



refuKey

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

eine Kooperation der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und der NTFN Psychosoziale Zentren gGmbH (NTFN)

zur wissenschaftlichen Begleitforschung

von refuKey VIII

Vera Mohwinkel, Annika Meyer, Beata Trilesnik,
Daniela Finkelstein, Iris Tatjana Graef-Calliess

Gefördert durch:



**Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung**

Einleitung

Globale Kriegs- und Konfliktsituationen, u.a. im Sudan, im Südsudan, in der Demokratischen Republik Kongo, in Myanmar, zwischen der Ukraine und Russland und zwischen Israel und Palästina, veranlassten die gewaltsame Vertreibung von ca. 117,3 Millionen Menschen in 2025 (Stand: Mitte 2025; UNHCR, 2025). Mehr als die Hälfte dieser Personen (67,8 Millionen) waren sog. Binnenvertriebene, 50,9 Millionen werden der Gruppe von Geflüchteten und Asylsuchenden zugezählt (darunter Geflüchtete unter dem UNHCR-Mandat sowie unter dem UNRWA-Mandat; UNHCR, 2025). Auch wenn die globale Zahl an Menschen auf der Flucht erstmals seit einer Dekade leicht zurückging (im Vgl.: 123,2 Millionen Vertriebene zum Jahresende 2024; UNHCR, 2025), gibt das Flüchtlingsnetzwerk der Vereinten Nationen zu bedenken: Der zahlenmäßige Rückgang sei erklärbar durch einen deutlichen Anstieg an Rückkehrer*innen in nach wie vor aktive Kriegs- und Konfliktsituationen. Die Möglichkeiten der Rückkehrenden zum Wiederaufbau und Wiedereingliederung seien entsprechend stark beeinträchtigt (UNHCR, 2025). Obwohl die Zahl an in Deutschland gestellten Asylerstanträgen im Jahr 2025 um knapp die Hälfte im Vergleich zum Vorjahr gesunken ist (Bundeszentrale für politische Bildung, 2026), gehörte Deutschland 2025 erneut zu den weltweit fünf größten Aufnahmeländern von Geflüchteten: ca. 2,7 Millionen Geflüchtete, mehrheitlich Ukrainer*innen (44%) und Syrer*innen (26%), hielten sich 2025 in Deutschland auf (UNHCR, 2025).

Empirische Befunde zeigen, dass Geflüchtete im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein signifikant erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychischer Erkrankungen aufweisen, insbesondere für Traumafolgestörungen, affektive Störungen, Angststörungen sowie psychotische Krankheitsbilder (Brunnet et al., 2020; Djelantik et al., 2020; Hollander et al., 2016). Erfahrungen schwerer Belastungen oder Traumatisierungen vor und während der Flucht sowie anhaltende psychosoziale Stressoren nach der Ankunft im Aufnahmeland haben einen substantiellen Einfluss auf das psychische Wohlergehen geflüchteter Menschen (Brunnet et al., 2020; Jurado, 2017; Byrow et al., 2022; Schouler-Ocak, 2020), wobei Studien zeigen, dass der Einfluss sog. postmigrativer Stressoren auf die psychische Gesundheit jenen Einfluss prä- und perimigrativer Traumata noch übersteigt (Bourque et al., 2011; Li et al., 2016; Jannesari et al., 2020). Faktoren wie der Ausschluss vom Arbeitsmarkt sowie prekäre und isolierte Lebensbedingungen stellen dabei mitunter zentrale Stressoren dar. Zudem zeigen Studien einen signifikanten Zusammenhang zwischen einem unsicheren Aufenthaltsstatus und dem psychischen Belastungsgrad von Geflüchteten (Côté-Olijnyk et al., 2024; Müller et al., 2018). Dabei stehen temporäre Aufenthaltsstatus, verlängerte Asylverfahrensprozesse und die Unterbringung in immigration detention nachweislich in Verbindung mit einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit (Li et al., 2016). Die Ablehnung eines

Asylbescheids darüber hinaus geht oft einher mit einer erhöhten Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen und suizidaler Gedanken (Mueller et al., 2010; Schoretsanitis et al., 2018), im Zusammenhang stehend u. a. mit stark eingeschränkten Lebensgestaltungsmöglichkeiten, Fremdbestimmungserleben, einer fehlenden Zukunftsperspektive und dem Gefühl fehlender Anerkennung als Mensch (Sagbakken et al., 2022). In Deutschland galten Ende 2024 220.808 Menschen als ausreisepflichtig, davon 178.512 mit einer Duldung (Quelle: Antwort der Bundesregierung, 11.02.2025). Grundsätzlich kann ein Duldungsstatus, jeweils ausgesprochen für einen begrenzten Zeitraum, unbestimmt oft verlängert werden. Im Frühjahr 2025 lebten z. B. 41% der Geflüchteten mit Duldungsstatus bereits seit mehr als 5 Jahren in Deutschland (Wie viele Personen haben eine Duldung?, 3.12.2025). Zusätzlich befanden sich Ende 2024 über 200.000 Personen im Asylprozess (Rierner, Rau & Schalast, 16.06.2025) mit noch ungewisser Bleibeperspektive. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer für einen Asylantrag (Erstantrag und Folgeantrag) im Januar 2025 lag bei ca. 12 Monaten (Rierner, Rau & Schalast, 16.06.2025). Zusammengenommen verfügten also knapp eine halbe Millionen der in Deutschland lebenden Geflüchteten über einen unsicheren Aufenthaltsstatus (entspricht ca. jeder fünften Person).

Psychosoziale Zentren (PSZ) sind in diesem Zusammenhang von erheblicher Relevanz: Sie schließen eine Lücke in der psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosozialen Versorgungslandschaft von Geflüchteten in Deutschland. Aufgrund einer Vielzahl an Barrieren (z. B. fehlende Mobilität, fehlende Übernahme von Sprachmittlungskosten, mangelnde Diskriminierungssensibilität von Behandler*innen, u.a.; Byrow et al., 2020; Dumke et al., 2024b) ist der Zugang zur Regelversorgung für Geflüchtete erheblich erschwert. Hinzu kommt, dass Geflüchteten aufgrund rechtlicher Bestimmungen aktuell in den ersten 36 Monaten ihres Aufenthaltes in Deutschland nur Zugang zu eingeschränkten Gesundheitsdienstleistungen (§4, §6 AsylbLG) erhalten. Eine regelhafte psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgung – auch wenn entsprechende Behandlungsrichtlinien eine Behandlung vorliegender Krankheitsbilder (z. B. PTBS, Depression) implizieren würden – ist darin bisher i.d.R. nicht inkludiert. Umso relevanter ist die Bereitstellung niedrigschwelliger, spezialisierter Versorgungsangebote durch PSZ – v. a. zu Beginn ihres Aufenthaltes in Deutschland für viele psychisch belastete Geflüchtete zunächst die vielleicht einzige Chance auf ein angemessenes Behandlungs- resp. Beratungsangebot. Die BafF (2025) berichtet entsprechend, dass im Jahr 2023 36% aller Klient*innen, die in einem der unter dem Dachverband zusammengeschlossenen PSZ behandelt wurden, eine Aufenthaltsgestattung hatten und somit aller Wahrscheinlichkeit nach noch keinen regulären Zugang zum Gesundheitssystem. Gleichzeitig schätzt die BafF (2025), dass trotz bestehender Angebote der PSZ und ihrer Kooperationspartner*innen nur ca. 3,3% des potenziellen Versorgungsbedarfs abgedeckt werden konnten. In einer längsschnittlichen Untersuchung ermittelten Dumke und Kollegen (2024a), dass maximal ein Siebtel aller

behandlungsbedürftigen Geflüchteten innerhalb eines Jahres ein minimal ausreichendes Behandlungsangebot erhielten. „Auch wenn die Zentren ihre Kapazitäten ein wenig erhöhen konnten, reichten ihre Ressourcen bei Weitem nicht aus, um mehr als einen Bruchteil des Bedarfs zu decken.“ (BafF, 2025, S. 89).

Das Projekt refuKey setzt nun an der Schnittstelle zwischen Regelversorgung und spezialisierter psychosozialer Versorgung an, indem es, einen stepped-care Ansatz verfolgend, beide Versorgungsinstanzen miteinander vernetzt, um die Versorgungslage von Geflüchteten und Asylsuchenden in Niedersachsen nachhaltig zu verbessern. Die vorliegenden Evaluationsergebnisse zeigen, dass sich die psychische Belastung der teilnehmenden Geflüchteten im Verlauf der Behandlung in allen bisherigen Projektphasen deutlich und statistisch signifikant reduzieren ließ. Diese positiven Veränderungen traten auch unter Bedingungen fortbestehender postmigrativer Belastungen auf (Graef-Calliess et al., 2023).

In der aktuellen Projektphase nun fokussierten wir uns verstärkt auf das vielfältige Unterstützungsangebot, welches in den PSZ geboten wird und evaluierten dies sowohl aus Mitarbeitenden-, als auch aus Klient*innenperspektive.

Methoden

Die Darstellung des refuKey-Evaluationsstudiendesigns (Sekundärdatenerhebung, Behandler*innenbefragung, Expert*innenbefragung und Primärdatenerhebung) ist den vorherigen Evaluationsberichten zu entnehmen (siehe z. B. Abb. 1 in Evaluationsbericht I).

Evaluation des multimodalen Beratungsangebots

Mitarbeitendenperspektive

In der siebten Projektphase (2024) wurde das Evaluationskonzept um eine tiefer gehende, mehrstufige Analyse des refuKey-Behandlungs- und Beratungsangebots ergänzt. Ziel war es, die Wirkmechanismen des multimodalen, multiprofessionellen und flexibel gestalteten Konzepts in Bezug auf die psychische Gesundheit der geflüchteten Klient*innen bzw. Patient*innen differenzierter zu betrachten und ggf. weitergehend zu optimieren (für eine detaillierte Beschreibung des Designs s.a. Zwischenbericht 2024; Evaluationsbericht VII). In der aktuellen, achten Projektphase wurde die Umsetzung der Fokusgruppenstudie realisiert, welche auf den zuvor durchgeführten schriftlichen Mitarbeitendenbefragungen basierte (siehe Evaluationsbericht VII). An jedem PSZ-

Standort (Braunschweig, Göttingen, Lüneburg, Oldenburg, Osnabrück) wurde dazu eine Fokusgruppendifkussion durchgeführt.

Fokusgruppen finden in der qualitativen psychologischen Forschung und Versorgungsforschung häufige Anwendung. Anhand eines vorab erstellten Gesprächsleitfadens wird eine Gruppe moderationsgestützt zur offenen Diskussion angeregt. Durch die Interaktion innerhalb der Gruppe werden individuelle Gedanken weiterentwickelt und zentrale Themen oft präziser herausgearbeitet, als dies in isolierten Einzelinterviews möglich wäre. Die Gruppenkonstellation kann bewusst heterogen gestaltet werden, um unterschiedliche Sichtweisen zu integrieren und eine tiefer gehende Reflexion zu fördern (Vogl, 2014). Ein gemeinsamer, einheitlicher Interviewleitfaden als Basis für die Durchführung aller Gruppen, erleichtert zudem den Vergleich mehrerer Fokusgruppen und trägt dazu bei, ein möglichst vielfältiges Spektrum an Meinungen systematisch zu erfassen.

Basierend auf den Ergebnissen der ersten zwei Teilstudien wurde, wissenschaftlichen Standards folgend, ein semi-strukturierter Leitfaden entwickelt (Anhang A). Pro Standort wurde die Teilnahme aller Berufsgruppen, die in direktem Klient*innenkontakt stehen, angestrebt. Die Teilnehmendenzahlen betragen: n = 6 (Braunschweig), n = 5 (Göttingen), n = 5 (Lüneburg), n = 5 (Oldenburg), n = 9 (Osnabrück). Auf eine genaue Aufschlüsselung der teilnehmenden Berufsgruppen pro Standort wird aus Anonymitätsgründen verzichtet. Die Durchführung einer weiteren Fokusgruppe, welche auf die Klinikarbeit im refuKey-Projekt fokussieren und sich aus aktuellen sowie ehemaligen refuKey-Mitarbeiter*innen konstituieren wird, ist für Januar 2026 geplant.

Die Gruppendiskussionen waren auf zwei Zeitstunden angelegt, fanden in Präsenz statt und wurden von einer Moderatorin angeleitet. Die Teilnehmenden wurden angeregt, zentrale Wirkfaktoren der refuKey-Arbeit zu identifizieren und zu diskutieren, eventuelle zusätzliche Bedarfe auszumachen und die Arbeit im multiprofessionellen Team sowie ihre eigenes Rollenverständnis zu reflektieren. Die jeweilige Durchführung der Fokusgruppen erfolgte standardisiert. Nach Einführung und Aufklärung der Teilnehmenden durch die Moderatorin wurden die Fragen des Gesprächsleitfadens der Reihe nach der Gruppe präsentiert. Es wurde darauf geachtet, allen Teilnehmenden die Möglichkeit zu geben, sich zu jeder Frage äußern zu können und ausreichend Raum für eine anschließende gemeinschaftliche Diskussion zu geben. Zur anschließenden Auswertung wurden die Gespräche mit Zustimmung aller Teilnehmenden auf Ton aufgezeichnet und transkribiert. Die Auswertung wird anhand der thematischen Analyse nach Braun & Clarke (2006) erfolgen.

Primärdatenerhebung: Klient*innenperspektive

Zur multiperspektivischen Evaluation des multimodalen refuKey-Angebots wurde neben der oben geschilderten Mitarbeitenden- auch die Klient*innensicht ausgewertet, um ein möglichst ganzheitliches Bild zu erhalten. Im Rahmen der Primärdatenerhebung werden die Klient*innen bei Beratungs-/Behandlungsende (Post-Fragebogen; siehe Evaluationsbericht I) zu ihren Beratungs-/Behandlungserfahrungen befragt. In der ersten Frage schätzen die Geflüchteten ein, ob die refuKey-Angebote als hilfreich empfunden wurden (ja/nein). In einem anschließenden Freitext-Feld kann diese Antwort weitergehend erläutert werden. Die folgenden drei Fragen verwenden eine fünfstufige Likert-Skala mit kulturell sensiblen Piktogrammen (von traurigen bis zu fröhlichen Gesichtern), um die Zufriedenheit mit der Beratung/Behandlung, dem Personal und der Verständigung zu messen. Es folgen zwei dichotome (Ja/Nein-)Fragen, mit denen bewertet wird, ob die Beratung/Behandlung den kulturellen Hintergrund der Person berücksichtigt hat und ob sich die Person persönlich angesprochen fühlte. Die nächsten beiden Items verwenden wiederum kulturell sensible Piktogramme (fünfstufige Likert-Skala; Abbildungen einer Person, die unterschiedlich viel Gewicht trägt), um die wahrgenommene Belastung vor und nach der Beratung/Behandlung darzustellen. Diese Piktogramme wurden von Patient*innen mit Einwanderungsgeschichte in einer psychiatrischen Tagesklinik eines Zentrums für transkulturelle Psychiatrie und Psychiatrie mit entsprechender Expertise unter fachlicher Aufsicht entwickelt und werden als Stone-Skala bezeichnet (Neubauer et al., 2018). Der Befragungsabschnitt schließt mit einer offenen Frage, in der die Teilnehmenden aufgefordert werden, ihre Gesamterfahrung während der Beratung/Behandlung mit eigenen Worten zu beschreiben. Deskriptiven Statistiken werden als Mittelwerte (M), *Range* und Standardabweichungen (SD) für metrische Variablen und als Häufigkeiten (n) und Prozentsätze (%) für kategoriale Variablen präsentiert. Die quantitative Analyse des Zusammenhangs zwischen Behandlungszufriedenheit und Beratungs-/Behandlungsergebnissen erfolgte mithilfe des Spearman'schen Rangkorrelationskoeffizientens Rho .

Zur Auswertung der offenen Fragen wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2005) herangezogen. Dabei wurde ein induktives Kategoriensystem gebildet, um wiederkehrende Themen in den Erfahrungsschilderungen der Teilnehmenden zu identifizieren. Anstatt der Vordefinition deduktiver Kategorien, wurden thematische Strukturen direkt aus den Texten abgeleitet, um die Erfahrungen der Teilnehmenden in den Mittelpunkt zu stellen, ohne klinische oder institutionelle Annahmen zu privilegieren. Die Analyse zielte darauf ab, die Heterogenität der gelebten Erfahrungen zu bewahren und gleichzeitig eine strukturierte Darstellung von Themen zu ermöglichen, die entweder häufig genannt wurden oder in Bedeutung und Ton besonders hervor stachen. Die Kategorienbildung folgte einem iterativen Prozess, an dessen Ende ein systematisiertes

Kategoriensystem inklusive Kodierregeln und Ankerbeispielen stand. Zur Reliabilitätsprüfung waren mehrere Forschungsgruppenmitglieder in den Auswertungsprozess einbezogen. Es wurde bewusst entschieden, ein übergreifendes Kategoriensystem für alle Freitext-Antworten zu entwickeln, um eventuelle Redundanzen und Überlappungen bei ähnlichen Antworten unter verschiedenen Items zu vermeiden. Wenn inhaltlich als sinnvoll erachtet, konnten Zitate geteilt und mehreren Kategorien zugeteilt werden. Genauso bestand die Möglichkeit der mehrfachen Kodierung, sofern sinnzusammenhängende Zitate mehr als einer Kategorie zugeordnet werden konnten. Dieser Ansatz trägt dem Umstand Rechnung, dass die Erfahrungen der Teilnehmenden nicht immer eindeutig einer hierarchischen Struktur zugeordnet werden konnten, sondern ein breites Themenspektrum widerspiegeln. Alle Antworten, die in einer anderen Sprache als Deutsch oder Englisch verfasst waren, wurden von professionellen Übersetzer*innen oder bilingualen Mitgliedern des Projektevaluierungsteams ins Deutsche übersetzt.

Primärdatenerhebung

Fortgesetzt wurde auch in der zurückliegenden, achten Projektphase die Primärdatenerhebung (siehe Evaluationsbericht VII; auch Evaluationsbericht I), in welcher die Geflüchteten zu Behandlungsbeginn und -ende eine multilingual verfügbare Fragebogenbatterie zur Einschätzung ihres psychischen Gesundheitszustands ausfüllen und refuKey-Mitarbeiter*innen zusätzlich zu Beratungs-/Behandlungsbeginn eine sog. Basisdokumentation (BaDo) zur Erfassung soziodemographischer, fluchtspezifischer Informationen und früherer Behandlungserfahrungen ihrer Klient*innen anlegen. Deskriptive Statistiken werden als Mittelwerte (*M*), *Range* und Standardabweichungen (*SD*) für metrische Variablen und als Häufigkeiten (*n*) und Prozentsätze (%) für kategoriale Variablen präsentiert. Zur Berechnung des Behandlungseffekts werden t-Tests verwendet. Nachdem die Evaluationsfragebögen mit dem Ziel der Schaffung von erhöhter Nutzer*innenfreundlichkeit und von Valenzen für neu aufkommende Studienaufgaben in der vergangenen Projektphase adaptiert worden waren, mussten einige Fragebögen in der laufenden Projektphase einer Nachkontrolle unterzogen werden. Multilingualen Projektmitarbeiter*innen waren einzelne Ungereimtheiten in der Dari- sowie Farsi-Übersetzung aufgefallen, welche trotz richtlinienkonformer Konsultation eines Übersetzungsbüros zur Garantie der Übersetzungsqualität entstanden waren. Eine umfassende Rückübersetzung der Fragebögen zeigte, dass die bisherigen Evaluationsergebnisse fortwährend valide und belastbar sind. Eine Überarbeitung der Dari- und Farsi-Fragebögen zur Verbesserung der sprachlichen Qualität zeigte sich jedoch indiziert und konnte mithilfe der sprachlichen Ressourcen von assoziierten Mitarbeitenden und Honorarkräften innerhalb des Projekts realisiert werden. Ab der kommenden Projektphase steht die verbesserte Sprachversion in Dari und Farsi nun zur Verfügung.

Forschungsschwerpunkt Suizidalität

In der kommenden, neunten Projektphase soll der inhaltliche Fokus der Projektevaluation mitunter auf dem hoch relevanten und bisher unterstudierten Thema der Suizidalität bei Geflüchteten liegen (siehe auch „Ausblick“). Bereits in Projektphase VII schloss sich das Evaluationsteam dazu einem internationalen Forschungsnetzwerk zur transkulturellen Suizidalität an (Network on Transcultural Suicidology; unter Steuerung des National Center for Suicide Research and Prevention (NASP; Schweden), des Karolinska Instituts (Schweden) und der Universität Ulm) (siehe Evaluationsbericht VII). In der zurückliegenden Projektphase VIII wurde nun eine eingehende Literaturrecherche durchgeführt, um Forschungslücken umfassend zu detektieren und diese in der kommenden Projektphase effektiv adressieren zu können. Eingeschlossen wurden Studien, welche sich beschreibend oder vergleichend mit Suizidalität (Suizidgedanken, -pläne, -intentionen, - verhalte, Suizidraten, parasuizidales selbstverletzendes Verhalten) befassten und entweder den Einfluss kultureller Faktoren und Konstrukte (z. B. Religion, Genderrollen, minority stress) untersuchten oder kulturell divergierende Populationen (z. B. Migrant*innen, Nationalitäten, ethnische Minoritäten) beforchten. Zur Literaturrecherche wurden die Datenbanken Pubmed und APAPsyc Atricles herangezogen mit Fokus auf einschlägige Journals innerhalb des Forschungsgebiets (z. B. Transcultural Psychiatry, Death Studies, Crisis). Nach dem Schneeballsystem verfahren, wurden relevante Artikel ausgewählt.

Beratungs-/Behandlungszahlen

Einschließlich Dezember 2025 wurden innerhalb von refuKey rund 12.800 Geflüchtete beraten bzw. behandelt, davon 2157 Personen in Projektphase I (zweijährig); 1701 Personen in Projektphase II; 1250 Personen in Projektphase III; 1530 Personen in Projektphase IV; 1562 Personen in Projektphase V; 1626 Personen in Projektphase VI; 1631 Personen in Projektphase VII; 1361 Personen in der zurückliegenden Projektphase VIII (Zeitraum: Januar bis Dezember 2025) (Angaben betreffen jeweils die Neuaufnahmen). Seit Beginn nahmen 1082 Geflüchtete an der refuKey-Evaluationsstudie teil (1003 Fragebögen zu Behandlungsbeginn; 239 Fragebögen zu Behandlungsende), wovon 102 Fragebögen zu Behandlungsbeginn und 5 Fragebögen zu Behandlungsende in der zurückliegenden achten Projektphase erhoben wurden. Innerhalb von refuKey wurden im zurückliegenden Jahr 71 Personen weitergeleitet, davon 44 innerhalb eines kooperativen Kompetenzzentrums und 27 zwischen zwei Zentren.

Neue Ergebnisse

Die Ergebnisse früherer Projektphasen finden sich in den jeweiligen Evaluationsberichten (zu entnehmen u. a.: <https://refukey.org/>). Folgend dargestellt werden die Ergebnisse der aktuellen, achten Projektphase.

Primärdatenerhebung

*Tabelle 1: Soziodemographische und fluchtspezifische Informationen geflüchteter Klient*innen/Patient*innen in Projektphase VIII (N = 292)*

		M (SD)
Alter		32.91 (11.41)
Aufenthaltsdauer in Deutschland (in Monaten)		21.19 (24.15)
		n (%)
Geschlecht	Männlich	130 (50.2%)
	Weiblich	127 (49.0%)
	Divers	2 (.8%)
Familienstand	Verheiratet/in Partnerschaft	93 (37.3%)
	Ledig/Geschieden/Verwitwet	156 (62.7%)
Geburtsland	Türkei	50 (19.5%)
	Syrien	31 (12.1%)
	Afghanistan	25 (9.7%)
	Andere	151 (41.3%)
Berufliche Situation (mehrere Antworten möglich)	Arbeit	24 (10.7%)
	Ohne Arbeit	124 (55.4%)
	Keine Arbeitserlaubnis	75 (33.6%)
	Sprachkurs/Integrationskurs	76 (33.9%)
	Schule	13 (5.8%)
	Berufsausbildung/Studium	9 (4.0%)
	Rente/Pension	1 (0.4%)
	Hausfrau/Hausmann	10 (4.5%)
Bildungsstand	Alphabetisierung	195 (93.8%)
	Anzahl besuchter Schuljahre	M = 9.28 (SD = 3.51)
	Abgeschlossene Berufsausbildung	98 (54.1%)
	Abgeschlossenes Studium	58 (32.6%)

Aufenthaltsstatus	<u>Unsicher</u>	184 (81.1%)
	Abschiebeandrohung	24 (13.2%)
	Duldung	17 (9.3%)
	Aufenthalts-gestattung	133 (73.1%)
	<u>Sicher</u>	43 (18.9%)
Fluchtgründe (mehrere Antworten möglich)	Krieg	50 (22.6%)
	Naturkatastrophe	3 (1.4%)
	Wirtschaftliche Not	8 (3.6%)
	Politische/religiöse Verfolgung	99 (44.8%)
	Soziale Gründe	20 (9.0%)
	Individuelle Gründe	35 (15.8%)
	Geschlechtsbedingte Gründe/sexuelle Verfolgung	37 (16.7%)
	Sonstige	30 (13.6%)
Wohnsituation	Geflüchtetenunterkunft	101 (40.9%)
	Landesaufnahmebehörde	40 (16.2%)
	Wohnung/Haus	78 (31.6%)
	Wohngemeinschaft	17 (6.9%)
	Sonstige	11 (4.4%)

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung.

Informationen zu soziodemographischen und fluchtspezifischen Informationen der Evaluationsteilnehmer*innen der aktuellen Projektphase können Tabelle 1 entnommen werden. Die beratenen/behandelten Teilnehmer*innen waren zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme zu refuKey knapp 33 Jahre alt. 37.3% der Klient*innen befand sich in einer Partnerschaft oder verheiratet lebend, wobei ein Anteil von 27.1% aufgrund ausbleibenden Familiennachzugs unfreiwillig getrennt lebte. 15.8% der Klient*innen mit Kindern gaben an, unfreiwillig getrennt von diesen zu leben.

Die Mehrheit der Teilnehmer*innen lebte in einer Geflüchtetenunterkunft oder Landesaufnahmebehörde und hielt sich in Deutschland auf der Basis eines unsicheren Aufenthaltsstatus (ca. 81 %) auf. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Deutschland zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme zu refuKey betrug ca. 21 Monate. Das am häufigsten genannte Herkunftsland war die Türkei, gefolgt von Syrien und Afghanistan. Politisch oder religiös motivierte Verfolgung, Verfolgung aufgrund geschlechtsbedingter Gründe sowie Kriegserlebnisse im Herkunftsland waren die am häufigsten genannten Gründe für die Flucht. 47.4% ($n = 91$) identifizierten sich als Minderheit. Fast die Hälfte der Klient*innen ($n = 120$; 48.6%) floh ohne Begleitung nach Deutschland.

In Abbildung 1 dargestellt sind die aktuellen Symptome und Beschwerden, wegen derer die Klient*innen refuKey-Beratung/Behandlung aufsuchten. Am häufigsten geäußert wurden depressive

Symptome, Schlafstörungen und ängstliche Symptomatiken. Ungefähr jede achte Person benannte bei dieser Frage proaktiv Suizidgedanken und/oder -versuche. Ähnlich viele Personen sahen den unsicheren Aufenthaltsstatus oder eine befürchtete Abschiebung als zentralen Stressor für ihr Belastungserleben. Alle Symptomatiken, die weniger als 1% ausmachten, wurden unter der Kategorie „Andere“ zusammengefasst.

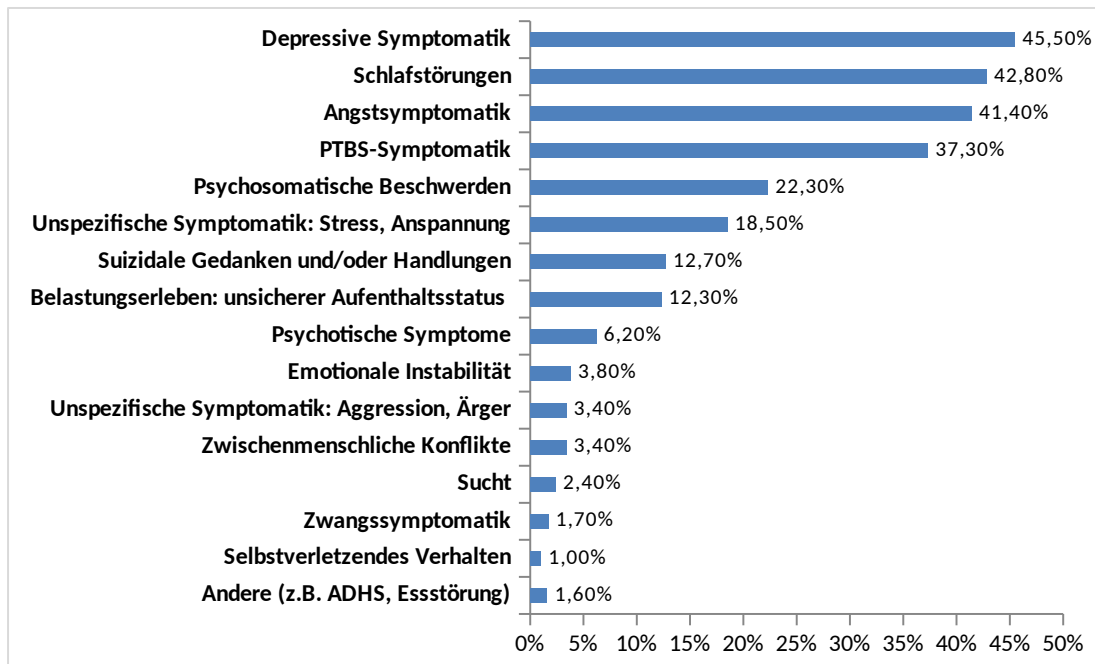


Abbildung 1: Berichtete aktuelle Symptomatik und Beschwerden geflüchteter Klient*innen in Projektphase VIII (n = 292).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine	sehr gering		gering		mittelmäßig		stark		sehr stark	
1.0%	-	-	.5%	2.4%	7.1%	13.3%	23.3%	25.2%	16.2%	11.0%

Abbildung 2: Berichtete subjektive Belastung geflüchteter Klient*innen in Projektphase VIII (n = 292).

Abbildung 2 stellt die subjektive Belastung der Klient*innen dar. 75.7% gaben an, sich entweder „stark“ oder „sehr stark“ belastet zu fühlen. Tabelle 2 stellt den signifikanten Symptomrückgang während der refuKey-Behandlung dar, welcher sich auch unter Einschluss der zurückliegenden achten Projektphase nachweisen ließ. Zum Behandlungsende hatte sich die depressive, ängstliche, psychotiforme und posttraumatische Belastungssymptomatik signifikant reduziert, die subjektiv eingeschätzte Lebensqualität war signifikant gestiegen.

Tabelle 2: Vergleich des psychischen Zustands bei geflüchteten Patient*innen zu Behandlungsbeginn und -ende über die gesamte Projektlaufzeit (refuKey I – Ende 2025; t-Test für abhängige Stichproben).

	N	PRÄ	POST	Behandlungseffekt	t-Wert	df	p-Wert	Cohen's d
		M (SD)	M (SD)	M (SD)				
Depression (HSCL_25_D)	143	43.26 (9.01)	37.15 (11.00)	-6.11 (10.10)	7.23	142	< .001***	.605
Ängstlichkeit (HSCL_25_A)	147	27.49 (6.93)	23.90 (8.03)	-3.60 (7.02)	6.21	146	< .001***	.512
Psychotizismus (SCL_90_P)	141	16.78 (10.08)	12.76 (10.08)	-4.03 (9.84)	4.86	140	< .001***	.410
Traumatisierung (HTQ_16)	139	45.6 (9.54)	40.40 (11.63)	-5.15 (10.50)	5.78	138	< .001***	.490
Lebensqualität (EUROHIS_8)	134	19.82 (5.55)	23.26 (6.19)	3.44 (5.81)	-6.85	133	< .001***	-.592

HSCL_25_D: Hopkins Symptom Checklist 25 – Subskala Depression; HSCL_25_A: Hopkins Symptom Checklist 25 – Subskala Ängstlichkeit; SCL_90_P: Symptom Checklist 90-R – Subskala Psychotizismus; HTQ_16: Harvard-Trauma Questionnaire – Subskala Traumatisierung; EUROHIS_8: EUROHIS-WHO Quality of Life Questionnaire; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p-Wert: Signifikanzlevel; t-Wert: Teststatistik in der Varianzanalyse; df: Freiheitsgrade; Cohen's d: Effektstärkemaß.

Evaluation des multimodalen Behandlungsangebots

Mitarbeitendenperspektive

Die Auswertung der sechs Fokusgruppen (fünf standortbezogene Fokusgruppen, eine standortübergreifende Fokusgruppe mit refuKey-Klinik*mitarbeiterinnen) erfolgt mithilfe der Thematischen Analyse nach Braun & Clarke (2006). Aufgrund der noch nicht abgeschlossenen Erhebungsphase (Erhebung der standortübergreifenden Fokusgruppe mit Klinikmitarbeiter*innen im Januar 2026) können die Ergebnisse erst im folgenden Evaluationsbericht final präsentiert werden. Im Folgenden können wir jedoch eine inhaltliche Zusammenfassung der Fokusgruppen entlang des semi-strukturierten Gesprächsleitfadens abbilden:

1. *Zentrale Aspekte der refuKey-Arbeit.* Die befragten Mitarbeitenden listeten eine Vielzahl an Aspekten auf, welche ihrer Ansicht nach die refuKey- und PSZ-Arbeit definierten. Zentral sei, dass durch das Projekt eine Versorgungslücke geschlossen würde. Personen, deren Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung durch rechtliche, strukturelle und kulturelle

Barrieren ansonsten erheblich beeinträchtigt sei, erhielten im PSZ ein niedrigschwelliges und – durch Angebote wie die Offene Sprechstunde – oft auch kurzfristiges erstes Behandlungsangebot. Von hier aus bestehe dann die Möglichkeit der gezielten, bedarfsgerechten Weitervermittlung an z. B. niedergelassene Fachärzt*innen und Therapeut*innen. Umgekehrt könne auch die Anwesenheit von refuKey-Mitarbeiter*innen in der Klinik für geflüchtete Patient*innen ein Türöffner ins Versorgungssystem sein, weil durch diese z. B. eine Weitervermittlung oder Nachsorge und somit eine weitere Behandlungsperspektive organisiert werden könne. Die multiprofessionelle Arbeit im PSZ (z. B. psychologisch, sozialarbeiterisch) wird positiv hervorgehoben, da auf diesem Wege die mitunter komplexen Bedarfe der geflüchteten Klient*innen berücksichtigt werden könnten. Bedeutsam sei ebenfalls die dolmetschergestützte Arbeit im PSZ, welche bei Bedarf regelhaft stattfinde, sowie, sofern möglich, die Möglichkeit muttersprachliche Beratung anzubieten. In der Regelversorgung stellten diese Optionen hingegen die Ausnahme dar. Die Vernetzung der PSZ mit weiteren Institutionen sei ebenfalls ein definierendes Merkmal der refuKey-Arbeit, wobei das Netzwerk sich durch Vielseitigkeit auszeichne (z. B. Erstaufnahmeeinrichtungen, Geflüchtetenunterkünfte, Schulen, niedergelassene Psychiater*innen/Psychotherapeut*innen), um den Zugang bedürftiger Klient*innen zum PSZ zu ermöglichen, genauso wie den Übergang ins Regelversorgungssystem. Schließlich sei die Haltung der refuKey- und PSZ-Mitarbeiter*innen positiv hervorzuheben. Den Klient*innen würde ein sicherer, diskriminierungsarmer Raum geboten (Mitarbeitende sprechen u. a. von „Ruhepol“, „Safe-Space“), in welchem ihnen mit Herzlichkeit und Wertschätzung begegnet würde. Dies stünde oft im Kontrast zu Erfahrungen, die die geflüchteten Klient*innen in ihrem Alltag machten.

2. Hauptanliegen der Geflüchteten. Die Mitarbeitenden berichteten, dass Klient*innen häufig schwer belastet seien. Symptomatisch im Vordergrund stünden ängstliche, depressive und posttraumatische Symptomatik, z. T. massive Schlafstörungen sowie Suizidalität. Faktoren, die mit der Symptomatik in einem Zusammenhang stünden, summieren sich unter dem Begriff der postmigrativen Stressoren. Dazu zählten prekäre Wohnverhältnisse (keine Möglichkeit zum sozialen Rückzug; z. T. Gewalt- und Rassismuserfahrungen innerhalb von Gemeinschaftsunterkünften; dezentrale Lage von Unterkünften begünstige soziales Isolationserleben), fehlende tagesstrukturierende Elemente und potenzielle Ressourcen (z. B. Arbeitsmöglichkeiten) aufgrund rechtlicher Barrieren und eine insgesamt ungewisse Zukunftsperspektive. Langwierige Asylverfahren und unsichere Aufenthaltsstatus gingen mit einem Erleben existenzieller Bedrohung einher, weswegen sie sich mitunter aggravierend auf die o. g. Symptomatik sowie Suizidgedanken auswirken würden.

3. Wirkfaktoren der refuKey-Arbeit. Die Mitarbeitenden schilderten, sie nähmen oft eine erkennbare Entlastung und Erleichterung ihrer Klient*innen bereits nach wenigen Gesprächen wahr. Oft sei das

PSZ das erste Setting, in welchem die Geflüchteten sich ausreichend sicher fühlten, über ihre derzeitige Belastungssituation und ihre Ängste zu sprechen. In einen Zusammenhang damit gebracht wird die Haltung, mit derer die Mitarbeitenden ihren Klient*innen begegneten. Diese sei geprägt von Empathie, Wertschätzung, Unvoreingenommenheit und Authentizität. Mitarbeiter*in und Klient*in würden sich auf Augenhöhe begegnen, Klient*innen sich dadurch gesehen und ernst genommen fühlen. Weitere Wirkfaktoren, die ausgemacht werden, seien die Förderung von Selbstbestimmung und Autonomie, das Bemühen des PSZ um verbesserte Teilhabe ihrer Klient*innen (z. B. Unterstützung bei Aufnahme eines Sprachkurses) sowie die Unterstützung bei der Aktivierung von Ressourcen. Häufig könne auch konkrete praktische Unterstützung (z. B. die Beantragung eines Einzelzimmers in einer Gemeinschaftsunterkunft bei entsprechender Indikationslage) für Entlastung der Klient*innen sorgen.

4. Weitergehende Bedarfe und wahrgenommene Grenzen. Die Mitarbeitenden berichteten, dass die Nachfrage nach psychosozialer Beratung durch die PSZ die Kapazitäten dieser z. T. überschritten. Ein möglicher Zusammenhang mit Faktoren, wie der Verlängerung des eingeschränkten Zugangs zu gesundheitlichen Versorgungsdienstleistungen von 18 auf 36 Monate (nach AsylbLG) oder einer weiterhin fehlenden Kostenübernahme für Dolmetschleistungen in der Regelversorgung, werden diesbezüglich diskutiert und problematisiert. Zudem sei die Weitervermittlung von Klient*innen in die Regelversorgung teilweise erschwert durch ein generell überlastetes Gesundheitssystem (lange Wartezeiten für Facharzt/ärzt*in oder Psychotherapietermin, auch unabhängig von etwaiger Migrationsgeschichte einer Person). Einige Mitarbeitende äußerten in diesem Zusammenhang den Wunsch nach einer Möglichkeit, auch psychotherapeutische Plätze für Klient*innen bereitstellen zu können, wie es in anderen PSZ z. T. der Fall sei. Äußere, zu großen Teilen postmigrative Stressoren wie bspw. unsicherer Aufenthaltsstatus, mangelnde Teilhabe durch fehlende Arbeitserlaubnisse oder die Aussetzung von Familiennachzug sorgten für eine mitunter enorme Belastungssituation für die Klient*innen. Interventionen des PSZ könnten in solchen Fällen zwar Entlastung bringen und Linderung schaffen. Jedoch sei eine Symptomremission unter diesen Umständen schwer zu erreichen. Einige Mitarbeiter*innen wünschten sich für ankommende Geflüchtete in Deutschland eine Art Case Management System, um diese bei der Navigation durch Asyl-, Gesundheitssystem und weitere Institutionen besser unterstützt zu wissen. Schließlich wurde wiederholt der Wunsch nach einer Verstetigung und Institutionalisierung des refuKey-Projekts geäußert.

5. Ausgestaltung der Klinikkooperation. Derzeit verfügen drei von fünf refuKey-Standorten über eine aktive Klinikkooperation (Braunschweig, Göttingen, Oldenburg). Die Kooperation wird von diesen Standorten einstimmig als sinnvoll bewertet. Die Präsenz von refuKey an den Kliniken sorgte für eine verbesserte Versorgung des geflüchteten Patient*innenklientels. Abhängig vom Standort sei bspw.

eine Nachsorge durch eine*n refuKey-Mitarbeiter*in über die jeweilige Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) möglich. Zudem vereinfache die Klinikkooperation eine bei Bedarf kurzfristige Aufnahme von PSZ-Klient*innen in der Klinik (z. B. im Falle akuter Suizidalität), welche dann durch eine*n refuKey-Mitarbeiter*in begleitet werden könne. Die Kontaktaufnahme mit refuKey-Mitarbeitenden durch das Klinikpersonal werde durch Faktoren wie eine hohe Personalfluktuation (Klinikseitig) zwar teilweise erschwert, insgesamt habe sich refuKey aber als Ansprechpartner bei geflüchteten Patient*innen etabliert. Jene Standorte, die derzeit über keine aktive Klinikkooperation verfügen (Lüneburg, Osnabrück) bewerten dieses Fehlen explizit als negativ. Die Mitarbeitenden schildern, dass bspw. die Aufnahme suizidaler Patient*innen in eine psychiatrische Fachklinik erschwert sei, weil das vermeintliche Suizidrisiko von Klinikseite infrage gestellt würde bzw. der Vorwurf einer möglichen Instrumentalisierung von Suizidalität im Raum stünde, Klinikmitarbeitende sich also offen vorurteilsbehaftet zeigten. Ebenso würden geflüchtete Klient*innen in einer projektfremden Klinik oft ohne angemessene Sprachmittlung versorgt bzw. aufgrund der Sprachbarriere nach kürzester Zeit ohne therapeutische Intervention wieder entlassen.

6. Multiprofessionelle Arbeit. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit wird von den Mitarbeitenden einhellig als bereichernd beschrieben. Zentraler Aspekt der PSZ-Arbeit sei, flexibel auf mitunter heterogene Bedarfe geflüchteter Klient*innen reagieren zu können. Der enge Austausch von fachlichem und methodischem Wissen und entsprechender Expertise im Team sei horizonterweiternd und ermögliche es jedem Mitarbeitenden auf die verschiedenen Klient*innenbedarfe (z. B. sozialarbeiterisch, psychologisch) eingehen zu können oder ggf. unkompliziert an eine*n Kolleg*in zu verweisen. Sogar eine mögliche Erweiterung des multiprofessionellen Teams um z. B. Ärzt*innen wird angeregt.

7. Eigenes Rollenverständnis. Mitarbeitende sahen sich mitunter als Begleiter*in ihrer Klient*innen. Einige Mitarbeitende führten zusätzliches ein advokatives Rollenverständnis oder die Rolle als „Ally“ (deutsch: Solidarisierte) an. Metaphorische Bilder, die zur Illustration des eigenen Rollenverständnisses herangezogen wurden, waren u. a. jene eines „Rettungsringes“, einer „Insel“ oder eines „Ankers“ – allen Bildern gemein sind die Eigenschaften, temporär Entlastung, Unterstützung und Ruhe zu bringen. Viele hoben zudem hervor, die oben angesprochene Multiprofessionalität z. T. auch auf die eigene berufliche Rolle zu übertragen, als Psycholog*in bspw. also nicht ausschließlich psychologisch zu arbeiten, sondern auch andere Aufgabenbereiche zu übernehmen.

Primärdatenerhebung: Klient*innenperspektive, quantitative Befunde

Die den folgenden Berechnungen zugrundeliegende Stichprobe von 149 Teilnehmer*innen basiert auf den Datensätzen, für die zum Zeitpunkt der Berechnung mindestens ein vollständiger Post-Fragebogen vorlag. Für manche Berechnungen war das zusätzliche Vorliegen eines Prä-Fragebogens Voraussetzung. Die Größe der Teilstichproben variiert dabei je nach Ergebnisbereich, da nicht jedes Item von derselben Anzahl von Teilnehmenden ausgefüllt wurde.

129 Teilnehmende beantworteten die Frage „Haben Ihnen die Behandlungen im psychosozialen Zentrum geholfen?“, wobei der allergrößte Teil diese Frage bejahte ($n = 126$; 97.7%). Von 127 Personen sah eine deutliche Mehrheit ihre kulturelle Zugehörigkeit in den Gesprächen berücksichtigt ($n = 105$; 82.7%). Ebenfalls deutlich fühlten sich die antwortenden Klient*innen ($n = 129$) in Ihrer Behandlung als Individuum gesehen ($n = 114$; 88.4%). Grafisch dargestellt sind die Ergebnisse in Abbildung 3.

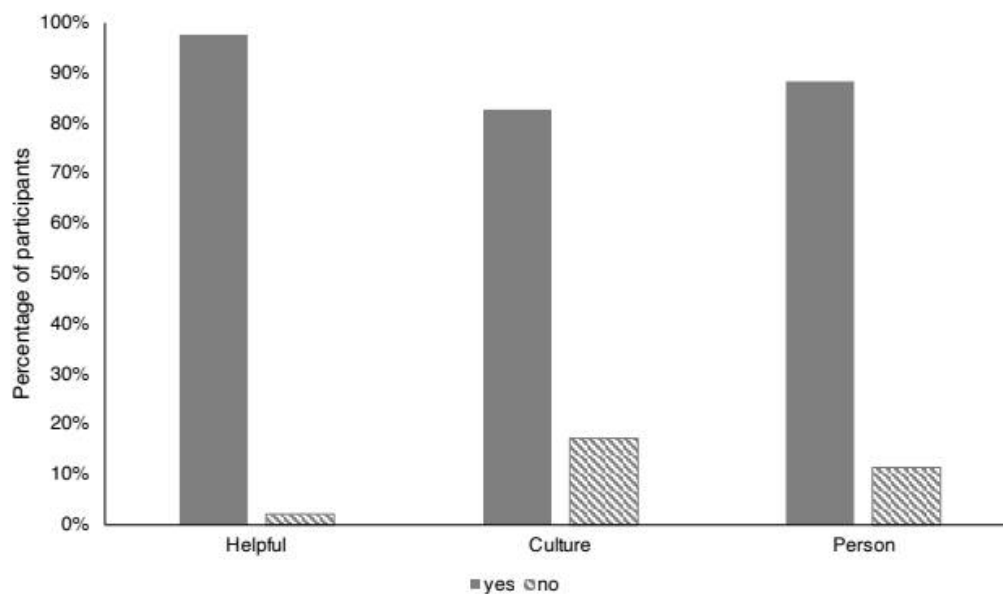


Abbildung 3: Klient*innenantworten auf Fragen zur Behandlungs-/Beratungsbewertung

Die Frage „Wie zufrieden waren Sie mit der Behandlung?“ beantworteten 1,5 % der Klient*innen ($n = 137$) mit dem sehr traurigen Gesicht, 3,6 % mit dem leicht traurigen Gesicht, 17,5 % mit dem neutralen Gesicht, 36,5 % mit dem leicht glücklichen Gesicht und 40,9 % mit dem sehr glücklichen Gesicht (siehe Abbildung 4).

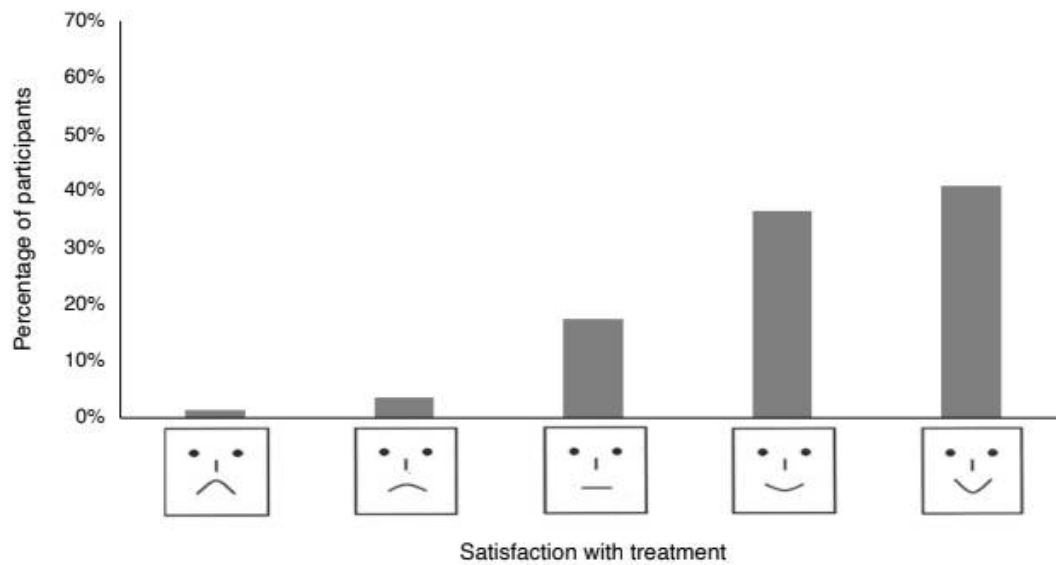


Abbildung 4: Zufriedenheit der Klient*innen mit Beratung/Behandlung

Die Frage „Wie zufrieden waren Sie mit dem Personal?“ beantworteten 2,3 % der Klient*innen ($n = 131$) mit dem sehr traurigen Gesicht, 2,3 % mit dem leicht traurigen Gesicht, 4,6 % mit dem neutralen Gesicht, 25,2 % mit dem leicht fröhlichen Gesicht und 65,6 % mit dem sehr fröhlichen Gesicht (siehe Abbildung 5).

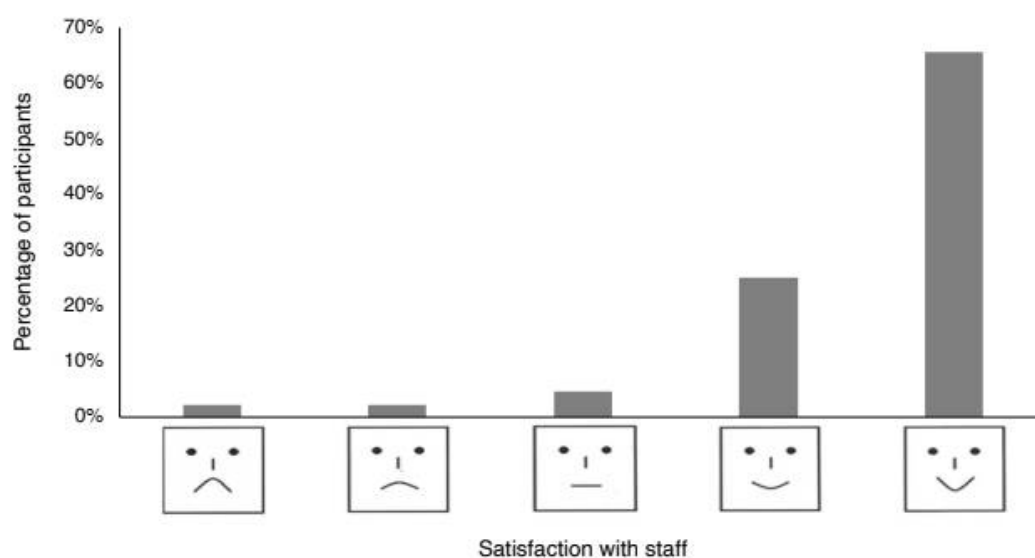


Abbildung 5: Zufriedenheit der Klient*innen mit Personal

Die Frage „Wie zufrieden waren Sie mit der Verständigung?“ beantworteten 2,3 % der Klient*innen (n = 132) mit dem sehr traurigen Gesicht, 3,0 % mit dem leicht traurigen Gesicht, 12,1 % mit dem neutralen Gesicht, 25,0 % mit dem leicht fröhlichen Gesicht und 57,6 % mit dem sehr fröhlichen Gesicht (siehe Abbildung 6).

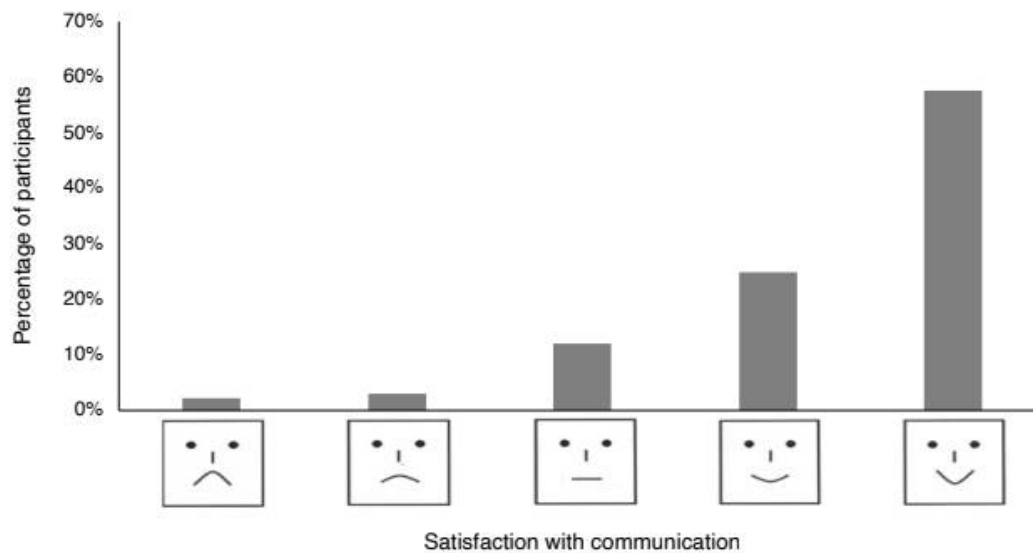


Abbildung 6: Zufriedenheit der Klient*innen mit Verständigung

Insgesamt 141 Klient*innen beantworteten die Frage „Wie würden Sie Ihre Belastung vor der Behandlung einschätzen?“. Von den Befragten wählten 0,7 % das Piktogramm für „kaum Belastung“, 2,1 % für „leichte Belastung“, 5,7 % für „mäßige Belastung“, 14,2 % für „starke Belastung“ und 77,3 % für „sehr starke Belastung“ (siehe Abbildung 6).

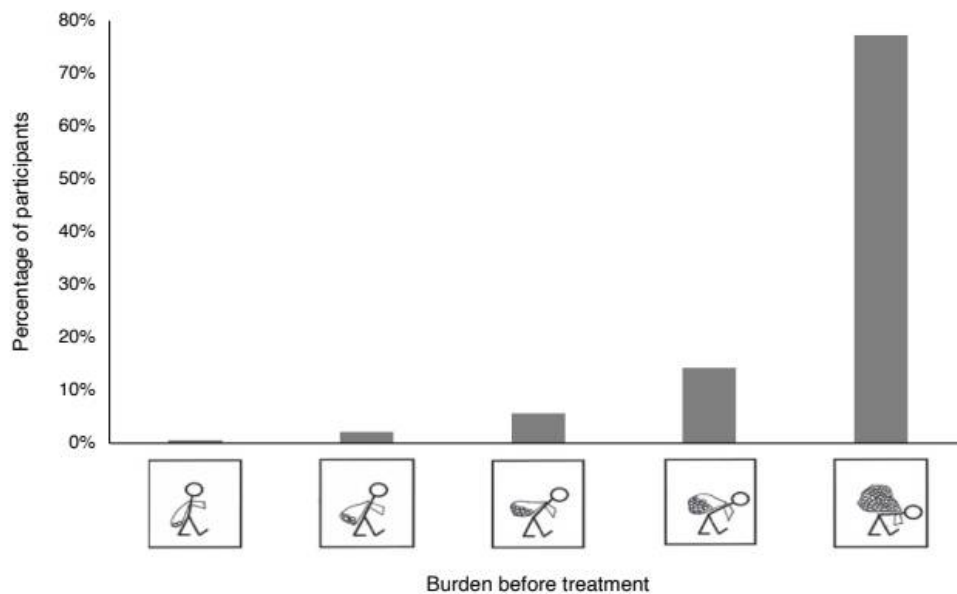


Abbildung 7: Wahrgenommene Belastung zu Behandlungsbeginn.

Insgesamt 137 Klient*innen beantworteten die nachfolgende Frage „Wie würden Sie Ihre Belastung nach der Behandlung einschätzen?“. 13,1 % der Befragten an, kaum eine Belastung zu verspüren, 21,2 % gaben eine leichte Belastung an, 41,6 % eine mäßige Belastung, 19,0 % eine starke Belastung und 5,1 % eine sehr starke Belastung (siehe Abbildung 7). Insgesamt spiegelte das am häufigsten ausgewählte Piktogramm als Antwort auf die retrospektive Frage vor der Behandlung eine sehr starke Belastung wider, während die häufigste Antwort auf die Frage nach der Behandlung einer mäßigen Belastung entsprach.

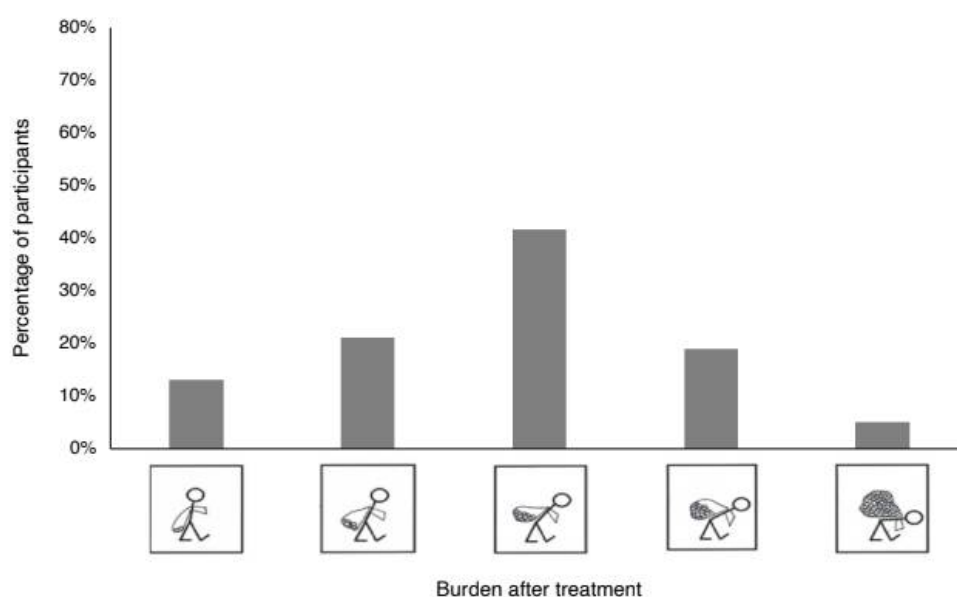


Abbildung 8: Wahrgenommene Belastung zu Behandlungsende

Mithilfe des Spearman'schen Rangkorrelationskoeffizienten wurde der Zusammenhang zwischen Behandlungszufriedenheit und Symptomveränderungen über den Behandlungsverlauf untersucht. Die Werte für die Symptomveränderung ergaben sich durch Subtraktion der Werte zu Behandlungsbeginn von den Werten zu Behandlungsende. Das bedeutet, dass negative Veränderungswerte auf eine Verringerung der Symptome hindeuten. Innerhalb der Skala zum psychischen Wohlbefinden hingegen deuten positive Subtraktionswerte auf eine Verbesserung hin. Folglich spiegelt sich eine positive Beziehung zwischen der Behandlungszufriedenheit und der Symptomreduktion in einem negativen Korrelationswert wider (ausgenommen Skala zum psychischen Wohlbefinden). Es ergab sich eine schwach signifikante Korrelation für Symptomreduktionen in Psychotizismus ($\rho = -0,19$, $p = 0,046$, $n = 81$) und Somatisierung ($\rho = -0,22$, $p = 0,026$, $n = 81$) und eine mittlere signifikante Korrelation für Symptomreduktionen in PTBS-assoziiertes ($\rho = -0,34$, $p < 0,001$, $n = 84$) und ängstlicher Symptomatik ($\rho = -0,30$, $p = 0,002$, $n = 87$). Die stärkste Assoziation wurde für die Reduktion depressiver Symptomatik beobachtet. Hier zeigte sich eine mittlere bis starke signifikante Korrelation ($\rho = -0,45$, $p < 0,001$, $n = 85$). Es wurde keine statistisch signifikante Korrelation für Veränderungen des psychischen Wohlbefindens festgestellt ($\rho = 0,16$, $p = 0,075$, $n = 82$). Nach Anwendung der Holm-Bonferroni-Korrektur für multiple Korrelationen ($\alpha = 0,05$, $m = 6$) blieben signifikante Zusammenhänge zwischen der Behandlungszufriedenheit und der Symptomverbesserung bei depressiver, ängstlicher und PTBS-assoziiertes Symptomatik bestehen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Korrelationen zwischen Behandlungszufriedenheit und Symptomveränderungen

Symptomveränderung	Korrelationen mit Behandlungszufriedenheit		
	Spearman's ρ	p (einseitig)	n
WEMWBS	.16	.075	82
HSCL_25_D	-.45	<.001***	85
HSCL_25_A	-.30	.002**	87
SCL_90_P	-.19	.046	81
SCL_90_S	-.22	.026	81
HTQ_16	-.34	<.001***	84

Anmerkung. WEMWBS: Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale; HSCL_25_D: Hopkins Symptom Checklist 25 – Subskala Depression; HSCL_25_A: Hopkins Symptom Checklist 25 – Subskala Ängstlichkeit; SCL_90_P: Symptom Checklist 90-R – Subskala Psychotizismus; SCL_90_S: Symptom Checklist 90-R – Subskala Somatisierung; HTQ_16: Harvard-Trauma Questionnaire – Subskala Traumatisierung. Signifikanzberechnung unter Verwendung der Holm-Bonferroni-Korrektur ($\alpha = 0,05$, $m = 6$). $p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$, $p < 0,001^{***}$. Sternchen kennzeichnen Korrelationen, die nach der Korrektur signifikant blieben.

Primärdatenerhebung: Klient*innenperspektive, qualitative Befunde

Insgesamt 133 Klient*innen der Stichprobe gaben mindestens eine Freitextantwort auf eine der drei Fragen zur Behandlungserfahrung. Die qualitative Analyse ergab sieben thematische Hauptkategorien, die jeweils ein breites Spektrum an Bewertungen und Erfahrungen der Teilnehmer abdecken. Jede Hauptkategorie unterteilt sich wiederum in mehrere Unterkategorien. Alle Zitate wurden mindestens einer Unterkategorie zugeordnet und niemals ausschließlich einer Hauptkategorie. Tabelle 4 bietet einen Überblick über diese Haupt- und Unterkategorien inklusive Häufigkeitsangaben für jede Kategorie.

Tabelle 4: Kategoriensystem zur Auswertung der geschilderten Behandlungserfahrungen von Klient*innen

Hauptkategorie	Subkategorie	Anzahl Kodierungen
Kritischen oder negatives Feedback	Behandlung nicht effektiv/nicht hilfreich	7
	Fehlende Passung zwischen Klient*innenbedarf und angebotener Behandlung	
	Emotionales Unbehagen, Misstrauen, Angst	
	Praktische, logistische oder systembasierte Kritik	
Neutrale, ambivalente oder gemischte Antworten	Neutrale oder ambivalente Antworten	16
	Begrenzt oder teilweise hilfreich	
Positive Bewertung und als hilfreich wahrgenommene Behandlung	Nicht-spezifizierte Zufriedenheit	111
	Dankbarkeit und Wertschätzung	
	Systemische und strukturelle Behandlungsaspekte	
	Nicht-therapeutische, generelle Unterstützung	
Beziehungs- und umweltbezogene Aspekte in der Behandlung	Emotionale Sicherheit und Wohlbefinden im PSZ	66
	Interpersonellen Beziehungen und Gemeinschaft	
	Kommunikation und sich verstanden fühlen	
Wahrgenommene Behandlungseffekte/-	Symptomverbesserung und Steigerung des psychischen Wohlbefindens	82

ergebnisse	Persönliches Wachstum, emotionale Resilienz und (Selbst-)Erkenntnis Verbesserung von Funktionsniveau und praktischen Aspekten	
Spezifische hilfreiche Behandlungsaspekte	Medizinische/psychiatrische Behandlung Gesprächsbasierte Interventionen Nicht-psychotherapeutische, körperorientierte Interventionen Weitere nicht-spezifizierte Interventionen Persönliche Bewältigungsstrategien	104
Grundsätzliche Erfahrungen und nicht-evaluative Anmerkungen	Persönliche Geschichten und Reflektionen Externe Probleme und postmigrative Stressoren Anfängliche Zurückhaltung ggü. Behandlung Nicht-informative Bemerkungen	33

Im Folgenden werden die wichtigsten Befunde der sieben Hauptkategorien präsentiert.

Kategorie 1: Kritisches oder negatives Feedback. Diese Kategorie umfasst nur wenige Rückmeldungen (n = 8). Eine Person schilderte die Verschlechterung ihrer Symptomatik trotz erkennbarer Bemühungen des Personals, wobei eine persönliche Hypothese für die Symptomverschlechterung nicht benannt wurde. Zwei Zitate kritisierten eine mangelnde Passung zwischen den individuellen Bedürfnissen der Klient*innen und den angebotenen Leistungen, z. B. das Wechseln von Behandler*innen während des Beratungsprozesses. Zudem äußerten zwei Teilnehmende emotionales Unbehagen im Behandlungsprozess: z. B. stünden lange Anfahrtswege, welche das regelmäßige Wahrnehmen von Terminen erschwerten, für eine Person im Konflikt mit wiederholt ausgesprochenen Terminaufforderungen. Unklar bleibt bei diesem Zitat jedoch, von welcher Instanz die als stresshaft erlebten Terminaufforderungen geäußert wurden, ob tatsächlich von Behandler*innenseite oder aber einer anderen Instanz (z.B. Wohnheim). Schließlich wurde auch grundlegende strukturelle Kritik geäußert, die in keinem direkten Zusammenhang mit den Behandlungserfahrungen stehen. Insbesondere organisatorische und politische Rahmenbedingungen wie das Asylrecht wurden kritisiert, weil diese als hinderlich für den Behandlungserfolg wahrgenommen wurden.

Kategorie 2: Neutrale, ambivalente oder gemischte Antworten. Mit 14 Rückmeldungen stellt diese Kategorien ebenfalls eine kleine Kategorie dar. Ein Teil der Klient*innen bewertete die Behandlung neutral oder unverbindlich, ohne sie klar positiv oder negativ einzuordnen (z. B. „Es war okay, ich bin okay.“) Andere berichteten von einer teilweisen Wirksamkeit: Die Behandlung führte zwar zu einer

Entlastung, aufgrund des Fortbestehens zentraler Probleme jedoch nicht uneingeschränkt. Außerdem wurde die Erfahrung geschildert, dass die Wirksamkeit der Behandlung kontextabhängig sei (z.B. *„Wenn ich hier [...] bin, fühle ich mich gut, aber wenn ich zuhause bin, dann kommt die Angst.“*).

Kategorie 3: Positive Bewertung und als hilfreich wahrgenommene Behandlung. Diese Kategorie war die mit Abstand am häufigsten benannte ($n = 104$) und umfasst vielfältige positive Rückmeldungen. Der Großteil äußerte eine allgemeine Zufriedenheit und beschrieb die Behandlung als hilfreich, oft ohne konkrete Aspekte zu benennen (z. B. *„Zusammengefasst war es eine gute Erfahrung.“*). Z. T. gaben Klient*innen an, das Angebot weiterempfehlen zu wollen (z. B. *„Ich kann dies anderen für die Zukunft wärmstens empfehlen, da es im Leben und emotional sehr hilfreich ist.“*). Ein weiterer Teil der Rückmeldungen drückte Dankbarkeit und Wertschätzung gegenüber dem Personal aus. Die Teilnehmenden fühlten sich emotional unterstützt und bedankten sich teilweise ausdrücklich bei einzelnen Mitarbeitenden. Darüber hinaus wurden auch strukturelle und organisatorische Aspekte der Versorgung positiv hervorgehoben, etwa die Bedeutung der Einrichtung als PSZ und die Einbettung in unterstützende Netzwerke für geflüchtete Menschen (z. B. *„[Es ist] von entscheidender Bedeutung, wie Geflüchtete unterstützt werden. Ich hatte Probleme mit der Krankenversicherung, und [das] NTFN war die einzige Organisation, die die psychische Gesundheit berücksichtigte.“*). Schließlich betonten einige Teilnehmende den Nutzen allgemeiner, nicht-therapeutischer Unterstützungsangebote wie administrative oder rechtliche Hilfe, Sprachmittlung, Weitervermittlungen sowie weiter gefasste Aspekte psychosozialer Begleitung (z.B. Unterstützung im Aufsuchen eines Deutschkurses), die wesentlich zu ihrem Gefühl von Unterstützung während der Behandlung beitrugen.

Kategorie 4: Beziehungs- und umweltbezogene Aspekte in der Behandlung. In 53 Antworten bezogen sich die Klient*innen auf die zwischenmenschlichen, emotionalen und umweltbezogenen Aspekte der Beratung am PSZ. Im Mittelpunkt steht das subjektive Erleben des Settings, des Personals und der Verständigung. Einige Klient*innen beschrieben das PSZ als einen emotional und physisch sicheren Ort, an dem sie sich geschützt, wohl und gut aufgehoben fühlten. Die Verlässlichkeit und Vertraulichkeit der Einrichtung wurden als besonders wichtig für das eigene Sicherheitsgefühl hervorgehoben (z. B. *„Es ist ein vertraulicher und angenehmer Ort für die Dauer der Behandlung, und das Gefühl der Sicherheit war für mich das Wichtigste [...].“*). Den größten Anteil machten Aussagen zu zwischenmenschlichen Beziehungen und Gemeinschaft aus. Viele Klient*innen berichteten von Freundlichkeit, Fürsorge und Unterstützung durch das Personal sowie von kompetenten und respektvollen Beziehungen. Darüber hinaus wurde ein Gefühl von Verbundenheit und Gemeinschaft beschrieben, das half, sich nicht allein zu fühlen und emotionale Nähe sowie gegenseitige

Unterstützung zu erleben (z. B. *„Das Gefühl, nicht allein zu sein und dass jemand dich daran erinnert, dass es Wege gibt, weiterzumachen, ist ein wertvolles Gefühl. Das war es, was ich am dringendsten brauchte.“*). Schließlich betonten mehrere Rückmeldungen die Qualität der Kommunikation. Die Klient*innen hoben hervor, dass sie offen sprechen, ihre Sorgen ausdrücken und sich verstanden und ernst genommen fühlen konnten (z. B. *„Ich habe dort Menschen gefunden, die mir zuhörten, die meinen Schmerz verstanden und mir auf verschiedenen Ebenen halfen.“*). Diese Erfahrungen von Zuhören, Verständnis und Vertrauen trugen wesentlich zu einem positiven Erleben der Versorgung bei und waren eng mit dem Gefühl von Sicherheit verbunden.

Kategorie 5: Wahrgenommene Behandlungseffekte/-ergebnisse. Hier ($n = 71$) werden positive Veränderungen (konkret oder generalisiert) infolge der Behandlung beschrieben. Am häufigsten berichteten Klient*innen von einer Verbesserung ihres psychischen Wohlbefindens und einer Reduktion von Symptomen wie Angst oder Depression sowie von einer allgemeinen emotionalen Entlastung (z. B. *„Meine negativen Gedanken und mein Angstgefühl haben sich verbessert.“; Es hat sich angefühlt als würde eine Last von meinen Schultern genommen.“*). Darüber hinaus schilderten viele Klient*innen persönliche Weiterentwicklung, gesteigerte emotionale Resilienz, mehr Selbstvertrauen und neue Selbsterkenntnisse bezüglich der eigenen psychischen Verfassung (z. B. *„[...] es hat dazu geführt, dass ich stark sein konnte und nicht so schnell aufgegeben habe.“*). Etwas weniger häufig wurden praktische Verbesserungen im Alltag genannt, etwa in Bezug auf Konzentration, Schlaf, Alpträume oder den Umgang mit täglichen Herausforderungen.

Kategorie 6: Spezifische hilfreiche Behandlungsaspekte. Hierunter werden verschiedene (therapeutische) Interventionen zusammengefasst, die als hilfreich empfunden wurden ($n = 90$). Am häufigsten wurden verbale und gesprächsbasierte Interventionen genannt, darunter konkrete Angebote wie die Offene Sprechstunde (OS) oder allgemein die Möglichkeit, sprechen und sich mitteilen zu können. Oft wurde das Gesprächssetting dabei von den Klient*innen nicht genauer beschrieben (z. B. *„... das Sprechen hat geholfen.“*). Auch medizinisch-psychiatrische Behandlungen wie Medikamente oder ärztliche Gespräche wurden von einigen Teilnehmenden als hilfreich beschrieben, wobei diese nicht in den PSZ, sondern in den kooperierenden Fachkliniken stattgefunden haben müssen. Darüber hinaus hoben die Klient*innen die Bedeutung weiterer, z.B. spezialtherapeutischer Interventionen hervor (z. B. Ergotherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie, Entspannungsübungen). Schließlich berichteten mehrere Teilnehmende über selbstständig angewandte Bewältigungsstrategien und Selbstfürsorgepraktiken, etwa Nachdenken, Schreiben oder Musikhören, die ihnen außerhalb formaler Therapiesettings halfen. Diese Aussagen unterstreichen die Bedeutung persönlicher Handlungskompetenz und individuell genutzter Strategien zur Stabilisierung des psychischen Wohlbefindens.

Kategorie 7: Grundsätzliche Erfahrungen und nicht-evaluative Anmerkungen. Die hier getätigten Aussagen enthalten keine direkte Bewertung der Behandlung, geben dennoch wichtige Einblicke in die Lebensrealitäten der Klient*innen. Ein Schwerpunkt lag auf persönlichen Geschichten und Reflexionen, in denen Teilnehmende ihre Migrations- und Lebensbiografien, emotionale Belastungen sowie ihre Erfahrungen von Einsamkeit und Neuanfang schilderten und dabei die Behandlung als bedeutsamen Bezugspunkt im eigenen Lebensweg einordneten (z. B. *„Für jemanden, der sich von seiner Familie, seinen Freunden, seinem Zuhause und allem, was er erreicht hat – sowohl materiell als auch mental – trennt, kann ein Neuanfang eine große Herausforderung sein, zumal es sich in meinem Fall um eine spontane und ungeplante Entscheidung handelte. Nachdem ich diese Entscheidung umgesetzt hatte, entwickelte ich psychische und physische Probleme und fühlte mich sehr einsam. Die Überweisung an das Behandlungszentrum war in meiner Situation ein positives Ereignis. Es half mir zu erkennen, dass ich nicht allein bin; leider gibt es Menschen, die sich in einer ähnlichen Situation wie ich befinden. Und glücklicherweise gibt es Menschen, mit denen man seine Gefühle, Ängste, Sorgen und Probleme teilen und die man um Rat und Unterstützung bitten kann.“*). Weitere Aussagen thematisierten externe, migrationsbezogene Belastungen wie rechtliche Unsicherheit, prekäre Wohnsituationen, Diskriminierung oder strukturelle Hindernisse, die unabhängig von der Behandlung fortbestehende Herausforderungen darstellten. Zudem berichteten einige Teilnehmende von anfänglicher Skepsis oder Angst gegenüber psychischer Behandlung oder Beratung, die sich im Verlauf in Vertrauen und Motivation wandelte (z. B. *„Das war meine erste Erfahrung. Anfangs hatte ich Angst und Sorgen, aber nach einiger Zeit und einigen Sitzungen fühlte ich mich sicher und war motiviert, weiterzumachen.“*). Eine kleine Anzahl an Antworten war inhaltlich zu vage oder unklar, um sinnvoll interpretiert zu werden, und wurde daher als nicht-informativ eingeordnet.

Forschungsschwerpunkt Suizidalität

Zentrale Ergebnisse der Recherche zur Suizidalitätsforschung im transkulturellen Kontext werden folgend dargestellt: Suizidalität (dazugehörend Suizidgedanken, -intentionen, -pläne, -versuche, abgeschlossene Suizide, z. T. auch selbstverletzendes Verhalten) wird in vielfältiger Weise durch kulturelle Einflüsse bestimmt. So können sich bspw. der Ausdruck suizidaler Symptomatik, das Mitteilen von Suizidgedanken gegenüber anderen Personen und auch die gewählte Suizidmethode erheblich in Abhängigkeit des kulturellen Kontexts unterscheiden. Dabei spielen u. a. die Akzeptanz von Suizidalität in Gesellschaft und (Familien-)Systemen und die Verfügbarkeit bestimmter Methoden eine wichtige Rolle (z. B. Chu et al., 2010; Tseng et al., 2001; Willis et al., 2003). Bei nicht ausreichender oder fehlender Berücksichtigung des kulturellen Kontextes kann dies zu Fehleinschätzungen bzgl. des möglichen Vorliegens von Suizidalität führen mit schlimmstenfalls weitreichenden Konsequenzen.

Das Erstellen einer globalen Suizidalitätsstatistik gestaltet sich für die Gruppe der Geflüchteten aus mehreren Gründen schwierig: Die Mehrzahl der Geflüchteten weltweit lebt in strukturschwachen Ländern, oft in überfüllten Camps. Zusammen mit der hohen Mobilität dieser Personengruppe erschwert dies die Todesursachenerfassung am Aufenthaltsort (Bevione et al., 2024; Cogo et al., 2022). Zusätzlich können Stigmata im Zusammenhang mit Suizidalität und/oder strafrechtliche Sanktionierungen von suizidalem Verhalten die Todesursache verschleiern (Bevione et al., 2024; Cogo et al., 2022). Nur wenige deutsche Studien befassen sich bisher mit der Suizidprävalenz von Geflüchteten. Diese Studien finden jedoch Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Suizidgedanken unter Geflüchteten (Führer et al., 2016; Nesterko et al., 2022).

Suizidales Erleben entsteht aus der komplexen Interaktion individueller Faktoren, sozialer Erwartungen und institutioneller Bedingungen; die Darstellung von Suizidalität als primär individuelle Pathologie sei eine vereinfachte Darstellung und so nicht korrekt (Lam et al., 2022; Kirmayer et al., 2022). Ebenso wenig geht Suizidalitätserleben zwangsläufig mit einer psychischen Erkrankung einher (Björkenstam et al., 2017), auch wenn korrelative Befunde existieren. Bezogen auf die Population der Geflüchteten bedeutet dies, dass das Auftreten von Suizidalität nicht in erster Linie als individuelle Erkrankung verstanden werden sollte, sondern beispielhaft die Folge beschädigter psychosozialer Schutzfaktoren (Silove, 2013) und anhaltender externer postmigrativer Stressoren (Miller & Rasmussen, 2024) sein kann. Ein einflussreicher postmigrativer Stressor im Kontext von psychischer Gesundheit/Krankheit sowie Suizidalität ist dabei der Aufenthaltsstatus bzw. genauer gesagt das Fehlen einer sicheren Bleibeperspektive (Côté-Olijnyk et al., 2024, Mueller et al., 2010 ; Schoretsanitis et al., 2018).

Folgende Forschungslücken ergaben sich durch die vorliegende Literaturrecherche: Suizidalitätsforschung fokussiert bisher überwiegend auf die Erfassung möglicher Risikofaktoren, während Recovery-Prozesse und die Bedeutung individueller wie psychosozialer Ressourcen bislang wenig Beachtung finden (Zaheer et al., 2019; Jansen et al., 2023; Wexler et al., 2024). Gleichsam und in Konsequenz fehlt es an der Etablierung kulturspezifischer Interventionen und Präventionsprogramme (Meza & Bath, 2021; Sjoblom et al., 2022; Apers et al., 2023). Methodisch betrachtet kommen überwiegend quantitative Querschnittsstudien zum Einsatz (Barzilay & Apter, 2014; Franklin et al., 2017; Kirmayer, 2022), wohingegen qualitative Forschungsarbeiten – für die Erfassung komplexer sozio-kultureller Mechanismen und Bedeutungsgefüge von Suizidalität indiziert – unterrepräsentiert sind. Entsprechende Implikationen werden für die Erstellung des Forschungsdesigns der kommenden Projektphase gezogen.

Diskussion

In der zurückliegenden, achten Projektphase, lag der Fokus der wissenschaftlichen Begleitforschung auf der Evaluation der refuKey-Beratung/Behandlung aus Mitarbeitenden- und aus Klient*innenperspektive. Zusätzlich wurde anhand eingehender Literaturrecherche der thematische Grundstein für die kommende Projektphase gelegt, in welcher es um die Exploration von Suizidalität bei Geflüchteten und die Möglichkeiten psychosozialer und ggf. präventiver Interventionen in diesem Zusammenhang gehen soll.

RefuKey-Klient*innen zeigten sich überwiegend zufrieden oder sehr zufrieden mit der erfahrenen Beratung/Behandlung, dem Personal und den Kommunikationsmöglichkeiten. Fast alle befragten Personen gaben an, die Beratung/Behandlung als hilfreich erlebt zu haben. Kurz diskutiert werden sollten an dieser Stelle ein potenzieller Drop out von Klient*innen: nicht alle Klient*innen füllen einen Fragebogen zu Behandlungsende aus. Eine Behandlung kann u.U. nicht regulär beendet werden, wenn Klient*innen z. B. plötzlich umverteilt werden und den Wohnort wechseln müssen. Bei der Gründung der refuKey-Zentren wurde zwar darauf geachtet, dass diese sich breit über Niedersachsen verteilen und somit für möglichst viele Geflüchtete zugänglich sind (dies drückt sich u. a. in den Zahlen aus, welche die Übergänge von Klient*innen zwischen verschiedenen refuKey-Kompetenzzentren ausdrücken). Dennoch sind Geflüchtete in ihrer Mobilität z. T. stark eingeschränkt, erfolgt eine Zuweisung des Wohnortes in die ländliche Peripherie. Zudem ist potenziell denkbar, dass Geflüchtete, welche die Beratung/Behandlung in refuKey weniger positiv erleben, diese eher kurzfristig abbrechen und somit keinen Fragebogen zum Behandlungsende ausfüllen. Kritisches oder ambivalentes Feedback, welches von Klient*innen im Fragebogen notiert wurde, deutet darauf hin, dass in solchen Fällen weniger die erfahrene Beratung/Behandlung als solche negativ beschrieben, sondern vielmehr die aktuellen äußeren Lebensumstände als zu belastend erlebt werden, um eine Symptomverbesserung zu erzielen. Dieser Befund verdeutlicht erneut den starken Einfluss postmigrativen Stresserlebens auf die psychische Gesundheit Geflüchteter (Bourque et al., 2011; Li et al., 2016) und räsontiert mit den Erfahrungen der Mitarbeitenden, welche ebenfalls beobachteten, dass unter akutem postmigrativem Stress zwar Symptomlinderung, nicht aber in jedem Fall Symptomremission erreichbar ist. Daran anschließen lässt sich der Befund zum wahrgenommenen Belastungserleben der Geflüchteten. Während der überwiegende Teil der Klient*innen ein sehr starkes Belastungserleben zu Behandlungsbeginn ausdrückte, äußerte eine Mehrheit zu Behandlungsende ein noch moderates Belastungserleben. Etwas über ein Drittel verspürte sogar keine oder eine nur noch leichte Belastung. Das Fortbestehen postmigrativer äußerer Stressoren zwischen Behandlungsbeginn und -ende haben die Evaluationszahlen in der Vergangenheit bereits gezeigt (Graef-Calliess et al., 2023; siehe

Evaluationsbericht V). Der gleichzeitig konsistent signifikante Symptommrückgang zwischen Behandlungsbeginn und -ende, der sich auch in dieser Projektphase erneut bestätigte, ist unter diesen Umständen als umso bemerkenswerter zu verzeichnen. Gleiches gilt für die in weitesten Teilen positive Evaluation der Beratung/Behandlung durch die Klient*innen.

Folgende Faktoren wurden von den Klient*innen besonders hervorgehoben: Das PSZ wird von vielen Klient*innen als sicherer Raum erlebt. Ein Atmosphäre geprägt von Verlässlichkeit, Vertrauen und Respekt ermögliche es den Klient*innen sich – teilweise zum ersten Mal überhaupt – zu öffnen. Klient*innen beschreiben ein Gefühl der Gemeinschaft, sowohl durch den Kontakt mit dem refuKey-Personal als auch durch den Kontakt mit Mitgeflüchteten (z. B. im Rahmen von Gruppen). Dies kann für viele ein Gegenpol zu dem ansonsten starken Isolations- und Einsamkeitserleben bedeuten (Nguyen et al., 2024) und zur Wiedererlangung eines Zugehörigkeitsgefühls (Chireh et al., 2022) beitragen. Dies deckt sich mit dem Eindruck aus der Fokusgruppenbefragung, in welcher die wertschätzende, empathische, unvoreingenommene Haltung, welche durch refuKey-Mitarbeitende gegenüber den Klient*innen vermittelt wird, als zentral für die refuKey-Arbeit ausgemacht wurde. Manche Klient*innen betonten die Alternativlosigkeit des PSZ-Angebotes für sie, weil sie aufgrund rechtlicher Zugangsbestimmungen kaum Zugang zu alternativen Versorgungsstrukturen erhielten. Dies verdeutlicht abermals die hoch relevante Funktion, welche PSZ in der derzeitigen Versorgungslandschaft übernehmen. Neben dem Gesprächsangebot schätzen die Klient*innen v. a. die Vielfalt und Flexibilität des PSZ- und refuKey-Angebots, welches ihnen in der Beratung geboten wird. Zur psychischen Stabilisierung kann die breite psychosoziale Unterstützung so bei Bedarf auch praktische alltagsnahe Unterstützung umfassen (z.B. Unterstützung bei Aufnahme eines Sprachkurses, bei der Suche von Freizeitangeboten, bei der Weitervermittlung an weitere Institutionen (z. B. Rechtsberatung)). Die Multimodalität, ein Charakteristikum der PSZ-Arbeit, welches u. a. in der Fokusgruppenuntersuchung genauer exploriert wurde, wird somit auch von Klient*innenseite positiv hervorgehoben. Schließlich beschreiben die Geflüchteten durch die Beratung/Behandlung in ihrer persönlichen Handlungskompetenz gestärkt worden zu sein. Das Wissen um individuelle Interventionsmöglichkeiten bei symptomatischem Erleben stärkt die Selbstwirksamkeit und das Gefühl des Wiedererlangens von Kontrolle, was von den Geflüchteten positiv erlebt wird.

Die Evaluationsbefunde zeigen zudem, dass die Zufriedenheit mit der Behandlung signifikant mit dem Behandlungseffekt korreliert. D. h. eine stärkere Reduktion in depressiver, ängstlicher oder posttraumatisch-assoziierter Symptomatik geht einher mit einer höheren Behandlungszufriedenheit. Dies steht in Übereinstimmung zu weiteren Forschungsergebnissen (z. B. Gaigl et al., 2022; Lindberg et al., 2019; Zikusooka et al., 2022), welche u. a. eine respektvolle Behandlung durch das Personal,

die subjektiv empfundene Berücksichtigung des kulturellen Kontexts einer Person und ausreichend Behandlungszeit als signifikante Prädiktoren für Behandlungszufriedenheit ermittelten. Im Zusammenhang mit den Ergebnissen der qualitativen Befragung, welche Aufschluss über für die Klient*innen zentrale Behandlungsparameter geben, sind diese Befunde von entscheidender Relevanz. Sie legen nahe, welche Faktoren psychosoziale Beratung/Behandlung von Geflüchteten berücksichtigen sollte, um einen Behandlungserfolg i. S. einer Symptomreduktion wahrscheinlicher zu machen.

Die qualitativen Ergebnisse der Klient*innenbefragung ergänzen die quantitativen Befunde zur Symptomreduktion über den Beratungs-/Behandlungsverlauf essentiell. Sie zeigen, dass die Geflüchteten die Behandlung in refuKey als wirkungsvoll erleben und geben Einsicht darin, welche Faktoren in Augen der Geflüchteten entscheidend zum Behandlungserfolg beitragen. Die umfassende inhaltsanalytische Auswertung der Fokusgruppenbefragung mit den Mitarbeitenden in der kommenden Projektphase wird diese Befunde schließlich bedeutsam komplettieren. Seit Jahren zeigen die Evaluationsergebnisse eine stabile Symptomreduktion über den Behandlungsverlauf. Die Frage, welche Wirkmechanismen damit in einem konkreten Zusammenhang stehen, wird dann sowohl aus Perspektive der Klient*innen (bereits in diesem Bericht) als auch aus Perspektive der Mitarbeitenden beantwortet werden können. Dies wiederum wird es erlauben, das Angebot zukünftig ggf. noch besser auf die Bedürfnisse der geflüchteten Klient*innen anzupassen und zudem Empfehlungen für eine optimierte psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Geflüchteten zu formulieren.

Public Outreach

Zur Dissemination der in refuKey gewonnenen Erkenntnisse, wurden im zurückliegenden Jahr folgende Plattformen genutzt:

Auf der zweiten Konferenz der Global Society on Migration, Ethnicity, Race and Health (September 2025) konnten die Erfahrungen des refuKey-Projekts einem internationalen (Fach-)Publikum zugänglich gemacht werden (siehe: <https://refukey.org/>; Titel: „Mental Health Care for Refugees in Germany: A Staff Survey on Multimodal, Multiprofessional Treatment Offers within the RefuKey Project“; Titel: „Refugee Perspectives on Mental Health Care: An Evaluation of Treatment Satisfaction in German Pilot Project refuKey“). Vor dem Hintergrund ähnlicher Herausforderungen verschiedener nationaler Gesundheitssysteme bei der adäquaten, bedürfnisgerechten psychosozialen Versorgung Geflüchteter, bot die Konferenz eine gute Möglichkeit, die Wirksamkeit von stepped-care Ansätzen wie refuKey weiter zu verbreiten. Ebenso konnten die Befunde zur Klient*innenbefragung auf dem

letztjährigen DGPPN-Kongress (November 2025; siehe: <https://refukey.org/>; Titel: „Die Perspektive von Geflüchteten auf die psychosoziale Versorgung in Niedersachsen: Evaluation der Behandlungserfahrungen im refuKey-Projekt.“) und somit der breiten Fachwelt der Psychiatrie und Psychotherapie im deutschsprachigen Raum vorgestellt werden. Im Rahmen eines Workshops des internationalen Forschungsnetzwerks zur Transkulturellen Suizidalität am Karolinska Institutet (Stockholm, Dezember 2025) konnten die Rechercheergebnisse zum aktuellen Stand der transkulturellen Suizidalitätsforschung sowie Forschungsergebnisse des refuKey-Projekts mit einem Fachpublikum geteilt werden, was Möglichkeiten eröffnete, weitergehend mögliche Forschungsfragen für die kommende Projektphase zu eruieren.

Ausblick

In der nächsten Projektphase soll der Fokus der Evaluation auf folgenden Aspekten liegen:

- Aufbauend auf die theoretische Vorarbeit zur Suizidalität im transkulturellen Kontext wird der Schwerpunkt der kommenden Projektphase auf der Exploration von Suizidalität (u.a. entstehungsbegünstigende und auslösende Faktoren sowie Ressourcen und Schutzfaktoren) bei Geflüchteten und den Möglichkeiten psychosozialer und ggf. präventiver Interventionen liegen. Um der Unterrepräsentation der Betroffenenperspektive in der Forschung entgegenzukommen, wird eine Interviewstudie mit Klient*innen geplant.
- Zusätzlich soll ein quasi-experimentelles Design entwickelt werden, welches als Kontrollgruppenäquivalent für die refuKey-Studie eingesetzt werden kann. Die Akquise einer geeigneten Kontrollgruppe stellt in der Feldforschung eine reale Herausforderung dar. Im Rahmen der refuKey-Studie wurde in der zweiten Projektphase mit der Erhebung einer Kontrollgruppe in einer projektfremden Klinik begonnen. Aufgrund der Corona-Pandemie musste die Umsetzung jedoch früh ausgesetzt werden, eine anschließende Fortsetzung nach Abbau der Corona-Schutzmaßnahmen ließ sich nicht realisieren. Wegen des zwischenzeitlichen Projektfortschrittes gestaltete sich die nachträgliche Erhebung einer Kontrollgruppe in einer weiteren projektfremden Klinik stark erschwert. Deswegen wurde die Entscheidung für die Umsetzung eines quasi-experimentellen Designs getroffen, um auf diesem Wege dennoch die Möglichkeit zu haben, die refuKey-Zahlen zu einem Kontrollgruppenäquivalent ins Verhältnis setzen zu können.
- Dem ursprünglichen refuKey-Evaluationsdesign folgend (vgl. Evaluationsbericht I, Abb. 1) soll in den kommenden Projektphasen zudem eine erneute Expert*innenbefragung in PSZ und Klinik Aufschluss darüber geben, wie sich das Projekt seit Beginn entwickelt hat.

Literatur

- Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Clara Bünger, Dr. André Hahn, Gökyak Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Gruppe Die Linke – Drucksache 20/14492 – Abschiebungen und Ausreisen im Jahr 2024. (2025, 11. Februar). Aufruf über: <https://migrando.de/en/news/general/geduldete-in-deutschland-zahl-sinkt-stark-doch-abschiebungen-nehmen-zu/>
- Apers, H., Van Praag, L., Nöstlinger, C., & Agyemang, C. (2023). Interventions to improve the mental health or mental well-being of migrants and ethnic minority groups in Europe: A scoping review. *Global Mental Health (Cambridge, England)*, 10, e23.
<https://doi.org/10.1017/gmh.2023.15>
- BAfF-Zentren (2025). Flucht & Gewalt. Psychosozialer Versorgungsbericht Deutschland 2025.
<https://www.baff-zentren.org/publikationen/versorgungsberichte-der-baff/>
- Barzilay, S., & Apter, A. (2014). Psychological Models of Suicide. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 295–312. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824825>
- Bevione, F., Panero, M., Abbate-Daga, G., Cossu, G., Carta, M. G., & Preti, A. (2024). Risk of suicide and suicidal behavior in refugees. A meta-review of current systematic reviews and meta-analyses. *Journal of Psychiatric Research*, 177, 287–298.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.07.024>
- Björkenstam, E., Helgesson, M., Amin, R., & Mittendorfer-Rutz, E. (2020). Mental disorders, suicide attempt and suicide: Differences in the association in refugees compared with Swedish-born individuals. *The British Journal of Psychiatry*, 217(6), 679–685.
<https://doi.org/10.1192/bjp.2019.215>
- 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.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brunnet, A. E.; dos Santos Lobo, N.; Silveira, T.; Kristensen, C. H.; Derivois, D. (2020): Migrations, trauma and mental health: A literature update on psychological assessment. In *L'Encéphale* 46 (5), pp. 364–371. DOI: 10.1016/j.encep.2020.03.009.

Bundeszentrale für politische Bildung. (2026, 13.01). Asylanträge in Deutschland.

<https://www.bpb.de/themen/migration-integration/zahlen-zu-asyl/265708/asylantraege-in-deutschland/>

Byrow Y, Pajak R, Specker P, Nickerson A, Perceptions of mental health and perceived barriers to mental health help-seeking amongst refugees: A systematic review, *Clinical Psychology Review*, Volume 75, 2020, <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101812>.

Chireh, B., Gyan, C., & Acharibasam, J. B. (2022). Sense of community belonging and self-rated general and mental health status among immigrants in Canada. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 18(3), 207-221.

Chu, J. P., Goldblum, P., Floyd, R., & Bongar, B. (2010). The cultural theory and model of suicide. *Applied and Preventive Psychology*, 14(1), 25-40.
<https://doi.org/10.1016/j.appsy.2011.11.001>

Cogo, E., Murray, M., Villanueva, G., Hamel, C., Garner, P., Senior, S. L., & Henschke, N. (2022). Suicide rates and suicidal behaviour in displaced people: A systematic review. *PLoS One*, 17(3), e0263797. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263797>

Côté-Olijnyk, M., Perry, J. C., Paré, M.-È., & Kronick, R. (2024). The mental health of migrants living in limbo: A mixed-methods systematic review with meta-analysis. *Psychiatry Research*, 337, 115931. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115931>

Djelantik, A. A. A. Manik J.; Heus, Annemiek de; Kuiper, Diede; Kleber, Rolf J.; Boelen, Paul A.; Smid, Geert E. (2020): Post-Migration Stressors and Their Association With Symptom Reduction and Non-Completion During Treatment for Traumatic Grief in Refugees. In *Front. Psychiatry* 11, p. 407. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00407.

Dumke, L., Schmidt, T., Wittmann, J., Neldner, S., Weitekamp, A., Catani, C., Neuner, F., & Wilker, S. (2024a). Low access and inadequate treatment in mental health care for asylum seekers and refugees in Germany — A prospective follow-up study over 12 months and a nationwide cross-sectional study. *Applied Psychology: Health and Well-Being*.
<https://doi.org/10.1111/aphw.12523>

Dumke, L., Wilker, S., Hecker, T., & Neuner, F. (2024b). Barriers to accessing mental health care for refugees and asylum seekers in high-income countries: A scoping review of reviews mapping demand and supply-side factors onto a conceptual framework. *Clinical psychology review*, 113, 102491.

- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Führer, A., Eichner, F., & Stang, A. (2016). Morbidity of asylum seekers in a medium-sized German city. *European Journal of Epidemiology*, 31(7), 703–706. <https://doi.org/10.1007/s10654-016-0148-4>
- Gaigl, G., Täumer, E., Allgöwer, A., Becker, T., Breilmann, J., Falkai, P., Günhe, U., Kilian, R., Riedel-Heller, S. G., Ajayi, K., Baumgärtner, J., Brieger, P., Fräsch, K., Heres, S., Jäger, M., Kütthmann, A., Putzhammer, A., Schneeweiß, B., Schwarz, M., ... Hasan, A. (2022). The role of migration in mental healthcare: Treatment satisfaction and utilization. *BMC Psychiatry*, 22(1), 116. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03722-8>
- Graef-Callies, I. T., Erdmann, L., Mohwinkel, V., Özkan, I., Finkelstein, D., Loos, K., ... & Trilesnik, B. (2023). Post-migration living difficulties, discrimination, and mental health of traumatized refugees in Germany: data from the refuKey project for timely and need-adapted treatment in a stepped-care setting. *International Review of Psychiatry*, 35(3-4), 339-351.
- 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.
- Jannesari, S., Hatch, S., Prina, M., & Oram, S. (2020). Post-migration social–environmental factors associated with mental health problems among asylum seekers: A systematic review. *Journal of immigrant and minority health*, 22(5), 1055-1064.
- Jansen, K. J., Shaw, J. L., Comtois, K. A., Elliott-Groves, E., Slaney, T., Avey, J. P., & Nelson, L. (2023). Culturally Adapting Caring Contacts for Suicide Prevention in Four Alaska Native and American Indian Communities. *Archives of Suicide Research : Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 27(1), 89–106. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1967820>
- Jurado, Dolores; Alarcón, Renato D.; Martínez-Ortega, José M.; Mendieta-Marichal, Yaiza; Gutiérrez-Rojas, Luis; Gurpegui, Manuel (2017): Factores asociados a malestar psicológico o trastornos

- mentales comunes en poblaciones migrantes a lo largo del mundo. In *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 10 (1), pp. 45–58. DOI: 10.1016/j.rpsm.2016.04.004.
- Kirmayer, L. J. (2022). Suicide in cultural context: An ecosocial approach. *Transcultural Psychiatry*, 59(1), 3–12. <https://doi.org/10.1177/13634615221076424>
- Lam, J. S. H., Links, P. S., Eynan, R., Shera, W., Tsang, A. K. T., Law, S., Fung, W. L. A., Zhang, X., Liu, P., & Zaheer, J. (2022). „I thought that I had to be alive to repay my parents“: Filial piety as a risk and protective factor for suicidal behavior in a qualitative study of Chinese women. *Transcultural Psychiatry*, 59(1), 13–27. <https://doi.org/10.1177/13634615211059708>
- 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.
- Mayring, P. (2005). *Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse* (M. Gläser-Zikuda, Ed.). Beltz.
- Lindberg, L. G., Mundy, S. S., Kristiansen, M., Johansen, K. S., & Carlsson, J. (2019). Satisfaction with mental health treatment among patients with a non-Western migrant background: A survey in a Danish specialized outpatient mental health clinic. *European Journal of Public Health*, 29(4), 700–705. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz090>
- Meza, J. I., & Bath, E. (2021). One size does not fit all: Making suicide prevention and interventions equitable for our increasingly diverse communities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(2), 209–212. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.09.019>
- Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2024). War exposure, daily stressors, and mental health 15 years on: Implications of an ecological framework for addressing the mental health of conflict-affected populations. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 33, e78. <https://doi.org/10.1017/S2045796024000830>
- Mueller, J., Schmidt, M., Staeheli, A., and Maier, T. (2010). Mental health of failed asylum seekers as compared with pending and temporarily accepted asylum seekers. *Eur. J. Public Health* 21, 184–189. doi: 10.1093/eurpub/ckq016
- Müller, M. J., Zink, S., & Koch, E. (2018). The Negative Impact of an Uncertain Residence Status: Analysis of Migration-Related Stressors in Outpatients with Turkish Migration Background and Psychiatric Disorders in Germany Over a 10-Year Period (2005–2014). *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(2), 317–326. <https://doi.org/10.1007/s10903-017-0555-y>

- Nesterko, Y., Jäckle, D., Friedrich, M., Holzapfel, L., & Glaesmer, H. (2019). Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: An epidemiological study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e40. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000325>
- Neubauer, A., Agca, F., Altunöz, U., Krieger, J., Rößner-Ruff, V., Strunk, L., & Graef-Calliess, I. T. (2018). *Stone Scale of emotional burden – Ein innovativer Ansatz zur sprachreduzierten Erfassung emotionaler Belastung. Poster auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde 2018.*
- Nguyen, T. P., Al Asaad, M., Sena, M., & Slewa-Younan, S. (2024). Loneliness and social isolation amongst refugees resettled in high-income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 360, 117340.
- Riemer, L., Rau, L., & Schalast, R. (2025, 16. Juni). Statistics Germany. Asylum Information Database. <https://asylumineurope.org/reports/country/germany/statistics/>
- Sagbakken, M., Bregaard, I. M., & Varvin, S. (2022). "Imagine, 7 Years Without a Future": A Qualitative Study of Rejected Asylum Seekers' Life Conditions in Norway. *Frontiers in Sociology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2022.813994>
- Schoretsanitis, G., Bhugra, D., Eisenhardt, S., Ricklin, M. E., Srivastava, D. S., Exadaktylos, A., et al. (2018). Upon rejection: psychiatric emergencies of failed asylum seekers. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 15, 1498. doi: 10.3390/ijerph15071498
- Schouler-Ocak, M. (2020). Psychische Gesundheit von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund in Deutschland. In: Genkova, P., Riecken, A. (eds) *Handbuch Migration und Erfolg*. Springer, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-18236-6_33
- Silove, D. (2013). The ADAPT model: A conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings. *Intervention Journal of Mental Health and Psychosocial Support in Conflict Affected Areas*, 11(3), 237.
- Sjoblom, E., Ghidei, W., Leslie, M., James, A., Bartel, R., Campbell, S., & Montesanti, S. (2022). Centering Indigenous knowledge in suicide prevention: A critical scoping review. *BMC Public Health*, 22(1), 2377. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14580-0>

Tseng, W.-S. (2001). Suicidal Behavior. In W.-S. Tseng (Hrsg.), *Handbook of Cultural Psychiatry* (S. 375–396). Academic Press.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780127016320500954>

UNHCR. (2025). Mid-Year Trends Report 2025. <https://www.unhcr.org/mid-year-trends>

Vogl, S. (2014). Gruppendiskussion. In N. Baur, J. Blasius (Hrdg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (1. Auflage, S. 581-586). Springer VS.

Wexler, L., White, L. A., O’Keefe, V. M., Rasmus, S., Haroz, E. E., Cwik, M. F., Barlow, A., Goklish, N., Elliott, E., Pearson, C. R., & Allen, J. (2024). Centering Community Strengths and Resisting Structural Racism to Prevent Youth Suicide: Learning from American Indian and Alaska Native Communities. *Archives of Suicide Research : Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 28(4), 1294–1309. <https://doi.org/10.1080/13811118.2023.2300321>

Wie viele Personen haben eine Duldung?. (2025, 3. Dezember). Mediendienst Integration.

<https://mediendienst-integration.de/fluechtlinge/duldung/wie-viele-personen-haben-eine-duldung/>

Willis, L. A., Coombs, D. W., Drentea, P., & Cockerham, W. C. (2003). Uncovering the Mystery: Factors of African American Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(4), 412–429.

<https://doi.org/10.1521/suli.33.4.412.25230>

Zaheer, J., Shera, W., Sing Hong Lam, J., Fung, W. L. A., Law, S., & Links, P. S. (2019). „I think I am worth it. I can give up committing suicide“: Pathways to recovery for Chinese-Canadian women with a history of suicidal behaviour. *Transcultural Psychiatry*, 56(2), 305–326.

<https://doi.org/10.1177/1363461518818276>

Zikusooka, M., Hanna, R., Malaj, A., Ertem, M., & Elci, O. C. (2022). Factors affecting patient satisfaction in refugee health centers in Turkey. *PLOS ONE*, 17(9), e0274316.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274316>

Anhang

Anhang A: Gesprächsleitfaden Fokusgruppen

Gesprächsimpulse (PSZ)

- Was macht *die* Arbeit im refuKey-Projekt – d.h. im PSZ/in der Klinikkooperation/in der Klinik grundsätzlich aus?
- Was sind Hauptanliegen der Geflüchteten?
- Profitieren die Geflüchteten von der Arbeit in unserem Projekt? Wovon profitieren sie Ihrer Einschätzung nach konkret? Was sind die Wirkfaktoren?
- Was bräuchte es vielleicht zusätzlich und wo sehen Sie Grenzen des Projekts?

- Wie gestaltet sich die Kooperation zwischen PSZ und Klinik an Ihrem Standort? Wie bewerten Sie diese? [bzw. für LÜ/OS: Wie bewerten Sie das Fehlen einer aktiven Klinikkooperation an Ihrem Standort?]
- Wie erleben Sie die Arbeit im multiprofessionellen Team? Welche Bereicherungen und Herausforderungen bringt diese Arbeit mit sich?
- Wie erleben Sie Ihre Rolle als Berater:in/Behandler:in

