refuKey

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

ein Projekt des Netzwerks für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V. (NTFN) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN).

Evaluationsbericht zur wissenschaftlichen Begleitforschung von refuKey I

Nähere Informationen zum refuKey-Projekt unter www.ntfn.de | www.refukey.org

Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V.

DGPPN

Gefördert durch:

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Inhaltsverzeichnis:

Einleitung 2

Hintergrund 2

Das Projekt 3

Methoden 4

Aufbau der Evaluation 4

Stichprobenbeschreibung 6

Messinstrumente 7

Untersuchungsablauf 10

Datenanalyse 11

Ergebnisse 11

Diskussion 24

Literaturverzeichnis 27

Anhang 1: Fragebogen Sekundärdatenerhebung 31

Anhang 2: Fragebogen Sekundärdatenerhebung PSZ 34

Anhang 3: MitarbeiterInnenbefragung I 36

Anhang 4: Fragebogen für ExpertInnen I 40

Anhang 5: Fragebogen für ExpertInnen (Steuerungsgruppe) I 48

Anhang 6: refuKey Basisdokumentation I 52

Anhang 7: refuKey Basisdokumentation II 55

Anhang 8: refuKey Basisdokumentation bei Wiederaufnahme im refuKey 58

Anhang 9: Prä-refuKey Fragebogen für Geflüchtete 61

Anhang 10: Post-refuKey Fragebogen für Geflüchtete 68

Einleitung

Hintergrund

Verfolgung, Krieg und Armut haben in den vergangenen Jahren viele Menschen weltweit dazu gezwungen, ihre Heimat zu verlassen, wobei sich im Jahr 2018 etwa 28,5 Millionen Menschen auf der Flucht befanden (UNHCR, 2018).

Geflüchtete sind traumatischen und lebensbedrohlichen Erfahrungen im Heimatland und auf der Flucht sowie besonders belastenden post-migratorischen Faktoren ausgesetzt, so bspw. dem Zustand existentieller Unsicherheit im Aufnahmeland mit unsicherem Aufenthaltsstatus, Angst vor Abschiebung, unklaren Zukunftsperspektiven und Sorgen um die Zurückgebliebenen. Darüber hinaus bringen sie auch psychische Erkrankungen, die nicht unmittelbar mit traumatischen Erfahrungen in Zusammenhang stehen, aus der Heimat mit. Viele Studien und Meta-Analysen kommen dementsprechend zu dem Ergebnis, dass Geflüchtete eine psychisch vulnerable Gruppe darstellen und häufiger als die Mehrheitsbevölkerung im Aufnahmeland von psychischen Störungen wie einer Posttraumatischen Belastungsstörung, einer Depression, einer Angststörung oder einer schizophreniformen Störung betroffen sind (Steel et al., 2009; Bogic, Njoku & Priebe, 2015; Georgiadou et al., 2018; Giacco, Laxhman & Priebe, 2018; Hollander et al., 2016). Die Prävalenzraten schwanken stark unter den Studien. Beispielsweise fand eine Meta-Analyse von Bogic et al. (2015) eine erhöhte Prävalenz für eine Posttraumatische Belastungsstörung zwischen 4.4-86% gegenüber der deutschen Allgemeinbevölkerung (1.3-2.3%) (Maercker et al., 2008; Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestags; 2016), für Depression fand sich eine erhöhte Prävalenz zwischen 2.3-80% gegenüber der Allgemeinbevölkerung (11.6%) und für eine Angststörung eine erhöhte Prävalenz zwischen 20.3-88% gegenüber der Allgemeinbevölkerung (15.4%) (Busch et al., 2013; Jacobi et al., 2016). In einer konservativeren Schätzung gehen Bogic et al. (2015) von einer Prävalenzrate für affektive und posttraumatische Störungen von unter 20% aus, Giacco et al. (2018) berichten ebenfalls von ca. 20%, während Steel et al. (2009) Prävalenzen von ca. 30% angeben. Die unterschiedlichen Prävalenzraten haben in erster Linie methodologische Gründe, ändern im Ergebnis aber nichts an einer deutlich erhöhten psychiatrischen Morbidität bei Geflüchteten.
Zusätzlich zeigen Studien, dass sich post-migratorische Einflussfaktoren entscheidender auf die Entwicklung einer anhaltenden psychischen Krankheit auswirken als prä-migratorische (Laban et al., 2004; Laban et al., 2013; Bourque, van der Ven, & Malla, 2011). Unter den post-migratorischen Einflussfaktoren sind besonders der sozioökonomische Status im Aufnahmeland, der Akkulturationsstress sowie langwierige Asylprozesse und Diskriminierungserleben respektive soziale Exklusion von Bedeutung (Bogic et al., 2015; Li, Liddell, & Nickerson, 2016; Georgiadou et al, 2018; Giacco et al., 2018). So zeigten, zum Beispiel, Laban et al. (2004) und Knipscheer et al. (2015), dass ein unsicherer Aufenthaltsstatus einen negativen Einfluss auf die Symptomschwere einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer Depression hat.

Gleichzeitig ist diese besonders vulnerable Population mit erhöhter psychiatrischer Morbidität mit erheblichen Zugangshürden zu adäquater psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung konfrontiert (Altunoz, Castro & Graef-Calliess, 2016; Ansar et al., 2017; Giacco et al., 2018; Morris, Popper, Rodwell, Brodine & Brouwer, 2009, Schröder et al., 2018). Einerseits, ist der Zugang zum Gesundheitssystem für Geflüchtete in Deutschland per Gesetz eingeschränkt. In den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts wird die medizinische Versorgung nur in Notfällen (bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, inklusive Schutzimpfungen, sowie bei Schwangerschaft und Geburt) gewährleistet (§§ 4, 6 AsylbLG). Eine Behandlung von nicht akuten psychischen Zuständen ist dabei nicht vorgesehen. Andererseits, stellt die mangelnde interkulturelle Kompetenz seitens der BehandlerInnen, v. a. im Hinblick auf Ambiguitätstoleranz, eine entscheidende Hürde für eine adäquate Behandlung (Betancourt, Green, Carrillo, & Park, 2005; Schouler-Ocak, Graef-Calliess, Tarricone Qureshi, Kastrup & Bhugra, 2014). Im Umgang mit einem hoch ausdifferenzierten fremden Versorgungssystem stellt die Sprachbarriere eine weitere Hauptproblematik dar (Morris et al., 2009;

Bauer & Alegría, 2010). Zusätzlich kann kulturell unterschiedliches Hilfesuchverhalten zu einer geringeren Akzeptanz gegenüber psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung führen (Kohlenberger, Buber-Ennser, Rengs, Leitner, & Landesmann, 2019; Morris et al., 2009).

Es ist daher erforderlich, sich mit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Gruppe der Geflüchteten auseinanderzusetzen und einen frühzeitigen und niederschwelligen Zugang zur Versorgung sicherzustellen, um Krankheitsmanifestation und Chronifizierung durch Nicht- oder Fehlbehandlung zu verhindern (Frank et al, 2017; Danzinger et al., 2018; Koesters et al., 2018; Stellungnahme der Leopoldina, 2018).

Das Projekt

Das Projekt refuKey wurde gegründet, um regionale psychosoziale und psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungsstrukturen für Geflüchtete auszubauen und mit Hilfe eines sogenannten stepped-care-Ansatzes ihre Versorgung in der psychiatrisch-psychiatrischen Regelversorgung in Niedersachsen zu verbessern. Ein weiteres Ziel ist, Unsicherheiten bzw. Belastungen der Professionellen im therapeutischen Umgang zu senken. Das Projekt ist eine Kooperation des Netzwerks für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V. (NTFN) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Gefördert wird das Projekt durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.

Im Rahmen von refuKey arbeiten mehrere psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken in Niedersachsen eng mit psychosozialen Beratungszentren (nachfolgend PSZ genannt) als sogenannte **kooperative Kompetenzzentren** in definierter Nähe von Erstaufnahmeeinrichtungen zusammen. Über die Projektträger werden refuKey-MitarbeiterInnen angestellt, die in der Klinik und/ oder im PSZ tätig sind. Des Weiteren stellt refuKey Dolmetschende zur Verfügung, unterstützt in bürokratischen Angelegenheiten, reduziert Unsicherheiten im Umgang mit Geflüchteten im BehandlerInnenteam und baut die transkulturelle Kompetenz der BehandlerInnen in den Kliniken aus. Darüber hinaus initiieren refuKey-Fachkräfte eine enge Zusammenarbeit mit dezentralen psychosozialen Zentren des NTFN für die Nach- und Weiterversorgung von geflüchteten PatientInnen und sorgen für eine optimale regionale Vernetzung.

Durch eine Verzahnung nieder- und hochschwelliger Angebote wird angestrebt, eine möglichst bedürfnisgerechte Versorgung der Geflüchteten zu ermöglichen.

Bislang existieren vier kooperative Kompetenzzentren in Göttingen, Oldenburg, Osnabrück und Braunschweig / Königslutter. Diese bestehen aus den folgenden Einrichtungen:

Göttingen:

- Asklepios Fachklinikum für Psychiatrie und Psychotherapie Göttingen
  Rosdorfer Weg 70
  37081 Göttingen
- Psychosoziales Zentrum Göttingen (NTFN e.V.)
  Goethe-Allee 16
  37073 Göttingen.

Oldenburg:

- Karl-Jaspers-Klinik Wehnen
  Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Oldenburg
  Hermann-Ehlers-Straße 7
  26160 Bad Zwischenahn

- Psychosoziales Zentrum Oldenburg (NTFN e.V. in Kooperation mit IBIS e.V.)
  Kaiserstraße 14
  26122 Oldenburg

Osnabrück:

- Niels-Stensen-Kliniken Bramsche
  Alte Rothenfelder Str. 23
  49124 Georgsmarienhütte

- Psychosoziales Zentrum Osnabrück (NTFN e.V.)
  Lotterstraße 104
  49078 Osnabrück

Braunschweig / Königslutter:

- Psychosoziales Zentrum Braunschweig (NTFN e.V.)
  Steinweg 5
  38100 Braunschweig

- AWO Psychiatriezentrum Königslutter
  Vor dem Kaiserdom 10
  38154 Königslutter

Zur Einschätzung der Frage, inwieweit das Projekt die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von geflüchteten PatientInnen in Niedersachsen verbessert und die Belastung der BehandlerInnen im Umgang mit diesen PatientInnen senkt, findet eine wissenschaftliche Begleitevaluation statt.

Ausgehend vom aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung wurde die im weiteren vorgestellte Untersuchung konzipiert und im Sinne einer Begleitevaluation kontinuierlich durchgeführt.

Methoden

Aufbau der Evaluation

Die Evaluation stellt eine komplexe, naturalistische und multizentrische mixed-methods-Studie dar und setzt sich aus vier Teiluntersuchungen zusammen (Trilesnik, B., Eckhoff, L., Özkan, K., Loos, G., Penteker, I. & Graef-Calliess., I. T., 2018).

Zum einen werden Sekundärdaten in den am Projekt teilnehmenden und nicht teilnehmenden Kliniken und PSZs erhoben. Zum anderen werden sogenannte ExpertInnen, MitarbeiterInnen der teilnehmenden Kliniken sowie die geflüchteten PatientInnen (a. die im Rahmen des Projekts behandelt werden und b. solche, die an einer projektfremden Klinik behandelt werden (Kontrollgruppe)) befragt. Die Untersuchung wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover und der Ärztekammer Niedersachsen beraten und als ethisch unbedenklich eingestuft. Abbildung 1 illustriert das Design der Evaluation.

Abbildung 1. Das Evaluationsdesign

I. Sekundardatenerhebung

Bei der ersten Teiluntersuchung der Evaluation handelt es sich um eine niedersachsenweite Stichtagserhebung. Hierbei werden Kliniken in ganz Niedersachsen zur Anzahl, der Verweildauer, den Wiederaufnahmeraten und den häufigsten Diagnosen sowie Aufnahmeanlässen von PatientInnen mit Fluchthintergrund zu Projektbeginn und –ende befragt. Zusätzlich findet eine Erhebung in den PSZs statt.

II. BehandlerInnenbefragung

Im zweiten Teilbereich der Evaluation werden die BehandlerInnen und MitarbeiterInnen der Kooperationskliniken und einer projektfremden Klinik hinsichtlich ihrer Belastung und ihres Erlebens in der Arbeit mit geflüchteten PatientInnen zu Projektbeginn sowie –ende befragt.

III. ExpertInnenbefragung

Im dritten Teilbereich wird eine Gruppe von ExpertInnen mittels strukturierter Fragebögen zu Projektbeginn und –ende befragt, welche Probleme sie in der psychiatrisch-psychotherapeutischen bzw. psychosozialen Versorgung von Geflüchteten sehen und welche Potenziale das Pilotprojekt „refuKey“ bietet. Weiterhin findet eine Diskussion zwischen den ExpertInnen zu Projektmitte und –ende im Rahmen einer Fokusgruppe statt.

IV. Primärdatenerhebung

In der vierten Teiluntersuchung wird das emotionale Befinden der im Rahmen des Projekts behandelten geflüchteten PatientInnen mittels einer standardisierten Fragebogenbatterie jeweils zu Behandlungsbeginn und –ende erfasst. Zusätzlich hierzu werden geflüchtete PatientInnen in einer projektfremden Klinik als Kontrollgruppe ebenfalls zu Behandlungsbeginn und -ende befragt, um die Effekte der Behandlungen miteinander vergleichen zu können.

Stichprobenbeschreibung

I. Sekundardatenerhebung

ChefärztInnen aller niedersächsischen psychiatrischen Kliniken wurden im Rahmen der Niedersächsischen Psychiatriekonferenz (NPK) für die Untersuchung angeschrieben. Insgesamt nahmen sieben Kliniken an der Stichtagserhebung teil. Bei zwei davon handelte es sich um Kooperationskliniken.

II. BehandlerInnenbefragung

Im Rahmen der laufenden BehandlerInnenbefragung werden ÄrztInnen, PsychologInnen, Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, SozialarbeiterInnen und ergotherapeutische, bewegungstherapeutische als auch musiktherapeutische MitarbeiterInnen, die in teilnehmenden Kliniken mit Geflüchteten arbeiten, befragt. Insgesamt ist eine Stichprobe von 100 BehandlerInnen angedacht. Alle TeilnehmerInnen werden über die Untersuchung schriftlich informiert und unterzeichnen eine Einverständniserklärung.

III. ExpertInnenbefragung

Zur ExpertInnenengruppe zählen pro PSZ und Klinik an einem Standort die jeweilige PSZ-Leitung, der/die ärztliche/r Direktor/in der Klinik, der/die refuKey-Verantwortliche/r an der Klinik, ein/e refuKey-PSZ-MitarbeiterIn und ein/e refuKey-Klinik-MitarbeiterIn sowie die Mitglieder der Steuerungsgruppe von refuKey. Zu Projektbeginn wurden 14 Personen befragt.

IV. Primärdatenerhebung

In allen kooperativen Kompetenzzentren findet bis zum Ende des Projektes eine Befragung aller geflüchteten PatientInnen statt. Von der Teilnahme ausgeschlossen sind PatientInnen, die in einem PSZ nur unregelmäßig im Rahmen der sogenannten offenen Sprechstunde behandelt werden, sowie PatientInnen, die durch ihren akuten psychischen Zustand oder das unzureichende Bildungsniveau nicht an der Umfrage teilnehmen können. Bislang wurden 2157 Personen im Rahmen des Projekts[1] beraten oder behandelt. Hiervon nahmen 171 an der Evaluation teil, wobei 158 Messungen zu Behandlungsbeginn und 42 Messungen zu Behandlungsende stattfanden. 413 Basisdokumentationen I (siehe 2.3.IV, im weiteren Verlauf *BaDo I* genannt), 175 Basisdokumentationen II (siehe 2.3.IV, im weiteren Verlauf *BaDo II* genannt), 133 komplett ausgefüllte Prä-Behandlungsfragebögen und 28 gepaarte Prä-Behandlungs- und Post-Behandlungsfragebögen wurden in die bisherige Analyse aufgenommen. Die Erhebung in der Kontrollgruppe ist im Falle eines Folgeprojektes vorgesehen.
.

[1] Diese Zahl der refuKey-KlientInnen beinhaltet auch Geflüchtete, die sich an ein weiteres psychosoziales Zentrum innerhalb refuKey, PSZ Lüneburg, welches noch nicht Teil eines kooperativen Kompetenzzentrums ist, gewendet haben. Geflüchtete, die in einem der dezentralen Angebote in Celle, Bremerhaven oder Cuxhaven beraten bzw. behandelt wurden sind nicht inkludiert.

Messinstrumente

I. Sekundardatenerhebung

Anlässlich einer Stichtagserhebung in niedersächsischen psychiatrischen Kliniken und psychosozialen Zentren wurden folgende Sekundärdaten zu Aspekten der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten erhoben: Anzahl der geflüchteten PatientInnen pro Quartal, ihre Aufnahmeanlässe und Diagnosen, Standarddiagnostik, Aufteilung auf Behandlungssettings, Behandlungsart und -dauer, Dolmetschendeneinsatz, Wiederaufnahme- und Weitervermittlungsrate, Hindernisse für die Versorgungsqualität bei geflüchteten PatientInnen sowie Schulungsbedarf des Klinikpersonals. Die Fragebögen hierfür finden sich im Anhang 1 und 2. Die Befragung wird zu Projektende hin wiederholt.

II. BehandlerInnenbefragung

Das subjektive Erleben der KlinikmitarbeiterInnen bei der Arbeit mit Geflüchteten wird durch eine standardisierte Fragebogenbatterie erhoben. Das subjektive Erleben wird dabei zum einen als mögliche Belastung / Überforderung in der Arbeit mit geflüchteten PatientInnen und zum andern als Gestimmtheit beim Arbeiten mit geflüchteten PatientInnen konzeptualisiert. Diese beiden Faktoren werden wie folgt erfasst:

Die Belastung und Überforderung durch und in der Arbeit mit geflüchteten PatientInnen wird durch das Maslach Burnout Inventory Human Services Survey von Maslach & Jackson (1981) gemessen. Hierbei handelt es sich um ein Instrument, das speziell für den Sozial- und Gesundheitsbereich entwickelt worden ist und die Belastung mittels einer sechsstufigen Antwortskala auf den drei Skalen emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und Persönliche Erfüllung fasst. Die internen Konsistenzen liegen dabei bei $\alpha = 0.82$ für die emotionale Erschöpfung, bei $\alpha = 0.79$ für die Depersonalisation und bei $\alpha = 0.71$ für die persönliche Erfüllung (Maslach et al., 1986).

Die Stimmung bei der Arbeit mit geflüchteten PatientInnen und bei der Arbeit mit nicht geflüchteten Patientinnen wird jeweils durch die Aktuelle Stimmungsskala (ASTS) von Dalbert (1992) erfasst. Die ASTS erfasst auf 19 Items auf einer siebenstufigen Likert-Skala die aktuelle Stimmung einer Person und ordnet diese den Skalen Trauer, Hoffnungslosigkeit, Müdigkeit, Zorn und positive Stimmung zu. Die Interne Konsistenz ist hoch und liegt zwischen $\alpha = 0.83$ und $\alpha = 0.94$ (Dalbert, 1992).

Zudem werden noch die soziodemographischen Angaben Alter, Geschlecht, Kinder, Migrationshintergrund, höchster Schulabschluss, aktueller Beruf, Arbeitssetting sowie einige Angaben zur Arbeit mit Geflüchteten erfasst. Optional können TeilnehmerInnen den Familienstand sowie ihr Nettogehalt kategorial angeben. Das Dokument findet sich im Anhang unter 3.

III. ExpertInnenbefragung

Die Einschätzung der ExpertInnen wird mittels eines strukturierten Fragebogens mit offenem Antwortformat erhoben, der folgende Bereiche erfragt: Schwierigkeiten in der Arbeit mit Geflüchteten, finanzielle Grenzen, Kommunikation zwischen Klinik und PSZ, Zugang zum Versorgungssystem, Überforderung, Zeitaufwand und Frustration aufseiten der BehandlerInnen, Drehtüreffekt[2] und Erwartung an das Pilotprojekt „refuKey“. Die Steuerungsgruppe des Projekts wird

[2]Mit dem Drehtüreffekt bezeichnet man eine wiederholte zeitnahe Wiederaufnahme zuvor entlassener Patientinnen.

mit einem leicht veränderten Fragebogen befragt. Beide Dokumente finden sich im Anhang unter 4 und 5.

IV. Primärdatenerhebung

Neben dem Evaluationsfragebogen finden noch drei sogenannte Basisdokumentationen Verwendung, welche auf einem Entwurf des Nationalen Migrationsfragebogens der DGPPN basieren. Die BaDo I erfasst folgende Variablen: Alter, Geschlecht, familiärer Hintergrund, Wohnsituation, Herkunft, Fluchtumstände, Aufenthaltsstatus und -dauer, Sprachkenntnisse, Anliegen und Zuweisungsursprung. Die BaDo II erfasst die Variablen: Beschwerden und Inanspruchnahme, Religions- und Kulturzugehörigkeit, Fluchtgründe sowie soziale Angaben wie Bildungsgrad, sozialen Status, aktuelle Beschäftigung etc. Die Basisdokumentation Wiederaufnahme (im weiteren Verlauf *BaDo* W*a* genannt) besteht aus Teilen der BaDo I als auch der BaDo II: persönlichen Angaben sowie Beschwerden und Inanspruchnahme. Der Evaluationsfragebogen unterscheidet sich zu Behandlungsbeginn und –ende geringfügig. Der sogenannte Evaluationsfragebogen Prä, der zum Beginn der Behandlung verwendet wird, besteht aus der im Folgenden erläuterten Fragebogenbatterie. Der sogenannte Evaluationsfragebogen Post, der nach dem Ende der Behandlung verwendet wird, besteht aus selbiger Fragebogenbatterie sowie zusätzlich aus einigen Fragen zur Qualität der Behandlung und einigen weiteren soziodemographischen Angaben. Des Weiteren existieren alle Dokumente (bis auf die BaDo Wa) in jeweils einer Version für die Kooperationskliniken und in einer Version für die PSZs.

Die Fragebogenbatterie zur Erfassung der psychischen Belastung und des seelischen Wohlbefindens besteht aus den folgenden international validierten und in der Flüchtlingsforschung meist verwendeten „state of the art" Skalen (Health TA Center: Assessment for Trauma and Mental Health in Refugees, www.refugeehealthta.org):

allg. psychisches Wohlbefinden	Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale
Ängstlichkeit & Depressivität	Hopkins Symptom Checklist 25
Psychotizismus- und Somatisierungsskala	aus Symptom Checklist 90
PTBS-Symptomatik-Skala	aus Harvard Trauma Questionnaire
wahrgenommene Lebensqualität	WHO Quality of Life Questionnaire - bref
akt. Lebensstressor	Post-migration Living Difficulties Checklist
soziodemographische & fluchtspezifische Daten & „pathway to care"	Entwurf des nationalen Migrationsfragebogens der DGPPN

Abbildung 2. Die Messinstrumente

- „Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale" (WEMWBS) von Tennant et al. (2007), die das allgemeine psychische Wohlbefinden als Summenscore von 14 positiv formulierten Items erfasst und die als Antwortformat jeweils eine fünfstufige Likert-Skala bieten. Ein cut-off-Wert besteht nicht. Das Instrument weist eine hohe Test-Retest-Reliabilität (r = 0.83) auf sowie eine hohe interne Konsistenz (α =0.91) auf (Tennant et al., 2007).
- „Hopkins Symptom Checklist 25" (HSCL-25) von Derogatis et al., (1974), einer klinischen Symptom-Checkliste, die dazu dient, Ängstlichkeit und Depressivität sowie die sich daraus ergebende generelle psychische Belastung auf 25 Items (10 Items messen Symptome der Angst und 15 Symptome der Depression) zu erfassen. Die Symptomstärke der letzten 7 Tage wird auf einer 4-stufigen Likert-Skala erfasst. Die Skala ist in viele Sprachen übersetzt und wird in den

meisten Studien zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten verwendet. Die Skala zur Erfassung der Ängstlichkeit weist eine interne Konsistenz von α = 0.89 auf und die Skala zur Erfassung der Depressivität eine interne Konsistenz von α = 0.89 (Thapa & Hauff, 2005).

- Psychotizismus- und Somatisierungs-Skala der „Symptom Checklist 90" (SCL-90-R) von Derogatis (1994). Die SCL-90-R erfasst auf einer fünfstufigen Antwortskala, wie groß die psychische Belastung durch diverse psychische und körperliche Symptome in den letzten sieben Tagen war. Die Test-Retest-Reliabilität der beiden Skalen beläuft sich jeweils auf r = 0.83 und die interne Konsistenz auf α = 0.77 für die Somatisierungs-Skala und auf α = 0.73 für die Psychotizismus-Skala (Franke, 2002).
- Traumasymptomatik-Skala des „Harvard Trauma Questionnaire" (HTQ) von Mollica et al. (1992). Das HTQ besteht aus vier Teilen: traumatische Erlebnisse, deren persönliche Beschreibung, erlittene körperliche Verletzungen und der Traumasymptomatik. Es wird nur der letzte Teil verwendet. Er beinhaltet 30 Items bezogen auf die letzten sieben Tage mit dem Antwortformat einer 4-stufigen Likert-Skala. Die ersten 16 Items entsprechen den DSM-IV Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung. Die restlichen 14 Items bilden eine geflüchteten-spezifische Subskala, die das wahrgenommene Funktionsniveau und soziale Einschränkungen misst. Das HTQ weist eine hohe Test-Retest-Reliability (r = 0.92) und interne Konsistenz (α = 0.96) auf (Mollica et al., 1992).
- „World Health Organization Quality of Life" Fragebogen (WHOQOL bref) von Whoqol Group (1998). Dieser erfasst auf 26 Items die wahrgenommene Qualität des Lebens in Abhängigkeit des kulturellen Werte- und Normsystems. Das Instrument erfasst die Lebensqualität in den folgenden vier Lebensbereichen: körperlich, seelisch, soziale Beziehungen und Umwelt. Zusätzlich dazu werden zu Beginn zwei Fragen gestellt, die nach der Wahrnehmung der generellen Lebensqualität und nach der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit fragen. Die Reliabilitäten für die verschiedenen Skalen liegen bei α = 0.785 für die physische Lebensqualität, α = 0.892 für die psychische Lebensqualität, α = 0.699 für die Qualität des Soziallebens und α = 0.796 für die Qualität der Umwelt (Bandar et al. 2014).
- „Post-migration Living Difficulties Checklist" (PMLDC) von Silove et al. (1997). PMLDC ist eine international verwendete Checklist, welche hier mit 17 Items nach Schick et al. (2016) verwendet wird und aktuelle Lebensstressoren der Geflüchteten im Aufnahmeland erfragt. Das Rating erfolgt auf einer Skala von 1 (kein Problem) bis 5 (sehr großes Problem). Die interne Konsistenz liegt bei α = 0.72 (Schick et al., 2016).
- Fragen zum Erleben von Diskriminierung nach Finch et al. (2001), welche spezifisch auf den Flüchtlingskontext angepasst worden sind. Die interne Konsistenz dieser Skala liegt bei α = 0.76.

Die Fragebogenbatterie liegt in neun Sprachen (Deutsch, Englisch, Arabisch, Farsi, Dari, Französisch, Russisch, Serbisch und Kurdisch-Kurmanji) vor. Die Sprachversionen der Fragebogenbatterie bestehen, wo vorhanden, aus validierten Adaptionen der Skalen in diesen Sprachen, und sofern nicht vorhanden, aus Hin- und Rückübersetzung der Skalen gemäß den Vorgaben der WHO[3].

Alle Dokumente finden sich im Anhang unter 6, 7, 8, 9 und 10.

[3] http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/

Untersuchungsablauf

I. Sekundardatenerhebung

Die erste Sekundärdatenerhebung fand als Online- oder Papier-und-Stift-Befragung zu Projektbeginn am 07.03.2018 statt. Hierbei wurde nach der Rekrutierung der ChefärztInnen der psychiatrischen Kliniken in Niedersachsen die pdf-Version des Fragebogens sowie der Teilnahmelink zum Online-Fragebogen für die Erhebung über den Verteiler der NPK zugesandt. Parallel fand zum selben Stichtag hin eine Erhebung in den PSZs statt.

Eine weitere Sekundärdatenerhebung ist im Falle eines Folgeprojektes angedacht.

II. BehandlerInnenbefragung

Die BehandlerInnenbefragung läuft derzeit an den jeweiligen Kooperationskliniken. Die Rekrutierung der TeilnehmerInnen findet durch die refuKey-Mitarbeiter vor Ort statt, indem die Befragung auf den Stationen, die mit Geflüchteten arbeiten, vorgestellt wird und Fragebögen mit Umschlägen verteilt werden. Nach dem Ausfüllen werden die Fragebögen in einem verschlossenen Umschlag an die refuKey-MitarbeiterInnen zurückgegeben.

III. ExpertInnenbefragung

In der Anfangsphase des Projekts wurden an einem jeden Kooperationszentrum ExpertInnen bestimmt, denen dann ein strukturierter Fragebogen zugesandt wurde.

Zur Projektmitte hin ist für jeden Standort eine Fokusgruppe geplant, in der die ExpertInnen zusammenkommen und die konkrete Situation hinsichtlich der Potenziale und Probleme an einem Standort diskutieren.

Zum Ende des Projekts wird eine weitere Befragung der ExpertInnen mittels strukturiertem Fragebogen und eine weitere Fokusgruppendiskussion stattfinden.

IV. Primärdatenerhebung

Die BehandlerInnen füllen zunächst mit den PatientInnen, die im Rahmen des Projekts behandelt werden, die BaDo I und II aus (siehe Abb.3). Danach wird bis zur dritten Sitzung im PSZ bzw. bis zum zweiten Behandlungstag[4] in der Klinik den PatientInnen der Evaluationsfragebogen Prä zum Ausfüllen vorgelegt. Am Ende der Behandlung werden die PatientInnen gebeten den Evaluationsfragebogen Post auszufüllen. Die Teilnahme dauert zwischen 45 und 60 Minuten, der Evaluationsfragebogen soll dabei komplett an einem Tag ausgefüllt werden.

Sollte ein/e Patient/in, erneut im Rahmen des Projekts behandelt werden – es handelt sich demnach um eine Wiederaufnahme –, oder wird ein/e Patient/in innerhalb des Projektes überwiesen, muss der Evaluationsfragebogen Prä nicht erneut ausgefüllt werden, wenn dies innerhalb einer Woche geschieht. Überschreitet der Rahmen eine Woche, wird in solchen Fällen der Evaluationsfragebogen Prä erneut ausgefüllt.

[4] In Ausnahmefällen, wenn der akute psychische Zustand des/der Patienten/in, z.B. bei akuter Suizidalität, das Ausfüllen des Fragebogens in der vorgesehenen Zeit unmöglich macht, kann der Evaluationsfragebogen Prä bis zur fünften Behandlungssitzung bzw. bis zum fünften Tag ausgefüllt werden.

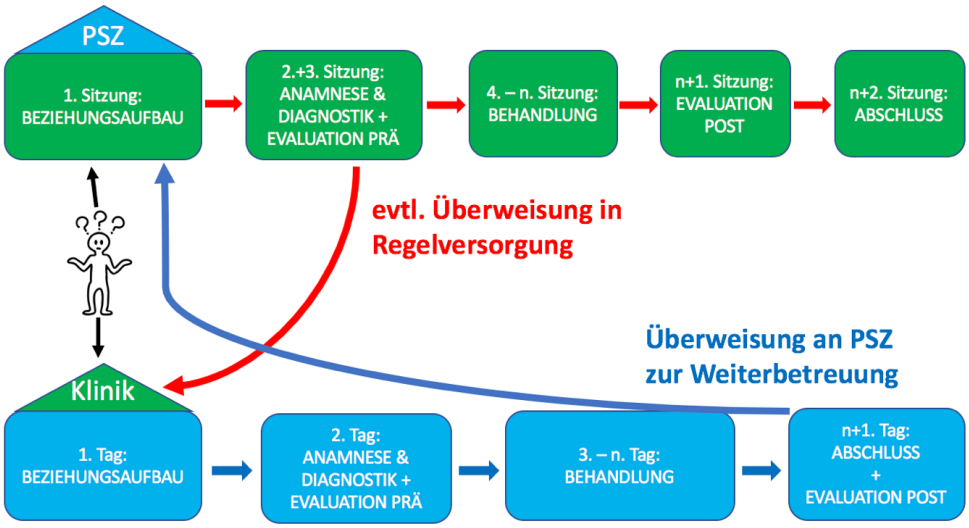


Abbildung 3. Der Workflow

Datenanalyse

Bei den Teilbereichen I, II und IV handelt es sich quantitative Untersuchungen. Die Daten der Teilbereich I, II und IV werden mit gängigen statistischen Verfahren mit der IBM SPSS Statistics 24 Software analysiert (IBM-Deutschland GmbH, München). Es wurden deskriptive Analysen mit Mittelwert- und Standardabweichungsbestimmung für metrische Variablen und Häufigkeiten und Prozentangaben für kategoriale Variable durchgeführt. Die Vergleichbarkeit der befragten und nicht befragten Gruppe wurde über eine Varianzanalyse beziehungsweise einen Chi-Quadrat-Test überprüft. Prävalenzraten für die jeweiligen Symptombilder werden auf der Basis von Cut-Off-Werten der jeweiligen Skalen bestimmt. Für Vorher-Nachher-Vergleiche wurde der t-Test für abhängige Stichproben auf dem Signifikanzniveau von $p = 0,05$ durchgeführt. Die Annahme der Normalverteilung der Daten wurde dabei mittels des Shapiro-Wilk-Tests überprüft. Die Daten sind bis auf die Skalen Psychotizismus, Somatisierung und Traumatisierung in der Post-Messung normalverteilt. In letzteren Fällen wurde zusätzlich ein Wilcoxon Rangsummentest gerechnet. Der Zusammenhang zwischen psychischem Befinden und post-migratorischen Stressoren wurde mithilfe einer Korrelationsanalyse errechnet. Der Teilbereich III wurde qualitativ ausgewertet und im Anschluss quantitativ deskriptiv dargestellt.

Ergebnisse

I. Sekundardatenerhebung

Der Rücklauf der Sekundärdatenerhebung war zum ersten Erhebungszeitpunkt relativ niedrig, von 32 niedersächsischen psychiatrischen Kliniken haben nur sieben an der Erhebung teilgenommen. Die Patientenzahlen für Geflüchtete variierten unter den teilnehmenden psychiatrischen Kliniken sehr stark und lagen zwischen 1 und 180 geflüchteten PatientInnen pro Quartal (siehe Abb. 4).

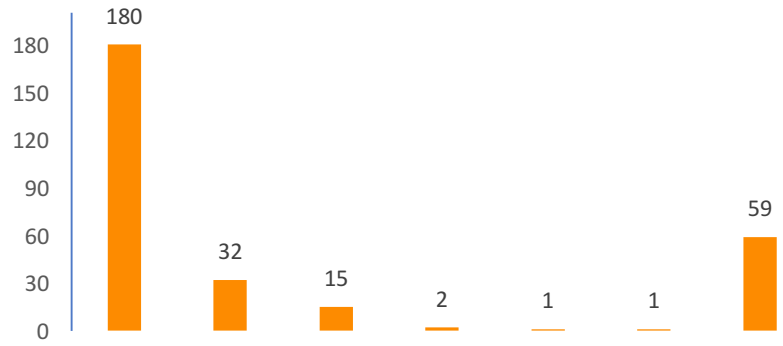


Abbildung 4. Anzahl der geflüchteten PatientInnen in niedersächsischen psychiatrischen Kliniken (N=7)

Als Anlässe für die Aufnahme in eine psychiatrische Klinik wurden bei Geflüchteten vor allem F43- und F32/33-Diagnosen genannt (Abb. 5).

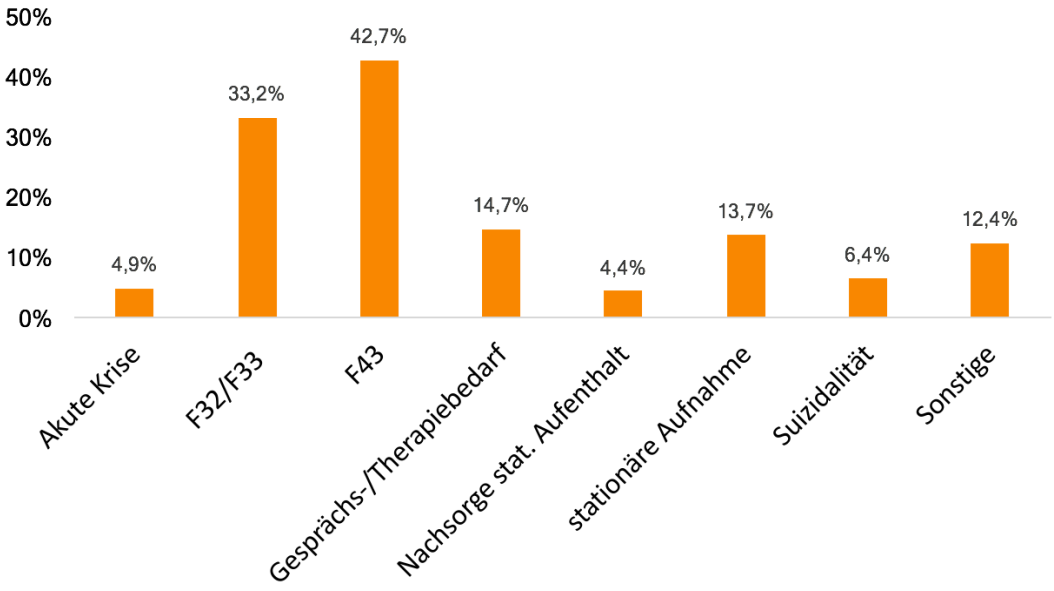


Abbildung 5. Häufigste Aufnahme-Anlässe über alle Settings (N = 7 Kliniken/ 290 PatientInnen)

Die Diagnosen der geflüchteten PatientInnen unterschieden sich in Abhängigkeit des Behandlungssettings (Abb. 6). Im ambulanten Setting waren zu 55% affektive (F3) und zu 41% neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) vertreten, während im stationären Setting zu einem Drittel auch schizophreniforme Störungen (F2) behandelt wurden.

Die Daten aus dem offen stationären Setting basieren nur auf Antworten einer Klinik und sind daher nicht generalisierbar.

Wie in der Abbildung 7 dargestellt ist, handelt es sich zumindest im ambulanten Setting bei den F3-Diagnosen um depressive Episoden (F32) und rezidivierende depressive Störungen (F33) und bei den F4-Diagnosen um Reaktionen auf schwere Belastungen & Anpassungsstörungen (F43), was auch den Angaben zu Aufnahmeanlässen in der Abbildung 5 entspricht. Angaben zum stationären Setting sowie genauere Diagnoseangaben liegen nicht vor.

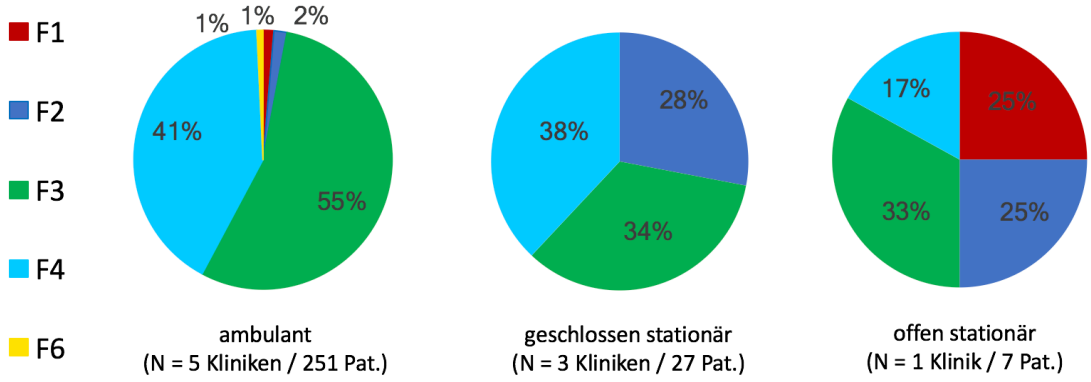


Abbildung 6. Verteilung auf Diagnosen pro Setting

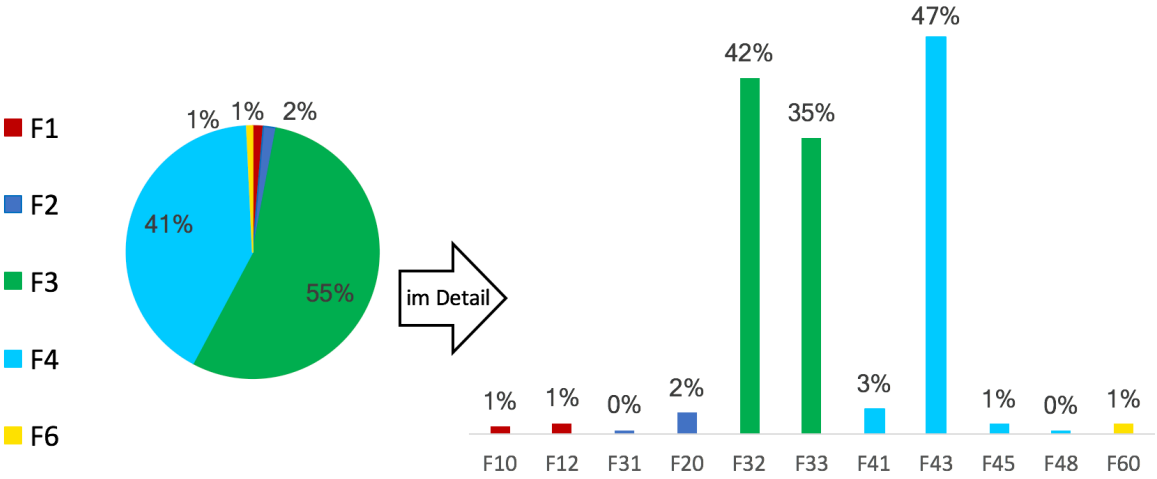


Abbildung 7. Verteilung auf Diagnosen ambulant im Detail (N = 4 Kliniken / 249 PatientInnen)

Stabilisierung, Symptomkontrolle, Psychoedukation und Krisenintervention wurden als Kernstücke der Behandlung im ambulanten Setting berichtet. Zum stationären Setting liegen diesbezüglich keine Daten vor.

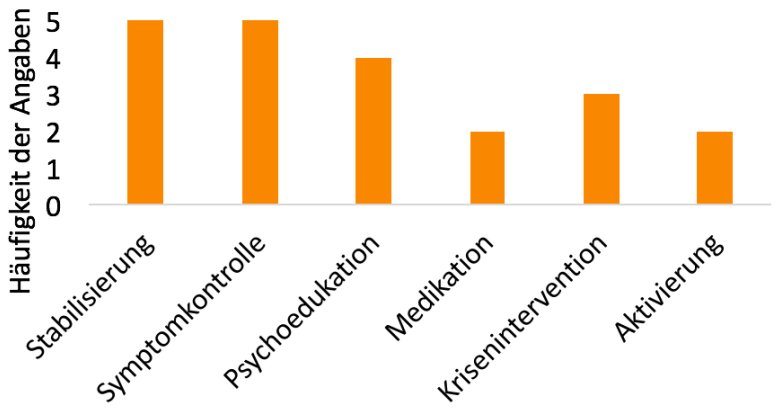


Abbildung 8. Kernstücke der ambulanten Behandlung (Häufigkeit der Angaben; N = 3 Kliniken)

Die Diagnostik wird in den an der Erhebung teilnehmenden Kliniken mithilfe des Essener Trauma Inventars (ETI), des Beck-Depressions-Inventars (BDI), der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10), der Symptom-Checklist-90 (SCL-90), dem WHO-5-Wohlbefindens-Index (WHO-5), der psychiatrisch-psychotherapeutischen Anamnese und mithilfe des klinisch-diagnostischen Interviews durchgeführt.

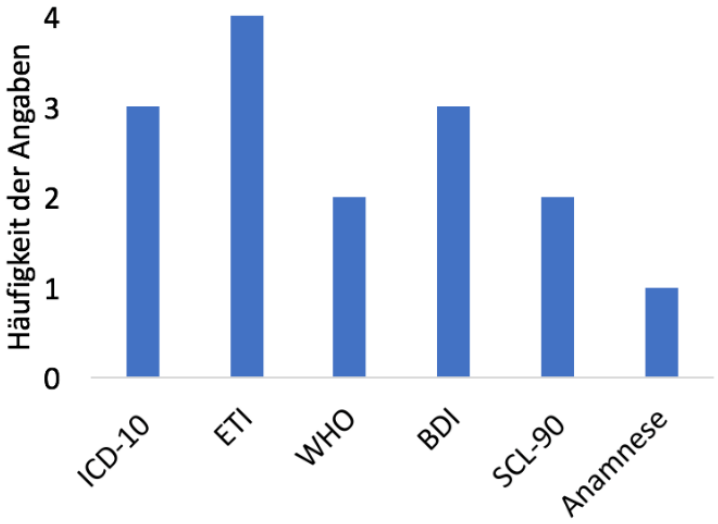


Abbildung 9. Diagnostik im ambulanten Setting (Häufigkeit der Angaben; N = 3 Kliniken)

Die Behandlungsdauer im ambulanten Setting beträgt in einem Drittel der Fälle zwischen einem und drei Monaten und in zwei Drittel der Fälle über 3 Monate. Zum stationären Setting liegen keine Daten vor.

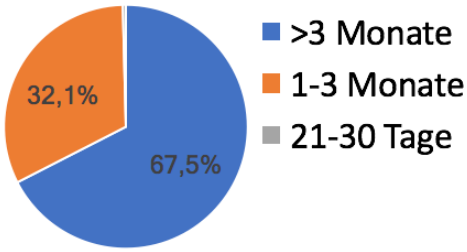


Abbildung 10. Behandlungsdauer im ambulanten Setting (N = 5 Kliniken / 255 PatientInnen)

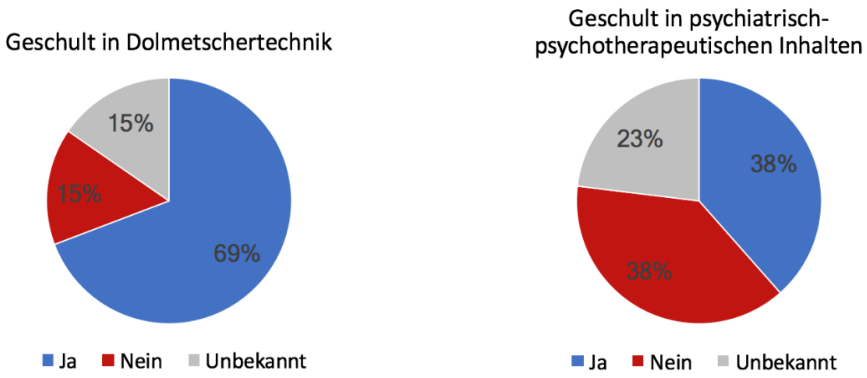


Abbildung 11. Qualifikationen der eingesetzten Dolmetscher in allen Settings (N = 5 Kliniken)

Die ChefärztInnen gaben an, dass in 49% der Fälle bei der Behandlung von Geflüchteten Dolmetschende zum Einsatz kamen. Zwei Drittel der Dolmetschenden waren laut diesen Angaben in Dolmetschertechnik und fast 40% in psychiatrisch-psychotherapeutischen Inhalten geschult (siehe Abb. 11).

Die ChefärztInnen der psychiatrischen Kliniken wurden außerdem gebeten mögliche Hindernisse für die Versorgungsqualität für Geflüchtete einzuschätzen (siehe Abb. 12). Sprachbarrieren und Zeitmangel wurden dabei als größte Hindernisse von allen TeilnehmerInnen genannt.

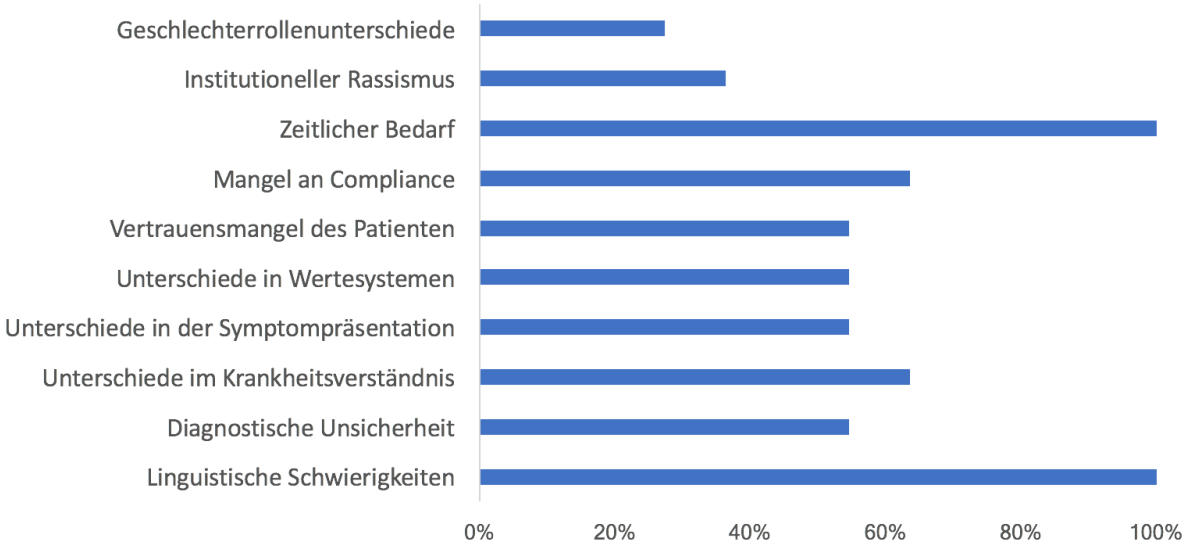


Abbildung 12. Hindernisse für die Versorgungsqualität (Nennungen in %; N = 5 Kliniken)

II. BehandlerInnenbefragung

Die BehandlerInnenbefragung ist aktuell noch nicht abgeschlossen, folglich liegen diesbezüglich noch keine Ergebnisse vor.

III. ExpertInnenbefragung

Die ExpertInnengruppe berichtete im strukturierten Interview mit offenem Antwortformat inhaltlich ähnliche Schwierigkeiten in der Versorgung von Geflüchteten wie die von den ChefärztInnen der psychiatrischen Kliniken eingeschätzten Hindernisse für die Qualität der Versorgung von Geflüchteten. Die vier meist genannten Hauptschwierigkeiten waren bei der ersten ExpertInnenbefragung unsicherer Aufenthaltsstatus und sprachliche Verständigungsschwierigkeiten aufseiten der Geflüchteten sowie fehlende personelle Ressourcen und administrative Aspekte (hoher bürokratischer Mehraufwand wegen der Unklarheiten bei den Zuständigkeiten und der Kostenübernahme) aufseiten der BehandlerInnen (siehe Abb. 13).

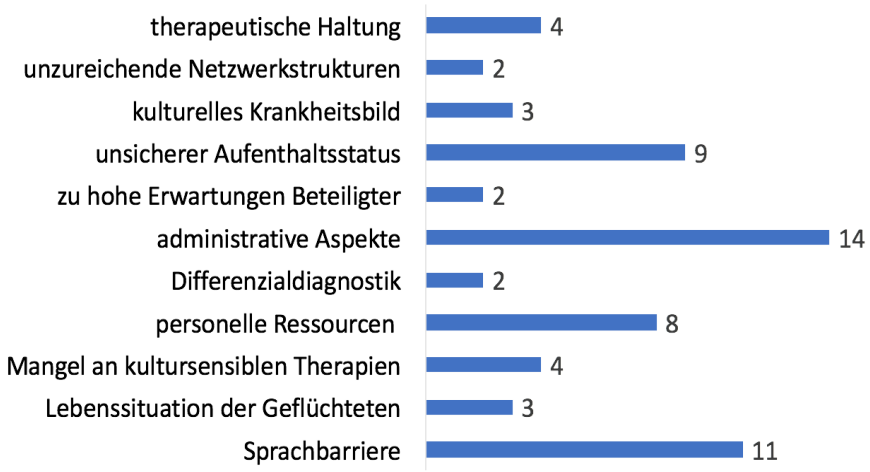


Abbildung 13. Schwierigkeiten in der Arbeit mit Geflüchteten (Häufigkeit der Angaben; N = 14 ExpertInnen)

Des Weiteren wurden folgende Erwartungen an Veränderungen durch refuKey formuliert: Abbau von Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem, bessere Vernetzung der versorgenden Institutionen, interkulturelle Öffnung der Regelversorgung, verbesserte interkulturelle Kompetenz und Wissen aufseiten der BehandlerInnen und adäquate Nachsorgemöglichkeiten (Abb. 14).

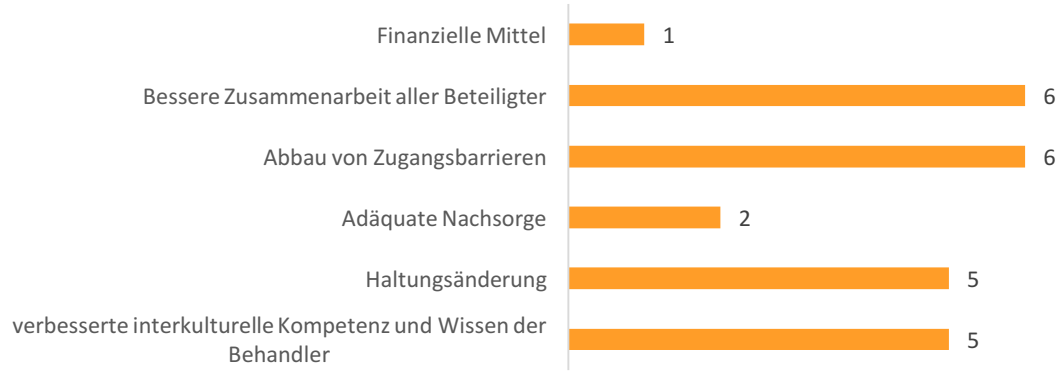


Abbildung 14. Erwartungen an refuKey (Häufigkeit der Angaben; N = 14 ExpertInnen)

IV. Primärdatenerhebung

Die deskriptive Analyse von soziodemographischen und fluchtspezifischen Daten der geflüchteten PatientInnen, die in refuKey Kompetenzzentren beraten oder behandelt wurden, ist in der Tabelle 1 dargestellt. Aktuell haben zu 54% männliche und zu 46% weibliche geflüchtete PatientInnen an der Evaluation teilgenommen, das mittlere Alter der Stichprobe ist 31 Jahre. Die EvaluationsteilnehmerInnen kommen aus 30 verschiedenen Herkunftsländern. Afghanistan (15.4%), Iran (14.2%), Syrien (8.0%) und Irak (6.8%) sind die häufigsten Herkunftsländer, gefolgt von Kosovo, Libanon, Türkei und Sudan (jeweils 3.1%). Über 60% der Probanden der Stichprobe haben einen unsicheren Aufenthaltsstatus, wobei 12% von einer Abschiebung bedroht sind, 12% geduldet sind und bei 33% der Aufenthalt vorübergehend gestattet ist, während bei knapp einem Drittel keine Angaben zum Aufenthaltsstatus vorliegen.

			Gesamt-stichprobe (N=454)	Teilnehmer* (N=171) (%)	Nicht-Teilnehmer* (N=283) (%	p-Wert	F-Wert / χ2-Wert	df
Alter		M	31.59	31.07	31.88	n.s.	.639	
		SD	10.45	9.82	10.75			
		Range	16 - 67	17 - 62	16 - 67			
Geschlecht		männlich	243 (59)	74 (54)	169 (61)	n.s.	1.969	1
		weiblich	170 (41)	63 (46)	107 (39)			
		keine Angabe	41	34	7			
Familienstand		verheiratet / in einer Beziehung lebend	157 (41.2)	54 (41.9)	103 (40.9)	n.s.	.523	4
		ledig / geschieden / verwitwet	224 (58.8)	75 (58.1)	149 (59.1)			
		keine Angabe	73	42	31			
Bildungsgrad		Analphabeten	16 (9.1)	9 (9)	7 (9.3)	<.01	19.061	6
		kein Schulabschluss	37 (21.4)	22 (22)	15 (20)			
		mittlerer Schulabschluss	19 (10.8)	15 (15)	4 (5.3)			
		Berufsausbildung	4 (2.3)	4 (4)	0 (0)			
		Abitur	24 (13.7)	19 (19)	5 (6.7)			
		Hochschulabschluss	29 (16.6)	17 (17)	12 (16)			
		keine Angabe	46 (26.3)	14 (11)	32 (42.7)			
Aufenthalts-status	**unsicher**	Abschiebungsandrohung	49 (10.8)	20 (11.7)	29 (10.2)	<.05	14.922	7
		Duldung	49 (10.8)	21 (12.3)	28 (9.9)			
		Aufenthaltsgestattung	177 (39.0)	56 (32.7)	121 (42.7)			
		sonstiges	16 (3.5)	8 (4.7)	8 (2.8)			
	sicher	Aufenthaltserlaubnis	37 (8.1)	9 (5.3)	28 (9.9)	n.s.	7.324	6
		Niederlassungserlaubnis	2 (.4)	1 (.6)	1 (.3)			
		Visum	7 (1.5)	2 (1.2)	5 (1.8)			
		keine Angabe	117 (25.7)	54 (31.6)	63 (22.3)			
Aufenthaltsdauer		M	27.2	30.6	25.2	n.s.	1.967	
		SD	33.9	30.1	35.9			
		Range	1-351	1-267	5-351			
Fluchtgründe (Mehrfachantworten)		Krieg	64 (38.1)	39 (40.2)	25 (35.2)	n.s.	.441	2
		Naturkatastrophe	3 (1.8)	2 (2.1)	1 (1.5)	n.s.	.145	2
		Wirtschaftliche Not	24 (14.4)	15 (15.4)	9 (12.8)	n.s.	.263	2
		politische oder religiöse Verfolgung	77 (46.1)	45 (46.4)	32 (45.7)	n.s.	.061	2
		soziale Gründe	28 (16.8)	19 (19.6)	9 (12.8)	n.s.	1.332	2
		individuelle Gründe	29 (17.4)	20 (20.6)	9 (12.8)	n.s.	1.715	2
		geschlechtsbezogene oder sexuelle Verfolgung	23 (13.8)	9 (9.3)	14 (20)	n.s.	4.147	2
		sonstige Gründe	38 (22.7)	23 (23.7)	15 (21.4)	n.s.	.160	2

Tabelle 1. Soziodemographische und flucht-spezifische Charakteristika der an der Evaluation teilnehmenden und nicht-teilnehmenden geflüchteten refuKey PatientInnen (ANOVA & Chi-Quadrat Analyse). Bildungsgrad und Fluchtgründe werden in BaDo II erfragt (N=175). * - Innen, *M* Mittelwert, *SD* Standardabweichuung, *p*-Wert Signifikanzlevel, *F*-Wert Teststatistik in der Varianzanalyse, *χ2-Wert* Teststatistik in der Chi-Quadrat-Analyse, *df* Freiheitsgrade, *n.s*. nicht signifikant.

Die geflüchteten PatientInnen, die an der Evaluation teilnehmen, unterscheiden sich in Bezug auf Alter, Geschlecht, Familienstand sowie Aufenthaltsdauer und Fluchtgründe nicht von den PatientInnen, die nicht an der Untersuchung teilnehmen oder davon ausgeschlossen wurden. Es finden sich allerdings

erwartungsgemäß signifikante Unterschiede zwischen diesen zwei Gruppen im Bildungsgrad ($\chi 2(6) = 19.061$, $p < .01$), wobei die EvaluationsteilnehmerInnen gebildeter sind, und im Aufenthaltsstatus, wobei weniger EvaluationsteilnehmerInnen über einen sicheren Aufenthaltsstatus verfügen und mehr von Abschiebung bedroht oder nur vorübergehend geduldet sind ($\chi 2(7) = 14.922$, $p < .05$).

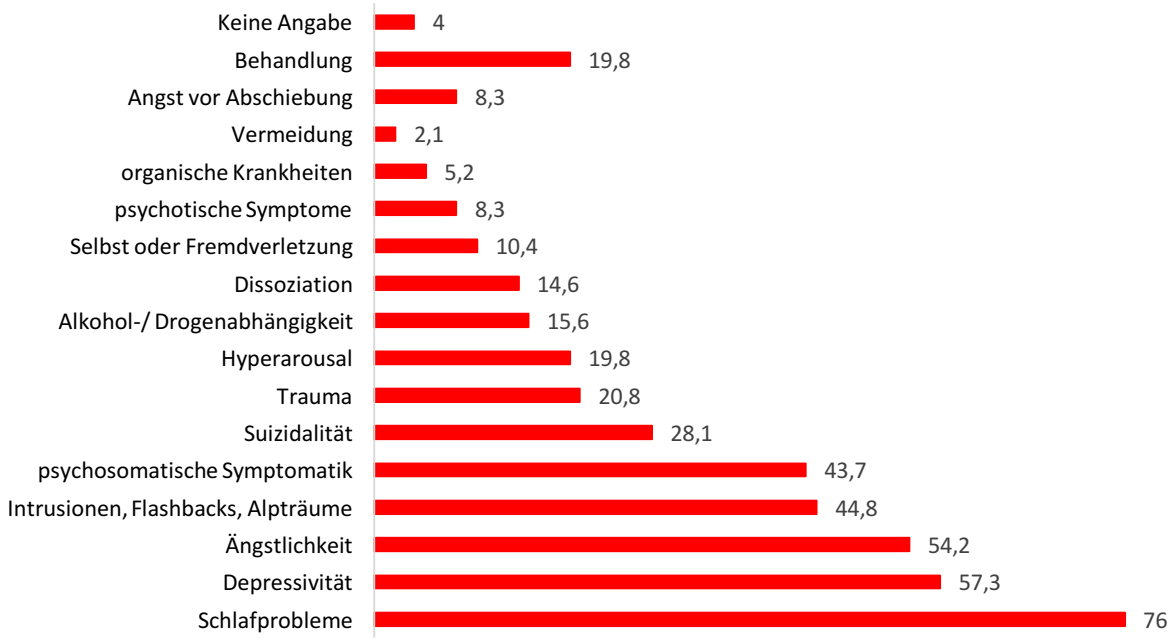


Abbildung 15. Berichtete Beschwerden und Anliegen in % (Mehrfachantworten; N=100)

Die Beschwerden und Anliegen, die als Anlässe für die Hilfesuche von den TeilnehmerInnen berichtet werden, sind in der Abbildung 15 dargestellt. Die nicht-teilnehmenden geflüchteten PatientInnen nennen ähnliche Symptome (siehe Abb. 16). Das weitaus häufigste Symptom sind Schlafprobleme, von denen drei Viertel der TeilnehmerInnen betroffen sind. Darüber hinaus klagen ungefähr die Hälfte der TeilnehmerInnen über depressive Symptome, Ängstlichkeit, psychosomatische Probleme und posttraumatische Symptome. Knapp 30% berichten eine suizidale Symptomatik.

Die psychische Belastung durch die Beschwerden in der teilnehmenden Stichprobe wird von 75% der Geflüchteten als stark oder sehr stark eingeschätzt, wobei der Anteil eventuell höher ist, da 13% die Frage ausließen (siehe Tab. 2).

keine Angaben	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine	sehr gering		gering		mittelmäßig		stark		sehr stark	
12.6	.6	1.1	0	1.1	1.1	3.4	5.2	7.5	14.4	18.4	34.5

Tabelle 2. Einschätzung der Belastung durch die Beschwerden in % (N=100)

Der Anteil von klinisch auffälligen PatientInnen in der Stichprobe zu Behandlungsbeginn ebenso wie der Schweregrad der Symptomatik sind sehr hoch bezogen auf alle Skalen (für das gesamte Evaluationsteilnehmersample siehe Tab. 3; für das gepaarte Prä-Post-Sample siehe Tab. 4). Vor der Behandlung zeigen die EvaluationsteilnehmerInnen zu 95.2% klinisch auffällige Depressionswerte, zu 94.6% klinisch auffällige Ängstlichkeitswerte, zu 89.9% klinisch auffällige Psychotizismuswerte, zu

73.5% klinisch auffällige Somatisierungswerte und zu 80.1% klinisch auffällige Traumatisierungswerte (Tab. 3).

Nach der Behandlung gehen in der Prä-Post-Stichprobe sowohl der Anteil der klinisch auffälligen PatientInnen als auch der Schweregrad der Symptomatik stark zurück (Tab. 4). Der Anteil der klinisch auffälligen PatientInnen fällt im Detail bei depressiver Symptomatik von 92.6% auf 72.4%, bei Ängstlichkeit von 85.7% auf 75.9%, bei Psychotizismus von 96.6% auf 63.0%, bei Somatisierung von 79.3% auf 42.9% und nur bei posttraumatischer Symtomatik ist ein unbedeutender Rückgang von 69.0% auf 64,3% zu verzeichnen. Gleichzeitig sinkt der Schweregrad der Symptomatik, so dass nach der Behandlung in Bezug auf Depressivität, Ängstlichkeit und Psychotizismus im Schnitt anstatt von ca. 40% nur noch 11% der PatientInnen, in Bezug auf Somatisierung anstatt von 25% nur noch 10% und in Bezug auf Traumatisierung anstatt 10% keine PatientInnen über dem Cut-Off-Wert + 3 SD sowie keine PatientInnen über dem Cut-Off-Wert + 4 SD zu verorten sind.

	Prä-Behandlungsmessung (%)					
	N	< Cut off	Cut off + 1 SD	Cut off + 2 SD	Cut off + 3 SD	Cut off + 4 SD
Depression (HSCL-25-D)	146	4.8	8.9	26.7	43.2	16.4
Ängstlichkeit (HSCL-25-A)	148	5.4	16.2	33.8	31.8	12.8
Psychotizismus (SCL-90-P)	149	10.1	28.9	34.2	23.5	3.4
Somatisierung (SCL-90-S)	151	26.5	30.5	28.5	13.9	.7
Traumatisierung (HTQ)	146	19.9	37.0	36.3	6.2	.7

Tabelle 3. Prävalenz von klinisch relevanten Symptomen und ihr Schweregrad für alle Prä-Behandlungsmessungen. *HSCL-25-D* Depressions-Subskala der Hopkins Symptom Checklist, *HSCL-25-A* Ängstlichkeits-Subskala der Hopkins Symptom Checklist, *SCL-90-P* Psychotizismus-Subskala der Symptom Checklist 90-R, *SCL-90-S* Somatisierungs-Subskala der Symptom Checklist 90-R, *HTQ* Traumatisierungs-Subskala des Harvard Trauma Questionnaire; *SD* Standardabweichuung.

	Prä-Behandlungsmessung (%)						Post-Behandlungsmessung (%)					
	N	< Cut off	Cut off + 1 SD	Cut off + 2 SD	Cut off + 3 SD	Cut off + 4 SD	N	< Cut off	Cut off + 1 SD	Cut off + 2 SD	Cut off + 3 SD	Cut off + 4 SD
Depression (HSCL-25-D)	27	7.4	11.1	37.0	37.0	7.4	29	27.6	31.0	31.0	10.3	0
Ängstlichkeit (HSCL-25-A)	28	14.3	10.7	35.7	35.7	3.6	29	24.1	31.0	31.0	13.8	0
Psychotizismus (SCL-90-P)	29	3.4	37.9	24.1	24.1	10.3	27	37.0	37.0	14.8	11.1	0
Somatisierung (SCL-90-S)	29	20.7	31.0	24.1	20.7	3.4	28	57.1	17.9	14.3	10.7	0
Traumatisierung (HTQ)	29	31.0	34.5	24.1	6.9	3.4	28	35.7	53.6	10.7	0	0

Tabelle 4. Prävalenz von klinisch relevanten Symptomen und ihr Schweregrad vor und nach der Behandlung für das gepaarte Prä-Post-Sample (Stichprobe der EvaluationsteilnehmerInnen, für die sowohl eine Prä- als eine Post-Behandlungsmessung vorliegt). *HSCL-25-D* Depressions-Subskala der Hopkins Symptom Checklist, *HSCL-25-A* Ängstlichkeits-Subskala der Hopkins Symptom Checklist, *SCL-90-P* Psychotizismus-Subskala der Symptom Checklist 90-R, *SCL-90-S* Somatisierungs-Subskala der Symptom Checklist 90-R, *HTQ* Traumatisierungs-Subskala des Harvard Trauma Questionnaire; *SD* Standardabweichuung.

Im ersten inferenzstatistischen Analyseschritt (Tab. 5) sind die Parameter für den psychischen Zustand bei den geflüchteten PatientInnen, die in Kooperationskliniken behandelt wurden, mit denen, die im PSZ behandelt wurden, verglichen. Die Prä-Behandlungswerte unterscheiden sich nicht signifikant zwischen Klinik und PSZ mit Ausnahme von stärker depressiven PatientInnen im PSZ ($F=5.126$, $p < .05$).

Im nächsten Analyseschritt wurden mithilfe eines t-Tests für abhängige Strichproben Post-Behandlungswerte mit den Prä-Behandlungswerten verglichen und statistisch signifikante Verbesserung der psychischen Gesundheit der im Rahmen von refuKey sowohl in Kliniken als auch in den PSZ behandelten geflüchteten PatientInnen gefunden (siehe Tabelle 6).

	Prä-Behandlungsmessung (N=133)		**Prä-Behandlungsmessung in der Klinik (N=54)**		**Prä-Behandlungsmessung im PSZ (N=79)**		**p-Wert**	**F-Wert**	**df**
	M	**SD**	**M**	**SD**	**M**	**SD**			
Allg. Wohlbefinden (WEMWBS)	34.5	11.9	36.5	12.2	33.1	11.6	ns	2.637	1
Depression (HSCL-25-D)	44.3	8.7	42.3	8.9	45.7	8.3	<.05	5.126	1
Ängstlichkeit (HSCL-25-A)	28.5	6.4	27.8	6.6	29.0	6.3	ns	1.208	1
Psychotizismus (SCL-90-P)	18.1	10.0	18.4	9.8	17.9	10.2	ns	.063	1
Somatisierung (SCL-90-S)	21.6	12.6	22.2	13.6	21.3	12.1	ns	.176	1
Traumatisierung (HTQ)	84.3	18.6	82.1	20.7	85.8	17.0	ns	1.334	1
Lebensqualität (WHOQoL)	65.8	15.6	67.4	16.8	64.6	14.8	ns	.996	1

Tabelle 5. Psychischer Zustand bei geflüchteten PatientInnen zu Behandlungsbeginn in Kliniken und PSZ (MANOVA). *WEMWBS* Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale, *HSCL-25-D* Depressions-Subskala der Hopkins Symptom Checklist, *HSCL-25-A* Ängstlichkeits-Subskala der Hopkins Symptom Checklist, *SCL-90-P* Psychotizismus-Subskala der Symptom Checklist 90-R, *SCL-90-S* Somatisierungs-Subskala der Symptom Checklist 90-R, *HTQ* Traumatisierungs-Subskala des Harvard Trauma Questionnaire; *WHOQoL* WHO Quality of Life Questionnaire; *SD* Standardabweichuung, *p*-Wert Signifikanzlevel, *F*-Wert Teststatistik in der Varianzanalyse, *df* Freiheitsgrade, *n.s.* nicht signifikant.

Die verringerte psychische Belastung nach der Behandlung zeigt sich mit mittleren bis hohen Effektstärken (Cohen's d zwischen 0.5 und 1) auf fast allen gemessenen Parametern der psychischen Gesundheit: allgemeines Wohlbefinden ($t=-2.644$, $p < .05$, Cohen's $d = .499$), Depression ($t=3.902$, $p < .001$, Cohen's $d = .613$), Ängstlichkeit ($t=3.345$, $p < .01$, Cohen's $d = .751$), Psychotizismus ($t=4.945$, $p < .001$, Cohen's $d = .952$), Somatisierung ($t=4.807$, $p < .001$, Cohen's $d = .908$) und Traumatisierung ($t=2.529$, $p < .05$, Cohen's $d = .487$), jedoch nicht für Lebensqualität ($t=-1.816$, n.s.). Auch die post-migratorischen Stressoren werden im Laufe der Behandlung nicht weniger ($t=.919$, n.s.). Der Wilcoxon Rangsummentest wurde zusätzlich für Psychotizismus, Somatisierung und Traumatisierung gerechnet, da diese Variablen in der Post-Behandlungsmessung nicht normal verteilt waren und die Stichprobengröße knapp unter 30 liegt (welches die minimale Stichprobengröße darstellt, für welche die Verletzung der Normalverteilungsannahme ignoriert werden kann). Psychotizismus, Somatisierung und Traumatisierung unterschieden sich auch in diesem Test signifikant zwischen Behandlungsbeginn und Ende ($p < .001$, $p < .001$, $p < .05$).

	N	Prä-Behandlungs-messung		Post-Behandlungs-messung		p-Wert	t-Wert	df	Cohen's d
		M	SD	M	SD				
Allg. Wohlbefinden (WEMWBS)	28	38.5	15.2	45.1	14.6	**<.05**	-2.644	27	**.499**
Depression (HSCL-25-D)	27	41.7	9.0	34.2	11.5	**<.001**	3.902	26	**.613**
Ängstlichkeit (HSCL-25-A)	28	27.2	6.8	22.8	7.9	**<.01**	3.245	27	**.751**
Psychotizismus (SCL-90-P)	27	21.1	11.6	9.2	8.7	**<.001**	4.945	26	**.952**
Somatisierung (SCL-90-S)	28	24.9	14.7	12.8	12.9	**<.001**	4.807	27	**.908**
Traumatisierung (HTQ)	27	79.1	20.7	69.2	19.5	**<.05**	2.529	26	**.487**
Lebensqualität (WHOQoL)	25	67.9	18.8	74.3	23.9	ns	-1.816	24	-
Post-migratorische Stressoren (PMLDC)	28	58.8	12.9	56.0	15.1	ns	.919	27	-

Tabelle 6. Psychischer Zustand und post-migratorische Stressoren bei geflüchteten PatientInnen vor und nach der Behandlung im Rahmen von refuKey (t-Test für abhängige Stichproben). *WEMWBS* Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale, *HSCL-25-D* Depressions-Subskala der Hopkins Symptom Checklist, *HSCL-25-A* Ängstlichkeits-Subskala der Hopkins Symptom Checklist, *SCL-90-P* Psychotizismus-Subskala der Symptom Checklist 90-R, *SCL-90-S* Somatisierungs-Subskala der Symptom Checklist 90-R, *HTQ* Traumatisierungs-Subskala des Harvard Trauma Questionnaire; *WHOQoL* WHO Quality of Life Questionnaire; *SD* Standardabweichuung, *p*-Wert Signifikanzlevel, *F*-Wert Teststatistik in der Varianzanalyse, *df* Freiheitsgrade, *Cohen's d* Maß für Effektstärke, *n.s.* nicht signifikant.

	N	*r*	Sig. (2-seitig)
Allg. Wohlbefinden (WEMWBS)	131	**-.250****	.004
Depression (HSCL-25-D)	129	**.415****	.000
Ängstlichkeit (HSCL-25-A)	131	**.341****	.000
Psychotizismus (SCL-90-P)	133	**.367****	.000
Somatisierung (SCL-90-S)	134	**.401****	.000
Traumatisierung (HTQ)	130	**.457****	.000
Lebensqualität (WHOQoL)	132	**-.537****	.000

Tabelle 7. Korrelation zwischen den Parametern der psychischen Belastung und den post-migratorischen Stressoren (PMLDC, Pearsons Korrelationsanalyse). *WEMWBS* Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale, *HSCL-25-D* Depressions-Subskala der Hopkins Symptom Checklist, *HSCL-25-A* Ängstlichkeits-Subskala der Hopkins Symptom Checklist, *SCL-90-P* Psychotizismus-Subskala der Symptom Checklist 90-R, *SCL-90-S* Somatisierungs-Subskala der Symptom Checklist 90-R, *HTQ* Traumatisierungs-Subskala des Harvard Trauma Questionnaire; *WHOQoL* WHO Quality of Life Questionnaire, *r* Pearsons Korrelationskoeffizient, *Sig.* Signifikanz (2-seitig).

In der Tabelle 7 sind die Ergebnisse der Korrelationsanalyse zwischen den erhobenen Parametern der psychischen Belastung und den post-migratorischen Stressoren präsentiert. Der Zusammenhang von post-migratorischen Stressoren zum psychischen Zustand ist sowohl hoch signifikant als auch mittelstark und bewegt sich zwischen *r*=-.250 für allgemeines Wohlbefinden und *r*=-.537 für Lebensqualität.

Zum Abschluss werden noch deskriptive Analysen zur Behandlungszufriedenheit und Einschätzung des Belastungsrückganges von den geflüchteten PatientInnen bei der Post-Behandlungsmessung vorgestellt (siehe Tab. 8 und 9). Ca. 80% der im Rahmen von refuKey behandelten Geflüchteten sind mit der Behandlung und ca. 90% mit dem behandelnden Personal zufrieden, während die

Verständigung jedoch für ein Viertel der PatientInnen nicht zufriedenstellend war (Tab. 8). Im Schnitt bewerten die PatientInnen die Behandlung im PSZ etwas besser als die in der Klinik. Der Unterschied in der Einschätzung der Verständigung zwischen Klinik und PSZ liegt wahrscheinlich in der unterschiedlichen Verfügbarkeit von DolmetscherInnen, welche im PSZ bei jedem Kontakt mit Personal und in den Kliniken nur in Gesprächen mit ÄrztInnen und PsychologInnen hinzugezogen werden.

Entsprechend den Befunden in den Tabellen 4 und 6 lässt sich auch laut Angaben der geflüchteten PatientInnen selbst (Tab. 9) ein starker Rückgang der psychischen Belastung feststellen. Vor der Behandlung geben nur ca. 5% an, leicht oder mittelstark belastet zu sein, während nach der Behandlung ca. 70% sich leicht oder mittelstark belastet und 10% sogar überhaupt nicht belastet fühlen. Dementsprechend sinkt den Anteil der stark und sehr stark Belasteten im Laufe der Behandlung im PSZ von 94% auf 37% und in den Kliniken von 96% auf 20%, womit die Behandlung in der Klinik im Schnitt zu einem etwas stärkeren Belastungsrückgang führt.

	Behandlung		**Personal**		**Verständigung**	
	PSZ (N=16)	**Klinik (N=25)**	**PSZ (N=16)**	**Klinik (N=25)**	**PSZ (N=16)**	**Klinik (N=25)**
	0	0	0	0	0	0
	6.2	4.0	0	4.0	6.2	8.0
	12.5	16.0	0	4.0	12.5	20.0
	18.5	48.0	12.5	32.0	12.5	28.0
	62.5	32.0	81.2	56.0	56.2	36.0

Tabelle 8. Behandlungszufriedenheit in % (Smiley-Skala, N=41)

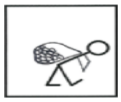
	Belastung vor der Behandlung		Belastung nach der Behandlung	
	PSZ (N=16)	**Klinik (N=25)**	**PSZ (N=16)**	**Klinik (N=25)**
	0	0	12.5	8.0
	0	4.0	18.7	36.0
	6.25	0	31.2	36.0
	12.5	20.0	37.5	16.0
	81.2	76.0	0	4

Tabelle 9. Einschätzung der Belastung vor und nach der Behandlung in % (Stone-Scale, N=41)

Diskussion

Im Folgenden wird diskutiert, inwieweit das refuKey Projekt seinem Ziel, Barrieren abzubauen, nahekommen konnte.

Die **Daten aus der Sekundärdatenerhebung** deuten darauf hin, dass trotz der großen Anzahl an Geflüchteten in verschiedenen Gegenden in Niedersachsen vermutlich nur einige Kliniken eine Anlaufstelle für Geflüchtete darstellen. Außerdem werden in der Regelversorgung vorrangig Geflüchtete mit affektiven Störungen des depressiven Spektrums, Posttraumatische Belastungsstörungen oder schizophreniforme Störungen behandelt. Positiv zu verzeichnen ist, dass zumindest in drei Kliniken umfangreiche Diagnostik mit geflüchteten PatientInnen durchgeführt wird und dass in der Hälfte der Fälle Dolmetschende hingezogen werden, die auch noch relativ gut geschult zu sein scheinen. Allerdings sind aufgrund des geringen Rücklaufs in der Sekundärdatenerhebung keine generalisierbaren Aussagen möglich. Eine wichtige Erkenntnis aus diesem Untersuchungsteil, was auch den geringen Rücklauf erklärt, lässt sich jedoch gewinnen: Die ChefärztInnen der Kliniken nannten wiederholt die fehlende Möglichkeit, Informationen über geflüchtete PatientInnen in den internen Datenbanken respektive Krankenhausinformationssytemen zu extrahieren als Grund, warum sie nicht an der Erhebung teilnehmen können. **Es ist daher ratsam, flächendeckend in den psychiatrischen Kliniken die Variable „Geflüchteter ja/nein“ in die internen Datenbanken respektive Krankenhausinformationssysteme aufzunehmen**.

Die Antworten aus der Sekundärdatenerhebung sowie die ExpertInnen geben einen wichtigen Einblick, wo Akteure der psychiatrisch-psychotherapeutischen bzw. psychosozialen Versorgung Hürden ausmachen. **Im Rahmen der Sekundärdatenerhebung wurden als größte Hürden die Sprachbarriere sowie der zeitliche Bedarf zur Betreuung bzw. Behandlung der PatientInnen genannt.** Diese Einschätzung geht einher mit den von refuKey gesetzten Zielen und weist nochmal auf die Bedeutung eines solchen Projektes hin.

Die befragten ExpertInnen nannten vorrangig Rahmenbedingungen der Versorgung wie administrative Aspekte, Verständigungsschwierigkeiten, einen unsicheren Aufenthaltsstatus sowie den Mangel an personellen Ressourcen als größte Hindernisse für eine optimale Behandlung von geflüchteten PatientInnen. Ferner wurden nachrangig Probleme in Verbindung mit der zu behandelnden Population benannt wie der Mangel an kultursensiblen Therapien, eine kulturell beeinflusste Symptompräsentation, die Lebenssituation der Geflüchteten mit ihren psychosozialen Stressoren sowie mangelnde Netzwerkstrukturen. Diese Aussagen decken sich mit Forschungsbefunden zu den Zugangsbarrieren zur psychiatrischen Regelversorgung (Morris et al., 2009) und unterstreichen den Bedarf einer interkulturellen Öffnung des Versorgungssystems einhergehend mit dem Ausbau der interkulturellen Kompetenz der BehandlerInnen sowie dem großflächigen Einsatz von qualifizierten Dolmetschenden und deren geregelter Kostenerstattung.

Die Anzahl der TeilnehmerInnen in der Primärdatenerhebung ist relativ niedrig, da ein großer Anteil der refuKey-KlientInnen innerhalb der Offenen Sprechstunde beraten oder ihnen nach Klärung des Hilfsbedarfs ein Therapieplatz bei niedergelassenen Psychotherapeuten vermittelt wurde und daher für die Teilnahme an der Erhebung nicht vorgesehen war. Aber auch bei den in der regulären refuKey Einzelbehandlung befindlichen PatientInnen konnten viele nicht an der Evaluation teilnehmen, meist aus Abschiebungs- oder Umverteilungsgründen oder wegen ihres klinischen Zustandes, der eine Teilnahme nicht erlaubte. Es wurde jedoch kein Unterschied im Alter, Geschlecht und Familienstand zwischen den PatientInnen gefunden, die an der Evaluation teilnahmen, und denen, die nicht an der Evaluation teilnahmen. Es kann also davon ausgegangen werden, dass sich die Befunde auf alle im Rahmen des Projekts behandelten PatientInnen generalisieren lassen. Die Unterschiede zwischen TeilnehmerInnen und Nicht-TeilnehmerInnen im Bildungsstand sind selbsterklärend, wogegen die Unterschiede im Aufenthaltsstatus darauf hindeuten, wie auch die Forschungsliteratur nahelegt, dass

Geflüchtete ohne sicheren Aufenthaltsstaus schwerer belastet sind, eher eine Behandlung brauchen und daher mehr an der Evaluation teilnehmen.

Die **Ergebnisse aus der Geflüchtetenbefragung** zeigen, dass durch die Behandlung eine **signifikante Verringerung der psychischen Belastung** im Sinne der Depressivität, Ängstlichkeit, Psychotizismus, Somatisierung und Traumatisierung, nicht jedoch der Lebensqualität einsetzt. Die Verbesserung des psychischen Zustandes kann selbstverständlich nicht kausal auf die spezifische refuKey-Behandlung zurückgeführt werden, allerdings ist sie höchstwahrscheinlich auf die Behandlung per se zurückzuführen. Diese Annahme lässt sich dadurch stützen, dass sich erwartungsgemäß die post-migratorischen Stressoren im Laufe der Behandlung nicht verbesserten und trotzdem eine Stabilisierung des psychischen Zustandes einsetzte. Die niedrige und durch die Behandlung nicht wesentlich veränderte wahrgenommene Lebensqualität kann zum einen daran liegen, dass jenseits der psychischen Belastung post-migratorische Stressoren und weitere Faktoren wie bspw. physische Gesundheit, soziale Beziehungen etc. die Lebensqualität stärker beeinflussen; und zum andern könnte hierfür die geringe statistische Power aufgrund der kleinen Stichprobe verantwortlich sein.

Weiterhin wurde kein signifikanter Unterschied in der Symptomschwere zwischen den PatientInnen in den refuKey-Kliniken und den PatientInnen in den PSZs gefunden. Dies zeigt, dass viele PatientInnen trotz erheblicher Belastung keine Behandlung in der Regelversorgung finden sondern in in gleichem Ausmaß im PSZ. Ein Befund, der die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit zwischen Kliniken und niederschwelligen Anlaufstellen unterstreicht – deren Ausbau das Ziel von refuKey ist. Eine solche Vernetzung setzt das Versorgungsystem konsekutiv in die Lage, stärker belastete PatientInnen mit Fluchthintergrund mit den hochschwelligen Versorgungsangeboten einer Klinik zu behandeln und weniger belasteten eine Beratung bzw. Behandlung im PSZ anzubieten oder sie an niedergelassene PsychotherapeutInnen zu vermitteln.

Des Weiteren wurde ein Zusammenhang zwischen post-migratorischen Stressoren und der psychischen Belastung gefunden. Die Anzahl und Schwere der post-migratorischen Stressoren hängt stark mit einer Minderung der Lebensqualität zusammen. Ferner liegt ein mittlerer Zusammenhang zwischen den post-migratorischen Faktoren und der generellen psychischen Gesundheit vor: stärkere post-migratorische Belastung geht mit erhöhten Depressivitäts-, Ängstlichkeits-, Psychotizismus-, Somatisierungs- und Traumatisierungswerten. Dieser Zusammenhang findet sich in der aktuellen Forschungsliteratur wieder (Laban et al., 2004; Laban et al., 2013; Bourque, van der Ven., & Malla, 2011, Bogic et al., 2015; Li, Liddell, & Nickerson, 2016; Georgiadou et al, 2018; Giacco et al., 2018). Zum Beispiel, beschreiben Ryan et al. (2008) einen negativen Einfluss von post-migratorischen Faktoren auf die psychische Belastung bei unzureichendem Zugang zu Bewältigungsressourcen.

Als vorrangige post-migratorische Belastungsfaktoren wurden folgende Punkte gefunden: Angst vor Abschiebung, Sorgen um zurückgebliebene Familienmitglieder, Unfähigkeit im Notfall zurückzukehren und Einsamkeit, Isolation und Langeweile. Ähnliche Befunde lieferte beispielsweise auch die Studien von Begley et al. (1999) und Ryan et al. (2008); hierbei wurden als Hauptstressoren Angst vor Abschiebung, Sorge um zurückgebliebene Angehörige, langwierige Asylprozesse und das Fehlen einer Arbeitserlaubnis gefunden.

Es handelt sich bei diesen Befunden um Korrelationen, ein kausaler Einfluss dieser Faktoren auf die psychische Gesundheit ergibt sich also nicht notwendigerweise; möglich bleiben ebenso ein Einfluss des psychischen Zustandes auf die Belastungsfaktoren, eine wechselseitige Beeinflussung oder weitere Variablen als Ursache für den Zusammenhang.

Die relativ kleine TeilnehmerInnenzahl in der Primärdatenerhebung stellt eine Limitation der Untersuchung dar. Zusätzlich zu den Schwierigkeiten, die ein naturalistisches Setting mit sich bringt,

waren auch die begrenzten Ressourcen der BehandlerInnen, die sich sowohl mit der Aufbauarbeit der Versorgungsstrukturen als auch mit akuten Kriseninterventionen beschäftigen und dadurch weniger Zeit in die Umsetzung der Evaluation investieren konnten. Weitere Schwierigkeiten stellten sowohl die niedrige Kulturkompatibilität von Paper-and-pencil-Studien bzw. eine mögliche Skepsis gegenüber psychometrischen Verfahren aufseiten der Geflüchteten auch als Herausforderungen der Diagnostik im transkulturellen Feld dar. In dieser Studie versuchten wir mit muttersprachlichen und transkulturell validierten Adaptationen der Messinstrumente diesen beiden Aspekten entgegenzuwirken. In refuKey II sind höhere Rekrutierungsraten durch die BehandlerInnen zu erwarten. Außerdem sind auch die Inklusion der KlientInnen aus der Offenen Sprechstunde in die Erhebung ebenso wie eine Nachverfolgung der umverteilten PatientInnen vorgesehen, um die Teilnahmerate zu erhöhen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Projekt an den Hürden ansetzt, die von den Akteuren des Versorgungssystems benannt werden. Die vorhandenen Daten für die geflüchteten PatientInnen lassen sich auch auf die nicht untersuchten PatientInnen generalisieren. Die Befunde decken sich mit der aktuellen Forschungslage, sofern vergleichbare Forschungsarbeiten vorliegen.

Die vorliegende Primärdatenuntersuchung liefert wichtige soziodemographische und klinische Daten aus einem naturalistischen Setting. Die psychische Belastung der PatientInnen nimmt signifikant über die Behandlung hinweg ab, die Behandlung im Rahmen des Projekts zeigt demnach einen wirksamen Effekt.

Basierend auf dem Befund, dass sich die Belastung der PatientInnen zwischen Kliniken und PSZs nicht unterscheidet, kann man davon ausgehen, dass an Orten ohne niederschwellige Angebote PatientInnen mit Fluchthintergrund trotz erheblicher Symptomstärke unbehandelt bleiben. Die kooperativen Kompetenzzentren erleichtern also den Zugang zur Versorgung. Dies bestätigt die Notwendigkeit einer engen Vernetzung zwischen hoch- und niederschwelligen Angeboten.

Daten aus der Kontrollgruppe liegen bislang nicht vor. In der Folge kann bisher noch keine Aussage über einen etwaigen Unterschied des Behandlungseffekts in der Regelversorgung und innerhalb des refuKey-Projekts getätigt werden. Dies ist für den weiteren Verlauf der Evaluation im Rahmen von refuKey II geplant.

In Summe lässt sich sagen, dass diese Untersuchung einen positiven Einfluss des Projekts auf die Versorgungslage und den Gesundheitszustand von geflüchteten PatientInnen nahelegt. RefuKey kann als Modell bzw. Pilotprojekt für weitere Maßnahmen dienen.

Literaturverzeichnis

Altunoz, U., Nunez, S. C., & Calliess, I. G. (2016). Mental health of traumatized refugees and asylum seekers: Experiences of a centre of transcultural psychiatry in Hannover, Germany. *European Psychiatry*, *33*, S492.

Ansar, A., Johansson, F., Vásquez, L., Schulze, M., & Vaughn, T. (2017). Challenges in access to health care among involuntary migrants in Germany. A case study of migrants' experiences in Oldenburg, Lower Saxony. *International Migration*, *55*(2), 97-108.

Bandar, N. F. A., Jani, R., & Karim, M. A. (2014). Psychometric properties of the WHOQOL-BREF questionnaire among disabled students in Malaysian higher learning institutions. *Applied Research in Quality of Life*, 9(3), 469-478.

Bauer, A. M., & Alegría, M. (2010). Impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: a systematic review. *Psychiatric Services*, 61(8), 765-773.

Begley, M., Garavan, K. C., Condon, M., Kelly, I., Holland, K., & Staines, A. (1999). Asylum in Ireland – a public health perspective. Project Report. Department of Public Health Medicine and Epidemiology, University College Dublin, and the Congregation of the Holy Ghost, Dublin.

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Park, E. R. (2005). Cultural competence and health care disparities: key perspectives and trends. *Health affairs*, 24(2), 499-505.

Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC international health and human rights*, 15(1), 29.

Bourque, F., van der Ven, E., & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first-and second-generation immigrants. *Psychological medicine*, 41(5), 897-910.

Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R., & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 733-739.

Dalbert, C. (1992). Subjektives Wohlbefinden junger Erwachsener: Theoretische und empirische Analysen der Struktur und Stabilität. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 13 (4), 207- 220.

Danzinger, C., Fellinger, M., Fellinger-Vols, W., Psota, G., Wancata, J., Wimmer, A., & Wochele-Thoma, T. (2018). Positionspapier zur Flüchtlingsversorgung: eine allgemeine Stellungnahme zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen aus aktueller Sicht. In *Das Fremde: Flucht–Trauma–Resilienz* (pp. 105-112). Springer, Berlin, Heidelberg.

Derogatis, L. R. (1994). Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring & procedure manual for the revised version of the SCL-90. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

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.

Finch, B. K., Hummer, R. A., Kol, B., & Vega, W. A. (2001). The role of discrimination and acculturative stress in the physical health of Mexican-origin adults. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 23(4), 399-429.

Frank, L., Yesil-Jürgens, R., Razum, O., Bozorgmehr, K., Schenk, L., Gilsdorf, A., ... & Lampert, T. (2017). Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland.

Franke, G. H. (2002). Symptom-Checkliste von LR Derogatis: SCL-90-R; deutsche Version. Göttingen: Beltz Test.

Giacco, D., Laxhman, N., & Priebe, S. (2018, May). Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. In *Seminars in cell & developmental biology* (Vol. 77, pp. 144-152). Academic Press.

Georgiadou, E., Zbidat, A., Schmitt, G. M., & Erim, Y. (2018). Prevalence of Mental Distress among Syrian Refugees with Residence Permission in Germany: A Registry-Based Study. *Frontiers in psychiatry*, 9, 393.

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, i1030.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., M.A. Busch, U., Maske, U., Hapke, W., Gaebel, W & Maier, W. (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit "(DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 87(1), 88-90.

Knipscheer, J. W., Sleijpen, M., Mooren, T., ter Heide, F. J. J., & van der Aa, N. (2015). Trauma exposure and refugee status as predictors of mental health outcomes in treatment-seeking refugees. *BJPsych bulletin*, 39(4), 178-182.

Koesters, M., Barbui, C., & Purgato, M. (2018). Recent approaches to provision of mental healthcare in refugee populations. *Current opinion in psychiatry*, *31*(4), 368-372.

Kohlenberger, J., Buber-Ennser, I., Rengs, B., Leitner, S., & Landesmann, M. (2019). Barriers to Health Care Access and Service Utilization of Refugees in Austria: Evidence from a Cross-Sectional Survey. *Health Policy*.

Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., Schreuders, B. A., & De Jong, J. T. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(12), 843-851.

Laban, C. J., & Van Dijk, R. (2013). Main topics in transcultural psychiatric research in the Netherlands during the past decade. *Transcultural psychiatry*, *50*(6), 792-816.

Li, S. S., Liddell, B. J., & Nickerson, A. (2016). The relationship between post-migration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers. *Current psychiatry reports*, 18(9), 82.

Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H., & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 79(5), 577.

Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (1986). *Maslach burnout inventory* (Vol. 21, pp. 3463-3464). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and

posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. Journal of Nervous and Mental Disease.

Morris, M. D., Popper, S. T., Rodwell, T. C., Brodine, S. K., & Brouwer, K. C. (2009). Healthcare barriers of refugees post-resettlement. *Journal of community health*, 34(6), 529.

Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina (2018): Traumatisierte Flüchtlinge – schnelle Hilfe ist jetzt nötig. Halle (Saale).

Ryan, D., Dooley, B., & Benson, C. (2008). Theoretical perspectives on post-migration adaptation and psychological well-being among refugees: Towards a resource-based model. *Journal of Refugee Studies*, *21*(1), 1-18.

Ryan, D. A., Benson, C. A., & Dooley, B. A. (2008). Psychological distress and the asylum process: A longitudinal study of forced migrants in Ireland. *The Journal of nervous and mental disease*, *196*(1), 37-45.

Schick, M., Zumwald, A., Knöpfli, B., Nickerson, A., Bryant, R. A., Schnyder, U., Müller, J. & Morina, N. (2016). Challenging future, challenging past: The relationship of social integration and psychological impairment in traumatized refugees. European journal of psychotraumatology, 7(1), 28057.

Schouler-Ocak, M., Graef-Calliess, I. T., Tarricone, I., Qureshi, A., Kastrup, M. C., & Bhugra, D. (2015). EPA guidance on cultural competence training. *European Psychiatry*, 30(3), 431-440.

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

Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: assocations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *The British Journal of Psychiatry*, *170*(4), 351-357.

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

Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J. & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of life Outcomes*, 5(1), 63.

Thapa, S. B., & Hauff, E. (2005). Psychological distress among displaced persons during an armed conflict in Nepal. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(8), 672-679.

Trilesnik, B., Eckhoff, L., Özkan, K., Loos, G., Penteker, I. & Graef-Calliess., I. T. (2018). Evaluation des Pilotprojektes “refuKey” zur Optimierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von traumatisierten Geflüchteten in Niedersachen. DGPPN Kongress, Berlin

UNHCR: https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html

Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestags (2016). Posttraumatische Belastungsstörung Zahlen sowie Aspekte geschlechtsspezifischer Behandlungsangebote. Abgerufen 24. April, 2019, von https://www.bundestag.de/resource/blob/490504/8acad12ffbf45476eecdfeff7d6bd3f4/wd-9-069-16-pdf-data.pdf

Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, *28*(3), 551-558.

Anhang 1: Fragebogen Sekundärdatenerhebung

Sehr geehrte Frau Ärztliche Direktorin/Chefärztin, sehr geehrter Herr Ärztlicher Direktor/Chefarzt,

diese niedersachsenweite Erhebung findet im Rahmen der Evaluation des Projekts refuKey statt.

Wir bitten Sie, alle nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sollte es einmal nicht möglich sein, genaue Zahlen anzugeben, so genügen auch Schätzungen als Antwort.

Schon jetzt möchten wir uns sehr herzlich bei Ihnen dafür bedanken, dass Sie sich die Zeit nehmen, teilzunehmen.

Mit den besten Grüßen

Ihr refuKey-Team

1. An welcher Klinik sind Sie tätig? _____

2. Wie viele Geflüchtete waren bei Ihnen innerhalb der letzten drei Monate in psychiatrischer Behandlung? _____

3. Wie verteilten sich die Patienten auf die jeweiligen Settings?

Geschlossen Stationär zu _____% Offen Stationär zu _____%

Tagesklinik zu _____% Ambulant zu _____%

3.1 Wie lange blieben diese im Mittel **geschlossen stationär** in Behandlung?

□<24h □ 1 - 5 Tage □ 6 - 21 Tage □ 21 - 30 Tage □ 1 – 3 Monate □ >3 Monate

3.2 Welche ICD-10 F-Diagnosen wurden in absteigender Reihenfolge prozentuell am häufigsten im **geschlossen stationären Setting** vergeben (einstellige F-Diagnose auch ausreichend)?

___ % - F_ _ . _ ___ % - F_ _ . _ ___ % - F_ _ . _

___ % - F_ _ . _ ___ % - F_ _ . _ ___ % - F_ _ . _

3.3 Wie lange blieben die Patienten im Mittel **offen stationär** in Behandlung?

□<24h □ 1 - 5 Tage □ 6 - 21 Tage □ 21 - 30 Tage □ 1 – 3 Monate □ >3 Monate

3.4 Welche ICD-10 F-Diagnosen wurden in absteigender Reihenfolge prozentuell am häufigsten im **offen stationären Setting** vergeben (einstellige F-Diagnose auch ausreichend)?

___ % - F_ _ . _ ___ % - F_ _ . _ ___ % - F_ _ . _

___ % - F_ _ . _ ___ % - F_ _ . _ ___ % - F_ _ . _

3.5 Wie lange blieben die Patienten im Mittel **in einer Tagesklinik** in Behandlung?

□<24h □ 1 - 5 Tage □ 6 - 21 Tage □ 21 - 30 Tage □ 1 – 3 Monate □ >3 Monate

3.6 Welche ICD-10 F-Diagnosen wurden in absteigender Reihenfolge prozentuell am häufigsten im **tagesklinischen Setting** vergeben (einstellige F-Diagnose auch ausreichend)?

___ % - F_ _ . _ ___ % - F_ _ . _ ___ % - F_ _ . _

___ % - F_ _ . _ ___ % - F_ _ . _ ___ % - F_ _ . _

3.7 Wie lange blieben die Patienten im Mittel **ambulant** in Behandlung?

□<24h □ 1 - 5 Tage □ 6 - 21 Tage □ 21 - 30 Tage □ 1 – 3 Monate □ >3 Monate

3.8 Welche ICD-10 F-Diagnosen wurden in absteigender Reihenfolge prozentuell am häufigsten im **ambulanten Setting** vergeben (einstellige F-Diagnose auch ausreichend)?

___ % - F_ _ . _ ___ % - F_ _ . _ ___ % - F_ _ . _

___ % - F_ _ . _ ___ % - F_ _ . _ ___ % - F_ _ . _

4. Bei wie viel Prozent der Patienten kamen Dolmetscher zum Einsatz? _____

5. Waren die Dolmetscher professionell geschult?

In Dolmetschertechnik	□ ja	□ nein	□ unbekannt
In psychiatrisch-psychotherapeutischen Inhalten	□ ja	□ nein	□ unbekannt

6. Wie viel Prozent der Patienten wurden wiederaufgenommen? _____

7. Bitte schätzen Sie in wie weit folgende Aspekte an Ihrer Klinik ein Hindernis für die Versorgungsqualität bei Geflüchteten darstellen:
   □ linguistische Schwierigkeiten oder Verständigungsschwierigkeiten bei Bedarfsermittlung
   □ diagnostische Unsicherheit
   □ Unterschiede im Krankheitsverständnis
   □ Unterschiede in der Symptompräsentation
   □ Unterschiede in Wertesystemen oder unterschiedliche kulturelle Erwartungen
   □ Unbehagen / Vertrauensmangel des Patienten
   □ Mangel an Compliance
   □ zeitlicher Bedarf
   □ institutioneller Rassismus oder wahrgenommene Diskriminierung des Patienten
   □ Geschlechterrollenunterschiede

8. Besteht an Ihrer Klinik das Interesse an Schulungen zu folgenden Themen:
   □ migrationsbezogene Aspekte psychischer Erkrankungen
   □ kulturspezifische Aspekte der Psychopathologie
   □ Rassismus / Diskriminierung und psychische Gesundheit
   □ Kulturelle Kompetenz
   □ Überblick zu transkultureller Psychiatrie
   □ Hintergrundwissen über die Kultur der Hauptmigrantengruppen
   □ psychiatrische-psychotherapeutische Behandlung mit Dolmetscher
   □ administrative / asylrechtliche Aspekte bei Behandlung von Geflüchteten
   □ Ethnopsychopharmakotherapie
   □ andere: _____
   _____
   _____

Anhang 2: Fragebogen Sekundärdatenerhebung PSZ

Standort: _____

1. Wie viele geflüchtete Patienten waren bei Ihnen innerhalb der letzten drei Monate in Behandlung?

_____

2. Was waren die häufigsten Anlässe für die Kontaktaufnahme zum PSZ?

___ % -_____ ___ % - _____

___ % -_____ ___ % - _____

___ % -_____ ___ % - _____

3. Wie verteilten sich die Geflüchteten auf die PSZ - Angebote?

_____ zu __% _____ zu __%

_____ zu __% _____ zu __%

_____ zu __% _____ zu __%

4. Welche ICD-10 F-Diagnosen wurden am häufigsten vergeben?

___ % - F_ _ . _ ___ % - F_ _ . _ ___ % - F_ _ . _

___ % - F_ _ . _ ___ % - F_ _ . _ ___ % - F_ _ . _

5. Welche Diagnostik wurde angewendet?

_____

_____

_____

6. Wie lange blieben diese im Mittel in Behandlung? _____

7. Was waren die Kernstücke der Behandlung?

_____

_____

_____

_____

8.1 Bei wie viel Prozent der Klienten kamen Dolmetscher zum Einsatz? _____

8.2 Waren die Dolmetscher professionell geschult?

In Dolmetschertechnik	□ ja	□ nein	□ unbekannt
In psychiatrisch-psychotherapeutischen Inhalten	□ ja	□ nein	□ unbekannt

9. Wie viel Prozent der Klienten brachen die Behandlung ab? _____

10. Wie viele Ihrer Klienten wurden innerhalb der letzten drei Monate von Ihnen in die psychiatrischen Kliniken vermittelt? _____

11. Wie viele Ihrer Klienten wurden innerhalb der letzten drei Monate von den psychiatrischen Kliniken an Ihr PSZ vermittelt? _____

12. Gab es Kommunikation zwischen den psychiatrischen Kliniken und Ihrem PSZ innerhalb der letzten drei Monate? Wenn ja, welcher Art?

_____

_____

_____

Anhang 3: MitarbeiterInnenbefragung I

Code: ___ ___ ___ ___ ___ ___
(erster Buchstabe des Vornamens der Mutter, erster Buchstabe Ihres Geburtsortes, zwei Ziffern des Geburtstages der Mutter, zwei Ziffern Ihres Geburtsmonats)

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1. **Alter:** ____

2. **Geschlecht:** ☐ männlich ☐ weiblich

3. **Familienstand:**
   ☐ single / ledig
   ☐ in einer Partnerschaft lebend / verheiratet
   ☐ getrennt / geschieden
   ☐ verwitwet

4. **Kinder:** ☐ nein ☐ ja

5. **Migrationshintergrund:** ☐ nein ☐ ja, welchen? _____
   _____

6. **Höchster Schulabschluss:**
   ☐ Kein Schulabschluss oder Hauptschulabschluss
   ☐ Berufsschule / Lehre oder Abitur
   ☐ Hochschul- / Fachhochschulabschluss

7. **Monatliches Netto-Einkommen:**
   ☐ unter 1000 Euro
   ☐ 1000 bis 2000 Euro
   ☐ 2000 bis 3000 Euro
   ☐ über 3000 Euro

8. **Aktueller Beruf:** _____

9. **Arbeitssetting**:
   ☐ Ambulanz
   ☐ Tagesklinik
   ☐ offene Station
   ☐ geschlossene Station

10. **Behandeln Sie Geflüchtete?** ☐ nein ☐ ja

11. **Wenn ja, wie oft arbeiten Sie mit Geflüchteten?**
   ☐ täglich
   ☐ mehrmals die Woche
   ☐ einmal die Woche
   ☐ mehrmals im Monat
   ☐ einmal im Monat oder seltener

12. Was **frustriert Sie an der Arbeit mit Geflüchteten?**
   ☐ nichts
   ☐ bürokratischer Aufwand
   ☐ fehlende Informationen
   ☐ fehlendes Wissen über kulturelle Besonderheiten
   ☐ Unsicherheit im Umgang mit Geflüchteten

Nachfolgend sind einige Aussagen über Gefühle und Gedanken bezüglich der Arbeit mit Geflüchteten. Bitte lesen Sie diese sorgfältig durch und entscheiden Sie dann, **wie oft Sie so etwas über die Arbeit mit Geflüchteten fühlen und denken**. Bitte markieren Sie die entsprechende Spalte mit einem Kreuz.	**nie**	**sehr selten**	**eher selten**	**manch-mal**	**eher oft**	**sehr oft**
Ich fürchte, dass mich die Arbeit mit Geflüchteten gefühlsmäßig verhärtet.						
Ich habe das Gefühl, dass ich durch meine Arbeit das Leben der geflüchteten Patienten positiv beeinflusse.						
Ich fühle mich sehr tatkräftig in der Arbeit mit Geflüchteten.						
Es ist leicht für mich, eine entspannte Atmosphäre mit den geflüchteten Patienten herzustellen.						
Ich fühle mich durch die Arbeit mit Geflüchteten frustriert.						
Es ist mir eigentlich egal, was aus manchen geflüchteten Patienten wird.						
Ich fühle mich durch die Arbeit mit Geflüchteten ausgebrannt.						
Es fällt mir leicht, mich in die geflüchteten Patienten hineinzuversetzen.						
Seitdem ich diese Arbeit ausübe, bin ich gefühlloser im Umgang mit den geflüchteten Patienten geworden.						
Am Ende eines Arbeitstages mit Geflüchteten fühle ich mich verbraucht.						
Ich fühle mich durch die Arbeit mit Geflüchteten gefühlsmäßig erschöpft.						
Ich habe in der Arbeit mit Geflüchteten viele lohnenswerte Dinge erreicht.						
Ich gehe ziemlich gut mit den Problemen der geflüchteten Patienten um.						
Den ganzen Tag mit den geflüchteten Patienten zu arbeiten, ist für mich wirklich anstrengend.						
Ich habe ein unbehagliches Gefühl wegen der Art und Weise, wie ich manche geflüchteten Patienten behandelt habe.						
Ich bin sehr guter Stimmung, wenn ich intensiv mit den geflüchteten Patienten gearbeitet habe.						
Ich glaube, dass ich manche geflüchteten Patienten so behandelt habe, als wären sie unpersönliche Objekte.						
Ich fühle mich wieder müde, wenn ich morgens aufstehe und den nächsten Tag mit Geflüchteten vor mir habe.						
Der direkte Kontakt mit den geflüchteten Patienten belastet mich zu stark.						
Ich habe das Gefühl, dass ich nicht mehr mit Geflüchteten arbeiten kann.						
Ich habe das Gefühl, dass ich an meinem Arbeitsplatz bezogen auf die Geflüchteten zu hart arbeite.						

Bevor Sie diesen Fragebogen weiterbearbeiten, bitten wir Sie, an eine ganz alltägliche Situation zu denken, die Sie auf Ihrer Station mit einer Patientin oder einem Patienten **ohne Migrationshintergrund** erlebt haben. Bitte versuchen Sie, sich möglichst genau an Details der Situation zu erinnern. Schildern Sie die Situation bitte kurz in zwei bis drei Stichpunkten:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Füllen Sie bitte nun den Fragebogen weiter aus. Achten Sie dabei darauf, diejenigen Gefühle wiederzugeben, die diese Situation in Ihnen ausgelöst hat.

MOMENTANES BEFINDEN

Nachfolgend finden Sie eine Liste mit Wörtern, die verschiedene Gefühle und Gefühlszustände beschreiben. Bitte lesen Sie sorgfältig jedes einzelne Wort und markieren Sie dann die Spalte, die am besten Ihren Gefühlszustand **im Moment** beschreibt. Bitte bearbeiten Sie jede Aussage.

	Sehr Stark	Stark	Ziemlich	Etwas	Schach	Sehr schwach	Überhaupt nicht
Zornig							
Abgeschlafft							
Unglücklich							
Traurig							
Angenehm							
Betrübt							
Freudig							
Hoffnungslos							
Müde							
Verärgert							
Frohgemut							
Entmutigt							
Fröhlich							
Erschöpft							
Heiter							
Verzweifelt							
Wütend							
Entkräftet							
Lustig							

Bevor Sie diesen Fragebogen weiterbearbeiten, bitten wir Sie, an eine ganz alltägliche Situation zu denken, die Sie auf Ihrer Station mit einer Patientin oder einem Patienten **mit Migrationshintergrund** erlebt haben. Bitte versuchen Sie, sich möglichst genau an Details der Situation zu erinnern. Schildern Sie die Situation bitte kurz in zwei bis drei Stichpunkten:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Füllen Sie bitte nun den Fragebogen weiter aus. Achten Sie dabei darauf, diejenigen Gefühle wiederzugeben, die diese Situation in Ihnen ausgelöst hat.

MOMENTANES BEFINDEN

Nachfolgend finden Sie eine Liste mit Wörtern, die verschiedene Gefühle und Gefühlszustände beschreiben. Bitte lesen Sie sorgfältig jedes einzelne Wort und markieren Sie dann die Spalte, die am besten Ihren Gefühlszustand **im Moment** beschreibt. Bitte bearbeiten Sie jede Aussage.

	Sehr Stark	Stark	Ziemlich	Etwas	Schach	Sehr schwach	Überhaupt nicht
Zornig							
Abgeschlafft							
Unglücklich							
Traurig							
Angenehm							
Betrübt							
Freudig							
Hoffnungslos							
Müde							
Verärgert							
Frohgemut							
Entmutigt							
Fröhlich							
Erschöpft							
Heiter							
Verzweifelt							
Wütend							
Entkräftet							
Lustig							

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang 4: Fragebogen für ExpertInnen I

Persönliche Angaben:

Name: _____

Berufsgruppe: _____

Arbeitsort: _____

Arbeitssetting: _____

Bestehende Situation:

1. Welche Schwierigkeiten in der Arbeit mit Geflüchteten sehen Sie?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. Inwieweit stößt Ihre Einrichtung bei der Betreuung von Geflüchteten finanziell an ihre Grenzen?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

3. Wie schätzen Sie die Kommunikation und die Kooperation zwischen Kliniken und psychosozialen Beratungszentren in der Arbeit mit Geflüchteten ein? Was läuft gut und wo bestehen Probleme?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

4. Wie schätzen Sie den Zugang zu psychosozialer Versorgung für Geflüchtete allgemein (und in ihrer Einrichtung, falls Sie im PSZ tätig sind) ein? Welche Hürden sehen Sie für Geflüchtete, Zugang zu psychosozialer Versorgung zu bekommen?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

5. Wie schätzen Sie die Zugangsmöglichkeiten zum psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem für Geflüchtete allgemein (und in ihrer Einrichtung, falls Sie in einer Klinik tätig sind) ein?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____

6. Kommt es Ihrer Meinung nach vor, dass Ihre Mitarbeiter bei der Betreuung von Geflüchteten fachlich überfordert werden? In welchen Fällen passiert das?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

7. Wie sehr, schätzen Sie, werden Ihre Mitarbeiter durch den Zeitaufwand bei der Betreuung von Geflüchteten belastet?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

8. Was frustriert oder belastet Sie bei der Arbeit mit Geflüchteten und was, denken Sie, frustriert oder belastet Ihre Mitarbeiter?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

9. Haben Sie oder Ihre Mitarbeiter das Gefühl, Geflüchteten nicht adäquat helfen zu können, was sich in Behandlungsabbrüchen oder dem Drehtüreffekt äußert?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

<u>Erwartungen an RefuKey</u>:

1. Wie wurde RefuKey in Ihrer Einrichtung eingeführt?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. Welche Veränderung in der Arbeit mit Geflüchteten erwarten Sie durch RefuKey?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

3. Inwieweit erwarten Sie, dass RefuKey die Finanzierungslage der Behandlung von Geflüchteten verändern wird?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

4. Inwiefern hoffen Sie, werden sich die Kommunikation und die Kooperation zwischen den Kliniken und den psychosozialen Beratungszentren durch RefuKey verbessern?

5. Welche Zugangsbarrieren für Geflüchtete werden durch das Projekt minimiert?

6. Inwieweit wird die fachliche Überforderung Ihrer Mitarbeiter im Projekt abnehmen?

7. Denken Sie, dass der Zeitaufwand Ihrer Mitarbeiter bei der Betreuung von Geflüchteten geringer wird?

8. Glauben Sie, das Projekt wird die Frustration und die Belastung Ihrer Mitarbeiter senken?

9. Was wird sich darüber hinaus für Sie und Ihre Mitarbeiter durch RefuKey verändern?

10. Glauben Sie, das Projekt wird die Zahl der Wiederaufnahmen bei Geflüchteten reduzieren / den sog. Dreh-Tür-Effekt verringern?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Kommentare (optional)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Vielen Dank!

Anhang 5: Fragebogen für ExpertInnen (Steuerungsgruppe) I

Persönliche Angaben:

Name:_____

Bestehende Situation:

Standort: _____
PSZ: _____
Klinik: _____

1. Welche Schwierigkeiten in der Arbeit mit Geflüchteten sehen Sie?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. Inwieweit stoßen Ihrer Meinung nach, das PSZ und die Klinik bei der Betreuung von Geflüchteten finanziell an ihre Grenzen?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

3. Wie schätzen Sie die Kommunikation und die Kooperation zwischen PSZ und Klinik in der Arbeit mit Geflüchteten ein? Was läuft gut und wo bestehen Probleme?

4. Wie schätzen Sie den Zugang zu psychosozialer Versorgung für Geflüchtete im PSZ ein?

5. Wie schätzen Sie die Zugangsmöglichkeiten zum psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem für Geflüchtete in Klinik ein?

6. Kommt es Ihrer Meinung nach vor, dass Mitarbeiter des PSZ und/oder der Klinik bei der Betreuung von Geflüchteten fachlich überfordert werden?

7. Wie sehr, schätzen Sie, werden Mitarbeiter des PSZ und/oder der Klinik durch den Zeitaufwand bei der Betreuung von Geflüchteten belastet?

8. Was frustriert oder belastet die Mitarbeiter des PSZ und/oder der Klinik bei der Arbeit mit Geflüchteten, Ihrer Meinung nach?

9. Haben die Mitarbeiter des PSZ und/oder der Klinik das Gefühl, Geflüchteten nicht adäquat helfen zu können?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Anhang 6: refuKey Basisdokumentation I

(auszufüllen vom Behandler bei Aufnahme / am Tag danach von refuKey)

Klinikinterne Fallnummer: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Code: __ __ __ __ __ __ __
(Erste zwei Buchstaben des Standorts: **AS** (Asklepios Göttingen), **KJ** (Karl-Jaspers-Klinik Wehnen), **NS** (Niels-Stensen-Kliniken Bramsche), **AW** (AWO-Psychiatriezentrum Königslutter); erste zwei Buchstaben des Nachnamens der Behandlerin/ des Behandlers; laufende Nummer von 001-999)

Datum: _____

1. Persönliche Angaben

Alter: _____

Geschlecht: □ männlich □ weiblich □ unbestimmt

Familienstand:
□ ledig
□ verheiratet / in einer Partnerschaft lebend
Lebt Ihr Partner* bei Ihnen? □ ja
□ nein, noch kein Familiennachzug (unfreiwillig)
□ nein (freiwillig)
□ geschieden / getrennt
□ verwitwet

Kinder *(Adoptiv-, Pflege- und Stiefkinder sind inbegriffen):*
□ nein
□ ja, wie viele? _____
Leben Ihre Kinder bei Ihnen? □ ja
□ nein, noch kein Familiennachzug (unfreiwillig)
□ nein (freiwillig)
□ teilweise

Wohnsituation:
□ Flüchtlingsunterkunft
□ Landesaufnahmebehörde
□ Wohnung / Haus
□ Wohngemeinschaft (WG)
□ Wohnheim
□ Ohne festen Wohnsitz
□ Sonstige, und zwar: _____

Mit wie vielen Personen leben Sie gemeinsam in einem Haushalt? _____

Staatsangehörigkeit(en):
□ deutsch □ andere Staatsangehörigkeit, und zwar: _____ □ staatenlos

Geburtsland: _____

Minderheit: □ nein □ ja, welche: _____

2. Flucht/Migration

a) Wann sind Sie nach Deutschland geflohen/zugewandert?

Monat/Jahr: _____

b) Mit wem sind Sie geflohen/migriert?

□ alleine □ mit Eltern und/oder Geschwistern □ mit Partner und/oder Kindern
□ mit anderen Personen, und zwar: _____

c) Haben Sie derzeit einen gültigen Aufenthaltstitel?

□ **nein, ich habe einen anderen Aufenthaltsstatus und zwar:**

- □ Abschiebungsandrohung
- □ Vorübergehende Aussetzung der Abschiebung (Duldung)
- □ Aufenthaltsgestattung (Asylverfahren nicht abgeschlossen)
- □ Grenzübertrittsbescheinigung
- □ Sonstigen, und zwar: _____

□ **ja, und zwar:**

- □ Niederlassungserlaubnis, gültig ab: _____
- □ Aufenthaltserlaubnis, gültig ab: _____
- □ Erlaubnis zum Daueraufenthalt EU, gültig ab: _____
- □ Blaue Karte EU, gültig ab: _____
- □ Visum, gültig ab: _____

3. Sprache

a) Welche Muttersprache(n) haben Sie?

_____

b) Wie gut schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

□ sehr gut □ gut □ mittelmäßig gut □ schlecht □ sehr schlecht

c) Welche Sprache(n) sprechen Sie noch und wie gut?

_____
_____

4. Jetzige Behandlung

a) Anliegen:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

b) Wer hat Sie zu uns geschickt? *(Mehrfachantworten sind möglich)*

□ Arzt*[5] / Psychologe* / Sozialarbeiter* oder ähnliches
□ Rechtsberater* / Rechtsanwalt*
□ Erstaufnahmeeinrichtung
□ Migrantenorganisation
□ Vereine / ehrenamtliche Unterstützer
□ Familie / Angehörige
□ Freunde / Bekannte
□ Mitbewohner*
□ Landsleute
□ Ehemalige Patienten*
□ Sonstige, und zwar: _____

c) Wie wichtig ist Ihnen jetzt eine Behandlung (zum Zeitpunkt der Vorstellung)?
□ sehr wichtig □ wichtig □ mittelmäßig wichtig □ unwichtig □ sehr unwichtig

d) Muttersprachliche Behandlung notwendig? □ ja □ nein

[5] Sämtliche Personenbezeichnungen, die im Fragebogen mit * gekennzeichnet, gelten gleichermaßen für das männliche und weibliche Geschlecht. Lediglich aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Fragebogen nur die männliche Form verwendet.

Anhang 7: refuKey Basisdokumentation II

(auszufüllen vom refuKey-Mitarbeiter zusammen mit Evaluationsfragebogen)

Klinikinterne Fallnummer: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Code: __ __ __ __ __ __ __
(Erste zwei Buchstaben des Standorts: **AS** (Asklepios Göttingen), **KJ** (Karl-Jaspers-Klinik Wehnen), **NS** (Niels-Stensen-Kliniken Bramsche), **AW** (AWO-Psychiatriezentrum Königslutter); erste zwei Buchstaben des Nachnamens der Behandlerin/ des Behandlers; laufende Nummer von 001-999)

Datum: _____

1. Beschwerden und Inanspruchnahme

a) Haben Sie psychotherapeutische oder psychiatrische Vorerfahrungen?
□ ja □ nein

b) Welche körperlichen und / oder psychischen Beschwerden haben Sie?

_____
_____
_____
_____
_____

c) Wie schätzen Sie Ihre Belastung insgesamt durch die oben genannten Beschwerden ein?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine	sehr geringe		geringe		mittelmäßige		starke		sehr starke	

d) Seit wann haben Sie diese Beschwerden?
□ unter 2 Wochen □ 2 Wochen bis unter 6 Monate □ 6 Monate bis unter 12 Monate
□ über 12 Monate □ nicht zutreffend

e) Haben Sie wegen Ihrer Beschwerden Hilfe gesucht?
□ ja, wann zuletzt? _____ und wo?
□ im Herkunftsland
□ in einem Drittland
□ in der Erstaufnahme / Ankunftszentrum in Deutschland
□ nach der Verteilung / im aktuellen Wohnort
□ nein, warum nicht? _____

→ *Bitte weiter mit **2.***

f) Was waren dies für Hilfen?

_____
_____
_____

g) Wie oft haben Sie wegen Ihrer Beschwerden Hilfe gesucht?

□ sehr oft □ häufig □ gelegentlich □ selten □ nie

h) Haben Sie die gesuchte Hilfe auch bekommen?

□ ja □ nein, warum nicht? _____

→ *Bitte weiter mit **2.***

i) Wie lange hat es gedauert bis Sie diese Hilfe bekommen haben?

□ 0 bis unter 3 Monate □ 3 bis unter 6 Monate □ 6 bis unter 12 Monate
□ über 12 Monate □ nicht zutreffend

j) Haben Sie die angebotene Hilfe angenommen?

□ ja □ nein, warum nicht? _____

→ *Bitte weiter mit **2.***

k) War(en) dies(e) Angebot(e) für Sie hilfreich? □ ja □ nein

l) Wie würden Sie Ihre Erfahrungen beschreiben?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. Religions- & Kulturzugehörigkeit

a) Fühlen Sie sich einer Religion oder mehreren Religionen zugehörig?

□ nein □ ja, welcher(n):_____

b) Wie wichtig ist Ihnen Ihre Religion bzw. wie wichtig sind Ihnen Ihre Religionen?

□ sehr wichtig □ wichtig □ mittelmäßig wichtig □ unwichtig □ sehr unwichtig

c) In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?

Mutter: _____ Vater: _____

d) Denken Sie an Ihre kulturellen Werte und Traditionen: Zu welcher Kultur fühlen Sie sich heute am ehesten zugehörig? *(Mehrfachangaben sind möglich)*

□ Kultur Herkunftsland
□ Deutscher Kultur
□ Andere(n) Kultur(en), und zwar: _____
□ Keiner Kultur

e) Warum sind Sie geflohen/migriert? *(Mehrfachantworten sind möglich)*

□ Krieg
□ Naturkatastrophen
□ Wirtschaftliche Not *(Arbeitslosigkeit, materielle Verelendung etc.)*
□ Politische und religiöse Verfolgung
□ Soziale Gründe *(Familienzusammenführung, Verbesserung Sozialstatus etc.)*
□ Individuelle Gründe *(Bessere Bildung / Arbeitschancen / Arbeitsangebote, Arbeitsaufnahme, Neugier, Abenteuerlust)*
□ Geschlechtsbedingte oder sexuelle Verfolgung
□ Sonstige, und zwar: _____

f) In welchem Ländern haben Sie gelebt und wie lange, bevor Sie nach Deutschland kamen (freiwillige Angabe)?

□ _____, Aufenthaltsdauer: _____
□ _____, Aufenthaltsdauer: _____

□ _____, Aufenthaltsdauer: _____
□ _____, Aufenthaltsdauer: _____

3. Soziale Angaben

a) Haben Sie eine Schule besucht? □ ja □ nein

b) Wie viele Jahre haben Sie insgesamt die Schule besucht? *(Wiederholte Schuljahre bitte nicht mitzählen.)*_____

c) Bildungsgrad/Höchster Schulabschluss:
□ Analphabetismus
□ Kein Schulabschluss
□ mittlerer Schulabschluß (9-10 Jahre)
□ Berufsschule
□ Abitur
□ Hochschul- / Fachhochschulabschluss

d) Haben Sie einen Beruf erlernt? □ ja □ nein

e) In welchem Beruf haben Sie in Ihrem Herkunftsland gearbeitet?

_____

f) Wie schätzen Sie Ihren sozialen Status vor der Flucht ein?
□ sehr hoch □ hoch □ mittelmäßig hoch □ niedrig □ sehr niedrig

g) Wie schätzen Sie Ihren sozialen Status jetzt ein?
□ sehr hoch □ hoch □ mittelmäßig hoch □ niedrig □ sehr niedrig

h) Wie ist Ihre aktuelle berufliche Situation? *(Mehrfachantworten sind möglich)*
□ Sprachkurs/Integrationskurs
□ keine Arbeitserlaubnis
□ In Arbeit
□ Arbeiter* □ Angestellter* □ Selbstständiger* □ Beamter*
□ In Ausbildung
□ Schule □ Berufsausbildung □ Studium
□ Praktikum □ Fort- / Weiterbildung
□ Freiwilliges Soziales Jahr
□ Mithelfender Familienangehöriger*
□ Rente / Pension
□ Erwerbslos / Arbeitslos
□ Sonstige, und zwar: _____

i) Soziale Kontakte:
Haben Sie deutsche Freunde? □ keine □ wenige □ viele
Haben Sie Freunde unter Ihren Landsleuten oder anderen Migranten/Geflüchteten?
□ keine □ wenige □ viele
Mit wem verbringen Sie hauptsächlich Ihre Freizeit?
□ alleine □ mit deutschen Freunden □ mit Landsleuten/Geflüchteten/Migranten

Anhang 8: refuKey Basisdokumentation bei Wiederaufnahme im refuKey

(auszufüllen vom refuKey-Mitarbeiter zusammen mit Evaluationsfragebogen)

Klinikinterne Fallnummer: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Code: __ __ __ __ __ __ __
(Erste zwei Buchstaben des Standorts: **AS** (Asklepios Göttingen), **KJ** (Karl-Jaspers-Klinik Wehnen), **NS** (Niels-Stensen-Kliniken Bramsche), **AW** (AWO-Psychiatriezentrum Königslutter); erste zwei Buchstaben des Nachnamens der Behandlerin/ des Behandlers; laufende Nummer von 001-999)

Datum: _____

1. Beschwerden und Inanspruchnahme

m) Haben Sie psychotherapeutische oder psychiatrische Vorerfahrungen?
□ ja □ nein

n) Welche körperlichen und / oder psychischen Beschwerden haben Sie?

_____
_____
_____
_____
_____

o) Wie schätzen Sie Ihre Belastung insgesamt durch die oben genannten Beschwerden ein?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine	sehr geringe		geringe		mittelmäßige		starke		sehr starke	

p) Seit wann haben Sie diese Beschwerden?
□ unter 2 Wochen □ 2 Wochen bis unter 6 Monate □ 6 Monate bis unter 12 Monate
□ über 12 Monate □ nicht zutreffend

q) Haben Sie wegen Ihrer Beschwerden Hilfe gesucht?
□ ja, wann zuletzt? _____ und wo?
□ im Herkunftsland
□ in einem Drittland
□ in der Erstaufnahme / Ankunftszentrum in Deutschland
□ nach der Verteilung / im aktuellen Wohnort
□ nein, warum nicht? _____

→ *Bitte weiter mit **2.***

r) Was waren dies für Hilfen?

_____
_____
_____

s) Wie oft haben Sie wegen Ihrer Beschwerden Hilfe gesucht?

□ sehr oft □ häufig □ gelegentlich □ selten □ nie

t) Haben Sie die gesuchte Hilfe auch bekommen?

□ ja □ nein, warum nicht? _____

→ *Bitte weiter mit **2.***

u) Wie lange hat es gedauert bis Sie diese Hilfe bekommen haben?

□ 0 bis unter 3 Monate □ 3 bis unter 6 Monate □ 6 bis unter 12 Monate
□ über 12 Monate □ nicht zutreffend

v) Haben Sie die angebotene Hilfe angenommen?

□ ja □ nein, warum nicht? _____

→ *Bitte weiter mit **2.***

w) War(en) dies(e) Angebot(e) für Sie hilfreich? □ ja □ nein

x) Wie würden Sie Ihre Erfahrungen beschreiben?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. Persönliche Angaben

Alter: _____

Geschlecht: □ männlich □ weiblich

Familienstand:
□ ledig
□ verheiratet / in einer Partnerschaft lebend
Lebt Ihr Partner* bei Ihnen? □ ja
□ nein, noch kein Familiennachzug (unfreiwillig)
□ nein (freiwillig)
□ geschieden / getrennt
□ verwitwet

Kinder *(Adoptiv-, Pflege- und Stiefkinder sind inbegriffen):*
□ nein
□ ja, wie viele? _____
Leben Ihre Kinder bei Ihnen? □ ja
□ nein, noch kein Familiennachzug (unfreiwillig)
□ nein (freiwillig)
□ teilweise

Wohnsituation: □ Flüchtlingsunterkunft
□ Landesaufnahmebehörde
□ Wohnung / Haus
□ Wohngemeinschaft (WG)
□ Wohnheim
□ Ohne festen Wohnsitz
□ Sonstige, und zwar: _____

Mit wie vielen Personen leben Sie gemeinsam in einem Haushalt? _____

Haben Sie derzeit einen gültigen Aufenthaltstitel?

□ **nein, ich habe einen anderen Aufenthaltsstatus und zwar:**
□ Abschiebungsandrohung
□ Vorübergehende Aussetzung der Abschiebung (Duldung)
□ Aufenthaltsgestattung (Asylverfahren nicht abgeschlossen)
□ Grenzübertrittsbescheinigung
□ Sonstigen, und zwar: _____

□ **ja, und zwar:**
□ Niederlassungserlaubnis, gültig ab: _____
□ Aufenthaltserlaubnis, gültig ab: _____
□ Erlaubnis zum Daueraufenthalt EU, gültig ab: _____
□ Blaue Karte EU, gültig ab: _____
□ Visum, gültig ab: _____

Wie ist Ihre aktuelle berufliche Situation? *(Mehrfachantworten sind möglich)*

□ Sprachkurs/Integrationskurs
□ keine Arbeitserlaubnis
□ In Arbeit
□ Arbeiter* □ Angestellter* □ Selbstständiger* □ Beamter*
□ In Ausbildung
□ Schule □ Berufsausbildung □ Studium
□ Praktikum □ Fort- / Weiterbildung
□ Freiwilliges Soziales Jahr
□ Mithelfender Familienangehöriger*
□ Rente / Pension
□ Erwerbslos / Arbeitslos
□ Sonstige, und zwar: _____

Wie ist Ihre aktuelle finanzielle Situation?

□ erhalte Geld vom deutschen Staat / Sozialleistungen
□ erhalte Gehalt (netto im Monat):
□ unter 1000 Euro
□ 1000 bis 2000 Euro
□ über 2000 Euro

Anhang 9: Prä-refuKey Fragebogen für Geflüchtete

ausgefüllt am _____ Behandlungstag

Klinikinterne Fallnummer: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Code: __ __ __ __ __ __ __
(Erste zwei Buchstaben des Standorts: **AS** (Asklepios Göttingen), **KJ** (Karl-Jaspers-Klinik Wehnen), **NS** (Niels-Stensen-Kliniken Bramsche), **AW** (AWO-Psychiatriezentrum Königslutter); erste zwei Buchstaben des Nachnamens der Behandlerin/ des Behandlers; laufende Nummer von 001-999)

Datum: _____

I. Nachfolgend sind einige Aussagen über Gefühle und Gedanken. Bitte lesen Sie jede einzelne sorgfältig durch und entscheiden Sie dann, welche Antwortmöglichkeit Ihre Erfahrung während der letzten zwei Wochen am besten beschreibt. Bitte markieren Sie die entsprechende Spalte mit einem Kreuz.

Während der letzten 2 Wochen…	Niemals	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Ich habe mich in Bezug auf die Zukunft optimistisch gefühlt					
Ich habe mich nützlich gefühlt					
Ich habe mich entspannt gefühlt					
Ich habe mich für andere Menschen interessiert					
Ich hatte viel Energie					
Ich bin mit Problemen gut umgegangen					
Ich konnte klar denken					
Ich habe mich wohl gefühlt					
Ich habe mich anderen Menschen nahe gefühlt					
Ich habe mich zuversichtlich gefühlt					
Ich war in der Lage, Entscheidungen zu treffen					
Ich habe mich geliebt gefühlt					
Ich habe mich für Neues interessiert					
Ich habe mich fröhlich gefühlt					

II. Unten sind einige Symptome oder Probleme aufgelistet, die Leute manchmal haben. Bitte lesen Sie jedes einzelne sorgfältig durch und entscheiden Sie dann, wie sehr Sie die Symptome **in der letzten Woche**, einschließlich heute, geplagt oder belastet haben. Bitte markieren Sie die entsprechende Spalte mit einem Kreuz.

Teil 1	**Überhaupt nicht**	**Ein wenig**	**Ziemlich**	**Extrem**
Plötzlich grundlos erschrecken				
Sich furchtsam fühlen				
Mattigkeit, Schwindel oder Schwäche				
Nervosität oder innere Unruhe				
Herzklopfen oder Herzrasen				
Zittern				
Sich angespannt oder aufgedreht fühlen				
Kopfschmerzen				
Anfälle von Schrecken oder Panik				
Sich ruhelos fühlen, nicht still sitzen können				

Teil 2	**Überhaupt nicht**	**Ein wenig**	**Ziemlich**	**Extrem**
Sich energielos, verlangsamt fühlen				
Sich die Schuld für etwas geben				
Leicht weinen				
Verlust an sexuellem Interesse oder Lust				
Appetitlosigkeit				
Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten				
Hoffnungslosigkeit für die Zukunft				
Sich schwermütig fühlen				
Sich einsam fühlen				
Gedanken, Ihr Leben zu beenden				
Sich gefangen oder in der Falle fühlen				
Sich zu viele Sorgen machen				
Sich interesselos fühlen				
Gefühl, dass alles eine Anstrengung ist				
Gefühl der Wertlosigkeit				

III. Unten sind weitere Symptome oder Probleme aufgelistet, die Leute manchmal haben. Bitte lesen Sie jedes einzelne sorgfältig durch und entscheiden Sie dann, wie sehr Sie die Symptome in der letzten Woche, einschließlich heute, geplagt oder belastet haben. Bitte markieren Sie die entsprechende Spalte mit einem Kreuz.

Wie sehr haben Sie an diesen Symptomen in den **letzten 7 Tagen** gelitten?	**überhaupt nicht**	**ein wenig**	**ziemlich**	**stark**	**sehr stark**
Kopfschmerzen					
Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen					
der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat					
Herz- und Brustschmerzen					
Hören von Stimmen, die sonst keiner hört					
Kreuzschmerzen					
der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen					
Übelkeit oder Magenverstimmung					
Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)					
Schwierigkeiten beim Atmen					
Hitzewallungen oder Kälteschauer					
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen					
dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben					
Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen					
Schweregefühl in den Armen oder den Beinen					
dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind					
Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind					
sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind					
dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten					
dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist					
dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können					
dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist					

IV. Im Folgenden werden einige Symptome genannt, die Menschen manchmal nach der Erfahrung von schmerzvollen oder erschreckenden Ereignissen in ihrem Leben haben. Bitte lesen Sie jedes einzelne sorgfältig durch und entscheiden Sie dann wie sehr Ihnen diese Symptome **in den vergangenen sieben Tagen** zu schaffen gemacht haben. Bitte markieren Sie die entsprechende Spalte mit einem Kreuz.

	gar nicht	**ein wenig**	**stark**	**sehr stark**
Wiederkehrende Gedanken oder Erinnerungen an die schmerzvollen oder erschreckenden Ereignisse				
Das Gefühl, als ob das Ereignis noch einmal passiert				
Wiederkehrende Alpträume				
Sich von Menschen getrennt oder zurückgezogen fühlen				
Unfähig sein, Gefühle zu empfinden				
Sich nervös und leicht zu erschrecken fühlen				
Konzentrationsschwierigkeiten				
Unruhiger Schlaf				
Auf der Hut sein				
Sich reizbar fühlen oder Wutausbrüche haben				
Tätigkeiten vermeiden, die an das traumatische oder schmerzvolle Ereignis erinnern				
Unfähigkeit, sich an Teile der traumatischen oder schmerzlichsten Ereignisse zu erinnern				
Geringeres Interesse an alltäglichen Tätigkeiten				
Sich so fühlen, als ob Sie keine Zukunft hätten				
Gedanken oder Gefühle vermeiden, die mit der traumatischen oder schmerzvollen Erfahrung verknüpft sind				
Plötzliche gefühlsmäßige oder körperliche Reaktionen, wenn Sie sich an die schmerzvollen oder traumatischen Ereignisse erinnern				
Das Gefühl, dass die Menschen nicht verstehen, was Ihnen passiert ist				
Schwierigkeiten, die Arbeit oder alltägliche Aufgaben zu verrichten				
Sich selbst die Schuld geben für die Dinge, die passiert sind				
Sich schuldig fühlen, überlebt zu haben				
Hoffnungslosigkeit				
Sich der schmerzvollen oder traumatischen Ereignisse schämen, die Ihnen passiert sind				
Zeit damit verbringen nachzudenken, warum diese Ereignisse Ihnen passiert sind				
Das Gefühl haben, als ob Sie verrückt würden				
Das Gefühl haben, dass Sie die/der Einzige sind, die/der diese Dinge erlitten hat				
Das Gefühl haben, dass andere Ihnen feindlich gesonnen sind				
Das Gefühl, niemanden zu haben, auf den Sie sich verlassen können				
Herausfinden oder von anderen Menschen gesagt bekommen, dass Sie etwas getan haben, an das Sie sich nicht erinnern können				
Das Gefühl, als ob Sie in zwei Personen geteilt wären, und die eine von Ihnen beobachtet, was die andere tut				
Das Gefühl, dass jemand, dem Sie vertrauten, Sie verriet				

V. Bitte lesen Sie jede der folgenden Fragen sorgfältig durch und entscheiden Sie dann, welche Antwortmöglichkeit bezogen auf die **vergangenen vier Wochen** am ehesten für Sie zutrifft. Bitte markieren Sie die entsprechende Spalte mit einem Kreuz.

	sehr schlecht	**schlecht**	**mittel-mäßig**	**gut**	**sehr gut**
Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?					
	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?					

Bitte wählen Sie diejenige Antwort aus, die angibt, **wie stark Sie während der vergangenen vier Wochen bestimmte Dinge erlebt haben**.

	überhaupt nicht	**ein wenig**	**mittel-mäßig**	**ziemlich**	**äußerst**
Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?					
Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?					
Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?					
Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?					
Wie gut können Sie sich konzentrieren?					
Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?					
Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?					

Bitte wählen Sie diejenige Antwort aus, die angibt, **in welchem Umfang Sie während der vergangenen vier Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren bestimmte Dinge zu tun**.

	überhaupt nicht	**eher nicht**	**halb-wegs**	**über-wiegend**	**völlig**
Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?					
Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?					
Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?					
Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?					
Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?					

	sehr schlecht	schlecht	mittel-mäßig	gut	sehr gut
Wie gut können Sie sich fortbewegen?					

Bitte wählen Sie diejenige Antwort aus, die angibt, **wie zufrieden, glücklich oder gut Sie sich während der vergangenen vier Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben**.

	sehr unzufrieden	**unzufrieden**	**weder noch**	**zufrieden**	**sehr zufrieden**
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit alltägliche Dinge erledigen zu können?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?					
Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?					
Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können					
Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?					

Bitte wählen Sie diejenige Antwort aus, die angibt, **wie oft sich während der vergangenen vier Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit**.

	niemals	**nicht oft**	**zeitweilig**	**oftmals**	**immer**
Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst und Depression?					

VI. Im Folgenden werden einige Probleme genannt, mit denen Flüchtlinge oft zu kämpfen haben. Bitte lesen Sie diese sorgfältig durch und entscheiden Sie dann, wie sehr diese Probleme Ihnen zu schaffen machen. Bitte markieren Sie die entsprechende Spalte mit einem Kreuz.

	kein Problem / trat nicht auf	kleines Problem	mittel-schweres Problem	schweres Problem	sehr schweres Problem
Verständigungsschwierigkeiten					
Diskriminierung					
Konflikte mit eigener / anderen ethnischen Gruppen in Deutschland					
Trennung von der Familie					
Sorge um im Heimatland verbliebene Familienangehörige					
Unmöglichkeit, im Notfall in die Heimat zurückzukehren					
Schwierigkeiten mit Arbeit (Arbeitsverbot, Arbeitssuche, schlechte Arbeitsbedingungen etc.)					
Schwierigkeiten in Interviews mit Asylbehörden					
Konflikte mit Sozialarbeiter/ anderen Autoritäten					
keine Anerkennung als Flüchtling					
Angst vor zukünftiger Rücksendung in die Heimat					
Sorgen, keine Behandlung für Gesundheitsprobleme zu erhalten					
nicht ausreichend Geld, um Nahrung und nötige Kleidung zu kaufen oder die Miete zu bezahlen					
Schwierigkeiten, finanzielle Unterstützung zu erhalten					
Einsamkeit, Langeweile und Isolation					
Schwierigkeiten, Deutsch zu lernen					
Schwierigkeiten, angemessenen Wohnraum zu bekommen					

VII. Bitte lesen Sie folgende Fragen sorgfältig durch und entscheiden Sie dann, **wie oft so etwas passiert**. Bitte markieren Sie die entsprechende Spalte mit einem Kreuz.

	nie	selten	manchmal	oft
Wie oft sind Menschen Ihnen gegenüber abweisend, weil Sie Geflüchteter sind?				
Wie oft behandeln Menschen Sie unfair, weil Sie Geflüchteter sind?				
Wie oft haben Sie gesehen, dass Ihre Freunde unfair behandelt werden, weil sie Geflüchtete sind?				

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang 10: Post-refuKey Fragebogen für Geflüchtete

ausgefüllt am _____ Behandlungstag

Klinikinterne Fallnummer: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Code: __ __ __ __ __ __ __
(Erste zwei Buchstaben des Standorts: **AS** (Asklepios Göttingen), **KJ** (Karl-Jaspers-Klinik Wehnen), **NS** (Niels-Stensen-Kliniken Bramsche), **AW** (AWO-Psychiatriezentrum Königslutter); erste zwei Buchstaben des Nachnamens der Behandlerin/ des Behandlers; laufende Nummer von 001-999)

Datum: _____

a) Waren die Angebote von der Klinik für Sie hilfreich?

□ ja, welche: _____

_____

□ nein, warum nicht? _____

_____

_____

b) Wie zufrieden waren Sie mit der/dem ...?

Behandlung

Personal

Verständigung

Essen

c) Wurde Ihre kulturelle Zugehörigkeit bei der Behandlung berücksichtigt?

□ ja □ nein

d) Wurde auf Sie als Person bei der Behandlung eingegangen?

□ ja □ nein

e) Wie würden Sie Ihre Belastung VOR der Behandlung einschätzen?

f) Wie würden Sie Ihre Belastung NACH der Behandlung einschätzen?

g) Wie würden Sie Ihre Erfahrung in der Klinik beschreiben?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

I. Nachfolgend sind einige Aussagen über Gefühle und Gedanken. Bitte lesen Sie jede einzelne sorgfältig durch und entscheiden Sie dann, welche Antwortmöglichkeit Ihre Erfahrung während der letzten zwei Wochen am besten beschreibt. Bitte markieren Sie die entsprechende Spalte mit einem Kreuz.

Während der letzten 2 Wochen…	Niemals	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Ich habe mich in Bezug auf die Zukunft optimistisch gefühlt					
Ich habe mich nützlich gefühlt					
Ich habe mich entspannt gefühlt					
Ich habe mich für andere Menschen interessiert					
Ich hatte viel Energie					
Ich bin mit Problemen gut umgegangen					
Ich konnte klar denken					
Ich habe mich wohl gefühlt					
Ich habe mich anderen Menschen nahe gefühlt					
Ich habe mich zuversichtlich gefühlt					
Ich war in der Lage, Entscheidungen zu treffen					
Ich habe mich geliebt gefühlt					
Ich habe mich für Neues interessiert					
Ich habe mich fröhlich gefühlt					

II. Unten sind einige Symptome oder Probleme aufgelistet, die Leute manchmal haben. Bitte lesen Sie jedes einzelne sorgfältig durch und entscheiden Sie dann, wie sehr Sie die Symptome **in der letzten Woche**, einschließlich heute, geplagt oder belastet haben. Bitte markieren Sie die entsprechende Spalte mit einem Kreuz.

Teil 1	**Überhaupt nicht**	**Ein wenig**	**Ziemlich**	**Extrem**
Plötzlich grundlos erschrecken				
Sich furchtsam fühlen				
Mattigkeit, Schwindel oder Schwäche				
Nervosität oder innere Unruhe				
Herzklopfen oder Herzrasen				
Zittern				
Sich angespannt oder aufgedreht fühlen				
Kopfschmerzen				
Anfälle von Schrecken oder Panik				
Sich ruhelos fühlen, nicht still sitzen können				

Teil 2	**Überhaupt nicht**	**Ein wenig**	**Ziemlich**	**Extrem**
Sich energielos, verlangsamt fühlen				
Sich die Schuld für etwas geben				
Leicht weinen				
Verlust an sexuellem Interesse oder Lust				
Appetitlosigkeit				
Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten				
Hoffnungslosigkeit für die Zukunft				
Sich schwermütig fühlen				
Sich einsam fühlen				
Gedanken, Ihr Leben zu beenden				
Sich gefangen oder in der Falle fühlen				
Sich zu viele Sorgen machen				
Sich interesselos fühlen				
Gefühl, dass alles eine Anstrengung ist				
Gefühl der Wertlosigkeit				

III. Unten sind weitere Symptome oder Probleme aufgelistet, die Leute manchmal haben. Bitte lesen Sie jedes einzelne sorgfältig durch und entscheiden Sie dann, wie sehr Sie die Symptome in der letzten Woche, einschließlich heute, geplagt oder belastet haben. Bitte markieren Sie die entsprechende Spalte mit einem Kreuz.

Wie sehr haben Sie an diesen Symptomen in den **letzten 7 Tagen** gelitten?	**überhaupt nicht**	**ein wenig**	**ziemlich**	**stark**	**sehr stark**
Kopfschmerzen					
Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen					
der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat					
Herz- und Brustschmerzen					
Hören von Stimmen, die sonst keiner hört					
Kreuzschmerzen					
der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen					
Übelkeit oder Magenverstimmung					
Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)					
Schwierigkeiten beim Atmen					
Hitzewallungen oder Kälteschauer					
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen					
dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben					
Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen					
Schweregefühl in den Armen oder den Beinen					
dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind					
Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind					
sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind					
dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten					
dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist					
dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können					
dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist					

IV. Im Folgenden werden einige Symptome genannt, die Menschen manchmal nach der Erfahrung von schmerzvollen oder erschreckenden Ereignissen in ihrem Leben haben. Bitte lesen Sie jedes einzelne sorgfältig durch und entscheiden Sie dann wie sehr Ihnen diese Symptome **in den vergangenen sieben Tagen** zu schaffen gemacht haben. Bitte markieren Sie die entsprechende Spalte mit einem Kreuz.

	gar nicht	**ein wenig**	**stark**	**sehr stark**
Wiederkehrende Gedanken oder Erinnerungen an die schmerzvollen oder erschreckenden Ereignisse				
Das Gefühl, als ob das Ereignis noch einmal passiert				
Wiederkehrende Alpträume				
Sich von Menschen getrennt oder zurückgezogen fühlen				
Unfähig sein, Gefühle zu empfinden				
Sich nervös und leicht zu erschrecken fühlen				
Konzentrationsschwierigkeiten				
Unruhiger Schlaf				
Auf der Hut sein				
Sich reizbar fühlen oder Wutausbrüche haben				
Tätigkeiten vermeiden, die an das traumatische oder schmerzvolle Ereignis erinnern				
Unfähigkeit, sich an Teile der traumatischen oder schmerzlichsten Ereignisse zu erinnern				
Geringeres Interesse an alltäglichen Tätigkeiten				
Sich so fühlen, als ob Sie keine Zukunft hätten				
Gedanken oder Gefühle vermeiden, die mit der traumatischen oder schmerzvollen Erfahrung verknüpft sind				
Plötzliche gefühlsmäßige oder körperliche Reaktionen, wenn Sie sich an die schmerzvollen oder traumatischen Ereignisse erinnern				
Das Gefühl, dass die Menschen nicht verstehen, was Ihnen passiert ist				
Schwierigkeiten, die Arbeit oder alltägliche Aufgaben zu verrichten				
Sich selbst die Schuld geben für die Dinge, die passiert sind				
Sich schuldig fühlen, überlebt zu haben				
Hoffnungslosigkeit				
Sich der schmerzvollen oder traumatischen Ereignisse schämen, die Ihnen passiert sind				
Zeit damit verbringen nachzudenken, warum diese Ereignisse Ihnen passiert sind				
Das Gefühl haben, als ob Sie verrückt würden				
Das Gefühl haben, dass Sie die/der Einzige sind, die/der diese Dinge erlitten hat				
Das Gefühl haben, dass andere Ihnen feindlich gesonnen sind				
Das Gefühl, niemanden zu haben, auf den Sie sich verlassen können				
Herausfinden oder von anderen Menschen gesagt bekommen, dass Sie etwas getan haben, an das Sie sich nicht erinnern können				
Das Gefühl, als ob Sie in zwei Personen geteilt wären, und die eine von Ihnen beobachtet, was die andere tut				
Das Gefühl, dass jemand, dem Sie vertrauten, Sie verriet				

V. Bitte lesen Sie jede der folgenden Fragen sorgfältig durch und entscheiden Sie dann, welche Antwortmöglichkeit bezogen auf die **vergangenen vier Wochen** am ehesten für Sie zutrifft. Bitte markieren Sie die entsprechende Spalte mit einem Kreuz.

	sehr schlecht	**schlecht**	**mittel-mäßig**	**gut**	**sehr gut**
Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?					
	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?					

Bitte wählen Sie diejenige Antwort aus, die angibt, **wie stark Sie während der vergangenen vier Wochen bestimmte Dinge erlebt haben**.

	überhaupt nicht	**ein wenig**	**mittel-mäßig**	**ziemlich**	**äußerst**
Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?					
Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?					
Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?					
Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?					
Wie gut können Sie sich konzentrieren?					
Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?					
Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?					

Bitte wählen Sie diejenige Antwort aus, die angibt, **in welchem Umfang Sie während der vergangenen vier Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren bestimmte Dinge zu tun**.

	überhaupt nicht	**eher nicht**	**halb-wegs**	**über-wiegend**	**völlig**
Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?					
Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?					
Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?					
Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?					
Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?					

	sehr schlecht	schlecht	mittel-mäßig	gut	sehr gut
Wie gut können Sie sich fortbewegen?					

Bitte wählen Sie diejenige Antwort aus, die angibt, **wie zufrieden, glücklich oder gut Sie sich während der vergangenen vier Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben**.

	sehr unzufrieden	**unzufrieden**	**weder noch**	**zufrieden**	**sehr zufrieden**
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit alltägliche Dinge erledigen zu können?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?					
Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?					
Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können					
Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?					

Bitte wählen Sie diejenige Antwort aus, die angibt, **wie oft sich während der vergangenen vier Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit**.

	niemals	**nicht oft**	**zeitweilig**	**oftmals**	**immer**
Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst und Depression?					

VI. Im Folgenden werden einige Probleme genannt, mit denen Flüchtlinge oft zu kämpfen haben. Bitte lesen Sie diese sorgfältig durch und entscheiden Sie dann, wie sehr diese Probleme Ihnen zu schaffen machen. Bitte markieren Sie die entsprechende Spalte mit einem Kreuz.

	kein Problem / trat nicht auf	kleines Problem	mittel-schweres Problem	schweres Problem	sehr schweres Problem
Verständigungsschwierigkeiten					
Diskriminierung					
Konflikte mit eigener / anderen ethnischen Gruppen in Deutschland					
Trennung von der Familie					
Sorge um im Heimatland verbliebene Familienangehörige					
Unmöglichkeit, im Notfall in die Heimat zurückzukehren					
Schwierigkeiten mit Arbeit (Arbeitsverbot, Arbeitssuche, schlechte Arbeitsbedingungen etc.)					
Schwierigkeiten in Interviews mit Asylbehörden					
Konflikte mit Sozialarbeiter/ anderen Autoritäten					
keine Anerkennung als Flüchtling					
Angst vor zukünftiger Rücksendung in die Heimat					
Sorgen, keine Behandlung für Gesundheitsprobleme zu erhalten					
nicht ausreichend Geld, um Nahrung und nötige Kleidung zu kaufen oder die Miete zu bezahlen					
Schwierigkeiten, finanzielle Unterstützung zu erhalten					
Einsamkeit, Langeweile und Isolation					
Schwierigkeiten, Deutsch zu lernen					
Schwierigkeiten, angemessenen Wohnraum zu bekommen					

VII. Bitte lesen Sie folgende Fragen sorgfältig durch und entscheiden Sie dann, **wie oft so etwas passiert**. Bitte markieren Sie die entsprechende Spalte mit einem Kreuz.

	nie	selten	manchmal	oft
Wie oft sind Menschen Ihnen gegenüber abweisend, weil Sie Geflüchteter sind?				
Wie oft behandeln Menschen Sie unfair, weil Sie Geflüchteter sind?				
Wie oft haben Sie gesehen, dass Ihre Freunde unfair behandelt werden, weil sie Geflüchtete sind?				

Persönliche Angaben

Alter: _____

Geschlecht: □ männlich □ weiblich

Familienstand: □ ledig
□ verheiratet / in einer Partnerschaft lebend
Lebt Ihr Partner* bei Ihnen? □ ja
□ nein, noch kein Familiennachzug (unfreiwillig)
□ nein (freiwillig)
□ geschieden / getrennt
□ verwitwet

Kinder *(Adoptiv-, Pflege- und Stiefkinder sind inbegriffen):*
□ nein
□ ja, wie viele? _____
Leben Ihre Kinder bei Ihnen? □ ja
□ nein, noch kein Familiennachzug (unfreiwillig)
□ nein (freiwillig)
□ teilweise

Wohnsituation: □ Flüchtlingsunterkunft
□ Landesaufnahmebehörde
□ Wohnung / Haus
□ Wohngemeinschaft (WG)
□ Wohnheim
□ Ohne festen Wohnsitz
□ Sonstige, und zwar: _____

Mit wie vielen Personen leben Sie gemeinsam in einem Haushalt? _____

Haben Sie derzeit einen gültigen Aufenthaltstitel?

□ **nein, ich habe einen anderen Aufenthaltsstatus und zwar:**
□ Abschiebungsandrohung
□ Vorübergehende Aussetzung der Abschiebung (Duldung)
□ Aufenthaltsgestattung (Asylverfahren nicht abgeschlossen)
□ Grenzübertrittsbescheinigung
□ Sonstigen, und zwar: _____

□ **ja, und zwar:**
□ Niederlassungserlaubnis, gültig ab: _____
□ Aufenthaltserlaubnis, gültig ab: _____
□ Erlaubnis zum Daueraufenthalt EU, gültig ab: _____
□ Blaue Karte EU, gültig ab: _____
□ Visum, gültig ab: _____

Wie ist Ihre aktuelle berufliche Situation? *(Mehrfachantworten sind möglich)*

□ Sprachkurs/Integrationskurs
□ keine Arbeitserlaubnis
□ In Arbeit
□ Arbeiter* □ Angestellter* □ Selbstständiger* □ Beamter*
□ In Ausbildung
□ Schule □ Berufsausbildung □ Studium
□ Praktikum □ Fort- / Weiterbildung
□ Freiwilliges Soziales Jahr
□ Mithelfender Familienangehöriger*
□ Rente / Pension
□ Erwerbslos / Arbeitslos
□ Sonstige, und zwar: _____

Wie ist Ihre aktuelle finanzielle Situation?

□ erhalte Geld vom deutschen Staat / Sozialleistungen
□ erhalte Gehalt (netto im Monat):
□ unter 1000 Euro
□ 1000 bis 2000 Euro
□ über 2000 Euro

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Autor*innen:
Beata Trilesnik, Leo Eckhoff, Dr. Ibrahim Özkan, Prof. Dr. Iris Tatjana Graef-Calliess
Forschungsgruppe Soziale und Transkulturelle Psychiatrie & Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover (Leitung: Prof. Dr. Graef-Calliess)
(2019)

Nähere Informationen zum refuKey-Projekt unter www.ntfn.de | www.refukey.org