



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, Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und des Netzwerks für
traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V. (NTFN)**

zur wissenschaftlichen Begleitforschung von refuKey VII

Vera Mohwinkel, Annika Meyer, Beata Trilesnik,
Daniela Finkelstein, Ibrahim Özkan, Umut Altunöz,
Iris Tatjana Graef-Calliess



Einleitung

Mitte 2024 waren weltweit 122,6 Millionen Menschen auf der Flucht – 43,7 Millionen von ihnen haben dabei Landesgrenzen überquert und in Nachbarstaaten oder in weiter entfernten Ländern Zuflucht vor Krieg, Vertreibung und Gewalt gesucht (Flüchtlingshilfe U.N.O., 2025). Dabei spielten die Kriegs- und Konfliktsituationen zwischen der Ukraine und Russland und zwischen Palästina und Israel eine große Rolle sowie die Unterdrückung der Bevölkerung im Sudan und in Afghanistan. Insgesamt waren Mitte 2024 1,5% der Weltbevölkerung auf der Flucht, wobei Deutschland erneut zu den fünf größten Aufnahmeländern gehörte (Flüchtlingshilfe U.N.O., 2025; BAMF, 2025).

Prä- und perimigrative Traumata (Brunnet et al., 2020; Jurado, 2017) sowie postmigrativer Stress (u.a. unsicherer Aufenthaltsstatus, fehlende Privatsphäre im Wohnbereich, keine Arbeitserlaubnis; (Byrow et al., 2022; Schouler-Ocak, 2020)) haben nachweislich einen erheblichen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand Geflüchteter, welche im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen u.a. erhöhte Prävalenzen für Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Angststörungen und Erkrankungen aus dem schizophreniformen Kreis aufzeigen (Brunnet et al, 2020 ; Djelantik et al., 2020; Hollander et al., 2016).

Gleichzeitig erschweren strukturelle (z.B. fehlende Übernahme von Behandlungskosten, fehlende Mobilität, fehlende Bereitstellung von Informationsmaterial über Behandlungsoptionen) und kulturelle (z.B. Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, divergierende Verständnisse von psychischer Gesundheit/Krankheit, Diskriminierungserfahrungen im Behandler:innenkontakt) Barrieren den Zugang zur Regelversorgung für Geflüchtete drastisch (Byrow et al., 2020.; DeSa et al., 2022; Nowak et al., 2022).

In diesem Kontext - erhöhter psychiatrischer Morbidität und psychischer Symptombelastung einerseits sowie begrenzte Zugangsmöglichkeiten zum System der Regelversorgung und behandlungsprognostisch erschwerenden Faktoren wie bspw. der fortwährende postmigrative Stress andererseits – sei die Frage nach indizierten Behandlungskonzepten für die Personengruppe der Geflüchteten und Asylsuchenden gestellt.

Eine angestrebte Option stellt die Behandlung von Geflüchteten und Asylsuchenden im Regelversorgungssystem eines Landes dar. Dass eine solche Behandlung möglich ist und erfolgreich sein kann, weisen Studien nach, bspw. Stenmark und Kollegen (2013) für die Behandlung Geflüchteter und Asylsuchender mit PTBS- und depressiver Symptomatik im norwegischen Gesundheitssystem. Auch aus Deutschland gibt es positive Erfahrungen: Bogatzki und Kollegen (2023) z.B. vermittelten im Rahmen eines Modellprojekts Geflüchtete in die ambulante psychotherapeutische Regelversorgung mit Unterstützung sog. Gesundheitspat:innen. Die Ergebnisse zeigen eine deutliche Verbesserung der psychischen Gesundheit der Geflüchteten, sowie eine positive Rückmeldung von Seiten der Behandler:innen. Gleichzeitig legen Forschungsergebnisse nahe, dass eine Behandlung v.a. dann erfolgreich sein wird, wenn der kulturelle Kontext einer Person in der Behandlung Berücksichtigung findet (Griner & Smith, 2006; Chowdhary et al., 2014; Rathod et al., 2018, zeigen Studien doch bspw., dass psychische Krankheits-/Verständnisse und –modelle zwischen Kulturen variieren (Canino & Alegría, 2008) und sich auch Symptombilder zwischen Kulturen unterscheiden können (Kohrt et al., 2014). Die Überlegenheit kulturell adaptierter ggü. nicht-adaptierten Interventionen ist meta-analytisch nachgewiesen (Hall et al., 2016) und unterstreicht somit die Notwendigkeit der interkulturellen Öffnung des Gesundheitssystems. Neben den psychiatrisch-psychotherapeutischen Angeboten der Regelversorgung, welche in ihrer Natur vglw. hochschwellig und aufgrund o.g. Zugangsbarrieren für Geflüchtete oft nur schwer zu erreichen sind, bieten niedrigschwellige Psychosoziale Zentren (PSZ) in Deutschland ein ergänzendes, spezialisiertes und zunächst oft

einzig verfügbares Versorgungsangebot für Geflüchtete und Asylsuchende. Entstanden als Reaktion auf die eklatante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungslücke für Geflüchtete und Asylsuchende, sind heute 48 PSZs unter der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF, 2024) in Deutschland vernetzt. Wobei dies den mutmaßlichen Versorgungsbedarf in keinsten Weise deckt: laut BAfF (2024) konnten die PSZ und Kooperationspartner:innen deutschlandweit im Jahr 2022 nur 3,1% des potenziellen Versorgungsbedarfs abdecken. Das Besondere am Angebot der PSZ stellt die Multiprofessionalität, Multimodalität und Flexibilität der Behandlung bzw. Beratung dar. Nicht nur aktuelle Symptomschwere und allg. Funktionsniveau, sondern darüber hinaus auch postmigrative Stressoren, kultureller Kontext und Sprachkenntnisse der beratenen geflüchteten Person finden im Kontakt mit geschulten Mitarbeiter:innen Berücksichtigung. Entsprechend konnte die Wirksamkeit solcher Konzepte bereits erfolgreich durch Studienergebnisse nachgewiesen werden (Wenk-Ansohn et al., 2018).

Entsprechend der nachgewiesenen Wirksamkeit beiderlei Ansätze für die Behandlung Geflüchteter (Integration in die Regelversorgung & spezialisiertes, niedrigschwelliges PSZ-Angebot) verfolgt das refuKey-Projekt seit Anbeginn das Zusammenführen von hochschwelliger psychiatrisch-psychotherapeutischer Regelversorgung und niedrigschwelliger psychosozialer Versorgung i.S. eines stepped-care Ansatzes um die Versorgungslage von Geflüchteten und Asylsuchenden in Niedersachsen nachhaltig zu verbessern. Die bisherigen Evaluationsbefunde bestätigen, dass die psychische Symptomlast der Geflüchteten über die Behandlungsdauer bisher in jeder Projektphase signifikant zurückgegangen ist, trotz anhaltender postmigrativer Stressoren (Graef-Calliess et al., 2023), und sogar während gesellschaftlicher Ausnahmesituationen wie der Corona-Pandemie (siehe Evaluationsbericht III/IV). Eine vermutete Stärke des Projekts stellt die oben bereits erwähnte Multiprofessionalität (z.B. psychologisch, sozialpädagogisch, ergo-/kunsttherapeutisch) und

Multimodalität (Einzelgespräche, Gruppentherapie, u.a.) des refuKey-Angebots sowie die Berücksichtigung des kulturellen Kontexts der Geflüchteten in Beratung/Behandlung dar, deren genauere Effekte durch die Umsetzung eines erweiterten Studiendesigns (s.u.) geprüft werden sollen.

Zusammenfassend also wurde das refuKey-Projekt 2017 ins Leben gerufen, um die hohen Zugangsbarrieren, denen sich Geflüchtete beim Versuch psychiatrisch-psychotherapeutische Angebote der Regelversorgung in Anspruch zu nehmen gegenübersehen, zu reduzieren und mithilfe eines stepped-care Ansatzes bedarfsgerechte, faire und niedrigschwellige Beratung/Behandlung für diese Patient:innengruppe zu schaffen. Die S3-Leitlinie für psychosoziale Versorgungsangebote bei schweren psychischen Erkrankungen empfiehlt seit einigen Jahren den Einsatz sog. Peer-Supports “unter Berücksichtigung [der] Wünsche und Bedarfe [betroffener Patient:innen] zur Stärkung des Recovery-Prozesses und zur Förderung der Beteiligung an der Behandlung.” (DGPPN, 2018) Als Peer wird eine Person bezeichnet, die aktuell oder zu einem früheren Zeitpunkt in ihrem Leben ähnliche Erfahrungen gemacht hat wie die Person, der sie zur Unterstützung und Beratung zur Seite gestellt wird. Studien legen nahe, dass Peers erfolgreich als “Lots:innen” oder “Navigator:innen” fungieren können, bspw. bei der Vermittlung betroffener Personen ins Hilfesystem (Cabassa et al., 2017). Vor diesem Hintergrund beteiligte sich das NTFN in der zurückliegenden Projektphase an einem multizentrischen Projekt (unter der Leitung des UKE Hamburgs, angebunden an den Projektpartner KRH Psychiatrie Wunstorf) in dessen Rahmen ein Trainingskonzept zur Peer-Begleitung traumatisierter Geflüchteter nachhaltig disseminiert werden sollte.

Im PSZ Hannover kamen aufeinanderfolgend zwei Peers zum Einsatz. Beide Frauen waren im Rahmen des Aufnahmeprogramms für Geflüchtete aus Afghanistan nach Deutschland gekommen und waren vor der Flucht bereits in ihrem Herkunftsland im sozialen Bereich engagiert, bspw. durch die Mitwirkung in Frauenselbsthilfeprogrammen. Der Einsatz der

Peers umfasste individuelle Begleitungen zu Psychiater:innenterminen, Information über das psychosoziale Hilfsangebot sowie Anbahnung von Erstkontakten. Zu Beginn musste zunächst der Unterschied zur Tätigkeit einer Dolmetscher:in vermittelt und die Abgrenzungsfähigkeit der Peers eingeübt werden. Nach ersten Startschwierigkeiten konnten jedoch die begleiteten Personen erheblich von dem zusätzlichen Angebot profitieren. Außerdem konnte gemeinsam mit einer Arabisch-Dolmetscherin eine Frauenselbsthilfegruppe aufgebaut werden, sodass von Mitarbeiter:innenseite aus mehrere Sprachkompetenzen (Arabisch, Dari) bereitgestellt werden konnten. Im Rahmen einer Stabilisierungsgruppe, angeleitet von einer Psychotherapeutin i.A. mit ergotherapeutischer Ausbildung, war das Mitwirken der Peers bei der Vorbereitung und Ausgestaltung der Gruppenmodule darüber hinaus ein unschätzbare Mehrwert, da diese eine kultur- und kontextkompetente Fachberatung bieten konnten. Somit konnte das NTFN vielschichtig von dem Peer-Einsatz profitieren.

Basierend auf den positiven Erfahrungen und vorausgesetzt bereitgestellter Mittel besteht der Wunsch der Erweiterung des Peer-Einsatzes auch an refuKey-Standorten, um den traumatisierten Geflüchteten und Asylsuchenden eine bestmögliche und richtlinienorientierte Versorgung anbieten zu können.

Methoden

Eine detaillierte Beschreibung des ursprünglichen refuKey-Evaluationsstudiendesigns, bestehend aus vier distinkten Teilstudien (1. Sekundärdatenerhebung, 2. Behandler:innenbefragung, 3. Expertin:innenbefragung, 4. Primärdatenerhebung), kann den vorherigen Evaluationsberichten entnommen werden (z.B. Abb.1, Evaluationsbericht I).

Erfassung des multimodalen Beratungsangebots

In der zurückliegenden, VII. Projektphase wurde das Design um eine aus mehreren Teilstudien bestehende Analyse des Behandlungs-/Beratungsangebots innerhalb von refuKey erweitert, um den Einfluss des multimodalen, multiprofessionellen und flexiblen Angebotes auf die Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands der geflüchteten Klient:innen/Patient:innen tiefgreifender zu verstehen und davon ausgehend ggf. weitergehend zu optimieren. Das Design, bereits im Zwischenbericht (September 2024) in Gänze vorgestellt, besteht aus vier Teilstudien, von denen zur Beendigung der Projektphase VII die ersten zwei Teile abgeschlossen werden konnten. Die Berater:innen/Behandler:innen aller refuKey-Standorte, welche in ihrer Tätigkeit direkt beratenden Klient:innenkontakt haben, wurden schriftlich zu ihren Aufgaben, angewandten (Gesprächs-)Techniken, Interventionen und Methoden (z.B. traumatherapeutische Methoden, Stabilisierungstechniken) sowie zu inhaltlichen Gesprächsthemen (z.B. postmigrativer Stress, erlebte traumatische Ereignisse) befragt. In der ersten Teilstudie erfolgte dies im Freitext-Format, um ein möglichst umfassendes, ungefiltertes und naturalistisches Bild über die o.g. Punkte zu erhalten. In der zweiten Teilstudie erhielten die Berater:innen/Behandler:innen einen Fragebogen (Multiple-Choice-Format), welcher auf den Ergebnissen der ersten Teiluntersuchung fußte. Zur Erstellung dieses Fragebogens, wurden die Ergebnisse aus Teilstudie 1 von zwei Forscherinnen, unabhängig voneinander, inhaltsanalytisch geclustert, und eventuelle Abweichungen diskutiert. Ziel der zweiten Teilstudie war es, so eine quantifizierbare Einschätzung über Art und Häufigkeit von Aufgaben, Gesprächsinhalten und angewandter Techniken zu erhalten. Zur Auswertung wurden die Antwortoptionen inhaltlich kohärent geclustert (für Gesprächsinhalte z.B. in prä-/peri-/postmigrative Stressoren bzw. Traumata; Übersicht aller Antwortkategorien und Clusterzuweisungen siehe Anhang).

Evaluation der vergangenen Projektphase

Ebenfalls im Zwischenbericht Erwähnung fand die Adaption der Evaluationsfragebögen sowie der Basisdokumentation (BaDo), welche im Rahmen der fortwährend laufenden Primärdatenerhebung zur Erfassung des psychischen Gesundheitszustands der Geflüchteten zu Beratungs-/Behandlungsbeginn und –ende Anwendung finden. Während die BaDo zu Behandlungsbeginn gemeinsam von Berater:in und Klient:in ausgefüllt wird und der Erfassung soziodemographischer, fluchtspezifischer Informationen und früherer Behandlungserfahrungen dient, füllen die Geflüchteten zu Beratungsbeginn und –ende meist selbst eine Fragebogenbatterie (in elf Sprachen verfügbar: Arabisch, Dari, Deutsch, Englisch, Französisch, Farsi, Russisch, Serbisch, Spanisch, Türkisch, Ukrainisch; ggf. mit Dolmetschunterstützung) aus, welche psychische Gesundheitsparameter (Hopkins-Symptom-Checkliste-25 zur Erfassung von Depressivität und Ängstlichkeit; Harvard-Trauma-Questionnaire-16 zur Erfassung posttraumatischer Symptome; Symptom-Checklist-90-R zur Erfassung schizophreniformer Symptomatik) und die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität (EUROHIS-QOL-8) der Geflüchteten erfragen. Die Optimierung von Aufbau und Umfang erfolgte mit den Zielen einer erhöhten Nutzer:innenfreundlichkeit, der Generierung erweiterter Forschungsergebnisse zur Evaluation von refuKey sowie der Schaffung von Valenzen für die neu aufgetretenen Studienaufgaben. Die Ergebnisse sind unten dargestellt.

Einschließlich Dezember 2024 wurden innerhalb von refuKey knapp 11.500 Geflüchtete beraten bzw. behandelt, davon 2157 Personen in Projektphase 1 (zweijährig); 1701 Personen in Projekt Phase 2; 1250 Personen in Projektphase 3 (reduzierte Zahl aufgrund von Corona); 1530 Personen in Projektphase 4; 1562 Personen in Projektphase 5; 1626 Personen in Projektphase 6; und 1631 Personen in der zurückliegenden Projektphase 7 (Zeitraum: Januar – Dezember 2024) (Angaben betreffen jeweils die Neuaufnahmen).

Seit Beginn nahmen 975 Geflüchtete an der refuKey-Evaluationsstudie teil (896 Fragebögen zu Behandlungsbeginn; 223 Fragebögen zu Behandlungsende), wovon 118 Fragebögen zu Behandlungsbeginn und 24 Fragebögen zu Behandlungsende in der zurückliegenden siebten Projektphase erhoben wurden. Innerhalb von refuKey wurden im zurückliegenden Jahr 125 Personen weitergeleitet, davon 40 innerhalb eines kooperativen Kompetenzzentrums und 76 zwischen zwei Zentren.

Neue Ergebnisse

Aus den jeweiligen Evaluationsberichten der vorangegangenen Projektphasen lassen sich die früheren Ergebnisse der refuKey-Evaluation entnehmen. Folgend dargestellt sind die Befunde der aktuellen Projektphase VII.

Tabelle 1: Soziodemographische und fluchtspezifische Informationen geflüchteter Klient:innen/Patient:innen in Projektphase VII (N = 128)

			<i>M (SD)</i>
Alter			37.97 (11.05)
Aufenthaltsdauer in Deutschland (in Monaten)			18.95 (22.36)
			<i>N (%)</i>
Geschlecht	Männlich		33 (42.9%)
	Weiblich		44 (57.1%)
Familienstand	Verheiratet/in Partnerschaft		27 (36.5%)
	Ledig/Geschieden/Verwitwet		47 (63.5%)
Geburtsland	Türkei		17 (22.4%)
	Iran		11 (14.5%)
	Ukraine		6 (7.9%)
	Andere		42 (55.2%)

Berufliche Situation (mehrere Antworten möglich)	Arbeit	7 (9.7%)
	Ohne Arbeit	34 (47.2%)
	Keine Arbeitserlaubnis	26 (20.3%)
	Sprachkurs/Integrationskurs	21 (29.2%)
	Hausfrau/Hausmann	4 (5.6%)
Aufenthaltsstatus	<u>Unsicher</u>	55 (78.6%)
	<i>Abschiebeandrohung</i>	2 (3.6%)
	<i>Duldung</i>	9 (16.4%)
	<i>Aufenthaltsgestattung</i>	42 (76.4%)
	<u>Sicher</u>	15 (21.4%)
	<i>Aufenthaltserlaubnis</i>	15 (100%)
Fluchtgründe (mehrere Antworten möglich)	Krieg	18 (24.7%)
	Wirtschaftliche Not	4 (5.5%)
	Politische/religiöse Verfolgung	38 (52.1%)
	Soziale Gründe	7 (9.6%)
	Individuelle Gründe	15 (20.5%)
	Geschlechtsbedingte Gründe/sexuelle Verfolgung	12 (16.4%)
Wohnsituation	Geflüchtetenunterkunft	30 (41.7%)
	Landesaufnahmebehörde	10 (13.9%)
	Wohnung/Haus	22 (30.6%)
	Sonstige	10 (13.9%)

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung.

Tabelle 1 veranschaulicht soziodemographische und fluchtspezifische Informationen der Evaluationsteilnehmer:innen der aktuellen Projektphase. Die beratenen/behandelten Teilnehmer:innen waren zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme im Schnitt knapp 38 Jahre alt. Es wurden mehr Frauen als Männer behandelt. Die Mehrzahl aller Teilnehmer:innen lebte in einer Geflüchtetenunterkunft, hielt sich zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme mit refuKey, obwohl im Mittel bereits 18 Monate in Deutschland lebend, auf Basis einer Aufenthaltsgestattung (unsicherer Aufenthaltstitel) in Deutschland auf. Die meisten Geflüchteten kamen aus der Türkei, aus dem Iran und aus der Ukraine. Politische und religiöse Verfolgung sowie Kriegserlebnisse im Herkunftsland waren die am häufigsten genannten Gründe für ihre Flucht. Über 40% (N = 25; 41,7%) identifizierten sich als Minderheit. Mehr als die Hälfte der Evaluationsteilnehmenden (N = 39; 54,2%) floh ohne Begleitung nach Deutschland.

Tabelle 2: Vergleich des psychischen Zustands bei geflüchteten Patient:innen zu Behandlungsbeginn und –ende über die gesamte Projektlaufzeit (refuKey I – Ende 2024; t-Test für abhängige Stichproben).

		PRÄ	POST	Behandlungseffekt				
	N	M (SD)	M (SD)	M (SD)	t-Wert	df	p-Wert	Cohen's d
Depression (HSCL_25_D)	12 8	43.149 (9.08)	37.49 (11.18)	-5.70 (10.25)	6.294	127	< .001** *	10.247
Ängstlichkeit (HSCL_25_A)	13 1	27.53 (6.78)	24.24 (7.98)	-3.29 (7.10)	5.306	130	< .001** *	7.097
Psychotizismus (SCL_90_P)	12 7	17.19 (10.22)	12.99 (10.09)	-4.20 (10.13)	4.672	126	< .001** *	10.133
Traumatisierung (HTQ_16)	12 5	45.29 (9.42)	40.32 (11.65)	-4.97 (10.62)	5.225	124	< .001** *	10.627
Lebensqualität (EUROHIS_8)	11 8	19.76 (6.02)	22.91 (6.05)	3.15 (5.82)	-5.877	117	< .001** *	5.816

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; HTQ_16: Harvard-Trauma Questionnaire – Subskala Traumatisierung; EUROHIS_8: EUROHIS-WHO Quality of Life Questionnaire; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p-Wert: Signifikanzlevel; t-Wert: Teststatistik in der Varianzanalyse; df: Freiheitsgrade; Cohen's d: Effektstärkemaß.

Tabelle 2 zeigt den signifikanten Rückgang der Symptombelastung während der refuKey-Behandlung, auch unter Einschluss der zurückliegenden siebten Projektphase. Zum Behandlungsende hatte sich die depressive, ängstliche, schizophreniforme und posttraumatische Belastungssymptomatik signifikant reduziert, die subjektiv eingeschätzte Lebensqualität war signifikant gestiegen.

Ergebnisse der Erfassung des refuKey Beratungsangebots

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der quantitativen Mitarbeitendenbefragung aufgeführt.

Insgesamt nahmen $N = 43$ Behandler:innen aus fünf Standorten an der Befragung Teil (siehe Tabelle 3). Dreizehn von ihnen befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung zusätzlich in qualifizierender Weiterbildung zum/zur Psychotherapeut:in. Die Stichprobe hat einen mehrheitlich psychologischen oder psychotherapeutischen Hintergrund, als Zielgruppe überwiegend Erwachsene und als Therapieschwerpunkt Kognitive Verhaltenstherapie.

Tabelle 3: Zusammensetzung der Stichprobe der Behandler:innenbefragung ($N = 43$)

	<i>N</i>
Höchster Abschluss	
Bachelor	7
Master	18
Diplom	14
PhD / Dokortitel	3
Inhaltliche Ausrichtung (mehrere Antworten möglich)	
Psychologie	19
Psychologische:r Psychotherapeut:in	8
Soziale Arbeit / Sozialpädagogik	7
Kunsttherapie / Gestalttherapie / Ergotherapie / Musiktherapie	7
Andere*	12
In psychotherapeutischer Weiterbildung	13
Therapieausrichtung	
Kognitive Verhaltenstherapie	13
Tiefenpsychologie	3
Psychoanalyse	3
Systemische Therapie	5
Zielgruppe	
Kinder / Jugendliche	9
Erwachsene	32

**Andere inhaltliche Ausrichtungen ($N=12$): Bauingenieur:in, Diplompäd. Psychotherapie, Erziehungswissenschaften, Friedens- und Konfliktforschung, Paar- und Familientherapie, Pastorale Psychologie, Philosophie, Musik, Ästhetik, Psychotherapiewissenschaften, Sonderpädagogik, Sozialmanagement*

Die am häufigsten genannten Aufgaben der Behandler:innen waren die Gewährleistung psychischer Stabilisierung und Entlastung ($M = 2.47$; $SD = .910$, siehe Tabelle 4) sowie die psychoedukative Beratung der Klient:innen in Bezug auf ihre Symptomatik ($M = 2.42$; $SD = .874$); entsprechend werden v.a. niedrigschwellige, psychosoziale Gespräche in den PSZ geführt ($M = 2.19$; $SD = 1.023$). Oft sind krisenintervenierende Gespräche notwendig ($M = 1.75$; $SD = .973$) Zudem werden bei den meisten Klient:innen Folgegespräche vereinbart ($M = 2.36$; $SD = .798$) und ggf. der weitere Behandlungsbedarf ermittelt ($M = 2.30$; $SD = .968$).

Eine Abklärung von Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten erfolgt routinemäßig ($M = 2.31$; $SD = .980$).

Tabelle 4: Aufgaben der Behandler:innen auf einer Skala von 0 (nie / bei keinem Klienten) bis 3 (immer / bei allen Klienten)

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Psychische Stabilisierung & Entlastung	36	2,47	,910
Psychoedukation bzgl. Symptomatik	36	2,42	,874
Folgegespräche	36	2,36	,798
Suizidalitätsabklärung	36	2,31	,980
Abklärung weiteren Behandlungsbedarfs	37	2,30	,968
Psychosoziale Gespräche und Interventionen (niedrigschwellig)	37	2,19	1,023
Erstgespräche nach vorheriger Terminvereinbarung	36	2,06	,924
Anamnese	36	2,00	1,042
Psychoedukation bzgl. des deutschen Gesundheitssystems	36	1,78	,929
Formelle Korrespondenz mit Ämtern, Behörden, oder Gerichten	36	1,17	,697
Informelle Korrespondenz (z.B. E-Mail, Telefonate) mit Ämtern, Behörden	36	1,58	,649
Kontaktaufnahme zu weiteren Institutionen (z.B. Hilfsorganisationen) und Personen des Unterstützungsnetzwerks der Klient:innen	36	1,75	,770
Psychotherapeutische Gespräche und Interventionen	36	1,75	1,180
Krisenintervention	36	1,75	,937
Vermittlung an Beratungsstellen	36	1,58	,732
Vermittlung im Rahmen der OS	36	1,56	1,252
Kommunikation mit externen Behandler:innen	37	1,35	,716
Psychologische Diagnostik	36	1,33	1,146
Vermittlung an Niedergelassene (Fachpsychiater:innen, Psychotherapeut:innen)	36	1,28	,815
Sozialarbeiterische Beratung	36	1,25	1,025
Befunderstellung	36	1,22	1,045
Vermittlung an Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	36	1,17	,811
Vermittlung an stationäre Psychiatrien	36	1,06	,674
Angehörigengespräche	36	1,00	,756
Anleitung von Gruppenangeboten (z.B. kreative Arbeit, Musizieren)	37	,78	,947
Sonstiges	20	,55	,999
Training von sprachlichen Kompetenzen	36	,22	,637

Die Behandler:innen gaben an, dass in den Behandlungen am häufigsten psychische und körperliche Symptome der Klient:innen thematisiert wurden ($M = 2.1$;

$SD = .49$; vgl. Abb. 1). Weiterhin benannten sie Themen der postmigrativen allgemeinen Adaption in Deutschland ($M = 2.0$, $SD = .47$), Probleme im Asyl- und Aufenthaltsprozess ($M = 1.9$; $SD = .52$) und persönlichen Entwicklungsfaktoren (z.B. Umgang mit Emotionen, Gefühl von Selbstwirksamkeit, $M = 1.9$; $SD = .57$, siehe Tabelle 1 A im Anhang) als häufige Gesprächsinhalte. Zur allgemeinen Adaption in Deutschland zählen hierbei folgende Unterkategorien: ein hohes Belastungs-/Stresserleben seit der Ankunft in Deutschland, bürokratische Probleme bei Behördenkontakten, Angst vor Behören, Probleme bei der Wohnungssuche, fehlende Beschäftigungen und die Suche nach Aktivitäten, die Suche nach Integrationsmöglichkeiten, Frustration über, sowie Schwierigkeiten beim Leben in Deutschland und der Spracherwerb.

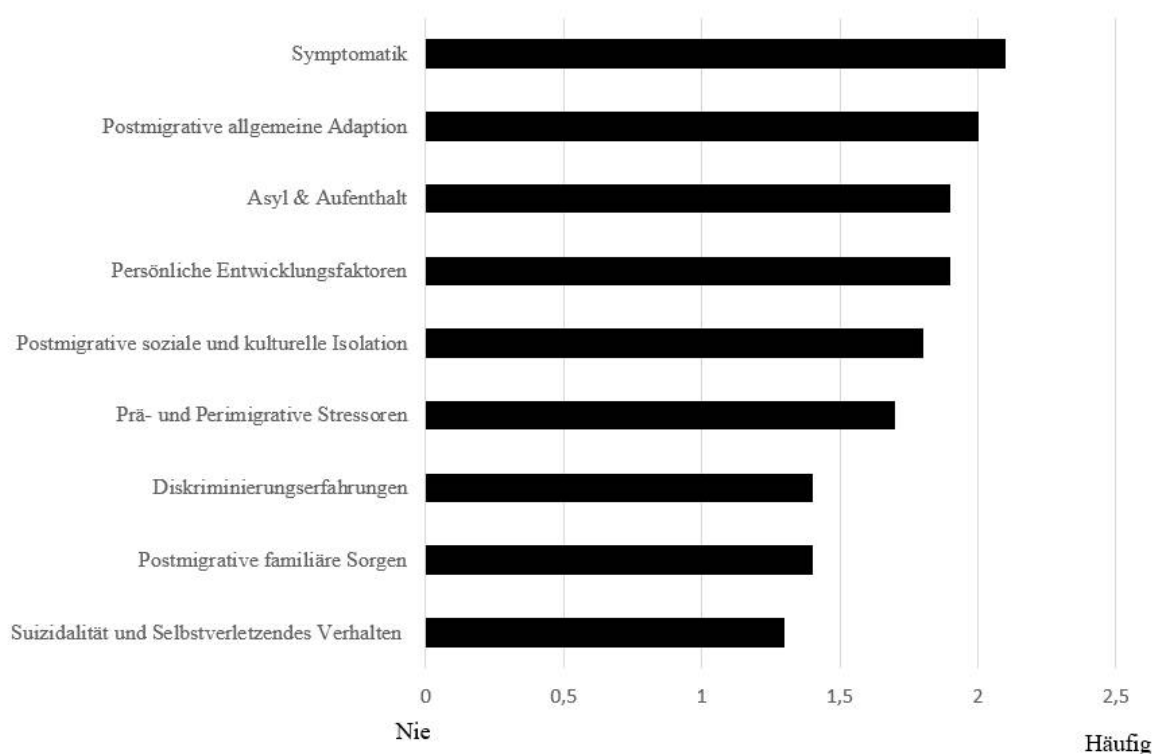


Abbildung 1: Häufigkeiten der geclusterten Inhalte, die bei Klient:innengesprächen thematisiert werden auf einer Skala von 0 (Nie / bei keinen Klient:innen) bis 3 (Immer / bei allen Klient:innen)

Gesprächstechniken werden von den Behandler:innen sehr häufig gezielt im Gespräch eingesetzt (z.B. klient:innenzentrierte Gesprächsführung, Verbalisieren, Zusammenfassen (M

= 2.2; $SD = .68$; vgl. Abb. 2a). Das Aktivieren von Ressourcen (z.B. Routinen entwickeln, positive Erinnerungen fördern; $M = 1.8$; $SD = .78$), die praktische Unterstützung bei Problemlösungen und supportive Maßnahmen (z.B. Erklären von Behördenschreiben, Unterstützung bei der Suche nach Freizeitangeboten; $M = 1.6$; $SD = .54$) gehörten zudem zu häufig eingesetzten Methoden.

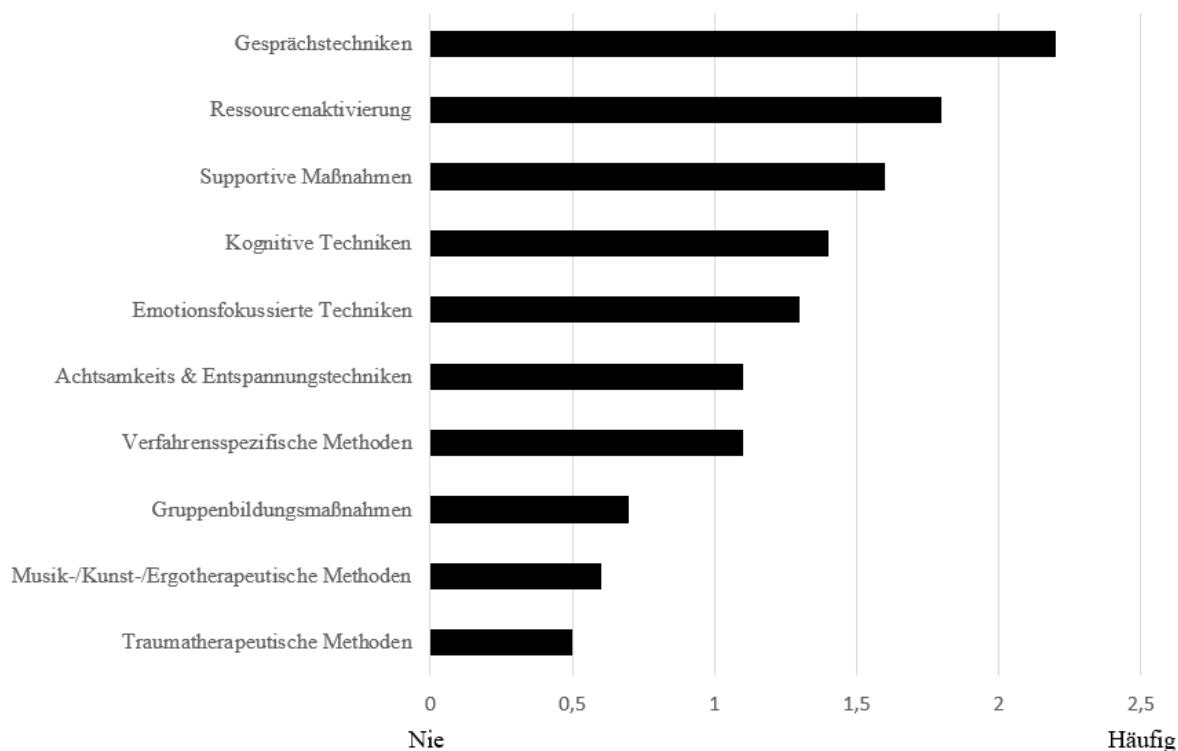


Abbildung 2a: Häufigkeiten der geclusterten Methoden und Techniken, die bei Klient:innengesprächen von den Behandler:innen eingesetzt werden auf einer Skala von 0 (Nie / in keinem Gespräch) bis 3 (Immer / in allen Gesprächen)

Diskussion

Die Befunde der zurückliegenden, siebten refuKey-Projektphase ergänzen die bisherigen Evaluationsergebnisse entscheidend. Neben der Fortführung der Primärdatenerhebung, mit adaptierten, optimierten Messinstrumenten, wurden festangestellte Mitarbeitende und assoziierte Honorarkräfte mit direktem refuKey-Klient:innenkontakt zu ihren

Beratungs-/Behandlungsaufgaben, inhaltlichen Gesprächsthemen und verwendeten Techniken und Methoden befragt, um ein tiefergehendes Verständnis für die Art des durch refuKey dargebotenen multimodalen und multiprofessionellen Beratungs-/Behandlungsangebots zu erhalten.

Die Analyse der Primärdaten zeigte, dass auch in der vergangenen Projektphase depressive, ängstliche, schizophreniforme und posttraumatische Symptomatik im Laufe der refuKey-Behandlung signifikant zurückging und sich die subjektive Lebensqualität signifikant verbesserte, die Geflüchteten also auch in der zurückliegenden Projektphase stark vom niedrigschwelligen refuKey-Angebot profitieren konnten. Um der Frage nachzugehen, was genau das refuKey-Angebot auszeichnet und so effektiv macht, wurden nun die Behandler:innen befragt. Die Erhebung zeigte, dass primäre Aufgaben der Behandler:innen darin liegen, die Klient:innen psychisch zu stabilisieren und ihre Symptome psychoedukativ einzuordnen. Die Abklärung von Suizidalität ist von zentraler Bedeutung, um einen eventuellen Bedarf einer Überweisung an eine psychiatrische Klinik frühzeitig abzuklären. Die relative Häufigkeit, mit der die Berater:innen auch krisenintervenierende Maßnahmen zu ihren Aufgaben zählen, verdeutlicht die hohe Belastung der Hilfe suchenden Geflüchteten. Ein großer Anteil der beraterischen Tätigkeit besteht zudem darin, Behandlungsbedarfe abzuklären und durch Vernetzung mit Drittstellen eine Anbindung an Beratungsstellen und weitere Instanzen des deutschen Gesundheitssystems zu ermöglichen.

Die Auswertung der inhaltlichen Behandler:innenbefragung ergab, dass, neben akuten psychischen und körperlichen Symptomatiken, die Anpassung an das Leben in Deutschland, sowie Asyl- und Aufenthaltsrechtliche Probleme im Vordergrund der Beratungsgespräche stehen. Dies deckt sich mit den Daten der Stichprobe der Klient:innen, die einen vorwiegend unsicheren Aufenthaltsstatus haben, keine Arbeit bzw. Arbeitserlaubnis aufweisen und in beengten Wohnverhältnissen leben. Zu Beginn der refuKey-Behandlung sind die Geflüchteten

zumeist hoch belastet, mit einem hohen Ausmaß an u.a. depressiver, ängstlicher oder posttraumatischer Symptomatik. Eine stabilisierende, niedrigschwellige psychosoziale Beratung arbeitet i.d.R. störungsübergreifend bzw. transdiagnostisch. Mitunter aus diesem Grund werden Themen wie Schwierigkeiten im Umgang mit Emotionen, Resilienz, oder Selbstwirksamkeit häufig thematisiert. Sie spielen im Zusammenhang mit vielen psychischen Erkrankungen, genauso wie in akuten Krisen- und Belastungssituationen eine wichtige Rolle.

Belastungen und Stress im Herkunftsland, oder Kriegs- und Fluchterlebnisse werden von den Geflüchteten ebenfalls in den Beratungsgesprächen thematisiert, den Antworten der Mitarbeitenden zu urteilen jedoch weniger häufig als postmigrativer Stress. So nehmen Inhalte wie beispielweise Frustration über das Leben in Deutschland, Angst vor Behörden, Schwierigkeiten bei der Wohnungssuche, Einsamkeit und soziale Isolation, und kulturelle Unterschiede einen größeren Anteil in den Beratungen ein. Im Kontext der aktuellen Studienlage bestätigt sich diese Beobachtung: Risikofaktoren, die einen erheblichen negativen Einfluss auf ihre psychische Gesundheit und das psychische Wohlbefinden von Geflüchteten haben, sind u.a. ein unsicherer Asylstatus, das Leben in Gemeinschaftsunterkünften, soziale Isolation verbunden mit der Trennung von der Kernfamilie, mangelnde Deutschkenntnisse, Integrationsprobleme und Diskriminierung (Byrow et al., 2022; Hajak et al., 2021). Keinesfalls impliziert dies jedoch die geringere Bedeutsamkeit früherer Traumatisierungen. Die fortwährende wahrgenommene Unsicherheit, derer sich Geflüchtete im Aufnahmeland gegenübersehen, kann zur Manifestation oder Aggravation psychischer Erkrankungen von traumatisierten Geflüchteten beitragen und sogar verstärkend zu suizidalen Gedanken und / oder Handlungen führen, da sich die Geflüchteten weiterhin in einer unsicheren Situation befinden, aus der sie keinen Ausweg kennen (Winkler et al., 2019; Waiblinger et al., 2022). Der akut wahrgenommene postmigrative Stress lässt somit wenig Raum, die erlebten Traumatisierungen zu thematisieren.

Von den meisten Berater:innen gezielt eingesetzt werden therapeutische Gesprächstechniken (z.B. Verbalisieren, Spiegeln, klient:innenzentrierte Gesprächsführung). Weiterhin häufig genutzt werden ressourcenaktivierende und supportive Maßnahmen, wie bspw. das Etablieren von Routinen, oder die psychosoziale Unterstützung im Asylprozess. Häufig eingesetzte Methoden scheinen v.a. solche zu sein, welche die Geflüchteten in ihrer wahrgenommenen Selbstwirksamkeit unterstützen und stärken. Die Mehrheit der Klient:innen aus der Stichprobe lebt gezwungenermaßen in einer Gemeinschaftsunterkunft, ist arbeitslos aufgrund einer fehlenden Arbeitserlaubnis, ist im Alltag stark fremdbestimmt und somit in der persönlichen Entwicklungsmöglichkeit eingeschränkt. Zusammen mit der Unsicherheit über einen langfristigen Aufenthaltsstatus kann hier die Gefahr für eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit der Klient:innen liegen, was im Unterstützungsangebot von refuKey entsprechend berücksichtigt wird: Zur multimodalen, multiprofessionellen Arbeit zählen neben psychologisch-psychotherapeutischer und sozialarbeiterischer Einzelgespräche auch weitere fachtherapeutische Angebote (Musik-, Kunst-, Ergo-, Gestalttherapie) sowie Gruppenangebote, in welchen die Geflüchteten die Möglichkeit zur Vernetzung haben.

Vergleichsweise weniger eingesetzt werden von den Mitarbeitenden der PSZs verfahrensspezifische psychotherapeutische oder traumatherapeutische Interventionen. Dies erklärt sich einerseits durch die zentral benannten Aufgaben der Mitarbeitenden (u.a. Stabilisierung, Krisenintervention, Psychoedukation). Das niedrigschwellige psychosoziale Angebot der PSZ kann den Geflüchteten unter den gegenwärtigen Förderbedingungen kein adäquates psychotherapeutisches Angebot machen und könnte kapazitiv auch im positiven Fall die Regelpsychotherapie nicht vollständig ersetzen. Andererseits stellen die postmigrativen fortwährenden äußeren Unsicherheiten leitliniengemäß eine relative Kontraindikation für die Darbietung traumaspezifischer Therapie darstellen können.

Zusammenfassend zeigt die Befragung, dass die Mitarbeitenden eine bedarfsgerechte, individualisierte und klient:innenzentrierte Beratung anstreben, welche niedrigschwellig an den Lebensrealitäten der Geflüchteten in Deutschland ansetzt und diese versucht dort abzuholen. Weiterhin verdeutlichen die Ergebnisse abermals den starken Einfluss, welchen postmigrativ erlebte Stressoren auf die psychische Gesundheit bzw. Krankheit von Geflüchteten haben, ein Angebot wie refuKey zusammengefasst also unabdingbar ist und eine langfristige Aufrechterhaltung entsprechender Versorgungangebote angestrebt werden sollte.

Public Outreach

Wichtige Bausteine für eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheitsversorgung Geflüchteter sind, neben der laufenden projektinternen evaluativen Qualitätskontrollen, die weitreichende Dissemination der in refuKey gewonnen Ergebnisse sowie das damit verbundene Knüpfen von (Forschungs-)Netzwerken.

Aus diesem Grund wurden die Forschungsergebnisse der vergangenen Projektphase von uns u.a. auf dem zurückliegenden DGPPN-Kongress (November 2024) präsentiert. Eines der dortig vorgestellten Poster (siehe „<https://refukey.org/>“) zur “Mediation postmigrativer Stressoren auf die psychische Gesundheit von Geflüchteten (nicht-)ukrainischer Herkunft – Daten des niedersächsischen refuKey-Projekts“ wurde mit einem der begehrten, dotierten Posterpreise ausgezeichnet. Das breite Interesse und die nationale Anerkennung der Ergebnisse zur verbesserten Gesundheitsversorgung von Geflüchteten durch refuKey illustriert eindrücklich dessen fortwährende Relevanz.

Befunde aus der vorvergangenen Projektphase zeigten, dass über 40% der Geflüchteten zu Beratungs-/Behandlungsbeginn mindestens stark ausgeprägte Suizidgedanken benannten

(Evaluationsbericht VI), das Ausmaß postmigrativen Stresserlebens (v.a. asyl-/aufenthaltsrechtliche Stressoren; kulturelle & soziale Isolation) stand in einem signifikanten Zusammenhang dazu. Die Ergebnisse der aktuellen Mitarbeitendenbefragung unterstreichen diese Befunde: die Berater:innen benannten Suizidgedanken als Thema, welches in Gesprächen häufig zur Sprache kommt ($M = 1.97$; $SD = .707$). Die Zahlen unterstreichen eindrücklich die Notwendigkeit, Suizidalität im Kontext der Behandlung von Geflüchteten eine stärkere Aufmerksamkeit schenken zu müssen. Dass dies in den PSZs bereits routinemäßig geschieht, zeigen die Zahlen aus der Mitarbeitendenbefragung: Berater:innen gaben an, Suizidalität bei nahezu jedem Geflüchteten abzuklären und somit leitfadengerecht zu handeln ($M = 2.31$; $SD = .980$). Weil ein Blick in die Forschungsliteratur zeigt, dass es bzgl. des Themas von Suizidalität im interkulturellen Kontext noch große Wissenslücken zu schließen gilt (z.B. theoretischer Modelle zu Suizidalität, dem Einfluss von Migrationsbewegungen auf das Hilfesuchverhalten und die Äußerung von Suizidalität), schlossen wir uns im vergangenen Jahr einem internationalen Forschungsnetzwerk zur Transkulturellen Suizidalität, unter der Steuerung des Karolinska Instituts in Schweden, an. Damit wollen wir dem Thema psychischer Gesundheit/Krankheit und psychiatrisch-psychotherapeutischer Gesundheitsversorgung von Geflüchteten auch auf internationaler Ebene mehr Aufmerksamkeit verschaffen, wodurch wiederum das refuKey-Angebot profitieren kann.

Ausblick

In den nächsten Projektphasen soll der Fokus der Evaluation auf folgenden Aspekten liegen:

- Die Ergebnisse der quantitativen Mitarbeitendenbefragung sollen, dem Studienplan folgend, genutzt werden, um darauf aufbauend standortbezogene Fokusgruppen

durchzuführen, in welchen die Befunde weitergehend vertieft werden können. Was macht die multiprofessionelle und multimodale Arbeit aus und wie läuft diese ab? Wie verstehen Mitarbeitende ihre Tätigkeit, welche Herausforderungen treten auf?

- Dem ursprünglichen refuKey-Evaluationsdesign folgend (vgl. Evaluationsbericht I, Abb. 1) soll zudem eine erneute Expert:innenbefragung in PSZ und Klinik Aufschluss darüber geben, wie sich das Projekt seit Beginn entwickelt hat.
- Ergänzend zur aktuellen Mitarbeitendenbefragung, in welcher Behandlungsangebote, -aufgaben und –inhalte von Mitarbeiter:innenseite aus evaluiert werden, folgt in der kommenden Projektphase die Auswertung der Klient:innen- bzw. Patient:innenzufriedenheit (vgl. Postfragebogen, Seite 1 & 2), um die Frage nach der Effektivität und wahrgenommenen Wirkfaktoren von refuKey beidseitig betrachten zu können.

Literatur

- BAMF - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2025): Aktuelle Zahlen - Aktuelle Zahlen (12/2024). Available online at <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/AsylinZahlen/aktuelle-zahlen-dezember-2024.html?nn=284722>, updated on 1/13/2025, checked on 1/16/2025.
- BAfF-Zentren (2024): Die Psychosozialen Zentren - BAfF-Zentren. Available online at <https://www.baff-zentren.org/die-psychosozialen-zentren/>, updated on 1/12/2024, checked on 1/16/2025.
- BaFF (2024). Flucht & Gewalt. Psychosozialer Versorgungsbericht Deutschland 2024. <https://www.baff-zentren.org/publikationen/versorgungsberichte-der-baff/>
- Bogatzki L, Miredin J, Millet S, et al. [The Konstanz model project for refugees with mental disorders : Coordinated psychotherapeutic treatment involving trained peer support (KOBEG)]. *Der Nervenarzt*. 2023 Nov;94(11):1026-1033. DOI: 10.1007/s00115-023-01524-1. PMID: 37676294; PMCID: PMC10620279.
- Brunnet, A. E.; dos Santos Lobo, N.; Silveira, T.; Kristensen, C. H.; Derivois, D. (2020): Migrations, trauma and mental health: A literature update on psychological assessment. In *L'Encéphale* 46 (5), pp. 364–371. DOI: 10.1016/j.encep.2020.03.009.
- Byrow Y, Pajak R, Specker P, Nickerson A, Perceptions of mental health and perceived barriers to mental health help-seeking amongst refugees: A systematic review, *Clinical Psychology Review*, Volume 75, 2020, <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101812>.
- Byrow, Yulisha; Liddell, Belinda; O'Donnell, Meaghan; Mau, Vicki; McMahon, Tadgh; Bryant, Richard et al. (2022): Profiles of post-migration stressors and mental health in refugees: A latent class analysis. In *Psychiatry Research* 311, p. 114494. DOI: 10.1016/j.psychres.2022.114494.

- Cabassa, L. J., Camacho, D., Vélez-Grau, C. M., & Stefancic, A. (2017). Peer-based health interventions for people with serious mental illness: a systematic literature review. *Journal psychiatric research*, 84, 80-89.
- Canino, G., & Alegría, M. (2008). Psychiatric diagnosis—is it universal or relative to culture?. *Journal of child psychology and psychiatry*, 49(3), 237-250.
- Chowdhary, N., Jotheeswaran, A. T., Nadkarni, A., Hollon, S. D., King, M., Jordans, M. J. D., ... & Patel, V. (2014). The methods and outcomes of cultural adaptations of psychological treatments for depressive disorders: a systematic review. *Psychological medicine*, 44(6), 1131-1146
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1), 1–15. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>
- Derogatis, L. R. (1977). Administration, Scoring & Procedures Manual—I for the R(evised) Version (Vol. 1) [Manual]. John Hopkins University School of Medicine, Baltimore.
- DeSa S, Gebremeskel AT, Omonaiye O, Yaya S. Barriers and facilitators to access mental health services among refugee women in high-income countries: a systematic review. *Syst Rev*. 2022 Apr 6;11(1):62. doi: 10.1186/s13643-022-01936-1. PMID: 35387680; PMCID: PMC8985267.
- DGPPN, S3-Leitlinie Psychosoziale therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, 2.Auflage, 2018, verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-020l_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf
- Djelantik, A. A. A. Manik J.; Heus, Annemiek de; Kuiper, Diede; Kleber, Rolf J.; Boelen, Paul A.; Smid, Geert E. (2020): Post-Migration Stressors and Their Association With

Symptom Reduction and Non-Completion During Treatment for Traumatic Grief in Refugees. In *Front. Psychiatry* 11, p. 407. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.00407.

Flüchtlingshilfe, U. N.O. (2025): Flüchtlingszahlen. Available online at <https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/informieren/fluechtlingszahlen>, updated on 1/16/2025, checked on 1/16/2025

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*, 35(3-4), 339-351.

Griner, D., & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 43(4), 531.

Hajak VL, Sardana S, Verdeli H, Grimm S. A Systematic Review of Factors Affecting Mental Health and Well-Being of Asylum Seekers and Refugees in Germany. *Front Psychiatry*. 2021 Mar 18;12:643704. doi: 10.3389/fpsyt.2021.643704. PMID: 33815176; PMCID: PMC8012840.

Hall, G. C. N., Ibaraki, A. Y., Huang, E. R., Marti, C. N., & Stice, E. (2016). A meta-analysis of cultural adaptations of psychological interventions. *Behavior therapy*, 47(6), 993-1014.

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*, 352.

Jurado, Dolores; Alarcón, Renato D.; Martínez-Ortega, José M.; Mendieta-Marichal, Yaiza; Gutiérrez-Rojas, Luis; Gurpegui, Manuel (2017): Factores asociados a malestar psicológico o trastornos mentales comunes en poblaciones migrantes a lo largo del

- mundo. In *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 10 (1), pp. 45–58. DOI: 10.1016/j.rpsm.2016.04.004.
- Kohrt, B. A., Rasmussen, A., Kaiser, B. N., Haroz, E. E., Maharjan, S. M., Mutamba, B. B., ... & Hinton, D. E. (2014). Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: literature review and research recommendations for global mental health epidemiology. *International journal of epidemiology*, 43(2), 365-406.
- Mollica, R., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). Harvard Trauma Questionnaire. PsycTESTS Dataset. <https://doi.org/10.1037/t07469-000>
- Waiblinger, Tanja; Diab, Wail; Stammel, Nadine; Böttche, Maria (2022): Suizidalität bei geflüchteten Menschen mit Traumafolgestörungen. In *Trauma & Gewalt* 16 (2), pp. 108–116. DOI: 10.21706/tg-16-2-108.
- Nowak, A.C.; Namer, Y.; Hornberg, C. Health Care for Refugees in Europe: A Scoping Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022,19, 1278. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031278>
- Power, M. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In A. Nosikov & C. I. Gudex (Eds.), *EURO-HIS: developing common instruments for health surveys*(pp. 145–164). Amsterdam: IOS.
- Rathod, S., Gega, L., Degnan, A., Pikard, J., Khan, T., Husain, N., Mushi T. & Naeem, F. (2018). The current status of culturally adapted mental health interventions: a practice-focused review of meta-analyses. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 165-178.
- Schouler-Ocak, M. (2020). Psychische Gesundheit von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund in Deutschland. In: Genkova, P., Riecken, A. (eds) *Handbuch Migration und Erfolg*. Springer, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-18236-6_33

- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: Associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry*, 170(4), 351–357.
<https://doi.org/10.1192/bjp.170.4.351>
- Stenmark, H., Catani, C., Neuner, F., Elbert, T., & Holen, A. (2013). Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behaviour research and therapy*, 51(10), 641-647.
- Waiblinger, Tanja; Diab, Wail; Stammel, Nadine; Böttche, Maria (2022): Suizidalität bei geflüchteten Menschen mit Traumafolgestörungen. In *Trauma & Gewalt* 16 (2), pp. 108–116. DOI: 10.21706/tg-16-2-108.
- Wenk-Ansohn, M., Heeke, C., Böttche, M., & Stammel, N. (2018). Acute short-term multimodal treatment for newly arrived traumatized refugees: Reflections on the practical experience and evaluation. *Torture Journal*, 28(2), 99-117.
- Winkler, Johanna G.; Brandl, Eva J.; Bretz, H. Joachim; Heinz, Andreas; Schouler-Ocak, Meryam (2019): Psychische Symptombelastung bei Asylsuchenden in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus. In *Psychiatr Prax* 46 (4), pp. 191–199. DOI: 10.1055/a-0806-3568.

Anhang

Tabelle 1A: Inhalte der Behandler:innengespräche auf einer Skala von 0 (nie / von keinem Klienten thematisiert) bis 3 (immer / von allen Klienten thematisiert)

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Psychische Symptome	37	2,70	,661
Körperliche Gesundheit/(Psycho-) Somatik	36	1,94	,630
Medikamentöse Behandlung	36	1,75	,604
Nonsuizidales selbstverletzendes Verhalten	35	1,26	,657
Suizidgedanken	35	1,97	,707
Suizidimpulse	35	1,40	,695
Suizidpläne	35	1,06	,684
Suizidversuche	35	1,03	,664
(Umgang mit) Emotionen	35	2,40	,604
Resilienz	36	2,03	,774
Selbstwirksamkeit / Empowerment	36	2,31	,668
Identität	36	1,47	,810
Innere Glaubenssätze	35	1,77	,808
Belastung & Stress im Herkunftsland	37	2,32	,709
Belastung & Stress auf der Flucht	37	2,24	,760
Belastung & Stress in Deutschland	37	2,51	,607
Körperliche Gewalt/Misshandlung	36	2,06	,532
Sexuelle Gewalt/Misshandlung	36	1,75	,604
Folter/Gefangenschaft	36	1,36	,723
Female Genital Mutilation (FGM)	36	,97	,609
Kriegserlebnisse	36	1,67	,632
Naturkatastrophen	36	,78	,591
Lebensbedrohliche Situationen (z.B. auf der Flucht)	36	1,83	,775
Andere Traumainhalte	35	1,77	,731
(Fehlende) Arbeitserlaubnis	36	1,78	,797
(Schwierigkeiten bei) Arbeitssuche	36	1,75	,806
(Angst vor) Abschiebung	36	2,22	,797
Probleme im Asylverfahren	36	2,19	,710
Bürokratische Probleme bei Behördenkontakten	36	1,81	,786
Angst vor Behörden	35	1,66	,725
Verhältnisse in (Gemeinschafts-) Unterkünften	37	2,08	,640
Wohnungssuche	36	1,81	,749
Angst, Sorge oder Sehnsucht aufgrund von Trennung von Familie	36	2,11	,667
Familiennachzug	36	1,44	,607
Innerfamiliäre Konflikte	36	1,39	,645
Kindeswohlgefährdung	35	,83	,453
Partnerschaftskonflikte	35	,89	,471
Sexualität in der Partnerschaft	35	,66	,591

Fehlende Beschäftigungen & Suche nach Aktivitäten	37	1,84	,602
Langeweile	35	1,51	,781
Aufbau eines sozialen (Unterstützungs-)Netzes in Deutschland	36	1,89	,708
Einsamkeit	37	2,05	,621
Fehlendes Vertrauen in oder Misstrauen gegenüber Mitmenschen	36	1,86	,683
Konflikte mit Mitmenschen	36	1,67	,676
Diskriminierung aufgrund von Geschlecht	36	1,53	,696
Diskriminierung aufgrund von sexueller Identität	36	,94	,475
Diskriminierung aufgrund von ethnischer Zugehörigkeit	36	1,72	,701
Diskriminierung aufgrund von Religion/Weltanschauung	35	1,37	,690
Andere Diskriminierungsinhalte	37	1,24	,830
Integrationsmöglichkeiten	36	1,92	,692
Frustration über / Schwierigkeiten beim Leben in Deutschland	36	2,22	,637
Kulturelle Unterschiede	37	1,65	,789
Finanzielle Situation	36	1,78	,722
Spracherwerb	37	2,22	,584
Soziale Isolation	37	1,95	,621
Ziele (Zielfindung/-setzung, Zukunftsplanung)	37	2,03	,799
Lebensgeschichte	36	2,03	,845
Heimweh	36	1,78	,722
Andere Inhalte und zwar	21	1,10	1,091

Tabelle 1B: Methoden der Behandler:innen auf einer Skala von 0 (nie / in keinem Gespräch) bis 3 (immer / in allen Gesprächen)

	N	M	SD
Wahrnehmungsbezogene Übungen (z.B. 54321-Methode)	36	1,83	,697
Atemübungen	36	1,81	,920
Progressive Muskelentspannung (PMR)	36	1,11	1,036
Bodyscan	36	1,03	,910
Autogenes Training	36	,50	,737
Emotional Freedom Technique EFT (Klopftechnik)	36	,53	,910
Aktives Zuhören	37	2,86	,347
Containing/Holding/Aushalten	36	2,31	,920
Konfrontieren	36	1,39	,903
Verbalisieren	37	2,38	,893
Validieren	36	2,33	1,069
Normalisieren	36	2,17	1,000
Spiegeln	36	2,17	1,000

Paraphrasieren	37	2,30	,878
Zusammenfassen	36	2,47	,736
Offene Fragen	37	2,51	,804
Arbeit mit Metaphern	36	2,00	,756
Aktivitätenaufbau	36	1,83	,941
Etablierung Wochen-/Tagesstruktur	36	1,75	,806
Aufbau sozialer Kontakte	36	1,72	1,003
Exposition	36	,83	,811
Verhaltensanalysen und Verhaltensänderung	36	1,22	,989
Skilltraining	36	1,72	,944
Soziales Kompetenztraining	36	,97	,971
Zirkuläre Fragen	36	1,19	,856
Lösungsorientierte Fragen	36	1,94	,893
Skalierungsfragen	35	1,37	,973
(Familien-) Aufstellung	36	,53	,736
Paradoxe Interventionen	36	,58	,692
Fragen nach Ausnahmen	36	1,64	1,099
Gespräche auf Metaebene/Abstrahieren	35	1,46	,980
Kognitive Umstrukturierung	35	1,23	1,087
Sokratischer Dialog	36	1,08	1,025
Externalisieren	36	1,28	1,003
Reframing	36	1,56	,909
EMDR	36	,06	,232
Diskriminationstraining	36	,42	,692
Traumaexposition	36	,39	,599
Narrative Expositionstherapie (NET)	36	,36	,639
Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT)	36	,28	,659
Orientierung / Reorientierung	36	1,25	1,079
TRIMB (Behutsame Trauma-Integration)	36	,17	,447
Traumapädagogische Methoden, und zwar	31	,48	1,061
Innerer sicherer Ort	36	1,58	,967
Tresorübung	36	1,25	1,025
Andere Imaginationstechniken und zwar	26	,65	,936
Stärken (wieder-)entdecken	36	2,11	,820
Rituale/Routinen etablieren (z.B. selfcare)	37	1,81	,877
Potenzialentfaltung/-entwicklung	35	1,57	1,008
Positive Erinnerungen fördern	36	1,78	,832
Formulierung positiver Affirmationen und bestärkender Botschaften	36	1,56	,939
Lebenslinie	36	,94	,826
Genogramm	36	,44	,877
Erklären von Behördenschreiben	36	1,56	,735
Unterstützung bei der Suche nach Freizeitangeboten	36	1,50	,775
Psychosoziale Asylprozessbegleitung	36	1,11	,785
Inneres Team / Internal Family Systems (IFS)	35	,49	,818
Ego-States	35	,43	,778
Klientenzentrierte Gesprächsführung	37	1,86	1,206

Gewaltfreie Kommunikation	35	1,54	1,314
Anerkennung von Leid / Solidarisierung	36	2,33	1,042
Schlafhygiene	36	2,08	,937
Hypnose/Hypnotherapie	36	,14	,424
Humor	36	1,83	,878
Seelsorge	36	,72	1,031
Musiktherapeutische / Kunsttherapeutische / Ergotherapeutische Methoden	37	,62	,924
Gruppenbildungsmaßnahmen im Rahmen von gruppentherapeutischen Angeboten	37	,73	1,071
Schematherapeutische Interventionen	36	,28	,615
Körperfokussierte Techniken	36	,89	1,036
Trauerarbeit	36	1,11	,887
Andere Methoden und zwar	24	,42	,929

Tabelle 2: Geclusterte Inhalte und Methoden der Behandler:innenbefragung

Cluster	Inhalte
Symptomatik	- Psychische Symptome - Körperliche Gesundheit / (Psycho-) Somatik - Medikamentöse Behandlung
Suizidalität und Selbstverletzendes Verhalten	- Nonsuizidales selbstverletzendes Verhalten - Suizidgedanken - Suizidpläne - Suizidimpulse - Suizidversuche
Prä- und Perimigrative Stressoren / Traumata	- Belastung & Stress im Herkunftsland - Belastung & Stress auf der Flucht - Körperliche Gewalt / Misshandlung - Sexuelle Gewalt / Misshandlung - Folter / Gefangenschaft - FGM - Kriegserlebnisse - Naturkatastrophen - Lebensbedrohliche Situationen (z.B. auf der Flucht) - Andere Traumainhalte - Lebensgeschichte
Postmigrativer Stress: Postmigrative allgemeine Adaption	- Belastung & Stress in DE - Bürokratische Probleme bei Behördenkontakten - Angst vor Behörden - Wohnungssuche - Fehlende Beschäftigung & Suche nach Aktivitäten - Integrationsmöglichkeiten - Frust über / Schwierigkeiten beim Leben in DE - Spracherwerb

Postmigrative familiäre Sorgen	- Angst / Sorge oder Sehnsucht aufgrund von Trennung von Familie - Heimweh - Familiennachzug - Innerfamiliäre Konflikte - Kindeswohlgefährdung
Asyl und Aufenthalt	- Probleme im Asylverfahren - Angst vor Abschiebung - Verhältnisse in Gemeinschaftsunterkünften
Postmigrative soziale und ökonomische Stressoren	- (Fehlende) Arbeitserlaubnis - Schwierigkeiten bei Arbeitssuche - Finanzielle Situation
Postmigrative soziale und kulturelle Isolation	- Aufbau eines Unterstützungsnetzes in DE - Fehlendes Vertrauen / Misstrauen ggü. Mitmenschen - Langeweile - Einsamkeit - Kulturelle Unterschiede - Soziale Isolation - Konflikte mit Mitmenschen
Diskriminierungserfahrungen	- Diskriminierung aufgrund von Geschlecht - Diskriminierung aufgrund von sexueller Identität - Diskriminierung aufgrund von ethnischer Zugehörigkeit - Diskriminierung aufgrund von Religion / Weltanschauung - Andere Diskriminierungsinhalte

Methoden

Gesprächstechniken	- Aktives Zuhören - Containing / Holding / Aushalten - Konfrontieren - Verbalisieren, - Validieren - Normalisieren - Spiegeln - Paraphrasieren - Zusammenfassen - Offene Fragen - Arbeit mit Metaphern - Klientenzentrierte Gesprächsführung - Gewaltfreie Kommunikation - Humor
Traumatherapeutische Methoden & Biografiearbeit	- EMDR - Diskriminierungsstrategien - Traumaexposition - Narrative Expositionstherapie - Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie - Orientierung / Reorientierung - TRIMB - Traumapädagogische Methoden - Lebenslinie

	- Genogramm
Praktische Unterstützung bei Problemlösung & Supportive Maßnahmen	- Erklären von Behördenschreiben - Unterstützung bei Suche nach Freizeitangeboten - Psychosoziale Asylprozessbegleitung - Schlafhygiene
Ressourcenaktivierung	- Stärken (wieder-)entdecken - Rituale / Routinen etablieren (z.B. Selfcare) - Potenzialentfaltung entwickeln - Positive Erinnerungen fördern - Formulierung positiver Affirmationen und bestärkender Botschaften
Achtsamkeits- und Entspannungstechniken	- Wahrnehmungsbezogene Übungen - Atemübungen - PMR - Bodyscan - Autogenes Training - Emotional Freedom Technique - Körperfokussierte Techniken
