

REFUGEE HEALTH AND INTEGRATION SURVEY

ReHIS
Refugee Health and
Integration Survey

Psychosoziale Gesundheit und
Gesundheitszugang von Geflüchteten in Österreich

WU
WIRTSCHAFTS
UNIVERSITÄT
WIEN VIENNA
UNIVERSITY OF
ECONOMICS
AND BUSINESS

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT.....	3
PROJEKTTEAM	4
KOOPERATIONEN	5
FÖRDERUNGEN	5
REHIS AUF EINEN BLICK	5
PSYCHOSOZIALE GESUNDHEIT UND INTEGRATION	6
Rechtliche Rahmenbedingungen des Gesundheitszugangs von Geflüchteten in Österreich	7
DATENERHEBUNG	8
BEOBACHTUNGEN AUS DER FELDPHASE	9
FRAGENBOGEN UND STICHPROBE	10
ERGEBNISSE	11
Gesundheit in der Selbsteinschätzung	12
Zugang zum Gesundheitssystem	13
Ungedeckte Gesundheitsbedürfnisse und Zugangsbarrieren	15
Subjektive Wahrnehmung der Gesundheitsversorgung in Österreich	16
Angststörungen und Depressionen	17
ZUSAMMENFASSUNG	20
POLITIKEMPFEHLUNGEN	22
IMPRESSUM	23

VORWORT

Zwischen Jänner 2018 und Februar 2019 erhob der Refugee Health and Integration Survey (ReHIS) erstmalig in Österreich Primärdaten zur psychosozialen Gesundheit von syrischen, irakischen und afghanischen Geflüchteten, die seit dem Jahr 2011 ins Land gekommen waren. Zusätzlich wurde das Wissen um bzw. der Zugang zu öffentlichen Versorgungseinrichtungen (Betreuungs- und Beratungsangebote im Bereich Gesundheit und Integration) abgefragt.

Basierend auf einem umfassenden Verständnis von „Integration“ untersuchte ReHIS die Wechselwirkungen zwischen der Gesundheit von geflüchteten Menschen einerseits und ihrer ökonomischen, sozialen und kulturellen Integration in Österreich andererseits. Während die körperliche und seelische Gesundheit eine der wichtigsten Ressourcen für die gesellschaftliche Teilhabe darstellt, werden die gesundheitlichen Bedürfnisse marginalisierter Gruppen wie Migrant/inn/en oder Geflüchteter oft nur unzureichend wahrgenommen und adressiert. Dies behindert nicht nur ihre erfolgreiche Integration in den Arbeitsmarkt des Gastlandes, sondern kann auch zu erheblichen volkswirtschaftlichen Folgekosten führen. Umgekehrt kann Langzeitarbeitslosigkeit, wie sie Geflüchtete z.B. während der oftmals langen Asylantragsphase erleben, bestehende gesundheitliche Probleme verstärken, und somit die spätere Eingliederung in Arbeitsmarkt und Sozialleben erschweren.

Anhand nationaler Erhebungsdaten aus der österreichischen Gesundheitsbefragung ATHIS (Austrian Health Interview Survey) und des neu erhobenen ReHIS-Datensatzes beleuchtet diese Studie die subjektive Gesundheit von Geflüchteten, das Vorliegen psychischer, insbesondere affektiver Störungen, die Inanspruchnahme von und Zufriedenheit mit öffentlichen

Gesundheitsdienstleistungen, sowie bestehende Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung. Die Ergebnisse sind von großer Bedeutung, da die spezifischen Gesundheitsbedürfnisse von Flüchtlingen oft nur unzureichend verstanden und von Gesundheitsdienstleistern ungenügend adressiert werden. Dadurch bleiben nicht nur gesundheitliche Ungleichheiten (health inequalities) bestehen, sondern es kommt auch zu erheblichen Folgekosten im Bereich der sekundären und tertiären Versorgung. Nicht zuletzt stellt fehlende physische und psychische Gesundheit ein wesentliches Integrationshindernis dar und betrifft somit die Sicherheit und das Wohlbefinden der gesamten österreichischen Wohnbevölkerung.

In dieser Broschüre wird insbesondere auf Aspekte der psychosozialen Gesundheit, vor allem das Vorliegen von Depressionen und Angststörungen, sowie auf Zugangsbarrieren zur öffentlichen Gesundheitsversorgung eingegangen. Basierend auf diesen Auswertungen stellen wir konkrete Politikempfehlungen vor, um die Gesundheitsversorgung und somit die gesellschaftliche und ökonomische Teilhabe von geflüchteten Menschen in Österreich zu optimieren.

Mein Dank gilt an dieser Stelle allen Fördergeber/innen und Kooperationspartner/innen, sowie allen Projektmitarbeiter/innen, Kolleg/inn/en und dem gesamten Interviewer/innenstab, von denen jede/r Einzelne maßgeblich zum Erfolg dieser Studie beigetragen hat.

Dr. Judith Kohlenberger
Projektleitung

PROJEKTTEAM



DR. JUDITH KOHLENBERGER ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialpolitik, Department für Sozioökonomie, der Wirtschaftsuniversität Wien, wo sie den Refugee Health and Integration Survey (ReHIS) leitet. Sie forscht zu Fluchtmigration, Bildung, Integration und Krisennarrativen.



DR. ISABELLA BUBER-ENNSNER ist Leiterin der Forschungsgruppe „Demography of Austria“ am Vienna Institute of Demography (VID) der Österreichischen Akademie der Wissenschaften. Seit 2015 leitet sie den Displaced Persons in Austria Survey (DiPAS), der das Humankapital und die Wertvorstellungen von Geflüchteten in Österreich untersucht. Sie forscht zu Fertilität, Familien, Bildung, intergenerationalen Beziehungen und Fluchtmigration.



DR. BERNHARD RENGS ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Vienna Institute of Demography (VID) der Österreichischen Akademie der Wissenschaften und lehrt an der Technischen Universität Wien. Seine Forschungsgebiete sind Fluchtmigration und Bildung sowie die Anwendung von agentenbasierten computergestützten sozioökonomischen Methoden auf umweltökonomische und demographische Fragestellungen.

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



PROF. DR. MICHAEL LANDESMANN ist Professor für Volkswirtschaftslehre an der Johannes Kepler Universität in Linz. Er ist ehemaliger wissenschaftlicher Direktor (1996-2016) des Wiener Instituts für Internationale Wirtschaftsvergleiche (wiiw) und ist auch weiterhin dort wissenschaftlich tätig. Seine Forschungsgebiete sind internationale wirtschaftliche Integration, Strukturwandel und Wachstum, Globalisierung, Arbeitsmärkte und Migration.



INTERVIEWER/INNEN/STAB

Wir bedanken uns bei Omar Abdo, Fahad Aldhamra, Yaseen Alkhalf, Saeid Eyvazi, Parastoo Fatemi, Niloufar Hakkak, und Shiraz Shahoud für die professionell geführten Interviews auf Farsi und Arabisch.

KOOPERATIONEN

ReHIS wird an der WU Wien unter Beteiligung des Vienna Institute of Demography (VID) der ÖAW durchgeführt und baut auf die Pilotstudie Displaced Persons in Austria Survey (DiPAS) auf, die europaweit erste sozialwissenschaftliche Erhebung unter Geflüchteten des Jahres 2015. Als Zwischenbefragung kooperiert ReHIS mit der Panelstudie FIMAS+INTEGRATION, die vom International Centre for Migration Policy Development (ICMPD, Roland Hosner und Veronika Bilger), dem Wiener Institut für Internationale Wirtschaftsvergleiche (wiiw) und der Karl-Franzens-Universität Graz (Renate Ortlieb) implementiert und vom Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank gefördert wurde. Wir bedanken uns für die gute und produktive Zusammenarbeit!

KOOPERATIONSPARTNER/INNEN:

Wiener Institut für Internationale Wirtschaftsvergleiche (wiiw)
Institut für Personalpolitik, Karl-Franzens-Universität Graz
International Centre for Migration Policy Development (ICMPD)

FÖRDERUNGEN

ReHIS wurde unterstützt vom Österreichischen Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF), dem Österreichischen Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMSGK), dem Fonds Soziales Wien (FSW), und aus den Mitteln „Gemeinsame Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag, eine Kooperation von österreichischer Pharmawirtschaft und Sozialversicherung“ [Förderungsnummer: 99901007700].

REHIS AUF EINEN BLICK

Wann? Projektlaufzeit von 1. Jänner 2018 bis 31. Jänner 2019 (Feldphase von März bis Mai 2018)

Wer? Fokus auf erwachsene Asylberechtigte aus Syrien, Irak, und Afghanistan, keine UMFs

Wie? Zwischenbefragung im Rahmen des Panel Surveys FIMAS+INTEGRATION zur Arbeitsmarktintegration, Umsetzung als Computer-Assisted Telephone Interview (CATI) in 4 Sprachversionen (Arabisch, Farsi, Deutsch, Englisch)

Was? **Die Themensetzung von ReHIS umfasst:**

- Primärdaten zur **psychosozialen Gesundheit** von syrischen, irakischen und afghanischen Geflüchteten
- Daten zum **Zugang** und **Barrieren** des Zugangs zu öffentlichen Gesundheits- und Versorgungseinrichtungen

Warum? ReHIS untersucht die Wechselwirkungen zwischen **wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Integration** und der **psychosozialen Gesundheit von Geflüchteten** und trägt damit einem breiten Integrationsverständnis Rechnung.

PSYCHOSOZIALE GESUNDHEIT UND INTEGRATION

Im Herbst 2015 suchten etwa eine Million Menschen Schutz in Europa. In Summe wurden zwischen 2015 und 2017 etwa 156.000 Asylanträge in Österreich gestellt. In derselben Zeitspanne bekamen 76.983 Menschen offiziell Asyl oder subsidiären Schutz gewährt, wovon mehr als 60% aus Syrien, dem Irak und Afghanistan stammten. Während die wirtschaftlichen Folgen der Fluchtbewegung der letzten Jahre, insbesondere die Auswirkungen auf den österreichischen Arbeitsmarkt und das Sozialsystem, auf politischer und gesellschaftlicher Ebene weiterhin kontrovers diskutiert werden, wurde den Gesundheitsrisiken, denen Geflüchtete vor, während und nach der Migration ausgesetzt sind, bisher weitaus weniger Beachtung geschenkt.

Dabei stellen die körperliche und seelische Gesundheit eines Menschen grundlegende Ressourcen dar, um an Gesellschaft und Arbeitsmarkt teilzunehmen und das eigene Potential voll entfalten zu können. Für die Integration von Geflüchteten in Österreich ist ihre Gesundheit ein wesentlicher, aber selten beachteter Schlüsselfaktor: Gesundheitliche Einschränkungen haben Auswirkungen auf den Spracherwerb, die Arbeitsmarktpartizipation und die Lebenserwartung. Psychische Beeinträchtigungen können zu dissozialem Verhalten und (Auto)Aggression führen. Eine grundlegende Voraussetzung zur Verbesserung der Gesundheit von Geflüchteten ist ein umfassendes, empirisch fundiertes Verständnis ihrer Gesundheitsbedürfnisse und der bestehenden Zugangsbarrieren zu öffentlichen Gesundheitsdiensten.

Aufgrund der Vielzahl an Stressoren, denen Geflüchtete vor, während und nach ihrer Flucht ausgesetzt sind (siehe Box), liegt die Vermutung nahe, dass psychische (v.a. affektive) Erkrankungen unter Geflüchteten häufig sind. Zu den häufigsten Erkrankungen zählen Depressionen, Angststörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS). In anderen historischen und geografischen Kontexten wurde dies bereits untersucht: So zeigt sich z.B. über einzelne Flüchtlingspopulationen hinweg, dass bis zu ca. 30 % der Erwachsenen an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, wobei die Schwere und Intensität der Störung je nach Summe der erlebten Stressoren starken Schwankungen unterliegt. Wissenschaftlich belastbare Zahlen für Menschen der Fluchtbewegung 2015 fehlen aufgrund mangelnder Daten noch.

Erste Schätzungen für Deutschland gehen davon aus, dass 50% der Geflüchteten der letzten Jahre durch massive traumatische Erfahrungen seelisch belastet sind. Wiederum die Hälfte dieser Menschen benötigt fachliche Betreuung, um sich von dieser Belastung zu erholen. Das bedeutet, dass allein von den 2015/16 nach Deutschland gekommenen Geflüchteten etwa 250.000 Menschen von psychischen Erkrankungen betroffen sind. Neben fehlender flächendeckender Versorgung (bevorzugt in der Muttersprache) erschweren auch kulturelle Stigmatisierung und die häufige Somatisierung psychischer Erkrankungen die Diagnose und die Behandlung.

STRESSOREN

VOR DER FLUCHT:

- Krieg
- Folter
- Gewalt
- Verlust von Familienangehörigen

AUF DER FLUCHT:

- enorme körperliche Belastung
- andauernde Angespanntheit
- (sexuelle) Gewalt
- Krankheit
- Vertrauensverlust

NACH DER FLUCHT:

- fehlende soziale Netzwerke und Einsamkeit
- Angst um Familienangehörige
- Rollenveränderung und Statusverlust
- Ungewissheit
- lange Asylantragsphase und Untätigkeit
- Stigmatisierung
- Ablehnung durch Mehrheitsgesellschaft

Studien, die sich dem Zugang von Geflüchteten zum Gesundheitswesen eines Aufnahmelandes sowie bestehenden Barrieren des Zugangs widmen, sind ebenfalls rar und variieren stark in Umfang, Methodik und Zielgruppe. Da die spezifischen Gesundheitsbedürfnisse vulnerabler Gruppen wie Geflüchtete und Migrant/inn/en oft nur unzureichend erfasst und auf diese nur selten in adäquater Weise von Gesundheitseinrichtungen eingegangen wird, verlagert sich die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten häufig von der Primär- in die kostenintensivere Sekundär- und Tertiärversorgung. Dabei wären erhebliche Kosteneinsparungen möglich, wenn marginalisierten Gruppen rechtzeitig medizinische Prävention und Erstversorgung angeboten bekämen. Obwohl keine umfassenden epidemiologischen Daten vorliegen und internationale Vergleiche aufgrund der Diversität in der

Kategorisierung von Migrant/inn/en eine Herausforderung darstellen, zeigt die bisherige Forschung beispielsweise, dass Migrant/inn/en öfter Notfallaufnahmen und Krankenhäuser konsultieren als Einheimische. Im Falle von irregulären Migrant/inn/en hängt das auch damit zusammen, dass in den meisten europäischen Ländern der Zugang zum öffentlichen Gesundheitssystem während der Asylantragsphase beschränkt ist, wodurch sich bestehende gesundheitliche Probleme verfestigen und an Schwere gewinnen können. Doch auch nachdem sie offiziell Asyl oder subsidiären Schutz erhalten haben, stoßen Geflüchtete auf eine Vielzahl von strukturellen, finanziellen und soziokulturellen Barrieren bei der Inanspruchnahme von Gesundheits- und Präventionsdiensten. Für die Fluchtbewegung der letzten Jahre wurden diese Barrieren mit ReHIS nun erstmals empirisch erhoben.

Literatur:

- Fazel M, Wheeler J, Danesh J (2005) Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet* 365:1309–1314. doi: 10.1016/S0140-6736(05)61027-6.
- Kaltenbach E, Härdtner E, Hermenau K, et al. (2017) Efficient identification of mental health problems in refugees in Germany: the Refugee Health Screener. *European Journal of Psychotraumatology* 8:1389205. doi: 10.1080/20008198.2017.1389205.
- Miller GA, Elbert T, Rockstroh B (2005) Judging psychiatric disorders in refugees. *The Lancet* 366:1604–1605. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67655-6.
- Norredam M, Nielsen SS, Krasnik A (2010) Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe - a systematic review. *European Journal of Public Health* 20:555-63.
- Trummer U, Krasnik A (2017) Migrant health: The economic argument. *European Journal of Public Health* 27:590-1.
- Trummer U, Novak-Zezula S, Renner A-T, Wilczewska I (2018) Cost savings through timely treatment for irregular migrants and European Union citizens without insurance. *European Journal of Public Health* 28:cky048.61.

RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN DES GESUNDHEITSZUGANGS VON GEFLÜCHTETEN IN ÖSTERREICH

Österreich ermöglicht sowohl anerkannten Flüchtlingen als auch Asylwerber/innen freien Zugang zum Gesundheitssystem und übererfüllt damit die von der Europäischen Kommission vorgegebenen Minimalstandards für die Aufnahme von Asylwerbenden. Nachdem eine Person einen Asylantrag in Österreich gestellt hat, wird ihr als Teil der Grundversorgung eine Krankenversicherung gewährt. Diese beinhaltet medizinische Versorgung in allen Bereichen und inkludiert grundlegende zahnmedizinische Behandlungen. Wird der Asylantrag positiv entschieden, erhalten anerkannte Flüchtlinge eine e-card und werden Teil des gleichen Versicherungssystems wie österreichische Bürger/innen. Subsidiär Schutzberechtigte erhalten hingegen keine e-card, außer wenn sie in Österreich einer Beschäftigung nachgehen; in diesem Fall wird die Krankenversicherung über den

Arbeitgeber geregelt. Ansonsten erhalten sie, ähnlich wie Asylwerber/innen, einen Krankenversicherungsbeleg, um Dienstleistungen wie Untersuchungen und Behandlungen in Anspruch nehmen zu können. Während Asylwerber/innen automatisch von Rezeptgebühren befreit sind, können anerkannte Flüchtlinge um Gebührenbefreiung ansuchen, sofern ihr monatliches Einkommen unter einer bestimmten Grenze liegt.

Quellen:

- Bundesgesetz vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG.)
- EUR-LEX (2003) Council Directive 2003/9/EC of 27 January 2003 laying down minimum standards for the reception of asylum seekers. *Official Journal of the European Union*, L31, L31/18-L31/25.

DATENERHEBUNG

ReHIS gliedert sich als Zwischenerhebung in die Längsschnittsuntersuchung FIMAS+INTEGRATION zur Arbeitsmarkt-beteiligung von syrischen, irakischen und afghanischen Geflüchteten in Österreich ein. FIMAS+INTEGRATION wurde zwischen Dezember 2017 und April 2018, mit einem Stichprobenumfang von mehr als 1.600 Befragten, von unserem Kooperationspartner ICMPSD implementiert.

Basierend auf Kontaktdaten aus FIMAS+INTEGRATION wurde ReHIS am Ende der Feldphase von FIMAS+INTEGRATION gestartet und über einen Zeitraum von drei Monaten, zwischen Anfang März und Mitte Mai 2018, durchgeführt. Da die Mehrheit der Befragten muslimischen Glaubens war, wurde die Feldphase mit Beginn des Ramadan beendet, um ungewollte Verzerrungen zu vermeiden. Vor der Feldphase wurde eine intensive Pretestphase mit 20 Interviews auf Farsi und

Arabisch durchgeführt. Diese Pretests waren wesentlich, um Verständnisprobleme zu identifizieren und die Fragebögen ggf. zu adaptieren.

In Anbetracht der sensiblen Daten, die ReHIS erhoben hat, waren forschungsethische Aspekte wie Vertrauen zwischen Befragten und Interviewer/innen, Anonymität, Freiwilligkeit und Zugänglichkeit zentral. Alle Interviewer/innen erhielten angesichts der höchst sensiblen Fragebogeninhalte ein umfangreiches Training. Nach der Feldphase wurden den Interviewer/inne/n psychologische Betreuung angeboten sowie routinemäßige Nachbesprechungen mit dem Forschungsteam durchgeführt. Alle Teilnehmer/innen gaben ihr Einverständnis, an der Studie teilzunehmen. Die Ethical Guidelines for Good Research Practice des Refugee Studies Centre in Oxford wurden eingehalten.

Abbildung 1: Screenshots des elektronischen Fragebogens auf Deutsch (links) und Arabisch (rechts).

ReHIS-Interviews wurden als CATI („Computer-Assisted Telephone Interview“, computergestütztes Telefoninterview) hauptsächlich auf Arabisch und Farsi durchgeführt, um sicherzustellen, dass die Mehrheit der Befragten in ihrer Muttersprache angesprochen werden konnte. Die Interviewer/innen kontaktierten Teilnehmende im jeweiligen arabischen Dialekt (Syrisch oder Irakisch), was sich positiv auf das Vertrauensverhältnis auswirkte. Um die Teilnehmeranzahl zu maximieren, wurden FIMAS+-Befragte über mehrere Kommunikationskanäle angefragt, etwa über Telefonnummern und

E-Mail-Adressen. Bei gescheiterten Telefonanrufen setzten wir Programme wie WhatsApp und Viber ein, die gerade unter Geflüchteten sehr beliebt sind, um mit Familienmitgliedern und Freund/inn/en in Kontakt zu bleiben. Dadurch konnten wir auch jene Personen erreichen, welche bei Anrufen von ihnen unbekanntem Rufnummern nicht abhoben. Zusätzlich wurden die Kontaktversuche zu unterschiedlichen Tageszeiten unternommen, auch am Wochenende, wobei die Erfolgsquote nachmittags und abends am höchsten war.

THEMENBLÖCKE

SUBJEKTIVES WOHLBEFINDEN, bedingt durch soziale Kontakte, Betreuungssituationen, psychische und physische Gesundheit

- Gesundheitszustand in der Selbsteinschätzung
- Lebensqualität und Zukunftsperspektiven
- Arbeitsfähigkeit und Möglichkeit zu sinnvollen Tätigkeiten

PSYCHOSOZIALE BELASTUNGEN und resultierende Einschränkungen

- Gesundheitliche Einschränkungen (z.B. Häufigkeit von Schmerzen)
- Hinweise auf Angststörungen und Depressionen

DISKRIMINIERUNGS-ERFAHRUNGEN & Erfahrungen mit der Aufnahmegesellschaft

ZUGANG ZU ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN & Barrieren des Zugangs

BEOBACHTUNGEN AUS DER FELDPHASE

Obwohl Interviewabbrüche oder die Verweigerung einzelner Fragen selten waren, muss bei der Interpretation der Resultate die beträchtliche Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen in den Herkunftsländern im Mittleren Osten berücksichtigt werden. Wir fanden divergierende Angaben zwischen der selbsteingeschätzten (mental) Gesundheit und den Symptomen von Angststörungen oder Depressionen, da letztere aufgrund von indirekten Fragen neutraler zu wirken schienen. Die Interviewer/inne/n merkten zudem an, dass direkte Fragen betreffend die mentale Gesundheit oder Konsultationen eines Psychotherapeuten oder Psychiaters bei einzelnen Befragten Empörung oder sogar offene Feindseligkeit auslösten, da dieses Thema mit einer gewissen Scham besetzt schien.

Die Interviewer/innen wurden auch darauf geschult, auf Trauer seitens der Befragten bis hin zu weinenden Gesprächspartner/innen zu reagieren. Diese Reaktionen waren häufig durch die persönliche Not der Befragten im Aufnahmeland begründet, aber auch durch Sorgen um nahe Familienangehörige im Ausland. Aus diesem Grund wurde am Ende der Erhebung nach den persönlichen Resilienzstrategien der Teilnehmenden gefragt („Was tun Sie, um sich gut zu fühlen?“). Dabei gaben die Teilnehmende vielfältige Antworten, von Sport bis Malen,



Abbildung 2: Umfangreiche Schulungen vor Beginn der Feldphase halfen den Interviewer/innen, mit sensiblen Situationen und emotional reagierenden Befragten umzugehen.

an, wodurch das Interview positiv beendet werden konnte. Eine professionell durchgeführte Nachbesprechung nach Interviews mit aggressiven oder besonders emotionalen Reaktionen der Befragten stellte sich als hilfreich für die Interviewer/innen heraus.

Außerdem scheint soziale Erwünschtheit, bedingt durch Diskriminierungserfahrungen der Geflüchteten im Aufnahme-land, eine Rolle bei der Erhebung gespielt zu haben. Im Speziellen merkten Interviewer/innen an, dass Befragte sich,

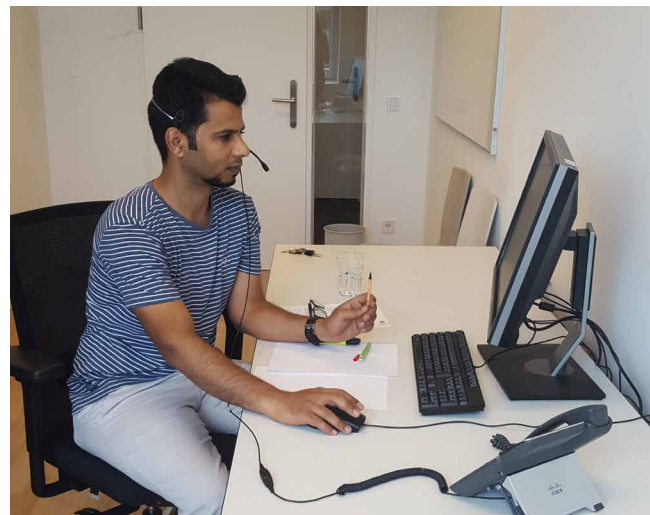


Abbildung 3: Während eines telefonischen Interviews.

unabhängig von ihrem Heimatland, selten als „verärgert“ oder „wütend“ beschrieben (als Teil der Symptomatik einer generalisierten Angststörung), was mit der negativen medialen Darstellung von Geflüchteten zusammenhängen könnte, der sie entgegenwirken wollten. In ähnlicher Weise diskutierten die Befragten das derzeitige politische Klima in Österreich und in Europa, das viele als besonders ablehnend gegenüber Flüchtlingen empfanden. Außerdem äußerten einige Befragte Sorgen über ihre wirtschaftliche Situation in Anbetracht der Budgetkürzungen für Geflüchtete in Österreich sowie, im Fall von Personen unter subsidiärem Schutz, Sorge darüber, das Land nach Ablauf des vorübergehenden Schutzes verlassen zu müssen.

Obwohl die Befragten zu Beginn des Interviews über den rein wissenschaftlichen Zweck dieser Erhebung unterrichtet wurden, können Missverständnisse nicht ausgeschlossen werden. Häufig wurden Interviewer/innen nach Abschluss des Interviews nach medizinischer Hilfe, Wohnungen oder Arbeitsplätzen gefragt. In solchen Fällen verwiesen sie die Befragten an einschlägige humanitäre Hilfsorganisationen.

DER REHIS-FRAGENBOGEN BASIERT AUF...

- ATHIS – Österreichische Gesundheitsbefragung
- EU SILC 2014
- The World Health Organization Quality of Life Survey (WHOQOL)
- IAB-BAMF-SOEP-Flüchtlingsbefragung 2016 Personenfragebogen & Haushaltsfragebogen
- SF-36 Short Form Survey Instrument on Physical and Mental Health
- GAD-7: Short screening questionnaire for Generalized Anxiety Disorder
- Eigene Items

STICHPROBE

Insgesamt konnten wir 550 Personen anhand der bereitgestellten FIMAS+INTEGRATION-Kontaktinformationen erreichen. Von diesen 550 erfolgreichen Kontakten wurden mit insgesamt 528 Personen vollständige Interviews durchgeführt, mit einer durchschnittlichen Dauer von 22,4 Minuten. Darüber hinaus wurden acht Interviews begonnen, aber nicht abgeschlossen, was einer Abbruchrate von 1,5% entspricht. Gründe für das vorzeitige Beenden eines Interviews waren hauptsächlich zeitlicher Natur. Die Verweigerung einzelner Fragen bei erfolgreich beendeten Interviews war durchwegs gering.

Die endgültige ReHIS-Stichprobe setzt sich aus 515 Personen zwischen 18 und 61 Jahren zusammen (54% syrische Staatsbürger, 16% irakische, 23% afghanische und 7% andere). Die Geschlechterverteilung war ungleichmäßig (72 weibliche, 443 männliche Teilnehmer/innen) und entspricht somit nicht der Geschlechterverteilung der Asylberechtigten in Österreich. Der Gender-Bias kann dadurch erklärt werden, dass die Rekrutierung von FIMAS+INTEGRATION-Befragten über AMS-Datenbanken und Asylzentren ein Oversampling männlicher Teilnehmer zur Folge hatte, und dass die verfügbaren Kontaktmöglichkeiten (z. B. Handys) oft gemeinsam in einem Haushalt genutzt werden.

	männlich	weiblich	Total
Syrien	250	28	278
Afghanistan	96	24	120
Irak	70	13	83
Sonstige	27	4	34
Total	443	72	515

Abbildung 4: ReHIS Gesamtstichprobe nach Geschlecht und Nationalitäten.

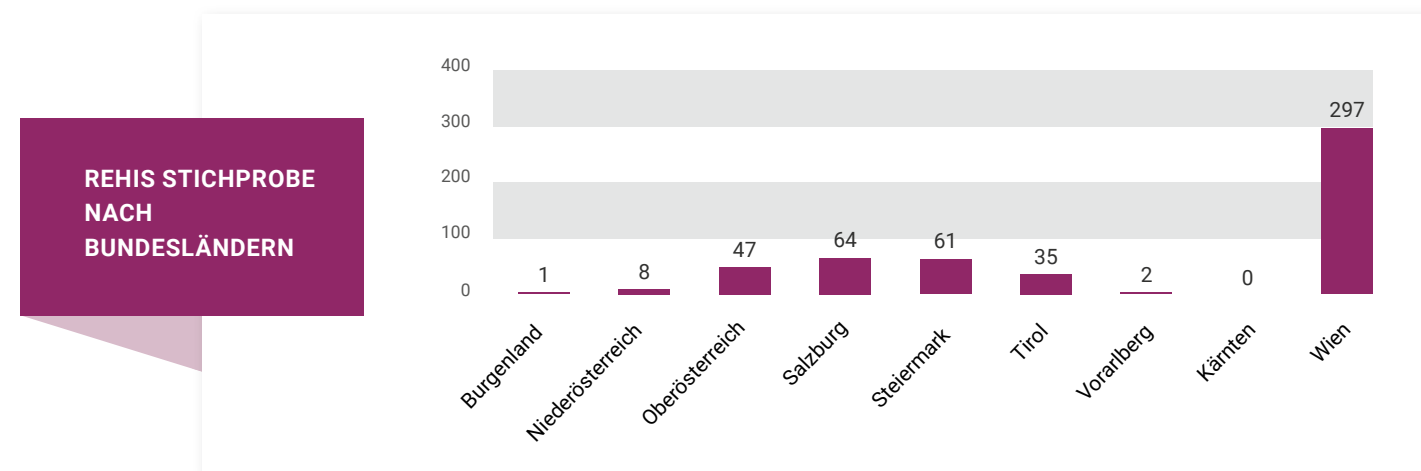
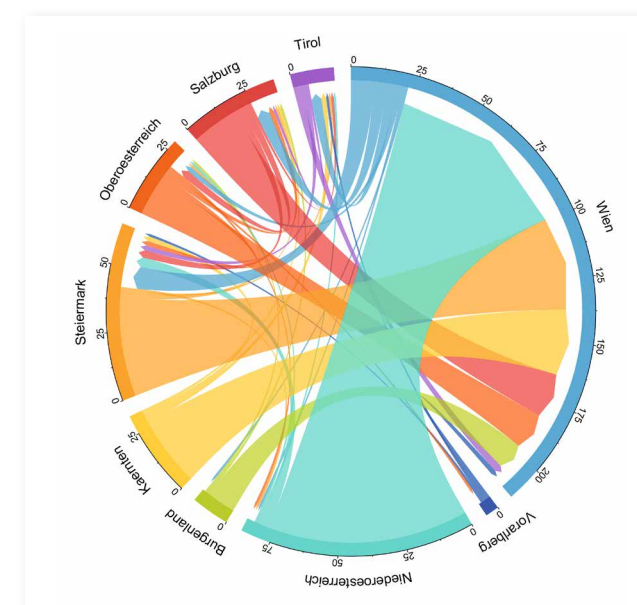


Abbildung 5: ReHIS Stichprobe nach Bundesländern. Quelle: ReHIS.

ReHIS ist eine bundesweite Erhebung, jedoch wohnte mehr als die Hälfte der Befragten (297 Personen) in Wien. Die regionale Verteilung von ReHIS-Befragten entspricht damit grob der generellen Verteilung von Asylberechtigten in Österreich, mit einer deutlichen Konzentration auf östliche Bundesländer und die Bundeshauptstadt.



In der Auswertung der Migrationsströme innerhalb Österreichs (Abb. 6) zeigt sich eine erhebliche Binnenwanderung von Asylberechtigten zwischen den einzelnen Bundesländern. Besonders der Zuzug aus den Bundesländern nach Wien ist groß, sodass die Mehrheit der in Wien wohnhaften ReHIS-Befragten zuvor bereits zumindest kurzfristig in einem anderen Bundesland gelebt hat (60%).

Anmerkung: Jene Befragte, die bisher nicht das Bundesland gewechselt haben, sind in der Grafik nicht abgebildet.

Grafische Darstellung: The Global Flow of People (www.global-migration.info), Nikola Sander, Guy Abel and Ramon Bauer(2014), based on data by Abel, G. and N. Sander (2014). Quantifying Global International Migration Flows. Science 343 (6178), pp. 1520-1522. Information design by Tina Frank (2015-17).

Adaptiert von: <https://gjabel.wordpress.com/2014/03/28/circular-migration-flow-plots-in-r/>

Abbildung 6: Binnenwanderung von Asylberechtigten zwischen den österreichischen Bundesländern. Quelle: ReHIS.

GESUNDHEIT IN DER SELBSTEINSCHÄTZUNG

Als einführende Frage wurden Teilnehmende gebeten, ihre Gesundheit auf einer fünfteiligen Skala (sehr gut, gut, zufriedenstellend, weniger gut, schlecht) selbst einzustufen. Für die Auswertung wurden die Ergebnisse in drei grobe Kategorien zusammengefasst: sehr gut, gut, nicht gut. Eine von drei weiblichen ReHIS-Befragten schätzte ihre Gesundheit als sehr gut ein, während 18% sie als nicht gut bezeichneten. Im Vergleich dazu lag der Prozentsatz bei männlichen Befragten bei 42% (sehr gut) und 14% (nicht gut) (Abb. 7). Diese Ergebnisse bestätigen die generelle Tendenz von Frauen, ihre Gesundheit schlechter einzuschätzen als Männer.

Ein Vergleich der selbsteingeschätzten Gesundheit von Geflüchteten mit der österreichischen Bevölkerung zeigt signifikante Unterschiede bei den 20- bis 39-Jährigen: Geflüchtete – speziell Frauen – nehmen ihre Gesundheit weniger häufig als sehr gut wahr als die österreichische Wohnbevölkerung (Männer: 45% versus 51%; Frauen: 33% versus 49%) und geben öfter nicht gute Gesundheit an (Männer: 12% versus 7%; Frauen: 17% versus 9%) (Abbildung 8). In der Altersgruppe 40-59 sind die Unterschiede weniger auffällig, wobei männliche Geflüchtete dazu neigen, ihre Gesundheit öfter als nicht gut einzustufen als Männer in Österreich (25% versus 21%). Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs können weibliche Geflüchtete im Alter von 40-59 Jahren und Geflüchtete beiden Geschlechts unter 20 Jahren nicht mit der österreichischen Bevölkerung verglichen werden.

GESUNDHEIT IN DER SELBSTEINSCHÄTZUNG, NACH GESCHLECHT (REHIS)

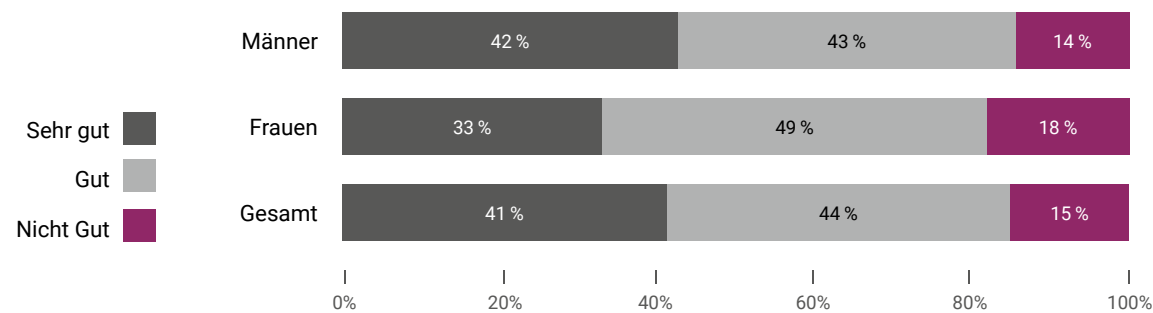


Abbildung 7: Gesundheit in der Selbsteinschätzung, nach Geschlecht. Quelle: ReHIS.

Multivariate Analysen zeigen, dass Alter und Staatsangehörigkeit die Wahrnehmung von nicht guter Gesundheit signifikant beeinflussen. Wie erwartet nehmen Geflüchtete im Alter von 40-59 Jahren ihre Gesundheit als schlechter wahr als jene in ihren Zwanzigern oder Dreißigern. Außerdem empfinden afghanische Staatsangehörige im Vergleich zu Syrer/innen ihre Gesundheit häufiger als schlecht. Dasselbe gilt für Geflüchtete aus anderen Ländern wie z. B. Iran, Jemen und Jordanien. Iraker/innen waren tendenziell öfter bei schlechterer Gesundheit als Syrer/innen, die Unterschiede sind aber

statistisch nicht signifikant. Weitere Analysen zeigen, dass der formale Bildungsstand keinen signifikanten Effekt im multivariaten Kontext hat: Der Zusammenhang zwischen selbst eingeschätzter Gesundheit und dem formalen Bildungsabschluss verliert an Bedeutung, wenn die Nationalität der Befragten berücksichtigt wird. Dies legt nahe, dass die Staatsangehörigkeit der Geflüchteten signifikanter für die gesundheitliche Selbsteinschätzung ist als das formale Bildungsniveau.

GESUNDHEIT IN DER SELBSTEINSCHÄTZUNG

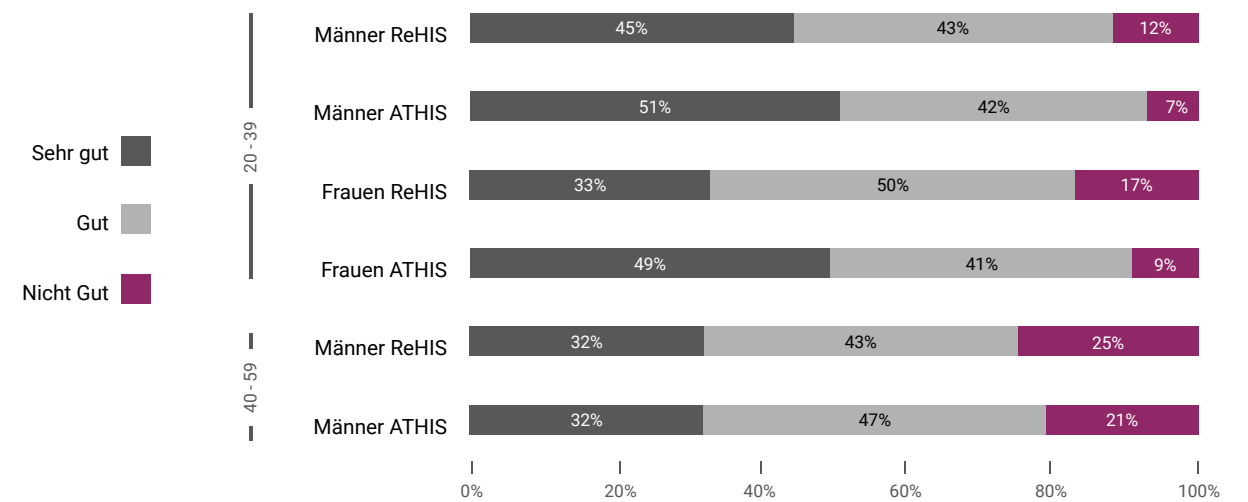


Abbildung 8: Gesundheit in der Selbsteinschätzung, nach Geschlecht. Quelle: ATHIS2014, ReHIS.

ZUGANG ZUM GESUNDHEITSSYSTEM

Neun von zehn Männern und fast alle Frauen, die im Rahmen von ReHIS befragt wurden, suchten in den vergangenen 12 Monaten Ärzt/innen oder Therapeut/innen auf.

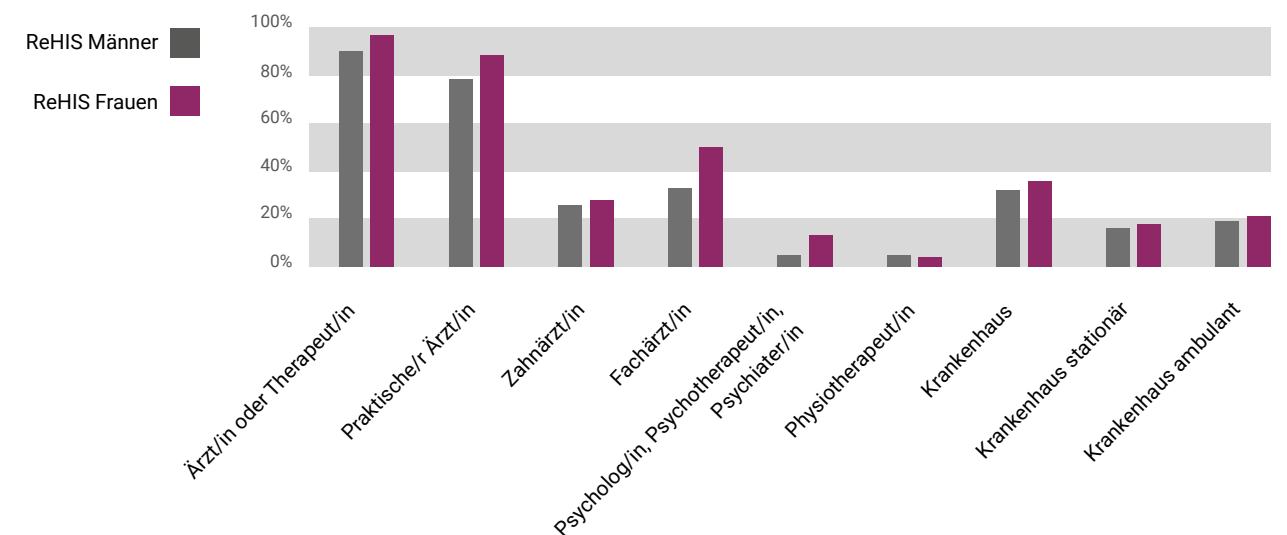


Abbildung 9: Inanspruchnahme einer ärztlichen und/oder therapeutischen Leistung in den letzten 12 Monaten, nach Geschlecht. Quelle: ReHIS.

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

Geflüchtete besuchen weitaus seltener zahnärztliche Praxen als die durchschnittliche österreichische Bevölkerung (27%-

28% gegenüber 70%-80%). Im Allgemeinen wurden auch Fachärzt/innen von einem geringeren Anteil der Geflüchteten aufgesucht (Männer: 34%, Frauen 51%) als der Österreicher/innen (Männer: 50%, Frauen 74%). Im Gegensatz dazu nahmen weibliche Geflüchtete etwas öfter die Dienste von Psycholog/inn/en in Anspruch als Österreicher/innen der gleichen Altersgruppe (13% gegenüber 10%). Physiotherapeut/inn/en wurden selten von Geflüchteten, aber beträchtlich öfter von Österreicher/innen konsultiert (4%-5% gegenüber 17%-22%). Etwa ein Drittel der ReHIS-Befragten berichtete von mindestens einem Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten, wobei ambulante Behandlungen häufiger waren (ca. 20%) als stationäre (13%).

ZUGANG ZUM GESUNDHEITSSYSTEM
Vergleich ATHIS-ReHIS, Altersgruppe 20 - 59

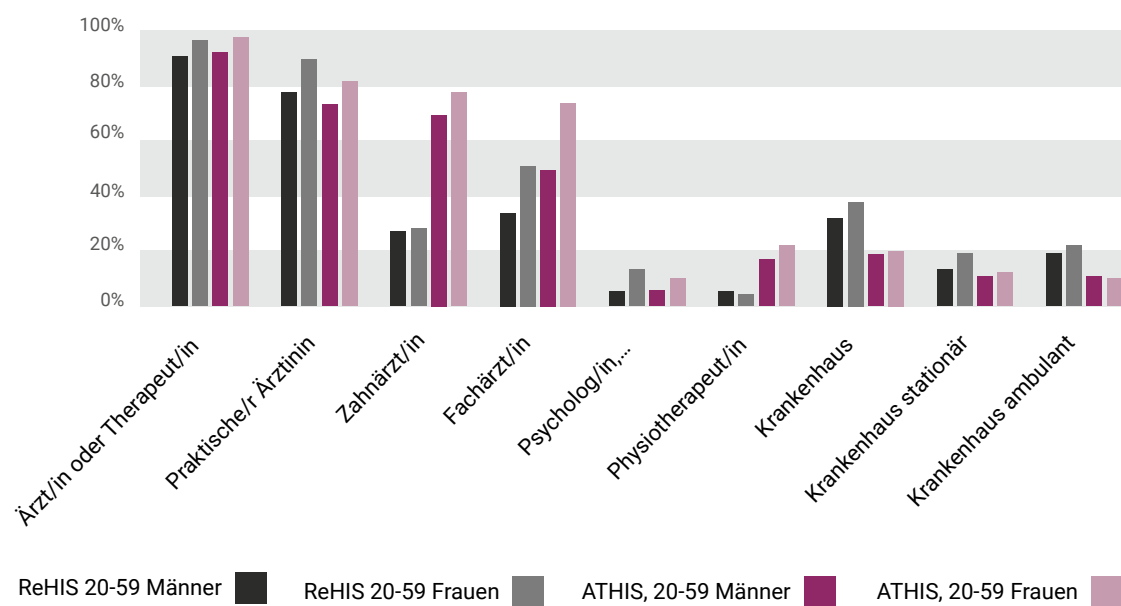


Abbildung 10: Inanspruchnahme einer ärztlichen und/oder therapeutischen Leistung in den letzten 12 Monaten, Vergleich ATHIS und ReHIS. Quelle: ReHIS, ATHIS2014.

Geflüchtete nannten häufiger ambulante Behandlungen als Österreicher/innen (19%-21% versus 10%-11%). In ähnlicher Weise zeigt die ATHIS-Befragung, dass Menschen aus EU-Drittstaaten eher dazu neigen, Krankenhausambulanzen für Behandlungen aufzusuchen als in Österreich Geborene (13% versus 10%). Mehr stationäre Krankenhausaufenthalte bei

Geflüchteten könnten auch damit zusammenhängen, dass sie häufiger Ambulanzen aufsuchen und somit auch eher über Nacht im Krankenhaus aufgenommen werden können. Unter geflüchteten Frauen könnte die erhöhte Geburtenrate nach der Migration ebenfalls zum vergleichsweise hohen Anteil von stationäre Aufenthalten (22%) beitragen.

FLUCHTMIGRATION UND DAS HEALTHY MIGRANT PARADOX

Das sogenannte Healthy Migrant Paradox kann Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Migrant/inn/en haben: Arbeitsmigrant/inn/en sind im Durchschnitt gesünder als die Allgemeinbevölkerung des Herkunfts- und des Aufnahmelandes, was durch die Selbstselektion unter Migrant/inn/en erklärt werden kann: Personen, die über mehr persönliche, finanzielle und gesundheitliche Ressourcen verfügen, können sich Migration eher leisten. Dies hat eine seltenere Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Vergleich zur einheimischen

Bevölkerung zur Folge. Ob dieser Effekt auch auf die Fluchtbewegung 2015 zutrifft, wurde bisher noch nicht geklärt, allerdings legt die Forschung nahe, dass dies nicht der Fall ist. In der Tat zeigt sich, dass Flüchtlinge ungeachtet der (wirtschaftlichen) Bedingungen des Aufnahmelandes eine höhere Prävalenz von Depressionen und Angstzuständen aufweisen als Arbeitsmigrant/inn/en. Jedoch lässt sich auch bei Geflüchteten eine Selbstselektion in Bezug auf Bildung und Qualifikationen beobachten: Da die Flucht nach Europa mit erheblichen Kosten verbunden ist, ist der sozioökonomische Status und das Humankapital syrischer und irakischer Flüchtlinge in Österreich, einschließlich ihrer subjektiven Gesundheit, wesentlich höher als jenes der Gesamtbevölkerung in den Heimatländern.

Literatur:

- Domnich A, Panatoo D, Gasparini R, Amicizia D (2012) The "healthy immigrant" effect: Does it exist in Europe today? Italian Journal of Public Health 2012; 9:e7532-1-e-7.
- Marmot MG, Adelstein AM, Bulusu L (1984) Lessons from the study of immigrant mortality. The Lancet 323:1455-7.
- Razum O, Wenner J (2016) Social and health epidemiology of immigrants in Germany: Past, present and future. Public Health Reviews 37:4.
- Lindert J, von Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Brähler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees – a systematic review and meta-analysis (2009) Soc Sci Med 69:246-57.
- Buber-Ennser I, Kohlenberger J, Rengs B, Al Zalak Z, Goujon A, Striessnig E, Potančoková M, Gisser R, Testa MR, Lutz W (2016) Human capital, values, and attitudes of persons seeking refuge in Austria in 2015. PLoS ONE 11:e0163481.

UNGEDECKTE GESUNDHEITSBEDÜRFNISSE UND ZUGANGSBARRIEREN

Zwei von vier männlichen und vier von zehn weiblichen Geflüchteten gaben ungedeckte medizinische Bedürfnisse (sog. „unmet health needs“) an.

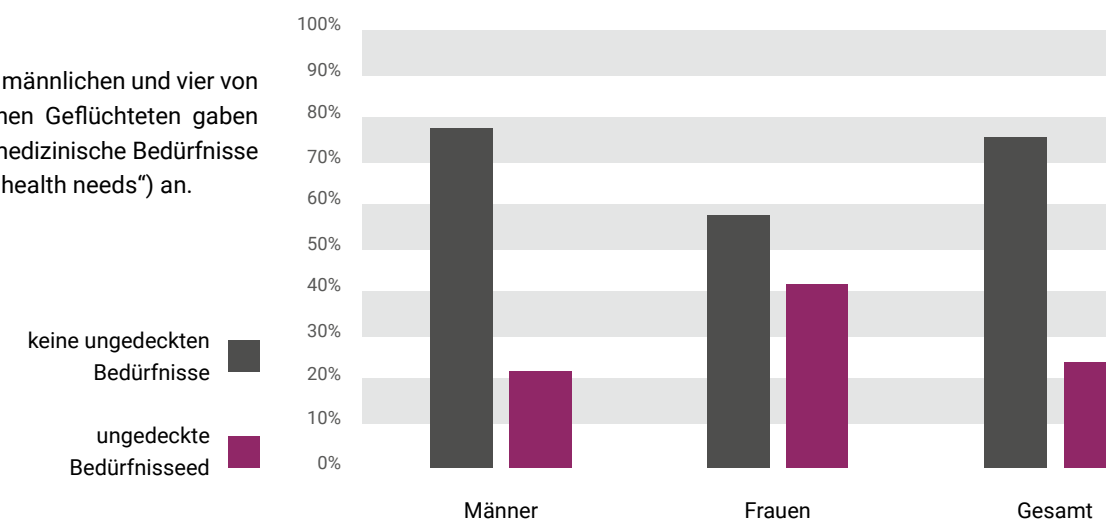


Abbildung 11: Ungedeckte Gesundheitsbedürfnisse nach Geschlecht. Quelle: ReHIS.

GESCHLECHT UND NATIONALITÄT hängen mit ungedeckten Bedürfnissen zusammen: Frauen und Afghan/en/innen gaben am öftesten ungedeckte Gesundheitsbedürfnisse an. Geringe Fallzahlen erlauben keine detaillierteren Analysen für Frauen. Für Männer hingegen zeigt sich: Angehörige anderer Staaten als Syrien, Irak und Afghanistan haben ein höheres Risiko für ungedeckte Bedürfnisse. Ein niedrigeres Bildungsniveau korreliert hingegen mit weniger Barrieren: Befragte mit einem Bildungsniveau von ISCED 2 berichteten weniger oft von ungedeckten Bedürfnissen als Höhergebildete (ISCED 3 oder höher). Das könnte mit unterschiedlichen Wahrnehmungen darüber zusammenhängen, was ein Gesundheitsbedürfnis und eine adäquate Behandlung darstellt.

Als häufigster Grund dafür medizinische Probleme nicht behandeln zu lassen, wurde „Ich warte ob das Problem von selbst besser wird“ genannt (21%-22%) (Abb. 12). Zeit war ebenfalls ein relevanter Faktor Gesundheitsprobleme nicht behandeln zu lassen: 23% der Frauen und 20% der Männer gaben an, dass die nötige Behandlung oder Beratung zeitlich unmöglich war. Eine zu lange Warteliste wurde von 19% der Frauen und 15% der Männer als Barriere gesehen. Mangelndes Wissen über geeignete Ärzt/innen oder Therapeut/innen sowie Sprachbarrieren zählten ebenfalls zu den Top-5-Antworten (11%-12%). Nur 7% der Männer und keine Frauen gaben an, kein Vertrauen in österreichische Ärzt/innen zu haben.



Abbildung 12: Top 5 Zugangsbarrieren. Quelle: ReHIS.

SUBJEKTIVE WAHRNEHMUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG IN ÖSTERREICH

Wie nehmen Geflüchtete die Gesundheitsversorgung in Österreich wahr? Prinzipiell sehr gut: Auf einer Skala von 1 bis 10 bewerteten vier von zehn Männern und drei von zehn Frauen mit der Bestnote 10. Viele beurteilten auch mit 9, 8 oder 7, sodass nur rund ein Zehntel der geflüchteten Männer und Frauen die Gesundheitsversorgung in Österreich weniger gut einschätzte. Der Mittelwert für die Wahrnehmung der Qualität der österreichischen Gesundheitsversorgung betrug 8,5 auf einer Skala von 1 bis 10.

WIE GUT FÜHLEN SIE SICH IN ÖSTERREICH GESUNDHEITLICH VERSORGT?

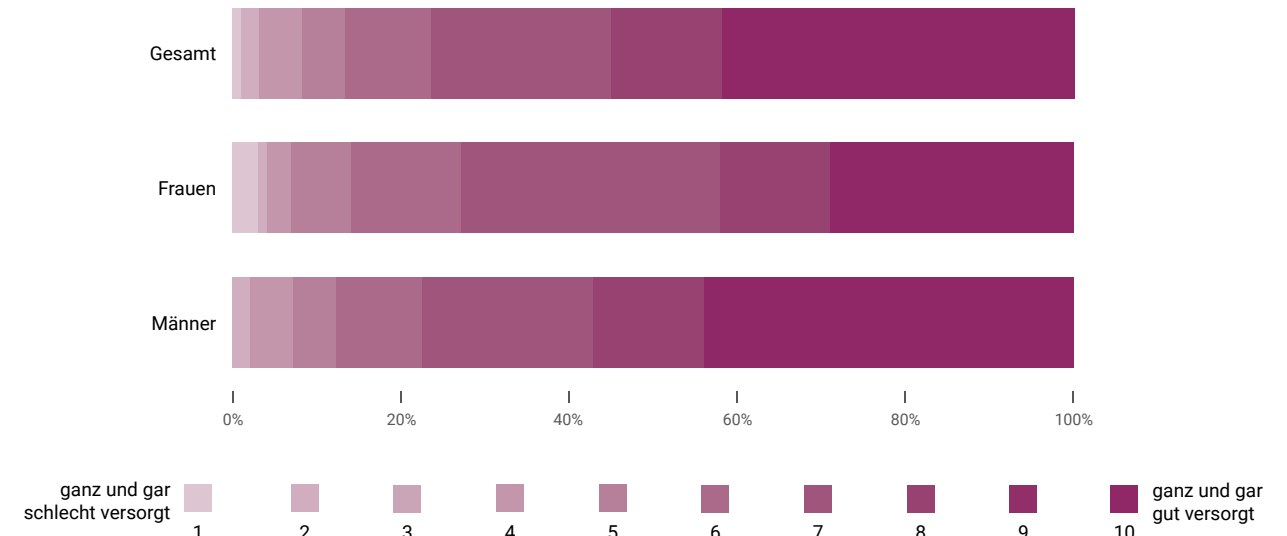


Abbildung 13: Wahrnehmung der Gesundheitsversorgung in Österreich, nach Geschlecht. Quelle: ReHIS.

Der Mittelwert war für Frauen geringfügig niedriger als für Männer (8,1 versus 8,5). Frauen wählten den Extremwert 10 (ganz und gar gut versorgt) wesentlich seltener als Männer (29% versus 43%) (Abb. 13). Analysen für die beiden höchsten Bewertungen (Werte 9 und 10) zeigen, dass junge Geflüchtete unter 20 Jahren eine höhere Zufriedenheit mit der Gesund-

heitsversorgung in Österreich angaben als ältere Teilnehmer/innen. Darüber hinaus haben Geschlecht und Nationalität ebenfalls Einfluss darauf, ob sich Befragte ganz und gar gut versorgt in Österreich fühlten: Frauen und afghanische Befragte waren weniger oft mit der Gesundheitsversorgung zufrieden.

ANGSTSTÖRUNGEN UND DEPRESSIONEN

Geflüchtete aus Kriegsgebieten leiden häufig an posttraumatischen psychischen Belastungen verschiedener Art. Diese können sich in Form von Angststörungen, Depressionen, aber auch anderen psychischen oder körperlichen Gesundheitsproblemen äußern. In ReHIS wurde mittels 15 verschiedener Fragen spezifisch das Vorliegen von Depressions- und Angstsymptomen untersucht. Informationen zu konkreten traumatischen Ereignissen vor und während der Flucht wurden aus ethischen Gründen nicht erhoben.

In ReHIS zeigte sich bei 3% der Frauen eine schwere depressive Symptomatik, bei weiteren 8% eine mittelgradige und bei 32% eine leichte Belastung (Abb. 14). Zumindest bei mittelgradigen und schweren Depressionen wird für gewöhnlich eine Psychotherapie empfohlen, insbesondere bei schwereren

Störungen in Kombination mit Pharmakotherapie. Bei Männern ist die Häufigkeit von Depression geringer: 2% sind schwer, 5% mittelgradig und 25% leicht belastet. Die Häufigkeit von mittelgradigen und schweren Angststörungen (gesamt 18%) ist bei Frauen im Vergleich zu Depressionen höher. Bei Männern kommen beide psychischen Belastungen etwa gleich oft vor. Zumindest eine der beiden Störungen in mittelgradiger oder schwerer Ausprägung haben 21% der Frauen und 10% der Männer. Geflüchtete afghanischer Herkunft waren in ReHIS häufiger von stärkeren psychischen Belastungen betroffen als jene aus dem Irak und Syrien. Zusätzlich gaben 29% der Befragten an, in den letzten 2 Wochen in zumindest manchen Nächten Alpträume gehabt zu haben, ein häufiges Symptom von unverarbeitetem Stress. 5% der Befragten erleben Alpträume sogar in mehr als der Hälfte der Nächte.

DEPRESSIVE SYMPTOMATIK UND ANGSTSTÖRUNG

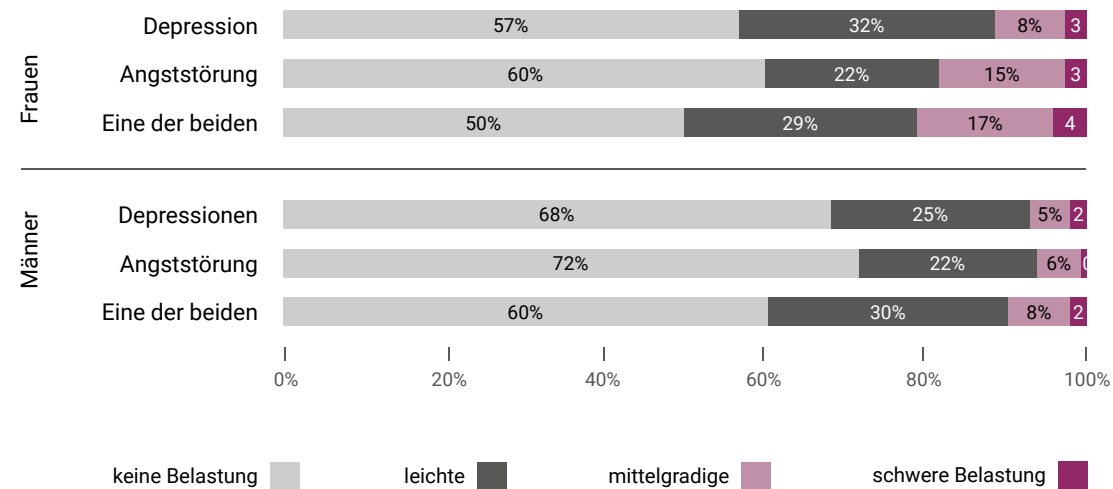


Abbildung 14: Altersgruppe 15-60 Jahre, Depressive Symptomatik (PHQ8 Skala) und Angststörung (GAD7 Skala).
Quelle: ReHIS.

Bei depressiver Symptomatik ist ein Vergleich mit der österreichischen Wohnbevölkerung möglich, da in ReHIS zu diesem Thema derselbe Fragenkatalog wie in ATHIS 2014 eingesetzt wurde. In der Altersgruppe der 15-44-Jährigen waren in

Österreich 3% der Männer und 5% der Frauen mittelgradig oder schwer depressiv belastet (Abb. 15). Die in ReHIS befragten Geflüchteten weisen eine doppelt so hohe Häufigkeit schwerer und mittelgradiger Symptomatik auf.

DEPRESSIVE SYMPTOMATIK, Altersgruppe 15-44 Jahre, Vergleich ATHIS und ReHIS

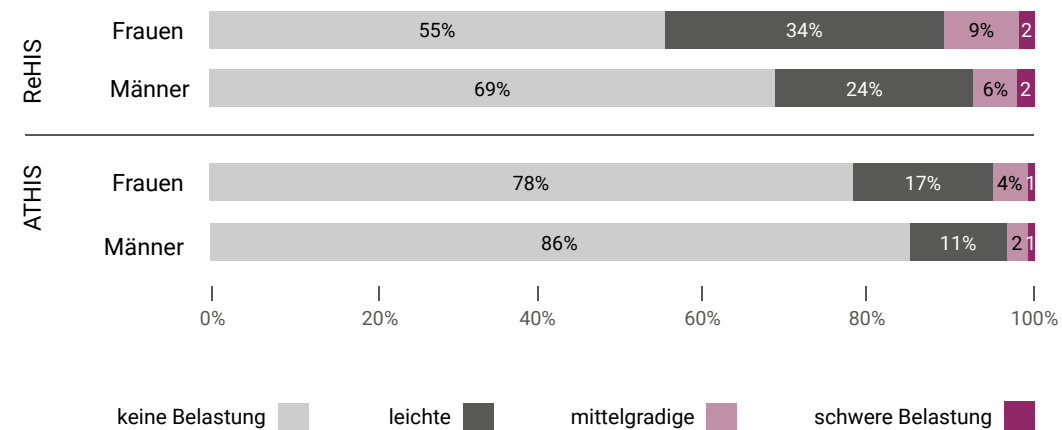


Abbildung 15: Altersgruppe 15-44 Jahre, Depressive Symptomatik (PHQ8 Skala), Vergleich ATHIS und ReHIS.
Quelle: ReHIS, ATHIS2014.

Geflüchtete im Jugendalter (bis 24 Jahre) zeigen sich in beiden Skalen (Angst und Depression) stärker belastet als Erwachsene (Abb. 16). Ähnlich wie in der österreichischen Wohnbevölkerung steigt aber auch bei ReHIS der Grad der psychischen Belastung bei Personen über 45 Jahren wieder an.

BELASTUNG DURCH DEPRESSIVE ODER ANGSTSYMPTOME NACH ALTERSGRUPPEN

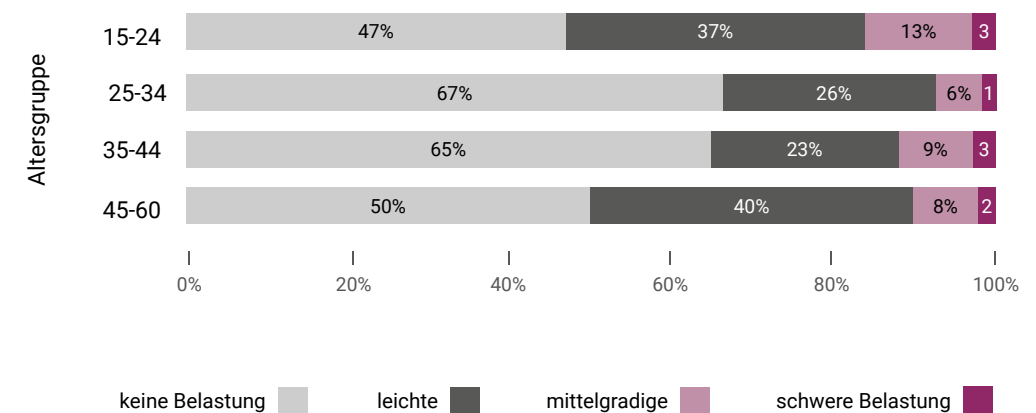


Abbildung 16: Belastung durch depressive oder Angstsymptome nach Altersgruppen. Quelle: ReHIS.

Insgesamt zeigt sich eine relativ hohe Belastung der Befragten durch psychische Störungen. Jedoch ist anzunehmen, dass ReHIS die Häufigkeit der Belastungen unterschätzt, da besonders gefährdete Personen in Befragungen generell schwieriger zu erfassen sind. Die Ergebnisse von ReHIS weisen auch auf den ungedeckten Bedarf an therapeutischen Angeboten hin. Trotz doppelt so häufiger mittelgradiger und schwerer Störungen im Vergleich zur österreichi-

schen Wohnbevölkerung (siehe Abb. 15) werden psychotherapeutische Leistungen nur gleich oft in Anspruch genommen. Ein Ausbau spezifischer Leistungen für die Gruppe der Flüchtlinge ist notwendig. Jugendliche zeigen sich besonders mental belastet – hierauf sollte bei der Ausweitung psychosozialer Angebote besonders Rücksicht genommen werden.

ZUSAMMENFASSUNG

Wie die Resultate zu selbsteingeschätzter Gesundheit, ungedeckten Gesundheitsbedürfnissen, Beschränkungen im Zugang zur Gesundheitsversorgung und der Häufigkeit von Angststörungen und Depressionen zeigen, ist die Gesundheit geflüchteter Menschen, die im Zuge der Europäischen Flüchtlingskrise nach Österreich gekommen sind, schlechter als die der Österreicher/innen. Vor allem weibliche Geflüch-

tete unter 40 berichteten über weniger gute Gesundheit als österreichische Frauen. In der Altersgruppe 40-59 waren die Unterschiede weniger ausgeprägt, da männliche Geflüchtete ihren Gesundheitszustand in ähnlicher Weise einschätzten wie Österreicher. Das könnte bedeuten, dass Österreicher eine stärkere Verschlechterung der Gesundheit (bzw. der Selbsteinschätzung) mit zunehmendem Alter erfahren, während der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand bei Geflüchteten bereits von Beginn an niedriger ist. Lebenswandel und kulturelle Aspekte könnten weitere Faktoren sein, die für die Interpretation dieser Ergebnisse herangezogen werden sollten; hierzu bedarf es aber weiterer Forschung.

GESUNDHEITLICHE SELBSTEINSCHÄTZUNG

Die Ergebnisse zeigen, dass Bildung keinen Effekt auf die gesundheitliche Selbsteinschätzung hat und keinen nennenswerten Resilienzfaktor für die Gesundheit der befragten Geflüchteten darstellt. Vielmehr beeinflusst Nationalität die gesundheitliche Selbsteinschätzung, wobei afghanische Geflüchtete niedrigere Werte angaben als Angehörige anderer Staaten. Das könnte mit mehreren Faktoren zusammenhängen: Einerseits können Stressfaktoren wie Fluchtmigration eine entscheidende Rolle spielen, da die Migrationserfahrungen von Afghan/inn/en tendenziell länger, fragmentierter und komplexer sind als beispielsweise die von Syrer/inne/n, mit andauernden Aufenthalten in Transitländern unter harschen Bedingungen. Von den Befragten mit afghanischer Staatsbürgerschaft gaben 20% an, nicht in Afghanistan

geboren zu sein, was Erfahrungen von sozialer Exklusion, Diskriminierung und Rechtlosigkeit zur Folge gehabt haben kann. Im Gegensatz zu syrischen Geflüchteten erhalten afghanische Staatsbürger/innen seltener vollen Asylstatus, sondern subsidiären Schutz, der auf ein Jahr befristet ist, aber mehrmals nach einer Neuevaluierung verlängert werden kann. In Kombination mit der für Afghan/en/innen im Vergleich zu Syrer/inne/n typischerweise viel längeren Dauer von Asylverfahren (was zu unfreiwilliger Inaktivität und Arbeitslosigkeit führt) sowie von vornherein viel geringeren Erfolgsaussichten dauerhaft in Österreich bleiben zu dürfen, kann also auch der unsichere temporäre Aufenthaltsstatus einen negativen Einfluss auf die Gesundheit afghanischer Geflüchteter haben.

INSGESAM VERZEICHNETEN REHIS-BEFRAGTE eine hohe Zufriedenheit mit dem österreichischen Gesundheitssystem und wenige strukturellen Zugangsbarrieren – dabei wurden vor allem Kosten und Erreichbarkeit genannt. Zusätzlich zu nationalen Unterschieden (Afghan/inn/en waren weniger zufrieden als andere Gruppen) gab es Geschlechterunterschiede bei der Zufriedenheit. Frauen fühlten sich generell weniger gut versorgt als Männer, obwohl sie öfter Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nahmen, vor allem Fachärzt/innen. Dies scheint vor allem auf Gynäkolog/inn/en und Geburtshelfer/innen zurückzuführen zu sein und mit der hohen Geburtenrate unter weiblichen Geflüchteten nach

der Migration in Zusammenhang zu stehen. Die seltene Inanspruchnahme von Physiotherapeut/inn/en und Zahnärzt/inn/en könnte u.a. durch die geringe Verbreitung von Physiotherapie bzw. dentaler Prophylaxe in den Ursprungsländern zu erklären sein. Insbesondere scheint die geringere Inanspruchnahme von Zahnarztbesuchen durch Geflüchtete aber auch durch sozio-ökonomische Faktoren bedingt zu sein. Obwohl nur ein geringer Anteil der Befragten hohe Kosten als Grund für ungedeckte Gesundheitsbedürfnisse genannt hat, sollte beachtet werden, dass ein Großteil der präventiven Zahnbehandlungen von den meisten Krankenversicherungen nicht übernommen werden.

PSYCHOTHERAPEUT/INNEN ODER PSYCHIATER/INNEN wurden von den in ReHIS befragten Geflüchteten etwa gleich oft aufsucht wie von der österreichischen Wohnbevölkerung laut ATHIS. Berücksichtigt man jedoch, dass Geflüchtete eher in städtischen Gebieten wohnhaft sind und zwischen 2014 und 2018 eine Zunahme der Versorgung stattgefunden hat, nimmt die österreichische Vergleichsgruppe psychotherapeutische Leistungen höchstwahrscheinlich öfter in Anspruch. ReHIS zeigt jedoch auf, dass der Bedarf an Psychotherapie bei der Gruppe der Geflüchteten ungleich größer ist. Die Häufigkeit mittelgradiger und schwerer Angststörungen und Depressionen ist etwa doppelt so hoch. Psychische Probleme stellen nicht nur ein Hindernis für soziale und ökonomische Integration dar, sondern sind auch ein Sicherheitsrisiko. Der Ausbau psychotherapeutischer Dienste soll (z.B. durch muttersprachige TherapeutInnen und ÜbersetzerInnen) auf die Notwendigkeiten geflüchteter Menschen Rücksicht nehmen. Insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15-24 Jahren sind hoch belastet. Darauf sollte bei der Ausweitung psychosozialer Angebote besonders Rücksicht genommen werden.

Zwei der fünf am häufigsten genannten **ZUGANGSBARRIEREN**, nämlich zeitliche Verfügbarkeit und lange Wartelisten, scheinen sich vor allem auf den Zugang zu Psychotherapeut/inn/en zu beziehen, da Allgemeinmediziner/innen in der Regel keine Wartelisten verwenden. Tatsächlich beträgt die durchschnittliche Wartezeit für Psychotherapie für Geflüchtete (mit einem/r fachkundigen Dolmetscher/in vor Ort) in Österreich zwischen sechs und zwölf Monaten bei Erwachsenen. ReHIS Ergebnisse legen nahe, dass eine lange Wartezeit eines der Haupthindernisse darstellt, warum Geflüchtete eine indizierte Behandlung (psychischer) Erkrankungen nicht in Anspruch nehmen. Lange Wartezeiten sowie eine eingeschränkte Erreichbarkeit können außerdem dazu führen, dass Geflüchtete eher dazu neigen, das gesundheitliche Problem zu ignorieren bzw. abzuwarten und zu hoffen, dass es sich von selbst bessert.

ZUSAMMENFASSUNG

- **NATIONALITÄT UND GESCHLECHT** als zentrale Faktoren: Afghanen und Frauen sind gesundheitlich schlechter gestellt (Bildung hat keinen Effekt)
- **ZEITLICHE ERREICHBARKEIT** als wesentliche Zugangsbarriere, Kosten spielen untergeordnete Rolle
- **DENTALMEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE** stark unterrepräsentiert, kann zu hohen Folgekosten führen
- **HOHE ZUFRIEDENHEIT** mit dem österreichischen Gesundheitssystem

POLITIKEMPFEHLUNGEN

Der Zugang von Geflüchteten zum österreichischen Gesundheitssystem kann verbessert werden, indem der Informationsfluss optimiert wird. Im akuten Anlassfall werden oft Krankenhäuser, insbesondere für ambulante Behandlung in Anspruch genommen. Dies könnte auf mangelndes Wissen über vorhandene Allgemeinmediziner/innen und Fachärzt/innen zurückzuführen sein. Der Zugang zu Letzteren zeigt ein starkes Ungleichgewicht in Bezug auf den regelmäßigen Besuch von Zahnärzt/innen: Geflüchtete konsultieren diese wesentlich seltener als Österreicher/innen. Staatliche Gesundheitspolitik sollte den Zugang zu Zahnärzt/innen für Geflüchtete fördern, vor allem da Studien zeigen, dass mangelnde Zahngesundheit die soziale Ungleichheit zwischen Einheimischen und Migrant/innen verstärkt.

Der Zugang zu Allgemeinmediziner/innen und Fachärzt/innen sollte verbessert werden, um die Ambulanzen und Notdienste der Krankenhäuser zu entlasten, was zu Kosteneinsparungen führen würde. Sprachbarrieren können behoben werden, indem ausgebildete Dolmetscher/innen zur Verfügung gestellt würden, idealerweise auch virtuell über web-basierte Anwendungen. Ein besonderes Augenmerk sollte auf weibliche Geflüchtete und afghanische Staatsbürger/innen gelegt werden, sowohl was den Zugang zu Gesundheitseinrichtungen, als auch das allgemeine Wohlbefinden betrifft. Das geht über Anforderungen des Gesundheitswesens hinaus und beinhaltet generelle Angebote wie Betreuung im Asylverfahren, Wohnen und Kinderbetreuung.

Unsere Ergebnisse zeigen, dass Barrieren im Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen vor allem auf mangelnde Erreichbarkeit und unzureichendes Angebot zurückzuführen sind, was lange Wartelisten oder Terminkonflikte zur Folge hat. Die eingeschränkte Verfügbarkeit von freien Plätzen für Behandlungen ist von besonderer Bedeutung bei psychischen Erkrankungen, welche sich mit der Zeit verschlimmern können.

ANREGUNGEN AUF EINEM BLICK:

- ✓ **Informationsfluss** zwischen Gesundheitsdienstleister/innen und Geflüchteten **optimieren** und dadurch Krankenhausambulanzen entlasten
- ✓ **Sprachbarrieren** durch (online) Verfügbarkeit von Dolmetscher/innen **abbauen**
- ✓ **Präventivmedizin forcieren**, insbesondere im Bereich der Dentalmedizin
- ✓ **Ausbau des (muttersprachlichen) Angebots** an Psychotherapieplätzen
- ✓ **Psychoedukation**, um Bewusstsein für psychosoziale Gesundheit zu schaffen und der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen entgegenzuwirken
- ✓ **Ausbau psychosozialer Angebote** für junge Geflüchtete
- ✓ **Frauen und afghanische Geflüchtete** in den Blick nehmen
- ✓ **Zeitliche Flexibilität** bei Terminvereinbarung für Beratungen und Behandlungen ermöglichen
- ✓ **Mangelnde Mobilität** und bestehende **Mehrfachbelastungen** geflüchteter Menschen (Kinderbetreuung, Deutschkurse, etc.) **adressieren**
- ✓ **Versteckte Kosten** in der Präventivmedizin **reduzieren**

IMPRESSUM

Dr. Judith Kohlenberger
Institut für Sozialpolitik
Department Sozioökonomie

Wirtschaftsuniversität Wien
Welthandelsplatz 1
1020 Wien

judith.kohlenberger@wu.ac.at
Tel.: +43-(0)1-31336-4847
Fax: +43-1-313 36-90-4847

Email: rehis@wu.ac.at

Website: <https://www.wu.ac.at/sozialpolitik/>

Grafische Gestaltung: Viktoria Strehn
Erschienen im Jänner 2019

 **Bundesministerium**
Bildung, Wissenschaft
und Forschung



 **Bundesministerium**
Arbeit, Soziales, Gesundheit
und Konsumentenschutz