

**Testpsychologische Instrumente zur Beurteilung der psychischen Gesundheit
von Asylsuchenden und Geflüchteten: Bestandsaufnahme und Beurteilung**

Bericht zu Händen des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit.

Berlin, September 2020

IMPRESSUM

Autorinnen

Dr. Dipl.-Psych. Maria Böttche
Dr. Dipl.-Psych. Nadine Stammel
M. Sc. Caroline Meyer
B. Sc. Tabea Schumacher

Zentrum Überleben gGmbH

Turmstr. 21
10559 Berlin
Deutschland
info@ueberleben.org
Tel. +49/(0)30/303906-79

Im Zentrum ÜBERLEBEN finden Überlebende von Gewalt und Flucht sowie Menschen mit unterschiedlichen Migrationserfahrungen medizinische, psychotherapeutische, sozialarbeiterische und integrative Unterstützung. Neben der Rehabilitation und Integration tragen die wissenschaftliche Begleitung und Dokumentation zum allgemeinen Erkenntnisgewinn im Bereich Trauma und Therapie sowie zur Entwicklung wissenschaftlicher Standards bei.

Auftraggebender

Bundesamt für Gesundheit (BAG). Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ist ein Amt des Eidgenössischen Departements des Inneren (EDI).

Projektdauer

Dezember 2019 bis April 2020.

Kommentar

Dieser Bericht wurde im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) verfasst. Für den Inhalt ist allein der Auftragnehmende verantwortlich.

INHALTSVERZEICHNIS

Impressum.....	2
Inhaltsverzeichnis.....	3
Executive Summary.....	4
1 Hintergrund und Ziel des Berichts.....	7
2 Methodisches Vorgehen.....	10
3 Testpsychologische Instrumente für Geflüchtete und Asylsuchende.....	11
3.1 Früherkennung und testpsychologische Beurteilung psychischer Gesundheit bei Geflüchteten und Asylsuchenden.....	11
3.2 Diagnostische Beurteilung psychischer Gesundheit bei Geflüchteten und Asylsuchenden in der Schweiz: Ergebnisse der Expert*innen-Interviews.....	13
3.2.1 Angaben zur durchgeführten Diagnostik in den Einrichtungen.....	14
3.2.2 Erfahrungen und Herausforderungen.....	16
3.2.3 Empfehlungen der Expert*innen.....	18
3.3 Testpsychologische Instrumente zur Beurteilung psychischer Belastungen bei Geflüchteten und Asylsuchenden.....	21
3.3.1 Übersicht testpsychologischer Instrumente: Ergebnisse der Literaturrecherche.....	21
3.3.2 Übersicht testpsychologischer Instrumente: Ergebnisse der Expert*innen-Interviews.....	24
4 Zusammenfassung und Empfehlungen.....	26
5 Literatur.....	33
6 Anhang.....	35
A Liste der Interviewpartner*innen.....	35
B Vorabfragebogen.....	36
C Interviewleitfaden.....	38
D Tabelle zu testpsychologischen Instrumenten.....	42

EXECUTIVE SUMMARY

Einleitung Internationale Studien zeigen, dass 30-40% der Geflüchteten und Asylsuchenden unter direkten Traumafolgestörungen und anderen psychischen Erkrankungen leiden. Eine frühe Erkennung psychischer Störungen ist wichtig, um gezielt psychosoziale Interventionen anbieten zu können. So kann psychische Gesundheit gefördert und der Chronifizierung psychischer Störungen entgegengewirkt werden, was sich wiederum positiv auf die Integration auswirken kann. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Staatssekretariat für Migration (SEM) möchten für die Erstversorgung von Geflüchteten und Asylsuchenden einheitliche Standards zur Früherkennung sowie zur Beurteilung des Schweregrads von psychischen Gesundheitsproblemen durch die Nutzung testpsychologischer Instrumente erarbeiten.

Fragestellung Der vorliegende Bericht soll einen Überblick darüber geben, welche testpsychologischen Instrumente in der Schweiz für die Erstbeurteilung (Screening) und weitere klinische Einschätzung von psychischen Störungen bei Geflüchteten und Asylsuchenden eingesetzt werden und welche dieser Instrumente für den Einsatz im Asylbereich besonders geeignet sind. Diese werden gegebenenfalls um weitere Instrumente ergänzt. Zusätzlich sollen mögliche Verbesserungen bezüglich der Abläufe der Diagnostik psychischer Störungen sowie bezüglich der Zuständigkeiten auf Bundes-, Kanton- und Gemeindeebene identifiziert werden. Daraus sollen Schlussfolgerungen und Empfehlungen für Praktiker*innen in der Gesundheitsversorgung von Geflüchteten und Asylsuchenden in der Schweiz abgeleitet werden.

Methodik Vorrangiges Ziel dieses Projekts war es, wissenschaftlich fundierte Empfehlungen für Praktiker*innen zu geben. Daher wurde als methodisches Vorgehen eine Kombination aus Literaturrecherche und 11 Expert*innen-Interviews gewählt. Die Interviewdaten wurden mittels thematischer Inhaltsanalyse ausgewertet und zusammengefasst.

Ergebnisse Die befragten Expert*innen berichteten überwiegend gute Erfahrungen in der Anwendung von testpsychologischen Verfahren mit Geflüchteten und Asylsuchenden. Eine Anwendung testpsychologischer Instrumente ist daher generell möglich und sinnvoll. Zu beachten sind an dieser Stelle jedoch die Herausforderungen, die Sprachbarrieren, kulturelle Besonderheiten und den Aufbau von Vertrauen umfassen. Eine Möglichkeit, um diesen Herausforderungen zu begegnen, ist der Einsatz von Sprach- und Kulturmittelnden. In den Expert*innen-

Interviews wurde deutlich, dass eine flächendeckende, einheitliche und stufenweise Diagnostik gewünscht wird, deren Früherkennung zunächst in der Zuständigkeit des Bundes liegen und auf Kantonebene erneut durchgeführt werden sollte. Dies erfordert sowohl geschultes Personal sowie das Vorhandensein von Behandlungsmöglichkeiten. Weitere Aufgaben der Kantone und die primären Aufgaben der Gemeinden sollten die Integration und das Anbieten spezifischer Therapien sein. Insgesamt sollte es im Rahmen der Früherkennung wie auch der Behandlung mehr Austausch und Zusammenarbeit zwischen Bund, Kanton und Gemeinde geben.

Instrumente: Als störungsübergreifende Screening-Instrumente bei Erwachsenen eignen sich der RHS-15 (Hollifield, 2013), der K10 (Kessler, 2003) und der WHO-5 (World Health Organisation, 1998). Der WHO-5 ist ebenso für Kinder ab neun Jahren einsetzbar. Spezifisch für Kinder und Jugendliche kann die PSC-17 (Murphy, 2017) empfohlen werden.

Geeignete störungsspezifische Instrumente für Erwachsene sind HTQ-5 (Berthold, 2019) zur Abklärung einer Posttraumatischen Belastungsstörung; GAD-7 (Spitzer, 2006) zur Erfassung der generalisierten Angststörung; PHQ-9, (Kroenke, 2001) für depressive Symptome; PHQ-15 (Kroenke, 2002) für Somatisierungsstörungen und ASSIST Lite (Humeniuk, 2010) zur Erfassung von Substanzkonsum.

Für Kinder und Jugendliche konnten folgende störungsspezifische Instrumente als geeignet eingestuft werden: für die Posttraumatische Belastungsstörung – UCLA (Steinberg, Brymer, Decker, and Pynoos, 2004) und CATS (Sachser et al., 2017); für Depression - ab 11 Jahren PHQ-9 (Kroenke, 2001) und ab 14 Jahren HSCL-25 (Winokur et al., 1954); für Angsterkrankungen - ab 11 Jahren GAD-7 (Spitzer, 2006) und ab 14 Jahren HSCL-25 (Winokur et al., 1954) und für Somatisierung - ab 11 Jahren PHQ-15 (Kroenke, 2002).

EMPFEHLUNGEN

Wann. Früherkennung sollte so früh wie möglich für Erwachsene, Kinder und Jugendliche nach Ankunft durchgeführt werden. Es darf jedoch nicht nur ein einmaliges Screening innerhalb der ersten Tage auf Bundesebene geben, sondern dieses sollte nach Ankunft in einer kantonalen Unterkunft wiederholt werden.

Wie. Aufbauend auf dem störungsübergreifenden Screening sollte es bei Auffälligkeiten zu weiterführender störungsspezifischer Testdiagnostik und zu einem diagnostischen Gespräch

kommen. Bei Vorhandensein einer psychischen Störung sollte ein adäquates Behandlungsangebot bereitgestellt werden.

Wo. Die Diagnostik psychischer Probleme sollte generell in einem geschützten Raum unter bestimmten Rahmenbedingungen (ausreichend Zeit, geschultes Personal, Vertrauensverhältnis, Transparenz, Sprach- und Kulturmittlung) stattfinden können. Die Früherkennung sollte in Zentren des Bundes sowie in kantonalen Unterkünften stattfinden.

Was. Ein einheitlicher Gebrauch von testpsychologischen Instrumenten ist geboten, um Vergleichbarkeit herstellen zu können. Dazu sind Instrumente zu nutzen, die sich in der Anwendung als valide und kultursensibel gezeigt haben und wünschenswerterweise bereits in andere Sprachen übersetzt wurden. Zusätzlich zum Screening sollten Asylsuchende und Geflüchtete Informationen zur Aufrechterhaltung und Entstehung psychischer Störungen erhalten, um das Gesundheitsbewusstsein zu stärken.

Wer. Die Früherkennung (Screening) sollte durch geschultes Personal durchgeführt werden. Eine (weiterführende) störungsspezifische Diagnostik sowie das diagnostische Gespräch sollte von ausgebildeten Fachpersonen realisiert werden. In allen Fällen ist zu empfehlen, dass Sprach- und Kulturmittelnde anwesend sind.

Warum. Ziel ist eine Früherkennung psychischer Störungen und damit die Möglichkeit frühzeitig psychotherapeutische/psychosoziale Interventionen anbieten zu können, um ein gesundes Leben zu ermöglichen und eine Chronifizierung der Symptomatik zu verhindern. Dies ist sowohl für Menschen mit Bleibeperspektive wichtig, um den Prozess der Integration zu fördern als auch für Menschen mit schlechter Bleibeperspektive, da Gesundheit und Unversehrtheit Menschenrechte sind.

1 HINTERGRUND UND ZIEL DES BERICHTS

Internationale Studien zeigen, dass Asylsuchende und Geflüchtete im Bereich der psychischen Gesundheit hohe Prävalenzraten an psychischen Störungen aufzeigen (z.B. Posttraumatische Belastungsstörung, Depressionen, Angststörungen, Somatisierungsstörungen; Blackmore et al., 2020; Henkelmann et al., 2019). Der von Müller und Kolleginnen (2018) von Interface verfasste Bericht „Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden: Situationsanalyse und Empfehlungen“ hat zentrale Herausforderungen in Bezug auf die Gesundheit traumatisierter Asylsuchender in der Schweiz aufgezeigt und daraus zwölf Empfehlungen abgeleitet. Eine dieser Herausforderungen ist die Früherkennung und Diagnose psychischer Störungen sowie fehlende Weitervermittlungsmöglichkeiten. Jedoch steht gerade diese Identifikation und Weitervermittlung in entsprechende Hilfsangebote besonders schutzbedürftigen Asylsuchenden laut EU-Aufnahmerichtlinie von 2003 (RL 2003/9/EG) und 2013 (RL 2013/33/EU) zu. In den Expert*innen-Gesprächen, die für den Interface-Bericht durchgeführt wurden, zeigte sich, dass eine systematische Abklärung der psychischen Gesundheit eine zentrale Rolle einnimmt und frühestmöglich nach Einreise der Asylsuchenden eingeführt werden sollte. Auf Grundlage dieses Ergebnisses wurde folgende Empfehlung formuliert: „Aus medizinischer Perspektive sollten die Asylsuchenden nach Eintritt in ein Zentrum des Bundes, systematisch zu ihrer psychischen Gesundheit befragt werden können“ (S. 31, Müller et al., 2018). Jedoch wurden in diesen Interviews durch die Expert*innen auch Bedenken gegenüber einem systematischen Screening geäußert. Zum einen berichteten einige Expert*innen eine grundlegende Skepsis gegenüber Screeningverfahren, die in der Regel zeit- und kosteneffiziente Kurzfragebögen sind, und im Vergleich zum persönlichen Erstgespräch lediglich einen ersten Hinweis auf das Vorliegen einer psychischen Störung geben können (für eine nähere Begriffsklärung bzgl. Diagnostik, siehe Infokasten auf Seite 8). Zum anderen verwiesen die Expert*innen auf die fehlenden Behandlungsmöglichkeiten im Fall eines positiven Screening-Ergebnisses (Müller et al., 2018).

Aktuell steht für eine erste Einschätzung der Gesundheit von Asylsuchenden ein Onlinefragebogen für migrationsmedizinische Abklärungen (mmcheck.ch) zur Verfügung, der allgemeine Fragen zur Gesundheit beinhaltet (z.B. aktuelle Medikation, gastrointestinale Probleme, Fieber, Husten, Gewichtsverlust). Diese Fragen beziehen sich jedoch primär auf medizinische

Probleme und nähern sich nur in zwei Fragen auch psychischen Beschwerden an (Filterfrage „Do you feel any other discomfort or pain“ sowie „Do you sleep well?“). Eine Überarbeitung bzw. Ergänzung wäre somit wünschenswert, um auch bezüglich psychischer Symptome Aussagen treffen und somit Handlungsanweisungen aussprechen zu können. Die Identifikation und Bewertung bestehender Instrumente für das Screening und für die Einschätzung von psychischen Störungen bei Asylsuchenden ist daher an dieser Stelle geboten.

Begriffsklärung

Die **Diagnostik** psychischer Störungen und Symptome umfasst alle diagnostischen Mittel, die zur Beurteilung psychischer Gesundheit und Krankheit genutzt werden. Hierzu gehören unter anderem nicht-standardisierte Methoden, wie das diagnostische Gespräch und der klinische Eindruck, und standardisierte Methoden, wie testpsychologische Diagnostik.

Im Rahmen eines **diagnostischen Gesprächs** werden durch eine ausgebildete Fachperson diagnostisch relevante Informationen erhoben und zu einem klinischen Eindruck zusammengeführt.

Im Rahmen **testpsychologischer Diagnostik** werden standardisierte Fragebögen eingesetzt, um diagnostische Informationen systematisch zu erfassen. Die testpsychologische Diagnostik beinhaltet im vorliegenden Bericht das **störungsübergreifende Screening** (Instrumente, die einen ersten Eindruck des psychischen Belastungsgrads erlauben, sehr schnell durchzuführen sind und für die Früherkennung genutzt werden), sowie **störungsspezifische Selbstbeurteilungsfragebögen** (Instrumente, die Hinweise auf spezifische psychische Störungen (z.B. Depression, Posttraumatische Belastungsstörung) und deren Schweregrad geben können und zeitökonomisch sind).

In diesem Bericht wird der Begriff **Traumafolgestörung** für ein Konglomerat an psychischen Störungen verwendet, die nach potentiell traumatischen Ereignissen entstehen können. Dies sind vorrangig die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), affektive Störungen, wie die Major Depression, und Angststörungen. In der Kohorte der geflüchteten Menschen weisen diese psychischen Störungen häufig hohe Prävalenzzahlen und eine hohe Komorbidität auf. Mit dem Begriff „Traumafolgestörungen“ ist in diesem Bericht nicht die Störungskategorie im DSM-5 „Stress- und Traumafolgestörungen“ sowie im ICD-11 „Disorders specifically associated with stress“ gemeint.

Das Zentrum ÜBERLEBEN wurde mit der Identifikation und Bewertung bestehender Instrumente für das Screening und für die Einschätzung von psychischen Störungen bei Asylsuchenden beauftragt. Ziel des Projekts ist es, festzustellen, welche testpsychologischen Instrumente in der Schweiz bereits für die Früherkennung (Screening) und die Schweregradbestimmung (Einschätzung) von psychischen Gesundheitsproblemen von Geflüchteten und Asylsuchenden eingesetzt werden. Weiter soll evaluiert werden, welche der genannten Instrumente und gegebenenfalls welche weiteren Instrumente für den Einsatz im Asylbereich besonders geeignet sind sowie welche Besonderheiten zu beachten sind. Daraus sollen Schlussfolgerungen und Empfehlungen für Praktiker*innen in der Gesundheitsversorgung von Geflüchteten und Asylsuchenden in der Schweiz abgeleitet werden.

Das Projekt beinhaltet folgende Ziele:

- 1) Überblick über testpsychologische Instrumente und Software-Plattformen, die derzeit in der Schweiz zur Diagnose und Beurteilung der Schwere der Symptome von psychischen Gesundheitsproblemen und -störungen bei Asylsuchenden und Geflüchteten eingesetzt werden.
- 2) Ergänzung des Überblicks durch testpsychologische Instrumente, die in anderen Ländern verwendet werden, die die Schweiz umgeben und/oder mit ihr vergleichbar sind, und die auf Asylsuchende und Geflüchtete angewendet werden können.
- 3) Bewertung der testpsychologischen Instrumente anhand einer Liste von Kriterien, die in Absprache mit dem BAG festgelegt wurden.
- 4) Aussprechen von Empfehlungen, welche Instrumente am besten für die Verwendung durch Ärzt*innen, Psychiater*innen, psychologische Psychotherapeut*innen und Pflegefachpersonen geeignet sind, die in der Gesundheitsversorgung von Geflüchteten und Asylsuchenden tätig sind.
- 5) Identifikation von möglichen Verbesserungen bezüglich der Abläufe der Diagnostik psychischer Störungen sowie bezüglich der Zuständigkeiten auf Bundes-, Kanton- und Gemeindeebene.

Im vorliegenden Bericht stellen wir die Ergebnisse unserer Untersuchung vor. Er ist in vier Abschnitte unterteilt: (1) Der erste Abschnitt gibt einen kurzen Überblick über den Hintergrund

und die Ziele der Untersuchung. (2) Im zweiten Abschnitt wird der methodische Ansatz erläutert. (3) Im dritten und Hauptteil unseres Berichts werden die Ergebnisse bezüglich der testpsychologischen Instrumente für Asylsuchende und Geflüchtete berichtet. Hierzu wird zunächst ein Überblick über wichtige Aspekte in der Anwendung von testpsychologischen Instrumenten gegeben. Basierend auf der Literaturrecherche und den Expert*innen-Interviews werden wir einen Überblick über die in der Schweiz derzeit eingesetzten testpsychologischen Instrumente und Online-Plattformen geben. Diese werden durch weitere, in anderen der Schweiz ähnlichen Ländern und Kontexten eingesetzte Instrumente ergänzt. Die Instrumente werden anhand ausgewählter Evaluationskriterien hinsichtlich praktischer Aspekte sowie wissenschaftlicher Kriterien und Standards umfassend bewertet. Es erfolgt zudem eine Integration der von den Expert*innen eingebrachten Verbesserungsvorschläge bezüglich der Abläufe der Diagnostik psychischer Störungen/Probleme sowie bezüglich der Zuständigkeiten auf Bundes-, Kanton- und Gemeindeebene.

(4) Abschließend werden im vierten Teil des Berichts die gesammelten Erkenntnisse zusammengefasst und Empfehlungen für den Gebrauch in der Praxis ausgesprochen.

2 METHODISCHES VORGEHEN

In diesem Abschnitt soll das methodische Vorgehen des Projekts beschrieben werden. Vorrangiges Ziel dieses Projekts war es, wissenschaftlich fundierte Empfehlungen für Praktiker*innen zu geben. Daher wurde als methodisches Vorgehen eine Kombination aus Literaturrecherche und Expert*innen-Interviews gewählt.

Zunächst wurde eine ausführliche Literaturrecherche zu testpsychologischen Instrumenten durchgeführt, die für den Einsatz bei Geflüchteten überprüft oder empfohlen werden. Auf Grundlage der Literaturrecherche wurde ein Raster zur Bewertung verschiedener Aspekte von testpsychologischen Instrumenten entwickelt. Hierbei wurden vor allem Aspekte der praktischen Durchführbarkeit sowie wissenschaftliche Kriterien und Standards einbezogen. In Absprache mit dem Auftraggebenden wurde das Raster für die Tabelle (siehe Anhang D) finalisiert. Auf Grundlage der Kategorien des Bewertungsrasters wurde der Interviewleitfaden für die Telefoninterviews mit Expert*innen entwickelt, die im Bereich der psychosozialen Betreuung von psychisch belasteten Geflüchteten im schweizerischen Gesundheitswesen tätig sind

(siehe Anhang C). Der Interviewleitfaden wurde um Fragen zum (zeitlichen und inhaltlichen) Prozedere für eine Früherkennung von besonders häufig auftretenden Traumafolgestörungen (z.B. Posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Angsterkrankungen) erweitert und anschließend ins Englische und Französische übersetzt. Orientiert an Müller (2018) wurde eine Liste möglicher Interviewpartner*innen durch das BAG erstellt. Hierbei wurde darauf geachtet, dass sowohl Personen aus verschiedenen Regionen der Schweiz als auch aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern und Professionen einbezogen wurden. Insgesamt wurden 11 Interviews mit Expert*innen durchgeführt. Alle Interviewpartner*innen verfügen über langjährige Erfahrung im Bereich der Gesundheitsversorgung von Geflüchteten und Asylsuchenden. Sie wurden vorab vom Auftraggebenden über die Studie informiert und anschließend vom Auftragnehmenden per E-Mail kontaktiert, um einen Termin für die etwa einstündige telefonische Befragung zu vereinbaren. Alle Expert*innen hatten dem Telefoninterview zuvor zugestimmt und erhielten vorab den Interviewleitfaden zur Vorbereitung per E-Mail. Sie wurden zudem gebeten, einen kurzen administrativen Fragebogen zu Charakteristika ihrer Einrichtung auszufüllen (siehe Anhang B). Die Interviews wurden mehrheitlich in deutscher Sprache durchgeführt, drei Interviews fanden in englischer Sprache statt und eine Interviewpartnerin beantwortete den Interviewleitfaden schriftlich in französischer Sprache. Alle Interviews wurden aufgezeichnet, schriftlich protokolliert und ggf. anschließend ins Deutsche übersetzt. Die Interviewdaten wurden mittels thematischer Inhaltsanalyse ausgewertet und zusammengefasst. Mithilfe dieser Methode können häufig erwähnte Themen und Unterthemen identifiziert und berichtet werden.

3 TESTPSYCHOLOGISCHE INSTRUMENTE FÜR GEFLÜCHTETE UND ASYLSUCHENDE

3.1 FRÜHERKENNUNG UND TESTPSYCHOLOGISCHE BEURTEILUNG PSYCHISCHER GESUNDHEIT BEI GEFLÜCHTETEN UND ASYLSUCHENDEN

Allgemein ist festzuhalten, dass testpsychologische Instrumente für die Früherkennung und die Schweregradbeurteilung als wissenschaftlich valide Mittel gelten. Die Verwendung von standardisierten testpsychologischen Instrumenten hat den Vorteil, dass sie eine vereinheitlichte Erfassung von Symptomen erlaubt und Informationen systematisch erhebt, sodass die

Ergebnisse allgemein zuverlässiger sind und Krankheitsverläufe objektiver beurteilt werden können.

Bestehende testpsychologische Instrumente lassen sich grob in drei Kategorien einteilen: a) störungsübergreifende Screening-Instrumente, die einen ersten Eindruck des psychischen Belastungsgrads erlauben, sehr schnell durchzuführen sind und für die Früherkennung genutzt werden können; b) störungsspezifische Selbstbeurteilungsinstrumente, die Hinweise auf spezifische psychische Störungen (z.B. Depression, Posttraumatische Belastungsstörung) und deren Schweregrad geben können, zeitökonomisch sind; und c) diagnostische Interviews, die einen fundierten Überblick über bestehende psychische Störungen geben und durch weitergebildetes klinisch-psychologisches Fachpersonal durchgeführt wird. Es ist darauf zu achten, dass Instrumente altersbezogen verwendet werden, da die Ausprägung und das Auftreten psychischer Symptome sich teilweise zwischen Kindern und Erwachsenen unterscheidet.

Nachfolgend im Bericht werden ausschließlich die Begriffe „Screening-Instrumente“ bzw. „Screening“ verwendet, wenn es sich um störungsübergreifende Instrumente handelt sowie die Begriffe „Selbstbeurteilungsinstrument“ und „Selbstbeurteilungsfragebogen“, wenn störungsspezifische Instrumente gemeint sind, die von alphabetisierten Geflüchteten auch eigenständig ausgefüllt werden können. Der Begriff „Fragebogen“ wird verwendet, wenn es sich allgemein um standardisierte testpsychologische Diagnostik handelt.

Bei der Anwendung testpsychologischer Instrumente bei geflüchteten Menschen und Asylsuchenden lassen sich sprachliche, kulturelle und instrumentenspezifische Besonderheiten und Herausforderungen unterscheiden. Jede dieser Herausforderungen lässt sich jedoch mit geeigneten Maßnahmen adäquat begegnen (sprachlich durch qualifizierte Sprachmittelnde bzw. muttersprachliche Übersetzungen; kulturell durch Exploration der kulturellen Dimension des klinischen Erscheinungsbildes; instrumentenspezifisch durch kulturelle Adaptation bestehender testpsychologischer Instrumente, Böttche & Stammel, 2019). Deutlich wird, dass eine adäquate Begegnung dieser vielfältigen Herausforderungen für einzelne Praktiker*innen und kleinere Einrichtungen kaum zu bewerkstelligen ist.

Besonders soll an dieser Stelle noch auf die Herausforderungen in der Früherkennung von Traumafolgestörungen bei Asylsuchenden hingewiesen werden (z.B. Posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Angststörungen). Legt man die Phasen der Migration nach Sluzki

(2001) zugrunde, so ist die erste Phase nach dem Migrationsakt gekennzeichnet durch Überkompensation sowie einer Erleichterung und Euphorie über den geglückten Migrationsakt. In dieser Phase werden psychische Probleme noch von der Erleichterung überlagert, endlich an einem sicheren Zielort angelangt zu sein. In der Regel sind hier psychische Probleme noch relativ gering ausgeprägt bzw. werden von den Betroffenen nicht wahrgenommen. Findet die Beurteilung der psychischen Gesundheit ausschließlich zu diesem frühen Zeitpunkt statt, spiegelt dies womöglich ein verfälschtes Bild tatsächlicher Belastungen wider.

3.2 DIAGNOSTISCHE BEURTEILUNG PSYCHISCHER GESUNDHEIT BEI GEFLÜCHTETEN UND ASYLSUCHENDEN IN DER SCHWEIZ: ERGEBNISSE DER EXPERT*INNEN-INTERVIEWS

Die Expert*innen-Interviews fanden zwischen Februar und April 2020 statt. Sieben der elf befragten Institutionen liegen in der deutschsprachigen Schweiz (Kantone Zürich oder Bern) und vier in der französischsprachigen Schweiz (Kantone Waadt oder Genf). Expert*innen aus der italienischsprachigen Schweiz mussten die Teilnahme an den Interviews aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen absagen. Zwei der angefragten Experten benannten jeweils eine Vertreterin aus der eigenen Institution, mit der das Interview durchgeführt wurde.

Von den elf interviewten Expert*innen sind sechs als Psychiater*innen, vier als psychologische Psychotherapeut*innen und zwei als Ärzt*innen nicht-psychiatrischer Fachrichtungen in verschiedenen Versorgungseinrichtungen tätig (Anhang A). Alle Institutionen der befragten Expert*innen arbeiten ambulant, wobei einzelne Einrichtungen zusätzlich teilstationär, stationär oder als Beratungsstelle fungieren. Keine*r der befragten Expert*innen war zum Zeitpunkt des Interviews als Partnerärzt*in für die psychiatrische Versorgung der Asylsuchenden in einem Bundesasylzentrum tätig.

Die Institutionen beschäftigen Mitarbeitende verschiedener Professionen. Psychiater*innen und Psycholog*innen sowie Psychotherapeut*innen sind in nahezu allen Institutionen vertreten, in der Hälfte der Institutionen werden auch Ärzt*innen nicht-psychiatrischer Fachrichtungen, Pflegefachpersonen oder Sozialarbeiter*innen beschäftigt.

Während Erwachsene in der Mehrheit der Institutionen behandelt werden, sind Kinder und Jugendliche als Patient*innengruppe in der Hälfte der Institutionen vertreten. Es zeigte sich, dass der Anteil der Patient*innen mit Asyl-/Fluchthintergrund in den Institutionen von ca. 4%

bis zu 100% stark variiert. Als Hauptherkunftsländer dieser Patient*innen nannte die Mehrheit der Expert*innen Eritrea, Syrien, Afghanistan, und Somalia.

Als häufigste psychische Erkrankungen in der Gruppe der Geflüchteten und Asylsuchenden wurden Traumafolgestörungen (u.a. Posttraumatische Belastungsstörung, Angsterkrankungen und Depressionen), somatoforme Erkrankungen, dissoziative Störungen, Schlafstörungen, Alkoholsucht und Suchterkrankungen anderer Substanzen genannt. Zusätzlich nannten einzelne Expert*innen psychotische Erkrankungen, Spielsucht, Persönlichkeitsstörungen, komplexe Posttraumatische Belastungsstörung, postmigratorische Stressoren und Integrationsherausforderungen sowie spezifische kulturelle Erkrankungen. Bei Kindern wurden Bindungsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, ADHS, Entwicklungsstörungen sowie Autismus-Spektrums-Störungen als beobachtete psychische Erkrankungen benannt.

3.2.1 ANGABEN ZUR DURCHGEFÜHRTEN DIAGNOSTIK IN DEN EINRICHTUNGEN

Bis auf eine Ausnahme gaben alle Expert*innen an, dass in ihrer Einrichtung die Diagnostik psychischer Störungen/Probleme durchgeführt werde. In allen Einrichtungen werde zu diesem Zweck das diagnostische Gespräch und der klinische Eindruck genutzt. Die Mehrheit der Institutionen nutze zusätzlich testpsychologische Diagnostik, nur zwei Expert*innen gaben an, dass in ihrer Institution überhaupt keine testpsychologischen Instrumente zum Einsatz kämen. Alle Expert*innen gaben an, dass sie selbst Aufgaben im Bereich der jeweils genutzten diagnostischen Maßnahmen übernähmen. Die Aufgaben reichen von der Beschaffung und Auswahl testpsychologischer Instrumente über die Durchführung, Auswertung und Supervision bis zur Nutzung der Daten für Stellungnahmen oder in der Forschung. Als Hauptziele der diagnostischen Maßnahmen wurden die Indikationsstellung, die Diagnosestellung sowie die Behandlungsplanung genannt. Nur wenige der Befragten nutzen die von ihnen durchgeführten diagnostischen Maßnahmen zur Früherkennung psychischer Probleme, da alle befragten Expert*innen in Institutionen im Bereich der Versorgung tätig sind. In mehreren Institutionen wird testpsychologische Diagnostik zusätzlich im Rahmen von Forschungsprojekten durchgeführt.

Als weitere Ziele der durchgeführten Maßnahmen fügten zwei Expert*innen sozialpsychiatrische bzw. systemische Arbeit als Ziele hinzu und eine Expert*in betonte den Zweck der Verlaufsmessung und damit des Qualitätsmanagements.

Von den acht Institutionen, die testpsychologische Instrumente nutzen, verwendet die Hälfte diese bei allen geflüchteten und asylsuchenden Patient*innen und die andere Hälfte nur bei Bedarf und/oder bestehender Durchführungsmöglichkeit. Im letzteren Fall sei insbesondere eine ausreichende Stabilität der Patient*innen ausschlaggebend für die Anwendung testpsychologischer Instrumente. Aber auch die Möglichkeit in der Muttersprache der Patient*in zu testen, verfügbares Personal, die äußere Notwendigkeit von testpsychologischer Diagnostik für Stellungnahmen, Gutachten, Anträge oder der Rahmen von Forschungsprojekten wurden als relevante Entscheidungsfaktoren für die Anwendung aufgeführt. Weiterhin gaben mehrere Expert*innen an, testpsychologische Instrumente nur dann durchzuführen, wenn sich bereits im klinischen Eindruck Symptome zeigten.

Für die Diagnostik, als gesamten Prozess der Informationsgewinnung, ständen in den Institutionen zwischen 5 Minuten und 5 Stunden zur Verfügung. Die acht Expert*innen, die auch testpsychologische Instrumente nutzen, gaben an, dass deren Nutzung dabei zwischen 5 und 90 Minuten einnehme. Die testpsychologischen Instrumente werden dabei im Paper-Pencil-Format, als Tablet/PC-Version oder in Interviewform mithilfe von Dolmetschenden durchgeführt. Als besonders typische Nutzungsformen wurden entweder die Durchführung einer computergestützten Fragebogenbatterie (Zusammenschluss mehrere störungsspezifischer Selbstbeurteilungsinstrumente) oder die Durchführung von störungsspezifischen Fragebögen in Form eines Interviews genannt.

Für die Durchführung und Auswertung der testpsychologischen Instrumente seien meist die Behandler*innen zuständig. Die diagnostizierenden Personen haben daher mehrheitlich ein entsprechendes Hochschulstudium mit psychologischen bzw. psychiatrischen und diagnostischen Inhalten abgeschlossen. Vereinzelt wurden zudem Ärzt*innen anderer Fachrichtungen, spezifisch geschulte Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Supervision oder Psychologiestudierende im Rahmen eines Praktikums als Diagnostiker*innen genannt.

Die Ergebnisse der testpsychologischen Diagnostik können unter Einhaltung der Schweigepflicht und nur mit Einverständnis der Patient*innen (ggf. deren Erziehungsberechtigten) an

die Zuweiser*innen, zur Kostenübernahme an die Krankenkassen bzw. die Invalidenversicherung, für Gutachten an das SEM, an Eltern oder Beistände, den schulpsychologischen Dienst sowie zuständige Sozialarbeiter*innen, Anwäl*innen oder andere Spezialist*innen, wie Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen bei denen die Patient*innen betreut werden, weitergeleitet werden. Mehrere Expert*innen betonten, dass bei der Entscheidung über die Weitergabe von Ergebnissen stets das Wohlergehen und Interesse der Patient*innen im Vordergrund stehen müsse.

3.2.2 ERFAHRUNGEN UND HERAUSFORDERUNGEN

Die Mehrheit der Expert*innen berichteten grundsätzlich gute Erfahrungen in der Anwendung und eine gute Akzeptanz von testpsychologischen Instrumenten auf Seiten der Geflüchteten und Asylsuchenden, die in der Regel als Selbstbericht in Form von Selbstbeurteilungsfragebögen verwendet werden. Als besondere Vorteile von testpsychologischen Verfahren wurden die erleichterte Exploration von schambesetzten Inhalten sowie die bessere Identifikation von psychischen Symptomen in Abgrenzung von kulturellen Spezifika genannt. Trotz insgesamt guter Erfahrungen wurden auch problematische Aspekte im Einsatz für die spezifische Zielgruppe genannt. Mehrfach wurden Verständnisprobleme aufgrund von sprachlichen Barrieren, eher geringem Bildungsniveau oder kulturellen Unterschieden benannt. Das Format der Fragebögen sei zudem für viele Geflüchtete eher ungewohnt und erinnere an Formulare aus dem Asylverfahren. Dies könne zu Angst vor Konsequenzen bei „falschen Antworten“ führen oder sogar Misstrauen auslösen. Die Durchführung dauere daher häufig deutlich länger als bei Schweizer Patient*innen. Einige Expert*innen äußerten jedoch auch eine grundlegende Skepsis gegenüber dem Einsatz von testpsychologischer Diagnostik und betonten die Nachteile von strukturierten oder standardisierten Instrumenten gegenüber dem individuellen diagnostischen Gespräch mit den Patient*innen sowie dem klinischen Eindruck.

Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen würden auch die aktuellen Lebensbedingungen in der Diagnostik eine große Rolle spielen. Häufig sei die Abgrenzung zwischen den belastenden Faktoren vor der Flucht und den aktuell bestehenden Belastungsfaktoren (häusliche Gewalt, hohe psychische Belastung bei den Eltern, fortgesetzte Unsicherheit) nur schwer möglich. Zudem spiele bereits in der Diagnostik der Einbezug des Familiensystems oder der betreuenden Einrichtung bei unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten eine große Rolle.

Sprachliche und kulturelle Barrieren

Als eine zentrale Herausforderung in der Diagnostik psychischer Störungen bei Geflüchteten und Asylsuchenden wurden von allen Expert*innen sprachliche und kulturelle Barrieren benannt. Zum Umgang mit sprachlichen Barrieren wurden zwei wesentliche Strategien berichtet: In der Diagnostik psychischer Störungen/Belastungen im Rahmen von diagnostischen Gesprächen würden von allen Expert*innen Dolmetschende zur Sprach- und Kulturmittlung eingesetzt. Im Bereich der testpsychologischen Verfahren nutze die Mehrheit der Expert*innen zudem bereits übersetzte Fragebögen in verschiedenen Sprachen. Auch in diesem Fall würden häufig Dolmetschende hinzugezogen, um beispielsweise bei Unklarheiten zu unterstützen oder das Verfahren und die Ergebnisse zu erklären. In mehreren Institutionen würden Dolmetschende zudem Fragebogen in der Sitzung ad-hoc übersetzen, falls erforderliche testpsychologische Instrumente in der entsprechenden Sprache nicht zur Verfügung stünden. Einige Expert*innen betonten zudem die Bedeutsamkeit der Dolmetschenden für den Umgang mit kulturellen Unterschieden, im Sinne einer Kulturmittlung oder kulturellen Adaptation.

Als Besonderheit bei Kindern und Jugendlichen wurde berichtet, dass hier häufiger als bei Erwachsenen bereits Sprachkenntnisse vorhanden seien. In diesem Fall könnten beispielsweise mit Unterstützung Fragebögen auf Deutsch per Interview durchgeführt werden. Auch bei bereits vorhandenen Deutschkenntnissen sei jedoch häufig der Einbezug von Dolmetschenden sinnvoll und notwendig, um Unklarheiten zu besprechen oder die Eltern über die Ergebnisse aufzuklären.

Kosten

Fast alle Expert*innen berichteten, dass Kosten für die Durchführung und Auswertung von testpsychologischen Verfahren anfallen. Als Kostenpunkte wurden insbesondere Personalkosten, Kosten für Dolmetschende und Kosten für die Beschaffung bzw. Lizenzgebühren für die Verwendung der testpsychologischen Verfahren genannt. Nur ein Teil der Kosten werde dabei von den Krankenkassen übernommen. Insbesondere die fehlende Kostenübernahme der Kosten für Dolmetschende durch die Krankenkassen wurde als problematisch angemerkt.

3.2.3 EMPFEHLUNGEN DER EXPERT*INNEN

Empfehlungen Abläufe (Zeitpunkte, Reihenfolge, Zuständigkeiten)

In der Gesamtsicht wurde durch die Expert*innen eine flächendeckende, einheitliche und stufenweise Diagnostik empfohlen. Abbildung 1 integriert die verschiedenen Empfehlungen zu einer übergeordneten Empfehlung. Genauer definiert bedeutet dies:

- Screening sollte in *allen* Aufnahmezentren für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche stattfinden (d.h. flächendeckend), wobei dieses ebenso in allen Fällen mit einer Wissensvermittlung in Bezug auf Entstehung und Aufrechterhaltung von Traumafolgestörungen (mithilfe von Psychoedukation) sowie einem Erklärungsrational (für die bestehende Symptomatik) einhergehen muss.
- Es sollte eine einheitliche Verwendung eines Screening-Instruments in der gesamten Schweiz erfolgen und einheitliche Cut-Off Werte bzgl. der weiteren sich anschließenden Maßnahmen angewandt werden (d.h. ab welchem Wert im Screening wird welches Prozedere weiterverfolgt)
- Es sollte ein stufenweises diagnostisches Vorgehen stattfinden: in den ersten Tagen nach Ankunft sollte ein kurzes störungsübergreifendes Screening durchgeführt werden. Sollte dieses auf Belastungen hinweisen, sollte sich eine störungsspezifische testpsychologische Diagnostik sowie darauf aufbauend ein diagnostisches Gespräch anschließen (d.h. Einschätzung durch psychologisch/psychiatrisch/psychotherapeutisch geschultes Fachpersonal), um entsprechend fundierte Aussagen über Behandlungsmöglichkeiten ableiten zu können. Die Expert*innen sprachen sich für ein weiteres Screening zu einem späteren Zeitpunkt aus. Dieses könne beispielsweise analog zum Screening von übertragbaren Krankheiten zum Zeitpunkt des Wechsels von der Obhut durch den Bund in die Obhut der Kantone stattfinden.

Aus Abbildung 1 lassen sich die verschiedenen Phasen ablesen, die die Expert*innen-Interviews aufgezeigt haben. So sei die Früherkennung durch störungsübergreifende Screening-Instrumente in der ersten Phase in den Bundesasylzentren besonders wichtig. Bei Auffälligkeiten solle sich eine störungsspezifische testpsychologische Diagnostik mit Hilfe von Selbstbeurteilungsfragebögen zur genaueren Abklärung anschließen. Sollte sich hier das Vorhandensein einer psychischen Störung abzeichnen, sei ein umfassendes diagnostisches Gespräch, d.h. eine klinische Beurteilung durch eine psychologische/psychiatrische Fachperson angezeigt. Beim

Vorliegen einer psychischen Störung sollten bereits während der Zeit in den Bundesasylzentren supportive Maßnahmen angeboten werden. Nahezu alle Expert*innen betonten, dass bei einer positiven Bleibeperspektive zudem eine Weitervermittlung in entsprechende kantonale Strukturen und ein Behandlungsangebot gewährleistet sein müsse.

Beim Wechsel zwischen den Zuständigkeiten von Bund zu Kanton könne eine weitere testpsychologische Diagnostik in Form eines Screenings durchgeführt werden. Dies sei besonders gedacht für Personen, die im Bundesasylzentrum nicht psychisch auffällig waren. Eine erneute Möglichkeit zur Identifizierung psychischer Symptome sei wichtig, da in einigen Fällen von einer Verzögerung des Auftretens psychischer Störungen ausgegangen werden kann. Der Ablauf wäre in diesem Fall vergleichbar mit dem auf Bundesebene. Bei positivem Screening sollte eine detailliertere testpsychologische Diagnostik mit störungsspezifischen Fragebögen folgen, die dann bei einem Hinweis auf eine psychische Störung durch ein vertiefendes diagnostisches Gespräch untermauert würde.

Weitere Aufgaben der Kantone und die primäre Aufgaben der Gemeinden sollten die Integration und das Anbieten spezifischer Therapien sein. Eine therapeutische Erstversorgung und erste Kurzzeit- oder psychosoziale Angebote müssten jedoch auch schon beim Aufenthalt im Bundesasylzentrum (BAZ) realisiert werden können, wenn dies indiziert sei. Hier müsse es eine Zusammenarbeit zwischen Bund, Kanton und Gemeinde geben, sodass für den Asylsuchenden eine kontinuierliche Behandlungsmöglichkeit in unterschiedlichen Phasen des Asylprozesses gewährleistet sei. Auch die Weitervermittlung der Ergebnisse der Diagnostik solle gewährleistet werden, sodass unterschiedliche Hilfesysteme (Sozialarbeit, Therapie, Asylverfahren) darauf zugreifen könnten. Dies erfordere einen hohen Datenschutz.

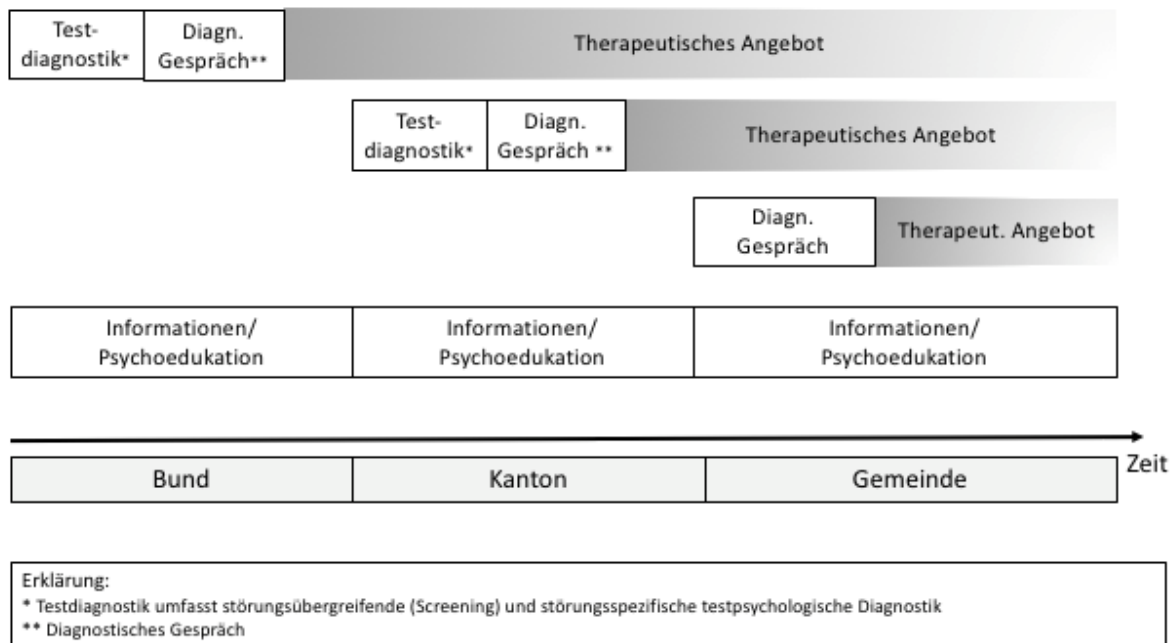


Abbildung. 1. Schematische Darstellung bzgl. Abläufe und Zuständigkeiten

Aus den Expert*innen-Interviews wurde deutlich, dass es für den systematischen und flächen-deckenden Einsatz von Screening-Instrumenten wesentlich sei, dass das Personal sowohl in den Erstaufnahmeeinrichtungen als auch in den kantonalen Unterkünften entsprechend geschult sei, um das Screening adäquat durchführen und auswerten zu können (sofern kein Auswertungs-Algorithmus zugrunde liegt). Eine Schulung sei an dieser Stelle hinsichtlich unterschiedlicher Ziele essentiell: zum einen um das Personal im Umgang mit psychisch belasteten Asylsuchenden zu sensibilisieren und zum anderen, um die Durchführung und Auswertung vergleichbar über die Einrichtungen zu halten. Unabhängig von Bund- oder Kantonebene sei es wichtig, die Partnerärzt*innen der Asylzentren in die Schulungen einzubeziehen, da diese eine zentrale Rolle in den Asylzentren einnehmen und die Weichen für die weitere vertiefte Diagnostik stellen.

Angemerkt wurde, dass das Offenlegen psychischer Symptome während einer diagnostischen Sitzung in vielen Fällen auch ein Vertrauensverhältnis voraussetze. Somit sei auch damit zu rechnen, dass Symptome nicht berichtet würden, da Vertrauen fehle und/oder Sprachbarrieren vorhanden seien (z.B. keine Dolmetschenden, falsche Übersetzungen). Zudem sei möglicherweise das Verständnis von psychischen Störungen mangelhaft und/oder nicht ausreichend Zeit für die testpsychologische Diagnostik vorhanden. Kulturmittelnde können laut den

Expert*innen dabei helfen, Vertrauen aufzubauen und in Sprache und Verständnis zu vermitteln. Hier müsse jedoch eine zentrale und einfache Übernahme von Kosten für Dolmetschende gewährleistet sein. An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass psychische Belastungen in dieser Phase teilweise noch nicht wahrgenommen werden und somit die testpsychologische Diagnostik auch zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden sollte.

3.3 TESTPSYCHOLOGISCHE INSTRUMENTE ZUR BEURTEILUNG PSYCHISCHER BELASTUNGEN BEI GEFLÜCHTETEN UND ASYLSUCHENDEN

Im folgenden Abschnitt soll ein Überblick über geeignete testpsychologische Instrumente zur Früherkennung und Beurteilung psychischer Belastungen bei Geflüchteten und Asylsuchenden gegeben werden. Hierfür werden Ergebnisse aus den Expert*innen-Interviews sowie der Literaturrecherche zusammengeführt.

3.3.1 ÜBERSICHT TESTPSYCHOLOGISCHER INSTRUMENTE: ERGEBNISSE DER LITERATURRECHERCHE

Eine umfassende Literaturrecherche ergab eine Vielzahl von Instrumenten, die für den Einsatz bei Geflüchteten und Asylsuchenden in der Schweiz und in vergleichbaren Ländern bereits verwendet werden. Bereits in der Literaturrecherche zeigten sich einige Spezifika, die bei der Gütebeurteilung von Instrumenten für diese Zielgruppe eine besondere Herausforderung darstellen: Insbesondere zu Übersetzungen eines Fragebogens findet sich häufig keine erneute Überprüfung an ausreichend großen Geflüchtetenstichproben. Gütekriterien und Cut-Off-Werte können zudem in unterschiedlichen Sprachversionen oder aufgrund von kulturellen Anpassungen variieren und haben daher für einzelne Sprachen möglicherweise nur begrenzte Gültigkeit. Bei der Auswahl von testpsychologischen Instrumenten für diesen Bericht beziehen wir uns daher vor allem auf übergeordnete Faktoren zur Gütebeurteilung. Auch aufgrund von neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen erfolgen regelmäßig Anpassungen von Instrumenten, sodass sich dadurch zum Beispiel die Anzahl der Items oder Cut-Off-Werte verändern können. Alle Angaben entsprechen dem Stand zum Zeitpunkt 30.04.2020.

Testpsychologische Instrumente zur störungsübergreifenden Früherkennung (Screening)

Aufgrund der Informationen aus den Interviews und in Absprache mit dem Auftraggebenden wurden zwei wesentliche Bereiche für Empfehlungen identifiziert. Der erste Aspekt bzgl. Empfehlungen umfasst Screening-Fragebögen zur Früherkennung, die zeit- und kosteneffizient sind und damit einen möglichst flächendeckenden Einsatz ermöglichen. Diese Instrumente erfassen in der Regel psychische Gesundheit als eher globalen Faktor und liefern damit erste Hinweise auf psychische Belastung und sind in der Regel ohne spezielle Ausbildung durchzuführen und auszuwerten. Im Falle eines positiven Screenings (z.B. bei Überschreiten eines bestimmten Punktwerts oder *Cut-Off-Wertes*) ist weitere diagnostische Abklärung und ggf. eine Weiterleitung in ein Beratungs- oder Behandlungsangebot angezeigt. Tabelle 1 gibt einen Überblick über geeignete Instrumente, die als Screening für die psychische Gesundheit von Geflüchteten und Asylsuchenden eingesetzt werden können. Eine besondere Empfehlung kann für den *Refugee Health Screener (RHS-15, Hollifield, 2013)* ausgesprochen werden, der spezifisch für diese Zielgruppe entwickelt wurde und psychische Beschwerden mit 15 Items ausreichend breit und gleichzeitig zeiteffizient erfasst. Auch der *Kessler 10 (K10, Kessler, 2003)* und der *WHO-Five-Wellbeing Index (WHO-5, World Health Organisation, 1998)* eignen sich für die Zielgruppe und haben sich in internationalen Studien bewährt. Der WHO-5 stellt dabei ein besonders kurzes Instrument dar, das für Kinder ab neun Jahren sowie für Erwachsene eingesetzt werden kann und zudem in zahlreiche Sprachen übersetzt ist. Spezifisch für Kinder und Jugendliche kann die *Pediatric Symptom Checklist-17 (PSC-17, Murphy, 2017)* empfohlen werden, die bereits für Kinder ab drei Jahren als Fremdbbericht durch Eltern oder Pflegepersonen oder für ältere Kinder als Selbstbericht eingesetzt werden kann.

Tabelle 1. Übersicht über geeignete Instrumente zur Früherkennung psychischer Beeinträchtigungen bei Geflüchteten und Asylsuchenden, Stand 30.04.2020.

	Problembe- reich	Zugang/ Kosten	Erforderliche Expertise für Durchführung	Itemanzahl/ Zeitbedarf	Altersgruppe
Refugee Health Scree- ner (RHS-15)	Allgemeine psychische Belastung	online kos- tenfrei ver- fügbar	Durchführung ohne spezielle Aus- bildung & Auswertung mithilfe von Cut-Off-Werten	15 Items, 4-12 Minuten	Erwachsene
Kessler 10 (K10)	Allgemeine psychische Belastung	online kos- tenfrei ver- fügbar	Durchführung ohne spezielle Aus- bildung & Auswertung mithilfe von Cut-Off-Werten	10 Items, 5 Minuten	Erwachsene

WHO-Five Wellbeing Index (WHO-5)	Allgemeine psychische Belastung	online kostenfrei verfügbar	Durchführung ohne spezielle Ausbildung & Auswertung mithilfe von Cut-Off-Werten.	5 Items, 2-3 Minuten	Erwachsene, Kinder & Jugendliche ab 9 Jahren
Pediatric Symptom Checklist-17 (PSC-17)	Allgemeine psychische Belastung	online kostenfrei verfügbar	Durchführung ohne spezielle Ausbildung & Auswertung mithilfe von Cut-Off-Werten	17 Items, 5 Minuten	Kinder und Jugendliche

Eine detaillierte Übersicht über die Instrumente mit Angaben zu Verfügbarkeit von Sprachversionen, Zugang und Quellen findet sich in Anhang D bzw. einer separaten Excel-Tabelle.

Testpsychologische störungsspezifische Instrumente zur Schweregradbeurteilung

Der zweite Aspekt bzgl. Empfehlungen umfasst störungsspezifische Instrumente zur Schweregradbeurteilung. Diese können zur genaueren Abklärung der psychischen Belastung genutzt werden, können bei der Diagnosestellung und Behandlungsplanung unterstützen und für Verlaufsmessungen eingesetzt werden. Alle berichteten Instrumente eignen sich grundsätzlich für den Einsatz bei Geflüchteten und Asylsuchenden, sind transkulturell einsetzbar und weisen gute bis sehr gute Gütekriterien auf. Einige der aufgeführten Instrumente eignen sich laut den Autor*innen sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche. Für die Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen sollten allerdings bevorzugt spezifisch für die Altersgruppe entwickelte Instrumente genutzt werden und nur in Ausnahmefällen oder bei älteren Jugendlichen auf Instrumente für Erwachsene zurückgegriffen werden, da sich die Symptomatik einiger psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter abweichend zum Erwachsenenalter manifestiert. Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die Ergebnisse der Literaturrecherche.

Tabelle 2. Übersicht über geeignete Instrumente zur störungsspezifischen Schweregradbeurteilung psychischer Beeinträchtigungen bei Geflüchteten und Asylsuchenden, Stand 30.04.2020.

	Problembe- reich	Zugang/ Kosten	Erforderliche Expertise für Durchführung	Itemanzahl/ Zeitbedarf	Alters- gruppe
Harvard Trauma Questionnaire 5 (HTQ-5)	Posttraumatische Belastungsstörung	kostenpflichtig	Durchführung ohne spezielle Ausbildung, Interpretation durch klinisches Fachpersonal (Psycholog*innen, Ärzt*innen, etc.)	25 Items, 10 Minuten	Erwachsene
PTSD-Checklist 5 (PCL-5)	Posttraumatische Belastungsstörung	online kostenfrei verfügbar	Durchführung ohne spezielle Ausbildung, Interpretation durch klinisches Fachpersonal (Psycholog*innen, Ärzt*innen, etc.)	20 Items, 10 Minuten	Erwachsene

University of California LA – PTSD Reaction Index (UCLA)	Posttraumatische Belastungsstörung, Traumatische Exposition	kostenpflichtig	Durchführung & Auswertung nur von klinischem Fachpersonal (Psycholog*innen, Ärzt*innen etc.)	26 Items, 10-15 Minuten, zusätzlich Sektion zu traumatischer Exposition	Kinder und Jugendliche
Child and Adolescent Trauma Screening (CATS)	Posttraumatische Belastungsstörung, Traumatische Exposition	online kostenfrei verfügbar	Durchführung ohne spezielle Ausbildung & Auswertung mit Hilfe von Cut-Off-Werten	20 Items, 10-15 Minuten, zusätzlich Sektion zu Traumaexposition	Kinder und Jugendliche
Hopkins-Symptom-Checklist-25 (HSL-25)	Allgemeine Belastung, Subskalen für Angst/ Depression	kostenpflichtig	Durchführung ohne spezielle Ausbildung & Auswertung mit Hilfe von Cut-Off-Werten	25 Items, 6-10 Minuten	Erwachsene, Jugendliche ab 14 Jahren
Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7)	Generalisierte Angststörung	online kostenfrei verfügbar	Durchführung ohne spezielle Ausbildung & Auswertung mit Hilfe von Cut-Off-Werten	7 Items, 5 Minuten	Erwachsene, Kinder ab 11 Jahren
Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	Depression	online kostenfrei verfügbar	Durchführung ohne spezielle Ausbildung & Auswertung mit Hilfe von Cut-Off-Werten	9 Items, 5-10 Minuten	Erwachsene, Kinder ab 11 Jahren
Somatic Symptoms Scale 8 (SSS-8)	Somatisierungsstörung	online kostenfrei verfügbar	Durchführung ohne spezielle Ausbildung & Auswertung mit Hilfe von Cut-Off-Werten	8 Items, 5-10 Minuten	Erwachsene
Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15)	Somatisierungsstörung	online kostenfrei verfügbar	Durchführung ohne spezielle Ausbildung & Auswertung mit Hilfe von Cut-Off-Werten	15 Items, 5-10 Minuten	Erwachsene, Kinder ab 11 Jahren
Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST Lite)	Substanzkonsum	online kostenfrei verfügbar	Durchführung ohne spezielle Ausbildung & Auswertung mit Hilfe von Cut-Off-Werten	7-19 Items je nach Antwortverhalten, max. 10 Minuten	Erwachsene
Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	Substanzkonsum	online kostenfrei verfügbar	Durchführung ohne spezielle Ausbildung & Auswertung mit Hilfe von Cut-Off-Werten	10 Items, 5-10 Minuten	Erwachsene

Eine detaillierte Übersicht über die Instrumente mit Angaben zu Verfügbarkeit von Sprachversionen, Zugang und Quellen findet sich in Anhang C bzw. einer separaten Excel-Tabelle.

3.3.2 ÜBERSICHT TESTPSYCHOLOGISCHER INSTRUMENTE: ERGEBNISSE DER EXPERT*INNEN-INTERVIEWS

Insgesamt wurde von einer Vielzahl von testpsychologischen Instrumenten berichtet, für die mehrheitlich gute Erfahrungen vorliegen. Wie in 3.2.1 berichtet, unterschieden sich die Angaben der Expert*innen zum Umgang mit (test-)psychologischer Diagnostik stark zwischen verschiedenen Einrichtungen. Ein ähnlich diverses Bild zeigte sich auch für die konkret eingesetz-

ten Instrumente sowie die Ausgestaltung des diagnostischen Prozesses. Ein besonders wichtiger Unterschied für diesen Abschnitt ist dabei, ob ausschließlich übersetzte und ggf. kulturell adaptierte Versionen der Instrumente genutzt werden oder ob die Übersetzung ad hoc durch Dolmetschende erfolgt. Ersteres Vorgehen stellt die Diagnostizierenden vor besondere Herausforderungen, da validierte Übersetzungen nicht für alle Instrumente verfügbar sind. Letzteres Vorgehen ermöglicht größere Flexibilität, birgt jedoch das Risiko von sprachlichen Ungenauigkeiten und unsystematischer kultureller Adaptation. Für den vorliegenden Bericht wurden daher vorrangig Instrumente berücksichtigt, die bereits in verschiedenen Übersetzungen vorliegen.

Alle interviewten Expert*innen sind in der weiterführenden Betreuung traumatisierter Geflüchteter tätig (nicht auf Bundesebene), weshalb sich die Empfehlungen der Expert*innen primär auf Instrumente zur Symptomschwerebeurteilung und Unterstützung bei der Diagnostikstellung bezogen. Screening-Instrumente zur Früherkennung kommen nicht zum Einsatz, da es in den Einrichtungen vorrangig um Behandlung geht. In diesem Abschnitt werden daher nur testpsychologische Instrumente zur störungsspezifischen Schweregradbeurteilung berichtet. Empfehlungen zu international genutzten Screening-Instrumenten finden sich in Tabelle 1.

Eingesetzte Instrumente und Empfehlungen der Expert*innen: Erwachsene

Zur genaueren Abklärung einer Posttraumatischen Belastungsstörung empfahlen mehrere Expert*innen den *Harvard Trauma Questionnaire 5* (HTQ-5, Berthold, 2019). Dieser wurde spezifisch für den Einsatz bei Geflüchteten und Asylsuchenden als transkulturelles Instrument entwickelt und eignet sich für die Übersetzung und kulturelle Anpassung in verschiedene Sprachen.

Zur Erfassung weiterer psychischer Problembereiche sind insbesondere verschiedene Versionen des *Patient Health Questionnaire (PHQ)* zu nennen. Mehrere Expert*innen gaben an, diese in ihren Institutionen zu nutzen. Die verschiedenen Versionen umfassen die Problembereiche Angst (*General Anxiety Disorder 7*, GAD-7, Spitzer, 2006), Depression (*Brief Patient Health Questionnaire*, PHQ-9, Kroenke, 2001) und Somatisierungsstörungen (*Patient Health Questionnaire*, PHQ-15, Kroenke, 2002). Alle Instrumente sind kostenfrei nutzbar und in zahlreiche Sprachen übersetzt. Nur eine Expertin berichtete den Einsatz eines Fragebogens zu

Suchterkrankungen. Hier wurde der *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST Lite, Humeniuk, 2010) genannt, der eine Vielzahl von Substanzen abfragt.

Besonders hervorzuheben für den Umgang mit Sprachbarrieren ist zudem die *Multi-Adaptive Psychological Screening Software* (MAPSS, Morina et al., 2017), die im Forschungsverbund um das Team vom Ambulatorium in Zürich genutzt wird. 4 von 11 Expert*innen gaben an, die computergestützte Fragebogenbatterie in ihrer Einrichtung zu verwenden. Diese ermöglicht es, computerbasiert verschiedene Instrumente in unterschiedlichen Sprachen vorzulegen. Die Auswahl von Sprache und Instrument erfolgt dabei individualisiert. Für Personen mit nicht ausreichenden Lesekenntnissen können zusätzlich Audioaufnahmen abgespielt werden. Eine Expertin merkte an, dass hier trotz der hohen Automatisierung häufig Dolmetschende zur Erklärung des Instruments oder bei Fragen hinzugezogen würden.

Eingesetzte Instrumente und Empfehlungen der Expert*innen: Kinder und Jugendliche

Spezifische Empfehlungen der Expert*innen für Kinder und Jugendliche umfassten ebenfalls mehrheitlich testpsychologische Instrumente zur Feststellung der Symptomschwere und zur Diagnosestellung. Für geflüchtete Kinder und Jugendliche liege der Schwerpunkt meist in der Diagnostik von Traumafolgestörungen. Besonders hervorgehoben werden kann hier der University of California LA – PTSD Reaction Index (UCLA, Steinberg, Brymer, Decker, and Pynoos, 2004), der von allen Expert*innen mit guten Erfahrungen eingesetzt wird. Als störungsübergreifendes, onlinegestütztes System wurde von einer Expertin zusätzlich das Development and Well-Being Assessment (DAWBA, Goodman, Ford, Richards, Gatward, and Meltzer, 2000) genannt. Dieses würde eine breite Fragebogenbatterie in verschiedenen Sprachen anbieten. Insgesamt müssten jedoch viele der vorliegenden Instrumente aufgrund von fehlenden Übersetzungen in der Sitzung durch Dolmetschende ad-hoc übersetzt werden.

4 ZUSAMMENFASSUNG UND EMPFEHLUNGEN

Vorab ist festzustellen, dass die befragten Expert*innen bereits im Austausch mit dem Auftraggebenden stehen, um Konzepte und Möglichkeiten der Erkennung von psychischen Störungen und Versorgung von Asylsuchenden und Geflüchteten in der Schweiz zu gewährleisten und zu verbessern. Auf Grundlage der Interviews mit den Expert*innen, sowie basierend auf

der wissenschaftlichen Literaturrecherche und der praktischen Erfahrung der Auftragnehmerinnen, werden nachfolgend die Ergebnisse kurz zusammengefasst und daraus abgeleitet Empfehlungen ausgesprochen.

Die interviewten Expert*innen waren ausgebildete und qualifizierte Fachpersonen, die in Versorgungseinrichtungen tätig und sehr vertraut mit der Diagnostik psychischer Störungen/Probleme (d.h. in diesem Fall dem diagnostischen Gespräch und der testpsychologischen Diagnostik) bei geflüchteten Menschen sind. Es wurde durch die Interviews deutlich, dass für die Durchführung der testpsychologischen Diagnostik in der Mehrheit der befragten Einrichtungen ein entsprechendes Hochschulstudium notwendig ist.

Erfahrungen mit und Herausforderungen in der testpsychologischen Diagnostik

Die Befragung zeigte, dass die Expert*innen überwiegend gute Erfahrungen in der Anwendung testpsychologischer Instrumente (d.h. störungsübergreifend und störungsspezifisch) machen und eine gute Akzeptanz von diesen Instrumenten auf Seiten der Geflüchteten und Asylsuchenden wahrnehmen. Daher ist eine Anwendung testpsychologischer Instrumente in dieser Personengruppe generell möglich und sinnvoll. Zu beachten sind an dieser Stelle jedoch die Herausforderungen, die von den Expert*innen genannt wurden, die eine testpsychologische Diagnostik bei Geflüchteten und Asylsuchenden von der bei einer schweizerischen Population unterscheiden. Genannt wurden in den Interviews hier die Sprache, die kulturellen Besonderheiten und das Vertrauen. Der letzte Punkt spiele besonders in der Dar- und Offenlegung psychischer Symptome und traumatischer Erfahrungen eine wesentliche Rolle. In den Interviews wurde von den Expert*innen angemerkt, dass sich Asylsuchende und geflüchtete Menschen oftmals durch das schnelle Erfragen ganz verschiedener wichtiger Lebensaspekte an Situationen im Asylverfahren oder an Verhörsituationen in Heimat- oder Transitländern erinnert fühlen. Dies führe zu Angst und Misstrauen, sodass die Betroffenen zum einen keine schambesetzten Themen ansprechen würden und zum anderen auch nicht ausreichend in der Lage seien, psychische Probleme wahrzunehmen und zu verbalisieren. Eine Möglichkeit, die von den Expert*innen genannt wurde, um diesen Herausforderungen zu begegnen, sei der Einsatz von Sprach- und Kulturmittelnden, die zum einen die sprachliche Hürde aber auch kulturelle Besonderheiten ansprechen und hier vermitteln können. Auch bei bereits übersetzten test-

psychologischen Instrumenten sei in der Regel die Anwesenheit von Sprach- und Kulturmittelnden sinnvoll, um Nachfragen und Verständnisfragen erläutern zu können. Weiterhin hat sich aus den Interviews ergeben, dass es wichtig sei, ausreichend Zeit für die testpsychologische Diagnostik einzuplanen, um das Prozedere entsprechend zu erläutern und Transparenz über Notwendigkeit und Weitergabe der Ergebnisse und somit Vertrauen herstellen zu können.

Abläufe und Zuständigkeiten bzgl. der Früherkennung und weiteren Versorgung

Die Expert*innen sprachen sich mehrheitlich für ein *flächendeckendes, einheitliches* und *stufenweises* Vorgehen in der Früherkennung psychischer Erkrankungen von Asylsuchenden und Geflüchteten aus.

Hierbei sei es wichtig, ein erstes *flächendeckendes* Screening in allen Aufnahmezentren für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche durchzuführen. Jedoch dürfe es nicht bei diesem einmaligen Screening bleiben, so die Meinung der Expert*innen, da sich psychische Störungen teilweise erst zu einem späteren Zeitpunkt nach Ankunft entwickeln. Dies kann zum einen damit erklärt werden, dass sich Asylsuchende kurze Zeit nach der Ankunft in einer Phase der Migration befinden, in der sie nach langer Zeit ein Gefühl der Sicherheit empfinden. Erst nach einer gewissen Zeit im Aufnahmeland kommt es zur Phase der Dekompensation (nach Sluzki, 2001), in der sich psychische Symptome entweder erst entwickeln oder wahrgenommen werden können. Ebenso hat sich gezeigt, dass psychische Störungen, unabhängig von Migrationsphasen, einen verzögerten Beginn („delayed onset“) haben können. Somit sollten störungsübergreifende Screenings zu unterschiedlichen Zeitpunkten nach Ankunft im Aufnahmeland stattfinden. Von den Expert*innen wurde daher ein *gestuftes Vorgehen* vorgeschlagen, in dem ein zweites Screening nach Ankunft in den kantonalen Asylzentren durchzuführen wäre. Anzumerken ist hier, dass ein wiederholtes Screening (sofern es identische Screening-Instrumente sind) in den allermeisten Fällen ohne Sprach- und Kulturmittelnde stattfinden könnte, da die Personen mit dem Instrument bereits vertraut sind.

Das Screening (auf Bundes- und kantonaler Ebene) sollte nach Meinung der Expert*innen zusätzlich flankiert sein von einer Wissensvermittlung bzgl. der Entstehung und Aufrechterhaltung von Traumafolgestörungen (u.a. PTBS, Depression, Angststörungen). Damit werde ge-

währleistet, dass gesunde sowie psychisch erkrankte Asylsuchende und Geflüchtete Informationen zu häufigen psychischen Störungen und möglichen Auswirkungen bekommen und das allgemeine Gesundheitsverständnis (sog. „Health literacy“) erhöht wird. Dies sei insbesondere für die momentan Gesunden wichtig und könne helfen, bei späterem Krankheitsverlauf eine frühzeitige Inanspruchnahme von psychosozialen/psychotherapeutischen Interventionen zu erreichen.

Der Wunsch der Expert*innen nach *Einheitlichkeit* bezog sich auf die Verwendung von einheitlichen Screening-Instrumenten und nach einheitlichen Richtlinien bzgl. weiterführender Diagnostik psychischer Störungen in Form von störungsspezifischen Fragebögen und (beim weiteren Verdacht auf eine psychische Erkrankung) einem diagnostischen Gespräch sowie anschließenden Behandlungsmöglichkeiten.

Das *stufenweise* Vorgehen umfasst zunächst die Diagnostik psychischer Störungen an sich. Laut den Expert*innen solle zunächst ein zeit- und ressourceneffizientes, störungsübergreifendes Screening stattfinden und erst bei einem auffälligen Ergebnis vertiefende Diagnostik (störungsspezifische Instrumente, ggf. diagnostisches Gespräch) eingesetzt werden. Zudem sei ein stufenweises Vorgehen auch auf den zeitlichen Ablauf bezogen und solle sowohl auf Bundes- als auch kantonaler Ebene stattfinden.

Um dieses Vorgehen effizient durchführen zu können, wurde von den Expert*innen eine stärkere Zusammenarbeit zwischen Bund, Kanton und Gemeinde gewünscht. Für die Früherkennung benötige es nach Meinung der Expert*innen geschultes Personal in den Asylzentren des Bundes und der Kantone. Das Personal müsse psychische Störungen (insbesondere Traumafolgestörungen) erkennen können und durch Schulungen befähigt werden, mit psychisch erkrankten asylsuchenden und geflüchteten Menschen adäquat umzugehen. Von den Expert*innen wurde zudem klar formuliert, dass im Rahmen einer verbesserten Früherkennung angemessene Behandlungsangebote während der Zeit im BAZ und in kantonalen Asylzentren für Betroffene zur Verfügung stehen müssten. Eine Früherkennung verliere ihre Wichtigkeit, wenn sich daran nicht zeitnahe Handlungsempfehlungen, wie Behandlungsangebote anschließen. Zusätzlich zu bereits erwähnten Aufgaben im Bereich der Früherkennung komme dabei besonders den Kantonen und Gemeinden die Aufgabe der spezialisierten therapeutischen Versorgung und der Integration zu.

Testpsychologische Instrumente

Bereits in der Literaturrecherche zeigten sich einige Spezifika, die bei der Gütebeurteilung von testpsychologischen Instrumenten für Asylsuchende und Geflüchtete eine besondere Herausforderung darstellen: Insbesondere bei sprachlichen Übersetzungen findet sich häufig keine erneute Überprüfung der Validität des Instruments an ausreichend großen Stichproben. Gütekriterien und Cut-Off-Werte können zudem in unterschiedlichen Sprachversionen oder aufgrund von kulturellen Anpassungen variieren und haben daher für einzelne Sprachen möglicherweise nur begrenzte Gültigkeit. Es gilt zudem, altersgemäße Instrumente für Kinder- und Jugendliche auszuwählen.

Auf Grundlage der Literaturrecherche und der Expert*innen-Interviews wurde deutlich, dass sich für *störungsübergreifende Screening-Instrumente bei Erwachsenen* der Refugee Health Screener (RHS-15, Hollifield, 2013), der Kessler 10 (K10, Kessler, 2003) und der WHO-Five-Wellbeing Index (WHO-5, World Health Organisation, 1998) eignen, da sie sich in verschiedenen internationalen Studien bewährt haben. Der WHO-5 stellt dabei ein besonders kurzes Screening-Instrument dar, das auch für Kinder ab neun Jahren eingesetzt werden kann. Spezifisch für Kinder und Jugendliche kann die Pediatric Symptom Checklist-17 (PSC-17, Murphy, 2017) empfohlen werden.

Aus der Literaturrecherche sowie aus den Expert*innen-Interviews konnten folgende *störungsspezifische Instrumente (d.h. Selbstbeurteilungsfragebögen) für Erwachsene* als geeignet eingestuft werden:

- Posttraumatische Belastungsstörung: Harvard Trauma Questionnaire 5 (HTQ-5, Berthold, 2019)
- Angst: Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7, Spitzer, 2006)
- Depression: Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9, Kroenke, 2001)
- Somatisierungsstörungen: Patient Health Questionnaire (PHQ-15, Kroenke, 2002)
- Substanzkonsum: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST Lite, Humeniuk, 2010)

Die Erhebung der testpsychologischen Instrumente erfolge entweder durch paper-pencil Erhebungen, die im Selbstbericht oder in Form eines Interviews abgenommen werden (mehrerheitlich mit Hilfe von Dolmetschenden) oder durch die *Multi-Adaptive Psychological Screening*

Software (MAPSS, Morina et al., 2017), die im Forschungsverbund um das Team vom Ambulatorium in Zürich genutzt werde. Dies ist eine computergestützte Fragebogenbatterie, die es ermöglicht, computerbasiert verschiedene testpsychologische Instrumente in unterschiedlichen Sprachen vorzulegen. Auch hier würden häufig Dolmetschende hinzugezogen, um Verständnisfragen und das Prozedere erklären zu können.

Für geflüchtete und asylsuchende *Kinder und Jugendliche* konnten folgende *störungsspezifische Instrumente* als geeignet eingestuft werden:

- Posttraumatische Belastungsstörung: University of California LA – PTSD Reaction Index (UCLA, Steinberg, Brymer, Decker, and Pynoos, 2004) sowie Child and Adolescent Trauma Screening (CATS; Sachser et al., 2017)
- Depression: ab 11 Jahren Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9, Kroenke, 2001) und ab 14 Jahren Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25, Winokur et al., 1954)
- Angst: ab 11 Jahren Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7, Spitzer, 2006) und ab 14 Jahren Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25, Winokur et al., 1954)
- Somatisierung: ab 11 Jahren Patient Health Questionnaire (PHQ-15, Kroenke, 2002)

Empfehlungen

Zusammenfassend lassen sich 6 Empfehlungen aussprechen:

Wann. Früherkennung und somit störungsübergreifendes Screening sollte so früh wie möglich für Erwachsene, Kinder und Jugendliche nach Ankunft durchgeführt werden. Es darf jedoch nicht nur ein einmaliges Screening innerhalb der ersten Tage auf Bundesebene geben, sondern dieses sollte nach Ankunft in einer kantonalen Unterkunft wiederholt werden.

Wie. Aufbauend auf dem störungsübergreifenden Screening sollte es bei Auffälligkeiten zu weiterführender störungsspezifischer Testdiagnostik und zu einem diagnostischen Gespräch kommen. Bei Vorhandensein einer psychischen Störung sollte ein adäquates Behandlungsangebot bereitgestellt werden.

- Wo.** Die Diagnostik psychischer Symptome und Störungen sollte generell in einem geschützten Raum unter bestimmten Rahmenbedingungen (Zeit, geschultes Personal, Vertrauensverhältnis, Transparenz, Sprach- und Kulturmittlung) stattfinden können. Die Früherkennung sollte in Zentren des Bundes stattfinden, sowie in kantonalen Unterkünften.
- Was.** Ein einheitlicher Gebrauch von testpsychologischen Instrumenten ist geboten, um eine Vergleichbarkeit herstellen zu können (z.B. bzgl. Screening zu verschiedenen Zeitpunkten und Schwellenwert zum Einleiten von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen). Dazu sind Instrumente zu nutzen, die sich in der Anwendung bei Asylsuchenden und Geflüchteten als valide und kultursensibel gezeigt haben und wünschenswerterweise bereits in andere Sprachen adäquat übersetzt wurden. Zusätzlich zu einem Screening sollen Asylsuchende und Geflüchtete Informationen zur Aufrechterhaltung und Entstehung von psychischen Störungen erhalten, um das Gesundheitsbewusstsein zu stärken. Für Kinder und Jugendliche gibt es teilweise unterschiedliche Fragebögen, da sich die Symptomausprägung anders darstellt.
- Wer.** Die Durchführung der Früherkennung (Screening) sollte durch geschultes Personal in den BAZ und kantonalen Asylzentren durchgeführt werden. Eine (weiterführende) störungsspezifische Diagnostik sowie das diagnostische Gespräch sollte von ausgebildeten Fachpersonen realisiert werden. In allen Fällen ist zu empfehlen, dass Sprach- und Kulturmittler anwesend sind.
- Warum.** Ziel ist eine Früherkennung psychischer Störungen und damit die Möglichkeit frühzeitig psychotherapeutische/psychosoziale Interventionen anbieten zu können, um den betroffenen Menschen zu ermöglichen, das Erlebte zu verarbeiten und die Symptomatik zu reduzieren, um ein gesundes Leben zu ermöglichen und eine Chronifizierung der Symptomatik zu verhindern. Dies ist sowohl für Menschen mit Bleibeperspektive wichtig, um den Prozess der Integration zu fördern als auch für Menschen mit schlechter Bleibeperspektive, da Gesundheit und Unversehrtheit Menschenrechte sind.

5 LITERATUR

- Bean T, Eurelings-Bontekoe E, Derluyn I, Spinhoven P. (2004). Hopkins symptom checklist-37A for adolescents (HSCL-37A): user's manual. Oegstgeest: Centrum '45.
- Berthold, S. M., Mollica, R. F., Silove, D., Tay, A. K., Lavelle, J., & Lindert, J. (2019). The HTQ-5: revision of the Harvard Trauma Questionnaire for measuring torture, trauma and DSM-5 PTSD symptoms in refugee populations. *European journal of public health*, 29(3), 468-474.
- Blackmore, R., Gray, K.M., Boyle, J.A., Fazel, M., Ranasinha, S., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). Systematic review and meta-analysis: the prevalence of mental illness in child and adolescent refugees and asylum seekers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 59(6), 705-714
- Böttche, M., & Stammel, N. (2019). Screening und Psychodiagnostik. In T. Maier, N. Morina, M. Schick, & U. Schnyder (Hrsg): *Trauma-Flucht-Asyl*. Hogrefe Verlag, Bern, S. 319-336
- Goodman, R., Ford, T., Richards, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). The development and well-being assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry*, 41(5), 645-655.
- Henkelmann, J.-R., de Best, S., Deckers, C., Jensen, K., Shahab, M., Elzinga, B., & Molendijk, M. (2019). Mental Disorders in Refugees: A Systematic Review and Meta-Analysis. *SSRN Electronic Journal*. DOI: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3487841>
- Hollifield, M., Verbillis-Kolp, S., Farmer, B., Toolson, E. C., Woldehaimanot, T., Yamazaki, J., ... & SooHoo, J. (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.
- Humeniuk, R., Henry-Edwards, S., Ali, R., Poznyak, V., Monteiro, M. G., & World Health Organization. (2010). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep;16(9):606-13
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*. 2002 Mar-Apr;64(2):258-66
- Morina, N., Ewers, S. M., Passardi, S., Schnyder, U., Knaevelsrud, C., Müller, J., . . . Schick, M. (2017). Mental health assessments in refugees and asylum seekers: evaluation of a tablet-assisted screening software. *Conflict and health*, 11(1), 18.
- Müller, F, Roose, Z., Landis, F., Gianola, G. (2018). Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden: Situationsanalyse und Empfehlungen. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit, Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern.
- Murphy, J. M., Bergmann, P., Chiang, C., Sturmer, R., Howard, B., Abel, M. R., & Jellinek, M. (2016). The PSC-17: subscale scores, reliability, and factor structure in a new national sample. *Pediatrics*, 138(3), e20160038.
- Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T. K., Jungbluth, N., Risch, E., . . . Goldbeck, L. (2017). International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *Journal of affective disorders*, 210, 189-195.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder - The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*. 2006;166:1092-1097
- Steinberg, A. M., Brymer, M. J., Decker, K. B., & Pynoos, R. S. (2004). The University of California at Los Angeles post-traumatic stress disorder reaction index. *Current psychiatry reports*, 6(2), 96-100.
- Sluzki, C.E. (2001): Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Hegemann, T. und Salman, R. (Hrsg.): *Transkulturelle Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 101-115.

Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5).

Winokur A, Winikur DF, Rickles K, Cox D. (1984). Symptoms of emotional stress in family planning service: stability over a four-week period. *Br J Psychiatry*, 144, 395–399.

6 ANHANG

A LISTE DER INTERVIEWPARTNER*INNEN

	Name	Institution
1	Naser Morina	Universitätsspital Zürich, USZ
2	Jochen Binder	Integrierte Psychiatrie Winterthur
3	Javier Sanchis-Zozaya	Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Unisanté, Lausanne
4	Christina Gunsch	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, PUK
5	Florence Faucherre	Centre hospitalier universitaire vaudois, CHUV
6	Carola Smolenski	Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer SRK Bern
7	Saskia von Overbeck Ottino	Hôpitaux Universitaires Genève, HUG
8	Anne Jachmann	Notfalldienste, Inselspital Bern
9	Bernhard Kuechenhoff	Ehem. stv. Chefarzt, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, heute Praxis Beckenhof, Zürich
10	Caroline Heiniger	Hôpital de l'enfance, CHUV
11	Fana Asefaw	Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Winterthur und Sirnach

B VORABFRAGEBOGEN

INSTITUTION

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre Institution.

(Anmerkung: Bitte beziehen Sie sich auf die Einheit, zu der sie auch in Bezug auf angewandte diagnostische Methoden Auskunft geben können, z.B. in größeren Krankenhäusern beziehen Sie sich bitte auf Ihre Station, Abteilung, o.ä.)

Wie viele Mitarbeiter*innen umfasst Ihre Institution (geschätzt)?

Wie viele Patient*innen behandelt Ihre Institution pro Jahr (geschätzt)?

Welches Setting hat Ihre Institution?

- Ambulant
- Teilstationär
- Stationär
- Beratungsstelle
- anderes
welche: _____

Welche Berufsgruppen sind in Ihrer Institution vertreten?

- Psychiater*innen
- Ärzt*innen nicht-psychiatrischer Fachrichtung
- Psycholog*innen
- Psychotherapeut*innen
- Pflegefachpersonen
- Sozialarbeiter*innen
- andere
welche: _____

IHRE POSITION

Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?

- Psychiater*in
- Ärzt*in nicht-psychiatrischer Fachrichtung
- Psycholog*in
- Psychotherapeut*in
- Pflegefachperson

- Sozialarbeiter*in
- andere
welche: _____

Haben Sie eine Führungsposition inne?

- Ja
- Nein

PATIENT*INNEN

Welche Zielgruppe wird in Ihrer Institution betreut?

- Erwachsene
- Kinder und Jugendliche

Wie hoch ist der Anteil Ihrer Patient*innen, der aus dem Asyl-/Fluchtbereich kommt? (geschätzt)

Welche Herkunft haben die meisten Ihrer Patient*innen, die aus dem Asyl-/Fluchtbereich kommen? (geschätzt)

Welche psychischen Erkrankungen begegnen Ihnen in Ihrer Institution bei Menschen mit Fluchthintergrund?

- Traumafolgestörungen (Posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Angst)
- Dissoziative Erkrankung
- Schlafstörungen
- Psychotische Erkrankungen
- Somatische/psychosomatische Erkrankungen
- Suchterkrankungen
 - Alkohol
 - Andere Substanzen
 - Spielsucht
- Weitere psychische Erkrankungen: Welche: _____

C INTERVIEWLEITFADEN

1. Rahmenbedingungen INSTITUTION

Wird in Ihrer Institution psychologische Diagnostik durchgeführt?

JA:

Sind Sie mit Aufgaben im Bereich der Diagnostik betraut?

- Ja
- Nein

Wenn ja, mit welchen Aufgaben?

- Beschaffung/ Auswahl von diagnostischen Instrumenten
- Durchführung
- Auswertung
- Nutzung für Stellungnahmen/ Gutachten
- Supervision
- Verwendung in der Forschung
- andere
welche: _____

NEIN: Bitte fahren Sie mit den Fragen des 5. Abschnitts fort

2. Diagnostische Maßnahmen: RAHMENBEDINGUNGEN

Welche diagnostischen Maßnahmen werden in der Diagnostik mit geflüchteten Menschen durchgeführt?

- Gespräch/ Klinischer Eindruck
- Testpsychologische Diagnostik mithilfe von Fragebögen/ Interviews bei allen Patienten
- Testpsychologische Diagnostik mithilfe von Fragebögen/ Interviews nach Bedarf

Welche Patienten mit Fluchthintergrund erhalten Diagnostik?

- Alle Patient*innen mit Fluchthintergrund erhalten Diagnostik
- Nicht alle Patient*innen mit Fluchthintergrund erhalten Diagnostik

Diagnostik nur wenn:

- Sprache verfügbar
- Personal verfügbar
- Patient*in ausreichend stabil
- Äußere Notwendigkeit für Stellungnahme/ Gutachten/ Antrag
- Im Rahmen von Studien
- Andere

Welche: _____

Wie viel Zeit steht für die Diagnostik pro Patient*in zur Verfügung?

In welchem Setting werden die diagnostischen Maßnahmen durchgeführt?

- Warteraum
- Einzelraum
- aufsuchend vor Ort: _____
- Weiteres
Welches: _____

Wenn Sie Diagnostik mithilfe von Fragebögen durchführen:

In welcher Form werden die Fragebögen vorgelegt?

- Paper-Pencil
- Computergestützt/ Tablet
- Interview

<input type="checkbox"/> Weitere Welche: _____
<p>Wer übernimmt die Durchführung der diagnostischen Verfahren (Mehrfachnennungen sind möglich)?</p> <input type="checkbox"/> Psychiater*innen <input type="checkbox"/> Ärzt*innen nicht-psychiatrischer Fachrichtung <input type="checkbox"/> Psycholog*innen <input type="checkbox"/> Psychotherapeut*innen <input type="checkbox"/> Pflegefachpersonen <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter*innen <input type="checkbox"/> andere welche: _____
<p>Welche Qualifikationen im psychologischen / diagnostischen Bereich liegen bei diesen Personen vor?</p> <input type="checkbox"/> Studium mit psychologischen/ psychiatrischen und diagnostischen Schwerpunkten <input type="checkbox"/> Aus-/Weiterbildung mit psychologischen/ psychiatrischen und diagnostischen Schwerpunkten (Dauer der Aus-/Weiterbildung: _____) <input type="checkbox"/> Keine spezifische Qualifikation im psychologischem / diagnostischen Bereich <input type="checkbox"/> Andere Welche: _____
<p>Wer übernimmt die Auswertung der diagnostischen Verfahren?</p> <input type="checkbox"/> Psychiater*innen <input type="checkbox"/> Ärzt*innen nicht-psychiatrischer Fachrichtung <input type="checkbox"/> Psycholog*innen <input type="checkbox"/> Psychotherapeut*innen <input type="checkbox"/> Pflegefachpersonen <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter*innen <input type="checkbox"/> andere welche: _____
<p>Welche Qualifikationen im psychologischen / diagnostischen Bereich liegen bei diesen Personen vor?</p> <input type="checkbox"/> Studium mit psychologischen/ psychiatrischen und diagnostischen Schwerpunkten <input type="checkbox"/> Aus-/Weiterbildung mit psychologischen/ psychiatrischen und diagnostischen Schwerpunkten (Dauer der Aus-/Weiterbildung: _____) <input type="checkbox"/> Keine spezifische Qualifikation im psychologischem / diagnostischen Bereich <input type="checkbox"/> Andere Welche: _____
<p>Was geschieht mit der Auswertung? An wen werden ggf. Ergebnisse weitergereicht.</p> _____
<p>Mit welchem Ziel werden diagnostische Verfahren eingesetzt?</p> <input type="checkbox"/> Früherkennung psychischer Probleme <input type="checkbox"/> Indikationsstellung für eine Behandlung <input type="checkbox"/> Diagnosestellung <input type="checkbox"/> Behandlungsplanung <input type="checkbox"/> Im Rahmen von Forschungsprojekten <input type="checkbox"/> Anderes Welches: _____

3. Diagnostische Maßnahmen: INSTRUMENTE

(nur bei Verwendung testpsychologischer Verfahren zu beantworten)

Welche Fragebögen / Interviews nutzen Sie konkret zur Diagnostik bei Patient*innen mit Fluchthintergrund?

Entstehen Kosten für den Einsatz?

- Ja
in Höhe von: _____
für folgende Kostenpunkte: _____
- Nein

In welchen Sprachen wird Diagnostik durchgeführt?

- Deutsch
 Französisch
 Italienisch
 Englisch
 Arabisch
 Persisch (Dari, Farsi)
 Paschto
 Urdu
 Türkisch
 Tigrinya
 Georgisch
 Singalesisch
 Tamil
 Somali
 Weitere:
Welche:
-

Werden Dolmetschende in der Diagnostik bei Menschen mit Fluchthintergrund eingesetzt?

- Ja, inwiefern:

- Nein

Wie wird konkret mit Kommunikationsproblemen zwischen Diagnostiker*in und Patient*in aufgrund von Sprachbarrieren umgegangen?

- Fragebögen werden bei Kommunikationsproblemen nicht genutzt
 Fragebögen werden nur bei ausreichenden Sprachkenntnissen in der Landessprache verwendet (deutsch, französisch, italienisch)
 Fragebögen werden ad hoc von Dolmetschenden übersetzt
 Fragebögen wurden selbst übersetzt
 Übersetzte Fragebögen liegen vor

Wenn Sie übersetzte Fragebögen verwenden:

Welche Verfahren stehen in unterschiedlichen Sprachen zur Verfügung?

Wenn Sie übersetzte Fragebögen verwenden:

Woher stammen die vorliegenden Übersetzungen?

- Fragebögen wurden selbst übersetzt

<p>Von wem:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Verwendung offizieller übersetzter Versionen Autoren:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Andere: Welche?</p>
<p>Welche Instrumente würden Sie – wenn überhaupt - aus Ihrer Erfahrung heraus konkret für den Einsatz bei Geflüchteten empfehlen? Screening:</p> <p>_____</p> <p>Assessment/ Diagnosestellung:</p> <p>_____</p>
<p>4. ERFAHRUNGEN / Herausforderungen <i>(nur bei Verwendung testpsychologischer Verfahren zu beantworten)</i></p>
<p>Welche Erfahrungen liegen mit einzelnen Fragebögen / Interviews beim Einsatz bei Geflüchteten vor?</p> <p>_____</p> <p>Welche besonderen Herausforderungen bestehen in der Durchführung bei Geflüchteten?</p> <p>_____</p>
<p><i>Nur für Institutionen für Kinder- und Jugendliche:</i> Welche diagnostischen Verfahren werden bei geflüchteten Kindern / Jugendlichen eingesetzt?</p> <p>_____</p> <p>Welche besonderen Herausforderungen bestehen in der Durchführung bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen?</p> <p>_____</p>
<p>5. Sonstiges / Wünsche und Anregungen</p>
<p>Haben Sie unterschiedliche Empfehlungen für die Diagnostik/Erstversorgung (in den Bundesasylzentren BAZ) und für die Folgephase in den Kantonen?</p> <p>_____</p> <p>Wann und auf welcher Ebene (Bund, Kantone, Gemeinden) sollen welche Schritte durchgeführt (Screening, Diagnostik, Weiterbetreuung) werden?</p> <p>_____</p> <p>Wie sollen die diagnostischen Resultate für die Weiterbetreuung genutzt werden (z.B. Screening)? Ist ein Algorithmus zur Interpretation der Fragen in der Erstkonsultation nötig?</p> <p>_____</p>
<p>Welche Informationen über Fragebögen hätten Sie gerne in unserer Übersicht?</p> <p><input type="checkbox"/> Gütekriterien</p> <p><input type="checkbox"/> Zugänge zu FBs</p> <p><input type="checkbox"/> Screening/Diagnose</p> <p><input type="checkbox"/> Anforderungen/ Schwierigkeitsgrad für Durchführung/ Auswertung</p> <p><input type="checkbox"/> Andere Welche:</p>
<p>Gibt es sonst noch wichtige Aspekte, die bisher noch nicht angesprochen wurden? Weitere Anmerkungen?</p> <p>_____</p>

D TABELLE ZU TESTPSYCHOLOGISCHEN INSTRUMENTEN

Die Übersicht befindet sich in einer separaten Tabelle.