**Psychosoziale Gesundheit und Versorgung von Geflüchteten: Neue Forschungsperspektiven aus Österreich und Deutschland**

**Organisation**: Dr. Judith Kohlenberger (Institut für Sozialpolitik, Department Sozioökonomie, Wirtschaftsuniversität Wien)

**Moderation**: Mag. Roland Hosner (International Centre for Migration Policy Development)

**Kommentar**: Dr. Isabella Buber-Ennser (Vienna Institute for Demography, Österreichische Akademie der Wissenschaften)

Geflüchtete gelten aufgrund ihrer Erfahrungen im Heimatland, während und nach der Flucht als besonders vulnerable Population mit einer erhöhten Prävalenz für physische und psychische Erkrankungen. Wiederholte Erlebnisse von Flucht, physischer und emotionaler Gewalt, Verfolgung, Einsamkeit, starker körperlicher Belastung, Statusverlust, Ungewissheit und Verlust von Familienangehörigen können zur Entstehung von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), generalisierten Angststörungen und Depressionen führen (DGPPN 2016, Thomas & Thomas 2004, Turner et al. 2003). Schätzungen zufolge sind 25% bis 63% Prozent der Geflüchteten von psychischen, insbesondere affektiven Störungen betroffen (DGPPN 2016, Böttche et al. 2016, Schneider et al. 2017). Gleichzeitig nehmen Migrantinnen und Migranten weniger oft psychologische Präventions- und Notfallmedizin in Anspruch als die Mehrheitsbevölkerung (Kohls 2011). Bei Geflüchteten ist dieser Effekt vor allem bei präventiven Gesundheitsdiensten wie z.B. Impfungen stark ausgeprägt (Razum et al. 2008). Ein Grund dafür sind teils erhebliche sprachliche, kulturelle und andere Barrieren für die Nutzung von Gesundheitsversorgung sowie fehlendes zielgruppenspezifisches Angebot in den Aufnahmeländern (Norredam et al. 2015, Razum et al. 2008).

Ein strukturell oder kulturell beschränkter Zugang zu Gesundheitsservices im Zielland wirkt aber nicht nur negativ auf bestehende Resilienzen von Geflüchteten, sondern belastet auch die Volkswirtschaft: Unzureichende Privatsphäre, mangelnde Hygiene oder fehlende Sicherheit in der Asylantragsphase und danach können zur Verstärkung bestehender Stresssymptome führen, die später fachpsychologische und damit kostenintensive Behandlung erfordern. Die Verlagerung von der effizienten, niederschwelligen Primärversorgung auf den teureren Sekundär- und Tertiärsektor erhöht somit Direktkosten und Verwaltungsaufwand im Gesundheitssektor (Bozorgmehr & Razum 2015, Bischoff & Denhaerynck 2010).

Unzureichende, verspätete und lückenhafte Behandlung kann zudem negative Auswirkungen auf den Spracherwerb, die Arbeitsmarktpartizipation, und die körperliche Gesundheit und Lebenserwartung von Geflüchteten haben, sowie zu dissozialem Verhalten führen, z.B. durch Gewalt gegen sich selbst oder gegen andere (Collier 2014). Traumafolgestörungen können von belasteten geflüchteten Eltern mitunter durch körperliche oder emotionale Gewalt an ihre Kinder (Nandi et al. 2017) und durch epigenetische Prozesse sogar an die Enkelgeneration weitergegeben werden (Serpeloni et al. 2017). Im weiteren Sinne sind Einschränkungen der psychosozialen Gesundheit ein wesentliches Integrationshemmnis und betreffen damit nicht nur die Flüchtlingspopulation, sondern die gesamte Aufnahmegesellschaft.

Die adäquate Behandlung von traumatisierten Geflüchteten ist also zugleich ein humanitäres Gebot und Voraussetzung für die produktive Teilhabe an der Aufnahmegesellschaft, gleichwohl diese Interdependenzen noch wenig erforscht sind (Connor 2010, Rosenberger & König 2012, Ambugo & Yahirun 2016). Das eingereichte Panel setzt an dieser Forschungslücke an und widmet sich der psychosozialen Gesundheit von Geflüchteten auf Basis von neu erhobenen Primärdaten, sowie den gesetzlichen und institutionell-organisatorischen Rahmenbedingungen der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung. Der Fokus liegt dabei auf Geflüchteten aus dem mittleren Osten, die seit 2015 vermehrt in Europa Zuflucht gefunden haben. In der methodischen Diversität quantitativer und qualitativer Forschungsansätze im Panel sollen der messbare Bedarf dieser Populationsgruppe und das tatsächliche Angebot an psychosozialen Gesundheitsservices in Österreich und Deutschland beleuchtet sowie Barrieren und Versorgungslücken identifiziert werden. Dabei werden auch Politikempfehlungen für die Bereiche Migration und Gesundheit abgeleitet und auf die Frage eingegangen, welche (Regel- oder Spezial-)Angebote aus Sicht Geflüchteter für eine gerechte Teilhabe an psychosozialen Gesundheitsdiensten geschaffen werden müssen.

**Literatur:**

Ambugo, E., & Yahirun J. (2016). Remittances and risk of major depressive episode and sadness among new legal immigrants to the United States. Demographic Research. 34(8):243-58.

Bischoff, A. & Denhaerynck, K. (2010). What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. BMC Health Services Research 2010, 10:248. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/248>

Böttche, M., Stammel, N., Knaevelsrud, Ch. (2016). Psychotherapeutische Versorgung traumatisierter geflüchteter Menschen in Deutschland. Der Nervenarzt 86 (11): 1136-1143.

Collier, P. (2014). Exodus: Warum wir Einwanderung neu regeln müssen. 4. Aufl. München: Siedler

Connor, P. (2010). Explaining the refugee gap: Economic outcomes of refugees versus other immigrants, Journal of Refugee Studies, 23 (3): 377-397.

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (2016). Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern. 3/2016, Berlin.https://www.dgppn.de/fileadmin/user\_upload/\_medien/download/pdf/stellung-nahmen/2016/2016\_03\_22\_DGPPN-Positionspapier\_psychosoziale\_Versorgung\_Fluechtlinge.pdf (Zugegriffen: 23.02.2017).

Bozorgmehr, K. & Razum, O. (2015). Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994– 2013. PLoS ONE 10(7): e0131483. doi:10.1371/journal.pone.0131483.

Kohls, M. (2011). Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. BAMF Forschungsbericht 9.

Nandi, C., Elbert T., Bambonye M. et al. (2017). Predicting domestic and community violence by soldiers living in a conflict region. Psychol Trauma 9: 663-671. doi:10.1037/tra000262

Norredam, M., Mygind, A. & Krasnik, A. (2015). Access to health care for asylum seekers in the European Union—a comparative study of country policies. European Journal of Public Health, 16.3: 285–289.

Razum, O. & Bozorgmehr, K. (2016). Restricted entitlements and access to health care for refugees and immigrants: The example of Germany. Global Social Policy 1 –4. DOI: 10.1177/1468018116655267.

Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., et al. (2008). Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.

Rosenberger, S. & König, A. (2012). Welcoming the unwelcome: The politics of minimum reception standards for asylum seekers in Austria. Journal of Refugee Studies 25.4: 537-54. doi: 10.1093/jrs/fer051

Schneider, F., Bajbouj, M., Heinz, A. (2017). Psychische Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland – Modell für ein gestuftes Vorgehen. Der Nervenarzt 88 (1): 10-17.

Serpeloni, F., Radtke K., de Assis S.G., et al. (2017). Grandmaternal stress during pregnancy and DNA methylation of the third generation: an epigenome-wide association study. Translational Psychiatry 7: e1202. doi: 10.1038/tp.2017.153

Thomas, S.L. & Thomas, S.D. (2004). Displacement and health. British Medical Bulletin 69 (115-127). doi:10.1093/bmb/ldh009.

Turner, S.W., Bowie, C., Dunn, G., Shapo, L. & Yule, W. (2003). Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. The British Journal of Psychiatry 182.5: 444-8. doi: 10.1192/bjp.182.5.444.