

## **refuKey**

### **Projekt zur Verbesserung der Versorgung von seelisch erkrankten Geflüchteten in Niedersachsen –**

eine Kooperation der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und  
Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und des  
Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V. (NTFN).

### **Evaluationsbericht zur wissenschaftlichen Begleitforschung von refuKey V-1**

Vera Mohwinkel, Lena Erdmann, Beata Trilesnik,  
Ibrahim Özkan, Iris Tatjana Graef-Calliess



## Einleitung

Die Invasion der Ukraine durch Russland am 24. Februar 2022 hat erneut gezeigt, dass Menschen vom einen auf den anderen Tag gezwungen sein können, ihre bisherige Heimat zu verlassen und sich auf die Flucht zu begeben. Seit Beginn des Krieges ist die Zahl der Geflüchteten weltweit sprunghaft auf über 100 Millionen Menschen angestiegen (UNO-Flüchtlingshilfe, 2022). Verglichen zum Vorjahr ist dies ein Anstieg von über 20 %. Innerhalb der letzten Dekade hat sich die Zahl global mehr als verdoppelt (UNHCR, 2022). In Deutschland wurden im Jahr 2022 über eine Millionen geflüchtete Ukrainer:innen im Ausländerzentralregister registriert (*Flüchtlinge aus der Ukraine*; Stand: Dezember 2022), mehr als 100.000 davon in Niedersachsen (*Mehr als 100.000 Geflüchtete aus Ukraine in Niedersachsen*, Stand: 30.09.2022). Innerhalb der ersten 6 Monate des Jahres stellten weltweit 1,1 Millionen Menschen einen Asylantrag (+ 89% verglichen mit demselben Zeitraum in 2021, +22% verglichen mit demselben Zeitraum in 2019<sup>1</sup>), was einen neuen Höchststand darstellt und sogar die Zahlen prä Covid-19 übersteigt (UNHCR, 2022). Auch in Deutschland ist die Zahl der Asylanträge mit 214.253 Erst- und Folgeanträgen (189.998 Erst-, 24.255 Folgeanträge) im Vergleich zum Vorjahr gestiegen<sup>2</sup> (BAMF, Stand: 07.12.2022). Häufigste Herkunftsländer waren hier Syrien, Afghanistan und die Türkei (BAMF, Stand: 07.12.2022).

Zahlreiche Studien zeigen, dass Geflüchtete und Asylbewerber:innen eine besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe darstellen, in welcher die Prävalenz psychischer Erkrankungen höher ist als in der Allgemeinbevölkerung (Blackmore et al., 2020) und als in Populationen von Migrant:innen ohne Fluchthintergrund (Hollander et al., 2016). Ein häufiger Grund für die beeinträchtigte psychische Gesundheit von Geflüchteten ist die übermäßige Exposition gegenüber extremen Stressoren und potenziell traumatischen Ereignissen wie

1 Die Zahlen aus 2020 wurden aufgrund von fehlender Repräsentativität durch die Covid-19-Pandemie nicht berichtet.

2 Die ukrainischen Geflüchteten durchlaufen nicht das Asylantragsprocedere und sind daher in dieser Statistik nicht inkludiert.

Vergewaltigungen, Folter und Kriegseinwirkungen vor und während der Vertreibung (Turrini et al., 2019), wobei Studien zeigen, dass das kumulative Erleben traumatischer Ereignisse die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Erkrankung erhöht (Mollica et al., 1998). Schätzungen der WHO zufolge liegt die Prävalenz für psychische Erkrankungen (Depressionen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), bipolare Störungen, Schizophrenie) bei Menschen in bzw. aus Kriegs- und Krisengebieten bei 22,1% (Charlson et al., 2019). In einer Befragung von ukrainischen Binnenvertriebenen aus dem Jahr 2018 lag die generelle PTBS-Prävalenz bei 27,4%, die PTBS-Prävalenz für Frauen sogar bei 31,1% (Shevlin et al., 2018).

Aktuelle Forschung zeigt jedoch, dass nicht nur prä- und peri-migrative Faktoren zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer psychischen Erkrankung bei Geflüchteten beitragen. Die post-migrativen Lebensbedingungen im Aufnahmeland hängen in besonderem Maße signifikant mit der psychischen Gesundheit Geflüchteter zusammen, noch über den Einfluss von Traumatisierungen vor und während der Flucht hinausgehend (Chu et al., 2012; Li et al., 2016; Jannesari et al., 2020). Die sieben einflussreichsten post-migrativen Stressoren für Geflüchtete in Deutschland sind ein unsicherer Asylstatus, das Leben in Gemeinschaftsunterkünften, die Trennung von der Familie, Integrationsschwierigkeiten, Arbeitslosigkeit, mangelnde Deutschkenntnisse sowie erlebte Diskriminierung (Hajak et al., 2021).

Studien belegen, dass Geflüchtete trotz erhöhter psychischer Vulnerabilität und hoher emotionaler Belastung psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosoziale Versorgungsangebote signifikant seltener in Anspruch nehmen (Satinsky et al., 2019). Beispielsweise fanden Lamkaddem et al. (2014) heraus, dass in einer Stichprobe afghanischer, iranischer und somalischer Geflüchteter in den Niederlanden fast 80% derjenigen mit einer PTBS keine Behandlung aufsuchten.

Eine Vielzahl an Zugangsbarrieren, hinausgehend über die generell nicht ausreichende psychotherapeutische Versorgung in Deutschland, kann als ursächlich für diese Versorgungslücke betrachtet werden. Strukturelle Barrieren (u.a. unzureichende Sprachkenntnisse und Sprachmittlungsangebote, fehlendes Wissen über Versorgungsangebote, unzureichende interkulturelle Öffnung der Institutionen im Gesundheitssystem), kulturelle Barrieren (u.a. hohe Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, divergierende Verständnisse psychischer Gesundheit und Krankheit, mangelnde kulturelle Sensibilität Behandelnder) und geflüchtetenstpezifische Barrieren (u.a. restriktiver Zugang zum Gesundheitssystem; §§ 4,6 AsylbLG) verhindern die reguläre Inanspruchnahme Geflüchteter des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems (Byrow et al., 2020; Kirmayer et al., 2011; Silove et al., 2017). Neben des Umfangs der Nutzung von Versorgungsangeboten beeinträchtigen diese Zugangsbarrieren auch die Art der Angebote, die von Geflüchteten in Anspruch genommen werden. Nikendei et al. (2019) führten eine Längsschnittstudie unter Asylbewerber:innen in Deutschland durch, die Hilfe in einer psychosozialen Beratungsstelle suchten. Bei zwei Dritteln der befragten Patient:innen war die Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung zum ersten Befragungszeitpunkt gegeben. Drei Monate später, zum zweiten Befragungszeitpunkt, hatte jedoch kein:e einzige:r Asylbewerber:in eine psychotherapeutische Behandlung erhalten. Stattdessen hatte ca. ein Drittel eine:n Allgemeinmediziner:in aufgesucht, mehr als die Hälfte erhielt weiterhin psychosoziale Beratung.

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass ein unbürokratischer, niedrighschwelliger Zugang zum psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem sowie eine interkulturelle Öffnung der Versorgungsangebote, wie durch refuKey angestrebt und umgesetzt, weiterhin von sehr hoher Relevanz sind. Der Bedarf wird umso deutlicher, berücksichtigt man, dass die Zahl in Deutschland lebender Geflüchteter aufgrund des Ukrainekriegs im Jahr 2022 einen neuen Höchststand erreicht hat (*Zahl der Flüchtlinge*; Stand: Dezember 2022). Zudem sind

über ein Drittel aller ankommenden ukrainischen Geflüchteten in Deutschland minderjährig und somit besonders schutzbedürftig (*Flüchtlinge aus der Ukraine*; Stand: Dezember 2022). Studien weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die PTBS-Prävalenzraten unter geflüchteten Kindern und Jugendlichen bei teilweise über 50% liegen (Kien et al., 2019). Mit der flexiblen und zeitnahen Reaktion auf die Geschehnisse – insbesondere den zahlreichen Schulungen und den gesonderten Angeboten für ukrainische Geflüchtete – wurde in den Psychosozialen Zentren versucht, dem Bedarf gerecht zu werden. (<https://www.ntfn.de/angebote-ukrainisch-russisch/>).

## **Methoden**

Folgend wird der Aufbau der refuKey-Evaluation in Kürze erläutert, bevor eine genauere methodische Darstellung derjenigen Teiluntersuchungen erfolgt, welche im zurückliegenden Projektjahr fortschritten.

### ***Aufbau der Evaluation***

Die begleitende wissenschaftliche Evaluation des refuKey-Projekts erfolgt anhand eines naturalistischen, multizentrischen mixed-method-Designs (Abb. 1; Trilesnik et al., 2019).



Abbildung 1: Evaluationsdesign

Im Rahmen von vier distinkten wissenschaftlichen Teiluntersuchungen wird die Wirksamkeit des refuKey-Projekts bewertet. Die Sekundärdatenerhebung (I) erfasst den psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsstand für Patient:innen mit Fluchthintergrund in allen niedersächsischen psychiatrischen Kliniken und PSZ. Die Behandler:innenbefragung (II) dient der Erfassung von Belastungen, welche Klinikmitarbeiter:innen der psychiatrischen Kooperationskliniken in ihrer Arbeit mit Geflüchteten erleben, die Expert:innenbefragung (III) befragt Projektmitarbeiter:innen zu ihren Erfahrungen in der Arbeit mit Geflüchteten sowie ihren Erwartungen an und wahrgenommenen Veränderungen durch das refuKey-Projekt. Teiluntersuchung IV ist die Primärdatenerhebung, in welcher der psychische Gesundheitszustand der zu behandelnden Geflüchteten zu Behandlungsbeginn und –ende erfragt wird.

### ***Progress der Teiluntersuchungen***

In Projektphase eins wurden die erste Sekundärdatenerhebung, die erste Expert:innenbefragung sowie die erste Behandler:innenbefragung initiiert. Des Weiteren wurde mit der Erhebung der Primärdaten begonnen, welche in allen weiteren Projektphasen

fortgesetzt wird. Projektphase zwei schloss mit der Auswertung der Behandler:innenbefragung an. Zudem wurde im Rahmen der Primärdatenerhebung mit der Akquise einer Kontrollgruppe in einer projektfremden Klinik begonnen. In Projektphase drei wurden v.a. die zur Expert:innenbefragung gehörigen Fokusgruppen durchgeführt. Außerdem galt es, die Primärdatenerhebung trotz Covid-19-bedingter Einschränkungen aufrecht zu erhalten. Aufgrund eben jener Einschränkungen war die Fortsetzung der Kontrollgruppenerhebung jedoch nicht möglich und musste vorerst ausgesetzt werden. Projektphase 4 bestand aus der qualitativen inhaltlichen Auswertung der Fokusgruppen und der Durchführung sowie Auswertung der Behandler:innenbefragung aus der nachträglich ins Projekt eingetretenen psychiatrischen Kooperationsklinik „Psychiatrische Klinik Lüneburg“.

Die begleitende wissenschaftliche Evaluation des refuKey-Projekts umfasste im aktuellen Projektjahr folgende Teile:

- Erstellung und Einführung neuer Sprachversionen (Ukrainisch, Türkisch und Spanisch) für die Fragebogenbatterie der Primärdatenerhebung, um aufgrund sich verändernder Geflüchtetenzuströme den Bedarf an notwendigen Sprachen zu decken.
- Analyse und Interpretation der Zugangswege traumatisierter Geflüchteter zum psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungssystem sowie Analyse des Nutzungsverhaltens entsprechender Angebote
- Untersuchung des Einflusses von post-migrativen Faktoren, insbesondere wahrgenommener Diskriminierungserfahrungen, auf die psychische Gesundheit Geflüchteter
- Fortsetzung der Primärdatenerhebung zur Erfassung des psychischen Gesundheitszustands der geflüchteten Patient:innen im refuKey-Projekt
- Anbahnung einer neuen Kontrollgruppe in einer projektfremden Klinik im Rahmen der Primärdatenerhebung.

Im kommenden Projektjahr ist die Weiterführung der Akquise einer projektfremden Klinik für die Erhebung der Kontrollgruppe und die angestrebte Implementierung dieser geplant.

### ***Aktuelle Projektphase***

#### *Primärdatenerhebung*

Die Primärdatenerhebung dient der Erfassung des psychischen Zustands geflüchteter Patient:innen, die in den PSZ und psychiatrischen Kooperationskliniken behandelt werden. Zu Behandlungsbeginn und –ende wird eine Fragebogenbatterie, bestehend aus international validierten, standardisierten und in der transkulturell-psychiatrischen Forschung anerkannten Selbstauskunftsinstrumenten an die Patient:innen ausgehändigt. Sie erfragt das allgemeine psychische Wohlbefinden, Depressivität, Ängstlichkeit, psychotiforme Symptome, Somatisierung, Symptome posttraumatischer Belastungsstörungen und die allgemeine Lebensqualität als klinische Parameter sowie das Vorliegen post-migrativer Stressoren (zur detaillierten Vorstellung siehe Evaluationsbericht zur wissenschaftlichen Begleitforschung von refuKey I). Die Fragebogenbatterie liegt mittlerweile in elf Sprachen vor (ursprünglich acht Sprachen: Arabisch, Dari, Deutsch, Englisch, Farsi, Französisch, Russisch, Serbisch; drei neu hinzugefügte Sprachen: Ukrainisch, Spanisch, Türkisch). Zusätzlich zur Fragebogenbatterie füllen die Behandler:innen zu Behandlungsbeginn gemeinsam mit den geflüchteten Patient:innen einen Basisdokumentationsbogen aus, welcher soziodemographische und fluchtspezifische Informationen sowie Auskünfte zu bisherigen Behandlungserfahrungen erhebt (zur detaillierten Vorstellung siehe Evaluationsbericht zur wissenschaftlichen Begleitforschung von refuKey II).

Eine leichte Änderung in der Durchführung der Primärdatenerhebung erfolgte in der laufenden Projektphase. Aufgrund begrenzter räumlicher Kapazitäten, u.a. wegen Covid-19-bedingter Nutzungsbeschränkungen, war es nicht immer möglich, den Patient:innen in den PSZ einen angemessenen Rückzugsraum zum Ausfüllen der Fragebogenbatterie zur



Verfügung zu stellen. In Zukunft haben Patient:innen daher die Möglichkeit, die Evaluationsfragebögen mit nach Hause zu nehmen und ausgefüllt zum nächsten Gesprächstermin mitzubringen. Voraussetzung dafür ist eine ausreichende psychische und häusliche Stabilität, die zuvor durch die Behandler:innen eruiert wird.

Bis einschließlich Mitte Dezember 2022 wurden innerhalb des refuKey-Projekts viele Geflüchtete beraten oder behandelt (Projektphase 1: 2157 Personen; Projektphase 2: 1701 Personen; Projektphase 3: 1250 Personen; Projektphase 4: 1530), davon 1805 Personen in der laufenden, fünften Projektphase (01.03.2022 – Zwischenstand 14.12.2022).

Über alle bisherigen Projektphasen hinweg nahmen 721 Geflüchtete an der Evaluationsstudie teil, wobei 658 Fragebögen zu Behandlungsbeginn und 180 Fragebögen zu Behandlungsende ausgewertet werden konnten. Auf die fünfte Projektphase entfielen davon 132 *Prä*-Messungen sowie 32 *Post*-Messungen.

## Neue Ergebnisse

Die Beschreibung und Interpretation der Ergebnisse bisheriger Projektphasen können den jeweiligen Evaluationsberichten entnommen werden. Im Folgenden werden aktuelle Befunde der Primärdatenerhebung vorgestellt.

Soziodemographische sowie fluchtspezifische Informationen zur Beschreibung der Evaluationsteilnehmer:innen können der Tabelle 1 entnommen werden.

|                                                            |                                    |               |     | <i>M (SD)</i>  |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------|-----|----------------|
| <b>Alter</b>                                               |                                    |               |     | 32,99 (10.906) |
| <b>Aufenthaltsdauer in Deutschland (in Monaten)</b>        |                                    |               |     | 32.81 (46.46)  |
|                                                            |                                    |               |     | <i>N (%)</i>   |
| <b>Geschlecht</b>                                          | Männlich                           |               |     | 285 (55.9%)    |
|                                                            | Weiblich                           |               |     | 225 (44.1%)    |
| <b>Familienstand</b>                                       | Verheiratet/in                     | Partnerschaft | 197 | (40%)          |
|                                                            | Ledig/Geschieden/Verwitwet         |               | 294 | (60%)          |
| <b>Bildungsniveau</b>                                      | Analphabetismus                    |               | 23  | (5.5%)         |
|                                                            | Kein Schulabschluss                |               | 106 | (25.5%)        |
|                                                            | Mittlerer Schulabschluss           |               | 75  | (17.8%)        |
|                                                            | Berufsschule                       |               | 27  | (6.4%)         |
|                                                            | Abitur                             |               | 84  | (20.0%)        |
|                                                            | Hochschul-/Fachhochschulabschluss  |               | 106 | (25.2%)        |
| <b>Geburtsland</b>                                         | Iran                               |               |     | 86 (17.3%)     |
|                                                            | Afghanistan                        |               |     | 83 (16.7%)     |
|                                                            | Syrien                             |               |     | 49 (9.8%)      |
|                                                            | Irak                               |               |     | 41 (8.2%)      |
|                                                            | Sudan                              |               |     | 15 (3.0%)      |
|                                                            | Andere                             |               |     | (45.0%)        |
| <b>Berufliche Situation</b><br>(mehrere Antworten möglich) | Arbeit                             |               | 37  | (10.8%)        |
|                                                            | Keine Arbeitserlaubnis/ohne Arbeit |               | 212 | (60.6%)        |
|                                                            | Sprachkurs/Integrationskurs        |               | 84  | (24.5%)        |
|                                                            | Schule                             |               | 16  | (4.7%)         |
|                                                            | Berufsausbildung                   |               | 9   | (2.6%)         |
|                                                            | Studium                            |               | 3   | (.9%)          |
|                                                            | Hausfrau/Hausmann                  |               | 23  | (6.7%)         |

|                                                    |                                                |            |     |         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------|-----|---------|
| <b>Aufenthaltsstatus</b>                           | <u>Unsicher</u>                                |            | 378 | (80.8%) |
|                                                    | <i>Abschiebeandrohung</i>                      |            | 49  | (10.4%) |
|                                                    | <i>Duldung</i>                                 |            | 79  | (16.8%) |
|                                                    | <i>Aufenthaltsgestattung</i>                   |            | 229 | (48.8%) |
|                                                    | <i>Andere</i>                                  |            | 21  | (4.5%)  |
|                                                    | <u>Sicher</u>                                  |            | 91  | (19.2%) |
|                                                    | <i>Niederlassungserlaubnis</i>                 |            | 5   | (1.1%)  |
|                                                    | <i>Aufenthaltserlaubnis</i>                    |            | 71  | (15.1%) |
|                                                    | <i>Andere</i>                                  |            | 16  | (3.4%)  |
| <b>Fluchtgründe</b><br>(mehrere Antworten möglich) | Krieg                                          |            | 152 | (33.3%) |
|                                                    | Naturkatastrophen                              |            | 7   | (1.5%)  |
|                                                    | Wirtschaftliche                                | Not        | 50  | (11.0%) |
|                                                    | Politische/religiöse                           | Verfolgung | 201 | (44.1%) |
|                                                    | Soziale                                        | Gründe     | 79  | (17.3%) |
|                                                    | Individuelle                                   | Gründe     | 89  | (19.5%) |
|                                                    | Geschlechtsbedingte Gründe/sexuelle Verfolgung |            | 29  | (6.4%)  |

*Tabelle 1: Soziodemographische und fluchtspezifische Informationen geflüchteter Patient:innen über die gesamte Projektlaufzeit. M = Mittelwert; SD = Standardabweichung.*

|                                  | Behandlungsbeginn (%) |           |                |                |                |                | Behandlungsende (%) |           |                |                |                |                |
|----------------------------------|-----------------------|-----------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------------|-----------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                                  | N                     | < Cut-off | Cut-off + 1 SD | Cut-off + 2 SD | Cut-off + 3 SD | Cut-off + 4 SD | N                   | < Cut-off | Cut-off + 1 SD | Cut-off + 2 SD | Cut-off + 3 SD | Cut-off + 4 SD |
| <b>Depression</b> (HSCL_25_D)    | 615                   | 6.7       | 15.9           | 32.8           | 36.9           | 7.6            | 172                 | 17.4      | 29.1           | 33.1           | 19.2           | 1.2            |
| <b>Ängstlichkeit</b> (HSCL_25_A) | 622                   | 7.9       | 22.8           | 37.5           | 29.1           | 2.7            | 173                 | 17.9      | 41.0           | 26.6           | 13.3           | 1.2            |
| <b>Psychotizismus</b> (SCL_90_P) | 612                   | 12.1      | 34.0           | 30.7           | 19.6           | 3.6            | 166                 | 22.9      | 39.2           | 23.5           | 10.8           | 3.6            |
| <b>Somatisierung</b> (SCL_90_S)  | 625                   | 26.6      | 35.4           | 25.3           | 12.3           | .5             | 168                 | 40.5      | 31.0           | 17.9           | 10.7           | -              |
| <b>Traumatisierung</b> (HTQ_16)  | 609                   | 27.4      | 37.3           | 30.7           | 4.4            | .2             | 170                 | 40.6      | 38.8           | 19.4           | 1.2            | -              |

*Tabelle 2: Prävalenz klinisch relevanter Symptome und ihr Schweregrad für alle Messungen zu Behandlungsbeginn und –ende über die gesamte Projektlaufzeit (refuKey I-V). WEMWBS:*

Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale; HSCL\_25\_D: Hopkins Symptom Checklist 25 – Subskala Depression; HSCL\_25\_A: Hopkins Symptom Checklist 25 – Subskala Ängstlichkeit; SCL\_90\_P: Symptom Checklist 90-R – Subskala Psychotizismus; SCL\_90\_S: Symptom Checklist 90-R – Subskala Somatisierung; HTQ: Harvard-Trauma Questionnaire – Subskala Traumatisierung; WHOQoL: WHO Quality of Life Questionnaire; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; < Cut-off: Anteil klinisch unauffälliger Patient:innen; Cut-off + 1SD: Anteil Patient:innen mit leicht ausgeprägter Symptomatik; Cut-off + 2SD: Anteil Patient:innen mit mittelgradig ausgeprägter Symptomatik; Cut-off + 3SD: Anteil Patient:innen mit stark ausgeprägter Symptomatik; Cut-off + 4SD: Anteil Patient:innen mit sehr stark ausgeprägter Symptomatik.

Der Anteil der Patient:innen, die zu Behandlungsbeginn in PSZ oder Klinik eine klinisch auffällige Symptomatik zeigen (ab „Cut-off + 1 SD“) ist auf allen Skalen hoch, sowohl über die gesamte Projektlaufzeit hinweg (Tabelle 2) als auch in der laufenden fünften Projektphase (Tabelle 3). So weisen im aktuellen Projektjahr ca. neun von zehn Patient:innen zu Behandlungsbeginn klinisch auffällige Depressivität und Ängstlichkeit auf, ca. 85 % klinisch auffällige psychotiforme Symptomatik, dreiviertel zeigen auffällige Somatisierung und gut 70% auffällige PTBS-Symptomatik. Zum Behandlungsende sinkt der Anteil klinisch auffälliger Patient:innen wie auch der Schweregrad der Symptomatik deskriptiv auf allen Skalen. So zeigte in der fünften Projektphase bspw. kein:e Patient:in mehr eine sehr stark ausgeprägte Symptomatik („Cut-off + 4 SD“) zum Behandlungsende.

|                                  | Behandlungsbeginn (%) |           |                |                |                |                | Behandlungsende (%) |           |                |                |                |                |
|----------------------------------|-----------------------|-----------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------------|-----------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                                  | N                     | < Cut-off | Cut-off + 1 SD | Cut-off + 2 SD | Cut-off + 3 SD | Cut-off + 4 SD | N                   | < Cut-off | Cut-off + 1 SD | Cut-off + 2 SD | Cut-off + 3 SD | Cut-off + 4 SD |
| <b>Depression</b> (HSCL_25_D)    | 124                   | 9.7       | 16.1           | 37.9           | 27.4           | 8.9            | 30                  | 20.0      | 20.0           | 40.0           | 20.0           | -              |
| <b>Ängstlichkeit</b> (HSCL_25_A) | 127                   | 11.0      | 19.7           | 37.0           | 28.3           | 3.9            | 30                  | 13.3      | 33.3           | 36.7           | 16.7           | -              |
| <b>Psychotizismus</b> (SCL_90_P) | 125                   | 14.4      | 36.0           | 25.6           | 20.8           | 3.2            | 30                  | 23.3      | 23.3           | 36.7           | 16.7           | -              |
| <b>Somatisierung</b> (SCL_90_S)  | 128                   | 25.0      | 32.8           | 30.5           | 10.9           | .8             | 30                  | 40.0      | 30.0           | 6.7            | 23.3           | -              |
| <b>Traumatisierung</b> (HTQ_16)  | 122                   | 28.7      | 30.3           | 36.1           | 4.9            | -              | 29                  | 31.0      | 41.4           | 27.6           | -              | -              |

*Tabelle 3: Prävalenz klinisch relevanter Symptome und ihr Schweregrad für alle Messungen zu Behandlungsbeginn und –ende in Projektphase V.* WEMWBS: Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale; HSCL\_25\_D: Hopkins Symptom Checklist 25 – Subskala Depression; HSCL\_25\_A: Hopkins Symptom Checklist 25 – Subskala Ängstlichkeit; SCL\_90\_P: Symptom Checklist 90-R – Subskala Psychotizismus; SCL\_90\_S: Symptom Checklist 90-R – Subskala Somatisierung; HTQ: Harvard-Trauma Questionnaire – Subskala Traumatisierung; WHOQoL: WHO Quality of Life Questionnaire; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; < Cut-off: Anteil klinisch unauffälliger Patient:innen; Cut-off + 1SD: Anteil Patient:innen mit leicht ausgeprägter Symptomatik; Cut-off + 2SD: Anteil Patient:innen mit mittelgradig ausgeprägter Symptomatik; Cut-off + 3SD: Anteil Patient:innen mit stark ausgeprägter Symptomatik; Cut-off + 4SD: Anteil Patient:innen mit sehr stark ausgeprägter Symptomatik.

|                                          | Behandlungsbeginn (N=658) |           | Behandlungsende (N=180) |           |
|------------------------------------------|---------------------------|-----------|-------------------------|-----------|
|                                          | <i>M</i>                  | <i>SD</i> | <i>M</i>                | <i>SD</i> |
| <b>Allgemeines Wohlbefinden (WEMWBS)</b> | 36.42                     | 11.62     | 43.45                   | 11.67     |
| <b>Depression (HSCL_25_D)</b>            | 42.99                     | 9.59      | 37.72                   | 10.65     |
| <b>Ängstlichkeit (HSCL_25_A)</b>         | 27.81                     | 6.71      | 24.13                   | 7.63      |
| <b>Psychotizismus (SCL_90_P)</b>         | 16.46                     | 9.95      | 13.49                   | 10.31     |
| <b>Somatisierung (SCL_90_S)</b>          | 20.14                     | 12.40     | 16.00                   | 11.95     |
| <b>Traumatisierung (HTQ)</b>             | 81.58                     | 18.63     | 73.06                   | 20.44     |
| <b>Lebensqualität (WHOQoL)</b>           | 68,71                     | 15,29     | 75.32                   | 16.49     |

*Tabelle 4: Deskriptive Beschreibung des psychischen Zustands bei geflüchteten Patient:innen zu Behandlungsbeginn und –ende über die gesamte Projektlaufzeit (refuKey I – Ende 2022).*

WEMWBS: Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale; HSCL\_25\_D: Hopkins Symptom Checklist 25 – Subskala Depression; HSCL\_25\_A: Hopkins Symptom Checklist 25 – Subskala Ängstlichkeit; SCL\_90\_P: Symptom Checklist 90-R – Subskala Psychotizismus; SCL\_90\_S: Symptom Checklist 90-R – Subskala Somatisierung; HTQ: Harvard-Trauma Questionnaire – Subskala Traumatisierung; WHOQoL: WHO Quality of Life Questionnaire; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung.

|                                          | Behandlungsbeginn (N=132) |           | Behandlungsende (N=32) |           |
|------------------------------------------|---------------------------|-----------|------------------------|-----------|
|                                          | <i>M</i>                  | <i>SD</i> | <i>M</i>               | <i>SD</i> |
| <b>Allgemeines Wohlbefinden (WEMWBS)</b> | 35.49                     | 11.19     | 43.39                  | 8.60      |
| <b>Depression (HSCL_25_D)</b>            | 41.82                     | 10.05     | 38.91                  | 9.95      |
| <b>Ängstlichkeit (HSCL_25_A)</b>         | 27.72                     | 7.02      | 25.13                  | 7.42      |
| <b>Psychotizismus (SCL_90_P)</b>         | 15.98                     | 10.14     | 15.05                  | 10.12     |
| <b>Somatisierung (SCL_90_S)</b>          | 20.68                     | 13.39     | 17.95                  | 13.62     |
| <b>Traumatisierung (HTQ)</b>             | 81.54                     | 19.22     | 74.93                  | 19.89     |
| <b>Lebensqualität (WHOQoL)</b>           | 68,62                     | 16,40     | 76,42                  | 15,75     |

*Tabelle 5: Deskriptive Beschreibung des psychischen Zustands bei geflüchteten Patient:innen zu Behandlungsbeginn und –ende im laufenden Projektjahr.*

WEMWBS: Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale; HSCL\_25\_D: Hopkins Symptom Checklist 25 – Subskala Depression; HSCL\_25\_A: Hopkins Symptom Checklist 25 – Subskala Ängstlichkeit; SCL\_90\_P: Symptom Checklist 90-R – Subskala Psychotizismus; SCL\_90\_S: Symptom Checklist 90-R – Subskala Somatisierung; HTQ: Harvard-Trauma Questionnaire – Subskala Traumatisierung; WHOQoL: WHO Quality of Life Questionnaire; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung.

Der in der Projektphase vier beobachtete Trend zu einer deskriptiv stärkeren Symptombelastung zu Behandlungsbeginn hat sich in Projektphase fünf nicht fortgesetzt (siehe Tabelle 4 & 5). Dies könnte daraufhin deuten, dass der temporäre Anstieg in Projektphase vier v.a. auf die im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie stehende erhöhte psychische Belastung zurückzuführen sein könnte.

|                                 |             | <i>N</i> | <i>PRÄ</i>    | <i>POST</i>   | <i>Behandlungs-<br/>effekt</i> | <i>t</i> -Wert | <i>df</i> | <i>p</i> -Wert |
|---------------------------------|-------------|----------|---------------|---------------|--------------------------------|----------------|-----------|----------------|
|                                 |             |          | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i>                  |                |           |                |
| <b>Allgemeines Wohlbefinden</b> | (WEMWBS)    | 106      | 35.5 (12.67)  | 43.7 (11.76)  | 8.2 (12.33)                    | -6.87          | 105       | < .001***      |
| <b>Depression</b>               | (HSCL_25_D) | 104      | 43.0 (9.51)   | 36.6 (10.70)  | -6.4 (9.83)                    | 6.61           | 103       | < .001***      |
| <b>Ängstlichkeit</b>            | (HSCL_25_A) | 107      | 27.4 (7.13)   | 23.7 (7.97)   | -3.7 (7.14)                    | 5.29           | 106       | < .001***      |
| <b>Psychotizismus</b>           | (SCL_90_P)  | 102      | 17.3 (10.67)  | 12.2 (9.88)   | -5.1 (10.44)                   | 4.92           | 101       | < .001***      |
| <b>Somatisierung</b>            | (SCL_90_S)  | 106      | 20.2 (12.29)  | 15.1 (12.26)  | -5.1 (11.13)                   | 4.69           | 105       | < .001***      |
| <b>Traumatisierung</b>          | (HTQ)       | 101      | 80.7 (18.93)  | 71.7 (20.20)  | -5.1 (10.46)                   | 4.81           | 100       | < .001***      |
| <b>Lebensqualität</b>           | (WHOQoL)    | 90       | 70.0 (16.36)  | 77.18 (17.57) | 7.2 (14.75)                    | -4.62          | 89        | < .001***      |

*Tabelle 6: Vergleich des psychischen Zustands bei geflüchteten Patient:innen zu Behandlungsbeginn und –ende über die gesamte Projektlaufzeit (refuKey I – Ende 2022; t-Test für abhängige Stichproben).* WEMWBS: Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale; HSCL\_25\_D: Hopkins Symptom Checklist 25 – Subskala Depression; HSCL\_25\_A: Hopkins Symptom Checklist 25 – Subskala Ängstlichkeit; SCL\_90\_P: Symptom Checklist 90-R – Subskala Psychotizismus; SCL\_90\_S: Symptom Checklist 90-R – Subskala Somatisierung; HTQ: Harvard-Trauma Questionnaire – Subskala Traumatisierung; WHOQoL: WHO Quality of Life Questionnaire; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p-Wert: Signifikanzlevel; t-Wert: Teststatistik in der Varianzanalyse; df: Freiheitsgrade.

Tabelle 6 zeigt, dass sich, auch unter Einschluss der laufenden Projektphase fünf, die psychische Symptomatik der geflüchteten Patient:innen im Laufe der refuKey-Behandlung signifikant verbessert hat. Depressive, ängstliche und psychotiforme Symptomatik sowie Somatisierungs- und PTBS-Symptome sind signifikant zurückgegangen, das allgemeine

Wohlbefinden und die Lebensqualität haben sich signifikant verbessert. Damit konnten die Befunde der Evaluation der letzten Projektphasen erneut repliziert werden.

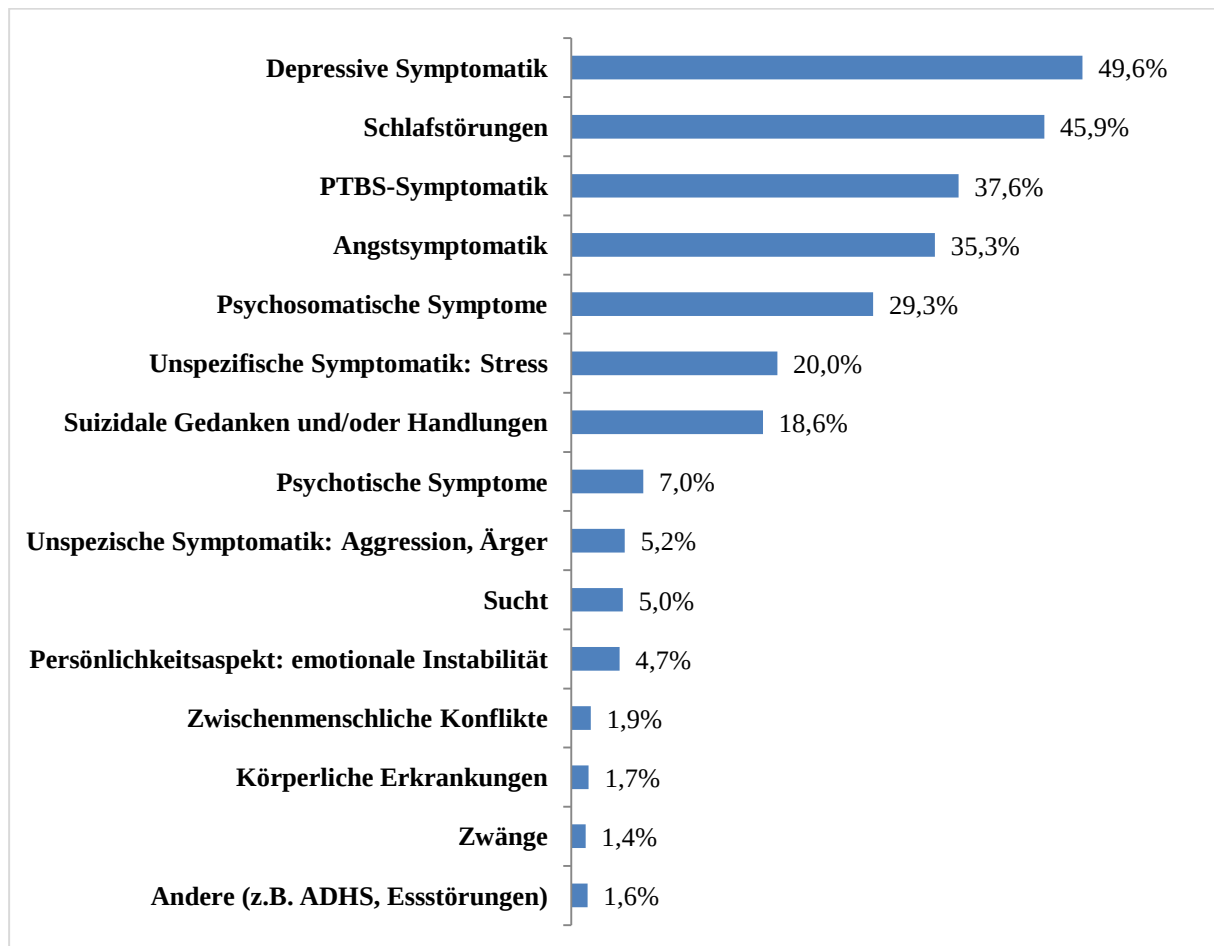


Abbildung 2: Berichtete aktuelle Symptomatik und Beschwerden geflüchteter Patient:innen über die gesamte Projektlaufzeit (refuKey I – Ende 2022).

Abbildung 2 zeigt aktuelle Symptome und Beschwerden wegen derer die geflüchteten Patient:innen psychosoziale Beratung und psychiatrische Behandlung in den refuKey-Kompetenzzentren suchten. Am häufigsten genannt wurden depressive Symptome (Traurigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Grübeln, Antriebslosigkeit, Hoffnungslosigkeit, sozialer Rückzug, geringer Selbstwert, Schuld/Scham, Appetitlosigkeit, Interessenlosigkeit,

Hilflosigkeit<sup>3)</sup> sowie Schlafstörungen und PTBS-Symptome (Alpträume, Flashbacks und Intrusionen, Dissoziation, Hypervigilanz, emotionale Taubheit, Schreckhaftigkeit<sup>1)</sup>). Außerdem gab mehr als ein Sechstel der Geflüchteten an, Suizidgedanken zu haben oder bereits einen Suizidversuch begangen zu haben. Alle Symptome, die weniger als 1% ausmachten, wurden in der Kategorie „Andere“ zusammengefasst.

Abbildung 3 stellt die subjektive psychische Belastung der geflüchteten Patient:innen dar. 83.7% geben zu Behandlungsbeginn an, sich „stark“ oder „sehr stark“ belastet zu fühlen.

| 0     | 1           | 2   | 3      | 4    | 5           | 6    | 7     | 8     | 9          | 10    |
|-------|-------------|-----|--------|------|-------------|------|-------|-------|------------|-------|
| keine | sehr gering |     | gering |      | mittelmäßig |      | stark |       | sehr stark |       |
| 1.2%  | .5%         | .2% | .2%    | 2.6% | 4.5%        | 6.9% | 12.9% | 21.8% | 22.7%      | 26.3% |

Abbildung 3: Berichtete subjektive Belastung Geflüchteter Patient:innen über die gesamte Projektlaufzeit (refuKey I – Ende 2022).

### **Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgungsangebote**

Basierend auf den Informationen der Basisdokumentation wurde im ersten Schritt die Inanspruchnahme des psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungssystems der geflüchteten Patient:innen vor Erstkontakt zu refuKey analysiert (Abbildung 4).

Dabei wurde das gesamte bisherige Nutzungsverhalten der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungsangebote betrachtet, inklusive eventueller Behandlungen im Herkunftsland oder in Drittstaaten. 40.5% gaben an, vor refuKey keinerlei Hilfe aufgrund ihrer psychischen Symptomatik gesucht zu haben. Fast die Hälfte (44.3%) sagten, dies habe v.a. an fehlenden Möglichkeiten gelegen, für 28.3% hatte zuvor kein Behandlungsbedarf bestanden, 20.5% fehlte es an Wissen darüber wo und wie

3 Die berichteten Symptome sind nach Häufigkeit der Nennung geordnet



eventuelle Hilfsangebote wahrgenommen werden könnten, 11.4% gaben Ängste und Sorgen vor Stigmatisierung an und 2.7% waren zu stark belastet, um selbstinitiativ Hilfe zu suchen.

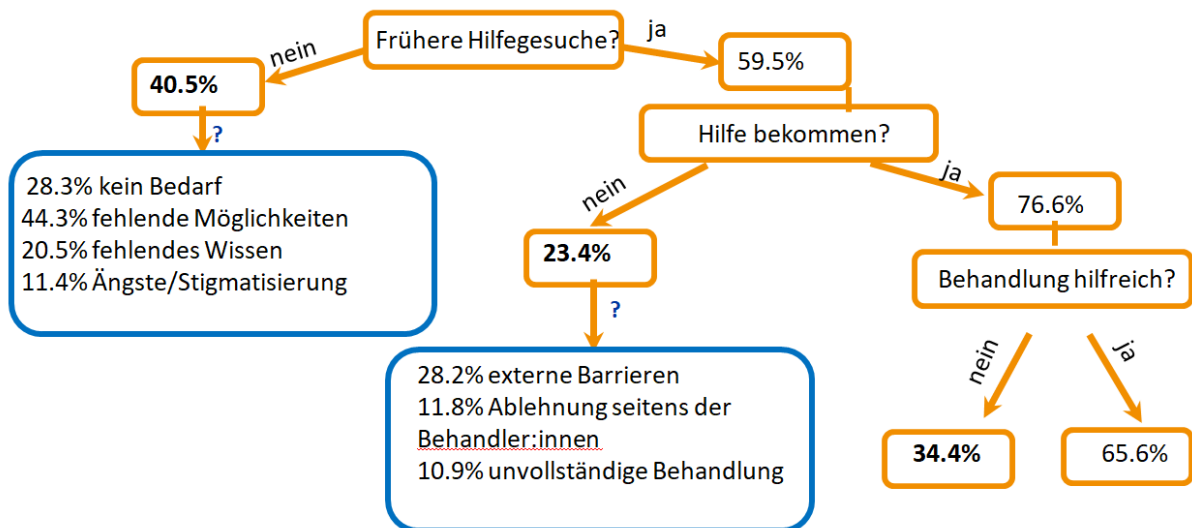


Abbildung 4: Inanspruchnahme des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems der geflüchteten Patient:innen (refuKey I – IV) vor refuKey.

Für die 59.5% der Patient:innen, die bereits vor refuKey Kontakt mit dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem hatten, fanden knapp 70% dieser Kontakte nach Ankunft in Deutschland statt (25.5% in Erstaufnahmeunterkünften, 44.8% nach Umverteilung), 15.5% in einem Drittstaat und 14.2% im Herkunftsland. Bei den meisten (42.8%) lag das letzte Hilfesuch noch kein Jahr zurück, für ein Fünftel (21.6%) hingegen mehr als zwei Jahre. Zur Frage nach der Art der gesuchten Unterstützung, gaben 43.4% an, ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungsangebote wahrgenommen zu haben, 29.1% nutzen Beratungszentren, 27.3% stationäre Behandlungsangebote und 26.4% konsultierten einen Hausarzt oder nahmen Medikamente gegen die Beschwerden.

Ca. Dreiviertel der Patient:innen, die vor refuKey bereits Hilfe gesucht hatten, waren bei ihrer Suche erfolgreich. Ein Viertel hingegen war es nicht gelungen, die gewünschte Hilfe zu erhalten. Gründe hierfür lagen allen voran in externen Zugangsbarrieren (28.2%; z.B. mangelndes Versorgungsangebot, lange Wartezeiten bei der Suche nach ambulanter Psychotherapie, plötzliche Umverteilungen innerhalb von Deutschland, fehlende Sprachkenntnisse). 11.8% hatten aktive Zurückweisung oder Diskriminierung durch Behandler:innen erfahren und 10.9% äußerten den Wunsch nach ergänzenden oder alternativen Therapieangeboten (z.B. Wunsch nach psychotherapeutischer Behandlung anstelle von rein medikamentöser Versorgung). Der größte Teil der Patient:innen (88.5%) nahm die ihm angebotenen Hilfen an. Ein Drittel (34.5%) bewertete die erhaltende Behandlung jedoch als nicht hilfreich.

Die Antworten der geflüchteten Patient:innen in Bezug auf ihre Behandlungserfahrungen konnten in fünf Themenbereiche gegliedert werden: *Positive Erfahrungen, neutraler Bericht über die erhaltenen Behandlungen, begrenzte Wirksamkeit der erhaltenen Behandlungen, keine Wirksamkeit der erhaltenen Behandlungen, negative Erfahrungen.*

Bei den *positiven Erfahrungen* gaben die Patient:innen an, ihre Behandlungen seien "hilfreich", "entlastend", "(sehr) gut" und "stabilisierend" gewesen. Das medizinische Fachpersonal wurde als "freundlich", "nett" oder "engagiert" beschrieben, die Geflüchteten fühlten sich im Kontakt ernst genommen und verstanden. Die Symptome wurden durch wirksame Medikamente und therapeutische Sitzungen gemildert. Außerdem waren die Patient:innen dankbar für erhaltene Ratschläge und erlernte Techniken zum Umgang mit ihren Symptomen.

Einige Patient:innen gaben einen *neutralen Bericht* über die erhaltenen Behandlungen ab. Dazu gehörten Medikamente, stationäre Behandlungen, therapeutische oder beratende Gespräche, Psychoedukation sowie Fertigkeiten und (Selbsthilfe-)Techniken.

Beschreibungen einer geringen oder kurzfristigen Verbesserung der Symptomschwere wurden als *begrenzte Wirksamkeit der erhaltenen Behandlungen* eingestuft. Einige Patient:innen nannten Gründe, warum ihre Symptome nicht zur vollen Zufriedenheit behandelt werden konnten, wie bspw. anhaltende Stressfaktoren (u.a. ein unsicherer Aufenthaltsstatus, Sorge um zurückgelassene Familienangehörige) oder ein Abbruch der Behandlung aufgrund externer Faktoren (Flucht, plötzliche Umverteilung aus Geflüchtetenunterkünften oder fehlende finanzielle Unterstützung zur Finanzierung der Behandlung).

In der Kategorie *Keine Wirksamkeit der erhaltenen Behandlungen* berichteten die Patient:innen über eine anhaltend hohe Symptomschwere trotz der erhaltenen Behandlungen. Darüber hinaus wurden Beschwerden über fehlende Behandlungen genannt. Dazu gehörten: die Beobachtung, lediglich Diagnosen, jedoch keine Behandlung zu erhalten, der Wunsch, nicht nur Medikamente, sondern auch psychotherapeutische Gespräche zu erhalten oder nach einem stationären Aufenthalt eine ambulante Nachbehandlung zu bekommen.

Schließlich berichteten die Patient:innen auch von *negativen Erfahrungen*. Sprachbarrieren und andere bürokratische Hürden verhinderten in einigen Fällen eine Behandlung. Außerdem berichteten die Patient:innen von negativen Erfahrungen mit Fachkräften des Gesundheitswesens. Sie äußerten das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, unfreundlich behandelt zu werden oder rassistisch angegriffen und diskriminiert worden zu sein. Dies führte zu mangelndem Vertrauen und Schamgefühlen. Einige Patient:innen erwähnten auch negative Erfahrungen im stationären Kontext, z. B. indem sie die psychiatrische Klinik mit einem Gefängnis verglichen, was im Kontext von ungerechtfertigter Hafterfahrung im Heimatland gesehen werden muss und auf fehlende Sensibilität des Klinikpersonals hinweist. Darüber hinaus wurde im Zusammenhang mit der Behandlung von Angstgefühlen berichtet.

### Zugangswege zu refuKey

| <b>Zugangswege zur Versorgung</b>                | <b>Absolute Anzahl (%)</b> |
|--------------------------------------------------|----------------------------|
| Arzt*/Psychologe*/Sozialarbeiter* oder ähnliches | 208 (43.4%)                |
| Erstaufnahmeeinrichtung                          | 85 (17.8%)                 |
| Migrantenorganisation/Verein                     | 52 (10.9%)                 |
| Familie/Freunde/Bekannte                         | 67 (14.0%)                 |
| Medien/Internet                                  | 9 (1.9%)                   |
| Sonstige                                         | 83 (17.4%)                 |

*Tabelle 7: Zugangswege geflüchteter Patient:innen zu refuKey über die gesamte Projektlaufzeit (refuKey I – V).*

Im zweiten Schritt wurden die Zugangswege der Patient:innen zur refuKey-Versorgung untersucht. Es zeigte sich, dass die Mehrheit von Ärzt:innen, Psycholog:innen, oder Sozialarbeiter:innen an die PSZ oder die psychiatrischen Kliniken verwiesen wurde, etwas mehr als ein Sechstel von Erstaufnahmeeinrichtungen und ca. ein Zehntel von Migrantenorganisationen oder Vereinen (Tabelle 7). Die Kategorie „Sonstige“ beinhaltet u.a. die Weiterleitung durch Rechtsanwält:innen oder Lehrer:innen.

333 refuKey-Patient:innen profitierten im Jahr 2022 von der Möglichkeit des Wechsel zwischen den Versorgungssträngen im Rahmen der Zusammenarbeit der kooperativen Kompetenzzentren: 128 von ihnen wurden innerhalb eines Kompetenzzentrums, d.h. zwischen Klinik und PSZ, übermittelt. 205 Patient:innen konnten in ein PSZ oder eine Klinik eines anderen refuKey-Projektstandortes verwiesen werden, z.B. im Fall einer asylverfahrensbedingten Umverteilung.

Darüber hinaus wird im Rahmen von refuKey den Phänomenen der Diskriminierung und Rassismus im Gesundheitssystem entgegengewirkt z.B. durch die Organisation eines Fachtages zu Rassismus und Psychische Gesundheit im Mai 2022 in Hannover.

### Zusammenhangsfaktoren mit Hilfesuchverhalten

Der Zusammenhang zwischen soziodemografischen, fluchtspezifischen und psychischen Faktoren und der Häufigkeit sowie der Art der Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosozialer Versorgungsangebote durch die geflüchteten Patient:innen vor refuKey wurde mit Hilfe von Chi-Quadrat-Tests für kategoriale Variablen (Bildung, Geburtsland, Geschlecht, rechtlicher Aufenthaltsstatus) und Kendall's Tau-Korrelation für metrische Variablen (psychisches Wohlbefinden, Aufenthaltsdauer in Deutschland) analysiert (Tabelle 8 & 9).

| Faktoren                                      | Häufigkeit der Inanspruchnahme |    |           |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|----|-----------|
|                                               | $\chi^2$                       | df | P         |
| Geschlecht                                    | .076                           | 2  | .963 (ns) |
| Bildungsniveau                                | 13.551                         | 10 | .194 (ns) |
| Aufenthaltsstatus                             | 2.577                          | 2  | .276 (ns) |
| Geburtsland                                   | 25.232                         | 8  | .001      |
|                                               | $\tau_b$                       |    | P         |
| WEMWBS                                        | .144                           | -  | .002      |
| Aufenthaltsdauer<br>in Deutschland in Monaten | -.054                          | -  | .090 (ns) |

*Tabelle 8: Chi-Quadrat-Tests und Kendall's Tau Korrelationen zum Zusammenhang zwischen soziodemographischen, fluchtspezifischen und psychischen Faktoren mit der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten (refuKey I – IV). WEMWBS: Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale; p-Wert: Signifikanzlevel nach Bonferroni-Holm-Korrektur; ns: nicht signifikant.*

| Faktoren                        | Art des Versorgungsangebotes |    |           |
|---------------------------------|------------------------------|----|-----------|
|                                 | $\chi^2$                     | df | P         |
| Geschlecht                      | 5.503                        | 2  | .064 (ns) |
| Bildung                         | 10.404                       | 10 | .406 (ns) |
| Aufenthaltsstatus               | 2.368                        | 2  | .306 (ns) |
| Geburtsland                     | 21.055                       | 8  | .007      |
| Ort der letzten Behandlung      | 41.645                       | 9  | < .001    |
|                                 | $\tau_b$                     |    | P         |
| WEMWBS                          | .124                         | -  | .043 (ns) |
| Aufenthaltsdauer in Deutschland | .117                         | -  | .009      |

*Tabelle 9: Chi-Quadrat-Tests und Kendall's Tau Korrelationen zum Zusammenhang zwischen soziodemographischen, fluchtspezifischen und psychischen Faktoren mit der Art der in Anspruch genommenen Versorgungsangebote (refuKey I – IV). WEMWBS: Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale; p-Wert: Signifikanzlevel nach Bonferroni-Holm-Korrektur; ns: nicht signifikant.*

### **Einfluss post-migrativer Lebensstressoren auf den psychischen Zustand von Geflüchteten**

Des Weiteren wurde der Einfluss von post-migrativen Lebensstressoren auf den psychischen Gesundheitszustand von geflüchteten refuKey-Patient:innen erforscht. Der mittels Korrelationsanalyse untersuchte Zusammenhang zwischen post-migrativen Lebensstressoren, wahrgenommenen Diskriminierungserfahrungen und psychischen Gesundheitsparametern ist in der Tabelle 10 abgebildet. Zur Untersuchung der Hypothese, ob mehr post-migrative Lebensstressoren und mehr wahrgenommene Diskriminierung eine schlechtere psychische Gesundheit zu Behandlungsbeginn vorhersagen, wurden multiple Regressionen berechnet. Die Ergebnisse zeigten, dass post-migrative Lebensstressoren (PMLDC) und wahrgenommene Diskriminierungen (PDS) jeden getesteten Parameter der psychischen Gesundheit signifikant vorhersagten, wobei die Gesamtmodelle für die Lebensqualität [WHOQoL:  $F(2, 519) = 99.53, p < .001, f^2 = .38$ ] sowie für Traumatisierung [HTQ:  $F(2, 532) = 88.25, p < .001, f^2 = .33$ ] große Effektstärken zeigten, das Gesamtmodell für depressive

Symptome [HSCL\_25\_D:  $F(2, 530) = 59.12, p < .001, f^2 = .22$ ] eine mittlere bis große Effektstärke, die Gesamtmodelle für Psychotizismus [SCL\_90\_P:  $F(2,527) = 47.63, p < .001, f^2 = .18$ ] Somatisierung [SCL\_90\_S:  $F(2, 547) = 31.66, p < .001, f^2 = .12$ ] und Ängstlichkeit [HSCL\_25\_A:  $F(2, 542) = 34.03, p < .001, f^2 = .13$ ] mittlere Effektstärken und das Gesamtmodell für allgemeines Wohlbefinden [WEMWBS:  $F(2, 544) = 25.91, p < .001, f^2 = .10$ ] eine kleine bis mittlere Effektstärke. Die p-Werte blieben auch nach Bonferroni-Holm-Korrektur signifikant.

|                                             |     | <b>Postmigrative<br/>Lebensschwierigkeiten</b> |          | <b>Wahrgenommene<br/>Diskriminierung</b> |          |
|---------------------------------------------|-----|------------------------------------------------|----------|------------------------------------------|----------|
| <i>N</i>                                    |     | <i>r</i>                                       | <i>p</i> | <i>r</i>                                 | <i>p</i> |
| <b>Allgemeines Wohlbefinden</b><br>(WEMWBS) | 572 | -.287                                          | < .001** | -.150                                    | .001**   |
| <b>Depression</b> (HSCL_25_D)               | 565 | .435                                           | < .001** | .234                                     | <.001**  |
| <b>Ängstlichkeit</b> (HSCL_25_A)            | 568 | .347                                           | < .001** | .190                                     | <.001**  |
| <b>Psychotizismus</b> (SCL_90_P)            | 566 | .388                                           | < .001** | .196                                     | <.001**  |
| <b>Somatisierung</b> (SCL_90_S)             | 574 | .329                                           | < .001** | .201                                     | <.001**  |
| <b>Traumatisierung</b> (HTQ)                | 557 | .483                                           | < .001** | .303                                     | <.001**  |
| <b>Lebensqualität</b> (WHOQoL)              | 560 | -.489                                          | < .001** | -.298                                    | <.001**  |

*Tabelle 10: Korrelationen zwischen psychischen Parametern, postmigrativen Lebensstressoren und wahrgenommener Diskriminierung bei geflüchteten Patient:innen zu Behandlungsbeginn (refuKey I – V). WEMWBS: Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale; HSCL\_25\_D: Hopkins Symptom Checklist 25 – Subskala Depression; HSCL\_25\_A: Hopkins Symptom Checklist 25 – Subskala Ängstlichkeit; SCL\_90\_P: Symptom Checklist 90-R – Subskala Psychotizismus; SCL\_90\_S: Symptom Checklist 90-R – Subskala Somatisierung; HTQ: Harvard-Trauma Questionnaire – Subskala Traumatisierung; WHOQoL: WHO Quality of Life Questionnaire;  $r = 0.1$  schwacher Zusammenhang,  $r = 0.3$  moderater Zusammenhang,  $r = 0.5$  starker Zusammenhang.*

Bei genauerer Betrachtung der Gesamtmodelle ergab sich folgendes Bild: post-migrative Lebensstressoren und wahrgenommene Diskriminierung tragen beide signifikant zur Vorhersage von PTBS-Symptomatik [ $\beta = .45, p = < .001$  &  $\beta = .09, p = .028$ ] bei. Die anderen

psychischen Parameter (Depression [ $\beta = .40$ ,  $p = < .001$ ], Ängstlichkeit [ $\beta = .31$ ,  $p = < .001$ ], allgemeines Wohlbefinden [ $\beta = -.28$ ,  $p = < .001$ ], Somatisierung [ $\beta = .29$ ,  $p = < .001$ ], Psychotizismus [ $\beta = .38$ ,  $p = < .001$ ], Lebensqualität [ $\beta = -.49$ ,  $p = < .001$ ]) ließen sich lediglich signifikant durch das Vorliegen post-migrativer Lebensstressoren vorhersagen.

### **Ausbau digitaler Angebote im refuKey-Projekt**

Der Beginn der Covid-19-Pandemie im Frühjahr 2020 hat dem psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungssystem die Vorzüge des Einsatzes digitaler, multimedialer Tools aufgezeigt. Vertraten viele Institutionen der Nutzung von Online-Angeboten gegenüber zuvor eine skeptische Grundhaltung, hat die Digitalisierung mittlerweile vielfach Einzug in die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung gefunden. Auch im refuKey-Projekt wurden die digitalen Versorgungs- sowie Fortbildungsangebote zügig und stark ausgebaut. Wie bereits im letzten Bericht erwähnt, wurde zeitnah nach Ausbruch der Covid-19-Pandemie die Möglichkeit geschaffen, therapeutische Einzelgespräche als Video- oder Telefongespräche wahrzunehmen (s.a. Evaluationsbericht zur wissenschaftlichen Begleitforschung von refuKey IV). Dieses Angebot wurde von vielen Patient:innen sehr gut angenommen, was dazu führte, dass Patient:innen nun auch nach Rücknahme der Covid-bedingten Restriktionen in Einzelfällen die Möglichkeit haben, anstelle eines Präsenzgesprächs ein Video- oder Telefongespräch zu nutzen. Des Weiteren wurde 2020 ein mehrsprachiges Telefonangebot geschaffen. Zu festen Sprechzeiten hatten Geflüchtete die Möglichkeit, Beratungen auf Arabisch, Deutsch, Englisch, Farsi, Französisch, Kurmanci, Russisch oder Spanisch zu suchen. 2021 wurde das mehrsprachige Telefonangebot mit der Wiedereinführung der Offenen Sprechstunden beendet, Beratungen per Telefon finden seitdem in Einzelfällen statt oder wurden zu besonderen, katastrophalen Ereignissen wie z.B. der Machtübernahme der Taliban kurzfristig wieder eingeführt. Kurz nach Beginn des Lockdowns im Jahr 2020 wurden darüberhinaus therapeutische Gespräche über den DSGVO-



konformen Videodienst whereby eingeführt. Auch diese Form der Beratung wird in Einzelfällen bis in die Gegenwart genutzt und stellt eine Erweiterung der Angebotspalette und der Zugänglichkeiten im refuKey-Projekt dar.

In der Außenstelle Cuxhaven existiert seit September 2021 das Angebot einer offenen Videosprechstunde. V.a. für Personen im weiteren Umkreis von Cuxhaven lebend, in ländlicher Gegend und mit einer schlechten Verkehrsanbindung, stellt die Videosprechstunde eine gute Alternative zu Gesprächsterminen in den Räumlichkeiten des PSZ dar. Mit der Videotelefonie verbundene Schwierigkeiten bestehen v.a. in der Garantie einer stabilen Internetverbindung - Gesprächsunterbrechungen aufgrund technischer (temporärer) Ausfälle sind möglich und können die Gesprächsatmosphäre beeinträchtigen – sowie in fehlenden (häuslichen) Rückzugsmöglichkeiten für vertrauliche Gespräche auf Seiten der geflüchteten Patient:innen. Im Jahr 2022 profitierten so insgesamt 145 Personen von Video- oder Telefonberatungsangeboten.

Zur Bewältigung der letztgenannten Problematik erprobte der refuKey-Standort Osnabrück in Lingen, im Landkreis Emsland, das Format begleiteter Videosprechstunden. In angemieteten Räumlichkeiten können geflüchtete Patient:innen hier ihren Videogesprächstermin mit einer Beraterin des PSZ Osnabrück wahrnehmen, wobei eine Hilfskraft vor Ort bei der Organisation assistiert. Die Vorteile des Formats wurden schnell deutlich: die zur Verfügung gestellten Räumlichkeiten bieten einen Schutzraum, den nicht alle Patient:innen zuhause erfahren, sodass eine Selbstöffnung teils erstmalig gelingt. Im Rahmen eines Vernetzungstreffens zum Jahresende fand eine Zwischenbewertung des neuen Formats statt, dessen genaue Auswertung noch ausstehend ist. Die begleitete Videosprechstunde wird frequentiert, jedoch zahlenmäßig zunächst verhalten. Schwierigkeiten wie eine, trotz wohnortnäherer Versorgung, schlechte und kostspielige Verkehrsanbindung wurden diskutiert, ebenso wie Möglichkeiten zur weiteren Bekanntmachung des Angebots.

Neben der Patient:innenversorgung wurde auch das refuKey-Fortbildungsangebot digitalisiert. In den Jahren 2020 und 2021 mussten Covid-bedingt fast alle Fortbildungsveranstaltungen online stattfinden. In dieser Zeit zeigten sich einige Vorteile, die das digitale Format mit sich bringt. Ortsungebunden können so niedersachsenweit Personen an den angebotenen Qualifizierungen teilnehmen. Die Teilnehmendenzahl kann teils erhöht werden, da sich die Frage nach eventuell begrenzten räumlichen Kapazitäten nicht stellt. Außerdem kann die steigende Zahl an Anfragen aufgrund des flexibleren Einsatzes von Referent:innen besser bewältigt werden. Aus diesen Gründen wurde entschieden, das digitale Fortbildungsangebot in vielen Bereichen auch in Zukunft ergänzend aufrecht zu erhalten. Im Jahr 2022 wurden bspw. als Reaktion auf den russischen Angriffskrieg in der Ukraine landesweit über 500 Ehrenamtliche und Fachkräfte durch ein digitales Fortbildungsangebot geschult. Auch die Qualifizierungsangebote für Dolmetschende und Sprachmittler:innen konnten vermehrt standortübergreifend in Anspruch genommen werden. Im Jahr 2022 wurden so ca. 70 Dolmetschende und Sprachmittler:innen online geschult.

## Fazit und Diskussion

Die Ergebnisse der wissenschaftlich-begleitenden Evaluationsstudie des refuKey-Projekts, die im Rahmen der laufenden, fünften Projektphase gewonnen werden konnten, liefern wichtige Erkenntnisse nicht nur bzgl. des psychischen Gesundheitszustands Geflüchteter in Niedersachsen, sondern gleichsam bzgl. relevanter einflussnehmender Faktoren auf diesen sowie hinsichtlich der allgemeinen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssituation für Geflüchtete. Neben der Fortsetzung der Primärdatenerhebung zur Erfassung der psychischen Gesundheit der geflüchteten Patient:innen im refuKey-Projekt zu Behandlungsbeginn und –ende, wurde der Einfluss post-migrativer Lebensstressoren, insbesondere wahrgenommener Diskriminierungserfahrungen, auf den psychischen Gesundheitszustand der im Projekt behandelten Geflüchteten untersucht. Des Weiteren erfolgte eine Analyse der Zugangswege Geflüchteter zu psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosozialer Versorgung und die Untersuchung möglicher Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme und das Nutzungsverhalten entsprechender Angebote.

Die aktuellen Befunde der Primärdatenerhebung replizieren die Resultate vorheriger Evaluationsberichte. Die geflüchteten Patient:innen zeigen weiterhin initial eine hohe Symptombelastung, u.a. weisen über 90% zu Behandlungsbeginn eine klinisch auffällige Depressionssymptomatik auf, über 80% geben an, sich durch ihre aktuellen psychischen Beschwerden stark oder sehr stark belastet zu fühlen. Im Laufe der refuKey-Behandlung bzw. zum Behandlungsende hin sinkt die Symptomschwere signifikant auf allen erhobenen Skalen, das allgemeine Wohlbefinden sowie die wahrgenommene Lebensqualität steigen signifikant an. Der in Projektphase vier deskriptiv beobachtete Trend einer zu Behandlungsbeginn leicht erhöhten klinisch auffälligen Symptomatik hat sich in der fünften Projektphase nicht fortgesetzt, was dafür sprechen mag, dass jener temporäre Anstieg in Zusammenhang mit den

Covid-19-Restriktionen gebracht werden könnte, welche im Jahr 2022 wieder weitgehend gelockert wurden.

Die Analyse des Einflusses post-migrativer Lebensstressoren auf die psychische Gesundheit der Geflüchteten zu Behandlungsbeginn lieferte klare Belege dafür, dass ungünstige Lebensbedingungen im Ankunftsland (u.a. ein unsicherer Aufenthaltsstatus, beengte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Trennung von Familien, unzureichende Gesundheitsversorgung) in einem eindeutig negativen Zusammenhang mit einer schlechteren psychischen Gesundheit stehen (Graef-Calliess et al., in Druck). Berücksichtigt man die aufgrund von Erlebnissen vor und während der Flucht bereits bestehende erhöhte psychische Vulnerabilität Geflüchteter, unterstreicht dies einmal mehr, nicht nur die Notwendigkeit einer generellen Verbesserung der Lebensumstände im Ankunftsland, sondern auch die Wichtigkeit der Existenz von Projekten wie refuKey und psychosozialer Zentren im Allgemeinen, welche aktiv an der Überwindung einzelner post-migrativer Stressoren z.B. durch die angestrebte verbesserte psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung mittels niedrigschwelliger Angebote arbeiten. Konkret geschah dies zuletzt auch durch den Ausbau digitaler Behandlungsangebote für Geflüchtete. Der Einsatz von Telefon- und Videosprechstunden wie in Cuxhaven oder Lingen erleichtert den Zugang zu psychosozialer Beratung v.a. für in der Peripherie lebende Geflüchtete, für welche eine persönliche Anreise aufgrund weiter Distanzen und schlechter Verkehrsanbindungen nicht möglich wäre.

Die Analyse des früheren Nutzungsverhaltens in Bezug auf das psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosoziale Versorgungssystem durch die geflüchteten Patient:innen zeigte, dass knapp 40% im Rahmen von refuKey zum ersten Mal Kontakt mit jenen Versorgungsstrukturen hatten. Der häufigste genannte Grund hierfür war das Fehlen entsprechender Behandlungsmöglichkeiten. In Zusammenschau mit dem Befund, dass ein Großteil (ca. 70%) der Geflüchteten, die bereits Erfahrungen im psychiatrisch-

psychotherapeutischen Versorgungssystem gesammelt hatten, dies in Deutschland getan hatten, zeigt sich hier die unbedingte Notwendigkeit, möglichst niedrigschwellige Zugangswege zum Versorgungssystem zu schaffen und entsprechende Versorgungsangebote für Geflüchtete auszubauen, wie durch das refuKey-Projekt demonstriert.

Weiterhin hervorzuheben ist die Tatsache, dass ein Drittel der befragten Geflüchteten angab, die vor refuKey erhaltenen Behandlungen als nicht hilfreich empfunden zu haben. Mögliche Begründungen für diesen Befund lassen sich in den Schilderungen der Behandlungserfahrungen finden. Hier beschrieben Geflüchtete u.a., dass es durch plötzliche Umverteilungen innerhalb von Deutschland zu abrupten Behandlungsabbrüchen kam; eine Behandlungsneuaufnahme am neuen Wohnort ist in den meisten Fällen nicht ohne weiteres möglich. Mit der gegenseitigen Vernetzung der kooperativen Kompetenzzentren bietet refuKey hier einen Ansatzpunkt, Behandlungen auch nach spontanen Wohnortsveränderungen innerhalb Niedersachsens fortführen zu können, wovon im zurückliegenden Jahr 2022 über 200 refuKey-Patient:innen profitieren konnten.

Des Weiteren schilderten die Geflüchteten unzureichende Behandlungen erhalten zu haben, wie bspw. Diagnosestellungen ohne anschließende therapeutische Interventionen oder isolierte Medikation ohne ergänzende psychotherapeutische Gespräche. Sprachbarrieren oder bürokratische Hürden hätten eine Behandlung manchmal ganz verhindert. Auch in diesem Punkt können Projekte wie refuKey ansetzen. Mitarbeiter:innen, die sowohl in den psychiatrischen Kliniken als auch in den PSZ beschäftigt sind, kümmern sich u.a. um die Unterstützung bei der Organisation von Dolmetscher:innen zur Überwindung von Sprachbarrieren in der therapeutischen Behandlung. Die in Projektphase drei durchgeführte und in Phase vier ausgewertete Fokusgruppenbefragung ergab in diesem Zusammenhang, dass der Einsatz von Dolmetscher:innen als in der Frequenz erhöht, in der Qualität gestiegen

und in der Organisation vereinfacht beschrieben wurde (s.a. Evaluationsbericht zur wissenschaftlichen Begleitforschung von refuKey IV).

Schließlich berichteten die Geflüchteten vereinzelt von negativen Erfahrungen mit Fachkräften des Gesundheitswesens, von dem Gefühl nicht ernst genommen worden zu sein oder Diskriminierung erfahren zu haben. Daran schließt sich der Befund, dass vorherige Diskriminierungserfahrungen signifikant die PTBS-Symptomatik geflüchteter Patient:innen im refuKey-Projekt zu Behandlungsbeginn vorhersagten, an. Die Durchführung von Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen zur transkulturellen Sensibilisierung von Fachkräften des Gesundheitswesens ist eine weitere Aufgabe, die von refuKey-Mitarbeiter:innen übernommen wird mit dem Ziel, zukünftige Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem für Geflüchtete zu reduzieren.

Sowohl der Stand der Forschung als auch die vorliegenden Befunde der aktuellen refuKey-Evaluationsstudie machen deutlich, dass die Reduktion von Zugangsbarrieren sowie die Bereitstellung eines bedürfnisgerechten, auf die Zielgruppe geflüchteter Patient:innen abgestimmten Versorgungsangebotes weiterhin von enormer Relevanz sind. Dies wird umso deutlicher, beachtet man, dass die Anzahl Geflüchteter, sowohl weltweit wie auch in Deutschland, steigend ist und im Jahr 2022 einen neuen Höchststand erreichte (*Flüchtlinge aus der Ukraine*; Stand: Dezember 2022). Unter Berücksichtigung der besonderen psychischen Vulnerabilität Geflüchteter sowie erhöhter Prävalenzen für psychische Erkrankungen wird deutlich, dass der Bedarf an niedrigschwelligen, unbürokratischen und kulturell adaptierten Versorgungsmöglichkeiten, wie durch psychosoziale Zentren bereitgestellt, in Zukunft eher noch steigen wird.

## Literaturverzeichnis

BAMF (2022, 07. Dezember). *Asylgeschäftsstatistik November 2022*

<https://www.bamf.de/SharedDocs/Meldungen/DE/2022/221207-asylgeschaeftsstatistik-november-2022.html> [2023/15/01]

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>

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>

Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10194), 240-248.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)

Chu, T., Keller, A. S., & Rasmussen, A. (2012). Effects of Post-migration Factors on PTSD Outcomes Among Immigrant Survivors of Political Violence. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(5), 890–897. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9696-1>

*Flüchtlinge aus der Ukraine*. (2022). Mediendienst Integration. <https://mediendienst-integration.de/migration/flucht-asyl/ukrainische-fluechtlinge.html> [2023/15/01]

Graef-Calliess, I.T., Erdmann, L., Mohwinkel, V., Özkan, I., Finkelstein, D., Loos, K., Penteker, G., Trilesnik, B. (im Druck). Post-migration living difficulties, discrimination, and mental health of traumatized refugees in Germany: data from the

refuKey project for timely and need-adapted treatment in a stepped-care setting.

*International Review of Psychiatry*

- Hajak, V. L., Sardana, S., Verdeli, H., & Grimm, S. (2021). A Systematic Review of Factors Affecting Mental Health and Well-Being of Asylum Seekers and Refugees in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.643704>
- Hollander, A. C., Dal, H., Lewis, G., Magnusson, C., Kirkbride, J. B., & Dalman, C. (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ (Clinical research ed.)*, 352, i1030. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1030>
- Jannesari, S., Hatch, S., Prina, M., & Oram, S. (2020). Correction to: Post-migration Social-Environmental Factors Associated with Mental Health Problems among Asylum Seekers: A Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 22(5), 1065–1066. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01036-z>
- Kien, C., Sommer, I., Faustmann, A., Gibson, L., Schneider, M., Krczal, E., ... & Gartlehner, G. (2019). Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 28(10), 1295-1310. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1215-z>
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Cmaj*, 183(12), E959-E967. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>
- Lamkaddem, M., Stronks, K., Devillé, W. D., Olff, M., Gerritsen, A. A., & Essink-Bot, M. L. (2014). Course of post-traumatic stress disorder and health care utilisation among resettled refugees in the Netherlands. *BMC psychiatry*, 14(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-90>



- Li, S. S. Y., Liddell, B. J., & Nickerson, A. (2016). The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. *Current Psychiatry Reports*, 18(9). <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0723-0>
- Mehr als 100.000 Geflüchtete aus Ukraine in Niedersachsen.* (2022, 30. September). Norddeutscher Rundfunk. <https://www.ndr.de/nachrichten/niedersachsen/Mehr-als-100000-Vertriebene-aus-Ukraine-in-Niedersachsen,ukraine3050.html> [2023/15/01]
- Mollica, R. F., McInnes, K., Pham, T., Fawzi, M. C. S., Murphy, E., & Lin, L. (1998). The dose-effect relationships between torture and psychiatric symptoms in Vietnamese ex-political detainees and a comparison group. *The Journal of nervous and mental disease*, 186(9), 543-553.
- 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>
- 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>
- Shevlin, M., Hyland, P., Vallières, F., Bisson, J., Makhshvili, N., Javakhishvili, J., ... & Roberts, B. (2018). A comparison of DSM-5 and ICD-11 PTSD prevalence, comorbidity and disability: An analysis of the Ukrainian Internally Displaced Person's Mental Health Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(2), 138-147. <https://doi.org/10.1111/acps.12840>

- Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World psychiatry*, 16(2), 130-139.  
<https://doi.org/10.1002/wps.20438>
- Trilesnik, B., Altunoz, U., Wesolowski, J., Eckhoff, L., Ozkan, I., Loos, K., Penteker, G. & Graef-Calliess, I. T. (2019). Implementing a need-adapted stepped-care model for mental health of refugees: preliminary data of the state-funded project “RefuKey”. *Frontiers in Psychiatry*, 688. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00688>
- 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>
- UNHCR (2022). Mid-Year Trends Report 2022.  
<https://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/635a578f4/mid-year-trends-2022.html>  
[2023/15/01]
- Zahl der Flüchtlinge (2022). Mediendienst Integration. <https://mediendienst-integration.de/migration/flucht-asyl/zahl-der-fluechtlinge.html>