

2018-01-17 (erweiterte Fassung Nov. 2019)

Positionspapier zur Flüchtlingsversorgung

der

Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (ÖGPP)

Österreichischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (ÖGSP)

Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS)

Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP)

pro mente Austria

Autoren (in alphabetischer Reihenfolge):

Carryn Danzinger, Matthäus Fellingner, Waltraud Fellingner-Vols, Georg Psota, Claudius Stein, Johannes Wancata, Alice Wimmer, Thomas Wochele-Thoma

Rückfragen an:

Büro der ÖGPP

Molischgasse 11 / R01,

1140 Wien

E-Mail: office@oegpp.at

Homepage: <http://www.oegpp.at/>

Präambel:

Aufbauend auf dem Ärzte-Appell der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik vom 23. Juli 2015, in dem die Forderung eines sicheren, stabilen und menschenwürdigen Umfelds für Flüchtlinge und Asylsuchende erhoben wurde, wird in dem vorliegendem Positionspapier eine allgemeine Stellungnahme zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen aus aktueller Sicht präsentiert. Auch wenn auf bestehende regionale Unterschiede nicht explizit eingegangen werden kann, wird hierbei der Anspruch auf eine österreichweite gültige Empfehlung gestellt, für deren Umsetzung selbstverständlich individuelle regionale Lösungen erforderlich sind.

In der Bundeshauptstadt und dem nahe gelegenen Erstaufnahmezentrum hat sich die Unterbringungssituation gebessert. Große Quartiere wurden verkleinert, die Qualität der Quartiere wurde verbessert, einige ungeeignete Notquartiere wurden geschlossen. Das Thema der Transition bleibt aber auch hier bestehen: von Massenquartieren zu Privatunterkünften sowie von Jugendeinrichtungen zu Strukturen für Erwachsene. Auch Bildungsangebote haben sich seit der letzten Stellungnahme punktuell erweitert. Es mangelt allerdings österreichweit noch immer an niederschweligen und gut erreichbaren (Bundesländer) Angeboten.

Hintergrund:

Weltweit sind aktuell ca. 65,6 Millionen Menschen auf der Flucht. Dies entspricht der höchsten Zahl von Flüchtlingen in den letzten 20 Jahren. Verantwortlich für den Anstieg sind laut UNHCR die Konflikte in Syrien, Afghanistan, Burundi, der demokratischen Republik Kongo, Mali, Somalia, Süd-Sudan sowie der Ukraine. Derzeit ist der größte und wichtigste Faktor der bereits erwähnte lange währende bewaffnete Konflikt in Syrien. So stieg die Gesamtzahl der registrierten geflüchteten Syrer von 10.000 im Jahr 2010 auf 5,05 Millionen bis Mai 2017, womit erstmals seit 30 Jahren nicht mehr Afghanistan das Herkunftsland der größten Flüchtlingspopulation war. Der größte Teil (2,99 Millionen) der geflüchteten Syrer wurde bis April 2017 in der Türkei aufgenommen (UNHCR, 2017).

Der bewaffnete Konflikt in Syrien ist also für die größte Fluchtbewegung unserer Zeit verantwortlich. Während der Großteil dieser Flüchtlinge durch die umliegenden Länder Syriens aufgenommen wurde, kam es im Sommer 2015 zu einem deutlichem Anstieg von Flüchtlingen innerhalb der Europäischen Union, die primär über die Türkei und anschließend Griechenland West- und Mitteleuropa erreichten (Abbasi, Patel, & Godlee, 2015). In der EU wurden 2015 schließlich insgesamt 1.294.000 Asylanträge gestellt. In Relation zur Einwohnerzahl hatte innerhalb der EU Schweden im Jahr 2015 die meisten Flüchtlinge aufgenommen (15 Flüchtlinge auf 1.000 Einwohner). Im globalen Vergleich gesehen, ist allerdings kein Mitgliedsstaat der EU unter jenen zehn Ländern, die weltweit die meisten Flüchtlinge beherbergen (UNHCR, 2017).

In Österreich wurden im Jahr 2015 insgesamt 88.340 Asylanträge gestellt. Durch die Schließung der Balkanroute und den Flüchtlingsdeal mit der Türkei wurden 2016 die Asylanträge auf insgesamt 42.285 halbiert. In den letzten beiden Jahren waren jeweils 9% der AsylwerberInnen unbegleitete Minderjährige. 66% der Erwachsenen, die im Jahr 2016 in Österreich um Asyl ansuchten, waren männlich. Der größte Teil der Flüchtlinge stammte aus Afghanistan (28%) und Syrien (21%) (BMI 2015/2016). Die 2015 in sieben Flüchtlingseinrichtungen an 514 geflüchteten Erwachsenen in Wien durchgeführte „Displaced Persons in Austria Survey“ Studie zeigte, dass die Befragten im Schnitt wesentlich besser gebildet und weniger traditionellen Einstellungen verhaftet waren als die Bevölkerung im jeweiligen Heimatland.

Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen

In zahlreichen Studien konnte gezeigt werden, dass Flüchtlinge und Asylsuchende eine sehr vulnerable Gruppe mit besonderen Vorbelastungen darstellen (Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005, Porter & Haslam, 2005). Nicht nur die traumatisierenden Erlebnisse im Herkunftsland (z.B. Krieg, Verlust nahestehender Menschen, Folter und Misshandlung), sondern auch die mitunter nicht minder belastenden Erfahrungen während der Flucht (z.B. Lebensgefahr, Gewalt und Diskriminierung) oder im asylgewährenden Land erhöhen das Risiko der Erstmanifestation sowie die längere Dauer vorbestehender psychischer Erkrankungen. So konnte gezeigt

werden, dass die Wartezeit auf den Asylbescheid ein Prädiktor für das Auftreten einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder Depression und für den Schweregrad dieser Erkrankungen ist (Knipscheer et al., 2015). Die fehlende Möglichkeit, über die eigene Zukunft bestimmen zu können, Sprachbarrieren sowie fehlende Beschäftigung stellen ebenso Risikofaktoren dar (Aoe et al., 2015).

Speziell bei Flüchtlingen aus Syrien konnte gezeigt werden, dass viele von ihnen unter Depressionen, pathologischen Trauerreaktionen, Belastungsstörungen, Panikattacken oder anderen Angsterkrankungen leiden (Acarturk et al., 2015; de Jong, Komproe, & Van Ommeren, 2003; Hassan, Ventevogel, Jefee-Bahloul, Barkil-Oteo, & Kirmayer, 2016; Momartin, Silove, Manicavasagar, & Steel, 2004; Shrestha et al., 1998; Steel et al., 2009). Überdies ist bei Flüchtlinge und Asylsuchenden das Suizidrisiko signifikant erhöht (Aoe et al., 2015; Hagaman et al., 2016; Rahman & Hafeez, 2003). Dies und der Umstand, dass die Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Flüchtlingen um ca. das 10-fache erhöht ist, macht es erforderlich, sich mit der psychiatrischen Versorgung dieser Menschen auseinanderzusetzen (Fazel et al., 2005; Knipscheer, Sleijpen, Mooren, Ter Heide, & van der Aa, 2015).

Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Stigmatisierung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen in muslimisch geprägten Ländern im Allgemeinen weiter verbreitet ist als in vielen europäischen Ländern (Ciftici, Jones, & Corrigan, 2013; de Jong et al., 2003; Hassan et al., 2016). Während in diesen Ländern das expressive Zeigen von Emotionen und Leid häufig sozial akzeptiert ist, ist die Zuschreibung einer psychiatrischen Erkrankung nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für deren gesamte Familie stigmatisierend und problematisch. Dies beeinflusst wesentlich die Bereitschaft, Hilfe zu suchen oder diese anzunehmen (Ciftici et al., 2013).

Herausforderungen für das psychosoziale Hilfesystem und Empfehlungen, die zur psychischen Stabilität beitragen

1) Erstaufnahmezentren:

Die Bedingungen in Erstaufnahme- bzw. Verteilerzentren beeinflussen das Ausmaß weiterer Belastungen einer mitunter bereits im Ursprungsland oder auf der Flucht traumatisierten Population. Räumliche Beengtheit ohne Rückzugsmöglichkeit, eingeschränkte Bewegungsfreiheit und vor allem die Ungewissheit über die eigene Zukunft, bewirken Gefühle von Ohnmacht und Ausgeliefertsein.

Empfehlung:

- **Betroffene sollen möglichst rasch in reguläre und betreute Unterkünfte weitergeleitet werden. Sie benötigen zeitnah muttersprachliche Informationen über das weitere Geschehen, um so zusätzliche Verunsicherungen und psychische Belastungen zu vermeiden.**
- **Bei Hinweisen auf psychische Erkrankungen ist es wichtig, die betreffenden Personen innerhalb der Betreuungseinrichtung medizinischem bzw. psychologischem Fachpersonal vorzustellen. Falls nötig, müssen ambulante PsychologInnen bzw. PsychiaterInnen hinzugezogen werden. Bei Bedarf ist eine Behandlung einzuleiten, die in einzelnen Fällen auch eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus erfordern kann. Um eine qualitative hochwertige Behandlung zu gewährleisten, müssen DolmetscherInnen herangezogen werden.**

2) Sicherung der Basisbedürfnisse

Trotz deutlich erhöhter Risiken ist es wichtig, zu betonen, dass nicht jeder Flüchtling eine psychische Erkrankung entwickelt oder gar spezialisierte psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung benötigt.

Die Sicherung der Grundbedürfnisse ist eine Voraussetzung, die es ermöglicht, die eigenen Ressourcen zu nutzen und die oft extremen Erlebnisse besser zu verarbeiten. Aus diesem Grund sind unter anderem adäquates Wohnen, ausreichende Versorgung mit Nahrung und Zugang zum Gesundheitssystem sehr bedeutsam. Sinnloses Warten ohne Aufgaben und ohne Beschäftigung hingegen verschlechtert das psychische Befinden. Falls erforderlich, sollte anfangs niederschwellige sozialarbeiterische Unterstützung und Begleitung angeboten werden.

Empfehlung:

- **Integrationsmaßnahmen von Beginn an wie z.B. Deutschkurse, Bildungsangebote und die Möglichkeit den Alltag sinnvoll und selbstverantwortlich zu gestalten tragen zur Fähigkeit Alltagsanforderungen autonom zu bewältigen bei und verringern die Abhängigkeit von fremder Hilfe.**
- **Ein früher Arbeitsmarktzugang verringert die Abhängigkeit von Sozialleistungen und trägt sowohl zur Entwicklung einer Zukunftsperspektive als auch zur psychischen und sozialen Stabilisierung bei.**

3) Kurze Dauer der Asylverfahren

Langdauernde Asylverfahren steigern die Unsicherheit die eigene Zukunft betreffend. Damit erhöhen sich die Vulnerabilität und die Gefahr der Erstmanifestation bzw. der Verschlechterung einer bereits bestehenden psychischen Erkrankung.

Empfehlung:

- **Fremdenrechtliche Verfahren sollten möglichst rasch abgewickelt werden.**

4) Aktivierung der sozialen Netzwerke der Betroffenen

Die Aktivierung von Ressourcen und Coping-Mechanismen der Betroffenen trägt zur Fähigkeit auch schwierige Alltagsanforderungen autonom zu bewältigen und damit zur psychischen Stabilisierung bei. Beispielsweise können geeignete Personen mit Migrationshintergrund zu MentorInnen geschult werden. Das macht sie zu ExpertInnen in eigener Sache, wodurch sie die Mitglieder ihrer Gemeinschaft unterstützen können. Weiters können unterschiedliche Aktivitäten zu einem (kulturellen) Austausch zwischen Herkunftsland und Ankunftsland beitragen. Dazu gehören auch gemeinsames Kochen, Feste feiern oder schulische und sportliche Veranstaltungen.

Empfehlung:

- **Kompetenzen der Flüchtlinge sollen genützt werden, um derartige Angebote zu entwickeln.**

5) Bedarfsorientierte Versorgung¹:

Extreme Erfahrungen können bei allen Menschen das Risiko erhöhen, eine Belastungsstörung, eine Depression oder eine andere psychische Erkrankung zu entwickeln. Gespräche mit nahestehenden Menschen, sinnvolle Aufgaben im Alltag, Sicherheit vor weiterem Schaden, Rückzugsmöglichkeiten etc. reduzieren das Krankheitsrisiko. Derart hilfreiche Alltagsbedingungen sind in ähnlicher Weise für Flüchtlinge und Asylsuchende von Relevanz und sollten im Sinne einer Prävention für alle bestmöglich zur Verfügung stehen.

Bedarfsorientierte Versorgung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass jeder das bekommt, was er oder sie benötigt. Dabei sollen niederschwellige und einfache Angebote Vorrang vor höherschweligen und aufwendigen Angeboten haben. Wenn allerdings aufwendigere Hilfen benötigt werden, sollten sie entsprechend verfügbar sein. Auf diese Weise kann vermieden werden, dass unnötig Ressourcen verbraucht werden, die anderswo dringend benötigt werden.

¹ Siehe Interventionspyramide des Inter-Agency Standing Committee (IASC)

Die sogenannte Interventionspyramide des Inter-Agency Standing Committee (IASC) verdeutlicht dies auf vier Handlungsebenen, wobei immer zuerst die breite Basis der Pyramide genutzt werden sollte, bevor spezialisierte (in der Abbildung weiter oben stehende) und kostenintensive Interventionen zur Anwendung kommen. Damit diese Vorgangsweise funktionieren kann, bedarf es auf jeder Handlungsebene ausreichend qualifizierte Personen.

Personal, das in Kontakt mit Flüchtlingen steht, benötigt kulturelle Sensitivität, kulturspezifisches Wissen und Kompetenz im Erkennen von möglichen Hinweisen auf psychische Erkrankungen. Das erhöht die Sicherheit der Einschätzung von Auffälligkeiten und reduziert Fehlzuweisungen in spezialisierte und teurere Angebote. Dazu ist es erforderlich, Personal in Betreuungseinrichtungen, Berater in Anlaufstellen, medizinisches Personal und Beamte zu schulen.

Bei Verdacht auf psychische Erkrankungen sollten fachspezifisch geschulte Personen z.B. PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, Pflegepersonen beigezogen werden. Hierzu eignen sich mobile Einheiten oder spezialisiertes Personal in Beratungsstellen. Ziel ist es, abzuklären, ob eine weiterführende psychiatrische-psychotherapeutische Behandlung notwendig ist oder eine niederschwelligere Versorgung vor Ort ausreicht.

Falls erforderlich, werden die Betroffenen nach dieser fachlichen Begutachtung an entsprechende Stellen des Versorgungssystems weitergeleitet.

Wartezeiten für ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungen sind in vielen Regionen Österreichs derzeit oft extrem lang. Das erhöht das Risiko für Symptomverschlechterung und Chronifizierung von Erkrankungen.

Empfehlung

- **MitarbeiterInnen von Betreuungseinrichtungen sollten basale Informationen über Möglichkeiten fachlicher Unterstützung erhalten.**
- **Entsprechende Ressourcen müssen im fachspezifischen Regelversorgungssystem auf allen Ebenen zur Verfügung gestellt werden.**

6) Kulturspezifische Aspekte:

Der kulturelle Hintergrund der Flüchtlinge beeinflusst die Präsentation und Attribuierung von psychischen Beschwerden und das Krankheitsverständnis wesentlich. Dadurch ergeben sich Behandlungserwartungen, die die Akzeptanz der hierorts angebotenen Therapien beeinflussen. Daher sind Sprach- und Kulturvermittlung durch professionelle Dolmetscher eine wesentliche Basis für die Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen und PatientInnen. Dies ist eine wichtige Grundlage, um ein gemeinsames Krankheits- und Behandlungsverständnis zu erarbeiten und damit eine funktionierende Arzt-Patientenbeziehung zu etablieren. Zusätzlich können niederschwellige Informationen in den Muttersprachen bzw. Pictogramme zu Krankheitsbildern und Angeboten auf allen Ebenen hilfreich sein.

Empfehlung:

- **Sprach- und Kulturvermittlung durch professionelle DolmetscherInnen sind in ausreichendem Umfang sicherzustellen.**
- **Es ist sicher zu stellen, dass kultursensitives Wissen in die Aus- und Weiterbildung integriert wird.**

7) Suizidprävention:

Auch wenn noch verlässliche Zahlen fehlen kann man davon ausgehen, dass geflüchtete Menschen eine nicht unerhebliche Zahl an Risikofaktoren für Suizid aufweisen. Besonders Menschen mit Post-traumatischen Belastungsstörungen, Depressionen und chronifizierten somatoformen Störungen sind gefährdet.

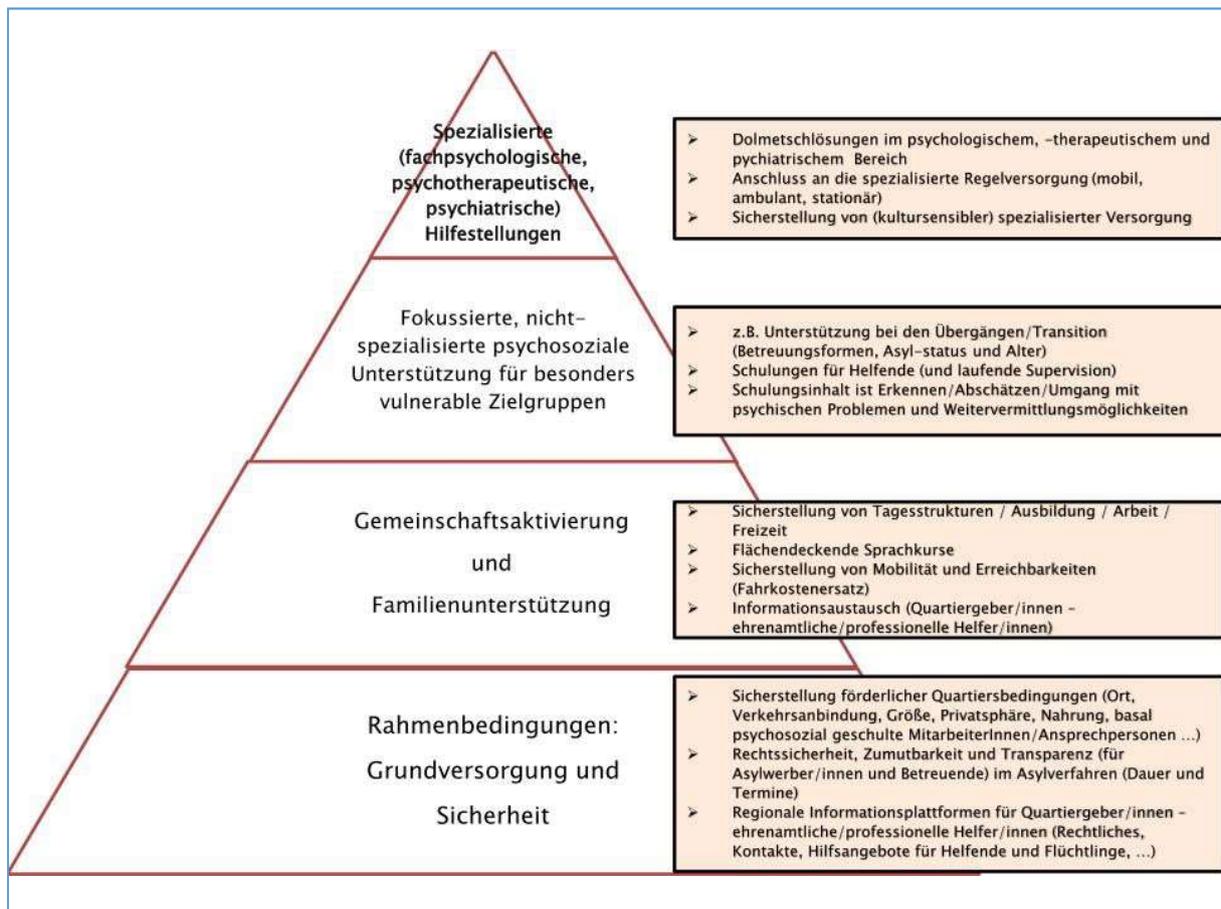
Das Suizidproblem wie auch andere Folgen psychischer Traumatisierung treten oft nicht in der allerersten Zeit nach der Ankunft auf, sondern z.B. dann, wenn sich herausstellt, dass Hoffnungen und Erwartungen nicht erfüllt werden, und die Integration in die neue Gesellschaft nicht gelingt. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen – die sich oft erstaunlich schnell und gut an die gesellschaftlichen Bedingungen des Aufnahmelandes anpassen - ist besonders die Angst vor einer Abschiebung ein die Gefährdung verstärkender Faktor. Zuletzt häufen sich Hinweise, dass es besonders bei abgelehntem Asylantrag bzw. drohender Abschiebung vermehrt zu Suizidversuchen und Suiziden kommt.

Da Menschen mit Migrationshintergrund grundsätzlich Behandlungs- und Beratungsangebote seltener in Anspruch nehmen und insbesondere in den Institutionen zur Behandlung psychischer Erkrankungen unterrepräsentiert sind, sollten niederschwellige zielgruppenspezifische suizidpräventive und Kriseninterventionsangebote zur Verfügung gestellt werden.

Empfehlung:

- **Bereitstellung zielgruppenspezifischer Kriseninterventionsangebote**
- **interkulturelle Öffnung entsprechender Einrichtungen (inkl. Dolmetsch und interkulturelle Kompetenz s. auch 6)**
- **Beachtung der flucht-, migrations-, und kulturspezifischen Problematik, die zu Entstehung und Verlauf suizidaler Krisen beitragen, bzw. Verarbeitung und Bewältigung beeinflussen.**
- **regelmäßiges sozialpsychiatrisches Konsiliar-Angebot in den Flüchtlingseinrichtungen unter Ein-beziehung des BetreuerInnen-Teams um betroffene Menschen überhaupt zu erreichen**
- **Bereitstellung muttersprachlichen Informationsmaterials und Übersetzung relevanter Inhalte zu Bewusst- und Bekanntmachen von Kriseninterventionsangeboten bei Betroffenen**
- **Schulungsangebote in Suizid- und Gewaltprävention für die relevanten Gatekeeper-Gruppen**
- **systematische Erfassung von Suizidversuchen und Suiziden von Flüchtlingen**

IASC Interventionspyramide und Handlungsebenen²



Weiterführende Informationen und wichtige Richtlinien

- IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies 2007: http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf
- Mental Health and Psychosocial Support for Refugees, Asylum Seekers and Migrants on the Move in Europe, A multi-agency guidance note, December 2015: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/297576/MHPSS-refugees-asylum-seekers-migrants-Europe-Multi-Agency-guidance-note.pdf?ua=1
- Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl (BFA) Jahresbilanz 2016: http://www.bfa.gv.at/files/Statistiken/BFA_Jahresbilanz_2016.pdf
- European Society for Child and Adolescent Psychiatry: Position statement on mental health of child and adolescent refugees (2016): [https://www.escap.eu/bestanden/Care%20\(38\)/Refugees/REFUGEE%20CRISIS/ecap_position_statement_27_june_2016.pdf](https://www.escap.eu/bestanden/Care%20(38)/Refugees/REFUGEE%20CRISIS/ecap_position_statement_27_june_2016.pdf)

² IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. (2010). Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know? Geneva.

Referenzen

- Abbasi, K., Patel, K., & Godlee, F. (2015). Europe's refugee crisis: an urgent call for moral leadership. *Bmj*, *351*, h4833. doi:10.1136/bmj.h4833
- Acarturk, C., Konuk, E., Cetinkaya, M., Senay, I., Sijbrandij, M., Cuijpers, P., & Aker, T. (2015). EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: results of a pilot randomized controlled trial. *Eur J Psychotraumatol*, *6*, 27414. doi:10.3402/ejpt.v6.27414
- Aoe, T., Shetty, S., Sivilli, T., Blanton, C., Ellis, H., Geltman, P. Lopes Cardozo, B. (2015). Suicidal Ideation and Mental Health of Bhutanese Refugees in the United States. *J Immigr Minor Health*. doi:10.1007/s10903-015-0325-7
- Ciftici, A., Jones, N., & Corrigan, W. (2013). Mental Health Stigma in the Muslim Community. *Journal of Muslim Mental Health*, *7*(1), 17-32.
- de Jong, J. T., Komproe, I. H., & Van Ommeren, M. (2003). Common mental disorders in postconflict settings. *Lancet*, *361*(9375), 2128-2130. doi:10.1016/s0140-6736(03)13692-6
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, *365*(9467), 1309-1314. doi:10.1016/s0140-6736(05)61027-6
- Hagaman, A. K., Sivilli, T. I., Ao, T., Blanton, C., Ellis, H., Lopes Cardozo, B., & Shetty, S. (2016). An Investigation into Suicides Among Bhutanese Refugees Resettled in the United States Between 2008 and 2011. *J Immigr Minor Health*. doi:10.1007/s10903-015-0326-6
- Hassan, G., Ventevogel, P., Jefee-Bahloul, H., Barkil-Oteo, A., & Kirmayer, L. J. (2016). Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 1-13. doi:10.1017/S2045796016000044
- Knipscheer, J. W., Sleijpen, M., Mooren, T., Ter Heide, F. J., & van der Aa, N. (2015). Trauma exposure and refugee status as predictors of mental health outcomes in treatment-seeking refugees. *BJPsych Bull*, *39*(4), 178-182. doi:10.1192/pb.bp.114.047951
- Momartin, S., Silove, D., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (2004). Complicated grief in Bosnian refugees: associations with posttraumatic stress disorder and depression. *Compr Psychiatry*, *45*(6), 475-482. doi:10.1016/j.comppsy.2004.07.013

- Porter M & Haslam N (2005) Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *Jama* 294(5):602-612
- Rahman, A., & Hafeez, A. (2003). Suicidal feelings run high among mothers in refugee camps: a cross-sectional survey. *Acta Psychiatr Scand*, 108(5), 392-393.
- Shrestha, N. M., Sharma, B., Van Ommeren, M., Regmi, S., Makaju, R., Komproe, I., . . . de Jong, J. T. (1998). Impact of torture on refugees displaced within the developing world: symptomatology among Bhutanese refugees in Nepal. *Jama*, 280(5), 443-448.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). 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*, 302(5), 537-549. doi:10.1001/jama.2009.1132
- UNHCR. (2017). World at War - Global Trends - Forced Displacement in 2014 [Press release]. Retrieved from <http://www.unhcr.at/service/zahlen-und-statistiken.html>