



Gefördert durch:



Niedersächsisches Ministerium  
für Soziales, Arbeit, Gesundheit  
und Gleichstellung

## **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 VI**

Vera Mohwinkel, Lena Erdmann, Beata Trilesnik,  
Daniela Finkelstein, Iris Tatjana Graef-Calliess



## Einleitung

Schätzungen der UNHCR (2023) zufolge sahen sich zur Mitte des Jahres 2023 110 Millionen Menschen weltweit gezwungen, ihre Heimat aufgrund von Krieg, gewalttätigen Konflikten, Verfolgung, oder Menschenrechtsverletzungen zu verlassen. Der seit nunmehr fast zwei Jahren dauernde Krieg in der Ukraine, bewaffnete Auseinandersetzungen zwischen militärischen und paramilitärischen Kräften im Sudan und die sich zuspitzende humanitäre Krise in Afghanistan sind nur drei Beispiele, die zu diesem erneuten Anstieg der Geflüchtetenzahlen beigetragen haben. Dabei stammten 87% aller Geflüchteten aus nur zehn Herkunftsländern (UNHCR, 2023). Über 50% kamen entweder aus Afghanistan, Syrien oder der Ukraine (UNHCR, 2023). Noch keine Berücksichtigung findet in diesen Schätzungen der in der zweiten Jahreshälfte eskalierte Nahostkonflikt. Mit 2,5 Millionen aufgenommenen Geflüchteten gehört Deutschland zu jenen fünf Ländern, welche global die meisten Geflüchteten aufgenommen haben (UNHCR, 2023). Laut Ausländerzentralregister hielten sich zum Jahresende ca. 1,1 Millionen Geflüchtete aus der Ukraine in Deutschland auf (*Flüchtlinge aus der Ukraine*, Stand: Dezember 2023). Darüber hinaus zählte das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) bis Ende November 2023 325.801 Asylanträge<sup>1</sup>; verglichen zum Vorjahreszeitraum entspricht dies einem Zuwachs von 52% (*Zahl der Asylanträge 2023 deutlich gestiegen*; Stand: Dezember 2023). Die Antragstellenden kamen dabei vor allem aus Syrien (29,0%), Afghanistan (18,2%) und der Türkei (12,8%; BAMF, 2023).

Dass Geflüchtete und Asylsuchende eine psychisch besonders vulnerable Gruppe darstellen, ist durch zahlreiche Studien belegt (Nesterko et al. 2019; Henkelmann et al., 2020). In einer Meta-Analyse mit insgesamt über 11.000 Geflüchteten ermittelten Patanè et al. (2022),

<sup>1</sup> Ukrainische Geflüchtete sind vom Durchlauf des regulären Asylantragsvorgehens befreit und sind entsprechend nicht in diese Zahl inkludiert

dass 32% aller Geflüchteten die diagnostischen Kriterien für eine schwere Depression, 31% die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung und 5% für eine bipolare Störung erfüllten. Verglichen zur Allgemeinbevölkerung (Blackmore et al., 2020), zu Populationen von Migrant:innen ohne Fluchthintergrund (Hollander et al., 2016) und zu in Kriegs- und Krisengebieten lebenden Menschen (Asanov et al., 2022), zeigen Geflüchtete signifikant höhere Prävalenzen für psychische Störungen. Studien unter ukrainischen Geflüchteten zeigten neben deutlich erhöhten Depressions-, und Angstsymptomen sowie einem erhöhten Stresserleben (Boiko et al., 2023; Buchcik et al., 2023; Guerrero et al., 2023), dass geflüchtete Frauen (Buchcik et al., 2023) und Kinder bzw. Jugendliche (Catani et al., 2023) im Besonderen vulnerabel für die Entwicklung psychischer Erkrankungen sind. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund von Relevanz, dass ungefähr zwei Drittel der erwachsenen ukrainischen Geflüchteten, die nach Deutschland einreisen, weiblichen Geschlechts sind und ca. ein Drittel aller in Deutschland lebenden ukrainischen Geflüchteten noch minderjährig (*Flüchtlinge aus der Ukraine*, Stand: Dezember 2023). Innerhalb der psychosozialen Zentren wurde diesem Bedarf mit der Bereitstellung gesonderter Angebote für ukrainische Geflüchtete nachgekommen (<https://www.ntfn.de/angebote-ukrainisch-russisch/>). So konnte die Beratung/Behandlung z.T. durch ukrainischsprachiges Fachpersonal erfolgen und es wurden separate Gruppenangebote u.a. für ukrainische Frauen oder Eltern eingerichtet.

Ursächlich für die erhöhte psychiatrische Morbidität Geflüchteter sind einerseits das (Mit-)Erleben prä- und perimigrativer traumatischer Ereignisse, wie unter anderem gewaltsamer Tod naher Angehöriger, Kriegserfahrungen oder Vergewaltigungen. Andererseits tragen die postmigrativen Lebensbedingungen im Aufnahmeland in entscheidendem Maße dazu bei, dass Geflüchtete auch nach Ankunft keinen sicheren Rahmen vorfinden, um das Erlebte verarbeiten zu können. Ein unsicherer Aufenthaltsstatus, fehlende berufliche Perspektiven und Arbeitslosigkeit, das Leben in überfüllten Gemeinschaftsunterkünften, in welchen es teils zu

gewalttätigen Übergriffen kommen kann, Diskriminierungserfahrungen und die Trennung von in der Heimat zurückgelassenen Familienangehörigen tragen mitunter wesentlich zur Manifestation und Aufrechterhaltung von psychischen Erkrankung unter Geflüchteten bei (Boiko et al., 2023; Hajak et al., 2021; Jannesari et al., 2020; Li et al., 2016).

Besondere Aufmerksamkeit sollte im Kontext der psychischen Vulnerabilität Geflüchteter dem Thema Suizidalität gewidmet werden. Es gibt heterogene Befunde bezüglich der Häufigkeit von Suizidgedanken, -versuchen und vollendeten Suiziden bei Menschen mit Fluchthintergrund. Wiederholt zeigten einige Studien niedrigere Suizidalitätsraten unter Geflüchteten verglichen zur aufnehmenden Bevölkerung (Cogo et al., 2022; Hollander et al., 2020), wobei eine mögliche protektive Wirkung kultureller oder sozialer Einflussfaktoren diskutiert wird. Auf der anderen Seite gibt es zahlreiche Befunde, die auf das Vorhandensein zum Teil stark ausgeprägter Suizidgedanken bei Geflüchteten hinweisen (Amiri, 2022, Haase et al., 2022). Während jene Studien, welche niedrigere Suizidalitätsraten nahelegen, überwiegend unter Geflüchteten mit einem sicheren Aufenthaltsstatus erhoben wurden (Cogo et al., 2022), gibt es Subgruppen, für die ein klar erhöhtes Suizidalitätsrisiko nachgewiesen werden konnte. Zu diesen gehören unter anderem Asylsuchende, deren Aufenthaltsstatus noch ungeklärt ist (Cogo et al., 2022) und unbegleitete minderjährige Geflüchtete (Mittendorfer-Rutz et al., 2020). Auch konnte ein heterogener Einfluss des Geschlechts auf das Suizidrisiko belegt werden (Goosen et al., 2011; Westmann et al., 2006). Für refuKey sind diese Befunde insofern von besonderer Relevanz, als dass die Zahl der Klient:innen und Patient:innen mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus bei ca. 80% liegt (s.a. Evaluationsbericht zur wissenschaftlichen Begleitforschung von refuKey V), womit ein Großteil der beratenen und behandelten Geflüchteten folglich einem nachgewiesenen Risikofaktor für ein erhöhtes Suizidrisiko ausgesetzt ist.

Trotz eines klar ersichtlichen Bedarfs sehen sich Geflüchtete nach wie vor einer Vielzahl an Barrieren gegenüber, welche den Zugang zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Regelversorgung erschweren und einschränken. Auf struktureller Ebene verhindern beispielsweise ein fehlendes Sprachmittlungsangebot sowie die ausbleibende Bereitstellung von Informationsmaterial und –medien eine adäquate Versorgung (Byrow et al., 2020). Darüber hinaus bleibt Geflüchteten oft ein rechtzeitiger Zugang zur Regelversorgung durch restriktive Gesetzgebungen verwehrt (§§ 4,6 AsylbLG; Chiarenza et al., 2019). Fehlende interkulturelle Sensibilität und Kompetenz von Behandler:innen, sowie Diskriminierungsverfahren und soziale Exklusion durch sogenanntes „othering“ können Geflüchtete davon abhalten, rechtzeitig psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungsangebote aufzusuchen (DeSa et al., 2022; Nowak et al., 2022). Gleichzeitig beeinflussen Stigmatisierungen psychischer Erkrankungen, soziale Unterstützung durch Familie, Freunde oder soziale Organisationen und kulturell divergierende Verständnisse psychischer Gesundheit und Krankheit die Inanspruchnahme entsprechender Versorgungsleistungen durch Geflüchtete (Byrow et al., 2020; Kirmayer et al., 2011; Nowak et al., 2022).

Vor dem Hintergrund fortbestehender Zugangsbarrieren ist die Sicherstellung eines frühzeitigen, unbürokratischen und niedrigschwelligen psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungsangebots für Geflüchtete, wie durch refuKey angestrebt und umgesetzt, weiterhin von zentraler Relevanz, vor allem da eine rechtzeitige Behandlung nachweislich die Manifestation neuer und die Chronifizierung respektive Exazerbation bestehender psychischer Erkrankungen verhindern kann (Davidson & Meltzer-Brody, 1999).

## 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*

Das refuKey-Projekt unter Verwendung eines naturalistischen, multizentrischen mixed-method-Designs begleitend wissenschaftlich evaluiert (Abb. 1; Trilesnik et al., 2019).

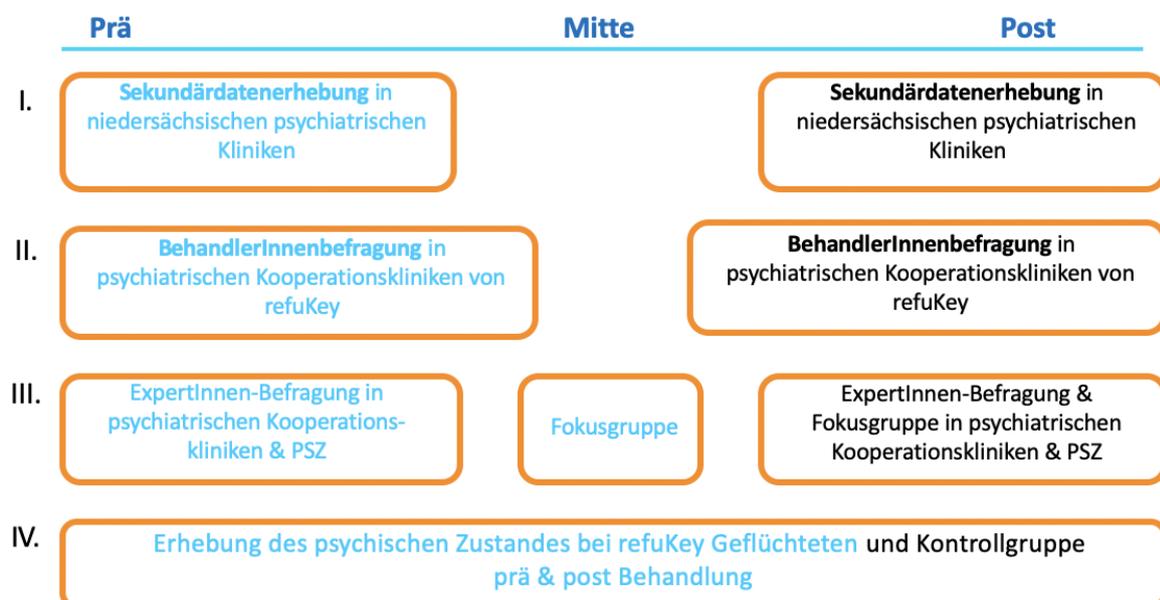


Abbildung 1: Evaluationsdesign

Insgesamt vier distinkte Teilstudien dienen der Untersuchung und Bewertung der Effektivität des refuKey-Projekts. Die Sekundärdatenerhebung (I) erfasst die allgemeine psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungslage für Patient:innen mit Fluchthintergrund in psychiatrischen Kliniken in Niedersachsen. Die Behandler:innenbefragung (II) sowie die Expert:innenbefragung (III) richtet sich an Behandler:innen in den Kooperationskliniken und PSZ, z.T. refuKey-Mitarbeitende, und erfragt Erfahrungen und Herausforderungen im

Umgang mit der Patient:innenklientel. Im Rahmen der Primärdatenerhebung (IV) werden Patient:innen mit Fluchthintergrund, die im Projekt beraten bzw. behandelt werden, zu ihrem psychischen Gesundheitszustand zu Behandlungsbeginn und –ende befragt (zur detaillierten Vorstellung siehe Evaluationsbericht zur wissenschaftlichen Begleitforschung von refuKey I).

### ***Aktueller Fortschritt der Teiluntersuchungen***

Zu Projektbeginn (Phase I) wurden alle vier Teiluntersuchungen initiiert. In Projektphase II erfolgte die Auswertung der Behandler:innenbefragung. Zudem wurde mit der Kontrollgruppenakquise in einer projektfremden Klinik begonnen, welche jedoch in Projektphase III aufgrund der Covid-19-Pandemie vorerst ausgesetzt werden musste. Die Primärdatenerhebung in PSZ und Kooperationskliniken konnte in Projektphase III zumindest eingeschränkt aufrechterhalten werden. Zudem erfolgte hier die Durchführung der Fokusgruppen als Teil der Expert:innenbefragung, welche in Phase IV des Projekts inhaltlich ausgewertet werden konnten. In Projektphase V lag der Fokus auf der Analyse der Zugangswege von Patient:innen mit Fluchthintergrund zum psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungssystem sowie auf der Untersuchung des Einflusses postmigrativer Stressoren auf den psychischen Gesundheitszustand der im Projekt beratenen/behandelten Geflüchteten. Das Sprachangebot der Fragebögen zur Erhebung des psychischen Gesundheitszustands wurde aufgrund sich verändernder Migrations- und Fluchtzustrome erweitert um die Sprachen Spanisch, Türkisch und Ukrainisch.

In der nun zurückliegenden, VI. Projektphase erfolgte die Umsetzung folgender Teile:

- Basierend auf den Ergebnissen der in Projektphase V gewonnenen Erkenntnisse zum Zugang geflüchteter Patient:innen zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung sowie auf dem Feedback von Behandler:innen wurde die

Basisdokumentation (BaDo) überarbeitet und angepasst. Eine Implementierung der neuen BaDo ist für die kommende Projektphase geplant.

- Die Primärdatenerhebung zur Erfassung des psychischen Gesundheitszustands der geflüchteten Patient:innen im refuKey-Projekt wurde fortgesetzt, mit einem Schwerpunkt auf der psychischen Gesundheit der ukrainischen Geflüchteten.
- Die Frequenz und Intensität von Suizidalität bei geflüchteten Patient:innen sowie potenzielle Einflussfaktoren wurden analysiert, basierend auf den Ergebnissen der Primärdatenerhebung.
- Zur Erhebung der im Rahmen von refuKey zum Einsatz kommenden Behandlungsangebote und Interventionsmaßnahmen und zum genaueren Verständnis zugrundeliegender Wirkfaktoren wurde ein Studiendesign konzipiert, dessen Umsetzung für die kommende Projektphase geplant ist (s.u.).

### ***Aktuelle Projektphase***

Zur genaueren Erläuterung des oben skizzierten Fortschritts in der laufenden Projektphase, wird folgend im Detail auf die Methodik der relevanten Teiluntersuchungen eingegangen:

#### ***Primärdatenerhebung***

Zu Behandlungsbeginn (bis einschließlich des dritten Behandlungstags/-gesprächs) füllen die Behandler:innen in PSZ und Projektkliniken gemeinsam mit den geflüchteten Klient:innen bzw. Patient:innen eine sog. Basisdokumentation (BaDo) aus. Diese dient der Erfassung soziodemographischer und fluchtspezifischer Informationen und erfragt darüber hinaus bisherige Behandlungserfahrungen der Geflüchteten. Zusätzlich füllen die Geflüchteten (Ausschlusskriterien: akuter psychischer Zustand [z.B. akute Psychose, akute Suizidalität], weniger als drei wahrgenommene Gespräche) zu Behandlungsbeginn und –ende eine Fragebogenbatterie aus, welche der Erfassung ihres psychischen Gesundheitszustands dient.

Zum Einsatz kommen international validierte und in der transkulturell-psychiatrischen Forschung anerkannte Selbstauskunftsinstrumente, welche paper-pencil an die Klient:innen/Patient:innen ausgehändigt werden, von diesen je nach Rahmenbedingungen und psychischer Verfassung entweder zuhause oder in Räumlichkeiten des PSZ/der Klinik ausgefüllt werden, und in mittlerweile 11 verschiedenen Sprachen zur Verfügung stehen (Arabisch, Dari, Deutsch, Englisch, Farsi, Französisch, Russisch, Serbisch; seit 2023: Spanisch, Türkisch, Ukrainisch). Die Fragebögen erfassen folgende Symptomatik: Depressivität, Ängstlichkeit, Psychotizismus, Somatisierung, posttraumatische Belastungssymptome sowie das allgemeine Wohlbefinden und die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität als klinische Parameter. Darüber hinaus wird das Erleben postmigrativer Stressoren, insbesondere Diskriminierung, erfragt (zur detaillierten Vorstellung siehe Evaluationsbericht zur wissenschaftlichen Begleitforschung von refuKey I).

Bis einschließlich Dezember 2023 wurden innerhalb des refuKey-Projekts knapp 10.000 Geflüchtete beraten oder behandelt (Projektphase 1 (zweijährig): 2157 Personen; Projektphase 2: 1701 Personen; Projektphase 3: 1250 Personen; Projektphase 4: 1530; Projektphase 5: 1562 Personen), davon 1626 Personen in der laufenden, sechsten Projektphase (Zeitraum: 1.1.2023 – 31.12.2023).

Über alle bisherigen Projektphasen hinweg nahmen 860 Geflüchtete an der Evaluationsstudie teil (790 Fragebögen zu Behandlungsbeginn; 199 Fragebögen zu Behandlungsende), davon entfielen 143 Prä-Bögen und 20 Post-Bögen auf die aktuelle sechste Projektphase.

### *Studiendesign zur Erfassung der in refuKey eingesetzten Interventions- und Behandlungsmaßnahmen*

Mit dem Ziel der Darstellung des vielschichtigen Behandlungsangebots im Rahmen von refuKey und der Entwicklung eines tiefergehenden Verständnisses dafür, wie die eingesetzten

Interventionen zur Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands, des Wohlbefindens und der allgemeinen Lebensqualität der geflüchteten Klient:innen und Patient:innen im Projekt beitragen, wurde in der laufenden Projektphase ein mehrschrittiges Studiendesign entwickelt, welches hier bereits kurz skizziert sein und dessen Umsetzung in der kommenden Projektphase erfolgen soll.

In einem ersten Schritt fixieren alle Behandler:innen schriftlich im Freitext-Format, welche Aufgaben im Klient:innenkontakt auf sie zufallen, welche inhaltlichen Themen (z.B. Aufenthaltsstatus, Familiennachzug, etc.) in den Gesprächen häufig zur Sprache kommen und welcher Interventionen/Methoden/Gesprächstechniken (z.B. Stabilisierung, aktives Zuhören, Ressourcenaktivierung) sie sich dabei ggf. bedienen. Ziel ist dabei die naturalistische Beschreibung aller, eingeschlossen freier und intuitiver Ansätze, welche die Behandler:innen nutzen. Basierend auf diesen Ergebnissen erfolgt die Erstellung einer umfänglichen Liste, welche erneut an alle Behandler:innen ausgehändigt wird, um die zur Verwendung kommenden Interventionen und thematisierten Gesprächsinhalte zu quantifizieren. Qualitativ ergänzt werden die so ermittelten Ergebnisse durch Fokusgruppen, welche mit Repräsentant:innen aller im Patient:innenkontakt stehenden Akteur:innen besetzt sein werden (u.a. Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen, Traumapädagog:innen). Anhand eines semi-strukturierten Leitfadens werden die Akteur:innen angeleitet, sich über ihre im Klient:innenkontakt gesammelten Erfahrungen, ihre Rolle als Behandler:innen und die damit verbundenen Aufgaben und eingesetzten Methoden auszutauschen. Abschließend soll die Möglichkeit bestehen, die in den ersten Schritten gesammelten Erkenntnisse in einen Zusammenhang mit den psychischen Gesundheitsparametern der Geflüchteten zu bringen, um eine Einschätzung treffen zu können, auf welche Weise das refuKey-Angebot die psychische Gesundheit der Geflüchteten positiv beeinflusst. Dazu erfolgt die geclusterte Erfassung von

Art und Inhalt der von den Klient:innen/Patient:innen jeweils in Anspruch genommenen Angebote.

## Neue Ergebnisse

Die Ergebnisse vorangegangener Projektphasen sind den jeweiligen Evaluationsberichten der Vorjahre zu entnehmen. Folgend dargestellt sind die Befunde der aktuellen Projektphase VI.

In Tabelle 1 finden sich die Informationen zur Soziodemographie sowie zu Fluchterfahrungen der Evaluationsteilnehmer:innen.

*Tabelle 1: Soziodemographische und fluchtspezifische Informationen geflüchteter Klient:innen/Patient:innen über die gesamte Projektlaufzeit (refuKey I – Ende 2023).*

		<i>M (SD)</i>
<b>Alter</b>		33.01 (11.14)
<b>Aufenthaltsdauer in Deutschland (in Monaten)</b>		30.97 (43.839)
		<i>N (%)</i>
<b>Geschlecht</b>	Männlich	325 (54.7%)
	Weiblich	269 (45.3%)
<b>Familienstand</b>	Verheiratet/in Partnerschaft	227 (39.5%)
	Ledig/Geschieden/Verwitwet	347 (60.5%)
<b>Bildungsniveau</b>	Analphabetismus	27 (5.4%)
	Kein Schulabschluss	121 (24.0%)
	Mittlerer Schulabschluss	93 (18.5%)
	Berufsschule	34 (6.7%)
	Abitur	99 (19.6%)
	Hochschul-/Fachhochschulabschluss	130 (25.8%)
<b>Geburtsland</b>	Iran	96 (16.5%)
	Afghanistan	90 (15.4%)
	Syrien	54 (9.3%)
	Irak	45 (7.7%)
	Türkei	24 (4.1%)
	Andere	274 (47.0%)

<b>Berufliche Situation</b> (mehrere Antworten möglich)	Arbeit	46 (10.8%)
	Keine Arbeitserlaubnis/ohne Arbeit	277 (65.0%)
	Sprachkurs/Integrationskurs	113 (26.5%)
	Schule	20 (4.7%)
	Berufsausbildung	9 (2.1%)
	Studium	4 (.9%)
	Hausfrau/Hausmann	26 (6.1%)
<b>Aufenthaltsstatus</b>	<u>Unsicher</u>	432 (78.5%)
	<i>Abschiebeandrohung</i>	53 (9.6%)
	<i>Duldung</i>	88 (16.0%)
	<i>Aufenthaltsgestattung</i>	268 (48.7%)
	Andere	23 (4.2%)
	<u>Sicher</u>	118 (21.5%)
	<i>Aufenthaltserlaubnis</i>	94 (17.1%)
	<i>EU-Pass</i>	9 (1.6%)
	<i>Visum</i>	6 (1.1%)
	<i>Andere</i>	9 (1.6%)
<b>Fluchtgründe</b> (mehrere Antworten möglich)	Krieg	185 (34.3%)
	Naturkatastrophen	8 (1.5%)
	Wirtschaftliche Not	63 (11.7%)
	Politische/religiöse Verfolgung	236 (43.8%)
	Soziale Gründe	91 (16.9%)
	Individuelle Gründe	105 (19.5%)
	Geschlechtsbedingte Gründe/sexuelle Verfolgung	42 (7.8%)
<b>Wohnsituation</b>	Geflüchtetenunterkunft	172 (30%)
	Landesaufnahmebehörde	110 (19.2%)
	Wohnung/Haus	229 (39.9%)
	Wohngemeinschaft (WG)	36 (6.3%)
	Sonstige	27 (4.6%)

---

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung.

Die Ergebnisse in Tabelle 2 zeigen, dass die klinische Symptombelastung der Geflüchteten während der refuKey-Behandlung, auch unter Einschluss der Ergebnisse aus der sechsten Projektphase, signifikant verringert werden konnte und sich die Ergebnisse der vorherigen Projektphasen somit bestätigen ließen. Zum Behandlungsende zeigten die Geflüchteten signifikant niedrigere depressive, ängstliche, psychotiforme, Somatisierungs- und PTBS-Symptomatik. Die wahrgenommene Lebensqualität und das allgemeine Wohlbefinden haben sich signifikant verbessert.

Tabelle 2: Vergleich des psychischen Zustands bei geflüchteten Patient:innen zu Behandlungsbeginn und –ende über die gesamte Projektlaufzeit (refuKey I – Ende 2023; t-Test für abhängige Stichproben).

	N	PRÄ	POST	t-Wert	df	p-Wert	Cohen's d
		M (SD)	M (SD)				
<b>Allgemeines Wohlbefinden (WEMWBS)</b>	116	35.46 (12.43)	43.13 (11.52)	-6.651	115	< .001***	12.41
<b>Depression (HSCL_25_D)</b>	113	43.14 (9.31)	37.22 (11.07)	6.360	112	< .001***	9.88
<b>Ängstlichkeit (HSCL_25_A)</b>	115	27.42 (6.91)	23.91 (8.12)	5.227	114	< .001***	7.20
<b>Psychotizismus (SCL_90_P)</b>	112	17.31 (10.35)	12.6 (9.97)	4.979	111	< .001***	10.01
<b>Somatisierung (SCL_90_S)</b>	116	20.14 (11.96)	15.64 (12.27)	4.317	115	< .001***	11.23
<b>Traumatisierung (HTQ)</b>	109	80.97 (18.57)	72.37 (21.68)	4.667	108	< .001***	19.23
<b>Lebensqualität (WHOQoL)</b>	99	69.72 (16.00)	76.57 (17.35)	-4.832	98	< .001***	14.09

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; Cohen's d: Effektstärkemaß.

In Abbildung 1 dargestellt ist die subjektive psychische Belastung, welche die Geflüchteten zu Behandlungsbeginn im Interview mit den Behandler:innen angeben. Unverändert zu den Vorjahren geben auch unter Einschluss der Ergebnisse der aktuellen Projektphase über 80% der hilfesuchenden Geflüchteten 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	
1.0%	.4%	.2%	.4%	3.3%	5.7%	7.6%	12.5%	21.5%	22.3%	25.0%

Abbildung 1: Berichtete subjektive Belastung Geflüchteter Patient:innen über die gesamte Projektlaufzeit (refuKey I – Ende 2023).

In den Tabellen 3 und 4 ist die psychische Belastung der geflüchteten Patient:innen zu Behandlungsbeginn und –ende, aufgeschlüsselt nach den jeweiligen Projektphasen, dargestellt. Es fällt ins Auge, dass die initiale Symptombelastung der Geflüchteten in der aktuellen, sechsten Projektphase deskriptiv geringer ausfällt als in den Vorjahren, wohingegen die verminderte Symptomschwere zu Behandlungsende, abgesehen von deskriptiven Schwankungen, konstant zu bleiben scheint.

*Tabelle 3: Deskriptive Beschreibung des psychischen Zustands bei geflüchteten Patient:innen zu Behandlungsbeginn, aufgeteilt nach Projektphasen.*

Projektphase	I		II		III		IV		V		VI	
	<i>M (SD)</i>	<i>N</i>										
<b>Allgemeines Wohlbefinden (WEMWBS)</b>	35.13 (12.36)	154	37.66 (10.93)	106	38.36 (11.25)	102	36.06 (11.38)	125	35.61 (11.29)	121	39.84 (11.08)	142
<b>Depression (HSCL_25_D)</b>	44.66 (8.69)	149	42.59 (9.71)	100	42.79 (9.24)	99	43.14 (9.87)	127	41.81 (10.19)	120	40.14 (14.17)	138
<b>Ängstlichkeit (HSCL_25_A)</b>	28.76 (6.38)	150	27.08 (6.94)	101	27.71 (6.72)	100	27.80 (6.49)	127	27.86 (7.14)	120	25.81 (7.14)	139
<b>Psychotizismus (SCL_90_P)</b>	17.46 (9.62)	149	16.79 (10.47)	101	15.57 (9.82)	98	16.46 (9.97)	122	16.07 (10.34)	119	12.41 (8.96)	137
<b>Somatisierung (SCL_90_S)</b>	21.09 (12.53)	153	19.91 (13.52)	104	20.08 (11.19)	100	19.42 (11.24)	123	20.85 (13.70)	121	16.97 (10.24)	140
<b>Traumatisierung (HTQ)</b>	84.25 (17.92)	147	80.56 (18.48)	97	79.08 (18.31)	94	82.41 (18.43)	125	81.81 (19.47)	115	73.55 (20.20)	135
<b>Lebensqualität (WHOQoL)</b>	66.47 (15.60)	141	70.78 (14.63)	103	67.18 (15.45)	94	70.24 (13.98)	119	68.28 (16.58)	112	74.12 (16.37)	134

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.

Tabelle 4: Deskriptive Beschreibung des psychischen Zustands bei geflüchteten Patient:innen zu Behandlungsende, aufgeteilt nach Projektphasen.

Projektphase	I		II		III		IV		V		VI	
	<i>M (SD)</i>	<i>N</i>	<i>M (SD)</i>	<i>N</i>	<i>M (SD)</i>	<i>N</i>						
<b>Allgemeines Wohlbefinden</b> (WEMWBS)	45.95 (14.06)	49	39.87 (11.86)	22	44.07 (10.25)	45	38.67 (10.54)	21	43.39 (8.60)	29	40.70 (9.27)	22
<b>Depression</b> (HSCL_25_D)	34.57 (10.88)	50	40.84 (12.64)	22	38.13 (9.98)	43	40.77 (8.94)	21	38.91 (9.95)	30	39.93 (11.47)	21
<b>Ängstlichkeit</b> (HSCL_25_A)	23.10 (7.71)	50	23.40 (8.12)	22	24.80 (7.38)	44	25.41 (8.10)	21	25.13 (7.42)	30	24.85 (8.73)	21
<b>Psychotizismus</b> (SCL_90_P)	9.51 (8.48)	48	17.02 (13.71)	21	14.00 (8.25)	38	18.01 (11.50)	20	15.05 (10.12)	30	14.88 (9.91)	20
<b>Somatisierung</b> (SCL_90_S)	12.83 (11.67)	50	18.85 (13.96)	21	16.95 (10.13)	41	18.29 (10.41)	21	17.95 (13.62)	30	17.39 (12.79)	21
<b>Traumatisierung</b> (HTQ)	69.20 (21.63)	49	76.17 (23.20)	21	73.96 (18.98)	43	77.66 (19.53)	21	74.93 (19.88)	30	76.51 (26.15)	20
<b>Lebensqualität</b> (WHOQoL)	75.48 (22.87)	46	72.23 (11.93)	21	74.16 (12.46)	38	74.65 (9.97)	21	76.42 (15.747)	30	74.11 (17.27)	29

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.

## **Behandlung ukrainischer Geflüchteter**

*Tabelle 5: Vergleich der Herkunftsländer der geflüchteten Patient:innen, aufgeteilt nach Projektphasen.*

Projektphase	I	II	III	IV	V	VI
Herkunftsländer	1. Afghanistan (n = 29, 21.6%)	1. Iran (n = 27, 28.7%)	1. Iran (n = 17, 18.3%)	1. Afghanistan/ Iran (n = 16, 17.6%)	1. Afghanistan (n = 14, 17.7%)	1. Ukraine (n = 13, 16.3%)
	2. Iran (n = 22, 22%)	2. Afghanistan (n = 12, 12.8%)	2. Afghanistan (n = 12, 12.9%)	2. Syrien/Irak (n = 8, 8.8%)	2. Syrien (n = 12, 15.2%)	2. Türkei (n = 11, 13.8%)
	3. Syrien (n = 13, 9.7%)	3. Syrien (n = 9, 9.6%)	3. Syrien (n = 6, 6.5%)		3. Ruanda (n = 6, 7.6%)	3. Iran (n = 9, 11.3%)
					4. Iran/Irak (n = 5, 6.3%)	

Tabelle 5 zählt die Häufigkeit der Herkunftsländer der Geflüchteten, die im Rahmen von refuKey behandelt bzw. beraten wurden und an der Evaluationsstudie teilnahmen. Für die ersten fünf Projektphasen zeigt sich ein relativ konstantes Bild: zumeist kamen die Geflüchteten aus Afghanistan, Iran oder Syrien. Hingegen stammten die meisten der in Projektphase 6 behandelten Geflüchteten aus der Ukraine, eine Konsequenz des fortwährenden Angriffskrieg Russlands in der Ukraine.

Im Vergleich zu den anderen geflüchteten Patient:innen/Klient:innen, waren die ukrainischen Patient:innen/Klient:innen signifikant häufiger weiblich [ $\chi^2 (1) = 13.039, p < .001$ ], verfügten über einen höheren Bildungsstatus [ $\chi^2 (2) = 6.406, p < .041$ ], und hatten ausnahmslos einen sicheren Aufenthaltsstatus [ $\chi^2 (1) = 55.282, p < .001$ ]. Zudem lebten sie größtenteils in einer Wohnung bzw. einem Haus (85%), ansonsten in einer Wohngemeinschaft (15%).

Die Berechnung von Mann-Whitney-U-Tests ergab, dass die ukrainischen Geflüchteten, die im Projekt behandelt bzw. beraten wurden, angaben, signifikant weniger postmigrative Stressoren im Alltag zu erleben als die Geflüchteten nicht-ukrainischer Herkunft [ $z = -3.976,$

p <.001] in der aktuellen Projektphase. Ferner zeigten die ukrainischen Geflüchteten eine initial geringere psychische Symptombelastung (Depressivität: z = -3.097, p = .002; Ängstlichkeit: z = -3.214, p = .001; Psychotizismus: z = -4.441, p < .001; Somatisierung: z = -3.159, p = .002; PTBS: z = -3.416, p < .00) sowie ein höheres allgemeines Wohlbefinden (z = 2.575, p = .010) und eine höhere Lebenszufriedenheit (z = 2.762, p = .006).

Die Berechnung von Mediatoranalysen belegte den mediierenden Einfluss postmigrativer Stressoren zwischen der Herkunft der Geflüchteten (ukrainisch vs. nicht-ukrainisch) auf die Symptombelastung zu Behandlungsbeginn (allg. Wohlbefinden: indirekter Effekt  $b_3*b_6 = 2.86$ , KI [.583/5.384]; Depressivität:  $b_3*b_6 = -4.85$ , KI [-7.499/-2.468]; Ängstlichkeit:  $b_3*b_6 = -2.32$  KI [-4.073/-.824]; Psychotizismus:  $b_3*b_6 = -4.64$ , KI [-6.991/-2.563]; PTBS:  $b_3*b_6 = -4.83$ , KI [-7.747/-2.323]; Somatisierung:  $b_3*b_6 = -2.74$ , KI [-4.954/-.585]).

### ***Transkulturelle Suizidalität***

Befragt während des BaDo-Interviews nach dem aktuellen Beratungs-/ Behandlungsanliegen, gaben 16,8% der Geflüchteten Suizidgedanken, -pläne, oder frühere Suizidversuche an.

*Tabelle 6: Häufigkeit und Intensität von Suizidgedanken zu Behandlungsbeginn und –ende über die gesamte Projektlaufzeit (refuKey I – Ende 2023).*

	<b>Überhaupt nicht</b>	<b>Ein wenig</b>	<b>Ziemlich</b>	<b>Extrem</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
<b>Behandlungsbeginn (N = 750)</b>	265 (35.5%)	186 (24.8%)	152 (20.3%)	147 (19.6%)	2.24	1.133
<b>Behandlungsende (N = 194)</b>	103 (53.1%)	44 (22.7%)	33 (17.0%)	14 (7.2%)	1.78	.974

Die Quantifizierung der Suizidgedanken erfolgte mithilfe eines Items aus der Hopkins-Symptom-Checklist 25, Subskala Depressivität; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung.

Tabelle 6 zeigt zusätzlich die Häufigkeit und Intensität von Suizidgedanken, welche die Geflüchteten zu Beratungs-/Behandlungsbeginn und –ende angaben. Die Berechnung eines t-Tests für abhängige Gruppen zeigte eine signifikante Verringerung der Suizidgedanken im Verlauf der Behandlung:  $t(114) = 4.272, p < .001$ .

Ferner zeigte der Vergleich zwischen im PSZ beratenen Klient:innen und in den kooperierenden Kliniken behandelten Patient:innen einen signifikanten Unterschied im Ausmaß an Suizidalität:  $t(723) = 4.217, p < .001$ . In der Klinik behandelte Geflüchtete gaben an, stärker unter Suizidgedanken zu leiden ( $M = 2.59, SD = 1.146$ ) als Geflüchtete, die in den PSZ beraten wurden ( $M = 2.16, SD = 1.112$ ).

Wie in Tabelle 7 zu sehen, korreliert Suizidalität hoch signifikant mit allen anderen psychischen Parametern: stärkere Suizidgedanken gehen einher mit einer höher ausgeprägten psychischen Symptombelastung sowie mit einem verringerten psychischen Wohlbefinden und einer geringeren Lebensqualität zu Behandlungsbeginn und -ende.

*Tabelle 7: Zusammenhänge zwischen Suizidalität und psychischen Parametern zu Behandlungsbeginn und -ende über die gesamte Projektlaufzeit (refuKey I – Ende 2023).*

	Suizidalität Behandlungsbeginn (N = 740)	Suizidalität Behandlungsende (N = 192)
<b>Allgemeines Wohlbefinden (WEMWBS)</b>	$r = -.367^{***}$	$r = -.469^{***}$
<b>Depression (HSCL_25_D)</b>	$r = .490^{***}$	$r = .559^{***}$
<b>Ängstlichkeit (HSCL_25_A)</b>	$r = .506^{***}$	$r = .453^{***}$
<b>Psychotizismus (SCL_90_P)</b>	$r = .537^{***}$	$r = .471^{***}$
<b>Somatisierung (SCL_90_S)</b>	$r = .351^{***}$	$r = .382^{***}$
<b>Traumatisierung (HTQ)</b>	$r = .470^{***}$	$r = .524^{***}$
<b>Lebensqualität (WHOQoL)</b>	$r = -.424^{***}$	$r = -.421^{***}$

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: Produkt-Moment-Korrelation; p-Wert: Signifikanzlevel; \*\*\* Alle Ergebnisse sind signifikant auf einem Niveau von  $p < .001$

Weiterhin in einem signifikanten Zusammenhang mit Suizidgedanken stehen das Ausmaß erlebter postmigrativer Stressoren, wahrgenommene Diskriminierungserfahrungen, der

Aufenthaltsstatus sowie die Flucht mit bzw. ohne weitere Familienangehörige. Geflüchtete, die sich verstärkt postmigrativen Stressoren und wahrgenommenen Diskriminierungserfahrungen ausgesetzt sahen, die über einen unsicheren Aufenthaltsstatus verfügten und die sich ohne familiäre Begleitung auf die Flucht begeben hatten, gaben stärkere Suizidgedanken an (Tabelle 8).

Zur genaueren Betrachtung des Einflusses der o.g. Faktoren auf das Vorhandensein und das Ausmaß an Suizidgedanken zu Behandlungsbeginn, wurde im Anschluss eine multiple Regression berechnet, mit den Subskalen der Post-Migration-Living-Difficulties-Checklist (Silove et al., 1997) (1. allgemeine Stressoren bei der Adaption, 2. familiäre Sorgen, 3. asyl- und aufenthaltsrechtliche Stressoren, 4. Gesundheitssorgen und Sozialhilfe, 5. kulturelle und soziale Isolation) als Prädiktoren. Das Gesamtmodell für die Vorhersage von Suizidgedanken bei den geflüchteten Patient:innen ( $n = 677$ ) zeigte ein hoch signifikantes Ergebnis:  $F(5,673) = 30,000, p < .001; R^2 = .182$ . Die Prädiktoren „Asyl- und aufenthaltsrechtliche Stressoren“ ( $\beta = .269, p < .001$ ) und „Kulturelle und soziale Isolation“ ( $\beta = .222, p < .001$ ) trugen signifikant zur Vorhersage bei.

*Tabelle 8: Zusammenhänge zwischen Suizidalität und weiteren soziodemographischen sowie fluchtassoziierten Faktoren (refuKey I – Ende 2023).*

Assoziierte Faktoren	Suizidalität Behandlungsbeginn (N = 680)
<b>Alter</b>	$r = -.014$ (n.s.)
<b>Geschlecht</b>	$r = .009$ (n.s.)
<b>Aufenthaltsstatus</b>	$r = -.169$ ( $p < .001$ )
<b>Aufenthaltsdauer in Deutschland</b>	$r = -.023$ (n.s.)
<b>Flucht mit/ohne Familienangehörige</b>	$r = -.111$ ( $p = .014$ )
<b>Postmigrative Stressoren (PMLD)</b>	$r = .363$ ( $p < .001$ )
<b>Wahrgenommene Diskriminierung</b>	$r = .200$ ( $p < .001$ )

## *refuKey-Transfer*

Auch im Jahr 2023 profitierten viele der geflüchteten Patient:innen von der Möglichkeit des niedrigschwelligen und nahtlosen Transfers zwischen den kooperierenden Versorgungssträngen in refuKey: 50 Patient:innen wurden innerhalb eines kooperativen Kompetenzzentrums, d.h. zwischen PSZ und nahe liegender psychiatrischer Klinik, überwiesen. 169 Patient:innen wurden an ein PSZ oder eine kooperierende Klinik eines anderen Standortes verwiesen. Im Vergleich zum Vorjahr stellt dies einen deskriptiven Rückgang in den Überleitungszahlen dar. Eine mögliche Erklärung hierfür ließe sich ggf. in einer verbesserten initialen Zuweisung von Geflüchteten zu der von ihnen benötigten Versorgungsstruktur finden. In diesem Zusammenhang ebenfalls anzuführen sei die teils veränderte Patient:innenklientel in Projektphase VI. Ukrainische Geflüchtete verfügen im Gegensatz zu Geflüchteten nicht-ukrainischer Herkunft bereits kurz nach ihrer Ankunft in Deutschland über einen regulären Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, haben also bspw. eine bessere Möglichkeit an Strukturen der ambulanten Regelversorgung angebunden zu werden.

## **Diskussion**

Die Erkenntnisse, die in der zurückliegenden, sechsten refuKey-Projektphase während der wissenschaftlichen Prozessevaluation gewonnen werden konnten, stellen eine wichtige Ergänzung bzgl. der psychischen Gesundheit der aktuell in Niedersachsen lebenden Geflüchteten und deren spezifischer Versorgungssituation dar. Mithilfe der Daten der fortgeführten Primärdatenerhebung wurden der psychische Gesundheitszustand, das Wohlbefinden und die Lebensqualität aller im Projekt behandelten Geflüchteten untersucht, wobei ein Schwerpunkt auf der Betrachtung der psychischen Belastung ukrainischer

Geflüchteter lag. Ferner wurde die Häufigkeit und Intensität von Suizidalität unter den Patient:innen betrachtet und in einen Zusammenhang mit mehreren Einflussfaktoren gestellt.

Die fortgesetzte Primärdatenerhebung konnte erneut zeigen, dass die initial hohe psychische Belastung der Geflüchteten – weiterhin geben über 80% zu Behandlungsbeginn an, sich stark oder sehr stark belastet zu fühlen – sich im Laufe der refuKey-Behandlung bzw. Beratung signifikant verringert. Depressive, ängstliche, psychotiforme, somatoforme und PTBS-Symptomatik sind rückläufig, allgemeines Wohlbefinden und wahrgenommene Lebensqualität verbessern sich zum Behandlungsende hin. Die Betrachtung der Effektstärke zeigt, dass von jeweils starken Effekten gesprochen werden kann. Die Gegenüberstellung der einzelnen initialen und abschließenden Symptombelastungen, aufgeteilt nach den separaten Projektphasen, offenbarte einen deskriptiven Rückgang in der Symptomschwere, mit welcher die Geflüchteten sich zu Behandlungsbeginn in der laufenden Projektphase präsentierten. Ursächlich hierfür zeigte sich mitunter die veränderte Stichprobenszusammensetzung. Der seit 2022 andauernde Krieg in der Ukraine resultierte in der Zunahme der Behandlung/Beratung ukrainischer Geflüchteter in den Projektkliniken und PSZ. Sie stellten die größte Gruppe dar, welche in der zurückliegenden Projektphase an der Evaluationsstudie teilnahmen, gefolgt von türkischen Geflüchteten. Die Ergänzungen des Sprachangebots der Evaluationsfragebögen um u.a. Ukrainisch und Türkisch ermöglichte beiden Gruppen die vereinfachte Teilnahme an der Evaluationsstudie. In den Vorjahren kamen die geflüchteten refuKey-Patient:innen hingegen am häufigsten aus Afghanistan, Syrien und Iran. Der Vergleich Geflüchteter ukrainischer und nicht-ukrainischer Herkunft zeigte, dass beide Gruppen sich in Soziodemographie und geflüchteten-spezifischen Faktoren teils voneinander unterschieden. Die Ukrainer:innen waren häufiger weiblichen Geschlechts und wiesen eine höhere Bildung auf. Nach §24 AufenthG erhielten Ukrainer:innen und nicht-ukrainische Drittstaatsangehörige ohne das reguläre Asylverfahren durchlaufen zu müssen einen sofortigen, temporär gültigen Aufenthaltstitel bei

Beantragung in Deutschland. Während ein Großteil (ca. 80%) der insgesamt in refuKey behandelten Geflüchteten einen unsicheren Aufenthaltstitel angab, verfügten die Ukrainer:innen in der Stichprobe entsprechend allesamt über einen sicheren Titel. Weiterhin unterschieden sich ukrainische und nicht-ukrainische Geflüchtete in ihrer Wohnsituation, was mit der o.g. Gesetzeslage im Zusammenhang steht. Aufgrund der wegfallenden Notwendigkeit einen Asylantrag zu stellen, mussten die ukrainischen Geflüchteten bei Ankunft nicht zunächst ein Zimmer in einer Landesaufnahmebehörde oder einer Geflüchtetenunterkunft beziehen. Alle ukrainischen refuKey-Patient:innen lebten zu Behandlungsbeginn bereits in Wohngemeinschaften, eigenen Wohnungen oder Häusern. Der erhebliche Einfluss postmigrativer Stressoren auf die psychische Gesundheit Geflüchteter ist durch zahlreiche Studien belegt (Graef-Calliess et al., 2023; Jannesari et al., 2020; Li et al., 2016) und zeigte sich auch durch die Befunde von refuKey bestätigt (s.a. Evaluationsbericht zur wissenschaftlichen Begleitforschung von refuKey V). Die o.g. Befunde implizieren, dass ukrainische Geflüchtete sich nach Ankunft in Deutschland einem geringeren Ausmaß an postmigrativen Stressoren gegenübersehen als Geflüchtete anderer Herkunft, u.a. bzgl. der Wohnsituation oder des Aufenthaltsstatus. Eine Studie aus Großbritannien zeigt darüber hinaus, dass die aufnehmende Bevölkerung aufgrund der als geringer wahrgenommenen kulturellen Distanz weniger diskriminierende Einstellungen gegenüber ukrainischen Geflüchteten hat als gegenüber anderen, in diesem Beispiel jemenitischen, Geflüchteten (Sinclair et al., 2023). In der Tat gaben die ukrainischen refuKey-Patient:innen ein signifikant geringeres Erleben postmigrativer Stressoren an als die Geflüchteten nicht-ukrainischer Herkunft. Ukrainische Geflüchtete zeigten eine initial geringere Symptomschwere auf allen Skalen, wobei dieser Einfluss durch das Ausmaß erlebten postmigrativen Stresses mediiert wurde. Zweierlei ist an dieser Stelle hervorzuheben: Zum einen ist es relevant zu bemerken, dass sich auch die ukrainischen Geflüchteten zu Beginn der Behandlung stark belastet zeigten. Faktoren wie die Trennung von zurückgelassenen Familienangehörigen im Kriegsgebiet und

die Ungewissheit, nach Hause zurückkehren zu können, haben nachweislich negative Einflüsse auf die psychische Stabilität von Geflüchteten. Zum anderen zeigen die Befunde jedoch, dass die Verfügbarkeit eines sicheren Rahmens im Aufnahmeland, hinausgehend über eine reine körperliche Sicherheit, nicht nur einen lindernden, sondern ebenso einen präventiven Einfluss auf die psychische Gesundheit Geflüchteter haben können. Die Schaffung eines entsprechenden Rahmens durch die Reduktion postmigrativer Stressoren (u.a. Bereitstellung von ausreichend Wohnraum; frühzeitiger Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und zum Arbeitsmarkt; Beschleunigung von Asylverfahren; Herstellung eines offenen gesellschaftlichen Klimas) ist somit eine dringende politische Implikation.

Im Kontext des Themenfeldes der transkulturellen Suizidalität gewinnt diese noch an zusätzlicher Relevanz: Knapp zwei Drittel aller Evaluationsteilnehmer:innen gaben zu Behandlungsbeginn an, Suizidgedanken zu haben; jede:r Fünfte sogar in einem extremen Ausmaß. Ein maßgeblicher Einfluss auf Frequenz und Intensität von Suizidgedanken wurde auch hier für postmigrative Stressoren nachgewiesen. Asyl- und aufenthaltsrechtliche Stressoren sowie Stressoren im Zusammenhang mit kultureller und sozialer Isolation wirkten prädiktiv auf das Vorhandensein von Suizidgedanken bei den behandelten Geflüchteten. Neben der offenkundigen Notwendigkeit der Reduktion postmigrativen Stresses, weisen diese Befunde darauf hin, dass bei der Einschätzung des Suizidrisikos von Geflüchteten postmigrative Stressoren stärker und routinemäßig berücksichtigt werden müssen. Jeder Äußerung von Suizidalität gehört Aufmerksamkeit geschenkt und ernst genommen.

Auch wenn Projekte wie refuKey keinen direkten Einfluss auf die grundsätzliche Existenz postmigrativer Stressoren nehmen können, tragen sie durch die Reduktion von Zugangsbarrieren zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Regelversorgung und durch die Förderung von kultursensiblen, bedarfsorientierten Versorgungsangeboten zur Stabilisierung

der psychischen Verfassung von Geflüchteten in Krisensituationen bei, zum Ausbau von Resilienz und zur signifikanten Verbesserung der Symptomschwere. So sank die Zahl suizidaler Patient:innen zum Behandlungsende in refuKey signifikant. Über die Hälfte aller Geflüchteten verneinte suizidale und lebensmüde Gedanken schließlich komplett.

Prospektiv ansteigende Zahlen Geflüchteter aufgrund sich zuspitzender globaler Krisen und Kriege (UNHCR, 2023) einerseits sowie politisch zunehmend restringierte Zugänge zur regulären Gesundheitsversorgung andererseits (§§4,6 AsylbLG), werden die Bereitstellung niedrigschwelliger, schnell verfügbarer und bedürfnisorientierter psychotherapeutischer und psychosozialer Versorgungsangebote für Geflüchtete in Niedersachsen, wie durch refuKey geschehend, auch zukünftig von zentraler Bedeutung sein lassen.

## Literatur

- Amiri, S. (2022). Prevalence of suicide in immigrants/refugees: a systematic review and meta-analysis. *Archives of suicide research*, 26(2), 370-405.
- Asanov Noha, A. M., Asanov, I., & Buenstorf, G. (2022). Mental health and stress level of Ukrainians seeking psychological help online. medRxiv, 2022-08.
- BAMF (2023). Schlüsselzahlen Asyl 1. Halbjahr 2023.  
<https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/SchluesselzahlenAsyl/flyer-schluesselzahlen-asyl-HJ01-2023.html>
- Boiko, D. I., Shyrai, P. O., Mats, O. V., Karpik, Z. I., Rahman, M. H., Khan, A. A., ... & Skrypnikov, A. M. (2023). Mental health and sleep disturbances among Ukrainian refugees in the context of Russian-Ukrainian war: A preliminary result from online-survey. *Sleep Medicine*.
- Buchcik, J., Kovach, V., & Adedeji, A. (2023). Mental health outcomes and quality of life of Ukrainian refugees in Germany. *Health and quality of life outcomes*, 21(1), 23.
- 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.
- Catani, C., Wittmann, J., Schmidt, T. L., Wilker, S., Neldner, S., & Neuner, F. (2023). School-based mental health screenings with Ukrainian adolescent refugees in Germany: Results from a pilot study. *Frontiers in Psychology*, 14, 1146282.

- Chiarenza, A., Dauvrin, M., Chiesa, V., Baatout, S., & Verrept, H. (2019). Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure. *BMC health services research*, 19(1), 1-14.
- Cogo, E., Murray, M., Villanueva, G., Hamel, C., Garner, P., Senior, S. L., & Henschke, N. (2022). Suicide rates and suicidal behaviour in displaced people: A systematic review. *Plos one*, 17(3), e0263797.
- Davidson, J. R., & Meltzer-Brody, S. E. (1999). The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? *Journal of clinical psychiatry* 60(7): 4-11.
- DeSa, S., Gebremeskel, A. T., Omonaiye, O., & Yaya, S. (2022). Barriers and facilitators to access mental health services among refugee women in high-income countries: a systematic review. *Systematic reviews*, 11(1), 62.
- Flüchtlinge aus der Ukraine (2023, 2. Dezember). Mediendienst Integration.  
<https://mediendienst-integration.de/migration/flucht-asyl/ukrainische-fluechtlinge.html>
- Goosen, S., Kunst, A. E., Stronks, K., van Oostrum, I. E., Uitenbroek, D. G., & Kerkhof, A. J. (2011). Suicide death and hospital-treated suicidal behaviour in asylum seekers in the Netherlands: a national registry-based study. *BMC public health*, 11, 1-8.
- Graef-Calliess, I. T., Erdmann, L., Mohwinkel, V., Özkan, I., Finkelstein, D., Loos, K., ... & Trilesnik, B. (2023). 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*, 1-13.

- Guerrero, Z., Melicharová, H., Kavanová, M., Prokop, D., Škvřňák, M., Kunc, M., ... & Winkler, P. (2023). Mental health conditions and help-seeking among Ukrainian war refugees in Czechia: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 329, 115552.
- 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), 1-12.
- 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/fpsy.2021.643704>
- Henkelmann, J. R., de Best, S., Deckers, C., Jensen, K., Shahab, M., Elzinga, B., & Molendijk, M. (2020). Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in refugees resettling in high-income countries: systematic review and meta-analysis. *BJPsych open*, 6(4) E68. doi:10.1192/bjo.2020.54
- Hollander, A. C., Pitman, A., Sjöqvist, H., Lewis, G., Magnusson, C., Kirkbride, J. B., & Dalman, C. (2020). Suicide risk among refugees compared with non-refugee migrants and the Swedish-born majority population. *The British Journal of Psychiatry*, 217(6), 686-692.
- 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.
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., ... & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Cmaj*, 183(12), E959-E967.

- 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>
- Mittendorfer-Rutz, E., Hagström, A., & Hollander, A. C. (2019). High suicide rates among unaccompanied minors/youth seeking asylum in Sweden. *Crisis*.
- Nowak, A. C., Namer, Y., & Hornberg, C. (2022). Health care for refugees in Europe: a scoping review. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1278.
- 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. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000325>
- 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*, 1-14.
- Sinclair, S., Granberg, M., & Nilsson, T. (2023). Love thy (Ukrainian) neighbour: Willingness to help refugees depends on their origin and is mediated by perceptions of similarity and threat. *British Journal of Social Psychology*.
- 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/fpsy.2019.00688>
- UNHCR (2023). Mid-Year Trends Report 2023. <https://www.unhcr.org/mid-year-trends-report-2023>

Westman, J., Sundquist, J., Johansson, L. M., Johansson, S. E., & Sundquist, K. (2006).

Country of birth and suicide: a follow-up study of a national cohort in Sweden.

*Archives of Suicide Research*, 10(3), 239-248.

*Zahl der Asylanträge 2023 deutlich gestiegen.* (2023, 25. Dezember). Tagesschau.

<https://www.tagesschau.de/ausland/europa/asylantraege-europa-100.html>.

[2023/12/29]