



Maßnahmenpaket der Arbeitsgruppe Gesundheit
zum Schwerpunktthema „Psychosoziale Gesundheit“ (2021)

EINLEITUNG

23,3 Prozent der österreichischen Population haben einen Migrationshintergrund.ⁱ Es gibt unterschiedliche Gründe, die Menschen zur freiwilligen oder nicht freiwilligen Migration zwingen. Abhängig von diesen Beweggründen und Erfahrungen vor, während und nach der Migration können Menschen unterschiedlichen psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt sein, die bei ihnen psychische Probleme und Krankheiten verursachen können. Deshalb ist die Anzahl der MigrantInnen, die vor, während oder nach ihrer Migration eine psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Beratung/Behandlung benötigen, nicht gering. Jedoch steht das Angebot aus unterschiedlichen Gründen (Verfügbarkeit, Kompetenz, Sprachbarriere etc.) in einem krassen Gegensatz zum Bedarf. Migrationsbedingte Stressfaktoren wie Sprachschwierigkeiten, der Verlust des sozialen Netzwerks, Identitätsprobleme, Diskriminierung und Rassismus können sich negativ auf die psychische Gesundheit von MigrantInnen auswirken.ⁱⁱ Eine österreichische Studie hat gezeigt, dass MigrantInnen häufiger unter physischen und psychischen Beschwerden leiden als die autochthone Bevölkerung.ⁱⁱⁱ Verschiedene Studien aus Europa berichten, dass Migrantinnen im Vergleich zu einheimischen Frauen eine geringere Lebenszufriedenheit aufweisen^{iv} und ältere MigrantInnen in Österreich im Vergleich zur älteren einheimischen Bevölkerung ein schlechteres gesundheitliches Wohlbefinden haben.^v

Gesundheit ist eng mit der individuellen Lebenssituation sowie den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen verknüpft, und zwar in der Form, dass Armut bzw. sozioökonomische Benachteiligung mit einer schlechteren Gesundheit einhergeht. Das gilt insbesondere für die psychische Gesundheit. Verschiedenste Gesundheitsmodelle und -konzepte zeigen ebenfalls die Wechselwirkungen zwischen sozialen Gesundheitsdeterminanten und der (psychischen) Gesundheit auf. Migration ist kein Risikofaktor per se, führt aber häufig zu sozialer bzw. sozioökonomischer Benachteiligung und damit zu einer Kumulation an Problemlagen, die sich wiederum negativ auf die Gesundheit auswirken. Soll im Sinne von Prävention die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund gefördert werden, müssen daher auch Maßnahmen zur Förderung ihrer gesellschaftlichen Teilhabe gesetzt werden. Da sich eine eigene Arbeitsgruppe mit diesen Aspekten beschäftigt, wird von der Arbeitsgruppe für (psychische) Gesundheit kein Fokus auf solche Maßnahmen gelegt, sondern auf Vorschläge der Arbeitsgruppe für gesellschaftliche Teilhabe verwiesen.

Alle genannten Maßnahmen sollten unter Einbindung von Fachleuten und VertreterInnen aus migrantischen Communitys geplant und umgesetzt werden.

| Maßnahmen

1. Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen

Die Stigmatisierung psychisch belasteter Menschen ist relativ weit verbreitet, wie das Projekt „Blickwechsel“ gezeigt hat – auch in migrantischen Communitys. Dem kann durch Wissensvermittlung zu psychischer Gesundheit und gesundheitlichen Zusammenhängen sowie einen gezielten Abbau von Mythen und Vorurteilen gegenüber Menschen mit psychischen Problemen entgegengewirkt werden. Zu diesen Maßnahmen gehört auch, eine gewisse „Normalität“ zu vermitteln und entsprechende Unterstützungsleistungen bekannt zu machen. Dabei muss auch die Selbststigmatisierung, d.h. die Übernahme der in einer Gruppe verbreiteten Stereotype durch die Betroffenen selbst, adressiert werden. Ein erwünschter Nebeneffekt ist die Verbesserung der Wahrnehmung der Menschen mit Migrationshintergrund von eigenen psychischen Belastungen oder von psychischen Belastungen der Personen in ihrem Umfeld (Familienangehörige, FreundInnen, NachbarInnen etc.) sowie die Förderung der Bereitschaft zur Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung. Gezielte Maßnahmen sind auch zur Unterstützung der Familien als erste Ansprechpartner im Fall von psychischen Belastungen, aber auch als Setting für frühzeitige Prävention^{vi} notwendig.

Wo es möglich ist, sollten bereits bestehende und geplante Maßnahmen zur Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen in Österreich auf ihre Wirkung in migrantischen Communitys hin überprüft und bei Bedarf adaptiert werden. Darüber hinaus sollte auch geprüft werden, ob weitere spezifische Maßnahmen notwendig sind, die z.B. die Kommunikation von positiven Erfahrungen in migrantischen Communitys fördern.^{vii} Dies gilt auch für Maßnahmen zur Wissensvermittlung, die – um der Heterogenität der Betroffenen^{viii} (u.a. unterschiedliche Wissensniveaus und Sprachkenntnisse) gerecht zu werden – möglichst vielfältig sein und auf viele verschiedene und auch aufsuchende Wege verbreitet werden sollten (z.B. viel Bildmaterial, animierte Kurzvideos, Apps, spezifische Medien der Communitys). Um möglichst nachhaltig zu arbeiten, braucht es zielgruppenspezifische interaktive Möglichkeiten, die idealerweise Hilfe zur Selbsthilfe vermitteln, wie z.B. Gruppenangebote für Angehörige (zum Erfahrungsaustausch), verknüpft mit individueller Beratung. Auch der Einsatz von geschulten VermittlerInnen aus den Communitys ist hilfreich. Beispiele dafür gibt es aus verschiedenen Bundesländern, in denen Menschen mit Migrationshintergrund rund um das Thema Gesundheit geschult werden und dieses Wissen in ihre Communitys tragen (z.B. „Gesundheit kommt nach Hause“, „GesundheitslotsInnen“). Es gibt in Österreich aber auch Schulungen für Menschen mit psychischen Belastungen zur Selbstentstigmatisierung, die dann wiederum selbst als VermittlerInnen aktiv werden können (z.B. von „Lichterkette“). Auch hier sollten verstärkt Menschen mit Migrationshintergrund eingebunden werden.

ZIELGRUPPE: VertreterInnen aus migrantischen Communitys, Fachpersonal aus psychosozialen Einrichtungen bzw. DienstleisterInnen, FördergeberInnen

2. Niederschwellige Angebote zur Früherkennung und Prävention psychischer Erkrankungen ausbauen

Flüchtlinge und MigrantInnen nutzen aufgrund struktureller und personeller Hemmnisse bestehende Angebote im Bereich der Gesundheitsprävention und -förderung häufig nicht im gleichen Ausmaß wie andere Teile der Gesamtbevölkerung.



Daher sind in diesem Bereich spezifische Unterstützungsangebote für MigrantInnen wichtig. Der Fokus liegt auf der Bewältigung medizinischer und psychischer Probleme, wobei auch die sozialen Aspekte der Erkrankung und/oder Behinderung Berücksichtigung finden. Eine sozialmedizinische Beratungsstelle unterstützt MigrantInnen dabei, kompetent mit Erkrankungen umzugehen.

Maßnahmen:

- Sozialmedizinische und psychosoziale Anamnese
- Entwicklung von Coping-Strategien
- Krisenbewältigung, psychosoziale Stabilisierung
- Erläutern von Befunden, Therapien und komplementären Maßnahmen
- Schulung im Umgang mit Medikamenten
- Orientierung im österreichischen Gesundheitssystem
- Förderung der Gesundheitskompetenz
- Aktive Einbindung der Angehörigen in die Therapie

In Wien wurde vom Diakonie Flüchtlingsdienst zwei Jahre lang eine sozialmedizinische Beratungsstelle mit der Zielgruppe Geflüchtete erfolgreich betrieben. Aufgrund der rückläufigen Zahl von Asylsuchenden musste die Einrichtung mit Jahresende 2019 geschlossen werden. Das Konzept hat sich allerdings gut bewährt und sollte daher auf die Zielgruppe der MigrantInnen ausgeweitet werden.

ZIELGRUPPE: ÖGK

3. Ausbau des Angebots an Dolmetschdiensten

In Österreich ist das psychologische und therapeutische Angebot in den Erstsprachen von MigrantInnen wenig ausgebaut, begleitet von einem generellen Mangel an kassenfinanzierten Plätzen für Psychotherapie. Einige NGOs leisten hier jedoch hervorragende Arbeit. Beispielsweise bietet das Betreuungszentrum Hemayat^{ix} für Folter- und Kriegsüberlebende in Wien dolmetschbasierte psychotherapeutische Unterstützung an. Aber die Wartelisten des Vereins sind lang und die finanziellen Ressourcen knapp. Dabei sind Angebote in anderen Bundesländern, vor allem im ländlichen Raum, ausbaufähig.

Unbedingt zu beachten ist, dass durch die von DolmetscherInnen unterstützte Psychotherapie weitere Beziehungsdynamiken entstehen. Diese bergen neben den wichtigen therapeutischen Chancen aufgrund einer dritten anwesenden Person auch Risiken. Es braucht deswegen speziell geschulte DolmetscherInnen mit Kenntnissen in der Kulturvermittlung.

Des Weiteren ist es eine wesentliche Herausforderung, den Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung zu erkennen. Dies kann über Dolmetschdienste im Gesundheitssystem auch außerhalb

von Psychotherapie effektiv gefördert werden. Trotz des gesetzlich verankerten Rechts auf Aufklärung und eines in Österreich entwickelten und gut etablierten Videodolmetschsystems garantieren Krankenanstalten oft keine sprachliche Verständigung^x. Adäquate gesundheitliche Behandlung hängt aber wesentlich von der Kommunikation zwischen PatientIn und medizinischem Personal ab. Sowohl bei der Diagnose als auch bei der Besprechung von weiteren Behandlungsmöglichkeiten braucht es umfassende Verständigung. Psychische Belastungen werden aufgrund von mangelnder Verständigung oft nicht erkannt. Einerseits liegt dies oftmals daran, dass die Psychosomatik physischer Beschwerden nicht erkannt wird. Andererseits braucht es auch eine kulturelle Vermittlung des Konzepts der psychischen Krankheit. Bei Menschen mit Migrationshintergrund tritt des Öfteren eine Selbststigmatisierung von psychischen Erkrankungen auf, d.h. sie selbst übernehmen Stereotype, die in ihrer Community weit verbreitet sind (siehe Maßnahme 1). Dem können kultursensible DolmetscherInnen entgegenwirken.^{xi}

Den Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung durch sprachliche und kultursensible Maßnahmen zu erkennen, bedeutet nicht nur, eine adäquate medizinische Behandlung für alle Menschen in Österreich zu garantieren. Auch das Gesundheitssystem wird wesentlich entlastet, wenn psychische Probleme rasch als solche erkannt und behandelt werden. Dies erspart teils jahrelange Diagnosezeiten bei oft mehreren ÄrztInnen und kann so Kosten effektiv senken.

Maßnahmen:

- Ähnliche kultursensible und muttersprachliche psychotherapeutische Angebote wie jenes von Hemayat für MigrantInnen in allen Bundesländern schaffen und ausbauen. Diese auch im ländlichen Raum verankern, u.U. mit Rückgriff auf Video-Dolmetschdienste
- Medizinisches und psychotherapeutisches Dolmetschen in den entsprechenden Instituten an allen österreichischen Universitäten verankern. Entsprechende Ausbildungen sollen auch Inhalte zum Umgang mit vulnerablen Personen vermitteln
- Kostenübernahme von (Video-)Dolmetschdiensten bei Sprachbarrieren im Gesundheitssystem, sodass psychische Krankheiten erkannt und in weiterer Folge behandelt werden können
- Pool aus kultursensiblen DolmetscherInnen für einerseits medizinische und andererseits psychotherapeutische Behandlungen aufbauen

ZIELGRUPPE: BMSGPK und andere FördergeberInnen, Universitäten, MigrantInnenorganisationen

4. Gesundheitspersonal mit Flucht- und Migrationshintergrund fördern

Sprachliche und kulturelle Verständigungsprobleme zählen zu den größten Herausforderungen bei der Behandlung und Betreuung von Personen mit Flucht- und Migrationshintergrund im Gesundheitswesen. Sowohl für das Gesundheitspersonal als auch für die PatientInnen sind Verständigungsbarrieren mit großen psychischen und psychosozialen Belastungen verbunden. Personen mit Flucht- und Migrationshintergrund als Teil des Gesundheitspersonals kommt hier in mehrfacher Hinsicht eine besondere Rolle zu. Einerseits können sie als Beschäftigte in der

psychologischen und psychotherapeutischen Beratung und Behandlung muttersprachliche Angebote schaffen und so sprachliche und kulturelle Verständigungsprobleme überwinden. Andererseits können sie als Beschäftigte im Gesundheits- und Pflegewesen aufgrund ihrer sprachlichen und kulturspezifischen Kompetenz mögliche psychische Belastungen ihrer PatientInnen frühzeitig erkennen und auf spezialisierte Angebote verweisen.

Gleichzeitig sind Personen mit Flucht- und Migrationshintergrund nicht in allen Beschäftigtengruppen im Gesundheitswesen ausreichend repräsentiert, insbesondere nicht im Bereich der psychologischen und psychotherapeutischen Beratung und Behandlung. Die Barrieren für MigrantInnen in Sozial- und Gesundheitsberufen sind vielfältig und umfassen sowohl Zugangsbarrieren bei der Aus- und Weiterbildung aufgrund von Sprachproblemen, geringem Wissen über die Funktionsweise des österreichischen Gesundheitssystems oder mangelnden finanziellen und zeitlichen Ressourcen sowie Herausforderungen in Bezug auf die Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen. Folgende Maßnahmen dienen daher zur Förderung des Gesundheitspersonals mit Flucht- und Migrationshintergrund:

- Verstärkte und gezielte Einbindung von Personen mit Flucht- und Migrationshintergrund in Ausbildungen in verschiedenen Gesundheitsberufen auf allen Ebenen, insbesondere aber in psychotherapeutische Ausbildungen
- Integration der Konzepte transkultureller Kompetenz in die Ausbildungen in Gesundheitsberufen, insbesondere aber in psychotherapeutische Ausbildungen
- Sicherstellung der Leistbarkeit von Aus- und Weiterbildungen für Personen mit Flucht- und Migrationshintergrund in Sozial- und Gesundheitsberufen
- Unterstützung bei der Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen (Wegweiserfunktion)
- Aktive Rekrutierung von MitarbeiterInnen mit Flucht- und Migrationshintergrund durch die Einrichtungen des Gesundheitswesens

ZIELGRUPPE: BildungsträgerInnen im Gesundheitswesen, Einrichtungen des Gesundheitswesens

5. Förderung von kultur- und sprachsensiblen Angeboten

Da die steigende Migrationsbewegung zu einer Zunahme der soziokulturellen Diversität der Gesellschaften mit einer Vielzahl von Sprachen und Lebensstilen führt, stehen Gesundheits- und psychosoziale Einrichtungen und deren Fachpersonal ähnlich wie in anderen europäischen Ländern auch in Österreich laufend vor neuen und komplexeren Herausforderungen. Fehlende Kultur- und sprachsensible Angebote führen zu Missverständnissen zwischen dem Gesundheitspersonal bzw. dem Fachpersonal im psychosozialen Bereich und den PatientInnen und KlientInnen sowie zu falschen Interventionen und Fehldiagnosen sowie zu vermehrten diagnostischen Untersuchungen, geringerer Therapietreue und Stressbelastungen auf beiden Seiten. Unterschiede in der Symptompräsentation

und in den Erklärungsmodellen können die Diagnosestellung erschweren und den Beginn einer kompetenten Behandlung verzögern. Deshalb sollte das Gesundheitssystem in Ländern mit einem hohen MigrantInnenanteil wie Österreich an die Bedürfnisse von MigrantInnen angepasst werden, insbesondere an die Bedürfnisse von Frauen und älteren MigrantInnen.^{xii} Diversity-Care- und Gender-Mainstreaming-Maßnahmen im Gesundheitswesen können den Zugang zum Gesundheitssystem sowie die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten durch MigrantInnen entscheidend verbessern.^{xiii} Sprachliche, kulturelle und institutionelle Barrieren im Gesundheitswesen sollten abgebaut werden. Darüber hinaus sollten kulturelle und sprachliche sowie geschlechtsspezifische Aspekte im Gesundheitswesen stärker berücksichtigt werden. Ausreichende Kenntnisse über die Krankheits- und Gesundheitskonzepte von MigrantInnen sind erforderlich, um eine adäquate Gesundheitsversorgung, die nur durch das Verständnis kulturspezifischer Einstellungen und Verhaltensweisen möglich ist, anbieten zu können. Die Anpassung des Gesundheitssystems an die Bedürfnisse von MigrantInnen kann folglich zu einer höheren Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und einer höheren Lebenszufriedenheit bzw. psychischen Gesundheit von MigrantInnen führen.

Maßnahmen:

- Verbesserung der transkulturellen Kompetenzen des Fachpersonals bzw. des Personals im Gesundheits- und psychosozialen Bereich durch Unterstützung und Aufbau der Weiterbildungsangebote, die jenes Wissen und jene Erkenntnisse vermitteln, die nötig sind, um in der klinischen sowie in der allgemeinen Gesundheitsversorgung und im psychosozialen Bereich kompetent und professionell handeln zu können. (z.B. Universitätslehrgang „Transkulturelle Medizin und Diversity Care“ an der Medizinischen Universität Wien, Modul „Diversitätsmanagement im Gesundheitswesen“ an der Donau-Universität Krems, internes Weiterbildungsmodul „Transkulturelle Pflege“ der NÖ Landeskliniken-Holding)
- Bildung und Förderung von multikulturellen und multisprachlichen Teams im Gesundheits- und psychosozialen Bereich
- Transkulturelle Supervision und Interventionsangebote

ZIELGRUPPE: Universitäten, medizinische Universitäten, Hochschulen, Krankenpflegeschulen, GesundheitsdienstleisterInnen, GesundheitsdienstgeberInnen, KAV, Krankenhäuser, psychosoziale Einrichtungen

6. Förderung von ambulanter und stationärer Psychiatrie und Psychotherapie

Für MigrantInnen ist der Zugang zum Gesundheitswesen häufig durch Sprachbarrieren, mangelndes Wissen und kulturelle Unterschiede erschwert. Dies trifft insbesondere auf Angebote im Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung, wo Sprache eine besonders wichtige Rolle spielt und die Unterschiede im kulturell geprägten Krankheitsverständnis erheblich sein können, zu. Hinzu kommt, dass das Regelgesundheitssystem teilweise zu wenig und unzureichendes Angebot bereithält, was zu langen Wartezeiten und zur Chronifizierung von Störungsbildern führt.^{xiv} Folgende Maßnahmen sollen gesetzt werden, um die Situation zu verbessern:

1. Schaffung von ausreichenden krankenkassenfinanzierten, kultursensiblen und dolmetsch-gestützten oder muttersprachlichen Psychotherapieplätzen für die ambulante Versorgung

Beispielhaft sei hier das Betreuungszentrum Hemayat, Teil des österreichweiten Netzwerks für Interkulturelle Psychotherapie nach Extremtraumatisierung (NIPE), genannt, das sich auf die Behandlung von Menschen mit Fluchthintergrund spezialisiert hat und seit 25 Jahren zeigt, dass Psychotherapie von geflüchteten Menschen gut angenommen wird und vielfach einen wichtigen Beitrag dazu leistet, die Betroffenen psychisch in die Lage zu versetzen, sich den Integrationsanforderungen in Österreich zu stellen.

2. Schulung der multiprofessionellen Behandlungsteams in den psychiatrischen Krankenhäusern und Ausbau des Dolmetschangebots

In der Praxis erweist sich die stationäre Unterbringung von geflüchteten Menschen in psychiatrischen Krankenhäusern oft als schwierig, was einerseits mit der Sprachbarriere und andererseits mit kulturellen Unterschieden im Krankheitsverständnis zu tun hat. Das Regelversorgungssystem muss fachlich und personell ausgestattet werden, um PatientInnen mit Fluchthintergrund ihren Bedürfnissen entsprechend versorgen zu können.

3. Ausbau der stationären Angebote mit Spezialisierung auf transkulturelle Psychiatrie und migrationsbedingte Störungen

Studien zeigen, dass geflüchtete Menschen gehäuft an posttraumatischen Störungen, Depressionen und Angsterkrankungen leiden. Daher müssen störungsspezifische stationäre Angebote geschaffen werden, die den Bedürfnissen der PatientInnen gerecht werden. So plant derzeit die PVA eine stationäre Rehabilitation für PatientInnen mit Traumafolgestörungen. Solche Initiativen gilt es weiter zu fördern und auszubauen.

ZIELGRUPPE: Krankenkassen, psychiatrische Krankenhäuser und GeldgeberInnen (Bundesländer)

7. Suizidprävention

In Österreich starben im Jahr 2017 insgesamt 1.224 Personen aufgrund von Suizid.^{xv} Obwohl Suizid bei Kindern laut eines Berichts der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention eher selten vorkommt, steigt das Suizidrisiko im Jugendalter stark an. Während Suizidversuche häufiger bei Jugendlichen stattfinden, nimmt die Zahl der vollendeten Suizide jedoch mit dem Älterwerden zu.^{xvi} In Österreich ist bei den 15- bis 20-Jährigen Tod aufgrund eines Suizids die zweithäufigste Todesursache. Verschiedene Faktoren wie psychische, soziale, biologische, kulturelle und Umweltfaktoren spielen bei suizidalem Verhalten eine wichtige Rolle.^{xvii}

Viele Studien in Europa zeigen, dass ein Migrationsstatus das Risiko für Suizidversuche erhöhen kann.^{xix} Eine Studie an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Wien berichtete, dass Suizidversuch der häufigste Vorstellungsgrund bei türkischsprachigen Jugendlichen und der zweithäufigste Vorstellungsgrund bei serbokroatisch-/bosnischsprachigen Jugendlichen an der Akutpsychiatrie war.^{xx} In ähnlicher Weise berichtete die Studie von Plener et al. 2015, dass Jugendliche



mit Migrationshintergrund im Vergleich zu gleichaltrigen Einheimischen eine erhöhte Rate an lebenslanger Selbstverletzung sowie an Selbstmordversuchen aufweisen.^{xxi} Ähnlich wie in anderen europäischen Ländern ist auch in Österreich die geringere Inanspruchnahme der präventiven und regulären psychosozialen Angebote von MigrantInnen in erster Linie auf kulturelle und sprachliche Barrieren und auf den Mangel an Diversity-Care-Angeboten zurückzuführen.^{xxi} Nach Durchführung eines Suizidpräventionsprogramms in den EU-Ländern Schweden, Estland, Finnland, Frankreich, Italien, Deutschland und Schottland wurde ein Rückgang der Suizidraten beobachtet. Leider enthielten Suizidpräventionsprogramme, die bisher in Österreich durchgeführt wurden, keine Diversity-Care-Maßnahmen (Bundesministerium für Gesundheit, 2011). Es gibt in Österreich verschiedene Einrichtungen, die suizidale Kinder, Jugendliche und Erwachsene psychologisch betreuen. Allerdings sind diese Angebote nur in deutscher Sprache verfügbar. Jene MigrantInnen, die nicht über ausreichende Sprachkenntnisse verfügen, können nicht adäquat betreut werden. Daher sollen multilinguale Suizidpräventionsprogramme speziell für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit und ohne Migrationshintergrund sowie für deren Angehörige entwickelt werden. Zum Beispiel wird derzeit an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Wien an einem Projekt für die Entwicklung eines multilingualen sowie kultur-, sprach- und alterssensiblen Online-Selbsthilfeprogramms, einem kostenlosen e-Health-Service, zur Suizidprävention bei Jugendlichen gearbeitet. Solche Projekte sollten unterstützt werden und im Gesundheitssystem nachhaltig überregional implementiert werden. Sie bauen auf Erfahrungen aus den Niederlanden und England auf, wo ein kulturell angepasstes, CBT-basiertes multilinguales Online-Selbsthilfeprogramm entwickelt wurde. Ziel war es, die Suizidgedanken bei Erwachsenen und Jungerwachsenen mit und ohne Migrationshintergrund zu reduzieren. Die bisherigen Erfahrungen aus diesem Projekt haben gezeigt, dass das auch zumindest bei erwachsenen NutzerInnen des Programms gelungen ist.^{xxii} Heutzutage ist die Verwendung von Online-Medien wie z.B. Apps bei Kindern und Jugendlichen sehr beliebt, da sie anonym und leicht zugänglich sind. Daher können multilinguale Online-Selbsthilfeprogramme auch von Kindern und Jugendlichen präferiert werden.

Maßnahmen:

- Multilinguale, kultur-, sprach- und alterssensible überregionale „Psychoedukationsprogramme“ zur Enttabuisierung des Themas „Suizidalität“ in Schulen, Vereinen und Organisationen von MigrantInnen
- Multilinguale, kultur-, sprach- und alterssensible überregionale Projekte wie kostenlose Online-Selbsthilfeprogramme oder Apps zur Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen
- Multilinguale, kultur-, sprach- und alterssensible niederschwellige Beratungsangebote für Personen in Krisensituationen
- Erhöhung der transkulturellen Kompetenzen des Fachpersonals im Gesundheits- und psychosozialen Bereich

ZIELGRUPPE: Schulen, Vereine, NGOs, Organisationen von MigrantInnen, Universitäten, Hochschulen, GesundheitsdienstleisterInnen und DienstleisterInnen im psychosozialen Bereich, GesundheitsdienstgeberInnen, BMBWF, BMSGPK und andere FördergeberInnen

8. Traumapädagogik fördern

Kinder und Jugendliche mit Migrationserfahrungen (insbesondere diejenigen mit Fluchterfahrung, u.a. auch unbegleitete minderjährige Geflüchtete) haben mitunter traumatisierende Ereignisse erlebt, die das gesamte Leben dieser Kinder beeinflussen. Sie weisen meist eine verminderte Stresstoleranz, Bindungsprobleme, Probleme bei der Emotionsregulation und Impulskontrolle sowie Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung auf. Diese Verhaltensweisen schränken ihren Alltag ein und beeinträchtigen ihren Umgang mit anderen. Es gibt viele Arbeitsfelder (Kinder-, Jugend- und Behindertenhilfe, Bildung und Erziehung), in denen Fachkräfte diesen Kindern gehäuft begegnen, sodass besondere Kompetenzen traumasensibler Begegnung und Unterstützung notwendig sind sowie der Überlastung dieser Fachkräfte entgegengesteuert werden muss. Hier kann die Traumapädagogik ansetzen und in den verschiedenen pädagogischen Arbeitsfeldern zeitnah und ressourcenschonend unterstützen. Vor diesem Hintergrund müssen traumapädagogische Angebote für diese Fachgruppen gefördert und umgesetzt (z.B. in Form von Workshops oder Supervision für PädagogInnen an Schulen) und die soziale und emotionale Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen in allen Bildungs- und Betreuungseinrichtungen (z.B. durch die Vermittlung spezifischer Techniken) forciert werden. Der Verein AFYA^{xxiv} zur interkulturellen Gesundheitsförderung etwa vermittelt in Workshops für PädagogInnen in Wien schon jetzt anhand praktischer Beispiele Möglichkeiten, wie traumatisierte SchülerInnen gut und einfach unterstützt werden können. Zudem lernen Kinder und Jugendliche in mehrsprachigen Workshops an ihren Schulen mithilfe sogenannter „Teaching Recovery Techniques“^{xxv}, posttraumatische Stressreaktionen zu kontrollieren. Folglich kann Traumapädagogik als Entlastung aller Beteiligten im pädagogischen und psychosozialen Alltag wirken und so langfristig gesellschaftliche Kosten (z.B. für Therapien und Arbeitsausfälle) senken.

- Ähnliche Angebote für relevante Fachgruppen wie jenes von AFYA sollen im Rahmen eines umfassenden Aus- und Weiterbildungsprogramms integriert sowie in Kooperation mit entsprechenden ExpertInnen in schulinternen Fortbildungen in allen Bundesländern geschaffen werden
- In diesem Zusammenhang sollen StudentInnen der Pädagogischen Hochschulen sowie der Bildungsanstalten für Elementarpädagogik im Rahmen ihrer Ausbildung traumapädagogische Kenntnisse erwerben
- Die Entwicklung von Materialien für PädagogInnen (z.B. UNHCR-Handbuch „Flucht und Trauma im Kontext Schule“^{xxvi}) soll zudem forciert und flächendeckend bekannt gemacht werden
- Auch Fachkräfte in anderen Bildungs- sowie Betreuungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche sollen von den entsprechenden Fortbildungen und erstellten Materialien profitieren
- Kinder und Jugendliche müssen darüber hinaus zunächst in einzelnen Pilotprojekten an Schulen und Kindergärten direkt in ihrem Alltag durch Fachkräfte begleitet, unterstützt und stabilisiert werden. Nach einer Evaluierung könnten entsprechende Angebote flächendeckend ausgeweitet und im Schul- und Kindergartenalltag übernommen werden

ZIELGRUPPEN: BMBWF, BMSGPK und andere FördergeberInnen sowie Schulen/Lehrkräfte, Vereine und NGOs**9. Asylverfahren: Der Gefahr der (Re-)Traumatisierung entgegenwirken**

Der Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem ist für Asylwerbende rechtlich garantiert.^{xxvii} Oft stehen aber sprachliche, kulturelle und finanzielle Barrieren vor allem der Behandlung von psychischen Problemen im Weg (siehe andere Maßnahmen 3, 5 und 6). Um psychische Stabilität zu garantieren, braucht es auch entsprechende Lebensumstände. Menschen in einem Asylverfahren leiden oft unter den Erlebnissen, wegen denen sie fliehen mussten und die sie auf dem Weg nach Österreich hatten. Aber auch im Aufnahmeland kommen Belastungen auf sie zu.

Asylwerbende müssen teils jahrelang mit großer Unsicherheit über ihre Zukunft und drohender Abschiebung kämpfen. Im österreichischen Asylverfahren entscheidet das Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl innerhalb von sechs Monaten in erster Instanz. Die große Mehrheit der Asylwerbenden mit einem negativen Bescheid in erster Instanz nutzt ihr Recht, Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht einzureichen^{xxviii}, welches 2018 38 Prozent der Bescheide aufgehoben oder abgeändert hat.^{xxix} Dieses Verfahren in zweiter Instanz dauert oft mehrere Jahre. Das bedeutet: Viele Betroffene kämpfen aufgrund der Ungewissheit, ob sie in Österreich bleiben dürfen, mit einer dauerhaften starken psychischen Belastung. Dabei sind umfassende Informationen und unabhängige Beratung essenziell, um unnötigen Ängsten vorzubeugen.

Des Weiteren stellen Befragungen im Asylverfahren hohen psychischen Stress und mitunter die Gefahr einer Re-Traumatisierung dar. Mögliche Trigger in Einvernahmen verstärken bestehende Ängste. Auch kommt es dadurch zu Problemen in der Beurteilung, wie beispielsweise, dass Vermeidung symptomatisch sein und entsprechend dazu führen kann, dass sich Befragte verschließen und für das Verfahren wichtige Erlebnisse nicht ansprechen. Oft fällt es traumatisierten Menschen schwer, das Erlebte wiederzugeben. Etwaige Widersprüche dürfen dabei nicht fälschlicherweise als Unwahrheit gewertet werden, sondern können Ausdruck eines Traumas sein. Auch missversteht nicht ausreichend geschultes Personal Übererregtheit und Aggression, die Symptome von Traumaerfahrungen sein können. Dementsprechend ist bei vulnerablen AntragstellerInnen das Hinzuziehen von ExpertInnen wichtig (z.B. von medizinischen Sachverständigen). Einen Anfang macht beispielsweise das „Trainingshandbuch für DolmetscherInnen im Asylverfahren“ von UNHCR Österreich.^{xxx}

Zusätzlich dazu stellen die weiteren Lebensumstände für Asylwerbende eine psychische Belastung dar: Oft befinden sich Unterkünfte in umgestalteten Einrichtungen, wie nicht mehr genutzten Verwaltungsgebäuden oder ruhenden Spitätern, die nicht darauf ausgelegt sind, Menschen monate- oder jahrelang zu beherbergen. In vielen Unterkünften gibt es lange Wartelisten für rare Einzelzimmer, für welche häufig ärztliche Bescheinigungen verlangt werden. Dazu kommen Kontrollen des Betretens und Verlassens der Unterkunft und mitunter Polizeiaktionen. Außerdem dürfen Asylwerbende in Österreich mit wenigen Ausnahmen kein Arbeitsverhältnis eingehen. Auch die Teilnahme an Ausbildungen und Deutschkursen ist sehr schwierig bis unmöglich geworden. All diese Belastungen verhindern eine angemessene Tagesstruktur. Momentan ist es SozialarbeiterInnen im Rahmen der ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen unmöglich, die genannten Defizite auszugleichen. Das heißt, Asylwerbende erfahren oft seelisches Leid aus verschiedenen Richtungen: Unter den

Umständen langer Phasen der Untätigkeit, welche sich bekanntermaßen negativ auf die Psyche auswirken, verarbeiten sie Kriegs- und Fluchterlebnisse und sehen sich in Österreich einem ungewissen Ausgang ihres Asylverfahrens und mitunter stark belastenden Lebensumständen gegenüber. Dringend notwendige Maßnahmen müssen dazu beitragen, die Gefahr zu verringern, dass bereits erlebte Traumata wieder aufkommen, und verhindern, dass neue psychische Probleme in Österreich entstehen.

Maßnahmen:

- Sicherstellen, dass Befragungen im Asylverfahren von geschultem Personal (z.B. im Umgang mit vulnerablen AntragstellerInnen) und unter entsprechenden zeitlichen Ressourcen stattfinden (Befragungen nicht re-traumatisierend)
- Bei Befragungen von vulnerablen AntragstellerInnen ExpertInnen hinzuziehen
- Die Intensität der Betreuung in den Unterkünften erhöhen
- Die Unterbringung von Asylwerbenden muss in geeigneten Räumlichkeiten stattfinden, bei Alleinstehenden zum Beispiel während des oft jahrelangen Verfahrens in zweiter Instanz in einem Einzelzimmer
- Rechtliche Unsicherheit, Unklarheit und Ungewissheit bekämpfen
- Rechtsberatung für Asylwerbende muss durch unabhängige und geschulte Organisationen stattfinden
- Der Zugang zum Arbeitsmarkt und zu Ausbildungsmöglichkeiten schon während des oft lange dauernden Asylverfahrens muss erleichtert werden

ZIELGRUPPE: BMI/BFA

10. Screening zu psychischen Belastungen unter Geflüchteten zur Erfassung der Bedarfslage

Aufgrund oftmals gegebener traumatischer Vorerfahrungen durch Krieg, Verfolgung und erschwerete Lebensbedingungen sowie der unsicheren und belastenden Lebenssituation im Aufnahmeland sind Geflüchtete besonders vulnerabel, was die Entwicklung von klinisch-psychiatrischen Krankheiten betrifft.

Zur Erhaltung und Stabilisierung der psychosozialen Gesundheit und zur Verhinderung manifester psychiatrischer Erkrankungen ist möglichst bald nach der Ankunft in Österreich ein psychosoziales Screening durchzuführen, um – wenn notwendig – rasch unterstützende Maßnahmen initiieren zu können.

Die klinisch-psychologische Versorgung von Geflüchteten soll durch eine MOBILE EINHEIT sichergestellt werden. Diese dient als Schnittstelle zwischen Geflüchteten und BetreuerInnen und psychotherapeutischen/klinisch-psychologischen/psychiatrischen Einrichtungen (z.B. PSD) und psychiatrischen Krankenhäusern.

Die Aufgaben der MOBILen EINHEIT umfassen folgende Tätigkeitsfelder:

- Psychoedukation für AsylwerberInnen
- Schulungen von hauptamtlichen BetreuerInnen
- Abklärungsgespräche in Unterbringungseinrichtungen und Weitervermittlung an:
 - klinisch-psychologische BeraterInnen
 - traumatherapeutische Einrichtungen
 - psychosoziale Dienste/psychiatrische Krankenhäuser

Die Mitglieder der MOBILen EINHEIT müssen dabei unabhängig und eigenverantwortlich agieren können. Die MOBILen EINHEITEN sollen Empfehlungen für Maßnahmen aussprechen und an andere Stellen verweisen.

Die im Rahmen dieser Tätigkeit gesammelten Daten sind hochsensibel. Daher sind die Bestimmungen des Datenschutzes strikt einzuhalten. Es muss sichergestellt werden, dass die Daten nicht missbräuchlich verwendet werden.

ZIELGRUPPE: Bundesbetreuungsagentur (BBU)

11. Erstellung einer Landkarte aller psychiatrischen, psychologischen und psychosozialen Einrichtungen zur Vernetzung

Die Maßnahmen dieses Integrationsberichts machen die zahlreichen Herausforderungen im Bereich der psychiatrischen, psychologischen und psychosozialen Unterstützung von Menschen mit Flucht- und Migrationshintergrund, aber auch die Vielfalt an bestehenden bzw. zu schaffenden Angeboten deutlich. In diesem Kontext wird die fehlende Vernetzung und Bündelung von Ressourcen ebenso sichtbar wie der mangelnde Transfer bestehender Angebote und jahrelang aufgebauten Know-hows, vor allem in den Bereichen Zugänglichkeit, Prävention und Niederschwelligkeit, in den politischen und öffentlichen Diskurs. Vor diesem Hintergrund soll eine Landkarte aller psychiatrischen, psychologischen und psychosozialen Einrichtungen, Services und Organisationen geschaffen werden, deren Angebote sich vorrangig an Menschen mit Flucht- und Migrationshintergrund richten.

Diese Landkarte dient der Vernetzung und Koordination bestehender Initiativen, soll neben möglichen Redundanzen und Doppelgleisigkeiten aber vor allem auch Lücken im Versorgungsnetzwerk aufzeigen, auf die durch gezielte Maßnahmen reagiert werden soll. MigrantInnen sollen die Landkarte ebenso nutzen können wie Gesundheits- und Pflegepersonal, Verwaltung und öffentlicher Dienst sowie Medien und Politik.

Somit verfolgt die Landkarte drei konkrete Ziele:

- Bestandsaufnahme und Vernetzung bestehender Angebote
- Identifikation von Redundanzen sowie Leerstellen
- Transfer zu Betroffenen sowie in Politik, Administration, Zivilgesellschaft, Medien und Öffentlichkeit

Um diese Ziele zu erreichen, soll zuerst eine umfassende Datenbank relevanter Einrichtungen und Organisation in Österreich erstellt werden. Diese soll mittels einer interaktiven Online-Landkarte der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Um Niederschwelligkeit zu gewährleisten, soll diese Landkarte in die wichtigsten MigrantInnensprachen übersetzt werden.

ZIELGRUPPE: BMSGPK

| Quellenangaben

ⁱ Statistik Austria (2019): http://www.statistik-austria.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/121581.html. Retrieved 15 May, 2019

ⁱⁱ Straiton, M. L., Aambo, A. K., Johansen, R. (2019): „Perceived discrimination, health and mental health among immigrants in Norway: the role of moderating factors.“ In: BMC Public Health, 19 (1): S. 325ff

Akkaya-Kalayci T., Popow Ch., Waldhör T., Winkler D., Özlü-Erkilic Z. (2017): „Psychiatric emergencies of minors with and without migration background.“ In: Neuropsychiatr 31: S. 1–7

ⁱⁱⁱ Wimmer-Puchinger, B., Engler, A., Wolf, H. (2006): „Migrantinnen im Gesundheitssystem: Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung.“ In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49: S. 884–892

^{iv} Weiss, R. (2003): „Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten.“ Zürich.

Trzcinski, E. (2005): „Geburt eines Kindes erhöht die Lebenszufriedenheit der Mütter nur kurzfristig.“ In: Wochenbericht des DIW Berlin, Vol. 4 No. 2: S. 69–78.

Özlü-Erkilic, Z., Winkler, D., Popow, Ch., Zesch H., Akkaya-Kalayci T. (2015): „A comparative study of Turkish-speaking migrants and natives living in Vienna/Austria concerning their life satisfaction – with a particular focus on satisfaction regarding their health.“ In: International Journal of Migration, Health and Social Care, Vol. 11 No. 3, 2015: S. 206–217

^v Halmdienst, N., Radhuber, M., Winter-Ebmer, R. (2013): „Gekommen um zu bleiben: Konturen von alternden Migrantinnen und Migranten in Österreich. Eine Untersuchung der allgemeinen Lebens- und gesundheitlichen Situation von Migrantinnen und Migranten im Alter 50+.“ In: Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe, Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien.

Özlü-Erkilic, Z., Winkler, D., Popow, Ch., Zesch H., Akkaya-Kalayci T. (2015): „A comparative study of Turkish-speaking migrants and natives living in Vienna/Austria concerning their life satisfaction – with a particular focus on satisfaction regarding their health.“ In: International Journal of Migration, Health and Social Care, Vol. 11 No. 3, 2015: S. 206–217

^{vi} Vgl.: Frühzeitige Unterstützung in der frühen Kindheit, um ein gesundheitsförderliches Aufwachsen zu ermöglichen, ist z.B. das Ziel der Frühen Hilfen Österreich: www.fruehehilfen.at

^{vii} Weigl M., Gaiswinkler, S., Wolf, H., Haider, H. (2019): „Maßnahmenkatalog. Empfehlungen für Maßnahmen zur Verbesserung des psychischen Wohlbefindens von Menschen mit Migrationshintergrund.“ In: Gesundheit Österreich, Wien: <https://jasmin.goeg.at/1028>

^{viii} Weigl, M., Gaiswinkler, S. (2019): „Blickwechsel – Migration und psychische Gesundheit.“ In: Gesundheit Österreich, Wien: https://jasmin.goeg.at/1016/1/Endbericht_Blickwechsel.pdf

^{ix} <http://www.hemayat.org/>

^x Kletecka-Pulker, M., Parrag, S. (2015): „Pilotprojekt „Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen. Videodolmetschen im Gesundheitswesen“. Endbericht.“ In: Plattform Patientensicherheit, Institut für Ethik und Recht in der Medizin: https://www.plattformpatientensicherheit.at/download/themen/Endbericht_QVC.pdf (May 13, 2020).

^{xi} Weigl, M., Gaiswinkler, S. (2019): „Blickwechsel – Migration und psychische Gesundheit.“ In: Gesundheit Österreich, Wien: https://jasmin.goeg.at/1016/1/Endbericht_Blickwechsel.pdf

^{xii} Binder-Fritz, Ch., Akkaya-Kalayci, T. (2014): „Soziokulturelle und psychische Aspekte der Migration: Vorstellung des Universitätslehrgangs Transkulturelle Medizin & Diversity Care.“ In: Wiener klinische Wochenschrift 126 [Suppl 1]: S.62

Universitätslehrgang Transkulturelle Medizin und Diversity Care, Mitteilungsblatt der Medizinischen Universität Wien, Studienjahr 2013/2014, 24. Stück; Nr. 28: <https://www.meduniwien.ac.at/web/rechtliches/mitteilungsblaetter/>. Retrieved 17 May, 2020

^{xiii} Bhugra, D. (2004): „Migration and mental health.“ In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 109 No. 4: S 243–258

Wimmer-Puchinger, B., Engler, A., Wolf, H. (2006): „Migrantinnen im Gesundheitssystem: Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung.“ In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Vol. 49: S. 884–892

^{xiv} Danzinger, C., Fellinger, M., Fellinger-Vols, W., Psota, G., Wancata, J., Wimmer, A. et al. (2018): „Positionspapier zur Flüchtlingsversorgung. Eine Stellungnahme zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen. In: *Neuropsychiatrie* 32: S. 101–106

^{xv} Statistik Austria (2018): „Todesursachen im Überblick.“ http://www.statistik-austria.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html. Retrieved 15 May, 2019.

^{xvi} Kapusta, N., Grabenhofer-Eggerth, A., Blüml, V., Klein, J., Baus, N., Huemer, J. (2014): „Suizid und Suizidprävention in Österreich. Basisbericht 2013.“ Wien, Bundesministerium für Gesundheit

^{xvii} Bundesministerium für Gesundheit (2011): „SUPRA – Suizidprävention Austria.“ Wien, Druck des BMG

^{xviii} World Health Organisation (2010): „Fact sheets.“ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Online publiziert: 31.10.2011

^{xix} Yilmaz T., Riecher-Rössler, A. (2008): „Suizidversuche in der ersten und zweiten Generation der Immigranten aus der Türkei.“ In: *Neuropsychiatrie* 22 (4): S. 261–267

Van Bergen D., Smit JH, Van Balkom, AJ, Van Amijden E., Saharso S. (2008): „Suicidal ideation in ethnic minority and majority adolescents in Utrecht, the Netherlands.“ In: *Crisis* 29 (4): S. 202–208

Van Moffaert M., Vereecken A. (1992): „Somatization of psychiatric illness in Mediterranean migrants in Belgium.“ In: *Cult Med Psychiatry* 13 (3): S. 297–313

^{xx} Akkaya-Kalayci T., Popow Ch., Waldhör T., Winkler D., Özlü-Erkilic Z. (2017): „Psychiatric emergencies of minors with and without migration background.“ In: *Neuropsychiatrie* 31: S. 1–7

^{xxi} Plener P., Munz L., Allroggen M., Kapusta N., Fegert J., Groschwitz R. (2015): „Immigration as risk factor for non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents in Germany.“ In: *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* Sep 28: S. 9–34

^{xxii} Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A., Priebe, S. (2008): „Mental health, health care utilisation of migrants in Europe.“ In *European Psychiatry* 23 (1): S. 14–20

Özlü-Erkilic Z. (2015): „Ent-Fremdungen – Transkulturelle Aspekte in der psychotherapeutischen Betreuung und Begleitung von türkischsprachigen Migrant_innen in Österreich.“ In: *Diagnose: Besonderheit*. Edited by Klar S, Trinkl L: Vandenhoeck & Ruprecht: S. 30–39

Schouler-Ocak, M. (2003): „Psychiatrische Regeldienste und multikulturelle Realität.“ In: *Psychoneuro* 29 (12): S. 582–585

^{xxiii} Eylem, O., van Bergen, D., Rathod, S., van Straten, A., Bhui, K., Kerkhof, A. (2016): „Canına Kiymak – „crushing life energy“: A qualitative study on lay and professional understandings of suicide and help-seeking among Turkish migrants in the UK and in the Netherlands. In: *International Journal of Culture and Mental Health* 9: S. 1–16.

^{xxiv} <https://www.afya.at/>

^{xxv} <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5893677/>

^{xxvi} <https://www.unhcr.org/dach/at/services/publikationen/bildungs-und-trainingsmaterial/flucht-und-trauma-im-kontext-schule>

^{xxvii} Bachner, F. et al. (2018): „Austria. Health System Review 2018.“ In: *World Health Organization. Health Systems in Transition* 20 (3): S. 292

^{xxviii} Bundesministerium für Inneres (2020): Asyl. <https://www.bmi.gv.at/301/Allgemeines/Asylverfahren/start.aspx>

^{xxix} https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/BR/AB-BR/AB-BR_03380/imfname_760907.pdf

^{xxx} <https://www.refworld.org/docid/59c8b5b14.html>

| Mitglieder



Dr. ⁱⁿ Judith Kohlenberger (Koordination) ist Kulturwissenschaftlerin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialpolitik der Wirtschaftsuniversität Wien, wo sie zu Fluchtmigration und Integration forscht und lehrt. Sie ist Autorin des „Refugee Health and Integration Survey“ (ReHIS), der die psychosoziale Gesundheit geflüchteter Menschen in Österreich erhebt.



Mag. ^a Dr. ⁱⁿ Anna Faustmann ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Department für Migration und Globalisierung an der Donau-Universität Krems. Als Soziologin mit Schwerpunkt auf Gesundheits- und Sozialpolitik forscht Faustmann in den Bereichen Migration und Arbeitsmarkt, soziale Sicherheit, Gesundheitssysteme und Sozialstaaten im internationalen Vergleich.



Der Gesundheitspsychologe und klinische Psychologe **Mag. Heinz Fronek** ist Leiter des Fachbereichs Psychotherapie und Gesundheit beim Diakonie Flüchtlingsdienst. Er ist zuständig für Psychotherapieeinrichtungen für Flüchtlinge und MigrantInnen in Innsbruck und St. Pölten sowie für die Wiener Einrichtung AmberMed, die Menschen ohne Krankenversicherung einen niederschwelligen und dolmetschunterstützten Zugang zu medizinischer Versorgung ermöglicht.



Dr. ⁱⁿ Cecilia Heiss ist Geschäftsführerin und klinische Psychologin am Betreuungszentrum Hemayat für Folter- und Kriegsüberlebende. Im Jahr 2020 haben Heiss und ihr Team über 1100 traumatisierte Menschen aus 46 verschiedenen Ländern betreut.



Dr. in Türkan Akkaya-Kalayci ist Fachärztin für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin sowie Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Sie ist Leiterin der Ambulanz für transkulturelle Psychiatrie und migrationsbedingte Störungen im Kindes- und Jugendalter am AKH Wien und Leiterin des Universitätslehrganges „Transkulturelle Medizin und Diversity Care“ sowie Universitätslektorin an der Medizinischen Universität Wien, wo sie auch als Leiterin der Forschungs- und Arbeitsgruppe „Transkulturelle Psychiatrie und migrationsbedingte Störungen im Kindes- und Jugendalter“ an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie fungiert. Sie leitet auch die Arbeitsgruppe „Flucht und Migration“ sowie die Arbeitsgruppe „Transkulturelle Kinder- und Jugendpsychiatrie“ der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.



Univ.-Ass. Wanda Spahl ist Universitätsassistentin am Institut für Politikwissenschaft der Universität Wien und arbeitet am Centre for the Study of Contemporary Solidarity. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Gesundheit, Migration und Solidarität. Sie ist Ko-Leiterin der vergleichenden qualitativen Längsschnittstudie „Solidarity in Times of a Pandemic“.



DI Marion Weigl ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Leiterin der Abteilung Gesundheit, Gesellschaft und Chancengerechtigkeit der GÖG – Gesundheit Österreich GmbH. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich gesundheitliche Chancengerechtigkeit, speziell auf den Themen „Frühe Hilfen“, „Migration“ und „Health in all Policies“. Darüber hinaus hat sie sich mit verschiedenen Aspekten von Gesundheitsförderung, Suchtprävention und Sucht beschäftigt.

Der von den Neuen Österreichischen Organisationen gegründete **ExpertInnenrat „Migration. Integration.Teilhabe“** ist ein unabhängiges Netzwerk von ExpertInnen aus Wissenschaft und Wirtschaft, NGOs und Interessenverbänden in Österreich. Der ExpertInnenrat wurde im Rahmen des „Österreichischen Integrationsgipfels 2019“ in der Wiener Hofburg öffentlich vorgestellt. Unterteilt in vier Arbeitsgruppen, legen die 35 ExpertInnen im Jahr 2021 ihr Hauptaugenmerk auf die Themen „Arbeit“, „Bildung“, „Gesundheit“ und „Teilhabe“.

Mehr Informationen: www.neueorganisationen.at

■■
Kontakt

**Neue Österreichische
Organisationen**

ExpertInnenrat M.I.T

Dietrichsteingasse 3/1
1090 Wien

zentrale@neueorganisationen.at