

Judith Kohlenberger, Sebastian Leitner,
Isabella Buber-Ennser und Bernhard Rengs¹

**Psychosoziale Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe
in Österreich: Zur Prävalenz von Angststörungen und
Depressionen unter syrischen, irakischen und afghanischen
Geflüchteten**

1. Einleitung

Während des Herbsts 2015 suchten etwa eine Million Menschen Schutz in Europa (vgl. Eurostat 2016). Die meisten Geflüchteten beantragten Asyl in Deutschland, eine geringere aber dennoch beträchtliche Anzahl hingegen in Österreich. In Summe wurden zwischen 2015 und 2017 etwa 156.000 Asylanträge in Österreich gestellt (vgl. BMI 2016/2017/2018). In dieser Zeitspanne wurde etwa 58.500 Personen offiziell Asyl gewährt. Die meisten davon stammen aus Syrien, dem Irak und Afghanistan: Menschen aus diesen Ländern machten 80 Prozent aller Asylgewährungen aus (vgl. BMI 2016/2017/2018). Während wirtschaftliche Belastungen für die Aufnahmegesellschaft und Implikationen für Arbeitsmarkt und Sozialsystem auf politischer und gesellschaftlicher Ebene immer noch kontrovers diskutiert werden, wurde den Gesundheitsrisiken, denen Geflüchtete vor, während und nach der Migrationserfahrung ausgesetzt sind, und den daraus resultierenden physischen und psychischen Belastungen weitaus weniger Beachtung geschenkt. Dabei stellt die körperliche und seelische Gesundheit eines Menschen eine der grundlegendsten Ressourcen dar, um sein Potenzial auszuschöpfen, und ist somit ein Schlüsselfaktor für die erfolgreiche Integration von Geflüchteten in Gesellschaft, Kultur und Arbeitsmarkt des Aufnahmelandes (vgl. CSDH 2008). Darüber hinaus können erhebliche Kosteneinsparungen erzielt werden, wenn die Gesundheitsbedürfnisse geflüchteter Menschen

¹ *Judith Kohlenberger* ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialpolitik der Wirtschaftsuniversität Wien. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind: Migration und Integration, Flucht und Bildung, Demografie von Vertriebenen, Krisennarrative.

Sebastian Leitner ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Wiener Institut für Internationale Wirtschaftsvergleiche (wiiw). Seine Forschungsgebiete sind Arbeitsmarktentwicklung, Ungleichheit und Verteilung.

Isabella Buber-Ennser leitet die Forschungsgruppe „Demographie Österreichs“ am Institut für Demographie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind: Familiengründung, Realisierung von Kinderwünschen, intergenerationale Transfers sowie Geflüchtete.

Bernhard Rengs ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Demographie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften und lehrt an der Technischen Universität Wien. Seine Forschungsgebiete sind Fluchtmigration und Integration sowie die Anwendung von agentenbasierten computergestützten sozioökonomischen Methoden auf umweltökonomische und demografische Fragestellungen.

angemessen berücksichtigt und eine rechtzeitige Grundversorgung gewährleistet wird (vgl. Trummer/Krasnik 2017; Trummer et al. 2018).

Auf Basis neuer Primärdaten aus dem Refugee Health and Integration Survey (ReHIS) analysiert der vorliegende Beitrag die Prävalenz von Angststörungen und Depressionen unter Geflüchteten in Österreich und diskutiert Barrieren des Zugangs zu psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungsangeboten. Umfragedaten dieser Art sind besonders relevant, da die spezifischen Gesundheitsbedürfnisse von geflüchteten Menschen noch immer unzureichend verstanden und in der Folge nur selten angemessen berücksichtigt werden. Dies führt zu Ungleichheiten im Gesundheitssystem, behindert die vollwertige Inklusion von Geflüchteten in die Gesellschaft und kann erhebliche Kosten für die Sekundar- und Tertiärversorgung verursachen.

2. Forschungsstand

Erfahrungen mit gewalttätigen Konflikten, Folter, Krieg und Verfolgung sind vielfältig und bergen Risikofaktoren für psychische Belastungen in allen Phasen der Flucht, die sich in Kontext und Intensität erheblich unterscheiden. Stressfaktoren vor der Migration, die häufig in Ländern auftreten, in denen Krieg, Konflikte und/oder ein totalitäres Regime herrschen, umfassen Gewalt- und Foltererfahrungen, Inhaftierung und Körperverletzung sowie den Verlust von (nahen) Familienmitgliedern (vgl. Ertl et al. 2011; Hensel-Dittmann et al. 2011; Rieder/Elbert 2013). Geschlechtsspezifische Gewalt, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Vergewaltigung und sexuelle Übergriffe, spielt eine wichtige Rolle in Konfliktsituationen und wurde mit der Entwicklung von psychischen und somatischen Störungen weiblicher Flüchtlinge in Verbindung gebracht (vgl. Paras et al. 2009). Langjährige Erfahrungen mit Unterernährung, ökonomische Entbehrungen, Mangel an grundlegenden Ressourcen, Verlust von Eigentum, extreme Angst sowie erzwungene Gewaltanwendung an anderen oder das Miterleben von Folter erhöhen die geistige und emotionale Vulnerabilität von Flüchtlingen (vgl. Abbott 2016; Priebe/Giacco/El-Nagib 2016). Sie werden jedoch selten als tatsächliche Stressfaktoren für Flüchtlinge angeführt, sobald sie in einem sicheren Aufnahmeland sind.

Während der Flucht, deren Dauer erheblich variieren und lange Zeiträume in Transitländern umfassen kann, sind Flüchtlinge häufig von Familienmitgliedern getrennt, werden beraubt oder angegriffen und müssen extremen Umweltbedingungen standhalten, was zu ständigem Stress und hohem Adrenalinpiegel führen kann (vgl. Bustamante et al. 2018). Darüber hinaus können wiederholt negative Erfahrungen mit anderen MigrantInnen und Schmugglern zu einem Vertrauensverlust in Mitmenschen (vgl. Janoff-Bulman 2010) und somit zu einer Störung des Angstpuffers führen (vgl. Edmondson et al. 2011), was sich erheblich auf spätere Therapiebemühungen auswirken kann. Misstrauen gegenüber offiziellen Institutionen und humanitären Organisationen ist nicht selten die Folge. Nach erfolgter Migration sind die Stressfaktoren im Aufnahmeland vielfältig: Fehlen sozialer Netzwerke und Gefühl der Isolation (vgl. Chen et al. 2017), ständige Sorge, wie

es Familienmitgliedern im Heimatland geht (vgl. Nickerson et al. 2010), Änderung der familiären Rollen und damit verbundener Statusverlust, insbesondere für männliche Flüchtlinge (vgl. Sulaiman-Hill/Thompson 2012), Stigmatisierung und Ablehnung durch die Mehrheitsgesellschaft, einschließlich Diskriminierungs- und Unterdrückungserfahrungen (vgl. Jasinskaja-Lahti/Liebkind/Solheim 2009), Unsicherheit oder mangelnder Beschäftigung und sinnvoller Aktivität während des Asylantragsverfahrens (vgl. Warfa et al. 2012). Die meisten Aufnahmeländer beschränken den Arbeitsmarktzugang für Asylbewerbende, was nachweislich zu Demoralisierung und Gefühlen der Unzulänglichkeit führt, die die psychische Gesundheit von Flüchtlingen stark beeinträchtigen können.

In der Tat hat sich gezeigt, dass der Aufenthaltsstatus von Geflüchteten einen signifikanten Einfluss auf die Prävalenz von traumabedingten psychischen Störungen hat: Heeren et al. (2014) stellen fest, dass Asylsuchende häufiger an posttraumatischen Belastungsstörungen leiden als anerkannte Flüchtlinge. Die Depressionsrate unter Asylbewerbern war fast doppelt so hoch im Vergleich zu MigrantInnen mit dauerhafter Aufenthaltsgenehmigung (und damit Zugang zum Arbeitsmarkt, zu Sprachkursen und anderen Aktivitäten). Mangelnde Sicherheit und Angst vor Abschiebung, verbunden mit wirtschaftlicher Instabilität, suboptimaler Wohnungssituation und dem Schuldgefühl, im Gegensatz zu vielen anderen überlebt zu haben, sind die relevantesten Risikofaktoren für psychische Erkrankungen, die durch ein langwieriges Asylverfahren noch verstärkt werden können (vgl. Laban et al. 2005).

Angesichts der Risikofaktoren, denen Flüchtlinge vor, während und nach der Flucht ausgesetzt sind, würde man hohe Prävalenzraten für psychische Störungen erwarten, insbesondere wenn die Flüchtlingspopulationen mit der Aufnahmebevölkerung verglichen werden. Bei der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ist dies der Fall (vgl. Priebe et al. 2016). Systematische Analysen zur Prävalenz psychischer Erkrankungen unter Flüchtlingen zeigen jedoch eine erhebliche Variabilität in den Ergebnissen (vgl. Bogic/Njoku/Priebe 2015; Fazel/Wheeler/Danesh 2005; Priebe/Giacco/El-Nagib 2016), insbesondere wenn die häufigsten spezifischen Erkrankungen (Depression, allgemeine Angststörung und PTBS) untersucht werden. Die Hauptgründe für die unterschiedlichen Forschungsergebnisse scheinen nicht nur darin zu liegen, dass die Flüchtlingspopulationen und ihre psychischen Belastungen zwischen den verschiedenen Herkunftsländern variieren. Vielmehr sind diese auch durch unterschiedliche rechtliche Bestimmungen und Aufnahmebedingungen in den verschiedenen Gastländern bedingt. Signifikanter scheinen die Unterschiede aufgrund der Stichprobenauswahl und der methodischen Ansätze, was zu starken Schwankungen der Prävalenzraten führen kann. Studien mit einer repräsentativen Stichprobenziehung führten zu niedrigeren Prävalenzraten als jene Analysen, welchen ein sogenanntes Convenience Sampling zugrunde lag. Dieses wird typischerweise in Flüchtlingslagern, Gesundheitseinrichtungen oder Erstaufnahmezentren angewandt und führt deswegen häufig zu Überschätzungen.

Im Falle der PTBS liegt der geschätzte Mittelwert der Prävalenz für die gesamte Flüchtlingsbevölkerung in Europa bei 9 Prozent, also weit über den 1 Prozent bis 3 Prozent der Aufnahmebevölkerung (vgl. Priebe/Giacco/El-Nagib 2016). Bei Depressionen und allgemeiner Angststörung variieren die Ergebnisse jedoch stärker. Während Priebe et al. (2016) keine systematischen Unterschiede zwischen der Flüchtlingspopulation und der Gesamtbevölkerung des Aufnahmelandes finden, zeigen Turrini et al. (2017) in ihrer Metaanalyse, dass Prävalenzraten für Depressionen und Angststörungen ähnlich hoch sind wie PTBS-Raten. Gründe für geringe Unterschiede zwischen Flüchtlingen und Mehrheitsgesellschaft in der Prävalenz von Depressionen und bei allgemeinen Angststörungen können vielfältig sein. Flüchtlinge und Menschen mit psychischen Belastungen sind aufgrund von Problemen wie Zugänglichkeit, Mobilität, Vertrauen und Angst vor der Stigmatisierung durch Gesundheitsprobleme viel schwieriger repräsentativ zu befragen (vgl. Enticott et al. 2017). Während das bereits genannte Convenience Sampling zur Überschätzung der Prävalenzrate psychischer Probleme führen kann, tendieren Studien mit bevölkerungsbezogenen Stichproben dazu, die Prävalenz von Störungen zu unterschätzen. Das deckt sich mit Bogic et al. (2015), deren Analyse höhere Prävalenzraten der Flüchtlingsbevölkerung im Vergleich zur Aufnahmebevölkerung nicht nur für PTBS, sondern auch für Depressionen und Angststörungen zeigt. Darüber hinaus spielen kulturelle Unterschiede bei der subjektiven Wahrnehmung von und Auskunft über persönlichen psychischen Stress für die Unterschiede zwischen Flüchtlingen und Mehrheitsbevölkerung eine Rolle (vgl. Kohrt et al. 2014). Diese können auch eine wichtige Zugangsbarriere für Therapie darstellen. Somatisierungssymptome (medizinisch ungeklärte körperliche Symptome) treten bei Flüchtlingen häufiger auf als bei einheimischen Bevölkerungsgruppen. Die Komorbidität somatischer Symptome ist besonders hoch bei PTBS (vgl. Liedl/Knaevelsrud 2008), aber auch bei anderen psychischen Störungen (vgl. Lolk et al. 2016; Priebe/Giacco/El-Nagib 2016). Zu den vorherrschenden Somatisierungssymptomen zählen insbesondere Rückenschmerzen, Herz- und Muskelschmerzen sowie generelle körperliche Schwäche (vgl. Morina et al. 2017).

Obwohl nach wie vor nicht ausreichend repräsentative Daten zu den psychischen Beeinträchtigungen von Flüchtlingen des Fluchtherbsts 2015 und der Folgejahre vorliegen, kann davon ausgegangen werden, dass diese Bevölkerungsgruppe hohe Prävalenzraten aufweist. Generell zeigt sich unter Flüchtlingen aus Ländern mit dokumentierten Menschenrechtsverletzungen eine höhere Rate von psychischen Problemen (vgl. Lindert et al. 2018). Für Deutschland war die Prävalenz psychischer Belastungen von Flüchtlingen signifikant höher als in der Aufnahmebevölkerung (vgl. Frank et al. 2017). In Studien, die auf Stichproben der Gesamtbevölkerung basieren, schwanken Schätzungen zur Prävalenz von PTBS zwischen 16,4 Prozent und 54,9 Prozent (vgl. Bozorgmehr et al. 2016).

Psychische Resilienz, das heißt die Fähigkeit, sich an psychische Leiden und (potenziell) traumatische Ereignisse anzupassen und damit umzugehen (vgl. Bonanno 2004; McLaughlin et al. 2009; Yehuda 2004), hilft Flüchtlingen nicht nur, jene psychischen

Probleme zu überwinden, die im Kontext von Krieg, Flucht und Verfolgung ausgelöst wurden, sondern trägt auch zur Bewältigung mannigfaltiger Stressfaktoren nach der Migration bei. Die psychologische Belastbarkeit von Flüchtlingen wird durch äußere Bedingungen (insbesondere die verfügbare soziale Unterstützung), aber auch durch individuelle Faktoren (z. B. Bildung, persönlicher Glaube) gestärkt (vgl. Siriwardhana et al. 2014). Die bestehende psychische Resilienz kann aber gerade bei längeren Asyl-antragsprozessen negativ beeinflusst werden (vgl. Norredam/Mygind/Krasnik 2005). Kulturelle Barrieren wie eine stärkere Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und eine kulturell und/oder religiös bedingte Interpretation von Symptomen (vgl. Bermejo/Hölzel/Schneider 2017) können diesen Effekt verstärken, insbesondere hinsichtlich des Zugangs zu psychiatrischen Diensten oder Psychotherapie. Gerade Flüchtlinge aus dem Nahen Osten und Afrika tendieren dazu, psychische Symptome als vorrangig körperliche Symptome wahrzunehmen, welche in weiterer Folge häufig (falsch) von HausärztInnen als somatische Störungen diagnostiziert werden (vgl. Elbert et al. 2017). Infolgedessen wird psychotherapeutische und/oder psychiatrische Behandlung erst gar nicht in Betracht gezogen.

3. Material und Methoden²

Die nachfolgenden Analysen basieren auf Daten aus dem Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und dem Refugee Health and Integration Survey (ReHIS). ATHIS ist eine bundesweite Querschnittserhebung zur körperlichen und psychischen Gesundheit, dem Bedarf an Pflege und/oder Unterstützung und weiteren Gesundheitsfaktoren wie Alkoholkonsum oder körperlicher Aktivität. Die Erhebung ist als repräsentative Studie der österreichischen Wohnbevölkerung über dem Alter von 15 Jahren konzipiert und ermöglicht somit in der Zusammenschau mit ReHIS einen Vergleich zwischen Geflüchteten und der Bevölkerung im Aufnahmeland.

ReHIS gliedert sich als Zwischenerhebung in die Längsschnittuntersuchung FIMAS+INTEGRATION zu Bildungslevels, beruflichen Qualifikationen und Arbeitsmarkt-beteiligung von syrischen, irakischen und afghanischen Geflüchteten in Österreich ein. FIMAS+INTEGRATION wurde zwischen Dezember 2017 und April 2018, mit einem Stichprobenumfang von mehr als 1.600 Befragten, durchgeführt. Sie knüpft an die vorangegangene FIMAS-Studie an, die auf Face-to-Face-Interviews („paper and pencil interview“, PAPI) basierte. Für FIMAS+INTEGRATION wurde versucht, jene Befragten, die ihr Einverständnis dazu gegeben hatten, erneut zu kontaktieren. Interviews wurden entweder als computergestützte Webinterviews („computer-assisted web interviews“, CAWI) oder als Telefoninterviews („computer-assisted telephone interviews“, CATI) durchgeführt. Zusätzlich wurde die Stichprobe um Refreshers ergänzt, die noch nicht an vorherge-

² Die folgenden Ausführungen sind eine stark gekürzte Version aus Kohlenberger et. al. (2019b). Für Details zu Datenerhebungen, Feldphase und Fragebogen verweisen wir auf ebendiesen.

gangenen Wellen der Erhebung teilgenommen hatten und in lokalen Arbeitsämtern, Ausbildungszentren und NGO-Räumlichkeiten rekrutiert wurden. Um an FIMAS+ teilzunehmen, mussten Befragte im arbeitsfähigen Alter sein (15 bis 60 Jahre). Für ReHIS wurden aufgrund des sensiblen Themas der Erhebung Befragte unter 18 Jahren ausgeschlossen (vgl. Kohlenberger et al. 2019b).

In diesem Beitrag werden deskriptive Ergebnisse zu Depressionen und Angststörungen von Geflüchteten zusammengestellt und mit der österreichischen Gesamtbevölkerung verglichen. Um die Prävalenz von Depression und Angstzuständen zu erheben, wurde das SF-36 Short Form Survey Instrument on Physical and Mental Health sowie das GAD-7 Short Screening Questionnaire for Generalized Anxiety Disorder verwendet. Zusätzlich wurde eine weitere Frage zur Häufigkeit von Alpträumen eingebaut, ein Indikator für unverarbeiteten Stress. Die Analyse geht außerdem auf den Zugang zum Gesundheitssystem ein, da im Rahmen der Studie auch die Inanspruchnahme von psychologischen und psychotherapeutischen Angeboten sowie von (Fach-)ÄrztInnen, Krankenhäusern und therapeutischen Leistungen erhoben wurde.

Nach dem Einleitungssatz „Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt?“ stellten die InterviewerInnen folgende Fragen zu psychischem Stress und daraus resultierenden Symptomen. Sie waren Basis der vorliegenden Analyse der Prävalenz von Depressionen und Angststörungen:

- Q1 Ich habe wenig Interesse oder Freude an meinen Tätigkeiten.
- Q2 Ich fühle mich niedergeschlagen, schwermütig oder hoffnungslos.
- Q3 Ich habe Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder habe übermäßigen Schlaf.
- Q4 Ich fühle mich müde oder habe das Gefühl, wenig Energie zu haben.
- Q5 Ich habe verminderten Appetit oder stark gesteigerten Appetit.
- Q6 Ich habe eine schlechte Meinung von mir selbst, das Gefühl versagt zu haben oder die Familie enttäuscht zu haben.
- Q7 Ich habe Schwierigkeiten mich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitung- oder im Internet Lesen oder beim Fernsehen.
- Q8 Ich bin bei Bewegungen oder beim Sprechen so stark verlangsamt, dass es anderen aufgefallen ist; oder: Ich bin so rastlos, dass ich einen ungewöhnlich starken Bewegungsdrang hatte.
- Q9 Ich fühle mich nervös, ängstlich oder angespannt.
- Q10 Ich kann meine Sorgen nicht stoppen oder kontrollieren.
- Q11 Ich habe übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten.
- Q12 Ich habe Schwierigkeiten zu entspannen.
- Q13 Ich fühle mich rastlos, so dass Stillsitzen schwer fällt.
- Q14 Ich bin schnell verärgert oder gereizt.
- Q15 Ich habe ein Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren.
- Q16 Ich habe Alpträume.

Mögliche Antwortkategorien für die Fragen Q1–Q15 waren: (1) Nie, (2) an manchen Tagen, (3) an mehr als der Hälfte der Tage, (4) beinahe jeden Tag, (5) weiß nicht, (6) keine Angabe. Die Antworten für Q16 waren entsprechend: (1) Nie, (2) in manchen Nächten, (3) in mehr als der Hälfte der Nächte, (4) beinahe jede Nacht, (5) weiß nicht, (6) keine Angabe.

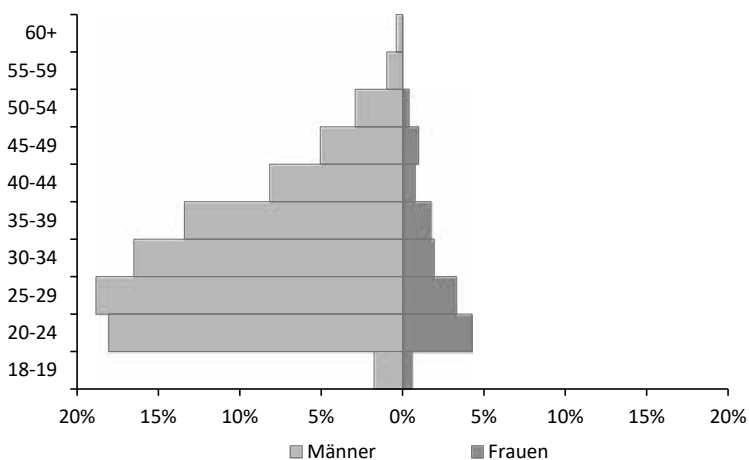
4. Ergebnisse

Die ReHIS-Stichprobe umfasst 515 Personen zwischen 18 und 61 Jahren. Die Hälfte der Befragten waren syrische Staatsbürger (54 Prozent), IrakerInnen und AfghanInnen waren weniger stark vertreten (23 Prozent bzw. 16 Prozent). 7 Prozent gaben eine andere Staatsangehörigkeit an. Die Geschlechterverteilung war ungleichmäßig (73 weibliche, 447 männliche Teilnehmende) und entspricht somit nicht der Geschlechterverteilung der Asylberechtigten in Österreich. Der Gender-Bias kann dadurch erklärt werden, dass die Rekrutierung von Befragten über Arbeitsämterdatenbanken und Asylzentren zu einem Oversampling männlicher Teilnehmer aufgrund kultureller Faktoren tendiert und dass darüber hinaus die eingesetzten Kontaktmöglichkeiten (i. e. Handys) oft vom Ehemann und der Ehefrau im gemeinsamen Haushalt benützt werden.

Tabelle 1: ReHIS Gesamtstichprobe nach Geschlecht und Nationalitäten

	Männlich	Weiblich	Gesamt	Gesamt (in %)
Syrien	250	28	278	54
Afghanistan	96	24	120	23
Irak	70	13	83	16
Andere	27	4	34	7
Gesamt	443	72	515	100

Abbildung 1: ReHIS Gesamtstichprobe nach Alter und Geschlecht



Quelle: ReHIS.

Die Mehrzahl war zwischen 20 und 39 Jahre alt (78 Prozent), zwei von zehn waren 40–59 Jahre, nur ein geringer Anteil war unter 20 (2 Prozent) und weniger als 1 Prozent war 60+ (konkret waren 2 Personen im Alter von 60 bzw. 61 Jahren) (vgl. Abbildung 1). Das Durchschnittsalter der Befragten betrug 32 Jahre, wobei Frauen im Durchschnitt jünger waren als Männer (30 Jahre versus 32 Jahre). Die befragten AfghanInnen waren durchwegs jünger als IrakerInnen oder SyrerInnen (mit Mittelwerten von 27 Jahren, 35 Jahren bzw. 33 Jahren).

4.1. Angststörungen und Depressionen

Mittels sechzehn verschiedener Fragen wurde spezifisch das Vorliegen von Depressions- und Angstsymptomen untersucht. Informationen zu konkreten traumatischen Ereignissen vor und während der Flucht, darunter Gewalterfahrungen und körperliche Entbehrungen, wurden aus forschungsethischen Gründen nicht erhoben.

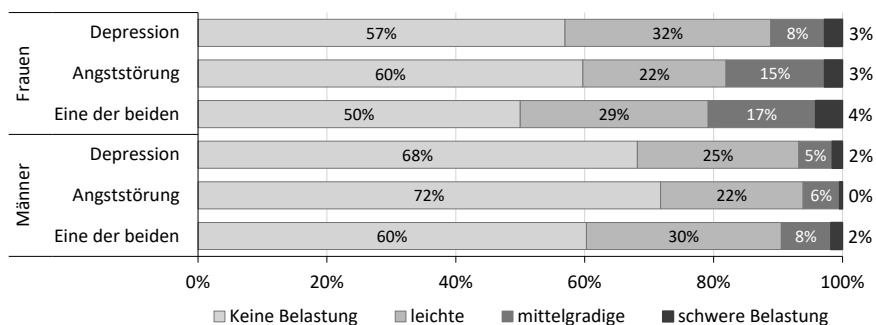
In ReHIS zeigte sich bei 3 Prozent der befragten Frauen eine schwere depressive Symptomatik, bei weiteren 8 Prozent eine mittelgradige und bei 32 Prozent eine leichte Belastung (vgl. Abbildung 2).³ Zumindest bei mittelgradigen und schweren Depressionen wird für gewöhnlich eine Psychotherapie empfohlen, insbesondere bei schwereren Störungen in Kombination mit Pharmakotherapie. Bei Männern ist die Häufigkeit von Depression geringer: 2 Prozent sind schwer, 5 Prozent mittelgradig und 25 Prozent leicht belastet.

Die Häufigkeit von mittelgradigen und schweren Angststörungen ist bei Frauen im Vergleich zu Depressionen höher (18 Prozent gegenüber 11 Prozent). Bei Männern kommen beide psychische Belastungen etwa gleich oft vor (6 Prozent bzw. 7 Prozent). Zumindest eine der beiden Störungen in mittelgradiger oder schwerer Ausprägung haben 21 Prozent der Frauen und 10 Prozent der Männer.

Eine Unterscheidung nach Herkunftsland zeigt, dass Geflüchtete afghanischer Herkunft in ReHIS häufiger von stärkeren psychischen Belastungen betroffen waren als jene aus dem Irak und Syrien. Zusätzlich gaben drei von zehn an, in den letzten zwei Wochen in manchen Nächten Alpträume gehabt zu haben, ein häufiges Symptom von un verarbeitetem Stress. 5 Prozent der Befragten erlebten Alpträume sogar in mehr als der Hälfte der Nächte.

³ Von schwerer Belastung wird nach dem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM IV) generell gesprochen, wenn zumindest ernste Symptome, wie z. B. Suizidgedanken oder schwere Zwangsrituale, vorliegen oder soziale und berufliche Funktionen stark eingeschränkt sind, wie z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten. Von mittelgradiger Belastung wird nach dem DSM IV generell gesprochen, wenn mäßige Symptome, wie z. B. Affektverflachung oder gelegentliche Panikattacken, vorliegen oder mäßige Schwierigkeiten im sozialen und beruflichen Bereich vorhanden sind, wie z. B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen oder Bezugspersonen. Bei Vorhandensein von Symptomen, die jedoch eine geringere Ausprägung haben, spricht man von leichter Belastung (vgl. American Psychiatric Association 2000).

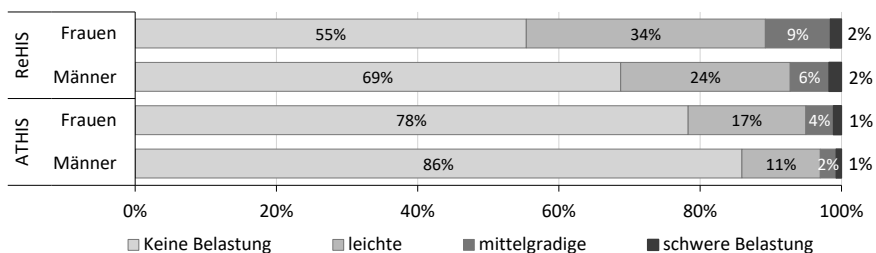
Abbildung 2: Depressive Symptomatik (PHQ8 Skala) und Angststörung (GAD7 Skala), Altersgruppe 18–60 Jahre



Quelle: ReHIS.

Bei depressiver Symptomatik ist ein Vergleich mit der österreichischen Wohnbevölkerung möglich, da in ReHIS zu diesem Thema derselbe Fragenkatalog wie in ATHIS 2014 eingesetzt wurde. In der Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen⁴ waren in Österreich 3 Prozent der Männer und 5 Prozent der Frauen mittelgradig oder schwer depressiv belastet (vgl. Abbildung 3). Die in ReHIS befragten Geflüchteten der Altersgruppe 18–44 Jahre weisen eine doppelt so hohe Häufigkeit schwerer und mittelgradiger Symptomatik auf (8 Prozent der Männer und 11 Prozent der Frauen).

Abbildung 3: Depressive Symptomatik (PHQ8 Skala), Vergleich ATHIS und ReHIS, Altersgruppe 15–44 Jahre (ATHIS) bzw. 18–44 (ReHIS)

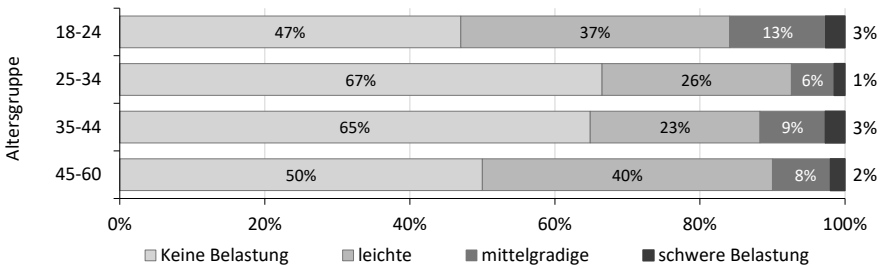


Quelle: ReHIS, ATHIS 2014.

⁴ Da in der Publikation des ATHIS 2014 das Alter nicht in Einzeljahren, sondern in 15-Jahres-Altersgruppen codiert ist, erfolgte für ATHIS die Auswertung in diesem Abschnitt für die Gruppe der 15- bis 44-Jährigen.

Geflüchtete im Jugendalter (bis 24 Jahre) zeigen sich in beiden Skalen (Angst und Depression) stärker belastet als Erwachsene (vgl. Abbildung 4). Ähnlich wie in der österreichischen Wohnbevölkerung steigt aber auch bei ReHIS der Grad der psychischen Belastung bei Personen über 45 Jahren wieder an.

Abbildung 4: Belastung durch depressive oder Angstsymptome nach Altersgruppen



Quelle: ReHIS.

Insgesamt zeigt sich somit eine relativ hohe Belastung der befragten Geflüchteten durch psychische Störungen. Jedoch ist anzunehmen, dass ReHIS die Häufigkeit der Belastungen unterschätzt, da besonders kranke und gesundheitlich beeinträchtigte Personen in Befragungen generell schwieriger zu erfassen sind. Die Ergebnisse von ReHIS weisen auch auf den hohen Bedarf an therapeutischen Angeboten hin.

4.2. Zugang zum Gesundheitssystem

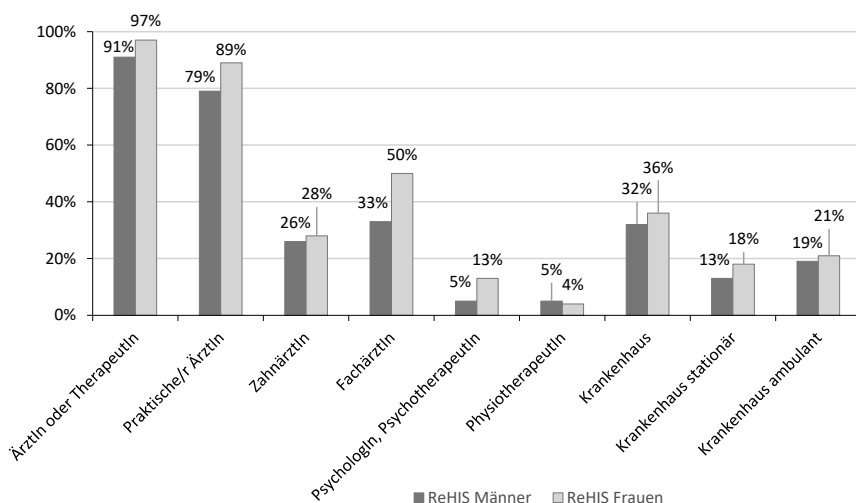
Nach den Ergebnissen zu Angststörungen und Depressionen wird auf die Inanspruchnahme von ärztlichen und therapeutischen Leistungen von Geflüchteten eingegangen, wobei auch hier wieder ein Vergleich mit der österreichischen Gesamtbevölkerung erfolgt. Weibliche Geflüchtete nehmen die Dienste von PsychologInnen öfter in Anspruch als männliche Geflüchtete der gleichen Altersgruppe (13 Prozent gegenüber 5 Prozent, vgl. Abbildung 5). Diese Geschlechterdifferenz korreliert mit der stärkeren Belastung von geflüchteten Frauen durch Angststörungen und Depressionen. Ein Vergleich der 20- bis 59-Jährigen in ReHIS und ATHIS zeigt, dass geschlechtsspezifische Unterschiede in ähnlicher Form auch unter ATHIS-Befragten der österreichischen Wohnbevölkerung zu beobachten sind (10 Prozent der Frauen und 6 Prozent der Männer, vgl. Abbildung 6). Im direkten Vergleich der beiden Populationen zeigt sich, dass psychotherapeutische Leistungen, PsychiaterInnen und PsychologInnen in etwa gleich oft von Geflüchteten und der österreichischen Wohnbevölkerung in Anspruch genommen werden. Berücksichtigt man jedoch, dass Geflüchtete eher in städtischen Gebieten wohnhaft sind und zwischen 2014 (Zeitpunkt der ATHIS-Erhebung) und 2018 (Zeitpunkt der ReHIS-Erhebung) eine Zunahme der Versorgung stattgefunden hat, nimmt die österreichische Vergleichsgrup-

pe psychotherapeutische Leistungen höchstwahrscheinlich öfter in Anspruch. ReHIS zeigt jedoch auf, dass der Bedarf an Psychotherapie bei der Gruppe der Geflüchteten ungleich größer ist.

Für den generellen Zugang zum österreichischen Gesundheitswesen gilt, dass unter den befragten Geflüchteten neun von zehn Männern und fast alle Frauen angaben, in den vergangenen 12 Monaten ÄrztInnen oder TherapeutInnen aufgesucht zu haben (vgl. Abbildung 5).

Sowohl bei ReHIS als auch bei ATHIS gaben Frauen öfter an, in den letzten 12 Monaten Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch genommen zu haben (vgl. Abbildung 6). Unter Geflüchteten sind die Geschlechterunterschiede besonders auffallend, vor allem was die Inanspruchnahme von FachärztInnen betrifft (Frauen: 50 Prozent, Männer: 33 Prozent; vgl. Abbildung 5), was unter Umständen auf Gynäkologenbesuche zurückzuführen ist. Weibliche Geflüchtete vermeldeten auch öfter psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Konsultationen als Männer (13 Prozent der Frauen versus 5 Prozent der Männer).

Abbildung 5: Inanspruchnahme einer ärztlichen und/oder therapeutischen Leistung in den letzten 12 Monaten, nach Geschlecht

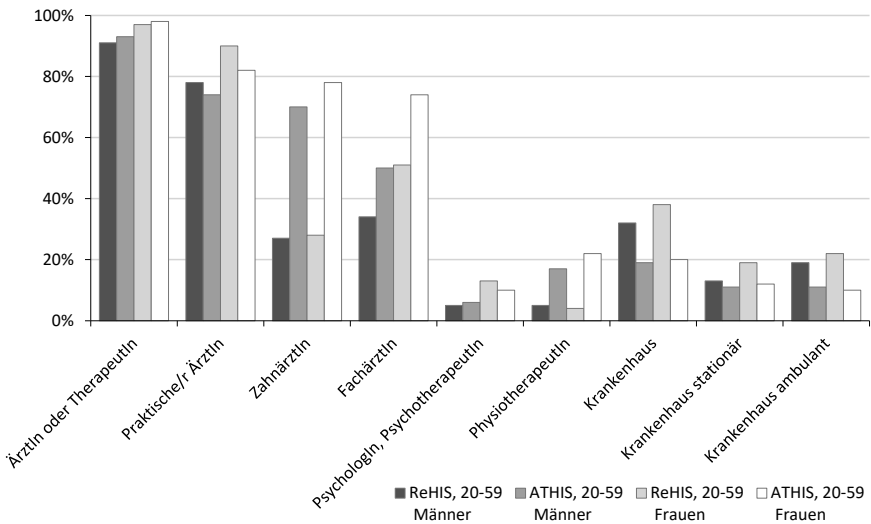


Quelle: ReHIS.

Geflüchtete besuchen weitaus seltener zahnärztliche Praxen als die durchschnittliche österreichische Bevölkerung (vgl. Abbildung 6, 27–28 Prozent gegenüber 70–78 Prozent). Im Allgemeinen wurden auch FachärztInnen von einem geringeren Anteil der Geflüchteten aufgesucht (Männer: 34 Prozent, Frauen 51 Prozent) als der ÖsterreicherIn-

nen (Männer: 50 Prozent, Frauen 74 Prozent). PhysiotherapeutInnen wurden selten von Geflüchteten, aber beträchtlich öfter von ÖsterreicherInnen konsultiert (4–5 Prozent gegenüber 17–22 Prozent). Etwa ein Drittel der ReHIS-Befragten berichtete von mindestens einem Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten, wobei ambulante Behandlungen häufiger waren (ca. 20 Prozent) als stationäre (13 Prozent). In ähnlicher Weise zeigt die ATHIS-Befragung, dass Menschen aus EU-Drittstaaten eher dazu neigen, Krankenhausambulanzen für Behandlungen aufzusuchen als in Österreich Geborene (13 Prozent versus 10 Prozent). Die vermehrten stationären Krankenhausaufenthalte von Geflüchteten könnten auch damit zusammenhängen, dass diese häufiger Ambulanzen aufsuchen und somit auch eher über Nacht im Krankenhaus aufgenommen werden können. Unter geflüchteten Frauen könnte die erhöhte Geburtenrate nach der Migration (vgl. Liebig/Tronstad 2018) ebenfalls zum vergleichsweise hohen Anteil von stationären Aufenthalten (22 Prozent) beitragen.

Abbildung 6: Inanspruchnahme einer ärztlichen und/oder therapeutischen Leistung in den letzten 12 Monaten, Vergleich ATHIS und ReHIS



Quelle: ReHIS, ATHIS 2014.

5. Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Resultate aus der ReHIS-Erhebung legen nahe, dass der Bedarf an Psychotherapie bei der Gruppe der Geflüchteten ungleich höher ist als unter der einheimischen Bevölkerung. Die Häufigkeit mittelgradiger und schwerer Angststörungen und Depressionen ist etwa doppelt so hoch. Insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 18–24 Jahren sind hoch belastet. Aufgrund der Erhebungsmodalitäten, des schwierigen

Zielgruppenzugangs und der schlussendlichen Zusammensetzung der Stichprobe (siehe oben) ist außerdem anzunehmen, dass insbesondere die vulnerabelsten Mitglieder der Zielgruppe nicht oder nur unzureichend erfasst werden konnten. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass ReHIS – ähnlich wie die Mehrheit der bevölkerungsbezogenen Befragungen (vgl. Bogic/Njoku/Priebe 2015) – die Prävalenz von Depressionen und Angststörungen unter den Geflüchteten des Herbsts 2015 unterschätzt. Hier spielen Zugänglichkeit, Mobilität, Vertrauen zwischen InterviewerIn und Befragten, aber auch kulturell bedingte Stigmatisierung von psychischen Belastungen eine Rolle (vgl. Enticott et al. 2017). Die tatsächliche Häufigkeit psychischer, insbesondere affektiver Belastungen unter Geflüchteten des Herbsts 2015 muss also in Anbetracht dieser Umstände noch höher eingeschätzt werden.

Trotz der deutlich erhöhten Häufigkeit mittelgradiger und schwerer affektiver Störungen im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung zeigen die ReHIS-Ergebnisse, dass psychotherapeutische Leistungen von Geflüchteten nur etwa gleich oft in Anspruch genommen werden wie von ÖsterreicherInnen. Dies weist auf einen ungedeckten Bedarf an therapeutischen Angeboten hin. In diesem Zusammenhang sind auch weitere Ergebnisse aus der ReHIS-Erhebung zu nennen, welche deutlich aufzeigen, dass Barrieren im Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen vor allem auf mangelnde Erreichbarkeit und unzureichendes Angebot zurückzuführen sind, was lange Wartelisten oder Terminkonflikte zur Folge hat (vgl. Kohlenberger et al. 2019a). Zwei der fünf Zugangsbarrieren, welche Befragte im Rahmen der ReHIS-Erhebung am häufigsten nannten, nämlich zeitliche Verfügbarkeit und lange Wartelisten, scheinen sich vor allem auf den Zugang zu PsychotherapeutInnen zu beziehen, da AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen in der Regel keine Wartelisten anwenden. Tatsächlich beträgt die durchschnittliche Wartezeit für Psychotherapie für Geflüchtete (mit einem/r fachkundigen DolmetscherIn vor Ort) in Österreich zwischen sechs und zwölf Monaten bei Erwachsenen. ReHIS bestätigt somit, dass lange Wartezeit eines der Haupthindernisse darstellt, warum Geflüchtete eine indizierte Behandlung (psychischer) Erkrankungen nicht in Anspruch nehmen. Wartezeiten sowie eine eingeschränkte Erreichbarkeit können außerdem dazu führen, dass Geflüchtete eher dazu neigen, bestehende gesundheitliche Probleme zu ignorieren bzw. abzuwarten und zu hoffen, dass sie sich von selbst bessern.

Die eingeschränkte Verfügbarkeit von freien Plätzen für laufende Behandlungen ist von besonderer Bedeutung bei ungedeckten psychischen Gesundheitsbedürfnissen, welche sich mit der Zeit verschlimmern können. Psychische Probleme können ein wesentliches Hemmnis für soziale, kulturelle und ökonomische Integration darstellen, wie eine Stellungnahme der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina (2018) in Deutschland konstatiert. Das zeigt sich unter anderem durch „eine hohe Abbruchquote bei Sprachkursen oder auch die Tatsache, dass viele Flüchtlinge ihren Alltag nicht aktiv gestalten können“ (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina 2018, 8). Zudem muss festgehalten werden, dass psychische Beeinträchtigungen ein höheres

Risiko für dissoziales, (auto-)aggressives Verhalten darstellen können (vgl. Collier 2014). Für geflüchtete Kinder und Jugendliche besteht außerdem die Gefahr, Vernachlässigung und/oder Aggression durch ihre psychisch belasteten Eltern zu erfahren, in Form von Ungeduld, Unverständnis oder tatsächlicher Gewalt (vgl. Rieder/Elbert 2013; Saile et al. 2014). Dadurch können Zyklen von Gewalt hervorgerufen werden, die durch epigenetische Prozesse verstärkt werden (vgl. Elbert/Schauer 2014; Ullmann et al. 2018). In ReHIS zeigt sich deutlich, dass jugendliche Geflüchtete unter 25 stärker belastet sind als ältere Kohorten, jedoch mit zunehmendem Alter der Grad der psychischen Belastung wieder ansteigt. Geflüchtete über 45 Jahren zeigen eine ähnlich starke mittelgradige bis schwere Belastung wie junge Geflüchtete.

Beide Personengruppen gilt es gezielt in den Blick zu nehmen, ebenso wie Geflüchtete afghanischer Herkunft, die stärker von psychischen Belastungen betroffen waren als Personen aus dem Irak und Syrien. Hier dürften unter anderem die speziellen Fluchterfahrungen von AfghanInnen eine Rolle spielen. Während die Erfahrungen von Geflüchteten vor und während der Flucht aus forschungsethischen Gründen nicht erfasst wurden, auch um eine potenzielle Re-Traumatisierung zu verhindern, zeigt sich deutlich, dass die Fluchtgeschichten afghanischer Staatsangehöriger tendenziell länger, fragmentierter und komplexer sind als beispielsweise jene von SyrerInnen. Andauernde Aufenthalte in Transitländern unter harschen Bedingungen sind häufig: Von den ReHIS-Befragten mit afghanischer Staatsbürgerschaft gaben 20 Prozent an, nicht in Afghanistan geboren zu sein, was Erfahrungen von sozialer Exklusion, Diskriminierung und Rechtlosigkeit zur Folge gehabt haben kann. Aber auch lange Asylantragsdauer, damit einhergehende Inaktivität und die Tatsache, dass viele AfghanInnen in Österreich nur befristeten subsidiären Schutz statt volles Asyl erhalten, können zu höheren psychischen Belastungen beitragen.

Als weitere sensible Personengruppe ist jene der geflüchteten Frauen zu nennen. Doppelt so viele Frauen (21 Prozent) wie Männer (10 Prozent) zeigten mindestens eine der beiden Störungen (Depression oder Angststörung) in mittelgradiger oder schwerer Ausprägung. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem Resultat, dass weibliche Geflüchtete dazu tendieren, ihre (körperliche) Gesundheit schlechter einzustufen – im Vergleich mit österreichischen Frauen und geflüchteten Männern: So erwähnten zwei von zehn männlichen, aber vier von zehn weiblichen Geflüchteten ungedeckte Gesundheitsbedürfnisse (vgl. Kohlenberger et al. 2019a). Einerseits bestätigen diese Ergebnisse die generelle Tendenz von Frauen, ihre eigene Gesundheit schlechter einzuschätzen als Männer, wie es auch in der österreichischen Wohnbevölkerung der Fall ist. Bei geflüchteten Frauen spielt aber auch die spezifische Altersstruktur eine Rolle, da sich viele der Befragten im gebärfähigen Alter befanden. Erste Studien zur Flüchtlingspopulation der vergangenen Jahre zeigen eine vergleichsweise hohe Geburtenrate nach Ankunft im Aufnahmeland (vgl. Liebig/Tronstadt 2018), woraus sich ein höherer gesundheitlicher Betreuungsbedarf ableiten lässt. Dementsprechend zeigt ReHIS, dass Frauen zu einem vergleichsweise

hohen Anteil von stationären Krankenaufenthalten sowie Facharztbesuchen Gebrauch machten. Im Bereich der psychischen Belastungen ist bei Frauen die Häufigkeit von mittelgradigen und schweren Angststörungen im Vergleich zu Depressionen höher, was unter anderem durch Verlusterfahrungen bedingt und verstärkt werden kann. Können Ängste nicht mehr eingedämmt werden, kann das die Anbahnung und Aufrechterhaltung zwischenmenschlicher Beziehungen beeinträchtigen, was beim Aufbau von Therapieangeboten sowie generellen Integrationsmaßnahmen durch ehrenamtliche Helfende mitbedacht werden sollte.

In Zusammenschau der vorliegenden Ergebnisse zur Prävalenz von Angststörungen und Depressionen unter Geflüchteten der rezenten Fluchtbewegung empfehlen wir dringend den Ausbau des (muttersprachlichen) Angebots an Psychotherapieplätzen in Kombination mit Psychoedukation von Geflüchteten, um Bewusstsein für psychosoziale Gesundheit zu schaffen und der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen entgegenzuwirken. Die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Flucht-, Kriegs- und/oder Foltererfahrung stellt sehr hohe Ansprüche an die sprachliche Kommunikation. Kulturelle Unterschiede, Wertvorstellungen und kulturspezifische Verarbeitungsmuster psychischer Belastungen können nicht nur die Diagnose, sondern auch die Therapie erschweren und zu hohen Abbruchquoten führen (vgl. Penka et al. 2012). Auch aus diesen Gründen sollte bei der Ausgestaltung psychotherapeutischer Dienste durch ein entsprechendes Angebot an muttersprachigen TherapeutInnen oder DolmetscherInnen auf die konkreten Bedürfnisse geflüchteter Menschen Rücksicht genommen werden. Außerdem empfehlen wir den Ausbau des niederschweligen psychosozialen Betreuungs- und Unterstützungsangebots im Rahmen bereits bestehender Integrationsangebote. Da sich Frauen, afghanische Staatsangehörige und jugendliche Geflüchtete in der ReHIS-Befragung besonders mental belastet zeigten, sollte bei der Ausweitung psychosozialer Angebote besonderes Augenmerk auf diese Zielgruppen gelegt werden, auch im Hinblick auf ihre späteren Bildungs- und Erwerbsbiografien.

Danksagung

Wir möchten uns bei Omar Abdo, Fahad Aldhamra, Yaseen Alkhalf, Saeid Eyvazi, Parastoo Fatemi, Niloufar Hakkak und Shiraz Shahoud für Übersetzungen und Unterstützung während der Feldphase bedanken. ReHIS kooperiert mit dem FIMAS+INTEGRATION Survey, der vom International Centre for Migration Policy Development (ICMPD, Roland Hosner und Veronika Bilger), dem Wiener Institut für Internationale Wirtschaftsvergleiche (wiiv) und der Karl-Franzens-Universität Graz (Renate Ortlieb) implementiert und vom Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank gefördert wurde.

Förderungen

Diese Studie wurde unterstützt von dem Österreichischen Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, dem Österreichischen Bundesministerium für Arbeit,

Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz und dem Fonds Soziales Wien (FSW) sowie aus den Mitteln „Gemeinsame Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag, eine Kooperation von österreichischer Pharmawirtschaft und Sozialversicherung“ [Förderungsnummer: 99901007700].

Bibliografie

- Abbott, Alison 2016: ‚The mental-health crisis among migrants‘, *Nature News*, Jg. 538, Nr. 7624, 158.
- American Psychiatric Association 2000: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4. Auflage, Washington.
- Bermejo, Isaac/Hölzel, Lars/Schneider, Frank 2017: ‚Transkulturelle Psychiatrie‘, in Frank Schneider (Hg.): *Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, Berlin, 605–613.
- BMI 2016: *Asylstatistik 2015*, Wien.
- BMI 2017: *Asylstatistik 2016*, Wien.
- BMI 2018: *Asylstatistik 2017*, Wien.
- Bogic, Marija/Njoku, Anthony/Priebe, Stefan 2015: ‚Long-term mental health of war-refugees: A systematic literature review‘, *BMC International Health and Human Rights*, Jg. 15, Nr. 1, 29.
- Bonanno, George A 2004: ‚Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?‘, *American Psychologist*, Jg. 59, Nr. 1, 20–28.
- Bozorgmehr, Kayvan/Mohsenpour, Amir/Saure, Daniel/Stock, Christian/Loerbroks, Adrian/Joos, Stefanie/Schneider, Christine 2016: ‚Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014)‘, *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, Jg. 59, Nr. 5, 599–620.
- Bustamante, Lineth HU/Cerqueira, Raphael O/Leclerc, Emilie/Brietzke, Elisa 2018: ‚Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: A comprehensive review‘, *Brazilian Journal of Psychiatry*, Jg. 40, Nr. 2, 220–225.
- Chen, Wen/Hall, Brian J/Ling, Li/Renzaho, Andre MN 2017: ‚Pre-migration and post-migration factors associated with mental health in humanitarian migrants in Australia and the moderation effect of post-migration stressors: Findings from the first wave data of the BNLA cohort study‘, *The Lancet Psychiatry*, Jg. 4, Nr. 3, 218–229.
- Collier, Paul 2014: *Exodus: Warum wir Einwanderung neu regeln müssen*, München.
- CSDH 2008: *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*, Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization, Geneva.
- Edmondson, Donald/Chaudoir, Stephenie R/Mills, Mary Alice/Park, Crystal L/Holub, Julie/Bartkowiak, Jennifer M 2011: ‚From shattered assumptions to weakened worldviews:

- Trauma symptoms signal anxiety buffer disruption', *Journal of Loss and Trauma*, Jg. 16, Nr. 4, 358–385.
- Elbert, Thomas/Schauer, Maggie 2014: ‚Wenn Gegenwart zur Illusion wird. Spuren belastender Lebenserfahrungen in Genom, Gehirn und Geist‘, in Onur Güntürkün/Jörg Hacker (Hg.): *Geist – Gehirn – Genom – Gesellschaft*, Stuttgart, 63–80.
- Elbert, Thomas/Wilker, Sarah/Schauer, Maggie/Neuner, Frank 2017: ‚Dissemination psychotherapeutischer Module für traumatisierte Geflüchtete. Erkenntnisse aus der Traumaarbeit in Krisen- und Kriegsregionen‘, *Der Nervenarzt*, Jg. 88, Nr. 1, 26–33.
- Enticott, Joanne C/Shawyer, Frances/Vasi, Shiva/Buck, Kimberly/Cheng, I-Hao/Russell, Grant/Kakuma, Ritsuko/Minas, Harry/Meadows, Graham 2017: ‚A systematic review of studies with a representative sample of refugees and asylum seekers living in the community for participation in mental health research‘, *BMC Medical Research Methodology*, Jg. 17, Nr. 1, 37.
- Ertl, Verena/Pfeiffer, Anett/Schauer, Elisabeth/Elbert, Thomas/Neuner, Frank 2011: ‚Community-implemented trauma therapy for former child soldiers in Northern Uganda: a randomized controlled trial‘, *Jama*, Jg. 306, Nr. 5, 503–512.
- Eurostat. (2016). *Your key to European statistics: Asylum and Managed Migration*. Abgerufen am 6. Februar 2018 unter <https://ec.europa.eu/eurostat/web/asylum-and-managed-migration/data/database>.
- Fazel, Mina/Wheeler, Jeremy/Danesh, John 2005: ‚Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review‘, *The Lancet*, Jg. 365, Nr. 9467, 1309–1314.
- Frank, Laura/Yesil-Jürgens, Rahsan/Razum, Oliver/Bozorgmehr, Kayvan/Schenk, Liane/Gilsdorf, Andreas/Rommel, Alexander/Lampert, Thomas 2017: ‚Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland‘, *Journal of Health Monitoring*, Jg. 2, Nr. 1, 25–46.
- Heeren, Martina/Wittmann, Lutz/Ehlert, Ulrike/Schnyder, Ulrich/Maier, Thomas/Müller, Julia 2014: ‚Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents‘, *Comprehensive Psychiatry*, Jg. 55, Nr. 4, 818–825.
- Hensel-Dittmann, Dorothea/Schauer, Maggie/Ruf, Martina/Catani, Claudia/Odenwald, Michael/Elbert, Thomas/Neuner, Frank 2011: ‚Treatment of traumatized victims of war and torture: A randomized controlled comparison of narrative exposure therapy and stress inoculation training‘, *Psychotherapy and psychosomatics*, Jg. 80, Nr. 6, 345–352.
- Janoff-Bulman, Ronnie 2010: *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*, New York.
- Jasinskaja-Lahti, Inga/Liebkind, Karmela/Solheim, Erling 2009: ‚To identify or not to identify? National disidentification as an alternative reaction to perceived ethnic discrimination‘, *Applied Psychology*, Jg. 58, Nr. 1, 105–128.

- Kohlenberger, Judith/Buber-Ennser, Isabella /Rengs, Bernhard/Leitner, Sebastian/Landesmann, Michael 2019a: ‚Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria: Evidence from a cross-sectional survey‘, *Health Policy*, Jg. 123, Nr. 9, 833–839.
- Kohlenberger, Judith/Buber-Ennser, Isabella/Rengs, Bernhard/Leitner, Sebastian/Landesmann, Michael 2019b: ‚Gesundheitszugang von syrischen, irakischen und afghanischen Geflüchteten in Österreich: Ergebnisse aus dem Refugee Health and Integration Survey‘, in Mathias Czaika/Lydia Rössl/Friedrich Altenburg/Anna Faustmann/Thomas Pfeffer (Hg.): *Migration & Integration 7. Dialog zwischen Politik, Wissenschaft und Praxis*. Tagungsband Dialogforum Donau-Universität Krems, Bad Vöslau, 239–259.
- Kohrt, Brandon A/Rasmussen, Andrew/Kaiser, Bonnie N/Haroz, Emily E/Maharjan, Sujen M/Mutamba, Byamah B/De Jong, Joop TVM/Hinton, Devon E 2014: ‚Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: literature review and research recommendations for global mental health epidemiology‘, *International Journal of Epidemiology*, Jg. 43, Nr. 2, 365–406.
- Laban, Cornelis J/Gernaat, Hajo B.P.E./Komproe, Ivan H/van der Tweel, Ingeborg/De Jong, Joop TVM 2005: ‚Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands‘, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Jg. 193, Nr. 12, 825–832.
- Liebig, Thomas/Tronstad, Kristian Rose 2018: ‚Dreifach benachteiligt? Ein erster Überblick über die Integration weiblicher Flüchtlinge‘, *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, Nr. 216.
- Liedl, Alexandra/Knaevelsrud, Christine 2008: ‚Chronic pain and PTSD: The Perpetual Avoidance Model and its treatment implications‘, *Torture*, Jg. 18, Nr. 2, 69–76.
- Lindert, Jutta/Wehrwein, Annette/Brähler, Elmar/Schäfer, Ingo 2018: ‚Anxiety, depression and posttraumatic stress disorder in refugees – a systematic review‘, *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, Jg. 68, Nr. 1, 22–29.
- Lolk, Mette/Byberg, Stine/Carlsson, Jessica/Norredam, Marie 2016: ‚Somatic comorbidity among migrants with posttraumatic stress disorder and depression – a prospective cohort study‘, *BMC Psychiatry*, Jg. 16, Nr. 1, 447.
- McLaughlin, AnnaMaria Aguirre /Doane, Lisa Stines/Costiuc, Alice L/Feeny, Norah C 2009: ‚Stress and resilience‘, in Sana Loue/Martha Sajatovic (Hg.): *Determinants of minority mental health and wellness*, New York, 1–16.
- Morina, Naser/Kuenburg, Alexa/Schnyder, Ulrich/Bryant, Richard A/Nickerson, Angela/Schick, Matthis 2017: ‚The association of post-traumatic and postmigration stress with pain and other somatic symptoms: An explorative analysis in traumatized refugees and asylum seekers‘, *Pain Medicine*, Jg. 19, Nr. 1, 50–59.
- Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina 2018: *Traumatisierte Flüchtlinge – schnelle Hilfe ist jetzt nötig*, Halle (Saale).

- Nickerson, A/Bryant, RA/Steel, Z/Silove, D/Brooks, R 2010: ‚The impact of fear for family on mental health in a resettled Iraqi refugee community‘, *Journal of Psychiatric Research*, Jg. 44, Nr. 4, 229–235.
- Norredam, Marie/Mygind, Anna/Krasnik, Allan 2005: ‚Access to health care for asylum seekers in the European Union – a comparative study of country policies‘, *The European Journal of Public Health*, Jg. 16, Nr. 3, 285–289.
- Paras, Molly L/Murad, Mohammad Hassan/Chen, Laura P/Goranson, Erin N/Sattler, Amelia L/Colbenson, Kristina M/Elamin, Mohamed B/Seime, Richard J/Prokop, Larry J/Zirakzadeh, Ali 2009: ‚Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: A systematic review and meta-analysis‘, *Jama*, Jg. 302, Nr. 5, 550–561.
- Penka, Simone/Schouler-Ocak, Meryam/Heinz, Andres/Kluge, Ulrike 2012: ‚Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting‘, *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Jg. 55, Nr. 9, 1168–1175.
- Priebe, Stefan/Giacco, Domenico/El-Nagib, Rawda 2016: *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: A review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region*, Health Evidence Network Synthesis Report 47, Copenhagen.
- Rieder, Heide/Elbert, Thomas 2013: ‚The relationship between organized violence, family violence and mental health: findings from a community-based survey in Muhanga, Southern Rwanda‘, *European Journal of Psychotraumatology*, Jg. 4, Nr. 1, 21329.
- Saile, Regina/Ertl, Verena/Neuner, Frank/Catani, Claudia 2014: ‚Does war contribute to family violence against children? Findings from a two-generational multi-informant study in Northern Uganda‘, *Child Abuse & Neglect*, Jg. 38, Nr. 1, 135–146.
- Siriwardhana, Chesmal/Ali, Shirwa Sheik/Roberts, Bayard/Stewart, Robert 2014: ‚A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-driven adult forced migrants‘, *Conflict and Health*, Jg. 8, Nr. 13.
- Sulaiman-Hill, Cheryl MR/Thompson, Sandra C 2012: ‚Afghan and Kurdish refugees, 8–20 years after resettlement, still experience psychological distress and challenges to well being‘, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, Jg. 36, Nr. 2, 126–134.
- Trummer, Ursula/Krasnik, Allan 2017: ‚Migrant health: The economic argument‘, *European Journal of Public Health*, Jg. 27, 590–591.
- Trummer, Ursula/Novak-Zezula, Sonja/Renner Anna-Theresa/Wilczewska, Ina 2018: ‚Cost savings through timely treatment for irregular migrants and European Union citizens without insurance‘, *European Journal of Public Health*, Jg. 28, Nr. 1.
- Turrini, Giulia/Purgato, Marianna/Ballete, Francesca/Nosè, Michela/Ostuzzi, Giovanni/Barbui, Corrado 2017: ‚Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies‘, *International Journal of Mental Health Systems*, Jg. 11, Nr. 1, 51.

- Ullmann, E./Bornstein, S. R./Lanzman, R. S./Kirschbaum, C./Sierau, S./Doehnert, M./Zimmermann, P./Kindler, H./Schauer, M./Ruf-Leuschner, M./Fegert, J. M./von Klitzing, K./Ziegenhain, U. 2018: ‚Countering posttraumatic LHPA activation in refugee mothers and their infants‘, *Molecular Psychiatry*, Jg. 23, Nr. 1, 2–5.
- Warfa, Nasir/Curtis, Sarah/Watters, Charles/Carswell, Ken/Ingleby, David/Bhui, Kamaldeep 2012: ‚Migration experiences, employment status and psychological distress among Somali immigrants: A mixed-method international study‘, *BMC Public Health*, Jg. 12, Nr. 749, 1–12.
- Yehuda, Rachel 2004: ‚Risk and resilience in posttraumatic stress disorder‘, *The Journal of clinical psychiatry*, Jg. 65, Suppl. 1, 29–36.