confidence in successfully completing therapy even under complex conditions.

4.3.5 Outcome

The therapy successfully reduced despair, managed crises effectively, and helped structure the daily routine. It achieved complete processing of traumatic experiences despite unstable life conditions, reduced trauma related symptoms and developed realistic future perspectives. After the initial traumatic events had been worked through, her vaginal bleeding completely stopped and the backpain strongly reduced, which prevailed by the end of therapy.

Table 3. Psychodiagnostic test scores at beginning and end of therapy (26 months apart)

Test scores	Baseline	Post	Actual change	Cut-off for reliable change (p = .05)	% Improvement
PCL-5	51	19	32	16.63	62.75%
BSI (GSI)	2.6	0.9	1.7	0.16	65.22%
WSAS	19	8	11	11.52	57.89%

Note. Psychodiagnostic test scores at begin and end of therapy. Change values of PCL-5 and BSI (GSI) are above the determined critical change values and therefore clinically significant (reliable change). The change value of the functionality scale WSAS is slightly below clinical significance.

4.3.6 Patient's perspective

At the end of therapy, the patient stated that her problems had significantly improved. She explained that before therapy she "had wanted to lock the past away" but "had lost control over it". She admitted that it was hard to accept therapy in the beginning because "if you go to a therapist, you are mad." However, she now says, "I decided to accept everything because it is a part of me, whether I like it or not – I learned to live with it”. Ms Y. also shared that she used to blame herself for what had happened in the past but has now learned to view things differently. Towards the end of therapy, she articulated how she grew up being forbidden to look men in the eyes, having to endure everything passively. She has now reached a point where she confidently declares, "Now, I choose myself!"

4.4 Discussion

This report presented the case of a refugee, who received outpatient TF in unstable life conditions, along the rational of Narrative Exposure Therapy. The results show a significant and stable improvement of self-reported psychopathology (BSI) and post-traumatic symptoms (PCL-5). The impairment of functionality (WSAS) decreased but didn't reach the threshold for significant change. In addition, the patient reported a clinically significant reduction of somatic symptoms.

This paper presents a single case and therefore, only limited conclusions can be drawn. Certain strengths and limitations must be taken into account and shall now be considered. NET was embedded in a long-term outpatient therapy program. Only slight modifications of the manualized approach by Schauer et al. (2011) were necessary during the exposure sessions, e.g. the application of CBT techniques to address shame and mistrust or additional sessions for crisis-related topics were needed during and after the TF phase.
The presented case showed a number of risk and resilience factors in the patient and the environment (support system, community and society) which highly influenced the therapy process. Risk factors represent e.g. several suicide attempts in the past, early and sexual trauma experiences with massive shame and guilt, dissociation and inability to speak out traumatic memories, current uncertainty and distressing information about significant others; especially destabilizing was the information about her children from her first (forced) marriage and her fear that they are experiencing exactly the same terrible fate. The patient found herself in an unstable life situation that was - in addition to the continued concerns about family members - characterized by permanent strong fear and mistrust concerning her protection status in Germany and her experiences of discrimination. In addition, she experienced severe stressors in her daily life organization, especially related to the behavioral disorder of her daughter. However, these risk factors are contrasted with resilience factors: Ms Y. showed high cognitive abilities, high motivation, high resilience and a very small but functioning support system (social workers, family helper, PSW, voluntary women from church). Regarding the patient, it can be assumed that the high motivation to work on herself and to leave the past behind and her openness to an unknown Western therapy method besides her strong mistrust played a significant role. She opened up, good contact and a bonding was possible.
It should be noted that some extratherapeutic factors (Lambert & Barley, 2001) that took place during the last months of the treatment influenced the psychotherapy outcome positively (e.g. a school place in a special school for daughter, language class for herself).

In sum, the case we presented is an extraordinary one, with several risk factors but, despite this, a clear predominance of resilience factors. The identified risk and protective factors align with the systematically investigated socio-ecological factors contributing to the risk and protection of adolescents' mental health (Scharpf et al., 2021). Scharpf et al. (2021) categorize pre-migration, peri-migration, and post-migration stressors and assign risk factors at the individual, family, community, and society/culture levels to the different phase. According to this systematic framework, risk factors of Ms Y. can be sorted in exposure to war-related violence, female gender, loss of parents (pre-migration), separation of immediate family members, detention (peri-migration), acculturative stress, discrimination and avoidant coping strategies (post-migration). Protective factors from Ms Y. also found in the systematic analyses were her individual resilience, the granted asylum and an integrative acculturation style. Scharpf et al. (2021) argue, that prevention and intervention approaches should take these factors into account to avoid detrimental long-term consequences.
In the future, research needs to develop methods to quantify and balance risk and resilience factors as well as to assist the adaptation of the selection of strategies used in treatment, e.g. the duration of an initial stabilizing phase, the selection of TF treatment techniques and strategies to manage consequences of unstable life situations and stressful living conditions. We recommend a systematic assessment of risk and resilience factors in refugees in psychotherapy under unstable life circumstances. A mixed-methods approach would be valuable for this purpose, which assesses process-based quantitative risk and resilience factors and personal developments in longitudinal designs (to monitor symptoms, development, and processes over time) and which equally includes qualitative studies with refugees in unstable life conditions and psychotherapists who treated them. On this basis, guidelines for the implementation of TF therapy under unstable life circumstances could be developed.

In addition to considering risk and resilience factors, it became clear that treatment was only possible with strategies focusing on maintaining therapy appointments, having a good emergency plan, engaging in regular exchanges with colleagues, ensuring close contact with the support network, employing special psychotherapeutic strategies to cope with insecurity and loss of control, and selecting appropriate psychotherapeutic techniques.
Other studies involving mentally distressed refugees support our practical experience that employing a PSW is helpful for facilitating the utilization of therapy appointments (Cabassa et al., 2017; Chinman et al., 2014; Yun et al., 2016). Studies show that PSWs can support a more active bond in treatment (Chinman et al., 2014), reduce missed appointments (Chinman et al., 2014), and can help patients to better find their way around the regular healthcare system (Cabassa et al., 2017). The supportive and important role of supervision ("exchange with

colleagues, supervision and intervision", see 8) is also evident in other studies (Apostolidou & Schweitzer, 2017; Davoren et al., 2024). A lack of such exchange is often perceived by therapists as a barrier to providing therapy for refugees (Mewes et al., 2016).

Some of the psychotherapeutic techniques to focus on the unstable life situation ("selection of adequate psychotherapeutic techniques", see 7), follow the ISTSS guideline (Cloitre et al., 2012). Dealing with potentially upcoming new traumatic events and information's requires "flexibility" in the therapeutic process, a patient-tailored treatment and matching of interventions to prominent symptoms (Cloitre et al., 2012).

Overall, the therapeutic strategies described above for addressing unstable life conditions are theoretically based on well-established general systematized therapeutic approaches that consider and comprehensively address the patient's overall situation throughout therapy. Our approach in this individual therapy especially relies on Klaus Grawe's theories of "effective factors in psychotherapy" and "basic needs" (Grawe, 1998). The strategies used and described in this case relate closely to these concepts, e.g., the need for orientation and control, which was therapeutically addressed and taken into account throughout the entire process, or the continuous work on mistrust as a recurring problem actualization.

4.5 Conclusion

Unstable life situations per se do not determine unfeasibility of TF. However, various factors must be considered, such as the organization of maintaining regular appointments, the assessment and evaluation of risk and resilience factors, the establishment of specific emergency plans, information transparency, exchange with colleagues, close communication with support networks, and the recommendation of tailored therapeutic strategies. Therapy and its outcomes cannot be viewed in isolation from individual and contextual risk and protection factors. Individual resources and vulnerabilities, along with the surrounding context and life realities, significantly influence what is therapeutically conceivable, feasible, and achievable. Systematic research aimed at quantifying and balancing risk and resilience factors, as well as assisting in the adaptation of strategy selection in treatment, will be beneficial for practitioners who provide services to patients in unstable life conditions. To improve care for this vulnerable patient group, we recommend systematic research on hindering and facilitating factors for psychotherapeutic treatment, the development of guidelines, along with the provision of information and training on TF with refugees during psychotherapy training.

5 Diskussion

Im Rahmen dieser Doktorarbeit wurden drei Studien mit unterschiedlichen methodischen und thematischen Schwerpunkten durchgeführt, um zentrale Aspekte des Projekts KOBEG zu untersuchen und spezifische Fragestellungen zu analysieren. Studie I zeigt anhand von Daten aus der Pilotlaufzeit die grundlegende Notwendigkeit, Machbarkeit und Effektivität des Projekts. Studie II untersucht ergänzend, welche Aufgaben PSWs übernehmen und welche positiven sowie negativen Erfahrungen sie bei ihrer Arbeit mit psychisch belasteten Geflüchteten machen. Studie III erweitert die Perspektive auf die Regelversorgung und analysiert, welche Faktoren bei einer TF-Psychotherapie unter unsicheren Lebensumständen berücksichtigt werden sollten. In ihrer Kombination untersuchen diese drei Studien zentrale, neu in die Versorgungsstruktur des Landkreises Konstanz integrierte Komponenten von KOBEG: die Koordinationsstelle und die Symptomatik der teilnehmenden Geflüchteten (Studie I), den Einsatz von PSWs zur Unterstützung psychisch belasteter Geflüchteter (Studie II) sowie die Umsetzung leitliniengerechter Psychotherapie unter unsicheren Lebensumständen (Studie III).

Auf Grundlage der Studien können vier Hauptschlussfolgerungen gezogen werden:

1. Die koordinierte Behandlung unter Einbezug von PSWs ist machbar und effektiv.
2. PSWs übernehmen zentrale Aufgaben im Zugang zur Versorgung.
3. Positive Erfahrungen überwiegen und Belastungen sind bewältigbar – die von PSWs erlebten Belastungen können durch eine professionelle Ausbildung, enge Betreuung durch Fachpersonal und durch regelmäßige Supervision bewältigt werden.
4. TF-Psychotherapie unter unsicheren Lebensumständen erfordert individuell angepasste Strategien und die Erforschung von Risiko- und Resilienzfaktoren zur Entwicklung praxisorientierter Leitlinien.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der drei Studien im Zusammenhang mit den Hauptschlussfolgerungen diskutiert, zusammenfassend reflektiert und in einen wissenschaftlichen und realen Handlungskontext gestellt. Die Haupterkenntnisse werden im Rückbezug auf die diskutierten Barrieren im Zugang zur Versorgung zu einem „Gestuft Integrierten Versorgungsmodell“ (GIV) weiterentwickelt. Abschließend werden konkrete Empfehlungen für die Versorgungspraxis zusammengefasst.

5.1 Zentrale Schlussfolgerungen

5.1.1 Koordinierte Behandlung unter Einbezug von PSWs ist machbar und effektiv

Insgesamt lassen sich erste Anzeichen für Machbarkeit und Effektivität des Modellprojekts KOBEG in allen drei durchgeführten Studien festhalten. Zunächst werden Machbarkeit und Effektivität betrachtet. Anschließend wird die erfolgreiche Überwindung spezifischer Zugangsbarrieren durch eine „Koordinierte Behandlung unter Einbezug von PSWs“ konzeptionell diskutiert.

5.1.1.1 Machbarkeit

"Machbarkeit" wird als "Machbarsein“ und „Realisierbarkeit“ definiert (Duden, 2025). Beide Begriffe werden oft synonym verwendet und beziehen sich auf die Möglichkeit, ein Vorhaben oder Projekt unter den gegebenen Bedingungen praktisch umzusetzen. Machbarkeitsstudien in der Psychologie sind systematische Untersuchungen, die vor der Durchführung einer größeren wissenschaftlichen Studie oder Intervention durchgeführt werden, um deren Durchführbarkeit zu bewerten und um wichtige Hauptparameter abzuschätzen, die für die Gestaltung der Hauptstudie erforderlich sind (Eldridge et al., 2016). Machbarkeit soll im Folgenden als die praktische Umsetzbarkeit von KOBEG innerhalb der regionalen Versorgungsstrukturen verstanden werden.

In allen drei Studien wurden keine spezifischen Instrumente zur Ermittlung von Machbarkeit erhoben. Im Folgenden sollen daher Kriterien zur Machbarkeit nach Bowen et al. (2009) angewendet werden. Nach Bowen et al. (2009) umfassen Kernelemente von Machbarkeitsstudien acht Aspekte, die zentrale Kriterien zur Bewertung der Machbarkeit eines Projekts darstellen und eine systematische Analyse ermöglichen, um zu entscheiden, ob eine Intervention für weiterführende Studien oder eine breitere Implementierung geeignet ist. Diese acht Kriterien umfassen nach Bowen et al. (2009): Akzeptanz (bspw. Passung, Attraktivität und Zufriedenheit mit einem Projekt oder Programm sowie Teilnahmebereitschaft der Zielgruppe und Akzeptanz durch die Programmdurchführenden), Nachfrage (geschätzte Nutzung und tatsächlich gemessene Teilnahme), Implementierung (erfolgreiche oder fehlgeschlagene Umsetzung sowie Qualität der Durchführung unter realistischen Bedingungen), Praxistauglichkeit (Umsetzbarkeit mit bestehenden Mitteln und Ressourcen), Adaptation (Änderung von Projektinhalten oder -abläufen zur Anpassung an eine neue Situation), Integration (wahrgenommene Passung in die vorhandene Infrastruktur sowie Sicherstellung der Nachhaltigkeit), Expansion (Erweiterbarkeit des Ansatzes auf andere Zielgruppen oder Kontexte) und eingeschränkte Wirksamkeit (Messung der Wirksamkeit in begrenztem Umfang).

Das Konstanzer Modellprojekt zeigt positive Ergebnisse in allen acht Kriterien nach Bowen et al. (2009):

Nachfrage

In Studie I wird deutlich, dass es sich bei der Zielgruppe der Geflüchteten um eine besonders vulnerable Population handelt, die im Vergleich zur nicht geflüchteten Allgemeinbevölkerung eine deutlich stärkere psychische Belastung aufweist. Diese Befunde sind vergleichbar mit Metaanalysen und Reviews der letzten Jahre (Bogic et al., 2015; Turrini et al., 2017). Ergänzend verdeutlichen die hohen Prävalenzen von psychischen Störungen bei Geflüchteten die Notwendigkeit und den dringenden Bedarf des Versorgungsangebots (Blackmore et al., 2020; Patanè et al., 2022). Da die Zahlen Geflüchteter weltweit steigen (United Nations High Commissioner for Refugees, 2024), kann auch weiterhin von einer hohen Nachfrage ausgegangen werden.

Akzeptanz und erfolgreiche Implementierung

Die Akzeptanz und erfolgreiche Implementierung des Projekts wird sowohl in Studie I, II als auch III deutlich. Studie I zeigt, dass die Unterstützung durch PSWs und die Vermittlung in Versorgungsangebote von psychisch belasteten Geflüchteten angenommen werden. Dies wird über die hohe Inanspruchnahme des Projektangebots (82,4%) und die geringe Abbruchrate im Verlauf (13,5%) deutlich. Die Abbruchraten sind im Vergleich zu anderen Studien mit Geflüchteten gering und vergleichbar mit Abbruchraten in der allgemeinen Psychotherapie (Cinkaya et al., 2012). Die hohe Inanspruchnahme bei geringen Abbruchraten verdeutlichen die Akzeptanz des KOBEG-Angebots bei den Teilnehmenden, und lassen auf eine erfolgreiche Implementierung des Modellprojekts schließen.

Auch die Perspektive der Behandelnden zeigt die Akzeptanz und erfolgreiche Implementierung des Projekts: 93% der Psychotherapeut:innen beabsichtigen, im Rahmen des Projekts weiterhin mit Geflüchteten zu arbeiten. Einzelne Zitate machen dies besonders deutlich: "*Durch das Projekt ist jeder und jede:r Psychotherapeut:in in der Lage auch den höheren Aufwand etwas abzufedern und sprachliche Barrieren und kulturelle Verständnisprobleme zu überwinden"* (PT7). Hier wird deutlich, dass Koordinationsstelle, PSWs und die Bereitstellung von Sprachmittlung erfolgreich durch das Modellprojekt KOBEG implementiert werden konnten. Verglichen mit aktuellen Studien, die zeigen, dass niedergelassene Therapeut:innen nur selten Geflüchtete behandeln und nur wenige Anmeldungen verzeichnen (Bogatzki & Odenwald, 2024), erscheint die hier beschriebene Motivation zur weiteren Mitarbeit im Projekt vielversprechend. Die hohe Bereitschaft zum weiteren Engagement im regionalen Versorgungsprojekt KOBEG deutet darauf hin, dass die Teilnahme am Projekt für Therapeut:innen

im Alltag realisierbar ist. Auch Studie III verdeutlicht aus Perspektive einer Therapeutin die Umsetzbarkeit einer intensiven und komplexen Psychotherapie unter herausfordernden Umständen. Insgesamt lassen Studie I und Studie III auch aus der Perspektive der Therapeut:innen auf Akzeptanz und eine erfolgreiche Implementierung von KOBEG schließen.
Die überwiegend positiv erlebte Arbeit der PSWs (Studie II) unterstreicht die Umsetzbarkeit ihres Einsatzes im Gesundheitssystem, solange Rahmenbedingungen (wie z. B. eine fundierte Grundausbildung und regelmäßige Supervision) eingehalten werden. Dies spricht ebenfalls für eine erfolgreiche Implementierung einer zentralen Komponente des KOBEG-Projekts im Versorgungssystem. Positive wie negative Erfahrungen der PSWs im KOBEG-Projekt werden in Kapitel 5.1.3 ausführlich diskutiert.

Adaptation

Das KOBEG-Projekt zeichnet sich durch eine hohe Flexibilität und Anpassungsfähigkeit aus. Dies wird besonders durch die Umstellung auf eine peer-gestützte Follow-Up-Datenerhebung während der Corona-Pandemie, durch die kulturellen und sprachlichen Anpassungen an spezifische Anforderungen unterschiedlicher Patient:innen sowie durch die individuell gestalteten Fallbegleitungen der PSWs deutlich, die reichlich Spielraum für flexible Anpassungen bieten.

Expansion

Der KOBEG-Ansatz orientiert sich an bestehenden Projekten zu Peer-Support für psychisch belastete Menschen. Eine Erweiterung und Ausweitung des koordinierten, peer-gestützten Ansatzes erscheint vielversprechend. Denkbar wäre es, das Projekt auf unterschiedliche Belastungsgrade von Geflüchteten auszuweiten. So könnten einerseits niederschwellige, präventive Angebote mit Hilfe von Peer-Support und einer zentralen Koordination etabliert werden. Zudem könnten andererseits auch schwer psychisch erkrankte Geflüchtete (z.B. mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis oder Abhängigkeitserkrankungen) vom KOBEG-Modell profitieren. Der Aufbau und die Weiterentwicklung des KOBEG-Projekts für schwer psychisch erkrankte Geflüchtete werden derzeit an der Universität Konstanz erprobt.

Praxistauglichkeit und Integration

Die Praxistauglichkeit des Projekts zeigt sich durch die effektive und aktive Nutzung vorhandener Ressourcen und Netzwerke. Die Anknüpfung an vorhandene Strukturen ist der Projekt-Konzeptualisierung immanent, da KOBEG keine neue Versorgungseinrichtung darstellt, sondern in bestehende Strukturen vermittelt und bereits vorhandene Versorgungsangebote zugänglich macht. Das KOBEG-Projekt beschränkt sich dabei auf einen Landkreis und knüpft an das regionale Gesundheitsversorgungssystem an. Damit wird das Modellprojekt in ein

bereits bestehendes und funktionierendes System integriert und es werden nachhaltige Strukturen für eine flächendeckendere Versorgung aufgebaut.

Wirksamkeit
Erste vielversprechende Ergebnisse (Studie I) deuten auf die Wirksamkeit des Projekts hin (siehe Kapitel 5.1.1.2 Effektivität).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass KOBEG positive Ergebnisse in allen acht Aspekten von Machbarkeit nach Bowen et al. (2009) erzielt. Insbesondere die hohe Nachfrage und Akzeptanz, die erfolgreiche Implementierung und die nachhaltige Integration des Versorgungsmodells zeigen, dass das KOBEG-Projekt als Vorbild für weitere regionale und nationale Ansätze dienen kann. Weitere strukturierte Evaluationen sind jedoch notwendig (siehe Kapitel 5.2 Limitationen und 5.3.1 Implikationen für weitere Forschung).

5.1.1.2 Effektivität

Die Effektivität von KOBEG zeigt sich insbesondere durch positive und vielversprechende Ergebnisse in Studie I. Die Inanspruchnahme ist hoch (82,4%), die Therapieabbruchraten sind gering (13,5%) und das Follow-Up (FU) zeigt eine signifikante Verbesserung der Symptombelastung (Symptomchecklist-27, $p = 0{,}033$) und Funktionsbeeinträchtigung (Work and Social Adjustment Scale, $p = 0{,}036$). Auch andere Interventionsstudien mit Geflüchteten zeigen positive Effekte und eine Effektivität in Behandlungen (Kip et al., 2020; Tribe et al., 2019; Turrini et al., 2019), weisen jedoch häufig hohe Abbruchraten auf (Steil et al., 2021). Insgesamt ist die Datenlage zu Therapieabbrüchen bei Geflüchteten sehr heterogen, Abbruchraten variieren zwischen 0% – 64.7% (Semmlinger & Ehring, 2022). Eine aktuelle Meta-Analyse zu Abbruchraten psychologischer Interventionen bei Geflüchteten berichtet eine gewichtete durchschnittliche Abbruchrate von 19,14% (Semmlinger et al., 2021). Auch verglichen mit den Abbruchraten der Meta-Analyse scheint die Therapieabbruchrate in KOBEG (13,5%) gering. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei Studie I um eine Pilotstudie ohne Kontrollgruppe handelt (siehe Kapitel 5.2 Limitationen und 5.3.1 Implikationen für weitere Forschung). Auch die qualitative Analyse der freien Antworten beteiligter Therapeut:innen zeigt die Effektivität von KOBEG. Neben den beschriebenen Verbesserungen der Symptomatik wird insbesondere die Zusammenarbeit mit den PSWs und der Koordinationsstelle positiv und unterstützend hervorgehoben (Studie I). PSWs spielen eine zentrale Rolle, um Geflüchteten den Zugang zur Versorgung zu ermöglichen und Therapieabbrüche zu vermeiden. Beispielzitate aus Studie I machen dies deutlich: *„Der Gesundheitspate war sehr stützend für den Patienten, der sonst die Therapie wahrscheinlich direkt am Anfang abgebrochen hätte“* (Th1). Die

spezifischen Aufgaben der PSWs, und wie sie konkret und effektiv dazu beitragen, Barrieren im Zugang zur Versorgung abzubauen, wurden in Studie II untersucht und sollen im nächsten Kapitel näher beleuchtet werden (siehe Kapitel 5.1.2 PSWs übernehmen zentrale Aufgaben im Zugang zur Versorgung).
Studie III zeigt am konkreten Fall, wie eine ambulante Psychotherapie unter unsicheren Lebensumständen und unter Berücksichtigung spezifischer therapeutischer Strategien in der Regelversorgung gelingen kann. Die Veränderungswerte der PCL-5 und des BSI sind klinisch signifikant (reliable change index, RCI) und lassen auf einen erfolgreichen Therapieverlauf schließen.

5.1.1.3 Erfolgreiche Überwindung spezifischer Zugangsbarrieren durch KOBEG

Unter Bezugnahme auf die Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem für Geflüchtete wird deutlich, dass KOBEG auf verschiedenen Ebenen ansetzt, um spezifische Barrieren zu reduzieren oder zu überwinden. Im Rahmen von KOBEG werden sowohl eine koordinierte Versorgungsstruktur (coordinated care) als auch der interdisziplinäre Einbezug von PSWs sowie eine aktive lokale Vernetzung (collaborative care) umgesetzt. In Kombination ermöglichen diese Ansätze die erfolgreiche Überwindung spezifischer Zugangsbarrieren (Studien I, II und III). Die koordinierte Versorgungsstruktur unter Einbezug von PSWs adressiert dabei Barrieren auf allen drei von Nohr et al. (2024) beschriebenen Ebenen: dem Hilfesystem, den Behandelnden sowie den hilfesuchenden Personen.

Auf struktureller Ebene adressiert die in KOBEG etablierte Koordinationsstelle Barrieren im Hinblick auf fehlende Vernetzung und Kommunikation innerhalb des Gesundheitssystems (Dumke et al., 2024b; Nohr et al., 2024). Die mangelnde Kommunikation im Gesundheitssystem sowie finanzielle und abrechnungsspezifische Barrieren (Lebano et al., 2020) werden durch aktive Vernetzung und gezielte Unterstützungsangebote seitens der Koordinationsstelle systematisch abgebaut (beispielsweise Unterstützung bei der Abrechnung über das AsylbLG nach §§ 4 oder 6). Die Koordinationsstelle organisiert und finanziert zudem den Zugang zu Behandlungsangeboten und reduziert dadurch praktische Barrieren wie beispielsweise Fahrtkosten (Firth et al., 2022; Salam et al., 2022). Durch den gezielten Auf- und Ausbau interdisziplinärer Vernetzungsstrukturen im Landkreis wird die Sichtbarkeit des Projekts sowohl unter Behandelnden als auch unter Asylsozialarbeitenden und Integrationsmanager:innen gesteigert. Dadurch kann dem häufig diskutierten Problem mangelnder Anmeldungen von psychisch belasteten Geflüchteten (Dumke et al., 2024b; Hausmann, 2019; Kiselev et al., 2020) wirksam begegnet werden. Nach erfolgter Diagnostik kann die Koordinationsstelle gezielt den Kontakt zwischen belasteten Geflüchteten und Therapeut:innen herstellen.

Die von Psychotherapeut:innen beschriebenen Barrieren, insbesondere Unsicherheiten bezüglich der Kostenübernahme und ein vermuteter hoher formaler Mehraufwand (Dumke et al., 2023b; Mewes et al., 2016), werden durch die aktive Unterstützung der Koordinationsstelle verringert. KOBEG bietet Hilfestellung bei Fragen, koordiniert die Weitergabe vorhandener Informationen und bemüht sich, den Aufwand für Behandelnde so gering wie möglich zu halten. Die regelmäßig stattfindende und von der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg akkreditierte Intervisionsrunde ermöglicht einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch und wirkt damit dem häufig genannten Mangel an kollegialer Supervision entgegen (Mewes et al., 2016). Der unzureichend erlebten Kompetenz in Bezug auf die Arbeit mit Sprachmittlung sowie bei Behandlung von Traumafolgestörungen (Mewes et al., 2016; Thoele et al., 2017) wird durch konkrete Schulungsangebote begegnet (z. B. Sprachmittlung in der Psychotherapie; Traumatherapie für Geflüchtete). Ebenso wird der Unsicherheit im Umgang mit erwarteten kulturellen Unterschieden (Dumke & Neuner, 2023; Mewes et al., 2016) durch kostenfreie Schulungen und Intervisionsrunden entgegengewirkt. Diese Maßnahmen bilden einen Ausgleich, für die als unzureichend erlebte Kompetenz der Behandelnden (Thoele et al., 2017). Darüber hinaus fördern die Fortbildungsangebote die Vermittlung leitliniengerechter Behandlungsansätze.

Die koordinierte Versorgungsstruktur unterstützt hilfesuchende Personen durch strukturierte Diagnostik und kultursensible Aufklärung. Fehlendem Wissen (Nohr et al., 2024) und Angst vor Stigmatisierung, die oft zur Ablehnung von Hilfsangeboten führt (Dumke et al., 2024b), wird gezielt mit Erklärungen, Rückmeldungen und der Vermittlung von Wissen über psychische Gesundheit begegnet. Darüber hinaus werden Wissenslücken über bestehende Versorgungsangebote (Dumke et al., 2024b), Unklarheiten beim Zugang zu Einrichtungen (Boettcher et al., 2021) sowie Schwierigkeiten, sich ohne Sprachkenntnisse im Gesundheitssystem zurechtzufinden (Van der Boor & White, 2020), durch die Unterstützung der Koordinationsstelle systematisch abgebaut.

5.1.2 PSWs übernehmen zentrale Aufgaben im Zugang zur Versorgung

Studie II beschreibt erstmals systematisch die zentralen Aufgaben, die PSWs im Rahmen des Modellprojekts KOBEG übernehmen. Im Anschluss erfolgt eine kurze thematische Einordnung der Aufgabenbereiche. Anschließend wird dargestellt, wie die unterschiedlichen Aufgabenbereiche der PSWs an spezifischen Zugangsbarrieren ansetzen.

5.1.2.1 Einordnung der Aufgabenbereiche

Studie II beschreibt die alltäglichen Aufgaben, welche von PSWs im Rahmen des Modellprojekts KOBEG übernommen werden. Hauptaufgabenbereiche sind Organisation, physische Begleitung, Kulturmittlung, Motivation und emotionale Unterstützung. Im Rückbezug auf die von der BAfF e.V. (2019) definierten drei Bereiche zur Unterscheidung unterschiedlicher Peer-Ansätze hinsichtlich Einsatzbereichen und Einsatzzeitpunkten (Gesundheitslots:innen, Peer-Berater:innen, Mentor:innen; siehe Kapitel 1.4.2 Arbeit mit Peers im Gesundheitswesen) ist festzustellen, dass die Arbeit der PSWs alle drei Bereiche umfasst. Durch die Aufgabenbereiche „Organisation“ und „physische Begleitung“ übernehmen PSWs die Funktion von „Lotsen“ (siehe Gesundheitslots:innen). Durch „Motivation“, „Kulturmittlung“ und „emotionale Unterstützung“ lassen sich die PSWs auch dem Bereich der Peer-Berater:innen zuordnen. Hierbei ist festzuhalten, dass PSWs zwar emotionale Unterstützung und Beratung leisten, jedoch nicht für die Durchführung gezielter Interventionen ausgebildet sind. Da PSWs in KOBEG zusätzlich Alltagsunterstützung, Begleitung zu Behörden und das aktive Begleiten eines längerfristigen Therapieprozesses übernehmen, lassen sie sich zudem den Mentor:innen zuordnen (BAfF e.V., 2019).

5.1.2.2 Barrieren bezüglich hilfesuchender Person

Die in Studie II herausgearbeiteten Aufgabenbereiche der PSWs können viele der von Nohr et al. (2024) identifizierten Barrieren im Zugang zur Versorgung überwinden.
Insbesondere bei Barrieren, die die hilfesuchende Person unmittelbar selbst betreffen, spielt die „Kulturmittlung“ durch PSWs eine zentrale Rolle. Studie II zeigt, dass Kulturmittlung sowohl im therapeutischen Kontext als auch bei bürokratischen und administrativen Prozessen erfolgen kann. Die gezielte Kulturmittlung durch PSWs hat das Potenzial, Barrieren wie fehlendes Wissen über Behandlungsangebote (Boettcher et al., 2021; Schlechter et al., 2023) ein möglicherweise abweichendes „Störungsverständnis“ (Byrow et al., 2020; Salam et al., 2022) sowie negative Einstellungen gegenüber formellen Behandlungsangeboten (Firth et al., 2022; Priebe et al., 2016; Satinsky et al., 2019) wirksam zu überwinden.
Auch die häufig diskutierte Angst vor Stigmatisierung (Boettcher et al., 2021; Byrow et al., 2020; Dumke et al., 2024b) kann durch „Kulturmittlung“ und „emotionale Unterstützung“ der PSWs verringert werden. Sorgen über die Vertraulichkeit persönlicher Daten, die Weitergabe von Informationen oder Misstrauen gegenüber Organisationen (Byrow et al., 2020; Salam et al., 2022) könnten über eine erklärende Vermittlung bzgl. Schweigepflichtsauflagen in Deutschland ebenfalls gemindert werden. Die konkrete „Kulturmittlung“ der PSWs im KOBEG-Projekt (siehe Studie II, C1. Cultural mediator role in therapy context, C2. Cultural mediator

role in bureaucracy context) erfolgt individuell durch die PSWs in Zusammenarbeit mit den Patient:innen. Die Analyse der Interviews und Beispielzitate zeigen hierbei deutlich, dass eine kultursensible, entstigmatisierende Kommunikation und Aufklärung notwendig ist. Dazu gehören die Vermittlung von Wissen über das Gesundheitssystem und mögliche Behandlungsangebote, die Erklärung des Konzepts „Psychotherapie“ sowie Informationen über ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz; bspw. *„Wir haben immer Ängste, dass die Vergangenheit oder Probleme irgendwann veröffentlicht werden. Ich (PSW) sag dann: hier ist das wirklich gesichert, Datenschutz, das kommt niemals raus. Sie brauchen viel, bis sie wirklich dran glauben“ (PSW8).* Barrieren wie negative Einstellungen gegenüber Behandlungen oder die Präferenz für informelle Hilfen (Boettcher et al., 2021; Firth et al., 2022; Priebe et al., 2016; Satinsky et al., 2019) können durch den Aufgabenbereich „Motivation“ der PSWs angesprochen werden. Saleh et al. (2023) konnten zeigen, dass Familie und Freunde hilfesuchende Geflüchtete gezielt dazu ermutigen können, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Nach dem Aufbau von Vertrauen könnten auch PSWs eine ähnliche, ermutigende Rolle einnehmen und hilfesuchende Personen dazu anregen, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

5.1.2.3 Barrieren bezüglich des Hilfesystems

In Hinblick auf Barrieren innerhalb des Hilfesystems können PSWs durch den Aufgabenbereich „Organisation“ zu einer besseren Vernetzung im Gesundheitssystems beitragen, beispielsweise durch die Organisation von Terminen oder die Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit. Sprachliche Herausforderungen bei Terminvereinbarungen (Nohr et al., 2024) können durch die vermittelnde Funktion der PSWs überwunden werden, wodurch die Kommunikation zwischen Behandler:innen und Patient:innen erleichtert wird. Darüber hinaus tragen PSWs durch die Organisation von Terminen und die Begleitung der Patient:innen dazu bei, häufige Terminausfälle zu reduzieren (Yun et al., 2016). In Studie III zeigt sich die erfolgreiche Unterstützung einer PSW bei der Organisation und Einhaltung von Terminen am konkreten Fall (siehe Kapitel 4). Auch Schwierigkeiten beim „Navigieren“ innerhalb des Gesundheitssystems (Van der Boor & White, 2020) können durch den Aspekt der „Organisation“ und den Aufgabenbereich der „Physischen Begleitung“ (bspw. zu Therapieterminen) gezielt angesprochen und unterstützt werden.

5.1.2.4 Barrieren bezüglich Behandelnder

Formale Hindernisse auf Seiten der Therapeut:innen, wie Unsicherheiten bei der Kostenübernahme, Abrechnungsmodalitäten oder ein hoher administrativer Aufwand (Dumke et al.,

2023b; Mewes et al., 2016), werden von den therapiebegleitenden PSWs wahrgenommen und an die Koordinationsstelle weitergeleitet. Durch die aktive Unterstützung der Koordinationsstelle sollen Behandelnde entlastet und ein potenzieller Mehraufwand so gering wie möglich gehalten werden. Zudem können PSWs anfallende organisatorische Aufgaben aktiv begleiten und unterstützen, wodurch der bürokratische Ablauf für Therapeut:innen gegebenenfalls erleichtert und beschleunigt wird (z. B. Unterstützung von PSWs beim Einholen eines Konsiliarscheins oder einer aktuellen Überweisung).

5.1.2.5 Fazit zu Aufgabenbereichen der PSWs

Insgesamt lässt sich festhalten, dass PSWs auf allen der von Nohr et al. (2024) beschriebenen Ebenen („Hilfesuchende Person“, „Hilfesystem“ und „Behandelnde“) erfolgreich Barrieren im Zugang zur Versorgung abbauen können. Durch ihren Einsatz werden psychisch belastete Geflüchtete kultursensibel informiert und über bestehende Versorgungsmöglichkeiten aufgeklärt. Sorgen gegenüber Institutionen und Misstrauen können reduziert werden, während die Motivation und Bereitschaft zur Inanspruchnahme für formelle Unterstützung und Behandlungsangebote erhöht wird. Darüber hinaus wird durch den Einsatz von PSWs die Navigation im Gesundheitssystem erleichtert, die Organisation und Vernetzung verbessert sowie der Informationsaustausch gefördert. Die Arbeit der PSWs kann dabei als „Brücke“ zwischen hilfesuchender Person, Hilfesystem und Behandelnden gesehen werden *("being the bridge between the client and the therapist*"; Verbillis-Kolp et al., 2024).

5.1.3 Positive Erfahrungen überwiegen und Belastungen sind bewältigbar

Studie II zeigt, dass PSWs bei ihrer Arbeit im KOBEG-Projekt sowohl negative als auch positive Erfahrungen machen, wobei positive Erfahrungen doppelt so häufig genannt werden. Im Folgenden werden sowohl negative als auch positive Erfahrungen kurz diskutiert, bevor anschließend Empfehlungen für den zukünftigen Einsatz von PSWs im Gesundheitssystem zusammengefasst werden.

5.1.3.1 Negative Erfahrungen

Negative Erfahrungen der PSWs werden insbesondere im Umgang mit Grenzen, im Verantwortungserleben und bei Rollenkonflikten sowie in Bezug auf bestimmte Eigenschaften der Patient:innen berichtet. Die in Studie II analysierten negativen Erlebnisse gehen mit anderen Studien einher, die ebenfalls Belastungen durch emotionale Nähe und Schwierigkeiten bei der Abgrenzung durch die Peer-Arbeit beschreiben (Otte et al., 2020). Auch das aktuelle

Positionspapier der Psychosozialen Zentren (BAfF) thematisiert Rollenkonfusionen und Abgrenzungsschwierigkeiten in der Arbeit mit Geflüchteten-Peers kritisch (BAfF e.V., 2019). Hierbei wird insbesondere die Abgrenzung zu Sprach- und Kulturmittler:innen, Sozialarbeiter:innen und Psychotherapeut:innen thematisiert (BAfF e.V., 2019). Die Vermischung von Rollen zwischen PSWs und Sprach- und Kulturmittler:innen berge „die Gefahr von Konflikten, Überforderung und auch Enttäuschung des Gegenübers“ (BAfF e.V., 2019, S. 7). Regelmäßige Supervision wird daher empfohlen (BAfF e.V., 2019) Der oft deutlich unzureichende Personalschlüssel von Sozialarbeiter:innen in der Flüchtlingssozialarbeit[11] sowie Wünsche und Anliegen der Geflüchteten, die nicht ausschließlich den Gesundheitszustand betreffen, führten zu zahlreichen sozialarbeiterischen Aufgaben, die an die PSWs herangetragen werden könnten (BAfF e.V., 2019). Eine umfangreiche Ausbildung, welche die Vermittlung von Wissen über Gesundheitssystem und interdisziplinäre Versorgungsstrukturen beinhaltet sowie eine enge Kooperation mit Asylsozialarbeitenden werden empfohlen, um Aufgabenbereiche klar zu reflektieren und abzustimmen (BAfF e.V., 2019). Der Wunsch zu helfen, berge zudem die Gefahr einer quasi-therapeutischen Unterstützung durch die PSWs (BAfF e.V., 2019). Der Beruf von Psychotherapeut:innen ist in Deutschland durch das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) jedoch klar geschützt. Nur Personen, die eine entsprechende Ausbildung abgeschlossen und eine Approbation erhalten haben, dürfen diesen Titel führen und praktizieren (Psychotherapeutengesetz, 1999, Art. 1). PSWs dürfen keine therapeutische Anlaufstelle ersetzen, können jedoch wertvolle Unterstützung leisten, beispielsweise bei der Stabilisierung, Informationsvermittlung, Begleitung und Wegweisung im Gesundheitssystem (BAfF e.V., 2019). Hierbei ist eine klare Definition von Rollen und Verantwortlichkeiten durch geschultes Fachpersonal erforderlich (BAfF e.V., 2019).

Die zweithäufigste Belastung wurde im Zusammenhang mit den Lebensgeschichten der Patient:innen und ihrer schweren psychischen Symptomatik (z. B. Misstrauen, Negativität, Ablehnung und Suizidalität) erlebt (siehe Studie II). Das kontinuierliche Anhören traumatischer Lebensgeschichten wird von Fachkräften aus verschiedenen Bereichen – darunter Psychotherapeut:innen, Berater:innen, Ärzt:innen, Pflegekräfte, Verwaltungsmitarbeitende, Dolmetscher:innen, Fallmanager:innen und freiwilligen Helfer:innen – als emotional belastend empfunden (Fernandes et al., 2024). Ergebnisse des integrativen Reviews deuten darauf hin, dass Helfende Symptome von sekundärem traumatischem Stress (STS) oder Mitgefühlsmüdigkeit entwickeln können (Fernandes et al., 2024). In diesem Zusammenhang werden verschiedene Konzepte und Begrifflichkeiten diskutiert, die in Studien jedoch oft uneinheitlich beschrieben

[11] Die jährlichen Mittel ergeben in Baden-Württemberg einen aktuellen Verteilungsschlüssel von 1:80 – 1:120 (Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg, 2022).

werden (Najjar et al., 2009). Die Definition von Mitgefühlsmüdigkeit (Compassion Fatigue, CF) nach Figley (2002) als sekundäre traumatische Stressreaktion, die durch die Unterstützung einer Person oder den Wunsch, einer traumatisch belasteten Person zu helfen, entsteht, gilt als die zuverlässigste und am häufigsten verwendete Beschreibung. Trainings und Supervision erweisen sich als hilfreich, um emotionalen Herausforderungen und CF zu begegnen (Fernandes et al., 2024; Peñuela-O'Brien et al., 2023). Studien unterstreichen dabei die Relevanz von Selbstfürsorge sowie effektiven organisatorischen Strukturen und betonen die Verantwortung der Institutionen, entsprechende Trainings, Supervision und Fallmonitoring bereitzustellen (Fernandes et al., 2024).

5.1.3.2 Positive Erfahrungen

In der Analyse der positiv erlebten Aspekte zeigt sich, dass einige der Empfehlungen zu beschriebenen Abgrenzungsschwierigkeiten (BAfF e.V., 2019) bereits im KOBEG-Projekt umgesetzt wurden und werden. Besonders hervorzuheben sind die Zusammenarbeit mit der Koordinationsstelle, die Schulungen zu Beginn des Projekts und die positiv bewerteten Supervisionen. Alle acht interviewten PSWs empfanden die Schulungen zu Projektbeginn als hilfreich, sieben von acht die regelmäßigen Supervisionen. Im Rahmen der Schulungen werden im KOBEG-Projekt bereits einige der von der BAfF kritisch diskutierten Aspekte berücksichtigt. Beispielsweise werden fundierte Kenntnisse zum „Gesundheitswesen" und zur „Beziehungsgestaltung" vermittelt, wobei Zuständigkeiten, Weitervermittlungsstellen und Abgrenzung thematisiert werden.
Positives Erleben durch die Arbeit als PSWs zeigt sich insbesondere in Bezug auf die persönliche Entwicklung, Motivation für die Arbeit im KOBEG-Projekt sowie hinsichtlich der wahrgenommenen Verantwortung. Das positive Erleben deckt sich mit anderen Studien die „persönliches Wachstum" (Jallow et al., 2022; Poremski et al., 2022), einen Zugewinn an persönlichen Fähigkeiten und Empathie (Barbaresos et al., 2023; Jallow et al., 2022) und ein empowerndes Gefühl durch die Arbeit als PSWs beschreiben (Barbaresos et al., 2023; Valtonen, 2014). Zudem wird die Zusammenarbeit mit der Koordinationsstelle, insbesondere im Rahmen von Trainings und Supervisionen, positiv erlebt.

In den Interviews (Studie II) ist ein deutlicher Lernprozess durch die längerfristige Arbeit und die regelmäßigen Supervisionen zu beobachten: *„Also für mich war [es] sehr gut, [eine] sehr gute Erfahrung. Jetzt bin ich so viele Jahre hier und merke schon, wer was benötigt oder wie weit ich reingehen darf, den Abstand kann man besser einschätzen. [...] Ich merke das jetzt besser […] und [mit] der Rolle, […] die ich habe, komme ich besser zurecht als am Anfang." (PSW1).* Auch in der bislang bestehenden Literatur wird die Supervision als entscheidender

Faktor hervorgehoben, der mit dem „Erfolg“ und der Nachhaltigkeit von PSW-Projekten in Verbindung gebracht wird (Gopalan et al., 2017; Siantz et al., 2016; Walker & Bryant, 2013).

Zusätzlich wird der zwischenmenschliche Umgang und Kontakt innerhalb des Projekts als wesentlicher Faktor für positives Erleben beschrieben. Ähnliche Ergebnisse finden sich in einer Metasynthese qualitativer Studien zu PSWs im Gesundheitswesen (Walker & Bryant, 2013). Ausbildung, Supervision und die Beziehungen zwischen Nicht-Peer-Mitarbeiter:innen und PSWs werden als entscheidende, positiv konnotierte Faktoren beschrieben (Walker & Bryant, 2013). Arbeitsbedingungen beeinflussen das Wohlbefinden von Fachkräften im Gesundheitswesen maßgeblich (Teoh et al., 2021). Kollegiale Zusammenarbeit, klare Verantwortungsbereiche und die Anerkennung von Leistungen wirken sich dabei positiv aus (Goetz et al., 2018). Auch bei der Implementierung von PSWs im Gesundheitswesen zeigt sich die Beziehung zu Kolleg:innen und Team als ein zentraler Faktor; Spannungen mit Kolleg:innen können den Einsatz von PSWs erschweren (Mirbahaeddin & Chreim, 2022). Dies macht deutlich, wie bedeutsam der gute zwischenmenschliche Umgang, eine förderliche Arbeitsatmosphäre im Team und der gute Kontakt aller innerhalb des Projekts zusammenarbeitenden Mitarbeiter:innen sind.

5.1.3.3. Fazit und Empfehlungen für den Einsatz von PSWs im Gesundheitswesen

Studie II macht deutlich, dass Belastungen durch professionale Ausbildung, enge Betreuung und regelmäßige Supervision bewältigt werden können.
Zukünftige PSW-Projekte sollten Vorkehrungen treffen, um Belastungen gezielt zu reduzieren und positive stützende Faktoren aktiv zu fördern. Die Ergebnisse aus Studie II weisen darauf hin, dass insbesondere die Themen der Abgrenzung, Verantwortungsübernahme und Rollenschwierigkeiten als Belastung im Blick gehalten und durch eine umfangreiche Ausbildung, klare Absprachen und Supervision reduziert werden sollten. Strukturierte Aufbauschulungen zu den Themen Abgrenzung und Beziehungsgestaltung sowie schwere Symptomatik, Sekundäre Traumatisierung und Suizidalität könnten nach 6 oder 12 Monaten aktivem Projekteinsatz angestrebt und etabliert werden. Aufgaben der PSWs mit spezifischen Patient:innen könnten noch klarer vorab definiert werden, eine standardmäßige Kontaktaufnahme mit zuständigen Sozialarbeitenden zu Unterstützungsbeginn wäre denkbar. Zudem sollte ein gutes und angenehmes Arbeitsklima sowie eine kollegiale Zusammenarbeit gestärkt, Möglichkeiten zu Fort- und Weiterbildungen gefördert und ein engmaschiges Supervisionsangebot gewährleistet werden.

5.1.4 TF-Psychotherapie unter unsicheren Lebensumständen erfordert individuell angepasste Strategien

Studie III zeigt, dass unsichere Lebensumstände keinen grundsätzlichen Ausschluss für die Durchführbarkeit einer leitliniengerechten TF- Psychotherapie darstellen. Dies schließt an vorhandene Studien an, die zeigen, dass eine leitliniengerechte TF- Psychotherapie auch unter extrem herausfordernden und stressbelasteten Situationen funktionieren kann (Brady et al., 2021; Onyut et al., 2005; Siehl et al., 2021). Der konkrete Fallbericht einer stark belasteten geflüchteten Frau (Studie III) macht ergänzend deutlich, dass es individuell angepasste Strategien braucht, um eine leitliniengerechte Psychotherapie unter unsicheren Lebensumständen im deutschen Regelversorgungssystem durchzuführen. Hieraus leiten sich konkrete Ansatzpunkte für weitere Forschung ab.
Im Folgenden soll zunächst die Relevanz der Erfassung von Risiko- und Resilienzfaktoren sowie die mögliche Entwicklung klinischer Entscheidungshilfen diskutiert werden. Es folgt eine Einordnung der in Studie III analysierten therapeutischen Strategien im Rückbezug auf Barrieren im Zugang zur Versorgung sowie die Darstellung einer möglichen Unterstützung dieser Strategien durch ein Modellprojekt wie KOBEG. Abschließend sollen konkrete Empfehlungen zur Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeut:innen gegeben werden, die sich aus bestehender Literatur sowie den drei dargestellten Studien (I, II, III) ergeben.

5.1.4.1 Risiko- und Resilienzfaktoren zur Entwicklung praxisorientierter Leitlinien

Bei der Durchführung einer ambulanten Psychotherapie unter unsicheren Lebensumständen erwies sich die Erhebung und Analyse möglicher Risiko- und Resilienzfaktoren nach dem Rahmenmodell von Scharpf et al. (2021) als zentral (Studie III). Potenzielle Risiko- und Resilienzfaktoren können auf den vier Ebenen Individuum, Familie, Gemeinschaft und Gesellschaft beschrieben werden (Fadhlia et al., 2024; Scharpf et al., 2021). Eine Abwägung möglicher Risiko- und Resilienzfaktoren nach dem Modell von Scharpf et al. (2021) war bei der Auswahl geeigneter therapeutischer Strategien hilfreich (Studie III).
Evidenzbasierte Erkenntnisse zu Risiko- und Resilienzfaktoren könnten Fachkräfte durch praxisorientierte und differenzierte Handlungsempfehlungen in ihrer Arbeit mit Geflüchteten unterstützen (Nickerson et al., 2024; Scharpf et al., 2021). Die gezielte Anpassung von Strategien an den jeweiligen Kontext steht im Einklang mit Modellen psychologischer Flexibilität, die den Fokus von der willkürlichen Anwendung spezifischer Strategien hin zu einer kontextabhängigen Auswahl und Anwendung der Strategien verschieben (Bonanno et al., 2023). Da Patient:innen mit Komorbiditäten in der Versorgungspraxis die Regel sind, erfordert es oft

Flexibilität sowie die individuelle Anpassung der Therapie an die spezifischen Bedürfnisse der Patient:innen, wenn spezifische Therapien effektiv angewendet werden sollen (Fonagy & Luyten, 2019).
Auf Grundlage von erfassten Risiko- und Resilienzfaktoren könnten kontextspezifische therapeutische Strategien sowie spezifische Strategien zur Durchführung von TF-Psychotherapie unter unsicheren Lebensumständen erarbeitet werden. Dies bedarf zunächst weiterer Forschung zu Risiko- und Resilienzfaktoren. Darüber hinaus sind Empfehlungen zur Erhebung und Erfassung dieser Faktoren in der klinischen Praxis und eine systematische Entwicklung von Praxisleitlinien erforderlich.

Weitere Forschung sollte die Evidenzbasis aktueller systematischer Übersichtsarbeiten zu Risiko- und Resilienzfaktoren im Kinder- und Jugendbereich (Marley & Mauki, 2019; Mattelin et al., 2024; Scharpf et al., 2021) sowie für Erwachsene (Fadhlia et al., 2024) erweitern. Gezielte Forschungsempfehlungen hierzu finden sich in Kapitel 5.3.1 (Implikationen für weitere Forschung). Hinsichtlich der spezifischen Forschung und Erfassung im Kontext Psychotherapie empfiehlt sich ein Mixed-Methods-Ansatz, der sowohl quantitative Risiko- und Resilienzfaktoren standardisiert und prozessbasiert erhebt als auch qualitative Interview-Studien mit Geflüchteten in instabilen Lebensverhältnissen einbezieht. Ergänzend könnten behandelnde Therapeut:innen befragt werden, um praxisnahe Perspektiven zu gewinnen. Eine solche Herangehensweise würde eine systematische Grundlage für die Entwicklung praxisorientierter Handlungsempfehlungen schaffen. Bei der Erfassung individueller Risiko- und Resilienzfaktoren in der klinischen Praxis ist es dabei entscheidend, zwischen unveränderlichen Faktoren (fixed markers, z. B. Genetik), variablen Faktoren die nicht beeinflussbar sind (variable markers, z. B. Alter) und veränderbaren Faktoren (causal risk factors, z.B. Verhaltensweisen) zu unterscheiden (Kraemer et al., 1997). Fixed markers sollten einmalig zu Beginn der Therapie erhoben werden, während variable und veränderbare Faktoren in festgelegten Intervallen im Verlauf der Behandlung erfasst werden können. Zur Verbesserung der Datenerhebung könnte ein spezifisches Instrument entwickelt werden, das einen standardisierten Fragebogen als auch kurze offene Fragen umfasst. Ein solches Instrument würde die Erhebung relevanter Risiko- und Resilienzfaktoren erleichtern und eine gezielte Ableitung von Handlungsempfehlungen ermöglichen.

Die Entwicklung von Praxisleitlinien könnte sich an der Erstellung der „S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ orientieren (Gühne et al., 2019). Konsensbasierte, nominale Gruppenprozesse, die relevante Expert:innen und Vertreter:innen des Fachbereichs einbeziehen und den aktuellen Forschungsstand berücksichtigen, könnten

erste Empfehlungen zu klinisch relevanten Fragestellungen erarbeiten. Fragestellungen sollten darauf abzielen, differenzierte Behandlungsentscheidungen zu PTBS unter unsicheren Lebensumständen treffen zu können, die über die dichotomisierte Diskussion Stabilisierung versus Konfrontation (vgl. Herzog et al., 2023; Neuner, 2008; Reddemann & Piedfort-Marin, 2017) hinausgehen. Beispielsweise könnten spezifische Empfehlungen für die Psychotherapie von Geflüchteten mit unsicherem Aufenthaltsstatus, wie etwa einer vorübergehenden Aussetzung der Abschiebung (Duldung) oder kurzzeitigen befristeten Aufenthalten, erarbeitet werden. Dabei sollte die psychosoziale Lebenssituation sowie die häufig über Jahre andauernde Unsicherheit und Instabilität der Betroffenen berücksichtigt werden. Zudem könnten differenzierte Empfehlungen zu relativen Kontraindikationen internationaler Leitlinien erarbeitet werden, beispielsweise im Hinblick auf Suizidalität oder dissoziative Symptome (Cloitre et al., 2012; Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie und Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 2019; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005; Schäfer et al., 2019). Formalisierte Delphi-Verfahren mit dem Ziel einer iterativen Konsensbildung können im Anschluss an die Gruppendiskussionen durchgeführt werden, um die Empfehlungen zu komplexen Fragestellungen zu präzisieren (Gühne et al., 2019). Auf diese Weise sollten evidenz- und konsensbasierte Leitlinien entstehen, die spezifische Empfehlungen zur Psychotherapie mit Geflüchteten in unsicheren Lebenssituationen bereitstellen.
Insgesamt können die systematisch entwickelten Entscheidungshilfen Praktiker:innen dabei unterstützen, differenzierte Entscheidungen in hochkomplexen Fällen zu treffen, um einer besonders vulnerablen Zielgruppe ein leitliniengerechtes Behandlungsangebot zu ermöglichen.

5.1.4.2 Therapeutische Strategien in Bezug auf Zugangsbarrieren

Neben der spezifischen Erfassung von Risiko- und Resilienzfaktoren stellen die analysierten Strategien zur Durchführung einer TF-Psychotherapie unter unsicheren Lebensumständen grundlegende therapeutische Ansätze dar. Einige der Strategien reduzieren dabei spezifische Barrieren, die den Zugang zur Versorgung für Geflüchtete erschweren. Die Strategien „Kontakt zum unterstützenden Netzwerk“ und „Förderung von Informationstransparenz und Informationsweitergabe“ können mit der Schwierigkeit einer fehlenden Vernetzung (Mewes et al., 2016) in Zusammenhang gebracht werden. Auch die Strategie „Austausch mit Kolleg:innen, Supervision und Intervision“ zielt auf die häufig diskutierte Barriere des fehlenden Austauschs ab und steht im Einklang mit Befunden, die die positiven Effekte von Supervision in diesem Kontext belegen (Apostolidou & Schweitzer, 2017; Davoren et al., 2024). Strukturelle Barrieren wie Herausforderungen bei der Navigation im Gesundheitssystem (Van der Boor & White, 2020) sowie Schwierigkeiten bei der Erreichbarkeit von Behandlungsangeboten (Firth et al.,

2022; Salam et al., 2022) könnten durch die gezielte Thematisierung und wiederholte Fokussierung auf die „Aufrechterhaltung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung“ reduziert werden. Die konkrete Einschätzung und Bewertung von Risiko- und Resilienzfaktoren könnte perspektivisch dazu beitragen, mehr Sicherheit bei der Auswahl geeigneter Behandlungsstrategien zu gewinnen. Ergebnisse im Kontext anderer umfassender Störungskomplexe wie Suizidalität deuten darauf hin, dass ein kurzes und sorgfältig entwickeltes Training das Vertrauen, die Sicherheit und die Verhaltensweisen von Fachkräften nachhaltig verbessern kann (Oordt et al., 2009). Darüber hinaus könnte die zielgerichtete „Erstellung spezifischer Notfallpläne“ eine Entlastung der Behandelnden bewirken. Durch die „Auswahl geeigneter psychotherapeutischer Techniken“ lassen sich kulturelle Unterschiede im Verständnis von psychischer Gesundheit (Karageorge et al., 2017; Peñuela-O’Brien et al., 2023) reduzieren. Dies geht einher mit der Annahme, dass Kultursensibilität im Kontext von Psychotherapie durch therapeutische Basiskompetenzen erreicht werden kann (Von Lersner & Kizilhan, 2017). Interkulturelle Kompetenz beinhaltet nach Sue et al. (2013) kognitive (Wissen), affektive (Einstellung) und behaviorale Komponenten (Fertigkeiten). Die acht erarbeiteten Strategien aus Studie III beinhalten unterschiedliche Aspekte aller drei Komponenten interkultureller Kompetenz.

5.1.4.3 Unterstützungsmöglichkeiten durch KOBEG

Die Umsetzung der empfohlenen Strategien bedeutet insbesondere bei komplexen Fällen im klinischen Arbeitsalltag von Psychotherapeut:innen zusätzlichen Arbeitsaufwand. Potter et al. (2023) zeigten, dass die zukünftige Motivation zur Behandlung von Geflüchteten durch den bürokratischen Aufwand, die organisatorischen Anforderungen sowie die wahrgenommene Therapiemotivation der Patient:innen beeinflusst wird. Ein koordinierendes, peer-gestütztes Projekt wie KOBEG könnte die Umsetzung spezifischer Strategien wirksam unterstützen und Psychotherapeut:innen organisatorischen Aufwand abnehmen. Sowohl die Einrichtung einer zentralen Koordinationsstelle als auch die Bereitstellung von PSWs können die Umsetzbarkeit der geforderten Maßnahmen erleichtern. Erste positive Auswirkungen der Unterstützung durch eine Koordinationsstelle und PSWs wurden in Studie I (Zitate beteiligter Psychotherapeut:innen) sowie in Studie III erfasst. So kann beispielsweise der „enge Kontakt zu unterstützenden Netzwerken“ durch eine zentrale Koordinationsstelle gezielt gefördert werden. Gleichzeitig können regionale Supervisions- und Intervisionsrunden durch die Koordination angeboten und angeleitet werden. PSWs können zudem durch „Informationsvermittlung“ sowie die Aufgabenbereiche „Organisation“ und „Motivation“ den „Zugang zur Gesundheitsversorgung“ maßgeblich erleichtern. PSWs können darüber hinaus in die „Erstellung spezifischer Notfallpläne“ sowie die systematische Überwachung von Symptomen einbezogen werden, um die

Therapie zielführend zu unterstützen (Studie III). Diese integrativen Maßnahmen haben das Potenzial, die therapeutische Versorgung unter komplexen Bedingungen nachhaltig zu erleichtern und zu verbessern.

5.1.4.4 Empfehlungen zur Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeut:innen

Angesichts der herausfordernden Lebenssituationen von Geflüchteten, ihrer häufig hohen Belastung (Studie I) sowie der von Therapeut:innen unzureichend wahrgenommenen Behandlungskompetenz von Traumafolgestörungen (Davoren et al., 2024; Kavukcu & Altıntaş, 2019; Mewes et al., 2016; Thoele et al., 2017), werden spezifische Weiterbildungen und Schulungen dringend empfohlen. Fortbildungsangebote sollten nicht nur eine Sensibilisierung für die spezifischen Herausforderungen in der Arbeit mit Geflüchteten bewirken, sondern auch praxisnahe und umsetzbare Strategien vermitteln (Studie III). Für die oft als Barrieren erlebten Themen „Sprachmittlung“ und „Traumatherapie“ sollten gezielte Fortbildungsangebote bereitgestellt werden. Hinsichtlich der Sorge vor emotionaler Belastung durch eine erwartete Schwierigkeit und Komplexität der Behandlungen (Davoren et al., 2024; Thoele et al., 2017) als auch durch Konfrontation mit traumatischen Erlebnissen bei der Behandlung Geflüchteter (Karageorge et al., 2017; Peñuela-O’Brien et al., 2023) sollten regionale Intervisionsgruppen und Austausch gefördert und angeboten werden. Durch Schulungen und Intervisionen könnten hinderliche Einstellungen von Therapeut:innen (Dumke & Neuner, 2023) sukzessive reduziert und förderliche Einstellungen gestärkt werden. Die aktive therapeutische Arbeit mit Geflüchteten sollte bereits in der psychotherapeutischen Ausbildung beginnen, da die Bereitschaft zur Arbeit mit Geflüchteten nicht von den Jahren klinischer Erfahrung, sondern von früheren Erlebnissen und Erfahrungen in der Arbeit mit Geflüchteten beeinflusst wird (Schlechter et al., 2021a). Angehende Therapeut:innen sollten daher ermutigt und befähigt werden, Erfahrungen in der Psychotherapie mit Geflüchteten zu sammeln.

5.2 Limitationen

Einzelne spezifische Limitationen wurden bereits in den Studien (I, II, III) diskutiert. Im Folgenden soll eine breitere Einordnung und methodologische Reflexion der Stärken und Schwächen der drei Studien vorgenommen werden, auf deren Grundlage die klinischen Implikationen sowie die abschließende Konklusion zu betrachten ist.

Insgesamt ist in Frage zu stellen, ob die drei durchgeführten Studien konzeptionell optimal auf die Bearbeitung des Forschungsthemas (Integration von psychisch belasteten Geflüchteten in die psychotherapeutische Regelversorgung) ausgerichtet wurden. Die drei ausgewählten

Studiendesigns beschreiben das Forschungsthema keinesfalls vollständig und beleuchten lediglich einzelne Aspekte der komplexen und großen Versorgungsherausforderung.
Methodische Schwächen, wie die unzureichende Kontrolle von Störvariablen (bspw. unkontrolliertes Design, heterogene Interventionen, unregelmäßige Erhebungszeitpunkte in Studie I; Stichprobe, Einfluss der Interviewerin, fehlende Rückübersetzung, Subjektivität bei der Textanalyse in Studie II; Einzelfallstudie, Komorbiditäten, subjektive Berichterstattung, fehlende Standardisierung in Studie III) und nicht repräsentative Stichproben in allen drei Studien beeinträchtigen die Aussagekraft der Ergebnisse. Zudem ist zu beachten, dass es sich bei KOBEG um ein praktisches Versorgungsprojekt im bestehenden Gesundheitssystem handelt, bei dem die Durchführung strukturierter und gut standardisierter Erhebungen erheblich erschwert waren. Dies betraf bspw. die Erhebung von Daten (Symptomchecklisten oder Diagnostik) mit extrem belasteten Personen sowie die Schwierigkeiten, Follow-Up-Gespräche innerhalb eines vordefinierten Zeitrahmens durchzuführen. Auch der Beginn der Corona-Pandemie erschwerte die Terminplanung und Erhebungen in der klinischen Praxis. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, wurden PSWs darin geschult einen Teil der Follow-Up-Fragebögen selbstständig durchzuführen, was eine Änderung der Methodik darstellte (Studie I).
Hinsichtlich der klinischen Diagnostik und der in Studie I und Studie III erhobenen Prä-Post-Fragebögen ist kritisch anzumerken, dass Instrumente verwendet wurden, die auf westlich orientierten Normen basieren. Konzepte von PTBS und KPTBS (Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung) beziehen sich auf eine begrenzte Reihe von Symptomen, die als Folgen von Traumata in einem westlichen Kontext identifiziert wurden (Bachem et al., 2024). Diese Konzepte stehen in der Kritik, nicht repräsentativ für posttraumatische Belastungen in nichtwestlichen Industrieländern zu sein (Hinton & Lewis-Fernández, 2011). Auch bei der Übersetzung genereller psychometrischer Instrumente können systematische Fehler wie Konstruktbias, Methodenbias und Itembias auftreten, zusätzlich zu den Herausforderungen der sprachlichen Äquivalenz (Glaesmer et al., 2012; Van de Vijver & Hambleton, 1996). Eine kultursensible Diagnostik wäre empfehlenswert, um Kommunikations-, Verstehens- und Interpretationsprobleme zu vermeiden (Siefen et al., 2018) und das Risiko von Fehldiagnosen zu minimieren (Glaesmer et al., 2012).
Eine weitere Einschränkung stellt auch die begrenzte Forschungslage zu Geflüchteten-PSWs sowie die insgesamt hohe Heterogenität in der PSW-Forschung hinsichtlich Definitionen, Einsatzbereichen und Ausbildungen dar. Aufgrund der Variabilität der PSW-Konzepte gestaltet sich eine wissenschaftliche Einordnung mit einem klaren theoretischen Framework sehr herausfordernd.
Alle drei Studien wurden im Landkreis Konstanz durchgeführt. Es kann davon ausgegangen werden, dass die bereits bestehenden Kontakte zu Gemeinschaftsunterkünften im Landkreis

die Arbeit der Koordinationsstelle erleichterten. Bei einer Implementierung des KOBEG-Projekts in anderen Regionen könnte zu Beginn möglicherweise ein intensiverer „Kontaktaufbau“ zu lokalen Strukturen erforderlich sein. Zudem bezieht sich KOBEG auf einen Landkreis mit einheitlicher Auslegung des AsylbLG, was möglicherweise die regionalen Komplikationen und Auslegungsstreitigkeiten bei Beantragung einer ambulanten Psychotherapie (nach §§ 4 oder 6 AsylbLG) stark begrenzte (siehe Kapitel 1.3.2 Psychotherapeutische Regelversorgung in Deutschland).

All diese kritisch zu reflektierenden Aspekte werfen die Frage auf, ob die Konzeption der Studien die nötigen Voraussetzungen geschaffen hat, um die Forschungsfragen umfassend und valide zu bearbeiten.
Die Effektivität und Machbarkeit des Projekts sollten idealerweise im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie untersucht werden (siehe Kapitel 5.3.1 Implikationen für weitere Forschung). Konkrete Maße zur Machbarkeit (bspw. Nachfrage, Adaptationen im Prozess, Dokumentation zu Ressourcen) sollten dabei systematisch erhoben und über den Verlauf dokumentiert werden. Eine bundesweite Erhebung im Sinne einer Multicenter-Studie könnte die Generalisierbarkeit der Ergebnisse erhöhen und die Machbarkeit und Effektivität auch in anderen Regionen überprüfen. Für eine gezielte Diagnostik und Begleiterhebung der Symptomatik sind sprachliche, inhaltliche und psychometrische Adaptionsprozesse erforderlich, um die Äquivalenz der Verfahren sicherzustellen (Glaesmer et al., 2012). Dabei kann auf bereits bestehende Übersichten im transkulturellen Kontext zurückgegriffen werden, um bei der Einschätzung der psychischen Gesundheit Informationen über kulturspezifische Einflüsse auf zentrale Aspekte des klinischen Erscheinungsbildes zu erlangen (siehe Anhang des DSM-V; Alarcón, 2014; American Psychiatric Association, 2013).

Die unterschiedlichen methodischen Ansätze (quantitativ, qualitativ und Case Report) können als methodische Stärke betrachtet werden. Während sich die quantitative Studie auf eine standardisierte Methodik, numerische Daten und Messbarkeit stützt (Apuke, 2017), geht es bei den qualitativen Interviews um ein tieferes Verständnis des untersuchten Phänomens und die konkrete Erfassung subjektiver Erfahrungen (Helfferich, 2011). Der Case Report konzentriert sich auf eine einzelne Person und ermöglicht eine detaillierte Analyse individueller klinischer Prozesse (Rison, 2013). Durch die Integration von quantitativen Methoden, qualitativen Methoden und Case Report entsteht eine umfassende Forschungsstrategie, die komplexe Fragen aus mehreren Perspektiven beleuchtet (Taherdoost, 2022).

5.3 Implikationen

Im Folgenden werden Implikationen für weitere Forschung sowie für die klinische Praxis diskutiert.

5.3.1 Implikationen für weitere Forschung

Die drei durchgeführten Studien bieten relevante Anknüpfungspunkte für weitere Forschungsprojekte auf allen im Projekt KOBEG involvierten Ebenen (Koordinationsstelle, PSWs, Geflüchtete, Versorgungssystem).

Empfehlungen zur Erfassung von Wirksamkeit

Hinsichtlich der Wirksamkeit von KOBEG ist die Durchführung eines randomisiert-kontrollierten Studien-Trials (RCT) mit einer deutlich größeren Stichprobe empfohlen. Hierbei sollten insbesondere die Vermittlung der psychisch belasteten Geflüchteten (wie gut gelingt die Vermittlung über die lokale Koordinationsstelle?) sowie die Inanspruchnahme der Projektkomponenten (wird das Vermittlungsangebot in die Regelversorgung angenommen? Wird die Unterstützung durch die PSWs von den psychisch belasteten Geflüchteten angenommen?) strukturiert erfasst werden. Therapieabbrüche sollten in diesem Rahmen systematisch dokumentiert werden. Zudem sollte eine quantitative Verlaufserhebung nach beispielsweise 6 Monaten, 12 Monaten und zum Projektende erfolgen. Ein erster RCT-Trial wurde 2021 gestartet.
Um die externe Validität zu erhöhen wäre perspektivisch eine Multicenter-Studie empfehlenswert. Zusätzlich wäre eine Dismantling-Studie hilfreich, um zu testen, ob sich durch den Einbezug von PSWs primär eine Verbesserung im Zugang zur Regelversorgung oder bereits durch ihre Unterstützung alleine eine symptomatische Verbesserung ergibt. Eine Kontrollgruppe (TAU) könnte mit einer Experimentalgruppe-1 (EG1), die vorübergehend nur PSW-Unterstützung erhält, und einer weiteren Experimentalgruppe-2 (EG2), die ebenfalls PSW-Support sowie eine direkte Vermittlung in Psychotherapie angeboten bekommt, verglichen werden. Eine Herausforderung hierbei wären die in der klinischen Praxis variierenden Aufgaben der PSWs in EG1 und EG2. Die Aufgaben der PSWs müssten möglichst standardisiert vorgegeben sein, um eine Vergleichbarkeit zu schaffen.

Empfehlungen zur weiteren Forschung mit PSWs

Um die Aufgabenbereiche der PSWs noch konkreter zu erfassen, sollte eine Replikation der qualitativen Studie mit einer größeren Stichprobe erfolgen. Zudem könnten quantitative längsschnittliche Daten zu Aufgabenbereichen, Belastungen und positivem Erleben über Ecological Momentary Assessment (EMA) erhoben werden. PSWs könnten beispielswiese wöchentlich

oder täglich in einem vordefinierten Zeitraum über eine mobile Datenerhebungsstudie zu aktuellen Aufgabenbereichen in ihren Betreuungen befragt werden.

Empfehlung zum Einbezug der Betroffenen

Ergänzend sollte auch die persönliche Wahrnehmung der Geflüchteten stärker einbezogen werden. Mithilfe semi-strukturierter Interviews während und nach der Projektteilnahme könnten zentrale Wirkaspekte des Projekts aus Perspektive der Betroffenen selbst erfasst werden (z. B. wie wurde die Betreuung durch die PSWs erlebt? Was haben die PSWs genau gemacht? Wie stark wurden die Geflüchteten unterstützt? Was war hilfreich?).

Empfehlungen zur Koordinationsstelle und Versorgungsstruktur

Um die rückläufigen Vermittlungszahlen in psychotherapeutische Regelversorgungsstrukturen (vgl. die Berichte BAfF e.V., 2024; Karato & Mohammed, 2021) perspektivisch zu verbessern wäre es hilfreich zu analysieren, welche Strategien den größten Erfolg hinsichtlich der schnellsten und höchsten Vermittlungsquote bieten. In einem Querschnittsdesign könnten verschiedene Vermittlungsstrategien, beispielsweise schriftliche Kontaktaufnahme (E-Mail), mündliche Kontaktaufnahme (Telefon) oder persönliche Kontaktaufnahme (im Rahmen einer Schulung), systematisch getestet und miteinander verglichen werden. Auf Grundlage dieser Ergebnisse ließe sich die Arbeit der Koordinationsstelle weiter professionalisieren und effizienter strukturieren. Auf einer noch grundlegenderen Ebene wäre eine querschnittliche Online-Erhebung mit Therapeut:innen hilfreich, um zu erfassen, ob und wie sie aktuell ihre Wartelisten für Therapieplätze führen. Auch dies könnte entscheidende Hinweise für die Arbeit der Koordinationsstelle sowie für politische Maßnahmen im Bereich des Zugangs zur Versorgung und der generellen Versorgungsgerechtigkeit liefern.

Generell wäre es empfehlenswert, den Einfluss therapieunterstützender und fördernder Faktoren wie spezifische Schulungen oder Intervisionsangebote im Hinblick auf die Bereitschaft zur Behandlung Geflüchteter zu untersuchen. Dies könnte Hinweise darauf liefern, ob und wenn ja welche Fort- und Weiterbildungsangebote im Rahmen von Modellprojekten wie KOBEG und in der Aus- und Weiterbildung für Psychotherapeut:innen weiter ausgebaut werden sollten.

Empfehlungen zur evidenzbasierten Entwicklung von Praxisleitfäden

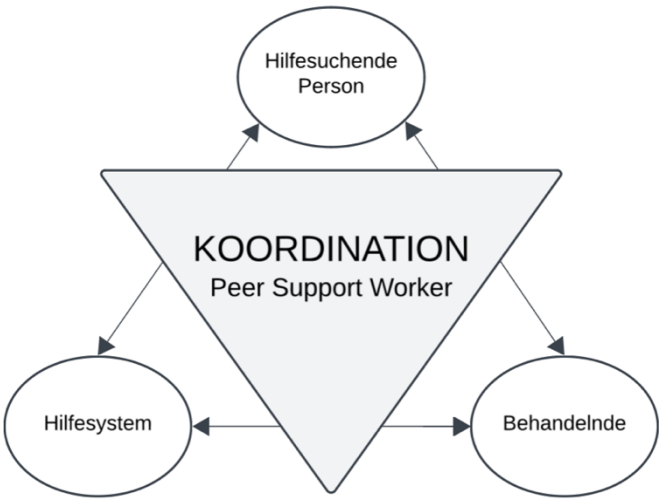
Um erste Behandlungsempfehlungen für die Durchführung von TF-Psychotherapie unter unsicheren Lebensumständen zu etablieren, sollten zunächst weitere Studien und Übersichtsarbeiten zu Risiko- und Resilienzfaktoren bei Geflüchteten durchgeführt werden. Dabei sollten Faktoren mit uneinheitlicher Evidenz gezielt überprüft und weniger gut erfasste Faktoren

näher untersucht werden (Scharpf et al., 2021). Zudem besteht ein Bedarf an disziplinübergreifenden Ansätzen, die die Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Risiko- und Resilienz-Faktoren erfassen. Ein integrativer Ansatz, der sowohl die sozialwissenschaftliche Analyse von Umweltfaktoren als auch psychologische Prozesse einbezieht, könnte wichtige Hinweise auf das Zusammenspiel der unterschiedlichen Faktoren liefern (Nickerson et al., 2024). Zukünftige Forschung sollte zudem einen Schwerpunkt auf die Erfassung von beeinflussbaren Faktoren richten (vgl. causal risk factors S. 89; Fadhlia et al., 2024). Neben der Erfassung von Risikofaktoren sollte dabei insbesondere der Identifikation protektiver und gesundheitsfördernder Faktoren mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden (Nickerson et al., 2024). Zudem sollten Risiko- und Resilienzfaktoren bei Geflüchteten in Therapie während instabiler Lebensumstände systematisch erfasst werden (siehe Kapitel 5.1.4.1 Risiko- und Resilienzfaktoren zur Entwicklung praxisorientierter Leitlinien). Ein Mixed-Methods-Ansatz, der sowohl quantitative Risiko- und Resilienzfaktoren prozessbasiert erfasst als auch qualitative Interview-Studien mit Geflüchteten in instabilen Lebensverhältnissen untersucht, wären hilfreich. Auch die Perspektiven der behandelnden Psychotherapeut:innen sollten dabei einbezogen werden. Auf Grundlage von Risiko- und Resilienzfaktoren könnten spezifische Behandlungsempfehlungen zur Durchführung von TF-Psychotherapie unter unsicheren Lebensumständen erarbeitet werden (siehe Kapitel 5.1.4.1 Risiko- und Resilienzfaktoren zur Entwicklung praxisorientierter Leitlinien).

5.3.2 Implikationen für die klinische Praxis

Die vorliegenden Studien (I, II und III) zeigen, dass spezifische Barrieren im Zugang zur Versorgung erfolgreich mit Hilfe einer „Koordinierter Behandlung unter Einbezug von PSWs“ überwunden werden können. Abbildung 5 zeigt im schematischen Modell, angelehnt an die von Nohr et al. (2024) beschriebenen Barrieren auf den Ebenen „Hilfesuchende Person“, „Hilfesystem“ und „Behandelnde“, wo die Komponenten der koordinierten Behandlung mit Einbezug von PSWs ansetzen. Wie Studie II zeigt, können PSWs als Vermittler:innen zwischen der hilfesuchenden Person, dem Hilfesystem und den Behandelnden agieren. Hierbei können Barrieren auf allen Ebenen reduziert werden, sowohl hinsichtlich der hilfesuchenden Person selbst als auch hinsichtlich des Hilfesystems und der Behandelnden. Die übergeordnete Koordination betreibt dabei ein aktives Case Management, strukturiert, schult und vernetzt die beteiligten Akteur:innen.

Abbildung 5. Abbau von Barrieren durch Koordination und Einbezug von Peer-Support



Anmerkung. Eine „Koordinierte Behandlung unter Einbezug von PSWs“ reduziert die von Nohr et al. (2024) beschriebenen Barrieren auf den Ebenen hilfesuchende Person, Behandelnde und Hilfesystem. Zudem werden die drei Ebenen durch die neuen Versorgungskomponenten (Koordination und PSWs) vernetzt.

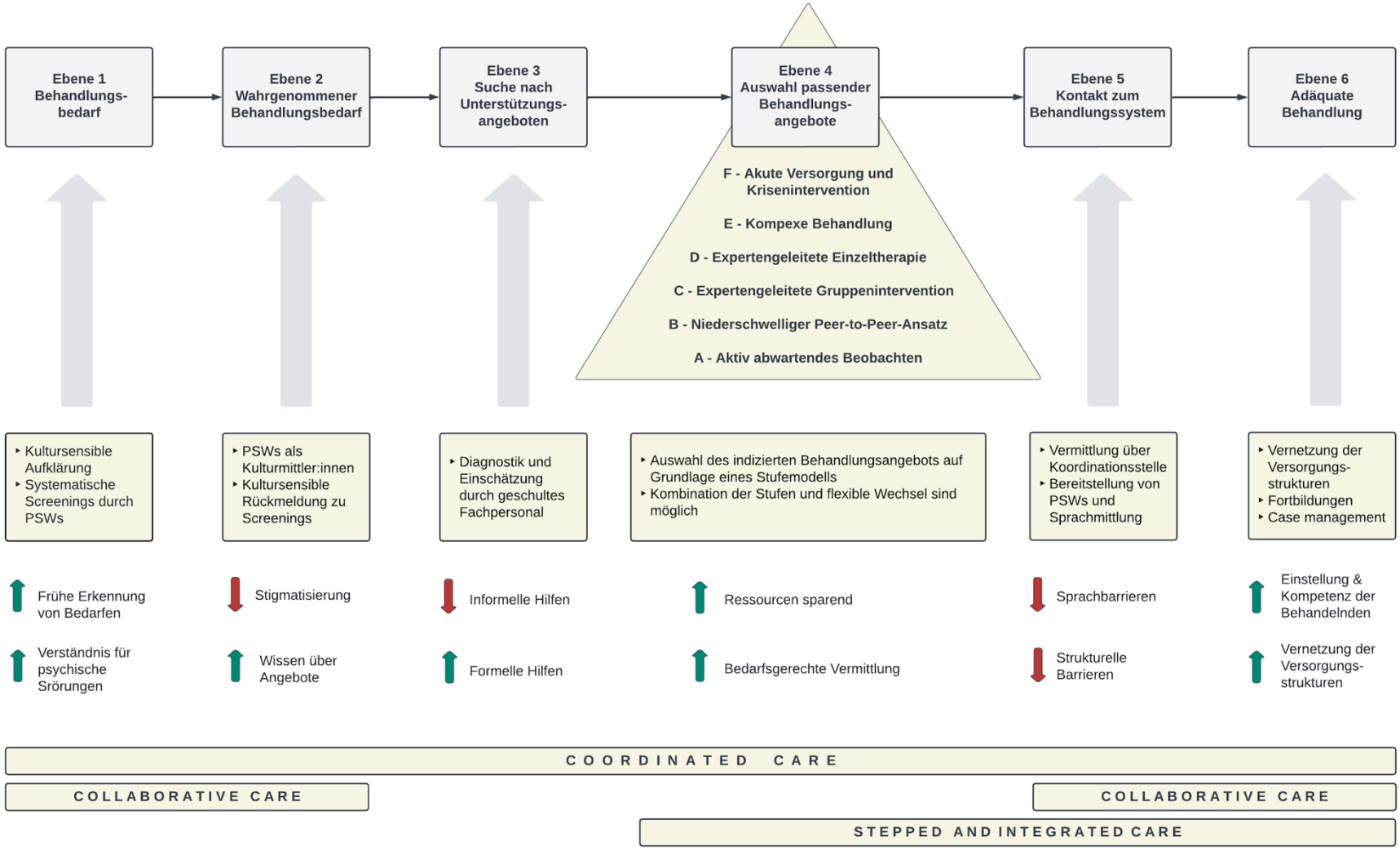
Auf Grundlage der diskutierten Barrieren im Zugang zur Versorgung sowie der gefundenen Ergebnisse in Studie I, II und III wurde ein „Gestuft Integriertes Versorgungsmodell“ (GIV) entwickelt. Abbildung 6 zeigt den schematischen Aufbau.

Abbildung 6. Gestuft Integriertes Versorgungsmodell (GIV)

Zur Ansicht des GIV-Modells siehe nächste Seite.

Anmerkung. Der Behandlungspfad von Levesque et al. (2013) (Ebene 1, 2, 3, 5, 6) wird um die Ebene (4) „Auswahl passender Behandlungsstrategie“ und eine gestufte Unterstützungsempfehlung ergänzt. Darüber hinaus werden Handlungsimpulse auf jeder Behandlungspfadebene gegeben (gelbe Kästen), die gezielt die von Dumke et al. (2024) beschriebenen Barrieren ansprechen. Grüne und rote Pfeile symbolisieren die Wirkmechanismen spezifischer Handlungsimpulse auf den jeweiligen Behandlungspfadebenen. Die vermuteten Wirkmechanismen sind ebenfalls an die von Dumke et al. (2024) beschriebenen Barrieren angepasst, können jedoch an verschiedenen Stellen entlang des gesamten Behandlungspfades wirken.

Abbildung 6. Vorschlag eines Gestuft Integrierten Versorgungsmodells (GIV)



Das GIV lehnt sich an den Behandlungspfad von Levesque et al. (2013) und den hierzu ergänzten Barrieren im Zugang zur Versorgung von Dumke et al. (2024b) an (siehe Seite 18). Hierbei werden Handlungsimpulse auf jeder Behandlungspfadebene gegeben die koordiniert erfolgen sollen, wobei die Unterstützungsempfehlung gestuft angeregt wird. Ein gestuftes Vorgehen dient dem gezielten Einsatz von Ressourcen und versucht den unterschiedlichen Schweregraden an Belastungen und Störungsbildern gerecht zu werden. Die gestufte Behandlungsempfehlung wird im GIV um eine integrative Versorgungskomponente ergänzt, sodass die Vernetzung verschiedener Sektoren im Gesundheitssystem ermöglicht wird. Das GIV ermöglicht zudem einen nonlinearen Wechsel der Stufen sowie eine koordinierte Kombination verschiedener Behandlungsempfehlungen (bspw. ambulant und stationär).

Ebene 1 GIV. Auf Ebene 1 erfolgt die Erfassung des Behandlungsbedarfs. Angelehnt an die EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU (Europäische Union, 2013) und unter Berücksichtigung der hohen psychischen Belastung von Geflüchteten (Studie I) wird empfohlen, kultursensible Aufklärungsansätze bereits bei der Erstaufnahme und/oder in Gemeinschaftsunterkünften zu implementieren. Screenings durch geschulte Peers (bspw. PSWs), wie sie bereits vielfach erfolgreich Anwendung fanden (Magwood et al., 2022) können als erste Indikatoren für eine potenzielle Belastung dienen. Diese Screenings können durch Nicht-Spezialist:innen durchgeführt (collaborative care) und auf Landkreisebene zentral koordiniert werden (coordinated care).

Ebene 2 GIV. Auf Ebene 2 geht es um die Perzeption und Akzeptanz eines möglichen Behandlungsbedarfs der Geflüchteten. Geschulte Peers können hier als Kulturmittler:innen agieren (PSWs, siehe Studie II). Aufbauend auf den Ergebnissen aus Ebene 1 sollte in Ebene 2 eine kultursensible Rückmeldung zu den Screening-Ergebnissen und möglichen Befunden durch die PSWs erfolgen. Zudem kann über mögliche Behandlungsangebote aufgeklärt werden. Ebene 2 erfordert eine gute Grundausbildung der PSWs, um sensibel mit Themen wie Stigmatisierung, Krankheitsverständnis, Freiwilligkeit von Unterstützungsangeboten, Datenschutz und Sorgen vor einer möglichen Zusammenarbeit mit Behörden umzugehen.

Ebene 3 GIV. Bevor eine gezielte Suche nach Unterstützung erfolgt, sollte für alle Personen mit auffälligem Screening-Ergebnis eine ausführliche Diagnostik erfolgen. Eine Person, die im Screening (Ebene 1) unauffällig bleibt, wird direkt in Ebene 4 (Stufe A) weitergeleitet. Grundlage für die weiterführende Diagnostik ist ein auffälliges Screening. Die klinische Diagnostik sollte durch geschultes psychologisches oder ärztliches Fachpersonal durchgeführt werden,

sodass eine Einschätzung erfolgen und im nächsten Schritt eine zielgerichtete Vermittlung erfolgen kann (coordinated care).

Ebene 4 GV. Auf Ebene 4 erfolgt die gestufte Auswahl für die weiterführende Vermittlung in lokale Versorgungsstrukturen (stepped care, coordinated care). Die gestufte Pyramiden-Intervention (Ebene 4 GIV) ist konzeptionell an die WHO-Pyramide „IASC's MHPSS intervention pyramid" angelehnt, mit der Grundidee bei limitierten Ressourcen, kultursensible Behandlungsangebote zu implementieren (siehe Abb. 2, Seite 19; Inter-Agency Standing Committee, 2007). Praktisch orientiert sich das hier entwickelte Stufenmodell an dem von Schneider et al. (2017) propagierten Entwurf zur Versorgung von psychisch belasteten Geflüchteten in Deutschland. Stufen A – D werden von Schneider et al. (2017) übernommen. Das hier entwickelte Stufenmodell ergänzt Schneiders Modell um die Stufen E und F, da die starke psychische Belastung der Geflüchteten (Studie I) deutlich macht, dass neben ambulanter Einzel-Psychotherapie auch andere Interventionsformen erfolgen müssen, um der möglichen Komplexität und Schwere der Symptomatik gerecht zu werden. Auch Due et al. (2024) propagieren ein Stufenmodell für Geflüchtete, das auf den höchsten Stufen die Versorgung schwerer chronischer Störungen sowie Möglichkeiten zur Akutversorgung bietet. Ebene 4 GIV ist nicht rein hierarchisch zu verstehen, sondern ermöglicht eine koordinierte, flexible, integrierende und vernetzende Versorgung, je nach aktueller Indikation.
Auf der untersten Stufe (A) wird ein aktiv abwartendes Beobachten und Begleiten empfohlen. Auf der zweiten Stufe (B) soll ein niederschwelliger Peer-to-Peer-Ansatz angeboten werden. Denkbar wären niederschwellige, transdiagnostische Interventionen wie das von der WHO entwickelte Problem Management Plus (PM+) Programm. Dabei handelt es sich um eine evidenzbasierte psychologische Kurzintervention, die auf Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie und Problemlösestrategien basiert. Sie adressiert Symptome von Depression, Angst und Stress und wird von geschulten, nicht spezialisierten Helfer:innen durchgeführt (Dawson et al., 2015). Stufe B könnte je nach regionalen Gegebenheiten variieren. Im Landkreis Konstanz wären beispielsweise auch Angebote zur Narrative Biographiearbeit (NAT) denkbar, wie sie derzeit im Rahmen des „BW schützt"-Projekts regional erprobt werden (Universität Konstanz, 2025). Alternativ zu peer-gestützten Programmen wären auf Stufe B auch internetbasierte Interventionen anwendbar (Schneider et al., 2017). Auf der dritten Stufe (C) findet sich die Empfehlung zu expertengeleiteten Gruppenprogrammen. Studien zeigen die Effektivität therapeutischer Gruppen mit Geflüchteten, insbesondere für Gruppen mit kulturell adaptierter kognitiver Verhaltenstherapie (Culturally Adapted Cognitive Behaviour Therapy, CA-CBT) oder Cognitive Processing Therapy (CPT; Due et al., 2024). Auf der folgenden Stufe (D) findet sich die muttersprachliche oder dolmetschergestützte ambulante Einzelpsychotherapie.

Auf Stufe E soll eine „Komplexe Versorgung“ für Geflüchtete mit schweren psychischen Störungen angeboten werden. Durch strukturierte Koordination und engmaschige Betreuung wird eine multiprofessionelle Einbindung ins Versorgungssystem angestrebt. Stufe E knüpft an das Konzept der ambulanten Komplexversorgung an, das vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Oktober 2022 gestartet wurde (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2025)[12]. Auf der fünften Stufe finden sich Angebote zur Akutversorgung und Krisenintervention (F). Bei akuten Krisen (bspw. starke Dekompensation der Symptomatik, Eigen- oder Fremdgefährdung) können über die Koordinationsstelle ambulante Kriseninterventionen durchgeführt oder eine Akutversorgung im Regelversorgungssystem in die Wege geleitet werden (z.B. Einweisung in Psychiatrie).
Die verschiedenen Stufen in Ebene 4 ermöglichen einen zielgerichteten und ressourcensparenden Behandlungsansatz, können aber auch kombiniert zusammenspielen. Eine Person kann beispielsweise von Stufe B in Stufe D oder F wechseln oder phasenweise in Stufe B stabilisiert werden, während sie parallel in Stufe E eine komplexe Versorgung mit medikamentöser und sozialpsychiatrischer Anbindung erhält. Die koordinierte Behandlung ermöglicht eine gezielte Vermittlung in die jeweils indizierte(n) Behandlungsstufe(n). Durch ein aktives Case Management können Anpassungen im Verlauf vorgenommen werden.

Ebene 5 GIV. Der Kontakt zum Hilfesystem wird über die lokale Koordination in die Wege geleitet. Grundlage ist die Einschätzung der Expert:innen auf Ebene 3 sowie die Auswahl des indizierten Versorgungsangebots auf Ebene 4. Psychisch belasteten Geflüchteten wird auf Ebene 5 ab Stufe B bis F sowohl ein PSW als auch bei Bedarf eine passende Sprachmittlung an die Seite gestellt. Der Kontakt zum Versorgungssystem wird über die Koordinationsstelle und mit Unterstützung der PSWs hergestellt (collaborative und coordinated care). PSWs können dabei eine wichtige Rolle im Zugang zur Versorgung übernehmen (siehe Studie II).

Ebene 6 GIV. Der Fokus dieser Ebene liegt auf der Qualität der angebotenen Versorgung. Durch die lokale Koordination ist es möglich, ein aktives Case Management zu betreiben, Vernetzung innerhalb der Versorgungsstrukturen zu leisten sowie Fort- und Weiterbildungsangebote durchzuführen. Neben praktischen Fragen (bspw. Abrechnung über das AsylbLG) erfolgen hier Fortbildungen zu übergeordneten Themen wie Kultursensibilität oder Arbeit mit Sprachmittlung (siehe Kapitel 5.1.4.4 Empfehlungen zur Aus- und Weiterbildung

[12] Ziel der psychiatrischen und psychotherapeutischen Komplexversorgung im deutschen Gesundheitssystem ist die zeitnahe, koordinierte und berufsgruppenübergreifende Behandlung von Personen mit schweren psychischen Störungen über regionale Netzverbünde (Fachärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Neurolog:innen; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2025).

von Psychotherapeut:innen). Aufgrund der hohen Prävalenz von PTBS unter Geflüchteten sollte die leitliniengerechtere Umsetzung effektiver Behandlungsstrategien unter Berücksichtigung von Risiko- und Resilienzfaktore dabei gefördert werden (Studie III).

Insgesamt stellt das GIV ein koordinierendes Versorgungsprojekt dar (coordinated care), das Peers einbezieht (collaborative care), gestufte Behandlungsempfehlungen umfasst (stepped care) und eine aktive Vernetzung der beteiligten Akteur:innen im bestehenden Regelversorgungssystem fördert (integrated care).

5.3.3 Empfehlungen

Aus den drei Studien und dem entwickelten GIV-Modell lassen sich konkrete Handlungsempfehlungen für die aktuelle Versorgungspraxis in Deutschland ableiten (siehe Tabelle 4 zur strukturierten Zusammenfassung der Empfehlungen):

- Peer Support Workers (PSWs), die einen ähnlichen Erfahrungshintergrund wie psychisch belastete Geflüchtete haben, sollten als feste Bestandteile des Regelversorgungssystems etabliert werden. Ihr Einsatz reduziert und überwindet Zugangsbarrieren, ermöglicht eine gezielte Unterstützung und Begleitung von psychisch belasteten Geflüchteten, und stärkt die Versorgung durch einen kollaborativen Ansatz (collaborative care).
- Umfangreiche Trainings und intensive Schulungen sind essenziell für den erfolgreichen Einsatz von PSWs im Gesundheitswesen. Dabei sollten insbesondere Themen der Verantwortungsübernahme, Rollenklarheit, Beziehungsgestaltung sowie der Umgang mit schwerer Symptomatik, PTBS und Suizidalität im Fokus stehen. Ergänzend dazu sollten regelmäßige Supervisionen sowie ein aktives Case Management durch erfahrenes Fachpersonal gewährleistet werden, um sowohl die Gesundheit der PSWs als auch die Qualität und Nachhaltigkeit ihrer Arbeit zu sichern.
- Regionale Koordinationsstellen zur Organisation der lokalen Versorgung (Screenings mit Hilfe von PSWs, siehe Ebene 1 und Ebene 2 GIV; differenzierte Diagnostik durch Fachpersonal, siehe Ebene 3 GIV; Auswahl passender Behandlung - gestuft, siehe Ebene 4 GIV) und Betreuung der peer-unterstützten Arbeit sollten aufgebaut werden (coordinated care).
- Lokale Sprachmittlungs-Pools zum Einsatz im Regelversorgungssystem sollten etabliert werden. Hierbei sollte auf eine Qualität in der Ausbildung und regelmäßige Supervision von Sprachmittler:innen Wert gelegt werden.

- Beim Aufbau des Teams (Koordinationsstelle, PSWs und Sprachmittler:innen) ist auf Kultursensibilität und einen respektvollen Umgang zu achten. Förderlich ist eine positive und motivierende Arbeitsatmosphäre. Zudem sollten datenschutzkonforme Kommunikationswege etabliert und die Erreichbarkeit der Koordinationsstelle bei Rückfragen gewährleistet sein.
- Eine Vernetzung der Koordinationsstelle mit lokalen Versorgungsangeboten sollte angestrebt werden, um eine effektive Koordination der Behandlungen zu fördern und die Ressourcen des vorhandenen Regelversorgungssystems optimal zugänglich zu machen.
- Unterstützungsangebote für Therapeut:innen im Regelversorgungssystem sollten auf- und ausgebaut werden, einschließlich spezieller Fort- und Weiterbildungsprogramme (insbesondere zu den Themen Sprachmittlung, Traumatherapie und Kultursensibilität) sowie der Organisation von Intervisionsrunden zur Förderung kollegialer Beratung und Reflexion.
- Praxisnahe Entscheidungshilfen und evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen für die Psychotherapie unter unsicheren und herausfordernden Lebensumständen sollten entwickelt werden.
- Schulungen und Workshops für Asylsozialarbeitende und Integrationsmanager:innen sollten auf regionaler Ebene durchgeführt werden, um für die Thematik psychischer Störungen zu sensibilisieren und über mögliche Behandlungsangebote sowie Unterstützungsoptionen zu informieren.
- Die Vernetzung und der Austausch bestehender Peer-Projekte zur Versorgung psychisch belasteter Geflüchteter in Deutschland sollte gefördert werden, um die Variabilität und Heterogenität der Einsatzweisen von PSWs besser zu verstehen und Synergien zu nutzen[13].
- Langfristig sollte die Erarbeitung eines bundesweit anerkannten Trainingscurriculums für PSWs angestrebt werden, das eine einheitliche und anerkannte Ausbildung ermöglicht und die Qualifikation auf nationaler Ebene standardisiert. Ein solches Curriculum könnte aus einem Grund- bzw. Basismodul bestehen, ergänzt durch spezifische Zusatzmodule, die je nach Einsatzregion und vorhandenen Ressourcen individuell angepasst werden können.
- Perspektivisch ist die bundesweite Finanzierung von Geflüchteten-Peer-Begleiter:innen im Regelversorgungssystem anzustreben. Die Finanzierung könnte an die

[13] Ein bundesweiter Arbeitskreis wurde nach dem Fachtag zur Peer-Begleitung für Geflüchtete (Oktober 2024 am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) ins Leben gerufen und wird aktuell von CENTRA Hamburg koordiniert (Centra, 2025).

Finanzierung der Genesungsbegleiter:innen[14] in Deutschland angelehnt werden. Erste Ideen zu möglichen Finanzierungsmodellen haben wir (Odenwald & Bogatzki) gemeinsam mit bundesweit tätigen Kolleg:innen in der Geflüchteten-Peer-Arbeit im Januar 2025 initial publiziert (Berckhemer et al., 2025).

Tabelle 4. Zusammengefasste Empfehlungen für eine nachhaltige Versorgung von psychisch belasteten Geflüchteten in bestehenden Regelversorgungsstrukturen

Empfehlungen für die Integration von psychisch belasteten Geflüchteten in die psychotherapeutische Regelversorgung durch koordinierte Behandlung unter Einbezug von PSWs	
Koordination – coordinated care	
Zentrale Koordinationsstelle	- Aufbau regionaler Koordinationsstellen - Organisation regionaler Screenings mit Hilfe von PSWs (siehe Ebene 1 und Ebene 2 GIV) - Differenzierte Diagnostik durch Fachpersonal (siehe Ebene 3 GIV) - Auswahl passender Behandlung (gestufte Behandlungsempfehlung, siehe Ebene 4 GIV) - Vermittlung in Regelversorgungsstrukturen (siehe Ebene 5 GIV) - Vernetzung, Unterstützung und Fortbildungsangebote (siehe Ebene 6 GIV)
Koordination PSWs	- Ausbildung von PSWs - Koordination der Einsätze der PSWs - Aktives Case Management - Supervision für PSWs
Koordination Sprachmittlung	- Ausbildung von Sprachmittler:innen - Aufbau regionaler Sprachmittlungs-Pools zum Einsatz im Regelversorgungssystem - Supervision für Sprachmittler:innen
Teamstruktur	- Förderung von Kultursensibilität und einem respektvollen Umgang im Team - Aktiv motivierendes Miteinander und niederschwellige Erreichbarkeit der Koordinationsstelle bei Fragen

[14] Genesungsbegleiter:innen sind Menschen, die selbst Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen gemacht haben und aufgrund dieser Erfahrung psychisch erkrankte Personen in ihrem Genesungsprozess begleiten und unterstützen (EX-IN Deutschland e.V., 2025d). Ursprünglich aus dem ehrenamtlichen Bereich kommend, haben sich Genesungsbegleiter:innen heute zu einer etablierten Berufsgruppe in der Psychiatrie entwickelt, die spezielle Aufgaben und Funktionen übernimmt (Ver.di, 2019). Die Ausbildung zum/zur Gesnesungsbegelietr:in umfasst 12 Module innerhalb eines Jahres sowie die Absolvierung von 2 Praktika (EX-IN Deutschland e.V., 2025c).

Unterstützung Therapeut:nnen	- Fort- und Weiterbildungsprogramme (insb. Sprachmittlung und Traumatherapie, siehe Ebene 6 GIV) - Intervisionsrunden und Förderung von Austausch - Niederschwellige Erreichbarkeit bei Fragen
Sensibilisierung von Fachkräften und ehrenamtlichen Mitarbeiter:innen im Asylsystem	- Workshops für Asylsozialarbeitende und Integrationsmanager:innen, um für die Themen „Besondere Schutzbedarfe“, „Psychische Störungen“, „PTBS“, „Umgang mit Betroffenen“ etc. zu sensibilisieren - Informationen über mögliche Behandlungsangebote sowie Unterstützungsoptionen
Peer Support Workers – collaborative care	
Einsatz von PSWs im Regelversorgungssystem	- PSWs die einen ähnlichen Erfahrungshintergrund wie psychisch belastete Geflüchtete haben, sollten als feste Bestandteile des Regelversorgungssystems etabliert werden
Ausbildung PSWs Einsatz PSWs Betreuung PSWs	- Umfangreiche Ausbildung vor Einsatz - Zentrale Themen für die Ausbildung: Verantwortungsübernahme, Rollenklarheit, Beziehungsgestaltung, Umgang mit schwerer Symptomatik, PTBS und Suizidalität - Klare Absprachen zu spezifischen Fällen und Aufgaben - Regelmäßige Supervision - Aktive Absprachen mit erfahrenem Fachpersonal der Koordinationsstelle (Case Management, siehe coordinated care)
Gestufte Versorgung – stepped care	
Auswahl geeigneter Screening- und Diagnoseinstrumente	- Um eine gestufte Behandlungsempfehlung vorzunehmen (siehe Ebene 4 GIV, Stufe A-F), sollten geeignete Screening- und Diagnoseinstrumente ausgewählt und angewendet werden
Analyse regionaler Behandlungsangebote	- Um vorhandene Strukturen optimal zu nutzen, sollte vorab eine Analyse bereits existierender Projekte, Ansätze und Möglichkeiten auf regionaler Ebene erfolgen
Niederschwellige Peer-to-Peer-Ansätze	- Implementierung von niederschwelligen Peer-to-Peer-Ansätzen (bspw. MH+, siehe Ebene 4B) - Alternativ Implementierung von niederschwelligen App-basierten Ansätzen - Aufbau von Gruppen-Angeboten (siehe Ebene 4C)
Multimodaler Behandlungsansätze zur Versorgung von Personen mit schweren psychischen Störungen	- Aufbau von lokalen Kooperationen (bspw. Psychiatrien und Gemeindepsychiatrische Zentren) zur Versorgung von Personen mit schweren psychischen Störungen (siehe Ebene 4E-F) - Förderung der Vernetzung bestehender Strukturen in der Regelversorgung und im Asylsystem (siehe integrated care) - Erarbeitung möglicher Behandlungswege und Behandlungsabläufe - Erarbeitung von Notfallplänen - Aktives Case Management durch Koordinationsstelle

Integrierte Versorgung – integrated care	
Vernetzung bestehender Strukturen im Gesundheitssystem und Vernetzung der Behandelnden	- Vernetzung verschiedener Sektoren im Gesundheitssystem über Koordinationsstelle - Vernetzung Gesundheitssystem und Asylsystem über Koordinationsstelle - Förderung und Aufbau interdisziplinärer Netzwerktreffen - Förderung von Austausch zwischen unterschiedlichen Fachbereichen, Behandlungsinstitutionen und Behandelnden - Gemeinsame Fallbesprechungen
Übergeordnete Strukturen im Versorgungssystem	
Forschung	- Begleitforschung (Koordinationsstelle, PSWs, Geflüchtete, Versorgungssystem und Behandelnde)
Verbesserung der Qualität der angebotenen Versorgung	- Entwicklung praxisnaher Entscheidungshilfen und evidenzbasierter Behandlungsempfehlungen für die (TF)-Psychotherapie unter unsicheren Lebensbedingungen - Sensibilisierung der Berufsgruppe für das Thema (hoher Bedarf und strukturell diskriminierter Zugang zur Behandlung) - Fortbildungen und Schulungen bereits in der Aus- und Weiterbildung angehender Psychotherapeut:innen
Überregionale Vernetzung	- Förderung der Vernetzung und des Austauschs bestehender Peer-Projekte zur Versorgung psychisch belasteter Geflüchteter in Deutschland
Trainingscurriculum	- Erarbeitung eines bundesweit anerkannten Trainingscurriculums bestehend aus einem Grund-/Basismodul ergänzt durch spezifische Zusatzmodule
Finanzierung	- Etablierung einer bundesweiten Finanzierung von Geflüchteten-Peer-Begleiter:innen im Regelversorgungssystem, angelehnt an die Finanzierung der Genesungsbegleiter:innen in Deutschland. Erste Ideen zu möglichen Finanzierungsstrukturen siehe Berckhemer et al. (2025) - Erarbeitung von Finanzierungsplänen für den Einsatz von Sprachmittler:innen in der Regelversorgung

5.3.4 Fazit

Psychisch belastete Geflüchtete stellen das Gesundheitssystem in Deutschland vor große Herausforderungen. Spezialisierte Versorgungszentren können den hohen Bedarf nicht decken und die Regelversorgung wird durch zahlreiche Zugangsbarrieren erschwert. Es besteht ein dringender Handlungsbedarf. Um dieser Versorgungsherausforderung zu begegnen und einen diskriminierungsfreieren Zugang zum Menschenrecht auf Gesundheit zu ermöglichen, sind innovative Strategien erforderlich, die Zugangsbarrieren minimieren und den Weg in die reguläre Gesundheitsversorgung für Geflüchtete erleichtern.

Die Studien dieser Doktorarbeit zeigen anhand des Konstanzer Modellprojekts (KOBEG) die Machbarkeit und Effektivität einer „Koordinierten Psychotherapeutischen Behandlung unter Einbezug von PSWs“. Dabei wird deutlich, dass PSWs zentrale Aufgaben im Zugang zur Versorgung übernehmen und die Überwindung spezifischer Zugangsbarrieren ermöglichen. Belastungen der PSWs können durch eine professionelle Ausbildung, enge Betreuung und regelmäßige Supervision erfolgreich bewältigt werden, sodass positive Aspekte durch die Arbeit im Projekt überwiegen. Auf direkter Versorgungsebene wird anhand eines Fallbeispiels deutlich, dass TF-Psychotherapie unter unsicheren Lebensumständen individuell angepasste Strategien und die Erforschung von Risiko- und Resilienzfaktoren zur Entwicklung praxisorientierter Leitlinien erfordert.

Für eine nachhaltige, ressourcensparende und flächendeckende Versorgung der besonders vulnerablen Zielgruppe der Geflüchteten wird ein „Gestuftes Integriertes Versorgungsmodell“ (GIV) empfohlen. Das GIV beinhaltet eine koordinierende Versorgungsstruktur unter Einbezug von PSWs und gibt Handlungsimpulse auf unterschiedlichen Behandlungspfadebenen. Die Unterstützungsempfehlung wird gestuft angeregt, um den unterschiedlichen Schweregraden und Störungsbildern gerecht zu werden und Ressourcen gezielt einzusetzen. Zudem wird die Vernetzung verschiedener Sektoren im Gesundheitssystem durch eine integrative Versorgungskomponente gestärkt und eine komplexe Versorgung angeregt.

Gesundheit ist ein Menschenrecht, unabhängig von Herkunft, politischer Meinung, Religion, ökonomischen oder sozialen Bedingungen. Psychische Gesundheit ist für soziale, kulturelle und berufliche Integration elementar und unterstützt Menschen dabei aktiv und resilient am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Gerade in einer Zeit sich zuspitzender Debatten und Herausforderungen zu Asyl- und Menschenrechten, sollte Gesundheit als grundlegendes Recht aller Menschen zentral mitgedacht werden.

Diese Doktorarbeit liefert erste Erkenntnisse zu einem innovativen Versorgungsmodell für Geflüchtete und bietet somit wertvolle Implikationen für zukünftige Forschungsansätze sowie die praktische Entwicklung weiterer Projekt- und Versorgungskonzepte mit dem Ziel, eines diskriminierungsfreieren Zugangs zum Menschenrecht auf Gesundheit.

6 Informationen zu Studien dieser Doktorarbeit

6.1 Studie I: „Konstanzer Modellprojekt für psychisch belastete Geflüchtete – Koordinierte psychotherapeutische Behandlung unter Einbezug von Gesundheitspat:innen (KOBEG)“

Angaben zur Publikation
Publiziert in „*Der Nervenarzt*“, angenommen 09. Juni 2023, publiziert 11. August 2023.
Link zum publizierten Artikel: https://doi.org/10.1007/s00115-023-01524-1

Autor:innen
Lea Bogatzki[1, 2*], Julia Miredin[1, 2], Sophie Millet[1], Leonie Lipinski[1], Madlen Molle[1], Brigitte Rockstroh[1, 2], Daniela Mier[1, 2], Michael Odenwald[1, 2]
[1] Universität Konstanz
[2] vivo international e.V.

Authors’ contributions
M.O., L.B., B.R., D.M. waren für die Planung der Studie verantwortlich. L.B., M.O., J.M., S.M., L.L. und M.M führten die Datenerhebung durch. L.B. erstellte die erste Fassung des Manuskripts, D.M., M.O. und B.R. kommentierten die Erstfassung und M.O. und L.B. erstellte die finale Manuskriptfassung. Alle Autor:innen haben der finalen Manuskriptfassung zugestimmt.

Danksagung
Wir bedanken uns bei allen Geflüchteten für ihr Vertrauen, bei allen Mitarbeitenden Sprachmittler:innen, Gesundheitspat:innen und Koperationspartner:innen für die gute Zusammenarbeit und die Ermöglichung des Projekts.

Einhaltung ethischer Richtlinien
Die Studie entsprach allen Anforderungen der Deklaration von Helsinki und wurde von der lokalen Ethikkommission der Universität Konstanz genehmigt. Vor der Erhebung der Daten wurde die schriftliche Einwilligung der Teilnehmenden eingeholt.

Förderung
Die Studie wurde durch die Universität Konstanz, den Verein vivo international e.V. finanziert sowie durch Spenden der Stadt Konstanz, Singen, Radolfzell und vom Landkreis Konanz finanziert.

Verfügbarkeit von Daten und Material
Die Daten können auf Anfrage bei der Korrespondenzautorin zur Verfügung gestellt werden.

Interessenskonflikt
Die Autoren erklären, dass sie keine konkurrierenden Interessen haben.

6.2 Studie II: "*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

Submitted in „*Frontiers in Public Health*“, 9th of November, 2024

Authors
Lea Bogatzki[1, 2*], Flurina Potter[1], Luisa Trauner[1], Daniela Mier[1, 2], Michael Odenwald[1, 2]
[1] Department of Psychology, University of Konstanz
[2] vivo international e.V. (https://www.vivo.org)

Authors' contributions
All authors designed the study. MO acquired the funding. LB, MO, DM, LT and FP developed the interviewer guide. LB collected and controlled the data. LB, FP and LT performed the qualitative analyses. LB drafted and revised the manuscript. MO, DM and FP reviewed the manuscript. All authors approved the final manuscript.

Acknowledgements
We would like to thank all Peer Support Workers for their intensive work over the last few years within the COPEER project and for their willingness and openness to participate in this study.

Ethics approval and consent to participate
This study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and the protocol was reviewed and approved by the Ethics Committee of the University of Konstanz (Confirmation N° 26/2019). All participating PSWs gave their informed consent.

Funding
This work was supported by the “Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF)” from the European Union and is part of the funded project COPEER. Further fundings for the project were received from the Konstanz, Singen, Radolfzell and the “Landkreis Konstanz” as well as from the NGO vivo international e.V.. Funding institutions had no influence on the content of the manuscript.

Availability of data and materials
The interviews used and analyzed in this study are available from the corresponding author on reasonable request.

Competing interests
The authors declare that they have no competing interests.

6.3 Studie III: Successful trauma-focused psychotherapy of a refugee under unsecure living conditions: a case report

Submitted in "*Journal of Medical Case Reports*", 26th of January, 2025

Authors
Lea Bogatzki[1, 2*] & Michael Odenwald[1, 2]
[1] Department of Psychology, University of Konstanz
[2] vivo international e.V. (https://www.vivo.org)

Authors' contributions
LB conducted the therapy under supervision of MO. LB collected and controlled the data. LB drafted and revised the manuscript. MO reviewed the manuscript. All authors approved the final manuscript.

Acknowledgements
We gratefully thank Ms Y. for her courage, perseverance and trust and wish her all the best for the future.

Ethics approval and consent to participate
This study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and the protocol was reviewed and approved by the Ethics Committee of the University of Konstanz (Confirmation N° 31/2024). Ms Y. gave her written consent for publication.

Funding
No funding. Regular psychotherapy via insurance.

Availability of data and materials
Data sharing is not applicable to this article as no datasets were generated or analyzed during the current study.

Competing interests
The authors declare that they have no competing interests.

7 Literaturverzeichnis

Abbott, A. (2016). The troubled minds of migrants. *Nature*, *538*(7624), 158-160. https://doi.org/10.1038/538158a

Adorjan, K., Kluge, U., Heinz, A., Odenwald, M., Dohrmann, K., Mokhtari-Nejad, R., Pogarell, O., Stamm, T., Hasan, A., & Falkai, P. (2017). Versorgungsmodelle für traumatisierte Flüchtlinge in Deutschland. *Der Nervenarzt*, *88*(9). https://doi.org/10.1007/s00115-017-0364-5

Alarcón, R. D. (2014). Cultural inroads in DSM-5. *World Psychiatry*, *13*(3), 310. https://doi.org/10.1002/wps.20132

Altmann, U., Wittmann, W. W., Steffanowski, A., von Heymann, F., Bruckmayer, E., Pfaffinger, I., Auch, E., Loew, T., Kramer, D., & Fembacher, A. (2014). Abbrüche antragspflichtiger ambulanter Psychotherapien: Häufigkeit, Risikofaktoren, Outcome. *Psychiatrische Praxis*, *41*(06), 305-312. https://doi.org/10.1055/s-0034-1370172

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition ed., Vol. 21).

Anvari, M. S., Hampton, T., Tong, M. P., Kahn, G., Triemstra, J. D., Magidson, J. F., & Felton, J. W. (2023). Behavioral Activation Disseminated by Non–Mental Health Professionals, Paraprofessionals, and Peers: A Systematic Review. *Behavior Therapy*, *54*(3), 524-538. https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.12.007

Apostolidou, Z., & Schweitzer, R. (2017). Practitioners' perspectives on the use of clinical supervision in their therapeutic engagement with asylum seekers and refugee clients. *British Journal of Guidance & Counselling*, *45*(1), 72-82. https://doi.org/10.1080/03069885.2015.1125852

Apuke, O. D. (2017). Quantitative research methods a synopsis approach. *Arabian Journal of Business and Management Review (Kuwait Chapter)*, *6*(11), 40-47.

Asylbewerberleistungsgesetz, (1993). Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). §§ 4 und 6, Retrieved 07.01.2025 from https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/ BJNR107 410993.html.

Awadalla, D. (2023). National Model Standards for Peer Support Certification. https://doi.org/10713/20772

Bachem, R., Mazza, A., Eberle, D. J., & Maercker, A. (2024). A new approach to cultural scripts of trauma sequelae assessment: The sample case of Switzerland. *PLoS ONE*, *19*(4), e0301645. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301645

BAfF e.V., (2019). *Lots*innen, Peers und Laienhelfer*innen: (Neue) Unterstützungskonzepte in der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten.* Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der

psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. Retrieved 16.12.2024 from https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2019/02/BAfF_Positionspapier_Laienhilfe_2019.pdf

BAfF e.V., (2023). *Gesundheitliche Folgen bei der Verdoppelung der Asylleistungsbeschränkungen von 18 auf 36 Monate*. BAfF e.V. Retrieved 23.10.2024 from https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2024/01/2024-Positionspapier-AsylbLG-Verlaengerung.pdf

BAfF e.V., (2024). *Flucht & Gewalt. Psychosozialer Versorgungsbericht Deutschland 2024*. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.). Retrieved 15.01.2025 from https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2024/06/BAfF_VB2024_web_01.pdf

Barbaresos, F., Georgiou, N., Vasilopoulos, F., & Papathanasiou, C. (2023). Peer support groups and peer mentoring in refugee adolescents and young adults: A literature review. *Global Journal of Community Psychology Practice*, *14*(2). https://journals.ku.edu/gjcpp/article/view/21037

Baron, J., & Flory, L., (2016). *Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland.* Retrieved 11.10.2024 from https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2016/05/Versorgungsbericht_2015.pdf

Başoğlu, M. n., Şalcioğlu, E., & Livanou, M. (2007). A randomized controlled study of single-session behavioural treatment of earthquake-related post-traumatic stress disorder using an earthquake simulator. *Psychological Medicine*, *37*(2), 203-213. https://doi.org/10.1017/S0033291706009123

Bauhoff, S., & Göpffarth, D. (2018). Asylum-seekers in Germany differ from regularly insured in their morbidity, utilizations and costs of care. *PLoS ONE*, *13*(5), e0197881. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197881

Becker, D., Lira, E., Castillo, M. I., Gómez, E., & Kovalskys, J. (1990). Therapy with victims of political repression in Chile: The challenge of social reparation. *Journal of Social Issues*, *46*(3), 133-149. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1990.tb01939.x

Berckhemer, A., Nugent, L., Mahlke, C., Bogatzki, L., Odenwald, M., Graef-Calliess, I. T., Führmann, F., Hund, S., Kordeuter, A. L., Nesterko, Y., Geiling, A., Glaesmer, H., Hoffmann, D., Doroftei, A., Uhlenbrock, J., Karacakurtoglu, F., Assion, H.-J., & Schäfer, I. (2025). Peer-Support für Menschen mit Fluchthintergrund: Entwicklung und Evaluation eines Trainingcurriculums für Peerbegleiter:innen für traumatisierte Geflüchtete. *Kerbe - Forum für soziale Psychiatrie*, *43. Jahrgang*, 41-43.

Bergmeyer, V. (2020). Medizinische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland. Gesundheit braucht Politik. *Zeitschrift für eine Soziale Medizin*, *1*, 4-7.

Betancourt, T. S., Newnham, E. A., Birman, D., Lee, R., Ellis, B. H., & Layne, C. M. (2017). Comparing trauma exposure, mental health needs, and service utilization across clinical samples of refugee, immigrant, and US-origin children. *Journal of Traumatic Stress*, *30*(3), 209-218. https://doi.org/10.1002/jts.22186

Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, *17*(9), e1003337. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337

Boettcher, V. S., Nowak, A. C., & Neuner, F. (2021). Mental health service utilization and perceived barriers to treatment among adult refugees in Germany. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), 1910407. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1910407

Bogatzki, L. (2021). Psychotherapeutische Regelversorgung für Geflüchtete. *Psychotherapie Aktuell*(4), 22-27.

Bogatzki, L., Miredin, J., Millet, S., Lipinski, L., Molle, M., Rockstroh, B., Mier, D., & Odenwald, M. (2023). Konstanzer Modellprojekt für psychisch belastete Geflüchtete. *Der Nervenarzt*, *94*(11), 1026-1033. https://doi.org/10.1007/s00115-023-01524-1

Bogatzki, L., & Odenwald, M. (2023). Integration von Geflüchteten ins psychotherapeutische Versorgungssystem: ein koordinierter Peer-Ansatz zur Überwindung von Zugangsbarrieren und Versorgungsdefiziten. *Sozialpsychiatrische Informationen*, *53*(4), 37-40.

Bogatzki, L., & Odenwald, M. (2024). Quantify the barriers: Wie gerecht ist der Zugang zu Psychotherapie? Evidenzen struktureller Diskriminierung von Geflüchteten im therapeutischen Versorgungssystem [Vortrag]. Deutscher Psychotherapie Kongress, Berlin.

Böge, K., Karnouk, C., Hahn, E., Schneider, F., Habel, U., Banaschewski, T., Meyer-Lindenberg, A., Salize, H. J., Kamp-Becker, I., & Padberg, F. (2020). Mental health in refugees and asylum seekers (MEHIRA): study design and methodology of a prospective multicentre randomized controlled trail investigating the effects of a stepped and collaborative care model. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *270*, 95-106. https://doi.org/10.1007/s00406-019-00991-5

Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, *15*(1). https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9

Bohus, M., & Missmahl, I. (2017). Zur Umsetzung alternativer Behandlungsmodelle für Flüchtlinge in der BRD. *Der Nervenarzt*, *88*(1), 34-39. https://doi.org/10.1007/s00115-016-0258-y

Bonanno, G. A., Chen, S., & Galatzer-Levy, I. R. (2023). Resilience to potential trauma and adversity through regulatory flexibility. *Nature Reviews Psychology*, *2*(11), 663-675. https://doi.org/10.1038/s44159-023-00233-5

Borho, A., Viazminsky, A., Morawa, E., Schmitt, G. M., Georgiadou, E., & Erim, Y. (2020). The prevalence and risk factors for mental distress among Syrian refugees in Germany: a register-based follow-up study. *BMC Psychiatry*, *20*(1). https://doi.org/10.1186/s12888-020-02746-2

Böttche, M., Stammel, N., & Knaevelsrud, C. (2016). Psychotherapeutische Versorgung traumatisierter geflüchteter Menschen in Deutschland. *Der Nervenarzt*, *87*(11), 1136-1143. https://doi.org/10.1007/s00115-016-0214-x

Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., Bakken, S., Kaplan, C. P., Squiers, L., & Fabrizio, C. (2009). How we design feasibility studies. *American journal of preventive medicine*, *36*(5), 452-457. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.002

Bozorgmehr, K., Schneider, C., & Joos, S. (2015). Equity in access to health care among asylum seekers in Germany: evidence from an exploratory population-based cross-sectional study. *BMC health services research*, *15*, 1-12. https://doi.org/10.1186/s12913-015-1156-x

Brady, F., Chisholm, A., Walsh, E., Ottisova, L., Bevilacqua, L., Mason, C., Von Werthern, M., Cannon, T., Curry, C., Komolafe, K., Robert, R. E., Robjant, K., & Katona, C. (2021). Narrative exposure therapy for survivors of human trafficking: Feasibility randomised controlled trial. *BJPsych Open*, *7*(6). https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1029

Bryant, R. A., Nickerson, A., Morina, N., & Liddell, B. (2023). Posttraumatic stress disorder in refugees. *Annual review of clinical psychology*, *19*(1), 413-436. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-080921-080359

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, (2022). *Erstverteilung der Asylsuchenden (EASY)*. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Retrieved 15.01.2025 from https://www.bamf.de/DE/Themen/AsylFluechtlingsschutz/AblaufAsylverfahrens/Erstverteilung/erstverteilung-node.html

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, (2025). *Schutzformen*. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Retrieved 14.01.2025 from https://www.bamf.de/DE/Themen/AsylFluechtlingsschutz/AblaufAsylverfahrens/Schutzformen/schutzformen-node.html

Bundesgesundheitsministerium, (2024). *Aufgaben und Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung*. Bundesgesundheitsministerium. Retrieved 18.01.2025 from https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv.html

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, (2025). *Flucht und Migration - Fachbegriffe.* Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Retrieved 20.01.2025 from https://www.bmz.de/de/themen/flucht/fachbegriffe#lexicon=21848

Bundespsychotherapeutenkammer, (2018). *Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen in Deutschland*. BP-Kammer. Retrieved 28.11.2024 from https://api.bptk.de/uploads/20180125_bptk_update_2018_psychische_erkrankungen_bei_fluechtlingen_in_deutschland_f0800b55fb.pdf

Bundessozialgericht, (2024). *Urteil vom 29.02.2024, B 8 AY 3/23 R*. Retrieved 23.10.2024 from https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2024/2024_02_29_B_08_AY_03_23_R.html

Bundeszentrale für politische Bildung, (2022). *Geflüchtete*. Retrieved 14.01.2025 from https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/lexikon-in-einfacher-sprache/249861/gefluechtete/

Byrow, Y., Pajak, R., Specker, P., & Nickerson, A. (2020). Perceptions of mental health and perceived barriers to mental health help-seeking amongst refugees: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *75*, 101812. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101812

Cabassa, L. J., Camacho, D., Vélez-Grau, C. M., & Stefancic, A. (2017). Peer-based health interventions for people with serious mental illness: A systematic literature review. *Journal of Psychiatric Research*, *84*, 80-89. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.09.021

Caspar, F., Grossmann, C., Unmüssig, C., & Schramm, E. (2005). Complementary therapeutic relationship: Therapist behavior, interpersonal patterns, and therapeutic effects. *Psychotherapy Research*, *15*(1-2), 91-102. https://doi.org/10.1080/10503300512331327074

Centra, (2025). *Koordinierendes Zentrum für traumatisierte Geflüchtete Hambur*. Retrieved 31.01.2025 from https://centra.hamburg

Chinman, M., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Swift, A., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer support services for individuals with serious mental illnesses: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, *65*(4), 429-441. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300244

Chiumento, A., Billows, L., Mackinnon, A., McCluskey, R., White, R. G., Khan, N., Rahman, A., Smith, G., & Dowrick, C. (2021). Task-Sharing Psychosocial Support with Refugees and Asylum Seekers: Reflections and Recommendations for Practice from the PROSPER Study. *Intervention Journal of Mental Health and Psychosocial Support in Conflict Affected Areas*, *19*(1). https://doi.org/10.4103/INTV.INTV_17_20

Cinkaya, F., Schindler, A., & Hiller, W. (2012). Wenn Therapien vorzeitig scheitern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000121

Cloitre, M. (2016). Commentary on De Jongh et al. (2016) Critique of ISTSS complex PTSD guidelines: Finding the way forward. *Depression and Anxiety*, *33*(5), 355-356. https://doi.org/10.1002/da.22493

Cloitre, M., Courtois, C., Ford, J., Green, B., Alexander, P., Briere, J., & Van der Hart, O. (2012). The ISTSS expert consensus treatment guidelines for complex PTSD in adults. In.

Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, *24*(6), 615-627. https://doi.org/10.1002/jts.20697

Davidson, C. (2009). Transcription: Imperatives for Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, *8*(2), 35-52. https://doi.org/10.1177/160940690900800206

Davoren, N., McEleney, A., Corcoran, S., & Fortune, D. G. (2024). “Business as usual won’t work…”: Therapists’ experiences and preparedness for providing refugees with trauma-related interventions. *Psychotherapy Research*, 1-15. https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2406544

Dawson, K. S., Bryant, R. A., Harper, M., Tay, A. K., Rahman, A., Schafer, A., & Van Ommeren, M. (2015). Problem Management Plus (PM+): a WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. *World Psychiatry*, *14*(3), 354. https://doi.org/10.1002/wps.20255

De Jongh, A., Bicanic, I., Matthijssen, S., Amann, B. L., Hofmann, A., Farrell, D., Lee, C. W., & Maxfield, L. (2019). The current status of EMDR therapy involving the treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of EMDR Practice and Research*, *13*(4), 284-290. https://doi.org/10.1891/1933-3196.13.4.284

De Jongh, A., Resick, P. A., Zoellner, L. A., Van Minnen, A., Lee, C. W., Monson, C. M., Foa, E. B., Wheeler, K., Broeke, E. T., Feeny, N., Rauch, S. A. M., Chard, K. M., Mueser, K. T., Sloan, D. M., Van Der Gaag, M., Rothbaum, B. O., Neuner, F., De Roos, C., Hehenkamp, L. M. J.,…Bicanic, I. A. E. (2016). Critical analysis of the current treatment

guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety*, *33*(5), 359-369. https://doi.org/10.1002/da.22469

Deppermann, A. (2013). Interviews as Text vs. Interviews as Social Interaction. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, *14*(3). https://doi.org/10.17169/fqs-14.3.2064

Der Spiegel, (2015). *Heißt es Flüchtlinge oder Geflüchtete?* Der Spiegel. Retrieved 14.01.2025 from https://www.spiegel.de/panorama/heisst-es-fluechtlinge-oder-gefluechtete-a-00000000-0003-0001-0000-000000061860

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, (2020). *Offizielle Definition der DGCC*. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management. Retrieved 08.01.2025 from https://www.dgcc.de/case-management/

Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, (2018). *Orientierungsrahmen für psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung (MHPSS) in der Entwicklungsarbeit*. Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH. Retrieved 16.01.2025 from https://www.bmz.de/resource/blob/91710/bmz-2018-orientierungsrahmen-mhpss.pdf

Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie und Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, P. u. N. (2019). *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS): Diagnostik und Behandlung* [Guideline]. Retrieved 13.08.2024 from https://register.awmf.org/assets/guidelines/155-001l_S3_Posttraumatische_ Belastungsstoerung_2020-02_1.pdf

Duden, (2025). *Wörterbuch*. Retrieved 30.01.2025 from https://www.duden.de/rechtschreibung/Machbarkeit

Due, C., Gartley, T., & Ziersch, A. (2024). A systematic review of psychological group interventions for adult refugees in resettlement countries: development of a stepped care approach to mental health treatment. *Australian Psychologist*, *59*(3), 167-184. https://doi.org/10.1080/00050067.2024.2343745

Dumke, L. (2024). *Mental health care for refugees in Germany: Needs and barriers* [Doktorarbeit, Universität Bielefeld]. Universität Bielefeld.

Dumke, L., & Neuner, F. (2023). Othering refugees: Psychotherapists' attitudes toward patients with and without a refugee background. *Psychotherapy Research*, *33*(5), 654-668. https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2150097

Dumke, L., Schmidt, T., Wittmann, J., Neldner, S., Weitkämper, A., Catani, C., Neuner, F., & Wilker, S. (2024a). Low access and inadequate treatment in mental health care for asylum seekers and refugees in Germany—A prospective follow-up study over 12

months and a nationwide cross-sectional study. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. https://doi.org/10.1111/aphw.12523

Dumke, L., Wilker, S., Hecker, T., & Neuner, F. (2024b). Barriers to accessing mental health care for refugees and asylum seekers in high-income countries: A scoping review of reviews mapping demand and supply-side factors onto a conceptual framework. *Clinical Psychology Review*, 102491. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102491

Dumke, L., Wilker, S., Ibrahim, H., Hohaus, C., & Neuner, F. (2023a). Trauma, genes, or spirits? Development of a scale to provide a more nuanced understanding of refugees' causal attributions for mental health problems. *SSM-Mental Health*, *4*, 100276. https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2023.100276

Dumke, L., Wilker, S., Kotterba, A., & Neuner, F. (2023b). The role of psychotherapists' perceived barriers in providing psychotherapy to refugee patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *30*(5), 1071-1082. https://doi.org/10.1002/cpp.2859

Ehlers, A. (1999). *A cognitive approach to the understanding and treatment of posttraumatic stress disorder*. Elsevier Science.

Ehring, T., Knaevelsrud, C., Krüger, A., & Schäfer, I. (2014). Life Events Checklist für DSM-5 (LEC-5): Deutsche Version. *German version. Events Checklist for DSM-5 (Hamburg: LEC-5)*.

Elbert, T., Wilker, S., Schauer, M., & Neuner, F. (2017). Dissemination psychotherapeutischer Module für traumatisierte Geflüchtete. *Der Nervenarzt*, *88*(1), 26-33. https://doi.org/10.1007/s00115-016-0245-3

Eldridge, S. M., Lancaster, G. A., Campbell, M. J., Thabane, L., Hopewell, S., Coleman, C. L., & Bond, C. M. (2016). Defining feasibility and pilot studies in preparation for randomised controlled trials: development of a conceptual framework. *PLoS ONE*, *11*(3), e0150205. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150205

Europäische Union, (2000). *Charta der Grundrechte der Europäischen Union*. Retrieved 25.01.2025 from https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_de.pdf

Europäische Union, (2013). *Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen*. European Union (EU). Retrieved 24.01.2025 from https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX%3A32013L0033

Europarat, (1953). *Europäische Menschenrechtskonvention*. Europarat. Retrieved 23.01.2025 from https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_DEU

Europarat, (1961). *Europäische Sozialcharta (ESC)*. Europarat. Retrieved 24.01.2025 from https://rm.coe.int/168006b748

EX-IN Deutschland e.V., (2025a). *Ex-in Ausbildungsstandards*. Retrieved 11.01.2025 from https://exinakademie.de

EX-IN Deutschland e.V., (2025b). *Ex-In Genesungsbegleitung Inhalte*. Retrieved 11.01.2025 from https://ex-in.de/ex-in-kurse/ex-in-genesungsbegleitung/inhalte-gb/

EX-IN Deutschland e.V., (2025c). *Genesungsbegleiter werden*. EX-IN. Retrieved 11.01.2025 from https://exinakademie.de/ausbildung-zum-genesungsbegleiter/

EX-IN Deutschland e.V., (2025d). *Was ist EX-IN*. EX-IN. Retrieved 11.01.2025 from https://exinakademie.de/ueber-ex-in-frankfurt-genesungsbegleitung/

Fadhlia, T. N., Doosje, B., & Sauter, D. A. (2024). The Socio-Ecological Factors Associated with Mental Health Problems and Resilience in Refugees: A Systematic Scoping Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15248380241284594. https://doi.org/10.1177/15248380241284594

Fernandes, P., Buus, N., & Rhodes, P. (2024). Vicarious impacts of working with refugees and asylum seekers: An integrative review. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, *22*(3), 482-502. https://doi.org/10.1080/15562948.2022.2049949

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(11), 1433-1441. https://doi.org/10.1002/jclp.10090

Firth, A., Haith-Cooper, M., Dickerson, J., & Hart, A. (2022). Perinatal depression: Factors affecting help-seeking behaviours in asylum seeking and refugee women. A systematic review. *Journal of Migration and Health*, *6*, 100128. https://doi.org/10.1016/j.jmh.2022.100128

Flick, U. (2020). Gütekriterien qualitativer Forschung. In *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie: Band 2: Designs und Verfahren* (pp. 247-263).

Flüchtlingsrat Baden-Württemberge e.V., (2020). *Grundlagen - Unterbringung und Wohnen*. Flüchtlingsrat Baden-Württemberge e.V. https://fluechtlingsrat-bw.de/grundlagen/unterbringung-und-wohnen/#2

Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2014). *Handbuch der prolongierten Exposition: Basiskonzepte und Anwendung: eine Anleitung für Therapeuten*. GP Probst Verlag.

Fonagy, P., & Luyten, P. (2019). Fidelity vs. flexibility in the implementation of psychotherapies: time to move on. *World Psychiatry*, *18*(3), 270. https://doi.org/10.1002/wps.20657

Franke, G. H., & Derogatis, L. R. (2000). *BSI: Brief Sympton Inventory von LR Derogatis (Kurzform der SCL-90-R); deutsche Version*. Beltz Test.

Fries, S., (2022). *Sagen & Meinen - Gute Gründe für und gegen den Begriff "Flüchtling"*. Deutschlandfunk. Retrieved 10.01.2025 from https://www.deutschlandfunk.de/sagen-und-meinen-fluechtling-100.html

Führer, A., & Brzoska, P. (2022). Die Relevanz des Dolmetschens im Gesundheitssystem. *Das Gesundheitswesen*, *84*(05), 474-478. https://doi.org/10.1055/a-1276-0897

Führer, A., Niedermaier, A., Kalfa, V., Mikolajczyk, R., & Wienke, A. (2020). Serious shortcomings in assessment and treatment of asylum seekers' mental health needs. *PLoS ONE*, *15*(10), e0239211. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239211

Gagnier, J. J., Kienle, G., Altman, D. G., Moher, D., Sox, H., & Riley, D. (2013). The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *Global advances in health and medicine*, *2*(5), 38-43. https://doi.org/10.7453/gahmj.2013.008

Gartley, T., & Due, C. (2017). The Interpreter Is Not an Invisible Being: A Thematic Analysis of the Impact of Interpreters in Mental Health Service Provision with Refugee Clients. *Australian Psychologist*, *52*(1), 31-40. https://doi.org/10.1111/ap.12181

Gemeinsamer Bundesausschuss, (2025). *Komplexversorgung: Koordinierte Versorgung für schwer psychisch Erkrankte*. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Retrieved 07.01.2025 from https://www.g-ba.de/themen/psychotherapie/komplexversorgung-koordinierte-versorgung-schwer-psychisch-erkrankter/

George, L. S., Park, C. L., & Chaudoir, S. R. (2016). Examining the relationship between trauma centrality and posttraumatic stress disorder symptoms: A moderated mediation approach. *Traumatology*, *22*(2), 85-93. https://doi.org/10.1037/trm0000063

Georgiadou, E., Zbidat, A., Schmitt, G. M., & Erim, Y. (2018). Prevalence of mental distress among Syrian refugees with residence permission in Germany: a registry-based study. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 393. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00393

Giacco, D., Matanov, A., & Priebe, S. (2013). Symptoms and subjective quality of life in post-traumatic stress disorder: A longitudinal study. *PLoS ONE*, *8*(4), e60991. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0060991

Gillard, S., Foster, R., Gibson, S., Goldsmith, L., Marks, J., & White, S. (2017). Describing a principles-based approach to developing and evaluating peer worker roles as peer support moves into mainstream mental health services. *Mental Health and Social Inclusion*, *21*(3), 133-143. https://doi.org/10.1108/mhsi-03-2017-0016

Glaesmer, H., Brähler, E., & von Lersner, U. (2012). Kultursensible Diagnostik in Forschung und Praxis. *Psychotherapeut*, *57*(1), 22-28. https://doi.org/10.1007/s00278-011-0877-5

Goetz, K., Kleine-Budde, K., Bramesfeld, A., & Stegbauer, C. (2018). Working atmosphere, job satisfaction and individual characteristics of community mental health professionals

in integrated care. *Health & Social Care in the Community*, *26*(2), 176-181. https://doi.org/10.1111/hsc.12499

Gopalan, G., Lee, S. J., Harris, R., Acri, M. C., & Munson, M. R. (2017). Utilization of peers in services for youth with emotional and behavioral challenges: A scoping review. *Journal of adolescence*, *55*, 88-115. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.12.011

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Hogrefe, Verl. für Psychologie.

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, (1949). *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG)*. Parlamentarischer Rat. Retrieved 14.01.2025 from https://www.gesetze-im-internet.de/gg/index.html

Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, *18*(1), 59-82. https://doi.org/10.1177/1525822x05279903

Gühne, U., Weinmann, S., Riedel-Heller, S. G., & Becker, T. (2019). *S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer-Verlag. Retrieved 17.01.2025 from https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-020l_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf

Haase, E., Schönfelder, A., Nesterko, Y., & Glaesmer, H. (2022). Prevalence of suicidal ideation and suicide attempts among refugees: a meta-analysis. *BMC public health*, *22*(1), 635. https://doi.org/10.1186/s12889-022-13029-8

Hardick, S., (2016). *Darf man das so sagen?* Brandenburgische Landeszentrale für politische Bildung. Retrieved 12.01.2025 from https://www.politische-bildung-brandenburg.de/themen/zuwanderung/darf-man-das-so-sagen

Hardt, J., Egle, U. T., Kappis, B., Hessel, A., & Brähler, E. (2004). Die Symptom-Checkliste SCL-27. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, *54*(05), 214-223.

Hausmann, U. (2019). Ambulante psychotherapeutische Behandlung von Geflüchteten in Baden-Württemberg. Ergebnisse einer Umfrage bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen. *refugio Stuttgart e.V.*

Hecker, T., & Neuner, F. (2019). Mental health enables integration: Re-thinking treatment approaches for refugees. *Refugee Migration and Health: Challenges for Germany and Europe*, 63-72. https://doi.org/10.1007/978-3-030-03155-8_5

Helfferich, C. (2011). *Die Qualitat qualitativer Daten: Manual fur die Durchführung qualitativer Interviews* (4th Aufl 2011st ed.). VS Verlag fur Sozialwissenschaften.

Hermann, R. C., Erickson, P., Joseph, R., & Bor, D. H. (2001). Improving the detection of mental disorders by primary care clinicians. In B. Dickey & L. I. Sederer (Eds.),

Improving mental health care: Commitment to quality. (pp. 285-295). American Psychiatric Publishing, Inc.

Herzog, P., Kaiser, T., & Jongh, A. (2023). Wie Mythen der traumafokussierten Psychotherapie eine adäquate Versorgung erschweren - Ein Plädoyer zur Implementierung evidenzbasierter Verfahren in Deutschland. *Psychotherapeutenjournal*, *1*, 30-36.

Hinton, D. E., & Lewis-Fernández, R. (2011). The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: Implications for DSM-5. *Depression and Anxiety*, *28*(9), 783-801. https://doi.org/10.1002/da.20753

Hoell, A., Kourmpeli, E., Salize, H. J., Heinz, A., Padberg, F., Habel, U., Kamp-Becker, I., Höhne, E., Böge, K., & Bajbouj, M. (2021). Prevalence of depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder among newly arrived refugees and asylum seekers in Germany: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*, *7*(3), e93. https://doi.org/10.1192/bjo.2021.54

Hynie, M. (2018). The social determinants of refugee mental health in the post-migration context: A critical review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *63*(5), 297-303. https://doi.org/10.1177/0706743717746666

Inter-Agency Standing Committee, (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. IASC. Retrieved 17.12.2024 from https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-force-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, *59*(1), 12-19. https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12

Jallow, M., Haith-Cooper, M., Hargan, J., & Balaam, M.-C. (2022). A systematic review to identify key elements of effective public health interventions that address barriers to health services for refugees. *Journal of Public Health*, *30*(11), 2561-2573. https://doi.org/10.1007/s10389-021-01519-9

Jumaa, J. A., Kluge, U., Weigold, S., Heinz, E., & Mehran, N. (2020). Peer-to-Peer-Selbsthilfe-Interventionen für Geflüchtete – eine Pilotstudie [Peer-to-Peer Self-help Interventions for Refugees: A Pilot Study]. *Fortschr Neurol Psychiatr*, *88*(02), 89-94. https://doi.org/10.1055/a-1011-4232

Kaltenbach, E., Schauer, M., Hermenau, K., Elbert, T., & Schalinski, I. (2018). Course of mental health in refugees - a one year panel survey. *Frontiers in Psychiatry*, *9*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00352

Karageorge, A., Rhodes, P., Gray, R., & Papadopoulos, R. (2017). Refugee and staff experiences of psychotherapeutic services: A qualitative systematic review. *Intervention*, *15*(1), 51-69. https://doi.org/10.1097/WTF.0000000000000137

Karato, Y., & Mohammed, L., (2021). *Datenlage zur psychosozialen Versorgung von Überlebenden von Krieg, Folter und Flucht in Deutschland*. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e. V. Retrieved 23.11.2024 from https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2022/01/Datenbericht-Versorgung-BAfF-2019.pdf

Kartal, D., Alkemade, N., Eisenbruch, M., & Kissane, D. (2018). Traumatic exposure, acculturative stress and cultural orientation: the influence on PTSD, depressive and anxiety symptoms among refugees. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *53*, 931-941. https://doi.org/10.1007/s00127-018-1532-z

Kassenärztliche Bundesvereinigung, (2023). *Gutachtenstatistik 2022*. Retrieved 20.01.2025 from https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/media/sp/2023_06_13_Gutachtenstatistik_2022_final.pdf

Kassenärztliche Vereiningung Baden-Würrtemberg, (2025). *Qualitätszirkel (QZ)*. Retrieved 31.01.2025 from https://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/qualitaetszirkel#:~:text=Eine%20ausgesprochen%20erfolgreiche%20Qualit

Katrinli, S., Stevens, J., Wani, A. H., Lori, A., Kilaru, V., Van Rooij, S. J. H., Hinrichs, R., Powers, A., Gillespie, C. F., Michopoulos, V., Gautam, A., Jett, M., Hammamieh, R., Yang, R., Wildman, D., Qu, A., Koenen, K., Aiello, A. E., Jovanovic, T.,…Smith, A. K. (2020). Evaluating the impact of trauma and PTSD on epigenetic prediction of lifespan and neural integrity. *Neuropsychopharmacology*, *45*(10), 1609-1616. https://doi.org/10.1038/s41386-020-0700-5

Kavukcu, N., & Altıntaş, K. H. (2019). The challenges of the health care providers in refugee settings: a systematic review. *Prehospital and disaster medicine*, *34*(2), 188-196. https://doi.org/10.1017/S1049023X19000190

Kiesler, D. J., & Watkins, L. M. (1989). Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: A study of relationship in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *26*(2), 183. https://doi.org/10.1037/h0085418

Kip, A., Priebe, S., Holling, H., & Morina, N. (2020). Psychological interventions for posttraumatic stress disorder and depression in refugees: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *27*(4), 489-503. https://doi.org/10.1002/cpp.2446

Kiselev, N., Morina, N., Schick, M., Watzke, B., Schnyder, U., & Pfaltz, M. C. (2020). Barriers to access to outpatient mental health care for refugees and asylum seekers in

Switzerland: the therapist's view. *BMC Psychiatry*, *20*, 1-14. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02783-x

Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K., Bromet, E., Stein, D., Karam, E. G., Ruscio, A. M., Benjet, C., & Scott, K. (2017). Posttraumatic stress disorder in the world mental health surveys. *Psychological Medicine*, *47*(13), 2260-2274. https://doi.org/10.1017/S0033291717000708

Kolassa, I.-T., Ertl, V., Eckart, C., Glöckner, F., Kolassa, S., Papassotiropoulos, A., Dominique, J.-F., & Elbert, T. (2010). Association study of trauma load and SLC6A4 promoter polymorphism in posttraumatic stress disorder: evidence from survivors of the Rwandan genocide. *The Journal of clinical psychiatry*, *71*(5), 1557. https://doi.org/10.4088/JCP.08m04787blu

Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S., & Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of general psychiatry*, *54*(4), 337-343. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830160065009

Krüger-Gottschalk, A., Knaevelsrud, C., Rau, H., Dyer, A., Schäfer, I., Schellong, J., & Ehring, T. (2017). The German version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Psychometric properties and diagnostic utility. *BMC Psychiatry*, *17*(1). https://doi.org/10.1186/s12888-017-1541-6

Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., Van der Tweel, I., & De Jong, J. T. (2005). Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease*, *193*(12), 825-832. https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000188977.44657.1d

Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *38*(4), 357. https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357

Landkreis Konstanz. (2024). *Daten zur Unterbringung von Asylsuchenden im Landkreis Konstanz [Angefragter Bericht 15.10.2024]*. Landkreis Konstanz.

Landkreis Konstanz, (2025). *Unterbringung*. Landkreis Konstanz. Retrieved 15.01.2025 from https://www.lrakn.de/,Lde_DE/2030388_2033620_2266418_2048525.html

Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., Azzedine, F., Riza, E., Karnaki, P., & Zota, D. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC public health*, *20*, 1-22. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8

Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations.

International journal for equity in health, *12*, 1-9. https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18

Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, *11*(1), 1729633. https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633

Li, S. S., Liddell, B. J., & Nickerson, A. (2016). The relationship between post-migration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers. *Current psychiatry reports*, *18*, 1-9. https://doi.org/10.1007/s11920-016-0723-0

Liedl, A., Böttche, M., Abdallah-Steinkopff, B., & Knaevelsrud, C. (2016). *Psychotherapie mit Flüchtlingen - neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse: Das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte*. Schattauer Verlag.

Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg, (2022). *Neuaufstellung der Flüchtlingssozialarbeit in Baden-Württemberg - Bestandsaufnahme und Empfehlung der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg*. Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg. Retrieved 25.01.2025 from https://www.ekiba.de/media/download/variant/332979/liga-freie-wohlfahrtspflege-neuaufstellung-fluechtlingssozialarbeit_1.pdf

Lindauer, M., Linden, M., & Muschalla, B. (2022). Verständnis ambulanter Verhaltenstherapeuten von Belastungsreaktionen und PTBS. *Verhaltenstherapie*, *32*(4), 186-195. https://doi.org/10.1159/000526482

Lisa Jöris, (2015). *Wider den Begriff "Flüchtling"*. Heinrich-Böll-Stiftung - Sachsen-Anhalt. Retrieved 14.01.2025 from https://www.boell-sachsen-anhalt.de/de/2020/10/18/wider-den-begriff-fluechtling

Magwood, O., Kassam, A., Mavedatnia, D., Mendonca, O., Saad, A., Hasan, H., Madana, M., Ranger, D., Tan, Y., & Pottie, K. (2022). Mental health screening approaches for resettling refugees and asylum seekers: a scoping review. *International journal of environmental research and public health*, *19*(6), 3549. https://doi.org/10.3390/ijerph19063549

Mahlke, C., Schulz, G., Sielaff, G., Nixdorf, R., & Bock, T. (2019). Einsatzmöglichkeiten von Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *62*(2), 214-221. https://doi.org/10.1007/s00103-018-2875-z

Marley, C., & Mauki, B. (2019). Resilience and protective factors among refugee children post-migration to high-income countries: a systematic review. *European Journal of Public Health*, *29*(4), 706-713. https://doi.org/10.1093/eurpub/cky232

Mattelin, E., Paidar, K., Söderlind, N., Fröberg, F., & Korhonen, L. (2024). A systematic review of studies on resilience and risk and protective factors for health among refugee children in Nordic countries. *European child & adolescent psychiatry*, *33*(3), 667-700. https://doi.org/10.1007/s00787-022-01975-y

Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse : Grundlagen und Techniken* (11., aktualisierte und überarb. Aufl. ed.). Beltz.

Mayring, P. (2021). *Qualitative content analysis: A step-by-step guide*.

Mayring, P. & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In (pp. 633-648). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42

McLean, C. P., Levy, H. C., Miller, M. L., & Tolin, D. F. (2022). Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *91*, 102115. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102115

Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatric rehabilitation journal*, *25*(2), 134. https://doi.org/10.1037/h0095032

Mesa-Vieira, C., Haas, A. D., Buitrago-Garcia, D., Roa-Diaz, Z. M., Minder, B., Gamba, M., Salvador, D., Gomez, D., Lewis, M., & Gonzalez-Jaramillo, W. C. (2022). Mental health of migrants with pre-migration exposure to armed conflict: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, *7*(5), e469-e481. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00061-5

Mewes, R., Kowarsch, L., Reinacher, H., & Nater, U. M. (2016). Barrieren und Chancen zur psychotherapeutischen Versorgung von Asylsuchenden–Eine Befragung niedergelassener Psychotherapeuten in Mittel-und Nordhessen. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, *66*(09/10), 361-368. https://doi.org/10.1055/s-0042-111314

Miller, K. E., Martell, Z. L., Pazdirek, L., Caruth, M., & Lopez, D. (2005). The Role of Interpreters in Psychotherapy With Refugees: An Exploratory Study. *American Journal of Orthopsychiatry*, *75*(1), 27-39. https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.1.27

Mirbahaeddin, E., & Chreim, S. (2022). A Narrative Review of Factors Influencing Peer Support Role Implementation in Mental Health Systems: Implications for Research, Policy and Practice. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *49*(4), 596-612. https://doi.org/10.1007/s10488-021-01186-8

Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. M. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: A simple measure of impairment in functioning. *British Journal of Psychiatry*, *180*(5), 461-464. https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461

Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K., & Carney Doebbeling, C. (2009). Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of health psychology*, *14*(2), 267-277. https://doi.org/10.1177/1359105308100211

National Collaborating Centre for Mental Health, (2005). *Post-traumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Gaskell and the British Psychological Society. Retrieved 14.12.2024 from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21834189/

National Health Service England, (2023). *Supported self-management: peer support guide*. NHS. Retrieved 04.12.2024 from https://www.england.nhs.uk/long-read/peer-support/

Nationale Akademie der Wissenschaften, L. (2018). Traumatisierte Flüchtlinge – schnelle Hilfe ist jetzt nötig. In. Halle (Saale).

Nesterko, Y., Jäckle, D., Friedrich, M., Holzapfel, L., & Glaesmer, H. (2020). Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: an epidemiological study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *29*, 1-11. https://doi.org/10.1017/s2045796019000325

Netzwerk IQ, (2018). *Geflüchtete*r*. Netzwerk IQ. Retrieved 14.01.2025 from https://www.netzwerk-iq.de/angebote/arbeitsmarktlexikon/single-ansicht/gefluechtete-gefluechteter

Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie–Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie*, *18*(2), 109-118. https://doi.org/10.1159/000134006

Neuner, F., Schauer, M., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert, C., & Elbert, T. (2004). Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees. *BMC Psychiatry*, *4*, 1-7. https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-34

Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D., & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical Psychology Review*, *31*(3), 399-417. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.10.004

Nickerson, A., Bryant, R. A., Steel, Z., Silove, D., & Brooks, R. (2010). The impact of fear for family on mental health in a resettled Iraqi refugee community. *Journal of Psychiatric Research*, *44*(4), 229-235. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.08.006

Nickerson, A., Mai, V., Keegan, D., Willoughby, C., Humphreys, K., Im, J. J., Sundram, S., Procter, N., Seidler, Z. E., & Scharpf, F. (2024). A systematic review of protective and promotive factors in refugee mental health. *Nature Mental Health*, 1-14. https://doi.org/10.1038/s44220-024-00336-9

Nickerson, A., Schick, M., Schnyder, U., Bryant, R. A., & Morina, N. (2017). Comorbidity of posttraumatic stress disorder and depression in tortured, treatment-seeking refugees. *Journal of Traumatic Stress*, *30*(4), 409-415. https://doi.org/10.1002/jts.22205

Nikendei, C., Kindermann, D., Brandenburg-Ceynowa, H., Derreza-Greeven, C., Zeyher, V., Junne, F., Friederich, H.-C., & Bozorgmehr, K. (2019). Asylum seekers' mental health and treatment utilization in a three months follow-up study after transfer from a state registration-and reception-center in Germany. *Health Policy*, *123*(9), 864-872. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.07.008

Nohr, L., Dumke, L., Klein, E. M., & Wilker, S. (2024). Die aktuelle ambulante psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrations-und Fluchterfahrung in Deutschland–Eine Übersicht. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, *74*(06), 205-213. https://doi.org/10.1055/a-2304-8902

Northwood, A. K., Vukovich, M. M., Beckman, A., Walter, J. P., Josiah, N., Hudak, L., O'Donnell Burrows, K., Letts, J. P., & Danner, C. C. (2020). Intensive psychotherapy and case management for Karen refugees with major depression in primary care: a pragmatic randomized control trial. *BMC Family Practice*, *21*, 1-13. https://doi.org/10.1186/s12875-020-1090-9

Nübling, R., Bär, T., Jeschke, K., Ochs, M., Sarubin, N., & Schmidt, J., (2014). *Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland*. Retrieved 15.12.024 from https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/fachportal/fachartikel/nubling-etal-2014-pt-versorgung-ptj2014.pdf

Onyut, L. P., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M., & Elbert, T. (2005). Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: Two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC Psychiatry*, *5*, 1-9. https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-7

Oordt, M. S., Jobes, D. A., Fonseca, V. P., & Schmidt, S. M. (2009). Training mental health professionals to assess and manage suicidal behavior: can provider confidence and practice behaviors be altered? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *39*(1), 21-32. https://doi.org/10.30564/jmser.v5i1.4538

Osório, F. L., Loureiro, S. R., Hallak, J. E. C., Machado-de-Sousa, J. P., Ushirohira, J. M., Baes, C. V., Apolinario, T. D., Donadon, M. F., Bolsoni, L. M., & Guimarães, T. (2019). Clinical validity and intrarater and test–retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5–Clinician Version (SCID-5-CV). *Psychiatry and clinical neurosciences*, *73*(12), 754-760. https://doi.org/10.1111/pcn.12931

Otte, I., Werning, A., Nossek, A., Vollmann, J., Juckel, G., & Gather, J. (2020). Challenges faced by peer support workers during the integration into hospital-based mental health-

care teams: Results from a qualitative interview study. *International Journal of Social Psychiatry*, *66*(3), 263-269. https://doi.org/10.1177/0020764020904764

Patanè, M., Ghane, S., Karyotaki, E., Cuijpers, P., Schoonmade, L., Tarsitani, L., & Sijbrandij, M. (2022). Prevalence of mental disorders in refugees and asylum seekers: a systematic review and meta-analysis. *Global Mental Health*, *9*, 250-263. https://doi.org/10.1017/gmh.2022.29

Peconga, E. k., & Høgh Thøgersen, M. (2020). Post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety in adult Syrian refugees: What do we know? *Scandinavian Journal of Public Health*, *48*(7), 677-687. https://doi.org/10.1177/1403494819882137

Penney, D. (2018). *Defining "peer support": Implications for policy, practice, and research*. i. Advocates for human potential. Retrieved 22.11.2025 from https://mamh-web.files.svdcdn.com/production/files/DPenney_Defining_peer_support_2018_Final.pdf

Peñuela-O'Brien, E., Wan, M. W., Edge, D., & Berry, K. (2023). Health professionals' experiences of and attitudes towards mental healthcare for migrants and refugees in Europe: A qualitative systematic review. *Transcultural Psychiatry*, *60*(1), 176-198. https://doi.org/10.1177/13634615211067360

Pittig, A., Kotter, R., & Hoyer, J. (2019). The struggle of behavioral therapists with exposure: Self-reported practicability, negative beliefs, and therapist distress about exposure-based interventions. *Behavior Therapy*, *50*(2), 353-366. https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.07.003

Poremski, D., Kuek, J. H. L., Yuan, Q., Li, Z., Yow, K. L., Eu, P. W., & Chua, H. C. (2022). The impact of peer support work on the mental health of peer support specialists. *International Journal of Mental Health Systems*, *16*(1). https://doi.org/10.1186/s13033-022-00561-8

Potter, F., Zehb, M., Dohrmann, K., Müller-Bamouh, V., Rockstroh, B., & Crombach, A. (2023). "It is worth hanging in there"–Psychotherapeutic experiences shaping future motivation for outpatient psychotherapy with refugee clients in Germany. *BMC Psychiatry*, *23*(1), 503. https://doi.org/10.1186/s12888-023-05004-3

Priebe, S., Giacco, D., & El-Nagib, R. (2016). *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region*. World Health Organization. Regional Office for Europe.

Prinz, U., Nutzinger, D. O., Schulz, H., Petermann, F., Braukhaus, C., & Andreas, S. (2013). Comparative psychometric analyses of the SCL-90-R and its short versions in patients

with affective disorders. *BMC Psychiatry*, *13*(1), 104. https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-104

Pro Asyl, (2016). *Sagt man jetzt Flüchtlinge oder Geflüchtete?* PRO ASYL. Retrieved 14.01.2025 from https://www.proasyl.de/hintergrund/sagt-man-jetzt-fluechtlinge-oder-gefluechtete/

Psychotherapeutengesetz, (1999). *Psychotherapeutengesetz (PsychThG)*. Retrieved 27.01.2025 from https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg_2020/

Reddemann, L., & Piedfort-Marin, O. (2017). Stabilization in the treatment of complex post-traumatic stress disorders: Concepts and principles. *European Journal of Trauma & Dissociation*, *1*(1), 11-17. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2017.01.009

Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2016). *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. Guilford Publications.

Rison, R. A. (2013). A guide to writing case reports for the Journal of Medical Case Reports and BioMed Central Research Notes. In (Vol. 7, pp. 1-9): Springer.

Salam, Z., Odenigbo, O., Newbold, B., Wahoush, O., & Schwartz, L. (2022). Systemic and individual factors that shape mental health service usage among visible minority immigrants and refugees in Canada: A scoping review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *49*(4), 552-574. https://doi.org/10.1007/s10488-021-01183-x

Saleh, E. A., Klapprott, F., Heinz, A., & Kluge, U. (2023). Challenges in substance use treatment as perceived by professionals and Arabic-speaking refugees in Germany. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, *18*(1), 69. https://doi.org/10.1186/s13011-023-00576-5

Satinsky, E., Fuhr, D. C., Woodward, A., Sondorp, E., & Roberts, B. (2019). Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: a systematic review. *Health Policy*, *123*(9), 851-863. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.02.007

Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A., Rosner, R., & Wöller, W. (2019). *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. Springer.

Scharpf, F., Kaltenbach, E., Nickerson, A., & Hecker, T. (2021). A systematic review of socio-ecological factors contributing to risk and protection of the mental health of refugee children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, *83*, 101930-101930. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101930

Schauer, M., Elbert, T., & Neuner, F. (2017). Narrative Expositionstherapie (NET) für Menschen nach Gewalt und Flucht. *Psychotherapeut*, *62*(4), 306-313. https://doi.org/10.1007/s00278-017-0212-x

Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders*. Hogrefe Publishing GmbH.

Schauer, M., Neuner, F., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert, C., & Elbert, T. (2003). PTSD and the building block effect of psychological trauma among West Nile Africans. *European Society for traumatic Stress Studies Bulletin 10*, *2, pp. 5-6*.

Schawohl, A., & Odenwald, M. (2018). Häufigkeit und Risikofaktoren des Therapieabbruchs in einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz: Der Einfluss von riskantem Alkoholkonsum zu Therapiebeginn. *Verhaltenstherapie*, *28*(4), 222-228. https://doi.org/10.1159/000492086

Scherrer, J. F., Salas, J., Friedman, M. J., Cohen, B. E., Schneider, F. D., Lustman, P. J., & et, a. (2020). Clinically meaningful posttraumatic stress disorder (PTSD) improvement and incident hypertension, hyperlipidemia, and weight loss. *Health Psychology*, *39*(5), 403-412. https://doi.org/10.1037/hea0000855

Schlechter, P., Hellmann, J. H., Wingbermühle, P., & Morina, N. (2021a). Which psychological characteristics influence therapists' readiness to work with refugees? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *28*(2), 334-344. https://doi.org/10.1002/cpp.2508

Schlechter, P., Wagner, U., Morina, N., & Hellmann, J. H. (2023). Psychotherapy motivation in refugees: The role of alexithymia, stigmatization, self-esteem, and psychotherapy expectations. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, *15*(2), 227. https://doi.org/10.1037/tra0001167

Schlechter, P., Wilkinson, P. O., Knausenberger, J., Wanninger, K., Kamp, S., Morina, N., & Hellmann, J. H. (2021b). Depressive and anxiety symptoms in refugees: Insights from classical test theory, item response theory and network analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *28*(1), 169-181. https://doi.org/10.1002/cpp.2499

Schmucker, M., & Köster, R. (2017). *Praxishandbuch IRRT: Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy bei Traumafolgestörungen, Angst, Depression und Trauer* (Dritte, vollständig überarbeitete Auflage ed., Vol. 269). Klett-Cotta.

Schneider, F., Bajbouj, M., & Heinz, A. (2017). Psychische Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland. *Der Nervenarzt*, *88*(1). https://doi.org/10.1007/s00115-016-0243-5

Schröder, H., Zok, K., & Faulbaum, F. (2018). Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland– Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. *Wido Monit*, *15*(1), 1-20.

Schulz, P. M., Resick, P. A., Huber, L. C., & Griffin, M. G. (2006). The effectiveness of cognitive processing therapy for PTSD with refugees in a community setting. *Cognitive and Behavioral Practice*, *13*(4), 322-331. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.04.011

Semmlinger, V., & Ehring, T. (2022). Predicting and preventing dropout in research, assessment and treatment with refugees. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *29*(3), 767-782. https://doi.org/10.1002/cpp.2672

Semmlinger, V., Takano, K., Schumm, H., & Ehring, T. (2021). Dropout from psychological interventions for refugees and asylum seekers: A meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, *89*(9), 717. https://doi.org/10.1037/ccp0000681

Shapiro, F., & Maxfield, L. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(8), 933-946. https://doi.org/10.1002/jclp.10068

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry*, *59*(20), 22-33.

Siantz, E., Henwood, B., & Gilmer, T. (2016). Implementation of peer providers in integrated mental health and primary care settings. *Journal of the Society for Social Work and Research*, *7*(2), 231-246. https://doi.org/10.1086/686644

Siefen, R. G., Glaesmer, H., & Brähler, E. (2018). Interkulturelle psychologische Testdiagnostik bei Menschen mit Migrationshintergrund. In *Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie* (pp. 219-227). Elsevier.

Siehl, S., Robjant, K., & Crombach, A. (2021). Systematic review and meta-analyses of the long-term efficacy of narrative exposure therapy for adults, children and perpetrators. *Psychotherapy Research*, *31*(6), 695-710. https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1847345

Silove, D. (1996). Torture and refugee trauma: Implications for nosology and treatment of posttraumatic syndromes. *International Review of Psychiatry*, *2*, 211-232.

Smith, J., & Daynes, L. (2016). Borders and migration: an issue of global health importance. *The Lancet Global Health*, *4*(2), e85-e86. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00243-0

Smith, M. S., Lawrence, V., Sadler, E., & Easter, A. (2019). Barriers to accessing mental health services for women with perinatal mental illness: systematic review and meta-synthesis of qualitative studies in the UK. *BMJ open*, *9*(1), e024803. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024803

Sozialgesetzbuch V, (2024). *Sozialgesetzbuch V (SGB V)*. Bundesministerium für Gesundheit. Retrieved 14.01.2025 from https://www.gesetze-im-internet.de/_sgb_5/BJNR024820988.html

SPD, BÜNDNIS 90 DIE GRÜNEN, & FDP, (2021). *Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit: Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP)*. Bundesregierung. Retrieved 15.10.2024 from https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf

Stark, R., Markert, C., Golder, S., Psarros, R., Discher, J. P., Khatib, S., Metzger, J., Palmer, S., Rechmann, J., & Storz, F. (2024). The PornLoS Treatment Program: Study protocol of a new psychotherapeutic approach for treating pornography use disorder. *Journal of Behavioral Addictions*, *13*(3), 854-870. https://doi.org/10.1556/2006.2024.00046

Statistisches Bundesamt, (2024). *Pressemitteilung - Zahl der Schutzsuchenden im Jahr 2023 leicht gestiegen*. Statistisches Bundesamt. Retrieved 15.01.2025 from https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/05/PD24_202_125.html

Statistisches Bundesamt, (2025a). *Schutzsuchende*. Statistisches Bundesamt. Retrieved 14.01.2025 from https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Glossar/schutzsuchende.html

Statistisches Bundesamt, (2025b). *Schutzsuchende nach dem Ausländerzentralregister*. Statistisches Bundesamt. Retrieved 14.01.2025 from https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Methoden/Erlauterungen/schutzsuchende.html

Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & Van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, *302*(5), 537-549. https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132

Steil, R., Görg, N., Kümmerle, S., Lechner-Meichsner, F., Gutermann, J., & Müller-Engelmann, M. (2021). Die Cognitive Processing Therapy zur Behandlung Geflüchteter mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung: Eine Machbarkeitsstudie. *Verhaltenstherapie*, *31*(4), 298-311. https://doi.org/10.1159/000514724

Sue, D. W., Gallardo, M. E., & Neville, H. A. (2013). *Case studies in multicultural counseling and therapy*. John Wiley & Sons.

Tagesspiegel, (2023). *Politik der Sprache: Flüchtlinge oder Geflüchtete?* Tagesspiegel. Retrieved 14.01.2025 from https://www.tagesspiegel.de/kultur/politik-der-sprache-fluchtlinge-oder-gefluchtete-9144897.html

Taherdoost, H. (2022). What are different research approaches? Comprehensive Review of Qualitative, quantitative, and mixed method research, their applications, types, and limitations. *Journal of Management Science & Engineering Research*, *5*(1), 53-63. https://doi.org/10.30564/jmser.v5i1.4538

Tay, A. K., Rees, S., Miah, M. A. A., Khan, S., Badrudduza, M., Morgan, K., Fadil Azim, D., Balasundaram, S., & Silove, D. (2019). Functional impairment as a proxy measure indicating high rates of trauma exposure, post-migration living difficulties, common mental disorders, and poor health amongst Rohingya refugees in Malaysia. *Translational Psychiatry*, *9*(1). https://doi.org/10.1038/s41398-019-0537-z

Teoh, K. R.-H., Hassard, J., & Cox, T. (2021). Doctors' working conditions, wellbeing and hospital quality of care: A multilevel analysis. *Safety Science*, *135*, 105115. https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.105115

Thoele, A.-M., Penka, S., Aichberger, M., Heinz, A., & Kluge, U. (2017). The (refugee) crisis in the psychotherapeutic treatment room. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *68*(1), 30-37. https://doi.org/10.1055/s-0043-106294

Thompson, C. T., Vidgen, A., & Roberts, N. P. (2018). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *63*, 66-79. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.006

Tribe, R. H., Sendt, K.-V., & Tracy, D. K. (2019). A systematic review of psychosocial interventions for adult refugees and asylum seekers. *Journal of Mental Health*, *28*(6), 662-676. https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1322182

Trohl, U., Wagner, K., Kalfa, V., Negash, S., Wienke, A., & Führer, A. (2021). Sick and tired—sociodemographic and psychosocial characteristics of asylum seekers awaiting an appointment for psychotherapy. *International journal of environmental research and public health*, *18*(22), 11850. https://doi.org/10.3390/ijerph182211850

Turrini, G., Purgato, M., Acarturk, C., Anttila, M., Au, T., Ballette, F., Bird, M., Carswell, K., Churchill, R., Cuijpers, P., Hall, J., Hansen, L. J., Kösters, M., Lantta, T., Nosè, M., Ostuzzi, G., Sijbrandij, M., Tedeschi, F., Valimaki, M.,…Barbui, C. (2019). Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *28*(04), 376-388. https://doi.org/10.1017/s2045796019000027

Turrini, G., Purgato, M., Ballette, F., Nosè, M., Ostuzzi, G., & Barbui, C. (2017). Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies. *International Journal of Mental Health Systems*, *11*, 1-14. https://doi.org/10.1186/s13033-017-0156-0

United Nations High Commissioner for Refugees, (2022a). *Global-Trends-Report 2022*. UNHCR. Retrieved 16.12.2024 from https://www.unhcr.org/global-trends-report-2022

United Nations High Commissioner for Refugees, (2022b). *Mid-Year Trends 2022*. Retrieved 16.12.2024 from https://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/635a578f4/mid-year-trends-2022.html

United Nations High Commissioner for Refugees, (2023a). *Germany Fact Sheet*. UNHCR. Retrieved 21.01.2025 from https://www.unhcr.org/wp-content/uploads/sites/ 27/2024/ 02/Bi-annual-fact-sheet-2023-09-GERMANY.pdf

United Nations High Commissioner for Refugees, (2023b). *Global Trends Report 2023*. UNHCR. Retrieved 20.01.2025 from https://www.unhcr.org/global-trends-report-2023

United Nations High Commissioner for Refugees, (2024). *Mid-Year Trends 2024*. UNHCR. Retrieved 15.01.2025 from https://www.unhcr.org/mid-year-trends-report-2024

Universität Konstanz, (2025). *BW schützt! Traumarehabilitation für Geflüchtete*. Universität Konstanz. Retrieved 28.01.2025 from https://www.polver.uni-konstanz.de/ hoeffler/research-projects-2/bw-schuetzt/

Valtonen, L. N. (2014). *Bridging Distances: Peer Support for Unaccompanied Minor Asylum Seekers.* [Master Thesis, University of Helsinki].

Van de Vijver, F., & Hambleton, R. K. (1996). Translating tests: some practical guidelines. *European Psychologist*, *1*(2), 89-99. https://doi.org/10.1027/1016-9040.1.2.89

Van der Boor, C. F., & White, R. (2020). Barriers to accessing and negotiating mental health services in asylum seeking and refugee populations: the application of the candidacy framework. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *22*(1), 156-174. https://doi.org/10.1007/s10903-019-00929-y

Van Minnen, A., Hendriks, L., & Olff, M. (2010). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behaviour Research and Therapy*, *48*(4), 312-320. https://doi.org/10.1016/ j.brat.2009.12.003

Ver.di, (2019). *Genesungsbegleiter*innen willkommen*. Retrieved 28.01.2025 from https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/mein-arbeitsplatz/psychiatrie/ ++co++f0d2014e-c32a-11e9-880d-001a4a160100

Verbillis-Kolp, S., Guskovict, K., Hassan, M., & Cohen, S. (2024). A Refugee and Immigrant Peer Support Program in the United States. *Intervention Journal of Mental Health and Psychosocial Support in Conflict Affected Areas*, *22*(1), 3-10.

Vereinte Nationen, (1948). *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte*. UN Generalversammlung. Retrieved 27.01.2025 from https://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf

Vereinte Nationen, (1951). *Abkommen über die Rechtstellung von Flüchtlingen - Genfer Flüchtlingskonvention*. UN Generalversammlung. Retrieved 27.01.2025 from https://www.unhcr.org/wp-content/uploads/sites/27/2017/03/Genfer_Fluechtlingskonvention_und_New_Yorker_Protokoll.pdf

Vereinte Nationen, (1966). *Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte*. UN Generalversammlung. Retrieved 26.01.2025 from https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/ICESCR/ICESCR_Pakt.pdf

Vereinte Nationen, (1969). *Antirassismuskonvention*. UN Generalversammlung. Retrieved 26.01.2025 from https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/ICERD/ICERD_Konvention.pdf

Vereinte Nationen, (1981). *Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW)*. UN Generalversammlung. Retrieved 26.01.2025 from https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CEDAW/CEDAW_Konvention.pdf

Vereinte Nationen, (1984). *Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (UN-Antifolterkonvention)*. UN Generalversammlung. Retrieved 26.01.2025 from https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CAT/CAT_Konvention.pdf

Vereinte Nationen, (1990). *Übereinkommen über die Rechte des Kindes*. UN Generalversammlung. Retrieved 26.01.2025 from https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CRC/CRC_Convention.pdf

Von Lersner, U., & Kizilhan, J. I. (2017). *Kultursensitive Psychotherapie* (Vol. 64). Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.

Wagner, J., Berthold, S. M., Buckley, T., Kong, S., Kuoch, T., & Scully, M. (2015). Diabetes among refugee populations: what newly arriving refugees can learn from resettled Cambodians. *Current diabetes reports*, *15*, 1-14. https://doi.org/10.1007/s11892-015-0618-1

Walker, G., & Bryant, W. (2013). Peer support in adult mental health services: a metasynthesis of qualitative findings. *Psychiatric rehabilitation journal*, *36*(1), 28. https://doi.org/10.1037/h0094744

White, W. L. (2007). Ethical guidelines for the delivery of peer-based recovery support services. In: Philadelphia Department of Behavioral Health and Mental Retardation Services.

Wilker, S., Pfeiffer, A., Kolassa, S., Koslowski, D., Elbert, T., & Kolassa, I.-T. (2015). How to quantify exposure to traumatic stress? Reliability and predictive validity of measures for cumulative trauma exposure in a post-conflict population. *European Journal of Psychotraumatology*, *6*(1), 28306. https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28306

World Health Organization, (1946). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Weltgesundheitsorganisation. Retrieved 29.01.2025 from https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/constitution-en.pdf

Yun, K., Paul, P., Subedi, P., Kuikel, L., Nguyen, G. T., & Barg, F. K. (2016). Help-seeking behavior and health care navigation by Bhutanese refugees. *Journal of Community Health*, *41*(3), 526-534. https://doi.org/10.1007/s10900-015-0126-x

8 Anhang

8.1 Ergänzendes Material Studie I

8.1.1 Daten zu Abbildung 4 (A und B)

Tabelle 5. SCL- Werte zum Erstgespräch und Follow-Up mit Standardabweichung

SCL	EG	FU	SD_EG	SD_FU	SE_EG	SE_FU
Gesamtwert	1,97	1,72	0,67	1,03	0,10728586	0,164932
DEP	2,01	1,76	0,80	0,99	0,12810252	0,15852687
DYS	2,44	2,19	0,88	1,17	0,14091278	0,18734994
VEG	1,63	1,40	0,97	1,08	0,15532431	0,17293841
AGO	1,81	1,50	1,07	1,25	0,17133712	0,20016019
SOP	1,81	1,66	0,97	1,20	0,15532431	0,19215378
MIS	2,04	1,81	0,99	1,24	0,15852687	0,19855891

Anmerkung. Daten zur Abbildung 4 (A). Abkürzungen: SCL-2 = Symptomcheckliste, SCL-27 Gesamtwert = GSI- 27, DE = Depressivität, DYS = Dysthymie, VEG = vegetative Symptome, AGO = Agoraphobie, SOP = soziale Phobie, MIS = Misstrauen.

Tabelle 6. WSAS-Werte zum Erstgespräch und Follow-Up mit Standardabweichung

WSAS	EG	FU	SD_EG	SD_FU	SE_EG	SE_FU
Gesamtwert	4,73	4,12	1,74	2,11	0,27862299	0,3378704
Arbeit	5,05	4,46	2,62	2,54	0,41953576	0,40672551
Haushalt	4,31	3,74	2,71	2,67	0,4339473	0,42754217
Soziales FA	4,72	3,64	2,50	2,77	0,40032038	0,44355499
Privates FA	4,90	4,18	2,74	2,46	0,43875114	0,39391526
Soziale Bez.	4,69	4,56	2,03	2,11	0,32506015	0,3378704

Anmerkung. Daten zur Abbildung 4 (B). Abkürzungen: WSAS = Work and Social Adjustment Scale, FA = Freizeitaktivitäten, Bez. = Beziehungen.

8.1.2 Qualitative Analyse zur Befragung der Psychotherapeut:innen

Grundthema und Fragestellung	**Qualitative Angaben Psychotherapeutinnen**	**Themencluster**
1.Einschätzung Veränderung Symptomatik	N = 14	
	1a. Positive Aspekte	1aa. Verbesserung der Symptomatik (*n* = 4) 1ab. Schaffung eines Raums für das Sprechen über Erlebtes und Probleme, was viele der Patienten vorher nicht kannten (*n* = 5) 1ac. Entlastung durch Verbesserung der Lebenssituation in Form einer gefundenen Arbeit (Th19). *Bsp. „Alpträume, Schlafstörungen und Schwere der Depression haben sich gebessert. Einen Raum zu haben, in dem er sein Grauen berichten kann und sich entladen kann, ist für ihn wichtig.“* (Th5)
2. Einschätzung Belastung und Bereicherung	N = 10	
	2a. Bereichernde Aspekte	2aa. Neue Einblicke (*n* = 2) 2ab. Positive Entwicklungen der Patienten (*n* = 2)
	2b. Belastende Aspekte	2ba. Verhalten des Patienten - geringe Therapiemotivation (*n* = 2) - geringe Eigenverantwortung (*n* = 1) - unklaren Therapienutzen (*n* = 1). 2bb. Belastende Berichte der Patienten (*n* = 6) - die Lebensgeschichten (*n* = 4) - die Lebenssituation der Patienten in Deutschland (*n* = 2). 2bc. Sozialarbeiterische Tätigkeiten (*n* = 2)
3. Sprachmittlung	N = 9	
	3a. Positive Aspekte	3aa. Hilfreiche Unterstützung (*n* = 2) 3ab. Kompetente Arbeit (*n* = 4)
	3b. Negative Aspekte	Vier Therapeut:innen bewerteten die Arbeit mit der Sprachmittlung als problematisch. 3ba. Zeitliche Koordinierung (*n* = 2) 3bb. Zweifel an der Übersetzung (*n* = 1) 3bc. dominantes Verhalten (*n* = 2) 3bd. Trennung von Inhalt und Gefühl durch die Übersetzung (*n* = 1) gesehen
4. Gesundheitspat:innen	N = 9	
	4a. Positive Aspekte	4aa. Unterstützung durch die Gesundheitspat:innen, zum einen für den Patienten (*n* = 2) als auf für den Therapeuten (*n* = 3) Bsp. *„Der Gesundheitspate war sehr stützend für den Patienten, der sonst die Therapie wahrscheinlich direkt am Anfang abgebrochen hätte“* (Th1) 4ab. Verlässlichkeit der Gesundheitspat:innen (n = 2)
	4b. Negative Aspekte	4ba. Rollenkonflikte (*n* = 2) durch eingreifendes beziehungsweise dominantes Verhalten 4bb. unzureichende Unterstützung durch fehlende zeitliche Verfügbarkeit genannt (*n* = 2)

5. Koordinationsstelle	N = 5	
	5a. Positives	Alle Therapeut:innen bewerteten die Zusammenarbeit positiv. 5aa. freundliche, einfache und zeitnahe Kontakt (*n* = 3) 5ab. gute Unterstützung zum Beispiel bei der Vernetzung mit anderen Akteuren und rechtlichen Fragen (*n* = 3) 5ac. gute Intervision (*n* = 1)
	5b. Verbesserungswünsche	5ba. Screening der Gesundheitspat:innen (*n* = 1) 5bb. Trennung der Rollen Dolmetscher und Gesundheitspate (n = 1) 5bc. mehr sozialarbeiterische Unterstützung der Patient:innen (*n* = 1) 5bd. Anregungen für Fortbildungen zu kultursensitiver Therapie (*n* = 1)
6. Allgemein	N = 14	
		13 der 14 Therapeuten (93%) konnten sich vorstellen, in Zukunft Geflüchtete als Patienten zu betreuen. 6aa. Betonung der Wichtigkeit (*n* = 3) 6ab. Machbarkeit (n = 2) Bsp: „*Durch das Projekt ist jeder und jede Psychotherapeut/in in der Lage auch den höheren Aufwand etwas abzufedern (durch die Koordinationsstelle) und sprachliche Barrieren und kulturelle Verständnisprobleme zu überwinden (durch Sprachmittler und/oder Gesundheitspaten)*“ (PT7)

8.2 Ergänzendes Material Studie II

8.2.1 Code-Set

Entire Code-Set (10 main codes with definitions, coding rules and anchor examples), developed and subtracted from the interviews.

Code	Definition	Quote
Task areas	Indications of activities carried out by the Peer Support Workers (PSWs) as part of the project.	*"I am responsible for all the appointments I schedule here and with the doctors. I always tell the patients a few days in advance that we have an appointment, and he should remember that. He should be punctual, or I offer to pick him up." (PSW8)*
Negative experience	Circumstances, events, contacts, etc. experienced by PSWs as subjectively negative. Coding rule: May only be assigned in combination with another main code.	*"What is always burdensome for me is the intense suffering of people, no matter the cause. When I see people who are worn out early in the morning, when you see them slumped over, crying, or looking unkempt and so on. That brings me down and burdens me a lot. That's all." (PSW3)*
Positive experience	Circumstances, events, contacts, etc. experienced by PSWs as subjectively positive. Coding rule: May only be assigned in combination with another main code.	*"But now I say, life is really beautiful. You just have to work at it a little harder and try to help others. There are many points where I say it really made me very happy. When I was working here on the project." (PSW8)*
Factor PSW	Indications of characteristics, attitudes, behavioral patterns of PSWs which appear in their context of the work as a PSW.	*„But right now, I can very well imagine that I won't fall back into my past." (PSW8)*
Factor patient	Indications of characteristics, life history, behaviors and backgrounds of patients who were supported from the PSWs.	*"It also depends on each patient and what kind of case it is. But right now it is great. The patient is a young Iranian, who was also severely traumatized, had bad experiences, and was also in psychiatry here. But slowly, his health condition is improving, and he is attending a German course." (PSW1)*

Working with coordination office	Information on the experiences of the PSWs in cooperation with the projects' coordination office.	*"It was quite good. I don't have any problems at all. If I need anything, or if I realize that it is getting too much for me, I get in touch and then everything works out." (PSW3)*
Working with healthcare system	Information on the experiences of the PSWs in cooperation with stakeholders within the healthcare system.	*"Those who understood what a PSW was found it beneficial." (PSW7)*
Value for patients	Indications of experienced positive added value for patients through the work of PSWs.	*"In retrospect, I have achieved a better quality of life. Before the therapy or before my work, the patient was exposed to general and health risks and threats. Through this work, activity, and therapy, they benefited, perhaps resulting in them being 100 percent healed and thus having a better, qualitative, or relieved life. That is my opinion." (PSW7)*
Coping strategies	Information on how PSWs deal with working conditions, special incidents, stress and/or difficulties which appear in their context of the work as a PSW. Coding rule: May only be assigned in combination with another main code.	*"I try to learn something from it. I try to look on the positive side and somehow compensate for it with my help. And to make it nicer for them (the patients), that makes it nicer for me too. Most of the time I also have to tell myself that the person has unfortunately had bad luck. Sometimes things happen that cannot be undone." (PSW3)* *"You just have to tell yourself: yes, that's sad and you just have to be grateful that it didn't happen to yourself. And just hope that this person will somehow get over it." (PSW3)*
Future	Statements of the PSWs regarding the future of the project.	*"What do I wish for? Well, I really wish supervision takes place at least once a month. If possible, everyone should attend…" (PSW8)*

8.2.2 Interviews with PSWs: All quotes cited in the study

All quotes cited in the study (II) are listed below in the order they appear in the text. Some of the quotations here are somewhat longer to show the "context". The final excerpts quoted in the study are highlighted in green.

Position in Paper	**Original**	**Standard German**	**English**
CODE 1A. Organization SUBCODE A.1 Making appointments	*„wenn ich weiß, er braucht eine Hilfe in irgendwelche Bereich, natürlich ich werde das organisieren, Termin vereinbaren [….] ja, das ist schon zeitaufwendig, muss man anrufen, Termine vereinbaren, manchmal klappt das nicht sofort und genau, man muss nochmal nachfragen, ob es Termine gibt.“ (GP1)*	*„wenn ich weiß, dass er Hilfe braucht in irgendeinem Bereich werde ich das natürlich organisieren, Termin vereinbaren [….] ja, das ist schon zeitaufwendig, man muss anrufen, Termine vereinbaren, manchmal klappt das nicht sofort und man muss nochmal nachfragen[…].“ (GP1)*	*„if I know that he needs help in any area I will of course organize it, make an appointment [....] yes, it is time-consuming, you have to call, make appointments, sometimes it doesn't work right away and you have to ask again […].” (PSW1)*
CODE 1A. Organization SUBCODE A.2 Reminders to keep appointments	*„ich hab immer über die Termine weil manche sind ohne die Medikamente zum Beispiel nicht in der Lage um die Termine zu erinnern oder so was dann hab ich oft so gemacht also eine Woche vor der Termin, ein Tag vor der Termin und am gleichen Tag also dass ich der Patient angerufen haben und dann gesagt ja die haben heute einen Termin die müssen da sein oder wenn ich nicht dabei bin also.“ (GP5)*	*„ich habe immer an die Termine erinnert, weil manche [Patient:innen], sind beispielsweiße ohne Medikamente nicht in der Lage sich an die Termine zu erinnern. Also habe ich sie oft eine Woche, ein Tag oder am gleichen Tag des Termins angerufen und ihnen gesagt, dass sie heute einen Termin haben und da sein müssen, auch wenn ich nicht dabei bin.“ (GP5)*	*"I always reminded them of the appointments because some [patients], for example, are not able to remember the appointments without medication. So I would often call them a week, a day ahead or the same day of the appointment and tell them that they have an appointment today and they need to be there, even if I'm not there." (PSW5)*
CODE 1B. Accompaniment	*„oder müssen von zu Hause abgeholt werden, oder von wo sie auch sind, weil sie es vergessen haben. Also da geht schon los. Also vor der Therapie*	*„oder [sie] müssen von zu Hause abgeholt werden, oder wo sie eben sind, weil sie es vergessen haben. Also, da geht‘s schon los. Vor der*	*"Or [they] need to be picked up from home or where they are at that moment because they forgot. So, that's where it starts. Before*

SUBCODE B.1 Accompanying in regular healthcare	*holt man sie ab. Man geht mit denen zum Therapeuten…“ (GP4)*	*Therapie holt man sie ab. Man geht mit denen zum Therapeuten…“ (GP4)*	*therapy, you pick them up. You go with them to the therapist..." (PSW4)*
CODE 1B. Accompaniment SUBCODE B.2 Accompanying patients to public authorities	*"Dann eben dieser ganze Verwaltungsaufwand, ja? Mit den Patienten zur Therapie und... gerade so kann es auch sein, dass man dann Behördengänge machen muss, wenn der Patient nicht versichert ist. Dass man doch Landratsamt geht oder zum zuständigen, zur zuständigen Behörde, die ihm halt eben diese Bewilligung gibt. Hmm ich war schon oft bei Landratsamt in Radolfzell, beim Gesundheitsamt." (GP4)*	*"Dann eben dieser ganze Verwaltungsaufwand, ja? Mit den Patienten zur Therapie und ... es kann auch sein, dass man dann Behördengänge machen muss, wenn der Patient nicht versichert ist. Dass man zum Landratsamt geht oder zur zuständigen Behörde, die ihm diese Bewilligung gibt. Ich war schon oft beim Landratsamt (in Stadt), oder beim Gesundheitsamt." (GP4)*	*“Then all this administrative work, right? Taking patients to therapy and ... You may also have to go to the authorities if the patient is not insured. You have to go to the district administration office or the relevant authority that gives them the permit. I've often been to the district office (in the city) or the health authority." (GP4)*
CODE 1B. Accompaniment SUBCODE B.3 Appointments with PSW	*„wo ich der gesagt habe, wenn es dir schlecht geht, dann ruf doch mich an. Dann gehen wir zusammen raus. […] Der hat auch gesagt, ok, dann gehen wir jetzt raus.“ (GP8)*	*„als ich gesagt habe, wenn es dir schlecht geht, dann ruf doch mich an. Dann gehen wir zusammen raus […] Dann hat er auch gesagt, ok, dann gehen wir jetzt raus.“ (GP8)*	*"When I said, if you're feeling bad, why don't you call me? Then we'll go out together [...] He then said: ok, then we'll go out now." (PSW8)*
CODE 1C. Cultural mediator role SUBCODE C.1. Cultural mediator role in therapy context	*„Wenn ich dann zu einem Psychiater gehe, dann bin ich dann verrückt ich würde abgestempelt ich bin verrückt. Stigmatisierung ist dann eine Barriere und keine will das so abgestempelt werden und dadurch durch diese Informationsvermittlung von mir als GP oder vielleicht darüber hinaus sie lassen sich darauf ein und möchten ändern was ihnen passiert ist.“ (GP7)*	*„Wenn ich zu einem Psychiater gehe, dann bin ich verrückt, dann werde ich abgestempelt. Stigmatisierung ist eine Barriere und keiner will so abgestempelt werden. Durch diese Informationsvermittlung von mir als GP [...] lassen sich [die Patient:innen] darauf ein und möchten ändern, was ihnen passiert ist.“ (GP7)*	*"If I go to a psychiatrist, then I'm crazy, then I get labeled. Stigmatization is a barrier and nobody wants to be labeled like that. Through this information transfer from me as PSW […] [the patients] get involved and want to change what happened to them." (PSW7)*

CODE 1C. Cultural mediator role SUBCODE C.1. Cultural mediator role in therapy context	*„Wir haben immer Ängste, dass sie irgendwie ihre Vergangenheit oder ihre Probleme irgendwann veröffentlicht. Und wo man auch da sagt, hier ist wirklich gesichert. Datenschutz. Das kommt niemals raus. Sie brauchen viel bis sie wirklich dran glauben.“ (GP8)*	*„Wir haben immer Ängste, dass die Vergangenheit oder Probleme irgendwann veröffentlicht werden. Ich sag dann: hier ist das wirklich gesichert, Datenschutz, das kommt niemals raus. Sie brauchen viel, bis sie wirklich dran glauben.“ (GP8)*	*“We are always afraid that the past or problems will be made public at some point. I then say: this is really secure, data protection, it will never get out. They need a lot before they really believe it.” (PSW 8)*
CODE 1C. Cultural mediator role SUBCODE C.1. Cultural mediator role in therapy context	*„Es ist meistens nonverbal. Ja. Es ist…dieser Umgang und diese Distanz, wo eingehalten wird, natürlicherweise und manche Menschen denken, weil sie dann zum Beispiel in einem Rahmen, also dass dann in diesen Rahmen soll es jetzt anders sein, weil sie wahrscheinlich das anders kennen aus ihren Heimatländern. Und manchmal sind sie halt bisschen so enttäuscht […] So ist halt der Umgang hier und das hat mit deiner Person nichts zu tun." (GP3)*	*"Es ist meistens nonverbal. […] dieser Umgang und diese Distanz, die eingehalten wird […] weil sie das wahrscheinlich anders kennen aus ihren Heimatländern und manchmal sind sie dann enttäuscht […] und da muss ich dann eingreifen und sagen: […] So ist halt der Umgang hier und das hat mit deiner Person nichts zu tun.“ (GP3)*	*“It's mostly non-verbal. [...] this interaction and this distance that is maintained [...] because they probably know it differently from their home countries and sometimes they are disappointed [...] and then I have to intervene and say: [...] That's just the way things are here and it has nothing to do with you as a person." (PSW3)*
CODE 1C. Cultural mediator role SUBCODE C.1. Cultural mediator role in therapy context	*„Das hilft in der Therapiesitzungen zwischen Therapeutin und der Patient auf bessere Basis kommen Konsens kommen um diese Therapie zu erfolgreich fortzuführen.“ (GP7)*	*„Das hilft in den Therapiesitzungen zwischen Therapeutin und Patient auf bessere Basis und besseren Konsens zu kommen um die Therapie erfolgreich fortzuführen.“ (GP7)*	*"This helps the therapist and patient to reach a better basis and consensus in the therapy sessions in order to continue the therapy successfully." (PSW7)*
CODE 1C. Cultural mediator role SUBCODE	*„Ja, aber bei uns leider es ist von in der Schule auch, wo Geschlecht wird nie gesprochen. Alsor wir haben keine wie sagt man, Kunst, nein, wie heißt das, dieses, diese*	*„bei uns wurde leider in der Schule nie über Geschlecht gesprochen. Also wir haben keine Aufklärung. [...] und das ist so ein Bereich, über den niemand reden will. Und wenn es jetzt offen ist und auf einmal gefragt wird, ziehen sie sich*	*“Unfortunately, we never talked about gender at school. So we have no sex education [...] and it's an area that nobody wants to talk about. And when it is now open and suddenly asked, they withdraw because*

C.1. Cultural mediator role in therapy context	*Auferklärung. Jetzt fällt mir nicht der Namen ein. Und von meine Schüler von meine Kinder weiß ich schon, dass die Auferklärung bekommen. Aber bei uns leider fehlte und die Afghanische genauso fehlt das und das ist so eine Bereich, das niemand will darüber reden. Und natürlich, wenn es jetzt offen ist und auf einmal gefragt wird, sie ziehen sich zurück, weil sie wollen darüber nicht reden. Weil sie die Erfahrung haben sie die nicht.“ (GP1)*	*zurück, weil sie darüber nicht reden wollen und diese Erfahrung nie gemacht haben.“ (GP1)*	*they don't want to talk about it and have never had this experience." (PSW1)*
CODE 1C. Cultural mediator role SUBCODE C.2. Cultural mediator role in bureaucracy context	*„Dadurch, dass die Problem zum Beispiel mit Behörden haben, oder mit dem Sprachen haben, die haben, die wissen viele Sachen nicht, wie in der Schule läuft, wie es mit Ausbildung ist. Wie überhaupt mit Gesundheitssystem ist. Die wussten gar nicht, wie man eine Überweisung holen sollen. Wofür braucht man eine Überweisungsschein? Oder wann bekommt man eine Überweisungsschein? Und auch, dass sie Recht haben so eine Krankenkasse die Karte bekommen.“ (GP1)*	*„Dadurch, dass sie zum Beispiel mit Behörden oder mit der Sprache Probleme haben, wissen sie viele Dinge nicht – Wie es in der Schule läuft, wie es mit einer Ausbildung aussieht, wie es überhaupt mit dem Gesundheitssystem ist. Sie wussten gar nicht, wie man eine Überweisung holen sollte. ‚Wofür braucht man einen Überweisungsschein?‘ oder ‚Wann bekommt man einen Überweisungsschein?‘ und auch, dass sie das Recht haben, eine Krankenkassenkarte zu bekommen.“ (GP1)*	*"Because they have problems, for example, with the authorities or with the language, they don't know many things - how it works in school, how it is with an education, how it is with the health system at all. They didn't even know how to get a referral. 'What do you need a referral slip for?' or 'When do you get a referral slip?" and also that they have the right to get a health insurance card." (PSW1)*
CODE 1C. Cultural mediator role SUBCODE C.2. Cultural mediator role in bureaucracy context	*„zeitaufwendig. Muss man wirklich Zeit lassen“ (GP1)*	*„zeitaufwendig […]“ (GP1)*	*„Time consuming […]“ (PSW1)*

CODE 1C. Cultural mediator role SUBCODE C.2. Cultural mediator role in bureaucracy context	*„Und wir brauchen im Moment auch jemanden, der sie zu gedulden finden.“ (GP4)*	*„jemand, der ihnen Geduld vermittelt“ (GP4)*	*"someone who teaches them patience" (PSW4)*
CODE 1D. Motivation SUBCODE D.1. Facilitating hope and/or promoting independence	*„Ja und versuchen bis dem Therapeuten zu Ende ist, sie selber die Patienten selbstständiger zu machen, und sagen ok, das machst du selber. Du schaffst das.“ (GP8)*	*„Ja und natürlich versuche ich, dass die Patient:innen selbstständiger werden. Ich sage, ok, das machst du selber. Du schaffst das.“ (GP8)*	*“Yes, and of course I try to make the patients more independent. I say, okay, you do it yourself. You can do it.“ (PSW8)*
CODE 1D. Motivation SUBCODE D.1. Facilitating hope and/or promoting independence	*„Ja, vielmals, also, wenn ich mich denke, viele sind depressiv, die sind hoffnungslos und genau, sie wissen nicht, was in der Zukunft gestaltet wird. Ob die Zeiten vorbei geht oder nicht. Und viele Sachen von meinen Erfahrungen erzähle ich in Deutschland, wie bei mir war.“ (GP1)*	*„Wenn ich an mich [zurück] denke, viele [Geflüchtete/Neuangekommene] sind depressiv, sind hoffnungslos und wissen nicht, wie sich die Zukunft gestaltet. Ob diese Zeit jemals vorbei geht oder nicht. Und viele von meinen Erfahrungen und wie es bei mir war in Deutschland [anzukommen], erzähle ich ihnen.“ (GP1)*	*"When I think [back] to myself, many [refugees/new arrivals] are depressed, hopeless and don't know what the future holds. Whether this time will ever be over or not. And I tell them many of my experiences and how it was for me [to arrive] in Germany." (PSW1)*
CODE 1D. Motivation SUBCODE D.2. Motivation for therapy	*„ja, sie kommen erste, zwei, drei Termine vielleicht. Hmmm... sie brauchen nicht so viel motivieren, aber danach sie brauchen, weil sie dachten das ist die Ergebnis, kommt so schnell. Also wenn nach drei, zwei Termine sie fühlen, das ist noch keine große Entwicklung, und dann sie brauchen noch mehr motivieren.*	*“[...] sie kommen [zu den] ersten zwei, drei Terminen vielleicht. […] sie brauchen nicht so viel Motivation [von außen], aber danach brauchen sie das, weil sie dachten, dass das Ergebnis sehr schnell kommt. Also wenn sie nach drei, zwei Terminen fühlen, dass noch keine große Entwicklung da ist, brauchen sie noch mehr Motivation. ‚Das braucht lange‘, oder sowas. Oder manche Patienten haben keine Lust zu einem*	*“ [...] they come [to the] first two or three appointments maybe. [...] they don't need so much motivation [from outside], but after that they need it because they thought the result would come very quickly. So if after three or two appointments they feel that there hasn't been much development yet, they need even more motivation. 'It takes a long time', or something like that. Or some*

	Das braucht lange, oder sowas. Oder manche Patienten habe keine Lust, keine Lust einfach zu ein Termin kommen, oder haben viel zu tun. Ich muss immer motivieren, und erklären, dass es immer helft, aber braucht viel Geduld.“ (GP2)	*Termin kommen, oder haben viel zu tun. Ich muss immer motivieren und erklären, dass es immer hilft, aber viel Geduld braucht.“ (GP2)*	*patients don't feel like coming to an appointment or have a lot to do. I always have to motivate them and explain that it always helps, but that it takes a lot of patience." (PSW2)*
CODE 1E. Emotional support	*„wenn die merken, dass ich oft erreichbar, oder die Nachrichten per WhatsApp lese. Habe ich gemerkt, ja, sie, sie fühlen sich nicht alleine.“ (GP6)*	*„wenn die merken, dass ich oft erreichbar bin oder die Nachrichten per WhatsApp lese habe ich gemerkt: ja, sie, sie fühlen sich nicht [mehr so] alleine.“ (GP6)*	*"When they realized that I was often available or read the messages […], I noticed: yes, they don't feel [so] alone [anymore]." (PSW6)*
CODE 2.A. Negative Experience (NE) SUBCODE A1. NE and “factor PSW”	*„ ‚Du, das mach ich jetzt nicht‘ oder ‚Das ist nicht meine Aufgabe‘. Und wenn man dann aufgelegt hat, hat man immer gedacht: ‚Ok, jetzt hab ich ihm oder ihr das Herz gebrochen, vielleicht hätte ich doch hier da etwas machen können‘." (GP3)*	*„ ‚Du, das mach ich jetzt nicht‘ oder ‘das ist nicht meine Aufgabe‘. Und wenn man dann aufgelegt hat, hat man immer gedacht: ‚Ok, jetzt habe ich ihm oder ihr das Herz gebrochen, vielleicht hätte ich doch hier oder da etwas machen können.‘ “ (GP3)*	*" ‘You know, I'm not going to do that now‘, or ‘That's not my job. ‘ And when you hung up, you always thought, ‘Okay, now I've broken his or her heart, maybe I could have done something here or there.‘ " (PSW3)*
CODE 2.A. Negative Experience (NE) SUBCODE A1. NE and “factor PSW”	*„oder sie sagen oft, da brauche ich zum Beispiel mehr Hilfe. Das ist einfach für mich ist schwierig, da wo die was brauchen, zur finanziellen Hilfe. Da kann ich leider nicht ihnen helfen und dann bin ich der Meinung, dass hier ein bisschen enttäuscht von mir, weißt du was ich meine, so ist es.“ (GP8)*	*„[…] sie sagen da brauche ich zum Beispiel mehr Hilfe. Das ist für mich schwierig, da sie oft finanzielle Hilfe brauchen. Da kann ich ihnen leider nicht helfen und dann bin ich der Meinung, dass sie ein bisschen enttäuscht von mir sind […].“ (GP8)*	*"[…] they say I need more help, for example. That's difficult for me because they often need financial help. Unfortunately, I can't help them and then I think they are a bit disappointed in me [...]." (PSW8)*
CODE 2.A. Negative Experience (NE) SUBCODE	*„Ich muss ehrlich sein, manchmal ich denke immer nach, wie macht der, er ist noch traurig, oder vergleiche ich immer meine persönliche Geschichte mit die Patientensgeschichte, so weiter. Aber habe ich eine Übung für*	*„[…] manchmal vergleiche ich meine persönliche Geschichte mit der Geschichte des Patienten […]. Manchmal mache ich eine Übung für mich, nach der Therapie bevor ich nach Hause gehe. Manchmal weine ich und manchmal schaue ich*	*"[...] sometimes I compare my personal story with the patient's story [...]. Sometimes I do an exercise for myself after therapy before I go home. Sometimes I cry and sometimes I look at pictures of my home or parents [...]." (PSW6)*

A1. NE and “factor PSW”	*mich selber gemacht, hm ja, manchmal wenn ich schaffe, sitze ich alleine kurz vor, nach dem Therapie, ich gehe nicht zurück nach Hause und sitze ich alleine und ich versuche alles, ja. Manchmal weine ich, manchmal ja, gucke ich an die Bilder: Die erste Bilder aus meinen Heimat oder Eltern oder so.“ (GP6)*	*Bilder aus meiner Heimat oder Eltern […] an.“ (GP6)*	
CODE 2.A. Negative Experience (NE) SUBCODE A2. NE and “factor patient”	*„[…] wenn sie von der Armee, oder Soldaten, oder Verhaftung erzählen, über den die Sachen, ja, für mich ist es schwierig“ (GP6)*	*„[…] wenn sie von der Armee, Soldaten oder von Verhaftung erzählen, - diese Sachen sind für mich schwierig“ (GP6)*	*"[…] when they tell about the army, soldiers or arrest, - these things are difficult for me" (PSW6)*
CODE 2.A. Negative Experience (NE) SUBCODE A2. NE and “factor patient”	*„Und erstens ist es traurig, dass dabei anzusehen, dass die Menschen am Boden sind. Und zweitens ein Hand zu strecken und sie dann zum Aufstehen bitten, ist auch nicht ganz einfach, weil da kommt nur Ablehnung und da kommt ein Energie, oder ein Gefühl: ‚Lass mich doch in Ruhe, Ich glaub das dir jetzt nicht, du bist ja auch nur wegen deinen Gunsten hier‘.“ (GP3)*	*„Erstens ist es traurig anzusehen, dass die Menschen am Boden sind. Eine Hand ausstrecken und sie zum Aufstehen bitten ist auch nicht ganz einfach. Weil da kommt nur Ablehnung und da kommt eine Energie, oder ein Gefühl: ‚Lass mich doch in Ruhe, Ich glaub das dir jetzt nicht, du bist ja auch nur zu deinen eigenen Gunsten hier‘.“ (GP3)*	*"First, it's sad to see people down. To hold out a hand and ask them to get up is also not very easy. Because there comes only rejection and there comes an energy, or a feeling: 'Leave me alone, I don't believe you now, you're only here for your own benefit'." (PSW3)*
CODE 2.B. Positive Experience (PE) SUBCODE B1. PE and “factor PSW”	*„fachlich was lernen, sprachlich was lernen. Der Umgang mit schwierige Situationen was lernen. Psychologische Sachen lernen, es ist so, sowas von lehrreich für mich.“ (GP3)*	*„fachlich was lernen, sprachlich was lernen. Den Umgang mit schwierigen Situationen lernen. Psychologische Sachen lernen, es ist sowas von lehrreich für mich.“ (GP3)*	*"Learn something professionally, learn something language wise. Learning how to deal with difficult situations. Learning psychological things, it's so instructive for me." (PSW3)*

CODE 2.B. Positive Experience (PE) SUBCODE B1. PE and “factor PSW”	*"Das ist für mich persönlich sehr schön, weil ich generell auch im Leben so ne Rolle sehr gern auch nehme. Auch meine Familie gegenüber, auch meinen Kollegen gegenüber. Ich möchte das einfach, dass alle nach vorne gucken und sich nach vorne auch bewegen." (GP3)*	*"Das ist für mich persönlich sehr schön, weil ich generell auch im Leben so eine Rolle sehr gern einnehme. Auch meiner Familie und meinen Kollegen gegenüber. Ich möchte das einfach, dass alle nach vorne gucken und sich nach vorne bewegen." (GP3)*	*"This is very nice for me personally, because I generally like to take on such a role in life. Also towards my family and my colleagues. I just want everyone to look ahead and move forward." (PSW3)*
CODE 2.B. Positive Experience (PE) SUBCODE B1. PE and “factor PSW”	*„Also für mich war sehr gut, sehr gute Erfahrung. Jetzt hab ich so viel Jahre hier und merk ich schon, wer was benötigt oder wie weit darf man reingehen oder der Abstand kann man besser schätzen. Und man, wie sagt man, wie nah man ihn ran zukommen. Ich merke jetzt besser, als am Anfang und die Rolle was wir haben oder ich habe, kann ich besser, als am Anfang. Kann ich besser zurecht kommen, als am Anfang.“ (GP1)*	*„Also für mich war [es] sehr gut, [eine] sehr gute Erfahrung. Jetzt bin ich so viele Jahre hier und merke schon, wer was benötigt oder wie weit ich reingehen darf, den Abstand kann man besser einschätzen. [...] Ich merke das jetzt besser […] und [mit] der Rolle, […] die ich habe, komme ich besser zurecht als am Anfang.“ (GP1)*	*"So for me [it] was very good, a very good experience. I've been here for so many years now and I already realize who needs what or how far I'm allowed to go in, I can judge the distance better [...] I realize this better now than at the beginning and [with] the role I have [...] I get along better than at the beginning." (PSW1)*
CODE 2.B. Positive Experience (PE) SUBCODE B1. PE and “factor PSW”	*„[…] weil, ich weiß, dass ich der Person oder die Person helfen kann, und das ist für mich unbezahlbar“ (GP8)*	*„[…] weil, ich weiß, dass ich der Person helfen kann, und das ist für mich unbezahlbar“ (GP8)*	*"[…] because, I know that I can help the person, and that is priceless to me" (PSW8)*
CODE 2.B. Positive Experience (PE) SUBCODE B2. PE and “work with the coordination office”	*„Also, diese, ja, diese Schulungen sind enorm wichtig.“ (GP1)*	*„Ja, diese Schulungen sind enorm wichtig.“* (GP1)	*“These training courses are extremely important.” (PSW1*)

CODE 2.B. Positive Experience (PE) SUBCODE B2. PE and "work with the coordination office"	*„Also das war sehr sehr hilfreiche Schulung. Ja das ist da wird man also das Gefühl du bist nicht also in kaltes Wasser reingeschmissen sondern du bist richtig also du hast eine Blick also du wirst nicht komplett sagen wir also aber du wirst mindestens die Basis haben also wie kommst du wie Kommunikation was ist deine wie kannst du dich schützen also diese persönliche Schützen sie achten also hier sie achten schon drauf in der Projekt […]" (GP5)*	*„Das waren sehr sehr hilfreiche Schulungen. Ja das ist das Gefühl, dass du nicht ins kalte Wasser reingeschmissen wirst […]." (GP5)*	*"[…] very, very helpful training courses. Yes, that's the feeling that you're not thrown in at the deep end […]." (PSW5)*
CODE 2.B. Positive Experience (PE) SUBCODE B2. PE and "work with the coordination office"	*"Supervision ist absolut am schönsten, ist als Übersetzung oder als Gesundheitspaten. Das ist wirklich für mich, ich liebe das. Ich werde immer Zeit nehmen, wenn es möglich ist […]."(GP8)*	*"Supervision ist absolut am schönsten, ob als Übersetzerin oder als Gesundheitspate. […] ich liebe das. Ich werde mir immer Zeit dafür nehmen, wenn es möglich ist. […]." (GP8)*	"*Supervision is absolutely the best, whether as a translator or as a PSW. […] I love it. I will always participate when I can […]."* (PSW8)
CODE 2.B. Positive Experience (PE) SUBCODE B2. PE and "work with the coordination office"	*"Gut. Kommunikativ, hilfreich, weil, diejenige, die weniger Erfahrung haben durch die andere […] kriegen sie Rat oder Tipp, wie sie mit der Situation umgehen können."(GP7)*	*"Gut. Kommunikativ, hilfreich. Weil diejenigen, die weniger Erfahrung haben durch die anderen […] Rat oder Tipps (bekommen), wie sie mit der Situation umgehen können." (GP7)*	"*Good. Communicative, helpful. Because those who have less experience […] get advice or tips from others on how to deal with the situation." (*PSW7)

8.2.3 All Quotes used as anchor examples in the Code-Set

Below is a list of all the quotations used as anchor examples in the code system, translated from the original wording into Standard German and from here into English.

Code	Original	Standard German	English
CODE Task areas	*„Oder ich bin also natürlich verantwortlich für die ganzen Termine, die ich hier oder bei den Ärzten vereinbare. Da wo ich wirklich einfach immer den Patienten sage ein paar Tage vorher, hey wir haben da einen Termin. Bitte denke dran. Komm doch pünktlich oder soll ich dich abholen.“ (GP8)*	*„Ich bin verantwortlich für alle Termine, die ich hier und bei den Ärzten vereinbare. Ich sage den Patienten dann immer ein paar Tage vorher, dass wir da einen Termin haben und er daran denken soll. Komm doch pünktlich oder soll ich dich abholen.“ (GP8)*	*“I am responsible for all the appointments I schedule here and sith the doctors. I always tell the patients a few days in advance that we have an appointment and he should remember that. He should be punctual or I offer to pick him up.” (PSW8)*
CODE Positive Experience (PE)	*„Ja, belastend ist für mich immer, die Menschen, die heftig leiden, egal unter was. Wenn ich Menschen seh, die kaputt sind, früh morgens, wenn man sieht, wie sie da zusammengeschrumpft sind, oder weinen oder nicht gepflegt aussehen und so. Das zieht mich runter und das belastet mich sehr, ja. Nur das. (GP3)*	*„Belastend ist für mich immer das heftige Leid der Menschen, egal unter was. Wenn ich Menschen sehe, die früh morgens kaputt sind, wenn man sieht, wie sie da zusammengesunken sind, oder weinen oder nicht gepflegt aussehen und so. Das zieht mich runter und belastet mich sehr. Nur das.“ (GP3)*	*“What is always burdensome for me is the instense suffering of people, no matter the cause. When I see people who are worn out early in the morning, when you see them slumped over, crying, or looking unkempt and so on. That brings me down and burdens me a lot. That’s all.” (PSW3)*
CODE Negative Experience (PE)	*„Aber jetzt ich sage ne, das Leben ist wirklich schön. Man muss nur ein bisschen mehr dran arbeiten und versuchen den anderen zu helfen. Es gibt sehr viele Punkte, wo ich sage, dass hat mir wirklich sehr glücklich gemacht. Als ich ja, hier, in dem Projekt, arbeite, ja, so.“ (GP8)*	*„Aber jetzt sage ich, das Leben ist wirklich schön. Man muss nur ein bisschen mehr daran arbeiten und versuchen den anderen zu helfen. Es gibt sehr viele Punkte, bei denen ich sage, dass es mich wirklich sehr glücklich gemacht hat. Als ich hier in dem Projekt arbeite.“ (GP8)*	*“But now I say, life is really beautiful. You just have to work at it a little harder and try to help others. There are many points where I say it really made me very happy. When I was working here on the project.” (PSW8)*

CODE Factor PSW	*„Aber jetzt gerade, ich kann mir sehr gut vorstellen, dass ich nicht in meiner Vergangenheit reinrutsche.“ (GP8)*	*„Aber jetzt gerade kann ich mir sehr gut vorstellen, dass ich nicht in meine Vergangenheit zurückfalle.“ (GP8)*	*„But right now, I can very well imagine that I won‘t fall back into my past.” (PSW8)*
CODE Factor patient	*„Es hängt auch von jedem Patienten an und welche Fall ist. Aber momentan ist es toll eine junge Iraner, der auch sehr stark traumatisiert war, schlechte Erlebnis gehabt hat und war auch in Psychiatrie hier und aber langsam bei ihm geht zu Verbesserung seine Gesundheitszustand. Und er besucht Deutschkurs.“ (GP1)*	*„Es hängt auch von jedem Patienten ab und was es für ein Fall ist. Aber momentan ist es toll. Der Patient ist ein junger Iraner, der auch sehr stark traumatisiert war, schlechte Erlebnisse gehabt hat und hier auch in der Psychiatrie war. Aber langsam verbessert sich sein Gesundheitszustand und er besucht einen Deutschkurs.“ (GP1)*	*“It also depends on each patient and what kind of case it is. But right now it is great. The patient is a young Iranian, who was also severely traumatized, had bad experiences, and was also in psychiatry here. But slowly, his health condition is improving, and he is attending a German course.” (PSW1)*
CODE Working with coordination office	*„War ganz gut, ich hab da überhaupt keine Probleme. Wenn ich irgendwas, wenn ich irgendwas brauche, oder wenn ich merke ok, das wird für mich sehr viel. Dann nehme ich Kontakt auf, und dann das klappt alles…“ (GP3)*	*„War ganz gut. Ich habe da überhaupt keine Probleme. Wenn ich irgendetwas brauche, oder wenn ich merke, dass es mir zu viel wird, dann nehme ich Kontakt auf und dann klappt das alles.“ (GP3)*	*“It was quite good. I don’t have any problems at all. If I need anything, or if I realize that it is getting too much for me, I get in touch and then everything works out.” (PSW3)*
CODE Working with healthcare system	*„Diejenigen, die verstanden haben was ein Gesundheitspate, haben sie gut gefunden….“ (GP7)*	*„Diejenigen, die verstanden haben was ein Gesundheitspate ist, fanden ihn gut.“ (GP7)*	*“Those who understood what a PSW was found it beneficial.” (PSW7)*
CODE value for patients	*„Was ich erreicht habe jetzt Nachhinein wenn ich dann denke... Bessere qualitatives Leben. Der Patient vor der Therapie oder vor meiner Arbeit war ausgeliefert ausgesetzt von Gefahren und keine Ahnung. Drohungen, gesundheitliche Gefahren. Und durch diese Arbeit und Tätigkeit und dann Therapie sie haben dann*	*„Im Nachhinein betrachtet, habe ein besseres qualitatives Leben erreicht. Der Patient war vor der Therapie oder vor meiner Arbeit allgemeinen und gesundheitlichen Gefahren und Drohungen ausgesetzt. Durch diese Arbeit und Tätigkeit und Therapie haben sie dann profitiert, sodass sie vielleicht 100 Prozent geheilt sind und dadurch ein besseres, qualitatives oder erleichtertes Leben haben. Das ist meine Meinung“ (GP7)*	*“In retrospect, I have achieved a better quality of life. Before the therapy or before my work, the patient was exposed to general and health risks and threats. Through this work, activity, and therapy, they benefited, perhaps resulting in them being 100 percent healed and thus having a better, qualitative, or relieved life. That is my opinion.” (PSW7)*

	profitiert dass sie dass sie vielleicht 100prozentig geheilt sind und dadurch besser besseres Leben haben qualitatives Leben oder erleichtertes Leben so. Das ist meine Meinung." (GP7)		
CODE Coping strategies	*„Ich versuche daraus irgendwas zu lernen. Ich versuche das Positive zu gucken und ich versuche das irgendwie mit meiner Hilfe kompensieren. Und für sie auch schöner machen und das macht es für mich auch schöner. Meistens muss ich auch mir sagen: "ja diese Person hat leider Pech gehabt". Weil es sind auch Sache passiert, manchmal, die nicht rückgängig werden" (GP3)* *„da muss man einfach nur sagen: "Ja, es ist traurig und du musst einfach dankbar sein, dass dir sowas nicht passiert ist". Und einfach hoffen, dass diese Person auch drüber hinwegkommt, irgendwie." (GP3)*	*„Ich versuche daraus irgendetwas zu lernen. Ich versuche das Positive zu betrachte und das irgendwie mit meiner Hilfe zu kompensieren. Und für sie (die Patienten) es schöner zu machen, das macht es für mich auch schöner. Meistens muss ich mir auch sagen, dass die Person leider Pech gehabt hat. Es sind nämlich manchmal auch Sachen passiert, die nicht rückgängig gemacht werden können."* *„Da muss man sich einfach nur sagen: Ja, das ist traurig und du musst einfach dankbar sein, dass dir sowas nicht passiert ist. Und einfach hoffen, dass diese Person auch irgendwie darüber hinwegkommt." (GP3)*	*"I try to learn something from it. I try to look on the positive side and somehow compensate for it with my help. And to make it nicer for them (the patients), that makes it nicer for me too. Most of the time I also have to tell myself that the person has unfortunately had bad luck. Sometimes things happen that cannot be undone." (PSW3)* *"You just have to tell yourself: yes, that's sad and you just have to be grateful that it didn't happen to yourself. And just hope that this person will somehow get over it." (PSW3)*
CODE Future	*„Was ich mir wünsche? also ich wünsche mir sehr, dass die Supervision mindestens einmal pro Monat stattfindet, wenn das möglich ist, sollen alle kommen…" (GP8)*	*„Was ich mir wünsche? Also ich wünsche mir sehr, dass die Supervision mindestens einmal pro Monat stattfindet. Wenn das möglich ist, sollen alle kommen…" (GP8)*	*"What do I wish for? Well, I really wish supervision takes place at least once a month. If possible, everyone should attend…" (PSW8)*

8.2.4 COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
Personal characteristics			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	46 - 47
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	46
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	46 - 47
Gender	4	Was the researcher male or female?	46
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	46 - 47
Relationship with participants			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	46, 61
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	46, 61
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	46 - 47 61
Domain 2: Study design			
Theoretical framework			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	46 - 48
Participant selection			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	46
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	46
Sample size	12	How many participants were in the study?	47
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	N/A
Setting			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	46
Presence of nonparticipants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	46

Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	47
Data collection			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	46, 61
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	N/A
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	46
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	46
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	46
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	60 - 61
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	N/A
Domain 3: analysis and findings			
Data analysis			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	48
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	48
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	48
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	48
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	N/A
Reporting			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	50 - 55
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	50 - 55
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	50 - 55
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	50 - 55

8.3 Ergänzendes Material Studie III

8.3.1 CARE (Case Report) Checklist

Item name	Item No.	Brief description	Reported page
Title	1	The words case report *(or case study)* should appear in the title along with phenomenon of greatest interest (eg, symptom, diagnosis, test, intervention)	63
Keywords	2	The key elements of this case in 2 to 5 words	63
Abstract	3a 3b 3c 3d 3e 3f	Introduction – What does this case add? Case Presentation: Main symptoms of the patient Main clinical findings Main diagnoses and interventions Main outcomes Conclusion – What were the main takeaway lessons from this case?	63 63 63 63 63 63
Introduction	4	Brief background summary of this case referencing the relevant medical literature	64 - 65
Patient Information	5a 5b 5c	Demographic information (eg, age, gender, ethnicity, occupation) Main symptoms of the patient (his or her chief complaints) Medical, family, and psychosocial history—including diet, lifestyle, and genetic information whenever possible and details about relevant comorbidities including past interventions and their outcomes	66 66 66 - 67
Clinical Findings	6	Describe the relevant physical examination (PE) findings	67
Timeline	7	Depict important dates and times in this case (table or figure)	71
Diagnostic Assessment	8a 8b 8c 8d	Diagnostic methods (eg, PE, laboratory testing, imaging, questionnaires) Diagnostic challenges (eg, financial, language/cultural) Diagnostic reasoning including other diagnoses considered Prognostic characteristics (eg, staging) where applicable	66 - 67 N/A 66 – 67 N/A
Therapeutic Intervention	9a 9b 9c	Types of intervention (eg, pharmacologic, surgical, preventive, self-care) Administration of intervention (eg, dosage, strength, duration) Changes in intervention (with rationale)	67 - 68 67 - 68 68 - 71
Follow-up and Outcomes	10a 10b 10c 10d	Summarize the clinical course of all follow-up visits, including • Clinician- and patient-assessed outcomes • Important follow-up test results (positive or negative) • Intervention adherence and tolerability (and how this was assessed) • Adverse and unanticipated events	 71 71 67 - 68 68
Discussion	11a 11b 11c 11d	Strengths and limitations of the management of this case Relevant medical literature Rationale for conclusions (including assessments of cause and effect) Main takeaway lessons of this case report	72 - 74 73 - 74 74 74

Patient Perspec-tive	12	The patient should share his or her perspective or experience whenever possible	71
Informed Consent	13	Did the patient give informed consent? Please provide if requested	Yes ☒ No ☐

Note. Checklist of information to include when writing a case report. Adapted from (Gagnier et al., 2013).

.

9 Eidesstaatliche Erklärung

Eidesstattliche Versicherung gem. § 6 der Promotionsordnung der Universität Konstanz (Anlage 1 Promotionsordnung)

1. Bei der eingereichten Dissertation zu dem Thema

Integration von psychisch belasteten Geflüchteten in die psychotherapeutische Regelversorgung

handelt es sich um meine eigenständig erbrachte Leistung.

2. ☒ Ich habe nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich keiner unzulässigen Hilfe Dritter bedient. Insbesondere habe ich wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken übernommene Inhalte als solche kenntlich gemacht.

   ☒ Falls ich textgenerierende KI-Tools als Hilfsmittel verwendet habe, ist mir bewusst, dass ich allein für die inhaltliche Richtigkeit von KI generierten Textpassagen und die Kennzeichnung von Formulierungen und Ideen anderer Personen gemäß den Grundsätzen der guten wissenschaftlichen Praxis verantwortlich bin.

3. ☒ Die Arbeit oder Teile davon habe ich wie folgt/bislang nicht[1] an einer Hochschule des In- oder Auslands als Bestandteil einer Prüfungs- oder Qualifikationsleistung vorgelegt.

Titel der Arbeit:
Zugang zum Menschenrecht auf Gesundheit -
Integration von psychisch belasteten Geflüchteten in die psychotherapeutische Regelversorgung

Hochschule und Jahr:
Universität Konstanz, 2025

Art der Prüfungs- oder Qualifikationsleistung:
Doktorarbeit

4. ☒ Die Richtigkeit der vorstehenden Erklärungen bestätige ich.
5. ☒ Die Bedeutung der eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung sind mir bekannt.

Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit erklärt und nichts verschwiegen habe.

Konstanz, 06.02.2025

Ort und Datum **(Unterschrift)**

[1] **Nicht Zutreffendes streichen. Bei Bejahung sind anzugeben: der Titel der andernorts vorgelegten Arbeit, die Hochschule, das Jahr der Vorlage und die Art der Prüfungs- oder Qualifikationsleistung**