

## Psychische Gesundheit im Kontext von Migration und Flucht – eine integrationswissenschaftliche Perspektive

Anna Faustmann

### **Zusammenfassung: Psychische Gesundheit im Kontext von Migration und Flucht – eine integrationswissenschaftliche Perspektive**

Die österreichische Bevölkerung wird aufgrund von Zuwanderung aus dem Ausland zunehmend vielfältiger. Dies macht die Integration von Migranten/Migrantinnen zu einem zentralen gesellschaftlichen Handlungsfeld. Der vorliegende Beitrag verdeutlicht die Wechselwirkungen zwischen sozialer Integration und psychischer Gesundheit: Einerseits erschweren migrationsspezifische Gesundheitsbelastungen wie z. B. traumatisierende Erlebnisse in Zusammenhang mit Krieg, Verfolgung oder Flucht die Integration in die Aufnahmegesellschaft. Andererseits wirken sowohl das Verlassen des gewohnten sozialen Umfelds wie auch die Anforderungen in Zusammenhang mit Anpassungen an die Aufnahmegesellschaft, soziale Ausgrenzung, Verständigungsschwierigkeiten aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse oder unsichere aufenthaltsrechtliche Situationen als psychische Belastungsfaktoren negativ auf die Gesundheit.

**Schlüsselwörter:** Migration, Integration, psychische Gesundheit, Flucht

### **Abstract: Mental health in the context of migration and flight – an integration-scientific perspective**

Due to immigration from abroad, the Austrian population is becoming increasingly diverse. This makes the integration of migrants to a main field of action in society. This paper illustrates the interactions between social integration and mental health: on the one hand, migration-specific health risks, such as traumatizing experiences in the context of war, persecution or flight, hinder the integration into the host society. On the other hand, the abandonment of the familiar social environment as well as the requirements for adaptation to the host society, social exclusion, communication problems due to lack of language skills or uncertain residence-related situations as psychological stress factors have a negative impact on health.

**Keywords:** Migration, integration, mental health, refugees

## Einleitung

Die zunehmende Bedeutung der Zuwanderung aus dem Ausland trägt zu einer Diversifizierung der österreichischen Bevölkerung bei. Der Anteil der ausländischen Bevölkerung insgesamt stieg in Österreich von 1,4% im Jahr 1961 auf 15,3% im Jahr 2017 an (STATISTIK AUSTRIA, Bundesanstalt Statistik Österreich, 2017a). Die öffentliche Wahrnehmung der Zuwanderung nach Österreich ist dabei jedoch stark geprägt von der aktuellen Flüchtlingswelle vor allem aus Syrien und Afghanistan. Die Integration von Migranten/Migrantinnen in die unterschiedlichen Teilbereiche der Gesellschaft wird damit zu einem zentralen Handlungsfeld und erfordert Anpassungsleistungen sowohl auf Seite der Migranten/Migrantinnen wie auch auf Seite der Aufnahmegesellschaft.

Gesundheit und insbesondere psychische Gesundheit kann dabei als wesentlicher Faktor gesehen werden, der die Integrationschancen der Migranten/Migrantinnen und insbesondere auch der Flüchtlinge beeinflusst. Mit einer Migrations- bzw. Fluchterfahrung sowie mit den Herausforderungen der Integration in die Aufnahmegesellschaft gehen auch vielfältige psychische Anforderungen einher. Die Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit sind dabei jedoch äußerst vielschichtig und auf multifaktorielle Problemlagen zurückzuführen: Neben gesundheitlichen Benachteiligungen z. B. aufgrund einer schlechteren Gesundheitsversorgung im Herkunftsland und migrationsspezifischen Gesundheitsbelastungen in Form von Traumatisierungen im Kontext von Flucht können auch soziale Benachteiligungen und Ausgrenzungserfahrungen im Aufnahmeland den Gesundheitszustand negativ beeinflussen. Gleichzeitig können im Zusammenhang von Migration und Gesundheit auch positive Selbstselektionsmechanismen und gesundheitsförderliche Aspekte festgemacht werden.

Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über die wechselseitigen Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Migration und Integration, unter besonderer Berücksichtigung fluchtspezifischer Besonderheiten. Im Vordergrund steht folgende forschungsleitende Fragestellung: Welche psychischen Belastungen wirken im Kontext von Migration bzw. Flucht sowie Integration im Aufnahmeland auf die Gesundheit von Migranten/Migrantinnen bzw. Flüchtlingen und wie beeinflussen sie die jeweiligen Integrationspotentiale?

Um Fragestellungen in Zusammenhang mit den Querschnittsmaterien Migration und Integration zu beantworten, sind interdisziplinäre Zugänge notwendig (Oswald, 2007; Reinprecht & Latcheva, 2016), die häufig unterschiedliche Vorgehensweisen im Bereich der Methodentriangulation verfolgen (Flick, 2011). Daher berücksichtigt die vorliegende Literaturarbeit Forschungsergebnisse unterschiedlicher Disziplinen und unterschiedlicher Methoden, die wiederum in spezifische theoretische Ansätze der Migrations-, Integrations- und Gesundheitsforschung eingebettet werden.

Nachfolgend wird die Struktur und Dynamik der Migration nach Österreich einfühend dargestellt. Die Frage nach der psychischen Gesundheit von Migranten/Migrantinnen bzw. Flüchtlingen wird anhand einer Differenzierung zwischen migrations-, integrations-, kultur- und schichtspezifischen Faktoren beantwortet. Auf Basis dieser Betrachtung werden sowohl integrations- wie auch gesundheitspolitische Schlussfolgerungen gezogen.

### **Migration und Integration in Österreich**

Österreich blickt auf eine lange Migrationsgeschichte zurück, die von unterschiedlichen Zuwanderungswellen geprägt ist. Während die 1960er und 1970er Jahre von der traditionellen Gastarbeiterzuwanderung aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawiens und der Türkei gekennzeichnet waren, spielte in den 1990er Jahren die Fluchtmigration in Folge der Balkankriege eine bedeutende Rolle. Mit dem Beitritt Österreichs zur Europäischen Union 1995 setzten auch innereuropäische Migrationsströme im Rahmen der Freizügigkeitsrechte ein, die bis heute – und insbesondere seit der Osterweiterung der Europäischen Union (EU) 2004 – einen großen Anteil der Migration nach Österreich einnehmen. Dementsprechend gestaltet sich auch die Struktur der Migrationsbevölkerung in Österreich: Die fünf größten Migranten-/Migrantinnengruppen gemessen an der ausländischen Staatsbürgerschaft stammen aus Deutschland (181.618 Personen), Serbien (118.454 Personen), der Türkei (116.838 Personen), Bosnien und Herzegowina (94.611 Personen) und Rumänien (92.095 Personen) (STATISTIK AUSTRIA, Bundesanstalt Statistik Österreich, 2017b).

Die aktuelle Flüchtlingswelle vor allem aus Syrien und Afghanistan, die 2014 einsetzte und 2015 ihren Höhepunkt erreichte, hat die Zuwanderungsstruktur deutlich verändert. Während 2014 die wichtigsten Herkunftsregionen der Neuzugewanderten noch Rumänien, Deutschland und Ungarn waren<sup>[1]</sup>, entfielen 2015 die höchsten Wanderungssalden<sup>[2]</sup> bereits auf Personen aus Syrien (21.900), Afghanistan (18.600) und Irak (10.000). Die Zuwanderung aus Drittstaaten machte 2015 und 2016 aufgrund der stark angestiegenen Fluchtmigration in Summe etwa die Hälfte der gesamten Zuwanderung aus (STATISTIK AUSTRIA, Bundesanstalt Statistik Österreich, 2016, 2017a).

Die Zahl der Asylanträge stieg von ca. 12-17.000 pro Jahr im Zeitraum von 2006 bis 2014 auf knapp 30.000 im Jahr 2014 an und erreichte mit knapp 90.000 ihren Höhepunkt 2015; im Jahr 2016 wurden in Österreich 42.000 Asylanträge gestellt. Die größte Zahl der Flüchtlinge kommt aus Afghanistan und Syrien nach Österreich, gefolgt von Irak, Iran und Pakistan. Die Zahl der Anerkennungen von Flüchtlingen ist jedoch wesentlich geringer und betrug im Jahr 2014 ca. 9.000, im Jahr 2015 ca. 14.000 und im Jahr 2016 ca. 22.000. Die größten Anerkennungsquoten und damit auch eine langfristige Aufenthaltsperspektive haben dabei Asylsuchende aus Syrien.

Flüchtlinge, vor allem aus Afghanistan, erhalten hingegen oftmals subsidiären Schutz, der nur befristet verliehen wird (Asyl. Statistiken; Bundesministerium für Inneres, 2017; STATISTIK AUSTRIA, Bundesanstalt Statistik Österreich, 2017a).

Die Integration von Migranten/Migrantinnen im Allgemeinen und Flüchtlingen im Speziellen wird damit zu einem gesamtgesellschaftlichen Handlungsfeld, sowohl auf Ebene der Migranten/Migrantinnen wie auch auf Ebene der Aufnahmegesellschaft. Integration ist aus soziologischer Perspektive dabei sowohl Zustand wie auch Prozess: Integration kann demnach entweder als eine „Einheit eines Sozialsystems, geschaffen durch die verbindliche Festlegung der Positionen der verschiedenen Elemente und die Definition ihrer Beziehungen untereinander“ (Fuchs-Heinritz, Lautmann, Rammstedt & Wienold, 1995, S. 303) gesehen werden, oder aber als „die Eingliederung, insbesondere Akzeptierung eines Individuums in seiner Gruppe“ (Fuchs-Heinritz et al., 1995, S. 303). Eine sozialstrukturelle Betrachtung zeigt, dass sich Personen mit und ohne Migrationshintergrund in ihren Lebensbedingungen in Österreich teils stark voneinander unterscheiden. Betrachtet man beispielsweise die Bildungsstruktur, so zeigen sich zum Teil deutliche Bildungsbenachteiligungen von Personen mit Migrationshintergrund<sup>[3]</sup>, vor allem aus Ländern des ehemaligen Jugoslawiens und der Türkei. Insbesondere bei sonstigen Drittstaatsangehörigen, darunter Flüchtlinge<sup>[4]</sup>, ist die Bildungsstruktur jedoch bipolar und weist sowohl einen überproportionalen Anteil von Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss wie auch von Personen mit Universitätsabschluss auf (STATISTIK AUSTRIA, Bundesanstalt Statistik Österreich, 2017b). Die Gründe für Bildungsbenachteiligungen sind vielfältig und reichen von eingeschränktem Zugang zu Aus- und Weiterbildungsangeboten im Herkunftsland und auch in Österreich (auch aufgrund eingeschränkter Sprachkenntnisse) über mangelnde Transferierbarkeit von Bildungsabschlüssen ins österreichische Bildungssystem bis hin zu eingeschränkten Möglichkeiten der Anerkennung und Validierung von im Ausland erworbenen Qualifikationen.

Der Bildungshintergrund ist ein zentraler Einflussfaktor auf die Arbeitsmarkt- und damit Einkommenschancen. Bildungsbenachteiligungen schreiben sich also in der individuellen Erwerbsgeschichte fort. So etwa ist die Erwerbsbeteiligung von Migranten/Migrantinnen (mit Ausnahme der Personen aus EU-Staaten, die bereits vor 2004 Mitglied in der EU waren) deutlich niedriger als jene der Personen ohne Migrationshintergrund: Während die Erwerbstätigenquote bei Personen ohne Migrationshintergrund 74% beträgt, reicht sie unter Migranten/Migrantinnen von 70% für Personen aus „neuen“ EU-Ländern (ab 2004 beigetreten), über 64% bei Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. 55% bei Personen aus der Türkei bis hin zu lediglich 51% für Personen aus sonstigen Staaten, inklusive den Herkunftsländern der Fluchtbewegungen. Dementsprechend sind Migranten/Migrantinnen deutlich häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als Personen ohne Migrationshintergrund. Auch dies gilt wiederum in besonders hohem Ausmaß für Personen, die aus den Fluchtregionen stammen (STATISTIK AUSTRIA, Bundesanstalt Statistik Österreich, 2017b).

Hinzu kommen qualitative Benachteiligungen am Arbeitsmarkt: Migranten/Migrantinnen sind häufiger als (Hilfs-)Arbeiter/innen tätig, in überdurchschnittlichem Ausmaß in Branchen mit körperlich fordernden Arbeitsbedingungen (wie z. B. Bauwesen (bei Männern), Haushaltspersonal (bei Frauen) oder Beherbergung und Gastronomie) beschäftigt und häufiger von De-Qualifizierung betroffen. 28% der im Ausland geborenen Personen waren im Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2014 im Niedriglohnssektor<sup>[5]</sup> tätig. Bei den in Österreich Geborenen lag dieser Anteil hingegen nur bei 11%. Während das mittlere Netto-Jahreseinkommen der österreichischen Staatsbürger/-innen bei den unselbstständig Erwerbstätigen im Jahr 2015 bei 24.568 Euro lag, betrug jenes der Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft nur 19.233 Euro. Dementsprechend ist die Armutsgefährdung bzw. Betroffenheit von manifester Armut unter Personen mit ausländischem Geburtsort knapp dreimal so hoch wie unter in Österreich Geborenen (STATISTIK AUSTRIA, Bundesanstalt Statistik Österreich, 2015a, 2017b).

### **Migration und Gesundheit**

Die Integrationschancen von Migranten/Migrantinnen hängen von vielschichtigen Faktoren ab, die sich nicht zuletzt auch aus den Hintergründen und Rahmenbedingungen der Migration ergeben. Psychische und physische Gesundheit stellen dabei wesentliche Voraussetzungen für die Eingliederung in die Gesellschaft dar. Gesundheit muss in diesem Kontext weit gefasst werden und darf sich nicht nur auf das Freisein von Krankheit beziehen, sondern auch auf ganzheitliches psychisches, physisches und soziales Wohlbefinden. Gesundheit stellt zudem ein Grundrecht jedes Menschen dar (World Health Organization, 1948) <sup>[6]</sup>.

Mit Migration und Integration gehen Gesundheitsbelastungen einher, die sowohl aus migrations- und kulturspezifischen Faktoren wie auch aus Ungleichheiten in den Lebensverhältnissen resultieren. Das „lebenslauforientierte Modell von Migration und Gesundheit“ nach Spallek und Razum (2008, S. 283) beschreibt diese Zusammenhänge anschaulich und betont Faktoren, die zwar aufgrund psychischer Belastungen durch Migration und Eingliederung in die Aufnahmegesellschaft sowie soziale Benachteiligungen zu Gesundheitsbelastungen über den Lebenslauf hinweg führen können, aber nicht müssen. So etwa wird für unterschiedliche Gruppen von Migranten/Migrantinnen der sogenannte „Healthy-Migrant-Effekt“ (Razum, 2009, S. 268) nachgewiesen, der einen häufig beobachteten Gesundheitsvorteil von Migranten/Migrantinnen durch eine positive Selbstselektion begründet. In anderen Worten: Nur besonders gesunde und risikobereite Menschen – im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung im Herkunftsland – nehmen das Wagnis einer Migration auf sich (Spallek & Razum, 2008; Razum, 2009). Ein Migrationserlebnis kann zudem zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands der Migranten/Migrantinnen führen, da im Zielland oftmals ein höherer Versorgungsgrad im Gesundheitssystem existiert (therapeutische Komponente), die hygienischen Bedingungen besser sind sowie die

persönliche Sicherheit deutlich höher ist (Risikofaktorenkomponente) (Spallek & Razum, 2008). Dies ist in hohem Maß auch bei Flüchtlingen der Fall.

### **Migrations- und fluchtspezifische psychische Belastungen**

Neben Unterschieden in körperlicher und auch psychischer Veranlagung wirkt einerseits die Situation im Herkunftsland auf die individuelle Gesundheit von Migranten/Migrantinnen ein. Dazu zählen Faktoren wie z. B. klimatische und hygienische Verhältnisse, der Versorgungsgrad im Gesundheitssystem, gesundheitsspezifische Verhaltensweisen etwa in Bezug auf Ernährung und Bewegung oder auch Erfahrungen von Krieg oder Verfolgung.

Andererseits stellt der Migrationsprozess ein kritisches Ereignis im Leben eines Menschen dar, das mit unterschiedlichen prägenden Veränderungen auf psychischer und psychosozialer Ebene einhergeht. Damit verbunden sind etwa der Verlust des sozialen Umfelds, eine hohe Anpassungsleistung sowie eingeschränkte gesundheitliche Versorgung während des Wanderungserlebnisses, traumatische Erfahrungen oder auch Verständigungsprobleme aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse. Folglich beeinflusst auch die eigentliche Migrationserfahrung den Gesundheitszustand. Dies gilt insbesondere im Fall von Flucht, bei der das Verlassen des Herkunftslandes durch Krieg oder Verfolgung erzwungen wird. Neben psychischen Belastungen durch kritische Lebensereignisse im Zuge der Migration, schwierige Adaptions- bzw. Integrationsprozesse, unsicheren Aufenthaltsstatus und ungesicherte ökonomische Situation können auch Traumatisierungen aufgrund von Krieg und Gewalt und in Zusammenhang mit der Flucht zur Entstehung psychischer Problematiken, wie z. B. Angststörungen, Depressionen, Posttraumatische Belastungsstörungen oder Substanzmissbrauch beitragen (Ameskamp et al., 2016; BundesPsychotherapeutenKammer [BPtK], 2015; Jensen, Bjorgo Skardalsmo & Fjermestad, 2014; Seglem, Oppedal & Roysamb, 2014; Walg, Fink, Großmeier, Temprano & Hapfelmeier, 2017). Ein traumatisches Ereignis kann dabei definiert werden „als die Erfahrung von Gewalt, die das eigene Leben oder die körperliche Integrität bedroht und starke Angst, Schrecken und Hilflosigkeit auslöst. Auch das Mitansehen von Gewalt gegen andere fällt unter diese Definition“ (Kuhn, 2004, S. 111). Die am häufigsten untersuchten traumatischen Erfahrungen umfassen Kriegserlebnisse, Naturkatastrophen, sexuelle Übergriffe und das Erleben körperlicher Gewalt. Zu den Folgen von Trauma zählen u. a. Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), welche Symptome wie das Wiedererleben des Traumas (z. B. Alpträume, Flash-backs), intensive traumabezogene Emotionen, Vermeidungsverhalten (Vermeidung traumabezogener Erinnerungen, psychogene Amnesie, Absonderung, sozialer Rückzug, Entfremdung) und/oder Übererregbarkeit (Konzentrationsstörungen, allgemeine Reizbarkeit, Wutausbrüche, vermehrte Wachsamkeit, Schreckreaktionen) umfassen (Kuhn, 2004). PTBS und damit verbundene Symptome treten häufig jedoch erst in deutlichen Zeitabständen zu den verursachenden

Erlebnissen auf. Die Untersuchungen von Laban, Gernaat, Komproe und de Jong (2009) etwa zeigen, dass bei Flüchtlingen direkt nach der Niederlassung im Gastland vorerst eine Stabilisierung oder Abnahme von psychischen Problemen zu beobachten ist (aufgrund gesicherter Lebensverhältnisse, besserer Gesundheitsversorgung etc.), diese jedoch nach längerem Aufenthalt wieder deutlich zunehmen.

Eine besonders gefährdete Gruppe stellen geflüchtete Kinder und Jugendliche dar. Fazel, Reed, Panter-Brick und Stein (2012) identifizieren anhand von Meta-Analysen vielfältige Risikofaktoren. Dazu zählen Gewalterfahrungen (vor und nach der Migration), nichtbegleitete Migration, Diskriminierungserfahrungen, mehrere Umzüge im Einwanderungsland, Armut, alleinerziehende Eltern und/oder psychische Störungen der Eltern. Die psychischen Belastungsfaktoren, die insbesondere aus dem Migrations- bzw. Fluchterlebnis resultieren, wirken auch im Aufnahmeland über längere Zeit weiter (Vervliet, Lammertyn, Broekaert & Derluyn, 2014; Witt, Rassenhofer, Fegert & Plener, 2015).

### **Integrations- und Anpassungsdruck als psychischer Belastungsfaktor**

Im Zielland angekommen, kommen Faktoren zum Tragen, die zusammengefasst als „Akkulturationsstress“ bezeichnet werden können, der wiederum durch veränderte Lebensgewohnheiten oder Konflikte aufgrund unterschiedlicher Wertvorstellungen ausgelöst werden kann (Schellong, Epple & Weidner, 2016; Spallek & Razum, 2008). Besonders hervorzuheben sind dabei lange Asylverfahren und ungeklärte aufenthaltsrechtliche Situationen. Derartige psychische Belastungsfaktoren bergen möglicherweise sogar größere Risiken für gesundheitliche Probleme als einschneidende und traumatisierende Ereignisse vor und während einer Fluchterfahrung (Laban, Gernaat, Komproe & de Jong, 2009).

Die psychischen und psychosozialen Belastungen, die mit Integration und Anpassung im Aufnahmeland einhergehen, werden auch von theoretischen soziologischen Ansätzen zur Erklärung von Integrationsprozessen verdeutlicht. Ausgehend vom idealtypischen Race-Relation-Cycle der Vertreter der Chicagoer Schule Robert E. Park und Ernest W. Burgess (1921), der den Integrationsprozess im Sinne einer vollständigen Angleichung an die Aufnahmegesellschaft entlang der Phasen von Kontakt, Konkurrenz, Konflikt, Akkommodation und schließlich Assimilation beschreibt (Aumüller, 2009; Gestring, 2014; Grote, 2011; Oswald, 2007; Treibel, 2011), definierte beispielsweise Shmuel N. Eisenstadt (1954) die Bedingungen, unter denen Assimilation<sup>[7]</sup> stattfinden kann, weiter aus: Einwanderer/Einwanderinnen müssen sich von den Werten der alten Bezugsgruppe distanzieren (Desozialisation) und sich an den (Rollen-)Erwartungen der neuen Bezugsgruppe orientieren (Resozialisation bzw. „zweite Sozialisation“) (Treibel, 2011, S. 98). Als Folge der Auflösung der Primärgruppe während der

Desozialisation kann es zu Unsicherheit und Angst sowie persönlicher Desorganisation und mangelnder Übereinstimmung zwischen den Erwartungen der Aufnahmegesellschaft und jenen der Einwanderer/Einwanderinnen kommen. Außerdem muss sich die Sozialstruktur der Aufnahmegesellschaft ändern, damit sich die Einwanderer/Einwanderinnen in das Statussystem eingliedern können (Oswald, 2007; Treibel, 2011). Dies impliziert einen Wertewandel mit Zunahme von Anomien (Normbrüchen) und Spannungen zwischen gesellschaftlichen Gruppen. Aus diesen Gründen gelingen De- und Resozialisierung der ersten Generation kaum: Assimilation bleibt für Eisenstadt (1954) die Ausnahme, eine pluralistische Struktur (heterogene Struktur ethnischer Gruppierungen) hingegen bildet den Regelfall, der jedoch von der Aufnahmegesellschaft erst akzeptiert werden muss (Han, 2010; Treibel, 2011).

Der Grad der psychischen Belastung in Zusammenhang mit einer Integrationserfahrung hängt demnach auch von der Aufenthaltsdauer ab: Insbesondere in den ersten Jahren nach der Ankunft im Aufnahmeland kann es häufig zu Desillusionierung und Demoralisierung und damit auch zu wachsender Stressbelastung kommen. Eine darauf folgende Adaptions- und Stabilisationsphase führt zu einer Stressreduktion und damit auch zu mehr Wohlbefinden. Mit steigender Aufenthaltsdauer jedoch nehmen psychische Belastungen bei Migranten/Migrantinnen wieder zu, da oftmals ungünstiges Gesundheitsverhalten und ein nachteiliger Lebensstil übernommen und gleichzeitig Ressourcen aus sozialen Netzwerken (etwa innerhalb der ethnischen Gemeinschaft) und kulturellen Traditionen vernachlässigt werden (Kirkcaldy, Wittig, Furnham, Merbach & Siefen, 2006). Hinzu kommen auch Ausgrenzung und Marginalisierung im Aufnahmeland sowie Unsicherheiten etwa in Bezug auf die aufenthaltsrechtliche Situation, die ihrerseits auch den Zugang zum Gesundheitswesen beeinflussen kann, als weitere verstärkende psychische Belastungsfaktoren (Jakobsen, Meyer DeMott, Wentzel-Larsen & Heir, 2017; Schellong, Epple & Weidner, 2016; Schouler-Ocak, Aichberger, Penka, Kluge & Heinz, 2015; Spallek & Razum, 2008).

Hinzu kommen Barrieren im Gesundheitswesen, denen Migranten/Migrantinnen gegenüberstehen: So etwa schränken mangelnde Sprach- und Systemkenntnisse, eine ausschließliche Ausrichtung auf die Mehrheitsbevölkerung oder geringe bzw. fehlende soziale Netzwerke von Migranten/Migrantinnen im Aufnahmeland die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ein (Biffel, 2007; Marik-Lebeck & Wisbauer, 2010; Schellong, Epple & Weidner, 2016; Spallek & Razum, 2008). Außerdem gestalten sich Erkennung und Behandlung von psychischen Belastungen bei Migranten/Migrantinnen und Flüchtlingen im Besonderen durch sprachliche und kulturelle Unterschiede, insbesondere in Bezug auf Bewältigungsstrategien und Inanspruchnahme von Hilfe, sehr schwierig (Kirmayer et al. 2011).

Bedeutend für die Integration ist jedoch auch der Aufbau sozialer Netzwerke und Beziehungen, denn durch Kontakte zur Aufnahmegesellschaft werden jene Ressourcen erworben, die für erfolgreiche Alltagsgestaltung und beruflichen Aufstieg notwendig sind. Gleichzeitig aber ist zu betonen, dass soziales Kapital innerhalb ethnischer Gemeinschaften eine Ressource darstellt, die sich aus Werten, Solidarität, Reziprozität und Vertrauen speist (Haug, 2003; Piracha, Tani & Vaira-Lucero, 2016).

### **Migrations- und kulturspezifische Besonderheiten im Gesundheitsverhalten**

Gesundheitsrelevantes Verhalten ist stark kulturell geprägt. Während in „westlichen“ Gesellschaften Krankheit auf einem biologisch-technischen Konzept beruht und Krankheit vorrangig im Körper lokalisiert wird, steht in anderen Gesellschaften nicht primär das physische Subjekt im Fokus. Vielmehr geht es um „soziale Körper“, die nicht abgetrennt vom kollektiven Wertesystem betrachtet werden können. Die Krankheitsursache liegt dann nicht mehr innerhalb des Individuums, sondern (auch) außerhalb, etwa bei der Störung der sozialen Ordnung aufgrund von Neid, Eifersucht, Missachtung von Gastfreundschaft oder Respektlosigkeit gegenüber Ahnen (Binder-Fritz, 2009). Auch die Ernährungsweisen sind kulturspezifisch geprägt und werden häufig von religiösen Nahrungstabus sowie Bräuchen und Ritualen beeinflusst (Adam & Stülb, 2009).

Dies legt nahe, dass sich die Körperwahrnehmung und der Umgang mit Körper und Seele kulturspezifisch unterscheiden. Hinzu kommen kulturell geprägte Aspekte in Bezug auf Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis, Vorstellungen über Genesung und Heilung aber auch in Bezug auf die Wahrnehmung und Kommunikation von Schmerzen und Gesundheitsproblemen. Nichtsdestotrotz muss vermieden werden, dass es zu so genannter Kulturalisierung kommt: Kultur und kulturelle Identitäten sind keine absoluten oder statischen Größen – vielmehr handeln und interagieren Menschen aufgrund ihrer Orientierungen, die sie im Laufe ihres Lebens erworben haben und die sie aufgrund ihrer Erfahrungen auch laufend adaptieren (wie etwa im Fall einer Migrationserfahrung). Dieser Gedanke wird vom Konzept der transkulturellen Kompetenz aufgegriffen, das davon ausgeht, dass Menschen sich laufend Neues aneignen und dadurch auch ihre (kulturell geprägten) Deutungen und Handlungsweisen verändern (Pfabigan, 2009).

### **Gesundheitliche Ungleichheit als Folge sozialer Ungleichheit**

Wie bereits dargestellt wurde, finden sich Migranten/Migrantinnen und insbesondere Neuzuwanderer/Neuzuwanderinnen im Zielland häufig in nachteiligeren sozialen Positionen wieder. Sozio-ökonomische Benachteiligungen wiederum können sich negativ auf die

Gesundheit auswirken (Biffli, 2007; Marik-Lebeck & Wisbauer, 2010): Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen – darunter Personen mit niedrigem Ausbildungs- und/oder Einkommensniveau, Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdete, Erwerbslose – beurteilen ihren Gesundheitszustand deutlich häufiger als schlecht oder sehr schlecht und sind häufiger von chronischen Erkrankungen betroffen (STATISTIK AUSTRIA, Bundesanstalt Statistik Österreich, 2015b, 2015c). Es liegt daher nahe, dass Personen mit Migrationshintergrund auch aufgrund häufiger ungünstiger Lebens- und Arbeitsbedingungen in höherem Ausmaß gesundheitlich benachteiligt sind als Personen ohne Migrationshintergrund.

Die österreichische Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 2014 erlaubt eine nach Migrationshintergrund differenzierte Betrachtung der Häufigkeit selbstberichteter Gesundheitsprobleme. In Bezug auf körperliche Problematiken gestaltet sich die gesundheitliche Situation von Migranten/Migrantinnen sehr differenziert: So etwa berichteten sowohl Frauen wie auch Männer mit Herkunft aus der Türkei oder einem Land des ehemaligen Jugoslawiens in weit höherem Ausmaß von chronischen Rücken- oder Nackenschmerzen oder Arthrose als Personen ohne Migrationshintergrund, was nicht zuletzt mit körperlichen Arbeitsbelastungen zu tun hat, denen diese Personengruppe zu einem hohen Ausmaß als ehemalige Gastarbeiter/innen ausgesetzt war. Dies gilt hingegen nicht für andere Migranten/Migrantinnengruppen, bei denen derartige Gesundheitsprobleme teils deutlich seltener vorkommen als unter Personen ohne Migrationshintergrund. Für psychische und stressassoziierte Gesundheitsprobleme hingegen ergibt sich jedoch ein eindeutiges Bild: Personen mit Migrationshintergrund berichten unabhängig von ihrer Herkunft<sup>[8]</sup> deutlich häufiger etwa von Depressionen oder chronischen Kopfschmerzen (STATISTIK AUSTRIA, Bundesanstalt Statistik Österreich, 2017b).

Migrations-, integrations- und schichtspezifische Einflussfaktoren wirken jedoch nicht nur auf den Gesundheitszustand, sondern auch auf das Gesundheitsverhalten. In Bezug auf Personen mit Migrationshintergrund kann gesagt werden: Personen mit ausländischer Herkunft nehmen deutlich seltener Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch, verfügen seltener über einen aufrechten Impfschutz und gehen häufiger trotz eines Gesundheitsproblems nicht zum (Zahn-) Arzt (STATISTIK AUSTRIA, Bundesanstalt Statistik Österreich, 2012, 2017b). Ein wesentlicher Erklärungsfaktor dafür liegt in mangelndem Systemwissen über das österreichische Gesundheitswesen, seine Funktionsweisen und Leistungen, sowie auch in den bereits beschriebenen Zugangsbarrieren etwa in Form von mangelnden Sprachkenntnissen.

Auch das individuelle Gesundheitsverhalten ist von einem sozialen Gradienten gekennzeichnet: Soziale Benachteiligungen und soziale Isolation gehen beispielsweise häufig mit ungesundem Ernährungsverhalten und körperlicher Inaktivität einher, was wiederum negativ auf den Gesundheitszustand wirkt. Die Erklärungen dafür sind mehrschichtig und beziehen sich auf motivationale Komponenten schichtspezifischer Lebensstile, Merkmale der Berufstätigkeit

oder Mechanismen zur Bewältigung von Stress und psychosozialen Belastungen. Nicht zuletzt aber eröffnen Beruf und Einkommen finanzielle Ressourcen, die Voraussetzung für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil sind (z. B. Kauf frischer und hochwertiger Lebensmittel, Mitgliedschaft und Erreichbarkeit von Sportvereinen) (Meyers, 2008).

### Schlussfolgerungen und Implikationen

Die Betrachtung der komplexen Zusammenhänge von Migration, Integration, Gesundheit und Gesundheitsverhalten, sozialer Lage und kultureller Zugehörigkeit zeigt, dass es sich hier in besonders starkem Ausmaß um intersektionale Problemlagen handelt, deren Ursachen aufeinander verstärkend wirken (Aulenbacher & Riegraf, 2012; Degele & Winker, 2011). Der vorliegende Beitrag verdeutlicht die Wechselwirkungen zwischen sozialer Integration und psychischer Gesundheit: Einerseits wirken sowohl das Verlassen des gewohnten sozialen Umfelds wie auch die Anforderungen in Zusammenhang mit Anpassungen an die Aufnahmegesellschaft, sozialer Ausgrenzung, Verständigungsschwierigkeiten aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse oder unsicheren aufenthaltsrechtlichen Situationen als psychische Belastungsfaktoren negativ auf die Gesundheit. Andererseits sind es migrationsspezifische Gesundheitsbelastungen wie z. B. traumatisierende Erlebnisse in Folge von Krieg, Verfolgung oder Flucht, die die Integration stark erschweren.

Diese Betrachtung verdeutlicht aber auch Handlungsfelder sowohl für Gesundheits- wie auch Integrationspolitik, von denen einige zentrale hier exemplarisch genannt werden. Dazu zählen auf Ebene der Gesundheitspolitik allen voran Förderung und Ausbau von Angeboten im Bereich der transkulturellen Psychotherapie. Dabei geht es einerseits um die Integration der Konzepte transkultureller Kompetenz in psychotherapeutische Ausbildungen und Angebote (siehe auch Koch, 2009). Andererseits können durch verstärkte Einbindung von Migranten/Migrantinnen in psychotherapeutische Ausbildungen aber auch deren Sprachkompetenzen und kulturelles Hintergrundwissen als Ressource nutzbar gemacht werden. Die verstärkte Vermittlung kulturspezifischer Hintergründe und Besonderheiten in Bezug auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten (z. B. Ethnomedizin) ist jedoch in allen ärztlichen Ausbildungen essentiell, um bestmöglich mit migrationspezifischen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung umgehen zu können.

Zentral ist vor allem aber auch die Sicherstellung der Leistbarkeit und Erreichbarkeit von psychotherapeutischen Angeboten für die Zielgruppe (siehe auch Flory & Krebs, 2016). Ein weiteres Handlungsfeld auf Ebene der Gesundheitspolitik liegt in der Förderung von Gesundheitskompetenz und Systemwissen der Migranten/Migrantinnen, denn darin liegt die Voraussetzung für entsprechendes Inanspruchnahmeverhalten. Unter Berücksichtigung

positiver Selbstselektionsmechanismen in Bezug auf Gesundheit und Migration sind es vor allem ressourcenorientierte, aber auch zielgruppenspezifische Ansätze der Gesundheitsförderung, die im Migrations- bzw. Fluchtkontext von Bedeutung sind.

Auf Ebene der Integrationspolitik gilt es, möglichst rasche Verfahren zur Klärung von aufenthaltsrechtlichen Unsicherheiten sicherzustellen. Ebenso ist es von zentraler Bedeutung, ein Angebot an Sprachkursen (insbesondere über Anfänger-Niveau hinausgehende Maßnahmen) zu schaffen, welche das frühzeitige und umfassende Sprachlernen ermöglichen. Wesentlich sind aber auch Maßnahmen, die soziale Ausgrenzung verhindern und zur sozialen Integration, insbesondere der strukturellen Eingliederung z. B. in Sport- oder Kulturvereine, beitragen (Faustmann, 2017). Integrationspolitische Maßnahmen sind auch aus einer Perspektive der Gesundheitsförderung und -versorgung heraus zu betrachten: Ein wichtiger Ansatzpunkt für die Bewältigung der Schwierigkeiten, mit denen z. B. traumatisierte Flüchtlinge zu kämpfen haben, ist die Herstellung einer gewissen alltäglichen Normalität, die Anerkennung, Arbeit, soziale Kontakte sowie selbstständige finanzielle Absicherung umfasst (Dünnwald, 2009).

Die Betrachtung der vielschichtigen Zusammenhänge von Migration und Gesundheit hat gezeigt, dass eine differenzierte Analyse des physischen und psychischen Gesundheitszustands von Migranten/Migrantinnen nicht zuletzt aufgrund der großen Heterogenität der Migrationsbevölkerung erforderlich ist. Gleichzeitig ist sicherzustellen, dass es bei der Erklärung der gesundheitlichen Situation von Migranten/Migrantinnen nicht zu einer Überlagerung durch Faktoren der kulturellen Zugehörigkeit (Kulturalisierung) kommt (siehe auch Müller, 2009). Demgegenüber bräuchte es sowohl gesundheits- wie auch integrationspolitische Ansätze, die auch die Ressourcen und Resilienzfaktoren, die Migranten/Migrantinnen mitbringen und besitzen, in den Vordergrund stellen und weiter fördern.

#### Anmerkungen

- [1] 2014 gab es bereits einen deutlichen Anstieg von Asylwerber/innen, insbesondere aus Syrien (7.730) und Afghanistan (5.076) (STATISTIK AUSTRIA, Bundesanstalt Statistik Österreich, 2015a).
- [2] Zuzüge minus Wegzüge
- [3] Hier wird nicht das Differenzierungsmerkmal der Staatsbürgerschaft herangezogen, sondern des Geburtslandes. Personen mit Migrationshintergrund sind laut Definition der United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) Personen, die selbst oder deren beiden Eltern im Ausland geboren wurden. So wird auch die zweite Migrationsgeneration erfasst.
- [4] Die Integrationsindikatoren der STATISTIK AUSTRIA differenzieren zwischen Migranten/Migrantinnen mit Herkunft aus anderen EU-Ländern (Beitritt vor und nach 2004), der Türkei, Ländern des ehemaligen Jugoslawiens und „sonstigen Staaten“, zu denen die Herkunftsländer der aktuellen Flüchtlingsmigration gehören.
- [5] Niedriglohnsektor: Stundenlohn der unselbstständig Beschäftigten (mindestens 12 Wochenstunden) unter 66,7% des Medians.

- [6] World Health Organization. (1948). Preamble to the Constitution of the WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- [7] Eisenstadt (1954) bezeichnet den Begriff der Assimilation als Absorption.
- [8] Eine Ausnahme bilden Personen aus „alten“, also vor 2004 beigetretenen EU-Ländern, die ähnliche Werte wie Personen ohne Migrationshintergrund aufweisen.

## Literatur

- Adam, Y. & Stülb, M. (2009). Brauchen wir spezifisches Wissen in der medizinischen Versorgung von Migrant/innen? Qualifizierungsangebote zur transkulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen. In É. Rásky (Hrsg.), *Gesundheit hat Bleiberecht – Migration und Gesundheit* (S. 87-96). Wien: facultas.wuv.
- Ameskamp, D., Kuhlmann, T., Leicht, A., Meyer-Thompson, H.-G., Quellhorst, S., Tretter, F. & Wessel, T. (2016). *Flüchtlinge und (Opioid-)Abhängigkeit: Die Hürden zur Behandlung*. Zugriff am 28.09.2017. Verfügbar unter <http://www.sucht.org/angebote/publikationen/thema/?Fsize=0>
- Aulenbacher, B. & Riegraf, B. (2012). *Intersektionalität und soziale Ungleichheit*. Zugriff am 12.12.2017. Verfügbar unter <http://portal-intersektionalitaet.de/theoriebildung/schluesseletexte/aulenbacherriegraf/>
- Aumüller, J. (2009). *Assimilation – Kontroversen um ein migrationspolitisches Konzept*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Biffi, G. (2007). Sozialhilfe – Armutsbekämpfung an der Schnittstelle zum Arbeitsmarkt. *WIFO-Monatsberichte*, 80(9), 731–746.
- Binder-Fritz, C. (2009). Soziale und kulturelle Matrix von Gesundheit und Krankheit. In É. Rásky (Hrsg.), *Gesundheit hat Bleiberecht – Migration und Gesundheit* (S. 28-44). Wien: facultas.wuv.
- Bundesministerium für Inneres. (2017). *Asyl. Statistiken*. Zugriff am 12.12.2017. Verfügbar unter <http://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/>
- BundesPsychotherapeutenKammer. (2015). *Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen*. BPtK Standpunkt September 2015. Berlin. Zugriff am 28.09.2017. Verfügbar unter [http://www.bptk.de/uploads/media/20150916\\_BPtK-Standpunkt\\_psychische\\_Erkrankungen\\_bei\\_Fluechtlingen.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/20150916_BPtK-Standpunkt_psychische_Erkrankungen_bei_Fluechtlingen.pdf)
- Degele, N. & Winker, G. (2011). Intersektionalität als Beitrag zu einer gesellschaftstheoretisch informierten Ungleichheitsforschung. *Berliner Journal für Soziologie* 21(1), 69–90.
- Dünnwald, S. (2009). Asyl und Trauma und der Flüchtling als Fremder. In E. Koch & M.J. Müller (Hrsg.), *Asyl und Psychiatrie* (S. 33-48). Freiburg: Lambertus.
- Eisenstadt, S.N. (1954). *The Absorption of Immigrants*. London: Routledge and Kegan Paul.

- Faustmann, A. (2017). Zur Rolle von Freizeitvereinen für die soziale Integration von MigrantInnen in Österreich. *SWS Rundschau*, 57(4), 373-394.
- Fazel, M., Reed, R.V., Panter-Brick, C. & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*, 279(9812), 266-282.
- Flick, U. (2011). *Triangulation. Eine Einführung* (3. aktualisierte Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Flory, L. & Krebs, D. (2016). Psychosoziale Versorgung der Menschen auf der Flucht. *Journal Gesundheitsförderung*, 4(3), 34-39.
- Fuchs-Heinritz, W., Lautmann, R., Rammstedt, O. & Wienold, H. (1995). *Lexikon zur Soziologie*. (3. Auflage). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Gestring, N. (2014). Was ist Integration? In P. Gans (Hrsg.). *Räumliche Auswirkungen der internationalen Migration* (S. 78-91). Hannover: Forschungsberichte der ARL 3.
- Grote, M. (2011). *Integration von Zuwanderern: Die Assimilationstheorie von Hartmut Esser und die Multikulturalismustheorie von Seyla Benhabib im Vergleich*. Bremen: Migremus Arbeitspapiere Nr 2/2011.
- Han, P. (2010). *Soziologie der Migration*. Stuttgart: UTB.
- Haug, S. (2003). Interethnische Freundschaftsbeziehungen und soziale Integration. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 55(4), 716-736.
- Jakobsen, M., Meyer DeMott, M.A., Wentzel-Larsen, T. & Heir, T. (2017). The impact of the asylum process on mental health: a longitudinal study of unaccompanied refugee minors in Norway. *BMJ Open*, 7(6), 1-8.
- Jensen, T.K., Bjorgo Skardalsmo, E.M. & Fjermestad, K.W. (2014). Development of mental health problems – a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(29), 1-10.
- Kirkcaldy, B., Wittig, U., Furnham, A., Merbach, M. & Siefen, R.G. (2006). Migration und Gesundheit – Psychosoziale Determinanten. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49(9), 873-883.
- Kirmayer, L.J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A.G., Guzder, J. et al. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), 959-967.
- Koch, E. (2009). Patienten im Asylverfahren in der Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Marburg. In E. Koch & M.J. Müller (Hrsg.), *Asyl und Psychiatrie* (S. 97-117). Freiburg: Lambertus.

- Kuhn, S. (2004). Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzabhängigkeit: Eine Literaturübersicht. *Suchttherapie*, 5(3), 110–117.
- Laban, K.J., Gernaat, H.B.P.E., Komproe, I.H. & de Jong, J.T.V.M. (2009). Die Auswirkungen eines langen Asylverfahrens auf die Gesundheit von Asylwerbern – Eine Untersuchung unter irakischen Asylbewerbern in den Niederlanden. In M.J. Müller (Hrsg.), *Asyl und Psychiatrie* (S. 79-95). Freiburg: Lambertus.
- Marik-Lebeck, S. & Wisbauer, A. (2010). Migrantinnen. In Bundesministerium für Frauen und Öffentlichen Dienst im Bundeskanzleramt Österreich (Hrsg.), *Frauenbericht 2010. Bericht betreffend die Situation von Frauen in Österreich im Zeitraum 1998 bis 2008*, (S. 323-397). Wien: Bundesministerium für Frauen und Öffentlichen Dienst im Bundeskanzleramt Österreich.
- Meyers, S. (2008). Soziale Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheitsverhalten. In U. Bauer, U.H. Bittlingmayer & M. Richter (Hrsg.), *Health Inequalities – Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (S. 257-270). Wiesbaden: VS Verlag.
- Müller, M.J. (2009). Asyl und Psychiatrie. In E. Koch & M.J. Müller (Hrsg.), *Asyl und Psychiatrie* (S. 13-21). Freiburg: Lambertus.
- Oswald, I. (2007). *Migrationssociologie*. Konstanz: UTB.
- Park, R.E. & Burgess, E.W. (1921). *Introduction to the Science of Sociology*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Pfabigan, D. (2009). Prinzipien der gesundheitlichen Versorgung für MigrantInnen – transkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen. In É. Rásky (Hrsg.), *Gesundheit hat Bleiberecht – Migration und Gesundheit* (S. 72-86). Wien: facultas wuv.
- Piracha, M., Tani, M. & Vaira-Lucero, M. (2016). Social capital and immigrants' labour market performance. *Papers in Regional Science*, 95(1), 107-126.
- Razum, O. (2009). Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In M. Richter, M. & K. Hurrelmann, K. (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. (S. 267-282). Wiesbaden: VS Verlag.
- Reinprecht, C. & Latcheva, R. (2016). Migration: Was wir nicht wissen. Perspektiven auf Forschungslücken. (Sonderheft). *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 41(2), 1-13.
- Schellong, J., Epple, F. & Weidner, K. (2016). Psychosomatik und Psychotraumatologie bei Geflüchteten und Migranten. Herausforderungen für den Internisten. *Der Internist*, 57(5), 434-443.
- Schouler-Ocak, M., Aichberger, M.C., Penka, S., Kluge, U. & Heinz, A. (2015). Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 58(6), 527-532.

- Seglem, K.B., Oppedal, B. & Roysamb, E. (2014). Daily hassles and coping dispositions as predictors of psychological adjustment: A comparative study of young unaccompanied refugees and youth in the resettlement country. *International Journal of Behavioral Development*, 38(3), 293-303.
- Spallek, J. & Razum, O. (2008). Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In U. Bauer, U.H. Bittlingmayer & M. Richter (Hrsg.), *Health Inequalities – Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (S. 271-288). Wiesbaden: VS Verlag.
- STATISTIK AUSTRIA. Bundesanstalt Statistik Österreich. (2012). migration & integration. zahlen. daten. indikatoren 2012. Zugriff am 07.02.2018. Verfügbar unter [https://www.oew.ac.at/fileadmin/kommissionen/KMI/Dokumente/Migration\\_und\\_Integration\\_Zahlen\\_Daten\\_Indikatoren/statistisches\\_jahrbuch\\_2012.pdf](https://www.oew.ac.at/fileadmin/kommissionen/KMI/Dokumente/Migration_und_Integration_Zahlen_Daten_Indikatoren/statistisches_jahrbuch_2012.pdf)
- STATISTIK AUSTRIA. Bundesanstalt Statistik Österreich. (2015a). migration & integration. zahlen. daten. indikatoren 2015. Zugriff am 12.12.2017. Verfügbar unter [file:///D:/Downloads/migration\\_und\\_integration\\_2015.pdf](file:///D:/Downloads/migration_und_integration_2015.pdf)
- STATISTIK AUSTRIA. Bundesanstalt Statistik Österreich. (2015b). Lebensbedingungen in Österreich – ein Blick auf Erwachsene, Kinder und Jugendliche sowie (Mehrfach-)Ausgrenzungsgefährdete. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Zugriff am 07.02.2018. Verfügbar unter [https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/5/0/9/CH3434/CMS1452073934480/soziale-themen\\_sozialpolitische-analysen\\_armut-lebensbedingungen\\_eu-silc-studie.pdf](https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/5/0/9/CH3434/CMS1452073934480/soziale-themen_sozialpolitische-analysen_armut-lebensbedingungen_eu-silc-studie.pdf)
- STATISTIK AUSTRIA. Bundesanstalt Statistik Österreich. (2015c). Tabellenband EU-SILC 2014 – Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Zugriff am 07.02.2016. Verfügbar unter [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/armut\\_und\\_soziale\\_eingliederung/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/armut_und_soziale_eingliederung/index.html)
- STATISTIK AUSTRIA. Bundesanstalt Statistik Österreich. (2016). migration & integration. zahlen. daten. indikatoren 2016. Zugriff am 12.12.2017. Verfügbar unter [file:///D:/Downloads/migration\\_und\\_integration\\_2016.pdf](file:///D:/Downloads/migration_und_integration_2016.pdf)
- STATISTIK AUSTRIA. Bundesanstalt Statistik Österreich. (2017a). Wanderungen. Zugriff am 12.12.2017. Verfügbar unter [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/wanderungen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/wanderungen/index.html)
- STATISTIK AUSTRIA. Bundesanstalt Statistik Österreich. (2017b). migration & integration. zahlen. daten. indikatoren 2017. Zugriff am 12.12.2017. Verfügbar unter [file:///D:/Downloads/migration\\_und\\_integration\\_2017.pdf](file:///D:/Downloads/migration_und_integration_2017.pdf)
- Treibel, A. (2011). *Migration in modernen Gesellschaften – Soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeit und Flucht*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Vervliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E. & Derluyn, I. (2014). Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(5), 337-346.

Walg, M., Fink, E., Großmeier, M., Temprano, M. & Hapfelmeier, G. (2017). Häufigkeit psychischer Störungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Deutschland. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 45(1), 58-68.

Witt, A., Rassenhofer, M., Fegert, J.M. & Plener, P.L. (2015). Hilfebedarf und Hilfsangebote in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen – Eine systematische Übersicht. *Kindheit und Entwicklung*, 24(4), 209-224.

### Angaben zu der Autorin

**Anna Faustmann** studierte Soziologie an der Karl-Franzens-Universität Graz und der University of Wisconsin-Eau Claire. Sie ist seit 2009 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Department für Migration und Globalisierung der Donau-Universität Krems mit Forschungsschwerpunkten auf Migration und Integration im Kontext von Arbeitsmarkt-, Gesundheits- und Sozialsystemen.

**Kontakt:** [anna.faustmann@donau-uni.ac.at](mailto:anna.faustmann@donau-uni.ac.at)

### Zitationsempfehlung

Faustmann, A. (2018). Psychische Gesundheit im Kontext von Migration und Flucht – eine integrationswissenschaftliche Perspektive. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 5(2), 56-72. Zugriff am 15.11.2017. Verfügbar unter <http://www.resonanzenjournal.org>