

# Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



<b>Konsortialführung:</b>	Prof. Dr. Malek Bajbouj
<b>Förderkennzeichen:</b>	01VSF16061
<b>Akronym:</b>	MEHIRA
<b>Projekttitlel:</b>	Gestuftes Versorgungsmodell zur Förderung der mentalen Gesundheit von Flüchtlingen (Mental Health in Refugees and Asylum Seekers)
<b>Autoren:</b>	Dr. Dr. Kerem Böge, Dr. Andreas Hoell, Prof. Dr. Malek Bajbouj
<b>Förderzeitraum:</b>	1. März 2017 – 31. Dezember 2020

1. Zusammenfassung.....	2
2. Beteiligte Projektpartner .....	3
3. Einleitung .....	5
4. Projektdurchführung.....	7
5. Methodik.....	12
6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen .....	32
7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung .....	115
8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....	117
9. Referenzen.....	120
10. Anlagen.....	127

## 1. Zusammenfassung

*Einleitung:* Studien deuten auf eine hohe Prävalenz von psychischen Störungen bei Menschen mit Fluchthintergrund hin. Neben einem Mangel individuellen Ressourcen sind viele Betroffene zudem mit sprachlichen, institutionellen, finanziellen und sozio-kulturellen Hürden einer Inanspruchnahme von psychischen Gesundheitsleistungen in Deutschland konfrontiert. Ziel der vorliegenden Studie ist die multizentrische Überprüfung der Wirksamkeit und Kosteneffektivität eines gestuften und kollaborativen Versorgungsmodells (Stepped Care and Collaborative Model - SCCM) zur Reduktion depressiver Symptome bei Geflüchteten im Erwachsenen- und Jugendalter im Vergleich zur Standardbehandlung (Treatment-as-usual - TAU) in Deutschlands Versorgungslandschaft für psychische Störungen.

*Methode:* MEHIRA ist eine multizentrische, raterverblindete, kontrollierte, randomisierte Längsschnittstudie (randomized controlled trial - RCT). Zwischen April 2018 und März 2020 wurden an sieben universitären psychiatrischen Zentren in Deutschland Probanden nach dem Zufallsprinzip einem von zwei Behandlungsarmen (SCCM oder TAU) für einen Interventionszeitraum von drei Monaten zugewiesen. Alle Proband\*innen wurden einem gestuften und kollaborativen Versorgungsmodell zu verschiedenen auf den Schweregrad der depressiven Symptome angepassten Interventionen zugeteilt. Die Interventionsstufen waren auf Stufe 1 Watchful Waiting, auf Stufe 2 Zuteilung zu einer Peer-to-Peer- oder Smartphone-basierten Intervention, auf Stufe 3 die Teilnahme an einer psychotherapeutischen Gruppentherapie sowie auf Stufe 4 eine individuelle pharmakologische und/oder psychotherapeutische Einzelbehandlung. Der primäre Endpunkt war definiert als die Veränderung der depressiven Symptome des Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) nach 12 Wochen. Der sekundäre Endpunkt war die Veränderung der Montgomery Åsberg Depression Rating Skala (MADRS) von Baseline bis nach der Intervention. Weitere Messzeitpunkte umfassten 24 Wochen (Follow-up 1) und 48 Wochen (Follow-up 2) nach Interventionsende.

*Ergebnisse:* Die Intention-to-Treat-Stichprobe umfasste randomisierte 584 Teilnehmer, die in SCCM (n= 294) oder TAU (n=290) randomisiert wurden. Unter Verwendung eines allgemeinen linearen Modells mit gemischten Effekten von Zeit und Interaktion (Zeit\*Gruppe) als fixed effects und dem Studienort als random effect wurde signifikante Effekte für die Zeit ( $p < .001$ ) und die Interaktion der Zeit mit der Gruppe ( $p < .05$ ) für die Intention-to-treat- und die Per-Protocol-Analyse gefunden. Die geschätzten marginalen Mittelwerte des PHQ-9 nach 12 Wochen waren in der SCCM Interventionsgruppe signifikant niedriger als in der TAU Gruppe (für Intention-to-treat: mittlere Differenz 1,30, 95% CI 1,07 bis 1,53,  $p < .001$ ; Cohen's  $d = .23$ ). Die Analysen der Kosteneffektivität und des monetären Nettonutzens erbrachten den Nachweis der Kosteneffektivität für den primären Endpunkt und die qualitätsbereinigten Lebensjahre (QALYs). Die Robustheit der Ergebnisse wurde durch Sensitivitätsanalysen bestätigt.

*Diskussion:* SCCM führte zu einer effektiveren und kosteneffektiveren Abnahme von depressiven Symptomen im Vergleich zu TAU. Die Ergebnisse deuten auf das verwendete SCCM als ein geeignetes Modell hin, um eine wirksame psychische Gesundheitsversorgung auch unter den Bedingungen eingeschränkter Ressourcen bereitzustellen: Dies ist nicht nur für Länder mit niedrigem- und mittlerem Einkommen relevant, sondern ebenso im Kontext von erzwungener Migration, Flucht oder unter besonderen Umständen von Pandemien in Ländern mit hohem Einkommen.

## 2. Beteiligte Projektpartner

Konsortialführung	<p>Prof. Dr. med. Malek Bajbouj Centrum für Affektive Neurowissenschaften Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Campus Benjamin Franklin Charité Universitätsmedizin Berlin Hindenburgdamm 30 12203 Berlin</p> <p>Tel.: 030-450-517541 Fax: 030-450-517942 E-Mail: malek.bajbouj@charite.de</p>
Statistik	<p>Prof. Dr. Dr. Michael Rapp Universität Potsdam Campus am Neuen Palais Am Neuen Palais 10 14469 Potsdam</p> <p>Tel.: 0331-977-1050 Fax: 0331-977-4078 E-Mail: Mrapp@uni-potsdam.de</p>
Studienkoordination	<p>Dr. Dr. Kerem Böge, M.Sc. Psych. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Campus Benjamin Franklin Charité Universitätsmedizin Berlin Hindenburgdamm 30 12203 Berlin</p> <p>Tel.: 030-450-517541 Fax: 030-450-517942 E-Mail: kerem.boege@charite.de</p>
Datenmanagement	<p>Koordinierungszentrum für Klinische Studien (KKS) Charité – Universitätsmedizin Campus Virchow-Klinikum Augustenburger Platz 1 13353 Berlin</p>
Teilprojektleiter – Peer-to-Peer Intervention	<p>Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Campus Mitte Charité - Universitätsmedizin Berlin Charitéplatz 1 10117 Berlin</p> <p>Tel.: 030-450-517002 Fax: 030-450-517921 E-Mail: andreas.heinz@charite.de</p>

Teilprojektleiter - Versorgungsökonomie	Prof. Dr. Hans-Joachim Salize Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim J 5 68159 Mannheim  Tel.: 0621 1703 6401 Fax: 0621 1703 6405 E-Mail: Hans-joachim.salize@zi-mannheim.de
Teilprojektleiter – Kinder- und Jugendpsychiatrie	Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim 68159 Mannheim  Tel.: 0621 1703 4502 Fax: 0621 1703 4505 E-Mail: tobias.banaschewski@zi-mannheim.de
Teilprojektleiter – Gender- sensible Intervention	Prof. Dr. Dr. Frank Schneider Universitätsklinikum Aachen Rheinisch-westfälische Technische Universität Templergraben 55 52062 Aachen  Tel.: 0241 8089633 Fax: 0241 808241 E-Mail: fschneider@ukaachen.de
Teilprojektleiter – Empowerment Intervention	Prof. Dr. Peter Falkai Ludwig-Maximilians-Universität München Nußbaumstraße 7 80336 München  Tel.: 089 4400 55501 Fax: 089 4400 53930 E-Mail: peter.falkai@med.uni-muenchen.de

### 3. Einleitung

Im Jahr 2017 hatten mehr als eine Million Flüchtlinge Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Gesundheitsversicherung (Laschet, 2016). Ihre psychosoziale Versorgung stellte eine große Herausforderung für das Gesundheitssystem dar (Lindert, Carta, Schäfer & Mollica, 2016), da ein erheblicher Teil der Flüchtlinge traumatische und belastende Erfahrungen in ihrem Heimatland, während ihrer Migration und/oder in den ersten Monaten in einem kulturell andersartigen Aufnahmeland erlebt hatte (Ullman, Barthel, Taché, Bornstein, Licino, & Bornstein, 2015). Zum damaligen Zeitpunkt zeigten Untersuchungen, dass etwa ein Viertel aller Flüchtlinge an einer psychischen Störung leidet, wovon die Hälfte dem weiteren Spektrum der affektiven Störungen zuzuordnen ist (Lindert et al., 2016). Präventive Maßnahmen, rechtzeitige Diagnosen sowie niedrigschwellige und kultursensible Angebote sind daher sowohl für die Verringerung des individuellen Leids der Betroffenen als auch für die Reduzierung der finanziellen Belastung des öffentlichen Gesundheitssystems von größter Bedeutung.

Die Chancen auf eine adäquate Behandlung werden bei dieser Patientengruppe jedoch durch institutionelle, kulturelle und sprachliche Barrieren beeinträchtigt. Nach Angaben des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge sind seit 2015 ca. 2 Million Menschen auf der Flucht vor Bürgerkriegen nach Deutschland gekommen und haben einen Asylantrag gestellt (BAMF, 2021). Auch wenn es im klinischen Versorgungsalltag ziemlich offensichtlich ist, dass diese Menschen sehr spezifischen soziokulturellen Stressoren ausgesetzt sind, fehlten zu Projektbeginn genaue und präzise Daten über Prävalenz und Verlauf der psychischen Störungen. Die vorliegenden Daten deuteten damals auf multiple Barrieren im Gesundheitssystem hin, auf die Menschen mit Migrationshintergrund stoßen und die dazu führen, dass sie weniger Kontakt zum Gesundheitssystem haben, weniger gut über Angebote informiert sind und daher seltener therapeutische und präventive Behandlungen erhalten (Jefee-Bahloul, Bajbouj, Alabdullah, Hassan & Barkil-Oteo, 2016).

Dementsprechend war das vorliegende Projekt ziel die Entwicklung und Überprüfung eines kultursensiblen Modells zur effektiveren psychischen Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen mit affektiven Störungen im Jugend- und Erwachsenenalter. Die dabei verfolgte zentrale Forschungsfrage lautete, ob sich mithilfe einer zielgruppenadaptierten, kultursensiblen Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie innerhalb eines Leitlinienkonformen, gestuften und partizipativen Versorgungsmodells (Stepped and Collaborative Care Modell, SCCM) die Versorgung dieser Patientengruppe verbessern lässt. Gleichmaßen sollte überprüft werden, ob das vorgeschlagene Versorgungsmodell geeignet ist genannte Patientinnen und Patienten mit niedrigschwelligen Angeboten kosteneffektiver zu versorgen. Regionen einfließen zu lassen. Patientenorientierte und ressourceneffiziente Elemente sollten in Kombination mit dem hier SCCM eine Verbesserung der modellhaften Versorgungsprozesse auslösen, die medizinischen Ergebnisse verbessern und Zugangsbarrieren zum System überwinden. Darüber hinaus sollte durch eine gesundheitsökonomische und kostenanalytische Betrachtung eine Berechnung der Kosteneffizienz dieser Strukturen unter routinierten Praxisbedingungen angestrebt werden, sowie eine Analyse der Umsetzbarkeit der neuen Versorgungsmodelle innerhalb der bestehenden psychiatrischen Versorgungsroutinen in den Untersuchungsgebieten (einschließlich der psychiatrieinternen Versorgungsschnittstellenproblematik, sowie der Verknüpfung mit der Flüchtlingshilfe). Die Gesamtkonzeption des Modells kann eine relevante Verbesserung der Versorgungsprozesse ermöglichen. Darüber hinaus sind einzelne Komponenten des Projekts gezielt auf die Verbesserung der Patientenorientierung (Teilprojekt zu Empowerment und gendersensiblen

Interventionen etc.) und Partizipation (Teilprojekt Peer-to-Peer) ausgerichtet. Zum aktuellen Zeitpunkt gibt es evidenzbasierte nationale Leitlinien zur Versorgung affektiver Störungen (Bajbouj, 2015; Witt, Rassenhofer, Fegert & Plener, 2015), die bisher nur unzureichend in den Routineprozessen der Versorgung umgesetzt werden. So gab es in Deutschland Vorschläge für gestufte Versorgungsmodelle für Erwachsene (BAMF, 2016), die sich als effizient und effektiv erwiesen haben. In Bezug auf Flüchtlinge fehlte es jedoch an Erfahrungen mit solchen gestuften Versorgungsmodellen. Dennoch gibt es vergleichbare Betreuungsmodelle in der Entwicklungshilfe (Schouler-Ocak, 2015), die darauf ausgerichtet sind, jugendliche und erwachsene Flüchtlinge in einem Kontext von Ressourcenknappheit partizipativ, kultursensibel und bedarfsgerecht mit psychologischen Maßnahmen zu versorgen.

Die primäre Hypothese besagte, dass das vorgeschlagene Versorgungsmodell im Vergleich zu Routineversorgungsmodellen effektiver ist, was sich in einer signifikanten PHQ-9-Reduktion (Depressionswert) für die SCCM-Gruppe im Vergleich zur TAU-Gruppe widerspiegelt. Des Weiteren werden folgende Sekundärhypothesen angenommen:

*Sekundärhypothese 1:* Das SCCM ist in Bezug auf weitere Effektivitätsparameter (Ansprechen, Remission, Lebensqualität) und in Bezug auf die Effizienz (direkte und indirekte Kosten, Kosten-Nutzen-Relation, Kosten-Wirksamkeits-Relation) innerhalb der Routineversorgung für die Gesamtpopulation überlegen.

*Sekundärhypothese 2:* Das SCCM für jugendliche Flüchtlinge führt zu einer signifikanten Entlastung der Belastung durch traumatische Erfahrungen im Vergleich zur Kontrollgruppe (gemessen mit dem Child and Adolescent Trauma Screening (CATS)).

*Sekundärhypothese 3:* Die im Rahmen des Projektes verwendeten niedrigschwelligen Interventionen (START-Intervention für Adoleszenten (TP1), Peer-to-Peer-Intervention (TP2), gender-sensible Intervention (TP3), Empowerment-Intervention (TP4) und die Smartphone-basiertes Stressmanagement-Applikation sind machbar, akzeptiert und effektiv.

Insgesamt nahmen primär acht deutsche Universitäten (Berlin, Aachen, Marburg, Mannheim, München, Ulm, Potsdam, Tübingen) teil mit unterschiedlichen Aufgaben einschließlich der Entwicklung, Validierung und/oder Übersetzung von neuen Instrumenten, Entwicklung neuer Therapieansätze, Rekrutierung, Gesundheitsökonomie und Dissemination der Ergebnisse.

		JAHR 1				JAHR 2				JAHR 3			
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Anpassung/Entwicklung zentrale Datenbank	Berlin (CBF)												
Validierung/Übersetzung Screeninginstrumente Frauen	Aachen												
Validierung/Übersetzung Screeninginstrumente Adoleszenten	Mannheim, Marburg, Ulm												
Validierung/Übersetzung Screeninginstrumente allgemein	Berlin, Potsdam, München												
Erstellung Trainingsmanuale Zuweiser	alle												
<b>MEILENSTEIN 1: Datenbanken, Screeninginstrumente und Trainingsmanuale fertiggestellt (nach 3 Monaten)</b>													
Adaptation Psychoedukationsmaterial allgemein	Berlin, Potsdam, München												
Adaptation Psychoedukationsmaterial Frauen	Aachen												
Adaptation Psychoedukationsmaterial Adoleszenten	Mannheim, Marburg, Ulm												
Erstellung/Adaptation Peer to Peer Training	Berlin (M)												
Erstellen/Adaptation Smartphone Intervention	Berlin (CBF)												
Erstellung/Adaptation Gruppenintervention Empowerment	München												
Erstellung/Adaptation Gruppenintervention Adoleszenten	Mannheim, Marburg, Ulm												
Erstellung/Adaptation Gruppenintervention Frauen	Aachen												
Training/Qualitätszirkel Zuweiser	alle												
<b>MEILENSTEIN 2: Psychoedukationsmaterial fertiggestellt, Sozialarbeiter, Dolmetscher und Peers trainiert (1.Kohorte), IT-Applikation angepasst (nach 6 Monaten)</b>													
Rekrutierungsphase 1 (bis n=150)	alle												
Erhebungsphase (Versorgung und Schnittstellen)	Mannheim												
<b>MEILENSTEIN 3: 150 Patienten haben T4 (12 Monate) durchlaufen, Versorgung u. Schnittstellenprobleme standardisiert beschrieben (n. 18 Monaten)</b>													
Rekrutierungsphase 2 (bis n=300)	alle												
Analysephase (Versorgungsbedarfe)	Mannheim												
<b>MEILENSTEIN 4: 300 Patienten haben T4 (12 Monate) durchlaufen, Versorgungsbedarfe in Studienregionen quantifiziert (nach 24 Monaten)</b>													
Rekrutierungsphase 3 (bis n=476)	alle												
<b>MEILENSTEIN 5: 476 Patienten haben T4 (12 Monate) durchlaufen (nach 30 Monaten)</b>													
Gesundheitsökonomie	Mannheim												
Analyse, Publikation	alle												
<b>MEILENSTEIN 6: Datenanalyse abgeschlossen, öffentlicher Abschlussberichtes, Kosteneffektivität der Interventionen berechnet (nach 36 Monaten)</b>													

	VF/GÖ	STUFEN	SMART	P2P	GENDER	EMPOWER	START
Mannheim (Meyer-Lindenberg, Salize)	X	X					
Berlin (Bajbouj)		X	X			X	X
Berlin (Heinz)				X			
Aachen (Schneider, Habel)					X		
München (Falkai, Padberg, Hasan)						X	
Mannheim (Banaschewski)				X			X
Marburg (Kamp-Becker)							
Ulm (Plener, Feger)							
Potsdam (Rapp)							

**Abbildung 2:** Beteiligungen und Funktionen der beteiligten klinischen Zentren (in dunklem Blau in jeweils leitender Funktion, in hellem Blau als Rekrutierungszentrum); **VF/GÖ:** Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie; **STUFEN:** gestuftes Versorgungsmodell; **SMART:** Smartphone-basierte Intervention; **P2P:** Peer-to-Peer-Intervention; **GENDER:** Gendersensible Intervention; **EMPOWER:** Empowerment-Intervention; **START:** Adoleszenten-Intervention)

#### 4. Projektdurchführung

Das vorliegende Projekt untersuchte die Effektivität und Kosteneffektivität eines *Stepped and Collaborative Care Modell (SCCM)* in der Behandlung von affektiven Störungen bei Flüchtlingen. Um dies zu tun wurden Flüchtlinge mit depressiven Symptomen in einen SCCM-Arm oder eine Kontrollbedingung (Treatment-As-Usual) randomisiert. Die Rekrutierung erfolgte über bereits existierende und regional sehr heterogene Zuweiserpfade einschließlich Hausärzte, Frauenärzte, Sprechstunden in Flüchtlingseinrichtungen und zentrale Clearingstellen. Mögliche Probanden wurden hinsichtlich des Vorliegens einer klinisch relevanten affektiven Symptomatik gescreent (Screeningverfahren) und gegebenenfalls an eine der beteiligten Studienstandorte weitervermittelt. Die jeweiligen Beteiligungen der einzelnen Zentren wurden in Abbildung 2 grafisch zusammengefasst.

Das **Screening** erfolgte durch Mitarbeiter (Hausärzte, Frauenärzte, Sozialarbeiter) kooperierender Institutionen und Einrichtungen, die von den jeweiligen Verbundzentren in Fortbildungen und Qualitätszirkeln geschult werden. Das Screening ist sequentiell aufgebaut, wobei schweregradabhängig zunächst der Refugee Health Screener (RHS-15) und dann das Depressionsmodul des Gesundheitsbogen für Patienten (PHQ-9) durchgeführt wurde. Beide Skalen stellen interkulturell gut validierte Screening-Instrument zur Diagnostik von affektiven sowie Trauma-assoziierten Symptomen für den routinemäßigen Einsatz im somatisch-medizinischen Bereich entwickelt. Der RHS-15 wird bei Flüchtlingen eingesetzt und prüft das Bestehen von Symptomen der Angst, Depression sowie Trauma. Die Skala besteht aus 14 Items, wobei jedes Symptom auf einer Skala von „0“ (überhaupt nicht) bis „4“ (extrem) bewertet wird. Item 15 stellt ein Thermometer dar, bei dem die Teilnehmer die Belastung, die sie innerhalb der letzten Woche empfunden haben, von „0“ (keine Belastung) bis „10“

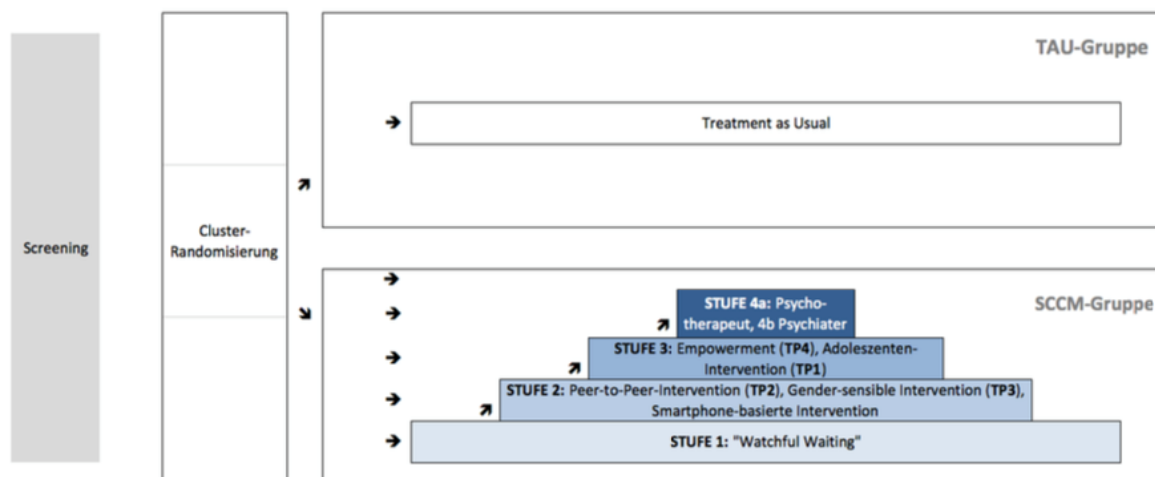
(extreme Belastung) einstufen können. Studien zeigen eine hohe Diskriminanzvalidität für die ersten 14 Items, sowie hohe interne Konsistenz des Cronbachs Alpha mit 0,92. Der PHQ-9 ist ein selbstzubewertendes Screeninginstrument, um das Vorliegen und die Schwere depressiver Symptome zu messen. Der PHQ-9 ist ein Instrument mit neun Fragen und Teil des Patient Health Questionnaire (PHQ). Die Antworten für jedes der neun Items reichen von „0“ (überhaupt nicht) bis „3“ (fast jeden Tag). Die Validität des PHQ-9 ist stark, was es zu einem weltweit nützlichen und schnellen Instrument zur Diagnose von Depressionen macht. Existierende Sprachbarrieren im Screeningprozess wurden durch geschulte Dolmetscher. Interessierten und einwilligungsfähigen Probandinnen und Probanden mit einem RHS-15 Wert  $\geq 14$  und/oder einem PHQ9-Wert  $>5$  wurde die Teilnahme an der Studie angeboten werden.

### **Beschreibung der Intervention:**

**SCCM-Intervention:** Fachpersonal wiesen nach standardisierten Vorgaben (siehe unten) teilnehmende Probandinnen und Probanden insgesamt vier verschiedenen Interventionsarmen zu. Je höher eine Intervention auf dem Stufenplan lokalisiert ist, desto häufiger und länger fanden Kontakte mit Psychotherapeuten und Psychiatern am jeweiligen Studienstandort statt. Innerhalb der einzelnen Stufen war die Kontaktfrequenz zwischen den Interventionen vereinheitlicht. Patienten, die der Stufe 1 zugeordnet werden, erhalten keine Behandlung („watchful waiting“). Die SCCM-Bedingung bestand aus einer vierstufigen Interventionspyramide (Abbildung 1). Nach dem PHQ-9-Score zu Studienbeginn wurden die Teilnehmer einer der vier Behandlungsstufen zugeordnet. Probanden wurden den vier Stufen mit jeweiligen PHQ-9 Werten zugeordnet: Stufe 1: 0-9; Stufe 2: 10-14; Stufe 3: 15-19; Stufe 4: 20-27. Die Interventionsperiode dauerte für alle Stufen geplant, und letztlich auch real, 12 Wochen, wenn auch mit zunehmender Behandlungsintensität und -häufigkeit für jede Stufe. Nach 12 Wochen wurden die Symptome mit dem PHQ-9 und RHS-15 neu bewertet und entweder eine zweite Interventionsphase entsprechend der Behandlungsstufe eingeleitet, die zu einer Nachuntersuchung führte, oder sie wurde abgebrochen, was zu einer Post-Intervention Messung führte.

Das SCCM besteht aus den folgenden fünf neuartigen Subinterventionen, die speziell für das MEHIRA-Projekt entwickelt wurden und darauf abzielen, auf die spezifischen Besonderheiten und Besonderheiten der Flüchtlingskulturgemeinschaft im Nahen Osten einzugehen. In der aktuellen Literatur zur Entwicklung kulturadaptierter psychologischer Interventionen scheinen unterschiedliche methodische Ansätze auf der Grundlage der klinischen und Forschungsleitlinien zu existieren (Lovell et al., 2014). Die vorgeschlagenen Interventionen wurden unter Verwendung der folgenden methodischen Verfahren, Strategien und Schritte entwickelt: (1) Entwicklung eines Interventionsentwurfs – ein erstes Skript wurde von Klinikern und Forschern konzipiert, die eine besondere, langfristige Karriere in interkulturellen Settings haben mit Fokus auf Flüchtlinge aus Ländern des Nahen Ostens. (2) Übersetzung – jede Intervention wurde unabhängig von professionellen Übersetzern mit psychologischem Hintergrund übersetzt. (3) Überprüfung, Anpassung und Verfeinerung – Übersetzungen wurden dann von mehreren Arabisch sprechenden Personen und Mitgliedern der Flüchtlingsgemeinschaft überprüft, um einen partizipativen und kollaborativen Austausch über Inhalte und kulturell relevante Sprachverwendung zu initiieren. (4) Interventionsentwicklung – als letzter Versuch wurde die Intervention bei einigen Gemeindemitgliedern getestet und durch eine Feedbackschleife für endgültige Anpassungen neu angepasst.





**Abbildung 1:** Studiendesign des leitlinien-konformen, gestuften und partizipativen Versorgungsmodells. Dieses Versorgungsmodell richtet sich an die Gesamtpopulation von Flüchtlingen mit affektiven Störungen. Es beinhaltet zudem auf besonders vulnerable Teilgruppen der Studienpopulation ausgerichtete individualisierte Angebote. Mit nur geringem oder ohne Expertenintervention befinden sich auf Stufe 2 drei nichtexperten-geleitete Interventionen (Smartphone-basierte Intervention für Erwachsene und Adoleszenten, Peer-to-Peer-Intervention (TP2) sowie eine gendersensible Intervention (TP3)); auf Stufe 3 finden sich zwei Interventionen mit Expertenkontakt im Gruppensetting: die Empowerment-Intervention für Erwachsene (TP4) sowie die START-intervention für Adoleszenten (TP1); Stufe 4 umfasst leitlinienkonforme Einzeltherapien von Psychotherapeuten oder Psychiatern

Peer-to-Peer-Gruppenintervention (TP2): Die Grundidee dieser an der Charité (CCM) in Berlin entwickelten Intervention besteht darin, ausgewählte Personen aus der Flüchtlingsgemeinschaft (Peers) darin zu schulen, psychosoziale Unterstützung in Gruppenform anzubieten. Das Gruppenhandbuch soll es den Teilnehmern ermöglichen, sich sicher und akzeptiert zu fühlen, ihre Ressourcen zu stärken, ein Verständnis für ihre Bedürfnisse zu entwickeln und Bewältigungsstrategien zu erwerben. Die Zielpopulation sind erwachsene Teilnehmer, die einen Leistungserbringer mit ähnlichem kulturellem Hintergrund bevorzugen und leichte bis mittelschwere depressive Symptome haben. Die Gruppenmoderatoren sollten Geflüchtete mit pädagogischem oder medizinischem Hintergrund und mit ausreichenden Deutsch-/Englischkenntnissen sein. Die Schulung und Supervision der Peer-Trainer erstreckten sich über 3 Monate vor der Intervention und nach jeder zweiten Sitzung während der Peer-to-Peer-Treffen. Diesbezüglich wurden im Rahmen des Projektes zwei Workshops in Berlin durchgeführt, um das Personal zu schulen. Inhalt des Therapieansatzes enthalten Entspannungstechniken, Identifikation von Vulnerabilitäts- und Resilienzfaktoren, Integrationschancen und Inhalte zu Konfliktlösungsstrategien. Das Hauptaugenmerk der Intervention liegt auf dem Austausch von Erfahrungen zu trans-/interkulturellen Themen und Bewältigungsstrategien ohne hierarchische „Belehrung“ von professionellen Therapeuten, denen die eigenen Erfahrungen des Fremdseins in einem neuen Land fehlen. Die Intervention war gruppenbasiert und erstreckte sich über drei Monate mit einer Gruppengröße von sechs bis zehn Teilnehmern, betreut von zwei Peer-Trainern. Es fand eine Sitzung pro Woche – jeweils 90 Minuten lang statt.

Smartphone-Applikation (Balsam) (TP5): Die Smartphone-Anwendung – BALSAM - wurde erstmalig an der Charité (CBF) in Berlin gemeinsam mit der Firma Exozet entwickelt und soll Migranten und Flüchtlingen helfen, die zugrunde liegenden Mechanismen ihres subjektiven Stressempfindens besser zu verstehen und ihnen geeignete Werkzeuge zur Bewältigung der psychischen Belastungen an die Hand zu geben. Die App „Balsam“ ist in vier Sprachen

(Arabisch, Farsi, Englisch und Deutsch) verfügbar und basiert auf einem visualisierten Storytelling-Ansatz. Über 80 Videos und Bilder wurden von einem syrischen Illustrator gezeichnet, um ein Gefühl der Vertrautheit und Ähnlichkeit mit dem spezifischen kulturellen Hintergrund der Studienpopulation zu schaffen. Die Visualisierung sollte auch der hohen Prävalenz des Analphabetismus in dieser Kohorte entgegenwirken (siehe Bilder in den Anlagen). Darüber hinaus umfasst der Inhalt wichtige Dimensionen aus der Literatur der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) bei Flüchtlingen zu Themen wie Stigmatisierung, Symptommanifestation (z. B. Somatisierung), kulturelle Zugehörigkeit, Akkulturation und Erklärungsmodelle psychischer Erkrankungen kulturübergreifend. Balsam besteht aus 15 Modulen, die ein breites Themenspektrum wie Krankheitsmodelle, das biopsychosoziale Modell, Stress, Schlaf, Kultur, Achtsamkeit und Entspannungstechniken abdecken. Die Intervention erfolgte für drei Monate. Inhalt der Balsam Applikation in Anlage 18 zu finden.

Gendersensible Intervention (TP3): Die in Aachen entwickelte geschlechtersensible Intervention zielt darauf ab, gefährdete erwachsene Frauen zu unterstützen und auf ihre kulturellen Bedürfnisse einzugehen (Hammoud, White & Fetters, 2005; Krenawi & Graham, 200). Wissen und klinische Leitlinien aus der aktuellen Forschung zu Geschlechterrollen in den Kulturen des Nahen Ostens wurden bei der Durchführung der Intervention und als Grundlage für einige spezifische Inhalte verwendet. Den Vorschlägen in der Literatur folgend, wurde eine Gruppe nur für Frauen entwickelt, um ein sicheres Umfeld zu schaffen, in dem Frauen ihre Not besprechen können. Ähnlich wie bei der Peer-to-Peer-Intervention wurden psychosoziale Berater aus der Flüchtlingsgemeinschaft rekrutiert. Anschließend wurden die Peers zu geschlechterspezifischen Themen in zwei Workshops geschult und betreut. Die Intervention legt einen Schwerpunkt auf die Psychoedukation mit Bezug zu frauenspezifischen Themen im Detail, einschließlich geschlechtsspezifischer Symptome und Prävalenz psychischer Erkrankungen. Das Therapiemanual untersucht sekundäre Traumata sowie die physischen, psychischen und psychosozialen Auswirkungen von Traumata und Gewalt auf Frauen. Es beinhaltet auch Informationen zu geschlechtsspezifischen Risiken und Schutzfaktoren, einen Fokus auf die Lösung zwischenmenschlicher Probleme, den Aufbau von sozialer Unterstützung, Stress und emotionale Selbstregulation sowie Selbstwirksamkeit. Die Intervention wurde in Gruppenform über einen Zeitraum von 3 Monaten mit einer Gruppengröße von sechs bis zehn Teilnehmenden, betreut von zwei psychosozialen Beratern, zwei Sitzungen pro Woche zu je 90 min angeboten.

Empowerment-Gruppenintervention (TP4): Diese gruppenpsychotherapeutische Intervention wurde an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München entwickelt, um den Teilnehmern das Wissen und die Ressourcen zur Bewältigung psychischer Belastungen und depressiver Symptome zu vermitteln. Das Empowerment-Handbuch (siehe publizierte Version in den Anlagen) umfasst sechzehn kultursensible Module zu Themen wie Trauma und Verlust, Stress und Trauer, Verletzlichkeit und Resilienz, wobei der Sicherheit Priorität eingeräumt wird. Das Therapiemanual umfasst auch verschiedene kognitive und Verhaltenstechniken, wie Notfallstrategien, auf Selbstwirksamkeit und auf Selbstwert fokussierte Strategien, Problemlösungstechniken, Aktivitätsaufbau und Sicherstellung von sozialer Unterstützung und Integration. Die Gruppen waren geschlechterhomogen, um ein Gefühl von Komfort und Sicherheit bei den Teilnehmern zu gewährleisten. Psychologen und/oder Psychiater in therapeutischer Ausbildung haben die Gruppentherapiesitzungen über einen Zeitraum von 12 Wochen angeboten, welche von arabisch oder persisch sprechenden Dolmetschern unterstützt wurden. Während der Interventionszeit wurde eine kontinuierliche Supervision

angeboten. Die Empowerment-Gruppensitzungen finden für 3 Monate statt mit zwei Sitzungen wöchentlich in den ersten 4 Wochen und in den weiteren 8 Wochen einmal wöchentlich mit einer Dauer von jeweils 90 Minuten statt. Die Gruppengröße liegt zwischen 6 und 10 Teilnehmern.

Adoleszenten-Gruppenintervention START (TP1): Diese Intervention richtet sich an Jugendliche bis zum Alter von 21 Jahren mit mittelschweren depressiven Symptomen. Die Intervention ist adaptiert aus dem START-Manual, einem standardisierten therapeutischen Kurzprogramm (Dixius, Stevens & Moehler, 2017) mit den Schwerpunkten Stabilisierung, Krisenbewältigung und Wiederherstellung der Selbstregulation, das auf den Grundlagen der dialektisch-verhaltenstherapeutischen Therapie aufbaut. Die Intervention wurde speziell für vertriebene minderjährige Flüchtlinge mit besonderem Fokus auf das Element der Achtsamkeit entwickelt (Dixius, Stevens & Moehler, 2017). In der Praxis werden wiederholte Evaluierungen durch „Spannungsfragebogen“ und Kompetenzakkumulationen durchgeführt. Die Intervention wird in Form von wöchentlichen Gruppensitzungen mit einer Gruppengröße von vier bis acht Teilnehmern für drei Monate mit folgenden Themen angeboten: Stressregulation, emotionale Stabilisierung, Stärkung der Resilienz, Achtsamkeit und Entspannung („winding down“). Psychologen, zugelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und/oder Sozialarbeiter haben die Intervention angeboten. Ein Dolmetscher ist nicht erforderlich, da Anweisungen und Informationen per Audio (mp3-Player) und Fotomaterial in verschiedenen Sprachen präsentiert wurden, um eine Mehrsprachigkeit zu ermöglichen.

In Stufe 4 erfolgte eine muttersprachliche oder dolmetscher-basierte leitlinien-konforme Experten-therapie durch einen Psychotherapeuten oder durch einen Psychiater.

**Kontrollintervention:** in der Kontrollbedingung wurden Probandinnen und Probanden, die sich in einer regulären Behandlung bei Ärzten und Therapeuten zu den unten genannten Zeitpunkten befinden, untersucht. Hier gibt es keinerlei Vorgaben hinsichtlich behandelnder Einrichtung, Behandler oder Behandlungsform („Treatment as Usual“).

## 5. Methodik

Die **Ein- und Ausschlusskriterien** umfassten (a) anerkannter Aufenthaltsstatus als Flüchtling, Asylbewerber oder Asylant; (b) Arabisch, Farsi/Urdu als Muttersprache oder ausreichende Deutsch/Englisch Sprachkenntnisse; (c) Alter zwischen 16-65 Jahre, (e) relevante depressive Symptome gemessen am PHQ-9 und PHQ-A.

Ausschlusskriterien umfassten (a) Vorliegen einer psychotischen Störung, bewertet durch das Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI), (b) eine degenerative Störung, bewertet durch einen Psychiater, und (c) relevantes Suizidrisiko, gemessen nach der Montgomery-Åsberg-Depression-Rating Scale (MADRS) mit  $\geq 4$  bei Punkt 10, bewertet von einem Psychiater und/oder Psychologen, (d) unklarer Aufenthaltsstatus. Das gleichzeitige Vorliegen von weiteren mit einer Depression einhergehenden psychiatrischen Komorbiditäten wie insbesondere das Vorliegen von Angststörungen oder posttraumatischen Belastungsstörungen stellen explizit kein Ausschlusskriterium dar, sondern wurden als konfundierende Variablen miterfasst.

Der primäre Endpunkt war die Reduktion des PHQ-9-Scores von Patienteneinschluss (Baseline - T0) bis direkt nach der 12-wöchigen Interventionsphase (Post-Intervention – T1). Weitere Messzeitpunkte erfolgten nach 24- (Follow-Up-1 – T2) und 48-Wochen (Follow-Up-1 – T3). Die weiteren Messinstrumente wurden ebenfalls zu diesen Zeitpunkten erhoben. Eine genau Auflistung zu den Zeitpunkten und Instrumente ist in der folgenden Tabelle 1 zu sehen. Remission wurde als Reduktion der PHQ-9-Werte auf  $\leq 8$  Punkte definiert, und Ansprechen wurde als Reduktion der PHQ-9-Werte um  $\geq 50$  % definiert. Folgende Instrumente wurden im MEHIRA Projekt an fünf verschiedenen Messzeitpunkten eingesetzt:

**Tabelle 1.** Instrumente und Messzeitpunkte

Messzeitpunkt Woche	Screenin g -4 to 0	Baselin e 0	Post- intervention 12	Follow-up 1 24	Follow-up 2 48
Refugee Health Screener (RHS-15)	X	X	X	X	X
Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	X	X	X	X	X
Demographischer Fragebogen		X			
Montgomery-Åsberg Depression Scale (MÅDRS)		X	X	X	X
Child and Adolescent Trauma Screening (CATS)		X	X		
M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview		X			
Mannheimer Modul Ressourcenverbrauch (MRV)		X	X	X	X
Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)		X			
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)		X	X	X	
Brief Resilience Scale (BRS)		X	X	X	X
General Self-Efficacy Scale (GSE)		X	X	X	X
World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)		X	X	X	X

### **Refugee Health Screener – 15 (RHS-15)**

Das RHS-15 wird verwendet, um Flüchtlinge auf belastende Symptome von Angst und Depression, einschließlich PTSD, zu untersuchen (Hollifield et al., 2013). Es besteht aus 14 Items, wobei jedes Symptom auf Skala von „0“ (überhaupt nicht) bis „4“ (extrem) bewertet wird. Punkt 15 stellt ein „Notthermometer“ dar, bei dem Patienten die Belastung, die sie in der letzten Woche empfunden haben, von „0“ (keine Belastung) bis „10“ (extreme Belastung) einstufen können. Eine Diskriminanzvalidität für die ersten 14 Items konnte gezeigt werden sowie eine hohe interne Konsistenz mit Cronbachs Alpha für das RHS-15 von 0,92 (Hollifield et al., 2013).

### **Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)**

PHQ-9 ist ein 9-Fragen-Instrument und Teil des Patient Health Questionnaire (PHQ)-Screenings und der Beurteilung des Vorliegens und der Schwere von Depressionen. Die Antworten für jedes der neun Items reichen von „0“ (überhaupt nicht) bis „3“ (fast jeden Tag). Die Validität des PHQ-9 ist stark, was es zu einem nützlichen und schnellen Instrument zur Diagnose von Depressionen macht (Williams, 2014). Jugendliche absolvieren den PHQ-A, die für Jugendliche adaptierte Version des PHQ-9.

### **Montgomery Asberg Rating Scale (MADRS)**

Die MADRS wurde 1979 so konzipiert, dass es besonders empfindlich auf Behandlungseffekte reagiert (Montgomery & Asberg, 1979). Es besteht aus 10 Items: 1) Offensichtliche Traurigkeit, 2) Gemeldete Traurigkeit, 3) Innere Anspannung, 4) Verminderter Schlaf, 5) Verminderter Appetit, 6) Konzentrationsschwierigkeiten, 7) Mattigkeit, 8) Unfähigkeit zu fühlen, 9) Pessimistische Gedanken, und 10) Selbstmordgedanken. Die Schwere jedes Symptoms wird auf einer Likert-Skala von 0-6 bewertet. Der Gesamtscore reicht von 0 bis 60, wobei ein höherer MADRS-Score auf eine schwerere Depression hinweist. In Anbetracht der akzeptablen Interrater-Reliabilität und gleichzeitigen Validität ist das MADRS ein nützliches und einfach zu handhabendes Instrument (Davidson et al., 1986).

### **Child and Adolescent Trauma Screening (CATS)**

Das Child & Adolescent Trauma Screening (CATS) ist ein Selbsteinschätzungsinstrument, das speziell auf posttraumatische Belastungssymptome bei Kindern und Jugendlichen basierend auf DSM-5-Kriterien (Sachser et al., 2017) basiert. Basierend auf 20 Items geben die Teilnehmer an einer Vier-Punkte-Skala die Häufigkeit und Schwere jedes Symptoms in Bezug auf vier Symptom-Cluster basierend auf DSM-5-Kriterien (Wiedererleben, Vermeidung, negative Stimmungsschwankungen, Kognition und Übererregung). Für Befragte im Alter zwischen 7 und 17 Jahren wird ein Gesamtsymptomscore berechnet, indem die Rohwerte der Items 1-20 mit einem möglichen Bereich von 0-60 summiert werden. Als Hinweis auf ein klinisch relevantes Symptommiveau wird ein Cut-off-Score von 21 oder höher verwendet. Das CATS weist eine interne Konsistenz mit einem Alpha-Koeffizienten von 0,87 auf (TreatChildTrauma, 2016).

### **M.I.N.I.**

Das M.I.N.I ist ein kurzes strukturiertes klinisches Interview zum Screening und zur Beurteilung psychiatrischer Störungen gemäß DSM-IV und ICD-10 (Sheehan et al., 1998). Die Durchführungszeit des Interviews beträgt ca. 15 Minuten und wurde speziell für epidemiologische Studien und multizentrische klinische Studien konzipiert. Die Patienten beantworten mehrere Fragen mit „Ja“ oder „Nein“ innerhalb von 16 Modulen, die alle

psychiatrischen Störungen umfassen. Trotz der Kürze schneidet der MINI bei der Untersuchung einer Vielzahl von Diagnosen im Vergleich zu längeren Interviews gleich gut ab (Lecrubier, Sheehan, Hergueta & Weiller, 1998).

### **Mannheimer Modul Ressourcenverbrauch (MRV)**

Der Mannheimer Modul Ressourcenverbrauch (MRV) ist ein bewerteter Fragebogen, der die Erkrankungen der Patienten sowie die Anzahl der in Anspruch genommenen medizinischen und therapeutischen Leistungen in den letzten drei Monaten, wie zum Beispiel die Besuche beim Psychiater oder die Anzahl der Krankenhausaufenthalte, erfasst.

### **Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)**

Der HTQ ist ein standardisiertes interkulturelles Instrument zur Erfassung von Informationen zu traumatischen Ereignissen und zur Beurteilung von PTSD-Symptomen nach dem DSM (Shoeb, Weinstein, & Mollica, 2007). Die Selbsteinschätzungsskala besteht aus zwei Teilen: Im ersten werden die Patienten gebeten anzugeben, ob sie eines der nachfolgend dargestellten 41 (traumatischen) Ereignisse erlebt haben und wenn ja, ob sie dabei Kopfverletzungen erlitten haben. Zweitens eine 4-Punkte-Likert-Skala von 1 (überhaupt nicht) bis 4 (extrem), die die Patienten auffordert, die Auswirkungen mehrerer aufgelisteter PTSD-Symptome während der letzten Woche zu bewerten. Im Anhang des HTQ wird die Foltergeschichte des Patienten ausgewertet.

### **Demographische Daten und Medikation**

Im Rahmen von Selbstauskunftsbogen und in enger Abstimmung mit den medizinischen Behandlern wurden ausführliche demographische Daten von allen Probanden erhoben. Weiterhin wurde die aktuelle somatische sowie psychiatrische Medikation systematisch erfasst über alle Messzeitpunkte erfasst.

### **Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)**

Der SDQ ist ein 25-Item-Kurzfragebogen zum Verhaltensscreening, der aus fünf Subskalen besteht, die emotionale Symptome, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität/Unaufmerksamkeit, Beziehungsprobleme mit Gleichaltrigen und prosoziales Verhalten bewerten. Beispielitems sind „Ich mache mir viele Sorgen“ oder „Mir wird oft vorgeworfen, zu lügen oder zu betrügen“. Einige Items unterscheiden sich in der Jugend- und in der Erwachsenenversion leicht, wie zum Beispiel das Item „Ich bin freundlich zu jüngeren Kindern“, das der Frage „Ich bin freundlich zu Kindern“ in der Erwachsenenversion entspricht. Die Items werden auf einer 3-Punkte-Likert-Skala bewertet, die von „trifft nicht zu“, über „trifft eher zu“ bis „trifft sicher zu“. Die fünf Subskalen zeigen eine akzeptable Reliabilität sowie eine gute Validität für die selbstberichtete Jugendliche-Version des SDQ (Muris, Meesters & van den Berg, 2003).

### **Brief Resilience Scale (BRS)**

Die BRS wurde entwickelt, um die Fähigkeit zu beurteilen, sich von Stress zu erholen (Smith et al., 2008). Sie besteht aus sechs Items mit Antworten von 1 („trifft überhaupt nicht zu“) bis 5 („trifft überhaupt nicht zu“), was einen Gesamtantwortbereich von 6-30 ergibt. Darüber hinaus wird die Gesamtpunktzahl durch die Gesamtzahl der beantworteten Fragen geteilt, um die Belastbarkeit des Teilnehmers zu beurteilen.

### **Generalized Self-Efficacy Scale (GSE)**

Der GSE wurde entwickelt, um ein allgemeines Gefühl der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit zu erfassen, mit dem primären Ziel, die Bewältigung der täglichen Probleme

sowie die Anpassung nach einer Vielzahl von belastenden Lebensereignissen vorherzusagen. Es handelt sich um einen selbstverwalteten Fragebogen, der aus 10 Items besteht (z. B. „Ich schaffe es immer, schwierige Probleme zu lösen, wenn ich mich genug anstrenge“), während Antworten auf einer 4-Punkte-Likert-Skala gegeben werden. Aufsummierte Antworten aller Items werden in einem Bereich von 10 bis 40 zusammengefasst, um den Grad der Selbstwirksamkeit zu beurteilen, wobei eine höhere Punktzahl auf mehr Selbstwirksamkeit hindeutet. Der GSE ist eindimensional und hat ein hohes Cronbach-Alpha im Bereich von 0,76 bis 0,9, gemessen an 23 Nationenproben.

### **World Health Organization Quality of Life (WHOQoL)**

Die Weltgesundheitsorganisation hat ein Instrument zur Messung der Lebensqualität von Menschen entwickelt. Der Fragebogen zur Lebensqualität des World Health Questionnaire (WHOQOL-BREF; World Health Organization, 1998) umfasst 26 Items, die die folgenden vier großen Bereiche messen: körperliche Gesundheit, psychische Gesundheit, soziale Beziehungen und Umwelt. Das WHOQOL-BREF ist eine kürzere Version des ursprünglichen Instruments, das im Allgemeinen in größeren Forschungsstudien oder klinischen Studien verwendet wird, insbesondere für multizentrische Verbundstudien. Die Patienten beantworten 26 Items auf einer 5-Punkte-Likert-Skala mit Antwortmöglichkeiten von „1“ (sehr unzufrieden) bis „5“ (sehr zufrieden). Das WHOQOL-BREF weist domänenübergreifend ein hohes Cronbach-Alpha auf und weist außerdem gute Validitätsmaße auf (Skevington, Lotfy, O’Connell & WHOQOL Group, 2004).

Bezüglich der **Fallzahlplanung** war bei einem zu erwartenden Ausgangswert von 15 auf der PHQ9-Skala und einer angenommenen Differenz von 2.5 Punkten nach zwölf Monaten (einer angenommenen Standardabweichung von 5 Punkten), einem Signifikanzniveau von 0,05 und einer Power von 0,80 im klassischen RCT Design mit einer 2 (Kontrollgruppe vs. Interventionsgruppe) x 4 (Messzeitpunkte) Matrix eine Fallzahl von 138 Personen pro Gruppe notwendig. In dem cluster-randomisierten Design mit einer Intraclusterkorrelation (ICC) von 0,03 bei 6 Einrichtungen pro Zentrum (36 Clustern mit einem n von je 25 Flüchtlingen) wurde ein Designeffekt von  $DE = 1 + (n-1) * ICC = 1,72$  errechnet und so eine Fallzahl von  $1,72 * 138$ , also 238 pro Gruppe, und so insgesamt ein  $N = 476$  notwendig, um eine Effektstärke von  $f = 0,10$  zu erreichen. Bei einer angenommenen Dropout-rate von 50 Prozent hätten somit 952 Probadinnen und Probanden für diese Interventionsstudie rekrutiert müssen. In einem der initialen Meetings wurde vereinbart, dass die Rekrutierbarkeit bei dieser schwer zu erreichbarer und mobiler Kohorte aufgrund der dynamischen Flüchtlingsbewegungen mit großen Herausforderungen im Rahmen einer Cluster-Randomisierung umsetzen ist. Daher wurde gemeinsam mit dem hauptverantwortlichen Statistiker beschlossen eine zentrale Randomisierung durchzuführen, welche von der Koordinierungszentrum für Klinische Studien (KKS) durchgeführt wurde.

Das **Datenmanagement** erfolgte über die Koordinierungsstelle Klinische Studien (KKS) der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Datenerfassung und Datenmanagement wurden mithilfe eines elektronischen Prüfbogens (electronic case report file, eCRF) basierend auf der Studiensoftware SecuTrial® (interActive Systems Berlin) durchgeführt, welche von der Koordinierungsstelle für Klinische Studien (KKS) der Charité zur Verfügung gestellt wird. SecuTrial® ermöglicht eine web-basierte Datenerfassung sowie ein Echtzeitmonitoring per Fernzugriff. Die verwendete Software erfüllte die notwendigen Anforderungen von FDA (21 CFR Part 11) sowie der Richtlinien für Good Clinical Practice (GCP). Alle Daten wurden in

pseudomisierter Form erfasst und sind auf die Quelldaten (Patientendokumentation) rückführbar. Das Pseudonym wurde von der Studiensoftware generiert. Die Daten wurden per Fernzugriff (Remote Data Entry, RDE) eingepflegt. Die KKS der Charité hatte am Datenmanagement beteiligten Personen (Studienärzte, Studienschwestern, Monitore etc.) individualisierte Zugänge zuweisen. Alle Personen mit Dateneingabe-Berechtigung im eCRF erhielten vor der ersten Dateneingabe ein strukturiertes Training. Die eCRF-Software beinhaltet eine Authentifizierungsprozedur, ein individuelles Rollenmanagement sowie sichere und verschlüsselte Verbindungen. Die Daten wurden auf einem sicheren Datenserver des KKS der Charité gespeichert. Daten wurden kurz nach Quelldaten-Dokumentation in das eCRF übertragen. Automatisierte Plausibilitätsüberprüfungen hinsichtlich Wertgrößen, fehlender Werte oder fehlerhafter Werte wurden als Qualitätsüberprüfung vorgesehen. Ein Query-Managementsystem war ebenfalls in die Software integriert. Alle veränderten Dokumente wurden über ein Audit Train dokumentiert. Am Ende der Studie wurden die Daten in einem SAS, CDISC oder CSV Format exportiert und mit SAS auf Plausibilität und Konsistenz überprüft. Inkonsistente Daten wurden einem Korrekturprozess unterzogen. Fehlende Daten wurden bestätigt. Die Datenbank wurde nach erfolgreicher Datenreinigung geschlossen. Die finale elektronische Dokumentation enthielt alle exportierten Dateien, SAS-Skripts, Datenprotokolle sowie die geschlossene Datenbank.

Die Randomisierung erfolgte in einem 1:1-Schema mit fester Blockgröße, entsprechend einer computergenerierten elektronischen Fallberichtsdatei eines unabhängigen Koordinierungszentrums für klinische Studien (KKS). Die Randomisierung wurde eingesetzt, um Verzerrungen bei der Zuordnung der Patienten zu den Studiengruppen zu minimieren, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass bekannte und unbekannte Patientenmerkmale (z. B. demographische Merkmale) gleichmäßig über die Studiengruppen verteilt sind, und um die Validität statistischer Vergleiche zwischen den Studiengruppen zu erhöhen. Dies ist wurde erfolgreich umgesetzt, da es keine Unterschiede in klinische- sowie demographischen Daten bei Baseline zwischen beiden Konditionen gab. Weiterhin gab es für jedes Zentrum separate Randomisierungslisten nach dem PHQ-9-Score. Ein unabhängiger Rater bewerte die Symptomschwere der Probandinnen und Probanden vor und nach der Behandlung sowie weitere Skalen ausfüllen. Weiterhin war an jedem Studienstandort ein wissenschaftlicher Mitarbeiter tätig, der die Daten zu Beginn und im Verlauf mit einem CRF erhoben hat und dann in eine eCRF Maske, welche vom Clinical Trial Office (CTO) erstellt wurde, eingetragen. Diese Daten wurden nach mehrmaligen Checks an die Biometriker des Forschungskonsortiums übergeben.

Für die primäre und sekundären Analysen wurden im Rahmen der **statistischen Analysen** generalisierte lineare gemischte Modelle (GLMM) verwendet, um feste Effekte der Zeit nach Randomisierungsgruppen (SCCM vs. TAU) von T0 bis T1 zu untersuchen. Für dieses Modell haben wir Zeit und Zeit × Randomisierung als feste Effekte und alle Variablen, die zu Studienbeginn signifikante Unterschiede zwischen SCCM und TAU aufwiesen, als zufällige Effekte eingeschlossen und zusätzliche zufällige Effekte für das Studienzentrum angegeben. Darüber hinaus haben wir Interaktionen zwischen Interventionsgrad (SCCM-Stufen 1 bis 4), Behandlung und Zeitpunkt festgelegt. Wir haben dieses Modell für die primäre Endpunktvariable PHQ-9-Score und den sekundären Endpunkt MADRS-Score für beide Intention-to-treat (ITT) durchgeführt, wobei Daten von T0 und T1 (12 Wochen) verwendet wurden. Um Effektstärken zu berichten, berechneten wir geschätzte mittlere Differenzen mit 95%-Konfidenzintervallen (CI). Darüber hinaus berechneten wir Cohens d, indem wir die



geschätzten marginalen Mittelwertdifferenzen (SCCM vs. TAU zu T1) durch die gepoolte T0-Standardabweichung dividierten. Für klinisch relevante Maße berichteten und verglichen wir Remissionsraten (T1 PHQ-9-Score  $\leq 8$ ) sowie Ansprechraten definiert als Reduktion der PHQ-9-Scores um  $\geq 50\%$ ) nach Schueller et al. (2015) und imputierte fehlende Werte zu T1 über die last observation carried forward (LOCF) Methode. Für die Follow-up-Analysen führten wir GLMM mit sowohl PHQ-9- als auch MADRS-Scores aus dem ITT als abhängige Variablen, Randomisierungsgruppe (TAU vs. SCCM) und der Interaktion von Randomisierungsgruppe und Zeitpunkt als fixe Effekte und Zentrum als Zufall durch Effekt für alle verfügbaren Daten von T0 bis T2 (24 Wochen) bzw. T0 bis T3 (48 Wochen) und testeten auf Unterschiede in der Gesamtmodellanpassung zwischen den Modellen. Die Tests waren zweiseitig und die statistische Signifikanz wurde auf einen P-Wert von weniger als 0,05 festgelegt. Statistische Analysen wurden streng nach dem ITT-Prinzip durchgeführt. Fehlende Daten wurden mit der LOCF-Methode imputiert, einem konservativen Ansatz, der die Nullhypothesen gleicher Kosten und Effekte zwischen SCCM und TAU stärkt. Aufgrund stark rechtsschiefer Kostendaten haben wir generalisierte lineare Modelle (GLM) mit Gammaverteilung und Identitätslinkfunktion angewendet, um die Unterschiede der Gesundheitskosten zwischen den Gruppen für alle drei Szenarien abzuschätzen. Wir führten ein Rohmodell mit Randomisierungsgruppe als erklärende Variable und ein angepasstes Modell mit Randomisierungsgruppe, Alter, Geschlecht, Studienort und Ausgangskosten als erklärende Variablen durch. Die Herzfrequenzvariabilität sollte im Rahmen der BALSAM App ermittelt werden. Jedoch zeigte sich in der Dissemination im Rahmen der Laufzeitverlängerung eine unzureichende Qualität der gesammelten Daten in der von der externen beauftragten Firma.

Die **Rekrutierung** erfolgte initial in den Studienzentren Charité – CBF, Charité – CCM, München, Marburg und Mannheim. Zeitkritisch für die Rekrutierung war der verspätete Einstieg der Forschungsstandorte Aachen und Ulm, in welchen aufgrund von Personalwechsel in der Leitung Beeinträchtigungen in dem Beginn der Projektarbeit festzustellen sind. Trotz hohem Engagement der Mitarbeiter vor Ort den Rekrutierungserwartungen nicht gerecht kommen, da aufgrund von politischer Entscheidung eine deutliche Reduktion der Flüchtlingszahlen zu beobachten ist, sowie multiple organisatorische und strukturelle Hürden die Kontaktaufnahme verhindert. Weiterhin zeigten sich Schwierigkeiten an den Kinder- und Jugendpsychiatrie Standorten Ulm, Mannheim und Tübingen, da viele minderjährige Flüchtlinge in der Projektzeitlauf älter geworden sind. Durch diese Faktoren konnten einigen Standorte nicht in der gewünschten Geschwindigkeit rekrutieren. Der Studieneinschluss von zwei weiteren Standorten, Mainz und Tübingen, hatte weiterhin nur einen marginalen Effekt auf die Rekrutierungszahlen. Im Herbst 2019 beantragte das Forschungskonsortium daher eine kostenneutrale Verlängerung des Projektes. Durch die Bewilligung weiterer sechs Monate für die Meilensteine gewonnen werden. Im Rahmen dessen führten die Biometriker eine Interimsanalysen hinsichtlich der Fallzahlen vor. Diese zeigte erfreulicherweise, dass durch die erhöhten Effektstärken und die niedrigen Dropout Quoten nur 256 Patienten bei Post-Intervention für eine aussagekräftige Analyse notwendig sind. Diese Zahlen wurden somit im Rahmen der aktiven Rekrutierungsphase (368) klar erreicht. Daher konnten im dritten Projektjahr letztlich alle Ziele und Meilensteine erfolgreich abgeschlossen werden. Die folgende Tabelle 2 stellt die SOLL-Zahl (476) von notwendigen Probanden für die vorliegende Studie dar, sowie die IST-Zahl (590) an rekrutierten Probanden pro Zentrum zu Projektschluss.

**Tabelle 2.** MEHIRA Projekt SOLL- und IST-Zahlen

	Jahr 1 (first patient in: 01.02.2017)												Jahr 2 (last patient in 01.12.2019)												Summe
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Charité CBF	0	0	2	2	4	4	7	4	8	1	8	7	8	6	3	10	7	2	23	16	12	12	9	1	156
Charité CCM	0	0	0	6	5	2	5	2	4	2	7	11	16	4	5	3	12	9	8	5	4	7	5	6	128
Aachen	0	0	0	0	0	0	0	0	5	8	5	6	8	4	3	2	1	1	1	1	0	0	3	0	48
München	0	0	0	0	0	0	0	0	14	5	0	3	6	9	9	7	5	5	8	3	7	6	3	6	96
Mannheim	0	0	0	1	1	8	1	0	0	3	1	1	0	0	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0	21
Marburg	0	0	0	0	7	4	2	6	14	6	7	4	4	4	2	3	7	0	7	1	15	1	3	7	104
Ulm	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	1	0	0	4	0	0	3	0	0	1	3	4	21
Tübingen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	3	2	1	0	0	0	0	0	11
Mainz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Gesamt pro Monat	0	0	2	9	17	18	15	12	45	25	32	33	43	30	25	39	35	20	50	26	38	27	26	24	590
Rekrutierung insg.			2			46			118			208			306			399		513		27	26	24	

SOLL-ZAHLEN	2	56	84	63	56	84	84	47	Σ=N gesamt
	N (I. Quartal)	N (II. Quartal)	N (III. Quartal)	N (IV. Quartal)	N (V. Quartal)	N (VI. Quartal)	N (VII. Quartal)	N (VIII. Quartal)	

## Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie

Ziele des Teilprojektes sind

- die Durchführung einer gesundheitsökonomischen Begleitforschung,
- die Durchführung von Kosteneffektivitäts- und Kostennutzwert-Analysen zum SCCM und
- die Erfassung und Bewertung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in ausgewählten Regionen.

### Methodik der Gesundheitsökonomie

**Gegenstand der Untersuchung:** In der gesundheitsökonomischen Begleitforschung zum clusterrandomisierten MEHIRA-Trial wurden Daten zur Inanspruchnahme aus Sicht der Leistungserbringer erfasst. Es wurden die Interventionskosten ermittelt und gesundheitsökonomische Endpunkte erfasst und abschließend fanden gesundheitsökonomische Evaluationen statt.

**Durchführung:** Um die gesundheitsökonomischen Ziele zu erreichen, wurde der Ressourcenverbrauch von Geflüchteten, d.h. die Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Dienste und Leistungen, und die Interventionskosten bestimmt.

#### Ermittlung der Ressourcenverbräuche

Zur Messung des Ressourcenverbrauchs wurde eine adaptierte Kurzversion des Mannheimer Moduls Ressourcenverbrauch (MRV) (Salize & Kilian, 2010) in englischer und deutscher Sprache erstellt, die es erlauben sollte, aus der Sicht der Studienteilnehmer die Inanspruchnahme von Gesundheits- und komplementären Leistungen zu erheben. Diese Kurzversion wurde zu allen Messzeitpunkten (BL, Post-Intervention, Follow-up 1 und Follow-up 2) erhoben. Mit dem MRV wurden ausschließlich direkte Kosten bzw. Ressourcenverbräuche erfasst: Kontakte zu niedergelassenen Ärzten (Hausärzte und weitere ambulant tätige Mediziner), notfallmedizinische Kontakte, Kontakte zu niedergelassenen Ärzten und Therapeuten im Bereich der psychischen Gesundheit (Psychiater, Psychotherapeuten, Nervenärzte), Kontakte zu Heilmittelerbringern (Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden), Kontakte zu sozialmedizinischen Beratungsangeboten und

Angeboten des öffentlichen Gesundheitsdienstes, und Kontakte zu gesundheitsbezogenen Diensten und Leistungen, die dem Kulturkreis des Geflüchteten entstammen. Des Weiteren wurden Krankenhaustage erfasst (stationäre Behandlungen in Allgemein- und Fachkrankenhäusern mit Berücksichtigung von Behandlungen in der Psychiatrie und Psychotherapie) und die Verordnung von Medikation. Der jeweilige Zeithorizont für die Inanspruchnahme waren drei Monate. Der für das MEHIRA-Projekt adaptierte MRV ist dem Kanon der Instrumente beigelegt.

Da davon auszugehen war, dass die Geflüchteten keinen guten Überblick über das deutsche Gesundheitssystem hatten und einige Geflüchtete aufgrund der §§ 4 und 6 des AsylbLG einen eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen aufwiesen, wurde der MRV so adaptiert, dass sich die gesundheitsbezogenen Dienste und Leistungen relativ barrierefrei erfassen ließen. Dieser Verknappung des MRV wurde bei der monetären Bewertung der Ressourceneinheiten Rechnung getragen. Die adäquaten Bewertungsgrößen („Stückkosten“) für die Ressourcenverbräuche wurden unterschiedlichen national und regional verfügbaren Quellen entnommen (siehe Tabelle 3). Alle Preise bzw. Stückkosten wurden für das Jahr 2019 referenziert und bei Bedarf unter Zuhilfenahme des deutschen Verbraucherpreisindex vom Bundesamt für Statistik angepasst (Statistisches Bundesamt, 2021). Für die Auswertung wurden die Kosten der Inanspruchnahme auf ein Kalenderjahr unter Verwendung der einzelnen Messzeitpunkte hochgerechnet. Fehlende Werte wurden mittels der Methode „last observation carried forward“ (LOCF) ersetzt.

**Tabelle 3.** Stückkosten der unterschiedlichen medizinischen Dienste und Leistungen für das Jahr 2019 inklusive Quellenangabe und Berechnungsmethode

Versorgungssektor/ Leistungsart	Stückkosten in €	Einheit (pro ...)	Quelle und Berechnung
<b>Krankenhaus (Allgemein)</b>		Tag	Grunddaten der Krankenhäuser in Deutschland 2018 <sup>1</sup> & Kostennachweis der Krankenhäuser in Deutschland 2018 <sup>2</sup> berechnet für jedes Bundesland als Quotient aus den durchschnittlichen adjustierten Kosten pro Behandlungsfall und der durchschnittlichen Verweildauer
<b>Berlin</b>	686.6		
<b>Bayern</b>	660.1		
<b>Baden-Württemberg</b>	692.2		
<b>Hessen</b>	648.2		
<b>Nordrhein Westfalen</b>	638.2		
<b>Krankenhaus (psychiatrisch)</b>		Tag	Tägliche anteilige Abrechnung gemäß individuellem PEPP-Entgeltsystemkatalog 2019 der auf den Klinikwebseiten zu finden ist. Grundlage Depression: Berechnet als Produkt aus dem Basiswert und der Bewertungsrelation je Tag zuzüglich der individuellen Zuschläge
<b>Berlin</b>	290*(Bewertungsrelation und Tage) + 127.2		
<b>Bayern</b>	311.1*(Bewertungsrelation und Tage)+ 87.5		
<b>Baden-Württemberg</b>	310.6*(Bewertungsrelation und Tage) + 149.9		
<b>Hessen</b>	250*(Bewertungsrelation und Tage) + 130.2		
<b>Nordrhein Westfalen</b>	290*(Bewertungsrelation und Tage) + 108.9		
<b>Allgemeinmediziner</b>		Patient pro Quartal	Honorarumsatz pro Fall gemäß dem Honorarbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das 1. Quartal
<b>Berlin</b>	59.1		
<b>Bayern</b>	70.4		

<b>Baden-Württemberg</b>	69.0		2019 <sup>3</sup> . Dieser Quartalswert wird nur einmal pro Fall angesetzt.
<b>Hessen</b>	62.3		
<b>Nordrhein Westfalen</b>	67.9		
<b>Ambulanter Notfall</b>	141.8	Kontakt	Honorarumsatz pro Fall gemäß dem Honorarbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das 1. Quartal 2019 <sup>3</sup> . Dieser Quartalswert wird nur einmal pro Fall angesetzt.
<b>Psychotherapie</b>	98.2	Sitzung	Einzeltherapiesitzung nach dem EBM-Katalog 2019 <sup>4</sup>
<b>Heilmittel</b>		Kontakt	Durchschnittswert aller Heilmittel (Physio-, Ergo-, und Sprachtherapie) gemäß GKV-Heilmittel-Schnellinformation für Deutschland 2019 <sup>5</sup> . Wert pro Bundesland
<b>Berlin</b>	25.0		
<b>Bayern</b>	26.3		
<b>Baden-Württemberg</b>	26.8		
<b>Hessen</b>	27.0		
<b>Nordrhein Westfalen</b>	29.6		
<b>Sozialpsychiatrischer Dienst</b>	134.8	Kontakt	Nationaler Durchschnittswert aller Sozialpsychiatrischen Dienste 2014 <sup>6</sup> , referenziert für Preise 2019
<b>(Soziale) Beratungsstelle</b>	129.7	Kontakt	Nationaler Durchschnittswert für Beratungsstellen 2014 <sup>6</sup> , referenziert für Preise 2019
<b>Medikation</b>		Arzei-	Aufgrund der Herausforderungen nach
<b>Berlin</b>	130.2	mittel-	Medikamentenverordnungen zu fragen,
<b>Bayern</b>	102.9	verord-	wurde stattdessen nach
<b>Baden-Württemberg</b>	106.5	nungsblatt	Apothekenbesuchen gefragt. Der
<b>Hessen</b>	95.2		Besuch wurde mit der Abgabe eines
<b>Nordrhein Westfalen</b>	98.8		Arzneimittelverordnungsblatts
			gleichgesetzt. GKV-Arzneimittel-Schnellinformation für Deutschland 2019 <sup>7</sup> ; Abgabewert pro Bundesland

<sup>1</sup>Statistisches Bundesamt (Destatis). Grunddaten der Krankenhäuser 2018. Fachserie 12. Reihe 6.1.1. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden; 2020. <sup>2</sup>Statistisches Bundesamt (Destatis). Gesundheit. Kostennachweis der Krankenhäuser 2018. Fachserie 12 Reihe 6.3. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden; 2020. <sup>3</sup>Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Honorarbericht. Quartal 1/2019. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Berlin. 2020. <sup>4</sup>Hermanns PM (Hrsg.). GOÄ 2019. Kommentar, IGeL-Abrechnung. Gebührenordnung für Ärzte. 13. Auflage. Springer Verlag: München, Deutschland; 2019. <sup>5</sup>Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband). GKV-Heilmittel-Schnellinformation für Deutschland nach §84 Abs. 5 i.V.m. Abs 7 SGB V. GKV-Spitzenverband: Berlin; 2020. <sup>6</sup>Grupp H, König HH, Konnopka A. Kostensätze zur monetären Bewertung von Versorgungsleistungen bei psychischen Erkrankungen. Gesundheitswesen 2017; 79: 48-57. <sup>7</sup>Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband). GKV-Arzneimittel-Schnellinformation für Deutschland nach § 84 Abs. 5 SGB V. GKV-Spitzenverband: Berlin; 2020.

### *Ermittlung der Interventionskosten*

Da jeder in SCCM randomisierte Patient aufgrund des Studiendesigns ausschließlich die Möglichkeit hatte einen Interventionstyp in Anspruch zu nehmen, wurden die Kosten von SCCM in einem ersten Schritt für jede Behandlungsstufe separat berechnet. Dazu wurde ein semistandardisiertes Interview entwickelt, welches die Kosten der Interventionen erfassen sollte (siehe Anlage FB Interventionskosten MEHIRA und Manual Interventionskosten MEHIRA). Es wurde insbesondere die Sicht des Leistungserbringers verfolgt. Das Interview wurde in allen Zentren durchgeführt. Erfasst wurden zum einen die mit der jeweiligen Intervention verbundenen Investitionen und personellen Ressourcen im Vorfeld der Intervention. Darunter fallen mögliche Lizensierungen, Verbrauchsmaterialien, Betriebskosten, Reise- und Schulungskosten und eingesetzte Personalmittel. Ebenfalls wurden die fortlaufenden Kosten verbunden mit der Durchführung der Intervention erfasst.

Darunter fallen die eingesetzten Personalmittel, Betriebskosten und Verbrauchsmaterialien. In Tabelle 4 fortlaufende Interventionskosten sind die einzelnen Personalstellen mit den entsprechenden Bruttostundenlöhnen laut Tarifvereinbarung der Bundesländer und zeitlichen Aufwendungen für die fortlaufenden Kosten des SCCM getrennt nach Interventionen aufgelistet.

Die auf die Interventionsarten bezogenen Kosten wurden strikt nach ITT-Prinzip berechnet (Base Case). Die Zuweisung der Teilnehmer auf die Interventionsstufen basierte auf dem individuellen PHQ-9 Summerwert zur Baseline. Alle Teilnehmer, die dem Level 1 zugeschrieben wurden, erhielten „*Watchful Waiting*“. Dieser Interventionstyp wurde mit €16 pro Person kalkuliert. Für das Level 4 „*Expertenintervention*“ wurden pro Person €413 veranschlagt. Für Level 2 wurden zwei Interventionen angeboten – ursprünglich waren es sogar drei Interventionen, jedoch konnten die beiden ähnlich gestalteten Peer-Ansätze zu einer Interventionsform zusammengefasst werden. Die „*Peer-Intervention*“ ging mit durchschnittlichen Kosten von €574 einher und die Smartphone-basierte Intervention „*BALSAM*“ mit €67. Auf dem Level 3 gab es ebenfalls zwei Interventionen: eine für die Jugendlichen „*START*“ und eine für die Erwachsenen „*Empowerment*“. „*START*“ wurde mit €366 pro Kopf beziffert und „*Empowerment*“ mit €408.

#### *Umgang mit der Unsicherheit bezüglich der Interventionskosten.*

Für alle Interventionsformen wurden aufgrund bestehender Unsicherheiten um die Bestimmung der Interventionskosten verschiedene Szenarien bei der Berechnung der Pro-Kopf Kosten berücksichtigt. Eine Teilnahme der vulnerablen Gruppe der Geflüchteten an Interventionen zur psychischen Gesundheit hängen von den Zugangsmöglichkeiten zu entsprechenden Angeboten ab, die mit strukturellen, soziokulturellen, legislativen und sprachlichen Hürden einhergehen. Darum müssen und mussten innerhalb des Trials aufwendige Rekrutierungsstrategien verfolgt werden. Außerdem hängt die Teilnahme der Geflüchteten an den Interventionsangeboten auch an der Verteilung der Zielgruppe Geflüchteter mit depressiver Symptomatik in den Studienregionen ab. Diese Informationen sind von hoher Wichtigkeit, wenn die längerfristige Bedeutung einer Intervention geprüft und die Angemessenheit dieser Ressource im Zusammenhang mit der Nachfrage (hier dem Bedarf nach adäquaten Versorgungsangeboten) eingeschätzt werden soll. Zu diesem Zwecke wurden das Base Case, das Optimal Case und das On-Top Case entwickelt, die nachfolgend kurz skizziert werden sollen.

**Tabelle 4.** Fortlaufende Interventionskosten – Gesamt und Pro-Kopf-Kosten

	Stückkosten/ Anzahl an Einheiten					
	Level 1	Level 2	Level 3		Level 4	
Personal/ Verbrauchsgüter/ Betriebskosten	Watchful Waiting	Peer	Smartphone-App BALSAM	Empowerment	START	Expert
	Erwachsene/ Jugendliche	Erwachsene	Erwachsene / Jugendliche	Erwachsene	Jugendliche	Erwachsene / Jugendliche
<b>Application of Program Type</b>						
Psychologe <sup>1</sup>	€27.2 pro Einheit/ 0.25 Einheiten PP	€27.2 pro Einheit/ 12 Einheiten PG	€27.2 pro Einheit/ 0.33 Einheiten PP	€27.2 pro Einheit/ 42 Einheiten PG	€27.2 pro Einheit/ 30 Einheiten PG	
Psychotherapeut <sup>2</sup>						€99.8 pro Einheit/ 3 Einheiten PP
Peer Mitarbeiter <sup>3</sup>		€9.2 pro Einheit (+€5.6 Reisekosten) / 36 Einheiten PG				
Study nurse <sup>4</sup>					€22.3 pro Einheit/ 15 Einheiten PG	
Wissenschaftliche Hilfskraft <sup>5</sup>		€10.0 pro Einheit/ 36 Einheiten PG				
Sprachmittler <sup>6</sup>	€55.1 pro Einheit/ 0.16 Einheiten PP			€55.1 pro Einheit/ 21 Einheiten PG		€55.1 pro Einheit/ 2 Einheiten PP
Verbrauchsgüter Anteilmäßige Betriebskosten (Miete/ Nebenkosten/ Server)		€3.8 PG + €0.4 PP <sup>12</sup>	€2,239 PY <sup>13</sup>	€9.4 PG + €1.0 PP <sup>14</sup> €1.0 PG	€11.0 PG + €1.4 PP <sup>15</sup>	€3.0 PP
<b>Supervision</b>						
Psychologe <sup>1</sup>		€27.2 pro Einheit/ 9 Einheiten PG	€27.2 pro Einheit/ 0.16 Einheiten PP	27.2 pro Einheit/ 4 Einheiten PG	€27.2 pro Einheit/ 6 Einheiten PG	
Psychiater <sup>7</sup>				€50.3 pro Einheit/ 2 Einheiten PG		
Study nurse <sup>4</sup>					€22.3 pro Einheit/ 6 Einheiten PG	
<b>Wiederauffrischung</b>						
Psychologe <sup>1</sup>		€27.2 pro Einheit/ 16 Einheit PJ		€27.2 pro Einheit/ 8 Einheiten PJ		

<b>Kosten pro Gruppe</b>						
Base Case (gerundet) <sup>8</sup>	-	€1,578	-	€2,542	€1,463	-
Optimal Case (gerundet) <sup>9</sup>	-	€1,479	-	€2,540	€1,467	-
<b>Kosten pro Patient</b>						
Base Case (gerundet) <sup>10</sup>	€16	€574	€67	€408	€366	€413
Optimal Case (gerundet) <sup>11</sup>	€16	€156	€16	€318	€183	€413
Base Case durchschnittliche Interventionskosten	€312					
Optimal Case durchschnittliche Interventionskosten	€111					

PP = pro Person, PG = pro Gruppe, PJ = pro Jahr.

*Anmerkung:* <sup>1</sup>Psychologe = Bruttostundenlohn gemäß der Tarifvereinbarung der Länder (TV-L) in Deutschland in 2019. <sup>2</sup>Psychotherapeut = Vergütung für eine Einzeltherapiesitzung laut EBM-Katalog (Gebührenordnung) des Bewertungsausschusses für das Jahr 2019. <sup>3</sup>Peer Mitarbeiter = Bruttostundenlohn nach gesetzlichem Mindestlohn für 2019. <sup>4</sup>Study nurse = Bruttostundenlohn gemäß der Tarifvereinbarung der Länder (TV-L) in Deutschland in Germany in 2019. <sup>5</sup>Wissenschaftliche Hilfskraft = Bruttostundenlohn einer ungeprüften wissenschaftlichen Hilfskraft in Baden-Württemberg (Löhne können je nach Bundesland und Institution stark voneinander abweichen). <sup>6</sup>Sprachmittler = Durchschnittlicher Stundenlohn eines Übersetzers in München. <sup>7</sup>Psychiater = Bruttostundenlohn gemäß der Tarifvereinbarung der Länder (TV-L) in Deutschland in 2019. <sup>8</sup>Base Case Anzahl an SCCM-Gruppen innerhalb eines Jahres = 4 Gruppen Peer Intervention, 13 Gruppen Empowerment, 6 Gruppen START. <sup>9</sup>Optimal Case Anzahl an theoretisch maximal durchführbaren Gruppen pro Jahr = 32 Gruppen Peer Intervention, 16 Gruppen Empowerment, 16 Gruppen START. <sup>10</sup>Base Case Anzahl an SCCM-Teilnehmern innerhalb eines Jahres = 36 Teilnehmer in Watchful Waiting, 11 Teilnehmer in Peer Intervention, 42 Teilnehmer in BALSAM, 81 Teilnehmer in Empowerment, 24 Teilnehmer in START und 89 Teilnehmer in Experten-Intervention. <sup>11</sup>Optimal Case Anzahl an theoretisch maximal möglichen Teilnehmern pro Jahr (d.h. mit einer optimalen Anzahl von 8 bis 10 Teilnehmern pro Gruppe und der geschätzten Anzahl an Geflüchteten, die im Jahr 2019 mit einer möglichen depressiven Symptomatik nach Deutschland in die Studienregionen kamen (aufgelistet nach Interventionstyp). Die Daten sind einer Meta-Analyse zur Prävalenz depressiver Symptome bei Geflüchteten in Deutschland entnommen und den Zugangsstatistiken des Bundes und der Länder. Demnach könnten in den Studienregionen insgesamt 1.104 Personen Watchful Waiting, 304 Personen die Peer Intervention, 708 Person BALSAM, 128 Personen Empowerment, 128 Personen START und 400 Personen die Experten-Intervention in Anspruch nehmen. <sup>12</sup>Enthält Toolbox-Materialien und Verbrauchsgüter im Wert von €3.8 PG sowie Kopien (€0.4 PP). <sup>13</sup>Smartphone Anwendung enthält €440 Serverkosten, €299 Account-Gebühren und €1,500 Relaunches und Updates. <sup>14</sup>Enthält Flipchart und Stifte (€9.4 PG) sowie Kopien (€1 PP). <sup>15</sup>Enthält Flipchart und Stifte (€9.4 PG), Toolbox-Materialien und Verbrauchsgüter für €3.8 PG sowie Kopien (€1.4 PP).

Das Base Case (BC) ist das wahrscheinlichste Szenario, weil es sich direkt aus den Daten des Trials speist. Für das BC wurden die Kosten pro Interventionsgruppe bzw. pro Kopf aus dem ITT Sample der Studie verwendet (N insgesamt = 283), die sich wie folgt auf die Interventionen verteilen: 36 Teilnehmer *Watchful Waiting*, 11 Teilnehmer *Peer Intervention*, 42 Teilnehmer *BALSAM*, 81 Teilnehmer *Empowerment*, 24 Teilnehmer *START* und 89 Teilnehmer *Experten-Intervention*.

Im Optimal Case (OC) wurde von einer 100% Auslastung der jeweiligen Interventionsstufen ausgegangen. Darum wurde zuerst der Zustrom an Geflüchteten (Asylerstantragstellern) mit depressiver Symptomatik in die Studienregionen für das Kalenderjahr 2019 geschätzt. Für die Abschätzung dieser Größe wurden mehrere Quellen trianguliert und zusätzlich eine eigene Meta-Analyse durchgeführt. Zuerst wurden die Daten zu Asylerstantragstellern für die Bundesländer Berlin, Nordrhein-Westfalen, Hessen, Baden-Württemberg und Bayern vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) für 2019 herangezogen (BAMF, 2019), da sich die Studienzentren innerhalb dieser Bundesländer befinden. Dabei wurden die Nationalitäten bzw. Herkunftsländer gemäß Einschlusskriterien der Studie berücksichtigt (Syrien, Iran, Irak, Afghanistan). Alle Studienzentren sind Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (ggf. Psychosomatik) oder Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und (ggf. Psychosomatik) mit einem Versorgungsauftrag für eine bestimmte Versorgungsregion (meist eine bestimmte Gemeinde). Deshalb wurden anschließend die Flüchtlingsaufnahmegesetze (FlüAG) der genannten Bundesländer herangezogen, weil in diesen die Verteilungsquoten für Geflüchtete auf die einzelnen Gemeinden festgeschrieben sind. Damit konnte eine Abschätzung der im Jahr 2019 in die bestimmte Studienregion geflüchtete Zielgruppe vorgenommen werden.

Um zusätzlich das Auftreten einer depressiven Symptomatik zu berücksichtigen, wurde im Rahmen des MEHIRA-Projektes eine Meta-Analyse mit dem Titel „Prevalence of depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder among newly arrived refugees and asylum seekers in Germany: systematic review and meta-analysis“ veröffentlicht (Hoell et al. 2021). Im Vorfeld der Meta-Analyse ist ein Studienprotokoll bei PROSPERO eingereicht worden (siehe Anlage Protocol PROSPERO). Kurz zusammengefasst wurde eine gepoolte Prävalenz auf der Grundlage aktuellerer deutscher Studien zur Prävalenz depressiver Symptome oder Diagnosen einer Depression, in der nicht klinischen Population Geflüchteter ermittelt. Diese Quote wurde abschließend mit den jährlichen Zugangszahlen der Zielgruppe in den Studienregionen verrechnet. Darüber hinaus wurden ggf. schweregradspezifische Raten und eine Rate für sub-syndromale Depression bestimmt (Albers, 2012; Nesterko et al., 2019). Um dann final die maximal in den Studienregionen zu versorgenden Geflüchteten im Jahr 2019 mit den level-spezifischen Kapazitäten oder Voraussetzungen des MEHIRA Trials (sprich maximalen Auslastungen) zu verbinden, wurden die Studienverantwortlichen in den Zentren erneut befragt. Bei dieser Einschätzung sollte die Arbeitsauslastung des eingesetzten Personals, die zur Verfügung stehenden und zu beschaffenden Verbrauchsmaterialien und möglichen unterstützenden und komplementären Dienste eingeschätzt werden. Die Studienzentren, welche Gruppenangebote initiierten, wurden nach der maximalen Anzahl an Gruppenzyklen pro Jahr gefragt und der optimalen Gruppengröße.

Beispielrechnung für Berlin: Im Jahr 2019 sind laut Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) 6.316 potentielle Asylerstantragsteller festgestellt worden (LAF, 2020). Laut BAMF war



die Hauptstaatsangehörigkeit der 2019 nach Deutschland geflüchteten Asylersantragsteller wie folgt verteilt: 27,6% Syrien, 9,6% Irak, 6,7% Afghanistan und 5,9% Iran = zusammen 49,8% (BAMF, 2019). Eine depressive Symptomatik weisen im Durchschnitt 38,8% (95%CI = 29,9% – 48,1%) auf (Hoell et al., 2021). Eine subsyndromale Depression wird bei 19,9% vermutet (Albers, 2012; Nesterko et al., 2019). Es wird eine gleichmäßige Verteilung der Depression auf die Schweregrade (leicht, moderat, schwer) angenommen. Demnach können auf Level 1 – *Watchful Waiting* = 6.316 Geflüchtete x 0,498 (Hauptstaatsangehörigkeit) x 0,2 (subsyndromal) = maximal 629 Geflüchtete kommen, die über das Jahr verteilt gescreent werden müssten (entspricht ca. 3 Geflüchteten pro Arbeitstag).

Level 2 – *BALSAM* = 6.316 Geflüchtete x 0,498 (Hauptstaatsangehörigkeit) x 0,388 (depressive Symptomatik) x 0,33 (leichte bis moderate Symptomatik) = maximal 402 Geflüchtete kommen, die jedoch auch eine *Peer-Intervention* erhalten könnten, welche bei 8 Zyklen pro Jahr und 10 Teilnehmern liegt (N=80) und von der Zahl abgezogen werden müssen, wodurch 322 Geflüchtete pro Jahr verblieben.

Level 3 und Level 4 Interventionen sind in ihrer maximalen Auslastung abhängig von den Personalmitteln, wobei 4 *Empowermentzyklen* mit 8 Personen pro Jahr durchgeführt werden können und für eine *Experten-Intervention* aus drei Einzeltherapiesitzungen á 50 Minuten besteht.

Für *BALSAM* und *Watchful Waiting* ist die Zuweisung abhängig von der Anzahl an Geflüchteten. Demnach könnten theoretisch studienstandortüberreifend insgesamt 1.104 Geflüchtete in *Watchful Waiting* zugewiesen werden und 708 in *BALSAM*. Die Gruppeninterventionen (*Peer*, *START* und *Empowerment*) sind auf die maximal durchzuführenden Zyklen mit dem Optimum an Personen pro Zyklus und Jahr beschränkt. So könnten studienstandortübergreifend maximal 32 Gruppen *Peer-Intervention* mit insgesamt 304 Geflüchteten durchgeführt werden und jeweils maximal 16 Gruppen mit insgesamt 128 Geflüchteten für *Empowerment* und *START*. Für die *Experten-Intervention* wurden optimal 400 Geflüchtete angenommen.

Das On-Top Case (IC = für Intervention Costs only) vergleicht die Interventionskosten unter SCCM Bedingungen gegen Nullkosten unter Routinebedingungen für TAU. Die sich dahinter verbergende Annahme war, dass sich das Inanspruchnahmeverhalten zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe nicht unterscheidet. Damit ließen sich die Kosten der Inanspruchnahme für Gesundheitsleistungen unter Routinebedingungen in beiden Gruppen vernachlässigen und die Interventionskosten wären reine zusätzliche Kosten, um einen größeren Nutzeneffekt zu erzielen.

#### *Ermittlung der Gesamtkosten.*

Um die durchschnittlichen pro Kopf Kosten der Intervention zu ermitteln, wurden für das Base Case die einzelnen Gesamtkosten der Teilnehmer pro Interventionsart addiert und durch die Gesamtzahl der Teilnehmer des ITT Samples geteilt. Es ergaben sich durchschnittliche Kosten von €312 pro Teilnehmer. Für das Optimal Case wurden auf vergleichbare Weise die einzelnen Gesamtkosten der theoretisch maximal zugewiesenen Teilnehmer pro Interventionsart addiert und anschließend durch die Gesamtzahl, der in einem Jahr theoretisch zugewiesenen Teilnehmer dividiert. Dadurch ergaben sich pro theoretischem Teilnehmer durchschnittlich €111.

Abschließend wurden die Interventionskosten mit den individuellen Kosten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen der Routineversorgung verrechnet. Dabei entfielen auf die Teilnehmer der Interventionsgruppe unter Base Case Bedingungen durchschnittliche Gesamtkosten in Höhe von €312 zuzüglich der individuellen Ressourcenverbräuche. Für die Teilnehmer der Kontrollbedingungen wurden lediglich die Ressourcenverbräuche herangezogen.

Aufgrund benannter Unsicherheit um die Interventionskosten und der Tatsache, dass der Zeithorizont der Studie ein knappes Jahr betrug, wurden anstelle einer Diskontierung (Abzinsung) die drei Szenarien (BC, OC, IC) entwickelt. D.h. es wurden drei Vergleichsmöglichkeiten der Interventionsgruppe mit der Kontrollgruppe geschaffen: BC wie oben beschrieben und OC mit durchschnittlich €111 Interventionskosten zuzüglich der individuellen Ressourcenverbräuche im Vergleich zu den durchschnittlichen Ressourcenverbräuchen der Kontrollbedingung. IC mit den durchschnittlichen Gesamtkosten der Intervention des ITT Samples wurde den diesbezüglich keine Kosten aufweisende Kontrollbedingung gegenübergestellt. Mit diesen Vergleichsmöglichkeiten sollte die Robustheit der Resultate aus dem BC überprüft werden. Die erfassten Gesamtkosten stellen die Grundlage für die Kosteneffektivitätsanalysen dar.

#### *Ermittlung des Nutzens – klinische und patientenbezogene Erfolgsmaße.*

Als Effektmaß wurde zum einen den primären Outcome der Studie gewählt und zum anderen das qualitätsadjustierte Lebensjahr (quality-adjusted life years, kurz QALY). Das primäre (klinische) Outcome, welches für die Kosteneffektivitätsanalyse herangezogen wurde, war die Veränderung der depressiven Symptomatik gemessen mit dem PHQ-9 (Spitzer et al., 1999), der in anderen Teilen des Berichts genauer beschrieben wird.

Für die Kosten-Nutzwert-Analyse wurden QALY als aggregiertes und damit komplexitätsreduzierendes Maß aus Lebensqualität und Lebenszeit ermittelt. Zur Bestimmung der Lebensqualität wurde der WHO Quality of Life Questionnaire in der Kurzversion (WHOQOL-Bref) (WHO, 1996) verwendet. Dieses Instrument besteht aus 26 Items, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala eingeschätzt werden. Es ist ein generisches und kultursensibles Instrument und umfasst die Domänen: körperliche, psychische, soziale und umweltbezogene Gesundheit sowie allgemeine Gesundheitsfragen. Das Instrument wurde zu allen Messzeitpunkten eingesetzt, die Einschätzung erfolgte durch die Teilnehmer. Laut Manual der WHO wird aus den durchschnittlichen Werten der Domänen ein durchschnittlicher Gesamtwert gebildet, der abschließend mit 4 multipliziert wird und damit auf die WHOQOL-100 transformiert ist (WHO, 1998). Um aus den transformierten Lebensqualitätswerten qualitätsadjustierte Lebensjahre (QALY) zu erstellen, wurde die von Salize & Kilian vorgeschlagene Konvertierung verwendet, die im Grunde genommen eine QALY-Bewertung im Sinne einer Visuellen Analogskala darstellt (Salize & Kilian, 2010). Dadurch ergaben sich Werte zwischen 0 und 1. QALY wurden auf ein ganzes Jahr extrapoliert, indem die Werte zur Post-Intervention mit den Follow-up Werten verrechnet wurden. Fehlende Werte wurden mit der LOCF-Methode ersetzt. Die Unterschiede zwischen den Gruppen über die Zeit wurden mit der Area under the Curve (AUC) Methode betrachtet (Glick et al, 2007). Sowohl die PHQ-9 Werte als auch die QALYs wurden für Alter, Geschlecht, Studienzentrum und den jeweiligen Ausgangswert korrigiert. Aufgrund des geringen Zeithorizonts wurde keine Diskontierung vorgenommen.

Eine kurze Kritik an den hier und in dieser Form verwendeten Erfolgsmaßen sei der Ergebnisdarstellung vorangestellt. In dieser Studie wurde demnach festgestellt mit welchen Kosten eine Verbesserung der depressiven Symptomatik um einen Punkt im PHQ-9 einhergeht. Es ist jedoch ungewiss wie gut die monetäre Bewertung des klinischen Endpunktes, d.h. Veränderung des PHQ-9 Wertes tatsächlich ist. Diesbezügliche Vergleiche fehlen genau wie die Messung der Responsivität des PHQ-9 in der Zielgruppe Geflüchteter. Ggf. lassen sich durch Entscheidungsanalytische Verfahren (sprich Modellierungen) mit einer Abwandlung des Outcome-Parameters (beispielsweise „Tage ohne Depression“ auf der Grundlage der Bestimmung bedeutsamer Unterschiede im PHQ-9) bessere Allokationsentscheidungen treffen. Damit könnte auch die Limitation durch den begrenzten Zeithorizont aufgegriffen werden. Mit der hier dargestellten Berechnung und Transformation des WHOQOL-Bref können genaugenommen keine Präferenzwerte im Sinne des QALY-Konzepts ermittelt werden. Zudem zeigt eine VAS im Vergleich zu anderen QALY-generierenden Verfahren die niedrigsten Korrelationen und auch die geringsten QALY Werte auf. Daher lassen sich die nachfolgend beschriebenen Ergebnisse nur unzureichend mit Ergebnissen anderer Studien vergleichen. Die Möglichkeit bestünde mittels Mapping-Verfahren aus den vorliegenden Daten QALY zu generieren. Gegenwärtig gibt es weltweit – nach unserer Kenntnis – eine einzige Mapping-Studie (Cross-walking) mit der WHOQOL-Bref Werte auf den EQ-5D-5L übertragen wurden (Wee et al., 2018), wobei das eingesetzte Mapping-Verfahren nicht gut nachvollziehbar ist.

#### *Auswertungsmethoden.*

Statistische Analysen wurden streng nach ITT durchgeführt. Fehlende Werte wurden, wie oben erwähnt, mit der LOCF Methode ersetzt, einem konservativen Ansatz, der die Nullhypothese bestärkt, dass es keine Kosten- und Effektunterschiede zwischen SCCM und TAU gibt. Beschreibungen des Samples zusammengefasst mittels Häufigkeits- bzw. Prozentangaben für kategoriale Variablen und Mittelwerten mit Standardfehler für kontinuierliche Variablen. Für die Auswertung der Kostendaten wurden verallgemeinerte Lineare Modelle (generalized linear models, kurz GLM) mit Gamma-Verteilung und Identity Linkfunktion verwendet, da Kostendaten zumeist eine stark rechtschiefe Verteilung aufweisen. Alle Szenarien wurden mit einem einfachen Modell, welches die Randomisationsgruppen als erklärende Variablen enthielt und einem adjustierten Modell ausgewertet. Das adjustierte Modell wurde neben den Randomisationsgruppen für die Variablen Alter, Geschlecht, Studienzentrum und Kosten der Inanspruchnahme zur Baseline angepasst.

Es wurde das inkrementellen Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (cost-effectiveness ratios, kurz ICER) bestimmt. Der ICER ist der Quotient aus der Differenz der durchschnittlichen Kosten (= inkrementelle Kosten =  $\Delta C$ ) der Randomisationsgruppen und der Differenz der durchschnittlichen Effekte (= inkrementelle Effekte =  $\Delta E$ ).

$$ICER = \frac{\Delta C}{\Delta E}$$

Dadurch steht der ICER für die zusätzlichen Kosten, die für die Gewinnung einer zusätzlichen Einheit des Effektes benötigt werden. Der ICER kann positive und negative Werte annehmen und steht in dieser Studie für die Gewinnung eines zusätzlichen QALY und die Verringerung des PHQ-9 Wertes um einen Punkt. Um die Bedingungen der statistischen Unsicherheit um den ICER darzustellen – die Variabilität um den ICER – wurde ein nichtparametrisches

Bootstrapping mit 10.000 Replikationen durchgeführt. Die Replikationen wurden pro Szenario in Kosten-Effektivitäts-Ebenen mit seinen vier Quadranten dargestellt. Zusätzlich wurden Vertrauensintervalle um die Replikationen des ICER berechnet (gebootstrappte 95%KI). Die Wahrscheinlichkeit der Kosten-Effektivität von SCCM gegenüber der herkömmlichen Versorgung von Geflüchteten mit depressiver Symptomatik lässt sich an der Verteilung der gebootstrappten ICER in den Kosten-Effektivitäts-Ebenen ablesen. Liegt die Mehrheit der Kosten-Nutzen-Paare im südöstlichen Quadranten, dann dominiert SCCM die Routinebedingung, da SCCM höhere Effekte zu geringeren Kosten produziert. In diesem Fall ist die Intervention zu empfehlen. Genau umgekehrt verhält es sich, liegt die Mehrheit der Kosten-Nutzen-Paare im nordwestlichen Quadranten. Befindet sich die Mehrheit der ICER im nordöstlichen Quadranten, dann ist SCCM der Routinebedingung hinsichtlich der Effekte überlegen, aber in Verbindung mit zusätzlichen Kosten. Hier muss die Kosten-Effektivität mittels der Vertrauensintervalle abgeschätzt werden, bestenfalls im Vergleich zu einem a priori definierten Grenzwert ( $\lambda$ ), auch maximale Zahlungsbereitschaft genannt (willingness to pay, kurz WTP). Eine Bestimmung der 95%KI ist jedoch schwerlich möglich, wenn der Nenner des ICER gegen Null geht, das heißt kein inkrementeller Effekt der Intervention vorliegt oder sich die ICER-Replikationen auf alle Kosten-Effektivitäts-Ebenen verteilen (Hoch et al. 2002). Aus diesem Grund und weil zusätzlich die Grenzwerte ( $\lambda$ ) für gewöhnlich in Deutschland nicht bekannt oder gesetzt sind, wurde die Wahrscheinlichkeit der Kosten-Effektivität des SCCM mit einer inkrementellen Nettogeldnutzen (incremental net-monetary benefit, kurz iNMB) überprüft.

$$iNMB = \lambda \times \Delta E - \Delta C > 0$$

Der iNMB Ansatz stellt eine Funktion von  $\lambda$  dar und so wurden unterschiedliche WTP-Grenzwerte definiert, die in Verbindung mit dem zusätzlich gewonnenen Nutzen von SCCM gegen die damit verbundenen zusätzlichen Kosten gestellt wurde. Sind die auf diesem Wege ermittelten Werte größer als Null liegt Kosten-Effektivität vor. Dies lässt sich mittels Kosten-Effektivitäts-Akzeptanz-Kurven (cost-effectiveness acceptability curve, kurz CEAC) in einem Diagramm darstellen mit den WTP Grenzwerten auf der X-Achse und der Wahrscheinlichkeit für die Kosten-Effektivität auf der Y-Achse. In den hier vorliegenden Ergebnissen wurden die Proportionen der ICER-Replikationen bestimmt, die gegenüber allen ICER-Replikationen unterhalb eines bestimmten  $\lambda$  lagen. Um der Bedingung der Parameter-Unsicherheit gerecht zu werden, wurden die iNMB Analysen mit allen Szenarien (BC, OC und IC) durchgeführt. Alle Analysen wurden mit statistischer Software von SPSS (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA) Version 26, SAS (SAS Institute Inc., Cary, North Carolina, USA) Version 9.4 und Excel 2016 für Windows durchgeführt.

### **Methodik der Versorgungsforschung**

**Gegenstand der Untersuchung:** Die vorhandenen Hilfesysteme für die psychiatrische Versorgung von Geflüchteten in vier Studienregionen werden unter Berücksichtigung der spezifischen regionalen Bedingungen (wie gesetzliche Regelungen, Sozialstruktur, Umfang der Risikogruppe, regionale Verteilungsschlüssel, bestehende gemeindepsychiatrische Netze, Trägerstrukturen, Kapazitäten, Art und Umfang der Flüchtlingshilfe, Finanzmittel) in Verbindung mit den Zugangsbedingungen (Zugangsbarrieren oder Barrierefreiheit) und der zu erwartenden zusätzlichen epidemiologischen Krankheitslast beschrieben.

## Durchführung

### *Auswahl der Untersuchungsregionen*

Aus der multizentrischen MEHIRA-Studie wurden vier Studienstandorte gewählt, die sich aufgrund bevölkerungsstruktureller, politischer und geographischer Aspekte voneinander unterscheiden. Die vier Standorte Aachen, Berlin, Marburg und München wurden den jeweiligen Verwaltungseinheiten zugeordnet, wobei insbesondere die auf Landesebene territorialen Zuständigkeiten für Geflüchtete berücksichtigt wurden.

Aachen	→ <b>Städtereion Aachen</b> (Regierungsbezirk Köln, Nordrhein-Westfalen)
Berlin	→ <b>Stadtstaat Berlin</b> (Bundeshauptstadt, Bundesland Berlin)
Marburg	→ <b>Landkreis Marburg-Biedenkopf</b> (Regierungsbezirk Gießen, Hessen)
München	→ <b>kreisfreie Stadt München</b> (Regierungsbezirk Oberbayern, Bayern)

### *Bestimmung des Begriffs Geflüchteter*

Der Begriff Geflüchtete ist in der deutschen Rechtsprechung nicht definiert. Im Grundgesetz (GG), Asylgesetz (AsylG), Aufenthaltsgesetz (AufenthG) und Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) wird stattdessen von Ausländern, Asylbewerbern, Asylberechtigten und Flüchtlingen gesprochen. Der Begriff Flüchtling ist häufig negativ konnotiert und soll nachfolgend vermieden werden. Die verbleibenden Begriffe haben entweder einen stark prozessualen Charakter (Asylberechtigte, Asylbewerber) und beschreiben dadurch jeweils nur eine spezifische Gruppe innerhalb des deutschen Asylverfahrens oder sind definitorisch mehrdeutig bzw. zu allgemein (Ausländer), weil hierunter alle Personen verstanden werden, die eine andere Staatsangehörigkeit als die ihres Aufenthaltsstaates besitzen. Aus diesem Grund soll der Begriff Geflüchtete folgende natürliche Personen umfassen: Asylbewerber, Asylberechtigte nach Art 16a GG, Flüchtlinge nach §3 AsylG, subsidiär Schutzberechtigte nach §4 AsylG, Ausländer mit Verbot der Abschiebung nach §60 AufenthG und Ausländer mit Duldung respektive der vorübergehenden Aussetzung der Abschiebung nach §60a AufenthG. Wenn jedoch nachfolgend die zu erwartende epidemiologische Krankheitslast nachgewiesen werden soll, dann werden insbesondere die jährlichen Zahlen von Asylerstantragsteller berücksichtigt.

### *Bestimmung der jährlichen Zugangszahlen mit depressiver Symptomatik*

Die Bestimmung der Anzahl an Geflüchteten, die in den Kalenderjahren 2017, 2018 und 2019 in den ausgewählten Studienregionen eine depressive Symptomatik und/oder eine PTBS aufwiesen, soll Auskunft über den Behandlungsbedarf dieser Klientel geben. Der ermittelte Behandlungsbedarf soll an die explorierte Versorgungsstruktur (Angebote der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von Geflüchteten zum Zeitpunkt der Berichterlegung) angelegt werden, um vorsichtige Rückschlüsse zum Grad der Bedarfsdeckung ziehen zu können.

Bei der Bestimmung der Prävalenzen wurde ein zweistufiges Vorgehen verfolgt. Zum einen wurde die Gesamtheit aller geflüchteter Personen ermittelt, die in den entsprechenden Kalenderjahren einen Erstantrag auf Asyl stellten, bereinigt um Abschiebungen und freiwillige Ausreisen. Da diese Daten nicht immer leicht zugänglich waren, wurden die hier verwendeten Zahlen auf der jeweils solidesten Grundlage für die Studienregion berechnet. Dadurch unterschieden sich die exakten Herangehensweisen und das genaue Vorgehen ist den einzelnen Kapiteln zu den explorierten Studienregionen zu entnehmen.

Zum anderen wurde die Prävalenz der psychischen Störungen (hier: Depression oder depressive Symptomatik) auf die im ersten Schritt ermittelten jährlichen Zugangszahlen in den Studienregionen bezogen. Die Prävalenz wurde durch ein umfassendes systematisches

Review deutscher Studien ermittelt, welche Angaben zur Häufigkeit des Auftretens o.g. Symptome bei Asylsuchenden und Geflüchteten machten (siehe Anlage Protokoll PROSPERO). Es wurden nur Studien aufgenommen, die populationsbasierte Angaben zur Prävalenz lieferten. D.h. das Sample wurde entweder aus der Grundgesamtheit an zum Studienzeitpunkt gegenwärtig in Erstaufnahmeeinrichtungen, Asylbewerberunterkünften oder Gemeinschaftsunterkünften lebenden Asylbewerbern/ Geflüchteten gezogen oder anhand (semi-)repräsentativer Verfahren zur Ermittlung der Prävalenz von psychischen Störungen bei Asylbewerbern/ Geflüchteten beispielsweise via Surveys. Demnach wurden keine Studien mit klinischen Populationen an Asylbewerbern/ Geflüchteten oder (psycho)soziale Hilfe Suchenden beispielsweise in Psychosozialen Zentren aufgenommen (Inanspruchnahmepopulationen). Als Grundlage für die Übersichtsarbeit wurde die Arbeit von Bozorgmehr und Kollegen gewählt, die den Gesundheitszustand und die medizinische Versorgung von Geflüchteten und Asylsuchenden in Deutschland in den Jahren 1990 bis 2014 untersuchte (Bozorgmehr et al., 2016). Die Literatursuche wurde am 30. April 2020 in einschlägigen medizinischen Literaturdatenbanken durchgeführt: PubMed, CINAHL, PsycINFO, PSYINDEX, Academic Search Complete, Science Direct und Web of Science. Es wurden Volltextsuchen mit folgenden Schlagworten und Schlagwortkombinationen durchgeführt: ((refugee\* OR asylum\*) AND (((depressiv\* AND (symptom\* OR syndrom\*) OR depression\*)) OR (post-trauma\* OR posttrauma\* OR stress disord\*)) AND Germany. Außerdem wurden die Referenzlisten der eingeschlossenen Publikationen durchgesehen. Aufgenommen wurden ausschließlich empirische Berichte und Studien in deutscher und englischer Sprache. Über eine web-basierte Suche mit gleichen Schlagworten in deutscher Sprache wurde zudem versucht, graue Literatur zu identifizieren (siehe Hoell et al., 2021). Aus den Angaben der eingeschlossenen Studien wurde die gepoolte Prävalenz inklusive eines 95-prozentigem Konfidenzintervalls für die drei Kalenderjahre berechnet.

### *Untersuchungsmethoden*

Die Beschreibung sollte hauptsächlich auf qualitativer Ebene erfolgen, da in diesem Forschungsfeld selten quantitative Daten vorliegen und aufgrund bestehender definitorischer Herausforderungen unzureichend erfasst werden können. Es sollten insbesondere die medizinischen und flüchtlingsorganisatorischen Strukturen in den Studienregionen verstanden werden sowie sozialrechtliche und versorgungspraktische Herausforderungen für eine bedarfsgerechte Versorgung identifiziert und benannt werden.

Es wurden semistandardisierte Interviews entwickelt, um die Versorgungsstrukturen in definierten Regionen beschreiben zu können. Es gab vier unterschiedliche Interviewtypen für die unterschiedlichen Leistungserbringer (frei-gemeinnützige Träger, medizinische (ambulante oder stationäre) Versorger, Öffentlicher Gesundheitsdienst und Einrichtungen der kommunalen Versorgungsstrukturen für Geflüchtete). Die semistandardisierten Interviews wurden als leitfadenbasierte offene Fragen verstanden. Zu jeder möglichen Hauptfrage eines Fragenblocks ließen sich entsprechend untergeordnete oder ergänzende Fragen stellen. Jeder Interviewleitfaden wurde in der AG Versorgungsforschung einem Prä-Test unterzogen. Die Beschreibung der lokalen Versorgungsstruktur wurde mit der vorgenannten Schätzungen der aktuellen und zu erwartenden Zahlen Geflüchteter kontrastiert, um aktuelle und künftige psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgungslücken zu umreißen und den Aufwand für eine bedarfsdeckende Versorgungsstruktur abzuschätzen.

Es wurden zwischen Oktober 2018 und November 2020 qualitative Interviews mit regionalen Akteuren der Flüchtlingshilfe und der medizinischen Versorgung geführt. Zu diesen Akteuren gehörten Institutionen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, frei-gemeinnützige Träger, stationäre und ambulante psychiatrische und/oder psychotherapeutische Versorger (Kliniken, Ärzte, Therapeuten), Einrichtungen der kommunalen Versorgungsstrukturen für Flüchtlinge. Diese Akteure wurden per Internet-Recherche oder mithilfe der MEHIRA-Interventionsgruppen in den Studienregionen identifiziert und angeschrieben. Außerdem wurden die befragten Akteure am Ende eines jeden Interviews zur Nennung weiterer Akteure aufgefordert (Schneeballsystem). Für die Recherche ist eine umfangreiche Access-Datenbank angelegt worden, die möglichst viele potentielle Akteure pro Studienregion enthielt (zwischen 34 und 69 Akteure pro Studienregion). Nicht zu allen Akteuren konnte in einem angemessenen zeitlichen Rahmen ein Erstkontakt hergestellt werden. Einige Akteure wurden zwecks großer inhaltlicher Nähe nicht ausgewählt, andere Akteure galten als Non-Responder. Mit allen Akteuren zu denen ein Erstkontakt hergestellt werden konnte, wurde auch abschließend ein sogenanntes Experteninterview geführt. Es konnten je nach Studienstandort fünf bis acht Interviews realisiert werden.

Die Experteninterviews selbst wurden mit einem oder zwei Interviewern durchgeführt. Dabei saß der/die Interviewer i.d.R. pro Interview einem bis vier Akteuren gegenüber. Während des pandemiebedingten Lockdowns sowie der Einschränkung der sozialen Kontakte wurden falls möglich Videofonien im 1:1 angeboten. Ansonsten fand eine rein telefonische Befragung statt. Im Vorfeld des Interviews wurden die teilnehmenden Experten über die Studienziele und die Methoden aufgeklärt. Es wurde ein schriftliches Einverständnis eingeholt.

Alle Interviews wurden mit einem Digital Voice Recorder Marke Olympus Typ DM-650 aufgezeichnet und anschließend transkribiert nach Rosenthal (Rosenthal 2014). Die Interviews dauerten durchschnittlich ca. 60 Minuten (von 36 bis 75 Minuten). Die erstellten Transkripte wurden noch einmal gegengehört und gelesen, dann wurden die dazugehörigen Aufnahmen gelöscht. Die qualitative Auswertung der Interviews erfolgte mit einer computergestützten Daten- und Textanalyse-Software (MaxQDA Version 12, VERBI GmbH, Berlin, Deutschland) und Excel 2016 für Windows. Dazu wurden die Interviews in MaxQDA importiert. Es wurden unterschiedliche Auswertungsstrategien des Textmaterials verfolgt. Zum einen wurde sich dahingehend beschränkt, die manifesten Inhalte zusammenzufassen, um die unterschiedlich handelnden Akteure und ihre Interaktionen in der Versorgung Geflüchteter zu beschreiben (Inhaltsanalyse). Zum anderen wurde aus den Daten heraus ein Kategoriensystem entwickelt (induktives Verfahren). Dabei wurden zuerst offene Codes aus den Daten gelesen und später axial verdichtet (d.h. einer Strukturierung und Systematisierung folgend, übergeordnete Kategorien gebildet). Dieses qualitative Vorgehen wurde explizit nicht so angelegt, Zitationen der einzelnen interviewten Personen für spezifische Sachverhalte heranzuziehen, sondern folgte der Logik des Gesamtsystems und dessen Vernetzungen darzustellen. Darum werden bei der Beschreibung der Studienregionen keine Zitationen verwendet.

Die offene und axiale Kodierung der Interviews fand für jedes Studienzentrum separat statt. So entstanden in einem ersten Schritt vier unterschiedliche Kategoriensysteme. Diese wurden in einem zweiten Schritt harmonisiert, d.h. die einzelnen Kategoriensysteme wurden dahingehend überarbeitet, dass auf den jeweils oberen Ebenen der Kategoriensysteme jeder Studienregion dieselben Codes verwendet wurden. Das erhöhte nicht nur die Vergleichbarkeit der Kategoriensysteme, sondern unterstützte auch das abschließende Beschreiben der Versorgungslandschaften.

Neben dieser qualitativen Auswertung der Interviews wurde zusätzlich eine umfangreiche Internetrecherche durchgeführt, um die gesundheitlichen Versorgungsstrukturen der Versorgungsregionen und die Integrations-, Migrations- und Flüchtlingspolitischen Maßnahmen herauszuarbeiten. Für die Ableitung einer bedarfsgerechten psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung Geflüchteter wurden die unterschiedlichen Methoden kombiniert.

### *Kritik*

Für die Exploration der Zugangsbedingungen (Barrieren und förderlichen Faktoren) Geflüchteter zu „angemessenen“ psychiatrischen und psychotherapeutischen Diensten und Leistungen sei die Kritik an der Methodik gleich vorangestellt: Durch das hier dargestellte qualitative Studiendesign war eine zeitnah mit Beendigung des MEHIRA-Projektes einhergehende Ergebnisdarstellung nicht vereinbar. Zudem handelt es sich per se um ein hochdynamisches Geschehen, welches allenthalben eine Momentaufnahme darstellt. Die Ergebnisse, die nachfolgend dargestellt werden, können zum Zeitpunkt der Berichtslegung bereits überholt sein. Es wurde dennoch versucht, zumindest für die Ist-Kennwerte der vertragsärztlichen und klinischen Versorgung die aktuellsten Daten heranzuziehen. Aufgrund dieser möglichen Reduktion der Aussagekraft der Ableitungen für die bedarfsgerechte Versorgung innerhalb der explorierten Studienregionen bedingt durch die Latenz zwischen Erhebung und Berichtlegung wurde dem Ergebnisteil zur Versorgungsforschung eine zusammenfassende Darstellung vorangestellt. In dieser Zusammenfassung werden die in allen Studienregionen zu beobachtenden Herausforderungen für die bedarfsgerechte Versorgung Geflüchteter aggregiert, gemeinsam bewertet und entsprechend übergeordnete Lösungen für die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung vorgeschlagen. Es wird hier die Auffassung vertreten, dass auf dieser aggregierten Ebene eine geringere Dynamik zu finden ist als auf der Ebene der Studienregionen, was diesen Aussagen eine allgemeingültigere Bedeutung verleiht.

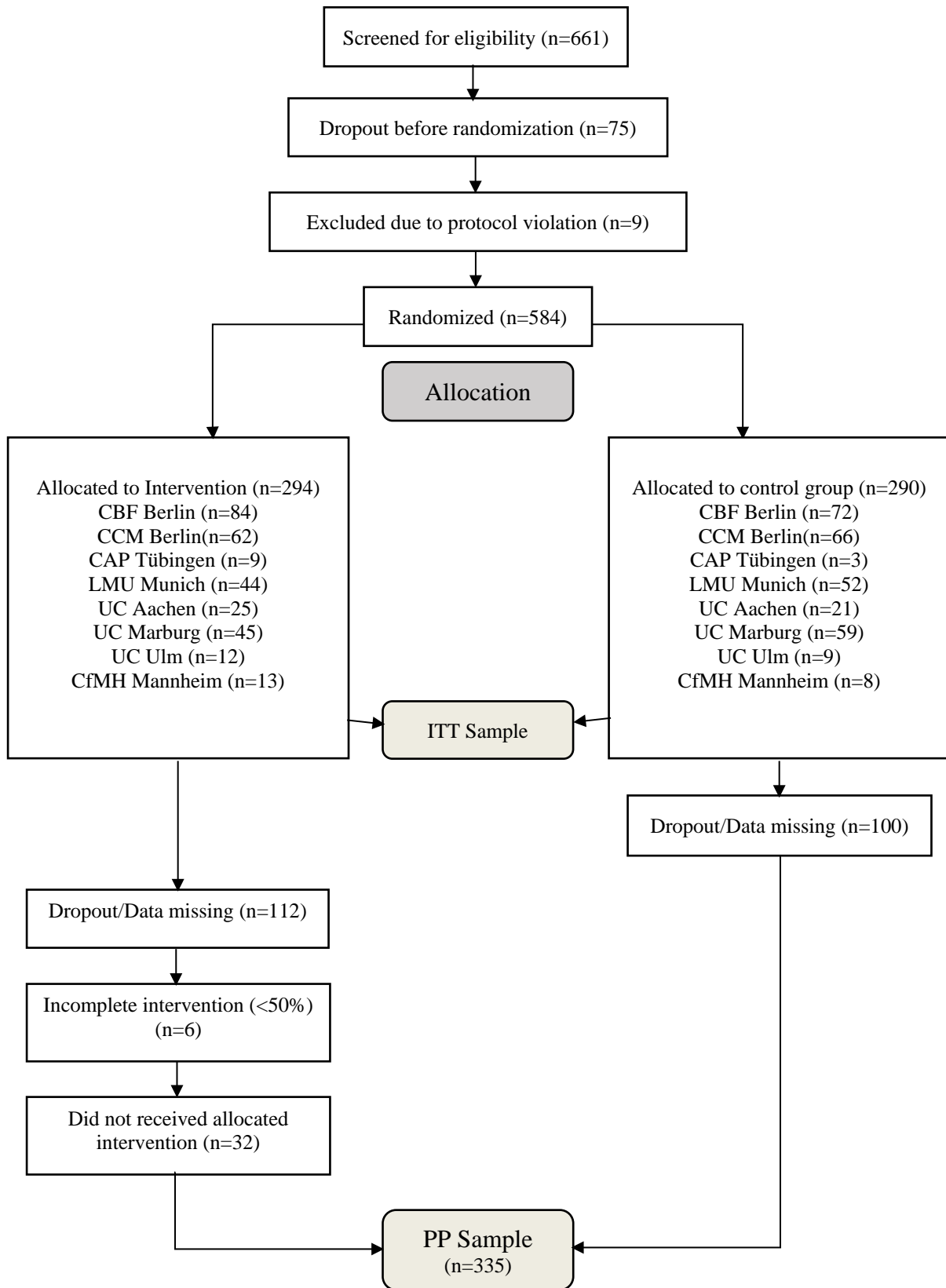
## **6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen**

### **Stichprobe und Rekrutierung**

Insgesamt wurden zwischen April 2018 und Dezember 2019 584 Teilnehmer in einem Verhältnis von 1:1 randomisiert, wobei 294 dem SCCM und 290 der TAU Kondition zugewiesen wurden. Die Rekrutierung variierte zwischen den Zentren, und die Anzahl der Teilnehmer, die jedem Zentrum zugeteilt wurden. Dies ist Abbildung 3 graphisch dargestellt. Die Merkmale des ITT-Sample in jeder Studiengruppe bei Studienbeginn sind in Tabelle 5 aufgeführt und für das PP-Sample in Tabelle 6.



**Abbildung 3.** Darstellung der Verteilung des ITT und PP Samples auf die jeweiligen Standorte und Zentren



## Verteilung der Probanden auf Interventionen in SCCM

Von den insgesamt 294 Probanden, welche in die aktive Kondition (SCCM) randomisiert wurden 39 in Level 1, 63 in Level 2, 108 in Level 3 und 84 in Level 4 randomisiert.

### ITT-Analyse

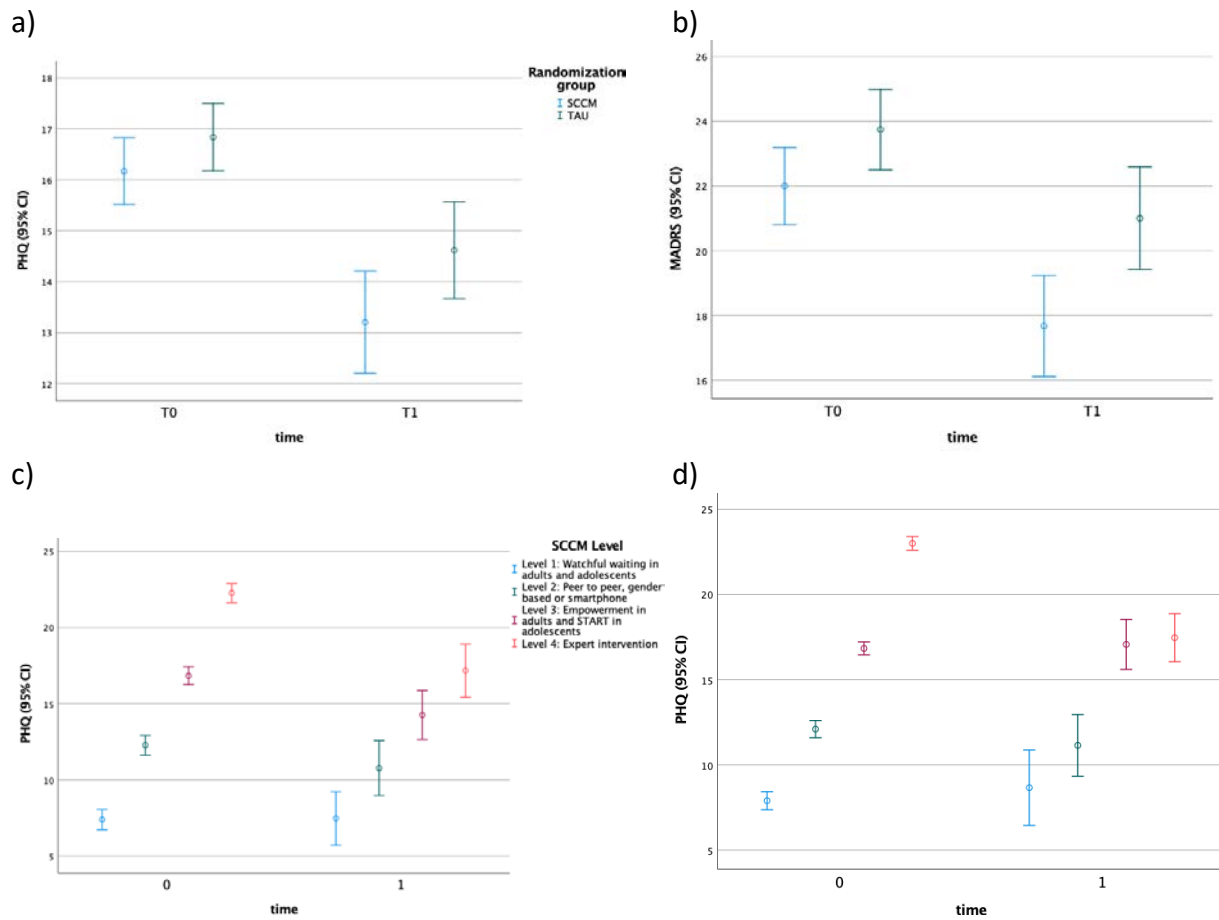
Für die ITT-Stichprobe waren primäre Ergebnisdaten für 294 Teilnehmer in SCCM und 290 Teilnehmer in TAU zu T0 und 174 in SCCM bzw. 186 in TAU zu T1 verfügbar. Es gab einen signifikanten Effekt für die Variable Zeit (T0 vs. T1) ( $p < .001$ ). Eine Interaktion zwischen Zeit und Gruppe (SCCM vs. TAU,  $p < .05$ ) sagte die PHQ-9-Werte signifikant voraus. Der ICC zwischen den Zentren betrug  $.11$ . Die PHQ-9-Werte als Funktion der Interventionsgruppe (SCCM vs. TAU) und der Zeit (T0 vs. T1) sind in Abbildung 4a dargestellt.

Die geschätzte mittlere Veränderung des PHQ-9-Scores im Laufe der Zeit (T0 vs. T1) betrug  $-2,61$  ( $p < .001$ ) in SCCM 1 ( $p < .001$ ) bzw.  $-2$  in TAU. Bei T1 fanden wir eine Effektgröße von  $d=0,23$  zugunsten von SCCM für den geschätzten mittleren Unterschied zwischen SCCM und TAU ( $p < .001$ ).

Die Remissionsrate (PHQ-9-Score  $\leq 8$  bei T1) betrug bei SCCM 19 % und bei TAU 12 % ( $p < .05$ ). Die Ansprechrate (PHQ-Reduktion von  $\geq 50$  %) lag bei SCCM bei 12,9 % und bei TAU bei 9,6 % ( $p = .21$ ).

Die Hinzufügung einer dreifachen Interaktion von Zeit nach Gruppe nach SCCM-Niveau zu unseren Analysen führte zu einer signifikanten Interaktion ( $p < .001$ ), während die Haupteffekte und die Interaktion von Zeit nach Gruppe signifikant blieben (alle  $p < .05$ ) und ein ebenfalls hinzugefügter Haupteffekt für das Niveau ebenfalls Signifikanz erreichte ( $p < .001$ ). Die PHQ-9-Werte pro Randomisierungsgruppe in Abhängigkeit von der SCCM-Stufe (1 bis 4) und dem Zeitpunkt (T0 vs. T1) sind in Abbildung 4c+d dargestellt.

**Abbildung 4.** Werte des PHQ-9 (primary outcome) und der MADRS Skala (secondary outcome) im Bezug auf Randomisierungsgruppe (TAU vs. SCCM) und Zeit (T0 vs. T1) für das ITT Sample



Note. Error bars represent 95% confidence intervals.

**Tabelle 5.** Baseline Characteristics of the PP sample

	Mean $\pm$ SD; N/Total N (%)		
	SCCM (n=144)	TAU (n=191)	P Value
Age (years)	29.84 $\pm$ 10.93	28.92 $\pm$ 10.33	.43
Female	53/144 (36.81)	63/191 (32.98)	.47
Years of education	8.48 $\pm$ 4.12	8.23 $\pm$ 4.39	.60
Marital status			.46
Single	71/143 (49.65)	102/189 (53.97)	
Married	58/143 (40.56)	63/189 (33.33)	
Divorced	11/143 (7.69)	21/189 (11.11)	
Widowed	3/143 (2.10)	3/189 (1.59)	
Having children	62/143 (43.36)	75/190 (39.47)	.48
Past SES			.32
Upper class	5/137 (3.65)	12/185 (6.49)	
Upper middle class	22/137 (16.06)	36/185 (19.46)	
Middle class	80/137 (58.39)	96/185 (51.89)	
Lower middle class	15/137 (10.95)	28/185 (15.13)	
Lower class	15/137 (10.95)	13/185 (7.03)	
Current SES			.04
Upper class	1/138 (.73)	1/184 (.54)	
Upper middle class	11/138 (7.97)	4/184 (2.17)	
Middle class	57/138 (41.30)	69/184 (37.50)	
Lower middle class	26/138 (18.84)	55/184 (29.89)	
Lower class	43/138 (31.16)	55/184 (29.89)	
Current employment			.51
Unemployed	108/137 (78.83)	153/185 (82.70)	
Protected employment	3/137 (2.19)	2/185 (1.08)	
Employee	25/137 (18.25)	30/185 (16.22)	
Self-employed	1/137 (.73)	0/185 (.00)	
Reason for migration <sup>a</sup>			
War	86/144 (59.72)	118/191 (61.78)	.70
Natural disaster	1/144 (.69)	1/191 (0.52)	.84
Economic crisis	13/144 (9.03)	10/191 (5.24)	.17
Individual situation	19/144 (13.19)	27/191 (14.14)	.80
Political situation	50/144 (34.72)	73/191 (38.22)	.51
Social situation	31/144 (21.53)	37/191 (19.37)	.63
Other	14/144 (9.72)	19/191 (9.95)	.95

Abbreviations: SES socioeconomic status

<sup>a</sup>multiple answers possible

**Tabelle 6.** Baseline Characteristics of the ITT sample

	Mean $\pm$ SD; N/Total N (%)		P Value
	SCCM (n=294)	TAU (n=290)	
Age (years)	28.63 $\pm$ 10.79	28.63 $\pm$ 10.36	.99
Female	93/294 (31.63)	93/290 (32.31)	.91
Years of education	8.63 $\pm$ 4.03	8.83 $\pm$ 4.36	.59
Marital status			.42
Single	156/284 (54.93)	148/270 (54.81)	
Married	104/284 (36.62)	89/270 (32.96)	
Divorced	18/284 (6.34)	27/270 (10.00)	
Widowed	6/284 (2.11)	6/270 (2.22)	
Having children	113/283 (39.93)	106/268 (39.55)	.93
Past SES			.36
Upper class	19/271 (7.01)	26/262 (9.92)	
Upper middle class	44/271 (16.23)	53/262 (20.23)	
Middle class	152/271 (56.09)	129/262 (49.24)	
Lower middle class	33/271 (12.18)	36/262 (13.74)	
Lower class	23/271 (8.49)	18/262 (6.87)	
Current SES			.08
Upper class	1/271 (.37)	4/261 (1.53)	
Upper middle class	16/271 (5.90)	8/261 (3.07)	
Middle class	109/271 (40.22)	94/261 (36.02)	
Lower middle class	52/271 (19.19)	70/261 (26.82)	
Lower class	93/271 (34.32)	85/261 (32.57)	
Current employment			.64
Unemployed	216/269 (80.30)	219/263 (83.33)	
Protected employment	4/269 (1.49)	3/263 (1.14)	
Employee	47/269 (17.47)	41/263 (15.59)	
Military service/community	1/269 (.37)	0/263 (.00)	
Self-employed	1/269 (.37)	0/263 (.00)	
Reason for migration <sup>a</sup>			
War	167/291 (57.39)	158/277 (57.04)	.93
Natural disaster	2/291 (.69)	3/277 (1.08)	.61
Economic crisis	27/291 (9.28)	19/277 (6.86)	.29
Individual situation	49/291 (16.84)	42/277 (15.16)	.59
Political situation	102/291 (35.05)	109/277 (39.35)	.29
Social situation	61/291 (20.96)	59/277 (21.30)	.92
Other	33/291 (11.34)	24/277 (8.66)	.29
Time since arrival in Germany (in years)	3.04 $\pm$ 2.29	2.71 $\pm$ 4.25	.31

Abbreviations: SES socioeconomic status  
<sup>a</sup>multiple answers possible

MADRS-Daten waren für die ITT-Stichprobe für 273 Teilnehmer in SCCM und 258 Teilnehmer in TAU zu T0 bzw. 177 in SCCM und 189 in TAU zu T1 verfügbar. Für die MADRS-Werte als abhängige Variable ergaben die Regressionsmodelle einen Haupteffekt für die Zeit (T0 vs. T1,  $p < .001$ ), zusammen mit einer signifikanten Interaktion zwischen Zeit und Randomisierungsgruppe (SCCM vs. TAU;  $F_{2,859}=5,39$ ,  $p < .01$ ). Der ICC zwischen den Zentren betrug .29. Die MADRS-Werte als Funktion der Interventionsgruppe (SCCM vs. TAU) und des Zeitpunkts (T0 vs. T1) sind in Abbildung 4b dargestellt.

Alle ITT-Analysen blieben stabil, wenn sie in der PP-Stichprobe wiederholt wurden. Wie erwartet fanden wir eine höhere Effektgröße ( $d=.30$  zugunsten von SCCM) und signifikant höhere Ansprechraten bei SCCM (23,6 %) im Vergleich zu TAU (14,1 %,  $p < .05$ ).

### **Follow-up-Analyse**

Für die ITT-Stichprobe waren primäre Ergebnisdaten für 294 Teilnehmer in der SCCM- und 290 Teilnehmer in der TAU-Gruppe zu T0, 174 in der SCCM- und 186 in der TAU-Gruppe zu T1, 90 in der SCCM- und 104 in der TAU-Gruppe zu T2 und 39 in der SCCM- und 38 in der TAU-Gruppe zu T3 verfügbar. Unter Verwendung von GLMM von T0 bis T2 mit PHQ-9-Scores als abhängige Variable und einem festen Effekt für die Zeit (T0 vs. T1 vs. T2) und einer Interaktion zwischen Zeit und Randomisierungsgruppe (SCCM vs. TAU) fanden wir einen Haupteffekt für die Zeit (T0 vs. T1 vs. T2;  $F_{2,1060}=27.83$ ,  $p < .001$ ), zusammen mit einer marginalen Interaktion zwischen Zeit und Randomisierungsgruppe (SCCM vs. TAU;  $p = .06$ ). Die Modellanpassung, die durch das -2log-Likelihood-Kriterium angezeigt wird, betrug 6727,02. Die gleiche Analyse von T0 bis T3 ergab einen Haupteffekt für die Zeit (T0 vs. T1 vs. T2 vs. T3;  $p < .001$ ), zusammen mit einer marginalen Interaktion zwischen Zeit und Randomisierungsgruppe (SCCM vs. TAU;  $p = .09$ ). Wie aus dem -2log-Likelihood-Kriterium hervorgeht, betrug die Modellanpassung 7225,56, was auf eine schlechtere Modellanpassung im Modell mit längerer Nachbeobachtung hindeutet.

Das Hinzufügen einer dreifachen Interaktion von Zeit, Gruppe und Niveau zu den 24-Wochen-Follow-up-Analysen (T0 vs. T1 vs. T2) führte zu einer signifikanten Interaktion ( $p < .001$ ), während die Haupteffekte signifikant blieben und die Interaktion von Zeit und Gruppe marginal blieb ( $p = .07$ ) und ein ebenfalls hinzugefügter Haupteffekt für das Niveau ebenfalls Signifikanz erreichte ( $p < .001$ ). Für die 48-wöchige Nachbeobachtung (T0 vs. T1 vs. T2 vs. T3) fanden wir ebenfalls eine signifikante Drei-Wege-Interaktion ( $p < .001$ ), während alle Haupteffekte signifikant waren, einschließlich des Effekts für das Niveau ( $p < .001$ ), während die Interaktion zwischen Gruppe und Zeit nicht mehr marginal war ( $p = .123$ ).

Aufgrund der vorliegenden Analysen und deren Ergebnisse konnte somit die Primärhypothese bestätigt werden, in dem das SCCM eine Überlegenheit hinsichtlich der Reduktion von depressiven Symptomen gemessen am PHQ-9 und MADRS gegenüber der Routineversorgung in Deutschland darstellen konnte.

*Sekundärhypothese 1: Das SCCM ist in Bezug auf weitere Effektivitätsparameter (Ansprechen, Remission, Lebensqualität) und in Bezug auf die Effizienz (direkte und indirekte Kosten, Kosten-Nutzen-Relation, Kosten-Wirksamkeits-Relation) innerhalb der Routineversorgung für die Gesamtpopulation überlegen.*

Daten zu Ressourcenverbräuchen und Kosten in der Routineversorgung konnten für 561 Teilnehmer (SCCM = 283 Teilnehmer und TAU = 278 Teilnehmer) ausgewertet werden. Die

durchschnittlichen Kosten zur Baseline betragen €2.609,5 (SD = €3.739,21) pro Teilnehmer und Jahr. Es gab keinen Unterschied zwischen SCCM und TAU. Etwa die Hälfte der durchschnittlichen Gesamtkosten wurde für psychiatrische, psychotherapeutische und psychologische Behandlungen und Unterstützungsleistungen aufgewendet (Daten werden nicht gezeigt).

Nach einem Jahr betragen die durchschnittlichen Kosten der Inanspruchnahme von Routineleistungen €1.688,5 (SD = €571,3) pro Teilnehmer und lagen damit deutlich unter den Durchschnittskosten zur Baseline. Im Vergleich zu TAU waren die durchschnittlichen Routinekosten in SCCM bedeutend geringer (€-456,0; 95%KI = €-789,8 bis €-122,2). Das lag insbesondere an einer deutlichen Verringerung der Kosten für stationäre und ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen (siehe Tabelle 7: Vergleich der Kosten der Routineversorgung).

Für BC schwankten die Pro-Kopf-Kosten der Intervention in Abhängigkeit vom Interventionstyp teils beträchtlich. So reichten die Kosten von €15,7 für *Watchful Waiting* bis €574,0 für die *Peer Intervention*, wobei hier nur erwachsene Geflüchtete teilnehmen konnten, oder bis €413,3 für die *Experten Intervention* (Tabelle 4: fortlaufende Interventionskosten). Augenfällig ist, dass die Interventionskosten im BC Großteils von der Anzahl der Teilnehmer pro Stufe für die Einzelintervention abhängig sind (*Watchful Waiting*, *BALSAM*, und *Experten Intervention*) oder der Anzahl an angebotenen Gruppen in Verbindung mit der Gruppengröße für die Gruppeninterventionen (*Peer*, *Empowerment* und *START*). Darum war der Unterschied der Kosten pro Gruppe zwischen BC und OC relativ gering. Aufgrund der suboptimalen Auslastung der Gruppen im BC waren die fortlaufenden Interventionskosten pro Patient zwischen BC und OC stark verschieden. Die durchschnittlichen Kosten pro Patient für SCCM im BC über alle 283 SCCM-Teilnehmer betragen €312,1 (SD = €57,5) und für das optimierte Szenario OC €111,0 (SD = €26,8).

Die durchschnittlichen Gesamtkosten für SCCM errechneten sich aus den individuellen Kosten der Inanspruchnahme von Routineleistungen zuzüglich der durchschnittlichen Interventionskosten und betragen Pro-Kopf €1.780,9 (SD = €119,3). Die durchschnittlichen Gesamtkosten für TAU waren gleichzusetzen mit den individuellen Kosten für die Ressourcenverbräuche und lagen Pro-Kopf bei €1.921,0 (SD = €121,6). Im adjustierten GLM ergab sich kein Unterschied zwischen den durchschnittlichen Gesamtkosten der Gruppen SCCM und TAU nach einem Jahr (-€205,3; 95%KI = -€690,7 bis €252,6;  $p = 0,411$ ) (siehe Tabelle 7: Vergleich der Kosten der Routineversorgung).

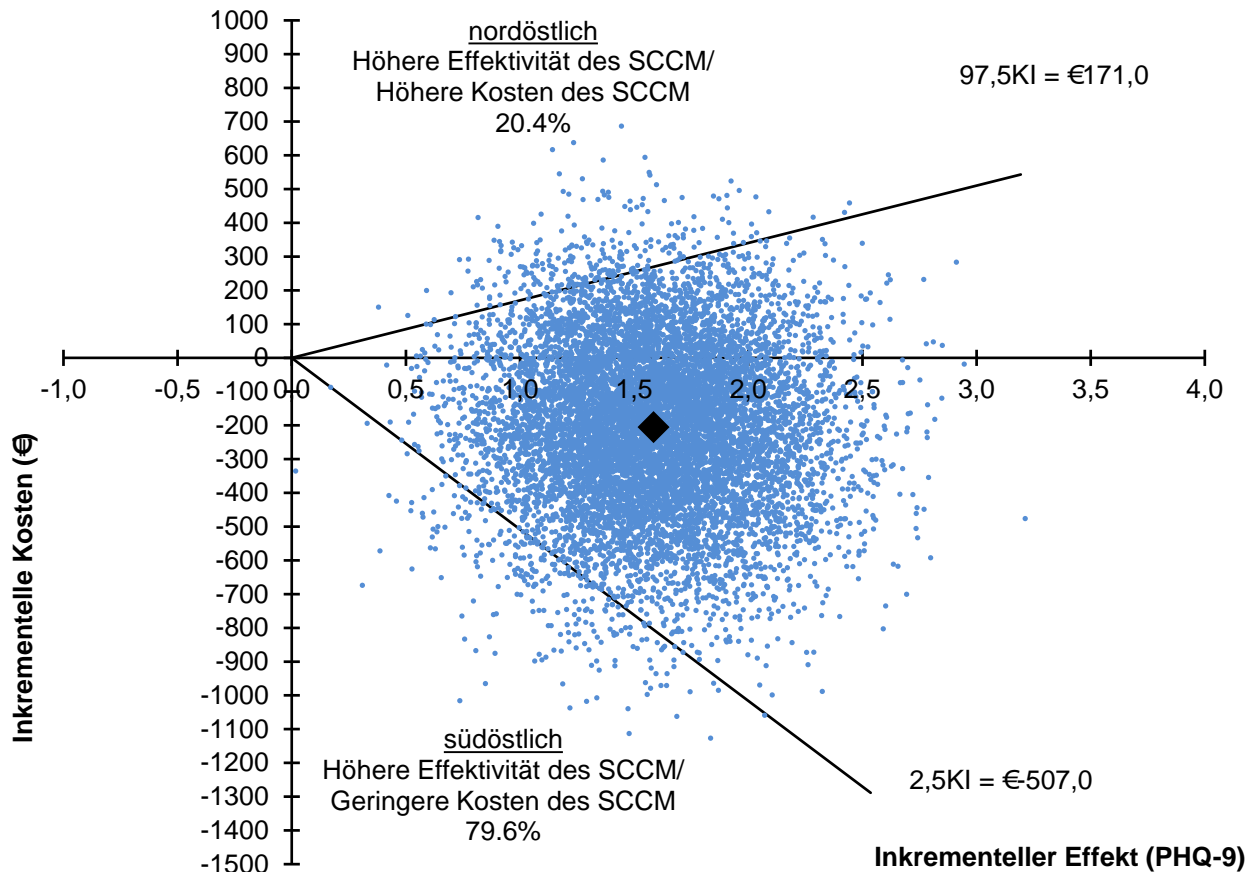
#### *Kosten-Effektivitäts-Analysen zum klinischen Outcome (PHQ-9)*

Die Intervention zeigte einen bedeutsamen Effekt auf den klinischen Outcome (siehe Hauptergebnisse). Mittels SCCM ließ sich die depressive Symptomatik reduzieren. Die adjustierte mittlere Differenz zwischen den PHQ-9 Werten der beiden Gruppen zur Post-Intervention betrug 1,6 Punkte (95%KI = ,9 bis 2,3) (siehe Tabelle Ergebnisse der adjustierten GLM Analysen).

Das inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (ICER) für BC ergab sich aus dem Quotienten der inkrementellen Kosten von €-205,3 (Zähler) und des inkrementellen Effekts von 1,59 (Nenner). Der ICER für eine zusätzliche Reduktion des PHQ-9 Summenwertes um einen Punkt lag bei €-129,53 (95%KI = €-507,0 bis €171,0) (siehe Tabelle Ergebnisse der adjustierten GLM Analysen). In der Kosten-Effektivitäts-Ebene lagen 80% der 10.000 ICER-Replikationen im südöstlichen Quadranten (siehe Tabelle Kosten-Effektivitäts- und inkrementelle

Nettogeldnutzen-Analysen und Abbildung 5 Verteilung der 10.000 ICER-Replikationen – PQH-9). Demnach dominiert SCCM deutlich die TAU Bedingung.

**Abbildung 5.** Verteilung der 10.000 ICER-Replikationen in der Kosten-Effektivitäts-Ebene für den klinischen Outcome (PHQ) für das Base Case

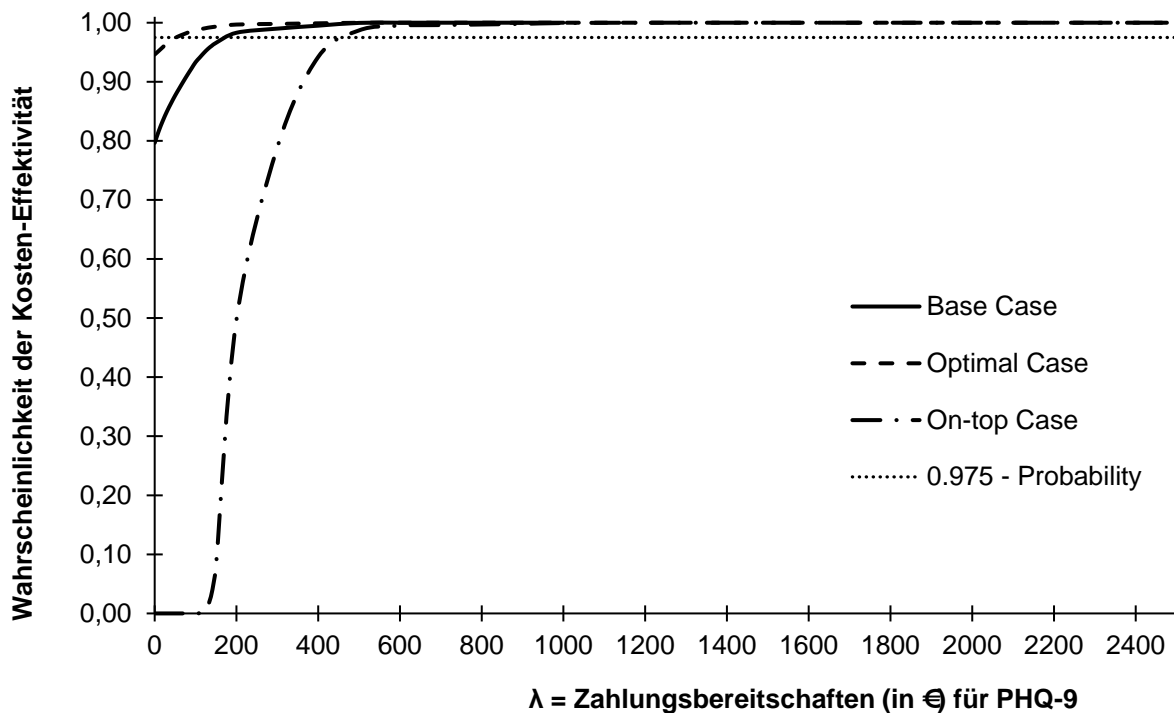


Anmerkung. Raute steht für den durchschnittlichen ICER (€-130). Jeder hellgraue Punkt steht für eine ICER-Replikationen. Die durchgezogenen Linien repräsentieren das 95%ige KI. Das umfasst ICER von €-507 bis €171. SCCM=Stepped and Collaborative Care Model, TAU=Treatment as Usual, PHQ=Patient Health Questionnaire, ICER=Inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis, KI=Konfidenzintervall.

Das Ergebnis ließ sich ebenfalls mittels inkrementellen Net Monetary Benefit (iNMB) Ansatz bestätigen. Die Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurve für BC zeigte eine Wahrscheinlichkeit von 80%, dass SCCM eine zusätzliche Reduktion des PHQ-9 Summenwertes bewirkt, ohne zusätzliche Kosten zu beanspruchen (siehe Abbildung 6 Inkrementeller Nettogeldnutzen – PQH-9). Unter Verwendung verschiedener Grenzwerte ( $\lambda$ ) für BC ließ sich eine maximale Zahlungsbereitschaft von €171 pro zusätzlichem Effekt identifizieren. D.h., dies ist der Maximalbetrag der zu zahlen ist, um die Unsicherheit um die Kosten, den klinischen Effekt und ICER bzgl. SCCM zu überwinden. Dieser Betrag ist mit der Wahrscheinlichkeit von 97,5% verbunden, dass SCCM bezogen auf den klinischen Effekt kosteneffektiv ist.



**Abbildung 6.** Inkrementeller Nettogeldnutzen – Kosten-Effektivitäts-Akzeptanz-Kurven für den klinischen Outcome PHQ-9 (alle Szenarien)



Anmerkung. Wahrscheinlichkeit für die Kosten-Effektivität von SCCM in Relation zu vordefinierten Zahlungsbereitschaften bzgl. der Veränderung der PHQ-9 Werte. Wahrscheinlichkeiten basieren auf mengenmäßigen Verteilungen der ICER-Replikationen unter einer gegebenen Zahlungsbereitschaft. Die gepunktete Linie entspricht dem oberen Konfidenzintervall von 97,5%, gleichbedeutend mit der maximalen Zahlungsbereitschaft bzgl. der Sicherheit der Kosten-Effektivität des SCCM. Das Schneiden der Kosten-Effektivitäts-Akzeptanz-Kurven der einzelnen Szenarien mit dem oberen Vertrauensintervall gibt die spezifischen maximalen Zahlungsbereitschaften an.  $\lambda$  für Base Case ist €171, €52 für Optimal Case und €375 für On-top Case. SCCM=Stepped and Collaborative Care, TAU=Treatment as Usual, PHQ=Patient Health Questionnaire.

Eine weitergehende Prüfung der Robustheit der Resultate wurde mit der Berechnung des ICER und iNMB für die verbleibenden Szenarien OC und IC durchgeführt. Keines der Szenarien des SCCM war TAU unterlegen. Es ließ sich jeweils eine Kosteneffektivität gegenüber TAU (d.h. der Routinebedingung) nachweisen (siehe Tabelle Kosten-Effektivitäts- und inkrementelle Nettogeldnutzen-Analysen und Abbildung 6 Inkrementeller Nettogeldnutzen – PHQ-9). Die Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurve des OC zeigte eine Wahrscheinlichkeit von 95%, dass SCCM eine zusätzliche Reduktion des PHQ-9 Summenwertes bewirkt, ohne zusätzliche Kosten zu beanspruchen, wohingegen die Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurve des IC erst mit dem Betrag von €135 die untere Schwelle des 95%KI überschreitet. Die Schwellenwerte für das obere 95%KI und damit die maximalen Zahlungsbereitschaften liegen bei €52 für OC und €375 für IC.

#### *Kosten-Nutzwert-Analysen zum QALY*

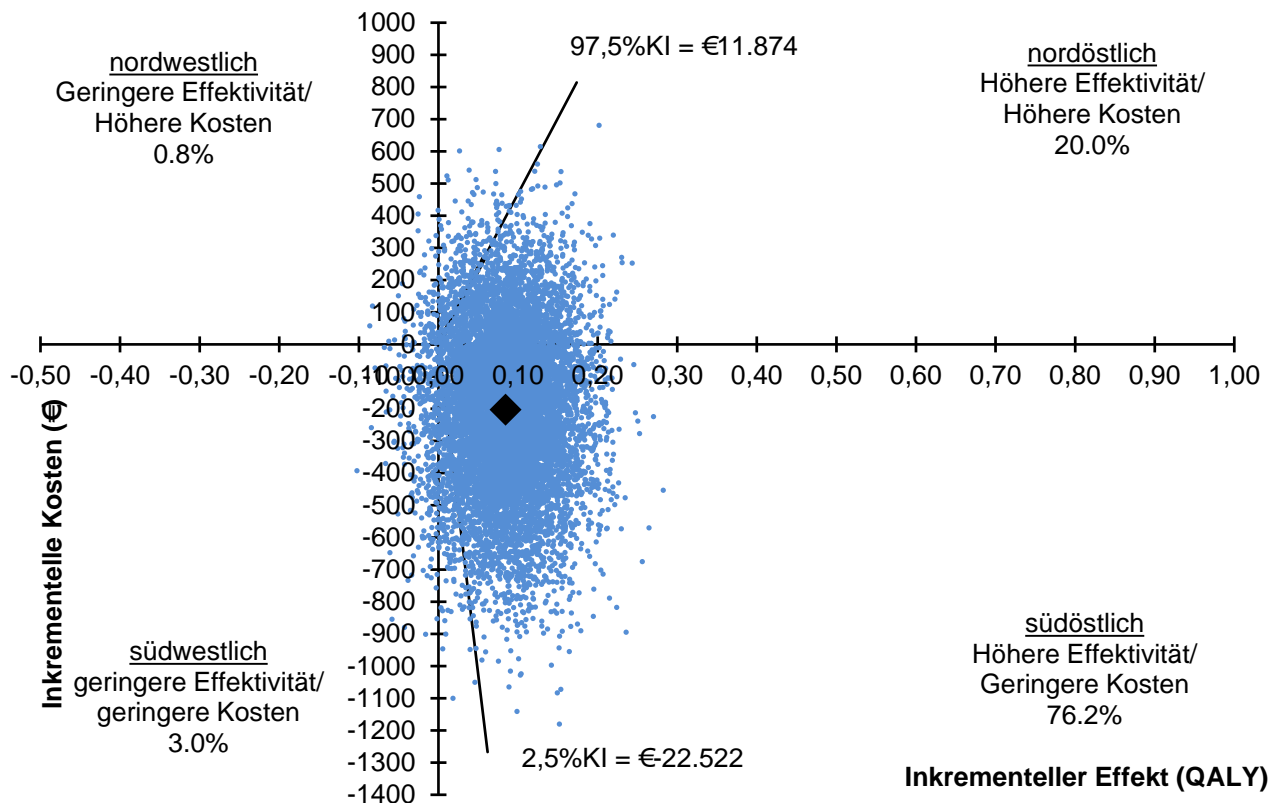
QALY-Werte waren zur Baseline in beiden Gruppen niedrig und erreichten Werte von ,482 (SD = ,160) für SCCM und ,466 (SD = ,151) für TAU. Die QALY-Werte erhöhten sich im Zeitraum von einem Jahr nach Baseline auf abschließend ,501 (SD = ,178) in der SCCM-Bedingung und auf ,480 (SD = ,161) in der TAU-Bedingung. Der durchschnittliche Unterschied im QALY zwischen den Gruppen betrug nach einem Jahr ,08 Punkte (95%CI = -,01 bis ,18;  $p = ,100$ ) und war nicht bedeutend (siehe Tabelle Ergebnisse der adjustierten GLM Analysen). So ließ sich festhalten, dass das Lebensjahr der Geflüchteten in der Studie nahezu um den Faktor 2 reduziert werden

muss, möchte man ein aggregiertes Maß aus Lebensjahr und Lebensqualität bei Geflüchteten heranziehen. Der ICER für einen zusätzlich generierten QALY für BC des SCCM im Vergleich zu TAU wurde aus dem Verhältnis der inkrementellen Kosten von €-202,7 und der inkrementellen Effekte von 0,08 gewonnen.

Der ICER hatte einen Wert von €-2.401,9 mit großen Konfidenzintervallen (95%KI = €-22.521,6 bis €11.873,7) (siehe Tabelle 8: Ergebnisse der adjustierten GLM Analysen). Auch für das Outcome QALY galt, dass die überwiegende Mehrheit der ICER-Replikationen im südwestlichen Quadranten auf der Kosten-Effektivitäts-Ebene lagen (76.2%) (Abbildung 7 Verteilung der 10.000 ICER-Replikationen – QALY). Da jedoch die Unterschiede im QALY zwischen den Gruppen (SCCM vs. TAU) gering und unbedeutend waren und SCCM mit einer Kosteneinsparung verbunden zu sein scheint, waren die ICER negativ und durch die Verrechnungsformel groß. Zudem umfasste das Vertrauensintervall den Wert Null. Dadurch wurde zusätzlich die Kosten-Effektivität mit dem iNMB-Ansatz untersucht.

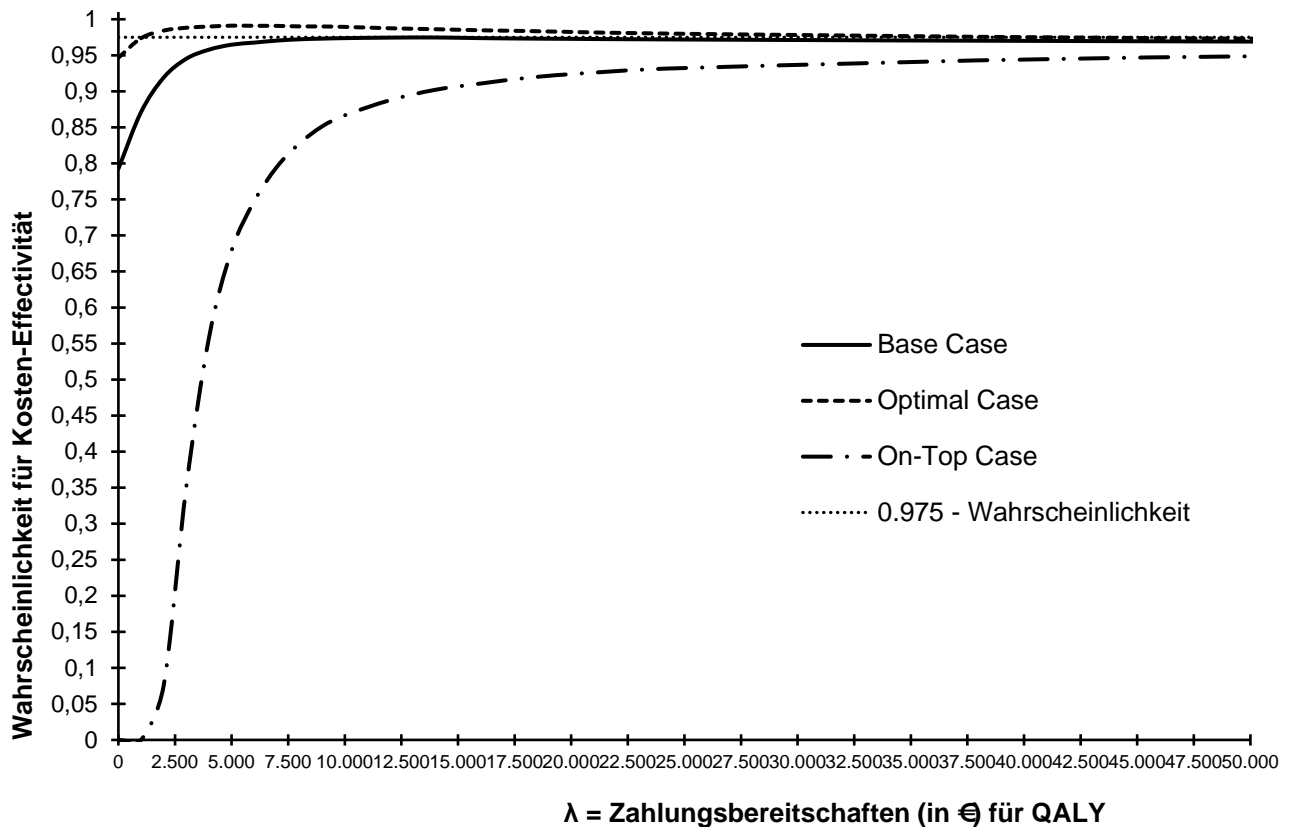
Die Kosten-Effektivitäts-Akzeptanz-Kurve für BC zeigte eine Wahrscheinlichkeit von 80%, dass SCCM einen zusätzlichen QALY generiert, ohne zusätzliche Kosten zu beanspruchen (siehe Abbildung 8 Inkrementeller Nettogeldnutzen – QALY). Unter Verwendung verschiedener  $\lambda$  (Zahlungsbereitschaften) wurde im Graphen offensichtlich, dass die Kosten-Effektivitäts-Akzeptanz-Kurve des BC des SCCM das obere Vertrauensintervall (97,5%-Schwelle) zweimal geschnitten hatte, bei Werten von €11.874 und bei €20.000 pro zusätzlich generiertem QALY. Das bedeutet, dass die maximale Zahlungsbereitschaft bei €11.874 lag und Werte darüber bis einschließlich €20.000 sicher für die Kosten-Effektivität des SCCM standen. Allerdings sank für Zahlungsbereitschaften jenseits der Schwelle von €20.000 die Sicherheit für die Kosten-Effektivität von SCCM. Ab diesem Schwellenwert setzt eine fortschreitende Verringerung der Kosten-Effektivität ein, wobei sich die hypothetischen  $\lambda$  für unendliche Werte asymptotisch einer gedachten Wahrscheinlichkeitslinie von 96% annähern. Damit bleibt die Wahrscheinlichkeit für die Kosten-Effektivität hoch. Die Belastbarkeit der Ergebnisse für die Kosten-Effektivität des BC wurden durch die Berechnung der ICER und iNMB für die verbleibenden Szenarien (OC und IC) überprüft. Die Kosten-Effektivitäts-Akzeptanz-Kurve für das OC zeigte ein vergleichbares Muster wie die für das BC nur bei Schwellenwerten für das obere Vertrauensintervall von €1.100 und €30.000 (siehe Tabelle 9: Kosten-Effektivitäts- und inkrementelle Nettogeldnutzen-Analysen und Abbildung 8 Inkrementeller Nettogeldnutzen – QALY). Die Interpretation erfolgt analog zum BC, dass die maximale Zahlungsbereitschaft bei €1.100 lag und für Werte darüber bis einschließlich €30.000 die Wahrscheinlichkeit für die Kosten-Effektivität bei über oder gleich 97,5% lag. Im Anschluss sank die Kosten-Effektivität, aber selbst für Werte gegen unendlich nicht unter 96%. Die Tabelle 9: Kosten-Effektivitäts- und inkrementelle Nettogeldnutzen-Analysen zeigt die Verteilung der ICER-Replikationen auf der Kosten-Effektivitäts-Ebene. Demzufolge bestand in einem geringen Umfang auch die Möglichkeit, dass SCCM der TAU-Bedingung unterlegen ist. Diese Möglichkeit lag für BC bei 0,8%, für OC bei 0,2% und für IC, welches ausschließlich die Interventionskosten des SCCM gegen keine diesbezüglichen Kosten in der Routineversorgung betrachtete bei 4%. Aus dieser Tabelle wird ebenfalls ersichtlich und insbesondere in der Abbildung 8 Inkrementeller Nettogeldnutzen – QALY deutlich, dass für das IC des SCCM nicht mit hoher Sicherheit eine Kosten-Effektivität nachweisbar war. Es gab keine hypothetische Zahlungsbereitschaft, welche das obere Vertrauensintervall erreichte. Jedoch näherten sich mit zunehmender Zahlungsbereitschaft diese Werte asymptotisch einer gedachten Wahrscheinlichkeitslinie von 96% an.

**Abbildung 7.** Verteilung der 10.000 ICER-Replikationen für das Base Case in der Kosten-Effektivitäts-Ebene für den QALY



Anmerkung. Raute steht für den durchschnittlichen (€-2,402). Jeder hellgraue Punkt steht für eine ICER-Replikationen. Die Replikationen sind über die gesamte Kosten-Effektivitäts-Ebene verteilt, wobei sie hauptsächlich im südöstlichen Quadranten zu finden sind (SCCM dominiert TAU). Die durchgezogenen Linien repräsentieren das 95%ige KI. Das Vertrauensintervall ist breit (€-22,522 bis €11,874). SCCM=Stepped and Collaborative Care Model, TAU=Treatment as Usual, QALY=Quality Adjusted Life Years, ICER=Inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis, KI=Konfidenzintervall.

**Abbildung 8.** Inkrementeller Nettogeldnutzen – Kosten-Effektivitäts-Akzeptanz-Kurven für das QALY (alle Szenarien)



Anmerkung. Wahrscheinlichkeit für die Kosten-Effektivität von SCCM in Relation zu vordefinierten Zahlungsbereitschaften bzgl. der Generierung eines QALY. Wahrscheinlichkeiten basieren auf mengenmäßigen Verteilungen der ICER-Replikationen unter einer gegebenen Zahlungsbereitschaft. Die gepunktete Linie entspricht dem oberen Konfidenzintervall von 97,5%, gleichbedeutend mit der maximalen Zahlungsbereitschaft bzgl. der Sicherheit der Kosten-Effektivität des SCCM. Das Schneiden der Kosten-Effektivitäts-Akzeptanz-Kurven der einzelnen Szenarien mit dem oberen Vertrauensintervall gibt die spezifischen maximalen Zahlungsbereitschaften an.  $\lambda$  für Base Case liegen bei €11,874 und €20,000 und  $\lambda$  für Optimal Case bei €1,100 und €30,000. D.h. zwischen diesen beiden Werten ist die Sicherheit für die Kosten-Effektivität des SCCM bzgl. des QALY sicher gegeben. Danach sinkt mit zunehmender Zahlungsbereitschaft die Sicherheit für die Kosten-Effektivität. Für On-Top nähert sich die Kosten-Effektivitäts-Akzeptanz-Kurve asymptotisch einer gedachten Vertrauenslinie von 96%, übersteigt jedoch mit keinem  $\lambda$  das obere Vertrauensintervall. SCCM=Stepped and Collaborative Care, TAU=Treatment as Usual, QALY=Quality Adjusted Life Years.

**Tabelle 7.** Vergleich der Kosten der Routineversorgung und der Gesamtkosten zwischen SCCM und TAU einem Jahr nach Baseline (Base Case)

		Pro Kopf Kosten nach einem Jahr in €			
		SCCM (n=283) M (SE)	TAU (n=278) M (SE)	Einfaches Unterschied (95%KI)	GLM  P
Notfall		77.9 (16.1)	74.5 (16.4)	3.4 (-41.7 - 48.5)	0.882
Ambulante	ärztliche			-17.1	
Versorgung		202.4 (11.7)	219.5 (11.9)	(-49.7 - 15.5)	0.304
Ambulante	psychotherapeutische und psychiatrische			-288.72	
Versorgung		122.7 (29.1)	411.4 (30.0)	(-370.7 - -206.8)	<.001
Stationäre	somatische			84.0	
Versorgung		345.0 (67.7)	261.0 (69.0)	(-105.4 - 273.5)	0.385
Stationäre	psychiatrische, psychotherapeutische			-150.6	
Versorgung		91.1 (48.7)	241.7 (49.6)	(-286.9 - -14.4)	0.03
Heilmittelerbringer				-13.1	
Psycho-soziale		12.3 (5.2)	25.4 (5.2)	(-27.6 - 1.3)	0.074
Unterstützung		154.0 (34.6)	155.3 (35.2)	-1.3 (-98.0 - 95.3)	0.978
Medikation		493.8 (41.5)	579.5 (42.2)	-85.7 (-201.8 - 30.3)	0.148
Ressourcenverbrauch		1,465.0 (119.2)	1,921.0 (121.6)	-456.0 (-789.8 - -122.2)	0.007

		Pro Kopf Kosten nach einem Jahr in € für Base Case			
		SCCM (n=283) M (SE)	TAU (n=278) M (SE)	Adjustiertes Unterschied (95%KI)	GLM  P
SCCM					
Interventionskosten		312.1 (57.5)	0		
Gesamtkosten (SCCM + Ressourcenverbrauch)		1,780.9 (119.3)	1,921.0 (121.6)	-205.3 (-690.7 - 252.6)	0.411

Anmerkung. Einfaches GLM Model enthält die Gruppenvariable und keine weitere Adjustierung. Das SCCM Base Case ist adjustiert für Alter, Geschlecht, Studienregion und Ressourcenverbrauch zur Baseline. Vertrauensintervalle beziehen sich auf nicht-parametrisches Bootstrapping des ICER. SCCM=Stepped and Collaborative Care Model, TAU=Treatment as Usual, M=Durchschnittswert, SE=Standard Error, P=P-Wert, GLM=Generalized Linear Model, KI=Konfidenzintervall.

**Tabelle 8.** Ergebnisse der adjustierten GLM Analysen der inkrementellen Kosten, Effekte und ICER mit gebootstrappten Konfidenzintervallen für die einzelnen SCCM Szenarien im Vergleich zu TAU

	Kosten-Effektivität SCCM vs. TAU	(PHQ)	Kosten-Effektivität SCCM vs. TAU	(QALY)
	M (95%KI)	P	M (95%KI)	P
<b>Base Case</b>				
Inkrementelle Kosten	-205.3 (-690.7 - 252.6)	0.44	-202.7 (-703.4 - 272.5)	0.44
Inkrementeller Effekt	1.59 (.85 - 2.32)	0.03	0.08 (-.01 - 0.18)	0.1
ICER (€/Effekt)	-129.53 (-507.0 - 171.0)		-2,401.9 (-22,521.6 - 11,873.7)	
<b>Optimal Case</b>				
Inkrementelle Kosten	-391.86 (-874.0 - 79.5)	0.07	-388.0 (-897.1 - 83.3)	0.07
Inkrementeller Effekt	1.59 (.83 - 2.32)	0.03	0.08 (-.01 - 0.18)	0.1
ICER (€/Effekt)	-247.21 (-680.4 - 52.2)		-4,597.8 (-36,317.8 - 16,308.1)	
<b>On-Top Case</b>				
Inkrementelle Kosten	315.1 (135.9 - 320.9)	<.001	315.1 (309.9 - 320.1)	<.001
Inkrementeller Effekt	1.59 (.84 - 2.32)	0.03	0.08 (-.01 - 0.18)	0.1
ICER (€/Effekt)	199.31 (135.9 - 374.9)		3,733.7 (-16,284.5 - 28,005.7)	

Anmerkung: adjustiertes GLM für Alter, Geschlecht, Studienregion, Ressourcenverbrauch zur Baseline. GLM = Generalized Linear Model, PHQ = Patient Health Questionnaire, QALY = Quality Adjusted Life Year, ICER = Inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis, SCCM = Stepped and Collaborative Care Model, TAU = Treatment as Usual

**Tabelle 9.** Kosten-Effektivitäts- und inkrementelle Nettogeldnutzen-Analysen. Vergleich zwischen SCCM (alle Szenarien) und TAU bzgl. der Verteilung der ICER-Replikationen in der Kosten-Effektivitäts-Ebene und der Wahrscheinlichkeit der Kosten-Effektivität bezogen auf unterschiedliche Zahlungsbereitschaften

	Kosten-Effektivität für PHQ			Kosten-Effektivität für QALY		
	Base Case	Optimal Case	On-top Case	Base Case	Optimal Case	On-top Case
CE Ebene	Verteilung der ICER-Replikationen in der CE Ebene (in Prozent)					
Nordöstlicher Quadrant	20.4	5.4	100	20	5.2	96
Nordwestlicher Quadrant	0	0	0	0.8	0.2	4
Südwestlicher Quadrant	0	0	0	3	3.7	0
Südöstlicher Quadrant	79.6	94.6	0	76.2	91	0
CE Akzeptanz-Kurve	Wahrscheinlichkeit für Kosteneffektivität bezogen auf vordefinierte Schwellenwerte (WTP) (in Prozent)					
€0	79,7	94,6	0	79,3	94,7	0
€1.000	100	100	99,9	87,1	97,4	0
€5.000	100	100	100	96,5	99,1	67,9
€10.000	100	100	100	97,4	98,9	86,7
€20.000	100	100	100	97,3	98,2	92,4
€50.000	100	100	100	96,9	97,3	94,9
€100.000	100	100	100	96,6	96,8	95,5

Anmerkung. Alle Werte basieren auf 10.000 ICER-Replikationen um die statistische Unsicherheit um Kosten und Nutzen zu berücksichtigen. SCCM = Stepped and Collaborative Care Model, TAU = Treatment as Usual, ICER = Inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis, CE = Kosten-Effektivität, WTP = Zahlungsbereits

*Sekundärhypothese 2: Das SCCM für jugendliche Flüchtlinge führt zu einer signifikanten Entlastung der Belastung durch traumatische Erfahrungen im Vergleich zur Kontrollgruppe (gemessen mit dem Child and Adolescent Trauma Screening (CATS)):*

Für die **zweite Sekundärhypothese** zeigte sich, dass das SCCM für jugendliche Flüchtlinge zu einer signifikanten Reduktion der depressiven Symptomatik gemessen am PHQ-9 sowie traumatischen Erfahrungen gemessen am CATS von Baseline zu Post-Intervention geführt hat. Jedoch konnte die Hypothese, dass die Entlastung dieser Erfahrungen durch das SCCM im Vergleich zur TAU Kondition signifikant stärker waren nicht bestätigt werden. Jedoch zeigten unsere gesundheitsökonomische Evaluation, dass trotz einer ähnlichen starken Reduktion der depressiven und traumatischen Symptome durch das SCCM und TAU unser neuentwickeltes SCCM dies deutlich kosteneffektiver umsetzen konnte.

Es wurden die ITT-Daten von N=158 ARAS (n=79 SCM, n=79 TAU) ausgewertet. Die Drop-out-Rate lag bei 34% (n=104 zu T1) und unterschied sich nicht zwischen den Bedingungen. Lediglich in Level 3 des SCM zeigte sich eine deutlich erhöhte Drop-Rate von 48%. Die meisten Teilnehmenden waren männlich (84%) und kamen aus Afghanistan (29%), Syrien (23%), Iran (13%) oder Eritrea (7%). Die Stichprobenszusammensetzung kann als repräsentativ für in Deutschland lebende Geflüchtete eingestuft werden [47]. Die Teilnehmenden von SCM und TAU unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich der untersuchten Stichprobencharakteristika.

Sowohl in der SCM- als auch in der TAU-Bedingung zeigte sich zwischen T0 und T1 eine signifikante Symptomreduktion bezüglich PHQ ( $F_{1,120} = 26.92$ ,  $p < .0001$ ,  $d = 0.524$ ) und CATS ( $F_{1,115} = 9.31$ ,  $p < .005$ ;  $d = 0.274$ ). Es lag kein signifikanter Unterschied zwischen SCM und TAU hinsichtlich der Reduktion beider Outcomemaße (PHQ  $p = .762$ ; CATS  $p = .230$ ) vor. In den Follow-up-Analysen (T0-T3) der SCM- und TAU-Bedingung zeigte sich eine signifikante Symptomreduktion bezüglich PHQ ( $F_{3,76} = 6.61$ ,  $p < .0001$ ;  $d = 0.496$ ) und CATS ( $F_{3,222} = 3.81$ ,  $p < .05$ ;  $d = 0.243$ ). Es lag erneut kein signifikanter Unterschied zwischen SCM und TAU hinsichtlich der Reduktion beider Outcomemaße (T0-T3) vor ( $p = .937$ ). Die Response- und Remission-Werte unterschieden sich ebenfalls nicht signifikant zwischen SCM und TAU. In den Subgruppenanalysen zeigten sich signifikante Unterschiede hinsichtlich des Einflusses der einzelnen SCM-Level auf die PHQ-Werte ( $F_{6,119} = 30.34$ ,  $p < .0001$ ) und CATS-Werte ( $F_{6,69} = 9.45$ ,  $p < .0001$ ). Dabei zeigten sich hinsichtlich der PHQ-Reduktion nur Level 4 ( $F_{1,78} = 24.04$ ,  $p < .0001$ ) und Level 3 ( $F_{1,85} = 3.79$ ,  $p = .055$ ) als effektiv, wohingegen sich bei der CATS-Reduktion ausschließlich Level 2 ( $F_{1,60} = 4.97$ ,  $p < .05$ ) als effektiv erwies.

Die allgemeinen Kosten für die Gesundheitsversorgung unterschieden sich nicht signifikant zwischen SCM und TAU ( $p = .096$ ). Den größten Anteil der Kosten für die Gesundheitsversorgung nahm die psychotherapeutische Einzelversorgung in Anspruch. Die Kosten-Nutzen-Analysen zeigen, dass die Kosten für einen zusätzlichen QALY im SCM (2.842€) deutlich niedriger sind als in der TAU Bedingung (3.138€). Zudem zeigte das SCM nach einem Jahr Anwendung einen höheren QALY-Anstieg als die TAU-Bedingung. Laut Berechnungen mittels Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurven (CEAC) ist anzunehmen, dass das SCM ab einer willing-to-pay-(WTP) Grenze von 5000€ dem TAU bezüglich Kosteneffizienz überlegen ist. (Teil der Diskussion)

Beide Therapiebedingungen konnten eine zeitstabile und signifikante Reduktion von Depressivität und PTSD-Symptomen vorweisen. Entgegen unserer Hypothesen und SCM-Studien an Erwachsenen, war das hier untersuchte SCM der TAU-Bedingung nicht überlegen. Eine Erklärung dafür kann u.A. in den störungsspezifischen Ergebnissen der



Subgruppenanalysen gefunden werden. Für Depressivität wurde der Effekt des SCM von den oberen, zeit- und kostenintensiveren Interventionen (Einzel- und Gruppentherapie) getrieben, wohingegen der Effekt für PTSD-Symptome von der Smartphone-App dominiert wurde.

*Sekundärhypothese 3: Die im Rahmen des Projektes verwendeten niedrigschwelligen Interventionen (START-Intervention für Adoleszenten (TP1), Peer-to-Peer-Intervention (TP2), gender-sensible Intervention (TP3), Empowerment-Intervention (TP4) und die Smartphone-basierte Stressmanagement-Applikation sind machbar, akzeptiert und effektiv.*

Bezüglich der **Sekundärhypothese 3** zeigten sich deutliche Unterschiede bezüglich der Stufeneffekte des SCCM. Auf Stufe 2, welche die Smartphone-basiertes Stressmanagement-Applikation, die gender-sensible Intervention und Peer-to-Peer-Intervention befanden 52 in der SCCM und 47 in der TAU Kondition. Im Rahmen unserer Rekrutierung zeigten sich die Machbarkeit und Akzeptanz der Interventionen, jedoch zeigten die Analysen keine statistischen Unterschiede für die ITT-Stichprobe ( $p < .059$ ), obwohl diese kurz vor der 0.05 Grenzen waren. Für die PP-Stichprobe konnten wir jedoch signifikante Haupteffekt des primären Outcomes (PHQ-9) zugunsten des SCCM finden (0.006). Weiterhin wurden bei Probanden auf Stufe 2 des SCCM, welche an der smartphone-basierten Intervention – BALSAM – teilgenommen haben, ebenfalls auf freiwilliger Basis biologische Daten in Form von Herzfrequenzvariabilität genommen. Jedoch zeigten sich in unseren statistischen Analysen von Baseline zu Post-Intervention keine nennenswerten Veränderungen auf individueller, sowie gruppenebene. Für die Stufe 3 des SCCM wurden 92 Probanden in SCCM und 80 in TAU randomisiert. Auf dieser Stufe erhielten die Probanden die START-Intervention für Adoleszenten und Empowerment-Intervention für Erwachsene. Die Ergebnisse zeigen einen signifikanten positiven Haupteffekt für den primären Endpunkt (PHQ-9) aufweisen mit  $p = 0$  für die Empowerment-Intervention und  $p <$  für die START-Intervention. Alle Interventionen zeigten kleine bis moderate Effektstärken von Baseline zu Post-Intervention. In der Summe lässt sich festhalten, dass die niedrigschwelligen Interventionen des vorliegenden SCCM auf Stufe 2 und Stufe 3 insgesamt als effektiv zu bewerten sind.

Insgesamt muss die vorliegende Studie und die Ergebnisse im Lichte unterschiedlicher Limitationen betrachtet werden. Erstens wurden Probanden zunächst nach Symptomschwere beurteilt und die Einordnung in das SCCM folgte einem stärker geschichteten Stufenbehandlungsansatz, wobei nur einige Probanden je nach Verfügbarkeit von Ressourcen und Zeit in weitere Interventionszyklen mit nieder- oder höherschwelligen Interventionen zugeteilt wurden. Es gibt unterschiedliche Faktoren, weswegen nur bei einer begrenzten Anzahl von Probanden ein Stufenwechsel stattgefunden hat. Wie bereits andere Studien gezeigt haben (Ho et al., 2016; Boyd et al., 2019) können bei der Umsetzung von SCCM eine Vielzahl von operativen und organisatorischen Herausforderungen auftreten. Einige Faktoren umfassen vor allem Gruppeninterventionen, die lange Zeit brauchen bis sich genug Probanden finden, um einen Zyklus zu beginnen. Durch den Zeitverlauf verlieren rekrutierte Probanden ihre Motivation, während sie auf den Interventionsbeginn warten. Bei der vorliegenden Population handelt es sich speziell um eine sehr mobile Gruppe, wodurch Abbrüche begünstigt werden. Gleichzeitig resultieren dadurch Schwierigkeiten beim Erreichen der Probanden aufgrund von häufigen Telefonnummer Wechsel. Unsere Ergebnisse bestätigen somit die operative Komplexität bei der Leistungserbringung dieses Modells und beleuchten die Realität, wie organisatorische Pfade die Leistung abgestufter Versorgungssysteme beeinflussen können, was oft zu einer Änderung der ursprünglichen Pläne führen kann. Aus

diesem Grund wäre eine Replikation der Ergebnisse mit einer größeren Stichprobengröße, mehr Ressourcen und einer längeren Behandlungsdauer für Interventionen von Vorteil, um die Studienergebnisse souverän zu festigen. Die Heterogenität der Dropout Quoten zwischen den Standorten spiegelt eine Einschränkung der vorliegenden Studie wider. Um unterschiedliche Effekte zu berücksichtigen, wurde eine per protocol Analyse durchgeführt, die eine vernünftige Sensitivitätsanalyse widerspiegelt, die klar zeigt, dass die Behandlungseffekte unter Berücksichtigung der Studienabbrüche als zufälliger Effekt in unseren Modellen stabil bleiben. Angesichts der Tatsache, dass verschiedene Regionen in Deutschland während des Migrationsprozesses ab 2015 zu unterschiedlichen Zeiten Flüchtlingsunterbringungen anboten, testeten wir auch, ob die Zeit seit der Ankunft in Deutschland zwischen den Standorten unterschiedlich war, was nicht der Fall war ( $p = .55$ ). Weitere Einschränkungen sind regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zwischen den Studienzentren, die möglicherweise zu erheblichen Unterschieden bei Rekrutierung, Beurteilung und Interventionsniveau geführt haben. Es wurde berichtet, dass die Rekrutierung an allen Studienstandorten aufgrund mehrerer Faktoren schwierig ist, z. B. aufgrund der Stigmatisierung der psychischen Gesundheit, regionaler Unterschiede in der Gesundheitsversorgung und einer ungleichmäßigen Verteilung der Flüchtlingsgemeinschaften in Deutschland, was zu höheren Zahlen von Flüchtlingen in den größeren Städten in Deutschland führte. Darüber hinaus wird die Einrichtung eines neuen SCCM wahrscheinlich zu vorübergehenden Unterbrechungen in bereits bestehenden Arbeitsabläufen führen. Da das deutsche psychiatrische Versorgungssystem bereits stark ist, sind Behandlungslücken nicht so offensichtlich wie in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen, was darauf hindeutet, dass das Modell vor allem in der humanitären Hilfe und im internationalen Umfeld angewendet werden könnte.

## Ergebnisse der Versorgungsforschung

### Vorbemerkung

#### Bedarfsgerechtigkeit

Es ist sinnvoll den für die nachfolgende Ergebnisdarstellung explizit herausgestellten Begriff der Bedarfsgerechtigkeit im Kontext der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung Geflüchteter zu spezifizieren. Unter Bedarfsgerechtigkeit wird hier nicht nur die gerechte Einkommensverteilung verstanden, sondern alle gesellschaftlichen Maßnahmen, die dazu beitragen, dass Geflüchtete in Deutschland ihrem Bedarf entsprechend Gesundheitsversorgung, d.h. psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Gesundheitsleistungen zu erhalten. Damit ist die Verteilung und der Zugang zu Gütern, insbesondere von Gesundheitsleistungen und unterstützenden Leistungen (wie Sprach- und Kulturmittlung) gemeint. Im Sinne des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) soll sich eine bedarfsgerechte Versorgung am Schweregrad der Erkrankung bzw. am Ausmaß der Teilhabebeeinschränkung des Patienten und dessen konkreten Lebenssituation ausrichten und nicht an soziodemographischen, sozioökonomischen und ethnischen Merkmalen (SVR, 2018). Es geht also auch immer um den Umfang des Leistungskataloges und der in diesem Zusammenhang stehenden effektiven und kosten-effektiven Leistungserbringung. Begriffe, die hier zu diskutieren sind, sind Unter-, Über- und Fehlversorgung. Um jedoch den Bedürfnissen Geflüchteter nach psychischer Gesundheit gerecht zu werden, muss auf das Zusammenspiel von Bedürfnis, objektiven und latenten Bedarf, Nachfrage und Angebot – unter Berücksichtigung der Kaufkraft (hier: das Zusammenspiel von Preisen für Gesundheitsleistungen und deren Finanzierung bzw. der Kostenerstattung beispielsweise durch das Asylbewerberleistungsgesetz) hingewiesen werden. Auch muss darauf hingewiesen werden, dass der Gesundheitsmarkt den Bedingungen des „Marktversagens“ unterliegt. D.h. es finden aufgrund der Besonderheiten des Gesundheitsmarktes massive politische Steuerungen des Marktzugangs und der Angebotsstrukturen statt und die „Preise“ für die einzelnen Gesundheitsleistungen bzw. deren Kostenerstattungen werden nicht durch den Markt bestimmt, sondern auf der Grundlage gesetzlicher Regelungen zwischen Interessensvertretern verhandelt. Dies lädt ggf. zu Fehlanreizen ein (Stichwort: angebotsinduzierte Nachfrage).

Vielfach gab es die Befürchtungen unter den Behandlern und Entscheidern im Gesundheitswesen, dass die psychiatrische Krankheitslast bei Geflüchteten höher ist als in der Allgemeinbevölkerung. Dies hätte Auswirkungen auf die Gesundheitsleistungen bei einem hohen Aufkommen an Asylsuchenden und Flüchtlingen, weil insbesondere die „Produktionsfaktoren“ (hier vor allem die personellen Ressourcen) stark beansprucht wären und eine starke Auslastung insbesondere der klinischen und ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote drohe. Bedingt durch die zusätzliche Verknappung der Gesundheitsressourcen könnte die Versorgungsstruktur überlastet werden und für die Bevölkerung eine Unter- und Fehlversorgung drohen. Das könne dazu führen, dass mögliche latente Bedarfe ggf. gegenwärtig nicht gedeckt werden, aber langfristig in teils komplexe und langwierige Behandlungen münden. Daher soll in den nachfolgenden Betrachtungen der Studienregionen auch immer die mögliche psychiatrische Krankheitslast einer häufig auftretenden psychischen Störung – die Depression – für die jährlichen Erstanträge auf Asyl berichtet werden und der mögliche Deckungsgrad für dieses Störungsbild durch bestehende psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Angebotsstrukturen.

## **Zusammenfassende Darstellung**

Bevor die vier Studienregionen nachfolgend beschrieben werden, sollen übergreifende Themenkomplexe angesprochen werden, die alle Studienregionen gleichermaßen betreffen und vor dieselben Herausforderungen stellen. Diese Themen und mögliche Lösungsansätze werden in diesem Unterkapitel dargestellt und in den Unterkapiteln zu den Studienregionen nicht weiter im Detail beschrieben, es sei denn die Studienregionen halten für bestimmte Herausforderungen je eigene Strukturen oder Lösungen vor.

### Herausforderungen

#### 1. Schnittstellenprobleme

Die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung Geflüchteter findet vor dem Hintergrund der etablierten und bewährten ambulanten und stationären Strukturen für die Akut- und Regelversorgung der Bevölkerung in Deutschland statt. Doch obgleich der Leistungskatalog als effektiv und effizient erachtete Leistungen enthält, kommt es an den Sektorengrenzen zu großen Herausforderungen (Stichwort: Fragmentierung) (SVR, 2018).

Insbesondere zwischen einer klinisch-stationären Versorgung und einer vom Kliniker als notwendig erachteten ambulanten Weiterbehandlung in Form der Anbindung an eine Psychotherapie (unabhängig von der Bedarfsplanungsgruppe) oder psychiatrischen Behandlung kommt es zu Versorgungsbrüchen. Zum einen erleben Kliniker einen Mangel an niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten. Zum anderen kommt es – auch bedingt durch den erlebten Mangel – zu teils erheblich langen Wartezeiten, die sogar im Durchschnitt noch länger ausfallen als für die Allgemeinbevölkerung und i.d.R. gut sechs Monate oder länger dauern. Dies verwundert vor allem vor dem Hintergrund, dass es laut den KVen in den Studienregionen rein rechnerisch bzw. theoretisch eine Überversorgung insbesondere an Psychotherapeuten geben müsste mit Versorgungsgraden von je über 140% (Stand 2017) (SVR, 2018). Diese Bedarfsplanungszahlen sind jedoch bei Geflüchteten mehr als bei der Allgemeinbevölkerung irreführend, da zum einen die vorhandenen Kapazitäten nicht optimal eingesetzt werden, d.h. sich laut Aussagen der Kliniker nur wenige Psychotherapeuten (unabhängig von der Bedarfsplanungsgruppe) an der Versorgung Geflüchteter beteiligen. Dies liegt an den Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) und dem Zugang zu sowie der Erstattung von Dolmetscherleistungen. Zum anderen ist die Bedarfsplanungszahl an den psychotherapeutischen Sitzen ausgerichtet unabhängig von der Auslastung. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein großer Anteil an psychotherapeutischen Kapazitäten nicht im vollen Stundenkontingent auch vertragsärztliche psychotherapeutische Leistungen erbringt. Außerdem gibt es starke regionale Unterschiede auch innerhalb eines Bedarfsplanungsbereichs der KV, die im Zusammenhang mit der Attraktivität der Regionen steht (z.B. Stadt-Land Vergleich und Gentrifizierung einzelner Regionen/Stadtteile bzw. soziale Ungleichheit). Die damit einhergehende nachlassende Gravität psychotherapeutischer Kapazitäten im Zusammenhang mit dem Einzugsbereich könnte den ungleichen Zugang zu diesen Leistungen noch erhöhen durch längere Anfahrtswege bzw. nachlassendes Hilfesuchverhalten seitens Geflüchteter aufgrund dieser Barriere. Mehr hierzu in den Kapiteln zu den Studienregionen.

Insbesondere zu Einrichtungen mit „Spezialisierter Versorgung“ für Geflüchtete – hier sind Einrichtungen gemeint, die Langzeitpsychotherapien in Kombination mit sozialer Beratung/Begleitung anbieten – ist die Schwelle sowohl aus dem klinischen Bereich als auch aus dem Bereich der Niedergelassenen sehr hoch. Mit hoher Schwelle ist gemeint, dass es

Zugangsbedingungen gibt, weil die Kapazitäten nicht nur gefühlt, sondern auch real stark begrenzt sind. Es werden beispielsweise nur zu bestimmten Zeiträumen des Jahres Patienten aufgenommen, die zudem bestimmte Voraussetzungen erfüllen müssen (Einschlusskriterien), d.h. meist an schweren Traumata leiden und einen bestimmten Asylstatus aufweisen sollten. Hier wird u.a. mit Wartelisten gearbeitet, die bei den Zuweisern aus dem Asylhilfesystem bereits im Vorfeld zu einer Abwägung führen, welche Geflüchtete die größten Zugangschancen haben. D.h. der unbehandelte teils identifizierte Bedarf (latente Bedarf) ist ungleich größer. Zugangslimitierend kann sich auch auswirken, dass die Zentren mit spezialisierter Versorgung (z.B. Psychosoziale Zentren (kurz: PSZ), Refugio, Zentrum Überleben oder Xenion) nur in Ausnahmefällen in die vertragsärztliche psychotherapeutische Behandlung eingebunden sind. Sie finanzieren sich durch Bundes-, Landes-, sonstige Fördermittel oder Spenden. Vielfach liegen keine Ermächtigungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die regionalen KVen vor oder wenn, dann nur unter hochkomplexen Voraussetzungen, die Abrechnungen erschweren. Mehr hierzu in den Kapiteln zu den Studienregionen.

Über alle Studienzentren hinweg wird zudem berichtet, dass die Geflüchteten, die Zugang zur psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung hatten und in einem unterschiedlichen Schweregrad Depressionen aufwiesen, überwiegend mit Psychopharmaka versorgt sind. Unabhängig vom Ausmaß der indikationsgerechten Versorgung mit Antidepressiva und insbesondere des Nebenwirkungsprofils bestimmter Wirkstoffgruppen sollte unter Berücksichtigung der oben angeführten Schnittstellenherausforderungen beachtet werden, dass Geflüchtete möglicherweise Antidepressiva nur substitutiv erhalten. D.h. aus einem Mangel an Zugangsmöglichkeiten zu psychotherapeutischen Leistungen könnten vermehrt Antidepressiva zum Einsatz kommen.

An dieser Stelle erst einmal vereinfacht ausgedrückt: für Leistungsbezieher nach AsylbLG sind keine elektiven Aufnahmen in eine psychiatrische Klinik vorgesehen (Näheres unter Punkt 3). Es ist laut §4 insbesondere eine Notfallversorgung gedacht. Dennoch beobachten viele Kliniker und auch in der Sozialarbeit tätige Stellen Fehlzuweisungen in die psychiatrischen Kliniken. Viele dieser stationären Aufnahmen ließen sich möglicherweise verhindern. Gründe für diese Fehlbeanspruchung der Notfallstrukturen sind neben dem AsylbLG auch Koordinations- und Wissensdefizite seitens des Asylhilfesystems, des Gesundheitssystems und des Geflüchteten. Diese Defizite werden unter Punkt 2 adressiert. Zusätzliche Fehlbeanspruchungen ergeben sich aus kurzfristig nicht verfügbaren ambulanten psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosozialen Angeboten für Geflüchtete. Oftmals wird in Einzelfällen berichtet, obgleich sich aus der Summation der berichteten Kasuistik ein grundsätzliches Problem ableiten lässt, dass sich Geflüchtete aus schierer Verzweiflung einer Annahme ihres Bedürfnisses nach psychischer Gesundheit in die stationäre Psychiatrie einweisen lassen. Dies geschieht sehr häufig durch die Polizei bzw. durch Träger von Wohneinrichtungen für unbegleitete minderjährige Ausländer oder den Asyl-(sozial-)dienst in Gemeinschaftsunterkünften oder Erstaufnahmeeinrichtungen bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung. Es werden gehäuft Eskalationen für stationäre Einweisungen genutzt, wobei eine mangelhafte Verfügbarkeit bzw. ineffektive Nutzung ambulanter Angebote diese Eskalationen begünstigen. Diese Fehlbeanspruchung psychiatrischer Krankenhäuser kann zu einer Fehlallokation von Ressourcen führen, wobei sich diese Verknappung nicht nur ungünstig auf die Planung von Aufnahmen und Behandlungen im psychiatrischen Krankenhaus auswirkt, sondern auch mit hohen Kosten verbunden ist.

Die benannten Schnittstellenprobleme können bei Geflüchteten zur Chronifizierung der psychischen Probleme beitragen, die dauerhaft die Integration in allen sozialen Bereichen (Bildung, Arbeit, Wohnen) negativ beeinflusst.

Erschwerend kommt für das Feld der psychischen Gesundheit Geflüchteter noch hinzu, dass es nicht nur innerhalb des Rahmens der Sozialgesetzgebung V zwischen den Sektorengrenzen zu Diskontinuitäten kommt, sondern auch sozialrechtsübergreifend häufig zu großen Schwierigkeiten (Stichwort: Brüche in der „ganzheitlichen“ Versorgung). Hier ist insbesondere das AsylbLG angesprochen, dessen Zugangsbeschränkungen zum und Bedeutungen für das Gesundheitssystem im Punkt 3 gesondert aufgeführt werden. Jedoch gibt es nicht unerhebliche Schnittmengen zu Leistungen des SGB VIII, welches bundesgesetzliche Regelungen bzgl. der Kinder- und Jugendhilfe enthalten. Das SGB VIII betrifft hauptsächlich unbegleitete minderjährige Ausländer (kurz: umA), geflüchtete Eltern mit auf der Flucht oder bereits in Deutschland geborenen Kindern (i.d.R. Kinder unter einem Alter von 2 Jahren) und Kinder psychisch Kranker Eltern. Die definierten Aufgabenbereiche des SGB VIII wie Inobhutnahme, Agieren bei Kindeswohlgefährdung, Leistungen und Allokation von Familienhilfen, Frühen Hilfen und Hilfen zur Erziehung inklusive der Erstellung von Hilfeplanungen bieten viele Verflechtungen mit der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen Geflüchteten. Hier gibt es insbesondere Probleme bei zeitnahen Stellungnahmen von psychiatrischen Diagnosen beim Clearing von umA für eine Inobhutnahme oder die Erstellung von Entwicklungsprognosen für die Hilfeplanungen bei Kindern und Jugendlichen. Oftmals können die Jugendhilfemaßnahmen im weiteren Verlauf nicht umgesetzt werden, weil entsprechend identifizierte psychische Probleme nicht (bedarfsgerecht) zeitnah behandelt werden können.

Je nach Aufenthaltsstatus und/oder Bleibeperspektive des Geflüchteten können auch Leistungen des SGB II – Hartz IV, des SGB IX – Eingliederungshilfe (ehemaliger Leistungsbereich aus dem SGB XII) und des SGB XII – Sozialhilfe benötigt werden (hier: Analogleistungen nach §2 AsylbLG entsprechend der Sozialhilfe des SGB XII). Diese müssen ebenfalls mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung verzahnt werden. Als Patientengruppe haben Geflüchtete mit Sprachbarrieren wie chronisch schwer psychisch Erkrankte auch einen erhöhten Bedarf an „ganzheitlichen“ Leistungen, welche zumindest die Grundbedürfnisse nach Leben, Wohnen, Bildung, Arbeit und sozialer Teilhabe decken sollen. Demzufolge sind die Teilhabemöglichkeiten bzw. die bisher identifizierten und nach wie vor bestehenden Barrieren zur Teilhabe bei Geflüchteten mit psychischen Störungen und Sprachbarrieren in etwa identisch mit denen bei chronisch schwer psychisch Erkrankten. Exemplarisch sei hier nur auf eine Herausforderung hingewiesen. Viele Geflüchtete leben auch nach der Anerkennung des Asylantrages (d.h. der Erlangung eines Aufenthaltstitels z.B. Aufenthaltsgenehmigung) weiterhin in Gemeinschaftsunterkünften, weil je nach Attraktivität und Verfügbarkeit von Wohnraum, keine geeigneten bzw. finanzierbaren Wohnungen gefunden werden können. Damit wären die Geflüchteten mit Aufenthaltstitel und bestehenden psychischen Störungen eigentlich der Wohnungslosenhilfe (Leistungen des SGB XII) zuzuordnen. Diese "Statusgewechselten" stellen eine große Herausforderung für die Sozialleistungssysteme dar insbesondere bzgl. der teilweise über die Asylsozialberatung und weiteren Beratungsstellen oder Helferkreise möglicherweise etablierten Zugänge zum Gesundheitssystem. Die Kontinuität der induzierten Behandlung ginge möglicherweise verloren, wären die Geflüchteten zum Auszug gezwungen (individuelle Lösungen für diese Herausforderung siehe Studienregion München).

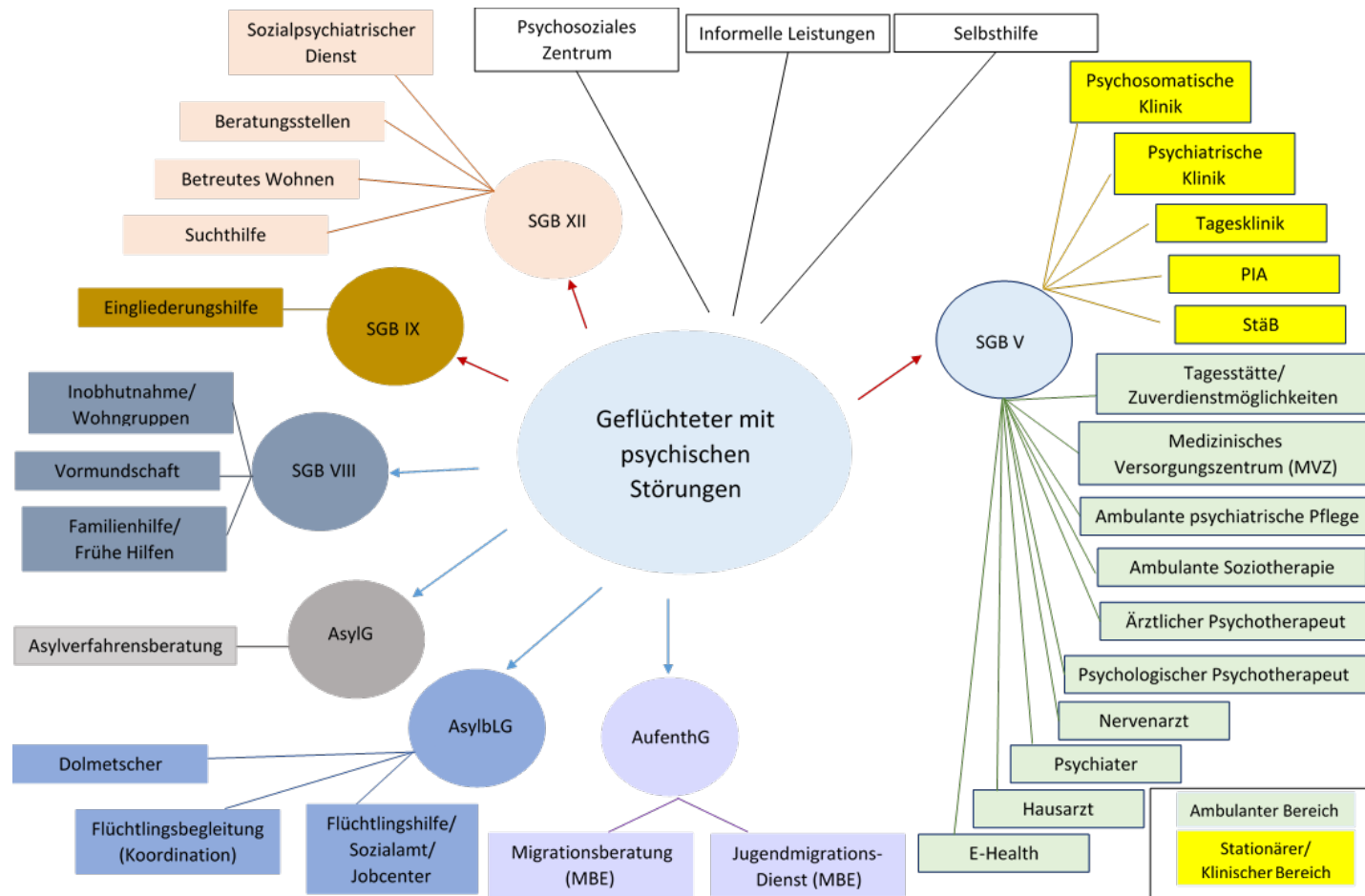


Abbildung 9. Die Komplexität der Inanspruchnahme von Leistungen durch Geflüchtete.

In Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus wechselt der Anspruch auf Leistungen der einzelnen SGBs. So können Asylsuchende (Menschen mit Aufenthaltsgestattung bzw. in den ersten 15/18 Monaten in nach Asylantragstellung) nur eingeschränkt auf Leistungen des SGB V, IX und XII zugreifen (rote Pfeile). Andererseits entfällt eine Dolmetscherleistung nach Anerkennung (Aufenthaltsgenehmigung).

## 2. Mangelnde Selbst- und Fremdsteuerung

Nicht nur der Markt – die Angebotsseite – wird gesteuert, sondern auch der Patient. Auch wenn diese Aussage dem Autonomiegedanken und der Patientenpartizipation offensichtlich erst einmal widerspricht, es wird eine Selbststeuerung angestrebt. Dazu ist jedoch beim Patienten Wissen über das und Orientierung im Gesundheitssystem erforderlich. Beides ist von einem Geflüchteten im Asylverfahren nicht zu erwarten, der sich übereinstimmend in allen Interviews in allen Studienregionen insbesondere um seine Bleibeperspektive sorgt (Robert-Bosch-Stiftung, 2017). Aber auch Geflüchtete mit anerkannten Aufenthaltsstatus und Geflüchtete mit schlechter Bleibeperspektive beispielsweise bei ausgesetzter Abschiebung (sprich Duldung) nehmen das Gesundheitssystem in Anspruch, um ihre Bedürfnisse nach psychischer Gesundheit zu decken und benötigen Wissen und Orientierung. Aus Punkt 1 wird die Fragmentierung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung ersichtlich. Hinzu kommt, dass die Sektoren nicht nur fragmentiert, sondern das Versorgungssystem auch überaus komplex und die vertragsärztliche Leistungserbringung der Bedarfsplanungsgruppen bestenfalls hochvariabel, eigentlich jedoch unübersichtlich ist. Auch das Asylhilfesystem scheint Schwierigkeiten zu haben, sich im psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungssystem zu orientieren. Das lässt sich teilweise an der aus Punkt 1 aufgezeigten Fehlzuzuweisung in die Notfallversorgung ableiten. Eine adäquate bedarfsgerechte Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen ist bei mangelnder Gesundheitskompetenz Geflüchteter und diesbezüglich überforderten Asylhilfesystems ohne gleichzeitige Koordination (Gatekeeping) bzw. Lotsenfunktion der Leistungserbringer im Versorgungssystem kaum möglich. Die Koordinierung bzw. Steuerungsfunktion an der Basis, sprich beim Patienten, gelingt jedoch nicht. Bedingt durch die Defizite der Kooperation zwischen den Leistungserbringern über und innerhalb der Sektorengrenzen gibt es keine klaren Verantwortungen für die Steuerung der Geflüchteten. Hausärzte scheinen bei allen Beteiligten in allen Studienregionen als Gatekeeper überhaupt keine Rolle zu spielen. Noch am ehesten verantwortlich fühlen sich die Psychiatrischen Institutsambulanzen, die je nach Studienregion sich diesbezüglich teilweise sogar spezialisiert haben (siehe Ausführungen zu den Studienregionen). Gründe für das Vermissen einer klaren Zuständigkeit für die Koordination der Versorgung Geflüchteter bzw. der Strukturierung der Patientenpfade liegen zum Teil historisch in der separaten Bedarfsplanung für den ambulanten Sektor durch die KVen und für den stationären Sektor durch die Krankenhausplanung. Zudem sind Leistungen der Koordination mit einem hohen Zeitaufwand verbunden und werden diesem Aufwand entsprechend nicht adäquat vergütet.

Viele Leistungserbringer in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung beobachten ein mangelndes Hilfesuchverhalten bzw. mangelnde Behandlungsmotivation seitens der Geflüchteten trotz bestehender psychiatrischer Symptomatik. Sie schieben dies teilweise auf die Priorisierung des Asylverfahrens, weil sich viele Geflüchtete erst mit einer großen zeitlichen Latenz und dann meist schon nach Anerkennung als Asylberechtigter oder als Flüchtling für eine Behandlung entscheiden. Es werden aber auch kulturelle Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten von Leistungen des Gesundheitswesens angeführt. Diese Unterschiede scheinen für die Versorger keine Konsequenz zu haben, sondern werden Ausdruck des selbstbestimmten Handelns eines ansonsten weitgehend fremdbestimmten Individuums im Asylverfahren akzeptiert. Inwiefern diese Entscheidung auch politisch motiviert ist, soll und kann hier nicht beurteilt werden. Fakt ist jedoch auch, dass einige insbesondere in der psychosozialen Hilfe und in der Sozialarbeit Tätigen der Meinung sind, dass eine unbehandelte psychische Erkrankung dem Geflüchteten bei der Argumentation im



Asylverfahren kaum behilflich ist. Vielfach unbeachtet bleibt bei den Behandlern zudem der Gedanke, ob ein mangelndes Hilfesuchverhalten nicht auch Ausdruck mangelnder Gesundheitskompetenz ist oder auf das Konzept der erlernten Hilflosigkeit zurückgeführt werden kann. Im Endeffekt bleibt völlig unklar, ob eine Entscheidung gegen eine Behandlung entweder die eigene Entscheidung des Geflüchteten ist, ob das Hilfesuchverhalten durch die Erkrankung beeinträchtigt ist, oder ob eine Behandlungseinsicht bereits durch die Erkrankung beeinflusst wird. Ein obligatorisches psychiatrisches Clearing ist für Geflüchtete in Deutschland nicht vorgesehen. Eine aufsuchende Versorgung der Gemeinschaftsunterkünfte und Erstaufnahmeeinrichtungen aus dem psychiatrischen und psychosozialen Hilfesystem heraus existiert meist nur punktuell, zeitlich begrenzt entweder projektbezogen oder auf persönlicher Initiative diverser Stakeholder.

### 3. Asylrechtliche Herausforderungen und Asylbewerberleistungen

Das Asylgesetz (AsylG) regelt in Deutschland das Asylverfahren, dessen Verfahrensausgänge und die Unterbringung (Aufnahmeeinrichtungen, Gemeinschaftsunterkünfte) und Verteilung von Asylsuchenden. Im Zeitraum des Asylverfahrens bis zu dessen Beendigung kann der Asylsuchende Leistungen nach dem AsylbLG in Anspruch nehmen. Gesundheitliche Versorgungsleistungen sind im §4 und §6 AsylbLG geregelt. So heißt es übertragen im §4 AsylbLG, dass zur Behandlung akuter Erkrankungen erforderliche ärztliche Behandlungen und Arzneimittel zur Versorgung gewährt werden einschließlich erforderlicher Leistungen zur Genesung, Besserung und Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen. Im §6 AsylbLG wird im Absatz 1 zusätzlich festgelegt, dass auch sonstige Leistungen im Einzelfall gewährt werden, die zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind und es wird im Absatz 2 darauf verwiesen, dass ausschließlich Personen mit Aufenthaltsgenehmigung und besonderen Bedürfnissen aufgrund von erlebten schweren Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erforderliche medizinische Hilfe zu gewähren ist. In den ersten 18 Monaten des Aufenthalts besteht außerdem kein Anspruch auf den Zugang zu Beratungseinrichtungen, die auf Grundlage der Eingliederungshilfe der überörtlichen Sozialhilfeträger finanziert werden. Dazu gehören theoretisch die Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste (SPDi) und der Suchtberatungen. Der Leistungsumfang ändert sich mit der Erlangung eines Aufenthaltstitels bzw. mit der Anerkennung als Flüchtling. Ab dann gilt der §2 AsylbLG, der Analogleistungen nach SGB XII –Sozialhilfe - oder dem 2. Teil des SGB IX – Eingliederungshilfe gewährt. Es ist auch der Fall, dass nach Anerkennung des Asylantrages der Rechtskreis vollständig gewechselt wird und Geflüchtete Leistungen nach dem SGB II - also umgangssprachlich Hartz IV – erhalten. Das bedeutet, der Leistungsumfang entspricht dann (weitestgehend) demjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung, die eine eigene elektronische Gesundheitskarte erhalten. Es entfallen für diese Personengruppe die §§4 und 6. Als zuständige örtliche Behörde und Kostenträger der o.g. gesundheitlichen Leistungen wird die Behörde bestimmt, in deren Bereich der „Leistungsberechtigte“ (sprich der Asylsuchende) zum Zeitpunkt der Aufnahme der Behandlung seinen „gewöhnlichen“ Aufenthalt hatte. In der Regel sind dies die Sozialämter bzw. Sozialreferate und deren untergeordnete Abteilungen. Die Behandlung erfolgt in den ersten 18 Monaten nach Registrierung, dort wo es keine Rahmenvereinbarungen zwischen dem Bundesland und den gesetzlichen Krankenkassen bzgl. der Übernahme der Gesundheitsversorgung gegen Kostenerstattung für Leistungen nach dem AsylbLG gibt (elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende), per Behandlungsschein. Zum einen bemängeln viele Leistungserbringer und kommunale Dienste, dass die Einteilung nach Aufenthaltsstatus respektive nach Bleibeperspektive nicht im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung ist. Hier werden Asylsuchenden Leistungen vorenthalten, die

laut den Leistungserbringern notwendig wären, um Notfallbehandlungen zu vermeiden oder eine vollständige Genesung ohne die Gefahr einer Chronifizierung zu gewährleisten. Sprich es geht um die Bewilligung von Leistungen, die niederschwelliger als eine Krankenhausbehandlung sind und um Anschlussbehandlungen nach dem Krankenhausaufenthalt. Das AsylbLG stellt somit bereits ein Instrument dar, welches den Anreiz für eine Fehlversorgung bietet, die zudem sehr teuer ist. Zum anderen wird es außerhalb der Gesundheitsversorgung stehenden Personen (Fachpersonal in den Sozialämtern oder Sozialreferaten) überlassen, über die Notwendigkeit eines Behandlungsscheines zu entscheiden. Diese Entscheidung sollte nicht aus der Perspektive der kurzfristigen Kostenersparnis und generell nicht allein aus der Kostenperspektive heraus erfolgen. Geschlussfolgert werden kann, dass eine Zwei-Klassen Medizin ethisch nicht vertretbar ist. Zudem ist zu befürchten, dass das AsylbLG in der gegenwärtigen Anwendung bzgl. der Bewilligung gesundheitsbezogener Leistungen Asylsuchender gegenwärtige psychische Problemlagen in dieser Gruppe nicht nachhaltig lindern kann und ggf. sogar der Chronifizierung Vorschub leistet. Notwendige Behandlungen nach Anerkennung bzw. 18 Monate nach Registrierung könnten ungleich langfristiger, komplexer und demnach weitaus teurer ausfallen. D.h. eine mögliche Kostenersparnis im Leistungsbereich des AsylbLG steht möglichen hohen Kosten gegenüber, welche die Solidargemeinschaft (sprich der Pool der gesetzlich Krankenversicherten) zusätzlich tragen muss.

In diesem Spannungsfeld werden zudem Ressourcen der Krankenversorgung gebunden, die nicht unmittelbar mit der Krankenversorgung zusammenhängen. So berichten Leistungserbringer oder kommunale Dienste wie der Sozialpsychiatrische Dienst (SPDi) – dass sie häufig eingebunden werden, um bei den örtlichen Behörden einen Behandlungsschein zu erwirken. Hier ist jedoch meist die Kürze des Dienstweges für den SPDi von Vorteil. Außerdem werden die o.g. Leistungserbringer sehr häufig gebeten, Gutachten oder Stellungnahmen für die Anhörung im Asylverfahren zu schreiben. Abgesehen davon, dass diese Leistungen die Leistungserbringer instrumentalisieren und ggf. zu einer politischen Stellungnahme aufrufen, werden diese Leistungen in den EBM-Katalogen nicht explizit ausgewiesen und sind dadurch nicht direkt abrechenbar. Einige insbesondere klinische und kommunale Versorger sehen in dem Spannungsfeld des Asylrechts einen möglichen Grund für den mangelhaften Zugang zu vertragsärztlichen psychotherapeutische Leistungen. Viele psychotherapeutische Leistungserbringer können und wollen sich nicht mit den sozialen und asylrechtlichen Fragen der Asylsuchenden beschäftigen bzw. befürchten eine Instrumentalisierung.

#### 4. Fehlende Sprach- und Kulturmittlung

Eine der Hauptherausforderungen bzgl. des Zugangs zu und des Agierens im Gesundheitssystem ist die sprachliche Barriere. Es ist die Eigenschaft kundenpräsenzbedingter Dienstleistungen, dass im Produktionsprozess nicht nur die Produktionsfaktoren seitens des Leistungserbringers effektiv kombiniert werden müssen, sondern auch, dass zusätzlich eine aktive Beteiligung des Patienten notwendig ist, um ein positives Outcome im Sinne der Verbesserung der psychischen Gesundheit zu erlangen. Gerade in der Psychiatrie, Psychotherapie und im psychosozialen Bereich ist die Sprache essentiell. Können sich Patient und Behandler nicht verständigen, ist eine Verbesserung der psychischen Gesundheit ungewiss. Vor diesem Hintergrund ist bei Asylsuchenden, die insbesondere nur ihre Muttersprache sprechen, eine Sprach- und Kulturmittlung zwingend erforderlich. Hier halten die befragten Leistungserbringer diverse Lösungen vor bzw. nehmen diverse Leistungen der Sprachmittlung in Anspruch (siehe Kapitel zu den Studienregionen). Die unterschiedlichen Lösungen für die Sprach- und Kulturmittlung auf Landes-, Gemeinde- und teils Klinikenebene

werden erforderlich, da Dolmetscherleistungen keine Leistungen des SGB V darstellen. Obwohl es zwingend geboten ist, dass Sprachmittlung beim obligatorischen Aufklärungsgespräch vorhanden ist, entschied bereits 1995 das Bundessozialgericht, dass Dolmetscherleistungen nicht Teil der ärztlichen Behandlung seien (Deutscher Bundestag, 2017). Die Kosten trägt derjenige, der die ärztlichen Leistungen in Anspruch nimmt. Die Herausforderung beginnt mit der Bestellung von Dolmetscherleistungen. Wie im vorangegangenen Kapitel „Asylrechtliche Herausforderungen und Asylbewerberleistungen“ dargestellt, können Asylsuchende laut §6 AsylbLG Dolmetscherleistungen beantragen. Dies sind Ermessensleistungen, die durch die örtlichen Behörden gewährt werden, wobei davon ausgegangen werden kann, dass die Fragen nach dem wie diese Leistungen zu gewähren sind, die Frage nach dem ob diese Leistung zu gewähren ist, deutlich ausstechen. Jedoch können anerkannte Flüchtlinge und Personen mit Aufenthaltstitel, die Analogleistungen nach §2 AsylbLG erhalten, nicht mehr auf §6 Leistungen AsylbLG zugreifen. Damit entfällt ihnen die Rechtsgrundlage für die Kostenübernahme. Somit ist es für den Geflüchteten schwierig – entweder der Beantragungsvorgang oder die Kostenübernahme aus eigener Tasche – eine Dolmetscherleistung selbst zu stellen. Der Rückgriff des Geflüchteten auf Familienangehörige oder Freunde bzw. Bekannte aus dem Lebensumfeld in Deutschland ist zwar theoretisch für das Aufklärungsgespräch zulässig, jedoch ergeben sich hier praktische und ethische Fragen. Zum einen ist die Qualität der Übersetzung hochvariabel, das Binnenverhältnis zwischen Patienten und „Dolmetscher“ führt zu Beeinträchtigungen und der Übersetzungsvorgang ist für den Behandler kaum transparent. Was in welcher Form beim Patienten ankommt und welche relevanten Informationen der Leistungserbringer erhält, kann nicht hinreichend geklärt werden. Zum anderen ist der Einsatz von Kindern oder Jugendlichen, die ihre Eltern begleiten und die – so wird vielfach berichtet - i.d.R. die deutsche Sprache schon recht gut beherrschen, ethisch fragwürdig. Es sollte darauf verzichtet werden, die psychischen Belastungen der Eltern oder eines Elternteils durch die Kinder als Sprachrohr zu besprechen. Dadurch ist es überwiegend so, zumindest außerhalb von Notfällen, dass die Sprachmittlung durch den Behandler geplant wird. Hier treten wiederum Herausforderungen auf, da der Behandler zumindest zwei unabhängige Personengruppe koordinieren muss (Patient und Dolmetscher). Zwar gibt es mittlerweile insbesondere in Ballungszentren und größeren Städten, zu denen auch die Studienregionen zählen, mehrere Anbieter für Sprach- und Kulturmittlung, jedoch sind diese Leistungen nicht per se schnell und in allen Sprachen verfügbar. Es kann je nach Sprache und Behandlungsleistung mehrere Wochen für einen Termin dauern. Außerdem kann es vorkommen, dass zum entsprechenden Termin, sich die beteiligten Personengruppen verspäten und das Gespräch ggf. nicht vollumfänglich stattfinden kann oder der Patient nicht anwesend ist, sodass das Gespräch gar nicht stattfindet. Die Kosten für die Dolmetscherleistungen – zumindest für die Anfahrt - fallen dennoch an. Die Übersetzungsleistungen sind selbst bei professionellen Dolmetscherdiensten von unterschiedlicher Qualität. Erst in jüngerer Vergangenheit gibt es Bemühungen die Ausbildung zur Sprach- und Kulturmittlung zu professionalisieren bzw. auch so zu standardisieren bzw. vereinheitlichen, dass es dahingehend eine Transparenz der Qualifikation eines Dienstes für den Einsatz im Gesundheitswesen gibt (siehe Sprach- und Integrationsmittlung, Sprint). Neben diesen koordinativen Herausforderungen gesellt sich die Frage nach der Finanzierung. Viele Kliniken und insbesondere PIAs und einige ambulant tätige psychotherapeutischen Angebote finanzieren die Dolmetscherleistungen und beantragen dann die Kostenerstattung durch die entsprechenden Behörden bzw. sonstige meist zeitlich begrenzte Fördertöpfe mit einem gedeckelten Volumen. Die Kostenerstattung dauert sehr lang (mehrere Monate bis Jahre) und ist zumeist unvollständig, sodass ein Sollsaldo entsteht

(Mehr hierzu in den Unterkapiteln zu den Versorgungsregionen). Aus den Interviews ging hervor, dass viele niedergelassene vertragsärztliche Psychiater und Psychotherapeuten das Beantragungsverfahren von Dolmetscherleistungen inklusive deren Kostenerstattung als sehr komplex und aufwendig erleben und es sie davon abhält sich an der ambulanten Versorgung von Geflüchteten zu beteiligen. Dies ist ein weiterer Grund für den erlebten Mangel an ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Angeboten.

Als Konsequenz und als zusätzliche Ressource bei akutpsychiatrischen Leistungen haben viele Kliniken interne Sprachlisten eingeführt, in der das Klinikpersonal gestaffelt nach Professionen Sprachkenntnisse oder teils Muttersprachen eintragen. Einige Kliniken forcieren sogar die Einstellung von Personal mit entsprechenden Sprachen. Das sind jedoch recht kurzfristige Lösungen, welche zum einen die Veränderung der Klientel Geflüchteter nicht hinreichend antizipieren kann und zum anderen deren Verfügbarkeit auch nicht immer frei gegeben ist. Es sei an dieser Stelle abseits des bisher dargelegten, auf einen weiteren Punkt hingewiesen. Akutpsychiatrische Stationen sind turbulente Orte und für eine Behandlung von Geflüchteten mit sprachlichen Barrieren nicht unbedingt geeignet bzw. ist – falls verfügbar – eine ambulante Behandlung vorzuziehen. Dies liegt, laut Meinungen der Kliniker, auch an der erlebten Isolation, die zusätzlich dadurch verschärft wird, wenn Stationsregeln – falls vermittelbar – rigoros durchgesetzt werden (z.B. führt ein Handyverbot zur einer völligen Abkapselung des Geflüchteten). Zudem ist die Möglichkeit einer Verwahrung des Patienten statt einer bedarfsgerechten Behandlung nicht ausgeschlossen.

## **Mögliche Lösungen**

### 1. Interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens

Der Prozess der Interkulturellen Öffnung (IKÖ) im Gesundheitswesen sollte weiterverfolgt und ggf. intensiviert werden, um allen Menschen unabhängig von ihrer Herkunft einen gleichberechtigten Zugang zu Dienstleistungen und Beschäftigungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen zu ermöglichen. Etwas enger gefasst bedeutet dies, dass Geflüchteten eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ermöglicht wird. Der Begriff IKÖ wird mittlerweile gesamtgesellschaftlich tradiert für die Ausrichtung auf eine kulturell vielfältige Gesellschaft gesehen. Das ist zwar richtig, verwässert jedoch die Verantwortlichkeiten und die individuell bzw. einrichtungsbezogen zu etablierenden Strategien, um dieser Anforderung gerecht zu werden. So ließe sich enger gefasst sagen, dass IKÖ auch immer eine kritische Analyse der vorherrschenden Strukturen und Prozesse einer Einrichtung im Gesundheitswesen bedeutet und damit alle Bereiche einer Einrichtung wie Organisations-, Personal- und Qualitätsentwicklung umfasst.

Praktischerweise ließe sich das für die einzelnen Einrichtungen (hier spezielle Kliniken) wie folgt umsetzen:

Alle Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie ggf. auch Psychosomatik, die in die Pflichtversorgung eines definierten Bereichs eingebunden sind, könnten eine Stabsstelle (da IKÖ eine Führungsaufgabe ist) schaffen bzw. eine Position im Qualitätsmanagement ansiedeln, welche die Aufgaben der IKÖ übernimmt. Zu diesen Aufgaben gehören

- 1.) die Bestandsaufnahme bzw. Identifikation gegenwärtiger Barrieren hinsichtlich der IKÖ
- 2.) Unterstützung des Klinikpersonals im Umgang mit Migranten und Geflüchteten durch
  - 2a.) Wissen und Wissensvermittlung asylrechtlicher Belange und Leistungen des AsylBLB inklusive der Beantragung medizinischer Leistungen

- 2b.) Wissen und Wissensvermittlung zum Dolmetscherwesen
- 2c.) Wissen und Wissensvermittlung zu kulturspezifischen Belangen (Kultursensibilität)
- 3.) diesbezügliche Entwicklung und Durchführung von Fort- und Weiterbildungen für das klinische Fachpersonal
- 4.) Aufbau einer klinikinternen Struktur (beispielsweise Arbeitskreis) zur IKÖ
- 5.) Vernetzung mit der ambulanten Versorgung und der spezialisierten Versorgung sowie der Flüchtlingshilfe und diesbezüglichen Fachdiensten der Stadt oder Gemeinde
- 6.) Leistungsberatung für Migranten und Geflüchtete mit komplexen Bedarfen
- 7.) Unterstützung bei der Einstellung von Migranten und Flüchtlingen mit Aufenthaltstitel als Beschäftigte. Ein gutes Beispiel sei hier die Koordinierungsstelle Flucht und Migration der kbo-Kliniken im München.

Ambulante vertragsärztliche Psychotherapeuten (unabhängig von der Bedarfsplanungsgruppe) und niedergelassene Psychiater ließen sich ebenfalls sensibilisieren, indem sie im Rahmen ihrer gesetzlichen Weiterbildungspflicht Module zur IKÖ belegen. Diese Weiterbildungen könnten durch die entsprechenden Landeskammern oder die KVen durchgeführt und zertifiziert werden. In diesen Modulen werden das Asylrecht, das AsylbLG und Dolmetscherwesen vermittelt sowie die Beantragung von Therapien und/oder Behandlungen und Dolmetscherleistungen in diesem Rahmen. Außerdem werden Niedergelassene angehalten sich im Rahmen der Vernetzung mit der klinischen Versorgung, der spezialisierten Versorgung und den Fachdiensten in geeigneter Form zu beteiligen.

Fort- und Weiterbildungen können jedoch für den klinischen und außerklinischen Bereich auch von einer externen Stelle durchgeführt werden, im Sinne eines Trainings zur IKÖ für Anbieter von Gesundheitsleistungen.

Auf Ebene der kommunalen Gesundheitsbehörde können entsprechende Arbeitsgruppen (ggf. Unterarbeitsgruppen) zum Thema Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosoziale Versorgung in Verbindung mit Flucht und Migration etabliert und koordiniert werden. In diesen Arbeitsgruppen könnten sich die an der Leistungserbringung beteiligten, d.h. die Kliniken, die PIAs, die ambulanten vertragsärztlichen Dienstleister, die - falls etabliert – spezialisierte Versorgung (wie Refugio, PSZ, etc.) und die Kontakt- oder Beratungsstellen mit psychosozialen Angeboten, die entsprechenden kommunalen Dienste (Gesundheitsamt, Sozialamt ggf. das Jobcenter), die in der Flüchtlingshilfe beteiligten Organisationen und ggf. die nachgeordneten Vollzugsorgane (insbesondere Polizei) beteiligen. Ziel ist es, wichtige Themen der IKÖ zu besprechen und mit gemeinsamer Stimme über die kommunale Verwaltung Beschlussvorlagen für die Entscheidungsträger vorzubereiten. Der Turnus sollte verbindlich geregelt werden.

In diesem Sinne sind alle nachfolgenden Vorschläge auch Teil der IKÖ.

## 2. Gesundheitskompetenz

Es muss das Ziel des deutschen Gesundheitssystems sein, dass sich dazu verpflichtet hat, eine höhere Patientenbeteiligung zu erreichen, diesbezüglich aufgeklärte, mündige und im Gesundheitssystem kundige Patienten zu erreichen. D.h. auch Geflüchtete sollten Gesundheitskompetenz erlangen, da nur so die Selbstbestimmung gewahrt ist bzw. Aussagen über die Selbstbestimmung bzgl. der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zulässig sind. Erst dann ließen sich im Aufklärungsgespräch auch Bedürfnisse von Bedarfen trennen.

Erst dann ließe sich aufzeigen, wie das selbstverantwortliche Mitwirken des Patienten den Erfolg einer Gesundheitsintervention beeinflusst. Die Erlangung von Gesundheitskompetenz ist sicherlich aufgrund der Komplexität und zeitlichen Inanspruchnahme des Asylverfahrens und der Integrationsbemühungen in die Gesellschaft des Aufnahmelandes nicht leicht. Hinzu kommt, dass das deutsche Gesundheitssystem, wie weiter oben dargestellt, selbst sehr komplex und zusätzlich fragmentiert ist. Deshalb ist es notwendig, dem Geflüchteten Informationen zum Gesundheitssystem und zu Leistungsangeboten in der Muttersprache bereitzustellen. Dabei sollte in einem regionalen Leistungskatalog darauf verzichtet werden Bedarfsplanungsgruppen anzugeben. Leistungen sollten nach Funktion bzw. tatsächlich erbrachten vertragsärztlichen Leistungen aufgeführt werden.

Zusätzlich ist es notwendig, dem Geflüchteten über diese Informationen hinaus auch eine persönliche Hilfe an die Seite zu stellen (Gesundheitslotsen – siehe Punkt 3).

### 3. Zugang zur Gesundheitsversorgung

Im deutschen Gesundheitssystem werden die Hausärzte primär als Gatekeeper gesehen. Doch wie das SVR-Gutachten zur bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung festgestellt hat (SVR, 2018) und die im Rahmen der MEHIRA-Studie interviewten Personen mehrheitlich äußerten, gelingt der Zugang zur Gesundheitsversorgung durch die Hausärzte bei Menschen mit psychischen Störungen kaum.

Es werden Gesundheitslotsen, d.h. Personen benötigt, die Geflüchtete ihrem Bedarf entsprechend durch das Versorgungssystem navigieren. Das Angebot kann zeitlich und auf bestimmte Situationen begrenzt sein und sollte idealerweise aufsuchend erfolgen. Diese Gesundheitslotsen könnten an unterschiedlichen Stellen angebunden sein. Es sollte jedoch darauf geachtet werden, dass es nicht unterschiedliche Gesundheitslotsen auf unterschiedlichen Ebenen desselben Fachgebietes gibt. Das könnte zwar für den Geflüchteten den Zugang zur Gesundheitsversorgung erhöhen, jedoch Doppelstrukturen schaffen, die ineffizient sind. So ließen sich Gesundheitslotsen bei den kommunalen Gesundheitsbehörden ansiedeln (z.B. SPDi) oder in niederschweligen Kontakt- und Beratungsstellen oder in der PIA der pflichtversorgenden Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Bei den letztgenannten Angeboten ließe sich darüber nachdenken, ob sich entsprechende Zugangspauschalen mit der Krankenversicherung vereinbaren oder über das AsylbLG abrechnen lassen. Der Gesundheitslotse sollte mit der regionalen Versorgungslandschaft vertraut sein und auf das Gesamtnetzwerk zugreifen können. Ebenfalls empfiehlt sich als grundständige Profession die Sozialarbeit. Psychiatrische Kenntnisse sind ebenfalls vorteilhaft.

Über den Gesundheitslotsen hinaus sollte die Zuweisung aus dem Asylhilfesystem in die ambulanten, psychosozialen oder spezialisierten Versorgungsstrukturen vereinfacht werden. Auch hier sind Netzwerkkarten vorteilhaft.

Aufgrund der aufgezeigten Schwierigkeiten, die durch die Limitierung der gesundheitlichen Leistungen des AsylbLG und den Versorgungsbrüchen bei Statuswechsel entstehen, wäre zu überdenken, die gesundheitsbezogenen Leistungen aus dem §4 herauszulösen und den §2 in Verbindung mit dem §6 für alle Asylsuchenden, Statusgewandelten, Anerkannten Flüchtlingen und Geduldeten einheitlich anzuwenden. Damit hätten Geflüchtete einen Zugang zum Gesundheitssystem wie die Allgemeinbevölkerung. Das wäre erstrebenswert nicht nur vor dem Hintergrund, dass der Staat die Durchsetzung der Menschenrechte und der freien Selbstbestimmung aller Bürger auf dem Boden der Bundesrepublik durchsetzen sollte, sondern auch, weil es sinnvoll ist, Geflüchtete frühzeitig in die Gesellschaft zu integrieren (Bildung, Arbeit, Teilhabe, Gesundheit), um sie als Ressourcen zur Erhöhung der Produktivität

(Stichwort: volkswirtschaftliche Produktionsfunktion) zu sehen. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund bedeutsam, dass sich Deutschland in der Phase der demographischen und epidemiologischen Transition befindet, welche verbunden mit der Alterung der Bevölkerung und Zunahme an chronisch-degenerativen Erkrankungen einen fortschreitenden Produktivitätsverlust bedeuten kann, der zu einer Abnahme der durchschnittlichen Gesundheit der Bevölkerung und zu einer Verringerung der Ressourcen im Gesundheitswesen führen kann (Fleßa & Greiner, 2020).

#### 4. Einbindung ambulanter vertragsärztlicher Psychotherapeuten und Psychiater

Zur Beseitigung der erlebten Knappheit bzw. Unterversorgung ambulanter vertragsärztlicher psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen könnten die KVen bzw. die Zulassungsausschüsse unter den gegenwärtig geltenden Bedingungen und Voraussetzungen zeitlich befristete (bedarfsabhängige) Ermächtigungen erteilen.

Da im Sinne des Geflüchteten die psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsleistungen bestenfalls ohne Brüche bzw. lange Wartezeiten zwischen den Leistungserbringern erfolgen soll, ist auch an der ambulanten Schnittstelle zu koordinieren. Diese Koordination ist teilweise mit erheblichem Zeitaufwand verbunden. Es ließe sich darüber nachdenken diesem Mehraufwand durch eine eigene EBM-Position Rechnung zu tragen bzw. die bestehende EBM-Position höher zu bewerten und dadurch höher zu vergüten. Es könnte zudem der Anreiz geschaffen werden, Zuschläge für die Behandlung von Geflüchteten zu gewähren.

Vertragsärztliche Psychotherapeuten könnten Teilkontingente freier Therapieplätze inklusive Leistungsbeschreibung an die eingerichteten Terminservicestellen der zuständigen KVen melden. So ließen sich freie Therapieplätze leichter koordinieren und leichter an diejenigen Geflüchteten mit diesbezüglichem Bedarf vermitteln. Eine Abfrage könnte durch den Geflüchteten selbst oder einer der in diesem Kapitel genannten Netzwerkpersonen erfolgen.

#### 5. Angebot aufsuchender psychiatrischer Beratung und Spezialisierte Versorgung

Es hat sich in den geführten Interviews mehrheitlich gezeigt, dass die durch die Betreuungsdienstleister eingerichtete Ressource psychologische Beratung in den Flüchtlingseinrichtungen nicht wirksam ist. Doch gerade zur Identifikation von Bedarfen und Weiterleitung in die Versorgungslandschaft ist ein Beratungsangebot in den Einrichtungen vorteilhaft. Deshalb wird empfohlen, ein aufsuchendes psychiatrisches Beratungsangebot oder Sprechstunden in (Erst-)Aufnahme- und Weiterleitungseinrichtungen einzurichten. Dieses kann von der oder den im (erweiterten) Einzugsbereich liegenden pflichtversorgenden Klinik(en) oder vom Gesundheitsamt (SPDi) betrieben werden.

Ebenfalls kann über den Ausbau der spezialisierten Versorgung für Geflüchtete nachgedacht werden. Unter spezialisierter Versorgung für Geflüchtete wird eine Kombination aus psychotherapeutischen Angeboten und Sozialarbeit verstanden, die sich meist an eine bestimmte Zielgruppe richtet (z.B. umA, Geflüchtete mit schweren Traumatisierungen). Sozialarbeit ist deshalb ein zwingender Bestandteil der Arbeit, weil die alltäglichen Herausforderungen und Verpflichtungen in Deutschland mit der psychischen Störung interagieren und zur Handlungsunfähigkeit führen können. So werden neben der Behandlung wichtige soziale und asylrechtliche Themen besprochen und gemeinsam mit dem Geflüchteten gelöst. Ausbau soll in diesem Falle nicht unbedingt Vergrößerung dieser Zentren bedeuten, sondern auch ein engmaschigerer räumlicher Ausbau in der Versorgungslandschaft gemäß der Landesentwicklungspläne eines Bundeslandes. Einige Einrichtungen der spezialisierten Versorgung für Geflüchtete sind Landeseinrichtungen bzw. in Trägerschaft des

Landes. Vielfach sind diese Einrichtungen in Trägerschaft gemeinnütziger Vereine bzw. der Rechtsform gemeinnütziger Gesellschaften mit beschränkter Haftung (gGmbH) mit Finanzierungen durch unterschiedliche teils projektgebundene Förderungen aus EU-, Bundes-, Landes- oder kommunalen oder weiteren Mitteln oder Spenden. Zur Verstetigung der therapeutischen Arbeit ließen sich bei Bedarf auch für die spezialisierten Einrichtungen Ermächtigungen durch die Zulassungsausschüsse beantragen und die Abrechnung vereinfachen. Hier könnten entweder Institutsermächtigungen oder Einzelermächtigungen der dort tätigen Psychotherapeuten oder ggf. Ärzte beantragt werden. Da die meisten dieser Einrichtungen in Trägerschaft von gGmbHs auch in der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (kurz BAFF) organisiert sind, ließe sich hier gegenseitig bei der Beantragung helfen. Eine Mitwirkung der KV bezgl. der Vereinfachung der Abrechnung sollte angestrebt werden.

## 6. Sprach- und Kulturmittlung

Wünschenswert wäre ein gesetzlicher Anspruch auf Sprachmittlung im SGB V. Dieser wurde jedoch bereits 1997 unmissverständlich abgelehnt. Auch diverse Positionspapiere und Stellungnahmen unterschiedlicher Fachverbände und Dachorganisationen konnten bis heute diese Haltung nicht ändern.

Als mittelfristige Lösung dient die Einrichtung von Pools von Sprachmittlern zumindest auf Ebene der Oberzentren. Diese Pools sollten in einer bestimmten Trägerschaft stehen, wobei die Träger auf kommunaler Ebene oder ggf. auf der Ebene der Regierungsbezirke Verträge mit den Verwaltungen schließen. Diese Verträge regeln die Höhe des Budgets, die Dauer der Vertragsleistungen und die nutzenden Gruppen an Gesundheitsdienstleistern. Die Kosten übernimmt demzufolge die entsprechende Stadt oder Gemeinde bzw. das Land. Die Abrechnung mit dem Träger erfolgt dementsprechend. Den Leistungserbringern steht der Pool an Sprachmittlern kostenfrei und niederschwellig zur Verfügung. Der Träger trägt dafür Sorge, dass eine entsprechende Qualifizierung und Supervision der Sprachmittler im Pool erfolgt. Zudem wäre über eine gestufte Sprachmittlung nachzudenken, die sich an der Intensität der Behandlungsleistung ausrichtet und entsprechend unterschiedlich vergütet wird.

In diesem Zusammenhang – auch wenn nur indirekt für diesen Punkt von Bedeutung – sei noch einmal auf den starken Einfluss von psychischen Belastungen auf den Spracherwerb hingewiesen. Das Lernen einer neuen Sprache (hier: Deutsch) gelingt nicht gut bei bestehender psychischer Störung (Söndergaard et al., 2004; Steel et al., 2011). Deshalb ist zur Förderung der Integration Geflüchteter in die Gesellschaft auf die bedarfsgerechte Wiederherstellung der psychischen Gesundheit zu achten.

## 7. gestufte Modelle

Die Wirksamkeit gestufter (und kollaborierender) Modelle zur Behandlung von Depressionen ist gut belegt (Grochtdreis et al., 2015, van Straten et al., 2015). Es kann grundlegend nicht bezweifelt werden, dass ein solches Modell auch bei Geflüchteten wirksam ist, solange die Stufen bedarfsgerecht dem Schweregrad der Erkrankung angepasst sind. Als Schwerpunkt neben der Wiederherstellung der psychischen Gesundheit Geflüchteter kann diese Versorgungsform ggf. auch dazu dienen, stationäre Aufnahmen zu vermeiden. Prinzipiell finden sich im gestuften Modell einige der o.g. Lösungsansätze wieder. Der große Vorteil für die Geflüchteten wäre per se die bedarfsgerechte Einstufung und ggf. der niederschwellige (in diesem Falle schnelle) Zugang zu einer entsprechenden Leistung zumindest auf den ersten drei Stufen. MEHIRA trägt das vernetzende und darüber hinaus auch zusammenarbeitende



Element von Angeboten und Organisationsformen bzw. Leistungserbringungen, da eine Stufenanpassung nach einem festen Turnus initiiert werden kann. Dieser wird, falls notwendig, nahtlos erfolgen. Die Herausforderung wird sein, ob MEHIRA selbst aufsuchend tätig werden kann oder eine reine Komm-Struktur aufweist. Zu lösende Punkte wären das Clearing und die Zuweisung, um nicht unter den Verdacht einer angebotsinduzierten Nachfrage zu geraten. Dergestalt stellt sich auch die Frage der Anbindung dieser Interventionsform. Am ehesten käme hierfür die Psychiatrische Institutsambulanz in Betracht. Aus den Erfahrungen im MEHIRA-Projekt lässt sich ggf. die Zuordnung der Interventionen zu den Stufen etwas modifizieren. Wichtig ist, dass die Angebote sowohl am Bedarf, der Tagesstruktur als auch der Zusammensetzung der Klientel Geflüchteten angepasst ist. Diese stellen eine sehr heterogene Gruppe dar, die aufgrund weltpolitischer –sozialer Gegebenheiten wandelbar ist. Die Stufen 1 bis 4 könnten prinzipiell erhalten bleiben, wobei auf der Stufe 2 ausschließlich eine Peer-Intervention stattfindet, die bei Bedarf auch gendersensitiv sein kann. Die Stufe 4 entspricht einer Richtlinienpsychotherapie ggf. ergänzt um ein psychiatrisches Angebot. Die E-Health Lösung BALSAM könnte komplementär auf allen Stufen als Selbsthilfeangebot genutzt werden und nicht als separate für sich stehende Intervention.

## ***Gliederung***

Die vier Regionen werden detailliert hinsichtlich der lokalen Versorgungsstrukturen für geflüchtete Menschen beschrieben. Einleitend werden die Besonderheiten der entsprechenden Region anhand geographischer Strukturdaten kurz dargestellt und das auf Landes- und kommunaler Ebene etablierte Flüchtlings- und Asylhilfesystem beschrieben. Darin eingebettet sollen für die Region hinsichtlich der bedarfsgerechten Planung die jährlichen Neuzugänge an Geflüchteten mit depressiver Symptomatik für die Jahre 2017, 2018 und 2019 benannt werden. Es werden der latente Bedarf und die das vermutet Ausmaß der Inanspruchnahme an psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Hilfen dargestellt. Der Hauptschwerpunkt ist die Darstellung der sozial-psychiatrischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfen für Geflüchtete. Hier wird versucht, die psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Angebote für Geflüchtete zu quantifizieren, insofern diese von den allgemeinen psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsangeboten abgrenzbar und als solche überhaupt deklariert sind. Abschließend werden die auf der Grundlage qualitativer Interviews gewonnenen Aussagen zur aktuellen Praxis der sozial-psychiatrischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfe für Geflüchtete, zu Grenzen (Barrieren und Herausforderungen) und möglichen Lösungsansätzen dargestellt. Dabei soll versucht werden, den Grad der gegenwärtigen Bedarfsdeckung oder der Versorgungslücken zu umreißen. Abschließend soll falls möglich modellhaft und sektorenübergreifend eine Aussage zu notwendigen therapeutischen, koordinativen und budgetären Strukturen für die zukünftige bedarfsgerechte Versorgung Geflüchteter mit psychischen Störungen getroffen werden. Dies soll nur dann erfolgen, wenn sich zusätzliche oder widersprechende Lösungen zu den allgemein aufgezeigten Lösungen (siehe Unterkapitel „Mögliche Lösungen“) ergeben.

## **Städteregion Aachen**

### *Geografische, politische Einbettung und Kurzaussagen zur Asyl- und Flüchtlingshilfe*

Die kreisfreie Großstadt Aachen im Westen von Nordrhein-Westfalen (NRW), angrenzend an Belgien und die Niederlande, ist anhand der BIK-Klassifikation, einem regionalen Klassifikationssystem für Deutschland, als Stadteregion klassifiziert (Aschpurwis & Behrens GmbH, 2020). Zur Städteregion Aachen zählen weitere klein- und mittelgroße Städte (siehe Tabelle 10). Für die Krankenhausplanung interessant: Die Stadt Aachen entspricht laut Landesentwicklungsplan NRW einem Oberzentrum, der umschließende Kreis wird durch Mittel- und Grundzentren abgebildet (Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen, 2015) Politisch ist Aachen dabei der Bezirksregierung Köln unterstellt. Diese ist seit September 2015 verantwortlich für die Unterbringung von Geflüchteten. Damit einher gehen die Errichtung und der Betrieb sämtlicher Landesunterkünfte, sowie die Aufnahme, Betreuung und Versorgung der Geflüchteten. Die zentrale Steuerung für die Verteilung der Asylsuchenden in die Städte und Gemeinden obliegt der Bezirksregierung Arnsberg. Das Zuweisungs- und Asylhilfesystem in NRW funktioniert wie folgt.

Gemäß Königsteiner Schlüssel wurden in den Jahre 2017 bis 2019 jährlich etwa 21,1% aller Asylsuchenden in Deutschland in NRW aufgenommen. Alle Asylsuchenden in NRW werden in der Landeserstaufnahmeeinrichtung (LEA) in Bochum zentral registriert und anschließende innerhalb von Stunden weitergeleitet in Erstaufnahmeeinrichtungen (EAE). EAE befinden sich in den Städten Bielefeld, Essen, Köln/Bonn, Mönchengladbach und Unna und haben Kapazitäten für die Unterbringung von 600 bis 2000 Personen. Nach etwa einer Woche erfolgt

eine Verteilung auf die Zentralen Unterbringungseinrichtungen (ZUE) von denen es derzeit 28 Stück gibt, sieben davon im Regierungsbezirk Köln und keine in der Städteregion Aachen (Stand: 31.10.2020). In den EAE und ZUE gibt es unabhängige Asylverfahrensberatungen durch die Freien Träger der Wohlfahrtspflege (insbesondere Caritas und Malteser Hilfsdienst). Zudem finden hier gesundheitliche Untersuchungen statt, aber keine standardisierten psychiatrischen Screenings. EAE und ZUE werden durch privatgewerbliche und freigeinnützige Betreuungsdienstleister (z.B. Wohlfahrtsverbände) betreut. Nach ca. drei Monaten erfolgt für Asylsuchende mit guter Bleibeperspektive eine Weiterverteilung gemäß Flüchtlingsaufnahmegesetz (FlüAG) auf die einzelnen Städte und Gemeinden in NRW. Die anderen Asylsuchenden verbleiben hier bis zur Ausreise oder Abschiebung.

Die Verantwortung für die Liegenschaften und die auf die Gemeinden und Städte verteilten Asylsuchenden tragen die jeweiligen Kommunen. In Aachen leben Geflüchtete etwa zur Hälfte in Gemeinschaftsunterkünften oder in eigenen Wohnung (Städteregion Aachen Gesundheitsamt, 2021).

In NRW gibt es das Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration (seit 2017). Dies ist federführend für die Teilhabe- und Integrationsgesetze und die Richtlinien zur Förderung und Betreuung Geflüchteter verantwortlich. Es gibt auf Landesebene eine Vielzahl an Programmen zur speziellen Integrationsförderung von Migranten und Geflüchteten, die ganz unterschiedliche Schwerpunkte haben. Besonders relevant könnten für die Schnittstelle Gesundheitsversorgung die Arbeit der Integrationsagenturen sein, die seit 2007 landesweit den Schwerpunkt IKÖ, bürgerschaftliches Engagement, Migrantenselbstorganisation und Antidiskriminierungsarbeit leisten. Zudem werden durch das Land gefördert kommunale Integrationszentren aufgebaut und betrieben. Für die Integrationszentren gibt es auf Landesebene eine zusätzliche Koordinierungsstelle. Seit 2016/2017 gibt es das Programm „KOMM-AN NRW“ welches die Ziele hat, die kommunalen Integrationszentren und Integrationsagenturen zu stärken, die Informations- und Wissensvermittlung an Geflüchtete zu verbessern und Treffpunktzentren zwischen Migranten/Geflüchteten und der hiesigen Bevölkerung zu errichten. Außerdem gibt es das Pilotprogramm „Integrationslotsen“ und das Sprachprogramm „Early Intervention NRW+“, welches Geflüchteten mit guter Bleibe- und Jobperspektive Sprachkurse im Umfang von 300 Stunden anbietet. Außerdem gibt es in der Querschnittspolitik eine Richtlinie zur Gewährung von Zuwendungen zur sozialen Beratung von Geflüchteten und das Förderprogramm „Soziale Beratung von Flüchtlingen“, welches einen Schwerpunkt in der Betreuung und Beratung von Geflüchteten mit psychischen und sozialen Problemen besitzt.

In der Stadt Aachen gibt es eine Steuerungsgruppe zum Schwerpunkt Integration im Querschnitt, welche sich aus drei Gruppen zusammensetzt: 1.) Verwaltung der Stadt Aachen (Integrationsbeauftragte, die Fachbereichsleitung Wohnen, Soziales und Integration, die Vertreter des Kommunalen Integrationszentrums), 2.) die Arbeitsplattform Migration bestehend aus Wohlfahrtsverbänden (Caritasverband, Diakonisches Werk, Der Paritätische und Deutsches Rotes Kreuz) sowie 3.) Vertretern von Migrantensorganisationen und des Integrationsrats. Ziel ist die IKÖ der Regelbetriebe der Stadt Aachen, die Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe und des Zusammenlebens und die Anerkennungskultur. Diese Steuerungsgruppe hat das Integrationskonzept für die Städteregion Aachen verfasst. Auf lokaler Ebene werden die Integrationsagenturen durch die Wohlfahrtsverbände getragen. Eine Auswahl an aktuellen Angeboten sind das Café International der Caritas, „Ich und meine neue Heimat“ des Deutschen Roten Kreuzes, der Sprint Pool des Pädagogischen Zentrums des Paritätischen, „Die Werkstatt der Kulturen“ (Diakonisches Werk) sowie der MBE und JMD (Caritas). Es gibt weitere Netzwerke in der Städteregion Aachen wie das Netzwerk Integration

(seit 2002), welches die Kooperationsstrukturen und den Informationsaustausch stärken will, Empfehlungen/Stellungnahmen zu politischen Entscheidungen verfasst und Förderanträge für Integrationsprojekte stellt. Außerdem gibt es das Bündnis für Geflüchtete. Die Stadtverwaltung hat den o.g. Fachbereich Wohnen, Soziales und Integration etabliert unter dem sich das Kommunale Integrationszentrum, der Integrationsbeauftragte und die Nadelfabrik subsumieren.

Neben den kommunalen Strukturen und Angeboten gibt es eine Vielzahl an Helfer-/Unterstützungskreise und Beratungsangebote. Hier seien lediglich zwei aufgeführt. Das Café Zuflucht in Trägerschaft von Refugio e.V. ist ein Beratungs- und Begegnungszentrum für Flüchtlinge. Es wird finanziert vom Land NRW, der Stadt Aachen, dem Europäischen Sozialfonds und durch Spenden. Das Café Zuflucht berät Flüchtlinge im Umgang mit Behörden, zum Arbeitsmarktzugang, AsylbLG, Asylverfahren, Aufenthaltsrecht, Familiennachzug und zur Verfahrens- und Flüchtlingsberatung von Minderjährigen. Laut Geschäftsbericht haben sich in den Jahre 2018 und 2019 jeweils über 2.000 Personen beraten lassen; im Jahr 2017 waren es über 3.000 Personen (Jahresberichte Café Zuflucht, 2018 und 2019). Der Förderkreis Asyl e.V. Würselen mit Arbeitskreis Pro Asyl ist ein unabhängiger komplett spendenfinanzierter Verein, der sozial- und asylrechtliche Beratungen und Begleitungen anbietet. In Einzelfällen beraten und begleiten die Berater bis zu 350 Geflüchtete.

#### *Epidemiologische Krankheitslast – Geflüchtete mit depressiver Symptomatik*

Zur Berechnung der epidemiologischen Krankheitslast wird der Zuweisungsschlüssel für Geflüchtete nach Städteregion Aachen (inklusive kreisfreie Stadt Aachen) unter Berücksichtigung der Quelle der Landesdatenbank NRW: Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) - Geschäftsbereich Statistik [zuletzt zugegriffen im: April 2020] verwendet. Dieser setzt sich aus einem Einwohner- und einem Flächenschlüssel zusammen, wobei i.d.R. der Einwohnerschlüssel im Verhältnis von 90 v.H. und der Flächenschlüssel im Verhältnis von 10 v.H. laut Gesetz über die Zuweisung und Aufnahme ausländischer Flüchtlinge (Flüchtlingsaufnahmegesetz - FlüAG) vom 28. Februar 2003; in der Fassung vom 02.02.2018 in NRW zur Anwendung kommt.

**Tabelle 10.** Einwohner und Fläche der Städteregion Aachen als Grundlage für die Quotierungen (Quelle der Landesdatenbank NRW: Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW))

Gebiet/ Gemeinde// Jahr	2019	2018	2017
NRW	17.932.651	17.912.134	17.890.100
Fläche NRW	34.110,26 km <sup>2</sup>		Flächenquote (FL-Quote)
Fläche Städteregion	706,95 km <sup>2</sup>		<b>2,073</b>
<b>EW-Quote</b>	<b>3,098</b>	<b>3,093</b>	<b>3,096</b>
Städteregion Aachen	555.465	554.068	553.922
Aachen (kreisfreie Stadt)	247.380	246.272	245.885
Alsdorf, Stadt	47.018	46.891	46.880
Baesweiler, Stadt	27.033	26.996	27.029
Eschweiler, Stadt	56.385	56.207	56.008
Herzogenrath, Stadt	46.402	46.462	46.612
Monschau, Stadt	11.726	11.649	12.065
Roetgen	8.640	8.625	8.590

Simmerath	15.377	15.281	15.316
Stolberg (Rhld.), Stadt	56.792	56.751	56.366
Würselen, Stadt	38.712	38.934	38.823

Unter Verwendung der errechneten Quotierungen ergibt sich aus Tabelle 11 eine jährlich sinkende Abnahme der Zuweisungen von Erstasylantragstellern auf die Städteregion Aachen von ca. 1.600 Personen im Jahr 2017 auf ca. 1.000 Personen im Jahr 2019.

**Tabelle 11.** Zuweisungen Antragsteller in die Städteregion Aachen laut Zuweisungsschlüssel

Jahr	Antragsteller NRW	EW-Quote	Verhältnis	FL-Quote	Verhältnis	Zuweisung gesamt
2017	53.343	0,03096	90 v.H.	0,02073	10 v.H.	<b>1.598</b>
2018	39.579	0,03093	90 v.H.	0,02073	10 v.H.	<b>1.184</b>
2019	33.879	0,03098	90 v.H.	0,02073	10 v.H.	<b>1.015</b>

Unter Verwendung der Prävalenz für eine depressive Symptomatik auf der Grundlage von Hoell et al. 2021 könnten im Mittel 620 Erstasylantragsteller im Jahr 2017, ca. 460 im Jahr 2018 und ca. 400 Erstasylantragsteller im Jahr 2019 behandelbare depressive Symptome aufweisen. Es wird hier von einem latenten Bedarf ausgegangen

**Tabelle 12.** Antragsteller pro Jahr mit depressiver Symptomatik in der Städteregion Aachen

Jahr	Zuweisungen	Prävalenz	MW	Untere 95%KI	Obere 95%KI
2017	1.598	38,8% (29,9%-48,1%)	<b>620</b>	478	769
2018	1.184		<b>459</b>	354	570
2019	1.015		<b>394</b>	303	488

Nicht alle, die einen latenten Bedarf aufweisen, nehmen oder können Hilfe in Anspruch nehmen. Legt man das Hilfesuchverhalten, hier die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zur Linderung der psychischen Symptomatik der deutschen Allgemeinbevölkerung zugrunde – Daten aus der DEGS-Studie – (Mack, 2014), dann nehmen etwa ein Viertel (ca. 25%) derjenigen, bei denen eine psychische Symptomatik festgestellt wurde, auch psychiatrische oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch. Unabhängig davon, dass ein latenter Bedarf ggf. zu einer zukünftigen (Mehr-)Inanspruchnahme an Versorgungsleistungen führen kann bzw. zu überlagernder Inanspruchnahme, könnten jährlich in der Städteregion Aachen durchschnittlich 155 (2017), 115 (2018) und 99 (2019) Geflüchtete im psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungssystem aufschlagen.

**Tabelle 13.** Anzahl Asylantragsteller pro Jahr, die potentiell psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen der Städteregion Aachen in Anspruch nehmen

Jahr	Latenter Bedarf	Potentielle Inanspruchnahme
	MW (Unteres 95%KI - Oberes 95%KI)	MW (Unteres 95%KI - Oberes 95%KI)
2017	620 (478 - 769)	155 (120 - 193)
2018	459 (354 - 570)	115 (89 - 143)
2019	394 (303 - 488)	99 (76 - 122)

### *Beschreibung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung*

Das ausführliche Kategoriensystem für die Städteregion Aachen ist im Anhang dargestellt. Die bedarfsgerechte Versorgung Geflüchteter findet in Überlappung der kommunalen Organisation der Gesundheitsversorgungsstrukturen, der Kennzahlen der KV Nordrhein bzgl. der Bedarfsplanung der Facharztgruppen und der Krankenhausplanung des Landes NRW statt.

### Koordination und Schnittstellen

#### *Struktur der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung für Geflüchtete*

Das Land NRW verfügt über einen Landespsychiatrieplan mit Handlungsempfehlungen, Maßnahmen und der zukünftigen Entwicklung der psychiatrischen Versorgungslandschaft (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, 2017). Auf der 25. Landesgesundheitskonferenz (LGK) NRW im Jahr 2016 ist ein Strategieplan zur Flüchtlingen im Gesundheitswesen verabschiedet worden (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW, 2016). Es wurde vereinbart, dass die medizinische Versorgung in den Aufnahme- und Unterbringungseinrichtungen auf der Basis der mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossenen Verträgen erfolgen soll und somit die Brücke zur Regelversorgung darstellt. Dazu sind Sprach- und Kulturmittler und medizinisches Fachpersonal in ausreichender Zahl erforderlich (z.B. Sprechstunden in den Einrichtungen), die zumeist ehrenamtlich arbeiten und weiterhin arbeiten sollen bevor auf ein Abrechnungssystem mit der KV umgestellt werden kann (Stand offen). Es soll ein stufenbasiertes Modell für Geflüchtete mit spezifischen Bedarfen insbesondere mit Traumata organisiert werden. Wobei auf den Stufen die entsprechenden psychosozialen und medizinischen Leistungen bereitgestellt werden sollen wie psychosoziale Beratungen und niederschwellige Gruppenangebote zur sozialen Stabilisierung (z.B. Laienhelfer). Es soll bei akutem Behandlungsbedarf unmittelbar die Vermittlung ins Regelsystem organisiert werden. Die bedarfsgerechte Bereitstellung von Ressourcen (hier: geschulte Laien, Zugang zu und Stärkung der systemischen Therapieansätze und Trauma-fokussierten Therapie, Sprachmittlung, interkulturelle Kompetenz) wird von der LGK unterstützt. Es sollen unter der Federführung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen Plattformen entstehen (z.B. Runde Tische), die sich mit der Gesundheitsversorgung Geflüchteter beschäftigen. Die Ausbildung und der Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern soll stärker gefördert werden. Außerdem sollen Handlungsempfehlungen zur IKÖ des Gesundheitswesens erarbeitet werden.

Als Konsequenz der LGK hat das Land NRW für den besseren Zugang zum Gesundheitssystem für Geflüchtete bzw. zur Klärung der Kostenübernahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung für Geflüchtete seit 2016 Clearingstellen eingerichtet. Es gibt eine Clearingstelle im Regierungsbezirk Köln, die in Trägerschaft des lokalen Gesundheitsamtes, der Caritas und des Diakonischen Werkes steht. Die Landesregierung NRW hat eine Rahmenvereinbarung mit vielen Krankenkassen unterzeichnet, um den Zugang Geflüchteter mittels elektronischer Gesundheitskarte (eGK) zu erleichtern. Die Städteregion Aachen ist bisher der Rahmenvereinbarung nicht beigetreten.

Ebenfalls eine Konsequenz der LGK und zur Verringerung der Sprachbarrieren kooperiert die Psychotherapeutenkammer NRW mit den Psychosozialen Zentren (PSZ). In der Städteregion Aachen hat das dortige PSZ einen Pool an Sprachmittlern aufgebaut. Das PSZ bietet für die Städteregion Aachen, die dortigen Verwaltungen und Freien Träger der Wohlfahrtspflege diese Leistungen an. Ein zusätzlicher Pool an Sprach- und Integrationsmittler (SprInt) durchläuft ein Zertifizierungsprogramm, d.h. die Sprachmittler erhalten ein

Dolmetscherdiplom – die sogenannte Sprint-Zertifizierung. Die Ausbildung dauert 18 Monate und findet in Kooperation mit drei Universitäten statt, die unterschiedliche Schwerpunkte setzen (medizinische Kenntnisse, sozialer Kontext, Dolmetscher-Kompetenzen).

Ebenfalls gab es, ausgelöst durch die LGK, in der Städteregion ein durch die dortige kommunale Gesundheitskonferenz einberufenes Netzwerk auf dem Beteiligte aus dem Bildungswesen (Schulen), der Sicherheitsbehörden (Polizei, Bundesgrenzschutz), die Kliniken, das PSZ, das Sozialamt und die regionalen Flüchtlingsorganisationen in den Jahren 2016 bis 2018 zusammentrafen. Diese Treffen hatten mehrheitlich das Ziel, dass sich die unterschiedlichen Stakeholder kennenlernen und ggf. informelle Netzwerke oder Synergien schaffen.

Die psychologischen Ressourcen (niederschwelliges Angebot des Landes auf Grundlage der LGK) in den Landesaufnahmeeinrichtungen werden von den Geflüchteten nicht oder nicht in dem Umfang genutzt wie intendiert. Die Überleitung in die Regelversorgung aus diesen Einrichtungen gelingt nicht gut. Vielfach schalten sich die PSZ in prä-akuten Phasen dazwischen (aufsuchendes Angebot), um weitere bedarfsgerechte Maßnahmen zu veranlassen.

In der Städteregion Aachen liegt die Kommunale Gesundheitskonferenz im Geschäftsbereich des Gesundheitsamtes. Der Sozialpsychiatrische Dienst (SPDi) hat vier Standorte in der Städteregion: in Aachen, Eschweiler, Herzogenrath und Simmerath. Es gibt keine systematische Arbeit mit oder für Geflüchtete außer sporadische Kontakte. Die lokale Suchthilfe getragen von der Caritas arbeitet nicht interkulturell.

#### *Koordination und Netzwerke mit der Flüchtlingshilfe*

Erst mit dem Projekt MEHIRA wurde eine – für den Projektzeitraum – kontinuierliche Schnittstelle der Klinik (RWTH) zu den Netzwerken der Flüchtlingshilfe, den kommunalen Institutionen des Asyl- und Ausländerwesens (Ausländeramt, Sozialamt) und den Aufnahmeeinrichtungen geschaffen. Bisherige Kontakte waren eher sporadisch und stark intrinsisch motiviert.

Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) fördert Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration (SpKoM) im Rheinland. Eines der SPKoM liegt im Westlichen Rheinland und umfasst die Städteregion Aachen, den Kreis Düren und den Rhein-Erft-Kreis. Ziel der SPKoM ist die Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit psychischen Behinderung und Migrationshintergrund an der sozialpsychiatrischen Regelversorgung (Vernetzung, Koordination, Unterstützung), interkulturelle Kompetenz und Öffentlichkeitsarbeit. In der Städteregion Aachen sind der Aachener Verein zur Förderung psychisch Kranker und Behinderter e.V., die Aachener Laienhilfe Initiative e.V. (Nord-West und Süd-Ost) und der Förderverein für die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter e.V. beteiligt. Sie beraten Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens hinsichtlich der Bedarfe von Menschen mit Migrationshintergrund inklusive Geflüchteter, führen Fortbildungen und Beratungen zur interkulturellen Kompetenz und agieren auf politischer Ebene zwischen Kostenträgern, Politik und Praxis.

Praktisch medizinisch aktiv ist das MediNetz Aachen e.V., welches 2015 gegründet wurde. Diese agieren als medizinische Beratungs- und Vermittlungsstelle für geflüchtete Menschen unabhängig von Aufenthaltstitel und Krankenversicherung.

Ebenfalls vernetzend zwischen der medizinischen und sozialen Versorgung agiert Pro Asyl e.V. Würselen. Sie bieten per se asylrechtliche Beratungen und Begleitungen zu Verhandlungen an, sind jedoch so Klienten orientiert, dass sie auch Alltagsbegleitungen bei Geflüchteten mit psychischen Störungen durchführen. Sie haben erkannt, dass eine Schnittstelle zwischen der

medizinischen Versorgung und der sozialen Versorgung (Jobcenter, Sozialamt) unbedingt erforderlich ist, um personelle und zeitliche Ressourcen der entsprechenden Ansprechstellen zu koordinieren/ zu steuern. Sie agieren wie Case-Manager.

#### *Koordination und Netzwerke mit Hilfestrukturen und -systemen aus den Herkunftsländern der nach Deutschland Geflüchteten*

Kein systematischer oder sporadischer Zugang zu Hilfestrukturen und Hilfesystemen aus den Herkunftsländern der Geflüchteten. Das betrifft sowohl Moscheen als auch afrikanische Kirchen und weitere Kulturvereine bzw. -organisationen. Es ist kaum bekannt, was dort passiert. Es ist nichts darüber bekannt, ob und in welchem Umfang Geflüchtete in der Städteregion Aachen, bzgl. psychischer Probleme Hilfestrukturen und Hilfesystemen aus den Herkunftsländern nutzen.

Fazit: Auf der Ebene des Landes sind mit guter Intention Strukturen und Prozesse geplant worden, um eine bedarfsgerechte Versorgung Geflüchteter zu ermöglichen. Es ist fraglich, ob diese bis in die einzelnen Kommunen hineinreichen. Das System basiert auf der Arbeit Ehrenamtlicher und ist vielfach nicht gesteuert. Es mangelt vor allem an einer von kommunaler Seite (Gesundheitsamt, Kommunale Gesundheitskonferenz) betriebenen kontinuierlichen Netzwerkarbeit, die auch beschlussfähige Vorlagen im Falle von Fehlsteuerungen im Gesundheitswesen erarbeiten kann. Wie für viele Patienten im Gesundheitswesen tritt noch einmal für Geflüchtete zusätzlich verstärkt durch sprachliche Barrieren und die Unkenntnis des Gesundheitssystems und damit zusammenhängende Angebote die asymmetrische Informationsverteilung auf. Das hierfür eingerichtete Lotsensystem meist durch Laienhelfer gelingt nur eingeschränkt.

#### Vertragsärztliche ambulante Versorgung

Im Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Nordrhein heißt es übertragen, dass die Zusammenlegung der Planungsbereiche Aachen Stadt und Aachen Kreis zur Städteregion Aachen nicht sachgerecht sei, da eine Konzentration von Psychotherapeuten und Vertragsärzten durch Verlegung der Vertragsarztsitze in die Stadt Aachen die Versorgung im Kreis Aachen gefährde. Darum sei eine separate Planung zwingend erforderlich. Außerdem sei der Mitversorgungseffekt durch andere Kommunen durch die geographische Grenzlage zu Belgien und den Niederlanden nur gering (Bedarfsplan KV Nordrhein, 2021).

Die Übersicht zur ambulanten fachärztlichen Versorgung in der kreisfreien Stadt Aachen und dem Landkreis Aachen ist dem Bericht der KV Nordrhein entnommen und bezieht sich auf das Kalenderjahr 2021 (KV Nordrhein, 2021). Die Versorgungsgrade für niedergelassene Psychotherapeuten (sowohl ärztlich als auch psychologisch, ohne Ermächtigte) liegen für den Kreis Aachen bei 109,5 und für die kreisfreie Stadt Aachen bei 167,0 (Stand: 2021). Rein rechnerisch bedeutet das eine Überversorgung für die Stadt Aachen und eine leichte Unterversorgung im Kreis. Deshalb ist der Planungsbereich für den Kreis Aachen nicht gesperrt; es gibt einen freien Sitz für Psychotherapeuten.

Versorgungsgrade für die Nervenärzte (gemeinsame Planungsgruppe aus Psychiatern und Neurologen) liegen für den Kreis Aachen bei 126,2 und für die kreisfreie Stadt Aachen bei 124,9 (Stand: 2021).

Es wird von den Fachkliniken bemängelt, dass es für die Geflüchteten nach Klinikaufenthalt keine gute Anbindung in den ambulanten Sektor gebe. Die ambulanten Versorger sind kaum in die Versorgung Geflüchteter eingebunden. Als Gründe werden zum einen die Sprache und zum anderen die mangelnde interkulturelle Kompetenz angeführt. Die Sprachbarriere



verhindere eine 1:1-Beziehung mit dem Patienten, da ein Dolmetscher benötigt wird und außerdem sei die Beantragung von Leistungen für die Sprachmittlung und die Klärung der Anwesenheit organisatorisch überfordernd. Das sind Gründe warum keine ambulanten Psychotherapien stattfinden und die Geflüchteten als Notfälle in Krankenhäuser aufgenommen werden.

Fazit: Es kann kaum von einer bedarfsgerechten vertragsärztlichen ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung Geflüchteter (exklusive ggf. ermächtigter PIAs) gesprochen werden. Es gibt für die Bedarfsplanungsgruppe der Psychotherapeuten eine unzureichende Verteilungs- (Stadt-Land-Vergleich) und für beide Bedarfsplanungsgruppen eine unzureichende Zugangsgerechtigkeit.

### Spezialisierte Versorgung

Die Städteregion Aachen besitzt ein Psychosoziales Zentrum (PSZ). Das PSZ ist Teil des Pädagogisches Zentrum Aachen e.V. (PÄZ) in Trägerschaft des Paritätischen. Der Verein ist 1991 als Pädagogisches Zentrum der Stadt Aachen gegründet worden mit der Vorgabe Pädagogen in Übergangwohnheimen (entsprechen den heutigen Gemeinschaftsunterkünften) für die Geflüchteten aktiv zu sein und tagesstrukturierende Maßnahmen einzuführen. Das PSZ selbst gibt es seit 1997 und hat das Ziel geflüchtete Menschen mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus therapeutisch und psychosozial zu versorgen. Es finden neben der Therapie begleitend Sozialberatung und Asylverfahrensberatung statt. Dazu steht eine Sozialarbeiterstelle zur Verfügung. Therapeutisch finden insbesondere Traumatherapien, zumeist in 1:1 Betreuung statt, die gruppentherapeutischen Angebote werden weniger gut angenommen. Dazu stehen fünf psychologische Psychotherapeuten zur Verfügung, die selbst einen Migrationshintergrund aufweisen. Aufgrund der hohen Nachfrage gibt es längere Wartezeiten und zusätzliche Einschlusskriterien zur Filterung der schweren Fälle. So kann eine Versorgung von 300 Patienten pro Jahr gewährleistet werden. Das Angebot besitzt primär eine Komm-Struktur, obwohl in Notfällen – siehe oben – auch Interventionen in Aufnahmeeinrichtungen durchgeführt werden. Zuweisungen erfolgen aus allen Sektoren. Wie oben berichtet, stellt das PÄZ die notwendigen Sprachmittlungsressourcen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Fazit: Das Angebot des PSZ ist wichtig für die bedarfsgerechte Versorgung Geflüchteter, weil eine psychotherapeutische Behandlung ohne die wichtigen kontextualen Faktoren (Asylverfahren, Bleibeperspektive, Wohnen und sinnvolle Betätigung) nicht zielführend ist. Die Sprachmittlung ist gesichert. Sinnvoll wäre eine psychiatrische Begleitung – obwohl i.d.R. nicht verfügbar. Oftmals kann das PSZ dem eigenen Anspruch nicht gerecht werden, da die Kapazität begrenzt und die tatsächliche als auch theoretische Anzahl zu behandelnder Fälle weitaus größer wäre.

### Klinische Versorgung

Die Klinische (psychiatrische und psychotherapeutische) Versorgung laut aktuellem Landeskrankenhausplan NRW ergibt sich wie folgt: Rein rechnerisch lag die Anzahl an Betten/Plätze (d.h. voll- und teilstationär) für den Regierungsbezirk Köln bei 3.970 mit ca. 1,3 Mio. Belegungstagen. Von diesen Belegungstagen entfielen 354.000 auf das VG7 bei einer Fallzahl von 13.400 Fällen in VG7 für 2017. Insgesamt gibt es in VG7 11 Standorte mit einer Bettenanzahl von 858 und 263 teilstationären Plätzen. Das entspricht einer durchschnittlichen

Fallzahl von 1.238 pro Standort, bei einem Verhältnis von 105 Betten/Plätze je 100.00 Einwohner für 2017 (PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH - Gutachten Krankenhauslandschaft NRW 2019). Es gibt zwei Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie in der kreisfreien Stadt Aachen: das Universitätsklinikum mit der Betriebsstätte Universitätsklinikum (insgesamt ca. 100 Betten ohne Psychosomatik) und den Tageskliniken in Aachen und Würselen (Plätze: 38) und das Alexianer-Krankenhaus mit 272 Betten/teilstationären Plätzen. Im angrenzenden Kreis Aachen gibt es zusätzlich kein weiteres Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie.

Die Kliniker verfügten zum Zeitpunkt der Interviews über kein Migrationskonzept bzw. über strategische Öffnungsschritte zur Interkulturalität (IKÖ). Kliniker sagen aus, dass es für Geflüchtete generell keine elektiven Aufnahmen gebe und diese häufig nach Diagnose auf Stationen verlegt werden (insbesondere geschlossene Stationen). Es gibt viele vermeidbare Notfallaufnahmen bzw. Fehlzweisungen. Teilweise verbrauchen Geflüchtete Klinikressourcen aufgrund anderweitiger Herausforderungen (z.B. Angst vor Abschiebung). Das heißt, das Clearing, welches in den Einrichtungen als Konsequenz der LGK etabliert werden sollte, funktioniert nicht. Es wird von den Fachkliniken bemängelt, dass es für die Geflüchteten nach Klinikaufenthalt keine gute Anbindung in den ambulanten Sektor und den nachsorgenden Sektor gebe. Auf der anderen Seite haben die Kliniken selbst keine systematischen Schnittstellen zu kommunalen Gesundheitsstrukturen, zur ambulanten Versorgung und auch nicht zu Strukturen oder Organisationen für Geflüchtete. Der Kontakt und das Engagement über die Sektorengrenze hinaus ist stets dem persönlichen Engagement geschuldet. Hinzu kommt, dass die Kliniken zum Zeitpunkt des Interviews keine Budgets für die Sprachmittlung eingerichtet haben. Die Kliniken arbeiten mit Dolmetscherlisten, wobei die Verfügbarkeit dienstbezogen ist. Darum sind Notfallaufnahmen von Geflüchteten mit Sprachbarrieren insbesondere schwierig zu handhaben, da die Diagnosestellung erschwert ist. Vorsorglich findet eine Behandlung auf der geschlossenen Station statt, welche ggf. dadurch ineffizient ist, weil sie nicht dem Bedarf entspricht. Kommunikationsbarrieren werden durch restriktive Stationsregeln erschwert.

Die psychiatrischen Institutsambulanzen arbeiten im Rahmen ihres PIA-Auftrages nach §118 SGB V. Es gibt keine speziellen Angebote für Geflüchtete in der PIA.

Fazit: Es mangelt den Kliniken nicht an Bettenkapazitäten zur Behandlung Geflüchteter. Es mangelt an interkultureller Öffnung. Es gibt kein nachhaltiges Konzept zur Beseitigung der Sprachbarrieren. Es kommt zu Fehleinweisungen aus dem ambulanten Sektor und ggf. auch zu Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen aufgrund sprachlicher Barrieren.

Die PIAs konnten nicht explizit befragt werden, daher ist hier kein Fazit möglich.

#### *Abschätzung notwendiger Strukturen für eine bedarfsgerechte Versorgung*

Es treffen im vollen Umfang die eingangs des Kapitels aufgezählten Lösungen zur bedarfsgerechten Versorgung Geflüchteter in der Städteregion Aachen zu. Die Herausforderung für den Städteverbund Aachen besteht nicht in der zusätzlich zu erwartenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen durch Geflüchtete, sondern in der Koordination der Schnittstellen zwischen den Sektoren und der Ertüchtigung der Leistungserbringer zur Interkulturellen Öffnung. Die Einbeziehung engagierter Laien ist wichtig und richtig; diese sollten jedoch entsprechend für ihren Einsatz mit Geflüchteten bzw. für ihre Funktion als Schnittstelle zu den gesundheitlichen Leistungserbringern geschult werden.

## **Stadtstaat Berlin**

### *Geografische, politische Einbettung und Kurzaussagen zur Asyl- und Flüchtlingshilfe*

Berlin ist ein Stadtstaat mit ca. 3,7 Mio. Einwohnern. Es ist die flächengrößte Gemeinde in Deutschland und hat zudem eine der größten Bevölkerungsdichten. Laut BIK-Klassifikation entspricht der Stadtstaat einem Ballungszentrum (Aschpurwis & Behrens GmbH, 2020). Das Land Berlin ist in 12 Bezirke gegliedert mit einer durchschnittlichen Einwohnerzahl von ca. 270.000 bis 411.000 Einwohner (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2020). Die bezirkliche Struktur ist ein Wesensmerkmal der Gesundheitsversorgung.

Gemäß Königsteiner Schlüssel wurden in den Jahre 2017 etwa 5,09%, 2018 etwa 5,14% und 2019 etwa 5,19% aller Asylsuchenden in Deutschland in Berlin aufgenommen. Alle Asylsuchenden werden in der Erstanlaufstelle für Asylsuchende in Reinickendorf durch das Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) registriert und erkennungsdienstlich behandelt. Danach werden sie auf Erstaufnahmeeinrichtungen (EAE) verteilt. Ende 2021 hatte Berlin 12 EAE in den Bezirken Charlottenburg-Wilmersdorf (1), Lichtenberg (2), Marzahn-Hellersdorf (2), Pankow (2), Spandau (1), Steglitz-Zehlendorf (1) und Treptow-Köpenick (3) (Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten, 2022). Die Verteilung erfolgt grob anhand der Bevölkerungsstruktur in den Bezirken (inklusive des Anteils an Menschen mit Migrationshintergrund) auf die einzelnen Bezirke. In der Zeit des Asylantragsverfahrens sind die Geflüchteten verpflichtet, in der EAE zu wohnen. Dies kann zwischen ca. sechs Monaten (Asylsuchende mit minderjährigen Kindern) bis zu 18 Monaten dauern. Danach endet die Wohnverpflichtung (unabhängig vom Status) und es können eigene Wohnungen bezogen werden bzw. die Geflüchteten ziehen in eine der derzeit 71 Gemeinschaftsunterkünfte (je nach Stadtteil zwischen zwei und zehn GU) um (Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten, 2022). Ebenfalls baut Berlin Modulare Unterkünfte für Flüchtlinge (MUF). Gegenwärtig werden über das gesamte Stadtgebiet 28 Standorte ausgebaut bzw. sind bezugsfertig; weitere 25 Standorte sollen dazukommen.

Das Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) ist die obere Landesbehörde Berlins mit den Aufgaben der Gewährung von Leistungen nach dem AsylbLG (inklusive sozialer und medizinischer Dienste) sowie der Betreuung der Landesunterkünfte. Sie ist der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales unterstellt und hat im Jahr 2016 das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LaGeSo) in den o.g. Aufgaben abgelöst. Die Senatsverwaltung setzt auf Landesebene das Berliner Integrationskonzept „Vielfalt fördern – Zusammenhalt stärken“, welches erstmals 2007 vom damaligen Senat beschlossen wurde, als Querschnittsaufgabe um. So gibt es für das Land Berlin zusätzlich einen Beauftragten des Senats für Integration und Migration und einen Landesbeirat für Integrations- und Migrationsfragen. Seit 2010 gibt es für das Land Berlin ein Integrationsgesetz namens „Partizipations- und Integrationsgesetz“ (kurz PartIntG), welches zur gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund verpflichtet. Mit diesem Gesetz wurden für jeden Bezirk Beauftragte für Integration und Migration eingesetzt und der Begriff IKÖ für das Land Berlin normiert. Im Jahr 2016 wurde der Masterplan Integration und Sicherheit beschlossen. Dieser auch für das Gesundheitswesen wichtige Strategieplan soll neben den o.g. Punkten zur Ankunft, Leistungsgewährung und Unterbringung, auch den Zugang zu Bildungsangeboten und Arbeitsmarkt sowie die sozialen Infrastrukturen, soziokulturellen Aktivitäten und Integrationsmaßnahmen in den Bezirken fördern (Masterplan Integration und Sicherheit 2016). Mit dem Masterplan wurde für Berlin die eGK eingeführt, die Psychiatrischen Institutsambulanzen dazu aufgerufen, die Clearingfunktion im Rahmen ihres jeweiligen bezirklichen Sicherstellungsauftrags wahrzunehmen und die Einführung von 24 Vollzeitstellen

für Fachkräfte zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung Geflüchteter beschlossen. Ende 2018 wurde das „Gesamtkonzept zur Integration und Partizipation Geflüchteter“ beschlossen. Dieses Strategiepapier löste den Masterplan ab. Mit Initiierung des Strategiepapiers wurde eine Koordinierungsstelle Flüchtlingsmanagement, eine Stabsstelle beim Senat für Integration, Arbeit und Soziales geschaffen, welche die Vernetzung und Kommunikation und die Weiterentwicklung von Strategien und Lösungen auf Landes- und Bezirksebene vorantreiben soll. Auch soll die Zusammenarbeit zwischen nichtstaatlichen Beratungsstellen, entsprechenden Migrationsbehörden und Migrant\*innenorganisationen verbessert werden. Mithin soll das Fortbildungsprogramm für Gesundheitslotsen für die Verbesserung des Zugangs von Geflüchteten in das psychosoziale Versorgungssystem weiterentwickelt werden. Es wurden zudem Mittel und Stellen zunächst für zwei Jahre bewilligt für die Alkohol- und Medikamentenberatung und eine halbe Stelle für den psychiatrischen Zuverdienst Geflüchteter. Für die Jahre 2018 und 2019 waren für die Umsetzung jeweils ca. 75 Mio. € vorgesehen (Berlin, 2018).

Das Land fördert in großem Umfang Partizipations- und Integrationsprogramme und Migrant\*innenorganisationen. Angesiedelt beim Beauftragten des Senats für Integration und Migration wird seit 2016 ein landesweites Willkommenszentrum betrieben, welches beratende und koordinierende Tätigkeiten für Geflüchtete anbietet und eng mit den bezirklichen Strukturen, den Wohlfahrtsverbänden und Migrant\*innenorganisationen zusammenarbeitet.

Auf bezirklicher Ebene gibt es in den Bezirksverwaltungen die o.g. Integrationsbeauftragten und zusätzliche Flüchtlingskoordinatoren. Einige Bezirke halten neben einer Gesamtkoordination für Geflüchtete noch eine zusätzliche Stelle für die Koordination gesundheitsrelevanter Fragen von Geflüchteten vor. Zudem gibt es in den Bezirken MBE und JMD sowie Migrationszentren und Fachstellen für Integration und Migration in Trägerschaft von Wohlfahrtsverbänden. Zusätzlich gibt es pro Bezirk diverse weitere Beratungsangebote für Geflüchtete von diversen Wohlfahrtsverbänden, ehrenamtlich-arbeitenden Vereinen, gemeinnützigen Gesellschaften mit beschränkter Haftung (gGmbH), Migrationsorganisationen und Vereinen aus den Herkunftsländern Geflüchteter.

#### *Epidemiologische Krankheitslast – Geflüchtete mit depressiver Symptomatik*

Die Erstverteilungen sind der Statistik des Landesamtes für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) zu entnehmen, welches Daten der EASY-Zugangstatistik nutzt [letzter Zugriff: Juli 2021]. Da Berlin als Bundesland bezeichnet wird, sind keine weiteren Anpassungen notwendig, sollen die Bezirke Berlins insgesamt betrachtet werden.

**Tabelle 14.** Antragsteller pro Jahr mit depressiver Symptomatik im Stadtstaat Berlin

Jahr	Zuweisungen	Prävalenz	MW	Untere 95%KI	Obere 95%KI
2017	8.285	38,8% (29,9%-48,1%)	<b>3.215</b>	2.477	3.985
2018	7.260		<b>2.817</b>	2.171	3.492
2019	6.316		<b>2.451</b>	1.888	3.038

Nicht alle, die einen latenten Bedarf aufweisen, nehmen oder können Hilfe in Anspruch nehmen. Legt man das Hilfesuchverhalten, hier die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zur Linderung der psychischen Symptomatik der deutschen Allgemeinbevölkerung zugrunde – Daten aus der DEGS-Studie – (Mack, 2014), dann nehmen

etwa ein Viertel (ca. 25%) derjenigen, bei denen eine psychische Symptomatik festgestellt wurde, auch psychiatrische oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch. Unabhängig davon, dass ein latenter Bedarf ggf. zu einer zukünftigen (Mehr-)Inanspruchnahme an Versorgungsleistungen führen kann bzw. zu überlagernder Inanspruchnahme, könnten jährlich im Stadtstaat Berlin durchschnittlich 804 (2017), 705 (2018) und 613 (2019) Geflüchtete im psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungssystem aufschlagen. Das sind je Bezirk zwischen 50 und 70 Asylersantragsteller pro Jahr.

**Tabelle 15:** Anzahl Asylantragsteller pro Jahr, die potentiell psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen der Städteregion Aachen in Anspruch nehmen

Jahr	Latenter Bedarf	Potentielle Inanspruchnahme
	MW (Unteres 95%KI - Oberes 95%KI)	MW (Unteres 95%KI - Oberes 95%KI)
2017	3.215 (2.477 – 3.985)	804 (620 – 997)
2018	2.817 (2.171 – 3.492)	705 (543 – 873)
2019	2.451 (1.888 – 3.038)	613 (472 – 760)

### *Beschreibung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung*

Das ausführliche Kategoriensystem für die Landeshauptstadt Berlin ist im Anhang dargestellt. Die bedarfsgerechte Versorgung Geflüchteter findet in Überlappung der auf landes- und kommunalen Ebene geschaffenen Gesundheitsversorgungsstrukturen, der Kennzahlen der KV Berlin bzgl. der Bedarfsplanung der Facharztgruppen und der Krankenhausplanung des Landes Berlin statt.

### Koordination und Schnittstellen

#### *Struktur der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung Geflüchteter*

Die politischen Entscheidungen zur psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung trifft der Senat für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung und wird von der diesbezüglichen Senatsverwaltung umgesetzt. Nicht unwesentlich ist, dass der Senat – der seit 2021 Senat für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung heißt – im Laufe der Zeit diversen Veränderungen der politischen Ressorts unterworfen war und 2016/2017 aus dem Senat für Gesundheit und Soziales hervorgegangen ist. Die sozialpolitischen Aspekte, die im Laufe der Zeit auch zwischen den Senaten verschoben wurden bzw. einer Umressortierung unterworfen waren, sind seit 2016/2017 dem Senat für Integration, Arbeit und Soziales zugeordnet. Diese Umressortierung hat durchaus Auswirkungen auf die gesundheitspolitischen Maßnahmen und Steuerungen, da beide Senate z.B. im Bereich der Versorgung Geflüchteter aus je unterschiedlicher Sichtweise agieren und auf sich überschneidende Strukturen zurückgreifen.

Der Senat für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung wird beraten vom Landesdrogenbeauftragten, dem Patientenbeauftragten und dem Landesbeauftragten für Psychiatrie. Zusätzlich beratend tätig ist aus Sicht der Psychiatrie der Psychiatriebeirat mit dessen Arbeitsgruppen und Unterarbeitsgruppen. Die Senatsverwaltung gliedert sich in vier Abteilungen. Die Abteilung I ist für die Gesundheit zuständig und gliedert sich in diverse Fachabteilungen wie beispielsweise der Abteilung „Psychiatrie, Sucht und Gesundheitsvorsorge“. Da zum Zeitpunkt der Interviews im Rahmen des MEHIRA-Projektes der LBP auch der Leiter der Fachabteilung „Psychiatrie, Sucht und Gesundheitsvorsorge“ war,

kann nicht klar zwischen den Aufgabenbereichen differenziert werden. Die Aufgabenbereiche werden nachfolgend dem LBP zugeordnet. Der Landesbeauftragte für Psychiatrie (LBP) ist zuständig für die überbezirkliche Planung und Steuerung der psychiatrischen Versorgung. Das reicht bis tief in die Bezirke hinein und schließt auch die Versorgung von Geflüchteten mit ein. So ist der LBP in Gespräch mit allen an der Versorgung Geflüchteter beteiligten Einrichtungen, mit Einrichtungen, welche die IKÖ der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung voranbringen wollen und mit der Senatsverwaltung bzgl. der Bewilligung bzw. Weiterfinanzierung/ Entfristung von Mitteln für die bedarfsgerechte Versorgung von Geflüchteten. Außerdem ist der LBP netzwerkend aktiv im Sinne der Etablierung des Runden Tisches IKÖ und der Führung einer Ressourcendatenbank. Somit findet die Arbeit des LBP auch vor dem Hintergrund der Umsetzung des Gesamtkonzepts zur Integration und Partizipation Geflüchteter und dessen Vorgänger, den Masterplan Integration und Sicherheit, statt. Der LBP tritt zudem für die Stärkung der Bezirke in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung von psychisch Kranken ein, wobei zentrale Strukturen nur dann als hilfreich empfunden werden, wenn sie die bezirklichen Strukturen unterstützen.

Die Senatsverwaltung finanziert im Rahmen der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung Geflüchteter aus Sondermitteln die 24 Vollzeitstellen für die Fachkräfte zur psychosozialen Versorgung Geflüchteter in den Bezirken. Zudem gab es zeitlich begrenzte Mittel für Dolmetscherleistungen (z.B. für 2019 wurden Mittel in Höhe von 100.000€ für Dolmetscherleistungen im Bereich der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung bewilligt).

Der Psychiatriebeirat oder auch bekannt als Landesbeirat für psychische Gesundheit berät den Senat hinsichtlich der bedarfsgerechten Versorgung von psychisch Kranken. Er besteht aus externen Experten wie Vertretern der Kliniken, Vertretern der niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten, Vertretern der SPDi und Kinder- und Jugend-psychiatrische Dienste der Bezirke, Vertretern des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, Vertretern der Psychiatriekoordinatoren der Bezirke, der Rentenversicherung, der Wohlfahrtsverbände und gemeinnützig tätigen Vereine im Bereich der Eingliederungshilfe, Vertretern psychiatrischer Pflegedienste, Vertretern von Betroffenenverbänden/ -organisationen wie Aktion psychisch Kranke und Vertretern der Hochschulen für Soziale Arbeit/Sozialwesen. Diese haben eine durchaus gewichtige Stimme in der Gestaltung der Versorgungslandschaft Berlins. Es gibt inhaltspezifische Arbeitsgruppen wie die AG2 – Migration und interkulturelle Öffnung. Hier sind z.B. Empfehlungen zum Umgang mit Dolmetschern, Initiierung des Runden Tisch IKÖ und Vorlagen für die Senatoren zur IKÖ im Bereich der gemeindepsychiatrischen Versorgung entstanden. Hier wurde auch intensiv der Fall der Zentralen Clearingstelle besprochen (siehe nächster Abschnitt).

Der Psychiatrieentwicklungsplan von Berlin aus dem Jahr 1996/97 hat die bezirklichen Strukturen explizit gestärkt. Die Bezirke sind die Orte der Gesundheits- und Daseinsfürsorge. In jedem der 12 Bezirke Berlins gibt es dem kommunalen Gesundheitsamt zugeordnete Psychiatriekoordinatoren, Suchthilfekoordinatoren und je Bezirk mindestens einen SPDi und einen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst. Außerdem gibt es Bezirksbeiräte für psychische Gesundheit bzw. kommunale Psychiatriebeiräte mit diversen Arbeitsgruppen auch AGs für Geflüchtete. Wichtig sind auch die Steuerungsgremien Psychiatrie (teilweise gibt es auch Steuerungsgremien Sucht) in den Bezirken. Sie sind Bestandteil der psychiatrischen Pflichtversorgung der Bezirke und bieten an, koordinieren, sowie setzen um, Hilfen für Menschen mit seelischen/psychischen Behinderungen nach SGB XII. Jedem Bezirk ist ein pflichtversorgendes, d.h. zur Aufnahme verpflichtetes, Krankenhaus zugeordnet. In einigen

Akronym: 01VSF16061  
Förderkennzeichen: MEHIRA

Bezirken gibt es zudem Gemeindepsychiatrische Verbände oder Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften oder beides, die sich insbesondere der sektoren- und sozialrechtsübergreifenden Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen kümmern (Steuerung und Koordination). Zusätzlich gibt es pro Himmelsrichtung einen Krisendienst in frei-gemeinnütziger Trägerschaft. Aufgrund der Vielfältigkeit der Ebenen und Angebote gibt es für einige Bezirke explizite Psychiatriewegweiser und einen übergeordneten Wegweiser „Psychiatrie in Berlin“ in diversen Sprachen.

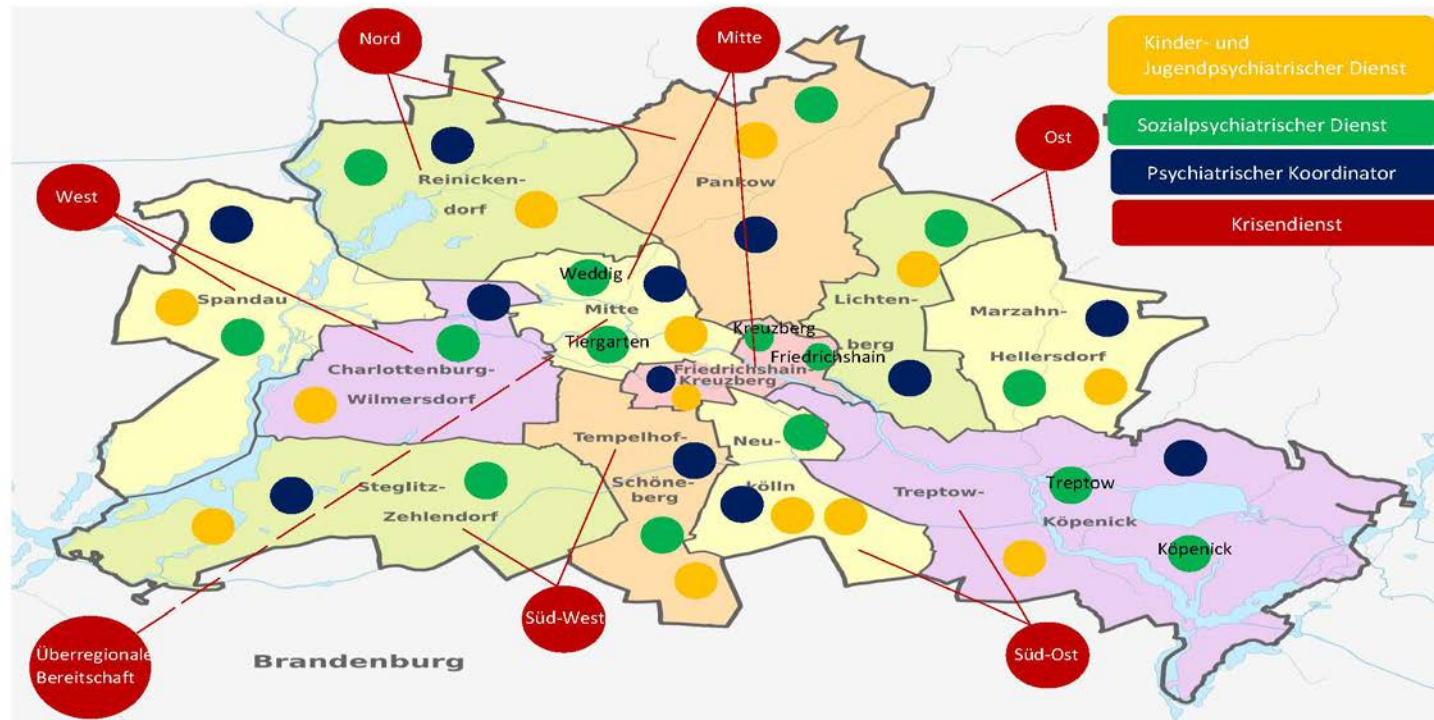


Abbildung 11. Das psychiatrische Hilfesystem Berlins auf kommunaler Ebene zur Vorsorge, Nachsorge und Koordination



Ein wichtiger Baustein des Masterplans Integration und Sicherheit für den besseren Zugang von Geflüchteten zur psychosozialen Versorgung war die Schaffung von 24 Vollzeitstellen für psychosoziale Fachkräfte in den bezirklichen Kontakt- und Beratungsstellen. Die Kontakt- und Beratungsstellen (KBS) in den Berliner Bezirken sind ihrerseits ein zentrales Element der psychosozialen Versorgung. Die KBS sind in Trägerschaft von gemeinnützigen Gesellschaften oder Vereinen, die sich mit der Vorsorge und Nachsorge von Menschen mit psychischen Erkrankungen verdient gemacht haben. Sie werden zuwendungsbasiert vom Land und den Bezirken finanziert. KBS bieten niederschweligen Zugang für psychisch Kranke und Angehörige mittels unterschiedlicher Angebote wie Beratungen, Tagesstrukturierung (Tagesstätten), Zuverdienste, Betreutes Wohnen (entgeltfinanzierte Eingliederungsmaßnahmen) und andere Formen der Betreuung. Klassischerweise beruht das Konzept auf einer Komm-Struktur. Es wurde jedoch erkannt, dass sich Geflüchtete mit dieser Zugangsform nicht erreichen lassen. Für diese Zielgruppe ist eine aufsuchende Beratung etabliert worden. Hier kommen die in den KBS angesiedelten Fachkräfte ins Spiel.

Die Fachkräfte haben zum einen die Aufgabe sich mit den in der Versorgung tätigen Dienstleistern und den Flüchtlingsstrukturen und -einrichtungen zu vernetzen. Zum anderen haben sie die Aufgabe mit den Geflüchteten in Kontakt zu treten und Erstberatungen durchzuführen. In der Form, wie das genau geschehen sollte, waren sie relativ frei bzw. wurden vom Träger dahingehend bestärkt. So ist eine Komm-Struktur im Sinne aufsuchender oder mobiler Angebote mit unterschiedlicher Vernetzungsstruktur entstanden. Diese haben insbesondere die außerklinischen Strukturen gestärkt. Zudem treiben die Fachkräfte die IKÖ des Gesundheitswesens in Berlin voran. So sind z.B. bei einigen Trägern der KBS Projekte des betreuten Einzelwohnens für Geflüchtete entstanden. Die Fachkräfte wurden nach einem bestimmten Verteilerschlüssel auf die 12 Bezirke verteilt, wobei die Anzahl der Asylsuchenden in den Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften herangezogen wurde. Grob gesagt, sind es zwei psychosoziale Fachkräfte pro Bezirk.

Den Fachkräften zur Seite gestellt werden können Gesundheitslotsen in der psychiatrischen Versorgung Geflüchteter. Eine diesbezügliche zertifizierte Weiterbildung von Geflüchteten, die nach Berlin gekommen sind, wird in Kooperation von KommRum e.V. und der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin angeboten. Durch das Ausbildungskonzept zum Gesundheitslotsen werden Geflüchtete mit entsprechenden beruflichen Erfahrungen und mind. einer Aufenthaltsgestattung und guten Deutschkenntnissen (B2/C1) dazu befähigt, anderen Geflüchteten Beratungen anzubieten und in das psychiatrische und psychosoziale Versorgungssystem zu vermitteln. Bisher konnten vier Ausbildungscurricula durchgeführt werden. Die anschließende Vermittlungsquote in Arbeit liegt laut Angaben des Geschäftsführers von KommRum e.V. bei 90%.

Abschließend wurden auch die Krisendienste Berlins mit Mitteln für Dolmetscher ausgestattet. Ebenso die Suchtberatungsstellen. Diese haben sogar zusätzlich 12 Fachkräfte für das o.g. Schnittstellenmanagement zwischen Flüchtlingshilfe und Versorgungssystem erhalten. Hervorzuheben ist das Projekt GUIDANCE. Dieses basiert auf einer Suchtberatungs-App mit Lotsenangebot, welches zuweisend für die fachliche Beratung und Behandlung ist. GUIDANCE ist angegliedert am Drogennotdienst, dem Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V. zusammen mit der DRK Berlin Schöneberg-Wilmersdorf e.V. Es finden auch Gruppenangebote mit zwei festangestellten Sprachmittlern statt.

Akronym: 01VSF16061  
 Förderkennzeichen: MEHIRA

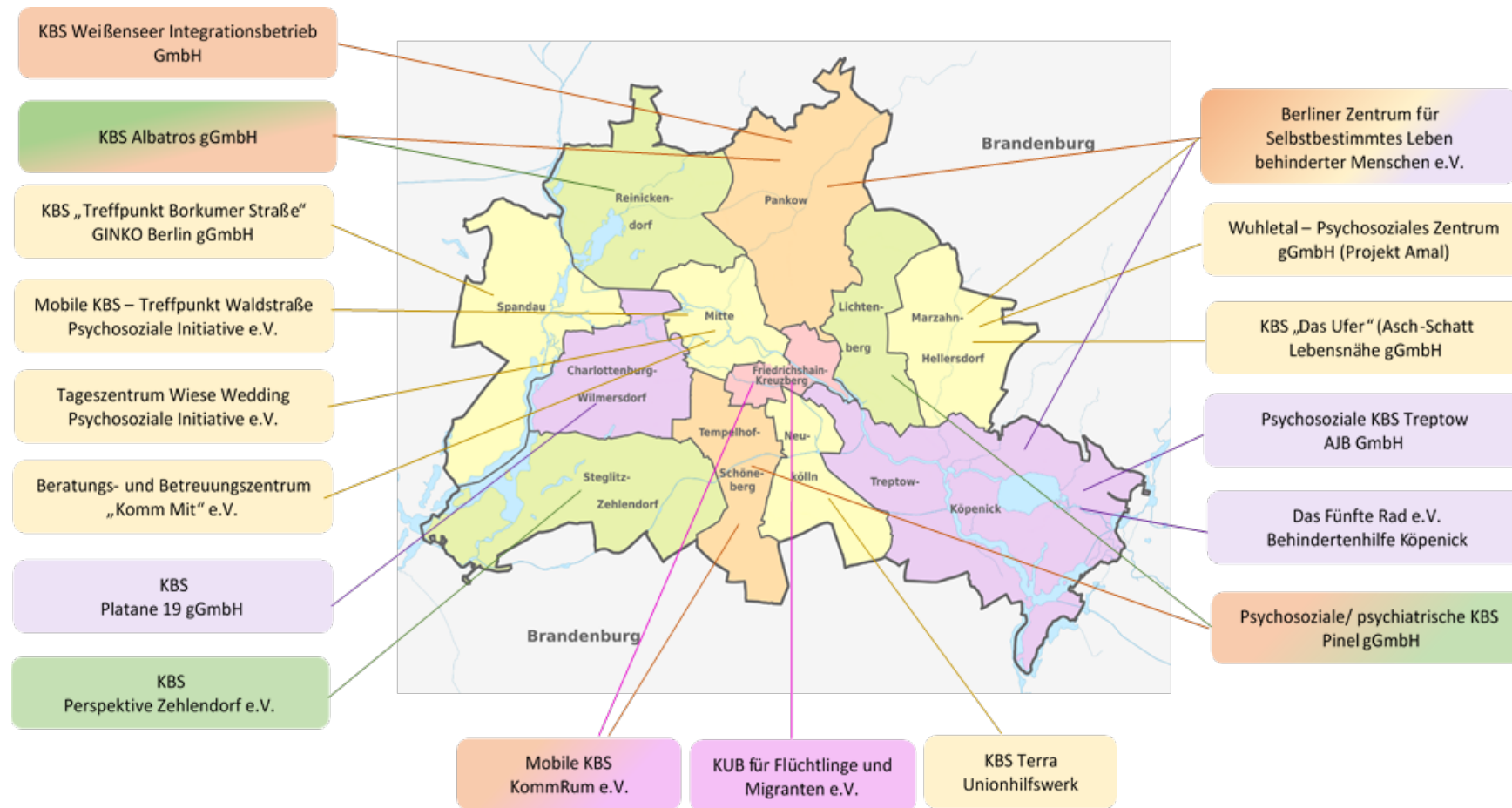


Abbildung 12. Die Verteilung der Kontakt- und Beratungsstellen (KBS) in Berlin und deren Träger

### *Koordination und Netzwerke innerhalb der Versorgung*

Unter der Senatsverwaltung Gesundheit und Soziales ist die zentrale psychiatrische Clearingstelle für das Land Berlin entstanden. Finanziell ausgestattet wurde diese Clearingstelle vom Landesamt für Gesundheit und Soziales (LaGeSo) – welches Ende 2016 durch das neu gegründete Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) in der Funktion für Flüchtlinge und Asylbewerber abgelöst wurde. Das LAF und LaGeSo als obere Landesbehörden unterstehen der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales und agieren an der Schnittstelle zur Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. Das zeigt sich auch an der Finanzierung von Bereichen, die eher dem Gesundheitswesen zuzuordnen wären. Z.B. finanziert die Senatsverwaltung seit 2016 die elektronische Gesundheitskarte, die es in Berlin anstelle der Behandlungsscheine ausgestellt vom LAF gibt. Dazu wurde ein Rahmenvertrag mit Krankenkassen geschlossen. Das LAF finanziert die Dolmetscherleistungen für Geflüchtete im Leistungsbereich des AsylbLG und war zuständig für die Finanzierung der Zentralen Clearingstelle (Personalausstattung und Dolmetscherleistungen). Die Zentrale Clearingstelle stellte ein niedrigschwelliges Angebot zur Abklärung vorhandener psychischer Symptome bei Geflüchteten dar. Bei Bedarf erfolgte eine anschließende Kurzintervention oder eine Anbindung der Geflüchteten zur längerfristigen Behandlung an die Regelversorgungsstrukturen. Es war ein zeitlich befristetes Angebot von 2016 bis 2020, weil die bezirklichen Strukturen 2015/2016 noch nicht in der Lage waren, dieses Clearing und die Vermittlung zu übernehmen bzw. zu koordinieren. Es wurde eine dem bezirklichen Gedanken Berlins widersprechende Parallelstruktur auf Landesebene geschaffen, die das Schnittstellenmanagement für Geflüchtete in die bezirkliche Regelversorgung übernehmen sollte und für die Behandler und Versorger auf Bezirksebene den Patientenstrom regulieren und anpassen sollte. Dieses Ziel ging nicht immer auf, weil

- 1.) die Clearingstelle nicht vernetzend tätig war und bezirkliche psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Strukturen nicht gut kannte,
- 2.) es dadurch nicht zu regelhaften Weiterleitung in die bezirklichen Strukturen kam,
- 3.) dadurch innerhalb der Clearingstelle ein selbstreferenzieller Bedarf generiert wurde (Angebotsinduzierte Nachfrage),
- 4.) der für den Geflüchteten selbst jedoch nicht bedarfsdeckend war.

Alle o.g. Leistungen (Finanzierung eGK, Clearingstelle und Dolmetscherleistungen) und die finanzielle Unterstützung der Psychosozialen Zentren Berlins sind zu einer Zeit vereinbart worden als die beiden jetzt getrennten Senate unter einem Dach gemeinsam geführt wurden. Nach der Trennung der Senate wurde versucht vonseiten der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales für die Geflüchteten zentrale Strukturen zu errichten bzw. beizubehalten und vonseiten der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung die dezentralen/ bezirklichen Strukturen.

TransVer – das Ressourcennetzwerk zur Interkulturellen Öffnung – leistet einen wichtigen Beitrag zur IKÖ. TransVer ist von der Charité Campus Mitte ins Leben gerufen worden und wird durch die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung gefördert. Die Institution ist 1.) in der psychosozialen Beratung, Vermittlung und Begleitung von Migranten tätig, 2.) führt Fortbildungen, Fallberatungen, Supervisionen und Netzwerkarbeit durch und 3.) pflegt eine Ressourcen-Datenbank. Gerade hinsichtlich des zweiten Aspektes sieht die Senatsverwaltung enormes Potential, TransVer zu einem Kompetenzzentrum für Interkulturelle Öffnung auszubauen, welches für das gesamte Gesundheitsversorgungssystem und Sozialwesen Berlins Beratungen (Organisationsberatung)

und Weiterbildungen (Kulturtraining für Anbieter) von Gesundheits-, Bildungs- und Sozialdienstleistern zur IKÖ anbietet.

### *Koordination und Netzwerke mit der Flüchtlingshilfe*

Nun ist aus dem vorangehenden Kapitel bekannt, dass die Zentrale Clearingstelle nicht verlängert werden sollte. Mit der Etablierung eines zentralen Ankunftsentrums für Asylsuchende in Berlin im Bezirk Reinickendorf könnte ein anderes psychiatrisches Clearingkonzept verfolgt werden. Dieses könnte durch das Berliner Netzwerk für besonders Schutzbedürftige Geflüchtete Menschen (BNS) durchgeführt werden. Im Land Berlin kooperieren die Sozialbehörden bereits seit 2008 mit dem BNS. Ziel des BNS ist es, besonders schutzbedürftige Geflüchtete möglichst frühzeitig an spezialisierte Fachberatungsstellen anzubinden, die diese Menschen beraten und die Behörden bei der Feststellung des individuellen Bedarfes unterstützen. Das BNS wird gesamt koordiniert vom Zentrum Überleben (siehe spezialisierte Versorgung) und es wurde ein dreistufiges Verfahren zur Ermittlung, Feststellung und Versorgung besonders schutzbedürftiger Geflüchteter in Berlin etabliert. Wobei das frühzeitige Erkennen von Bedarfen und Vermittlung in bedarfsgerechte Angebote eine Chronifizierung und schwerwiegende Krankheitsverläufe verhindern soll. Die Durchführung eines psychiatrischen Clearings im Auftrag der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales stellt das BNS vor die Herausforderung, einer hoheitlichen Aufgabe nachzukommen, die durchaus im Widerspruch zum eigenen Selbstverständnis der Arbeit steht. Im Sinne der wohnortnahen Behandlung könnten die Asylsuchenden und Geflüchteten dann in die Bezirke mit den bezirklichen Strukturen weitervermittelt werden, in denen sich auch die Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünfte befinden. Das pflichtversorgende psychiatrische Krankenhaus für die Versorgung des Bezirks Reinickendorf ist das Vivantes Humboldt-Klinikum, welches ein Zentrum für transkulturelle Psychiatrie in ihre PIA integriert (siehe klinische Versorgung) und ggf. in die Versorgung eingebunden wird.

Die Koordination innerhalb der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung gestaltet sich als schwierig. Wenn sich dazu noch die Strukturen der Flüchtlingshilfe gesellen, dann wird es schnell unübersichtlich. Einer der ursprünglichen Gedanken für die Etablierung des Ressourcennetzwerks TransVer waren die Erkenntnisse der internationalen Studie zur psychosozialen Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund und zur interkulturellen Öffnung des psychosozialen Gesundheitssystems (Studie: Seelische Gesundheit und Migration (SeGeMi)), dass sich innerhalb eines Bezirkes in Berlin die Anbieter untereinander nicht kannten. D.h. es galt feste und gut vernetzte lokale Strukturen aufzubauen. Das wurde in den Jahren 2015/2016 akut, sodass viele Anbieter versuchten, sich selbst einen Überblick über die Versorgungslandschaft zu verschaffen und entsprechende Netzwerkkarten zu etablieren. Für Berlin erscheint es sogar sinnvoll, dass diese Vernetzungen der gesundheitlichen Versorgungslandschaft mit der Flüchtlingshilfe (Netzwerkkarten, Ressourcennetze) auf Bezirksebene erfolgen als auf überregionaler bzw. überbezirklicher Ebene. Zumal überbezirkliche Vernetzungen aus Sicht der Geflüchteten und der Anbieter mit einer starken Distanzreibung verbunden sind bzw. die (empfundenen) Zuständigkeiten unklar sind bzw. unzureichend definiert sind.

In der Zeit nach 2015/2016 wurde auf bezirklicher Ebene das Gesundheitssystem eher als getrennt vom Flüchtlingshilfesystem betrachtet. So wurden Netzwerktreffen, etabliert durch klinische Versorger, i.d.R. von Anbietern klinischer, ambulanter, außerklinischer und komplementärmedizinischer Leistungen und Angeboten wahrgenommen. Die Entwicklung, dass zu Netzwerktreffen neben den gemeinnützig tätigen Flüchtlingsorganisationen und

Vereinen auch die kommunalen Flüchtlingskoordinatoren ihre Vernetzungsstrukturen anbieten, ist jüngeren Datums.

### *Dolmetscherwesen*

Für das Berliner Gesundheitswesen stehen verschiedene Dolmetscherdienste zur Verfügung. Insbesondere im klinischen Bereich genutzt wurde der Gemeindedolmetscherdienst (GDD), der ein Ableger der Sprach- und Integrationsmittlung (SprInt) ist. Der GDD war bis Ende 2019 die zentrale Anlaufstelle für Sprach- und Kulturmittlung im Öffentlichen Gesundheitsdienst, die freien Träger und Einrichtungen der Gesundheits-, Bildungs- und Sozialversorgung Berlins. Theoretisch waren alle Dolmetscher des GDD zertifiziert, d.h. wurden entsprechend für den Einsatz im Sozial- und Gesundheitswesen ausgebildet. Dennoch gab es eine große Varianz bzgl. der Qualität der Dolmetscherleistungen. Der GDD wurde meist über die Klinik abgerechnet und das Geld sollte über die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales bzw. das LAF rückerstattet werden. Insgesamt wird dieses System als wenig zufriedenstellend bewertet, weil es aufwendig, langwierig und nicht kostendeckend ist. Nicht kostendeckend, weil die Gegenfinanzierung Honorarbestimmungen unterliegt, die deutlich geringere monetäre Kompensation bieten und die Ausfallgebühren bei Nichterscheinen des Geflüchteten zu zahlen sind, aber nicht in Rechnung gestellt werden können. Aufwendig deshalb, weil der Verwaltungsaufwand für die Inanspruchnahme der Dolmetscherleistungen die eigentliche Beratungszeit überschreiten kann und dadurch zusätzlich ineffizient ist.

Ab 2020 soll SprInt (gemeinnützige eingetragene Genossenschaft) der Nachfolger vom GDD und für den Öffentlichen Gesundheitsdienst neuer Ansprechpartner werden, wenn es um Sprach- und Kulturmittlung in Berlin geht. Hauptform von SprInt ist der Video- und Teledolmetscherdienst. Die Kliniken, ambulanten, psychosozialen und komplementärmedizinischen Versorger sind nicht angekoppelt und müssen hoffen, dass das Budget des Senats für Sprachmittlung (100.000€ pro Jahr) entfristet wird; auch wenn es nicht kostendeckend und die Verteilung auf die Kliniken/PIAs unklar ist. Zusätzlich sind die SprInt-Leistungen für das Gesundheitssystem noch einmal deutlich teurer, was die Kliniken vermutlich nach alternativen Lösungen suchen lässt. Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass die Dolmetscherleistungen adäquat entlohnt werden. Gegenwärtige alternative Lösungen sind die Zusammenlegung von Terminen, die Nutzung von Handübersetzern und die Etablierung von Spezialambulanzen mit muttersprachlicher Behandlung (siehe Kapitel Klinische Versorgung). Im ambulanten und nicht-klinischen Bereich ist die Nutzung von Dolmetscherleistungen noch weitaus heterogener.

### *Koordination und Netzwerke mit Hilfestrukturen und -systemen aus den Herkunftsländern der nach Deutschland Geflüchteten*

Es gibt in Berlin zusätzliche Beratungsangebote für Geflüchtete mit psychischen Störungen beispielsweise in Moscheen, bei Geistheilern, Schirks und dergleichen. Es ist durchaus davon auszugehen, dass sich hier eine Parallelstruktur zur Versorgungslandschaft etabliert hat. Zwischen beiden Systemen bestehen in der Regel keine Schnittstellen. Dennoch gab es ein Projekt zur Psychiatrie-Beratung in Moscheen auf Initiative des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit (vpsg) namens Psychiatrisches Informations- und Beratungsprojekt (PIRA). Es wurde erkannt, dass religiöse Stätten und Gemeinschaften für Menschen mit seelischen Krisen wichtige Anlaufstellen sein können, insbesondere dann, wenn sie sich neu in einem Land orientieren. Zur Unterstützung, ggf. gezielten psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Behandlung, um Vorbehalte abzubauen und Zugangsschwellen zu verringern wurden Beratungen in Kirchenräumen und Moscheen durchgeführt.

Fazit: In Berlin wird viel gesteuert. Das liegt daran, dass in geballter Form die Landes- auf die kommunale (bezirkliche) Ebene trifft. Grundsätzlich herausfordernd ist nach der Trennung des Senats für Gesundheit und Soziales in den Senat für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung und den Senat für Integration, Arbeit und Soziales die damit verbundene Umressortierung. Die Themenkomplexe Soziales, Integration und Gesundheit haben große Schnittmengen und überlagern sich teilweise. Das hat Auswirkungen auf die Versorgung aller Bürgerinnen und Bürger, die sozialrechtsübergreifend Leistungen beziehen (so auch Geflüchtete), aber auch auf diejenigen, die für diesbezügliche Leistungserbringer. Zumal beide Senate auf unterschiedliche Strukturebenen setzen. Ist für den Senat für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung die bezirkliche Ebene handlungsrelevant, so ist es für den Senat für Integration, Arbeit und Soziales die Landesebene. Dadurch sind Parallelstrukturen in den Themenfeldern entstanden, die beide Senate jeweils für sich berechtigterweise in Anspruch nehmen. Diese grundlegend diametral entgegengesetzten Arbeitsweisen sorgen u.U. für eine Verantwortungskonfusion.

### Vertragsärztliche ambulante Versorgung

Laut des Berichts der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin für 2020 waren in der ambulanten vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung insgesamt 407 Nervenärzte (VZÄ von 320,5) und 2.766 Psychotherapeuten (VZÄ von 2.102,7) in Berlin tätig. Der Versorgungsgrad lag für die Psychotherapeuten für das Land Berlin bei 172,7 (ohne Ermächtigte). Das spricht insgesamt für eine Überversorgung. Die Versorgungsgrade für die einzelnen Bezirke sind jedoch sehr unterschiedlich und ungleich verteilt. So gibt es auch 2020 noch deutlich Überversorgte Bezirke wie sich am Beispiel der Psychotherapeuten ablesen lässt. Die Versorgungsgrade lagen für Charlottenburg-Wilmersdorf bei 362,2 und für Steglitz-Zehlendorf bei 259,2 wohingegen eine deutliche Unterversorgung im Bezirke Marzahn-Hellersdorf mit einem Versorgungsgrad von 83,4 zu verzeichnen war (Kassenärztliche Vereinigung Berlin, 2021).

Bei den Nervenärzten lag der durchschnittliche Versorgungsgrad bei 123,8 (Stand 2016). Auch für diese Bedarfsplanungsgruppe gab es eine Ungleichverteilung der Versorgungsgrade zwischen den Bezirken von 74,6 (Treptow-Köpenick) bis 211,5 (Charlottenburg-Wilmersdorf) (Kassenärztliche Vereinigung Berlin, 2016).

Zu diesem hochvariablen Bild gesellen sich die Aussagen der Kliniker und der zentralen Steuerung, dass der vertragsärztliche ambulante Sektor gefühlt kaum in die Versorgung Geflüchteter eingebunden ist. Niedergelassene Psychiater und insbesondere Psychotherapeuten sind schlecht ausgestattet, was kultursensible Angebote und Sprach- und Kulturmittlung betrifft. Es ist wenig bekannt über das tatsächliche Profil bzw. die Ausrichtung des Niedergelassenen in der Bedarfsplanungsgruppe der Psychotherapeuten (Umfang des Stellenkontingents für die vertragsärztliche Versorgung, inhaltliche Ausrichtung z.B. Psychoanalyse). Die Anforderungen bzgl. einer Psychotherapie mit Geflüchteten scheinen Niedergelassene eher abzuschrecken bzw. zu überfordern, insbesondere dann, wenn zusätzlich zur Psychotherapie begleitend eine psychiatrische Behandlung benötigt wird (Koordinationsleistung psychisch schwerkranker Geflüchtete mit unklarer Verantwortlichkeit). Eine Kostenerstattung für die Sprach- und Kulturmittlung ist durch das LAF nicht vorgesehen. Zusätzlich wurden Niedergelassene von den steuernden Organen auf Landes- und Bezirksebene bei der Bedarfsplanung übersehen und das anfängliche

Engagement ist dann umgeschlagen. Dadurch fühlen sich die Niedergelassenen eher nicht zuständig für die psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgung Geflüchteter, zumal sie selbst keinen Leerlauf in der Behandlung ihrer Patienten erleben.

Aus der o.g. gefühlt nicht-bedarfsgerechten ambulanten psychotherapeutischen Versorgung Geflüchteter heraus ist das Gesundheitszentrum für Geflüchtete (GZF) hervorgegangen. Zudem war es die Möglichkeit für XENION (siehe Kapitel spezialisierte Versorgung) sich an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung zu beteiligen. Das GZF ging aus der Psychiatrie-Initiative Berlin Brandenburg (PIBB – der Managementgesellschaft des vpsg) und XENION hervor. Sie haben für die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung eine bedarfsunabhängige Ermächtigung, eine Institutsermächtigung, durch die KV Berlin bzw. den Zulassungsausschuss erhalten. Bei dieser Art der Ermächtigung muss der Ordnungsgeber, hier die KV, nicht im Einzelfall prüfen, ob eine Versorgungslücke besteht, sondern kann allgemein feststellen, dass die Versorgung für einen bestimmten Personenkreis, hier Geflüchtete, nicht ausreichend durch eine vertragsärztliche Versorgung gesichert ist. Das GZF hat sich gut auf die Voraussetzungen zur erlaubten Leistungserbringung im Rahmen des AsylbLG eingestellt und können §4-Patienten akut behandeln und statusgewechselten §2-Patienten (durchaus demselben Patienten) eine Langzeitpsychotherapie anbieten. Die Abrechnung erfolgt ebenfalls gemäß diesen beiden unterschiedlichen Paragraphen jeweils für den Geflüchteten relativ einfach per eGK. Für das GZF bringen die Bedingungen des AsylbLG mehr Komplikationen mit sich, da die KV einmal gefordert ist, für die psychiatrischen Leistungen die Refinanzierung vom LAF zu erhalten (§4) oder als Pauschale direkt von den Krankenkassen (§2) wobei die psychotherapeutischen Leistungen extrabudgetär sind und damit nicht der Mengensteuerung/ Budgetierung unterliegen. Dolmetscherleistungen für das LAF werden quartalsweise abgerechnet.

Personell ist das GZF mit drei Psychiatern (Umfang einmal 20 Stunden und zweimal je zehn Stunden) und zwei Erwachsenen- und einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgestattet. 2019 wurden ca. 200 Patienten darunter viele Schwerkranke diagnostiziert und behandelt. Sie verstehen sich als ergänzendes Angebot zu den PIAs, die keine hochfrequente Psychotherapie anbieten können und liegen im Südwesten Berlins.

Fazit: Im ambulanten vertragsärztlichen Sektor gibt es kaum Versorgungsangebote zur nachhaltigen bzw. langfristigen Versorgung Geflüchteter. Gründe dafür sind der Mangel an IKÖ, die Erschwernisse der Teilnahme niedergelassener Psychiater und Psychotherapeuten an der Versorgung durch die Limitierungen des AsylbLG und die Erschwernisse bzgl. der Inanspruchnahme und Kostenübernahme von Dolmetscherleistungen. Die KV steuert punktuell dagegen und hat spezielle Zentren GZF und Zentrum Überleben (siehe Kapitel spezialisierte Versorgung) ermächtigt, vertragsärztliche bzw. –psychotherapeutische Leistungen für Geflüchtete anzubieten und abzurechnen.

### Spezialisierte Versorgung

Berlin besitzt auf Landesebene agierend zwei große Psychosoziale Zentren, die ihre Angebote speziell an traumatisierte Geflüchtete und Überlebende von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen richten: XENION und Zentrum Überleben gGmbH. Beide Zentren werden zwar vom LBP als Teil der Versorgungslandschaft anerkannt, jedoch von der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung nicht finanziell

unterstützt. Finanzielle Unterstützung hingegen erfahren beide Zentren von der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales.

XENION - Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte e.V. bietet psychotherapeutische Behandlungen für Geflüchtete erwachsene Personen und Familien und Kinder- und Jugendtherapien. Das Angebot richtet sich insbesondere an Geflüchtete mit besonderem Schutzbedarf in Folge traumatisierender Gewalt, die sich im laufenden Asylverfahren befinden und über geringe Deutschkenntnisse verfügen. Es stehen psychotherapeutische Leistungen zur Verfügung (Diagnostikgespräche, Kriseninterventionen, Stabilisierungen, Lang- und Kurzzeitpsychotherapien, familientherapeutische und gruppentherapeutische Angebote). Zusätzlich werden die Geflüchteten in Form von Sozialen Beratungen und im Asylverfahren begleitet und betreut und es werden klinisch-psychologische Gutachten und Stellungnahmen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren erstellt. Es wird aufsuchende psychosoziale Versorgung für den Bezirk Steglitz-Zehlendorf in Wohnunterkünften für Geflüchtete geleistet. Auch für Sprachmittler und Dolmetscher gibt es ein Angebot zur Weiterbildung insbesondere im Umgang Trauma, Traumafolgestörungen und Retraumatisierung. Dadurch baut sich XENION einen Pool an Sprachmittlern auf, der in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung eingesetzt werden kann. XENION ist Mitgesellschafter im Gesundheitszentrum für Geflüchtete zusammen mit der PIBB. Mit dem GZF teilen sie sich den Pool an eigens qualifizierten Sprachmittlern. XENION wird finanziert durch EU-, Bundes-, Landes- und Bezirksmittel sowie Spenden und Stiftungszuschüssen. Im Jahr 2015 konnten 716 Personen psychotherapeutisch und/oder psychosozial versorgt werden, davon 131 mit erlebter schwerer Folter. Genaue Fallzahlen für die Jahre 2016 bis 2020 waren nicht zu ermitteln.

Zentrum Überleben (ZÜ) ging 2016 aus dem ehemaligen Behandlungszentrum für Folteropfer e.V. hervor. ZÜ bietet ambulante und teilstationäre psychosoziale Hilfen für Berliner Geflüchtete mit Sprachmittlung. Zusätzlich gibt es a.) einen Wohnverbund für Migranten im Rahmen der Eingliederungshilfe und integrierter Psychotherapie, b.) psychologische und pädagogische Beratungsangebote (auch zur Arbeit und Berufsvorbereitung), c.) einen eigenen Forschungsbereich und d.) eine Berufsfachschule für Pflege und Soziales. Das ZÜ wird finanziert über EU-, Bundes- und Landesmittel sowie Spenden und Stiftungs- und Vereinsmittel. Außerdem finanziert es sich aus Entgelten ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen, da einige Ärzte und Therapeuten Einzelermächtigungen (bedarfsabhängige Ermächtigungen) vom Zulassungsausschuss erhalten haben.

Die Fachstelle für traumatisierte Geflüchtete und Überlebende schwerer Gewalt im BNS (ZÜ hat hier die Gesamtkoordination) ist personell mit 2 psychologischen Psychotherapeuten, einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und zwei Sozialarbeitern ausgestattet. Im Jahr 2020 konnten 96 Personen in 274 Beratungen psychologisch und sozial bedarfsentsprechend behandelt und in die Regelversorgung weitergeleitet werden.

Die Tagesklinik des ZÜ wird seit 2008 gemeinsam mit der Charité Campus Mitte betrieben und hat 15 Behandlungsplätze. Die Abrechnung erfolgt über die Charité. Die Behandlung findet transkulturell psychiatrisch und psychotherapeutisch primär im Gruppensetting statt. Die soziale Arbeit ist zwingender Bestandteil des Gesamtkonzepts. Ergänzt wird um Einzeltherapie. Die Tagesklinik ist für Patienten mit schweren Traumafolgestörungen und begleitenden psychischen oder somatischen Erkrankungen gedacht. Im Jahr 2016 wurden 47 Patienten mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 5,9 Monaten und im Jahr 2017 35 Patienten mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 7,7 Monaten behandelt. Im Jahr 2019 wurden 32 Patienten mit insgesamt 3.023 Behandlungstagen und im Jahr 2020 36 Patienten mit insgesamt 3.401 Behandlungstagen versorgt.



In der Ambulanz für Erwachsene werden medizinische, psychotherapeutische, psychiatrische und soziale Diagnostik und Behandlung mit Sprachmittlung durchgeführt. Waren es in den Jahren 2016 462 und 2017 531 Geflüchtete, die behandelt wurden. So konnten im Jahr 2019 384 und im Jahr 2020 287 Geflüchtete und Folterüberlebende in diesem Sinne ganzheitlich behandelt werden.

In der Ambulanz für Kinder und Jugendliche wird durch ein multiprofessionelles Team Psychotherapie und soziale Arbeit für umA und Kinder und Jugendliche in Familien im Alter von 4 bis 21 Jahren durchgeführt. Dafür stehen 28 Therapieplätze zur Verfügung. Im Jahr 2016 wurden 27 und im Jahr 2017 26 Patienten behandelt. Deutlich mehr werden gegenwärtig bedarfsgerecht behandelt: Jahr 2019 67 Patienten und 2020 52 Patienten.

Im Wohnverbund wurden in den Jahren 2015 bis 2020 jährlich zwischen 50 und 60 Frauen mit Sozialarbeitern, Pädagogen, Psychologen, Psychotherapeuten inklusive Sprachmittlung betreut.

Auch wenn ggf. die Fallzahlen in der Erwachsenenambulanz gegenwärtig geringer sind als 2016, so trifft dies nicht auf die Fallzahlen in den anderen Bereichen zu. Aus Berichten von Klinikern und Anbietern niedrigschwelliger psychosozialer Leistungen und Gesundheitskosten ist zu entnehmen, dass es für die spezialisierte Versorgung zu teils sehr langen Wartezeiten auf einen Platz kommt. Die Engpässe der Ressourcen der spezialisierten Versorgung sind mit häufigen Aufnahmestopps verbunden. So verbleiben die Erkrankten, wenn sie überhaupt bei einem Angebot psychosozial angebunden sind, sehr lange in diesen Angeboten, wobei der Euphemismus der langen Psychotherapie vorbereitenden Arbeit benutzt wird. Anders und viel häufiger tritt der Fall einer fehlenden Anbindung beispielsweise nach Klinikentlassung oder PIA-Behandlung auf. Hier kommt es zu Brüchen in der Nachsorge akuter Erkrankungen.

Fazit: XENION und ZÜ bieten besonders schutzbedürftigen Geflüchteten eine ganzheitliche Versorgung an. Die Verbindung aus Psychotherapie und Sozialbegleitung bindet mehr Ressourcen wodurch die Behandlungszeit verlängert und die Behandlungsfallzahl begrenzt wird. Dadurch entstehen für potentiell Therapiebeginnende entsprechend lange Wartelisten. Lösungen bzw. Bestrebungen durch das Land Berlin, die Ressourcen effizienter zu nutzen, könnten bedeuten, dass die psychosozialen Zentren ihre Schwerpunkte auf die Traumatherapie und Kurz- oder Langzeitpsychotherapie legen und den Zugang für Geflüchtete weiter öffnen. Die Sozialberatung und die flankierenden Angebote, die vorgehalten werden, könnten dann extern hinzugezogen werden. Das widerspricht jedoch dem Grundgedanken der Psychosozialen Zentren und kann auf der anderen Seite zu großen Herausforderungen mit dem Schnittstellenmanagement führen.

### Klinische Versorgung

Die klinische Versorgung folgt der bezirklichen Struktur. So gibt es für jeden Bezirk ein pflichtversorgendes Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie. Die Krankenhausplanung orientiert sich dabei an der Bettenmessziffer (Burton-Hill-Formel) unter Berücksichtigung der Bevölkerungs- und Fallzahlentwicklung, der durchschnittlichen landesweiten Verweildauer und der Auslastung (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, 2021). Die Bettenmessziffer wird vom Landespsychiatriebeirat abschließend qualitativ gewichtet (Versorgungsschwerpunkt und Versorgungsstruktur insbesondere zu Komplementärstrukturen im ambulanten Sektor). Im Jahr 2018 gab es landesweit 2.847 Betten bzw. Plätze im Fachbereich Psychiatrie und Psychotherapie. Die Anzahl an

Betten/Plätzen variierte von 192 (Treptow-Köpenick – Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin – KH Hedwigshöhe) bis 308 (Mitte – Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin – KH St. Hedwig und Charité Berlin Campus Mitte). Landesweit überstieg die Auslastung der vorgehaltenen Betten und Plätze im Fachbereich Psychiatrie und Psychotherapie im Jahr 2018 die Normauslastung von 90 Prozent und lag bei 103,5 Prozent.

Im Einzelnen sind die Pflichtversorgenden Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (mit Nennung der Bezirke): das Vivantes Klinikum Spandau (Bezirk Spandau), die Schlosspark-Klinik (Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf), die Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk (Bezirk Steglitz-Zehlendorf), das Vivantes Humboldt-Klinikum (Bezirk Reinickendorf), das Vivantes Auguste-Viktoria Klinikum (Bezirk Tempelhof-Schöneberg), das Alexianer St. Hedwig Klinikum – St. Hedwig und die Charité Berlin Campus Mitte (Bezirk Mitte), das St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee (Bezirk Pankow), das Vivantes Klinikum Am Urban (Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg), das Vivantes Klinikum Neukölln (Bezirk Neukölln), das Alexianer St. Hedwig Klinikum – Krankenhaus Hedwigshöhe (Bezirk Treptow-Köpenick), das evangelische Krankenhaus Königin Elisabeth (Bezirk Lichtenberg) und das Vivantes Klinikum Kaulsdorf (Bezirk Marzahn-Hellersdorf).

Es gibt sechs pflichtversorgende Kinder- und Jugendpsychiatrien und -psychotherapien, die meist mindestens zwei Bezirke versorgen: DRK-Kliniken Westend für die Bezirke Spandau und Charlottenburg-Wilmersdorf, das St. Joseph Krankenhaus Berlin-Tempelhof für die Bezirke Steglitz-Zehlendorf und Tempelhof-Schöneberg, das HELIOS Klinikum Berlin-Buch für die Bezirke Reinickendorf und Pankow, das evangelische Krankenhaus Königin Elisabeth für die Bezirke Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf, das Vivantes Klinikum im Friedrichshain für die Bezirke Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg, Neukölln und Treptow-Köpenick. Zusätzlich ist das Vivantes Klinikum Neukölln mit eingebunden.

In den Kliniken kommt es häufig aufgrund mangelnden Wissens der Überweisenden bzgl. bedarfsgerechter Angebote oder mangelnder schneller Verfügbarkeit dieser Angebote zu theoretisch vermeidbaren Einweisungen (Notaufnahmen). Die Kliniker wissen, dass die stationäre Behandlung von Geflüchteten, insbesondere denjenigen mit Sprachbarrieren, nicht nur eine Herausforderung für die Station, sondern auch für den Patienten ist. So kann es zu Retraumatisierungen, Überforderung und Verwirrung der Patienten bzgl. der Organisation und Abläufe auf den Stationen, Isolation durch Sprachbarriere, ineffiziente Behandlung bzw. Fehlbehandlung oder Fehldiagnosen aufgrund sprachlicher Limitationen kommen. Doch vielfach ist die Notfallaufnahme die einzig verbleibende Möglichkeit bei akuter Eigen- und Fremdgefährdung. Ein Präventionssystem ist für Geflüchtete nicht vorgesehen. Genauso wenig vorgesehen ist die Weiterleitung von Geflüchteten nach stationärem Aufenthalt ins nachsorgende System bzw. eine Anbindung in die psychotherapeutische Behandlung. Die Gefahr eines Drehtüreffektes ist hoch.

Die Psychiatrischen Institutsambulanzen der Kliniken leisten einen wichtigen Beitrag für die ambulante Versorgung Geflüchteter. Dabei haben die PIAs erst nach einer längeren Zeit der Konsolidierung den Auftrag angenommen, dass sie die bezirkliche Instanz für das Clearing, die Behandlung und Weitervermittlung von Geflüchteten sind. Dazu wurde eine PIA-AG gegründet mit dem Ziel, eine regionale Versorgung der Geflüchteten zu realisieren. Hier wurden anfangs Materialien in den unterschiedlichen Muttersprachen ausgetauscht, der Umgang mit Stellungnahmen und Bescheinigungen für Geflüchtete besprochen. Es gab jedoch auch klare Aussage gegen die zentrale Struktur der Clearingstelle, wobei die Ertüchtigung der bezirklichen Strukturen hervorgehoben wurde. Damit verbunden war und ist der vereinfachte

Zugriff auf Dolmetscherleistungen und dessen Finanzierung. Die Institutsambulanzen sehen sich durchaus als Orte, welche die bezirklichen Strukturen bzgl. psychosozialer Bedarfe Geflüchteter nicht nur gut kennen, sondern auch mit ihnen vernetzt sind.

In Berlin gibt es in den PIAs spezielle Angebote für Migranten und Flüchtlinge. Es gibt das Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie (ZIPP), welches in die PIA der Charité Campus Mitte integriert ist. Das ZIPP ist 2002 als erstes spezifisches Angebot mit dem Versorgungsauftrag für Migranten für Berlin/Brandenburg entstanden. Das Behandlungsteam ist multiprofessionell ausgestattet und besteht neben Psychiatern, Psychotherapeuten und Sozialarbeitern zusätzlich aus Ethnologen und Dolmetschern, wobei sowohl muttersprachliche Behandlungen als auch Behandlungen mit Sprach- und Kulturmittlung angeboten werden. Es werden schwerpunktmäßig (ethno-)psychoanalytische Ansätze verfolgt. Das ZIPP behandelt insbesondere die Fälle, die im Regelversorgungsangebot der PIA aufgrund ihrer Komplexität nicht gut aufgehoben sind. Zusätzlich betreibt das ZIPP einen Qualitätszirkel für diejenigen niedergelassenen Psychotherapeuten und Psychiater, die sich an der Versorgung Geflüchteter beteiligen (Supervision und Begleitung). An diesem Qualitätszirkel sind auch Behandelnde des Zentrums Überleben beteiligt. Generell gibt es ein informelles Netzwerk mit den Psychosozialen Zentren, in dem sich gegenseitig über aktuelle Behandlungsangebote für bestimmte Zielgruppen ausgetauscht wird und Patienten bei entsprechend freien Ressourcen vermittelt werden.

In Reinickendorf gibt es an der PIA des Vivantes Humboldt Klinikums das Zentrum für transkulturelle Psychiatrie (ZtP). Am ZtP soll gemäß den PIA-Richtlinien eine kultursensible und muttersprachliche Behandlung angeboten werden. Dazu gibt es ein interdisziplinäres Team bestehend aus Psychiatern, Psychotherapeuten und Sozialarbeitern. Es werden aufsuchende Behandlungen, Einzel- und bedarfsorientierte thematische Gruppentherapien durchgeführt. Das ZtP hat sich zudem lokal gut vernetzt.

Zudem gibt es speziell an der Charité Campus Benjamin Franklin Spezialambulanzen für bestimmte Sprachen: eine arabischsprachige Spezialambulanz (seit 2017) und eine Spezialambulanz für vietnamesische Migranten (seit 2012). In diesen Spezialambulanzen werden muttersprachliche Behandlungen im Rahmen der PIA-Richtlinien durchgeführt und im Falle der Inanspruchnahme psychosozialer Leistungen Vermittlungen angeboten.

Andere PIAs Berlin bieten spezielle Sprechstunden für Geflüchtete an, auch vor dem Hintergrund die Dolmetscherleistung besser koordinieren zu können.

Trotz der vielfältigen Angebote können die meisten PIAs nicht zeitnah allen zugewiesenen Patienten eine Behandlung anbieten. Zusätzlich gestaltet es sich für einige Geflüchtete mit einem psychiatrischen Behandlungsbedarf schwierig, in die PIA angebunden zu werden, weil sie die PIA-Kriterien nicht erfüllen (fehlende Diagnose, Erkrankung nicht lang oder schwer genug) oder die PIAs selbst eine gedeckelte Fallzahl haben. D.h. es können keine Pauschale geltend gemacht werden und eine Unterbringung im vertragsärztlichen ambulanten Setting ist aufgrund der mangelnden Ressourcen nicht möglich. PIAs sind ambulante Akutversorger, stehen in Notfällen bereit und behandeln i.d.R. eher schwerkranke Patienten. Die Regularien erlauben deshalb keine längerfristige Anbindung beispielsweise in Form von Langzeitpsychotherapien. Außerdem ist der Zugang zu Dolmetscherleistungen und deren Finanzierung, dort wo kein muttersprachliches Angebot durchgeführt werden kann, nicht zufriedenstellend geregelt.

Fazit: Die stationäre Versorgung Geflüchteter ist theoretisch gewährleistet, sollte jedoch nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. Hier gilt insbesondere der Standpunkt ambulant

vor stationär. Um ambulant an eine PIA angebunden zu werden, stehen in Berlin diverse trans- oder interkulturelle PIAs zur Verfügung, die in unterschiedlicher psychotherapeutischer Tradition stehen. Hier ist nicht unbedingt die Wartezeit auf einen Behandlungstermin von entscheidender Bedeutung, sondern das Leistungsangebot, welches reglementiert ist. Zusätzlich gibt es trotz einer gewissen Niederschwelligkeit die Hürde der Patientenpassung. Ob eine Zentrierung auf eine bestimmte Sprache langfristig zu einer bedarfsgerechten Versorgung Geflüchteter beiträgt, ist fraglich, da sich das Klientel mit der Zeit sicherlich verändern kann. Folgt man der Logik der bezirklichen Strukturen, dann ist ein solches Angebot nur überregional möglich, wenn auch mit Distanzreibung verbunden.

#### *Abschätzung notwendiger Strukturen für eine bedarfsgerechte Versorgung*

Es benötigt bessere Schnittstellen zwischen dem Senat für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung und dem Senat für Integration, Arbeit und Soziales bzw. deren Verwaltungen. So lassen sich ineffiziente Parallelstrukturen vermeiden und Ressourcen bedarfsgerechter verteilen. Bzgl. des Zugangs Geflüchteter zu Leistungen des ambulanten Sektors könnte eine zentrale Abfrage freier Plätze sowohl für die vertragsärztliche als auch – psychotherapeutische Versorgung durch die Terminservicestellen der KV erfolgen. Im ambulanten vertragsärztlichen Sektor wären die KV bzw. die Landeskammern gefordert an der Interkulturellen Öffnung beispielsweise durch Schulungen, verpflichtende Fortbildungen mitzuwirken. Die KV könnte zudem Anreize in Form von Anpassungen bestehender Gebührenordnungspositionen bzw. Einführung spezifischer Zuschläge im EBM-Katalog mit den Krankenkassen verhandeln. Das GZF könnte - mittelfristig geplant - in Berlin Himmelsrichtung-basiert (Norden, Osten, Westen) z.B. durch Zusammenschluss von Niedergelassenen repliziert werden. Langfristig ist eine Übernahme durch Niedergelassene anzustreben. Ebenso könnten Erweiterungen des PIA-Auftrags bzw. eine Überarbeitung der PIA-Kriterien für psychosozial Hilfesuchende geschaffen werden. Die psychosozialen Zentren sollten auch offiziell als Teil der Regelversorgung anerkannt bzw. ermächtigt werden. Schnittstellen zwischen den PIAs und den Psychosozialen Zentren als auch dem BNS sind zu etablieren.

## **Landkreis Marburg-Biedenkopf**

### *Geografische, politische Einbettung und Kurzaussagen zur Asyl- und Flüchtlingshilfe*

Der Landkreis Marburg-Biedenkopf hat ca. 247.000 Einwohner, wobei die Stadt Marburg mit etwa 76.000 Einwohnern die größte Stadt im Landkreis und gleichzeitig die Kreisstadt ist. Der Landkreis entspricht laut BIK-Klassifikation einem Mittelzentrumsgebiet (Aschpurwis & Behrens, 2020). Politisch ist der Landkreis dem Regierungsbezirk Gießen unterstellt.

Gemäß Königsteiner Schlüssel wurden in den Jahre 2017 etwa 7,36% und 2018 sowie 2019 jeweils etwa 7,44% aller Asylsuchenden in Deutschland in Hessen aufgenommen. Das Regierungspräsidium Gießen ist zuständig für die Erstaufnahme und Unterbringung von Flüchtlingen in den landesweiten Einrichtungen. Die Registrierung samt erkennungsdienstliche Behandlung wird zusammen mit dem BAMF durchgeführt. Geflüchtete gelangen somit zuerst in das Ankunftscenter Gießen und werden ab dem zweiten Tag in die derzeit aktiven Hessischen Erstaufnahmeeinrichtungen weitergeleitet. Diese HEAE befinden sich in Gießen, Neustadt, Rotenburg, Büdingen oder Kassel-Niederzwehren und waren Mitte 2018 mit insgesamt 2.220 Personen belegt (Stand: 2018). Die HEAE Neustadt liegt im Landkreis Marburg-Biedenkopf. In den Jahre 2015 und 2016 hatte die HEAE Gießen zudem eine Außenstelle in Marburg (ein Zeltcamp mit ca. 650 Personen). In den HEAE Neustadt wird die unabhängige (Asyl-)Verfahrensberatung vom Diakonischen Werk und in der HEAE Gießen vom Ev. Dekanat Gießen durchgeführt. Laut der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Hessen e.V. verfügt Hessen nicht über eine durch das Land geförderte Regelberatungsstruktur im Migrations- und Flüchtlingsbereich, welches die Lücken durch die vom Bund geförderten Migrationsberatungen schließt (Migrationsberatungsstellen für erwachsene Zuwanderer (kurz MBE) und Jugendmigrationsdienst (kurz JMD)). Darüber hinaus fehle es an unabhängiger Asylberatung (Liga-Arbeitskreis, 2018).

Das Land Hessen hat schon im Jahr 2000 für das Bundesland ein Integrationskonzept „Leitlinien der Integrationspolitik“ vorgelegt. Es gibt einen Staatssekretär für Integration und Antidiskriminierung. Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration hat das Landesprogramm „Wegweisende Integrationsansätze realisieren“ (kurz WIR) ins Leben gerufen. Ziel ist die Förderung kommunaler Koordinationsstellen mittels Projekten zur Willkommens- und Anerkennungskultur und die Förderung von Vielfalts- und Integrationsstrategien in den hessischen Städten und Gemeinden. So wird u.a. eine WIR-Koordination zur Weiterentwicklung der IKÖ kommunaler Regelangebote, ein WIR-Fallmanagement für Geflüchtete und Modellprojekte zur Verbesserung der Teilhabe Geflüchteter gefördert. Zuständig für die WIR-Maßnahmen, die Bearbeitung und Abwicklung der Antragstellungen ist das Regierungspräsidium Darmstadt. Im Jahr 2017 wurden knapp 9 Mio. € an Fördermitteln ausgegeben (SVR, 2017). Seit dem 02.10.2018 wird das Landesprogramm „MitSprache – Deutsch 4U“ gefördert. Es ist ein niedrigschwelliges Angebot für die Landkreise und kreisfreien Städte mit dem Ziel Geflüchtete bei der Alltagsorientierung durch Sprachkurse zu unterstützen.

Der Magistrat der Stadt Marburg wird von einer Lenkungsgruppe Integration, Migration, Ausländerbehörde beraten. Relevante Fachdienste der Kreisstadt sind der im Fachbereich 5 Kinder, Jugend und Familie angesiedelte Fachdienst „Soziale Dienste“ mit dem dazugehörigen Fachdienst „Soziale Dienste - umA“ und der im Fachbereich 7 „Zivilgesellschaft, Stadtentwicklung, Migration und Kultur zugeordnete Fachdienst „Migration und Flüchtlingshilfe“ (Team Asyl). Das Team Asyl ist zuständig für Leistungen nach dem AsylbLG, betreibt im Sinne von WIR die IKÖ, das Portal Mauerstraße – einen Integrations- und

Nachbarschaftsort und ist am Runden Tisch Integration beteiligt. Der „Soziale Dienste – umA“ kümmert sich bei unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten um die Umsetzung des SGB VIII. Zusätzlich agieren sie im Feld der Leistungen und Allokation von Familienhilfen und Frühen Hilfen bei geflüchteten Familien.

Es gibt weitere Flüchtlingsinitiativen in Marburg-Biedenkopf auf Basis der Träger der freien Wohlfahrtspflege oder ausschließlich ehrenamtlicher Basis. Hier seien stellvertretend die Asylbegleitung Mittelhessen und die Flüchtlingsberatung des Diakonischen Werks genannt.

### *Epidemiologische Krankheitslast – Geflüchtete mit depressiver Symptomatik*

Die Gesamtzahl der Geflüchteten für Marburg-Biedenkopf konnte nur anhand der Zahlen der Erstverteilungen von Asylbegehren bereinigt um Abschiebungen und freiwillige Ausreisen für die entsprechenden Kalenderjahre berechnet werden. Für das Bundesland Hessen ließen sich folgende Zahlen Geflüchteter ermitteln: 2017 (11.118 Geflüchtete), 2018 (10.530 Geflüchtete), 2019 (bis einschließlich Juli 2019: 5.348; danach Fortschreibung der Zahlen als Durchschnitt der Zahlen Geflüchteter bis zum Jahresende: 9.168 Geflüchtete) (Quelle: <https://fluechtlinge.hessen.de/flucht-asyl/zahlen-fakten>; Service eingestellt: August 2019). Um die Aufnahme Geflüchteter in den Landkreis Marburg-Biedenkopf zu erhalten wurde der landesweite Verteilungsschlüssel von Geflüchteten auf die einzelnen Gebietskörperschaften angewandt.

Am 31.09.2019 lebten 6.275.691 Menschen in Hessen davon waren 16,4 % nichtdeutsche Staatsbürger (1.026.965). Etwa 3,9 % der Einwohner Hessens lebten im Landkreis Marburg-Biedenkopf (246.766), die Quote an nichtdeutschen Staatsbürgern lag gegenüber dem Landesdurchschnitt etwas niedriger bei 11,9 % (29.416) (Quelle: Statistik Hessen, <https://statistik.hessen.de/zahlen-fakten/bevoelkerung-gebiet-haushalte-familien/bevoelkerung/tabellen>) [letzter Zugriff: Januar 2020]. Die Verteilung berechnete sich aus der Gesamtzahl Geflüchtete in Hessen multipliziert mit dem Verhältnis der Einwohner Marburg-Biedenkopfs zur Gesamtbevölkerung Hessens und addiert mit dem Ausgleich der Gebietskörperschaftsquote nichtdeutscher Bürger auf die quotierte Zahl Geflüchteter.

**Tabelle 16.** Zuweisungen Geflüchteter in Landkreis Marburg-Biedenkopf

Jahr	Bereinigte Antragsteller Hessen	EW-Quote	Gesamt	Quote nicht-deutscher Bürger	Gesamt	Zuweisung gesamt
2017	11.118	0,039	434	0,045	20	<b>454</b>
2018	10.530	0,039	411	0,045	19	<b>430</b>
2019	9.168	0,039	358	0,045	17	<b>375</b>

**Tabelle 17.** Antragsteller pro Jahr mit depressiver Symptomatik Marburg-Biedenkopf

Jahr	Zuweisungen	Prävalenz	MW	Untere 95%KI	Obere 95%KI
2017	454	38,8% (29,9% - 48,1%)	<b>176</b>	136	218
2018	430		<b>167</b>	129	207
2019	375		<b>146</b>	112	180

Nicht alle, die einen latenten Bedarf aufweisen, nehmen oder können Hilfe in Anspruch nehmen. Legt man das Hilfesuchverhalten, hier die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zur Linderung der psychischen Symptomatik der deutschen

Allgemeinbevölkerung zugrunde – Daten aus der DEGS-Studie – (Mack, 2014), dann nehmen etwa ein Viertel (ca. 25%) derjenigen, bei denen eine psychische Symptomatik festgestellt wurde, auch psychiatrische oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch. Unabhängig davon, dass ein latenter Bedarf ggf. zu einer zukünftigen (Mehr-)Inanspruchnahme an Versorgungsleistungen führen kann bzw. zu überlagernder Inanspruchnahme, könnten jährlich im Landkreis Marburg-Biedenkopf durchschnittlich zusätzlich 40 bis 50 Geflüchtete im psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungssystem aufschlagen.

Jahr	Latenter Bedarf	Potentielle Inanspruchnahme
	MW (Unteres 95%KI - Oberes 95%KI)	MW (Unteres 95%KI - Oberes 95%KI)
2017	176 (136 – 218)	44 (34 – 55)
2018	167 (129 – 207)	42 (33 – 52)
2019	146 (112 – 180)	37 (28 – 45)

### *Beschreibung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung*

#### Koordination und Schnittstellen

#### *Struktur der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung Geflüchteter*

Das Land Hessen verfügt über keinen aktuellen Landespsychiatrieplan. Auf Landesebene greifen das Hessische Ministerium für Soziales und Integration, die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, die Krankenkassen und der Landeswohlfahrtsverband (LWV) Hessen in die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung ein.

Auf Kreisebene Marburg-Biedenkopf ist der Fachbereich Gesundheitsamt für die Gesundheit der Bürger verantwortlich. Der Fachbereich gliedert sich in unterschiedliche Fachdienste. Für die psychische Gesundheit ist der Sozialpsychiatrische Dienst (SPDi) verantwortlich. Jedoch nur im Rahmen der Planung und Koordinierung von Hilfen und Versorgungsstrukturen in Zusammenarbeit mit den örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgern (Eingliederungshilfe) sowie den psychosozialen und psychiatrischen Einrichtungen. Die Leitung des SPDi hat für Geflüchtete im Landkreis eine Sozialpsychiatrische Flüchtlingshilfe (SoFhi) etabliert (siehe spezialisierte Versorgung). Die Universitätsstadt hat keinen eigenen Fachdienst Gesundheit mit vergleichbaren Aufgaben bis auf den Fachdienst „Gesunde Stadt“ welcher als Querschnittsaufgabe, die Verbesserung der Lebensqualität der Menschen in der Stadt Marburg hat und auf Themen der Gesundheitsförderung und Prävention setzt u.a. mit kultursensiblen Gesundheitsangeboten.

Die Träger der Versorgung psychisch Kranker des Landkreises haben in den frühen 2000er Jahren einen Kooperationsvertrag miteinander abgeschlossen zur koordinierten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Darunter beteiligt sind die Lebenshilfe, die Sozialpsychiatrie, die Behindertenzentren, die Träger von betreuten Wohneinrichtungen, der Trägerverein Psychosoziale Arbeitsgruppen und die psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen. Die psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen befinden sich jeweils in Marburg, in Biedenkopf und in Stadtallendorf. Sie gewährleisten für Menschen mit psychischen Störungen eine niedrigschwellige Beratung und leisten sozialpsychiatrische Unterstützung im Bereich Wohnen (z.B. ambulant betreutes Wohnen), Tagesstrukturierung in Tagesstätten und Zuverdienstmöglichkeiten im Rahmen der Eingliederungshilfe.

Es gab, gefördert vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration, im Jahr 2016/17 ein Pilotprojekt zur Unterstützung von Geflüchteten in der Hessischen

Erstaufnahmeeinrichtung „Michaelisdorf“ in Darmstadt namens „Step-by-Step“ (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, 2016). Dieses Projekt wurde durchgeführt von der Goethe Universität Frankfurt am Main und dem Sigmund-Freud-Institut. Projektziele waren Zugang zu traumatisierten Geflüchteten zu erreichen und psychische und psychosoziale Betreuung für traumatisierte Familien anzubieten. Übergeordnet sollte die Vernetzung der Akteure verbessert werden. Es wurde erkannt, dass die herkömmlichen Versorgungsstrukturen gegenwärtig nicht ausreichend sind und ergänzt werden müssen. Zudem wurde von der Universität Marburg bereits vor 2015 ein kleines Projekt namens „Da.Sein“ – Psychologische Erstbetreuung von Asylsuchenden durchgeführt, da erkannt wurde, dass sowohl die Landkreise Marburg-Biedenkopf und Gießen zu dieser Zeit über keine vergleichbaren Angebote verfügten. Aus dem Pilotprojekt „Step-by-Step“ ging die Etablierung von derzeit vier Psychosozialen Zentren durch das Regierungspräsidium Darmstadt hervor, um den Bedarf Geflüchteter (Zugang zu und Verteilung von Angeboten) zu decken. Eins davon befindet sich in Gießen (siehe spezialisierte Versorgung). Im Projekt „Da.Sein“ wurde u.a. ein psycho-edukatives Gruppenangebot namens „Gesundheits-Teegarten“ eingeführt, welches von der Idee her von der SoFhi übernommen wurde (siehe spezialisierte Versorgung). Bis auf das SoFhi und das Psychosoziale Zentrum Gießen konnten auf kommunaler Ebene keine weiteren Strukturen für die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung Geflüchteter identifiziert werden.

#### *Koordination und Netzwerke innerhalb der Versorgung*

Der SPD i des Landkreises hat eine Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) eingerichtet, die sich zweimal jährlich zusammensetzt. In dieser sind die ambulanten Versorger (Vereinigung PsyMa), die klinischen Versorger plus Ambulanzen und komplementär-medizinischen und psychosozialen Dienste vertreten. Zusätzlich wurde in den Jahren 2015/16 ein Runder Tisch psychisch kranke Flüchtlinge etabliert, der dann in die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) überführt und zu einem Arbeitskreis „Psychisch kranke Flüchtlinge“ gemacht wurde. Der Arbeitskreis trifft sich viermal im Jahr. Hierzu wurde sich auch mit Bildungsträgern und Arbeitsvermittlungsagenturen vernetzt. Ziel ist die Verbesserung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung von Geflüchteten, sie aber nicht als Sondergruppe, sondern als Teil der Gesamtversorgung zu verstehen.

Nachfolgend werden die medizinischen und therapeutischen Netzwerke kurz beschrieben, die für den Zugang Geflüchteter zur psychiatrischen und psychotherapeutische Versorgung relevant sein könnten, obgleich sie aufgrund der eigenen Spezifika (s.u.) nicht sehr passgenau sind:

- PsyMa – Psychotherapie in Marburg, ist ein freier Zusammenschluss von Psychotherapeuten in Marburg und Umgebung. In ihrem Internetauftritt können die Therapeuten beispielsweise auch nach angebotenen Sprachen ausgewählt werden.
- MediNetz Marburg und Gießen e.V. – MediNetze sind in vielen Städten und Gemeinden aktiv und bieten Vermittlungen ins Versorgungssystem von Menschen ohne Krankenversicherung. Meist werden die Termine begleitet und die Kosten des Dolmetschers getragen. Der Verein ist gemeinnützig und spendenbasiert.
- PriMa – Medizinische Hilfe für Asylsuchende in Marburg und Umgebung – ist ein Netz niedergelassener Mediziner, auch Psychiater und Psychotherapeuten, die für Geflüchtete, Dienstleistungen anbieten. Dazu sind im Vorfeld die Formalitäten für das Aufsuchen der Dienstleistung zu klären, sprich die Behandlungsscheine zu beantragen.



### *Koordination und Netzwerke mit der Flüchtlingshilfe*

Die wenigen Schnittstellen zwischen der Gesundheitsversorgung und der Flüchtlingshilfe gehen von der Flüchtlingshilfe aus (Team Asyl, Soziale Dienste – umA), weil sie den Bedarf psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung Geflüchteter erkannt haben. Insbesondere zur Hilfeplanung und Umsetzung der Jugendhilfemaßnahmen für umA sind die kommunalen Sozialen Dienste auf die Unterstützung durch die psychiatrischen und ggf. psychotherapeutischen Versorger angewiesen. Es geht um Fragen der Diagnosestellung und bedarfsgerechten Behandlung. Hier sehen die kommunalen sozialen Dienste für Geflüchtete die Gesundheitsversorger in der Pflicht. Insbesondere der zuständige soziale Dienst für umA weist im Rahmen der eigens entwickelten Entwicklungsprognose auf die Überlappung des sozialen und Gesundheitsbereichs hin. Letztlich werden häufig Geflüchtete hin und her geschoben, deren Behandlungsindikationen unterhalb der Schwelle der stationären Aufnahme liegen. Der Austausch zwischen beiden Systemen findet ausschließlich im Einzelfall statt. Es gibt keinen übergeordneten bzw. systematischen Austausch beispielsweise durch die Aufnahme der Flüchtlingshilfe in den Arbeitskreis „Psychisch kranke Flüchtlinge“.

So haben auf der anderen Seite beispielsweise das Jugendamt und die Sozialen Dienste für umA mit den Trägern von Wohngruppen verhandelt und ein eigenes umA-Netzwerk gegründet, welches die Abläufe standardisiert. Dieses wird von der Heimaufsicht geleitet.

Im kleineren Umfang insbesondere in Verbindung mit dem SGB VIII können betreute Wohneinrichtungen für umA zu einem gewissen Grad Abhilfe schaffen. So hat/hatte der St. Elisabeth Verein Marburg diverse Wohngruppen für umA, die durch einen eigenen Psychologisch Therapeutischen Dienst begleitet wurden. Dieser Dienst führte Beratungen, Supervision und Coaching für Betreuendes Personal durch und wurde auch zur Diagnostik und Therapie für Kinder und Jugendliche eingesetzt und mit entsprechenden Entgeltanteilen refinanziert. Diese Leistungen mussten bei umA im Vorfeld mit dem Kostenträger, dem Fachdienst „Soziale Dienste – umA, abgestimmt werden.

Zur Überwindung der Sprachbarrieren hat der Landkreis Marburg-Biedenkopf im Jahr 2010 einen Dolmetscherservice für das Sozial- und Gesundheitswesen (DolMa) eingerichtet. Es wird eine Sprachmittlung durch qualifizierte Laiendolmetscher versprochen. Die Schulung selbst dauert jedoch lediglich drei Tage und muss durch den Interessenten selbst finanziert werden. Durch eine fehlende Zertifizierung ist die Qualität der Sprachmittlung beim Einsatz im Gesundheitswesen hochvariabel. Der Ablauf der Bestellung und Abrechnung von Dolmetschern ist zwar vereinfacht worden, folgt jedoch der Logik des AsylbLG. Die Kosten trägt der Antragsteller. Es sind nicht alle Sprachen verfügbar und es kann zu teils erheblichen Wartezeiten kommen.

### *Koordination und Netzwerke mit Hilfestrukturen und -systemen aus den Herkunftsländern der nach Deutschland Geflüchteten*

Es gibt sporadische Kontakte des Gesundheitsamtes (SPDi) und des Fachdienstes Soziale Dienste umA zur Initiative afghanisches Hilfswerk. Ansonsten ist bei den Versorgern über das Hilfesystem aus den Herkunftsländern nichts bekannt. Es gibt keine systematischen Schnittstellen. Zudem scheint es in Marburg und Marburg-Biedenkopf keine größeren islamischen Gemeinden zu geben.

Fazit: Trotz einiger guter Ansätze innerhalb des Versorgungssystems an den Sektorengrenzen für den geflüchteten Patienten Übergänge zu schaffen bzw. die Versorgung zu koordinieren, wird dennoch zu wenig auf die sozialen Bedarfe geachtet. Ein systematischer Austausch mit

der Flüchtlingshilfe fehlt, Standards ebenso und eine Erfolgskontrolle von Maßnahmen findet ausschließlich in der Flüchtlingshilfe statt. Trotz der o.g. Projekterfahrungen bzgl. Zugangswege für Geflüchtete in die Versorgung bleibt es dabei, dass Flüchtlingseinrichtungen häufig überfordert sind von der Komplexität des Gesundheitswesens und Geflüchteten entweder inadäquate Wege in die Versorgung bahnen oder erst in Notfällen aktiv werden. Die EAE konnten sich bisher nicht im erforderlichen Ausmaß mit den Gesundheitsversorgungsstrukturen vernetzen. So kommt es dazu, dass Asylsuchende durchaus mehrere EAE durchlaufen und es dabei zu (Wieder-)Aufnahmen in unterschiedlichen Psychiatrien kommt. Geflüchtete haben kaum einen Überblick über das Gesundheitswesen und die Versorgungsangebote oder nutzen diese auf eine Weise um vordergründig andere - primär soziale - Bedarfe zu decken.

### Vertragsärztliche ambulante Versorgung

Die ambulante vertragsärztliche und psychotherapeutische Versorgung ist der Bedarfsplanung der KV Hessen entnommen für das Jahr 2019 (KV Hessen, 2019).

Im Landkreis Marburg-Biedenkopf gibt es 11,45 Nervenärzte (Planungszahl, die sich aufschlüsselt in 1,0 Nervenärzte, 3,75 Neurologen und 6,7 Psychiater). Das entspricht einem Versorgungsgrad von 105,9. Auf jeden Planungszahl-Nervenarzt entfallen innerhalb von 12 Monaten 943 Behandlungsfälle. Der Planungsbereich ist gesperrt.

Die Gesamtzahl an beplanten Psychotherapeuten liegt für den Landkreis bei 145,75 (davon 19,75 ärztliche PT, 107,0 psychologische PT und 15,0 KJ-PT). Der Versorgungsgrad liegt bei 331,3 (ohne Ermächtigte). Hier liegt rein rechnerisch eine deutliche Überversorgung vor. Der Planungsbereich ist gesperrt.

Obwohl rein rechnerisch die Versorgung der Bevölkerung gesichert ist, stehen diese Strukturen für Asylsuchende aufgrund des AsylbLG nur sehr eingeschränkt zur Verfügung. Insbesondere die Flüchtlingshilfe beklagt, dass die ambulante vertragsärztliche Versorgung kaum in die Versorgung Geflüchteter eingebunden ist. Als häufiger Grund wird seitens der Niedergelassenen die Befürchtung geäußert, dass die kulturellen Barrieren nicht zu überwinden seien, d.h. eine erfolgreiche Therapie nicht durchgeführt werden kann. Auch der zeitliche und personelle Mehraufwand in der Versorgung Geflüchteter wird als Grund angeführt, genauso wie der Umgang mit Dolmetschern (Organisation und Finanzierung).

### Spezialisierte Versorgung

Das Psychosoziale Zentrum sollte nicht verwechselt werden mit den PSZ anderer Bundesländer, die im BAfF organisiert sind. Die PSZ in Hessen gingen wie oben beschrieben aus dem Step-by-Step Pilotprojekt zur Betreuung traumatisierter Geflüchteter in der Erstaufnahmeeinrichtung „Michaelisdorf“ in Darmstadt hervor (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, 2016). Die Aufgabe der EAE sollte es sein, sich mit der klinischen Versorgung zu vernetzen. Da die EAE diese Aufgabe nicht bewältigen können, sollen die PSZ als Landesstrukturen hier helfen. Das PSZ Mittelhessen wird vom Trägerverein Psychosoziales Zentrum für geflüchtete Menschen in Mittelhessen e.V. geführt und über Landesmittel finanziert. Es besteht seit 2018. Dieses PSZ ist zuständig für die EAEs in Gießen und in Neustadt und die Gemeinschaftsunterkünfte beispielsweise in Marburg-Biedenkopf. Es bildet somit die Schnittstelle zwischen Flüchtlingshilfe und psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung. Das PSZ wird primär in EAE, Gemeinschaftsunterkünften oder dem kommunalen Wohnen aktiv (Übergangsmanagement) und vernetzt sich – aus Sicht der Sozialarbeit - auf

kommunaler Ebene mit den Sozialämtern, den Fachdiensten und den Jobcentern. Um Geflüchteten den Zugang zum Regelversorgungssystem zu ermöglichen, arbeitet das PSZ Mittelhessen mit den Kliniken und vertragsärztlichen Versorgern zusammen, nutzt jedoch die Netzwerke der sozialpsychiatrischen Verbände bzw. PSAG nicht. So werden auch Stellungnahmen an die Sozialämter zur Kostenübernahme von Psychotherapien geschrieben, die in einigen Fällen auch gewährt werden. Das PSZ ist mit vier vollen Stellen ausgestattet: einer Verwaltungsstelle, zwei Sozialpädagoginnen und einer psychologischen Psychotherapeutin. Die Psychotherapeutische und sozialpädagogische Arbeit ist voll ausgelastet und es muss mit Wartelisten gearbeitet werden. Als Grund wird angeführt, dass die Kliniken ihrem Versorgungsauftrag nicht in dem Umfang nachkommen können, weil sie Dolmetscherleistungen nicht bestellen können. Von der Arbeitsweise her wird ein gestufter Ansatz verfolgt: nach einem obligatorischen Clearing durch die Sozialarbeit folgt in der Teambesprechung die Definition der Bedarfe bzw. der Krankheitsschwere und anschließend die Behandlung mit Begleitung durch die Sozialarbeit respektive die Weiterleitung in die Regelversorgung. Es wird sowohl mit einer Komm- und Geh-Struktur (aufsuchend) gearbeitet. In einem Jahr wurden 300 bis 400 Gespräche mit Geflüchteten geführt. Die genaue Kopffzahl ist nicht bekannt. Zu einer Weiterleitung ins Regelversorgungssystem kommt es in einem Drittel bis die Hälfte der Fälle. Zudem wird übergeordnet versucht der "ganzheitlichen" Behandlung gerecht zu werden, d.h. auch nachsorgend aktiv zu sein.

Die Sozialpsychiatrische Flüchtlingshilfe (SoFhi) entstand 2015/16 und bietet psychiatrische Versorgung mit Sozialarbeit und Vermittlung (über ein etabliertes Netzwerk) ins Versorgungssystem und in den Bildungsbereich bzw. in Arbeit. Es soll eine niederschwellige und schnelle Hilfe stattfinden für diejenigen, die Leistungen nach AsylbLG beziehen. Ausgestattet ist SoFhi mit einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die jedoch zusätzlich den SPD i führt, d.h. ihr Stellenkontingent teilen muss, und einer Sozialpädagogin. Im Gesundheitsamt, in den Räumlichkeiten des SPD i, findet einmal pro Woche eine ausschließliche Beratung/Behandlung von Geflüchteten statt nach vorheriger Terminabsprache (Terminsprechstunde). Diese Beratung folgt einer klassischen Komm-Struktur. Die Sozialarbeit ist auch aufsuchend tätig. Gearbeitet wird nach dem gestuften Ansatz: zuerst erfolgt ein Clearing durch die Sozialarbeit und nach der Definition der Bedarfe bzw. der Krankheitsschwere erfolgt eine psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlung mit Begleitung durch die Sozialarbeit. Es erfolgen ausführliche Gesprächstermine, weil es zum einen koordinativ anspruchsvoll ist, Termine mit Dolmetschern durchzuführen und zum anderen die genaue Klärung der Symptomatik und der sozialen Herausforderungen Zeit in Anspruch nimmt. Psychotherapien können nur im geringen Umfang angeboten werden, weil die Stellenkontingente begrenzt sind. Zur Vermittlung in eine Richtlinienpsychotherapie werden die Netzwerke insbesondere zur Psychotherapieambulanz (siehe klinische Versorgung) genutzt. Wenn möglich wird ein sozialrechtsübergreifendes und damit ganzheitliches Versorgungsangebot vorgehalten inklusive Vereinbarung von Dolmetscherleistungen auch an den Schnittstellen des Übergangs zwischen "Migration und Flüchtlingshilfe" (FD, der Leistungen nach AsylbLG zahlt) und Kreisjobcenter (zuständig für Personen mit Aufenthaltsgenehmigung). Die Sozialpädagogin führt einen Gesundheits-Teegarten im o.g. Sinne durch, ein psycho-edukatives Gruppenangebot für Geflüchtete wo auch Kenntnisse zum Gesundheitssystem vermittelt werden. Die Sprachmittlung durch DolMa ist in das Konzept von SoFhi integriert.

Fazit: Die Grundidee, die im PSZ und SoFhi verfolgt wird, ist, dass die Behandlung Geflüchteter in einer Parallelwelt abseits der Patientenpfade der hiesigen Bevölkerung verhindert werden sollte. Jedoch fehlt es der klinischen und ambulanten Versorgung an Kultursensibilität und an Interkultureller Öffnung. Dadurch wird zumindest mittelfristig eine Parallelstruktur notwendig. Sie wird auch deshalb notwendig, weil die „etablierten Angebote“ in der Definition ihrer Leistungen nicht transparent sind. Diese Doppelstrukturen sind jedoch für das Gesundheitssystem nicht effizient. PSZ und SoFhi wissen, dass sie den gegenwärtigen Bedarf Geflüchteter nicht decken können und erleben häufig eine Überlastung, die zur schnellen Weitervermittlung veranlasst.

Das PSZ Mittelhessen hat zudem ein großes Einzugsgebiet und kann gerade in den Randbereichen die Versorgung nicht vollumfänglich sicherstellen (Faktor Zeit, Kenntnis, Personalmittel). Die Weiterleitung in die Regelversorgung ist geprägt von Barrieren - insbesondere sprachlicher Natur - sodass Geflüchtete länger beim PSZ verweilen und behandelt werden als ursprünglich geplant. Das AsylbLG verhindert für Geflüchtete mit Aufenthaltsgestattung eine bedarfsgerechte ambulante Psychotherapie.

### Klinische Versorgung

Laut Landeskrankenhausplan Hessen zählt der Landkreis Marburg-Biedenkopf zum Versorgungsgebiet Gießen-Marburg. Dieser umfasst den Wetteraukreis, die Landkreise Gießen und Marburg-Biedenkopf und den Lahn-Dill-Kreis mit insgesamt ca. 1 Mio. Einwohner (Stand: 2020). Im Versorgungsgebiet gibt es sieben Plankrankenhäuser für Psychiatrie/Psychotherapie und vier Außenstellen. Im Jahr 2019 waren insgesamt 873 Ist-Betten und 198 teilstationäre Plätze verzeichnet. Die durchschnittliche Betten-Auslastung lag bei 86,1% bei einer Fallzahl von 11.235 einer durchschnittlichen Verweildauer von 24,4 Tagen mit insgesamt 274.319 Behandlungstagen (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, 2020). Es befinden sich drei Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie in Marburg und in Gießen. Für die Erwachsenen hat das Vitos Klinikum Gießen-Marburg insgesamt 367 Betten (bei einer Bettenauslastung von 87% in 2019) und 65 teilstationäre Plätze (ohne Psychosomatik). Zusätzlich besitzt das Universitätsklinikum Gießen und Marburg je einen Standort in Gießen (mit 88 Betten und 12 teilstationären Plätzen, ohne Psychosomatik) und einen Standort in Marburg (mit 108 Plätzen und 6 teilstationären Plätzen, ohne Psychosomatik).

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: halten die o.g. Fachkliniken in Gießen-Marburg insgesamt 123 Betten und 38 teilstationäre Plätze vor: das Vitos Klinikum Gießen-Marburg in Marburg (63 Betten und 19 teilstationäre Plätze) und das Universitätsklinikum Gießen und Marburg Standort Marburg (60 Betten und 19 teilstationäre Plätze) (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, 2020).

Die Kliniken arbeiten nach eigenen Angaben mit Dolmetschern zusammen. Diese Wahrnehmung wird nicht von den spezialisierten Versorgungsangeboten geteilt. Das liegt daran, dass elektiv wahrscheinlich die Bestellung eines Dolmetschers mit gewissem Vorlauf möglich wäre, aber akut kaum leistbar oder nur zufällig möglich ist. So misslingt eine adäquate Versorgung aufgrund mangelnden Austausches. Die Vitos-Klinik besitzt ein Migrationskonzept, die Unikliniken jedoch nicht. In Gießen erfolgt zudem gelegentlich eine Zusammenarbeit mit dem Traumatherapiezentrum im Bereich der Nachsorge. Doch geplante Aufnahmen und regelhafte Weiterleitungen sind eher die Ausnahme für die Versorgung von Geflüchteten. Zumeist kommt es zu unfreiwilligen Aufnahmen oder fehlinduzierten Aufnahmen. Es wird beklagt, dass die Aufnahmen im Sinne der Patienten häufig zu spät

erfolgen und hätten verhindert werden können. Es fehlen zudem regelhaft die Möglichkeiten der Nachsorge nach stationärer Behandlung. Häufig werden stationäre Patienten ohne adäquate Behandlung wieder entlassen. Doch vielfach ist die Notfallaufnahme die einzig verbleibende Möglichkeit bei akuter Eigen- und Fremdgefährdung. Ein Präventionssystem ist für Geflüchtete nicht vorgesehen. Genauso wenig vorgesehen ist die Weiterleitung von Geflüchteten nach stationärem Aufenthalt ins nachsorgende System bzw. eine Anbindung in die psychotherapeutische Behandlung. Die Gefahr eines Drehtüreffektes ist hoch mit hohen Kosten für das Gesundheitswesen und einer möglichen Chronifizierung der psychischen Störung. Erschwerend kommt hinzu, dass durch eine fehlende soziale Unterstützung und Begleitung gerade im Asylverfahren oder den Alltagsherausforderungen in Deutschland und zusätzlich der latenten Angst vor Abschiebung, sich einige Geflüchtete in die stationäre Versorgung begeben. Hier lässt sich eine zweite Drehtür identifizieren, da Kliniker, welche die Kapazitäten freihalten und Ressourcen schonen wollen, versuchen diese Fälle möglichst schnell zu entlassen oder gar nicht erst aufzunehmen. Da im niederschweligen Bereich bedarfsgerechte Strukturen fehlen (psychosoziale Angebote), welche diese Fälle auffangen könnten, sind Wiedereinweisungen häufig mit Eskalationen verbunden bzw. finden i.d.R. nur in Verbindung mit Ordnungskräften statt (Polizei). Gerade für die Fälle fehlt es dem Personal auf den Stationen nach Einschätzung der Klinikleitung an notwendigen Schulungen im Umgang mit Geflüchteten.

Die PIAs arbeiten im Rahmen der PIA-Richtlinien. Es gibt keine Spezialambulanz für Geflüchtete. Dafür führen die PIAs Dringlichkeitslisten mit spezifischen Kriterien für Geflüchtete. Wenn es um bedarfsgerechte Richtlinien-Psychotherapien geht, dann werden die zur Marburger Universität gehörende Psychotherapieambulanz (PAM) – mit mehr als 20 Therapeuten - und die zum Institut für Kinder- und Jugendpsychotherapie der Universität Marburg gehörende Kinder und Jugend –Psychotherapieambulanz (KJ-PAM) und Kinder und Jugendlichen Institut für Therapieausbildung Marburg (KJI-PAM) hinzugezogen. Die Herausforderung besteht in sehr langen Wartelisten bei Einzeltherapien (teilweise sechs bis sieben Monate). Die langen Wartelisten haben dazu geführt, dass sich die PAMs zur Entlastung der Ambulanzen dem Problem aktiv entgegengestellt haben und in den betroffenen Einrichtungen vor Ort Angebote (wie Supervision) durchgeführt haben. Die PAMs sind gut vernetzt und arbeiten mit den Diensten der Flüchtlingshilfe und der SoFhi zusammen.

#### *Abschätzung notwendiger Strukturen für eine bedarfsgerechte Versorgung*

Für Marburg-Biedenkopf treffen die eingangs beschriebenen Lösungsmöglichkeiten vollumfänglich zu. Es ist nicht die Anzahl der Geflüchteten, die das Gesundheitssystem überlasten. Es sind die Strukturen und Schnittstellenherausforderungen im Gesundheitswesen, die inadäquat sind, um die psychische Gesundheit Geflüchteter zu erhalten oder wiederherzustellen. Es zeigt sich, dass aus Angst latent bestehende Bedarfe in aktives Hilfesuchverhalten zu überführen, vielfach Notsituationen geschaffen werden, mit dem das Versorgungssystem ebenfalls nicht gut zurechtkommt. Daher fehlt es an einem Angebot, welches früh mögliche Belastungen identifiziert und Geflüchtete durch das Gesundheitssystem dem Bedarf entsprechend navigiert. Hierzu könnte ein Ausbau der PSZ an mehreren Standorten erfolgen, sodass regional kleinere Gebiete abgedeckt werden. Die Personalmittel sind analog zum PSZ Mittelhessen zu stellen (eine Psychologische Psychotherapeutin, zwei Sozialpädagogen und eine Stelle Verwaltung). Diese PSZ und das SoFhi sollten insofern nur solange betrieben werden, bis der ambulante vertragsärztliche Sektor entsprechend aufgebaut ist. Im ambulanten vertragsärztlichen Sektor wären die KV

Akronym: 01VSF16061  
Förderkennzeichen: MEHIRA

bzw. die Landeskammern gefordert an der Interkulturellen Öffnung beispielsweise durch Schulungen, verpflichtende Fortbildungen mitzuwirken. Die KV könnte zudem Anreize in Form von Anpassungen bestehender Gebührenordnungspositionen bzw. Einführung spezifischer Zuschläge im EBM-Katalog mit den Krankenkassen verhandeln. Vonseiten der Leistungserbringer und Steuernden im Gesundheitssystem ist die Flüchtlingshilfe in den Arbeitskreisen systematisch mit einzubeziehen.

## **Kreisfreie Stadt und Landkreis München**

### *Geografische, politische Einbettung und Kurzaussagen zur Asyl- und Flüchtlingshilfe*

Die kreisfreie Stadt München hat etwa 1,5 Mio. Einwohner und der Landkreis München etwa 350.000 Einwohner. Laut BIK-Klassifikation entspricht München einem Ballungszentrum (Aschpurwis & Behrens GmbH, 2020), das sich aus dem Oberzentrum München und den umliegenden Mittelzentren ergibt. Als Planungsregion München werden die Oberzentren Freising und Erding und weitere Mittelzentren hinzugezählt. Die Planungsregion München hat ca. 3 Mio. Einwohner.

Gemäß Königsteiner Schlüssel wurden in den Jahre 2017 bis 2019 jährlich etwa 15,56% aller Asylsuchenden in Deutschland in Bayern aufgenommen. München liegt im Regierungsbezirk Oberbayern. Dieser ist zuständig für die Betreuung des Ankunftszentrums von Asylsuchenden in Bayern. Nach Registrierung der Asylsuchenden und einer Kurzunterkunft in der Aufnahmeeinrichtung für Asylbewerber Oberbayern (wenige Tage) erfolgt entweder eine Verteilung auf die anderen Regierungsbezirke Bayerns oder eine Weiterleitung in die ANKER-Einrichtung Manching/Ingolstadt bzw. acht Unterkunfts-Dependancen in den Gemeinden Garmisch-Partenkirchen, Fürstfeldbruck, Ingolstadt, München oder Waldkraiburg. Die Gesamtkapazität liegt bei etwa 5.000 Plätzen. In diesen Einrichtungen verbleiben die Asylsuchenden bis zum Ausgang des Asylverfahrens, welcher laut Asylbeschleunigungsgesetz mit Wohnverpflichtung zwischen zwei und sechs Monate dauert. Danach werden die Geflüchteten auf die Kommunen verteilt und können privat Wohnen oder müssen in Gemeinschaftsunterkünften leben. In München ergibt sich die Besonderheit, dass die Unterkünfte für Geflüchtete und Wohnungslose durch das Sozialreferat gemeinsam geplant werden. So gibt es Unterkünfte oder Beherbergungsbetriebe mit gemischtem Publikum. In München gibt es neben einem separaten Ankunftszentrum mit Kurzaufnahme, vier ANKER-Dependancen mit einer Platzgröße von 300 bis 423 Plätzen, ca. 15 Staatliche Gemeinschaftsunterkünfte (GU) mit bis zu 400 Plätzen, eine GU mit Übergangwohnheim mit 210 Plätzen, ca. 18 dezentrale kommunale Unterkünfte mit bis zu 300 Plätzen, ein Übergangwohnheim mit Kontingentflüchtlingen (200 Plätze) und drei Wohnprojekte für unbegleitete Geflüchtete mit bis zu 330 Plätzen (Sozialreferat, 2021). Für die ANKER-Dependancen und GU ist die Regierung von Oberbayern zuständig für die anderen Unterbringungsformen das Sozialreferat der Landeshauptstadt München. Durch die Statuswechsel der Geflüchteten bedingt, fallen viele Geflüchtete in den Leistungsbereich des SGB XII und in die Wohnungslosenhilfe. Ein weiteres Wohnen in Gemeinschaftsunterkünften wäre nicht möglich und der Geflüchtete zum Auszug verpflichtet (laut AsylbLG). München bietet für diese Herausforderung die Lösungen von Flexi-Wohnheimen und das Projekt "Wohnen für Alle". Bei Flexi-Wohnheimen kann per Dekret kurzfristig der Status einer Beherbergungsstätte oder eines Wohnheimes geändert werden. Das Projekt Wohnen für Alle (kurz WAL) ist ein beschleunigtes Wohnbauprogramm mit dem Ziel schnell, bedarfsgerechten und dauerhaften Wohnraum für anerkannte Flüchtlinge und andere Wohnungslose in München zu schaffen (Referat für Stadtplanung und Bauordnung, 2017). Die Wohneinheiten werden sozialpädagogisch und mit Kulturmittlern begleitet und mit dem Jobcenter vernetzt. WAL ging aus einer Initiative des Sozialreferats (Fachdienst Wohnen und Migration) mit dem Referat Gesundheit und Umwelt (RGU) der Landeshauptstadt München hervor. Die soziale Begleitung in den Einrichtungen wird vom Sozialdienst für Flüchtlinge und Asylsuchende der Inneren Mission München e.V. übernommen. Das Land Bayern fördert die Asylsozialberatung von Geflüchteten in den Aufnahmeeinrichtungen.

In Bayern gibt es einen Integrationsbeauftragten der Bayerischen Landesregierung, welcher ressortübergreifend alle politischen Maßnahmen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Integration prüft, die Akteure der Integrationspolitik vernetzt und Konzepte zur Integrationspolitik in Bayern erstellt. Zudem wurde in Bayern 2012 eine Richtlinie zur Förderung der Integration von Menschen mit Migrationshintergrund erlassen, die mittlerweile überarbeitet wurde und gegenwärtig den Kurztitel Beratungs- und Integrationsrichtlinie (BIR) trägt (BayMBI Nr. 568, 2020). Der Fokus auf anerkannte Flüchtlinge und diejenigen mit guter Bleibeperspektive wird in der BIR noch einmal verstärkt. Gegenstand ist die Verbesserung der Teilhabe Geflüchteter wobei insbesondere die Inhalte und Finanzierungen der Flüchtlings- und Integrationsberatung, der Betreuungskonzepte und der besonderen Maßnahmen geregelt sind. Zudem wird hier der Leistungsbereich und –umfang der Integrationslotsen beschrieben.

In der Landeshauptstadt München wurden im Jahr 2020 folgende Leistungen aus dem BIR bzgl. der Beratung und Betreuung finanziert: AWO 5,28 Stellen, Diakonie 7,29 Stellen, Paritätischer 3,88 Stellen und Caritas 17,31 Stellen (BayMBI Nr. 568, 2020). Zusätzlich gibt es einen Sozialdienst für Flüchtlinge und Asylsuchende (unabhängig vom Status) durch die Innere Mission München e.V. Die aus Bundesmitteln geförderte Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderer (MBE) übernimmt das Bayerische Rote Kreuz.

In München sind alle Leistungen bzgl. Unterkunft, Versorgung und AsylbLG im Sozialreferat in unterschiedlichen Fachbereichen gebündelt. Hier war auch zum Zeitpunkt der Erhebungen im MEHIRA-Projekt der Fachdienst für Wohnen und Migration angesiedelt, welcher sich um die weiter oben beschriebenen Wohnbauprogramme und Flexi-Wohnheimlösungen bemühte. Ebenfalls im Sozialreferat ist an der Stelle für Interkulturelle Arbeit der Münchner Gesamtplan zur Integration von Flüchtlingen entwickelt worden. Dieser hat die Integration aller Geflüchteter unabhängig vom Aufenthaltsstatus und der Bleibeperspektive im Blick und soll sich – die Rechtsprechungen der Landesregierung beachtend - an den Bedarfen und Bedürfnissen Geflüchteter orientieren. Es werden fünf Handlungsfelder definiert: das Handlungsfeld Unterbringung und Versorgung sowie soziale Teilhabe, das Handlungsfeld Bildung und Erziehung, das Handlungsfeld Beratung, Bildung, Ausbildung mit Deutschspracherwerb, das Handlungsfeld Qualifizierung und Arbeitsmarkt und das Handlungsfeld. Zusätzlich gibt es für junge Geflüchtete und umA das Young Refugee Center (YRC) in Trägerschaft der Landeshauptstadt München (Sozialreferat und Stadtjugendamt), welche Beratung und Betreuung anbieten. Bedingt durch die große Schnittmenge zwischen Geflüchteten und Wohnungslosen bzgl. der prekären Wohnsituation kommt in München der Bahnhofsmision eine große Bedeutung zu.

Insbesondere die Wohlfahrtsverbände Caritas und Diakonie sind in der Asyl- und Sozialarbeit Geflüchteter stark vertreten (z.B. Psychologischer Dienst für Ausländer der Caritas und die Innere Mission München e.V. mit einer eigenen Abteilung Hilfen für Flüchtlinge, Migration und Integration und diversen Unterabteilungen und Projekten wie das Lotsenprojekt Pontis). Zudem gibt es viele weitere Angebote und ehrenamtliche Helferkreise von denen zwei – teilweise interagierende – genannt werden sollen: das Café 104 und Ärzte der Welt (open.med). Das Café 104 wurde vom Bayerischen Flüchtlingsrat gegründet und richtet seine Angebote an Migranten ohne Aufenthaltsstatus. Es werden aufenthaltsrechtliche und psychosoziale Beratung angeboten. Open.Med beschäftigt ehrenamtlich Mediziner und Psychiater und kümmert sich insbesondere um die medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung in München. Sie bieten kostenfreie medizinische und psychosoziale Beratung an, die Großteils zusammen mit dem Café 104 stattfinden.



Im Landkreis München ist das Referat Ausländerrecht und Integration für die Versorgung und Unterbringung von Geflüchteten nach dem AsylG zuständig. Hier ist auch der Integrationsbeauftragte des Landkreises angesiedelt. Das Referat gliedert sich in drei Fachbereiche. Der Fachbereich Unterbringung von Flüchtlingen besteht aus den Teilbereichen Nord und Süd. Zusätzlich gibt es das Sachgebiet Integrationskoordination für Personen mit Migrations- und Fluchterfahrung. Hier wird auch die externe Asylsozialberatung vermittelt. Die Leistungen nach dem AsylbLG werden vom Fachbereich Wohnen, Schulwegkosten, Asylleistungen des Referats für Soziales gewährt. Das Landratsamt München hat ein Integrationskonzept entwickelt und einen „Integrationsfahrplan für Flüchtlinge im Landkreis München“ zur kurzfristigen Umsetzung wichtiger Integrationspolitischer Aufgaben im Jahr 2018 (Landratsamt München, 2017). Das Integrationskonzept enthält die Handlungsfelder „gesellschaftliche Teilhabe“, „Öffentlichkeitsarbeit und Bürgerschaftliches Engagement“, „Interkulturelle Öffnung“, „Bildung“, „Sprache“ und „Arbeitsmarkt“ (Landratsamt München, 2020). Die Wohlfahrtsverbände und die Kommune haben Bayern 84,23 Stellen für Beratungs- und Betreuungsleistungen von anerkannten Flüchtlingen und Asylsuchenden mit guter Bleibeperspektive nach dem BIR im Jahr 2020 in Rechnung gestellt. Davon entfielen 0,11 Stellen auf das Bayerische Rote Kreuz, 11 Stellen auf die Diakonie, 6,45 Stellen auf den Paritätischen 12,02 Stellen auf die Caritas und 54,65 Stellen auf den Landkreis München (BayMBI Nr. 568, 2020).

#### *Epidemiologische Krankheitslast – Geflüchtete mit depressiver Symptomatik*

Der Zuweisungsschlüssel für Geflüchtete in den Landkreis München und die kreisfreie Landeshauptstadt München basiert auf der Verordnung zur Durchführung des Asylgesetzes, des Asylbewerberleistungsgesetzes, des Aufnahmegesetzes und des § 12a des Aufenthaltsgesetzes (Asyldurchführungsverordnung – DVAsyl) vom 16.08.2016; in der Fassung vom 01.10.2019. Im §3 der Verordnung zur Quotierung ist festgelegt, dass der Regierungsbezirk Oberbayern 35,6% der zentral registrierten Geflüchteten (d.h. Ausländer, die leistungsberechtigt nach §1 AsylbLG sind oder der Verpflichtung nach §12a des AufenthG unterliegen) aufnimmt. Von dieser Quote kann um bis zu 10% abgewichen werden. Innerhalb des Regierungsbezirkes Oberbayern erfolgt die Verteilung der Geflüchteten auf die kreisfreie Landeshauptstadt München mit 31,6% und den Landkreis München mit 7,4%. Grundlage für die nachfolgenden Berechnungen zur den Zugängen Geflüchteter in den Kalenderjahren 2017, 2018 und 2019 sind die Zahlen des BAMF zu den Asylerstanträgen aufgeschlüsselt nach Bundesländern. Da davon auszugehen ist, dass der Regierungsbezirk Oberbayern und insbesondere die Landeshauptstadt als attraktiver Wohnsitz für die Geflüchteten erachtet wird, werden die 5% Abweichung aufgeschlagen.

**Tabelle 18.** Zuweisungen Geflüchteter in München Stadt und Land

Jahr	Antragsteller Bayern	Quote Oberbayern	Gesamt Oberbayern	Quote München (Land und Stadt)	Zuweisung gesamt
2017	24.243	0,41	9.940	0,39	<b>3.876</b>
2018	21.911	0,41	8.984	0,39	<b>3.504</b>
2019	18.368	0,41	7.531	0,39	<b>2.937</b>

**Tabelle 19.** Antragsteller pro Jahr mit depressiver Symptomatik in München Stadt und Land

Jahr	Zuweisungen	Prävalenz	MW	Untere 95%KI	Obere 95%KI
2017	3.876	38,8% (29,9%- 48,1%)	<b>1.504</b>	1.159	1.864
2018	3.504		<b>1.360</b>	1.048	1.685
2019	2.937		<b>1.140</b>	878	1.413

Nicht alle, die einen latenten Bedarf aufweisen, nehmen oder können Hilfe in Anspruch nehmen. Legt man das Hilfesuchverhalten, hier die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zur Linderung der psychischen Symptomatik der deutschen Allgemeinbevölkerung zugrunde – Daten aus der DEGS-Studie – (Mack, 2014), dann nehmen etwa ein Viertel (ca. 25%) derjenigen, bei denen eine psychische Symptomatik festgestellt wurde, auch psychiatrische oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch. Unabhängig davon, dass ein latenter Bedarf ggf. zu einer zukünftigen (Mehr-)Inanspruchnahme an Versorgungsleistungen führen kann bzw. zu überlagernder Inanspruchnahme, könnten jährlich in der Landeshauptstadt München und im Landkreis München durchschnittlich insgesamt 300 bis 400 Asylwerberantragsteller im psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungssystem aufschlagen.

**Tabelle 20.**

Jahr	Latenter Bedarf	Potentielle Inanspruchnahme
	MW (Unteres 95%KI - Oberes 95%KI)	MW (Unteres 95%KI - Oberes 95%KI)
2017	1.504 (1.159 – 1.864)	376 (290 – 466)
2018	1.360 (1.048 – 1.685)	340 (262 – 422)
2019	1.140 (878 – 1.413)	285 (220 – 354)

### *Beschreibung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung*

#### Koordination und Schnittstellen

#### *Struktur der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung Geflüchteter*

Für Bayern existiert ein Landespsychiatrieplan namens Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, 2007). Darin ist bereits festgehalten, dass Menschen mit Migrationshintergrund häufig gesundheitlich benachteiligt sind (Stichwort: gesundheitliche Ungleichheit) und einen erschwerten Zugang zu Gesundheitsleistungen haben (Stichwort: Zugangsgerechtigkeit). Der Landespsychiatrieplan kommt zu dem Schluss, dass keine eigenständigen Versorgungsstrukturen notwendig sind, um migrationspezifische Aspekte zu berücksichtigen. Somit gelten für Migranten die gleichen Zugangsmöglichkeiten zur leitliniengerechten psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung wie für Menschen ohne Migrationshintergrund. Alles andere würde dem Integrationsgedanken widersprechen (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, 2007). Dennoch seien interkulturelle Kompetenz der Leistungserbringer durch Fort- und Weiterbildungen zu stärken, die ambulante und stationäre Versorgung zur Behandlung von Migranten im regionalen Verbund zu vernetzen und Sprachmittlung anzubieten. Weiter heißt es, dass Migranten ohne dauerhaftes Aufenthaltsrecht (Leistungsberechtigte nach AsylbLG) nur eingeschränkte Leistungen erhalten

sollen, da sie sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, 2007).

Auf Ebene der Regierungsbezirke gibt es Planungs- und Koordinierungsausschüsse, welche die Koordination und Initiierung von geeigneten Angeboten durchführen und den überregionalen Plan für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen erstellen und fortschreiben. Er ist besetzt durch Vertretungen aller Leistungsträger (wie GKV, Rentenversicherung), Vertretungen der Leistungserbringer, einem Regierungsvertreter, Vertretungen der Spitzenverbände der Wohlfahrtspflege, Vertretungen der regionalen Steuerungsausschüsse, Vertretungen der Angehörigen und Psychiatrieerfahrenen und einem Vertreter der KBV Bayerns.

Auf kommunaler Ebene sind Regionale Steuerungsausschüsse vorgeschrieben. Diese sollen u.a. die fachliche Koordination und Steuerung sicherstellen, Präventionsmaßnahmen durchführen, regionale Beschwerdestellen initiieren, bei sozialpolitischen Initiativen mitwirken oder diese anregen und den regionalen Bedarf ermitteln und formulieren, bei der Hilfebedarfsplanung (einzelfallbezogen) mitwirken und Hilfeplan- sowie Personenkonferenzen abstimmen. Im regionalen Steuerungsausschüssen sollen Leistungserbringer wie Kliniken, ambulant vertragsärztliche und –psychotherapeutische Leistungserbringer, Psychosoziale Beratungsstellen, Reha-Einrichtungen, Beschäftigungs- und Arbeitsprojekte, SPDi, Integrationsfachdienste mitwirken und Patientenvertretungen, die Kranken- und Rentenkassen, der überörtliche Sozialhilfeträger, die Kinder- und Jugendhilfe sowie das Gesundheitsamt und ein kommunaler Vertreter. Für die Landeshauptstadt München übernimmt das Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) die Leitung im regionalen Steuerungsausschuss (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften). In der RGU ist die Fachstelle für Migration und Gesundheit angesiedelt. Diese Fachstelle wurde mit einem Stadtratsbeschluss im Jahr 2000 geschaffen und hat die Aufgaben:

- 1.) Bedarfsermittlung - besondere Bedarfe in der Gruppe der Asylsuchenden und Migranten feststellen
- 2.) Maßnahmen & Angebote fördern, die diese besonderen Bedarfe decken können bzw. den Zugang zu Gesundheitsleistungen fördern
- 3.) Umsetzung politischer Vorgaben (Stadtratsanträge oder -vorlagen) für Asylsuchende und Migranten
- 4.) Generierung von Zuschüssen/ Haushaltsmitteln zur Förderung von Projekten für Asylsuchende und Migranten
- 5.) Gremienarbeit & Netzwerkarbeit.

Die Fachstelle Migration und Gesundheit ist mit zwei Stellen ausgestattet (eine Psychologin und eine Sozialpädagogin).

Die Gesundheitsvorsorge für psychisch erkrankte und suchtkranke Menschen in Unterkünften und im öffentlichen Raum, die aus dem erwähnten Masterplan für Geflüchtete hervorgeht, wurde vom RGU ausgearbeitet und umgesetzt. So hat das RGU den Sozialpsychiatrischen Dienst in die Planung der Beratung und Behandlung Geflüchteter mit einbezogen. Es wurden Mittel für ein Team mobiler Psychologen der Sozialpsychiatrischen Dienste zur Verfügung gestellt, welches aufsuchende Beratung an Schulen, in Unterkünften und in Unternehmen bei Krisensituationen anbietet. Dieser Aufsuchende Medizinische Dienst in den Einrichtungen soll auch die Überleitung in die Regelversorgung verbessern. Es wurden vorerst auf drei Jahre begrenzt beginnend 2018 drei Vollzeitäquivalente an Sozialpädagogen für den SPDi, die Suchtberatung und Streetwork geschaffen und zusätzlich mit Mitteln für die Sprachmittlung ausgestattet. Außerdem hat Fachstelle Migration und Gesundheit Verträge mit dem regionalen Dolmetscherdienst vereinbart (siehe Dolmetscherleistungen). Und es bezuschusst

viele in der psychosozialen Versorgung und Beratung tätigen Vereine und Wohlfahrtsverbände in München wie Refugio, den Psychologischen Dienst für Ausländer der Caritas oder die Arche, eine Beratungsstelle zur Suizidprävention.

Im Landratsamt München – zuständig für den Kreis München – wurde eine Stelle für die Versorgung Geflüchteter in den Unterkünften geschaffen. Die Dienstleistung wurde angeboten als gesundheitliche Beratung für Flüchtlinge:

- 1.) Beratung im Gesundheitswesen und zu bestehenden Angeboten (auch Kostenübernahme von medizinischen Leistungen für Asylbewerber)
- 2.) Vernetzung mit Arztpraxen und medizinischen Einrichtungen: Ziel ist Vermittlung in bedarfsgerechte Hilfeangebote
- 3.) Organisation von Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen
- 4.) Beratung bei gesundheitlichen und psychischen Beschwerden.

Personell ausgestattet war dieses Angebot mit drei Mitarbeitern darunter eine Ärztin.

Die Initiative TAFF (Therapeutische Angebote für Flüchtlinge), welche die Versorgung psychisch erkrankter Geflüchteter verbessern soll, indem bayernweit Kontakt- und Beratungsstellen etabliert und Netzwerke zu niedergelassenen Therapeuten geschlossen werden, gibt es in München und im Landkreis nicht.

#### *Koordination und Netzwerke innerhalb der Versorgung*

Die Fachstelle für Migration und Gesundheit hat ein Netzwerk mit Kliniken geschlossen und vereinbart, psychiatrische Sprechstunden in vier großen Gemeinschaftsunterkünften in und um München durchzuführen. Finanziert vom RGU übernahmen die Psychiatrischen Institutsambulanzen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU (eine GU) und der kbo München Ost seit 2017/18 (drei GU) diese wöchentlichen Sprechstunden. Ziel ist die Vermeidung stationärer Aufnahmen. Sowohl die Kliniken als auch die Fachstelle sehen jedoch, dass der Bedarf noch weitaus größer ist. Über die Zeit haben sich zwei weitere kbo-Kliniken (KBO Heckscher Klinikum und KBO Klinikum Inn-Salzach Standort Wasserburg) im Großraum München dazu entschlossen, jeweils eine große Gemeinschaftsunterkunft zu übernehmen, wo großer Bedarf angemeldet wurde. An dieser Schnittstelle ist die Koordinierungsstelle Flucht und Migration der kbo-Klinik München Ost beteiligt (siehe klinische Versorgung).

Darüber hinaus leitet die Fachstelle Migration und Gesundheit einen Arbeitskreis – eher ein Netzwerk - gleichen Namens mit Unterarbeitskreisen – eher Fachbasen - wie Psychiatrie und Psychotherapie und Migration, in dem bestenfalls alle Leistungserbringer und Leistungsträger zusammen die gesundheitliche Lage und gesundheitsbezogenen Leistungen für Geflüchtete und Migranten besprechen. Diese Arbeitskreise treffen sich viermal jährlich. Für die Fachstelle ist hier wichtig, einen Überblick über das Gesamtsystem zu wahren und die diversen Hilfsangebote in den Gesamtplan zu integrieren. Als einzige Klinik ist neben den Migrationsdiensten, Wohlfahrtsverbänden, Ärzteorganisationen und der Flüchtlingshilfe sowie Refugio die kbo Klinik München Ost vertreten. Um in das Netzwerk zu gelangen wird durch die Fachstelle ein Defizit identifiziert und potentielle Leistungserbringer angesprochen, „Betroffenenorganisationen“ bitten um Aufnahme, um Lobby-Arbeit zu betreiben (Nachfrage soll Angebotsseite sensibilisieren) oder bestehende Mitglieder des Netzwerkes bitten um Aufnahme weiterer potentieller Netzwerkpartner. Diese Netzwerke haben auch das Ziel untereinander über die Dringlichkeit zu steuern. Somit können unbürokratische Wege abseits der hierarchischen Ordnung bzgl. der Weiterleitung von Stellungnahmen erfolgen, die häufig erfolglos sind.

Auf der anderen Seite versuchte die Fachstelle Migration und Gesundheit mit niedergelassenen Psychotherapeuten zusammenzuarbeiten bzw. eine Netzwerkliste zu erstellen, damit eine schnelle Anbindung an den ambulanten vertragsärztlichen Sektor möglich wird. Dies Vorhaben ist bisher mangels Beteiligung der Niedergelassenen misslungen. Damit verbunden ist das Thema Anbindung Geflüchteter in den ambulanten Sektor nach stationärem Aufenthalt in der Psychiatrie. Von der Fachstelle wird sich hier eine deutliche Verbesserung des klinischen Entlassmanagements Geflüchteter erhofft.

Außerdem aktiv in der Versorgung Geflüchteter sind die Netzwerke bzw. Vereine RefuDocs und Open.Med. Der Verein RefuDocs betreibt medizinische Erstversorgung von Geflüchteten und deren Kindern und war z.B. bis Ende 2019 in Zusammenarbeit mit der Regierung Oberbayern in der Bayernkaserne (eines der größten EAE in München) für die medizinische Versorgung zuständig. Die geleisteten Stunden werden dem Verein als Aufwandsentschädigung durch die Regierung Oberbayern vergütet. Open.Med kümmert sich insbesondere um die medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung in München. Sie arbeiten mit Ärzten, Psychotherapeuten und Psychiatern (jedoch nur in Einzelfällen) zusammen und bieten kostenfrei eine psychiatrische und eine psychotherapeutische Sprechstunde an.

#### *Koordination und Netzwerke mit der Flüchtlingshilfe*

Die Fachstelle Migration und Gesundheit ist mit der Fachbasis Asyl vernetzt. Das ist ein monatlicher Treff zur Vernetzungsarbeit aller Akteure im Bereich Asyl der Landeshauptstadt München. Es wurde vonseiten der Asylsozialarbeit und der Fachstelle erkannt, dass die in den GU tätigen Asylsozialarbeiter der Arbeit der Zuweisung in das Gesundheitssystem nicht wie gefordert nachkommen können. Das liegt auch daran, dass mittlerweile viele geflüchtete Menschen in den GU anerkannt sind und nicht mehr unter das AsylbLG fallen. Das ist auch einer der Gründe, warum die Fachstelle die o.g. Aufsuchende Beratung (Mobile Teams) durch den Medizinischen Dienst veranlasst hatte.

Der Psychologische Dienst für Ausländer der Caritas bietet muttersprachliche Beratung für aktuelle belastende Lebenssituationen an. Ein spezielles Angebot des Psychologischen Dienstes ist das Projekt NUR (Neue Ufer). NUR bietet psychotherapeutische Hilfen für traumatisierte Geflüchtete in Form von Beratung, Einzel- und Gruppentherapien sowie Vermittlung an wohnortnahe niedergelassene Psychotherapeuten an. Außerdem wird den Helfern Unterstützung angeboten. Das Projekt wird gefördert vom Erzbistum München und Freising, der Aktion Mensch und dem BMFSFJ und ist für die gesamte Erzdiözese zuständig. Für den Bereich der Psychoedukation wird NUR-mobil angeboten, ein aufsuchendes Programm in Gemeinschaftsunterkünften, welches Geflüchteten zum einen das westliche Verständnis zur psychischen Gesundheit und zum anderen Kenntnisse zur deutschen Gesundheitsversorgungslandschaft inklusiver spezifischer Anlaufpunkte vermitteln soll.

Refugee Stairway Center ist ein Integrationsprojekt für traumatisierte Geflüchtete in der Landeshauptstadt München und wird von der Diakonie getragen. Das Team setzt sich aus einer Sozialpädagogin, einer Psychologin und einem Theologen zusammen. Angeboten wird psychosoziale Beratung und intensive nachgehende Begleitung. Das Refugee Stairway Center ist zudem mit den kommunalen Fachstellen, der Migrationsberatung, den Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften vernetzt.

Im Landkreis München kooperieren viele Helferkreise (Asylbegleitungen) mit den kbo-Kliniken.

### *Dolmetscherleistungen*

Das Bayerisches Zentrum für Transkulturelle Medizin e. V. (BayZent) ist Mitglied im Paritätischen und ein Zentrum zur Förderung der Interkulturellen Kompetenz und Kommunikation für alle Dienstleister im öffentlichen Bereich. BayZent hat einen Dolmetscherpool aufgebaut und stellt für München und den Landkreis München den Gemeindedolmetscherdienst. Die Dolmetscher sind Muttersprachler, die weitergebildet werden in Kooperation mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover (Projekt MiMi). Das RGU kooperiert mit BayZent und hat zugesichert, dass für alle Einrichtungen, die vom RGU bezuschusst werden, die Dolmetscherleistungen von Bayzent kostenfrei zur Verfügung stehen, bzw. das RGU die Kosten übernimmt. Diese Leistung ist jedoch befristet bis Ende 2020 und es war zu vermuten, dass wegen der COVID-19 Pandemie und der damit verbundenen geringen Kontaktzahl, die beantragte Entfristung nicht erfolgte.

Ebenfalls hat das RGU Budgets verhandelt für den Einsatz von Sprachmittlung im ambulanten und klinischen Bereich auch ohne Gegenwart eines Vertreters des Gesundheitsamtes. Hier wird der Dolmetscher auf Anfrage direkt zu den Leistungserbringern vermittelt. Das Angebot gilt auch für diejenigen, die bereits anerkannt sind oder deren Abschiebung ausgesetzt ist (Duldung) und somit nicht mehr unter den §6 AsylbLG fallen. Außen vorgenommen ist jedoch weiterhin die Sprachmittlung bei ambulanter Psychotherapie.

### *Koordination und Netzwerke mit Hilfestrukturen und -systemen aus den Herkunftsländern der nach Deutschland Geflüchteten*

Vonseiten der Leistungserbringer, der Leistungsträger und der Koordinierenden bzw. Steuernden gibt es keine systematischen Beziehungen oder Kontakte zu Hilfestrukturen und Hilfesystemen aus den Herkunftsländern Geflüchteter. Über das Ausmaß des Hilfesuchverhaltens Geflüchteter in diesem Bereich kann keine Aussage getroffen werden.

Fazit: Das kommunale Gesundheitsamt inklusive der Fachstelle Migration und Gesundheit haben die Vorgaben gut angenommen für Geflüchtete eine bedarfsgerechte Behandlung (insbesondere Minimierung der Zugangsbarrieren zu Leistungen) wie für die Allgemeinbevölkerung umzusetzen. Sie haben erkannt, dass Bleibeperspektive, Spracherwerb und Kommunikation bei psychiatrischen Notfällen miteinander in Verbindung stehen: Bei denjenigen mit schlechter Bleibeperspektive und ohne Sprachkurs wird die Kommunikation mit den Leistungserbringern immer schwierig bis unmöglich sein. Daher wurde das Dolmetscherangebot in dieser Weite geschaffen. Außerdem ist der Fachstelle bewusst, dass der latente Bedarf das aktuelle Hilfesuchverhalten übersteigt. Zur Prävention auch für das Gesundheitssystem wurde die aufsuchende Beratung initiiert. Dennoch ist eine systematische Einbindung vertragsärztlicher Leistungserbringer bisher nicht gelungen.

### Vertragsärztliche ambulante Versorgung

Laut Kassenärztlicher Vereinigung Bayern gibt es im Regierungsbezirk Oberbayern 659 ärztliche und 1.782 psychologische Psychotherapeuten und zusätzlich 568 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KVB, 2021a). Nach Personenzählung entfallen davon 1.731 Psychotherapeuten auf die Landeshauptstadt München. Das entspricht 58,1% der Bedarfsplanungsgruppe Psychotherapeuten des Regierungsbezirks Oberbayern (KVB, 2021a). (ärztliche PT: 404, psychologische PT: 1.080 und KJ-PT: 259). Der Versorgungsgrad liegt bei 220,6% - eine rein rechnerische Überversorgung. Anders sieht es im Landkreis München aus. Hier werden insgesamt 121 psychotherapeutische Personen gezählt (ärztliche PT: 25,

psychologische PT: 67 und KJ-PT: 29). Der Versorgungsgrad liegt bei 124,3% (KVB, 2021a). Auffällig ist, dass die Psychotherapeuten sich eher in direkt benachbarten Gebieten der Landeshauptstadt München ansiedeln als in den äußeren Bereichen des Landkreises. Hier gibt es wesentlich weniger Psychotherapeuten (KVB, 2021a).

In der Bedarfsplanungsgruppe der Nervenärzte werden im Regierungsbezirk Oberbayern insgesamt 425 Personen gezählt. Davon sind 92 Nervenärzte, 172 Neurologen und 162 Psychiater. Von diesen Personen entfallen auf die Landeshauptstadt München 195 Personen (das entspricht ca. 46% der Bedarfsplanungsgruppe der Nervenärzte). Davon sind 39 Nervenärzte, 77 Neurologen und 79 Psychiater. Das entspricht einem Versorgungsgrad von 134,5%. Im Landkreis München gibt es insgesamt 23 Personen in der Bedarfsplanungsgruppe Nervenarzt (ca. 5,4%). Davon sind 4 Nervenärzte, 12 Neurologen und 7 Psychiater. Der Versorgungsgrad liegt bei 113,5%. Auffällig ist, dass die Bedarfsplanungsgruppe der Nervenärzte sich eher in benachbarten Gebieten um die Landeshauptstadt München herum ansiedeln als in den äußeren Bereichen des Landkreises. In den äußeren Gebieten gibt es teilweise keine Nervenärzte (KVB, 2021b).

Von den Kliniken und dem Gesundheitsamt wird beklagt, dass sich Niedergelassene (insbesondere Psychotherapeuten) kaum an der Versorgung Geflüchteter beteiligten. Aufgrund der geringen Anzahl an Leistungserbringern in der psychotherapeutischen Versorgung kommt es schnell zu Versorgungsengpässen und Versorgungsbrüchen. Als Gründe neben den gesetzlichen Limitierungen durch das AsylbLG werden die mangelnde kulturelle Kompetenz und die fehlende Interkulturelle Öffnung gesehen.

Fazit: Von einem Stadt-Land Gefälle bzgl. der vertragsärztlichen Versorgung kann bedingt gesprochen werden, da die Versorgung rein rechnerisch für die Stadt und den Landkreis zwar in ausreichendem Maße sichergestellt ist, aber in der Peripherie des Landkreises kaum Psychotherapeuten und Nervenärzte angesiedelt sind. Zusätzlich kommt es aufgrund der eingeschränkten Quantität niedergelassener Leistungserbringer, die sich mit den Kliniken und kommunalen Gesundheitsstrukturen vernetzen, zu einer inadäquaten, d.h. nicht bedarfsgerechten Versorgung Geflüchteter.

### Spezialisierte Versorgung

Refugio München ist ein gemeinnütziger Verein, der ein Behandlungs- und Beratungszentrum für Geflüchtete mit psychosozialen Problemen und Traumatisierungen anbietet. Der Verein hat ca. 50 feste Mitarbeitern u.a. psychologische Psychotherapeuten, Psychiater und Sozialpädagogen. Refugio München ist Mitglied im BafF und im Paritätischen Wohlfahrtsverband. Getragen bzw. gefördert werden die Angebote zu ca. 50% aus kommunalen Mitteln wie dem Sozialreferat (Fachstelle Migration und Wohnen), dem Referat Gesundheit und Umwelt (Fachstelle Migration und Gesundheit), dem Stadtjugendamt, zu ca. 25% aus EU-, Bundes- und Landesmitteln und zu ca. 25% aus Spenden bzw. Stiftungsgeldern und anderen Mitteln. Dazu wurden ein Förderverein und eine Stiftung gegründet. Eine Abrechnung der Psychotherapie über die erteilte Ermächtigung bei der KV Bayern ist hingegen kaum möglich.

Die Zielgruppe des Behandlungs- und Beratungszentrums sind Geflüchtete, die nicht in die Regelversorgung angebunden sind (d.h. ohne Krankenversicherung sind und entweder Leistungen nach AsylbLG beziehen oder deren Asylantragsverfahren negativ endete insbesondere mit (ausgesetzter) Abschiebung). Eine Anmeldung für die Erwachsenen erfolgt

zwei Mal pro Jahr und es werden nur schwere Fälle mit Traumatisierungen zugelassen, die zusätzlich in einer sozialen prekären Lage sind. Dazu wird eine Warteliste erstellt, wobei die Anmeldung entweder durch Eigeninitiative der Geflüchteten erfolgt oder im Regelfall durch Zuweisungen aus dem klinischen Bereich oder der Asylsozialberatung der GU oder EAE. Da die Zuweiser über die Aufnahmekriterien wissen, weisen sie zwecks besserer Aufnahmechancen nur die explizit schweren Fälle zu. Dadurch ergibt sich für Refugio, dass sie nahezu ausschließlich schwere Fälle behandeln, wovon die Hälfte als suizidal eingestuft wird und etwa jeder Zehnte bereits einen Suizidversuch unternommen hat. Die Kliniken wünschen sich eine engere Kooperation mit Refugio, damit Geflüchtete nach PIA- oder stationärem Aufenthalt nahtlos eine Anschlussbehandlung erhalten können. Das ist jedoch von Refugio aufgrund limitierter Kapazitäten nicht zu leisten. Selbst diejenigen, die dann auf der Warteliste stehen, müssen bis zu sechs Monate auf das Erstgespräch warten.

Das Behandlungsangebot – und daher auch die Zielgruppe – besteht aus einer Psychotherapie, ggf. einer ärztlichen Beratung und einer therapiebegleitenden Sozialtherapie/ Sozialbegleitung. Bei der Sozialberatung wird der soziale Kontext bei Traumata fokussiert. Zusätzlich wird auch Asyl- und Migrationsberatung angeboten. An Fachkraftstunden wurden bei Refugio München (umfasst auch Landshut und Augsburg) im Jahr 2019 2.425 Stunden Sozialberatung inklusive Migrationsberatung, 3.927 Stunden Einzeltherapie für Erwachsene und umA, 1.069 Stunden Gruppentherapie Erwachsene und umA, 366 Stunden Einzeltherapie für Kinder und Jugendliche in Familien lebend, 9.829 Stunden Gruppentherapie für Kinder, 988 Stunden ärztliche Mitarbeit (Untersuchung/Beratung/Stellungnahmen) und 1.899 Stunden Dolmetscher geleistet (Refugio, 2020). Die Dolmetscherleistungen von BayZent werden durch das RGU finanziert.

Um den Druck der Behandlung schwerer Fälle etwas zu lindern hat Refugio München aufbauend auf dem EU-Projekt „Early Access“ ein Früherkennungssystem psychischer Störungen bei Geflüchteten in Erstverteilungseinrichtung im Regierungsbezirk Oberbayern gestartet. Hier soll ein frühzeitiger und niedrigschwelliger Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung erfolgen nach Screening und Psychoedukation von besonders belasteten Geflüchteten. Außerdem hat Refugio München eine Forschungsakademie zur Wirksamkeit und Effektivität der Behandlungen eingerichtet. Hier soll ermittelt werden wie sich die Effizienz der Behandlungen steigern lässt, um eine höhere Bedarfsdeckung zu erzielen und wie spezifische Zielgruppen bedarfsgerecht behandeln werden können.

### Klinische Versorgung

Die nachfolgenden Daten sind dem Krankenhausplan des Freistaates Bayern entnommen und gelten für 2021 (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2021). Plankrankenhäuser in der Landeshauptstadt München verfügen insgesamt über 378 Planbetten und 188 teilstationäre Plätze in der Erwachsenenpsychiatrie und –psychotherapie. Diese schlüsseln sich wie folgt auf: kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Nord 181 Betten und 39 teilstationäre Plätze; kbo-Isar-Amper-Klinikum Atriumhaus 15 Betten und 37 teilstationäre Plätze; Klinik Mengerschwaige (Privat) 62 Betten und Max-Planck-Institut für Psychiatrie 120 Betten und 54 teilstationäre Plätze; Tagesklinik Süd für Psychiatrie und Psychotherapie 20 teilstationäre Plätze; kbo-Isar-Amper-Klinikum Tagesklinik für Psychiatrie Berg am Laim mit 30 teilstationären Plätzen.

Zusätzlich verfügen die Plankrankenhäuser in der Landeshauptstadt München über insgesamt 78 Planbetten und 33 teilstationäre Plätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Diese schlüsseln sich auf in: kbo-Heckscher-Klinikum München Betten: 78,



teilstationäre Plätze: 33, kbo-Isar-Amper-Klinikum Tagesklinik am kbo Kinderzentrum München mit 8 teilstationären Plätzen.

Die Hochschulkliniken in der Landeshauptstadt München verfügen insgesamt über 323 Betten und 89 teilstationäre Plätze im Erwachsenenbereich und 50 Betten und 20 teilstationäre Plätze im Kinder und Jugendbereich. Es sind die das Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München und das Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München.

Es gibt je ein Plankrankenhaus im Landkreis München für Kinder und Jugendliche und für Erwachsene. Für Kinder und Jugendliche gibt es das kbo-Heckscher-Klinikum Haar (Standort: Haar) mit 20 Betten und 11 teilstationären Plätzen. Für Erwachsene gibt es das kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost (Standort: Haar) nur Psychiatrie und Psychotherapie insgesamt 620 Betten und 34 teilstationäre Plätze.

Eine Besonderheit bietet das kbo-Isar-Amper-Klinikum München. Hier wurde 2015/16 eine Koordinierungsstelle Flucht und Migration als Stabsstelle etabliert. Hintergrund war, dass aufgrund sprachlicher und kultureller Barrieren zwischen Geflüchteten und der Klinik nicht bzw. nur eingeschränkt vermittelt werden konnte, und der Klinikbereich und die Akutstationen vor großen Herausforderungen bzgl. einer bedarfsgerechten Versorgung standen. Die Koordinierungsstelle bietet eine Schnittstelle zwischen der klinischen Versorgung und der Flüchtlingshilfe für München und Umgebung. Personell ausgestattet ist die Stelle mit einer Ethnologin. Es wird insbesondere das Klinikpersonals im Umgang mit Geflüchteten unterstützt:

- 1.) Wissen um Asylrechtliche Belange, Wissen um Leistungen des AsylbLG und die Beantragung von medizinischen Leistungen, Wissen um das Dolmetscherwesen und Wissen um kulturspezifische Belange Geflüchteter
  - 2.) Fort- und Weiterbildung für das Fachpersonal
  - 3.) Vernetzung mit ambulanten und nachsorgenden Angeboten und der Flüchtlingshilfe/ den Fachdiensten der Stadt (z.B. RGU)
  - 4.) Zuständig für die IKÖ der kbo-Kliniken
  - 5.) Aufbau Arbeitskreis "Migration und Psychiatrie", in dem alle kbo-Kliniken vertreten sind
  - 6.) Leistungsberatung für Geflüchtete mit komplexen Bedarfen
  - 7.) Aufbau eines Multiplikatorensystems, indem ausgewählte bzw. interessierte Personen gezielt eine Informationsvermittlung für die jeweiligen Bereiche übernehmen.
- Zudem werden, initiiert durch die Koordinierungsstelle, ausgewählte Fallbesprechungen zusammen mit Refugio München durchgeführt.

Solch ein Angebot gibt es in den anderen Kliniken nicht, die weder über ein Migrationskonzept verfügen noch über ein standardisiertes Verfahren im Umgang mit Sprachmittlung.

Eine Herausforderung stellt die Schnittstelle zwischen dem ambulanten und klinischen Sektor dar. Hier ist die Anbindung und die Kontinuität der Versorgung vielfach nicht gegeben (siehe ambulanter vertragsärztlicher Sektor und spezialisierte Versorgung). So kann meist nur symptomatisch und kurzfristig behandelt werden. Es kommt zu sehr langen Wartezeiten und Versorgungsbrüchen, die der vollständigen Genesung des Patienten abträglich ist. Limitierend wirkt sich hier die geringe Kapazität des ambulanten Sektors und der spezialisierten Versorgung aus. Eine weitere Herausforderung ist die Schnittstelle zwischen dem stationären Sektor und der Flüchtlingshilfe – die teilweise mit der ersten Herausforderung interagiert: die Entlassung aus dem Krankenhaus. Bei der Entlassung aus der Klinik wird vom Geflüchteten

eine hohe Gesundheitskompetenz vorausgesetzt. D.h., dass bei Entlassungen dem Patienten ein Entlassbrief mitgegeben wird, aber die Schnittstelle zur Flüchtlingshilfe oder Obdachlosigkeit selbst nicht bedient wird. So muss die Sozialarbeit in den Flüchtlingsunterkünften oder die Bahnhofsmission die medizinische oder teils pflegerische Versorgung meist unter Zeitdruck selbst organisieren (z.B. Beschaffung der Medikation). Hier ist explizit das Entlassmanagement der Kliniken gefordert, die Schnittstelle bedarfsgerecht zu regeln.

Die Psychiatrischen Institutsambulanzen versorgen im Rahmen ihrer Vorgaben auch Geflüchtete. In München gibt es an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU im Rahmen der dortige PIA eine Migrationsambulanz (jetzt MEHIRA-Ambulanz). Hier wird Menschen mit Migrationshintergrund eine ambulante Anlaufstelle geboten. Für die Migrationsambulanz ist ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie eingesetzt, der für Geflüchtete Sprechzeiten anbietet. Zusätzlich wird eine mehrsprachige, kultursensible, multiprofessionelle und multimodale Versorgung angeboten. Ziel ist es zur Verbesserung der Diagnosestellung und der Therapie beizutragen, die Sprachbarrieren zu überwinden und kulturbedingte Sichtweisen zu berücksichtigen. Im Rahmen dieser Spezialambulanz werden Pharmakotherapien, Einzel- und Gruppentherapien, Sozialpsychiatrische Beratungen und Schnittstellen zum SPD<sub>i</sub> angeboten. Außerdem sollen Gruppentherapien aus dem Spektrum der MEHIRA-Interventionen (insbesondere Empowerment) angeboten werden. Dazu ist eine Aufstockung um einen Psychotherapeuten und einen Sozialpädagogen sinnvoll.

Fazit: Die Kliniken haben sich teilweise sehr gut die Klientel der Geflüchteten eingestellt und können sie weitestgehend bedarfsgerecht behandeln. Insbesondere die Koordinationsstelle Flucht und Migration überzeugt. Schwierig bleibt die Anbindung Geflüchteter nach klinischer Behandlung im ambulanten Sektor.

#### *Abschätzung notwendiger Strukturen für eine bedarfsgerechte Versorgung*

In München besteht nicht primär die Herausforderung für Geflüchtete einen Zugang zur Versorgung zu bieten. Viel eher besteht die Herausforderung, die Geflüchteten bedarfsgerecht und ohne Versorgungsbrüche zu behandeln bzw. im Rahmen der bedarfsgerechten Behandlung zwischen den Sektoren Kontinuität zu erzeugen. Das gelänge vor allem durch die Beteiligung der KV bzw. der Landeskammern bzgl. der Sensibilisierung der Bedarfsplanungsgruppen zur Mitwirkung an der Versorgung Geflüchteter. Für den stationären Bereich ist das Entlassmanagement entsprechend auf die Bedarfe Geflüchteter anzupassen.

## **7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung**

Nach aktuellem Stand der Auswertung unserer Ergebnisse zeigt sich, dass die primäre Hypothese des Vorhabens hinsichtlich der Effektivität des Stepped Collaborative and Care Modell Ansatzes im Gegensatz zur Routineversorgung in Deutschland bestätigt werden konnte. Weiterhin konnte die Sekundärhypothese bezüglich der Kosten-Effektivität ebenfalls dargestellt werden. Damit sind die Hauptvorhaben des vorliegenden Projektes nach Abschluss der Auswertung als erfolgreich abgeschlossen. Das SCCM welches im Rahmen des vorliegenden Projekts erstmalig für Flüchtlingen mit depressiven Symptomen entwickelt und validiert wurde, stellt somit ein sinnvolles Behandlungsverfahren dar, welches in Folgeprojekten hinsichtlich weiterer Skalierbarkeit sowie in anderen Populationen, Regionen, mit anderen psychischen Erkrankungen und Versorgungsstrukturen erforscht werden sollte. Dies bezüglich erfolgen unsererseits aktuell Gespräche mit Versicherungen, sowie Entwicklung von Projektskizzen für weiterer Förderlinien:

1. Die vorliegenden Ergebnisse sind den Krankenkassen übermittelt worden. Eine detaillierte Vorstellung hat sich pandemiebedingt verzögert. Nach aktueller Planung wird ist diese zu Herbst 2021 umgesetzt.
2. Die BALSAM App kann aufgrund von fehlender Finanzierung nicht auf aktuellen Plattformen von iOS und Android bespielt und aktualisiert werden. Diesbezüglich sind wir aktuell im Austausch und auf der Suche nach einem passenden Finanzierungsmodell.
3. Das Empowermentmanual wurde – wie im Kerntext beschrieben – bereits publiziert. Weitere Therapiemanuale bzgl. der Peer-to-Peer sowie Gender-sensiblen Intervention sind aktuell in Vorbereitung dafür.
4. Im Rahmen des MEHIRA Projektes wurde in diesem Jahr ein Folgeprojekt seitens der Kolleg\*innen aus München mit dem Titel „Videogestützte Empowerment Gruppentherapie für Flüchtlinge mit häufigen psychischen Erkrankungen (Internet-based Empowerment Group Therapy for Refugees and Asylum-Seekers with Common Mental Disorders – INTEGRA)“ beim Innovationsfond gestellt.
5. Die Dissemination im Rahmen der Routineversorgung wird nach Projektabschluss weiter fortgeführt.

Weitere Schritte bezüglich des Verwertungspotenzials der Ergebnisse wurden wie folgt mittlerweile initiiert.

- Verbreitung nach Ende der Projektlaufzeit:
  - o Das Gesamtprojekt des **gestuften Vorgehens** ist im Rahmen einer digitalen Pandemielösung in Teilen umgesetzt worden (siehe hier: <https://charite.digital/digitalmentalhealthservices> ). Hier werden schweregradabhängig medizinisch-psychologische Leistungen angeboten
  - o Die **Empowerment Gruppenmanual** ist veröffentlicht und wird aktuell in der Uniklinik München (LMU) eingesetzt.
  - o Das **START Manual** findet aktuell in der klinischen Routineversorgung an der Uniklinik Marburg sowie im Rahmen der BMBF-Sondervorhabens „Flucht“ Einsatz
  - o Die entwickelte **BALSAM-App** steht gegenwärtig nicht zur Verfügung, da aktuell Programmierungen und Adaptationen notwendig sind, für die finanzielle Ressourcen fehlen.
- Übertragung in andere Bereiche der Gesundheitsversorgung: das Versorgungsmodell hat in einem Projekt Netzwerk Universitätsmedizin im Rahmen des Pandemiemanagements für Populationen mit mentalen Erkrankungen Einzug gefunden (<https://charite.digital/digitalmentalhealthservices>)

## 8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

### Liste der aus dem Projekt entstandenen Veröffentlichungen ohne und mit Nennung des Förderkennzeichens:

- Bajbouj, M., Goucha, T., Grüters-Kieslich, A., Hann, C., Heim, C., Krämer, G., & Zürn, M. (2017, June 9). Migration - Integration: Streitgespräche in den wissenschaftlichen Sitzungen der Versammlung der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Retrieved from <https://edoc.bbaw.de/frontdoor/index/index/docId/2818>
- Böge, K., Karnouk, C., Hahn, E., Zaynab, D., Bajbouj, M. (2020). On Perceived Stress and Social Support: Depressive, Anxiety and Trauma-Related Symptoms in Arabic-Speaking Refugees in Jordan and Germany. *Frontiers of Public Health*. 239(8). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00239>
- Demir, Z., Böge, K., Fan, Y., Hartling, C., Harb M.R., Hahn, E., Bajbouj, M. (2020). The role of emotion regulation as a mediator between early life stress and posttraumatic stress disorder, depression and anxiety in Syrian refugees. *Translational Psychiatry*, 10(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-01062-3>
- Böge, K., Hahn, E., Strasser, J., Schweininger, S., Bajbouj, M., & Karnouk, C. (2021). Psychotherapy in the Kurdistan region of Iraq (KRI): Preferences and expectations of the Kurdish host community, internally displaced- and Syrian refugee community. *International Journal of Social Psychiatry*, 002076402199521. <https://doi.org/10.1177/0020764021995219>
- Lindheimer, N., Karnouk, C., Hahn, E., Churbaji, D., Schilz, L., Rayes, D., Bajbouj, M., Böge, K. (2020) Exploring the Representation of Depressive Symptoms and the Influence of Stigma in Arabic-Speaking Refugee Outpatients. *Frontiers in Psychiatry* 11:579057. doi: 10.3389/fpsy.2020.579057
- Böge, K., Karnouk, C., Hahn, E., Schneider, F., Habel, U., Banaschewski, T., Meyer-Lindenberg A., Joachim-Salize, H., Kamp-Becker, I., Padberg, F., Hasan, A., Falkai, P., Rapp, M.A., Plener, P.L., Stamm, T., Elnahrawy, N., Lieb, K., Heinz, A., Bajbouj, M. (2019). Mental health in refugees and asylum seekers (MEHIRA): study design and methodology of a prospective multicentre randomized controlled trial investigating the effects of a stepped and collaborative care model. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. doi:10.1007/s00406-019-00991-5
- Hoell, A., Kourmpeli, E., Salize, H. J., Heinz, A., Padberg, F., Habel, U., Kamp-Becker, I., Höhne, E., Böge, K., & Bajbouj, M. (2021). Prevalence of depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder among newly arrived refugees and asylum seekers in Germany: Systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*, 7(3). <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.54>
- Karnouk, C., Böge, K., Hahn, E., Strasser, J., Schweininger, S., Bajbouj, M. (2019). Psychotherapy in Jordan: An Investigation of the Host and Syrian Refugee Community's Perspectives. *Front. Psychiatry* 10:556. doi:10.3389/fpsy.2019.00556

Churbaji, D., Lindheimer, N., Schilz, L., Böge, K., Abdelmagid, S., Rayes, D., Hahn, E., Bajbouj, M., Karnouk, C. (2019). Entwicklung einer Kultursensiblen Version des Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) in Hocharabischer Sprache. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*. doi:10.1055/a-0984-5960

Rayes, D., Karnouk, C., Churbaji, D., Walther, L., & Bajbouj, M. (2021). Faith-based coping among Arabic-speaking refugees seeking mental health services in Berlin, Germany: An exploratory qualitative study. *Frontiers in Psychiatry*, 12. doi:10.3389/fpsyt.2021.595979

Schneider, F., Bajbouj, M., & Heinz, A. (2016). Psychische Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 88(1), 10-17. doi:10.1007/s00115-016-0243-5

### Vorträge (Auswahl)

Bajbouj, M. (2016). Die gesundheitliche Situation geflüchteter Menschen und die Herausforderungen für die Suchthilfe. Symposium mit dem Verband der Drogen- und Suchthilfe "Suchtkongress 'Sucht sucht Respekt'. Die Würde des Menschen steht im Mittelpunkt.", Berlin. Retrieved from <https://fdr-online.info/project/40-fdrsuchtkongress/>

Bajbouj, M. (2017a). Affektive Störungen bei Geflüchteten – Erfahrungen aus Deutschland und Jordanien. In Bajbouj, M. (Chair), *Die Situation bipolar Erkrankter mit Migrationshintergrund*. Symposium mit der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. "Bipolar im 21. Jahrhundert: Forschung und Therapie in Zeiten des Trialogs", Haar/München.

Bajbouj, M. (2017b). Mental health in refugees and asylum seekers (MEHIRA). In Banaschewski, T., Plener, P. (Chairs), *Improving mental health in minor refugees*. Symposium während des Hauptkongresses der World Psychiatric Association 2017 "XVII World Congress of Psychiatry", Berlin.

Bajbouj, M. (2017c). Niedrigschwellige und gestufte Versorgungskonzepte in der Behandlung mentaler Erkrankungen bei Geflüchteten. Kolloquium conducted at the Universitätsklinikum Leipzig "Kolloquium der Gesundheitswissenschaften und Versorgungsforschung 2017/2018", Leipzig.

Bajbouj, M. (2017d). Psychische Störungen bei Migranten. Symposium während der Tagung Psychiatrie interdisziplinär - State of the Art Symposium, Aachen.

Böge K, Karnouk C, Hahn E, Bajbouj M. (2018). Balsam - A smartphone-based intervention for refugees and asylum seekers with depressive symptoms. Congress of the Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). 29. Nov. 2018

Grove, M., Padberg, F., Bajbouj, M., Falkai, P., Alkomiet, H., Böge, K., Jobst-Heel, A.,

Burger, M., Karnouk, C., Strupf, M., Übleis, A. (2018). Empowerment – Entwicklung einer ressourcenorientierten, gruppentherapeutischen Intervention für Menschen mit Fluchterfahrung und affektiven Erkrankungen. Congress of the Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). 30. Nov. 2018 \*DGPPN poster price winner 2018

Schneider, F. (2017). Violence exposure: neurobiological consequences and treatment options. In Bajbouj, M., Schneider, F. (Chairs), Violence exposure in refugees: causes and consequences of impulsive and aggressive behaviour. Symposium während des Hauptkongresses der World Psychiatric Association 2017 “XVII World Congress of Psychiatry”, Berlin.

Robert-Enke-Stiftung. (2017). Traumafolgestörungen im Leistungssport: DGPPN-Workshop "Sportpsychiatrie und -psychotherapie" baut Brücken. Retrieved from <https://robert-enke-stiftung.de/traumafolgestoerungen-im-leistungssport-dgppn-workshop-sportpsychiatrie-und-psychotherapie-baut-bruecken>

## 9. Referenzen

Albers HM. Lebensbedingungen und psychische Gesundheit der Bewohner der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber. Inaugural-Dissertation. Medizinische Fakultät der Julius-Maximilians-Universität Würzburg; 2012.

Armin Laschet: Robert Bosch Expertenkommission zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik - Zugang zu Gesundheitsleistungen und Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge und Asylbewerber: Von der Erstversorgung bis zur psychosozialen Behandlung. [http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/RBS\\_Kommissionsbericht\\_Fluechtlingspolitik.pdf](http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/RBS_Kommissionsbericht_Fluechtlingspolitik.pdf); Februar 2016

Aschpurwis und Behrens. BIK Regionen 2020. 780er Systematik. ASCHPURWIS + BEHRENS GmbH: Hamburg. 2020.

Bajbouj M. Mental Health in Refugees in Germany. *Neuropsychotherapist*, 1, 2015, 21, 6-9

Bayerisches Ministerialblatt. BayMBL. 2020 Nr. 568. Richtlinie für die Förderung der sozialen Beratung, Betreuung und Integration von Menschen mit Migrationshintergrund. Beratungs- und Integrationsrichtlinie (BIR). Bayerische Staatskanzlei: München. 2020.

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen: München. 2007.

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Krankenhausplan des Freistaates Bayern. 46. Fortschreibung 2021. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: München. 2021.

Berlin. Angekommen in Berlin: Gesamtkonzept zur Integration und Partizipation Geflüchteter. Berlin. 2020.

Berlin. Masterplan Integration und Sicherheit. Umsetzungsbericht Berichtszeitraum 2018. Berlin: 2019.

Blätte A. Regelungen der Bundesländer in Bezug auf Integration. Expertise für den Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR). Universität Duisburg-Essen: Duisburg. 2017.

Bozorgmehr K, Mohsenpour A, Saure D, Stock C, Loerbroks A, Joos S, Schneider C. Systematische Übersichtsarbeit und "Mapping" empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). *Bundesgesundheitsblatt* 2016; 59: 599–620.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge - 2021.  
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/76095/umfrage/asylantraege-insgesamt-in-deutschland-seit-1995/>



Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016) Das Bundesamt in Zahlen.  
<http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2015-asyl.pdf?blob=publicationFile>

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Aktuelle Zahlen. Ausgabe Dezember 2019. BAMF: Nürnberg; 2019.

Boyd L, Baker E, Reilly J. Impact of a progressive stepped care approach in an improving access to psychological therapies service: An observational study. *PLoS One*. 2019;14(4):e0214715. doi:10.1371/journal.pone.0214715

Dixius A, Stevens A, Moehler E (2017) A pilot evaluation study of an intercultural treatment program for stabilization and arousal modulation for intensely stressed children and adolescents and minor refugees, called START (Stress-Traumasymptoms-Arousal- Regulation-Treatment. *ARC J Psychiatry* 2(2):7–14

Fleßa S, Greiner W. Grundlagen der Gesundheitsökonomie. Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken im Gesundheitswesen. 4. Auflage. Springer Gabler: Berlin, Germany. 2020.

Glick HA, Doshi JA, Sonnad SS, Polsky D. Economic evaluation in clinical trials. Second edition. Oxford University Press: Oxford, United Kingdom; 2015.

Grochtdreis T, Brettschneider C, Wegener A, Watzke B, Riedel-Heller S, Härter M, König HH. Cost-Effectiveness of Collaborative Care for the Treatment of Depressive Disorders in Primary Care: A Systematic Review. *Plos One*. 2015; 10(5): e0123078. doi:10.1371/journal.pone.0123078

Grupp H, König HH, Konnopka A. Kostensätze zur monetären Bewertung von Versorgungsleistungen bei psychischen Erkrankungen. *Gesundheitswesen* 2017; 79: 48-57.

Hammoud M, White B, Fetters M (2005) Opening cultural doors: providing culturally sensitive healthcare to Arab American and Muslim Patients. *Am J Obstet Gynecol* 193:1307–1311

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration. Krankenhausplan 2020. Hessisches Ministerium für Soziales und Integration: Wiesbaden. 2020.

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration. Step-by-Step. Abschlussbericht über das Pilotprojekt Step-by-Step zur Betreuung von traumatisierten Flüchtlingen in der Erstaufnahmeeinrichtung „Michaelisdorf“ in Darmstadt. Hessisches Ministerium für Soziales und Integration: Wiesbaden. 2017.

Hermanns PM (Hrsg.). GOÄ 2019. Kommentar, IGeL-Abrechnung. Gebührenordnung für Ärzte. 13. Auflage. Springer Verlag: München, Deutschland; 2019.

Ho FY, Yeung WF, Ng TH, Chan CS. The Efficacy and Cost-Effectiveness of Stepped Care Prevention and Treatment for Depressive and/or Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sci Rep*. Jul 5 2016;6:29281. doi:10.1038/srep29281

Hoch JS, Briggs AM, Willian AR. Something old, something new, something borrowed, something blue: a framework for the marriage of health econometrics and cost-effectiveness analysis. *Health Economics*. 2002; 11:415-430.

Hoell A, Kourmpeli E, Salize HJ, Heinz A, Padberg F, Habel U, Kamp-Becker I, Höhne E, Böge K, Bajbouj M. Prevalence of depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder among newly arrived refugees and asylum seekers in Germany: Systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*, 7(3): e93; 2021.

Hollifield, M., Verbillis-Kolp, S., Farmer, B., Toolson, E., Woldehaimanot, T., & Yamazaki, J. et al. (2013). The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *General Hospital Psychiatry*, 35(2), 202-209. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.12.002>

Jefee-Bahloul H, Bajbouj M, Alabdullah J, Hassan G, Barkil-Oteo A. Mental health in Europe's Syrian refugee crisis. *Lancet Psychiatry*. 2016 Feb 8. pii: S2215-0366(16)00014-6.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Honorarbericht. Quartal 1/2019. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Berlin. 2020.

Kassenärztliche Vereinigung Bayern. Versorgungsatlas Psychotherapeuten. Darstellung der regionalen Versorgungssituation sowie der Altersstruktur in Bayern. Kassenärztliche Vereinigung Bayern: München. 2021a.

Kassenärztliche Vereinigung Bayern. Versorgungsatlas Nervenärzte. Darstellung der regionalen Versorgungssituation sowie der Altersstruktur in Bayern. Kassenärztliche Vereinigung Bayern: München. 2021b.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin. Bedarfsplan 2020 für den Zulassungsbezirk Berlin. KV Berlin: Berlin. 2020.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin. Ambulante Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung. Fortschreibung 2016. KV Berlin. Gemeinsames Landesgremium: Berlin. 2016.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen. Bedarfsplan für die ambulante vertragsärztliche Versorgung 2019. Kassenärztliche Vereinigung Hessen: Frankfurt am Main. 2019.

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein. Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Nordrhein. KV Nordrhein. 2021.

Krenawi A, Graham J (2000) Culturally sensitive social work practice with Arab clients in mental health settings. *Health Soc Work* 25(1):9–22

Laban CJ, Gernaat HB, Komproue IH, Schreuders BA, De Jong JT. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *J Nerv Ment Dis*. 2004 Dec;192(12):843-51. doi: 10.1097/01.nmd.0000146739.26187.15. PMID: 15583506.

Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF). Zugangslage Geflüchteter 2019. LAF, Berlin aus EASY-Zugangstatistik. Online: <https://www.berlin.de/laf/ankommen/aktuelle-ankunftszahlen/artikel.625503.php> [letzter Zugriff: 01.07.2021].

Landeshauptstadt München Referat für Stadtplanung und Bauordnung. „Wohnen für Alle“: Sofortprogramm zum Bau von EOF-geförderten Wohnungen – Stand: 07/2017. Referat für Stadtplanung und Bauordnung: München. 2017.

Landeshauptstadt München, Sozialreferat, Stelle für Interkulturelle Arbeit. Münchner Gesamtplan zur Integration von Flüchtlingen. Abschlussbericht und Perspektiven. Stelle für interkulturelle Arbeit der Landeshauptstadt München: München, Germany; 2020.

Landkreis München. Integrationskonzept für den Landkreis München. Von A wie Ankunft bis Z wie Zukunft. Landratsamt München: München. 2020.

Landkreis München. Integrationsfahrplan für Flüchtlinge im Landkreis München. Landratsamt München: München. 2017.

Lecrubier, Y., Sheehan, D., Hergueta, T., & Weiller, E. (1998). The mini international neuropsychiatric interview. *European Psychiatry*, 13, 198. doi:10.1016/S0924-9338(99)80239-9

Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V. Positionspapier. Migrations- und Flüchtlingsberatung in Hessen aus- und aufbauen. Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V.: Wiesbaden. 2018.

Lindert J, Carta MG, Schäfer I, Mollica RF. Refugees mental health-A public mental health challenge. *Eur J Public Health*. 2016 Apr 6.

Lovell K, Lamb J, Gask L, Bower P, Waheed W, Chew-Graham C et al (2014) Development and evaluation of culturally sensitive psychosocial interventions for underserved people in primary care. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0217-8>

Mack S, Jacobi F, Gerschler A, Strehle J, Höfler M, Busch MA, Maske UE, Hapke U, Seiffert I, Gaebel W, Zielasek J, Maier W, Wittchen HU. Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-MentalHealthModule (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2014; 23(3): 289–303. Doi: 0.1002/mpr.1438

Ministerium für Gesundheit, Pflege, Emanzipation und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. 25. Landesgesundheitskonferenz NRW. "Angekommen in Nordrhein-Westfalen: Flüchtlinge im Gesundheitswesen". Ministerium für Gesundheit, Pflege, Emanzipation und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen: Düsseldorf. 2016.

Ministerium für Gesundheit, Pflege, Emanzipation und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Landespsychiatrieplan NRW. Ministerium für Gesundheit, Pflege, Emanzipation und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.: Düsseldorf.

Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382-389. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>

Muris, P., Meesters, C., & Van den Berg, F. (2003). The strengths and difficulties questionnaire (SDQ): Further evidence for its reliability and validity in a community sample of dutch children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(1), 1-8. doi:10.1007/s00787-003-0298-2

Nesterko Y, Jackle D, Friedrich M, Holzapfel L, Glaesmer H. Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: an epidemiological study. *Epidemiology and Psychiatric Science*. 2019; 29:e40.

Partnerschaft Deutschland (PD) Partner der öffentlichen Hand GmbH. Gutachten-Kurzfassung. Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen. PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH: Berlin. 2019.

Robert Bosch Stiftung. Wie gelingt Integration? Asylsuchende über ihre Lebenslagen und Teilhabeperspektiven in Deutschland. Studie des SVR-Forschungsbereichs 2017-4. Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR): Berlin. 2017.

Rosenthal G. Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. 4. Auflage. Beltz Juventa: Weinheim und München; 2014.

Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T., Jungbluth, N., & Risch, E. et al. (2017). International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *Journal Of Affective Disorders*, 210, 189-195. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.040>

Sachverständigenrates (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018.

Salize HJ, Kilian R. Gesundheitsökonomie in der Psychiatrie. Konzepte, Methoden, Analysen. Konzepte und Methoden in der Klinischen Psychiatrie. Kohlhammer: Stuttgart, Deutschland; 2010.

Schouler-Ocak M. Mental health care for immigrants in Germany. *Nervenarzt*. 2015 Nov;86(11):1320-5.

Schueller, S. M., Kwasny, M. J., Dear, B. F., Titov, N., & Mohr, D. C. (2015). Cut points on the patient health questionnaire (PHQ-9) that predict response to cognitive-behavioral treatments for depression. *General Hospital Psychiatry*, 37(5), 470-475. doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.05.009

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. Krankenhausplan 2020 des Landes Berlin. Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung: Berlin. 2020.

Shoeb, M., Weinstein, H., & Mollica, R. (2007). The harvard trauma questionnaire: Adapting

a cross-Cultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in iraqi refugees. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(5), 447-463. doi:10.1177/0020764007078362

Smith, B., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal Of Behavioral Medicine*, 15(3), 194-200. <http://dx.doi.org/10.1080/10705500802222972>

Söndergaard HP, Theorell T. Language acquisition in relation to cumulative posttraumatic stress disorder symptom load over time in a sample of re-settled refugees. *Psychother Psychosom*. 2004 Sep-Oct;73(5):320-3. doi: 10.1159/000078849. PMID: 15292630.

Sozialreferat der Landeshauptstadt München. Übersicht des Sozialreferats über Unterkünfte für Geflüchtete und Wohnungslose ab 48 Bettplätzen. Sozialreferat der Landeshauptstadt München: München. 2021.

Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband). GKV-Heilmittel-Schnellinformation für Deutschland nach §84 Abs. 5 i.V.m. Abs 7 SGB V. GKV-Spitzenverband: Berlin; 2020.

Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband). GKV-Arzneimittel-Schnellinformation für Deutschland nach § 84 Abs. 5 SGB V. GKV-Spitzenverband: Berlin; 2020.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, and the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and utility of a self-report version of PRIME-D. *Journal of American Medical Association* 1999. 282(18): 1737-1744.

Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen. LEP NRW. Landesentwicklungsplan Nordrhein-Westfalen. Überarbeiteter Entwurf 2015. Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen: Düsseldorf. 2015.

Städteregion Aachen, Der Städteregionsrat, Das Gesundheitsamt. Kommunale Gesundheitsberichterstattung in der StädteRegion Aachen. 12. Basisgesundheitsbericht. Fortschreibung 2021. Städteregion Aachen, Der Städteregionsrat, A 53 – Gesundheitsamt: Aachen. 2021.

Statistisches Bundesamt (Destatis). Grunddaten der Krankenhäuser 2018. Fachserie 12. Reihe 6.1.1. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden; 2020.

Statistisches Bundesamt (Destatis). Gesundheit. Kostennachweis der Krankenhäuser 2018. Fachserie 12 Reihe 6.3. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden; 2020.

Statistisches Bundesamt (Destatis). Preise. Verbraucherpreisindizes für Deutschland. Lange Reihen ab 1948 bis Januar 2021. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden, Deutschland, 2021.

Steel Z, Momartin S, Silove D, Coello M, Aroche J, Tay KW. Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies. *Soc*

Akronym: 01VSF16061  
Förderkennzeichen: MEHIRA

Sci Med. 2011 Apr;72(7):1149-56. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.02.007. Epub 2011 Mar 1. PMID: 21427011.

Thom J, Bretschneider J, Kraus N, Handerer J, Jacobi F. Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen. Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? Bundesgesundheitsblatt. 2019 · 62:128–139. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>.

TreatChildTrauma (2016). CATS – Child and Adolescent Trauma Screening. Retrieved from <http://treatchildtrauma.de/cats-child-and-adolescent-trauma-screening-free-download/>

Ullmann E, Barthel A, Taché S, Bornstein A, Licinio J, Bornstein SR. Emotional and psychological trauma in refugees arriving in Germany in 2015. Mol Psychiatry. 2015 Dec;20(12):1483-4.

Van Straten A, Hill J, Richards DA, Cuijpers P. Stepped care treatment delivery for depression: a systematic review and meta-analysis. Psychol Med. 2015: 45, 231–246. doi:10.1017/S0033291714000701

Wee HL, Yeo KK, Chong KJ, Khoo EYH, Cheung YB. Mean rank, equipercentile, and regression mapping of the World Health Organization Quality of Life Brief (WHOQOL-BREF) to EuroQoL 5 Dimensions 5 Levels (EQ-5D-5L) utilities. Medical Decision Making. 2018; 38(3): 319-333.

Williams, N. (2014). PHQ-9. Occupational Medicine, 64(2), 139-140.  
Doi:10.1093/occmed/kqt154

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages. Dolmetscher im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung. Anspruch und Kostenübernahme. Deutscher Bundestag. Aktenzeichen WD 9 - 3000 - 021/17. 2017.

Witt A, Rassenhofer M, Plener PL (2015) Hilfebedarf und Hilfsangeboten in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen- eine systematische Übersicht. Kindheit und Entwicklung 24: 209-224

World Health Organization. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. Psychological Medicine, 28(3), 551-558. <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291798006667>

World Health Organization (WHO). Programme on mental health. WHOQOL user manual. World Health Organization: Geneva, Switzerland; 1998.

## 10. Anlagen

1. M.I.N.I – MINI International Neuropsychiatric Interview. Arabische Version 7.0.2 - Interviewleitpfaden
2. MEHIRA – Empowerment für Menschen mit affektiven Erkrankungen und Migrationserfahrungen: Therapiemanual für Einzel- und Gruppensettings
3. MEHIRA – Peer-to-Peer Intervention Therapiemanual
4. MEHIRA – Therapiemanual für eine Gender-sensible Peer-to-Peer Intervention
5. MEHIRA – Therapiemanual Interventionskosten
6. MEHIRA – FB Interventionskosten - Interviewleitpfaden
7. Protocol PROSPERO
8. MRV MEHIRA Kurzversion Englisch – Interviewleitpfaden
9. MRV MEHIRA Kurzversion Deutsch – Interviewleitpfaden
10. MEHIRA – Studienprotokoll
11. Versorgungsforschung – Interviewleitfaden für Kliniken
12. Versorgungsforschung – Interviewleitfaden kommunale Regelbetriebe
13. Versorgungsforschung – Interviewleitfaden Psychosoziale Gesundheitsdienstleistungen
14. Versorgungsforschung – Liste der Kodierungen – Städteregion Aachen
15. Versorgungsforschung – Liste der Kodierungen – Land Berlin
16. Versorgungsforschung – Liste der Kodierungen – Landkreis Marburg-Biedenkopf
17. Versorgungsforschung – Liste der Kodierungen – Stadt und Landkreis München
18. BALSAM - Die Bilder und Videos aus der Applikation, welche momentan nicht mehr zur Verfügung steht, können Interessierten von der Konsortialführung auf Nachfrage zur Verfügung gestellt werden.

M.I.N.I  
MINI International Neuropsychiatric Interview

Arabic Version 7.0.2

For

DSM-5

© Copyright 1992-2016 Sheehan DV

All rights reserved. No part of this document may be reproduced or transmitted in any form, or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, or by any information storage or retrieval system, without permission in writing from Dr.

Sheehan. Individual researchers, clinicians and students working in nonprofit or publicly owned settings (including universities, nonprofit hospitals, and government institutions) may make paper copies of a M.I.N.I. instrument for their personal clinical and research use, but not for institutional use, or for any financial profit or gain. Any use involving financial gain requires a license agreement from the copyright holder and payment of a per use license fee.

DISCLAIMER

Our aim is to assist in the assessment and tracking of patients with greater efficiency and accuracy. Before action is taken on any data collected and processed by this program, it should be reviewed and interpreted by a licensed clinician.

This program is not designed or intended to be used in the place of a full medical and psychiatric evaluation by a qualified licensed physician – psychiatrist. It is intended only as a tool to facilitate accurate data collection and processing of symptoms elicited by trained personnel. It is not a diagnostic test.



اسم المريض:	رقم المريض:
تاريخ الميلاد:	موعد بداية المقابلة:
اسم القائم بإجراء المقابلة:	موعد نهاية المقابلة:
تاريخ المقابلة:	الوقت الكلي للمقابلة:

التشخيص الأولي	ICD-10-CM	تم إستيفاء المعايير	الإطار الزمني للاضطراب	الوحدات - Modules	
		<input type="checkbox"/>	حالية (أسبوعان)	نوبة اكتئاب كبرى MAJOR DEPRESSIVE EPISODE	A
		<input type="checkbox"/>	ماضية		
		<input type="checkbox"/>	متكررة الحدوث		
<input type="checkbox"/>	F32.x	<input type="checkbox"/>	حالي (أسبوعان)	اضطراب الإكتئاب الرئيسي MAJOR DEPRESSIVE DISORDER	
<input type="checkbox"/>	F32.x	<input type="checkbox"/>	ماضي		
<input type="checkbox"/>	F33.x	<input type="checkbox"/>	متكرر الحدوث		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	حالي (الشهر الماضي)		B
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> عالي	<input type="checkbox"/>	محاولات مزمنة مدى الحياة	الانتحار SUICIDALITY	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> متوسط				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> منخفض				
<input type="checkbox"/>	السنة الماضية	<input type="checkbox"/>	حالي	اضطراب السلوك الانتحاري SUICIDE BEHAVIOR DISORDER	
<input type="checkbox"/>	٢-١ سنة الماضية	<input type="checkbox"/>	في مرحلة تعافي مبكر		
		<input type="checkbox"/>	حالية	نوبة هوس خفيف MANIC EPISODE	C
		<input type="checkbox"/>	ماضية		
		<input type="checkbox"/>	حالية	نوبة هوس HYPOMANIC EPISODE	
<input type="checkbox"/>	F31.0 - F31.76	<input type="checkbox"/>	حالي	اضطراب ثنائي القطب   BIPOLAR I DISORDER	
<input type="checkbox"/>	F31.0 - F31.76	<input type="checkbox"/>	ماضي		
<input type="checkbox"/>	F31.2/31.5/F31.64	<input type="checkbox"/>	حالي	اضطراب ثنائي القطب   مع ملامح ذهانية BIPOLAR I DISORDER WITH PSYCHOTIC FEATURES	
<input type="checkbox"/>	F31.2/31.5/F31.64	<input type="checkbox"/>	ماضي		
<input type="checkbox"/>	F31.81	<input type="checkbox"/>	حالي	اضطراب ثنائي القطب    BIPOLAR II DISORDER	
<input type="checkbox"/>	F31.81	<input type="checkbox"/>	ماضي		
<input type="checkbox"/>	F31.89	<input type="checkbox"/>	حالي	اضطرابات أخرى ذات صلة باضطراب ثنائي القطب OTHER SPECIFIED BIPOLAR AND RELATED DISORDER	
<input type="checkbox"/>	F31.89	<input type="checkbox"/>	ماضي		
<input type="checkbox"/>	F41.0	<input type="checkbox"/>	حالي (الشهر الماضي)	اضطراب الهلع PANIC DISORDER	D
<input type="checkbox"/>	F40.0	<input type="checkbox"/>	مزمّن مدى الحياة		
<input type="checkbox"/>	F40.00	<input type="checkbox"/>	حالي	رهاب الأماكن المفتوحة/العامة AGORAPHOBIA	E
<input type="checkbox"/>	F40.10	<input type="checkbox"/>	حالي (الشهر الماضي)	اضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي) SOCIAL ANXIETY DISORDER (Social Phobia)	F
<input type="checkbox"/>	F42.2	<input type="checkbox"/>	حالي (الشهر الماضي)	اضطراب الوسواس القهري OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER	G
<input type="checkbox"/>	F43.10	<input type="checkbox"/>	حالي (الشهر الماضي)	اضطراب كرب ما بعد الصدمة POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER	H
<input type="checkbox"/>	F10.10 - F10.21	<input type="checkbox"/>	١٢ شهر الماضية	اضطراب تعاطي الكحول ALCOHOL USE DISORDER	I
<input type="checkbox"/>	F11.10 - F19.21	<input type="checkbox"/>	١٢ شهر الماضية	اضطراب تعاطي المواد المخدرة (الغير كحولية) SUBSTANCE USE DISORDER (Non-alcohol)	J
	F20.81-F29		حالي	أي اضطرابات ذهانية	K
	F20.81-F29		مزمّن مدى الحياة	ANY PSYCHOTIC DISORDER	
	F32.3/F33.3		حالية		

	F32.3/F33.3		مزمن مدى الحياة	نوبة اكتئابية مع ملامح ذهانية MAJOR DEPRESSIVE DISORDER WITH PSYCHOTIC FEATURES	
	F31.2/F31.5/F31.64		حالي	اضطراب ثنائي القطب مع ملامح ذهانية BIPOLAR I DISORDER WITH PSYCHOTIC FEATURES	
	F31.2/F31.5/F31.64		مزمن مدى الحياة		
	F50.01/F50.02		حالي (آخر ٣ أشهر)	فقدان الشهية العصبي ANOREXIA NERVOSA	L
	F50.2		حالي (آخر ٣ أشهر)	الشراهة العصبي BULIMIA NERVOSA	M
	F50.81		حالي (آخر ٣ أشهر)	اضطراب نوبات الأكل الشره BINGE-EATING DISORDER	MB
	F41.1		حالي (آخر ٣ أشهر)	اضطراب القلق العام GENERALIZED ANXIETY DISORDER	N
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		استبعاد المسببات الطبية، العضوية، المرتبطة بالعقاقير أو المخدرات MEDICAL, ORGANIC, DRUG CAUSE RULED OUT	O
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مزمن مدى الحياة	اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER	P

حدد التشخيص الأولي عن طريق اختيار المربع المناسب للتشخيص

(ما هي المشكلة التي تزعجك أكثر أو تفوق المشاكل الأخرى أو ظهرت بشكل أكبر في تاريخك المرضي؟)

## التعليمات والإرشادات العامة

تم تصميم M.I.N.I. كمقابلة مُنظمة مُختصرة للاضطرابات النفسية الرئيسية في النسخة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية DSM-5 وفي دليل التصنيف الدولي للأمراض ICD-10. وقد أُجريت عدة دراسات لمضاهاة مدي الثبات والصدق بين الـ M.I.N.I. وبين SCID-P لـ DSM-III-R و CIDI (وهي مقابلة منظمة قد تم تصميمها من قبل منظمة الصحة العالمية). وقد أظهرت نتائج هذه الدراسات أن الـ M.I.N.I. له خصائص مماثلة لمعايير الثبات والصدق، ولكن يُمكن أن يتم تطبيقه في فترة زمنية أقصر بكثير (متوسط  $11.6 \pm 18.7$  دقيقة، متوسط 15 دقيقة) من الأدوات الأخرى المشار إليها أعلاه. ويُمكن للأطباء النفسيين والاختصاصيين في المجال النفسي الإكلينيكي استخدامه، بعد دورة تدريبية قصيرة. ولكن يحتاج غير المُتخصصين في مجال الصحة النفسية إلى التدريب المكثف للقيام بتطبيقه.

**المقابلة:** من أجل الحفاظ على المقابلة قصيرة قدر الإمكان، فمُ بإبلاغ المريض أنك ستجري مقابلة إكلينيكية أكثر تنظيماً من المعتاد، مع طرح أسئلة دقيقة للغاية حول المشكلات النفسية التي تتطلب إجابة نعم أو لا.

**الشكل العام:** ينقسم M.I.N.I. إلى وحدات محددة بأحرف، كل منها مطابق لفئة تشخيصية.

- في بداية كل وحدة تشخيصية (باستثناء وحدة الاضطرابات الذهانية)، يتم عرض سؤال (أسئلة) الفحص المقابل للمعايير الرئيسية للاضطراب في مربع رمادي.
- في نهاية كل وحدة، يسمح مربع (مربعات) التشخيص للقائم على تطبيق المقابلة بالإشارة إلى ما إذا كانت معايير التشخيص قد استوفيت أم لا.

## المصطلحات المُتفق عليها:

- الجمل المكتوبة بـ «الخط العادي» يجب أن تقرأ تماماً كما هو مكتوب للمريض من أجل توحيد تقييم معايير التشخيص.
- الجمل المكتوبة بـ «الخط الثقيل» لا ينبغي أن تقرأ للمريض. وهي تعليمات للقائم بتطبيق المقابلة للمساعدة في تسجيل التشخيص.
- الجمل المكتوبة و «تحتها خط» تشير إلى الإطار الزمني الذي يجري الاستفسار عنه. حيث ينبغي على الشخص الذي يجري المقابلة قراءتها كلما لزم الأمر. ويجب الالتفات فقط إلى الأعراض التي تحدث خلال الإطار الزمني المشار إليه أثناء تسجيل الإجابات.
- تُشير الإجابات التي يوجد فوقها سهم (➔) إلى أنه لم يتم استيفاء أحد المعايير اللازمة للتشخيص أو أنه لم يتم استيفاء التشخيص. في هذه الحالة، يجب أن يذهب الشخص الذي يُجري المقابلة إلى نهاية الوحدة وأن يتم وضع دائرة حول "لا" في جميع مربعات التشخيص الخاصة بالوحدة والانتقال إلى الوحدة التالية.
- عندما يتم فصل المصطلحات بشرطة مائلة (/) يجب أن يقرأ القائم بإجراء المقابلة فقط تلك الأعراض المعروف بوجودها في المريض (على سبيل المثال، الأسئلة J2b أو K6b).
- العبارات الموجودة بين الـ (أقواس) هي أمثلة إكلينيكية للأعراض. ويُمكن قراءتها للمريض لتوضيح الأسئلة.

## تعليمات التقييم:

- يجب تقييم جميع الأسئلة. بحيث يتم التقييم على شمال كل سؤال عن طريق عمل دائرة حول نعم أو لا. يجب أن يعتمد القائم بإجراء المقابلة على حكمه الإكلينيكي عند تسجيله إجابات الأسئلة. يجب أن يكون القائم بإجراء المقابلة حساسين لتنوع المعتقدات الثقافية أثناء تطبيقهم للأسئلة واختيارهم للإجابات. يجب أن يطلب القائم بإجراء المقابلة أمثلة عند الضرورة، لضمان التسجيل الدقيق للإجابات. كما ينبغي تشجيع المريض على طلب توضيح بشأن أي مسألة غير واضحة تماماً بالنسبة له.
- يجب أن يكون القائم بإجراء المقابلة متأكداً من أن المريض يراعى كل بُعد من أبعاد السؤال (على سبيل المثال، الإطار الزمني والتردد والشدة و / أو البدائل).
- الأعراض التي يُمكن تفسيرها بشكل أفضل بسبب عضوي أو عن طريق تعاطي الكحول أو المخدرات لا ينبغي أن يتم تسجيلها بإجابة إيجابية (نعم) في الـ M.I.N.I. لاسيما وأنه يوجد في الـ (M.I.N.I.) أسئلة تستفسر عن هذه المسائل.

A. نوبة اكتئاب كبرى  
MAJOR DEPRESSIVE EPISODE

هذا السهم ← يعني انتقل إلى مربع التشخيص النهائي الخاص بالوحدة واختر (لا) في مربع التشخيص.  
انتقل بعدها إلى الوحدة التالية.

لا	نعم	هل سبق لك وأن شعرت بالاكتئاب أو الإحباط، أو هل شعرت بالحزن، أو شعرت بالفراغ أو اليأس، معظم اليوم، كل يوم تقريباً، لمدة أسبوعين؟	A1.
		إذا كانت الإجابة "لا"، فقم بتسجيل إجابة البند A1.b "لا": إذا كانت الإجابة "نعم" اسأل التالي:	a
لا	نعم	خلال الأسبوعين الماضيين، هل كنت مكتئباً أو محبطاً، أو هل شعرت بالحزن، أو الفراغ أو اليأس، معظم اليوم، تقريباً كل يوم؟	b

لا	نعم	هل سبق لك وكننت أقل اهتماماً بمعظم الأشياء أو أقل قدرة على الاستمتاع بالأشياء التي اعتدت على الاستمتاع بها معظم الوقت، لمدة أسبوعين؟	A2.
		إذا كانت الإجابة "لا"، فقم بتسجيل إجابة البند A2.b "لا": إذا كانت الإجابة "نعم" اسأل التالي:	a
لا	نعم	خلال الأسبوعين الماضيين، هل كنت أقل اهتماماً بمعظم الأشياء أو أقل قدرة على الاستمتاع بالأشياء التي اعتدت على الاستمتاع بها، معظم الوقت؟	B

لا	نعم	هل أجبت بـ "نعم" على البند A1.a أو البند A2.a؟	←
----	-----	--	---

إذا كانت الإجابة على البند A1.b أو البند A2.b "نعم"، استعلم عن النوبة الحالية والنوبة ذات الأعراض الأكثر شدة في الماضي، وإلا ..				A3
إذا كانت إجابة كلاً من البند A1.b و البند A2.b "لا" استعلم فقط عن النوبة ذات الأعراض الأكثر شدة في الماضي.				
النوبة الماضية		الأسبوعين الماضيين		خلال فترة الأسبوعين، عندما شعرت بالاكتئاب أو بعدم الاهتمام:
لا	نعم	لا	نعم	هل انخفضت أو ازدادت شهيتك كل يوم تقريباً؟ هل انخفض أو ازداد وزنك دون قصد منك (على سبيل المثال، $\pm 5\%$ من وزن الجسم، أو ما يعادل 8 أرطال أو $\pm 3,5$ كجم في شهر واحد لشخص يبلغ وزنه 160 رطل/ 70 كجم)؟
لا	نعم	لا	نعم	هل واجهت صعوبات في النوم، كل ليلة تقريباً؟ (صعوبة في الخلود إلى النوم، أو الاستيقاظ في منتصف الليل، أو الاستيقاظ في وقت مبكر جداً، أو النوم بشكل مفرط)
لا	نعم	لا	نعم	هل تحدثت أو تحركت بطريقة أبطأ من المعتاد أو كنت عصبي، مُتململ أو تواجه صعوبة في البقاء ساكناً، كل يوم تقريباً؟ هل لاحظ أحدهم ذلك؟
لا	نعم	لا	نعم	هل شعرت بالتعب وبفقدان الطاقة/الحيوية، كل يوم تقريباً؟

لا	نعم	لا	نعم	هل شعرت أنك بلا قيمة أو رافك شعور بالذنب، كل يوم تقريباً؟	
لا	نعم	لا	نعم	إذا كانت الإجابة "نعم"، اسأل عن أمثلة. ابحث عن *ضلالات (Delusions) الفشل أو عدم الكفاءة أو الخراب أو الشعور بالذنب أو الحاجة إلى العقاب أو ضلالات المرض أو الوفاة أو الضلالات العدمية (أن الحياة بلا معنى) أو الجسدية. على الأمثلة أن تتسق مع فكرة ضلالية. *الضلالات هي معتقدات/معتقد خاطئ يؤمن به المريض على الرغم من تناقضه مع الواقع أو تناقضه مع الحجة المنطقية، وتعتبر الضلالات عادةً كأحد أعراض الاضطراب العقلي (الذهاني).	e
لا	نعم	لا	نعم	هل واجهتك صعوبات في التركيز، التفكير أو في اتخاذ القرارات، كل يوم تقريباً؟	f
لا	نعم	لا	نعم	هل فكرت بشكل متكرر في الموت (الخوف من الموت لا يُحتسب هنا)، أو كانت لديك أي أفكار بقتل نفسك، أو كانت لديك أي نية أو خطة لقتل نفسك؟ هل حاولت الانتحار؟ إذا كانت الإجابة بنعم على أياً من هذه الأسئلة، ضع علامة نعم	g
لا	نعم	لا	نعم	هل سببت لك هذه الأعراض بمعاونة ملحوظة (كبيرة) أو سببت لك مشاكل في المنزل أو العمل أو المدرسة أو في علاقاتك الاجتماعية أو بطريقة أخرى ذات أهمية، وهل تغير أدائك في أحد هذه الجوانب المذكورة عن السابق؟	A4
لا	نعم	لا	نعم	بين نوبة اكتئاب وأخرى، هل سبق لك وأمضيت مدة لا تقل عن شهرين، لم تشعر فيها بأي اكتئاب أو فقدان اهتمام؟	A5

لا	نعم	لا	نعم	هل قمت بتسجيل 5 إجابات أو أكثر بـ "نعم" في أسئلة البنود (A1-A3) وهل تم تسجيل إجابة "نعم" على البند A4 في تلك الفترة الزمنية؟	
لا	نعم	لا	نعم	وهل تم تسجيل إجابة "نعم" على البند الخاص بـ "استبعاد السبب العضوي" التابع للملخص O2	
				حدد إذا كانت النوبة الحالية و(أو) ماضية. إذا كانت إجابة A5 "نعم" فقم بتسجيل "نعم" عند نوبة متكررة الحدوث " Recurrent Episode"	

نوبة اكتئاب كبرى Major Depressive Episode	
<input type="checkbox"/>	حالي
<input type="checkbox"/>	ماضي
<input type="checkbox"/>	متكررة الحدوث

كم عدد نوبات الاكتئاب التي مررت بها في حياتك؟	A6
يجب أن يكون هناك فاصل زمني لا يقل عن شهرين بين كل نوبة وأخرى بدون أي اكتئاب ملحوظ	

**B. الإنتحار**  
**SUICIDALITY**

النقاط			في الشهر الماضي:	
0	لا	نعم	هل تعرضت لأي حادث؟ يشمل ذلك تناولك كمية كبيرة من أدويةك دون قصد (عن طريق الخطأ)	B1
إذا كانت الإجابة على البند B1 "لا"، انتقل إلى البند B2 إذا كانت الإجابة "نعم" اسأل B1.a				
0	لا	نعم	هل خطت أو قصدت إيذاء نفسك في أي حادث إما عن طريق عدم تجنب المخاطر عند حدوثها أو عن طريق التسبب بالحادث عن قصد؟	B1.a
إذا كانت الإجابة على البند B1.a "لا"، انتقل إلى البند B2 إذا كانت الإجابة "نعم" اسأل B1b				
0	لا	نعم	هل تعمدت الموت كنتيجة لأي حادث؟	B1.b
0	لا	نعم	هل فكرت (حتى للحظات) بأنك ستكون أفضل حالاً لو مُت أو تمنيت أن تكون ميتاً أو أنك بحاجة للموت؟	B2
0	لا	نعم	هل فكرت (حتى للحظات) بإيذاء، إصابة أو جرح نفسك؟ - مع وجود (ولو بعض) التعمد أو الوعي بأنك قد تموت نتيجة لذلك. - أو التفكير بالانتحار (أي قتل نفسك)؟	B3
إذا كانت إجابة البند B2 + B3 بـ "لا"، فانتقل إلى B4 عدا ذلك اسأل عن التالي:				
		التكرار:	الشدة:	
<input type="checkbox"/>		أحياناً	خفيفة	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		غالباً	متوسطة	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		كثيراً	شديدة	<input type="checkbox"/>
	لا	نعم	هل سمعت صوتاً أو أصواتاً تقول لك أن تقتل نفسك أو راودك حلم له علاقة بالانتحار؟	B4
إذا كانت الإجابة "نعم"، اختر أحد هذين الخيارين أو كليهما				
<input type="checkbox"/>		هل كان صوتاً واحداً أم عدة أصوات؟	<input type="checkbox"/>	هل كان هذا حلماً؟
0	لا	نعم	هل فكرت بطريقة معينة للانتحار (كيف)؟	B5
0	لا	نعم	هل فكرت بوسيلة انتحار معينة (ما هي)؟	B6
0	لا	نعم	هل فكرت بمكان معين لمحاولة الانتحار (أين)؟	B7
0	لا	نعم	هل فكرت بتاريخ أو إطار زمني معين للانتحار (متى)؟	B8
0	لا	نعم	هل فكرت في أي مهمة ترغب بالقيام بها قبل محاولتك قتل نفسك؟ (على سبيل المثال: كتابة رسالة انتحار)	B9
	لا	نعم	هل كنت تنوي تنفيذ الأفكار المتعلقة بقتل نفسك؟	
إذا كانت الإجابة "نعم"، اختر أحد هذين الخيارين أو كليهما				
<input type="checkbox"/>		هل كنت تنوي تنفيذ مخططاتك في ذلك الوقت؟	<input type="checkbox"/>	هل كنت تنوي تنفيذ مخططاتك في وقت ما في المستقبل؟
	لا	نعم	هل كنت تنوي الموت نتيجة لتصرف انتحاري؟	
إذا كانت الإجابة "نعم"، اختر أحد هذين الخيارين أو كليهما				
<input type="checkbox"/>		هل كنت تنوي الموت في ذلك الوقت؟	<input type="checkbox"/>	هل كنت تنوي الموت في وقت ما في المستقبل؟

	لا	نعم	هل شعرت بحاجة أو بدافع (رغبة قوية ومُلحة) لقتل نفسك أو التخطيط لقتل نفسك عاجلاً دون تأجيل؟	
إذا كانت الإجابة "نعم"، اختر أحد هذين الخيارين أو كليهما				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل ارتبطت هذه الرغبة/الدافع بقتلك لنفسك؟	B12
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل ارتبطت هذه الرغبة/الدافع بالتخطيط لقتل نفسك؟	
إذا كانت الإجابة "نعم"، اختر أحد هذين الخيارين أو كليهما				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل كانت هذه الرغبة/الدافع بشكل عام غير ناتجة عن حافز أو سبب مباشر؟ (ليست ناتجة عن حدث أو مشاعر معينة)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل كانت هذه الرغبة/الدافع ناتجة عن حافز أو سبب مباشر؟ (نتيجة حدث معين أو مشاعر معينة)	

لا	نعم	عند تقييم لكون هذا الدافع أو الرغبة المُلحة غير ناتجة بشكل عام عن حافز أو سبب مباشر، اسأل: "قبل ٥ دقائق من هذا الدافع، هل كان بإمكانك التنبؤ به؟" إذا كان الإجابة على البند B12 "لا"، انتقل إلى البند B14.
----	-----	---

	لا	نعم	هل تواجه صعوبة في مقاومة هذه الدوافع المُلحة/القوية؟	B13
	لا	نعم	هل اتخذت أي خطوات عملية للتحضير لمحاولة انتحار توقعت أو قصدت فيها الموت (بما في ذلك أي فعل مقصود أو غير مقصود دفعك للقيام بمحاولة انتحار)؟ يتضمن ذلك الأوقات التي كنت ستقتل فيها نفسك، ولكن تمت مقاطعتك أو توقفت، قبل إيذاء نفسك.	B14
	لا	نعم	هل اتخذت خطوات عملية للتحضير لقتل نفسك، لكنك لم تبدأ بمحاولة الانتحار؟	B14.a
	لا	نعم	هل اتخذت خطوات عملية للتحضير لقتل نفسك، لكنك بعدها توقفت مباشرة قبل إلحاق الأذى بنفسك ("لم تكتمل المحاولة")	B14.b
	لا	نعم	هل اتخذت خطوات عملية للتحضير لقتل نفسك، ولكن شخصاً ما أو شيء ما أوقفك مباشرة قبل إلحاق الأذى بنفسك ("تم مقاطعتك أثناء المحاولة")	B14.c
	لا	نعم	هل جرحت/أذيت نفسك عمداً، لكن دون أن تنوي قتل نفسك؟	B15
	لا	نعم	هل حاولت الانتحار (لقتل نفسك)؟	B16
	لا	نعم	إذا كانت الإجابة على البند B16 "لا"، انتقل إلى البند B17.	
	لا	نعم	هل بدأت بمحاولة انتحار (لقتل نفسك)، ولكنك قررت التوقف ولم تكمل المحاولة؟	B16.a
	لا	نعم	هل بدأت بمحاولة انتحار (لقتل نفسك)، ولكنك تمت مقاطعتك ولم تكمل المحاولة؟	B16.b
	لا	نعم	هل قمت بمحاولة انتحار (لقتل نفسك)، تماماً كما كان مخططاً لها؟ محاولة الانتحار تعني أنك قمت بفعل معين كان يمكن أن يلحق بك الأذى، مع وجود ولو نية بسيطة للموت. إذا كانت الإجابة على البند B16c "لا"، فانتقل إلى البند B17	B16.c
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تمنيت أن يتم إنقاذك/أن تنجو	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	توقعت/تتميت الموت	

الوقت الذي تقضيه في اليوم مع دوافع ملحة، أفكار أو أفعال انتحار:				
الوقت المعتاد الذي تقضيه في اليوم	ساعة:	دقيقة:		B17
أقل قدر من الوقت الذي تقضيه في اليوم	ساعة:	دقيقة:		
أكبر قدر من الوقت الذي تقضيه في اليوم	ساعة:	دقيقة:		

لا	نعم	على مدار حياتك هل سبق لك أن حاولت الانتحار (حاولت أن تقتل نفسك)؟	
إذا كانت الإجابة "نعم"، كم مرة؟ _____			B18

إذا كانت الإجابة "نعم"، متى كانت آخر محاولة انتحار؟			
<input type="checkbox"/>	مرحلة تعافي: منذ أكثر من ٢٤ شهر	<input type="checkbox"/>	مرحلة تعافي مُبكر: ما بين الـ ١٢ والـ ٢٤ شهراً الماضية
<p>"محاولة الانتحار هي أي سلوك مُضر بالنفس، مع توافر ولو شيء من التعمد البسيط (&lt; 0) للموت كنتيجة لهذا الفعل. قد يكون الدليل على أن الفرد يعتزم قتل نفسه (بدرجة معينة على الأقل) على شكل قول صريح أو يمكن الاستدلال عليه من السلوك أو الموقف. على سبيل المثال، يعرف الفعل على أنه محاولة انتحار إذا لم يكن حادثاً بشكل واضح أو إذا ظن الفرد أن الفعل قد يكون قاتلاً، على الرغم من إنكاره النية لذلك."</p> <p>(FDA Guidance for Industry Suicidal Ideation and Behavior Document 2012 and C-CASA definition). Posner K et al. Am J Psychiatry 2007; 164 (7): 1035-1043 &amp; <a href="http://www.fda.gov/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/default.htm/">http://www.fda.gov/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/default.htm/</a></p>			
ما هي احتمالية قيامك بمحاولة قتل نفسك في غضون الأشهر الثلاثة القادمة؟ 0-100% _____			B19
إذا كان الاحتمال أكبر من الصفر، سجّل "نعم" في البند B19			

لا	نعم	هل قُمت بتسجيل إجابة "نعم" في واحد من البنود السابقة على الأقل؟ (باستثناء B1)	
		إذا كانت الإجابة "نعم"، احسب مجموع النقاط للبنود (B1-B19) التي تم الإجابة عليها بـ "نعم". حدد بناءً على عدد النقاط فئة خطر الانتحار كما هو موضح في مربع التشخيص:	
		حدد ما إذا كان سلوك الانتحار الحالي (حدث في الشهر الماضي) أو مزمناً مدى الحياة، أو كليهما عن طريق تحديد الإجابة المناسبة في مربع التشخيص (أو ترك أحدهما أو كليهما دون علامة).	
		محاولات مزمّنة مدى الحياة: إذا تمت الإجابة بـ "نعم" على البند B18	حالي: إذا تمت الإجابة بـ "نعم" على كل البنود من (B1.a - B16.c باستثناء B15) أو في حال وجود أي وقت مستغرق في البند B17
		احتمال وارد في المستقبل القريب: إذا تمت الإجابة بـ "نعم" على البند B19	

يمكنك كتابة أي تعليقات إضافية حول تقييمك للمريض فيما يخص سلوك الانتحار الحالي أو في المستقبل القريب في المكان/الفراغ التالي:

الانتحار SUICIDALITY			
<input type="checkbox"/>	حالي	<input type="checkbox"/>	ضعيف = 1 - 8 نقطة
<input type="checkbox"/>	محاولات مزمّنة مدى الحياة	<input type="checkbox"/>	متوسط = 9 - 16 نقطة
<input type="checkbox"/>	احتمال وارد في المستقبل القريب	<input type="checkbox"/>	مرتفع = فوق 17 نقطة



لا	نعم	هل تم تسجيل إجابة "نعم" على البند B18؟
لا	نعم	وإجابة بـ "نعم" على السؤال التالي؟ هل تم البدء بمحاولة الانتحار في حين لم يكن الشخص في حالة من التشوش والهديان؟
لا	نعم	وإجابة بـ "نعم" على السؤال التالي؟ هل تم القيام بفعل الانتحار دون وجود سبب سياسي أو ديني؟
		إذا كانت الإجابة "نعم"، حدد ما إذا كان الاضطراب حالي (Current) أم لا، أو ما إذا كان في مرحلة تعافي مبكر "Early Remission" أو في مرحلة تعافي "Remission" (ملحوظة: Remission - تعني فترة زمنية يكون فيها المرض أو الأعراض أقل حدة، وتبدء معايير التشخيص الخاصة بالمرض في الانخفاض بشكل كبير بحيث لا تستوفي أعراض المريض في هذه المرحلة معايير التشخيص الخاصة بالمرض)

اضطراب السلوك الانتحاري SUICIDE BEHAVIOR DISORDER	
<input type="checkbox"/>	حالي
<input type="checkbox"/>	في مرحلة تعافي مبكر
<input type="checkbox"/>	في مرحلة تعافي

نوبات الهوس والهوس الخفيف C.  
MANIC AND HYPOMANIC EPISODES

هذا السهم ← يعني انتقل إلى مربع التشخيص النهائي الخاص بالوحدة واختر (لا) في مربع التشخيص.  
انتقل بعدها إلى الوحدة التالية.

لا	نعم	هل لديك أي تاريخ عائلي مع مرض الهوس/الاكتئاب/اضطراب ثنائي القطب، أو هل كان أحد أفراد أسرتك يعاني من تقلبات مزاجية وكان يتناول دواء مثل الليثيوم، فالبروات الصوديوم (Depakote) أو لاموتريجين (Lamictal)؟	
هذا السؤال ليس معياراً لتشخيص اضطراب ثنائي القطب، ولكن الغرض منه زيادة يقظة القائم بإجراء المقابلة بشأن خطر الإصابة أو قابلية الإصابة باضطراب ثنائي القطب.			
إذا كانت الإجابة "نعم" يرجى تحديد من:			
لا	نعم	هل سبق لك أن مررت بفترة من الوقت كنت تشعر فيها بأن لديك حالة من "النشوة" أو "الابتهاج" أو "النشاط الزائد والاهتياج" أو أنك نشيط جداً وملء بالطاقة أو لديك حيوية مفرطة لدرجة سببت لك مشكلة نتيجة لذلك، أو أن أشخاصاً آخرين اعتقدوا أنك لست على ما يرام أو لست الشخص الذي اعتادوا عليه؟ (لا تضع في الاعتبار الأوقات التي كنت فيها تحت تأثير الكحول أو المواد المخدرة)	
		إذا كان المريض مُحْتاراً أو لا يفهم ماذا تعني بـ "النشوة" أو "الابتهاج" أو "النشاط الزائد والاهتياج"، أوضح ماذا تعني بذلك كما يلي: أعني بذلك وجود مزاج مُتبهج، وازدياد في الطاقة والنشاط، والحاجة إلى قدر قليل من النوم، وتسارع الأفكار؛ وزيادة في الإنتاجية، والحافز، والإبداع، إضافة إلى السلوك المتهور. التحدث عبر الهاتف بشكل مفرط، أو العمل بشكل مفرط أو إنفاق المزيد من المال.	C1. a
لا	نعم	إذا كانت الإجابة "لا"، فقم بتسجيل إجابة "لا" في البند C1.b أما إذا كانت الإجابة "نعم" اسأل التالي:	
لا	نعم	هل تشعر في الوقت الحالي بالـ "بالابتهاج والنشوة" أو "الاستثارة" أو "النشاط الزائد والاهتياج" أو أنك ملء بالطاقة؟	C1. b
		هل سبق لك أن كنت في حالة من التهيج المستمر، لعدة أيام، بحيث دخلت نتيجة لذلك في منازعات أو مشاحنات لفظية أو جسدية، أو صرخت بوجه أشخاص من خارج أفراد أسرتك؟ هل لاحظت أنت أو غيرك أن غضبك أو رد فعلك كان مبالغ فيه، مقارنةً بالأشخاص الآخرين، حتى في المواقف التي شعرت فيها أن تصرفاتك مبررة؟	C2. a
		إذا كانت الإجابة "لا"، فقم بتسجيل إجابة "لا" في البند C2.b أما إذا كانت الإجابة "نعم" اسأل التالي:	
		هل تشعر في الوقت الحالي أنك متبهج أو منفعل بشكل دائم؟	C2. b

لا	نعم	هل تم تسجيل إجابة "نعم" في البند C1.a أو C2.a؟	
←			



			إذا كانت الإجابة على C1.b "نعم"، فهل تم تسجيل 3 إجابات أو أكثر من أسئلة البند C3 بما في ذلك C3.f بـ "نعم"؟
			سجل إجابة "نعم" في حال حدوث الـ 3 أو الـ 4 أعراض المذكورة أعلاه خلال فترة زمنية واحدة.
			القاعدة: الابتهاج (النشوة)/ المزاج المرتفع، لا يتطلب سوا 3 من أعراض البند C3، بينما يتطلب الانفعال (الاهتياج) وجود 4 من أعراض البند C3.

				ما هي أطول فترة استمرت فيها هذه الأعراض (معظم اليوم كل يوم تقريباً)؟
				قم بتقييم المدة الزمنية منذ بداية إلى نهاية الأعراض، وليس فقط فترة الذروة (عندما كانت الأعراض شديدة وواضحة).
			<input type="checkbox"/>	(a) ثلاثة أيام متتالية أو أقل
			<input type="checkbox"/>	(b) أربعة أو خمسة أو ستة أيام متتالية أو أكثر
			<input type="checkbox"/>	(c) سبع أيام متتالية أو أكثر
			لا نعم	هل أقيمت في المستشفى نتيجة لهذه المشاكل؟ إذا تم تسجيل إجابة "نعم"، اختر الإجابة "نعم" في نوبة الهوس لتلك الفترة الزمنية وانتقل إلى البند C7.
				إذا تم تسجيل إجابة "نعم"، اختر الإجابة "نعم" في نوبة الهوس لتلك الفترة الزمنية وانتقل إلى البند C7.
			لا نعم	هل تسببت هذه الأعراض في حدوث مشاكل ملحوظة في المنزل أو في العمل أو اجتماعياً في علاقاتك بالآخرين أو في المدرسة أو أثرت عليك بطريقة أخرى ذات أهمية؟
			لا نعم	هل كانت هذه الأعراض مرتبطة بتغيير ملحوظ في طريقة تعاملك وتصرفك السابقة بحيث اختلفت عن طريقته المعتادة؟

			لا نعم	هل تم تسجيل إجابة "نعم" في البنود التالية: ملخص البند C3 و C7 و C4.c أو C5 أو C6 أو أي من الملامح الذهانية الموجودة من البند K1 حتى بند K8؟
				و هل تم تسجيل إجابة "نعم" على البند الخاص بـ "استبعاد السبب العضوي" التابع للملخص O2؟
				إذا كانت الإجابة "نعم" حدد إذا كانت النوبة حالية و(أو) ماضية
				نوبة هوس MANIC EPISODE
			<input type="checkbox"/>	حالي
			<input type="checkbox"/>	ماضي

لا	نعم	هل تم تسجيل إجابة "نعم" في ملخص البند C3 و "لا" في البنود C5; C6 و "نعم" في البند C7 و هل تم تسجيل إجابة "نعم" على C4.c أو C4.b؟	
		و هل تم تسجيل إجابة "نعم" على البند الخاص بـ "استبعاد السبب العضوي" التابع للملخص O2؟	
		و هل تم تسجيل إجابة "لا" على جميع الملامح الذهانية "Psychotic Features" الموجودة في البنود من K1 لـ K8؟	
		إذا كانت الإجابة "نعم" حدد إذا كانت النوبة الحالية و(أو) ماضية	
		في حال تسجيل إجابة "نعم" عند نوبة الهوس الحالية، قم بتسجيل "لا" عند نوبة الهوس الخفيف.	
		إذا كانت الإجابة "نعم" على نوبة الهوس الماضية، فقم بتدوين نوبة الهوس الخفيف بـ "لم يتم استكشافها" في مربع التشخيص.	
نوبة هوس خفيف HYPOMANIC EPISODE			
		حالية	
		ماضية	
لم يتم استكشافها		لا	نعم
		لا	نعم

لا	نعم	هل تم تسجيل إجابة "نعم" على ملخص البند C3 و C4.a و تم تسجيل "لا" عند البند C5؟	
		حدد إذا كانت النوبة الحالية و / أو ماضية	
		إذا تم تسجيل إجابة "نعم" على نوبة الهوس الحالية أو نوبة الهوس الخفيفة الحالية، فقم بتسجيل "لا" في مربع تشخيص أعراض الهوس الخفيف.	
		إذا تم تسجيل "نعم" على نوبة الهوس السابقة أو نوبة الهوس الخفيف السابقة، فقم بتسجيل "لم يتم استكشافها" عند أعراض الهوس الخفيف السابقة	
أعراض الهوس الخفيف HYPOMANIC SYMPTOMS			
<input type="checkbox"/>		حالية	
<input type="checkbox"/>		ماضية	

لا	نعم	إذا كانت نوبة الهوس إيجابية في مربع التشخيص، سواء كانت حالية أو ماضية، اسأل التالي:
----	-----	---

		على مدار حياتك, هل كان لديك 2 أو أكثر من هذه النوبات (الهوس) وكانت تستمر لـ 7 أيام أو أكثر (C4.c)؟ (بما في ذلك النوبة الحالية إذا كانت موجودة)	C8. a
لا	نعم	إذا كانت نوبة الهوس أو الهوس الخفيف إيجابية في مربع التشخيص, سواء حالية أو ماضية, اسأل التالي: على مدار حياتك, هل كان لديك 2 أو أكثر من هذه النوبات (الهوس الخفيف) وكانت تستمر لـ 4 أيام أو أكثر (C4.b)؟ (بما في ذلك النوبة الحالية)	C8. b
		إذا كان مربع تشخيص أعراض الهوس الخفيف السابق إيجابي, اسأل التالي: هل أصابتك أعراض الهوس الخفيف هذه مرتين أو أكثر على مدار حياتك واستمرت من يوم إلى ثلاثة أيام فقط (C4a) ، (بما في ذلك النوبة الحالية إن وجدت)؟	C8. c

**D. اضطراب الهلع**  
**PANIC DISORDER**

هذا السهم ← يعني انتقال إلى مربع التشخيص النهائي الخاص بالوحدة واختر (لا) في مربع التشخيص.  
انتقل بعدها إلى الوحدة التالية.

لا	نعم	هل تعرضت, في أكثر من مناسبة, لنوبات شعرت فيها <b>فجأة</b> بالقلق أو الخوف أو عدم الارتياح, حتى في مواقف لا يشعر فيها معظم الناس بهذه الطريقة؟	D1. a
لا	نعم	هل تصاعدت هذه النوبات حتي وصلت لذروتها في خلال 10 دقائق من بدايتها؟	D1. b
لا	نعم	في أي وقت في الماضي, هل حدثت أي من تلك النوبات بشكل مفاجئ, غير متوقع أو بدون سبب يذكر؟	
لا	نعم	هل سبق أن كانت أحد هذه النوبات متبوعة, بشهر أو أكثر, من الخوف المستمر من عودة نوبة مشابهة, أو من القلق اتجاه عواقب هذه النوبات, أو هل قمت بتغيير ملحوظ في تصرفاتك نتيجة لهذه النوبات (كتجنب المواقف الغير مألوفة, أو تجنب مغادرة المنزل أو التسوق بمفردك, أو القيام بتصرفات لتجنب التعرض لنوبة هلع, أو زيارة الطبيب أو غرفة الطوارئ بشكل متكرر)؟ <u>خلال أشد نوبة يمكنك تذكرها:</u>	
لا	نعم	هل شعرت بتسارع, غياب أو خفقان ضربات قلبك, أو عدم انتظامها؟	a.
لا	نعم	هل كانت يداك متعرقه أو رطبة؟	b.
لا	نعم	هل كنت ترتجف أو ترتعش؟	c.
لا	نعم	هل كان لديك ضيق في التنفس أو صعوبة في التنفس أو إحساس بالاختناق؟	d.
لا	نعم	هل كان لديك إحساس بالاختناق أو بغصة في حلقك؟	e.
لا	نعم	هل كان لديك آلام, ضغط, ضيق أو عدم راحة في الصدر؟	f.
لا	نعم	هل كنت تعاني من الغثيان, الإسهال المفاجئ أو مشاكل في المعدة؟	g.
لا	نعم	هل شعرت بالدوار أو اختلال التوازن أو شعرت أنك علي وشك السقوط أو الإغماء؟	h.
لا	نعم	هل شعرت بهبات ساخنة (شعور مفاجئ بالحرارة والسخونة) أو قشعريرة؟	i.
لا	نعم	هل شعرت وخز (تنميل) أو خدر في أجزاء جسدك؟	j.
لا	نعم	هل شعرت أن الأشياء من حولك كانت غريبة أو غير واقعية أو منفصلة أو غير مألوفة, أو هل شعرت بأنك انعزلت أو انفصلت عن جسدك بالكامل أو عن جزء منه؟	k.
لا	نعم	هل كنت تخشى الإصابة بالجنون أو فكرة فقدان السيطرة؟	l.
لا	نعم	هل كنت خائف من كونك تحتضر (تموت)؟	m.
لا	نعم	هل تم تسجيل إجابة "نعم" عند البند D3 (نعم) و على ؛ أو أكثر من أسئلة البند D4؟	

نعم= اضطراب هلع مزمن مدى الحياة

لا	نعم	في الشهر الماضي, هل صاحبك خوف مستمر من عودة النوبات مرة أخرى, أو قلق بشأن عواقب تلك النوبات, أو هل غيرت سلوكك بأي شكل من الأشكال بسبب تلك النوبات؟	m.
----	-----	--	----

نعم= اضطراب هلع حالي

لا	نعم	هل تم تسجيل إجابة "نعم" على البند D5 و D6؟
		هل تم تسجيل إجابة "نعم" على البند الخاص بـ "استبعاد السبب العضوي" التابع للملخص ؟O2
		حدد ما إذا كانت النوبة حالية و / أو مزمنة مدى الحياة
اضطراب الهلع PANIC DISORDER		
<input type="checkbox"/>	حالي	
<input type="checkbox"/>	مزمن مدى الحياة	



رهاب الأماكن المكشوفة/العامة E.  
AGORAPHOBIA

هذا السهم ← يعني انتقل إلى مربع التشخيص النهائي الخاص بالوحدة واختر (لا) في مربع التشخيص.  
انتقل بعدها إلى الوحدة التالية.

لا ←	نعم	هل تشعر بالقلق أو عدم الارتياح في الأماكن أو المواقف التي قد لا تتاح فيها المساعدة أو قد يكون الهروب منها صعباً إذا أصبت بنوبة هلع أو أعراض شبيهة بالهلع أو الخجل ، مثل: التواجد وسط حشد من الناس أو الوقوف في صف الانتظار أو في مكان مفتوح أو عند عبور جسر (كوبري) أو في مكان مغلق أو عندما تكون بمفردك خارج أو داخل المنزل أو تسافر في باص، قطار أو سيارة أو تستخدم وسائل النقل العام؟	E1
لا ←	نعم	هل تم تسجيل إجابة "نعم" على ٢ أو أكثر من المواقف المذكورة أعلاه في بند E1	

لا ←	نعم	هل تُسبب لك هذه المواقف دائماً الخوف أو القلق؟	E2
لا ←	نعم	هل تخشى هذه المواقف لدرجة أنك تتجنبها أو تعاني منها أو تحتاج لمن يرافقك لمواجهتها؟	E3
لا ←	نعم	هل هذا الخوف أو القلق مفرط أو غير متناسب مع حجم الخطر الحقيقي في الموقف؟	E4
لا ←	نعم	هل استمر هذا التجنب أو الخوف أو القلق لمدة 6 أشهر على الأقل؟	E5
لا ←	نعم	هل سببت لك هذه الأعراض بمعاونة أو مشاكل ملحوظة في المنزل أو العمل أو اجتماعياً أو في المدرسة أو أثرت عليك بطريقة أخرى ذات أهمية؟	E6
لا ←	نعم	هل تم تسجيل إجابة "نعم" في البند E6	

نعم = رهاب الأماكن المكشوفة/العامة

AGORAPHOBIA

اضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي) F.  
SOCIAL PHOBIA (Social Anxiety Disorder)

هذا السهم ← يعني انتقل إلى مربع التشخيص النهائي الخاص بالوحدة واختر (لا) في مربع التشخيص.  
انتقل بعدها إلى الوحدة التالية.

لا ←	نعم	في الشهر الماضي، هل كان لديك خوف مستمر وقلق ملحوظ من أن تكون محط أنظار أو اهتمام من الآخرين، أو تخشى التعرض للإهانة أو الاحراج أو الرفض؟ يتضمن ذلك أشياء مثل التحدث في الأماكن العامة أو تناول الطعام في الأماكن العامة أو مع الآخرين أو الكتابة بوجود شخص يشاهدك أو الأداء أمام الآخرين أو التواجد في مواقف اجتماعية. أمثلة لمواقف اجتماعية تضمن عادة:	F1
		- البدء أو الاستمرار في حوار - التفاعل والمشاركة في مجموعات صغيرة - التعارف (اللقاءات العاطفية) - التحدث مع أشخاص يشغلون مناصب مسؤولة - حضور الحفلات - التحدث أمام الجمهور - تناول الطعام أمام الآخرين - التبول في الحمامات العامة، ...	
لا ←	نعم	هل تُسبب هذه المواقف الاجتماعية دائمًا الخوف أو القلق؟	F2
لا ←	نعم	هل تخشى هذه المواقف الاجتماعية لدرجة أنك تتجنبها أو تعاني منها أو تحتاج إلى من يُرافقك لمواجهتها؟	F3
لا ←	نعم	هل هذا الخوف أو القلق الاجتماعي مفرط أو غير مُبرر في هذه المواقف الاجتماعية؟	F4
لا ←	نعم	هل استمر هذا التجنب الاجتماعي أو الخوف أو القلق لمدة 6 أشهر على الأقل؟	F5
لا ←	نعم	هل تسببت هذه المخاوف الاجتماعية في معاناة ملحوظة أو عرقلت قدرتك على الأداء في العمل، أو في المدرسة أو في حياتك الاجتماعية أو في علاقاتك بالآخرين أو أثرت عليك بطريقة أخرى ذات أهمية؟	F6
لا ←	نعم	هل تم تسجيل إجابة "نعم" عند البند F6؟ هل تم تسجيل إجابة "نعم" على البند الخاص بـ "استبعاد السبب العضوي" التابع للملخص O2؟	

نعم = اضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي)  
SOCIAL PHOBIA (Social Anxiety Disorder)

ملاحظة للقائم بإجراء المقابلة: يرجى تحديد ما إذا كانت هذه المخاوف مقتصرة على التحدث أو الأداء في الأماكن العامة	
<input type="checkbox"/>	اضطراب قلق اجتماعي محصور على الأداء في الأماكن العامة

اضطراب الوسواس القهري G.  
OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

هذا السهم ← يعني انتقل إلى مربع التشخيص النهائي الخاص بالوحدة واختر (لا) في مربع التشخيص.  
انتقل بعدها إلى الوحدة التالية.

لا	← to G3.a	نعم	في الشهر الماضي، هل كنت منزعًا من أفكار متكررة أو رغبات ملحة أو صور غير مرغوب فيها، مقبنة أو مقلقة أو غير لائقة أو قهرية أو مؤلمة؟ (على سبيل المثال، فكرة أنك متسخ أو ملوث أو أن لديك جراثيم أو الخوف من تلووث الآخرين، أو الخوف من إيذاء شخص ما حتي لو كانت الفكرة مزعجة بالنسبة لك، أو الخوف من تنفيذ بعض الرغبات الملحة، أو الخوف من أنك ستكون مسؤول عن سير الأمور بشكل خاطئ أو جود وساوس تتعلق بالأفكار الجنسية أو بالصور أو بالرغبات الملحة أو بوساوس ذات طابع ديني.)	G1.a
لا	← to G3.a	نعم	في الشهر الماضي، هل حاولت قمع هذه الأفكار أو الرغبات الملحة أو الصور أو تحييدها أو تقليصها ببعض الأفكار أو الأفعال الأخرى؟	G1.b
(لا تقم باحتساب المخاوف المفرطة بشأن مشاكل الحياة الحقيقية. لا تقم باحتساب الوسواس المرتبطة مباشرة بالادخار، أو نتف الشعر، أو تقشير الجلد، أو اضطراب تشوه الجسم، أو اضطرابات الأكل، أو الانحرافات الجنسية، أو المقامرة المرضية، أو تعاطي الكحول أو المخدرات لأن المريض قد يستمد المتعة من هذا النشاط وقد يرغب في مقاومته بسبب عواقبه السلبية فقط.)				
لا		نعم	هل تتكرر هذه الهواجس/الوساوس وتعود مجددًا، رغم محاولتك للتخلص منها وتجاهلها؟	G2

نعم = وساوس

Obsessions

لا	نعم	في الشهر الماضي، هل شعرت بدافع لفعل شيء ما بشكل متكرر ردًا على وساوس أو ردًا على قاعدة صارمة، مثل الغسيل أو التنظيف بشكل مُفرط، أو عد أو فحص الأشياء مرارًا وتكرارًا، أو تكرار الأشياء أو ترتيبها، أو غيرها من الطقوس الغريبة الأخرى؟	G3.a
		هل كان الغرض من القيام بهذه الطقوس منع أو تقليل القلق أو المعاناة أو لمنع حدوث شيء سيء وهل هذه الطقوس مُفرطة أو غير عقلانية؟	G3.b

نعم = سلوك قهري

Compulsion

لا	← to G3.a	نعم	هل تم تسجيل إجابة "نعم" على من البنود التالية: G1.a + G1.b + G2 أو G3.a + G3.b
----	-----------------	-----	---

لا	نعم	في الشهر الماضي، هل تسببت هذه الأفكار الوسواسية و / أو السلوكيات القهرية في معاناة ملحوظة، أو أثرت على حياتك في المنزل أو في العمل أو في المدرسة أو في حياتك الاجتماعية أو في علاقاتك بالآخرين أو أثرت عليك بطريقة أخرى ذات أهمية، أو انشغلت بها لأكثر من ساعة في اليوم؟	G4
وهل تم تسجيل إجابة "نعم" على البند الخاص بـ "استبعاد السبب العضوي" التابع للملخص؟			O2

	(تحقق من وجود أي أعراض للوسواس القهري قد بدأت في غضون 3 أسابيع من الإصابة (بعدي)			
	حدد مستوى إدراك الشخص للمرض (level of insight) وما إذا كانت النوبة مرتبطة بمتلازمة لإرادية "TIC"			
اضطراب الوسواس القهري - حالي O.C.D Current				
إدراك المرض (level of insight)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ذات صلة بمتلازمة لإرادية "TIC"	ضلالي	غائب	ضعيف	جيد أو معقول

**H. اضطرب كرب ما بعد الصدمة**  
**POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER**

هذا السهم ← يعني انتقل إلى مربع التشخيص النهائي الخاص بالوحدة واختر (لا) في مربع التشخيص.  
انتقل بعدها إلى الوحدة التالية.

لا	نعم	هل سبق لك أن تعرضت أو شهدت أو اضطررت للتعامل مع أحداث صادمة تتضمن الموت الفعلي، خطر الموت أو التهديد بالموت أو إصابة جسدية خطيرة أو التعرض لاعتداء جنسي، بشكل شخصي أو كشاهد على شخص آخر؟ تشمل الأمثلة على الأحداث المؤلمة/الصادمة: الحوادث الخطيرة، الاعتداء الجنسي أو الجسدي، هجوم إرهابي، الخطف والأخذ كرهينة، الحريق، الحرب، أو الكوارث الطبيعية، أو مشاهدة العنف، أو الموت المفاجئ لشخص قريب منك، أو مرض مهدد للحياة.	H1
لا	نعم	بعد الحدث الصادم الذي تعرضت له، هل شعرت بشكل متكرر أنك تعيش الحادثة مجدداً بطريقة مزعجة لا ترغب بها وتسبب لك الضغط والحزن (كمشاهدة أحلام/كوابيس متكررة تخص الحادثة، أو استرجاع الذكريات بشدة أو استرجاع صور من الحادث كما لو أنه يحدث مجدداً)؟ أو هل كان لديك ردود فعل جسدية أو نفسية شديدة عندما يتم تذكيرك بالحدث أو عند تعرضك لحدث مشابه؟	H2
		في الشهر الماضي:	H3
لا	نعم	هل كنت تحاول باستمرار تجنب التفكير أو تذكر التفاصيل أو المشاعر المؤلمة المرتبطة بالحدث؟	H3.a
لا	نعم	هل كنت تحاول باستمرار تجنب الأشخاص أو المحادثات أو الأماكن أو المواقف أو الأنشطة أو الأشياء التي تُعيد إليك ذكريات مؤلمة عن الحدث؟	H3.b
لا	نعم	هل تم تسجيل "نعم" على 1 أو أكثر من أسئلة البند H3؟	
		في الشهر الماضي:	H4
لا	نعم	هل واجهتك مشكلة في استرجاع جزء مهم من الحدث الصادم؟ (يجب أن لا يتعلق سبب عدم القدرة على الاسترجاع بالآتي: إصابة في الرأس أو تناول الكحول أو المواد المخدرة/العقاقير)	H4.a
لا	نعم	هل تملكك بشكل مستمر وغير منطقي، مشاعر سلبية تجاه نفسك أو الآخرين أو العالم؟	H4.b
لا	نعم	هل كنت بطريقة غير منطقية تلوم نفسك أو تلوم الآخرين على ما تعرضت له؟	H4.c
لا	نعم	هل كانت مشاعرك سلبية بشكل دائم؟ (كمشاعر الخوف، الرعب، الغضب، الشعور بالذنب، الخجل/الخزي)	H4.d
لا	نعم	هل أصبحت أقل اهتماماً بشكل ملحوظ بالمشاركة بأنشطة كانت تعني لك الكثير سابقاً؟	H4.e
لا	نعم	هل كنت تشعر بأنك منفصل أو مُعزل عن الآخرين؟	H4.f
لا	نعم	هل كنت غير قادر على الشعور بأي مشاعر إيجابية (مثل السعادة أو الرضى أو مشاعر الحب)؟	H4.g
لا	نعم	هل تم تسجيل إجابة "نعم" على 2 أو أكثر من أسئلة البند H4؟	
		في الشهر الماضي:	H5
لا	نعم	هل كنت سريع الغضب بشكل أكبر أو كانت لديك نوبات غضب ناتجة عن استفزاز بسيط أو بدون سبب على الإطلاق؟	H5.a
لا	نعم	هل كنت أكثر تهوراً أو تصرفت بطريقة تضرك أو تؤذيك؟	H5.b

لا	نعم	هل كنت متوتراً، متاهباً (أو على أعصابك) باستمرار؟	H5. c
لا	نعم	هل كنت ترتعب بسهولة (من السهل ترويعك)؟	H5. d
لا	نعم	هل كنت تواجه صعوبات أكبر في التركيز؟	H5. e
لا	نعم	هل كنت تواجه صعوبات أكبر في النوم؟	H5. f
لا	نعم	هل تم تسجيل إجابة "نعم" على ٢ أو أكثر من الأسئلة التابعة للبند H5؟	
←			
لا	نعم	هل بدأت كل هذه المشاكل بعد تعرضك للحدث الصادم واستمرت لأكثر من شهر؟	H6
←			
لا	نعم	خلال الشهر الماضي ، هل تسببت هذه المشكلات في معاناه ملحوظة أو عرقلت حياتك في المنزل أو في العمل أو في المدرسة أو في حياتك الاجتماعية أو في علاقاتك بالآخرين أو أثرت عليك بطريقة أخرى ذات أهمية؟ وهل تم تسجيل إجابة "نعم" على البند الخاص بـ "استبعاد السبب العضوي" التابع للملخص O2؟ حدد ما إذا كانت الحالة مرتبطة بالانفصال عن الذات أو عدم الوعي بالذات (depersonalization) أو الانفصال عن الواقع أو التغيير في إدراك الواقع (Derealization) أو تأخر في التعبير (Delayed Expression).	H7
اضطراب كرب ما بعد الصدمة – حالي			
POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER CURRENT			
مع			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
تأخر في التعبير (Delayed Expression)	انفصال عن الواقع أو تغيير في إدراك الواقع (Derealization)	انفصال عن الذات أو عدم الوعي بالذات (depersonalization)	

I. اضطراب تعاطي الكحول  
ALCOHOL ABUSE AND DEPENDENCE

هذا السهم ← يعني انتقل إلى مربع التشخيص النهائي الخاص بالوحدة واختر (لا) في مربع التشخيص.  
انتقل بعدها إلى الوحدة التالية.

لا	نعم	←	I1	خلال الأشهر الـ ١٢ الماضية، هل شربت ثلاثة أنواع من المشروبات الكحولية أو أكثر، خلال ٣ ساعات، وحدث ذلك في ثلاث مناسبات أو أكثر؟
			I2	خلال الأشهر الـ ١٢ الماضية
لا	نعم		I2.a	خلال الأوقات التي كنت تشرب فيها الكحول ، هل كان ينتهي بك الأمر إلى شرب كمية أكبر من التي كنت تنوي أو تُخطط لتناولها عندما بدأت بالشرب؟
لا	نعم		I2.b	هل أردت مرارا التقليل أو السيطرة على شرب الكحول؟ هل حاولت التقليل من أو السيطرة على شرب الكحول، لكنك لم تستطع؟
لا	نعم		I2.c	الأيام التي كنت تشرب فيها الكحول، هل استغرقت وقتاً طويلاً في الحصول على الكحول، شرب الكحول، أو التعافي من تأثير الكحول؟
لا	نعم		I2.d	هل كنت تشتهي شرب الكحول أو كانت لديك رغبة قوية أو مُلحة في شرب الكحول؟
لا	نعم		I2.e	هل قضيت وقتاً أقل في القيام بمسؤولياتك في العمل أو المدرسة أو المدرسة بسبب شربك المتكرر للكحول؟
لا	نعم		I2.f	إن كان شربك للكحول قد سبب لك مشاكل مع أسرته أو مع أشخاص آخرين، فهل ما زلت مستمرّاً في شرب الكحول رغم ذلك؟
لا	نعم		I2.g	هل كنت في حالة سكر في أي موقف كنت ستتعرض فيه أنت أو غيرك لخطر جسدي، أكثر من مرة؟ (على سبيل المثال ، قيادة سيارة ، أو ركوب دراجة نارية ، أو استخدام الآلات ، أو ركوب القوارب ، وما إلى ذلك)
لا	نعم		I2.h	هل استمررت في شرب الكحول، على الرغم من أنه كان من الواضح أنه فاقم من أو تسبب في مشكلات نفسية أو جسدية؟
لا	نعم		I2.i	هل قللت أو تخليت عن القيام بعمل هام أو أنشطة اجتماعية أو ترفيهية بسبب شربك؟
لا	نعم		I2.j	هل كنت بحاجة إلى شرب كمية أكبر لتحصل على نفس التأثير الذي حصلت عليه أول مرة عندما بدأت بشرب الكحول أو هل حصلت على تأثير أقل بكثير مقارنة بالتأثير الذي حصلت عليه عند شربك لأول مرة لنفس الكمية
لا	نعم		I2.k1	عندما خفضت من الإفراط في شرب الكحول بكمية كبيرة أو لفترة طويلة، هل كانت لديك أي من الأعراض التالية: إذا تم تسجيل إجابة "نعم" على ٢ أو أكثر من الأعراض الـ ٨ المذكورة أعلاه، قم بتسجيل "نعم" على البند K1
		<input type="checkbox"/>		1. زيادة التعرق أو زيادة معدل ضربات القلب
		<input type="checkbox"/>		2. رعشة في اليد (رجفة)
		<input type="checkbox"/>		3. صعوبة في النوم
		<input type="checkbox"/>		4. الغثيان أو القيء
		<input type="checkbox"/>		5. سماع أو رؤية أشياء لا يُمكن أن يراها أو يسمعها الآخرون أو وجود أحاسيس في الجلد دون سبب واضح أو مثير واضح
		<input type="checkbox"/>		6. الانفعال
		<input type="checkbox"/>		7. القلق والتوتر

		<input type="checkbox"/>	8. اختلاجات (تشنجات)	
لا	نعم		هل كنت تشرب الكحول للتخفيف من أو لتجنب أعراض الانسحاب أو لتفادي الـ Hung-over (حالة بدنية مؤقتة ومزعجة، تتميز عادة بالصداع الشديد والغثيان)؟	I2.k2
لا	نعم		إذا تم تسجيل إجابة "نعم" على I2.k1 أو I2.k2, اختر الإجابة نعم	I2.k Summary

لا	نعم	هل تم تسجيل "نعم" على إجابتين أو أكثر من أسئلة البند I2 (من I2.a حتى I2.k-SUMMARY) (يتم احتساب كلاً من البند i2k1 و البند i2k2 معاً كـ بند واحد من بين هذه الخيارات)
اضطراب تعاطي الكحول - في الأشهر الـ ١٢ الماضية ALCOHOL ABUSE AND DEPENDENCE PAST 12 MONTHS		

محددات شدة اضطراب تعاطي الكحول	
خفيف = 2-3 أعراض من البند I2	
متوسطة = 4-5 أعراض من البند I2	
شديد = 6 أو أكثر من أعراض البند I2	
يستثنى من مرحلتين التعافي المعيار "د" أعلاه [اللهفة أو الاشتهااء أو الاشتياق (craving)]	في مرحلة تعافي مبكر = لم يتم اكتمال معايير التشخيص لمدة تتراوح بين 3 و 12 شهرًا.
	في مرحلة تعافي مستمر = لم يتم اكتمال معايير التشخيص لمدة 12 شهرا أو أكثر.
في بيئة خاضعة للرقابة = حيث يتم تقييد الوصول إلى الكحول.	

حدد شدة الاضطراب					
خفيف	متوسط	شديد	في مرحلة تعافي مبكر	في مرحلة تعافي مستمر	في بيئة خاضعة للرقابة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



اضطراب استخدام المواد المخدرة (غير الكحولية) J.  
SUBSTANCE USE DISORDER (NON-ALCOHOL)

هذا السهم ← يعني انتقل إلى مربع التشخيص النهائي الخاص بالوحدة واختر (لا) في مربع التشخيص.  
انتقل بعدها إلى الوحدة التالية.

سأعرض عليك الآن قائمة من العقاقير أو المواد المخدرة التي تُباع في الشارع:		
لا	نعم	J1
←		خلال الأشهر الـ ١٢ الماضية، هل تناولت أيًا من هذه الأدوية/المواد المخدرة أكثر من مرة ، لكي تشعر بالانتشاء، أو للشعور بالابتهاج، أو للحصول علي مزاج عالي جداً أو لتغيير من حالتك المزاجية؟
ضع دائرة حول كل عقار/مخدر يتم تعاطيه:		
- Stimulants: amphetamines, "speed", crystal meth, "crank", Dexedrine, Ritalin, diet pills.	- المنشطات: الأمفيتامينات ، "سبيد" ، الكريستال ميث ، "كرنك" ، "راش" ، ديكسيدرين ، ريتالين ، حبوب للحمية الغذائية.	
- Cocaine: snorting, IV, freebase, crack, "speedball".	- الكوكايين: عن طريق الاستنشاق، الحقن في الوريد، فريباس (الدخان الناتج من حرق بودرة الكوكايين)، كراك (بلورات الكوكايين)، "سبيد بول" تعاطي الكوكايين مع المورفين أو الهيروين في حقنة واحدة.	
- Opiates: heroin, morphine, Dilaudid, opium, Demerol, methadone, Darvon, codeine, Percodan, Vicodin, OxyContin.	- المواد الأفيونية: الهيروين ، المورفين ، الدايلويد ، الأفيون (الخشخاش)، الديرمول ، الميثادون ، الدارفون ، الكوديين ، البيركودان ، الفيكودين ، الأوكسي كوتنين.	
- Hallucinogens: LSD ("acid"), mescaline, peyote, psilocybin, STP, "mushrooms", "ecstasy", MDA, MDMA.	- المهلوسات: (حمض) الـ LSD ، و الميسكالين، والبيوت، و بيسالوسيبين و الـ STP و " فطر عش الغراب" و "الإكستاسي (حبة السعادة)" و الـ MDA و الـ MDMA.	
- Dissociative Drugs: PCP (Phencyclidine , "Angel Dust", "Peace Pill", "Hog"), or ketamine ("Special K").	- العقاقير الانفصالية: PCP (فينسكيليدين، "غبار الملاك"، "حبة السلام"، "الخنزير")، أو الكيتامين (Special K).	
- Inhalants: "glue", ethyl chloride, "rush", nitrous oxide ("laughing gas"), amyl or butyl nitrate ("poppers").	- المستنشقات (المواد الطيارة): "الغراء/الكله/الصمغ" ، كلوريد الإيثيل ، "الراش" ، أكسيد النايتروز ("غاز الضحك") ، الأميل أو نترات البوتيل ("بوبيرس").	
- Cannabis: marijuana, hashish ("hash"), THC, "pot", "grass", "weed", "reefer".	- القنب الهندي: المايجوانا، الحشيش ("الهاش") ، الـ THC ، "وعاء القنب"، "عشبة القنب" "الكيف"، "ساق القنب" (البانجو)، "سيجارة من القنب الهندي".	
- Sedatives, Hypnotics or Anxiolytics: Quaalude, Seconal ("reds"), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halcion, barbiturates, Miltown, GHB, Roofinol, "Roofies".	- المهدئات ، المنومات أو مضادات القلق: كوالود، سيكونال، فاليوم، زاناكس، ليبريوم، أنيفان، دالمان، هالسيون، الباربيتوراتس، ميل تاون، الـ GHB، روفينول، "روفيس أو روهينول".	
- Miscellaneous: steroids, nonprescription sleep or diet pills. Cough Medicine? Any others?	- أدوية أخرى متنوعة: ستيرويدز ، حبوب للحمية الغذائية أو النوم غير موصوفة من قبل طبيب. دواء السعال "الكحة" أو أي أدوية أخرى؟	

حدد الأدوية/المخدرات الأكثر استخداماً:

ما هو المخدر (المخدرات) الذي يُسبب أكبر المشاكل؟		
ابدأ بالاستفسار عن المعايير الموضحة أدناه للعقار/المخدر الذي يسبب أكبر المشاكل والأكثر احتمالاً أن يفني بمعايير التشخيص		
لتشخيص اضطراب تعاطي المخدرات/العقاقير، وفي حال تعاطي عدة فئات من المخدرات/العقاقير: استكشف أكبر عدد ممكن أو أصغر عدد ممكن من الفئات، وذلك وفقاً للبروتوكول الذي تعمل على أساسه.		
J2	نظراً لتعاطيك (اسم الدواء أو المخدر/ صنف الدواء أو المخدر)، في الأشهر الـ ١٢ الماضية:	لا ← نعم
J2. A	خلال الأوقات التي كنت تتعاطي فيها لـ (اسم الدواء أو المخدر/ صنف الدواء أو المخدر)، هل كان ينتهي بك الأمر إلى شرب كمية أكبر من التي كنت تتوي أو تخطط لتعاطيها عندما بدأت؟	لا نعم
J2. B	هل حاولت بشكل متكرر التقليل أو السيطرة على تعاطيك لـ (اسم الدواء أو المخدر/ صنف الدواء أو المخدر)؟ هل حاولت أن تقلل أو تسيطر على تعاطيك لـ (اسم الدواء أو المخدر/ صنف الدواء أو المخدر) لكنك لم تستطع؟ إذا كانت الإجابة بنعم على أيهما ، فاكتب نعم.	لا نعم
J2. c	في الأيام التي كنت تتعاطي فيها من (اسم الدواء أو المخدر/ صنف الدواء أو المخدر)، هل استغرقت وقتاً طويلاً في الحصول على الدواء/ المخدر، تناوله أو التعافي من تأثيره؟	لا نعم
J2. d	هل كنت تشتهي أو كانت لديك رغبة قوية أو ملحة في تعاطي (اسم الدواء أو المخدر/ صنف الدواء أو المخدر)؟	لا نعم
J2. e	هل قضيت وقتاً أقل في القيام بواجباتك في العمل أو المدرسة أو في المنزل بسبب تعاطيك المتكرر لـ (اسم الدواء أو المخدر/ صنف الدواء أو المخدر)؟	لا نعم
J2. f	إذا كان تعاطيك لـ (اسم الدواء أو المخدر/ صنف الدواء أو المخدر) قد تسبب لك بمشاكل مع أسرته أو مع أشخاص آخرين، هل ما زلت مستمرا في تعاطيه رغم تلك المشاكل؟	لا نعم
J2. g	هل تعاطيت (اسم الدواء أو المخدر/ صنف الدواء أو المخدر) في مواقف كنت ستعرض فيها أنت أو غيرك لخطر جسدي، أكثر من مرة؟ (قيادة سيارة ، أو ركوب دراجة نارية ، أو استخدام الآلات ، أو ركوب القوارب ، وما إلى ذلك)	لا نعم
J2. h	هل استمررت في تعاطي (اسم الدواء أو المخدر/ صنف الدواء أو المخدر) على الرغم من أنه كان من الواضح أنه فاقم من أو تسبب في مشكلات نفسية أو جسدية؟	لا نعم
J2. i	هل قللت أو تخليت عن القيام بعمل هام أو أنشطة اجتماعية أو ترفيهية بسبب تعاطيك لـ (اسم الدواء أو المخدر/ صنف الدواء أو المخدر)؟	لا نعم
J2. j	هل كنت بحاجة إلى تعاطي المزيد من (اسم الدواء أو المادة المخدرة / صنف المخدر أو الدواء) من أجل الحصول على نفس التأثير الذي حصلت عليه عندما بدأت في تعاطيه لأول مرة أو هل بدأت في الحصول على تأثير أقل بكثير من الذي حصلت عليه أول مرة مع الاستمرار في استخدام نفس الكمية؟ يتم تسجيل الإجابة على هذا المعيار بـ "لا" إذا تم وصف الدواء واستخدامه تحت إشراف طبي مناسب.	لا نعم

J2. k1	عندما خفضت من الإفراط في التعاطي بكمية كبيرة أو لفترة طويلة، هل تعرضت لأحد الأعراض لانسحابه التالية: إذا كانت الإجابة بنعم على العدد المطلوب من أعراض الانسحاب للفتنة المحددة، فقم بتسجيل "نعم" عند البند j2k1. يتم تسجيل الإجابة على هذا المعيار بـ لا إذا تم وصف الدواء واستخدامه تحت إشراف طبي مناسب.	لا نعم
--------	--	-----------

المهدئات، المنومات أو مضادات القلق (2 أو أكثر من أعراض الانسحاب التالية)	
<input type="checkbox"/>	1. زيادة التعرق أو زيادة معدل ضربات القلب ،
<input type="checkbox"/>	2. رعشة في اليد (رجفة)
<input type="checkbox"/>	3. صعوبة في النوم
<input type="checkbox"/>	4. صعوبة في النوم

<input type="checkbox"/>	5. سماع أو رؤية أشياء لا يُمكن أن يراها أو يسمعها الآخرون أو وجود أحاسيس في الجلد دون سبب أو مُثير واضح.
<input type="checkbox"/>	6. الانفعال
<input type="checkbox"/>	7. القلق والتوتر
<input type="checkbox"/>	8. اختلاجات (تشنجات)
<u>الأفيونيات (3 أو أكثر من أعراض الانسحاب التالية)</u>	
<input type="checkbox"/>	1. الشعور بالاكتئاب
<input type="checkbox"/>	2. الغثيان أو القيء
<input type="checkbox"/>	3. آلام العضلات
<input type="checkbox"/>	4. سيلان الأنف أو العيون الدامعة
<input type="checkbox"/>	5. اتساع حدقة العين، أو نتوءات الجلد (مُشابهة لجلد الوزرة) أو وقوف شعر الجسم أو التعرق
<input type="checkbox"/>	6. الإسهال
<input type="checkbox"/>	7. التثؤوب
<input type="checkbox"/>	8. الهبات الساخنة (شعور مُفاجئ بالحرارة أو السخونة)
<input type="checkbox"/>	9. صعوبة في النوم
<u>المنشطات والكوكايين (2 أو أكثر من أعراض الانسحاب التالية)</u>	
<input type="checkbox"/>	1. التعب والإجهاد
<input type="checkbox"/>	2. أحلام يقظة أو أحلام مزعجة
<input type="checkbox"/>	3. صعوبة في النوم أو الإفراط في النوم
<input type="checkbox"/>	4. زيادة الشهية
<input type="checkbox"/>	5. الظهور أو الشعور بالبطء عقلياً وجسدياً
<u>القنب (3 أو أكثر من أعراض الانسحاب التالية)</u>	
<input type="checkbox"/>	1. سرعة الانفعال \ التهيج أو الغضب أو العدوانية
<input type="checkbox"/>	2. العصبية أو القلق
<input type="checkbox"/>	3. اضطرابات النوم
<input type="checkbox"/>	4. فقدان الشهية أو فقدان الوزن
<input type="checkbox"/>	5. التمللم (عدم الشعور بالراحة في أي وضع - "ضايح")
<input type="checkbox"/>	6. الشعور بالاكتئاب
<input type="checkbox"/>	7. انزعاج كبير من أحد الأعراض التالية: "ألم في المعدة"، الرعشة أو "الرجفة"، التعرق، الهبات الساخنة، القشعريرة، الصداع.

لا	نعم	هل كنت تتعاطى (اسم الدواء أو المخدر/ صنف الدواء أو المخدر) للتخفيف من أو لتجنب أعراض الانسحاب؟	J2.k2
لا	نعم	إذا تم تسجيل إجابة "نعم" على J2.k1 أو J2.k2, اختر إجابة نعم	J2.k Summary

لا	نعم	هل تم تسجيل إجابة "نعم" على إجابتين أو أكثر من أسئلة البند J2 (من J2.a حتى J2.k-SUMMARY) (يتم احتساب كلاً من البند j2k1 و البند j2k2 معاً كـ بند واحد من بين هذه الخيارات) في الأشهر الـ ١٢ الماضية – اضطراب تعاطي المواد المخدرة (اسم الدواء أو المخدر/ صنف الدواء أو المخدر) SUBSTANCE (Drug or Drug Class Name) USE DISORDER - PAST 12 MONTHS	
----	-----	---	--

محددات شدة اضطراب تعاطي المخدرات:	
خفيف = 2-3	أعراض من البند J2
متوسطة = 4-5	أعراض من البند J2
شديد = 6	أو أكثر من أعراض البند J2

يستثنى من مرحلتين التعافي المعيار "د" أعلاه [اللهافة أو الاشتهاء أو الاشتياق (craving) للمخدر/العقار]	في مرحلة تعافي مبكر = لم يتم اكمال معايير التشخيص لمدة تتراوح بين 3 و 12 شهرًا.
	في مرحلة تعافي مستمر = لم يتم اكمال معايير التشخيص لمدة 12 شهرًا أو أكثر.
	في بيئة خاضعة للرقابة = حيث يتم تقييد الوصول إلى الكحول.

حدد شدة الاضطراب					
في بيئة خاضعة للمراقبة <input type="checkbox"/>	في مرحلة تعافي مستمر <input type="checkbox"/>	في مرحلة تعافي مبكر <input type="checkbox"/>	شديد <input type="checkbox"/>	متوسط <input type="checkbox"/>	خفيف <input type="checkbox"/>

الاضطرابات الذهانية واضطرابات المزاج مع ملامح ذهانية K.  
PSYCHOTIC DISORDERS AND MOOD DISORDER WITH PSYCHOTIC FEATURES

هذا السهم ← يعني انتقل إلى مربع التشخيص النهائي الخاص بالوحدة واختر (لا) في مربع التشخيص.  
انتقل بعدها إلى الوحدة التالية.

سأل عن مثال على كل سؤال تمت الإجابة عليه بشكل إيجابي. سجل "نعم" فقط إذا كانت الأمثلة تُظهر بوضوح تدهور واضطراب التفكير أو الإدراك أو إذا لم تكن مناسبة (اجتماعياً) ثقافياً. الغرض من هذه الوحدة هو استبعاد المرضى الذين يعانون من اضطرابات ذهانية. هذه الوحدة تحتاج إلى خبرة.			
سأطرح عليك الآن عدة أسئلة عن بعض التجارب الغير معتادة التي يعيشها أو يمر بها بعض الأشخاص.			
لا	نعم	هل اعتقدت يوماً أن الناس يتجسسون عليك أو أن شخصاً ما يدبر لك مكيدة أو يحاول إلحاق الضرر بك؟ ملاحظة: اطلب أمثلة لاستبعاد المطاردة/التجسس/الملاحقة الفعلية/الواقعية في حياة الشخص.	K1.a
لا	نعم	إذا كانت الإجابة "نعم": هل ما زلت تعتقد ذلك في الوقت الحالي؟	K1.b
لا	نعم	هل اعتقدت يوماً ما أن شخصاً ما يستطيع قراءة أو سماع أفكارك، أو أن باستطاعتك قراءة أو سماع أفكار شخص آخر؟	K2.a
لا	نعم	إذا كانت الإجابة "نعم": هل ما زلت تعتقد ذلك في الوقت الحالي؟	K2.b
لا	نعم	هل اعتقدت يوماً ما أن شخصاً ما أو قوة خارجية ما قد وضعت أفكاراً في عقلك، أنت لست مصدرها، أو جعلتك تتصرف بطريقة مختلفة عن المعتاد؟ هل شعرت يوماً بأنك مسكون (من الجن مثلاً)؟ القائم بإجراء المقابلة: اسأل عن أمثلة واحذف الأمثلة التي لا تعتبر ذهانية	K3.a
لا	نعم	إذا كانت الإجابة "نعم": هل ما زلت تعتقد ذلك في الوقت الحالي؟	K3.b
لا	نعم	هل اعتقدت يوماً بوجود رسائل خاصة يتم إرسالها لك من خلال التلفزيون، الراديو، الإنترنت، الصحف، الكتب أو المجلات، أو أن هناك شخصاً لا تعرفه شخصياً مهتم بك بشكل خاص؟	K4.a
لا	نعم	إذا كانت الإجابة "نعم": هل ما زلت تعتقد ذلك في الوقت الحالي؟	K4.b
لا	نعم	هل اعتقد أقرابك أو أصدقائك يوماً أن معتقداتك غريبة أو غير عادية؟ القائم بإجراء المقابلة: اسأل عن أمثلة. سجل "نعم" فقط إذا كانت الأمثلة من الأفكار الضلالية بشكل واضح ولم يتم استكشافها في أسئلة البنود K1 إلى K4. على سبيل المثال، الضلالات الدينية أو الضلالات المتعلقة بالوفاة أو الضلالات المتعلقة بالمرض أو الضلالات الجسدية أو ضلالات العظمة أو الغيرة أو الذنب أو الفشل أو عدم الكفاءة أو الخراب أو الفقر أو الضلالات العدمية.	K5.a
لا	نعم	إذا كانت الإجابة "نعم": هل مازالوا يعتبرون أن معتقداتك غريبة أو غير عادية في الوقت الحالي؟	K5.b
لا	نعم	هل سمعت يوماً أشياء لم يستطع الآخرون سماعها، كالأصوات مثلاً؟	K6.a
لا	نعم	إذا كانت الإجابة على الهلوسة السمعية "نعم"، اسأل، هل سمعت الصوت يُعلق على أفكارك أو سلوكك أو هل سمعت صوتين أو أكثر يتحدثون مع بعضهم البعض؟ إذا كانت الإجابة "نعم" على البند K6.a، اسأل:	K6.b
لا	نعم	هل سمعت هذه الأصوات في الشهر الماضي؟	
لا	نعم	إذا كانت الإجابة على الهلوسة السمعية "نعم"، اسأل، هل سمعت الصوت يُعلق على أفكارك أو سلوكك أو هل سمعت صوتين أو أكثر يتحدثون مع بعضهم البعض؟	
لا	نعم	هل شاهدت يوماً رؤية وأنت مستيقظ أو شاهدت أشياء لا يمكن للآخرين رؤيتها؟ للقائم بإجراء المقابلة: تحقق ما إذا كانت الهلوسة البصرية غير مناسبة اجتماعياً (ثقافياً)	K7.a
لا	نعم	إذا كانت الإجابة "نعم"، هل رأيت هذه الأشياء في الشهر الماضي؟	K7.b

		التقييم بناء على رأي القائم بإجراء المقابلة:	
لا	نعم	هل سبق للمريض في الماضي أن كان حديثاً أو كلامه غير منظم أو غير متناسق أو يخرج عن المسار، أو هل كان ملحوظاً فيه عدم تسلسل الأحداث وفقدان الروابط في الحديث؟	K8.a
لا	نعم	هل يظهر المريض حالياً (أثناء المقابلة) حديثاً أو كلام غير منظم أو غير متناسق أو يخرج عن المسار، أو هل يلاحظ في حديثه عدم تسلسل الأحداث وفقدان الروابط في الحديث؟	K8.b
لا	نعم	هل أبدى المريض في الماضي سلوكاً غير منظم أو تخشبي (كتاتوني)؟	K9.a
لا	نعم	هل يُظهر المريض حالياً (أثناء المقابلة) سلوكاً غير منظم أو تخشبي (كتاتوني)؟	K9.b
لا	نعم	هل كان لدى المريض في الماضي أعراض سلبية ، على سبيل المثال انخفاض كبير في التعبير العاطفي/الإنفعالي أو السطحية العاطفية/الإنفعالية، ضعف شديد أو الافتقار إلى الكلام (ALOGIA) أو عدم القدرة على البدء أو الاستمرار في أنشطة موجهة نحو هدف معين (AVOLITION)؟	K10.a
لا	نعم	هل يظهر المريض خلال المقابلة أعراض سلبية للفصام، على سبيل المثال انخفاض كبير في التعبير العاطفي/الإنفعالي أو السطحية العاطفية/الإنفعالية، ضعف شديد أو الافتقار إلى الكلام (ALOGIA) أو عدم القدرة على البدء أو الاستمرار في أنشطة موجهة نحو هدف معين (AVOLITION)؟	K10.b

لا ← K13	نعم	هل تم تسجيل إجابة "نعم" على سؤال واحد أو أكثر من الأسئلة a في البنود K1.a حتى البند K7.a	K11.a
		هل تم تسجيل إجابة "نعم" في مربع تشخيص أي من هذه الاضطرابات؟	
		نوبة اكتئابية كبرى (حالية، متكررة أو ماضية) أو نوبة هوس أو نوبة هوس خفيف (حالية أو ماضية)	
		كم من الوقت أستمرت نوبة المزاج؟ كم من الوقت أستمرت نوبة الذهان؟	
		في حال وجود نوبة مزاجية، لا تقم بتسجيل إجابة "نعم" على البند K11.a إلا في حالة وجود اضطراب مزاج في أغلب الوقت من المدة الإجمالية للأعراض الذهانية. خلاف ذلك، سجل "لا".	
		إذا كانت الإجابة "لا" على البند K11.a وكانت المدة الإجمالية لنوبة المزاج أقل من المدة الإجمالية للنوبة الذهانية، فاختر "لا" في كل من مربعات التشخيص الخاصة بـ "اضطراب المزاج مع ملامح ذهانية وانتقل إلى البند K13	

لا	نعم	أخبرتني في وقت سابق، أنك مررت بفترة (فترات) شعرت فيها بالاكتئاب/النشوة والابتهاج/الانفعال بشكل مستمر	K11.b
		هل المعتقدات والتجارب التي ذكرتها للتو (الأعراض المذكورة في البنود L7.a حتى K1.a) تقتصر على الفترات التي شعرت فيها بالاكتئاب/النشوة والابتهاج/الانفعال بشكل مستمر؟	
		إذا كان المريض قد مر بفترة لا تقل عن أسبوعين مع وجود المعتقدات والتجارب (الأعراض الذهانية) المذكورة لمدة لا تقل عن أسبوعين دون وجود اكتئاب/نشوة وابتهاج/الانفعال بشكل مستمر وقتها، اختر الإجابة "لا" لهذا الاضطراب.	
		إذا كانت الإجابة "لا" على مجموعة هذه الاضطرابات، فاختر "لا" للبند K12 وانتقل إلى البند K13	
اضطراب المزاج مع ملامح ذهانية – مزمن مدى الحياة MOOD DISORDER WITH PSYCHOTIC FEATURES LIFETIME			

لا	نعم	هل تم تسجيل إجابة "نعم" على سؤال واحدة أو أكثر من الأسئلة b في البنود K1.b حتى البند K7.b	K12.a
		وهل تم تسجيل إجابة "نعم" في مربع تشخيص أي من هذه الاضطرابات؟	
		هل تم تسجيل إجابة "نعم" في مربع تشخيص أي من هذه الاضطرابات؟ نوبة اكتئابية كبرى (حالية) أو نوبة هوس أو نوبة هوس خفيف (حالية)	
		إذا تم تسجيل إجابة "نعم" في مربع تشخيص الاضطراب المزاجي مع ملامح ذهانية (حالي أو مدى الحياة)، اختر لا للبنود K13 و K14 وانتقل إلى الوحدة التالية.	
اضطراب المزاج مع ملامح ذهانية – حالي			

MOOD DISORDER WITH  
PSYCHOTIC FEATURES  
CURRENT

لا ← K13	نعم	هل تم تسجيل "نعم" على سؤال واحدة أو أكثر من الأسئلة b في البنود K1.b حتى البند K8.b	K13
		و هل تم تسجيل "نعم" في مربع تشخيص أي من هذه الاضطرابات؟	
		و هل تم تسجيل "نعم" على ٢ أو أكثر من الأسئلة b من البنود K1.b حتى البند K10.b؟ و هل ظهرت ٢ على الأقل من الأعراض الذهانية خلال نفس الشهر؟	
		هل تم تسجيل إجابة "نعم" على البند الخاص بـ "استبعاد السبب العضوي" التابع للملخص O2؟	
اضطراب ذهاني - حالي MOOD DISORDER WITH PSYCHOTIC FEATURES CURRENT			

لا ← K13	نعم	هل تم تسجيل إجابة "نعم" في البند K13؟	K14
		و هل تم تسجيل إجابة "نعم" لواحدة أو أكثر من الأسئلة a في البنود K1.a حتى K8.a؟	
		و هل تم تسجيل إجابة "نعم" لـ ٢ أو أكثر من الأسئلة a في البنود K1.a حتى K10.a؟ و هل ظهرت ٢ على الأقل من الأعراض الذهانية خلال نفس الشهر؟	
		و هل تم تسجيل إجابة "نعم" على البند الخاص بـ "استبعاد السبب العضوي" التابع للملخص O2؟	
اضطراب ذهاني – مزمن مدى الحياة MOOD DISORDER WITH PSYCHOTIC FEATURES LIFETIME			

فقدان الشهية العصبي L.  
ANOREXIA NERVOSA

هذا السهم ← يعني انتقل إلى مربع التشخيص النهائي الخاص بالوحدة واختر (لا) في مربع التشخيص.  
انتقل بعدها إلى الوحدة التالية.

		ما هو طولك؟	L1. A
		ما هو أقل وزن كنت عليه في الأشهر الثلاثة الماضية؟	L1. B
لا	نعم	هل وزن المريض مساوي لـ أو يقل عن الحد الأدنى المقابل لطوله / طولها؟ (انظر الجدول أدناه)	L1. C
←			

		خلال الأشهر الـ ٣ الماضية:	
لا	نعم	هل حاولت التحكم في وزنك أو منع زيادة وزنك أو تقييد كمية الطعام المستهلكة، على الرغم من وزنك المنخفض؟	L2
لا	نعم	هل كنت تخشى بشدة من زيادة الوزن أو السمنة، على الرغم من أن وزنك أقل من المعدل الطبيعي؟	L3
لا	نعم	هل اعتبرت نفسك كبير الحجم / سميناً أو أن جزء من جسمك كبير الحجم / سمين؟	L4. a
لا	نعم	هل أثر وزنك أو شكل جسمك بشكل كبير على شعورك تجاه نفسك؟	L4. b
لا	نعم	هل كنت تعتقد أن وزن جسمك الحالي (المنخفض) عادي أو زائد؟	L4. c
لا	نعم	هل تم تسجيل إجابة "نعم" في واحد أو أكثر من أسئلة البند L4؟	L5
←			
لا	نعم	هل تم تسجيل إجابة "نعم" للبند L5؟	
فقدان شهية عصبي حالي ANOREXIA NERVOSA CURRENT			

**جدول الطول/الوزن متسق مع الحد الأدنى لمقياس كتلة الجسم للشخص البالغ ١٧ كغ لكل متر مربع**

**HEIGHT / WEIGHT TABLE CORRESPONDING TO A BMI THRESHOLD OF 17.5 KG/M2**

**Height/Weight**

cm	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178
kg	37	38	39	41	42	43	45	46	48	49	51	52	54	55

**Height/Weight**

cm	180	183	185	188	191
kg	57	59	60	62	64

The weight thresholds above are calculated using a body mass index (BMI) equal to or below 17.5 kg/m2 for the patient's height. This is the threshold guideline below which a person is deemed underweight by the DSM-IV and the ICD-10 Diagnostic Criteria for Research for Anorexia Nervosa.



**M. الشره العصبي**  
**BULIMIA NERVOSA**

هذا السهم ← يعني انتقل إلى مربع التشخيص النهائي الخاص بالوحدة واختر (لا) في مربع تشخيص الشره العصبي وفي مربع تشخيص فقدان الشهية العصبي (نمط الأكل بشراهة Binge eating / نمط التطهير Purging) تناول مسهلات أو الترجيع). لكن إذا تم تسجيل إستجابة إيجابية في مربع التشخيص على مرض فقدان الشهية العصبي (في الوحدة L) ، فاستمر في الإجابة على الأسئلة بصرف النظر عن السهم لتتمكن من تسجيل أو تحديد نوع أو نمط فقدان الشهية العصبي

لا	نعم	خلال الأشهر الثلاثة الماضية، هل انتابتك نوبات من الشراهة أو كانت هناك أوقات تناولت فيها كمية كبيرة جداً من الطعام خلال ساعتين؟	M1
لا	نعم	خلال هذه النوبات، هل شعرت أن تناولك للطعام كان خارج عن السيطرة؟	M1

<b>خلال الأشهر الثلاثة الماضية:</b>			L1. a
لا	نعم	هل كانت تتناوبك نوبات شراهة بمعدل يصل إلى مرة واحدة في الأسبوع؟	L1. b
لا	نعم	هل فعلت أي شيء لكي تعوض أو تمنع زيادة الوزن الناتج عن نوبات الشراهة، مثل التقيؤ ، الصيام ، ممارسة الرياضة أو تناول أدوية مُسهلة ، أو استخدام الحقن الشرجية ، أو تناول مدرات البول (حبوب منع احتباس السوائل) ، أو تناولت أدوية أخرى؟ هل تفعل هذا بمعدل مرة واحدة في الأسبوع؟	L1. b
		عدد نوبات السلوك التعويضي غير المناسبة في الأسبوع؟	
		عدد الأيام التي تتم فيها السلوكيات التعويضية غير المناسبة في الأسبوع؟	
لا	نعم	هل يؤثر وزنك أو شكل جسمك بشكل كبير على شعورك تجاه نفسك؟	L1. b
لا	نعم	هل تفي أعراض المريض بمعايير تشخيص فقدان الشهية العصبي؟	L1. b
		هل حدثت نوبات الشراهة عندما كان وزنك أقل من ( رطل / كجم) فقط؟	
		القائم على إجراء المقابلة: اكتب بين القوسين أعلاه الحد الأدنى لوزن المريض نسبة لطوله من جدول الطول/الوزن في وحدة فقدان الشهية العصبية	M8

لا	نعم	هل تم تسجيل إجابة "نعم" في البند M5؟	M9
لا	نعم	إضافة إلى تسجيل إجابة "لا" في أحد بنود M6 أو M7؟	
الشره العصبي (حالي) <b>BULIMIA NERVOSA</b> <b>CURRENT</b>			

لا	نعم	هل تم تسجيل إجابة "نعم" في البند M7؟	L1. b
فقدان الشهية العصبي (نمط الأكل بشراهة / نمط التطهير (تناول مسهلات أو التقيؤ) حالي <b>BULIMIA NERVOSA</b> Binge Eating/Purging Type <b>CURRENT</b>			

لا ←	نعم	هل تفي أعراض المريض بمعايير تشخيص فقدان الشهية العصبي؟	L1. b
		و هل تم تسجيل إجابة "لا" في البند M2 و M4؟	
فقدان الشهية العصبي نمط تقييدي (استخدام حمية غذائية) حالي <b>ANOREXIA NERVOSA</b> <b>Restricting Type</b> <b>CURRENT</b>			

محددات شدة اضطراب الأكل
خفيف = من 1 - 3 نوبات من السلوكيات التعويضية غير المناسبة
متوسط = من 4 - 7 نوبات من السلوكيات التعويضية غير المناسبة
شديد = من 8 - 11 نوبة من السلوكيات التعويضية غير المناسبة
بالغة الشدة = 14 نوبة أو أكثر من السلوكيات التعويضية غير المناسبة

حدد شدة الاضطراب			
بالغة الشدة <input type="checkbox"/>	شديد <input type="checkbox"/>	متوسط <input type="checkbox"/>	خفيف <input type="checkbox"/>

اضطراب نوبات الأكل الشره MB.  
BINGE EATING DISORDER

هذا السهم ← يعني انتقل إلى مربع التشخيص النهائي الخاص بالوحدة واختر (لا) في مربع التشخيص.  
انتقل بعدها إلى الوحدة التالية.

لا	نعم ←	هل تفي أعراض المريض بمعايير تشخيص فقدان الشهية العصبي؟	MB1
لا	نعم ←	هل تفي أعراض المريض بمعايير تشخيص الشره العصبي؟	MB2
لا	نعم ←	هل تم تسجيل إجابة "نعم" في البند M2؟	MB3

لا	نعم ←	هل تم تسجيل إجابة "نعم" في البند M3؟	MB4
لا	نعم ←	هل تم تسجيل إجابة "نعم" في البند M4؟ إذا تم تجاوز البند M4 في الوحدة M-الشره العصبي قم بتوجيه السؤال الخاص بالبند M4 الآن لكي تتمكن من الإجابة على البند MB5	MB5

		خلال الأشهر الثلاثة الماضية:	
لا	نعم ←	هل أكلت بسرعة أكبر عن المعتاد؟	MB6. a
لا	نعم ←	هل أكلت حتى شعرت بامتلاء شديد وغير مريح؟	MB6. b
لا	نعم ←	هل تناولت كميات كبيرة من الطعام عند عدم شعورك بالجوع؟	MB6. c
لا	نعم ←	هل كنت تتناول الطعام بمفردك لأنك كنت تشعر بالحرج من كمية الطعام التي كنت تتناولها؟	MB6. d
لا	نعم ←	هل شعرت بالذنب أو بالاكتئاب أو بالاشمئزاز من نفسك بعد نوبة الشره؟	MB6. e
لا	نعم ←	هل تم تسجيل إجابة "نعم" في 3 أو أكثر من أسئلة البند MB6؟	
		هل تسبب لك نوبات الشره المعاناة بشكل كبير؟	MB7
		عدد نوبات الشره في الأسبوع؟ _____	MB8
		عدد الأيام التي يحدث فيها الشره في الأسبوع؟ _____	
		هل تم تسجيل إجابة "نعم" في البند MB7؟	
اضطراب نوبات الأكل الشره BINGE-EATING DISORDER CURRENT			

محددات شدة اضطراب الأكل
خفيف = من 1 - 3 نوبات من السلوكيات التعويضية غير المناسبة
متوسط = من 4 - 7 نوبات من السلوكيات التعويضية غير المناسبة
شديد = من 8 - 11 نوبة من السلوكيات التعويضية غير المناسبة
بالغة الشدة = 14 نوبة أو أكثر من السلوكيات التعويضية غير المناسبة

حدد شدة الاضطراب			
بالغة الشدة <input type="checkbox"/>	شديد <input type="checkbox"/>	متوسط <input type="checkbox"/>	خفيف <input type="checkbox"/>

اضطراب القلق العام N.  
GENERALIZED ANXIETY DISORDER

هذا السهم ← يعني انتقل إلى مربع التشخيص النهائي الخاص بالوحدة واختر (لا) في مربع التشخيص.  
انتقل بعدها إلى الوحدة التالية.

لا	←	هل كنت قلقاً بشكل مفرط أو مهموماً بشأن العديد من الأشياء الروتينية خلال الأشهر الـ 6 الماضية؟	N1.a
لا	←	في حال عدم فهم المريض ما تعنيه، يمكنك الإيضاح عن طريق السؤال التالي مع ذكر أمثلة هل يعتقد الآخرون بأنك شخص قلق أو نموذج للـ "الشخص الذي يتوتر ويقلق على أشياء غير مُبررة وينشر جو من القلق والتوتر بين الناس "Worrywart"؟	
لا	←	هل هذا القلق موجود في معظم الأيام؟	N1.b
لا	←	هل القلق الخاص بالمريض مُقتصر بشكل حصري على، أو يُمكن تفسيره بشكل أفضل بواسطة، أي اضطراب سابق لهذا الجزء من المقابلة؟	
لا	←	هل تجد صعوبة في السيطرة على هذا القلق؟	N2
		قم بتسجيل إجابة "لا" على الأسئلة القادمة لو كانت الأعراض مقتصرة على أي اضطراب سابق أو قد قُمت بالاستفسار عنه قبل هذا الجزء من المقابلة. عندما كنت قلقاً خلال الـ 6 أشهر الماضية، هل كنت في أغلب الوقت:	N3
لا	←	تتسرع بالقلق، أو الانقباض أو الانفعال؟	N3.a
لا	←	هل كان لديك تشنج في العضلات؟	N3.b
لا	←	تتسرع بالتعب، أو الضعف، أو تُصاب بالإرهاق بسهولة؟	N3.c
لا	←	تواجه صعوبة في التركيز أو تجد عقلك فارغاً؟	N3.d
لا	←	تتسرع أنك منفع (سريع الغضب)؟	N3.e
لا	←	تواجه صعوبات في النوم (صعوبة في الخلود إلى النوم، أو الاستيقاظ في منتصف الليل أو الاستيقاظ في الصباح الباكر أو النوم بشكل مفرط)؟	N3.f
لا	←	هل تم تسجيل إجابة "نعم" في 3 أسئلة أو أكثر من البند N3؟	
لا	←	هل تسبب هذا القلق في تعطيل قدرتك على العمل أو التفاعل على المستوى الاجتماعي أو أثر على علاقاتك بالآخرين أو أثر على مجالات أخرى مهمة في حياتك أو تسبب لك في معاناة ملحوظة؟	N4
لا	←	هل تم تسجيل إجابة "نعم" على البند الخاص بـ "استبعاد السبب العضوي" التابع للملخص O2؟	
اضطراب القلق العام – حالي GENERALIZED ANXIETY DISORDER CURRENT			

استبعاد الأسباب الطبيعية، العضوية، المخدرات/العقاقير لجميع الاضطرابات O.  
**RULE OUT MEDICAL, ORGANIC OR DRUG CAUSES FOR ALL DISORDERS**

في حال تسجيل "نعم" في مربع تشخيص أي اضطراب حالي أو نوبة اكتئاب كبرى أو نوبة هوس أو نوبة هوس خفيف، اسأل التالي:

			قبل ظهور هذه الأعراض مباشرة:	
لا	نعم	غير مؤكد	هل كنت تتناول أي أدوية/عقاقير أو مواد مخدرة أو كنت تمر بأعراض انسحاب من أي منها؟	O1.a
لا	نعم	غير مؤكد	هل تعاني من أي مرض؟	O1.b
لا	نعم	غير مؤكد	إذا تم تسجيل "نعم" في أي من الأسئلة O1.a أو O1.b; برأي القائم بإجراء المقابلة، هل من المحتمل أن يكون أي من هذه الأمراض سبباً مباشراً في تشخيص اضطرابات المريض؟ إذا لزم الأمر، اسأل أسئلة إضافية مفتوحة.	O2
لا	نعم	غير مؤكد	هل تم استبعاد الأسباب العضوية/الطبية/المرتبطة بالمخدرات/العقاقير؟ إذا تم تسجيل إجابة "نعم" في O2 فإن إجابة ملخص O2 تكون "لا". إذا تم تسجيل إجابة "لا" في O2 فإن إجابة ملخص O2 تكون "نعم". خلاف ذلك، حدد "غير مؤكد" في ملخص O2	O2 summary

اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع P.  
ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER

هذا السهم ← يعني انتقل إلى مربع التشخيص النهائي الخاص بالوحدة واختر (لا) في مربع التشخيص.  
انتقل بعدها إلى الوحدة التالية.

		قبل بلوغك سن الـ ١٥ هل:	P1
لا	نعم	كنت تهرب من المدرسة أو تهرب من البيت طوال الليل بصفة متكررة، أو كنت تتأخر ليلاً في العودة إلى المنزل بما يتنافى مع قواعد والديك في المنزل؟	P1. a
لا	نعم	كنت تكذب، تغش، تخدع الآخرين، أو تسرق بصفة متكررة، أو سرقت أو اقتحمت منزل شخص ما أو سيارته؟	P1. b
لا	نعم	هل كنت تبادر بافتعال المشاكل أو الخناق أو البلطجة، أو بتهديد، أو بتخويف الآخرين؟	P1. c
لا	نعم	هل قُمت بتدمير الأشياء عمداً أو قُمت بإشعال الحرائق؟	P1. d
لا	نعم	تعمدت إلحاق الأذى بالأشخاص أو بالحيوانات؟	P1. e
لا	نعم	أجبرت شخصاً على ممارسة الجنس معك؟	P1. f
لا	نعم	هل تم تسجيل إجابة "نعم" على ٢ أو أكثر من أسئلة البند P1؟	
←		لا تقم بتسجيل إجابة السلوكيات الموضحة أدناه بـ نعم إذا كانت دوافعها مقتصرة على خلفيات سياسية أو دينية.	
		منذ بلوغك سن الـ ١٥ سنة:	P2
لا	نعم	هل سبق و قُمت بأفعال غير قانونية أو بأشياء يُمكن أن تكون سبباً في القبض عليك، حتى لو لم يتم القبض عليك (على سبيل المثال، تدمير الممتلكات، أو السرقة، أو سرقة سلع من المتجر، أو بيع الأدوية/المخدرات، أو ارتكاب مخالفات قانونية جديّة)؟	P2. a
لا	نعم	هل سبق و كذبت أو "خدعت" أشخاص آخرين للحصول على المال أو المتعة، أو كذبت لمجرد التسلية؟	P2. b
لا	نعم	هل سبق وأن كنت متسرعاً و مندفعاً ولم تهتم بالتخطيط المسبق؟	P2. c
لا	نعم	هل سبق وأن دخلت في عراك جسدي بشكل متكرر أو قُمت بالهجوم والتعدي على الآخرين (بما في ذلك عراك جسدي مع زوجتك أو أطفالك)؟	P2. d
لا	نعم	هل سبق و عرضت نفسك أو الآخرين للخطر دون مبالاة؟	P2. e
لا	نعم	هل سبق أن تصرفت بشكل متكرر بطريقة يعتبرها الآخرون غير مسؤولة، كعدم القدرة على دفع مبالغ مترتبة عليك، أو التصرف بشكل اندفاعي عمداً، أو أخذ قرار بعدم العمل لإعالة نفسك؟	P2. f
لا	نعم	لا تشعر بالذنب بعد القيام بإيذاء الآخرين، أو إساءة معاملة الآخرين أو الكذب أو السرقة أو تحطيم ممتلكاتهم؟	P2. g
لا	نعم	هل تم تسجيل إجابة "نعم" على ٢ أو أكثر من أسئلة البند P2؟	
اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع – مزمن مدى الحياة ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER LIFETIME			

## اضطرابات المزاج: نظام التشخيص

## الوحدات:

- A** نوبة الاكتئاب الكبرى  
**C** (نوبة الهوس الخفيف) نوبة الهوس  
**K** الاضطرابات الذهانية

## الوحدة K:

- 1a هل تم تسجيل إجابة نعم في **K11b**؟ لا نعم  
 1b هل تم تسجيل إجابة نعم في **K12a**؟ لا نعم

## الوحدات A و C:

ماضية حالية

a 2 ضع دائرة حول "نعم" إذا تم تحديد فكرة ضلالية في **A3e**

نعم نعم

أو في حالة وجود أي ملامح ذهانية في **K1** إلى **K7**

b ضع دائرة حول "نعم" إذا تم تحديد فكرة ضلالية في **C3a**

نعم نعم

أو في حالة وجود أي ملامح ذهانية في **K1** إلى **K7**

c هل تم تسجيل نوبة الاكتئاب الكبرى بـ "نعم" (حالية أو ماضية)؟

و

هل تم تسجيل نوبة الهوس بـ "لا" (حالية أو ماضية)؟

و

هل تم تسجيل نوبة الهوس الخفيف بـ "لا" (حالية أو ماضية)؟

و

هل تم تسجيل إجابة "نعم" على البند الخاص بـ "استبعاد السبب العضوي" التابع

للملخص **O2**؟

## حدد:

- إذا كانت نوبة الاكتئاب حالية أو ماضية أو كليهما
- إذا كانت مع ملامح ذهانية، حالية: إذا كانت إجابة **1b** أو **2a** (حالية) = نعم
- أو مع ملامح ذهانية، ماضية: إذا كانت إجابة **1a** أو **2a** (ماضية) = نعم

## اضطراب الاكتئاب الرئيسي

ماضي حالي

## اضطراب الاكتئاب الرئيسي

مع ملامح ذهانية

حالية

ماضية



اضطراب ثنائي القطب النوع الأول	حالي	ماضي
اضطراب ثنائي القطب النوع الأول	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نوبة هوس أحادية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مع ملامح ذهانية		
حالية	<input type="checkbox"/>	
ماضية	<input type="checkbox"/>	
آخر نوبة		
هوس	<input type="checkbox"/>	
إكتئاب	<input type="checkbox"/>	
هوس خفيف	<input type="checkbox"/>	
آخر نوبة		
مع ملامح مختلطة	<input type="checkbox"/>	
مع قلق	<input type="checkbox"/>	
آخر نوبة		
خفيفة	<input type="checkbox"/>	
معتدل	<input type="checkbox"/>	
شديدة	<input type="checkbox"/>	

d هل تم تسجيل نوبة الهوس بـ "نعم" (حالية أو ماضية)؟

و هل تم تسجيل إجابة "نعم" على البند الخاص بـ "استبعاد السبب العضوي" التابع للملخص O2؟

حدد:

• إذا كان اضطراب ثنائي القطب النوع الأول حالي أو ماضي أو كليهما  
• أو مع نوبة هوس أحادية:  
إذا كانت نوبة الهوس (حالية أو ماضية) = نعم  
وإذا كانت نوبة الاكتئاب الكبرى (حالية و ماضية) = لا

• أو إذا كان مع وجود ملامح ذهانية، حالية: إذا كانت الإجابة علي 1b أو 2a (حالية) أو 2b (حالية) = نعم  
مع وجود ملامح ذهانية، ماضية: إذا كانت الإجابة علي 1a أو 2a (ماضية) أو 2b (ماضية) = نعم

• إذا كانت النوبة الأخيرة هي نوبة هوس، أو نوبة اكتئاب، أو نوبة هوس خفيف (يستبعد كل منهما الآخر)

• إذا كانت نوبة المزاج الأخيرة مختلطة، أي مع وجود قلق و ملامح ذهانية  
هوس خفيف/هوس مع ملامح مُختلطة = هوس خفيف/هوس + ما لا يقل عن 3 أعراض من A3

اكتئاب مع ملامح مُختلطة = نوبة اكتئاب كبرى + ما لا يقل عن 3 أعراض من C3

مع وجود قلق = مع ما لا يقل عن 3 أعراض من N3

اضطراب ثنائي القطب النوع الثاني	حالي	ماضي
اضطراب ثنائي القطب النوع الثاني	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آخر نوبة		
هوس خفيف	<input type="checkbox"/>	
اكتئاب	<input type="checkbox"/>	
آخر نوبة		
مع ملامح مختلطة	<input type="checkbox"/>	
مع قلق	<input type="checkbox"/>	
آخر نوبة		
خفيفة	<input type="checkbox"/>	
معتدل	<input type="checkbox"/>	
شديدة	<input type="checkbox"/>	

e هل تم تسجيل نوبة الاكتئاب الكبرى بـ "نعم" (حالية أو ماضية)؟

و هل تم تسجيل نوبة الهوس الخفيف بـ "نعم" (حالية أو ماضية)؟

و هل تم تسجيل نوبة الهوس بـ "لا" (حالية أو ماضية)؟

و هل تم تسجيل إجابة "نعم" على البند الخاص بـ "استبعاد السبب العضوي" التابع للملخص O2؟

حدد:

• إذا كان اضطراب ثنائي القطب النوع الثاني حالي أو ماضي أو كليهما  
• إذا كانت آخر نوبة مزاج هي نوبة هوس خفيف أو اكتئاب (يستبعد كل منهما الآخر)  
• إذا كانت آخر نوبة مزاج مع ملامح مختلطة أو مع قلق فقط أو مع ملامح ذهانية فقط  
هوس خفيف مع وجود ملامح مختلطة = هوس خفيف + ما لا يقل عن 3 أعراض من A3

اكتئاب مع وجود ملامح مختلطة = نوبة اكتئاب كبرى + ما لا يقل عن 3 أعراض من C3

مع وجود قلق = مع ما لا يقل عن 3 أعراض من N3

اضطرابات ثنائي القطب الأخرى  
المحددة و ذات الصلة

ماضية      حالية

      اضطرابات ثنائي  
القطب الأخرى  
المحددة و ذات الصلة

f هل تم تسجيل نوبة الاكتئاب الكبرى بـ "لا" (حالية و ماضية)؟  
و

هل تم تسجيل نوبة الهوس بـ "لا" (حالية و ماضية)؟  
و

هل تم الإجابة علي **C4b** بـ "نعم" للإطار الزمني المناسب؟  
و

هل تمت الإجابة علي **C8b** بـ "نعم"؟

أو

هل تم تسجيل نوبة الهوس بـ "لا" (حالية و ماضية)؟  
و

هل تم تسجيل نوبة الهوس الخفيف بـ "لا" (حالية و ماضية)؟  
و

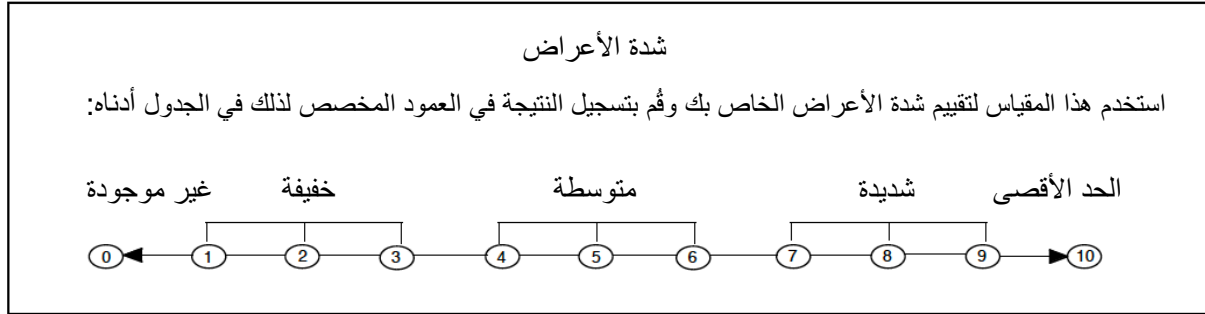
هل تمت الإجابة علي **C4a** بـ "نعم" للإطار الزمني المناسب؟  
و

هل تمت الإجابة علي **C8c** بـ "نعم"؟

حدد ما إذا كانت الاضطرابات ثنائية القطب الأخرى المحددة و ذات الصلة  
(Other Specified Bipolar and Related Disorder)  
حالية أو ماضية أو كليهما.

قياسات التقييم الاختياري لتتبع التغييرات مع مرور الوقت  
OPTIONAL ASSESSMENT MEASURES TO TRACK CHANGES OVER TIME

## A. أسئلة عامة



التقييم	تقييم الأعراض المشتركة بين الاضطرابات
1	اكتئاب
2	غضب
3	هوس (الشعور بحالة من "النشوة" أو "الابتهاج" أو "النشاط الزائد والاهتياج" أو الامتلاء بالطاقة أو الحيوية المفرطة مع وجود أفكار مُتسارعة)
4	قلق
5	الأعراض البدنية (الجسمية)
6	أفكار انتحارية أو دوافع مُفاجئة/مُلحّة/قوية أو خطط أو نوايا (أي أفكار لقتل نفسك) أو أي استعدادات لقتل نفسك أو أي محاولة لقتل نفسك
7	سماع أصوات (من أشياء أو من أشخاص) لا يمكن للآخرين سماعها أو الخوف من قدرة شخص ما على سماع أو قراءة أفكارك أو الاعتقاد بأشياء لا يتقبلها الآخرون كحقيقة (على سبيل المثال أن الناس يتجسسون عليك أو يتآمرون عليك أو يتحدثون عنك (الذهان))
8	مشاكل/اضطرابات النوم
9	مشاكل الذاكرة
10	أفكار وسواسية أو تكرارية أو سلوكيات قهرية
11	اختلاف إدراكك للأمور المحيطة بك كأنها غير مألوفة، غريبة، أو بأنك خرجت من جسدك أو انعزلت عنه كاملاً أو عن جزء منه؟
12	القدرة على الأداء في العمل، في المنزل، في حياتك، أو في علاقاتك
13	الإفراط في تناول الكحول أو المخدرات/العقاقير

## B. العجز/ضعف الأداء

**شدة الضعف/العجز**

استخدم هذا المقياس لتقييم الي أي مدي عطلت أعراضك المجالات التالية من حياتك: قم بتسجيل النتيجة في العمود المخصص لذلك في الجدول أدناه:

الحد الأقصى      شديدة      متوسطة      خفيفة      غير موجودة  
 0 ← 1 2 3 4 5 6 7 8 9 → 10

التقييم	تقييم شدة الضعف/العجز
	1 العمل أو الواجبات المدرسية
	2 الحياة الاجتماعية أو الأنشطة الترفيهية (مثل الهوايات أو الأشياء التي تقوم بها للاستمتاع)
	3 الحياة الأسرية و / أو المسؤوليات المنزلية
	4 القدرة على التوافق/التكيف/التعامل مع الناس
	5 العلاقات الشخصية والاجتماعية
	6 القدرة على الفهم والتواصل مع الآخرين
	7 القدرة على الاعتناء بنفسك (الاعتسال/التشطيف ، الاستحمام ، دخول الحمام لقضاء الحاجة ، ارتداء الملابس بشكل صحيح ، تنظيف الأسنان بالفرشاة ، الغسيل ، تمشيط / تنظيف الشعر ، تناول الطعام بانتظام)
	8 التخريب أو العدوانية تجاه الآخرين
	9 مالياً (القدرة على إدارة أموالك)
	10 القدرة "البدنية" على الحركة والتجول
	11 الحياة الروحانية أو الدينية
	12 ما مدى تأثير حالتك على الآخرين في أسرتك؟

# Empowerment für Menschen mit affektiven Erkrankungen und Migrationserfahrungen

Therapiemanual für das Einzel- und Gruppensetting

Maren Wiechers, Aline Übleis, Frank Padberg

Sektion für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Ludwig-Maximilians-Universität München



## Vorwort

Im Zuge von Globalisierungsprozessen, Kriegen und humanitären Krisen migrieren immer mehr Menschen freiwillig oder unfreiwillig. In Folge dieser Entwicklungen, einem damit einhergehenden strukturellen Wandel in unserer Gesellschaft und der wachsenden Vulnerabilität für psychische Erkrankungen steigt auch in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Bedarf an kultursensiblen Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit Migrationshintergrund. In der Versorgungsrealität zeigt sich, dass Migranten, trotz vielfältiger Belastungen im Zusammenhang mit der Migration, weniger häufig stationäre, ambulante und rehabilitative Versorgungsangebote in Anspruch nehmen. Als Ursache hierfür sind auf individueller Ebene sprachliche und kulturelle Barrieren und auf institutioneller Ebene ein Mangel an kultursensiblen und niederschweligen Versorgungsangeboten zu nennen. Ziel einer Qualifizierung des Gesundheitssystems sollte sein, wirksame sprach- und kultursensible Behandlungsressourcen zur Verfügung zu stellen, um Migranten nach denselben Qualitätsstandards und mit vergleichbaren Erfolgsaussichten zu behandeln, wie Menschen ohne Migrationshintergrund.

Das vorliegende Manual stellt ein Behandlungskonzept für Menschen mit Migrationserfahrungen und affektiven Erkrankungen vor und spricht praxisorientierte Handlungsempfehlungen für ein kultursensibles Arbeiten in psychotherapeutischen Einzel- und Gruppensettings aus. Die Idee eines kultursensiblen Therapieprogramms für Menschen mit Fluchterfahrungen und affektiven Erkrankungen entstand 2016 im Rahmen des multizentrischen Forschungsprojektes „Mental Health in Refugees and Asylum Seekers“ (MEHIRA) unter der Leitung von Prof. Dr. Malek Bajbouj von der Charité Berlin Campus Benjamin Franklin. Ziel des Projektes ist die Entwicklung und Evaluation eines gestuften Versorgungsmodells, welches speziell für die Bedürfnisse von Menschen mit Fluchterfahrungen und affektiven Erkrankungen entwickelt wurde. An dem, vom Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschuss geförderten Projekt mit einer Laufzeit von drei Jahren waren insgesamt sechs deutsche Universitätskliniken

beteiligt. Im Rahmen des Projektes wurden Menschen mit Fluchterfahrungen, in Abhängigkeit vom Schweregrad der affektiven Symptomatik, mit einer internetbasierten Intervention, Peer-to-Peer Gruppen, der Empowerment-Gruppentherapie oder einzelpsychotherapeutischen Interventionen behandelt. Das vorliegende Manual ist ein Resultat dieses Forschungsprojektes und wurde an vier deutschen Universitätskliniken durchgeführt und evaluiert.

Wir hoffen, dass das Empowerment-Manual einen Beitrag dazu leistet, Menschen mit Migrationserfahrungen und affektiven Erkrankungen Wissen über ihre Erkrankung zu vermitteln und Hilfestellungen im Umgang mit depressiven und stressbedingten Symptomen zu geben. Über Rückmeldungen zu Erfahrungen von Anwendern mit unserem Manual würden wir uns sehr freuen.

*München im Mai 2019*

*Maren Wiechers, Aline Übleis und Frank Padberg*



## Danksagung

Bei der Konzeptualisierung und Implementierung des Empowerment-Manuals waren zahlreiche Menschen beteiligt. Wir möchten uns an dieser Stelle herzlich bei allen bedanken, die maßgeblichen Anteil an der Entwicklung des Manuals hatten.

Unser besonderer Dank gilt Prof. Dr. Malek Bajbouj und seinen Mitarbeitern Kerem Böge Carine Karnouk von der Charité Berlin Campus Benjamin Franklin, die die Entwicklung des Manuals von Beginn an begleiteten und umfassend unterstützten.

Wir bedanken uns bei Prof. Peter Falkai und Prof. Alkomiet Hasan von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU, die der Idee eines Therapieprogrammes für Flüchtlinge mit affektiven Erkrankungen von Beginn an offen gegenüberstanden und uns bei der Umsetzung unserer Ideen fachlich und strukturell beraten haben. Unseren Kolleginnen und Kollegen PD Dr. Andrea Jobst-Heel, Michael Strupf und Dr. Max Burger von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München möchten wir herzlich für zahlreiche Hilfestellungen bei der Entwicklung des Manuals und für die große Unterstützung bei der praktischen Durchführung der Therapiegruppen danken. Prof. Dr. Oliver Pogarell und Dr. Tilmann Bunse aus der Psychiatrischen Institutsambulanz der LMU möchten wir besonders für die psychiatrische Versorgung der Patienten danken.

Das Empowerment-Manual wurde im Rahmen des MEHIRA-Projektes entwickelt und erstmals zur Anwendung gebracht. Wir möchten uns bei unseren Kolleginnen und Kollegen der Universitätskliniken Charité Campus Benjamin Franklin, Charité Campus Mitte, Aachen, Marburg und Mannheim herzlich für eine produktive Zusammenarbeit danken. Für die Durchführung der Empowerment-Therapien möchten wir darüber hinaus insbesondere Johanna Schöner von der Charité Campus Mitte und Barbara Schulte von der Universitätsklinik Aachen danken.

Unser besonderer Dank gilt den Teilnehmern der Empowerment-Gruppen, die durch ihr Vertrauen und ihre aktive Mitarbeit das vorliegende Manual lebendig haben werden lassen. Indem Sie uns ihre Sichtweisen und Wahrnehmungen mitgeteilt haben, konnten

wir das Empowerment-Therapiemanual noch besser an die Bedürfnisse von Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrungen anpassen.

## Inhaltsverzeichnis

<b>I. THEORETISCHE EINFÜHRUNG.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Psychologie der Migration .....</b>	<b>9</b>
1.1.1 Emotionslogik der Migration .....	13
<b>1.2 Affektive Erkrankungen bei Menschen mit Migrationserfahrungen .....</b>	<b>14</b>
1.2.1 Prävalenzen affektiver Störungen bei Migranten .....	14
1.2.2 Depressive Symptome im Kulturvergleich .....	16
<b>1.3 Kultursensibilität in der Therapie affektiver Störungen.....</b>	<b>16</b>
<b>1.4 Sprach- und Kulturmittler in der psychotherapeutischen Arbeit.....</b>	<b>18</b>
1.4.1 Handlungsempfehlungen für die Durchführung von Dolmetschereinsätzen .....	20
1.4.2 Mögliche Schwierigkeiten in der Arbeit mit Dolmetschern .....	22
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>25</b>
<b>II. GRUNDLAGEN DES MANUALS.....</b>	<b>29</b>
<b>2.1. Einsatzmöglichkeiten des Manuals .....</b>	<b>29</b>
2.1.1 Gruppensetting .....	30
2.1.2 Einzelsetting .....	31
<b>2.2 Indikationen für die Anwendung des Manuals .....</b>	<b>31</b>
<b>2.3 Zusammenarbeit mit Dolmetschern im Empowerment-Manual .....</b>	<b>32</b>
<b>2.4 Dem Empowerment-Manual zugrundeliegende Therapiemanuale .....</b>	<b>33</b>
<b>III. ANWENDUNG DES MANUALS .....</b>	<b>33</b>
3.1 Aufbau des Manuals .....	33
3.2 Struktur und Ablauf .....	37
3.2.1 Begrüßung und Blitzlicht .....	38
3.2.2 Achtsamkeitsübung .....	38
3.2.3 Wiederholung und Besprechung der praktischen Übung .....	38
3.2.4 Thema der aktuellen Sitzung .....	39

3.2.5 Transfer in den Alltag und Abschluss .....	39
<b>IV. DAS EMPOWERMENT-MANUAL .....</b>	<b>42</b>
<b>Fokus Psychoedukation</b>	
Modul 1: Ankommen – Wo kommen wir her, wo gehen wir hin .....	42
Modul 2: Integration- Herausforderung und aktiv werden .....	51
Modul 3: Depression – Psychoedukation .....	62
Modul 4: Depression – Aktiv werden .....	72
Modul 5: Depression – Weg aus dem Schneckenhaus .....	81
<b>Fokus Bewältigungskompetenzen</b>	
Modul 6: Somatisierung – Mit Schmerzen umgehen .....	92
Modul 7: Schlafstörungen – Ruhe finden .....	101
Modul 8: Stress – Psychoedukation .....	114
Modul 9: Stress – Bewältigungskompetenzen erlernen .....	123
Modul 10: Stress – Entspannung erlernen .....	133
<b>Fokus Umgang mit Gefühlen</b>	
Modul 11: Gefühle – Wegweiser für unser Verhalten .....	142
Modul 12: Aggression – Mit Wut umgehen .....	152
Modul 13: Mit Angst umgehen – Mut schöpfen .....	163
Modul 14: Heimweh – Heimat ist ein Gefühl .....	173
Modul 15: Behandlungsmöglichkeiten – Hilfe erhalten .....	182
Modul 16: Abschluss – Rückblick und nach vorne schauen .....	191
<b>V. ANHANG .....</b>	<b>197</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>197</b>
<b>Handouts .....</b>	<b>202</b>

# I. THEORETISCHE EINFÜHRUNG

Bis 1890 war Deutschland überwiegend ein Auswanderungsland. Dies änderte sich spätestens in der Mitte des 20. Jahrhundert durch das Anwerben von Gastarbeitern. Mit zunehmender Globalisierung und Transnationalisierung wuchsen in den darauffolgenden Jahren sowohl Migrationsbewegungen nach Deutschland als auch die Anzahl, meist beruflich bedingter und zeitlich beschränkter, Emigrationen aus Deutschland heraus (Sieben & Straub, 2011). Mecheril (2011) spricht in einem wertfreien Sinne davon, dass „Migration beunruhigt“ und meint damit nicht nur geführte Diskurse darüber wer „wir“ sind und wer „wir sein wollen“, sondern auch die durch Migrationsphänomene notwendigen Veränderungen in juristischen, sozialen und gesundheitlichen Strukturen. Sie werden durch Migrationsphänomene grundlegend in ihren Selbstverständnissen, Strukturen und Mustern beeinflusst (Mecheril, 2011).

## 1.1 Die Psychologie der Migration

Migration bedeutet neben einem geologischen Übergang von einem Wohnort zum anderen auch eine Veränderung der sozialen und kulturellen Umwelt. Anhand des Maßes an Freiwilligkeit, mit dem eine Migration erfolgt, können verschiedene Migrationstypen voneinander unterschieden werden, wobei keine exakte Trennung zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Migration möglich ist, sondern die beiden Begriffe vielmehr als die Enden eines Kontinuums betrachtet werden können. Migrationsprozesse mit einem relativ hohen Grad an Freiwilligkeit stellen Gastarbeiterschaften oder Spätaussiedlungen dar. Hingegen migrieren Flüchtlinge oder illegale Einwanderer gezwungenermaßen aufgrund von politischen Notwendigkeiten, Kriegsgefahren oder ökonomischen Gründen. Das Maß an Freiwilligkeit, mit der migriert wird, beeinflusst in erheblichem Maße den akkulturativen Stress und das Kontrollbewusstsein, das die migrierende Person erlebt. (Kizilhan & Bermejo, 2009).

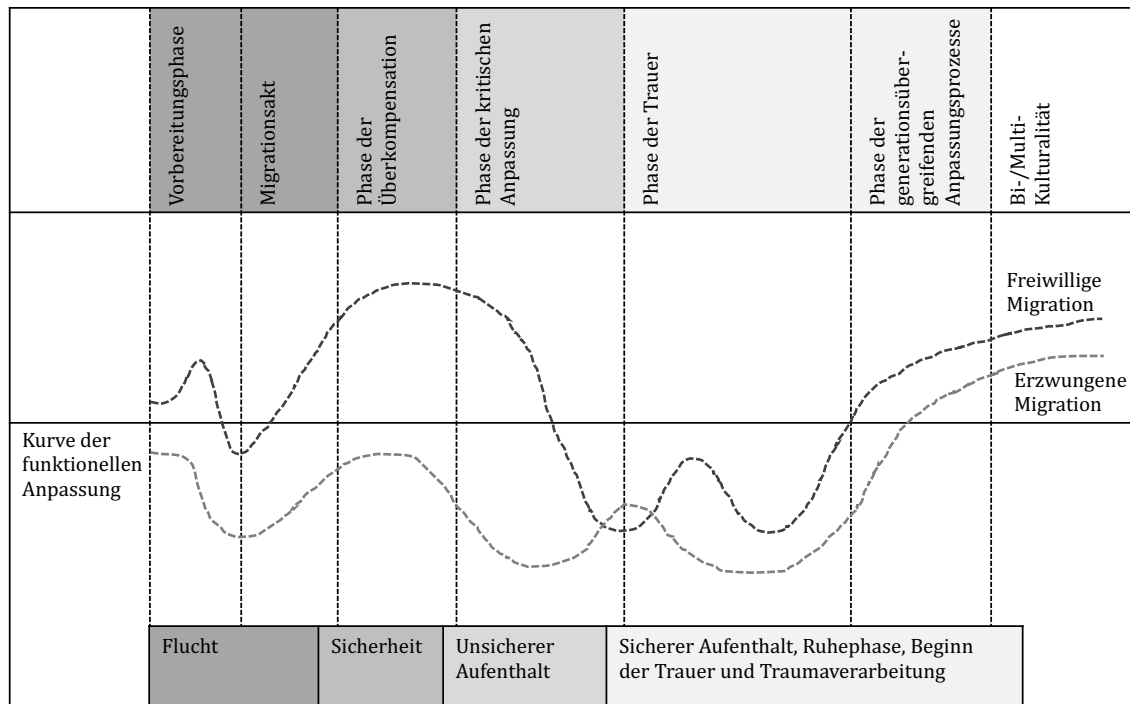
Dynamische Modelle von Migrationsprozessen versuchen Belastungen während der Migration darzustellen und basieren auf der Annahme, dass jede Phase durch bestimmte Herausforderungen und Bewältigungsmechanismen charakterisiert ist. Solche Phasenmodelle erfassen emotionale Abläufe systematisch und zeigen, dass Migrationsverläufe über die verschiedenen Migrationstypen hinweg einer kultur- und situationsübergreifenden Regelmäßigkeit unterliegen (Kizilhan, 2011; Machleidt & Heinz, 2011; Sluzki, 1979; Sluzki, 2001).

Auf eine Phase von Belastungen im Herkunftsland folgt eine Vorbereitungsphase. In dieser werden beispielsweise Kontakte mit bereits in das Zielland migrierte Personen geknüpft und für die Migration notwendige Ressourcen akquiriert. Im Falle einer freiwilligen Migration werden beispielsweise Visa beantragt, im Falle einer erzwungenen Migration oder illegalen Einwanderung Einwanderungsrouten geplant (Sluzki, 1979). Der Akt der Migration selbst kann wenige Stunden (im Falle eines Fluges oder einer Binnenmigration) bis hin zu Monaten dauern. Nach Ankunft im Zielland kommt es in der Regel zu einer Phase der Überkompensation („Honeymoon“-Phase), in welcher kurzfristig ein hohes funktionelles Anpassungsniveau zu beobachten ist. Hier werden meist recht geringe Belastungen durch migrationsbedingte Stressoren berichtet und Energien, die während des Migrationsaktes freigesetzt wurden sind ebenso vorherrschend wie Gefühle von Erleichterung und Hoffnung. Hier ist zudem meist ein hohes Maß an Aufgaben- und Lösungsorientierung zu beobachten. Anschließend erfolgt häufig eine Phase der kritischen Anpassung, in welcher die migrierten Personen möglicherweise erleben, dass auf im Herkunftsland bewährte Bewältigungsmechanismen und Ressourcen nicht mehr zurückgegriffen werden kann und die Erwartungen an das Aufnahmeland nicht mit der Realität standhalten können. Im Falle einer erzwungenen Migration stellen Stressoren wie ein unsicherer Aufenthaltsstatus, Verzögerungen in der Bearbeitung des Asylverfahrens oder Unterbringungen in Sammelunterkünften in dieser Phase zusätzliche Stressoren dar und führen relativ betrachtet zu einem hohen Risiko für die Entwicklung psychischer Erkrankungen. Das Zitat einer Teilnehmerin unserer Empowerment-Gruppe zeigt die verzögerte Manifestation psychischer Symptome:

10

*Ich war am Anfang so glücklich angekommen zu sein. Aber bald gab es auch viele Schwierigkeiten. Ich habe kein Deutsch gesprochen und im Heim gab es viele Probleme. Jetzt gehe ich auf die Berufsschule und spreche viel besser Deutsch aber ich bin trotzdem so traurig und kann mir in der Schule nichts merken.*

Es ist zu betonen, dass auch Resilienz und Weiterentwicklung zum Reaktionsspektrum gehören, mit dem migrierende Menschen auf die Belastungen im Aufnahmeland reagieren. Nach der Phase der kritischen Anpassung kann es zu einer Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse kommen, in Folge derer die migrierte Person eine bi- oder multikulturelle Identität entwickelt.



**Abb. 1** Phasen der Migration (Kizilhan, 2011. In Weiterentwicklung von Sluzki, 1979 und Sluzki, 2001).

Die Phasen eines Migrationsprozesses verlaufen nicht immer linear sondern werden von internen Faktoren (Selbstwirksamkeitserleben der migrierenden Person, Einfluss

des Herkunftslandes) externen Faktoren (Integrationsbemühungen des Aufnahmelandes) und Prä-, Peri- und Postmigrationsstressoren beeinflusst.

Prämigrationsstressoren stellen bei Menschen, die unfreiwillig migrieren, häufig traumatische Erfahrungen wie Kriegserlebnisse, Inhaftierungen, Folter, Verfolgung, der Verlust von Bezugspersonen, Umweltkatastrophen sowie die Zerstörung von Eigentum und der eigenen Existenzgrundlage dar. Diese traumatischen Erfahrungen sind dabei seltener singuläre Geschehnisse (Typ-I Traumata) sondern häufiger längerfristige oder sich wiederholende Ereignisse (Typ-II Traumata), die miteinander zusammenhängen und von Menschenhand verursacht sind (Maercker, 2009). Im Falle einer freiwilligen Migration können Faktoren wie Unterbeschäftigung, schlechte wirtschaftliche Entwicklungsperspektiven aber auch der Wunsch nach einer Familienzusammenführung Prämigrationsstressoren darstellen. Die genannten Stressoren können in so genannte Push-Faktoren und Pull-Faktoren differenziert werden (Dorigo & Tobler, 1983). Push-Faktoren, so genannte Druckfaktoren, sind die Bedingungen im Herkunftsland, die Anlass zur Migration geben. Pull-Faktoren, so genannte Sogfaktoren, stellen Bedingungen im Aufnahmeland dar (z.B. politische Stabilität, religiöse Glaubensfreiheit), welche die Entscheidung zur Migration mit beeinflussen. Diese Push- und Pull-Faktoren sind nicht unabhängig voneinander zu betrachten, sondern stehen in einer wechselseitigen Beziehung, die in den meisten Fällen zu einem Bündel an Migrationsursachen führt.

Perimigrationsstressoren, die auf den migrierenden Menschen während der Übersiedlung in das Aufnahmeland einwirken können, stellen insbesondere im Falle einer unfreiwilligen Migration Schutz- und Orientierungslosigkeit, Hunger und Kälte, eine mangelnde medizinische Versorgung sowie Überfälle und Übergriffe dar. Im Rahmen von Postmigrationsstressoren ist zwischen institutionellen und individuellen Stressoren zu unterscheiden. Institutionelle Stressoren stellen beispielsweise Verzögerungen in der Bearbeitung des Asylverfahrens, Unterbringungen in Gemeinschaftsunterkünften oder eine eingeschränkte Reisefähigkeit dar. Als individuelle Stressoren seien Gefühle von Heimweh und Isolation, Erfahrungen mit Rassismus und Diskriminierung und geringe Sprachkenntnisse genannt.



### 1.1.1 Die Emotionslogik der Migration

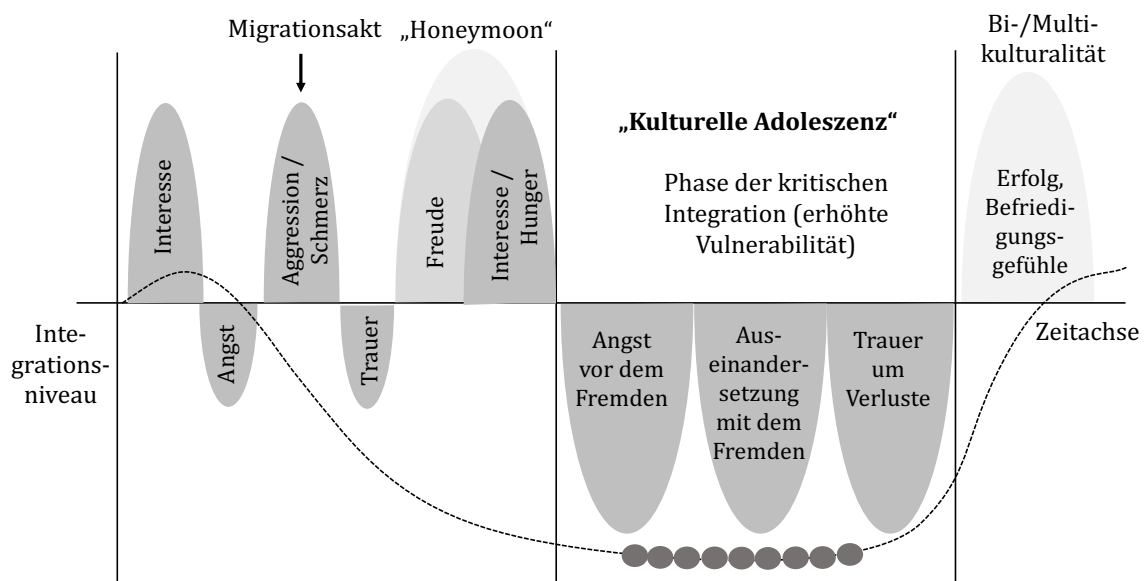
Die einzelnen Phasen eines Migrationsprozesses werden nicht nur durch distinkte Herausforderungen und Stressoren geprägt, sondern auch durch vorherrschende Gefühle charakterisiert. Diese wurden von Machleidt und Heinz (2011) in Erweiterung an das Phasenmodell der Migration (Abb. 1) systematisch dargestellt (Abb. 2). Das Modell differenziert vor allem Emotionen, die mit der Ablösung aus dem Herkunftsland assoziiert sind und solche, die während der Phase der Ankunft und Integration in das Aufnahmeland erlebt werden.

Allen Migrationsprozessen geht zunächst ein Interesse und eine Hoffnung auf einen Neubeginn unter besseren Lebensbedingungen voraus. Migration hat dabei häufig ein „utopisches Moment“, in welchem eine große Hoffnung auf die Realisation von Plänen, die bislang nicht möglich waren, erlebt wird (Machleidt & Heinz, 2011). Das zweite Grundgefühl vor dem Migrationsakt selbst ist die Angst vor dem Unbekannten. Diese hat die Funktion Chancen und Risiken der geplanten Migration abzuwiegen. Der Akt der Migration selbst geht immer mit einem Trennungsschmerz einher, eng verbunden mit einer kurzen Phase der Trauer um das Zurückgelassene. Nach Ankunft im Aufnahmeland werden meist Gefühle von Freude und Erleichterung sowie eine Begeisterung und Faszination für das Aufnahmeland erlebt („Honeymoon-Phase“).

Die Ankunft im Aufnahmeland und die Integration in dessen Kultur erfolgt ebenso einer Emotionslogik, die sich unter dem Begriff der „kulturellen Adoleszenz“ zusammenfassen lässt. Es geht hier um die Gewinnung einer neuen sozialen Existenz und die Auseinandersetzung mit der Kultur des Ankunftslandes. Ängste vor dem Fremden, Gefühle von Heimweh sowie die Trauer um Verluste und über das Verlassen des eigenen Kulturraums werden erlebt und wollen verarbeitet werden. Diese Entwicklungsaufgabe geht mit einer erhöhten Vulnerabilität für psychische Erkrankungen einher (Machleidt, 2007), führt im Falle einer erfolgreichen Verarbeitung aber zu einer neuen, bikulturellen Identität, in der das Individuum oder ganze Familien neue Verhaltensregeln und Gewohnheiten ausloten. Werden alte und neue Regeln erfolgreich integriert, gehen

migrierte Menschen aus dieser Phase häufig stärker und resilienter hervor (Machleidt & Heinz, 2011).

Aufgrund der Bedeutsamkeit des emotionalen Erlebens im Migrationsprozess und der Notwendigkeit der Verarbeitung dieser Gefühle werden im Empowerment-Manuals Gefühle von Angst, Ärger und Heimweh betrachtet, ihre Funktionen erarbeitet und funktionale Strategien zur Regulation der Gefühle vermittelt.



**Abb. 2** Die Emotionslogik im Migrationsprozess (Machleidt & Heinz, 2011).

## 1.2 Affektive Störungen bei Menschen mit Migrationserfahrungen

### 1.2.1 Prävalenzen affektiver Störungen bei Migranten

Migration stellt ein kritisches Lebensereignis dar, welches als ein Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Erkrankungen betrachtet werden kann, ohne kausal zu psychischen Problemen zu führen (Sieben & Straub, 2011). Neben der Betrachtung von

Migration als ein potentiell krankmachendes Ereignis wird in jüngerer Zeit jedoch auch der Einfluss migrationsspezifischer Ressourcen (soziale Unterstützung durch Familie und Gemeinschaft, Verbesserung der Lebenssituation) auf die psychische Gesundheit diskutiert. Studien in Zuwanderungsländern zeigen, dass insbesondere Menschen, die aus eigenem Antrieb migrieren, in der Regel motiviertere, wohlhabendere, robustere und belastbarere Menschen sind (Kizilhan, 2011). Dieser so genannte *Healthy-Migrant-Effect* ist stärker ausgeprägt, wenn die Distanz zwischen Herkunfts- und Aufnahmeland größer ist und sich beide Länder hinsichtlich politischer und kultureller Muster unterscheiden (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2008; Kizilhan, 2011). Eine mögliche Erklärung für den Effekt ist, dass Ressourcen wie ein junges Alter, eine gute physische Gesundheit und ein Maß an Anpassungsfähigkeiten notwendig sind, um die geologischen und kulturellen Distanzen zu überwinden.

Die bisherige Studienlage zu Prävalenzen psychischer Erkrankungen von Menschen mit Migrationserfahrungen und Nicht-Migranten ist heterogen und lässt keine allgemeingültigen Aussagen über mögliche Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen in beiden Gruppen zu (Glaesmer, 2005; Levecque, 2007; Swinnen et al., 2007). Die gemischte Ergebnislage ist zurückzuführen auf unterschiedliche methodische Ansätze, heterogene Migrantenpopulationen und unterschiedliche Bedingungen in Herkunfts- und Zielländern. Eine differenzierte Betrachtung der heterogenen Population von Menschen mit Migrationserfahrungen ist für eine adäquate Versorgung deshalb notwendig. Eine repräsentative Studie an Menschen mit Migrationshintergrund (Flüchtlinge und illegale Einwanderer ausgenommen) zeigen keine signifikant höheren Prävalenzen für affektive Störungen und Posttraumatische Belastungsstörungen (Glaesmer et al., 2006).

Flüchtlinge und illegale Einwanderer stellen eine Untergruppe dar, die gesondert betrachtet werden sollte. Metaanalytische Untersuchungen finden Prävalenzraten von 31% bis 44% für affektive Erkrankungen bei Geflüchteten (Lindert et al., 2009; Steel et al., 2009). 2012 wurde bei 63% der Bewohner einer Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge in Bayern eine oder mehrere psychische Störungen diagnostiziert (Richter, 2015). Auch finden sich Korrelationen zwischen der Dauer des Asylverfahrens und der

Häufigkeit psychischer Erkrankungen und körperlicher Gesundheitsprobleme (Laban, 2004).

### 1.2.2 Depressive Symptome im Kulturvergleich

Das in westlichen Gesellschaften entwickelte Konzept affektiver Störungen weicht teilweise von der Phänomenologie depressiver Erkrankungen in außereuropäischen Kulturen ab und fordert unsere professionelle Wahrnehmung zu einer Umorientierung heraus. In westlichen Kulturen gilt die Störung des Affekts als das zentrale Hauptmerkmal der Depression, während in nicht-westlichen Kulturen auch andere Symptome das klinische Bild prägen können (Aichberger et al., 2008). Eine Studie an österreichischen und pakistanischen Patienten zeigt, dass Erstere häufiger Schuldgefühle, Suizidgedanken und Antriebslosigkeit berichteten, während sich Angst, Unruhe und somatische Symptome häufiger bei den pakistanischen Patienten fanden (Stompe et al., 2001). Während auch in westlichen Kulturen vegetative Störungen, körperliche Missempfindungen sowie Störungen von Appetit und Schlaf als charakteristisch für depressive Störungen angesehen werden, liegt der Fokus in außereuropäischen Kulturen häufig noch stärker auf diesen somatischen Störungen. Gleichwohl werden Symptome von Interesselosigkeit und Konzentrationsstörungen von einem Großteil der depressiven Patienten über zahlreiche kulturelle Kontexte hinweg berichtet (Jablenksy et al., 1981),

### 1.2.3 Kultursensibilität in der Therapie affektiver Störungen

Kulturelle Hintergründe von Behandler und Patient beeinflussen in gleichermaßen zahlreiche Faktoren im therapeutischen Prozess. Auf Seiten des Patienten nimmt die kulturelle Prägung Einfluss auf die Wahrnehmung von Symptomen, die Begriffe, mit denen diese beschrieben werden, die Erklärung von Krankheiten und die Einstellung zu Behandlungsangeboten. Der kulturelle Hintergrund des Behandlers beeinflusst

insbesondere dessen Arbeitsweise und die Art und Weise, wie die Behandler-Patient-Beziehung gestaltet wird.

Von großer Bedeutung in der kultursensiblen Therapie mit Menschen aus nicht-westlichen Kulturen ist demnach die kontinuierliche Reflexion der eigenen kulturellen Einstellungen. Werden die kulturellen Unterschiede zwischen Behandler und Patient reflektiert und bewusstgemacht, so zeigen unsere bereits verfügbaren Interventionen zur Behandlung von affektiven Störungen bei Patienten aus nicht-westlichen Kulturen eine vergleichbare Wirksamkeit wie bei Patienten aus westlichen Kulturen (Schraufnagel et al., 2006). In diesem Sinne enthält das Empowerment-Manual Modelle und Techniken, deren Evidenz in der Therapie mit Menschen aus westlichen Kulturen gezeigt wurde und die nun kultursensibel angewandt werden.

Im Rahmen der anamnestischen Erhebung mit Patienten mit Migrationserfahrungen sollten migrationsspezifische Aspekte unbedingt berücksichtigt und ausführlich eruiert werden (Calliess & Behrens, 2011). Die Frage nach den Jahren, die im Heimatland verbracht wurden, fördert den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und liefert dem Behandler Informationen über kulturelle Werte, Traditionen und Haltungen, die in der weiteren Behandlung berücksichtigt werden sollten. Während in der Psychotherapie mit westlich sozialisierten Patienten der Schwerpunkt häufig auf der Förderung von Individualisierung und Autonomie der Patienten liegt, kann sich in der Arbeit mit Patienten aus kollektivistischen Kulturen eine werteorientierte Ausrichtung der Therapieziele auf soziale Werte und Rollenerwartungen also hilfreich erweisen (Assion et al., 2011). Die therapeutischen Ziele sollten dabei immer gemäß den kulturellen Hintergründen der Patienten definiert werden (Assion et al., 2011). Konkret kann dies in der Therapie mit depressiven Patienten aus nicht-westlichen Kulturen beispielsweise bedeuten, dass die verhaltenstherapeutische Intervention der Verhaltensaktivierung (siehe Modul 3) sich stark an den Werten Familie und Gemeinschaft orientiert. Eine Teilnehmerin einer Empowerment-Gruppe gab im Anschluss an die Erarbeitung positiver Aktivitäten folgende Rückmeldung:

*Ich habe diese Woche seit langem wieder Kabuli [afghanisches Reisgericht] gekocht. Meine Kinder waren darüber so glücklich und das hat die Schmerzen in meinem Herz ein bisschen weniger gemacht. Und ich war bei meinen Nachbarinnen zum Teetrinken, obwohl ich davor eigentlich keine Lust hatte. Danach ging es mir aber ein wenig besser, weil sie mich ein bisschen zum Lachen gebracht haben.*

Die zumeist ausgeprägten Werte von Familie und Gemeinschaft können als kulturspezifische Ressourcen betrachtet werden, die in der Depressionsbehandlung markiert und gefördert werden sollten. Auch gilt es in der Therapie, die Anstrengungen, welche die Patienten durch den Prozess der Migration unternommen haben, zu validieren und anzuerkennen. Im Rahmen des Empowerment-Manuals stellen die Gruppenteilnehmer im ersten Modul anhand einer großen Weltkarte ihre Migrationsroute nach. Die für die Migration unternommenen Risiken und erlebte Belastungen werden dabei durch den Therapeuten validiert und während dem Prozess der Migration aktivierte Ressourcen gespiegelt.

Neben der Reflexion des eigenen kulturellen Hintergrundes und der Exploration und Förderung kulturspezifischer Ressourcen ist die Entwicklung einer gemeinsamen Vorstellung von der Krankheit und ihrer Entstehung essentiell für eine wirksame Behandlung. Während Patienten aus westlichen Kulturen häufig biologische Ursachen und stressvolle Lebensbedingungen als Erklärungen für affektive Störungen heranziehen, wird die Erkrankung in nicht-westlichen Kulturen häufig auf moralische Gründe zurückgeführt. Ein offener Dialog darüber, wie ein Sachverhalt oder Problem verstanden wird, fördert das Verständnis für die kulturellen Einstellungen der Patienten und den Aufbau einer tragfähigen Behandler-Patient-Allianz.

#### 1.2.4 Sprach- und Kulturmittler in der psychotherapeutischen Arbeit

Kommunikation ist ein wesentlicher Bestandteil von Behandler-Patient-Beziehungen. Dies trifft insbesondere auf das psychiatrisch-psychotherapeutische Setting zu, in welchem die Sprache, eingebettet in die jeweilige Kultur, das entscheidende

therapeutische Instrument darstellt (Morina, Maier & Mast, 2010). Kommt es in medizinischen Kontexten zu einer mangelnden Verständigung zwischen Behandler und Patient kann dies zu einer Reduktion des Gesprächs auf das Allernotwendigste führen und Behandler können dem Recht des Patienten auf vollständige und verständliche Information (Aufklärungspflicht) nicht in vollem Umfang nachkommen (Weiss & Stuker, 1998). Mangelnde Verständigung und in Folge dessen ein begrenzter Zugang zum individuellen Krankheitserleben des Patienten erhöht die Gefahr von Fehldiagnosen und -behandlungen und kann in Folge dessen mit höheren Kosten verbunden sein (Quelle). Auch kann eine mangelnde Verständigung dazu führen, dass krankheitsbedingte Verhaltensweisen, Äußerungen oder Probleme des Patienten fälschlicherweise als kulturspezifische Verhaltensmuster, Werte und Normen interpretiert werden (Weiss & Stuker, 1998).

In medizinischen Kontexten können Dolmetscher verschiedene Aufgaben einnehmen, die von kulturellem Mediator über Patientenfürsprecher bis hin zu Co-Therapeut reichen (Morina et al., 2010; Weiss & Stuker, 1998). Dabei bewegt sich das Verhalten des Dolmetschers, in Abhängigkeit von seiner Aufgabe, auf einem Kontinuum, welches von Neutralität bis hin zur Identifikation mit einem der beiden Gesprächspartner reicht (Steiner, 1997). In der spezifischen Situation der Psychotherapie wird der Dolmetscher hingegen als ein mündliches, bidirektionales Sprachmittel verstanden (Morina et al., 2010), wobei der Dolmetscher als möglichst abstinenter Übermittler Informationen von einem Sprecher zum anderen transferiert (Sleptsova et al., 2015). Behandler und Patient können sich so in ihrer Muttersprache verständigen und kulturelle Unterschiede können durch den Dolmetscher verbalisiert und kontextualisiert werden (Kluge, 2011). Auch wenn Patienten ausreichend Deutsch sprechen, um den Alltag in Deutschland zu gestalten, so werden emotionale Erfahrungen in der Muttersprache eher aktiviert und in der Therapie erlebbar gemacht (Assion et al., 2011). Das verbalisieren des eigenen Erlebens in der Muttersprache kann das Selbstvertrauen von Patienten mit Migrationshintergrund stärken, die Beteiligung am therapeutischen Prozess erhöhen und die Compliance fördern (Morina et al., 2010).

Das Dolmetschen in psychotherapeutischen Kontexten sollte ausschließlich von professionell geschulten Sprachmittlern übernommen werden. Laiendolmetscher (z.B. Familienangehörige) haben häufig nicht die notwendige emotionale Distanz um neutral zu dolmetschen. Auch trauen sich Patienten häufig nicht vor dolmetschenden Familienmitgliedern über intime Angelegenheiten zu sprechen.

#### 1.4.1 Handlungsempfehlungen für die Durchführung von Dolmetschereinsätzen

Für den Einsatz von professionellen Dolmetschern in psychotherapeutischen Settings gibt es keine offiziellen Standards. Folgende Punkte zum Rollenverständnis und der Art der Sprachmittlung sollten zur Sicherung der Qualität der Dolmetscherleistung jedoch Beachtung finden:

*Vor- und Nachbesprechungen:* Vor dem Dolmetschereinsatz sollte der Therapeut in einem kurzen Vorgespräch den Sprachmittler über Inhalte, Ziele und Dauer des Gesprächs, Abrechnungsmodalitäten, informieren. Der Therapeut klärt den Dolmetscher über das Rollenverständnis und die Schweigepflicht auf. Werden im Rahmen von Psychotherapien spezifische Interventionen (z.B. Expositionsübungen) durchgeführt, sollte der Therapeut den Dolmetscher darüber ebenfalls vorab informieren.

Im Anschluss an das Gespräch sollten Therapeut und Dolmetscher die Möglichkeit für einen kurzen gegenseitigen Austausch haben. Kommt der Dolmetscher aus demselben Land wie der Patient, kennt sich der Sprachmittler meist mit kulturellen und sozialen Gegebenheiten, politischen Geschehnissen sowie möglichen kulturspezifischen Krankheitskonzepten aus. In diesem Falle kann dem Dolmetscher neben der Rolle des Sprachmittlers auch die eines Kulturmittlers zukommen.

*Rollenverantwortung:* Während der Sitzung mit Patienten liegt die Verantwortung für die inhaltliche Gestaltung des Gesprächs in der Hand des Therapeuten, während der Dolmetscher die Mittelung der Gesprächsinhalte übernimmt. Diese Rollen sollten a priori definiert und transparent gemacht werden, um Rollenkonfusionen und daraus



resultierende Frustrationen und Störungen des Therapieverlaufes vorzubeugen. Der Therapeut übernimmt in der Sitzung die Vorstellung des Dolmetschers und klärt den Klienten über seine eigene Schweigepflicht und die des Dolmetschers auf. Insbesondere in der Arbeit mit Menschen, die im Rahmen von Folter und Vertreibung häufig Erfahrungen mit Verrat und Vertrauensmissbrauch gemacht haben, ist die Betonung der Schweigepflicht von großer Bedeutung.

*Schweigepflicht, Neutralität und Loyalität:* Dolmetscher sollten sich im Gespräch allparteilich gegenüber allen Gesprächspartnern verhalten. Der Dolmetscher sollte sich dahingehend loyal gegenüber dem Therapeuten verhalten, als dass keine Kontakte zwischen Dolmetscher und Patient außerhalb der Übersetzungsgespräche stattfinden.

*Sitzordnung:* Hinsichtlich der Gestaltung der Sitzordnung von Therapeut, Dolmetscher und Patient unterscheiden sich einzel- und gruppentherapeutische Behandlungssettings. In psychotherapeutischen Einzelsitzungen kommen häufig Stuhlanordnungen in Form von gleichschenkligen Dreiecken zur Anwendung sowie Anordnungen, bei denen sich Therapeut und Patient gegenüber sitzen, während der Dolmetscher versetzt hinter dem Klienten Platz nimmt (Kluge, 2011). In gruppentherapeutischen Sitzungen sitzen Therapeut und Dolmetscher nebeneinander (Abdallah-Steinkopff, 2017).

*Dolmetschen in der Ich-Form:* Das Dolmetschen in der Ich-Form fördert ein enges Verhältnis zwischen Behandler und Patient. Berichten Patienten beispielsweise traumatische Erlebnisse (z.B. Foltererfahrungen), so kann die wortwörtliche Wiedergabe des Gesagten in der Ich-Form für den Dolmetscher als zu belastend erlebt werden. Hier kann ein Wechseln in die indirekte Rede notwendig und hilfreich sein, um die Weiterführung des Gesprächs zu ermöglichen (Orth, 2001; Morina et al., 2010).

*Konsekutive Übersetzung:* Die konsekutive Übersetzung, bei der absatzweise gedolmetscht ist, stellt in psychotherapeutischen Settings die Methode der Wahl dar. Es ist bei der konsekutiven Übersetzung notwendig, regelmäßige Pausen zu machen, um die Sinneinheiten für den Dolmetschenden nicht zu groß werden zu lassen (Kluge, 2011). In der Praxis haben sich Pausen nach 2-3 gesprochenen Sätzen bewährt (Abdallah-Steinkopff, 2013). Falls notwendig, so kann der Dolmetscher durch ein Handzeichen eine Pause einfordern. Die konsekutive Übersetzung ermöglicht dem Therapeuten sich während der Übersetzungen auf die nonverbale Kommunikation des Patienten zu konzentrieren.

#### 1.4.2 Mögliche Schwierigkeiten in der Arbeit mit Dolmetschern

Unter Einbezug eines Dolmetschers tritt eine weitere Fachperson in das therapeutische Setting ein und es findet ein Wechsel der üblichen Dyade Behandler - Patient hin zu einer Triade Therapeut - Patient - Dolmetscher statt (Morina et al., 2010). Dieser Settingwechsel beinhaltet die oben genannten Chancen und stellt gleichermaßen alle drei Beteiligten vor Herausforderungen.

Das psychotherapeutische Setting mit Dolmetschern stellt keinen Trialog im Sinne eines gleichberechtigten Gesprächs zwischen allen drei Beteiligten dar. Vielmehr ist der „Dialog im Trialog“, also das Gespräch zwischen Behandler und Patient unter Zuhilfenahme der Sprachmittlung, das angestrebte Kommunikationsmuster (Morina et al., 2010). Während der Therapeut vom Dolmetscher Neutralität erwartet, erhoffen sich Patienten von Dolmetschern häufig großen Einsatz und Unterstützung, möglicherweise auch über das therapeutische Setting hinaus. Dolmetscher sind demzufolge mitunter professionellen Erwartungen von Seiten des Therapeuten ausgesetzt, die sich von moralischen Erwartungen auf Seiten des Patienten unterscheiden (Abdallah-Steinkopff, 2013). Dies erfordert, dass die Rolle des Dolmetschers vor dessen Einsatz an alle Beteiligten transparent kommuniziert wird.

Die zu übersetzenden Aussagen des Patienten können dabei eine Herausforderung für den Dolmetscher darstellen. Sind diese bruchstückhaft oder missverständlich können kann der Dolmetscher die Sorge haben bei wortgetreuer Übersetzung vom Therapeuten

als sprachlich inkompetent angesehen zu werden (Morina, 2007). Dies kann in der Praxis dazu führen, dass Dolmetscher bruchstückhafte Aussagen vervollständigen und so von einer wortgetreuen Übersetzung abweichen. Auch kommt es vor, dass Dolmetscher direkt eingreifen, wenn der Patient eine Frage des Therapeuten nicht versteht und die Frage erklären oder in anderer Formulierung erneut stellen. Dabei gehen für den Therapeuten wichtige Informationen hinsichtlich Krankheitsverständnis, Kommunikationsstil und „gemeinsamem Verstehen“ des Gesagten verloren. Hat der Therapeut das Gefühl, dass der Dolmetscher im Gespräch von wortgetreuen Übersetzungen abweicht, sollte dies in der anschließenden Nachbesprechung thematisiert werden.

Auch soziale und biographische Daten von Patient und Dolmetscher können zu verschiedenen Konflikten führen und sollten bei der Wahl eines geeigneten Dolmetschers beachtet werden. Die gemeinsame Herkunft aus einem Bürgerkriegsland kann beim Patienten eine Unsicherheit hinsichtlich der politischen Haltung des Dolmetschers verursachen (Fessler & von der Lippe, 2013). Weiterhin können Unterschiede im Migrationsverlauf oder im sozialen Status zwischen Patient und Dolmetscher (beispielsweise bedingt durch eine frühere Migration des Dolmetschers aus dem gemeinsamen Herkunftsland) auf Seiten des Patienten Gefühle der Benachteiligung entstehen lassen. Der Patient sollte zu Beginn der Sitzung deshalb die Möglichkeit haben, Fragen hinsichtlich Herkunft und Dialekt an den Dolmetscher zu stellen, um eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zu fördern. Das Geschlecht des Dolmetschers hat mitunter eine größere Bedeutung als das Geschlecht des Therapeuten, da Ersterer häufig demselben kulturellen Kontext entstammt. Insbesondere bei tabuisierten, schambesetzten Themen (z.B. sexuelle Gewalt, Folter) zeigen praktische Erfahrungen, dass sowohl männliche als auch weibliche Patienten häufig eine weibliche Dolmetscherin bevorzugen (Abdallah-Steinkopff, 2013).

Auf Seiten des Therapeuten tritt durch Hinzunahme eines Sprach- und Kulturmittlers eine weitere Fachperson in den therapeutischen Raum, die aufgrund der gemeinsamen Sprache scheint der Dolmetscher den Patienten häufig schneller hinsichtlich sozialer und ethnischer Herkunft einschätzen zu können und kann ihn aufgrund der

Sozialisierung im selben kulturellen Kontext häufig besser verstehen. Die Beziehung zwischen Therapeut und Patient ist im Vergleich dazu anfangs häufig neutraler, möglicherweise unbefangener aber mitunter zu Beginn der Therapie auch distanzierter als zwischen Dolmetscher und Patient (Abdallah-Steinkopff, 2013). Dies kann dazu führen, dass die Dyade Dolmetscher-Patient verstärkt wird und der Therapeut sich überflüssig fühlt oder mit dem Dolmetscher in eine Konkurrenz um die Gunst des Patienten gerät (Morina et al., 2008). Dies sollte vom Therapeuten erkannt werden und mit dem Dolmetscher im Anschluss an das Gespräch nachbesprochen werden.

## Literatur

- Abdallah-Steinkopff, B. (1999). Psychotherapie bei posttraumatischer Belastungsstörung unter Mitwirkung von Dolmetschern. *Verhaltenstherapie*, 9(4), 211-220.
- Aichberger, M. C., Schouler-Ocak, M., Rapp, M. A., & Heinz, A. (2008). Transkulturelle Aspekte der Depression. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 51(4), 436-442.
- Assion, H. J., Stompe, T., Aicherberger, M. C., & Callies, I. T. (2011). Depressive Störungen. In Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und psychische Gesundheit* (S. 321-332). München: Urban & Fischer.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2018). Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland.
- Callies, I., & Behrens, K. (2011). Kultursensible Diagnostik und migrationspezifische Anamnese. In Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und psychische Gesundheit* (S. 55-62). München: Urban & Fischer.
- Dorigo, G., & Tobler, W. (1983). Push-pull migration laws. *Annals of the Association of American Geographers*, 73(1), 1-17.
- Fessler, C., & von der Lippe, H. (2013). Subjektives Erleben von Dolmetschern im psychotherapeutischen Setting mit Flüchtlingen. *Auf der Grundlage der Masterarbeit von Fessler, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg*. Zugriff am, 10, 2013.
- Glaesmer, H., Wittig, U., Brähler, E., Martin, A., Mewes, R., & Rief, W. (2009). Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen?. *Psychiatrische Praxis*, 36(01), 16-22.
- Jablensky, A., Sartorius, N., Gulbinat, W., & Ernberg, G. (1981). Characteristics of depressive patients contacting psychiatric services in four cultures: A report from the WHO collaborative study on the assessment of depressive disorders. *Acta psychiatrica scandinavica*, 63(4), 367-383.

- Kizilhan, J. I. (2011). Psychologie der Migration. In Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg), Praxis der interkulturellen Psychiatrie und psychische Gesundheit (S. 55-62). München: Urban & Fischer.
- Kizilhan, J., Bermejo, I., Bengel, J., & Jerusalem, M. (2009). Migration, Kultur, Gesundheit. *Handbuch der Gesundheitspsychologie und medizinischen Psychologie*, 509-518.
- Kluge, U. (2011). Sprach- und Kulturmittler im interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit (S. 145-154). München: Urban & Fischer.
- Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., Schreuders, B. A., & De Jong, J. T. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(12), 843-851.
- Levecque, K., Lodewyckx, I., & Vranken, J. (2007). Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *Journal of affective disorders*, 97(1-3), 229-239.
- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Proebe, S., Mielck, A. & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees – a systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, 69(2), 246-257.
- Machleidt, W. (2007). Migration, Kultur und seelische Gesundheit. *Vorlesung im Rahmen der 57 Lindauer Psychotherapiewochen*.
- Machleidt, W., & Heinz, A. (2011). Dynamische Modelle der Migration. In Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg), Praxis der interkulturellen Psychiatrie und psychische Gesundheit (S. 43-53). München: Urban & Fischer.
- Maercker, A. (2009). Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In *Posttraumatische Belastungsstörungen* (pp. 13-32). Springer, Berlin, Heidelberg.

- Mecheril, P. (2011). Wirklichkeit schaffen: Integration als Dispositiv–Essay. *Abzurufen unter [http://www.bpb.de/publikationen/3IV45A, 0, Wirklichkeit\\_schaffen%3A\\_Integration\\_als\\_Dispositiv\\_Essay.html# top](http://www.bpb.de/publikationen/3IV45A,0,Wirklichkeit_schaffen%3A_Integration_als_Dispositiv_Essay.html#top)*.
- Morina, N. (2007). Sprache und Übersetzung. *Psychotherapie mit Folter-und Kriegsopfern. Huber, Bern*, 179-201.
- Morina, N., Maier, T., & Mast, M. S. (2010). Lost in Translation?–Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 60 (03/04), 104-110.
- Orth, G. (2001). Keine Miene verziehen? Dolmetschen mit Folterüberlebenden. *Trauma und Ressourcen Trauma and Empowerment. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung*, 317-329.
- Richter, K., Lehfeld, H., & Niklewski, G. (2015). Warten auf Asyl: Psychiatrische Diagnosen in der zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern. *Das Gesundheitswesen*, 77(11), 834-838.
- Schraufnagel, T. J., Wagner, A. W., Miranda, J., & Roy-Byrne, P. P. (2006). Treating minority patients with depression and anxiety: what does the evidence tell us?. *General hospital psychiatry*, 28(1), 27-36.
- Sieben, A., & Straub, J. (2011). Migration, Kultur und Identität. In Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und psychische Gesundheit* (S. 43-53). München: Urban & Fischer.
- Sleptsova, M., Hofer, G., Marcel, E., Grossman, P., Morina, N., Schick, M., ... & Langewitz, W. A. (2015). Wie verstehen Dolmetscher ihre Rolle in medizinischen Konsultationen und wie verhalten sie sich konkret in der Praxis?. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 65(09/10), 363-369.
- Sluzki, C. E. (1979). Migration and family conflict. *Family process*, 18(4), 379-390.
- Sluzki, C. E. (2001). Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. *Transkulturelle Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn*, 101-115.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & Van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health

- outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 302(5), 537-549.
- Steiner, E. (1997). Die Rolle des Dolmetschers in der Psychotherapie. *Pro mente sana aktuell*, 2, 21-25.
- Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G., Chaudhry, H. R., Friedmann, A., Wenzel, T., & Schanda, H. (2001). Guilt and depression: a cross-cultural comparative study. *Psychopathology*, 34(6), 289-298.
- Swinnen, S. G., & Selten, J. P. (2007). Mood disorders and migration: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), 6-10.
- Weiss, R., & Stuker, R. (1998). *Übersetzung und kulturelle Mediation im Gesundheitssystem*. Universität de Neuchâtel.



## II. Grundlagen des Empowerment-Manuals

### 2.1. Einsatzmöglichkeiten des Manuals

Das Empowerment-Manual kann im Rahmen von ambulanten oder stationären Behandlungsangeboten Anwendung finden und in Gruppen- und Einzelsettings eingesetzt werden. Insbesondere psychiatrische und psychosomatische Kliniken, Beratungsstellen, Psychotherapeutische Praxen und Gemeinschaftsunterkünfte könnten von einer Anwendung profitieren. Das Manual richtet sich vorwiegend an Psychologen, Psychologische Psychotherapeuten und Ärzte.

Wir empfehlen darüber hinaus die Gruppe durch einen Co-Therapeuten begleiten zu lassen, damit Letzterer im Falle von akuten Krisen oder dissoziativen Zuständen unterstützend eingreifen kann. Die Rolle des Co-Therapeuten kann beispielsweise durch psychiatrischen Fachpflegekräften oder Sozialarbeitern übernommen werden.

Das Manual ist zur Anwendung durch einen deutschsprachigen Therapeuten und einen Sprach- und Kulturmittler konzipiert. Ziel ist es, dass die Patienten so von einer sprach- und kultursensiblen Übersetzung profitieren können und gleichzeitig die Möglichkeit haben, die deutsche Sprache besser zu erlernen. In der zeitlichen Planung der Stunden ist Dauer der konsekutiven Übersetzungen durch den Sprach- und Kulturmittler bereits mit eingerechnet. In Abhängigkeit von den Sprachfähigkeiten der Gruppenteilnehmer ist jedoch auch die Anwendung des Manuals ohne Sprach- und Kulturmittler und lediglich in deutscher Sprache möglich. Die zeitliche Dauer für die Durchführung eines Moduls beträgt dann ca. 60 Minuten.

Das Manual kann von deutschsprachigen Therapeuten mit oder ohne Sprach- und Kulturmittler angewandt werden. Kommt das Manual mit Unterstützung eines Sprach- und Kulturmittlers zur Anwendung so ist es notwendig, dass zwei Flipcharts verwendet werden, in denen die Informationen auf beiden Sprachen dargestellt werden. Flipcharts, auf denen lediglich Inhalte vorgestellt werden oder auf denen in der Stunde nur noch wenige Informationen ergänzt werden, können der Einfachheit halber schon vor der Sitzung in beiden Sprachen vorbereitet werden.

### 2.1.1 Gruppensetting

Das Empowerment-Manual wurde ursprünglich zum Einsatz in Gruppensettings konzipiert. Aus unserer klinischen Erfahrung profitieren insbesondere Menschen mit Migrationserfahrungen von der Therapie in einem Gruppensetting, da sie Gefühlen von Isolation entgegenwirken kann und die Erfahrungsberichte durch andere Gruppenmitglieder häufig glaubwürdiger und motivierender sind als einzig die psychoedukative Vermittlung durch den Gruppenleiter. Nicht selten berichten Gruppenteilnehmer wiederholt, dass sie sich durch interpersonelle Lernerfahrungen an Modellen aus ihrem eigenen kulturellen Hintergrund oder mit ähnlichen Migrationserfahrungen motiviert fühlen, ihr Leben in Deutschland aktiver zu gestalten. Aus der klinischen Erfahrung sollten die Gruppen homogen hinsichtlich Geschlecht sein. Dies fördert in nicht-westlichen Kulturen einen offenen Austausch über Symptome depressiver Störungen und Bewältigungsstrategien sowie den Umgang mit Gefühlen, die je nach Kultur und Geschlecht schambesetzt sein können.

Die Frage, ob die Gruppenteilnehmer homogen hinsichtlich kulturellem Hintergrund und Sprache sein sollten, ist differenziert zu betrachten. In unserer klinischen Erfahrung haben sich sowohl kulturhomogene als auch –heterogene Gruppen bewährt. Während in kulturhomogenen Gruppen manchmal größere Vorbehalte sind vor den anderen Gruppenmitgliedern über persönliche Stressoren zu sprechen, haben diese den Vorteil haben, dass sich die Teilnehmer über Prä- und Postmigrationsstressoren im Heimat- und Exilland austauschen können. Das folgende Zitat einer afghanischen Gruppenteilnehmern in einer kulturhomogenen Gruppe, zeigt, dass die Gruppenteilnahme gleichzeitig Herausforderung und Chance für korrigierende Erfahrungen sein kann:

*Am Anfang wollte ich gar nicht richtig in die Gruppe kommen. Ich bin es nicht gewohnt vor anderen Frauen über meine Probleme zu sprechen. Ich habe Angst, dass dann schlecht über mich geredet wird. Inzwischen habe ich durch die Gruppe*

*Schwestern gefunden. Ich weiß, ich darf über alles sprechen und es wird nichts weitererzählt. Ich merke, dass ich mit meiner Situation nicht alleine bin.*

Im Sinne einer integrationsfördernden Maßnahme und aus Sicht der Praktikabilität der Durchführung der Gruppe auch möglich, kulturheterogene Gruppen durchzuführen. Einige Patienten berichten, dass sie sich in kulturheterogenen Gruppen freier fühlen, eigene Belastungen mitzuteilen und das Gefühl haben weniger auf ihre Herkunft reduziert zu werden, als in einer Gruppe mit Menschen, die unmittelbar ihrer eigenen Kultur entstammen. Wir empfehlen eine Gruppengröße von mindestens vier und maximal 12 Teilnehmern.

### 2.1.2 Einzelsetting

Kommt das Manual in einem einzeltherapeutischen Setting zum Einsatz verkürzen sich die einzelnen Module von 90 Minuten auf ca. 50 Minuten. In einem einzeltherapeutischen Setting kann individueller auf das Störungsmodell des Patienten und dessen Symptomatik eingegangen werden als in der Gruppe. So kann im Themenbereich Psychoedukation beispielsweise ein individualisiertes Vulnerabilitäts-Stress-Modell für die Entstehung der Depression erarbeitet werden, im Themenbereich Bewältigungskompetenzen können persönliche Auslöser für Stress und stressverschärfende Gedanken erarbeitet werden und der Themenbereich Umgang mit Gefühlen lässt es zu, dass individuelle Emotionale Netzwerke für spezifische Gefühle erarbeitet werden.

### 2.2 Indikationen für die Anwendung des Manuals

Das Empowerment-Manual richtet sich an Menschen mit Migrationserfahrungen und affektiven Störungen. Komorbide Störungen wie Posttraumatische Belastungsstörungen, Angststörungen oder Abhängigkeitserkrankungen stellen keine Kontraindikation für eine Gruppenteilnahme dar. Da die Teilnehmer im Rahmen des Manuals auch

Stressbewältigungsstrategien und emotionsregulatorische Fähigkeiten erlernen, kann sich eine Gruppenteilnahme sogar einen positiven Einfluss auf die Verläufe komorbider Erkrankungen nehmen. Eine Teilnahme an der Empowerment-Gruppe ist auch im Vorfeld zu einer traumaspezifischen Behandlung möglich und kann eine stabilisierende Wirkung haben. Prägt jedoch die komorbide Störung vorherrschend das klinische Bild und resultiert in einer hohen Belastung durch Intrusionen, Flashbacks, Panikattacken oder Abhängigkeitssymptomen so ist von vorneherein eine spezifische psychotherapeutische Behandlung für die komorbide Störung indiziert.

### 2.3 Zusammenarbeit mit Dolmetschern im Empowerment-Manual

Im Rahmen des Empowerment-Manuals fungieren Sprach- und Kulturmittler als Sprachrohr und stellen sicher, dass im Einzel- oder Gruppensetting alle Teilnehmenden die Therapieinhalte gut verstehen können. Bei der Anwendung des Manuals haben sich die in Kapitel 1.4 beschriebenen Handlungsempfehlungen für die Zusammenarbeit mit Dolmetschern bewährt. Dolmetscher, die im Rahmen des Empowerment-Manuals zum Einsatz kommen, sollten demzufolge konsekutiv, in der Ich-Form und inhaltsgetreu dolmetschen und als Sprachrohr fungieren. Unseren Erfahrungen nach ist es von Vorteil, in einer Frauengruppe eine weibliche Dolmetscherin einzusetzen. In Gruppen mit männlichen Patienten haben sich in der Praxis männliche und weibliche Sprachmittler bewährt. In einem Einzelsetting sollte der Dolmetscher zwischen Behandler und Patient Platz nehmen. In einem Gruppensetting sitzt der Dolmetscher neben dem Therapeuten. Unseren Erfahrungen nach ist es auch möglich, Gruppen mit Teilnehmern durchzuführen, die zwei Sprachen sprechen. In einem solchen Fall kommen zwei Dolmetscher zum Einsatz, die jeweils neben den Gruppenteilnehmern Platz nehmen sollten, die ihre Sprache sprechen.

In der praktischen Anwendung des Manuals mit Sprach- und Kulturmittlern ist es notwendig in einfachen, kurzen Sätzen zu sprechen. Auf Nebensätze sollte dabei nach Möglichkeit ebenso verzichtet werden wie auf abstrakte Begriffe und Fachwörter. In der

Praxis hat es sich bewährt nach 2-3 Sätzen Pausen einzulegen, die dem Dolmetscher in regelmäßigen Abständen das Dolmetschen ermöglichen (Abdallah-Steinkopff, 2013).

## 2.4 Dem Empowerment-Manual zugrundeliegende Therapiemanuale

Das Empowerment-Manual basiert auf evidenzbasierten Therapiemanualen zur Behandlung affektiver Erkrankungen, stressbedingter Belastungen und Manualen zur Emotionsregulation. Das Manual „Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen“ (Schaub et al., 2013) wurde ebenso für die Entwicklung des Manuals herangezogen wie das DBT-Programm von Bohus & Wolf-Arehult (2013). Darüber hinaus wurde auf Manuale zurückgegriffen, die speziell auf für die kultursensible Therapie mit Menschen mit Migrationserfahrungen entwickelt wurden: das Manual „Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen“ von Liedl et al. (2013) und das „Manual interkulturelle Psychoedukation“ von Assion et al., (2017).

# III. Anwendung des Manuals

## 3.1 Aufbau des Manuals

Ziel des Manuals ist es, Menschen mit affektiven Erkrankungen und Migrationserfahrungen Wissen über die Erkrankung und den Umgang mit depressiven Symptomen zu vermitteln. Im Rahmen des Empowerment-Ansatzes werden neue Ressourcen zugänglich gemacht und bereits bestehende Ressourcen gestärkt. Darüber hinaus erlernen die Teilnehmer Bewältigungskompetenzen für den Umgang mit stressinduzierenden Situationen sowie emotionsregulatorische Strategien.

Das Empowerment-Gruppentherapiemanual beinhaltet 16 Module, die sich den Themenbereichen Psychoedukation, Bewältigungskompetenzen und Umgang mit Gefühlen zuordnen lassen. Die Module sind so konzipiert, dass sie aufeinander aufbauen. Je nach Setting, Schwerpunkt der Gruppenteilnehmer und Zusammensetzung der

Gruppe ist jedoch eine flexible Anwendung des Manuals möglich, die es erlaubt, einzelne Module vorzuziehen, ausführlicher zu bearbeiten oder auch Therapieinhalte zu kürzen. Die thematischen Inhalte der Module werden nachfolgend stichpunktartig zusammengefasst.

Fokus Psychodukation

Modul 1: Ankommen – Wo kommen wir her, wo gehen wir hin

- Kennenlernen der organisatorischen und inhaltlichen Strukturen der Gruppe
- Vertraut werden mit Besonderheiten der Arbeit mit einem Dolmetscher
- Erster Eindruck der Gruppe als sicherer, vorurteilsfreier Ort

Modul 2: Integration – Herausforderung und aktiv werden

- Thematisierung von Postmigrationsstressoren
- Aktivierung von Ressourcen und Bewusstmachen von Möglichkeiten, um den Alltag in Deutschland aktiv zu gestalten

Modul 3: Depression – Psychoedukation

- Symptome einer Depression
- Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell
- Austausch über kulturspezifische Krankheitsvorstellungen und kulturell bedingte Entstehungsmodelle der Depression

Modul 4: Depression – Aktiv werden

- Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen
- Bedeutung positiver Aktivitäten für die Stimmung

Modul 5: Depression – Weg aus dem „Schneckenhaus“

- Rückzug in das „Schneckenhaus der Depression“
- Positive Aktivitäten als erster Schritt aus dem „Schneckenhaus“

- Förderung eines vertieften Verständnisses für den Einfluss positiver Verhaltensweisen auf das gedankliche und emotionale Erleben

Fokus Bewältigungskompetenzen

#### Modul 6: Somatisierung – Mit Schmerzen umgehen

- Funktion von Schmerzen und der Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen und körperlichen Beschwerden
- Funktionale Strategien im Umgang mit psychisch bedingten Schmerzen

#### Modul 7: Schlafstörungen – Ruhe finden

- Psychoedukation Schlaf-Wach-Rhythmus
- Multifaktorielle Entstehung von Schlafstörungen
- Schlafhygiene und schlaffördernde Strategien

#### Modul 8: Stress – Psychoedukation

- Definition und Funktion von Stress
- Stressoren und die vier Ebenen des Stressgeschehens

#### Modul 9: Stress – Bewältigungskompetenzen erlernen

- Kurzfristige Stressbewältigung
- Ablenkung mit Hilfe der fünf Sinne
- Möglichkeiten zur langfristigen Reduktion von Stress

#### Modul 10: Stress – Entspannung erlernen

- Psychoedukation zur Bedeutung von Entspannung
- Möglichkeiten der Entspannung
- Identifikation möglicher „Erholungsbarrieren“

Fokus Umgang mit Gefühlen

#### Modul 11: Gefühle – Wegweiser für unser Verhalten

- Achtsamkeit für das eigene emotionale Erleben
- Gefühle als Handlungsorientierung
- Emotionen während des Migrationsprozesses

#### Modul 12: Aggression – Mit Wut umgehen

- Emotionales Netzwerk und Funktion von Wut
- Funktionale und dysfunktionale Gefühle von Wut
- Strategien für einen funktionalen Umgang mit Wut

#### Modul 13: Mit Angst umgehen – Mut schöpfen

- Emotionales Netzwerk und Funktion von Angst
- Funktionale Strategien im Umgang mit Angst

#### Modul 14: Heimweh – Heimat ist ein Gefühl

- Emotionales Netzwerk des Gefühls von Heimweh
- Heimweh und Rückzugsverhalten
- Strategien im Umgang mit Heimweh

#### Modul 15: Behandlungsmöglichkeiten – Hilfe erhalten

- Behandlungsmöglichkeiten bei psychischen Erkrankungen im Herkunftsland und in Deutschland
- Umgang in Krisensituationen

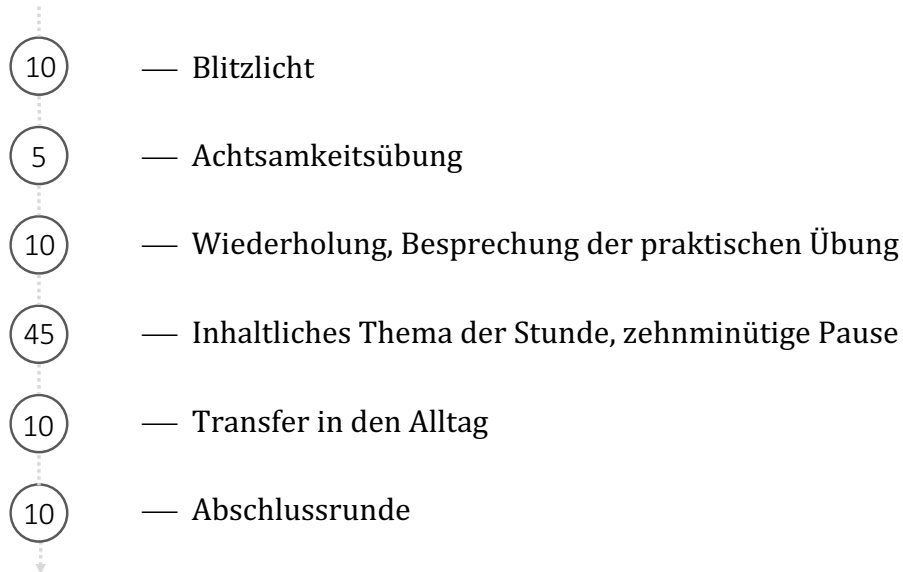
#### Modul 16: Abschluss – Rückblick und nach vorne schauen

- Reflexion der vergangenen Sitzungen und des in der Therapie Erreichten
- Abschlussfest

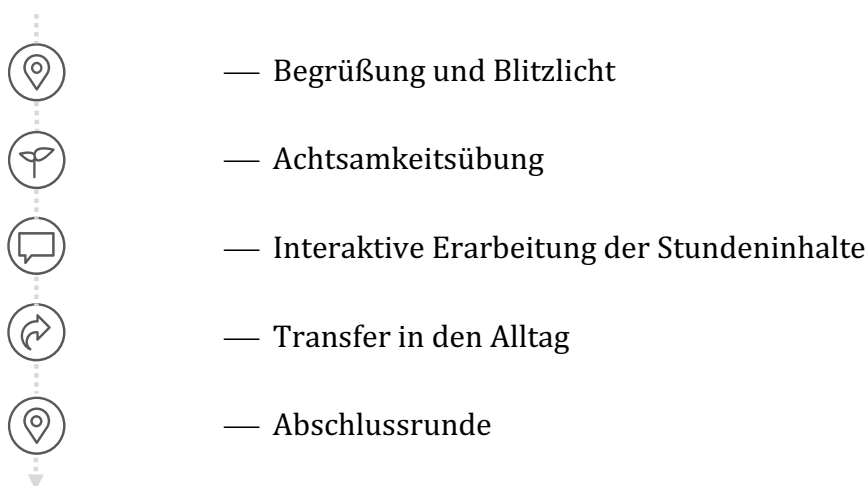


### 3.2 Struktur und Ablauf

Alle 16 Module folgen demselben strukturellen Ablauf. Diese Kontinuität soll das Sicherheitsempfinden der Patienten stärken und die Planung der Stunden für Patienten und Therapeuten erleichtern. Die einzelnen Gruppenstunden sind nach der folgenden Struktur aufgebaut. Die Zeitangaben dienen der Orientierung für den Therapeuten.



Bei der Durchführung der Module sollen Sie verschiedene Symbole bei der Orientierung unterstützen. Die im Manual verwendeten Module und ihre Beschreibung sind wie folgt:



Im Manual dargestellte Informationen oder Fragen an die Gruppe können wörtlich wiedergegeben werden. Unmittelbar darunter finden die Therapeuten, abgetrennt durch eine gestrichelte Linie, formale, organisatorische oder inhaltliche Hinweise, welche als Unterstützung betrachtet werden können.

### 3.2.1 Begrüßung und Blitzlicht

Jede Stunde wird mit einem Blitzlicht begonnen. In dieser erhalten die Gruppenteilnehmer die Möglichkeit, ihre aktuelle Stimmung zu äußern und in der Gruppe anzukommen. Diese Begrüßungsrunde dient dem Therapeuten außerdem dazu, einen Überblick über die aktuellen Befindlichkeiten der Gruppenteilnehmer zu bekommen und frühzeitig über mögliche Krisen oder Störungen im Therapieverlauf informiert zu werden. Da es in Gruppen mit depressiven Patienten vorkommen kann, dass Patienten bei einer Begrüßungsrunde mit sehr offen formulierten Fragen („Wie geht es Ihnen?) in Folge depressiver Kognitionen den Fokus auf negative Aspekte aus der vergangenen Woche legen, empfehlen wir geschlossene Fragen. Mögliche Eingangsfragen können sein: „Wie kommen Sie heute in der Gruppe an?“, „Haben Sie heute gut hergefunden?“

### 3.2.2 Achtsamkeitsübung

Anschließend wird eine gemeinsame Achtsamkeitsübung durchgeführt. Damit sich die Patienten mit den einzelnen Übungen vertraut machen können, wird dieselbe Übung einige Stunden hintereinander durchgeführt werden, bevor zu einer neuen Achtsamkeitsübung übergegangen wird. Damit erfahren die Gruppenteilnehmer auch unmittelbar die Notwendigkeit des regelmäßigen Übens von Achtsamkeitsübungen.

### 3.2.3 Wiederholung und Besprechung der praktischen Übung

Im Anschluss an die Achtsamkeitsübung werden die Inhalte der vergangenen Sitzung wiederholt. Das Besprochene kann so erneut gefestigt werden und die Wiederholung der Inhalte bietet häufig die Grundlage für das Thema der aktuellen Sitzung. Es besteht die Möglichkeit im Anschluss an die Sitzung noch entstandene Fragen zu klären und sich eine Rückmeldung von den Teilnehmern einzuholen, wie es Ihnen mit den Inhalten der Sitzung ergangen ist. Anschließend werden Rückmeldungen der Teilnehmer zu den praktischen Übungen eingeholt. Positive Erfahrungen sollten durch den Gruppenleiter validiert und mögliche Schwierigkeiten beim Üben thematisiert und im interaktiven Austausch in der Gruppe besprochen werden.

#### 3.2.4 Thema der aktuellen Sitzung

Den Schwerpunkt einer jeden Gruppenstunde bildet das aktuelle Thema der Sitzung. Der Einstieg erfolgt in der Regel durch einen Impuls des Therapeuten. Darüber hinaus liegt der Fokus hier auf der interaktiven Erarbeitung der Inhalte. Der Gruppenleiter sollte hier in jeder Sitzung nach individuellen Beispielen und Erfahrungswerten der Gruppenteilnehmer fragen, mit denen die jeweiligen Themen individuell erarbeitet werden. Im Verlauf der Stunde kann eine zehnminütige Pause hilfreich sein, um die Konzentrationsleistung und Motivation der Teilnehmer zu gewährleisten. Hier kann bei Bedarf Wasser oder Tee angeboten werden. Während der Sitzung selbst empfehlen wir vom Konsumieren von Getränken abzusehen.

#### 3.2.5 Transfer in den Alltag und Abschlussrunde

Nach Abschluss des inhaltlichen Schwerpunktes wird besprochen, wie das Erlernte in den Alltag transferiert und dort geübt werden kann. Aufgrund unterschiedlicher Sprachkenntnisse der Gruppenteilnehmer sind die Übungen schriftfrei konzipiert und werden jeweils in der darauffolgenden Woche mündlich nachbesprochen. Die Gruppenteilnehmer erhalten am Ende der Stunde ein Handout in ein- oder

mehrsprachiger Ausführung. Jede Sitzung wird mit einer Abschlussrunde beendet, in der die Teilnehmer eine kurze Rückmeldung zur Sitzung geben können.



# Modul 1: Ankommen – Wo kommen wir her, wo gehen wir hin

Inhalt und Ziele des Moduls:

In diesem, ersten Modul sollen die Gruppenteilnehmer die organisatorischen und inhaltlichen Strukturen der Gruppe kennenzulernen. Es soll ein erster Eindruck der Gruppe als ein sicherer, vorurteilsfreier Raum vermittelt werden.

In dieser Sitzung wird ein erster Kontakt zum Therapeuten und zu den anderen Gruppenteilnehmern hergestellt. Darüber hinaus sollen die Gruppenteilnehmer mit den Besonderheiten im Rahmen der Arbeit mit einem Dolmetscher vertraut gemacht werden.

Nach einer Begrüßungsrunde werden die Gruppenregeln und die Inhalte der kommenden Gruppensitzungen vorgestellt. Letzteres soll den Gruppenteilnehmern ein Gefühl von Orientierung geben und die Motivation zur weiteren Teilnahme zu stärken.

Anmerkungen für den Therapeuten:

Im Rahmen des Empowerment-Therapieprogramms ermöglichen Dolmetscher eine muttersprachliche Verständigung zwischen Therapeut und Patient. Dolmetscher verbalisieren und kontextualisieren außerdem mögliche kulturelle Differenzen zwischen Behandler und Patient und helfen so Missverständnisse und Irritationen zu reflektieren und korrigieren (Kluge, 2011).

In der praktischen Arbeit mit Dolmetschern sollte der Therapeut darauf achten, in kurzen, prägnanten Sätzen zu sprechen und regelmäßige Pausen zu machen, um eine Übersetzung des Dolmetschers zu ermöglichen. 2-3 Sätze stellen eine gut zu übersetzende Einheit dar (Liedl et al., 2016).

## Modul 1: Ankommen – Wo kommen wir her, wo gehen wir hin

Benötigte Materialien:

- Namensschilder
- Flipcharts
- Stifte
- Weltkarte

Flipcharts:

- Gruppenregeln (vorbereitet)
- Inhalte der Stunden (vorbereitet)



### Gruppenregeln

- Schweigepflicht: Die Gruppe als sicherer, geschützter Raum
- Gegenseitige Rücksichtnahme
- Zuhören und ausreden lassen
- Recht sich mitzuteilen und Recht zu schweigen
- Pünktliche und regelmäßige Teilnahme
- Telefonisch absagen, falls ein Termin nicht wahrgenommen werden kann

Inhalte der Stunden

1. Einführung
2. Integration – Ankommen und aktiv werden
3. Depression – Psychoedukation
4. Depression – Aktiv werden
5. Depression – Rückzug in das Schneckenhaus
6. Somatisierung – Mit Schmerzen umgehen
7. Schlafstörungen – Ruhe finden
8. Stress – Psychoedukation
9. Stress – Bewältigungskompetenzen erlernen
10. Stress – Entspannung finden
11. Gefühle wahrnehmen – Bedürfnisse erkennen
12. Aggression – Mit Wut umgehen
13. Mit Angst umgehen – Mut schöpfen
14. Heimweh – Heimat ist ein Gefühl
15. Behandlungsmöglichkeiten – Hilfe erhalten
16. Abschluss – Rückblick und nach vorne schauen



	<p style="text-align: center;"><b>Begrüßung</b></p> <p>Ich begrüße Sie alle zu unserer ersten gemeinsamen Gruppensitzung. Ich freue mich sehr, dass Sie heute hier sind und wir die kommenden Wochen miteinander arbeiten werden.</p> <p>Ich heiße ..., ich bin Psychologe/in, Arzt/Ärztin, ... und ich leite diese Gruppe.</p> <p>Falls ein Co-Therapeut anwesend ist so stellt er / sie sich vor: Ich heiße ..., ich bin Psychologe/in, Arzt/ Ärztin, ... und ich begleite diese Gruppe als Co-Therapeut/in.</p> <p>Der Therapeut / die Therapeutin stellt die Dolmetscherin vor: Das ist ... Herr / Frau ... wird unsere Gruppe als Dolmetscher/in begleiten.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Rolle des Dolmetschers</b></p> <p>Da jeder von Ihnen unterschiedlich lange in Deutschland lebt und Deutsch auf unterschiedlichem Niveau spricht und da ich wiederum kein .... spreche, wird Herr / Frau ... alles was wir sagen auf ... bzw. Deutsch übersetzen.</p> <p>Es ist daher wichtig, dass wir uns gegenseitig ausreden lassen. Es wäre gut, wenn wir nach 3-4 Sätzen kleine Pausen machen, damit Herr / Frau ... das Gesagte übersetzen kann. Falls Herr / Frau ... eine Pause benötigt, um zu übersetzen, würde er / sie dies kurz durch ein Handzeichen signalieren.</p> <p>Herr / Frau ... unterliegt ebenso wie wir der Schweigepflicht. Das heißt, dass alles, was in unserer Gruppe besprochen auch in diesem Raum bleibt. Es wird nicht an Menschen weitergetragen wird, die nicht an der Gruppe teilnehmen.</p> <hr/> <p>Drei bis vier Sätze stellen für den Dolmetscher eine gute übersetzbare Einheit dar. Achten Sie als Therapeut/in außerdem auf die Formulierung kurzer, prägnanter Sätze.</p>



### Vorstellungsrunde

Da dies heute unsere erste gemeinsame Stunde ist schlage ich vor, dass wir mit einer kurzen Vorstellungsrunde beginnen. Ich würde gerne von Ihnen erfahren, wie Sie heißen, wie alt Sie sind und eine Sache, die Sie gerne tun oder die Sie mögen.

Wie Sie sehen haben wir eine Weltkarte mitgebracht. Wenn Sie möchten, dann lade ich Sie dazu ein uns zu zeigen, wo Sie in ... gelebt haben und auf welchem Weg Sie nach Deutschland gekommen sind.

In der Praxis hat es sich bewährt, dass der Therapeut selbst mit der Vorstellungsrunde beginnt und an der Weltkarte ebenfalls darstellt, wo er / sie herkommt. Unterstützen Sie anschließend die Teilnehmer bei der Darstellung von Herkunftsland und Fluchtroute an der Weltkarte.






### Einführung Psychotherapie und Ziele der Gruppe

Ich danke Ihnen für Ihre Offenheit, in dieser für Sie neuen Gruppe, zu sprechen. Da ich Ihnen in der heutigen Stunde einiges über den Ablauf und die Organisation der Gruppe erzählen möchte, werde ich relativ viel sprechen. Dies wird sich in den kommenden Stunden aber ändern und ich freue mich, wenn wir die verschiedenen Themen dann gemeinsam erarbeiten.

In dieser Gruppe möchten wir Ihnen Wissen über Depressionen vermitteln. Wir wollen mit Ihnen gemeinsam Strategien erarbeiten, die Ihnen den Umgang mit einer Depression im Alltag erleichtern.

Unsere Gruppe ist eine psychotherapeutische Gruppe. In einer Psychotherapie spricht man über eigene Gedanken, Gefühle und Belastungen und erarbeitet gemeinsam mit dem Therapeuten Strategien, um mit den Belastungen umzugehen. Man erlernt, welchen Einfluss das eigene Verhalten und die eigenen Gedanken auf das Wohlergehen haben und dass man sein eigenes Befinden wiederum durch Änderungen des eigenen Verhaltens und der eigenen Gedanken

	<p>beeinflussen kann. Es ist also eine andere Herangehensweise als eine medikamentöse Behandlung durch einen Arzt. Psychotherapie ist aber eine weitere effektive Möglichkeit, um die Belastungen, die sie erleben, zu reduzieren.</p>
	<p><b>Gruppenregeln</b></p> <p>Damit wir uns in der Gruppe alle wohlfühlen und gut miteinander arbeiten können, würde ich gerne einige Regeln mit Ihnen festhalten.</p>
	<p>Stellen Sie die Gruppenregeln am Flipchart vor.</p> <div data-bbox="300 685 1326 1487" style="background-color: #e0e0e0; padding: 10px;"><p style="text-align: center;"><u>Gruppenregeln</u></p><ul style="list-style-type: none"><li>- Schweigepflicht: Die Gruppe als sicherer, geschützter Raum</li><li>- Gegenseitige Rücksichtnahme</li><li>- Zuhören und ausreden lassen</li><li>- Recht sich mitzuteilen und Recht zu schweigen</li><li>- Pünktliche und regelmäßige Teilnahme</li><li>- Telefonisch absagen, falls ein Termin nicht wahrgenommen werden kann</li><li>- ...</li></ul></div> <p>In einigen nicht-westlichen Kulturen ist es nicht üblich außerhalb des familiären Kontextes über Belastungen und Schwierigkeiten zu sprechen. Hinzu kommt, dass Menschen mit Fluchterfahrungen, im Rahmen von Verfolgung, Inhaftierung oder Folter, Opfer von Verrat geworden sind. Die Schweigepflicht innerhalb der Gruppenteilnehmer sollte vom Therapeuten deshalb besonders betont und gegebenenfalls auch zu Beginn der darauffolgenden Sitzungen wiederholt</p>

	werden.
	<p>Gibt es noch weitere Regeln, die wir mit aufnehmen sollen?</p> <p>Ich möchte Ihnen nun erklären, wie unsere Gruppensitzungen ablaufen werden. Wir werden in jeder Stunde über ein neues Thema sprechen, die Struktur der Sitzungen wird aber immer dieselbe sein.</p> <p>Ähnlich wie heute, werden wir jede Stunde mit einer Begrüßungsrunde beginnen. Anschließend werden wir die vergangene Stunde noch einmal kurz wiederholen. Der größte Teil der Stunde wird ein bestimmtes Thema einnehmen. Am Ende jeder Stunde werden wir besprechen, wie Sie das in der Stunde Gelernte im Alltag üben können. Und schließlich werden wir die Sitzung mit einer Abschlussrunde beenden.</p> <p>Haben Sie zu dem Ablauf der einzelnen Stunden eine Frage?</p>
	Mögliche Fragen können geklärt werden.
	<p><b>Inhalte der Stunden</b></p> <p>Ich möchte Ihnen nun gerne vorstellen, über welche Themen wir in den kommenden Stunden sprechen werden und Ihnen damit einen kleinen Überblick über die Gruppeninhalte geben.</p>
	Stellen Sie die Inhalte der einzelnen Stunden kurz am Flipchart vor.

Inhalte der Stunden

1. Einführung
2. Integration – Ankommen und aktiv werden
3. Depression – Psychoedukation
4. Depression – aktiv werden
5. Depression – Rückzug in das Schneckenhaus
6. Somatisierung – Mit Schmerzen umgehen
7. Schlafstörungen – Ruhe finden
8. Stress – Psychoedukation
9. Stress – Bewältigungskompetenzen erlernen
10. Stress – Entspannung finden
11. Gefühle – Wegweiser für unser Verhalten
12. Aggression – Mit Wut umgehen
13. Mit Angst umgehen – Mut schöpfen
14. Heimweh – Heimat ist ein Gefühl
15. Hilfe erhalten: weitere Behandlungsmöglichkeiten
16. Abschluss





Erwartungskklärung

Nachdem ich Ihnen einen Überblick über die Inhalte der nächsten Stunden gegeben habe, würde mich interessieren, welche Erwartungen und Wünsche Sie an die Gruppe und die kommenden Stunden haben.

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welchen Sie in die Gruppe mitbringen?

Gibt es eine bestimmte Frage, auf die sie sich eine Antwort erhoffen?

Ermutigen Sie die Teilnehmer eigene Wünsche und Erwartungen an die Gruppe

	zu äußern.
	<p><b>Abschlussrunde</b></p> <p>Ich möchte unsere erste Stunde gerne mit einer Abschlussrunde beenden. In dieser haben Sie die Möglichkeit eine kurze Rückmeldung zur heutigen Stunde geben, wenn Sie das mögen.</p> <p>Wie geht es Ihnen nach der Stunde?</p>
	Führen Sie die Abschlussrunde mit den Gruppenteilnehmern durch und teilen Sie die Handouts aus.
	Ich wünsche Ihnen eine gute Woche und freue mich, Sie in unserer zweiten Stunde wiederzusehen.

# Modul 2: Integration – Herausforderung und aktiv werden

Inhalt und Ziele des Moduls:

In diesem Modul sollen Postmigrationsstressoren und Ressourcen in einem freien Austausch erarbeitet und thematisiert werden. Das Bild einer Waage, deren beide Waagschalen Bereicherungen und Herausforderungen des Ankommens in Deutschland symbolisieren, wird eingeführt.

Die Patienten sollen ein besseres Verständnis für die Situation der anderen Teilnehmer bekommen und erfahren, dass sie mit Herausforderungen, die das Ankommen in Deutschland mit sich bringt, nicht alleine sind. Die Gruppenkohäsion soll so gefördert werden.

Im weiteren Verlauf der Stunde werden Möglichkeiten erarbeitet, um das Leben in Deutschland aktiv mitzugestalten und so einen Beitrag zu einer gelingenden Integration zu leisten. Ressourcenorientiert sollen die Gruppenteilnehmer hier lernen, wie sie positive Aktivitäten in ihren Alltag integrieren können. In diesem Rahmen soll ein erstes Verständnis für den Einfluss positiver Aktivitäten auf die Stimmung geschaffen werden, auf den in der darauffolgenden Gruppensitzung ausführlich eingegangen werden wird.

Anmerkungen für den Therapeuten:

Eine Flucht im Sinne einer erzwungenen Migration verlangt dem Individuum vielfältige Lern- und Anpassungsprozesse ab und kann als kritisches Lebensereignis aufgefasst werden (Demiralay & Haasen, 2011; Sieben & Straub, 2011; Weidemann, 2007). Stressoren, die im Rahmen einer erzwungenen Migration erlebt werden, sind dabei sowohl mit dem Herkunfts- als auch mit dem Aufnahmeland assoziiert (Haasen & Yagdiran, 2000). Im Rahmen von Postmigrationsstressoren stellen insbesondere die Art des Aufenthaltsstatus, die Trennung von Familie und Freunden im Heimatland und das Erlangen einer Arbeitserlaubnis für Menschen mit Risikofaktoren für die Entwicklung

## Modul 2: Integration – Herausforderung und aktiv werden

einer Depression dar (Momartin, Steel, Coello, Aroche, Silove & Brooks, 2006; Silove, Sinnerbrink, Field, Manicavasagar, & Steel, 1997).

Eine Migration kann jedoch auch eine Chance darstellen das Leben aktiv gestalten zu können und besondere Bewältigungsstrategien im Umgang mit Stresssituationen zu entwickeln (Kizilhan, 2011). Insbesondere die, bei Menschen mit Migrationshintergrund häufig stärker ausgeprägte, innerfamiliäre Kohäsion kann als protektiver Faktor gegenüber Akkulturationsstress wirken. Darüber hinaus bestehen negative Assoziationen zwischen Akkulturationsstress und der Einbindung in ein soziales Netzwerk mit Menschen des gleichen ethnokulturellen Ursprungs sowie zwischen Akkulturationsstress und positiven Interaktionen mit Menschen des Aufnahmelandes (Kizilhan, 2011; Tartakovsky, 2007). Auch Kenntnisse der Sprache des Aufnahmelandes und ein gelebter Akkulturationsstil im Sinne einer Integration (vgl. mit Akkulturation in Form einer Marginalisation) wirken sich positiv auf das Ausmaß an erlebtem Akkulturationsstress aus (Demiralay & Haasen, 2011).

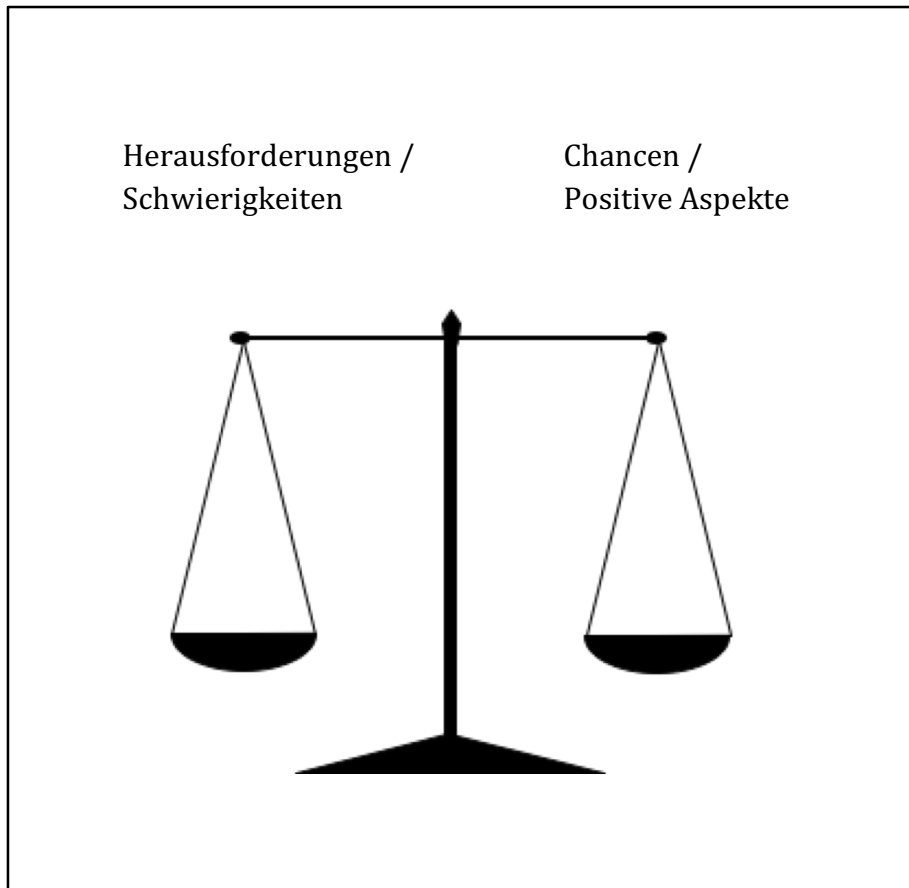
Benötigte Materialien:

- Flipcharts
- Stifte
- Kieselsteine, Walnüsse, getrocknete Blätter oder ähnliche Naturmaterialien, die sich für eine Übung zum achtsamen Betrachten eignen

Flipcharts:




- Herausforderungen und Schwierigkeiten (vorbereitet, wird in der Stunde ergänzt)
- Ich schöpfe Kraft aus ... (wird in der Stunde erarbeitet)







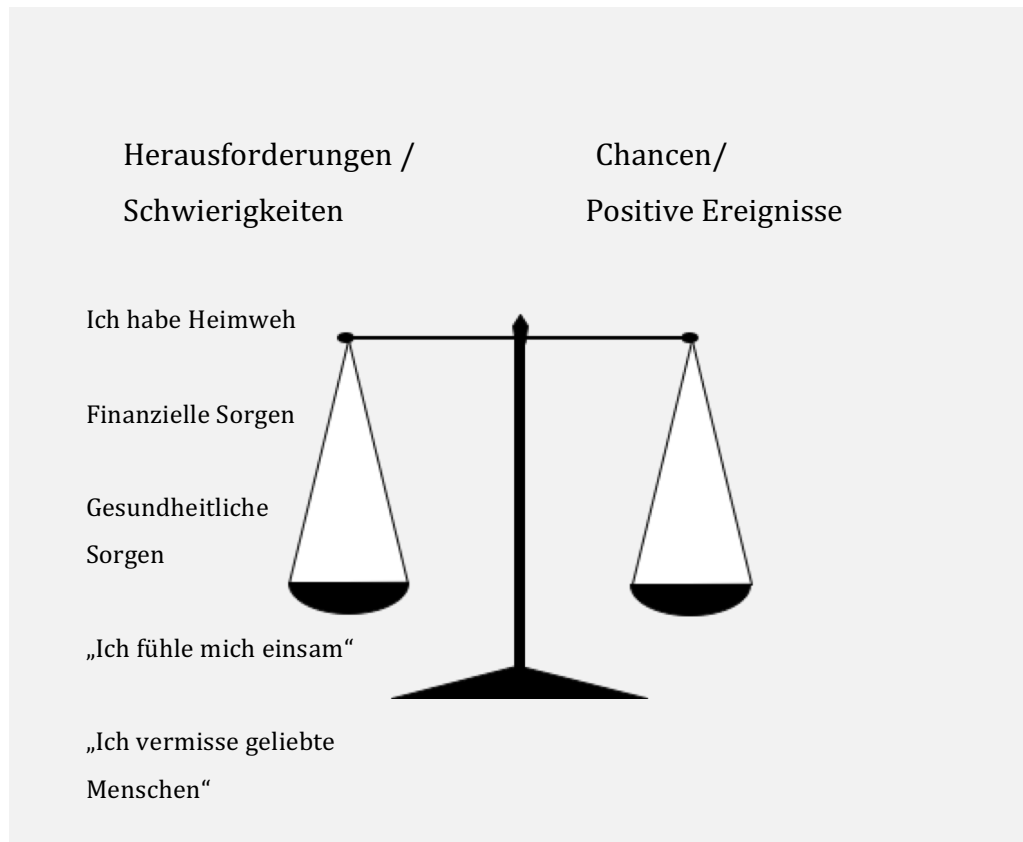
Ich bin aktiv, indem ich ...

- einen Park besuche
- mit jemandem Kaffee / Tee trinke
- einen Spaziergang mache
- eine Moschee / eine Kirche besuche
- Angebote für Menschen mit Fluchthintergrund wahrnehme
- mit den Kindern einen Spielplatz besuchen
- gemeinsam mit anderen kochen / essen
- mich in ein Café setze
- andere Menschen auf der Straße grüße

	<p style="text-align: center;"><b>Begrüßung und Blitzlicht</b></p> <p>Ich begrüße Sie zu unserer zweiten Gruppensitzung. Wie in unserer ersten Stunde, möchte ich unsere heutige Stunde gerne mit einem so genannten Blitzlicht beginnen. Das bedeutet, dass jeder von Ihnen eine kurze Rückmeldung darüber gibt, wie es ihm / ihr heute geht. Wie kommen Sie heute in der Gruppe an? Haben Sie heute gut hergefunden?</p> <hr/> <p>Achten Sie auf die zeitliche Begrenzung und unterstützen Sie die Teilnehmer bei Unsicherheiten.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Einstieg in das Thema</b></p> <p>In unserer heutigen Stunde möchte ich mit Ihnen gerne darüber sprechen, welche Herausforderungen und welche Chancen das Ankommen und Leben in Deutschland mit sich bringt. Wir werden auch über Möglichkeiten sprechen, wie Sie Ihren Alltag hier in Deutschland aktiv gestalten können.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Leben in Deutschland: Herausforderung und Chance</b></p> <p>Sie alle kommen in einem neuen Land an und mussten dabei geliebte Menschen und Orte zurück lassen. Gleichzeitig bauen Sie sich hier in Deutschland ein neues Leben auf, was auch neue Chancen bereithält. Diese Situation lässt sich mit einer Waage und ihren beiden Waagschalen vergleichen. Eine Waagschale enthält Schwierigkeiten und Herausforderungen. Das können Schwierigkeiten sein, die Sie hier in Deutschland erleben oder Dinge, die Sie aus Ihrem Heimatland vermissen. Möglicherweise sind Sie auch mit bestimmten Erwartungen nach Deutschland gekommen, die sich so nicht erfüllt haben. In der anderen Waagschale sind die Dinge enthalten, die Ihr Leben in Deutschland bereichern. Es können auch Dinge sein, die Sie an Ihrem Leben in Deutschland schätzen oder neue Möglichkeiten, die Ihr Leben in Deutschland</p>

	bereithält.
	<p>Stellen Sie die Waage mit ihren beiden Waagschalen am Flipchart dar.</p> <div data-bbox="312 327 1342 1167" style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center;"><p>Herausforderungen / Schwierigkeiten</p><p>Chancen/ Positive Ereignisse</p></div>
	<p><b>Postmigrationsstressoren</b></p> <p>Welche Herausforderungen erleben Sie in Ihrem Alltag in Deutschland? Was ist für Sie schwierig?</p> <p>Welche Erwartungen hatten Sie an das Leben in Deutschland und wie haben Sie die Realität erlebt?</p>

Stellen Sie die Beiträge der Teilnehmer am Flipchart dar. Mögliche Punkte, die genannt werden können:



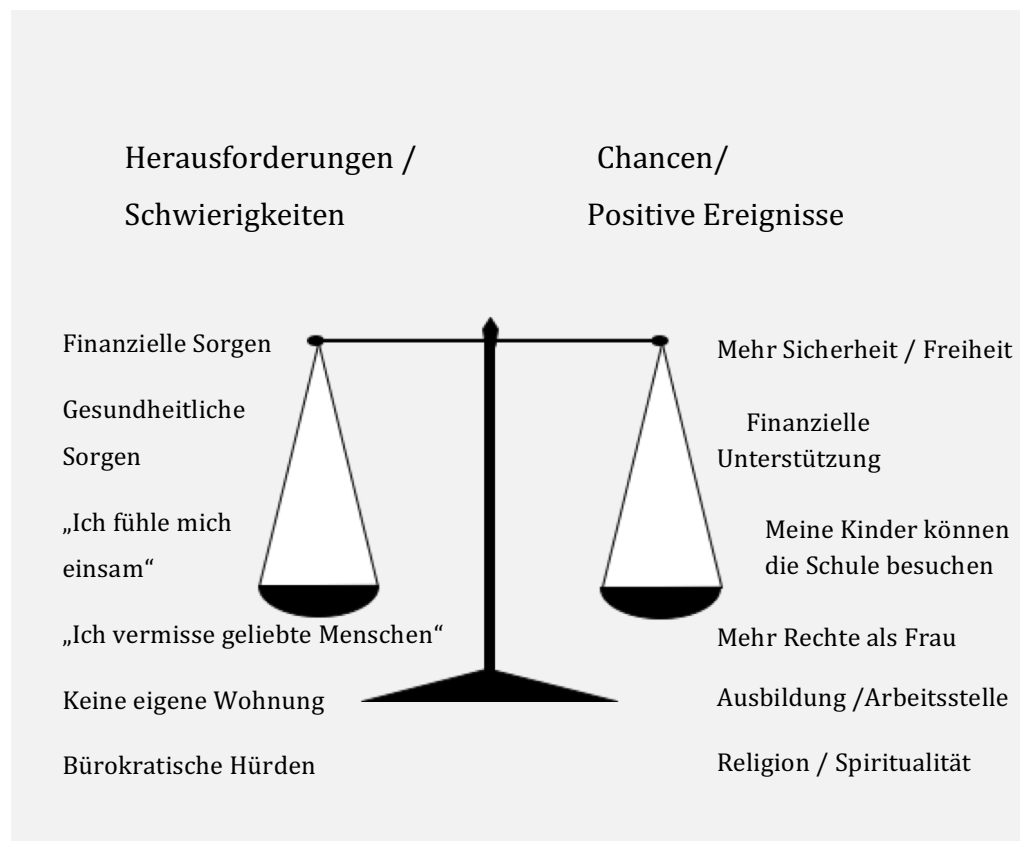
### Ressourcen

Was liegt in Ihrer Waagschale, die Positives symbolisiert?

Was mögen Sie an Ihrem neuen Zuhause?

Wo erleben Sie Freude?

Ergänzen Sie die Beiträge der Teilnehmer am Flipchart. Mögliche Aspekte, die genannt werden können:




Die Situation, in einem für Sie fremden Land anzukommen, bringt viele Herausforderungen mit sich. Sie haben Ihre Heimat verlassen und sind in ein fremdes Land, mit einer anderen Kultur und anderen Strukturen gekommen. Sie vermissen Menschen, die Ihnen wichtig sind. Möglicherweise können Sie Ihren Beruf nicht ausüben oder haben finanzielle Sorgen.

In dieser Situation ist es schön, dass wir gemeinsam auch positive Dinge gefunden haben, welche die rechte Waagschale füllen.

Vielleicht gibt es Momente, in denen sich die Waagschale, welche die Schwierigkeiten symbolisiert, schwerer anfühlen. Und es gibt Momente, da ist die Waagschale, welche die positiven Seiten des Lebens symbolisiert, voller sein. Das ist normal und nachvollziehbar.

Gibt es in Ihrem Leben Momente, in denen einmal die eine und einmal die andere Waagschale stärker gefüllt und damit schwerer ist?

	<p>Beziehen Sie sich inhaltlich auf die zuvor erwähnten Beispiele der Gruppenmitglieder.</p>
	<p><b>Aktiv werden</b></p> <p>Um in einem neuen Land anzukommen ist es wichtig, dass wir selbst aktiv werden. So lernen wir neue Orte und Menschen kennen und können uns an einem neuen Ort langsam wohlfühlen.</p> <p>Wie sind Sie im Alltag aktiv? Welche Möglichkeiten sehen Sie für sich, um im Alltag aktiv zu werden?</p>
	<p>Sammeln Sie gemeinsam mit den Gruppenteilnehmern am Flipchart mögliche Aktivitäten. Aspekte, die genannt oder gegebenenfalls ergänzt werden können:</p> <div data-bbox="300 824 1326 1592" style="background-color: #f0f0f0; padding: 10px;"><p style="text-align: center;"><u>Ich bin aktiv, indem ich ...</u></p><ul style="list-style-type: none"><li>- einen Park besuche</li><li>- mit jemandem Kaffee / Tee trinke</li><li>- einen Spaziergang mache</li><li>- eine Moschee / eine Kirche besuche</li><li>- Angebote für Menschen mit Fluchthintergrund wahrnehme</li><li>- mit den Kindern einen Spielplatz besuchen</li><li>- gemeinsam mit anderen kochen / essen</li><li>- mich in ein Café setze</li><li>- andere Menschen auf der Straße grüße</li></ul></div> <p>Erkundigen Sie sich im Vorfeld über Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund (Deutschkurse, Kinderbetreuung, Fortbildungen ...) in Ihrer Stadt. Gerne können Sie Broschüren der Angebote zur Mitnahme für die Gruppenteilnehmer bereithalten.</p>



### Achtsamkeitsübung

Wir haben heute darüber gesprochen, dass sich Ihre Situation mit einer Waage vergleichen lässt. Eine Waagschale symbolisiert die Herausforderungen und Schwierigkeiten des Lebens in Deutschland. Die andere Waagschale symbolisiert die positiven Seiten des Lebens in Deutschland. Diese Situation stellt eine Herausforderung dar. In einer solchen Situation ist es wichtig, immer wieder inne zu halten und Kraft zu schöpfen.

Ich möchte zum Abschluss unserer heutigen Stunde deshalb eine Achtsamkeitsübung mit Ihnen durchführen. Eine Achtsamkeitsübung bedeutet, dass wir unsere Aufmerksamkeit auf den momentanen Augenblick, auf das Hier und Jetzt, richten. Dass wir also nicht in die Vergangenheit oder Zukunft schauen, sondern nur den momentanen Augenblick wahrnehmen. Die Übung wird etwa 5 Minuten dauern.

Ich lade Sie ein sich einen Kieselstein zu nehmen.

Nehmen Sie eine Sitzposition ein, die sich für Sie gut anfühlt. Ihre Füße können nebeneinander auf dem Boden Platz nehmen. Wenn Sie mögen, dann können Sie eine angenehm aufrechte Sitzposition einnehmen.

Wenden Sie Ihre Aufmerksamkeit dem Stein in Ihrer Hand zu.

Wie sieht seine Oberfläche aus?

Welche Farbe hat er?

Hat er Bruchstellen? Kanten? Rundungen?



Welches Gewicht hat Ihr Stein?

Wenn Sie mögen, dann können Sie die Augen schließen und Ihren Stein mit geschlossenen Augen erspüren.

Wie fühlt sich seine Oberfläche an?

Können Sie seine Bruchstellen, Kanten oder Rundungen erspüren?

Welche Temperatur geht von Ihrem Stein aus?

	<p>Begeben Sie sich nun auf eine kleine Zeitreise mit Ihrem Stein.</p> <p>Was glauben Sie, wo der Stein herkommt?</p> <p>Wie alt wird er wohl sein?</p> <p>Was wird er in seiner Zeit alles erlebt haben?</p> <p>Nehmen Sie nun langsam wieder bewusster die Geräusche um Ihnen herum wahr. Nehmen Sie Ihre Füße auf dem Boden wahr. Atmen Sie noch dreimal bewusst ein und wieder aus. Und wenn der Zeitpunkt für Sie gut ist, dann öffnen Sie die Augen und beenden Sie für sich die Übung.</p>
	<p>Anstelle von Steinen können auch andere Naturmaterialien für die Übung verwendet werden.</p>
	<p><b>Kernaussage</b></p> <p>Wir haben in der heutigen Stunde besprochen, dass das Ankommen in Deutschland mit einer Waage vergleichbar ist. Diese Situation stellt eine Herausforderung dar und bringt Schwierigkeiten mit sich. Gleichzeitig stellt sie auch eine Chance dar. Wir haben heute auch darüber gesprochen, wie Sie Ihren Alltag in Deutschland aktiv gestalten können. Zum Schluss der Stunde haben wir eine gemeinsame Achtsamkeitsübung gemacht.</p> <p>Haben Sie zu unserer heutigen Stunde noch Fragen?</p>
	<p><b>Transfer in den Alltag</b></p> <p>Versuchen Sie bis zu unserer kommenden Stunde einmal, Ihren Alltag aktiv zu gestalten. Das kann bedeuten, dass Sie einen Spaziergang in einem Park machen, eine öffentliche Einrichtung aufsuchen oder sich mit jemandem zum Kaffee oder Tee trinken verabreden. Sie müssen sich im Rahmen der Übung Zuhause nichts aufschreiben, wir werden in der kommenden Stunde mündlich besprechen, wie es Ihnen damit ergangen ist.</p> <p>Haben Sie zu der Übung noch Fragen?</p>
	<p>Teilen Sie die Handouts aus.</p>





### Abschlussrunde

Ich möchte die heutige Stunde gerne mit einer Abschlussrunde beenden. Wie geht es Ihnen nach der Stunde? Was nehmen Sie aus der Sitzung mit?

## Modul 3: Depression - Psychoedukation

Inhalt und Ziele des Moduls:

In diesem Modul sollen die Gruppenteilnehmer ein Verständnis für das Störungsbild der Depression erhalten. Es wird auf den Unterschied zwischen nicht pathologischer Traurigkeit und Depression eingegangen.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell wird als Erklärungsmodell für die Entstehung einer depressiven Erkrankung vermittelt. In einem offenen interkulturellen Dialog können kulturspezifische Krankheitsvorstellungen gegenseitig exploriert und so ein gemeinsames Verständnis für die Erkrankung geschaffen werden.

Anmerkungen für den Therapeuten:

Während in westlichen Kulturen eine Störung des Affekts als wesentliche Symptomkategorie der Depression gilt, können in anderen Kulturen andere Symptome im Vordergrund stehen (Assion, Stompe, Aichberger & Callies, 2011). So stellen beispielsweise somatische Beschwerden in vielen außereuropäischen Kulturen eine typische Ausdrucksform depressiver Verstimmungen dar (Assion et al., 2011; Kirmayer, 2001). Im Rahmen der Erarbeitung möglicher Symptome einer Depression werden die Gruppenteilnehmer demzufolge möglicherweise mehr somatische Beschwerden nennen, als dies bei depressiven Patienten aus westlichen Kulturen der Fall wäre.

Benötigte Materialien:

- Flipchart
- Stifte
- Kieselsteine, Walnüsse, getrocknete Blätter oder ähnliche Naturmaterialien, die sich für eine Übung zum achtsamen Betrachten eignen

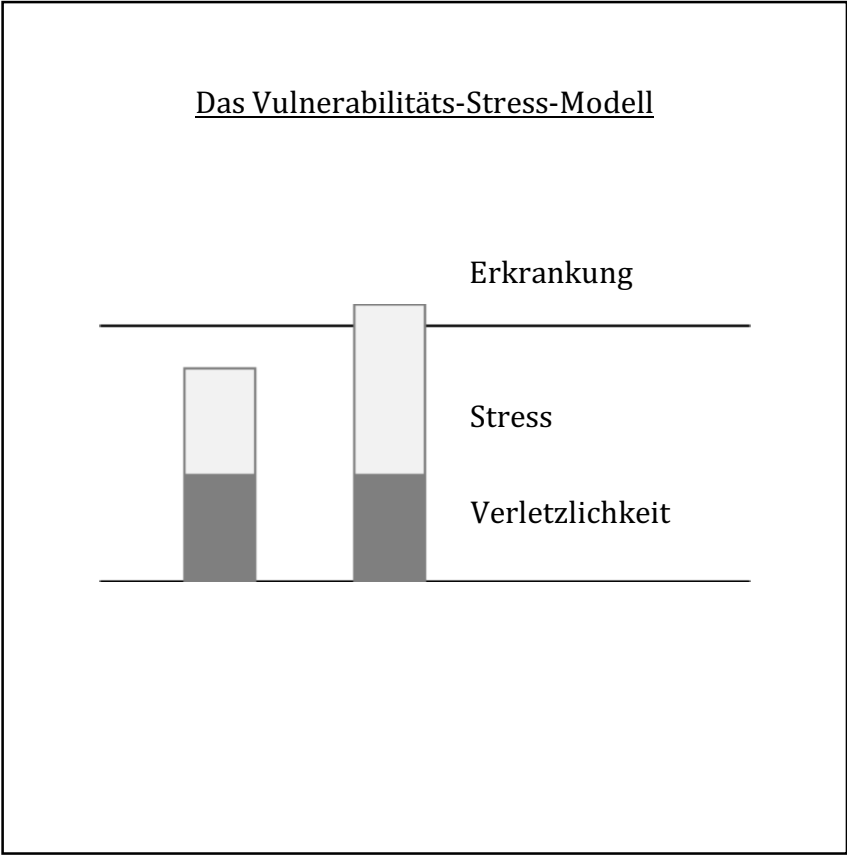
## Modul 3: Depression – Psychoedukation



Flipcharts:



- Symptome einer Depression (wird in der Stunde erarbeitet)
- Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (vorbereitet)




### Symptome einer Depression

- Interesseverlust
- Traurigkeit
- Körperliche Beschwerden (z.B. Schmerzen, Engegefühle in der Brust, Schwindel etc.)
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Appetitlosigkeit / verstärkter Appetit
- Schlafstörungen (zu wenig Schlaf oder das ständige Bedürfnis zu schlafen)
- Gefühle von Erschöpfung
- Grübeln



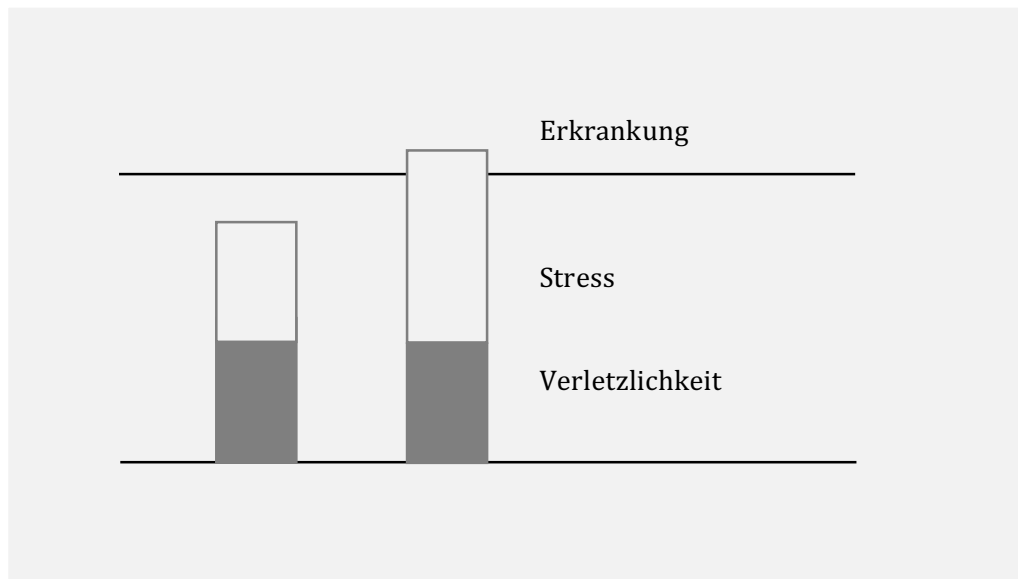
	<p style="text-align: center;"><b>Begrüßung und Blitzlicht</b></p> <p>Ich begrüße Sie zu unserer heutigen Gruppensitzung. Ich möchte unsere heutige Stunde gerne wieder mit einem Blitzlicht beginnen. Wie kommen Sie heute in der Gruppe an? Haben Sie heute gut hergefunden?</p>
	<p>Achten Sie auf die zeitliche Begrenzung und unterstützen Sie die Teilnehmer bei Unsicherheiten.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Achtsamkeitsübung</b></p> <p>Bevor wir in das Thema der heutigen Stunde einsteigen, möchte ich gerne wieder eine Achtsamkeitsübung mit Ihnen durchführen. Es ist hilfreich eine Achtsamkeitsübung mehrmals hintereinander zu wiederholen. Wir werden die Übung also in einigen Sitzungen hintereinander durchführen, bevor wir gemeinsam eine neue Übung kennenlernen. Sie kennen die Übung bereits von der letzten Stunde.</p> <p>Ich lade Sie ein sich einen Kieselstein zu nehmen. Nehmen Sie eine Sitzposition ein, die sich für Sie gut anfühlt. Ihre Füße können nebeneinander auf dem Boden Platz nehmen. Wenn Sie mögen, dann können Sie eine angenehm aufrechte Sitzposition einnehmen. Wenden Sie Ihre Aufmerksamkeit dem Stein in Ihrer Hand zu. Wie sieht seine Oberfläche aus? Welche Farbe hat er? Hat er Bruchstellen? Kanten? Rundungen? Welches Gewicht hat Ihr Stein?</p> <p>Wenn Sie mögen, dann können Sie die Augen schließen und Ihren Stein mit geschlossenen Augen erspüren.</p>

	<p>Wie fühlt sich seine Oberfläche an? Können Sie seine Bruchstellen, Kanten oder Rundungen erspüren? Welche Temperatur geht von Ihrem Stein aus? Begeben Sie sich nun auf eine kleine Zeitreise mit Ihrem Stein. Was glauben Sie, wo der Stein herkommt? Wie alt wird er wohl sein? Was wird er in seiner Zeit alles erlebt haben?</p> <p>Nehmen Sie nun langsam wieder bewusster die Geräusche um Ihnen herum wahr. Nehmen Sie Ihre Füße auf dem Boden wahr. Atmen Sie noch dreimal bewusst ein und wieder aus. Und wenn der Zeitpunkt für Sie gut ist, dann öffnen Sie die Augen und beenden Sie für sich die Übung.</p> <hr/> <p>Anstelle von Steinen können auch andere Naturmaterialien für die Übung verwendet werden.</p>
	<p><b>Wiederholung</b></p> <p>In der vergangenen Stunde haben wir über das Ankommen in Deutschland gesprochen. Die Schwierigkeiten und auch die positiven Dinge daran haben wir mit den beiden Seiten einer Waage verglichen. Wir haben auch darüber gesprochen, dass es in einer solchen Situation wichtig ist seinen Alltag aktiv zu gestalten. So lernt man seine Umgebung besser kennen.</p>
	<p><b>Besprechung der Übung</b></p> <p>In der vergangenen Woche sollten Sie deshalb einmal versuchen, Ihr Leben hier in Deutschland bewusst aktiv mitzugestalten, indem Sie beispielsweise einen Spaziergang machen, einen neuen Ort erkunden oder sich mit jemandem verabreden. Wie ist es Ihnen damit ergangen?</p> <hr/> <p>Holen Sie Rückmeldungen der Teilnehmer über die Aufgabe ein.</p>

	<p style="text-align: center;"><b>Einstieg in das Thema</b></p> <p>Heute möchte ich mich gemeinsam mit Ihnen dem Thema Depressionen zuwenden. Wir werden zunächst einmal darüber sprechen, was eine Depression ist und wie sie sich äußern kann. Im zweiten Teil der Stunde werden wir uns dann gemeinsam anschauen, wie eine Depression entstehen kann.</p> <p>Eine Depression ist eine Phase von mindestens zwei Wochen, in der wir die meiste Zeit des Tages wenig Antrieb für Dinge haben oder das Interesse an Aktivitäten verlieren, die uns eigentlich Freude bereiten. Meist ist unsere Stimmung in dieser Zeit gedrückt und wir fühlen uns erschöpft und energielos. Es können auch Symptome wie körperliche Schmerzen oder Schlafstörungen auftreten, darauf werde ich gleich ausführlicher eingehen.</p> <p>Anders als bei einem vorübergehenden Gefühl von Traurigkeit dauert eine Depression also länger an und geht häufig mit einem Gefühl von Energielosigkeit sowie weiteren Symptomen einher.</p>
	<p>Haben Sie den Begriff der Depression schon einmal gehört? Gibt es in Ihrer Kultur vielleicht einen anderen Begriff dafür, der möglicherweise aber dasselbe meint?</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Explorieren Sie kulturspezifische Krankheitsbegriffe und -vorstellungen gleichen Sie diese in einem offenen Austausch ab.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Symptome der Depression</b></p> <p>Welche Symptome einer Depression kennen Sie? Welche Beschwerden nehmen möglicherweise Sie bei sich selbst wahr?</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Erarbeiten Sie gemeinsam mit den Teilnehmern die verschiedenen Symptome einer Depression. Ergänzen Sie gegebenenfalls noch fehlende Punkte.</p>

	<p style="text-align: center;"><u>Symptome einer Depression</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Interesseverlust</li><li>- Traurigkeit</li><li>- Körperliche Beschwerden (z.B. Schmerzen, Engegefühle in der Brust, Schwindel etc.)</li><li>- Konzentrationsschwierigkeiten</li><li>- Appetitlosigkeit / verstärkter Appetit</li><li>- Schlafstörungen (zu wenig Schlaf oder das ständige Bedürfnis zu schlafen)</li><li>- Gefühle von Erschöpfung</li><li>- Grübeln</li></ul>
	<p>Welche Symptome ein Mensch in einer Depression zeigt kann von Person zu Person unterschiedlich sein. In einer Depression müssen also nicht alle Symptome, über die wir nun gesprochen haben, auftreten.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Vulnerabilitäts-Stress-Modell</b></p> <p>Wir haben nun besprochen, was eine Depression von einem Gefühl der Traurigkeit unterscheidet und welche Symptome im Rahmen einer Depression auftreten können. Nun möchte ich Ihnen ein Modell vorstellen, welches eine Erklärung für die Entwicklung einer Depression liefern kann.</p> <p>Das Modell nennt sich Vulnerabilitäts-Stress-Modell.</p>
	<p>Erklären sie das Modell mit Hilfe des Flipcharts anhand migrationspezifischer Vulnerabilitäten und Stressoren:</p>








Unter einer Vulnerabilität, der Begriff lässt sich mit Verletzlichkeit übersetzen, versteht man die Anfälligkeit eines Menschen für eine psychische Erkrankung. Wie anfällig oder verletzlich ein Mensch ist hängt von verschiedenen Faktoren ab, z.B. von körperlichen Krankheiten oder belastenden Lebensereignissen. Beispiele dafür sind Armut, Gewalterfahrungen in der Kindheit oder a. Auch wenn mehrere Mitglieder meiner Familie eine Depression oder eine weitere psychische Erkrankung hatten, kann dies eine Vulnerabilität darstellen. Liegt einer oder mehrerer solcher Faktoren vor, so sprechen wir von einer erhöhten Verletzlichkeit für eine psychische Erkrankung.

Daneben gibt es noch Stressoren, also eher alltägliche Belastungen, wie beispielsweise das Gefühl von Heimweh oder ein Gefühl von Isolation in einem neuen Land, finanzielle Sorgen oder die Unsicherheit, ob man in dem Land, in welches man geflohen ist, bleiben darf.

Trifft eine erhöhte Verletzlichkeit auf einen oder mehreren solchen Stressoren steigt das Risiko, dass sich eine Depression oder eine andere psychische Erkrankung entwickelt.

	<p>Haben Sie zu dem Modell Fragen?</p> <p>Kennen Sie weitere Verletzlichkeiten, welche die Entwicklung einer Depression möglicherweise mitbedingt haben?</p> <p>Kennen Sie weitere Stressoren?</p> <p>Gibt es in Ihrer Kultur andere Erklärungen für die Entstehung einer Depression?</p>
	<p>Klären Sie mögliche, noch offene Fragen.</p> <p>Geben Sie den Teilnehmern die Möglichkeit, eigene Vulnerabilitäten oder Stressoren zu reflektieren und der Gruppe mitzuteilen.</p>
	<p><b>Kernaussage</b></p> <p>Wir haben in der heutigen Stunde mehr über die Unterschiede zwischen normalen Gefühlen von Traurigkeit und einer Depression gelernt. Wir haben über die verschiedenen Symptome einer Depression gesprochen und ein Modell kennengelernt, welches die Entstehung einer Depression erklärt.</p> <p>Haben Sie zu den Inhalten der heutigen Stunde noch Fragen?</p>
	<p><b>Transfer in den Alltag</b></p> <p>Wir haben in der heutigen und auch in der letzten Stunde jeweils eine Achtsamkeitsübung zum achtsamen Betrachten durchgeführt.</p> <p>Ich möchte Sie bitten, diese Übung bis zu unserer nächsten Sitzung für sich selbst Zuhause einmal am Tag durchzuführen. Sie müssen sich dazu nichts notieren. Wir werden in der kommenden Stunde besprechen, wie es Ihnen mit der Übung ergangen ist.</p> <p>Haben Sie zu der Übung noch Fragen?</p> <hr/> <p>Es kann den Gruppenteilnehmern angeboten werden, dass sie sich den Gegenstand aus der Übung zum üben mit nach Hause nehmen dürfen.</p> <p>Teilen Sie die Handouts aus.</p>



### Abschlussrunde

Ich möchte die heutige Stunde gerne mit einer Abschlussrunde beenden.

Wie geht es Ihnen nach der Stunde?

Was nehmen Sie aus der Sitzung mit?

## Modul 4: Depression – Aktiv werden

Inhalt und Ziele des Moduls:

In diesem Modul soll den Gruppenteilnehmern der Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen vermittelt werden, um darauf aufbauend das Prinzip der Verhaltensaktivierung für die Behandlung der depressiven Symptomatik zu erarbeiten. Gemeinsam werden mögliche positive Aktivitäten erarbeitet.

Anmerkungen für den Therapeuten:

In einem interkulturellen therapeutischen Kontext sollten die therapeutischen Ziele gemäß den kulturellen Hintergründen der Patienten definiert werden (Assion et al., 2011). Dies trifft auch auf die Erarbeitung positiver Verhaltensweisen zu. Dabei sollte Beachtung finden, dass sich bei Menschen aus kollektivistischen Kulturen, ein hohes Maß an zwischenmenschlicher Verbundenheit und ein geringes Maß an Individualität positiv auf die psychische Gesundheit auswirken (Sato, 2001). Während in der Psychotherapie mit westlich sozialisierten Patienten der Schwerpunkt häufig auf der Förderung von Individualisierung und Autonomie der Patienten liegt, kann sich in der Arbeit mit Patienten aus kollektivistischen Kulturen eine Ausrichtung der Therapieziele auf soziale Werte und Rollenerwartungen also durchaus als angemessen und hilfreich erweisen (Assion et al., 2011). Dies sollte, unter Nutzung der spezifischen kulturellen Ressourcen der Patienten, auch im Rahmen verhaltensaktivierender Therapieinhalte Beachtung finden.

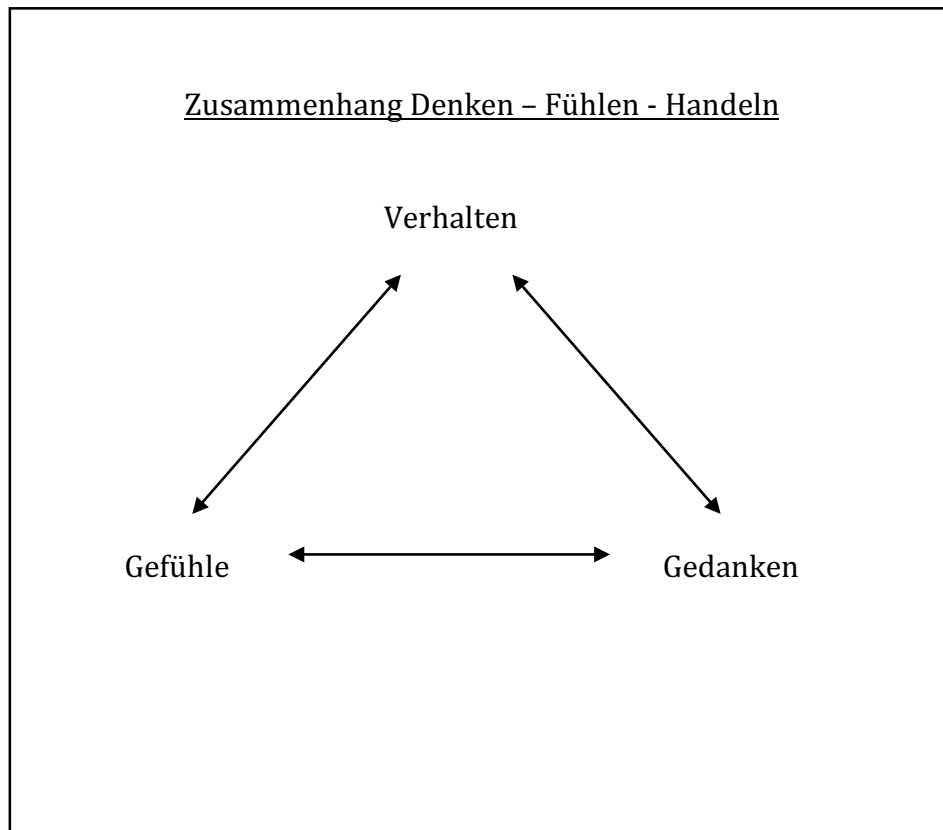
Benötigte Materialien:

- Flipcharts
- Stifte
- Kieselsteine, Walnüsse, getrocknete Blätter oder ähnliche Naturmaterialien, die sich für eine Übung zum achtsamen Betrachten eignen

## Modul 4: Depression – Aktiv werden



Flipcharts:




- Zusammenhang Denken – Fühlen – Handeln (vorbereitet)
- Positive Aktivitäten (wird in der Stunde erarbeitet)






Positive Aktivitäten


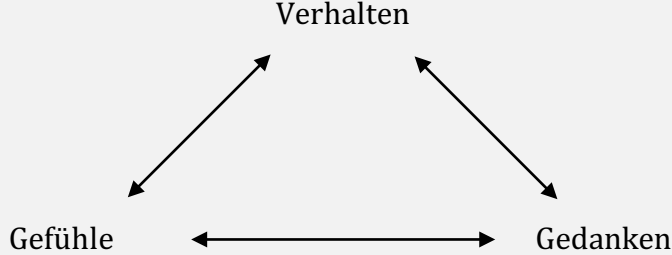

- Einen Spaziergang machen
- In ein Café setzen und einen Kaffee / Tee trinken
- Einen Freund / eine Freundin treffen
- Das eigene Lieblingsgericht kochen
- Etwas basteln / stricken / nähen
- Mit einer vertrauten Person telefonieren
- Einen Park besuchen

	<p style="text-align: center;"><b>Begrüßung und Blitzlicht</b></p> <p>Ich begrüße Sie zu unserer heutigen Gruppensitzung. Ich möchte unsere heutige Stunde gerne wieder mit einem Blitzlicht beginnen. Wie kommen Sie heute in der Stunde an? Haben Sie heute gut hergefunden?</p>
	<p>Achten Sie auf die zeitliche Begrenzung und unterstützen Sie die Teilnehmer bei Unsicherheiten.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Achtsamkeitsübung</b></p> <p>Bevor wir in das Thema der heutigen Stunde einsteigen, möchte ich gerne wieder unsere Achtsamkeitsübung der vergangenen Stunden mit Ihnen durchführen.</p> <p>Ich lade Sie ein sich einen Kieselstein zu nehmen. Nehmen Sie eine Sitzposition ein, die sich für Sie gut anfühlt. Ihre Füße können nebeneinander auf dem Boden Platz nehmen. Wenn Sie mögen, dann können Sie eine angenehm aufrechte Sitzposition einnehmen. Wenden Sie Ihre Aufmerksamkeit dem Stein in Ihrer Hand zu. Wie sieht seine Oberfläche aus? Welche Farbe hat er? Hat er Bruchstellen? Kanten? Rundungen? Welches Gewicht hat Ihr Stein?</p> <p>Wenn Sie mögen, dann können Sie die Augen schließen und Ihren Stein mit geschlossenen Augen erspüren. Wie fühlt sich seine Oberfläche an? Können Sie seine Bruchstellen, Kanten oder Rundungen erspüren? Welche Temperatur geht von Ihrem Stein aus?</p>

	<p>Begeben Sie sich nun auf eine kleine Zeitreise mit Ihrem Stein.</p> <p>Was glauben Sie, wo der Stein herkommt?</p> <p>Wie alt wird er wohl sein?</p> <p>Was wird er in seiner Zeit alles erlebt haben?</p> <p>Nehmen Sie nun langsam wieder bewusster die Geräusche um Ihnen herum wahr. Nehmen Sie Ihre Füße auf dem Boden wahr. Atmen Sie noch dreimal bewusst ein und wieder aus. Und wenn der Zeitpunkt für Sie gut ist, dann öffnen Sie die Augen und beenden Sie für sich die Übung.</p>
	<p>Anstelle von Steinen können auch andere Naturmaterialien für die Übung verwendet werden.</p>
	<p><b>Wiederholung</b></p> <p>In der vergangenen Stunde haben wir über die möglichen Symptome einer Depression gesprochen. Wir haben außerdem das Vulnerabilitäts-Stress-Modell kennengelernt. Dieses Modell veranschaulicht, dass verschiedene Verletzlichkeiten und Stressoren vorliegen müssen, damit sich eine Depression entwickelt.</p> <p>Haben Sie zu den Inhalten der letzten Stunde noch Fragen?</p>
	<p><b>Besprechung der Übung</b></p> <p>Als Übung für Zuhause sollten Sie die Achtsamkeitsübung, welche wir in der heutigen und in den letzten Stunden gemeinsam gemacht haben, auch Zuhause für sich üben. Wie ist es Ihnen damit ergangen?</p>
	<p>Holen Sie Rückmeldungen der Teilnehmer über die Aufgabe ein.</p>
	<p><b>Einstieg in das Thema</b></p> <p>Heute möchte ich das Thema Depression mit Ihnen fortführen. Wir werden darüber sprechen, welchen Einfluss unser Verhalten auf unsere Stimmung und</p>

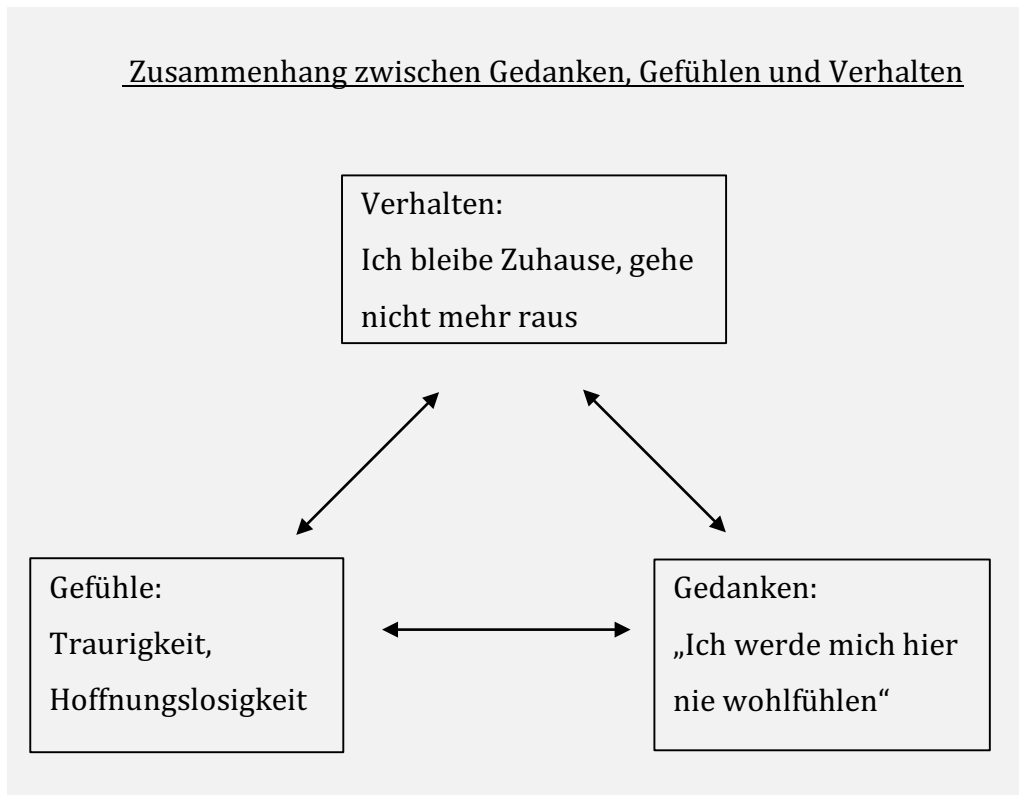


	auf unsere Gedanken hat. Dazu möchte ich Sie zunächst einladen, eine Körperübung mit mir zu machen.
	<p><b>Praktische Übung</b></p> <p>Stehen Sie dazu bitte auf und nehmen Sie eine traurige Körperhaltung ein. Lassen Sie die Schultern und den Kopf hängen. Der Blick kann nach unten gerichtet sein. Der gesamte Körper ist träge und schlaff und fühlt sich sehr schwer an. Gehen Sie in dieser Haltung einige Schritte im Raum. Und nun sagen Sie sich: „Mir geht es gut. Ich bin zufrieden.“</p> <hr/>
	<p>Leiten Sie die Übung an und machen Sie dabei mit. Möglicherweise haben einige Teilnehmer anfangs Hemmungen eine Körperhaltung mitzumachen. Erklären Sie, dass es sinnvoll und hilfreich ist, da sich die Bedeutung der Übung noch erklären wird.</p> <p>Bitten Sie anschließend alle Teilnehmer wieder in den Kreis und führen Sie den zweiten Teil der Körperübung ein.</p>
	<p>Nun bitte ich Sie, eine aufrechte Körperhaltung einzunehmen. Stellen Sie sich vor, ein Faden würde Ihren Körper nach oben strecken. Gehen Sie nun mit erhobenem Kopf und aufrechtem Körper einige Schritte durch den Raum. Strecken Sie dabei die Brust nach vorne und richten Sie den Blick geradeaus. Sagen Sie nun: „Es geht mir gut Ich bin zufrieden.“</p>
	<p><b>Freier Austausch</b></p> <p>Wie ist es Ihnen ergangen? Haben Sie je nach Körperhaltung Unterschiede darin gemerkt, wie Sie sich fühlen?</p> <p>In der ersten, traurigen Körperhaltung es schwierig zu sagen: „Mir geht es gut. Ich bin zufrieden.“ Entsprechend unserer Körperhaltung fühlen wir uns niedergeschlagen und lustlos.</p> <p>In der aufrechten Körperhaltung ist das anders. Entsprechend unserer</p> <hr/>

	<p>Körperhaltung fühlen wir uns stärker, vielleicht nehmen wir Blickkontakt mit Menschen um uns herum auf. In dieser offenen und aufrechten Körperhaltung ist es etwas leichter zu sagen: „Es geht mir gut. Ich bin zufrieden.“</p>
	<p>Fassen Sie die Rückmeldungen der Teilnehmer anschließend noch einmal zusammen und markieren Sie den Einfluss der Körperhaltung auf das emotionale Erleben.</p>
<p></p>	<p style="text-align: center;"><b>Zusammenhang Denken – Fühlen – Handeln</b></p> <p>Diese Übung zeigt uns auf recht einfache Weise, wie unser Verhalten unsere Gefühle und auch unsere Gedanken beeinflusst.</p> <p>Darstellen lässt sich dieser Zusammenhang sehr gut in Form eines Dreiecks.</p> <p>Zeichnen Sie am Flipchart den Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten auf.</p> <div style="text-align: center; margin: 20px 0;"> <p><u>Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten</u></p>  <pre> graph TD     V[Verhalten] --&gt; G[Gefühle]     V --&gt; D[Gedanken]     G &lt;--&gt; D             </pre> </div>
<p></p>	<p>Haben Sie es in ihrem Alltag schon einmal erlebt, dass sich Ihr Verhalten beispielsweise darauf auswirkt, wie sie sich fühlen oder was sie denken? Oder dass ihre Gedanken oder Gefühle ihr Verhalten beeinflussen?</p> <p>Erarbeiten Sie gemeinsam mit den Teilnehmern mehrere Beispiele, die sie aus</p>

ihrem Alltag kennen und die den Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten deutlich machen.

Beispiel:



### Verhaltensaktivierung



Den Zusammenhang zwischen unseren Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen können wir uns zu Nutze machen, um depressiven Gefühlen und Gedanken entgegenzuwirken. Indem wir angenehme Dinge tun und erleben, können wir unsere Stimmung positiv beeinflussen.

Dafür ist es zunächst einmal wichtig herauszufinden, was einem guttut.



### Transfer in den Alltag

Bis zu unserer kommenden Stunde möchte ich Sie deshalb bitten bewusst zu beobachten, welche Aktivitäten und Verhaltensweisen Ihre Stimmung positiv

	<p>beeinflussen und welche Aktivitäten und Verhaltensweisen Ihre Stimmung negativ beeinflussen. Dies können ganz alltägliche Aktivitäten sein, wie beispielsweise Aufgaben im Haushalt. Und es können besondere Aktivitäten sein, wie beispielsweise der Besuch einer Freundin / eines Freundes. Sie müssen sich ihre Erfahrungen nicht aufschreiben, wir werden in der kommenden Woche besprechen, wie es Ihnen damit ergangen ist.</p> <p>Haben Sie zu der Übung noch Fragen?</p>
	<p>Klären Sie mögliche, noch offene, Fragen.</p>
	<p><b>Kernaussage</b></p> <p>Wir haben heute besprochen, dass sich unser Verhalten, unsere Gedanken und unsere Gefühle gegenseitig beeinflussen. Indem wir lernen, welche Handlungen einen positiven Einfluss auf unsere Gedanken und Gefühle nehmen, können wir mehr Kontrolle darüber bekommen, wie wir uns fühlen und unsere Stimmung positiv beeinflussen.</p>
	<p>Teilen Sie die Handouts aus.</p>
	<p><b>Abschlussrunde</b></p> <p>Ich möchte die heutige Stunde gerne mit einer Abschlussrunde beenden. Wie geht es Ihnen nach der Stunde? Was nehmen Sie aus der Sitzung mit?</p>

## Modul 5: Depression – Weg aus dem Schneckenhaus

Inhalt und Ziele des Moduls:

Aufbauend auf dem erarbeiteten Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten, sollen die Gruppenteilnehmer in diesem Modul ein vertieftes Verständnis für die Bedeutsamkeit positiver Verhaltensweisen für unser gedankliches und emotionales Erleben erhalten.

Zunächst soll durch eine Besprechung und Reflexion der Hausaufgabe eine Sensibilisierung für mögliche positive und negative Auswirkungen von Verhaltensweisen und Aktivitäten auf die Stimmung erfolgen. Anschließend soll am Flipchart exemplarisch ein Rückzug in das „Schneckenhaus der Depression“ (Schaub et al., 2013) sowie, basierend auf dem Prinzip der Verhaltensaktivierung, ein möglicher Weg aus dem Schneckenhaus heraus, dargestellt werden. Schließlich werden, gemeinsam mit den Gruppenmitgliedern, mögliche positive Aktivitäten erarbeitet, die im Kontakt mit Mitmenschen oder alleine umgesetzt werden können.

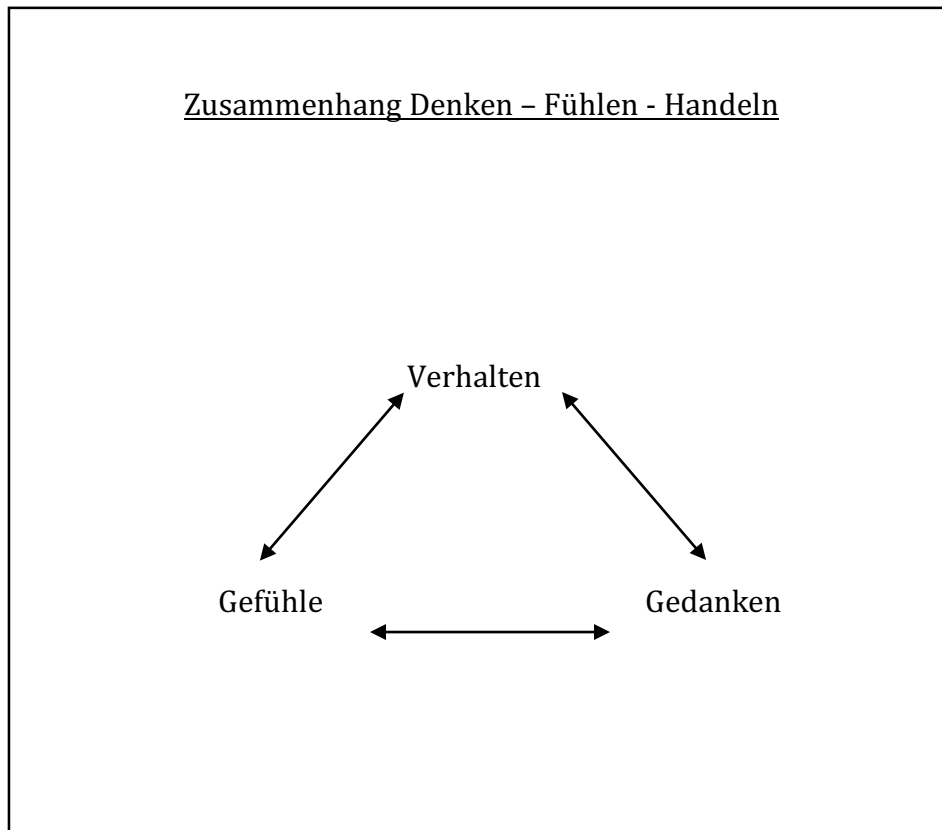
Benötigte Materialien:

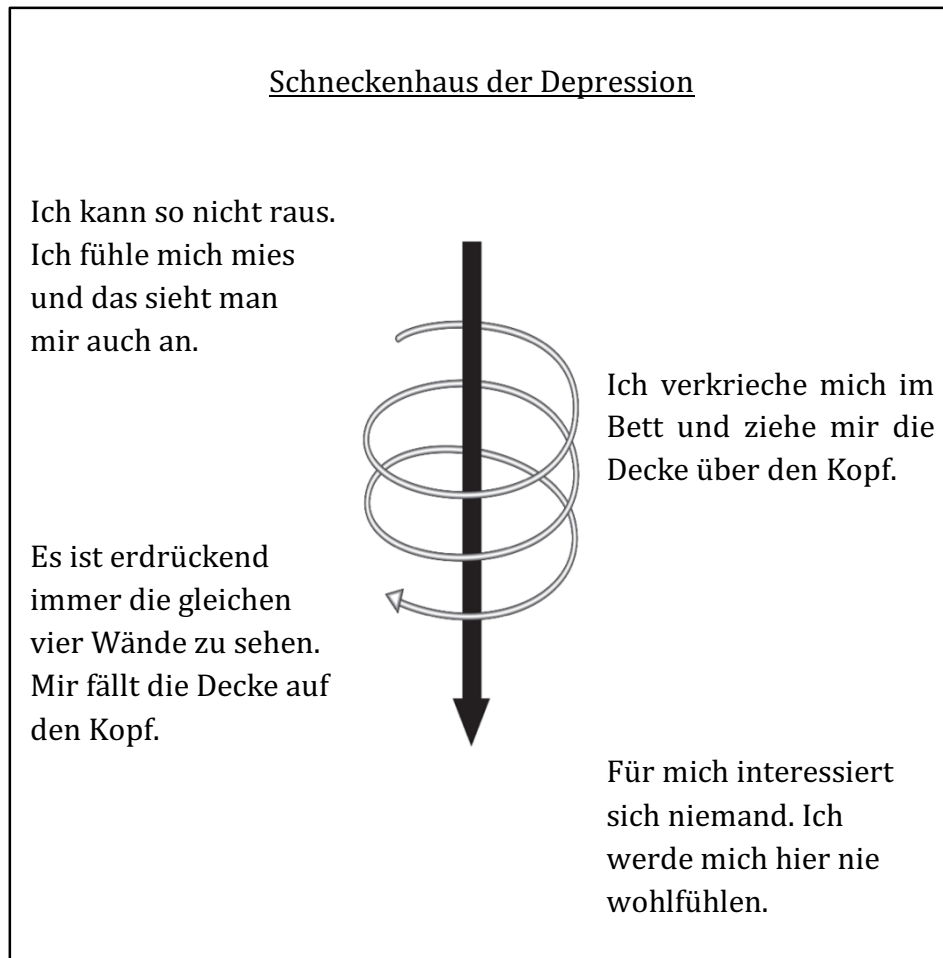
- Flipchart
- Stifte
- Kieselsteine, Walnüsse, getrocknete Blätter oder ähnliche Naturmaterialien, die sich für eine Übung zum achtsamen Betrachten eignen

Flipcharts:

- Zusammenhang Denken – Fühlen – Handeln (vorbereitet)
- Schneckenhaus der Depression (vorbereitet)
- Weg aus dem Schneckenhaus (wird in der Stunde erarbeitet)

- Positive Aktivitäten (wird in der Stunde erarbeitet)





Weg aus dem Schneckenhaus

Ich fühle mich besser!  
Es hat gut getan  
andere Menschen auf  
der Straße zu sehen!

Heute werde ich mich  
doch überwinden und  
nach draußen gehen.



Indem ich draußen  
spazieren gehe sehe ich  
endlich einmal wieder  
andere Menschen

Es ist sinnlos. Ich bin so  
einsam und traurig,  
immer sitze ich nur zu  
Hause.

Positive Aktivitäten



Mit Anderen:


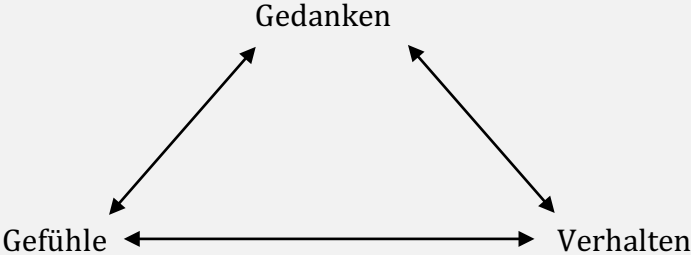
- Kaffee / Tee trinken
- Einen Spaziergang machen
- Picknicken
- Gemeinsam Kochen
- Einen Film schauen
- Einen Stadtbummel machen



Für sich alleine:

- Eine neue Frisur  
ausprobieren
- Ein Lieblingsgericht  
kochen
- Gymnastik machen
- Kreativ sein: basteln,  
zeichnen, häkeln etc.



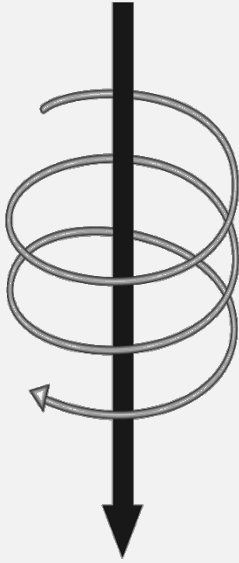
	<p style="text-align: center;"><b>Begrüßung und Blitzlicht</b></p> <p>Ich begrüße Sie zu unserer heutigen Gruppensitzung.</p> <p>Um zu erfahren, wie Sie heute in der Gruppe ankommen möchte ich die Stunde gerne wieder mit einem Blitzlicht beginnen.</p> <p>Wie kommen Sie heute in der Stunde an?</p> <p>Haben Sie heute gut hergefunden?</p>
	<p>Achten Sie auf die zeitliche Begrenzung und unterstützen Sie die Teilnehmer bei Unsicherheiten.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Achtsamkeitsübung</b></p> <p>Bevor wir in das Thema der heutigen Stunde einsteigen, möchte ich gerne eine Achtsamkeitsübung mit Ihnen durchführen. Sie kennen die Übung bereits aus den vergangenen Stunden.</p> <p>Ich lade Sie ein sich einen Kieselstein zu nehmen.</p> <p>Nehmen Sie eine Sitzposition ein, die sich für Sie gut anfühlt. Ihre Füße können nebeneinander auf dem Boden Platz nehmen. Wenn Sie mögen, dann können Sie eine angenehm aufrechte Sitzposition einnehmen.</p> <p>Wenden Sie Ihre Aufmerksamkeit dem Stein in Ihrer Hand zu.</p> <p>Wie sieht seine Oberfläche aus?</p> <p>Welche Farbe hat er?</p> <p>Hat er Bruchstellen? Kanten? Rundungen?</p> <p>Welches Gewicht hat Ihr Stein?</p> <p>Wenn Sie mögen, dann können Sie die Augen schließen und Ihren Stein mit geschlossenen Augen erspüren.</p> <p>Wie fühlt sich seine Oberfläche an?</p>

	<p>Können Sie seine Bruchstellen, Kanten oder Rundungen erspüren? Welche Temperatur geht von Ihrem Stein aus? Begeben Sie sich nun auf eine kleine Zeitreise mit Ihrem Stein. Was glauben Sie, wo der Stein herkommt? Wie alt wird er wohl sein? Was wird er in seiner Zeit alles erlebt haben?</p> <p>Nehmen Sie nun langsam wieder bewusster die Geräusche um Ihnen herum wahr. Nehmen Sie Ihre Füße auf dem Boden wahr. Atmen Sie noch dreimal bewusst ein und wieder aus. Und wenn der Zeitpunkt für Sie gut ist, dann öffnen Sie die Augen und beenden Sie für sich die Übung.</p>
	<p>Anstelle von Steinen können auch andere Naturmaterialien für die Übung verwendet werden.</p>
	<p><b>Wiederholung</b></p> <p>Wir haben in der letzten Sitzung darüber gesprochen, wie sich unsere Gedanken, unsere Gefühle und unsere Handlungen gegenseitig beeinflussen.</p>
	<p>Stellen Sie den Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Handlungen erneut am Flipchart dar.</p> <div data-bbox="316 1267 1342 1767"><p><u>Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten</u></p><pre>graph TD; G[Gedanken] --&gt; F[Gefühle]; G --&gt; V[Verhalten]; F &lt;--&gt; V;</pre></div>

	<p style="text-align: center;"><b>Besprechung der Übung</b></p> <p>Als Aufgabe für Zuhause sollten Sie bewusst beobachten, ob verschiedene Aktivitäten Auswirkungen auf Ihre Stimmung haben. Ob es also Tätigkeiten gibt, die Ihre Stimmung positiv oder negativ beeinflussen.</p> <p>Wie ist es Ihnen damit ergangen?</p> <p>Haben Sie beobachtet, dass bestimmte Verhaltensweisen oder Aktivitäten Ihre Stimmung und möglicherweise auch Ihre Gedanken positiv beeinflussen?</p> <p>Gab es auch Dinge, die Sie getan haben, die einen negativen Einfluss auf Ihre Stimmung und Ihre Gedanken hatten?</p>
<p style="text-align: center;">Die Teilnehmer werden eingeladen, ihre Eindrücke zu schildern.</p>	
	<p style="text-align: center;"><b>Einstieg in das Thema</b></p> <p>Sie haben also beobachtet, dass Ihr Verhalten Einfluss auf Ihre Gefühle und Ihre Gedanken hat. Eine gedrückte Stimmung führt beispielsweise dazu, dass wir uns aus sozialen Aktivitäten zurückziehen. Dies kann wiederum zu negativen Gedanken führen. In einer Depression kann dieser Zusammenhang dazu führen, dass wir uns immer weiter zurückziehen. Ähnlich wie in ein Schneckenhaus.</p>

Stellen Sie den Rückzug in das „Schneckenhaus“ (Schaub et al., 2013) mit Hilfe des Flipcharts dar.

Schneckenhaus der Depression



Ich kann so nicht raus.  
Ich fühle mich mies und  
das sieht man mir auch an.

Es ist erdrückend immer  
die gleichen vier Wände  
zu sehen. Mir fällt die  
Decke auf den Kopf.

Ich verkrieche mich  
im Bett und ziehe  
mir die Decke über  
den Kopf.

Für mich  
interessiert sich  
niemand. Ich werde  
mich hier nie  
wohlfühlen.

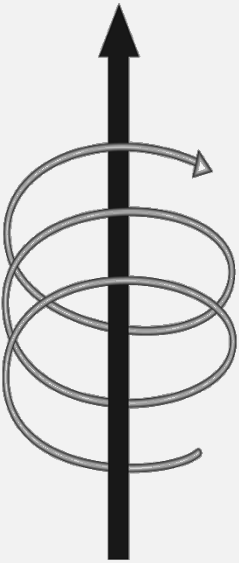






#### Weg aus dem „Schneckenhaus“

Der Zusammenhang zwischen unseren Gedanken, unseren Gefühlen und unserem Verhalten kann also zu einer regelrechten Abwärtsspirale, einem Rückzug in ein Schneckenhaus, führen.

Haben Sie einen solchen Rückzug auch bei sich wahrgenommen?

Der Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten kann aber auch in eine positive Richtung genutzt werden. Indem wir aktiver werden und unseren Tagesverlauf wieder mehr strukturieren können erste Schritte aus

	<p>dem Schneckenhaus herausgehen.</p>
	<p>Erarbeiten Sie gemeinsam mit den Teilnehmern einen möglichen Weg aus dem „Schneckenhaus der Depression“ (Schaub et al., 2013). Fragen Sie die Teilnehmer dabei nach eigenen Ideen und Beispielen. Ein mögliches Beispiel ist:</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 10px; text-align: center;"> <p><u>Weg aus dem Schneckenhaus</u></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Ich fühle mich besser! Es hat gut getan andere Menschen auf der Straße zu sehen!</p> <p>Heute werde ich mich doch überwinden und nach draußen gehen.</p> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;">  </div> <div style="width: 45%;"> <p>Indem ich draußen spazieren gehe sehe ich endlich einmal wieder andere Menschen</p> <p>Es ist sinnlos. Ich bin so einsam und traurig, immer sitze ich nur zu Hause.</p> </div> </div> </div>
	<p>Um aus dem Schneckenhaus der Depression wieder herauszukommen ist es wichtig, dass Sie lernen, welche Aktivitäten Ihnen persönlich guttun und diese aktiv umsetzen. Solche positiven Aktivitäten kann man mit anderen Menschen oder alleine tun.</p>
	<div style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>Positive Aktivitäten</p> </div> <p>Ich möchte mit Ihnen gerne gemeinsam mögliche positive Aktivitäten sammeln. Welche Aktivitäten könnten Sie mit Anderen tun? Welche Aktivitäten könnten Sie für sich selbst umsetzen?</p>

	<p>Was würde Ihnen im Alltag guttun?</p>		
	<p>Sammeln Sie gemeinsam mit den Gruppenteilnehmern positive Aktivitäten. Folgende Beispiele können genannt oder gegebenenfalls noch ergänzt werden:</p> <div style="text-align: center; background-color: #f0f0f0; padding: 10px;"> <p><u>Positive Aktivitäten</u></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Mit Anderen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaffee / Tee trinken</li> <li>- Einen Spaziergang machen</li> <li>- Picknicken</li> <li>- Gemeinsam Kochen</li> <li>- Einen Film schauen</li> <li>- Einen Stadtbummel machen</li> </ul> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Für mich alleine:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sport machen</li> <li>- Eine neue Frisur ausprobieren</li> <li>- Ein Lieblingsgericht kochen</li> <li>- Kreativ sein: basteln, zeichnen, häkeln etc.</li> <li>- Ein Buch lesen</li> </ul> </td> </tr> </table> </div>	<p>Mit Anderen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaffee / Tee trinken</li> <li>- Einen Spaziergang machen</li> <li>- Picknicken</li> <li>- Gemeinsam Kochen</li> <li>- Einen Film schauen</li> <li>- Einen Stadtbummel machen</li> </ul>	<p>Für mich alleine:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sport machen</li> <li>- Eine neue Frisur ausprobieren</li> <li>- Ein Lieblingsgericht kochen</li> <li>- Kreativ sein: basteln, zeichnen, häkeln etc.</li> <li>- Ein Buch lesen</li> </ul>
<p>Mit Anderen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaffee / Tee trinken</li> <li>- Einen Spaziergang machen</li> <li>- Picknicken</li> <li>- Gemeinsam Kochen</li> <li>- Einen Film schauen</li> <li>- Einen Stadtbummel machen</li> </ul>	<p>Für mich alleine:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sport machen</li> <li>- Eine neue Frisur ausprobieren</li> <li>- Ein Lieblingsgericht kochen</li> <li>- Kreativ sein: basteln, zeichnen, häkeln etc.</li> <li>- Ein Buch lesen</li> </ul>		
	<div style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>Kernaussage</p> </div> <p>Bei einer Depression kann es zu einem Rückzug wie in ein Schneckenhaus kommen. Um aus diesem Schneckenhaus der Depression wieder herauszukommen ist es wichtig aktiv zu sein und bewusst positive Aktivitäten in seinen Alltag zu integrieren.</p>		
	<div style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>Transfer in den Alltag</p> </div> <p>Bis zu unserer kommenden Stunde bitte ich Sie Zuhause jeden Tag bewusst eine positive Aktivität in Ihren Alltag zu integrieren. Das können Aktivitäten mit anderen Menschen oder Aktivitäten alleine sein. Sie müssen sich für die Übung nichts aufschreiben, wir werden in der kommenden Stunde mündlich über Ihre Erfahrungen sprechen.</p>		
	<p>Teilen Sie die Handouts aus.</p>		



Abschlussrunde

Ich möchte die heutige Stunde gerne mit einer Abschlussrunde beenden.  
Wie geht es Ihnen nach der Stunde? Was nehmen Sie aus der Sitzung mit?

## Modul 6: Somatisierung – Mit Schmerzen umgehen

Inhalt und Ziele des Moduls:

In diesem Modul sollen die Gruppenteilnehmer neben körperlichen Ursachen auch psychische Ursachen somatischer Beschwerden kennenlernen. Die Funktion von Schmerzen soll erarbeitet und der Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen und körperlichen Beschwerden thematisiert werden. Schließlich sollen im Austausch mit der Gruppe Strategien erarbeitet werden, um mit psychosomatischen Schmerzen umzugehen.

Anmerkungen für den Therapeuten:

In Deutschland nehmen Menschen mit Migrationshintergrund Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund somatoformer Störungen nahezu doppelt so häufig in Anspruch wie Menschen ohne Migrationshintergrund (Rommel, 2005). Auch die Somatisierungsneigung als Begleitsymptom bei anderen psychischen Störungen und nicht als klinisch im Vordergrund stehendes Störungsbild kann bei Menschen mit Migrationshintergrund gehäuft auftreten (Diefenbacher & Heim, 1994; Göbber, Gündel, Henninger, Machleidt, & Kimil, 2008). Dabei scheint die Behandler-Patient-Beziehung einen mediierenden Faktor in diesem Zusammenhang darzustellen: Patienten, die über keine stabile und langanhaltende Beziehung zu ihrem Arzt verfügen, beklagen häufiger multiple somatische Beschwerden und tendieren eher zu somatischen als zu psychologischen Krankheitskonzepten (Göbber et al., 2008). Im Kontext der Gruppe sollte der Behandler den Leidensdruck des Patienten und die mögliche Frustration und Sorge, keine organische Behandlungsmöglichkeit gefunden zu haben, empathisch würdigen. Neben der Erarbeitung eines gemeinsamen psychosomatischen Erklärungsmodells liegt der Fokus in der Gruppentherapie auf dem Abbau von Schonverhalten und der Aktivierung von Ressourcen, um die Aufmerksamkeit für eigene Körpervorgänge zu reduzieren.



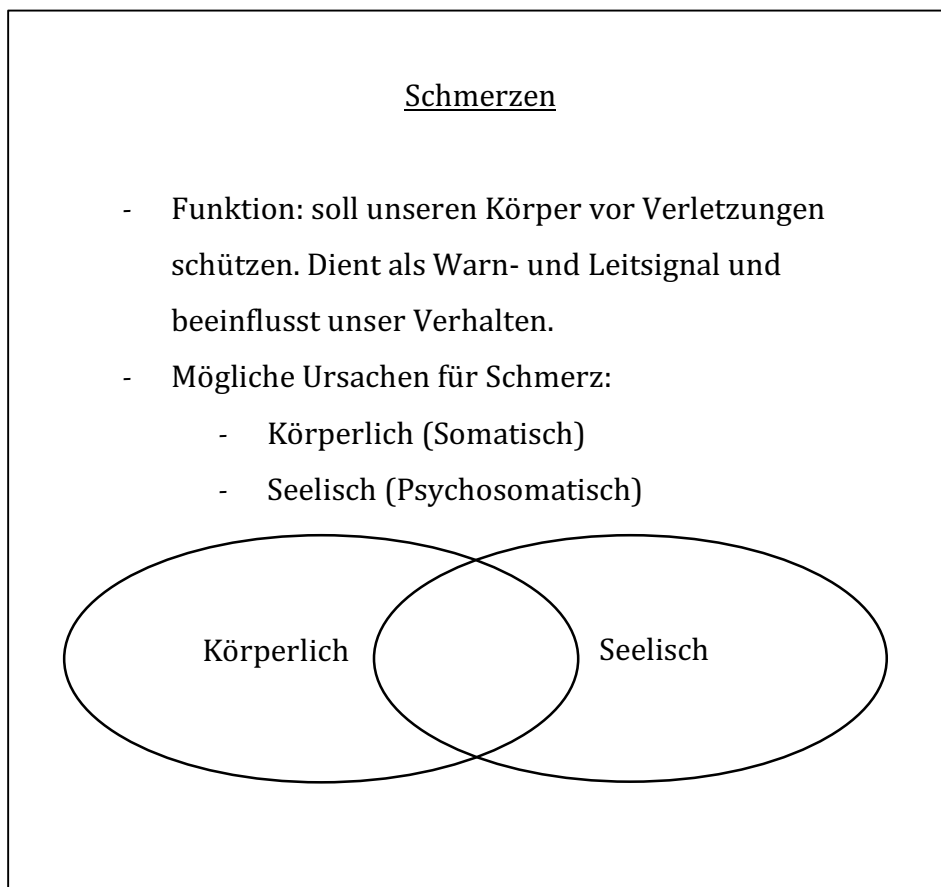
## Modul 6: Somatisierung – Mit Schmerzen umgehen

Materialien:

- Flipchart
- Stifte



Flipcharts:

- Schmerzen (wird in der Stunde erarbeitet)
- Strategien im Umgang mit Schmerzen (wird in Stunde erarbeitet)






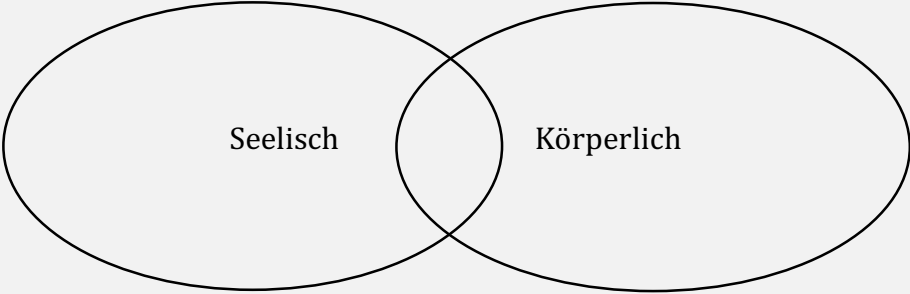
Hilfe bei psychisch bedingten Schmerzen

- Entspannung: Atemübungen, sanfte Gymnastik, Imaginationsübungen
- Mit einer vertrauten Person über seine Gedanken oder Probleme sprechen
- Ablenken: z.B. indem man eine Freundin / Freund anruft
- Sich selbst etwas Gutes tun, z.B. einen Spaziergang in der Sonne machen, ein Lieblingsgericht kochen

	<p style="text-align: center;"><b>Begrüßung und Blitzlicht</b></p> <p>Ich begrüße Sie zu unserer heutigen Gruppensitzung. Ich möchte die Stunde gerne mit einem Blitzlicht beginnen, um zu erfahren wie es Ihnen geht und wie Sie heute in die Gruppe kommen. Wie kommen Sie heute in der Stunde an? Haben Sie heute gut hergefunden?</p>
	<p>Achten Sie auf die zeitliche Begrenzung und unterstützen Sie die Teilnehmer bei Unsicherheiten.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Achtsamkeitsübung</b></p> <p>Auch heute möchte ich die Gruppe wieder mit einer Achtsamkeitsübung beginnen. Nachdem wir in den vergangenen Stunden eine Übung zum achtsamen Betrachten gemacht haben, möchte ich heute gerne eine neue Übung mit Ihnen machen.</p> <p>Ich lade Sie ein eine achtsame Körperhaltung einzunehmen. Ihre Füße stehen dabei fest auf dem Boden. Ich lade Sie ein eine angenehm aufrechte Körperhaltung einzunehmen. Wenn Sie mögen, dann können Sie die Augen schließen oder einen festen Punkt auf dem Boden fixieren. Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit nun Ihrem Atem zu. Nehmen Sie wahr, wie Ihr Atem in Ihren Körper hineinströmt und wie er wieder aus Ihrem Körper herausströmt. Beobachten Sie, wo Sie Ihren Atem spüren. Vielleicht in der Nase? Oder im Mund? Vielleicht nehmen Sie ihn auch in Ihrem Brust oder in Ihrem Bauch wahr. Finden Sie den Punkt, an dem Sie Ihren Atem am Deutlichsten wahrnehmen.</p> <p>Wenn zwischendurch Gedanken oder Gefühle auftauchen so ist das ok. Nehmen Sie diese Gedanken oder Gefühle achtsam wahr und lassen Sie sie dann weiterziehen, wie Wolken am Himmel. Kehren Sie dann mit Ihrer Aufmerksamkeit wieder zurück zu Ihrem Atem. Nehmen Sie noch drei bewusste</p>

	<p>Atemzüge.</p> <p>Nehmen Sie dann langsam wieder die Geräusche im Raum um Sie herum wahr, öffnen Sie die Augen und beenden Sie die Übung.</p>
	<p>Legen Sie die Kieselsteine in die Mitte des Sitzkreises. Die Gruppenteilnehmer sind eingeladen sich einen Kieselstein auszusuchen, der sie anspricht.</p>
	<p><b>Wiederholung</b></p> <p>In unserer letzten Stunde haben wir darüber gesprochen, dass eine Depression einem Rückzug in ein Schneckenhaus gleichen kann. Wir haben auch darüber gesprochen, dass positive Aktivitäten der erste Schritt aus dem Schneckenhaus heraus darstellen können.</p>
	<p><b>Nachbesprechung der Übung</b></p> <p>Als Aufgabe sollten Sie Zuhause jeden Tag einer positiven Aktivität nachgehen. Wie ist es Ihnen mit der Aufgabe gegangen? Welche Aktivitäten haben Sie unternommen? Welche Schwierigkeiten haben Sie dabei erlebt?</p>
	<p>Holen Sie eine Rückmeldung der Teilnehmer über die Aufgabe ein.</p>
	<p><b>Einstieg in das Thema</b></p> <p>In unserer heutigen Stunde möchte ich mit Ihnen über körperliche Schmerzen sprechen. Wir werden darüber sprechen, wie sich Schmerzen äußern und welcher Sinn hinter dem Erleben von Schmerzen steckt. Wir werden auch gemeinsam überlegen, wie Sie in Ihrem Leben mit Schmerzen umgehen können.</p>
	<p><b>Freier Austausch</b></p> <p>Erleben Sie in Ihrem Alltag Schmerzen? Falls ja, wie äußern sich diese? Oder gab es schon einmal eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie unter Schmerzen</p>

	gelitten haben?
	Geben Sie den Gruppenteilnehmern die Möglichkeit aktuelle oder frühere Schmerzen und ihren Umgang damit zu berichten.
	<p><b>Funktion von Schmerzen</b></p> <p>Wofür haben wir Schmerzen? Wozu ist es vielleicht auch gut, dass wir Schmerzen erleben können?</p> <p>Schmerzen stellen ein Warnsignal für uns da. Sie sind wichtig, damit wir gefährliche Situationen erkennen und uns vor diesen schützen können. Wenn wir beispielsweise eine heiße Herdplatte anfassen, so signalisieren uns Schmerzen, dass wir die Hand sofort wegnehmen müssen, da wir uns sonst verbrennen. Schmerzen können in manchen Situationen also ganz akut sein und sogar unser Überleben sichern.</p>
	<p>Erarbeiten Sie im Austausch mit den Gruppenteilnehmern die Schutzfunktion von Schmerzen. Schreiben Sie die Funktion an den Flipchart an.</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 10px; text-align: center;"><p><u>Schmerzen</u></p><ul style="list-style-type: none"><li>- Funktion: Schützen unseren Körper vor Verletzungen. Dienen als Warn- und Leitsignal und beeinflussen unser Verhalten.</li></ul></div>
	Hier in Deutschland haben wir verschiedene Sprichwörter, die zum Ausdruck bringen, dass manchmal auch seelische Belastungen die Ursache für körperliche Beschwerden sein können. Wir benutzen beispielsweise das Sprichwort „etwas liegt uns im Magen“, wenn wir zum Ausdruck bringen wollen, dass wir uns über

	<p>etwas so sehr sorgen, dass es Auswirkungen auf die Befindlichkeit unseres Magens hat.</p> <p>Kennen Sie aus Ihrer Kultur andere Redewendungen, die den Zusammenhang von Psyche und Körper aufzeigen?</p>
	<p>Weitere Beispiele aus dem deutschen Sprachgebrauch sind „das geht mit an die Nieren“, „die Angst steckt mir in den Knochen“ oder „die Angst sitzt mir im Nacken“.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Somatische und psychosomatische Schmerzen</b></p> <p>Diese Sprichwörter zeigen, dass psychische Belastungen über körperliche Beschwerden zum Ausdruck gebracht werden können. So verhält es sich auch mit Schmerzen. Psychische Belastungen können in Form von Schmerzen zum Ausdruck kommen. Man spricht dann auch von psychosomatischen Schmerzen.</p>
	<p>Ergänzen Sie den Flipchart um die beiden möglichen Ursachen für Schmerzen.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; background-color: #f0f0f0;"><p style="text-align: center;"><u>Schmerzen</u></p><ul style="list-style-type: none"><li>- Funktion: soll unseren Körper vor Verletzungen schützen. Dient als Warn- und Leitsignal und beeinflusst unser Verhalten.</li><li>- Mögliche Ursachen für Schmerz:<ul style="list-style-type: none"><li>- Körperlich (somatisch)</li><li>- Seelisch (Psychosomatisch)</li></ul></li></ul><div style="text-align: center; margin-top: 20px;"><p>The diagram consists of two overlapping ovals. The left oval is labeled 'Seelisch' and the right oval is labeled 'Körperlich'. The overlapping area in the center represents the intersection of psychological and physical causes.</p></div></div>



### Umgang mit Schmerzen

Erlebte Schmerzen können zu einer dauerhaften Anspannung im Körper führen oder zur Folge haben, dass wir in eine Schonhaltung verfallen. Beides hält die Schmerzen aufrecht oder kann sogar weitere Schmerzen begünstigen.

Was kann gegen Schmerzen, die aufgrund von psychischen Belastungen entstehen, hilfreich sein? Was tut Ihnen gut, wenn Sie unter Schmerzen leiden, deren Ursache Sie nicht kennen oder für die ein Arzt keine Ursache finden konnte?

Sammeln Sie gemeinsam mit den Gruppenteilnehmern mögliche Strategien, um mit psychosomatischen Schmerzen umzugehen. Mögliche Punkte, die genannt oder ergänzt werden können:



#### Hilfe bei psychisch bedingten Schmerzen

- Entspannung: Atemübungen, sanfte Gymnastik, Imaginationsübungen
- Mit einer vertrauten Person über seine Gedanken oder Probleme sprechen
- Ablenken: z.B. indem man eine Freundin / Freund anruft
- Sich selbst etwas Gutes tun, z.B. einen Spaziergang in der Sonne machen, ein Lieblingsgericht kochen



### Kernaussage

Wir haben heute besprochen, dass es zwei Arten von Schmerzen gibt:

	<p>Schmerzen, die eine körperliche Ursache haben und Schmerzen, die eine psychische Belastung zur Ursache haben. Egal welche Ursache Ihre Schmerzen haben, sie sind real und nicht eingebildet. Wir haben außerdem verschiedene Möglichkeiten im Umgang mit psychosomatischen Schmerzen erarbeitet.</p>
	<p><b>Transfer in den Alltag</b></p> <p>Versuchen Sie bis zu unserer nächsten Stunde einmal wahrzunehmen, wann Ihre Schmerzen auftreten. Gibt es bestimmte Situationen, in denen die Schmerzen stärker werden? Gibt es auch Momente, in denen die Schmerzen weniger werden oder gar verschwinden? Falls Sie Schmerzen erleben, so probieren Sie einmal eine der Strategien, die wir heute erarbeitet haben aus. Versuchen Sie also beispielsweise sich abzulenken, eine Entspannungsübung zu machen oder sich etwas Gutes zu tun. Sie müssen sich im Rahmen der Übung nichts aufschreiben, wir werden in der kommenden Stunde aber über Ihre Beobachtungen sprechen.</p> <hr/>
	<p><b>Abschlussrunde</b></p> <p>Ich möchte die heutige Stunde gerne mit einer Abschlussrunde beenden. Wie geht es Ihnen nach der Stunde? Was nehmen Sie aus der Sitzung mit?</p>



## Modul 7: Schlafstörungen – Ruhe finden

Inhalt und Ziele des Moduls:

In diesem Modul soll den Gruppenteilnehmern vereinfacht und anhand individueller Beispiele die multifaktorielle Entstehung von Schlafstörungen vermittelt werden. Aufbauend auf dem bereits vermittelten Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen werden mögliche Interaktionen zwischen schlafhindernden Gedanken, negativen Emotionen und körperlicher Aktivierung thematisiert. Anschließend werden gemeinsam schlaffördernde Strategien erarbeitet.

Anmerkungen für den Therapeuten:

Schlafstörungen treten bei fast zwei Drittel der Erwachsenen mit Fluchterfahrungen und bei fast einem Drittel aller Kinder mit Fluchterfahrungen auf (Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald & Neuner, 2006).

Ursachen und Auslöser für insomische Beschwerden sind multifaktoriell. In der Literatur wird vorrangig das Konzept des Hyperarousals (engl. Übererregung) als Ursache für insomnische Symptome herangezogen. Diese Übererregung kann auf einer kognitiven, emotionalen, physiologischen oder verhaltensbezogenen Ebene bestehen (Riemann & Backhaus, 1996; Spiegelhalder, Backhaus & Riemann, 2011). Zwischen den einzelnen Erregungsebenen sind verschiedene Interaktionen denkbar, die jeweils einen so genannten Teufelskreis in Gang setzen können (Lundh & Bromann, 2000). So kann das Grübeln über mögliche Folgen von ausbleibendem Schlaf beispielsweise zu negativen Emotionen wie Nervosität oder Hilflosigkeit führen, was wiederum physiologisches Arousal zur Folge hat. Die körperlichen Wahrnehmungen werden von den Betroffenen registriert und lösen wiederum weitere Sorgen und Emotionen aus.

## Modul 7: Schlafstörungen – Ruhe finden

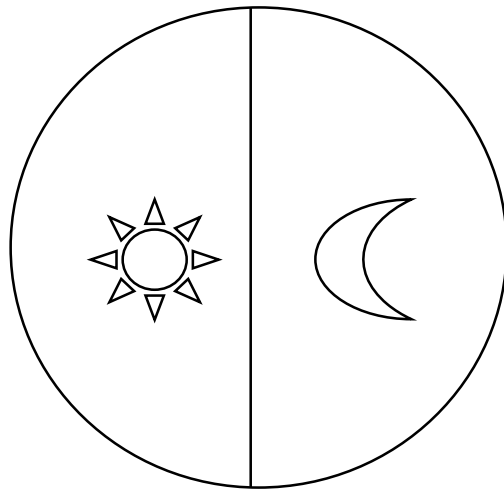
Benötigte Materialien:

- Flipchart
- Stifte

Flipcharts:

- Schlaf-Wach-Rhythmus (vorbereitet)
- Ursachen für Schlaflosigkeit (vorbereitet)
- Kreislauf der Schlaflosigkeit (vorbereitet)
- Schlaffördernde Strategien (wird in der Stunde erarbeitet)

Schlaf-Wach-Rhythmus



Ursachen für Schlaflosigkeit

Schlafbehindernde Gedanken

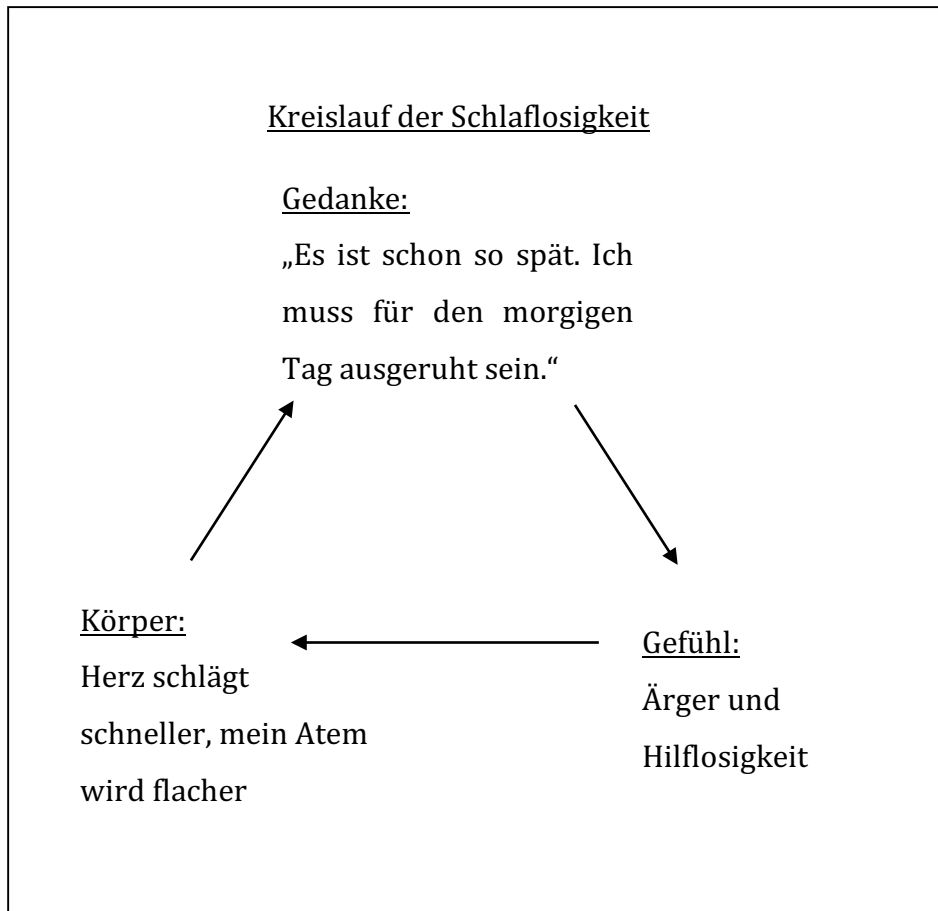
- Grübeln
- Nachdenken über mögliche negative Konsequenzen des schlechten Schlafes

Aktivierung

- Gefühle: Hilflosigkeit, Ärger, Wut
- Körperwahrnehmung: Anspannung, schneller Herzschlag, schwitzen



Ungünstige Schlafgewohnheiten





- Langes Wachliegen im Bett
- Unbequemes Bett
- Einschlafen bei Licht / Fernseher



Schlaffördernde Strategien

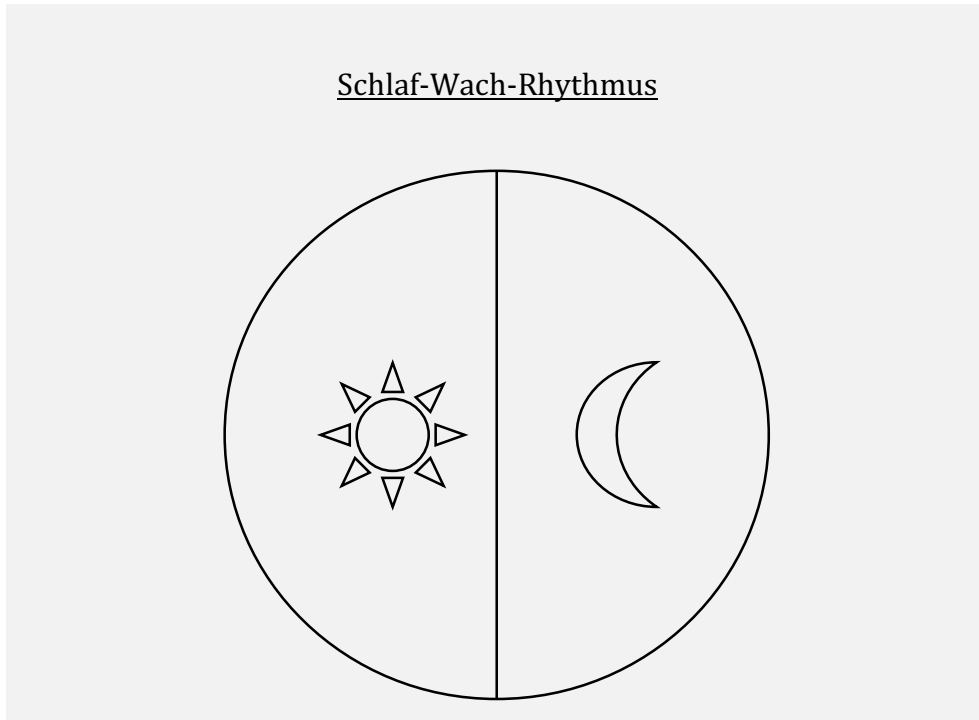
- Vor dem Schlafengehen keine aufregenden Aktivitäten wie laute Musik, Sport etc.
- Nachmittags / abends keinen grünen Tee / schwarzen Tee / Kaffee
- Immer zur selben Zeit ins Bett gehen
- Das Bett nur zum Schlafen nutzen
- Körperliche Bewegung in den Alltag integrieren
- Ein abendliches Ritual einführen: Kräutertee trinken, Kerze anzünden, ein Buch lesen.

	<p style="text-align: center;"><b>Begrüßung und Blitzlicht</b></p> <p>Ich begrüße Sie zu unserer heutigen Gruppensitzung. Wir beginnen unsere heutige Stunde wieder mit einem Blitzlicht. Wie kommen Sie heute in der Stunde an? Haben Sie heute gut hergefunden?</p>
	<p>Achten Sie auf die zeitliche Begrenzung und unterstützen Sie die Teilnehmer bei Unsicherheiten.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Achtsamkeitsübung</b></p> <p>Bevor wir mit den Inhalten der heutigen Stunde beginnen, möchte ich gerne wieder eine Achtsamkeitsübung mit Ihnen durchführen. Sie kennen die Übung bereits aus der vergangenen Stunde.</p> <p>Ich lade Sie ein eine achtsame Körperhaltung einzunehmen. Ihre Füße stehen dabei fest auf dem Boden. Ich lade Sie ein eine angenehm aufrechte Körperhaltung einzunehmen. Wenn Sie mögen, dann können Sie die Augen schließen oder einen festen Punkt auf dem Boden fixieren. Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit nun Ihrem Atem zu. Nehmen Sie wahr, wie Ihr Atem in Ihren Körper hineinströmt und wie er wieder aus Ihrem Körper herausströmt. Beobachten Sie, wo Sie Ihren Atem spüren. Vielleicht in der Nase? Oder im Mund? Vielleicht nehmen Sie ihn auch in Ihrem Brust oder in Ihrem Bauch wahr. Finden Sie den Punkt, an dem Sie Ihren Atem am Deutlichsten wahrnehmen.</p> <p>Wenn zwischendurch Gedanken oder Gefühle auftauchen so ist das ok. Nehmen Sie diese Gedanken oder Gefühle achtsam wahr und lassen Sie sie dann weiterziehen, wie Wolken am Himmel. Kehren Sie dann mit Ihrer Aufmerksamkeit wieder zurück zu Ihrem Atem. Nehmen Sie noch drei bewusste Atemzüge.</p> <p>Nehmen Sie dann langsam wieder die Geräusche im Raum um Sie herum wahr,</p>

	öffnen Sie die Augen und beenden Sie die Übung.
	<p><b>Wiederholung</b></p> <p>In unserer letzten Stunde haben wir über Schmerzen gesprochen. Wir haben gelernt, dass es körperliche und psychische Ursachen für Schmerzen gibt. Wir haben außerdem über Möglichkeiten gesprochen, um mit Schmerzen umzugehen.</p>
	<p><b>Nachbesprechung der Übung</b></p> <p>Als Übung sollten Sie in den letzten Tagen einmal wahrnehmen, ob es Momente gibt, in denen Ihre Schmerzen stärker oder weniger stark werden. Sie sollten außerdem ausprobieren, was Ihnen im Umgang mit den Schmerzen guttut.</p> <p>Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?</p> <hr/>
	<p><b>Einstieg in das Thema</b></p> <p>Heute möchte ich mit Ihnen über das Thema Tagesrhythmus und Schlaf sprechen. Wir werden darüber sprechen, was Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus verursachen kann und ob es möglicherweise Verhaltensweisen gibt, die Schlafstörungen fördern. Wir werden auch darüber sprechen, wie man einen gesunden Schlaf-Wach-Rhythmus fördern kann.</p>
	<p><b>Schlaf-Wach-Rhythmus</b></p> <p>Wenn wir uns den Tag als einen Kreis vorstellen, so gibt es eine Zeit zum Wachen und eine Zeit zum Schlafen.</p> <p>Dies ist vergleichbar mit einem Feld, das bestellt wird. Der Bauer weiß, dass es eine Zeit gibt, in der das Feld Erträge bringt und eine Zeit, in der das Feld brach liegt, damit sich der Boden regenerieren kann. Ähnlich stellt der Schlaf eine Zeit dar, in der wir uns erholen dürfen. Wissenschaftliche Studien zeigen beispielsweise, dass wir uns bei genügend Schlaf besser konzentrieren können,</p>

körperlich leistungsfähiger und besser gestimmt sind.  
Wieviel Schlaf jeder Mensch braucht ist von Person zu Person unterschiedlich.  
Die meisten Menschen finden 6-8 Stunden Schlaf pro Nacht für sich ausreichend.

Vermitteln Sie den Schlaf-Wach-Rhythmus mit Hilfe des Flipcharts.



#### Freier Austausch

Wie geht es Ihnen mit Ihrem Tagesrhythmus?  
Kennen Sie Schlafstörungen?  
Haben Sie einen geregelten Schlaf?

Fördern Sie den freien Austausch der Gruppenteilnehmer.



#### Modell der Schlaflosigkeit

Es kann verschiedene Gründe geben, warum unser Tag-Nacht-Rhythmus durcheinandergerät und wir abends beispielsweise nicht in den Schlaf finden.



Diese Ursachen lassen sich drei verschiedenen Bereichen zuordnen, die ich Ihnen nun vorstellen möchte.

### Ursachen für Schlaflosigkeit

#### Schlafbehindernde Gedanken

- Grübeln
- Nachdenken über mögliche negative Konsequenzen , des schlechten Schlafes

#### Aktivierung

- Gefühle: Hilflosigkeit, Ärger, Wut
- Körperwahrnehmung: Anspannung, schneller Herzschlag, schwitzen

#### Ungünstige Schlafgewohnheiten


- Langes Wachliegen im Bett
- Unbequemes Bett
- Einschlafen bei Licht / Fernseher

In Anlehnung an das Modell der Schlaflosigkeit von Riemann & Backhaus (1996) werden den Gruppenteilnehmern Faktoren vermittelt, die sich negativ auf den Schlaf-Wach-Rhythmus auswirken. Um eine mögliche Verwirrung vorzubeugen, wird darauf verzichtet, das ausführliche Modell im Detail am Flipchart darzustellen. Die möglichen Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Faktoren und dem Schlaf sowie zwischen den Faktoren untereinander werden deshalb nicht schriftlich skizziert.



Erkennen Sie einige der Ursachen von Schlaflosigkeit bei sich wieder?

Kennen Sie von sich weitere Dinge, die Ihren Schlaf negativ beeinflussen?

	<p>Klären Sie mögliche, noch offene Fragen und ergänzen Sie mögliche weitere Punkte auf dem Flipchart.</p>
	<p><b>Kreislauf der Schlaflosigkeit</b></p> <p>Wir haben nun darüber gesprochen, dass bestimmte Gedanken, Gefühle und körperliche Wahrnehmungen einen negativen Einfluss auf unseren Schlaf haben können. Die letzten Stunden haben wir bereits über den Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und unserem Verhalten gesprochen. Dieser Zusammenhang spielt auch bei Schlafstörungen eine Rolle. Wenn wir beispielsweise im Bett liegen und darüber nachgrübeln, dass wir schon wieder nicht einschlafen können und der morgige Tag anstrengend werden wird, so führt das zu negativen Gefühlen. Vielleicht empfinden wir Angst oder Hilflosigkeit. Diese Gefühle führen wiederum dazu, dass unser Herz schneller schlägt oder wir eine innere Anspannung erleben. Und so eine innere Anspannung beeinflusst wiederum unsere Gedanken und führt möglicherweise dazu, dass wir noch mehr grübeln. Es kann sich also ein regelrechter Kreislauf entwickeln.</p> <p>Erkennen Sie eine solche oder ähnliche Entwicklung bei Ihnen wieder? Erleben Sie auch manchmal einen „Kreislauf der Schlaflosigkeit“?</p>
	<p>Skizzieren Sie einen exemplarischen Kreislauf am Flipchart an. Nutzen Sie dabei Beispiele, welche die Gruppenteilnehmer bereits im Laufe der Stunde genannt haben.</p>

Kreislauf der Schlaflosigkeit

Gedanke:

„Es ist schon so spät. Ich muss für den morgigen Tag ausgeruht sein.“

Körper:

Herz schlägt schneller, mein Atem

Gefühl:

Ärger und Hilflosigkeit



Schlafhygiene

Nun möchte ich mit Ihnen gemeinsam überlegen, wie wir aus diesem Kreislauf aussteigen können.

Was hilft Ihnen im Umgang mit Schlaflosigkeit?

Was tun Sie bereits, damit Sie zur Ruhe finden und einschlafen können?

Erarbeiten Sie mit den Gruppenteilnehmer Strategien der Schlafhygiene und schreiben Sie diese am Flipchart auf. Ergänzen Sie, wenn notwendig, noch fehlende Punkte.

### Schlaffördernde Strategien

- Vor dem Schlafengehen keine aufregenden Aktivitäten wie laute Musik, Sport etc.
- Nachmittags / abends keinen grünen Tee / schwarzen Tee / Kaffee
- Immer zur selben Zeit ins Bett gehen
- Das Bett nur zum Schlafen nutzen
- Körperliche Bewegung in den Alltag integrieren
- Ein abendliches Ritual einführen: Kräutertee trinken, Kerze anzünden, ein Buch lesen.



#### Kernaussage

Wir haben in der heutigen Stunde gelernt, dass Ursachen für Schlafstörungen schlafbehindernde Gedanken oder Gefühle sowie körperliche Aktivierung sein können. Außerdem haben wir darüber gesprochen, dass Hilfsmittel, wie stets zur selben Zeit ins Bett zu gehen, keine Aufregung vor dem Zubettgehen und ein abendliches Ritual unseren Schlaf positiv beeinflussen können.


Haben Sie zu dem was wir heute besprochen haben noch Fragen?



#### Transfer in den Alltag

Versuchen Sie bis zu unserer kommenden Stunde einmal, ein Ritual einzuführen, welches Sie jeden Abend vor dem Zubettgehen durchführen. Das kann eine Achtsamkeitsübung sein, eine Tasse Tee, die Sie sich kochen und trinken oder ein entspannender Spaziergang sein. Finden Sie ein Ritual, das für Sie gut ist.

Haben Sie zu der Übung noch Fragen?

	Teilen Sie das Handout aus.
	<p>Abschlussrunde</p> <p>Ich möchte die heutige Stunde gerne mit einer Abschlussrunde beenden. Wie geht es Ihnen nach der Stunde? Was nehmen Sie aus der Sitzung mit?</p>

## Modul 8: Stress – Psychoedukation

Inhalt und Ziele des Moduls:

In diesem Modul werden die Gruppenteilnehmer in das Konzept von Stress als Impuls für Handlungen eingeführt, wobei zwischen akutem Stress und andauernden Belastungen unterschieden wird. Auslöser für Stress werden thematisiert und die Stressreaktion auf Ebene von Gedanken, Gefühlen, Körperreaktionen und Verhaltensweisen illustriert. In Modul zwei thematisierte Postmigrationsstressoren können hier genauere Betrachtung finden. Die Teilnehmer sollen ein Verständnis für ihre individuellen Stressoren und die verschiedenen Ebenen ihres Stressgeschehens erhalten. Abschließend wird gemeinsam in der Gruppe ressourcenorientiert erarbeitet, was uns vor Stress schützen kann.

Anmerkungen für den Therapeuten:

Im Rahmen einer Migration sind Menschen in den verschiedenen Phasen des Migrationsprozesses mit zahlreichen belastenden Situationen konfrontiert. Diesen Ereignissen ist häufig gemeinsam, dass sie neu oder unvertraut, kaum beeinflussbar oder vorhersehbar sind, subjektiv bedeutsame Lebensbereiche betreffen und damit die objektiven Situationsmerkmale für eine stressauslösende Situation erfüllen (Kaluza, 2015). Von Geflüchteten erlebte Stressoren können vor der Migration, während des Migrationsaktes oder nach der Ankunft im Aufnahmeland auftreten und auf Makroebene (z.B. Krieg, politische Verfolgung, Mangel an gesundheitlicher Versorgung), Mesoebene (z.B. Trennung von Familienmitgliedern, Verlassen des Heimatortes) oder personaler Ebene (z.B. finanzielle Probleme, Arbeitslosigkeit) vorliegen (Lindert, Glaesmer & Brähler, 2011). Während des Migrationsaktes selbst, dem Verlassen der Heimatkultur und dem Übergang in die Kultur des Aufnahmelandes, stellen insbesondere körperliche und physikalische Stressoren (Hunger, Schmerzen, Kälte etc.) Herausforderungen dar. Nach Ankunft im Aufnahmeland gewinnen zunehmend soziale und leistungsbezogene Stressoren an Bedeutung.

## Modul 8: Stress - Psychoedukation

Benötigte Materialien:

- Flipchart
- Stifte



Flipcharts:

- Auslöser für Stress, die Stressreaktion und Schutz vor Stress




Was löst in mir Stress aus?



Wie reagiere ich, wenn ich Stress habe?

Was schützt mich vor Stress?

	<p style="text-align: center;"><b>Begrüßung und Blitzlicht</b></p> <p>Ich begrüße Sie zu unserer heutigen Gruppensitzung.</p> <p>Ich möchte unsere heutige Stunde gerne wieder mit einem Blitzlicht beginnen, um zu erfahren, wie Sie heute in die Stunde kommen.</p> <p>Wie kommen Sie heute in der Stunde an?</p> <p>Haben Sie heute gut hergefunden?</p>
	<p>Achten Sie auf die zeitliche Begrenzung und unterstützen Sie die Teilnehmer bei Unsicherheiten.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Achtsamkeitsübung</b></p> <p>Bevor wir mit den Inhalten der heutigen Stunde beginnen möchte ich gerne wieder eine Achtsamkeitsübung mit Ihnen durchführen. Sie kennen die Übung bereits aus den vergangenen Stunden.</p> <p>Ich lade Sie ein eine achtsame Körperhaltung einzunehmen. Ihre Füße stehen dabei fest auf dem Boden. Ich lade Sie ein eine angenehm aufrechte Körperhaltung einzunehmen. Wenn Sie mögen, dann können Sie die Augen schließen oder einen festen Punkt auf dem Boden fixieren. Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit nun Ihrem Atem zu. Nehmen Sie wahr, wie Ihr Atem in Ihren Körper hineinströmt und wie er wieder aus Ihrem Körper herausströmt. Beobachten Sie, wo Sie Ihren Atem spüren. Vielleicht in der Nase? Oder im Mund? Vielleicht nehmen Sie ihn auch in Ihrem Brust oder in Ihrem Bauch wahr. Finden Sie den Punkt, an dem Sie Ihren Atem am Deutlichsten wahrnehmen.</p> <p>Wenn zwischendurch Gedanken oder Gefühle auftauchen so ist das ok. Nehmen Sie diese Gedanken oder Gefühle achtsam wahr und lassen Sie sie dann</p>



	<p>weiterziehen, wie Wolken am Himmel. Kehren Sie dann mit Ihrer Aufmerksamkeit wieder zurück zu Ihrem Atem. Nehmen Sie noch drei bewusste Atemzüge.</p> <p>Nehmen Sie dann langsam wieder die Geräusche im Raum um Sie herum wahr, öffnen Sie die Augen und beenden Sie die Übung.</p>
	<p><b>Wiederholung</b></p> <p>In der vergangenen Stunde haben wir über den Schlaf-Wach-Rhythmus und über Schlafstörungen gesprochen. Ursachen für Störungen des Schlafes können beispielsweise schlafbehindernde Gedanken oder Gefühle und körperliche Aktivierung sein. Wir haben Strategien erarbeitet, die einen geregelten Schlaf fördern können. Eine Möglichkeit einen gesunden Schlaf zu fördern ist ein abendliches Ritual, beispielsweise in Form einer Tasse Tee, einer Achtsamkeitsübung oder eines Spaziergangs.</p>
	<p><b>Besprechung der praktischen Übung</b></p> <p>In den vergangenen Tagen sollten Sie deshalb einmal versuchen, ein abendliches Ritual einzuführen, welches Sie jeden Abend vor dem Zubettgehen durchführen.</p> <p>Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?</p>
	<p>Holen Sie Rückmeldungen der Teilnehmer über die Übung ein.</p>
	<p><b>Einstieg in das Thema</b></p> <p>Heute möchte ich mit Ihnen gerne über das Thema Stress sprechen. Wir werden darüber sprechen, was in Ihnen Stress auslöst und wie Sie dann reagieren. Wir werden auch darüber sprechen, was Sie vor Stress schützt. Wir werden das Thema Stress in den zwei folgenden Stunden fortführen.</p>

	<p style="text-align: center;"><b>Definition und Funktion von Stress</b></p> <p>Wir erleben Stress dann, wenn wir denken, dass wir mit einer bedrohlichen Situation nicht richtig umgehen können. Sie alle haben während Ihrer Reise nach Deutschland viele akute Momente des Stresses erlebt. Wenn wir Stress erleben, dann werden in unserem Körper kurzfristig Energien freigesetzt. Diese Energien helfen uns die Stresssituation zu bewältigen. Kurzfristiger Stress ist an sich also etwas Funktionales. Bei andauernder Belastung, wenn Stress also überdauert, kann er jedoch zu Leid führen.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Stressoren</b></p> <p>Ich möchte gerne von Ihnen wissen, was bei ihnen Stress auslöst. Wann erleben Sie in Ihrem Alltag Stress? Welche Situationen können bei Ihnen Stress auslösen?</p> <hr/> <p>Sammeln Sie mit den Teilnehmern am Flipchart stressauslösende Situationen oder Ereignisse. Mögliche Punkte, die genannt werden können:</p> <div style="text-align: center; background-color: #f0f0f0; padding: 10px;"><p><u>Was löst in mir Stress aus?</u></p><ul style="list-style-type: none"><li>- Meine ungewisse Zukunft</li><li>- Meine geringen Deutschkenntnisse</li><li>- Streit mit meinem Ehemann / meiner Ehefrau</li><li>- Erinnerungen an Erlebnisse in meinem Heimatland</li></ul></div>



### Stressreaktion

Wir haben nun gesehen, dass ganz unterschiedliche Dinge Stress auslösen können.

Wie reagieren Sie, wenn Sie Stress haben?

Welche Gedanken gehen Ihnen durch den Kopf?

Welche Gefühle haben Sie, wenn Sie Stress erleben?

Bemerken Sie den Stress in Ihrem Körper?

Wie verhalten Sie sich, wenn Sie Stress haben?

Erarbeiten Sie am Flipchart die Stressreaktionen der Teilnehmer. Falls dabei Verhaltensweisen genannt werden, die einen dissoziativen Charakter vermuten lassen („ich erstarre dann“, „ich kann mich nicht mehr bewegen“, „ich kann mich an nichts mehr erinnern“), kann psychoedukativ die Funktion von Dissoziationen vermittelt werden. Im Rahmen des Moduls soll dabei nicht ausführlich auf Dissoziationen als mögliche Folge von traumatischem Erleben eingegangen werden. Dissoziation soll hier eher im Rahmen einer extremen Reaktion auf eine Stressreaktion eingeordnet werden.

Folgende Punkte können möglicherweise genannt werden:

Wie reagiere ich, wenn ich Stress erlebe?

- Gedanken: „Das schaffe ich nie“,
- Gefühle: Angst, Wut, Hilflosigkeit
- Körper: Schwitzen, Herzklopfen, flache Atmung, Zittern
- Verhalten: ich werde laut, ich erstarre, ich laufe weg



### Schutz vor Stress

Wir sehen also, dass wir auf Stress mit Gedanken, Gefühlen und körperlichen Veränderungen reagieren und dass wir uns unter Stress auf eine bestimmte Art und Weise verhalten.

Wir haben bereits besprochen, dass Stress uns kurzfristig hilft, Situationen zu bewältigen. Langfristig kann Stress jedoch auch krankmachen. Deshalb ist es wichtig zu wissen, was vor Stress schützt.

Was tut Ihnen gut, wenn Sie Stress erleben?

Was schützt Sie vor Stress?

Erarbeiten Sie gemeinsam mit den Teilnehmern, was vor Stress schützt. Folgende Punkte können genannt oder ggf. ergänzt werden:

#### Das schützt mich vor Stress

- Meine Familie, meine Kinder
- Mich auf meine Ziele konzentrieren
- Sport
- Mir bewusstmachen, was ich alles schon geschafft habe
- Unterstützung durch Freunde
- Die Akzeptanz der momentanen Situation



### Stressbewältigung in Form von Entspannung

Sie haben nun tolle Dinge genannt, die Sie vor Stress schützen. Eine weitere Möglichkeit, um Stress zu reduzieren, kann eine Entspannungsübung sein. Deshalb möchte ich nun mit Ihnen eine solche Übung durchführen. In den kommenden Stunden werden wir über weitere Möglichkeiten im Umgang mit Stress sprechen.

Leiten Sie die Entspannungsübung an.

Ich lade Sie ein eine entspannte Körperhaltung einzunehmen.

Überprüfen Sie noch einmal, ob Sie an Ihrer Position noch etwas verändern möchten. Wenn Sie mögen, dann können Sie für die Übung Ihre Augen schließen. Sie können auch einen Punkt auf dem Boden fixieren.

Wenn Sie für sich eine angenehme Sitzposition gefunden haben, dann lade ich Sie eine Ihre Aufmerksamkeit Ihrem Atem zuzuwenden.

Nehmen Sie wahr, wie Ihr Atem sanft in Ihren Körper hineinströmt, wie er dort für einen Moment verweilt, und wie er dann wieder aus Ihrem Körper herausfließt.

Stellen Sie sich vor, Sie gehen an einem warmen Sommerweg einen weichen, erdigen Weg entlang. Sie fühlen den weichen Boden unter Ihren Füßen.

Der Boden trägt Sie mit jedem Schritt weich und sicher.

Am Wegesrand sehen Sie unterschiedliche blühende Pflanzen. Nehmen Sie die Farbe der Blumen wahr. Vielleicht haben Sie das Bedürfnis kurz zu verweilen und die Blumen in Ruhe zu betrachten.




Nehmen Sie die frische, klare Luft wahr. Nehmen Sie diese frische, Kraft spendende Luft in sich auf. Nehmen Sie wahr, wie diese Luft Sie mit Energie versorgt.

Nehmen Sie die Sonne auf Ihrem Gesicht wahr, während Sie den Weg langsam weitergehen. Die Sonnenstrahlen wärmen sanft Ihr Gesicht.

Sie richten Ihren Blick leicht nach oben und sehen den klaren blauen Himmel. Ein paar kleine Wolken ziehen sanft vorüber. Ein leichter Windhauch streicht durch Ihr Haar. Sie fühlen sich wohl und geborgen.

Genießen Sie diesen Moment noch, so lange Sie mögen.

Kehren Sie dann langsam, Schritt für Schritt, zurück ins Hier und Jetzt. Nehmen Sie den Stuhl unter sich wahr. Spüren Sie den Boden und Ihren Füßen und

	beenden Sie für sich die Übung.
	<p><b>Kernaussage</b></p> <p>Wir haben nun gesehen, dass ganz verschiedene Dinge Stress auslösen und dass wir auf Stress mit bestimmten Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen reagieren. Wir haben auch über Dinge gesprochen, die uns vor Stress schützen.</p>
	<p><b>Transfer in den Alltag</b></p> <p>Achtsamkeits- und Entspannungsübungen, wie wir sie in der heutigen Stunde durchgeführt haben, können hilfreich sein, um mit akutem Stress umzugehen. Indem wir unsere Aufmerksamkeit in Momenten von Stress auf ein bestimmtes Objekt zuwenden oder eine Phantasiereise machen, können wir eine körperliche Entspannung herbeiführen und unsere Stressreaktion abschwächen.</p> <p>Ich möchte Sie bis zu unserer nächsten Stunde deshalb bitten, eine der beiden Achtsamkeitsübungen, die wir in den bisherigen Stunden gemeinsam geübt haben, täglich durchzuführen. Betrachten Sie entweder achtsam einen Gegenstand oder nehmen Sie Ihren Atem achtsam wahr. Sie können sich gerne die Übung aussuchen, mit der sie sich wohler fühlen. Sie können auch die Phantasiereise, die wir am Ende der heutigen Stunde gemacht haben für sich üben. Ich freue mich in der kommenden Stunde von Ihren Erfahrungen zu hören.</p>
	Teilen Sie das Handout aus.
	<p><b>Abschlussrunde</b></p> <p>Ich möchte die heutige Stunde gerne mit einer Abschlussrunde beenden. Wie geht es Ihnen nach der Stunde? Was nehmen Sie aus der Sitzung mit?</p>

## Modul 9: Stress – Bewältigungskompetenzen erlernen

Inhalt und Ziele des Moduls:

In diesem Modul sollen anhand praktischer Beispiele kurz- und langfristige Stressbewältigungskompetenzen vermittelt werden. Die Teilnehmer sollen erlernen akuten Stress in Belastungssituationen mit Hilfe einer Ablenkung über die fünf Sinne zu bewältigen. Anschließend sollen in einem interaktiven Austausch Möglichkeiten zur langfristigen Reduktion von Stress erarbeitet werden.

Benötigte Materialien:

- Flipchart
- Stifte
- Skills (z.B. Duftöle, Igelbälle, Gummibänder, Pfefferminzbonbons etc.)

Flipcharts:

- Wege im Umgang mit Stress (wird in der Stunde erarbeitet)



Mit den Sinnen beruhigen





- Hören: Musik hören, 5 Dinge benennen, die ich höre, Naturgeräusche, Singen
- Fühlen: Kühlpack, weiches Kissen,
- Schmecken: Zitrone, Tee, Pfefferminzbonbon, in etwas Scharfes beißen
- Sehen: schönes Foto, Natur betrachten, in den Himmel schauen, Lieblingsfilm ansehen
- Riechen: Duftöl, Duftkerze, Lieblingsparfum, frisch gewaschene Kleidung





Stress langfristig reduzieren

- Um Hilfe bitten
- Pausen machen
- Mit einer vertrauten Person sprechen
- Jeden Tag eine schöne Sache einplanen
- Mir etwas Gutes tun
- Realistische Ziele setzen

	<p style="text-align: center;"><b>Begrüßung und Blitzlicht</b></p> <p>Ich begrüße Sie zu unserer heutigen Gruppensitzung.</p> <p>Ich möchte unsere heutige Stunde gerne wieder mit einem Blitzlicht beginnen, um zu erfahren, wie Sie heute in die Stunde kommen.</p> <p>Wie kommen Sie heute in der Stunde an?</p> <p>Haben Sie heute gut hergefunden?</p>
	<p>Achten Sie auf die zeitliche Begrenzung und unterstützen Sie die Teilnehmer bei Unsicherheiten.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Achtsamkeitsübung</b></p> <p>Bevor wir mit den Inhalten der heutigen Stunde beginnen, möchte ich gerne wieder eine Achtsamkeitsübung mit Ihnen durchführen.</p> <p>Ich lade Sie ein eine achtsame Körperhaltung einzunehmen. Ihre Füße stehen dabei fest auf dem Boden. Ich lade Sie ein eine angenehm aufrechte Körperhaltung einzunehmen. Wenn Sie mögen, dann können Sie die Augen schließen oder einen festen Punkt auf dem Boden fixieren. Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit nun Ihrem Atem zu. Nehmen Sie wahr, wie Ihr Atem in Ihren Körper hineinströmt und wie er wieder aus Ihrem Körper herausströmt. Beobachten Sie, wo Sie Ihren Atem spüren. Vielleicht in der Nase? Oder im Mund? Vielleicht nehmen Sie ihn auch in Ihrem Brust oder in Ihrem Bauch wahr. Finden Sie den Punkt, an dem Sie Ihren Atem am Deutlichsten wahrnehmen.</p> <p>Wenn zwischendurch Gedanken oder Gefühle auftauchen so ist das ok. Nehmen Sie diese Gedanken oder Gefühle achtsam wahr und lassen Sie sie dann weiterziehen, wie Wolken am Himmel. Kehren Sie dann mit Ihrer Aufmerksamkeit wieder zurück zu Ihrem Atem. Nehmen Sie noch drei bewusste Atemzüge.</p>

	Nehmen Sie dann langsam wieder die Geräusche im Raum um Sie herum wahr, öffnen Sie die Augen und beenden Sie die Übung.
	<p style="text-align: center;"><b>Wiederholung</b></p> <p>In der vergangenen Stunde haben wir über das Thema Stress gesprochen. und gesagt, dass Stress dann entsteht, wenn wir mit Anforderungen konfrontiert werden, für die unsere normalen Bewältigungsmechanismen möglicherweise nicht ausreichen. Wir haben über Dinge gesprochen, die Stress auslösen und darüber gesprochen, wie Sie bei Stress reagieren.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Nachbesprechung der Übung</b></p> <p>Als Übung sollten Sie Zuhause eine der beiden Achtsamkeitsübungen, die wir in den bisherigen Stunden durchgeführt haben, täglich Zuhause üben. Wie ist es Ihnen damit ergangen?</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Holen Sie Rückmeldungen der Teilnehmer über die Aufgabe ein.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Einstieg in das Thema</b></p> <p>Ich möchte in der heutigen Stunde gerne das Thema Stress mit Ihnen fortsetzen und darüber sprechen, wie wir mit Stress umgehen können. Haben Sie schon Strategien im Umgang mit Stress? Kennen Sie hilfreiche Strategien, wie Sie in Ihrem Alltag mit Stress umgehen?</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Offener Austausch</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Stressbewältigungskompetenzen</b></p> <p>Mit Stress kann man auf verschiedene Art und Weise umgehen. Dabei kann man zwischen kurz- und langfristigen Strategien unterscheiden. Kurzfristige Strategien helfen uns mit dem Stress umzugehen, wenn dieser ganz akut ist. Langfristige Strategien helfen uns dabei, Stress auch in Zukunft zu reduzieren.</p>

	<p>Ich möchte nun gerne zunächst mit Ihnen überlegen, wie wir kurzfristig mit Stress umgehen können.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Kurzfristige Stressbewältigung</b></p> <p>In Situationen, in denen wir akuten Stress erleben sind wir häufig sehr angespannt. Es fällt uns dann häufig schwer einen klaren Gedanken zu fassen. Bevor wir nach einer Lösung für die Situation suchen ist es deshalb wichtig, dass wir den akuten Stress zunächst einmal reduzieren. Dass wir also gewissermaßen „abkühlen“.</p> <p>Eine gute Möglichkeit sich zu beruhigen stellen unsere fünf Sinne dar. Indem wir uns auf das konzentrieren was wir hören, fühlen, schmecken, sehen oder riechen können wir unsere Aufmerksamkeit hin zu unseren Sinnen und weg von unserem Stressgeschehen lenken. Wir können uns so kurzfristig beruhigen, um uns anschließend mit mehr Ruhe und klarem Kopf der Situation zuzuwenden.</p> <p>Indem wir beispielsweise eine angenehme Musik hören, können wir uns über das Hören beruhigen.</p> <p>Indem wir etwas kühles fühlen, wie beispielsweise ein Kühlpack, können wir uns über das Fühlen beruhigen.</p> <p>Indem wir etwas Saures schmecken, beispielsweise eine Zitrone, können wir uns über das Schmecken beruhigen.</p> <p>Indem wir ein angenehmes Foto anschauen, können wir uns beispielsweise über das Sehen beruhigen.</p> <p>Indem wir an einem starken Duft, beispielsweise einem Duftöl, schnuppern können wir uns beispielsweise über das Riechen beruhigen.</p> <hr/> <p>Stellen Sie den Teilnehmer erste Möglichkeiten vor, um sich mit Hilfe der fünf Sinne zu beruhigen. Falls Sie Skills wie Gummibänder, Igelbälle, Chilischoten, Duftöl haben, dann können Sie die Teilnehmer einladen die mitgebrachten Skills auszuprobieren.</p>

	<p style="text-align: center;"><u>Mit den Sinnen beruhigen</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hören: Musik hören</li><li>- Fühlen: Kühlpack</li><li>- Schmecken: Zitrone</li><li>- Sehen: schönes Foto</li><li>- Riechen: Duftöl</li></ul>
	<p style="text-align: center;">Beruhigen mit den fünf Sinnen</p> <p>Haben Sie weitere Ideen, wie wir uns mit Hilfe der fünf Sinne beruhigen können?</p>
	<p>Ergänzen Sie weitere Beiträge am Flipchart. Mögliche Punkte, die genannt oder ergänzt werden können:</p>

### Mit den Sinnen beruhigen

- Hören: Musik hören, 5 Dinge benennen, die ich höre, Naturgeräusche, Singen
- Fühlen: Kühlpack, weiches Kissen
- Schmecken: Zitrone, Tee, Pfefferminzbonbon, in etwas Scharfes beißen
- Sehen: schönes Foto, Natur betrachten, in den Himmel schauen, Lieblingsfilm ansehen
- Riechen: Duftöl, Duftkerze, Lieblingsparfum, frisch gewaschene Kleidung



### Akzeptanz als Bewältigungsstrategie

Eine weitere Strategie, die im Umgang mit Stress hilfreich sein kann, ist die Strategie der Akzeptanz. Sie kann uns in Situationen helfen, die wir nicht beeinflussen und nicht ändern können. Unter Akzeptanz versteht man, dass wir das erlebte Leid ertragen, ohne zu versuchen es zu ändern.

Das bedeutet nicht, dass wir die Situation gut so finden wie sie ist.


Es bedeutet auch nicht, dass wir alles hinnehmen.




Es bedeutet, dass wir die Situation vorübergehend so tolerieren, wie sie ist.

Es bedeutet vielmehr zu erkennen, dass wir jetzt nichts ändern können.

Manchmal hilft es uns eine Situation erst zu akzeptieren, bevor wir eine Lösung dafür finden können.

Könnte die Strategie der Akzeptanz etwas sein, was für Sie im Umgang mit Stress hilfreich ist?

	Haben Sie schon einmal Erfahrungen mit der Strategie der Akzeptanz gemacht?
	Führen Sie die Gruppenteilnehmer behutsam an das Konzept der Akzeptanz heran. Dabei ist es wichtig, den Teilnehmern nicht zu vermitteln, dass sie sich ihrem Schicksal fügen sollten. Das akzeptieren von Leid soll vielmehr als Stresstoleranzstrategie betrachtet werden, mit welcher die Schwelle, ab der sich Ereignisse auf das emotionale Erleben auswirken, erhöht werden kann.
	<p><b>Langfristige Stressbewältigung</b></p> <p>Neben Strategien, um Stress kurzfristig zu reduzieren ist es wichtig, dass wir auch schauen, ob wir unseren Stress langfristig reduzieren müssen und wie wir das tun können.</p> <p>Welche Möglichkeiten kennen Sie, um Stress langfristig zu reduzieren?</p>
	<p>Erarbeiten Sie am Flipchart mögliche Strategien zur langfristigen Reduktion von Stress. Mögliche Punkte, die genannt oder gegebenenfalls ergänzt werden können:</p> <p style="text-align: center;"><u>Stress langfristig reduzieren</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Um Hilfe bitten</li><li>- Pausen machen</li><li>- Mit einer vertrauten Person sprechen</li><li>- Jeden Tag eine schöne Sache einplanen</li><li>- Mir etwas Gutes tun</li><li>- Realistische Ziele setzen</li></ul>

	<p style="text-align: center;"><b>Kernaussage</b></p> <p>Wir haben heute darüber gesprochen, dass es verschiedene Strategien gibt, um Stress kurz- und langfristig zu reduzieren. Kurzfristig können wir uns beispielsweise mit Hilfe unserer Sinne ablenken. Langfristig können wir beispielsweise um Hilfe bitten oder jeden Tag eine schöne Sache einplanen.</p>
	<p> Klären Sie mögliche, noch offene Fragen.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Transfer in den Alltag</b></p> <p>Bis zu unserer kommenden Sitzung bitte ich Sie, in Ihrem Alltag einmal bewusst auszuprobieren, was Sie tun können, um mit Stress umzugehen. Vielleicht haben Sie Lust, einmal einige der heute genannten Strategien auszuprobieren. Es können Strategien sein, um Stress ganz akut zu reduzieren. Es können auch Strategien sein, um Ihr Stressniveau langfristig zu reduzieren.</p>
	<p>Teilen Sie das Handout aus.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Abschlussrunde</b></p> <p>Ich möchte die heutige Stunde gerne mit einer Abschlussrunde beenden. Wie geht es Ihnen nach der Stunde? Was nehmen Sie aus der Sitzung mit?</p>



## Modul 10: Stress – Entspannung erlernen

Inhalte und Ziele des Moduls:

In diesem Modul sollen die Gruppenteilnehmer für die Bedeutung der Balance zwischen Belastung und Entspannung im Alltag sensibilisiert werden. Möglichkeiten der „aktiven“ und „passiven“ Entspannung werden erarbeitet. Die Gruppenteilnehmer sollen ein Verständnis für mögliche Schwierigkeiten in der Umsetzung von erholungs- und entspannungsfördernden Aktivitäten erhalten.

Benötigte Materialien:

- Flipcharts
- Stifte
- Gegenstände für eine Übung zum achtsamen Riechen (z.B. Blumen, Duftöle, Gewürze, frische Minze, Tannenzapfen)

Flipcharts:

- Wechsel zwischen Belastung und Erholung (vorbereitet)
- Möglichkeiten der Entspannung (wird in der Stunde erarbeitet)
- Mögliche Schwierigkeiten im Umgang mit Entspannung (wird in der Stunde erarbeitet)

## Wechsel zwischen Belastung und Erholung



Belastung

Erholung

## Möglichkeiten der Entspannung

### „Aktive“ Entspannung

- Sport
- Spaziergehen
- Mit Freunden treffen
- Einen Stadtbummel machen

### „Passive“ Entspannung

- Lieblingsmusik hören
- Lesen
- Eine Tasse Tee / Kaffee Trinken
- Einen Film schauen

Mögliche Schwierigkeiten im Umgang mit Entspannung

- „Ich habe immer noch so viele Probleme, da kann ich mich nicht entspannen“
- Lärm, Ablenkung (z.B. in Gemeinschaftsunterkunft / kleiner Wohnung)
- „Keine Zeit“ (aufgrund von Arbeit, Deutschkurs, Haushalt)
- „Ich darf mich nicht erholen“, „Ich muss für meine Familie / Kinder da sein“, „Ich darf nicht untätig sein“
- „Ich mache mir Sorgen um meine Familie im Heimatland, da kann ich mich nicht entspannen“
- „Auch wenn ich versuche mich zu entspannen kreisen meine Gedanken um meine Probleme und Sorgen“



### Begrüßung und Blitzlicht

Ich begrüße Sie zu unserer heutigen Gruppensitzung.

Ich möchte unsere Stunde wie immer mit einem Blitzlicht beginnen, um zu erfahren, wie Sie heute in die Gruppe kommen.

Wie kommen Sie heute in unserer Stunde an?

Haben Sie heute gut hergefunden?

---

Achten Sie auf die zeitliche Begrenzung und unterstützen Sie die Teilnehmer bei Unsicherheiten.



### Achtsamkeitsübung

Auch heute möchte ich die Gruppe wieder mit einer Achtsamkeitsübung beginnen. Nachdem wir in den vergangenen Stunden Übungen zum achtsamen Atmen gemacht haben, möchte ich Ihnen heute eine neue Achtsamkeitsübung zeigen.

Ich lade Sie ein sich einen Gegenstand zu nehmen.

Nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um eine angenehme Position zu finden. Wenn Sie mögen, dann können Sie Ihre Augen schließen. Ansonsten fixieren Sie einen festen Punkt auf dem Boden vor Ihnen.

Führen Sie den Gegenstand zu Ihrer Nase, bis Sie den Duft des Gegenstandes wahrnehmen.

Wie wirkt der Duft auf Sie?

Ist stark oder schwach?

Ist der Duft süß? Fruchtig? Würzig? Stechend?





Löst der Duft Gedanken oder Gefühle bei Ihnen aus?

Beobachten Sie die Gedanken oder Gefühle, ohne sie zu bewerten.

Nähern Sie sich einmal der Duftquelle und entfernen Sie sich wieder von ihr.

Wie verändert sich der Duft dadurch?

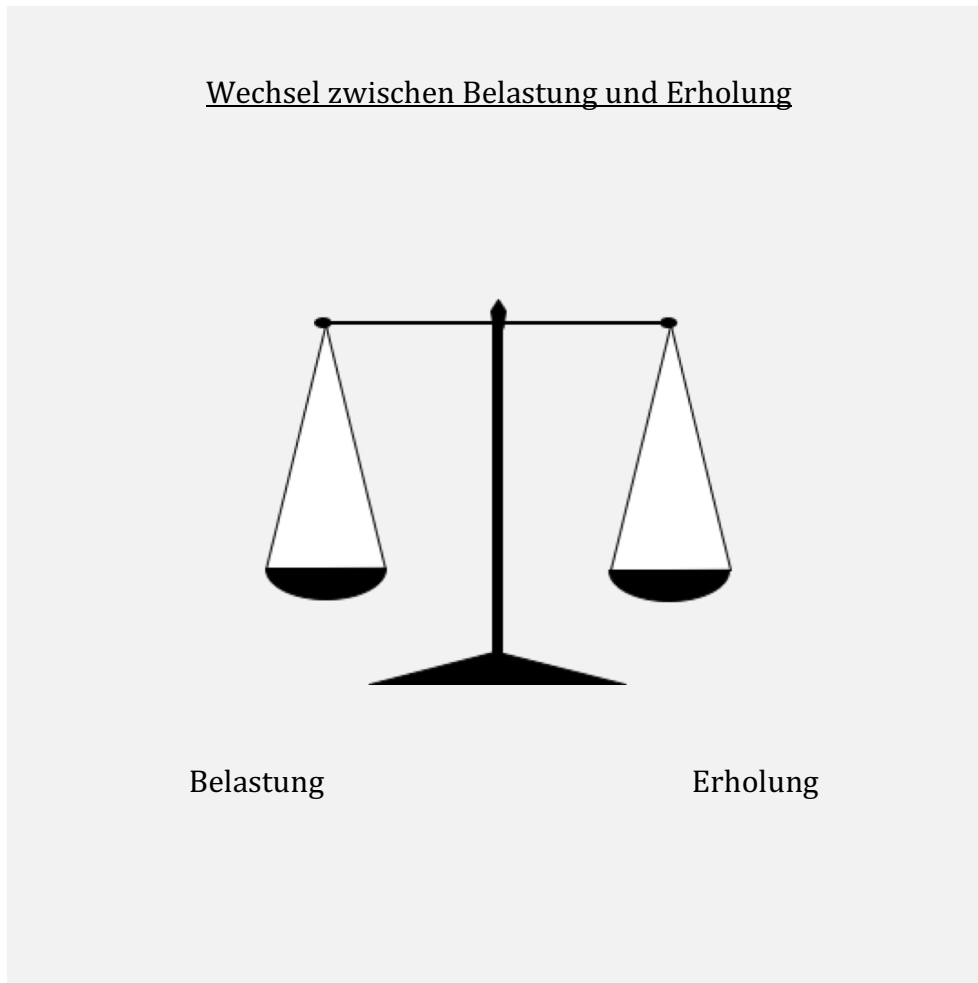
Dann nehmen Sie noch einmal drei bewusste Atemzüge. Öffnen Sie wieder die

	Augen und beenden Sie die Übung für sich.
	Die Übung kann alternativ mit Blumen, Duftölen, Gewürzen, frischer Minze, Tannenzapfen etc. durchgeführt werden.
	<p style="text-align: center;"><b>Wiederholung</b></p> <p>In unserer letzten Sitzung haben wir darüber gesprochen, wie wir mit Stress umgehen können. Wir haben erarbeitet, dass wir und in akuten Stresssituationen über unsere Sinne beruhigen können. Wir haben auch darüber gesprochen, wie wir Stress langfristig reduzieren können.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Nachbesprechung der Übung</b></p> <p>Als Übung konnten Sie Zuhause einmal verschiedene Strategien ausprobieren, um Stress kurzfristig oder langfristig zu reduzieren.</p> <p>Wie ist es Ihnen mit der Übung ergangen?</p>
	Holen Sie von den Teilnehmern Rückmeldungen zur Übung ein.
	<p style="text-align: center;"><b>Einstieg in das Thema</b></p> <p>In unserer heutigen Stunde möchte ich mit Ihnen über ein wichtiges Thema im Bereich Stress sprechen. Ich möchte mit Ihnen über das Thema Entspannung und Erholung sprechen. Wir werden uns darüber austauschen, welche Möglichkeiten der Entspannung es gibt und warum es manchmal gar nicht so leicht ist, im Alltag Erholung zu finden.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Belastung und Entspannung</b></p> <p>Der Wechsel zwischen Aktivität und Passivität, zwischen Anspannung und Entspannung ist ein Merkmal zahlreicher Prozesse in unserem Körper. Unser Herzmuskel zieht sich beispielsweise viele Male am Tag zusammen, um sich kurz darauf zu entspannen. Ebenso öffnet sich unsere Lunge bei jedem Atemzug, um kurz darauf zu kontrahieren, sich also zusammen zu ziehen. Das eine kann nur existieren, weil das andere ebenso da ist. Ebenso verhält es sich mit Anstrengung und Entspannung. Für Anstrengung benötigen wir Energie. Wenn wir uns</p>

entspannen, füllen wir unsere Energiereserven auf und sind dann wieder bereit, um uns neuen Anstrengungen zuzuwenden.

Man kann den Wechsel von Anstrengung und Balance mit einer Waage vergleichen. Anstrengungen auf der einen Seite der Waage müssen mit entspannenden, erholsamen Tätigkeiten ausgeglichen werden. Sonst gerät die Waage in Schiefelage.


Vedeutlichen Sie den Zusammenhang zwischen Anstrengung und Regeration anhand des Flipcharts.



### Formen der Entspannung

Es gibt verschiedene Möglichkeiten sich zu Entspannen. Einige Arten der Entspannung sind aktivitätssteigernd, wie beispielsweise Sport. Andere Arten der Entspannung sind aktivitätsreduzierend, wie beispielsweise ein Mittagsschlaf.

Wie erholen Sie sich?

	<p>Was ist für Sie entspannend?</p> <p>Ich möchte mit Ihnen gerne einmal Beispiele und Ideen sammeln. Wir werden die verschiedenen Beispiele den beiden Kategorien zuordnen.</p>				
	<p>Sammeln Sie die Beispiele der Teilnehmer am Flipchart. Es ist möglich, dass ein Beispiel je nach Teilnehmer unterschiedlichen Kategorien zugeordnet wird (z.B. Spaziergehen als aktivierende oder aktivitätsreduzierende Tätigkeit). Einige Beispiele, die möglicherweise genannt werden können:</p> <div style="text-align: center; background-color: #f0f0f0; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p><u>Möglichkeiten der Entspannung</u></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;"><u>„Aktive“ Entspannung</u></td> <td style="text-align: center; width: 50%;"><u>„Passive“ Entspannung</u></td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sport</li> <li>- Spaziergehen</li> <li>- Mit Freunden treffen</li> <li>- Einen Stadtbummel machen</li> </ul> </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lieblingsmusik hören</li> <li>- Lesen</li> <li>- Einen Film schauen</li> <li>- Eine Tasse Tee / Kaffee Trinken</li> </ul> </td> </tr> </table> </div>	<u>„Aktive“ Entspannung</u>	<u>„Passive“ Entspannung</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sport</li> <li>- Spaziergehen</li> <li>- Mit Freunden treffen</li> <li>- Einen Stadtbummel machen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lieblingsmusik hören</li> <li>- Lesen</li> <li>- Einen Film schauen</li> <li>- Eine Tasse Tee / Kaffee Trinken</li> </ul>
<u>„Aktive“ Entspannung</u>	<u>„Passive“ Entspannung</u>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sport</li> <li>- Spaziergehen</li> <li>- Mit Freunden treffen</li> <li>- Einen Stadtbummel machen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lieblingsmusik hören</li> <li>- Lesen</li> <li>- Einen Film schauen</li> <li>- Eine Tasse Tee / Kaffee Trinken</li> </ul>				
	<div style="text-align: center; background-color: #f0f0f0; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>„Erholungsbarrieren“</p> </div> <p>Gelingt es Ihnen in Ihrem Alltag sich zu entspannen?</p> <p>Warum ist es manchmal schwer, im Alltag Entspannung zu finden?</p> <p>Welche „Entspannungsbarrieren“ halten uns davon ab, uns zu erholen, wenn wir es bräuchten?</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Sammeln Sie mit den Teilnehmern „Erholungsbarrieren“ am Flipchart. Folgende Punkte können genannt oder gegebenenfalls ergänzt werden.</p>				

Mögliche Schwierigkeiten im Umgang mit Entspannung

- „Ich habe immer noch so viele Probleme, da kann ich mich nicht entspannen“
- Lärm, Ablenkung (z.B. in Gemeinschaftsunterkunft / kleiner Wohnung)
- „Keine Zeit“ (aufgrund von Arbeit, Deutschkurs, Haushalt)
- „Ich darf mich nicht erholen“, „Ich muss für meine Familie / Kinder da sein“, „Ich darf nicht untätig sein“
- „Ich mache mir Sorgen um meine Familie im Heimatland, da kann ich mich nicht entspannen“
- „Auch wenn ich versuche mich zu entspannen kreisen meine Gedanken um meine Probleme und Sorgen“



Kernaussage

Wir haben heute über verschiedene Möglichkeiten der Entspannung gesprochen. Wir haben gesehen, dass Entspannung aktivitätssteigernd oder aktivitätsreduzierend sein können. Wir haben auch über mögliche Schwierigkeiten bei der Durchführung von entspannenden Tätigkeiten gesprochen.

Haben Sie zu den Inhalten der heutigen Stunde noch Fragen?


Klären Sie mögliche, noch offene Fragen.



Transfer in den Alltag

Bis zu unserer kommenden Stunde möchte ich Sie bitten einmal bewusst auf den Wechsel von Belastung und Entspannung in Ihrem Alltag zu achten. In welchen Momenten sehnen Sie sich nach Entspannung? Wie können Sie für sich in diesen Situationen Entspannung erzielen. Welche „Erholungsbarrieren“ nehmen Sie möglicherweise wahr? Sie müssen sich dafür nichts notieren. Wir werden in der



	<p>kommenden Stunde darüber sprechen, welche Erfahrungen Sie gemacht haben. Haben Sie zu der Übung noch Fragen?</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
	<p>Teilen Sie das Handout aus.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Abschlussrunde</b></p> <p>Ich möchte die heutige Stunde gerne mit einer Abschlussrunde beenden. Wie geht es Ihnen nach der Stunde? Was nehmen Sie aus der Sitzung mit?</p>

## Modul 11: Gefühle –Wegweiser für unser Verhalten

Inhalt und Ziele des Moduls:

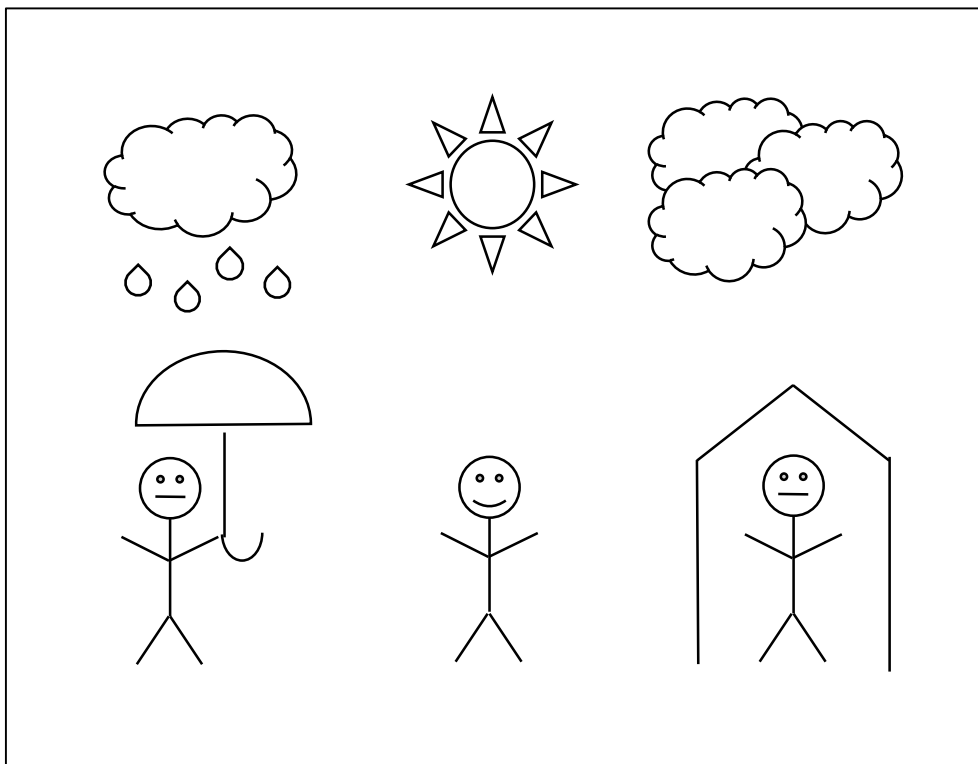
In diesem Modul soll die Fähigkeit zur emotionalen Differenzierung und die Achtsamkeit für das eigene emotionale Erleben gefördert werden. Die Gruppenteilnehmer sollen mittels theoretischer Inhalte und praktischer Übungen lernen, eigene Gefühle wahrzunehmen und zu benennen. Der Zusammenhang zwischen Gefühlen und Handlungstendenzen soll vermittelt werden. Gemeinsam werden mit den Gruppenteilnehmern Emotionen erarbeitet, die während des Prozesses der Migration erlebt wurden. Die Akzeptanz für das Erleben negativer Emotionen soll so gefördert werden und ein Verständnis für die Funktion von Gefühlen als Indikator für Handlungen geschaffen werden.

Materialien:

- Flipchart
- Stifte
- Gegenstände für eine Übung zum achtsamen Riechen (z.B. Blumen, Duftöle, Gewürze, frische Minze, Tannenzapfen)

Flipcharts:

- Wettermodell
- Gefühle und Handlungsimplicationen
- Gefühle während des Migrationsprozesses

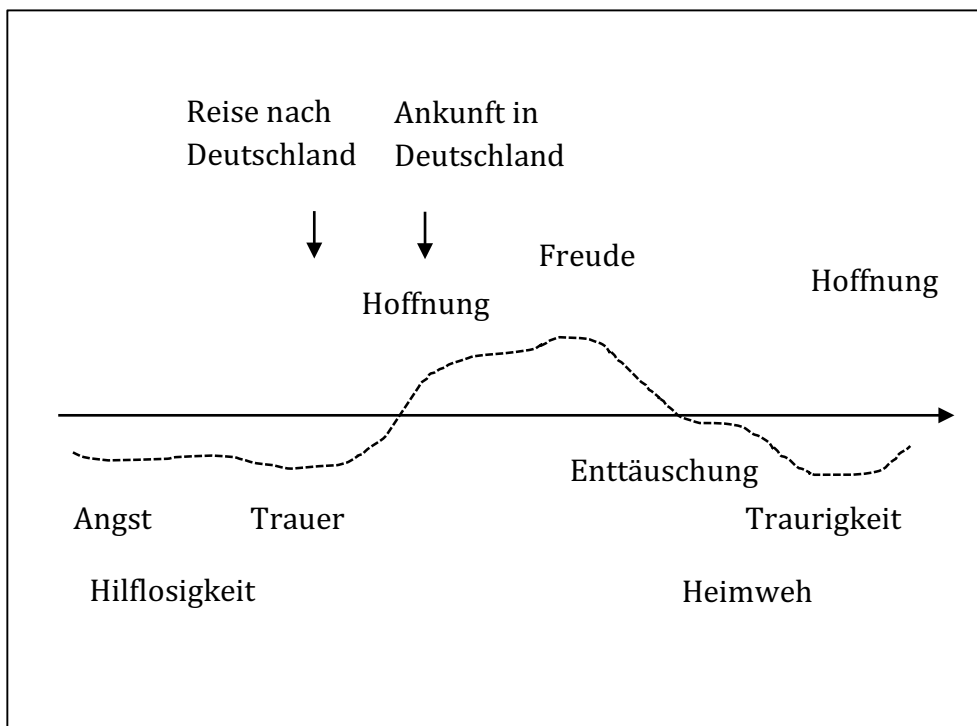


Gefühl:

- Stolz
- Wut
- Ärger
- Angst
- Trauer
- Hilflosigkeit

Verhalten:

- Anderen von meinem Erfolg berichten
- Angriff
- Für mein Recht einstehen
- Schutz suchen, Weglaufen, erstarren
- Gemeinschaft suchen, Trost finden
- Hilfe suchen





### Begrüßung und Blitzlicht

Ich begrüße Sie zu unserer heutigen Gruppensitzung.

Gerne möchte ich unsere heutige Stunde wieder mit einem Blitzlicht beginnen, um zu erfahren, wie Sie heute in die Gruppe kommen.

Wie kommen Sie heute in der Stunde an?

Haben Sie heute gut hergefunden?

---

Achten Sie auf die zeitliche Begrenzung und unterstützen Sie die Teilnehmer bei Unsicherheiten.



### Achtsamkeitsübung

Auch heute möchte ich die Gruppe wieder mit einer Achtsamkeitsübung beginnen. Sie kennen die Übung bereits aus der vergangenen Stunde.

Ich lade Sie ein sich einen Gegenstand zu nehmen.

Nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um eine angenehme Position zu finden. Wenn Sie mögen, dann können Sie Ihre Augen schließen. Ansonsten fixieren Sie einen festen Punkt auf dem Boden vor Ihnen.

Führen Sie den Gegenstand zu Ihrer Nase, bis Sie den Duft des Gegenstandes wahrnehmen.

Wie wirkt der Duft auf Sie?

Ist stark oder schwach?

Ist der Duft süß? Fruchtig? Würzig? Stechend?





Löst der Duft Gedanken oder Gefühle bei Ihnen aus?



Beobachten Sie die Gedanken oder Gefühle, ohne sie zu bewerten.

Nähern Sie sich einmal der Duftquelle und entfernen Sie sich wieder von ihr.

Wie verändert sich der Duft dadurch?

Dann nehmen Sie noch einmal drei bewusste Atemzüge. Öffnen Sie wieder die

	Augen und beenden Sie die Übung für sich.
	Die Übung kann alternativ mit Blumen, Duftölen, Gewürzen, frischer Minze, Tannenzapfen etc. durchgeführt werden.
	<p style="text-align: center;"><b>Wiederholung</b></p> <p>In unserer letzten Sitzung haben wir über das Thema Entspannung gesprochen. Wir haben besprochen, dass Phasen der Belastung und Phasen der Erholung „aktive“ und „passive“ Möglichkeiten der Entspannung gesprochen. Wir haben auch über mögliche Gründe gesprochen, warum es manchmal nicht einfach ist, Entspannung in unseren Alltag zu integrieren.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Nachbesprechung Übung</b></p> <p>Als Übung sollten Sie in Ihrem Alltag einmal bewusst auf den Wechsel zwischen Belastung und Erholung achten. Sie sollten versuchen wahrzunehmen, in welchen Momenten Sie sich nach Entspannung sehnen und schauen, ob sie den Wunsch nach Entspannung umsetzen können.</p> <p>Wie ist es Ihnen mit der Übung ergangen?</p>
	Holen Sie von den Teilnehmern Rückmeldungen zur Übung ein.
	<p style="text-align: center;"><b>Einstieg in das Thema</b></p> <p>Nachdem wir in den vergangenen drei Stunden über das Thema Stress und Entspannung gesprochen haben, möchte ich heute mit Ihnen in ein neues Thema einsteigen. Dieses wird uns über die heutige Stunde hinaus in den nächsten drei weiteren Sitzungen begleiten.</p> <p>Wir werden über Gefühle sprechen. Wir werden uns gemeinsam anschauen, warum wir Gefühle erleben, welche Funktion sie also haben. Und wir werden darüber sprechen, wie wir auch mit schwierigen Gefühlen umgehen können.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Praktische Übung</b></p> <p>Zu Beginn möchte ich mit Ihnen eine kleine Übung machen.</p> <p>Überlegen Sie einmal, welche Gefühle Sie in den vergangenen Tagen erlebt haben.</p>

	<p>Welche Gefühle haben Sie vielleicht besonders häufig oder intensiv erfahren? Welche Gefühle haben Sie möglicherweise auch schon länger nicht mehr erlebt? Suchen Sie sich zwei oder drei Gefühle aus. Lassen Sie sich dafür einige Minuten Zeit. Anschließend werden wir uns darüber austauschen.</p>
	<p><b>Offener Austausch</b></p> <p>Wie ist es Ihnen mit der Übung ergangen? Welche Gefühle haben Sie für sich identifiziert?</p>
	<p><b>Einführung Wettermodell</b></p> <p>Wir sehen also, dass wir viele verschiedene Gefühle erleben. Einige dieser Gefühle positiv. Sie zu erleben ist in der Regel angenehm. Andere Gefühle sind negativ. In der Regel ist es unangenehm sie zu erleben.</p> <p>Gefühle lassen sich mit dem Wetter vergleichen. Das Wetter wechselt meist mehrmals täglich. Vielleicht regnet es morgens, nachmittags scheint die Sonne und abends ziehen Wolken auf. Ebenso erleben wir meist jeden Tag unterschiedliche Gefühle.</p> <p>Je nach Jahreszeit kann es Wochen oder Monate geben, in denen eine bestimmte Wetterlage vorherrscht. Beispielsweise ist es hier in Deutschland im Winter oft bewölkt. Vielleicht kennen Sie aus Ihrem Leben auch Wochen oder Monate, in denen ein bestimmtes Gefühl stark war.</p> <p>Je nach Wetter verhalten wir uns häufig unterschiedlich. Scheint die Sonne, gehen wir mehr nach draußen. Wenn es regnet, bleiben wir eher im Haus. Ebenso beeinflussen auch unsere Gefühle, wie wir uns verhalten. Sind wir glücklich, dann haben wir meist mehr Lust rauszugehen und aktiv zu sein. Sind wir traurig, dann ziehen wir uns häufig zurück.</p> <p>Manchmal ändert sich das Wetter auch plötzlich. Beispielsweise, wenn wie aus dem Nichts ein Sturm aufzieht oder ein starker Regen fällt. Ebenso können unsere</p>

Gefühle manchmal ganz plötzlich auftreten und wir fühlen uns von ihnen überrascht.

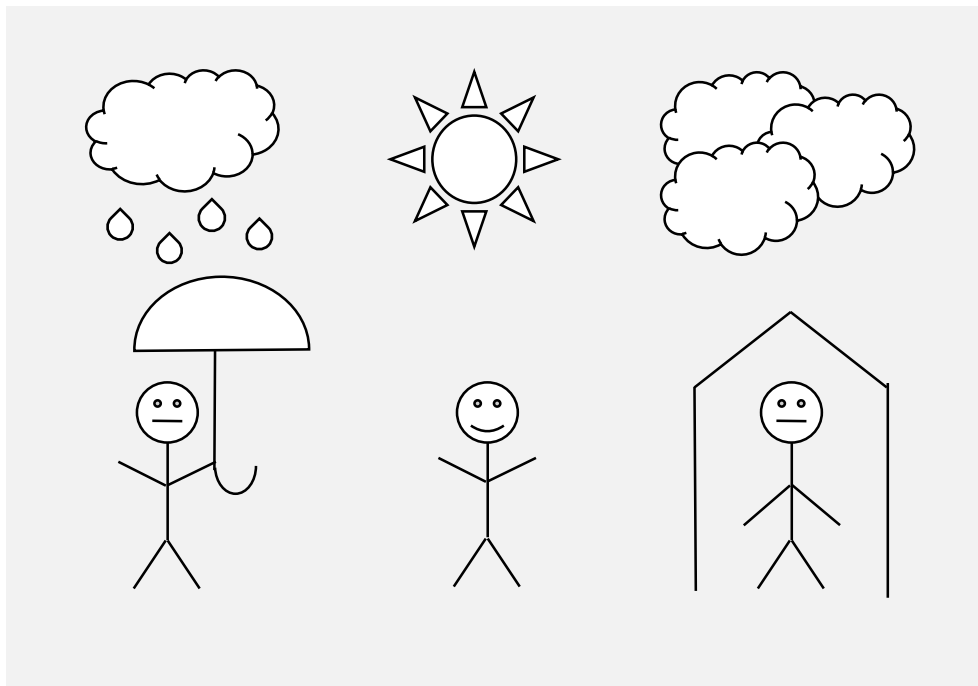
Wir lernen in unserem Leben aber auch, das Wetter zu deuten und im Einklang mit ihm zu leben. Ist der Himmel mit dicken Wolken verhangen, dann packe ich mir vielleicht vorsorglich eine Regenjacke ein. Bei starkem Wind ziehe ich mir einen dicken Pullover an. Wenn wir das Wetter beobachten, dann informiert es uns also auch darüber, wie wir uns verhalten sollten.

Ebenso ist es mit unseren Gefühlen. Gefühle geben uns meist Hinweise darauf, wie wir uns verhalten sollen. Wenn wir traurig sind, dann suchen wir beispielsweise bei Menschen Trost. Wenn wir uns hilflos fühlen, dann suchen wir bei anderen Menschen Unterstützung.

Erscheint dieser Vergleich zwischen dem Wetter und unseren Gefühlen für Sie sinnvoll?

Haben Sie dazu noch Fragen?

Stellen Sie am Flipchart das Wettermodell dar:



Gefühle als Indikator für Handlungsimpulse



So wie wir uns je nach Wetterlage anders verhalten, so reagieren wir auch je nach Gefühl unterschiedlich.

Nun lade ich Sie ein, dass wir uns einmal einige der Gefühle, die Sie in der vergangenen Woche erlebt haben, anschauen.

Wie haben Sie sich verhalten, als Sie das Gefühl hatten?

Was haben Sie getan?

Wir sehen also, dass Gefühle häufig unser Verhalten beeinflussen. Man könnte auch sagen, dass uns Gefühle darüber informieren, wie wir uns in der Situation am besten verhalten sollten. Somit führen auch negative Gefühle oft zu einer Veränderung, die hilfreich für uns sein kann.

Erarbeiten Sie am Flipchart verschiedene Gefühle und die dazugehörigen Handlungsimpulse. Mögliche Beispiele können genannt oder bei Bedarf ergänzt werden:

Gefühl:	Verhalten:
- Stolz	- Anderen von meinem Erfolg berichten
- Wut	- Angriff
- Ärger	- Für mein Recht einstehen
- Angst	- Schutz suchen, Weglaufen, erstarren
- Trauer	- Gemeinschaft suchen, Trost finden
- Hilflosigkeit	- Hilfe suchen

Nehmen Sie dabei zunächst Bezug auf Gefühle, welche die Teilnehmer im Rahmen der vorherigen Übung genannt haben und ergänzen Sie ggf. weitere Gefühle und die dazugehörigen Handlungsimpulse.



### Emotionen während des Migrationsprozesses

Erinnern Sie sich noch, welche Gefühle Sie erlebt haben, bevor Sie Ihr Heimatland verlassen haben?

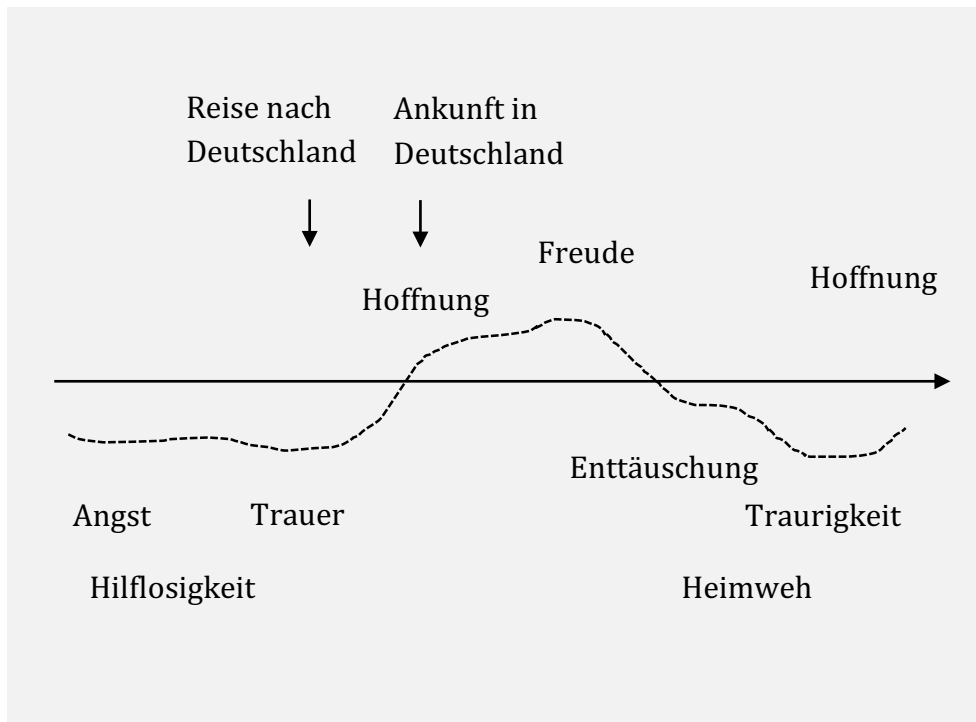
Welche Gefühle haben Sie während Ihrer Reise nach Europa erlebt?

Wie Sie sich nach Ihrer Ankunft in Deutschland gefühlt haben?

Haben sich diese Gefühle seitdem verändert?

Wie fühlen Sie sich aktuell in Deutschland?




Erarbeiten Sie mit den Teilnehmern exemplarisch, welche Gefühle während des Prozesses der Migration erlebt wurde. Ein möglicher Migrationsverlauf könnte folgendermaßen aussehen:



Sie alle haben während vor Verlassen Ihres Heimatlandes, auf Ihrer Reise und hier in Deutschland verschiedene Gefühle erlebt. So wie sich das Wetter verändert hat, so haben sich auch Ihre Gefühle immer wieder verändert.

Wir haben zuvor besprochen, dass Gefühle unser Verhalten beeinflussen und zu Veränderungen führen können.

Die Gefühle, die Sie vor oder während Ihrer Reise erlebt haben waren schmerzhaft. Sie waren gleichzeitig aber auch Antrieb für Veränderung und für die Reise nach

	<p>Europa.</p> <p>Die Angst in Ihrem Herkunftsland war möglicherweise der Auslöser dafür sich auf den Weg in eine anderes Land aufzumachen.</p> <p>Die Traurigkeit, die Sie aktuell erleben, hat möglicherweise erst dazu geführt, dass Sie sich Hilfe geholt haben und nun an der Gruppe teilnehmen.</p>
	<p>Klären Sie mögliche noch offene Fragen. Gehen Sie bei Bedarf auf Gefühle ein, welche die Gruppenteilnehmer während des Migrationsprozesses erlebt haben und erarbeiten Sie den dazugehörigen Handlungsimpuls.</p>
	<p><b>Kernaussage</b></p> <p>Wir haben heute über darüber gesprochen, dass Gefühle uns häufig zu bestimmten Handlungen bewegen. Wir haben gesehen, dass Sie vor, während und nach Ihrer Reise nach Europa viele verschiedene Gefühle erlebt haben. Und wir haben auch darüber gesprochen, dass diese Gefühle häufig der Auslöser für eine Veränderung war. Auch wenn Gefühle häufig nicht einfach zu ertragen sind, so sind sie für uns auch eine Chance für Veränderung.</p> <p>Haben Sie zu den Inhalten der heutigen Stunde noch Fragen?</p>
	<p>Klären Sie mögliche, noch offene Fragen.</p>
	<p><b>Transfer in den Alltag</b></p> <p>Achten Sie bis zu unserer kommenden Stunde einmal bewusst darauf, welche Gefühle Sie in Ihrem Alltag wahrnehmen. Gibt es einen Auslöser für das Gefühl? Wie verhalten Sie sich dann?</p> <p>Sie müssen sich für die Übung nichts notieren. Wir werden in der kommenden Stunde über unsere Erfahrungen sprechen.</p>
	<p>Teilen Sie das Handout aus.</p>
	<p><b>Abschlussrunde</b></p> <p>Ich möchte die heutige Stunde gerne mit einer Abschlussrunde beenden. Wie geht es Ihnen nach der Stunde? Was nehmen Sie aus der Sitzung mit?</p>

## Modul 12: Aggression – Mit Wut umgehen

Inhalt und Ziele des Moduls:

In diesem Modul wird das Gefühl von Wut thematisiert. Gemeinsam mit den Teilnehmern werden zunächst auslösende Situationen für Gefühle von Wut definiert, um anschließend das emotionale Netz und die Funktion des Gefühls zu erarbeiten. Die Akzeptanz für Gefühle von Wut und die Fähigkeit zur Differenzierung des eigenen emotionalen Erlebens soll so gefördert werden. Schließlich wird auf das Erleben von Wut im Rahmen depressiver und stressbedingter Erkrankungen eingegangen, um anschließend Strategien im Umgang mit Gefühlen von Wut zu erarbeiten.

Anmerkungen für den Therapeuten:

Gefühle von Wut, Irritation oder Aggression können im Rahmen depressiver Erkrankungen (Pasquini, Picardi, Biondi, Gaetano & Morosini, 2004; Posternak & Zimmermann, 2002) und Traumafolgestörungen (Hinton, Rasmussen, Nou, Pollack & Good, 2009; Olatunji, Ciesielski & Tolin, 2010) verstärkt auftreten. Diese Beobachtungen zeigen sich auch bei Menschen mit Fluchthintergrund (Gilbert, 2009; Hinton et al., 2009). So berichteten 48% einer Kohorte von traumatisierten Geflüchteten, die in den USA lebten, gegenüber Familienmitgliedern, insbesondere gegenüber den eigenen Kindern, intensive Gefühle von Wut (Hinton et al., 2009). Neben Gefühlen von Wut im Rahmen psychischer Erkrankungen stellen eine restriktive Sozialpolitik (Hartley & Pedersen, 2015) oder Frustration und Sorge über die eigene Situation (Gilbert, 2009) weitere Auslöser für das Erleben von Wut dar. Hinsichtlich des Erlebens, der Expression und der Akzeptanz von Gefühlen finden sich kulturell bedingte Unterschiede (Fernandéz, Carrera, Sánchez, Paez & Candia, 2000; Markus & Kitayama, 1991). Eine Ursache für diese Unterschiede stellt das Ausmaß an Dependenz und Interdependenz einer Kultur dar. In nicht-westlichen, kollektivistischen Kulturen besteht der normative Imperativ darin, die Interdependenz zu anderen zu gewährleisten. (Markus & Kitayama, 1991). Gefühle von Wut, welche eine Independenz von anderen implizieren, können in nicht-westlichen Kulturen

## Modul 13: Mit Angst umgehen – Mut schöpfen

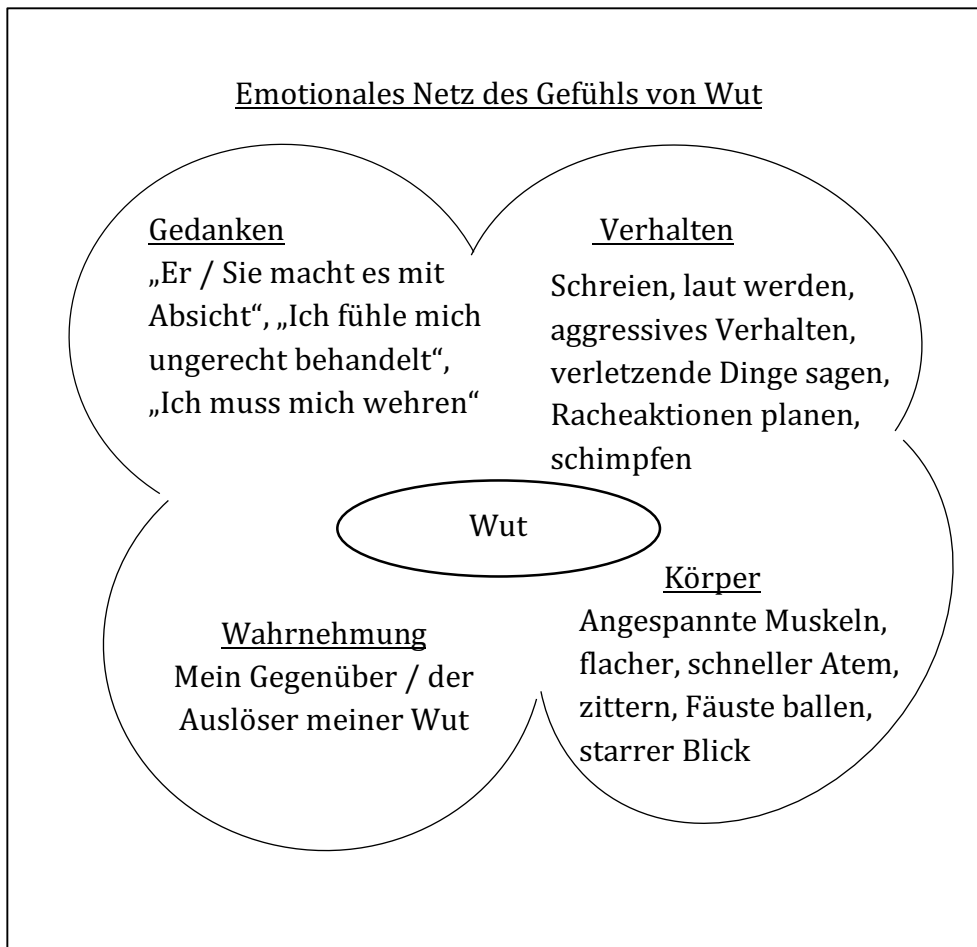
vermehrt zu Distress führen oder sogar gefürchtet werden (Solomon, 1984). Im Rahmen des Moduls sollen die Teilnehmer die Möglichkeit haben, über das eigene Erleben von Wut in einem wertfreien Rahmen zu sprechen. Die Akzeptanz für das eigene Erleben von Wut soll durch ein besseres Verständnis für auslösende Situationen und die Funktion des Gefühls von Wut gestärkt werden.

Materialien:

- Flipchart
- Stifte
- Gegenstände für eine Übung zum achtsamen Riechen (z.B. Blumen, Duftöle, Gewürze, frische Minze, Tannenzapfen)

Flipcharts:

- Emotionales Netz des Gefühls von Wut (wird in der Stunde erarbeitet)
- Strategien im Umgang mit Wut (wird in der Stunde erarbeitet)



- Strategien im Umgang mit Wut
- Situation verlassen: Auszeit nehmen
  - Mit einer vertrauten Person (z.B. Freundin / Freund) darüber sprechen
  - Etwas Schönes machen / mir etwas Gutes tun
  - Sport
  - Mehrmals tief ein- und ausatmen wütend macht
  - Eine kalte Dusche nehmen
  - ...
  -



### Begrüßung und Blitzlicht

Ich begrüße Sie zu unserer heutigen Gruppensitzung.

Gerne möchte ich unsere Stunde mit einem Blitzlicht beginnen.

Wie kommen Sie heute in der Stunde an?

Haben Sie heute gut hergefunden?

---

Achten Sie auf die zeitliche Begrenzung und unterstützen Sie die Teilnehmer bei Unsicherheiten.



### Achtsamkeitsübung

Auch heute möchte ich die Gruppe wieder mit einer Achtsamkeitsübung beginnen. Sie kennen die Übung bereits aus den vergangenen Stunden.

Ich lade Sie ein sich einen Gegenstand zu nehmen.

Nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um eine angenehme Position zu finden. Wenn Sie mögen, dann können Sie Ihre Augen schließen. Ansonsten fixieren Sie einen festen Punkt auf dem Boden vor Ihnen.

Führen Sie den Gegenstand zu Ihrer Nase, bis Sie den Duft des Gegenstandes wahrnehmen.

Wie wirkt der Duft auf Sie?

Ist stark oder schwach?

Ist der Duft süß? Fruchtig? Würzig? Stechend?





Löst der Duft Gedanken oder Gefühle bei Ihnen aus?

Beobachten Sie die Gedanken oder Gefühle, ohne sie zu bewerten.

Nähern Sie sich einmal der Duftquelle und entfernen Sie sich wieder von ihr.

Wie verändert sich der Duft dadurch?

Dann nehmen Sie noch einmal drei bewusste Atemzüge. Öffnen Sie wieder die Augen und beenden Sie die Übung für sich.

	Die Übung kann alternativ mit Blumen, Duftölen, Gewürzen, frischer Minze, Tannenzapfen etc. durchgeführt werden.
	<p style="text-align: center;"><b>Wiederholung</b></p> <p>In der vergangenen Stunde haben wir über Gefühle gesprochen. Wir haben darüber gesprochen, dass Gefühle uns wichtige Informationen über unsere Umgebung liefern und mit Veränderungen des Denkens, Verhaltens und körperlicher Prozesse einhergehen.</p> <p>Wir haben auch darüber gesprochen, dass ein Gefühl Ausdruck dafür sein können, ob ein Bedürfnis erfüllt ist oder ob es nicht erfüllt ist.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Nachbesprechung der Übung</b></p> <p>Als Übung sollten Sie in den vergangenen Tagen einmal bewusst darauf achten, welche positiven und negativen Gefühle Sie wahrnehmen und ob es Bedürfnisse gibt, die den Gefühlen zugrunde liegen.</p> <p>Wie ist es Ihnen mit der Übung ergangen?</p> <p>Wie sind Sie mit den Gefühlen bzw. den zugrundeliegenden Bedürfnissen umgegangen?</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Holen Sie sich Rückmeldungen der Teilnehmer zu der Übung ein.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Einstieg in das Thema</b></p> <p>Heute möchte ich mit Ihnen über das Gefühl von Wut sprechen. Wir wollen in der Gruppe über verschiedene Situationen sprechen, die Wut auslösen können. Wir werden auch über Strategien im Umgang mit Gefühlen von Wut sprechen.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Auslöser für Wut</b></p> <p>Wut ist ein intensives Gefühl von Ärger, welches mit aggressiven Impulsen einhergehen kann. Wir können Wut in verschiedenen Situationen erleben.</p> <p>Kennen Sie Gefühle von Wut?</p> <p>Wann erleben Sie im Alltag Wut?</p>



Austausch über auslösende Situationen für das Erleben von Wut.

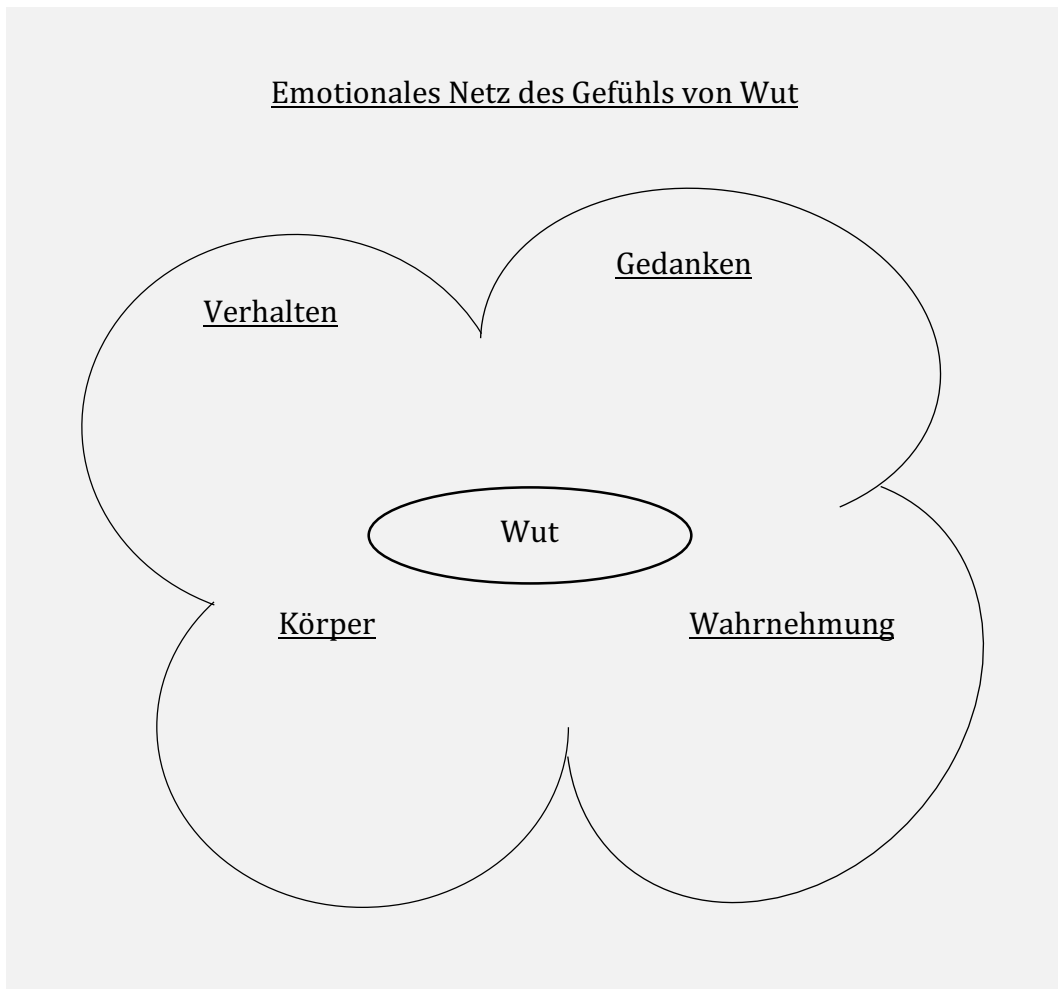


### Emotionales Netz des Gefühls von Wut

Wir haben nun über verschiedene Situationen gesprochen, die Gefühle von Wut auslösen können.

In der vergangenen Stunde haben wir bereits darüber gesprochen, dass Gefühle Einfluss darauf nehmen, wie wir uns verhalten, was wir denken und was in unserem Körper geschieht. Man spricht in diesem Zusammenhang von einem „emotionalen Netz“, welches das Gefühl aufspannt.

Erläutern Sie die verschiedenen Ebenen des Gefühls von Wut anhand des Flipcharts.





Was tun Sie, wenn Sie wütend sind?

Wie verhalten Sie sich bei Gefühlen von Wut?

Welche körperlichen Veränderungen nehmen Sie bei sich wahr, wenn Sie wütend sind?

Welche Gedanken haben Sie typischerweise, wenn Sie wütend sind?

Was nehmen Sie wahr, wenn Sie wütend sind?

Worauf ist Ihre Wahrnehmung fokussiert, wenn Sie wütend sind?

Erarbeiten Sie gemeinsam mit den Teilnehmern das emotionale Netz des Gefühls von Wut. Folgende Punkte können genannt bzw. gegebenenfalls noch ergänzt werden.



### Funktion von Wut

Wir sehen also, dass ein Gefühl von Wut mit körperlichen Veränderungen einhergeht unsere Gedanken, unser Verhalten und unsere Wahrnehmung

beeinflusst.

Können Sie sich vorstellen, welche Funktion ein Gefühl von Wut für uns haben könnte?

Welchen Grund könnte es geben, dass wir Gefühle von Wut erleben?

Ein Gefühl von Wut mobilisiert Energie, um Grenzen zu setzen und Grenzüberschreitungen zu sanktionieren. Indem wir wütend sind, können wir eine Situation, die für uns bedrohlich oder ungünstig ist verändern. Wut ist also ein Gefühl, welches uns Handlungsmöglichkeiten gibt.

Erarbeiten Sie mit den Teilnehmern die Funktion des Gefühls von Wut.



### Funktionale und dysfunktionale Gefühle von Wut

Wir haben nun darüber gesprochen, dass Wut eine wichtige Funktion hat, nämlich die unsere eigenen Grenzen zu wahren und zu schützen. In Situationen, in denen uns Unrecht widerfährt oder wir in Gefahr sind körperlich oder seelisch verletzt zu werden ist Wut ein wichtiges Gefühl, um uns zu wehren und zu schützen.

Wut kann darüber hinaus auch in Folge von traumatischen Erfahrungen oder im Rahmen einer Depression auftreten. Wut wird häufig durch Stresssituationen ausgelöst. Nach traumatischen Erfahrungen oder während einer depressiven Verstimmung kann unsere Stresstoleranz sinken. Das heißt, dass wir leichter reizbar oder empfindlicher sind, als wir es unter anderen Umständen wären. Das kann dazu führen, dass wir in Situationen wütend oder aggressiv werden, in denen ein Gefühl von Wut unter Umständen nicht hilfreich ist. Es ist deshalb wichtig, dass Strategien haben, die Ihnen im Umgang mit Gefühlen von Wut helfen.



### Umgang mit Wut

Kennen Sie Gefühle von Wut in Situationen, in denen die Wut möglicherweise nicht hilfreich ist?

Was hilft Ihnen in solchen Situationen? Wie können Sie die Wut abschwächen und ruhiger zu werden?

Sammeln Sie mit den Teilnehmern mögliche Hilfsstrategien im Umgang mit Wut an den Flipchart. Folgende Punkte können genannt werden oder sollten gegebenenfalls ergänzt werden.

### Strategien im Umgang mit Wut

- Situation verlassen: Auszeit nehmen
- Mit einer vertrauten Person (z.B. Freundin / Freund) darüber sprechen
- Etwas Schönes machen / mir etwas Gutes tun
- Sport
- Mehrmals tief ein- und ausatmen wütend macht
- Eine kalte Dusche nehmen
- ...



### Ablenken mit Hilfe der fünf Sinne

Wir haben nun schon über verschiedene Strategien im Umgang mit Wut gesprochen. Viele davon dienen dazu, uns von dem starken Gefühl der Wut abzulenken. So können wir die Wut abschwächen.

Eine weitere Möglichkeit, um sich abzulenken, stellen unsere Sinne dar. Indem wir etwas angenehmes Hören, Riechen, Schmecken oder Fühlen können wir unsere Aufmerksamkeit von unserem Gefühl der Wut auf unsere Sinnesempfindung lenken.

Wir können beispielsweise an einem wohltuenden Öl riechen.




Uns ein Kühlpack auf die Haut legen.

Musik hören, die uns gut tut.

Oder in etwas Saures oder Scharfes beißen.

So lenken wir unsere Aufmerksamkeit weg von unserer Wut.

Über die Möglichkeit, dass wir uns mit unseren Sinnen ablenken und beruhigen

	<p>können haben wir schon beim Thema „Stress“ gesprochen.</p>
	<p>Falls Sie Skills in der Stunde mit dabei haben, können die Teilnehmer Skills wie ein Minzöl, Igelball oder ein Kühlpack in der Stunde erneut auszuprobieren.</p> <p>Ergänzen Sie die besprochenen Skills am Flipchart.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Kernaussage</b></p> <p>Wir haben heute über das Gefühl von Wut gesprochen und gelernt, dass Wut durch ganz verschiedene Situationen ausgelöst werden kann und mit körperlichen Veränderungen sowie mit bestimmten Gedanken und Verhaltensweisen einhergehen kann.</p> <p>Wut entsteht häufig dann, wenn wir unsere eigenen Grenzen verletzt wurden. Wut ermöglicht es uns in solchen Situationen Energie freizusetzen, um uns selbst zu schützen und sicherzustellen, dass unsere Grenzen gewahrt werden.</p> <p>Während einer Depression oder in Folge traumatischer Erfahrungen werden wir manchmal schneller oder stärker wütend, als wir es unter anderen Umständen wären. Wir haben deshalb darüber gesprochen, was hilfreiche Strategien im Umgang mit Wut sein könnten.</p> <p>Haben Sie zu den Inhalten der heutigen Stunde noch Fragen?</p> <hr/> <p>Klären Sie mögliche, noch offene Fragen.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Transfer in den Alltag</b></p> <p>Bis zu unserer kommenden Stunde bitte ich Sie einmal darauf zu achten, wann Sie Wut erleben. Welche Situationen lösen Wut aus? Treten Gefühle von Wut manchmal auch auf, ohne einen konkreten Auslöser zu haben? Was können Sie tun, um in solchen Situationen ruhiger zu werden?</p> <p>Sie müssen sich für die Übung nichts aufschreiben. Wir werden in der kommenden Stunde über Ihre Erfahrungen sprechen.</p> <hr/> <p>Teilen Sie das Handout aus.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Abschlussrunde</b></p> <p>Ich möchte die heutige Stunde gerne mit einer Abschlussrunde beenden. Wie geht</p>

es Ihnen nach der Stunde? Was nehmen Sie aus der Sitzung mit?
---

## Modul 13: Mit Angst umgehen – Mut schöpfen

Inhalt und Ziele des Moduls:

In diesem Modul wird das Gefühl von Angst bearbeitet. Die Gruppenteilnehmer sollen die Funktion des Gefühls von Angst verstehen die kognitive, physiologische und Verhaltensebene des Gefühls von Angst kennenlernen. Aufrechterhaltende Gedanken und Verhaltensweisen des Angsterlebens werden erarbeitet. Insbesondere die Funktion von Vermeidungsverhalten als aufrechterhaltender Mechanismus im Sinne einer negativen Verstärkung des Gefühls von Angst soll thematisiert werden. Schließlich werden mögliche Strategien für einen funktionalen Umgang mit Gefühlen von Angst erarbeitet.

Anmerkungen für den Therapeuten:

Zahlreiche Studien weisen auf eine Rolle des, durch Migration bedingten, Akkulturationsstress in der Ätiopathogenese von Angststörungen hin (Breslau et al., 2007; Wittig, Lindert, Merbach, & Brähler, 2008). Bei der Entstehung von Angststörungen spielen kurz- und langfristige, direkt oder indirekt einwirkende Stressoren eine Rolle (Agorastos & Ströhle, 2011). In der Biographie von Menschen mit Migrationshintergrund sind sowohl im Rahmen des Migrationsverlaufs selbst als auch im Kontext des Ankommens und der Anpassung im Aufnahmeland zahlreiche psychosoziale Stressoren zu finden. Die Trennung von der Heimat und dem sozialen Netzwerk, der Verlust des sozialen Status, Gefühle von Isolation und der Umgang mit Gefühlen von Schuld, Heimweh und Scham, verknüpft mit möglichen traumatischen Erfahrungen, stellen mögliche Stressoren dar. Hinzu kommen häufig Belastungen in Form von geringen materiellen Ressourcen, einem unsicheren Aufenthaltsstatus schlechten Arbeitsbedingungen, drohender Arbeitslosigkeit oder schlechter Wohnqualität. Die genannten Stressoren führen zu einer verstärkten Unsicherheit und Ängstlichkeit in Bezug auf den Alltag, die eigene Person und die Familie. Gefühle von Angst können neben pathologischer Natur jedoch auch konstruktive Copingmechanismen und Bewältigungsstrategien freisetzen und fördern (Agorastos & Ströhle, 2011).

## Modul 13: Mit Angst umgehen – Mut schöpfen

Der Fokus in diesem Modul liegt weniger auf dem Umgang mit phobischen oder agoraphobischen Befürchtungen, sondern auf Ängsten, wie sie im Rahmen normaler Anpassungsprozesse auftreten können.

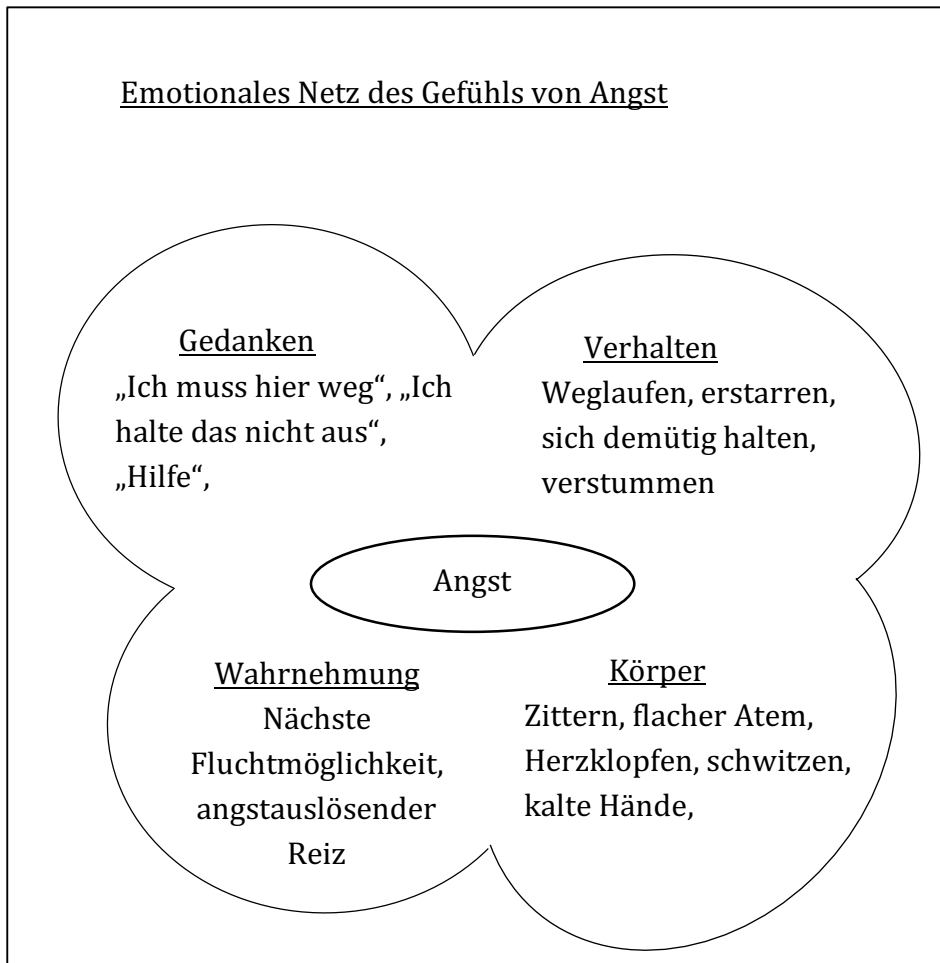
Benötigte Materialien:

- Flipchart
- Stifte
- Gegenstände für eine Übung zum achtsamen Riechen (z.B. Blumen, Duftöle, Gewürze, frische Minze, Tannenzapfen)

Flipcharts:

- Emotionales Netz des Gefühls von Angst (wird in der Stunde erarbeitet)
- Strategien im Umgang mit Angst (wird in der Stunde erarbeitet)





Strategien im Umgang mit Angst

- Ablenkung
- Mit einer vertrauten Person über meine Ängste sprechen
- Entspannung
- Mir selbst Mut zusprechen
- Mich der Situation stellen, warten bis die Angst weniger wird
- Eine vertraute Person bitten die Situation mit mir gemeinsam aufzusuchen
- Einen Talisman / Glücksbringer mitnehmen



### Begrüßung und Blitzlicht

Ich begrüße Sie zu unserer heutigen Gruppensitzung.

Ich möchte unsere heutige Stunde gerne wieder mit einem Blitzlicht beginnen, um zu erfahren, wie Sie heute in die Stunde kommen.

Wie kommen Sie heute in der Stunde an?

Haben Sie heute gut hergefunden?

Achten Sie auf die zeitliche Begrenzung und unterstützen Sie die Teilnehmer bei Unsicherheiten.



### Achtsamkeitsübung

Bevor wir in das Thema der heutigen Stunde einsteigen, möchte ich gerne wieder eine gemeinsame Entspannung in Form einer Achtsamkeitsübung mit Ihnen durchführen. Sie kennen die Übung bereits aus den vergangenen Stunden.

Ich lade Sie ein sich einen Gegenstand zu nehmen.

Nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um eine angenehme Position zu finden. Wenn Sie mögen, dann können Sie Ihre Augen schließen. Ansonsten fixieren Sie einen festen Punkt auf dem Boden vor Ihnen.

Führen Sie den Gegenstand zu Ihrer Nase, bis Sie den Duft des Gegenstandes wahrnehmen.

Wie wirkt der Duft auf Sie?

Ist stark oder schwach?

Ist der Duft süß? Fruchtig? Würzig? Stechend?





Löst der Duft Gedanken oder Gefühle bei Ihnen aus?

Beobachten Sie die Gedanken oder Gefühle, ohne sie zu bewerten.

Nähern Sie sich einmal der Duftquelle und entfernen Sie sich wieder von ihr.

Wie verändert sich der Duft dadurch?

Dann nehmen Sie noch einmal drei bewusste Atemzüge. Öffnen Sie wieder die

	Augen und beenden Sie die Übung für sich.
	Die Übung kann alternativ mit Blumen, Duftölen, Gewürzen, frischer Minze, Tannenzapfen etc. durchgeführt werden.
	<p style="text-align: center;"><b>Wiederholung</b></p> <p>In unserer letzten Sitzung haben wir über das Gefühl von Wut gesprochen. Wir haben besprochen, dass Wut durch ganz verschiedene Situationen ausgelöst werden kann und mit körperlichen Veränderungen sowie mit bestimmten Gedanken und Verhaltensweisen einhergeht. Während einer Depression oder in Folge traumatischer Erfahrungen werden wir manchmal schneller oder stärker wütend, als wir es unter anderen Umständen wären. Wir haben deshalb verschiedene Strategien im Umgang mit Wut erarbeitet.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Nachbesprechung der Übung</b></p> <p>Als Übung sollten Sie in den vergangenen Tagen einmal darauf zu achten, wann Sie Wut erleben.</p> <p>Gibt es für Gefühle von Wut einen konkreten Auslöser?</p> <p>Oder tritt das Gefühl manchmal ganz plötzlich auf?</p> <p>Was hilft Ihnen in solchen Situationen?</p>
	Holen Sie Rückmeldungen der Teilnehmer über die Aufgabe ein.
	<p style="text-align: center;"><b>Einstieg in das Thema</b></p> <p>Heute möchte ich mich gemeinsam mit Ihnen über das Thema Angst sprechen. Wir werden darüber sprechen, warum wir Gefühle von Angst erleben und was wir tun, wenn wir Angst verspüren. Wir werden auch darüber sprechen, wie wir damit umgehen können, wenn Ängste so groß werden, dass wir darunter leiden.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Auslöser für Angst</b></p> <p>Zu Beginn möchte ich Sie gerne fragen, was Ihnen Angst macht.</p> <p>In welchen Situationen erleben Sie Angst?</p>
	Unterstützen Sie den freien Austausch innerhalb der Gruppe.



### Funktion von Angst

Warum erleben wir Gefühle von Angst?

Können Sie einen Sinn darin sehen, warum wir Menschen Angst erleben?

Angst ist ein Gefühl, welches uns anzeigen soll, dass eine Gefahr droht. Unseren Vorfahren haben Gefühle von Angst beispielsweise geholfen, um vor einem Angreifer wegzulaufen. Angst kann also einen Fluchtimpuls auslösen. Andererseits kann Angst uns auch erstarren lassen. Unsere Vorfahren haben sich dann beispielsweise totgestellt, wenn ein gefährliches Tier aufgetaucht ist. Angst kann also entweder einen Impuls zur Flucht oder einen Impuls zum Erstarren liefern und uns damit vor Gefahren schützen.

---

Erarbeiten Sie mit den Teilnehmern die Funktion von Angst.



### Emotionales Netz des Gefühls von Angst

In den vergangenen Stunden haben wir bereits darüber gesprochen, dass Gefühle mit Veränderungen im Verhalten, den Gedanken und dem Körper einhergehen. Nun möchte ich mit Ihnen besprechen, wie das bei dem Gefühl von Angst aussieht. Wir werden deshalb das „emotionale Netz“ des Gefühls von Angst erarbeiten.

Wie verhalten Sie sich, wenn Sie Angst haben?

Welche Gedanken gehen Ihnen dann durch den Kopf?

Nehmen Sie Veränderungen in Ihrem Körper wahr?

Worauf ist Ihre Wahrnehmung gerichtet, wenn Sie Angst erleben?

---

Erarbeiten Sie gemeinsam mit den Teilnehmern das emotionale Netz des Gefühls von Angst.







Wir haben nun darüber gesprochen, welche Funktion das Gefühl von Angst hat und haben erarbeitet, wie Angst zum Ausdruck kommen kann.

Angst ist also ein wichtiges Gefühl, welches uns vor Gefahren schützen kann. Manchmal erleben wir auch Angst, ohne dass eine objektive Gefahr vorliegt. Möglicherweise, weil uns die Situation an frühere Situationen erinnert, in der wir Angst erlebt haben. Häufig vermeiden wir die angstauslösenden Situationen dann oder fliehen aus ihnen. Angst kann dann zu einer Belastung werden, die uns in unserem Alltag einschränkt.

Kennen Sie so eine Entwicklung von Angst aus Ihrem eigenen Leben?

Offener Austausch

	<p><b>Strategien im Umgang mit Angst</b></p> <p>Ich möchte nun gemeinsam mit Ihnen überlegen, was Ihnen im Umgang mit Angst hilft. Was hilft Ihnen, wenn Sie in Ihrem Alltag Angst erleben?</p>
	<p>Sammeln Sie gemeinsam mit den Gruppenteilnehmern am Flipchart Strategien im Umgang mit Gefühlen von Angst. Mögliche Punkte, die genannt bzw. ergänzt werden können:</p> <div data-bbox="261 613 1235 1326" style="background-color: #f0f0f0; padding: 10px;"><p style="text-align: center;"><u>Strategien im Umgang mit Angst</u></p><ul style="list-style-type: none"><li>- Ablenkung</li><li>- Mit einer vertrauten Person über meine Ängste sprechen</li><li>- Entspannung</li><li>- Mir selbst Mut zusprechen</li><li>- Mich der Situation stellen und warten bis die Angst weniger wird</li><li>- Eine vertraute Person bitten die Situation mit mir gemeinsam aufzusuchen</li><li>- Einen Talisman / Glücksbringer bei mir haben</li></ul></div>
	<p><b>Kernaussage</b></p> <p>Wir haben in der heutigen Stunde über das Gefühl der Angst gesprochen und erarbeitet, dass ein Gefühl von Angst mit bestimmten Gedanken, Verhaltensweisen und Körperreaktionen einhergeht. Wir haben auch besprochen, dass uns Angst vor realen Gefahren schützen kann, dass es aber auch vorkommen kann, dass uns Angst in unserem Alltag einschränkt. Schließlich haben wir besprochen, was uns im Umgang mit Gefühlen von Angst hilft.</p>
	<p><b>Transfer in den Alltag</b></p> <p>Als Übung für Zuhause bitte ich Sie bis zu unserer kommenden Stunde einmal darauf zu</p>

	<p>achten, wann Sie Ängste in Ihrem Alltag erleben und was Sie dann tun. Verlassen Sie die Situation? Oder suchen Sie die Situation gar nicht erst auf? Vielleicht möchten Sie auch einmal ausprobieren was mit der Angst passiert, wenn Sie in der angstauslösenden aber ungefährlichen Situation bleiben und diese nicht verlassen.</p> <p>Ich freue mich in der kommenden Stunde von Ihren Erfahrungen zu hören.</p> <p>Haben Sie zu der Aufgabe noch Fragen?</p> <p>In der kommenden Stunde möchte ich mit Ihnen über das Gefühl von Heimweh sprechen. Dazu lade ich Sie ein, dass Sie einen Gegenstand, ein Musikstück oder ein Foto mitbringen, das Sie an Ihr Heimatland erinnert.</p>
	<p>Teilen Sie das Handout aus.</p>
	<p><b>Abschlussrunde</b></p> <p>Ich möchte die heutige Stunde gerne mit einer Abschlussrunde beenden. Wie geht es Ihnen nach der Stunde? Was nehmen Sie aus der Sitzung mit?</p>



## Modul 14: Heimweh – Heimat ist ein Gefühl

Inhalt und Ziele des Moduls:

In diesem Modul sollen die Teilnehmer die Möglichkeit haben, über erlebte Gefühle von Heimweh zu sprechen und Gefühle von Heimweh auf gedanklicher, körperlicher und Verhaltensebene besser zu verstehen. Während erlebte Gefühle von Heimweh und Sehnsucht vor dem Hintergrund des Erlebten validiert werden, soll den Teilnehmer auch mögliche dysfunktionale Konsequenzen von Heimweh, in Form von Rückzugsverhalten vermittelt werden. Darauf aufbauend werden gemeinsam Strategien zum Umgang mit Gefühlen von Heimweh erarbeitet.

Anmerkungen für den Therapeuten:

„Heimweh ist ein negativer Zustand, der primär ausgelöst wird durch die Trennung von Bezugspersonen und das Verlassen der Heimat. Es zeichnet sich insbesondere durch starke Sehnsucht und das ständige Denken an die Personen bzw. den Ort aus und ruft oft Schwierigkeiten bei der Anpassung an die neuen Lebensumstände hervor.“ So definieren Stroebe, Schut und Nauta (2015) in ihrer meta-analytischen Arbeit das Gefühl von Heimweh. Die Definition impliziert, dass Heimweh neben einer gedanklichen Beschäftigung mit den vermissten Personen und Orten auch die Einstellung gegenüber der neuen Umgebung beeinflusst (Fisher, 1989).

Gefühle von Heimweh stellen bei geflüchteten Menschen aus Afghanistan, Iran und Somalia nach „Verzögerungen in der Bearbeitung ihres Asylantrages“ und „Unsicherheit über das Erlangen eines Aufenthaltsstatus“ einen der größten Postmigrationsstressoren dar (Gerritsen, Bramsen, Devillé, Van Willigen, Hovens und Van Der Ploeg, 2006). Gefühle von Heimweh können die Betroffenen auf emotionaler und körperlicher Ebene stark einschränken (Stroebe et al., 2015). Während Rumination, die gedankliche Beschäftigung mit den schmerzlich vermissten Menschen und Orten und Rückzugsverhalten häufig gezeigte Verhaltensweisen beim Erleben von Heimweh sind, stellen Ablenkung, die Aufnahme positiver Aktivitäten sowie

## Modul 14: Heimweh – Heimat ist ein Gefühl

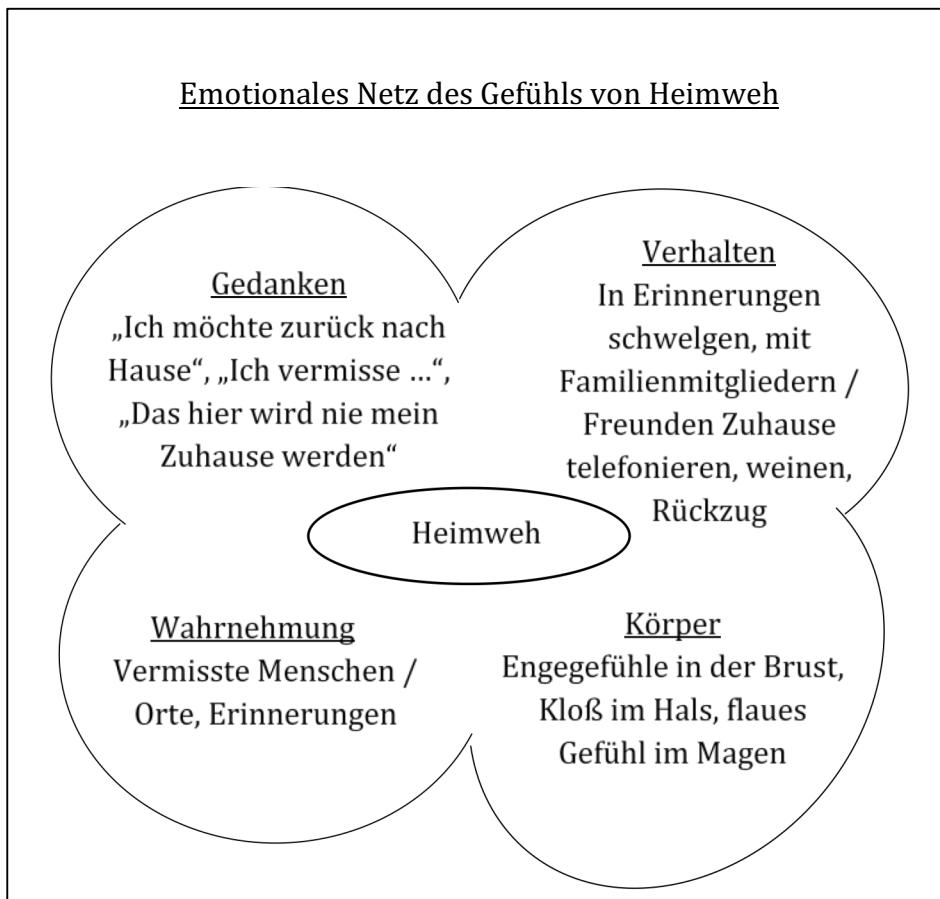
Achtsamkeitsübungen hilfreiche Strategien im Umgang mit Heimweh dar (Müller & William, 2016).

Materialien:

- Flipchart
- Stifte

Flipcharts:

- Emotionales Netz des Gefühls von Heimweh (wird in der Stunde erarbeitet)
- Strategien im Umgang mit Heimweh (wird in der Stunde erarbeitet)



Strategien im Umgang mit Heimweh

Mit Anderen:

- Mich mit jemandem verabreden
- Mit jemand über meine Gefühle sprechen
- Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund wahrnehmen
- Mit Angehörigen / Freunden in der Heimat telefonieren

Für mich alleine:

- Fotos von Zuhause anschauen
- Lieblingsmusik hören
- Mein Lieblingsessen kochen
- Einen neuen Ort erkunden
- Mir etwas Gutes tun: in ein Café gehen, einen Stadtbummel machen



### Begrüßung und Blitzlicht

Ich begrüße Sie zu unserer heutigen Gruppensitzung.

Ich möchte unsere Stunde gerne mit einem Blitzlicht beginnen, um zu erfahren wie es Ihnen geht und wie Sie heute in die Gruppe kommen.

Wie kommen Sie heute in der Stunde an?

Haben Sie heute gut hergefunden?

---

Achten Sie auf die zeitliche Begrenzung und unterstützen Sie die Teilnehmer bei Unsicherheiten.



### Achtsamkeitsübung

Bevor wir mit dem Thema der heutigen Stunde beginnen, möchte ich gerne wieder eine Achtsamkeitsübung mit Ihnen durchführen. In den vergangenen Stunden haben wir eine Übung zum Wahrnehmen des eigenen Atems durchgeführt. Heute möchte ich gerne eine neue Übung mit Ihnen machen.

Bitte nehmen Sie eine entspannte Körperhaltung ein. Die Füße stehen fest und sicher auf dem Boden, der Rücken ist angelehnt. Ihre Hände ruhen locker im Schoß. Wenn Sie möchten, dann können Sie die Augen schließen oder einen Punkt im Raum fixieren. Atmen Sie ein paar Mal kräftig ein und aus.

Lassen Sie nun vor Ihrem inneren Auge den gestrigen Tag Revue passieren und richten Sie Ihren Blick dabei auf das, was Sie Angenehmes erlebt haben.

Worüber haben Sie sich gefreut? ...




Was hat Ihnen Spaß bereitet? ...




Was haben Sie genossen? ...

Wobei haben Sie sich wohl gefühlt? ...

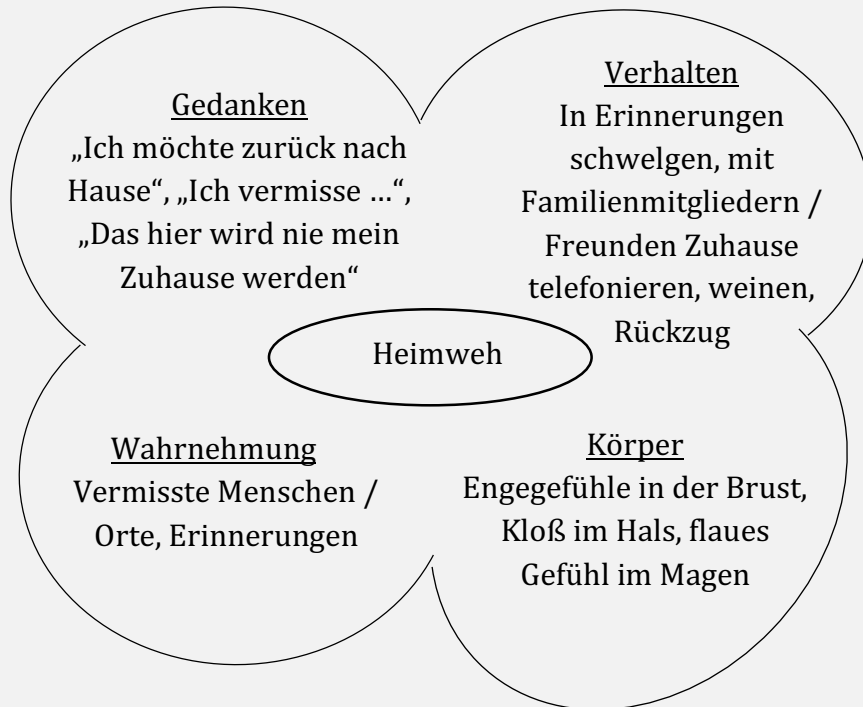
Wenn Gedanken Sie ablenken, dann lassen Sie diese vorüberziehen, wie Wolken am Himmel und kehren Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit zurück zu dem, was Sie in den vergangenen 24 Stunden angenehmes erlebt haben.

Was hat Ihnen gutgetan?

	<p>Was war schön?</p> <p>Nehmen Sie nun wieder bewusst Ihre Füße auf dem Boden wahr. Kehren Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit langsam in den Raum zurück. Wenn Sie möchten dann können Sie sich recken oder Ihre Fäuste ballen. Öffnen Sie nun bitte die Augen.</p>
	<p>Führen Sie die Übung „Positiver Tagesrückblick“ nach Kaluza (2015) mit den Teilnehmern durch. Sowohl das Nachdenken als auch der Austausch über die angenehmen Dinge lässt die positiven Ereignisse wieder lebendig werden. Falls die Reflexion positiver Erlebnisse für die Teilnehmer ungewohnt sein sollte, so kann dies vor dem Hintergrund der Tatsache reflektiert werden, dass man es eher gewohnt ist über ärgerliche, belastende oder unangenehme Dinge zu sprechen (Kaluza, 2015).</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Wiederholung</b></p> <p>In der vergangenen Stunde haben wir über das Gefühl von Angst gesprochen. Wir haben darüber gesprochen, dass Angst ein wichtiges Gefühl ist, da es uns über mögliche Gefahren informiert. Wir haben auch erarbeitet, dass wir Angst in unserem Alltag manchmal auch erleben, obwohl akut keine Gefahr besteht. Und wir haben gemeinsam Strategien gesammelt, um mit Gefühlen von Angst umzugehen.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Besprechung der Übung</b></p> <p>Bis zu unserer heutigen Stunde sollten Sie einmal bewusst darauf achten, in welchen Situationen Sie Angst erleben und was dann passiert. Was hilft Ihnen im Umgang mit der Angst? Vielleicht haben Sie eine der Strategien ausprobiert, die wir in der vergangenen Stunde erarbeitet haben?</p> <p>Wie ist es Ihnen mit der Übung ergangen?</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Holen Sie sich Rückmeldungen der Teilnehmer zu der Übung ein.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Einstieg in das Thema</b></p> <p>Heute möchte ich mit Ihnen gerne über Heimweh sprechen. Gefühle von Heimweh kennen die Menschen schon lange. Heimweh bezeichnet das Gefühl der Sehnsucht nach der Heimat, welches sich einstellen kann, wenn man in der Fremde ist.</p>

	Dazu hatte ich Sie eingeladen, heute einen Gegenstand, ein Musikstück oder ein Foto mitbringen, welches Sie an Ihre Heimat erinnern.
	<p style="text-align: center;"><b>Freier Austausch</b></p> <p>Erleben Sie Heimweh?</p> <p>Gibt es in Ihrer Kultur oder in Ihrer Sprache einen anderen Begriff oder Ausdruck für Heimweh?</p> <p>Was vermissen Sie an Ihrer Heimat?</p> <p>Gibt es bestimmte Situationen oder Gedanken, die Gefühle von Heimweh auslösen oder verstärken?</p> <p>Welchen Gegenstand haben Sie mitgebracht, der Sie an Ihre Heimat erinnert?</p> <p>Was verbinden Sie mit diesem Gegenstand?</p>
	Freier Austausch.
	<p>Sie haben alle Ihre Heimat verlassen. Zum Teil wurden Sie von geliebten und wichtigen Menschen getrennt. Gleichzeitig stehen Sie vor der Herausforderung in einem neuen Land anzukommen und sich hier ein neues Zuhause zu schaffen.</p> <p>In dieser Situation ist es nachvollziehbar, dass man seine Heimat und die dazugehörigen Menschen vermisst.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Emotionale Netz des Gefühls von Heimweh</b></p> <p>Wie jedes Gefühl kann ein Gefühl von Heimweh unser Verhalten beeinflussen und mit verschiedenen Gedanken, körperlichen Veränderungen oder Folgegefühlen einhergehen. Ich möchte gerne gemeinsam mit Ihnen sammeln, was ein Gefühl von Heimweh ausmacht.</p> <p>Wie verhalten Sie sich, wenn Sie Heimweh haben?</p> <p>Welche Gedanken gehen Ihnen durch den Kopf?</p> <p>Wo spüren Sie Heimweh in Ihrem Körper?</p> <p>Worauf ist Ihre Wahrnehmung gerichtet, wenn Sie Heimweh erleben?</p>
	Erarbeiten Sie mit den Teilnehmern das emotionale Netz des Gefühls von Heimweh am Flipchart.

Emotionales Netz des Gefühls von Heimweh



Wir haben nun gesehen, dass Gefühle von Heimweh dazu führen können, dass wir uns zurückziehen und alleine sein möchten. Das ist nachvollziehbar und es kann wichtig sein, um das was wir vermissen zu trauern.

Gleichzeitig können Gefühle von Heimweh auch dazu führen, dass wir uns zurückziehen. Dauerhaft kann dies dazu führen, dass man sich wieder in das so genannte „Schneckenhaus“ zurückzieht, von dem wir vor einigen Stunden schon einmal gesprochen haben. Es kann dazu führen, dass wir keine Kraft oder Energie haben, um uns dem Leben hier in Deutschland zuzuwenden.

Deshalb ist es wichtig bewusst darauf zu achten, was uns bei Heimweh gut tut.

Manchmal kann es hilfreich sein, sich gedanklich mit seiner Heimat und den schmerzlich vermissten Menschen und Orten zu beschäftigen.

Manchmal kann es gut tun sich abzulenken und sich bewusst dem Leben in Deutschland zuzuwenden.

Was tut Ihnen gut, wenn Sie Heimweh haben?

Was tut Ihnen gut, wenn Sie traurig sind und alleine sein möchten?

Wie können Sie sich ablenken, wenn Sie Heimweh erleben?

Verdeutlichen Sie die verschiedenen Möglichkeiten im Umgang mit Heimweg mit Hilfe des Flipcharts.

Sammeln Sie gemeinsam mit den Teilnehmern am Flipchart Strategien. Folgende Punkte werden möglicherweise genannt oder können gegebenenfalls ergänzt werden.

### Strategien im Umgang mit Heimweh

#### Mit Anderen:

- Mich mit jemandem verabreden
- Mit jemand über meine Gefühle sprechen
- Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund wahrnehmen
- Mit Angehörigen / Freunden in der Heimat telefonieren

#### Für mich alleine:



- Fotos von Zuhause anschauen
- Lieblingsmusik hören
- Mein Lieblingsessen kochen
- Einen neuen Ort erkunden
- Mir etwas Gutes tun: in ein Café gehen, einen Stadtbummel machen



#### Kernaussage

Wir haben heute darüber gesprochen, dass Gefühle von Heimweh auf den verschiedenen Ebenen von Verhalten, Denken und Körperwahrnehmung zum Ausdruck kommen können. Wir haben auch darüber gesprochen, dass es völlig natürlich ist sich bei Gefühlen von Heimweh gedanklich mit den vermissten Orten und Menschen zu beschäftigen. Dies kann dauerhaft jedoch auch dazu führen, dass man sich in ein „Schneckenhaus“ zurückzieht.



	Wir haben schließlich mögliche Strategien im Umgang mit Heimweh gesammelt.
	<p><b>Transfer in den Alltag</b></p> <p>Bis zu unserer kommenden Stunde bitte ich Sie einmal bewusst darauf zu achten, was Ihnen guttut, wenn Sie Gefühle von Heimweh erleben. Was empfinden Sie in solchen Situationen als hilfreich? Probieren Sie, wenn möglich, verschiedene Strategien im Umgang mit Heimweh aus. Sie müssen sich für die Übung nichts notieren. Wir werden in der kommenden Stunde über Ihre Erfahrungen sprechen.</p> <hr/>
	Teilen Sie das Handout aus.
	<p><b>Abschlussrunde</b></p> <p>Ich möchte die heutige Stunde gerne mit einer Abschlussrunde beenden. Wie geht es Ihnen nach der Stunde? Was nehmen Sie aus der Sitzung mit?</p>

## Modul 15: Behandlungsmöglichkeiten – Hilfe erhalten

Inhalt und Ziele des Moduls:

In diesem Modul sollen die Teilnehmer verschiedene Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen des deutschen Gesundheitssystems kennenlernen. Mögliche Zugangsbarrieren können thematisiert und Fragen zu den verschiedenen Versorgungsangeboten geklärt werden. Darüber hinaus sollen mögliche Strategien im Umgang mit akuten Krisen vermittelt werden.

Anmerkungen für den Therapeuten:

Während Menschen mit Migrationshintergrund in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) überrepräsentiert sind (Schouler-Ocak et al. 2010) und stationäre psychiatrische Behandlungsstrukturen entsprechen ihrem Bevölkerungsanteil nutzen (Koch, Hartkamp, Siefen, & Schouler-Ocak, 2008), sind Migranten in den ambulanten und tagklinischen psychiatrischen Versorgungsstrukturen unterrepräsentiert (Koch, Küchenhoff & Schouler-Ocak, 2011). Diese Unterrepräsentation ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen. So erschweren Sprachbarrieren, Schamgefühle und Stigmatisierungsängste eine erste Kontaktaufnahme mit dem Versorgungssystem. Darüber hinaus gibt es nur eine geringe Anzahl psychiatrischer und psychotherapeutischer Praxen, die eine muttersprachliche Behandlung anbieten. Gleichzeitig werden die Kosten für Dolmetscher in der kassenärztlichen Versorgung nicht übernommen (Koch et al., 2011).

Materialien:

- Flipchart
- Stifte

## Modul 15: Behandlungsmöglichkeiten – Hilfe erhalten

Flipcharts:

- Behandlungsmöglichkeiten (vorbereitet)
- Umgang mit Krisensituationen (wird in der Stunde erarbeitet)

### Behandlungsmöglichkeiten

- Ambulante Psychotherapie
  - Kassenärztliche Vereinigung
  - Psychotherapeutenkammer
  - Institutsambulanzen von Ausbildungsinstituten
- Psychologische Beratungsstellen
- Medikamentöse Therapie
- Stationäre Therapie

Wenn es mir schlecht geht, hilft mir ...

- Mit einer vertrauten Person sprechen
- Eine Achtsamkeitsübung machen (z.B. Achtsames Gehen, achtsames Betrachten, Atemübung)
- Mich mit meinen Sinnen ablenken
  - Hören: Lieblingsmusik
  - Schmecken: Tee trinken
  - Sehen: ein schönes Foto anschauen
  - Riechen: Duftkerze, Parfum, Duftöl
  - Fühlen: Kühlpack, Igelball, Kuscheldecke
- Sport
- In lebensbedrohlichen Situationen
  - Notruf 112 wählen
  - In Notaufnahme einer psychiatrischen Klinik vorstellen



### Begrüßung und Blitzlicht

Ich begrüße Sie zu unserer heutigen Gruppensitzung.

Zu Beginn der Stunde möchte ich gerne wieder ein Blitzlicht durchführen, um zu erfahren wie es Ihnen geht und wie Sie heute in die Gruppe kommen.

Wie kommen Sie heute in der Stunde an?

Haben Sie heute gut hergefunden?

---

Achten Sie auf die zeitliche Begrenzung und unterstützen Sie die Teilnehmer bei Unsicherheiten.



### Achtsamkeitsübung

Bevor wir mit dem Thema der heutigen Stunde beginnen, möchte ich gerne wieder eine Achtsamkeitsübung mit Ihnen durchführen. Sie kennen die Übung bereits aus der vergangenen Stunde.

Bitte nehmen Sie eine entspannte Körperhaltung ein. Die Füße stehen fest und sicher auf dem Boden, der Rücken ist angelehnt. Ihre Hände ruhen locker im Schoß. Wenn Sie möchten, dann können Sie die Augen schließen oder einen Punkt im Raum fixieren. Atmen Sie ein paar Mal kräftig ein und aus.

Lassen Sie nun vor Ihrem inneren Auge den gestrigen Tag Revue passieren und richten Sie Ihren Blick dabei auf das, was Sie Angenehmes erlebt haben.

Worüber haben Sie sich gefreut? ...

Was hat Ihnen Spaß bereitet? ...




Was haben Sie genossen? ...

Wobei haben Sie sich wohl gefühlt? ...

Wenn Gedanken Sie ablenken, dann lassen Sie diese vorüberziehen, wie Wolken am Himmel und kehren Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit zurück zu dem, was Sie in den vergangenen 24 Stunden angenehmes erlebt haben.

Was hat Ihnen gutgetan? ...

Was war einfach schön? ...

	<p>Nehmen Sie nun wieder bewusst Ihre Füße auf dem Boden wahr. Kehren Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit langsam in den Raum zurück. Wenn Sie möchten dann können Sie sich recken oder Ihre Fäuste ballen. Öffnen Sie nun bitte die Augen.</p>
	<p>Führen Sie die Übung „Positiver Tagesrückblick“ nach Kaluza (2015) mit den Teilnehmern durch. Falls die Reflexion positiver Erlebnisse für die Teilnehmer ungewohnt sein sollte so kann dies vor dem Hintergrund der Tatsache reflektiert werden, dass man es eher gewohnt ist über ärgerliche, belastende oder unangenehme Dinge zu sprechen (Kaluza, 2015).</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Wiederholung</b></p> <p>In der vergangenen Stunde haben wir über das Gefühl von Heimweh gesprochen. Wir haben gesehen, dass Heimweh unser Verhalten, unser Denken und unser Gefühlsleben beeinflusst. Es kann deshalb dazu führen, dass wir uns gedanklich mit den Menschen und Orten beschäftigen, die wir vermissen und uns in unser „Schneckenhaus“ zurückziehen. Wir haben auch über Strategien im Umgang mit Heimweh gesprochen.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Besprechung der Übung</b></p> <p>Als Übung sollten Sie Zuhause einmal ausprobieren, was Ihnen in Situationen, in denen Sie Heimweh haben guttut.</p> <p>Was haben Sie als hilfreich erlebt?</p> <p>Was haben Sie als weniger hilfreich erlebt?</p>
	<p>Holen Sie sich Rückmeldungen der Teilnehmer zu der Übung ein.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Einstieg in das Thema</b></p> <p>In der heutigen Stunde möchte ich mit Ihnen über Möglichkeiten sprechen, um auch in Zukunft professionelle Hilfe bei psychischen Belastungen in Anspruch zu nehmen. Wir werden darüber sprechen, welche verschiedenen Möglichkeiten der Behandlung es gibt. Wir werden auch darüber sprechen, was wir in Situationen, in denen es uns ganz akut schlecht geht, tun können.</p>



### Behandlungsmöglichkeiten im Herkunfts- und Aufnahmeland

Welche Möglichkeiten Hilfe in Anspruch zu nehmen kennen Sie in Deutschland?  
Haben Sie schon Hilfe für die Behandlung psychischer Belastungen in Anspruch genommen?

Was haben Sie als hilfreich empfunden?

Was haben Sie dabei als schwierig erlebt?

Welche Möglichkeiten professionelle Hilfe bei psychischen Belastungen zu erhalten gibt es in Ihrer Kultur oder in Ihrem Land?

Freier Austausch über die Behandlungsmöglichkeiten im Herkunftsland bzw. in der Herkunftskultur.



### Behandlungsmöglichkeiten in Deutschland

Wie wir sehen, gibt es verschiedene Möglichkeiten, um Hilfe bei psychischen Belastungen zu erhalten.

Ich möchte Ihnen einige Behandlungsmöglichkeiten vorstellen, die es hier in Deutschland / in München gibt.

- Ambulante Psychotherapie: In einer ambulanten Psychotherapie haben Sie die Möglichkeit individuell an der Entstehung und Behandlung der Depression zu arbeiten. Hier ist auch Raum für andere Themen, wie beispielsweise belastende Erfahrungen oder Ängste. Hat jemand von Ihnen Erfahrungen mit einer ambulanten Psychotherapie? Falls der Psychotherapeut eine so genannte Kassenzulassung hat, kann die Therapie von den Krankenkassen übernommen werden. Folgende Nummern können Ihnen bei der Suche nach einem Therapieplatz helfen:
  - Kassenärztliche Vereinigung des jeweiligen Bundeslandes
  - Psychotherapeutenkammer des jeweiligen Bundeslandes
  - Institutsambulanzen von Ausbildungsinstituten
- Beratungsstellen: Darüber hinaus können Sie ambulant auch durch eine Psychologische Beratungsstelle Unterstützung bekommen. Die Beratungen

sind häufig kostenfrei. Teilweise werden die Beratungsstellen von der Kirche finanziert. Religion oder kultureller Hintergrund spielen jedoch keine Rolle.

- Medikamentöse Therapie: Manchmal kann eine medikamentöse Unterstützung hilfreich sein, um mit Depressionen, Ängsten oder Schlafstörungen umzugehen. Ihr Hausarzt oder Psychiater ist für eine medikamentöse Therapie zuständig. Es ist wichtig, dass Sie Medikamente nur nach Absprache mit Ihrem Arzt einnehmen.
- Stationäre Therapie: Falls die Belastungen so groß sind, dass Sie in Ihrem Alltag nicht mehr zurecht kommen, kann ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik sinnvoll sein. Sie können über Ihren Hausarzt oder Psychiater eine Überweisung bekommen. In Notfällen können Sie sich auch in der Notfallambulanz der psychiatrischen Kliniken vorstellen.

Stellen Sie den Teilnehmern die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten am Flipchart vor. Gehen Sie auf mögliche Fragen ein.

### Behandlungsmöglichkeiten

- Ambulante Psychotherapie
  - Kassenärztliche Vereinigung
  - Psychotherapeutenkammer
  - Institutsambulanzen von Ausbildungsinstituten
- Psychologische Beratungsstellen
- Medikamentöse Therapie
- Stationäre Therapie



### Umgang mit Krisensituationen

Nun haben wir über eher langfristige, professionelle Möglichkeiten der Behandlung gesprochen. Ich möchte nun mit Ihnen darüber sprechen, was Sie in Krisensituationen tun können. Krisen können entstehen, wenn uns Gefühle



überfluten oder uns Gedanken sehr belasten. Meist haben wir dann eine hohe innere Anspannung, die wiederum weitere belastende Gedanken oder Gefühle hervorrufen kann.

Es ist deshalb wichtig, die akute Anspannung kurzfristig zu reduzieren. Anschließend wird es uns leichter fallen, in Ruhe nach einer Lösung für unsere Situation zu suchen.





Was könnte in solchen Momenten für Sie hilfreich sein?

Wer oder was würde Ihnen gut tun, wenn es Ihnen schlecht geht?

Erarbeiten Sie mit den Teilnehmern Möglichkeiten zum Umgang mit akuten Krisensituationen. Folgende Punkte sollten auf dem Flipchart ergänzt werden.

Wenn es mir schlecht geht, hilft mir ...

- Mit einer vertrauten Person sprechen
- Eine Achtsamkeitsübung machen (z.B. Achtsames Gehen, achtsames Betrachten, Atemübung)
- Mich mit meinen Sinnen ablenken
  - Hören: Lieblingsmusik
  - Schmecken: Tee trinken
  - Sehen: ein schönes Foto anschauen
  - Riechen: Duftkerze, Parfum, Duftöl
  - Fühlen: Kühlpack, Igelball, Kuschelecke
- Sport
- In lebensbedrohlichen Situationen
  - Notruf 112 wählen
  - In Notaufnahme einer psychiatrischen Klinik vorstellen

	<p style="text-align: center;"><b>Kernaussage</b></p> <p>Wir haben heute über verschiedene Möglichkeiten der Behandlung bei psychischen Problemen gesprochen. Wir haben außerdem darüber gesprochen, dass es in akuten Krisen hilfreich sein kann, zunächst einmal kurzfristig für Entlastung zu sorgen, bevor man sich dem aktuellen Problem zuwendet. In lebensbedrohlichen Krisen ist es notwendig einen Notarzt zu rufen oder sich in einer psychiatrischen Notfallambulanz vorzustellen.</p> <p>Haben Sie zu den Inhalten der heutigen Stunde noch Fragen?</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Transfer in den Alltag</b></p> <p>Als Übung für Zuhause bitte ich Sie, bis zur kommenden Stunde die Übung, welche wir zu Beginn der heutigen Stunde durchgeführt haben und welche Sie bereits aus den letzten Stunden kennen, täglich Zuhause durchzuführen. Nehmen Sie eine angenehme Körperhaltung ein und reflektieren Sie, was am jeweiligen Tag positives oder angenehmes passiert ist. Worüber haben Sie sich gefreut? Was haben Sie genossen? Wobei haben Sie sich wohlgeföhlt?</p> <p>Es würde sich anbieten, die Übung immer abends durchzuführen aber Sie können entscheiden, welcher Zeitpunkt am Tag für Sie gut ist.</p> <hr/> <p>Teilen Sie das Handout aus.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Ausblick auf die kommende Abschlusssitzung</b></p> <p>Die kommende Stunde wird unsere letzte Sitzung sein. Wir haben dann insgesamt zwei Monate lang gemeinsam gearbeitet. Das würden wir gerne gemeinsam mit Ihnen feiern. Es wird Tee und Saft zu trinken geben. Wenn Sie mögen, so können Sie gerne eine Kleinigkeit zum Essen mitbringen. Dies ist aber keinesfalls ein Muss.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Abschlussrunde</b></p> <p>Ich möchte die heutige Stunde gerne mit einer Abschlussrunde beenden. Wie geht es Ihnen nach der Stunde? Was nehmen Sie aus der Sitzung mit?</p>

## Modul 16: Rückblick und nach vorne schauen

Inhalt und Ziele des Moduls:

In diesem Modul werden die Inhalte der vergangenen Stunden wiederholt und das Erreichte reflektiert. Das Symbolbild der Waage wird in diesem Rahmen erneut aufgegriffen.

Im offenen Austausch werden in der einen Waagschale zunächst positive Erfahrungen gesammelt, welche die Teilnehmer während der vergangenen Wochen innerhalb der Gruppe oder während der praktischen Übungen Zuhause gemacht haben. In diesem Rahmen sollen Fortschritte, Erkenntnisse oder positive Veränderungen bewusstgemacht und das Erreichte gewürdigt werden.

In der anderen Waagschale werden Themen gesammelt, an welchen die Teilnehmer auch im Anschluss an die Gruppe weiterarbeiten möchten. Dies können Themen sein, welche in der Gruppe ansatzweise bearbeitet wurden und welche für den Gruppenteilnehmer / die Gruppenteilnehmerin noch nicht abgeschlossen sind. Es können auch neue Herausforderungen oder Probleme sein, für welche sich der Gruppenteilnehmer / die Gruppenteilnehmerin nun bereit fühlt. Im Zuge dessen kann bereits ansatzweise besprochen werden, wer oder was die Person bei diesen Themen in Zukunft unterstützen könnte (Vertrauenspersonen, ambulante/r Psychotherapeut/in etc.).

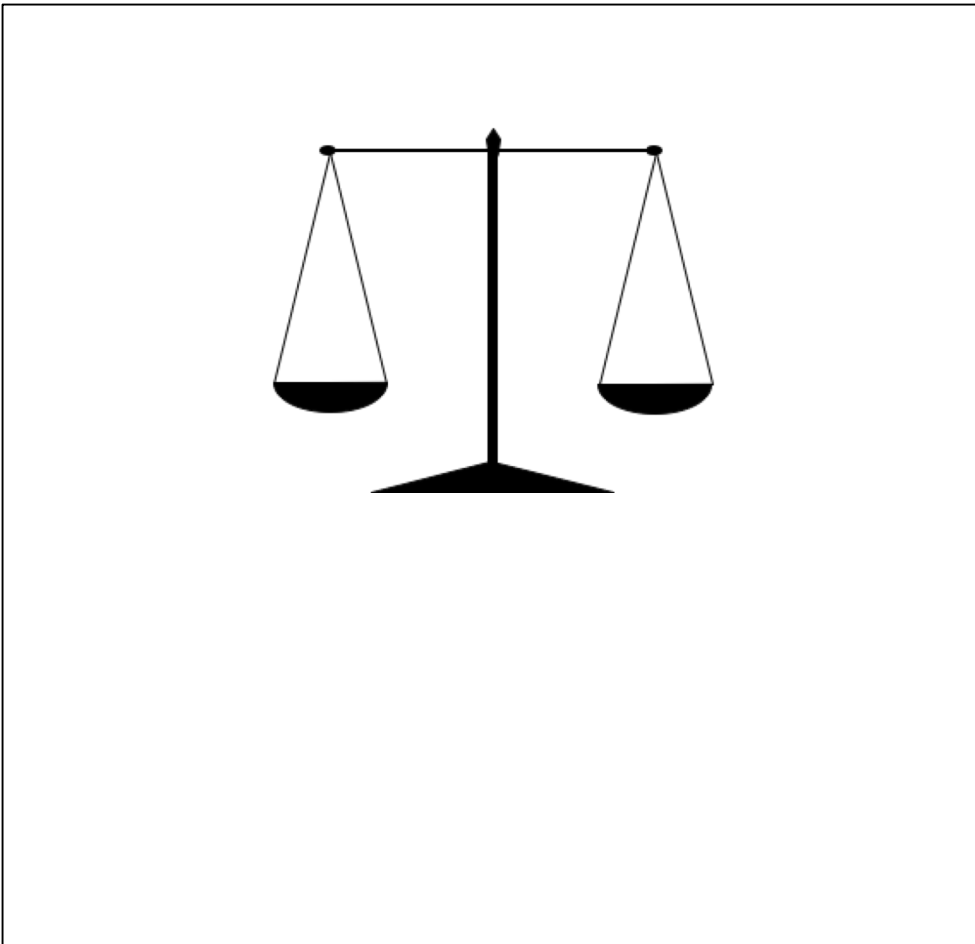
Schließlich soll letzte Gruppensitzung mit einem kleinen Fest abgeschlossen werden, in welchem die Möglichkeit besteht das Erarbeitete und Erreichte in einem offenen Austausch zu reflektieren und zu zelebrieren.

Materialien:

- Flipchart
- Stifte
- Evtl. Getränke und Snacks für ein Abschlussfest

Flipcharts:

- Waage (vorbereitet, wird in der Stunde ergänzt)





### Begrüßung und Blitzlicht

Ich begrüße Sie heute zu unserer letzten Gruppensitzung.

Zu Beginn der Stunde möchte ich gerne wieder ein Blitzlicht durchführen, um zu erfahren wie es Ihnen geht und wie Sie heute in die Gruppe kommen.

Wie kommen Sie heute in der Stunde an?

Haben Sie heute gut hergefunden?

Leiten Sie die Gruppenteilnehmer durch die Anfangsrunde. Achten Sie auf die zeitliche Begrenzung und unterstützen Sie die Teilnehmer bei Unsicherheiten.



### Achtsamkeitsübung

Zu Beginn möchte ich gerne wieder eine Achtsamkeitsübung mit Ihnen durchführen. Sie kennen die Übung bereits aus den vergangenen Stunden.

Bitte nehmen Sie eine entspannte Körperhaltung ein. Die Füße stehen fest und sicher auf dem Boden, der Rücken ist angelehnt. Ihre Hände ruhen locker im Schoß. Wenn Sie möchten, dann können Sie die Augen schließen oder einen Punkt im Raum fixieren. Atmen Sie ein paar Mal kräftig ein und aus.

Lassen Sie nun vor Ihrem inneren Auge den gestrigen Tag Revue passieren und richten Sie Ihren Blick dabei auf das, was Sie Angenehmes erlebt haben.

Worüber haben Sie sich gefreut? ...

Was hat Ihnen Spaß bereitet? ...

Was haben Sie genossen? ...




Wobei haben Sie sich wohl gefühlt? ...



Wenn Gedanken Sie ablenken, dann lassen Sie diese vorüberziehen, wie Wolken am Himmel und kehren Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit zurück zu dem, was Sie in den vergangenen 24 Stunden angenehmes erlebt haben.

Was hat Ihnen gutgetan? ...

Was war einfach schön? ...

Nehmen Sie nun wieder bewusst Ihre Füße auf dem Boden wahr. Kehren Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit langsam in den Raum zurück. Wenn Sie möchten dann

	<p>können Sie sich recken oder Ihre Fäuste ballen. Öffnen Sie nun bitte die Augen.</p> <p>Führen Sie die Übung „Positiver Tagesrückblick“ nach Kaluza (2015) mit den Teilnehmern durch. Sowohl das Nachdenken als auch der Austausch über die angenehmen Dinge lässt die positiven Ereignisse wieder lebendig werden. Falls die Reflexion positiver Erlebnisse für die Teilnehmer ungewohnt sein sollte so kann dies vor dem Hintergrund der Tatsache reflektiert werden, dass man es eher gewohnt ist über ärgerliche, belastende oder unangenehme Dinge zu sprechen (Kaluza, 2015).</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Wiederholung</b></p> <p>In der vergangenen Stunde haben wir darüber gesprochen, welche Möglichkeiten der Behandlung es bei psychischen Problemen es in Ihrem Heimatland und hier in Deutschland gibt. Hier in Deutschland gibt es beispielsweise die Möglichkeit eine ambulante Psychotherapie aufzusuchen oder Hilfe bei einer Psychologischen Beratungsstelle oder einem Psychiater zu erhalten.</p> <p>Wir haben Sie in der Zwischenzeit noch Fragen zu den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten aufgekomen?</p> <p>Beantworten Sie mögliche, noch entstandene, Fragen.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Besprechung der Übung</b></p> <p>Als Übung sollten Sie in den vergangenen Tagen die Achtsamkeitsübung durchführen, welche wir zu Beginn der heutigen Stunde und auch in den vergangenen Stunden durchgeführt haben. Sie sollten dabei reflektieren, was Ihnen an einem Tag Freude bereitet hat, was Ihnen gutgetan hat oder was Sie genossen haben. Wie ist es Ihnen mit der Übung ergangen?</p> <p>Holen Sie sich Rückmeldungen der Teilnehmer zu der Übung ein.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Reflexion der vergangenen Sitzungen</b></p> <p>In unserer heutigen, letzten Sitzung möchte ich gerne mit Ihnen auf die vergangenen Stunden zurück blicken und mit Ihnen den Weg reflektieren, den wir in den vergangenen sechzehn Sitzungen gemeinsam gegangen sind. Anschließend</p>

	<p>werden wir gemeinsam ein kleines Abschlussfest feiern.</p> <p>Um unsere Gruppe mit Ihnen zu reflektieren, möchte ich gerne noch einmal das Bild der Waage mit ihren beiden Waagschalen aufgreifen.</p> <hr/> <p>Möglichkeit zum offenen Austausch und Reflexion der Gruppentherapie.</p>
	<p><b>Befüllen der Waagschalen</b></p> <p>Ich möchte Sie einladen, dass wir gemeinsam eine Waage füllen. In der linken Waagschale ist Platz für Dinge, für die Sie dankbar oder auf die Sie stolz sind. Dies kann eine positive Erfahrung sein, die Sie während der vergangenen Wochen hier in der Gruppe oder bei den Übungen Zuhause gemacht haben. Es kann eine hilfreiche Erkenntnis oder eine nette Begegnung mit einem anderen Gruppenmitglied sein. Es kann auch etwas sein, was ihr Leben in Deutschland ganz unabhängig von der Gruppe in den vergangenen Wochen bereichert.</p> <hr/> <p>Befüllen Sie gemeinsam mit den Teilnehmern die linke Waagschale am Flipchart.</p> <div data-bbox="306 1005 1295 1836" style="background-color: #e0e0e0; padding: 20px;"><p>Zusammenhalt in der Gruppe</p><p>Ich gestalte meinen Alltag aktiver</p><p>Ich weiß mehr über meine Erkrankung</p><p>Weniger Wut</p></div>



Wir haben nun viele tolle Dinge gesammelt, die sich in den vergangenen Wochen zum Positiven verändert haben. Dinge die Sie erreicht haben, die sie gelernt haben und die Sie erfolgreich angewandt haben.

Nun möchte ich Sie einladen einmal zu überlegen, an welchen Themen Sie gerne auch über die Gruppe hinaus weiterarbeiten möchten.

Welche Dinge werden Sie auch weiterhin beschäftigen?

Was soll sich noch verändern?

Welche Herausforderungen möchten Sie weiterhin angehen?

Wer könnte Sie dabei unterstützen?

Was könnte Ihnen auf diesem Weg helfen?

Halten Sie die Beiträge der Teilnehmer in der rechten Waagschale fest.



Zusammenhalt in der Gruppe

Noch besser mit Wut umgehen lernen

Ich gestalte meinen Alltag aktiver

Meine Alpträume sollen weggehen

Ich weiß mehr über meine Erkrankung

Weniger Konflikte mit Familie

Weniger Wut


Noch besser Deutsch lernen



### Abschluss

Die gefüllte Waage symbolisieren, wie viel Sie in den vergangenen Wochen bereits erreicht haben. Und sie zeigt auch, welche Themen Sie weiterhin begleiten werden.



	<p>Ich möchte unsere Gruppe nun gerne gemeinsam mit Ihnen mit einer Feier beenden. Vielen Dank für all die Köstlichkeiten, die Sie mitgebracht haben.</p>
	<p>Hier ist Zeit für einen offenen Austausch zwischen den Teilnehmern untereinander und zwischen Teilnehmern und Therapeuten.</p> <p>Falls die Teilnehmer Speisen oder Getränke mitgebracht haben, so können diese sehr gerne erzählen, um was für ein Gericht es sich handelt.</p>
	<p style="text-align: center;">Abschlussrunde</p> <p>Ich möchte auch unsere letzte Stunde gerne mit einer Abschlussrunde beenden. Wie geht es Ihnen nach der Stunde? Wie haben Sie diese letzte Sitzung erlebt?</p>

## Literatur

- Abdallah-Steinkopff, B. (2017). Zusammenarbeit mit Dolmetschern. In Liedl, A., Böttche, M., Abdallah-Steinkopff, B., & Knaevelsrud, C. (Hrsg.), *Psychotherapie mit Flüchtlingen* (S. 90 – 107). Stuttgart: Schattauer.
- Agorastos, A., & Ströhle, A. (2011). In Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und psychische Gesundheit* (S. 293-306). München: Urban & Fischer.
- Assion, H. J., Stompe, T., Aicherberger, M. C., & Callies, I. T. (2011). Depressive Störungen. In Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und psychische Gesundheit* (S. 321-332). München: Urban & Fischer.
- Assion, H. J., Ueberberg, B., & Kaaz, T. (2017). *Manual Interkulturelle Psychoedukation für Menschen mit Migrationserfahrung: mit Arbeitsmaterialien auf Türkisch und Arabisch*. Klett-Cotta.
- Bohus, M., & Wolf-Arehult, M. (2013). *Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten*. Schattauer Verlag.
- Breslau, J., Aguilar-Gaxiola, S., Borges, G., Castilla-Puentes, R. C., Kendler, K. S., Medina-Mora, M. E., & Kessler, R. C. (2007). Mental disorders among English-speaking Mexican immigrants to the US compared to a national sample of Mexicans. *Psychiatry Research*, 151(1), 115-122.
- Demiralay, C. & Haasen, C. (2011). Akkulturation. In Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und psychische Gesundheit* (S. 63-74). München: Urban & Fischer.
- Diefenbacher, A., & Heim, G. (1994). Somatic symptoms in Turkish and German depressed patients. *Psychosomatic Medicine*, 56(6), 551-556.
- Fernandéz, I., Carrera, P., Sánchez, F., Paez, D., & Candia, L. (2000). Differences In cultures in emotional verbal and non-verbal reactions. *Psicothema*, 12(1), 83-92.
- Fisher, S. (1989). *Homesickness, cognition and health*. Routledge.
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., & Neuner, F. (2006). Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der

Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 12-20.

Gerritsen, A. A., Bramsen, I., Devillé, W., Van Willigen, L. H., Hovens, J. E., & Van Der Ploeg, H. M. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social Psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(1), 18-26.

Gilbert, J. (2009). Power and ethics in psychosocial counselling: reflections on the experience of an international NGO providing services for Iraqi refugees in Jordan. *Intervention*, 7(1), 50-60.

Göbber, J., Gündel, H., Henniger, S., Machleidt, W., & Kimil, A. (2008). Migration. *PiD-Psychotherapie im Dialog*, 9(03), 265-271.

Haasen, C., & Yagdiran, O. (2000). Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg: Lambertus.

Hartley, L. K., & Pedersen, A. (2015). Asylum seekers and resettled refugees in Australia: Predicting social policy attitude from prejudice versus emotion. *Journal of Social and Political Psychology*, 3(1), 179-197.

Hinton, D. E., Rasmussen, A., Nou, L., Pollack, M. S., & Good, M. J. (2009). Anger, PTSD and the nuclear family: A study of Cambodian refugees. *Social science & medicine*, 69(9), 1387-1394.

Kaluza, G. (2015). Gelassen und sicher im Stress: Das Stresskompetenz-Buch: Stress erkennen, verstehen, bewältigen. Berlin: Springer.

Kirmayer, L. J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *Journal of clinical psychiatry*, 62, 22-30.

Kluge, U. (2011). Sprach- und Kulturmittler im interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 145-154). München: Urban & Fischer.

Koch, E., Hartkamp, N., Siefen, R. G., & Schouler-Ocak, M. (2008). Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen. *Der Nervenarzt*, 79(3), 328-339.

Koch, E., Küchenhoff, B., & M. Schouler-Ocak (2011). Inanspruchnahme psychiatrischer Einrichtungen von psychisch kranken Migranten in Deutschland und der Schweiz. In *Therapiemanual für Menschen mit affektiven Erkrankungen und Fluchterfahrungen* 199

- Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und psychische Gesundheit* (S. 489-498). München: Urban & Fischer.
- Liedl, A., Schäfer, U., & Knaevelsrud, C. (2013). *Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen: Manual für Einzel-und GruppenSetting-Mit einem Geleitwort von Andreas Maercker*. Klett-Cotta.
- Liedl, A., Böttche, M., Abdallah-Steinkopff, B., & Knaevelsrud, C. (Hrsg.). (2016). *Psychotherapie mit Flüchtlingen-neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse: Das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte*. Schattauer Verlag.
- Lindert, J., Glaesmer, H., & Brähler, E. (2011). Anpassungsstörungen. In Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und psychische Gesundheit* (S. 333-340). München: Urban & Fischer.
- Lundh, L. G., & Broman, J. E. (2000). Insomnia as an interaction between sleep-interfering and sleep-interpreting processes. *Journal of psychosomatic research*, 49(5), 299-310.
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion and motivation. *Psychological review*, 98(2), 224.
- Momartin, S., Steel, Z., Coello, M., Aroche, J., Silove, D. M., & Brooks, R. (2006). A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *Medical Journal of Australia*, 185(7), 357-361.
- Müller, H., & William, H. (2016). Heimweh: Was sagt die wissenschaftliche Literatur über dieses Phänomen?. *Leidfaden*, 5(3), 88-90.
- Olatunji, B. O., Ciesielski, B. G., & Tolin, D. F. (2010). Fear and loathing: A meta-analytic review of the specificity of anger in PTSD. *Behavior Therapie*, 41(1), 93-105.
- Pasquini, M., Picardi, A., Biondi, M., Gaetano, P., & Morosini, P. (2004). Relevance of anger and irritability in outpatients with major depressive disorder. *Psychopathology*, 37(4). 155-160.
- Posternak, M. A., Zimmermann, M. (2002). Anger and depression in psychiatric outpatients. *The journal of clinical psychiatry*, 63(8). 665-672.
- Riemann, D., & Backhaus, J. (1996). *Behandlung von Schlafstörungen: ein psychologisches Gruppenprogramm*. Beltz, Psychologie-Verlag-Union.

- Rommel, A. (2005). Migration und Rehabilitation psychischer Erkrankungen-Perspektiven und Grenzen einer Gesundheitsberichterstattung mit Routinedaten. *Das Gesundheitswesen*, 67(04), 280-288.
- Sato, T. (2001). Autonomy and relatedness in psychopathology and treatment: A cross-cultural formulation. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 127(1), 89.
- Schaub, A., Roth, E., & Goldmann, U. (2013). *Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen: Ein Therapiemanual* (Vol. 39). Hogrefe Verlag.
- Schouler-Ocak, M., Bretz, H. J., Hauth, I., Montesinos, A. H., Koch, E., Driessen, M., & Heinz, A. (2010). Patienten mit Migrationshintergrund in Psychiatrischen Institutsambulanzen – ein Vergleich zwischen Patienten mit türkischer und osteuropäischer Herkunft sowie Patienten ohne Migrationshintergrund. *Psychiatrische Praxis*, 37(08), 384-390.
- Sieben, A., & Straub, J. (2011). Migration, Kultur und Identität. In Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und psychische Gesundheit* (S. 43-53). München: Urban & Fischer.
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *The British Journal of Psychiatry*, 170(4), 351-357.
- Solomon, R. C. (1984). Getting angry: The Jamesian theory of emotion in anthropology. *Culture theory: Essays on mind, self, and emotion*, 238-254.
- Spiegelhalder, K., Backhaus, J., & Riemann, D. (2011). *Schlafstörungen* (7. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Stroebe, M., Schut, H., & Nauta, M. (2015). Homesickness: A systematic review of the scientific literature. *Review of general psychology*, 19(2), 157.
- Tartakovsky, E. (2007). A longitudinal study of acculturative stress and homesickness: High-school adolescents immigrating from Russia and Ukraine to Israel without parents. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(6), 485-494.
- Weidemann, D. (2007), Akkulturation und interkulturelles Lernen. In Straub, J., Weidemann, A. & Weidemann, D. (Hrsg.), *Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kompetenz* (S. 488-498). Stuttgart: Metzler.
- Wittig, U., Lindert, J., Merbach, M., & Brähler, E. (2008). Mental health of patients from different cultures in Germany. *European Psychiatry*, 23, 28-35.

## **Handout Modul 1: Ankommen – Wo kommen wir her, wo gehen wir hin**

### **Gruppenregeln:**

Damit sich in der Gruppe jeder wohl und sicher fühlt und wir gut miteinander arbeiten können, gelten für die Gruppensitzungen folgende Regeln:

- Schweigepflicht: Die Gruppe als sicherer, geschützter Raum
- Gegenseitige Rücksichtnahme
- Zuhören und ausreden lassen
- Recht sich mitzuteilen und Recht zu schweigen
- Pünktliche und regelmäßige Teilnahme
- Absagen, falls ein Termin nicht wahrgenommen werden kann

### **Inhalte der Stunden:**

In den insgesamt 16 Gruppensitzungen werden wir uns folgenden Themen zuwenden:

- Ankommen – Wo kommen wir her, wo gehen wir hin
- Integration – Herausforderung und aktiv werden
- Depression – Psychoedukation
- Depression – Aktiv werden
- Depression – Weg aus dem Schneckenhaus
- Somatisierung – Mit Schmerzen umgehen
- Schlafstörungen – Ruhe finden
- Stress – Psychoedukation
- Stress – Bewältigungskompetenzen erlernen
- Stress – Entspannung lernen
- Gefühle wahrnehmen – Wegweiser für unser Verhalten
- Aggression – Mit Wut umgehen
- Mit Angst umgehen – Mut schöpfen
- Heimweh – Heimat ist ein Gefühl
- Behandlungsmöglichkeiten – Hilfe erhalten
- Abschluss - Rückblick und nach vorne schauen

Empowerment für Menschen mit affektiven Erkrankungen und Fluchterfahrungen

## Handout Modul 2: Integration – Herausforderung und aktiv werden

### Mögliche Herausforderungen des Lebens in einem neuen Land:

Das Verlassen des Heimatlandes und das Ankommen und Leben in Deutschland bringt viele Herausforderungen und Chancen mit sich. Diese Situation kann man mit zwei Waagschalen vergleichen: eine Waagschale steht für Schwierigkeiten und Herausforderungen. Die andere Waagschale steht für Chancen und positive Erfahrungen.



### Aktiv werden:

In dieser Situation ist es wichtig, sein Leben in Deutschland aktiv zu gestalten. So lernt man seine Umgebung und Mitmenschen besser kennen und wird sich zunehmend wohler fühlen.

Möglichkeiten, um im Alltag aktiv zu werden:

- Spaziergang in einem Park
- Besuch in einem Café
- Jemanden zum Kaffee / Tee einladen
- Besuch in einer Moschee / in einer Kirche
- Mit den Kindern einen Spielplatz besuchen
- Gemeinsam mit anderen kochen / essen

### Möglichkeit zum Üben:

Versuchen Sie bis zu unserer kommenden Stunde einmal, ihr Leben hier in Deutschland aktiv mitzugestalten. Das kann bedeuten, dass Sie einen Spaziergang in einem Park machen, eine öffentliche Einrichtung aufsuchen oder sich mit jemandem zum Kaffee oder Tee trinken verabreden. Sie müssen sich im Rahmen der Übung zuhause nichts aufschreiben, wir werden in der kommenden Stunde mündlich besprechen, wie es Ihnen damit ergangen ist.

## Handout Modul 3: Depression - Psychoedukation

### Symptome einer Depression:

Eine Depression ist eine Phase von mindestens zwei Wochen, in der wir die meiste Zeit des Tages wenig Antrieb für Dinge haben oder das Interesse an Aktivitäten verlieren, die uns eigentlich Freude bereiten. Meist ist unsere Stimmung in dieser Zeit gedrückt und wir fühlen uns erschöpft und energielos.

Folgende Symptome können im Rahmen einer Depression auftreten:

- Interesseverlust
- Traurigkeit
- Körperliche Beschwerden (z.B. Schmerzen, Engegefühle in der Brust, Schwindel etc.)
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Appetitlosigkeit / verstärkter Appetit
- Schlafstörungen (zu wenig Schlaf oder das ständige Bedürfnis zu schlafen)
- Gefühle von Erschöpfung
- Grübeln

### Vulnerabilitäts-Stress-Modell:

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell ist ein Erklärungsmodell für die Entstehung einer Depression. Unter einer Vulnerabilität, der Begriff lässt sich mit Verletzlichkeit übersetzen, versteht man die Anfälligkeit eines Menschen für eine psychische Erkrankung. Wie anfällig oder verletzlich ein Mensch ist hängt von verschiedenen Faktoren ab, z.B. von genetischen Belastungen, körperlichen Krankheiten oder belastenden Lebensereignissen. Daneben spielen Stressoren, also eher alltägliche Belastungen, bei der Entwicklung psychischer Erkrankungen eine Rolle. Stressoren können Gefühle von Heimweh oder Isolation in einem neuen Land, finanzielle Sorgen oder die Unsicherheit, ob man in dem Land, in welches man geflohen ist, bleiben darf, darstellen. Trifft eine erhöhte Verletzlichkeit auf einen oder mehreren solchen Stressoren steigt das Risiko, dass sich eine Depression oder eine andere psychische Erkrankung entwickelt.

### Möglichkeit zum Üben:

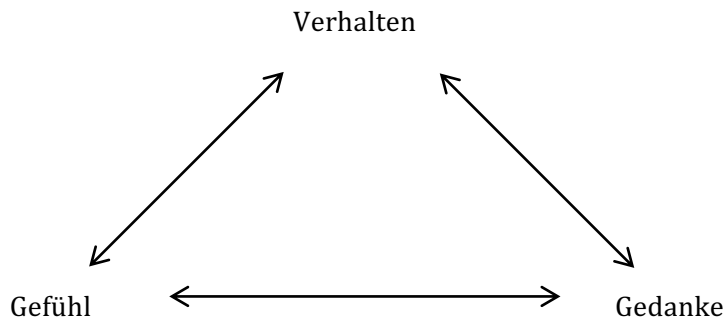
Führen Sie die, in der Gruppe durchgeführte, Achtsamkeitsübung bis zu unserer kommenden Sitzung einmal täglich Zuhause durch. Sie müssen sich dazu nichts notieren. Wir werden in der kommenden Stunde besprechen, wie es Ihnen mit der Übung ergangen ist.



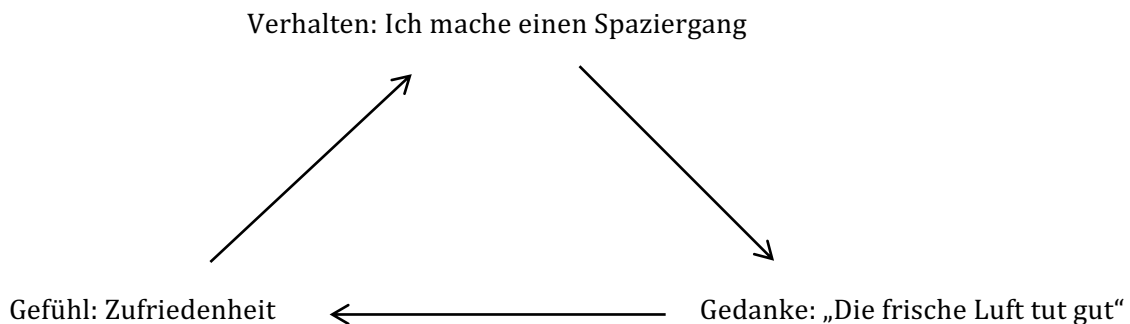
## Handout Modul 4: Depression – Aktiv werden

### Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen

Unsere Gedanken, Gefühle und unser Verhalten beeinflussen sich gegenseitig.



Den Zusammenhang zwischen unseren Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen können wir uns zu Nutze machen, um depressiven Gefühlen und Gedanken entgegenzuwirken. Indem wir angenehme Dinge tun und erleben, können wir unsere Stimmung positiv beeinflussen. Dabei ist es wichtig, sich zunächst keine zu großen Ziele zu setzen. Bereits kleine Verhaltensweisen können eine positive Wirkung auf die Stimmung haben.



### Möglichkeit zum Üben:

Beobachten Sie einmal, welche Aktivitäten sie über den Tag verteilt nachgehen und welchen Einfluss diese Aktivitäten auf Ihre Stimmung haben. Welche Aktivitäten beeinflussen Ihre Stimmung positiv? Welche Aktivitäten beeinflussen Ihre Stimmung negativ?

## Handout Modul 5: Depression – Weg aus dem Schneckenhaus

### Schneckenhaus der Depression:

Unser Verhalten, unsere Gefühle und unsere Gedanken beeinflussen sich gegenseitig. Fühlen wir uns antriebslos und bleiben Zuhause, kann dies beispielsweise zu dem Gedanken führen, dass wir alleine sind. Das kann wiederum zu Gefühlen von Einsamkeit führen. In einer Depression kann dieser Zusammenhang dazu führen, dass wir uns immer weiter zurückziehen. Ähnlich wie in ein Schneckenhaus.

### Weg aus dem Schneckenhaus:

Um aus dem Schneckenhaus der Depression wieder herauszukommen ist es wichtig, dass Sie lernen, welche Aktivitäten Ihnen persönlich guttun und diese aktiv umsetzen. Positive Aktivitäten kann man mit anderen Menschen oder alleine tun, sie können aktivierend oder entspannend sein.

Ich fühle mich besser!

Es hat gut getan andere Menschen  
auf der Straße zu sehen.

Heute werde ich mich doch  
überwinden und nach draußen  
gehen.



Indem ich draußen  
spazieren gehe sehe ich  
endlich wieder andere  
Menschen.

Es ist sinnlos. Ich bin so  
einsam und traurig. Immer  
sitze ich nur Zuhause.

### Möglichkeit zum Üben:

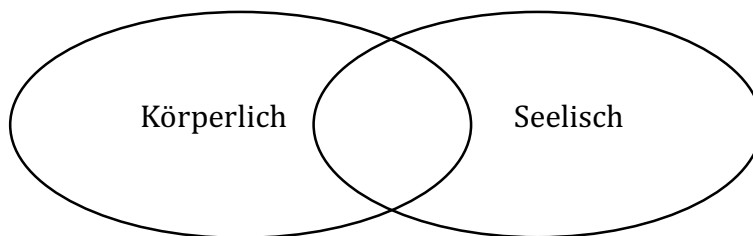
Integrieren Sie jeden Tag bewusst eine positive Aktivität in Ihren Alltag. Versuchen Sie die Aktivität durchzuführen, auch wenn Sie sich möglicherweise nicht danach fühlen. Beobachten Sie, wie es Ihnen anschließend geht. Eine positive Aktivität kann beispielsweise ein Treffen mit einer vertrauten Person, ein Besuch in einem Park, ein Spaziergang, die Zubereitung eines wohlschmeckenden Gerichtes etc. sein.

## Handout Modul 6: Somatisierung – Mit Schmerzen umgehen

### Schmerzen:

Die Funktion von Schmerzen besteht darin unseren Körper vor Verletzungen zu schützen. Schmerzen dienen als Warn- und Leitsignal und beeinflussen unser Verhalten.

Schmerzen können ganz akut auftreten. Wenn wir beispielsweise mit der Hand auf die heiße Herdplatte greifen, so dient ein Schmerz in der Hand dazu, dass wir die Hand sofort wegziehen. Darüber hinaus können Schmerzen auch überdauern sein. Dafür kann es körperliche Ursachen geben. Grund können aber auch psychische Belastungen sein, die in Form von Schmerzen zum Ausdruck kommen. Man spricht dann von psychosomatischen Schmerzen. Schmerzen können also sowohl körperliche als auch seelische Ursachen haben.



### Umgang mit psychosomatischen Schmerzen:

Folgende Strategien können im Umgang mit psychosomatischen Schmerzen hilfreich sein:

- Entspannung: Atemübungen, sanfte Gymnastik, Imaginationsübungen
- Mit einer vertrauten Person über meine Gedanken oder Probleme sprechen
- Ablenken: z.B. indem man eine Freundin / Freund anruft
- Mir selbst etwas Gutes tun

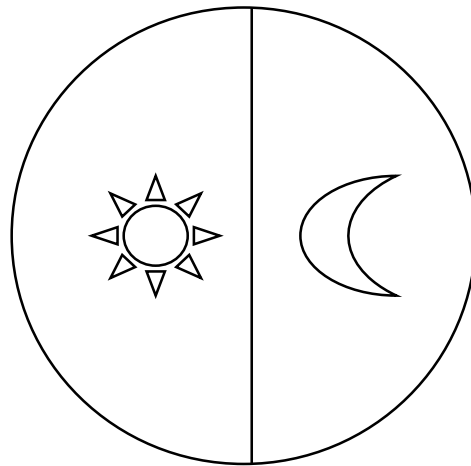
### Möglichkeit zum Üben:

Nehmen Sie einmal bewusst wahr, wann Ihre Schmerzen auftreten. Gibt es bestimmte Situationen, in denen die Schmerzen stärker werden? Gibt es auch Momente, in denen die Schmerzen weniger werden oder gar verschwinden? Falls Sie Schmerzen erleben, so probieren Sie einmal eine oder mehrere der oben genannten Strategien aus.

## Handout Modul 7: Schlafstörungen – Ruhe finden

### Schlaf-Wach-Rhythmus:

Der Schlaf und der damit verbundene Schlaf-Wach-Rhythmus können als Kreis betrachtet werden. Es gibt eine Zeit zum Schlafen und eine Zeit zum Wachen. Für die meisten Menschen sind 6-8 Stunden Schlaf ausreichend. Wichtig ist es, diesen Rhythmus einzuhalten und sich nicht tagsüber schlafen zu legen. Sie sollten sich Ihren Schlaf für die Nacht aufheben.



### Schlaffördernde Strategien:

- Das Bett nur zum Schlafen nutzen – wenn man nicht mehr schlafen kann, aufstehen.
- Vor dem Schlafengehen / am Abend keine Aufregung wie aufregende Filme / Bücher, laute Musik etc.
- Jeden Tag zur gleichen Zeit ins Bett gehen
- Keinen Kaffee / schwarzen Tee, kein schweres Essen vor dem Schlafengehen
- Abendliches Ritual einführen: Schlaftee trinken, Kerze anzünden, einen entspannenden Spaziergang
- Bei Albträumen: Bett verlassen, ein Glas Wasser trinken, sich bewusstwerden, dass es nur ein Traum war

### Möglichkeit zu Üben:

Führen Sie ein Ritual ein, welches Sie jeden Abend vor dem Zubettgehen durchführen. Das kann eine Achtsamkeitsübung sein, eine Tasse Tee, die Sie sich kochen und trinken oder ein entspannender Spaziergang sein. Finden Sie ein Ritual, das für Sie gut ist.

## Handout Modul 8: Stress – Psychoedukation

### Definition und Funktion von Stress:

Unter dem Begriff Stress versteht man die Antwort unseres Körpers auf äußere Anforderungen. Stress entsteht dann, wenn wir mit einer Situation konfrontiert sind, für die unsere normalen Bewältigungsmechanismen möglicherweise nicht ausreichen. Eine Stressreaktion soll uns dabei helfen, diese besonderen Anforderungen zu meistern.

### Folgende Dinge lösen bei mir Stress aus:

---

---

### So reagiere ich auf Stress:

- Gedanken: \_\_\_\_\_
- Gefühle: \_\_\_\_\_
- Körper: \_\_\_\_\_
- Verhalten: \_\_\_\_\_

### Schutz vor Stress:

Vor Stress können uns folgende Dinge schützen:

- Meine Familie, meine Kinder
- Mich auf meine Ziele konzentrieren
- Sport
- Mir bewusstmachen, was ich alles schon geschafft habe
- Unterstützung durch Freunde
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Möglichkeit zum Üben:

Führen Sie täglich für einige Minuten eine der beiden Achtsamkeitsübungen, die wir bisher in jeder Stunde gemacht haben, durch. Sie können die Übung in Situationen machen, in denen Sie gestresst sind oder in denen Sie keinen akuten Stress erleben. Betrachten Sie achtsam einen Stein, ein Foto oder einen anderen Gegenstand oder atmen Sie einige Male achtsam ein und aus. Sie können sich gerne die Übung aussuchen, mit der sie sich wohler fühlen.

## Handout Modul 9: Stress – Bewältigungskompetenzen erlernen

### Mit Stress umgehen:

Mit Stress kann man auf verschiedene Art und Weise umgehen. Dabei kann man zwischen kurz- und langfristigen Strategien unterscheiden. Kurzfristige Strategien helfen uns mit dem Stress umzugehen, wenn dieser ganz akut ist. Langfristige Strategien helfen uns dabei, Stress auch in Zukunft zu reduzieren.

### Kurzfristige Stressbewältigung:

In Situationen, in denen wir akuten Stress erleben sind wir häufig sehr angespannt. Es fällt uns dann häufig schwer einen klaren Gedanken zu fassen. Bevor wir nach einer Lösung für die Situation suchen ist es deshalb wichtig, dass wir den akuten Stress zunächst einmal reduzieren. Dass wir also gewissermaßen „abkühlen“. Eine gute Möglichkeit sich zu beruhigen stellen unsere fünf Sinne dar:

- Hören: Musik hören, 5 Dinge benennen, die ich höre, Naturgeräusche, Singen
- Fühlen: Kühlpack, weiches Kissen,
- Schmecken: Zitrone, Tee, Pfefferminzbonbon, in etwas Scharfes beißen
- Sehen: schönes Foto, Natur betrachten, in den Himmel schauen, Lieblingsfilm ansehen
- Riechen: Duftöl, Duftkerze, Lieblingsparfum, frisch gewaschene Kleidung

### Langfristige Stressbewältigung:

Neben Strategien, um Stress kurzfristig zu reduzieren kann es sinnvoll sein zu schauen, ob wir unseren Stress langfristig reduzieren müssen . Mögliche Strategien sind:

Kleine Ruhepausen in den Alltag einplanen, bewusst freie Zeit für mich einplanen, um Hilfe bitten, Dinge bewusst nacheinander machen anstatt gleichzeitig, Prioritäten setzen, auch einmal „nein“ sagen.

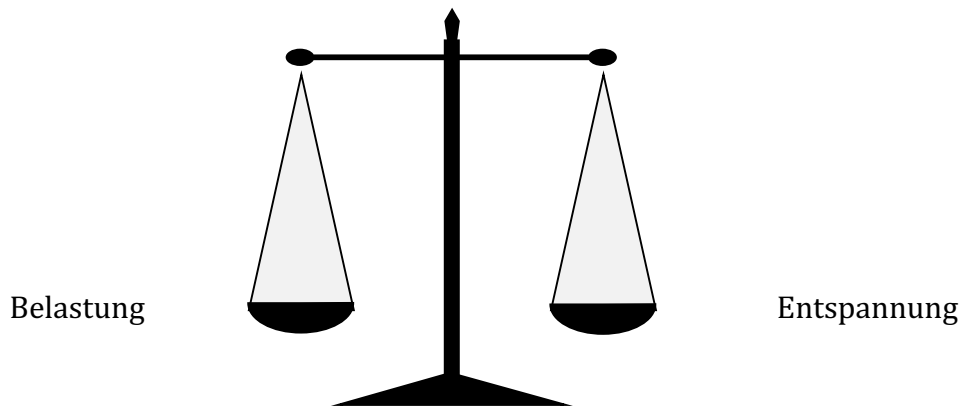
### Möglichkeit zum Üben:

Probieren Sie in Ihrem Alltag einmal bewusst aus, was Sie tun können, um mit Stress umzugehen. Vielleicht haben Sie Lust, einmal einige der heute genannten Strategien auszuprobieren. Es können Strategien sein, um Stress ganz akut zu reduzieren. Es können auch Strategien sein, um Ihr Stressniveau langfristig zu reduzieren.

## Handout Modul 10: Stress – Entspannung erlernen

### Wechsel von Belastung und Entspannung:

Der Wechsel zwischen Aktivität und Entspannung ist wichtig für unsere Gesundheit. Für Anstrengung benötigen wir Energie. Wenn wir uns entspannen, füllen wir unsere Energiereserven auf und sind dann wieder bereit, um uns neuen Anstrengungen zuwenden zu können. Das eine kann nur existieren, weil das andere ebenso da ist. Es ist wichtig auf die Balance von Belastung und Entspannung ist achten.



### „Aktive“ und „passive“ Entspannung:

Es gibt verschiedene Möglichkeiten sich zu Entspannen. Einige Arten der Entspannung sind aktivitätssteigernd, wie beispielsweise Sport. Andere Arten der Entspannung sind aktivitätsreduzierend, wie beispielsweise ein Mittagsschlaf.

#### „Aktive“ Entspannung

- Spazieren gehen
- Mit Freunden treffen
- Sport machen
- \_\_\_\_\_

#### „Passive“ Entspannung

- Einen Film schauen
- Musik hören
- Eine Achtsamkeitsübung machen
- \_\_\_\_\_

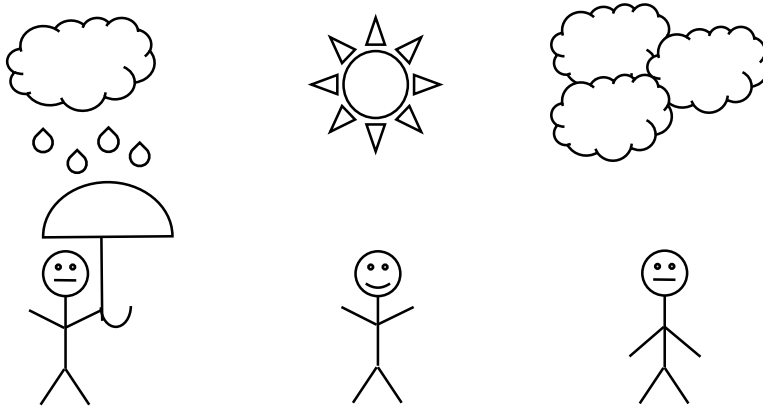
### Möglichkeit zum Üben:

Achten Sie in den kommenden Tagen in Ihrem Alltag bewusst auf den Wechsel von Belastung und Entspannung. In welchen Momenten sehnen Sie sich nach Entspannung? Wie können Sie für sich in diesen Situationen Entspannung erzielen?

## Handout Modul 11: Gefühle – Wegweiser für unser Verhalten

### Warum Gefühle für uns wichtig sind:

Gefühle beeinflussen unser Verhalten. Man könnte auch sagen, dass uns Gefühle darüber informieren, wie wir uns in der Situation am besten verhalten sollten. Somit führen auch negative Gefühle oft zu einer Veränderung, die hilfreich für uns sein kann.



Man kann Gefühle auch mit verschiedenen Wetterlagen vergleichen. Scheint die Sonne, so verhalten wir uns anders, als bei Regen. Ebenso verhalten wir uns je nach Gefühl unterschiedlich.

**Gefühl:**

- Stolz
- Wut
- Ärger
- Angst
- Trauer
- Hilflosigkeit
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Verhalten:**

- Anderen von meinem Erfolg berichten
- Angriff
- Für mein Recht einstehen
- Schutz suchen, Weglaufen, erstarren
- Gemeinschaft suchen, Trost finden
- Hilfe suchen
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Möglichkeit zum Üben:

Achten Sie in den kommen Tagen bewusst darauf, welche Gefühle Sie in Ihrem Alltag wahrnehmen.

Gibt es Auslöser für die Gefühle?

Wie verhalten Sie sich?

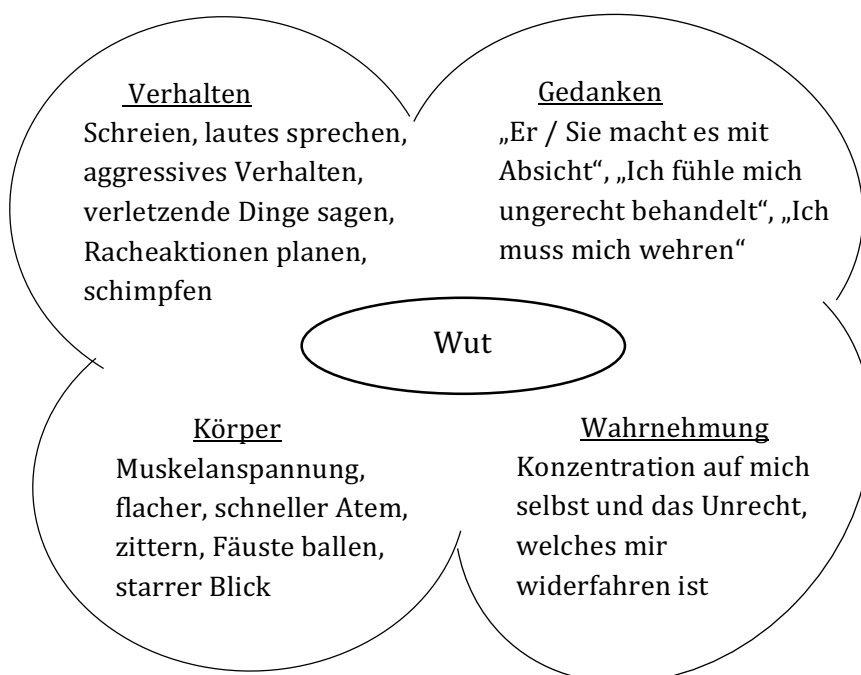


## Handout Modul 12: Aggression – Mit Wut umgehen

### Funktion von Wut:

Wut hat die Funktion unsere eigenen Grenzen zu wahren und zu schützen. In Situationen, in denen uns Unrecht widerfährt oder wir in Gefahr sind körperlich oder seelisch verletzt zu werden ist Wut ein wichtiges Gefühl, um uns zu wehren und zu schützen. Während einer Depression oder in Folge traumatischer Erfahrungen werden wir manchmal schneller oder stärker wütend, als wir es unter anderen Umständen wären.

### Die emotionale Netz des Gefühls von Wut:



### Mögliche Strategien, um Gefühle von Wut abzuschwächen:

- Situation verlassen: Auszeit nehmen
- Ablenken (z.B. Musik hören)
- Mit jemandem darüber sprechen
- \_\_\_\_\_
- Etwas Schönes machen / sich etwas Gutes tun
- Sport
- \_\_\_\_\_

### Möglichkeit zum Üben:

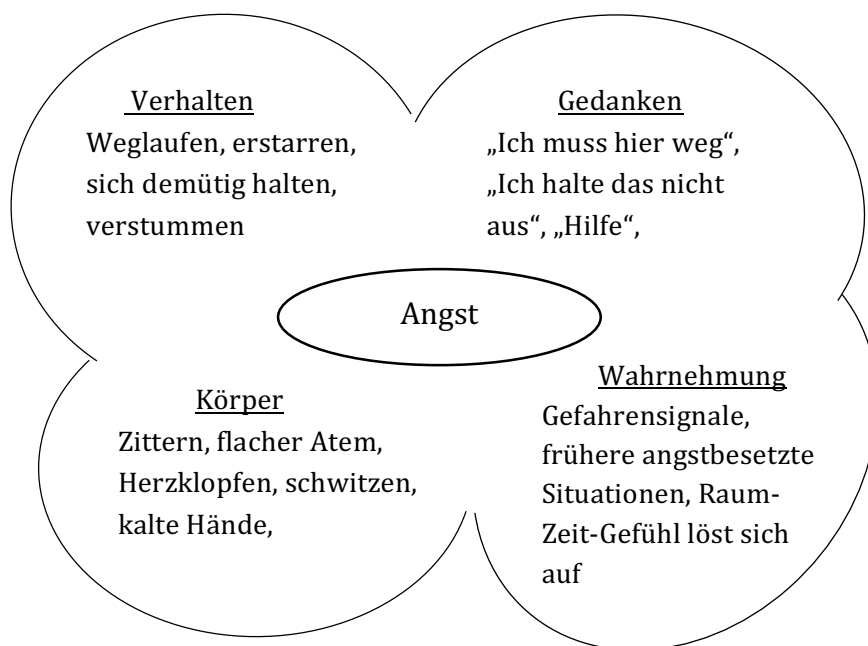
Achten Sie in Ihrem Alltag darauf, wann Sie Wut erleben. Welche Situationen oder Gedanken lösen Gefühle von Wut aus? Was tut Ihnen in solchen Situationen gut? Was können Sie tun, um in solchen Situationen ruhiger zu werden?

## Handout Modul 13: Mit Angst umgehen – Mut schöpfen

### Funktion von Angst:

Angst ist ein Gefühl, welches uns anzeigen soll, dass eine Gefahr droht. Unseren Vorfahren haben Gefühle von Angst beispielsweise geholfen, um vor einem Angreifer wegzulaufen. Angst kann also einen Fluchtimpuls auslösen. Andererseits kann Angst uns auch erstarren lassen. Unsere Vorfahren haben sich dann beispielsweise totgestellt, wenn ein gefährliches Tier aufgetaucht ist. Angst kann also entweder einen Impuls zur Flucht oder einen Impuls zum Erstarren liefern und uns damit vor Gefahren schützen.

### Das emotionale Netzwerk des Gefühls von Angst:



### Mögliche Strategien im Umgang mit Angst:

- Ablenkung
- Mit einer vertrauten Person über meine Ängste sprechen
- Entspannung
- \_\_\_\_\_
- Mich der Situation stellen und warten, bis die Angst weniger wird
- Eine vertraute Person bitten die Situation mit mir aufzusuchen
- \_\_\_\_\_

### Möglichkeit zum Üben:

Achten Sie darauf, wann Sie in Ihrem Alltag Ängste erleben und was Sie dann tun. Verlassen Sie die Situation? Oder suchen Sie die Situation gar nicht erst auf? Was tut Ihnen gut, wenn Sie Angst erleben?

## Handout Modul 14: Heimweh – Heimat ist ein Gefühl

Heimweh ist ein Gefühl, welches vor allem durch die Trennung von wichtigen Personen und das Verlassen der Heimat ausgelöst wird. Es zeichnet sich durch ein starkes Gefühl von Sehnsucht und das ständige Denken an die Personen bzw. den Ort aus.

### Das emotionale Netz des Gefühls von Heimweh:



### Strategien im Umgang mit Heimweh:

Folgende Strategien können im Umgang mit Gefühlen von Heimweh deshalb hilfreich sein:

- Rausgehen und einen neuen Ort (z.B. Park, Café) erkunden
- Sich mit Menschen derselben Kultur treffen
- \_\_\_\_\_
- Mein Lieblingsgericht kochen / mein Lieblingsgetränk trinken
- Mit einer vertrauten Person über das Gefühl sprechen
- \_\_\_\_\_

### Möglichkeit zum Üben:

Achten Sie in Ihrem Alltag einmal bewusst darauf, was Ihnen guttut, wenn Sie Gefühle von Heimweh erleben. Was empfinden Sie in solchen Situationen als hilfreich? Probieren Sie, wenn möglich, verschiedene Strategien im Umgang mit Heimweh aus.

## Handout Modul 15: Behandlungsmöglichkeiten – Hilfe erhalten

### Ambulante und stationäre Behandlungsmöglichkeiten in Deutschland:

- Ambulante Psychotherapie: In einer ambulanten Psychotherapie haben Sie die Möglichkeit individuell an der Entstehung und Behandlung der Depression zu arbeiten.
- Psychologische Beratungsstellen: Hier können Sie, ebenfalls ambulant, psychologische Beratung in Anspruch nehmen. Die Beratungen sind häufig kostenfrei. Viele Beratungsstellen haben kirchliche Träger. Die Beratung findet jedoch unabhängig von Religion und Herkunft statt.
- Medikamentöse Therapie: Manchmal kann eine medikamentöse Unterstützung hilfreich sein, um mit Depressionen, Ängsten oder Schlafstörungen umzugehen. Ihr Hausarzt oder Psychiater ist für eine medikamentöse Therapie zuständig. Es ist wichtig, dass Sie die Medikamente nur in Absprache mit Ihrem Arzt einnehmen.
- Stationäre Therapie: Falls die Belastungen so groß sind, dass Sie in Ihrem Alltag nicht mehr zurecht kommen, kann ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik sinnvoll sein. Sie können über Ihren Hausarzt oder Psychiater eine Überweisung bekommen.

### Umgang mit Krisensituationen:

- Beruhigen Sie sich mit Hilfe der 5 Sinne
  - Hören: Musik hören, 5 Dinge benennen, die ich höre, Naturgeräusche, Singen
  - Fühlen: Kühlpack, weiches Kissen,
  - Schmecken: Zitrone, Tee, Pfefferminzbonbon, in etwas Scharfes beißen
  - Sehen: schönes Foto, Natur betrachten, in den Himmel schauen, Lieblingsfilm ansehen
  - Riechen: Duftöl, Duftkerze, Lieblingsparfum, frisch gewaschene Kleidung
- Seelsorgetelefone: Die Beratung findet unabhängig von Religion und Herkunft statt:
  - Muslimisches Seelsorgetelefon: (030) 44 35 09 821
  - Evangelische Telefonseelsorge: 0800 111 0111
  - Katholische Telefonseelsorge: 0800 111 0222
- Rufen Sie Ihren Psychiater / Hausarzt / Psychotherapeuten an und vereinbaren Sie einen Termin für die kommenden Tage
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Handout Modul 16: Rückblick und Abschluss

Sie haben sechszehn Stunden an der „Empowerment-Gruppe“ teilgenommen. Herzlichen Glückwunsch!  
Das ist eine tolle Leistung!

Am Ende unseres gemeinsamen Weges möchten wir gerne mit Ihnen auf die vergangenen Wochen zurückblicken. Was hat sich während der vergangenen Wochen zum Positiven verändert? Was haben Sie durch die Gruppe gelernt? Worauf sind Sie stolz?

Und was sind Dinge, an denen Sie gerne weiterhin arbeiten möchten? Welche Themen würden Sie gerne auch im Anschluss an die Gruppe angehen? Wer könnte Sie dabei unterstützen?

Die Waage kann Sie bei der Reflexion der vergangenen Wochen unterstützen. Beide Waagschalen können mit Sätzen, Stichworten oder Bildern befüllt werden.



Das habe ich in den vergangenen Wochen erreicht:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

An diesen Dingen möchte ich weiterhin arbeiten

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**ملخص معلومات الوحدة الدراسية 1: الوصول - من أين أتينا وإلى أين نذهب.**  
**Handout Arabisch Modul 1: Ankommen – Wo kommen wir her, wo gehen wir hin**

**نُظْم المجموعات:**

من أجل أن يشعر كل شخص في المجموعة بالراحة والأمان ولنستطيع كلنا أن نعمل بشكل جيد مع بعضنا، تسري النظم التالية على جلسات المجموعات:

- الالتزام القانوني بحق كتمان سرية المعلومات: تكون المجموعة كمكان آمن ومحمي.
- مراعاة بعضهم البعض.
- السماح بالإصغاء وترك الشخص الآخر يُنم كلامه.
- الحق بإدلاء الشخص بما يريد والحق بالسكوت
- الحضور بالوقت المحدد بالضبط والمشاركة بشكل منتظم.
- الإعلام عن عدم الحضور، إذا لم يمكن الإلتزام بأخذ أحد المواعيد على محمل الجد.

**محتوى حصص التدريس:**

سنكرس أنفسنا في ما مجموعه ستة عشر جلسة مجموعات للمواضيع التالية:

1. مقدمة
2. الاندماج - الوصول والعمل بنشاط.
3. الكتابة النفسية - التربية النفسية.
4. الكتابة النفسية - العمل بنشاط.
5. الكتابة النفسية - الطريق إلى الخروج من بيت الحزن
6. اضطرابات النوم - إيجاد الهدوء.
7. التعامل مع الآلام.
8. الإجهاد - التربية النفسية.
9. الإجهاد - التغلب لوقت قصير على المشكلة.
10. الإجهاد - تعلم الاسترخاء.
11. المشاعر - دليل لتصرفاتنا
12. التعامل مع الخوف - استمداد الشجاعة.
13. التفككات - التربية النفسية والتعامل النفسي.
14. العدوانية.
15. تلقي المساعدة: إمكانيات العلاج الأخرى.
16. الختام.

## ملخص معلومات الوحدة الدراسية 2: الاندماج - التحدي والعمل بنشاط

### Handout Arabisch Modul 2: Integration – Herausforderung und aktiv werden

#### تحديات الحياة الممكنة في بلد جديد:

تجلب مغادرة أرض الوطن والوصول والعيش في ألمانيا معها الكثير من التحديات والفرص. ويمكن أن يقارن المرء هذه الحالة بكفتي ميزان: الكفة الأولى تمثل الصعوبات والتحديات، والكفة الأخرى تمثل الفرص والخبرات الإيجابية.



#### العمل بنشاط:

يكون مهماً في هذه الحالة أن يجسد المرء حياته في ألمانيا بنشاط، وهكذا يتعرف المرء على محيطه وأخوته في الإنسانية بشكل أفضل ويشعر بشكل متزايد بسعادة أكثر.

إمكانيات من أجل أن يصبح الشخص نشيطاً في الحياة اليومية:

- التنزه في منتزه عام.
- زيارة إحدى المقاهي.
- دعوة أحد الأشخاص إلى شرب القهوة أو الشاي.
- زيارة لأحد المساجد أو لإحدى الكنائس.
- زيارة إحدى ساحات اللعب مع الأطفال.
- القيام سوية بالطبخ أو الطعام مع الآخرين.

#### إمكانية من أجل التمرن:

جربوا تارة حتى وقت حصتنا القادمة بالمشاركة بتجسيد حياتكم هنا في ألمانيا بنشاط. ويمكن أن يعني ذلك: بأنكم تقومون بنزهة في منتزه عام، وقصد مؤسسة عامة أو ترتيب لقاء مع أحد الأشخاص لشرب القهوة أو الشاي. لا يجب عليكم كتابة أي شيء في المنزل ضمن إطار التمرين، وستنكم شفهيّاً في الحصة القادمة كيف كانت حالتكم أثناء ذلك.

## ملخص معلومات الوحدة الدراسية 3: الكآبة النفسية - التربية النفسية Handout Arabisch Modul 3: Depression - Psychoedukation

### أعراض الكآبة النفسية:

الكآبة النفسية هي مرحلة تستمر لمدة أسبوعين على الأقل، يكون عندنا فيها في أغلب وقت اليوم القليل من الدفع (الحافز) للقيام بعمل أشياء ما، أو نفقد الإهتمام بالنشاطات التي تسبب لنا في الواقع السرور. ويكون مزاجنا في هذا الوقت مضغوطاً في أغلب الأحيان ونشعر بالإرهاك وفقدان الطاقة.

يمكن للأعراض التالية أن تظهر ضمن إطار الكآبة النفسية:

- فقدان الاهتمام.
- الحزن.
- متاعب جسدية (على سبيل المثال آلام، شعور بتضيق القفص الصدري، الدوار وغيرها).
- صعوبات في التركيز.
- فقدان الشهية / ازدياد قوة الشهية للطعام.
- اضطرابات النوم (النوم القليل أو الحاجة المستمرة للنوم)
- المشاعر بالإرهاك.
- التأمل (التفكير)

### نموذج سرعة التأثر بالإجهاد:

نموذج سرعة التأثر بالإجهاد هو نموذج شرح لنشوء الكآبة النفسية. ومن بين ما يتم ترجمته لتعبير "سرعة التأثر" هو "جرح الشعور"، ويفهم المرء من ذلك قابلية الشخص للتعرض لمرض نفسي. ويتعلق مدى قابلية أو جرح الشعور لإنسان ما بعوامل عدة، على سبيل المثال: بالأعباء الوراثية، والأمراض الجسدية أو أحداث مثقلة في الحياة. وإلى جانب ذلك تلعب مسببات الإجهاد، إذن بالأحرى إجهادات الحياة اليومية، دوراً في تطور الأمراض الجسدية. ويمكن لمسببات الإجهاد أن تمثل الأحاسيس بالحنين إلى الوطن أو العزلة في بلد جديد، والهموم المالية أو التردد، فيما إذا كان يسمح للمرء بالبقاء في البلد الذي هرب إليه. وإذا التقى جرح الشعور المرتفع بواحد أو بعدد من مثل مسببات الإجهاد هذه، فيرتفع الخطر بتطور الكآبة النفسية أو بمرض نفسي آخر.

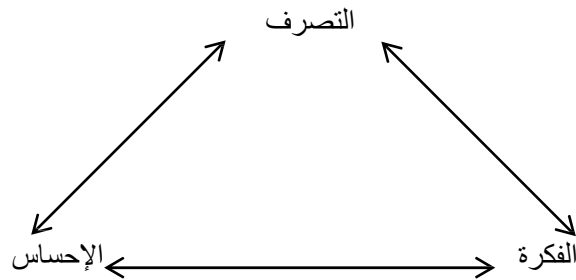
### إمكانية من أجل التمرن:

أجروا تمرين الوعي (الانتباه) الذي تم القيام به في المجموعة مرة في اليوم في المنزل حتى جلستنا القادمة. ولا يجب عليكم تدوين أي شيء عن ذلك. وسنقوم في الحصة القادمة بالتحدث عما جرى معكم أثناء القيام بالتمرين.

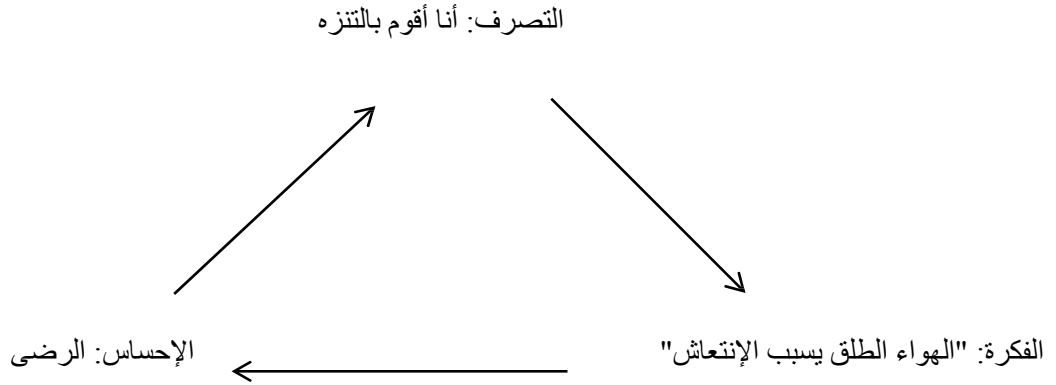


ملخص معلومات الوحدة الدراسية 4: الكآبة النفسية - العمل بنشاط  
Handout Arabisch Modul 4: Depression – Aktiv werden

العلاقة بين الأفكار والأحاسيس وطرق التصرف  
تؤثر أفكارنا وأحاسيسنا وتصرفاتنا على بعضها بشكل متبادل.



يمكننا أن نستفيد من الارتباط بين أفكارنا وأحاسيسنا وطرق تصرفنا، من أجل أن نواجه أحاسيس الكآبة النفسية وأفكارها. ويمكننا أن نؤثر بشكل إيجابي على مزاجنا في الوقت الذي نقوم فيه بأشياء ممتعة ونعايشها. ويكون أثناء ذلك مهماً أن لا يضع المرء لنفسه أهدافاً كبيرة جداً في البداية. وقد يمكن أن يكون لطرق التصرف الصغيرة تأثير إيجابي على المزاج.



إمكانية من أجل التمرن:

راقبوا تارة، أي النشاطات الموزعة على كل اليوم تمارسونها وأي تأثير لهذه النشاطات على مزاجكم. و أية نشاطات تأثر على مزاجكم بشكل إيجابي؟ وأية نشاطات تأثر على مزاجكم بشكل سلبي؟

## ملخص معلومات الوحدة الدراسية 5: الكآبة النفسية - الطريق إلى الخروج من بيت الحلزون Handout Arabisch Modul 5: Depression – Weg aus dem Schneckenhaus

### بيت الحلزون والكآبة النفسية:

تؤثر تصرفاتنا وأحاسيسنا وأفكارنا على بعضها البعض بشكل متبادل. وإذا شعرنا بأن لدينا انعدام الحافز وبقينا في المنزل، فيمكن لذلك أن يؤدي إلى الفكرة بأننا وحيدون. ويمكن لذلك مجدداً أن يؤدي إلى الأحاسيس بالعزلة. ويمكن لهذا الارتباط في الكآبة النفسية أن يؤدي إلى أن نتابع دائماً إنعزالنا. وهذا شبيه بـ "بيت الحلزون".

### الطريق إلى الخروج من بيت الحلزون:

يكون مهماً من أجل الخروج من بيت حلزون الكآبة النفسية من جديد أن تتعلموا، أية نشاطات تسبب لكم شخصياً المتعة وتنفيذها بنشاط. ويمكن للمرء أن يقوم بالنشاطات الإيجابية مع أشخاص آخرين أو لوحده، ويمكنها أن تكون منشطة أو تسبب الراحة ("الاسترخاء، أو تخفيف حدة التوتر").

أنا أشعر بأن حالتي أفضل!  
لقد سببت لي رؤية الناس الآخرين في الشارع  
الإرتياح الجيد.

سأقوم اليوم فعلاً بالتغلب على نفسي  
والذهاب إلى خارج المنزل.



في الوقت الذي أقوم فيه بالتنزه مشياً  
على الأقدام أعود لأرى أخيراً  
أشخاصاً آخرين.

هذا لاجدوى منه. إنني وحيد  
وحزين. وأجلس دائماً فقط في  
المنزل.

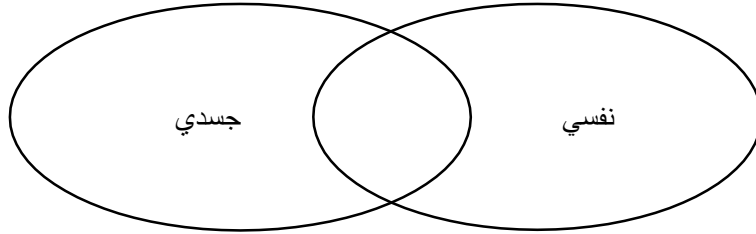
### إمكانية من أجل التمرن:

ادمجوا بوعي كل يوم نشاطاً إيجابياً في حياتكم اليومية. حاولوا تنفيذ النشاط الإيجابي، حتى لو كان من المحتمل أن لن تشعروا بالرغبة في ذلك. راقبوا كيف تكون حالكم بعد القيام بذلك.

ملخص معلومات الوحدة الدراسية 6: مايتعلق بالجسد - التعامل مع الآلام  
Handout Arabisch Modul 6: Somatisierung – Mit Schmerzen umgehen

الآلام:

يتمثل دور الآلام بحماية جسدنا من الجروح. وتخدم الآلام كإشارة إنذار وإرشاد وتؤثر على تصرفنا (سلوكنا). ويمكن للآلام أن تظهر كلياً بشكل حاد، وعندما نمد يدنا - على سبيل المثال - إلى صفيحة موقد الطبخ الساخنة، فيخدم ألم اليد هنا بأن نسحب يدنا فوراً. وعدا عن ذلك يمكن للآلام أن تبقى لفترة طويلة أيضاً. ويمكن أن يوجد لذلك أسباب جسدية. لكن يمكن أن يكون السبب أعباء نفسية أيضاً تعبر عن ذلك بالآلام. ويتكلم المرء بعد ذلك عن الآلام الجسدية - النفسية. ويمكن أن يكون للآلام إذن أسباب جسدية وأسباب نفسية أيضاً.



التعامل مع الآلام الجسدية - النفسية:

يمكن للخطط الفنية (الاستراتيجية) التالية أن تكون معينة في التعامل مع الآلام الجسدية - النفسية:

- الاسترخاء: تمارين التنفس، والرياضة البدنية اللطيفة، وتمارين الخيال.
- التكلم عن أفكاره أو مشاكله مع شخص موثوق به.
- صرف النظر: على سبيل المثال أن يتصل الشخص مع صديقة أو صديق.
- أن يعمل شيئاً جيداً لنفسه.

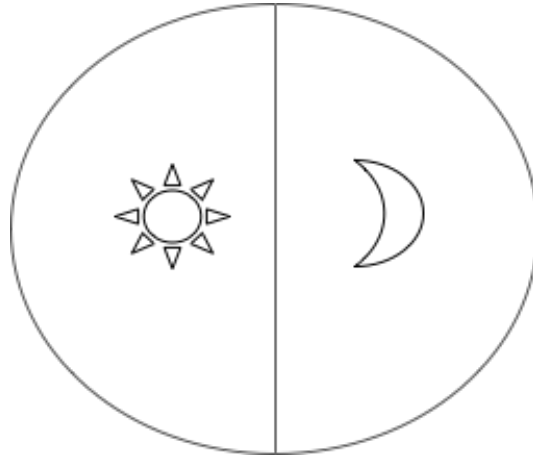
إمكانية من أجل التمرن:

أدركوا مرة ما بشكل واعي (جدي)، عندما تظهر عندكم آلام، هل توجد حالات معينة تصبح فيها الآلام أقوى؟ وهل توجد أيضاً لحظات تصبح فيها الآلام أقل أو تختفي تماماً؟ وإذا كنتم تشكون من الآلام، فلذا جربوا مرة واحدة إحدى الخطط الفنية المسماة مسبقاً أو جربوا عدداً منها.

ملخص معلومات الوحدة الدراسية 7: اضطرابات النوم - إيجاد الهدوء  
Handout Arabisch Modul 7: Schlafstörungen – Ruhe finden

نظام النوم والاستيقاظ :

يمكن للنوم وما يرتبط به من إيقاع النوم والاستيقاظ أن يُنظر إليهم كدائرة. فيوجد وقت للنوم ووقت للاستيقاظ. وتكون 6 - 8 ساعات نوم كافية عند أغلب الأشخاص. ويكون مهماً المحافظة على هذا النظام وعدم الاستلقاء في النهار من أجل النوم، بل ينبغي عليكم الاحتفاظ بنومكم لليل.



الخط الفنية الداعمة للنوم:

- استخدام السرير فقط للنوم - والوقوف عندما لم يعد المرء قادراً على النوم.
- قبل الذهاب للنوم / عدم حدوث الإثارة في المساء مثل رؤية الأفلام المثيرة / الكتب والموسيقى الصاخبة وغيرها.
- الذهاب إلى النوم كل يوم في نفس الوقت.
- عدم شرب القهوة / الشاي الأسود، وعدم تناول الطعام الثقيل قبل الذهاب للنوم.
- استحداث طقوس مسائية: شرب شاي منوم، إشعال شمعة، القيام بالتنزه الاسترخائي.
- في حالة حدوث الأحلام المزعجة (الكوابيس): مغادرة السرير، وشرب كأس ماء، والوعي بأن ذلك لم يكن ليس سوى حلم فقط.

إمكانية من أجل التمرن:

استحدثوا طقساً تقومون به كل مساء قبل الذهاب إلى الفراش. ويمكن أن يكون ذلك تمرين الوعي (الانتباه)، وكأس من الشاي تقومون بغيرها وشربها أو القيام بالتنزه الاسترخائي. أوجدوا طقساً يكون جيداً لكم.

ملخص معلومات الوحدة الدراسية 8: الإجهاد - التربية النفسية  
Handout Arabisch Modul 8: Stress – Psychoedukation

**تعريف ودور الإجهاد النفسي:**

يفهم المرء من مصطلح "الإجهاد" جواب جسدينا على مواجهة المتطلبات الخارجية. وينشئ الإجهاد بعد أن نواجه حالة، قد لا تكون لدينا تقنيات التغلب العادية الكافية لمواجهتها. وينبغي على رد الفعل الناتج عن الإجهاد أن يساعدنا أثناء ذلك في التغلب على هذه المتطلبات الخاصة.

تسبب لي الأشياء التالية إجهاد نفسي:

هكذا يكون رد فعلي على الإجهاد النفسي:

\_\_\_\_\_ - الأفكار:

\_\_\_\_\_ - الأحاسيس/المشاعر:

\_\_\_\_\_ - الجسد:

\_\_\_\_\_ - التصرف:

**الحماية من التعرض للإجهاد النفسي:**

تمكننا الأمور التالية أن تحمي من التعرض للإجهاد النفسي:

- عائلتي، أطفالي

- تركيزي على أهدافي

- ممارسة الرياضة

- أن أكون على وعي من كل شيء قد حققته

- دعم من قبل الأصدقاء

**إمكانية من أجل التمرن :**

طبق يوماً لبضع دقائق واحدا من التمرنين للتأمل الذهني الواعي، الذين قمنا بعملهما في كل حصة حتى الآن. ويمكنكم القيام بالتمرين في الحالات التي تكونون فيها مُجهّدين أو في الحالات التي لا تشعرون فيها بإجهاد حاد. تمعّنوا بانتباه وبوعي في حجر ، في صورة أو في شيء ما أو خذوا نفساً (شهيقاً وزفيراً ) بوعي لبضع مرات ويمكنكم أن تختاروا التمرين الذي تودون القيام به، بحيث تشعرون فيه بالسعادة.

Empowerment für Menschen mit affektiven Erkrankungen

und Migrationserfahrungen © Wiechers, Übleis, Padberg (2019)

## ملخص معلومات الوحدة الدراسية 9: الإجهاد - تعلم كفاءات التغلب بإتقان Handout Arabisch Modul 9: Stress – Bewältigungskompetenzen erlernen

### التعامل مع الإجهاد:

يمكن للمرء أن يتعامل مع الإجهاد بأشكال وطرق عديدة. ويمكن للمرء هنا أن يميز بين الخطط الفنية (الاستراتيجية) القصيرة والطويلة الأمد. فالخطط الفنية القصيرة الأمد تساعدنا في التعامل مع الإجهاد، عندما يكون ذلك حاداً كلياً. والخطط الفنية الطويلة الأمد تساعدنا أثناء ذلك أيضاً في خفض الإجهاد في المستقبل.

### التغلب القصير الأمد على الإجهاد:

نكون في الحالات التي نعاش فيها إجهاداً حاداً متوترين جداً في أغلب الأحيان. وبعد ذلك يكون صعب علينا غالباً إدراك فكرة ما بوضوح. وقبل أن نبحث عن حل للوضع يكون مهماً لذلك في البداية أن نخفض تارة من الإجهاد الحاد. وأن "نبرد" أنفسنا إذن إلى حد ما. وتمثل حواسنا الخمس إمكانية جيدة لتهدئة النفس:

- السمع: سماع الموسيقى، وتسمية 5 أشياء التي أسمعها، وأصوات الطبيعة، والغناء.
- الحس: الكمادة المبردة، والوسادة الطرية.
- التذوق: الليمونة، والشاي، ومربي النعنع، وعض شئ طعمه حار.
- النظر: صورة جميلة، والتأمل في الطبيعة، والنظر إلى السماء، ورؤية فيلم محبوب.
- الشم: الزيت الحاوي على العطر، والشمعة المعطرة، والعطر المحبب، والملابس المغسولة للتو.

### التغلب الطويل الأمد على الإجهاد:

بالإضافة إلى الخطط الفنية من أجل خفض الإجهاد على المدى القصير، يمكن أن يكون ذو نفع بالنظر فيما إذا وجب علينا خفض الإجهاد على المدى الطويل. والخطط الفنية الممكنة هي: التخطيط لفرص هدوء في الحياة اليومية، والتخطيط بوعي لوقت فراغ لي، وطلب المساعدة، وعمل الأشياء بعضها وراء بعض بشكل واعي بدلاً من عملها في وقت واحد، وتحديد الأولويات، وقول مرة ما "لا".

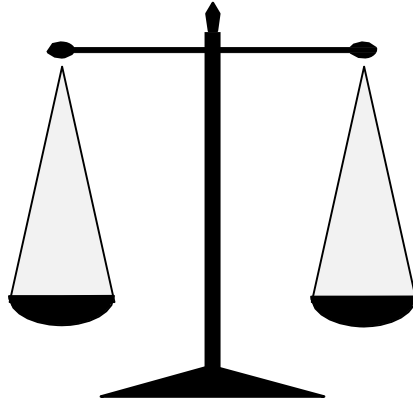
### إمكانية من أجل التمرن:

جربوا في حياتكم اليومية بشكل واعي، مالذي يمكنكم فعله من أجل التعامل مع الإجهاد. وربما لديكم الرغبة بالقيام مرة ما بتجريب بعض الخطط الفنية التي تم تسميتها اليوم. ويمكن أن تكون خطأ فنية من أجل خفض الحاد للإجهاد بشكل كلي. ويمكن أن تكون أيضاً خطأ فنية من أجل خفض مستوى الإجهاد على المدى البعيد.

ملخص معلومات الوحدة الدراسية 10: الإجهاد - تعلم الاسترخاء بإتقان  
Handout Arabisch Modul 10: Stress – Entspannung erlernen

تبادل العبء والاسترخاء:

تبادل العبء والاسترخاء هو ضروري لصحتنا. نحن نحتاج للطاقة من أجل بذل الجهد. وعندما نسترخي نعيد ملئ احتياطات طاقتنا ونكون فيما بعد مستعدين من جديد من أجل أن نستطيع الاتجاه إلى بذل جهد جديد. ويمكن للأولى أن توجد فقط، لأن الأخرى موجودة هنا أيضاً. ويكون مهماً الانتباه إلى وجود التوازن بين العبء والاسترخاء.



العبء

الاسترخاء

الاسترخاء "الإيجابي" و "السلبى":

توجد إمكانيات عديدة لاسترخاء المرء. وبعض أنواع الاسترخاء تكون رافعة للنشاط، كالرياضة على سبيل المثال. و أنواع الاسترخاء الأخرى تكون خافضة للنشاط، كقبولة الظهيرة مثلاً.

الاسترخاء "السلبى"

- مشاهدة صور متحركة (فيلم)
- النوم
- عمل تمرين الوعي (الانتباه)
- \_\_\_\_\_

الاسترخاء "الإيجابي"

- القيام بالتنزه مشياً على الأقدام
- لقاء الأصدقاء
- ممارسة الرياضة
- \_\_\_\_\_

إمكانية من أجل التمرن:

انتبهوا في الأيام القادمة بشكل واعي إلى تبادل العبء والاسترخاء في حياتكم اليومية. وفي أية لحظات تتشوقون إلى الاسترخاء؟ وكيف يمكنكم في هذه الحالات تحقيق الاسترخاء لكم؟ وأية صعوبات من المحتمل أن تؤدي إلى عدم استطاعتكم الاسترخاء في هذه اللحظات.

ملخص معلومات الوحدة الدراسية 11: المشاعر - دليل لتصرفاتنا  
Handout Arabisch Modul 11: Gefühle – Wegweiser für unser Verhalten

لماذا تُعتبر المشاعر مهمة لنا:

المشاعر (الأحاسيس) تؤثر على تصرفنا. فيمكن القول بأن المشاعر تعطينا معلومات كيف علينا أن نتصرف في مواقف معينة على أحسن وجه. ولذلك فإن المشاعر السلبية قد تؤدي إلى حدوث تغييرات يمكن أن تكون مفيدة لنا.

بإمكاننا أيضًا أن نقارن المشاعر بالأحوال الجوية المختلفة. عندما تُشرق الشمس، نتصرف بشكل مختلف عنه في حالة نزول المطر. وكذلك نتصرف بشكل مختلف حسب أي إحساس ينتابنا.

- التصرف:

- أروي للآخرين عن نجاحي

- هجوم

- أَدافع عن حقي

- البحث عن حماية، الهروب، تجمد

- طلب المعاشرة، إيجاد المواساة

- طلب المساعدة

- الإحساس:

- فخر

- غضب

- ضجر/زعل

- خوف

- حزن

- الشعور بالعجز

إمكانية من أجل التمرن:

انتبهوا في الأيام القادمة بشكل واعي إلى أية مشاعر تدركونها في حياتكم اليومية.

هل توجد عوامل لتحفيز هذه المشاعر؟

كيف تتصرفون؟

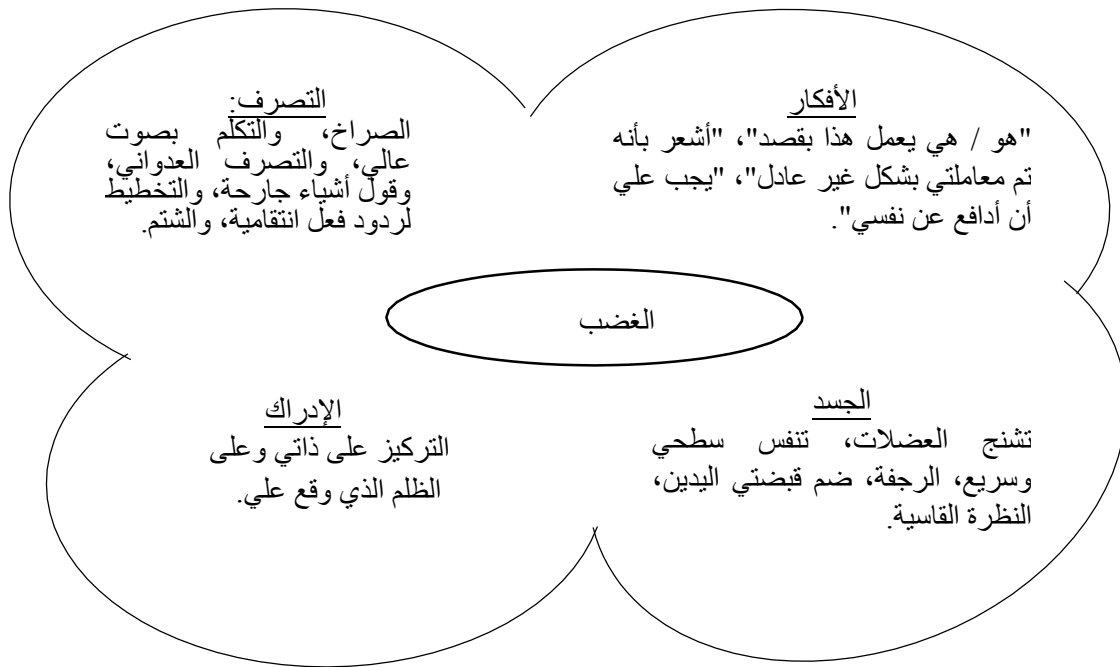


ملخص معلومات الوحدة الدراسية 12: العدوانية - التعامل مع الغضب  
Handout Arabisch Modul 12: Aggression – Mit Wut umgehen

وظيفة الغضب:

الغضب له دور بالحفاظ على حدودنا الخاصة وحمايتها. وفي الحالات التي يقع فيها ظلم لنا أو نتعرض لخطر سيجرح جسدنا أو أنفسنا، يكون الغضب شعوراً مهماً من أجل أن ندافع عن أنفسنا ونحميها. ونصبح أحياناً أثناء الكآبة النفسية أو نتيجة لخبرات صدمات نفسية أسرع أو أقوى غضباً من الأوقات التي نكون فيها في حالات أخرى.

شبكة عاطفة الإحساس الناتجة عن الغضب:



الخطط الفنية الممكنة من أجل إضعاف أحاسيس الغضب:

- ترك الحالة (البعد عنها): أخذ مهلة زمنية "للهدوء".
- صرف النظر (سماع الموسيقى على سبيل المثال).
- التكلم مع شخص ما عن ذلك.
- 
- عمل شيء جميل / عمل شئ جيد للذات.
- الرياضة
- 

تمرين للمنزل:

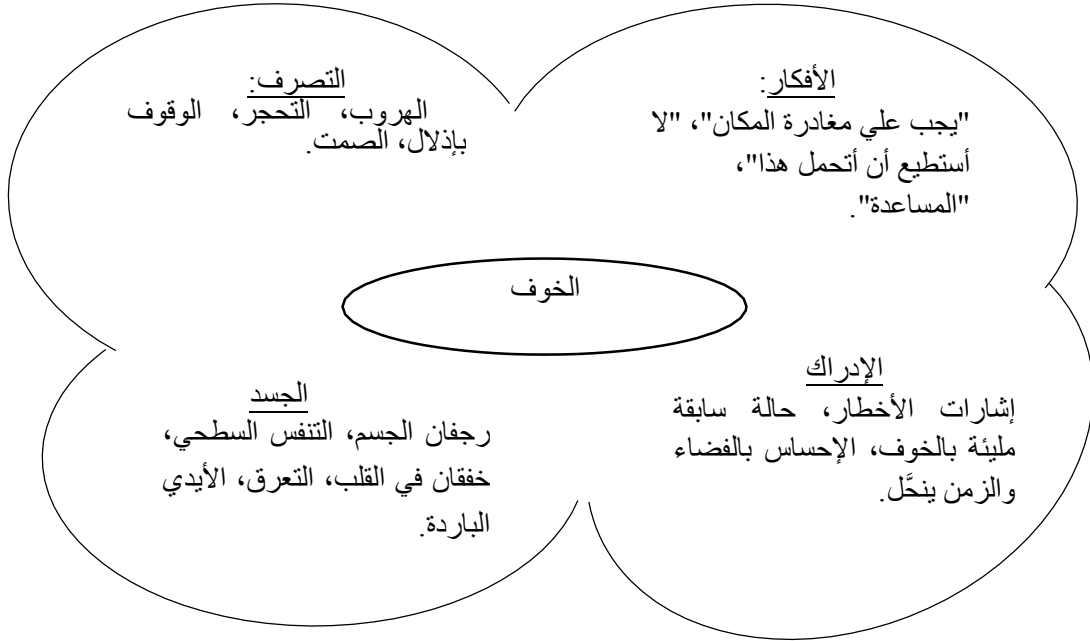
انتبهوا في حياتكم اليومية إلى الوقت الذي تعاشون فيه الغضب. أية حالات أو أفكار تسبب حدوث أحاسيس الغضب؟ مالذي يسبب لكم في مثل هذه الحالات الرضى؟ مالذي يمكنكم عمله من أجل أن تبقوا أهدأ في مثل هذه الحالات؟

ملخص معلومات الوحدة الدراسية 13: التعامل مع الخوف - استمداد الشجاعة  
Handout Arabisch Modul 13: Mit Angst umgehen - Mut schöpfen

وظيفة الخوف:

الخوف هو إحساس، يجب عليه أن يرينا حدوث خطر مهدد. لقد ساعدت الإحاسيس بالخوف على سبيل المثال أجدادنا من أجل الهروب من الشخص الذي يهجم عليهم. إذن يمكن للخوف أن يسبب الباعث على الهروب. ويمكن للخوف من جهة أخرى أن يتركنا أيضاً نتحجر. لقد قام أجدادنا على سبيل المثال بالتصنع بالموت، إذا ظهر لهم حيوان خطير. ويمكن إذن للخوف إما أن يرسل إلينا باعثاً على الهروب أو باعثاً على التحجر وبهذا يحمينا من الأخطار.

شبكة عواطف الإحساس الناتج عن الخوف:



الخطط الفنية الممكنة من أجل التعامل مع الخوف:

- الإلتهاء.
- أواجه الحالة وأنتظر حتى يصبح الخوف أقل
- التكلم مع شخص موثوق به عن مخاوفي.
- ترجي أحد الأشخاص الموثوق بهم لقصد (مكان) الحالة معي.

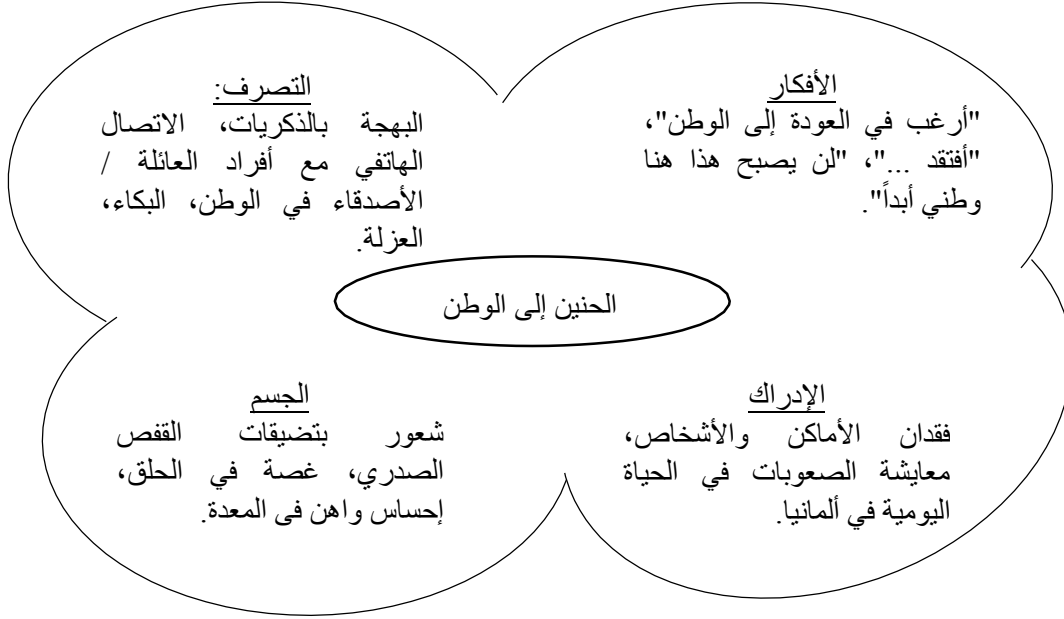
إمكانية من أجل التمرن:

انتبهوا في حياتكم اليومية إلى الوقت الذي تعيشون فيه المخاوف وماذا تفعلونه فيما بعد. هل تغادرون مكان الحالة؟ أو هل لا تقصدون مطلقاً (مكان) الحالة؟ ماذا يسبب لكم الإرتياح عندما تعيشون الخوف؟

ملخص معلومات الوحدة الدراسية 14: الحنين إلى الوطن - الوطن هو إحساس  
Handout Arabisch Modul 14: Heimweh – Heimat ist ein Gefühl

الحنين إلى الوطن هو إحساس يتم التسبب به قبل كل شيء عن طريق فراق أشخاص مهمين وترك الوطن. ويتميز بإحساس قوي من الحنين والتفكير الدائم في الأشخاص أو المكان.

شبكة عاطفة الإحساس الناتج عن الحنين إلى الوطن:



الخطط الفنية للتعامل مع الحنين إلى الوطن:

يمكن للخطط الفنية التالية أن تكون معينة في التعامل مع أحاسيس الحنين إلى الوطن لهذا السبب:

- الخروج واستكشاف مكان جديد (على سبيل المثال منتزه عام، وقهوة).
- لقاء أشخاص من ذوي نفس الثقافة
- طهي طعامي المحبوب / شرب شرابي المحبوب.
- التكلم عن الإحساس مع شخص موثوق به.
- 
- 

إمكانية من أجل التمرن:

انتبهوا مرة في حياتكم اليومية بشكل واع إلى الشيء الذي يسبب لكم الإرتياح عندما تعايشون أحاسيس الحنين إلى الوطن. مالذي تشعرون به في مثل هذه الحالات كشيئ مساعد لكم؟ جربوا، إن أمكن ذلك، العديد من الخطط الفنية في التعامل مع الحنين إلى الوطن.

ملخص معلومات الوحدة الدراسية 15: إمكانيات العلاج - تلقي المساعدة  
Handout Arabisch Modul 15: Behandlungsmöglichkeiten – Hilfe erhalten

إمكانيات العلاج في العيادات وفي أقسام المستشفى في ألمانيا:

- العلاج النفسي في العيادات (العلاج الخارجي): لديكم أثناء العلاج النفسي في العيادات إمكانية المشاركة بالعمل على نشأة وعلاج الكآبة النفسية بشكل فردي.
- مؤسسات الاستشارة النفسية: يمكنكم هنا أيضاً استعمال الحق في الحصول على الاستشارة النفسية الخارجية (في العيادات). والاستشارات النفسية تكون غالباً مجانية. وكثير من مؤسسات الاستشارة لديها مؤسسات كنسية داعمة لها، لكن الاستشارة تحدث دون النظر إلى الدين أو الأصل.
- العلاج بالأدوية: يمكن أحياناً أن يكون العلاج بالأدوية مساعد، من أجل التعامل مع أشكال الكآبة النفسية والمخاوف أو اضطرابات النوم. ويكون طبيب أسرتكم أو الطبيب النفسي مسؤولاً عن العلاج بالأدوية. ويكون مهماً أن تتناولوا الأدوية فقط بعد التفاهم مع طبيبك على ذلك.
- العلاج في أقسام المستشفى: إذا كانت الأعباء كبيرة جداً، بحيث أنكم لا تستطيعون القيام بالأعمال اليومية دون صعوبات، فيمكن أن تكون الإقامة في أحد أقسام مستشفى الأمراض النفسية شيء ذو نفع. ويمكنكم الحصول من طبيب أسرتكم على تحويل إلى المستشفى.

التعامل مع حالات الأزمات:

- هدئوا أنفسكم بمساعدة الحواس الخمس
- السمع: سماع الموسيقى، تسمية الخمسة أشياء التي أسمعها، وأصوات الطبيعة، والغناء.
- الحس: الكمادة المبردة، والوسادات الطرية.
- التذوق: الليمونة، والشاي، ومربى النعنع، وعض شيء حار.
- النظر: صورة جميلة، والتأمل في الطبيعة، والنظر إلى السماء، ورؤية فيلم محبوب.
- الشم: الزيت الحاوي على العطر، والشمعة المعطرة، والعطر المحبوب، والملابس المغسولة للتو.
- هواتف الرعاية النفسية - الدينية: الاستشارة تحدث دون النظر إلى الدين أو الأصل:
  - هاتف الرعاية النفسية - الدينية الإسلامية: 030 44 35 09 821
  - هاتف الرعاية النفسية - الدينية الإنجيلية: 0800 111 0111
  - هاتف الرعاية النفسية - الدينية الكاثوليكية: 0800 111 0222
- اتصلوا هاتفياً بطبيبكم النفسي / طبيب الأسرة / المعالج النفسي واتفقوا معه على موعد للأيام القادمة.

ملخص معلومات الوحدة الدراسية 16: استعادة الماضي والختام  
Handout Arabisch Modul 16: Rückblick und nach vorne schauen

لقد شاركتكم في ستة عشر حصة دراسية في "مجموعة التمكين Empowerment-Gruppe". تهنئتنا القلبية لكم! إن هذا أداء رائع! ونود في نهاية طريقنا المشترك أن نلقي نظرة معكم برحابة صدر إلى الوراء، إلى الأسابيع الماضية. مالذي تغير إلى الاتجاه الإيجابي أثناء الأسابيع المنصرمة؟ مالذي تعلمتموه من خلال المجموعة؟ مالذي تفتخرون به؟ وماالأشياء التي تودون أن تتابعوا التعامل معها برحابة صدر؟ أية مواضيع يمكن لكم أن تباشروا بها أيضاً برحابة صدر بعد ترك المجموعة مباشرة؟ من يمكنه أن يدعمكم أثناء ذلك؟

ويمكن للميزان أن يدعمكم في التأمل الإنعكاسي للأسابيع الماضية.



ورق دستی واحد ۱: رسیدن - ما از کجا آمدیم، ما به کجا میرویم

## Handout Dari Modul 1: Ankommen – Wo kommen wir her, wo gehen wir hin

### قوانین گروه :

به منظور اینکه هر یک در گروه احساس خوب و امن داشته باشد و ما بتوانیم با یکدیگر به خوبی کار کنیم، قوانین ذیل برای جلسات گروهی مد نظر گرفته شود:

- محرمانه بودن: گروه به عنوان یک فضای امن و محافظت شده
- توجه متقابل
- گوش کردن و وقت دادن تا صحبت به پایان برسد
- حق برقراری ارتباط و حق خاموش بودن
- شرکت کردن به موقع و متواتر
- لغو کردن ملاقات در صورتی ممکن نبودن

### مطالب ساعات درسی:

در مجموع شانزده جلسه گروهی ما به موضوعات زیر می پردازیم:

۱. معرفی
۲. ادغام - ورود و فعال شدن
۳. افسردگی - روانشناسی
۴. افسردگی - فعال شدن
۵. افسردگی - برگشت به پوسته (سرپناه حلزون)
۶. اختلالات خواب - پیدا کردن آرامش
۷. سازگاری با درد
۸. استرس - روانشناسی
۹. استرس - حل مشکلات کوتاه مدت
۱۰. استرس - آموختن راحت شدن
۱۱. احساسات - رهنا برای رفتار ما
۱۲. سازگاری با ترس - آموختن شجاعت
۱۳. تفکیک - روانشناسی و طرز عمل کرد
۱۴. بستیزه خصومت
۱۵. دریافت کمک: امکانات تداوی های بیشتر
۱۶. خاتمه

## ورق دستی واحد ۲: ادغام - چالش و فعال شدن Handout Dari Modul 2: Integration – Herausforderung und aktiv werden

احتمال چالش های زندگی در یک کشور جدید:

ترک کردن میهن و داخل شدن و زندگی کردن در کشور آلمان چالشها و شانس با خود همراه دارد. این وضعیت را می توان به دو پله ترازو مقایسه کرد: یک پله ترازو برای مشکلات و شانس ها است. و پله دیگر برای شانس ها و تجربه های مثبت است.



### فعال شدن :

در این وضعیت مهم است، که زندگی خود را در آلمان به شکل فعال برنامه ریزی کرد. به این ترتیب انسان میتواند محیط اطراف و همسایگان خود را بهتر بشناسد و احساس راحتی بیشتری داشته باشد. امکاناتی که میتوانید در زندگی روزمره فعال باشید:

- قدم زدن در پارک
- بازدید از یک کافی
- کسی را برای قهوه / چای دعوت کردن
- بازدید از یک مسجد / یک کلیسا
- رفتن در یک محل بازی با کودکان
- با هم یکجا آشپزی کردن / غذا خوردن

### امکانات برای تمرین کردن :

سعی کنید یکبار تا رسیدن ساعت بعدی درسی ما زندگی خود را در آلمان به طور فعال شکل دهید. به معنی که شما در یک پارک پیاده روی میکنید، بازدید از یک مرکز عمومی و یا با کسی برای نوشیدن قهوه یا چای وعده میگذارید. ضرورت نیست که شما در چهارچوب تمرین در خانه چیزی رونویس کنید، ما در این باره در ساعت های آینده به صحبت میکنیم، که شما خود را چگونه احساس کردید

## ورق دستی واحد ۳: افسردگی - آموزش روانی

### Handout Dari Modul 3: Depression - Psychoedukation

#### علام افسردگی:

دوره افسردگی حداقل دو هفته طول میکشد که طی آن ما بیشتر وقت روز بی حرکت برای چیزها بوده و یا علاقمندی و فعالیت را برای چیزهای دیگر از دست میدهم که برای ما احساس خوشی میدهند. اکثر حالت ما در این زمان افسرده بوده و ما احساس خستگی و بی انرژی بودن را می‌کنیم.

علائم زیر ممکن است در زمان افسردگی رخ دهند:

- از دست دادن علاقه
- غم و اندوه
- شکایت‌های جسمی (مثلاً درد، تنگی قفس سینه، سرگیج و غیره)
- مشکل در تمرکز
- از دست دادن اشتها / افزایش اشتها
- اختلالات خواب (خواب بیش از حد کم و یا نیاز مداوم به خواب)
- احساس خستگی
- تعمق

#### مدل آسیب پذیری استرس:

مدل استرس آسیب‌پذیری یک مدل توضیحی برای به وجود آمدن افسردگی است. کلمه آسیب‌پذیری به این اصطلاح است که یک فرد به بیماری روحی متمایل است. تا چقدر اندازه یک فرد متمایل و یا آسیب‌پذیر است، بستگی با عوامل مختلف دارد مثل استرس‌های ژنتیکی، بیماری‌های جسمی و یا رویدادهای فشار دهنده زندگی. علاوه بر عوامل استرس‌زا، رویدادهای فشار دهنده روزمره نقش مهمی را در توسعه بیماری‌های روانی ایفا می‌کنند. استرس‌ها میتوانند احساس غربت و جدایی در کشور جدید، تشویش‌های مالی، و یا تردید که آیا فرد در کشوری پناه آورده، مانده میتواند، را به وجود بیاورد. اگر آسیب‌پذیری بیشتر در معرض یک یا چندین عوامل استرس‌زا قرار گیرد، خطر مبتلا به افسردگی و یا سایر بیماری‌های روانی افزایش می‌یابد.

#### امکانات برای تمرین:

تمرین‌های ذهنیت را که طور گروهی انجام داده شدند، آنها را یکبار در روز تا جلسه بعدی در خانه انجام دهید. لازم نیست که شما در چهارچوب تمرین در خانه چیزی رونویس کنید، ما در این باره در ساعت‌های آینده صحبت میکنیم، که شما خود را با این تمرین‌ها چگونه احساس کردید.

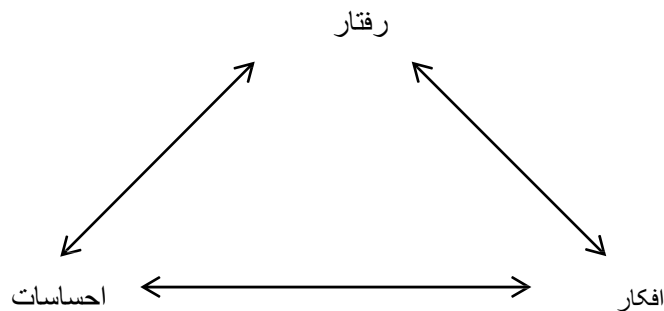


ورق دستی واحد ۴: افسردگی - فعال شدن

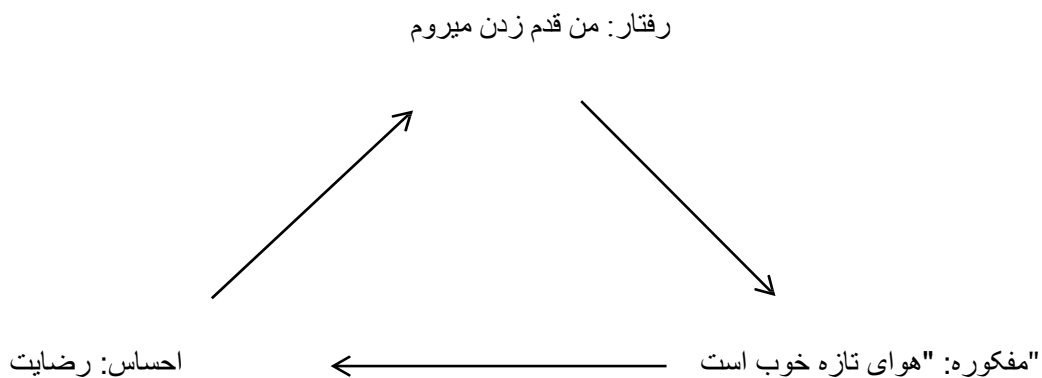
Handout Dari Modul 4: Depression – Aktiv werden

اتصال (ارتباط) بین افکار، احساسات و رفتارها

افکار، احساسات و رفتار ما بر یکدیگر تأثیر می گذارند.



ما می توانیم از ارتباط بین افکار، احساسات و رفتارمان برای مقابله با احساسات و افکار افسردگی استفاده کنیم. با انجام و تجربه چیزهای لذت بخش، ما می توانیم به طور مثبت بر خلق و خوی مان تأثیر بگذاریم. مهم این است که در ابتدا اهداف بیش از حد نباید داشت. حتی رفتارهای کوچک میتوانند تأثیر مثبت بر خلق و خوی ما داشته باشند.



امکانات برای تمرین:

نگاهی به فعالیت هایی که در طول روز انجام می دهید انداخته و بررسی کنید که تأثیر این فعالیت ها روی خلق و خوی شما چیست. کدام فعالیت تأثیر مثبتی در خلق و خوی شما دارد؟ کدام فعالیت تأثیر منفی در خلق و خوی شما دارد؟

## ورق دستی واحد ۵: افسردگی - دوری از سرپناه حلزون

### Handout Dari Modul 5: Depression – Weg aus dem Schneckenhaus

#### سرپناه حلزون- افسردگی :

( منصور از سرپناه حلزون یعنی به خود فرو رفتگی و نداشتن ارتباطات اجتماعی و یا علاقه نداشتن برای بیرون رفتن از خانه) رفتار ما، احساسات و افکار ما بر یکدیگر تاثیر می گذارند. به عنوان مثال، اگر ما احساس بی حرکتی و ماندن در خانه داشته باشیم، ممکن است منجر به این ایده شود که ما تنها هستیم. این به نوبه خود منجر به احساس تنهایی می شود. در افسردگی، این رابطه می تواند ما را بیشتر و بیشتر عقب بکشد. شبیه به سرپناه حلزون.

#### دوری از سرپناه حلزون:

برای بیرون شدن از سرپناه حلزون افسردگی مهم است که شما یاد بگیرید که کدام فعالیت ها برای شما شخصاً مناسب است و آنها را به طور فعال در عمل نپیاده می کنید. فعالیت های مثبت را می توان با افراد دیگر یا تنها انجام داد، آنها می توانند فعال یا آرام باشند.

من خود را بهتر احساس میکنم!  
برایم خوب شد که انسان های دیگر را در  
سرک دیدم.

من امروز بر خودم غلبه میکنم که در  
هر صورت باید به بیرون بروم.



با بیرون رفتن برای قدم زدن  
بالاخره انسان های دیگر را  
باز میبینم.

ببفایده است. من تنها و غمگین  
استم. من همیشه در خانه تنها  
استم.

#### امکانات برای تمرین:

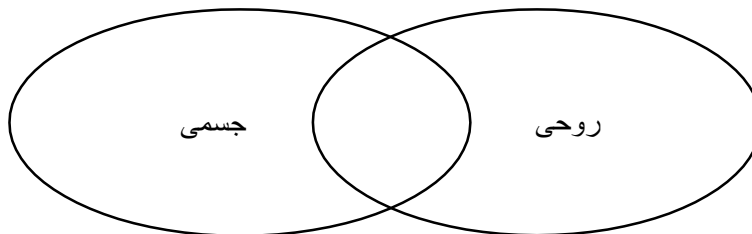
هر روز یک فعالیت مثبت را به صورت آگاهانه در زندگی روزمره خود جاگزین کنید. سعی کنید این فعالیت را انجام دهید حتی اگر احساس برای آن ندارید. متوجه باشید که در آخر خود را چگونه احساس میکنید .

## ورق دستی واحد ۶: جسمانی - گذراندن با درد

### Handout Dari Modul 6: Somatisierung – Mit Schmerzen umgehen

#### درد:

عملکرد درد برای محافظت بدن ما در مقابل آسیب است. درد به عنوان یک هشدار و سیگنال بالای رفتار ما تاثیر می گذارد. درد می تواند بسیار حاد باشد و رخ دهد. طور مثال اگر ما دست خود را روی داغ بگذاریم، درد باعث میشود که ما دست خود را بلافاصله دور کنیم. علاوه بر این درد میتواند طولانی باشد. این می تواند علل جسمی باشد. دلیل دیگر میتواند هم فشار روحی باشد که به شکل درد بیان شود. در این مورد منصور از درد روانی میباشد. درد می تواند علل جسمی و روحی داشته باشد.



#### گذراندن با درد روانی :

استراتژی های زیر می توانند در برخورد با درد روانی مفید باشند:

- استراحت: تمرینات تنفسی، جمناسستیک ملایم، تمرین تخیل
- با یک شخص معتمد در مورد افکار و مشکلات خود صحبت کردن
- انحراف توجه: طور مثال با یک دوست دختر یا دوست تماس گرفتن
- برای خود کاری خوبی انجام دادن

#### امکانات برای تمرین:

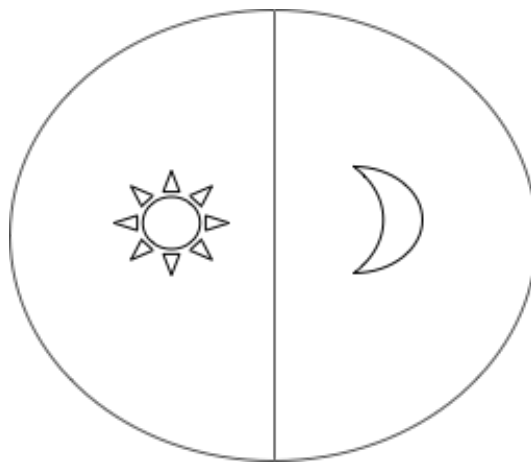
یک بار با دقت توجه کنید که چی وقت درد به سراغ شما میاید. آیا مواقع به خصوص وجود دارد که درد ها بسیار قوی میشوند؟ آیا لحظاتی هم وجود دارد که درد کمتر و یا کاملاً دور میشوند؟ اگر درد به شما سر زد، یکی از استراتژی های بالا را امتحان کنید.

## ورق دستی واحد ۷: اختلالات خواب - پیدا کردن آرامش

### Handout Dari Modul 7: Schlafstörungen – Ruhe finden

#### ریتم خواب - بیداری:

خواب و ریتم خواب بیداری می تواند به عنوان یک دایره در نظر گرفته شود. یک زمان برای خواب و یک زمان برای بیدار شدن وجود دارد. برای اکثر افراد، ۶ - ۸ ساعت خواب کافی است. مهم است که این ریتم را دنبال کنید و در طول روز نخوابید. شما باید خوابیدن را برای شب نگهدارید.



#### استراتژی های که خواب را افزایش میدهند:

- تخت خواب را صرف برای خوابیدن استفاده کنید - اگر نمیتوانید بخوابید، بلند شوید.
- قبل از خواب در شب از چیز های مانند فیلم ها کتاب های هیجان انگیز، موسیقی با صدای بلند صرفه جویی کنید.
- هر روز در یک ساعت معین به بستر بروید.
- از کافی / چای سیاه و غذا های سقیل قبل از خواب خودداری کنید.
- یک مقصد / عادت شبانه درست کنید: چای خواب بنوشید، شمع روشن کنید، یک قدم زدن راحت بخش داشته باشید.
- در کابوس ها: بستر را ترک کنید، یک گیلان آب بنوشید، متوجه شوید که این فقط یک رویا بود.

#### امکانات برای تمرین:

یک مقصد / عادت را هر شب قبل از رفتن به بستر انجام دهید. این می تواند یک تمرین ذهنی، یک پیاله چای باشد که می توانید درست کنید و بنوشید و یا یک پیاده روی آرام و راحت بخش باشد. یک مقصد / عادت را انتخاب کنید که برای شما خوب است.

## ورق دستی واحد ۸: استرس - آموزش روانی

### Handout Dari Modul 8: Stress - Psychoedukation

زیر اصطلاح استرس (فشار) عکس العمل جسم در مقابل خواسته های خارجی فهمیده میشود. استرس در صورت مواجه شدن با موقعیت به وجود می آید که ممکن است مکانیسم های عادی، برای برآمدن از عهده آن در جسم ما به قدری کافی نباشند. یک عکس العمل جسمی و روحی ما را در این ارتباط کمک خواهد کرد که امکانت تطابقت جسم ما را با موقعیت های ناگوار فراهم سازد تا ما بتوانیم از عهده آن خواسته های مخصوص برآیم. چیز های زیر عامل به وجود آمدن استرس (فشار) در من اند:

عکس العمل من در مقابل استرس (فشار) چنین است:

- افکار:
- احساسات:
- جسم:
- پیش آمد:

حفاظت از استرس (فشار)

چیز های زیر میتوانند ما را از استرس (فشار) حفاظت کنند:

- خانواده من، فرزندان من
- خود را به هدف خویش متمرکز ساختن
- ورزش
- خود را به این آگاه کردن که تا حال به چه موفقیت های نائل آمده ام
- پشتیبانی توسط رفقا

امکان تمرین کردن:

لطفاً روزانه برای چند دقیقه یکی از این دو تمرین "دقت" را که ما تا حال در هر ساعت عملی نموده ایم، اجرا کنید. شما این تمرین را میتوانید زمانی انجام دهید که زیر استرس (فشار) قرار دارید یا موقعیکه استرس (فشار) تان حاد نیست. یک سنگ، یک عکس یا یک شی دیگر را با دقت مدنظر بگیرید یا چند دقیقه با توجه تنفس کنید. شما میتوانید تمرین را با چشمان باز یا بسته اجرا کنید، منظور در هر حالتی که خود را خوب احساس میکند

## ورق دستی واحد ۹: استرس - آموختن مهارت های مقابله ای

### Handout Dari Modul 9: Stress – Bewältigungskompetenzen erlernen

گذراندن با استرس:

استرس را میتوان با روش های مختلف از سر گذشتاند. در اینجا می توان استراتژی های کوتاه مدت و یا دراز مدت را تشخیص داد. استراتژی های کوتاه مدت به ما کمک می کند تا با استرس مقابله کنیم، وقتی آن بسیار حاد باشد. استراتژی های دراز مدت به ما کمک می کند که استرس را در آینده کاهش دهیم.

مقابله استرس کوتاه مدت:

وضعیت هایی که در آن استرس حاد را تجربه می کنیم، اغلب ما بسیار متشنج میباشیم. پس از آن برای ما دشوار است که افکار خود را جمع کنیم. قبل از این که دنبال راه حل وضعیت بگردیم، مهم است که اول استرس حاد را کم بسازیم. به طوری که "سرد شویم". بهترین امکانات که ما بتوانیم راحت شویم، پنج حسی ما نشان میدهند:

- گوش دادن: گوش دادن به موسیقی، ۵ چیز که من می شنوم، صداهای طبیعت، آواز خواندن
- احساس کردن: بسته سرد، بالش نرم،
- مزه کردن: لیمو، چای، شیرینی نعناع، جویدن چیزی تند
- مشاهده: عکس زیبا، به طبیعت نگاه کردن، به آسمان نگاه کردن، تماشای فیلم مورد علاقه
- بوکردن: روغن عطر، شمع معطر، عطر مورد علاقه، لباس های تازه شسته شده

مقابله استرس دراز مدت:

در پهلوی استراتژی های که استرس را مدت کوتاه کاهش میدهند، ببینیم بهتر باشد که باید استرس را برای مدت طولانی کاهش دهیم. استراتژی های ممکن عبارتند از :

تفریح های کوتاه را در زندگی روزمره جایگزین کنید، آگاهانه وقت آزاد برای خود پلان کنید، کمک تقاضا کنید، و ظایف را به طور آگاه جداگانه انجام دهید نه این که همه را همزمان، اولویت ها را تنظیم کنید، که یکبار "نه" بگویید.

امکانات برای تمرین:

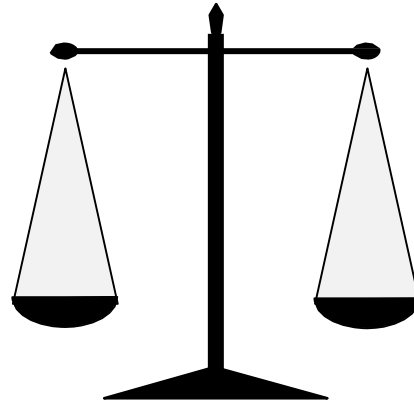
امتحان کنید که در زندگی روزمره خود آگاهانه چی کاری کنید که با استرس گذران داشته باشید. شاید علاقه داشته باشید یکی از استراتژی های را که امروز نام برده شدن، امتحان کنید. میتوانند استراتژی های باشند که استرس را با صورت حاد کاهش دهند. میتوانند هم استراتژی های باشند که میزان استرس شما را برای مدت طولانی کاهش دهند .

## ورق دستی واحد ۱۰: استرس - آموختن راحت شدن

### Handout Dari Modul 10: Stress – Entspannung erlernen

#### تغییر اختلال و راحت شدن:

تغییر بین فعالیت و راحت شدن برای سلامتی ما مهم است. برای زحمت کشیدن ما نیاز به انرژی داریم. هنگامی که ما راحت می شویم، منابع انرژی ما پر میشود و ما آماده زحمت های جدید هستیم. زمانی یکی از این ها وجود داشته باشد زیرا یکی دیگر آن نیز وجود دارد. مهم است که تعادل بین اختلال و راحت شدن نگهداشته شود.



#### راحت شدن "مثبت" و "منفی":

امکانات مختلفی برای راحت شدن وجود دارد. برخی از این راحت شدن ها عبارتند از تقویت فعالیت، مانند ورزش. برخی دیگر راحت شدن ها عبارتند از کاهش فعالیت، مانند خوابیدن ظهر.

#### راحت شدن و "منفی"

- قدم زدن
- ملاقات با دوستان
- ورزش کردن

#### راحت شدن "مثبت"

- تماشا کردن یک فیلم
- خوابیدن
- اجرا کردن یک تمرین ذهنی

#### امکانات برای تمرین:

در روزهای آینده، آگاهانه به تغییر اختلال و راحت شدن در زندگی روزمره توجه کنید. در چه لحظاتی آرزوی راحت شدن را میکنید؟ چگونه می توانید برای خودتان زمینه راحت شدن را میسر بسازید؟ چه مشکلاتی ممکن است باعث شود که شما در چنین لحظاتی راحت نشوید.

جزوه آزمایش نوع ۱۱: احساسات – رهنما برای رفتار ما  
Handout Dari Modul 11: Gefühle – Wegweiser für unser Verhalten

چرا احساسات برای ما مهم اند:

احساسات بر رفتار ما تاثیر دارند. در واقع میتوان گفت، احساسات به ما این معلومات را میدهند که در هر موقعیت چگونه بهترین روش را داشته باشیم. همینطور، احساسات منفی هم باعث یک تغییر در وجود ما میشوند که میتواند برای ما مفید واقع شوند.

انسان میتواند احساسات را با وضعیت هوا مقایسه کند. روش ما در روز آفتابی قسم دیگر و در روز های بارانی قسم دیگر میباشد. به همین طور هم روش ما نظر به احساس ما مختلف میباشد.

احساس:	روش:
- فخر	- دیگران را از یک پیروزی اطلاع دادن
- خشم	- حمله
- قهر	- برای حق خود ایستاده گی کردن
- ترس	- پناه بردن، فرار کردن، منجمد شدن
- عزاداری	- به یک اجتماع پیوستن، تسلی یافتن
- بیچاره گی	- در پی کمک بودن
-	-
-	-

امکان تمرین کردن:

در روز های آینده، آگاهانه به این مطلب توجه کنید که در زنده گی روزمره، چه نوع احساسات عاید شما میگردند.

آیا کدام عامل برای به پدیدار شدن احساسات وجود دارد؟

چگونه پیش آمد میکنید؟

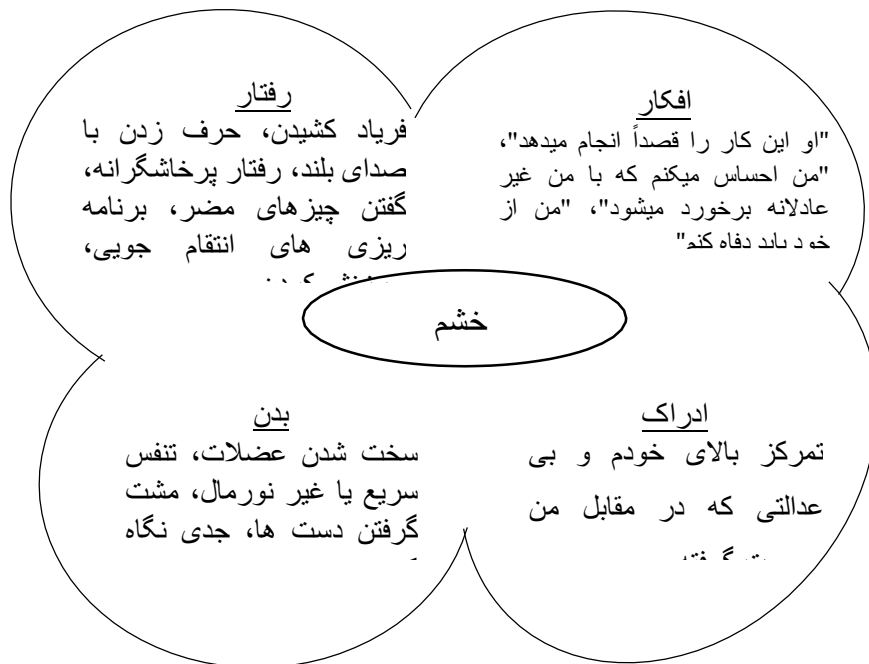


**Handout Dari Modul 12: Aggression – Mit Wut umgehen**

**عملکرد خشم:**

خشم عملکردی است برای حفاظت و محافظت از مرزهای ما. در مواقع که در مقابل ما بی عدالتی صورت میگیرد، و یا خطر جسمی و یا روحی مواجه ما است، خشم یک احساس مهم است برای محافظت ما. در زمان افسردگی و یا در نتیجه تجربه های آسیب زا ما زیادتر و یا سریعتر خشمگین میشویم نظر به شرایط های دیگر.

**شبکه عاطفی احساس خشم:**



**تمرینات برای خانه:**

در زندگی روزمره متوجه شوید که در کدام مواقع شما خشمگین میشوید. کدام شرایط و یا فکر ها باعث میشوند تا شما احساس خشم کنید؟ در همچون مواقع چه چیزی میتوند برای شما خوب باشد؟ چی کاری میتانید انجام دهید تا بتونید آرامتر شوید؟

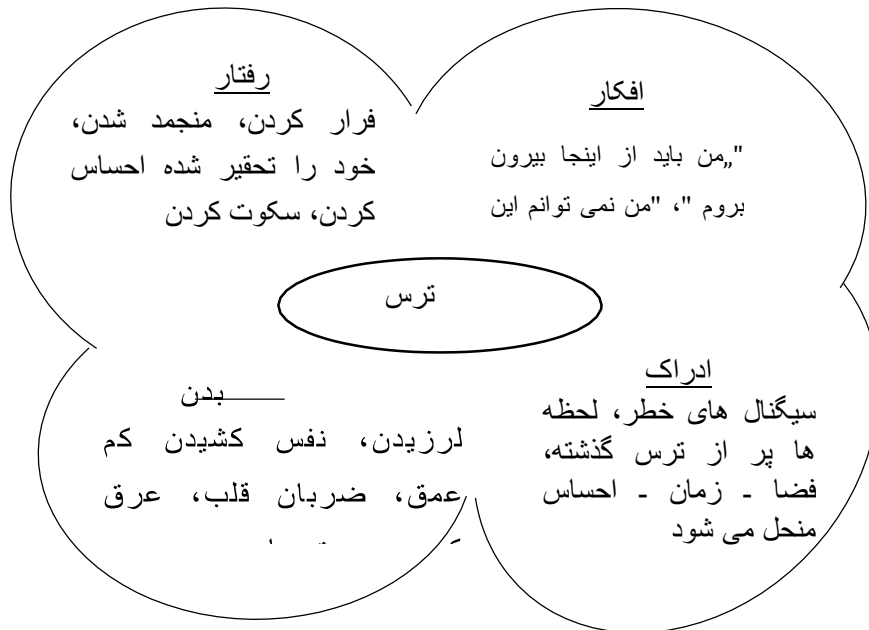
ورق دستی واحد ۱۱: با ترس کنار آمدن - شجاعت پیدا کردن

Handout Dari Modul 13: Mit Angst umgehen – Mut schöpfen

عملکرد ترس:

ترس یک احساس است که باید به ما نشان دهد که یک خطر وجود دارد. طور مثال، احساس ترس به اجداد ما کمک میکرد تا از مهاجم - حمله کننده فرار کنند. ترس میتواند انگیزه فرار را ایجاد کند. از سوی دیگر، ترس نیز می تواند ما را منجمد سازد. به طور مثال، اجداد ما هنگامی که یک حیوان خطرناک ظاهر میشد، خود را مرده نمایان میکردند. بنابراین، ترس می تواند یک انگیزه برای فرار یا انگیزه منجمد شدن را ایجاد کند و از این رو ما را از خطر محافظت کند.

شبکه عاطفی احساس ترس:



استراتژی های ممکن برای گذشتاندن با ترس:

- خود را در دست وضعیت سپرده منتظر باشم تا ترسم کاهش یابد
- از یک شخص مورد اعتماد خواهش کنم که وضعیت را با من بازدید کند
- منحرف کردن اذهان
- در مورد ترس خود با یک شخص معتمد صحبت کنم
- راحتی شدن

امکانات برای تمرین:

توجه کنید که در زندگی روزمره چه زمانی ترس را تجربه میکنید و بعد چی کاری انجام میدهید. آیا وضعیت را ترک می کنید؟ یا که وضعیت را پیگیری نمیکنید؟ چی چیزی باعث خوبی شما میتواند شود، وقتی ترس را تجربه میکنید؟

## ورق دستی واحد ۱۴: درد دوری وطن - وطن یک احساس است

### Handout Dari Modul 14: Heimweh – Heimat ist ein Gefühl

درد دوری وطن یک احساسی است که از همه بیشتر با جدا شدن از انسان های مهم و ترک کردن وطن ایجاد میشود. این با یک احساس قوی اشتیاق و فکرکردن مداوم به اشخاص و یا مکان به انجام میرسد . شبکه عاطفی احساس درد دوری وطن:



استراتژی های ممکن برای گذشتادن با درد دوری وطن:

استراتژی های زیر می توانند در برخورد با احساسات درد دوری وطن مفید باشند:

- پختن غذای دوست داشتنی من / نوشیدن نوشیدنی دوست داشتنی من
- به بیرون رفتن و مکان جدیدی (طور مثال، پارک، کافی) را پیدا کردن
- با یک فرد مورد اعتماد در مورد احساس صحبت کردن
- ملاقات با اشخاص همفرهنگ
- 
- 

امکانات برای تمرین:

در زندگی روزمره آگاهانه توجه کنید که چی چیزی برای شما خوبی میرساند، وقتی احساس درد دوری وطن را تجربه میکنید. در چنین شرایطی چه چیزی برای شما مفید است؟ در صورت امکان استراتژی های مختلفی برای مقابله با درد دوری وطن را امتحان کنید.

## روق دستی واحد ۱۵ : امکانات درمان - به دست آوردن کمک

### Handout Dari Modul 15: Behandlungsmöglichkeiten – Hilfe erhalten

#### امکانات تداوی بستری و سرپایی در آلمان :

- درمان روانی سرپایی: در یک درمان روانی سرپایی شما امکانات به صورت انفرادی را دارید تا در برابر ایجاد و برای تداوی افسردگی کار کنید .
- مراکز مشاوره روانشناسی: در اینجا شما همچنین می توانید مشاوره روانشناسی را به صورت سرپایی دنبال کنید. مشاوره اغلب آزاد است. بسیاری از مراکز مشاوره دارای نهادهای کلیسایی هستند. اما مشاوره بدون در نظر داشت مذهب و اصلیت به طور مستقل صورت میگیرد .
- درمان دارویی: گاهی اوقات، حمایت از دارو ممکن است در برخورد با افسردگی، اضطراب، یا اختلالات خواب مفید باشد. دکتر فامیلی یا دکتر روانشناسی شما مسئول درمان دارویی است. مهم است که دارو را فقط با مشاوره با دکتر خود استفاده کنید.
- درمان بستری: اگر فشار بالای شما خیلی زیاد است و شما دیگر نمیتوانید با زندگی روزمره خود مقابله کنید، اقامت در شفاخانه روانی می تواند مفید باشد. شما می توانید از طریق دکتر فامیلی یا دکتر روانشناسی خود یک ارجاع دریافت کنید.

#### رفتار با شرایط بحرانی:

- خود را با کمک ۵ حس آرام بسازید
- گوش دادن: گوش دادن به موسیقی، نام بردن از ۵ چیزی که من می شنوم، صداهاى طبیعت، آواز خواندن
- حس کردن: بسته سرد، بالش نرم
- مزه کردن: لیمو، چای، شیرینی نعنا، چیزی با طعم تند
- تماشا کردن: عکس زیبا، نگاه به طبیعت، نگاه به آسمان، تماشای فیلم مورد علاقه
- بوکردن: روغن عطر، شمع معطر، عطر مورد علاقه، لباس های تازه شسته شده
- تیلیفون سعادت روحی: مشاوره بدون در نظر گرفتن دین و اصلیت صورت می گیرد:
- تیلیفون سعادت روحی مسلمانان (روزمره از ساعت ۱۶ - ۲۴): ۴۴۳۵۰۹۸۲۱ (۰۳۰)
- تیلیفون سعادت روحی: ۰۸۰۰ ۱۱۱۰۱۱۱
- تیلیفون سعادت روحی کاتولیک: ۰۸۰۰۱۱۱۰۲۲۲
- به رانشناس خود / دکتر فامیلی / درمانگر رونی تیلیفون کنید و یک وقت ملاقات تعیین برای روز های آینده تعیین کنید.

## ورق دستی واحد ۱۶: بررسی و ختم

### Handout Dari Modul 16: Abschluss – Rückblick und nach vorne schauen

شما شانزده ساعت در گروه توانمندسازی شرکت کردید. تفریقات صمیمانه! این یک دستاورد بزرگ است! در پایان راهی مشترک مان با کمال می‌خواهیم با شما یکجا یک نظر به هفته های گذشته بیان‌داریم. چی چیز ها در هفته های گذشته تغییرات مثبت داشتند؟ چی چیز ها را از طریق گروه آموختید؟ به چی چیزی افتخار میکنید؟ کدام موضوع را میخواهید با کمال میل در اخیر با گروه خطور کنید؟ کی میتواند شما را در این قسمت حمایت کند؟

ترازو می‌واند شما را در انعکاس هفته های گذشته یاری برساند.



**Table of Contents**

<b>1.</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Setting up the group .....</b>	<b>4</b>
<b>3.</b>	<b>General overview of the training sessions .....</b>	<b>5</b>
<b>4.</b>	<b>Session 1: Orientation to Group.....</b>	<b>00</b>
<b>5.</b>	<b>Session 2: ‘Stress and Resilience’ - Part 1 &amp; 2.....</b>	<b>00</b>
<b>6.</b>	<b>Session 3: ‘Reality vs. Expectations’ - Part 1 &amp; 2.....</b>	<b>00</b>
<b>7.</b>	<b>Session 4: ‘Visions and Dreams’ - Part 1 &amp; 2 .....</b>	<b>00</b>
<b>8.</b>	<b>Session 5: ‘Cultural Shocks in Germany’ - Part 1 &amp; 2 .....</b>	<b>00</b>
<b>9.</b>	<b>Session 6: ‘Prevention of Violence and Radicalisation’ - Part 1 &amp; 2.....</b>	<b>00</b>
<b>10.</b>	<b>Session 7: End .....</b>	<b>00</b>
<b>11.</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>00</b>
<b>12.</b>	<b>Appendices .....</b>	<b>00</b>
	Appendix 1: Session Evaluation Form .....	00
	Appendix 2: ‘Who is who’ Worksheet .....	00
	Appendix 3: Short Breathing Exercise (to Open).....	00
	Appendix 4: Long Progressive Muscle Relaxation Exercise (to Close).....	00
	Appendix 5: Therapeutic Factors that Contribute to Successful Groups.....	00
	Appendix 6: The Stages of Group Development.....	00
	Appendix 7: General Tips for a Successful Group.....	00

## 1. Introduction

### *Refugee crisis:*

It is estimated that more than one million migrants have crossed the German borders in the year 2015 (German Federal Office for Migration and Refugees). This sudden rise in migration is fuelled by the violent conflicts in Syria and other parts of the world. Reasons for migration differ across people and regions, and pose countless challenges for both, the receiving countries' populations as well as for the people and families who are moving.

There is no doubt that many refugees have experienced stressful or traumatic events. Furthermore there have been many efforts that tend to improve the mental health of these vulnerable people and it has been proven that peer-counselling interventions tend to increase resilience, decrease PTSD and reduce violence in traumatized migrants.

### *About the project:*

The basic idea of our 'Train the Trainer' project is to identify, with the help of the social workers in the refugee centres, refugees who have *interpersonal competences* and to train them to initiate and lead self-help groups focusing on 1) coping with stress, 2) challenges and opportunities in the host country, 3) cultural changes that one may be faced with in Germany, 4) Prevention of Violence and Radicalisation. At the first stage, trainers will run groups under supervision. Based on the success of these experiences, competent trainers will be selected and assigned to roles of master trainers (i.e., to train potential trainers in the future) and trainers (i.e., to deliver the groups).

The main goals of the program are as follows: 1) Sharing their "here and now" experiences and needs, 2) strengthening their own natural resources, 3) acquiring new coping skills, 4) teaching them to create supportive networks.

## 2. Setting up the group

Congratulations on volunteering to become a trainer! We hope that this will be a meaningful and worthwhile experience for you. Here are a few guidelines for setting up your group:

### *Group leader(s):*

Groups can be led by 1-2 trained leaders. In larger groups (e.g., 10-15 participants), we recommend having 2 leaders.

### *Exclusion criteria for group members:*

As a trainer, it is important for you to judge the psychological wellbeing of participants before inviting them to the group. Severely traumatized refugees should not be included in your group. If it happens that any participant is severely traumatized, please refer to them the appropriate mental health support services in Berlin (for example, LAGESO, Clearingstelle)

### *Setting:*

It is important that you book a room which will consistently be available to you for the four training sessions. Ideally, the training should take place in a calm room where the session will not be disturbed. Chairs should be arranged as a large circle, so that all group members can see each other. The various training sessions require specific materials, which are noted in part 3 of this manual. As a general rule, for all sessions there should be pens and paper, a flip chart with markers; or alternatively a free wall with the possibility to hang up flip chart paper.

? How to deal with unregular attendance?

### **Important advices:**

Traumatized narrative → must be interrupted directly. Explain again, that this group is about your here and now experiences, we don't want to talk about the past →.Proposal, that it can be talked about afterwards in confidence, we will find a better place for those topics, if necessary: refer him/her to a psychologist.



### 3. General overview of the training sessions

*Overview of the four central topics:*

You are going to give a training aimed at covering these four topics (one per session):

- Stress and Resilience
- Reality and Expectations
- Visions and Dreams
- Cultural Shocks
- Prevention of violence and radicalisation

*Structure of the group sessions:*

- 90 minutes per session (with optional 5-10min break)
- 1-2 sessions per week
- 10-15 participants per group
- 1-2 Refugee group leader

*Other 'behind the scenes' tasks for delivering the groups:*

- Recording of weekly session feedback. This will allow for constructive and critical appraisal and development of the group based on your experiences (see Appendix 1).
- Regular supervision. This will be offered by the training coaches at the host institution (the Charite), to support you in your professional development as a group leader.

By whom? How often?

## 4. Session A: Orientation to the group

Materials required for the session:

- 'Who is who' worksheet (Appendix 2)
- Short breathing exercise sheet (Appendix 3)
- Long progressive muscle relaxation exercise sheet (Appendix 4)
- Flipchart & marker
- Blank sheets of paper & pens

**“Hello and welcome to the first session of the group! It’s great that you’ve taken the time to come to the group and to share your experiences since living in Germany. Today, we will start by introducing ourselves – in a moment I’ll ask everyone their names. Then we will start the group, which always begins with a breathing exercise. After that, we will get to know each other, talk about what you expect and develop together the group rules. Each session will be 90 minutes, and we can talk about whether you’d like to build in a break in the middle. But first, let’s start by introducing ourselves. My name is \_\_\_\_\_.”**

*(turn to left or right and ask each person, one by one, to introduce themselves and state their name)*

**“Great. Now that we’ve introduced ourselves, let’s start the session with the breathing exercise.”**

### **Exercise 1: Breathing exercise**

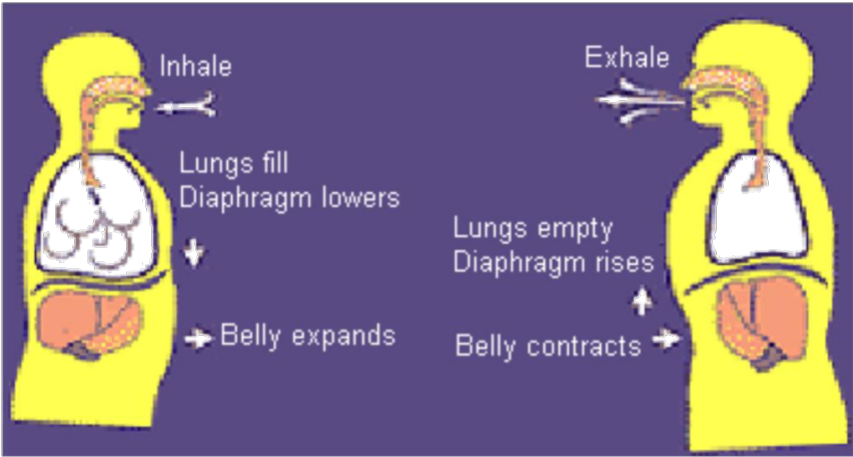
Each session begins with a breathing exercise. The goal of this is to create a positive, calm atmosphere and supportive space for the group participants. The breathing exercise promotes calm focus and attention to today’s group.

Generally, *relaxing* breathing exercises are hallmarked by the following features:

- Abdominal/ Vagal breathing not clavicular breathing
- Hands on belly and breath
- Air in through your nose out through your mouth
- By using the diaphragm, we are using the **vagus** which make us calm.

**“First, and at every session, we will start with a breathing exercise. Breathing exercises can help us focus and relax into today’s session. You can also do exercises like this at home, at different points throughout the day, to promote a sense of calm and focus. OK, let’s begin.”**

*(Read the short breathing exercise script in Appendix 3 to the group.)*

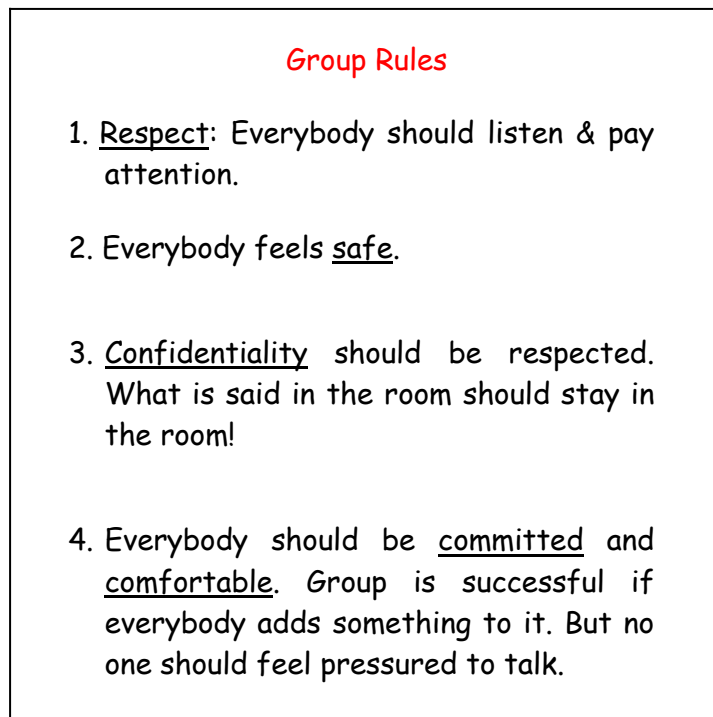


## Exercise 2: Establishing the group rules

For the training it is important to work in a safe atmosphere for everyone. An important step is to create group rules that are obligatory for everyone. The group rules are based on suggestions by the group leader and the group itself. It is helpful to work out the group rules interactively, by initially inviting participants to consider

**“Now we are going to talk about some important agreements we need to make if we are going to have a successful group. I call these the group rules or guidelines. So let’s think together. What do we need for the group to feel safe and productive?”**

Encourage participants to make suggestions instead of you as the leader simply naming the rules. It is best if the group feels they have contributed to the setting of the rules. As the suggestions are made, make sure to write the rules on a flipchart. The co-leader should ideally do this. In the end, it should look something like this:



Each group will be different, and have its own version of the rules. But the ones in the example above are generally advised. As a final point, you may state:

**“I have one last question. Do you think it is important to have a break half way through the session? Or would you prefer to work through?”**

This is optional, and for each group to decide for itself! Don’t forget, everyone should be able to see the rules during every group session! If the rules are violated in any situation, make sure to kindly interrupt and remind the group of the rules (and why we need them).

### Exercise 3: 'Who is who' exercise

- Administer blank sheets of paper and pens OR hand out copies of the 'Who is who' Worksheet to everyone (Appendix 2).

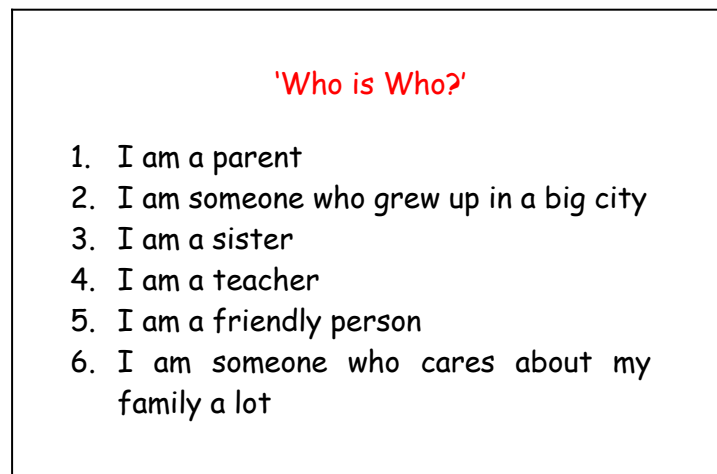
**“OK, so now we are going to talk a little about who we are. This will help us get a sense of who is in the group, and who we are sharing this space with. We’re going to take 5mins to work alone, and think of 5 things to describe ourselves.**

**The sentences should start with ‘I am’. So I might write ‘I am a father’, for example.”**

*(Give the group 5 mins to work on this task alone)*

**“Now I’d like us to split up into pairs and spend 10 minutes discussing with your partner what you wrote on your sheet. After the 10mins are up, you can tell the group what you talked about. Each of you can present for your pair.”**

*(Give the group 10 mins to work on this task in pairs)*



**“You named different things what is important for you during this training (name some examples). Now I would like to present you the different topics we will talk about during the next weeks. Alltogether, we will talk about five topics, each of them will be divided into two sessions, so that we will have enough time to talk about it and that each of you can share their own experiences. The first two sessions we will talk about stress and resilience, followed up by Reality and Expectation, Visions and Dreams, Cultural Shocks in Germany and in a final step Prevention of Violence and Radicalisation. Before we close our first meeting by an relaxation exercise I would like to know if you have any questions left?”**

### Exercise 4 (Close): Long Progressive Muscle Relaxation

Finally, the session is closed by the group leader leading the group in a 5-10min progressive muscle relaxation exercise (see Appendix 4).

**“Now we are going to finish today’s session by taking a little time and space for a progressive muscle relaxation exercise. This can benefit the body and the mind.”**

*(Read Appendix 4 aloud to the group in a relaxed, calm tone of voice).*

## 5. Session B: Stress and Resilience - Part 1

Materials required for the session:

- Short breathing exercise sheet (Appendix 3)
- Long progressive muscle relaxation exercise sheet (Appendix 4)
- Flipchart & marker
- Blank sheets of paper & pens

### Exercise 1: Short Breathing Exercise

Open the session by delivering the short 2-4 minute breathing exercise (see Appendix 3).

**“Welcome to today’s session! It’s great to see you all again. Today’s session is going to be about Stress and Resilience. But first, let’s start with a short breathing exercise.”**

*(Read short breathing exercise from Appendix 3 in a calm, relaxed and slow voice).*

### Exercise 2: Short flashlight & Recapitulation of the last session

**“I propose now to start with a technique which is called “flashlight”. In a row, every group member says one or two sentences about how you feel at the moment and/or how interested you are in today’s topic. Every statement should start with I... Okay, I will begin. Today I feel/expect...”**

This should not take longer than 3-4 minutes. Make sure that everyone only says 1-2 sentences and that the other group members do not comment (unless comprehension questions) the statements.

**„Okay, thank you. Now I would like to ask one of you to recapitulate in a few sentences what we talked about last session. Who would like to do this today?”**

### Exercise 3: Discussion and Exercise on Stress

This topic begins with a general discussion regarding the topic of stress and how to manage stress. The purpose of this exercise is that participants in the group get to share a little regarding their experience of stress. The group learns, from hearing about the experience of others, that stress is a common phenomenon which everyone experiences from time to time. A positive outcome from this exercise may be that participants get to learn from one another regarding how to cope well with stress. Participants establish a sense of the different techniques for managing stress, and may learn from the suggestions of others (e.g., for recognizing and managing stress).

To facilitate this discussion, trainers begin by asking the whole group:

**“So now we’re going to talk about stress, a really important topic. If we understand our own stress, it improves our ability to care for ourselves and ensure positive wellbeing and good coping. So let’s start with the question: How do you *know* that you’re experiencing stress? What things do you notice?”**

Collect the group's ideas regarding symptoms of stress. If the group struggles, you may prompt and make suggestions. The co-leader should write these on the flipchart. It will look something like this:

**Signs of Stress:**

- Reactions in your body
- Butterflies in stomach
- Racing thoughts
- Problems sleeping
- Sweaty hands
- Increased heart-rate
- General excessive worrying

After 5-15 minutes of discussion, come to an end and lead over to the PMR by explaining that this could be one way to reduce those signs (low heart-rate, calm down, ...).

### **Exercise 3 (Close): Long Progressive Muscle Relaxation**

Finally, the session is closed by the group leader leading the group in a 5-10min progressive muscle relaxation exercise (see Appendix 4).

**“Now we are going to finish today’s session by taking a little time and space for a progressive muscle relaxation exercise. This can benefit the body and the mind.”**

*(Read Appendix 4 aloud to the group in a relaxed, calm tone of voice).*

## 6. Session C Stress and Resilience – Part 2

Materials required for the session:

- Short breathing exercise sheet (Appendix 3)
- Long progressive muscle relaxation exercise sheet (Appendix 4)
- Flipchart & marker
- Blank sheets of paper & pens

### Exercise 1: Short Breathing Exercise

Open the session by delivering the short 2-4 minute breathing exercise (see Appendix 3).

**“Welcome to today’s session! It’s great to see you all again. Today we’ll continue to talk about Stress and Resilience. But first, let’s start with a short breathing exercise.”**

*(Read short breathing exercise from Appendix 3 in a calm, relaxed and slow voice).*

### Exercise 2: Short flashlight & Recapitulation of the last session

**“Let’s continue with the short “flashlight”. In a row, every group member says one or two sentences about how you feel at the moment and/or how interested you are in today’s topic. Every statement should start with I... Okay, I will start. Today I feel/expect ...“**

This should not talk longer than 3-4 minutes. Make sure that everyone only says 1-2 sentences and that the other group members do not comment (unless comprehension questions) the statements.

**„Okay, thank you. Now I would like to ask one of you to recapitulate in a few sentences what we talked about last session. Who would like to do this today?“**

### Exercise 3: Discussion and Exercise on Stress

Invite the group to continue the discussion on stress in pairs (10mins). Hand the group pens and paper. Ask the group to write down the following questions, and write down the ideas they and their partner have regarding these questions:

**“Now we are going to continue talking about stress, but from a problem-solving or self-support perspective. Please turn to the person to your left, and form a pair. Take ten minutes together to write down and answer the following questions. Afterwards, you’ll present for your partner:**

- **What previously helped you in times of stress?**
- **What skills do you have to overcome stress?“**

After the 10mins, ask the pairs to present ideas on behalf of each other. The co-leader writes the ideas on the flipchart. You should achieve suggestions like these:



### Helpful to Reduce Stress:

- Belief in oneself
- Family support (e.g., parents)
- Sharing the stress
- Music
- Finding answers or solutions (knowledge)
- Sports / Being fit and active
- Good sleep
- Reminding self to "wait"
- Being sociable
- Imagine the future and goals
- Faith
- Being alone / Going for a walk and taking time out/space

### **Exercise 4 (Close): Long Progressive Muscle Relaxation**

Finally, the session is closed by the group leader leading the group in a 5-10min progressive muscle relaxation exercise (see Appendix 4).

**“Now we are going to finish today’s session by taking a little time and space for a progressive muscle relaxation exercise. This can benefit the body and the mind.”**

*(Read Appendix 4 aloud to the group in a relaxed, calm tone of voice).*

## 7. Session D: 'Reality vs. Expectations' – Part 1

Materials required for the session:

- Short breathing exercise sheet (Appendix 3)
- Long progressive muscle relaxation exercise sheet (Appendix 4)
- Flipchart & marker
- Blank sheets of paper & pens

### Exercise 1: Short Breathing Exercise

Open the session by delivering the short 2-4 minute breathing exercise (see Appendix 3).

**“Welcome to today’s session! It’s great to see you all again. Today’s session is going to be about your experiences since you’ve arrived in Germany, and whether or not the reality matches your expectations that you had before you got here. But first, let’s start with a short breathing exercise.”**

*(Read short breathing exercise from Appendix 3 in a calm, relaxed and slow voice).*

### Exercise 2: Short flashlight & Recapitulation of the last session

**“Let’s continue with the short “flashlight”. In a row, every group member says one or two sentences about how you feel at the moment and/or how interested you are in today’s topic. Every statement should start with I... Okay, I will start. Today I feel/expect ... “**

This should not talk longer than 3-4 minutes. Make sure that everyone only says 1-2 sentences and that the other group members do not comment (unless comprehension questions) the statements.

**„Okay, thank you. Now I would like to ask one of you to recapitulate in a few sentences what we talked about last session. Who would like to do this today?”**

### Exercise 3: Is Germany as you expected?

The general goal of this exercise is to offer participants an opportunity to discuss their experiences of how life in Germany so far compares to what they had in mind before they arrived.

- Administer pens and paper to the group.

**“So today we’re going to use our art skills! We’ll be drawing two pictures each.**

**I want everyone in the group to imagine and visualize what they expected Germany to look like before they arrived. This picture should show: What did you expect Germany to be like? Then, on a 2<sup>nd</sup> page, I’d like you to draw what Germany is *actually* like in reality. Has it lived up to what you expected, or is it different? First, you can work alone for this exercise. Then we will present our pictures as a group.”**

*(Group takes 5mins to draw pictures).*



**“OK, time is up! Now I would like for us all to present our pictures, and show what we expected from Germany, versus what the reality turned out to be like. Turn to the person on your left, and tell them about your pictures. Then after**

**10mins, together you will present your four pictures.”**

*(Give pairs 10mins to talk about their pictures alone, before inviting them to present for each other).*

**“Time is up! Which pair would like to show us their pictures first? And explain a little about what you expected from Germany, and what it actually turned out to be like?”**

The group should then proceed to present their pictures by holding them up to the flipchart. With each person who comes up to show their picture, the list under ‘What I expected’ and ‘The reality’ should get a little longer as the co-leader will write up the most important points as they emerge. It will look something like this:

What I expected	VS	The reality
<ul style="list-style-type: none"><li>- No LAGESO</li><li>- No supports/services</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>- Bureaucracy</li><li>- Safety</li><li>- It's actually OK</li><li>- No privacy</li></ul>
		

### **Exercise 4 (Close): Long Progressive Muscle Relaxation**

Finally, the session is closed by the group leader leading the group in a 5-10min progressive muscle relaxation exercise (see Appendix 4).

**“Now we are going to finish today’s session by taking a little time and space for a progressive muscle relaxation exercise. This can benefit the body and the mind.”**

*(Read Appendix 4 aloud to the group in a relaxed, calm tone of voice).*

## 8. Session E: 'Reality vs. Expectations' – Part 2 → to be worked on!

Materials required for the session:

- Short breathing exercise sheet (Appendix 3)
- Long progressive muscle relaxation exercise sheet (Appendix 4)
- Flipchart & marker
- Blank sheets of paper & pens

### Exercise 1: Short Breathing Exercise

Open the session by delivering the short 2-4 minute breathing exercise (see Appendix 3).

**“Welcome to today’s session! It’s great to see you all again. Last session we started to talk about your experiences since you’ve arrived in Germany, and whether or not the reality matches your expectations that you had before you got here. Today we’ll talk about the communication you have with your family and friends in your home countries about Germany and your experiences here. But first, let’s start with a short breathing exercise.”**

*(Read short breathing exercise from Appendix 3 in a calm, relaxed and slow voice).*

### Exercise 2: Short flashlight & Recapitulation of the last session

**“Let’s continue with the short “flashlight”. In a row, every group member says one or two sentences about how you feel at the moment and/or how interested you are in today’s topic. Every statement should start with I... Okay, I will start. Today I feel/expect ...“**

This should not talk longer than 3-4 minutes. Make sure that everyone only says 1-2 sentences and that the other group members do not comment (unless comprehension questions) the statements.

**„Okay, thank you. Now I would like to ask one of you to recapitulate in a few sentences what we talked about last session. Who would like to do this today?“**

### Exercise 3: Communication about

For the next task, the group will have an open discussion about communication, say the following:

**“Now we’re going to focus on a slightly different question. I am interested, what do you tell your families in your home countries about Germany? Do you talk about Germany? What do you say?“**

Encourage and draw out this discussion with the group. Validate the group and make the points clear by writing down the key points that the group say on the white board for everyone to see. Here, you are trying to promote a discussion communication.

Once you have covered the *reasons* for their approach to communication, in the large group, ask the group: **“What are the advantages and disadvantages of hiding the truth?”**

Validate the group and make the points clear by writing down the key points that the group say on the white board for everyone to see. You should have something like this:

**Communication**

- Avoid it in *Germany* because of shame
- Avoid it with family at home because I want to protect them, don't want them to worry
- Family at home already have enough problems

**Advantage**  
People seem to worry less  
I can hide my story

**Disadvantages**  
They can tell I am hiding the truth  
Family worries anyway  
They have unrealistic expectations if they later come to *Germany*  
I get less support and it all 'builds up inside' → more stressed

#### **Exercise 4 (Close): Long Progressive Muscle Relaxation**

Finally, the session is closed by the group leader leading the group in a 5-10min progressive muscle relaxation exercise (see Appendix 4).

**“Now we are going to finish today’s session by taking a little time and space for a progressive muscle relaxation exercise. This can benefit the body and the mind.”**

*(Read Appendix 4 aloud to the group in a relaxed, calm tone of voice).*

## 9. Session F: 'Visions and Dreams/Values' – Part 1

Materials required for the session:

- Short breathing exercise sheet (Appendix 3)
- Progressive muscle relaxation exercise sheet (Appendix 4)
- Flipchart & marker
- Blank sheets of paper & pens
- Pictures representing values

### Exercise 1: Short Breathing exercise

Open the session by delivering the short 2-4 minute breathing exercise (Appendix 3).

**“Welcome to today’s session. Today our topic will be visions and dreams. But first, just like last time, we will start today’s session with a short breathing exercise.”**

*(Read Appendix 3 in a calm, slow voice).*

### Exercise 2: Short flashlight & Recapitulation of the last session

**“Let’s continue with the short “flashlight”. In a row, every group member says one or two sentences about how you feel at the moment and/or how interested you are in today’s topic. Every statement should start with I... Okay, I will start. Today I feel/expect ...“**

This should not talk longer than 3-4 minutes. Make sure that everyone only says 1-2 sentences and that the other group members do not comment (unless comprehension questions) the statements.

**„Okay, thank you. Now I would like to ask one of you to recapitulate in a few sentences what we talked about last session. Who would like to do this today?“**

### Exercise 3: Understanding your values

The idea behind this topic is that participants get an opportunity to come into contact with and verbalize life areas that are important to them personally. Values differ from goals, and represent lifelong aspirations or qualities that are important to a person.

Begin by asking the whole group:

**“When we think about visions and dreams, a good place to start is by thinking about our values; in other words, what’s really important to us in life. Values tend to be pretty stable things we believe are important to us. So tell me, what have you considered to be your values in the past?“**

If the group struggle with answering this question, you may facilitate further by asking, **“What are your general values? Is there something you have always wanted to live for? What is important to you?“**

The co-leader writes down the key points that the group say on the flipchart:

<b>Values:</b>	
Family	Freedom
Goal Achievement	Honesty
Familiarity	Relaxation
Trust	Hope
Peace/No stress	

#### **Exercise 4 (Close): Long Progressive Muscle Relaxation**

Finally, the session is closed by the group leader leading the group in a 5-10min progressive muscle relaxation exercise (see Appendix 4).

**“Now we are going to finish today’s session by taking a little time and space for a progressive muscle relaxation exercise. This is a short time to enjoy taking a little bit of space, which can benefit the body and the mind.”**

*(Read Appendix 4 aloud to the group in a relaxed, calm tone of voice).*

## 10. Session G: 'Visions and Dreams/Values' – Part 2

Materials required for the session:

- Short breathing exercise sheet (Appendix 3)
- Progressive muscle relaxation exercise sheet (Appendix 4)
- Flipchart & marker
- Blank sheets of paper & pens
- Pictures representing values

### Exercise 1: Short Breathing exercise

Open the session by delivering the short 2-4 minute breathing exercise (Appendix 3).

**“Welcome to today’s session. Today our topic will be again visions and dreams. But first, just like last time, we will start today’s session with a short breathing exercise.”**

*(Read Appendix 3 in a calm, slow voice).*

### Exercise 2: Short flashlight & Recapitulation of the last session

**“Let’s continue with the short “flashlight”. In a row, every group member says one or two sentences about how you feel at the moment and/or how interested you are in today’s topic. Every statement should start with I... Okay, I will start. Today I feel/expect ...“**

This should not talk longer than 3-4 minutes. Make sure that everyone only says 1-2 sentences and that the other group members do not comment (unless comprehension questions) the statements.

**„Okay, thank you. Now I would like to ask one of you to recapitulate in a few sentences what we talked about last session. Who would like to do this today?“**

### Exercise 3: Pictures representing values

Place the picture cards in the middle of the group on the floors. You will invite the group to each choose 2 or 3 pictures which somehow refer to a value they have.

**“Now we are going to do an exercise about values. I’ve put some cards here in the centre of the room on the ground. Each picture represents a certain value. I would like everyone in the group please to choose two pictures that represent a personal value they have. Then you can return to your seats, and explain your choice to the person on your left. You should also discuss how to achieve these values. What are the steps you can take, or the things you can do, to live with your values in reality? We’ll take 15mins for this exercise, and at the end you can tell the group about what you and your neighbor discussed. Go ahead.”**

To ensure that the group stay on-topic, every few minutes, remind them:

**“Don’t forget to discuss, what short-term goals might bring you closer to achieving your values? What practical steps could you take?“**



After the 15mins are up, bring the pairs back into the wider group:

**“So we’re interested in how your personal values can be achieved, now that your life circumstances are different. Who would like to start and share for their partner?”**

The group then presents their values and the co-leader write up the points on the flipchart. You should get something like this:

Values:	
<b>Family</b> Keep in touch with people - pick up the phone Berlin Be curious about getting to know new friends	<b>Freedom</b> Explore new places in  Share your opinion, & learn from others
<b>Goal Achievement</b>	<b>Honesty</b> Share your knowledge
<b>Familiarity</b> Join programmes for refugees like Wannsee Accept invitations to events to others, get support Search for events I might like online	<b>Relaxation</b> Go somewhere relaxing Talk
<b>Trust</b> Ask others about trustworthy people	<b>Hope</b>

Encourage and draw out this discussion with the group. Validate the group and make the points clear by writing down the key points that the group say on the white board for everyone to see.

#### **Exercise 4 (Close): Long Progressive Muscle Relaxation**

Finally, the session is closed by the group leader leading the group in a 5-10min progressive muscle relaxation exercise (see Appendix 4).

**“Now we are going to finish today’s session by taking a little time and space for a progressive muscle relaxation exercise. This is a short time to enjoy taking a little bit of space, which can benefit the body and the mind.”**

*(Read Appendix 4 aloud to the group in a relaxed, calm tone of voice).*

## 11. Session H: 'Cultural Shocks in Germany' – Part 1

Materials required for the session:

- Short breathing exercise sheet (Appendix 3)
- Progressive muscle relaxation exercise sheet (Appendix 4)
- Flipchart & marker
- Blank sheets of paper & pens

### Exercise 1: Short Breathing Exercise

Open the session by delivering the short 2-4 minute breathing exercise.

**“Welcome to today’s group, it is great to see you all again. Today, as usual, we will start with a short breathing exercise. After that, we’ll move on to our topic for today, which is to talk about cultural differences and misunderstandings we’ve experienced since living in Germany. But first, let’s do the breathing.”**

*(Read Appendix 3 in a calm, slow voice).*

### Exercise 2: Short flashlight & Recapitulation of the last session

**“Let’s continue with the short “flashlight”. In a row, every group member says one or two sentences about how you feel at the moment and/or how interested you are in today’s topic. Every statement should start with I... Okay, I will start. Today I feel/expect ...“**

This should not talk longer than 3-4 minutes. Make sure that everyone only says 1-2 sentences and that the other group members do not comment (unless comprehension questions) the statements.

**„Okay, thank you. Now I would like to ask one of you to recapitulate in a few sentences what we talked about last session. Who would like to do this today?“**

### Exercise 3: Cultural differences and misunderstandings

Start by giving a general description of today’s group’s focus:

**“Today we will be talking about cultural differences and experiences that you’ve had since being in Germany. We’ll talk about things you perhaps miss from your own culture that you would like to bring to German society. Now, with the person to your left, I want you to *think of one example of a time that they were misunderstood since living in Germany, where the explanation may have been a cultural difference.* Take 15mins for this, and then we’ll share for our stories”.**

*(Let the pairs discuss their examples for 15mins.)*

**“OK, time is up. So let’s talk about the examples you came up with. Who would like to start by presenting their partner’s experience?“**

Give everyone in the group an opportunity to tell their partner’s story of being misunderstood in Germany. When you feel the discussion is complete, move on to the final exercise:

## **Exercise 4 (Close): Long Progressive Muscle Relaxation**

Finally, the session is closed by the group leader leading the group in a 5-10min progressive muscle relaxation exercise (see Appendix 4).

**“Now we are going to finish today’s session by taking a little time and space for a progressive muscle relaxation exercise. This is a short time to enjoy taking a little bit of space, which can benefit the body and the mind.”**

*(Read Appendix 4 aloud to the group in a relaxed, calm tone of voice).*

## 12. Session I: 'Cultural Shocks in Germany' – Part 2 → to be worked on!

Materials required for the session:

- Short breathing exercise sheet (Appendix 3)
- Progressive muscle relaxation exercise sheet (Appendix 4)
- Flipchart & marker
- Blank sheets of paper & pens

### Exercise 1: Short Breathing Exercise

Open the session by delivering the short 2-4 minute breathing exercise.

**“Welcome to today’s group, it is great to see you all again. Today, as usual, we will start with a short breathing exercise. After that, we’ll move on to our topic that we started last time: cultural differences and misunderstandings we’ve experienced since living in Germany. But first, let’s do the breathing.”**

*(Read Appendix 3 in a calm, slow voice).*

### Exercise 2: Short flashlight & Recapitulation of the last session

**“Let’s continue with the short “flashlight”. In a row, every group member says one or two sentences about how you feel at the moment and/or how interested you are in today’s topic. Every statement should start with I... Okay, I will start. Today I feel/expect ...“**

This should not talk longer than 3-4 minutes. Make sure that everyone only says 1-2 sentences and that the other group members do not comment (unless comprehension questions) the statements.

**„Okay, thank you. Now I would like to ask one of you to recapitulate in a few sentences what we talked about last session. Who would like to do this today?“**

### Exercise 3:

**“So, having spoken about these kinds of misunderstandings, I am interested in hearing what you think: Is it possible to do something to adjust to these cultural norms? Do you want to? What customs are important for you to keep, and what ones are not as important to you? Are the German customs that you admire?“**

Again, encourage this discussion within the group and ask your co-leader to write the main points on the white board. You’ll come up with something like this:

How could German culture benefit from your cultural values?

- More connection (e.g. neighbours)
- More emphasis on the time spent rather than punctuality and being early for things
- More emphasis on family - for the whole lifetime
- Can enjoy our food
- Less demand for paperwork
- Sharing hospitality
- Accepting differences
- Sharing knowledge and experiences

#### **Exercise 4 (Close): Long Progressive Muscle Relaxation**

Finally, the session is closed by the group leader leading the group in a 5-10min progressive muscle relaxation exercise (see Appendix 4).

**“Now we are going to finish today’s session by taking a little time and space for a progressive muscle relaxation exercise. This is a short time to enjoy taking a little bit of space, which can benefit the body and the mind.”**

*(Read Appendix 4 aloud to the group in a relaxed, calm tone of voice).*

## 13. Session J: 'Prevention of Violence and Radicalisation' – Part 1 → to be worked on!

Materials required for the session:

- Short breathing exercise sheet (Appendix 3)
- Progressive muscle relaxation exercise sheet (Appendix 4)
- Flipchart & marker
- Blank sheets of paper & pens

### Exercise 1: Short Breathing Exercise

Open the session by delivering the short 2-4 minute breathing exercise.

**“Welcome to today’s group, it is great to see you all again. Today, as usual, we will start with a short breathing exercise. After that, we’ll move onto our topic for today, which is to talk about... But first, let’s do the breathing.”**

*(Read Appendix 3 in a calm, slow voice).*

### Exercise 2: Short flashlight & Recapitulation of the last session

**“Let’s continue with the short “flashlight”. In a row, every group member says one or two sentences about how you feel at the moment and/or how interested you are in today’s topic. Every statement should start with I... Okay, I will start. Today I feel/expect ...“**

This should not talk longer than 3-4 minutes. Make sure that everyone only says 1-2 sentences and that the other group members do not comment (unless comprehension questions) the statements.

**„Okay, thank you. Now I would like to ask one of you to recapitulate in a few sentences what we talked about last session. Who would like to do this today?“**

### Exercise 3:

...

**Proposals, Tuesday, 07.03.2017**

- How to deal with people in your surrounding that are radical, that have an influence on other people. How to communicate? How to find strategies (e.g. band together with others, looking for help (phone numbers?), don't stay alone/place yourself at somebodies mercy) to deal with it? How refuse the bad speech
- Information what is Radicalisation/Violence, laws (too much teaching? INFORM instead of Teaching), did you experience radicalization in your surrounding? How did you feel about it? How did you deal with it?
- Prevention: e.g. Exercises can be introduced that deal with how we can accept each other in our diversity and how we can strengthen people to resist the influence of those people who try to stir up others, to talk about rejection, prejudice,...

### Exercise 4 (Close): Long Progressive Muscle Relaxation

Finally, the session is closed by the group leader leading the group in a 5-10min progressive muscle relaxation exercise (see Appendix 4).

**“Now we are going to finish today’s session by taking a little time and space for a progressive muscle relaxation exercise. This is a short time to enjoy taking a little bit of space, which can benefit the body and the mind.”**

*(Read Appendix 4 aloud to the group in a relaxed, calm tone of voice).*

## 14. Session K: 'Prevention of Violence and Radicalisation' – Part 2 → to be worked on!

Materials required for the session:

- Short breathing exercise sheet (Appendix 3)
- Progressive muscle relaxation exercise sheet (Appendix 4)
- Flipchart & marker
- Blank sheets of paper & pens

### Exercise 1: Short Breathing Exercise

Open the session by delivering the short 2-4 minute breathing exercise.

**“Welcome to today’s group, it is great to see you all again. Today, as usual, we will start with a short breathing exercise. After that, we’ll move onto our topic for today, which is ... But first, let’s do the breathing.”**

*(Read Appendix 3 in a calm, slow voice).*

### Exercise 2: Short flashlight & Recapitulation of the last session

**“Let’s continue with the short “flashlight”. In a row, every group member says one or two sentences about how you feel at the moment and/or how interested you are in today’s topic. Every statement should start with I... Okay, I will start. Today I feel/expect ...“**

This should not talk longer than 3-4 minutes. Make sure that everyone only says 1-2 sentences and that the other group members do not comment (unless comprehension questions) the statements.

**„Okay, thank you. Now I would like to ask one of you to recapitulate in a few sentences what we talked about last session. Who would like to do this today?“**

### Exercise 3:

...

### Exercise 4 (Close): Long Progressive Muscle Relaxation

Finally, the session is closed by the group leader leading the group in a 5-10min progressive muscle relaxation exercise (see Appendix 4).

**“Now we are going to finish today’s session by taking a little time and space for a progressive muscle relaxation exercise. This is a short time to enjoy taking a little bit of space, which can benefit the body and the mind.”**

*(Read Appendix 4 aloud to the group in a relaxed, calm tone of voice).*



## 15. Session L: 'Ending the group' → to be worked on!

Materials required for the session:

- Short breathing exercise sheet (Appendix 3)
- Progressive muscle relaxation exercise sheet (Appendix 4)
- Flipchart & marker
- Blank sheets of paper & pens
- If desired group members or the leader could bring some tea/cups to create a nice atmosphere for the last session.

### Exercise 1: Short Breathing Exercise

Open the session by delivering the short 2-4 minute breathing exercise.

**“Welcome to today’s group, it is great to see you all again. Today, is the last session, but as usual, we will start with a short breathing exercise. After that, we will take some time to ... But first, let’s do the breathing.”**

*(Read Appendix 3 in a calm, slow voice).*

### Exercise 2: Short flashlight & Recapitulation of the last session

**“As usual, let’s continue with the short “flashlight”. In a row, every group member says one or two sentences about how you feel at the moment. This time we’ll take a little bit more time so that you can add how you feel about that this is the last session. Okay, I will start. Today I feel/expect ...“**

Make sure that the other group members do not comment (unless comprehension questions) the statements.

**„Okay, thank you. Now I would like to ask one of you to recapitulate in a few sentences what we talked about last session. Who would like to do this today?“**

### Exercise 3: Ending the Group

**“Today is the final session we had planned for the group. I want to thank you all for participating and for the work you have done in making the group a success, and supporting each other. We are really open to your feedback, and would love to hear what parts of the group you felt were useful, and what parts maybe less so. Would anyone like to give feedback now, and tell us what you thought was helpful/not helpful?“**

*(Invite group to offer feedback, if they wish, for a maximum 10mins. This is non-obligatory. Participants may be too shy to offer feedback, and opt to simply thank each other – this is fine too! It’s just important, that the group has a ‘conclusion’.)*

**“Thank you for the feedback, that is really helpful and we will try and take the points on board and integrate them for future groups. Also, if anyone is interested in getting involved in the groups and perhaps delivering one in the future, please speak to me personally at the end and we can discuss this“.**

### Exercise 4 (Close): Long Progressive Muscle Relaxation

Finally, the session is closed by the group leader leading the group in a 5-10min long progressive muscle relaxation exercise (see Appendix 4).

**“Now we are going to finish the last session as we always have - by taking a little time and space for a final progressive muscle relaxation exercise.”**

*(Read Appendix 4 aloud to the group in a relaxed, calm tone of voice).*

## 16. Conclusion

Of course, every group is different and the strengths and challenges of each group will be unique. As a group leader, think of your main role as to *facilitate the group's discussion and learning* from one another. Sticking to the basic structure of these four topics will help you maintain the focus of the group, while making the necessary adaptations depending on the group's interpersonal dynamic. For this reason, it's important to consistently record an evaluation of the group (using Appendix A). Questions that arise as you deliver the group can be discussed **in supervision** in turn. The structure and format of the group is a work in progress, so the team at the Charite greatly appreciate your feedback and ideas!

If you have any concerns about **participant distress** (e.g., you notice a lot of crying) try and speak to them one-on-one briefly at the end of the session to establish that they have follow-up support (e.g., with a close family member). In cases of acute distress, contact LAGESO. If you have concerns regarding a person's safety, the

Berliner Krisendienst (for crises) is contactable on 030 390 6300.



# MANUAL FÜR EINE GENDER-SENSIBLE PEER-TO-PEER INTERVENTION

# Inhalt

---

Über das Projekt.....	3
Sitzung 1: Gruppenbildung und Informationsvermittlung.....	4
Sitzung 2: Gefühle.....	8
Sitzung 3: Wahrnehmung und Bewusstsein .....	12
Sitzung 4: Stress I und Gesundheit .....	15
Sitzung 5: Stress II und Gesundheit .....	19
Sitzung 6: Stress III und Gesundheit .....	22
Sitzung 7: Genderspezifische Besonderheiten bei psychischen Erkrankungen .....	25
Sitzung 8: Selbstsicherheitstraining I .....	30
Sitzung 9: Selbstsicherheitstraining II .....	34
Sitzung 10: Genderspezifische Rollen und Gewaltprävention.....	37
Sitzung 11: Gesundheit und Resilienz .....	42
Sitzung 12: Ziele und Werte .....	45



# Über das Projekt

---

MEHIRA ist ein gestuftes Versorgungsmodell zur Förderung der mentalen Gesundheit von Geflüchteten. Ein bedeutsamer Anteil der Geflüchteten wird als Konsequenz von traumatischen und stressvollen Erfahrungen in der Heimat und/oder während der Flucht das Gesundheitssystem wegen einer psychischen Erkrankung in Anspruch nehmen (Ullmann et al., 2015). Aus diesem Anlass sind präventive Maßnahmen, eine rechtzeitige Diagnosestellung sowie niedrigschwellige und kultursensible psychosoziale Angebote von herausragender Bedeutung. Das Peer-to-Peer Angebot ist eine niedrigschwellige Intervention für Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen depressiven Erkrankung. Neben den Peer-Beratern gibt es auch eine App basierte Intervention und bei dringendem Bedarf ist der Wechsel in eine individuelle psychologische Versorgung vorgesehen.

Dieses Manual bietet die Basis für die Durchführung der gendersensiblen Peer-to-Peer Intervention im Rahmen des MEHIRA-Projekts. Der Aufbau aller zwölf Interventionsstunden ist der Gleiche und beinhaltet Übungen sowie einen Psychoedukationsteil. Die Begriffe *Instruktion*, *Erklären*, *Gruppendiskussion*, *Aufgabe* und *Hausaufgabe* weisen darauf hin, was im nächsten Abschnitt zu tun ist. Im Appendix befinden sich ausführliche Beschreibungen von Übungen und auch Anleitungen und Antworten für evtl. Fragen aus der Gruppe während der Gruppendiskussionen.

Die Rolle der Peer-Berater ist es, die Gruppenintervention zu leiten. Es ist wichtig, Gruppenspiele und Übungen den Teilnehmerinnen verständlich zu erklären, sodass sie ihren Nutzen verstehen. In Gruppendiskussionen sollte ein Peer-Berater darauf achten, dass alle Teilnehmerinnen gleichmäßig beteiligt werden. Aufgrund von Gruppengröße und Interventionsrahmen ist es wichtig, dass die Teilnehmerinnen im Hier und Jetzt bleiben und Gruppendiskussionen nicht dazu genutzt werden, persönliche Themen einer einzelnen Person zu besprechen. Stichpunkte mit Denkanstößen an die Gruppe, sowie die Übungen und Informationsmaterialien im Appendix helfen dabei, die wesentlichen Inhalte der Sitzungen herauszuarbeiten. Ein gutes Gruppengefühl ist in diesem Interventionsansatz sicher wichtig. Die Teilnehmerinnen sollen sich am Anfang durch Spiele und Vorstellungsrunden kennenlernen und ggf. später auch vernetzen. Neben der Informationsvermittlung bietet die Begegnung mit anderen betroffenen Frauen einen weiteren Wirkfaktor, nämlich die Gruppenzugehörigkeit zu stärken. Auch die Peer-Berater können positiv am Zugehörigkeitsgefühl mitwirken, indem sie darauf achten, alle Teilnehmerinnen gleichermaßen miteinzubeziehen.

# Sitzung 1: Gruppenbildung und Informationsvermittlung

## Was wird heute gemacht?

- Punkt 1: Atemübung
- Punkt 2: Kennenlernen
- Punkt 3: Warum gibt es ein geschlechtsspezifisches Gruppenangebot für Frauen und was ist MEHIRA?
- Punkt 4: Informationen zum deutschen Gesundheitssystem
- Punkt 5: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson

## Überblick und Lernziele dieser Sitzung:

- Begrüßung und Kennenlernen
- Erklärung, warum es ein geschlechtsspezifisches Gruppenangebot nur für Frauen gibt
- Was ist MEHIRA?
- Gemeinsam Gruppenregeln erstellen
- Psychoedukation: Wissensvermittlung über das deutsche Gesundheitssystem
- Beenden der Sitzung mit PMR

## Materialien für diese Sitzung:



- Ball für das Spiel1 Ball werfen
- Poster „Im Bus auf der Straße des Lebens“
- Flipchart und Stifte
- Handout „Das deutsche Gesundheitssystem“
- Handoutmappe „Wichtige Anlaufstellen und Adressen“
- Appendix 1, 2, 27

## Beginn der Stunde

Hallo und herzlich willkommen zur ersten Stunde der MEHIRA Peer-Berater Intervention! Ich heiße\_\_\_ und freue mich, dass ihr die Zeit gefunden habt hier her zukommen. Gleich werden wir uns in einem Spiel miteinander bekannt machen. Doch zuerst beginnen wir wie jede der folgenden Stunden mit einer Atemübung.

## Punkt 1: Atemübung

5 min.

### Übung anleiten

Meinen Atem wahrnehmen.

*Appendix 1 Übungsanleitung „Meinen Atem wahrnehmen“*

## Punkt 2: Kennenlernen

15 min.

### Erklären

Jetzt werden wir eine Vorstellungsrunde machen. Jede Person stellt sich mit dem eigenen Namen vor. Wer möchte, kann auch Alter und Herkunft sagen. Ich beginne: Ich heiße \_\_\_\_\_ und ich bin \_\_\_ Jahre alt und ich lebe seit \_\_\_\_\_ Jahren in Deutschland, ursprünglich komme ich aus\_\_\_\_\_.



### Kennlern-Spiel1: Ball werfen

Als nächstes werfen wir einen Ball durch die Runde und die Person mit dem Ball in der Hand, versucht die Namen der Personen zu nennen, die neben ihr sitzen. Jede Person soll einmal den Ball gefangen haben, um die Namen der Sitznachbarinnen zu nennen



### Kennlern-Spiel2: Fragen und Antworten

Ich stelle euch jetzt eine Frage und gebe dazu mehrere Antwortmöglichkeiten. Jede der Antworten bekommt eine Ecke des Raumes zugeordnet. Ihr stellt euch in die Ecke mit der Antwort, die zu euch passt. Die Personen, die sich in der jeweiligen Ecke treffen, sollen sich dort kurz vorstellen und sich über ihre Entscheidung austauschen. Wer sich nicht entscheiden möchte, kann sich in die Mitte des Raumes stellen. *Appendix 27 „4-Ecken-Spiel“*

## Punkt 3: Warum gibt es ein geschlechtsspezifisches Gruppenangebot für Frauen und was ist MEHIRA?

10 min.

### Erklären

Unser Gruppenangebot wurde speziell für Frauen wissenschaftlich entwickelt, um die Frauen besser informieren und therapeutisch auf die Bedürfnisse von Frauen eingehen zu können. Das führt zu einer besseren medizinischen Gesundheitsversorgung und kann Frauen dabei helfen, ihre Beschwerden und Erkrankungen zu verstehen und besser damit umzugehen.





Bevor wir mit den Inhalten unseres Gruppenangebots beginnen, möchte ich euch zuerst fragen: Was sind eure Erwartungen an dieses Gruppenangebot? **Teilnehmerinnen ihre Erwartungen äußern lassen und diese ggf. auf dem Flipchart sammeln.**

### Der Bus auf der Straße des Lebens

10 min.

#### **Poster „Im Bus auf der Straße des Lebens“ zeigen**

Ich werde euch jetzt beschreiben, was MEHIRA ist, welche Erwartungen wir erfüllen können und was dieses Gruppenangebot für euch bieten kann. Wichtig ist aber auch, zu beachten, dass das Angebot vielleicht nicht alle Erwartungen erfüllen kann und wir nicht bei allen Wünschen helfen können. Aber wir werden unser Bestes tun, um das MEHIRA-Gruppenangebot für euch alle nützlich und sinnvoll zu gestalten.

Heute beginnen wir also mit einer Reise. Jede von uns macht ihre eigene Reise, wir sind unterwegs auf einer Straße des Lebens. Wenn wir auf unserer Lebensstraße unterwegs sind, erleben wir viele Dinge. Die Landschaft bleibt zum Beispiel nicht immer gleich. Wir durchfahren schöne Orte und auch nicht so schöne Orte. Manchmal ist die Straße holprig und nur schwer befahrbar, das ist dann anstrengend für uns. Wir müssen auch schauen, wie wir Hindernisse umfahren können, ohne dass unser Gefährt kaputt geht.

Aber dann passiert es doch schon mal, dass wir eine Panne haben und nicht mehr von alleine weiterkommen. Wer hilft uns da? Manchmal können wir uns selber helfen, aber bei größeren Problemen brauchen wir die Hilfe von anderen. Um unser Gefährt reparieren zu können, brauchen wir z.B. einen Werkzeugkasten, mit dem wir uns dann selber helfen können. Hier bei MEHIRA, gibt es einen Werkzeugkasten. Wir zeigen euch Möglichkeiten, wie ihr mit dem richtigen Werkzeug euer Gefährt repariert und auf der Straße des Lebens weiterfahren könnt.

Das Gehirn ist eines der komplexesten Organe in unserem Körper. Wir kennen viele Krankheiten und Krankheitssymptome. Bei allen unseren Organen und Körperteilen empfinden wir es als normal, dass der Körper krank werden kann. Also ist es doch nur logisch, dass ein so komplexes und kompliziertes Organ wie unser Gehirn ebenfalls krank werden kann. Es wäre doch eher erstaunlich, wenn es nicht so wäre. Und gerade weil das Gehirn so komplex ist, ist die Heilung auch komplizierter als bei einfacheren Strukturen in unserem Körper.

### **Gemeinsam Gruppenregeln erstellen**

15 min.

#### **Appendix 2 „Ideen für Gruppenregeln“**

Damit diese Zusammenkünfte gut funktionieren, werden wir uns jetzt überlegen, was wir alle dafür tun können, dass unsere Treffen für jeden von uns zufriedenstellend ablaufen. Deshalb sammeln wir jetzt Ideen, jeder kann sich überlegen, was für Regeln in einer Gruppe wie die-

ser wichtig sein könnten. **Wenn Teilnehmerinnen zögerlich sind, kann hiermit angefangen werden:**

- Ich gebe eine erste Idee: Mir ist es wichtig, dass alle von euch möglichst regelmäßig teilnehmen!
- Mir ist es wichtig, dass alles persönlich Gesagte vertraulich behandelt wird. Das heißt, dass außerhalb dieser Gruppe nicht mit anderen über die sehr persönlichen Themen von Teilnehmerinnen dieser Gruppe gesprochen wird.

**Weitere Regeln am Flipchart sammeln und am besten in jeder Sitzung sichtbar aushängen. Eventuell können alle Teilnehmerinnen zum Einverständnis und Einhaltung der Regeln die Gruppenregeln unterschreiben.**

## **Punkt 4: Informationen zum deutschen Gesundheitssystem**

45 min.

### **Erklären**

Wir beginnen heute damit, über das deutsche Gesundheitssystem zu sprechen. Ziel ist es, dass ihr nach dieser Stunde wisst, wie ihr euch versorgen könnt, wenn ihr krank seid und eine ärztliche Behandlung benötigt. Aber auch Dinge, die euch vielleicht nicht jetzt betreffen, in Zukunft aber mal wichtig sein könnten, z.B. wie verhaltet ihr euch richtig, wenn es einen Notfall gibt. Um das alles besser verstehen zu können verteile/präsentiere ich euch jetzt ein paar Handouts.



***Broschüre „Das deutsche Gesundheitssystem“***

**Hiernach folgt die Verabschiedung der Gruppe.**

# Sitzung 2: Gefühle

## Was wird heute gemacht?

- Punkt 1: Kurze Atemübung
- Punkt 2: Kennenlernen und gruppendynamisches Spiel
- Punkt 3: Psychoedukation über Gefühle und Körper
- Punkt 4: Ressourcenstärkung
- Punkt 5: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson

## Überblick und Lernziele dieser Sitzung:

- Kennenlernen und Gruppendynamik stärken
- Psychoedukation: Wissensvermittlung über Gefühle und Körper
- Ziel der Stunde ist es, dass die Teilnehmerinnen (TN) lernen, ihre eigenen Gefühle und Körperreaktionen zu lesen und die damit einhergehenden Bedürfnisse zu identifizieren

## Materialien für diese Sitzung:

- Ball
- Flipchart und Stifte
- Flip-Chart Gruppenregeln aufhängen
- Poster „Denken-Fühlen-Verhalten Dreieck“
- Appendix 1, 3, 4, 5



## Beginn der Stunde

Herzlich Willkommen zur zweiten Sitzung. Wir beginnen direkt mit der ersten Übung!

### Punkt 1: Kurze Atemübung

5 min.

#### Übung anleiten

Meinen Atem wahrnehmen.

**Appendix 1 Übungsanleitung „Meinen Atem wahrnehmen“**

## Punkt 2: Kennenlernen und gruppendynamisches Spiel

10 min.

### Kennlern-Spiel 1: Ball werfen

In der letzten Stunde haben wir gegenseitig unsere Namen gelernt. Nun ist ein bisschen Zeit vergangen und heute probieren wir nochmals, mit Hilfe des Balls, den Namen der Person zu sagen, die uns gegenüber sitzt.



### Kennlern-Spiel 2: Aufreihen

Ich gebe jetzt Kategorien vor, wie zum Beispiel eure Körpergröße, eure Aufgabe ist es dann, dass ihr euch von Groß nach Klein aufstellt. Allerdings dürft ihr dabei nicht sprechen und auch keine Zeichen/Gesten machen. Ihr als Gruppe müsst euch also nach einer bestimmten Reihenfolge geordnet aufstellen.

#### **Anweisung:** Ordnet euch...

- nach Entfernung eures Wohnortes
- nach Geburtsdatum (ohne Worte)
- nach einer Nummer, die jedem in die Handfläche getippt wurde
- nach Körpergröße (mit geschlossenen Augen)
- nach Schuhgröße (mit geschlossenen Augen)

**Nach dem Spiel kann mit den Teilnehmerinnen über die folgende Punkte gesprochen werden:**

- Haben sich alle an die vereinbarten Regeln gehalten?
- Wurden alle Vorschläge berücksichtigt?
- Wie wurden nonverbal Entscheidungen getroffen?
- Wurden alle einbezogen?

## Punkt 3: Psychoedukation über Gefühle und Körper

45 min.

### **Erklären**

Das Thema heute ist Gefühle und Körper. Dazu möchte ich von euch wissen, welche Gefühle es gibt und welche Gefühle ihr kennt? [Appendix 4 „Gefühle sammeln“](#)

**Mit den Teilnehmerinnen Gefühle sammeln und wenn gewünscht auch aufschreiben.**

Nachdem wir jetzt viele Gefühle gesammelt haben, bitte ich euch, folgende Fragen für euch zu beantworten.

- Welche Gefühle empfinde ich als angenehm?
- Welche Gefühle empfinde ich als unangenehm?
- Welche Gefühle habe ich häufig?
- Welche Gefühle vermeide ich häufig?

### Gruppendiskussion

Jetzt möchte ich in einer Gruppendiskussion gerne Antworten sammeln! Ich lese euch die Frage vor und dann sprechen wir darüber.

- Was sind Auswirkungen von Gefühlen? Beispiel: Wenn ihr euch freut, wie macht sich das in eurem Körper bemerkbar? Wenn ihr Angst habt, wie spürt ihr das körperlich?

**Antworten sammeln und unterscheiden zwischen körperlichen Reaktionen wie z.B. Muskelanspannung, Atemfrequenz, Blutdruck, Herzfrequenz, Körpertemperatur und Gefühlen.**

- Wie stehen Gefühle mit Verhalten und Reaktionen in Verbindung?

**Darauf hinleiten, dass Körperreaktionen in Verbindung mit Gefühlen stehen**

### Erklären

#### Appendix 5 „Allgemeine Informationen zu Gefühlen“

Eine schnelle, kurze und intensive Reaktion auf einen Reiz bezeichnet man als *Affekt*. Das bedeutet, dass eine starke Verhaltenstendenz stattfindet, die nur kurz andauert und auf etwas Bestimmtes gerichtet ist. **Beispiele sammeln und geben.** Einen zeitlich länger andauernden Gefühlszustand, der nicht auf einen bestimmten Reiz oder auf etwas Bestimmtes gerichtet sein muss, bezeichnet man als *Stimmung*. **Beispiele sammeln und geben.**

Um in eurem alltäglichen Leben darauf zu achten, was euch gerade gut tun würde, zeige ich euch jetzt eine Übung zur Ressourcenstärkung. Diese Übungen können helfen, Bedürfnisse des Körpers zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren.

### Punkt 4: Ressourcenstärkung

15 min.

### Erklären

Mit Hilfe dieser Übung könnt ihr eure alltäglichen Tätigkeiten (in einer Warteschlange stehen, Telefonieren usw.) darauf überprüfen, ob euer Körper gerade gut versorgt ist.



- Innere Aufmerksamkeit. Konzentriert euch z.B. darauf, wie ihr gerade sitzt! Ist das bequem oder eher nicht?
- Selbstakzeptanz. Erkennt eure Wahrnehmung so an, wie sie gerade ist.
- Experimentieren! Probiert verschiedene Sitzpositionen aus. Prüft, wie bequem und angenehm die verschiedenen Sitzpositionen für die alltägliche Tätigkeit gerade sind. Kann sie verbessert werden? Ist zurücklehnen eine Möglichkeit?
- Lösung finden. Ihr entscheidet, was ihr braucht, um eine angenehme Sitzposition zu schaffen.

Für die nächste Sitzung bekommt ihr diesmal die Hausaufgabe, achtsam mit euch umzugehen und darauf zu achten, wann es euch gut geht und wann es euch nicht gut geht.

## **Punkt 5: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson**

15 min

*Appendix 4 Übungsanleitung „Progressive Muskelentspannung“*

**Nach der PMR Übung folgt die Verabschiedung der Gruppe.**

# Sitzung 3: Wahrnehmung und Bewusstsein

## Was wird heute gemacht?

- Punkt 1: Kurze Atemübung
- Punkt 2: Blitzlichtrunde
- Punkt 3: Gruppendynamisches Spiel
- Punkt 4: Psychoedukation über Gefühle, Körper und Verhalten
- Punkt 5: Ressourcenstärkung
- Punkt 6: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson

## Überblick und Lernziele dieser Sitzung:

- Gruppendynamik stärken
- Ziel ist es, dass die TN die eigenen Gefühle lesen lernen und die damit verbundenen Bedürfnisse erkennen. Gemeinsam soll erarbeitet werden, wie sie mit Gefühlen und Bedürfnissen umgehen können.

## Materialien für diese Sitzung:

- Material (Papier) für das Spiel Turmbau
- Poster „Denken-Fühlen-Verhalten Dreieck“
- Flipchart und Stifte
- Appendix 1, 3, 6, 9



## Beginn der Stunde

Herzlich Willkommen zur dritten Sitzung. Wir beginnen direkt mit der ersten Übung!

### Punkt 1: Kurze Atemübung

5 min.

#### Übung anleiten

Meinen Atem wahrnehmen.

*Appendix 1 Übungsanleitung „Meinen Atem wahrnehmen“*

## Punkt 2: Blitzlichtrunde

10 min.

### Erklären

Wir haben beim letzten Mal über Gefühle gesprochen. Dabei haben wir gelernt, dass es Affekte und Stimmung gibt. Wir möchten jetzt eine sogenannte Blitzlichtrunde mit euch machen und die Frage beantworten:

- Wie ist meine Stimmung (heute)?
- Wie geht es mir jetzt gerade (in diesem Moment)?

Ich werde anfangen und danach ist jede von euch dran, kurz diese Fragen zu beantworten.

Meine Stimmung ist (heute) \_\_\_\_\_. Jetzt gerade geht es mir \_\_\_\_\_.

## Punkt 3: Gruppendynamisches Spiel

15 min.

### Gruppenspiel: Turmbau

#### Aufgabe

Je nach Teilnehmerinnenzahl zwei oder mehr Gruppen bilden. Darauf folgt die Anweisung, das Sprechen einzustellen und stumm miteinander einen Turm zu bauen. Dafür wird einzig ein Stapel Papier zur Verfügung gestellt. Die Gruppen müssen gegeneinander spielen und haben zum Turmbau 10 Minuten Zeit. Die Gruppe, die den höchsten Turm gebaut hat, gewinnt.



## Punkt 4: Psychoedukation über Gefühle, Körper und Verhalten

45 min.

### Anleitung

Den Raum in zwei Hälften teilen. Die Teilnehmerinnen anweisen, sich nach gestellter Frage auf die Seite zu stellen, der sie sich zuordnen würden. Hierfür nun **Appendix 6 „Wer fühlt sich...“ vorlesen.**

### Gruppendiskussion

- Was macht ihr, wenn ihr positive Gefühle habt? Welche Aktivitäten sind mit positiven Gefühlen verbunden?
- Was macht ihr, wenn ihr negative Gefühle habt?
- Gibt es Aktivitäten, die schlechte Gefühle aufrechterhalten?



- Was kann man machen, um gute Gefühle zu bekommen? Aktivitäten auf Flipchart sammeln (Hierfür [Appendix 6 „Ideen für angenehme Aktivitäten“](#))
- Welche Auswirkung haben Gefühle auf euer Verhalten? (erinnert euch an die vergangene Woche) **Fazit dieser Fragestellung soll ergeben, dass wir auf unsere Bedürfnisse achten müssen.** [Broschüre „Freizeitaktivitäten“ verteilen](#)



## Punkt 5: Ressourcenstärkung

### [Appendix 9 „Achtsames Gehen“](#)

Als nächstes möchten wir mit euch eine Übung ausprobieren. Hierfür bitte alle aufstehen. Denn wir werden jetzt durch den Raum gehen und dabei unsere Gedanken auf uns und unseren Bewegungsablauf konzentrieren.

## Punkt 6: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson

15 min.

### [Appendix 4 Übungsanleitung „Progressive Muskelentspannung“](#)

Nach der PMR Übung folgt die Verabschiedung der Gruppe.

# Sitzung 4: Stress I und Gesundheit

## Was wird heute gemacht?

- Punkt 1: Kurze Atemübung
- Punkt 2: Blitzlichtrunde
- Punkt 3: Psychoedukation Stress I und Gesundheit
- Punkt 4: Ressourcenstärkung
- Punkt 5: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson

## Überblick und Lernziele dieser Sitzung:

- Psychoedukation: Informationsvermittlung, was Stress und was ein Trauma ist und die damit zusammenhängenden körperlichen und psychischen Symptome
- Normalisierung: Die TN sollen lernen, dass die von der Psyche und dem Körper gezeigten Stressreaktionen normale Reaktionen auf extreme Stressereignisse sind und dass man lernen kann, damit umzugehen.

## Materialien für diese Sitzung:

- Flipchart und Stifte
- Flip-Chart Poster Gruppenregeln
- Appendix 1, 3, 7, 8, 9
- Poster Stresssymptome
- Poster Stressmodell
- Poster Trauma



## Beginn der Stunde

Herzlich Willkommen zur vierten Sitzung. Wir beginnen direkt mit der ersten Übung!

### Punkt 1: Kurze Atemübung

5 min.

#### Übung anleiten

Meinen Atem wahrnehmen.

*Appendix 1 Übungsanleitung „Meinen Atem wahrnehmen“*

## Punkt 2: Blitzlichtrunde

10 min.

### Erklären

Wir möchten die Sitzung wieder mit einer Blitzlichtrunde starten.

- Wie ist meine Stimmung?
- Wie geht es mir jetzt gerade?

## Punkt 3: Psychoedukation Stress I und Gesundheit

45 min.

### Gruppendiskussion

Ich möchte von euch wissen, was ist Stress? Die Antworten sammeln wir auf dem Flipchart.

#### Antworten sammeln.

### Erklären

#### Poster „Stressmodell“

Wie man auf diesem Poster erkennen kann, gibt es Stressauslöser. Eine Person nimmt eine Situation wahr, in dem Fall sieht sie eine Spinne. Je nachdem, wie die Person diese Spinne bewertet, kann das verschiedene Reaktionen mit sich bringen. Bei einer positiven Bewertung geschieht nichts weiter. Bei einer negativen Bewertung löst der Anblick dieser Spinne eine Reaktion aus. Stresshormone in unserem Körper sorgen dafür, dass wir z.B. zu schwitzen anfangen, Herzrasen bekommen oder Kopfschmerzen. Wir können daraufhin Gefühle wie Wut, Angst, Hilflosigkeit oder sogar Panik entwickeln. Unsere Gefühle leiten unser Verhalten ein. Es gibt verschiedene Wege mit der Situation umzugehen, entweder beginnen wir zu kämpfen, wegzulaufen oder zu erstarren.



### Einführung in die Gruppendiskussion

#### Appendix 7 „Stressoren und Symptome“

#### Appendix 8 „Stressoren (ausführlich)“

Es gibt verschiedene Ursachen für Stress. Wir können zwischen kurzfristigen und länger andauernden **Ursachen (Stressoren)** von Stress unterscheiden.

- Fallen euch Beispiele für kurzfristige und länger andauernde Stressursachen ein?

#### Antworten sammeln und Unterschiede erklären.

- Wie macht sich Stress bei euch bemerkbar?

#### Antworten sammeln und **körperliche und psychische Symptome** unterscheiden.

Körperliche Stresssymptome können wir in akute und chronische Symptome unterteilen.

- Welche akuten und körperlichen Symptome fallen euch ein?

### **Antworten sammeln und akute und chronische Symptome aufzählen und erklären.**

Neben körperlichen Symptomen möchte ich noch die psychischen Stresssymptome mit euch erarbeiten.

- Habt ihr eine Idee, was psychische Stresssymptome sein könnten?

Auch hierbei lassen sich die Symptome in akute und chronische Symptome unterteilen.

- Könnt ihr die gesammelten Symptome in akute und chronische Symptome einordnen?

### **Antworten sammeln und die aufgelisteten psychischen Symptome erklären.**

**Depression als eine mögliche Auswirkung von Stress (chronisches & psychisches Symptom) herausstellen.**

### **Erklären**

Wir haben jetzt herausgearbeitet, was kurze und langandauernde Stressursachen sein können und was die Auswirkung von Stress auf den Körper und die Psyche sein kann. Jetzt möchten wir euch den Zusammenhang und die Unterscheidung von Stress und Trauma erklären.

#### **Poster „Stressmodell“ & „Trauma“**

Stress ist ein Zustand, den wir durch unsere Wahrnehmung beeinflussen können. Bei einer negativen Bewertung des Stressors (z.B. Stressor=ein lautes Türknallen) erleben wir Stress als unangenehm. Stressoren begegnen wir im Alltag häufig. Außerdem können wir die Bewertung von Stressoren beeinflussen. Unser Körper reagiert auf Stress und unsere Gefühle beeinflussen unsere Reaktion.

Ein Trauma hingegen weist darauf hin, dass jemand etwas erlebt hat, was sehr schwer zu verkraften ist. Das kann ein Unfall sein, eine Naturkatastrophe, Krieg oder auch ein Gewalterlebnis. Das Angstgefühl und die Hilflosigkeit sind groß. Gefühle sind machtvoll. An dem Posterbeispiel sehen wir einen Menschen und seine Reaktion auf Feuer. Diese ist anfangs ganz neutral. Dann ist diese Person von einem Hausbrand betroffen, bei dem sie in Lebensgefahr war oder sehr schwer verletzt wurde. Das Erlebnis ist also mit Schmerzen und Angst verbunden und löst eine extreme Stressreaktion im Körper aus. Das kann zur Folge haben, dass bei einer erneuten Konfrontation mit Feuer, zum Beispiel durch ein Streichholz, Rauchgeruch oder beim Hören von Feuerwehrensirenen zu einem anderen Zeitpunkt, diese Person eine Stressreaktion erlebt, die durch das vorherige Erlebnis beeinflusst ist. Im Inneren herrscht plötzlich Chaos. Gefühle und Bilder überschwemmen völlig ungesteuert und unkontrollierbar die Wahrnehmung. Die Person fühlt sich dann zurückversetzt in die lebensbedrohliche Situation, empfindet und durchlebt die gleiche Angst noch einmal und verhält sich dann „grundlos“ z.B. stark verängstigt, aggressiv, weinerlich oder auch emotionslos.

Im Allgemeinen lassen sich stressige Situation und belastende Zustände nicht immer vermeiden. Stresserleben kann unangenehm sein und ist besonders bei lang andauernden oder immer wiederkehrenden alltäglichen Belastungen ungesund. Dennoch könnt ihr selber damit beginnen, euch kurzfristig der Belastung zu entziehen. Dafür kommen wir zu folgender Übung.

## Punkt 4: Ressourcenstärkung

15 min.

### Erklären

Im Laufe von MEHIRA werdet ihr unterschiedliche Übungen kennenlernen, heute probieren wir folgende Übung aus:

- Übung Zitrone  
oder
- Luftsitz  
oder
- Heldin des Alltags



*Appendix 9*

## Punkt 5: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson

15 min.

*Appendix 4 Übungsanleitung „Progressive Muskelentspannung“*

Nach der PMR Übung folgt die Verabschiedung der Gruppe.

# Sitzung 5: Stress II und Gesundheit

## Was wird heute gemacht?

- Punkt 1: Kurze Atemübung
- Punkt 2: Blitzlichtrunde
- Punkt 3: Psychoedukation Stress II
- Punkt 4: Ressourcenstärkung
- Punkt 5: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson

## Überblick und Lernziele dieser Sitzung:

- Psychoedukation: Wiederholung, was Stress und Trauma beinhalten
- Informationsvermittlung über persönliche und geschlechtsspezifische Stresssensitivität

## Materialien für diese Sitzung:

- Flipchart und Stifte
- Appendix 1, 3, 8, 27
- Poster Denken-Handeln-Fühlen aus der letzten Sitzung zur Erinnerung aufhängen
- Gläser mit duftenden Inhalten vorbereiten (evtl. als HA anweisen etwas Wohlriechendes mitzubringen)



## Beginn der Stunde

Herzlich Willkommen zur fünften Sitzung. Wir beginnen direkt mit der ersten Übung!

### **Punkt 1: Kurze Atemübung**

5 min.

#### **Übung anleiten**

Meinen Atem wahrnehmen.

*Appendix 1 Übungsanleitung „Meinen Atem wahrnehmen“*

## Punkt 2: Blitzlichtrunde

10 min.

### Erklären

Wir möchten die Sitzung wieder mit einer Blitzlichtrunde starten.

- Wie ist meine Stimmung?
- Wie geht es mir jetzt gerade?

## Punkt 3: Psychoedukation Stress II

45 min.

### Erklären

#### **Poster „Stress“, „Trauma“ aufhängen und wiederholen**

In der letzten Stunde haben wir darüber geredet, was Stress ist. Es gibt kurzfristige und länger andauernde Stressursachen, also Stressreize, denen wir alltäglich begegnen (z.B. Flugzeuglärm, Feuergeruch o.ä.). Es kann akuter und chronischer Stress entstehen, der sich bei uns psychisch und körperlich auswirken kann.

Wir haben Symptome, die ihr in eurem Körper fühlen könnt, erarbeitet. Auch wenn jeder Mensch Stress und psychische Belastung empfinden kann, wissen wir, dass die Ursachen und Gründe für Stress und die damit verbundenen psychischen und körperlichen Stresssymptome individuell verschieden sind. Außerdem geht jeder Mensch unterschiedlich mit Stress und Belastung um.



### Aufgabe

Gruppendynamisches Spiel „Gemeinsamer Aufstand“ erklären [Appendix 27](#)



### Erklären

#### **Appendix 8 „Stressoren“ (ausführlich)**

#### **Poster „Stress“, „Denken-Handeln-Fühlen-Dreieck“**

Stress beeinflusst unsere Wahrnehmung und Interpretation von konkreten Anforderungssituationen. Unser Denken beeinflusst unser Fühlen und Verhalten. Auf diesem Poster wird dieses Zusammenspiel verdeutlicht. Ein aktivierendes Ereignis findet statt. Der Ursprung des Ereignisses kann von außen oder von innen kommen. Unsere Interpretation und Beurteilung des Ereignisses resultiert in einem entsprechenden Gefühl und Verhalten.

## Gruppendiskussion

- Wann habt ihr Stress?
- Was spürt ihr körperlich?
- Was fühlt ihr?
- Was denkt ihr?
- Was tut oder sagt ihr in solchen Situationen?
- Welche Stresssymptome kennt ihr von Frauen?
- Wie gehen Frauen mit Stress um?

### Antworten sammeln und einordnen.

- Woran könnt ihr wirksam etwas tun, um eurer Stressbelastung entgegen zu wirken?

## Gruppendiskussion

### Antworten auf Flipchart sammeln.

Was uns Stress bereitet und in welchen Situationen wir gestresst sind, was wir fühlen und was wir dann machen, haben wir jetzt besprochen. Ich möchte, dass ihr euch für die nächste Stunde überlegt, ob euer Stresserleben immer ähnlich abläuft. Vielleicht findet ihr Möglichkeiten, auf bestimmte Faktoren Einfluss zu nehmen und damit Stress zu vermindern. Als nächstes kommt eine kleine Übung, die ihr auch Zuhause umsetzen könnt.

## Punkt 5: Ressourcenstärkung

15 min.

Bei der kleinen Schule des Genießens (nach R. Lutz) haben wir hier Gläser mit wohlriechenden Dingen befüllt. Nehmt euch bitte ein Glas und schnuppert am Inhalt. Danach tauscht ihr sie aus, sodass ihr einmal alle Gläser beschnuppern könnt.

## Übung 6: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson

15 min.

*Appendix 4 Übungsanleitung „Progressive Muskelentspannung“*

Nach der PMR Übung folgt die Verabschiedung der Gruppe.



# Sitzung 6: Stress III und Gesundheit

## Was wird heute gemacht?

- Punkt 1: Kurze Atemübung
- Punkt 2: Blitzlichtrunde
- Punkt 3: Psychoedukation Stress III
- Punkt 4: Ressourcenstärkung
- Punkt 5: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson

## Überblick und Lernziele dieser Sitzung:

- Informationsvermittlung und Bewältigung
- Stressverminderung

## Materialien für diese Sitzung:



- Flipchart und Stifte
- Appendix 1, 3, 10, 11, 12
- Denken-Handeln-Fühlen Poster

## Beginn der Stunde

Herzlich Willkommen zur sechsten Sitzung. Wir beginnen direkt mit der ersten Übung!

### Punkt 1: Kurze Atemübung

5 min.

#### Übung anleiten

Meinen Atem wahrnehmen.

*Appendix 1 Übungsanleitung „Meinen Atem wahrnehmen“*

### Punkt 2: Blitzlichtrunde

10 min.

#### Erklären

Wir möchten die Sitzung wieder mit einer Blitzlichtrunde starten.

- Wie ist meine Stimmung?
- Wie geht es mir jetzt gerade?

## Punkt 3: Psychoedukation Stress III

45 min.

### Erklären

#### *Poster „Denken-Handeln-Fühlen Dreieck“*

Wir haben beim letzten Mal über Stress gesprochen und dass damit unterschiedliche Symptome und Verhaltensweisen zusammenhängen. Eure Hausaufgabe war es, euch zu überlegen, ob euer Stresserleben immer ähnlich abläuft. Versucht für euch selber eure Beispiele in das Denken-Handeln-Fühlen Dreieck einzuordnen.



Um Belastungen entgegenzuwirken, haben wir am Ende der letzten Stunde versucht rauszufinden, welche Faktoren bei eurem Stresserleben eine Rolle spielen. Diese Faktoren waren für jeden unterschiedlich. Ich gebe euch jetzt Beispiele von 5 Stressverstärkern, dies sind Anforderungen, die wir an uns selbst stellen.

#### *Appendix 10 „5 Stressverstärker“*

**5 Stressverstärker vorlesen/erklären und stattdessen förderliche Gedanken anbieten.**

### Gruppendiskussion

Um mit Stress gut umgehen zu können, sollten wir also versuchen, die Faktoren, also die Stressverstärker, die unser Stresserleben und Stressempfinden beeinflussen, zu verändern.

- Was könnt ihr tun, um Stressgefühle zu verringern und abzuschwächen?
- Wie kann man mit Belastung umgehen?
- Was hilft euch bei Stress?
- Was hilft nicht oder welches Verhalten von euch macht Stress schlimmer?
- Was könnt ihr tun, um euch zu entspannen?

**Antworten sammeln und diskutieren.**

#### *Appendix 11 „Stressmanagement, Appendix 12 „6 Schritte zur Problemlösung“*

### Erklären

#### Fairer Blick:

Um zu entspannen, müssen wir es schaffen, uns vor stressverstärkenden Gedanken zu schützen. Wie beurteilt ihr andere und wie beurteilt ihr euch selbst? Manchmal gehen wir gnädig mit anderen um, aber hart mit uns selber. Unsere Anforderung an uns selbst und hohe Maßstäbe mit denen wir diese messen, können für zusätzliche Belastung sorgen. In solchen Situationen ist es gut, einen fairen Blick auf uns selbst zu werfen.

#### GrüBELSessel:

Zusätzlich kann es hilfreich sein, sich mit Problemen nur zu einer bestimmten Zeit zu beschäftigen. Ihr selber könnt euch einen Platz und Ort auswählen an dem ihr bewusst grüBELn möchtet.

## **Punkt 4: Ressourcenstärkung**

15 min.

Es folgt jetzt noch eine Entspannungsübung, die ihr auch zuhause ausprobieren könnt.

*Appendix 12 „Der Innere Garten“*

## **Punkt 5: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson**

15 min.

*Appendix 4 Übungsanleitung „Progressive Muskelentspannung“*

**Nach der PMR Übung folgt die Verabschiedung der Gruppe.**

# Sitzung 7: Genderspezifische Besonderheiten bei psychischen Erkrankungen

## Was wird heute gemacht?

- Punkt 1: Kurze Atemübung
- Punkt 2: Blitzlichtrunde
- Punkt 3: Genderspezifische Symptome bei Depression
- Punkt 4: Ressourcenstärkung
- Punkt 5: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson

## Überblick und Lernziele dieser Sitzung:

- Psychoedukation: Wissensvermittlung, was gelernte Hilflosigkeit ist, Abgrenzung zwischen Stimmungstief, Trauer/Traurigkeit und Depression. Außerdem sollen die TN die wichtigsten geschlechtsspezifischen Symptome psychischer Erkrankungen vermittelt bekommen.
- Normalisierung: Die TN sollen lernen, dass die von der Psyche und dem Körper gezeigten Reaktionen normale Reaktionen auf extreme Stressereignisse sind und dass man lernen kann, damit umzugehen.

## Materialien für diese Sitzung:

- Flipchart und Stifte
- Flip-Chart Poster Gruppenregeln
- Appendix 1, 3, 9, 13, 14, 15, 16
- Poster Denken-Fühlen-Handeln Dreieck
- Poster Gedankenkreis negativ
- Poster Gedankenkreis positiv



## Beginn der Stunde

Herzlich Willkommen zur siebten Sitzung. Wir beginnen direkt mit der ersten Übung!

### **Punkt 1: Kurze Atemübung**

5 min.

#### **Übung anleiten**

Meinen Atem wahrnehmen.

**Appendix 1 Übungsanleitung „Meinen Atem wahrnehmen“**

## Punkt 2: Blitzlichtrunde

10 min.

### Erklären

Wir möchten die Sitzung wieder mit einer Blitzlichtrunde starten.

- Wie ist meine Stimmung?
- Wie geht es mir jetzt gerade?

## Punkt 3: Genderspezifische Symptome bei Depression

45 min.

### Erklären

Kennt ihr die Geschichte vom Zirkuselefanten?

Als ich klein war, war ich vollkommen vom Zirkus fasziniert. Am meisten gefielen mir Tiere, vor allem der Elefant hatte es mir angetan. Während der Zirkusvorstellung stellte das riesige Tier sein schweres Gewicht, seine eindrucksvolle Größe und seine Kraft zur Schau. Vor und nach den Vorstellungen aber blieb der Elefant immer am Fuß an einem kleinen Pflock angekettet. Der Pflock war nichts weiter als ein winziges Stück Holz, das nur ein paar Zentimeter tief in der Erde steckte. Ich zweifelte nicht daran, dass ein so großes und starkes Tier einen Baum mit Wurzel ausreißen könnte, ich war mir sicher, der Elefant hätte sich mit Leichtigkeit von einem solchen Pflock befreien und fliehen können. Außerdem war der Elefant dressiert. Warum musste er dann überhaupt angekettet werden? Dieses Rätsel beschäftigte mich lange. Was hält ihn zurück? Vor einigen Jahren fand ich es heraus: Der Zirkuselefant flieht nicht, weil er schon seit frühester Kindheit an einen solchen Pflock gekettet ist. Ich stellte mir das wehrlose, kleine Elefantenkind vor, wie es zieht und schwitzt und sich zu befreien versucht. Und trotz aller Anstrengung gelingt es ihm nicht, weil dieser Pflock zu fest in der Erde steckt. Ich stellte mir vor, dass er erschöpft einschläft und am nächsten Tag gleich wieder probiert, und am folgenden Tag gleich wieder und wieder. Bis das Tier eines Tages seine Ohnmacht akzeptiert und sich in sein Schicksal fügt. Dieser riesige, starke Elefant, den wir aus dem Zirkus kennen, flieht nicht, weil er glaubt, dass er es nicht kann. Nie wieder hat er es versucht. (Nach einer Geschichte von Jorge Bucay)



### Gruppendiskussion

- Was will uns diese Geschichte sagen? (danach Zäsur)

**Diskutieren und „Gelernte Hilflosigkeit“ erklären.**

**Appendix 13 „Erlernte Hilflosigkeit“**

## Erklären

Wie wir in der letzten Stunde schon besprochen haben, gibt es unterschiedliche Belastungen, mit denen wir umgehen müssen. Wie wir festgestellt haben, können sich Auswirkungen körperlich und psychisch bemerkbar machen. Es gibt jedoch Unterschiede, die wir erkennen können. Bei einem *Stimmungstief* gibt es keinen direkten Auslöser oder erkennbaren Grund. Dennoch kann man sich über einen längeren Zeitraum niederschlagen, traurig, freud-, mut-, und hoffnungslos fühlen. Ablenkung hilft, aus einem Stimmungstief herauszukommen.

Traurigkeit ist auch ein Stimmungstief. Bei dem Gefühl von Traurigkeit kennen wir jedoch den Auslöser, der die Traurigkeit verursacht. Zum Beispiel die Trennung oder der Tod von einem geliebten Menschen. Der Verlust kann überwältigend sein und man kann sich wie betäubt fühlen. Diese Gefühle werden bei Trauer wahrgenommen und aktiv durchlebt. Wut, Schmerz und Niedergeschlagenheit, Gedankenkreise, Schlaflosigkeit, Appetit-, und Energielosigkeit sind Merkmale eines Trauerprozesses. Ein Stimmungstief und eine Phase der tiefen Traurigkeit gehen nach ein paar Tagen oder Wochen wieder vorüber und die Betroffenen durchleben in dieser Zeit die verschiedenen Gefühlszustände aktiv. Auch geht es den Trauernden in dieser Zeit immer mal wieder besser, oder sie können zwischendurch versuchen, sich von den schmerzvollen Gefühlen abzulenken, indem sie Aktivitäten erleben. Diese Ablenkung funktioniert dabei auch ganz gut.

Die Depression beinhaltet ebenfalls Gefühle von Traurigkeit. Dennoch unterscheidet sie sich von den soeben beschriebenen Gefühlszuständen. Bei einer Depression verharren die Erkrankten in der Traurigkeit, haben oft kein Interesse mehr an Aktivitäten, sozialen Kontakten oder daran, was um sie herum geschieht. Sie verhalten sich oft passiv oder können nur unter großer empfundener Anstrengung am sozialen Leben und Alltag teilnehmen.

Das Zusammenspiel von Gefühlen, Gedanken und Verhalten kann man gut auf diesem Poster erkennen.

- Wie könnt ihr Symptome von Depressionen bei anderen Personen erkennen?

**Hier allgemeine und geschlechtsspezifische Symptome von Depression aufzählen und diskutieren. Poster zur Veranschaulichung zeigen.**

[Appendix 14 „Depression - Symptome“, „Symptomliste Männer & Frauen“](#)

[Poster „Negativer Gedankenkreis“, „Denken-Fühlen-Handeln Dreieck“](#)

Manchmal geht es Depressiven so schlecht, dass sie über sich sagen, dass sie sich umbringen/nicht mehr leben möchten. Solche Aussagen sollten immer ernst genommen werden, und es muss so schnell wie möglich gehandelt werden. Hierfür habt ihr die Liste mit wichtigen Nummern bekommen und der Anleitung „Was tun im Notfall“.

**Exkurs Suizidalität und Risikofaktoren für Suizid diskutieren.**

[Appendix 15 „Red Flags und Risiken für Suizidalität“](#)



## Erklären

Bei der Depression ist ein großer Teil der Erkrankten vorher einem kritischen Lebensereignis ausgesetzt. Ein kritisches Lebensereignis beinhaltet z.B. den Tod einer nahestehenden Person, ein Jobverlust, Erkrankungen/Unfälle oder lebensbedrohende Ereignisse (Traumata). Auch erfreuliche Ereignisse, die keine Traurigkeit auslösen, wie z.B. die Geburt eines Kindes oder eine Heirat können Ereignisse sein, die einer Depression vorausgegangen sind. Zusammenfassend wissen wir: bedeutende Lebensveränderungen oder nicht ausgelebte Trauerprozesse haben das Potenzial, Depressionen mit auszulösen. Ursachen für eine Depression können vielfältig sein. Veranlagung, individuelle Lernerfahrungen, Umweltfaktoren wie kritische Lebensereignisse oder die soziale und ökonomische Situation eines Menschen können Risikofaktoren für eine depressive oder auch andere psychische Erkrankungen sein. Was können eurer Meinung nach individuelle Beispiele für Ursachen einer Depression sein?



### *Appendix 16 „Depression Ursachen + Erklärungen“*

## Gruppendiskussion

**Beispiele sammeln und diskutieren.**

## Erklären

Was kann man gegen Depression tun? Wenn eine Person an Depression erkrankt ist, kann diese Erkrankung für Familie und Freunde ebenfalls sehr belastend sein. Darum ist es wichtig, sich frühzeitig professionelle Hilfe zu suchen, also Ärzte und Therapeuten. Um gesund zu werden, brauchen erkrankte Personen Medikamente und Psychotherapien.

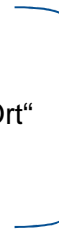


**Antworten sammeln, diskutieren und auf Anlaufstellen und Hilfseinrichtungen hinweisen (Handout & Adressenlisten)**

## Punkt 4: Ressourcenstärkung

15 min.

- Aktivierende Übung „Luftsitz“  
oder
- Imaginationsübung „Baumübung“, „Sicherer Ort“  
oder
- Gehirn Flic-Flac „4-3-2-1-Übung“



**Übungsanleitung in Appendix 9**



## Punkt 5: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson

15 min.

**Appendix 3 Übungsanleitung „Progressive Muskelentspannung“**

Nach der PMR Übung folgt die Verabschiedung der Gruppe.



# Sitzung 8: Selbstsicherheitstraining I

## Was wird heute gemacht?

- Punkt 1: Kurze Atemübung
- Punkt 2: Blitzlichtrunde
- Punkt 3: Psychoedukation: Recht durchsetzen
- Punkt 4: Rollenspielübung
- Punkt 5: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson

## Überblick und Lernziele dieser Sitzung:

- Durch das Ausprobieren von unterschiedlichem Verhalten mithilfe von Rollenspielübungen sollen die sozialen Kompetenzen der TN gestärkt werden.

## Materialien für diese Sitzung:



- Flipchart und Stifte
- Flip-Chart Poster Gruppenregeln
- Appendix 1, 3, 17, 18, 19
- Poster Selbstsicherheit (unsicher, sicher, aggressiv)

## Beginn der Stunde

Herzlich Willkommen zur achten Sitzung. Wir beginnen direkt mit der ersten Übung!

### Punkt 1: Kurze Atemübung

5 min.

#### Übung anleiten

Meinen Atem wahrnehmen.

*Appendix 1 Übungsanleitung „Meinen Atem wahrnehmen“*

### Punkt 2: Blitzlichtrunde

10 min.

#### Erklären

Wir möchten die Sitzung wieder mit einer Blitzlichtrunde starten.

- Wie ist meine Stimmung?
- Wie geht es mir jetzt gerade?

## Punkt 3: Psychoedukation Recht durchsetzen

45 min.

### Erklären

Wie wir alle wissen, erleben wir jeden Tag viele unterschiedliche Situationen mit anderen Menschen. Situationen sind, objektiv betrachtet, immer von verschiedenen Komponenten und Faktoren abhängig. Zum Beispiel kann es von Bedeutung sein, WANN und WO und unter welchen UMSTÄNDEN eine Situation stattfindet.

Zum Beispiel, zu welcher Zeit: tagsüber, morgens, mittags, abends, nachts, zu welcher Jahreszeit, an Festtagen, bei Sonne, bei Regen usw.

Oder an welchem Ort, zum Beispiel drinnen oder draußen, privat oder auf öffentlichen Plätzen.

Auch kann es wichtig sein, mit WEM man eine Situation erlebt. Wie viele andere Personen sind dabei, wie alt ist die Person, welches Geschlecht hat sie, welchen sozialen Status hat die andere Person.

Wichtig sind auch immer PERSÖNLICHE FAKTOREN. Das heißt, wie ist die Stimmung von Personen, fühlen sie sich gut oder schlecht, welche Ziele, Absichten und persönliche Wünsche haben sie.

Wir müssen also viele Komponenten bedenken und berücksichtigen, wenn wir uns in sozialen Situationen mit anderen Menschen befinden. Um uns gut in sozialen Situationen zu fühlen, ist es außerdem wichtig, dass wir uns kompetent, sozial und souverän verhalten.

### Gruppendiskussion

- Wie sieht eurer Meinung nach kompetentes Verhalten aus? Woran erkennt man sozial kompetentes Verhalten?
- Was ist eurer Meinung nach inkompetentes, nicht souveränes Verhalten? (wenn nötig, Ergänzungen unter [Appendix 17 „Sozial kompetentes Verhalten“](#))

#### In der Diskussion herausstellen/herausarbeiten (U-S-A Poster):

**UNSICHERES** VERHALTEN = sozial inkompetentes Verhalten

**SICHERES** VERHALTEN = sozial kompetentes Verhalten

**AGGRESSIVES** VERHALTEN = sozial inkompetentes Verhalten



## Vorlesen der Beispielsituationen aus [Appendix 18 „Beispiele für kompetentes Verhalten“](#)

### Gruppendiskussion

- Wie würdet ihr euch in dieser Situation UNSICHER, AGGRESSIV, SICHER verhalten?

## Punkt 4: Rollenspielübung

15 min.

### Rollenspiel

Wir möchten jetzt eine kleine Übung mit euch machen. Dafür haben wir verschiedene Beispielsituationen mitgebracht, in denen es darum geht, wie ihr euch durchsetzen könnt, wenn ihr einen Wunsch oder eine Forderung habt. Wir möchten gerne, dass ihr diese Situationen im Rollenspiel durchspielt. Dafür muss sich jede von euch mit der Sitznachbarin, die links von euch sitzt, als 2er-Gruppe zusammenschließen. Jede Gruppe geht in eine Ecke des Raumes und ihr bekommt eine Beispielsituation von uns. Bitte lest euch die Situation gut durch und einigt euch darauf, wer welche Rolle übernimmt. Spielt die Situation bitte jeweils einmal UNSICHER, AGGRESSIV und SICHER miteinander durch.



### [Appendix 18 „Rollenspiele „Recht durchsetzen“](#)

### Gruppendiskussion

Wie hat sich die Rollenspiel-Übung für euch angefühlt? In welcher Situation habt ihr euch am wohlsten gefühlt? In welcher Situation habt ihr euch am unwohlsten gefühlt? Was habt ihr bei dem Rollenspiel gelernt? Welche Fähigkeiten braucht man, um sich kompetent in sozialen Situationen zu verhalten? (wenn nötig, Ergänzungen unter [Appendix 17/18](#) „Sozial kompetentes Verhalten“)

Rollenspiele sind gut dafür geeignet, Verhaltensweisen deutlich zu zeigen und unterschiedliche Verhaltensmöglichkeiten auszuprobieren. Sie können dabei helfen, Verhalten von anderen besser einschätzen und einordnen zu können, eigene Grenzen zu erkennen und eigenes Verhalten zu üben. Dabei kann man lernen, sich in sozialen Situationen SICHER zu verhalten, so dass wir auch schwierige soziale Situationen meistern und uns dabei gut fühlen können.

### Hausaufgabe

Als Hausaufgabe denkt bitte bis zur nächsten Stunde darüber nach, ob ihr Situationen erlebt habt, in denen ihr euch UNSICHER, AGGRESSIV oder SICHER verhalten habt. Ihr könnt auch überlegen, ob ihr erkennen könnt, wann andere Menschen sich UNSICHER, AGGRESSIV oder SICHER verhalten.

## **Punkt 5: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson**

15 min.

*Appendix 3 Übungsanleitung „Progressive Muskelentspannung“*

**Nach der PMR Übung folgt die Verabschiedung der Gruppe.**

# Sitzung 9: Selbstsicherheitstraining II

## Was wird heute gemacht?

- Punkt 1: Kurze Atemübung
- Punkt 2: Blitzlichtrunde
- Punkt 3: Informationsvermittlung von genderspezifischen Rollenbildern und Beziehungen
- Punkt 4: Rollenspielübung
- Punkt 5: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson

## Überblick und Lernziele dieser Sitzung:

- Durch das Ausprobieren von unterschiedlichem Verhalten mithilfe von Rollenspielübungen sollen die sozialen Kompetenzen der TN gestärkt werden.

## Materialien für diese Sitzung:

- Flipchart und Stifte
- Appendix 1, 3, 17,18,19
- Poster Selbstsicherheit (**unsicher**, **sicher**, **aggressiv**)



## Beginn der Stunde

Herzlich Willkommen zur neunten Sitzung. Wir beginnen direkt mit der ersten Übung!

### Punkt 1: Kurze Atemübung

5 min.

#### Übung anleiten

Meinen Atem wahrnehmen.

*Appendix 1 Übungsanleitung „Meinen Atem wahrnehmen“*

## Punkt 2: Blitzlichtrunde

10 min.

### Erklären

Wir möchten die Sitzung wieder mit einer Blitzlichtrunde starten.

- Wie ist meine Stimmung?
- Wie geht es mir jetzt gerade?

## Punkt 3: Informationsvermittlung von genderspezifischen Rollenbildern und Beziehungen

### Hausaufgabenbesprechung

30 min.

Wer hat sich beobachtet und Situationen entdeckt, in denen ihr euch UNSICHER, AGGRESSIV oder SICHER verhalten habt? Wer hat Situationen erlebt, in denen andere Menschen sich UNSICHER, AGGRESSIV oder SICHER verhalten haben? (Wer möchte, darf von den erlebten Situationen berichten. Jede Teilnehmerin bitte nur eine Situation berichten.)

### Erklären und Gruppendiskussion

Ein paar Stunden zuvor haben wir über soziale Rollen gesprochen.

- Wer kann sich noch daran erinnern, welche sozialen Rollen es gibt?
- Welche sozialen Rollen haben Frauen?
- Welche sozialen Rollen haben Männer?
- Wie sah die soziale Rolle im Herkunftsland aus?
- Wie sieht die neue soziale Rolle jetzt in Deutschland aus?
- Wo gibt es Rollenkonflikte und wie kann man damit umgehen?



## Punkt 4: Rollenspielübung

30 min.

### Rollenspiel

Wir möchten jetzt noch einmal die Rollenspiel-Übung mit euch machen. Bitte bildet 2er-Gruppen und jede Gruppe geht in eine Ecke des Raumes. Ihr bekommt ein Blatt mit Spielsituationen von uns (Übungsblätter Rollenspiele „Rollenbilder und Beziehungen“ [Appendix 18 „Rollenspielsituation“](#)). Jede von euch sucht sich eine Situation aus, die ihr spielen, ausprobieren und üben wollt. Spielt die Situation bitte jeweils einmal UNSICHER, AGGRESSIV und SICHER miteinander durch.



### Gruppendiskussion

- Wie hat sich die Rollenspiel-Übung für euch angefühlt?
- In welcher Situation habt ihr euch am wohlsten gefühlt?

- In welcher Situation habt ihr euch am unwohlsten gefühlt?
- Was habt ihr bei dem Rollenspiel gelernt?
- Welche Fähigkeiten braucht man, um sich kompetent in sozialen Situationen zu verhalten? (wenn nötig, Ergänzungen unter [Appendix 17 „Sozial kompetentes Verhalten“](#))

## **Punkt 5: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson**

15 min.

*Appendix 3 Übungsanleitung „Progressive Muskelentspannung“*

**Nach der PMR Übung folgt die Verabschiedung der Gruppe.**

# Sitzung 10: Genderspezifische Rollen und Gewaltprävention

## Was wird heute gemacht?

- Punkt 1: Kurze Atemübung
- Punkt 2: Blitzlichtrunde
- Punkt 3: Genderspezifische Rollen und Gewaltprävention für Frauen
- Punkt 4: Ressourcenstärkung
- Punkt 5: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson

## Überblick und Lernziele dieser Sitzung:

- Gewaltprävention: Die TN sollen unerwünschte Rollenzuweisungen und Grenzüberschreitungen erkennen. Sie sollen lernen, was sie bei der Androhung von Gewalt oder bei Gewalterfahrung tun können, wie sie sich schützen können und somit ihren Handlungsspielraum erweitern.

## Materialien für diese Sitzung:

- Paketbänder für Seil-Übung
- Flipchart und Stifte
- Broschüre Gewaltprävention
- Appendix 1, 3, 20, 21, 22, 27
- evtl. Flyer auslegen von Anlaufstellen: Frauen helfen Frauen



## Beginn der Stunde

Herzlich Willkommen zur zehnten Sitzung. Wir beginnen direkt mit der ersten Übung!

### Punkt 1: Kurze Atemübung

5 min.

#### Übung anleiten

Meinen Atem wahrnehmen.

*Appendix 1 Übungsanleitung „Meinen Atem wahrnehmen“*



## Punkt 2: Blitzlichtrunde

10 min.

### Erklären

Wir möchten die Sitzung wieder mit einer Blitzlichtrunde starten.

- Wie ist meine Stimmung?

## Punkt 3: Genderspezifische Rollen und Gewaltprävention für Frauen

### Gruppendiskussion

10 min.

- Was ist Gewalt?
- Welche Formen von Gewalt gibt es?

**Begriffe sammeln und diskutieren.**

*Appendix 20 „Gewaltprävention“*

### Erklären



5 min.

*Broschüre „Gewaltprävention“*

	<p><b>Frauenhäuser</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Schutz und Hilfe</li><li>• Auch Kinder können mitgenommen werden</li><li>• Begleitung durch Frauen oder Frauengruppe</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• 24 Stunden/Tag, kostenlos und anonym</li><li>• Beratung und Informationen zu Einrichtungen</li><li>• Dolmetscherinnen</li><li>• Kostenfreier Dolmetscherdienst für Personen die schlecht hören: <a href="http://www.hilfetelefon.de">www.hilfetelefon.de</a> (link is external)</li></ul>

## Erklären

15 min.

Wir haben eben speziell über Gewalt gegen Frauen gesprochen, wie Gewalt in der Ehe oder Partnerschaft und auch Frauenhandel oder Zwangsverheiratung. Menschen, die Gewalt ausüben, geht es immer um Macht und Kontrolle. Gewalt fängt beispielsweise schon an, wenn Mädchen und Frauen in ihrer persönlichen Freiheit eingeschränkt werden und sie bestimmte Orte, Wege und Situationen meiden müssen, um nicht beleidigt, belästigt oder bedroht zu werden.

Auch bei Gewalt in einer Beziehung, also häuslicher Gewalt, geht es um Macht und Kontrolle. Diese ist eine besonders starke Belastung, weil sie in einem Schutz- und Rückzugsort durch eine Person ausgeübt wird, der man eigentlich vertrauen sollte.

Dennoch bleiben die Opfer meist stumm, suchen keine Hilfe, wehren sich nicht. Aus Scham, aus Furcht vor Gerede, aus Angst vor weiteren gewalttätigen Übergriffen. Dies stärkt die Macht der Gewaltausübenden und begünstigt weitere Taten, Unterdrückung und Gewalt.

Gewalt in Partnerschaften entsteht nicht von heute auf morgen. Meistens ist es ein schleichender Prozess, der unmerklich beginnt. Von Partnerschaftsgewalt und häuslicher Gewalt können Frauen jeden Alters, jeder ethnischen und religiösen Zugehörigkeit, jeder sozialen Schicht und jeden Bildungsstands betroffen sein. Das frühzeitige Erkennen von Gefahren, die zu häuslicher Gewalt führen, kann dazu beitragen, Gewaltausübung zu verhindern und eine beginnende Gewaltdynamik zu beenden.



## Erklären

Bei Gewaltausübung gibt es Signale, die man erkennen kann.

[Appendix 20 Was sind Warnsignale für häusliche Gewalt?](#)

## Punkt 4: Ressourcenstärkung

### Erklären

15 min.

Wir möchten eine kleine Übung mit euch durchführen. Beispielübungen/Spiele sind in Appendix 27 zu finden. [Appendix 27 „Übungen/Spiele zur Gewaltprävention“](#)

### Gruppendiskussion



- Wie war die Übung für euch?
- Wie habt ihr euch gefühlt, wenn jemand in euren Schnurkreis eingedrungen ist/ lange angestarrt hat usw.

**Diskutieren.**

## Erklären und Gruppendiskussion

15 min.

### *Appendix 27 „Grenzüberschreitungen wahrnehmen“*

Wie kann ich mich gegen Gewalt schützen?

Ihr habt schon ein paar Strategien kennengelernt, wie ihr in weniger gefährlichen, aber trotzdem bedrohlichen Situationen angemessen auf Grenzüberschreitungen reagieren könnt. Ihr habt den Unterschied zwischen sozial SICHEREM, UNSICHEREM und AGGRESSIVEM Verhalten gelernt. Natürlich hilft es nicht immer, sich gut und richtig zu verhalten. Um vor Gewalt zu schützen, gibt es zum Beispiel Gesetze, um Menschen, oder vor allem auch Frauen, vor Gewalt zu schützen. Außerdem gibt es in Deutschland auch verschiedene Hilfsangebote, speziell für Frauen.

**Gewaltschutzgesetz erklären, rechtlicher Schutz vor Gewalt, Hilfe für Opfer von Gewalt, Frauenhäuser erklären etc.**

### *Appendix 21 „Gewaltschutzgesetz“*

## Erklären und Gruppendiskussion

- Was kann ich bei Gewalterfahrung tun?

### **Diskutieren.**

Wir haben gerade darüber gesprochen, was ihr tun könnt, wenn ihr von Gewalt bedroht seid. Manchmal kommt man aber trotzdem in Situationen, die traumatisch sind und in denen wir Gewalt erfahren. Krieg, Verfolgung, Flucht, Vertreibung aus der Heimat, Folter, sexuelle Gewalt. Solche Erfahrungen kann man nicht ungeschehen machen. Weder, wenn uns selbst Gewalt angetan wurde, noch, wenn wir sie bei anderen mit ansehen mussten. Wir können nur versuchen zu lernen, mit den vergangenen Erlebnissen umzugehen, damit sie uns nicht in unserem Leben hier und jetzt, in der Gegenwart und in der Zukunft, einschränken und belasten. Ich möchte euch Beispiele und Möglichkeiten nennen, was ihr für euch selbst tun könnt.

- Soziales Umfeld sensibilisieren
- Unterstützung suchen
- Keine Schuldzuweisungen
- Sich anvertrauen
- Zusätzlichen Stress vermeiden
- Professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen

### *Appendix 22 „Was kann ich bei Gewalt tun? Deeskalieren, Sicherheit, Traumaviereck, Auf Distanz bringen“*

## **Punkt 5: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson**

15 min.

*Appendix 3 Übungsanleitung „Progressive Muskelentspannung“*

**Nach der PMR Übung folgt die Verabschiedung der Gruppe.**

# Sitzung 11: Gesundheit und Resilienz

## Was wird heute gemacht?

- Punkt 1: Kurze Atemübung
- Punkt 2: Blitzlichtrunde
- Punkt 3: Was hilft, gesund zu bleiben? Wissensvermittlung über ein gesundes Leben
- Punkt 4: Ressourcenübung
- Punkt 5: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson

## Überblick und Lernziele dieser Sitzung:

- In dieser Sitzung sollen die TN nochmals Informationen und Wissen über Selbstfürsorge erhalten.
- Die TN sollen möglichst umfassend über die wichtigsten Aspekte, die zu einem gesunden und zufriedenen Leben beitragen, informiert sein.

## Materialien für diese Sitzung:

- Flipchart und Stifte
- Appendix 1, 3, 23, 24
- Handouts „Gesundes Leben“



## Beginn der Stunde

Herzlich Willkommen zur elften Sitzung. Wir beginnen direkt mit der ersten Übung!

### Punkt 1: Kurze Atemübung

5 min.

#### Übung anleiten

Meinen Atem wahrnehmen.

*Appendix 1 Übungsanleitung „Meinen Atem wahrnehmen“*

## Punkt 2: Blitzlichtrunde

10 min.

### Erklären

Wir möchten die Sitzung wieder mit einer Blitzlichtrunde starten.

- Wie ist meine Stimmung?
- Wie geht es mir jetzt gerade?

## Punkt 3: Was hilft gesund zu bleiben? Wissensvermittlung über ein gesundes Leben und gut für sich sorgen

60 min.

### Instruktion

Hier geht es darum, dass die Zeit genutzt wird, über Gelerntes zu sprechen und gemeinsam zu sammeln, was Ressourcen sind und sein können; und was man braucht, um gesund zu werden und zu bleiben. Es soll darüber geredet werden, was die Teilnehmerinnen aktiv tun können, um für sich das Leben angenehm und schön zu machen und wie sie damit umgehen können, wenn sie sich gestresst, traurig oder hilflos fühlen. Natürlich können auch generelle, offene Fragen zum Thema geklärt werden. Oder es kann nochmal etwas erklärt werden, was nicht gut verstanden wurde. Falls eine der Teilnehmerinnen noch den Wunsch hat, mehr Informationen zu einem bestimmten Thema zu bekommen, können diese Wünsche von euch, den Peer-Beratern, aufgenommen werden und die Informationsmaterialien oder Kontaktadressen können in der nächsten, letzten Stunde mitgebracht werden (bitte an uns weitergeben, so dass wir die Informationen organisieren und zusammenstellen können).

Die folgenden Fragen sind dafür da, die Diskussion anzuregen, falls das notwendig ist, oder um wieder auf unsere Themen zurückzukommen, wenn die Diskussion zu weit abschweift.

### Erklären

Kein Tag ist nur schwarz. Jeder Tag beinhaltet auch Positives. Nimm dir einige Minuten Zeit, dir etwas Gutes zu tun. So sollte man angenehme Augenblicke erkennen und zum Genießen nutzen. Genuss braucht Zeit. Gelegenheiten zum Genuss können bewusst eingeplant werden. Wichtig ist es, Störendes fernzuhalten. Jeder entscheidet für sich, was gefällt. Weniger ist oft mehr. Durch Beschränkungen wird das Besondere erfassbar. Genuss muss erlaubt sein. Genussverbote sollten erkannt und hinterfragt werden. Genussfähigkeit muss trainiert werden. Je mehr Übung wir darin haben, desto besser können wir wahrnehmen, erkennen und Eindrücke einordnen. Dinge, die wir genießen können, können wir im Alltag entdecken und eigene Genussrituale etablieren.

### Handouts – Gesundes Leben



## Gruppendiskussion

- Was gehört zu einem gesunden Leben?
- Wie kann ich für mich sorgen?
- Was sind realistische Ziele?
- Was möchte ich ändern?
- Womit kann ich beginnen?
- Mit welchen Hindernissen muss ich rechnen?
- Was müsste ich konkret ändern?

## Punkt 4: Ressourcenübung

*Appendix 23 „Meine Viertelstunde“; 24 „Grundregeln des Glücks“*

## Punkt 5: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson

15 min.

*Appendix 3 Übungsanleitung „Progressive Muskelentspannung“*

**Nach der PMR Übung folgt die Verabschiedung der Gruppe**

# Sitzung 12: Ziele und Werte

## Was wird heute gemacht?

- Punkt 1: Kurze Atemübung
- Punkt 2: Blitzlichtrunde
- Punkt 3: Psychoedukation über Ziele und Werte
- Punkt 4: Ressourcenübung – das Blatt wenden
- Punkt 5: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson

## Überblick und Lernziele dieser Sitzung:

- Reflektion: Die TN sollen das für sie Wichtigste aus den vorherigen Sitzungen selbst zusammenfassen können.
- Die TN sollen die Nützlichkeit von Zielen und Zielsetzung für die Gesundheit verstehen und sollen sich somit einen überdauernden Orientierungsrahmen schaffen können.
- Abschied und Blick in die Zukunft.

## Materialien für diese Sitzung:

- Baumarktfolie oder Decke für Übung 4
- Poster „Unterwegs auf der Straße des Lebens“
- Flipchart und Stifte
- Appendix 1, 3, 25, 26



## Beginn der Stunde

Herzlich Willkommen zur zwölften und letzten Sitzung. Wir beginnen direkt mit der ersten Übung!

### **Punkt 1: Kurze Atemübung**

5 min.

#### **Übung anleiten**

Meinen Atem wahrnehmen.

*Appendix 1 Übungsanleitung „Meinen Atem wahrnehmen“*



## Punkt 2: Blitzlichtrunde

10 min.

### Erklären

Wir möchten die Sitzung wieder mit einer Blitzlichtrunde starten.

- Wie ist meine Stimmung?
- Wie geht es mir jetzt gerade?

## Punkt 3: Psychoedukation über Ziele und Werte

45 min.

### Erklären

In der letzten Stunde geht es darum, festzuhalten, was wirklich wichtig ist, so dass eigene Lebensinhalte und Lebensziele nicht aus dem Blick geraten.

**Arbeitsblatt Wertvorstellungen für das eigene Leben benutzen. Die Teilnehmerinnen sollen die vorgegebenen Werte für sich selbst beantworten.**

[Appendix 25 „Arbeitsblatt Wertvorstellungen“](#)

### Gruppendiskussion

Beantwortet bitte folgende Fragen. Je nach Größe der Gruppe können bei Bedarf auch eigene Ziele konkretisiert werden.

- Warum sind Ziele wichtig und was für Konsequenzen hat Ziellosigkeit?
- Könnt ihr Beispiele für kurzfristige, mittelfristige, langfristige Ziele geben?
- Welche Ziele sind jetzt wichtig, welche werden erst später wichtig?
- Was sind realistische Ziele?



## Punkt 4: Gruppenspiel

15 min.

### Erklären

Wir spielen jetzt „Das Blatt wenden“, dafür stellt ihr euch alle auf diese Folie.

Die Seite auf der ihr steht, ist das, was ihr hinter euch lassen wollt, und die andere Seite steht für eure Zukunft. Ich werde euch jetzt Fragen vorlesen und bitte euch, diese alleine im Kopf zu beantworten.

- Was möchtet ihr hinter euch lassen?
- Welche Wünsche habt ihr für die Zukunft?

Wenn jede von euch die Fragen für sich selbst beantwortet hat, versucht bitte gemeinsam, die Folie auf die andere Seite zu drehen, ohne den Boden mit auch nur einem Haar zu berühren. **Vertrag an die Teilnehmerinnen austeilen.**

[Appendix 26 „Vertrag mit mir selber“](#)



Bevor wir gleich mit der letzten Übung beginnen, möchte ich mich bei euch für eure Teilnahme bedanken. Ich hoffe, dass ihr einiges in unseren Treffen gelernt habt und dies auch in eurem Alltag anwenden könnt. Alles, was wir hier durchgegangen sind, sind Teile eines Werkzeugkoffers. Wenn ihr unterwegs seid auf der Straße des Lebens, habt ihr nun das richtige Werkzeug zur Hand und wisst auch, was bei einer „Panne“ zu tun ist.

## **Punkt 5: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson**

15 min.

*Appendix 3 Übungsanleitung „Progressive Muskelentspannung“*

**Nach der PMR Übung folgt die Verabschiedung der Gruppe.**

© 2018 Uniklinik RWTH Aachen

**Projektleitung:** Prof. Dr. rer. soc. Ute Habel

**Autorinnen/Zusammenstellung erfolgt durch:**

Prof. Dr. rer. soc. Ute Habel

Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Barbara Schulte-Holthausen

M. Sc. Franziska Kaiser

M. Sc. Sarah Gutknecht

Übungen sowie PMR sind nicht von den Autoren verfasst worden, sondern aus bekannten psychotherapeutischen Interventionen entnommen. Quellenverzeichnis in dieser Version nicht enthalten, bitte bei den Autorinnen erfragen.

**MEHIRA-Logo:** Alina Polifke

## Kosten der Intervention unter Routinebedingungen

Studie: MEHIRA

### Ausfüllanleitung für den Fragebogen zur Erhebung der Kosten der Intervention(en)

#### **Vorbemerkung:**

Die Kosten der Intervention sollen aus der Perspektive betrachtet werden, als wäre das gestufte Versorgungsmodell (SCCM) für Geflüchtete mit depressiver Störung nach erfolgreicher Prüfung der Evidenz Teil der Routineversorgung. Eine Klinik, die an diesem Versorgungsmodell interessiert ist, möchte SCCM implementieren und langfristig für die Versorgung geflüchteter Patienten einsetzen.

D.h. mit diesem Fragebogen werden alle Kosten erfasst, die im Rahmen der Implementierung und erfolgreichen Durchführung des SCCM notwendig sind. Dazu gehören die Bereitstellung und Ausstattung von Räumlichkeiten, die Schulungen der Mitarbeiter, die Lizenzgebühren für die Nutzung geschützter Materialien und die beispielsweise mit der Durchführung der Gruppentherapien verbundenen Personalkosten. **NICHT** erfasst werden alle Kosten (Personalarbeitszeiten, Materialien), die studienspezifisch notwendig sind. Dazu zählen insbesondere Zeiten, die für die Rekrutierung der Studienteilnehmer eingesetzt werden, Kosten für die Erstellung von Flyern, die zur Rekrutierung dienen, Druck und Durchführung der Fragebogenbatterie im Rahmen der MEHIRA-Studie.

Auf zwei Aspekte im Rahmen der Evaluierung der Kosten, die nicht ganz so eindeutig sind, sei an dieser Stelle bereits hingewiesen.

1. Es kann passieren, dass terminierte Gruppensitzungen/ -therapien nicht wie geplant stattfinden oder ausfallen. Sollten Gruppen ausfallen, sind die Personalkosten für die Vor- und Nachbereitungs- und die Wartezeit auf die Gruppe zu kalkulieren. Das trifft auch auf Materialien zu, die explizit für diesen Termin eingesetzt werden sollten und nicht für Folgetermine verwendet werden können. Ebenfalls sind alle (zusätzlichen) Kosten zu berücksichtigen, die sich aus ungeplant verlaufenden Interventionen im Rahmen des SCCM ergeben. Beispielsweise kann es notwendig werden, dass zusätzliches Personal für die Durchführung der Interventionen benötigt wird, um einen geregelten oder weitgehend reibungslosen Verlauf der Intervention sicherzustellen. Alle vorgenannten zusätzlichen Kosten sind im Mittel auf einen Kalendermonat zu beziehen (Personal) oder als Stückkosten auszuweisen (siehe Punkt 4 „Durchführung“ Seite 10-11 des Fragebogens).

Hilfreich ist es zudem, einen Vermerk darüber zu schreiben, wie häufig (beispielsweise im Durchschnitt pro Monat) Abweichungen bei respektive Ausfälle von Gruppentherapien oder ungeplante Vorfälle bzgl. der Smartphone Applikation passieren, die (unter Routinebedingungen) mit zusätzlichen ungeplanten Kosten einhergehen.

2. Zwar ist weiter oben beschrieben, dass alle Kosten erfasst werden sollen, die im Rahmen der Implementierung des SCCM notwendig sind, als wäre die Intervention selbst schon Teil der Versorgungslandschaft. In diesem Falle wären bereits alle Manuale und Applikationen für Interessierte Dritte verfügbar und es müssten vornehmlich die Anschaffung der und die Schulungen in diese Manuale und Applikationen erfolgen. Dann könnten sogar einige der an der MEHIRA-Studie teilnehmenden Zentren, die selbst Manuale oder die Smartphone App entwickelt haben, diese im Rahmen des SCCM lizenzpflichtig anbieten oder Schulungen durchführen.

## **Kosten der Intervention unter Routinebedingungen**

Studie: **MEHIRA**

Dennoch wird darum gebeten, bei der Erfassung der Kosten für die Interventionen, auch die Kosten zu erfassen, die für die Entwicklung und die Aufbereitung der Manuale und der Smartphone App angefallen sind. In nachfolgenden Rechnungen können diesbezüglich unterschiedliche Szenarien berücksichtigt werden.

# Kosten der Intervention unter Routinebedingungen

## Studie: MEHIRA

### **Aufbau des Fragebogens:**

Der Fragebogen besteht aus 4 Abschnitten:

#### **1. Investitionen im Vorfeld der Implementierung**

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit allen Kosten, die im Vorfeld der Intervention notwendig wurden, um strukturell und organisatorisch das Gelingen der Interventionen zu bahnen. Es sind die Anmietungen von Räumlichkeiten, die Anschaffungskosten des benötigten Mobiliars und technischer Geräte, anfallende Lizenzgebühren für Programme und Batterien und Reise- und Transportkosten, um die genannten strukturellen Maßnahmen zu initiieren und zu begleiten. Die Entwicklung und Erprobung der Manuale und der Smartphone Applikation sind nicht Bestandteil dieses Abschnittes. Ihnen ist der Abschnitt 3 gewidmet. Vorbereitungen und Reisen im Rahmen von Schulungsmaßnahmen werden im Abschnitt 2 behandelt.

#### **2. Schulungen**

In diesem Abschnitt sind die entstandenen Kosten für Schulungen auszuweisen. Zum einen werden die Berufsgruppen erfasst, die im Rahmen des SCCM in die Interventionen geschult wurden. Zum anderen sollen die Trainer/ Schulenden (Berufsgruppen) und die zur Schulung benötigten Materialien angegeben werden. Reise- und ggf. Übernachtungskosten, die im Rahmen von Schulungen angefallen sind, gehören in diesen Abschnitt. Ebenfalls sollen Auffrischkurse bzw. Wiederholungsschulungen hier aufgeführt werden.

#### **3. Manuale, Applikationen und mediale Unterstützung**

Der Abschnitt 3 widmet sich dem für die Interventionen notwendigen Handwerkszeug. D.h. hier werden die Manuale, Anwendungen und die Smartphone Applikation adressiert. Alle an der Erstellung vorgenannter Produkte beteiligten Berufsgruppen inklusive deren Gesamtarbeitszeiten sind aufzuführen. Das gilt auch für die Übersetzungen der Anwendungen. Ebenfalls sind alle mit der Erprobung/ Testphase der Produkte einhergehenden Zeitumfänge zu berücksichtigen. Zudem soll hier geklärt werden, wie und in welchem Umfang, der Bekanntheitsgrad der Anwendungen entweder in der Allgemeinbevölkerung oder in der Zielgruppe erhöht wird.

#### **4. Durchführung**

Im letzten Abschnitt werden die fortlaufenden Kosten in Verbindung mit der Durchführung der Interventionen benannt. Die Berufsgruppen, welche die Interventionen durchführen sollen genauso berücksichtigt werden wie die Berufsgruppen, die primär administrative (organisatorische) Aufgaben übernehmen. Verbrauchsmaterialien, die fortlaufend benötigt werden, und sonstige Wartungs- oder Betriebskosten, die bei der Durchführung der Interventionen anfallen, sind auch Teil dieses Abschnittes.

## Kosten der Intervention unter Routinebedingungen

### Studie: MEHIRA

#### Kopfdaten

*Interventionstyp:* Hier soll die Intervention aufgeführt werden, für die sich das entsprechende Zentrum hauptsächlich verantwortlich zeichnet. D.h. diese Intervention ist primär in diesem Zentrum entwickelt worden oder wurde primär durch dieses Zentrum in den Kanon der MEHIRA-Interventionen eingebracht.

- APP (Balsam)
- Peer-to-Peer
- Geschlechtsspezifische Intervention (GENDER)
- START (für Adoleszenten)
- Empowerment

Es ist unabhängig davon, welche zusätzlichen Interventionen aus dem Kanon der MEHIRA-Interventionen im Zentrum durchgeführt werden.

*Datum Interview:* Das Datum des Telefongesprächs mit der AG Versorgungsforschung des ZI, Mannheim.

*Interviewte Person:* Die Person, die das Telefongespräch am Tage des ausgewiesenen Interviewdatums mit der AG Versorgungsforschung des ZI, Mannheims führt. Es können neben dem PI des Zentrums auch mehrere Personen aufgeführt werden.

# Kosten der Intervention unter Routinebedingungen

## Studie: MEHIRA

### Abschnitt 1: Interventionen im Vorfeld der Implementierung

Die Fragen 1.1 und 1.2 beziehen sich auf die Entrichtung von Lizenzgebühren, die im Rahmen der Durchführung der Interventionen des SCCM anfallen könnten. Es sind ausschließlich Lizenzierungen gemeint, welche die allgemeine Durchführung der Interventionen unterstützen, z.B. die Lizenzierung bestimmter Computerprogramme, Plattformen (z.B. Sharepoints) oder mit Testungen bzw. der Diagnostik einhergehende Instrumente, Batterien oder Fragebögen. Theoretisch denkbar wäre, dass diese Lizenzierungen auch für andere Projekte/ Interventionen zur Verfügung stehen können. In diesem Abschnitt sind nicht die spezifischen Lizenzierungen zu erfassen, die ausschließlich SCCM dienen (wie Manuale).

Es ist der Endbetrag in Euro anzugeben, sowie falls notwendig, die zeitliche Begrenzung der Lizenzierung (Dauer).

Die Frage 1.3 ist der Anmietung von Räumlichkeiten gewidmet, um die anstehende Intervention durchführen zu können. Insofern speziell für das SCCM zusätzlich Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt werden musste, ist die Dauer der Anmietung, die Gesamtgrundfläche in m<sup>2</sup> und die monatliche Kaltmiete in € anzugeben. Falls institutionseigene Räumlichkeiten für die Interventionen genutzt werden, ist zu prüfen, ob die Räumlichkeiten während des Projektzeitraumes ausschließlich für SCCM oder auch anderweitig zur Verfügung stehen. Werden die Räumlichkeiten ausschließlich für Interventionen im Rahmen des SCCM genutzt, dann ist der volle Mietzins (m<sup>2</sup> mal €/m<sup>2</sup> laut aktuellem Gewerbemietpreis) anzugeben. Bei einer Mitnutzung beispielsweise durch andere Projekte ist der zeitliche Anteil zu quantifizieren, der für die Nutzung innerhalb SCCM anfällt. Dieser Anteil - in Teilen eines Ganzen (zwischen 0 und 1, beispielsweise 40% = 0,4) - ist mit der Größe der Räumlichkeiten in m<sup>2</sup> zu multiplizieren. Anschließend ist dieses Produkt mit dem aktuellen Gewerbemietpreis zu multiplizieren (Beispiel: 80 m<sup>2</sup> x 0,4 x 15,0 €/m<sup>2</sup> = 480,0 €/ Monat).

Die Fragen 1.4 und 1.5 behandeln die Kosten in Verbindung mit der Gestaltung der Räumlichkeiten, die im Rahmen des SCCM für die Interventionen genutzt werden. Die Frage 1.4 zielt auf externe Berufsgruppen ab, die an der Ausgestaltung der Räumlichkeiten beteiligt waren (z.B. Maler, Lackierer, Sanitärtechniker, Raumdekorateur, etc.). Es sind die Berufsgruppen zu benennen, sowie die Bruttostundenlöhne und die Gesamtarbeitszeit in Stunden. Die Frage 1.5 erfasst alle einmalig neu angeschafften Artikel und Möbel zur Nutzung der Räumlichkeiten. Darunter fallen Tische, Stühle, Lampen, Schränke, etc. Es sind die einzelnen Artikel, deren Stückzahl und die Gesamtkosten anzugeben. Technische Geräte werden in Frage 1.6 und Verbrauchsgüter, d.h. fortlaufend neu anzuschaffende Materialien, in Frage 4.3 erfasst.

Die Frage 1.6 bezieht sich auf alle einmalig neu angeschafften technischen Geräte zur Durchführung der Interventionen. Entscheidend ist auch hier, dass die Neuanschaffung in Verbindung mit der Durchführung der Intervention steht, beispielsweise damit die zu verwendenden Geräte die technischen Voraussetzungen für die Interventionen gewährleisten oder weil die Geräte für die spezifische Durchführung unabdingbar sind. Es sind die angeschafften Geräte, deren Stückzahl und die Kosten pro Gerät anzugeben.

Falls in Verbindung mit der Intervention bestehende Vertragsoptionen (beispielsweise mit Internet Providern) geändert werden mussten, sind diese in Frage 1.7 einzutragen. Es wird davon ausgegangen, dass Vertragsänderungen zur Erhöhung der monatlichen Ausgaben führen. Es sind die monatli-



## Kosten der Intervention unter Routinebedingungen

### Studie: MEHIRA

chen Mehrkosten in € im Vergleich zu den vorherigen Kosten anzugeben. Kostenänderungen im Sinne einer Reduktion der monatlichen Aufwendungen sind nicht anzugeben. In diesem Fall ist die Frage 1.7 mit Nein zu beantworten.

Frage 1.8 beschäftigt sich mit sonstigen Geräten und Materialien, die im Vorfeld der Interventionen einmalig zu deren gelingenden Durchführung angeschafft wurden. Darunter sind beispielsweise Flipcharts, Mediationskoffer (auch wenn darin fortlaufend benötigte Einzelteile enthalten sind), Entspannungsmatten, etc. zu verstehen. Es sind die Geräte oder Materialien, deren Stückzahl und die Einzelkosten (pro Stück) in € anzugeben.

Die Frage 1.9 beinhaltet alle für die Intervention speziell angeschafften diagnostischen Instrumente (sofern nicht unter 1.1 in Form einer Lizenzgebühr für Testbatterien, etc. angegeben) und Laborgeräte (keine Verbrauchsteile). Darunter fallen Geräte für die DNA-Sequenzierung, Durchlicht-, Auflicht-, oder Digitalmikroskope, etc. Es sind die Geräte, deren Stückzahl und die Einzelkosten (pro Stück) in € anzugeben.

Mit der Frage 1.10 werden alle Transport- und Reisekosten erfasst, die im Vorfeld der Intervention angefallen sind. Es sind die Transportkosten für die Anlieferung von Inventar, Mobiliar, etc. und Reisekosten für die Bahnung und Strukturierung der SCCM-Interventionen. Nicht erfasst werden die Reisekosten in Verbindung mit Schulungsmaßnahmen (Frage 2.6) und projekt- bzw. studienbezogene Treffen. Die Gesamthöhe der Kosten in € ist anzugeben.

Abschließend werden mit der Frage 1.11 alle bisher nicht aufgeführten Kosten erfasst, die in Verbindung mit der Vorbereitung und Planung der SCCM-Interventionen standen. Im Einzelfall ist zu klären, ob diese zusätzlichen Kosten SCCM-relevant sind, ggf. zu anderen Unterpunkten gehören oder hier in dieser Form bestehen bleiben. Dazu sind die Aufwendungen zu bezeichnen und die jeweilige Höhe in € anzugeben.

# Kosten der Intervention unter Routinebedingungen

## Studie: MEHIRA

### Abschnitt 2: Schulungen

Die Fragen 2.1 und 2.2 beziehen sich auf die Schulungen des Personals in die Interventionen. ES ist anzugeben, ob Personen geschult wurden, und falls zutreffend, ob diese Schulungen innerhalb der Arbeitszeit fielen oder als Arbeitszeit angerechnet werden konnten. Falls beide Fragen zutreffen, sind die Berufsgruppen zu nennen, die geschult wurden, die entsprechende Anzahl an Personen, die entsprechenden Bruttostundenlöhne und die entsprechenden Gesamtumfänge an Schulungsmaßnahmen in Stunden.

Der Fragenkomplex 2.3 ist den Personen gewidmet, welche die Schulungen durchgeführt haben. Die Berufsbezeichnung(en) der schulenden Personen ist anzugeben. Zusätzlich ist der Bruttostundenlohn, die Gesamtarbeitsstunden (Vor- und Nachbereitung, Durchführung) und evtl. anfallende Fahrtkosten anzugeben. Falls in Verbindung mit der schulenden Person weitere Kosten angefallen sind, sind diese mit der entsprechenden Bezeichnung aufzuführen (z.B. Kontaktierung, Ausfälle durch Verschulden des Schulungsnehmenden, Verköstigung, etc.)

Die Frage 2.4 erfasst die Kosten in Verbindung mit eingesetzten Schulungsmaterialien. Falls spezifisches Schulungsmaterial angefertigt wurde oder bestimmte Geräte zum Zwecke der Schulung in die Interventionen angeschafft wurden, sind diese zu bezeichnen und die Kosten in € anzugeben.

Kosten in Verbindung mit der Bereitstellung von Räumlichkeiten (Tagesmieten, Gebühren) für Schulungen sollen in Frage 2.5 erfasst werden. Dazu ist das Datum der Schulung und die dazugehörige Raummiete anzugeben. Wurden Schulungen in instituts- oder klinikinternen Räumlichkeiten durchgeführt, die von der Verwaltung miet- oder gebührenfrei zur Verfügung gestellt wurden, dann ist die durchschnittliche Tagesmietgebühr anzugeben.

Mit der Frage 2.6 werden alle Reise- und Fahrtkosten erfasst, die zum Erreichen auswärtiger Schulungsorte angefallen sind. Es ist die Gesamthöhe der Reisekosten in € anzugeben.

Mit der Frage 2.7 werden die Kosten erhoben, die administrativ und organisatorisch zur Vor- und Nachbereitung der Schulungen intern (Klinik/ Institution) angefallen sind und nicht im Fragenkomplex 2.3 erfasst wurden. Darunter fallen z.B. das Herrichten der Räumlichkeiten, das Catering bzw. die Verköstigung der Teilnehmer der Schulungen, Terminierungen, etc.). Es sind die Arbeitsstunden anzugeben, die insgesamt für diese Tätigkeiten anfielen sowie der Bruttostundenlohn der Berufsgruppe, die für diese Tätigkeiten verantwortlich war.

Die Frage 2.8 hat einen prospektiven Charakter und bezieht sich auf Wiederholungsschulungen/ Refresher, um die Inhalte der Interventionen zu festigen. Falls Wiederholungen geplant sind, oder sogar durchgeführt wurden, ist das Intervall zwischen den Schulungen anzugeben. Gibt es Unterschiede zwischen den zu schulenden Berufsgruppen, sind die Berufsgruppen und die jeweiligen Intervalle für die Wiederholungen zu nennen.

# Kosten der Intervention unter Routinebedingungen

## Studie: MEHIRA

### Abschnitt 3: Manuale, Applikationen und mediale Unterstützung

Der Fragenkomplex 3.1 behandelt alle Anwendungen, die im Rahmen der SCCM-Interventionen erstellt wurden. Darunter sind Manuale, Apps, modulare Programme und Broschüren zu verstehen, die speziell für die Interventionen programmiert, angefertigt oder geschrieben wurde. Es sind die für die Erstellung/ Programmierung notwendigen Tätigkeiten zu beschreiben und die entsprechend damit beauftragten Berufsgruppen zu nennen. Weiterhin sind der Bruttostundenlohn der Berufsgruppen und der zeitliche Gesamtumfang für die vorgenannten Arbeiten in Stunden anzugeben. Leistungen für Übersetzungen sind hier nicht anzugeben, sondern in Frage 3.5.

Die Frage 3.2 bezieht sich auf mögliche Adaptionen bzw. die Verwendung von bereits bestehenden Anwendungen (wie Manuale, Apps, Programme, etc.) im Rahmen der Interventionen des SCCM. Falls die Intervention beispielsweise auf der Grundlage eines bereits existierendes Manuals entstand oder dieses vollumfänglich angewendet wurde, ist zu prüfen, ob die Verwendung mit Lizenzgebühren verbunden ist/ war. Ist dies der Fall, dann ist der Endbetrag der Lizenzgebühr(en) in € anzugeben.

Die Frage 3.3 erfasst alle im Vorfeld der direkten Anwendungen am Patienten/ Probanden durchgeführten Erprobungen der Interventionen an anderen Patientenkollektiven. Das können Pilotierungen sein, um den Ablauf der Interventionen zu überprüfen oder generelle Testphasen, um Fehler oder Ungenauigkeiten zu identifizieren und auszubessern. Haben Erprobungen oder Testphasen stattgefunden, dann sind die daran beteiligten Personengruppen zu benennen sowie der dazugehörige zeitliche Gesamtumfang in Stunden.

Die Frage 3.4 hat die Vergrößerung des Kenntnisstandes bzw. die Verbreitung des Wissens um die Interventionen des SCCM in der Bevölkerung und speziell in der Zielgruppe im Sinn. Somit bezieht sich die Frage darauf, mit welchen Methoden die Interventionen beworben wurden und werden. Für die Beantwortung der Frage ist strikt zwischen den studien- bzw. projektbezogenen Werbungen (d.h. Rekrutierungsformen) und den interventionsspezifischen Werbungen zu trennen. Die generelle Werbung/ Rekrutierung von Teilnehmern für das Projekt MEHIRA ist mit dieser Frage nicht gemeint. Nur wenn ausschließlich mit der Intervention auf die Intervention aufmerksam gemacht wurde, dann sind die Kanäle zur Gewinnung des Patientenkollektivs zu benennen. Kanäle wären Printmedien (z.B. Anzeigen), Radio/ TV (z.B. Werbung) und internetbasierte Kanäle (z.B. soziale Netzwerke). Bei Werbungen in Form von Flyern und Plakaten ist die Stückzahl zu nennen.

Die Frage 3.5 widmet sich den Übersetzungen der Anwendungen (Manuale, Apps, Programme) in die Muttersprachen der Patientenkollektive. Falls Übersetzungen der Materialien für die Anwendungen vorgenommen wurden, sind die entsprechenden Übersetzungstätigkeiten (Sprachen, Rückübersetzungen), die beteiligten Berufsgruppen mit entsprechenden Bruttolöhnen und der gesamte Zeitaufwand pro Berufsgruppe in Stunden anzugeben. Unter diese Frage fallen nicht die Begleitungen von Dolmetschern während der Durchführung der Interventionen. Diese werden in Frage 4.1 erfasst.

Die Frage 3.6 zielt auf die Erhebung von Lizenzgebühren für die Anwendung der entwickelten Manuale, Apps oder Programme durch Dritte ab. Die Lizenzierung und damit die Vermarktung der Intervention kann theoretisch dazu genutzt werden, die Kosten für die Entwicklung der Anwendung gegenzurechnen. Das führt allerdings dazu, dass die Entwicklungskosten für alle Entwicklungsphasen des Produktes (inklusive Testphase) akribisch aufgelistet werden müssen.

# Kosten der Intervention unter Routinebedingungen

## Studie: MEHIRA

### Abschnitt 4: Durchführung - fortlaufende Kosten

Mit der Frage 4.1 sollen die Berufsgruppen mit ihren entsprechenden Arbeitsumfängen erfasst werden, die an der Durchführung der Interventionen direkt und indirekt beteiligt sind. Eine direkte Beteiligung bedeutet die direkte Anwendung der Intervention am Patienten, d.h. mit Patientenkontakt (beispielsweise die Leitung einer gruppenbasierten Intervention oder die Unterstützung der Leitung während einer gruppenbasierten Intervention). Eine indirekte Beteiligung bedeutet die Unterstützung der Interventionen im Interventionszeitraum ohne Patientenkontakt. Damit sind administrative, organisatorische Tätigkeiten oder der Online- bzw. App-support gemeint (beispielsweise die telefonische oder schriftliche Klärung von Fragen der Patienten während der App-basierten Intervention). Alle an der Durchführung beteiligten Berufsgruppen sind aufzuführen, sowie deren Bruttostundenlohn und die entsprechenden Zeitaufwände in Stunden pro Patient oder Therapiegruppe pro Monat (auch Peers und Dolmetscher sofern sie direkt in die Intervention eingebunden sind).

Außerdem ist darauf zu achten, wie häufig (beispielsweise im Durchschnitt pro Monat) Abweichungen von ursprünglich geplanten Gruppentherapien auftreten oder ungeplante Vorfälle bzgl. der Smartphone Applikation passieren (beispielsweise Systemabstürze). Auch diese zusätzlichen ungeplanten Durchführungen bzw. damit verbundene Zusatzarbeiten sind zu quantifizieren, d.h. beteiligte Berufsgruppen mit deren Einsatzzeiten auszuweisen.

Die Frage 4.2 richtet sich an Supervisionen oder Besprechungen, die im Rahmen der Durchführung der Interventionen stattfinden. Insofern diese Besprechungen oder unterstützenden Maßnahmen direkt die Durchführung der Interventionen befördern oder aufrechterhalten sollen, sind die daran beteiligten Berufsgruppen zu benennen. Weiterhin soll die Personenstärke der jeweiligen Berufsgruppen aufgeführt werden, deren Bruttostundenlöhne und der Zeitaufwand für die Besprechungen und Supervisionen in Stunden pro Monat. Alle projektbezogenen Besprechungen (wie Arbeitsgruppentreffen, Strategieplanungen zur Steigerung der Rekrutierungszahlen) sind nicht anzugeben.

Die Frage 4.3 behandelt alle im Zusammenhang mit der fortlaufenden Durchführung der Interventionen benötigten Verbrauchsmaterialien. Verbrauchsmaterialien sind alle Materialien, die für den gelingenden Ablauf/ die gelingende Durchführung der Interventionen unerlässlich sind und i.d.R. auf Vorrat angeschafft werden (z.B. Folienstifte, CDs, USB-Sticks, Kopierpapier, etc.). Es sind die Verbrauchsmaterialien anzugeben, sowie die Verbrauchsmenge (pro Patient oder Gruppe) und die entsprechenden Stückkosten.

Die Frage 4.4 soll alle bisher nicht genannten Kosten umfassen, die während der Durchführung der Interventionen anfallen bzw. angefallen sind. Insbesondere ist auf bestehende Supportverträge und Betriebs- und Wartungskosten zu achten, die bei der Nutzung von Räumlichkeiten für die Interventionen bzw. bei der Nutzung der Smartphone-Applikation anfallen. Die Kosten sind zu benennen und auf den Zeitraum der direkten Durchführung der Intervention umzurechnen.

<b>Kosten der Intervention unter Routinebedingungen</b>	
Studie: <b>MEHIRA</b>	Interventionstyp:

Datum Interview	[ ] [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (TT.MM.JJJJ)
Interviewte Person	_____

Die folgenden Fragen erfassen die Kosten, die bei der Implementierung des Stepped and Collaborative Care Modells (SCCM) in die Routineversorgung entstehen. Dabei geht es sowohl um Kosten, die bereits entstanden sind, d.h. zur Vorbereitung der Einzelintervention im Rahmen des SCCM dienten, als auch um laufende Kosten, die bereitgestellt werden müssen. Erfasst werden personelle Maßnahmen sowie Schulungs- als auch Evaluations- und Monitoringmaßnahmen und alle Materialien, Geräte, Apparaturen und Anmietungen sowie Ausgestaltungen von Räumlichkeiten.

<b>1. Investitionen im Vorfeld der Implementierung</b> (einmalige Kosten)	
1.1 Sind Lizenzgebühren zu entrichten oder mussten entrichtet werden ( <u>außer für Manuale, Apps</u> ) (z.B. Testbatterien, Fragebögen, Computerprogramme, etc.)?  Falls ja: Bitte geben Sie den Endbetrag für die Lizenzierung an.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>  [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] €
1.2 Ist die Lizenzierung auf einen bestimmten Zeitraum (z.B. 1-Jahreslizenz) oder bestimmte Anwendung (z.B. Einzelplatzlizenz) begrenzt?  Falls ja: Bitte erläutern Sie die Begrenzung der Lizenzierung:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
1.3 Wurden für die anstehende Implementierung zusätzliche Anmietungen (Räume, Gebäude, Container, etc.) notwendig?  Falls ja: Auf welchen Zeitraum beziehen sich die Anmietungen?  Welche Gesamtgrundfläche wurde angemietet (außer mobile Anmietungen wie Container)?  Wie hoch sind die monatlichen Kosten/ Kaltmieten?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>  [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Monate  [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] m <sup>2</sup>  [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] €

## Kosten der Intervention unter Routinebedingungen

Studie: **MEHIRA**

Interventionstyp:

<p>1.4 Entstand ein zusätzlicher <u>einmaliger</u> Arbeitsaufwand durch die Gestaltung der Räumlichkeiten für die Intervention?</p> <p><u>Falls ja:</u> Welche Berufsgruppe(n) war(en) an der Gestaltung der Räumlichkeiten beteiligt?</p> <p>1.) _____ Arbeitsaufwand?</p> <p>2.) _____ Arbeitsaufwand?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Bruttolohn                  [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] € / h                  [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] h</p> <p>Bruttolohn                  [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] € / h                  [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] h</p>																					
<p>1.5 War die Gestaltung der Räumlichkeiten für die Intervention mit weiteren <u>einmaligen</u> Kosten verbunden (z.B. neues Mobiliar, Lampen, Dekoration etc.)?</p> <p><u>Falls ja:</u> Bitte nennen Sie die benötigten Artikel und die einzelnen Kosten:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Artikel</th> <th style="width: 60%;">Kosten (€)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Artikel	Kosten (€)													<p>Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p>							
Artikel	Kosten (€)																					
<p>1.6 Mussten für die Intervention einmalig neue <u>technische</u> Geräte (z.B. PC, Laptop, Drucker, Smartphone etc.) angeschafft werden?</p> <p><u>Falls ja:</u> Bitte geben Sie die benötigten Geräte (Art und Anzahl) und die Kosten an:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Gerät</th> <th style="width: 15%;">Anzahl</th> <th style="width: 45%;">Kosten (€)/Gerät</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Gerät	Anzahl	Kosten (€)/Gerät																			<p>Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p>
Gerät	Anzahl	Kosten (€)/Gerät																				

## Kosten der Intervention unter Routinebedingungen

Studie: **MEHIRA**

Interventionstyp:

<p>1.7 Mussten für die Intervention Veränderungen von Verträgen (z.B. Internetprovider für schnellere Datenübertragung etc.) vorgenommen werden?</p> <p><u>Falls ja:</u> Wieviel höher sind die monatlichen Ausgaben im Vergleich zu vorher?</p>	<p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p>  <p style="text-align: center;">          €/Monat</p>																					
<p>1.8 Mussten für die Intervention <u>einmalig</u> sonstige Geräte (z.B. Sportgeräte, Flipcharts, Mediationskoffer, etc.) und Materialien (z.B. Liegematten, Handtücher, etc.) neu angeschafft werden?</p> <p><u>Falls ja:</u> Bitte geben Sie die benötigten Geräte und Materialien (Art und Anzahl) und die Kosten an:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Gerät</th> <th style="width: 15%;">Anzahl</th> <th style="width: 45%;">Kosten (€)/Gerät</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Gerät	Anzahl	Kosten (€)/Gerät																			<p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p>
Gerät	Anzahl	Kosten (€)/Gerät																				
<p>1.9 Mussten für die Intervention <u>einmalig</u> zusätzliche Diagnostikinstrumente (z.B. Messgeräte zur Datenerfassung am Patienten, besondere Laborausstattung etc.) angeschafft werden?</p> <p><u>Falls ja:</u> Bitte geben Sie die benötigten Instrumente (Art und Anzahl) und die Kosten an:</p>	<p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p>																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Gerät</th> <th style="width: 15%;">Anzahl</th> <th style="width: 45%;">Kosten (€)/Gerät</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Gerät	Anzahl	Kosten (€)/Gerät																			
Gerät	Anzahl	Kosten (€)/Gerät																				

## Kosten der Intervention unter Routinebedingungen

Studie: **MEHIRA**

Interventionstyp:

<p>1.10 Sind Transport-/ oder Reisekosten im Rahmen der Vorbereitung der Intervention angefallen (<u>außer</u> Schulungskosten)?</p> <p><u>Falls ja:</u> In welcher Gesamthöhe?</p>	<p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p>  <p style="text-align: right;">L J L J L J L J L J L J €</p>																
<p>1.11 Sind über die in diesem Fragebogen bisher genannten Punkte hinaus weitere Kosten <u>im Vorfeld der Implementierung</u> der Intervention entstanden?</p> <p><u>Falls ja:</u></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%; padding: 5px;">Kostenpunkt</th> <th style="width: 60%; padding: 5px;">Kosten (€)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Kostenpunkt	Kosten (€)															<p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p>
Kostenpunkt	Kosten (€)																



## Kosten der Intervention unter Routinebedingungen

Studie: **MEHIRA**

Interventionstyp:

<b>2. Schulungen</b>																																											
2.1 Musste Personal für die Durchführung der Intervention geschult werden?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>																																								
2.2 Fanden die Schulungen innerhalb der Arbeitszeit statt bzw. wurden als Arbeitszeit angerechnet?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>																																								
<p><u>Falls ja:</u> Bitte geben Sie den Schulungsaufwand an:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Berufsgruppe ( z.B. Psychiater, Psychologe, Psycholog. oder Ärztlicher Psychotherapeut, Pflegerkraft etc.)</th> <th style="width: 15%;">Anzahl Personen</th> <th style="width: 20%;">Bruttolohn Berufsgruppe/h</th> <th style="width: 35%;">Umfang pro Person in Stunden</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Berufsgruppe ( z.B. Psychiater, Psychologe, Psycholog. oder Ärztlicher Psychotherapeut, Pflegerkraft etc.)	Anzahl Personen	Bruttolohn Berufsgruppe/h	Umfang pro Person in Stunden																																				
Berufsgruppe ( z.B. Psychiater, Psychologe, Psycholog. oder Ärztlicher Psychotherapeut, Pflegerkraft etc.)	Anzahl Personen	Bruttolohn Berufsgruppe/h	Umfang pro Person in Stunden																																								

## Kosten der Intervention unter Routinebedingungen

Studie: **MEHIRA**

Interventionstyp:

<p>2.3 Wer hat die Schulungen durchgeführt?</p> <p>_____</p>																
<p>Bruttostundenlohn des Trainers bzw. der Berufsgruppe, die die Schulung durchgeführt hat?</p>		L J L J L J L J € / h														
<p>Benötigte Arbeitsstunden insgesamt (Vorbereitung und Durchführung Schulung)?</p>		L J L J L J L J h														
<p>Kosten Anfahrt?</p>		L J L J L J L J €														
<p>Zusätzliche anfallende Kosten bzgl. Trainer/ Leitung der Schulung?</p>																
<table border="1"><thead><tr><th>Kostenpunkt</th><th>Kosten (€)</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	Kostenpunkt	Kosten (€)														
Kostenpunkt	Kosten (€)															
<p>2.4 Wurden Materialien speziell für die Schulungen benötigt?</p>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>														
<p>Falls ja: Welche Materialien wurden speziell für die Schulungen benötigt und welche Kosten entstanden dadurch?</p>																
<table border="1"><thead><tr><th>Benötigtes Material (z.B. Vorführgeräte, Broschüren, etc.)</th><th>Kosten (€)</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	Benötigtes Material (z.B. Vorführgeräte, Broschüren, etc.)	Kosten (€)														
Benötigtes Material (z.B. Vorführgeräte, Broschüren, etc.)	Kosten (€)															

6

## Kosten der Intervention unter Routinebedingungen

Studie: **MEHIRA**

Interventionstyp:

<p>2.5 Sind für die Schulungen Mieten oder Gebühren (Tagesmieten) für Räumlichkeiten angefallen?</p> <p><u>Falls ja:</u> Welche Mietgebühr(en) wurde(n) wann fällig?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Datum der Schulung</th> <th style="width: 50%;">Raummiete (€)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Datum der Schulung	Raummiete (€)									<p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p>
Datum der Schulung	Raummiete (€)										
<p>2.6 Sind für die teilnehmenden Personen zum Erreichen des Schulungsortes Reisekosten angefallen?</p> <p><u>Falls ja:</u> In welcher Gesamthöhe?</p>	<p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"> _ _   _ _   _ _  €</p>										
<p>2.7 Gab es für den Zeitraum der Schulungen einen zusätzlichen administrativen Aufwand für die Vor- und Nachbereitungen (z.B. Ausdrucke anfertigen, Terminvereinbarungen, Herrichten der Räume für die Schulung etc.)?</p> <p>Benötigte Arbeitsstunden insgesamt?</p> <p>Bruttostundenlohn der Berufsgruppe, die die administrative Arbeit durchgeführt hat?</p>	<p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"> _ _   _ _   _ _  h</p> <p style="text-align: right;"> _ _   _ _   _ _  €/h</p>										
<p>2.8 Sind Wiederholungsschulungen zur Auffrischung der Inhalte vorgesehen?</p> <p><u>Falls ja:</u> In welchen Intervallen? (Bei Unterschieden in den Berufsgruppen geben Sie diese bitte an)</p>	<p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p>										

## Kosten der Intervention unter Routinebedingungen

Studie: **MEHIRA**

Interventionstyp:

<b>3. <u>Manuale, Applikationen und mediale Unterstützung</u></b>																																					
<p>3.1 Wurden für die Interventionen Manuale, Anwendungen, Applikationen (z.B. Apps, Broschüren, modulare Programme, etc.) angefertigt/ erstellt/ programmiert?</p> <p><u>Falls ja:</u> Bitte geben Sie die Tätigkeiten und die durchführende Berufsgruppe (wie Programmierer, Graphikkünstler, Musiker, Psychologen, etc.) an:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Tätigkeit</th> <th style="width: 25%;">Berufsgruppe</th> <th style="width: 25%;">Bruttolohn Berufsgruppe/h</th> <th style="width: 25%;">Zeitaufwand in h</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Tätigkeit	Berufsgruppe	Bruttolohn Berufsgruppe/h	Zeitaufwand in h																																	<p>Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p>
Tätigkeit	Berufsgruppe	Bruttolohn Berufsgruppe/h	Zeitaufwand in h																																		
<p>3.2 Sind die o.g. angefertigten Anwendungen mit Lizenzgebühren verbunden?</p> <p><u>Falls ja:</u> Bitte geben Sie den Endbetrag für die Lizenzierung an.</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p> <p>_____ €</p>																																				
<p>3.3 Wurden die Anwendungen vor dem Einsatz am spezifischen Patientenkollektiv erprobt (beispielsweise Einsatz der Manuale in einer Pilotphase, ...)?</p> <p><u>Falls ja:</u> in welchem zeitlichen Umfang?</p> <p>Personen:</p> <p>1.) _____</p> <p>2.) _____</p> <p>3.) _____</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p> <p>_____ h</p> <p>_____ h</p> <p>_____ h</p>																																				

## Kosten der Intervention unter Routinebedingungen

Studie: **MEHIRA**

Interventionstyp:

<p>3.4. Gibt es Bestrebungen die Einzelinterventionen im Rahmen des SCCM medial gestützt zu bewerben (Zeitungsanzeigen, Radio, TV, soziale Netzwerke, Plakate, Flyer, etc.)?</p> <p><u>Falls ja:</u> In welchen Formen und ggf. in welcher Stückzahl?</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p>	<p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p>																
<p>3.5 Werden/wurden die o.g. Anwendungen und mediengestützten Maßnahmen in andere Sprachen (Farsi, Arabisch) übersetzt?</p> <p>Falls ja: Bitte geben Sie die Tätigkeiten und die durchführende Berufsgruppe an:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Tätigkeit</th> <th style="width: 25%;">Berufsgruppe</th> <th style="width: 25%;">Bruttolohn Berufsgruppe/h</th> <th style="width: 25%;">Zeitaufwand in h</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Tätigkeit	Berufsgruppe	Bruttolohn Berufsgruppe/h	Zeitaufwand in h													<p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p>
Tätigkeit	Berufsgruppe	Bruttolohn Berufsgruppe/h	Zeitaufwand in h														
<p>3.6 Ist es geplant, auf die im Rahmen des SCCM entwickelten Anwendungen selbst Lizenzgebühren zu erheben?</p>	<p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p>																

## Kosten der Intervention unter Routinebedingungen

Studie: **MEHIRA**

Interventionstyp:

<b>4. Durchführung</b> (fortlaufende Kosten)																																							
<p>4.1 Welche Berufsgruppen sind an der Durchführung der Intervention beteiligt? (auch: zusätzlicher personeller Aufwand in Bezug auf administrative Tätigkeiten)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 35%;">Berufsgruppe (z.B. Psychologe, Psychotherapeut in Ausbildung, Dolmetscher, Peers, etc.)</th> <th style="width: 20%;">Bruttolohn Berufsgruppe/h</th> <th style="width: 20%;">Stundenaufwand pro Patient/ Gruppe im Monat</th> <th style="width: 25%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Berufsgruppe (z.B. Psychologe, Psychotherapeut in Ausbildung, Dolmetscher, Peers, etc.)	Bruttolohn Berufsgruppe/h	Stundenaufwand pro Patient/ Gruppe im Monat																																	
Berufsgruppe (z.B. Psychologe, Psychotherapeut in Ausbildung, Dolmetscher, Peers, etc.)	Bruttolohn Berufsgruppe/h	Stundenaufwand pro Patient/ Gruppe im Monat																																					
<p>4.2 Finden Besprechungen/Supervisionen zur Unterstützung der Durchführung der Intervention statt?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p> <p><u>Falls ja:</u> Welche Berufsgruppen nehmen daran in welchem Umfang teil?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Berufsgruppe (z.B. Psychologe, Dolmetscher, etc.)</th> <th style="width: 15%;">Anzahl Personen</th> <th style="width: 20%;">Bruttolohn Berufsgruppe/h</th> <th style="width: 35%;">Stundenaufwand pro Monat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Berufsgruppe (z.B. Psychologe, Dolmetscher, etc.)	Anzahl Personen	Bruttolohn Berufsgruppe/h	Stundenaufwand pro Monat																																
Berufsgruppe (z.B. Psychologe, Dolmetscher, etc.)	Anzahl Personen	Bruttolohn Berufsgruppe/h	Stundenaufwand pro Monat																																				

## Kosten der Intervention unter Routinebedingungen

Studie: **MEHIRA**

Interventionstyp:

4.3 Welche Materialien werden im Rahmen der Intervention verbraucht und fortlaufend benötigt?			
<b>Benötigtes Material</b> (z.B. Broschüren, CDs, Folienstifte etc.)	<b>Verbrauch/Patient</b>	<b>Materialkosten (€)/ Stück</b>	
4.4 Entstehen weitere zusätzliche Kosten durch die Intervention, die noch nicht genannt wurden? (z.B. Reinigungskosten, Betriebs- und Wartungskosten, Supportverträge, etc.)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Falls ja: Bitte geben Sie diese Kosten an:			
<b>Kostenpunkt</b>	<b>Kosten (€) ggf. Kosten pro Zeitraum</b>		

# Protocol – systematic review and meta-analysis on prevalence of symptoms of depression and symptoms of post-traumatic stress disorder in refugees and asylum-seekers in Germany

## Researchers:

Dr Andreas Hoell

Ms. Eirini Kourmpeli

Prof Dr Hans Joachim Salize

Prof Dr Malek Bajbouj

Dr. Kerem Böge

## Date:

April 2020



## Background:

Due to wars, military conflicts, natural or human made catastrophes, terror, and violations of human rights, the number of people suffering forced migration or of people who are forcibly displaced from their homes is very large. Large amounts of these displaced people leave their country of origin to seek asylum in European countries. The European Union faces high arrivals of refugees since 2010 with a peak in the years 2015 and 2016. In 2015, nearly 1.26 Million and in 2016 nearly 1.21 Million refugees applied for asylum for the first time (Eurostat, 2020). In total numbers, Germany faced the largest amount of first time applicants for asylum with 442,000 and 722,000 in 2015 and 2016 respectively (Eurostat, 2020). The psychosocial care for refugees and asylum-seekers (RAS) challenges the German healthcare system, because a considerable amount has experienced traumatic and stressful experiences in their country of origin, during their migration, and/or in their first months in the host country. Simultaneously, there are multiple barriers in the healthcare system and RAS due to institutional, cultural and lingual reasons that impede adequate psychosocial care. In particular, the asylum procedure and its linked Asylum Seekers Benefit Act (AsylbLG) impair adequate access to mental health services (Frank *et al.*, 2017). Thus, it is of utmost importance to establish or pave the way for low threshold and culturally sensitive mental health services to reduce the individual suffering of RAS and the financial burden to the public healthcare system (Böge *et al.*, 2019; Nikendei *et al.*, 2019). For policy planning and the provision of adequate mental health care, it is important to be aware of the rates of mental disorders. Especially, it is very useful to know the distribution of common mental disorders going to be undetected in RAS like depression and stress disorders like posttraumatic stress disorders (PTSD). Even though it is rather obvious in the clinical day-to-day care that these people are exposed to very specific sociocultural stressors, exact and accurate data about prevalence and course of the mental disorders is still lacking. In the meantime, there are some international systematic reviews and meta-analyses on mental disorders in RAS (Blackmore *et al.*, 2019; Fazel *et al.*, 2005; Giacco *et al.*, 2018; Kalt *et al.*, 2013; Kien *et al.*, 2019), but they do not distinguish between RAS already receiving help from the mental health care system and RAS who do not. This scheduled systematic review and meta-analysis should provide information on RAS on a population level, i.e. non-clinical RAS. Initial findings on the distribution of mental disorders in clinical and non-clinical RAS from a German systematic review showed that the variance of the estimates of PTSD in RAS is larger in clinical samples than in non-clinical samples (Bozorgmehr *et al.*, 2016). The authors of the aforementioned study were afraid of pooling data for this reason and for reasons of heterogeneity due to other methodological issues. Since then the amount of studies, dealing with non-clinical RAS increased largely. Hence, it is our goal to establish pooled estimates of prevalence of depression and PTSB in RAS in Germany.

## Objectives:

The aims of the systematic review and meta-analysis are:

- 1) To establish the prevalence rates of depression and post-traumatic stress disorder (PTSD) in non-claim populations of refugees and asylum-seekers (RAS) living in Germany after the year 2000.
- 2) To compare the prevalence of the aforementioned mental disorders in RAS to the general German population established via representative surveys done by official bodies (i.e. the Robert Koch Institute (RKI) and its surveys on the health in the adult population in Germany (DEGS) and on the health in children and adolescent in Germany (KIGGS)).
- 3) To perform subgroup analysis to explain heterogeneity between studies, i.e.
  - a) Determine differences in prevalence due to study methodology:  
Study design (defined as comparison between the different sampling procedures: convenience samples, single-site samples, and representative multi-site samples),  
Survey methods (i.e. screening vs. diagnostics), and  
Survey period (defined as time period before the “refugee crisis” (survey period before 2015), within the “refugee crisis” (survey period 2015-2016), and after the “refugee crisis” (survey period after 2016)
  - b) Determine the difference in prevalence due to country of origin, if possible to retrieve
  - c) Determine gender differences in prevalence as well as differences in age of RAS (i.e. adult samples, accompanied minor refugees and unaccompanied minor refugees)
  - d) Determine the differences in prevalence due to time since arrival in host country, if possible to retrieve.

## Methods:

### Systematic review of observational studies:

Currently, there are no standardized methods published to carry out systematic reviews and meta-analysis of observational studies. We will adhere to a scoping review of recommendations for carrying out and reporting of systematic reviews and meta-analysis of observational studies by Mueller and on the proposal of the meta-analysis of observational studies in epidemiology group (MOOSE) (Mueller *et al.*, 2018; Stroup *et al.*, 2000).

Selection criteria:

The literature search will be limited to publications that were published after January 1 2000 to current (i.e. April 30 2020) in the English and the German language. Only observational studies, RCT, cohort studies, case-control studies, and grey literature will be included. Other types of literature like editorials, reviews, meeting reports or posters will be excluded. Studies and reports will be included according to PICO selection criteria seen in table 1 below.

Table 1: Selection criteria for systematic review according to PICO

	<i>Participants (P)</i>	<i>Intervention (I)</i>	<i>Comparison (C)</i>	<i>Outcomes (O)</i>
<i>Inclusion</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refugees, and Asylum-seeker of any age and any country of origin</li> <li>• Male, Female, Diverse</li> <li>• Living in Germany after 2000</li> <li>• Population-based sample (i.e. non clinical samples)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assessment of mental disorder on the basis of a clinical assessment with validated diagnostic methods</li> <li>• Assessment of mental disorder with the help of validated screening tools</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• General German population derived from representative surveys in adult population (i.e. DEGS) and children and adolescent (i.e. KIGGS)</li> <li>• Subgroups: both methodologically-based (study design, survey method, survey period) and participant-based (gender, age, country of origin, time since arrival in Germany)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Point-prevalence of symptoms of depression</li> <li>• Point-prevalence of symptoms of PTSD</li> <li>• Reported as total numbers or rates</li> </ul>
<i>Exclusion</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• General German population</li> <li>• Migrants or immigrants</li> <li>• Displaced persons living 6 years or longer in Germany</li> <li>• Clinical or claim population</li> <li>• Data source: health insurance data</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solely self-reports of symptoms</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Longitudinal change rates</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Other clinical outcomes or mental disorders</li> <li>• Aggregate measures of common mental disorders including depression and PTSD (like RHS-15)</li> <li>• Other types of prevalence (12-months prevalence or lifetime prevalence)</li> </ul>

Search methods and strategies:

The systematic literature search will be done in two steps. In a first step, international electronic databases will be searched. The following electronic databases will be used to identify literature:

- PubMed/ Medline
- CINAHL (via EBSCO)
- PsycINFO (via EBSCO)
- PSYINDEX (via EBSCO)

- Academic Search Complete (via EBSCO)
- Science Direct
- Web of Science/ Social Science Citation Index

In a second step, the reference lists of eligible records will be searched and grey literature will be identified. Therefore, Open Grey (i.e. the System for Information of Grey Literature in Europe) and Google will be searched using the same search criteria in the English and the German language.

All the literature will be included into Endnote X9.3. Duplicates will be automatically removed and additionally by hand. Two independent reviewers will do the screening of the search results. They will review titles and abstracts according to the selection criteria. Full texts and if necessary information from reference authors will be retrieved or inquired, respectively. In case of longitudinal studies, only baseline information will be included. In case of disagreement between reviewers regarding the eligibility of records, a third reviewer will be consulted.

Assessing the methodological quality and risk of bias of included studies:

Two independent reviewers will examine the methodological quality and the risk of bias of the included studies with two different assessments. The risk of bias will be assessed with the JBI Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data (Munn *et al.*, 2015). The quality of prevalence data will be assessed with the Health States Quality Scales Variables (Barendregt and Doi, 2016) The reason to use two different instruments is that the first one covers all methodological and technical details concerning the appropriateness of data acquisition and data analysis. The checklist comprises nine items with the response option of “Yes”, “No”, “Unclear” or “Not applicable”. The results of this appraisal will be reported as low, medium or large risk of bias. The second instrument comprises variables which the authors think concentrate on inter-study variability. These variables emphasize in depth on differences in study design, definition of sample population, and methods. The proposed Quality Score tool by Barendregt and colleagues will be used to create robust meta-analytical results, i.e. the quality effect model (Doi *et al.*, 2015). Discrepancies between reviewers concerning the grading of the studies will be resolved by discussion with a third reviewer.

Data extraction:

Outcome data will be extracted using a specific data extraction form. All the outcome data will be entered into Excel and will be standardized to be used with MetaXL Version 5.3. Information on general details, on methodological details, and on details on participants will be collected in Excel, too. In particular, general details contain description on authors, year of publication, reference/ source and federal state. Data on methodology contain study design and selection of study sample, the basic population and its estimated size, the sample size and response rate, the survey method and instruments used. Data of participants contain country of origin, gender, age, amount of accompanied and unaccompanied minor refugees, and time since arriving in Germany. Some of the methodological and participant data will be used for subgroup analysis.

Meta-analysis:

Data will be statistically pooled in meta-analyses, if possible. Therefore, MetaXL Version 5.3 and SPSS macros like MetaF and MetaReg by Wilson will be used. The estimation of prevalence will be done with inverse variance heterogeneity models by readjusting the inverse variance weights for quality parameters derived from the Quality scores. This results in broader confidence intervals in case of heterogeneity but leaves the study weights unaffected (Doi *et al.*, 2015). The estimator or prevalence will be transformed using double arcsine transformation. If possible, prevalence, transformed estimates and 95% confidence intervals will be reported.

Heterogeneity will be tested with Cochran's Q (based on the  $\chi^2$ -statistics). The magnitude of heterogeneity will be quantified by  $I^2$  and  $\tau^2$ .  $I^2$  values above 50% indicate moderate heterogeneity and above 75% high heterogeneity.

Publication bias will be reported via visualization of asymmetry in funnel plots or Doi plots (ranking transformation to Z-scores on the y-axis and double-arcsine transformed effect size on the x-axis). The asymmetry will be statistically verified using the Luis Furuya-Kanamori (LFK)-index (Barendregt *et al.*, 2013). No asymmetry is associated with values within the range of +/-1. Minor asymmetry is assumed, if the values exceeds +/-1 but stay within +/-2 and major asymmetry is represented by LFK-index exceeding +/-2.

Subgroup analyses will be conducted using the above-mentioned methodologically- and participant-based subgroups. Meta-regressions with inverse variance weighted generalized least squares regression (OLS) models for fixed effects (FE) and restricted maximum likelihood random effect model (REML) with random intercept and fixed slopes will be performed. All tests will be 2-sided at  $p > .05$ .

## Discussion

The current prevalence rates of common mental disorders in RAS on population level will guide politicians and health care providers to deliver appropriate, low-threshold, and timely mental health care and interventions for refugees and asylum seekers. Furthermore, subgroup analysis on participant level will provide further insight on the variance in prevalence of depressive symptoms and symptoms of PTSD. Thus, mental health services could be adjusted to gender-specific and age-specific requirements.

## References

- Barendregt, J. J. and Doi, S. A.** (2016). MetaXL User Guide Version 5.3. Sunrise Beach, Queensland, Australia: EpiGear International Pty Ltd.
- Barendregt, J. J., Doi, S. A., Lee, Y. Y., Norman, R. E. and Vos, T.** (2013). Meta-analysis of prevalence. *J Epidemiol Community Health*, 67, 974-978.
- Blackmore, R., et al.** (2019). Systematic Review and Meta-Analysis: The Prevalence of Mental Illness in Child and Adolescent Refugees and Asylum Seekers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.
- Böge, K., et al.** (2019). Mental health in refugees and asylum seekers (mehira): Study design and methodology of a prospective multicentre randomized controlled trail investigating the effects of a stepped and collaborative care model. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*.
- Bozorgmehr, K., et al.** (2016). [Systematic review and evidence mapping of empirical studies on health status and medical care among refugees and asylum seekers in Germany (1990-2014)]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz*, 59, 599-620.
- Doi, S. A., Barendregt, J. J., Khan, S., Thalib, L. and Williams, G. M.** (2015). Advances in the meta-analysis of heterogeneous clinical trials II: The quality effects model. *Contemp Clin Trials*, 45, 123-129.
- Fazel, M., Wheeler, J. and Danesh, J.** (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365, 1309-1314.
- Frank, L., et al.** (2017). Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *J Health Monitor*, 2, 24-47.

**Giacco, D., Laxhman, N. and Priebe, S.** (2018). Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Semin Cell Dev Biol*, 77, 144-152.

**Kalt, A., Hossain, M., Kiss, L. and Zimmerman, C.** (2013). Asylum seekers, violence and health: a systematic review of research in high-income host countries. *Am J Public Health*, 103, e30-e42.

**Kien, C., et al.** (2019). Prevalence of mental disorder in young refugees and asylum-seekers in European Countries: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 1295-1310.

**Mueller, M., et al.** (2018). Methods to systematically review and meta-analyse observational studies: a systematic scoping review of recommendations. *BMC Med Res Methodol*, 18, 44.

**Munn, Z., Moola, S., Lisy, K., Riitano, D. and Tufanaru, C.** (2015). Methodological guidance for systematic reviews of observational epidemiological studies reporting prevalence and cumulative incidence data. *Int J Evid Based Healthc*, 13, 147-153.

**Nikendei, C., et al.** (2019). Asylum seekers' mental health and treatment utilization in a three months follow-up study after transfer from a state registration-and reception-center in Germany. *Health Policy*, 123, 864-872.

**Stroup, D. F., et al.** (2000). Meta-analysis of observational studies in epidemiology. A proposal for reporting. *J Am Med Assoc*, 283, 2008-2012.

## MANNHEIM MODULE RESOURCE USE (MRV) - REFUGEES, ASYLUM SEEKERS, MIGRANTS

Proband-ID \_\_\_\_\_

Survey date: T<sub>0</sub> T<sub>1</sub> T<sub>2</sub> T<sub>3</sub>

Date of completion |\_\_| |\_\_|.|\_\_| |\_\_|.|\_2\_| |\_0\_| |\_\_| |\_\_| (DD.MM.YYYY)

Center-ID \_\_\_\_\_

Interviewer \_\_\_\_\_

### A Diseases and Disorders

Please note below which diseases, disorders or complaints you have experienced **over the last 3 months**. Assign this/ these to the blocks ① to ③. Multiple answers are possible.

#### Reference period of the information

Initial Date (3 months preceding the survey date) |\_\_| |\_\_|.|\_\_| |\_\_|.|\_2\_| |\_0\_| |\_\_| |\_\_| (DD.MM.YYYY)

Survey Date |\_\_| |\_\_|.|\_\_| |\_\_|.|\_2\_| |\_0\_| |\_\_| |\_\_| (DD.MM.YYYY)

- ① Did you experience any physical problems, somatic illnesses or did you feel unwell over the last 3 months? For example, did you have stomach complaints, intestinal complaints, cardiovascular diseases, joint pain, toothache, skin rash, colds, flu, problems with hearing or vision or something similar?  YES (please tick ①)  NO/ UNKNOWN
- ② Did you experience accidents causing injuries, burns, internal injuries or fractures over the last 3 months? Did you (unintentionally) injure yourself? Do you have open wounds, painful scars or do you wear prostheses?  YES (please tick ②)  NO/ UNKNOWN
- ③ Did you experience mental or psychological problems or disorders over the last 3 months? Did you suffer from emotional or mental crises or have you been through traumatic or severe events? Did you suffer from symptoms of anxiety, depression, aggression or hallucinations? Did you experience a strong and uncontrollable desire for certain substances or behaviors?  YES (please tick ③)  NO/ UNKNOWN

### B Medical and therapeutic services

Whom did you contact or were you referred to, because of the mentioned problems above? (Take a look at the table below)

*Explanation of the table:* Column 1 provides different health care services or treatments (medical care and aids and therapeutic measures). Tick the boxes in case you have used one or more of the services for the reasons mentioned above. Please leave the box free in case you have not used the services or in cases where the utilization is unclear or unknown. Column 2 provides in-depth explanations and examples of the services. In column 3 you should tick the reason why you utilized the specific service. Please pick the number **from part A** (① to ③) and assign it to the specific services you have used. In column 4 you should enter the number of contacts/ visits for the services during the last 3 months. Every visit or contact is a count. If you do not remember the visits or days exactly, make a guess as good as possible. Column 5 provides a more detailed description of the service utilization. Please, fill in the required information as good as possible.

Column 1 Medical and therapeutic service	Column 2 Definition of the service	Column 3 Reason	Column 4 Frequency	Column 5 Detailed description of the services used
<input type="checkbox"/> Emergency	Medical practice/ emergency room or A&E unit beyond visiting hours (weekends, holidays); emergency physicians / emergency ambulance / rescue or emergency services	① ② ③	_ _ _	
<input type="checkbox"/> Primary care/ Physician	Doctor's practice or joint practice, medical care center or out-patient medical treatment by general practitioners or specialists within the community, where patients can go to	① ② ③	_ _ _	In particular for refugees? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes → How often?  _ _
<input type="checkbox"/> Psychiatrist/ Psychotherapist	Specialist or therapist who deals with the diagnostics and treatments of psychological, emotional and mental disorders	① ② ③	_ _ _	
<input type="checkbox"/> Hospital	Inpatient (i.e. overnight stays) or day-care (i.e. without overnight stays) treatment in a hospital, clinic, health resort or rehabilitation center or clinic	① ② ③	_ _ _	<input type="checkbox"/> Psychiatry  _ _ _  Days <input type="checkbox"/> Somatic (ENT, internal medicine, surgery)  _ _ _  Days
<input type="checkbox"/> Therapist/ other health care professionals	Healthcare or healing professionals and therapists within a community, where patients can go to (physiotherapy, occupational therapy, physical therapy, massage etc.)	① ② ③	_ _ _	
<input type="checkbox"/> Counselling and support services	Community-based, in-home or phone-/web-based services which provide psycho-social support and living skills like socio-psychiatric service, crisis lines, addiction counselling, psychosocial center for refugees, refugee counselling, etc.	① ② ③	_ _ _	In particular for refugees? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes → How often?  _ _
<input type="checkbox"/> Native cure and healing procedures	Aids or healer known from the culture, religion or home of the refugee, like hakims or spiritual help by religious leaders like mullahs, imams, etc.	① ② ③	_ _ _	<input type="checkbox"/> Native cure by hakims, shamans, etc. <input type="checkbox"/> Spiritual help/ healing rituals by religious leaders <input type="checkbox"/> Others _____
<input type="checkbox"/> Pharmacy (drugs/medication)	Public, community-based or internet-based pharmacies for pharmaceutical supply	① ② ③	_ _ _	
<input type="checkbox"/> Health aids (Devices and appliances)	Health aids, which ensure the participation in every day life/ social life and compensate limitations caused by illness or disability (e.g. prosthesis, wheelchair, crutches, medical insoles, etc.)	① ② ③		Amount Additional payment (€) 1. _____ _ _ _   _ _ _ _  2. _____ _ _ _   _ _ _ _



## MANNHEIMER MODUL RESSOURCENVERBRAUCH (MRV) - GEFLÜCHTETE, ASYLSUCHENDE, MIGRANTEN

Probanden- ID \_\_\_\_\_

Erhebungszeitpunkt: T<sub>0</sub> T<sub>1</sub> T<sub>2</sub> T<sub>3</sub>

Ausfülldatum |\_\_| |\_\_|.|\_\_| |\_\_|.|\_2\_| |\_0\_| |\_\_| |\_\_| (TT.MM.JJJJ)

Zentrums-ID \_\_\_\_\_

Interviewer \_\_\_\_\_

### A Erkrankungen

Bitte geben Sie nachfolgend an, welche Erkrankungen oder Beschwerden **in den letzten 3 Monaten** bei Ihnen aufgetreten sind. Ordnen Sie die aufgetretenen Erkrankungen oder Beschwerden den einzelnen Blöcken von ① bis ③ zu. Mehrfachnennungen sind möglich.

**Bezugszeitraum der Angaben (die dem Erhebungszeitpunkt vorausgehenden 3 Monate)**

Beginn |\_\_| |\_\_|.|\_\_| |\_\_|.|\_2\_| |\_0\_| |\_\_| |\_\_| (TT.MM.JJJJ)

Ende |\_\_| |\_\_|.|\_\_| |\_\_|.|\_2\_| |\_0\_| |\_\_| |\_\_| (TT.MM.JJJJ)

- ① Hatten Sie in den letzten 3 Monaten körperliche Beschwerden oder war Ihnen nicht wohl? Litten Sie beispielsweise an Problemen mit dem Magen oder Darm, an Herz-Kreislaufproblemen, hatten Schmerzen in den Gelenken, Zahnschmerzen, Hautausschlag, Erkältungen, Probleme beim Hören und Sehen oder ähnliches? JA (bitte ① ankreuzen) Nein/ Unbekannt
- ② Hatten Sie in den letzten 3 Monaten Unfälle mit Verletzungen, Verbrennungen, inneren Schäden und Brüchen? Haben Sie sich (unabsichtlich) selbst verletzt? Haben Sie offene Wunden, schmerzende Narben oder tragen Sie Prothesen? JA (bitte ② ankreuzen) Nein/ Unbekannt
- ③ Hatten Sie in den letzten 3 Monaten seelische oder psychische Beschwerden? Durchlitten Sie seelische oder emotionale Krisen oder bewältigten Sie schwere und/ oder einschneidende Erlebnisse? Litten Sie unter Symptomen wie Angst, Niedergeschlagenheit, Aggressivität oder Halluzinationen? Hatten Sie ein starkes und unkontrolliertes Verlangen nach bestimmten Substanzen oder Verhaltensweisen? JA (bitte ③ ankreuzen) Nein/ Unbekannt

### B Medizinische und therapeutische Leistungen

**An wen haben Sie sich wegen der o.g. Probleme gewandt bzw. an wen wurden Sie verwiesen?** (siehe Tabelle)

Für die Inanspruchnahme einer Leistung oder eines Dienstes ist in Spalte 1 ein Antwortkästchen vorgesehen. Haben Sie die entsprechende Leistung/ den Dienst nicht In Anspruch genommen, lassen Sie das Kästchen bitte frei. Sollte die Inanspruchnahme unklar oder unbekannt sein, lassen Sie das Kästchen ebenfalls frei. Erklärungen zur Leistung/ zum Dienst finden Sie in Spalte 2. Geben Sie den Grund der Inanspruchnahme an, indem Sie aus dem Teil A die Nummer der Erkrankungen oder Beschwerden (① bis ③) in Spalte 3 ankreuzen. Geben Sie in Spalte 4 die Anzahl der Kontakte/ Besuche der letzten 3 Monate an. Sollten Sie die genaue Anzahl der Besuche oder Tage nicht mehr erinnern, geben Sie eine Schätzung ab. Spalte 5 dient der genaueren Beschreibung der in Anspruch genommenen Leistung/ Dienste.

medizinische und therapeutische Leistungen	Definition der Leistung	Grund	Häufigkeit	Detaillierte Beschreibung der erhaltenen Leistung(en)
<input type="checkbox"/> Notfälle	Arztpraxis/ Notfallambulanz außerhalb der regulären Öffnungszeiten (Wochenende, Feiertag); Notarzt oder Notfall-/Rettungseinsatz mit Blaulicht	① ② ③	_ _ _	
<input type="checkbox"/> Arzt/ oder Arztpraxis	Einzel-, Gemeinschaftspraxen, medizinische Versorgungszentren, Krankenhausambulanzen von Allgemein- und Fachärzten, die in der Gemeinde liegen und zu denen Patienten gehen	① ② ③	_ _ _	Speziell für Geflüchtete? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → Wie oft?  _ _
<input type="checkbox"/> Psychiater/ Psychotherapeut	Arzt oder Therapeut, der sich speziell mit der Diagnostik und Behandlung psychischer und seelischer Erkrankungen beschäftigt	① ② ③	_ _ _	
<input type="checkbox"/> Krankenhaus	Vollstationäre (d.h. mit Übernachtung) oder teilstationäre (d.h. ohne Übernachtung) Behandlungen in einem Krankenhaus, einer Kur- oder Rehabilitationseinrichtung	① ② ③	_ _ _	<input type="checkbox"/> Psychiatrie  _ _ _ Tage <input type="checkbox"/> Somatisch (HNO, Innere, Chirurgie)  _ _ _ Tage
<input type="checkbox"/> Therapeut/ Heilmittel	Heilkundliche, medizinisch-therapeutische Praxis in der Gemeinde zu denen Patienten gehen (Physio-, Ergo-Sprachtherapien, Krankengymnastik, Massagen, etc.)	① ② ③	_ _ _	
<input type="checkbox"/> Beratungs- und Hilfsdienste	Aufsuchende, Kommende oder Telefon-/ Internetbasierte Leistungen mit praktischen, psycho-sozialen Hilfsangeboten wie Sozialpsychiatrischer Dienst, Telefonseelsorge, Suchtberatung, Psycho-soziale Zentren, Flüchtlingsberatung	① ② ③	_ _ _	Speziell für Geflüchtete? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → Wie oft?  _ _
<input type="checkbox"/> Traditionelle Hilfen und Heilverfahren	Hilfen/ Heiler, die aus der Kultur, Religion oder Heimat des Geflüchteten bekannt sind wie Hakims oder spirituelle Hilfen durch offizielle religiöse Funktionsträger wie Mullahs, Imame	① ② ③	_ _ _	<input type="checkbox"/> Traditionelle Heilung (Hakims, Schamane, usw.) <input type="checkbox"/> Spirituelle Hilfen/ Heilrituale durch religiöse Funktionsträger <input type="checkbox"/> Andere _____
<input type="checkbox"/> Apotheke (Medikamente)	Öffentliche, in der Gemeinde liegende oder internetbasierte Apotheken zur Arzneimittelversorgung	① ② ③	_ _ _	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	Hilfsmittel sollen eine normale Teilnahme am Alltag und am gesellschaftlichen Leben sichern und Krankheits-/ Behinderungsbedingte Einschränkungen kompensieren (z.B. Prothesen, Rollstuhl, Krücken, medizinische Einlagen)	① ② ③		Anzahl 1. _____  _ _  2. _____  _ _  Eigenbeteiligung (€)  _ _ _   _ _ _



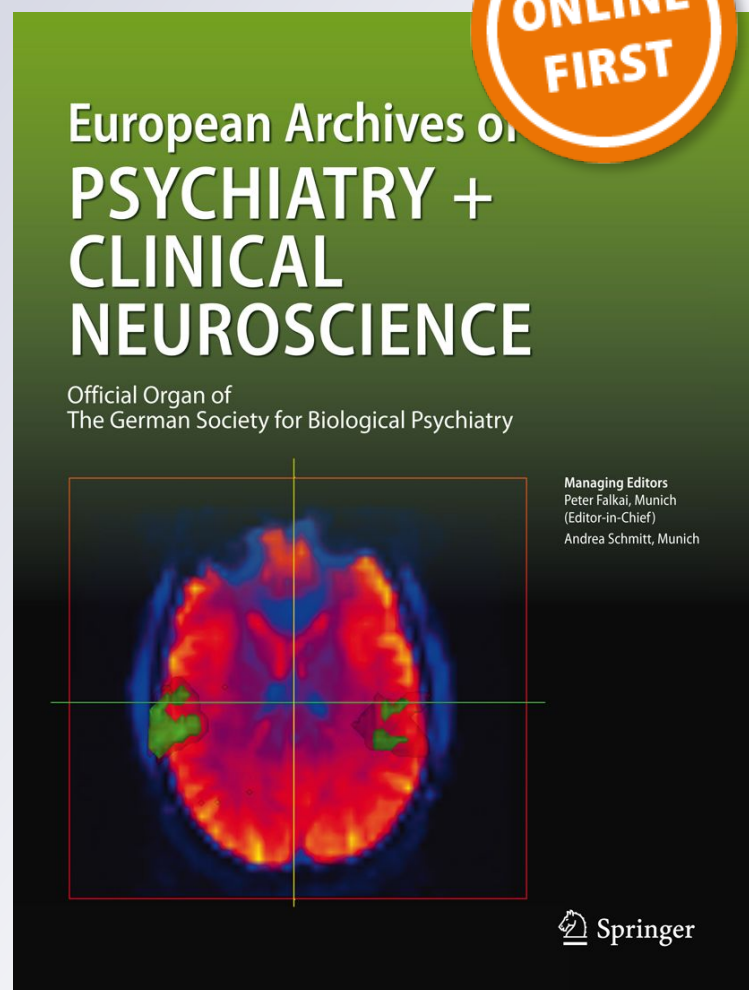
*Mental health in refugees and asylum seekers (MEHIRA): study design and methodology of a prospective multicentre randomized controlled trial investigating the effects of a stepped and collaborative care model*

**Kerem Böge, Carine Karnouk, Eric Hahn, Frank Schneider, Ute Habel, Tobias Banaschewski, et al.**

European Archives of Psychiatry and  
Clinical Neuroscience

ISSN 0940-1334

Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci  
DOI 10.1007/s00406-019-00991-5



**Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at [link.springer.com](http://link.springer.com)".**



# Mental health in refugees and asylum seekers (MEHIRA): study design and methodology of a prospective multicentre randomized controlled trial investigating the effects of a stepped and collaborative care model

Kerem Böge<sup>1</sup> · Carine Karnouk<sup>1</sup> · Eric Hahn<sup>1</sup> · Frank Schneider<sup>2,12</sup> · Ute Habel<sup>2</sup> · Tobias Banaschewski<sup>3</sup> · Andreas Meyer-Lindenberg<sup>3</sup> · Hans Joachim Salize<sup>3</sup> · Inge Kamp-Becker<sup>4</sup> · Frank Padberg<sup>5</sup> · Alkomiet Hasan<sup>5</sup> · Peter Falkai<sup>5</sup> · Michael A. Rapp<sup>6</sup> · Paul L. Plener<sup>7,8</sup> · Thomas Stamm<sup>9,10</sup> · Nehal Elnahrawy<sup>11</sup> · Klaus Lieb<sup>11</sup> · Andreas Heinz<sup>9</sup> · Malek Bajbouj<sup>1</sup>

Received: 28 August 2018 / Accepted: 4 February 2019  
© Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2019

## Abstract

The sudden arrival of culturally diverse asylum seekers and refugees into Germany has created a strong demand for recognizing and appropriately treating those suffering from mental health issues. Due to many systemic, organizational, cultural and socio-linguistic barriers, psychiatric treatment of refugees is posing a major challenge to Germany's mental health care system. Thus, there is a need for alternative models that allow for increased access to adequate, effective and efficient culturally sensitive mental health care services. Here, we describe the Mental Health in Refugees and Asylum Seekers (MEHIRA) project, a multicentre randomized controlled trial investigating a stepped collaborative care model (SCCM) for providing mental health treatment in this vulnerable population. The proposed SCCM aims to decrease the aforementioned barriers. Adult and adolescent participants will be screened for depressive symptoms and matched to appropriate psychological interventions, including group-level interventions (START intervention, Empowerment/Gender-sensitive/Peer to peer), and other innovative, digital treatment approaches (Smartphone application). The therapeutic effect of the SCCM will be compared to TAU (treatment-as-usual). All interventions have been designed to be culturally sensitive, and offered in two different languages: Arabic and Farsi. The outcome of this study may contribute significantly to future clinical and legal guidelines in developing parallel and efficient new structures of treatment. Collected data will inform primary and secondary mental health care providers with recommendations concerning the design and implementation of effective treatment models and programmes. Guidelines and recommendations may also potentially be adopted by other host countries, developing countries and also in humanitarian aid programmes.

**Keywords** Mental health · Refugees · Asylum seekers · Depression · Stepped collaborative care model

## Introduction

Since the summer of 2014, the Federal Office for Migration and Refugees ("Bundesamt für Migration und Flüchtlinge") has announced the arrival of more than one million refugees

in Germany [49], half of which are below the age of 25 [4]. According to German legislation [3], refugees utilize services of statutory health insurance [29]. This poses a challenge for Germany's mental health care system [31], since a significant proportion of refugees have experienced traumatic and stressful events in their home country, during the course of migration, and/or in their first months in a culturally alien host country [48]. Nonetheless, exact and accurate information about prevalence, course and prognosis of mental illness in this heterogeneous population is still lacking [7, 11, 15, 39]. So far, preliminary data [31] indicate that approximately a quarter of all refugees have a mental

---

Kerem Böge and Carine Karnouk are contributed equally.

---

Kerem Böge and Carine Karnouk have a shared first authorship.

---

✉ Malek Bajbouj  
malek.bajbouj@charite.de

Extended author information available on the last page of the article

illness, half of which belong to the spectrum of affective disorders. Furthermore, unaccompanied refugee minors represent an especially vulnerable segment of this population [54]. Preventive efforts, such as timely diagnoses and easily accessible culturally competent mental health care, are, therefore, of utmost importance. Prevention places a strong emphasis on reducing risk factors and promoting overall positive mental well-being [51]. In turn, this may result in a decrease of inpatient suffering, more useful resource allocation, and lower financial burdens to the public health care system. Despite growing efforts to meet the needs of the refugee population, the chances of receiving adequate treatment are still compromised by institutional, cultural and language barriers [2, 6, 38, 39].

Current data point towards multiple barriers in the health-care system for refugees and asylum seekers. These barriers lead to delayed and decreased access to psychosocial care, as well as insufficient information about available treatment options. As a result, refugees have a reduced chance of receiving adequate and effective therapeutic care [22, 44]. In an effort to address these challenges, several evidence-based treatment approaches have been developed and adopted in the treatment of individuals suffering from affective disorders [5, 54]. Therefore, there seems to be a growing need for the development of interventions, which besides being culturally sensitive, can cater to vast numbers and be easily implemented. The proposed model can thus be accessed at low threshold levels, adequately addressing the ongoing struggle in limited resources.

The Stepped Care and Collaborative Model (SCCM) has been investigated in German routine practice, as well as in various humanitarian aid settings. According to a study conducted in Germany by Härter et al. [19], the Stepped Care and Collaborative Model has yielded promising results by revealing the effectiveness of its framework in routine care practice for the treatment of individuals suffering from depression. Participants who were assigned to the SCCM experienced a significant reduction in depressive symptoms, as well as an increase in response rates in comparison with those in the TAU (treatment as usual) condition [19]. Similarly, other comparable care models have been investigated and implemented in development aid [5], which are directed towards supplying participative, culturally sensitive and needs-based psychological treatment options to adult and adolescent refugees [2, 33].

To address these challenges, there has been a growing interest in training clinical professionals on becoming more in tune with and understanding specific cultural beliefs, sociocultural expectations, norms and preferences of working with certain cultural groups. This eagerness for cultural sensitivity has grown out of an interest in offering the most effective and efficient care possible to this vulnerable population [17]. The process of becoming culturally competent

places a focus on integrating cultural awareness, knowledge, skills encounters and desire [9]. According to a meta-analysis conducted by [17], across 76 studies, a moderately strong benefit of culturally adapted treatment interventions has been found, in comparison with traditional mental health treatment programmes. The results indicate that treatments which were targeted for a specific cultural group were four times more effective than interventions provided to groups consisting of clients from diverse cultural backgrounds [17]. Furthermore, results also showed that interventions conducted in the clients' native language were twice as effective as interventions conducted in English.

There is a dearth of data concerning the development, use, and effectiveness of stepped care and collaborative models for asylum seekers and refugees, particularly in Germany. This is the starting point of the Mental Health in Refugees and Asylum Seekers (MEHIRA) project, a study which investigates the acceptance and clinical as well as cost-effectiveness of a stepped and collaborative care model for adolescent and adult refugees with depressive symptoms and affective disorders. The overarching objective of MEHIRA is to compare the SCCM to the already existing routine care practices within the German mental health care system. Thus, the primary hypothesis investigates the effectiveness of the Stepped Care and Collaborative Model in comparison with treatment as usual (TAU), measured through the PHQ-9 depression score in participants' receiving SCCM versus TAU. Furthermore, our secondary hypothesis explores the superiority of broader effectiveness parameters, such as response and remission rates measured by the MRV between the SCCM and TAU condition. It also examines the models' efficiency, regarding cost-utility and cost-effectiveness (MRV) compared to routine care practices. The third hypothesis aims to understand the effects of the SCCM on adolescent asylum seekers and refugees' levels of distress concerning their traumatic experiences in comparison with participants in the TAU condition. The final hypothesis investigates the lower threshold interventions that have been developed and used for this research project. Interventions include START for adolescents, a peer-to-peer group, a gender-sensitive group, an empowerment group and a smartphone-based stress management application. The aforementioned interventions will be evaluated for their acceptance and perceived effectiveness among the intended target group.

## Study design and methods

### Design

The current study is a multicentre trial involving six German university hospitals in Berlin, Aachen, Marburg, Mannheim,

Munich, and Ulm. The study will be conducted in a randomized, rater-blinded setting. Refugees with depressive syndromes or affective disorders will be cluster randomized in one of the following two treatment arms: (1) stepped and collaborative care model (SCCM); (2) active control condition (treatment-as-usual - TAU). The course of the study is illustrated in Fig. 1. In the recruitment phase, refugees will be screened for clinically relevant affective symptoms (screening process) through regionally heterogeneous allocation paths (general practitioners, gynaecologists, consultations in refugee facilities, central clearing clinics, residential care settings, etc.). Refugees living in facilities that are assigned to the control group will stay in the regular treatment within the healthcare system and will not receive any instructions concerning their further treatment path. The concept consists of (a) a systematic, integrative approach, which links involved stakeholders of migrant care (collaborative care) and (b) a stepped care model offering adequate evidence-based care while being less treatment intensive (stepped care).

The study will be conducted in accordance with the latest version of the Declaration of Helsinki and has been approved by the Ethical Committee of Charité—Universitätsmedizin Berlin. Additionally, local ethics committees at Munich, Mannheim, Aachen, Marburg and Ulm have also approved the study protocol. The study was registered in Clinical-Trials.gov (registration number: NCT03109028; registration date 11.04.2017).

**Procedure and participants**

The screening is designed sequentially, meaning that according to the degree of symptom severity, first the Refugee Health Screener (RHS-15, [21]) and then the depression scale from the Patient Health Questionnaire (PHQ-9 [27]; PHQ-A [23]) will be administered. If a score is  $\geq 12$  for the items 1–14 or  $\geq 5$  for item 15 in the RHS, participation will be possible. Furthermore, participants need to score “several days” or higher on the PHQ-9 on at least five questions or more. Adolescent participants (aged 14–21) will be screened

with the RHS-15 and further using an adapted version of the PHQ-9 [27] and the PHQ-A [23]. Additionally, the Child and Adolescent Trauma Screening (CATS) instrument will be used for the assessment of posttraumatic stress symptoms in minors.

Inclusion criteria are (a) status of an asylum seeker or refugee as defined according to the UNHCR as individuals who have been forced to flee their home country because of war, violence and persecution (refugee) or as individuals who flee their own country in search for sanctuary in another country and apply for a recognized refugee status there to receive medical and legal assistance (asylum seeker). Further defined criteria are (b) ages between 14 and 21 years for adolescents and 18–65 years for adults, (c) Arabic/Farsi native speakers and/or fluent either English/German, and (d) relevant depressive symptoms and psychological distress at screening (T-1) through RHS-15 and PHQ-9 according to the above-mentioned criteria. Exclusion criteria are defined as participants (a) diagnosed with psychotic disorders or degenerative disorders; (b) missing informed consent; (c) current risk of suicidality based on the assessment of the investigator or a score of four or more on MADRS item 10.

The screening takes place within 4 weeks–1 day prior to randomization (visit 1 = T0). Potential participants fulfilling inclusion and exclusion criteria will be given complete information describing the study protocol, risks, requirements and their role in the trial. Participants will also be encouraged to ask any questions that remain unclear. Those willing to participate are required to read and sign the informed consent for participation before any trial-related procedures are performed. After the screening process, participants’ symptomatology will be assessed using instruments for depressive, socioeconomic, trauma and subjective well-being associated information (for details: see Table 1). As a next step, after completion of the baseline assessment, participants will be randomized to one of the two study groups (SCCM or TAU). Randomization will be employed to avoid bias in the assignment of participants to groups and increase the likelihood that participants’ gender is balanced across study groups. Concerning the various interventions at level 2 for adults, availability of the intervention at the study site, as well as preference of the participants will determine which intervention the participant will receive. All interventions last 90 days, covering the timeframe baseline and post-intervention assessments. If depressive symptoms measured by the PHQ-9 or PHQ-A are not below the defined symptom severity, participants will either be up- or downgraded to the next level for another intervention period corresponding to the severity of their current symptoms. In these cases, post-intervention assessment serves as a second baseline assessment. Figures 2 and 3 illustrate the intervention pyramid

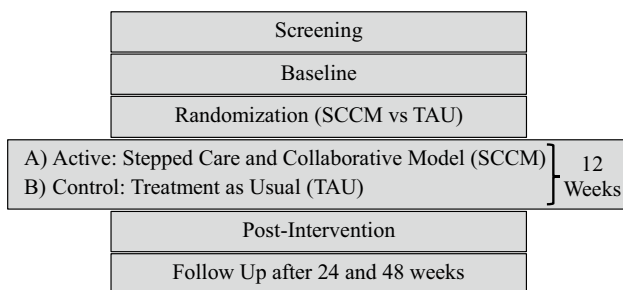


Fig. 1 Study flow model of MEHIRA



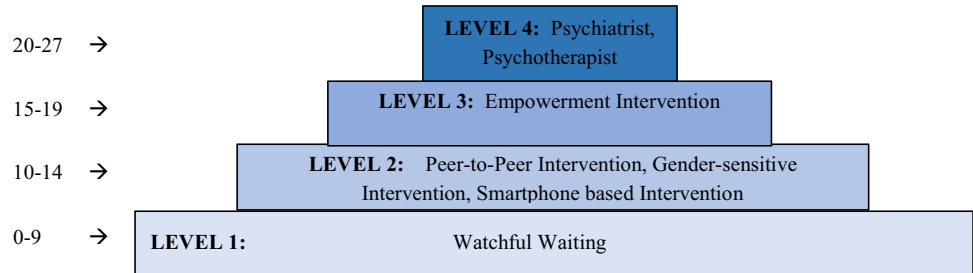
**Table 1** Time and event schedule

Time point	Screening	Baseline (T0)	Post-intervention (T1)	Follow-up 1 (T3)	Follow-up 2 (T3)
Week	- 4 to 0	0	12	24	48
MRV Additional Questionnaire Screening <sup>a</sup>	X				
Refugee Health Screener (RHS-15)	X	X	X	X	X
Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	X	X	X	X	X
Patient Health Questionnaire-Adapted (PHQ-A) <sup>a</sup>	X	X	X	X	X
Demographics/Migration Questionnaires		X			
Montgomery-Åsberg Depression Scale (MÅDRS)		X	X	X	X
M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview		X			
M.I.N.I. KID International Neuropsychiatric Interview <sup>a</sup>		X			
Mannheimer Modul Ressourcenverbrauch (MRV)		X	X	X	X
Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)		X			
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)		X	X	X	
Brief Resilience Scale (BRS)		X	X	X	X
General Self-Efficacy Scale (GSE)		X	X	X	X
World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)		X	X	X	X
Cultural Differences Subscale		X	X		
Credibility/Expectancy Questionnaire		X	X		
Child and Adolescent Trauma Screening (CATS) <sup>a</sup>		X	X	X	X

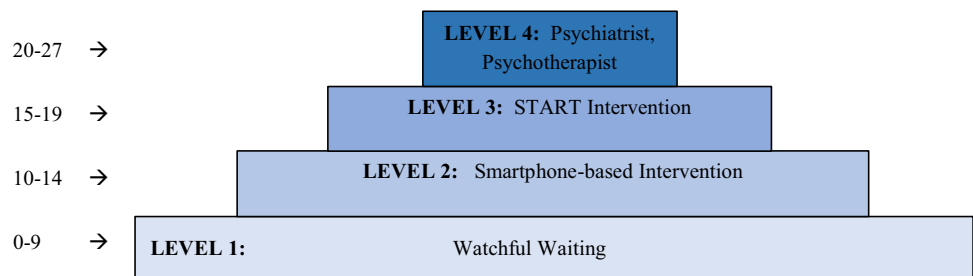
<sup>a</sup>Adolescents only

**Fig. 2** Intervention and therapy pyramid of the Stepped Care and Collaborative Model (SCCM) for adults

**PHQ-9 score:**



**Fig. 3** Intervention and therapy pyramid of the Stepped Care and Collaborative Model (SCCM) for adolescents



of the Stepped Care and Collaborative Model (SCCM) for adults and adolescents as well as the distribution of levels based on the depressive symptom severity measured by the PHQ-9.

**Interventions**

The SCCM consists of the following five novel sub-interventions specifically developed for the MEHIRA project aiming to address the specific particularities and features of the middle-eastern refugee cultural community. In the

current literature surrounding the development of culturally adapted psychological interventions, there appear to be different methodological approaches grounded in the clinical and research guidelines [32]. The proposed interventions were developed by use of the following methodological procedures, strategies and steps: (1) development of draft intervention—an initial script was conceptualized by clinicians and researchers who have a particular, long-term career in intercultural settings with a focus on refugees from middle-eastern countries. (2) Translation—each intervention was independently translated by professional translators with a background in psychology. (3) Review, adaption and refinement—translations were then reviewed by multiple Arabic-speakers and refugee community members to initiate a participatory and collaborative exchange about content and culturally relevant use of language. (4) Intervention development—as a last effort, the intervention was piloted on some community members and readapted through a feedback loop for final adjustments.

### Peer-to-peer group interventions (1)

The basic idea behind this intervention developed at Charité (CCM) in Berlin is to train selected individuals from the refugee community (peers) in offering psychosocial support in the form of a group. The group manual was designed to allow participants to feel safe and accepted, to strengthen their resources, develop an understanding of their needs, and acquire coping skills [37]. The target population is adult participants who prefer a care provider with a similar cultural background, and experience mild to moderate depressive symptoms. The group facilitators should be refugees with a background in teaching or medicine and with sufficient German/English skills. Training and supervision of the peer trainers will extend over 3 months before the intervention and after each second session during the peer-to-peer meetings. The content of the manual includes relaxation techniques, vulnerability and resilience factors, chances for enhancing integration and content about strategies for conflict resolution. The main focus of the intervention is put on sharing experiences of trans-/intercultural issues and coping strategies without hierarchical “teaching” of professional therapists that lack own experiences of being strange in a new country. The intervention will be group based, extending over 3 months, with a group size of six to ten participants, supervised by two peer trainers, one session a week—each for 90 min.

### Smartphone application (2)

The smartphone application was developed at the Charité (CBF) in Berlin and aims at helping migrants and refugees better understand the underlying mechanisms of their stress.

It also arms them with appropriate tools to cope with their struggles and psychological distress. The app “Balsam” is available in four languages (Arabic, Farsi, English and German) and is based on a visualized story-telling approach. 80+ videos and images were drawn by a Syrian illustrator to create a sense of familiarity and resemblance to the specific cultural group in the study population. The visuals also aim to combat the high prevalence of illiteracy present in this cohort. Furthermore, the content encompasses important dimensions from the literature on Arabs and refugees covering issues, such as stigma, symptom manifestation (e.g. somatization), cultural belonging, acculturation and explanatory models of mental illness cross-culturally. Balsam consists of 15 modules, covering a wide range of topics such as disease models, the biopsychosocial model, stress, sleep, culture, mindfulness, and relaxation techniques.

### Gender-sensitive intervention (3)

The gender-sensitive intervention developed in Aachen aims to support vulnerable adult women and attempts to address their cultural needs [18, 26, 28]. Knowledge and clinical guidelines from current research on gender roles within middle-eastern cultures were employed in the delivery of the intervention and to inform some specific content. Following suggestions in the literature, a women’s only group was designed to create a safe environment in which woman can discuss their distress. Similarly, to the peer-to-peer intervention, psychosocial counsellors from the refugee community are recruited. The peers are then trained and supervised on gender-specific topics. The intervention places a focus on psychoeducation related to women-specific topics in detail including gender differences in symptoms and prevalence of mental illness. The manual explores secondary trauma, as well as the physical, mental and psychosocial effects of trauma and violence on women. It also includes information on gender-related risks and protective factors, a focus on the solution of interpersonal problems, the establishment of social support, stress and emotional self-regulation, and self-efficacy. The intervention is offered in the form of a group, extending over a time frame of 3 months, with a group size of six to ten participants, supervised by two psychosocial counsellors, two sessions a week—each for 90 min. Interventions of step 3 are contained.

### Empowerment group intervention (4)

This group psychotherapy intervention was developed to empower participants with the knowledge and resources to cope with psychological stressors and depressive symptoms at the Department of Psychiatry and Psychotherapy at LMU Munich. The empowerment manual includes sixteen culturally sensitive modules covering topics, such as trauma and

loss, stress and grief, vulnerability and resilience, prioritizing safety. The manual also includes various cognitive and behavioural techniques, such as emergency strategies, self-efficacy and self-value focused strategies, problem-solving techniques, activity building and securing of social support and integration. The groups will be gender homogenous to ensure a feeling of comfort and safety among the participants. Psychologists and/or psychiatrists in therapeutic training will provide the group therapy sessions over a period of 12 weeks supported by Arab or Farsi speaking interpreters. Continuous supervision will be offered during the intervention period. The empowerment group sessions take place twice a week for the first 4 weeks and once a week for further 8 weeks with each session lasting 90 min. The group size will be between 6 and 10 participants.

### START adolescent group intervention (5)

This intervention targets adolescents up to the age of 21 with moderate depression. The intervention is adapted from the START-Manual, which is a standardized brief therapeutic programme [14], focusing on stabilization, crisis management and recovery of self-regulation that build upon the basics of dialectical-behavioural therapy. The intervention was developed particularly for displaced refugee minors with a special focus on the element of mindfulness [14]. In practice, repeated evaluations through ‘tension-questionnaire’ and skills-accumulations will be completed. The intervention is offered in the form of five group sessions with a group size of four to eight participants including the following topics: stress regulation, emotional stabilization, strengthening of resilience, mindfulness and relaxation (“winding down”). Psychologists, licensed child and adolescent psychotherapist and/or social worker, will offer the intervention, an interpreter is not necessary as instructions and information’s are presented by audio (mp3 player) and photo material in different languages to allow for multi-lingual groups.

### Psychiatrist/psychotherapist (6)

This intervention targets individuals who score the highest on the PHQ-9 and thus suffer from the most severe and distressing symptoms. Participants who fall into this category receive direct treatment from an expert clinician. The expert interventions vary in their treatment options and procedures.

### Control intervention (treatment as usual—TAU)

In the control condition, participants will receive the available routine care. Doctors and/or therapists examine the participants at several time points (defined below). There are no stipulations concerning the facility, the treating person or form of treatment (“treatment as usual”).

## Assessments

All study procedures and their chronological order are listed in Table 1. The following two instruments will be used as screening measures at each of five time points:

RHS-15 participants will be interviewed with the Refugee Health Screener (RHS-15 [21]) across all time points. The RHS-15 is used for refugees and screens for distressing symptoms of anxiety and depression, including PTSD [21]. It consists of 14 items with each symptom being rated on a scale from ‘0’ (Not at all) to ‘4’ (Extremely). Item 15 represents a ‘distress thermometer’ where participants can rank the distress they felt within the last week from ‘0’ (No distress) to ‘10’ (Extreme distress). A discriminant validity for the first 14 items can be reported as well as a high internal consistency with Cronbach’s alpha for the RHS-15 being 0.92 [21]. PHQ-9, the self-rated Patient Health Questionnaire (PHQ-9 [27]) in Arabic and Farsi languages, will be administered across all time points to assess the presence and severity of depressive symptoms. The PHQ-9 is a nine-question instrument and part of the Patient Health Questionnaire (PHQ). Responses for each of the nine items range from ‘0’ (Not at all) to ‘3’ (Nearly every day). The validity for the PHQ-9 is strong, which makes it a useful and fast instrument for the diagnosis of depression [53]. Adolescents will complete the PHQ-A, the adapted version for adolescents of the PHQ-9 [23]. MADRS, the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS [35]), is a clinical interview to measure depression severity and particularly sensitive to treatment effects [35]. It consists of ten items: (1) Apparent sadness, (2) Reported sadness, (3) Inner tension, (4) Reduced sleep, (5) Reduced appetite, (6) Concentration difficulties, (7) Lassitude, (8) Inability to feel, (9) Pessimistic thoughts, and (10) Suicidal thoughts. Considering the acceptable inter-rater reliability and concurrent validity, the MADRS serves well as a useful and easy to handle instrument [16]. HTQ, the Harvard Trauma Questionnaire [34], is the most widely used self-rated screening measure for post-traumatic stress disorder (PTSD) in the refugee and post-conflict field. It is a standardized cross-cultural instrument for acquiring information regarding the traumatic events and assessing PTSD symptoms according to the DSM-IV [42]. The self-reported scale consists of two parts: in the first, the participants are asked to indicate whether they have experienced any of the following presented 41 (traumatic) events, and if they did, whether they experienced head injuries during these events. Second, a 4-point Likert scale ranging from 1 (Not at all) to 4 (Extremely), asking the participants to rate the impact of several listed PTSD symptoms during the last week. In the appendix of the HTQ, the history of possible torture experiences of the participant is assessed. CATS, the Child and Adolescent Trauma Screening, is a self-rating instrument, specifically screening for posttraumatic stress

symptoms (PTSS) in children and adolescents based on DSM-5 criteria [37]. Based on 20 items, participants indicate on a four-point symptom response scale the frequency and severity of each symptom in regards to four symptom clusters based on DSM-5 criteria (re-experiencing, avoidance, negative alterations in mood, cognition and hyperarousal). For respondents aged between 7 and 17 years, a total symptom score is calculated by summing up the raw scores of items 1–20 with a possible range from 0 to 60. A cut-off score of 21 or higher is used as an indication of a clinically relevant level of symptoms. The CATS displays internal consistency with an alpha coefficient of 0.87 [48]. BRS, the Brief Resilience Scale, is a self-rated questionnaire to assess the ability to bounce back or recover from stress [46]. It consists of six items with responses varying from 1 ('strongly disagree') to 5 ('strongly agree'), giving a total answer range of 6–30, with a higher score pointing towards higher resilience. GSE, the self-rated Generalized Self-Efficacy Scale [40], assesses participants' self-efficacy. The GSE was created to assess a general sense of perceived self-efficacy with the primary aim to predict the coping with daily hassles as well as adaption after experiencing a variety of stressful life events. It consists out of ten items while responses are made on a 4-point Likert scale. Summed up responses of all items are composited within a range of 10–40 to assess the degree of self-efficacy, with a higher score pointing towards more self-efficacy. The GSE is unidimensional and has a high Cronbach's alpha ranging from 0.76 to 0.9 measured by 23 nation samples. WHOQOL-BREF, the World Health Questionnaire Quality of Life—BREF questionnaire [45, 52], is a shorter version of the original WHOQOL-100 instrument and is generally used in larger research studies or clinical trials, especially in multicentre collaborative studies. The WHOQOL-BREF comprises of 26 items measuring the following four domains: physical health, psychological health, social relationships, and environment. Participants answer all items on a five-point Likert scale with answering possibilities ranging from '1' (very dissatisfied) to '5' (very satisfied). The WHOQOL-BREF displays a high Cronbach's alpha (> 0.7) across domains and further shows good validity measures [45]. MINI: The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. [1]) is a short structured clinical interview used to screen for and assess psychiatric disorders according to the DSM-IV and ICD-10 [41]. The interview is administrated by licensed psychiatric staff, takes approximately 15 min and was especially designed for epidemiological studies and multicentre clinical trials. Participants answer to several questions by stating 'yes' or 'no' within 16 modules incorporating all psychiatric disorders. Despite the shortness, the MINI performs equally well compared to more extensive interviews in exploring a large number of diagnoses [30]. SDQ, the self-rated Strength and Difficulties Questionnaire

[16] is a 25-item brief behavioural screening questionnaire consisting of five subscales which assess emotional symptoms, conduct problems, hyperactivity/inattention, peer relationship problems and prosocial behaviour. Some items are slightly different in the adolescents' and in the adults' version, as for example the item "I am kind to younger children", which corresponds to the question "I am kind to children" in the adult version. The items are scored on a three-point Likert scale, ranging from "not true", over "somewhat true" to "certainly true". The five subscales display an acceptable reliability as well as a good validity for the self-reported adolescents' version of the SDQ [36]. ACDS: the Acceptance of Cultural Differences Subscale was extracted from the larger Cultural Competence Inventory, which was developed to measure attitudes and perceptions towards mental health care providers [10]. It was designed to ensure the proper acknowledgement of the participants' cultural background and consists of eight items, with questions such as "If I need it, there are translators or interpreters easily available to assist me and/ or my family". Answers can be given on a six-point Likert scale, ranging from 1 "Strongly agree" to 5 "Strongly disagree". The entire CCI questionnaire has a Cronbach's alpha of overall scale is 0.91 [10]. CEQ, the self-rated Credibility/Expectancy Questionnaire, is an assessment tool used to measure clients' treatment expectancy and credibility concerning their treatment outcome [13]. Some of its items include questions, such as "How logical does the therapy offered to you seem?" are rated on a nine-point Likert scale, with 1 indicating "not at all logical" and 9 indicating "very logical". The CEQ has been reported to have a high internal consistency and test-retest reliability with a Cronbach's alpha ranging from 0.85 to 0.85 for the entire scale [13]. MRV, the Mannheimer Modul Ressourcenverbrauch is a tool for collecting data on the individual general health or mental health service use including pharmacological drug intake of respondents over a period of the past 3 months, such as visits of psychiatrists or the length of hospital treatments [41]. For health economy analyses, individual service utilization patterns will be transformed into health care costs by assigning the respective unit cost to each service visit or health care measure.

### Primary and secondary endpoints

The primary outcomes comprise of a significant reduction in depressive symptoms (PHQ-9 or PHQ-A) over the course from baseline to post-intervention for the SCCM group compared to the TAU group. The secondary endpoints include (a) an increase in effectiveness concerning response, remission and quality of life as well as efficiency in terms of cost-effectiveness (MRV) from baselines to post-intervention for the SCCM group compared to the TAU condition. Further secondary endpoints include (b) a significant reduction in

emotional stress experienced by traumatic events (CATS) in adolescent refugees from baseline to post-intervention in SCCM participants compared to participants in the TAU condition. The last secondary endpoint id comprises of (c) SCCM interventions being experienced as acceptable and effective by the study population.

### Sample size calculation

An expected baseline of 15 on the PHQ-9 scale and an assumed difference of 2.5 points after 12 months, with a standard deviation of five points, a significance level of 0.05 and a power of 0.80 in the classic RCT design with a 2 (control group vs. intervention group)  $\times$  4 (times of measurement) matrix, renders a sample size of 138 persons per group necessary. We further adjusted for severity stratification by assuming half of the effect size in half of the sample (the two less severe strata), yielding a sample size of 338 persons per group. We thus adjusted for a design effect  $N = 138/2 + 338/2$ , yielding an overall sample size of 238 per group and a total sample size of 476. At an estimated drop-out rate of 50 percent, 952 participants need to be recruited accordingly.

### Randomization and blinding

Randomization will be performed in a 1:1 scheme with fixed block size, according to a computer-generated electronic case report file from an independent coordinating centre for clinical trials (Koordinierungszentrum Klinische Studien, KKS). At each study site, independent raters will assess outcome parameters using self-rating questionnaires and rater-based instruments. It is intended that independent raters will be blind to treatment condition and will have no contact with participants during the 12-week intervention phase.

### Data and safety monitoring

The collection and processing of personal data from participants included in this study will be limited to those data that are necessary to investigate the efficacy, safety, quality, and utility of the study. These data must be collected and processed with adequate precautions to ensure confidentiality and compliance with applicable data privacy protection laws and regulation. The data management takes place through the Koordinierungsstelle Klinische Studien (KKS) of the Charité—Universitätsmedizin Berlin. Data collection and data management are conducted using an electronic case report file (eCRF) based on the study software SecuTrial® which are provided by the KKS. All staff involved in data management (study doctors, study nurses, monitors etc.) will be supplied with individualized access by the KKS of the Charité. All persons with a data input authorization

for eCRF receive a structured training prior to the first data entry. The eCRF software contains an authentication procedure, an individual role management as well as safe and encoded connections. Data are stored on a secure data server of the KKS of the Charité. By the occurrence of either an increased risk of suicide as assessed by MADRS item 10 at each measurement point (a score of four or more on MADRS item ten would fulfil one of the study's exclusion criteria), serious adverse events, or according to the assumption of the investigator, it might be the best interest of the patient to stop treatment, e.g. due to adverse event, and the patient will be withdrawn from the study.

### Statistical methods

The main analysis consists of an intention-to-treat (ITT) analysis for the change in PHQ-9 to baseline at 12 weeks. This can be done by an analysis of covariance (ANOVA) and/or by a linear mixed effect model using random effects for centres and baseline as a fixed effect. In the final analysis, a multiple comparison is planned which will be performed hierarchically (change over 12 weeks, change over 24 weeks, change over 48 weeks). All statistical analyses will be repeated on the per-protocol sample as sensitivity analysis at an exploratory significance level of  $p > .05$ . Secondary outcomes are restricted to measurements at weeks 12, 24, and 48. Imputation will be used to replace the missing values from participants. This allows applying logistic regression (using study sites as random effect and baseline PHQ-9 as fixed effect) to analyze response rate as well as remission rate.

### Discussion

This study protocol describes the first multicentre randomized controlled trial investigating a stepped care collaborative model for the treatment of refugees and asylum seekers with depressive symptoms in Germany. As a result of multiple systemic and organizational barriers in availability and delivery of treatment options, most refugees have no access to adequate, effective and efficient mental health care services [2, 6, 8, 39]. Therefore, there is an ongoing public interest in developing alternative solutions for the management and readjustment of current mental health care systems, which can provide the entire population with the greatest possible mental health benefits [8]. The principal aim of the proposed stepped care model is to match participants with different severities of depressive symptoms with suitable and resource-saving interventions [8]. This model allows room for the development and use of several low-threshold treatment interventions, such as manual-based therapies, group-level interventions and other more

innovative, digital treatment approaches [8]. These stepped interventions can eventually cater to a vast number of the refugee populations through a more accurate use and allocation of available resources [8, 43]. Thus, the outcome of this study might contribute significantly to future legal and clinical guidelines, as well as the implementation of innovative, culturally sensitive and evidence-based treatment programmes in mental health care for this vulnerable population [43]. The collected data will inform primary and secondary mental health care providers with recommendations regarding the future design and implementation of effective treatment models and programmes [43].

A strength of this study lies within the aforementioned innovative and specialized treatment plans, which can represent valuable possibilities for expansion within the German mental health care system for refugees and asylum seekers, as opposed to the routine treatment care provided [50]. This potential expansion is not only limited to the German mental health care system, but may also serve as a blueprint for other host countries that are experiencing similar challenges and gaps in services. It may also be adopted by developing countries with scarce resources and in humanitarian aid programmes. The SCCM has already proven successful in various developmental aid and humanitarian aid settings [6]. Furthermore, the model can be adjusted and applied for the treatment of various other disorders. Nevertheless, despite its effectiveness and possible scalability, the adaptation of the SCCM within routine care practices would require a shift and reallocation of resources within the social and political structures of the already existing mental health care system. Moreover, there seems to be a dearth of data on the topic of cost-effectiveness surrounding the application of the SCCM in comparison with TAU. According to a meta-analysis [20], some studies demonstrated the affordability of the SCCM, while others have revealed no significant differences in cost-effectiveness. For this reason, the MEHIRA randomized clinical trial may determine more accurate information about the cost-effectiveness of this specific SCCM in comparison with TAU. This may also assist in developing a standard structure of SCCM that is feasible and affordable.

The MEHIRA project also addresses several social, cultural and linguistic barriers in Germany's mental health care system [2, 6, 8, 25, 39). For starters, the use of a mixture of linguistically-adapted questionnaires, alongside several valid, reliable and standardized assessment tools on the most part for diagnosis and professional decision-making may result in a more accurate recognition of cross-cultural diagnoses, prevent under/misdiagnosis and improve time-efficiency in the preliminary intervention-matching process [8]. Furthermore, all interventions are offered in the native tongue of the participants [25]. In summary, the stepped care interventions include novel and innovative culturally sensitive content, materials, and techniques that range from

contact with experts to a self-help internet-based smartphone application that can be accessed at all times [43]. These interventions can also be adapted and reused in other forms of mental health care support.

Members from the refugees' cultural community are also involved in developing content in some interventions, allowing for a collaborative and participatory approach to ensue [8]. This may result in increased cultural competence within the proposed Stepped Care and Collaborative Model (SCCM) compared to routine German mental health care [8, 24]. Participants' acceptance of the SCCM model and treatment adherence may be strengthened by providing options to choose their preferred intervention within the framework, thus increasing the chance of adequate access to and use of mental health care services to a greater number of the population in need of treatment [8].

A further consideration is the acceptability of the SCCM among clinicians and professionals, which may act as a potential barrier and risk in initial recruitment and the ongoing management of cases [8]. The SCCM unquestionably changes the work flow and method of clinicians and thus somehow alters the foundation of the already existing structure [8, 19]. There is also the possibility of variation in clinicians' rating of the symptom severity in the interview component in the battery of assessments [47]. Although this may appear to be a limitation of the study, it also reflects the reality of the existing variations within the provision of mental health care services across different study sites according to their available resources.

**Acknowledgements** The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship or publication of this article.

**Funding** The MEHIRA study is funded by the Innovationsfond, Ministry of Health (01VSF16061).

## Compliance with ethical standards

**Conflict of interest** The author declares that they have no conflict of interest.

## References

1. Ackenheil M, Stotz G, Dietz-Bauer R, Vossen A (1999) Mini international neuropsychiatric interview. German version 5.0.0. Psychiatrische Universitätsklinik München, Munich
2. Adorjan K, Kluge U, Heinz A, Stamm T, Odenwald M, Dohrmann K et al (2017) Versorgungsmodelle für traumatisierte Flüchtlinge in Deutschland. *Der Nervenarzt* 88(9):989–994
3. Asylbewerberleistungsgesetz § 2 (2017) [https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/\\_2.html](https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/_2.html) Accessed 25 Apr 2018.
4. BAMF (2018) BAMF—Bundesamt für Migration und Flüchtlinge—Asylzahlen. <http://www.bamf.de/DE/Infothek/Statistiken/Asylzahlen/asylzahlen-node.html>. Accessed 10 Apr 2018

5. Bajbouj M (2015) Mental health in refugees in Germany. *Neuropsychotherapist* 21:6–9. <http://www.neuropsychotherapist.com/mental-health-in-refugees-in-germany/>. Accessed 10 Apr 2018
6. Bajbouj M, Alabdullah J, Ahmad S, Schidem S, Zellmann H, Schneider F, Heuser I (2018) Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland. *Der Nervenarzt* 89(1):1–7. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0326-y>
7. Bogic M, Njoku A, Priebe S (2015) Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights* 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>CATS Questionnaire. (2017). Ulmer-onlineklinik.de. <https://ulmer-onlinieklinik.de/course/view.php?id=1701>. Accessed 16 Apr 2018
8. Bower P, Gilbody S (2005) Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency: narrative literature review. *Br J Psychiatry* 186(1):11–17
9. Campinha-Bacote J (2002) The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *J Transcult Nurs*. 13(3):181–184
10. Cornelius LJ, Booker NC, Arthur TE, Reeves I, Morgan O (2004) The validity and reliability testing of a consumer base cultural competency inventory. *Res Soc Work Pract* 14(3):201–209
11. Dapunt J, Kluge U, Heinz A (2017) Risk of psychosis in refugees: a literature review. *Transl Psychiatry* 7(6):e1149
12. Davidson J, Turnbull C, Strickland R, Miller R, Graves K (1986) The Montgomery-Åsberg Depression Scale: reliability and validity. *Acta Psychiatr Scand* 73(5):544–548. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1986.tb02723>
13. Devilly G, Borkovec T (2000) Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 31(2):73–86
14. Dixius A, Stevens A, Moehler E (2017) A pilot evaluation study of an intercultural treatment program for stabilization and arousal modulation for intensely stressed children and adolescents and minor refugees, called START (Stress-Traumasymp-toms-Arousal-Regulation-Treatment). *ARC J Psychiatry* 2(2):7–14
15. Giacco D, Laxhman N, Priebe S (2017) Prevalence of risk factors for mental disorders in refugees. *Semin Cell Dev Biol* 77:144–152. <https://doi.org/10.1016/j.semcdb.2017.11.030>
16. Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 38(5):581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
17. Griner D, Smith T (2006) Culturally adapted mental health intervention: a meta-analytic review. *Psychother Theory, Res Pract Train* 43:531–548
18. Hammoud M, White B, Fetters M (2005) Opening cultural doors: providing culturally sensitive healthcare to Arab American and Muslim Patients. *Am J Obstet Gynecol* 193:1307–1311
19. Härter M, Watzke B, Daubmann A, Wegscheider K, König H, Brettschneider C, Liebherz S, Heddaeus D, Steinmann M (2018) Guideline-based stepped and collaborative care for patients with depression in a cluster-randomised trial. *Sci Rep* 8:9389
20. Ho FY-Y, Yeung W-F, Ng TH-Y, Chan CS (2016) The efficacy and cost-effectiveness of stepped care prevention and treatment for depressive and/or anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* 6:29281. <https://doi.org/10.1038/srep29281>
21. Hollifield M, Verbillis-Kolp S, Farmer B, Toolson E, Woldchaimanot T, Yamazaki J et al (2013) The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *Gen Hosp Psychiatry* 35(2):202–209. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.12.002>
22. Jefee-Bahloul H, Bajbouj M, Alabdullah J, Hassan G, Barkil-Oteo A (2016) Mental health in Europe's Syrian refugee crisis. *Lancet Psychiatry* 3(4):315–317. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)00014-6](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)00014-6)
23. Johnson J, Harris E, Spitzer R, Williams J (2002) The patient health questionnaire for adolescents: validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *J Adolesc Health* 30(3):196–204
24. Kirmayer LJ (2012) Rethinking cultural competence. *Transcult Psychiatry* 49(2):149–164. <https://doi.org/10.1177/1363461512444673>
25. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, Hassan G, Rousseau C, Pottie K, Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH) (2011) Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ* 183(12):E959–E967. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>
26. Krenawi A, Graham J (2000) Culturally sensitive social work practice with Arab clients in mental health settings. *Health Soc Work* 25(1):9–22
27. Kroenke K, Spitzer R, Williams J (2001) The PHQ-9. *J General Internal Med* 16(9):606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
28. Lawrence P, Rozmus C (2001) Culturally sensitive care of the muslim patient. *J Transcult Nurs* 12(33):228–233
29. Laschet A (2016) Zugang zu Gesundheitsleistungen und Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge und Asylbewerber: *Von der Erstversorgung bis zur psychosozialen Behandlung*(Rep.). Robert Bosch Expertenkommission zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik. website: [http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/RBS\\_Kommissionsbericht\\_Fluechtlingspolitik\\_Gesundheit\\_ES.pdf](http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/RBS_Kommissionsbericht_Fluechtlingspolitik_Gesundheit_ES.pdf). Accessed 11 Sep 2017
30. Lecrubier Y, Sheehan D, Hergueta T, Weiller E (1998) The mini international neuropsychiatric interview. *Eur Psychiatry* 13:198. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(99\)80239-9](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(99)80239-9)
31. Lindert J, Carta M, Schäfer I, Mollica R (2016) Refugees mental health—a public mental health challenge. *Eur J Public Health* 26(3):374–375. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw010>
32. Lovell K, Lamb J, Gask L, Bower P, Waheed W, Chew-Graham C et al (2014) Development and evaluation of culturally sensitive psychosocial interventions for underserved people in primary care. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0217-8>
33. Missmahl I, Kluge U, Bromand Z, Heinz A (2012) Teaching psychiatry and establishing psychosocial services—lessons from Afghanistan. *Eur Psychiatry* 27:76–80
34. Mollica R, Caspi-Yavin Y, Bollini P, Truong T, Tor S, Lavelle J (1992) The Harvard Trauma Questionnaire. *J Nerv Mental Dis* 180(2):111–116. <https://doi.org/10.1097/00005053-199202000-00008>
35. Montgomery S, Åsberg M (1979) A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 134(4):382–389. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
36. Muris P, Meesters C, Van den Berg F (2003) The strengths and difficulties questionnaire (SDQ): further evidence for its reliability and validity in a community sample of dutch children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 12(1):1–8. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-0298-2>
37. Sachser C, Berliner L, Holt T, Jensen T, Jungbluth N, Risch E et al (2017) International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *J Affect Disord* 210:189–195. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.040>
38. Schneider C, Joos S, Bozorgmehr K (2015) Disparities in health and access to healthcare between asylum seekers and residents in Germany: a population-based cross-sectional feasibility study. *BMJ* 5(11):e008784
39. Schneider F, Bajbouj M, Heinz A (2017) Psychische Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland. Modell für ein gestuftes Vorgehen. *Der Nervenarzt* 88(1):10–17. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0243-5>

40. Schwarzer R, Jerusalem M (1995) Generalized Self-Efficacy scale. In: Weinman J, Wright S, Johnston M (eds) Measures in health psychology: a user's portfolio. Causal and control beliefs. NFER-NELSON, Windsor, pp 35–37
41. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC (1998) The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 59(20):22–33
42. Shoeb M, Weinstein H, Mollica R (2007) The harvard trauma questionnaire: adapting a cross-Cultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in iraqi refugees. *Int J Soc Psychiatry* 53(5):447–463. <https://doi.org/10.1177/0020764007078362>
43. Sijbrandij M, Acarturk C, Bird M, Bryant RA, Burchert S, Carswell K, Cuijpers P (2017) Strengthening mental health care systems for Syrian refugees in Europe and the Middle East: integrating scalable psychological interventions in eight countries. *Eur J Psychotraumatol* 8(2):1388102
44. Silove D, Ventevogel P, Rees S (2017) The contemporary research crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry* 16:130–139. <https://doi.org/10.1002/wps.20438>
45. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA, WHOQOL Group (2004) The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 13(2):299–310
46. Smith B, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J (2008) The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *Int J Behav Med* 15(3):194–200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
47. Stemler S (2004) A comparison of consensus, consistency, and measurement approaches to estimating interrater reliability. *Pract Assess Res Evalu* 9:1–19
48. TreatChildTrauma (2016) CATS—Child and Adolescent Trauma Screening. <http://treatchildtrauma.de/cats-child-and-adolescent-trauma-screening-free-download/>
49. Ullmann E, Barthel A, Taché S, Bornstein A, Licinio J, Bornstein S (2015) Emotional and psychological trauma in refugees arriving in Germany in 2015. *Mol Psychiatry* 20(12):1483–1484. <https://doi.org/10.1038/mp.2015.164>
50. Watzke B, Heddaeus D, Steinmann M, König HH, Wegscheider K, Schulz H, Härter M (2014) Effectiveness and cost-effectiveness of a guideline-based stepped care model for patients with depression: study protocol of a cluster-randomized controlled trial in routine care. *BMC Psychiatry* 14:230. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0230-y>
51. World Health Organization (2004) Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options. Summary Report
52. World Health Organization (1998) Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 28(3):551–558. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>
53. Williams N (2014) PHQ-9. *Occup Med* 64(2):139–140. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt154>
54. Witt A, Rassenhofer M, Fegert J, Plener P (2015) Hilfebedarf und Hilfsangebote in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. *Kindheit Entwicklung* 24(4):209–224. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000177>

## Affiliations

Kerem Böge<sup>1</sup> · Carine Karnouk<sup>1</sup> · Eric Hahn<sup>1</sup> · Frank Schneider<sup>2,12</sup> · Ute Habel<sup>2</sup> · Tobias Banaschewski<sup>3</sup> · Andreas Meyer-Lindenberg<sup>3</sup> · Hans Joachim Salize<sup>3</sup> · Inge Kamp-Becker<sup>4</sup> · Frank Padberg<sup>5</sup> · Alkomiet Hasan<sup>5</sup> · Peter Falkai<sup>5</sup> · Michael A. Rapp<sup>6</sup> · Paul L. Plener<sup>7,8</sup> · Thomas Stamm<sup>9,10</sup> · Nehal Elnahrawy<sup>11</sup> · Klaus Lieb<sup>11</sup> · Andreas Heinz<sup>9</sup> · Malek Bajbouj<sup>1</sup>

Kerem Böge  
kerem.boege@charite.de

Carine Karnouk  
carine.karnouk@charite.de

Eric Hahn  
eric.hahn@charite.de

Frank Schneider  
fschneider@ukaachen.de

Ute Habel  
uhabel@ukaachen.de

Tobias Banaschewski  
tobias.banaschewski@zi-mannheim.de

Andreas Meyer-Lindenberg  
Andreas.Meyer-Lindenberg@zi-mannheim.de

Hans Joachim Salize  
hans-joachim.salize@zi-mannheim.de

Inge Kamp-Becker  
Inge.Kamp-Becker@med.uni-marburg.de

Frank Padberg  
Frank.Padberg@med.uni-muenchen.de

Alkomiet Hasan  
alkomiet.hasan@med.uni-muenchen.de

Peter Falkai  
Peter.Falkai@med.uni-muenchen.de

Michael A. Rapp  
michael.rapp@uni-potsdam.de

Paul L. Plener  
Paul.plener@meduniwien.ac.at

Thomas Stamm  
thomas.stamm@charite.de

Andreas Heinz  
andreas.heinz@charite.de

<sup>1</sup> Department of Psychiatry and Psychotherapy, Charité - Universitätsmedizin, Campus Benjamin Franklin, Berlin, Germany

<sup>2</sup> Department of Psychiatry and Psychotherapy, RWTH Aachen University and JARA-Institute Brain Structure Function Relationship (INM 10), Research Center Jülich and RWTH, Aachen, Germany



- <sup>3</sup> Central Institute of Mental Health, Medical Faculty  
Mannheim, University of Heidelberg, Mannheim, Germany
- <sup>4</sup> Department of Psychiatry and Psychotherapy,  
Psychosomatics and Psychotherapy, Faculty of Human  
Medicine, Philipps-University Marburg, Marburg, Germany
- <sup>5</sup> Department of Psychiatry and Psychotherapy, University  
Hospital LMU, Munich, Germany
- <sup>6</sup> Department of Social and Preventive Medicine, University  
of Potsdam, Potsdam, Germany
- <sup>7</sup> Department of Child and Adolescent Psychiatry, Medical  
University of Vienna, Vienna, Austria
- <sup>8</sup> Department of Child and Adolescent Psychiatry  
and Psychotherapy, University of Ulm, Ulm, Germany
- <sup>9</sup> Department of Psychiatry and Psychotherapy, Charité  
- Universitätsmedizin, Campus Mitte, Berlin, Germany
- <sup>10</sup> Department of Psychiatry, Psychotherapy  
and Psychosomatics, Medical School Brandenburg Theodor  
Fontane, Neuruppin, Germany
- <sup>11</sup> Department of Psychiatry and Psychotherapy,  
Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Germany
- <sup>12</sup> University Hospital Düsseldorf, Düsseldorf, Germany

## Anlage 11: Versorgungsforschung – Interviewleitfaden für Kliniken

### Fragenkatalog stationärer Sektor

Allgemeines zur Einrichtung / zum Angebot		
Hauptfrage(n)	Nachfragen	Kommentare/ Notizen
In welcher Form können Geflüchtete in Ihrer Einrichtung psychologisch / therapeutisch betreut werden?	<p>Welche Angebote gibt es und was sind spezielle Angebote?</p> <p>Wurden spezielle Angebote für Geflüchtete eingerichtet?</p> <p>Gibt es Migrationskonzepte?</p>	<p>➔ Konzepte zur Bewältigung von Herausforderungen im Rahmen der Versorgung</p>
Welches (geographische) Gebiet wird durch das/die Angebote(e) abgedeckt?	Aus welchen umliegenden Städten, Gemeinden bzw. Kreisen kommen die Patienten? Welche Städte, Gemeinde bzw. Kreise werden aufgesucht?	
Bedarfsplanung		
Hauptfragen	Nachfragen	Kommentare/ Notizen
Wie wird die Leistung angeboten?	-Frequenz, Dauer, Therapieplätze, Sprechzeiten etc.	➔ quantitative Daten vorhanden?
Wie ist die personelle Ausstattung des Angebotes/der Angebote?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie viele Mitarbeiter gibt es? Wie viele Stellen waren ursprünglich geplant? Wie sind die Stellen aufgeteilt (Vollzeit, Teilzeit, Ehrenamt)? Wie ist die Gewichtung zwischen Festangestellten und Ehrenamtlichen?</li> <li>Welche Qualifikationen haben die Mitarbeiter bzw. welche Voraussetzungen bringen die Mitarbeiter mit? Wie werden die Mitarbeiter geschult oder auf die Arbeit mit Geflüchteten vorbereitet?</li> <li>Besteht Bedarf zur Schulung, bei wem? / sind Angebote ausreichend?</li> </ul>	<p>➔ quantitative Daten vorhanden?</p> <p>➔ Sind genügend <b>Ressourcen</b> vorhanden um Mitarbeiter zu schulen?</p> <p>➔ Sind die Schulungsmöglichkeiten ausreichend?</p> <p>➔ Wo besteht weiterer Bedarf?</p>
Umsetzung / Inanspruchnahmeverhalten		
Hauptfragen	Nachfragen	Kommentare/ Notizen
Wer nimmt die Hilfe- und Unterstützungsangebote primär in Anspruch?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Von wie vielen Geflüchteten wird/werden das/die Angebot(e) derzeit in Anspruch genommen?</li> <li>Gibt es diesbezüglich Daten? Wie werden diese Daten erhoben?</li> <li>Wie ist die Nutzung des Angebotes/der Angebote im Vergleich zu 2015 bis 2017? Woran machen Sie diese Änderung fest? ➔ quantitative Daten?</li> <li>Gibt es Daten zur Verteilung der Geflüchteten nach Geschlecht, Alter, Nationalität, Ethnie,</li> </ul>	<p><u>Bezugszeiträume:</u>  <i>derzeit = durchschnittliche Inanspruchnahme über alle Monate 2018</i>  <i>vorher = durchschnittliche Inanspruchnahme über alle Monate 2015 bis 2017 (getrennt nach Jahren)</i></p>

	<p>F-Diagnosen? (<i>Wer kann dazu Auskunft geben?</i>) → <b>quantitative Daten?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haben Sie derzeit eine erhöhte Inanspruchnahme durch Geflüchtete? Gibt es Änderungen im Vergleich zu 2015 bis 2017? Woran machen Sie diese Änderung fest?</li> <li>• Sind alle Gruppen/ Geflüchteten gleich behandlungsbedürftig</li> <li>• Gibt es verschiedene Behandlungssysteme/Strukturen?</li> </ul>	
Wie wird/werden das/die Angebot(e) in Anspruch genommen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Können Sie dezidierte Angaben zur derzeitigen Nutzung des Angebotes/der Angebote machen? Motivation der Inanspruchnahme, Gruppen durchschnittliche Nutzung wie Dauer und Frequenz des Angebotes → <b>quantitative Daten?</b></li> <li>• Geschieht eine Inanspruchnahme primär durch eine <b>Zuweisung</b> oder durch <b>Eigeninitiative</b>? (Anteil) (<i>Zuweiserbefragung?</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Wiederkehrer?</li> <li>→ Wie kommt ein Geflüchteter in das Angebot?</li> </ul>
Wie ist die derzeitige Auslastung der Leistung?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Übersteigt die Nachfrage das Angebot? <u>ODER</u> das Angebot die Nachfrage? → <b>quantitative Daten?</b></li> <li>• (Warum übersteigt die Nachfrage das Angebot? Unter welchen Voraussetzungen wären die Kapazitäten ausreichend? <i>Sind alle offenen Stellen besetzt? Werden weitere Stellen benötigt? Sind die räumlichen Kapazitäten derzeit ausreichend? Bettenplan?</i>)</li> </ul> <p>→ <i>Wie lange muss auf einen Therapieplatz gewartet werden? (Beispiel)</i></p>	
<b>Organisation / Zugang</b>		
<i>Hauptfragen</i>	<i>Nachfragen</i>	<i>Kommentare/ Notizen</i>
Wie ist/sind das/die Angebot(e) vernetzt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gibt es einen Konsiliardienst und falls ja, wie ist dieser geregelt?</li> <li>• Wie gestaltet sich die Vernetzung zwischen den verschiedenen Standorten?</li> <li>• Gibt es eine Mitarbeit in Gremien/Arbeitskreisen oder einen sonstigen Austausch mit anderen Trägern/ Organisationen bzgl. Geflüchteter?</li> <li>• Gibt es Unterschiede in der Vernetzung mit den einzelnen Trägern, Institutionen oder Gemeinden (weiterbehandelnde Ärzte/Therapeuten, ambulanter Sektor)?</li> <li>• Wo bestehen Potentiale und wo Schwierigkeiten?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Zuweisung untereinander?</li> <li>→ Patientenströme</li> <li>→ Behandlungspfade</li> <li>→ Zuweisungsregeln / Verantwortlichkeiten</li> <li>→ Nachsorge → Vernetzung</li> <li>→ <b>TATZ / TTZG / PZG / EAE</b></li> </ul>
Wie ist der Zugang zum Angebot/ zu den Angeboten organisiert?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie sind <b>Überweisungs-</b> und <b>Zugangspfade</b>, also die Wege in die Therapie, geregelt? Wer sind Zuweiser? An welche Institutionen oder Angebote vermitteln Sie die Geflüchteten weiter?</li> <li>• Wie schätzen Sie die Erreichbarkeit ihres Angebotes/ihrer Angebote ein (<i>Infrastruktur</i>)?</li> <li>• Welche Barrieren sehen Sie, warum Geflüchtete ihr(e) Angebot(e) nicht adäquat nutzen können? (<b>Zugangsbarrieren</b>)</li> <li>• Bestehen Herausforderungen in der Versorgung von Geflüchteten? (<b>Lösungsmöglichkeiten?</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Vernetzung untereinander</li> </ul>

## Anlage 12: Versorgungsforschung – Interviewleitfaden kommunale Regelbetriebe

### Fragenkatalog Städte/Gemeinden

Allgemeines zur Einrichtung / zum Angebot		
Hauptfrage(n)	Nachfragen	Kommentare / Anmerkungen
In welcher Form können Geflüchtete psychologisch/ therapeutisch/ sozial betreut werden?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie gestalten sich die Angebote/ den Dienst?</li> <li>Beschreiben Sie das Angebot/ den Dienst (Zielsetzung, Aufgaben)</li> <li>Haben Sie spezielle Angebote für Geflüchtete eingerichtet, welche?</li> <li>Gibt es unterschiedliche Angebote für verschiedene Zielgruppen Geflüchteter? (Männer, Frauen, UmA, Herkunftsländer)</li> </ul>	
Welches (geographische) Gebiet wird durch das/die Angebote(e) abgedeckt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aus welchen umliegenden Städten, Gemeinden bzw. Kreisen kommen die Teilnehmer? Welche Städte, Gemeinde bzw. Kreise werden aufgesucht?</li> </ul>	
Wie wird das Angebot finanziert?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Durch Spenden, Eigenmittel, Bundes- oder Landesförderungen? In welcher Höhe?</li> </ul>	
Bedarfsplanung		
Hauptfragen	Nachfragen	Kommentare / Anmerkungen
Seit wann gibt es diese Angebote?		
Warum wurden die Angebote für Geflüchtete geschaffen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Woran wurde festgemacht, dass ein Bedarf existiert?</li> <li>Gibt/Gab es gesetzliche Regelungen oder Vorgaben?</li> </ul>	
Wie wird die Hilfe und Unterstützung angeboten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie oft wird der Dienst angeboten bzw. <i>kann</i> der Dienst in Anspruch genommen werden (z.B. Sprechzeiten)?</li> <li>Wo findet/finden das(die) Angebot(e) statt?</li> <li>Wie hoch sind die räumlichen Kapazitäten (Anzahl an Zimmern, Raumgröße in qm, etc.)?</li> </ul>	
Wie ist die personelle Ausstattung des Angebotes/der Angebote?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie viele Mitarbeiter gibt es?</li> <li>Wie viele Stellen waren ursprünglich geplant?</li> <li>Wie sind die Stellen aufgeteilt (Vollzeit, Teilzeit, Ehrenamt)?</li> <li>Welche Qualifikationen haben die Mitarbeiter bzw. welche Voraussetzungen bringen die Mitarbeiter mit?</li> <li>Wie werden die Mitarbeiter geschult oder auf die Arbeit mit Geflüchteten vorbereitet?</li> </ul>	➔ Gewichtung: Festangestellten und Ehrenamtlichen
Umsetzung / Inanspruchnahmeverhalten		
Hauptfragen	Nebenfragen	Kommentare / Anmerkungen
Wer nimmt die Hilfe- und Unterstützungsangebote primär in Anspruch?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Von wie vielen Geflüchteten wird/werden das/die Angebot(e) derzeit in Anspruch genommen?</li> <li>Wie ist die Nutzung des Angebotes/der Angebote im Vergleich zu 2015 bis 2017? ➔Woran machen Sie diese Änderung fest?</li> <li>Gibt es Daten zur Verteilung der Geflüchteten nach Geschlecht, Alter, Nationalität, Ethnie,</li> </ul>	<u>Bezugszeiträume:</u> <i>derzeit = durchschnittliche Inanspruchnahme über alle Monate 2018</i> <i>vorher = durchschnittliche</i>

	<p>F-Diagnosen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gibt es verschiedene Behandlungssysteme/Strukturen?</li> <li>• Werden Angehörige der Geflüchteten mit einbezogen?</li> <li>• <u>Bei Angeboten für die Allgemeinbevölkerung:</u> Haben Sie derzeit eine erhöhte Inanspruchnahme durch Geflüchtete? Gibt es Änderungen im Vergleich zu 2015 bis 2017? Woran machen Sie diese Änderung fest?</li> </ul>	<i>Inanspruchnahme über alle Monate 2015 bis 2017 (jeweils auf Jahresebene, d.h. für 2015, 2016 und 2017)</i>
Wie wird/werden das/die Angebot(e) in Anspruch genommen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Können Sie dezidierte Angaben zur derzeitigen Nutzung des Angebotes/der Angebote machen? (Änderung der ursprünglichen Zielgruppe, Motivation der Inanspruchnahme, der durchschnittlichen Nutzung wie Dauer und Frequenz des Angebotes) → quantitative Daten</li> </ul>	
Wie ist die derzeitige Auslastung der Leistung?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Übersteigt die Nachfrage das Angebot? <u>ODER</u> Übersteigt das Angebot die Nachfrage? (<i>Wartezeiten</i>)</li> <li>• Sind alle offenen Stellen besetzt? Werden weitere Stellen benötigt?</li> <li>• Sind die räumlichen Kapazitäten derzeit ausreichend?</li> </ul>	
<b>Organisation / Zugang</b>		
<i>Hauptfragen</i>	<i>Nachfragen</i>	<i>Kommentare</i>
Wie wird auf das/die Angebot(e) aufmerksam gemacht?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie werden die Angebote in der Öffentlichkeit dargestellt?</li> <li>• Wie werden die Angebote beworben?</li> </ul>	
Wie ist/sind das/die Angebot(e) vernetzt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gibt es einen psychiatrischen Konsiliardienst und falls ja, wie ist dieser geregelt?</li> <li>• Wie sind die Angebote innerhalb der Trägerschaft eingebunden?</li> <li>• Gibt es auf Trägerebene eine Mitarbeit in Gremien/Arbeitskreisen oder einen sonstigen Austausch mit anderen Trägern/ Organisationen bzgl. Geflüchteter?</li> <li>• Gibt es Unterschiede in der Vernetzung mit den einzelnen Trägern, Institutionen oder Gemeinden? Wo bestehen Potentiale und wo bestehen Schwierigkeiten?</li> <li>• Gibt es Vernetzungen mit Angeboten oder Anlaufstellen aus dem Kulturkreis der Geflüchteten? (Moscheen, etc.)</li> </ul>	
Wie ist der Zugang zum Angebot/ zu den Angeboten organisiert?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie gelangen Geflüchteten in ihre Angebote?</li> <li>• Weisen andere Organisationen/ Dienstleister auf ihr Angebot/ Dienst hin?</li> <li>• An welche Institutionen oder Angebote vermitteln Sie die Geflüchteten weiter (in welchen Fällen)?</li> <li>• Wie schätzen Sie die Erreichbarkeit ihrer Angebote/ ihres Dienstes ein (Infrastruktur)?</li> <li>• Welche Barrieren sehen Sie, warum Geflüchtete ihre Angebote/ Dienste nicht adäquat nutzen können?</li> <li>• Was müsste aus Ihrer Sicht getan werden, um eine optimale psychiatrische Versorgung Geflüchteter zu erreichen?</li> </ul>	

## Anlage 13: Versorgungsforschung – Interviewleitfaden Psychosoziale Gesundheitsdienstleistungen

### Fragenkatalog für freie (gemeinnützige) Träger

Allgemeines zur Einrichtung / zum Angebot		
Hauptfrage(n)	Nachfragen	Anmerkungen
Welche psychologischen Hilfe- und Unterstützungsangebote gibt es für Geflüchtete?	Wie gestaltet/gestalten sich das/die Angebot(e)? Können Sie das Angebot näher beschreiben? Was wird inhaltlich gemacht? Haben Sie spezielle Angebote für Geflüchtete? / Für wen ist/ sind das/die Angebot(e)? Gibt es unterschiedliche Angebote für verschiedene Zielgruppen Geflüchteter? (Männer, Frauen, UmA, Herkunftsländer) Welche Personen haben ein Anspruch auf das/die Angebot(e)?	
Welches (geographische) Gebiet wird durch das/die Angebote(e) abgedeckt?	Aus welchen umliegenden Städten, Gemeinden bzw. Kreisen kommen die Teilnehmer? Welche Städte, Gemeinde bzw. Kreise werden aufgesucht?	
Wie wird das Angebot finanziert?	Durch Spenden, Eigenmittel, Bundes- oder Landesförderungen? In welcher Höhe?	
Bedarfsplanung		
Hauptfragen	Nachfragen	Anmerkungen
Seit wann gibt es diese(s) Angebot(e)?		
Warum wurde(n) das/die Angebot(e) für Geflüchtete geschaffen?	Wie wurde festgemacht, dass hier ein Bedarf existiert? Gibt/Gab es gesetzliche Regelungen oder Vorgaben?	
Wie wird die Hilfe und Unterstützung angeboten?	Wie oft wird der Dienst angeboten bzw. <i>kann</i> der Dienst in Anspruch genommen werden (z.B. Sprechzeiten)? Wo findet/finden das(die) Angebot(e) statt? Wie hoch sind die räumlichen Kapazitäten (Anzahl an Zimmern, Raumgröße in qm, etc.)?	
Wie ist die personelle Ausstattung des Angebotes/der Angebote?	Wie viele Mitarbeiter gibt es? Wie viele Stellen waren ursprünglich geplant? Wie sind die Stellen aufgeteilt (Vollzeit, Teilzeit, Ehrenamt)? Wie ist die Gewichtung zwischen Festangestellten und Ehrenamtlichen? Welche Qualifikationen haben die Mitarbeiter bzw. welche Voraussetzungen bringen die Mitarbeiter mit? Wie werden die Mitarbeiter geschult oder auf die Arbeit mit Geflüchteten vorbereitet?	
Umsetzung / Inanspruchnahme		
Hauptfragen	Nebenfragen	Anmerkungen
Wer nimmt die Hilfe- und Unterstützungsangebote primär in Anspruch?	Von wie vielen Geflüchteten wird/werden das/die Angebot(e) derzeit in Anspruch genommen? Wie ist die Nutzung des Angebotes/der Angebote im	<i>Bezugszeiträume:</i>

## Fragenkatalog für freie (gemeinnützige) Träger

	<p>Vergleich zu 2015 bis 2019? Woran machen Sie diese Änderung fest?          Gibt es Daten zur Verteilung der Geflüchteten nach Geschlecht, Alter, Nationalität, Ethnie, F-Diagnosen?          Werden Angehörige der Geflüchteten mit einbezogen?  <u>Bei Angeboten für die Allgemeinbevölkerung:</u> Haben Sie derzeit eine erhöhte Inanspruchnahme durch Geflüchtete? Gibt es Änderungen im Vergleich zu 2015 bis 2019? Woran machen Sie diese Änderung fest?</p>	<p><i>derzeit = durchschnittliche Inanspruchnahme über alle Monate 2019</i>  <i>vorher = durchschnittliche Inanspruchnahme über alle Monate 2016 bis 2019 (jeweils auf Jahresebene, d.h. für 2016, 2017, 2018 und 2019)</i></p>
Wie wird/werden das/die Angebot(e) in Anspruch genommen?	Können Sie dezidierte Angaben zur derzeitigen Nutzung des Angebotes/der Angebote machen? (Änderung der ursprünglichen Zielgruppe, Motivation der Inanspruchnahme, der durchschnittlichen Nutzung wie Dauer und Frequenz des Angebotes)	
Wie ist die derzeitige Auslastung der Leistung?	Übersteigt die Nachfrage das Angebot? <u>ODER</u> Übersteigt das Angebot die Nachfrage? Sind alle offenen Stellen besetzt? Werden weitere Stellen benötigt? Sind die räumlichen Kapazitäten derzeit ausreichend?	
<b>Organisation / Zugang</b>		
<i>Hauptfragen</i>	<i>Nachfragen</i>	<i>Anmerkungen</i>
Wie wird auf das/die Angebot(e) aufmerksam gemacht?	Wie wird/werden das/die Angebot(e) in der Öffentlichkeit dargestellt? Wie wird/werden das/die Angebot(e) beworben?	
Wie ist/sind das/die Angebot(e) vernetzt?	Wie ist/sind das/die Angebot(e) innerhalb der Trägerschaft eingebunden? Gibt es auf Trägerebene eine Mitarbeit in Gremien/Arbeitskreisen oder einen sonstigen Austausch mit anderen Trägern/ Organisationen bzgl. Geflüchteter? Gibt es Unterschiede in der Vernetzung mit den einzelnen Trägern, Institutionen oder Gemeinden? Wo bestehen Potentiale und wo bestehen Schwierigkeiten? Gibt es Vernetzungen mit Angeboten oder Anlaufstellen aus dem Kulturkreis der Geflüchteten? (Moscheen, etc.)	
Wie ist der Zugang zum Angebot/ zu den Angeboten organisiert?	Wie gelangen Geflüchteten in ihr(e) Angebot(e)? Weisen andere Organisationen/ Dienstleister auf ihr Angebot hin? An welche Institutionen oder Angebote vermitteln Sie die Geflüchteten weiter? Wie schätzen Sie die Erreichbarkeit ihres Angebotes/ihrer Angebote ein (Infrastruktur)? Welche Barrieren sehen Sie, warum Geflüchtete ihr(e) Angebot(e) nicht adäquat nutzen können?	

## Fragenkatalog für freie (gemeinnützige) Träger



## Anlage 14.: Versorgungsforschung – Liste der Kodierungen – Städteregion Aachen

STÄDTEREGION AACHEN		Memo	#
Hintergrund			0
	Nichtwissen um PTBS		1
	politisches Bewusstsein	Antriebsmotor: die Schuld in der deutschen Geschichte	2
	latente Ausländerfeindlichkeit		4
	BAMF/ ZUE		2
Bedürfnisse und Bedarfe Geflüchteter			0
	Veränderung Klientel	Veränderung der Anzahl Geflüchteter und der Herkunftsländer aufgrund politischer Lagen 1990er Jahre primär Osteuropa 2015/2016 "Mittlerer Osten"	2
	Herkunftsländer		2
	Abnahme der Flüchtlingszahlen		1
	Psychische Belastungen		0
	stark belastet und akut	Vielfach Erheben von stark belastetem Klienten ohne Angebote adressieren zu können	2
	Sucht		2
	Alltag/ Verpflichtungen in D		0
	Entmündigung		5
	Übertritt von Jugend- auf Erwachsenenalter		1
	tw. gut angepasst		1
	Wohnen/ Unterkunft	nach den Jahren 2015/2016 wohnen viele Geflüchtete mittlerweile in eigenen Wohnungen und nicht mehr primär in GU	7
	total beschäftigt		1
	Familiennachzug		2
	Integrations- Deutschkurse		1
	Arbeit/ Beschäftigung/Schule		1
	Asylverfahren	Belastung durch Asylverfahren Angst vor Abschiebung führt auch dazu, dass Geflüchtete die Ressourcen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen	13
	Aufenthaltsstatus		5
	Teilhabe am sozialen Leben		2
	Rechtssystem		3
	Kenntnis des Gesundheitssystems		2
	Sprache		5
	Krankheits-/Kulturverständnis	hängt zusammen mit Gesundheitskompetenz - Bedürfnis nach vollständiger Gesundheit fängt erst ab einem höheren Grad der erlebten Einschränkung an (möglicher Grund: Angst vor Stigmatisierung)	6
	Lebensgeschichte	Erziehung Kinderarbeit Frauenbild	3
Sprach- und Kulturmittlung			0
	Quantität		0
	Sprint	durch Pädagogisches Zentrum Aachen e.V. (PÄZ) angebotene Sprach- und Integrationsmittlung	2
	Qualität		0
	Schwarze Schafe		1
	Zugang/ Kontakt	Geflüchtete müssen sich selbst um Dolmetscher kümmern, wenn sie an der Gesundheitsversorgung teilhaben möchten	4

Koordination/Steuerung Gesundheitsversorgung			0
Manko			0
	ungesteuertes System		1
	Aachen ländlich geprägt - Versorgungslücken		2
externe Zuweiser			0
	Jugendamt		1
	Landeszentraleinrichtungen		1
	Psychologische Ressourcen ungenutzt	im Sinne von Doppelstrukturen - verschwendete Ressourcen	1
	afrikanische Läden		1
	Jobcenter	JC ist gleichzeitig für die Registrierung der Geflüchteten zuständig, zahlt Leistungen nach AsylbLG und sanktioniert	2
Flüchtlingshilfe			2
	Betreute Wohnkonzepte		1
	Wohngruppen		1
	Staat baut auf sozialem Engagement	Ehrenamt vs. Professionalisierung	1
	Arbeitskreis Pro Asyl		0
	Ausländerrechtliche Beratung		2
	Vermeidung von Abschiebung	Auf der Grundlage geschaffenen Vertrauens soll der Geflüchtete entlastet werden und sich auf die Tätigkeiten konzentrieren, die für sein Leben in Deutschland wichtig sind (Bildung, Ausbildung, Arbeit, soziale Teilhabe)	9
	Alltagsbegleitung bei psychischen Problemen	... sollte eher die Ausnahme bleiben	4
	Vernetzung	mit Behörden, Ämtern und Institutionen (Ausländerbehörde, Polizei, Jobcenter, Kliniken, Gemeinschaftsunterkünften)	6
	Lotsenfunktion	Schnittstelle unbedingt erforderlich um personelle und zeitliche Ressourcen der entsprechenden Ansprechstellen zu koordinieren/ zu steuern (Case-Management)	5
	Vertrauen schaffen		7
	Ehrenamt/Spendenfinanziert		5
	Finanzierung schafft Abhängigkeit		1
Schnittstellen			0
	Netzwerktreffen	eher zahnlöse Tiger als wirkliche Fallbesprechungen	1
	niedergelassene PT		1
	kurzzeitige Synergieeffekte		2
	Netzwerk Asyl		2
	Netzwerk Stadt Aachen		2
Schnittstelle mit Flüchtlingshilfe			0
	Netzwerke in Flüchtlingshilfe	viele vorhanden, aber keine Nachhaltigkeit/ Verstetigung	4
	JC und Gesundheitsamt		2
	Sprachakademien		1
	personengebunden		3
	Polizei		1
	Ausländerbehörde	für den Vollzug des Aufenthaltsrechts zuständig (erteilt Aufenthaltsgenehmungen, Aufenthaltsgestattungen, Duldungen)	6
	Flüchtlings-/Asylhilfe		2
	psych Gutachten Asylverfahren		4
	Verständnis Asylverfahren		6
	Verständnis Migrationsprozess		2
Gesundheitssektoren			0

	Schnittstelle ambulant/stationär	Schnittstellenprobleme bzw. Anbindungen über die Sektorengrenzen offenbaren sich insbesondere bei komplexen Fällen wie Drogensucht Fragmentierungen können bei Abfragen des Ministeriums nicht sichtbar gemacht werden, d.h. eine implizit als gut angenommene Versorgung auf der Grundlage von KH-Daten zur Akutbehandlung Geflüchteter sagt nichts über die Güte der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung aus	5
	in nachsorgende/ psychosoziale Strukturen	Klinik in Nachsorgende Strukturen (Psychosoziale/ Begleitende Angebote) gibt es keine Kontinuität	2
	Hilfesystem Herkunftsländer		3
	keine Zuweisung		1
Versorgungsstruktur - Angebote			0
Manko			0
	Quantität der Angebote für Geflüchtete	insbesondere erlebter Mangel an Psychotherapeutischen Angeboten mit Sprachmittlung	4
	Kostenübernahme nicht geklärt		1
	Gatekeeper Hausarzt - überfordert		1
	Nicht-Wissen um Finanzierungen		0
	Gesundheitskarte	NRW Landesregierung hat eine Rahmenvereinbarung mit vielen Kassen unterzeichnet Städteverbund Aachen ist bisher der Rahmenvereinbarung nicht beigetreten	1
Klinik		insgesamt eher wenige Fälle von Notfallaufnahmen Geflüchteter	1
	PIA		0
	keine spezialisierte Versorgung		3
	Alexianer-KH		1
	Psychiatrie-Paten		2
	RWTH		0
	Auslastung/ Kapazitätsgrenze		1
	personengebunden		2
	Überforderung mit Versorgung Geflüchteter	tw. verbrauchen Geflüchtete Klinikressourcen aufgrund anderweitiger Herausforderungen (z.B. Angst vor Abschiebung) Clearing erforderlich	5
	durch Fallpauschalen nicht gedeckt		1
	Kontaktfrequenz		1
	Quantität und Qualität Sprachmittlung	Geflüchtete müssen sich um Dolmetscher selbst kümmern und zu medizinischen Versorgungsterminen mitbringen wenn es dann tatsächlich gelingt, ist die Qualität der Übersetzung extrem heterogen	4
	keine Schnittstelle zu Gemeindestrukturen		3
	keine Schnittstelle zu Geflüchtetenstrukturen	eine Schnittstelle zur Flüchtlings-/ Asylhilfe ist erforderlich, um Probleme von Geflüchteten zu adressieren, die nicht vom Gesundheitssystem gelöst werden können (und dort wertvolle Ressourcen in Anspruch nehmen)	6
	Notfallaufnahme	keine elektiven Aufnahmen nach Diagnose auf Station verlegt (meist geschlossen)	4
	geschlossene Station		3
	Dolmetscherliste	vorhanden, aber Verfügbarkeit ist dienstbezogen	3
	Einzugsgebiet		1
	Kommunikation/Austausch zwischen Stationen	informell	2
	Angebote		1

	klassische Kommstruktur		1
LVR-Kliniken			0
	Sprach- und Migrationsmittlung		2
ambulante vertragsärztliche Angebote			0
Psychotherapeuten			0
	kaum in Versorgung eingebunden	Grund: eine 1:1 Beziehung ist nicht möglich, der Dolmetscher wäre immer dabei	4
	kaum interkulturelle Kompetenz		2
	Beantragung Dolmetscherleistungen	Beantragung von Dolmetschleistungen und Klärung der Anwesenheiten sind organisatorisch überfordernd, dadurch finden keine ambulanten PT statt und die "Notfallquote" steigt	2
	Aus- Fortbildung Schwerpunkt Geflüchtete		1
Psychiater			1
	Zuweiser		1
Hausarzt			0
	fehlende Sprachmittlung		1
psychosoziale/ Kontakt- & Beratungsangebote			0
	Wohlfahrtsverbände - Wirtschaftsunternehmen		1
spezialisierte Versorgung			0
	Trauma-Ambulanz: andere Klientel		1
PSZ			0
	Zuweiser für Klinik		1
	mehrheitlich Komm-Struktur		2
	tw. aufsuchende Beratungen	Wunsch nach Ausbau der Geh-Struktur, um Geflüchtete in den Einrichtungen abzuholen	2
	Transkulturalität		1
	Kooperation mit Alexianern	Vernetzungen personenabhängig	2
	Pool für Sprachmittlung	für die Stadt Aachen, den Bezirk Aachen und die dortigen Verwaltungen und freien Träger	5
	Verständnis von SKM		1
	Sprint		3
	externe Zuweisungen		5
	Struktur der PSZ in NRW	PSZ Aachen organisiert im Paritätischen Wohlfahrtsverband	4
	ganzheitlicher Ansatz/Ursprung	1991 als Pädagogisches Zentrum der Stadt Aachen gegründet worden mit der Vorgabe Pädagogen in Übergangwohnheimen (entsprechen den heutigen Gemeinschaftsunterkünften) für die Geflüchteten aktiv zu sein und tagesstrukturierende Maßnahmen einzuführen	5
	Sprengt Kapazitätsgrenzen		2
	Psychotherapie	insbesondere Traumatherapien, zumeist in 1:1 Betreuung Gruppenangebote scheitern	6
	Aufnahmekatalog		2
	Peer-Gedanke		3
	Patienten pro Jahr		1
	Sozial- und Verfahrensberatung		4
sonstige Angebote/Hilfen			0
Apotheken			0
	Apotheker ohne Grenzen		1
	mangelnde Aufklärung		2
Suchthilfe			0
	nicht interkulturell		3

MEHIRA		0	
	Schnittstelle zur Flüchtlingshilfe	3	
	lebhaftes Beispiel	4	
	Netzwerkarbeit	3	
	Empowerment Adaption	weil die ursprüngliche Intervention aufgrund der Planungen/Wochenstrukturen Geflüchteter nicht durchführbar war, wurde das Programm angepasst (1x Woche)	1
	Bedarf Gender-Peer fraglich	geht an der Tagesstruktur der Geflüchteten vorbei lässt sich schwer mit dem Planungshorizont vereinbaren	1
	kein direkter Zugang zu Geflüchteten		4
	der Leuchtturm		3
	Schnittstelle Behörden		3
	Schnittstelle zu Sprach- und Kulturmittlung		1
	Schnittstelle zu Gemeinschaftsunterkünften	unabhängig von MEHIRA wäre diese Schnittstelle nicht entstanden obgleich sich MEHIRA ausschließlich über Projektflyer bei "Verantwortlichen" vorstellte	4
	"mit reingerutscht"		2
	Hintergrund von Gender-Peer	Modellprojekt zusammen mit PSZ Düsseldorf über Landesmittel finanziert	11
	Filter der Fälle	aufsuchende Arbeit in GU MEHIRA sehr selektiv	5
Lösungsvorschläge für Versorgung			0
	Anwesenheit von Sprachmittlern		1
	Sozialkompetenz		1
	Fallbesprechung komplexer Fälle	Asyl- und Flüchtlingshilfe, Behörden und Gesundheitsversorger (ambulant und stationär) an einem Tisch besprechen komplexe Fälle und versuchen zu steuern und koordinieren entgegen der Fragmentierung der Sozialgesetzgebung	2
	die menschliche Institution		4
	Gesundheitskompetenz	bedeutet auch den Aufbau interkultureller Kompetenz (wer soll gesundheitskompetent sein? zuerst einmal der Patient, der befähigt werden soll, die Angebotsstruktur zu durchschauen) wer soll interkulturelle Kompetenz besitzen? zumindest der Behandler, der um die Zugangsschwierigkeiten und Ausdrucksmöglichkeiten des Patienten weiß	4
	Entstigmatisierung		1
	Transkulturalität fokussieren		2

## Anlage 15: Versorgungsforschung – Liste der Kodierungen – Land Berlin

BERLIN	Memo	#
Hintergrund		0
AsylbLG		2
Schnittstelle mit "Zivilgesellschaft"		0
Abschiebungen		2
Fluchtursachen bekämpfen		2
Lösung gesellschaftlicher Herausforderungen	gesellschaftlicher Zusammenhalt, Rassismus im Alltag, soziale Gerechtigkeit	11
Bedürfnisse/Bedarfe Geflüchteter		1
Veränderung Klientel		0
Änderung der Herkunftsländer		1
Präferenz für Berlin - Zuzüge		2
Psychische Belastungen		0
Nachfrageverhalten		1
Compliance und Adhärenz	Angebote werden nur von denjenigen wahrgenommen, die auch wirklich Hilfe wollen (Stichwort: Gesundheitsaufklärung oder Health Literacy)	6
Bedarf größer als Nachfrage	Stichwort: Behandelte Prävalenz	3
Bedürfnis-Bedarfs-Inkompatibilität	Zusätzlich erfüllen viele Geflüchtete die PIA-Kriterien nicht und sind damit von der Behandlung auszuschließen bzw. es kann keine Pauschale geltend gemacht werden	9
vielfältige psychiatrische Bedarfe		4
Suizidalität		3
Sucht		9
Langfristige und komplexe Bedarfe	Die Versorgung ist hier nicht gesichert	8
Alltag/ Verpflichtungen in D		0
gute Schul- und Berufsbildung		1
Aufenthaltstitel für Leistungen relevant		2
Kenntnis des Gesundheitssystems		0
Angebots-Hopping		1
Wissen um Angebote		1
Komplexität des dt. Gesundheitssystems		1
Sprache		1
Spracherwerb bei Belastung		2
unbürokratische Dolmetscherleistungen		2
Sprachbarriere bei Geflüchteten		2
Krankheits-/ Kulturverständnis		0
Transkulturelle Barriere	Verwendung von Begrifflichkeiten	3
Präferenz für Regelversorgung		2
Erwartungshaltung an Gesundheitssystem	MEHIRA-Interventionen waren gut gemeint, trafen jedoch in dem Umfang nicht den Nerv der Geflüchteten, die einen durchaus klaren Anspruch an bestehende Bedarfe der Regelversorgung hatten	2
Stigmatisierung - Angst		4
Religion mitbedenken		2
Sprach- und Kulturmittlung		1
Finanzierung		0

Teuer für Gesundheitswesen	weil Gegenfinanzierung Honorarbestimmungen unterliegt, die deutlich geringere monetäre Kompensation bieten die Ausfallgebühren bei Nichterscheinen des Geflüchteten zu zahlen sind	4
Abrechnung der Kosten für Dolmetscher	für Niedergelassene und PIA extrem aufwendig	11
kostenfreie Angebote - nicht Gesundheitswesen		0
Zugang/ Kontakt		0
Beantragung durch Geflüchteten		2
für PIA in Handhabung zu aufwendig	Organisation durch Bündelung - wie Sprechstunden, ZIPP oder Spezialambulanzen	11
Qualität		0
große Heterogenität		4
Quantität		0
fehlende Sprachmittlung/Muttersprache	Frage des (Anver-)Vertrauens?	8
externe Sprachmittlung/ Dolmetscher	breiter Zugang für alle Sprachen - Nadelöhr ist die Dolmetscherleistung/ Sprachmittlung	5
schlecht bezahlte Dienste		2
Handübersetzer		1
Dolmetscher To Go		1
Gemeindedolmetscherdienst	Verfügbarkeit? Qualität - theoretisch 18monatige Sprint Ausbildung, in Realität trifft das nicht zu <del>Berliner Ableger von Sprint</del>	9
Sprint	deutlich teurer als die restlichen Dolmetscherdienste Berlins, obwohl sich die Dolmetscher weiter unter Wert verkaufen müssen über die Köpfe der PIA AG hinweg entschieden, dass dieses Verfahren etabliert werden soll	11
Vorhalten der Sprachen/ Spezialisierung	eine Leistung, die man vorhalten können muss (d.h. genug Therapeuten/Ärzte, die zumindest die eine Sprache gut beherrschen) - Sprachspezialisierung (daher auch arabischsprachige Spezialambulanz) d.h. Filter sind die Geflüchteten mit diesen Sprachen, die beim Leistungserbringer vorgehalten werden andererseits werden keine Dolmetscher benötigt, deren Kosten nicht durch das Gesundheitswesen abgedeckt sind  Grundgedanke erst einmal: 1) Spezialisierung auf bestimmte Sprachen suggeriert beim Patienten Qualität und erhöht in den Sprachkreisen die Nachfrage 2) eine Behandlung für alle Kulturen gleichzeitig anzubieten, die sprachgemittelt wird, wobei ein externer Sprachmittler hinzugezogen werden muss, könnte dahingehend herausfordernder sein, da die Identifikation fehlt	11
Koordination/Steuerung Gesundheitsversorgung		0
Organisation Gesundheitslandschaft		0
KV		1
Prüfung der Abrechnungen		1
Ressourcenschutz Niedergelassener		2
Ermächtigungen Psychotherapie	§34 SGB V	6

Senat für Gesundheit	In Berlin gibt es die Herausforderung, dass der Senat für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung mit dem Senat für Integration, Arbeit und Soziales teilweise dasselbe Feld besetzen. Stichwort: Clearingstelle finanziert durch Senat für Integration, Arbeit und Soziales	1
Senat vs. Verwaltung	Senat = Politik (Entscheider über Budgets und Gelder) LBP = Verwaltung (Verwendung der Budgets und Gelder) dabei ist nicht immer klar, wie stark die Interpretation zur Verwendung der Gelder wider der Entscheidung über die Gelder läuft	2
Das Gesamtbudget		0
Sprint als Dolmetscherdienst		4
Abwägen der finanziellen Mittel		3
Finanzierung der zusätzlichen Fachkräfte	Verhandlungen über die Weiterfinanzierung für Jahr 2020	5
Finanzierung der Gesundheitskarte		3
Fianzierung tw. Dolmetscherleistungen	zeitlich begrenzte Mittel (Zuwendungen) für Dolmetscherleistungen 100.000€ für psychosoziale Versorgung	8
Sondermittel für integrierte Gesundheitsprogramme	davon werden Projekte finanziert, die nach Ablauf der Sondermittel meist verstetigt werden können ausgearbeitet zusammen mit KBS	1
Masterplan Integration		3
LBP	angesiedelt in Abteilung I - Gesundheit	2
LBP ist ganz klar Verfechter des Bezirklichen		6
Psychiatrieentwicklungsprogramm		0
Herausforderung der Finanzierung		1
wohnortnahe Versorgung		3
bezirkliche Steuerungsgremien Psychiatrie/Sucht		2
"Bettenplan" - Budgetierung der KH mit KV		4
Überregionaler Versorgungsauftrag	Überregional heißt auch in Brandenburg, die deutlich schlechter. d.h. unterversorgt sind	6
Planung		1
Schaffung Clearingstelle vor Ankunft LBP		1
Politikberatung	"auch der kurze Dienstweg" nicht nur über Gremien, Beiräte	1
Steuerungsfunktion	Steuerung und Verstetigung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung von psychisch Kranken	3
Ressourcendatenbank		2
Steuerungsrunde im Bezirk		1
Interkulturelle Öffnung		2
Beinflussung der Anbieter		4
Fachkräfte		3
Runder Tisch IKÖ	Beratungsfunktion für Senat (Welchen?) hat das Aus der Fortfinanzierung der Zentralen Clearingstelle für Ende 2020 angekündigt	9
Psychiatriebeirat	auch bekannt als Landesbeirat für psychische Gesundheit. Die externen Experten mit einer gewichtigen Stimme für die Gestaltung der Versorgungslandschaft Berlins Papier zum Umgang mit Dolmetschern	4
Migrations AG	Initiierung des Runden Tisch IKÖ	4



PIA-AG	Vertretung der PIAs im Land Berlin Austausch, Forderungen an Politik Idee: Anspruch der Berliner Bezirke eine regionale Versorgung der Geflüchteten zu realisieren	11
bezirkliche Strukturen in DNA drin		8
Problembereich Neukölln		2
arabische Community		1
Einwohnerzahl unbekannt	besonders unter Geflüchteten aufgrund nicht-registriertem Familiennachzug	2
hohe Migrationsquote		1
höchstes Armutsrisiko D		1
Gesundheitsämter	Stabsstellen für die Koordination der Versorgung Geflüchteter	1
SPDi		1
Psychiatrie-/ Suchthilfe Koordination	der verlängerte Arm des LBP auf Bezirksebene	3
niedrigschwellige Angebote - Lotsen		1
pro Bezirk ein KH mit Allgemeinpsychiatrie		4
Auflösung zentraler Strukturen		2
externe Zweiser		1
komplementärmedizinische Dienste		1
BNS		2
Jobcenter		1
Flüchtlingshilfe und Kulturvereine		2
Mangelndes Wissen um Refinanzierung		1
Mangelndes Wissen um Angebote		2
Mund-zu-Mund/ soziale Medien		4
Flüchtlingseinrichtungen	hier: Erstaufnahmeeinrichtungen, Notunterkünfte und Gemeinschaftsunterkünfte	10
Flüchtlingshilfe		0
Senat für Integration, Arbeit, Soziales	In Berlin gibt es die Herausforderung, dass der Senat für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung mit dem Senat für Integration, Arbeit und Soziales teilweise dasselbe Feld besetzen. Stichwort: Clearingstelle finanziert durch Senat für Integration, Arbeit und Soziales	0
LAF		0
Finanzierung nach AsylbLG		5
Finanzierung der Zentralen Clearingstelle	Senat für Arbeit und Soziales finanzierte die Clearingstelle über das LAF	6
Petition gegen die Clearingstelle durch KLiniken und PIA		4
Finanzierung tw. Dolmetscherleistungen	wenn die Geflüchteten noch im Leistungsbezug des LAF	6
Einführung von Beratungsstellen in Bezirken		1
Flüchtlingseinrichtungen NK		1
Bemängelung Standortqualität		1
Eingliederungsmaßnahmen		2
Schaffung einer Zentralen Anlaufstelle		6
Verteilung Geflüchteter		5
ehemaliges Ankunftszentrum -Tempelhof		2
Zentrale Registrierung - LaGeSo	Die Registrierung der Geflüchteten über das Landesamt für Gesundheit und Soziales wurde 2016 eingestellt. Dafür wurde das LAF (Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten) gegründet. Das LAF und das LaGeSo unterstehen beide dem Senat für Integration, Arbeit und Soziales.	1

Schnittstellen			0
Manko			0
	Angebote untereinander unbekannt		2
	die beiden Senate		0
	Neuordnung 2015/2016		2
	Zentralisierung vs. Bezirkliche Strukturen		6
	Verantwortungskonfusion	Senat für Integration, Arbeit und Soziales (Clearingstelle) vs. Senat für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (SGB V Leistungen)	10
Hilfesystem Herkunftsländer			3
	Psychiatrie in der Moschee		2
Gesundheitssektoren			4
	ambulant und stationär - Bahnungen		2
	ambulant in soziale Beratungsstellen		1
	Klinik und soziale Beratungsstellen		1
	in nachsorgende Strukturen	ambulanter Sektor entweder kaum vorhanden oder schlecht ausgestattet, was Sprach- und Kulturmittlung betrifft oder fühlt sich nicht zuständig - dadurch gibt es kaum nachhaltige/ langfristige Versorgungsangebote oder im hochschwelligen Bereich sind die Wartezeiten extrem lang bzw. die Aufnahmefähigkeit gering	10
	ambulant und stationär - Stolpersteine		4
Schnittstelle zwischen SGB			1
	Berufliche Integration		1
	Keine übergreifende Vernetzung gewünscht		4
	Flüchtlingsunterkunft		0
	Psychologen nicht genutzt	Ressourcenallokation ineffizient	2
Netzwerkstrukturen			0
	auf Klinikinitiative		4
	bezirkliche Netzwerktreffen		4
	Netzwerkkarte	geschaffen von KBS - insbesondere KommRum e.V.	2
	Fachkräfte öffnen klassische Versorgungsstrukturen		2
	TransVer	Zusammenarbeit mit LBP - wobei LBP TransVer bewegen möchte, lieber das Segment des Kulturtrainings für Anbieter auszubauen und das Vermittlungssegment aufzugeben. Nach Meinung des CCM, CBF, LBP ist dieses zu beschränkt auf Mitte	1
	Unterstützung/ Inanspruchnahme Sprint		2
	Hintergrund/ Ursprung		5
	Rolle bei IKÖ	ursprüngliche Intention wurde abstrahiert auf Geflüchtete in Absprache mit Senat für Gesundheit wurde TransVer ausgestattet um das Versorgungssystem zu entlasten	4
	Vermittlung zwischen Angeboten	lieber feste und gut vernetzte lokale Strukturen schaffen als überregionale bzw. überbezirkliche Strukturen (z.B. Ausweitung des Vermittlungssegments von TransVer wird sehr kritisch gesehen) nicht im Interesse des LBP (vernachlässigbar)	9
	Ressourcendatenbank		2
	Netzwerktreffen		1
	Vorwurf Vernetzung zu lokal	Kann allein durch TransVer nicht abgedeckt werden, weil nur stadtteilorientiert	2
	Ausweitung auf ganz Berlin nicht gewünscht		2

	Kulturtraining für Dienstleister	Präferiertes Aufgabenfeld des LBP	12
	Verweis auf TransVer		2
	Finanzierung		2
	PIBB - Ärztenetz		4
Versorgungsstruktur - Angebote		Versorgung nach Bezirken - Einzugsgebiete	0
	Zentrale Clearingstelle	Vorgehen im Sinne einer anbieterinduzierten Nachfrage: d.h. haben sich selbst bedient und in sich selbst verwiesen Keine Vermittlung in Regelversorgung und ließen auch die Patienten in Unkenntnis über Strukturen der Regelversorgung	0
	Angebot		1
	Vermittlungsfunktion		4
	keine Vernetzung mit Regelversorgung	keine IKÖ und keine Vernetzung mit bestehenden Strukturen	3
	Vermittlung in Regelversorgung misslingt		5
	Akzeptanz unter psychiatrischen Versorgern	insbesondere wird der Widerspruch der zentralen zur bezirklichen (dezentralen) Struktur herausgestellt mit der mangelnden Kenntnis bezirklicher Strukturen der zentrale Überbau sollte zudem nur in der Anfangsphase ein Lotensystem sein und hat sich selbst überlebt	3
	Die Leitung im Spannungsfeld	Protegirt von Senat für Integration, Arbeit und Soziales	2
	keine Kenntnisse psychiatrische Versorgungslandschaft		2
	Interessen fern der Versorgung		2
	Selbstversorgung		4
	zeitlich befristetes Angebot	Gründe: 1.) Zentral vs. Bezirkliche Strukturen 2.) Generierung eines selbstreferenziellen Bedarfs 3.) Deckung der Dolmetscherkosten, die in PIAs nicht budgetiert sind  Herr Bajbouj auf der Seite von Herrn Seibold? möglicher Grund: Loyalität, da Herr Seibold Herr Bajbouj zum psychiatrischen Koordinator für Geflüchtete ernannt hat	8
	Ausstattung		4
	Schaffung der Zentralen Clearingstelle	Verfehlung des klaren Ziels das Schnittstellenmanagement für Geflüchtete in die Regelversorgung und komplementär-medizinische Versorgung zu werden und für die Behandler und Versorger den Patientenstrom zu regulieren und anzupassen Öffnung einer zentralen dem bezirklichen Gedanken Berlins widersprechenden Parallelstruktur bzgl. Behandlungen von Geflüchteten Vermittlung - so der Vorwurf - ausschließlich von nicht-passenden	7
	TransVer-Vermittlung & kulturelle Kompetenz		3
	Causa Clearingstelle 2.0	Clearing durch BNS und dann Akutversorgung im Vivantes Humboldt-Klinikum Reinickendorf?	7
	Bräunig VIVANTES Klinikum		8
	Berliner Netzwerk besonders Schutzbedürftige	zu recht wird die Frage in den Raum gestellt, wie unabhängig ist die psychiatrische Einschätzung des BNS, wenn sie vom Senat beauftragt wird (hoheitlicher und damit weisungsgebundener Auftrag)	8
	Manko		0
	Personenabhängigkeit bzgl. Nachfrage	Was passiert, wenn die Person den entsprechenden Bedarf nicht mehr bedient? Sinkt die Nachfrage?	7

Parallelstrukturen	Hier: regional = Grundversorgung und überregional = Spezialversorgung	6
	Aber auch: sich gegenseitig behindernde Strukturen schafft "Zwei-Klassen-Medizin"	1
Verschlechterung der Versorgung		
Zentrale vs. Dezentrale	Schaffung und Ausdifferenzierung bezirklicher Strukturen als Reaktion auf die Selbstverwaltung der Zentralen Anlaufstelle/Clearingstelle wird auch als Risiko für die Integration gesehen bzw. ist ein Integrationshemmnis	6
Verkomplizieren von Abläufen		3
informelle Hilfe aus Kulturkreis		3
Faktor Neid - bei Nachfrage	viele Angebote zur Bedarfsdeckung auf den unterschiedlichen parallelen Ebenen (Bezirke, Überbezirklich, Zentral) Die Inanspruchnahme - das Nachfrageverhalten - ist stark personengebunden (Empfehlungen innerhalb der muttersprachlichen Community) und anbieterinduziert (d.h. auf sich selbst verweisend)	5
Ambulanter Sektor (Niedergelassene) kaum vorhanden	insbesondere psychotherapeutische Behandlungen	6
Versorgung in den Bezirken extrem unterschiedlich		1
Fachkräftemangel (Behandlung, Pflege)		1
Mangelndes Wissen um Finanzierung/Bedarfsdeckung	müssen den Antrag auf Kostenübernahme durch die Behörden selbst stellen	2
Quantifizierung der Angebote schwierig		0
Konzentration auf große Populationen	erwartbares hohes Nachfrageverhalten?	1
Inkomplettes Bild	Angebotsstruktur und Anbieter wird nicht vollständig überblickt	2
anbieterinduzierte Nachfrage	Steuerung der Nachfrage durch niederschwellige Rekrutierung (Generierung von Bedarfen)	3
schwer einzuschätzen - Bedarfselastizität		5
Ermittlung Gesundheitsbedarf/ Clearing		0
Anpassung an Flüchtlingszahlen		3
Screening		0
Psychosoziales Clearing		3
Contra		2
Kliniken		0
PIA	Charité Campus Benjamin Franklin (2,5 Ärzte von Mo bis Fr)	0
interkulturelle Öffnung		2
Zentrum für transkulturelle Psychiatrie		1
Sprechstunde für Geflüchtete	Kurze Wege zu GU, räumlich weit entfernt vom stationären Bereich	3
erst im Verlauf interkulturell geöffnet		8
Spezialambulanz für Geflüchtete		2
CONTRA		3
ZIPP	Begriff der Transkulturalität 2002 mit dem Versorgungsauftrag für Berlin/Brandenburg gestartet IKÖ des Gesamtversorgungssystems, fühlt sich nicht nur für Mitte zuständig nur besondere Fälle, die im Regelversorgungsangebot der PIA nicht gut aufgehoben wären	12
Qualitätszirkel		5
Vermittlung in spezialisierte Psychotherapie		1
Psychoanalytisch		4

	Sprach- und Kulturmittlung	Zusammenarbeit mit Gemeindedolmetschdienst	6
	PIA als bezirkliche Anlaufstelle für Geflüchtete	... und erster Ansprechpartner fungieren dann als dezentrale Anlaufstelle in den Bezirken	9
	Asylfragen		2
	PIA-Finanzierung nach SGB V		9
	Ausbau der Angebote verhindert		1
	Pflichtversorgung aller Fälle	latenter Vorwurf der bezirklichen PIAs: die Sahnestücke werden überregional von den niedergelassenen psychotherapeutischen Angeboten wie ZÜ, GZF abgeworben	7
	PIA als bezirklicher Zuweiser		3
Stationäre Leistungen			1
	Retraumatisierung		1
	Stationen sind turbulente Orte		1
	kaum tagesklinische Behandlungen		1
	kaum elektive Aufnahmen		1
	Abrechnung Sprachmittlung		1
	Notfallbehandlung		3
	Isolation durch Sprachbarrieren		4
Vivantes Neukölln			0
	Dolmetscherliste		2
	AG Migration		2
	Gravität Vivantes Klinikum NK		1
	Nicht im Fokus der Klinikleitung		1
CCM			0
	Aufsuchende Angebote	im Sinne von Offenen Sprechstunden - eher mit der Intention Traumata zu erkennen, aber mit der Realität weitaus alltäglicher Herausforderungen konfrontiert	2
	Psychiatrische Versorgung komplett abgedeckt		4
	die zwei Charités		2
ambulante vertragsärztliche Angebote			0
	MVZ		1
	psychotherapeutische Angebote		0
	Manko PT		0
	Dolmetscherkosten nicht abgedeckt		2
	fühlen sich nicht zuständig		7
	werden nicht wahrgenommen	führt zu Frustration und Rückzug bzw. Aufgabe des Angebots	1
	Aussuchen der "Kundschaft"		3
	GZF	Gegründet von XENION und der Psychiatrieinitiative Berlin-Brandenburg (PIBB) zu 50% in GZF beteiligt	2
	VPSG/ PIBB	2. Teilhaber XENION zu ebenfalls 50%	0
	Anfrage von XENION	Integrierte Versorgung - trotzdem abgestimmt auf SGB V Leistungen	3
	Managementgesellschaft PIBB		1
	Ziel	SGB V übergreifende Zielsetzung insbesondere Integrierte Versorgung	5
	Dolmetscherpool mit XENION		1
	Ausstattung		2
	Ziele/Zuständigkeit	(längerfristige) Behandlung im Rahmen der Psychotherapie-RL keine Vermittlung	6
	Refinanzierung/Vergütung		7

	Zahlungsmoral der Behörden		3
	bedarfsunabhängige Institutermächtigungen		2
	Teil der Regelversorgung Pro/Contra		2
	als Vorreiter für Niedergelassene		3
	psychiatrische Angebote		2
	Kapazitäten knapp		2
	Spezialisierte Versorgung		1
	Vermittlung in ZIPP		1
	lange Wartezeiten		4
	Ganzheitlicher Ansatz	umfasst auch Menschenrechte (Hilfe bei drohender Abschiebung etc.)	4
	großer Bedarf - Ressourcennutzung ineffektiv		3
	XENION	XENION interagiert mit PIBB und haben GZF geschaffen damit hat XENION den Fuß in der Tür der Pflichtversorgungsstruktur (ermächtigte Psychotherapeuten und Ärzte durch KV) können Geflüchtete psychiatrisch und psychotherapeutisch behandeln	3
	Dolmetscherpool		3
	Zentrum Überleben	Änderung der Ausrichtung - Früher Zentrum für Folteropfer, jetzt Zentrum Überleben mit Behandlungen von traumatisierten Geflüchteten Verstetigung im Rahmen einer PIA gelingt nicht, da die Kriterien zur Führung einer PIA nicht erfüllt sind	4
	bedarfsabhängige Ermächtigung		2
	Wunsch nach eigener PIA nicht erfüllt		2
	Tagesklinik mit CCM		5
	außerklinischer/ psychosozialer Bereich		1
	ABEW - DASi Berlin gGmbH	ambulant betreutes Einzelwohnen über die Diakonische Arbeitsgemeinschaft Sozialpädagogischer Initiativen (DASI) in Charlottenburg und Köpenick	1
	entgeltfinanzierte Eingliederungshilfe		2
	Interkulturelle Öffnung als neue Aufgabe	die außerklinischen/ psychosozialen Angebote hatten Geflüchtete lange Zeit nicht im Fokus erst durch Erkenntnisse aus TransVer-Studie wurde berlinweit über Senat und I RP dieser Bereich einbezogen	3
	KUB/ KBS		0
	Geh-Struktur (Aufsuchend)	speziell geschaffen, um Geflüchtete zu erreichen	4
	Psychosoziale Fachkräfte	Fachkräfte treiben die interkulturelle Öffnung voran und erweitern das Profil/Portfolio der KBS	5
	Ausbildungskonzept für Peers		7
	hohe Vermittlungsquote		1
	Anpassung 2020		2
	Katholische Hochschule	Kurssystem entwickelt 2015: Peers als Gesundheitslotsen	4
	Aufbau Struktur		6
	Finanzierung		3
	Aufgaben	Vernetzung mit Versorgern Vernetzung mit Flüchtlingseinrichtungen (Komm-Struktur, aufsuchende Beratung) Stärkung der außerklinischen Strukturen ABER auch Abgrenzung von anderen Bedarfen im Bezug auf Integration	8
	Verteilung anhand Geflüchtetenzahlen		5

	Individuelle Verteilung in Bezirken		1
	Vorwurf: zu weit weg		2
	Definition und Finanzierung		8
	KBS als Zuweiser		5
	Für stationäre Versorger weitgehend unbekannt		2
	Aufklärung über Flucht/Vertreibung		1
	Klassische Klientel		1
	Frei-gemeinnützige Träger/ GmbH		0
	Friedrichshain-Kreuzberg		1
	Tempelhof-Schöneberg		1
	Tradition Berlin West		1
	Urgesteine		2
	in mehreren Bezirken		1
	übersichtliche Landschaft - Ost		1
	unübersichtliche Landschaft - West		1
	Komm-Struktur	impliziert auch das Wissen, dass diese Struktur für Geflüchtete nicht geeignet ist.	4
	Tagesstruktur - Psychiatrischer Zuverdienst	ausgestattet mit 6 zusätzlichen Fachstellen	1
MEHIRA		zusätzlicher Nutzen?	0
		ausreichendes Angebot vorhanden?	
		Bedarf an anderen und zusätzlichen Leistungen?	
		Nachfrage nach anderen Leistungen?	
	Ressourcenschonung		1
	keine langfristige Bedarfsdeckung	im Sinne einer Krisenintervention verstanden, welche die regulären Versorgungspfade übergeht	3
		widerspricht dem Gedanken, dass MEHIRA näher am tatsächlichen Bedarf ist - vielleicht ausschließlich in der Akutphase	
	MEHIRA - als Zuweiser		1
	Nebeneinander unterschiedlicher Interventionen	... mit ursprünglich unterschiedlichen Intentionen	2
	Niederschwelliges Angebot - Peerbegleitung		2
	steinige Ausbildung		3
	Selbstorganisation		2
	Vorurteilsfreie Psychosoziale Beratung		1
	Peerbegleiter		3
	begleitender Methodenkanon	Baustein im Methodenkatalog der Behandler, der entweder eigenständig oder begleitend genutzt wird	3
	Efficacy		1
	BALSAM - attraktives Angebot		4
	unterstützt die gegenwärtige Versorgungslandschaft		5
	Niederschwelliger Zugang - Rekrutierung		6
	näher am tatsächlichen Bedarf		7
	Stufenzuweisung schwierig	Die 1. Frage ist: Braucht es die MEHIRA-spezifischen gestuften Spezialangebote oder ist eine gute Sprachmittlung für den Zugang zum Behandlungssystem entscheidender? Die 2. Frage lautet: Kann die Inanspruchnahme der niedrigen Stufen deshalb kaum realisiert werden, weil der Bedarf für psychotераpeutische und psychiatrische Leistungen durch die zunehmende Rekrutierung als zu groß erkannt wird?	4
sonstige Hilfen			0
	Krisendienste	ausgestattet mit Mitteln für Dolmetscher bzw. Sprachmittlung	1

"legale" Suchtberatungsstellen - je Bezirk	ausgestattet mit zusätzlich 12 Fachkräften	1
"illegale" Suchtberatungsstellen - Landesebene		1
GUIDANCE	Suchtberatungs-App mit Lotsenangebot/ Zuweisend für fachliche Beratung und Behandlung angegliedert an Drogennotdienst [Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V.] zusammen mit DRK Berlin Schöneberg-Wilmersdorf e.V. zusätzlich Gruppenangebote mit 2 festangestellten Sprachmittlern	3
	fortlaufende Finanzierung	1
Med-Points	Angebote in den Jahren 2015/2016	2
Ausstattung		1
Die Behandler im Rahmen der Versorgung Geflüchteter		2
hohe Dynamik		1
Erwartungen gegenüber Geflüchteten		7
Geschäftsmodell Geflüchteter		8
"Kampf" um Angebote und Nachfrage	geht zulasten der Geflüchteten	8
Pragmatische Lösungen		1
Erwartungen vs. Realität	enthält auch die Vorstellung, dass die Geflüchteten durchweg traumatisiert seien	3
Faktor Kompetenz - nur ich weiß, wie es geht		3
Lösungsvorschläge für Versorgung		0
Aufsuchende Arbeit/Beratung benötigt		2
Multiprofessionalität berücksichtigen		1
Bedarf an spezialisierter Versorgung	gemeint sind XENION, ZÜ, ZIPP	1
muttersprachliche Behandlung anbieten	Wunsch nach muttersprachlicher Behandlung, weil einerseits für die Behandler-Patienten-Beziehung überaus vorteilhaft und andererseits werden keine Dolmetscher benötigt, deren Kosten irgendwie abgedeckt werden müssen	5
gestuftes Vorgehen bei Sprachmittlung		1
Verstetigung der Forscherkenntnisse		1
Einbindung Niedergelassener		2
Berücksichtigung sozialer Integration		2
Interkulturalität leben		2
Reduktion Parallelstrukturen		1
Vernetzung auf Bundesebene	Thematisch zwar im Bereich der Fluchtursachenbekämpfung angesiedelt, jedoch übertragbar heißt das: Zusammenarbeit der Ministerien zur Schließung der Lücken zwischen den Sozialgesetzbüchern, um eine "ganzheitliche" Verbesserung des Wohlbefindens Geflüchteter zu erreichen. Denn nur diese Steigerung (ohne Schlechterstellung Dritter) bedeutet eine Gesamtsteigerung der Wohlfahrtsfunktion und stellt den Rahmen für eine nachhaltige Beschäftigung dar.	2
Politische Entscheider für Ressourcenallokation		1
Nachhaltige Finanzierung		1
Investition in Ressourcen		1
Anwerbung von Peers		1
Kultursensible Angebote schaffen		1
Gestufte & anbieterübergreifend Angebote		2
Bedarfsassessment		1



## Anlage 16: Versorgungsforschung – Liste der Kodierungen – Landkreis Marburg-Biedenkopf

MARBURG-BIEDENKOPF	Memo	#
Hintergrund		0
Kosten im Gesundheitswesen		0
teure stationäre Versorgung	plus Drehtüreffekt (Wiederaufnahme) wenn keine präventiven (primär- und sekundärpräventiven) und nachsorgenden (tertiärpräventiven) Strukturen vorhanden	2
AsylbLG - FD52	regelt die Notfallversorgung Asylsuchender im Asylverfahren bzw. mit Aufenthaltsgestattung in den ersten Monaten (bis 15 Monate) - keine frühen Hilfen, keine Nachsorge, keine längerfristigen Therapien im Regelfall vorgesehen - ausschließlich "Akutfälle" meist Eingriff bei Selbst- oder Fremdgefährdung umfasst keine Dolmetscherleistungen Leistungen werden in der Optionskommune Marburg vom Sozialamt ausbezahlt (FD52/Team Asyl)	6
Behandlungsscheine	CruX: Behandlungsscheine werden von der Gesundheitsversorgung fernen Personen ausgestellt, die somit eine Legitimierungsstelle sind mit Befugnis aber ohne Kompetenz	3
Kombination Jugendhilfe - Schule		2
Kreisjobcenter - Optionskommune	Stadt Marburg als Optionskommune hat das Jobcenter an die Gemeinde und nicht an die Arbeitsagentur angegliedert	1
Entstigmatisierung		1
KJP - Einwilligungsfähigkeit		1
Bedürfnisse und Bedarfe Geflüchteter		0
Veränderung Klientel		0
rückläufige Flüchtlingszahlen		2
Herkunftsländer/ Familienstruktur		8
Psychische Belastungen	insgesamt nimmt die Anzahl an Akutbehandlungen ab, was jedoch gleich hoch bleibt bzw. zunimmt, ist die Anzahl derjenigen, die sich nach bereits längerem Aufenthalt in D neu im ambulanten Setting vorstellen - Priorisierung? viele Geflüchtete bringen bereits psychische Störungen aus dem Herkunftsland mit einige erwerben psychische Störungen aufgrund hoher Belastungen während der Flucht und als Folge des "Integrationsprozesses" in D	0
Hilfesuchverhalten	das Hilfesuchverhalten ist trotz bestehender Belastung gering ausgeprägt wird erst durch aufsuchende Beratung sichtbar - d.h. es werden Bedarfe geweckt?	2
Quantifizierung der Belastungen		5
Probleme im Verlauf Integrationsprozess		2
Fluchterfahrungen & -ursachen		5
Krank im eigenen Land		4
langwierige und komplexe Fälle		4
Kinder psychisch Kranker Geflüchteter	Trauma der Eltern wirkt sich auf die Kinder aus Eltern werden solange übersehen bis die Kinder in diversen Bildungseinrichtungen Auffälligkeiten zeigen, die dann "abgeklärt" werden sollen	6
Sucht & Medikamentenmissbrauch		6
psychische Gesundheit		12
Alltag/ Verpflichtungen in D	Alltagsherausforderungen bzw. Leben in D mit den notwendigen Pflichten benötigen Unterstützungsleistungen	6

Arbeit/Beschäftigung		1
Veränderungen über die Zeit		1
sozialer Bedarf		1
Familie und Familiennachzug		4
Zugang ins falsche System	Asylverfahren, Angst vor Abschiebung und Alltags Herausforderungen führen häufig dazu, dass sich Geflüchtete lieber in die stationäre Versorgung einweisen lassen Versorgungssystem sorgt dafür, dass die Ressourcen frei bleiben - Bezeichnung "Trittbrettfahrer"	5
Integration		4
	Religion kaum thematisiert	1
	keine islamische Gemeinde in Marburg	2
Unterbringung - unterschiedliche Gruppen	tw. konfliktbehaftet - Religion	5
Sprachkurs	größere Schwierigkeiten bei Erwachsenen Deutsch zu lernen teilweise wird ihnen der Wille abgesprochen, Deutsch zu lernen Hauptproblem ist: Die psychische Belastung behindert oder verhindert den Spracherwerb!	6
Asylverfahren/ Dublin-Fälle	fehlende Menschlichkeit im Asylverfahren bzw. der Selektion der Dublin-Fälle	4
	Aufenthaltsstatus	5
	Wechsel der Verantwortlichkeiten bei Statuswechsel auf kommunaler Ebene - geht theoretisch mit Reibungsverlust/ Schnittstellenmanagementproblemen einher - nicht so in Marburg, wenn über SoFhi angehängt	
Ausbildung		2
Kenntnis des Gesundheitssystems		4
Kenntnis der Angebote		2
Sprache		10
Krankheits- Kulturverständnis		12
	Persönlichkeit im Heimatland	1
	Stigmatisierung	1
	Hilfesuchverhalten vs. realer Bedarf	2
	Reden mit Vertrauten	1
	Reden mit Familienangehörigen	1
	präferierte Angebotsform	0
	Arzt	1
	Einzeltherapie	2
	CONTRA: von Anbieterseite - Präferenz der Anbieter gestuftes Modell PRO: der Geflüchtete möchte wenn dann eine auf ihn als Person individuell abgestimmte Therapie/ Behandlung durch einen ausgewiesenen Experten (Facharzt/ Therapeut)	
	Reden über Störungen - bedrohend	3
	Bedürfnis nach Behandlung	13
	Behandlungsbedarf wird von sich aus zumeist nicht geäußert, sondern von außerhalb festgestellt und dann zumeist von Therapeuten oder deutschen Betreuern selbst wenn dann ein Behandlungsbedarf identifiziert und ein Behandlungstermin vereinbart wird, kann es passieren, dass die Angebote nicht aufgesucht werden	
Sprach- und Kulturmittlung		0
Quantität		0
	Dolmetscherdienst - DOLMA	2
	Multiplikatoren kultureller Austausch	2

Beantragungsverfahren	läuft unabhängig von der Beantragung medizinischer oder psychotherapeutischer Leistungen	2
langer Vorlauf	in Anfangszeit waren Wartezeiten von 2 Monaten auf einen Termin und länger auf einen Termin eher die Regel als die Ausnahme	1
Finanzierung		2
Qualifikation		5
bestimmte Sprachen schwierig		1
Mangel an Muttersprachlern		1
Familienmitglieder	aus Mangel an Alternativen Kinder oder Ehepartner - eher negativ für beide Seiten das Binnenverhältnis und den "Übertrag" der Belastungen auf Seiten der Geflüchteten Mangel an umfangreichen und relevanten Informationen auf Seiten der Versorger	1
Koordinierung/ Steuerung Gesundheitsversorgung		0
Organisation Gesundheitslandschaft		0
Aufteilung der Versorgungsregionen		1
Flüchtlingshilfe/ Fachstellen		0
Schnittstelle mit Moscheen	im Gegensatz zur Gesundheitsversorgung hat die Flüchtlingshilfe Schnittstellen zu Strukturen, die aus dem Heimatland bekannt sind geschaffen	3
umA-Netzwerk	Jugendamt und umA-Leitung haben mit Trägern von Wohngruppen verhandelt und das umA-Netzwerk gegründet, welches von der Heimaufsicht geleitet wird	2
fehlende Netzwerkkarten	für die Integration ist es wichtig über (niederschwellige) Hilfsangebote des Gastlandes Bescheid zu wissen Flüchtlingseinrichtungen häufig auch überfordert mit der Komplexität des Gesundheitswesens - sorgen für "falsche" Zuweisung und Inanspruchnahme von medizinischen Ressourcen	2
FD52 - Migration und Flüchtlingshilfe		3
Team Asyl		2
Asylbegleitung Mittelhessen		2
FD57 - soziale Dienste umA	Vernetzen sich über das Instrument der Entwicklungsprognose mit Anbietern aus dem Bereich Psychiatrie/ PT kurze Wege zum "Team Asyl" (FD52 - Migration und Flüchtlingshilfe)	3
Fallzahl		3
Unverständnis Dolmetscherkosten		2
Personal/Personalschlüssel		6
Zugang umA in FD		3
Aufgabenbereich	Neuausrichtung wegen abnehmender umA-Zahlen: geflüchtete Familien/Elternteile mit Kindern unter 2 Jahren aufgrund ausländerrechtlicher Bestimmungen können auch bundesweit spezialisierte Angebote in Anspruch genommen werden	4
Spezialisierte Versorgungseinrichtungen		2
Notfälle und Amtshilfe		3
Inobhutnahme		1
Regelung Vormundschaft	Hilfeplanung obliegt dem sozialen Dienst umA	2

	Verteilung	keine Verteilung bei psychischen Auffälligkeiten Nach Verteilung - in ein anderes BL, eine andere Gemeinde ist der Fall abgeschlossen, weil sich das dortige Amt um die umA kümmert	5
	Clearing	auch gesundheitlicher Check - inklusive psychische Gesundheit Zusammenarbeit mit Gesundheitsamt bei Problemen Zusammenarbeit mit Vitos-Klinikum Gießen Probleme der Identitätsfeststellung insbesondere wenn umA abhauen und woanders aufschlagen	5
	Kindeswohlgefährdung		2
	Familienhilfen		2
	Hilfen zur Erziehung	in der Regel durch Heimunterbringung/ Wohngruppen erreicht, dann wird die Hilfeplanung etabliert	3
	ambulante Hilfen		1
	Entwicklungsprognose	inklusive Netzwerkanalyse und Suche nach "Experten" aus dem Bereich der Psychiatrie dient der kurz- bis mittelfristigen Zielsetzung, die über eine halbjährliche Hilfeplanung nicht leistbar wäre - zu wenig präzise und zu störanfällig	7
	Hilfeplanung		3
externe Zuweiser			1
	FD57 - soziale Dienste umA	haben sich mit vernetzt mit ambulanten Angeboten: MEHIRA KJPAM Gesundheitsamt/ Psychosoziale Dienste	2
	Kreisjobcenter	zuständig für Statuswechsler, d.h. anerkannte Geflüchtete - mit Aufenthaltsgenehmigung hier finden tw. auch über das PSZ Mittelhessen Sprechstunden für Geflüchtete mit psychischen Problemen statt	2
	Team Asyl- Fachdienst Migration ...	Fachdienst Migration und Flüchtlingshilfe - Zuweiser für SoFHi Zuständig für Leistungen nach AsylbLG in Marburg	3
	Mund-zu-Mund		3
	Gemeinschaftsunterkünfte		2
	Polizei	die einzigen, die wissen, dass die Versorgung nicht optimal ist, sind Polizisten	4
	Erstaufnahmeeinrichtung	Erstberatung: wenn psychische Gesundheit, dann Traumata stationäre Entlassungen aus Kliniken laufen über EAE EAE schieben sich gegenseitig die "schwierigen Fälle" zu - dabei kommt es zu Wiederaufnahmen in unterschiedlichen Psychiatrien	3
	soziale Dienstleistungen	in EAE sind beschäftigt: 1.) durchs Land eingestellte Sozialarbeiter 2.) (unabhängige) Asylberatung 3.) Medizinischer Dienst, der auch KH-Einweisungen bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung durchführt	5
	EAE-Netzwerkbildung misslingt	Aufgabe der EAE sollte es sein, sich mit der klinischen Versorgung zu vernetzen EAE können diese Aufgabe nicht bewältigen die Vernetzung mit den PSZ - die eigentlich für die Schnittstelle Flüchtlingshilfe und Psychiatrisch/PT-Versorgung zuständig sind - wird kaum bedient	2
	EAE Gießen - PSZ & Vitos	Pflichtversorgung der EAE Gießen obliegt Vitos Kurhessen	4

	EAE Neustadt - Uni Marburg		2
	Frühe Hilfen		1
	Ausbildungseinrichtungen		3
	Wohngruppen		6
	intensiv betreutes Wohnen		2
	halten Dolmetscher vor		1
	Wohngruppen schließen		1
	Organisation		1
	keine Kenntnisse psychischer Symptome		2
	Überforderung		5
	Schnittstellen		0
	Netzwerktreffen		0
	PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft LK Marburg-Biedenkopf keine Vernetzung mit PSZ	3
	Arbeitskreis psychisch kranke Flüchtlinge	in der Anfangszeit: Runder Tisch psychisch kranke Flüchtlinge dann in PSAG überführt und zum Arbeitskreis gemacht Vernetzung mit Bildungsträgern und Arbeitsvermittlungen	4
	Traumanetzwerk Gießen		1
	Psychosozialer Arbeitskreis		1
	Organisation		1
	Hilfesystem Herkunftsland	trotz Nennung von Vereinen und religiösen Einrichtungen keine Ahnung, was dort passiert zusätzlich sind Frauen (die in der D in Versorgung tätig sind) nicht unbedingt willkommen bzw. fühlen sich willkommen	9
	Initiative afghanisches Hilfswerk		2
	Schnittstelle mit Flüchtlingshilfe	von Seiten der Flüchtlingshilfe: Zuweisung häufig unklar wer unmittelbarer Ansprechpartner bzw. zuständig - fehlendes Verständnis vom Gesundheitssystem auch bei Flüchtlingshilfe	0
	AsylbLG		0
	FD52 - Migration/ Flüchtlingshilfe		4
	PSZ		1
	steiniger Pfad/Barrieren	Verantwortlichkeiten/Zuständigkeiten ungeklärt - Henne und Ei- Problem, wer zuerst und wie gemeinsam?	8
	ambulante PT und Flüchtlingseinrichtungen		1
	Schnittstelle mit anderen SGBs - VIII, XII		0
	SGB VIII - Kinder- und Jugendhilfe		1
	FD57 umA		0
	SGB XII - Eingliederungshilfe	zuständig für die Leistungen der Eingliederungshilfe ist in Hessen der Landeswohlfahrtsverband (LWV) Hessen als Zusammenschluss der LK und kreisfreien Städte keine Leistungen für Geflüchtete, die im Asylverfahren, nicht anerkannt oder geduldet sind! hier gelten ausschließlich die Regelungen des AsylbLG	1
	LWV Hessen		0
	Gesundheitssektoren	Zuweisung häufig unklar wer unmittelbarer Ansprechpartner bzw. zuständig - fehlendes Verständnis vom Gesundheitssystem auch bei Flüchtlingshilfe	1
	stationär und nachsorgend	einige Kliniken arbeiten mit speziellen Zentren zusammen zwecks nachhaltiger Behandlung	2
	Versorgungsstruktur - Angebote		0
	Manko		0

Angebotsinduzierte Nachfrage	aufgrund des mangelnden Verständnisses des Gesundheitswesens und der "Player" können "Gesundheitsprobleme" induziert und Behandlungen etabliert werden	1
Parallelstrukturen vermeiden	Grundidee ist die Verhinderung der Behandlung Geflüchteter in einer Parallelwelt abseits der Patientenpfade der hiesigen Bevölkerung Warum werden dann Parallelstrukturen benötigt? Weil es an Kultursensibilität mangelt respektive an IKÖ. Das "System" neigt dazu, diejenigen von der Regelversorgung auszuschließen, die nicht passgenau sind. Dadurch wird ein Parallelsystem notwendig. Die etablierten Angebote bzw. Strukturen laufen dann ggf. auch wieder parallel und bieten somit Doppelstrukturen, die nicht effizient sind.	6
lange Wartezeiten bis Behandlungstermin	Bedarfe können nicht gedeckt werden - das führt zur Demotivation	8
fühlen sich nicht zuständig für Dolmetscherleistungen	Dolmetscherleistungen sind zeitaufwendig in der Beantragung, zeitaufwendig bis Refinanzierung stattfindet - insbesondere niedergelassene Versorger scheuen den Umgang mit der Beantragung und den resultierenden Kosten von Dolmetscherleistungen trotzdem werden dann Patienten aufgenommen, jedoch unzureichend bis inadäquat behandelt und ohne Nachsorge entlassen - Grund: nicht therapierbar wegen mangelnden	9
nicht bedürfnisorientiert - Komm-Struktur		1
keine nachsorgenden Strukturen		1
Verantwortungskonfusion		2
SPDi - SoFhi	SPDi des Gesundheitsamts: Teil des ÖGD (untere Gesundheitsbehörde des LK Marburg-Biedenkopf in Hessen)	1
Anzahl Behandlungen/ Geflüchtete		3
Überlastung	führt in der Regel dazu, dass schneller in die Regelversorgung überwiesen wird Stellenkontingent schlicht nicht ausreichend bzw. die Doppelfunktionen erfordern zusätzliche zeitliche (personelle) Ressourcen	4
Einfluss		1
hoher Bekanntheitsgrad - hohes Vertrauen	und hoher eigener Anspruch an die Tätigkeit	3
Kostenübernahme & Beantragung	Abrechnung im Rahmen des AsylbLG - da SPDi des Gesundheitsamts als Teil des ÖGD (untere Gesundheitsbehörde eines BL) Dolmetscherleistungen (DOLMA) ebenfalls abgesichert	7
Historie		4
Personalausstattung		1
Aufgaben	psychiatrisch, psychotherapeutisch und psychosoziale Versorgung und Vermittlung (Netzwerk) ins Versorgungssystem und in den Bildungsbereich bzw. in Arbeit	10
Erst- und Folgegespräche á 1h	lange Termine, weil a.) koordinativ anspruchsvoll mit Dolmetscher und dessen Vergütung b.) Klärung der Symptomatik und der sozialen Herausforderungen	2
Vermittlung		5
Kooperation mit IPAM		2

	Terminsprechstunde	Im Gesundheitsamt -in den Räumlichkeiten des SPDi findet einmal pro Woche eine ausschließliche Beratung/Behandlung von Geflüchteten statt nach vorheriger Terminabsprache - klassische Komm-Struktur eine "Zweigstelle" wurde mangels Inanspruchnahmeverhalten geschlossen, obgleich "wohntnah" ggf. missinterpretiert wird	8
	Aufsuchend	Lebenswelt der Geflüchteten kennenlernen und beurteilen	3
	Lotsenfunktion	SGB-übergreifendes und damit ganzheitliches Versorgungsangebot inklusive Vereinbarung von Dolmetscherleistungen auch an den Schnittstellen des Übergangs zwischen "Migration und Flüchtlingshilfe" (FD, der Leistungen nach AsylBLG zahlt) und Kreisjobcenter (zuständig für Personen mit Aufenthaltserlaubnis)	6
	Gesundheitsteegarten	psychoedukatives Gruppenangebot für Geflüchtete mit Lotsenfunktion	3
Kliniken			0
	PIA		0
	PIA - Erwachsene		1
	Einbestellung von Dolmetschern	gelingt mehrheitlich, Qualität der Dolmetschleistungen stark schwankend	2
	Vorurteile bzgl. kultureller Barrieren		1
	Dringlichkeitsliste - die spezielle Warteliste		1
	Warteliste für Geflüchtete	heißt wenig Plätze verfügbar	3
	Vermittlung an IPAM		1
	keine ambulante Therapie für Geflüchtete		1
	PIA - KJ		1
	Psychotherapie - Institute		1
	KJPAM		0
	lange Wartelisten/ Überlaufen		1
	IPAM		2
	Zusammenarbeit mit SPDi - SoFHI	Richtlinien-PT	3
	Zuweiser für MEHIRA	insbesondere zur Entlastung der eigenen Angebote - Niederschwelligkeit bzw. gestuftes Vorgehen	1
	Wartelisten	lange Wartelisten haben dazu geführt dem Problem aktiv entgegenzuwirken und in die betroffenen Einrichtungen zu gehen und vor Ort Angebote durchzuführen damit die Ambulanz entlastet wird	3
	Aufgabe	Supervision der Mitarbeiter von Wohngruppen für Geflüchtete Angebot ambulanter Therapien für Geflüchtete	3
	Klinik häufig erste Anlaufstelle		2
	Behandlung "falscher" Klientel	Umgang mit Geflüchteten, die aus der Sorge bzw. Angst heraus sich in die Klinik begeben - Ressourcen verbrauchen, die andersweitig dringender benötigt werden	3

	Notfallintervention	ist die Regel und nicht die Ausnahme für die Versorgung von Geflüchteten (meist auch unfreiwillige Aufnahmen oder fehlinduzierte Aufnahmen) über die Ambulanz auf Station aufnehmen ist die einzige Möglichkeit für klinische Versorgung (Behandlung) Geflüchteter - häufig auch Fehluweisungen eigentlich immer zu spät, da das Kind schon in den Brunnen gefallen ist - es fehlt die Möglichkeit der Prävention stationärer Aufnahmen es fehlt die Möglichkeit der Nachsorge, da nach stationärer Behandlung selten Angebote (hier nur Traumatherapiezentrum) vorhanden sind häufig auch einfach nur ein Aufnahmen und wieder entlassen ohne adäquate Behandlung	11
	Zwangseinweisung		3
	Verwahrung - Aussitzen		3
KJP			1
	Fokus umA		1
	Kleinkindsprechstunde	Spezialangebot der Ambulanz für unter sechsjährige Kinder - auch auf der Flucht geborene	1
	viele Personen bei Aufnahme	i.d.R. Dolmetscher und bei umA auch der Vormund bzw. oder auch die Wohngruppenleitung	1
Erwachsene			1
	Uniklinik Marburg - UKGM		1
	Arbeit mit Dolmetschern		1
	kein Migrationskonzept		0
	Vitos-Kliniken	Schnittstelle mit nachsorgender Struktur/ Angebot - Traumatherapiezentrum	0
	Zusammenarbeit mit umA-Wohngruppen		3
	Sozialarbeit	Sozialarbeiter versuchen sich auch psychosozialen Bedarf zu adressieren	1
	Dolmetersystem		1
	Migrationskonzept	beinhaltet auch die Finanzierung der Dolmetscherleistungen	2
	fehlende Schulungen/Weiterbildungen		4
	Stationsregeln	einige Stationsregeln sind kontraproduktiv für Geflüchtete - z.B. Smartphones hier braucht es Ausnahmen	2
	Sprachbarriere	elektiv wäre wahrscheinlich die Bestellung eines Dolmetschers mit gewissem Vorlauf (8 Wochen?) möglich akut ist die Bestellung eines Dolmetschers kaum leistbar oder nur zufällig möglich so misslingt eine adäquate Versorgung aufgrund mangelnden Austausches - das betrifft i.d.R. "kleinere Kliniken" - die Regelversorgung wie in Allgemeinbevölkerung	6
	keine speziellen Angebote für Geflüchtete		4
	ambulante vertragsärztliche Angebote		0
	Hausärzte		1
	alle Termine mit Dolmetscher	initiiert durch Gesundheitsamt/SPDi/SoFHi	1
	Psychotherapeuten	Versorgungsnetz niedergelassener vertragsärztlicher Behandler durch PSZ	4
	psychosozial/ Kontakt- & Beratungsstellen	Platzzahl muttersorachlicher Behandlungen stark begrenzt	0
	Speziell KJ		3
	spezialisierte Versorgung		0



Psychosoziale Zentren (PSZ)	hier speziell: das PSZ Mittelhessen mit Sitz in Gießen	1
Vorgaben/Richtlinien		0
weder Stellungnahmen noch Gutachten	nehmen sich als unpolitisch wahr, obgleich sie eine steuernde Wirkung haben könnten gef. Anweisung aus dem Regierungspräsidium?	4
Schnittstelle	Schnittstelle zwischen Flüchtlingshilfe und Psychiatrischer/Psychotherapeutischer Versorgung werden in EAE und Gemeinschaftsunterkünften aktiv (bzw. Zweitunterkunft oder kommunales Wohnen) und sollen den Zugang zum Regelversorgungssystem ermöglichen vernetzen sich mit den Sozialämtern/FD52 und Jobcentern - auf sozialarbeiterischer Ebene arbeiten dann aber ausschließlich mit Kliniken und vertragsärztlichen Versorgern zusammen und nutzen die Netzwerke der sozialpsychiatrischen Verbände bzw. PSAG nicht	5
Klientel		4
Vernetzung		6
Sozialministerium		3
Step-by-Step - Vorläuferprojekt		4
Finanzierung/ Haushalt		1
PSZ Mittelhessen	Trägerverein Psychosoziales Zentrum für geflüchtete Menschen in Mittelhessen e.V. zuständig für EAE Gießen und Neustadt und Gemeinschaftsunterkünfte in Marburg-Biedenkopf meist über Sozialarbeiter/ Ehrenamtliche	3
Kontaktaufnahme	Geflüchtete melden sich per se nicht	2
Zuständigkeit	unterschiedliche Kenntnis der lokalen Versorgungssysteme - da PSZ Mittelhessen ein großes Einzugsgebiet besitzt muss ggf. auch die Versorgung in den Randbereichen sichergestellt werden. Das ist nicht vollumfänglich möglich (Faktor Zeit, Kenntnis, Personalmittel)	3
Aufgabe	Vernetzung insbesondere mit niedergelassenen vertragsärztlichen Behandlern	5
feste Bürozeiten		1
Anzahl Fälle		1
Fallbesprechungen		1
Bitten um Kostenübernahme	Behandlungsbedarf muss fachfremden Personen, die über die Gelder entscheiden (Sozialamt, JC, Team Asyl), vermittelt werden	4
Clearing - Stepped-Care Ansatz	ein niederschwelliger Ansatz	8
Vermittlung	geprägt von Barrieren - insbesondere sprachlicher Natur - sodass Geflüchtete länger bei PSZ verweilen und behandelt werden als ursprünglich angenommen ansonsten AsylBLG - für Geflüchtete mit Aufenthaltsgestattung - verhindern ambulante PT übergeordnet wird zudem versucht der "ganzheitlichen" Behandlung gerecht zu werden, d.h. auch nachsorgend aktiv zu sein	5
Wohlfahrtsverbände		2
Anspielung auf SoPhi		1
Aufsuchend - Sprechstunden		4
Personalausstattung		2
Kultursensibilität		2

	Wartelisten		2
	nicht bedarfsdeckend	Psychologisch und sozialarbeiterische Arbeit voll ausgelastet - liegt insbesondere daran, dass Kliniken ihrem Versorgungsauftrag nicht in dem Umfang nachkommen (können) insbesondere, weil Dolmetscherleistungen nicht bestellt werden (können)	4
	Traumatherapiezentrum UKGM	Tagesklinisches und Ambulantes Angebot auch für Geflüchtete durch den eher ganzheitlichen Ansatz kann diese Behandlungsform auch zur Integration genutzt werden	1
	Nachsorge	Vorsicht jedoch bei Multimorbidität	2
	MEHIRA		1
	zu selektiv		1
	kann zur Vernetzung beitragen		4
	Niederschwellige Angebote	durch das gestufte Modell kann Ressourcenschonend ein adäquates Angebot für Geflüchtete vorgehalten werden	3
	Rekrutierung - aufsuchend		5
	Angebote bleiben ungenutzt - Komm-Struktur	hohes Maß an Selbstorganisation wird verlangt von jemandem der psychisch belastet ist und dessen Alltag komplett von außen bestimmt ist (Behördengänge, Ausbildung, Asylverfahren, Anträge) und zudem angstbesetzt (kein Aufenthaltstitel, Abschiebung) da passt das Klinikangebot der Gruppentherapien zeitlich nicht gut rein	3
	erstes Angebot für Geflüchtete		4
Die Behandler in der Versorgung Geflüchteter			0
	Traumata und PTBS		1
	Psychotherapeuten & Psychiater		0
	Erwartungen vs. Realität	Therapeutischer Anspruch vs. Leistbarkeit Vorbereitet auf Traumata bzw. Traumatisierungen und nicht auf andere Störungen	3
	Vorurteile und Barrieren	Angst davor, die kulturellen Barrieren nicht überwinden zu können, d.h. eine erfolgreiche Therapie durchführen zu können Scheu vor dem Mehraufwand (zeitlich und personell) der betrieben werden muss ggf. latenter Rassismus das Aufbrechen des etablierten Rollenverständnisses: "der weiße Kittel - die Autorität" als Türenöffner, hier eher als Hemmnis	10
Lösungsvorschläge für Versorgung			0
	Gesundheitsbegriff	nicht nur als Abwesenheit von Krankheit definieren, sondern als bio-psycho-soziales Wohlbefinden - dann lassen sich auch die Aspekte Bildung, Arbeit, Wohnen und soziale Teilhabe als Teile des Ganzen begreifen das Rumdoktoren an Symptomen ist langfristig nicht zielführend	2
	Zusammenhang Spracherwerb - psychische Belastung		1
	Ausbau der PSZ	an mehreren Standorten, sodass regional kleinere Gebiete abgedeckt sind, demzufolge höhere Personalmittel insbesondere auch Psychologen und psychologische PT	1

System müsste kultursensibler sein	Träger, vertragsärztliche Leistungsanbieter und sonstige in der Versorgung Tätige sollten Kultursensibilität bzw. IKÖ erlernen, dann wäre eine Integration Geflüchteter in die Regelversorgung deutlich leichter nicht unmittelbar von psychischen Störungen reden, sondern niedrigschwellige Angebote zur Affektregulation, zum Stressmanagement bzw. zur Selbsthilfe zu machen	3
Vernetzung Flüchtlingshilfe und Psychiatrie		1
Gesundheitskompetenz		0
Einlassen auf die Kultur - Kulturverständnis		5
Clearing gepaart mit Gesundheitslotsen	es fehlt an einem Angebot, welches früh mögliche Belastungen identifiziert und Geflüchtete durch das Gesundheitssystem dem Bedarf entsprechend navigiert - Stichwort: Gesundheitskompetenz	4
gestufte Modelle zur Entlastung des Gesundheitswesens		3
Aufsuchende Arbeit etablieren	Kliniken mit ihren (ambulanten) Angeboten sind behäbig oder fühlen sich nicht zuständig, sollten jedoch aufsuchend tätig werden, um Krisen und damit teure Behandlungspfade zu vermeiden	9

## Anlage 17: Versorgungsforschung – Liste der Kodierungen – Stadt und Landkreis München

MÜNCHEN UND LANDKREIS MÜNCHEN	Memo	#
Hintergrund		0
Kosten im Gesundheitswesen		0
AsylbLG	Leistungsumfang für psychiatrische Leistungen begrenzt, PT und Nachsorge nicht intendiert ausführliche Anträge notwendig, die Niedergelassene zwangsläufig nicht schreiben Sprachmittlung durch Asylsuchenden selbst zu beantragen/ bzw. mit Unterstützung	8
Gesundheitskarte	nach 15 Monaten - mit Aufenthaltstitel bzw. schon länger da, aber noch im Asylverfahren Budget des RGU, dass Dolmetscherleistungen beantragt/finanziert werden	4
AOK Oberbayern		0
Persönliches Engagement		1
positive Auswirkungen wissenschaftlicher Erkenntnisse		1
Menschenrechte		1
Politik - Pull- und Push-Effekte		4
Bedürfnisse und Bedarfe Geflüchteter		0
Veränderung Klientel		2
Herkunftsländer		1
Rückgang der Erstanträge auf Asyl		6
Psychische Probleme		0
Hilfesuchverhalten/ Nachfrage		1
Symptome/ Syndrome		1
Stadt-Land-Gefälle		1
Suizidalität		1
langfristige zeitversetzte Bedarfe		3
Therapie nicht priorisiert	Gesundheit ist eines der Bedürfnisse Geflüchteter, jedoch nicht das Primäre somit melden sich viele nach D Gekommene erst nach Jahren der Ankunft	4
Bedarfe höher als Bedarfsdeckung	Nachfrageverhalten ist größer als angebotene Leistungen, selbst wenn die Nachfrage auf Seiten der Flüchtlingshilfe reguliert wird (obgleich das Nachfrageverhalten mit dem Hilfesuchverhalten gleichgesetzt werden kann), ein Großteil der Geflüchteten wird vermutlich Bedarfe haben, die nicht identifiziert sind	5
Alltag/ Verpflichtungen in D		1
Integration		4
Arbeit/Bildung		1
Wohnen/Unterkunft		6
Wohnungslosenhilfe	viele Geflüchtete fallen nach der Anerkennung (mit Aufenthaltstitel) in die Wohnungslosenhilfe/ Leistungen des SGB XII diese "Statuswechsler" sind eine Herausforderung für die Sozialleistungssysteme AsylbLG und SGB XII - Lösungen in München sind Flexi-Wohnheime und "Wohnen für Alle"	7
Flexi-Wohnheime		1

Wohnen für Alle - WAL	beschleunigtes Wohnbauprogramm mit dem Ziel schnell, bedarfsgerechten und dauerhaften Wohnraum für anerkannte Flüchtlinge und andere Wohnungslose in München zu schaffen, wobei die Wohneinheiten sozialpädagogisch und mit Kulturmittlern begleitet und dem Jobcenter vernetzt werden. Initiative des Sozialreferats und des RGU der LH München aus dem Jahr 2016	2
Deutschkurse		2
Sorge um Herkunftsland		1
Asylverfahren	die eigene Position zu vertreten im Asylverfahren ist bei einer bestehenden psychischen Störung kaum möglich im Endeffekt heißt es dann: Abgeschoben aufgrund einer psychischen Störung	8
Bleibeperspektive	eng gekoppelt mit Sprache und Spracherwerb - diejenigen mit schlechter Bleibeperspektive können keine Sprachkurse in Anspruch nehmen, d.h. Lernen die deutsche Sprache nicht und verschwinden irgendwann vom Radar bzw. tauchen plötzlich als Notfälle auf, wobei die Kommunikation mit den Versorgern schwierig bis unmöglich ist	4
Aufenthaltsstatus		2
Kenntnis des Gesundheitssystems		1
Wissen um Angebote		2
Sprache		8
Krankheits- und Kulturverständnis		0
Fluchterfahrungen		1
Hilfesuchverhalten		2
Stigmatisierung		1
erschwerte Diagnostik & Therapie		1
Sprach- und Kulturmittlung		0
Finanzierung		0
seit 2012 durch Fachstelle Migration & Gesundheit		0
Bayern übernimmt keine Dolmetscherleistungen		3
Dolmetscher-Service Bayzent		2
Beauftragt durch RGU	alle Einrichtungen, die von Zuschüsse von RGU erhalten (z.B. Sozialpsychiatrischen Dienste, Refugio, Psychologische Dienst für Ausländer, oder die Arche (Beratungsstelle zur Suizidprävention) können kostenfrei Dolmetscherleistungen nutzen	2
Qualifikation uneinheitlich		1
Koordinierung/ Steuerung Gesundheitsversorgung		0
Flüchtlingshilfe/ Fachstellen	Helferkreise - Asylberatungsstellen	1
Fachstelle Migration & Wohnen	angesiedelt im Sozialreferat der Stadt München	1
Organisation Gesundheitslandschaft		0
Landratsamt München		1

Gesundheitsversorgung GU	Die Dienstleistung wird angeboten als: Gesundheitliche Beratung für 2 Flüchtlinge: 1.) Beratung im Gesundheitswesen und zu bestehenden Angeboten (auch Kostenübernahme von medizinischen Leistungen für Asylbewerber) 2.) Vernetzung mit Arztpraxen und medizinischen Einrichtungen: Ziel ist Vermittlung in bedarfsgerechte Hilfeangebote 3.) Organisation von Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen 4.) Beratung bei gesundheitlichen und psychischen Beschwerden	2
Referat Gesundheit und Umwelt	Referat für Gesundheit und Umwelt (quasi: das Gesundheitsamt) übernimmt für München in Kooperation mit dem RB Oberbayern die Koordination für Psychiatrie und Suchthilfe und leitet die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften sowie die SPDi	3
Bürokratie & Amtsverständnis	die Flüchtlingswelle 2015/2016 hat viele formale und hochbürokratische Abläufe beschleunigt - politisch motivierte Blockaden wurden beseitigt, Prozess ist reversibel dennoch herrscht eine gewisse Inflexibilität	3
Kommunale Gesundheitsförderung & Planung		3
Fachstelle Migration & Gesundheit	Schnittstelle zwischen Flüchtlingshilfe und Psychiatriekoordination (inklusive Sucht und PT)	4
Auswirkungen COVID-19 für Geflüchtete		3
Entlassmanagement		0
Dolmetscherdienst	für alle Einrichtungen, die vom RGU bezuschusst werden, stehen die Dolmetscherleistungen von Bayzent zur Verfügung Finanziert von RGU - Erhöhung befristet bis 2020, wegen COVID-19 keine Entfristung! Budgets verhandelt für Allgemeinmedizin und Psychiatrie/Kliniken PT ist ausgenommen	4
Gesundheitslotsen/ Brücken ins System		11
Psychiatrische Sprechstunden in GU		1
Aufsuchender MD in GU	eher für Kinder (Stichwort: Frühe Hilfen) und Jugendliche als Erwachsene, die werden zwar auch bedient, aber in weitaus geringerem Umfang	3
Arbeitskreise		2
Netzwerk PT für Geflüchtete		0
misslungen		1
Zielsetzungen	1.) Bedarfsermittlung - besondere Bedarfe in bestimmten Bevölkerungsgruppen feststellen (hier: Ausländer und Migranten) 2.) Maßnahmen & Angebote fördern, die den besonderen Bedarf decken können bzw. den Zugang zu Gesundheitsleistungen fördern 3.) Umsetzung politischer Vorgaben (Stadtratsanträge oder -vorlagen), Generierung von Zuschüssen/ Haushaltsmitteln zur Förderung von Projekten, Gremienarbeit & Netzwerkarbeit	10
Personalausstattung		1

	Historie & Ausrichtung	Menschen mit Migrationshintergrund sind häufige gesundheitlich benachteiligt (Stichwort: gesundheitliche Ungleichheit) und haben einen erschwerten Zugang zu Gesundheitsleistungen (Stichwort: Barrieren)	4
externe Zuweiser			0
	Helferkreise Asyl	eher in München Land verortet unterstützen Geflüchtete bei Alltags Herausforderungen (Sprache, Bildung/Ausbildung, Integration, Wohnen, Gesundheit und Asylverfahren)	1
	Polizei		1
	EAE - Bayernkaserne		3
	Gemeinschaftsunterkünfte	über engagierte Sozialarbeiter Kontakt zur Psychiatrie über RGU Kontakt mit KBO und LMU - diese versorgen 4 GU in und um München, d.h. bieten psychiatrische Sprechstunden an wobei der Bedarf noch weitaus größer ist	3
	Aufsuchender Medizinischer Dienst	soll bei der Zuweisung ins Regelsystem bzw. die Notfallversorgung dienen - ist für alle Menschen da, die in GU leben angestellt in RGU	4
	Asylsozialberatung	vermitteln an Refugio nur die ausgewählten harten Fälle, damit die Chance einen Platz zu bekommen höher ist. andere Fälle werden versucht über die PIAs der KBO/ LMU und tw. MEHIRA abzudecken können der Arbeit der Zuweisung in das Gesundheitssystem nicht wie gefordert nachkommen, weil rechtlich schwierig, da die Mehrzahl der Menschen, die in GU leben, anerkannt sind und nicht mehr ins AsylbLG fallen deshalb wurde die Aufsuchende Beratung durch den Medizinischen Dienst zusätzlich durch RGU veranlasst	4
	Schulanalages Lernen für Geflüchtete	engagierte Sozialarbeiterin	1
Schnittstellen			0
	Netzwerktreffen		0
	Koordinierungsstelle Flucht & Migration		1
	Gesundheitssektoren		0
	stationär in nachsorgende Strukturen		2
	Schnittstelle mit Flüchtlingshilfe	eine seltene Schnittstelle ist die durch die Fachstelle Migration und Gesundheit etablierte psychiatrische Sprechstunde in großen GU (LMU und KBO teilen sich hier auf) große Herausforderung ist Entlassmanagement	3
	Arbeitskreis Migration und Gesundheit	Geleitet von RGU - Fachstelle Migration und Gesundheit - mit Unterarbeitskreisen wie Psychiatrie/PT und Migration in dem alle Stakeholder zusammen die gesundheitliche Lage und gesundheitsbezogenen Leistungen für Geflüchtete und Migranten besprechen Überblick über das Gesamtsystem zu wahren, Integration von Hilfsangeboten als einzige Klinik ist neben den Migrationsdiensten, Wohlfahrtsverbänden, Ärzteorganisationen und der Flüchtlingshilfe sowie Refugio die KBO Klinik Oberbayern vertreten!	7
	Klinischer Bereich unzureichend vertreten		2

	Zugang von Initiativen/ Vereinen/ Stellen	1.) um Aufnahme wird gebeten - Nachfrage soll Angebotsseite sensibilisieren (Lobby-Arbeit) 2.) bestehende Mitglieder bitten um Aufnahme weiterer Stakeholder 3.) Manko wird identifiziert und potentielle Stakeholder werden angesprochen	4
	inoffiziell - kurze Wege	durch Vernetzung der Stakeholder bzw. die Kenntnis untereinander können "Dienstwege" übersprungen werden bzw. die Dringlichkeit gesteuert werden	4
	Hilfsangebote geschaffen		2
	zahnloser Tiger offiziell	Stellungnahmen folgen einer hierarchischen Ordnung der Weiterleitung und werden durch politische Bewertungen des Referats im Verlauf als unzureichend abgewiesen (wird durch Referat "verwässert")	4
	Arbeitskreis Gesundheit für Menschen aus Afrika		1
	Fachbasis Asyl	monatlicher Treff zur Vernetzungsarbeit aller Akteure im Bereich Asyl der LH München	1
Versorgungsstruktur - Angebote			0
	Manko		0
	individuelles Engagement		1
	Behandlung "falscher" Klientel	Psychiatrie und Gesellschaft	2
	PT Angebote kaum vorhanden	Psychotherapie ohne Sprachmittlung bei Geflüchteten ist sinnfrei	3
	Refugio die einzig nachsorgende Struktur		2
	Versorgungsangebote sehr kleinteilig	auch für Versorger schwierig, den Überblick zu behalten	4
	kaum sprachmittelnde Angebote vorhanden	wegen fehlender Finanzierung	4
	SPDi		1
	Kliniken		0
	Entlassmanagement	Schnittstellenherausforderung zwischen Flüchtlingshilfe und Kliniken	0
	regulär Freitag früh ohne Nachsorge	mit Entlassbrief und ohne notwendige medizinische Bedarfe in GU oder Obdachlosigkeit entlassen	4
	stationäre Notfallinterventionen		4
	KBO-Kliniken		0
	Fallbesprechung mit Refugio		1
	umA		1
	Multiplikatorensystem für Klinikbereiche	ausgewählte Personen Informationsvermittlung durch Koordinierungsstelle Flucht & Migration	1
	Arbeitskreis Migration und Psychiatrie		1
	Dolmetschleistungen	Budget von RGU!	1
	Bayzent		1
	Qualität hochvariabel		1
	Telefondolmetscherdienst	Telefondolmetscherdienst, der rund-um-die-Uhr verfügbar ist	2
	PIA KBO		3
	Einzugsbereich		1
	aufsuchende Beratung GU	gesteuert durch RGU - Fachstelle Migration und Gesundheit	7
	Zeit & Personal		1
	Notfallversorgung	klarer Auftrag Akutversorgung - nachsorgend bzw. Kontinuitätssicherung nicht gewährleistet	2
	Krisen im Vorfeld abfangen		2
	mangelndes Wissen Anfangszeit		3



	Koordinierungsstelle Flucht & Migration	enstanden 2015/2016 als viele Geflüchtete nach D kamen und weder sprachlich noch kulturell vermittelt werden konnte große Herausforderung für den Klinikbereich und die Akutstationen bisher erste und einzige derart geschaffene Struktur/Schnittstelle in München und Umgebung	1
	Auswirkungen COVID-19		1
	Personalausstattung		1
	Aufgabenbereich	Unterstützung des Klinikpersonals im Umgang mit Geflüchteten: 1.) Wissen um Asylrechtliche Belange, Wissen um Leistungen des AsylbLG und die Beantragung von medizinischen Leistungen, Wissen um das Dolmetscherwesen und Wissen um kulturspezifische Belange 2.) Fort- und Weiterbildung für das Fachpersonal 3.) Vernetzung mit ambulanten und nachsorgenden Angeboten und der Flüchtlingshilfe/ Fachdiensten der Stadt 4.) Zuständig für die IKÖ der KBO-Kliniken 5.) Aufbau Arbeitskreis "Migration und Psychiatrie", in dem alle KBO-Kliniken vertreten sind 6.) Leistungsberatung für Geflüchtete mit komplexen Bedarfen	9
	Historie		2
	PIA LMU		0
	aufsuchende Sprechstunden GU	gesteuert durch RGU - Fachstelle Migration und Gesundheit	3
	Migrations-Ambulanz/ MEHIRA	An der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU wird Menschen mit Migrationshintergrund eine ambulante Anlaufstelle geboten, welche als Spezialambulanz in die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) der Klinik integriert ist. Zweck: Verbesserung von Diagnostik und Therapie wird eine mehrsprachige, kultursensible, multiprofessionelle und multimodale Versorgung angeboten. Es sollen Sprachbarrieren überwunden und kulturbedingter Sichtweisen berücksichtigt werden. Kostenübernahme erfolgt durch Krankenkassen oder Sozialhilfeträger (Behandlungsschein). Zusätzlich wird Geflüchteten/ Asylsuchenden eine Spezialsprechstunde angeboten.	2
	Komm-Struktur		1
	Behandlungsfälle		1
	Aufsuchende Arbeit		1
	Suche nach Zuweisern		1
	Persönliches Engagement		2
	Vergütung/Kostenübernahme		1
	Personalausstattung		3
	nicht bedarfsdeckend		2
	Stationäre Fälle LMU		0
	keine Sprachmittlung	weder werden Dolmetscher einbestellt noch gibt es einen internen Sprachepool Geflüchtete wurden - falls möglich - an MEHIRA verwiesen oder die Angehörigen mit Deutschkenntnissen haben vermittelt	3
	kein Migrationskonzept		2
	ambulante vertragsärztliche Versorgung		0

niedergelassene Psychotherapeuten		1	
	Aufwand und Angst	3	
Psychiater		0	
	speziell für Geflüchtete	2	
	Gutachten gegen Abschiebung	1	
	Ärger mit KV	2	
	Zuweiser für MEHIRA	2	
	speziell für Migranten Türkei	1	
spezialisierte Versorgung		0	
Refugio München e.V.	Refugio München - gemeinnütziger Verein - das Behandlungs- und Beratungszentrum für Geflüchtete mit psychosozialen Problemen und Traumatisierungen mit 50 festen Mitarbeitern u.a. Psychotherapeuten, Psychiatern mit Träger- und Förderverein und Mitgliedschaft im BafF, Paritätischen Wohlfahrtsverband; Jahresetat von ca. 3.640.000 € in 2019 Hauptförderer ist Amt für Wohnen und Migration und Stadtjugendamt und RGU der Stadt München (ca. 50%) und Spenden über Förderverein Refugio	2	
	Einzugsgebiet	1	
	Personal	0	
	Entfristung	1	
	Rekrutierung	1	
	Historie	1	
	Finanzierung	5	
	Förderstruktur	2	
	Forschungsakademie	Wirksamkeit und Effektivität der Behandlungen a.) um durch Effizienzsteigerung eine höhere Bedarfsdeckung zu erzielen b.) spezifische Zielgruppen adäquater behandeln zu können (Bedarfsgerechtigkeit)	3
	Fortbildungsakademie	transfer - ist für Fachpersonal (PT) und Ehrenamtliche in der Arbeit mit Geflüchteten gedacht 1.) es geht um den Erwerb kultursensibler Kompetenzen (Diversitäts- und kontextsensibles Handeln) 2.) Psychische Störungen bei Geflüchteten aufgrund von Flucht- und Migrationserfahrungen 3.) Hintergründe zu Flucht und Migration 4.) relevante Themen in der Beratung und Therapie Geflüchteter	2
	Früherkennungsprojekt	Früherkennungssystem psychischer Störungen bei Geflüchteten in Erstverteilungseinrichtung im Regierungsbezirk Oberbayern	1
	Verstetigung		3
	Konzept		3
	EAE Oberbayern - AnKERZentrum		3
	Fördermittel		2
	Identifikation besonders Schutzbedürftiger	körperliche Behinderungen lassen sich ggf. leichter identifizieren als psychische. Deshalb ist die Wichtigkeit der Erkennung psychischer Problemlagen hoch, um auch der EU-Aufnahmerichtlinie gerecht zu werden	2
	PT und Sozialtherapie		0
	Fallbesprechung mit KBO		1

Ermächtigung über KV	wahrscheinlich ausschließlich für die Psychotherapie die begleitenden Angebote müssen querfinanziert werden	1
Aufnahme		0
für KJ besser	da ausschließlich Stadt und Land München	1
für Erwachsene prekär	2x pro Jahr Anmeldung	9
Aufnahmekriterien		4
Geflüchtete im Asylverfahren	Behandlung von Geflüchteten ohne Krankenversicherung, sonder nur nach AsylbLG oder mit (ausgesetzter) Abschiebung d.h. alle, die nicht in die Regelversorgung angebunden sind	2
Warteliste/ Anmeldezeit		4
therapiebegleitende Sozialberatung	inklusive Unterstützung im Asylverfahren	5
Anzahl schwerer Fälle gestiegen		3
Priorität: Traumata	sozialer Kontext bei Traumata wird fokussiert, darum neben der Therapie auch eine Sozialberatung	3
Dolmetscherleistungen		1
Muttersprachliches Personal		1
Kooperation mit Bayzent		3
psychosozial/ Kontakt- & Beratungsstellen	entlastend für das psychiatrische und psychotherapeutische system, 3 weil sie viele Geflüchtete versorgen - trotz primär anderen Aufträgen	3
Café 104	aufenthaltsrechtliche Beratungen Café 104 gegründet vom Bayerischen Flüchtlingsrat im Jahr 1998 hat den eigenen Anspruch, die medizinische Grundversorgung und die aufenthaltsrechtliche Situation von Menschen ohne regulären Aufenthalt in München zu verbessern	3
Open.Med	Open.Med kümmert sich insbesondere um die medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung in München und bieten kostenfreie medizinische und soziale Beratung an, die Großteils vom Café 104 übernommen wird	1
Refugee Stairway Center	ein Integrationsprojekt für traumatisierte Geflüchtete in der LH München, die psychosoziale Beratung, intensive nachgehende Begleitung anbieten und zudem mit den Fachstellen, Integrationsangeboten, Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften vernetzt sind. Ein Angebot der Diakonie	1
Psychologische Dienst für Ausländer Caritas		0
Projekt NUR (Neue Ufer)	Läuft im Rahmen des Psychologischen Dienstes für Ausländer der Caritas. NUR wird gefördert vom Erzbisum München und Freising, der Aktion Mensch und dem BMFSFJ und bietet psychotherapeutische Hilfen für traumatisierte Geflüchtete in Form von Beratung, Einzel- und Gruppentherapien sowie Vermittlung und Unterstützung für Helfer an	1
MEHIRA		0
stationäre Zuweisung	bei guten Deutschkenntnissen	1
Aufbau eigenes Netzwerk	keine Schnittstelle zur Koordinationsstelle Flucht und Migration der KBO-Kliniken	4
Rekrutierung	auch interne Zuweisung von den Stationen bzw. der Migrations-Ambulanz, umgekehrt hat MEHIRA selbst nie an die Migrations-Ambulanz verwiesen	4
kultursensibles Empowerment	als Gruppentherapie	1
Gruppenangebot mit Kinderbetreuung		1
Personalausstattung		2

Klientel	Behandlung von Geflüchteten mit Aufenthaltstitel bzw. von Geflüchteten, die schon länger in D sind, aber noch im Asylverfahren stecken	3
Aufnahme Refugio-Anmeldungen		2
Behandlungsspektrum		1
Dolmetscherleistungen		3
Angebot der MEHIRA-Ambulanz	das Gruppenangebot soll im Rahmen der MEHIRA-Ambulanz (früher: Migrations-Ambulanz) fortgesetzt/verstetigt werden	1
Historie		1
erstes Angebot für Geflüchtete in M		0
Manualentwicklung		3
Die Beteiligten		3
Selbstwertgruppe	wurde als unpassend für die unterschiedlichen kulturellen Hintergründe der Geflüchteten angesehen	3
sonstige Hilfen		0
RefuDocs	übernehmen die medizinische Erstversorgung von Geflüchteten und Asylsuchenden - meist in EAE	1
engagierte Psychiaterin	Versuch einen Netzwerkcatalog niedergelassener PT + Sprachkompetenz zu erstellen - ist misslungen	2
Lösungsvorschläge für Versorgung		0
Unterstützung für Niedergelassene	fachliche Unterstützung und Schulungen für Therapeuten - Netzwerke, damit diese 1.) Dolmetscherleistungen organisieren und finanzieren können 2.) therapeutische Leistungen vorgehalten und abgerechnet werden können 3.) soziale Begleitung bereitstellen, damit die Therapie im Fokus bleibt	3
Ganzheitlicher Behandlungsansatz		1
Clearingsstelle mit Lotsenfunktion		1
Gleichstellung Geflüchteter mit Allgemeinbevölkerung	Für den Genesungsprozess ist es unumgänglich, dass der Leistungskatalog psychiatrischer, psychotherapeutischer und ggf. psychosozialer Leistungen nicht nur auf die Akutversorgung beschränkt ist. AsylLG müsste diesbezüglich angepasst werden bzw. Geflüchtete sollten per se Zugang zur Regelversorgung haben	1
Ausbau von Fachzentren	mit Schwerpunktbehandlungen Geflüchteter bundesweit verteilt und bundesweiter Zuweisung oder Ausbau der Fachzentren wie Refugio - kleinflächiger, damit der Behandlungsbedarf bzw. die Nachfrage gedeckt werden kann in struktureller Integrität mit der Regelversorgung	6
Abrechnung Dolmetscherleistungen KV	Paragrafen einführen, die das Leistungsspektrum und die Abrechnung von Dolmetscherleistungen für vertragsärztliche und klinische Leistungen regelt damit ist auch verbunden, dass Beratungsgespräche mit Dolmetscher ein anderes Zeitkontingent benötigen insbesondere für niedergelassene Therapeuten	5
Schulung interkultureller Kompetenz		4
Verbreitung der Empowerment-Gruppen		3
Einzel- und Gruppentherapien	ggf. mit Kinderbetreuung	3
Planbarkeit Dolmetscherleistungen	feste Tage für bestimmte Sprachen in der Klinik	1
aufsuchende Angebote		4
		0

## Anlage 18: BALSAM

BALSAM - Application

### Table of Contents

<b><u>Illustrations</u></b>	<b><u>7</u></b>
<b><u>Part One: Introduction</u></b>	<b><u>7</u></b>
<u>Welcome</u>	<u>7</u>
<u>Login</u>	<u>7</u>
<u>Personal Data</u>	<u>7</u>
<u>Daily reminder</u>	<u>7</u>
<b><u>Part Two: Assessment</u></b>	<b><u>7</u></b>
<u>Module I: Intro</u>	<u>7</u>
<u>Slide One</u>	<u>7</u>
<u>Slide Two</u>	<u>8</u>
<u>Slide Three</u>	<u>8</u>
<u>Slide Four</u>	<u>9</u>
<u>Slide Five</u>	<u>9</u>
<u>Module II: PHQ Depression</u>	<u>10</u>
<u>Slide One</u>	<u>10</u>
<u>Slide Two</u>	<u>10</u>
<u>Slide Three</u>	<u>10</u>
<u>Slide Four</u>	<u>10</u>
<u>Slide Five</u>	<u>11</u>
<u>Slide Six</u>	<u>11</u>
<u>Slide Seven</u>	<u>11</u>
<u>Slide Eight</u>	<u>11</u>
<u>Slide Nine</u>	<u>12</u>
<u>Module III: PHQ Somatization</u>	<u>12</u>
<u>Module IV: Refugee Health Screener</u>	<u>12</u>
<u>Module V: Further PHQ questions</u>	<u>12</u>
<u>Module VI: Weekly Assessments</u>	<u>12</u>
<u>Insomnia Checklist:</u>	<u>12</u>
<u>Slide One</u>	<u>12</u>
<u>Slide Two</u>	<u>12</u>
<u>Slide Three</u>	<u>13</u>
<u>Slide Four</u>	<u>13</u>
<u>Slide Five</u>	<u>13</u>
<u>Slide Six</u>	<u>13</u>
<u>Slide Seven</u>	<u>14</u>
<u>Slide Eight</u>	<u>14</u>
<u>Slide Nine</u>	<u>14</u>
<u>Slide Ten</u>	<u>14</u>
<u>Patient Health Questionnaire - Depression</u>	<u>14</u>

**Part Three: Psychoeducation**      **15**

Module I: Maslow's pyramids of needs    15

Slide One    15

Slide Two    15

Slide Three    15

Slide Four    15

Slide Five    16

Slide Six    16

Slide Seven    16

Module II: Disease models    17

Vicious circle of stress    17

Slide One    17

Slide Two    17

Slide Three    17

Slide Four    17

Slide Five    18

Slide Six    18

Slide Seven    18

Slide Eight    18

Slide Nine    19

Behavioural approach to stress    19

Slide One    19

Slide Two    19

Slide Five    20

Slide Six    20

Slide Seven    20

Downward spiral    21

Slide One    21

Slide Two    21

Slide Three    21

Slide Four    22

Slide Five    22

Slide Six    22

Slide Seven    23

Slide Eight    23

Slide Nine    23

Slide Ten    23

Diathesis model    24

Slide One    24

Slide Two    24

Slide Three    24

Slide Four    24

Slide Five    25

Slide Six    25

Slide Seven    25

Slide Eight    25

Slide Nine    26

Slide Ten	<u>26</u>
<u>Module III: Neurobiology</u>	<u>27</u>
Slide One	<u>27</u>
Slide Two	<u>27</u>
Slide Three	<u>27</u>
Slide Four	<u>27</u>
Slide Five	<u>28</u>
Slide Six	<u>28</u>
<u>Module IV: Biopsychosocial model</u>	<u>28</u>
Slide One	<u>28</u>
Slide Two	<u>28</u>
Slide Three	<u>29</u>
Slide Four	<u>29</u>
Slide Five	<u>29</u>
Slide Six	<u>30</u>
<u>Module V: Sleep</u>	<u>30</u>
Healthy sleep	<u>30</u>
Slide One	<u>30</u>
Slide Two	<u>30</u>
Slide Three	<u>30</u>
Slide Four	<u>31</u>
Slide Five	<u>31</u>
Slide Six	<u>31</u>
Slide Seven	<u>32</u>
Slide Eight	<u>32</u>
Slide Nine	<u>32</u>
Slide Ten	<u>32</u>
Slide Eleven	<u>32</u>
Disturbed sleep	<u>33</u>
Slide One	<u>33</u>
Slide Two	<u>33</u>
Slide Three	<u>34</u>
Slide Four	<u>34</u>
Slide Five	<u>34</u>
<u>Vicious Circle of Insomnia</u>	<u>34</u>
Slide One	<u>34</u>
Slide Two	<u>35</u>
Slide Three	<u>35</u>
Slide Four	<u>35</u>
Slide Five	<u>35</u>
Slide Six	<u>36</u>
Slide Seven	<u>36</u>
Slide Eight	<u>36</u>
Slide Nine	<u>36</u>
Slide Ten	<u>36</u>
Sleep Hygiene	<u>37</u>
Slide One	<u>37</u>

<u>Slide Two</u>	<u>37</u>
<u>Slide Three</u>	<u>37</u>
<u>Slide Four</u>	<u>37</u>
<u>Slide Five</u>	<u>38</u>
<u>Slide Six</u>	<u>38</u>
<u>Slide Seven</u>	<u>38</u>
<u>Slide Eight</u>	<u>38</u>
<u>Slide Nine</u>	<u>38</u>
<b><u>Modul VI: Acculturation</u></b>	<b><u>39</u></b>
<u>Belonging</u>	<u>39</u>
<u>Slide One</u>	<u>39</u>
<u>Slide Two</u>	<u>39</u>
<u>Slide Three</u>	<u>40</u>
<u>Principles</u>	<u>40</u>
<u>Slide One</u>	<u>40</u>
<u>Slide Two</u>	<u>40</u>
<u>Slide Three</u>	<u>41</u>
<u>Problems</u>	<u>41</u>
<u>Slide One</u>	<u>41</u>
<u>Slide Two</u>	<u>41</u>
<u>Participation</u>	<u>42</u>
<u>Slide One</u>	<u>42</u>
<u>Slide Two</u>	<u>42</u>
<u>Slide Three</u>	<u>42</u>
<b><u>Part Four: Intervention</u></b>	<b><u>43</u></b>
<u>Module I: Mindfulness</u>	<u>43</u>
<u>Explanation</u>	<u>43</u>
<u>Slide One</u>	<u>43</u>
<u>Slide Two</u>	<u>43</u>
<u>Slide Three</u>	<u>43</u>
<u>Slide Four</u>	<u>43</u>
<u>Slide Six</u>	<u>44</u>
<u>Slide Seven</u>	<u>44</u>
<u>Slide Eight</u>	<u>44</u>
<u>Slide Nine</u>	<u>45</u>
<u>Exercise: Breathing</u>	<u>45</u>
<u>Exercise: Counting</u>	<u>46</u>
<u>Exercise: Detachment</u>	<u>48</u>
<u>Exercise: Movement</u>	<u>49</u>
<u>Exercise: Body Scan</u>	<u>52</u>
<u>Module II: Relaxation training</u>	<u>54</u>
<u>Explanation</u>	<u>54</u>
<u>Slide One</u>	<u>54</u>
<u>Slide Two</u>	<u>54</u>
<u>Slide Three</u>	<u>54</u>
<u>Slide Four</u>	<u>54</u>



<u>Slide Five</u>	<u>55</u>
<u>Slide Six</u>	<u>55</u>
<u>Progressive Muscle Relaxation</u>	<u>55</u>
<u>Exercise: Arms / Neck / Shoulders</u>	<u>55</u>
<u>Exercise: Face / Shoulders / Stomach</u>	<u>57</u>
<u>Exercise: Legs / Feet</u>	<u>60</u>
<u>Autogenic Training</u>	<u>62</u>
<u>Exercise: Serenity</u>	<u>62</u>
<u>Exercise: Warmness</u>	<u>63</u>
<u>Module III: Sleep coach</u>	<u>64</u>
<u>Intervention - Sleep Hygiene Quiz</u>	<u>64</u>
<u>Slide One</u>	<u>64</u>
<u>Slide Two</u>	<u>64</u>
<u>Slide Three</u>	<u>65</u>
<u>Slide Four</u>	<u>65</u>
<u>Slide Five</u>	<u>65</u>
<u>Slide Six</u>	<u>65</u>
<u>Slide Seven</u>	<u>65</u>
<u>Slide Eight a)</u>	<u>65</u>
<u>Slide Eight b)</u>	<u>65</u>
<u>Intervention Insomnia</u>	<u>66</u>
<u>Slide One</u>	<u>66</u>
<u>Slide Two</u>	<u>66</u>
<u>Slide Three</u>	<u>66</u>
<u>Slide Four</u>	<u>66</u>
<u>Slide Five</u>	<u>66</u>
<u>Slide Six</u>	<u>67</u>
<u>Slide Seven</u>	<u>67</u>
<u>Slide Eight</u>	<u>67</u>
<u>Slide Nine</u>	<u>67</u>
<u>Module IV: Positive Activities</u>	<u>68</u>
<u>Explanation</u>	<u>68</u>
<u>Slide One</u>	<u>68</u>
<u>Slide Two</u>	<u>68</u>
<u>Cards</u>	<u>68</u>
<u>Module V: Resource activation</u>	<u>84</u>
<u>Explanation</u>	<u>84</u>
<u>Slide One</u>	<u>84</u>
<u>Slide Two</u>	<u>84</u>
<u>Slide Three</u>	<u>84</u>
<u>Slide Four</u>	<u>84</u>
<u>Cards</u>	<u>84</u>
<u>Module VI: Progress report</u>	<u>87</u>
<u>Module VII: Anti Dissociation Techniques</u>	<u>87</u>
<u>Module VIII: Cultural training</u>	<u>87</u>
<b><u>Part Five: Emergency Plan</u></b>	<b><u>87</u></b>

Module I: Immediate help 87  
Module II: Find professional help 87  
Module III: Own skills 87  
Module IV: Emergency tool kit 87

**Part Six: Dynamic Profile 87**

Module I: Favourite exercises 87  
Module II: Resources 87  
Module III: Mantra 87  
Module IV: Daily quotes 87

**Illustrations**

<https://drive.google.com/drive/folders/0B1BKUnv3yXpcOUInbW43TXBNNDg>

**Part One: Introduction**

Welcome

'Welcome. This is Balsam. We would like to take you on a journey.'

Login

'Please enter your account information.'

Personal Data

'Age:

Sex:'

Daily reminder

'Would you like you to receive a daily reminder? Yes / No'

**Part Two: Assessment**

**Module I: Intro**

Slide One

'Balsam is a solution

Derived from the plants of the balsam tree

Balsam is used as an ailment since ancient times

To heal wounds

To strengthen humans against adversities of hostile environments

And this is what this app is about

To help you to better cope with troubles that life can bring from time to time

Or simple: to deal with stress.'

#### Slide Two

'Stress is present all over the world  
On every continent  
In every country  
In every city  
In male and female  
In young and in old  
Stress is present in humans  
In animals  
And even in plants  
We want you to learn more about stress  
About the good sides and  
About the bad sides of stress  
How stress can influence us mentally as well as our body  
How to recognize stress  
How to cope with stress  
And where to seek help  
when life is getting too difficult.'

#### Slide Three

'We would like to take you on a journey  
Without a final destination  
If you are traveling, you are on the right track and  
While traveling, you will  
Get to know characters  
Who experienced stress and  
Who learned how to cope with it and  
Who learned how to measure it  
On your journey, you can take a break whenever you need.  
From time to time we'll remind you to carry on.  
  
So let's start!'

#### Slide Four

'Every glass has its volume  
And if we pour in too much,  
water will run over  
It is the same with us as humans  
Usually, we can handle pressure quite well,  
But if the tension is too tight,  
we will not be able to cope with it  
Water will run over  
This can happen with each of us  
And then, when we experience more problems than we can bear  
stress symptoms will occur,  
such as a disturbed sleep,  
such as pain or a loss of interest.'

#### Slide Five

'This happened to **Mazen**, our first character.'

Mazen had a really hard time during the last months.  
He decided to leave his home country  
because it became increasingly unsafe.  
His journey to Europe was tough and stressful  
And once he arrived in Germany  
–full of dreams-  
he figured out that life in Germany is much harder than expected.  
Mazen recognized that he changed.  
His thoughts, his feelings, his actions.  
So, let us have a closer look at what happened to Mazen.'

## Module II: PHQ Depression

### Slide One

'Mazen lost interest and pleasure  
in activities he usually loved to do  
Such as drinking tea with friends or  
hanging around with peers or  
chatting with the loved ones, with his family.  
**He lost his ability to enjoy** those little things in life  
At the same time, Mazen lost his excitement  
For his future plans in Germany  
For attending language courses  
He did not look for an apartment anymore  
Did not care anymore  
**He lost his interest.'**

### Slide Two

'Furthermore,  
Mazen felt down and depressed.  
Felt alone in this new country not knowing what to do next.  
He felt overwhelmed by all the new impressions  
The new challenges  
He did not know where to start.  
And began to feel frustrated and hopeless  
And felt that things will never improve.'

### Slide Three

'In the evening he had **trouble falling asleep**.  
His mind was full of thoughts wandering through his head.  
Sometimes he was lying in his bed for hours  
moving from one side to the other  
And was unable to close his eyes.  
On other days he **continuously woke up during the night**,  
barely able to sleep all night long.  
At times Mazen was **asleep for few hours ...'**

### Slide Four

'... still feeling restless.

On these days he stayed most of the time  
in bed

**feeling tired.**

The war in his home country,

the route to Germany and this place he was stuck in dragged on his nerves and energy.

He felt like he **lost his energy** and motivation to do something actively.'

#### Slide Five

'Mazen's **appetite changed** as well. On occasions, he barely ate anything. Even his most favourite dishes did not taste as they did before.

On other days he felt starving. He then even ate food that he had not enjoyed before overeating himself until he felt stodged.'

#### Slide Six

'Further, Mazen **felt bad about himself**. Thoughts were running through his mind questioning him and his abilities. He did not know how to cope with this situation. A new country, new rules. All the different people he did not know and with whom he was living now.

*1. Sometimes Mazen asked himself whether he is a failure or if he let himself or his family down*

*2. Sometimes thoughts troubled his mind which let him feel like a failure or that he has let himself or his family down'*

#### Slide Seven

'Mazen realized that he had difficulties to concentrate.

During the days and weeks, he perceived previously simple things such as reading a newspaper or watching TV to be more and more difficult. Holding a conversation with other people or planning his day seemed to get harder each day.'

#### Slide Eight

'While Mazen's friends and family enjoyed it when he previously told stories or hold an interesting conversation with him, people started to mention that **he spoke far too slowly** having a hard time understanding him. Additionally, some said that he **moved slowly** as well.

On other days, he seemed to be so **fidgety or restless** that people told him he was moving around a lot more than usual.'

Illustration:

<https://www.dropbox.com/s/41w0gv9gzq5ya9a/PHQ%208.mov?dl=0>

#### Slide Nine

'All these thoughts troubled his mind massively day by day. Sometimes he felt that **he should hurt himself** in some way to relieve him from the pain he was suffering from.

Then on other days, Mazen felt sometimes that it **might be better not to live anymore ...'**

Module III: PHQ Somatization

Module IV: Refugee Health Screener

## Module V: Further PHQ questions

### Module VI: Weekly Assessments

#### Insomnia Checklist:

##### Slide One

'Do you want to check your sleep quality? If yes, please answer all of the following seven questions:'

##### Slide Two

Please rate the CURRENT (i.e. LAST 2 WEEKS) SEVERITY of your insomnia problem(s).

1. Difficulty falling asleep (None=0; mild=1; moderate=2; Severe=3; very Severe=4)
2. [The numbers should not be shown, they are only needed for calculation of the score]

##### Slide Three

Please rate the CURRENT (i.e. LAST 2 WEEKS) SEVERITY of your insomnia problem(s).

1. Difficulty staying asleep (None=0; mild=1; moderate=2; Severe=3; very Severe=4)
2. [The numbers should not be shown, they are only needed for calculation of the score]

##### Slide Four

Please rate the CURRENT (i.e. LAST 2 WEEKS) SEVERITY of your insomnia problem(s).

1. Problems waking up to early (None=0; mild=1; moderate=2; Severe=3; very Severe=4)
2. [The numbers should not be shown, they are only needed for calculation of the score]

##### Slide Five

How SATISFIED/DISSATISFIED are you with your CURRENT sleep pattern?

Very Satisfied (=0); satisfied (=1); Moderately Satisfied (=2); Dissatisfied (=3); Very Dissatisfied (=4)

[The numbers should not be shown, they are only needed for calculation of the score]

##### Slide Six

How NOTICEABLE to others do you think your sleep problems impair the quality of your life?

Not at all Noticeable (=0); A Little (=1); Somewhat (=2); Much (=3); Very Much Noticeable (=4)

[The numbers should not be shown, they are only needed for calculation of the score]

##### Slide Seven

How WORRIED/DISTRESSED are you about your current sleep problem?

Not at all Worried (=0); A Little (=1); Somewhat (=2); Much (=3); Very Much Worried (=4)

[The numbers should not be shown, they are only needed for calculation of the score]

##### Slide Eight

To what extent do you consider your sleep problem to INTERFERE with your daily functioning (e.g. daytime fatigue, mood, ability to function at work/daily chores, concentration, memory, mood, etc.) CURRENTLY?

#### Slide Nine

„Congratulations! Your sleep quality is good.“ [Scores<10: „good/ normal“ sleep quality, a green smiley appears]

„Your sleep quality could be improved. If you like, you can learn how to improve your sleep.“ [Scores >10: „impaired sleep quality“, an unhappy orange smiley appears]

#### Slide Ten

I want to learn more about sleep [LINK “Psychoeducation Sleep”]

No, thank you (not now) [Main Page BALSAM]

### **Patient Health Questionnaire - Depression:**

#### Slide One

‘Do you want to check your stress level?’

If yes, please answer all of the following nine questions:‘

#### Slide Two

Please rate the CURRENT (i.e. LAST 2 WEEKS) SEVERITY of your symptoms of stress.

1. Few Interest or fun for or during activities (None=0; on some days=1; more than half of the days=2; almost every day=3)
2. [The numbers should not be shown, they are only needed for calculation of the score]

#### Slide Three

Please rate the CURRENT (i.e. LAST 2 WEEKS) SEVERITY of your symptoms of stress.

1. Depressive state, melancholia or hopelessness (None=0; on some days=1; more than half of the days=2; almost every day=3)
2. [The numbers should not be shown, they are only needed for calculation of the score]

#### Slide Four

Please rate the CURRENT (i.e. LAST 2 WEEKS) SEVERITY of your symptoms of stress.

1. Problems falling asleep or sleeping through or increased sleep (None=0; on some days=1; more than half of the days=2; almost every day=3)
2. [The numbers should not be shown, they are only needed for calculation of the score]

#### Slide Five

Please rate the CURRENT (i.e. LAST 2 WEEKS) SEVERITY of your symptoms of stress.

1. Fatigue or the feeling of lack of energy (None=0; on some days=1; more than half of the days=2; almost every day=3)
2. [The numbers should not be shown, they are only needed for calculation of the score]

#### Slide Six

Please rate the CURRENT (i.e. LAST 2 WEEKS) SEVERITY of your symptoms of stress.

1. Reduced appetite or an excessive need to eat (None=0; on some days=1; more than half of the days=2; almost every day=3)
2. [The numbers should not be shown, they are only needed for calculation of the score]

#### Slide Seven

Please rate the CURRENT (i.e. LAST 2 WEEKS) SEVERITY of your symptoms of stress.

1. Bad opinion about self; Feeling of being a failure or a disappointment for the family (None=0; on some days=1; more than half of the days=2; almost every day=3)
2. [The numbers should not be shown, they are only needed for calculation of the score]

Slide Eight

Please rate the CURRENT (i.e. LAST 2 WEEKS) SEVERITY of your symptoms of stress.

1. Difficulties to concentrate (None=0; on some days=1; more than half of the days=2; almost every day=3)
2. [The numbers should not be shown, they are only needed for calculation of the score]

Slide Nine

Please rate the CURRENT (i.e. LAST 2 WEEKS) SEVERITY of your symptoms of stress.

1. Moving or talking noticeably slow or on the contrary feeling unusually restless and therefore having a heightened need for movement (None=0; on some days=1; more than half of the days=2; almost every day=3)
2. [The numbers should not be shown, they are only needed for calculation of the score]

Slide Ten

Please rate the CURRENT (i.e. LAST 2 WEEKS) SEVERITY of your symptoms of stress.

1. Thoughts about rather being dead or self-harm (None=0; on some days=1; more than half of the days=2; almost every day=3)
2. [The numbers should not be shown, they are only needed for calculation of the score]

Slide Eleven

„Congratulations! Your stress level is good.“ [Scores<10: „good/ normal“ stress level, a green smiley appears]

„Your stress level could be improved. If you like, you can learn how to lower your stress.“ [Scores >10: „heightened stress“, an unhappy orange smiley appears]

Slide Twelve

I want to learn more about stress [LINK “Module II: Disease models”]

No, thank you (not now) [Main Page BALSAM]

### **Part Three: Psychoeducation**

#### **Module I: Maslow's pyramids of needs**

Slide One

The Maslow's pyramid describes five profound human needs which are built on each other.

In addition to that, these five can further be divided into three categories: basic needs,



psychological needs and self-fulfilment needs.

The first four needs describe deficiency needs which are said to motivate people for action as long as they are unmet.'

#### Slide Two

'These needs grow stronger each day as long they are not fulfilled.

So let's go through the different levels:

Level 1: Physiological needs, the most basic ones.

such as food, water, warmth, and rest.

If for example, a person goes without food for a long time, they will become more hungry, and their urge to fulfill the need will become stronger.

Hence, physiological needs are the first which have to be met and are a part of the basic needs.'

#### Slide Three

'Level 2: the safety needs:

security, safety and freedom of fear.

When the physiological needs are fulfilled one can focus on safety and freedom of fear.

If these two basic needs are met, humans can concentrate on

Level 3: the psychological needs.

First, we look for belongingness and love needs.

These needs contain intimate relationships, friendships, trust, and acceptance as well as receiving and giving affection and love.

The feeling of being part of a group, to belong to somebody.'

#### Slide Four

Level 4 are esteem needs.

Esteem needs are all kind of elements which support our self-esteem.

All kind of achievements,

masteries,

independence,

social status,

but also self-respect and respect from and to others.

When these four deficiency needs are more or less met...'

#### Slide Five

(Level 5): 'We look for self-actualization.

Self-actualization is a self-fulfillment need

Which focuses on the achievement of one's full potential

including all creative activities and seeking for personal growth.

Looking at this pyramid, we can see it as an ongoing process of development and growth.

Lower needs must be satisfied to meet higher levels of needs.

However, we continuously have to feel these needs to engage and try to reach higher needs which will ultimately make us stronger and more resilient to finally find self-actualization.'

#### Slide Six

'Of course, this process is often disrupted by frustrations of more basic needs.

Life experiences, such as divorces, loss of a job and so on lead to a fluctuation of these needs.

And this means that we all sometimes have to go through the hierarchy  
From the bottom up, but also sometime the other way round'  
And this way is often stressful  
And this is why it is important to know the pyramide

Slide Seven

'Excellent! You learned Maslow's Hierarchy of Needs.  
You understood that there are  
Five needs:  
Two basic needs,  
Two psychological needs  
and one self-fulfilment need  
And if you are at the top of the pyramide  
You can achieve a continuous feeling of growth and happiness.

Do you want to learn about further models of stress? → swipe right  
Or do you want to start practicing how to reduce stress? → swipe left.'

## Module II: Disease models

### Vicious circle of stress

Slide One

'Sometimes when we experience an enormous amount of stress  
our thoughts, our mood, our behaviour  
and even how we see ourself can be distorted.  
It is like wearing glasses which turns everything in gray to black.  
In these times, people report that they start to see  
their surroundings as hopeless, mournful and sluggish.'

Slide Two

'In the long run, this mindset has consequences  
it can lead to troubling thoughts, emotional withdrawal, a decrease in positive experiences ...  
It can end in a vicious circle where each part is triggering the next.  
Let us take a closer look to better understand what is actually happening there ...'

Slide Three

'The vicious circle consists out of five elements and  
can each of them can be the starting point  
Negative mood.  
Negative thoughts.  
Negative expectations and negative self-image.  
Inner withdrawal and rejection of contacts.  
Loss of positive experiences.  
Regardless where it departs, all five elements are chronologically connected and interactive.'

Slide Four

'Let us imagine a possible scenario  
which describes these five characteristics of the vicious circle.  
Imagine the following situation:

The teacher in your language class told you that your German is really poor. Because you were putting so much energy into learning, you really feel sad.  
Your classmate asks you to go to a refugee café to meet some German people to practise.  
And you think: "No, I cannot do this".

#### Slide Five

'Out of this negative thought arises a negative expectation concerning the activity.  
It could sound like:  
"I am learning too slowly"  
which results in a negative self-image such as  
"I will never be good enough, I am a bad student"

#### Slide Six

'This inner experience might lead to a rejection and a refusal to join.  
You prefer to stay alone instead of joining your friend.  
Thus, the avoidance of a social situation disables a possible positive experience.  
The consequence is social isolation  
You would stay alone at home  
most likely staring at the ceiling or lying in bed  
And this withdrawal behaviour will keep the vicious cycle turning and turning.'

#### Slide Seven

'Consequently, the negative mood becomes strengthened and stabilized.  
One experiences loneliness and hopelessness.  
Staying at home alone amplifies the feeling of lethargy and avolition.  
Possibly friends also start to reject one dropping the probability of getting invited again.  
Hence, negative thoughts such as 'Nobody wants to spend time with me' become endorsed starting a second vicious circle.'

#### Slide Eight

'This might be a very simplified example.  
However, it illustrates well how negative feelings can get worse if one does not counteract.  
It is important to understand how these characteristics and factors are connected and triggering each other helping one to understand own feelings.'

#### Slide Nine

'Very well!  
You learned about the negative vicious circle and how it overwhelms one with time.'

Do you want to learn about further models of stress? → swipe right  
Or do you want to start practicing how to reduce negative feelings? → swipe left'

## ***Behavioural approach to stress***

### Slide One

'Each person has a different state of vulnerability, making all of us prone to stress in a different degree. Further, we learned that too much stress can lead to a continuous downward cycle. For Mazen, it was precious to learn more about the influence of stress on his own life situation, his interaction with other people and his behavior towards his environment.'

### Slide Two

'One factor which had much impact on Mazen's current situation was a lack of positive reinforcements from his environment, family, and friends. When Mazen was living in his home country, his students at school told him regularly how much they enjoyed his classes. At home, two children and his wife were waiting for him until late hours when Mazen was working until late-night again. It made him incredibly happy to know that his family was supporting his passion for his work.'

### Slide Three

'When Mazen came to Germany everything changed; changed dramatically. He could not work as a teacher anymore. Most of his friends stayed in their home country and he lost others on the way to Germany. His family was exhausted from the flight from their own country. Mazen started to feel disappointed, sad and futile. He lost his positive reinforcements from the environment. And he reacted a typical manner.'

### Slide Four

'The lack of Mazen's common daily-activities lead him to become less socially active. His family realized Mazen's social withdrawal and took over his responsibilities. His wife went to the public authorities handling the asylum procedure while his children took care of him.'

### Slide Five

'Even though Mazen's family tried their best to help him through this tough time, they did not know that they unintentionally maintained the situation.'

### Slide Six

'On the one hand, the continuous support of his family lead to a further lack of positive reinforcements. On the other hand, the situation was hard to bear for Mazen's children who were used to see their healthy and active father. This constant pressure on the family led to an estrangement between Mazen and his children leading to a further decrease of active support, increasing social isolation, and unhappiness.'

One could say that stress is a vicious circle in which the person is driven further and further down.'

Slide Seven

'Very good! You learned further factors about the influence of stress.

Do you want to learn about further ways of how stress can influence your life?

→ swipe right (Unit: Further Models)

Or do you want to learn to break the vicious circle of stress?

→ swipe left (Unit: Intervention)'

### ***Downward spiral***

Slide One

'Mazen was going through a very tough experience.

For him, it felt like nobody around him was able to understand what happened to him.

On some days, he felt clueless, hopeless and frustrated.

Hence, he spends more and more time on his own.

While lying in bed awake for hours,

Mazen thought a lot about the last weeks and months since he left his country.'

Slide Two

'He started to worry a lot more than he used to.

Mazen ruminated for days about the same thoughts such as ...

'Since I've been here I failt at everything'

'Other people succeed but I don't'

'I cannot deal with this situation'

'I'm worthless'

Mazen believed in these thoughts more and more.

For him, they felt inevitable and unchangeable.

One thing led to another and Mazen felt that there is no chance to get out of the situation ...'

Slide Three

'The process which Mazen experienced is called a *downward spiral*.

The downward spiral is a complex interaction between five different factors such as:

1. Feelings / mood
2. Thoughts / beliefs
3. Actions
4. Biology
5. Context

Slide Four

'To understand the downward spiral Mazen learned about the *habit spiral*.

The habit spiral illustrates a repetitive action that someone does because it benefits him.

For example brushing our teeth.

Mazen knows that in the **context** of personal hygiene it is known that dirty teeth lead to tooth decay.

Therefore, a common **thought/belief** is that teeth need to be brushed daily.

Hence, it leads to the **action** of brushing teeth regularly..'

#### Slide Five

'Consequent teeth brushing ensures a **basis for good** health.  
Gleaming and healthy teeth.  
This habit leads to a **feeling** of confidence when chewing, eating and smiling in public.  
Ultimately, it reinforces the act, habit, and belief to brush teeth regularly ...'

#### Slide Six

'What does brushing teeth has to do with Mazen's situation you may ask yourself?  
Well, our thoughts, actions, behavior, biology, and mood react in the same pattern regardless if it is beneficial such as brushing teeth or harmful ...  
So, let's take a closer look at Mazen.'

#### Slide Seven

'In the **context** of Mazen, he started to sense a feeling of meaninglessness and hopelessness in this current situation. He realized that he could not attain the social status that he was used to when he was living at home.  
Consequently, his **thoughts** started to change as well. Mazen began to think negatively and pessimistic about his situation and himself.  
Further, this leads to bodily feelings of powerlessness, fatigue, and tiredness (**biology**).'

#### Slide Eight

'Mazens **drive** alleviated dramatically. He stopped social **activities** such as chatting with his family or hanging with his family.  
All these things lead to each other leaving Mazen with a mood of numbness and depression where he felt hopeless and meaningless again ...'

#### Slide Nine

'This circle is a continuous downward spiral. One step leads to another leaving Mazen in a doomed loop with apparently no exit. The loop feels inevitable and unchangeable.  
However, for Mazen it was important to understand that it started to lose power when he realized that many of these habits are characteristics of extreme stress.  
After all, he learned that small steps  
of change at any point of the spiral can help to turn aspects of this loop around ...'

#### Slide Ten

'Now you have heard about the downward spiral of stress, its characteristics and how it influenced Mazens daily life.

Do you want to learn more about how stress can affect your life?

→ swipe right (Unit: Further Models)

Or do you want to find out how to break the downward spiral?

→ swipe left (Unit: Intervention)'

## ***Diathesis model***

### Slide One

'To cope with this new situation,  
it was highly valuable for Mazen  
to understand the characteristics of his behavior.  
Often he was wondering why he was feeling this way.  
People with whom he came to Germany or met  
seemed to cope better with the new situation.'

### Slide Two

'In his home country, Mazen was working as a teacher.  
During some weeks he was working for 10-12 hours each day.  
By the time he came home after work he was exhausted and tired.  
But since he liked his job a lot  
-especially the moment when one of his pupils learned something new-  
it made him very happy and proud.  
Further, his wife and children were already waiting for him at home ready to have dinner together.'

### Slide Three

'Mazen had sufficient protective factors  
and resources against stress while living in his country of origin.  
He had his loving wife, his beautiful kids, his job was fulfilling,  
and he regularly played football with his friends.'

### Slide Four

'Even though there were weekends and evenings  
where Mazen felt incredibly exhausted and tired,  
he knew that it would change within the next days.  
Mazen had a vulnerability for stressful life events.  
He became easily fatigued and irritable when working for many hours.  
However,  
the bond with his family,  
his job and playing football with his friends  
were compensating for the stressful times.'

### Slide Five

'You can imagine Mazen like a flower which was steadily growing.  
Such as life is a continuous developmental process.  
When the sun is shining,  
and on days when it is raining the flower can continually grow.  
Even if a storm passes by the flowers with deep roots can resist any danger.  
In Mazen's case, it means that his protective factors  
such as his family, friends, and job helped him  
to resist certain stressors such as long working hours.'

### Slide Seven

'However, when arriving in Germany,  
the deep roots were lacking.  
His routine resources were not there anymore, and

a mismatch developed between stressful life events and protective factors which would have helped him to cope with the new situation. Not only did Mazen feel more irritable, overwhelmed and hopeless within the new situation. He further compared himself with people around him who seemed to cope better with the new situation. He started feeling more and more frustrated.

#### Slide Eight

'What Mazen did not know is that everyone reacts differently to stressful events. Like Mazen, we all are more or less likely to respond to symptoms of stress. We all have a certain vulnerability or -the other way round- we all carry the strength in us to resist to stressful life events, something that is also called resilience. Vulnerability and resilience are influenced by many factors such as genetic, physiological, cognitive and personality related factors. Some people are rather resilient, others are rather vulnerable. It seems that they cannot resist to anything stressful that happens to them. They then feel more easily irritated, upset or overly challenged.'

#### Slide Nine

'It is not a sign of weakness.

It is just the natural diversity in humans, however understanding it can already be a step towards feeling better.

Like in the example with a flower.

You have different types of flowers.

Each of them has their strengths and weaknesses, and so do humans as well.

We all react differently to stressful events.

Hence, it is important to see the variety of characteristics and not to feel ashamed.'

#### Slide Ten

'Great! You learned more about the influence of stress on Mazen's vulnerability.

Do you want to learn about further ways how stress can affect your life?

→ swipe right (Unit: Further Models)

Or do you want to learn more about resilience?

→ swipe left (Unit: Intervention)'



### Module III: Neurobiology

#### Slide One

'Here we would like to explain in more detail how our brain works. About the biology, chemistry, and even physics of our brain. The brain is a highly complex organ. Thus, until today it is not finally clear out of which neurobiological processes negative thoughts, stress and depressive symptoms emerge. However, but it is clear that several hormones and transmitters play a crucial role. These include cortisol, sexual hormones such as estrogen or testosterone and neurotransmitters such as noradrenaline, serotonin, and dopamine.'

#### Slide Two

'Within our brain, there are almost endless neurons interacting with each other. Every adult human has about 90 billion neurons which makes the brain our most complex organ. Neurons communicate with each other within the brain by releasing messengers, more precisely known as neurotransmitters. In people with very high stress and depressive symptoms the serotonin and noradrenaline release transmitter system is impaired. Hence, the communication between nerve cells is altered.'

#### Slide Three

'The neurotransmitters serotonin and noradrenaline support the communication and interaction between different brain areas such as the amygdala, hypothalamus, and cortical areas. Hence, an impaired serotonin system affects our mood, thoughts, behaviour and motoric functions in multiple ways.'

#### Slide Four

'And this is not all  
The imbalance can lead to structural changes in the brain especially in the hippocampus and to a decline in gray matter. However, it is important to understand that a pure dysfunction of the serotonin and noradrenaline system is too simple as an explanation for the symptoms taking the enormous complexity of the brain into account.'

#### Slide Five

'Nevertheless, because of complex interdependencies within the neuronal network, a detailed understanding of the impaired transmitter system is still very hard. But most importantly the good news is: Nearly all neurobiological changes which have been observed in stressed brains are reversible. An hour with a psychotherapist, Taking an antidepressant medication, a walk in the park will all positively influence the biochemical processes of the nerve cells by rebalancing the stimulus conduction and processing.'

#### Slide Six

'Well done! You learned about the neurobiology of stress and depressive symptoms.'

Do you want to learn about further models of stress? → swipe right  
Or do you want to start practicing how to reduce stress? → swipe left'

## Module IV: Biopsychosocial model

### Slide One

'The emergence and maintenance of stress which can ultimately lead to mental diseases has to be understood in the light of:

1. Biological
2. Psychological and
3. Social and cultural factors.'

### Slide Two

'The way our brains function

The way our brain reacts to challenges and changes

The genes we carry in us

differs from individual to individual.

First of all, all of us have a different vulnerability and responsiveness to stress.

One could say that mother nature created all of us in a unique way

And this is written in our DNA

In practice, it means that our reactions to stress

are unique, too

which leaves us with two other main factors.'

### Slide Three

'A second factor which has much influence on our mental health is

the current state of our psyche or mind.

Bodily, emotional and mental depletion can be influential factors

in lower states of one's mental health

which further lead to a weakened reaction to stress.

Further psychological attributes could be difficulties

in expressing and accepting negative emotions,

getting easily upset or aggressive and a propensity for compulsions.'

### Slide Four

'The third crucial factor influencing our mental health is

the social and cultural surrounding in which one currently lives.

A lack of support or recognition by the workplace, the family, and friends or

further a break of meaningful relationships,

a feeling of social isolation right up to a sense of heteronomy instead of self-determination are all

characteristics which can harm our mental health.

A sudden break of familiar surroundings requires

an emotional and psychological readjustment

which can be a challenge for everyone.'

### Slide Five

'Biological, psychological and sociocultural factors are

uniquely interacting with each other while  
in every person each element is distinct and affecting.  
Hence, a focus has to be put on disentangling these and carefully adjust oneself and the surroundings  
to the current situation.'

Slide Six

'Very well! You learned the biopsychosocial model of stress and how these three factors are  
influencing humans mental health.

Do you want to learn about further models of stress? → swipe right

Or do you want to start practicing how to reduce stress? → swipe left'

## Module V: Sleep

### Healthy sleep

Slide One

'In the course of a lifetime sleep pattern change.

The timing of sleep, i.e. bed times and wake up times, as well as  
the duration of sleep differ among various age groups.

While a newborn sleeps nearly the whole night and day, and  
only wakes up to be fed,

the sleep-wake rhythm is entirely different in a 1-year old child.

The timing of sleep with a large proportion of sleep appearing during the night  
develops in the first years of our life.

Sleep duration becomes shorter until we reach adulthood.'

Slide Two

'Napping in the afternoon is very frequent among toddlers, and  
among adults in southern countries.

However, it is not often seen among working adults of western countries,  
although quite a lot of adults nap at weekends or when they are on holidays.

Napping is a „normal" thing,

but it should be avoided if a person has problems with falling asleep in the evening.'

Slide Three

'Sleep duration does not only vary between different age groups.

Different sleep durations also occur within people of the same age.

Most of the adults need 6 to 8 hours of sleep to feel refreshed the next day.

Younger people need more, and older people tend to sleep shorter during the night,  
but also nap during the day.

There are also people, who need less,

and some who require more sleep than 8 hours.

The most important thing, however, is not only the individual sleep duration  
but the quality of sleep.

Sleep is good and healthy if a person feels refreshed and can manage the day.'

Slide Four

'Our sleep contains four different sleep stages.

When a person falls asleep, he/she will first enter light sleep and  
will very soon step down to deeper sleep stages.

Real deep sleep usually occurs within approximately 30 minutes.

Deep sleep is essential for the recuperation of our body and soul.

Deep sleep takes place predominantly in the first half of our sleep.

Children and young people spend more time in deep sleep than older people.  
Sleep is essential for our memory  
in the way that things we have learned during the day are strengthened or ... during sleep.'

#### Slide Five

'After around 90 to 120 minutes the first REM period, which is an English term and abbreviation for „Rapid Eye Movements“ in which the eyes behind our eyelid move very fast, occurs. If a person is awakened during this period, he/she will in all probability report a dream. The succession of light sleep, deep sleep and REM-Sleep recurs in cycles across the entire sleep. The longer we sleep, the longer the REM-period will last, and in contrast, deep sleep will decrease.'

#### Slide Six

'Many people think that it is not normal to wake up during the night, once one has fallen asleep, but that is not true. Even young adults wake up several times at night for very short periods. If they are good sleepers, they just do not notice their brief awakenings. During our lifetime, the number and duration of awakenings during the night increases. In general, this is normal. Here you can see all the awakenings during the night - marked by red arrows- in a 25-year-old man, who is a really good sleeper. The longer one sleeps, the more likely he will wake up for short times.'

#### Slide Seven

'If a person does not feel well rested or falls asleep during the day without wanting to, although he/she had the opportunity to get sufficient sleep at night than it might be advisable to see a doctor (if this occurs for several weeks).'

[LINK disturbed sleep]

#### Slide Eight

'It is essential to go to bed and get out of bed in a regular rhythm, sometimes called the sleep-wake rhythm. Two important factors determine our sleep-wake rhythm: First, we have what is called an internal body clock, which predicts our wake and our sleep time. This internal clock is located in our brain/head and is influenced by the light of the day and by the darkness of the night. The clock informs all cells and organs of the body about the time of day, depending on the light, which reaches our eyes.'

#### Slide Nine

'The internal clock pushes us to feel awake and active during the day and sleepy during the night. Therefore, it is important to activate yourself and go out to catch light during the day.'

#### Slide Ten

'The second important factor, which affects our sleep, is the time which we are already awake since we got out of bed. The longer we are awake, the stronger is the pressure to sleep. Furthermore, the more we are engaged with different activities during the day, the stronger will the need for sleep evolve until bedtime. If someone worked hard- mentally or physically- he/she might be exhausted and sleepy in the evening. The „sleep pressure“ will be high, a genuine prerequisite for sleep! Sleeping will reduce the sleep pressure to a minimum until the next morning.'

#### Slide Eleven

'We sleep best when both processes are in line with each other: Regularity of bed and wake-up times together with activity and going outside to catch (sun-) light are essential for a good night's sleep. If your sleep quality does not feel good and you are tired during the day, this might come from disturbed sleep. If this happens to you for at least three months, then you may suffer from an impaired sleep. If you want to learn about disturbed sleep, you can click here.'

[LINK to disturbed sleep]

## **Disturbed sleep**

### Slide One

'There are some disorders of sleep which should be taken seriously and where it is recommended to see a doctor:

If before going to sleep the legs feel restless and hamper falling asleep, this could be a „restless legs syndrome." Often an unpleasant feeling in the legs occurs that improves somewhat with moving them. Occasionally the arms may also be affected. The feelings happen when at rest and therefore can make it hard to sleep. In this case, one should see a doctor.'

### Slide Two

'Some people stop to breathe at night. If this occurs several times and the person affected stops to breathe for many seconds and starts again accompanied by a loud snoring sound, he/she might suffer from a „sleep apnea syndrome."

This sleep disorder does not only lead to impaired sleep quality, but also to impaired health. In this case, one should see a doctor.'

### Slide Three

'Most of the people dream, but they forget what they have dreamt. Sometimes dreams are good, sometimes they are bad. A nightmare is a horrifying dream, which leads to great fear and bodily reactions like a racing heartbeat or sweating. The dreamer wakes up and feels terrible. If a person wakes up due to a night mare repeatedly and is afraid of going back to sleep again, then a doctor should help him/her.'

### Slide Four

'If a person falls asleep during the day in situations, where it would not be expected, like talking to someone else, or while sitting and eating, than either the person has not slept long enough during the night or sleep quality was too bad.

If someone feels sleepy all the day during several weeks although he/she had the opportunity to sleep well and long enough, then it is recommended to see a doctor. [[LINK disturbed sleep](#)]

### Slide Five

'If someone has troubles falling asleep and/or wakes up for long periods during the night, he/she might suffer from insomnia.

To learn more about insomnia click the [[LINK Vicious Circle of Insomnia](#)].

If you want to check your sleep click [[LINK Insomnia Check](#)]

## **Vicious Circle of Insomnia**

### Slide One

'Quite a lot of people suffer from impaired sleep.

They might have difficulties to falling sleep and/or maintain sleep.

Sometimes, people awake early in the morning and can't sleep any longer, although they would like to and would have time to do so.

If such impaired sleep occurs at least at three nights during a week and for at least three months and

leads to impaired performance during the day (e.g., problems concentrating) or bad mood than such a person might suffer from what is called "insomnia.'

### Slide Two

'Although many people with insomnia try to do their best to solve their sleeping problem on their own, it might, unfortunately, become even worse.  
All their efforts in thinking about their sleep problem and behavioural approaches to catch some rest might lead to exactly the opposite: a persistent impaired sleep quality.  
All the poor attempts to improve sleep and the resulting negative consequences are summarized in the so-called „vicious circle of insomnia.'

#### Slide Three

'Maybe you have already learned about the vicious circle of stress before, which has quite similar aspects that keep stress going on. But let us now have a closer look at the vicious circle of insomnia.'

#### Slide Four

'Let's have an eye on the left side of the circle. Here we can find „Tension" and „Arousal."

These two words describe the state people are often in when they go to bed and are expecting that they will not fall asleep soon.'

#### Slide Five

'It is not surprising that negative thoughts lead to bad emotions and further considerations, which keep them up even longer.

Most of the people in such a situation feel stressed or under pressure. Their muscles are tense and their heart beats faster.

You can imagine, that it is not easy to fall asleep when you are extremely tensed.'

#### Slide Six

'Let's have a look at the upper side of the circle. Here „sleep related thoughts" are displayed.'

#### Slide Seven

'Sleep related thoughts often occur in the evening if a person is lying awake in bed. He/she might then be afraid that he/she won't fall asleep soon or that he/she will not sleep long enough and might feel pretty bad the next day.

He/she might worry that he/she will not be able to manage the next day, will not meet requirements of other people, or he/she will get ill due to his/her bad sleep quality.

Some people worry about the next night already during the day. These feelings lead to tension and arousal (left side of the circle).'

#### Slide Eight

'Let us now move to the right part of the vicious circle of insomnia.'

#### Slide Nine

'People with insomnia might try to adopt their sleep-related behaviour to get more sleep. But their efforts, unfortunately, might even worsen their insomnia.

For example, people with insomnia might go to bed very early in the evening and stay in bed as long as possible to get some sleep. Sometimes they will spend time in bed during the day to nap. The bad thing about staying in bed too long is that you will spend even more time being awake.'

#### Slide Ten

Let's have a look at the bottom to see some of the main consequences of insomnia.

You have already heard about some of the possible consequences of insomnia, like troubles with concentration during the day.

Some people who suffer from insomnia report that they feel un-refreshed after getting up, or they might be in a bad mood.

Most of them feel tired or fatigued during the day, and without energy.

Some people with insomnia might prefer to stay at home. They spare themselves and give up meeting other people or pursuing other activities.

## Sleep Hygiene

### Slide One

‘What you should consider if you want to become a real good sleeper are the following sleep hygiene rules:

To facilitate falling asleep, one should know that some substances might increase wakefulness and can lead to prolonged times of falling asleep and to sleep disturbances.

Please, select from the following items those you think might influence your sleep negatively by tapping/clicking on them.’

### Slide Two

‘Caffeine, coffee, black tea, coke/cola, energy drink:

Coffee, black tea, and energy drinks contain caffeine, which has a waking effect.

Depending on how much you drink per day and how sensitive you are, caffeine may influence your sleep even if you drink it 4 to 8 hours earlier.

If you have troubles falling asleep, avoid drinking caffeinated beverages 4 to 8 hours before going to bed.’

### Slide Three

‘Soft drinks and juices, which do not contain caffeine or other alerting substances, do not impair your sleep. But with all drinks, if you drink too much, you will probably have to get up to go to the toilet, which will disrupt your sleep.’

### Slide Four

‘Cigarettes, cigars, and tobacco of shishas contain nicotine. Nicotine has a negative influence on sleep because it increases wakefulness. Therefore, it is not recommended to smoke before you go to bed or during the nights. Both will impair your sleep.’

### Slide Five

‘Most of the people have experienced that if they eat very late very much food that they will experience a full stomach, which leads to discomfort and sleep-disturbances. It is therefore not recommended overeating too late. On the other hand, you should not go to sleep with a hungry stomach, that might keep you awake as well.’

### Slide Six

‘To facilitate falling asleep, one should consider that some activities and certain behaviours might increase wakefulness and can also lead to prolonged times in falling asleep.

Please, select from the following items those you think might influence your sleep positively if you do it right before bedtime by tapping/clicking

### Slide Seven

The time between being very active and going to sleep should be long enough to calm down. In this „buffer zone" one can prepare oneself mentally and physically for going to sleep. It is beneficial to relax before going to sleep by listening to soothing music or by reading a book.’

#### Slide Eight

'Please select from the following items those you think might influence your sleep negatively if you do it right before bedtime by tapping/clicking.'

#### Slide Nine

'Anger, quarrels, bad feelings and high tension have contra-productive effects on sleep. Furthermore, demanding mental tasks or intensive physical activity before bedtime will complicate the slowing down process, which is necessary for falling asleep.

If you already follow these rules for a good sleep hygiene and you are still unsatisfied with your sleep, you might have a look at further methods to improve your sleep.'

[LINK sleep education „intervention insomnia“].

'If you want to check if you are an expert on sleep follow the link'

[LINK „intervention sleep hygiene“].



## Modul VI: Acculturation

### Belonging

#### Slide One

'Almost all people ache for a sense of belonging.  
We want to feel accepted, connected, understood and valued by others.  
At a certain time, we would like to feel ' at home'.  
We want to feel significant and needed.  
This feeling is elusive.  
And has many facets ...  
However, most people know  
whether they belong somewhere or not.

It does not matter  
IF one belongs to his neighbourhood,  
a circle of friends,  
a political party  
or a sports team.

It is important  
THAT you belong to someone or something

#### Slide Two

'The feeling of belonging consists of several parts.  
Nevertheless, certain manners can influence it greatly.

First of all, it needs us to interact with others actively.  
It does not matter when or how,  
but belongingness emerges through the social interaction.

Second, our participation should be appreciated and valued by others.  
Further, we need the feeling that we fit and connect with others.  
That they understand our emotions and thoughts ...  
Then we can share life with each other.'

#### Slide Three

'Therewith, the feeling of belongingness should consequently lead to  
continuous and in the best case positive social interactions.  
And lastly, those social interactions and relationships should  
consist and be characterised by mutual care and support.  
It is important to see that we have the power and possibilities  
to engage with others and actively shape a feeling of belongingness.'

## Principles

### Slide One

'Remember Maslow?

In his pyramid he described the needs that the feeling of belonging is a profound human need. He even declares belongingness as the third most important human need after physiological needs such as food and water and safety needs such as security and freedom of fear.'

→ Swipe right to continue

→ Swipe left to learn more about Maslow's pyramid

### Slide Two

'We can see that the feeling of belongingness is of high importance.

Humans are social beings, and we need the interaction, social support, and kindness of a group.

Of course, everyone belongs to something.

To a family,

a nationality,

a group of refugees

a group of Germans

a group of humans beings in Germany

But belonging to some group does not always mean that we feel connected with them.

However, it is important to understand that the feeling of belongingness has great influence on our well-being.

### Slide Three

'The drawback would be that one belongs anywhere ...

Maybe only to places where one once lived, but can't be anymore.

Hence, one feels cropped, uprooted, expelled, alone, unimportant, neglected, not valued, not loved or lonely.

It might seem that the own life has no meaning anymore ...'

## Problems

### Slide One

'Many people suffer from the lack of belonging somewhere.

Even many Germans who have lived all their life in the same place can suffer from a lack of belonging.

But especially for immigrants and refugees,

it is particularly challenging to develop a new feeling of belongingness to a novel environment

to a new country,

an unknown culture

### Slide Two

'Therewith, plenty of problems and difficulties can arise.

Let us look at some of those ...  
Maybe you will echo yourself in them.

- The uncertainty where one will live in the future
- Missing one's home
- Having feelings of guilt for leaving home
- A sense that the new environment is unknown and therefore terrifying
- Does not see your place in Germany
- Feeling torn between two different worlds
- The feeling that one might not be wanted in Germany
- Experiencing language difficulties and also cultural differences
- Feeling extreme difficulties to adapt to the new environment while still living old habits and values
- Feeling shy, sad or loss of energy

## Participation

### Slide One

'Luckily, there is a variety of things one can do  
to develop a feeling of belongingness.  
In the end, belongingness is a something which can be influenced  
such as happiness,  
and we have the power and possibility to create it.  
So, what can we do to develop a sense of belonging?  
To start to feel connected, accepted and  
Maybe needed as a refugee in a new country?'

### Slide Two

'- Integrate into new communities and social surroundings such as refugee communities, language  
courses, recreational activities and so on  
- Focus on interpersonal connections one has right now and value these  
- Continue to cultivate and maintain old affiliations and habits  
- Multiple feelings of belongingness can be very enriching: Many people who travel a lot see  
themselves connected to many different places they have been to- One's identity can constantly  
change in regards to his environment. Try to observe this change within you with interest- Do not hide  
your own identity - Express yourself. It can be very enriching for others as well.'

### Slide Three

'Of course, it is much easier said than done!  
But maybe it helps to think about these options for a second.  
Maybe this is the first step of realization than  
you can do much more than you think,  
that we are capable of so much more ...  
Even if right now the courage to act might be missing,  
let's think about this topic for a moment.

SWIPE???

## Part Four: Intervention

### Module I: Mindfulness

#### Explanation

##### Slide One

'The use of mindfulness dates far back to the ancient times of Buddhism. It is the inner posture during meditation. It is used to have nonjudgmental awareness to present experiences. While practicing mindfulness there is no right or wrong, and one gently puts the attention to the present moment.'

##### Slide Two

'While practising mindfulness one can become aware of one's consciousness from a distant observing point – the so called meta observer. From there one can observe what is going on  
  
inside  
concerning thoughts, feelings and physical sensations and  
  
outside  
in the interactions and surroundings,  
however always with an open mind and without judgment.'

##### Slide Three

'Today, mindfulness is a widely used technique in reducing stress and other psychological burdens. It can be easily practiced since all you need is a silent place where you feel comfortable and preferably can close your eyes to relax. Then, mindfulness can show its full potential while helping to connect again with your self.'

##### Slide Four

'People who practice mindfulness regularly experience a feeling of peacefulness, calmness and feel compassionate. Researchers found out that our brain can rewire during meditation. With each thought, a neuron connects like a map across your brain. So, while meditating, we change the circuitry of the brain by directing it to peaceful thoughts and imaginations. The practice of mindfulness is like exercising; we train our mind to become more resilient against stress by letting us appreciate more positive experiences and our surrounding.'

##### Slide Six

'How does that work?  
Well, the human body with all its various functions such as breathing and blood pressure is regulated by the Autonomic Nervous System (ANS).'

However further the ANS is subdivided into the Sympathetic Nervous System (SNS) - also known as the system responsible for the flight or fight reaction during stress, emergencies or physical activities, and the Parasympathetic Nervous System (PNS) responsible for the resting or calming responses.'

#### Slide Seven

'Logically, the SNS regulates our bodily response to stress situations. This includes the adrenaline circulation, a faster heart beat or a rise in blood pressure.

These are all natural bodily reactions to everyday stressful events, however, they can lead us to feel aroused and restless.

By practicing mindfulness and in addition to that meditation we learn to turn off the SNS and focus on the PNS which helps us to calm down and relax. Hence, our heartbeat drops, blood pressure falls, and muscles relax. Thus it also supports a good immune system helping you to become more resilient to stress and illnesses.'

#### Slide Eight

'There are a lot of benefits in practicing mindfulness. The good thing is it can be done anywhere and at any time.

You do not have to sit silently with closed eyes somewhere.

Mindfulness is an inner posture which can always be promoted (at any time). While walking, taking public transports, cooking, speaking with people or observing your surroundings.

Just take a moment ... watch your breath. Notice how your body feels, what you think or ... feel.'

#### Slide Nine

'Great! You learned about mindfulness, its psychotherapeutic use and its effect on your health!

Do you want to start and learn practicing mindfulness?

[Click here → Inhale Exhale](#)

[Click here → Breathing](#)

[Click here → Counting](#)

[Click here → Detachment](#)

[Click here → Movement](#)

[Click here → Body Scan'](#)

#### **Exercise:** Inhale Exhale

Voice of the narrator:

'Take a comfortable seat accommodation. Preferably on a chair, so both of your feet can touch the ground. If this position does not suit you, feel free to lay down on the ground or on your bed until you find a good posture.

Today, we want to take a closer look at our breath. Breathing is universal. Everyone needs to breath. And even though we are breathing all the time, we forget the comprehensive power of breathing. In the next minutes I would like to intivate you to focus on your breath. With every line that appears try to take a deep breath and when the line disappears breath out. A continuous mindful interplay of inhaling and exhaling.

So, let us start. (Line appears) Breath in. (Line disappears) Breath out.

Great! Let us repeat that. (Line appears) Breath in. (Line disappears) Breath out.

Beautiful. One more time. (Line appears) Breath in. (Line disappears) Breath out.

May you can feel how your breath becomes more heavy, routined or slowly. Now, repeat this for a while and try to really feel and focus your own breath. See how it can evolve over time ...

15x Line appears - Line disappears.

### **Exercise: Breathing**

Voice of the narrator:

'Take a comfortable seat accommodation. Preferably on a chair, so both of your feet can touch the ground. If this position does not suit you, feel free to lay down on the ground or on your bed until you find a good posture.

Slowly lean forward ... and then backward ... further on the right side ... and then to your left side ... Find a comfortable balance as you come back to the centre.

Now, sitting or laying up straight, feel your head at the top your neck. How do you have to change your position so your head, back, and neck are in a comfortable posture ... Slowly adjust your body.

Then take a few deep breaths ... While you are breathing deeply relax your shoulders, your neck, the stomach muscles and finally all muscles in your legs and hands, imagining how all the tension in your body slowly fades away.

Now bring your attention kindly back to your breath. Where can you sense it? In your nose ... your stomach ... or in the rise and fall of your chest?

Just put your awareness to the point where you can feel it most, but still allow your breath to be natural and relaxed.

Now, take a deep breath and feel how the air is slowly going through your nose ... down your throat ... filling your lungs ... and then back out through your nose.

Notice how your stomach and chest moves with every inhale and exhale.

Still allow your breath to be natural and relaxed.

Now, gently put your awareness to the breathing through your nose ... Feel how each breath comes in and then out ... Notice the sensation of your nose with every inhale and exhale.

If your mind wanders or you get distracted, just noticed what happens in your mind. And then kindly put your attention back to your breath and sense how it goes in and out.

Focus on your breath in the foreground while possible thoughts and memories wander in the background.

Now, gently bring your awareness back to the touch of your body on the seat. Take the time that you need until it feels right to open your eyes slowly.'

### **Exercise: Counting**

Voice of the narrator:

'Sometimes it can be tough to slow the mind down. It seems like many different thoughts are constantly rushing through our head. It inhibits us to go to sleep or to concentrate on a particular task.

For the next minutes, I would like to invite you to a technique which will allow you to count your breath. It is known to be an easy and effective way to slow down the mind a little bit.

All living objects have this natural anchor which is always happening, constantly moving. It is our breath.

Now, take the time you need to find a suitable place where you can sit comfortably, preferably on a chair, so both of your feet can touch the ground. If this position does not suit you, feel free to lay down on the ground or your bed until you find a good posture you prefer.

Slow down for some seconds ... Sense ... Feel yourself ...

Gently close your eyes ... If you do not feel comfortable with that or you are in a place where you can not do that right now ... Just find a point in front of you and focus your eyes on it.

When you hear the sound of the bell bring your full attention to the sound and wait for further instruction.

Gong.

So, take your time and just sense how the body is right now. How it landed on the position, you are sitting right now. Notice the feet on the floor ... Where the hands are ... Or your neck ... Everything you are noticing right now with your body.

Make sure that your muscles are not all tight up ... Try to relax and just be there.

Maybe you take a deep breath, and at this moment you let the air go, while you imagine how all the tension fades away.

We do not judge what is happening. We just pay attention to what is there. What is real ... Whatever feels authentic for you, right now, at this moment ...

Now, put your attention to your breath. It is always happening. Always moving. That is the nature of life ...

Let us use this as a kind of anchor point. Let us be in the present moment. Just as you breathe in and out.

And then let us slowly start to count the breath. With each inhalation and exhalation count to one silently.

And then do another full breath ... Count to two.

Keep following each breath. You have all the time you need.

Silently count up until you are at ten.

Slowly the breath will have its rhythm. Trust yourself to it and follow this natural pattern.

If you reach ten, beautiful, just start from one again ...

And if you are like me, you probably will start thinking about something else.

That's totally okay. Do not judge it. Just start at one again ... Start over.

While you are counting, really try to feel each breath as much as possible.

The moment how it enters your nose. The feeling how it goes down your throat.

Or how you feel the rise and fall of the belly.

Whenever your mind drifts off. You think about later today or got stuck in some memory.

Gently turn back. To your natural breath again.

Breath in, breath out.

You do not control it. You sense it. And follow its path...

Whenever you catch yourself that the mind is drifting off, that is perfectly okay. It happens to me a lot of times. Just gently put your focus back onto your breath. Be kind to yourself. Do not judge yourself. There is no need to be hard on yourself.

Just focus more and more on the breath and counting.

Let it become like a natural clock you are following ...

Keep counting and watch your breath ...

All right, now slowly finish it up, whatever number you are at right now and shift your awareness to your body where we started. Sense your body as a complete system.

Just for a second what do you notice right now? Is there anything different?

Has anything changed?

When you hear the sound of the bell put your whole attention to it and then take the time that you need until it feels right to open your eyes slowly.'

### **Exercise: Detachment**

Voice of the narrator:

'Take a comfortable seat accommodation. Preferably on a chair, so both of your feet can touch the ground. If this position does not suit you, feel free to lay down on the ground or your bed until you find a good posture.

Let your eyes open and be aware of your surroundings. The colours ... The shapes ... The light.

Just realize the impressions which you can perceive through your eyes.

Just be in the here and now. Let go of everything else.

Then slowly close your eyes and put your focus inwards.

Slowly lean forward ... and then backward ... further on the right side ... and then to your left side ... Find a comfortable balance as you come back to the centre.

Sense your body ... Notice how your body is right now.

The contact to the chair you are sitting on ... or if you are laying on the ground or the mattress under you.

Be aware that you are breathing ... In and out.

Try to put your whole focus on your breathing.

Noticing the sensation of the breath. How it enters your nose or mouth goes through your throat to your lungs and stomach and then finally returns.

Try to sense where you can perceive the breath most and easiest.

Maybe around your nose, your throat or your stomach.

Be open to its own rhythm and follow its path. Do not be hard on yourself. There is no need for that. Maybe you can have an inner position of kindness to yourself and your breath.

And every time you exhale ... Sense how you let go of it.

And if your thoughts are drifting away. That's fine. Just notice that this happened and put your attention back to your breathing.

Inhale. Exhale. And perceive yourself ...

Feel your breath which is part of life ... and then sense how you have to let it go ... to finally breathe again.

Keep this rhythm of filling yourself with fresh air, breath in, and then let it go while you breathe out.

If thoughts are rushing through your mind. You can imagine that you are far away on a mountain or watching your thoughts on a cinema screen.

Far away from these thoughts, you become an observer of your mind.

Notice your breath again ... how it has its own rhythmic pattern. Maybe you can sense how it flows on its own.

Sense your inner body ... (in the) here and now.

Inhale. Exhale.

Notice yourself right now while you let go of everything.

When it feels right for you gently bring your awareness back to the feeling of your body on the seat. Take the time that you need until it feels right to open your eyes slowly.'

### **Exercise: Movement**

Voice of the narrator:

'Today our world is very different regarding the daily routine and how the media affects us compared to 40 years ago. Many people describe the world as moving faster while stress is all around. Hence, it can happen that we forget to sense and listen to our body. Partially we lose track of ourselves.

For the next minutes, I would like to invite you to a technique which will allow you to feel your body while we will try to slow down your mind, too.

Now, take some time to find a comfortable seat accommodation. Preferably on a chair, so both of your feet can touch the ground. If this position does not suit you, feel free to lay down on the ground or your bed until you find a good posture.

Slowly lean forward ... and then backward ... further on the right side ... and then to your left side ... Find a comfortable balance as you come back to the centre. Sense for a moment how it feels to find the right balance.

Now, sitting or laying up straight, feel your head at the top your neck. How do you have to change your position so your head, back, and neck are in a comfortable posture ... Slowly adjust your body. Feel your body how it slowly tries to find a suitable position.

Then take a few deep breaths ... While you are breathing deeply relax your shoulders, your neck, the stomach muscles and finally all muscles in your legs and hands, imagining how all the tension in your body slowly fades away.

Now, put your attention kindly back to your breath. What can you sense right now? Maybe something is itching ... Maybe you register a pain somewhere in your body ... Just try to focus on your senses. We want to broaden the awareness to any appearing body sign.

Still, allow your breath to be natural and relaxed. You do not have to push yourself ... Be gentle to yourself and your body.

Now, take a deep breath and feel how it goes through your nose into your lungs and out again.

Slowly move your head to your right side. Without pushing just follow this natural movement and sense the position change of your head. Then, move it back slowly until a straight line between your head, back and neck appears.

Take another deep breath. After you exhaled slowly move your head to the left side. Put your focus on the movement. How does it feel to slowly move it to the other side? What can you feel?

Again, do not push yourself. Be gentle and kind to yourself and your head.

And then slowly move your head again into a straight position.

Notice the sensation of your nose with every inhale and exhale. If your mind wanders or you get distracted, just noticed what happens in your mind. And then kindly put your attention back to your body and sense it.



Take another deep breath ... after you have exhaled slowly move your head to the front until your chin can touch your chest. Try to do this movement as slow as possible. The aim is not to reach the chest ... but to feel and sense your body while you try to slowly move it up there. If you are not able to touch your chest that is totally fine. Do not push yourself. Again be gentle and kind with each movement.

What can you notice when your head moves forward?

Now, slowly move your head to your back until it builds a straight line with your back and neck.

Inhale and exhale. Sense how the breath has its own rhythm and how you are part of this rhythm. Feel how you follow this rhythm and sense your body.

With the next deep breath slowly move your head to your back. Pay your attention to the movement. Do not be too fast. There is no rush. We have all the time you need.

Notice how your neck and head feel like in this situation. If thoughts are running through your mind, that is totally fine. Put your attention on your breath and sense your body.

Now, slowly move your head back, so it is in a straight line with your neck and back.

Take all the time you need, so you find a comfortable balance as you come back to the centre. Sense for a moment how it feels to find the right balance. With micro movements try to find the perfect centre for your head.

Sense this moment.

How does your head feel like? How does your neck feel like?

Notice your body.

Take a deep breath ... In and out.

Gently bring your awareness back to the touch of your body on the seat. Take the time that you need until it feels right to slowly open your eyes.'

### **Exercise: Body Scan**

Voice of the narrator:

'With the body scan exercise, we only want to look with open curiosity how and what you feel within your body. There is no need to judge or change anything. We will just pay attention to each body part while noticing how each part is somehow connected with each other.

Gently put your awareness to the general position of your body. Look if you are sitting straight with your feet touching the ground and your hands on your thighs.

It is also fine to lay on your back with your legs straight and your arms parallel to your upper body.

'Gong'

Notice yourself, your body in relation to the space around you ... Where you are ... What time it is ...

Notice if there is any tension or tightness in your body.

Notice what you are thinking and feeling.

Are you exhausted ... Or in the here and now ... Disturbed. Or rather calm ...

Just notice what is going on without the intention of judging or changing anything.

I would like to invite you to put your focus on your breathing gently.

Become aware where and how you feel your breath most.

It can be in a variety of places such as your nose, throat, chest or stomach. Just be there. Feel it.

With each breath sense how the air enters your nose and then slowly leaves your body again.

Inhale. Exhale.

Feel how your breath follows its own rhythm ... and let it happen. Just let it flow in its own natural rhythm and sense it.

Be aware of the sensations of your body and allow them the space just to be ...

Now, kindly bring your attention to the top of your head.

If you want, imagine a small ball, like a ping pong ball which represents your attention and awareness.

Imagine how this ball slowly moves from the top of your head to the back ... and then further to your ears ...

Now the ball moves to your face, your eyes, nose ... and goes from your mouth to your chin.

Whatever you can experience ... just allow it and let it be.

Now, pay your attention to your neck and shoulders ... Just notice how they feel.

Be curious and open to the experience.

Move your attention to your arms ... your elbows ... down to your hands ... fingers until reaching your thumbs ...

Just notice the sensations you feel. How do you feel it?

Warm ... Cold ... Don't judge it. Just sense.

It is as if your mind, your attention or the ball is traveling through your body.

Just seeing what is there ...

Now, put your focus to your upper body, your chest, and upper back.

Notice your heartbeat and the sensation of your breathing ...

Continue on putting your awareness on your stomach and lower back.

Just spend some time noticing all kinds of sensation of this area.

What do you feel? And how do you feel it?

Feeling what is here and just let it be. Do not be hard on yourself.

You do not have to do anything. Just notice the sensations and feelings in our stomach and lower back.

Now, focus your attention on your hips, down your legs to your knees ...

Until you go further to your calves and then to your ankles.

To the tops of your feet, the sides and then to the bottom of your feet ...

Finally, feel your whole body, how somehow everything is connected to each other out of which your body emerges.

Sense the temperature of your skin. Notice the sensations on your skin.

Becoming aware of your whole body in this right moment.

You do not have to think about, what is right or wrong.

Just relax and embrace the wholeness.

Feel how everything is connected.

Gently put your attention to your breath.

Inhale. Exhale.

Feel how your body extracts energy from each inhale and exhale.

Now, gently bring your awareness back to the touch of your body on the seat. Take the time that you need until it feels right to slowly open your eyes.'

## **Module II: Relaxation training**

### **Explanation**

#### Slide One

'Persisting stress, constant unrest, and permanent stimuli can burden our body and mind.

Hence, many people have headaches, sleep badly or have difficulties concentrating.

Bodily relaxation exercises are techniques which can help to facilitate sustainable relaxation. They teach our body, which is used to be in constant activity, to rest, take a break and sense.'

#### Slide Two

'In this unit you will learn different techniques to ease your mind, give your body some rest and strengthen your self again.

Many relaxation techniques exist, all trying to help to attain a state of increased calmness and in addition to that reduce levels of pain, stress, anxiety, and anger.'

#### Slide Three

'Extensive research of the last years showed that on a physical level these techniques could decrease muscle tension, lower the blood pressure and slow the heart and breath rates. All these factors contribute to health.'

#### Slide Four

'Everyone has his way of calming down and finding some inner peace.

Some people regularly do sports; others take a walk in the forest.

In our chaotic life, it is valuable to take some time off. Be with oneself and listen to your body and soul.

Let us see which of the following techniques may help you to take a rest ...'

Slide Five

'The following methods can be used everywhere and at any time as long as you can find a quiet place to comfortably sit or lay down.

Some people use these before they go to sleep.

Let us see together which of the following techniques may help you to take a rest and regain inner strength ...'

Slide Six

'Excellent! Now you know more about the benefits of bodily relaxation training.

Do you want to start and learn to practice them?

Click here → Progressive muscle relaxation

Click here → Autogenic training

Click here → Relaxation music'

### **Progressive Muscle Relaxation**

#### **Exercise: Arms / Neck / Shoulders**

Voice of the narrator:

'Welcome to this exercise. The aim of the following exercise is to feel the difference between tensing and relaxing different parts of your body, thus leading to calmness. Before we start the practice take a seating accommodation or lay down. Make yourself comfortable and loosen your muscles. If you want, close your eyes

...

Right at this moment, there might be many thoughts rushing through your head. Try to observe those thoughts like wagons of a train passing by. Each wagon drives past you. You do not have to jump up on any of those wagons.

Let all thoughts and sounds which you are aware of pass you by ... like clouds in the sky.

Now, we are starting with the relaxation of your hands and underarms.

Gently, pay your attention towards your hands and underarms.

Close both of your hands and make a fist. Your thumbs are on the side while your palms are looking upwards.

Slowly intensify the pressure in your hands and underarms without convulsion. Continue to breathe in and out and feel the tension in your hands and underarms.

Loosen the tension again and relax your hands.

Put your attention towards your musculature in your hands and underarms and realize how it becomes more and more relaxed and how the tension fades away.

Now, we will repeat the exercise.

Close both of your hands and make a fist.

Intensify the pressure in your hands and underarm without convulsion. Hold the pressure and continue to breathe.

Loosen the pressure and relax both of your hands.

Feel how looseness fulfills your hands and how the musculature of your hands and underarms slackens.

Gently put your focus to your right side, your hand and underarm ... And then pay your attention to your left side, your hand and underarm.

Now, we are starting with the relaxation of your upper arms.

Gently, put your awareness towards your upper arms.

First, close both of your hands and make a fist. Second, bend and press both of your arms to your shoulders and tense your biceps.

Slowly intensify the pressure without convulsion and continue to breathe. Feel the tension in your arms.

Loosen the tension again and relax your arms. Both arms are taking a relaxed posture. You might put them on your lap. Feel the looseness of your right arm ... and try to relax even more. Your left arm is loose, however try to ease it even more.

Now, we will repeat the exercise.

Thus, close both of your hands and make a fist, then bend and press both of your arms to your shoulders and tense your biceps.

Intensify the pressure without convulsion and continue to breathe. Feel the tension in your upper arms as well as in your biceps. Loosen the tension and relax your arms. Both arms are retaking a relaxed posture.

Realize the looseness of your arms and notice of warmness is spreading in your right arm.

Starting with the shoulders, the upper arm, the elbow, the underarm towards your finger. Your left arm is feeling it too.

Your shoulders, your upper arm, your elbow, your underarm until your fingers in your left hand are all relaxed and feel warmness.

Now, we are starting with the relaxation of your neck and shoulders.

Put your hand on your thighs. Then slowly pull your shoulders up to your neck.

Intensify the tension with convulsion and continue to breathe.

Feel the tension in your neck. Loosen the tension again and let your shoulders hang.

Just relax and enjoy the relaxation of your neck and shoulder muscles.

We will repeat the exercise again. Thus, pull your shoulders up to your neck.

Intensify the tension without convulsion. Loosen the tension and let your shoulders hang down.

Feel the looseness of your neck and shoulders. Your whole neck is totally relaxed.

If you want to be active again, slowly start to move your arms and legs again. Loll and stretch yourself. Gently open your eyes and come back to the present – the here and now.

### **Exercise: Face / Shoulders / Stomach**

Voice of the narrator:

'Welcome to this exercise. The aim of the following exercise is to feel the difference between tensing and relaxing different parts of your body, thus leading to calmness. Before we start the practice take a suitable seating position or lay down. Make yourself comfortable and loosen your muscles. If you want, close your eyes ...

Right at this moment, there might be many thoughts rushing through your head. Try to observe those thoughts like wagons of a train passing you by. Each wagon drives past you. You do not have to jump up on any of those wagons.

Let all thoughts and sounds which you are aware of pass you by ... like clouds in the sky.

Now, we are starting with the relaxation of your face.

Gently, put your attention towards your face.

Slowly bite your teeth on each other and tense your muscles.

Slowly intensify the pressure without convulsion and continue to breathe. Feel the tension in your face.

Loosen the tension again and relax your facial muscles.

We will repeat the exercise again. Thus, bite your teeth on each other and tense your muscles.

Slowly intensify the pressure without convulsion and continue to breathe. Feel the tension in your face.

Loosen the tension again. Your face is relaxed and loosen.

All facial muscles are relaxed, and you can feel the relaxation in your face.

Now, we are starting with the relaxation of your shoulders and back.

Gently, put your attention towards your shoulders.

Press both shoulders and shoulder blades to your back and let your head sink a bit towards your chest.

The shoulder blades slowly move towards each other.

Slowly intensify the pressure without convulsion and continue to breathe. Feel the tension in your shoulders.

Loosen the tension again. Breathe out and feel the relaxation within your shoulder and back.

The shoulders move back into a slacked position.

All muscles are relaxed and loose.

We will repeat the exercise.

Press both shoulders and shoulder blades to your back and let your head sink partially towards your chest.

The shoulder blades slowly move towards each other.

Slowly intensify the pressure without convulsion and continue to breathe. Feel the tension in your shoulders.

Loosen the tension again. Breathe out and feel the relaxation within your shoulder and back.

Focus and notice the relaxation of your whole back, shoulders, and neck. Everything is loosened. You are relaxed.

Now, we are starting with the relaxation of your chest and stomach

Gently, put your focus towards your abdominal wall.

Notice the flow of your breath.

Next, take a deep breath and hold the breath, hold the pressure in your stomach.

Loosen the pressure and continue to breath serene and calm.

Your breathing relaxes you.

We will repeat the exercise again.

Notice the flow of your breath.

Take a deep breath, hold the breath and put pressure on your stomach.

Loosen the pressure and exhale vigorously.

The breath comes and goes. You inhale and exhale while it relaxes your stomach and chest.

The refreshing breathing feels good to you and you can feel this calmness is fulfilling you within.

If you want to be active again, slowly start to move your arms and legs again. Loll and stretch yourself. Gently open your eyes and come back to the present – the here and now.

Exercise: Legs / Feet

Voice of the narrator:

'Welcome to this exercise. The aim of the following exercise is to feel the difference between tensing and relaxing different parts of your body, thus leading to calmness. Before we start the exercise take a seating accommodation or lay down. Make yourself comfortable and loosen your muscles. If you want, close your eyes

...

Right in this moment, there might be many thoughts rushing through your head. Try to observe those thoughts like wagons of a train passing you by. Each wagon drives past you. You do not have to jump up on any of those wagons.

Let all thoughts and sounds which you are aware of pass you by ... like clouds in the sky.

Now, we are starting with the relaxation of your posterior and thighs.

Gently, put your attention towards your thighs.

Slowly tense your thighs, posterior and pelvis.

Intensify the pressure without convulsion and continue to breathe. Feel the tension in your thighs.

Loosen the tension again and relax.

The muscles are loosened. You feel relaxed. Notice the pleasant feeling in your thighs.

We will repeat the exercise.

Slowly tense your thighs, posterior and pelvic.

Intensify the pressure without convulsion. Continue to breathe. Feel the tension in your thighs.

Loosen the tension again and relax.

Your legs are taking a comfortable and calm position.

You feel a deep feeling of relaxation within your thighs, posterior and pelvis.

Now, we are starting with the relaxation of your shank.

Gently, put your focus on your shank.

Slowly lift your heels, press your tiptoes in the ground and tense your calves.

Intensify the pressure without convulsion. Continue to breathe. Feel the tension in your legs.

Loosen the tension again and relax.  
Both legs are standing relaxed on the ground.  
All muscles are loosened. Pure relaxation.  
We will repeat the exercise.  
Slowly lift your heels, press your tiptoes in the ground and tense your calves.  
Intensify the pressure without convulsion. Continue to breathe. Feel the tension in your legs.  
Loosen the tension again and relax yourself.  
Your calves are slack and soft.  
Notice the pleasant heaviness in your legs. Your breath is calm and relaxed.

Now, we are starting with the relaxation of your feet.  
Gently, draw your attention to your feet and toes.  
Drag your toes up towards your face and parallel press your verses towards the ground.  
Intensify the pressure without convulsion. Continue to breathe. Feel the tension in your feet.  
Loosen the tension again and relax.  
Both feet are taking a comfortable position, and the muscles become relaxed.  
You are calm.  
We will repeat the exercise again.  
So, draw your attention to your feet and toes.  
Drag your toes up towards your face and parallel press your verses towards the ground.  
Intensify the pressure without convulsion. Continue to breathe. Feel the tension in your feet.  
Loosen the tension again and relax.  
Your right thigh, your right knee, your right calve, your right foot is soft and relaxed.  
Your whole right leg is warm.  
Now, notice your left thigh, your left knee, your left calve until your left foot.  
Your whole left leg is pleasantly warm.  
If you want to be active again, slowly start to move your arms and legs again. Loll and stretch yourself. Gently open your eyes and come back to the present – the here and now.

## **Autogenic Training**

### **Exercise: Serenity**

Voice of the narrator:

'Welcome, in the next minutes we will be practising an exercise based on autogenic training. The aim of the exercise is to calm down by feeling our body.  
Take a comfortable seating accommodation. If you prefer to lay down. feel free to do so. Get yourself comfortable and ease your muscles. If you want, close your eyes.  
At this moment, there might be many different thoughts rushing through your head. Try to observe these thoughts like a train which passes you by. Each wagon represents a current thought. You do not have to jump on them. Try to observe how these thoughts are passing by.  
Let all those thoughts and possibly sounds pass away like clouds in the sky.  
Gently, draw your attention to your breath.  
Notice how you are breathing in and out. Now, try to breathe a little slower. Take your time.  
Take a deep and long breath in ... and out. One more time.  
Take a deep and long breath in ... and out.  
Can you notice and feel how your breath comes and goes?  
Notice how with each breath your stomach rises and falls again ...  
Now, try to breathe a little slower and more relaxed.  
Can you notice how calm your breath flows?  
Continue to breathe ... Relaxed and calm.  
Maybe you would like to say to yourself 'My breath is calm. With every breath, I become more serene.'  
Now, expand your awareness to the rest of your body. Notice how the calmness of your breath expands throughout your whole body.

Notice how your entire body becomes calm. Everything is quiet.

Let yourself fall into this inner silence.

Relax and enjoy the feeling of serenity within you.

Maybe you would like to say 'My breath is calm and relaxed. My whole body is relaxed and calm. Within me is Serenity.'

If you want to be active again, slowly reduce the calmness. Move your arm and legs a couple of times. If you want, loll and stretch yourself.

Gently open your eyes and come back to the present – the here and now.'

### **Exercise: Warmness**

Voice of the narrator:

'Welcome, in the next minutes we will be practicing an exercise based on autogenic training. The aim of the exercise is to feel the warmness within your body.

Take a comfortable seating accommodation. If you prefer to lay down. Feel free to do so. Get yourself comfortable and ease your muscles. If you want, close your eyes.

At this moment, there might be many different thoughts rushing through your head. Try to observe these thoughts like a train which passes you by. Each wagon represents a current thought. You do not have to jump on them. Try to observe how these thoughts are passing by.

Let all those thoughts and possibly sounds pass away like clouds in the sky.

Imagine that it would be winter. It is freezingly cold, and you are walking for hours to a lonely cabin in the forest. Finally, you arrived at the cabin.

First, you take the wood and lighten a fire in the oven. After a short time, it becomes beautifully warm in the cabin. You notice how the warmness is good for you.

You make yourself comfortable and lay down in front of the oven. Your feet become pleasantly warm. You feel how the warmness is emanating from your feet slowly up. Over the thighs to your stomach until your arms.

Your whole body becomes warm through the heat of the oven.

Next to the warmness, you can feel a pleasant feeling of heaviness within you.

Your body is warm and massive. And besides that, you feel secure.

Get yourself into this experience right now and let go of all worries.

Relax and enjoy the warmness and severity which fulfills and encompasses you.

Maybe you would like to say to yourself 'I am relaxed and calm. My body is warm and heavy. Within me is silence.'

Enjoy the moment for a while and breath slowly ...

If you want to be active again, slowly reduce the calmness. Move your arms and legs a couple of times. If you want, loll and stretch yourself.

Gently open your eyes and come back to the present – the here and now.'

### **Module III: Sleep coach**

#### **Intervention - Sleep Hygiene Quiz**

Slide One

'Are you an expert in sleep hygiene?

Here you can read several rules in the context of a good sleep quality. Some of them are right, some are wrong.

You can check whether you are an expert in sleep or whether you might want to increase your knowledge about the basics of good sleep.

Hereafter, several statements about sleep are shown. If you think the statement is correct, click on the green button. If you believe that the rule is wrong, click on the red button.'

Slide Two

'If I have troubles falling asleep, I should refrain from coffee 4 to 8 hours before going to bed.'

[Right answer: green button]

Slide Three

'Intensive exercise or heavy manual work directly before going to bed reduces the time to fall asleep.'

[Right answer: red button]

Slide Four

'Smoking cigarettes or shisha before going to bed decreases my wakefulness and can improve my sleep.'

[Right answer: red button]

Slide Five

'A heavy meal before going to bed is bad for my sleep.'

[Right answer: green button]

Slide Six

'If I go to bed and stand up at similar times each day it will help to improve my sleep-wake cycle and my sleep quality.'

[Right answer: green button]

Slide Seven

'If I have troubles falling asleep and staying asleep I should stay in bed as long as possible to get sleep at a later point in time during the day.'

[Right answer: red button]

Slide Eight a)

'Congratulations! You have completed all questions, and have answered 7 out of 7 correctly.'

[Calculation of correct answers. The number should be displayed here. If all statements are judged correctly, the present slide appears. If the number of correct answers is less than 7, the next slide will appear.]

Slide Eight b)

'You have completed all questions, and have answered [e.g.!] 5 out of 7 correctly.'

If you want to top up your score, start the quiz again and, click here. [LINK Quiz start]

If you want to learn more about the background, click here. [LINK Psychoeducation Sleep]

If you want to finish the quiz, click here. [LINK Main Page BASLAM]

## Intervention Insomnia

Slide One

'What you should consider while becoming a real good sleeper:

Quite a lot of people, who have problems with falling asleep, pursue activities in bed, like using mobile-phones,'



Slide Two

‘watching TV,’

Slide Three

‘or playing (video-) games or other activities, which keep them awake.

Therefore, the bed should – if possible – only be used for sleeping!

One should keep in mind that communicating during the night by using mobile phones is a sleep impairing behaviour. If possible, mobile phones should be switched off, or the volume should be set to mute.’

Slide Four

‘If someone goes to bed at different times, and gets up whenever he/she likes to, the sleep-wake cycle will become irregular. This will further impair his/her sleep.

To learn more about a “healthy sleep-wake cycle”, please click here. [LINK sleep education „healthy sleep“].’

Slide Five

‘Sleep cannot be controlled by oneself. Even the opposite is true: Trying hard to sleep does not work. Besides, if a person with insomnia cannot fall asleep or wakes up during the night he/she might control the time on the clock or mobile phone. Sometimes this might happen several times during night, maybe accompanied by negative thoughts and feelings described above, like anger, frustration, anxiety or stress due to not catching any sleep.’

Slide Six

‘If you tend to do so, try to ignore the clock. You do not have to turn it off, but just turn it around or avoid looking at it. Sleep will come easier if you do not try to control it.’

Slide Seven

‘What you should consider, if you have problems falling asleep:

You can imagine, that it is not easy to fall asleep when you are extremely tense, and your mind is racing.

Therefore, if you know this kind of conditions, and experience them very often, you might want to learn how to reduce your tension. If you want to, you can switch to the exercises, which may help to overcome your tension.’

[LINK PMR]

[LINK MBCT]

Slide Eight

‘Some people worry about their bad sleep, and they fear that they will be tired and unable to manage the day or they are afraid that they will get ill due to not sleeping enough.

If you want to learn how to reduce and change such negative thoughts, that might keep you up at night and maybe bother you during the day, click here [LINK MBCT].’

Slide Nine

If you can't sleep well or you prefer to stay at bed most time of the day, and if also you do not feel happy and are stressed most of the time, then maybe it will help you to look at the stress module.

[LINK stress ]

**Module IV: Positive Activities**

## Explanation

### Slide One

'Arriving in a new country can bring many obstacles. It can burden and dramatically change our routines that we are used to ... Hobbies, interests and physical activities which were easily done on a daily basis may be much harder when living in a foreign and unknown country.'

### Slide Two

'In the next minutes, you will see a wide range of possible activities which you could do in Germany. These can serve as an inspiration or motivation to organize your day.

Swipe each activity to the right to mark them as interesting. If you swipe to the left, you will mark them as not interesting for you. In the end, you will have a list of possible activities which can be done within the next days and weeks.'

Each of the following items will be presented separately on a card.

Participants can swipe to the right and left to show their interest.

In the end, there appears a list of all interesting and/or uninteresting activities.

## Cards

~~Zimmer aufräumen~~

Clean up your room

~~Zu einem Sprachkurs gehen~~

Go to a language course

~~Fotografieren~~

Take photos

~~Romane, Erzählungen, Theaterstücke oder Gedichte lesen~~

Read novels, narratives, plays or poems

~~Für sich selbst Dinge einkaufen~~

Shopping for yourself

~~Ausflüge planen~~

Plan excursions

~~Federball spielen~~

Play badminton

~~Zu einem Konzert gehen~~

Go to a concert

~~Eine neue Bekanntschaft machen~~

Make new acquaintances

~~Sich über Sport unterhalten~~

Talk about sports

~~Ins Grüne fahren~~

Go to the countryside

~~Sich künstlerisch betätigen (Malerei, Bildhauerei, Zeichnen, Filme drehen usw.)~~

Performing art (painting, sculpture, drawing, filming, etc.)

~~Bekannten eine Freude bereiten~~

Make friends happy

~~In ein Lokal gehen~~

Go to a pub

~~Tipps und Ratschläge zur Selbsthilfe einholen~~

Get advice on self-help

~~Ein Lied oder ein Musikstück texten oder komponieren~~

Compose a song or a piece of music

~~Fernsehen~~

Watch TV

~~Eine schwierige Aufgabe meistern~~

To master a difficult task

~~Puzzle, Kreuzworträtsel lösen~~

Solve a puzzle or crossword

~~Positive Zukunftspläne schmieden~~

Make positive plans for the future

~~Die Bibel lesen~~

Read in the bible

~~Den Koran lesen~~

Read in the Koran

~~Minigolf spielen~~

Play minigolf

~~Zu einer Sportveranstaltung gehen~~

Go to a sporting event

~~An technischen Dingen arbeiten (Autos, Fahrräder, Motorräder, Hausgeräte, usw.)~~

Working on technical things (cars, bicycles, motorcycles, household appliances, etc.)

~~Karten spielen~~

Play cards

~~Lachen~~

Laugh

~~An Hochzeiten, Taufen, usw. teilnehmen~~

Take part at a wedding

~~Fröhlich sein, gute Stimmung verbreiten~~

Be cheerfull and spread good mood

~~Tiere beobachten~~

Observe animals

~~Eine originelle Idee haben~~

Have an orginial idea

~~Garten-, Landschafts- oder Hofarbeiten verrichten~~

Perform garden, landscape or yard work

~~Fachliteratur oder Fachbuch lesen~~

Read literature or specialist books

~~Tanzen~~

Dance

~~In der Sonne sitzen~~

Sit in the sun

~~Nur so herumsitzen und nachdenken~~

Just sit/hang around and think

~~Sich über Philosophie unterhalten~~

Talk about philosophy

~~Sich über Religion unterhalten~~

Talk about religion

~~Etwas planen und organisieren~~

Plan or organize something

~~Den Geräuschen der freien Natur lauschen~~

Listen to the sounds of nature

~~Verabredungen treffen, um mit jemanden zu flirten~~

Make appointments to flirt with someone

~~Eine lebhafte Unterhaltung führen~~

Have a lively conversation

~~Radio hören~~

Listen to the radio

~~Freunde einladen~~

Invite friends over

~~An einem sportlichen Wettbewerb mitmachen~~

Take part in a sporting competition

~~Geschenke machen~~

Make gifts

~~Freunde, Bekannte besuchen~~

Visit friends or acquaintances

~~Den Himmel, Wolken oder einen Sturm beobachten~~

Watch the sky, clouds or a storm

~~Sich im Freien aufhalten~~

Stay outdoors

~~Picknick machen~~

Make a picnic

~~Basketball oder Volleyball spielen~~

Play basketball or volleyball

~~Seiner Familie etwas kaufen~~

Buy your family something nice

~~Landkarten studieren~~

Study maps

~~Dinge aus der Natur sammeln (wilde Früchte, Steine, Muscheln,...)~~

Collecting things from nature (wild fruits, stones, shells, ...)

~~Jemandem helfen~~

Help someone

~~Sich um eine neue Arbeit bewerben~~

Apply for a new job

~~Mit Freunden oder Bekannten essen~~

Eat with friends and acquaintances

~~Tennis spielen~~

Play tennis

~~Ein Bad nehmen~~

Take a bath

~~Lange Strecken fahren~~

Drive long distances

~~Holz- oder Schreinerarbeiten ausführen~~

Do wood or carpentry work

~~Tieren streicheln~~

Pet animals

~~Eine offene Unterhaltung führen~~

Have an open conversation

~~In einem Chor singen~~

Sing in a choir

~~Über sich selbst nachdenken~~

Think about yourself

~~Sich beruflich engagieren~~

To engage professionally

~~Zu einer Party gehen~~

Go to a party

~~Eine Fremdsprache sprechen~~

Speak a foreign language

~~Zu religiösen Veranstaltungen gehen~~

Go to religious events

~~Zu Versammlungen von gemeinnützigen oder sozialen Vereinen gehen~~

Go to a meeting of charitable or social associations

~~Ein Musikinstrument spielen~~

Play an instrument  
~~Schauspielerisch tätig sein~~  
Do acting  
~~Ein Nickerchen machen~~  
Take a nap  
~~Singen~~  
Sing  
~~Billard spielen~~  
Play billiard

~~Mit seinen Kindern zusammen sein~~  
Be with your children  
~~Schach spielen~~  
Play chess  
~~In den Zoo gehen~~  
Go to the zoo  
~~Etwas entwerfen, zeichnen, o.ä.~~  
Design or draw something  
~~Make-up auflegen~~  
Put on makeup  
~~Sein Haar richten kämmen oder bürsten~~  
Straighten or brush your hair

~~Witze anhören oder erzählen~~  
Listen to or tell someone jokes  
~~Eine Wette eingehen~~  
Make a bet  
~~Über seine Kinder oder Enkel sprechen~~  
Talk about your children or grandchildren  
~~Jemand Neues kennenlernen~~  
Get to know someone new  
~~Etwas für seine Gesundheit tun~~  
Do something for your health  
~~Gut und lecker essen~~  
Eat something healthy and tasty  
~~Über seine Gesundheit sprechen~~  
Talk about your health  
~~In der Stadt herumbummeln~~  
Walk around in the city

~~Wandern~~  
Go for a hike  
~~Telefongespräche führen~~  
Have phone calls  
~~Tagträumen~~  
Daydream  
~~Ein Museum oder eine Ausstellung besuchen~~  
Visit a museum or an exhibition  
~~Tagebuch schreiben~~  
Write a diary

~~Etwas verleihen~~  
Lend something to someone

~~Jemanden beraten~~  
To advise someone

~~Etwas Neues lernen~~  
To learn something new  
~~Jemandem Komplimente machen oder loben~~  
Compliment or praise someone  
~~Über Leute nachdenken, die man mag~~  
Think about people you like

~~Reiten~~  
Ride a horse  
~~Ins Kino gehen~~  
Go to the cinema  
~~Alleinsein~~  
To be alone  
~~Mit Freunden / Familie Essen kochen~~  
Cooking with friends and family  
~~Weinen~~  
Cry  
~~In eine Bibliothek gehen~~  
Go to a library  
~~Fußball oder Handball spielen~~  
Play football or handball

~~Vögel beobachten~~  
Observe birds

~~Einen Einkaufsbummel machen~~  
Go on a shopping tour

~~Leute beobachten~~  
Watch people  
~~Gegenstände reparieren~~  
Repair items  
~~Radfahren~~  
Go biking  
~~Eine Auseinandersetzung erfolgreich bestehen~~  
Successfully undergo a discussion

~~Gesellschaftsspiele spielen~~  
Play board games  
~~Briefe oder Karten schreiben~~  
Write Letters or cards  
~~Über Politik oder öffentliche Angelegenheiten sprechen~~  
Speak about politics or public affairs  
~~Leuten zulächeln~~  
Smile at someone  
~~Im Sand, Gras spielen~~  
Play in sand or grass  
~~Über andere Leute reden~~  
Talk about other people

~~Mit seinem Partner zusammen sein~~  
Be together with your partner  
~~Tabak rauchen~~  
Smoke tobacco  
~~Sich um Zimmerpflanzen kümmern~~  
Take care of house plants  
~~Mit Freunden Kaffee, Tee trinken~~

Drink coffee or tea with friends

~~Einen Spaziergang machen~~  
Take a walk

~~Verschiedene Dinge sammeln~~  
Collect different things

~~Nähen~~  
Sew

~~Jemanden sagen, dass man ihn/ sie liebt~~  
Tell someone that you love him or her

~~Einen Imbiss zu sich nehmen~~  
Take a snack

~~Freiwillige Arbeit tun~~  
Do voluntary work

~~Jemanden verteidigen oder in Schutz nehmen~~  
Defend or protect someone

~~Ein Theaterstück besuchen~~  
Visit the theater

~~Reisen~~  
Travel

~~An einer Gruppenreise teilnehmen~~  
Join a group trip

~~Gesagt bekommen, dass man gebraucht wird~~  
To hear that you are needed

~~Eine Party oder gemütliches Beisammensein veranstalten~~  
Organise a party or a get-together

~~Eine Blume oder Pflanze riechen oder sehen~~  
Smell or see a flower or plant

~~Zum Ausgehen eingeladen zu werden~~  
To be invited to go out

~~Parfum benutzen~~  
Use perfume

~~Mit jemandem derselben Meinung sein~~  
To have the same opinion with someone

~~Morgens früh aufstehen~~  
Wake up early in the morning

~~Ruhe finden~~  
Find silence, inner peace

~~Meditieren~~  
Meditate

~~Yoga praktizieren~~  
Practice yoga

~~Duschen~~  
Have a shower

~~Sich beraten lassen oder einen Rat erteilt bekommen~~  
To be advised or give advice

~~Beten~~  
Pray

~~Sich entspannen~~  
Relax

~~Zeitung lesen~~  
Read newspapers

~~Leute erheitern~~  
Amuse people

~~Tischtennis spielen~~

Play table tennis

~~Schwimmen~~

Swim

~~Joggen~~

Go for a run

~~Gymnastik machen~~

Do gymnastics

~~Musik hören~~

Listen to music

~~Fangen spielen~~

Play tag

~~Kuscheln~~

Cuddle

~~Zu einem Friseur oder Kosmetiker gehen~~

Go to a hairdresser or beautician

~~Mit jemanden zusammen sein, den man mag~~

To be with someone you like

~~Zeitschriften lesen~~

Read magazines

~~Ausschlafen~~

Sleep long and late/sleep in

~~Eis essen gehen~~

Go to eat ice cream

~~Computer-Spiele spielen~~

Play computer games

~~Im Internet surfen~~

Surf the internet

~~Neue Apps ausprobieren~~

Try new apps

~~Chatten~~

Chat

~~Boot fahren~~

Drive a boat

~~Ein Autohaus besuchen~~

Visit a car dealership

~~Auto oder Motorrad fahren~~

Drive a car or motorbike

~~Fahrrad fahren~~

Cycle a bike

~~In eine Karaoke Bar gehen~~

Go to a karaoke bar

~~Soziale Medien nutzen (Facebook, Instagram)~~

Use social media (facebook, Instagram)

## **Module V: Resource activation**



## Explanation

### Slide One

'Sometimes it can happen that we lose touch with ourselves. Especially in challenging times, our head is everywhere ... but rarely with ourselves. During these times we forget about our interests, our strengths, and potentials. Characteristics which shape our personality. Restarting to do things we once enjoyed and fulfilled us gives pleasure, happiness and a sense of being. Let's try it out ...'

### Slide Two

'In the next minutes, you will be seeing various human characteristics. Take your time for each card which will display one characteristic. Please swipe to the right to show agreement and to the left for disagreement.'

### Slide Three

#### **Question One**

'Does this card apply to you?'

### Slide Four

#### **Question Two**

'Would this characteristic be helpful for you in your current situation?'

## Cards

### Humorous

'Tell someone a joke or a funny story'

'How about telling someone a joke or a funny story?'

### Athletic

'Do any kind of physical activity you like today'

'It is a good day to do some physical activity. What would you like to do?'

### Patient

[LINK: Interventions - 'Mindfulness' 'Relaxation Training']

### Empathic

'Spend some time with someone and listen to what they have to say'

### Grateful

'Tell someone around how much you appreciate to have them on your side'

### Artistically gifted

'Do anything where you can artistically express yourself such as painting or singing'

### Caring

'Take care for someone around you who could really need your help and kindness'

### Brave

'Face a difficult and challenging situation and meaningful solutions'

### Joyful

'Spend some time with people who you really like'

Enjoying music

[LINK: Interventions - 'Relaxation Training - Music']

[LINK: Smartphone music]

[LINK: Youtube App]

Warmhearted

'Show someone you like your warm-heartedness.'

Creative

'Think of something you can create right now ... And then do it! Express yourself.'

Cultural interested

'Look for something interesting like a cultural event close to where you live and visit it.'

Organized

'Maybe you need to sort out some things or just clean up your place'

Writer

'Take a pencil and a piece of paper and just start to write ... Maybe a poem, maybe a story, just let it happen ...'

Self-disciplined

'Write a To-Do list with things you have to do and slowly start to work yourself through it.'

Social

'Do something with other people such as drinking tea or coffee, having a conversation or taking a walk together.'

Vigilant

[LINK: Interventions - 'Mindfulness']

Technically gifted

'Work or repair anything which could need a closer look and a skilled hand'

Curious

'Find out what is happening this weekend in your neighbourhood

Open-minded

'Have an open conversation with someone about any topic you like'

Helpful

'Ask people you like or people you see who appear to need help if they indeed need some help'

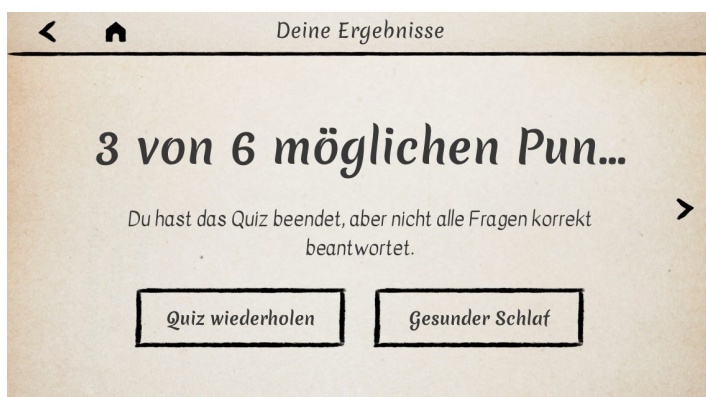
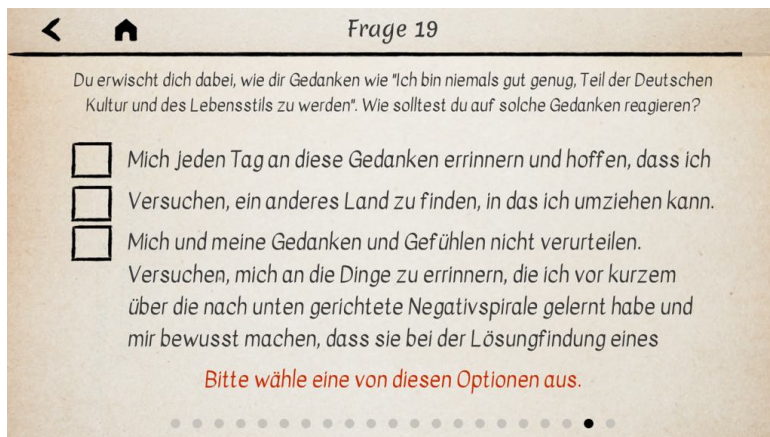
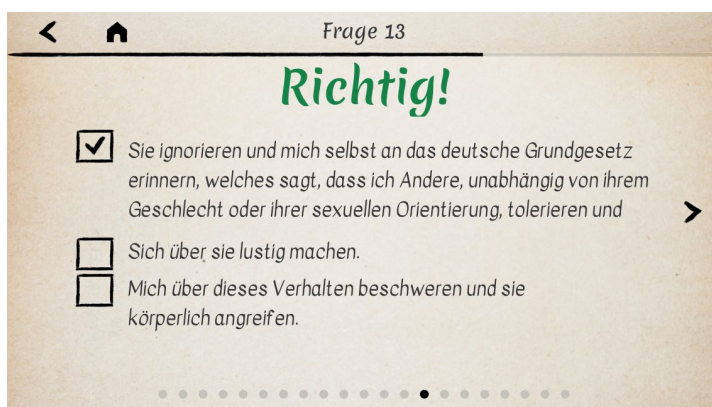
Spontaneous

'Think about something you can do during the next 30 minutes you did not plan to do today'

Self-confident

'Look in the mirror and say something nice about you to yourself

BALSAM Bilder:





## Die Ergebnisse deines Stresslevels

Bitte bewege den Zeiger auf der Skala, um uns zu zeigen, wie du dich nach dieser Übung fühlst. Du kannst dein bisheriges Stresslevel sehen, indem du a...



Abschicken