

Aus der LVR-Klinik Köln, Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität zu Köln
Ärztliche Direktorin: Professorin Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank

**Soziale Determinanten für die psychische
Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland –
Der Einfluss postmigratorischer sozialer
Belastungen und Ressourcen auf
Psychopathologie und Inanspruchnahme von
Versorgungsleistungen**

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Jonas Schaffrath
aus Mainz

promoviert am 11. Dezember 2025

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln
Druckjahr 2026

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. G. R. Fink

1. Gutachterin: Professorin Dr. med. E. Gouzoulis-Mayfrank
2. Gutachter: Professor Dr. rer. nat. J. Daumann

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich Unterstützungsleistungen von folgenden Personen erhalten:

Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank

Dr. Mario Schmitz-Buhl

Dr. Ali Kemal Gün

Weitere Personen waren an der Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin/eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

Die Dissertationsschrift wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Erklärung zum eigenen Anteil an der Dissertation:

Die für diese Arbeit durchgeführten Fragebogenerhebungen habe ich in enger Koordination mit Professorin Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank sowie den behandelnden Ärzt*innen und Psycholog*innen auf Stationen und in Ambulanzen der LVR-Klinik Köln, sowie in Unterkünften für Geflüchtete in Köln in Abstimmung mit den zuständigen Unterkunftsleitungen und Sozialarbeiter*innen selbstständig durchgeführt. Die Zusammenstellung des Datensatzes

aus dem Krankenhausinformationssystem der LVR-Klinik Köln erfolgte durch die Mitarbeiter*innen der EDV-Abteilung der Klinik. Die Datenanalyse erfolgte selbstständig durch mich mithilfe von IBM SPSS Statistics Version 26 und Microsoft Excel Version 16.0. Die Interpretation der Ergebnisse und das Erstellen des Manuskripts, welches in der Fachzeitschrift PPMP veröffentlicht wurde, erfolgte federführend durch mich in Erstautor*innenschaft in enger Zusammenarbeit mit den Co-Autor*innen. Die Erstellung der Abbildungen erfolgte in eigenständiger Arbeit durch mich.

Erklärung zur guten wissenschaftlichen Praxis:

Ich erkläre hiermit, dass ich die Ordnung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zum Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten (Amtliche Mitteilung der Universität zu Köln AM 132/2020) der Universität zu Köln gelesen habe und verpflichte mich hiermit, die dort genannten Vorgaben bei allen wissenschaftlichen Tätigkeiten zu beachten und umzusetzen.

Köln, den 28.08.2025

Unterschrift:

Danksagung

Ich danke den Teilnehmenden der Fragebogenerhebungen, die mir trotz ihrer herausfordern- den Lebenssituation als geflüchtete Menschen im Exilland und teilweise psychisch Erkrankte mit beeindruckender Offenheit und Vertrauen zum Zwecke der Studie Einblick in ihr Leben gegeben haben.

Mein ganz besonderer Dank gilt Frau Professorin Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank und Dr. Mario Schmitz-Buhl für ihre engagierte und ermutigende Unterstützung und das mir von ihnen entgegengebrachte Vertrauen während des Forschungsprojektes und dem Verfas- sen der Dissertation.

Neben den professionellen Sprach- und Integrationsmittler*innen der LVR-Klinik Köln danke ich besonders den Laiendolmetscher*innen Alaa, Farhad, Kevork, Alahyari, Fariba, Miran, Herr Lindauer, Anna, Ana, Flamur und Dritan, ohne die die Durchführung der Studie nicht möglich gewesen wäre.

Ich danke den Mitarbeitenden der LVR-Klinik Köln, die mich auf vielfältige Weise bei dem Pro- jekt unterstützt haben, vor allem Berit Bleicher, Ali Kemal Gün und Franziska Meiners.

Zur Vorbereitung der Fragebogenerhebungen in den Unterkünften für Geflüchtete in Köln er- hielt ich sehr entgegenkommende Unterstützung von vielen Mitarbeitenden der Trägerorgani- sationen, von Unterkunftsleitungen und Sozialarbeiter*innen, wofür ich mich herzlich bedanke.

Ich danke ferner Professor Dr. med. Oliver Fricke, Maren Mütter, Gabi Klein von der Kölner Freiwilligenagentur und Claus-Ulrich Prölß vom Kölner Flüchtlingsrat für Anregungen und praktische Einschätzungen zu dem Forschungsprojekt. Drs. Jan Rodenburg, PD Dr. Mathis Schick, PD Dr. phil. Naser Morina, Zachary Steel, Ph.D M.Clin.Psych., sowie Robert D. Schweitzer, Ph.D. danke ich für den kollegialen Austausch und die freundliche Bereitstellung von übersetzten Erhebungsinstrumenten. Den Mitarbeiter*innen des Instituts für Medizinische Statistik und Bioinformatik der Universität zu Köln danke ich für die statistische Beratung bei der Vorbereitung des Promotionsprojektes.

Für die finanzielle Förderung durch das Köln Fortune Programm danke ich der Universität zu Köln und den zuständigen Mitarbeiter*innen.

Ich danke Corinna Schindler für die viele oft nicht sichtbare Sorgearbeit und dafür, dass sie da ist.

Meinen Eltern Cornelia und Josef Schaffrath gewidmet.

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	8
1. ZUSAMMENFASSUNG	9
2. EINLEITUNG	10
2.1. Fluchtmigration und Gesundheit	10
2.1.1. Hintergrund und Relevanz	10
2.1.2. Formelle Grundlagen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten	11
2.2. Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten	12
2.2.1. Internationale Studienlage	13
2.2.2. Studienlage im deutschsprachigen Raum	14
2.2.3. Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung und Prävalenz psychischer Störungen in Inanspruchnahme-Populationen	14
2.3. Determination psychischer Gesundheit geflüchteter Menschen	16
2.3.1. Prä- und perimigratorische Einflussfaktoren	16
2.3.2. Postmigratorische Determinanten in der internationalen Studienlage	17
2.3.3. Studienlage im deutschsprachigen Raum	20
2.3.4. Postmigratorische Ressourcen und Resilienz	21
2.4. Fragestellungen und Ziel der Arbeit	22
3. PUBLIKATION	23
4. DISKUSSION	33
4.1. Zusammenfassung der Ergebnisse	33
4.2. Diskussion der Ergebnisse	33
4.2.1. Prävalenzen von Psychopathologie und Suizidalität	33
4.2.2. Soziodemografie	34
4.2.3. Migration und aktueller Aufenthalt	36
4.2.4. Potentielle Traumatisierung	37
4.2.5. Postmigratorische soziale Determinanten für Psychopathologie und Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung	38
(1) Postmigratorische Stressoren und Ressourcen	38

(2)	Soziales Umfeld, Einsamkeit und Wohnsituation	39
(3)	Aufenthaltsstatus	42
(4)	Arbeitserlaubnis und Arbeitsumfeld	44
(5)	Diskriminierungserfahrungen	44
4.3.	Limitationen und Stärken	45
4.4.	Schlussfolgerung und Ausblick	47
5.	LITERATURVERZEICHNIS	51
6.	ANHANG	57

Abkürzungsverzeichnis

AsylbLG	Asylbewerber-Leistungsgesetz
CHAID	Chi-squared Automatic Interaction Detection
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HTQ	Harvard Trauma Questionnaire
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
LGBTQIA+	Kurzform für viele Geschlechter, Geschlechtsidentitäten und sexuelle Orientierungen: Lesbisch, schwul, bisexuell, trans*, queer, inter- und asexuell (engl. lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, intersexual und asexual)
MD	Major Depression
PHQ-9	Kurzform des Patient Health Questionnaire PHQ-D, Modul zur Erfassung depressiver Störungen
PMLD	Post-migration Life Difficulties, Checkliste für postmigratorische Stressoren
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung (engl. PTSD)
PTE	Potentially Traumatic Events (engl. für potentiell traumatische Ereignisse)
SCL-K9	Kurzform der Symptom-Checkliste-90-R zur Erfassung körperlicher und psychischer Symptombelastung
UNHCR	Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen

1. Zusammenfassung

Hintergrund: Menschen mit Fluchterfahrungen zeigen höhere Prävalenzen psychischer Erkrankungen als die Allgemeinbevölkerung. Die psychische Gesundheit von Geflüchteten wird durch vielfältige prä-, peri- und postmigratorische Faktoren beeinflusst. Jüngere Forschungsergebnisse weisen diesbezüglich auf die wichtige Rolle sozialer Einflussfaktoren im Exilland hin. Unklar bleibt bislang weitestgehend, wie diese postmigratorischen sozialen Determinanten die Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung beeinflussen. Ziel der vorliegenden Arbeit war es entsprechend, in einer vergleichenden Studie unter in Köln lebenden Geflüchteten den Einfluss postmigratorischer sozialer Faktoren auf Psychopathologie und Inanspruchnahme-Verhalten zu untersuchen.

Methodik: In einer Fragebogenerhebung wurden zwischen September 2016 und August 2017 insgesamt 189 Geflüchtete aus einer klinischen Stichprobe in psychotherapeutisch-psychiatrischer Behandlung und einer Stichprobe ohne Behandlung verglichen. Hierbei wurde mittels statistischer Verfahren wie dem CHAID-Algorithmus der Einfluss sozialer Determinanten auf Psychopathologie und Inanspruchnahmeverhalten untersucht.

Ergebnisse: In der psychisch stark belasteten Gesamtstichprobe (54% PTBS- bzw. 41,4% Depressions-Symptomatik) waren die Patient*innen in allen psychometrischen Skalen (HTQ, SCL-K9, PHQ-9) sowie hinsichtlich traumatischer Erlebnisse schwerer betroffen als die Nicht-Patient*innen. Sie konnten darüber hinaus weniger auf Ressourcen wie ein soziales Netz oder Aufenthaltstitel zurückgreifen. Stärkster Prädiktor für eine psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlung war eine soziale Isolation im Wohnumfeld. Bei Patient*innen war fehlende Arbeitserlaubnis stärkster Prädiktor einer Depressionssymptomatik.

Fazit: Die Ergebnisse weisen hin auf die Bedeutung postmigratorischer sozialer Faktoren für die psychische Gesundheit geflüchteter Menschen. Trotz Limitationen in Studiendesign und Herausforderungen durch die vulnerable Studienpopulation lassen sich aus den diskutierten Ergebnissen Anhaltspunkte für eine künftige gesundheitsförderliche Asylpolitik, psychosoziale Unterstützung und weitere Forschungen ableiten. Besonders stabile soziale Beziehungen könnten zusammen mit formellen Faktoren wie Arbeitserlaubnis und Aufenthaltstitel dazu beitragen, psychische Belastung und Behandlungsbedürftigkeit bei geflüchteten Menschen zu senken.

2. Einleitung

2.1. Fluchtmigration und Gesundheit

2.1.1. Hintergrund und Relevanz

Ende 2016 waren mit mindestens 65,6 Millionen Menschen etwa 0,9% der Weltbevölkerung im eigenen Land vertrieben oder über dessen Grenzen hinaus auf der Flucht¹. In den folgenden Jahren konnten die größten Fluchtbewegungen seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs beobachtet werden, mit steigender Tendenz². Mehr als die Hälfte der transnational Geflüchteten weltweit im Jahr 2016 kamen aus Syrien (5,5 Mio.), Afghanistan (2,5 Mio.) und Südsudan (1,4 Mio.)¹.

Im Jahr 2016 stellten 722.370 Menschen einen Erstantrag auf Asyl in Deutschland. Die Hauptherkunftsländer waren hier Syrien (36,9%), Afghanistan (17,6%) und Irak (13,3%)³. Im Untersuchungszeitraum zwischen 01.09.2016 und 31.08.2017 stellten 272.031 Menschen einen Asyl-Erstantrag^{3,4}.

Die Verteilung von in Deutschland neu registrierten Asylsuchenden auf die einzelnen Bundesländer erfolgt gemäß §45 AsylG nach dem Königsteiner Schlüssel. Im Jahr 2016 wurden diesem entsprechend 21% der bundesweit registrierten Geflüchteten dem Land Nordrhein-Westfalen zugewiesen^{3,5}. Die Stadt Köln verzeichnete im September 2016 13.532 untergebrachte Geflüchtete, Asylsuchende, Personen mit Duldung, mit Aufenthaltstitel aus humanitären Gründen, aus Resettlement-Programmen sowie mit Aufenthaltserlaubnis, die noch in Einrichtungen der Gemeinde wohnten. Ein Jahr später war die Zahl auf 10.669 gesunken⁶. Im Februar 2017 lebten 34% dieser Menschen in Notunterkünften, größtenteils ohne eigenen Privatraum, wie z.B. in Turnhallen (18%)⁷.

Menschen können sich aus unterschiedlichen Gründen gezwungen sehen, ihre Heimat oder ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort zu verlassen und innerhalb ihres Herkunftsstaates oder über eine internationale Grenze zu flüchten. Die wichtigste internationale Vereinbarung zu Fluchtmigration, das Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge („Genfer Flüchtlingskonvention“) von 1951 zusammen mit dem ergänzenden „Protokoll über die Rechtsstellung der Flüchtlinge“ von 1967, definiert „Flüchtlinge“ über das Merkmal der „begründeten Furcht vor Verfolgung“ aufgrund rassistischer Motive, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder politischer Überzeugung und das Verlassen des Heimatlandes. Diese enge Definition ist vielfach als den modernen Fluchtbewegungen und ihren komplexen Ursachen nicht mehr angemessen kritisiert worden. Das UN-Flüchtlingskommissariat UNHCR beschreibt Zwangsmigration (*forced migration*) heute als die Migrationsbewegung insbesondere als Folge oder zur Vermeidung der Auswirkungen von bewaffneten Konflikten, Si-

tuationen allgemeiner Gewalt, Menschenrechtsverletzungen sowie natürlichen oder von Menschen verursachten Katastrophen⁸. Das UNHCR sowie jüngere multinationale Abkommen, etwa aus dem globalen Süden, fokussieren zunehmend die Tatsache, dass eine Person internationalen Schutz benötigt, weil ihr eigener Staat diesen nicht mehr garantieren kann oder will - Urheber der Verfolgung ist hierbei weniger ausschlaggebend⁹.

Während sich zum Zeitpunkt der vorliegenden Untersuchung die meisten transnational Geflüchteten weiterhin in Ländern mit geringem und mittlerem Einkommen aufhielten, etwa benachbarte Staaten ihrer Herkunftsländer, zeigte sich nach 2015 ein drastischer Rückgang der Zugangszahlen Asylsuchender in europäischen Staaten. Die Zahlen der über den Seeweg in Europa ankommenden Menschen auf der Flucht sanken (von 1.015.078 in 2015 auf 362.753 in 2016)¹⁰, bei gleichzeitigem Anstieg der Vermissten und Toten im Mittelmeer (von 3.771 in 2015 auf 5.096 in 2016)¹¹⁻¹⁴. Menschenrechtsorganisationen werteten dies nicht als Zeichen von Verbesserung der Verhältnisse in den Herkunftsländern, sondern als Folge einer restriktiven Migrationspolitik, und sahen das Grundrecht auf Asyl gefährdet. In Deutschland wurden mit dem 2016 verabschiedeten „Asylpaket II“ gleichzeitig deutliche Verschärfungen im Asylrecht wie beschleunigte Asylverfahren, die erleichterte Abschiebung auch psychisch erkrankter Menschen, die Aussetzung des Familiennachzuges bei subsidiär Schutzberechtigten oder Kürzungen bei den Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) durchgesetzt¹⁵.

2.1.2. Formelle Grundlagen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten

Die rechtliche Grundlage, auf der Geflüchtete in Deutschland zum Zeitpunkt der Untersuchung medizinisch und psychosozial versorgt werden konnten, war in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthaltes weitestgehend durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) gebildet. Nach §4 AsylbLG gibt es einen Kostenübernahmeanspruch nur bei „erforderlichen“ Behandlungen „akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“. Sonstige Leistungen zur „Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit“, unter die beispielsweise auch eine psychotherapeutische Behandlung fällt, „können“ nach §6 AsylbLG gewährt werden¹⁶. Die Entscheidung hierüber traf in der Regel fachfremdes Verwaltungspersonal der zuständigen Behörde¹⁷, auch mit der Folge von Verweigerung medizinischer Behandlung¹⁸. Fachverbände kritisierten, dass psychische Erkrankungen hierbei häufig nicht als akut behandlungsbedürftig eingeschätzt und Anträge auf Psychotherapie abgelehnt wurden - oder es wurde auf eine ausschließliche medikamentöse Behandlung verwiesen¹⁷.

Menschenrechtsorganisationen und die Bundesärztekammer kritisierten die Gesundheitsversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz als nicht mit Menschenwürde und Grundgesetz vereinbar¹⁹. Folge des Gesetzes seien agravierte Krankheitsverläufe, Chronifizierungen

und Todesfälle²⁰. Von manchen Autor*innen werden Restriktionen in der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden als Widerspruch zu den Prinzipien präventiver Medizin bezeichnet²¹. Selbst in europäischen Ländern mit weniger restriktivem Zugang zu Gesundheitsleistungen zeigten sich psychisch belastete Geflüchtete noch häufig unterdiagnostiziert und nicht adäquat behandelt²². Zudem zeigen Studien, dass die zum Untersuchungszeitraum praktizierte eingeschränkte Versorgung von Schutzsuchenden in Deutschland wesentlich teurer als eine Integration der Betroffenen in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherungen gewesen sein könnte²³.

Unter 412 Asylsuchenden und Geflüchteten in Baden-Württemberg zeigten 31% eine Unterversorgung in primärer und 32% in spezialisierter medizinischer Versorgung, 29% der Stichprobe hatten in den letzten 12 Monaten eine Notaufnahme aufgesucht²⁴.

In einigen Kommunen, darunter Bremen, Berlin und Köln, wurde schon bis 2016 die elektronische Gesundheitskarte (eGK) für Geflüchtete eingeführt, über die in Köln im April 2017 ca. 36% der registrierten Geflüchteten verfügten²⁵.

Für illegalisierte und geflüchtete Menschen ohne Papiere, die formell ebenfalls Anspruch auf Gesundheitsleistungen im Sinne Asylbewerberleistungsgesetz hätten, ergab sich durch die Übermittlungspflicht der Sozialämter an die Ausländerbehörde nach §87 AufenthG das Problem einer möglichen Abschiebung bei Beantragung eines Krankenscheines. Folglich war diesen Menschen der Zugang zur Gesundheitsversorgung noch weiter erschwert¹⁷.

Die rechtlichen Grundlagen zur psychosozialen Versorgung und Prävention von Geflüchteten gelten in großen Teilen zum Datum der Fertigstellung der vorliegenden Arbeit weiterhin, teils ist der Zugang zu Gesundheitsleistungen noch restriktiver geworden.

2.2. Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten

Die Studienlage zu psychischen Erkrankungen bei Menschen mit Fluchterfahrung ist aufgrund unterschiedlicher Stichproben, Definitionen und Untersuchungsmethoden von großer Heterogenität und daher schlechter Vergleichbarkeit gekennzeichnet²⁶. So können Unterschiede im Studiendesign 13% bzw. 28% der Varianzen der in verschiedenen Studien beobachteten PTBS- und Depressions-Prävalenzen erklären²⁷. Trotz der Exposition gegenüber einer Vielzahl an Risikofaktoren leiden die meisten Geflüchteten, die längerfristig im Exilland leben, nicht an einer psychischen Erkrankung – manche Autor*innen beobachten im Gegenteil eine bemerkenswerte Resilienz²⁸.

2.2.1. Internationale Studienlage

In drei großen Metaanalysen aus den 2000er-Jahren fanden sich kombinierte Prävalenzen von 9%²⁹, 36%³⁰ und 30,6%²⁷ für Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sowie 5%²⁹, 44%³⁰ und 30,8%²⁷ für Depression. Bei länger als 5 Jahre im Exilland lebenden Geflüchteten zeigten sich in einer Metaanalyse kombinierte Prävalenzraten (ohne Angabe der Prävalenzart) von 2,3-80% für Depression, 4,4-86% für PTBS und 20,3-88% für unspezifische Angststörungen, wobei die Prävalenzen zumeist im Bereich über 20% lagen³¹.

In einem systematischen Review von 15 eingeschlossenen Studien seit 2009 mit mehr als 100 Teilnehmenden mit Fluchthintergrund, die nicht in psychiatrischen Einrichtungen und höchstens 5 Jahre im Exilland lebten, zeigten sich kombinierte Prävalenzraten von 5–71% (Mittelwert: 32%) für die PTBS und von 11–54% (Mittelwert 35%) für Depression. Geflüchtete aus Ländern mit massiven Menschenrechtsverletzungen zeigten mehr psychopathologische Symptome³².

Ein anderes systematisches Review mit 38 eingeschlossenen Studien mit insgesamt knapp 40.000 Binnen- und transnationalen Geflüchteten zeigte Prävalenzraten mit großer Variabilität von 3-88% für die PTBS, 5-80% für Depression und 1-81% für Angststörungen³³.

In einem rezenteren Review wurden unter 14.882 Geflüchteten, die in einkommensreichen Ländern lebten, Prävalenzraten für diagnostizierte Erkrankungen von 13% für Angststörungen, 30% für Depressionen und 29% für PTBS errechnet. Die Autor*innen betonen, dass diese Prävalenzraten deutlich über denjenigen von Bevölkerungsgruppen in Krisen- und Konfliktgebieten liegen².

Eine Meta-Analyse von jüngeren Studien aus 15 Ländern mit ca. 5.000 eingeschlossenen adulten Geflüchteten und Asylsuchenden ergab Prävalenzen aus klinischen Interviews mit validierten Diagnostikinstrumenten von 31% für PTBS, 32% für Depression, 11% für Angststörungen und 1,5% für psychotische Erkrankungen³⁴.

Die publizierten Prävalenzen für psychische Erkrankungen von Geflüchteten scheinen somit deutlich über denjenigen in der Allgemeinpopulation zu liegen: So beträgt laut der World Mental Health Survey-Studien weltweit die Lebenszeitprävalenz von PTBS 5,4% für Frauen und 2,7% für Männer, diejenige für Major Depression 13,6%, beziehungsweise 7,5%³⁵.

Psychisch erkrankte Geflüchtete zeigen häufig hohe Komorbiditäts-Raten. So konnten in einer Meta-Analyse 68,4% der allgemeinen Geflüchteten-Population mit PTBS-Diagnose auch eine Depression diagnostiziert werden³¹, 94,2% einer Inanspruchnahme-Population in Deutschland mit PTBS hatten eine komorbide Depressions-Diagnose³⁶.

2.2.2. Studienlage im deutschsprachigen Raum

Auch bei Geflüchteten im deutschsprachigen Raum lässt sich die aus der internationalen Forschung bekannte hohe psychische Krankheitslast nachvollziehen. Von 486 in Berlin lebenden Asylsuchenden einer repräsentativen Stichprobe waren 74,6% von mindestens einer psychischen Erkrankung betroffen, bei 61,3% lag eine depressive Symptomatik vor, bei 41,7% die Symptomatik einer PTBS, 17,5% gaben Suizidgedanken an³⁷.

49,7% von 569 Asylsuchenden wurden in einer sächsischen Aufnahmeeinrichtung für Geflüchtete positiv auf psychische Erkrankungen gescreent: Es wurden hieraus Prävalenzraten für PTBS und Major Depression (gemäß DSM-5) von 28,2% bzw. 10,3% errechnet³⁸, klinisch relevante Prävalenzen lagen jedoch höher mit 34,9% für PTBS und 21,7% für Depression.

In einer nicht repräsentativen Zufallsstichprobe von 280 Geflüchteten in einer Landesaufnahmestelle zeigten sich je nach Herkunftsregion Prävalenzen für eine mögliche PTBS zwischen 16,1% und 28,1% sowie für eine Depression von 17,9% bis 35,9%³⁹. Bei 44,8% von 125 Personen einer Zufallsstichprobe aus einer bayerischen Erstaufnahme-Einrichtung wurden eine oder mehrere psychiatrische Diagnosen gestellt mit der PTBS (17,6%) als häufigster Diagnose, gefolgt von affektiven Störungen wie depressiven Episoden bzw. rezidivierenden depressiven Episoden 12,8%⁴⁰. In einer Nachuntersuchung mit 34 Asylsuchenden aus der gleichen Stichprobe zeigte sich nach sechs Monaten ein Rückgang in der Prävalenz psychiatrischer Diagnosen insgesamt und in der Depressionsprävalenz, jedoch ein Anstieg in PTBS-Prävalenz und -Symptomatik⁴¹.

Unter 422 repräsentativ ausgewählten in Baden-Württemberg lebenden Geflüchteten gaben 46% krankheitswertige Symptomatik für Depression und 45% für Angststörungen an²⁴. Die Analyse der repräsentativen Stichprobe des IAB-BAMF-SOEP-Projektes von 4465 Geflüchteten, die zwischen 2013 und 2016 nach Deutschland einreisten, ergab bei 19,4% der Befragten eine depressive Symptomatik in den letzten 2 Wochen⁴².

2.2.3. Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung und Prävalenz psychischer Störungen in Inanspruchnahme-Populationen

Gemäß dem Verhaltensmodell der Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Versorgung können Prädiktoren in drei Variablengruppen klassifiziert werden: *predisposition*, *enablement*, *need*. Während Prädisposition (*predisposition*) sich auf soziodemografische Faktoren wie Geschlecht, Alter oder Religion bezieht, beschreiben ermöglichende Faktoren (*enablement*) die Verfügbarkeit von Einrichtungen und individuelle soziale Faktoren, die die Inanspruchnahme ermöglichen. Bedarfsfaktoren (*need*) beschreibt objektive und subjektive Indikatoren für somatische oder psychische Störungen⁴³. Geflüchtete und andere Migrant*innen zeigen häufig geringere Gesundheitskompetenz (*health literacy*) als wichtiger individueller ermöglichernder Faktor für eine Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Meist ist dies begründet

in wenig Zugang zu Bildungsressourcen sowie niedriger Lese- und Schreibkompetenz und verknüpft mit sozioökonomischen, kulturellen und sprachlichen Barrieren⁴⁴. Herausforderungen für nach Deutschland geflüchtete Menschen sind hierbei das Verstehen von Gesundheitsinformationen, das Bewältigen von Notfallsituationen, limitierter Zugang zu Sprachmittlung und der Umgang mit Behandlungsscheinen¹⁸.

Bei Menschen mit Depression oder Anpassungsstörung ohne Fluchtbiografie können Schweregrad der Depression, wahrgenommener Gesundheitszustand, soziales Funktionsniveau und das Ausmaß sozialer Unterstützung Prädiktoren für Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung sein⁴⁵.

In einer Untersuchung mit 65 Geflüchteten in der frühen postmigratorischen Phase waren männliches Geschlecht, jüngeres Alter, höhere Anzahl von eigenen Kindern, expressive Suppression als Emotionsregulations-Strategie und höheres Kohärenzgefühl Prädiktoren für die Inanspruchnahme von Gesundheitsberatung und -versorgung. Psychiatrische Diagnosen hatten – obwohl Marker für die Bedarfsfaktoren-Achse – in der Studie keinen prädiktiven Wert für Inanspruchnahme⁴⁶. Demgegenüber zeigten in einer anderen Untersuchung junge männliche Teilnehmende eine geringere Inanspruchnahme bei überdurchschnittlichem Gesundheitsstatus²⁴.

In einer Stichprobe unter 486 in Deutschland lebenden Asylsuchenden befanden sich nur 11,6% der Menschen mit krankheitswürdiger psychischer Symptomatik in psychiatrischer Behandlung³⁷.

Im deutschsprachigen Raum lebende Geflüchtete, die psychosoziale Beratung oder psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Anspruch nehmen, zeigen trotz unterschiedlicher Untersuchungssettings zumeist hohe Prävalenzen von Traumafolgestörungen wie PTBS, affektive Erkrankungen und Angststörungen.

Von 158 Menschen, die als Selbstzuweisende eine psychiatrische Gutachterstelle in einer Erstaufnahme-Einrichtung in Anspruch nahmen, konnten 78,5% eine oder mehrere psychiatrische Diagnosen zugewiesen werden. Die PTBS-Prävalenz lag bei 22,8%, affektive Störungen (F3 nach ICD-10) fanden sich in 29,1% der Fälle⁴⁰.

Unter 85 Geflüchteten, die aus einer Aufnahmeeinrichtung aufgrund psychischer Belastung in einer psychiatrischen Ambulanz vorstellten wurden, konnte bei 95.3% eine psychische Erkrankung diagnostiziert werden. Mit 88.2% waren depressive Episoden am häufigsten, gefolgt von einer PTBS in 81.2%³⁶.

Bei 239 psychiatrischen Behandlungskontakten von Geflüchteten in der gleichen psychiatrischen Fachklinik, in der die klinischen Daten für die dieser Dissertation zugrunde liegende Untersuchung erhoben wurden, zeigten sich in 40,2% der Fälle Hauptdiagnosen aus der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4 nach ICD-10) mit der

PTBS in 13,0 % und affektive Erkrankungen (F3 nach ICD-10) in 31,0% der Fälle ⁴⁷. Unter 65 Geflüchteten, die im Rahmen einer Studie an der psychosozialen Ambulanz einer Erstaufnahmeeinrichtung in den ersten Wochen nach Ankunft im Exilland untersucht wurden, wurden bei 49,2% der Fälle eine PTBS, bei 49,2% Depression oder Anpassungsstörungen und bei 18,5% Angststörungen diagnostiziert ⁴⁶.

2.3. Determination psychischer Gesundheit geflüchteter Menschen

2.3.1. Prä- und perimigratorische Einflussfaktoren

Historisch liegt der Schwerpunkt bei der Untersuchung zu Einflussfaktoren auf psychische Gesundheit von Geflüchteten auf den prä- und perimigratorischen Faktoren mit einem Fokus auf Traumatisierung.

Traumatisierende Ereignisse sind im Kontext Flucht häufig schon an die jeweiligen Ursachen für die erzwungene Migration geknüpft, wie an bewaffnete Konflikte im Herkunftsland, Menschenrechtsverletzungen wie Folter, Diskriminierung ⁴⁸ und persönliche Verfolgung ⁴⁹, Naturkatastrophen sowie das persönliche Erleben von Lebensgefahr, dem Verlust naher Angehöriger, Obdachlosigkeit oder existenziellem Hunger und Durst. Während Vertreibungen im Herkunftsland und transnationaler Fluchtmigration liegt ein hohes Risiko für weitere traumatisierende Ereignisse vor – so etwa Mangel an Nahrung, Wasser, medizinischer Versorgung oder Obdach, sexualisierte und genderbasierte Gewalt ⁵⁰, und nicht zuletzt durch Grenzschutzmaßnahmen der Zielländer und das dadurch erzwungene Ausweichen auf lebensgefährliche Fluchtrouten wie das Mittelmeer ¹⁴. Flucht bedeutet häufig auch die Trennung von Familie und Unterstützungsnetzwerken, was gerade für Kinder und Jugendliche auf der Flucht eine besondere Belastung darstellt ⁵¹.

Geflüchtete Menschen in deutschsprachigen Ländern zeigen hohe Raten an erlebten potentiell traumatisierenden Ereignissen wie Krieg, Gewalt, Folter und Gefangenschaft ³⁹. Die berichteten Prävalenzen für das Erleben potentieller Traumatisierung zeigt eine starke Varianz von 21% ²⁷ bis 92% ³⁹ in der allgemeinen Geflüchteten-Population bis zu 92,7% in europäischen Inanspruchnahme-Populationen ⁵² und der Zusammenhang von Trauma und Psychopathologie ist vielfach beschrieben worden.

So wurden in einer großen Metaanalyse als starke Risikofaktoren für die Ausbildung einer PTBS bei Geflüchteten und Menschen in Konfliktgebieten Folter und kumulative Exposition gegenüber potentiellen traumatischen Ereignissen (PTE), für eine Depression die Anzahl der potentiellen traumatischen Ereignisse und Folter identifiziert ²⁷. Auch eine jüngere Studie über in die USA geflüchtete Menschen zeigte eigene Traumatisierung durch Folter, Gefangenschaft oder Gewalt und deren Miterleben als stark mit psychischer Belastung assoziiert ⁵³.

Auch nach mehr als 5 Jahren im Exilland haben prä-migratorische Stressoren noch Relevanz für das Befinden³¹. Schwere Symptomatik zeigt sich teils mit höherem⁵⁴ und teils niedrigerem Bildungsniveau assoziiert⁵⁵. In der Betrachtung von soziodemografischen Einflussfaktoren erscheinen vielfach ältere^{32,54-56} und weibliche Menschen⁵⁴⁻⁵⁹ stärker belastet. Signifikante Geschlechtsunterschiede in der Psychopathologie konnten nicht in allen Studien gezeigt werden^{27,36,42,60}. In einer Studie mit geflüchteten Folterüberlebenden war sexuelle Gewalterfahrung mit PTBS assoziiert, nicht aber das biologische Geschlecht⁶¹. Sexualisierte Traumatisierung erscheint auch in Studien ohne signifikante Geschlechtsunterschiede in der Psychopathologie bei weiblichen Betroffenen häufiger³⁶. Die meisten hier zitierten Studien machen keine konkreten Angaben, nach welchen Kriterien das Geschlecht bestimmt wurde, und meist wird binär weiblich-männlich klassifiziert, ohne auf weitere Geschlechtskategorien Bezug zu nehmen.

Diese Zusammenhänge zeigen die Dringlichkeit, gerade in der peri- und frühen postmigratorischen Phase vulnerable und traumatisierte Gruppen zu identifizieren und umfassend zu unterstützen. Eine alleinige Fokussierung auf die prä- und peri-migratorischen Einflussfaktoren und Traumatisierung erscheint jedoch während des weiteren Aufenthaltes im Exilland zunehmend begrenzt bis problematisch: Kann sie doch die Lebensbedingungen von Geflüchteten und Asylsuchenden im Exilland und die Notwendigkeit, sich mit diesen Bedingungen zu beschäftigen, verschleiern und die Menschen hinsichtlich ihrer Integration eher zu viktinierten Objekten als zu kompetenten Subjekten machen – oder gar eine Segregation von Geflüchteten entlang des Kriteriums Trauma bewirken²⁸.

2.3.2. Postmigratorische Determinanten in der internationalen Studienlage

Während – wie oben dargestellt – prämigratorische Faktoren wie Traumatisierungen im Herkunftsland als wichtige Prädiktoren für die psychische Gesundheit von Flüchtlingen und Asylsuchenden seit langer Zeit anerkannt sind, hat sich die jüngere Forschung seit der Jahrtausendwende zunehmend auf die psychologischen Auswirkungen von Einflussfaktoren nach der Migration im Exilland konzentriert. Es zeigt sich zunehmend, dass das erhöhte Risiko für psychische Erkrankungen von Menschen mit Fluchterfahrung mitnichten nur durch Soziodemografie und traumatische Erlebnisse vor und während der Migration, sondern auch bedeutend durch Einflussfaktoren im Exilland bestimmt wird^{28,49}.

Entsprechend werden ausschließlich Trauma-fokussierte Ansätze in der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten zunehmend hinterfragt und dem gegenüber gemeinschaftsorientierte Interventionen entwickelt, um die Menschen bei der Bewältigung der verschiedenen Stressfaktoren im Exil zu unterstützen. Dies hebt hervor, dass die postmigratorischen sozialen Bedingungen einerseits Folge der unfreiwilligen Migration selbst sind, andererseits auch Folge der

politischen und öffentlichen Haltung Geflüchteten gegenüber in den Gesellschaften, in die sie migrieren⁶².

Die gesellschaftlichen Verhältnisse, einschließlich materieller Faktoren wie Zugang zu sicherer Lebensumwelt, Ernährung und Wohnraum, Gesundheitsversorgung und Arbeitsmöglichkeiten einerseits und interpersoneller Faktoren wie soziale Ausgrenzung, Diskriminierungserfahrung und niedriger sozialer Status lassen sich unter dem Begriff der sozialen Determinanten zusammenfassen. Die Weltgesundheitsorganisation beschreibt mit den sozialen Determinanten für psychische Gesundheit das Konzept, dass psychische Gesundheit und das Auftreten psychischer Erkrankungen in großem Maße durch die soziale, ökonomische und physische Umwelt der Individuen in ihrer gesamten Lebensspanne geprägt wird⁶³. Wie diese Umweltverhältnisse etwa durch chronischen Stress über neuronale Plastizität, neuroendokrine und neuroimmunologische Prozesse mit der biologischen Prädisposition der einzelnen Person und ihrem Verhalten interagieren, ist Gegenstand aktueller Forschung.

Die bio-psycho-sozialen Interaktionen sozialer Determination können in einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen in Gruppen mit weniger Entscheidungsmacht, materiellen Ressourcen und politischen Gestaltungsmöglichkeiten resultieren²⁸, kann jedoch gleichzeitig ein zentraler Ansatzpunkt für die Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen sein.

Es finden sich Hinweise, dass postmigratorische soziale Determinanten einen starken direkten Einfluss auf die psychische Gesundheit⁶⁴⁻⁶⁷ und andererseits auf die Resilienz^{28,68} von Geflüchteten im Exilland haben können. In einzelnen Untersuchungen wird der Einfluss dieser postmigratorischen Determinanten wichtiger bewertet als derjenige prä-migratorischer Faktoren^{56,62}. Auch eine modifizierende Rolle des postmigratorischen sozialen Umfeldes gegenüber prä- oder perimigratorischen Stressoren wird diskutiert. In einer Untersuchung von 2399 Migrant*innen aus einem australischen humanitären Aufnahmeprogramm etwa modifizierten postmigratorische Stressfaktoren im Zusammenhang mit der Umsiedlung, einschließlich Einsamkeit und der Anzahl der Stressfaktoren in der sozialen Integration, signifikant den Zusammenhang zwischen potentiell traumatischen prämigratorischen Ereignissen und der psychischen Gesundheit⁶⁹.

Ein Literatur-Review von 69 Studien mit Geflüchteten in 28 europäischen Staaten identifizierte drei große post-migratorische Problembereiche: Je länger die Betroffenen in Unsicherheit bezüglich des Asylverfahrens lebten, desto höher erscheint das Risiko für PTBS-, Depressions- und Angst-Symptomatik. Inhaftierung hat negative Auswirkungen auf PTBS- und Angst-Symptomatik sowie auf Suizidalität. Geringe gesellschaftliche Integration und schlechtere sozioökonomische Situation waren mit Langzeit-Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit und mit einem erhöhten Depressions-Risiko assoziiert⁵¹.

In einer großen Metaanalyse mit insgesamt 67.000 Menschen aus Populationen mit und ohne Fluchthintergrund zeigten Geflüchtete eine schlechtere psychische Gesundheit, besonders wenn sie in Unterkünften und mit eingeschränkten ökonomischen Möglichkeiten (Arbeitserlaubnis, Zugang zu Beschäftigung, Erhaltung des sozioökonomischen Status) lebten⁵⁴.

Mehrere neuere Einzelstudien aus verschiedenen Ländern weisen auf höhere psychische Belastung bei unsicherem Aufenthaltsstatus^{55,56,58,65} sowie einer unstabilen Unterbringungssituation^{57,65} hin.

In einer Metaanalyse zur Langzeit-Psychomorbidität von Geflüchteten zeigte sich eine positive Assoziation von Depression und einer postmigratorisch schlechten sozioökonomischen Situation mit Arbeitslosigkeit, geringem Einkommen, schlechten Kenntnissen der Sprache des Exillandes und dem Fehlen sozialer Unterstützung. Die Autor*innen weisen darauf hin, dass sich in retrospektiven Untersuchungen oft nicht entscheiden lässt, ob der schlechte sozioökonomische Status ursächlich bzw. aufrechterhaltend für die psychische Störung ist oder deren Folge³¹.

In einer Untersuchung mit 2399 humanitären Geflüchteten in Australien zeigten sich postmigratorische umsiedlungsbezogene Belastungsfaktoren wie Einsamkeit und die Anzahl von Integrations-Stressoren am engsten mit psychischer Gesundheit korreliert⁶⁹.

Die Nicht-Berücksichtigung Gender-spezifischer Bedürfnisse wird als Barriere für Geflüchtete diskutiert⁷⁰. Zunehmend liegen auch Untersuchungen zur psychischen Gesundheit von queeren Geflüchteten und zu gender-basierter Diskriminierung oder Diskriminierung aufgrund sexueller Orientierung vor. So zeigte ein systematisches Literaturreview qualitativer Studien den Zusammenhang von struktureller Diskriminierung mit dem psychischen Gesundheitszustand von LGBTQI+-Geflüchteten auf. Häufig liegt eine vielschichtige Diskriminierung aufgrund mehrerer gesellschaftlicher Marginalisierungen vor, verknüpft mit dem Erleben von Gewalt, dem Mangel an angemessenen psychosozialen Diensten in den Herkunftsländern aufgrund von Geschlecht oder sexueller Identität, Schwierigkeiten im Asylverfahren, die begrenzte Versorgung in Haftanstalten sowie kulturelle und finanzielle Barrieren in den Aufnahmeländern⁴⁸. Aufgrund dieser multiplen Diskriminierungsformen erscheinen queere Geflüchtete als besonders vulnerable Gruppe⁷¹.

Die generelle Gesundheit von Geflüchteten kann ebenfalls mit sozialen Determinanten wie dem Aufenthaltsstatus assoziiert sein⁷².

2.3.3. Studienlage im deutschsprachigen Raum

Auch im deutschsprachigen Raum liegen zunehmend Untersuchungen zum Einfluss postmigratorischer sozialer Determinanten vor.

So konnte in einer repräsentativen Stichprobe von 486 Personen in Berliner Flüchtlingsunterkünften ein signifikanter Zusammenhang zwischen Aufenthaltsstatus und der Beeinträchtigung durch PTBS-Symptomatik, Angstsymptomatik, somatischer Symptome sowie zwischen Aufenthaltsstatus und der empfundenen Lebensqualität gezeigt werden. Auch Faktoren gesellschaftlicher Integration wie seltener Teilnahme an Deutschkursen oder Sportangeboten, das geringere Zurechtfinden in der Umgebung sowie das Gefühl, nicht unterstützt zu werden und fremd zu sein, waren mit krankheitswertiger psychischer Symptomatik assoziiert³⁷.

Bei Geflüchteten aus dem ehemaligen Jugoslawien in Deutschland zeigte sich ein Zusammenhang zwischen schlechter Integration mit unsicherem Aufenthaltsstatus, fehlender Arbeitserlaubnis sowie mangelnden Sprachkenntnissen und höherer psychischer Belastung, der Entwicklung affektiver Störungen und geringerer subjektiver Lebensqualität⁷³.

Der Aufenthaltsstatus zeigt sich auch dann spezifisch mit der psychischen Gesundheit assoziiert, wenn in Untersuchungen für postmigratorische Ressourcen, traumatische Ereignisse und soziale Erwünschtheit kontrolliert wird. Zudem scheinen die soziale, politische und ökonomische Lebensumwelt von Geflüchteten und Asylsuchenden die pathologischen Effekte von Traumatisierung zu beeinflussen^{74,75}.

Im Widerspruch dazu konnte in einer Inanspruchnahme-Population von 104 Geflüchteten nach dem Asylverfahren in der Schweiz zwar eine Assoziation zwischen psychologischen Symptomen und generellen Integrationsproblemen gefunden werden, jedoch nicht zwischen der Symptomatik und dem Aufenthaltsstatus. In die Studie wurden jedoch keine Asylsuchende und Menschen ohne Aufenthaltsstatus eingeschlossen, da laut Autor*innen in der Schweiz vor Abschluss des Asylverfahrens die soziale Integration nicht gefördert würde⁶⁰.

In einer großen repräsentativen Untersuchung zeigte sich bei 4465 Geflüchteten in Deutschland eine schwerere Depressions-Symptomatik bei abgelehntem oder noch nicht entschiedenem Asylantrag, bei Erwerbslosigkeit, Unzufriedenheit bezüglich ihrer Wohnsituation und Einsamkeit⁴².

Internationale Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Unterkunftsbedingungen und der psychischen Gesundheit von Geflüchteten lassen sich auch für Deutschland bestätigen. So hatten in einer großen Untersuchung von 4491 Geflüchteten die Merkmale Zufriedenheit mit der Sicherheit, Privatsphäre und allgemeine Zufriedenheit im Wohnumfeld die größten Effekte auf die mentale Gesundheit⁷⁶.

Daten aus dem Sozioökonomischem Panel (SOEP) zeigen unter 8015 Geflüchteten eine Assoziation der generellen psychischen Gesundheit (MCS-Score) mit dem Gefühl, nicht willkommen in Deutschland zu sein⁴⁹.

Jüngere Studien weisen zudem auf die besondere Vulnerabilität von LGBTQ*-Geflüchteten hin. Teils scheinen Diskriminierungserfahrungen von in Deutschland lebenden LGBTQ*-Geflüchteten nach der Flucht zuzunehmen⁷¹.

2.3.4. Postmigratorische Ressourcen und Resilienz

Im Sinne der Salutogenese betrachtet können soziale Determinanten auch als Ressourcen wirken. So sind mögliche protektive Faktoren für die psychische Gesundheit in Studien ein sicherer Aufenthaltsstatus⁷⁷, stabile Wohnverhältnisse^{42,65}, tragfähige soziale Beziehungen, finanzielle Sicherheit⁵⁶ sowie der Zugang zum Arbeitsmarkt. Auch fehlende Sorgen darüber, nicht in Deutschland bleiben zu können oder nicht ins Heimatland zurückkehren zu können⁴⁹, sowie die soziale Anerkennung als Traumaopfer können als protektiver Faktor wirken⁷⁸. Bei Asylsuchenden und illegalisierten Migrant*innen finden sich weniger postmigratorische Ressourcen als bei Menschen mit dauerhaftem Aufenthaltsstatus. Diese mangelnden Ressourcen sind assoziiert mit der Symptomatik von PTBS, Depression und Angststörungen⁷⁹.

Resilienz, hier definiert als die Fähigkeit einer Person, sich erfolgreich an belastende und traumatische Erfahrungen anzupassen oder sich davon zu erholen, wird als wichtiger potentieller Schutzfaktor bezüglich psychischer Erkrankungen gesehen. In qualitativen und quantitativen Studien ist Resilienz unter adulten Vertriebenen assoziiert mit besserer psychischer Gesundheit, auch wenn Autor*innen zufolge zugrundeliegende Mechanismen weiter untersucht werden müssen⁸⁰. Auch positive Perspektiven auf das eigene Leben und Selbstwirksamkeitserfahrungen erscheinen in Studien als wichtige Ressourcen: In einem systematischen Review zu Resilienz transnationaler Migrant*innen, Geflüchteten und Asylsuchenden zeigten sich Zukunftorientierung, Hoffnung und Religion/Spiritualität, die Möglichkeit Fürsorge für andere zu leisten sowie Entwicklungsmöglichkeiten als relevanter für die Resilienz als institutionelle Betreuungsstrukturen⁸¹.

2.4. Fragestellungen und Ziel der Arbeit

Zusammenfassend liegen mittlerweile international und zunehmend auch für den deutschsprachigen Raum Studien vor, die soziale Determinanten für die psychische Gesundheit von Menschen in der aktuellen Fluchtmigration untersuchen. Hierbei betrachten die meisten Studien entweder Hilfesuchende bzw. in Einrichtungen angebundene Geflüchtete oder die „allgemeine Geflüchtetenpopulation“. Vor dem Hintergrund der hohen Prävalenzen psychischer Erkrankungen und der restriktiven Gesundheitsversorgung lässt sich ein hohes Maß an Bedarfsfaktoren für die Inanspruchnahme psychosozialer Versorgung erwarten. Welche prädisponierenden und ermöglichen Faktoren als Prädiktoren einer Inanspruchnahme wirken, bleibt trotz einiger weniger Untersuchungen für Geflüchtete weitestgehend unklar. Im deutschsprachigen Raum fehlen zudem bislang vergleichende Untersuchungen beider Gruppen zu Faktoren, die einen Einfluss auf die Inanspruchnahme ambulanter oder stationärer psychiatrischer Versorgung von Geflüchteten haben können.

Ziel der vorliegenden Studie ist es, ein Stück weit die Kenntnislücke bezüglich Faktoren, die eine Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung beeinflussen, zu schließen: Hierzu soll die Rolle von Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Geflüchteten anhand des Vergleichs einer klinischen Stichprobe mit nicht in psychiatrischer Behandlung befindlichen Geflüchteten in Köln in folgenden Fragestellungen untersucht werden: (1) Welche Prävalenzen von potentiell traumatischen Ereignissen (PTE), sowie Traumafolgestörungen und Depression finden sich in den untersuchten Populationen? (2) Welche Faktoren aus soziodemografischem Hintergrund, Biografie und potentiell traumatischen Ereignissen (PTE) sowie welche sozialen Determinanten in der aktuellen postmigratorischen Lebenssituation können Risiko- oder Schutzfaktoren sein für die psychische Gesundheit von Geflüchteten? Welchen Einfluss haben sie auf die Inanspruchnahme ambulanter oder stationärer psychiatrischer Behandlungen?

3. Publikation

Soziale Determinanten für die psychische Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Der Einfluss postmigratorischer sozialer Isolation und Ressourcen auf Psychopathologie und Inanspruchnahmeverhalten

Social Determinants of Mental Health among Refugees in Germany – The Influence of Postmigratory Social Isolation and Resources on Psychopathology and Utilization Behavior

Autorinnen/Autoren

Jonas Schaffrath¹, Mario Schmitz-Buhl¹ , Ali Kemal Gün¹, Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank^{1, 2} 

Institute

- 1 LVR-Klinik Köln, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln, Köln
- 2 Fachliche Direktorin Forschung, LVR-Institut für Forschung und Bildung, Köln

Schlüsselwörter

Flüchtlinge, psychische Gesundheit, Soziale Determinanten, Inanspruchnahme, CHAID

Keywords

refugees, mental health, social determinants, utilization behaviour, CHAID

eingereicht 11.07.2023

akzeptiert 24.01.2024

Artikel online veröffentlicht 05.04.2024

Bibliografie

Psychother Psych Med 2024; 74: 174–182

DOI 10.1055/a-2255-3913

ISSN 0937-2032

© 2024. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
LVR-Klinik Köln, Akademisches Lehrkrankenhaus der
Universität zu Köln
Wilhelm-Griesinger-Straße 23
51109 Köln
Deutschland
euphrosyne.gouzoulis-mayfrank@lvr.de

 Zusätzliches Material finden Sie unter <https://doi.org/10.1055/a-2255-3913>.

ZUSAMMENFASSUNG

Die psychische Gesundheit von Geflüchteten wird durch vielfältige prä-, peri- und postmigratorische Faktoren beeinflusst. Unklar bleibt bislang weitestgehend, wie soziale Determinanten die Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung beeinflussen. In einer Fragebogenerhebung wurden 189 Geflüchtete aus einer klinischen Stichprobe in psychotherapeutisch-psychiatrischer Behandlung und einer Stichprobe ohne Behandlung verglichen. Hierbei wurde mittels CHAID-Algorithmus der Einfluss sozialer Determinanten auf Psychopathologie und Inanspruchnahmeverhalten untersucht. In der psychisch stark belasteten Gesamtstichprobe (54 % PTBS- bzw. 41,4 % Depressions-Symptomatik) waren die Patient*innen in allen psychometrischen Skalen (HTQ, SCL-K9, PHQ-9) sowie hinsichtlich traumatischer Erlebnisse schwerer betroffen als die Nicht-Patient*innen und sie konnten weniger auf Ressourcen wie ein soziales Netz oder Aufenthaltstitel zurückgreifen. Stärkster Prädiktor für eine psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlung war soziale Isolation im Wohnumfeld. Bei Patient*innen war fehlende Arbeitserlaubnis stärkster Prädiktor einer Depressions-symptomatik. Die Ergebnisse weisen auf die Bedeutung postmigratorischer sozialer Faktoren für die psychische Gesundheit geflüchteter Menschen hin. Stabile soziale Beziehungen könnten zusammen mit formellen Faktoren wie Arbeitserlaubnis und Aufenthaltstitel dazu beitragen, psychische Belastung und Behandlungsbedürftigkeit zu senken.

ABSTRACT

The mental health of refugees is influenced by a variety of pre-, peri- and postmigratory factors. It remains largely unclear how social determinants influence the utilization of psychiatric-psychotherapeutic treatment. We applied a questionnaire

survey to 189 refugees from a clinical sample in a psychiatric hospital and from a control sample, which was not in treatment. The influence of social factors on psychopathology and utilization of care was analyzed by means of a CHAID algorithm. The total sample was highly stressed (54% PTSD and 41.4% depression symptoms). Patients were more severely affected in all psychometric scales as well as in traumatization and they were less able to draw on resources such as a social network or residence permit. The strongest predictor for psychotherapeu-

tic-psychiatric treatment was social isolation in the living environment. For patients, the lack of a work permit was the strongest predictor of depression symptoms. The results point to the importance of postmigratory social determinants for the mental health of refugees. In particular, stable social relationships, together with formal factors such as work permit and residence title, should help to reduce mental distress and the need for psychiatric treatment.

Einleitung

Zum Untersuchungszeitraum Ende 2016 waren mit mindestens 65,6 Millionen Menschen etwa 0,9 % der Weltbevölkerung auf der Flucht [1]. In Deutschland stellten im Jahr 2016 722 370 Menschen einen Erstantrag auf Asyl [2].

Laut internationaler Literatur leiden Flüchtlinge häufig unter psychischen Erkrankungen, wobei die berichteten Prävalenzen stark variieren (3–88 % für PTBS, 5–80 % für Depression, 1–81 % für Angststörungen [3, 4], Mittelwerte werden um 32–35 % für PTBS und Depression beschrieben [5]). Im deutschsprachigen Raum zeigten sich in Studien ca. 50–75 % der Geflüchteten von mindestens einer psychischen Erkrankung betroffen [6, 7]. Prävalenzen von 16–42 % für PTBS- und 10–61 % für Depressions-Symptomatik werden berichtet [6–9].

Unter Geflüchteten, die in Flüchtlingsunterkünften psychiatrisch oder psychologisch angebunden wurden, dominieren PTBS und affektive Störungen, mit entsprechend höheren Prävalenzen für psychiatrische Diagnosen von 79–95 % [10, 11] und Prävalenzen von 88 % bzw. 81 % für Depression und PTBS [10]. In einer früheren eigenen Untersuchung fanden wir bei 239 Behandlungskontakten von Geflüchteten in einer psychiatrischen Fachklinik in 40 % der Fälle Hauptdiagnosen aus der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4 nach ICD-10), darunter PTBS in 13 %, und affektive Erkrankungen (F3 nach ICD-10) in 31 % der Fälle [12].

Das erhöhte Risiko von Geflüchteten für psychische Erkrankungen begründet sich nicht nur in traumatischen Erlebnissen [13], sondern auch in von ihnen erlebten postmigratorischen sozialen Belastungsfaktoren [14, 15]. Vereinzelt wurde berichtet, dass diese bedeutsamer seien als traumatische prämigratorische Faktoren [16].

Ein Literatur-Review identifizierte die wichtigsten postmigratorischen Problembereiche, die mit PTBS-, Depressions- und Angst-Symptomatik sowie Suizidalität assoziiert waren: Dauer der Unsicherheit bezüglich des Asylverfahrens, Inhaftierung, geringe gesellschaftliche Integration und schlechte sozioökonomische Situation [17]. In einer Metaanalyse zeigte sich auch ein Zusammenhang zwischen Depression und postmigratorisch schlechter sozio-ökonomischer Situation mit Arbeitslosigkeit, geringem Einkommen, schlechten Kenntnissen der Sprache des Exillandes und dem Fehlen sozialer Unterstützung [18]. Im deutschsprachigen Raum wurden ebenfalls Zusammenhänge zwischen höherer psychischer Belastung und Aufenthaltsstatus [6] sowie fehlender Arbeitserlaubnis und mangelnden Sprachkenntnissen [19] berichtet. In einer repräsentativen Untersuchung unter 4465 Geflüchteten zeigte sich schwerere Depressions-Symptomatik bei abgelehntem oder noch

nicht entschiedenem Asylantrag, bei Erwerbslosigkeit, Unzufriedenheit bezüglich der Wohnsituation und Einsamkeit [9]. Die soziale, politische und ökonomische Lebensumwelt von Geflüchteten und Asylsuchenden scheint auch pathologische Effekte von Traumatisierung zu beeinflussen [20].

Die zitierten Studien betrachten entweder eine Inanspruchnahme-Population oder die „allgemeine Geflüchtetenpopulation“. In der vorliegenden explorativen Studie sollen eine klinische Stichprobe in aktueller psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und eine Stichprobe von Geflüchteten ohne aktuelle derartige Behandlung miteinander verglichen werden. Folgende Fragen werden untersucht: (1) Welche Prävalenzen von potenziell traumatischen Ereignissen (PTE) sowie Traumafolgestörungen und Depression finden sich in den untersuchten Populationen? (2) Welche Faktoren aus soziodemografischem Hintergrund, Migrationsbiografie und postmigratorischen sozialen Determinanten können Risiko- oder Schutzfaktoren sein für die psychische Gesundheit von Geflüchteten und welche sind bedeutsam für die Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung?

Material und Methode

Die vorliegende Untersuchung wurde zwischen September 2016 und September 2017 in Köln durchgeführt. Die Stadt Köln mit etwa 1 000 000 Einwohner*innen verzeichnete im September 2016 13 532 untergebrachte „Flüchtlinge“ [21].

In die Untersuchung wurden zwei Populationen von volljährigen Geflüchteten eingeschlossen: 1) Geflüchtete, die in der LVR-Klinik Köln, einem psychiatrischen Fachkrankenhaus mit Zuständigkeit für etwa 600 000 Einwohner*innen der Stadt Köln, psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt wurden (Patient*innen), und 2) Geflüchtete, die in Köln gemeldet und nicht in psychiatrischer Behandlung waren (Nicht-Patient*innen). Unter dem Begriff „Geflüchtete“ werden hier alle Menschen verstanden, die aus ihrer Heimat geflohen waren, u.a. auch Menschen ohne Papiere, Ausreisepflichtige, Menschen mit subsidiärem Schutz nach § 25 Abs. 2, 2. Altern. AufenthG, Bescheinigung über die Meldung als unerlaubt eingereiste Ausländer, Bescheinigung über die Meldung als Asylsuchende, Aufenthaltsgestattung, Fiktionsbescheinigung oder Duldung (§ 60a AufenthG).

Patient*innen

Gescreent wurden alle Patient*innen, die im Zeitraum 15.9.2016 bis 15.3.2017 in der LVR-Klinik Köln ambulant, voll- oder teilstationär behandelt wurden. Bei ausreichender Stabilität konnten

Patient*innen freiwillig an der Studie teilnehmen, bei Sprachbarriere nach Möglichkeit mit Unterstützung von Sprach- und Integrationsmittler*innen (SIM) bzw. Dolmetscher*innen. Bei Nichtteilnahme wurde der Grund vermerkt.

Nicht-Patient*innen

Zwischen 01.09.2016 und 31.08.2017 führten wir Fragebogen-erhebungen in einer möglichst repräsentativen Auswahl von Flüchtlingsunterkünften in Köln sowie in sozialen Einrichtungen für Geflüchtete durch.

Analog zur Klinikstichprobe wurde das Ausfüllen der Fragebögen teils selbstständig, teilweise als strukturiertes Interview durchgeführt. Allen Teilnehmenden der Nicht-Patient*innenstichprobe wurden schriftlich und bei Bedarf mündlich Informationen zu psychosozialen und psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten in Köln sowie deren Vermittlung angeboten.

Erhebungsinstrumente

Neben einem selbstentwickelten Fragebogen (**Online-Tabellen 1, 5, 10**) zu soziodemografischem Hintergrund (11 Items), Prä-, Peri- und Post-Migrations-Biografie (12 Items), bisherigen psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungen (2 Items) und subjektiv empfundenen Ressourcen (23 Items) wurden folgende standardisierte psychometrische Instrumente eingesetzt:

1. Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) – für Flüchtlingspopulationen validiertes Screeninginstrument zu Folter, Trauma und PTBS-Symptomatik bzw. -Periodenprävalenz. PTBS-Symptomatik wurde bei einem Punktwert > 2,5 des HTQ-Durchschnittsscore angenommen [22].
2. Post Migration Life Difficulties-Checklist (PMLD) – Checkliste mit 25 postmigratorischen Stressoren [23].
3. SCL-K9 (Kurzform der Symptom-Checklist-90-R) – Fragebogen zur Beeinträchtigung durch psychische und körperliche Symptome mit Berechnung des global severity index (GSI). Der Mittelwert einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe wird mit $0,41 \pm 0,51$ angegeben [24].
4. PHQ-9 (Depressionsmodul des Patient Health Questionnaire) – Screeninginstrument für depressive Symptomatik bzw. Depressions-Periodenprävalenz [25].

Auf Grundlage einer eigenen Voruntersuchung [12] wurden der selbsterstellte Fragebogen und die standardisierten Instrumente in neun Sprachen (Albanisch, Arabisch, Deutsch, Englisch, Farsi, Französisch, Russisch, Serbokroatisch, Türkisch) übersetzt, bei den psychometrischen Instrumenten wurde teilweise auf bereits validierte Übersetzungen zurückgegriffen.

Auswertung, Statistik

Ausgewertet wurden die Skalenwerte ab einer Mindestzahl gültiger Antworten: HTQ: > 8, SCL-K9 > 5, PHQ-9 > 3 der Antworten. Durchschnittswerte wurden nur auf Grundlage der gültigen Antworten berechnet.

Die zwei Gruppen (Patient*innen und Nicht-Patient*innen) wurden mittels T-Tests für unabhängige Stichproben oder mittels Chi-Quadrat-Test nach Pearson auf stochastische Unabhängigkeit getestet, gegebenenfalls mit Bestimmung der Effektstärke (Phi bei 2×2 Kreuztabellen, Cramers V bei größeren Kreuztabellen).

Die stärksten Prädiktoren (Einflussfaktoren) sowie Interaktionen zwischen den Einflussfaktoren wurden mittels CHAID (Chi-square Automatic Interaction Detectors) analysiert mit den Endpunkten A) PTBS (HTQ-Score > 2,5), B) Depressivität (PHQ-9), C) globale Belastung (GSI, SCL-K9) und D) Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (Patient*in vs. Nicht-Patient*in). Die in die Analysen einbezogen soziodemografischen unabhängigen Variablen sind in **Online-Tab. 1** mit (*) markiert, außerdem wurden einbezogen: Summenwerte von Ressourcen-Fragebogenteil und PMLD-Skala, PTE-Gesamtzahl und Anzahl selbst erlebter PTE. Für Endpunkt D (Gruppenzugehörigkeit: Patient*in vs. Nicht-Patient*in) wurden zusätzlich die krankheitswerte Symptomatik von PTBS (HTQ-Durchschnittsscore > 2,5) und Depression (PHQ-9), sowie der Summenwert der Gesamt-Psychopathologie (SCL-K9) einbezogen. Diese drei Variablen wurden bei den Endpunkten A-C nicht einbezogen, da zwischen ihnen enge Zusammenhänge bestanden. Bei den Endpunkten A-C wurde zusätzlich die Gruppenzugehörigkeit (Patient*in vs. Nicht-Patient*in) als unabhängige Variable einbezogen.

Die statistischen Analysen erfolgten mittels IBM SPSS 26® (Signifikanzniveau 5%).

Die Studie wurde durch das Köln Fortune Programm der Universität zu Köln unterstützt und durch das Institut für Medizinische Statistik und Bioinformatik der Universität zu Köln beraten. Ein positives Votum der Ethikkommission der Ärztekammer Nordrhein lag vor (Az. 2016193).

Ergebnisse

Rekrutierung und Datenqualität

An der Untersuchung nahmen 189 Menschen mit Fluchterfahrung teil, 115 Nicht-Patient*innen und 74 Patient*innen der LVR-Klinik Köln. Die 74 Patient*innen entsprachen 29 % der 254 Fälle im Untersuchungszeitraum; 138 Fälle konnten nicht untersucht werden, da sie zum Befragungszeitpunkt aus der Behandlung entlassen worden waren, je 13 Fälle wurden nicht eingeschlossen, weil die Person vom Klinikpersonal als zu instabil eingeschätzt wurde oder sie selbst die Teilnahme ablehnte (**Online-Tab. 2**). Zum Untersuchungszeitpunkt befanden sich 62,2 % (n = 46) der Patient*innen in stationärer, 1,4 % (n = 1) in teilstationärer und 36,5 % (n = 27) in ambulanter Behandlung. Bei Nicht-Patient*innen war es aufgrund der niedrigschwelligen Befragungssituation nicht möglich die Rekrutierungsquote zu erheben.

Gesamtstichprobe

Eine ausführliche Beschreibung der Gesamtstichprobe findet sich in **Online-Tab. 1 und 10**.

Das Durchschnittsalter lag bei 31,5 Jahren, etwa 70 % waren Männer, 54 % verheiratet, 57 % hatten Kinder. Durchschnittlich hatten Befragte über 9,5 Jahre Schul- und Berufsausbildung erhalten. Die am häufigsten genannte Tätigkeit im Herkunftsland war „Arbeiter ohne Ausbildung“ (18 %). Etwa 76 % waren muslimischen Glaubens. Die Befragten stammten aus 31 Herkunftsländern, am häufigsten Staaten des Nahen und Mittleren Ostens. Die Häufigkeitsverteilung deckte sich überwiegend mit den Asylerstanträgern, die das BAMF im Erhebungszeitraum erfasst hatte, und mit

► Tab. 1 Zusammenstellung signifikanter Gruppenunterschiede zwischen Geflüchteten in psychotherapeutisch-psychiatrischer Behandlung (Patient*innen) und Geflüchteten, die nicht in Behandlung waren (Nicht-Patient*innen).

		Patient*innen	Nicht-Patient*innen	Gesamtstichprobe	p
Familienstand	verheiratet oder Lebenspartner-schaft	41,1%	65,8%	56,1%	0,001
	ledig, geschieden, verwitwet oder keine Angabe	58,9%	34,2%	43,9%	
Kinder	vorhanden	47,2%	63,1%	56,8%	0,035
Kinder	Anzahl	1,11 (SD 1,430)	1,77 (SD 1,622)	1,51	0,005
Rel. Sicherer Aufenthaltsstatus¹	vorhanden	20,3%	40,0%	32,3%	0,005
Arbeitserlaubnis	vorhanden	55,4%	24,3%	36,5%	0,000
Religion	muslimisch	63,5%	83,3%	75,5%	0,002
	christlich	27,0%	7,9%	15,4%	
Deutschkenntnisse	0 = keine bis 3 = gut	1,47 (SD 0,801)	1,19 (SD 0,769)	1,30 (SD 0,791)	0,020
Notunterkunft		17,8%	46,4%	35,1%	0,000
Personen im Schlafraum		2,14 (SD 1,345)	2,97 (SD 1,675)	2,64 (SD 1,602)	0,001
Wohnverhältnis alleine	ohne Familie/Freund*innen	53,5%	14,4%	29,7%	0,000
Herkunftsregion	Naher Osten	48,6%	74,8%	64,6%	0,000
	Subsahara-Afrika	14,9%	3,5%	7,9%	
Dauer des Aufenthalts in Deutschland (Tage)		1119,76 (SD 1132,609)	484,31 (SD 233,713)	745,96 (SD 808,782)	0,000
Anzahl Flüchtlingslager vor Ankunft in Deutschland		0,70 (SD 0,923)	1,60 (SD 1,501)	1,15 (SD 1,312)	0,028
Anteil allein Reisender		52,8%	23,1%	35,0%	0,000
HTQ Summenscore		2,93 (SD 0,59)	2,24 (SD 0,73)	2,49 (SD 0,76)	0,000
PTBS-Symptomatik		81,0%	38,8%	54,0%	0,000
PHQ-9 Schweregrad		16,48 (SD 6,174)	9,38 (SD 6,794)	11,93 (SD 7,394)	0,000
PHQ Major Depression Symptomatik 2-Wochen-Prävalenz		67,2%	26,9%	41,4%	0,000
PHQ Suizidalität 2 Wochen-Prävalenz		51,4%	28,7%	37,6%	0,002
SCL Global Severity Index		2,41 (SD 0,94)	1,54 (SD 1,03)	1,85 (SD 1,08)	0,000

Aufenthaltsmerkmal nach § 25 Abs. 1 AufenthG (Asylberechtigt), A. n. § 25 Abs. 2, 1. Altern. AufenthG (Flüchtlingseigenschaft), A.n. § 25 Abs. 2, 2. Altern. AufenthG (subsidiärer Schutz)

einer vergleichbaren Untersuchung [6]. Balkanstaaten waren häufiger vertreten (16,3 % vs. 2,3 % (BAMF) bzw. 9,5 % Winkler et al. [6]). Die durchschnittliche Fluchtzeit lag bei knapp 10 Monaten (Median <2 Monate), die Zeit seit Ankunft in Deutschland bei etwa 2 Jahren. Mehr als 70 % lebten in Flüchtlingsunterkünften, 56 % gemeinsam mit ihrer Familie. Mehr als 2/3 der Befragten benannten einen unsicheren oder unbekannten Aufenthaltsstatus. Etwa 1/3 gab eine Arbeitserlaubnis an, jedoch nur 6,3 % ein aktuelles Arbeitsverhältnis. Ihre Deutschkenntnisse schätzten die Befragten zumeist als gering ein (58,2 %).

HTQ (Potentiell traumatische Ereignisse (PTE), Online-Tab.3 und 6): 94 % hatten mindestens ein PTE selbst erlebt, waren Zeuge oder hatten davon gehört, im Mittel waren es knapp $8,4 \pm 5,4$ PTE. Die meisten PTE ($5,6 \pm 4,45$) traten prämigratorisch auf und wurden selbst erlebt ($5,6 \pm 4,26$). Die häufigsten PTE waren die selbst

erlebten Situationen „dem Tod nahe sein“ (61,5 %), „kein Dach über dem Kopf haben“ (54,7 %), „Mangel an Wasser oder Nahrung“ (53,1 %) sowie „schlechte Gesundheit ohne Zugang zu medizinischer Versorgung“ (50,0 %). 39,2 % berichteten von selbst erlebten „Kampfsituationen oder kriegerischen Auseinandersetzungen“, 37,9 % hatten „Folter“, 10,7 % „Vergewaltigung oder sexuellen Missbrauch“ selbst erlebt. Die häufigsten **postmigratorischen** PTE waren „kein Dach über dem Kopf haben“ (12,4 %), „dem Tod nah sein“ (10,6 %) und „schlechte Gesundheit ohne Zugang zu medizinischer Versorgung“ (9,3 %).

Der durchschnittliche DSM-IV PTBS-Summenwert im HTQ lag mit $2,49 \pm 0,76$ knapp unter der Schwelle von 2,5 Punkten, bei der eine PTBS angenommen wird [22]. Bei 54 % der Fälle war der Summenwert > 2,5.

Postmigratorische Stressoren (PMLD, Online-Tab.4): Unter den postmigratorischen Schwierigkeiten wurden „Angst, nach Hause geschickt zu werden“ (im Mittel $3,04 \pm 1,50$), „schwierige Wohnsituation“ ($2,76 \pm 1,64$) und „Sorgen über zurück gelassene Familie“ ($2,53 \pm 1,68$) als am problematischsten beschrieben.

Subjektiv empfundene Ressourcen (Online-Tab.5): Als hilfreichste Ressourcen nannten die Befragten das Gefühl der Sicherheit in Deutschland (89,4%), berufliche Perspektive in Deutschland (84,4%), das Gefühl, am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können (82,5%) und die Möglichkeit, Grundbedürfnisse selbstbestimmt versorgen zu können (81,4%). 78,0% gaben an, andere Sprachen als die Muttersprache(n) zu sprechen, 72,2% konnten sich in Deutsch verständigen. 63,3% fühlten sich ausreichend informiert über Rechte und Pflichten im Asylverfahren. Für 49,1% war Religiosität/Spiritualität eine hilfreiche Ressource. Die am wenigsten nutzbaren Ressourcen waren Partnerschaft und Familie: 57,6% lebten nicht in einer Partnerschaft und 44,8% nicht mit ihrer Familie zusammen.

PHQ-9 (Online-Tab. 6 und 7): Der durchschnittliche Skalensummenwert betrug $11,93 \pm 7,40$ entsprechend dem Schweregrad „Mittelgradige depressive Symptomatik“. 41,4% aller Fälle mit gültigem Fragebogen erfüllten die Kriterien einer „Major Depression“ (MD) nach DSM-IV.

26,7% der Befragten hatten entweder eine PTBS- oder eine MD-Symptomatik (18,7% (28) bzw. 8% (12)), 33,3% (50) zeigten komorbide Symptomatik beider Diagnosen, 40% (60) weder PTBS- noch MD-Symptomatik.

SCL-K9 (Online-Tab. 6 und 8): Der durchschnittliche Global Severity Index (GSI) betrug $1,85 \pm 1,08$.

Vergleich Patient*innen und Nicht-Patient*innen

Bei den Patient*innen wurde am häufigsten die **Hauptdiagnose** einer neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Störung gestellt (ICD-10 F4; 35,1%), gefolgt von einer affektiven Störung (ICD-10 F3; 33,8%). Weitere Diagnosegruppen waren Abhängigkeitserkrankungen (F1; 16,2%) und Psychosen (F2; 14,9%) (Online-Tab.9). Unter den klinisch erfassten Nebendiagnosen dominierten F4-Diagnosegruppen nach ICD-10 (Online-Tab. 9).

Eine ausführliche Gegenüberstellung der Teilstichproben findet sich in den **Online-Tab.1-10**. Im Folgenden werden signifikante Gruppenunterschiede beschrieben und in **Tab. 1** zusammengefasst.

Patient*innen lebten seltener in fester Partnerschaft und hatten weniger eigene Kinder. Sie waren häufiger allein geflohen. Das Herkunftsland lag häufiger in Subsahara-Afrika und seltener im Nahen Osten, christlicher Glaube war häufiger. Vor dem Hintergrund einer längeren Verweildauer in Deutschland schätzten Patient*innen ihre Deutschkenntnisse als besser ein, sie hatten häufiger eine Arbeitserlaubnis, lebten seltener in einer Flüchtlingsunterkunft und häufiger mit unsicherem Aufenthaltsstatus.

Patient*innen gaben deutlich mehr potentiell traumatische Ereignisse (PTE) an; sie berichteten häufiger Belastungen durch Diskriminierung, Konflikte mit Einwanderungsbehörden sowie durch Einsamkeit/Langeweile und Isolation und konnten weniger auf Ressourcen, insbesondere aus dem familiären und sozialen Bereich, zurückgreifen. Als einzige Ressource wurde „sich als Traumaopfer anerkannt zu fühlen“ häufiger genannt.

Erwartungsgemäß erreichten deutlich mehr Patient*innen die Cut-Off Werte für die Annahme psychischer Störungen und sie berichteten eine schwerere Ausprägung von Symptomen.

Einflussfaktoren auf Depressivität, PTBS-Symptomatik, Gesamtbelastung und Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung

Die Ergebnisse der Entscheidungsbäume der vier CHAID-Analysen finden sich in **Abb. 1**.

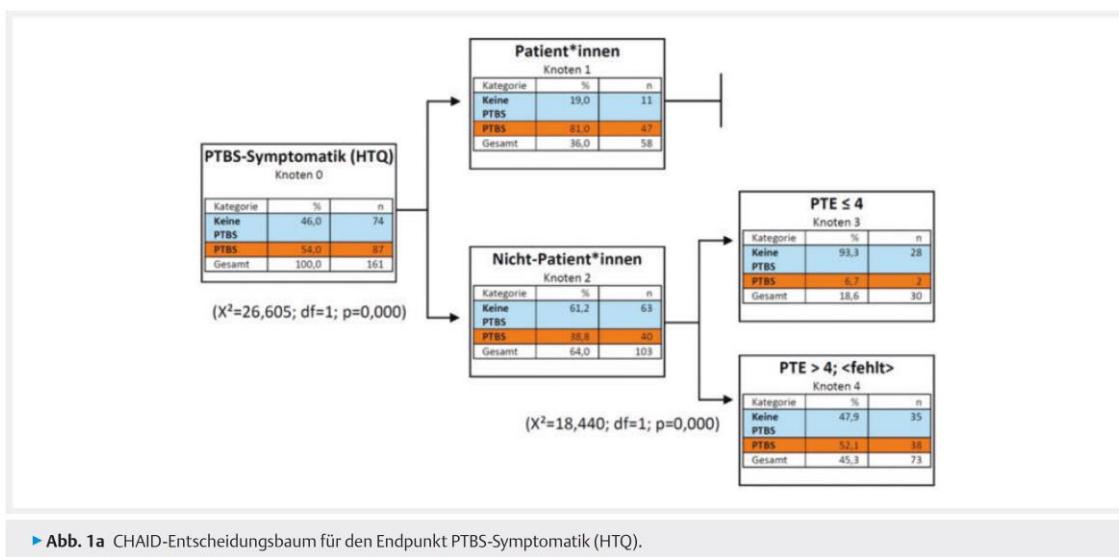
Erwartungsgemäß war die Gruppenzugehörigkeit (Patient*in vs. Nicht-Patient*in) der stärkste Prädiktor für PTBS- (HTQ) bzw. Depression (PHQ-9) und für eine hohe globale Belastung (GSI, SCL-K9) (**Abb. 1a-c**). Bei Patient*innen war das Fehlen einer Arbeitserlaubnis stärkster Prädiktor für eine Depressions-Symptomatik und für eine hohe globale Belastung (**Abb. 1b-c**), aber nicht für eine PTBS (**Abb. 1a**). Bei Nicht-Patient*innen war der stärkste Prädiktor für PTBS und Depression die Zahl potentiell traumatischer Ereignisse (PTE) (**Abb. 1a-b**), der stärkste Prädiktor für eine hohe globale Belastung war hier das Ausmaß postmigratorischer Stressoren (PMLD) (**Abb. 1c**).

Der stärkste Prädiktor für die Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung war das Alleinleben. Auf der nächsten Ebene war Depressivität oberhalb des Cut-Off für die Annahme einer Major Depression der stärkste Prädiktor für Inanspruchnahme, und zwar sowohl bei den Alleinlebenden, als auch bei den Menschen, die mit Familie oder Freund*innen/ Bekannten lebten (**Abb. 1d**).

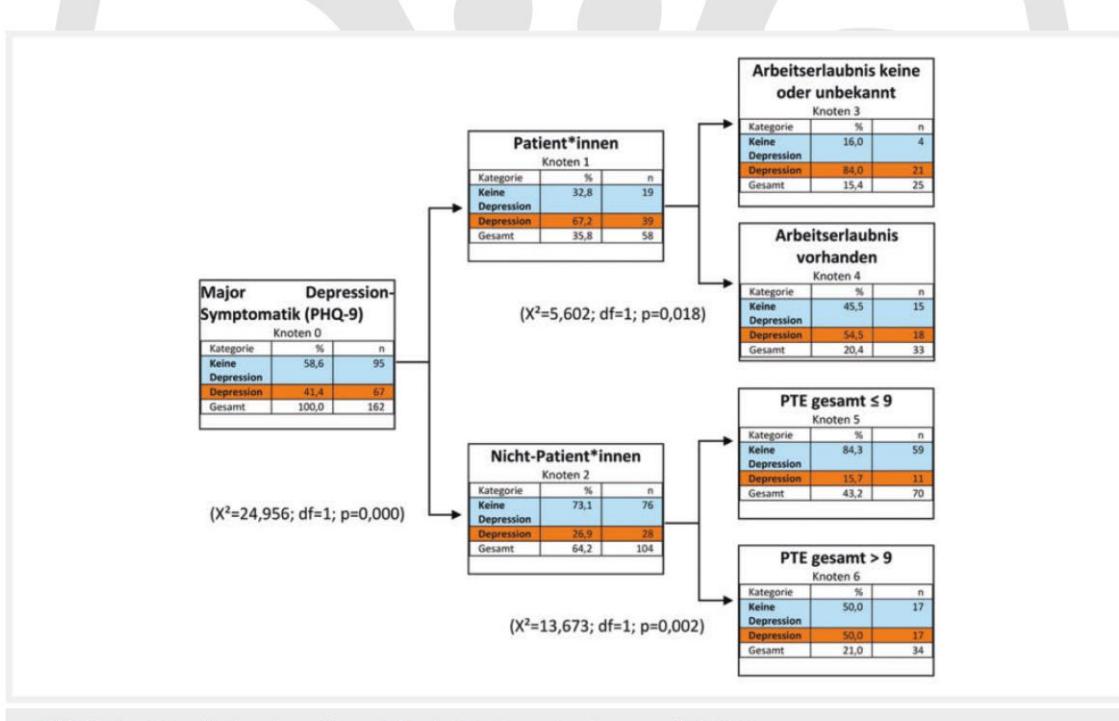
Diskussion

Wir untersuchten in einer Patient*innen-Stichprobe und einer nicht-klinischen Stichprobe den Einfluss sozialer Determinanten auf die psychische Gesundheit von Geflüchteten. Die Gesamtstichprobe zeigte eine hohe Krankheitslast hinsichtlich Traumafolge- und Depressions-Symptomatik und war hinsichtlich potentiell traumatischer Ereignisse (PTE) erheblich belastet, noch höher als vergleichbare Populationen von Geflüchteten in Deutschland [7].

Der Vergleich der zwei Teilstichproben zeigt neben deutlichen Unterschieden in der Aufenthaltsdauer in Deutschland und Soziodemografie, dass vor allem postmigratorische Faktoren wie soziale Isolation und fehlende formelle Integration hinsichtlich Aufenthaltsstatus und Arbeitserlaubnis mit höherem Risiko für psychische Belastung und Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung assoziiert sein können. Der Zusammenhang von unsicherem Aufenthaltsstatus und psychischer Belastung wurde sowohl in einer anderen deutschen Studie als auch in internationalen Studien vielfach beschrieben [6, 15, 16, 26]. Dabei kann jedoch Ursache von Wirkung nicht sicher unterschieden werden und so könnten unsicherer Aufenthaltsstatus, soziale Isolierung und fehlende soziale Integration möglicherweise auch Folge einer psychischen Erkrankung sein. Eine fehlende Arbeitserlaubnis war stärkster Risikofaktor für Depression und Gesamt-Psychopathologie bei den Patient*innen, und die berufliche Perspektive war für viele Befragte eine wichtige Ressource, während die fehlende Arbeitserlaubnis oder Schwierigkeiten, Arbeit zu finden, häufiger als Belastungen beschrieben wurden. Die Befunde unterstreichen die Rolle eines Arbeitsmarktzu-



► Abb. 1a CHAID-Entscheidungsbaum für den Endpunkt PTBS-Symptomatik (HTQ).

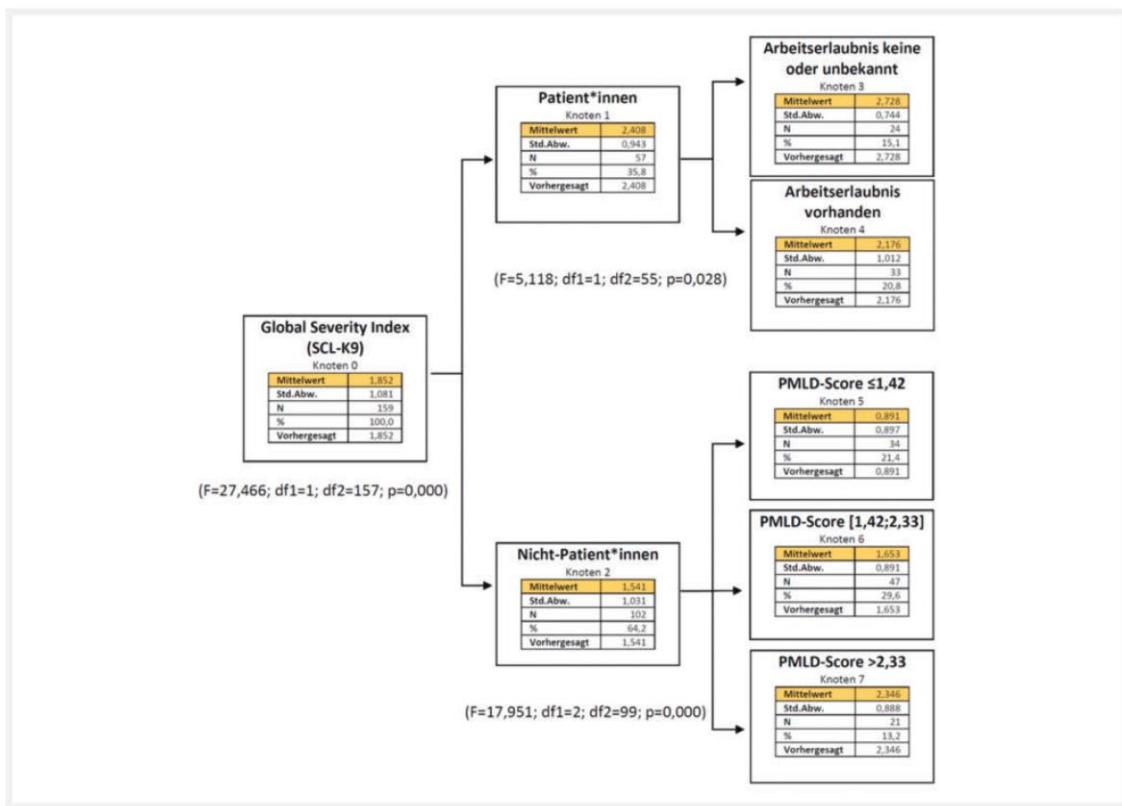


► Abb. 1b CHAID-Entscheidungsbaum für den Endpunkt Major Depressions-Symptomatik (PHQ-9).

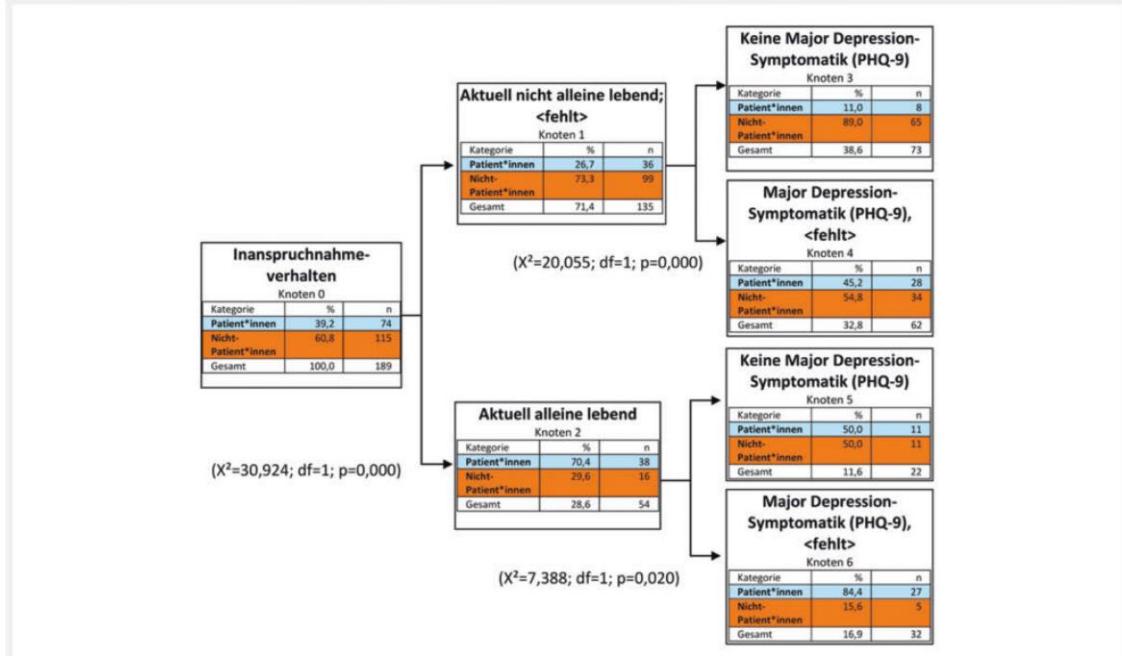
gangs als wichtigen Prädiktor für psychische Gesundheit [18, 19, 27] auch für aktuelle Geflüchteten-Populationen in Deutschland.

Die Deutschkenntnisse der Patient*innen waren besser. Zum Zusammenhang zwischen Kenntnissen der Sprache des Exillandes und Psychopathologie finden sich in der Literatur uneinheitliche

Ergebnisse – meist werden Sprachkenntnisse als Ressource [18, 28], teilweise jedoch auch als mit PTBS-Symptomatik assoziiert betrachtet [16]. Für unsere Stichproben gehen wir davon aus, dass bessere Deutschkenntnisse und schwerere Psychopathologie der Patient*innen durch längere Aufenthaltsdauer im Exilland zu erklären sind, in der auch eine PTBS-Symptomatik zunehmen kann [29].



► Abb. 1c CHAI-D Entscheidungsbaum für den Endpunkt Global Severity Index (SCL-K9).



► Abb. 1d CHAI-D Entscheidungsbaum für den Endpunkt Inanspruchnahmeverhalten.

So könnte auch der höhere Anteil an Muslim*innen aus dem Nahen Osten unter den Nicht-Patient*innen Abbild der kürzer zurückliegenden Flucht aus muslimisch geprägten Hauptherkunftsändern der Fluchtbewegungen der Jahre 2015/2016 sein.

Als stärkster Prädiktor für die Inanspruchnahme einer Behandlung – noch vor dem Vorliegen einer Depressions-Symptomatik – zeigte sich eine postmigratorische Isolation im Wohnumfeld, d.h. das Erleben von Isolation trennte am stärksten die Patient*innen von den Nicht-Patient*innen. Auch war eine „schwierige Wohnsituation“ der zweitstärkste postmigratorische Belastungsfaktor nach der Angst vor Abschiebung. Dies unterstreicht die aus der Literatur bekannte Relevanz des Wohnumfeldes für das psychische Wohlbefinden von Geflüchteten [6, 9, 27] und weist auf protektive Effekte eines sozialen Gefüges im Wohnumfeld (z.B. Familie, Freund*innen) hin. So ist fehlende soziale Integration vielfach als Risikofaktor für psychische Belastung von Geflüchteten beschrieben [14, 17, 26], bis hin zum wichtigsten Faktor bei Symptomatik von Traumafolgestörungen und schwerer psychischer Krankheit [30]. Zur Prävention von psychischer Belastung, die zu einer Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung führt, sollte die soziale Situation von geflüchteten Menschen explizit adressiert werden. Hierzu zählen aufenthaltsrechtliche Faktoren wie Familienzusammenführung und -nachzug.

Das soziale Gefüge der Patient*innen wurde als weniger tragfähig beschrieben, obwohl sie länger im Exilland lebten als die Nicht-Patient*innen. Dies deckt sich mit Beobachtungen aus anderen Studien, die kein ausgeprägteres soziales Netz bei Geflüchteten mit längerer Verweildauer im Exilland fanden [20]. Gerade das enge soziale Umfeld von Partnerschaft und Familie, aber auch Kontakt ins Herkunftsland und zu anderen Geflüchteten in Deutschland, waren bei Patient*innen geringer ausgeprägt, was eine soziale Isolation auf vielen Ebenen prä- und postmigratorischer Biographie erahnen lässt. So fanden wir hier einen höheren Anteil nicht-verheirateter und kinderloser Personen. Hinweise auf einen protektiven Effekt fester Partnerschaften zeigten auch andere Studien [16]. Dem gegenüber scheinen Nicht-Patient*innen stabiler im nahen und weiteren sozialen Umfeld eingebunden zu sein und sie beschreiben häufiger das Gefühl, am gesellschaftlichen Leben teilnehmen sowie Zeit sinnvoll gestalten zu können. Auch hier ist es natürlich schwer Ursache von Wirkung auseinander zu halten, und so ist es denkbar, dass eine vorbestehende psychische Erkrankung das soziale Gefüge bei den Patient*innen beeinträchtigte.

Bislang liegen im deutschsprachigen Raum nur wenige systematische Studien zu selbstempfundenen Ressourcen von Geflüchteten vor. In einer Schweizer Studie waren postmigratorische Ressourcen wie Arbeitszufriedenheit, Sozialkontakte außerhalb von Familie und zu Menschen im Exilland, sowie Freizeitaktivität, Nachrichtenkonsum und Deutschkenntnisse assoziiert mit niedrigerer Symptomatik von PBTS, Depression und Angststörungen. Asylsuchende und illegalisierte Migrant*innen konnten auf Ressourcen seltener zurückgreifen als Menschen mit dauerhaftem Aufenthaltsstatus [28]. Dass bei den hier untersuchten Patient*innen die Summe empfundener Ressourcen signifikant geringer war, legt nahe, bei der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten eine Ressourcenorientierung und -aktivierung anzustreben, um das Gefühl von Sicherheit als Ressource in der postmigratorischen Umwelt zu fördern. Schließlich fühlten sich die Nicht-Patient*innen besser über

ihre Rechte und Pflichten im Asylsystem informiert und sie empfanden dies als hilfreich für ihre Situation. Dies unterstreicht die Forderungen von Nicht-Regierungs-Organisationen nach fairen und transparenten Asylverfahren.

Stärken und Limitationen der Untersuchung

Wir führten eine Fragebogen- und Sprachmittler*innen-gestützten Untersuchung mit breiter Auswahl sozialer Determinanten für psychische Gesundheit durch, und es wurde eine Teilnahme von ca. 1 % der in Köln lebenden Geflüchteten in unterschiedlichen Settings erreicht. Dabei konnten wir erstmalig Geflüchtete in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung mit Geflüchteten vergleichen, die keine Behandlung in Anspruch nehmen. Eingesetzt wurde das Maschinenlernverfahren der CHAID-Analyse zur Untersuchung komplexer Zusammenhänge von Prädiktoren psychischer Gesundheit inklusive postmigratorischer Ressourcen.

Patient*innen und Nicht-Patient*innen unterschieden sich signifikant hinsichtlich Aufenthaltsdauer in Deutschland und Integrationsmerkmalen wie Sprachkenntnissen und Arbeitsmarktzugang. Auch in der hohen Variabilität der Herkunftsänder zeigen sich bedeutende Gruppenunterschiede, die wir am ehesten auf einen unterschiedlichen Zeitpunkt der Flucht zurückführen. Entsprechend können wir nicht ausschließen, dass die beiden Stichproben unterschiedliche Populationen von geflüchteten Menschen repräsentieren, was die Interpretation des direkten Gruppenvergleichs in klassischen Testverfahren limitiert. Das Niveau einer echten Fall-Kontroll-Studie war in unserem explorativen Studiendesign nicht angestrebt, auch wenn die Unterschiedlichkeit der Gruppen prospektiv nicht absehbar war. Mit der CHAID-Analyse setzen wir ein statistisches Verfahren ein, das stichprobenübergreifend mögliche Einflussfaktoren als Entscheidungsbaum aufzeigen kann.

Im Sinne eines Selektionsbias könnten Patient*innen mit akuteren Krankheitsbildern unterrepräsentiert gegenüber solchen mit längerer Verweildauer und somit größerer Wahrscheinlichkeit für einen Befragungstermin sein. Hinsichtlich möglicher Selektionsbias können bei Patient*innen die Frage der Akuität eine Rolle spielen, sodass Patient*innen in akuten Krankheitsstadien weniger teilgenommen haben. Für Nicht-Patient*innen wird in der Literatur beschrieben, dass Menschen aus vulnerablen Gruppen (z.B. alleinreisende Frauen) seltener an Befragungen teilgenommen haben [6, 8]. Das könnte auch für unsere Erhebung zutreffen, wodurch die objektivierbaren Belastungen und Prävalenzen unterschätzt würden. Zudem gab es in manchen Unterkünften eine Vorselektion durch die Sozialbetreuer*innen, so dass hier die Repräsentativität eingeschränkt sein könnte.

Um den Fragebogen bei einer durchschnittlichen Bearbeitungsduer von ca. 40 Minuten niedrigschwellig zu gestalten, konnten weitere Daten etwa zu prämorbidem Funktionsniveau, Chronizität psychischer Erkrankungen oder Substanzmissbrauch nicht erhoben werden.

Fazit

Unter zahlreichen untersuchten Faktoren war soziale Isolation stärkster Prädiktor für eine Inanspruchnahme einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Formelle Ressourcen wie Arbeitserlaubnis und Aufenthaltstitel und informelle Ressourcen wie

Sicherheit im Wohnumfeld und transparente Asylverfahren waren mit besserer psychischer Gesundheit assoziiert. Diese sozialen Determinanten sollten in der Asylpolitik übereinstimmend mit Grundsätzen der WHO [31] zur Prävention psychischer Belastung in der vulnerablen Gruppe geflüchteter Menschen adressiert werden. Ebenso können sich psychosoziale Unterstützungsangebote sowie die medizinisch-psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung an den genannten Aspekten orientieren, um eine adäquate ressourcenorientierte Unterstützung von Geflüchteten in Deutschland zu gewährleisten.

Weitere und vorrangig longitudinale Studien zu sozialen Determinanten psychischer Gesundheit von Geflüchteten sind erforderlich, um wissenschaftliche Grundlagen für die genannten Maßnahmen zu entwickeln.

Fördermittel

Universität zu Köln, Medizinische Fakultät – Köln Fortune Programm der Medizinischen Fakultät

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] UNHCR. Global Trends – Forced displacement in 2016. 2016
- [2] BAMF. Aktuelle Zahlen zu Asyl September 2017. 2017
- [3] Morina N et al. Psychiatric Disorders in Refugees and Internally Displaced Persons After Forced Displacement: A Systematic Review. *Front Psychiatry* 2018; 9: 433
- [4] Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet* 2005; 365 (9467): 1309–1314
- [5] Lindert J et al. Anxiety, Depression and Posttraumatic Stress Disorder in Refugees – A Systematic Review. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2018; 68: 22–29
- [6] Winkler JG et al. The Influence of Residence Status on Psychiatric Symptom Load of Asylum Seekers in Germany. *Psychiatr Prax* 2019; 46: 191–199
- [7] Nesterko Y et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: an epidemiological study. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019; 1–11
- [8] Kroger C et al. Posttraumatic Stress and Depressive Symptoms amongst Asylum Seekers. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2016; 66: 377–384
- [9] Nutsch N, Bozorgmehr K. The effect of postmigration stressors on the prevalence of depressive symptoms among refugees in Germany. Analysis of the IAB-BAMF-SOEP Survey 2016. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2020; 63: 1470–1482
- [10] Belz M et al. Posttraumatic stress disorder and comorbid depression among refugees: Assessment of a sample from a German refugee reception center. *Transcult Psychiatry* 2017; 54: 595–610
- [11] Richter K, Lehfeld H, Niklewski G. Waiting for Asylum: Psychiatric Diagnosis in Bavarian Admission Center. *Gesundheitswesen* 2015; 77: 834–8
- [12] Schaffrath J et al. Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten am Beispiel eines großen psychiatrischen Versorgungskrankenhauses im Rheinland. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2017; 67: 126–133
- [13] Steel Z et al. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009; 302: 537–49
- [14] Hynie M. The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review. *Can J Psychiatry* 2018; 63: 297–303
- [15] Kashyap S, Page AC, Joscelyne A. Post-migration treatment targets associated with reductions in depression and PTSD among survivors of torture seeking asylum in the USA. *Psychiatry Res* 2019; 271: 565–572
- [16] Chu T, Keller AS, Rasmussen A. Effects of post-migration factors on PTSD outcomes among immigrant survivors of political violence. *J Immigr Minor Health* 2013; 15: 890–7
- [17] Priebe SGD, El-Nagib R. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Health Evidence Network (HEN) Synthesis Report 47); 2016
- [18] Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights* 2015; 15: 29
- [19] von Lersner U, Rieder H, Elbert T. Psychische Gesundheit und Rückkehrvorstellungen am Beispiel von Flüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2008; 37: 2
- [20] Heeren M et al. Mental health of asylum seekers: a cross-sectional study of psychiatric disorders. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 114
- [21] Stadt Köln Dezernat V – Soziales, I.u.U., Aktuelle Informationen zur Unterbringung und Integration von Flüchtlingen. 13. Bericht an den Ausschuss Soziales und Senioren zur Sitzung am 09.03.2017. 2017
- [22] Mollica RF et al. The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180: 111–6
- [23] Steel Z et al. Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees, and immigrants. *J Trauma Stress* 1999; 12: 421–35
- [24] Klaghofer R, Brähler E. Konstruktion und Teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. [Construction and test statistical evaluation of a short version of the SCL-90-R]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie. Psychiatrie und Psychotherapie* 2001; 49: 115–124
- [25] Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals* 2002; 32: 509–515
- [26] Bogic M et al. Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *Br J Psychiatry* 2012; 200: 216–23
- [27] Porter M, Haslam N. Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons: A Meta-analysis. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 2005; 294: 602–612
- [28] Heeren M et al. Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive Psychiatry* 2014; 55: 818–825
- [29] Richter K et al. Prevalence of psychiatric diagnoses in asylum seekers with follow-up. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 206
- [30] Chen W et al. Pre-migration and post-migration factors associated with mental health in humanitarian migrants in Australia and the moderation effect of post-migration stressors: findings from the first wave data of the BNLA cohort study. *The Lancet Psychiatry* 2017; 4: 218–229
- [31] WHO. Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options: Summary report; 2004

4. Diskussion

4.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

189 Menschen mit Fluchterfahrung nahmen an der Untersuchung teil, 115 Nicht-Patient*innen und 74 Patient*innen der LVR-Klinik Köln. In der Analyse der Rekrutierungsquote unter den größtenteils stationär behandelten Patient*innen waren vorrangig zuvor erfolgte Entlassungen aus der Klinik, ein zu instabiler psychischer Zustand oder eine Ablehnung durch die Patient*innen selbst Ursachen für eine Nichtteilnahme. Die soziodemografische Zusammensetzung der Stichprobe war heterogen mit Menschen aus 31 Herkunftsländern, größtenteils männlichen Geschlechts und muslimischen Glaubens.

Die Gesamtstichprobe zeigte eine hohe Krankheitslast hinsichtlich Traumafolge- und Depressions-Symptomatik und war auch hinsichtlich potentiell traumatischer Ereignisse (PTE) erheblich belastet.

Neben deutlichen Unterschieden in der Aufenthaltsdauer in Deutschland und soziodemografischen Faktoren zeigte der Vergleich der Stichproben eine Assoziation von postmigratorischen Faktoren wie sozialer Isolation und fehlender formeller Integration mit höherem Risiko für psychische Belastungen und Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung.

4.2. Diskussion der Ergebnisse

Die vorliegende Studie untersuchte nach unserem Wissen erstmals die sozialen Determinanten für psychische Gesundheit von nach Deutschland geflüchteten Menschen anhand des Vergleichs einer klinischen Inanspruchnahme-Stichprobe mit einer nicht-klinischen Stichprobe. Trotz diverser Limitationen können hieraus Hinweise auf Risiko- und Schutzfaktoren abgeleitet werden, die einerseits vom Umfeld des Exillandes - etwa in der praktischen psychosozialen Arbeit und der migrationspolitischen Ausgestaltung - miteinbezogen werden und die andererseits von den Betroffenen selbst aktiv gestaltet werden können.

4.2.1. Prävalenzen von Psychopathologie und Suizidalität

Es zeigte sich unter Einschluss der Patient*innen eine entsprechend massiv belastete Gesamtstichprobe mit Prävalenzen für die von Teilnehmenden angegebene krankheitswertige Symptomatik von PTBS und Depression, die größtenteils über den im deutschsprachigen Raum veröffentlichten Prävalenzraten³⁸ und teils deutlich über denjenigen von internationales Metaanalysen^{2,27,29,34} liegen. Die Prävalenz von Depressions- und PTBS-Symptomen der Nicht-Patient*innen liegt hingegen im Größenordnungsbereich vergleichbarer Studien³⁸ oder darunter^{24,37}.

Es zeigte sich eine Häufigkeit von Suizidalität über³⁷ oder im Bereich von publizierten Prävalenzen⁸² und ein hohes Maß an Komorbidität: So hatten mehr Menschen krankheitswertige Symptomatik von sowohl PTBS als auch Depression, als nur von jeweils einer der beiden Erkrankungen.

Aufgrund der großen Heterogenität von Stichprobenzusammensetzung, eingesetzten psychometrischen Messinstrumenten und Studiendesign kann der Vergleich mit Literaturdaten hier zusammenfassend nur eine grobe Orientierung bieten.

Die signifikant höhere PTBS- und Depressions-Prävalenz, Suizidalität und generelle Psychopathologie (*global severity index*) in der Patient*innen-Stichprobe lässt erwartungsgemäß einen höheren Bedarf an Inanspruchnahme unter dieser Gruppe vermuten.

Eine nahe liegende Interpretation für die signifikanten Unterschiede könnte sein, dass die stärker psychisch belasteten Menschen mit Fluchthintergrund – entsprechend eines höheren Bedarfs - tatsächlich den Weg ins Hilfesystem finden. Hieraus eine adäquate Versorgungssituation für psychisch belastete Geflüchtete abzuleiten, erscheint jedoch aus vielerlei Hinsicht problematisch: Zum einen lag die psychische Belastung und krankheitswertige Symptomatik in beiden Stichproben deutlich über derjenigen der nicht-geflüchteten Bevölkerung, es hätte somit auch ein großer Anteil der Nicht-Patient*innen Bedarf für und Anspruch auf psychologische oder psychiatrische Anbindung und Therapie. Auch unter Nicht-Patient*innen war eine Vielzahl von Belastungsfaktoren aus Biografie und aktueller Aufenthalts situation gegeben, die als postmigratorische soziale Determinanten auf die psychische Gesundheit einwirken. Weiterhin ist der Faktor nicht zu unterschätzen, dass sich viele der Patient*innen der Inanspruchnahme-Stichprobe in stationärer Akutbehandlung befanden und als Notfall stationär aufgenommen wurden. Der Anteil der Patient*innen mit Fluchthintergrund, die in der gleichen Klinik in einer vorangehenden Studie auf eine geschützte Station aufgenommen wurden, lag bei 38,9%, wobei 21,8% durch den Rettungsdienst zugewiesen wurden⁴⁷. Es handelt sich somit um einen großen Anteil exazerbierter psychischer Belastungssituationen und Krankheitsbilder, der gewissermaßen als akut zu behandelndes Hellfeld mit einem viel größeren nicht adäquat versorgten Dunkelfeld gesehen werden könnte.

4.2.2. Soziodemografie

Durchschnittsalter und der deutliche Männerüberhang der Gesamtstichprobe liegen eng an den vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) für Asylbewerber*innen im Untersuchungszeitraum angegebenen Daten³ und ähnlicher untersuchter Stichproben³⁷⁻³⁹ ohne dass hier signifikante Unterschiede zwischen den beiden Studienarmen bestanden. Im Durchschnitt waren die Befragten unserer Untersuchung häufiger in Lebenspartnerschaften oder verheiratet und hatten mehr Kinder als in vergleichbaren „allgemeinen Geflüchteten-Populationen“^{38,39}. Patient*innen hatten seltener und weniger eigene Kinder, und sie waren häufiger

nicht in einer festen Partnerschaft, was sich mit Hinweisen auf einen protektiven Effekt fester Partnerschaften⁵⁶ decken würde. Im Kontrast dazu fanden sich in einer in der Schweiz untersuchten Inanspruchnahme-Population mehr verheiratete, ältere und männliche Teilnehmende⁶⁰.

Bei seltenerer Elternschaft und weniger eigenen Kindern unter den Patient*innen können wir in unserer Stichprobe die These, dass Kinder durch schnellere Anpassung an die postmigratorische Kultur als ermöglichernder Faktor auch den Zugangsweg ins Gesundheitssystem für ihre Eltern erleichtern können⁴⁶, hinsichtlich der psychiatrischen Inanspruchnahme nicht stützen.

Umgekehrt denkbar ist auch, dass das Zusammenleben mit Partner*innen und Familienangehörigen durch eine vorbestehende psychische Erkrankung erschwert oder verhindert wurde und dadurch Patient*innen im Durchschnitt weniger in Partnerschaften und mit Familie lebten. Im Vergleich der beiden Studienarme sowie in der CHAID-Gesamtanalyse fand sich **kein Hinweis auf eine höhere Inanspruchnahme oder psychische Belastung in Abhängigkeit von Alter oder Geschlecht**. Dieser Befund deckt sich mit eingangs vorgestellten Studien, in denen Geschlecht keinen signifikanten Einfluss auf die Psychopathologie hatte^{27,36,42,60}, widerspricht aber anderen Ergebnissen hinsichtlich des Einflusses von Geschlecht⁵⁴⁻⁵⁹ und Alter^{32,46,54-56}. In einer jüngeren Untersuchung zeigte sich männliches Geschlecht unabhängig von Psychopathologie mit höherer genereller Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung in der frühen postmigratorischen Phase assoziiert, was mit höherer Aktivität in dieser Phase erklärt werden könnte⁸³. Dass die Autor*innen keine signifikanten Unterschiede in der Nutzung von psychiatrischer Inanspruchnahme fanden, deckt sich mit unseren Untersuchungsergebnissen.

Es zeigte sich in unserer Untersuchung durchschnittlich ein mittleres bis hohes **Bildungsniveau**, ohne dass wie in anderen Studien^{54,55} Bildung einen Prädiktor für psychische Belastung oder Inanspruchnahme in der CHAID-Analyse darstellte. Dass das Bildungsniveau zur Gesundheitskompetenz als ermöglichen Faktor für Inanspruchnahme gemäß des Verhaltensmodells⁴³ beitragen kann, lässt sich aus unseren Daten somit nicht ableiten.

Sprachbarrieren sind in der praktischen Arbeit mit Patient*innen mit Fluchtgeschichte neben systemischen und kulturellen Barrieren wichtige Hindernisse für eine adäquate Versorgung. Das häufige Fehlen von professioneller Sprachmittlung exazerbiert diese Sprachbarrieren⁸⁴, auch bedingt durch die fehlende flächendeckende Erstattung durch die Krankenversicherungen. Die **Kenntnisse deutscher Sprache** waren unter Patient*innen signifikant höher. In der Literatur finden sich unterschiedliche Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Kenntnissen der Sprache des Exillandes und Psychopathologie. Meist werden Sprachkenntnisse bezüglich Psychopathologie als Ressource gewertet^{31,79}. Bessere Kenntnisse der Sprache des Exillan-

des waren jedoch in einer Untersuchung in den USA mit höherer PTBS-Symptomatik assoziiert⁵⁶. Hier wurden die Sprachkenntnisse weniger als Surrogat für die längere Verweildauer oder bessere Akkulturation im Exilland, sondern eher für höheren intellektuellen und sozioökonomischen Status prämigratorisch gesehen, mit der Folge eines größeren Status-Verlustes durch die Flucht. Dieser wurde auch von anderen Autor*innen mit erhöhter postmigratorischer psychischer Belastung assoziiert⁵⁴.

Bessere Kenntnis der deutschen Sprache und somit mehr Verständnis der Versorgungsstrukturen könnten als ermöglichte Faktoren die sprachlichen bzw. institutionellen Hürden einer Inanspruchnahme verkleinern. Durch ihre höhere Gesundheitskompetenz könnten sich Menschen mit besserer Sprachkenntnis auch deswegen häufiger in ambulanter oder stationärer Versorgung befinden.

Für unsere Stichproben gehen wir jedoch am ehesten davon aus, dass bessere Sprachkenntnisse bei Patient*innen im Zusammenhang mit der signifikant längeren Verweildauer in Deutschland zu werten sind.

Der Anteil an signifikant höherem Anteil **muslimischer Menschen aus dem Nahen Osten** mit schlechteren Deutschkenntnissen in der nicht-klinischen Stichprobe muss wahrscheinlich auch als Abbild der signifikant kürzer zurückliegenden Flucht mit den größtenteils muslimisch geprägten Hauptherkunftsländern der Fluchtbewegungen der Jahre 2015/2016 und der kürzeren Verweildauer im Exilland gesehen werden³.

Die Tatsache, dass in der Patient*innen-Stichprobe mehr Menschen aus Subsahara-Afrika und mit christlicher Religion zu finden waren, könnte darüber hinaus auch auf eine höhere psychische Belastung, entweder durch einen unterschiedlichen soziodemografischen Hintergrund, spezifische traumatisierende Ereignisse prä- oder perimigratorisch (z.B. Repression gegen christliche Gruppen), oder durch postmigratorische soziale Determinanten (wie rassistische Diskriminierungserfahrungen) im Exilland bedingt sein. Auch in anderen Studien zeigen Geflüchtete aus Subsahara-Afrika höhere Raten an interpersoneller Traumatisierung³⁹ und psychischer Belastung^{27,56}.

4.2.3. Migration und aktueller Aufenthalt

In den Zeitangaben zu **Binnen- und transnationaler Migration** fand sich in unseren Stichproben eine große Bandbreite mit einer durchschnittlichen Fluchtdauer knapp unter einem Jahr. Da Extremwerte den arithmetischen Mittelwert stärker beeinflussen, erscheint der Median der Fluchtdauer von unter 2 Monaten hier aussagekräftiger. Die Migrationsdauer war somit niedriger als die in vergleichbaren Untersuchungen³⁹ publizierte. Dieser Befund könnte als Abbildung der Migrationsbewegungen der Vormonate - insbesondere unter Nicht-Patient*innen - die große Mobilität, beispielsweise auf der Balkanroute im Jahr 2015, widerspiegeln. Nicht-

Patient*innen waren signifikant häufiger in Flüchtlingslagern außerhalb Deutschlands untergebracht, was vereinzelt als möglicher Risikofaktor für psychische Belastung identifiziert wurde⁸⁵. Eventuell werden hier auch die politischen Entwicklungen in den Monaten vor der Erhebung mit der vielfachen behördlichen Einrichtung oder informellen Entstehung von Camp- und Lagerstrukturen, etwa entlang der Balkanroute, abgebildet.

Die Menschen der hier untersuchten Gesamtstichprobe hatten im Mittel eine längere Zeit in Deutschland gelebt als diejenigen ähnlicher Untersuchungen^{37,79} und die Patient*innen signifikant länger als Nicht-Patient*innen. Ob die längere Verweildauer die generell höhere Psychopathologie der Patient*innen mitbedingen könnte, lässt sich in unserem Studiendesign nicht valide untersuchen, jedoch zeigte die CHAID-Analyse der Gesamtstichprobe keinen Hinweis hierauf. In der Literatur gibt es zum Zusammenhang von Aufenthaltsdauer und Psychopathologie unterschiedliche Ergebnisse: In vielen retrospektiven Studien finden sich keine signifikanten Zusammenhänge^{37,56,86}, jedoch zeigen sich auch eine niedrigere Depressionssymptomatik^{27,31} oder stärkere Symptomatik von Angststörungen bei längerem Aufenthalt⁶⁷. In prospektiven follow-up-Studien zeigen sich rückläufige Depressivität und Panikstörungssymptomatik bei unveränderter⁸⁷ bis ansteigender PTBS-Symptomatik⁴¹.

Denkbar ist auch, dass mit längerer Aufenthaltsdauer eine höhere Gesundheitskompetenz und eine bessere Kenntnis von Versorgungsstrukturen des psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfesystems in Deutschland einhergehen und deswegen Menschen mit längerer Aufenthaltsdauer im Sinne von stärkeren die Inanspruchnahme ermöglichen Faktoren vermehrt unter Patient*innen zu finden sind.

4.2.4. Potentielle Traumatisierung

Es zeigte sich eine hinsichtlich potentieller traumatischer Ereignisse hoch belastete Gesamtstichprobe. Die Prävalenz für potentielle Traumatisierung sowie die mittlere Anzahl erlebter potentiell traumatischer Ereignisse lag hier im Bereich von anderen Untersuchungen unter in Deutschland lebenden Geflüchteten^{39,50} oder darüber³⁸. Auch wenn die in der Gesamtstichprobe am häufigsten genannten Ereignisse eher Ausdruck einer ungerichteten Bedrohung wie Lebensgefahr, Obdachlosigkeit und Mangel an Nahrung oder gesundheitlicher Versorgung sind, zeigen sich doch gerade in der mehr belasteten Patient*innen-Stichprobe sowie in der prämigratorischen Phase häufiger interpersonelle potentiell traumatisierende Ereignisse, sogenannte *man made disasters*: Folter und das Miterleben von Ermordungen oder unnatürlichen Todesfällen von Familie, Freunden und Unbekannten wurden von Patient*innen signifikant häufiger genannt, was sich grundsätzlich mit den Ergebnissen einer vergleichbaren Untersuchungen deckt³⁸. Hinsichtlich sexualisierter Gewalt fand sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied zwischen den Stichproben mit einer höheren Prävalenz unter Patient*innen, die im Größenordnungsbereich von Untersuchungen allgemeiner Geflüchtetenpopulationen im deutschsprachigen Raum^{38,39} oder darüber⁸⁶ liegt. Die tatsächliche Prävalenz könnte jedoch

deutlich höher liegen, da im Kontext sexualisierter und oft gender-spezifischer Gewalt eine hohe Dunkelziffer und somit Unterschätzung der wirklichen Prävalenz^{36,39} aufgrund von nicht wahrheitsgetreuem Antwortverhalten in Befragungen, z.B. durch Scham oder Schuldgefühle, anzunehmen ist^{36,50}. Dies erscheint insbesondere relevant, wenn Geflüchtete häufiger von sexualisierter Gewalt durch Familienangehörige als durch fremde Personen berichten⁸⁶.

Unter Nicht-Patient*innen war in der CHAID-Analyse die Zahl potentiell traumatisierender Ereignisse stärkster Einflussfaktor sowohl für PTBS-, als auch für Depressions-Symptomatik, während es bei Patient*innen bei Depression und Gesamt-Psychopathologie die Arbeitserlaubnis war. Dies könnte auf eine wechselnde Bedeutung der Determinanten hindeuten: Bei erst kurz im Exilland lebenden Geflüchteten könnte eine erlebte Traumatisierung (und hierbei wahrscheinlich prä- und perimigratorisch) die größere Rolle spielen, was auch andere Studien nahelegen⁸⁶, während bei längerer Verweildauer eher die formale Integration wie eine Arbeitserlaubnis relevanter werden könnte.

Umgekehrt lassen sich hier eventuell Hinweise auf die Wichtigkeit der postmigratorischen Umwelt bei den schwerer belasteten Patient*innen zeigen, die z.B. im Sinne einer Modulation traumatisierender Erlebnisse⁷⁴ durch einen Arbeitsmarktzugang positiv gestaltet werden könnte.

Perimigratorische Traumatisierung, die sich etwa in Ereignissen wie „Mangel an Wasser oder Nahrung“ sowie Todesbedrohung in über einem Drittel der Befragten zeigt, kann nicht losgelöst vom Kontext der Migrationspolitik und Grenzschutzmaßnahmen der Exilländer interpretiert werden: Gefährliche Fluchtrouten entwickeln sich nur, wenn es keine sicheren Zuwanderungs- und Aufnahmemöglichkeiten für flüchtende Menschen gibt. Dies weist auf die Dringlichkeit der Einrichtung von sicheren Fluchtrouten hin - nicht nur aus menschenrechtlicher Sicht, sondern auch im Hinblick auf die postmigratorische psychische Gesundheit. Im Besonderen gilt dies für gender-basierte und sexualisierte Gewalt und auch für innereuropäische Fluchtrouten, auf denen vielfach physische Gewalt gegenüber Flüchtenden, größtenteils durch staatliche Akteur*innen, dokumentiert ist⁸⁸.

4.2.5. Postmigratorische soziale Determinanten für Psychopathologie und Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung

Es zeigten sich im Vergleich beider Stichproben vielfältige postmigratorische Prädiktoren für die Psychopathologie und Inanspruchnahmeverhalten, vor allem hinsichtlich rechtlichen Status und Unterbringung im Asylverfahren sowie im sozialen Umfeld.

(1) Postmigratorische Stressoren und Ressourcen

In der Literatur zeigte sich Psychopathologie anhand höherer Summenwerten der PMLD-Checklist⁶⁴ mit postmigratorischen Stressoren assoziiert^{67,89}. Dass sich im Kontrast dazu die

Summe an selbst empfundenen postmigratorischen Stressoren gemäß PMLD-Checklist in unseren beiden Stichproben nicht signifikant unterschied, jedoch bei Nicht-Patient*innen signifikant mehr Ressourcen nutzbar waren, könnte auf die protektive Bedeutung postmigratorischer Ressourcen für die psychische Gesundheit von Geflüchteten hinweisen. Unserem Kenntnisstand nach liegen bislang nur wenige systematische Studien zu selbstempfundenen Ressourcen von Geflüchteten im deutschsprachigen Raum vor. In einem Vergleich verschiedener migrantischer Gruppen in der Schweiz zeigte sich die Summe an postmigratorischen Ressourcen wie Arbeitszufriedenheit, Sozialkontakte außerhalb von Familie und zu Menschen im Exilland, sowie Freizeitaktivitäten, Nachrichtenkonsum und Deutschkenntnisse assoziiert mit der Symptomatik von PTBS, Depression und Angststörungen. Asylsuchende und illegalisierte Migrant*innen konnten auf die Ressourcen seltener zurückgreifen als Menschen mit dauerhaftem Aufenthaltsstatus⁷⁹. Es gibt zudem Hinweise darauf, dass allgemeine Lebenszufriedenheit von in Deutschland lebenden Geflüchteten und ein resilenter Coping-Stil das Risiko für eine Depressions-Symptomatik senken⁴².

Die in unserer Untersuchung genannten hilfreichen Ressourcen unterstreichen die Wichtigkeit der Bereiche Sicherheit, berufliche Perspektive, soziale Integration, Kommunikation und Zugang zu Informationen für das Wohlbefinden von Geflüchteten in Deutschland. Die Tatsache, dass in der Patient*innen-Stichprobe die Summe der empfundenen Ressourcen signifikant geringer war, legt nahe, bei der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten eine Ressourcenorientierung und -aktivierung anzustreben. Das Gefühl von Sicherheit ist bei der hohen Prävalenz potentiell traumatischer Ereignisse eine nachvollziehbare Ressource in der postmigratorischen Umwelt. Auf die Wichtigkeit einer beruflichen und sozialen Integration als Ressource wird weiter unten eingehender eingegangen.

Zwei der drei am häufigsten genannten Ressourcen wurden von Nicht-Patient*innen signifikant mehr als hilfreich erlebt und gerade das soziale Netzwerk erscheint als protektiver Faktor: Die von Patient*innen weniger nutzbaren Ressourcen im Bereich der sozialen Unterstützung entsprechen der hier häufiger beschriebenen Isolation, Einsamkeit und Langeweile; sie könnten eine Teilursache, aber auch Folge einer vorbestehenden psychischen Erkrankung sein.

(2) Soziales Umfeld, Einsamkeit und Wohnsituation

In der CHAID-Analyse war das Erleben von postmigratorischer Isolation im Wohnumfeld stärkster Prädiktor für die Inanspruchnahme einer Behandlung – noch vor dem Vorliegen von Depressions-Symptomatik. Das Alleine-Leben trennte somit am stärksten Patient*innen von Nichtpatient*innen.

Auch wenn aus unserem Studiendesign nicht erkennbar ist, ob eine vorbestehende oder chronische psychische Erkrankung Ursache einer Isolation im Wohnumfeld ist, deckt sich die Be-

obachtung doch mit in der Literatur beschriebener fehlender sozialer Integration als Risikofaktor für psychische Erkrankung^{51,55,62}. Speziell Einsamkeit war in einer australischen Studie zusammen mit ökonomischen Stressoren, Diskriminierung, Familienkonflikten im Exilland und Sorge um Familie im Herkunfts- und Exilland stärkster Einflussfaktoren für PTBS und schwere psychische Krankheit, noch vor prämigratorischen Traumata⁶⁹.

Obwohl die Patient*innen länger im Exilland lebten, schien ihr soziales Gefüge nicht unbedingt tragfähiger zu sein, was sich mit Beobachtungen aus Vergleichsstudien deckt, die kein ausgeprägteres soziales Netz bei Geflüchteten mit längerer Verweildauer fanden⁸⁶. Gerade das engere soziale Umfeld von Partnerschaft und Familie, aber auch Kontakt ins Herkunftsland und zu anderen Geflüchteten in Deutschland, waren in der Patient*innen-Stichprobe geringer ausgeprägt, was eine vielschichtige soziale Isolation auf multiplen Ebenen der prä- und postmigratorischen Biografie erahnen lässt. Eventuell erscheint hier „Isolation“ auch als Surrogat-Parameter für strukturelle (z.B. Sprachbarriere, Wohnbedingungen), asylrechtliche (z.B. Trennung von Familie, Unterbringung, fehlende Mobilität) oder biografische Faktoren (z.B. Verlassen des Heimatlandes, fehlende Partnerschaft), die allesamt eine soziale Isolation als Endpunkt bedeuten und indirekt hier Einfluss ausüben.

Nicht-Patient*innen scheinen sowohl im nahen als auch im weiteren sozialen Umfeld stabiler eingebunden zu sein und beschreiben darüberhinausgehend signifikant häufiger das Gefühl, am gesellschaftlichen Leben in Deutschland teilnehmen und die eigene Zeit sinnvoller gestalten zu können. Wichtig erscheint folglich, eine soziale Integration und Sinnhaftigkeit im Alltag zu fördern und auch bei psychosozialer Unterstützung und Therapie das soziale Netz im Sinne eines systemischen Ansatzes mit einzubeziehen: Häufig fungieren Familienangehörige als primäre Kontaktpersonen von Menschen mit traumatischen Erfahrungen und Traumafolgestörungen und sollten daher ebenfalls psychosoziale Unterstützung erfahren⁹⁰.

Eine „schwierige Wohnsituation“ war nach der Angst vor Abschiebung der zweitstärkste angegebene postmigratorische Belastungsfaktor, wenn auch ohne signifikanten Unterschied zwischen den Stichproben. Dies unterstreicht zusammen mit den Ergebnissen der CHAID-Analyse die aus der Literatur bekannte Relevanz des Wohnumfeldes als postmigratorische soziale Determinante für das psychische Wohnbefinden von Geflüchteten^{37,42,49,54} und weist auf einen möglichen protektiven Effekt eines sozialen Gefüges im Wohnumfeld (z.B. Familie, Freund*innen) hin. Dieser könnte insbesondere bei Vorliegen einer depressiven Erkrankung relevant werden: So fanden sich nicht-alleine lebende Menschen mit Depression seltener in der Patient*innen-Stichprobe als alleine lebende Menschen mit Depression.

Unsere Ergebnisse können somit die Wichtigkeit des sozialen Umfelds in der Wohnsituation unterstreichen, zeigen hier jedoch bezüglich weiterer Unterbringungs-Faktoren widersprüchliche Ergebnisse: So lebten Nicht-Patient*innen deutlich häufiger in großen Notunterkünften,

also einer Unterbringung, für die weniger Zufriedenheit, Selbstbestimmung und Sicherheitsgefühl angenommen werden kann⁷⁶. Kritisch diskutiert wurden muss deswegen eine scheinbar protektive Sammelunterbringung. Die Tatsache, dass in unserer Untersuchung Patient*innen signifikant seltener in Notunterkünften lebten, darf vor dem Hintergrund des in der Literatur beschriebenen erhöhten Risikos für psychische Belastung bei schlechten Wohnbedingungen^{37,42,54,57,65} wahrscheinlich nicht dahingehend interpretiert werden, dass Sammelunterbringung ein Schutzfaktor sein kann. Die Wohnsituation der Nicht-Patient*innen in Sammelunterkünften sollte umgekehrt vor dem Hintergrund ihrer kürzeren Aufenthaltsdauer betrachtet werden, was wir eher auf die generelle Unterschiedlichkeit der beiden Stichproben werten.

Zu diskutieren ist weiterhin, ob Einsamkeit und das Alleine-Leben im Sinne des Verhaltensmodells von Inanspruchnahme⁴³ den Bedarf an psychiatrischer Versorgung erhöht oder ob eine Isolation im Wohnumfeld einen Einfluss auf die Ermöglichung entwickelt, Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen. Die soziale Isolation könnte dazu beitragen, dass niederschwellige Angebote etwa der ambulanten Versorgung nicht wahrgenommen werden und es daher zu (stationär) behandlungsbedürftigen Exazerbationen kommt. In Norwegen konnte gezeigt werden, dass in dicht beieinander lebenden Geflüchtetengruppen die Wahrscheinlichkeit für eine Inanspruchnahme des psychiatrischen Hilfesystems geringer sein kann (*ethnic density effect*). Die Autor*innen diskutieren die Frage, ob durch die Dichte des Zusammenlebens lediglich weniger professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird oder ob wirklich gesunde Netzwerke in ethnisch dichten Gebieten entstehen, also auch der Bedarf an Inanspruchnahme reduziert wird. Sie fordern entsprechend mehr und bessere Information über psychische Erkrankungen und das Hilfesystem sowie die Prävention sozialer Ausgrenzung⁹¹.

Zusammenfassend können die Ergebnisse die Bedeutung des sozialen Wohnumfelds für die Prävention einer krankheitswertigen psychischen Belastung betonen, die in eine Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung mündet. Für zukünftige Forschungen wäre es wünschenswert zu überprüfen, ob im sozialen Netz der Betroffenen ein langfristig protektiver Faktor vorliegt, oder ob Belastungen und krankheitswertige Symptomatik lediglich dysfunktional „abgepuffert“ und beispielsweise nicht-professionelle Strukturen in den communities mit der eventuellen Folge von Chronifizierung, sekundärer oder Re-Traumatisierung in Anspruch genommen werden.

In der COVID-19-Pandemie hatten Geflüchtete, die in Sammelunterkünften lebten, ein erhöhtes Risiko für eine Infektion mit SARS-CoV-2. In Studien wurde in Sammelunterkünften und Erstaufnahmeeinrichtungen zeitweise ein Inzidenzrisiko von durchschnittlich 17% ermittelt⁹², was deutlich über dem Erkrankungsrisiko in der Allgemeinbevölkerung lag. Bei COVID-19-

Infektionen in Gemeinschaftseinrichtungen wurden oft alle Bewohner*innen in Kollektivquarantäne gestellt, was sich sowohl aus epidemiologischer Sicht als auch normativ-rechtlich problematisch darstellte und für die Betroffenen eine hohe psychosoziale Belastung bedeutet⁹². Diese Befunde sprechen vor dem Hintergrund der hier dargestellten Faktoren zusätzlich für eine dezentrale Unterbringung mit kleinen Wohneinheiten^{92,93}.

Bei vulnerablen Gruppen wie allein geflüchtete Frauen sollte die Wohnsituation im Speziellen beachtet werden, da Gender-basierte und sexualisierte Gewalt in nicht-adäquaten Unterbringungssituationen exazerbieren können⁹⁴.

Weiterhin gilt es, Menschen in der besonderen Situation Fluchtmigration ausreichende Möglichkeiten bereitzustellen, dass sie sozialer Isolation eigenständig und selbstwirksam vorbeugen können: Zugang zu elektronischer Infrastruktur, Kommunikationsmitteln, Internet, Raum für soziale Interaktion in Unterkünften, in Städten und Gemeinden sowie eine Ermöglichung von Mobilität zum Erhalt und Knüpfen sozialer Kontakt könnten beispielsweise vor dem Hintergrund unserer Ergebnisse und der Literatur präventiv hinsichtlich psychischer Belastung wirken.

(3) Aufenthaltsstatus

Der Großteil der Befragten lebte mit **unsicherem Aufenthaltsstatus**, wobei der höhere Anteil unter den Patient*innen trotz ihrer längeren Aufenthaltsdauer in Deutschland ein Hinweis auf eine hierdurch erhöhte psychische Belastung bei diesen Menschen sein könnte.

Der Zusammenhang von unsicherem Aufenthaltsstatus und psychischer Belastung wurde international vielfach beschrieben^{51,55,56,58,65} und konnte auch in einer ähnlichen Studienpopulationen in Deutschland hinsichtlich der psychischen Symptomlast von PTBS und Angststörungen, sowie krankheitswertiger somatischer Symptome und der empfundenen Lebensqualität bestätigt werden³⁷. Bei vorbestehenden Traumatisierung gehen manche Autor*innen davon aus, dass ein unsicherer Aufenthaltsstatus das Entstehen einer psychoreaktiven Störung wie der PTBS begünstigen kann⁹⁵. Die höhere PTBS-Prävalenzschätzung in unserer Patient*innen-Stichprobe könnte somit auch vor dem Hintergrund einer größeren aufenthaltsrechtlichen Unsicherheit dort interpretiert werden. Umgekehrt kann eine Stabilisierung des Aufenthaltsstatus auch die positiven Effekte einer Therapie auf PTBS-Symptomatik verstärken⁷⁷. Schon die Tatsache, dass eine Anhörung stattgefunden hatte, was einen Schritt in Richtung Stabilisierung bedeuten kann, senkte in einer Stichprobe von in Deutschland lebenden Geflüchteten das Risiko, an depressiver Symptomatik zu leiden⁴².

Selbst der unter Nicht-Patient*innen häufigere relativ „sichere Aufenthaltsstatus“ entsprach nur in sehr seltenen Fällen einem dauerhaften Aufenthaltstitel. So war der Anteil an anerkannten Asylberechtigten in der Gesamtstichprobe nur 2,1%, viel häufiger lagen befristete Aufenthaltsstatus für die Dauer von 1-3 Jahren vor, die nach einer Prüfung auch in eine Ausreisepflicht münden können. Zu beachten ist also, dass sich der Großteil der weniger belasteten Nicht-

Patient*innen noch in den ersten Schritten des Asylverfahrens befand und eine Ablehnung eines Asylantrages in der Zukunft eventuell noch aussteht: Ein unter Patient*innen, die mit längerer Verweildauer im Asylverfahren oft weiter fortgeschritten waren, häufig genannter unsicherer Aufenthaltsstatus war die Duldung (§ 60a AufenthG), die sich als „Aussetzung der Abschiebung“ an einen abgelehnten Asylantrag oder befristeten Aufenthaltsstatus anschließen kann.

Entsprechend der aufenthaltsrechtlichen Unsicherheiten wurden als wichtige **postmigratorische Belastung** in der PMLD-Checklist Faktoren wie die Sorge vor Abschiebung genannt – eine Sorge, die angesichts der unsicheren Status unserer Stichprobe und den weitergehenden Verschärfungen des Asylrechts in den letzten Jahren nachvollziehbar erscheint. Geflüchtete in Sammel-Unterkünften können direkt oder indirekt Zeug*innen von Abschiebungen werden, was die Präsenz der Unsicherheit bezüglich Abschiebung noch erhöhen kann. Die nachfolgend genannten wichtigsten postmigratorischen Belastungen waren Sorgen um die zurückgelassene Familie und eine belastende Wohnsituation, die emotional aus den sozialen Besonderheiten von Fluchtmigration und juristisch durch den erschwerten Familiennachzug bzw. den verpflichteten Aufenthalt in Aufnahmeeinrichtungen (§47 AsylG) aus dem Aufenthaltsstatus direkt resultieren.

Denkbar ist weiterhin, dass der unsichere Aufenthaltsstatus eher Folge einer psychischen Erkrankung ist als deren Ursache. Psychisch belastete oder erkrankte Menschen könnten Schwierigkeiten haben, die Anforderungen, die ein kompliziertes und restriktives Verfahren an Asylsuchende stellt, mit der erforderlichen Selbstmotivation und Genaugigkeit zu erfüllen, was in einem nachteiligen Verfahrensergebnis münden kann. Um diese Frage zu beantworten und Konzepte für eine Berücksichtigung psychischer Belastung in einem fairen Asylverfahren zu entwickeln, wären weitere longitudinale und prospektive Studien wünschenswert.

Signifikant mehr Nicht-Patient*innen fühlten sich – trotz geringerer Deutschkenntnisse und kürzerer Aufenthaltsdauer - über ihre Rechte und Pflichten im Asylsystem informiert und empfanden dies als hilfreich für ihre Situation. Diese Befunde unterstreichen die Forderungen von Nicht-Regierungs-Organisationen nach fairen und transparenten Asylverfahren und nach der Bereitstellung von verständlichen Informationen in den Sprachen der Betroffenen⁹⁶.

Die Tatsache, dass Patient*innen häufiger Belastungen durch Konflikte mit der Einwanderungsbehörde angaben, weist möglicherweise auch auf die daraus resultierende Belastung bei behördlichen Terminen oder Interviews hin. Denkbar ist weiterhin, dass eine vorbestehende psychische Erkrankung eine Konfliktsituation bei solchen Terminen mitbegünstigt.

Eine weitere indirekte Folge des unsicheren Aufenthaltsstatus ist die eingeschränkte Gesundheitsversorgung durch das Asylbewerberleistungsgesetz. Auch wenn in Köln Geflüchteten zeitnah eine elektronische Gesundheitskarte ausgestellt werden kann und dies in der Studie

nicht explizit abgefragt wurde, stellt doch ein unsicherer Aufenthaltsstatus eine Zugangsbarriere zu adäquater Krankenversorgung dar. Zwar fand sich schlechte medizinische Versorgung nicht unter den häufig genannten postmigratorischen Belastungen, jedoch kann die hohe Zahl an akutpsychiatrischen Behandlungen in der Patient*innen-Stichprobe darauf hinweisen, dass niederschwellige Angebote der Primärversorgung nicht adäquat in Anspruch genommen werden konnten und es daher zu Exazerbationen kommt. Dies unterstreicht die Wichtigkeit einer Eingliederung Geflüchteter in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen, die zudem das Gesundheitssystem finanziell entlasten würde^{23,97}.

Die Sorge, im Bedarfsfall keine medizinische Versorgung zu erhalten, war interessanterweise in beiden Stichproben ein eher nachgeordneter Faktor ohne signifikante Unterschiede. Unklar ist, was im Einzelfall und angesichts der Vielzahl von Sprachen unter „medizinischer Versorgung“ verstanden wurde, also ob dort z.B. psychiatrisch-psychotherapeutische Unterstützung von den Befragten miteinbezogen wurde oder nicht.

(4) Arbeitserlaubnis und Arbeitsumfeld

Eine fehlende Arbeitserlaubnis war bei Patient*innen stärkster Prädiktor für Depression und Gesamt-Psychologie, was Ergebnisse zur Rolle des Arbeitsmarktzugangs als wichtiger Prädiktor für psychische Gesundheit aus Studien zu weltweiten^{31,54} und in Deutschland lebenden Geflüchteten-Populationen^{42,73} bestätigt.

Eine berufliche Perspektive im Exilland zu sehen, war für viele Befragte eine wichtige Ressource, signifikant häufiger unter Nicht-Patient*innen. Gleichzeitig wurden Probleme aus dem **Arbeitsumfeld** wie fehlende Arbeitserlaubnis, Schwierigkeiten, eine Arbeit zu finden oder schlechte Arbeitsbedingungen in dieser Gruppe häufiger als Belastungen beschrieben, sodass die zuvor genannte Ressource für diese Menschen nicht nutzbar erscheint.

Zusammenfassend lassen sich Hinweise darauf ableiten, dass es die psychische Gesundheit von Geflüchteten fördert, wenn sie darin unterstützt werden, eigenständig eine Arbeitsmöglichkeit zu suchen. Hierzu können die frühe Zuteilung einer Arbeitserlaubnis, das Anerkennen von im Ausland erworbenen Qualifikationen und eine gezielte sprachliche und ressourcenorientierte Berufsvorbereitung beitragen.

(5) Diskriminierungserfahrungen

Die höhere Prävalenz von postmigratorischer Belastung durch Diskriminierungserfahrungen in der Patient*innen-Stichprobe kann auf die aus der Literatur bekannte Rolle dieser Erlebnisse für die psychische Gesundheit hinweisen und auf den möglichen protektiven Effekt einer diskriminierungsarmen Umwelt. Dies gilt einerseits hinsichtlich direkter Übergriffe von gruppenbezogener, etwa rassistischer oder sexistischer, Gewalt und andererseits in Bezug auf struk-

turellen Rassismus und Diskriminierung, der sich beispielsweise formell-rechtlich oder in Praktiken von Behörden und Einrichtungen entfalten kann. Diskriminierungserfahrungen werden als wichtige Prädiktoren für psychische und körperliche Gesundheit von Migrant*innen⁹⁸ und Geflüchteten⁴⁹ betrachtet und gerade Diskriminierung im Gesundheitssystem schränkt den Zugang zu Gesundheitsversorgung stark ein⁸⁴. Diskriminierung kann gemäß Verhaltensmodell⁴³ somit hinderlich bei der Ermöglichung von Inanspruchnahme und als Einflussfaktor auf der Bedarfsebene wirken. Für queere Geflüchtete stellt Diskriminierung einen häufigen und relevanten Stressor in Bezug auf die mentale Gesundheit dar⁴⁸, gerade weil sich hier mehrere von Ausgrenzung betroffene Identitäten überschneiden⁷¹.

Diskriminierungserfahrungen und struktureller Rassismus im Alltag, in Behörden, Berufsschulen und Betrieben behindern zudem auch eine Integration in den Arbeitsmarkt⁹⁹. Nach Art der Diskriminierung wurde in unserer Studie nicht unterschieden, für künftige Untersuchungen erscheint daher wichtig, Ausgrenzungserfahrungen gezielt zu erheben und gruppenspezifische Diskriminierung, beispielsweise gegenüber LGBTIQ*-Geflüchteten, detaillierter zu erfassen. Zudem wären mehr Untersuchungen dazu, wie genau diskriminierende strukturelle Benachteiligungen in der Gesundheitsversorgung abgebaut werden können, wünschenswert⁹⁸.

4.3. Limitationen und Stärken

Wir konnten eine vergleichende Studie zu Inanspruchnahmeverhalten und postmigratorischer Determination von Geflüchteten in Deutschland vorlegen, die mit einer Vielzahl erhobener Variablen und 189 Teilnehmenden einen Vergleich mit Daten aus der Literatur erlaubt. Nach einer vorangehenden Analyse von Behandlungsdaten der LVR Klinik Köln⁴⁷ und einer Pilotbefragung konnte zeitnah und zielgerichtet ein Studiendesign an die in Köln lebende Geflüchtetenpopulation angepasst werden, das die Phase starker Fluchtmigration nach Deutschland in den Jahren 2015/2016 abbilden konnte. Dies gelang nicht zuletzt durch eine vertrauensvolle Kooperation der Teilnehmer*innen, die niederschwellige und kreative Unterstützung eines Netzwerks von Laien-Dolmetscher*innen und durch die produktive Zusammenarbeit mit dem Personal der LVR-Klinik Köln. Mit vergleichsweise wenigen Ressourcen wurde eine Vielzahl von Daten zu Soziodemografie, Migrationsbiografie, Traumatisierung, postmigratorischen sozialen Determinanten, Stressoren und Ressourcen sowie zu Psychopathologie erhoben.

Gleichzeitig entstanden durch das Studiendesign und multiple Herausforderungen etwa im organisatorischen oder sprachlichen Bereich relevante Limitationen in Bezug auf Repräsentativität und Aussagekraft der Untersuchung.

Patient*innen und Nicht-Patient*innen zeigten signifikante Unterschiede in Aufenthaltsdauer in Deutschland, Sprachkenntnissen und Arbeitsmarktzugang sowie in der Zusammensetzung

der Herkunftsländer. Dies führen wir auf einen unterschiedlichen Zeitpunkt der Flucht zurück, der bei den Nicht-Patient*innen häufig in der Phase der großen Fluchtmigrationsbewegungen der Jahre 2015/2016 lag, bei den Patient*innen zumeist in den Jahren bis Jahrzehnten davor. Wir können somit nicht ausschließen, dass die beiden Stichproben unterschiedliche Populationen von Geflüchteten abbilden. In künftigen Studien ähnlicher Fragestellungen wäre ein Untersuchungsdesign mit repräsentativer Kontrollstichprobe erstrebenswert.

Menschen in der häufig extremen postmigratorischen Lebenssituation, teils in Sammelunterkünften, mit einem Selbstauskunfts-Fragebogen zu untersuchen, kann mit einem starken Selektionsbias einhergehen. Weniger belastete Menschen können überproportional häufig an den Untersuchungen teilnehmen, was zur Unterschätzung tatsächlicher objektivierbarer Belastungen und Prävalenzen führen kann^{37,39,100}. Zudem gab es in manchen Unterkünften eine Vorselektion durch die Sozialbetreuer*innen, welche Personengruppen für eine Befragung in Frage kommen könnten. Weiterhin dürfte der Anteil bestimmter vulnerabler Gruppen wie alleinreisende Frauen unterrepräsentiert sein³⁷. Eine strukturierte Analyse der Gründe für eine Nicht-Teilnahme war in dieser Stichprobe aufgrund der Befragungssituation nicht möglich.

Ein Selektionsbias muss auch in der Patient*innen-Stichprobe angenommen werden, sodass Patient*innen mit akuten Krankheitsbildern (z.B. Entzugsbehandlungen) eher unterrepräsentiert und solche mit Krankheitsbildern längerer Verweildauer und somit größerer Wahrscheinlichkeit für einen Befragungstermin überrepräsentiert sein dürften. Auch wenn die Analyse der Gründe für Nicht-Teilnahme unter Patient*innen am häufigsten eine Entlassung vor der Organisation eines Befragungstermins ergab, war doch in einer relevanten Zahl möglicher Proband*innen die psychische Situation zu instabil, was auf diesen Selektionsbias hinweist.

Eine Herausforderung stellte die Erstellung eines für Klinik und allgemeine Geflüchtetenpopulation praktikablen Erhebungsinstrumentes und dessen Übersetzung in die relevanten Sprachen der in Köln lebenden Geflüchteten dar.

Um den Fragebogen niederschwellig zu halten, konnten einige relevante Bereiche wie prä-morbides Funktionsniveau, Chronizität, Substanzmissbrauch nicht abgefragt werden. Obwohl ein ressourcenorientierter Ansatz angestrebt war, wurden aus dem gleichen Grund Konzepte wie Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühle nicht systematisch erhoben.

Trotz der angestrebten Niederschwelligkeit zeigte sich der Fragebogen in der praktischen Umsetzung mit etwa 40 Minuten Bearbeitungsdauer sehr umfangreich. Die Vielfalt an erhobenen Variablen ging mit einer hohen Rate unvollständig ausgefüllter Fragebogen einher, die meist durch die fehlende psychische Belastbarkeit der Befragten oder Zeitmangel bei terminlichen Schwierigkeiten begründet war.

Durch die Beschränkung der Fragebogenübersetzung auf 9 Sprachen war die Repräsentativität hinsichtlich der Zusammensetzung in Köln lebender Geflüchteten limitiert. Nicht alle Instrumente des Fragebogens waren für die Stichprobe im Fluchtkontext validiert und zudem nicht in kultursensiblen Übersetzungen für alle geplanten Sprachen vorhanden. Die Übersetzung der Instrumente sowie der selbstkonzipierten Fragebogenanteile wurde teils von Laien-Dolmetscher*innen durchgeführt, und auch wenn der Goldstandard der Rückübersetzung angestrebt wurde, standen aufgrund begrenzter Ressourcen nicht alle Fragebogenanteile und Sprachen entsprechend in gleicher Qualität und in kulturellen Adaptationen zur Verfügung. Auch die mündlichen Interviews bei Illiteralität wurden zwar häufig durch professionelle Sprach- und Integrationsmittler*innen und generell durch in der Arbeit mit Geflüchteten erfahrenen Personen durchgeführt, jedoch manchmal nicht in der Muttersprache der Befragten und nicht gender-sensibel, sodass ein gewisser Interpretationsspielraum gerade bei Fragen hinsichtlich der Übersetzung anzunehmen ist. Bei der Erstellung des Fragebogens wurde eine Partizipation von Menschen mit Fluchterfahrungen zwar angestrebt, jedoch sollte bei künftigen Untersuchungen ein größerer Schwerpunkt auf einer partizipativen Gestaltung von Befragungsinstrumenten gewählt werden.

Die in den Fragebogen erhobenen Prävalenzen für krankheitswertige Symptomatik wurden anhand von Screening-Instrumenten geschätzt, da bei begrenzten Ressourcen Nicht-Patient*innen nicht mit strukturierten klinischen Interviews zur psychiatrischen Diagnosestellung untersucht werden konnten.

Da die Patient*innen-Stichprobe Teil der Gesamtstichprobe war, lassen sich epidemiologische Rückschlüsse auf die „allgemeine Geflüchteten-Population“ nur aus der Nicht-Patient*innen-Stichprobe ziehen.

4.4. Schlussfolgerung und Ausblick

Trotz der dargestellten Limitationen konnten wir eine nach unserem Kenntnisstand erste Fragebogen- und teils Sprachmittler*innen-gestützten Studie zu einer breiten Auswahl sozialer Determinanten für psychische Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland im Vergleich einer klinischen mit einer nicht-klinischen Stichprobe vorlegen. Der Erhebungszeitraum lag hierbei eng an den Jahren 2015 und 2016 mit hohen Zuwanderungszahlen nach Deutschland und Köln und es wurde eine Teilnahme von ca. 1% der in Köln lebenden Geflüchteten in diversen Settings erreicht. Unseres Wissens nach erstmalig konnten Ressourcen für die aktuelle Population geflüchteter Menschen in Deutschland quantitativ erfasst und analysiert und das Verfahren der CHAID-Analyse zur Untersuchung komplexer Zusammenhänge von Prädiktoren der psychischen Gesundheit eingesetzt werden.

Weitere Untersuchungen und vorrangig longitudinale Studien zu den sozialen Determinanten für die psychische Gesundheit von Geflüchteten sind erforderlich, um die Ergebnisse weitergehend einordnen und überprüfen zu können. Im Sinne eines partizipativen Ansatzes sollten zukünftig Geflüchtete aktiv sowohl in Forschung zur psychischen Gesundheit, als auch in Entscheidungen und Maßnahmenplanung von Versorgungsstrukturen eingebunden werden, um somit Barrieren bei der psychischen Gesundheitsversorgung abzubauen und kultursensible und praxisrelevante Maßnahmen zu entwickeln¹⁰¹.

In epidemiologischen Querschnittsstudien lässt sich schwer zwischen situationsbedingten Belastungszuständen und manifesten psychischen Erkrankungen unterscheiden¹⁰², weswegen auch hierzu Langzeitstudien zu fordern sind. Auch wenn die Symptomlast vieler Studententeilnehmer*innen manifeste psychische Erkrankungen nahelegt, kann sicherlich hinterfragt werden, ob der Ausbau von stationären und ambulanten psychiatrischen Versorgungsstrukturen hinreichend ist, um die psychische Gesundheit von nach Deutschland geflüchteten Menschen adäquat zu fördern.

Manche Autor*innen stellen die kritische Frage, ob die konkrete Verbesserung der Lebensumstände von flüchtenden und geflüchteten Menschen nicht höhere Priorität haben sollte als die Diagnostik und Therapie von Traumafolgestörungen³³. Interessanterweise schilderten Geflüchtete selbst in einer Befragung in Aufnahmeeinrichtungen, dass für eine Gesundung weniger eine Therapie, sondern eine Lösung von Problemen der postmigratorischen Lebenssituation wie eine Rettung der Familie oder eine Arbeitsmöglichkeit vonnöten sei³⁷.

Ansätze hierfür kann die vorlegte Untersuchung aufzeigen, deren Ziel es ja unter anderem war, Hinweise für den Einfluss postmigratorischer sozialer Determinanten auf die psychische Gesundheit zu identifizieren. Eine große Bedeutung kommt angesichts der zuvor diskutierten Ergebnisse der sozialen Isolation, etwa in Partnerschaft, Familie, Wohnumfeld und größerem sozialen Netzwerk, als Risikofaktor für psychische Belastung, als auch für die Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung zu. Die Tatsache, dass in unseren CHAID-Analysen der wichtigste Prädiktor für eine Inanspruchnahme nicht erhöhte Werte in den psychometrischen Skalen war, sondern die aktuelle Wohnsituation, betont die Wichtigkeit des postmigratorischen sozialen Umfeldes: Das Fehlen eines sozialen Umfeldes zur Bewältigung der Lebenssituation im Exilland kann dazu beitragen, dass Menschen psychisch stärker belastet sind und psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen müssen. Weiterhin zeigte sich in den stichprobenübergreifenden CHAID-Analysen die Bedeutung formeller Ressourcen wie Arbeitserlaubnis, die Relevanz der Gesamtlast postmigratorischer Belastungsfaktoren und insbesondere unter Nicht-Patient*innen die Auswirkungen von Traumatisierung. Diese identifizierten Faktoren können durch Gesellschaft und Politik des Exillandes, in diesem Fall Deutschlands, aktiv gestaltet werden.

Entsprechend den von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierten Grundsätzen zur Prävention psychischer Erkrankungen¹⁰³ sollten die sozialen Determinanten in Asylpolitik und Planung psychosozialer Interventionen gezielt und unter Partizipation der Betroffenen adressiert werden. Diverse neuere Ansätze hierzu sind aus wissenschaftlichen Untersuchungen auch für den deutschsprachigen Raum bereits publiziert¹⁰⁴⁻¹⁰⁷.

Auch die Ergebnisse der dieser Dissertation zugrundeliegenden Untersuchung unterstreichen die Bedeutung einzelner sozialer Einflussfaktoren und zeigen nach Ansicht des Autors Möglichkeiten für Prävention und Intervention für aktuell in Deutschland lebende Geflüchtete auf:

- (1) Sozialer Isolation und Einsamkeit sollte durch Familienzusammenführung und -nachzug, niederschwellige Sprachkurse, die Ermöglichung von Begegnung, Kommunikation und Mobilität sowie die aktive Inklusion durch die Gesellschaft des Exillandes vorgebeugt werden.
- (2) Die Wohnbedingungen sollten durch sichere und dezentrale Unterbringung in kleinen Wohneinheiten mit einem größtmöglichen Maß an Selbstbestimmung gestaltet werden.
- (3) Eine zügige formelle Integration sollte durch Eingliederung in die gesetzlichen Krankenkassen, faire, zügige und transparente Asylverfahren, eine zügige Erteilung sicherer Aufenthaltsstatus sowie einer Arbeitserlaubnis umgesetzt werden.
- (4) Angesichts der hohen Rate an psychischer Belastung und Traumatisierung brauchen Geflüchtete einen niederschweligen diversitäts-sensiblen Zugang zu community-orientierter psychosozialer Unterstützung, evidenz-basierter Prävention und Therapie mit flächendeckender Sprach- und Integrationsmittlung. Die Förderung sicherer Fluchtrouten könnte die Rate an perimigratorischer Traumatisierung senken.
- (5) In einer postmigrantischen Gesellschaft wie derjenigen Deutschlands kann eine transparente, diskriminierungskritische und offene Grundhaltung die psychische Gesundheit neuangekommener Menschen auch durch das Gefühl des „Willkommenseins“ stärken.
- (6) Oben genannte Maßnahmen bedürfen in der Planung, Umsetzung und Evaluation sowie in weiterer Beforschung der Partizipation von Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung.
- (7) Zur Prävention von erzwungener Migration und ihren psychosozialen Folgen sollten von Zivilgesellschaft und Politik Maßnahmen, die eine Stärkung der Menschenrechte, globale Gerechtigkeit und gute Lebensbedingungen für alle Menschen innerhalb der planetaren Grenzen zum Ziel haben, ergriffen werden.

Die weltweit zunehmende Fluchtmigration wird aus Sicht des Autors eine der großen Herausforderungen für die globale Gesundheit des 21. Jahrhunderts bleiben, weiter verschärft durch die fortschreitende Klimakrise, globale soziale Ungerechtigkeiten, Missachtung von Menschenrechten und anhaltende bewaffnete Konflikte. Die nachhaltige Prävention von erzwungener Migration im Sinne einer international abgestimmten Strategie gegen diese Faktoren sowie der menschenwürdige Umgang mit Flüchtenden können gleichzeitig eine große Chance für die globale Gesundheit sein – wenn den Menschen auf und nach der Flucht das „Recht, Rechte zu haben“ zugestanden wird, wie es Hannah Arendt, die 1933 aus dem nationalsozialistischen Deutschland emigrieren musste, formulierte¹⁰⁸.

5. Literaturverzeichnis

1. UNHCR - Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen (2017). Global Trends - Forced displacement in 2016. Geneva: <https://www.unhcr.org/5943e8a34.pdf> (Zuletzt abgerufen am 04.05.2025).
2. Henkelmann J-R, de Best S, Deckers C, et al. Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in refugees resettling in high-income countries: systematic review and meta-analysis. *BJP Psych Open* 2020; **6**(4): e68.
3. BAMF - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2017). Das Bundesamt in Zahlen 2016. Asyl, Migration und Integration. Nürnberg: <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/BundesamtinZahlen/bundesamt-in-zahlen-2016.html?view=renderPdfViewer&nn=282388> (Zuletzt abgerufen am 16.04.2025).
4. BAMF - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2018). Das Bundesamt in Zahlen 2017. Asyl, Migration und Integration. Nürnberg: <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/BundesamtinZahlen/bundesamt-in-zahlen-2017.pdf?blob=publicationFile&v=17> (Zuletzt abgerufen am 04.05.2025).
5. Gemeinsame Wissenschaftskonferenz. Der Königsteiner Schlüssel für 2010 bis 2019. Bonn: https://www.gwk-bonn.de/fileadmin/Redaktion/Dokumente/Papers/Koenigsteiner_Schluesel_fuer_2010 - 2019.pdf (Zuletzt abgerufen am 30.07.2024).
6. Stadt Köln. Flüchtlinge in Köln. Köln: <https://www.stadt-koeln.de/artikel/61297/index.html> (Zuletzt abgerufen am 03.11.2020).
7. Stadt Köln Dezernat V - Soziales, Integration und Umwelt. Aktuelle Informationen zur Unterbringung und Integration von Flüchtlingen. 13. Bericht an den Ausschuss Soziales und Senioren zur Sitzung am 09.03.2017. Köln: https://www.ssbk.de/fileadmin/bilder/PDF/pdf_ab_19.01.2017/12_Bericht_zur_Fluechtlingssituation.pdf (Zuletzt abgerufen am 04.05.2025).
8. UNHCR - Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen. Geneva: Glossary. <https://www.unhcr.org/glossary#displacement> (Zuletzt abgerufen am 04.05.2025).
9. BMZ - Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Flucht und Migration: Grundlagen und Begriffe. Berlin: <https://www.bmz.de/de/themen/flucht/fachbegriffe#lexicon=21868> (Zuletzt abgerufen am 12.04.2025).
10. UNHCR - Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen (2017). Sea arrivals to Europe. Geneva: <https://data.unhcr.org/en/documents/details/58880> (Zuletzt abgerufen am 12.04.2025).
11. UNHCR - Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen (2025). Situation Sea Arrivals. Geneva: <https://data.unhcr.org/en/situations/europe-sea-arrivals> (Zuletzt abgerufen am 12.04.2025).
12. UNHCR - Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen (2017). Global report 2016. Geneva: http://reporting.unhcr.org/sites/default/files/gr2016/pdf/Book_GR_2016_ENGLISH_complete.pdf (Zuletzt abgerufen am 04.05.2025).
13. IOM - International Organization of Migration (2016). Mixed Migration Flows in the Mediterranean and Beyond 2016. Geneva: https://dtm.iom.int/sites/q/files/tmzbdl1461/files/reports/Q3_Flows_Compilation_Report.pdf (Zuletzt abgerufen am 04.05.2025).
14. IOM - International Organization of Migration (2017). Mixed Migration Flows in the Mediterranean and Beyond 2016. Geneva: https://migration.iom.int/docs/2016_Flows_to_Europe_Overview.pdf (Zuletzt abgerufen am 13.02.2020).
15. Pro Asyl - Bundesweite Arbeitsgemeinschaft für Flüchtlinge e.V. (2016). Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Einführung beschleunigter Asylverfahren (Stand 1.2.2016). Frankfurt: <https://www.proasyl.de/wp->

- <content/uploads/2016/02/PRO ASYL Stellungnahme Gesetzentwurf Beschleunigte Asylverfahren 16.2.2016.pdf> (Zuletzt abgerufen am 04.05.2025).
16. BMJ - Bundesministerium der Justiz (2025). AsylbLG - nichtamtliches Inhaltsverzeichnis. Berlin: <https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/>, (Zuletzt abgerufen am 12.04.2025).
17. BAfF - Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (2016). Flüchtlinge in unserer Praxis. Informationen für ÄrztInnen und Psychotherapeuten. Berlin: https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2016/03/BAfF-Fluechtlinge_in_unserer_Praxis.pdf (Zuletzt abgerufen am 04.05.2025).
18. Bäumel AC, Sauter A, Weber A, Leitzmann M, Jochem C. Subjective health status and health literacy of African refugees and asylum seekers in Germany: a cross-sectional survey. *International Journal of Migration, Health and Social Care* 2024; **20**(2): 261-75.
19. Bundesärztekammer - Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern (2014). Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf des Bundesministerium für Arbeit und Soziales "Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes und des Sozialgerichtsgesetzes". Berlin: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Stellungnahme_AsylbLG_und_SGG_11.07.20141.pdf (Zuletzt abgerufen am 04.05.2025).
20. Medibüro Berlin (2015). Gemeinsamer Aufruf der Medibüros und Medinetze in Deutschland, medico international und dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden. Berlin: https://medibuero.de/wp-content/uploads/sites/10/2016/02/Aufruf_2015-Verbess_Asylsuchende_Fluechtlinge.pdf (Zuletzt abgerufen am 04.05.2025).
21. Steel Z, Silove D. Poisoned Milk - Applying for Asylum in Australia. In: Moser C, Nyfeler D, Verwey M, eds. Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden: Einfluss des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes. Zürich: Seismo; 2001: 31-50.
22. Maier T, Schmidt M, Mueller J. Mental health and healthcare utilization in adult asylum seekers. *Swiss Med Wkly* 2010; **140**: w13110.
23. Bozorgmehr K, Razum O. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013. *PLoS One* 2015; **10**(7): e0131483.
24. Biddle L, Menold N, Bentner M, et al. Health monitoring among asylum seekers and refugees: a state-wide, cross-sectional, population-based study in Germany. *Emerg Themes Epidemiol* 2019; **16**: 3.
25. Stadt Köln - Amt für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit (2017). Zugang zur medizinischen Versorgung verbessert - Pressemitteilung. Köln: <https://www.stadt-koeln.de/politik-und-verwaltung/presse/mitteilungen/17690/index.html> (Zuletzt abgerufen am 03.11.2020).
26. Bozorgmehr K, Mohsenpour A, Saure D, et al. Systematic review and evidence mapping of empirical studies on health status and medical care among refugees and asylum seekers in Germany (1990-2014). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2016; **59**(5): 599-620.
27. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama* 2009; **302**(5): 537-49.
28. Hynie M. The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review. *Can J Psychiatry* 2018; **63**(5): 297-303.
29. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet* 2005; **365**(9467): 1309-14.
30. Lindert J, Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Brahler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2009; **69**(2): 246-57.
31. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights* 2015; **15**: 29.

32. Lindert J, von Ehrenstein OS, Wehrwein A, Brahler E, Schafer I. Anxiety, Depression and Posttraumatic Stress Disorder in Refugees - A Systematic Review. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2018; **68**(1): 22-9.
33. Morina N, Akhtar A, Barth J, Schnyder U. Psychiatric Disorders in Refugees and Internally Displaced Persons After Forced Displacement: A Systematic Review. *Front Psychiatry* 2018; **9**: 433.
34. Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, et al. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine* 2020; **17**(9): e1003337.
35. McGrath JJ, Al-Hamzawi A, Alonso J, et al. Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *Lancet Psychiatry* 2023; **10**(9): 668-81.
36. Belz M, Belz M, Ozkan I, Graef-Calliess IT. Posttraumatic stress disorder and comorbid depression among refugees: Assessment of a sample from a German refugee reception center. *Transcult Psychiatry* 2017; **54**(5-6): 595-610.
37. Winkler JG, Brandl EJ, Bretz HJ, Heinz A, Schouler-Ocak M. The Influence of Residence Status on Psychiatric Symptom Load of Asylum Seekers in Germany. *Psychiatr Prax* 2019; **46**(4): 191-9.
38. Nesterko Y, Jackle D, Friedrich M, Holzapfel L, Glaesmer H. Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: an epidemiological study. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019: 1-11.
39. Kroger C, Frantz I, Friel P, Heinrichs N. Posttraumatic Stress and Depressive Symptoms amongst Asylum Seekers. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2016; **66**(9-10): 377-84.
40. Richter K, Lehfeld H, Niklewski G. Waiting for Asylum: Psychiatric Diagnosis in Bavarian Admission Center. *Gesundheitswesen* 2015; **77**(11): 834-8.
41. Richter K, Peter L, Lehfeld H, Zäske H, Brar-Reissinger S, Niklewski G. Prevalence of psychiatric diagnoses in asylum seekers with follow-up. *BMC Psychiatry* 2018; **18**(1): 206.
42. Nutsch N, Bozorgmehr K. The effect of postmigration stressors on the prevalence of depressive symptoms among refugees in Germany. Analysis of the IAB-BAMF-SOEP Survey 2016. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2020; **63**(12): 1470-82.
43. Andersen R. A behavioral model of families' use of health services. *Center for Health Administration Studies, University of Chicago* 1968.
44. World Health Organization. Regional Office for Europe (2020). Assessing the health literacy and health communication needs of Syrian refugees in Turkey. Copenhagen: <https://iris.who.int/handle/10665/359577> (Zuletzt abgerufen am 04.05.2025).
45. McCracken C, Dalgard OS, Ayuso-Mateos JL, et al. Health service use by adults with depression: community survey in five European countries: Evidence from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry* 2006; **189**(2): 161-7.
46. Kindermann D, Zeyher V, Nagy E, Friederich HC, Bozorgmehr K, Nikendei C. Predictors of Asylum Seekers' Health Care Utilization in the Early Phase of Resettlement. *Front Psychiatry* 2020; **11**: 475.
47. Schaffrath J, Schmitz-Buhl M, Gün AK, Gouzoulis-Mayfrank E. Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten am Beispiel eines großen psychiatrischen Versorgungskrankenhauses im Rheinland. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2017; **67**(03/04): 126-33.
48. Nemati A, Namer Y, Razum O. LGBTQI + Refugees' and Asylum Seekers' Mental Health: A Qualitative Systematic Review. *Sexuality Research and Social Policy* 2023; **20**(2): 636-63.
49. Grochtdreis T, König HH, Dams J. Flight-related determinants of health-related quality of life of asylum seekers and refugees in Germany: a longitudinal study based on the German Socio-Economic Panel (SOEP). *BMC Public Health* 2024; **24**(1): 1965.
50. Jesuthasan J, Sonmez E, Abels I, et al. Near-death experiences, attacks by family members, and absence of health care in their home countries affect the quality of life of refugee women in Germany: a multi-region, cross-sectional, gender-sensitive study. *BMC Med* 2018; **16**(1): 15.

51. Priebe S GD, El-Nagib R. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Health Evidence Network (HEN) Synthesis Report 47). 2016.
52. Nickerson A, Schick M, Schnyder U, Bryant RA, Morina N. Comorbidity of Posttraumatic Stress Disorder and Depression in Tortured, Treatment-Seeking Refugees. *Journal of traumatic stress* 2017; **30**(4): 409-15.
53. Schlaudt VA, Bosson R, Williams MT, et al. Traumatic Experiences and Mental Health Risk for Refugees. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020; **17**(6): 1943.
54. Porter M, Haslam N. Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons: A Meta-analysis. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 2005; **294**: 602-12.
55. Bogic M, Ajdukovic D, Bremner S, et al. Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *Br J Psychiatry* 2012; **200**(3): 216-23.
56. Chu T, Keller AS, Rasmussen A. Effects of post-migration factors on PTSD outcomes among immigrant survivors of political violence. *J Immigr Minor Health* 2013; **15**(5): 890-7.
57. Song SJ, Subica A, Kaplan C, Tol W, de Jong J. Predicting the Mental Health and Functioning of Torture Survivors. *J Nerv Ment Dis* 2018; **206**(1): 33-9.
58. Newnham EA, Pearman A, Olinga-Shannon S, Nickerson A. The mental health effects of visa insecurity for refugees and people seeking asylum: a latent class analysis. *Int J Public Health* 2019; **64**(5): 763-72.
59. Csöff R-M, Macassa G, Lindert J. Körperliche Beschwerden bei älteren Migranten in Deutschland. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2010; **58**(3): 199-206.
60. Schick M, Zumwald A, Knopfli B, et al. Challenging future, challenging past: the relationship of social integration and psychological impairment in traumatized refugees. *Eur J Psychotraumatol* 2016; **7**: 28057.
61. Leaman SC, Gee CB. Religious coping and risk factors for psychological distress among African torture survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2012; **4**(5): 457-65.
62. Morgan G, Melluish S, Welham A. Exploring the relationship between postmigratory stressors and mental health for asylum seekers and refused asylum seekers in the UK. *Transcult Psychiatry* 2017; **54**(5-6): 653-74.
63. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation (2014). Social determinants of mental health. Geneva: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf?sequence=1 (Zuletzt abgerufen am 04.05.2025).
64. Steel Z, Silove D, Bird K, McGorry P, Mohan P. Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees, and immigrants. *Journal of traumatic stress* 1999; **12**(3): 421-35.
65. Kashyap S, Page AC, Joscelyne A. Post-migration treatment targets associated with reductions in depression and PTSD among survivors of torture seeking asylum in the USA. *Psychiatry Res* 2019; **271**: 565-72.
66. Song SJ, Kaplan C, Tol WA, Subica A, de Jong J. Psychological distress in torture survivors: pre- and post-migration risk factors in a US sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; **50**(4): 549-60.
67. Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, van der Tweel I, De Jong JTVM. Postmigration Living Problems and Common Psychiatric Disorders in Iraqi Asylum Seekers in the Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2005; **193**(12): 825-32.
68. Siriwardhana C, Abas M, Siribaddana S, Sumathipala A, Stewart R. Dynamics of resilience in forced migration: a 1-year follow-up study of longitudinal associations with mental health in a conflict-affected, ethnic Muslim population. *BMJ Open* 2015; **5**(2): e006000.

69. Chen W, Hall BJ, Ling L, Renzaho AMN. Pre-migration and post-migration factors associated with mental health in humanitarian migrants in Australia and the moderation effect of post-migration stressors: findings from the first wave data of the BNLA cohort study. *The Lancet Psychiatry* 2017; **4**(3): 218-29.
70. Nyikavaranda P, Pantelic M, Jones CJ, Paudyal P, Tunks A, Llewellyn CD. Barriers and facilitators to seeking and accessing mental health support in primary care and the community among female migrants in Europe: a "feminisms" systematic review. *Int J Equity Health* 2023; **22**(1): 196.
71. Golembe J, Leyendecker B, Maalej N, Gundlach A, Busch J. Experiences of Minority Stress and Mental Health Burdens of Newly Arrived LGBTQ* Refugees in Germany. *Sexuality Research and Social Policy* 2021; **18**(4): 1049-59.
72. Riza E, Karnaki P, Gil-Salmeron A, et al. Determinants of Refugee and Migrant Health Status in 10 European Countries: The Mig-HealthCare Project. *Int J Environ Res Public Health* 2020; **17**(17).
73. von Lersner U, Rieder H, Elbert T. Psychische Gesundheit und Rückkehrvorstellungen am Beispiel von Flüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2008; **37**(2).
74. Aragona M, Castaldo M, Cristina Tumiati M, et al. Influence of post-migration living difficulties on post-traumatic symptoms in Chinese asylum seekers resettled in Italy. *Int J Soc Psychiatry* 2020; **66**(2): 129-35.
75. Assaf SA, Nuwayhid I, Habib RR. A conceptual framework on pre- and post-displacement stressors: the case of Syrian refugees. *Front Public Health* 2024; **12**: 1372334.
76. Schönfeld S, Sauzet O, Razum O. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Unterkunft und der psychischen Gesundheit Geflüchteter in Deutschland? – Eine Querschnittsstudie. *Gesundheitswesen* 2022; **84**(07): 617-24.
77. Raghavan S, Rasmussen A, Rosenfeld B, Keller AS. Correlates of symptom reduction in treatment-seeking survivors of torture. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2013; **5**(4): 377-83.
78. Maercker A, Povilonyte M, Lianova R, Pöhlmann K. Is Acknowledgment of Trauma a Protective Factor? *European Psychologist* 2009; **14**(3).
79. Heeren M, Wittmann L, Ehlert U, Schnyder U, Maier T, Müller J. Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive Psychiatry* 2014; **55**(4): 818-25.
80. Siriwardhana C, Ali SS, Roberts B, Stewart R. A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-driven adult forced migrants. *Confl Health* 2014; **8**: 13.
81. Lindert J, Samkange-Zeeb F, Jakubauskiene M, Bain PA, Mollica R. Factors Contributing to Resilience Among First Generation Migrants, Refugees and Asylum Seekers: A Systematic Review. *Int J Public Health* 2023; **68**: 1606406.
82. von Lersner U, Elbert T, Neuner F. Mental health of refugees following state-sponsored repatriation from Germany. *BMC Psychiatry* 2008; **8**: 88.
83. Kindermann D, Zeyher V, Nagy E, et al. Predictors of asylum seekers' mental health course in the early stages of resettlement: Results of a longitudinal study. *J Psychosom Res* 2020; **132**: 109977.
84. Forray AI, Oltean O, Hanft-Robert S, et al. Uncovering multi-level mental healthcare barriers for migrants: a qualitative analysis across China, Germany, Netherlands, Romania, and South Africa. *BMC Public Health* 2024; **24**(1): 1593.
85. Fenta H, Hyman I, Noh S. Determinants of depression among Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *J Nerv Ment Dis* 2004; **192**(5): 363-72.
86. Heeren M, Mueller J, Ehlert U, Schnyder U, Copiery N, Maier T. Mental health of asylum seekers: a cross-sectional study of psychiatric disorders. *BMC Psychiatry* 2012; **12**: 114.
87. Nikendei C, Kindermann D, Brandenburg-Ceynowa H, et al. Asylum seekers' mental health and treatment utilization in a three months follow-up study after transfer from a state registration-and reception-center in Germany. *Health Policy* 2019; **123**(9): 864-72.
88. Arsenijevic J, Schillberg E, Ponthieu A, et al. A crisis of protection and safe passage: violence experienced by migrants/refugees travelling along the Western Balkan corridor to Northern Europe. *Confl Health* 2017; **11**: 6.

89. Nowak AC, Nutsch N, Brake TM, Gehrlein LM, Razum O. Associations between postmigration living situation and symptoms of common mental disorders in adult refugees in Europe: updating systematic review from 2015 onwards. *BMC Public Health* 2023; **23**(1): 1289.
90. Abu Suhaiban H, Grasser LR, Javanbakht A. Mental Health of Refugees and Torture Survivors: A Critical Review of Prevalence, Predictors, and Integrated Care. *Int J Environ Res Public Health* 2019; **16**(13).
91. Finnvold JE, Ugreninov E. Refugees' admission to mental health institutions in Norway: Is there an ethnic density effect? *Soc Sci Med* 2018; **209**: 43-50.
92. Bozorgmehr K, Hintermeier M, Razum O, et al. SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete: Epidemiologische und normativ-rechtliche Aspekte. 2020, Bremen: Kompetenznetz Public Health COVID-19. Version 1.0, 29.05.2020.
93. Bozorgmehr K. Power of and power over COVID-19 response guidelines. *The Lancet* 2020; **396**(10260).
94. Freedman J. Sexual and gender-based violence against refugee women: a hidden aspect of the refugee "crisis". *Reprod Health Matters* 2016; **24**(47): 18-26.
95. Lammlein K, Grube M. Psychiatric disorders associated with imminent deportation. Results of a retrospective study in a group of immigrants. *Nervenarzt* 2012; **83**(1): 49-51, 4-6.
96. Pro Asyl - Bundesweite Arbeitsgemeinschaft für Flüchtlinge e.V. (2019). Stellungnahme zum Antrag für ein umfassendes Qualitätsmanagement beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BT-Drs. 19/4853) sowie zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Asylgesetzes zur Beschleunigung von Verfahren durch erweiterte Möglichkeit der Zulassung von Rechtsmitteln (BT-Drs. 19/1319).
- <https://www.bundestag.de/resource/blob/640194/c0b3f591b03c88eee9121808d61a5b61/19-4-266-F-data.pdf> (Zuletzt abgerufen am 25.04.2025).
97. Bauhoff S, Gopffarth D. Asylum-seekers in Germany differ from regularly insured in their morbidity, utilizations and costs of care. *PLoS One* 2018; **13**(5): e0197881.
98. Igel U, Brahler E, Grande G. The influence of perceived discrimination on health in migrants. *Psychiatr Prax* 2010; **37**(4): 183-90.
99. Huke N. Ganz unten in der Hierarchie. Rassismus als Arbeitsmarkthindernis für Geflüchtete (2020). Berlin: https://www.proasyl.de/wp-content/uploads/Rassismus-Studie_GanzUnten_web_Uni-Tuebingen_NikolaiHuke.pdf (Zuletzt abgerufen am 04.05.2025).
100. Kobelt A, Winkler M, Göbber J, Pfeiffer W, Petermann F. Hängt die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit vom Migrationsstatus ab? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2010; **58**(3): 189-97.
101. Kostiuk S. The Potentials of Actively Engaging Refugees in Creating Canadian Healthcare Policies Aimed at Improving Their Mental Health. *Issues Ment Health Nurs* 2019; **40**(7): 636-8.
102. Silove D, Ventevogel P, Rees S. The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry* 2017; **16**(2): 130-9.
103. Organization WH. Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options: Summary report, 2004.
104. Führer A. Determinants of asylum seekers' health and medical care in Germany. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2023; **66**(10): 1083-91.
105. Klapprott F, Saleh EA, Kluge U. An ecosystemic view on refugee mental health care: on caring environments and their interaction. *Health Promot Int* 2023; **38**(5).
106. Keller AM, Hajji R. Die psychische Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2021; **16**(4): 354-60.
107. Kohlenberger J, Buber-Ennser I, Rengs B, Leitner S, Landesmann M. Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria: Evidence from a cross-sectional survey. *Health Policy* 2019; **123**(9): 833-9.
108. Arendt H. Elemente und Ursprünge totaler Herrschaft. Antisemitismus, Imperialismus, totale Herrschaft. München / Zürich: Piper; 1986, 17. Auflage, 2014.

6. Anhang

Zusatzmaterial

Online-Tab. 1: Beschreibung der Gesamtstichprobe und der zwei Teilstichproben von Patient*innen und Nicht-Patient*innen
(Signifikante Gruppenunterschiede sind mit Fettschrift markiert)

Online-Tab. 1a: Soziodemografie

		Patient*innen	Nicht-Patient*innen	Gesamtstichprobe	Teststatistik	df	p	Effektsstärke
Alter (Jahre)*		31,92 (SD 9,256)	31,15 (SD 9,210)	31,46	T 0,554	155, 889	0,580	
Geschlecht*	weiblich	28,4%	31,3%	30,2%	Chi 1,557	2	0,459	V 0,091
	keine Angabe	0,0%	1,7%	1,1%				
Familienstand*	verheiratet oder Lebenspartnerschaft	41,1%	65,8%	56,1%	Chi 11,021	1	0,001	Phi - 0,243
	ledig, geschieden, verwitwet oder keine Angabe	58,9%	34,2%	43,9%				
Kinder*	vorhanden	47,2%	63,1%	56,8%	Chi 4,467a	1	0,035	Phi 0,178
Kinder	Anzahl	1,11 (SD 1,430)	1,77 (SD 1,622)	1,51	T -2,831	181	0,005	
Schul- und Ausbildung (Jahre)*		9,53 (SD 5,662)	9,53 (SD 4,804)	9,53	T 0,004	153	0,996	
Bescheinigung über die Meldung als unerlaubt eingereister Ausländer	vorhanden	0%	10,4%	6,3%				
Bescheinigung über die Meldung als	vorhanden	2,70%	1,7%	2,1%				

Asylsuchender (BÜMA)							
Aufenthaltsgestattung	vorhanden	35,60%	22,6%	27,5%			
Duldung (§ 60a AufenthG)	vorhanden	35,60%	13,9%	22,8%			
Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 1 AufenthG	vorhanden	4,10%	0,9%	2,1%			
A. n. § 25 Abs. 2, 1. Altern. AufenthG (Flüchtlingseigenschaft)	vorhanden	9,60%	17,4%	14,3%			
A. n. § 25 Abs. 2, 2. Altern. AufenthG (subsidiärer Schutz)	vorhanden	6,80%	21,7%	15,9%			
A. n. § 25 Abs. 3 AufenthG (Abschiebungsverbot)	vorhanden	1,40%	1,7%	1,6%			
Andere Aufenthaltserlaubnis	vorhanden	0%	0,9%	0,5%			
Keine Aufenthaltsbescheinig ung (ohne Papiere)		0%	1,7%	1,1%			
Keine Angabe bez. Aufenthaltsstatus		4,10%	7,0%	5,8%			
Relativ sicherer Aufenthaltsstatus^{1*}	vorhanden	20,3%	40,0%	32,3%	Chi 8,019	1	0,005
Arbeitserlaubnis*	vorhanden	55,4%	24,3%	36,5%	Chi 18,737	1	0,000
							Phi - 0,315

¹ Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 1 AufenthG (Asylberechtigt), A. n. § 25 Abs. 2, 1. Altern. AufenthG (Flüchtlingseigenschaft), A.n. § 25 Abs. 2, 2. Altern. AufenthG (subsidiärer Schutz)

Religion*	muslimisch	63,5%	83,3%	75,5%	Chi 9,538	1	0,002	Phi 0,225
	christlich	27,0%	7,9%	15,4%	Chi 12,590	1	0,000	Phi - 0,259
Deutschkenntnisse*	0=keine bis 3=gut	1,47 (SD 0,801)	1,19 (SD 0,769)	1,30 (SD 0,791)	T 2,348	182	0,020	
Notunterkunft*		17,8%	46,4%	35,1%	Chi 15,884	1	0,000	Phi 0,293
Personen im Schlafraum		2,14 (SD 1,345)	2,97 (SD 1,675)	2,64 (SD 1,602)	T -3,510	178	0,001	
Wohnverhältnis alleine*	ohne Familie/Freund*innen	53,5%	14,4%	29,7%	Chi 31,736	1	0,000	0,418

(Die in die CHAID-Analysen einbezogenen Variablen sind mit * markiert).

Online-Tab. 1b: Herkunftsänder. Stichproben-Vergleich und Darstellung von Zahlen aus Asylerstanträgen im Untersuchungszeitraum und einer publizierten Stichprobe

Herkunftsland*	Patient*innen	Nicht-Patient*innen	Gesamt	Asylerstanäge BAMF 2016-März 2017[1-4], eigene Berechnung	Winkler et al. 2018[5]
Syrien	9,5%	41,7%	29,1%	24,18%	36,9%
Afghanistan	14,9%	15,7%	15,3%	12,05%	14,9%
Iran	9,5%	7,0%	7,9%	4,55%	6,3%
Irak	6,8%	7,8%	7,4%	9,95%	8,5%
Albanien	5,4%	7,0%	6,3%	2,35%	7,5%
Serben	1,4%	6,1%	4,2%	-	1,7%
Mazedonien	5,4%	1,7%	3,2%	-	-
Kosovo	4,1%	1,7%	2,6%	-	0,3%
Algerien	4,1%	0,9%	2,1%	-	-
Eritrea	5,4%	-	2,1%	5,38%	0,3%
Bangladesch	2,7%	0,9%	1,6%	-	-
Bosnien und Herzegowina	1,4%	1,7%	1,6%	-	-
Guinea	2,7%	0,9%	1,6%	2,30%	-
Marokko	2,7%	0,9%	1,6%	-	-
Armenien	2,7%	-	1,1%	3,70%	-
Guinea-Conakry	1,4%	0,9%	1,1%	-	-
Libanon	-	1,7%	1,1%	-	-
Myanmar	1,4%	0,9%	1,1%	-	-
Nigeria	1,4%	0,9%	1,1%	3,23%	-
Somalia	2,7%		1,1%	3,53%	-
Tunesien	2,7%		1,1%	-	-
Türkei	2,7%		1,1%	3,17%	-
Aserbaidschan	1,4%		0,5%	3,00%	-

Demokratische Republik Kongo	1,4%		0,5%	-	-
Georgien	1,4%		0,5%	-	-
Guinea-Bissau	-	0,9%	0,5%	-	-
Kirgisistan	1,4%		0,5%	-	-
Kolumbien	1,4%		0,5%	-	-
Palästina	-	0,9%	0,5%	-	-
Russland	1,4%		0,5%	2,05%	0,9%
Tschetschenien	1,4%		0,5%	-	-
andere	-	-	-	29,58%	6,6
unklar	-	-	-	2,25%	8,5%
	100,0%	100,0%	100,0%		

[1] BAMF. Das Bundesamt in Zahlen 2016. Asyl, Migration und Integration 2017.

[2] BAMF. Aktuelle Zahlen zu Asyl März 2017. 2017.

[3] BAMF. Aktuelle Zahlen zu Asyl Februar 2017. 2017.

[4] BAMF. Aktuelle Zahlen zu Asyl Januar 2017. 2017.

[5] Winkler JG et al. The Influence of Residence Status on Psychiatric Symptom Load of Asylum Seekers in Germany. Psychiatr Prax 2019; 46(4): 191-199.

Online-Tab. 1c: Migration und aktueller Aufenthalt

	Patient*innen	Nicht-Patient*innen	Durchschnitt gesamt	Teststatistik	df	p	Effektstärke
Binnenmigration (Tage)*	20,18 (SD 77,562)	71,54 (SD 238,716)	50,36 (SD 190,876)	T -1,685	158	0,094	
Transnationale Migration (Tage)*	355,33 (SD 994,188)	262,50 (SD 535,449)	300,19 (SD 754,613)	T 0,775	163	0,439	
Aufenthalt in Deutschland*	1119,76 (SD 1132,609)	484,31 (SD 233,713)	745,96 (SD 808,782)	T 5,454	168	0,000	
Anzahl Flüchtlingslager außerhalb Deutschlands	0,70 (SD 0,923)	1,60 (SD 1,501)	1,15 (SD 1,312)	T-2,284	38	0,028	
Wohnorte in Deutschland*	3,85 (SD 1,964)	3,40 (SD 2,125)	3,57 (SD 2,072)	T 1,435	148,125	0,153	
Anteil allein Reisender*	52,8%	23,1%	35,0%	Chi 16,671	1	0,000	Phi 0,304

(Die in die CHAID-Analysen einbezogenen Variablen sind mit * markiert)

Online-Tab. 2: Drop-out-Analyse der Patient*innen-Stichprobe

Grund für Drop-out	Anzahl	Häufigkeit
Entlassung vor Rekrutierung	138	76,7%
Patient*in vom Personal als zu instabil eingeschätzt	13	7,2%
Patient*in lehnt ab, weil psychisch zu instabil	13	7,2%
Kommunikationsprobleme, keine Sprachmittlung	6	3,3%
Patient*in lehnt ab wegen anderer Gründe	4	2,2%
unklare klinikinterne Fallklassifikation	4	2,2%
Patient*in lehnt ab ohne Angabe von Gründen	1	0,6%
Ausländerrechtliche Probleme wie Abschiebung, Umverteilung	1	0,6%
Gesamt	180	100%

Online-Tab. 3: Selbst erlebte potentiell traumatische Ereignisse (PTE)

	Patient*innen	Nicht-Patient*innen	Durchschnitt gesamt	Teststatistik	df	p	Phi
Mangel an Wasser oder Nahrung	68,1%	43,6%	53,1%	10,202a	1	0,001	-0,239
Schlechte Gesundheit ohne Zugang zu medizinischer Versorgung	70,1%	37,4%	50,0%	17,694a	1	0,000	-0,319
Kein Dach über dem Kopf haben	67,2%	47,2%	54,7%	6,463a	1	0,011	-0,194
Gefangenschaft	46,4%	20,6%	30,7%	13,145a	1	0,000	-0,273
Ernsthafte Verletzung	53,1%	18,7%	31,6%	21,976a	1	0,000	-0,358
Kampfsituationen, kriegerische Auseinandersetzungen	59,4%	27,1%	39,2%	17,503a	1	0,000	-0,320
Gehirnwäsche	33,3%	7,5%	17,1%	18,737a	1	0,000	-0,332
Vergewaltigung oder sexueller Missbrauch	24,6%	2,8%	10,7%	19,489a	1	0,000	-0,340
Erzwungene Isolation	45,0%	19,0%	28,5%	12,624a	1	0,000	-0,277
Dem Tod nahe sein	82,1%	48,6%	61,5%	19,517a	1	0,000	-0,335

Erzwungene Trennung von Familienmitgliedern	61,9%	27,4%	40,2%	19,611a	1	0,000	-0,341
Ermordung eines Familienmitglieds oder eines Freundes	47,7%	21,3%	31,2%	13,168a	1	0,000	-0,276
Unnatürlicher Tod eines Familienmitgliedes oder eines Freundes	58,7%	26,9%	38,9%	16,696a	1	0,000	-0,316
Ermordung eines oder mehrerer Unbekannter	42,9%	8,7%	21,6%	27,143a	1	0,000	-0,403
Verschwinden oder entführt werden	41,3%	15,0%	24,7%	14,763a	1	0,000	-0,295
Folter	60,6%	24,1%	37,9%	23,222a	1	0,000	-0,365

Online-Tab. 4: Postmigratorische Stressoren (PMLD)

Bitte markieren Sie, welche der folgenden Situationen für Ihre derzeitige Lage zutreffen und wenn ja, wie belastend diese für Sie sind!*	Patient*innen	Nicht-Patient*innen	SD Patient*innen	SD Nicht-Patient*innen	Durchschnitt gesamt	SD Durchschnitt	Teststatistik	df	p
Kommunikationsprobleme	1,65	1,84	1,398	1,525	1,77	1,476	-0,812	170	0,418
Diskriminierung	1,56	1,01	1,478	1,404	1,22	1,453	2,410	163	0,017
Trennung von der Familie	2,15	2,06	1,791	1,757	2,09	1,765	0,303	162	0,762
Sorgen über zurück gelassene Familie	2,28	2,68	1,755	1,615	2,53	1,676	-1,537	167	0,126
Nicht in der Lage sein, im Notfall nach Hause zurückzukehren	2,53	2,47	1,715	1,726	2,49	1,717	0,224	160	0,823
Keine Arbeitserlaubnis zu haben	1,56	2,21	1,749	1,633	1,96	1,703	-2,422	162	0,017
Nicht in der Lage sein, Arbeit zu finden	1,73	2,28	1,628	1,544	2,07	1,595	-2,193	163	0,030
Schlechte Arbeitsbedingungen	0,85	1,42	1,412	1,627	1,18	1,561	-2,196	146	0,030
Inhaftiert zu sein	1,07	1,77	1,652	1,857	1,49	1,807	-2,394	153	0,018
Interviewgespräche durch Beamte der Einwanderungsbehörde	1,48	1,12	1,686	1,555	1,26	1,612	1,386	158	0,168
Verzögerte Bearbeitung des Asylantrages	2,05	1,66	1,777	1,703	1,81	1,738	1,405	161	0,162
Konflikt mit Beamten der Einwanderungsbehörde (z.B. BAMF)	1,32	0,70	1,730	1,385	0,94	1,556	2,496	157	0,014
Angst, nach Hause zurück geschickt zu werden	2,94	3,10	1,641	1,404	3,04	1,497	-0,669	165	0,505
Sorgen, keine medizinische Behandlung zu erhalten	1,05	1,03	1,475	1,531	1,04	1,504	0,068	158	0,946
Schlechter Zugang zu notärztlichen Diensten	0,55	0,74	1,167	1,327	0,66	1,268	-0,932	164	0,353
Schlechter Zugang zu langfristigen ärztlichen Diensten	0,79	0,78	1,269	1,351	0,78	1,316	0,069	158	0,945
Schlechter Zugang zu zahnärztlichen Diensten	0,88	1,03	1,363	1,531	0,97	1,464	-0,660	159	0,510

Schlechter Zugang zu Beratungsdiensten	1,00	1,09	1,450	1,494	1,06	1,473	-0,380	154	0,704
Geringe staatliche Unterstützung	1,07	1,14	1,506	1,338	1,11	1,400	-0,337	155	0,737
Geringe Unterstützung durch Wohltätigkeitsorganisationen	1,03	1,30	1,437	1,502	1,19	1,478	-1,111	153	0,269
Armut	1,29	1,69	1,475	1,712	1,53	1,632	-1,506	159	0,134
Einsamkeit und Langeweile	2,78	2,18	1,581	1,565	2,41	1,593	2,378	162	0,019
Isolation	2,47	1,78	1,617	1,690	2,04	1,691	2,566	158	0,011
Schlechter Zugriff auf Speisen/Lebensmittel, die man möchte	1,00	1,77	1,448	1,688	1,48	1,640	-3,019	163	0,003
Schwierige Wohnsituation	2,54	2,91	1,744	1,554	2,76	1,636	-1,466	168	0,144

* Skala: 0: kein Problem, 1: kleines Problem, 2: eher mäßig ernstes Problem, 3: ernstes Problem, 4: sehr ernstes Problem, 5: sehr ernstes Problem

Online-Tab. 5: Subjektiv empfundene Ressourcen (selbsterstellter Fragebogen)*

	Patient*innen	Nicht-Patient*innen	SD Patient*innen	SD Nicht-Patient*innen	Durchschnitt gesamt	SD Durchschnitt	Teststatistik	df	p
Leben Sie mit Ihrer Familie zusammen?	0,89	1,86	1,345	1,337	1,51	1,416	-4,591	170	0,000
Leben Sie in einer Partnerschaft?	0,78	1,37	1,277	1,416	1,16	1,392	-2,658	163	0,009
Haben Sie Kontakt zu Menschen in Ihrem Herkunftsland?	1,44	1,92	1,177	1,142	1,74	1,174	-2,555	166	0,012
Haben Sie in Deutschland Familie oder Freunde aus Ihrem Herkunftsland?	1,33	1,72	1,145	1,202	1,58	1,193	-2,024	162	0,045
Haben Sie in Deutschland Kontakte zu anderen Geflüchteten?	1,35	1,75	1,022	1,050	1,60	1,054	-2,373	162	0,019
Haben Sie Kontakte zu Menschen aus Deutschland?	1,72	1,62	1,277	1,251	1,65	1,258	0,483	160	0,630
Sprechen Sie andere Sprachen als Ihre Muttersprache(n)?	2,18	1,84	0,983	1,232	1,96	1,156	1,865	162	0,064
Können Sie sich in deutscher Sprache verständigen?	1,73	1,52	1,031	1,155	1,59	1,112	1,170	156	0,244
Können Sie Ihre Zeit sinnvoll gestalten und nutzen?	1,30	1,85	1,210	1,152	1,65	1,199	-2,847	156	0,005
Können Sie derzeit Ihren Freizeitbeschäftigungen (Hobbies) nachgehen?	0,98	1,35	1,147	1,258	1,22	1,228	-1,826	156	0,070
Können Sie derzeit Ihre Grundbedürfnisse (z.B. Einkauf, Hausarbeiten, Kleidung) selbstbestimmt versorgen?	1,93	2,19	1,015	0,992	2,09	1,005	-1,552	159	0,123

Haben Sie das Gefühl, am gesellschaftlichen Leben in Deutschland teilnehmen zu können?	1,83	2,43	1,216	0,827	2,21	1,024	-3,727	158	0,000
Sehen Sie für sich eine berufliche Perspektive in Deutschland?	2,03	2,39	1,108	0,858	2,26	0,968	-2,276	158	0,024
Haben Sie das Gefühl, Ihre Bildung/Ausbildung spielt eine Rolle für Ihr Befinden?	1,74	1,80	1,243	1,286	1,78	1,267	-0,287	150	0,774
Haben oder hatten Sie in Deutschland Unterstützung durch Ehrenamtliche oder Willkommens-Initiativen?	1,60	1,48	1,213	1,275	1,53	1,250	0,597	156	0,551
Haben oder hatten Sie in Deutschland professionelle Unterstützung (z.B. Beratungsstellen, Sozialarbeiter, NGOs)?	1,45	1,29	1,245	1,260	1,35	1,253	0,780	157	0,437
Haben oder hatten Sie in Deutschland Unterstützung durch Dolmetscher/innen?	1,37	1,20	1,277	1,233	1,26	1,248	0,824	156	0,411
Fühlen Sie sich ausreichend informiert über Rechte und Pflichten in Ihrem Asylverfahren?	1,16	1,74	1,244	1,260	1,54	1,281	-2,737	153	0,007
Spielt Religion/Spiritualität eine Rolle für Ihr Befinden?	1,36	1,27	1,336	1,309	1,30	1,316	0,397	157	0,692
Spielen Ihre finanziellen Mittel eine Rolle für Ihr Befinden?	1,69	1,77	1,113	1,177	1,74	1,151	-0,422	151	0,673
Falls Sie traumatisierende Ereignisse erlebt haben: Fühlen Sie sich als Opfer anerkannt?	1,67	0,93	1,289	1,211	1,20	1,287	3,500	146	0,001
Fühlen Sie sich in Deutschland sicher?	2,37	2,60	0,956	0,841	2,51	0,890	-1,613	158	0,109
Ressourcen-Summenscore Durchschnitt	1,36	1,55	0,51	0,50	1,51	1,416	-2,343	169	0,020

* Skala: 0: Nein, 1: Ja, nicht hilfreich, 2: Ja, hilfreich, 3: Ja, sehr hilfreich

Online-Tab. 6: Psychometrische Skalenwerte

	Patient*innen	Nicht-Patient*innen	Durchschnitt gesamt	Teststatistik	df	p	Phi
HTQ Summenscore	2,93 (SD 0,59)	2,24 (SD 0,73)	2,49 (SD 0,76)	T 6,178	159	0,000	
PTBS-Symptomatik	81,0%	38,8%	54,0%	Chi 26,605a	1	0,000	
PMLD Summenscore	1,64 (SD 0,84)	1,69 (SD 0,84)	1,67 (SD 0,84)	T -0,395	144,316	0,693	
PHQ-9 Schweregrad	16,48 (SD 6,174)	9,38 (SD 6,794)	11,93 (SD 7,394)	T 6,583	160	0,000	
PHQ Major Depression Symptomatik 2-Wochen-Prävalenz	67,2%	26,9%	41,4%	Chi 24,956a	1	0,000	Phi - 0,392
PHQ Suizidalität 2 Wochen-Prävalenz	51,4%	28,7%	37,6%	Chi 9,854a	1	0,002	Phi - 0,228
SCL Global Severity Index	2,41 (SD 0,94)	1,54 (SD 1,03)	1,85 (SD 1,08)	T 5,241	157	0,000	

Online-Tab. 7: PHQ 9

Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt:	Patient*innen	Nicht-Patient*innen	SD Patient*innen	SD Nicht-Patient*innen	Mittelwert gesamt	SD Mittelwert	Teststatistik	df	p
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	1,70	1,11	1,101	1,104	1,32	1,136	T 3,247	116, 501	0,002
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	2,20	1,30	0,924	1,051	1,63	1,095	T 5,515	161	0,000
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	2,22	1,28	1,060	1,138	1,63	1,196	T 5,146	158	0,000
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	2,07	1,39	1,016	1,118	1,63	1,128	T 3,754	157	0,000
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	1,70	1,10	1,164	1,048	1,31	1,125	T 3,371	159	0,001
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	1,96	0,83	1,144	1,038	1,23	1,202	T 6,379	158	0,000
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	1,98	1,12	1,192	1,132	1,43	1,223	T 4,574	159	0,000
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	1,50	0,78	1,232	0,971	1,04	1,123	T 4,058	158	0,000
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	1,33	0,62	1,220	1,046	0,87	1,159	T 3,913	160	0,000

Online-Tab. 8: SCL-K9

Wie häufig litten Sie in den letzten 7 Tagen unter...	Patient*innen	Nicht-Patient*innen	SD Patient*innen	SD Nicht-Patient*innen	Mittelwert gesamt	SD vom Mittelwert	Teststatistik	df	p
...Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren	2,41	1,39	1,535	1,376	1,76	1,512	4,237	153	0,000
...dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	2,23	1,28	1,477	1,330	1,62	1,456	4,123	152	0,000
...dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	3,21	2,12	1,039	1,501	2,53	1,443	4,854	154	0,000
...Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	2,93	1,96	1,116	1,529	2,31	1,467	4,195	156	0,000
...dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	2,11	1,02	1,462	1,317	1,41	1,462	4,726	152	0,000
...dem Gefühl, gespannt oder aufgereggt zu sein	2,46	1,47	1,361	1,467	1,82	1,504	4,192	155	0,000
...Schweregefühl in den Armen oder Beinen	1,70	1,32	1,426	1,490	1,46	1,474	1,527	156	0,129
...Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	2,11	1,65	1,589	1,546	1,82	1,572	1,756	155	0,081
...Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	2,47	1,48	1,45	1,51	1,84	1,558	4,036	157	0,000

Online-Tab. 9: Klinische Entlass-Hauptdiagnosen Patient*innen (ICD-10)

Entlass-Hauptdiagnose (ICD-10)	Anzahl Patient*innen	% innerhalb Patient*innen	Haupt- und Nebendiagnosen zusammengefasst Anzahl Patient*innen	Haupt- und Nebendiagnosen zusammengefasst % innerhalb Patient*innen
F1	12	16,2%	18	24,3
F2	11	14,9%	12	16,2
F3	25	33,8%	29	39,2
F4	26	35,1%	43	58,1
F6	-	-	6	8,1
andere	-	-	12	16,2
Gesamt	74	100%		

Online-Tab. 10: Übersicht einzelner soziodemografischer Variablen

Online-Tab. 10a: Deutschkenntnisse

		Patient*innen	Nicht-Patient*innen	gesamt
keine	Anzahl	3	17	20
	% innerhalb von Studienarm	4,1%	15,3%	10,9%
gering	Anzahl	44	63	107
	% innerhalb von Studienarm	60,3%	56,8%	58,2%
ausreichend	Anzahl	15	24	39
	% innerhalb von Studienarm	20,5%	21,6%	21,2%
gut	Anzahl	11	7	18
	% innerhalb von Studienarm	15,1%	6,3%	9,8%
Gesamt	Anzahl	73	111	184
	% innerhalb von Studienarm	100,0%	100,0%	100,0%

Online-Tab. 10b: Wohnverhältnis

		Patient*innen	Nicht-Patient*innen	gesamt
Unterkunft für Geflüchtete ohne Privatraum	Anzahl	13	52	65
	% innerhalb von Studienarm	17,8%	46,4%	35,1%
abschließbares (privates) Zimmer in Unterkunft für Geflüchtete	Anzahl	28	42	70
	% innerhalb von Studienarm	38,4%	37,5%	37,8%
abschließbare (private) Wohnung in Unterkunft für Geflüchtete	Anzahl	8	13	21
	% innerhalb von Studienarm	11,0%	11,6%	11,4%
eigener Wohnraum außerhalb einer Unterkunft für Geflüchtete	Anzahl	18	5	23
	% innerhalb von Studienarm	24,7%	4,5%	12,4%
Sonstige	Anzahl	6	0	6
	% innerhalb von Studienarm	8,2%	0,0%	3,2%
Gesamt	Anzahl	73	112	185
	% innerhalb von Studienarm	100,0%	100,0%	100,0%

Online-Tab. 10c: Soziales Umfeld im Wohnverhältnis

		Patient*innen	Nicht- Patient*innen	gesamt
alleine	Anzahl	38	16	54
	% innerhalb von Studienarm	53,5%	14,4%	29,7%
mit Familie	Anzahl	26	76	102
	% innerhalb von Studienarm	36,6%	68,5%	56,0%
mit Bekannten/Freund*innen	Anzahl	7	17	24
	% innerhalb von Studienarm	9,9%	15,3%	13,2%
sonstiges	Anzahl	0	2	2

	% innerhalb von Studienarm	0,0%	1,8%	1,1%
Gesamt	Anzahl	71	111	182
	% innerhalb von Studienarm	100,0%	100,0%	100,0%