



## refuKey

**Projekt zur Verbesserung der Versorgung von seelisch erkrankten Geflüchteten in Niedersachsen – eine Kooperation der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und des Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V. (NTFN).**

**Evaluationsbericht  
zur wissenschaftlichen Begleitforschung von refuKey III**



## Einleitung

Im Jahr 2020 befanden sich weltweit fast 80 Millionen Menschen auf der Flucht (UNHCR, 2020). Traumatisierende, lebensbedrohliche Erlebnisse in dem Herkunftsland und auf der Flucht sowie belastende post-migrative Faktoren machen Geflüchtete zu einer psychisch besonders vulnerablen Gruppe, die vielfach stärker von psychischen Störungen betroffen ist als die Mehrheitsbevölkerung (Peconga & Høgh Thøgersen, 2019; Henkelmann et al., 2020; Nesterko et al., 2019). Einen zusätzlichen Vulnerabilitätsfaktor stellte im Jahr 2020 die globale Covid-19-Pandemie dar.

Daten einer aktuellen Meta-Analyse über insgesamt 66 Studien zeigen hohe Prävalenzraten für Angststörungen (13-42%), Depressionen (30-40%) und Posttraumatische Belastungsstörungen (29-37%) bei Geflüchteten, welche substantiell über den Prävalenzraten nicht-geflüchteter Populationen und Populationen in Konflikt- und Kriegsgebieten liegen (Henkelmann et al., 2020). Studien aus Deutschland bestätigen dieses Bild: Knapp die Hälfte (49,7%) neu ankommender Asylsuchender in einer Landesaufnahmebehörde erfüllten die Diagnosekriterien mindestens einer psychischen Störung (Somatische Störung, Depression, Posttraumatische Belastungsstörung; Nesterko et al., 2019). Bei den Geflüchteten, die in refuKey Kompetenz- oder psychosozialen Zentren nach Hilfe suchten, zeigt sich folgendes Bild: ein Großteil der PatientInnen wies eine klinisch auffällige depressive (93%), ängstliche (86%), posttraumatisch-belastete (69%) und psychotiforme Symptomatik (97%) auf und 86% der Geflüchteten waren stark oder extrem stark durch psychische Symptome belastet (Trilesnik et al., 2019).

Faktoren im Kontext der Flucht, welche mit der Entwicklung psychischer Störungen in Zusammenhang stehen, sind u.a. die Anzahl erlebter traumatischer Ereignisse sowie fehlende Informationen über den Zustand zurückgebliebener Familienmitglieder (Nesterko et al., 2020). Für das Auftreten einer psychischen Störung noch ausschlaggebender als prä- und perimigrative Faktoren sind allerdings post-migrative Faktoren in den jeweiligen Aufnahmeländern (Bourque et al., 2011). Dazu zählen mitunter ein unsicherer Aufenthaltsstatus, die Unterbringung in Flüchtlingsunterkünften und fehlender sozialer Anschluss (Walther et al., 2020).

Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem sowie nicht bedarfsgerechte Behandlungskonditionen erschweren eine angemessene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung Geflüchteter

erheblich. Rechtliche Aspekte wie die begrenzte Gewähr von Leistungen des Gesundheitssystems aufgrund des Aufenthaltsstatus, soziokulturelle Aspekte wie mangelnde Kenntnis des Gesundheitssystems und unzureichende interkulturelle Öffnung der Regelversorgung, umweltbedingte Aspekte wie begrenzte Mobilitätsmöglichkeiten und kommunikative Aspekte wie Sprachbarrieren und der fehlende Einsatz von Dolmetschern lassen sich in diesem Zusammenhang unterscheiden (Hahn, Steinhäuser & Goetz, 2020).

Eine besondere Herausforderung stellte im Jahr 2020 der Umgang mit der Covid-19-Pandemie dar. Auch das deutsche psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungssystem war davon betroffen. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN, 2020) empfahl u.a. elektive stationäre Aufnahmen in psychiatrischen Kliniken temporär auszusetzen, Beurlaubungen oder Ausgänge von Patienten zu reduzieren oder komplett einzuschränken, stationsübergreifende Gruppenangebote vorübergehend einzustellen und Patienten, die akutpsychiatrische Versorgung nicht benötigten, zu entlassen. Moesmann Madsen und Kollegen (2020) aus Dänemark beobachteten insgesamt einen Rückgang im persönlichen Patientenkontakt allgemein sowie an hilfeschuchenden Patienten im Speziellen.

Dies konnte von Seiten der BehandlerInnen im refuKey-Projekt teilweise bestätigt werden. V.a. im Frühjahr 2020 konnte ein vorübergehender Rückgang an Klienten verzeichnet werden, welcher sich jedoch relativ schnell wieder normalisierte. Seit März 2020 konnten in den psychosozialen Zentren (PSZ) die offenen Sprechstunden, im Rahmen deren bis dahin die Mehrzahl der Geflüchteten gesehen wurde, nicht mehr angeboten werden. [Stattdessen fand der Beratungskontakt v.a. im Früh- und frühen Sommer primär per Telefon oder Videotelefonie statt. Hierzu wurde ein mehrsprachiges Telefonangebot in Arabisch, Französisch, Farsi, Kurmanci, Russisch und Spanisch aufgebaut, das überwiegend von muttersprachlichen BeraterInnen betreut wurde, worüber bis jetzt 419 Beratungsgespräche stattfanden. Deutsch und Englisch sprechende PatientInnen konnten sich telefonisch weiterhin an ihr nächstgelegenes Psychosoziales Zentrum wenden. Weitergehende Beratungstermine konnten telefonisch, per Video oder unter Einhaltung von Hygiene- und Abstandsregeln persönlich in den Psychosozialen Zentren erfolgen. Allerdings erschwerte mangelnde WLAN-Anbindung in Gemeinschaftsunterkünften, teilweise auch in Erstaufnahmeeinrichtungen, den Zugang der PatientInnen zu digitalen Angeboten. Auch Rückzugsorte, an denen PatientInnen ungestört ein digitales Beratungsgespräch wahrnehmen konnten, wurden nicht überall zur Verfügung gestellt.](#)

Erste Studien konnten bereits feststellen, dass COVID-19 nicht nur die physische, sondern auch die psychische Gesundheit erheblich beeinflussen kann. Bäuerle und Kollegen (2020) berichteten erhöhte depressive Symptome (14,3%), Symptome generalisierter Angst (44,9%) und mit Covid-19 in Verbindung stehender Angst (59%) sowie eine generell erhöhte psychische Belastung (65,2%) in einer deutschen Stichprobe. Ein Zusammenhang zwischen sozialen Vulnerabilitätsfaktoren (u.a. im Ausland geborene Personen) und Covid-19-Angst, sowie zwischen Covid-19-Angst und Depressions- bzw. Angstsymptomen konnte in einer US-amerikanischen Stichprobe festgestellt werden (Fitzpatrick, Harris & Drawve, 2020).

Geflüchtete gehören auch im Zusammenhang mit Covid-19 zu den besonders vulnerablen Gruppen. Spezifische Faktoren, welche sich zusätzlich auf die psychische Gesundheit Geflüchteter negativ auswirken können, sind u.a. erschwerte Zugänge zu Informationen durch Sprachbarrieren, überfüllte und beengte Wohnverhältnisse, welche das Einhalten von Abstandregeln unmöglich machen, sowie ein begrenzter Zugang zum Gesundheitssystem (Júnior et al., 2020). [Diese Befunde decken sich mit der klinischen Erfahrung im Rahmen des Projektes. In der zurückliegenden Projektphase wurde außerdem deutlich, dass sich die Sorgen über den Zustand zurückgebliebener Familienmitglieder im Rahmen der Pandemie noch weiter gesteigert haben. Zusätzlich zeigte sich in der klinischen Praxis, dass beschäftigte Geflüchtete oft in Arbeitsverhältnissen tätig waren, die vermehrt von Clusterausbrüchen betroffen waren.](#) In einer Umfrage der WHO (2020) berichtete ein Großteil der befragten Geflüchteten eine persönlich wahrgenommene Verschlechterung ihres psychischen Gesundheitszustands (z.B. berichteten 69,6% der Geflüchteten, die in Asylzentren lebten, eine Zunahme an depressiver Symptomatik).

Die hohen Prävalenzraten psychischer Symptome und Erkrankungen unter Geflüchteten, im vergangenen Jahr zusätzlich verstärkt durch die Covid-19-Pandemie, verweisen auf die nach wie vor große Dringlichkeit eines niedrigschwelligen und schnellen Zugangs Geflüchteter zum psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem sowie einer bedarfsgerechten Behandlung, um eine Verstärkung der Symptomatik und Chronifizierung psychischer Erkrankungen zu verhindern.

# Methoden

## Aufbau der Evaluation

Das refuKey Projekt wird im Rahmen einer naturalistischen, multizentrischen mixed-methods-Studie evaluiert (Trilesnik, B., Altunoz, U., Weselowski, J., Eckhoff, L., Özkan, K., Loos, G., Penteker, I. & Graef-Calliess., I. T., 2019). Das Design der Evaluationsstudie ist in der Abbildung 1 dargestellt (aus: Evaluationsbericht zur wissenschaftlichen Begleitforschung von refuKey I).

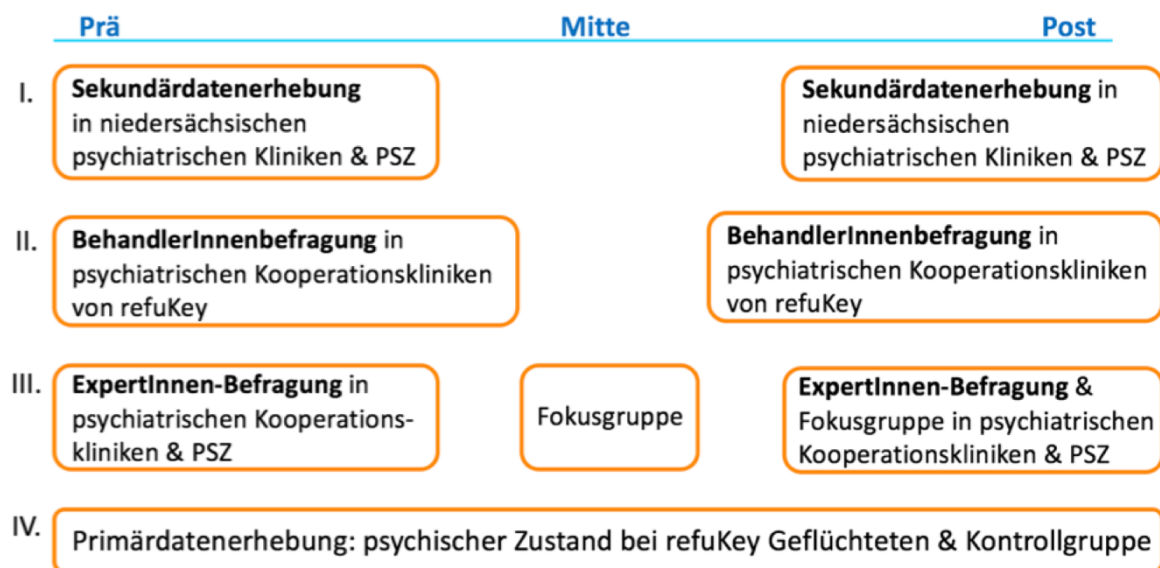


Abbildung 1. Das Evaluationsdesign

Die komplexe Evaluationsuntersuchung besteht aus vier Teiluntersuchungen, die zur Einschätzung der Wirkung und des Nutzens des Projekts aus verschiedenen Perspektiven, der Perspektiven der Chefarzte der niedersächsischen psychiatrischen Kliniken, der projektinternen BehandlerInnen und ExpertInnen und der zu versorgenden Geflüchteten, dienen. Eine detaillierte Beschreibung der Teiluntersuchungen und der Messinstrumente findet sich im Evaluationsbericht zur wissenschaftlichen Begleitforschung von refuKey I.

## **Stand und Progress der Teiluntersuchungen**

In der ersten Projektphase sind eine niedersachsenweite Stichtagserhebung zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungslandschaft und eine ExpertInnen-Befragung zu Herausforderungen bei der Versorgung von Geflüchteten und dem erwarteten Nutzen vom refuKey-Projekt erfolgt. Darüber hinaus sind in dieser Projektphase eine Untersuchung der Belastung der Klinik-MitarbeiterInnen in der Behandlung von Geflüchteten und eine Untersuchung des psychischen Zustandes von geflüchteten PatientInnen vor und nach der Behandlung bei refuKey angelaufen.

In der zweiten Projektphase wurden diese beiden Untersuchungen weitergeführt und mit einer Untersuchung des psychischen Zustandes von geflüchteten PatientInnen vor und nach der Behandlung in einer projektfremden Klinik als Kontrollgruppe begonnen.

In der aktuellen, dritten Projektphase lag der Fokus der Evaluation:

- auf der Durchführung der Fokusgruppen mit den ExpertInnen und
- auf der Weiterführung der Untersuchung des psychischen Zustandes von geflüchteten PatientInnen bei refuKey sowie
- auf dem Ausbau der dazu gehörenden Kontrollgruppe.

Dementsprechend werden im Weiteren hauptsächlich diese zwei Teiluntersuchungen mit ihrem Stand und den neuen Ergebnissen beleuchtet. Die BehandlerInnenbefragung zur Belastung bei der Behandlung von Geflüchteten in der neuen Kooperationsklinik in Lüneburg sowie in der Kontrollgruppe in der projektfremden Klinik ist wegen Corona-bedingten Verzögerungen in der vierten Projektphase vorgesehen.

## Weiterentwicklungen in der aktuellen Projektphase

### I. ExpertInnenbefragung

Im Rahmen der ExpertInnenbefragung haben im letzten halben Jahr vier Fokusgruppen-Diskussionen stattgefunden. Fokusgruppen stellen eine beliebte Methode aus der qualitativen Sozial- und Marktforschung dar, die zur Bewertung und Weiterentwicklung von Produkten und Dienstleistungen, für die Evaluierung bestimmter Maßnahmen und deren Verbesserung, für die Analyse von Meinungsvielfalt sowie für Akzeptanzanalysen eingesetzt werden. Dieses Verfahren hat sich in den letzten Jahren zu einem Standardinstrument auch der medizinischen Versorgungsforschung entwickelt und ist in der qualitativen psychologischen Forschung weit verbreitet.

Bei den Fokusgruppen handelt es sich um eine stark strukturierte Erhebungsmethode, bei der ein entwickelter Leitfaden mit Fragen in einer moderierten und fokussierten Diskussion mit heterogenen Teilnehmern abgehandelt wird. Der gegenseitige Austausch und das Aufeinandertreffen unterschiedlicher Wahrnehmungen führen dabei zu einer Vertiefung der individuellen Überlegungen und stellen wichtige zentrale Aspekte klarer und deutlicher heraus als nacheinander durchgeführte Einzelinterviews. Die starke Strukturierung dient der Vergleichbarkeit unterschiedlicher Fokusgruppen und erlaubt ein möglichst breites Spektrum an Meinungen zu erheben.

Für unsere Fokusgruppen haben wir lege artis einen Leitfaden entwickelt und ein Untersuchungsdesign mit einer Fokusgruppe pro Standort mit einem vorhandenen refuKey-Kompetenzzentrum, bestehend jeweils aus einem PSZ und einer Kooperationsklinik konzipiert. Die ersten drei Fokusgruppen fanden dementsprechend an den Standorten Göttingen, Braunschweig/Königslutter und Oldenburg statt. Eine weitere Fokusgruppe wurde am Standort Osnabrück, an dem ein ursprünglich bestehendes refuKey-Kompetenzzentrum im Laufe des Projektes durch die Aufhebung des Kooperationsvertrages mit der Klinik in Bramsche aufgelöst wurde, durchgeführt, um auch die wichtigen Erkenntnisse aus dieser Erfahrung miteinzubeziehen. [Das Kompetenzzentrum in Lüneburg ist erst 2020 durch die neue Kooperation mit der psychiatrischen Klinik vor Ort entstanden, daher ist dort die Durchführung der Fokusgruppe für 2022 geplant.](#)

Die Fokusgruppen setzten sich an den Standorten aus der jeweiligen PSZ-Leitung, dem/der ärztlichen Direktor/in der kooperierenden Klinik, dem/der refuKey-Verantwortlichen an der Klinik, einem/er refuKey-PSZ-MitarbeiterIn und einem/er refuKey-Klinik-MitarbeiterIn sowie zwei Mitgliedern der Steuerungsgruppe von refuKey zusammen. Die Teilnehmenden führten eine von

einer Moderatorin anhand des Leitfadens angeleitete und auf zwei Zeitstunden angelegte Diskussion bezüglich der Auswirkungen der Covid-19-Pandemie, der vorläufigen Ergebnisse des Projektes, der soweit erreichten Ziele und der aufgetretenen Hindernisse.

Die Fokusgruppen liefen jeweils standardisiert ab. Nach der Einführung stellte die/der Moderator/in den Teilnehmenden zunächst eine Frage aus dem vorab präsentierten Diskussionsleitfaden und bat alle Teilnehmende der Reihe nach um eine Äußerung zu dieser Frage. Danach konnten die Teilnehmenden über die abgegebenen Äußerungen diskutieren, ihre eigenen Äußerungen ergänzen oder auch revidieren. Das Procedere wurde bei jeder weiteren Frage wiederholt. Nur die erste Fokusgruppe in Göttingen konnte als Präsenzdiskussion durchgeführt werden, während die weiteren Fokusgruppen aufgrund der aktuellen Lage als Online-Variante mit der Gruppenvideosoftware jitsi umgesetzt werden mussten.

Die Fokusgruppen wurden für Auswertungszwecke aufgezeichnet und transkribiert. Die Auswertung wird mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt. Diese Methode stellt ein strukturiertes, qualitatives Verfahren zur Auswertung textbasierter Daten, die im Rahmen sozialwissenschaftlicher Forschungsprojekte anfallen, wie z.B. Transkripte von offenen Interviews oder Fokusgruppen, offene Fragen aus standardisierten Befragungen, Beobachtungsprotokolle aus Feldstudien oder Dokumente verschiedener Art und wird am häufigsten angewendet. Der Auswertungsprozess ist geprägt von einem regelgeleiteten, festen Vorgehen. Verschiedene Unterformen der Inhaltsanalyse ermöglichen zudem eine vielseitige Auswertung des Datenmaterials, je nach Erkenntnisinteresse können dadurch verschiedene Arten von Forschungsfragen beantwortet werden. Das Vorgehen besteht prinzipiell aus zwei Schritten. In einem ersten Schritt werden induktiv am Material entwickelte oder vorab theoriegeleitet-deduktiv postulierte Kategorien einzelnen Textpassagen zugeordnet. Dieser Prozess wird zwar von genauen inhaltsanalytischen Regeln begleitet, er bleibt aber ein qualitativ-interpretativer Akt. In einem zweiten Schritt wird dann untersucht, ob bestimmten Kategorien mehrfach Textstellen zugeordnet werden können und anschließend die entstandenen Kategorien sowie die Häufigkeiten ihrer Nennungen analysiert.



## II. Primärdatenerhebung

Neben der Durchführung der Fokusgruppen wurden die Weiterführung der Untersuchung des psychischen Zustandes von geflüchteten PatientInnen bei refuKey sowie den Ausbau der dazu gehörenden Kontrollgruppe trotz Pandemie-Einschränkungen angestrebt.

Bei dieser Erhebung werden Geflüchtete, die sich bei refuKey oder als Kontrollgruppe in der projektfremden Klinik in Behandlung begeben, bezüglich ihrer psychischen Belastung mittels einer standardisierten Fragebogenbatterie zum Beginn und am Ende der Behandlung untersucht. Die Fragebögen erfassen mit international validierten und in der Flüchtlingsforschung meist verwendeten „state of the art“ Messinstrumenten<sup>1</sup> das allgemeine psychische Wohlbefinden, Depressivität, Ängstlichkeit, Psychotizismus, Somatisierung, post-traumatische Belastungssymptome und Lebensqualität als klinische Parameter sowie post-migrative Lebensstressoren jeweils in acht Sprachen (siehe Anhang 2 und 3 im Evaluationsbericht zur wissenschaftlichen Begleitforschung von refuKey II). Die entsprechenden BehandlerInnen füllten für jeden Patienten zusätzlich zum o.g. Selbsteinschätzungsfragebogen eine Basisdokumentation aus, in der soziodemographische und fluchtspezifische Daten erhoben werden (siehe Anhang 4 im Evaluationsbericht zur wissenschaftlichen Begleitforschung von refuKey II).

Durch die Pandemie-Einschränkungen wurde der Präsenz-Betrieb in den psychosozialen Zentren und Klinken stark eingeschränkt. Es wurde wegen verordneter Kontaktbeschränkungen auf die Behandlung im Rahmen offener Sprechstunden und auf [Präsenz-Gruppenangebote](#) verzichtet. Darüber hinaus konnten neue Patienten nur selektiv aufgenommen werden, womit viele potentielle Teilnehmende für die Evaluation nicht erfasst werden konnten. Gleichzeitig fanden viele Beratungen oder Therapien per Video oder am Telefon statt, sodass keine Evaluation als vorlegbare „paper & pencil“ Studie<sup>2</sup> möglich war. Es wurde erwogen eine Online-Version der Fragebögen zu erstellen. Diese Idee wurde aufgrund der Umständlichkeit in der Umsetzung durch die verschiedenen Sprachversionen sowie der niedrigen Nutzbarkeitseinschätzung aufgegeben.

---

<sup>1</sup> Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) von Tennant et al. (2007), Hopkins Symptom Checklist 25 (HSCL-25) von Derogatis et al. (1974), Symptom Checklist 90 (SCL-90-R) von Derogatis (1994), Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) von Mollica et al. (1992), World Health Organization Quality of Life Fragebogen (WHOQOL bref) von Whoqol Group (1998) und Post-Migration Living Difficulties Checklist (PMLDC) von Silove et al. (1997).

<sup>2</sup> Als paper & pencil Studie wird eine Untersuchung bezeichnet, bei der die Teilnehmenden einen Papierfragebogen mit einem Stift ausfüllen.

Diese Umstände bilden sich entsprechend in den erfassten Patienten- und EvaluationsteilnehmerInnenzahlen ab. Insgesamt wurden im Rahmen des Projekts<sup>3</sup> zum Ende der dritten Projektperiode 5108 Personen beraten oder behandelt, hiervon nahmen 2157 Geflüchtete refuKey Angebote in der ersten zweijährigen Aufbauphase, 1701 in der zweiten 10-monatigen und 1250 in der dritten einjährigen Projektphase wahr. 441 refuKey Patienten nahmen insgesamt an der Evaluation teil (ca. 9%), wobei 248 Erhebungen zu Behandlungsbeginn und 75 zu Behandlungsende ausgewertet werden konnten.

Außerdem sind wir auf große Schwierigkeiten bei der Erhebung in der Kontrollgruppe, einer Stichprobe von geflüchteten PatientInnen, die an der KRH Psychiatrie Wunstorf behandelt werden, gestoßen. Bei der Kontrollgruppenerhebung wird mit gleichen, oben genannten Messinstrumenten<sup>4</sup> der Behandlungserfolg bei geflüchteten PatientInnen zu Beginn und Ende des Aufenthalts an einer projektfremden Klinik erfasst, um diesen mit dem Behandlungserfolg bei geflüchteten refuKey PatientInnen zu vergleichen und die bisher berichtete Symptomverbesserung im Laufe der Behandlung bei geflüchteten refuKey Patienten besser zu verstehen.

Aufgrund des Zugangsverbots zur Klinik für nicht fest angestellte MitarbeiterInnen war die Datenerhebung durch hilfswissenschaftliche refuKey Kräfte lange Zeit verhindert und die Übertragung dieser Aufgabe auf Klinikmitarbeiter nur sehr eingeschränkt möglich. Die Zahl der Geflüchteten, die sich aus oben genannten Gründen in die stationäre oder ambulante Klinik-Behandlung an der KRH Psychiatrie Wunstorf begeben haben, ist ebenfalls gesunken. Somit konnten in dieser Projektphase vorerst 12 Teilnehmende für die Kontrollgruppe rekrutiert werden.

---

<sup>3</sup> 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 beraten bzw. behandelt wurden sind nicht inkludiert.

<sup>4</sup> Basisdokumentation und Fragebogenbatterie in acht Sprachen

# Neue Ergebnisse

Eine detaillierte Beschreibung der Ergebnisse der ersten und der zweiten Projektphase finden sich in den Evaluationsberichten zur wissenschaftlichen Begleitforschung von refuKey I und II, sodass auf eine Darlegung dieser Ergebnisse an dieser Stelle darauf verzichtet wird. Die Ergebnisse der Sekundärdatenerhebung können dem Evaluationsbericht zur wissenschaftlichen Begleitforschung von refuKey I entnommen werden - ebenso wie die Ergebnisse der ersten ExpertInnenbefragung sowie die ersten Befunde zum psychischen Zustand bei geflüchteten refuKey PatienInnen. Im Evaluationsbericht zur wissenschaftlichen Begleitforschung von refuKey II sind die Ergebnisse der BehandlerInnenbefragung sowie weitere Befunde zum psychischen Zustand bei geflüchteten refuKey PatienInnen präsentiert. Im Weiteren werden die neuen Ergebnisse aus der dritten Projektphase vorgestellt.

## 1. Fokusgruppen im Rahmen der ExpertInnenbefragung

In der dritten Projektphase wurde die Evaluationsuntersuchung im Rahmen der ExpertInnenbefragung auf vier Fokusgruppen erweitert. Die Ergebnisse der Fokusgruppen-Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring können erst im nächsten Bericht präsentiert werden, da diese sehr systematische Auswertungsmethode viel Zeit in Anspruch nimmt. Im Folgenden finden sich jedoch eine inhaltliche Zusammenfassung der vier Fokusgruppendifkussionen bezogen auf vier Hauptfragen: Auswirkungen der Covid-19-Pandemie, positive und negative Aspekte des Projektes bzw. Entwicklungen durch das Projekt sowie Zukunftsperspektiven bzw. Fazit zum Projekt.

### Fokusgruppe in Göttingen

In Göttingen wurde als Auswirkungen der Covid-19-Pandemie das Fehlen von Gruppenangeboten, sowohl in der Klinik als auch im PSZ, genannt. Darüber hinaus hätten viele Geflüchtete, laut zwei ExpertInnen, große Angst das Haus zu verlassen und kämen nicht mehr in die Ambulanz. Es wurde auch von eingeschränkten technischen Möglichkeiten in Flüchtlingsunterkünften berichtet, wodurch viele Geflüchtete keine Online Therapieangebote wahrnehmen könnten.

Als positive Entwicklung durch das Projekt wurde von drei ExpertInnen genannt, dass die Einbestellung von DolmetscherInnen auf den Stationen selbstverständlicher und reibungsloser geworden sei. Außerdem berichteten zwei ExpertInnen, dass Berührungängste mit Geflüchteten abgenommen und Geflüchtete die Möglichkeiten erhalten hätten, selbst Rückmeldung zu geben. Von drei ExpertInnen wurde betont, dass die Kooperation zwischen PSZ und Klinik sehr gut

funktioniere. Daneben berichteten zwei ExpertInnen von einem reduzierten „Drehtüreffekt“. Eine Expertin nannte zudem geleistete Hilfe bei rechtlichen Fragen, wie dem Aufenthaltsstatus, als positive Entwicklung.

Dennoch wurde betont, dass Unwissen über rechtliche Fragen und ein unsicherer Aufenthaltsstatus auch für die BehandlerInnen frustrierend seien und eine hohe Belastung darstellen würden.

Als negative Aspekte wurden der erschwerte Wiederaufbau der Zusammenarbeit mit den Stationen in der Klinik bei einem Personalwechsel, die ambulante Unterversorgung im ländlichen Raum, sowie Probleme bei Kostenübernahmen von Dolmetscher-, Fahrt-, oder Therapiekosten durch Sozialämter und Jobcenter genannt.

### Fokusgruppe in Oldenburg

Die ExpertInnen in Oldenburg zeigten sich insgesamt zufrieden mit der Implementierung des refuKey-Projektes. Positiv hervorgehoben wurde unter anderem eine enge Zusammenarbeit zwischen dem PSZ, der Landesaufnahmebehörde Blankenburg und dem dortigen Sozialdienst sowie zwischen PSZ und Klinik. Des Weiteren wurde berichtet, dass sowohl die Akzeptanz der „Therapie zu dritt“ als auch die Häufigkeit des Einsatzes von Dolmetschenden in der Behandlung von Geflüchteten durch refuKey erheblich zugenommen habe, sodass der Dolmetscheneinsatz selbstverständlicher geworden sei. Außerdem seien Berührungängste von Seiten von Mitarbeitenden der Klinik im Umgang mit Geflüchteten gesunken.

Die Erwartung, durch refuKey Zugangsbarrieren zum regulären Versorgungssystem abbauen zu können, sahen die Teilnehmenden bisher nur zum Teil erfüllt. Der Bedarf an psychotherapeutischer ambulanter Versorgung von Geflüchteten übersteige nach wie vor das derzeitige Angebot. Vor allem in der ländlichen Peripherie bestünden besonders für Geflüchtete weiterhin Versorgungslücken. Die Fokusgruppe betonte die hohe Nachfrage nach derzeitigen Angeboten des PSZ Oldenburg und damit gleichzeitig die Relevanz des refuKey-Projektes. Sie äußerte den Wunsch einer regelhaften Institutionalisierung des Projektes.

Die Covid-19-Pandemie beeinflusste im Jahr 2020 auch die Arbeit in der Region Oldenburg. Die Klinik berichtete insgesamt einen Rückgang an PatientInnen. Gruppenangebote sind ausgesetzt, das Therapieangebot via Telefon und Video erheblich ausgebaut worden. Auch das PSZ berichtete einen Anstieg an Video- bzw. telefonischen Beratungsgesprächen, die Offene Sprechstunde fände seit März 2020 nicht mehr statt. Während im Frühjahr auch ein Rückgang an KlientInnen im PSZ zu verzeichnen war, konnte dies zum Jahresende, trotz erneut steigender Zahl an Covid-19-Infektionen, nicht beobachtet werden. Der Bedarf sei ungebrochen hoch.

### Fokusgruppe in Braunschweig/Königslutter

Am Standort Braunschweig/Königslutter habe die Pandemie auch negative Folgen mit sich gebracht, sodass die Arbeit mit Geflüchteten durch die Lockdown-Maßnahmen sichtlich erschwert würde. In der kooperierenden Klinik habe die Zahl der stationären Aufnahmen abgenommen. Wenn möglich, habe man stattdessen Fälle an tagesklinische Angebote oder das Psychosoziale Zentrum weitervermittelt. ExpertInnen sowohl des PSZ, als auch der Klinik berichteten, dass die Maßnahmen Geflüchtete besonders hart treffe. Gründe hierfür seien, beispielsweise problematische Wohnverhältnisse und ein kulturell bedingt höherer Stellenwert von innerfamiliären Kontakten. Zudem sei für viele die Tagesstruktur weggefallen, weil Sprach- und Volkshochschulkurse nicht stattfänden oder Betriebe ihre Arbeit reduziert oder eingestellt hätten. Zwei ExpertInnen berichteten davon, dass insgesamt die Zahl der Anmeldungen zurückgegangen sei, gleichzeitig seien die Fälle akuter geworden. Dies könne man womöglich darauf zurückführen, dass akute Fälle beispielsweise durch die reduzierten Arbeitszeiten von SozialarbeiterInnen in den Erstaufnahmeeinrichtungen nun später erkannt würden. Als weitere Schwierigkeit wurde für alle Beteiligten das Ausweichen auf medienvermittelte Beratung und Gespräche genannt. Dies gelte insbesondere für die Arbeit mit Dolmetschenden. Gleichzeitig habe in diesem Bereich der Bedarf stark zugenommen. Mangels face-to-face-Interaktion zwischen den MitarbeiterInnen sei auch die kollegiale Verzahnung erschwert.

Aus Sicht der ExpertInnen aus der Klinik, habe sich durch refuKey die ambulante Folgeversorgung deutlich verbessert. Die Unterstützung im Bereich der sozialen Arbeit und des Case Management sei besonders hilfreich gewesen und werde von den MitarbeiterInnen als große Entlastung wahrgenommen. Weiterhin funktioniere die Vermittlung an passende Beratungsstellen über refuKey sehr gut. Im psychologisch-therapeutischen Bereich sei die Zusammenarbeit hingegen noch ausbaufähig.

Die ExpertInnen äußerten den Eindruck, dass die Wiederaufnahmeraten in der Klinik seit Beginn des Projektes zurückgegangen seien. RefuKey sei wegen der Möglichkeit rascher, niedrighwelliger Interventionen und engagierter MitarbeiterInnen eine große Hilfe in der Versorgung Geflüchteter. Das Projekt habe dazu beigetragen, die Arbeit im Netzwerk zu intensivieren, erleichtere den Zugang zu Behandlungen für Geflüchtete und führe zu einem Austausch zwischen verschiedenen Berufsgruppen, der langfristig den Kompetenzbereich aller Beteiligten erweitere. Alle ExpertInnen waren sich einig, dass eine Fortführung des Projekts äußerst wünschenswert sei.

### Fokusgruppe in Osnabrück

Das Treffen der Fokusgruppe Osnabrück ergab, dass die Implementierung des refuKey-Projekts die Verzahnung niedrig- und höherschwelliger Versorgungsangebote für Geflüchtete sowie deren Zugang dazu bereits in einigen Bereichen verbessern konnte.

Die Teilnehmenden berichteten, dass mittlerweile enge Kooperationen zwischen PSZ und niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten im Stadt- und Landkreis Osnabrück bestehen. Die Vermittlung geflüchteter Patienten im ambulanten Versorgungsbereich habe sich klar verbessert. Von Seiten der Klinik wurde betont, dass während der Kooperation v.a. die Unterstützung durch refuKey bei der Bewältigung administrativer Aufgaben im Kontext der Behandlung von Geflüchteten als entlastend wahrgenommen wurde und die Schwelle, sich mit der therapeutischen Behandlung von Geflüchteten auseinanderzusetzen, gesenkt habe.

Einig waren sich die Teilnehmenden bei der Frage danach, was im Rahmen des refuKey-Projektes zukünftig optimiert werden müsste. Die ursprüngliche Zusammenarbeit mit der Niels-Stensen-Klinik in Bramsche wurde beendet, da eine andere Klinik den Versorgungsauftrag für die Geflüchteten in der LAB bekommen hat. Derzeit fehlt es jedoch dem PSZ Osnabrück an einem Klinikkooperationspartner. Aus diesem Grund ist v.a. die stationäre Akutbehandlung von geflüchteten Patienten erschwert, genauso wie die Durchführung geplanter stationärer Aufenthalte.

Trotz Einschränkungen durch die Covid-19-Pandemie gelang es dem PSZ Osnabrück, ihre Einzelangebote weitgehend aufrechtzuerhalten. Persönliche Gespräche wurden zeitweise durch Telefon- oder Videogespräche ersetzt bzw. ergänzt. Gruppenangebote konnten teilweise, unter Einhaltung der Hygiene- und Abstandsregeln, stattfinden. Zusätzliche Belastungsfaktoren, welche die Mitarbeiterinnen des PSZ für Geflüchtete ausmachen konnten, seien u.a. die beengten Wohnverhältnisse vieler Geflüchteter, die es diesen erschwerten, sich persönliche Rückzugsmöglichkeiten zu schaffen sowie die Tatsache, dass Geflüchtete im Vergleich zu anderen Personengruppen vermehrt auf den öffentlichen Nahverkehr angewiesen seien. Des Weiteren sei das Verfolgen des aktuellen Informationsflusses aufgrund fehlender Übersetzungen für Geflüchtete erschwert.

...

## II. Primärdatenerhebung

Im Weiteren werden Ergebnisse der deskriptiven Analysen präsentiert. Von den 430 geflüchteten PatientInnen, die in der bisherigen Projektlaufzeit (refuKey I, II und III) in refuKey Kompetenzzentren beraten oder behandelt wurden und an der Evaluation des Projektes teilgenommen haben, sind 57% männlich und 43% weiblich, das mittlere Alter in der Stichprobe beträgt 32 Jahre ( $M=32.6$ ,  $SD=10.6$ ). Es haben 84% der EvaluationsteilnehmerInnen einen unsicheren Aufenthaltsstatus. Nur ca. 15% der untersuchten PatientInnen liegt eine Aufenthaltserlaubnis vor, während jeweils ebenso viele von einer Abschiebung bedroht bzw. geduldet sind und bei 49% der Aufenthalt vorübergehend gestattet ist. In Tabelle 1 wird die deskriptive Analyse von soziodemographischen und fluchtspezifischen Daten der geflüchteten PatientInnen, die in den bisherigen drei Projektphasen an der Evaluation des Projektes teilgenommen haben, dargestellt. Insgesamt kommen die untersuchten refukey PatientInnen aus 39 Ländern. Die häufigsten Herkunftsländer sind Iran (20.9%), Afghanistan (16.6%), Syrien (10.5%), Irak (8.1%), Nigerien (4.3%) und Lebanon (2.8%).

Die geflüchteten PatientInnen, die an der Evaluation in den ersten beiden Projektphasen teilnahmen, unterscheiden sich nicht in Bezug auf Familienstand von den PatientInnen, die an der Evaluation in der dritten Projektphase teilnahmen. Es finden sich allerdings Unterschiede zwischen diesen drei Gruppen in der Alters- und Geschlechtsverteilung, wobei die PatientInnen im Schnitt mit dem Projekt älter werden und in refuKey II mehr männliche Patienten an der Evaluation teilnahmen. Es konnte verzeichnet werden, dass während der Projektlaufzeit auch die Zahl der sicheren Aufenthaltstitel anstieg. So verfügen 81% der teilnehmenden geflüchteten PatientInnen in refukey III über einen unsicheren Aufenthaltstitel, demgegenüber waren es 89% in refuKey I.

		Gesamt- stichprobe (N=430)	Teilnehmer* refuKey I (N=177) (%)	Teilnehmer* refuKey II (N=125) (%)	Teilnehmer* refuKey III (N=128) (%)	
<b>Alter</b>	M	32.61	31.0	33.65	34.65	
	SD	10.6	9.9	10.5	11.9	
	Range	15 - 71	17 - 62	15 - 59	18 - 71	
<b>Geschlecht</b>	männlich	170 (57)	78 (54)	54 (67)	38 (52)	
	weiblich	128 (43)	66 (46)	27 (33)	35 (48)	
	keine Angabe	132	33	44	55	
<b>Familienstand</b>	verheiratet / in einer Beziehung lebend	109 (39)	55 (41)	24 (32)	30 (43)	
	ledig / geschieden / verwitwet	172 (61)	81 (59)	52 (68)	39 (57)	
	keine Angabe	149	41	49	59	
<b>Aufenthalts- status</b>	<b>unsicher</b>	Abschiebungsandrohung	40 (15)	22 (18)	11 (15)	7 (10)
		Duldung	40 (15)	23 (18)	7 (10)	10 (14)
		Aufenthaltsgestattung	130 (49)	59 (47)	34 (48)	37 (53)
		sonstiges	13 (5)	8 (6)	3 (4)	2 (3)
	<b>sicher</b>	Aufenthaltsurlaubnis	33 (12)	9 (7)	14 (20)	10 (14)
		Niederlassungserlaubnis	7 (3)	2 (2)	2 (3)	3 (4)
		Visum	3 (1)	2 (2)	0 (0)	1 (1)
	keine Angabe	164	52	54	58	

*Tabelle 1. Soziodemographische und flucht-spezifische Charakteristika der an der Evaluation teilnehmenden geflüchteten PatientInnen in refuKey I, II und III.*

\* - Innen, M Mittelwert, SD Standardabweichung.

Die vergleichende Analyse der soziodemographischen und fluchtspezifischen Daten der geflüchteten PatientInnen, die während refuKey III in mit refuKey kooperierenden Kliniken behandelt wurden, vs. derer der Kontrollgruppe, die in der projektfremden Klinik behandelt wurde, ist in der Tabelle 2 abgebildet. Es liegen leider keine Altersangaben für die Kontrollgruppe vor, daher konnte dieser Vergleich nicht durchgeführt werden. Die beiden Stichproben unterscheiden sich nicht in der Geschlechtsverteilung und im Familienstatus, allerdings besteht ein hoch signifikanter Unterschied in Bezug auf den Aufenthaltsstatus. In der Kontrollgruppe beläuft sich der Anteil der sicheren Aufenthaltstitel 82%, während dieser Anteil in der refuKey Stichprobe weniger als 10% beträgt.



		Gesamtstichprobe (N=26)	Teilnehmer* Klinik refuKey III (N=15) (%)	Teilnehmer* Kontrollgruppe (N=11) (%)	p-Wert	F-Wert / $\chi^2$ -Wert	
<b>Alter</b>	M	33.4	33.4	-			
	SD	14.0	14.0				
	Range	19 - 68	19 - 68				
<b>Geschlecht</b>	männlich	15 (59)	8 (54)	7 (69)	n.s.	.872	
	weiblich	10 (41)	6 (46)	4 (31)			
	keine Angabe	1	1	0			
<b>Familienstand</b>	verheiratet / in einer Beziehung lebend	9 (39)	5 (42)	4 (35)	n.s.	1.777	
	ledig / geschieden / verwitwet	14 (61)	7 (58)	7 (65)			
	keine Angabe	3	3	0			
<b>Aufenthaltsstatus</b>	<b>unsicher</b>	Abschiebungsandrohung	3 (12)	2 (14)	1 (9)	<.05	12.178
		Duldung	4 (16)	4 (29)	0 (0)		
		Aufenthalts-gestattung	7 (28)	6 (43)	1 (9)		
		sonstiges	1 (4)	1 (7)	0 (0)		
	<b>sicher</b>	Aufenthalts-erlaubnis	6 (24)	0 (0)	6 (55)	<.01	10.000
		Niederlassungserlaubnis	3 (12)	0 (0)	3 (27)		
		Visum	1 (4)	1 (7)	0 (0)		
		keine Angabe	1	1	0		

Tabelle 2. Soziodemographische und flucht-spezifische Charakteristika der an der Evaluation teilnehmenden geflüchteten refuKey PatientInnen und PatientInnen in der Kontrollgruppe (Chi-Quadrat Analyse). \* - Innen, M Mittelwert, SD Standardabweichung, p-Wert Signifikanzlevel, F-Wert Teststatistik in der Varianzanalyse,  $\chi^2$ -Wert Teststatistik in der Chi-Quadrat-Analyse, n.s. nicht signifikant.

	Prä-Behandlungsmessung (%)						Post-Behandlungsmessung (%)					
	N	< Cut	Cut	Cut	Cut	Cut	N	< Cut	Cut	Cut	Cut	Cut
		off	off + 1 SD	off + 2 SD	off + 3 SD	off + 4 SD		off	off + 1 SD	off + 2 SD	off + 3 SD	off + 4 SD
<b>Depression (HSCL-25-D)</b>	241	<b>5.8</b>	12.0	30.3	39.8	12.0	74	<b>16.2</b>	33.8	25.7	23.0	1.4
<b>Ängstlichkeit (HSCL-25-A)</b>	248	<b>6.5</b>	19.4	36.3	29.4	8.5	75	<b>14.7</b>	37.3	29.3	17.3	1.3
<b>Psychotizismus (SCL-90-P)</b>	229	<b>6.6</b>	23.6	31.9	28.8	9.2	72	<b>22.2</b>	43.1	18.1	12.5	4.2
<b>Somatisierung (SCL-90-S)</b>	245	<b>18.4</b>	29.4	31.4	18.0	2.9	73	<b>45.5</b>	24.7	20.5	9.6	0
<b>Traumatisierung (HTQ)</b>	244	<b>25.8</b>	37.7	30.7	5.3	.4	74	<b>37.8</b>	39.2	20.3	2.7	0

Tabelle 3. Prävalenz von klinisch relevanten Symptomen und ihr Schweregrad für alle Prä- und Post-Behandlungsmessungen in refuKey I, II und III. 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 Standardabweichung.

Der Anteil von klinisch auffälligen PatientInnen zu Behandlungsbeginn ebenso wie der Schweregrad der Symptomatik sind in der gesamten Projektlaufzeit ebenso wie in der letzten Projektphase sehr hoch bezogen auf alle Skalen (Tab. 3 und Tab. 4). In der letzten Projektphase zeigen die EvaluationsteilnehmerInnen zu Beginn der Behandlung zu 93% klinisch auffällige Depressionswerte, zu 92% klinisch auffällige Ängstlichkeitswerte, zu 100% klinisch auffällige Psychotizismuswerte, zu 95% klinisch auffällige Somatisierungswerte und zu 65% klinisch auffällige Traumatisierungswerte (Tab. 4). Nach der Behandlung fällt der Anteil der klinisch auffälligen PatientInnen **im Unterschied zur vorherigen Projektlaufzeit in dieser Projektphase** nur teilweise niedriger, teilweise aber sogar höher aus, wie zum Beispiel für depressive Symptomatik und Ängstlichkeit (jeweils 97%), **worauf in der Diskussion eingegangen wird**. 91% präsentieren klinisch auffällige Psychotizismuswerte und 64% posttraumatische Symptomatik. Nur der Anteil der klinisch auffälligen Somatisierung ist bei den PatientInnen stark (um 24%) gesunken. Aufgrund von kleiner Stichprobengröße in der Kontrollgruppe wurde für die Kontrollgruppe auf diesen Analyseschritt verzichtet.

	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
<b>Depression (HSCL-25-D)</b>	95	<b>7.4</b>	16.8	35.8	34.7	5.3	33	<b>3.0</b>	33.3	24.2	36.4	3.0
<b>Ängstlichkeit (HSCL-25-A)</b>	100	<b>8.0</b>	24.0	40.0	26.0	2.0	34	<b>2.9</b>	41.2	29.4	23.5	2.9
<b>Psychotizismus (SCL-90-P)</b>	80	<b>0</b>	13.8	27.5	38.8	20.0	33	<b>9.1</b>	39.4	27.3	18.2	6.1
<b>Somatisierung (SCL-90-S)</b>	94	<b>5.3</b>	27.7	36.2	24.5	6.4	33	<b>27.3</b>	30.3	30.3	12.1	0
<b>Traumatisierung (HTQ)</b>	98	<b>34.7</b>	38.8	22.4	4.1	0	33	<b>36.4</b>	33.3	27.3	3.3	0

*Tabelle 4. Prävalenz von klinisch relevanten Symptomen und ihr Schweregrad für alle Prä- und Post-Behandlungsmessungen in refuKey III. 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 Standardabweichung.*

Im ersten inferenzstatistischen Analyseschritt (Tab. 5) wurden die Parameter für den psychischen Zustand bei den geflüchteten PatientInnen vor der Behandlung in den drei Projektphasen mittels der multivariaten Varianzanalyse (MANOVA) verglichen. Alle Parameter unterscheiden sich nicht signifikant voneinander, die geflüchteten PatientInnen sind im Schnitt in der gesamten Projektlaufzeit zu Behandlungsbeginn gleich schwer belastet.

	Gesamt (N=248)		refukey I (N=109)		refuKey II (N=74)		refuKey III (N=65)		p- Wert	F- Wert	df
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
<b>Allg. Wohlbefinden</b> (WEMWBS)	<b>34.8</b>	11.0	33.3	11.8	36.3	10.2	35.8	10.3	ns	2.045	2
<b>Depression</b> (HSCL-25-D)	<b>45.4</b>	7.7	46.4	7.0	44.6	8.3	44.7	7.9	ns	1.737	2
<b>Ängstlichkeit</b> (HSCL-25-A)	<b>29.4</b>	6.0	30.0	6.0	29.0	6.1	28.9	6.0	ns	.779	2
<b>Psychotizismus</b> (SCL-90-P)	<b>22.6</b>	7.8	24.6	7.3	21.9	8.6	21.7	7.4	ns	1.578	2
<b>Somatisierung</b> (SCL-90-S)	<b>26.8</b>	10.3	27.7	10.0	26.1	11.2	26.1	9.6	ns	.796	2
<b>Traumatisierung</b> (HTQ)	<b>86.2</b>	15.3	88.6	15.3	84.2	14.2	84.5	16.1	ns	2.424	2
<b>Lebensqualität</b> (WHOQoL)	<b>65.0</b>	14.4	63.5	14.7	67.8	13.5	64.3	14.7	ns	2.086	2

*Tabelle 5. Psychischer Zustand bei geflüchteten PatientInnen zu Behandlungsbeginn in refuKey I, II & III (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 Standardabweichung, p-Wert Signifikanzlevel, F-Wert Teststatistik in der Varianzanalyse, df/Freiheitsgrade, n.s. nicht signifikant.

	Gesamt (N=93)		refukey I (N=45)		refuKey II (N=20)		refuKey III (N=28)		p- Wert	F- Wert	df
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
<b>Allg. Wohlbefinden</b> (WEMWBS)	43.4	13.0	<b>46.4</b>	14.3	<b>40.6</b>	12.1	<b>40.7</b>	10.5	ns	2.284	2
<b>Depression</b> (HSCL-25-D)	37.2	11.1	<b>34.2</b>	10.9	<b>39.1</b>	12.6	<b>40.6</b>	9.0	<b>&gt;.05</b>	3.440	2
<b>Ängstlichkeit</b> (HSCL-25-A)	24.2	7.6	<b>23.2</b>	7.8	<b>22.9</b>	8.2	<b>26.8</b>	6.4	ns	2.324	2
<b>Psychotizismus</b> (SCL-90-P)	12.9	10.3	<b>9.6</b>	8.7	<b>16.1</b>	13.6	<b>15.8</b>	8.4	<b>&gt;.01</b>	4.803	2
<b>Somatisierung</b> (SCL-90-S)	15.7	12.1	<b>12.7</b>	11.7	<b>18.0</b>	14.5	<b>18.8</b>	9.9	ns	2.758	2
<b>Traumatisierung</b> (HTQ)	72.5	20.9	<b>67.9</b>	21.3	<b>75.8</b>	24.4	<b>77.5</b>	16.1	ns	2.197	2
<b>Lebensqualität</b> (WHOQoL)	74.0	18.3	<b>76.5</b>	23.2	<b>71.1</b>	12.5	<b>72.2</b>	11.5	ns	.807	2

*Tabelle 6. Psychischer Zustand bei geflüchteten PatientInnen zu Behandlungsende in refuKey I, II & III (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 Standardabweichung, p-Wert Signifikanzlevel, F-Wert Teststatistik in der Varianzanalyse, df/Freiheitsgrade, n.s. nicht signifikant.

Zum Behandlungsende zeigen sich die refuKey PatientInnen in der letzten Projektphase stärker belastet als in refuKey I (Tab. 6). Insgesamt nimmt die psychische Belastung am Ende der Behandlung in den letzten Jahren zu.

	Gesamt (N=179)		PSZ (N=123)		Klinik (N=56)		p- Wert	F- Wert	df
	M	SD	M	SD	M	SD			
<b>Allg. Wohlbefinden</b> (WEMWBS)	34.0	11.3	33.5	10.8	35.2	11.3	ns	.816	1
<b>Depression</b> (HSCL-25-D)	45.9	7.3	46.2	7.4	45.2	7.1	ns	.688	1
<b>Ängstlichkeit</b> (HSCL-25-A)	29.5	6.0	29.6	5.8	29.4	6.4	ns	.052	1
<b>Psychotizismus</b> (SCL-90-P)	23.1	7.0	23.0	8.0	23.2	7.0	ns	.020	1
<b>Somatisierung</b> (SCL-90-S)	27.3	10.1	27.4	10.0	27.2	10.4	ns	.013	1
<b>Traumatisierung</b> (HTQ)	87.4	15.7	88.0	14.9	86.0	17.3	ns	.615	1
<b>Lebensqualität</b> (WHOQoL)	63.5	14.6	62.9	14.1	64.8	15.5	ns	.633	1

*Tabelle 7. 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 Standardabweichung, p-Wert Signifikanzlevel, F-Wert Teststatistik in der Varianzanalyse, df Freiheitsgrade, n.s. nicht signifikant.

In der Tabelle 7 ist der Vergleich der psychischen Belastung vor der Behandlung zwischen PatientInnen, die in Kooperationskliniken behandelt wurden, und derer, die im PSZ behandelt wurden, dargestellt. Ebenso wie in den vorherigen Untersuchungen wurde auch diesmal kein signifikanter Unterschied im Schweregrad der Symptomatik bei den in einer refuKey Kooperationsklinik und den an einem PSZ angebundenen Geflüchteten gefunden.

Im nächsten Analyseschritt wurden mithilfe eines t-Tests für abhängige Stichproben die psychische Belastung der im Rahmen von refuKey I, II und III behandelten Geflüchteten vor und nach der Behandlung verglichen. Das Ergebnis aus der letzten Untersuchung konnte repliziert werden, es wurde eine statistisch hoch signifikante Verbesserung des psychischen Zustandes im Laufe der Behandlung auf allen gemessenen Parametern der psychischen Gesundheit gefunden (siehe Tab. 8). Die psychische Belastung verringert sich mit der Behandlung im Schnitt um ca. 10 Punkte: Depression (-8.4 Punkte,  $t=4.897$ ,  $p < .001$ ), Ängstlichkeit (-4,5 Punkte,  $t=6.603$ ,  $p < .001$ ), Psychotizismus (11,8 Punkte,  $t=8.828$ ,  $p < .001$ ), Somatisierung (-11,3 Punkte,  $t=8.177$ ,  $p < .001$ ) und Traumatisierung (-11,7 Punkte,  $t=4.534$ ,  $p < .001$ ). Allgemeines Wohlbefinden und Lebensqualität steigen im Schnitt um ca. 9 Punkte (WEMWBS: +10 Punkte,  $t=-6.138$ ,  $p < .001$ ; WHOQoL: +7,9 Punkte,  $t= -3.628$ ,  $p < .05$ ).

	N	Prä-Behandlungsmessung		Post-Behandlungsmessung		Behandlungseffekt		p-Wert	t-Wert	df
		M	SD	M	SD	M	SD			
<b>Allg. Wohlbefinden</b> (WEMWBS)	61	34.5	13.8	44.5	12.5	<b>10.0</b>	12.7	<b>&lt;.001</b>	-6.138	60
<b>Depression</b> (HSCL-25-D)	57	44.1	9.0	35.7	11.3	<b>-8.4</b>	9.6	<b>&lt;.001</b>	4.897	58
<b>Ängstlichkeit</b> (HSCL-25-A)	59	27.7	6.8	23.3	7.8	<b>-4.5</b>	7.0	<b>&lt;.001</b>	6.603	56
<b>Psychotizismus</b> (SCL-90-P)	52	23.6	7.5	11.8	8.8	<b>-11.8</b>	9.6	<b>&lt;.001</b>	8.828	51
<b>Somatisierung</b> (SCL-90-S)	52	26.9	9.9	15.6	11.5	<b>-11.3</b>	10.0	<b>&lt;.001</b>	8.177	51
<b>Traumatisierung</b> (HTQ)	57	81.6	17.9	69.9	19.9	<b>-11.7</b>	19.4	<b>&lt;.001</b>	4.534	56
<b>Lebensqualität</b> (WHOQoL)	54	67.3	16.9	75.2	20.2	<b>7.9</b>	16.0	<b>&lt;.05</b>	-3.628	53

*Tabelle 8. Psychischer Zustand bei geflüchteten PatientInnen vor und nach der Behandlung im Rahmen von refuKey I, II und III (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 Standardabweichung, p-Wert Signifikanzlevel, F-Wert Teststatistik in der Varianzanalyse, df/Freiheitsgrade, n.s. nicht signifikant.*

Aufgrund der noch niedrigen Stichprobengröße haben wir darauf verzichtet, die psychische Belastung bei geflüchteten PatientInnen, die in einer refuKey Kooperationsklinik behandelt wurden, mit der psychische Belastung in der Kontrollgruppe, die in der projektfremden Klinik behandelt wurden, zu vergleichen. Das Ergebnis ist eines solchen direkten Vergleiches wäre wenig aussagekräftig.

Im Rahmen der Primärdatenerhebung werden zusätzlich zum psychischen Zustand der geflüchteten PatientInnen die post-migrativen Lebensstressoren und ihr Zusammenspiel mit der psychischen Belastung untersucht. Zu diesem Zweck schätzten geflüchtete PatientInnen unter anderem das Ausmaß der post-migrativen Lebensstressoren (siehe Abbildung 2) für sich ein. Die untersuchten post-migrativen Faktoren decken folgende fünf belastende Kategorien ab: allgemeine Adaption, familiäre Sorgen, Asylbewerbungsprozess & Aufenthaltsbestimmungen, sozioökonomische Stressoren und soziale & kulturelle Isolation. Die größte Sorge der geflüchteten PatientInnen in refuKey III stellte genauso wie in refuKey I und II die Angst vor zukünftiger Rücksendung in die Heimat dar. Die Trennung von der Familie, die Sorge um im „Herkunftsland“<sup>5</sup> verbliebene Familienangehörige, die Unmöglichkeit, im Notfall in die „Heimat“ zurückzukehren,

<sup>5</sup> Die Begriffe „Heimat“ und „Heimatland“ wurde von der Itemformulierung der Skala für post-migrative Lebensstressoren (PMLD) übernommen.

Schwierigkeiten einen angemessenen Wohnraum zu bekommen sowie Einsamkeit, Langweile und Isolation wurden weiterhin als schwere Probleme bewertet. Nur Konflikte mit Autoritäten und mit eigener oder anderen ethnischen Gruppen wurden in allen drei Projektphasen als ein kleines Problem der Postmigration eingestuft.

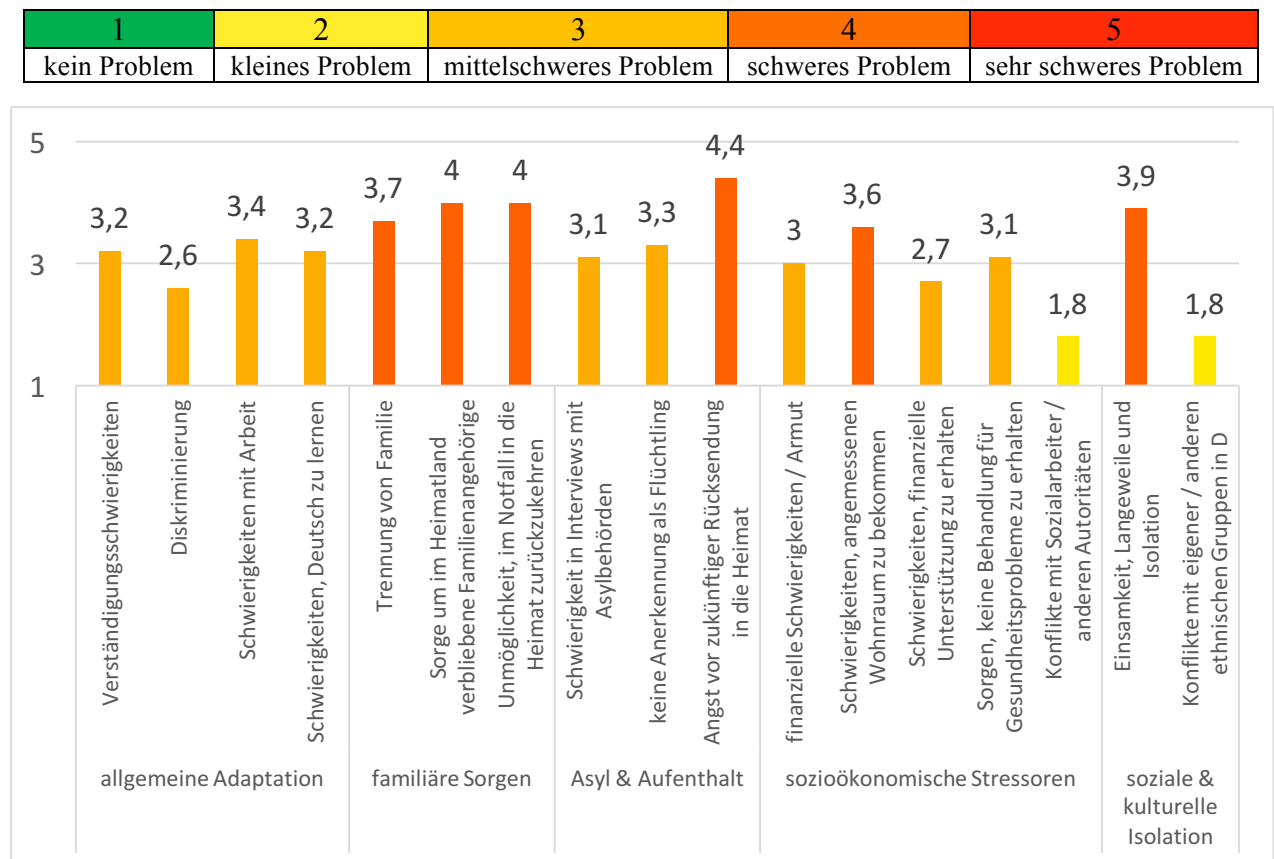


Abbildung 2. Einschätzung der Schwere der post-migrativen Lebensstressoren im Schnitt in der gesamten Projektlaufzeit (PMLDS, N=306 - 346). Die Angaben bilden die Mittelwerte über alle PatientInnen hinweg hinsichtlich der Einschätzung der Schwere des Problems zwischen 1 (kein Problem) und 5 (sehr schweres Problem) ab

In der Tabelle 9 sind die Ergebnisse der Korrelationsanalyse zum Zusammenhang zwischen den erhobenen Parametern der psychischen Belastung und den post-migrativen Stressoren in refuKey III präsentiert. Die Befunde aus den Projektevaluationen von refuKey I und II diesbezüglich wurden in refuKey III ebenfalls repliziert. Es besteht ein hoch signifikanter mittelstarker Zusammenhang zwischen post-migrativen Stressoren und dem psychischen Zustand der Geflüchteten. Die einzige Ausnahme stellt der fehlende signifikante Zusammenhang zwischen der Psychotizismus-Messung und den post-migrativen Stressoren in refuKey III. Der Zusammenhang fällt schwächer aus als in der vorherigen Untersuchung (refuKey II) und liegt ähnlich wie in refuKey I zwischen  $r=.353$  und

$r = -.653$  im Vergleich zu  $r = -.250$  bis  $r = -.537$ . Besonders hoch ist dabei der Zusammenhang zwischen post-migrativen Stressoren und Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung sowie wahrgenommener Lebensqualität.

	N	r	Sig. (2-seitig)
<b>Allg. Wohlbefinden (WEMWBS)</b>	97	<b>-.374</b>	.000
<b>Depression (HSCL-25-D)</b>	94	<b>.410</b>	.000
<b>Ängstlichkeit (HSCL-25-A)</b>	94	<b>.329</b>	.001
<b>Psychotizismus (SCL-90-P)</b>	75	.189	.104
<b>Somatisierung (SCL-90-S)</b>	88	<b>.233</b>	.029
<b>Traumatisierung (HTQ)</b>	92	<b>.537</b>	.000
<b>Lebensqualität (WHOQoL)</b>	97	<b>-.507</b>	.000

*Tabelle 9. Korrelation zwischen den Parametern der psychischen Belastung und den post-migrativen Stressoren in refuKey III (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).

Die Ergebnisse der Korrelationsanalyse zum Zusammenhang zwischen der psychischen Belastung und den post-migrativen Stressoren in der gesamten refuKey Stichprobe sind in den Tabelle 10 abgebildet.

	N	r	Sig. (2-seitig)
<b>Allg. Wohlbefinden (WEMWBS)</b>	339	<b>-.339</b>	.000
<b>Depression (HSCL-25-D)</b>	333	<b>.425</b>	.000
<b>Ängstlichkeit (HSCL-25-A)</b>	335	<b>.346</b>	.000
<b>Psychotizismus (SCL-90-P)</b>	283	<b>.294</b>	.000
<b>Somatisierung (SCL-90-S)</b>	300	<b>.294</b>	.000
<b>Traumatisierung (HTQ)</b>	332	<b>.503</b>	.000
<b>Lebensqualität (WHOQoL)</b>	343	<b>-.546</b>	.000

*Tabelle 10. Korrelation zwischen den Parametern der psychischen Belastung und den post-migrativen Stressoren in der gesamten refuKey Stichprobe (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).

## Fazit und Diskussion

Die neuen Befunde der wissenschaftlichen Begleitforschung von refuKey stellen eine wichtige Quelle für relevante Erkenntnisse dar.

Zu einem liefern die Diskussionen in den Fokusgruppen neue Einblicke in die alltägliche Arbeit im Projekt und beleuchten die wichtigen positiven Veränderungen der Regelversorgung durch das Projekt, aber auch die weiterhin bestehenden Schwierigkeiten in der Versorgung von Geflüchteten. Die vier Fokusgruppen lassen diesbezüglich ein einheitliches Bild entstehen. In allen Fokusgruppen kommen die ExpertInnen zu dem Schluss, dass das refuKey Projekt sehr wichtige Arbeit leistet, um bestehende Versorgungslücken zu schließen und die Regelversorgung interkulturell zu öffnen. Dennoch gibt es noch Vieles, was es zu verbessern gilt. **Die ExpertInnen sind sich einig, dass das refuKey Projekt mit seinen psychosozialen Zentren und kooperierenden Kliniken als Kompetenzzentren für die Versorgung von Geflüchteten unabdingbar ist und unbedingt weiterbestehen sollte.**

Zum anderen gewinnen die Befunde durch die vergrößerte Stichprobe der geflüchteten refuKey PatientInnen in der Primärdatenerhebung und die Replikation der Befunde der beiden früheren Untersuchungen an wissenschaftlichem Gewicht und allgemeiner repräsentativer Aussagefähigkeit. So können zum Beispiel die hohe symptomatische Belastung der geflüchteten PatientInnen zu Beginn der Behandlung bei refuKey, der signifikante Rückgang der Symptomatik im Laufe der Behandlung und die Steigerung des Wohlbefindens durch den Kontakt zu refuKey sowie der mittelstarke Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und den post-migrativen Lebensstressoren als verallgemeinerbar gesichert gelten.

Bemerkenswerterweise ist in der dritten Projektphase im Unterschied zu den beiden früheren Untersuchungen kein Rückgang beim Anteil der klinisch auffälligen Depressionen und Ängstlichkeit im Laufe der Behandlung, sondern im Gegenteil ein Zuwachs, wie in der Tabelle 3 und 4 dargestellt, zu verzeichnen. Ebenfalls ist der Rückgang der depressiven Symptomatik sowie der Psychotizismus-Werte im Laufe der Behandlung kleiner als bei refuKey I (siehe Tabelle 6). Es liegt nahe anzunehmen, dass sich darin die Belastung durch die Covid-19-Pandemie widerspiegelt.

Des Weiteren ist es wichtig zu verzeichnen, dass wie in der Tabelle 5 zu sehen ist, die psychische Belastung bei den Geflüchteten, die sich an refuKey Zentren wenden, mit der Projektlaufzeit nicht abnimmt. Trotz der gesunkenen Zahl der Asylanträge bleibt der Zulauf zu refuKey, abgesehen von



einem corona-bedingten Rückgang im Frühjahr 2020, konstant und diese Geflüchteten sind weiterhin sehr stark belastet.

Des Weiteren spielten die Covid-19-Pandemie und ihre Auswirkungen eine große Rolle bei der Evaluation des letzten Projektjahres selbst. Sowohl die notwendige Umstrukturierung der refuKey Angebote (wie Verzicht auf offene Sprechstunden und die Einführung von digitalen Angebote) als auch die Angst vor Ansteckung bei den Geflüchteten führten zu einem Rückgang an face-to-face Behandlungs- bzw. Beratungskontakten. Vor allem in refuKey kooperierenden Kliniken und in der projektfremden Klinik, in der die Kontrollgruppe rekrutiert werden sollte, führte dieser Umstand zu einem sehr niedrigen Evaluationsrücklauf in der letzten Projektphase.

Aufgrund der noch aus den o.g. Gründen niedrigen Anzahl der Teilnehmenden in der Kontrollgruppe ließ sich der Vergleich der psychischen Belastung sowie des Behandlungseffektes der refuKey behandelten Geflüchteten und der nicht refuKey behandelten Kontrollgruppe nur begrenzt anstellen. Der Behandlungseffekt schien sich in beiden Gruppen jedoch descriptiv nicht zu unterscheiden. Es lässt allerdings an dieser Stelle nicht klären, ob es bei diesem Befund um ein Artefakt der kleinen Stichprobengröße oder um ein reliables Ergebnis handelt.

In der nächsten Projektphase werden wir die qualitative Inhaltsanalyse der Fokusgruppe durchführen sowie weiterhin Primärdaten u.a. der geflüchteten Kontrollgruppe erheben und im Vergleich zur refuKey-Gruppe analysieren.