

Blickwechsel – Migration und psychische Gesundheit

Wissenschaftlicher Bericht

Gefördert aus den Mitteln der „Gemeinsamen Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag, einer Kooperation von österreichischer Pharmawirtschaft und Sozialversicherung“

Gesundheit Österreich
Forschungs- und Planungs GmbH ● ● ●



Blickwechsel – Migration und psychische Gesundheit

Wissenschaftlicher Bericht

Autorinnen:

Marion Weigl
Sylvia Gaiswinkler

In Kooperation mit FEM Süd:

Hilde Wolf
Huberta Haider

Projektassistenz:

Bettina Engel

Wien, im Mai 2019

Gefördert aus den Mitteln der „Gemeinsamen Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag, einer Kooperation von österreichischer Pharmawirtschaft und Sozialversicherung“

Gesundheit Österreich
Forschungs- und Planungs GmbH ● ● ●



Zitiervorschlag: Weigl, Marion; Gaiswinkler, Sylvia (2019): Blickwechsel – Migration und psychische Gesundheit. Gesundheit Österreich, Wien

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund und Fragestellung

Viele Studien und Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass mit der Migration erhöhte psychosoziale Belastungen einhergehen können (insbesondere bei sozial/sozioökonomisch benachteiligten Menschen und solchen mit Fluchterfahrungen). Gleichzeitig sind damit aber oft auch vielfältige Hürden für die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung verbunden. Verlässliche einschlägige Daten fehlen für Österreich zwar, aber es kann davon ausgegangen werden, dass diese Situation und die ihr zugrunde liegenden Mechanismen mit den diesbezüglichen Verhältnissen in anderen Aufnahmeländern durchaus vergleichbar sind. Besonders wenig Wissen liegt in Bezug darauf vor, welches Verständnis Menschen mit Migrationshintergrund von psychischer Gesundheit haben. Die Studie, auf welcher der vorliegende Bericht basiert, soll zu diesem Wissen beitragen, aber auch Empfehlungen hinsichtlich Ansätzen zur Verbesserung der Situation bzw. der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote und psychosozialer Behandlung ableiten.

Methoden

Um die Fragestellung möglichst umfassend zu behandeln, wurde ein Methodenmix aus systematischer Literatursuche und qualitativer Erhebung mittels leitfadengestützter Interviews und Fokusgruppen sowohl bei Menschen mit Migrationshintergrund (und sozioökonomischer bzw. sozialer Benachteiligung) als auch bei Fachleuten gewählt. Als Herkunftsländer wurden Afghanistan, Somalia, Syrien und die Türkei gewählt, wobei Menschen aus der Türkei aufgrund ihrer langjährigen Anwesenheit in Österreich und der bei ihnen beobachteten Veränderungen in der Inanspruchnahme psychosozialer Angebote die Referenzgruppe darstellten.

Ergebnisse

Sowohl in der Literatur als auch bei der qualitativen Erhebung zeigte sich eine große Heterogenität hinsichtlich des Verständnisses psychischer Gesundheit (insbesondere der genannten Zuschreibungen und wahrgenommenen Zusammenhänge), aber auch des vorhandenen Wissens bezüglich der verfügbaren Angebote und der daraus resultierenden Bereitschaft, psychosoziale Unterstützung bzw. Behandlung in Anspruch zu nehmen. Eine Vielzahl potenzieller Hürden wurde berichtet, die z. B. die (mitgebrachten) Erfahrungen aus dem Herkunftsland sowie jene aus dem Aufnahmeland einschließt. Psychosoziale Angebote werden von Menschen mit Migrationshintergrund aber sehr wohl angenommen, wenn sie diesen bekannt und mit positiven Erfahrungen assoziiert sind, sie auf die Lebensrealität und Bedürfnisse der Betroffenen eingehen und möglichst niederschwellig zugänglich sind. Die Erfahrungen aus der türkischen Community in Österreich zeigen auch, dass im Laufe der Zeit Veränderungen eintreten und sich z. B. auch die Einstellung zu Psychotherapie ändern kann. Um dies zu fördern, ist es nicht nur wichtig, passende und niederschwellig zugängliche Angebote bereitzustellen. Es muss auch danach getrachtet werden, negative Erfahrungen zu verhindern, Gesundheitskompetenz gezielt aufzubauen sowie die Außensicht auf Menschen mit Migrationshintergrund, aber auch deren Integrationsmöglichkeiten positiv zu beeinflussen.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Es können zum Teil recht konkrete Empfehlungen abgeleitet werden, die zu einer verbesserten Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungs- und Behandlungsangeboten beitragen können. Dazu gehört zunächst ein vielseitiges Angebot, das die Heterogenität und die Veränderungen der Einstellungen und des Wissens mit zunehmender Aufenthaltsdauer bzw. im Laufe des Akkulturationsprozesses berücksichtigt. Während für Menschen mit Migrationshintergrund gezielte Maßnahmen zur Förderung ihrer Gesundheitskompetenz sinnvoll sind, benötigen Fachleute Fortbildungen in Hinblick auf kultursensibles Arbeiten. Maßnahmen auf gesellschaftlicher Ebene sollten allgemein zu einer Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, aber auch zu verbesserten Lebenssituationen und Perspektiven speziell für Menschen mit Migrationshintergrund beitragen. Dadurch könnte letztendlich die gesamte Bevölkerung profitieren. Auf Basis der Empfehlungen wurden auch ein Maßnahmenkatalog und ein Fortbildungskonzept erstellt.

Schlüsselwörter

Migration, psychische Gesundheit, Verständnis, Hürden, Inanspruchnahme, psychosoziale Versorgung

Summary

Background and Research Question

Many studies and practical experience show that migration can be accompanied by increased psychosocial burdens. At the same time, however, there are also many obstacles to the use of psychosocial support. Reliable data are lacking for Austria, but it can be assumed that this situation and the underlying mechanisms are comparable with other host countries. There is particularly little knowledge about how people with a migration background understand mental health. The study on which this report is based is intended to contribute to this knowledge, but also to derive recommendations for approaches to improving the situation or the use of psychosocial support services and treatment.

Methods

In order to address the issue as comprehensively as possible, a mix of systematic literature search and qualitative surveys by means of guideline-based interviews and focus groups was chosen, for both, people with a migration background (and socio-economic or social disadvantage) and experts. Afghanistan, Somalia, Syria and Turkey were chosen as countries of origin, with people from Turkey representing a kind of reference group.

Results

Both the literature and the qualitative survey showed a great heterogeneity in terms of the understanding of mental health (in particular the attributions and perceived connections mentioned above) but also in terms of existing knowledge of the available services and the resulting willingness to make use of psychosocial support or treatment. A large number of potential hurdles were reported, including, for example, experience gained in the country of origin and in the host country. Psychosocial services are, however, very well accepted by people with a migration background if they are familiar with them and associated with positive experiences, if they respond to the reality of life and the needs of those affected, and if they are accessible at the lowest possible level. Experiences from the Turkish community in Austria also show that changes can occur over time and, for example, attitudes towards psychotherapy can also change. In order to promote this, it is not only important to provide suitable and low-threshold accessible offers. Efforts must also be made to prevent negative experiences, to systematically build up health competence and to positively influence the perception of people with a migration background as well as to improve their integration possibilities.

Conclusion and Recommendations

Some quite concrete recommendations can be derived, which can contribute to an improved use of psychosocial support and treatment offers. These include, first of all, a varied offer that takes into account heterogeneity and changes in attitudes and knowledge as the length of stay increases and the course of the acculturation process goes on. While targeted measures to promote health competence make sense for people with a migration background, experts need further training in culturally sensitive work. Measures at the societal level should contribute to the desegregation of people with mental impairments, but also to improved life situations and perspectives, especially for people with a migration background. This could ultimately benefit the entire population. On the basis of the recommendations a concise catalogue of measures as well as a concept for a further training course were prepared.

Keywords

migration, mental health, understanding, barriers, demands, psychosocial care

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	V
Tabellen	IX
Abkürzungen.....	X
1 Einleitung	1
2 Methodik	2
2.1 Zielsetzung.....	2
2.2 Projektdesign.....	2
2.2.1 Literatursuche.....	3
2.2.2 Definition der Zielgruppen	4
2.2.3 Interviews und Fokusgruppen.....	5
3 Hintergrund.....	10
3.1 Bevölkerung mit Migrationshintergrund.....	10
3.1.1 Allgemeine Informationen zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Österreich	10
3.1.2 Informationen zu Menschen aus den ausgewählten Herkunftsländern ..	11
3.2 Migration und psychosoziale Gesundheit.....	17
3.3 Psychosoziale Unterstützung für Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich.....	20
4 Ergebnisse.....	23
4.1 Ergebnisse der Literatur	23
4.1.1 Verständnis psychischer Gesundheit.....	23
4.1.2 Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung	27
4.2 Ergebnisse aus Interviews/Fokusgruppen mit Menschen mit Migrationshintergrund	38
4.2.1 Verständnis psychischer Gesundheit.....	38
4.2.2 Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung	47
4.3 Ergebnisse aus Interviews/Fokusgruppen mit Fachleuten.....	62
4.3.1 Verständnis psychischer Gesundheit.....	62
4.3.2 Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung (Betreuung/Behandlung) durch Menschen mit Migrationshintergrund...	65
5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen	78
6 Literatur	84
Anhang 1	88
Begriffe zur Erarbeitung der Suchstrategie	88
Anhang 2	89
Suchstrategie.....	89

Anhang 3	93
Involvierte Fachleute	93
Anhang 4	94
Leitfaden für Interviews mit Menschen mit Migrationshintergrund	94
Leitfaden für Interviews mit Fachleuten	96

Tabellen

Tabelle 1: Herkunftsland der Befragten	7
Tabelle 2: Ausgewählte Charakteristika der Befragten in Prozent	8
Tabelle 3: Begriffe (Deutsch) zur Erarbeitung der Suchstrategie	88
Tabelle 4: Suchstrategie PubMed.....	89
Tabelle 5: Suchstrategie PsycINFO	91
Tabelle 6: Liste der involvierten Fachleute	93

Abkürzungen

AFYA	Verein zur interkulturellen Gesundheitsförderung
BBRZ	berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum
BMS	bedarfsorientierte Mindestsicherung
bzw.	beziehungsweise
CBT	cognitive behavioral therapy
d. h.	das heißt
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
Durchschn.	Durchschnittlich
EBSCO	EBSCO Information Services (amerikan. Unternehmen für Referenzdatenbanken)
EFTA	Europäische Freihandelsassoziation
EU	Europäische Union
FEM Süd	Frauengesundheitszentrum FEM Süd
GdB	Grad der Beeinträchtigung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GP	general practitioner (Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner)
GZ	Gesundheitsziel
IASC	International Accounting Standards Committee
Kap.	Kapitel
KJH	Kinder- und Jugendhilfe
MEN	Männergesundheitszentrum MEN
PTBS	posttraumatische Belastungsstörung
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
ReHIS	Refugee Health and Integration Survey
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
u. a.	unter anderem
u. U.	unter Umständen
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Für Menschen mit Migrationshintergrund und psychischen Belastungen gibt es zwar psychosoziale Unterstützungs- und Behandlungsangebote in Österreich, jedoch zeigen Literatur und Erfahrungen aus der Praxis, dass bestehende Angebotsformen von der Zielgruppe häufig nicht oder missverstanden in Anspruch genommen werden. Viele Hürden in diesem Bereich sind schon bekannt, auch Lösungsansätze werden erprobt bzw. vereinzelt umgesetzt. Wenig Wissen und Auseinandersetzung gibt es jedoch dahingehend, welches Verständnis psychischer Gesundheit Menschen mit Migrationshintergrund je nach ihrer Herkunft und der Dauer ihres Aufenthalts etc. überhaupt haben und welche Ansätze sich daraus zur Verbesserung ihres psychischen Wohlbefindens ableiten lassen.

Erfahrungen aus der Arbeit mit der türkischsprachigen Community zeigen, dass sich in dieser innerhalb der letzten Jahrzehnte einiges in puncto Einstellungen und Wissen bezüglich psychischer Gesundheit verändert hat. Die Inanspruchnahme von psychosozialen Diensten bis hin zu Psychotherapie scheint sich in dieser Gruppe dementsprechend verbessert zu haben. Wenn es gelingt, die dieser Entwicklung zugrunde liegenden Mechanismen zu verstehen, können eventuell auch Möglichkeiten abgeleitet werden, wie dieser Prozess gezielt forciert bzw. gesteuert werden kann.

Der vorliegende Bericht hat daher das Ziel, Wissen betreffend das Verständnis psychischer Gesundheit unter Menschen mit Migrationshintergrund sowie die potenziell hinderlichen und förderlichen Faktoren in Bezug auf ihre Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung zusammenzutragen und zur Verfügung zu stellen. Dabei sollen auch die Erfahrungen aus der türkischsprachigen Community berücksichtigt werden. Aus diesem Wissen abgeleitete Empfehlungen sollen zu einer Verbesserung der Erreichbarkeit und damit der Versorgung von Migrantinnen und Migranten, die psychischen Belastungen ausgesetzt sind, in Österreich beitragen. Werden diese Empfehlungen in der Folge bei weiterführenden Aktivitäten auch aufgegriffen, so kann durch sie letztendlich auch ein Beitrag zur Umsetzung der Gesundheitsziele Österreich geleistet werden. Die Disseminierung der Ergebnisse und die Entwicklung eines Fortbildungskonzepts sind daher ebenfalls Bestandteil dieses Projekts, das aus den Mitteln der „Gemeinsamen Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag, einer Kooperation von österreichischer Pharmawirtschaft und Sozialversicherung“ gefördert wurde.

Neben einer Literaturrecherche wurden Interviews und Fokusgruppen sowohl mit Menschen mit Migrationshintergrund als auch mit verschiedensten Fachleuten, die mit ihnen in Kontakt stehen, geführt. Die Ergebnisse und die daraus abgeleiteten Empfehlungen wurden innerhalb des Projektteams sowie mit einer Expertenrunde diskutiert und finalisiert. Das darauf aufbauende Fortbildungskonzept soll im Herbst 2019 getestet werden und Anfang 2020 zur Verfügung stehen.

Wir möchten uns bei allen recht herzlich bedanken, die uns bei der Umsetzung dieses Projekts unterstützt haben. Unser besonderer Dank gilt den Menschen, die uns für Interviews oder Fokusgruppen, aber auch zur Reflexion der Ergebnisse und Empfehlungen zur Verfügung standen, sowie jenen, die diese Interviews und Fokusgruppen durchgeführt haben.

2 Methodik

2.1 Zielsetzung

Die dem Projekt zugrunde liegende Hypothese lautet, dass Menschen mit Migrationshintergrund, die sozial isoliert, sozioökonomisch benachteiligt sind und/oder Fluchterfahrungen haben, zwar durchaus häufig psychischen Belastungen ausgesetzt sind und auch psychische Erkrankungen entwickeln, aber die verfügbaren diesbezüglichen Unterstützungsangebote häufig nicht oder mit falschen Erwartungen in Anspruch nehmen. Dies trifft zwar auch auf sozial und/oder sozioökonomisch benachteiligte Menschen ohne Migrationshintergrund zu, Migrationserfahrungen stellen jedoch oft zusätzliche Belastungen dar, die die Situation erschweren können. Aufgrund der Erfahrungen mit der türkischsprachigen Community wird angenommen, dass sich das Verständnis psychischer Gesundheit und die Inanspruchnahme entsprechender Angebote im Laufe der Zeit verändern.

Das Projekt, auf dem dieser Bericht basiert, versucht daher im Wesentlichen Antworten auf folgende Fragen zu geben:

- » Welche Ansätze und Methoden zur Verbesserung des psychischen Wohlbefindens von Menschen mit Migrationshintergrund lassen sich ableiten?
- » Welche Maßnahmen erscheinen den Zielgruppen sinnvoll und adäquat, um das Thema psychische Gesundheit anzusprechen und, wenn nötig, zu Verbesserungen beizutragen? Und wie müssen sie gestaltet sein?
- » Wie kann zu einer Entstigmatisierung in der eigenen Community beigetragen werden?
- » Wie können Fachkräfte entsprechend sensibilisiert und geschult werden?

Aus diesen Antworten abgeleitete Empfehlungen sollen in der relevanten Fachwelt disseminiert werden. Zwecks weiterer einschlägiger Sensibilisierung wird ein Fortbildungskonzept entwickelt und getestet, das Anfang 2020 zur Verfügung stehen soll.

Es ist nicht Ziel dieses Projekts, eine Prävalenzschätzung des Ausmaßes psychischer Belastungen bzw. Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund durchzuführen.

2.2 Projektdesign

Aufgrund der Zielsetzung wurde ein Methodenmix als am zweckdienlichsten angesehen, der sowohl eine systematische Literatursuche als auch qualitative Methoden (Interviews und Fokusgruppen) beinhaltet. Einbezogen wurden nicht nur Menschen aus der direkten Zielgruppe, sondern auch Fachleute, die mit ihr in Kontakt sind. Durch dieses methodische Vorgehen können Erkenntnisse aus unterschiedlichen Quellen miteinander in Bezug gesetzt und validiert werden. Damit soll gewährleistet werden, dass ein verlässliches, aber auch möglichst umfassendes Bild gezeichnet werden kann und daraus relevante Empfehlungen abgeleitet werden können.

2.2.1 Literatursuche

Zu Beginn des Projekts wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Dazu wurde zunächst eine Suchstrategie erarbeitet, in einem zweiten Schritt wurde eine zweistufige Selektion zum Einschluss der themenrelevanten Publikationen vorgenommen, die dann für den vorliegenden Bericht analysiert wurden.

Suchstrategie

In den Datenbanken PubMed und PsycINFO wurde im März und April 2018 über die Benutzeroberfläche EBSCO Host eine systematische Literatursuche durchgeführt. Dafür wurden die in Anhang 2 angeführten Suchstrategien formuliert.

In einem ersten Schritt sammelte das Projektteam anhand vorhandener Expertise und Literatur mögliche relevante Begriffe in Deutsch und Englisch, was die Basis für die Entwicklung der Suchstrategie bildete. Diese Begriffe (Deutsch und Englisch) sind in Anhang 1 gelistet.

Zur Identifizierung relevanter Literatur wurden daraufhin eine Schlagwortgruppe mit Begriffen des Themenfelds Gesundheitsverständnis, eine Schlagwortgruppe mit Begriffen in puncto Population (Migranten / Menschen mit Fluchthintergrund) sowie eine Schlagwortgruppe mit den gewünschten Herkunftsländern (z. B. Somalia, Türkei etc.) gebildet. Diese wurden mit „AND“ verknüpft, und die Literatur wurde zudem auf englisch- sowie deutschsprachige Publikationen eingeschränkt. Nach dem Ausschluss von Duplikaten lagen über beide Datenbanken hinweg 338 Treffer vor. Unter Umständen wurden durch die Verwendung sehr spezifischer Suchbegriffe manche Publikationen nicht identifiziert, die dennoch für das Thema relevant gewesen wären.

Da die Synergie mit einem anderen Projekt genutzt werden konnte, wurden in die Suchstrategie zunächst auch Publikationen eingeschlossen, die sich nicht speziell mit dem Thema psychische Gesundheit beschäftigen. Zusätzliche Literatur wurde im Laufe des Projekts im Zuge anderer Aktivitäten des Projektteams identifiziert.

Selektion der Publikationen

Bei der Erstselektion wurde anhand des Titels und des Abstracts geprüft, ob die Herkunftsländer, das Verständnis von Gesundheit und Krankheit und/oder die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen Thema waren und die Publikationen potenziell relevant waren. Nach der Erstselektion lagen 53 Artikel vor, die auf Basis des Volltextes für die beiden Projekte ein- bzw. ausgeschlossen wurden. Danach erfolgte eine Detailprüfung der Inhalte, die sich auf die Fragestellungen der beiden Projekte bezogen. In diesem Schritt wurde auch die Zuordnung der Artikel zu beiden Projekten oder nur zu einem vorgenommen.

Dabei bestätigte sich wieder einmal, dass in vielen Studien unterschiedliche Definitionen des Begriffs Migrationshintergrund verwendet werden. Dies und die Tatsache, dass sich viele Publikationen

auf Migration allgemein beziehen bzw. Menschen aus verschiedensten Herkunftsländern einschließen und die Daten oft nicht nach Herkunftsländern, Geschlechtern, Migrationsursachen, Aufenthaltsdauer, Aufenthaltsstatus oder sozioökonomischem Status getrennt ausgewertet und dargestellt werden, macht es schwierig bis unmöglich, eindeutige Aussagen über bestimmte Gruppen – wie die für diese Studie ausgewählten – zu treffen. Trotz all dieser Einschränkungen finden sich in den analysierten Studien immer wieder Hinweise darauf, dass die oben angeführten Charakteristika wichtige Einflussfaktoren sind. Darüber hinaus gibt es aber auch einander widersprechende Ergebnisse, die womöglich nicht nur auf die unterschiedlichen Herkunfts- und Aufenthaltsländer, Migrationsursachen und die unterschiedliche Aufenthaltsdauer, sondern auch auf den jeweiligen Bias aufgrund von Zugängen zu und der Erreichbarkeit von Studienteilnehmerinnen/-teilnehmern zurückzuführen sind. Eine weitere Problematik im vorliegenden Bericht besteht darin, dass sich wenige wissenschaftliche Artikel speziell mit dem Thema der psychischen Gesundheit beschäftigen und noch weniger explizit mit dem Verständnis psychischer Gesundheit. Mehr Literatur liegt in Form von Fachbüchern und speziell zum Thema Trauma vor.

Von der zum Zeitpunkt der Literaturrecherche identifizierten Literatur beschäftigten sich nur 17 Artikel explizit oder zumindest teilweise auch mit dem Thema psychische Gesundheit. In vielen Fällen handelte es sich um Studien, die in den USA oder Australien durchgeführt wurden und (auch) Menschen aus anderen (als den ausgewählten) Herkunftsländern einschlossen. Nur die erst im Frühling 2019 veröffentlichte Studie ReHIS befasste sich mit der Situation Geflüchteter in Österreich. Die Ergebnisse wurden in vielen Artikeln nicht oder nur teilweise nach Herkunftsländern sowie meist nicht für sozial/sozioökonomisch benachteiligte Personen aus diesen Gruppen getrennt dargestellt. Die Literatur gibt daher zwar erste Hinweise für die im vorliegenden Projekt definierte Zielgruppe, deutliche Unterschiede lassen sich jedoch nicht herausarbeiten. Dies mag zu einem späteren Zeitpunkt anders sein, denn der erste World Congress on Migration, Ethnicity, Race and Health, der von 17. bis 19. Mai 2018 in Edinburgh stattgefunden hat, zeigte verstärktes Interesse auch an dem Thema psychische Erkrankungen bei bzw. psychosoziale Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Viele der dort präsentierten Studien richteten den Fokus jedoch eher auf die Erhebung spezifischer Krankheitsbilder und waren zum Zeitpunkt des Kongresses (und damit der Literaturrecherche für den vorliegenden Bericht) noch nicht veröffentlicht.

Zusätzlich zur systematischen Literatursuche wurden im Laufe des Projekts 4 weitere wissenschaftliche Artikel und einige andere relevante Fachpublikationen identifiziert und eingeschlossen.

2.2.2 Definition der Zielgruppen

Auf Basis der verfügbaren Daten (vgl. auch Gaiswinkler/Weigl 2019) und einer ersten Sichtung der Literatur wurde eine endgültige Definition der **direkten Zielgruppe** vorgenommen. Bezüglich der Auswahl der direkten Zielgruppe wurden folgende Kriterien berücksichtigt:

- » Der Fokus sollte auf sozial/sozioökonomisch benachteiligten Personen in erwerbsfähigem Alter (zwischen 18 und 59 Jahren) liegen.

- » Sozial/Sozioökonomisch benachteiligt bedeutet für die vorliegende Studie: maximal Pflichtschulabschluss, arbeitslos oder Mindestsicherungsbezieher/-in (egal ob vollständig oder nur als Zuzahlung).
- » Bezüglich der Herkunftsländer wurde folgende Auswahl getroffen: Geburtsland Afghanistan, Somalia oder Syrien. Diese Auswahl wurde im Wesentlichen aufgrund der Größe dieser Bevölkerungsgruppen, der relativ kurzen Aufenthaltsdauer vieler ihrer Vertreter/-innen in Österreich und der dadurch bestehenden Wissenslücken vollzogen. Menschen mit Geburtsland Türkei und langjährigem Aufenthalt wurden als Referenzgruppe ausgewählt.
- » Da aufgrund des vorliegenden Wissens von einer heterogenen Gruppe ausgegangen wurde, sollte auch danach getrachtet werden, eine möglichst große Diversität bei den Teilnehmenden abzudecken: hinsichtlich Alter, Lebensumständen, Familiensituation, Migrationsgrund (z. B. mit/ohne Fluchthintergrund, Familienzusammenführung etc.), Religiosität, Lebenseinstellungen.
- » Der Fokus sollte nicht auf Asylwerberinnen/-werbern liegen, die aber auch nicht explizit ausgeschlossen wurden.

Als **indirekte Zielgruppe** wurden Personen definiert, die mit der direkten Zielgruppe aus beruflichen Gründen in Kontakt sind, und zwar auf eine Art und Weise, die es erlaubt, einen genaueren Einblick in die Lebenssituation und das Befinden der Menschen mit Migrationshintergrund zu erhalten.

2.2.3 Interviews und Fokusgruppen

2.2.3.1 Einbindung von Vertreterinnen und Vertretern der direkten Zielgruppe

Das Ziel der Befragung von Menschen mit Migrationshintergrund war es, die Vielfalt von deren Einstellungen, Haltungen, Erfahrungen, Barrieren und Verbesserungsvorschlägen zu erfassen, um daraus passende Empfehlungen ableiten zu können. Auf Basis von Informationen aus der Literatur sowie von Praxiserfahrungen wurden folgende **Entscheidungen zur Vorgangsweise** getroffen:

- » Mit Menschen mit Migrationshintergrund wurden leitfadengestützte Interviews in der jeweiligen Muttersprache (oder auf Deutsch) durchgeführt, die darauf abzielten, ihr Verständnis psychischer Gesundheit und ihre Erfahrungen bzw. solche aus ihrem jeweiligen Bekanntenkreis zu erfragen.
- » Fokusgruppen wurden dafür genutzt, die in den Interviews erwähnten Themen zu vertiefen.
- » Der Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund wurde über die Angebote von FEM Süd und MEN (Frauen- bzw. Männergesundheitszentrum in Wien) gewählt, da deren Angebote von der gewählten Zielgruppe gut in Anspruch genommen werden und dort mehrsprachiges Personal für muttersprachliche Interviews und Fokusgruppen zur Verfügung stand.
- » Es wurden auch Menschen rekrutiert, die nicht selbst dem Beratungssetting von FEM Süd zugehören, sondern z. B. über Klientinnen/Klienten angesprochen wurden.
- » Die Interviews und Fokusgruppen mit Menschen mit Migrationshintergrund wurden transkribiert und übersetzt.

Im Rahmen der **Organisation** der Interviews und Fokusgruppen zeigte sich, dass wesentlich mehr (doppelt bis dreifach so viele) Menschen angerufen und angesprochen werden mussten als letztendlich befragt werden konnten, um auf eine ausreichende Anzahl von Teilnehmerinnen/Teilnehmern zu kommen. Vor allem Männer waren schwer zu motivieren, bzw. zeigten sie sich sehr skeptisch. Es musste viel nachtelefoniert werden. Die Frage nach der Sicherstellung der Anonymität war besonders relevant. Die Menschen waren, wie sich herausstellte, häufig eher zu einem Interview im Anschluss an ein bereits geplantes Beratungsgespräch bereit als dazu, einen separaten Interviewtermin zu vereinbaren. Die Aufwandsentschädigung trug wesentlich zur Motivation bei.

Bei der Kontaktaufnahme mit Menschen mit Migrationshintergrund durch die Mitarbeiter/-innen von FEM Süd wurden letztendlich das Kriterium „sozial/sozioökonomisch benachteiligt“, die Abdeckung eines möglichst breiten Altersspektrums der Befragten sowie deren Ausgewogenheit in puncto Geschlecht als prioritär angesehen. Dies ließ sich auch gut verwirklichen. Dennoch ergaben sich in der Umsetzung der Interviews und Fokusgruppen einige Hindernisse, die letztendlich zu einer **Abweichung von der geplanten Herangehensweise** führten:

- » Der Zugang über muttersprachliche Angebote bzw. Mitarbeiter/-innen führte im Fall der arabischsprachigen Migrantinnen/Migranten dazu, dass diese Gruppe nicht wie gewünscht auf das Herkunftsland Syrien beschränkt werden konnte. Dies hat v. a. damit zu tun, dass für die Mitarbeiter/-innen nicht das Herkunftsland der Migrantinnen/Migranten im Fokus ihrer Aufmerksamkeit steht, sondern deren Sprache. Daher war diese Gruppe hinsichtlich der Herkunftsländer gemischt: Es wurden Menschen aus Ägypten, dem Irak, Marokko, dem Sudan und Syrien befragt.
- » Auch der Asylstatus lag für die Mitarbeiter/-innen nicht im Zentrum ihres Interesses, so dass auch Menschen befragt wurden, deren Asylverfahren noch nicht abgeschlossen ist.
- » Da der Zugang von FEM Süd zu Menschen aus Afghanistan noch nicht so gut etabliert ist, übernahm, um die gewünschte Anzahl von Interviews zu erhalten, die Rekrutierung in diesem Fall teilweise auch die GÖG. Aufgrund der damit verbundenen zeitlichen Verzögerung musste dabei jedoch auf eine ergänzende Fokusgruppe verzichtet werden.
- » Frauen und Männer aus Somalia konnten zwar für Interviews gewonnen werden, es zeigte sich jedoch, dass ihrerseits eine gemischtgeschlechtliche Fokusgruppe nicht gewünscht war. Es wurden daher nur Frauen zur ergänzenden Fokusgruppe eingeladen.

Im Rahmen der **Durchführung der Interviews und Fokusgruppen** stellte sich auch heraus, dass die Fragestellung betreffend das Verständnis psychischer Gesundheit sehr viel Erklärung vonseiten der Interviewerinnen benötigte. Auch die zum Teil noch starke Stigmatisierung des Themas war manchmal eine Hürde. So gibt es z. B. in manchen Sprachen keinen eigenen Begriff für „psychische Gesundheit“ und somit auch wenig Vorstellung von „psychisch gesund“ bzw. „psychisch nicht gesund“ (vgl. auch Kap. 4). Die Erklärungen der Interviewerinnen wurden dann aber zum Teil von den Befragten in ihren Antworten übernommen. Manche tendierten auch dazu, sehr knapp zu antworten, andere wiederum benötigten eine Bestätigung dafür, dass sie eine „gute Antwort“ gegeben bzw. „nichts Falsches“ gesagt haben. Jenen, die bereits im Beratungssetting angedockt hatten, fiel es wesentlich leichter, über das Thema zu reden. Für viele war es jedoch ungewohnt, über ihre eigenen Gefühle und Ängste zu sprechen. In den Fokusgruppen ist es dennoch gut gelungen, eine Diskussion anzustoßen. Zum Teil fiel diese auch sehr dynamisch und emotional aus und war

„kaum zu bremsen“ (mit Nebendiskussionen). Zum Teil gab es aber auch in diesen Gruppen eher indirekte und ausweichende Antworten.

Eine Reflexion der Interviews und Fokusgruppen mit den durchführenden Mitarbeiterinnen erfolgte im Oktober 2018 und im Februar 2019.

Letztendlich konnten im Zeitraum zwischen Juli 2018 und Jänner 2019 54 Menschen mit Migrationshintergrund befragt werden. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Teilnehmer/-innen.

Tabelle 1:
Herkunftsland der Befragten

Herkunftsland der Befragten	Anteil an allen Befragten in %	Anteil der Frauen in dieser Gruppe in %	Anteil der Männer in dieser Gruppe in %	Durchschnittl. Alter in Jahren	Durchschnittl. Aufenthaltsdauer in Österreich in Jahren
Türkei	35	68	32	49	32
Somalia	26	79	21	36	6
Afghanistan	11	67	33	26	5
arabischsprachige Gruppe	28	67	33	44	15

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Die Angaben zu Bildungsstatus und Erwerbssituation waren teilweise lückenhaft, bzw. wurden die entsprechenden Fragen ausweichend beantwortet. Tabelle 2 zeigt, dass es über FEM Süd durchaus gelungen ist, Menschen zu erreichen, die aufgrund ihrer Lebenssituation sozioökonomisch oder sozial benachteiligt sind. Rund zwei Drittel der Befragten sind verheiratet, rund ein Drittel ist ledig, geschieden oder verwitwet. Eine Genossenschaftswohnung (19 %) wurde nur von jenen Menschen als Wohnsitz angegeben, die einen türkischen Migrationshintergrund aufweisen. Die Anzahl der Personen, die mit den Befragten in einer Wohnung (ausgenommen WG oder Heim) leben, schwankt zwischen einer und acht Personen.

Tabelle 2:
Ausgewählte Charakteristika der Befragten in Prozent

	Anteil an Befragten mit gültiger Antwort in %
Ausbildung	
keine oder max. Pflichtschule	64
mittlere/höhere Ausbildung	36
Erwerbsstatus	
erwerbstätig/Karenz/Pension	29
erwerbslos/BMS/Grundversorgung	71
Aufenthaltsstatus	
unbefristet (österreichische Staatsbürgerschaft, Daueraufenthalt, Visum, Asyl)	70
befristet (Visum, subsidiärer Schutz, Asylwerber/-in)	30
Familienstand	
verheiratet	65
ledig/geschieden/verwitwet	35
Wohnsituation	
Mietwohnung	39
Gemeindewohnung	26
Genossenschaftswohnung	19
WG/Heim	11

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

2.2.3.2 Einbindung von Vertreterinnen und Vertretern der indirekten Zielgruppe

Auf Basis von Informationen aus der Literatur sowie von Praxiserfahrungen wurden bezüglich der Berücksichtigung von Erfahrungen von Fachleuten aus deren Arbeit mit Menschen der direkten Zielgruppe folgende **Entscheidungen zur Vorgangsweise** getroffen:

- » Um relevante Fachleute zu identifizieren, griff das Projektteam zunächst auf bestehende Vernetzungen zurück, um möglichst viele verschiedene Bereiche, Berufsgruppen und Zugänge abdecken zu können. Anschließend wurde über diese Kontakte versucht, relevante Lücken zu schließen.
- » Es wurden auch mit diesen Fachleuten leitfadengestützte Interviews und eine Fokusgruppe durchgeführt.
- » Ergebnisprotokolle der Interviews und der Fokusgruppe wurden erstellt.
- » Eine weitere Einbindung von Fachleuten erfolgte sowohl im Rahmen einer Kleingruppe zur Ableitung von Empfehlungen als auch im Rahmen eines Workshops zur Diskussion von Ergebnissen und Empfehlungen.

- » Es wurde darauf geachtet, nicht die gleichen Mitarbeiter/-innen von MEN und FEM Süd sowohl in die Durchführung der Interviews und Fokusgruppen mit der direkten Zielgruppe als auch als Fachleute einzubinden.

Auch bei der **Organisation** der Interviews und der Fokusgruppe mit Fachleuten mussten deutlich mehr Menschen und Institutionen angesprochen werden als tatsächlich befragt werden konnten, um die geplante Anzahl von Teilnehmenden zu erreichen. Die Nutzung bestehender persönlicher Kontakte hat sich dabei sehr bewährt. In manchen Fällen war ein Top-down-Prozess notwendig bzw. wurde die Anfrage innerhalb einer Institution weitergeleitet und wurden Kolleginnen/Kollegen empfohlen. Zusätzlich war die persönliche Betroffenheit bzw. das persönliche Interesse am Thema eine Motivation für die Teilnahme.

Die **Durchführung** dieser Interviews und der Fokusgruppe gelang wie geplant, sie fanden im Zeitraum von Oktober 2018 bis Jänner 2019 statt. Die Kleingruppe zur Ableitung von Empfehlungen fand im April 2019, der Workshop zur Diskussion von Ergebnissen und Empfehlungen im Mai 2019 statt. Von den angefragten 24 Fachleuten konnte mit neun Personen ein Interview geführt werden und haben acht Personen an einer Fokusgruppe teilgenommen (eine Person nahm sowohl an einem Interview als auch an der Fokusgruppe teil). Weitere Fachleute wurden über die Kleingruppe bzw. den Workshop eingebunden. Die Teilnehmer/-innen deckten folgende Berufsgruppen bzw. Arbeitsbereiche ab (vgl. auch Tabelle 6 im Anhang 3):

- » Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie
- » Sie arbeiten im stationären Bereich, im ambulanten Bereich bzw. im Beratungssetting (Sozialmedizin, Flüchtlingsbereich oder Arbeitsmarktservice), aber auch aufsuchend.

3 Hintergrund

In diesem Kapitel soll auf die wichtigsten Daten, Rahmenbedingungen und Erkenntnisse eingegangen werden, die den Kontext für die Studie sowie für deren Ergebnisse und Empfehlungen bilden.

3.1 Bevölkerung mit Migrationshintergrund

3.1.1 Allgemeine Informationen zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Österreich

Laut Statistik Austria (2017) hatten im Jahr 2016 22 Prozent der Bevölkerung in Österreich Migrationshintergrund (1. und 2. Generation¹). Rund 174.300 Personen wanderten im Jahr 2016 neu zu, und rund 15 Prozent der in Österreich Ansässigen hatten Anfang 2017 eine andere als die österreichische Staatsbürgerschaft. Diese Bevölkerungsgruppe ist sehr vielfältig: Die Menschen kommen aus vielerlei Herkunftsländern, aufgrund verschiedenartiger Motive sowie mit den unterschiedlichsten Vorstellungen und Möglichkeiten nach Österreich, um hier – kurz- oder langfristig – zu leben.

Das Motiv für Migration liegt meist in einer Verbesserung der eigenen Lebenssituation, unabhängig davon, ob diese im Herkunftsland durch Unzufriedenheit mit mangelnden Ressourcen und Möglichkeiten (hinsichtlich Ausbildung, Erwerbstätigkeit, sozialen Aufstiegs oder medizinischer Behandlung) oder durch Verfolgung und Krieg geprägt ist. Weitere Gründe stellen die Familienzusammenführung bzw. – v. a. im Ausbildungskontext bzw. bei eher kurzen Aufenthalten – der Wunsch nach anderen Erfahrungen und Kontakten (z. B. Au-pair, Schüleraustausch, Studierende, Forscher/-innen) dar.

In Bezug auf die Möglichkeiten und Rahmenbedingungen im Aufnahmeland (in diesem Fall Österreich) ist wiederum relevant, aus welchem Herkunftsland eine Person zuwandert (EU-Raum, EFTA-Staat oder Drittstaat) und welchen Aufenthaltstitel sie erhält. Dieser kann zeitlich befristet oder unbefristet sein sowie die zugewanderte Person Inländerinnen und Inländern vollkommen oder nur teilweise gleichstellen. Mit Stichtag 1. 1. 2017 kam rund die Hälfte der ausländischen Bevölkerung aus einem Drittstaat, davon hatten 42 % einen Titel für einen unbefristeten Daueraufenthalt, und 21 % waren zur befristeten Niederlassung berechtigt, 4 % nur für einen vorübergehenden Aufenthalt. 11 % waren Asylwerber/-innen, und 21 % waren Saisoniers, subsidiär Schutzberechtigte etc.

Bezüglich des Bildungsstands weisen Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich einerseits einen sehr hohen Akademikeranteil auf (20 % der Zugewanderten gegenüber 17 % der Menschen

1

Das heißt, diese Menschen sind entweder selbst im Ausland geboren und nach Österreich gezogen, oder der Geburtsort ihrer Eltern liegt im Ausland.

ohne Migrationshintergrund), andererseits aber auch einen hohen Anteil an Personen mit maximal Pflichtschulabschluss (27 % gegenüber 11 % der Menschen ohne Migrationshintergrund).

Welche Variable am besten geeignet ist, einen Migrationshintergrund abzubilden und damit in Zusammenhang stehende Einflüsse sichtbar zu machen, wird immer wieder diskutiert. Auch in einem für die vorliegende Studie geführten Interview wurde angesprochen, dass nicht nur nach Herkunftsland, sondern auch nach ethnischer Gruppe unterschieden werden müsste. Wie auch in Gaiswinkler/Weigl (2019) erwähnt, eignet sich das Geburtsland aber durchaus, um Zusammenhänge herstellen zu können. Kohlenberger (2019) stellte sogar fest, dass – zumindest in Bezug auf die selbsteingeschätzte Gesundheit – die Nationalität eine relevantere Variable darstellt als das formale Bildungsniveau.

3.1.2 Informationen zu Menschen aus den ausgewählten Herkunftsländern

Für die Auswahl der direkten Zielgruppe, die in der vorliegenden Studie untersucht werden soll, wurden einerseits Daten der Statistik Austria betreffend Zuwanderung nach Österreich herangezogen (vgl. auch Gaiswinkler/Weigl 2019) und wurde andererseits verfügbare Literatur gesichtet. Im Folgenden soll auf einige Aspekte eingegangen werden, die nicht nur für die Auswahl der Herkunftsländer (Afghanistan, Somalia, Syrien und Türkei) herangezogen wurden, sondern auch als Hintergrundinformation als relevant erachtet wurden.

Es muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass bei der Auswahl der arabischsprachigen Interviewpartner/-innen die Beschränkung auf Menschen aus Syrien nicht möglich war (vgl. Kap. 2). Dennoch soll entsprechend dem ursprünglichen Konzept auf die ausgewählten Herkunftsländer kurz eingegangen werden, um beispielhaft aufzuzeigen, aus welchen Kontexten, Systemen und mit welchen „Rucksäcken“ Menschen nach Österreich kommen und dass deren sozioökonomische und soziale Belastung oft hoch ist. Bei Menschen aus Syrien stellt sich die Situation etwas anders dar.

3.1.2.1 Menschen mit syrischem Migrationshintergrund

Menschen mit syrischem Migrationshintergrund stellen insofern eine relevante Zuwanderergruppe für Österreich dar, als seit 2014 die meisten Asylanerkennungen² auf diese Gruppe entfallen (2016: 15.528; (Bäärnhielm/Ekblad 2000; Statistik Austria 2017)). Bei den Asylwerberinnen/-werbern lagen sie 2016 an zweiter Stelle (8.773). Mit Stichtag 1. 1. 2018 hatten laut Statistik Austria (2019) 48.103 der in Österreich lebenden Personen die syrische Staatsangehörigkeit.

2

Da Asylverfahren häufig über einen längeren Zeitraum andauern, erfolgen die Asylanerkennungen eines Jahres nicht unbedingt für Asylanträge, die im selben Jahr gestellt wurden, sondern eher bzw. auch für Asylanträge aus dem Vorjahr bzw. den Vorjahren.

Hinsichtlich **Hintergrundinformation zu Syrien** kann auf Hassan et al. (2015) zurückgegriffen werden. Die Autoren beschreiben die syrische Bevölkerung als sehr divers hinsichtlich sozialer, sozio-ökonomischer, ethnischer und religiöser Hintergründe, was sich zusammen mit dem Alter und Geschlecht auf die Beziehungen (Familie und Gemeinde), aber auch das Verständnis von Gesundheit und Krankheit auswirkt und Bewältigungsstrategien sowie die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten prägt. Für die individuelle Identität, aber auch das Zugehörigkeitsgefühl gegenüber einer Gruppe sind Religion, die ethnische und Stammeszugehörigkeit relevant. Dadurch werden aber auch Grenzen gezogen und Unterschiede betont, was wiederum für die psychische Gesundheit eine Herausforderung sein kann. Syrer werden meist als Araber bezeichnet, was sich jedoch nur auf die gesprochene Sprache bezieht. Die Bevölkerung bestand – vor dem aktuellen Krieg – zu ca. neun Prozent aus Kurden, gefolgt von Turkmenen, Assyern, Tscherkessen und Armeniern plus weiteren zahlreichen Minderheiten (inklusive arabischsprechender Beduinen). Die Mehrheit der Bevölkerung war zu den Sunniten zu zählen, darüber hinaus gibt es weitere muslimische Gruppen sowie Christen etc. Hassan et al. (2015) betonen, dass geflüchtete Menschen aus Syrien den Aufnahmeländern ein substantiell positives Human- und Sozialkapital bringen, das jedoch unter den derzeitigen Bedingungen nicht genutzt wird.

Auch Bajbouj et al. (2018) beschreiben die hohe Diversität der syrischen Bevölkerung, und zwar sowohl hinsichtlich der Religionszugehörigkeit als auch des Bildungsniveaus (das im Vergleich zu anderen Ländern des Nahen Ostens relativ hoch ist, aber deutliche Genderunterschiede und Unterschiede zwischen ländlicher und städtischer Bevölkerung aufweist). Zusätzlich weist Syrien eine recht junge Altersstruktur auf (die Mehrheit ist unter 24 Jahre alt). Diese Diversität gilt auch für Menschen mit syrischem Migrationshintergrund in Deutschland, wohin über einen langen Zeitraum vorwiegend Syrer/-innen mit Hochschulabschluss aus politischen Gründen ausgewandert sind. Seit Beginn des Bürgerkriegs wandern vermehrt Menschen aus anderen Gründen (Gewalterfahrungen durch Krieg, politisch/religiös motivierte Diskriminierung, multiple ethnische Konflikte, zunehmende Armut und Arbeitslosigkeit) und mit anderem soziokulturellem Kapital nach Europa ein. Dies waren zunächst oft junge männliche Familienmitglieder, die erst später ihre Familien nachholen wollten, aber auch Menschen, die bereits familiäre Verbindungen nach Deutschland hatten. Infolge des Familiennachzugs nahm der Anteil der Frauen und Kinder mit syrischem Migrationshintergrund zu. Bei den neu zugewanderten Menschen mit syrischem Migrationshintergrund liegen multiple Risikofaktoren bzw. Belastungen vor, so dass sowohl bestehende als auch neue psychische Störungen auftreten können. Eine höhere Wahrscheinlichkeit, von psychosozialen Problemen betroffen zu sein, haben Menschen mit mehrfacher Traumatisierung (z. B. Folteropfer), Minderjährige und ältere Geflüchtete mit körperlichen Erkrankungen.

Informationen zu den **aus Syrien nach Österreich zugewanderten Menschen** bietet die DIPAS-Studie (Buber-Ennser et al. 2016), für die im Jahr 2015 gerade erst in Österreich angekommene geflüchtete Personen interviewt wurden. 36 Prozent der Interviewten hatten die syrische Staatsbürgerschaft. Von diesen besaßen 87 Prozent vor der Flucht Haus- oder Wohnungseigentum. Im Vergleich zu Migrantinnen/Migranten aus anderen Herkunftsländern war bei den Syrerinnen/Syrern der Anteil der über 45 Jahre alten Personen am höchsten. Auch der Anteil an Verheirateten war in dieser Gruppe am höchsten (42 %). Der Anteil von Personen ohne oder mit nur wenigen Jahren schulische Bildung lag bei den Syrerinnen/Syrern nur bei sieben Prozent, eine höhere Bildung gaben 27 Prozent von ihnen an. 53 Prozent der Syrer/-innen haben zumindest eine höhere Sekundarbildung.

Dies entspricht auch den Ergebnissen einer AMS-Studie, nach der 55 Prozent von ihnen einen höheren Sekundarschul- oder postsekundären Abschluss haben. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in Syrien waren die befragten Syrer/-innen damit höher gebildet. Zusätzlich gaben 54 Prozent der Syrer/-innen an, neben der Muttersprache auch eine weitere Sprache zu sprechen. Die Mehrheit der befragten Syrer/-innen ist mit der Kernfamilie geflüchtet.

Von den für die vorliegende Studie befragten Fachleuten wurde eingebracht, dass in Syrien seit 7 Jahren Krieg herrscht, wodurch auch junge Menschen oft noch in halbwegs friedlichem Umfeld aufwachsen konnten. Das hohe Bildungsniveau hat ihrer Meinung nach auch ein entsprechendes Wissen über die Psyche zur Folge. Außerdem wird vermutet, dass in Syrien – vor dem Krieg – eine andere Versorgungslage bestand als in Ländern wie Afghanistan und Somalia und dass Psychotherapie in Syrien eher bekannt ist als in diesen Ländern.

3.1.2.2 Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund

Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund stellen insofern eine relevante Zuwanderergruppe für Österreich dar, als seit 2014 die zweitmeisten Asylanerkennungen auf diese Gruppe entfallen (2016: 1.756, (Statistik Austria 2017)). Bezüglich subsidiären Schutzes stellen sie die größte Gruppe dar (2016: 1.693). Bei den Asylwerberinnen/-werbern lagen sie 2016 an erster Stelle (11.794). Am 1. 1. 2018 hatten laut Statistik Austria (2019) 45.724 der in Österreich lebenden Personen die afghanische Staatsangehörigkeit.

Hinsichtlich **Hintergrundinformation zu Afghanistan** kann auch auf Bajbouj et al. (2018) verwiesen werden. Demnach hat Afghanistan eine sehr junge Altersstruktur (rund die Hälfte ist unter 15 Jahre alt), mit großen Unterschieden zwischen der ländlichen und städtischen Bevölkerung hinsichtlich Bildungsniveau und der Bedeutung traditioneller Werte und Strukturen. Religion und Tradition wird eine wichtige Rolle als Identitätsfaktoren für die Mehrheit der Bevölkerung zugeschrieben, was auf die unsichere politische Situation (seit 40 Jahren Krieg) und die damit verbundenen traumatischen Erfahrungen zurückgeführt wird. Auch aus Afghanistan sind in den frühen 90er-Jahren, aber auch danach sehr viele Menschen mit hohem Bildungsniveau ausgewandert. Seit 2011 waren es jedoch zunehmend junge Männer aus ländlichen Gebieten, die z. B. von den Taliban rekrutiert werden sollten und häufig keine Schulbildung mitbringen. Die Erwartungen der Familien hinsichtlich finanzieller oder anderer Unterstützung sind sehr hoch, was – gemeinsam mit den schwierigen Rahmenbedingungen in Europa und den unter Umständen erlebten Anpassungsschwierigkeiten – zu einer psychisch sehr belastenden Situation beiträgt. Bei diesen neu zugewanderten Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund bestehen daher ebenfalls multiple Risikofaktoren bzw. Belastungen, die zu psychischen und somatischen Symptomen, aber auch zu sozialer Isolation, Wertekonflikten und Identitätskrisen führen können.

Informationen zu den **aus Afghanistan nach Österreich zugewanderten Menschen** bietet ebenfalls die DIPAS-Studie (Buber-Ennser et al. 2016). 16 Prozent der dabei Interviewten hatten die afghanische Staatsbürgerschaft. Von diesen besaßen 67 Prozent vor der Flucht Haus- oder Wohnungseigentum. Bei den afghanischen Staatsbürgerinnen/-bürgern war der Anteil der Kinder unter 16

Jahren höher (37 %) als bei anderen Gruppen. Der Anteil von Personen ohne oder mit nur wenigen Jahren schulische Bildung lag bei den Afghaninnen/Afghanen bei 25 Prozent, eine höhere Bildung gaben nur zehn Prozent von ihnen an. 30 Prozent haben zumindest eine höhere Sekundarbildung. Dies entspricht auch den Ergebnissen einer AMS-Studie, nach der 24 bzw. 29 Prozent der Afghaninnen/Afghanen einen höheren Sekundarschul- oder postsekundären Abschluss haben. Auch die afghanischen Befragten sind im Vergleich zur Gesamtbevölkerung im Herkunftsland höher gebildet. 41 Prozent von ihnen gaben an, zusätzlich zur Muttersprache eine weitere Sprache zu sprechen.

Von den für die vorliegende Studie befragten Fachleuten wurde eingebracht, dass in Afghanistan seit 40 Jahren Krieg herrscht, was ihrer Meinung nach dazu geführt hat, dass die Gesellschaft von Gewalt geprägt ist, was sich auch in den Familien widerspiegelt. Es wird von mittlerweile zwei verlorenen Generationen gesprochen: mit wenig Bildung, insgesamt aber auch speziell geringem Wissen in Bezug auf die Psyche. In Kombination mit der vorherrschenden Interpretation des Islam scheinen glaubens- bzw. traditionsgeprägte Vorstellungen unter den Afghaninnen/Afghanen sehr stark verankert zu sein. Es wird auch vermutet, dass in Afghanistan die Grundversorgung das größte Problem ist und daher Psychotherapie oder andere Angebote nicht existieren und daher nicht bekannt sind. Bei der medikamentösen Behandlung ist das zwar schon der Fall, sie wird aber eher nur bei massiven Auffälligkeiten angewandt.

3.1.2.3 Menschen mit somalischem Migrationshintergrund

Am 1. 1. 2018 hatten laut Statistik Austria (2019) 6.206 der in Österreich lebenden Personen die somalische Staatsangehörigkeit. Im Jahr 2016 suchten 1.537 Personen aus Somalia um Asyl an, wobei der Rückgang gegenüber dem Vorjahr (2015: 2.073) deutlich geringer war als bei den Antragstellern aus Afghanistan und Syrien (Statistik Austria 2017). 46 Prozent der Asylanträge von Somalierinnen/Somaliern wurden im Jahr 2016 positiv entschieden, 384 Somalierinnen/Somalier erhielten subsidiären Schutz.

Hinsichtlich **Hintergrundinformation zu Somalia** kann nur sehr eingeschränkt auf Bajbouj et al. (2018) zurückgegriffen werden, da sich die Autoren vor allem auf den Raum Westafrika beziehen. Sie beschreiben Menschen mit westafrikanischem Migrationshintergrund als sehr heterogen – v. a. auch was den Grund für die Migration betrifft (Studium, Arbeitssuche, Heirat, Asylwerber/-in). Gemeinsam ist ihnen aber, dass viele Westafrikaner/-innen Anhänger/-innen indigener Religionen sind, wenngleich in einigen Regionen die Mehrheit der Bevölkerung dem Islam angehört und auch das Christentum zunimmt. Relevant sind die traditionellen Lebensabschnitte, die eng mit Orakeln und Ritualen verknüpft sind, deren Fehlen zu psychischen Störungen führen kann. Inwiefern diese Beschreibung auch für Menschen aus Somalia zutrifft, ist unklar.

Eine Studie des Schweizerischen Bundesamts für Migration (Eyer/Schweizer 2010) gibt Auskunft über die Situation der aus Somalia und Eritrea in die Schweiz zugewanderten Bevölkerung. Demnach kamen früher vor allem gebildete und wohlhabende Menschen aus Somalia in die Schweiz, die mit dem damaligen Regime unzufrieden waren. Seit 2006 kommen hingegen Menschen aufgrund des Bürgerkriegs, die oft keine oder nur mehr eine geringe Schulbildung aufweisen und

zwischen 18 und 30 Jahre alt sind. Der Anteil der Männer überwiegt in dieser Gruppe leicht. Die Autoren zitieren Angaben der UNESCO, nach denen die Alphabetisierungsrate in Somalia bei Erwachsenen unter 30 Prozent liegt, die Einschulungsquote der Kinder lag 2004 je nach Geschlecht bei 13 bzw. sieben Prozent (männlich bzw. weiblich). Auch in der Schweiz liegt der Bildungsstand der Migrantinnen/Migranten unter jenem der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Nur 12 Prozent der Somalier/-innen in der Schweiz haben einen Universitätsabschluss oder eine andere höhere Ausbildung. Fast alle Somalier/-innen sind laut den Autorinnen/Autoren als Asylwerber/-innen in die Schweiz gekommen, wobei für jene „Neuankömmlinge“, die erst ab 2006 zugewandert sind, die Arbeitsmarktintegration am schwierigsten ist. Neben Arbeitsmarktbeschränkungen, mangelnder Arbeitserfahrung, mangelnden Sprachkenntnissen sind unter den Somalierinnen/Somalieren auch die sozialen Netzwerke im Vergleich zu anderen Migrantinnen/Migranten weniger aktiv. Sie sind daher auch einem höheren Armutsrisiko ausgesetzt als andere aus dem Ausland zugewanderte Menschen. Besonders niedrig sind die Erwerbsquoten bei den 15- bis 24-jährigen Männern. Es zeigt sich bei ihnen auch ein ausgeprägter – und im Vergleich zu anderen Migrantinnen/Migranten größerer – Geschlechtsunterschied. Am deutlichsten ist dieser Unterschied in der Gruppe der 40- bis 54-Jährigen. Eine wichtige Rolle spielt diesbezüglich nicht nur die Qualifikation, sondern auch die traditionelle Rollenverteilung sowie das Familienverständnis. In Somalia existiert aufgrund des Bürgerkriegs praktisch kein öffentliches Gesundheitssystem. Ein Hausarztssystem ist Menschen aus Somalia unbekannt, weshalb sie v. a. Notfallstationen in Anspruch nehmen. Zu weiteren Hürden der Inanspruchnahme siehe auch Gaiswinkler/Weigl (2019).

Die DIPAS-Studie bietet leider keine Informationen zur Gruppe der **aus Somalia nach Österreich zugewanderten Menschen**. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die meisten ebenfalls einen Fluchthintergrund haben und sozioökonomisch bzw. sozial benachteiligt sind – vor allem jene mit eher kurzer Aufenthaltsdauer.

Die für die vorliegende Studie befragten Fachleute teilen die Einschätzung bezüglich des Bildungsniveaus der aus Somalia nach Österreich zugewanderten Menschen. Sie beobachten aber auch eine eher restriktive Interpretation des Islam, was sich ihrer Meinung nach auch negativ auf das Wissen in Sachen Psyche auswirkt. Bezüglich der Bekanntheit von Psychotherapie wird dasselbe vermutet wie bei Afghaninnen und Afghanen. V. a. aus dem afrikanischen Raum ist zusätzlich bekannt, dass psychisch kranke Menschen dort eher weggesperrt werden. Diese Angst scheint in den Köpfen der Menschen stark verankert zu sein.

3.1.2.4 Menschen mit türkischem Migrationshintergrund

Menschen mit türkischem Migrationshintergrund stellen zwar nicht die größte Gruppe von Zuwanderern bzw. in Österreich lebenden Personen mit Migrationshintergrund dar, aber doch einen bedeutenden Anteil. Am 1. 1. 2018 hatten laut Statistik Austria (2018) 117.297 in Österreich gemeldete Personen die türkische Staatsangehörigkeit. Im Jahresdurchschnitt 2016 lebten 271.600

Personen in Österreich, deren Eltern in der Türkei³ geboren worden waren, während 151.500 Personen selbst in der Türkei geboren worden waren (Statistik Austria 2017).

Auch zur Türkei bieten Bajbouj et al. (2018) eine **relevante Hintergrundinformation**. Menschen mit türkischem Migrationshintergrund bilden laut den Autoren die größte Gruppe von Migrantinnen und Migranten in Deutschland, was v. a. mit dem Anwerbeabkommen von 1961 zusammenhängt. Diese Arbeitsmigration wurde 1973 gestoppt, seither ist ein Zuzug nur noch über eine Familienzusammenführung oder einen Asylantrag möglich. Diese Arbeitsmigration führte dazu, dass Menschen ohne bzw. mit wenig Bildung zugezogen waren, die auch über lange Zeit den Plan verfolgten, später wieder in ihre ursprüngliche Heimat zurückzukehren. Diese Vorstellung wurde jedoch meist nicht umgesetzt, u. a. auch um bei den infolge der Familienzusammenführung geborenen Kindern zu bleiben. Diese zweite Generation wurde meist in Deutschland geboren und ist dort aufgewachsen, ein Teil jedoch auch in der Türkei (die sogenannten Kofferkinder). Daneben gibt es eine weitere spezifische Gruppe, Migrantinnen und Migranten mit akademischer Ausbildung, die seit den 60er-Jahren vermehrt zugezogen sind. Auch Menschen mit türkischem Migrationshintergrund stellen eine sehr heterogene Gruppe dar: Neben den bereits genannten Gruppen suchten ab 1980 auch viele politisch Verfolgte um Asyl an (Kurden, Aleviten, Jesiden).

Ähnlich zeigt sich das Bild für die aus der Türkei in die Schweiz zugewanderten Menschen. (Haab et al. 2010) berichten auch, dass der soziale Aufstieg auch für die weiteren Generationen schwer ist, was mit der Bildungsferne der ersten Generation zusammenhängt und den damit fehlenden Möglichkeiten zur Unterstützung der Kinder, aber auch mit erlebter Diskriminierung. Auch wenn die erste Generation der Migrantinnen/Migranten aus der Türkei ein heterogenes Bildungsniveau aufweist (je nachdem, ob sie Arbeitsmigrantinnen/-migranten oder politische Flüchtlinge der 1980er- und 1990er-Jahre waren), üben sie in der Schweiz mehrheitlich Berufe mit geringem Qualifikationsniveau aus. Menschen aus der Türkei sind – wie andere Migrantinnen/Migranten auch – schneller von Arbeitslosigkeit betroffen als Menschen ohne Migrationshintergrund. Auch das Gesundheitssystem in der Türkei unterscheidet sich von jenem in der Schweiz, es scheint vor allem auch einkommensschwachen Menschen weniger leicht zugänglich zu sein. Ihren Gesundheitszustand schätzen Migrantinnen/Migranten aus der Türkei laut Haab et al. (2010) schlechter ein als Menschen ohne Migrationshintergrund, wobei dies auf die anstrengenden Tätigkeiten, auf Diskriminierungserfahrungen und auf ein Gefühl der Heimatlosigkeit zurückgeführt wird. Die Autoren beschreiben daher auch, dass Menschen mit türkischem Migrationshintergrund deutlich unausgeglichen sind als Menschen ohne Migrationshintergrund und die berichteten Beschwerden (Einsamkeit, Depression, Agoraphobie, Schlaflosigkeit, Nervosität sowie – insbesondere bei jenen, die in der Türkei Repressionen erlebt haben – Panikattacken und posttraumatische Stresssyndrome) vorwiegend mit der Migration zu tun haben.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die für Deutschland und die Schweiz beschriebene Situation auch für die **aus der Türkei nach Österreich zugewanderten Menschen** gilt.

3

Entweder wurden beide Eltern in der Türkei geboren oder nur die Mutter oder nur der Vater in einem anderen Land.

Von den befragten Fachleuten wird die in Österreich lebende türkische Community als sehr heterogen beschrieben: Ältere Menschen kamen meist mit wenig Bildung als Gastarbeiter/-innen und lebten eher abgeschottet bzw. vorübergehend hier. Die darauffolgende zweite und dritte Generation ist zwar hier aufgewachsen und hat meist mehr Bildung erhalten, aber auch in diesen Generationen gibt es Menschen, die eher abgeschottet leben. Menschen (meist Frauen), die aufgrund von Eheschließungen nach Österreich kommen, haben oft ebenfalls eine eher geringe Bildung.

3.2 Migration und psychosoziale Gesundheit

All die in Abschnitt 3.1 erwähnten Faktoren beeinflussen die Zugänge zum Bildungssystem, zur Erwerbsarbeit, zu sozialer Absicherung, zu Familienleistungen sowie zum Gesundheitssystem und wirken sich – als soziale Determinanten – letztendlich auch auf die Gesundheit aus. Menschen mit Migrationshintergrund sind häufig sozial und sozioökonomisch benachteiligt, wobei Frauen davon noch stärker betroffen sind als Männer (vgl. auch Gaiswinkler/Weigl 2019). Da sozial und sozioökonomisch benachteiligte Menschen als Konsequenz daraus häufiger eine schlechtere Gesundheit aufweisen als andere Bevölkerungsgruppen, können auch Menschen mit Migrationshintergrund unter entsprechenden Umständen häufiger von einem schlechteren Gesundheitszustand betroffen sein als solche ohne Migrationshintergrund (wie zum Teil in 3.1 ebenfalls berichtet). Dieser Zusammenhang wird z. B. auch von Anzenberger et al. (2014) konstatiert. In diesem Zusammenhang soll auch auf den „healthy migrant effect“⁴ hingewiesen werden: Im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung weisen Menschen mit Migrationshintergrund eine niedrigere Mortalität auf. Um hier genaue Aussagen tätigen zu können, bedürfte es daher sehr detaillierter Daten, die u. a. das Geburtsland sowie Aufenthaltsstatus und -dauer beinhalten. Solche Daten stehen für Österreich jedoch nicht zur Verfügung. Die vorhandenen Daten beziehen sich meist auf die Staatsangehörigkeit und beinhalten keine Informationen zu Aufenthaltsstatus und -dauer. Sie sind daher nur wenig aussagekräftig bzw. nur für einen kleinen Teil der Bevölkerungsgruppe relevant.

Psychosoziale Gesundheit (oft auch als mentale, psychische, seelische Gesundheit bezeichnet) bedeutet laut WHO einen Zustand des Wohlbefindens, in dem ein Mensch seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen sowie produktiv arbeiten kann und im Stande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen. Psychosoziale Gesundheit ist ein vielschichtiger Prozess, der neben individuellen Aspekten maßgeblich von sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Faktoren sowie solchen der natürlichen Umwelt beeinflusst wird. (vgl. (BMG 2012; WHO 2013)⁵

4

Damit ist gemeint, dass eher gesündere Menschen die Strapazen der Migration auf sich nehmen und deshalb die Mortalität geringer ist. Allerdings wird dieser Effekt kontroversiell diskutiert und u. a. festgestellt, dass sich dieser Auswahleffekt im Vergleich zur Bevölkerung des Herkunftslandes zeigen müsste und nicht im Vergleich zur Bevölkerung des Aufnahmelandes. Es müssen daher auch andere Mechanismen wie z. B. die soziale Unterstützung oder die Rückkehr ins Herkunftsland eine Rolle spielen.

5

<https://gesundheitsziele-oesterreich.at/psychosoziale-gesundheit-foerdern>

Psychosoziale Belastungen können zur Entstehung akuter und chronischer Erkrankungen beitragen oder durch diese ausgelöst werden. Psychosoziale Gesundheit ist für die gesamte Bevölkerung relevant und stellt auch nach Meinung des Rechnungshof (2019) eine wachsende Herausforderung dar. Die Förderung der psychosozialen Gesundheit wurde daher zu einem der zehn Gesundheitsziele für Österreich erklärt⁶. Sie soll auf mehreren Ebenen geschehen: über die Gestaltung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, durch eine Stärkung der Lebenskompetenzen sowie mittels einer Förderung des Bewusstseins für psychische Gesundheit und Erkrankung.

Migrationserfahrungen und insbesondere Fluchterfahrungen können zusätzliche Belastungen darstellen, die unter Umständen (aufgrund einer Kumulation von Problemen) zu einer höheren Prävalenz psychischer Probleme führen. Neben traumatisierenden Erlebnissen durch Kriegserfahrungen oder andere lebensbedrohliche Situationen vor oder auch auf der Flucht sowie vorangegangene dauerhafte Belastungen (wie das Aufwachsen in Armut und ressourcenarmer Umgebung) sind auch die Lebensumstände nach einer Flucht oft psychisch belastend (Ungewissheit über Angehörige, soziale Vereinsamung, sozialer Statusverlust, Situation in Unterkünften, fehlende Tagesstruktur und mangelnde sinnstiftende Beschäftigungsmöglichkeiten) und können zu psychischen und körperlichen Erkrankungen führen. Symptome wie Schmerzen, anhaltende Schlafstörungen, Alpträume, Probleme bei der Emotionsregulation, eine geschwächte Immunabwehr und in der Folge körperliche Erkrankungen wie chronische Entzündungsprozesse oder Autoimmunerkrankungen werden als häufige Folgen genannt (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina 2018).

Hassan et al. (2015) fanden folgende unter Geflüchteten aus Syrien weitverbreitete Probleme: emotionale (z. B. Traurigkeit, Leid, Angst, Frustration, Wut, Verzweiflung), kognitive (z. B. Kontrollverlust, Hilflosigkeit, Besorgnis, Langeweile, Hoffnungslosigkeit) und physische Symptome (z. B. Müdigkeit, Schlafprobleme, Appetitlosigkeit, medizinisch unerklärliche Symptome) sowie Verhaltens- und soziale Probleme (z. B. Zurückgezogenheit, Aggressivität und zwischenmenschliche Schwierigkeiten), die aus Sicht der Autoren das Ergebnis andauernder Gewalt und Verdrängung sowie der aktuellen schwierigen Lebensumstände sind. Laut Hassan et al. (2015) geht damit nicht unbedingt eine psychische Erkrankung einher. Wenn sich aber diese Notlagen auf das tägliche Funktionieren auswirken oder spezifische Konstellationen charakteristischer Symptome zu beobachten sind, könnte eine psychische Krankheit vorliegen. Hassan et al. (2015) vermuten, dass die Prävalenzraten psychischer Krankheiten unter Syrerinnen und Syrern angestiegen sind, verweisen aber auch auf das Fehlen diesbezüglicher Daten. Des Weiteren weisen sie darauf hin, dass es Gruppen mit einer erhöhten Vulnerabilität bzw. einem erhöhten Risiko einer psychischen Erkrankung gibt wie z. B. Jugendliche, ältere Menschen, Frauenhaushalte, Menschen mit Behinderungen oder bereits bestehenden (physischen oder psychischen) Erkrankungen, Überlebende verschiedener Formen von Gewalt sowie Menschen in extremer Armut. Hassan et al. (2015) beschreiben beispielsweise, dass Frauen einerseits durch die Übernahme neuer Aufgaben (Arbeiten außer Haus etc.) verstärktem Stress ausgesetzt sind, andererseits jedoch dies als Empowerment sehen und gerne die neuen Möglichkeiten wahrnehmen. Männer, die sich traditionellerweise als Familienoberhaupt und -erhalter definieren, empfinden hingegen größeren psychologischen Stress, wenn sie dieser Rolle nicht gerecht werden können und womöglich auch nicht für die Sicherheit

⁶ <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/10-ziele>

der Familie etc. sorgen können. Diese Sorgen verschärfen familiäre Spannungen und können in der Folge zu häuslicher Gewalt führen.

Gerritsen et al. (2006) fanden ebenfalls nicht nur weitverbreitete psychische und physische Probleme bei jenen Menschen, die aus Afghanistan, dem Iran und Somalia in die Niederlande geflüchtet waren. Sie konnten auch Unterschiede zwischen den Herkunftsländern und zwischen Personen im Asylverfahren und solchen mit einem gesicherten Schutzstatus identifizieren: So hatten mehr Asylwerber/-innen als Menschen mit bereits gesichertem Aufenthaltsstatus und jene aus Afghanistan bzw. dem Iran ein höheres Risiko einer PTBS (posttraumatische Belastungsstörung) und Depressionen/Angstsymptome. Frauen zeigten ein erhöhtes Risiko chronischer Krankheiten, von PTBS und Depressionen/Angst. In der iranischen Gruppe war das Risiko einer PTBS und von Depressionen/Angstsymptomen im Vergleich zur somalischen und afghanischen Gruppe am höchsten. Für die Autorinnen/Autoren weisen die Ergebnisse darauf hin, dass die Aufenthaltsdauer in den Niederlanden mit dem Rechtsstatus korreliert. Die Studie gibt einen Eindruck des Längsverlaufs von Gesundheitsproblemen (Rückgang der PTBS und der Depressionen/Angstsymptome und Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands), einschließlich des Einflusses von Aspekten wie (Un-)Sicherheit bezüglich des Aufenthalts in den Niederlanden, Lebensbedingungen, Akkulturation etc. Gerritsen et al. (2006) vermuten, dass sich die Gruppe der Asylwerber/-innen von jener der Geflüchteten unterscheidet, weil sie ihr Herkunftsland in einer anderen Zeit und unter anderen Bedingungen verlassen haben (was den Unterschied im Bildungsniveau und bei den traumatischen Ereignissen zwischen beiden Gruppen erklären kann) und sich das politische Klima in den Niederlanden zur Zeit ihrer Ankunft unterschied (weniger Toleranz gegenüber Asylwerber/-innen, mehr Menschen werden in ihr Herkunftsland zurückgeschickt).

Laut einer Studie aus Bayern, die in DGPPN (2016) zitiert wird, wurden bei 64 Prozent der untersuchten Asylwerber/-innen eine oder mehrere psychische Diagnosen gestellt. Am häufigsten waren dies eine PTBS (32 %), depressive oder rezidivierende depressive Episoden, eine Anpassungsstörung oder chronische Insomnie. Suizidgedanken wurden bei 26 % der Selbstzuweiser/-innen und 6 % der Zufallsstichprobe festgestellt. Andere der in DGPPN (2016) zitierten Studien stellten z. B. fest, dass die Prävalenz der PTBS unter Geflüchteten und Asylwerberinnen/-werbern um das Zehnfache höher ist als in der Allgemeinbevölkerung. Es wird aber auch festgehalten, dass die Prävalenz psychischer Belastungen und körperlicher Gesundheitsprobleme mit der Dauer des Asylverfahrens zunimmt und dies insbesondere auf einen mangelhaften Zugang zum Gesundheitssystem, geringe Lebensqualität, wahrgenommene Diskriminierung, fehlende Arbeitserlaubnis und finanzielle Sorgen zurückzuführen ist.

Die in dieser Hinsicht aktuellsten Daten für Österreich wurden im Projekt ReHIS (Kohlenberger 2019) gesammelt. Demnach nehmen Geflüchtete im Vergleich zur österreichischen Wohnbevölkerung ihre Gesundheit weniger häufig als sehr gut wahr. Dies gilt v. a. für Frauen und für Personen zwischen 20 und 39 Jahren. Bei insgesamt elf Prozent der Frauen zeigte sich eine schwere oder mittelgradige depressive Symptomatik, bei 32 Prozent eine leichte Belastung. Bei Männern ist die Häufigkeit geringer: Sieben Prozent sind schwer oder mittelgradig und 25 Prozent leicht belastet. Die Häufigkeit schwerer und mittelgradiger Depression ist damit rund doppelt so hoch wie bei der österreichischen Wohnbevölkerung (3 % der Männer, 5 % der Frauen). Symptome mittelgradiger und schwerer Angststörungen zeigten 18 Prozent der Frauen, bei Männern entsprach

die Häufigkeit jener für Depression. 21 Prozent der Frauen und zehn Prozent der Männer zeigten zumindest eine der beiden Störungen in mittelgradiger oder schwerer Ausprägung. Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund waren häufiger von stärkeren psychischen Belastungen betroffen als Menschen aus dem Irak oder Syrien. Alpträume gaben insgesamt 29 Prozent der Befragten an, wobei fünf Prozent diese sogar in mehr als der Hälfte der Nächte erlebten.

Menschen mit Migrationshintergrund und insbesondere jene mit Fluchterfahrungen stellen daher eine besonders vulnerable Gruppe dar (vgl. dazu auch Strizek et al. 2017). Die Förderung der psychosozialen Gesundheit für diese Bevölkerungsgruppe ist daher ein wichtiges Anliegen, das nicht nur den Zielen verschiedener Strategien (wie z. B. den Gesundheitsziele Österreich 2018) oder in Bezug auf Geflüchtete jenen der EU-Aufnahmerichtlinie (2013) entspricht⁷), sondern für die gesamte Gesellschaft relevant ist. Denn psychische Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung für ein möglichst selbstständiges Leben, das es erlaubt, auch den gesellschaftlichen Verpflichtungen bestmöglich nachzukommen. Für Menschen mit psychischen Belastungen ist es jedoch schwierig, den Alltag zu bewältigen, vertrauensvolle soziale Beziehungen einzugehen, eine neue Sprache oder neue Fertigkeiten zu erlernen. Dies kann sich nicht nur negativ auf Integrationsprozesse auswirken, sondern laut Kohlenberger (2019) auch zu „erheblichen wirtschaftlichen Folgekosten“ führen. Im Extremfall können traumatische Belastungen zu dissozialem Verhalten führen, was mittel- und langfristig negative Konsequenzen für die Gesellschaft haben kann (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina 2018).

3.3 Psychosoziale Unterstützung für Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich

Grundsätzlich steht Menschen mit Migrationshintergrund das gesamte Spektrum an Angeboten des Gesundheitssystems zur Verfügung, sofern sie krankenversichert sind. Dies gilt im Wesentlichen auch für Menschen mit Fluchthintergrund, die während des Asylverfahrens bzw. solange sie sich in der Grundversorgung befinden, auch krankenversichert sind (vgl. auch Strizek et al. 2017). Auch spezielle (psychosoziale) Angebote für Menschen mit Fluchthintergrund stehen in Österreich zur Verfügung. Daraus lässt sich jedoch nicht schließen, dass psychosoziale Unterstützungsangebote in ausreichender Quantität und passender Form, d. h. bedürfnis- und bedarfsgerecht, verfügbar und der Zielgruppe bekannt sind. Dies führt dazu, dass es für diese mitunter schwierig ist, geeignete Angebote in Anspruch zu nehmen, bzw. manche Angebote von der Zielgruppe nicht genutzt werden (können).

Etliche Studien bestätigen die potenziellen vielfältigen Hürden bzw. Zugangsbarrieren bei der Inanspruchnahme der vorhandenen Angebote im Gesundheitssystem durch Menschen mit Migrationshintergrund (z. B. Gaiswinkler/Weigl 2019). Diese Hemmnisse bestehen grundsätzlich auch bei der

7

Die EU-Aufnahmerichtlinie sieht vor, dass Asylwerberinnen/-werbern nicht nur medizinische Untersuchungen und Leistungen angeboten werden, sondern auch auf deren psychische Gesundheit geachtet wird.

Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote. (Abebe et al. 2017) haben sich z. B. Daten in Bezug auf die Inanspruchnahme spezifischer psychosozialer Unterstützungs-/Behandlungsangebote durch Menschen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund (11 Herkunftsländer und verschiedene Migrationsgründe) in Norwegen angesehen. Diese Daten zeigen u. a.

- » Unterschiede zwischen den Herkunftsländern (Personen aus dem Irak, dem Iran, Bosnien-Herzegowina und der Türkei nahmen spezialisierte psychosoziale Angebote häufiger in Anspruch als Norweger/-innen, während Personen aus Somalia dies seltener taten),
- » teilweise auch zwischen verschiedenen Altersgruppen (bei Personen aus dem Irak und dem Iran zeigten jüngere [20–39] und ältere [40–59] Erwachsene eine höhere Inanspruchnahme, bei Personen aus Bosnien-Herzegowina traf dies nur auf ältere Erwachsene zu, und bei Personen aus Somalia waren keine Altersunterschiede zu beobachten) sowie
- » nach Migrationsursache (Menschen mit Fluchthintergrund nahmen spezialisierte psychosoziale Versorgungsangebote signifikant häufiger in Anspruch als Norweger/-innen, während jene Menschen, die aufgrund von Arbeitssuche oder Familienzusammenführung eingewandert waren, dies signifikant seltener taten) und
- » teilweise nach Aufenthaltszeit, da sich bei Menschen, die aufgrund einer Familienzusammenführung eingewandert sind, das Inanspruchnahmeverhalten im Laufe der Zeit jenem der Norweger/-innen annähert, während es sich bei Personen mit Fluchthintergrund kaum verändert.

In der Diskussion dieser Ergebnisse nehmen Abebe et al. (2017) an, dass zumindest keine geringeren Prävalenzraten für psychische Probleme unter eingewanderten Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu norwegischen Kindern und Jugendlichen bestehen und daher für etliche Personengruppen von einer zu geringen Inanspruchnahme entsprechender psychosozialer Versorgungsangebote ausgegangen werden muss. Dies gilt insbesondere für Menschen aus Osteuropa (ausgenommen Russland) und aus nichtwestlichen Herkunftsländern (ausgenommen dem Iran). Bei Erwachsenen kann aufgrund der höheren Prävalenzraten bei geringer Inanspruchnahme auf eine unzureichende Versorgung geschlossen werden. Das Herkunftsland ist jedoch nur ein Einflussfaktor in Hinblick auf die Kontakte mit der spezialisierten psychosozialen Versorgung, auch die Migrationsursache wirkt sich darauf aus. Bei Menschen, die aufgrund von Arbeitssuche zugewandert sind, zeigt sich nach Meinung der Autoren vermutlich der „healthy migrant effect“.

Die Ergebnisse der bereits erwähnten aktuellsten Studie für Österreich (Kohlenberger 2019) zeigen, dass die befragten Menschen mit Fluchthintergrund in den vergangenen zwölf Monaten kaum Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten und Psychiater/-innen aufsuchten, wobei dies Männer (5 %) noch seltener taten als Frauen (13 %). Im Vergleich mit der österreichischen Wohnbevölkerung nahmen die geflüchteten Frauen somit häufiger diese Dienste in Anspruch (13 versus 10 %), bei Männern gab es keine nennenswerten Unterschiede. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass der Frauenanteil in dieser Befragung gering war.

Es gibt bereits zum Teil recht ausführliche Empfehlungen in Betreff spezifischer Angebote bzw. der Weiterentwicklung des bestehenden Systems, um die psychosoziale Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund fördern zu können. So wurden z. B. die Sonnenberger Leitlinien neu formuliert bzw. erweitert (Machleidt et al. 2018). (Machleidt et al. 2018) führen weitere relevante Aspekte aus: Dazu gehören die Öffnung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Institutionen,

der Einsatz von Sprach- und Kulturmittlerinnen und -mittlern im interkulturellen psychotherapeutischen Setting, die interkulturelle Teamentwicklung und die Bedeutung interkultureller Kompetenz. Es liegen auch Empfehlungen bezüglich einer kultursensiblen Diagnostik und migrations-spezifischen Anamnese vor sowie in Hinblick auf psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung und Betreuung (traumatisierter) Geflüchteter (z. B. ebenfalls in Machleidt et al. 2018). Des Weiteren gibt es bereits spezifische Instrumente wie z. B. die „Afghan Symptom Checklist“ von Miller et al. (2006). Auch Empfehlungen zu spezifischen Themen wie z. B. Sucht und unbegleitete minderjährige Geflüchtete (z. B. Strizek et al. 2017) existieren. Zusätzlich liegt einiges an Fachliteratur vor bzw. werden Fortbildungen in transkultureller Psychiatrie angeboten, wobei der Fokus häufig auf theoretischen Konzepten und deren Anwendung in der Praxis liegt. Dieser thematische Schwerpunkt wird im vorliegenden Bericht jedoch nicht verfolgt.

In vielen Empfehlungen wird immer wieder betont, dass Wissen hinsichtlich unterschiedlicher Kulturen, des damit verbundenen Verständnisses von Gesundheit/Krankheit sowie damit verbundener Werthaltungen hilfreich wäre, jedoch großteils fehlt. Die vorliegende Studie möchte daher einen Beitrag zu diesem Wissen leisten.

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnisse der Literatur

4.1.1 Verständnis psychischer Gesundheit

Allgemeines zum Verständnis psychischer Gesundheit

Nach Balkir Neftçi/Barnow (2016) wird in der Literatur in Verbindung mit psychotherapeutischer Arbeit mit türkischen Migrantinnen und Migranten die Bedeutung kollektivistischer Werte wie soziale Solidarität, Kollektivität und deren Einbettung in die psychische Gesundheit türkischer Patienten betont. Die Aufmerksamkeit richtet sich dabei darauf, dass individualistische Ansätze der westlichen Psychotherapie um kollektivistische Ansätze in der Arbeit mit türkischen Migrantinnen und Migranten erweitert werden sollten. Konventionelle westliche Therapien (z. B. kognitive Verhaltenstherapie) zielen oft darauf ab, die Autonomie und intrapersonelle Entwicklung von Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen (z. B. Förderung der Selbstwirksamkeit, Selbstakzeptanz, Selbstmanagement usw.). Es wurde jedoch festgestellt, dass türkische Patientinnen und Patienten auch davon profitieren, dass sie ein Gefühl der Verbundenheit erleben. Daher scheint die Bearbeitung zwischenmenschlicher Fragen für diese Community zielführend und notwendig zu sein.

Bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund sollte nach Balkir Neftçi/Barnow (2016) zudem berücksichtigt werden, dass traditionell gesinnte gesunde türkische Frauen mit ländlichem Hintergrund und niedrigem Bildungsniveau eher nicht von einem differenzierten und autonomen Selbst profitieren, wenn es um psychische Gesundheit geht. Menschen aus traditionellen nichtwestlichen Gesellschaften sind meist stärker von ihren Familien abhängig als Menschen, die aus individualistischen und westlichen Gesellschaften stammen. Autonomie oder Selbstverwirklichung wird von ihnen selten akzeptiert. Daher ist es wichtig, zu beachten, dass die Förderung von Unabhängigkeit und Autonomie zu familiären oder sozialen Konflikten führen kann, mit denen diese Patientinnen/Patienten möglicherweise nicht gut umgehen können. Eine Studie von Bäärnhielm/Ekblad (2000) über Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in Schweden wiederum führt aus, dass psychische Probleme mit Scham besetzt und dem Verlust von Selbstkontrolle gleichgesetzt sind, aber auch mit schlechtem Benehmen anderen gegenüber.

Hassan et al. (2015) erwähnen, dass selbst in Syrien Konzepte wie „psychological wellbeing“ und „mental health“ nicht allgemeinverständlich sind und oft mit negativen Bedeutungen verbunden sind. Leiden wird für gewöhnlich als normaler Teil des Lebens gesehen und daher nicht als behandlungsnotwendig – sofern es sich nicht um eine schwere und lähmende Form handelt. Die Autor/innen haben eine Liste an Beschreibungen von Notlagen zusammengestellt, die Syrer/innen laut verschiedensten Studien verwenden.

Mit der afghanischen Community machten wiederum Miller et al. (2006) die Erfahrung, dass sie für ihre Studie für die Erarbeitung des Erhebungsinstruments allein zwei Tage damit verbracht

hatten, ein gemeinsames Verständnis dahingehend zu entwickeln, was mit „gut machen“ und „schlecht machen“ psychologisch gemeint ist. Afghaninnen und Afghanen kennen demnach drei Kategorien psychologischer Belastung:

- » biologisch bedingte Störungen wie z. B. Schizophrenie
- » Bedrängnis durch Dschinnen (Geister, die Geist und Körper einer Person übernehmen und sie zu akuten emotionalen und physischen Beschwerden veranlassen können)
- » und Bedrängnis durch belastende Lebenserfahrungen wie Krieg, Armut und familiäre Gewalt

Verständnis und Informationen bezüglich posttraumatischer Belastungsstörung und Depressionen

Ergebnisse einer Untersuchung von May et al. (2014) unter Migrantinnen und Migranten (Irak, Sudan) in Australien deuten darauf hin, dass die Erkennung von Symptomen spezifischer psychischer Störungen bei Geflüchteten aus nichtwestlichen Gesellschaften tendenziell schlechter gelingt bzw. sich schwieriger gestaltet als bei der australischen Bevölkerung. Die Mehrheit der Studienteilnehmer/-innen konnte zwar ihre Symptome einer psychischen Störung zuordnen und schätzte eine längerfristige Genesungsdauer gut ein. Dennoch, australische Teilnehmer/-innen schienen ätiologische Überzeugungen zu haben, die stärker mit der westlichen Psychiatrie übereinstimmen, was auf eine größere psychische Gesundheitskompetenz dieser Bevölkerung hindeutet. Sie neigten dazu, Ursachen externer, höherer Mächte sowohl für Depressionen als auch posttraumatische Störungen eher zu verwerfen. Die australische Gruppe bewertete biologische Ursachen für Depressionen deutlich höher als Menschen mit Fluchthintergrund aus dem Irak. Sie identifizierten ein traumatisches Ereignis als Hauptursache für posttraumatischen Stress deutlich häufiger als die irakischen und sudanesischen Teilnehmer/-innen. Teilnehmer/-innen aus dem Sudan vertraten ätiologische Überzeugungen, die am weitesten von westlichen psychiatrischen Erklärungsmodellen entfernt sind. Sie sahen Ursachen eher in externen, höheren Mächten als irakische und australische Teilnehmer/-innen. Irakische Teilnehmer/-innen sehen im Fall posttraumatischen Stresses die Ursachen eher in externen, höheren Mächten. Diese Ergebnisse scheinen auf die Existenz eines kulturellen Unterschieds in der Konzeptualisierung spezifischer psychischer Störungen hinzudeuten. Um Fehldiagnosen und mögliche Fehlbehandlungen zu vermeiden, sind daher die Schlüsselkomponenten von Depressionen und posttraumatischen Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund gründlich abzuklären.

In einer australischen Studie von Slewa-Younan et al. (2014) über Menschen mit Fluchthintergrund aus dem Irak zeigt sich, dass die meisten Teilnehmer/-innen das Lesen eines religiösen Textes wie der Bibel oder des Korans und die Suche nach Hilfe durch eine Psychiaterin oder einen Psychiater – die beiden am häufigsten als förderlich genannten Maßnahmen – als am ehesten hilfreich für Personen erachteten, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden. Dieses Wechselspiel zwischen Psychiatrie und Religion zeigt eine gewisse Komplexität der Einschätzung passender Hilfeleistungen und weist auf die Existenz vielschichtiger Überzeugungen im Bereich psychischer Gesundheit hin. Die Studie deutet darauf hin, dass transkulturelle psychosoziale Angebote in Betracht zu ziehen sind, in denen auch mit traditionellen Methoden und mit religiösen Führern der irakischen Communitys zusammengearbeitet wird. Besorgniserregend war die Feststellung, dass ein hoher Anteil der Teilnehmer/-innen glaubte, dass es zuträglich sei, „irgendwie mit dem Problem umzugehen“. Diese Antwort kam zu einem überwiegenden Anteil von Männern.

Postnatale Depression

In einer australischen Studie von Shafiei et al. (2015) über das Wohlbefinden nach einer Geburt bei Frauen aus Afghanistan zeigt sich, dass eine signifikante Anzahl von ihnen (41 %) über ein Gefühl der Depression berichten oder darüber, dass sie seit der Geburt sehr unglücklich seien; 31 % der Befragten waren nach der EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) deprimiert. Dies ist eine höhere Prävalenz als die oft berichteten 10–20 Prozent Frauen mit postnataler Depression. Faktoren, die zu den depressiven Gefühlen der Frauen beitrugen, waren soziale Isolation, mangelnde Unterstützung und die Überforderung mit babybedingten Problemen und stressigen Lebensereignissen. Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen zweier Metaanalysen, die zeigten, dass mangelnde soziale Unterstützung, schlechte Ehe- oder Partnerbeziehungen und belastende Lebensereignisse die wichtigsten Risikofaktoren in Hinblick auf Depressionen nach der Geburt waren. Ebenso haben Studien mit Migrantinnen ergeben, dass soziale Isolation und das Gefühl der Nichtunterstützung die hauptverantwortlich für die Erfahrungen von Frauen mit postnataler Depression waren. In der von Shafiei et al. (2015) durchgeführten Studie lag der Fokus auf Erfahrungen von Frauen, deren emotionale Probleme durch ihren Status als Einwanderinnen – einschließlich des Verlusts der Familienunterstützung, Ehekonflikten, Beschäftigungsproblemen oder schwacher sozialer Bindungen – verstärkt worden waren.

Kulturelle Syndrome und kulturell gebundene Leidenskonzepte:

Die Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit ist grundsätzlich nicht einfach, wie z.B. Franke (2012) schreibt. Die dafür herangezogenen Kriterien sind nicht immer eindeutig. Ein Kriterium ist die Kulturgebundenheit der Beurteilung. Ein Phänomen kann in verschiedenen Ländern als Normabweichung erkannt und doch unterschiedlich interpretiert werden. Dies gilt laut Franke besonders für psychische Erkrankungen, da sich die hier beobachteten Normabweichungen auf soziale Normen beziehen.

Kutalek/Prinz (2018) beschreiben, dass die Erfahrung und der Ausdruck psychischen Leids sowie das Gesundheitsverhalten kulturell geprägt sind. Die Art und Weise, wie kulturelle Gruppen Leid, Verhaltensprobleme, belastende Gedanken und Emotionen erfahren, verstehen und kommunizieren wird mit verschiedenen Begriffen bezeichnet. Zunächst wurde der Begriff *kulturgebundenenes Syndrom* verwendet, im DSM-5 wird der Begriff *cultural concepts of distress* verwendet. Diese Syndrome werden laut Kutalek/Prinz (2018) in der jeweiligen Kultur als eindeutige Krankheitsbilder oder Zustände erfasst. Über die Begrifflichkeiten und die Kategorisierung dieser Phänomene gibt es einen Diskurs.

In der Folge beschreiben Kutalek/Prinz (2018) ausgewählte Phänomene aus verschiedenen Kulturkreisen. „Brain fag“ oder auch „chaleur dans la tête“ scheint in ganz Afrika südlich der Sahara bekannt zu sein und dort v. a. bei älteren Schülern und Studierenden verbreitet zu sein. Es wird aber auch von jungen afrikanischen Migrantinnen/Migranten berichtet, und zwar im Zusammenhang mit massiven kulturellen, sozialen und ökonomischen Veränderungen – und auch außerhalb akademischer Settings. Es wird einerseits vermutet, dass der enorme Erfolgsdruck eine Rolle spielt, andererseits wird es als kognitiver Prozess verstanden, der eng mit Erfahrungen von sozialer Isolation, Marginalisierung und Vertreibung sowie Traumata in Zusammenhang steht. Als Symptome

werden Konzentrations-, Denk- und Gedächtnisbeschwerden genannt, aber auch somatische Beschwerden wie Kopf- und Nackenschmerzen, Druckgefühl, Enge, Sehbeschwerden, Hitzegefühl und Brennen. Typisch scheint dabei die Verknüpfung der kognitiven Beeinträchtigungen mit den somatischen Beschwerden zu sein.

Kutalek/Prinz (2018) betonen jedoch, dass die Informationslage hinsichtlich dieser *kulturgebundenen Syndrome* in Europa sehr mager ist und wenige Studien darüber vorliegen. Bekannt ist z. B. ein Massenphänomen sozialen Rückzugs bei jugendlichen Flüchtlingen in Schweden, das aber anscheinend wissenschaftlich nicht aufbereitet bzw. (noch) nicht publiziert wurde. Der aus dem Mittelmeerraum bekannte „böse Blick“ ist besser untersucht, allerdings wird dessen Kategorisierung als *kulturgebundenen Syndrom* auch kritisiert. Es wird auch hinterfragt, warum Syndrome aus bestimmten Regionen eher als kulturgebunden definiert werden denn Syndrome aus anderen Ländern. Es wird auch darauf hingewiesen, dass das Vorhandensein indigener Termini noch nicht bedeutet, dass es sich tatsächlich um ein *kulturgebundenen Syndrom* handelt. Angeführt werden Beispiele aus Tansania, die neurologische oder psychiatrische Symptomatiken bezeichnen, während westlich definierte psychiatrische Erkrankungen dort oft nicht als Krankheiten wahrgenommen werden. Schließlich wird auch angezweifelt, dass es überhaupt kulturgebundene Syndrome gibt, und empfohlen, diese stattdessen als kulturspezifische Erscheinungsbilder bereits bekannter Krankheitsbilder zu betrachten.

Verständnis von psychischer Gesundheit und Religion

Zum Thema **Religion** gibt es in den Studien teilweise widersprüchliche Ergebnisse. Einerseits wird festgestellt, dass z. B. der Koran eine medizinische Behandlung nicht verbietet (Lim et al. 2018) oder sogar die individuelle Gesundheit über Anstand/Sittsamkeit stellt (das ist z. B. in Bezug auf Mammografie relevant; (Saadi et al. 2015) was somit darauf schließen ließe, dass Religion keine Hürde darstellt. Andererseits wird festgestellt, dass aufgrund eines **traditionellen Verständnisses** (Geister als Verursacher psychischer Krankheiten) eher Heiler/-innen oder religiöse Vertreter/-innen aufgesucht werden als das bestehende Gesundheitssystem, was wiederum mit einer verringerten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems vor Ort einhergeht. Abebe et al. (2017) führen dies z. B. konkret bei Menschen mit somalischem Migrationshintergrund als Ursache für die geringere Inanspruchnahme der psychosozialen Versorgung in Norwegen an. Maroney et al. (2014) beobachteten dies als Hürde bei Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund in Australien. Maroney et al. (2014) beschreiben auch, dass Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund neben dem Nichteinhalten islamischer Prinzipien, dem Besessensein durch einen Dschinn oder dem bösen Blick sowie Hexerei traditionellerweise auch eine Unausgewogenheit zwischen heißen und kalten Kräften im Körper als Ursache für Krankheiten sehen. Psychische Krankheiten werden demnach v. a. durch den bösen Blick und Hexerei verursacht, Depression wird nicht als Krankheit definiert. Daher wird auch eher das Einhalten religiöser und traditioneller Praktiken (Gebete und Amulette) zur Lösung herangezogen und werden Medikamente als nicht hilfreich erachtet. Eine beruhigende Wirkung kann nicht ausgeschlossen werden, und diese mag dazu führen, dass Klientinnen/Klienten mit ihren Therapeutinnen/Therapeuten nicht über diese Praktiken sprechen. Allerdings gehen solche Überzeugungen anscheinend oft auch mit einer Ambivalenz und man-

gelder Compliance bezüglich der verschriebenen Medikamente einher. Peeters et al. (2015) erwähnen wiederum, dass Menschen mit türkischer Herkunft, die in Belgien leben, unter anderem das belgische Klima als Ursache für erlebten Stress erachten.

4.1.2 Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung

Ergebnisse der Einschätzung des Gesundheitssystems durch Menschen mit Migrationshintergrund

Einen Bezug zum österreichischen Gesundheitswesen bzw. spezifisch zur psychosozialen Versorgung hatte keine der in der Literaturrecherche identifizierten Publikationen. Die Situation in Österreich betreffend kann lediglich auf die Ergebnisse von ReHIS (Kohlenberger 2019) verwiesen werden, dem zufolge die Gesundheitsversorgung in Österreich als sehr gut bzw. gut wahrgenommen wird, nur rund ein Zehntel beurteilte sie als nicht gut, wobei Frauen und Personen mit afghanischem Migrationshintergrund weniger oft zufrieden waren.

Aus den anderen verfügbaren Studien lässt sich jedoch ableiten, dass speziell Menschen mit – einem mit Flucht verbundenen – Migrationshintergrund, die aus dem subsaharaafrikanischen, arabischen oder zentralasiatischen Raum in ein westeuropäisches Land ziehen, aber auch Menschen aus der Türkei, das im Aufnahmeland bestehende Gesundheitssystem grundsätzlich positiv wahrnehmen. Als positiv werden z. B. „the free nature of care“, der offene Zugang und die Qualität der Gesundheitsversorgung erwähnt, aber auch die Verfügbarkeit von Informationen (Soriano 2017, 74). Es wird auch über großes Vertrauen in das Gesundheitssystem und eine hohe Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung berichtet (Lue Kessing et al. 2013). Dies führt z. B. dazu, dass Vorsorgeuntersuchungen wie Mammografie bekannt sind, auch wenn sie nicht von allen (regelmäßig) in Anspruch genommen werden (Lue Kessing et al. 2013). Allerdings wird auch darauf hingewiesen, dass das Gesundheitssystem im Aufnahmeland Wissen über das Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis der nichteinheimischen Bevölkerung und die Veränderung dieser Vorstellungen durch Akkulturation braucht, um mit diesen Patientinnen/Patienten sinnvoll arbeiten zu können (Bäärnhielm/Ekblad 2000).

In einer Studie aus den USA (Saadi et al. 2015) beschreiben die befragten Frauen aus Bosnien-Herzegowina, dem Irak und Somalia die von ihnen beobachteten Unterschiede zwischen dem Gesundheitssystem in ihrem jeweiligen Herkunftsland und jenem der USA. Sie führen z. B. an, dass Technologien (inklusive jener für Mammografie), Arzneimittel, Anästhesie, Laboruntersuchungen sowie Fachärztinnen/-ärzte und Allgemeinmediziner/-innen in den Herkunftsländern nicht oder nicht ausreichend verfügbar waren. Dies gilt insbesondere für Somalia. Der Fokus der Gesundheitsversorgung liegt in den Herkunftsländern meist auf Akutbehandlungen und nicht auf Prävention, was wiederum zur Folge hat, dass die befragten Frauen den unmittelbaren Zugang zu „physicians“ vermissen – viele mussten sich nach dem Prinzip „first come, first served“ lange anstellen. Inwiefern die Erfahrungen der befragten Frauen hinsichtlich des Zugangs zu Ärztinnen/Ärzten auf europäische Verhältnisse umgelegt werden können, sei dahingestellt. Relevant ist jedoch die Fähigkeit der Frauen, sich relativ schnell den unterschiedlichen Gegebenheiten anzupassen und z. B.

pünktlich zu Arztterminen zu erscheinen. Sie nehmen die von den Ärztinnen/Ärzten ausgesprochenen Empfehlungen laut dieser Studie mit großem Respekt an, nehmen sie ernst, registrieren die ihnen entgegengebrachte Aufmerksamkeit und bezeigen große Dankbarkeit für die erhaltene Behandlung. Somalische Frauen hatten zuvor in ihrem Herkunftsland die geringste Anzahl an Kontakten zu Ärztinnen/Ärzten, bzw. 76 Prozent von ihnen hatten in Somalia überhaupt keinen Kontakt zu Ärztinnen/Ärzten. Hingegen hatte nur eine von 20 Frauen aus dem Irak und keine der befragten Frauen aus Bosnien-Herzegowina zuvor in ihrem Herkunftsland keinen Kontakt zu Ärztinnen/Ärzten. 65 Prozent der befragten Frauen aus dem Irak wiesen auch darauf hin, dass der Krieg im Herkunftsland nicht nur zu anderen Prioritäten geführt hatte (physical danger, lack of security, day-to-day survival paramount), sondern auch dazu, dass Qualität und Verfügbarkeit medizinischer Versorgung im Herkunftsland stetig abgenommen hatten.

Eine Studie von Gilgen et al. (2004) aus der Schweiz zeigte, dass Frauen unabhängig vom Herkunftsland (in dieser Studie Bosnien-Herzegowina, Schweiz, Türkei) mehr Strategien, Hilfe und Unterstützung zu suchen, berichten als Männer. Dies wird darauf zurückgeführt, dass die Gesundheit der Familie traditionellerweise eine Frauenangelegenheit ist.

Ergebnisse in Bezug auf förderliche und hinderliche Faktoren für die Inanspruchnahme speziell von Angeboten aus dem psychosozialen Bereich

In der aktuellsten Studie über die Situation in Österreich (ReHIS (Kohlenberger 2019)) wurden folgende Zugangsbarrieren am häufigsten genannt:

- » das Abwarten, ob sich das Problem von selbst bessert (22 %)
- » zeitliche Probleme (23 % bei Frauen und 20 % bei Männern)
- » zu lange Wartelisten (19 % Frauen, 15 % Männer)
- » mangelndes Wissen betreffs Ärztinnen/Ärzten oder Therapeutinnen/Therapeuten, die geeignet sind, und Sprachbarrieren (12 bzw. 11 %)
- » kein Vertrauen in österreichische Ärztinnen/Ärzte (7 %)

Aus den anderen verfügbaren Studien lassen sich vielfältige förderliche und hinderliche Faktoren ableiten (die auch die obengenannten einschließen), die sich grundsätzlich auf die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems auswirken. Allerdings gibt es relativ wenig Forschung speziell bezüglich der unterschiedlichen Inanspruchnahme psychosozialer Angebote durch Menschen mit oder ohne Migrationshintergrund (Abebe et al. 2017). Dass es Unterschiede in dieser Inanspruchnahme gibt, zeigt u. a. die Analyse des norwegischen Patientenregisters von Abebe et al. (2017). Die Autoren betonen, dass die Gründe vermutlich nicht damit zusammenhängen, dass Menschen mit Migrationshintergrund psychisch gesünder seien. Ihrer Meinung nach ist eher zu beobachten, dass psychische Probleme bei Menschen ohne Migrationshintergrund zu einer spezialisierten psychosozialen Versorgung führten und bei Menschen mit Migrationshintergrund hingegen nicht. Vielfältige Hürden seien ihrer Meinung nach dafür verantwortlich.

Die aus anderen Bereichen des Gesundheitswesens bekannten Hürden wie **mangelnde Sprachkenntnisse, fehlendes Wissen in Sachen Angebote, fehlendes Vertrauen** oder gar **negative Erfahrungen** werden auch in Studien in Betreff der psychosozialen Gesundheit beschrieben (z. B. Abebe et al. 2017; Hassan et al. 2015; Lim et al. 2018). Abebe et al. (2017) führen beispielsweise an,

dass die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung in Norwegen durch Menschen mit polnischem Migrationshintergrund neben den mangelnden Sprachkenntnissen und dem fehlenden Vertrauen auch durch die Überzeugung, dass das polnische Gesundheitssystem besser sei, und die geografische Nähe zum Herkunftsland dazu führen, dass sie eine Behandlung eher im Herkunftsland in Anspruch nehmen. Hassan et al. (2015) führen aus, dass Probleme selbst dann entstehen könnten, wenn muttersprachliche Mitarbeiter/-innen eingesetzt würden, da diesen unter Umständen das Fachvokabular (in der Muttersprache) fehle, sie womöglich selbst persönlich betroffen seien oder anderen ethnischen/sozialen Gruppen zugeordnet würden, zu denen kein Vertrauen bestehe. Sie merken aber auch an, dass insbesondere Menschen mit Foltererfahrungen gegenüber jeglichen Fachleuten misstrauisch geworden seien. Alemi et al. (2017) zeigen Sprachprobleme und allgemeine Diskriminierungserfahrungen (marginalization und family-related stressors) als hinderliche Faktoren bei der Inanspruchnahme niedergelassener Hausärztinnen/-ärzte und Fachärztinnen/-ärzte durch Menschen afghanischer Herkunft in der Türkei auf. Diese Zusammenhänge sind laut Alemi et al. (2017) auch in anderen Studien zum Thema Asylwerber/-innen in der EU zu finden, wobei es dort eher um Diskriminierung durch das bzw. im Gesundheitssystem geht. Alemi et al. (2017) berichten weiters, dass das Wahrnehmen einer Krankheit keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Menschen afghanischer Herkunft in der Türkei habe. Sie schließen daraus, dass die prekäre Situation und die strukturellen Barrieren den bereits eingeschränkten Zugang zu professionellen Gesundheitsdiensten noch stärker behinderten – und damit die Situation verschärften.

Auch die **Kosten** für eine psychosoziale Versorgung werden in manchen Studien als Hürde genannt (z. B. sprechen Hassan et al. (2015) in Zusammenhang mit geflüchteten Menschen aus Syrien davon, dass direkte und indirekte Kosten für diese ein Problem darstellten), in anderen wiederum nicht. Z. B. bezweifeln Abebe et al. (2017) dass durch – die in Norwegen anscheinend niedrigen – Selbstbehalte/Zuzahlungen psychosoziale Angebote weniger in Anspruch genommen würden.

Zu den weiteren und in den analysierten Studien beschriebenen Hürden gehören u. a. **fehlendes Wissen betreffend psychische Krankheiten** und die damit potenziell verbundenen Folgen, **religiöse oder traditionelle Vorstellungen** psychischer Gesundheit, daraus resultierende **Stigmatisierung**, die **Wahrnehmung psychosozialer Unterstützungsangebote**, **Akzeptanz** psychosozialer Versorgung, die **Familiendynamik** oder die **Aufenthaltsdauer** im Aufnahmeland. Auf diese Aspekte soll im Folgenden kurz eingegangen werden.

Fehlendes Wissen bezüglich psychischer Erkrankungen und passender Angebote mache sich laut Abebe et al. (2017) darin bemerkbar, dass Menschen mit Migrationshintergrund häufiger glaubten, diese Probleme allein (und ohne Behandlung) lösen zu können. Sie nähmen daher spezifische Angebote in deutlich geringerem Ausmaß in Anspruch als Menschen ohne Migrationshintergrund, thematisierten (laut früheren Studien) psychische Probleme aber auch seltener bei der Hausärztin / dem Hausarzt (GP). Hassan et al. (2015) verweisen in diesem Zusammenhang z.B. auf die Schwierigkeiten von syrischen Geflüchteten in den Flüchtlingslagern der Nachbarländer, die verschiedenen Berufsgruppen zu unterscheiden (psychiatrist, physician, psychologist, psychotherapist, psychosocial counsellor).

Mit fehlendem Wissen geht auch eine **Stigmatisierung** von Menschen mit psychischen Problemen einher, die aber durchaus von Krankheitsbild zu Krankheitsbild und auch je nach Herkunftsland variieren kann. In einer australischen Studie von May et al. (2014) wurde beispielsweise festgestellt, dass im Vergleich zu Einheimischen bei geflüchteten Menschen aus dem Irak Personen mit Depression stärker stigmatisiert wurden, während dies bei aus Somalia Geflüchteten stärker jene betraf, die an posttraumatischen Belastungsstörungen litten. Auch wenn der Grad der Stigmatisierung in allen Gruppen als eher moderat bewertet wurde, stellte sie dennoch eine signifikante Hürde für die Inanspruchnahme von Unterstützung dar. Weil gerade diese beiden Krankheitsbilder unter geflüchteten Personen relativ häufig sind, wird selbst moderate Stigmatisierung von den Autorinnen/Autoren durchaus als Problem bezeichnet, das durch kulturell adaptierte spezifische Programme bearbeitet werden sollte. Auch in der Studie von Maroney et al. (2014) zeigte sich, dass die Angst vor Stigmatisierung für Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund einen starken Hinderungsgrund für eine Behandlung darstellt. Dies ist verbunden mit der Angst davor, dass Informationen an die Community weitergegeben werden – was es schwierig macht, von der Familie umfassende Informationen zur persönlichen Geschichte der betroffenen Person zu erhalten, oder es den Betroffenen erschwert, an Selbsthilfegruppen teilzunehmen.

Bezüglich der Familie werden sehr **starke innerfamiliäre Bindungen** als potenzielle Hürde für die Inanspruchnahme von Hilfe von außerhalb durch die nachfolgende Generation beschrieben. Diese Vermutung äußern z. B. Abebe et al. (2017), die sich mit der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung durch Menschen aus 11 verschiedenen Herkunftsländern in Norwegen beschäftigt haben, für manche Communitys. Besonders stark wirken sich nach Meinung der Autorinnen/Autoren die Einstellungen zu psychosozialer Unterstützung und fehlendes Wissen der Eltern auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus.

Es muss auch darauf verwiesen werden, dass die **Aufenthaltsdauer** einen wesentlichen Einfluss auf das Erkennen von Problemen und die Einschätzung der Nützlichkeit einer Behandlung hat. Slewa-Younan et al. (2014) beispielsweise stellten in ihrer Studie mit aus dem Irak geflüchteten Menschen in Australien fest, dass jene, die erst seit Kurzem im Land sind, beschriebene Symptome eher als vorübergehende Phase abtun und somit in geringerem Ausmaß eine psychosoziale Behandlung anstreben. Gleichzeitig hielt diese Gruppe das Trinken von Alkohol für eine möglicherweise hilfreiche Gegenmaßnahme, was von den Autorinnen/Autoren wiederum als problematisch erachtet wird. Hassan et al. (2015) zitieren Studien, nach denen Menschen aus Syrien, die nach Jordanien bzw. in den Irak geflüchtet sind, im Laufe der Zeit zunehmend bereit sind, die in den Flüchtlingslagern zur Verfügung gestellten Dienstleistungen für die psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung in Anspruch zu nehmen und diesen auch einen hohen Stellenwert einräumen.

Als weitere spezifische Hürde wird das **Fehlen klinischer Syndrome in den relevanten Klassifikationen** (wie DSM-IV) beschrieben wie beispielsweise des „sensed presence and incubus phenomenon“, das laut Lim et al. (2018) dann als Symptom einer „schizophrenia spectrum disorder“ missinterpretiert werde.

Die Studie von Maroney et al. (2014) beschreibt v. a. **spezifische Hürden in der Behandlung** afghanischer Klienten im stationären Setting. Dazu gehört neben den bereits beschriebenen Aspekten auch, dass

- » speziell der Zugang zu weiblichen Familienmitgliedern und ihrer Sicht der Problemlagen schwierig ist,
- » die im stationären Setting üblichen Aktivitäten zur Förderung einer selbstständigen Lebensführung wie Einkaufen, Kochen und Putzen nicht den Normen der afghanischen Community für männliches Verhalten entsprechen,
- » selbst das Fernsein von der Familie und Erreichen von Unabhängigkeit und Selbstbestimmung ebenfalls nicht zu diesen Normen und Traditionen passt,
- » afghanische Klientinnen/Klienten im stationären Setting dazu tendieren, sich von den anderen zu isolieren (weil sie eine Minderheit darstellen und kein gemeinsamer kultureller Hintergrund bzw. keine gemeinsamen Interessen vorhanden sind) sowie
- » bezüglich der Umsetzung regulärer Aktivitäten auch die Erwartungen der Mitarbeiter/-innen zu adaptieren sind
- » und die Mitarbeiter/-innen mit den Klientinnen/Klienten und ihren Familien kompatible Einstellungen/Haltungen integrieren müssen.

Verschiedene Studien zeigen aber auch, dass zwar ein Bewusstsein für erhöhte Prävalenzraten psychischer Probleme unter bestimmten Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund notwendig ist, dass aber mit entsprechenden **Zuschreibungen in der medizinischen Behandlung** sehr vorsichtig umgegangen werden muss. Psychische Zuschreibungen und Einschätzungen, die körperliche Symptome auf psychischen Stress zurückführen, erleben z. B. laut Bäärnhielm/Ekblad (2000) Menschen mit türkischem Migrationshintergrund als nicht hilfreich. Sie erwarten vielmehr, dass soziale und familiäre Beziehungen, aber auch die Beziehung zur Ärztin / zum Arzt als für eine Heilung wichtig erachtet werden.

Eine wichtige potenzielle Hürde können unterschiedliche **Erwartungen** der Patientinnen/Patienten und der Ärztinnen/Ärzte sein. Hassan et al. (2015) beschreiben beispielsweise, dass Menschen, die die Ursache für psychischen Stress in somatischen Zusammenhängen vermuten, auch eine entsprechende medizinische Behandlung erwarten. Da sie in der aktuellen Diagnose keinen Nutzen sehen, werden sie auch nur reserviert über ihre zurückliegenden Erfahrungen und Erinnerungen sprechen wollen. Selbst wenn sie sich in psychosoziale Behandlung begeben, erwarten sie häufig die Verschreibung eines Medikaments. Unter Umständen erwarten sie auch Interventionen, die ihnen ihre Balance wiedergeben, eine Bestätigung der Normalität ihrer Reaktionen, oder sie kommen überhaupt aufgrund familiären Druckes. Wenn eine Behandlung erfolgen soll, so wird häufig eine kurze, richtungsweisende und effektive Intervention erwartet, aber keine längerfristige Behandlung. Aber auch die Ansprüche an die Qualität und Art einer psychosozialen Unterstütsleistung können laut Hassan et al. (2015) eine Hürde darstellen.

Auch speziell hinsichtlich der Gruppe der Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in der Schweiz wird berichtet, dass diese im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund wesentlich mehr Medikamente konsumieren, dies gilt auch für Schlaf- und Beruhigungsmittel (Haab et al. 2010).

In diesem Zusammenhang soll auch auf eine Studie von Feldmann et al. (2007) verwiesen werden, für die Menschen mit afghanischem bzw. somalischem Migrationshintergrund nach ihrer Einschätzung der allgemeinen medizinischen Behandlung in den Niederlanden befragt wurden. Dabei

stellte sich heraus, dass Ärztinnen/Ärzte nach Meinung der Befragten zu schnell sowohl an traumatische vergangene Erlebnisse als auch an gegenwärtige Notlagen denken und somit die aktuellen individuellen Bedürfnisse nicht unvoreingenommen wahrnehmen. Das kann laut allgemeinen Erzählungen („general narrative“) in der Community zu schwerwiegenden Fehlern mit durchaus dramatischen Konsequenzen führen, was wiederum bewirkt, dass geflüchtete Menschen im Kontakt mit Ärztinnen/Ärzten „auf der Hut“ sein müssen. Die Vertrauensbasis als Grundlage einer erfolgreichen medizinischen Behandlung fehlt somit. Die Autorinnen/Autoren betonen, dass das Zusammenspiel zwischen persönlichen negativen Vorerfahrungen und allgemeinen Erzählungen in der Community als wichtiger Einflussfaktor auf die Vertrauensbasis den behandelnden Ärztinnen/Ärzten oft nicht bekannt ist. Das gilt auch für die Erwartungen der Patientinnen/Patienten, die sich zuerst und vor allem eine seriöse und unvoreingenommene Wahrnehmung ihrer physischen Beschwerden wünschen. Wird diesen Erwartungen nicht entsprochen und kein Verständnis für die zugrunde liegenden Befürchtungen gezeigt, so führen Erklärungen nicht zu einer akzeptierten Beruhigung, was sich wiederum negativ auf die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems auswirken kann. Die Interviews von Feldmann et al. (2007) mit Ärztinnen/Ärzten zeigen jedoch, dass diese sehr darauf fokussiert sind, unnötigen Schaden zu verhindern, indem sie möglichst wenige Interventionen setzen.

Feldmann et al. (2007) zeigen Parallelen zwischen den Erwartungen der geflüchteten Menschen und dem als „best practice“ identifizierten Verhalten von Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner auf:

- » Interesse an der zu behandelnden Person und ihrem Hintergrund,
- » eine einladende Haltung
- » die Durchführung einer seriösen und vorsichtigen Anamnese (inklusive physischer Untersuchung und des Erfragens der bisherigen Entwicklung)
- » das Streben nach einem Einvernehmen bezüglich möglicher Erklärungen
- » die weitere Erörterung des Behandlungspfads, der sowohl den Erwartungen der Flüchtlinge als auch den bewährten Praktiken der Ärztinnen/Ärzte entsprechen soll

Es kann nach Meinung der Autorinnen/Autoren eine sinnvolle Ergänzung sein, danach zu fragen, wie geflüchtete Menschen mit ihrer Lebenssituation und mit ihren Ängsten umgehen, um dazu beizutragen, dass eine gemeinsame Verantwortung erzeugt wird. Feldmann et al. (2007) zitieren jedoch auch andere Studien, nach denen Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner häufig Schlüsselmomente verpassen, welche die Gelegenheit zum Beginn einer Diskussion psychischer Themen böten, und mehr Aufmerksamkeit auf die Tendenz gelegt werden müsste, somatische Interventionen anzubieten und psychologische Hinweise zu vernachlässigen. In ihrer eigenen Studie haben sie wiederum festgestellt, dass manche Ärztinnen/Ärzte dazu tendieren, weitere diagnostische Untersuchungen anzuordnen, um die Konsultation abzuschließen oder weil sie sich nicht in der Lage fühlen, auf andere Weise zu kommunizieren.

In der Literatur genannte Empfehlungen zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Migrantinnen/Migranten

Die bereits erwähnten Studien beinhalten meist auch Empfehlungen, um die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote zu fördern. Zum Thema Sprache empfehlen Hassan et al. (2015) beispielsweise, dass

- » nur einfache und leicht verständliche Sprache verwendet werden solle,
- » überprüft werden solle, ob die Klientin / der Klient und deren Familie das Gesagte auch verstanden haben,
- » eher muttersprachliche Mitarbeiter/-innen oder professionelle Dolmetscher/-innen eingesetzt werden sollten, jedoch keinesfalls Ad-hoc-Übersetzer/-innen aus der Community, aber auch
- » auf die vielen qualifizierten Syrerinnen und Syrer als Kulturmittler/-innen zurückgegriffen werden solle.

Zum Thema Sprache bzw. Übersetzung sei aber auch auf weitere Literatur bzw. konkrete Empfehlungen wie z. B. die *grüne Karte* des Dolmetschens nach Salman verwiesen. Alemi et al. (2017) z. B. empfehlen verbesserte Dolmetsch- und Kulturvermittlungsdienste, aber auch eine grundsätzliche Förderung der Gesundheitskompetenz der Menschen mit Migrationshintergrund und eine Verbesserung der Kompetenzen innerhalb des Gesundheitswesens – damit Ärztinnen und Ärzte (und andere Gesundheitsberufe) ihre seitens Menschen mit Migrationshintergrund oft als negativ wahrgenommene Haltung diesen gegenüber verändern.

Weitere Empfehlungen von Hassan et al. (2015) zur Förderung der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote durch Frauen beinhalten z. B. eine neutrale Bezeichnung der betreffenden Angebote (z. B. als Beratung), deren Integration in allgemeine Frauenprogramme oder deren Ansiedlung an geschützten Orten (für Frauen und Kinder) wie z. B. Gemeinschaftszentren oder Schulen. Männern sollten Informationen über solche Angebote eher bei Routineregistrierungen oder allgemeinen Servicestellen vermittelt werden. Sowohl Frauen als auch Männern sollte die Wahl zwischen einer weiblichen oder männlichen Ansprechperson ermöglicht werden. Unterschiedliche soziale, ökonomische, ethnische oder religiöse Herkunft sowie vermutete politische Einstellungen können die Beziehung zwischen Klient/-in und Ärztin/Arzt durch das Machtungleichgewicht negativ beeinflussen. Ein personenzentrierter Zugang sowie Bemühungen zum Aufbau einer kooperativen Partnerschaft können aber zu Empowerment und psychischer Gesundheitsförderung beitragen. Direktiven und Bewertungen sollten vermieden werden, den Wünschen und Ansichten der Klientinnen/Klienten sollte genau zugehört werden. Dazu gehört auch, dass Dienstleister/-innen vermitteln, dass sie das Krankheitsverständnis der Klientinnen/Klienten akzeptieren und es in die weitere Planung einfließt. Das Bewusstsein, dass die eigenen Erfahrungen, Werte und Überzeugungen die Interaktion mit den Klientinnen/Klienten beeinflussen, ist laut Hassan et al. (2015) eine wichtige Voraussetzung genauso wie das Achten auf Respekt und Würde. Auch das Vermeiden psychologischer Jargons und psychiatrischer Bezeichnungen ist hilfreich, da es ebenso wie die Integration in allgemeine medizinische Settings Scham und Angst vor Stigmatisierung reduzieren hilft.

Lim et al. (2018) beispielsweise stellten in ihrer Studie (für die sie Menschen mit muslimischem Hintergrund aus verschiedenen Herkunftsländern in den USA befragt haben) fest, dass viele Patientinnen/Patienten schon früher Hilfe in Anspruch genommen hatten, entweder von allgemeinen

psychosozialen Diensten oder von Heilerinnen/Heilern, was aber maximal zu kurzfristiger Besserung geführt hatte. Zur Verbesserung der Situation haben Lim et al. (2018) daher folgende Vorschläge formuliert:

- » Um bei den Patientinnen/Patienten auch Bereitschaft für andere Methoden zu fördern, sollten die verschiedenen Erklärungsmodelle mit ihnen diskutiert werden. Es kann hilfreich sein, hier auf eine Vertrauensperson aus der Familie oder dem Freundeskreis zurückzugreifen, die eine ausgewogene Sicht auf psychische Erkrankungen hat und dabei assistieren kann.
- » Wie bereits erwähnt, könnten spezielle islamische Berater/-innen (idealerweise aus der eigenen Institution), die zwischen Religion und psychosozialem Unterstützungssystem vermitteln, hilfreich sein. Allerdings besteht dabei auch die Gefahr, dass die Therapeutinnen/Therapeuten und die religiöse Unterstützer/-innen einander widersprechen, z. B. bezüglich CBT (cognitive behavioral therapy).
- » Die Entwicklung einer modifizierten CBT, die einen besseren Kontakt und eine bessere Compliance ermöglicht,
- » aber auch die Notwendigkeit eines besseren Verständnisses der bei den Patientinnen/Patienten vorherrschenden Vorstellungen und Erwartungen und eine Auseinandersetzung mit therapeutischen Methoden wird als notwendig erachtet.

Alemi et al. (2017) empfehlen in Bezug auf den letzten Punkt, dass das Verständnis der Patientinnen/Patienten von Krankheit, ihre Einstellung zu Medikamenten aber auch ihr Vertrauen in die Kompetenzen der Ärztinnen/Ärzte regelmäßig erhoben werden sollten und dass Vertreter/-innen der Gesundheitsberufe, wenn möglich, eine therapeutische Allianz mit ihren Patientinnen/Patienten anstreben sollten.

Auch Slewa-Younan et al. (2014) beschreiben potenzielle Probleme in der Akzeptanz von CBT⁸ durch Menschen mit unterschiedlichen Religionen, speziell jenen mit mandäischem Hintergrund, was infolge des hohen Stellenwerts der Religion im Leben der Betroffenen auch im Rahmen einer Behandlung in westlichen Ländern berücksichtigt werden muss. Darüber hinaus empfehlen sie, neu ankommenden Menschen mit Migrationshintergrund kulturell adaptiertes und übersetztes Informationsmaterial betreffend häufige Symptome nach traumatischen Erlebnissen, Selbsthilfestrategien und Behandlungspfade zur Verfügung zu stellen.

Hassan et al. (2015) stellen fest, dass aus Syrien geflüchtete Menschen – selbst wenn bei ihnen der Wunsch besteht, über ihre Erlebnisse zu sprechen – unter Umständen keine Behandlung benötigen, sondern eine psychosoziale Unterstützung eher hilfreich ist (z. B. in Form des Aufbaus eines sozialen Netzes, der Beteiligung an sinnvollen täglichen Aktivitäten, des gemeinsamen Teilens von Problemen und Suchens von Lösungen oder der Entwicklung positiver Bewältigungsstrategien). Andererseits benötigen jene Menschen, die Folter ausgesetzt waren, ein breites Spektrum an Unterstützungsleistungen, welche die psychische Gesundheit und die psychosozialen Bedürfnisse abdecken. Sie weisen häufig vielfältige somatische Symptome auf, die sowohl eine Folge von

8

CBT wird hier als Psychotherapie mit einem Fokus auf Veränderungen der Gedankengänge definiert.

Folter sein als auch aus einer Somatisierung seelischer Not resultieren können. Zusätzlich sind sie mit sozialen Konsequenzen konfrontiert, z. B. mit der Schwierigkeit, die Beziehungen zur Familie zu pflegen. Spezialisierte Mitarbeiter/-innen und geeignete Dienstleistungen sind daher laut Hassan et al. (2015) in Gebieten mit einem hohen Anteil Geflüchteter aus Syrien für diese Zielgruppe notwendig.

Die Notwendigkeit einer kulturellen Adaptierung psychosozialer Unterstützungsangebote wird auch beschrieben, wobei dies z. B. von Maroney et al. (2014) für die Beschäftigungstherapie⁹ mit aus Afghanistan geflüchteten Menschen im stationären Setting v. a. im Sinne einer Flexibilisierung und Abkehr vom Fokus auf Förderung eines unabhängigen Lebens gesehen wird. Im Speziellen beinhaltet das

- » eine Fokussierung auf männliche Klienten und ihren Zugang zu gemischten Selbsthilfegruppen (anderer Migrationshintergrund und andere Erfahrungen),
- » das Bearbeiten der familiären Beziehungen durch Psychoedukation sowie eine laufende Unterstützung für die Familien, aber auch Familientherapie (weil die Klientinnen/Klienten normalerweise in familiären Strukturen leben),
- » das Zur-Verfügung-Stellen muttersprachlicher Informationen über psychische Gesundheit und Krankheiten sowie über Unterstützungsangebote (wie auch von Slewa-Young empfohlen),
- » den Einsatz von Methoden zur kulturell adäquaten Definition und Überprüfung von Zielen, Motivation, Interessen und zu fördernden Bereichen,
- » das Abrücken von Gruppenangeboten und Zulassen kulturell adäquater individueller Strategien,
- » das Zulassen von Familienmitgliedern und der Erfüllung ihrer Rollen (z. B. Zubereitung von Mahlzeiten) sowie
- » das Berücksichtigen von Gebetszeiten bei der Planung strukturierender Aktivitäten und Termine.

Diese Empfehlungen basieren auf den bereits berichteten identifizierten Hürden, aber auch auf Beobachtungen von Maroney et al. (2014), etwa dass Bewältigungsstrategien wie Spazierengehen aber auch das Besprechen von Problemen mit der Familie eher zu einer Entlastung von psychischem Stress führen als der Fokus auf Gruppenprogramme, weswegen die Unterstützung durch die Familie daher zumindest zusätzlich ermöglicht/gefördert werden sollte. Um einer womöglich extremen Beschützung durch die Familie zu begegnen, eignet sich eine Kombination aus individueller Psychotherapie und Familientherapie. Diese Adaptierung kann gelingen, wenn sich die Mitglieder des Behandlungsteams gemeinsam mit den kulturellen Aspekten der Klientinnen/Klienten und der eigenen Haltung jenen gegenüber auseinandersetzt und damit letztendlich kulturelle Kompetenz aufbaut. Maroney et al. (2014) betonen auch, dass aufgrund der enormen Bedeutung der Familie bei Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund ein erzwungenes Fernsein (durch einen stationären Aufenthalt) zu einem Wiedererwecken entsprechender traumatischer Erlebnisse führen kann. Dies sollte vor der Zuweisung zu verpflichtender stationärer Rehabilitation

9

Im Rahmen einer Beschäftigungstherapie sollen laut Maroney et al. Klientinnen und Klienten zu einer unabhängigen Lebensführung befähigt werden und dazu, Alltagsaktivitäten auszuüben, die eine persönliche Bedeutung und einen Wert haben.

bedacht werden. Eine Entwicklung ambulanter Beschäftigungstherapien unter Einsatz einer unterstützenden Psychotherapie auf islamischer Basis wird daher von Maroney et al. (2014) ebenfalls empfohlen. Auch für die zukünftige Behandlung der nächsten Generationen, die sich vom traditionellen Familienumfeld wegbewegen und womöglich psychiatrische Unterstützung suchen, ist eine Weiterentwicklung notwendig.

Verschiedene Autorinnen/Autoren formulieren **konkrete therapeutische Empfehlungen**. Z. B. erleichtert nach Meinung von Khoshrouy-Sefat (2007) die Ethnopschoanalyse den Umgang mit dem Eigenen, dem Fremden und dem Unbewussten. Er verweist diesbezüglich auf drei, ursprünglich von Modena in einer anderen Publikation (Möhring/Apsel 1995) beschriebene Techniken. Dazu gehören die forcierte Identifikation (probeweise in die Haut der Patientin / des Patienten schlüpfen), das szenische Verstehen (der in Physiognomie, Mimik, Haltung, Art der Begegnung und Stimme ausgedrückte Komplex der Patientin / des Patienten wird ebenso spontan verstanden) und die Gegenübertragungsanalyse (Analyse der eigenen Reaktionsmuster zum Verständnis der emotionalen Lage der Patientin / des Patienten). In Bezug auf Personen mit iranischem Migrationshintergrund verweist er darauf, dass diese aus einer traditionsgeleiteten Gesellschaft kommen, was einen anderen therapeutischen Umgang mit dem Ödipuskonflikt sowie der möglichen Individuation und Autonomie erfordert. Es liegen mittlerweile etliche Bücher mit Anregungen zur kultursensiblen Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund vor (z. B. (Borde/David 2015)] oder [Machleidt et al. (2018). Darin finden sich z. B. die erweiterten Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund.

Für die **Arbeit mit Geflüchteten** gibt es inzwischen eine Reihe von Empfehlungen zum Thema psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung. Auf internationaler Ebene zählen dazu beispielsweise die *IASC Guidelines for Mental Health and Psychological Support in Emergency Settings* des Inter-Agency Standing Committee (IASC 2007) oder die *Operational Guidance – Mental Health & Psychosocial Support Programming for Refugee Operations* (UNHCR 2013). Beide beziehen sich zwar vorrangig auf Notunterkünfte bzw. humanitäre Hilfe, die ihnen zugrunde liegenden Theorien sind aber unabhängig davon gültig und können als Richtschnur für den Umgang mit Geflüchteten zur Verhinderung oder Verringerung psychosozialer Probleme dienen. Die IASC-Pyramide beschreibt die verschiedenen Ebenen, die mehr oder weniger gleichzeitig adressiert werden sollten (IASC 2007):

- » Grundversorgung als Basis, wobei diese sicher, sozialverträglich und die Würde schützend gestaltet sein sollte
- » Stärkung der Unterstützung von Gemeinschaft und Familie, wobei soziale Netzwerke aktiviert und kinderfreundliche Räume geschaffen werden sollten
- » gezielte psychosoziale Unterstützung, um ausgewählten Personen oder Familien grundlegende emotionale und praktische Unterstützung zu bieten
- » klinische Dienstleistungen durch spezialisierte Einrichtungen

Während die Grundversorgung allen Geflüchteten geboten werden muss, werden die weiteren Ebenen für eine immer kleiner werdende Anzahl von Personen benötigt. Das UNHCR (2013) empfiehlt infolge dessen ein Needs-Assessment als Basis für die weitere Planung, integrierte Angebote, die auch auf die Veränderungen im Laufe der Zeit reagieren, sowie Fortbildung und Monitoring.

Übereinstimmend damit werden auch in den für die vorliegende Studie identifizierten Artikeln spezifische Empfehlungen formuliert: So beschreiben z. B. Hassan et al. (2015) die Notwendigkeit eines umfassenden Angebots, das eine ganze Palette potenzieller Unterstützungsangebote beinhaltet und somit auch nichtpsychologische oder soziale Unterstützung. Sofern das nicht selbst angeboten werden kann, sollte zumindest die Möglichkeit bestehen, dorthin zu vermitteln. Aus dem deutschsprachigen Raum sind hier das Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN 2016) oder die Empfehlungen der Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina (2018) zu nennen. Beispielhaft soll auf Letztere eingegangen werden:

- » Geflüchteten Menschen sollte rechtzeitig psychosoziale und, wenn nötig, klinische Hilfe angeboten werden, mit einem Repertoire von Hilfsangeboten, das den spezifischen Bedürfnissen der Betroffenen gerecht wird und sie in die bestehenden Gesundheits- und Sozialsysteme integriert, ohne diese zu überlasten.
- » Eine ergänzende Hilfsstruktur sollte aufgebaut werden, in deren Rahmen je nach Bedarf professionelle psychotherapeutische Angebote durch approbierte Psychotherapeutinnen/-therapeuten oder Psychiater/-innen sowie niederschwellige Angebote von geschulten Personen durchgeführt werden. Letztere könnten auch für eine bedarfsgerechte Versorgung der Gesamtbevölkerung eingesetzt werden – und Barrieren beim Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung insbesondere für marginalisierte Gruppen abbauen.
- » Screening-Instrumente sollten bei allen neu ankommenden Menschen eingesetzt werden (z. B. der Refugee Health Screener), um früh Hinweise auf eventuell bestehenden Behandlungsbedarf zu erhalten. Idealerweise sollte dies IT-basiert und bei der Aufnahme in Unterkünften erfolgen.
- » Qualifizierte Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten sollten – auch für nicht primär psychotherapeutisch tätige Berufsgruppen – weiterentwickelt und ausgeweitet werden.
- » Qualifizierte Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten für Psychotherapeutinnen/-therapeuten zur Diagnose und Therapie von Traumafolgestörungen sollten angeboten werden.
- » Peer-Berater/-innen sollten in der Begleitung traumatisierter Geflüchteter eingesetzt werden, als Teil bestehender Integrations- und Unterstützungsangebote und mit entsprechender finanzieller Ausstattung.
- » Peer-Berater/-innen sollten auch zur unterstützenden Behandlung im Rahmen einer Psychotherapie eingesetzt werden, nach vorheriger Ausbildung in Traumaberatung über akkreditierte Schulungen. Dazu müssen unter Umständen auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen angepasst werden.
- » Die Abrechnung von Dolmetschleistungen sollte betroffenen Geflüchteten für die gesamte Therapiedauer unabhängig von deren Aufenthaltsstatus und -dauer ermöglicht werden.

Zuletzt soll noch erwähnt werden, dass auch im Projekt ReHIS (Kohlenberger 2019) der Schluss gezogen wurde, dass ein Ausbau spezifischer Leistungen für die psychosoziale Gesundheit von Geflüchteten (insbesondere Jugendlichen) notwendig ist. Dies wird damit begründet, dass die Ergebnisse der Studie, obwohl sie vermutlich die Häufigkeit psychischer Belastungen unterschätzen, auf einen ungedeckten Bedarf hinweisen. Recht detaillierte Empfehlungen gibt es auch aus dem Blickwinkel der Suchtprävention/-beratung/-behandlung mit Fokus auf jugendliche bzw. junge erwachsene Geflüchtete in Strizek et al. (2017)

4.2 Ergebnisse aus Interviews/Fokusgruppen mit Menschen mit Migrationshintergrund

4.2.1 Verständnis psychischer Gesundheit

4.2.1.1 Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund

Die Aussagen in den Interviews zeigen, dass das Verständnis psychischer Gesundheit nicht wie in der ursprünglichen Konzeption der Studie intendiert aufgegriffen wird. Es ist auffallend, dass in den Interviews sehr offen über individuelle Gesundheitszustände, Belastungen und angewandte Bewältigungsstrategien gesprochen wird, nicht jedoch über abstraktere Konzepte. Die interviewten Personen schildern, dass Österreicher/-innen eher an Psychologie glauben, nicht jedoch Afghaninnen/Afghanen, da diese keine Erfahrung damit haben. Es wird auch darüber berichtet, dass innerhalb der Community Abgrenzungen entstehen dürften: zwischen jenen, die z. B. Psychotherapie in Anspruch nehmen und diese als positive Erfahrung erleben, die ihnen geholfen hat, und jenen, die keine Erfahrung damit machen und Erzählungen darüber in einen negativen Fokus rücken, der psychotherapeutische Maßnahmen eher mit Verrücktheit assoziiert. Siehe auch (Strizek et al. 2017).

Es zeigt sich auch, dass ein Bewusstsein dafür vorhanden ist, welche Faktoren auf eine gute und stabile psychische Gesundheit einen positiven Effekt (z. B. wenn die Familie gesund ist) oder negativen Effekt (Angst, Stress und Probleme, häufiges Alleinsein, keine Beschäftigung, ein Zuviel an Schlaf und Nachdenken, keine Sicherheit, Krieg, schlechte Erinnerungen und Erfahrungen) haben. In mehreren Interviews kommt der **Stellenwert der Familie** als Faktor dafür vor, ob sich jemand gesund oder krank fühlt.

Zitat: „Wenn Vater und Mutter seelisch gesund wären, dann wäre die ganze Familie auch gesund. Wie es den Eltern geht, hat Einfluss auf die ganze Familie. Wenn Eltern nicht gesund sind, dann ist die ganze Familie krank.“

Als gesunder psychischer Gesundheitszustand werden die Umstände beschrieben, dass es keine Sorgen gibt, Ziele und Motivation für die Zukunft vorhanden sind und die Seele ruhig ist. Als schlechter psychischer Gesundheitszustand wird hingegen attestiert, wenn jemand Medikamente nehmen muss, Schlafstörungen hat, am ganzen Körper Schmerzen hat, nicht arbeiten gehen kann, Nervenprobleme oder fortwährend große Sorgen hat.

Psychische Gesundheit wird in den Interviews vorwiegend als ein Zustand geschildert, in dem es Menschen gutgeht. Dennoch nehmen einzelne Befragte auch Differenzierungen vor. Sichtbare äußere Zeichen für ein Sich-Wohlfühlen (z. B. Lachen) müssen demnach nicht notwendigerweise bedeuten, dass es einer Person gutgeht.

Zitat: „Wenn man sich gut fühlt, geht es einem gut. Es ist aber nicht immer so, dass es einem wirklich gut geht, wenn man sagt, dass es einem gut geht. Es könnte sein, dass man über seine Probleme einfach nicht reden möchte. Auch wenn jemand lacht, muss es nicht unbedingt heißen, dass es der Person gutgeht. Sie könnte Gefühle verstecken wollen.“

Aus einer Schilderung geht hervor, dass es ein sichtbarer Indikator für eine psychische Erkrankung ist, wenn ein Mensch beispielsweise mit sich selbst redet oder sich komisch bewegt, indem er z. B. ständig mit dem Fuß wippt. Hingegen wird unter anderem auch angegeben, Ängste seien keine psychische Erkrankung, sondern eine normale Reaktion auf Gesetze und Handlungen von Regierungen. Ein weiterer Indikator dafür, dass es jemandem schlechtgeht, ist laut den Interviews die Tatsache, dass eine Person keinen Kontakt mit anderen habe und diesen auch nicht wolle.

Zitat: „Alle Probleme, die ich damals hatte, waren zur Hälfte durch meine Familie und zur Hälfte durch meine Umgebung bedingt. Der Krieg. Dadurch wurden viele Leute depressiv. Der Krieg hat uns krank gemacht.“

In Zusammenhang mit Belastungen werden vor allem folgende Faktoren berichtet:

- » Stress
- » Angst
- » zu viel Nachdenken, Gedankenkarusselle
- » schlecht denken
- » Vermissen der Eltern
- » unsichere Zukunft
- » Sorge um die Familie
- » nicht helfen können

Als Bewältigungsstrategien werden häufig folgende Maßnahmen genannt:

- » Mit anderen sprechen
- » Inanspruchnahme von Psychotherapie inkl. Einnahme verschriebener Medikamente
- » sich Ängsten stellen, indem man sich angstbesetzten Situationen aussetzt
- » die Wichtigkeit, etwas zu tun, sich zu beschäftigen (z. B. Deutschkurs, Sport, Schule etc.)
- » Ablenkung
- » Zwei der Interviewpartner schildern, dass sie beobachten, wie andere Menschen zur Bewältigung Alkohol trinken, Haschisch rauchen, streiten, sich in Kampfhandlungen verwickeln, um scheinbar Probleme zu lösen. Die interviewten Personen erwähnen zeitgleich, dass sie denken, dass damit keine Probleme gelöst würden.

Veränderung des Verständnisses psychischer Gesundheit im Laufe der Aufenthaltsdauer in Österreich

Von den afghanischen Interviewten gehen wenige auf diese Frage ein. Dies steht vermutlich stark in Zusammenhang mit dem Alter der Interviewpartner/-innen, das zwischen 20 und 21 Jahren liegt, nur zwei Befragte sind über 30 Jahre alt. Die gegebenen Antworten zeigen jedoch, dass der Unterschied vorwiegend darin liegen dürfte, dass in Afghanistan kein Bewusstsein für psychische

Erkrankungen vorhanden war. Es wird damit erklärt, dass durch den Krieg, aber auch durch das Familienumfeld kein Raum und keine Zeit dafür vorhanden gewesen seien, sich über sich selbst Gedanken zu machen oder daran zu denken, dass man vielleicht eine Depression habe. Erst mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Österreich tritt dieses Bewusstsein in den Vordergrund. Eine Befragte berichtet auch, dass ihr Bewusstsein darüber, dass sie ein Recht darauf habe, über ihre Probleme zu sprechen, neu sei.

Zitat: „In Afghanistan habe ich Probleme bekommen, aber ich wusste nicht, was das ist. Plötzlich bin ich beim Schlafen aufgewacht ... seitdem immer die gleichen Gedanken, Angst davor, nicht durchschlafen zu können, wie eine CD, die sich immer wiederholt ... aber ich wusste nicht, dass es ein Problem ist. Als ich hierhergekommen bin, habe ich gelernt, dass es eine Krankheit ist.“

Zitat: „So viel hat sich geändert, meine Meinung ist jetzt ganz anders. Als ich im Iran¹⁰ war, konnte ich psychische Gesundheit oder Probleme überhaupt nicht verstehen. Wir haben in Österreich verstanden, dass wir uns selbst, unsere Gedanken uns krank machen. Wir können diese schlechten Gedanken bewältigen – mithilfe von Expertinnen.“

Unterschied zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit

Der Unterschied zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit wird in einem Interview vor allem anhand der Reaktion von Menschen auf die erkrankte Person betrachtet: Sowohl bei körperlichen als auch bei psychischen Erkrankungen ist zu beobachten, dass ein Kontakt mit der/dem Erkrankten vermieden wird. Im Fall einer körperlichen Erkrankung (z. B. Krebs, Hepatitis C) geschieht dies aus Angst vor Ansteckung bzw. weil jemand Angst hat, sie sich auch zuzuziehen. Bei psychischen Erkrankungen hingegen ist das Wissen vorhanden, dass diese nicht ansteckend sind (z. B. Depressionen). Das Vermeiden eines Kontakts resultiert dabei eher aus der Angst, es mit einer verrückten Person zu tun zu haben. Aus Angst vor Kontaktverlusten und den Reaktionen anderer sprechen – vor allem ältere – Menschen deshalb wenig über Krankheiten.

Andere Interviewte schildern, dass sie von einer Wechselbeziehung zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit ausgingen – somit eine Verbindung zwischen den beiden Bereichen und keine Trennung bestehe.

Zitat: „Für die Afghanen, besonders die älteren Menschen, ist es ganz wichtig, was die anderen über einen sagen.“

Die Ergebnisse der Interviews von Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund decken sich generell mit jenen in Strizek et al. (2017), in deren Erhebung Interviews zum Thema Sucht und Flucht geführt und analysiert wurden.

10

Viele Afghanen sind zunächst in den Iran oder nach Pakistan geflüchtet bzw. dort als Flüchtlinge aufgewachsen.

4.2.1.2 Menschen mit somalischem Migrationshintergrund

Für den Begriff psychische Gesundheit gibt es im Somali keinen Ausdruck, das wird in beinahe allen Interviews festgehalten. Das ist einer der Gründe, warum es schwierig ist, über Psyche überhaupt zu sprechen. Nachdem die Interviewer/-innen beharrlich nachgefragt hatten, wurden dennoch Umstände erzählt, die mit psychischer Gesundheit in Verbindung gebracht werden können. Dazu gehört, dass es der Familie gutgeht, sie zusammen ist, das Herz und der Körper gesund sind, wenn alle gesund sind (z. B. Kinder, Mann), keine Probleme und Sorgen (z. B. Geld) vorhanden sind. In einigen Interviews wird von einem Belastungsfaktor durch Diskriminierung (z. B. Hautfarbe, Kopftuch) erzählt. Eine der Befragten schildert, dass sie sich dann wohlfühle, wenn sie die gleichen Rechte wie Männer erhalte und sie nicht anders behandelt werde als diese.

Einige der Befragten beziehen die psychische Gesundheit stark auf Rituale bzw. Traditionen in Verbindung mit dem islamischen Glauben, beispielsweise darauf, den Koran zu lesen. Dies macht demnach glücklich, insbesondere wenn dieser als „Rukaya“ gelesen wird:

Zitat: „Rukaya – es gibt Frauen und Männer, die Spezialisten sind in diesem Bereich – bedeutet: Man nimmt Texte oder Teile des Koran und liest das auf bestimmte Art zu einer bestimmten Tageszeit. Das kann sein für das ganze Haus oder für die ganze Familie oder für eine einzelne Person, die krank ist ... bei uns gehen die Leute manchmal nicht zum Arzt, sondern zu einer Person, die Rukaya macht. Das hilft mir sehr. Wenn ich das mache, geht es mir gut.“

Das Lesen des Koran wird teilweise als Medizin beschrieben. Dem religiösen Engagement wird der Stellenwert beigemessen, den Zugang zu Medizin und Heilung (Allah hat die Medizin und die Heilung) zu gewährleisten.

Als **Belastung für die psychische Gesundheit** werden genannt: Krieg, Angst, Verlust von Menschen, existenzielle Sorgen, Asylverfahren, sich fremd fühlen, Einsamkeit, Armut, Obdachlosigkeit. Ausführlicher wird in einer Befragung beschrieben, dass es zu einer psychischen Krankheit kommen kann, wenn Menschen etwas geschehen ist, das zu ertragen sie nicht stark genug sind. Als sichtbare Symptome einer psychischen Erkrankung werden zum Teil Verhaltensweisen wie Spucken und laute Selbstgespräche beschrieben oder äußern sich laut den Befragten auch darin, dass jemand andere ohne Grund beschimpfe oder schlage, besonders dünn oder verwahrlost sei.

In einigen Interviews wird auf die Frage nach psychischer Gesundheit kaum geantwortet, indessen folgen Erzählungen dazu, wie und wo Teufel lebten und was getan werden müsse, um diese fernzuhalten (z. B. den Koran lesen). Dazu gehöre aber auch die Trennung von Badezimmer/Toilette und Küchenbereich durch Türen, denn Teufel kämen aus dem Bad und der Toilette, deren Nähe zur Küche zudem als unrein gelte. Verhaltensweisen, die mit psychischen Erkrankungen assoziiert werden können, werden in diesen Interviews mit einer Besessenheit durch den Teufel erklärt.

Psychische Krankheiten werden in einem Interview damit in Verbindung gebracht, dass sie mit Veränderungen durch den Aufenthalt in Österreich zusammenhängen. Es wird von einer Schockkrankheit gesprochen oder von einer Flüsterkrankheit – wenn Menschen mit sich selbst sprechen, sich isolieren, Angst haben, Stimmen hören und keine Kontakte mehr mögen.

Veränderung des Verständnisses psychischer Gesundheit im Laufe der Aufenthaltsdauer in Österreich

Aus den Erzählungen in Betreff der Veränderung seit dem Aufenthalt in Österreich geht stark hervor, wie unterschiedlich die Befragten psychische Gesundheit für sich einordnen bzw. erklären. Während in einigen Interviews die Tendenz dahin geht, dass psychische Gesundheit als Form eines Gesundheitszustands eingeordnet wird und eher in Richtung Lösung für das Problem gesucht wird, stellen andere Befragte einen starken Bezug zu traditionellen Vorstellungen und religiösen Ritualen (z. B. Besessenheit durch Teufel, Beten) her. Wiederum in anderen Interviews zeigt sich ein Veränderungsprozess, in dem sowohl traditionelle Vorstellungen als auch das Konzept psychischer Gesundheit vorkommt – tendenziell wird von den Befragten dabei die Ursache psychischer Belastungen in den Bedingungen in Österreich gesehen.

Zitat: „Es hat sich viel geändert. Als ich hergekommen bin, habe ich keine Ahnung von psychischer oder seelischer Gesundheit gehabt. Und hier, jetzt, verstehe ich, wenn ich eine psychische Krankheit habe, ich merke das, wenn ich nur zu Hause bleibe, keinen Kontakt mit den Leuten aufnehme, sehr wenig schlafe und nicht esse ... dann verstehe ich, dass ich psychisch krank bin.“

Zitat: „In Somalia kennen wir psychische Krankheiten nicht. Aber hier haben wir das erkannt, aber wir können das nicht verstehen. Warum gibt es nur hier diese psychischen Probleme ... es gibt keine Worte, keine Ausdrücke im Somali für ‚psychische Erkrankung‘. Es gibt nur Teufel, die dann mit Koran und Rukaya behandelt werden.“

Zitat: „Als ich nach Österreich gekommen bin, verschlechterte sich mein psychischer Zustand, aber ich habe gewusst, warum es mir so schlecht gegangen ist. Die Ursache war mir klar. Ja, ich hatte keine eigene Wohnung, das hat mich sehr verletzt und hat mein Herz traurig gemacht. Jemand in meinem Alter lebt in einem kleinen Zimmer mit zwei jungen Männern, die immer laut und respektlos waren, was das Ganze noch schlimmer gemacht hat. Ich habe erst hier psychische Probleme bekommen. In Somalia kannte ich diese Krankheiten und Probleme nicht, überhaupt nicht.“

Unterschied zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit

Ein diesbezüglicher Unterschied wird in einigen Interviews darin gesehen, dass im Fall psychischer Krankheit mehr Bewegungsspielraum bleibt. Man kann beispielsweise noch spazieren gehen, Freunde treffen, Shoppen gehen, Feste feiern. Im Fall körperlicher Krankheiten ist das häufig nicht möglich. Die meisten Befragten beschreiben eine Wechselwirkung zwischen psychischer und körperlicher Gesundheit. Einzelne Befragte nehmen eine Trennung vor, die durch Sichtbarkeit versus Unsichtbarkeit geprägt ist.

Zitat: „Meiner Meinung nach liegt der Unterschied darin, dass eine körperlich kranke Person eindeutig krank ist, zum Beispiel sind die Wunden sichtbar, und auch Infektionen kann man erkennen und dann behandeln. Aber wenn der Kopf oder die Seele krank sind, dann sieht man das nicht und kann es deshalb auch nicht heilen. So sind die Unterschiede sehr klar.“

4.2.1.3 Arabischsprachige Menschen mit Migrationshintergrund

In den Interviews mit arabischsprachigen Menschen wird das Verständnis psychischer Gesundheit zum Teil differenziert geschildert, jedoch sehr klar darin, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig noch immer als verrückt stigmatisiert werden. Differenzierte Erklärungen (es findet eine Reflexion über die eigene Situation statt) deuten auf einen Bildungseffekt hin.

Zitat: „Weil ich studiert und gelernt habe, finde ich, dass psychische Erkrankungen normal sind. Das heißt, ich muss zugeben, dass ich krank bin und muss dann den Arzt besuchen. In unserer Kultur oder unserer Muttersprache sagt man, wenn man psychisch krank ist: ‚Nein, ich bin nicht verrückt, und ich gehe nicht zum Psychologen.‘“

Der Zustand **psychischer Gesundheit** wird von den meisten Befragten damit in Verbindung gebracht, wenn es ihnen gutgeht, sie glücklich sind, innere Ruhe vorhanden ist, sie nicht böse sind, Probleme gelöst werden können, Sicherheit und Stabilität vorhanden sind, sie in die Gesellschaft integriert sind und es der Familie (bzw. einzelnen Familienangehörigen) gutgeht.

Aus den Interviews geht hervor, dass das psychische Wohlbefinden stark mit der Familie verbunden wird. Zum Teil erzählen Befragte, dass innerhalb der Familie Druck auf die Frauen ausgeübt wird, zum Teil werden allgemeine Belastungen der Familie zur Herausforderung. Existenzielle Sorgen werden als starker Belastungsfaktor beschrieben. **Ursachen für psychische Belastungen** werden von den meisten Befragten in Überforderung, Stress, (scheinbar) unlösbaren Problemen, Angst, Sorgen (z. B. geldbedingt) und Armut gesehen. Die Schwierigkeit, mit Problemen nicht mehr umgehen zu können, wird von einer Befragten folgendermaßen beschrieben:

Zitat: „Ja, also man fühlt sich behindert ... also nicht behindert, sondern man denkt, man ist geschlossen, man denkt, man kann nichts mehr machen, ist aus ...“

Vor allem Menschen mit syrischem Migrationshintergrund legen den Fokus verstärkt auf Krieg als Ursache psychischer Belastungen, des Weiteren auch auf den Stress durch unklare Asylverfahren und, damit einhergehend, fehlende stabile Zukunftsperspektiven (z. B. fehlende existenzielle Grundlagen, eine Familie zu gründen).

Zitat: „Der Krieg macht seelisch krank, Angst. Man fühlt sich nicht wohl. Man verliert die Wohnung, Arbeit, die Familie, Freunde. Man verliert sich selbst, und wenn man die Heimat verlassen muss und dann von Land zu Land flüchtet ... auf diesem Weg verliert man Freunde und Familie.“

Veränderung des Verständnisses psychischer Gesundheit im Laufe der Aufenthaltsdauer in Österreich

Vor allem in einem Interview wird hervorgehoben, wie sehr die Hilfe in Österreich als unterstützend wahrgenommen wird, dies wird als Ursache der Veränderung des Verständnisses psychischer Gesundheit beschrieben. Im Interview wird eine Verbindung zwischen Einstellung/Verständnis und zur Verfügung stehender Hilfeleistung hergestellt. Die Möglichkeiten, Hilfe zu erhalten, haben letztlich das Verständnis psychischer Gesundheit verändert (z. B. die Möglichkeit, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, nicht alleingelassen zu werden, mit Problemen wo hingehen zu können). Es wird auch geschildert, dass sich das Selbstverständnis verändert hat – während früher davon ausgegangen wurde, dass man selbst schuld an Problemen ist, wird mittlerweile vermehrt auf Hilfe zurückgegriffen. Dass Sprechen und die Inanspruchnahme von Hilfe helfen, erweist sich zunehmend als Erfahrung, die im Laufe des Aufenthalts in Österreich erworben wurde.

Unterschied zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit

In einem der Interviews wird interessanterweise ein Unterschied zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit dahingehend gemacht, dass gegen körperliche Krankheiten Medikamente genommen werden können, gegen psychische Krankheit hingegen bereits Reden helfen kann. In einem weiteren Interview wird wiederum der Unterschied darin ausgemacht, dass die äußere Betrachtung körperlicher und psychischer Krankheit unterschiedlich ist und dadurch Menschen verschieden reagieren.

Zitat: „Wenn ich eine körperliche Krankheit habe, kann ich zum Arzt gehen, und der Arzt gibt mir Tabletten oder eine Spritze und dann werde ich in kurzer Zeit gesund. Wenn man jedoch psychisch krank ist, dann denken die Leute, dass man verrückt ist, und sie gehen weg. Dadurch ist man traurig. Oder sie denken, das man vom Teufel besessen ist. Dann wird man gefesselt, geschlagen.“

Wie bereits in vorherigen Interviews ist auch hier interessant, dass das Verständnis des Unterschieds zwischen psychischer und körperlicher Gesundheit bei den meisten Befragten zu einer Schilderung führt, die unterschiedliche Reaktionen des Umfelds, der Gesellschaft beschreiben. Psychische Krankheiten sind demzufolge nach wie vor zum Teil mit einem starken Stigma behaftet, während körperliche Krankheiten gesellschaftlich akzeptiert sind und deshalb nicht zu Ängsten (z. B. vor Isolation, Ausschluss aus der Familie etc.) führen.

4.2.1.4 Menschen mit türkischem Migrationshintergrund

Bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund wird in einigen Interviews psychische Gesundheit mit seelischer Gesundheit gleichgesetzt und eine Verbindung zwischen persönlicher Gesundheit und gesellschaftlicher Gesundheit hergestellt: „Wenn man gesund ist, ist man auch gesellschaftlich gesund“. Es wird ein Fokus auf ein glücklich-Sein, Offen-Sein, auf inneren Frieden und Geruhsamkeit gerichtet und eine Abgrenzung zu Aggressivität hergestellt. Aggressivität wird

eher mit Krank-Sein assoziiert. Häufig werden Emotionen wie Angst und Traurigkeit und Ausdrucksbewegungen wie Weinen als Kennzeichen dafür genannt, dass es jemandem nicht gutgeht. Das Gefühl von Traurigkeit wird in einzelnen Interviews auch mit konkreten existenziellen Sorgen und deren Auswirkungen auf die gesamte Familie verknüpft (ein Kredit der Eltern kann z. B. nicht mehr zurückgezahlt werden, und aus diesem Grund müssen die Kinder arbeiten gehen, um die Schulden der Eltern zu begleichen). In einigen Interviews wird Demütigung als Belastungsfaktor geschildert. In Verbindung mit einem Zustand des Sich-Wohlfühlens werden Ruhe, Glück, Liebe und Respekt genannt.

Das **Erkennen psychischer Erkrankungen** wird vor allem durch äußeres, sichtbares Verhalten beschrieben (z. B. sonderbare Bewegungen, sonderbares Verhalten).

In den Schilderungen in Bezug auf das Verständnis psychischer Gesundheit wird häufig auf **soziale Faktoren** hingewiesen. So werden etwa Wohnumgebung, enge Wohnverhältnisse, mangelnde sanitäre Ausstattung (z. B. kein Badezimmer, kein fließendes Wasser, WC auf dem Gang), geringes Einkommen (z. B. die Frage, ob das Geld im Folgemonat noch reichen wird) oder Sprachprobleme als „ungesund“ beschrieben. In einem Interview wird das Erleben von Rassismus als Belastungsfaktor geschildert. Männliche Befragte beziehen sich rasch auf Themen wie Arbeit und ihr soziales Umfeld, und wenn dieses in Ordnung ist, sprechen sie von Sich-Wohlfühlen im Leben.

Der Zusammenhang zwischen **psychischer Gesundheit und Familie** kommt in beinahe jedem Interview vor. Die Sorge um Angehörige (v. a. Kinder und Ältere) wird in Verbindung mit Stress gebracht und als Belastungsfaktor dargestellt. Wenn hingegen in der Familie keine Krankheit herrscht und alle gesund und glücklich sind, wird dieser Familienzustand in den Interviews oft mit „psychisch gesund“ verbunden, da es den Interviewten dann gutgeht. Im Fall männlicher Befragter tritt als Faktor, um sich wohlfühlen der Umstand in den Vordergrund, für die Familie einen bestimmten Lebensstandard erhalten zu können. Verständnisvolle Partner oder Partnerinnen in einer unterstützenden Rolle, wenn es schlecht- oder nicht gutgeht, werden in den Kontext psychischer Unterstützung gebracht.

Zitat: „Jetzt fühle ich mich auch gut, weil ich alles habe, was ich will: eine Familie, ein Zuhause, ein Kind, Geld.“

Zitat: „Nicht jeder kann alles erzählen und teilen. Ich fühle mich besser, wenn ich erzählen kann. Ich habe eine Freundin, die ihre Kinder nach ihren Richtlinien erziehen möchte, und wenn sie es nicht schafft, dann nimmt sie Medikamente. Sie schläft stundenlang ... Sie nimmt Medikamente, um zu vergessen.“

In Zusammenhang mit Belastungen werden vor allem folgende Faktoren berichtet:

- » Stress
- » Angst
- » Traurigkeit
- » Sorgen (z. B. finanzielle Sorgen, Sorge um Kinder, Familie, Partner/-in, Arbeit)
- » Verlust
- » Demütigungen, Rassismus

- » Suchtverhalten
- » Angst zu sterben

Zitat: „... dauernd weinen, stetig Stress zu haben, das zeigt mir eigentlich, dass man deprimiert ist. Man verhält sich so, als würde man in einer geschwollenen Welt leben, also nicht in einer realen, sondern in einer Gedankenwelt. Manchmal fühle ich mich depressiv, weil ich Angst habe, dass mein Familienzustand sich verschlechtern wird. Da kommen mir solche Gedanken, und das macht mich eigentlich depressiv dann. Keine richtigen Existenzängste. Nein, um Geld geht es nicht, aber um die Sicherheit geht's bei mir; wenn ich mich nicht sicher fühle, dann bin ich depressiv.“

Veränderung des Verständnisses psychischer Gesundheit im Laufe der Aufenthaltsdauer in Österreich

Das Verständnis psychischer Gesundheit hat sich im Laufe des Aufenthalts in Österreich bei den meisten Interviewten geändert. Die meisten Befragten erzählten, dass sie in der Türkei von psychischer Gesundheit nie gehört hatten, obwohl die Menschen dort natürlich psychische Probleme haben.

Zitat: „... Die Menschen haben Hodschas besucht, damit ihre Psychologie wieder gut würde ...“

In einem Interview wird erzählt, dass in der Türkei in den 1970er-Jahren (im Herkunftsort der interviewten Person) versucht wurde, mittels eines Hodschas, Gebeten und Ähnlichem Probleme zu lösen, und davon ausgegangen wurde, dass im Fall psychischer Symptome jemand von einem Dschinn angegriffen wurde. Erzählungen vom Dschinn führten laut einem Interview zu Angst.

Zitat: „... so haben sie gesagt, dann haben wir noch mehr Angst gehabt wie „Was gibt es hinter uns? Was gibt es vor uns?“ oder „Ist es wohl im Bett?“, „Ist es wohl in der Wohnung?“, also Daseine (Erscheinungen), die es nicht gibt. „Die mit den drei Buchstaben“, haben sie gesagt, und wir haben Angst gehabt.“

Hätte ein Mensch mit psychischen Belastungen einen Psychologen aufgesucht, wäre dieser für verrückt (oder auch dumm) erklärt und abgewertet worden. Die interviewte Person hielt fest, dass es große Unterschiede innerhalb der Türkei gebe und teilweise nach wie vor an einen Hodscha geglaubt werde, dies aber mit Denkweisen in Istanbul, Ankara oder Izmir nicht verglichen werden könne. In den Interviews wird auch auf einen Bildungseffekt hingewiesen, d.h. dass eher Menschen mit wenig Bildung an diesen Ansichten festhalten.

Die große Veränderung im Verständnis psychischer Gesundheit liegt darin, dass es inzwischen Beratungen, Therapien und sehr gute Leistungen gibt. Mittlerweile gibt es eine größere Offenheit; die meisten Interviewten suchen im Fall von Problemen Hilfe und lassen sich beraten. Solche Leistungen hat es früher (z. B. in den 1970er-Jahren in der Türkei) nicht gegeben. In einem Interview wird der Unterschied so beschrieben, dass früher in der Türkei Probleme gelöst wurden, indem man sich selbst Zuspruch gab, Freunde aufsuchte, Vorschläge annahm, was beruhigend auf Menschen wirkte. Worin die Veränderung besteht, lässt sich der folgenden Schilderung entnehmen:

Zitat: „Jetzt, hier in Wien, kann ich auch ohne Bedenken zum Psychologen gehen. Ich denke jetzt viel schneller und öfter nach, mir professionelle Hilfe zu holen. Ich bin 2001 hierhergekommen. ... Ich sehe es auch hier, die Menschen sind nicht mehr so wie früher. „Bin ich dumm?“, so eine Aussage gibt es nicht mehr. Sie denken, dass ein Psychologe ihnen helfen kann. Früher war das wirklich so, und für 70-, 80-Jährige, auch aus meinem Umfeld, ist es immer noch so. Sie wollen es nicht wahrhaben, dass sie selbst oder die Ehefrau Hilfe brauchen. Aber Jüngere, also 60 abwärts, sehen, dass es viel besser ist, zusammen mit einem Arzt solche Probleme zu besprechen. Die haben auch Schweigepflicht, und man braucht sich nicht vor Tratschereien fürchten.“

Unterschied zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit

Ein Unterschied zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit wird von den meisten Befragten dann nicht gemacht, wenn es darum geht, dass sowohl die Psyche als auch der Körper krank sein können. Das diesbezügliche Verständnis geht in die Richtung, dass ein Körper nur dann gesund sein kann, wenn jemand auch psychisch gesund ist. Beides bedingt einander. Wenn jemand körperlich krank ist, steigt auch das Risiko, psychisch zu erkranken. Körperliche Krankheiten werden eher mit „sichtbar“ assoziiert und psychische Erkrankungen eher mit „nicht sichtbar“.

Zitat: „Na ja, wie der Name schon sagt, körperlich und geistig, das sagt schon alles. Das eine folgt dem anderen; also wenn ich geistig bisschen daneben bin, kann es sein, dass ich stolpere und mir den Haxen breche, und wenn ich körperlich kaputt bin, dann wird meine Seele dann automatisch bei der ersten Zehntelsekunde vom Bruch ein bisschen angeschlagen sein. Es ist alles miteinander verbunden.“

4.2.2 Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung

4.2.2.1 Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund

Die meisten befragten Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund würden sich **bei psychischen Problemen** an verschiedene professionelle Hilfsangebote (Beratung, Ärztin/Arzt, Psychiater/-in, Psychologin/Psychologe) wenden. Es wird aber auch die Familie (Schwester) als wichtige Unterstützung genannt, die für manche Probleme besser geeignet wäre, oder Ablenkung als Strategie gewählt.

Viele haben bereits selbst **Erfahrungen mit professioneller Unterstützung** gemacht, fast alle kennen auch andere Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund, die psychische Probleme haben und bereits Unterstützung gesucht bzw. in Anspruch genommen haben. Von den eigenen Erfahrungen wird meist positiv berichtet, die Erfahrungen anderer scheinen zwiespältig aufgefasst zu werden.

Zitat: „Die Psychologin hat drei Monate mit mir gearbeitet, und das hat gut funktioniert. Sie hat viel mit Beispielen gearbeitet – und mit einem Dolmetscher. Wir haben über alles geredet, die

Kultur, die Tradition, die Religion. Sie war selbst Ausländerin, konnte aber gut Deutsch sprechen, hatte den Job erst kurz und hat auch viel im Koran gelesen und immer wieder gesagt: Erkläre mir ganz genau, warum du so denkst Manchmal haben wir auch etwas mit Malen und Zeichnen gemacht. Manchmal ist sie mit mir rausgegangen ... Es war ein gegenseitiges Akzeptieren nötig. Aber das hat funktioniert und sehr geholfen.“

Diejenigen, die selbst keine Erfahrung mit psychosozialer Unterstützung haben, nannten unterschiedliche Gründe dafür: einerseits überhaupt wenig Kontaktfreudigkeit („immer müde und zu Hause“), andererseits der Wunsch nach Vertrautheit und Nähe, der durch professionelle Unterstützer/-innen nicht erfüllt werden könne. Allerdings scheint eine Unterstützung durch eine fremde Person in bestimmten Fällen schon vorstellbar zu sein.

Eine der befragten Personen hat zunächst selbst im Internet recherchiert und die eigene Diagnose gestellt. Andere wurden von Betreuerinnen/Betreuern aus dem Heim oder von anderen Ärztinnen/Ärzten weitervermittelt.

Die zu Beginn erlebten Nebenwirkungen starker Medikamente führten zu unterschiedlichen Reaktionen: Einerseits wurden sie hingenommen und letztendlich die Medikamente doch als hilfreich wahrgenommen, andererseits waren sie Grund für einen Abbruch einer weiteren Behandlung. Es wurde aber explizit darauf hingewiesen, dass die verschreibende Ärztin / der verschreibende Arzt über die Möglichkeiten der Nebenwirkungen vorher aufgeklärt hatte.

Negative Erfahrungen wurden vorwiegend in der Form berichtet, dass keine weitere Behandlung zustande gekommen oder diese abgebrochen worden war. In einem Fall hat dies schlussendlich zu einem stationären Aufenthalt geführt. Es ist allerdings unklar geblieben, ob dies aufgrund massiver Symptome unvermeidlich und notwendig gewesen ist oder durch eine andere Form der Behandlung hätte verhindert werden können.

Als besonders hilfreich wurde die Möglichkeit der intensiven Auseinandersetzung mit der zugrunde liegenden Ursache (z. B. große Unterschiede gegenüber dem Herkunftsland aufgrund von Traditionen und Religion) erlebt, die im Rahmen einer besonders intensiven und aufsuchenden Psychotherapie (dreimal pro Woche über drei Monate) möglich war. Als positiv wurde aber auch der Einsatz anderer Methoden eingeschätzt, die viel zur Veranschaulichung einzelner Aspekte beigetragen hatten. Als sehr hilfreich wurden die praktischen Tipps erachtet, die auch nachher noch gut umgesetzt werden konnten.

Zitat: „Z. B. hat sie mir gesagt, wenn es mir nicht gutgeht, dann kann ich in den Wald gehen und schreien. Oder ich kann, wenn ich kämpfen möchte, mit einem Baum kämpfen. Oder eben mit anderen Menschen reden. ... Sie hat mir gesagt, ich soll alles ausprobieren, wovor ich Angst habe.“

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass manche die Meinung vertreten, dass sehr viele oder sogar alle Menschen psychologische Unterstützung benötigen würden. Dies wird für Frauen als noch zutreffender aufgefasst denn für Männer. Gleichzeitig wird jedoch berichtet, dass niemand darüber reden möchte, auch nicht über Erfahrungen mit professioneller Hilfe. Die Befragten

selbst zeigen sich in dieser Hinsicht auch ambivalent und ziehen es eher vor, nicht darüber zu reden – oder nur mit ausgewählten Personen.

Zitat: „Als ich im FEM Süd war, habe ich vor der Tür eine Afghanin getroffen, die ich schon länger kenne. Seit 15 Jahren bin ich in Österreich – nie habe ich diese Frau zufällig getroffen, nur hier. Das war das erste Mal, dass jemand erfahren hat, dass ich psychische Probleme habe.“

Diese Angst vor einer Stigmatisierung verhindert nach Meinung der Befragten also nicht nur, dass Menschen über psychische Probleme und Erfahrungen mit psychosozialer Unterstützung reden, sondern auch dass sie Hilfe suchen und annehmen. Dennoch würden die Befragten anderen durchaus empfehlen, Hilfe zu suchen (z. B. bei FEM Süd), aber sie würden das nur in persönlichen Gesprächen und nicht öffentlich machen. Gerade hinsichtlich Menschen, die nicht in einem Heim wohnen, wird Mundpropaganda als wichtige Informationsquelle erachtet. Bezüglich des Erfolgs bleiben manche jedoch skeptisch:

Zitat: „Aber z. B. bei einer Frau ohne Ausbildung, mit vielen Kindern, hätte ich Hemmungen, das zuzugeben. Sie denken: Vielleicht bin ich verrückt geworden.“

Zitat: „Es geht gar nicht, Afghanen zu motivieren, sie kennen nichts und denken nur negativ. Ich probiere Positives einzubringen, das muss ich als Freund tun. Österreicher glauben an Psychologie, Afghanen nicht, weil sie keine Erfahrung damit haben. Die eigenen Erfahrungen weitergeben ist nicht so leicht, wird nicht akzeptiert. Daher will man auch nicht davon berichten, denn dann wird schlecht über einen gesprochen (der ist verrückt).“

Zitat: „Aber ältere Menschen werden trotzdem nicht hingehen, die verändern sich nicht.“

Folgende Vorschläge zur **Verbesserung der Angebote bzw. der Informationen** darüber wurden genannt:

- » Folder zur Bewerbung der Angebote bringen demnach nichts, weil sie entweder nicht gelesen werden oder aus Angst vor Verständigungsproblemen nicht angerufen wird.
- » Vielleicht könnte mit Videoclips gearbeitet werden, das hat in anderen Fällen gut funktioniert.
- » Informationen sollten auch über Social Media, Deutschkurse, AMS-Kurse etc. verbreitet werden.
- » Es müsste erklärt werden, wie eine Psychotherapie abläuft, da viele keine Vorstellung davon haben, auch nicht davon, wie eine Behandlung überhaupt funktioniert und wirkt und wie man dazu kommt.
- » Es braucht mehr Angebote, die gratis sind (wie bei FEM Süd). Etwas anderes kann sich niemand leisten.
- » monatliche Termine für alle: in Gruppe oder einzeln oder als Workshop – und eine Psychologin, die Zeit für alle hätte
- » Eine Gruppe bietet sich an, um über Probleme zu reden. Das ermöglicht es auch, zu verstehen, dass es besser ist, Hilfe in Anspruch zu nehmen.
- » Aufsuchende Angebote sind vonnöten, denn anderswo hinzufahren ist eine zu große Hürde. Ideal angesiedelt ist das z. B. in einem Heim, denn dann kann die Terminvereinbarung über eine Betreuerin / einen Betreuer erfolgen, das Angebot kann kennengelernt und ausprobiert werden etc.

- » flexiblere Angebote, bei denen die Häufigkeit der Termine mitbestimmt werden kann
- » Von einer Frau wurde explizit der Wunsch nach einer Psychotherapeutin genannt.
- » Von manchen wird es für besser befunden, auf Farsi/Dari erzählen zu können – entweder einer Ärztin, die selbst diese Sprache spricht oder mithilfe einer vertrauensvollen Dolmetscherin / eines vertrauensvollen Dolmetschers, wobei nicht nur dieselbe Sprache, sondern auch dieselbe Herkunft als hilfreich erachtet wird. Es gibt aber auch andere, die nur beim ersten Mal eine Übersetzung in Anspruch genommen haben.

Zitat: „Ich hatte auch überlegt, dass ich zu einer österreichischen Psychotherapeutin gehe. Frau Doktor (Anmerkung: die persische Hausärztin) hat mir einen Vorschlag gemacht: wenn du zu einem österreichischen Psychotherapeuten gehst und sagst, dass du Schwierigkeiten mit der Schwiegermutter hast, dann sagt ein Österreicher: „Na und?“ Und dann kannst du nicht weiter hingehen ... besser jemand, der deine Geschichte versteht.“

Eine Befragte wies darauf hin, dass sie eine Arbeit brauche, damit sie sich selber helfen könne. In der Heimat habe sie bis zum Krieg Arbeit gehabt, und da sei es ihr viel besser gegangen. Eine andere erwähnte, dass eine Beratung hilfreich sein müsse, sonst bewirke sie das Gegenteil.

Zitat: „Bei einer Beratung zur Berufsorientierung wurde ich gefragt, welcher Bereich mich interessieren würde. Ich habe geantwortet, dass ich gerne im medizinischen Bereich arbeiten würde. Daraufhin hat mir die Beraterin eine Ausbildung zur Kindergärtnerin empfohlen. Aber was hat das mit Medizin zu tun?“

Einer der Befragten berichtete, dass ihm zur Motivation verschiedene Argumente genannt wurden. Z. B. wurde behauptet, dass er mit einer Psychologin reden müsse, weil er sonst abgeschoben würde, wovor er durchaus Angst gehabt habe. Es sei ihm aber auch für jede Sitzung Geld versprochen worden, wobei unklar geblieben sei, wie ernsthaft das gemeint war. Letztendlich habe er es aber gar nicht angenommen – weil es ihm nachher so gutgegangen sei, dass er ganz glücklich gewesen sei. Er habe aber am Ende eine Bestätigung dafür erhalten, dass alles in Ordnung sei.

Über die **Situation im Herkunftsland** befragt, meinen viele, dass dort niemand etwas über Probleme in der Familie erfahren dürfe. Frauen würden sich aufopfern, sobald sie Kinder bekämen, und dann nicht mehr auf sich selbst achten.

Es wird berichtet, dass es in Afghanistan und Pakistan gar keine psychosoziale Unterstützung gibt. Im Iran gibt es hingegen schon Angebote, z. B. auch Psychotherapie. Aber auch dort würden Menschen aus Afghanistan nicht daran glauben, sondern es nur als Angebot für Reiche oder als Spiel sehen. Menschen aus Afghanistan würden demnach weder im Herkunftsland noch in einem der Nachbarländer Hilfe suchen oder annehmen, die Beschwerden würden daher immer schlechter bzw. die Probleme größer werden.

Andererseits wird auch die Meinung vertreten, dass man vieles selbst lösen können muss und das z. B. tun kann, indem man in die Moschee oder an einen anderen Platz (als Beispiel wurde das Grab der Mutter genannt) geht und mit Gott spricht. Dabei kann man auch weinen, und das wird

ebenfalls als wohltuend bezeichnet. Diese Strategie lässt sich sowohl im Herkunftsland als auch in Österreich umsetzen.

4.2.2.2 Arabischsprachige Menschen mit Migrationshintergrund

Die befragten arabischsprachigen Menschen mit Migrationshintergrund geben auf die Frage, **wohin sie sich bei psychischen Problemen wenden**, häufig an, dass sie bestimmte Aktivitäten setzen würden. Als Aktivitäten, die guttun, werden Sportmachen, das Reden mit der besten Freundin / dem besten Freund oder der Familie, Tratschen, gemeinsames Lachen, die Kaffeezeremonie und Spaziergehen, aber auch Weihrauch und Rituale (wie z.B. „Zar“). Andere erwähnen, dass sie gelernt hätten, im Internet zu recherchieren oder Hilfseinrichtungen zu suchen, um Schmerzen und Druck nicht allein tragen zu müssen. Sie wenden sich dazu an Ärztinnen/Ärzte (u. a. wegen einer Überweisung) oder direkt an das FEM Süd.

Zitat: „Weil ich studiert und gelernt habe, finde ich, dass psychische Erkrankungen normal sind. D. h. ich muss zugeben, dass ich krank bin und muss dann einen Arzt besuchen.“

Jeweils rund die Hälfte gab an, selbst schon einmal **Hilfe gesucht und angenommen** bzw. dies noch nicht getan zu haben. Viele kennen andere Menschen, die sich wegen psychischer Probleme (z. B. Depression, sich minderwertig/schlecht fühlen) schon nach Unterstützung erkundigt und diese großteils auch angenommen haben. Zum Teil wurden sie von anderen dazu motiviert, z. B. von Freunden oder in der Schule. Diejenigen, die kein Angebot angenommen haben, taten dies z. B. aus Angst davor, dass es andere mitbekommen oder dass es irgendwo dokumentiert wird und später zu einem Problem wird (z. B. bei der Arbeitssuche), oder weil sie für sich andere Strategien gefunden haben:

Zitat: „Manchmal wenn ich erschöpft bin, sitze ich mit mir selber und schaue was ich habe.“

Es werden sehr **unterschiedliche Erfahrungen** geschildert: Etliche berichten von einer großen Erleichterung nach dem Besuch einer Ärztin / eines Arztes oder einer Psychologin / eines Psychologen, andere davon, dass sich dadurch nichts verändert habe. Eine Frau wies darauf hin, dass sie sich dann ja eine andere Ärztin einen anderen Arzt suchen könne, aber dass es auf jeden Fall gut sei, Hilfe zu suchen. Bei manchen hielt der positive Effekt nur über eine begrenzte Zeit hinweg an, und sie haben später wieder eine Ärztin / einen Arzt aufgesucht. Andere berichten von negativen Effekten, v. a. im Zusammenhang mit Medikamenten. Einigkeit scheint dahingehend zu herrschen, dass jene Personen, die nichts unternommen haben, auch nicht „gesund“ geworden sind.

Die Frage nach **Verbesserungsmöglichkeiten** wird sehr häufig mit „mehr Information“ beantwortet, z. B. Information darüber, wie eine Behandlung funktioniert (stationär, aber auch Psychotherapie), um die damit verbundenen Ängste (v. a. davor, dort schlecht behandelt und geschlagen zu werden) zu reduzieren. Dies gilt insbesondere auch für Situationen, in denen Eltern mit Kindern zur Psychologin / zum Psychologen geschickt werden. Hier bedarf es der Aufklärung darüber, wer über was wann und warum informiert wird (einschließlich der KJH) und welche Möglichkeiten in

diesem Bereich überhaupt bestehen. Es wird als wichtig erachtet, dass die Menschen erfahren, dass es Fachleute gibt, die bei psychischen Problemen helfen können, dass dies in einem „geschlossenen“ Rahmen passiert (d. h. nichts weitergegeben wird) und dadurch eine Lösung der Probleme oder eine Heilung möglich wird, bevor es zu körperlichen Symptomen kommt. Es muss aber auch an der Einstellung der Menschen gegenüber psychischen Krankheiten und an der Bereitschaft, etwas zu tun, gearbeitet werden. Dann wäre es leichter, eine Behandlung in Anspruch zu nehmen.

Zitat: „Sie glauben, dass der Psychologe das Kind zum Jugendamt schicken wird und es nicht mehr zurückkommt. Oder dass es ins Irrenhaus kommt und auch die kennen sie nur aus Filmen (als Orte für Menschen mit Behinderungen).“

Zitat: „Dadurch können Mütter lernen, dass sie nicht selber schuld sind.“

Damit die Menschen diese Informationen erhalten, wird vorgeschlagen, sie in Kurse zu integrieren (AMS-Kurse, Deutschkurse ...), die mit einer verpflichtenden Teilnahme verbunden sind, aber auch bei Elternabenden etc. Tipps zu geben. Dabei sollte auch darauf geachtet werden, wie über das Thema psychische Gesundheit gesprochen wird (Vorschlag: statt von Krankheit von Beeinträchtigung bzw. Normalität reden) und dass positive Aspekte der Behandlung hervorgehoben werden (z. B. bieten Gruppenangebote oder eine Kur die Möglichkeit, andere Menschen kennenzulernen).

Weitere Vorschläge beziehen sich auf die Möglichkeiten, muttersprachliche Therapie oder eine Dolmetscherin / einen Dolmetscher in Anspruch nehmen zu können, weil das Reden dann leichter fällt als in deutscher Sprache, wobei das zum Teil dann auch mit einem Ort in Verbindung gebracht wird, an dem man sich sicher fühlt (z. B. am FEM Süd). Auch die mit einem Therapieplatz verbundene Wartezeit sowie die Dauer der Gespräche bei Ärztinnen/Ärzten wurden als verbesserungswürdig angesprochen. Manche erwähnten auch, dass mehr Unterstützung aus der Gesellschaft bzw. dem persönlichen Umfeld wichtig wäre.

Relativ einig waren sich die Befragten hinsichtlich der mangelnden Unterstützung im **Herkunftsland** bei psychischen Problemen. Einerseits sind ihnen keine Angebote bekannt bzw. in Erinnerung, andererseits ist es dort nicht üblich, über das Thema zu sprechen, zumal es dort üblich ist, alles zu schlucken und sich nicht zu beschweren. Es sei maximal möglich, mit einem Freund zu reden, um sozusagen eine zweite Meinung zu hören. Es sei aber auch nicht gebräuchlich, zu Kontrollterminen zu gehen, u. a. weil das Fehlen einer Versicherung und hohe Kosten auch ein Thema seien.

Zitat: „Man wird als verrückt abgestempelt oder sagt, die neidischen Augen sind daran schuld oder der Teufel.“

Zitat: „Es ist eine Schande, das zuzugeben (psychisch krank zu sein) oder müde zu sein. Man muss stark sein, darf nicht weinen.“

Zitat: „Dort sind wir immer geduldig, schlucken alles runter, aber vielleicht wird man auch krank davon.“

Zitat: „Die Europäer sehen den Menschen im Gesicht an, ob es ihnen gutgeht oder nicht und fragen nach. Das gibt es in der Heimat nicht.“

Manche waren auch der Meinung, dass sie im Herkunftsland keine psychischen Probleme gehabt hätten, weil es dort Arbeit gegeben habe und die Familie zusammen gewesen sei – bis eben der Krieg angefangen habe. Es wurde auch angesprochen, dass im Herkunftsland nichts über die Zusammenhänge (dass z. B. Stress krank machen kann) gelernt werde. Psychologinnen/Psychologen und Psychiatrie seien nur aus Fernsehserien bekannt, wo sie meist in Zusammenhang mit sehr schweren Erkrankungen oder schlechter Behandlung gebracht würden.

Ein eigenes Thema war Gewalt in der Familie. Befragte Frauen berichteten, dass sie sich im Herkunftsland nicht scheiden lassen könnten, weil dort geschiedene Frauen die Schuldigen seien, alles verlören und, um Schutz zu finden, von anderen Männern abhängig seien etc. Hier in Österreich seien sie hingegen sicher, da sei das etwas Normales und sie könnten nachher ein normales Leben weiterführen. Hier müssten sie keine Angst haben.

4.2.2.3 Menschen mit somalischem Migrationshintergrund

Die Aussagen der Menschen mit somalischem Migrationshintergrund zeigen, dass sie zwar wissen, **wo sie sich in Österreich hinwenden** könnten, und auch meinen, dass es viele Angebote gibt. Ärztinnen/Ärzte werden eher unspezifisch als Anlaufstelle genannt, etliche sprachen aber auch konkret die praktische Ärztin / den praktischen Arzt (die/der dann weitervermittelt) bzw. gleich die Psychotherapie oder Psychiatrie an. Einzelne wiesen darauf hin, dass es helfen könne, Gespräche mit der Familie zu führen oder positive bzw. angenehme Dinge zu tun (aufgezählt wurden z. B. Beten, Koranlesen, die Durchführung von Waschritualen wie „Duan“ (Geste mit den Händen) oder „Salaa“ (Geste mit dem ganzen Körper), das Tragen schöner Kleidung, das Denken an schöne Erlebnisse in der Heimat, Fernsehen, Duschen, Hausputzen, Youtube-Nutzung). Dadurch würden die schlechten Dinge/Erlebnisse/Gedanken vergessen. Auch andere Rituale wurden als hilfreich genannt, und es wurde gleich darauf hingewiesen, dass sie hier in Österreich nicht möglich seien.

Werden konkrete psychische Problemlagen geschildert, so wird durchaus auch eine entsprechende Behandlung vorgeschlagen wobei je nach Situation unterschieden wird: So soll z. B. bei Gewalt in der Familie der Mann aufhören, seine Frau zu schlagen, um das psychische Problem zu beseitigen. Im Fall einer postpartalen Depression wird aber der sofortige Besuch der Psychiatrie – gemeinsam mit einer Dolmetscherin / einem Dolmetscher – empfohlen, weil es sonst für das Kind gefährlich wird. Zusätzlich soll dann eine Frau gesucht werden, die die Mutter mit dem Kind unterstützen kann, und mit dem Mann soll geklärt werden, dass er der Frau helfen muss.

Zitat: „Ein somalisches Sprichwort besagt, dass es Situationen gibt, wo man geben muss (Freundlichkeit, schöne Worte), und andere Situationen, wo man eine Behandlung braucht.“

Trotz Kenntnis der verschiedenen Möglichkeiten bewerten die Befragten diese Angebote aber für sich selbst als eher nicht passend oder notwendig. Zwei Gründe dafür werden am häufigsten genannt:

- » sprachliche Barrieren, weil „es keine Ärztin / keinen Arzt gibt, der Somali sprechen kann“, und
- » die fehlende Sinnhaftigkeit, da Ärztinnen/Ärzte nicht das zugrunde liegende Problem (wie z. B. eine Wohnungslosigkeit oder das Getrenntsein von der Familie) lösen können und auch Medikamente dabei nicht helfen.

Zitat: „Wenn man eine bakterielle Infektion hat, braucht man auch Antibiotika und keine Beruhigungsmittel.“

Eigene Erfahrungen mit der Suche nach psychosozialer Unterstützung gaben nur zwei der befragten Personen an. Beide berichteten von sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten. Während die eine jedoch wieder hingehen möchte, sobald sie die deutsche Sprache ausreichend beherrscht, konnte die zweite Person darin keinen Nutzen für sich erkennen. Diese Person hatte Unterstützung aus der somalischen Community und hat dies als hilfreicher empfunden. Alle anderen haben aus den bereits genannten Gründen keine psychosoziale Unterstützung gesucht, obwohl sie zum Teil durchaus von Problemen berichten. Als weiterer Grund wurde die Angst davor genannt, von anderen Menschen als „verrückt“ bezeichnet zu werden, was unter Umständen zur Folge haben könnte, dass sie den Kontakt abbrechen. Aber auch das Vertrauen in die Religion wird als Grund genannt:

Zitat: „Wenn man an Gott glaubt, wird am Ende alles gut – auch wenn es lange dauert.“

Danach gefragt, ob sie **andere Menschen mit somalischem Migrationshintergrund** kennen würden, die **bereits psychosoziale Unterstützung gesucht bzw. damit Erfahrung gemacht hätten**, konnten einige einzelne Beispiele nennen. Diese hatten jedoch nur zum Teil positive Erfahrungen gemacht, bzw. sind womöglich die negativen Erfahrungen eher im Gedächtnis geblieben. Die Befragten ist berichteten jedenfalls häufiger, dass die Behandlung (v. a. bei Medikamenten) nur für kurze Zeit oder womöglich gar nicht gewirkt habe und vor allem die Ursachen nicht behoben worden seien. Aber auch die Art der Behandlung, die sie erhalten hatten, bewerteten manche der Befragten als nicht ausreichend/passend/gut. So wird z. B. kritisch gesehen, dass im Spital nur wenig Besuch möglich ist, dass zuerst nach einem passenden Medikament gesucht und zu einem späteren Zeitpunkt eine Gesprächstherapie angeboten wird, dass die Familie in einen Zwiespalt gerät, wenn sie gegen den Willen der betroffenen Person ein Medikament verabreichen muss. Berichtet wurde aber auch von Personen, die eine psychologische oder psychotherapeutische Behandlung abgelehnt haben, weil sie sich selbst nicht als „verrückt“ definieren wollten bzw. mit den negativen Ergebnissen nicht immer wieder konfrontiert werden wollten.

Zitat: „Sie wollen deswegen keine Psychotherapie machen, weil sie den alten Geist nicht wieder aufwecken wollen.“

Im Zusammenhang mit der Einnahme von Medikamenten werden häufig negative Konsequenzen angesprochen: Sie würden die Menschen verändern, sie nur ruhigstellen und betäuben, so dass sie sich dann nicht mehr konzentrieren könnten. Aber auch die Angst vor einer Behinderung wurde als Hürde für die Einnahme angesprochen.

Andere wiederum kannten gar keine Beispiele oder wussten zwar von anderen Menschen in psychotherapeutischer Behandlung, aber nichts über deren Erfahrungen. Dies wurde darauf zurückgeführt, dass nicht viel über dieses Thema gesprochen wird. Dennoch wird vereinzelt durchaus die Meinung vertreten, dass viele Menschen aus Somalia eine psychische Problematik aufweisen, entsprechende Unterstützung benötigen würden und dass es auch gut wäre, psychosoziale Unterstützung in Anspruch zu nehmen, weil „Schweigen nicht hilft, sondern nur noch mehr Probleme schafft“.

Konkrete **Verbesserungsvorschläge** wurden ebenfalls genannt. Diese beinhalteten:

- » selbst die Landessprache besser lernen, um Psychotherapie in Anspruch nehmen zu können
- » auch Fachleute sollten jungen Mädchen sagen, dass diese ihre Eltern respektieren sollen
- » eine Psychotherapeutin sollte erklären, was es bedeutet, eine psychische Krankheit zu haben
- » Als erster Schritt ist eine schnelle Diagnose wichtig, erst danach kann entschieden werden, ob mit Medikamenten oder mittels Sitzungen geheilt wird.
- » Für das Ansprechen zugrunde liegender Probleme braucht es Vertrauen und Zeit.
- » Es muss am Bewusstsein psychischer Krankheiten und am Verständnis dafür gearbeitet werden.
- » Die Wartezeiten müssen verkürzt werden, denn sonst ist die Bereitschaft für eine Behandlung wieder weg bzw. wird jemand während dieser Zeit noch kränker.

In der Gruppendiskussion wurde angesprochen, dass es eventuell sinnvoll wäre, einen eigenen Raum im Sinne einer Selbsthilfegruppe zu eröffnen. Es bedürfte fachlicher Begleitung durch einen Verein oder eine Ärztin / einen Arzt, damit einerseits Wissen in Bezug auf psychische Erkrankungen weitergegeben werden kann und andererseits auch professionelle Unterstützung wie Supervision möglich ist. Die Einschätzung, dass sich Betroffene in einer Gruppe vermutlich gerne über ihre Probleme austauschen würden, wird geteilt.

Viel Raum nahm in den Gesprächen die **Situation in Somalia** ein, wobei zum Teil ein wenig widersprüchliche Aussagen getätigt wurden. Während einzelne die Meinung vertreten haben, dass es in Somalia keine psychischen Probleme und auch keine Angebote für psychosoziale Unterstützung gibt, sind andere der Meinung, dass es durchaus psychische Probleme und einige wenige Angebote gibt. Berichtet wird z. B. über Maßnahmen wie

- » Geduldhaben, Vermeiden und Vergessen,
- » Selbstbehandlung – durch Beten und Koranlesen,
- » Aufsuchen des Imams, der ebenfalls den Koran liest, Rituale durchführt (z. B. „Bakhra“: einen kleinen Zettel mit Zitaten aus dem Koran und Schwarzkümmel bei Sonnenaufgang oder -untergang in einem rituellen Gefäß verbrennen) oder den Teufel / bösen Blick durch Schlagen vertreiben will, oder
- » das Nutzen der vorhandenen psychiatrischen Angebote, die aber meist als Einsperren in einem Zimmer (allein, u. U. ohne Essen und Versorgung) oder das Verabreichen von Spritzen (damit die Menschen schlafen) beschrieben werden und „nur von verrückten Menschen“ genutzt werden.

Die Befragten zweifelten die Qualität der vorhandenen Angebote an, bzw. berichteten sie von negativen Auswirkungen: Personen, die vorher nur ein kleines Problem gehabt hätten, seien nachher „verrückt“ geworden. In diesem Zusammenhang wurde auch diskutiert, dass es in Somalia kein oder nur wenig gut ausgebildetes Personal gebe (Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten und Pflegekräfte) und die Kompetenzen für den Aufbau guter Angebote fehlten. Menschen, die im Ausland studiert hätten, bekämen vom Land weder Unterstützung für den Aufbau von Einrichtungen, noch würden sie von der Bevölkerung akzeptiert. Eine Teilnehmerin hat jedoch relativiert, dass der Umgang mit dem Thema psychische Krankheiten in vielen Ländern zu wünschen übrig lasse, selbst in modernen Ländern wie Saudi-Arabien, und dass es überall auch Beispiele für eine schlechte Umsetzung gebe, selbst in Europa.

Sehr positiv wurde hingegen die soziale Unterstützung durch Familie und Freunde dargestellt, die dazu führe, dass viele Probleme nicht bestünden bzw. nicht als solche wahrgenommen würden.

Zitat: „In Somalia fühlten wir uns nicht allein. Wir waren arm, aber wir hatten immer Wohnungen/Häuser, wir hatten dieselbe Sprache, dieselbe Kultur.“

4.2.2.4 Menschen mit türkischem Migrationshintergrund

Die Aussagen der befragten Menschen mit türkischem Migrationshintergrund zeigen, dass Angebote psychosozialer Unterstützung sehr wohl bekannt sind. Auf die Frage, **wohin sie sich wenden** würden, wenn es ihnen psychisch nicht gutgeht, nennen sie einerseits spezialisierte Angebote wie Psychiater/-innen, Psychologinnen/Psychologen und Neurologinnen/Neurologen oder spezifische Einrichtungen wie FEM Süd, andererseits aber auch allgemeine Anlaufstellen wie Hausärztinnen und -ärzte. Manche würden sich zuerst doch eher an die Familie oder Bekannte wenden. Eine Person hat auch das Internet (z. B. netdoktor) als ersten Versuch, Informationen zu recherchieren, genannt. Es wurde auch erwähnt, dass es eine Person sein solle, der vertraut werden könne. Andererseits wurde später auch berichtet, dass gerade das Reden mit einer fremden Person, die das eigene Leben nicht kenne, hilfreich sei.

Die befragten Menschen kennen solche Angebote v. a. über Mundpropaganda, d. h. über Verwandte (Eltern, Mutter, Schwägerin) oder Bekannte.

Zitat: „... irgendwann möchte ich es machen, denn ich will auch einmal über meine Probleme reden. Ich habe schon einige Präferenzen angehört und einige Psychologen gehört, und dort werde ich vielleicht einmal hingehen.“

Zitat: „Auf jeden Fall: Die persönliche Erfahrung spielt eine große Rolle.“

Viele haben **selbst bereits psychosoziale Unterstützung in Anspruch genommen** und dabei sowohl positive als auch negative Erfahrungen gemacht. Es wurde aber auch mehrmals festgestellt, dass es nicht so einfach sei, die passende Person zu finden, und „man dran bleiben muss, um jemand zu finden“.

Das Ausmaß der **berichteten Erfahrungen** ist unterschiedlich und reicht von einem Erstgespräch bis zu mehrjähriger Therapie.

Als **positiv** wird z. B. berichtet, dass

- » hilfreiche Tipps vermittelt würden, die dazu beitragen, Probleme anders zu sehen und auch anders anzugehen,
- » dies zur Beruhigung der eigenen Person bzw. der Situation und zu mehr Selbstbewusstsein beigetragen habe,
- » das Reden mit einer professionellen und objektiven Person einen erleichtere, v. a. wenn nachher das Gefühl bestehe, dass das Erzählte verstanden worden sei,
- » eine Diagnose helfe, weil dann Klarheit herrsche,
- » aber auch das Verschreiben von Medikamenten hilfreich sei.

Zitat: „Ich habe eine Ärztin, sie ist Neurologin, kümmert sich aber auch um solche Sachen wie Panikattacken oder Depressionen. Auch wenn sie mir Medikamente verschrieben hat, war mir das eine Hilfe, weil ich gewusst habe, was ich habe.“

Zitat: „Der Psychologe erklärt dir, wie es auf einem anderen Weg sein sollte, und du verstehst das. Du bekommst dann Selbstbewusstsein, der Psychologe motiviert dich.“

Hinsichtlich **negativer Erfahrungen** wird berichtet, dass

- » sich Therapeutinnen/Therapeuten nicht wirklich für Klientinnen/Klienten interessieren bzw. diesen nicht zuhören, nichts glauben und nicht weiterhelfen würden – weil die Klientin / der Klient nur als Studienobjekt bzw. als Einkommensquelle gesehen werde,
- » sich Klientinnen/Klienten aufgrund von Sprachschwierigkeiten nicht verstanden gefühlt hätten,
- » vermutet werde, dass diese Sprachprobleme zu einer falschen Diagnose und einer falschen Medikation geführt hätten,
- » die verschriebenen Medikamente nur teilweise geholfen hätten (wobei auch berichtet wird, dass nicht alle eingenommen worden seien),
- » sich Situation verschlechterten, wenn nicht gleich zu Beginn die richtige Person gefunden werde,
- » Probleme durch die Partnerin / den Partner entstehen könnten, wenn diese(r) nicht wolle, dass die Probleme mit anderen Menschen geteilt würden,
- » finanzielle Schwierigkeiten auftauchen könnten, weil die Psychologinnen/Psychologen bzw. Therapien sehr teuer seien.

Zitat: „Das kann ja auch sehr ausgenützt werden, eine Stunde für 100 Euro. Für ein Gespräch ist das schon viel.“

Zitat: „Ich sollte alles erzählen, von Anfang bis Ende. Ich habe aber noch immer Ängste ... Ich hatte auch Medikamente genommen, aber nur eine von zwei, was mir vom Arzt verschrieben worden ist.“

In diesem Zusammenhang werden viele **Hürden** aufgezählt bzw. Verbesserungsvorschläge gemacht. Die meisten hängen mit der Finanzierung oder der **Sprache** zusammen. So wird von einigen vermutet, dass Klientinnen/Klienten besser von Menschen aus demselben **Herkunftsland** behandelt werden können. Folgende Gründe werden angegeben:

- » Eine österreichische Ärztin bzw. ein österreichischer Arzt könne die Probleme von Menschen aus anderen Herkunftsländern nicht verstehen und würde z.B. gar nicht auf die Idee kommen zu erklären, wie die Österreicher/innen ticken würden.
- » Jemand mit derselben Herkunft könne besser helfen, da die Ratschläge kulturelle Unterschiede (Sitten und Gebräuche) berücksichtigen und dadurch besser passen würden. Als Beispiel wird angegeben, dass ein österreichischer Arzt gleich eine Scheidung empfehle, Menschen mit türkischem Hintergrund aber erst noch abwarten würden (wegen Kindern, weil es eine Schande sei ...), ob es nicht doch besser werde. Scheidung komme erst infrage, wenn es ganz schlimm sei.
- » Andere finden, hinsichtlich der Kultur bestehe kein Unterschied, da die Menschen alle gleich fühlen würden.
- » Es wird auch darauf hingewiesen, dass selbst Menschen mit türkischem Hintergrund aus verschiedenen Regionen kämen, verschiedene Dialekte sprächen, aber auch verschiedene kulturelle Unterschiede existierten (Stadt/Land, aber auch zwischen Regionen). In diesem Zusammenhang wird auf Bildung als wesentlichen Faktor hingewiesen, der bestimmt, welche Einstellung ein Mensch hat und welche Zusammenhänge verstanden werden. Es wird daher als notwendig erachtet, den Menschen den Weg zur Psychologin / zum Psychologen zu weisen.
- » Es gebe keine sprachliche Barriere, wenn mit der Psychologin / dem Psychologen in der eigenen Sprache geredet werden könne. Es werde als seltsam erachtet, wenn man mit einer Übersetzerin / einem arbeiten müsse, bzw. werde das als nicht glaubhaft (weil mangelhaft, unvollständig) empfunden. Gefühle würden besser verstanden, wenn sie in eigenen Wörtern erzählt werden könnten. Bei sehr guter Beherrschung der deutschen Sprache gehe man aber schon zu österreichischen Psychologinnen/Psychologen.
- » Bei FEM Süd gibt es Angebote in der Muttersprache, das wird als sehr positiv gesehen.
- » Für andere ist die Sprache aber unerheblich, sie tun sich einfach grundsätzlich schwer damit, sich zu äußern.

Zitat: „Eine Wiener Ärztin versteht das ja nicht sofort, da musst du ein paar Tage lang erzählen, dass sie dich versteht.“

Zitat: „Mir ist die Sprache nicht so wichtig, aber die Qualität muss gut sein.“

Zitat: Der Psychologe sollte nicht auf Kultur schauen. Der Psychologe sollte viele verschiedene Arten von Menschen verstehen können.“

Zitat: „Es wird schwer sein, weil der österreichische Psychologe unsere Sitten und Gebräuche nicht kennen wird. Wir haben eine andere Kultur, und die unerlässlichen Sachen bei uns sind hier anders.“

Zitat: „Ich kann nur sagen, dass man die richtigen Leute am richtigen Platz haben sollte. Das heißt, wenn ich einen Bosnier habe, dann soll er einen Bosnier bearbeiten, wenn ich einen Serben habe, dann soll der Serbe nicht einen Bosnier, sondern einen Serben psychologisch betreuen.“

Hinsichtlich der **Kosten** wird berichtet, dass

- » eine Therapie zu teuer sei (wobei unterschiedliche Beträge genannt werden), v. a. wenn die Klientin / der Klient arbeitslos sei,
- » dadurch nur ein oder maximal drei Termine in Anspruch genommen würden,
- » es schwierig sei, die Kosten vorzufinanzieren, die Krankenkasse aber erst im Nachhinein einen Beitrag zahle.
- » viele Menschen nicht wüssten, dass es Sondertarife gebe,
- » die Krankenkasse daher alles und direkt bezahlen solle, damit alle Menschen hingehen könnten,
- » auch türkische Ärztinnen/Ärzte meistens privat zu bezahlen seien und
- » Angebote wie FEM Süd oder Orientexpress kostenlos seien und daher bekanntgemacht werden sollten.

Zitat: „Ich war dreimal dort, und das vierte Mal, das kann man sich nicht leisten.“

Zitat: „... die steigen in der Mitte wieder aus. Die können nicht mehr weiterzahlen, die haben Kinder, die Miete, es ist ja arg geworden in Wien. Sie zahlen, bis es ihnen besser geht, aber nicht bis sie ganz gesund sind, wie bei meinem Mann.“

Als **weitere Hürden** werden die langen Wartezeiten genannt (1–2 Monate bzw. 5–6 Monate, wenn ein Krankenkassenplatz gesucht wird). Bei einem privaten Arzt gehe das nach Meinung der Befragten viel schneller. Aber auch zeitliche Probleme und die notwendige Regelmäßigkeit (bezüglich des Wahrnehmens von Terminen und der Einnahme von Medikamenten) werden als Hürden genannt. Ein Einfluss der Bildung wird auch gesehen, bzw. wird vermutet, dass Bildung vieles löst und zu einer größeren Offenheit führt – und damit das Lösen von Problemen bzw. die Suche nach Unterstützung einfacher oder schwieriger macht. Es wird auch erwähnt, dass es mit jenen Menschen schwieriger sei, die sich sehr zurückzögen und nicht reflektierten – wobei ein Zusammenhang mit fehlender Bildung hergestellt wurde.

Das **Vertrauen** ist vielen sehr wichtig. In diesem Sinne wird auch erwähnt, dass **positive Erfahrungen** verbreitet werden sollten (anhand von Beispielen). Überhaupt sollten **Informationen** über psychische Gesundheit und die Möglichkeiten bzw. den Nutzen entsprechenden Beratungs- und Behandlungsangebote (inklusive der rechtzeitigen Inanspruchnahme) über Vorträge verbreitet werden. Des Weiteren sollten Seminare, Gruppen- und Selbsthilfeangebote zur Verfügung stehen, damit die Menschen erfahren können, dass sie mit solchen Themen (z. B. familiäre Probleme, Partner/-in, Kinder, Erziehung, Einsamkeit) nicht allein sind. Dabei scheint es manchen wichtig zu sein, dass das Wort Krankheit vermieden und eher von Unterstützung/Hilfe gesprochen wird. Es wird aber auch darauf hingewiesen, dass das Reden über Probleme nicht für alle Menschen gleich gut geeignet ist. Manche fühlen sich danach besser, andere aber nicht – diese brauchen ein anderes Angebot. Viele Angebote sind aber einfach unbekannt, z. B. jene für Männer.

Zitat: „Es sollte mehr auf die Institutionen aufmerksam gemacht werden, mehr Seminare halten, in kleinen Gruppen Unterhaltungen führen, wenn der Mensch sieht, dass es Leute mit denselben Problemen gibt, wird er irgendwie ruhiger und fühlt sich besser. So etwas wie eine Selbsthilfegruppe.“

Zitat: „Man könnte vielleicht ein/zwei Schnupperstunden bei Psychologinnen machen, damit die Leute kennenlernen, was man in einer Therapie macht, damit sie ein Verständnis dafür bekommen.“

Andere haben bisher **noch keine psychosoziale Unterstützung in Anspruch genommen**, weil sie z. B.

- » gelernt haben, mit der Situation umzugehen,
- » der Meinung sind, dass „man sich selbst vertrauen und das selbst lösen können muss“,
- » von der Familie die Fähigkeit mitbekommen haben, Probleme selbst zu lösen,
- » keine Überweisung bekommen haben oder
- » aus Angst vor den Nebenwirkungen von Medikamenten (die bis zum Suizid führen können).

Manche dieser Personen würden aber durchaus eine Unterstützung in Anspruch nehmen, wenn es notwendig wäre. Teilweise wüssten sie auch, wohin sie sich wenden würden (wichtig wäre ihnen die Qualität). Etliche gaben an, dass sie Angebote der psychosozialen Unterstützung aber schon weitervermittelt bzw. empfohlen hätten.

Viele der Befragten **kennen andere Menschen, die bereits psychosoziale Unterstützung in Anspruch genommen haben**. Das sind vor allem Familienangehörige (Schwester, Ehefrau, Ehemann, Nichten, Neffen) oder Freunde und Freundinnen. Mehrheitlich wird von diesen Personen von positiven Erfahrungen berichtet (Probleme konnten gelöst werden), allerdings gibt es durchaus auch negative Erfahrungsberichte („es hat nichts gebracht“). Wobei wiederum erzählt wird, dass die Betroffenen nur ein paar Mal hingingen bzw. so lange, bis es ihnen ein bisschen besser gehe, aber sich eine längerfristige Behandlung nicht leisten könnten oder dass viele Medikamente nähmen und diese aber zum Teil dann absetzten (wegen der Nebenwirkungen) oder dass nicht klar sei, ob die Behandlung etwas bewirke.

Zitat: „Der Ehemann meiner Cousine geht seit 20 Jahren zu einem Psychiater ... Seit 20 Jahren als Routine immer zusammen zum Psychiater gehen, und gleichzeitig geht ihr Ehemann allein hin. ...Da überlege ich, ob der Psychiater keine Lösung findet oder sie nur die ganze Zeit hinhält und ihnen keine anderen Alternativen anbietet ...“

Befragte gaben an, sie hätten **in ihrem Herkunftsland** großteils ebenfalls professionelle Hilfe gesucht, weil es dort inzwischen auch viele Angebote gebe, die noch dazu in der Muttersprache seien. Manche erwähnen auch, dass diese noch dazu billiger seien als in Österreich, andere wiederum sehen auch dort finanzielle Hürden. Einzelne vermuten, dass sie im Herkunftsland keine Unterstützung benötigen würden, weil ihnen nichts fehlen würde (u. a. weil der Familienzusammenhalt besser wäre) oder sie es zumindest nicht bemerken würden. Andere raten davon ab, im Herkunftsland zur Ärztin / zum Arzt zu gehen, weil dann z. B. bei Nebenwirkungen von Medikamenten dort angerufen werden müsse ...

Zitat: „Dort sind die Ärzte auch billiger, ich gehe dort aber nicht zum Psychologen. Mein Mann ist hingegangen, aber das hilft auch nichts, das habe selber gesehen.“

Zitat: „Wenn ich in der Türkei geblieben wäre, würde ich ja nicht wissen, ob ich es brauche oder nicht.“

Zitat: „Ich habe im Jahr 1999, beim Erdbeben in der Türkei, bemerkt, dass viele Menschen eine Woche später zum Psychologen und Psychiater gerannt sind. Die seelische Gesundheit von jedem wurde dadurch angeschlagen. ... Es hat viel geholfen, viele, die das in Anspruch genommen haben, konnten ihre Ängste ... viel schneller und besser überwinden.“

Im Vergleich zur Situation vor 20 Jahren werden etliche Unterschiede beschrieben. Sehr häufig wird ein besserer Informationsstand in der heutigen Zeit genannt (als Beispiel wurde angeführt, dass Schizophrenie früher als Alterskrankheit angesehen worden sei). Dadurch seien die Menschen heute aufgeklärter und eher bereit, Unterstützung anzunehmen, wüssten aber auch besser, wo sie sich hinwenden könnten. Das Thema sei nicht mehr so schambesetzt wie früher. Es werde auch beobachtet, dass es heute mehr und bessere Angebote gebe, die leichter zu erreichen seien. Viele nähmen diese Angebote (v. a. Psychologinnen/Psychologen und Neurologinnen/Neurologen werden genannt) jetzt auch in Anspruch, selbst die Akzeptanz von Frauenberatungsstellen und Frauenhäusern sei gestiegen. Es sei inzwischen üblich, im persönlichen Umfeld herumzuzufragen und Empfehlungen anzunehmen bzw. zu geben. Allerdings gibt es auch kritische Stimmen, die bereits ein Zuviel an Möglichkeiten sehen, was es unter Umständen erschwere, das richtige Angebot zu finden. Im Gegensatz dazu sei es früher üblich gewesen, das persönliche Umfeld zu nutzen oder eine Moschee bzw. einen Hodscha aufzusuchen. Das persönliche Umfeld sei aber nach Meinung der Befragten auch nicht immer hilfreich gewesen, was auch für die Gegenwart gelte: Es könne nicht mit jeder Person offen gesprochen werden, v. a. bei älteren Personen fehle oft das Verständnis, viele könnten nicht zuhören und die Familien seien inzwischen nicht mehr so groß. Auch die Gefahr bestehe nach wie vor, dass Informationen ausgehend vom persönlichen Umfeld an die Community weitergegeben würden, was die Situation unter Umständen verschlechtere. Es wird auch betont, dass es für Männer heute nach wie vor schwieriger sei als für Frauen. Und es wird befürchtet, dass die Krankenkasse neurologische Reha oder Psychotherapie gar nicht mehr bezahlen werde und sich damit der Zugang wieder verschlechtern werde.

Zitat: „Unsere Mütter wissen zum Beispiel nichts. Wir, die zweite Generation, sind da viel offener. Meine 75-jährige Mama wäre früher nie zu einem Psychologen gegangen, aber jetzt würde sie es tun.“

Zitat: „Viele gehen geheim hin, wegen ihren Männern, die sehen die Frau dann als kranke Frau. Es gibt immer noch welche, die nicht aufgeklärt sind. Männer glauben, dass sie gescheiter sind als Psychologen. Frauen wollen aber auch gescheit gesehen werden, deshalb gehen sie lieber allein.“

Zitat: „Es gibt viel mehr Menschen, die psychologische Unterstützung brauchen.“

Zitat: „Damals sind die Menschen zu den Geistlichen gegangen und haben ihre Sorgen erzählt. Dann wurde ihnen ein Amulett geschrieben, worauf es den Menschen psychisch wieder gutgegangen ist.“

4.3 Ergebnisse aus Interviews/Fokusgruppen mit Fachleuten

Die interviewten Fachleute haben meist mit unterschiedlichen Menschen mit Migrationshintergrund zu tun, d. h. auch solchen aus unterschiedlichen Herkunftsländern, wobei jene mit besonderen Sprachkenntnissen häufig für muttersprachliche Betreuung/Behandlung eingesetzt werden, was dann doch wieder zu einer Einschränkung der von ihnen betrachteten Herkunftsländer führen kann. Bei den anderen wirkt sich vermutlich eher der unterschiedliche Bekanntheitsgrad der Einrichtung in den verschiedenen Communitys bzw. die Art der Arbeit oder Orientierung der Einrichtung auf die Zusammensetzung der Klientinnen/Klienten aus. Die Interviews zeigten, dass es aus verschiedenen Gründen für die Befragten nicht immer einfach ist, ihre Erfahrungen fokussiert auf Personen aus den für den vorliegenden Bericht ausgewählten Herkunftsländern zu berichten.

4.3.1 Verständnis psychischer Gesundheit

Expertinnen und Experten sprechen bei Geflüchteten aus Afghanistan, dem Irak und Syrien von generell häufigen kriegsbedingten Traumatisierungen, deren Behandlung jedoch in einem gewissen Konflikt mit der starken Tabuisierung psychischer Krankheiten steht. Viele Geflüchtete haben laut den Expertinnen und Experten Angst vor der eigenen Symptomatik, da „psychisch krank zu sein“ Angst macht. Angst löst es deshalb aus, da eine Exklusion aus der Gesellschaft erwartet wird. Coping-Strategien zeigen sich daher öfter in einem Zugang, der davon ausgeht, dass man „eh nichts machen kann“. In den Interviews wird berichtet, dass mit psychischen Erkrankungen oft assoziiert werde, dass Menschen komisch im Kopf seien und dies als unheilbar eingeordnet werde. Aufgrund der Annahme, dass diese Menschen unheilbar seien, würden sie aus der Gesellschaft ausgeschlossen, um die Gesellschaft vor ihnen zu schützen. Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Krankheiten sei laut Expertinnen und Experten insofern in den Gesellschaften mit afghanischem, irakischem und syrischem Hintergrund sehr stark ausgeprägt.

Um einen guten Einblick in das jeweilige Verständnis psychischer Gesundheit zu erhalten, bedürfe es der Meinung von Expertinnen und Experten nach eines Einblicks vor Ort in den Herkunftsländern. Erfahrungen, die Menschen aus ihren Herkunftsländern mitbringen, sind auch in Österreich in den Köpfen bzw. der Community präsent und wirken sich aus. So werden psychisch kranke Menschen von ihren Communitys oft als „verrückt“ bezeichnet, werden stigmatisiert und diskriminiert. Dies trifft vor allem auf Menschen aus dem afrikanischen Raum zu, aber nicht nur auf sie. In den Herkunftsländern werden psychisch kranke Menschen meist weggesperrt, eine Behandlung gibt es nicht. Die Angst davor, stigmatisiert, diskriminiert und letztlich womöglich weggesperrt zu werden, wird nach Österreich mitgebracht. Psychische Probleme sind demnach sehr angstbesetzt. Es besteht Angst davor, verrückt zu sein oder zu werden und die daraus resultierenden Konsequenzen tragen zu müssen. Sie sind jedoch auch sehr schambesetzt, werden als Schwäche empfunden. Es braucht viel Psychoedukation, d. h. Zusammenhänge zwischen Symptomen und Ursachen müssen erklärt werden.

Nach Meinung einiger Expertinnen hätten Menschen mit Migrationshintergrund eher kein komplexes Verständnis von (psychischer) Gesundheit, aber das fehle auch oft der Bevölkerung ohne

Migrationshintergrund. Im Vordergrund stünden eigentlich immer somatische Probleme wie Schlafstörungen, Ängste, Konzentrationsprobleme und Antriebsstörungen.

Unterschiede innerhalb der Herkunftsländer

Von einer Expertin wird berichtet, dass generell die Stigmatisierung von Menschen mit afghanischem, irakischem und syrischem Hintergrund sehr hoch sei. Innerhalb dieser Herkunftsländer zeige sich allerdings speziell bei der Gruppe politischer Kurden ein auffallend offener Zugang zum Thema psychische Krankheiten. Innerhalb dieser Gruppe falle es besonders auf, wie rücksichtsvoll und verständnisvoll mit traumatisierten Menschen umgegangen werde. Die Expertin führt dies darauf zurück, dass mit einer politischen Bildung auch eine Psychoedukation einhergegangen sei. Es gebe ein Bewusstsein für traumatische Erfahrungen durch Verfolgungen, politische Kämpfe und Gefängnisaufenthalte.

Weitere ähnlich auffallende Unterschiede werden nicht berichtet. Ein Bildungseffekt zeichnet sich dennoch durchgehend in den Schilderungen ab – je höher die Bildung, desto offener der Umgang mit psychischer Gesundheit.

Unterschiede zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit

In den meisten Expertinnengesprächen wird betont, dass die Unterscheidung in körperliche und psychische Gesundheit ein westliches Konzept ist. Menschen aus den Herkunftsländern Afghanistan, Irak und Syrien fällt es eher leicht, körperliche Schmerzen auszudrücken. Bei näherem Nachfragen (z. B. Was spüren Sie? Wo haben Sie Schmerzen?) fehlt häufig die Sprache, um die Schmerzen in Worte fassen zu können. Eine Erklärung der Expertinnen dafür ist, dass „sich spüren dürfen“ nicht erlaubt sei, und es daher nur möglich sei, sich über körperlichen Schmerz zu spüren.

Unterschiede im Verständnis psychischer Gesundheit jüngerer und älterer Menschen bzw. zwischen Männern und Frauen

Laut den Expertinnen und Experten hätten junge Menschen mehr Möglichkeiten, sich zukünftig Wissen und Bewusstsein in Sachen psychische Gesundheit anzueignen. Im Fall älterer Menschen komme häufig hinzu, dass sie stark fixiert auf ihre Kinder seien und keine Eigenmotivation erlernt hätten. Viele lernten ab etwa 40 Jahren kaum mehr etwas dazu; dies betreffe auch Psychoedukation, die ab einem etwas höheren Alter nicht mehr stattfinde.

Zwischen Männern und Frauen unterscheidet sich das Verständnis psychischer Gesundheit meist. Allerdings sei laut Expertinnen und Experten darauf zu achten, dass die Unterscheidung vorwiegend in unterschiedlichen Sozialisationen liege. Weltweit gebe es demnach die Tendenz, dass Frauen besser lernen würden, Emotionen auszudrücken, und mithin auch besser über ihre Gefühle sprechen könnten, da sie keine – äußerlich – starke Figur markieren müssten. Frauen sprächen lieber als Männer, sie würden auch ihre Ängste sowie Emotionen beschreiben und davon erzählen. Sie seien oft sehr besorgt in Hinblick auf ihr Funktionieren, weil sie sich für die Familie verantwortlich fühlen würden. Wenn sie diese Funktion nicht mehr erfüllen könnten, gerieten sie in Panik.

Sie würden daher auch gerne Beruhigungsmittel fordern – wie sie Frauen ohne Migrationshintergrund auch erhielten.

Männer brächten hingegen psychische Probleme oft in Verbindung damit, die Familie nicht ernähren zu können, dies sei für sie gleichbedeutend mit Gesichtsverlust. Männer seien oft wie gelähmt, täten nichts mehr und hingen nur noch herum. Depressionen trügen sie nach Aussage der Expertinnen und Experten nach außen, dies gehe oft mit gesteigerter Aggression einher. Sie seien auch gefährdeter als Frauen, in eine Abhängigkeit abzurutschen.

Laut Experteninterview führe in Österreich häufig das Frauenbild von Männern aus den Ländern Afghanistan, Somalia und Syrien zu psychischen Herausforderungen, da die Frauenbilder divergieren würden und zu Dissonanzen führen könnten. Anpassungen würden jedoch Zeit in Form eines psychoedukativen Prozesses erfordern, der am besten begleitet werden sollte. Einzelne Männer berichten laut den Expertinnen und Experten zum Teil, dass ihrem Eindruck nach in Österreich zuerst Frauen, dann Kinder, dann Hunde und erst an vierter Stelle Männer kämen, in ihrem Herkunftsland sei das jedoch umgekehrt. Als ein Mittel, Frauen dennoch zu Hause halten zu können, würden Schwangerschaften gesehen. Die Anzahl der Kinder sei für Männer auch ein sichtbares Zeichen ihrer Potenz. Dies führe zu Druck sowohl für Frauen als auch für Männer.

Generell lässt sich auf Basis der Gespräche mit den Expertinnen und Experten festhalten, dass Männer nach wie vor ein generell geringeres Bewusstsein bezüglich der Bedeutung psychischer Gesundheit haben, es fällt ihnen zudem schwerer, darüber zu sprechen und Unterstützung zu suchen.

Unterschiede im Verständnis psychischer Gesundheit im Laufe des Aufenthalts in Österreich

Zur Veränderung des Verständnisses psychischer Gesundheit mit fortschreitender Dauer des Aufenthalts in Österreich wird speziell die Community mit türkischem Migrationshintergrund herangezogen, da ihre Vertreterinnen und Vertreter bereits über mehrere Generationen in Österreich leben, wodurch ein Veränderungsprozess am deutlichsten sichtbar wird. Insgesamt ist das Bewusstsein für die Bedeutung psychischer Gesundheit bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund im Laufe der Zeit gestiegen, quer durch die türkischstämmige Bevölkerung, sowohl in der Türkei als auch bei den in Österreich lebenden Menschen. Allerdings gibt es schon noch Unterschiede:

Ältere Menschen, die ursprünglich als Gastarbeiter/innen nach Österreich gekommen sind, haben ein gesteigertes Bewusstsein bezüglich psychischer Gesundheit. Vor allem Frauen sehen einen Zusammenhang zwischen ihrem Wohlbefinden und ihrer Lebensqualität. Jüngeren Frauen werden psychische Probleme hingegen weniger zugestanden, z. B. Depressionen während der Schwangerschaft und nach der Geburt. Für das Wohlergehen der Kinder hat psychische Gesundheit wiederum große Bedeutung, v. a. wenn sie einen Einfluss auf ihre Entwicklung hat.

4.3.2 Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung (Betreuung/Behandlung) durch Menschen mit Migrationshintergrund

Die befragten Fachleute berichteten eine Vielfalt von Erfahrungen und Wahrnehmungen, die eine Hürde – oder Erfolgsfaktoren – für die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung darstellen. Sie bestätigten häufig die Ergebnisse der Literaturrecherche und andere Erfahrungsberichte, manchmal sind die Aussagen aber auch widersprüchlich. Sie werden nach folgender Gliederung dargestellt:

- » persönliche Faktoren wie Wissen, Einstellungen und Erfahrungen aus dem Herkunftsland
- » aktuelle Lebensumstände in Österreich
- » vorhandene Strukturen und Gestaltung der Angebote für psychosoziale Unterstützung in Österreich

Persönliche Faktoren

Laut den befragten Fachleuten fehle sozioökonomisch benachteiligten Menschen mit Migrationshintergrund häufig das **Wissen in Bezug auf Zusammenhänge** zwischen psychischer Gesundheit und körperlichen Symptomen (z. B. Angst und Herzrasen), aber auch hinsichtlich der Gestaltung und Wirkung psychosozialer Unterstützungsangebote (insbesondere in puncto Psychotherapie) und betreffend die Wirkungen und potenziellen Nebenwirkungen von Medikamenten (sowie andere Aspekte rund um die Einnahme von Medikamenten wie Dosis, Dauer, Regelmäßigkeit). Dazu gehöre auch, dass ihnen – wie Österreicherinnen/Österreichern oft auch – der Unterschied zwischen Psychologinnen/Psychologen, Psychiater/-innen und Psychotherapeutinnen/therapeuten nicht klar sei. Sie kannten, v. a. zu Beginn ihres Aufenthalts, die österreichischen Strukturen und die Angebote bzw. Aufgaben der jeweiligen Berufsgruppen nicht.

Dies hängt einerseits mit den **im Herkunftsland vorhandenen Strukturen** zusammen. So gibt es beispielsweise in Ländern wie Afghanistan und Somalia überhaupt wenig Gesundheitsversorgung bzw. kaum Angebote, die dem niedergelassenen Bereich in Österreich entsprechen. Dort, wo sie existieren (hauptsächlich in Städten), stehen sie meist nicht kostenlos zur Verfügung. Weitverbreitet sind daher – v. a. im ländlichen Bereich – religiöse Praktiken oder der Einsatz von Heilkräutern. Im psychosozialen Bereich ist diese Situation noch ausgeprägter, Psychotherapie existiert praktisch nicht. Medikamentöse Behandlung ist in afghanischen Städten anscheinend zwar verfügbar, aber eher für massive Auffälligkeiten. Aus dem Sudan wird z. B. berichtet, dass dort lediglich eine Elektroschocktherapie eingesetzt wird, Medikamente gibt es gar nicht. In Syrien gab es im Gegensatz dazu bis vor dem Kriegsausbruch vor sieben Jahren durchaus eine gute Gesundheitsversorgung, wenn auch mit regionalen Unterschieden. Der niedergelassene Bereich war jedoch aufgrund der damit verbundenen hohen Kosten für sozioökonomisch benachteiligte Menschen eher schwer zugänglich.

Aber auch der **Umgang der Gesellschaft** im Herkunftsland mit psychisch kranken Menschen ist ein anderer – zumindest hat sich in dieser Hinsicht in Österreich im Vergleich zu früher schon viel verändert, wenngleich Stigmatisierung psychisch kranker Menschen auch hier nach wie vor ein

Thema ist. In manchen (z. B. afrikanischen) Ländern werden psychisch kranke Menschen weggesperrt, in den Communitys in Österreich werden sie zumindest häufig stigmatisiert und diskriminiert. Diese Stigmatisierung kann sich unter Umständen auch auf die gesamte Familie erstrecken. Die Angst vor den Konsequenzen ist daher in den Köpfen der Menschen fest verankert. Nach Meinung der Fachleute sind psychische Erkrankungen wie Schizophrenie z. B. auch in der türkischen Community in Österreich nach wie vor sehr schambesetzt. Dies wird zum Teil auch auf ein Nicht-auffallen-Wollen zurückgeführt, das mit Diskriminierungserfahrungen, aber auch mit der Kinder- und Jugendhilfe (KJH) zusammenhängt (siehe unten). Diskriminierungserfahrungen können im Herkunftsland aber auch unabhängig von einer etwaigen psychischen Erkrankung gemacht und nach Österreich mitgebracht werden, was dann wiederum die aktuelle Situation beeinflusst. So kann z. B. in Somalia die (Nicht-)Zugehörigkeit zu einem Familienclan ausschlaggebend für das Erleben von Unterdrückung und Ausgestoßensein wirken.

Das Verständnis psychischer Gesundheit (siehe 4.3.1) sowie der **Umgang mit Gefühlen und psychischen Problemen** überhaupt spielen auch eine große Rolle. Die befragten Fachleute beobachten, dass Menschen mit Migrationshintergrund eher dazu tendieren, körperliche Symptome wie Schlafprobleme (Alpträume), Konzentrationsprobleme oder Kopfschmerzen anzusprechen. Psychische Probleme werden meist nicht direkt angesprochen, sondern tauchen unter Umständen im Rahmen eines Gesprächs über andere Themen auf oder fallen dort auf (z. B. ein Dissoziieren während eines Gesprächs). Während Frauen mit und ohne Migrationshintergrund besser gelernt haben, Gefühle auszudrücken bzw. überhaupt davon und von ihren Ängsten zu erzählen und in der Folge Unterstützung zu suchen und anzunehmen, ist das bei Männern anders. Männer mit und ohne Migrationshintergrund tendieren gleichermaßen dazu, seltener Hilfe zu suchen. Bei Männern mit Migrationshintergrund spielt auch die Tatsache eine Rolle, dass Gefühle nicht verbalisiert werden dürfen.

Ängste gegenüber Unterstützungsangeboten hängen sowohl mit negativen Erfahrungen mit dem hier bestehenden System, aber auch mit der Akzeptanz in der Gesellschaft insgesamt zusammen. Besonders sichtbare Menschen mit Migrationshintergrund (z. B. türkische Frauen mit Kopftuch) machen immer wieder Erfahrungen mit Diskriminierung – in letzter Zeit vermehrt. Um Ängste zu reduzieren, ist es erfahrungsgemäß auch notwendig, immer wieder auf die Schweigepflicht hinzuweisen und den Klientinnen/Klienten zu versichern, dass nichts nach außen bzw. in die Community weitergegeben wird.

Zusätzlich entstehen aufgrund von Missverständnissen **Gerüchte**, die in den Communitys weitergegeben werden und irrationale Ängste erzeugen. Diese Gerüchte sind Außenstehenden nicht bekannt bzw. schwer zugänglich, somit kann auch nicht darauf reagiert werden. Am ehesten erfahren Betreuer/-innen in Unterkünften für Geflüchtete davon, da dort ein intensiverer Kontakt besteht und eine andere Vertrauensbasis möglich ist.

In Bezug auf psychische Erkrankungen ist auch die Angst vor der **Kinder- und Jugendhilfe** (KJH) relevant, die es zwar in den Herkunftsländern in dieser Form nicht gibt, die aber womöglich gerade dadurch und in Kombination mit negativen Erfahrungen oder Gerüchten als bedrohlich wahrgenommen wird. So ist anscheinend die Angst weitverbreitet, dass die KJH in Österreich die Kinder

wegnimmt, sobald jemand als psychisch instabil, krank oder unzurechnungsfähig gilt. Andererseits wird auch von Erwartungen berichtet, dass die KJH Familien unterstützen müsse, bzw. von Familien, die von der KJH zu einer psychiatrischen Abklärung geschickt würden und dann durchaus bereitwillig mitarbeiteten. Diese Ängste vor einem Auffallen bei der KJH und einer damit womöglich verbundenen Kindesabnahme sind anscheinend insbesondere in der türkischsprachigen Community verbreitet. Nach Aussagen einer Expertin werde dies u. a. durch Berichte in Medien gestärkt. Allerdings weist sie auch darauf hin, dass die von ihr im Rahmen ihres Berufslebens erlebten Kindesabnahmen berechtigt gewesen seien. Die beschriebenen Ängste können zur Folge haben, dass Unterstützung erst dann gesucht wird, wenn eine Krise eingetreten ist oder die psychischen Probleme so offensichtlich sind, dass sie mit physischen Problemen gleichgesetzt oder von externen Personen angesprochen werden.

Das nichtvorhandene Wissen trage nach Meinung einzelner Fachleute auch zu **falschen Erwartungen** an Ärztinnen/Ärzte bzw. Psychologinnen/Psychologen bei: Sie sollten alles richten, aber ohne Zutun der Klientinnen/Klienten (diese würden z. B. keine Übungen machen). Fehlendes Wissen und falsche Erwartungen könnten wiederum zu Enttäuschungen und mangelndem Vertrauen führen. Es wird daher berichtet, dass viel Aufklärung darüber notwendig sei, wie therapeutische Arbeit funktioniere, warum Folgetermine wichtig seien etc.

Als Folge all dessen wird beobachtet, dass die meisten Menschen mit Migrationshintergrund psychosoziale **Unterstützungsangebote nicht von selbst aufsuchen**, sondern fast immer von anderen Institutionen oder Fachleuten (z. B. von Ärztinnen/Ärzten bzw. Einrichtungen aus dem Gesundheitswesen, Betreuerinnen/Betreuern in Unterkünften, Sozialarbeiterinnen/-arbeitern in Beratungsstellen, dem Arbeitsmarktservice (AMS) oder Gerichten) geschickt werden. Männer mit Migrationshintergrund werden anscheinend auch oft von ihren Frauen geschickt – sogar noch nach einer Trennung/Scheidung. Nach Meinung einiger Fachleute bedürfe es der Motivation durch Druck von außen ganz besonders bei Menschen aus Afghanistan. Gleichzeitig wird dieser Druck aber auch nicht als negativ erachtet, denn die Erfahrungen zeigen, dass dies trotzdem ein guter Anfang einer Therapie sein kann.

Die **Akzeptanz** psychosozialer Unterstützung scheint grundsätzlich durchaus gegeben zu sein. Die befragten Fachleute berichten jedoch von verschiedenen Voraussetzungen, die erfüllt sein müssten bzw. sich vorteilhaft auswirken würden. Wird z. B. erklärt, mit welchen Problemen eine Betroffene / ein Betroffener oder deren/dessen Angehörige sich an welche Stelle wenden können, dann würden sie das durchaus auch tun. Es wird betont, dass jede Person eine Lösung für wahrgenommene Probleme suche. Der zum Teil beträchtliche Leidensdruck sei für die Motivation ebenfalls förderlich.

Dennoch gibt es einzelne Personen, für die das Herstellen von Zusammenhängen zwischen ihrer Lebenssituation und psychischen Beschwerden, die psychosomatische Ebene, wenig oder gar nicht anschlussfähig bzw. akzeptabel ist. Dies kann z. B. auch mit der Bedeutung der Religion zusammenhängen. Die befragten Fachleute erleben immer wieder, dass strenggläubige Menschen sehr schicksalsergeben sind und davon überzeugt sind, dass sie nichts dagegen tun können. Durch diese Passivität kann aber auch eine Behandlung gänzlich verhindert werden, weil z. B. eine Frau nicht allein teilnehmen darf. Die Folgen können eine Chronifizierung bis hin zu einem sekundären

Krankheitsgewinn sein. Von sehr religiösen Menschen werden religiöse Vertrauenspersonen als erste Anlaufstelle bei psychischen Problemen in Anspruch genommen. Das Vorhandensein von Strenggläubigkeit wird besonders bei Menschen aus Somalia wahrgenommen, kann aber auch Menschen mit afghanischem, syrischem oder türkischem Migrationshintergrund betreffen. Syrer/innen werden von den befragten Fachleuten allerdings meist offener und moderner erlebt. Menschen aus dem Iran werden als eher selten religiös beschrieben.

Auch autoritäres Denken wirkt sich negativ aus, erschwert womöglich den Beziehungsaufbau und führt zu einem passiven Zugang. Das Fehlen intrinsischer Motivation stellt ebenfalls eine Hürde dar und wird v. a. bei jungen Männern aus Afghanistan wahrgenommen.

Die Loyalität der Familie gegenüber kann, indem sie zu einer hohen Ambivalenz führt, ebenfalls zu einer Hürde werden. Beispielhaft werden Erfahrungen mit Mädchen, die nichts unternehmen dürfen, oder jungen Burschen, die Misshandlung erlebt haben, angeführt. Trotz all des Erlebten werden Probleme in der Familie nicht angesprochen, um keinen „Verrat“ zu begehen. Dieses Tabu, über Probleme in der Familie zu sprechen, kann erfahrungsgemäß nur in einem langsamen und behutsamen Prozess überwunden werden.

Neben den bereits genannten Aspekten spielt auch eine Rolle, dass Menschen aus Afghanistan, Somalia und Syrien es gewöhnt sind, sich selbst zu helfen bzw. innerhalb der Familie Unterstützung zu suchen, und daher gar nicht auf die Idee kommen, eine psychosoziale Unterstützung in Anspruch zu nehmen, ebenso dass z. B. die Ausübung von Gewalt als Tradition gesehen und nicht in Zusammenhang mit (massiven) psychischen Problemen gebracht wird. Im Gegensatz zum Herkunftsland kann aber die Ausübung von Gewalt in Österreich aufgrund der rechtlichen Situation zur Verpflichtung führen, eine entsprechende Maßnahme anzunehmen.

Als förderliche Faktoren werden hingegen Neugier und der Wille bzw. das Commitment, Neues auszuprobieren, erwähnt. Offenheit und Zugänglichkeit werden als wichtige Charakteristika beschrieben, die dafür sorgen können, dass Wissen innerhalb von Communitys weitergegeben wird.

Lebensumstände in Österreich als Einflussfaktor der psychischen Gesundheit

Die Lebensrealität von Geflüchteten, die – im Fall jener aus Afghanistan – durch hohe Asylaberkennungsraten und große Instabilität geprägt ist, wird – insbesondere für eine längerfristige Therapie – als sehr hinderlich wahrgenommen. Die Erwartungen der Familien in Afghanistan, aber auch der jungen Geflüchteten bezüglich ihrer Situation in Österreich erweisen sich als falsch. Der Druck, der entsteht, wenn sie diese Erwartungen mit der Realität in Einklang zu bringen versuchen, ist hoch. Auch das Asylverfahren selbst stellt eine enorme Belastung dar. Dieser Zusammenhang von Lebensrealität und psychischer Gesundheit hat sich bereits deutlich in einer vorangegangenen Arbeit (Strizek et al., 2018) betreffend unbegleitete minderjährige Flüchtlinge und Substanzkonsum gezeigt. Auch die kürzlich präsentierten Ergebnisse der ReHIS-Studie weisen darauf hin. Dennoch soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass es unter den jungen Geflüchteten, insbesondere den jungen Frauen aus Afghanistan, hochmotivierte Menschen gibt, die jede Chance nutzen wollen. Für Menschen aus Syrien stellt sich die Situation meist anders dar, da sie vorwiegend in

kurzer Zeit einen Schutzstatus erhalten und sich somit auf den Aufbau eines neuen Lebens konzentrieren können.

Eine Tagesstruktur ist sehr hilfreich und kann nach Erfahrung der befragten Fachleute sogar heilend wirken. Auffälligkeiten reduzieren sich dadurch, Selbstwirksamkeit kann erlebt werden. Die rechtlichen Rahmenbedingungen verhindern jedoch vieles für Asylwerber/-innen. Doch selbst in dieser Gruppe gibt es aktive Menschen, die sich – wie andere Menschen mit Migrationshintergrund auch – sehr bemühen, selbst tätig zu werden. Erhalten sie Angebote und Ideen, machen sie mit und werden aktiv. Allerdings hängt das vom individuellen Stadium ab: Hat bereits Mutlosigkeit eingesetzt bzw. ist Resignation schon weit fortgeschritten, wird es schwierig. Von verschiedenen Fachleuten wird daher die Möglichkeit zu arbeiten, um die Selbstwirksamkeit zu fördern, als besonders wichtig erachtet. Deutschkurse sind hier zwar auch zuträglich, aber bei jenen Menschen, die körperliche Arbeit gewohnt sind, jenen mit Traumatisierung und Konzentrationsproblemen oder solchen ab einem gewissen Alter, kann das Lernen frustrierend sein. Arbeit gewährt das Gefühl, das eigene Leben unter Kontrolle zu haben, sowie den Umstand, Sinn im Leben zu sehen. Sie ermöglicht aber auch neue Kontakte – als Ersatz für die verlorengegangenen sozialen Kontakte in der alten Heimat. Ideal ist es, wenn dabei auf die bestehenden Kompetenzen zurückgegriffen werden kann.

Bildung ist ein wichtiges Zukunftsthema, an dem Perspektiven aufgezeigt und erarbeitet werden können. Allerdings zeigen die Erfahrungen, dass das mit jungen Menschen leichter ist, während ältere Menschen stärker von Hoffnungslosigkeit geprägt sind und wenig Eigenmotivation zeigen. Bei ihnen sind Kurse vor allem ein wichtiges Mittel gegen Vereinsamung. Ein Wegfall der Möglichkeit, Kurse zu besuchen, wird daher als sehr kritisch gesehen. Der Bedarf an Deutschkursen mit Kinderbetreuung wird in diesem Zusammenhang ebenfalls betont.

Einen wichtigen Einfluss hat auch der Wert, den Bildung für die einzelne Person hat. Die Erfahrungen zeigen, dass es selbst Jugendliche mit kaum oder ohne Schulbildung nach ihrem Ankommen in Österreich durchaus schaffen, eine Ausbildung sehr engagiert und erfolgreich zu absolvieren. Gleichzeitig gibt es aber auch jene Menschen, denen das nicht möglich ist. Diese Diskrepanz kann wiederum eine weitere psychische Belastung darstellen.

Neben schlechten Perspektiven und fehlender Tagesstruktur ist auch das Wohnen ein Thema, das sich auf die psychische Gesundheit auswirkt. Es wird z. B. berichtet, dass sich reine Männerunterkünfte negativ auf die Situation auswirken, weil sie nicht die gesellschaftliche Realität widerspiegeln. Es wird auch vermutet, dass sich in Unterkünften für geflüchtete Menschen der Gruppendruck negativ auf die Compliance auswirkt.

Zusammenhänge mit der Aufenthaltsdauer werden von den befragten Fachleuten eher nicht wahrgenommen, bzw. sind diese der Meinung, dass andere der hier erwähnten Faktoren relevanter seien.

Vorhandene Strukturen und Gestaltung der Angebote

Um den Zugang zu bestehenden psychosozialen Unterstützungsangeboten zu fördern, werden ebenfalls verschiedene Faktoren als ausschlaggebend erachtet.

Fachleuten erachten es z. B. als hilfreich, bei allen Neuankommenden gleich zu Beginn des Aufenthalts in Österreich nicht nur eine körperliche, sondern auch eine **systematische psychologische Untersuchung** zu machen. Zusätzlich sollte allen ein Workshop angeboten werden, in dem Skills für den Umgang mit Stress, Ängsten und Depression vermittelt werden. Dadurch könnten die Menschen befähigt werden, mit belastenden Lebenssituation gut umzugehen. Dies könnte hinsichtlich der Entwicklung von akuten Krisen vorbeugend wirken.

Betreuer/-innen in Unterkünften, Ärztinnen/Ärzte und Berater/-innen sowie Mitarbeiter/-innen aus anderen Bereichen (wie z. B. dem AMS) haben aus Sicht der befragten Fachleute eine wichtige Funktion als **Vermittler/-innen**. Sie können z. B. in einem Beratungsgespräch aktiv darauf achten, ob ein Bedarf für das Abklären psychischer Probleme besteht. Im Fall eines solchen Bedarfs können sie gezielt an entsprechende Unterstützungsangebote weitervermitteln. Sie bekommen teilweise auch mit, ob die vermittelten Angebote dann in Anspruch genommen werden. Allerdings wird aus dem Beratungssetting auch darauf hingewiesen, dass es Zeit brauche, um, ausgehend von somatischen Schmerzen, die psychische Gesundheit ansprechen zu können. Im Beratungssetting stehen jedoch nur 15 Minuten zur Verfügung, was als zu wenig erachtet wird.

Für Menschen in Unterkünften für Geflüchtete spielen die Betreuer/-innen eine wichtige Rolle als Vermittler/-innen – sofern sie ausreichende Ressourcen dafür und eine einschlägige Ausbildung haben. Dann könnten sie nicht nur für die notwendigen Erklärungen in Hinblick auf das Gesundheitswesen sorgen (damit sich die Menschen besser darin zurechtfinden), sondern auch eine koordinierende Funktion ausüben und sich um Befunde und Verschreibungen kümmern. Im Idealfall könnte dies durch eine mobile Pflege geleistet werden. Betreuer/-innen können aber auch selbst einiges zur Stabilisierung beitragen: indem sie z. B. Psychoedukation betreiben, Entspannungstechniken vermitteln und für Schlafhygiene sensibilisieren.

Das Zustandekommen eines **Erstkontakts** mit einer Psychiaterin bzw. einem Psychiater wird als das Schwierigste angesehen. Die Erfahrungen damit zeigen, dass ein solcher ohne Begleitung oft nicht zustande kommt. Diese Begleitung sollte durch eine vertraute Person erfolgen, was unter Umständen die ganze Familie übernimmt. Hinderlich ist aber auch die Tatsache, dass oft wenig oder gar keine Krankheitseinsicht vorliegt (z. B. speziell bei Menschen mit Schizophrenie oder einer Borderline-Störung). Um diese Hürde zu überwinden, scheinen sich insbesondere auch aufsuchende Angebote bzw. Beratungsgespräche in sozialmedizinischen Einrichtungen zu bewähren.

Gute Erfahrungen wurden z. B. mit einem **Konsiliardienst** in einer Flüchtlingsunterkunft gemacht: In der Unterkunft selbst werden von einer Mitarbeiterin mit entsprechender Ausbildung (Psychologin bzw. Psychotherapeutin) z. B. jene Bewohner/-innen zu einem Erstgespräch eingeladen, die den anderen Betreuerinnen/Betreuern auffällig erscheinen. Bei diesem Erstgespräch kann eine erste Einschätzung vorgenommen werden. Daraufhin wird entweder zum Konsiliardienst vermittelt oder zu einer niedergelassenen Ärztin / einem niedergelassenen Arzt bzw. zu einer Psychotherapeutin / einem Psychotherapeuten, oder es gibt weiterführende Gespräche mit der Psychologin bzw. der Psychotherapeutin des Hauses (Psychoedukation) – je nachdem, was für die Betroffene / den Betroffenen am passendsten ist. Manchen hat dieses erste Gespräch bereits so gutgetan, dass sie gerne wieder reden möchten. Andere bevorzugen ein Medikament. Die Gespräche mit dem

Konsiliardienst werden auch oft im Beisein der Psychologin oder Psychotherapeutin aus der Unterkunft geführt, wodurch auch diese die vorhandene psychische Problematik gezielter in die psychische Betreuung (und Stärkung der Compliance) oder Sozialarbeit einfließen lassen können. Zusätzlich gibt es eine Pflegekraft, die mit den Betroffenen auf der Körperebene arbeiten kann (Achtsamkeitsübungen). Die Bereitschaft, dieses Angebot sowie die Gespräche mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Anspruch zu nehmen, scheint in der Unterkunft inzwischen sehr hoch zu sein, was zum Teil auf die Niederschwelligkeit, den unaufgeregten Umgang mit dem Thema und das schrittweise Heranführen an eine Therapie zurückgeführt wird. Allerdings wird auch darauf hingewiesen, dass der Leidensdruck zum Teil recht hoch ist und sich auch das positiv auf die Motivation auswirkt.

Beratungsgespräche in sozialmedizinischen Einrichtungen bewähren sich ebenfalls als niedrigschwellige, neutrale und nichtstigmatisierende Kontaktmöglichkeit. In diesen Beratungsgesprächen (die z. B. als „Sprechen“ bezeichnet werden) kann ein Austausch über Symptome stattfinden (die oft psychosomatisch bedingt sind) und eine Abklärung erfolgen sowie ein erstes Abfangen, Stabilisierung, Krisenintervention oder vorbeugendes Arbeiten. D. h. es kann alles geleistet werden, was dazu beiträgt, dass Klientinnen/Klienten über die Runden kommen, aber keine längerfristige Therapie. Es kann damit aber die Bereitschaft zu einer Therapie zu einem späteren Zeitpunkt gefördert werden. Es wird darauf hingewiesen, dass das Beratungssetting nicht der geeignete Rahmen für Geschichten erlebter Gräueltaten ist und Berater/-innen tendenziell von solchen Geschichten überfordert sind. Es wird daher empfohlen, solche Erzählungen in diesem Setting nicht zuzulassen.

Von den befragten Fachleuten wird vermutet, dass sich ein **schneller und niederschwelliger Zugang** zu psychosozialen Angeboten eher auf die Inanspruchnahme auswirke als die Aufenthaltsdauer in Österreich und dass jene beschleunigt werden könne, wenn die Idee der psychosozialen Unterstützung (z. B. in Form einer Psychotherapie) so vermittelt werden könne, dass sie als attraktiv und hilfreich wahrgenommen werde. Es ist daher viel Aufklärung darüber nötig, was therapeutische Arbeit ist. Diese könnte wiederum in Workshops zum Thema Gesundheitskompetenz erfolgen.

Allgemeinmediziner/-innen könnten ebenfalls eine wichtige Rolle als Anlaufstelle spielen. Sie werden von Menschen mit Migrationshintergrund als sehr kompetent wahrgenommen, z. B. in Bezug auf Depression und das Verschreiben von Medikamenten. Der Vorteil von Hausärztinnen/-ärzten scheint zu sein, dass es sich um ein nichtstigmatisierendes Angebot handelt, das für alle offen ist. Spezifische psychosoziale Angebote sind, weil sie das eben nicht erfüllen, schwerer anzunehmen. So wird z. B. berichtet, dass Frauen mit türkischem Migrationshintergrund lieber Hausärztinnen/-ärzte aufsuchen würden, um z. B. Antidepressiva zu erhalten als Fachärztinnen/-ärzte. Hausärztinnen/-ärzte können aber auch gut zu Fachärztinnen/-ärzten oder anderen spezialisierten Einrichtungen weitervermitteln. Als negative Erfahrung wird z. B. von geflüchteten Männern berichtet, bei denen eine Verordnung opioidhaltiger Schmerzmittel durch Hausärztinnen/-ärzte zu einer Abhängigkeit geführt habe. Ob dies jedoch auf die Verschreibungspraxis oder eine nichtverschreibungskonforme Anwendung zurückzuführen ist, bleibt unklar.

Medikamente werden nach Meinung der befragten Fachleute gut angenommen: in der Türkei bzw. der türkischen Community in Wien, aber auch von Menschen mit anderen Migrationshintergründen. Bezüglich Beruhigungsmitteln zeigt sich z. B., dass sich Frauen mit und ohne Migrationshintergrund diese gerne verschreiben lassen – u. a. um ihre Ängste in den Griff zu bekommen und ihr Funktionieren sicherzustellen. Überhaupt werden Medikamente anscheinend gerne als schnelle Problemlösung eingenommen – darin dürften sich Menschen mit und ohne Migrationshintergrund jedoch nicht unterscheiden. Als wichtig wird erachtet, dass die Wirkung der Medikamente, deren potenzielle Nebenwirkungen, aber auch die Dauer der Behandlung mit Medikamenten immer wieder erklärt wird.

Eine **Gesprächstherapie** wird grundsätzlich als sinnvoll erachtet, da es im Fluchtcontext sehr oft darum geht, das Erlebte aufzuarbeiten. Und das geht nur in einem sicheren Rahmen, mit einer Person, die zuhört, „mitschwingt“, einen nicht für „verrückt“ erklärt, das Erzählte annimmt und nicht infrage stellt, die das Ankommen ermöglicht. Sowohl Männer als auch Frauen nähmen nach Meinung einer Befragten Psychotherapie in Anspruch, wenn der Leidensdruck groß genug ist. Und das ist bei (jungen) Männern aus Afghanistan und Syrien meist der Fall. Gerade sie brauchen die Möglichkeit zu reden – junge Männer brauchen auch die Möglichkeit zum „Nachreifen“, weil sie sehr früh erwachsen sein mussten und ihre Pubertät nachholen müssen.

Es wird aber auch darauf hingewiesen, dass Psychotherapie nicht für jede Person gleich geeignet ist. Als das Schwierigste dabei wird das Herstellen von Compliance genannt. Das scheint leichter zu sein, wenn zunächst Medikamente gegeben werden können, die dann auch greifen. In Bezug auf Frauen mit türkischem Migrationshintergrund wird aber auch berichtet, dass diese durchaus Psychotherapie in der Türkei in Anspruch nehmen. Allerdings fehlen weitere Informationen dazu, wer diese Psychotherapie anbietet und wie sie abläuft. Es wird vermutet, dass ein Grund dafür die fehlende Vertrauensbasis zu österreichischen Therapeutinnen/Therapeuten ist.

Manche Fachleute weisen darauf hin, dass ein **transkultureller Ansatz** in der Psychotherapie notwendig sei, d. h. es müsse kulturübergreifend gearbeitet werden, am besten mit verbalen und nonverbalen Methoden. Manche Fachleute berichten wiederum, dass in einer Behandlung auch ein Nebeneinander verschiedener Gesundheits- und Krankheitskonzepte möglich sei und z. B. religiöse Handlungen wie Beten und das Tragen von Amuletten akzeptiert und integriert würden. Medikamente könnten dann z. B. zusätzlich verschrieben werden.

Einige der in der Psychotherapie eingesetzten **Methoden** scheinen – laut den von den befragten Fachleuten berichteten Erfahrungen – nicht gut zu funktionieren. Visualisieren ist z. B. schwierig, wenn die Betroffenen noch nie vorher gemalt oder gezeichnet haben. Mentalisieren wird ebenfalls – besonders für afghanische und somalische Klientinnen/Klienten – als schwierig beschrieben. Für eine Reflexion fehlt anscheinend – bei Menschen mit afghanischem, somalischem und türkischem Hintergrund – häufig die Bereitschaft. Bezüglich syrischer Klientinnen/Klienten wird berichtet, dass mit ihnen viele Methoden aufgrund des höheren Bildungsgrads leichter umzusetzen seien. Es wird aber auch darauf hingewiesen, dass die Bereitschaft zur Reflexion auch bei Österreicherinnen/Österreichern nicht immer vorhanden sei.

Für die Behandlung eines **Traumas** wird unbedingt eine entsprechende Ausbildung gefordert, da sonst die Gefahr einer Retraumatisierung zu groß ist. Andererseits sollte das Trauma auch nicht gleich im Vordergrund stehen – v. a. nicht in der Beratung. Die meisten Menschen zeigen den Erfahrungen der befragten Fachleute zufolge zwar verschiedene Traumafolgen, aber noch keine ausgeprägte PTBS – und auch dies oft erst nach einiger Zeit, wenn sich ihre Lebenssituation schon etwas stabilisiert hat. Größere psychosoziale Probleme können aber die Folge sein (Alkohol -> Gewalt -> Anzeige/Haft). Für jene mit einer PTBS bedürfte es einer sehr engmaschigen Betreuung, was jedoch als kaum möglich erachtet wird.

Die Erfahrungen der befragten Fachleute zeigen, dass sich als **Anknüpfungspunkte** in der Beratung/Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund deren aktuelle Lebenssituation und Familie sowie ganz besonders das Wohlbefinden der Kinder (insbesondere bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund) bewähren. Auch körperliche Beschwerden müssen ernst genommen und besprochen werden. Die Kernfamilie scheint trotz aller negativen Erfahrungen auch bei Menschen aus Afghanistan oft eine sehr gute Ressource zu sein (mit liebevollem Umgang miteinander trotz langjährigen Krieges), bei der in der Behandlung angesetzt werden könnte. Sie hat oft auch zu einer Resilienz beigetragen, die sich wiederum positiv auf die psychische Gesundheit auswirkt. Bezüglich eigener Kinder lässt sich sehr leicht vermitteln, dass es Eltern gutgehen muss, damit es den Kindern gutgehen kann. Von der Neonatologie im Wilhelminenspital wird z. B. berichtet, dass Neugeborene nicht in unzureichende Wohnsituationen entlassen werden. In diesen Fällen muss eine Sozialarbeiterin hinzugezogen werden.

Wie bereits erwähnt, wird nach Meinung der befragten Fachleute viel **Aufklärungsarbeit** benötigt. Um Informationen in die Communitys zu tragen, ist Mundpropaganda ein ganz wesentliches Element – für privat lebende Geflüchtete unter Umständen das wichtigste, abgesehen von einer Vermittlung über andere Berufsgruppen. Diskutiert wird auch, ob Medien besser zur Sensibilisierung der Communitys genutzt werden könnten. Allerdings stellt sich hier die Frage, welche Medien bildungsferne Menschen eher nutzen. Mit Chats können vermutlich eher junge Menschen erreicht werden. Broschüren werden als wenig zielführend erachtet, weil der Anteil der Analphabetinnen/Analphabeten hoch ist. Der persönliche Kontakt wird als bestes Mittel gesehen, vor Ort bzw. in Workshops. Hinsichtlich der Akzeptanz von Workshops gibt es jedoch unterschiedliche Erfahrungen: Werden sie in verschiedenen Sprachgruppen und mit Dolmetscher/-in angeboten, scheinen sie auch angenommen zu werden. Dies gilt besonders für jene, die aufsuchend stattfinden, d. h. z. B. in einer Moschee. Aber auch Babygruppen werden gut angenommen. Im Gegensatz dazu wird z. B. berichtet, dass die Elternambulanz nicht in Anspruch genommen werde.

Dieses Weitertragen von Wissen scheint innerhalb der Community mit türkischem Migrationshintergrund sehr gut zu funktionieren. Es wurde in einem Interview auch als psychoedukativer Prozess beschrieben. Als weitere wichtige Vermittler von Wissen in dieser Community werden die Medien genannt, v. a. die türkischsprachigen. Diese haben laut einer Expertin sowohl in der Türkei als auch bei der türkischen Community in Wien zu einer gewissen „Normalisierung“ psychischer Erkrankungen beigetragen. So gibt es z. B. türkischsprachige Informationssendungen im Fernsehen zu diesem Thema, spezielle Frauensendungen am Vormittag sowie spezielle Sendungen für Europa (z. B. Österreichtagebuch am Sonntag), die von vielen Menschen gesehen werden. Aber

auch soziale Medien spielen eine wichtige Rolle, z. B. türkischsprachige Frauengruppen, die sich auch an sozioökonomisch benachteiligte Frauen richten.

Bezüglich der Frage, ob das **Einbinden von Dolmetscherinnen/Dolmetschern oder muttersprachliche Therapie** vorzuziehen ist, gibt es ebenfalls unterschiedliche Erfahrungen und Einstellungen, bzw. wird in beiden Fällen von Vorteilen und Nachteilen berichtet. So berichten z. B. Frauen mit türkischem Migrationshintergrund, dass sie – wenn sie schon Fachärztinnen/-ärzte aufsuchen müssen – eher türkischsprachige wählen als andere. Der Vorteil einer muttersprachlichen Therapie ist nach Meinung der Befragten der dadurch gegebene geschützte Kommunikationsrahmen, der es auch ermöglicht, über Erlebnisse wie Vergewaltigung oder Missbrauch zu reden. Das Erzählen solcher schambesetzter Erlebnisse würde durch die Anwesenheit von Dolmetscherinnen/Dolmetschern verhindert/erschwert. Sind diese selbst traumatisiert, was als durchaus häufig erachtet wird, können darüber hinaus komplexe Situationen entstehen. Des Weiteren wird angeführt, dass Gefühle nicht übersetzbar seien.

Im Gegensatz dazu wird aber auch angemerkt, dass es leichter sein könne, mit Menschen in eine heilsame Beziehung zu treten und Erlebnisse anzusprechen bzw. womöglich schambehaftete Reaktionen wie Weinen zuzulassen, wenn weder Therapeut/-in noch Dolmetscher/-in aus derselben Community wie die Klientin / der Klient stammen. Dies wird auch anhand eines Beispiels veranschaulicht, in dem die Abwesenheit der jungen Dolmetscherin aus demselben Land dazu geführt hat, dass eine Regression zugelassen werden konnte. In diesem Zusammenhang ist aber auch relevant, dass es oft unterschiedlichste ethnische Gruppen in den Herkunftsländern gibt, die dann trotz gemeinsamer Sprache nicht gut miteinander arbeiten können. Aus Berichten von Klientinnen/Klienten wird zudem geschlossen, dass Fachärztinnen/-ärzte aus demselben Kulturkreis einen eher hierarchischen Umgang pflegen, der von den Klientinnen/Klienten nicht unbedingt gutgeheißen wird.

Wird mit Dolmetscherinnen/Dolmetschern gearbeitet, dann bewährt sich ein großes geschultes Team mit fixen Regeln, so dass z. B. in einer Therapie immer dieselbe Dolmetscherin / derselbe Dolmetscher anwesend ist. Dolmetscher/-innen sollten als Expertinnen/Experten betrachtet und eingesetzt werden, wobei sie keine Kotherapeutinnen/Kotherapeuten sind. Da für sie meist keine Inter- und Supervision zur Verfügung steht, ist ein achtsamer Umgang mit ihnen ausgesprochen notwendig. Das bedeutet unter Umständen auch, zu verhindern, dass sie in Geschichten „reingezogen“ bzw. durch diese überfordert werden. Berichtet wird in diesem Zusammenhang auch, dass es durch Abwesenheiten der Dolmetscherin oder des Dolmetschers zu einer neuen Therapiesituation kommt. Dies kann z. B. dazu führen, dass die Therapie anschließend auf Deutsch weitergeführt wird (weil eine Übersetzung nicht mehr notwendig erscheint).

Zum Thema Sprache wird auch angemerkt, dass **Formulierungen** wichtig seien. Es wird als grundsätzlich notwendig erachtet, eine gemeinsame Sprache und dazu auch andere Bilder zu finden als jene in der Arbeit mit österreichischen Klientinnen/Klienten eingesetzten. Es ist z. B. anschlussfähiger, von einer Stressbelastung und seelischen Verletzungen zu sprechen. Als konkretes Beispiel wurde die körperliche Verletzung von David Alaba und seine Physiotherapie genannt, die mit einer seelischen Verletzung und der dafür notwendigen Psychotherapie verglichen werden kann.

Grundsätzlich empfehlen die befragten Fachleute, dass sich Sozial- und Gesundheitsbereich auf einen zunehmenden Bevölkerungsanteil von Menschen mit Migrationshintergrund einstellen und diese unabhängig von etwaigen Sprachdefiziten im Regelsystem mitbetreuen. Dazu braucht es nicht nur Angebote wie Videodolmetsch, sondern auch Schulungen des Personals zur Förderung von dessen Kompetenzen im Umgang mit anderen Kulturen. Dadurch und durch mehr Kommunikation kann verhindert werden, dass z. B. Menschen Befunde nicht verstehen und die vorhandenen Angebote falsch nutzen.

Ein Thema, das in vielen Interviews auch zur Sprache gekommen ist, ist das **Geschlecht der beratenden bzw. behandelnden Person**. In den Interviews wird z. B. erwähnt, dass Frauen mit türkischem Migrationshintergrund lieber untereinander über ihre gesundheitlichen Probleme reden, als einen Arztbesuch in Kauf zu nehmen, wobei sie gegebenenfalls keineswegs einen Arzt aufsuchen würden, sondern eher eine Ärztin. Dies gilt anscheinend auch für die Psychotherapie, die nicht nur Frauen mit Migrationshintergrund (insbesondere wenn sexuelle Gewalt ein Thema ist, aber auch sonst), sondern auch Männer mit Migrationshintergrund gerne oder sogar lieber bei einer Therapeutin absolvieren als bei einem Therapeuten. Dies dürfte u. a. mit Gewalterfahrungen zusammenhängen, die auch Männer oft durch Männer erleben, weshalb auch sie sich in einem weiblichen Setting sicherer fühlen. Gleiches gilt anscheinend aber auch für Dolmetscherinnen (z. B. wird berichtet, dass in der Arbeit mit afghanischen Burschen Dolmetscherinnen hilfreicher sind als Dolmetscher) und für Beraterinnen.

Andere Fachleute berichten, dass dieser Unterschied bezüglich der insgesamt höheren Akzeptanz einer Beraterin/Ärztin auch mit dem Alter zusammenhängt: Während die Senioren (Männer, die vor circa 50 Jahren nach Österreich gekommen sind) Beraterinnen/Ärztinnen als sehr höflich und freundlich wahrgenommen werden, nehmen sie etwas jüngere Männer (zwischen 50 und 60 Jahren) als eher zurückhaltend wahr und Männer um die 40 Jahre als sehr schwierig. Unterschiede zwischen Klientinnen und Klienten werden z. B. bezüglich der Akzeptanz von Achtsamkeitsübungen erlebt. Dies wird darauf zurückgeführt, dass hier über den Körper gearbeitet wird, was grundsätzlich bei Frauen anschlussfähiger ist. Das wird aber als nichtkulturspezifisch erachtet.

Im Zusammenhang mit Beraterinnen bzw. Behandlerinnen wurde aber auch das Alter angesprochen: Es scheint Männern leichter zu fallen, mit älteren Therapeutinnen über Themen wie Sexualität oder Verhütung zu sprechen als mit jüngeren. Ob diesbezüglich ein Unterschied zu österreichischen Männern besteht, muss hier unbeantwortet bleiben.

Insgesamt machen die Beraterinnen jedoch durchaus unterschiedliche Erfahrungen: Es wird beispielsweise auch berichtet, dass eine Beraterin im Arbeitsmarktsetting mit Männern aus Syrien oder Afghanistan nicht so gut arbeiten könne, weil diese nichts erzählen würden.

Hinsichtlich **Erfolgsfaktoren** ist in den Interviews auch zur Sprache gekommen, dass es letztendlich entlastend sein könne, eine konkrete Diagnose zu bekommen und zu erfahren, dass auch andere Menschen davon betroffen seien. Solch positive Erfahrungen werden für gewöhnlich weitergegeben und können andere zur Inanspruchnahme motivieren. Als Um und Auf für eine gute Behandlung werden – mehr noch als die Sprache – die Beziehungsarbeit, das Kontakthalten und Zuneigung/Empathie genannt.

Weitere Hürden, die eine Inanspruchnahme entsprechender Termine verhindern und den Beraterinnen/Beratern von den Betroffenen mitgeteilt werden, sind z. B. die Kinder oder der Verlust der Information etc. Aus Sicht der Berater/-innen verhindert aber auch die Freiwilligkeit der Angebote, dass sie tatsächlich genutzt werden. Es wird daher empfohlen, dass z. B. Gesundheitskompetenzworkshops in andere Kurse integriert werden, damit die Teilnahme daran sichergestellt ist. Aber auch die mit psychosozialer Unterstützung unter Umständen verbundenen Kosten stellen eine Hürde dar.

Die befragten Fachleute berichten auch davon, dass der Umgang mit Betroffenen manchmal als sehr schwierig erlebt werde. Das gilt insbesondere für junge Männer tschetschenischer Herkunft, bei denen massive psychische Beschwerden zu hoher Aggressivität führen. Aber auch Männer türkischer Herkunft werden teilweise als aufbrausend und aggressiv erlebt. Hinsichtlich junger Männer aus Afghanistan und Somalia wird der schnelle Griff zum Messer als problematisch wahrgenommen. Dies kann z. B. dazu führen, dass sich jemand in einer Beratungssituation selbst verletzt.

Die befragten Fachleute nennen auch spezielle **strukturelle Hürden**, die in verschiedenen Bereichen zu beobachten sind. Dazu gehören beispielsweise die Vorgangsweise rund um die Feststellung von Arbeitsfähigkeit, aber auch die Verfügbarkeit von Angeboten im niedergelassenen oder stationären Setting. Beides birgt, wie von verschiedenen Seiten berichtet wurde, die Gefahr des „Im-Kreis-Schickens“ in sich.

Menschen, die psychisch belastet sind und sich an das AMS wenden, erleben laut Berichten von verschiedenen Seiten oft ein solches Im-Kreis-Schicken“. Das bedeutet, es wird zwar beim AMS festgestellt, dass sie aufgrund ihrer Belastung eine medizinische oder psychische Reha benötigen, bei der PVA werden die Betroffenen jedoch oft dennoch als arbeitsfähig beurteilt und wieder zum AMS geschickt. Das AMS vermittelt weiter zum BBRZ (fit2work), wo wiederum eine zu große Belastung festgestellt und eine psychische Reha empfohlen wird. Diese wird jedoch von der Krankenkasse aufgrund der als unzureichend befundenen Deutschkenntnisse nicht zugestanden, weshalb die Betroffenen wieder zum AMS zurückgeschickt werden. In der Folge ist oft eine Verschlechterung ihres gesundheitlichen Zustandes zu beobachten.

Für den niedergelassenen Bereich wird berichtet, dass es nicht nur sehr wenig niedergelassene Psychiater/-innen gebe, die von Kassenpatientinnen/-patienten aufgesucht werden können, sondern dass diese auch noch zu wenig Zeit dafür hätten. In 10 Minuten kann nur kurz abgeklärt werden, ob die Medikamente vertragen werden oder nicht. Die Erfahrung mit einem psychiatrischen Konsiliardienst, der z. B. für ein Erstgespräch eine Stunde Zeit investiert und für Kontrollgespräche eine halbe Stunde, zeigt, dass dies einen Beziehungsaufbau ermöglicht und Compliance sicherstellt. Nur so kann überprüft werden, ob ein Medikament hilft oder woran es liegen könnte, wenn es nicht hilft. Die von einem Konsiliardienst betreuten Klientinnen/Klienten nehmen auch eher die Medikamente ein als die anderen.

Überhaupt wird festgestellt, dass es zu wenige Einrichtungen gebe und diese zu lange Wartezeiten aufwiesen (diese reichen je nach Einrichtung von 2-3 Monaten bis zu einem Jahr), so dass es leichter sei, jemanden an eine niedergelassene Psychiaterin / einen niedergelassenen Psychiater anzubinden als an eine Gesprächstherapie. Aber auch in diesem Bereich wird (z. B. für Wien) ein

Mangel festgestellt, v. a. an zeitnahen Terminen, deren Kosten von der Krankenkasse getragen werden. Aber auch an Psychiaterinnen/Psychiatern, die an dieser Arbeit interessiert sind und entsprechend wertschätzend und neugierig mit Betroffenen umgehen.

Es wird auch angesprochen, dass es gut wäre, vorbeugend bzw. frühzeitig anzusetzen, und nicht erst wenn der Leidensdruck schon sehr groß sei. Dafür wären aber wesentlich mehr Ressourcen vonnöten. „Frühzeitig“ bezieht sich auch auf das Alter, v. a. im Zusammenhang mit Traumaerfahrungen und Sekundärtraumatisierung von Kindern. Grundsätzlich gilt: Je früher etwas getan werden kann, umso besser kann etwas abgefangen werden und umso schneller können sich die Betroffenen auf das „normale“ Leben konzentrieren. Auch bei psychischen Erkrankungen kann so dazu beigetragen werden, dass eine Behandlung einfacher ist und manche Symptome gar nicht erst auftreten, bzw. kann eine Chronifizierung und lange Behandlungsdauer verhindert werden. Es wird jedoch festgehalten, dass das vorbeugende Arbeiten aus Ressourcen Gründen kaum möglich ist und dass Menschen oft erst bei entsprechendem Leidensdruck bereit sind, Unterstützung anzunehmen.

Es wird berichtet, dass mehr Möglichkeiten für stationäre Behandlung bzw. längerfristige Unterbringung benötigt würden, aber auch Kurplätze für schwer traumatisierte Menschen, die nicht erwerbstätig sind. Kritisiert wird in diesem Zusammenhang auch eine mangelnde Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen über Arbeitsfähigkeit bzw. -unfähigkeit und das Ausmaß einer Beeinträchtigung (GdB). Es wird aber auch eine mangelnde Sensibilität aufseiten des Gesundheitspersonals bezüglich Kriegs- und Foltertraumatisierungen sowie hinsichtlich Traumatisierungen auf der Flucht wahrgenommen. Dies kann dazu führen, dass eine Einweisung z. B. im Zusammenhang mit Suizidalität zwar nötig wäre, aber nicht akzeptiert wird – was wiederum auf Sprachprobleme und schlechte Erfahrungen (im Herkunftsland und hier) zurückgeführt wird. Mangelndes Wissen des Personals von Krankenhäusern in Betreff der Situation geflüchteter Menschen in den Unterkünften führt auch dazu, dass Menschen zu früh aus stationärer Behandlung in „häusliche Pflege“ entlassen werden. Hinsichtlich der Akzeptanz stationärer Aufenthalte in der Psychiatrie gibt es aber auch andere Wahrnehmungen: Demnach würden sie schon gut angenommen, zum Teil sogar als Erholung angesehen werden.

Bezüglich Strukturen wird auch darauf hingewiesen, dass eine Ausbildung für die Arbeit mit schwer traumatisierten bzw. geflüchteten Menschen fehlt. Es gibt zwar mittlerweile Fortbildungen (z. B. Kongress für transkulturelle Psychiatrie), aber diese bereiten nicht ausreichend auf die Realität vor. Selbst eine systemische Ausbildung wird von manchen als wenig hilfreich erachtet.

5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Psychische Gesundheit scheint für viele der befragten Menschen mit Migrationshintergrund ein eher abstraktes Konstrukt zu sein, für das es in manchen Sprachen auch keinen entsprechenden Begriff gibt. Andererseits geben die Beschreibungen der Befragten doch ein recht ganzheitliches Denken wieder: Die von vielen wahrgenommenen Zusammenhänge zwischen sozialen/gesellschaftlichen Determinanten und Wohlfühlen entsprechen durchaus dem Modell der Gesundheitsdeterminanten bzw. dem biopsychosozialen Modell von Gesundheit. Parallel dazu scheint jedoch auch teilweise das Externe, welches das eigene Schicksal beeinflusst, eine sehr große Rolle zu spielen, das in den naturwissenschaftlich basierten professionellen Konzepten eigentlich keinen Platz mehr hat. Dennoch scheint ein Nebeneinander dieser Zugänge möglich zu sein bzw. im Laufe des Akkulturationsprozesses dieses „Übernatürliche“ an Stellenwert zu verlieren – wenn die persönliche Lebenssituation und die persönlichen Erfahrungen dies unterstützen. Gelingt es hingegen nicht, in einer Gesellschaft Fuß zu fassen und dort Wertschätzung und Anerkennung zu erleben, kommt es stattdessen zu einem Rückzug ins Private, womit dieser Prozess verhindert wird. Die Erfahrungen zeigen daher auch, dass das Ansprechen psychischer Belastungen gut gelingen kann, indem auf die von den Betroffenen selbst formulierten Bedürfnisse eingegangen wird und die berichteten Beschwerden ernst genommen werden.

Die Literaturstudie zum Thema Migration und Gesundheit von Gaiswinkler/Weigl (2019) zeigt verschiedene Einflussfaktoren auf, die sich auf die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund bzw. auf deren Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems auswirken. Auch die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung hängt aus Sicht der befragten Fachleute und Betroffenen von vielen dieser Faktoren ab, etwa von

- » Wissen und Erfahrungen aus Herkunftsland und Aufnahmeland,
- » persönlichen Fähigkeiten und Einstellungen,
- » den aktuellen Lebensumständen, aber auch von
- » den Strukturen und der Gestaltung der Angebote im Aufnahmeland sowie
- » den Informationen darüber.

Manche dieser Faktoren sind unabhängig vom Herkunftsland bzw. sind teilweise auch genauso für sozioökonomisch benachteiligte Menschen ohne oder mit unterschiedlichen Migrationshintergründen gültig. Faktoren wie z. B. Erfahrungen mit Strukturen und Traditionen im Herkunftsland können jedoch zu „ländertypischen“ Unterschieden führen. Das Beispiel Türkei zeigt zusätzlich, dass auch innerhalb eines Herkunftslandes sehr große Unterschiede bestehen können, was die Diversität weiter verstärkt.

Sowohl die Literatur als auch die für den vorliegenden Bericht durchgeführten Interviews zeigen einen großen Einfluss der im Herkunftsland verfügbaren Angebote bei psychosozialen Belastungen und der damit gemachten Erfahrungen auf die Akzeptanz psychosozialer Angebote im Aufnahmeland sowie die Motivation, diese zu suchen und in Anspruch zu nehmen. So wird z. B. über viele Länder (u. a. auch die Türkei) berichtet, dass es dort zwar Angebote für Psychotherapie gebe, diese aber aufgrund der damit verbundenen Kosten nur für wohlhabende Menschen infrage kommen.

Sehr leicht verfügbar seien hingegen Medikamente. Hinzu kommen Ängste aufgrund der im Herkunftsland weitverbreiteten und womöglich selbst oder im nahen Umfeld erfahrenen Stigmatisierung oder gar Diskriminierung von Menschen mit psychischen Problemen. Ängste werden aber auch durch negative Erfahrungen im Aufnahmeland geschürt und weitergegeben. Gleichzeitig haben Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere in der ersten Zeit ihres Aufenthalts, aber auch später – wenn sie wenig Austausch haben bzw. eher isoliert leben –, wenig Einblick in die Strukturen und Angebote der psychosozialen Unterstützung im Aufnahmeland. Die verfügbare Literatur sowie die vorliegenden Interviews lassen aber auch vermuten, dass psychische Belastungen einerseits weitverbreitet sind (nicht nur, aber besonders bei Menschen mit Fluchthintergrund), andererseits die Zusammenhänge und eigenen Handlungsspielräume nicht unbedingt bekannt sind. Es erscheint daher umso wichtiger, Informationen über potenzielle psychische Belastungen und ihre Symptome sowie mögliche Interventionen in verständlicher Form auf unterschiedlichen Wegen möglichst breit zu streuen. Dies sollte möglichst niederschwellig und nicht stigmatisierend oder wertend erfolgen. Es empfiehlt sich auch, positive Erfahrungen beispielhaft hervorzuheben sowie Schlüsselpersonen aus den verschiedenen Communitys in die Vermittlung einzubeziehen. Bei der Gestaltung von Informationsmaterial und Informationsveranstaltungen kann auf bereits formulierte Empfehlungen zurückgegriffen werden (z. B. Weigl/Gaiswinkler 2016).

Zu prüfen ist aber auch, ob aus Aktivitäten zur Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen in Österreich hilfreiche Erfahrungen und Maßnahmen abgeleitet werden können. Ein niederschwelliges Angebot, das sich an alle neu zugezogenen Menschen richtet und die Möglichkeit bietet, psychische Belastungen zu identifizieren und bei Bedarf die Betroffenen gezielt an passende Unterstützungsangebote weiterzuvermitteln (wie es in manchen Unterkünften für Geflüchtete anscheinend praktiziert wird), erscheint hinsichtlich der Vermeidung von Stigmatisierung und der Förderung von Normalität als optimal.

Wie ebenfalls in der Literatur und in etlichen Interviews beschrieben wurde, hat die Familie in manchen Herkunftsländern eine besonders wichtige Funktion hinsichtlich des psychischen Wohlbefindens, aber auch als erste Anlaufstelle bei psychischen Problemen. Das wurde auch in der Studie über Jugendliche bzw. junge Erwachsene mit Fluchthintergrund und Suchtverhalten (Strizek et al. 2018) eindringlich bestätigt. Die Familie kann daher eine relevante Barriere sein, bei entsprechender Stärkung (Empowerment) kann sie aber auch eine wichtige Unterstützung bieten und eine Rolle als Vermittlerin zu psychosozialen Angeboten spielen.

Die Bedeutung von Tradition und Religion ist oft sehr stark – und im Vergleich zu sozioökonomisch benachteiligten Menschen ohne Migrationshintergrund in Österreich vermutlich meist deutlicher – ausgeprägt. Dennoch besteht auch innerhalb der Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund eine Bandbreite sich im Laufe der Zeit auch verändernder Überzeugungen. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle Menschen aus einem bestimmten Herkunftsland z. B. einheitliche Zugänge und Einstellungen zur Religion haben und damit bestimmte Herangehensweisen (wie z. B. Psychotherapie) gänzlich ablehnen oder eben nicht. Religion und Tradition bieten oft Stabilität, die gerade in einer Phase der Veränderung und Umorientierung wichtig und hilfreich sein kann. Das zeigte sich auch in den für diese Studie durchgeführten Interviews (sowie in jenen für die Studie von Strizek et al. (2017)). Allerdings wird auch beobachtet, dass der Einfluss von Religion und Tradition stark vom jeweiligen Umfeld und der betroffenen Person abhängt. Er kann daher

sowohl destruktiv sein als auch als Ressource genutzt werden. Ist der Leidensdruck groß genug, überwiegt meist das Interesse an einer Problemlösung und geraten Religion und Tradition in den Hintergrund – sofern nicht die Glaubenssätze so stark verankert sind, dass sie als unveränderlich wahrgenommen werden und eine Reflexion nicht möglich ist. Gleichzeitig berichten Fachleute auch, dass es durchaus möglich sei, traditionelle Zugänge und religiöse Handlungen mit anderen, „modernen“ Maßnahmen und Therapien zu verbinden. Wesentlich erscheint daher die Haltung gegenüber als anders empfundenen Einstellungen und Prioritäten. Mit Akzeptanz, Offenheit und Wertschätzung und dem Willen, gemeinsam die für die jeweilige Person bestmögliche Unterstützung zu finden, kann viel bewirkt werden – und auch langfristig viel zu einem verbesserten Verständnis psychischer Gesundheit, der Ursachen psychischer Erkrankungen und diesbezüglicher Handlungsmöglichkeiten sowohl bei einzelnen Betroffenen als auch in den Communitys beigetragen werden – auch über die mit dieser Herangehensweise verbundenen positiven Erfahrungen, die das Vertrauen in das System stärken.

Die Erfahrungen aus der türkischsprachigen Community bestätigen, dass positive Erfahrungen und Zeit nötig sind, damit – u. a. über Mundpropaganda – Wissen und Vertrauen in den migrantischen Communitys verbreitet werden kann. So ist es z. B. MEN gelungen, eine konstante Gruppe für ältere Männer mit türkischem Migrationshintergrund zu etablieren, in der durchaus auch intime Themen besprochen werden. Durch das Bereitstellen möglichst vielfältiger Angebote, die auch muttersprachliche Angebote bzw. Dolmetschleistungen einschließen sowie verschiedene methodische Zugänge, können die Menschen mit ihren unterschiedlichen Ängsten und Wünschen gut erreicht werden. Die Erfahrungen zeigen, dass zwar zu Beginn einer Beratung oder Behandlung oft Fachkräfte mit derselben Muttersprache sowie demselben kulturellen Hintergrund bevorzugt werden, sich dies aber im Laufe der Zeit bzw. bei manchen Personen von Anfang an auch als Hindernis darstellen kann. Das Verständnis bzw. die Akzeptanz der jeweiligen „Kultur“ scheint darüber hinaus wichtiger zu sein als eine gemeinsame Sprache. Sowohl infolge dieser Erfahrungen als auch aufgrund der Tatsache, dass sich Menschen im Laufe der Zeit verändern und dabei auch Fähigkeiten entwickeln können, die auch andere methodische Zugänge erlauben (für die z. B. Reflexionsfähigkeit nötig ist), sollte auch eine regelmäßige Überprüfung des Beratungs- oder Behandlungsprozesses möglich sein. Dabei sollte auch geprüft werden, ob ein Wechsel von Fachkraft, Methodik oder Sprache sinnvoll oder ob das Aufrechterhalten des Betreuungskontinuums besser ist.

Unabhängig davon sollte bei der Gestaltung von Angeboten grundsätzlich auch auf die Lebenssituation der (häufig sozioökonomisch benachteiligten) Betroffenen und die damit verbundenen Ressourcen bzw. Hürden geachtet werden, indem die Angebote möglichst niederschwellig, kostenlos und zeitlich sowie räumlich gut erreichbar sind. Diesbezügliche Empfehlungen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung bieten als Orientierung z. B. Klein et al. (2015) oder Weigl/Gaiswinkler (2016). Um dies gut umsetzen und die von vielen Seiten berichteten Wartezeiten reduzieren zu können, ist es jedoch notwendig, zusätzliche Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Die Interviews mit den Fachleuten zeigen, dass der Einsatz abstrahierender Methoden eher schwierig zu sein scheint. Aber auch hier werden Ausnahmen beobachtet, da mitunter Menschen mit weniger Bildung freier sein können. Es wird auch empfohlen, weniger sprachlastige Methoden vorzuziehen (z. B. Klopftechnik). In diesem Sinne scheint Psychotherapie häufig bzw. zunächst eher als Ergänzung zu anderen Methoden möglich zu sein. Die Eigenverantwortung der Betroffenen, die in der

Ausbildung oft hervorgehoben wird, wird in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund als eher hinderlich beschrieben, und diesbezüglich wird ein flexiblerer Umgang empfohlen. Dazu gehört z. B. auch, dass Unpünktlichkeit und Nichterscheinen verschiedene Hintergründe haben können, die nicht unbedingt den eigenen Interpretationen entsprechen müssen. Ein offenes Ansprechen kann nicht nur viele Missverständnisse aufklären, es kann auch zu Themen für die therapeutische Arbeit führen. Im Umgang mit „Aberglauben“ wird empfohlen, Wissenschaftlichkeit zu vermitteln.

Als Ergänzung zu den diversen Beratungs- und Behandlungsangeboten wird auch empfohlen, angeleitete Selbsthilfegruppen in verschiedenen Sprachen zu forcieren, die sich an Betroffene, aber auch an deren Angehörige richten. Damit liegen unterschiedliche Erfahrungen vor, manche funktionieren sehr gut und sind bei den Teilnehmenden sehr beliebt (z. B. die Gruppe für Frauen mit Adipositas/Diabetes von FEM Süd). Empfohlen wird in dieser Hinsicht, dass zunächst in einem Einzelgespräch die Gruppenfähigkeit der betreffenden Personen überprüft wird. In der Gruppe sollte der Fokus zu Beginn auf Psychoedukation liegen. Stabilisierungsangebote, die eine sinnvolle Beschäftigung ermöglichen, und psychische erste Hilfe sind v. a. für Menschen mit Fluchterfahrungen eine wichtige Ergänzung.

Um die zuvor beschriebenen Haltungen zu entwickeln und die womöglich vorhandenen eigenen Vorurteile zu identifizieren, wird daher sowohl in der Literatur als auch in den vorliegenden Interviews empfohlen, Fortbildungen in kultursensiblen Arbeiten anzubieten bzw. sich in den Einrichtungen mit diesem Thema verstärkt auseinanderzusetzen. Dies bedeutet nicht, Expertin/Experte für jedes potenzielle Herkunftsland zu werden, sondern eine Grundhaltung zu erwerben und Erfahrungen aufzubauen – und aus diesen wiederum zu abstrahieren. Es erfordert auch die Reflexion von Automatismen – auch jenen, die dazu führen, dass Mitarbeiter/-innen mit Migrationshintergrund als Expertinnen/Experten für das gesamte Thema erachtet werden. Dazu gehört aber auch die Frage, wie diese Auseinandersetzung bzw. die gelebte Kultursensibilität für die Betroffenen sichtbar gemacht werden kann. In der Suche nach passenden Angeboten bzw. Fachleuten mit demselben kulturellen Hintergrund verlassen sich Betroffene oft – neben der Mundpropaganda – auf die z. B. im Internet gefundenen Namen und die angegebenen Sprachkenntnisse. Muttersprachliche Informationen über das Angebot können einladend wirken und ein Zugehörigkeitsgefühl erzeugen, während die Ablehnung anderer Sprachen Distanz erzeugen und Misstrauen bestätigen kann. Es empfiehlt sich daher durchaus, Angebote in verschiedenen Sprachen zu bewerben und zu erklären – mit dem Hinweis auf die tatsächlich verfügbaren Sprachkenntnisse.

Um die Zugänglichkeit der verschiedenen Angebote zu verbessern, werden unterschiedliche Wege empfohlen: einerseits die möglichst systematische Identifizierung psychischer Belastungen, was v. a. im Flüchtlingsbereich bei neu ankommenden Menschen durch geschulte Mitarbeiter/-innen mittels bewährter Screeningtools möglich wäre und auch der EU-Aufnahmerichtlinie entspräche. Andere Wege, um einen möglichst niederschweligen Zugang sicherzustellen, sind aufsuchende Aktivitäten (z. B. Workshops in Moscheen und Vereinen), die Kooperation mit Schlüsselpersonen aus den Communitys (z. B. Austausch von MEN mit Imamen über die jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen), der Einsatz von Vermittlerinnen/Vermittlern (wie z. B. die Nachbarinnen oder MiMis) oder eigene niederschwellige Angebote, die sich international bereits bewährt haben (z. B. bietet der Verein AFYA niederschwellige Hilfe für traumatisierte Kinder und Jugendliche). Beim Einsatz

von Vermittlerinnen/Vermittlern ist zu beachten, dass diese gut begleitet und unterstützt werden müssen (z. B. zum Thema Abgrenzung) und ihnen eine Schulung und idealerweise auch eine Entlohnung geboten werden. Es könnte auch angedacht werden (wie z. B. von der Leopoldina empfohlen), sie durch weitere Schulungen zum Thema Trauma als Peer-Berater/-innen in der Psychotherapie einzusetzen. Unter Umständen würden sich für eine Art Übergangsmangement auch Absolventinnen/Absolventen eignen, die das Bachelorstudium Psychologie abgeschlossen haben.

Die Erfahrungen aus der türkischsprachigen Community bestätigen auch, dass Bildung ein wichtiger Einflussfaktor ist, der sich v. a. in den späteren Generationen positiv auswirkt. Um hier früher ansetzen zu können, sollten bestehende Kurse (z. B. Deutschkurse) genutzt sowie eigene Workshops für neu hinzugezogene Menschen mit Migrationshintergrund angeboten werden. Auch dabei sollte viel Wert auf Empowerment, d. h. Hilfe zur Selbsthilfe und Psychoedukation gelegt werden.

Wie bereits vielfach beschrieben, bestätigen auch die im Rahmen der vorliegenden Studie geführten Interviews den großen Einfluss der aktuellen Lebenssituation auf das psychische Wohlbefinden. Menschen mit Migrationshintergrund sind oft sozioökonomisch benachteiligt und haben daher mit vielfältigen Problemen zu kämpfen, die sich als soziale Determinanten auf die Gesundheit auswirken. Ganz besonders negativ scheinen sich dabei Rahmenbedingungen auszuwirken, die zu einem „Im-Kreis-Schicken“ führen. Es wäre wünschenswert, dies bei der Gestaltung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, um letztendlich den Anteil psychischer Erkrankungen in der österreichischen Bevölkerung reduzieren zu können, wie dies in den Gesundheitszielen Österreich als Ziel 9 formuliert wurde.

Zuletzt soll darauf hingewiesen werden, dass das Erreichen von Menschen mit Migrationshintergrund und psychischen Belastungen nicht ausschließlich Aufgabe spezialisierter Einrichtungen sein kann, sondern eine Aufgabe des gesamten Systems darstellt, d. h. es müssen die Hemmschwellen für die Inanspruchnahme des Systems gesenkt werden. Dies kann durch die bereits erwähnten Strategien erfolgen, aber auch dadurch, dass verstärkt Menschen mit Migrationshintergrund als Mitarbeiter/-innen tätig werden. In diesem Zusammenhang soll auch darauf hingewiesen werden, dass die Auseinandersetzung mit kultursensiblem Arbeiten in vielen Bereichen dazu führt, dass Bedürfnisse und potenzielle Hürden für die verschiedensten Bevölkerungsgruppen identifiziert werden können und dies in der Folge zu einer Verbesserung der Angebote führen kann. Daraus entsteht für die gesamte Bevölkerung, insbesondere aber für all jene, die sonst eher schwer erreicht werden, ein großer Nutzen. Entsprechende Maßnahmen können daher zur Erreichung verschiedener Gesundheitsziele beitragen:

- » Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für alle Menschen in Österreich sicherstellen (GZ 2),
- » Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken (GZ 3),
- » Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken (GZ 5),
- » Psychosoziale Gesundheit fördern (GZ 9),
- » Qualitativ hochstehende und leistbare Gesundheitsversorgung für alle sicherstellen (GZ 10).

Auf Basis der vorliegenden Ergebnisse wurden auch ein Maßnahmenkatalog und ein Fortbildungskonzept erarbeitet. Der Maßnahmenkatalog, der konkrete Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen beinhaltet, wird als eigenes Dokument zur Verfügung gestellt. Das Fortbildungskonzept soll nach einem Test adaptiert werden, und zukünftig sollen auf seiner Basis entsprechende Fortbildungen

angeboten werden. Dadurch soll die Umsetzung der hier dargestellten Schlussfolgerungen und Empfehlungen unterstützt werden.

6 Literatur

- Abebe, Dawit Shawel; Lien, Lars; Elstad, Jon Ivar (2017): Immigrants' utilization of specialist mental healthcare according to age, country of origin, and migration history: A nation-wide register study in Norway. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 52/6:679–687
- Alemi, Qais; Stempel, Carl; Koga, Patrick Marius; Smith, Valerie; Danis, Didem; Baek, Kelly; Montgomery, Susanne (2017): Determinants of Health Care Services Utilization among First Generation Afghan Migrants in Istanbul. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 14/2:201–
- Anzenberger, Judith; Bodenwinkler, Andrea; Breyer, Elisabeth (2014): Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich – Kurzfassung. ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- Bäärnhielm, S.; Ekblad, S. (2000): Turkish migrant women encountering health care in Stockholm: a qualitative study of somatization and illness meaning. In: *Culture, Medicine And Psychiatry* 24/4:431–452
- Bajbouj, Malek; Ta, Thi Minh Tam; Hahn, Eric (2018): Syrer. In: *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie*. Hg. v. Machleidt, W. et al. Elsevier, Deutschland. S. 139–142
- Balkir Neftçi, Nazlı; Barnow, Sven (2016): One size does not fit all in psychotherapy: Understanding depression among patients of Turkish origin in Europe. In: *Nöropsikiyatri Arşivi* 53/1:72–79
- BMG (2012): Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Borde, Theda; David, Matthias (Hg.) (2015): Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale. Mabuse, Frankfurt
- Buber-Ennser, Isabella; Kohlernberger, Judith; Rengs, Bernhard; Al Zalak, Zakarya; Goujon, Anne; Striessnig, Erich; Potancokova, Michaela; Gisser, Richard; Testa, Maria Rita; Lutz, Wolfgang (2016): Humankapital, Werte und Einstellungen von Menschen, die 2015 in Österreich Zuflucht suchten. *PLOS ONE*, September 2016
- DGPPN (2016): Positionspapier. Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin
- EU-Aufnahmerichtlinie (2013): Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung) Amtsblatt der Europäischen Union, L180/96

- Eyer, Philipp; Schweizer, Régine (2010): Die somalische und die eritreische Diaspora in der Schweiz. Bundesamt für Migration (BFM), Bern–Wabern
- Feldmann, C. Titia; Bensing, Jozien M.; de Ruijter, Arie; Boeije, Hennie R. (2007): Afghan refugees and their general practitioners in The Netherlands: to trust or not to trust? In: *Sociology of Health & Illness* 29/4:515–535
- Franke, Alexa (2012): Modelle von Gesundheit und Krankheit. 3. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern
- Gaiswinkler, Sylvia; Weigl, Marion (2019): Verständnis von Gesundheit und Krankheit von Frauen mit Migrationshintergrund. *Gesundheit Österreich*. Unveröffentlicht
- Gerritsen, Annette A. M.; Bramsen, Inge; Devillé, Walter; van Willigen, Loes H. M.; Hovens, Johannes E.; van der Ploeg, Henk M. (2006): Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41/1:18–26
- Gesundheitsziele Österreich (2018): Gesundheitsziele [Online]. BMASGK. <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/gesundheitsziele/> [Zugriff am 8.3.2018]
- Gilgen, D.; Maeusezahl, D.; Salis Gross, C.; Battegay, E.; Flubacher, P.; Tanner, M.; Weiss, M. G.; Hatz, C. (2004): Impact of migration on illness experience and help-seeking strategies of patients from Turkey and Bosnia in primary health care in Basel. In: *Health Place* 11/3:261–273
- Haab, Katharina; Bolzman, Claudio; Kugler, Andrea; Yilmaz, Özcan (2010): Diaspora und Migrantengemeinschaften aus der Türkei in der Schweiz. Office fédéral des migrations, Suisse
- Hassan, G.; Kirmayer, L.J.; Mekki-Berrada, Quosh, C.; el Chamma, R.; Deville-Stoetzel, J.B.; Youssef, A.; Jefee-Bahloul, H.; Barkeel-Oteo, A.; Coutts, A.; Song, S.; Ventevogel, P. (2015): Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: A Review for Mental Health and Psychosocial Support staff working with Syrians Affected by Armed Conflict. UNHCR, Geneva
- IASC (2007): IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial support in Emergency settings. Inter-Agency Standing Committee (IASC), Geneva
- Khoshrouy-Sefat, Houshang (2007): Migration und seelische Krankheit: Analytische psychotherapie mit migranten aus traditionsgeleiteten gesellschaften – speziell aus dem Iran. = Migration and mental illness: Psychoanalytic psychotherapy with migrants from traditionalist societies, in particular, from Iran. In: *Zeitschrift für Individualpsychologie* 32/3:245–264
- Klein, Charlotte; Fröschl, Barbara; Kichler, Rita; Pertl, Daniela; Tanios, Aida; Weigl, Marion (2015): Empfehlungen zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung: Systematische Erfassung, Nutzung und Verankerung von methodischen und praktischen Erkenntnissen aus den Maßnahmen der Vorsorgestrategie. *Gesundheit Österreich GmbH, Wien*

- Kohlenberger, Judith (2019): Refugee Health and Integration Survey (RHIS). Psychosoziale Gesundheit und Gesundheitszugang von Geflüchteten in Österreich. Wirtschaftsuniversität Wien, Wien
- Kutalek, Ruth; Prinz, Armin (2018): Kulturelle Syndrome und kulturell gebundene Leidenskonzepte. In: Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Hg. v. Machleidt, W. et al. Elsevier, Deutschland. S. 451–462
- Lim, A.; Hoek, H. W.; Ghane, S.; Deen, M.; Blom, J. D. (2018): The Attribution of Mental Health Problems to Jinn: An Explorative Study in a Transcultural Psychiatric Outpatient Clinic. In: Front Psychiatry 2018/9:89
- Lue Kessing, Linnea; Norredam, Marie; Kvernrod, Ann-Britt; Mygind, Anna; Kristiansen, Maria (2013): Contextualising migrants' health behaviour – a qualitative study of transnational ties and their implications for participation in mammography screening. In: BMC public health 2013/13:431
- Machleidt, W.; Kluge, U.; Sieberer, M.; Heinz, A. (Hg.) (2018): Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Elsevier, Deutschland
- Maroney, Pamela; Potter, Marianne; Thacore, Vinod Rai (2014): Experiences in occupational therapy with Afghan clients in Australia. In: Australian Occupational Therapy Journal 61/1:13–19
- May, Samantha; Rapee, Ronald M.; Coello, Mariano; Momartin, Shakeh; Aroche, Jorge (2014): Mental health literacy among refugee communities: Differences between the Australian lay public and the Iraqi and Sudanese refugee communities. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 49/5:757–769
- Miller, K. E.; Omidian, P.; Quraishy, A. S.; Quraishy, N.; Nasiry, M. N.; Nasiry, S.; Karyar, N. M.; Yaqubi, A. A. (2006): The Afghan symptom checklist: a culturally grounded approach to mental health assessment in a conflict zone. In: Am J Orthopsychiatry 76/4:423–433
- Möhring, Peter; Apsel, Roland (Hg.) (1995): Interkulturelle psychoanalytische Therapie. Brandes & Apsel, Frankfurt am Main
- Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina (2018): Traumatisierte Flüchtlinge – schnelle Hilfe ist jetzt nötig. Hg v Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina Berlin (Stellungnahme) Online verfügbar unter <https://www.leopoldina.org/publikationen/detailansicht/publication/traumatisierte-fluechtlinge-schnelle-hilfe-ist-jetzt-noetig-2018/>, Halle
- Peeters, Bart; Van Tongelen, Inge; Duran, Zehra; Yüksel, Gülhan; Mehuys, Els; Willems, Sara; Remon, Jean Paul; Boussery, Koen (2015): Understanding medication adherence among patients of Turkish descent with type 2 diabetes: A qualitative study. In: Ethnicity & Health 20/1:87–105
- Rechnungshof (2019): Bericht des Rechnungshofes. Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung. Hg. v. 2019/8, Reihe Bund, Wien

- Saadi, Altaf; Bond, Barbara E.; Percac-Lima, Sanja (2015): Bosnian, Iraqi, and Somali refugee women speak: A comparative qualitative study of refugee health beliefs on preventive health and breast cancer screening. In: *Women's Health Issues* 25/5:501–508
- Shafiei, Touran; Small, Rhonda; McLachlan, Helen (2015): Immigrant Afghan women's emotional well-being after birth and use of health services in Melbourne, Australia. In: *Midwifery* 31/7:671–677
- Slewa-Younan, Shameran; Mond, Jonathan; Bussion, Elise; Mohammad, Yaser; Uribe, Maria Gabriela Guajardo; Smith, Mitchell; Milosevic, Diana; Lujic, Sanja; Jorm, Anthony Francis (2014): Mental health literacy of resettled Iraqi refugees in Australia: Knowledge about posttraumatic stress disorder and beliefs about helpfulness of interventions. In: *BMC Psychiatry* 2014/14:320
- Soriano, Encarnacion; Ruiz, Diego; Cala, Veronica C. (2017): Perception of health and healthcare amongst Senegalese immigrants in Andalusia. In: *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 2017/237:70–76
- Statistik Austria (2017): Migration & Integration. Zahlen. Daten. Indikatoren 2017. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2019): Bevölkerung am 1.1.2018 nach detaillierter Staatsangehörigkeit und Geschlecht bzw. Altersgruppen. Statistik Austria, Wien
- Strizek, Julian; Anzenberger, Judith; Puhm, Alexandra; Weigl, Marion (2017): Suchtspezifische Problemlagen von männlichen unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten in Wien. *Gesundheit Österreich*, Wien
- UNHCR (2013): Operational Guidance Mental Health & Psychosocial Support Programming for Refugee Operations. UNHCR The UN Refugee Agency, Geneva
- Weigl, Marion; Gaiswinkler, Sylvia (2016): Handlungsmodule für Gesundheitsförderungsmaßnahmen für/mit Migrantinnen und Migranten. Methoden- und Erfahrungssammlung. *Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH*, Wien
- WHO (2013): Mental health action plan 2013–2020. World Health Organization, Geneva

Anhang 1

Begriffe zur Erarbeitung der Suchstrategie

Tabelle 3: Begriffe (Deutsch) zur Erarbeitung der Suchstrategie

Begriffe		
Aberglaube	Geist	Personen mit niedrigem Bildungsstand/Sozialstatus
Ängste	Gesundheit (psychische, seelische)	posttraumatische Belastungsstörung
Aktivitätseinschränkung	Gesundheitsbegriff	Priester
armutsgefährdete Personen	Gesundheitsverständnis	Psyche
Asylberechtigte	Gesundheitskompetenz	Religion
Asylwerberinnen	Gesundheitsverhalten	Seele
Behandlungserwartungen	Gesundheitszustand	Sozialisation
Behandlungsvorstellungen	gesundheitliche Ungleichheit	sozioökonomisch Benachteiligte
Belastungsstörung	Glaube	subjektives Wohlbefinden
besessen sein	Heiler	Symptome (psychische, seelische)
Bezugsgruppen	Hodscha	Stress
bildungsferne Personen	Identität	Tabus
Chancengerechtigkeit	Interpretation (übernatürliche, magische)	Trauer
Darstellung von Symptomen/Problemen	Krankheitskonzept	Traumata
Depression	Krankheitsverständnis	Verlust
Dschinn	kulturelle Unterschiede	Voodoo
Erklärungsmodelle	Lebensqualität	vulnerable Bevölkerungsgruppen
Erklärungsmuster	Männer und Frauen im arbeitsfähigen/erwerbsfähigen Alter (18-59 Jahre)	Wahrnehmung von Symptomen/Problemen
Erkrankung	Migrantinnen	Wohlbefinden
	Migrationshintergrund (Türkei, Afghanistan, Syrien, Iran, Irak, Somalia, Nigeria)	Wunderheiler
Flüchtlinge	Mindestsicherungsbezieherinnen	Zuwanderinnen
		1. Generation

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Anhang 2

Suchstrategie

Tabelle 4:
Suchstrategie PubMed¹¹

Such-ID#	Suchbegriffe (Schlagworte und Textwörter)	Anzahl der Suchergebnisse
S40	S33 AND S39	View Results (239)
S39	37 AND S38	View Results (15,103)
S38	S1 OR S2 OR S3 OR S19 OR S26	View Results (213,170)
S37	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S34 OR S5 OR S6	View Results (2,002,869)
S36	illness belief*	View Results (410)
S35	voodoo	View Results (142)
S34	superstition	View Results (392)
S33	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	View Results (72,046)
S32	(MH "Attitude to Health+")	View Results (367,007)
S31	AB comprehension N2 of N2 health	View Results (246)
S30	AB perception N2 of N2 health	View Results (5,186)
S29	AB perception N2 of N2 disease	View Results (1,354)
S28	AB understanding N2 of N2 disease	View Results (22,376)
S27	AB health N3 understanding	View Results (7,145)
S26	(MM "Refugees")	View Results (6,838)
S25	TX traditional behavior	View Results (142)
S24	TX spiritual beliefs	View Results (2,493)
S23	AB religious beliefs	View Results (1,968)
S22	TX taboo*	View Results (9,948)
S21	TX disease pattern*	View Results (8,498)
S20	AB understanding N3 of N3 health	View Results (16,471)
S19	AB refugee*	View Results (5,970)
S18	TX glaube	View Results (393)
S17	TX Religion	View Results (69,065)
S16	TX Tabu*	View Results (88,553)
S15	TX Priester	View Results (1,036)
S14	TX hoca	View Results (294)

Such-ID#	Suchbegriffe (Schlagworte und Textwörter)	Anzahl der Suchergebnisse
S13	TX Wunderheiler	View Results (8)
S12	TX Heiler	View Results (342)
S11	TX Gesundheitskompetenz	View Results (24)
S10	AB Nigeria	View Results (17,127)
S9	AB Somalia	View Results (855)
S8	AB Iraq	View Results (4,498)
S7	AB Iran	View Results (23,804)
S6	AB Syria	View Results (1,086)
S5	AB Afghanistan	View Results (4,040)
S4	AB Turkey	View Results (24,370)
S3	AB 1. Generation	View Results (1,961)
S2	AB Migrant*	View Results (11,735)
S1	AB Migration	View Results (194,826)

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

¹¹ Die Suchstrategie dient als Detailinformation für Expertinnen und Experten (Informationsspezialistinnen/-spezialisten) in systematischer Literatursuche.

Tabelle 5:
Suchstrategie PsycINFO

Such-ID#	Suchbegriffe (Schlagworte und Textwörter)	Anzahl der Suchergebnisse
S39	S61 AND S62	View Results (129)
S38	S1 OR S2 OR S3 OR S19 OR S26	View Results (2,052)
S37	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S34 OR S5 OR S6	View Results (29,156)
S36	illness belief*	View Results (236,369)
S35	voodoo	View Results (1,848)
S34	superstition	View Results (156)
S33	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	View Results (1,551)
S32	(DE "Attitude to Health+")	View Results (20,563)
S31	AB comprehension N2 of N2 health	View Results (69,610)
S30	AB perception N2 of N2 health	View Results (153)
S29	AB perception N2 of N2 disease	View Results (6,551)
S28	AB understanding N2 of N2 disease	View Results (924)
S27	AB health N3 understanding	View Results (3,154)
S26	(DE "Refugees")	View Results (4,429)
S25	TX traditional behavior	View Results (5,529)
S24	TX spiritual beliefs	View Results (2,055)
S23	AB religious beliefs	View Results (1,916)
S22	TX taboo*	View Results (6,018)
S21	TX disease pattern*	View Results (3,284)
S20	AB understanding N3 of N3 health	View Results (2,039)
S19	AB refugee*	View Results (9,878)
S18	TX Glaube	View Results (6,503)
S17	TX Religion	View Results (33)
S16	TX Tabu*	View Results (58,074)
S15	TX Priester	View Results (4,965)
S14	TX hoca	View Results (158)
S13	TX Wunderheiler	View Results (10)
S12	TX Heiler	View Results (0)
S11	TX Gesundheitskompetenz	View Results (15)
S10	AB Nigeria*	View Results (2)
S9	AB Somalia*	View Results (4,602)
S8	AB Iraq*	View Results (330)
S7	AB Iran*	View Results (4,370)

Such-ID#	Suchbegriffe (Schlagworte und Textwörter)	Anzahl der Suchergebnisse
S6	AB Syria*	View Results (4,441)
S5	AB Afghanistan*	View Results (1,182)
S4	AB Turkey	View Results (2,426)
S3	AB 1. Generation	View Results (5,492)
S2	AB Migrant*	View Results (3,238)
S1	AB Migration	View Results (7,907)

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Anhang 3

Involvierte Fachleute

Tabelle 6:
Liste der involvierten Fachleute

Institution	Name
ESRA	Carryn Danzinger
Hemayat	Barbara Preitler
PSD, Sozialpsychiatrisches Zentrum Ottakring	Waltraud Fellingner-Vols
Wilhelminenspital, psychiatrischer Konsiliardienst	Maysoun Said
FEM Süd	Özlem Akar
Frühe Hilfen Netzwerk Wien	Sultan Dogan
MEN	Arash Razmaria
MEN	Selim Aknese
AMS	Sabine Bodingbauer
Haus Rossauer Lände, Diakonie	Cordula Dörfler
Rotes Kreuz (Buddy-Programm)	Diara Karabinova
Diakonie (sozialmedizinische Beratungsstelle)	Andrea Koller

Quelle: GÖG/FEM Süd

Anmerkung: Von 5 weiteren Fachleuten konnte bis zum Redaktionsschluss kein Einverständnis bezüglich der Nennung ihres Namens in obiger Tabelle eingeholt werden.

Anhang 4

Leitfaden für Interviews mit Menschen mit Migrationshintergrund

Anmerkung: Dieser Leitfaden dient der Orientierung während bzw. Strukturierung des Interviews. Es müssen nicht alle Fragen wortwörtlich und in exakt dieser Reihenfolge gestellt werden. Wichtig ist es, das Erzählen anzuregen und einen Erzählfluss zu erhalten und dabei dennoch darauf zu achten, dass die relevanten Informationen berichtet werden.

Verständnis von psychischer Gesundheit

Was bedeutet es für Sie, sich wohl zu fühlen? *Alternativ: Was bedeutet psychische/geistige/seelische Gesundheit für Sie?*

Wie würden Sie psychische/seelische/geistige Gesundheit beschreiben?

Hilfsfragen

Wie zeigt es sich für Sie, wenn jemand psychisch/geistig/seelisch nicht gesund ist?

Wenn das zu abstrakt ist, dann eventuell konkret nach Traurigkeit oder Angst fragen:

Kennen Sie jemand, der/die längere Zeit traurig ist/ war oder Angst hat/hatte, ohne einen unmittelbaren Anlass? Waren Sie schon mal längere Zeit traurig oder hatten Angst, ohne zu wissen warum? Wie zeigt sich das, dass jemand traurig ist oder Angst hat?

Was kann Ihrer Meinung nach die Ursache dafür sein, dass psychische/seelische/geistige Erkrankungen bei Menschen entstehen?

Hilfsfragen

Wenn Sie an Ihr Umfeld denken, was wirkt sich darauf aus, ob es Ihnen oder Ihren Mitmenschen psychisch/geistig/seelisch eher gut oder eher schlecht geht? Was war die Ursache in dem von Ihnen genannten konkreten Fall? Wie könnte einer psychischen/seelischen/geistigen Krankheit vorgebeugt werden?

Wenn das zu abstrakt ist, dann eventuell wieder konkret nach dem Grund für Traurigkeit oder Angst fragen:

Sie haben vorhin an jemand gedacht, der schon mal längere Zeit traurig war oder Angst hatte – ohne unmittelbaren Anlass. Was denken Sie, war der Grund dafür? Wenn Sie selbst schon

mal längere Zeit traurig waren oder Angst hatten, ohne unmittelbaren Anlass: was denken Sie war der Grund dafür?)

Gibt es Ihrer Meinung nach Unterschiede zwischen körperlicher und psychischer/seelischer/geistiger Gesundheit? Wenn ja, welche?

Hat sich Ihre Einstellung/Meinung zu psychischer/seelischer/geistiger Gesundheit seit Ihrer Ankunft in Österreich verändert? Wenn ja, in wie fern?

Spezialfrage für MMH Türkei:

Wenn Sie die Zeit von vor 20 Jahren und jetzt vergleichen: Hat sich das Verständnis von psychischer/seelischer/geistiger Gesundheit in Ihrem Umfeld geändert? Wenn ja, wie? Was ist Ihrer Meinung nach der Grund für diese Veränderung?

Hilfsangebote

Wohin würden Sie sich wenden, wenn es Ihnen psychisch/geistig/seelisch nicht gut geht?

Hilfsfragen

Wenn das zu abstrakt ist, dann eventuell konkret nach Hilfe im Fall von Traurigkeit oder Angst fragen:

Wenn jemand, der/die über längeren Zeitraum ohne direkten Grund traurig ist oder Angst hat, was soll er/sie Ihrer Meinung nach machen? Wenn Sie über längeren Zeitraum ohne direkten Grund traurig sind oder Angst haben, was machen Sie dann?

Haben Sie selbst schon Erfahrungen mit der Hilfesuche bzw. Hilfsangeboten gemacht?

Kennen Sie Personen, die aus diesen Gründen Hilfe gesucht und in Anspruch genommen haben?

Wenn ja, wie ist es Ihnen oder den anderen Personen damit gegangen?

Was hätte anders sein können/sollen?

Was hätten Sie in Ihrem Herkunftsland in so einem Fall gemacht?

Spezialfrage für MMH Türkei:

Wenn Sie die Zeit von vor 20 Jahren und jetzt vergleichen: An welche Hilfemöglichkeiten bei psychischen/seelischen/geistigen Problemen hätten/haben die Menschen in Ihrem Umfeld früher gedacht, und an welche denken Sie heute? Hat sich da etwas geändert? Wenn ja, was ist ihrer Meinung nach der Grund dafür?

Leitfaden für Interviews mit Fachleuten

Anmerkung: Dieser Leitfaden dient der Orientierung während bzw. Strukturierung des Interviews. Es müssen nicht alle Fragen wortwörtlich und in exakt dieser Reihenfolge gestellt werden. Wichtig ist es, das Erzählen anzuregen und einen Erzählfluss zu erhalten und dabei dennoch darauf zu achten, dass die relevanten Informationen berichtet werden.

Verständnis von psychischer Gesundheit

Was ist psychische/seelische/geistige Gesundheit für Menschen mit Migrationshintergrund (in der Folge immer mit MMH abgekürzt), speziell aus Afghanistan, Somalia, Syrien und der Türkei, Ihrer Erfahrung nach?

Welche Ursachen für eine psychische/seelische/geistige Krankheit werden von MMH berichtet/vermutet?

Leiten MMH aus diesen Zusammenhängen Ideen zur Vorbeugung von psychischen/seelischen/geistigen Erkrankungen ab? Wenn ja, welche?

Welchen Stellenwert hat psychische/seelische/geistige Gesundheit für MMH (in ihrem Leben) Ihrer Erfahrung nach – im Vergleich zu anderen Lebensfaktoren?

Sehen MMH Ihrer Erfahrung nach Unterschiede zwischen körperlicher und psychischer/seelischer/geistiger Gesundheit? Wenn ja, welche?

Beobachten Sie Unterschiede in der Einstellung/Meinung bzw. dem Wissen zu psychischer/seelischer/geistiger Gesundheit von MMH in jüngeren/älteren Menschen bzw. zwischen Männern und Frauen?

Beobachten Sie Unterschiede in der Einstellung/Meinung bzw. dem Wissen zu psychischer/seelischer/geistiger Gesundheit von MMH im Laufe des Aufenthalts in Österreich? Wenn ja, in wie fern?

Hilfsangebote

Was tun MMH Ihrer Erfahrung nach, wenn sie den Eindruck haben, dass ihre psychische/seelische/geistige Gesundheit gefährdet oder irgendwie eingeschränkt ist? Wohin bzw. an wen wenden sich MMH Ihrer Erfahrung nach?

Haben Sie selbst schon MMH bei der Hilfesuche unterstützt? Wenn ja, welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht? Was hätte anders sein können/sollen?

Was hätten diese MMH Ihrer Erfahrung nach in ihrem Herkunftsland in so einem Fall gemacht?

Veränderungen der Inanspruchnahme in der türkischen Community

Haben Sie Veränderungen in der türkischen Community hinsichtlich der Inanspruchnahme von entsprechenden Hilfeleistungen (wie z. B. Psychotherapie) beobachtet?

Wenn ja, was genau hat sich verändert?

Auf was führen Sie diese Veränderungen zurück?