

Psychische Symptombelastung bei Asylsuchenden in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus

The Influence of Residence Status on Psychiatric Symptom Load of Asylum Seekers in Germany

Autoren

Johanna G. Winkler¹, Eva J. Brandl^{1,3}, H. Joachim Bretz¹, Andreas Heinz², Meryam Schouler-Ocak¹

Institute

- 1 Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus Berlin
- 2 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, CCM, Charité – Universitätsmedizin Berlin
- 3 Berlin Institute of Health (BIH)

Schlüsselwörter

Geflüchtete/Asylbewerber, psychiatrische Erkrankung, psychosozialer Stress, Asylstatus, Suizidalität

Keywords

refugees/asylum seekers, psychiatric disorder, psychosocial stress, asylum status, suicidality

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0806-3568>

Online-Publikation: 12.12.2018 | Psychiatr Prax 2019; 46: 191–199

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Johanna Gisela Winkler, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus, Große Hamburger Straße 5–11, 10115 Berlin
johanna.winkler@charite.de

ZUSAMMENFASSUNG

Ziele der Studie Untersuchung der Sicht von Asylbewerbern auf rechtliche Situation, Asylverfahren und Lebensbedingungen und deren Einfluss auf psychische Belastungen.

Methode 650 Asylbewerber in Berlin erhielten einen Fragebogen.

Ergebnisse 76,3% (N=496) beantworteten den Fragebogen vollständig. Von diesen hatten 74,6% Symptome einer psychischen Erkrankung, und dies mit signifikantem Zusammenhang zu unsicherem Aufenthaltsstatus. Sehr belastete Personen nahmen Hilfsangebote, integrationsfördernde Maßnahmen und ihre Rechte im Asylverfahren weniger wahr. In unserer Stichprobe befanden sich nur 11,6% der Asylbewerber mit krankheitswertiger psychischer Symptomatik in psychiatrischer Behandlung.

Schlussfolgerung Die Daten zeigen die hohe Relevanz psychischer Belastungen bei Geflüchteten.

ABSTRACT

Background The aim of this study was to assess asylum seekers' views on their legal situations, asylum procedures and living conditions, and the relationship of these factors towards psychological stress.

Methods 650 asylum seekers in Berlin received a questionnaire.

Results 76,3% (N=496) completed the questionnaires in full. According to psychological test criteria, 74,6% (N=370) of these respondents indicated symptoms of mental disorders. There were significant correlations between insecure residency status and these symptoms. Respondents with higher symptom load took less advantage of support, participated less in measures designed to assist integration, and described more difficulties in their hearing. Only 11.6% out of the asylum seekers with mental illness indicating symptoms in our sample were under psychiatric treatment.

Conclusion Our data emphasize the high relevance of mental health burdens among refugees.

Einleitung

Bei Geflüchteten werden Prävalenzen psychischer Erkrankungen von 63–95% berichtet [1–3]. Für posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) werden international Prävalenzen von 3–86% [4], durchschnittlich 31% [5], in Deutschland 29–81% [1, 3, 6] genannt. Komorbiditäten für PTSD und chronische Schmerzen von bis zu 57% und für PTSD und Depression von

bis zu 64% werden beschrieben [7–10] sowie häufiger auftretende Suchterkrankungen und Psychosen [1, 5, 11].

Ebenfalls hohe Prävalenzen werden mit 14–88% für depressive Symptomatik, 27–92% für Angstsymptomatik und 54–66% für somatische Beschwerden erhoben [1–3, 5, 11–17], in anderen Studien aber auch lediglich Prävalenzen, die dem Auftreten der Erkrankung im Zielland entsprechen [18]. Ursachen dieser abweichenden Ergebnisse könnten im Befragungszeit-

► Tab. 1 Demografische Daten im Vergleich.

	BAMF 2015 [53]	BAMF 2016 [53]	Stich- probe
Alter in Jahren, Mittelwert	30,1	30,6	30,6
Frauenanteil, %	30,8	24,3	25,2
Nationalität, %			
Syrien	35,9	36,9	36,9
Afghanistan	7,1	17,6	14,9
Irak	6,7	13,3	8,5
Albanien	12,2	2,1	7,5
Iran		3,7	6,3
Moldawien	2,3		4,6
Serbien	3,8		1,7
Kosovo	7,6		0,3
russ. Föderation		1,5	0,9
Pakistan	1,9	2,1	0,9
Eritrea	2,5	2,6	0,3
andere	19,6	16,5	6,6
unklar	2,7	2,0	8,5

punkt liegen (z. B. Befragung auf der Flucht, bei Erreichen des Ziellandes oder bis zu 5 Jahre später [19, 20]) sowie in anderen methodischen Unterschieden (mit Selbst-Rating-Bögen wurden andere Ergebnisse als im strukturierten Interview erhoben [19] und die Prävalenzen in dolmetschergemittelten Erhebungen waren höher als in von Muttersprachlern durchgeführten [10]).

Etwa 30% der Geflohenen waren gefoltert worden [21], viele sind kriegstraumatisiert [10]. Auch traumatische Erlebnisse auf der Flucht sind häufig [22]. Diese traumatisierenden Ereignisse sind, ebenso wie sozialökonomische und politische Ausgrenzung sowie interpersonelle Gewalt [23], mit einer höheren Prävalenz psychischer Erkrankungen korreliert [13].

Viele Studien beschreiben auch im Zielland Situationen, die als belastend, diskriminierend oder traumatisch erlebt werden und mit einer höheren psychischen Symptomprävalenz verbunden sind [24, 25]. Solche Postmigrationsfaktoren können fehlende Privatsphäre und Langzeitinternierung sein, aber auch familiäre Trennung und Sorgen um den Verbleib von Verwandten, erlittene Verluste, Trauer, Länge des Asylverfahrens, Sprachprobleme, fehlende Arbeit und Tagesstruktur, Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung, Diskriminierung und soziale Unterprivilegiertheit sowie aus der Migration resultierende Schuldgefühle [20, 26–32].

Aktuell wird angenommen, dass vor oder während der Migration erlebte Traumata das Auftreten psychischer Erkrankungen stark beeinflussen, während im Zielland aufgetretene Ereignisse einen moderaten Einfluss haben [15]. Postmigrations-

stressoren können zudem bestehende Erkrankungen verschlechtern, die Heilung behindern und Chronifizierungen fördern [33, 34].

Zwischen dem rechtlichen Aufenthaltsstatus im Zielland und der psychischen Gesundheit fanden Schick et al. keinen Zusammenhang [35]. Mehrfach wurde ein signifikanter Rückgang von Angst und Depression bei Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen nachgewiesen – unabhängig vom Aufenthaltsstatus [36, 37]. Im Gegensatz dazu beschrieben andere Autoren in Fallvignetten [38] oder vermuten retrospektiv [39], dass der Aufenthaltsstatus und die Belastung durch drohende Abschiebung den Gesundheitszustand negativ beeinflussen könnten und dass ein sicherer Aufenthaltsstatus die Krankheitsbelastung signifikant senkt [40]. Chu et al. stellten sogar fest, dass die Postmigrationsbedingungen einen ebenso starken Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit haben wie die erlebten Traumata. Dabei sei der Einfluss des Aufenthaltsstatus auf die Gesundheit ebenso stark wie der des am häufigsten zur PTSD führenden traumatischen Erlebnisses, einer Vergewaltigung [33], eines sogenannten „man made disasters“, also einer von Menschen zu verantwortende Traumatisierung, die schwerste Folgestörungen induzieren kann [41].

Die vorliegende Studie beleuchtet als erste Untersuchung in Deutschland, wie das Asylverfahren, der Aufenthaltsstatus und die Lebensbedingungen während der Laufzeit des Asylantrags von den Betroffenen wahrgenommen werden und welcher Zusammenhang zwischen diesen Faktoren und psychischen Erkrankungen besteht.

Methoden

Vom 15.7.2015 bis 1.3.2016 wurde eine repräsentative Stichprobe von 650 Personen in 9 Berliner Flüchtlingsunterkünften in Face-to-Face-Interviews befragt. Alle volljährigen Bewohner – oder die eines definierten Bereichs der Einrichtung – wurden zur Befragung eingeladen. Während des Ausfüllens der Fragebögen stand geschultes Personal für Rückfragen bereit, das auch bei emotionaler Belastung unterstützte. Leseunkundigen wurden die Fragen vorgelesen.

Fünf Fragebögen wurden verwendet:

- ein von den Autoren erstellter soziobiografischer Bogen mit Elementen des Akkulturationsfragebogens nach Ward und Rana-Deuba [42] und zusätzlichen Fragen zu bestehenden Erkrankungen, rechtlichem Aufenthaltsstatus, Erleben des Asylverfahrens sowie Wünschen, Ängsten und Hoffnungen;
- die Hopkins-Symptom-Checkliste 25 (HSCL-25), die mit den Symptomclustern ‚Depression‘ und ‚Angst‘ im transkulturellen Kontext entwickelt wurde und einen Cut-off-Wert von 1,75 hat [43, 44];
- die SOMA-Skala der Symptom-Checklist-90®-Standard für körperliche Beschwerden, bei der ein T-Wert ≥ 60 als auffällig gilt [45, 46];
- die Subskala „Quality of Life“ des EUROHIS, die subjektive Lebensqualität in den letzten 14 Tagen abfragt [47, 48];
- die Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS), die mit 7 Subskalen die ICD-10-Kriterien einer PTSD misst [49, 50]. Die im PDS erfragten Traumata wurden von ursprünglich 12 auf

► **Tab. 2** Zusammenhang zwischen Aufenthaltsstatus, Symptombelastung und weiteren Parametern.

	Aufenthalts- gestattung (37,7%)	Aufenthalts- erlaubnis (13,7%)	Duldung (4,9%)	weiß nicht (23,9%)	kein offizieller Status (0,8%)	keine Angabe (17,1%)	Grenzüber- trittsbeschei- nigung (2,0%)	gesamt (N = 650)	p-Wert
Alter, MW (SD)	30,3 (9,4)	32,0 (10,0)	31,6 (10,7)	29,8 (10,6)	38,2 (16,4)	30,8 (9,8)	29,9 (10,7)	30,6 (10,0)	0,419
Tage in Deutschland	116,1 (115,5)	161,7 (191,4)	345,0 (612,7)	106,9 (102,3)	26 (25,5)	106,5 (99,9)	100,3 (110,3)	128,3 (177,3)	<0,001
depressive Symptomatik vor- handen, %	59,4	60,8	66,7	62,4	80,0	58,6	83,3	61,3	0,695
Suizidgedanken vorhanden, %	15,0	17,3	13,3	17,9	20,0	20,2	50,0	17,5	0,102
Depression, Mittelwert Schwere- grad	2,1	2,1	2,2	2,1	2,6	2,2	2,8	2,1	0,061
Depression (t-Wert) Mittelwert	65,4	65,2	66,9	65,5	69,8	65,0	71,8	65,1	0,079
Angstsymptomatik vorhanden, %	47,4	42,5	63,3	54,0	40,0	63,2	75,0	52,3	0,034
Angst, Mittelwert Schweregrad	2,0	1,8	1,9	2,0	2,2	2,2	2,2	2,0	0,081
Angst (t-Wert) Mittelwert	63,3	61,9	65,2	64,8	67,0	67,4	66,7	64,4	0,221
PTSD-Kriterien vorhanden, %	40,4	40,3	33,3	42,5	75,0	42,5	63,6	41,7	0,573
Beeinträchtigung durch PTSD	1,6	1,9	1,3	1,8	2,5	1,6	0,9	1,7	0,003
somatische Symptomatik vor- handen, %	44,2	32,5	51,7	54,8	40,0	57,7	66,7	47,8	0,012
Somatisierung, Mittelwert	55,4	51,0	57,2	57,9	57,2	59,5	58,3	56,1	0,009
Lebensqualität, Mittelwert	3,2	3,3	3,1	3,1	3,0	3,0	2,6	3,1	0,030

insgesamt 25 Items aus dem Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) ergänzt [51].

Die Fragebögen wurden in 7 Sprachen eingesetzt (Arabisch, Persisch, Russisch, Albanisch, Serbisch/Bosnisch, Englisch, Französisch). Die Übersetzungen der standardisierten Bögen wurden vom „Behandlungszentrum für Folteropfer – Zentrum Überleben Berlin e. V.“ zur Verfügung gestellt, das diese in der Diagnostik der dortigen Patienten einsetzt. Sie wurden durch mehrfache Hinübersetzung durch einen und anschließende Rückübersetzung durch einen anderen professionellen Dolmetscher generiert. Dieser Prozess war so lange fortgesetzt worden, bis gute Übereinstimmung gegeben war. Wir glichen diese Bögen durch professionelle Sprachmittler mit in den vom Nationalen Referenz Center für Behandlung und Diagnose von Psychotraumatata in den Niederlanden „Amadiagnostik Stichting Centrum 45“ vorgehaltenen Bögen ab [52]. Auch die selbst erstellten Fragen ließen wir durch professionelle Dolmetscher z. T. mehrmals hin- und durch andere rückübersetzen, um eine möglichst genaue Übersetzung zu erreichen. Bei HSCL-25, SCL und Quality of Life verwendeten wir neben den kardinalskalierten Mittel- bzw. T-Werten auch die nominalen Werte „erkrankt – nicht erkrankt“ (cut-off 1,75) bzw. die kardinalskalierten der 4- oder 5-stufigen Bewertung von „nicht“ bis „stark“ oder „extrem“, um die Anzahl der Erkrankten und die Intensität der Symptomatik zu erfassen. Nicht vollständig ausgefüllte Fragebögen wurden in der weiteren Berechnung nicht berücksichtigt. Die statistischen Analysen wurden mit PSPP 1.3 und SPSS 24.0 durchgeführt. Für die Analyse nominaler Variablen wurde Pearson’s Chi-Quadrat-Tests oder bei kleinen Subfallzahlen der Fisher-Yates-Test verwendet, bei kardinalskalierten Variablen wurden zweiseitige t-Tests bzw. Varianzanalysen ANOVA durchgeführt. Aufgrund des explorativen Charakters der Untersuchung erfolgte keine Korrektur für multiples Testen.

Ergebnisse

Es wurden 650 Geflüchtete befragt, 486 (74,8%) Männer und 164 (25,2%) Frauen aus 23 Nationen, die im Mittel 30,6 Jahre alt waren (SD 10,0) und 47 verschiedene ethnische Zugehörigkeiten angaben. Die Befragten hielten sich im Mittel seit 128 Tagen in Deutschland auf (1–2159 Tage). Die demografischen Daten der Stichprobe entsprechen den vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) für alle Asylbewerber in Deutschland in den Jahren 2015 und 2016 beschriebenen [53] (▶ Tab. 1).

76,3% (N=496) aller Befragten beantworteten alle Fragebögen vollständig. Der depressive Items abfragende HSCL-25-Fragebogen wurde am häufigsten (87,9%; N=571), der 5-teilige HTQ/PDS-Fragebogen am seltensten (79,7%; N=518) vollständig beantwortet.

Wir stellten hohe Prävalenzen für Angst, Depression, PTSD und somatische Beschwerden fest. Mit 61,3% lag am häufigsten eine depressive Symptomatik vor, 74,6% litten an mindestens einer psychischen Erkrankung. 17,5% gaben Suizidgedanken an (▶ Tab. 2).

▶ Tab. 3 Beurteilung der Anhörung.

Konnten Sie in der Anhörung alles erzählen, was wichtig war?	ja	nein	p-Wert
Anteil in %	69,1	31,0	
Depression HSCL-25 Mittelwert (SD)	2,0 (0,9)	2,4 (0,7)	0,021
Angst, HSCL-25 Mittelwert (SD)	1,8 (0,9)	2,3 (1,0)	0,015
Somatisierung Mittelwert (SD)	49,0 (14,5)	57,8 (15,7)	0,017
Beeinträchtigung durch PTSD Mittelwert (SD)	1,6 (1,1)	2,1 (0,9)	0,037
Zahl erlebter Traumata Mittelwert (SD)	3,6 (4,3)	4,9 (4,5)	0,204
Alter Mittelwert (SD)	30,7 (9,0)	33,4 (13,4)	0,281

Die HSCL- und SCL-Mittelwerte wurden standardisiert, um die Symptombelastung mit einer durchschnittlich belasteten Population (MW=50, SD=10) vergleichen zu können. Für die depressive Symptomatik lag der Mittelwert bei 65,1 (9,4), für die Angstsymptomatik bei 64,4 (11,1) und für somatische Beschwerden bei 56,1 (14,3). Je länger die Befragten in Deutschland lebten, desto stärker war bei den testpsychologisch PTSD-Erkrankten das Arousal ($p=0,031$).

23,4% der Befragten lebten in etablierten erstaufnehmenden Einrichtungen, 28,6% in Gemeinschaftsunterkünften mit kleinen Zimmern oder Wohnungen, beides Einrichtungen mit erfahrener sozialpädagogischer Personal. 22,5% lebten in Notunterkünften wie Schulen und 25,5% in großen Flugzeug- oder Turnhallen. In den Notunterkünften gaben die Bewohner signifikant häufiger Angstsymptomatik ($p=0,009$), depressive Symptomatik ($p=0,006$) und eine höhere Beeinträchtigung durch PTSD-Symptomatik an ($p=0,047$). Die subjektive Lebensqualität war in erstaufnehmenden Einrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften signifikant besser ($p<0,001$).

37,7% der Befragten waren im ersten Asylverfahren (Aufenthaltsgestattung), 4,9% besaßen eine vorübergehende Aussetzung der Abschiebung (Duldung), 2,0% waren mit einer Grenzübertrittsbescheinigung direkt von einer Abschiebung bedroht. 23,9% kannten ihren Aufenthaltsstatus nicht, 17,1% wollten ihren Aufenthaltsstatus nicht preisgeben, 0,8% hatten keinen Aufenthaltstitel und 13,7% hatten bereits eine Aufenthaltserlaubnis (▶ Tab. 2). Bei 10% der Befragten differierte der von ihnen angenommene Aufenthaltsstatus mit dem realen. Nur 37% der Befragten fühlten sich über das Asylverfahren gut informiert, 58,6% machten sich Sorgen wegen ihres Aufenthaltsstatus (▶ Tab. 4).

Es bestanden signifikante Unterschiede zwischen Aufenthaltsstatus und der Beeinträchtigung durch PTSD-Symptomatik ($p=0,003$), dem Vorhandensein krankheitswertiger Angstsymptome ($p=0,034$), dem Vorhandensein krankheitswertiger

► **Tab. 4** Signifikante Zusammenhänge zwischen Vorliegen einer Erkrankung (Nx) oder Intensität der Symptomatik (Int) mit einer negativeren Beantwortung der Fragen.

	nein %	Depression p-Wert		Suizidge-danken p-Wert		Angsterkrankung p-Wert		PTSD p-Wert		Lebens-qualität p-Wert
		Nx	Int	Nx	Int	Nx	Int	Nx	Int	
Sind Sie über das Asylverfahren gut informiert?	63,0									
Machen Sie sich Sorgen um Ihren Aufenthalt?	41,4	<0,001	<0,001					0,030	0,050	
Meinen Sie, Sie brauchen einen Rechtsanwalt?	54,9	<0,001	<0,001	0,025	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001	0,003
Haben Sie einen Rechtsanwalt?	81,0									
Haben Sie auf Ihre Anhörung lange gewartet?	47,8	0,034	0,048	0,019				0,016		
Haben Sie sich nach der Anhörung wohl gefühlt?	28,1	0,010		0,002		0,039		0,025		
Haben Sie Angst vor der Ausländerbehörde?	21,4	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,003	0,005	
Belastet Sie Ihre Wohnsituation?	34,8	<0,001	<0,001			<0,001	<0,001			0,015
Leiden Sie an dem Essen?	50,6	0,001	0,001			0,048				0,001
Helfen Ihnen die Sozialarbeiter im Heim?	42,2	0,002	0,020	0,025	0,039	0,005	0,039			0,025
Werden Sie von Bekannten unterstützt?	56,4									
Langweilen Sie sich oft?	41,8	<0,001	<0,001	0,012	0,015	0,015				0,012
Lernen Sie Deutsch?	31,1	0,011	<0,001	0,004						0,004
Treiben Sie Sport?	51,1	0,043		0,022	0,045					0,022
Finden Sie sich in Berlin gut zurecht?	66,3	0,001	<0,001	<0,001						<0,001
Fühlen Sie sich in Deutschland willkommen?	27,0									
Fühlen Sie sich fremd in Deutschland?	65,6	<0,001	<0,001			0,001	0,001		0,001	
Haben Sie einen rassistischen Überfall erlebt?	84,0	0,004	0,001	0,005	0,007	0,007	0,030			0,005

somatischer Symptome ($p=0,012$) sowie zwischen Aufenthaltsstatus und der empfundenen Lebensqualität ($p=0,030$).

Befragte mit Grenzübertrittsbescheinigung hatten signifikant höhere Mittelwerte depressiver Symptomatik als Befragte mit Aufenthaltserlaubnis ($p=0,003$), Aufenthaltsgestattung ($p=0,007$), ohne Wissen um den Status ($p=0,001$) und ohne Angaben ($p=0,014$). Probanden, die keine Angaben zu ihrem Aufenthaltsstatus gemacht hatten, hatten signifikant höhere Angstsymptome als Befragte ohne Kenntnis ihres Status ($p=0,035$), mit Aufenthaltsgestattung ($p=0,017$) oder mit Aufenthaltserlaubnis ($p=0,002$). Befragte mit Aufenthaltserlaubnis hatten signifikant weniger somatische Beschwerden als Befragte mit Aufenthaltsgestattung ($p=0,023$), ohne Kenntnis ihres Status ($p=0,010$) und ohne Angabe ihres Status ($p<0,001$), aber mehr Beeinträchtigungen durch PTSD-Symptomatik als Probanden mit Grenzübertrittsbescheinigung ($p=0,011$) oder Duldung ($p=0,010$).

27,5% gaben keine Auskunft dazu, ob sie sich in psychiatrischer Behandlung befinden, 11,6% wurden bereits psychiatrisch behandelt und 10,5% baten um Vermittlung in psychiatrische Behandlung. 7,4% der Befragten wurde aufgrund der testpsychologisch erfassten und dann nachexplorierten Schwere der Störungen eine psychiatrische Behandlung empfohlen, die sie jedoch ablehnten. Oft waren sie der Überzeugung, dass sie für eine Gesundung nicht behandelt werden müssten, sondern ein anderes Problem gelöst werden müsse (z.B. Rettung der Familie, Finden einer Arbeit).

Zwischen krankheitswertiger psychischer Symptomatik und dem Erleben des Asylverfahrens (Angst vor der Ausländerbehörde, Erleben von Unterstützung durch Behörden oder Sozialarbeiter, Sorgen um den Aufenthalt) bestanden signifikante Zusammenhänge (►Tab. 4). Auch die Angabe „ich warte schon lange auf die Anhörung“ war mit depressiver Symptomatik signifikant assoziiert ($p=0,034$), aber nicht mit der tatsächlichen Zeitspanne seit der Ankunft in Deutschland ($p=0,608$). Für die Betroffenen sehr relevant erscheint der signifikante Zusammenhang zwischen depressiver, Angst- und PTSD-Symptomatik und dem Eindruck, in der Anhörung nicht alle asylrelevanten Details berichtet haben zu können (►Tab. 3).

Ein signifikanter Zusammenhang bestand zudem zwischen krankheitswertiger psychischer Symptomatik und dem selteneren Besuch eines Deutschkurses, seltenerer Teilnahme an Sportangeboten, geringerem Zurechtfinden in der Umgebung sowie einem stärkeren Gefühl, nicht unterstützt zu werden und fremd zu sein (►Tab. 4).

Diskussion

Erstmals konnten wir in dieser Studie zeigen, dass nicht nur ein signifikanter Zusammenhang zwischen rechtlicher Aufenthaltssituation und psychischer Symptombelastung besteht, sondern dass eine krankheitswertige psychische Symptomatik auch die Wahrnehmung von Asylverfahren, Institutionen, Hilfsangeboten und Umwelt sowie die Nutzung des Asylverfahrens negativ beeinflusst.

Dass wir – ähnlich wie Heeren et al. und anders als Laban et al. – für die erhobene Krankheitssymptomatik keine signifikan-

ten Zusammenhänge mit der Aufenthaltsdauer fanden, liegt möglicherweise daran, dass unsere Stichprobe mit im Mittel 4 Monaten erst relativ kurz in Deutschland war – wie die von Heeren et al. und anders als die von Laban et al. untersuchte Stichprobe [13, 27].

Unabhängig von der Anzahl der erlebten Traumata, Geschlecht, Unterkunft und Aufenthaltsdauer fanden wir signifikante Zusammenhänge zwischen dem Schweregrad der psychischen Symptomatik und dem Aufenthaltsstatus und konnten damit die Beobachtungen von Chu et al. bestätigen [33]. Dabei bestand in unserer Untersuchung kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Aufenthaltsstatus und dem Vorliegen einer Depression, Angsterkrankung oder PTSD, wie auch von Schick et al. beschrieben [35]. Wenn jedoch eine solche Erkrankung vorhanden war, nahm die Intensität der Symptomatik mit unsicherem Aufenthaltsstatus zu: Besonders belastet waren Befragte mit Aufforderung zur Ausreise, ohne Aufenthaltstitel und Betroffene, die ihren Aufenthaltsstatus nicht mitteilen wollten.

Es bestanden signifikante Zusammenhänge zwischen einer testpsychologisch festgestellten psychischen Erkrankung und einer negativeren Beurteilung von Asylverfahren und Unterstützung durch die Umwelt. Wie Hocking et al. [36] und Lamkaddem et al. [37] fanden wir einen signifikanten Zusammenhang zwischen geringerer Symptombelastung und integrationsförderlichem Verhalten bzw. zwischen krankheitswertiger Symptomatik und negativerer Bewertung der Lebenssituation sowie größerem Rückzug im Alltagsleben. Ob die Krankheits-symptomatik dabei Ursache oder Folge war oder ein wechselseitiger Einfluss zwischen ihr und den anderen Variablen bestand, bleibt offen. In jedem Fall ist die Behandlung krankheitswertiger psychischer Symptomatik nicht nur im Interesse der Betroffenen, ihres Asylverfahrens, ihrer Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und ggf. Integrationsfähigkeit, sondern auch im Interesse der aufnehmenden Gesellschaft notwendig. Deshalb ist es problematisch, dass nur wenige Betroffene in psychiatrischer Behandlung sind oder sich eine solche wünschen.

Für Geflüchtete bestehen erhebliche bürokratische, organisatorische, informative und sprachliche Zugangsbarrieren zur medizinischen und psychiatrischen Versorgung [30, 54–58] die abgebaut werden müssen. Einige Autoren sehen aufgrund der kulturdifferenten Krankheitskonzepte und Behandlungserwartungen interkulturellen Schulungsbedarf bei Ärzten und Therapeuten [55, 59–61]. Ein fragebogenbasiertes Screening auf psychiatrische Symptome könnte, zumindest bei lesekundigen Geflüchteten, helfen, Therapiebedarf zu erkennen und eine psychiatrische Diagnostik und Behandlung zu vermitteln [62–66].

Für Geflüchtete, die eine psychiatrische Behandlung ablehnen, könnten psychoedukative Informationen – verteilt über Erstaufnahmeeinrichtungen, Sozialämter oder gesundheitliche Routineuntersuchungen – hilfreich sein, ebenso wie Peer-Beratungen [65], Online-Beratungen oder -Therapieangebote [55, 66] oder andere niedrigschwellige Angebote [13, 67]. Solche leicht zugänglichen Informationen könnten auch die Angst vor Stigmatisierung mindern.

Es gibt Hinweise darauf, dass allein durch die Vermeidung von Langzeitinternierung [26], die Zusammenführung von Familien [20, 27] und eine bessere Zusammenarbeit der integrierenden Akteure Krankheitssymptome gemindert sowie Wohlbefinden und Integration gefördert werden können [4, 15, 68].

Die Aussagekraft der vorliegenden Studie ist dadurch limitiert, dass Probanden, die keine der 7 Sprachversionen der Fragebögen verstanden, ausgeschlossen werden. Das betraf vor allem Menschen aus Pakistan und aus afrikanischen Ländern und Frauen, die älter als 45 Jahre waren. Außerdem sind besonders die schwer psychisch erkrankten Asyltragssteller und vulnerable Gruppen wie alleinreisende Frauen, die in Spezialunterkünften für besonders Schutzbedürftige untergebracht waren, in unserer Stichprobe nicht berücksichtigt.

Trotz dieser Limitationen konnten wir eine hohe Symptombelastung bei geflüchteten Personen belegen. Über die Hälfte der Befragten litt an den Symptomen mindestens einer psychischen Erkrankung. Am häufigsten lag eine krankheitswertige depressive Symptomatik vor. Diese Ergebnisse entsprechen denen von Zimbrea [22] und liegen deutlich über den Resultaten der Untersuchung von van Melle et al. [17, 69].

KONSEQUENZ FÜR KLINIK UND PRAXIS

- Die psychische Belastung von Asylbewerbern wird durch beengte Unterkünfte mit kaum vorhandener Privatsphäre und durch unzureichende oder unqualifizierte Betreuung negativ beeinflusst.
- Nur eine geringe Anzahl von Asylbewerbern mit krankheitswertiger psychischer Symptomatik sind in psychiatrischer Behandlung. Ursachen und Lösungsmöglichkeiten könnten diskutiert werden.
- Die hohe Rate Geflohener mit psychischer Symptomatik und ohne psychiatrische Behandlung kann gesellschaftlich relevant werden (Integrationsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit).
- Psychisch erkrankte Asylbewerber benötigen besondere Unterstützung im Asylprozess.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Richter K, Leffeld H, Niklewski G. Waiting for Asylum: Psychiatric Diagnosis in Bavarian Admission Center. *Gesundheitswesen* 2015; 77: 834–838
- [2] Ben Farhat J, Blanchet K, Juul Bjertrup P et al. Syrian refugees in Greece: experience with violence, mental health status, and access to information during the journey and while in Greece. *BMC Medicine* 2018; 16: 40
- [3] Belz M, Belz M, Özkan I 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
- [4] Craig T, Jajua PM, Warfa N. Mental health care needs of refugees. *Psychiatry* 2009; 8: 351–354
- [5] Steel Z, Chey T, Silove D 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: 537–549
- [6] Ullmann E, Barthel A, Taché S et al. Emotional and psychological trauma in refugees arriving in Germany in 2015. *Molecular Psychiatry* 2015; 20: 1483
- [7] Teodorescu D-S, Heir T, Siqveland J et al. Chronic pain in multi-traumatized outpatients with a refugee background resettled in Norway: a cross-sectional study. *BMC Psychol* 2015; 3: 7
- [8] Nejad RM, Klöhn-Saghatolislam F, Hasan A et al. Seelische Spuren der Flucht. *MMW – Fortschritte der Medizin* 2017; 159: 64–66
- [9] Böttche M, Heeke C, Knaevelsrud C. Sequenzielle Traumatisierungen, Traumafolgestörungen und psychotherapeutische Behandlungsansätze bei kriegstraumatisierten erwachsenen Flüchtlingen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 2016; 59: 621–626
- [10] Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights* 2015; 15: Im Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4624599/>
- [11] Dapunt J, Kluge U, Heinz A. Risk of psychosis in refugees: a literature review. *Transl Psychiatry* 2017; 7: e1149
- [12] Georgiadou E, Morawa E, Erim Y. High Manifestations of Mental Distress in Arabic Asylum Seekers Accommodated in Collective Centers for Refugees in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 14: doi:10.3390/ijerph14060612
- [13] Heeren M, Mueller J, Ehlert U et al. Mental health of asylum seekers: a cross-sectional study of psychiatric disorders. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 114
- [14] Tinghög P, Malm A, Arwidson C et al. Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: a population-based survey. *BMJ Open* 2017; 7: e018899
- [15] Chen W, Ling L, Renzaho AMN. Building a new life in Australia: an analysis of the first wave of the longitudinal study of humanitarian migrants in Australia to assess the association between social integration and self-rated health. *BMJ Open* 2017; 7: e014313
- [16] Firenze A, Aleo N, Ferrara C et al. The Occurrence of Diseases and Related Factors in a Center for Asylum Seekers in Italy. *Zdr Varst* 2016; 55: 21–28
- [17] Zimbrea P. Risk Factors and Prevalence of Mental Illness in Refugees. In: Annamalai A, Hrsg. *Refugee Health Care: An Essential Medical Guide*. New York, NY: Springer; 2014: 149–162. Im Internet: https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0271-2_11
- [18] 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: 1309–1314
- [19] Priebe S, Giacco D, 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. Im Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK391045/>
- [20] Keller A, Joscelyne A, Granski M et al. Pre-Migration Trauma Exposure and Mental Health Functioning among Central American Migrants Arriving at the US Border. *PLoS One* 2017; 12: Im Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5224987/>

- [21] Kalt A, Hossain M, Kiss I et al. Asylum Seekers, Violence and Health: A Systematic Review of Research in High-Income Host Countries. *Am J Public Health* 2013; 103: e30–e42
- [22] Jesuthasan J, Sönmez E, Abels I et al. Female Refugee Study (FRS) Investigators. 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: 15
- [23] Hynie M. The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review. *Can J Psychiatry* 2018; 63: 297–303
- [24] Bouhenia M, Farhat JB, Coldiron ME et al. Quantitative survey on health and violence endured by refugees during their journey and in Calais, France. *Int Health* 2017; 9: 335–342
- [25] Li M, Anderson JG. Pre-migration Trauma Exposure and Psychological Distress for Asian American Immigrants: Linking the Pre- and Post-migration Contexts. *J Immigrant Minority Health* 2016; 18: 728–739
- [26] Coffey GJ, Kaplan I, Sampson RC et al. The meaning and mental health consequences of long-term immigration detention for people seeking asylum. *Soc Sci Med* 2010; 70: 2070–2079
- [27] Laban CJ, Gernaat HBPE, Komprou ICH et al. Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 825–832
- [28] Erim Y, Morawa E. Psychotherapy with Immigrants and Traumatized Refugees. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2016; 66: 397–409
- [29] Müller MJ, Zink S, Koch E. The Negative Impact of an Uncertain Residence Status: Analysis of Migration-Related Stressors in Outpatients with Turkish Migration Background and Psychiatric Disorders in Germany Over a 10-Year Period (2005–2014). *J Immigr Minor Health* 2018; 20: 317–326
- [30] Bellamy K, Ostini R, Martini N et al. Access to medication and pharmacy services for resettled refugees: a systematic review. *Aust J Prim Health* 2015; 21: 273–278
- [31] Aichberger MC, Bromand Z, Rapp MA et al. Perceived ethnic discrimination, acculturation, and psychological distress in women of Turkish origin in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 50: 1691–1700
- [32] Stotz SJ, Elbert T, Müller V et al. The relationship between trauma, shame, and guilt: findings from a community-based study of refugee minors in Germany. *Eur J Psychotraumatol* 2015; 6: 25863
- [33] 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: 890–897
- [34] Böttche M, Heeke C, Knaevelsrud C. Sequenzielle Traumatisierungen, Traumafolgestörungen und psychotherapeutische Behandlungsansätze bei kriegstraumatisierten erwachsenen Flüchtlingen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 2016; 59: 621–626
- [35] Schick M, Zumwald A, Knöpfli B et al. Challenging future, challenging past: the relationship of social integration and psychological impairment in traumatized refugees. *Eur J Psychotraumatol* 2016; 7: 28057
- [36] Hocking DC, Kennedy GA, Sundram S. Social factors ameliorate psychiatric disorders in community-based asylum seekers independent of visa status. *Psychiatry Res* 2015; 230: 628–636
- [37] Lamkaddem M, Essink-Bot M-L, Devillé W et al. Health changes of refugees from Afghanistan, Iran and Somalia: the role of residence status and experienced living difficulties in the resettlement process. *Eur J Public Health* 2015; 25: 917–922
- [38] Hanewald B, Giesecking J, Vogelbusch O et al. Asylum Law and Mental Health: An Interdisciplinary Analysis of the Coaction of Medical and Legal Aspects. *Psychiat Prax* 2016; 43: 165–171
- [39] Schaffrath J, Schmitz-Buhl M, Gün A et al. Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten am Beispiel eines großen psychiatrischen Versorgungskrankenhauses im Rheinland. *PPmP – Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie* 2016; 67: 126–133
- [40] Steel Z, Momartin S, Silove D et al. Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies. *Social Science & Medicine* 2011; 72: 1149–1156
- [41] Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz A et al. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *Eur Psychiatry* 2008; 23 (Suppl. 01): 14–20
- [42] Ward C, Rana-Deuba A. Acculturation and Adaptation Revisited. *Journal of Cross-cultural Psychology – J CROSS-CULT PSYCHOL* 1999; 30: 422–442
- [43] Hopkins Symptom Checklist (HSCL). Harvard Program in Refugee Trauma 2011. Im Internet: <http://hprt-cambridge.org/screening/hopkins-symptom-checklist/>; Stand: 18.06.18
- [44] Petermann F, Brähler E. HSCL-25. Hopkins-Syptom-Checkliste-25. Deutsche Version. Manual. Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe; 2013: 7
- [45] Franke G. SCL-90®-S Symptom-checkliste-90®-Standard: Manual. Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe; 2014: 17–19
- [46] Franke G. SCL-90®-S Symptom-checkliste-90®-Standard: Manual. Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe; 2014: 25–35
- [47] Nosikov A, Gudex C. EUROHIS – developing common instruments for health surveys. WHO Europe. Amsterdam, Berlin, Oxford: IOS Press; 2003: VII, 5
- [48] Power M. Development of a common instrument for quality of life. In: Nosikov A, Gudex C. EUROHIS – Developing Common Instruments For Health Surveys. WHO Europe. Amsterdam, Berlin, Oxford: IOS Press; 2003: 145–152
- [49] Foa E. Posttraumatic stress diagnostic scale. Manual. Minneapolis, MN: Pearson; 1995: 1 u 15
- [50] McCarthy S. Post-traumatic Stress Diagnostic Scale (PDS). *Occup Med (Lond)* 2008; 58: 379
- [51] Harvard Trauma Questionnaire (HTQ). Harvard Program in Refugee Trauma 2011. Im Internet: <http://hprt-cambridge.org/screening/harvard-trauma-questionnaire/>; Stand: 16.03.2017
- [52] Home | Psychotraumadiagnostics Stichting Centrum '45. Im Internet: <http://www.psychotraumadiagnostics.centrum45.nl/en/home> Stand: 17.03.2017
- [53] BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Publikationen – Das Bundesamt in Zahlen 2016. Im Internet: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2016.pdf?__blob=publicationFile Stand 23.09.2017
- [54] Brandl EJ, Dietrich N, Mell N et al. Clinical and sociodemographic Differences Between Patients with and without Migration Background in a Psychiatric Outpatient Service. *Psychiat Prax* 2018; 45: 367–374
- [55] Böttche M, Stammel N, Knaevelsrud C. Psychotherapeutic treatment of traumatized refugees in Germany. *Nervenarzt* 2016; 87: 1136–1143
- [56] Schouler-Ocak M. [Mental health care for immigrants in Germany]. *Nervenarzt* 2015; 86: 1320–1325
- [57] Spura A, Kleinke M, Robra B-P et al. How do asylum seekers experience access to medical care? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2017; 60: 462–470
- [58] Claassen K, Jäger P. Impact of the Introduction of the Electronic Health Insurance Card on the Use of Medical Services by Asylum Seekers in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2018; 15: 856
- [59] Frenk J, Gómez-Dantés O, Moon S. From sovereignty to solidarity: a renewed concept of global health for an era of complex interdependence. *The Lancet* 2014; 383: 94–97
- [60] Bäärnhiel S, Jávo C, Mösko M-O. Opening up mental health service delivery to cultural diversity: current situation, development and

- examples from three northern European countries. *Adv Psychosom Med* 2013; 33: 40–55
- [61] Ostrander J, Melville A, Berthold S. Working With Refugees in the U.S.: Trauma-Informed and Structurally Competent Social Work Approaches. 1. April 2017; Im Internet: Social Work Faculty Publications [Internet]; http://digitalcommons.sacredheart.edu/socwk_fac/30; Stand: 17.06.2018
- [62] Kaltenbach E, Härdtner E, Hermenau K et al. Efficient identification of mental health problems in refugees in Germany: the Refugee Health Screener. *Eur J Psychotraumatol* 2017; 8: 1389205
- [63] Stingl M, Knipper M, Hetzger B et al. Assessing the special need for protection of vulnerable refugees: testing the applicability of a screening method (RHS-15) to detect traumatic disorders in a refugee sample in Germany. *Ethn Health* 2017: doi:10.1080/13557858.2017.1379598 [download am 01.12.2018]
- [64] Morina N, Ewers SM, Passardi S et al. Mental health assessments in refugees and asylum seekers: evaluation of a tablet-assisted screening software. *Confl Health* 2017; 11: 18
- [65] Bohus M, Missmahl I. Implementation of alternative treatment models for refugees in Germany : What can and what should we learn from Afghanistan? *Nervenarzt* 2017; 88: 34–39
- [66] Wagner B. Online-Therapie – eine neue Perspektive in der Psychotherapie für Flüchtlinge und Asylbewerber? *Psychotherapie Forum* 2016; 21: 124–131
- [67] Zellmann H. Niederschwellige psychosoziale Hilfe für Geflüchtete: Ein Projektleitfaden. *Mediciens sans Frontieres Ärzte ohne Grenzen*; 1. überarb. Aufl. Im Internet: <http://fluechtlingsforschung.net/flucht-und-ihre-ursachen>; Stand: 18.06.2018
- [68] Hynie M, Crooks VA, Barragan J. Immigrant and refugee social networks: determinants and consequences of social support among women newcomers to Canada. *Can J Nurs Res* 2011; 43: 26–46
- [69] van Melle MA, Lamkaddem M, Stuiver MM et al. Quality of primary care for resettled refugees in the Netherlands with chronic mental and physical health problems: a cross-sectional analysis of medical records and interview data. *BMC Fam Pract* 2014; 15: 16