

Study on Female Refugees

Abschlussbericht

Abschlussbericht

Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland

Gefördert durch



Die Beauftragte der Bundesregierung
für Migration, Flüchtlinge und
Integration

Wir sind's! 
Die Einwanderungsgesellschaft gestalten

Study on Female Refugees



Abschlussbericht

Study on Female Refugees

Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen
in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland

Gefördert durch



Verfasser:

PD Dr. Meryam Schouler-Ocak
Dr. Christine Kurmeyer

Mitwirkende:

Dipl.- Psych. Jenny Jesuthasan
Dr. Ingar Abels
Dr. Ekin Sönmez
PD Dr. Sabine Oertelt-Prigione
Dipl.-Soz. Ulrike Zier
Dr. med. Renate Kimbel
Dr. phil. Anja Wollny, M.Sc.
Antje Krüger, M.A.
Dr. Jana Gutermann
MSc. Psych. Annabelle Starck
Prof. Dr.med. Kneginja Richter

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Danksagung

1.	Einleitung.....	8
1.1	Einführung in die Thematik:	8
1.2	Aktuelle Situation geflüchteter Frauen.....	8
1.3	Aktuelle medizinische und psychologisch-psychiatrische Versorgung von geflüchteten Menschen	9
2.	Studiendesign.....	11
2.1	Standortübergreifend Module	11
2.2	Projektkoordination	13
2.3	Rekrutierung von Mitarbeiterinnen	13
2.4	Standortbezogenes Vorgehen	14
2.4.1	Standort Berlin	14
2.4.2	Standort Nürnberg.....	15
2.4.3	Standort Rostock	15
2.4.4	Standort Frankfurt	16
2.4.5	Standort Mainz	17
3.	Ergebnisse	19
3.1	Quantitative Ergebnisse.....	19
3.1.1	Alter und Herkunft.....	19
3.1.2	Sprachkenntnisse	20
3.1.3	Familienstand.....	21
3.1.4	Bildung und Arbeit.....	23
3.1.5	Fluchtgründe.....	24
3.1.6	Fluchtumstände.....	26
3.1.7	Körperliches und psychisches Wohlbefinden	28
3.1.8	Lebensumstände in Deutschland.....	31
3.1.9	Zukunftsperspektiven	33
3.2	Qualitative Ergebnisse	34
3.2.1	ROSTOCK: Fokusgruppe mit Frauen aus Syrien	34
3.2.2	FRANKFURT: Fokusgruppe mit Frauen aus Syrien	35
3.2.3	BERLIN: Fokusgruppe mit Frauen aus Afghanistan.....	36
3.2.4	BERLIN: Fokusgruppe mit Frauen aus Somalia.....	37
3.2.5	BERLIN: Fokusgruppe mit Frauen aus Eritrea	39
3.2.6	MAINZ:Fokusgruppe mit Frauen aus Eritrea.....	39
3.2.7	NÜRNBERG: Fokusgruppe mit arabisch-spachigen Frauen	41

4.	Diskussion und Schlussfolgerungen	42
4.1	Quantitative Ergebnisse.....	42
4.2	Qualitative Ergebnisse	45
4.3	Herausforderungen der Studie.....	47
4.4	Belastung der Mitarbeiterinnen	48
4.5	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	49
4.5.1	Sprachbarrieren	50
4.5.2	Gesundheit.....	50
4.5.3	Wohnbedingungen.....	52
4.5.4	Asylverfahren und Familienzusammenführung	52
4.5.5	Bildung.....	52
4.5.6	Zugang zum Arbeitsmarkt	53
4.5.7	Diskriminierung.....	53
4.5.8	Fremdenfeindlichkeit	53
4.5.9	Sichere Herkunftsregion.....	54
4.6	Zusammenfassung der Empfehlungen	54
5.	Literaturverzeichnis	56
6.	Projektteams an den einzelnen Standorten.....	60

**Vorwort der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und
Integration
Staatsministerin Aydan Özoğuz**

**zum
Abschlussbericht**

*Study on Female Refugees
Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in
Deutschland*

Liebe Leserinnen und Leser,

aktuell sind über 63,5 Millionen Menschen weltweit auf der Flucht. Nach Europa gelangen nur 6 %, darunter sind mehr Männer als Frauen. Auch nach Deutschland kommen überwiegend Männer, aber immerhin ein Drittel der Geflüchteten sind Mädchen und Frauen.

Ihre Erfahrungen und Bedürfnisse unterscheiden sich vielfach von denen der Männer. Beispiele für solche Unterschiede sind geschlechtsspezifische Traumatisierungen, die Verantwortung für mitreisende Kinder oder ein traditionelles Rollenverständnis. Diese Faktoren können die Mobilität, die Teilnahme an Bildungsangeboten sowie den Zugang zu Angeboten der medizinischen und psychosozialen Versorgung einschränken. Auch in den Unterkünften sind Mädchen und Frauen oftmals höheren Stressfaktoren ausgesetzt.

Bisher wissen wir aber noch zu wenig über die Erfahrungen und die Lebenssituation der nach Deutschland geflüchteten Menschen und insbesondere der Frauen und Mädchen. Unkenntnis führt aber zu Unwissen und Unwissen kann Vorurteile und Pauschalisierung befördern. Auch Politik und Verwaltung benötigen Kenntnisse über die soziale und gesundheitliche Situation von Geflüchteten. Denn alle Einrichtungen müssen sich auf die Bedarfe dieser Bevölkerungsgruppe einstellen. In Schulen und Ausbildungseinrichtungen muss der Bedarf an sprachlicher und sozialer Unterstützung eingeplant werden. Bei den Integrationskursen muss der Bedarf an Kinderbetreuung und Alphabetisierungskursen bekannt sein. Bei der Gesundheitsversorgung oder der Unterbringung muss größeres Augenmerk auf frauenspezifische Belastungen gelegt werden.

Die vorliegende Studie gibt Auskunft über die psychosoziale Situation geflüchteter Frauen und lässt die Frauen selbst zu Wort kommen. Sie wurden nach ihren Fluchtgründen und nach ihrer Lebenssituation in Deutschland gefragt. Erstmals wird in dieser Studie dargestellt, wie geflüchtete Frauen ihre psychosoziale Situation sehen und welche Verbesserungsmöglichkeiten sie als hilfreich für ihre Integration in Deutschland erachten.

Die Ergebnisse zeigen, dass sehr viele der geflüchteten Frauen bereits einmal dem Tod nahe waren, andere Menschen in Todesgefahr erlebt haben oder Familienangehörige oder nahe Freunde durch gewaltsamen Tod verloren haben. Weitere traumatische Erfahrungen kommen hinzu, beispielsweise der Aufenthalt in Kriegsgebieten und der damit verbundene

Mangel an Nahrung, Wasser und eines Daches über dem Kopf. Die damit einhergehende Sorge um die Kinder überragt hierbei alle anderen Probleme.

Viele Frauen haben zudem im Herkunftsland oder auf der Flucht sexualisierte Gewalt erlebt. Sexuelle Gewalt, die Angst vor Ehrenmord oder auch Zwangsverheiratung kommen bei Frauen und Mädchen zu den allgemeinen Fluchtgründen hinzu und stehen so auch an fünfter, sechster bzw. siebter Stelle der Fluchtgründe.

In Deutschland wünschen sich die geflüchteten Frauen insbesondere Stabilität und Sicherheit. Sie sind bestrebt, sich sprachlich und beruflich zu integrieren. Aber sie benötigen gerade bei der psychosozialen Betreuung eine umfassendere Unterstützung. Viele der traumatisierten Frauen konnten bislang keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen und sind noch nicht in der Lage, ohne Sprachmittlung behandelt zu werden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zu geflüchteten Frauen sind ein umfangreicher Fundus für alle, die mit der Betreuung und Integration geflüchteter Frauen und Mädchen zu tun haben. Wenn wir die Integrationspotentiale der Frauen und Mädchen, die sie auch innerhalb ihrer Familie entfalten können, gut nutzen möchten, dann sollten wir genau hinsehen, an welchen Stellen die Frauen selbst Probleme und Lösungswege sehen. Hierzu liefert die Studie erstmals repräsentative Daten.

Ich danke allen mitwirkenden Wissenschaftlerinnen, Dolmetscherinnen und Mitarbeiterinnen, den Forschungseinrichtungen und Trägern der Flüchtlingshilfe ebenso wie den betroffenen Frauen selbst, die zum Gelingen der *Study on Female Refugees* beigetragen haben.

Aydan Özoğuz

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe KollegInnen,

wir freuen uns sehr, Ihnen unseren Abschlussbericht der Studie über geflüchtete Frauen, durchgeführt in unterschiedlichen deutschen Bundesländern (Study on Female Refugees), vorlegen zu können. Bislang gibt es wenig wissenschaftliche Erhebungen über geflüchteten Frauen. Diese Forschungslücke adressiert die vorliegende Studie, die von Frau Staatsministerin Aydan Özoğuz, Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration gefördert wurde. Ihr gilt an dieser Stelle unser Dank, dieses Thema auf die politische Tagesordnung gestellt zu haben.

Die Studie verfolgte das Ziel, beispielhaft in fünf städtischen und ländlichen Regionen in verschiedenen Bundesländern Daten zur psychosozialen Gesamtsituation von geflüchteten Frauen in Aufnahmeeinrichtungen zu erfassen. Damit können repräsentative Aussagen zur psychosozialen Gesundheitssituation der geflüchteten Frauen ermöglicht und aus Sicht der Betroffenen der Status quo sowie mögliche Optimierungsansätze abgebildet werden.

Hierfür wurden geflüchtete Frauen in Interviews direkt nach ihren Fluchtgründen, Fluchtwegen, Erfahrungen vor, während und nach der Flucht sowie ihrer aktuellen Situation in Deutschland befragt.

Der vorgelegte Abschlussbericht gibt die wesentlichen Ergebnisse der Studie wieder, aus denen mögliche Konsequenzen aufgezeigt, diskutiert und übergreifende Handlungsempfehlungen gegeben werden.

An dem Projekt waren folgende Standorte und Institutionen beteiligt:

Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin und Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus (Berlin)

Frankfurt am Main: Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, J. W. Goethe-Universität (Hessen)

Mainz: Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg Universität Mainz (Rheinland-Pfalz)

Nürnberg: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinik der Paracelsus Medizinischen, Privatuniversität, Nürnberg (Bayern)

Rostock: Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Rostock (Mecklenburg-Vorpommern)

Alle wissenschaftlichen und nicht-wissenschaftlichen MitarbeiterInnen haben mit großem Engagement und Begeisterung zum Gelingen des Projektes beigetragen. Ohne sie wäre es in der extrem kurzen Projektlaufzeit nicht möglich gewesen, die Studie zu realisieren. Das Gelingen dieser Studie hing außerdem von der Unterstützung aller beteiligten Kooperationspartner in den Behörden und Versorgungsinstitutionen sowie von den Leitungen und MitarbeiterInnen in den Gemeinschaftsunterkünften ab.

Vielen herzlichen Dank noch einmal an alle UnterstützerInnen!

Unser größter Dank gilt an dieser Stelle den über 650 geflüchteten Frauen aus dem gesamten Bundesgebiet, die uns das Vertrauen entgegengebracht haben, ihre Geschichten mit uns zu teilen.

Berlin, 28. Februar 2017

Mit herzlichen Grüßen aus Berlin

Meryam Schouler-Ocak

Christine Kurmeyer

1. Einleitung

1.1 Einführung in die Thematik:

Derzeit sind über 63,5 Millionen Menschen auf der Flucht. Nach Europa gelangen jedoch nur 6 % von ihnen. Von diesen stellen Männer die Mehrzahl dar (UNHCR, 2016). So waren z. B. im Jahre 2014 gemäß der Erhebungen des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge ca. 34 % der in Deutschland ankommenden Flüchtlinge Frauen (BAMF, 2016a). Auf der sogenannten „Balkanroute“ waren laut Angabe der Women’s Refugee Commission mehr als 55 % der Geflüchteten im Januar 2016 Frauen und Kinder (vergleiche Women’s Refugee Commission, 2016). Diese Zahlen weisen darauf hin, dass unter den Geflüchteten, die es nach Europa schaffen, der Anteil der Frauen gestiegen ist. Ihre Erfahrungen und Bedürfnisse unterscheiden sich vielfach von denen der Männer. Beispiele für solche Unterschiede sind z. B. geschlechtsspezifische Traumatisierungen, die Verantwortung für mitreisende Kinder, die ihre Mobilität sowie den Zugang zu Angeboten der medizinischen und psychosozialen Versorgung einschränken können. Auch die Teilnahme an Bildungsangeboten, der Zugang zum Arbeitsmarkt sowie die Teilnahme an Informationsveranstaltungen oder Integrationskursen werden somit erschwert. Die räumliche Enge, die fremde Umgebung und das Fehlen von Schutzräumen für geflüchtete Frauen in Sammelunterkünften leisten sexualisierten Übergriffen und Diskriminierungen Vorschub und verhindern oftmals die Artikulierung eigener – geschlechtsspezifischer – Bedürfnisse und Probleme.

Die vorgelegte Studie hat deshalb die Gruppe der geflüchteten Frauen im Fokus, um Informationen zu folgenden Fragestellungen zur Verfügung zu stellen:

1. Welche Erfahrungen wurden vor der Migration in den jeweiligen Herkunftsregionen gemacht? Was waren die Beweggründe für die Flucht?
2. Welche Erfahrungen haben die Betroffenen während der Flucht gemacht? Wie sah die Flucht aus? Sind die Betroffenen allein oder in Begleitung geflohen?
3. Wie sah die gesundheitliche Versorgung während der Flucht aus? Wie ist die psychosoziale Situation der Betroffenen nach der Ankunft in Deutschland? Welche Belastungsfaktoren werden angegeben? Welchen Zugang zum psychosozialen Versorgungssystem beschreiben sie?
4. Welche Ressourcen geben die geflüchteten Frauen an? Welche Wünsche, Erwartungen und Ziele haben die geflüchteten Frauen? Was brauchen sie für ihre Integration?
5. Welche spezifischen Versorgungs- und Informationsbedarfe für geflüchtete Frauen lassen sich aus den Daten ableiten? Welche Handlungsempfehlungen lassen sich aus den Daten ableiten?
6. Welche Konsequenzen ergeben sich aus den Daten für das psychosoziale Versorgungssystem?

1.2 Aktuelle Situation geflüchteter Frauen

Laut Daten des BAMF (2016a) sind etwa ein Drittel der in Deutschland Asylantragstellenden geflüchtete Frauen, die aufgrund von Krieg, sozialer oder politischer Instabilität, sozio-

ökonomischer, familiärer oder administrativer Konflikte ihr Heimatland verlassen haben. Als frauenspezifische Fluchtursachen können etwa Genitalverstümmelung, Zwangsprostitution und Vergewaltigungen genannt werden (Binder und Tasic, 2003). Gerade in sich auflösenden Gesellschaftsstrukturen werden sexuelle Misshandlungen an Frauen zum Teil als Machtdemonstration gegenüber unterlegenen Gruppen eingesetzt, etwa in Form von öffentlichen Vergewaltigungen. Dazu kommen in vielen Herkunftsländern patriarchalische Strukturen mit restriktiven geschlechtsspezifischen Sittenregeln und Frauenrechtsverletzungen, die weitere Verfolgung z. B. von politisch aktiven Frauen mit sich bringen können. In diesem Rahmen sind auch die sozialen Folgen von sexuellen Übergriffen auf Frauen zu beachten, die oft als Schande und Entehrung aufgefasst werden. Diese Tabuisierung und möglicherweise die Befürchtung von der Familie oder dem Ehepartner verstoßen zu werden, stellt eine weitere eigenständige Belastung dar. Auch auf der Flucht sind insbesondere Frauen, die ohne männliche Familienangehörige reisen als besonders für Übergriffe gefährdet einzustufen. Zudem gibt es deutliche Hinweise darauf, dass geflüchtete Frauen auch in Gemeinschaftsunterkünften in Deutschland zu Opfern von Gewalt werden (Bundesregierung; 2015; Rabe, 2015). Diese Frauen stellen somit eine besonders vulnerable Gruppe dar, die multiplen und komplexen Stressoren vor, während und nach der Flucht ausgesetzt waren und sind, die ihre Gesundheit nachhaltig beeinträchtigen können. Erschwerend kommt hinzu, dass Frauen – im Gegensatz zu männlichen Geflüchteten – oft die alleinige Verantwortung für die mit geflüchteten Kindern tragen. Familien werden oft während der Flucht getrennt oder Frauen und Kinder versuchen den bereits geflüchteten Ehemännern nachzureisen und sind mit den Kindern auf sich allein gestellt.

Daher wird in diesem Projekt ein besonderes Augenmerk auf die Erlebnisse der geflüchteten Frauen vor, während und nach der Migration, ihre psychosoziale Gesamtsituation sowie ihren Zugang zur psychosozialen Versorgung gelegt, da diese Aspekte bislang nicht systematisch erfasst wurden.

1.3 Aktuelle medizinische und psychologisch-psychiatrische Versorgung von geflüchteten Menschen

Für die medizinische und psychiatrische Versorgung von Asylsuchenden sind in Deutschland grundsätzlich die Bundesländer ebenso zuständig, wie für die Gewährung weiterer Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Nach der Klärung des für den Einzelfall zuständigen Bundeslandes werden die Asylsuchenden für die ersten sechs Wochen bis maximal sechs Monate in Aufnahmeeinrichtungen im Sinne des § 47 Asylgesetzes (AsylG) untergebracht (im Falle von einer Herkunft aus einem sogenannten sicheren Herkunftsland auch bis zur Aufenthaltsbeendigung). Dort ist jeweils eine Außenstelle des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) angesiedelt, die das Asylverfahren durchführt. Die Zuständigkeit für die Anschlussunterbringung und die dortige medizinische Versorgung haben die meisten Bundesländer an die Kommunen bzw. Landkreise und kreisfreien Städte übertragen. Sie kann in Gemeinschaftsunterkünften und dezentralen Wohnungen erfolgen. Der Großteil der Kosten für Unterbringung und weitere Leistungen für Asylsuchende werden den Kommunen pauschal durch die Länder erstattet (Müller, 2013). Unter das AsylbLG fällt auch die Finanzierung der medizinischen Versorgung während des Verfahrens. In § 4 des AsylbLG ist die zwingende Gewährung medizinischer Behandlung und erforderlicher Leistungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen geregelt. Psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung fällt also jenseits von akut auftretenden Erkrankungen nicht in den Regelkatalog der medizinischen Versorgung Geflüchteter. Zusätzlich erlaubt § 6 des AsylbLG im Einzelfall die Gewährung von sonstigen unerlässlichen Leistungen zur Sicherung

von Gesundheit und Lebensunterhalt. Bisher können hier etwa unionsrechtlich vorgesehene Leistungen für besonders Schutzbedürftige nach der Richtlinie 2003/9/EG gewährt werden (Europäisches Parlament, 2013). Die Organisation der Abrechnung und Leistungsbewilligung unterscheidet sich zwischen den Bundesländern und auch zwischen Kommunen in den Bundesländern zum Teil stark. Für das Jahr 2016 war für einige der in der Studie adressierten Bundesländer die Einführung der Gesundheitskarte und damit die Vermittlung der Abrechnung zwischen Leistungserbringern und Sozialämtern über die gesetzlichen Krankenkassen geplant (so genanntes „Bremer Modell“). Im Erhebungsjahr 2016 wurde in den eingezogenen Regionen ausschließlich in Berlin die Gesundheitskarte ausgegeben. Nach einem bereits 15-monatigen Aufenthalt sind Leistungen zur medizinischen Versorgung in der Regel nicht mehr unter der Maßgabe des AsylbLG, sondern nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu erbringen (AsylbLG § 2), was meist mit einer regulären Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung und der Gewährung der dort vorgesehenen Leistungen einhergeht.

Das vorgestellte Projekt hat eine psychosoziale Situationsanalyse, Bedürfnisse und Erwartungen geflüchteter Frauen beispielhaft in fünf städtischen und ländlichen Regionen in verschiedenen Bundesländern (Berlin, Frankfurt a. M., Mainz, Nürnberg und Rostock) durch eine repräsentative Befragung, ergänzt durch qualitative Daten durchgeführt. Gerade aus der Perspektive der betroffenen geflüchteten Frauen selbst werden Verbesserungsvorschläge der psychosozialen Versorgung aufgezeigt. Die so gewonnenen Erkenntnisse sollen den Bundesländern einen ersten detaillierten Einblick in die psychosoziale Gesamtsituation der geflüchteten Frauen geben, aus denen wir Handlungsempfehlungen abgeleitet haben. Wir hoffen, dass von den gesammelten Erfahrungen auch andere nicht an der Studie beteiligte Bundesländer profitieren werden.

2. Studiendesign

2.1 Standortübergreifend Module

Das Studiendesign sah zwei ineinandergreifende Module vor:

Modul 1, Einzelbefragungen, die die subjektiven Fluchterfahrungen der Frauen dokumentierten und

Modul 2, Fokusgruppen, die es den Frauen ermöglichten, ihre aktuelle Situation, Wünsche und Perspektiven zu beschreiben.

In die Studie wurden volljährige geflüchtete Frauen aus Herkunftsregionen mit großer Bleiberechtswahrscheinlichkeit eingeschlossen: Afghanistan, Eritrea, Iran, Irak, Somalia und Syrien. Die Frauen befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in Gemeinschaftsunterkünften.

Modul 1 diente der Erfassung der Erfahrungen von geflüchteten Frauen vor, während und nach der Flucht und ihrer aktuellen Belastungen in Deutschland. Die Einzelbefragungen wurden von muttersprachlichen Mitarbeiterinnen durchgeführt.

Zur Durchführung der Befragung wurde in einem mehrstufigen Verfahren ein Fragebogen entwickelt, bestehend aus geschlossenen (quantitativen) und offenen (qualitativen) Fragen. Quantitativ wurden soziobiografische Daten wie Alter, Herkunftsland, Anzahl der Kinder, Familienkonstellation und Religionszugehörigkeit erfasst. Weiterhin wurden Daten zu Sprachkenntnissen, Bildungsgrad und früherer Berufstätigkeit erhoben ebenso wie Fluchtgründe und besondere Erlebnisse auf der Flucht. Dazu wurden validierte Fragebögen eingesetzt. Es wurden potentiell traumatisierende Erfahrungen im bisherigen Leben (PDS /HTQ, Posttraumatic Diagnostik Scale (Maercker & Bromberger, 2005)) erfasst und das Ausmaß der gegenwärtigen Angst, Depression und somatische Beschwerden (SCL-Somatisation (Harfst et al., 2002); HSCL, Hopkins Symptom Checklist (Petermann & Brähler, 2013)). Ebenfalls wurde die gegenwärtige Lebensqualität (EUROHIS, Lebensqualitäts-Fragebogen (Brähler et al., 2007)) dokumentiert. Im qualitativen Teil des Fragebogens wurden Diskriminierungserfahrungen in Deutschland, die medizinische und psychologische Versorgung in Deutschland, Wünsche und Ziele in den nächsten fünf Jahren abgefragt. Alle Fragebögen und Aufklärungsdokumente wurden in die Sprachen Arabisch, Farsi, Somali und Tigrinya hin- und rückübersetzt. Nach Einholung der Zustimmung der lokalen Ethikkommissionen jedes Standortes konnte mit der Rekrutierung begonnen werden. Aufgrund unterschiedlicher regionaler Bestimmungen kam es jedoch zu lokalen Verzögerungen in der Startphase der Studie.

Der Kontakt zu den Teilnehmerinnen wurde von den einzelnen Standorten eigenständig koordiniert. Um eine repräsentative Darstellung der Herkunftsländer der befragten Frauen zu gewährleisten, wurde aufgrund einer Auswertung des Ausländerzentralregisters, die die Anzahl der volljährigen Frauen aus den eingeschlossenen Herkunftsländern mit offenem Asylverfahren nach Herkunftsland für die vier beteiligten Städte und das Bundesland Berlin zum Stichtag 31.07.2016 enthält, eine Quote für jeden Standort errechnet. Den Standorten wurde freigestellt, sich an diese Statistik oder an lokale Daten zur Einhaltung der Repräsentativität zu halten. Die Standorte verfügten über Listen der Gemeinschaftsunterkünfte der Stadt oder Region, diese wurden kontaktiert und ihnen die Studie vorgestellt. War die Unterkunft bereit, die Studie zu unterstützen, wurde ein Termin

für eine Informationsveranstaltung in der jeweiligen Unterkunft vereinbart. Entscheidend für das Gelingen war hier die Unterstützung durch MitarbeiterInnen der Sozialbetreuungsorganisation der jeweiligen Unterkünfte. Die Teilnehmerinnen wurden mindestens 24 Stunden vor Beginn der Befragung in ihrer Muttersprache mündlich und schriftlich aufgeklärt und um ihr schriftliches Einverständnis gebeten. Die mündliche Aufklärung fand über Power-Point-Präsentationen oder Einzelgespräche sowie Info-Cafés statt. Waren geflüchtete Frauen bereit an der Studie zu partizipieren, wurden Termine für die Befragung verabredet. Aufwandsentschädigungen wurden nicht gezahlt.

Modul 2 beinhaltet die Erhebung von qualitativen Daten im Rahmen von Fokusgruppen, d. h. moderierte Diskussionsrunden. Gruppendiskussionen bieten insgesamt die „Möglichkeit der Rekonstruktion kollektiver Orientierungen, also des milieu- und kulturspezifischen Orientierungswissens innerhalb und außerhalb von Organisationen und Institutionen“ (Bohnsack et al., 2006). Dadurch eröffnet sich ein Zugang zur Handlungspraxis der untersuchten Gruppe. Das Ziel besteht darin, Informationen, geteilte Wissensbestände sowie informelle Gruppenmeinungen zu einem speziellen Thema zu explorieren (Lamnek, 2005; Bohnsack, 2000). Die Moderatorin gibt lediglich Gesprächsimpulse zur Förderung der Gespräche unter den Teilnehmerinnen.

Eingeschlossen wurden auch hier geflüchteten Frauen aus Syrien, Irak, Iran, Afghanistan, Somalia und Eritrea. Die Fokusgruppen bestanden aus jeweils vier bis zehn geflüchteten Frauen. Insgesamt wurden sieben Fokusgruppen an verschiedenen Standorten durchgeführt, bei denen eine muttersprachliche Moderatorin und Co-Moderatorin eingesetzt wurde. Die Teilnehmerinnen einer Fokusgruppe kamen jeweils aus einem Herkunftsland, sodass pro Fokusgruppe eine Sprache gesprochen wurde. Insgesamt wurden drei Fokusgruppen in Arabisch, zwei in Tigrinya und jeweils eine in Somali und Farsi durchgeführt. Die Fokusgruppendifkussionen wurden transkribiert und ins Deutsche übersetzt.

Die Impulse für die Gruppengespräche bezogen sich auf die aktuelle allgemeine Situation, die Bedürfnisse und die Wünsche von geflüchteten Frauen sowie die aktuelle gesundheitliche Versorgungssituation in Deutschland.

Zur Abstimmung eines Leitfadens für die Durchführung der Fokusgruppen fand ein Workshop statt, bei dem der Leitfaden für die Fokusgruppendifkussionen erarbeitet wurde (vergleiche Tabelle 1).

Abschnitt	Fragen	Kommentar
Eröffnungsfrage	Sie sind Expertinnen für die Situation geflüchteter Frauen in Deutschland. Erzählen Sie uns bitte aus Ihren eigenen Erfahrungen oder von denen anderer, von denen Sie erfahren haben, wie es geflüchteten Frauen hier in Deutschland geht.	Stichpunkte machen und erzählgenierend nachfragen bzw. in die Runde spiegeln (z. B. jemand hat vorhin das Thema XY angesprochen, wie sieht es damit bei den anderen aus? Möchte noch jemand etwas dazu erzählen?)
Schlüsselfragen	Welche Bedürfnisse haben	Vor dem Hintergrund, wie es Ihnen als Frau geht (im

	geflüchtete Frauen?	Unterschied zu Männern)?
	Welche Unterstützung benötigen geflüchtete Frauen, wenn Sie nach Deutschland kommen?	
	Zusätzlich zu dem bisher Gesagten, interessieren wir uns noch für das Thema Gesundheit von geflüchteten Frauen. Bitte erzählen Sie uns, was Ihnen beim Thema Gesundheit durch den Kopf geht.	
Zusammenfassungsfrage	Zusammenfassung der wichtigsten angesprochenen Themen	zur Rückversicherung, ob das Meinungsbild richtig verstanden worden ist
Abschluss	Bedanken und Verabschieden	

Tabelle 1: Leitfaden der Fokusgruppendifkussionen

Die Auswertungen der Fokusgruppen erfolgten im Sinne einer induktiven Inhaltsanalyse (Gläser & Laudel, 2006; Mayring, 2000; Miles & Huberman, 1995; Flick, 2000; Wollny & Marx, 2009), in der die Analyse auf Ebene der Inhalte stattfand und die Kategorien aus dem Datenmaterial entwickelt wurden. Mittels dieses Kategoriensystems lassen sich die wichtigsten Ergebnisse der Fokusgruppen zusammenfassend und übersichtlich darstellen und beschreiben.

2.2 Projektkoordination

Zur Abstimmung und Durchführung des Projektes wurde eine Projektkoordination eingesetzt. Die Koordination lag bei der Studienzentrale in Berlin. Um den reibungslosen Ablauf des Projektes zu ermöglichen, musste ein stetiger Kommunikationsfluss zwischen den verschiedenen Standorten garantiert werden. Dies wurde durch folgende Maßnahmen ermöglicht: ein Kick-Off-Treffen in Berlin, Verbundtreffen in Berlin, Rostock und Nürnberg und Telefonkonferenzen. Alle relevanten Dokumente wurden auf einem gemeinsamen Server hinterlegt und alle Protokolle einzelner Treffen allen Standorten digital zur Verfügung gestellt. Zu Beginn des Projekts wurden die MitarbeiterInnen aller Standorte in Berlin in einer zweitägigen interaktiven Schulung auf das Projekt vorbereitet. Inhalte waren u. a. Themen wie Flucht und Traumatisierung, sekundäre Traumatisierung, Schutzmechanismen bei der Arbeit mit Traumatisierten und interkultureller Kommunikation sowie Ressourcenaktivierung. Nachschulungen fanden jeweils an den einzelnen Standorten statt. Zudem erfolgte die Vorstellung und Diskussion der im Projekt zum Einsatz kommenden Instrumente sowie das Training des Interview-Settings. Bei Bedarf fanden ebenfalls lokale Nachschulungen statt.

2.3 Rekrutierung von Mitarbeiterinnen

Die Besetzung der Stellen erfolgte regional an den einzelnen Standorten. In allen beteiligten Regionen stellte die Rekrutierung von MitarbeiterInnen mit den relevanten

Sprachkenntnissen eine Herausforderung dar. Während durch große Anstrengung und durch Zugriff auf das Schneeballverfahren die Sprachkompetenz auf Arabisch und Farsi sichergestellt werden konnte, musste für die Sprachen Somali und Tigrinya auch auf Honorarmitarbeiterinnen zurückgegriffen werden.

2.4 Standortbezogenes Vorgehen

2.4.1 Standort Berlin

Für die Studie wurde ein Ethikantrag bei der Ethikkommission der Charité vorgelegt und mit Votum vom 17.05.2016 positiv begutachtet (EA1/117/16).

Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen der Studie erfolgte über eine öffentlich zugängliche Liste der Gemeinschaftsunterkünfte in Berlin vom Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf. Alle 45 Unterkünfte des Landes Berlin wurden einbezogen und somit eine Vollerhebung durchgeführt. Zur Aufklärung wurden alle Heimleitungen der Unterkünfte kontaktiert und die MitarbeiterInnen in Vorgesprächen ausführlich über das Studiendesign und den Ablauf der Studie informiert. Hierzu wurden Termine für Präsentationen im Team vereinbart und dabei die Materialien zur Öffentlichkeitsarbeit verteilt.

Durchführung

Einige Unterkünfte waren sehr schlecht zu erreichen oder meldeten sich nicht zurück. Dies ist zum Teil der Überlastung der MitarbeiterInnen geschuldet die oft verständlicherweise andere Prioritäten hatten als diese Studie zu unterstützen. Insbesondere beim größten Träger in Berlin wurde das Projekt einigen Heimleitungen vorgestellt, die auch zunächst sehr positiv reagierten. Leider wurde die Unterstützung der Studie dann aber nach Rücksprache mit der Presseabteilung des Trägers untersagt. Ebenfalls sagten manche Heimleitungen ihre Unterstützung zu, verabredeten einen Termin, sagten dann aber kurzfristig ab und waren nicht mehr zu erreichen.

In insgesamt 28 Unterkünften konnten geflüchtete Frauen für die Studie in der Höhe der Zielzahlen (n=260) rekrutiert werden. Der Zeitraum der Interviews erstreckte sich von September bis Dezember 2016. Insgesamt wurde die Studie von den Heimleitungen und auch SozialarbeiterInnen der partizipierenden Einrichtungen sehr unterstützt und zeigten sich sehr interessiert an den Ergebnissen der Studie. Es wurde mit ihnen vereinbart, dass sie über die wesentlichen Ergebnisse informiert werden.

Im Krisenfall, wenn eine geflüchtete Frau z. B. suizidale Gedanken äußerte und/oder sehr belastet war, erfolgte kurzfristig zur weiteren diagnostischen und therapeutischen Abklärung eine Vorstellung in der Psychiatrischen Institutsambulanz der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin. Davon waren zahlreiche Frauen betroffen.

Belastungen

Trotz der ausführlichen Schulungen zum Umgang mit traumatisierenden Inhalten berichteten einige Mitarbeiterinnen (insbesondere ohne psychiatrisch, psychotherapeutischen Hintergrund) zum Teil von erheblichen Belastungen im Kontakt mit traumatischen Inhalten bei den befragten geflüchteten Frauen. Diese Mitarbeiterinnen stammten vorwiegend aus den gleichen Ländern wie die Frauen, die sie interviewt hatten. Es wurden Belastungen wie Alpträume, Angstsymptome, Kopfschmerzen etc. nach den Befragungen berichtet. Neben regelmäßigen Gruppensupervisionen fanden bei Bedarf auch Einzelsupervisionen und/oder stützende psychotherapeutisch orientierte Gespräche statt, sodass Belastungen aufgefangen

werden konnten. Darüber hinaus war die Studienleitung fortwährend telefonisch erreichbar und vereinbarte spontan je nach Bedarf Einzelsupervisionen zur Entlastung.

Es fiel auf, dass Frauen aus anderen Ländern, beispielsweise Mitarbeiterinnen aus dem Iran, die Afghaninnen befragten, sich seltener belastet fühlten.

2.4.2 Standort Nürnberg

Für den in Nürnberg durchzuführenden Teil der Erhebung wurde im Juni 2016 ein Ethikantrag bei der internationalen Ethikkommission (016/1511) in Freiburg eingereicht und mit Datum 04.07.2016 bewilligt. Außerdem wurde das Projekt im Arbeitskreis Migration und Gesundheit des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg vorgestellt, um ausreichende Information aller zuständigen Behörden zu gewährleisten.

Zur Rekrutierung von Mitarbeiterinnen wurden vorwiegend bereits bestehende, bestens etablierte Netzwerke aus vergangenen Projekten, wie der vom Bayerischen Sozialministerium geförderten „Gutachterstelle zur Erkennung von psychischen Störungen bei Asylbewerberinnen und Asylbewerbern – Zirndorf“ genutzt. Die daran beteiligten Übersetzerinnen etwa waren im Rahmen dieser Untersuchung bereits für den Umgang mit psychisch Kranken geschult worden. Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen mit Expertise und Erfahrung in den Bereichen Migrationsforschung und Gesundheit wurden ebenfalls eingebunden.

Durchführung

Teilnehmerinnen wurden über ihre Unterkünfte kontaktiert. Dazu lag eine Liste des Sozialamtes der Stadt Nürnberg vor, auf der alle 140 Gemeinschaftsunterkünfte und weitere 116 Wohnungen für geflüchtete Menschen in der Stadt Nürnberg vermerkt waren. Aus dieser Liste wurden randomisiert Unterkünfte gezogen.

Der Zeitraum der Interviews erstreckte sich von Oktober bis Dezember 2016. Insgesamt konnten in dieser Zeit 128 Interviews durchgeführt werden. Die angepassten Fallzahlen bezüglich der Herkunftsländer der Frauen konnten erreicht und in einigen Fällen übertroffen werden.

2.4.3 Standort Rostock

Für die Studie wurde ein Ethikantrag bei der Ethikkommission der Universität Rostock geprüft und am 21.07.2016 positiv begutachtet (Registriernummer: A2016-0142).

Um die angestrebte Anzahl an Befragungen von 100 geflüchteten Frauen für die Studie realisieren zu können, wurde die Rekrutierung nach Vollerhebung in Rostock, auf das Rostocker Umland ausgeweitet. Nach dortiger Vollerhebung wurden die Orte Schwerin und Neubrandenburg gewählt.

Durchführung

Die ausgewählten Einrichtungen wurden schriftlich und telefonisch kontaktiert und in Vorgesprächen mit der Leitung holten die StudienmitarbeiterInnen Informationen zu Sprachen und Herkunft der potenziellen Teilnehmerinnen ein. Außerhalb Rostocks wurde ein Tag mit den Frauen vereinbart, an dem die Befragungen stattfinden sollten. Das Team reiste an diesem Tag an und führte die Befragungen durch. Insgesamt konnten 105 geflüchtete Frauen aus den Herkunftsländern Syrien, Afghanistan, Iran, Eritrea und Somalia erschlossen werden. Jedoch fand sich aufgrund der herkunftsländerspezifischen Verteilungsregelung im EASY-System keine Frau aus dem Irak. Die angestrebte Quote konnte bezüglich der Befragungen von geflüchteten Frauen aus Syrien und Eritrea teilweise erfüllt werden.

Dagegen war es nicht möglich, bezogen auf die angestrebte Quote genügend Frauen aus Afghanistan, Iran, Irak und Somalia zu befragen.

Faktoren, die den Rekrutierungserfolg entscheidend beeinflussten, waren das Verhältnis der Sozialarbeiter zu den Bewohnerinnen der Unterkunft, der persönliche Kontakt der Mitarbeiterinnen der Studie zu den potenziellen Teilnehmerinnen sowie die Bereitschaft der Sozialarbeiter, die Studie zu unterstützen.

Belastungen

Die Erfahrungen im Rahmen der Studie haben gezeigt, dass die Durchführung der Befragungen für die Mitarbeiterinnen durchaus belastend empfunden wurde. Dies betraf insbesondere die StudienmitarbeiterInnen mit eigener Fluchterfahrung (auch wenn diese schon Jahre zurücklag) und StudienmitarbeiterInnen die aus besagten Krisengebieten stammen und dort noch Familie haben. Die Möglichkeit innerhalb des Teams über belastende Erfahrungen zu sprechen, wurde fortlaufend angeboten und teilweise in Anspruch genommen. Ein Supervisionstreffen unter Anleitung einer Psychotherapeutin zum gezielten Erfahrungsaustausch fand am 20.12.2016 statt.

Sonstige Herausforderungen

Die Rekrutierung von Personal für die Studie, die sowohl über gute Arabisch/Farsi als auch Deutsch Kenntnisse verfügen, stellte sich in Rostock als eine besondere Herausforderung dar. Für die Sprachen Tigrinya oder Somali konnte vor Ort kein Personal gefunden werden. Andere Standorte halfen aus.

Im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern waren die Einsatzorte außerhalb von Rostock mit öffentlichen Verkehrsmitteln nur schwer bis kaum erreichbar. Zusätzlich gab es an einigen Orten Bedenken bezüglich der Sicherheit der im Projekt eingestellten StudienmitarbeiterInnen aufgrund der Gefahr durch fremdenfeindliche Übergriffe. Aus diesen Gründen wurde entschieden, diese Unterkünfte in Mecklenburg-Vorpommern außerhalb von Rostock nur in der Gruppe und unter Nutzung eines PKWs aufzusuchen. Die Planung der gemeinsamen Termine wurde durch die eingeschränkte zeitliche Verfügbarkeit (Studium, Ausbildung, Kinder und weitere Tätigkeiten) sowie durch die eingeschränkte Mobilität der StudienmitarbeiterInnen (kein Führerschein) erschwert.

2.4.4 Standort Frankfurt

Es wurde ein Zweitvotum der Ethikkommission in Frankfurt a. M. sowie eine Bewilligung der standortspezifischen Abweichung vom Untersuchungsset am 25.07.16 beantragt. Ein positives Votum der medizinischen Ethikkommission (Nr.: 334/16) lag am 25.08.2016 vor.

Durchführung

Für die Rekrutierung der Teilnehmerinnen wurde die Stabsstelle Flüchtlingsmanagement der Stadt Frankfurt a. M. kontaktiert und über Inhalt und Ziele der Studie informiert. Insgesamt kamen sieben Gemeinschaftsunterkünfte für die Durchführung der Interviews infrage – andere Unterkünfte mit reiner Belegung von männlichen Geflüchteten oder mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen wurden vorab ausgeschlossen; eine achte Unterkunft wurde geschlossen bevor die Befragungen stattfanden. Per Zufallsziehung wurde mit der ersten der sieben Unterkünfte begonnen. Die weiteren sechs Unterkünfte wurden auf gleiche Weise sukzessive nach Zufallsziehung kontaktiert. Alle Unterkünfte waren mit der Durchführung der Studie einverstanden und zeigten sich kooperativ, wobei häufig aufgrund von fraglichem Zeitmangel bzw. Überlastung der MitarbeiterInnen Termine verschoben wurden und keine aktive Unterstützung bei der Ansprache der Frauen geleistet werden

konnte. Das Interesse der Frauen an der Teilnahme der Studie war sehr groß. Die meisten der Frauen wollten an der Studie teilnehmen, wobei sich einige bis zum tatsächlichen Interviewtermin bereits dagegen entschieden hatten bzw. auch zum Teil durch ihre Partner davon abgehalten wurden.

Für den Krisenfall (Aggravation psychischer Symptome) wurden an der Psychosozialen Beratungsstelle für Flüchtlinge der Goethe-Universität Beratungsgespräche durch muttersprachliche Psychologen oder dolmetschergestützte Beratung angeboten. Es wurden zusätzlich zu den von Berlin vorgegebenen Unterlagen standortspezifische Studienunterlagen erstellt.

Belastungen

Die muttersprachlichen Mitarbeiterinnen zeigten sich teilweise sehr betroffen von den Geschichten, die sie im Kontakt mit den interviewten Frauen hörten und es belastete sie zusätzlich aufgrund des Erlebens der eigenen Hilflosigkeit. Aus diesem Grund war die Studienleitung fortwährend telefonisch erreichbar und vereinbarte spontan je nach Bedarf Einzelsupervisionen zur Entlastung. Darüber hinaus wurde den Mitarbeiterinnen in wöchentlichen Supervisionstreffen die Möglichkeit gegeben, sich über Erfahrungen in den Interviews auszutauschen, organisatorische Fragen zu klären und überbelastende Gesprächssituationen zu sprechen.

2.4.5 Standort Mainz

Einverständnisse bzw. Voten mussten vor Beginn der Erhebung folgender Einrichtungen eingeholt werden:

1. Datenschutzbeauftragte der Universitätsmedizin Mainz (positives Votum am 12.08.16),
2. Ethik-Kommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz (1. Stellungnahme am 05.09.16, positives Votum am 19.09.16; Bearbeitungsnummer: 837.316.16 (10635)),
3. Ministeriums für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz als Betreiber der Erstaufnahmeeinrichtungen im Land Rheinland-Pfalz (Einverständnis am 09.08.16),
4. Amt für Soziale Leistungen der Stadtverwaltung Mainz als Betreiber der Gemeinschaftsunterkünfte in der Stadt Mainz (Einverständnis am 22.09.16) und
5. Betreuungsorganisationen der verschiedenen Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünfte (verschiedene Termine zwischen September und Dezember 2016).

Vor Beginn der Erhebung wurden eigene, standortspezifische Studienunterlagen erstellt: Poster, Informationspräsentation, Studieninformation, Einverständniserklärung zur Kontaktaufnahme sowie zur Teilnahme jeweils für die Befragung und Fokusgruppe.

Für den Fall einer akut notwendigen, ambulanten psychotherapeutischen Intervention, die durch Dekompensation einer Befragungsteilnehmerin entstehen könnte, wurde eine Kooperations- und Behandlungsvereinbarung mit der Klinik für Psychosomatische Medizin vereinbart. Für nicht im Gespräch akute, jedoch geäußerte Behandlungs- oder Beratungsbedarfe der befragten Frauen wurden Kontaktdaten von Beratungs- und Behandlungsstellen in Mainz und Frankfurt a. M. von den Mitarbeiterinnen weitergegeben und auf Wunsch auch mit den SozialarbeiterInnen Kontakt aufgenommen oder bei der Terminvereinbarung assistiert.

Durchführung

Im Landkreis Mainz-Bingen wird eine Erstaufnahmeeinrichtung betrieben, die unter der Obhut der Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion Rheinland-Pfalz (ADD) steht. In der kreisfreien Stadt Mainz befand sich zum Erhebungsbeginn keine Erstaufnahmeeinrichtung mehr. In Rheinland-Pfalz erfolgt die Unterbringung von Geflüchteten im Anschluss an die Erstaufnahmeeinrichtung vornehmlich dezentral in Wohnungen¹. Gemeinschaftsunterkünfte finden sich daher im Land fast ausschließlich in den größeren Städten. In der Stadt Mainz wurden im September 2016 zehn Gemeinschafts- und zwei Notunterkünfte betrieben, darüber hinaus eine Unterkunft für besonders schutzbedürftige Frauen. Eine Notunterkunft wurde im Laufe der Erhebungsphase geschlossen. Eine weitere Unterkunft wurde im Erhebungszeitraum eröffnet. Die Unterkünfte werden von vier verschiedenen Trägern betreut. In Mainz wurde eine Vollerhebung dieser Unterkünfte vorgenommen.

Die Erreichbarkeit und Teilnahmebereitschaft der Frauen aus der Zielgruppe variierte stark zwischen den Unterkünften. Obwohl alle Befragungstermine zeitnah und vollumfänglich den jeweiligen Frauen und Unterkünften mitgeteilt wurden, kam es immer wieder zu Verschiebungen oder Ausfällen. In großen Gemeinschaftsunterkünften kamen mehrfach wenige oder keine der Frauen aus der Zielgruppe zu den Informationsveranstaltungen. In mehreren Unterkünften gab es zudem Schwierigkeiten die iranischen Frauen zu erreichen, da sie sich zum Teil gegen die Teilnahme sperrten, nachdem sie erfuhren, dass die Interviewerinnen aus Afghanistan stammen. Insgesamt sind afghanische und eritreische Frauen bei den Interviews überrepräsentiert, während syrische und iranische Bewohnerinnen unterrepräsentiert sind. Die Mehrheit der Frauen benötigten/wünschten Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogens (Lesen und Schreiben), diese verteilten sich auf alle fünf erreichten Herkunftsländer. Insgesamt konnten 87 Interviews bis Ende Januar 2017 erzielt werden.

Belastungen

Die den Mitarbeiterinnen im Rahmen der Befragung mitgeteilten traumatischen Erlebnisse führten zu einer emotionalen Belastung. Dennoch bestanden Scheu, Zurückhaltung oder Vorbehalte das Supervisionsangebot zu nutzen. Der Austausch untereinander und mit der Studienleitung wurde jedoch gesucht. Belastend war auch die persönliche Verbundenheit mit den Frauen aus dem eigenen Herkunftsland und den sehr starken Dolmetscherbedarf der Befragten und der SozialarbeiterInnen. Insbesondere die Mitarbeiterinnen, die Frauen aus Afghanistan befragten, berichteten über starke Irritationen im Gespräch, wenn Fragen zur Sexualität gestellt wurden, die ein von großer Scham und Tabu besetzter Themenbereich ist. Dies erwies sich für beide, befragende Mitarbeiterin und befragte Frau als belastend. In einzelnen Fällen war es notwendig den befragten Frauen zudem weitere Hilfe wie z. B. Beratung durch Frauenhausmitarbeiterinnen, Asylverfahrensberatung oder psychosoziale Beratung zu vermitteln.

¹Während zum Stichtag am 31.12.2015 bundesweit 52,5% der Bezieher von Asylbewerberleistungen, die nicht in Erstaufnahmeeinrichtungen untergebracht waren, in Gemeinschaftsunterkünften lebten, wies Rheinland-Pfalz hier mit 15,6% den niedrigsten Anteil aller Bundesländer auf (eigene Berechnung, basierend Statistisches Bundesamt, 2015).

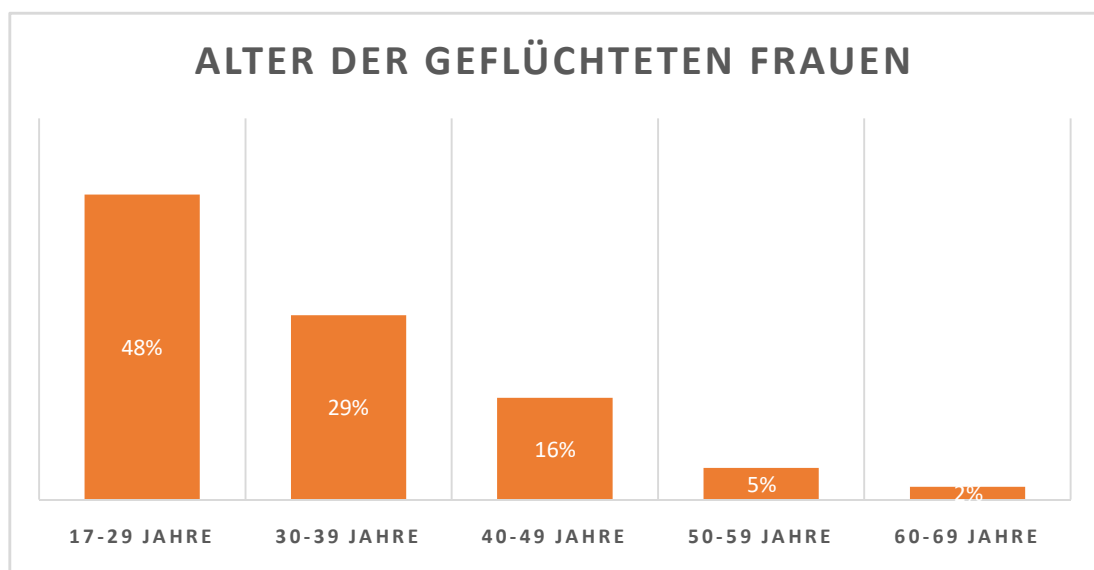
3. Ergebnisse

3.1 Quantitative Ergebnisse

3.1.1 Alter und Herkunft

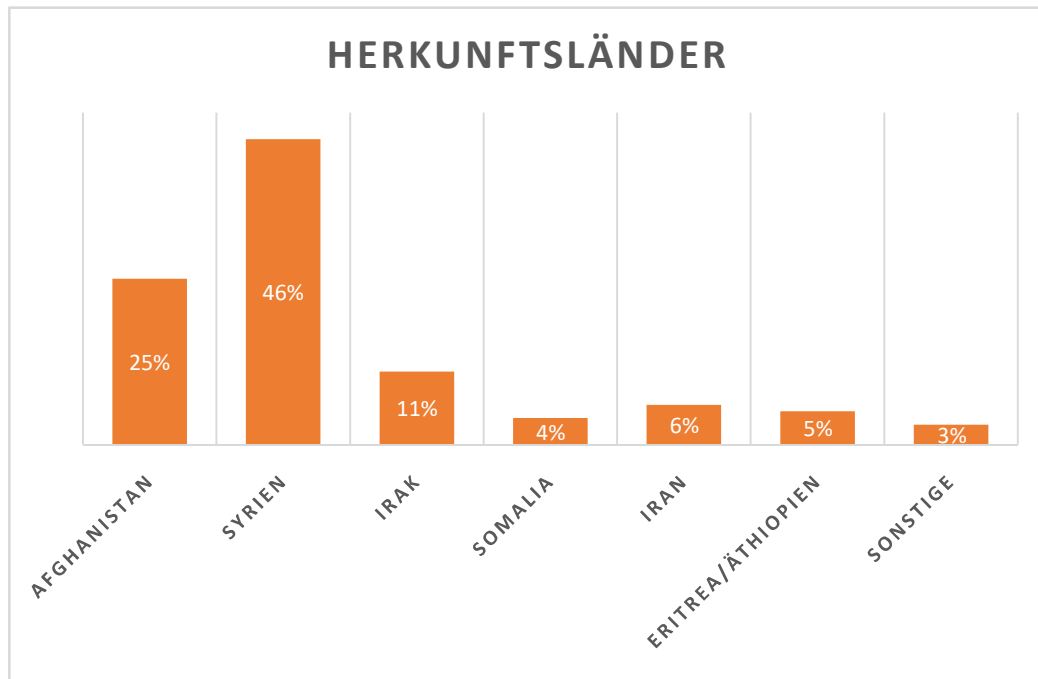
Standortübergreifend konnten insgesamt 639 geflüchtete Frauen in fünf Bundesländern rekrutiert und interviewt werden. Von den 639 Frauen waren 252 (39 %) aus Berlin, 116 (18 %) aus Bayern, 105 (16 %) aus Mecklenburg-Vorpommern, 84 (13 %) aus Hessen und 82 (13 %) aus Rheinland-Pfalz. Somit konnte eine adäquate Darstellung des gesamten Bundesgebiets gewährleistet werden.

Das Altersspektrum der geflüchteten Frauen ist breit gestreut, folgt jedoch der zu erwartenden allgemeinen Verteilung. Insgesamt wurden Frauen zwischen 17 und 69 Jahren eingeschlossen. Die größte Gruppe bestand erwartungsgemäß aus den Frauen zwischen 17 und 29 Jahren (306; 48 %), gefolgt von den 30 bis 39 - Jährigen (187; 29 %), den 40bis49-Jährigen (100; 16 %) und den 50 bis 59 - Jährigen (30; 5 %) bzw. den 60 bis 69 - Jährigen (13; 2 %).



Es wurden selektiv Frauen aus sechs Herkunftsländern in die Analyse eingeschlossen: Afghanistan, Syrien, Iran, Irak, Somalia, Eritrea/Äthiopien.

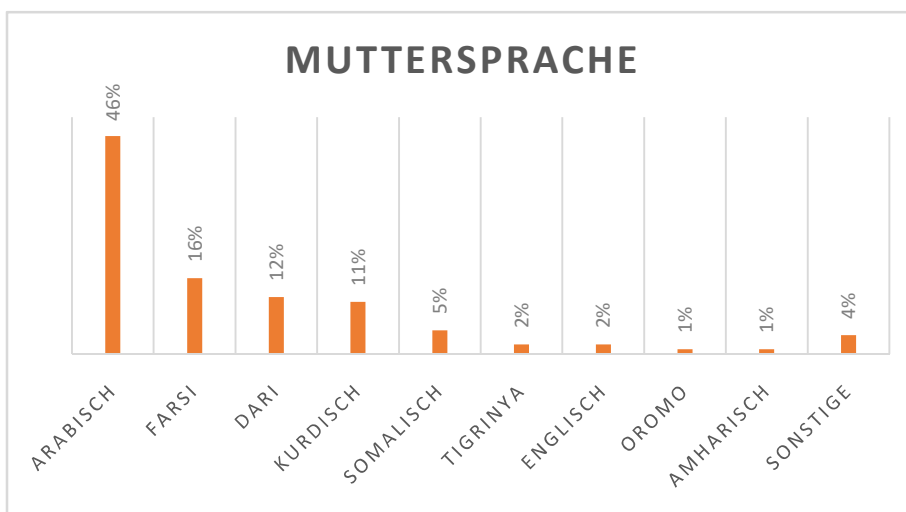
Syrien ist mit 46 % der Geflüchteten (296 Frauen) am häufigsten repräsentiert, der Iran, Somalia und Eritrea/Äthiopien mit jeweils 4 bis 6 % am wenigsten. 3 % der Frauen gaben als Herkunfts- und Geburtsorte benachbarte Länder an (z. B. Saudi-Arabien, VAE, Pakistan usw.) hatten aber vor der Flucht längere Zeit in den selektierten Ländern gelebt.



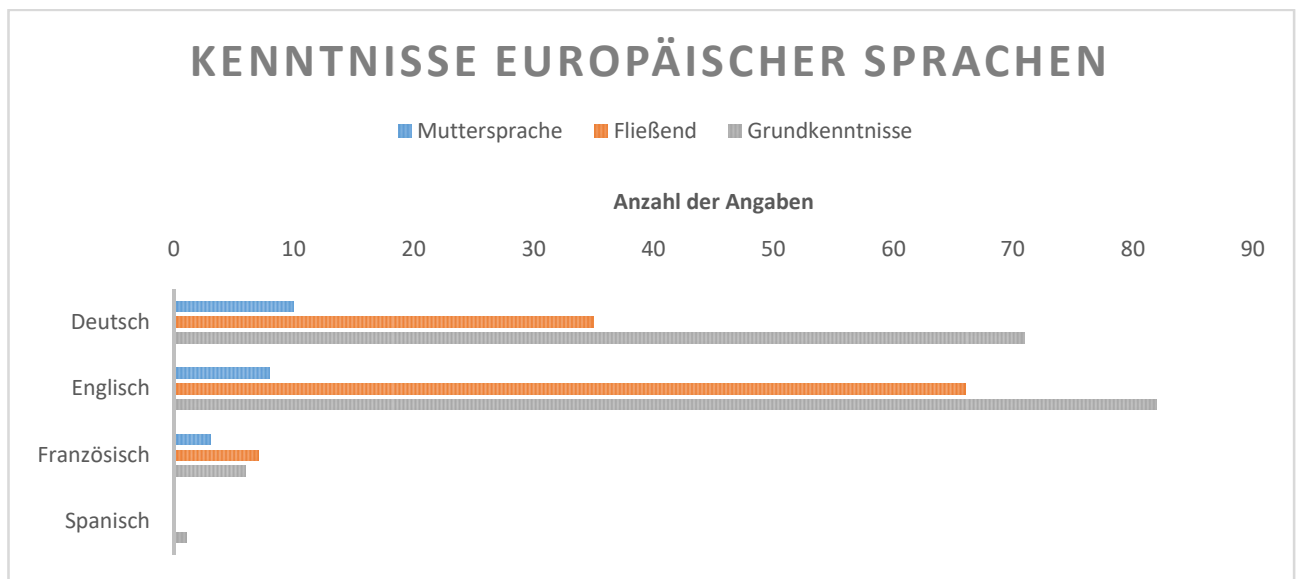
3.1.2 Sprachkenntnisse

Die Häufigkeit der angegebenen Muttersprachen entspricht den Herkunftsländern der geflüchteten Frauen. Die arabische Sprache ist am häufigsten vertreten und wurde von 283 Frauen als Muttersprache angegeben, gefolgt von Farsi und Dari (100 und 75 Frauen) und Kurdisch (69 Frauen).

Die Sprachkenntnisse der Frauen variieren, dennoch geben 53 % an, mindestens eine zweite Sprache außer der Muttersprache zu beherrschen. Am häufigsten wird hierbei Englisch (18 %) genannt, gefolgt von Arabisch (15 %). Eine geringe Zahl der Frauen (n=36) gibt zwei Muttersprachen an, hierbei ist die Kombination aus Kurdisch und Arabisch am häufigsten (47 %).

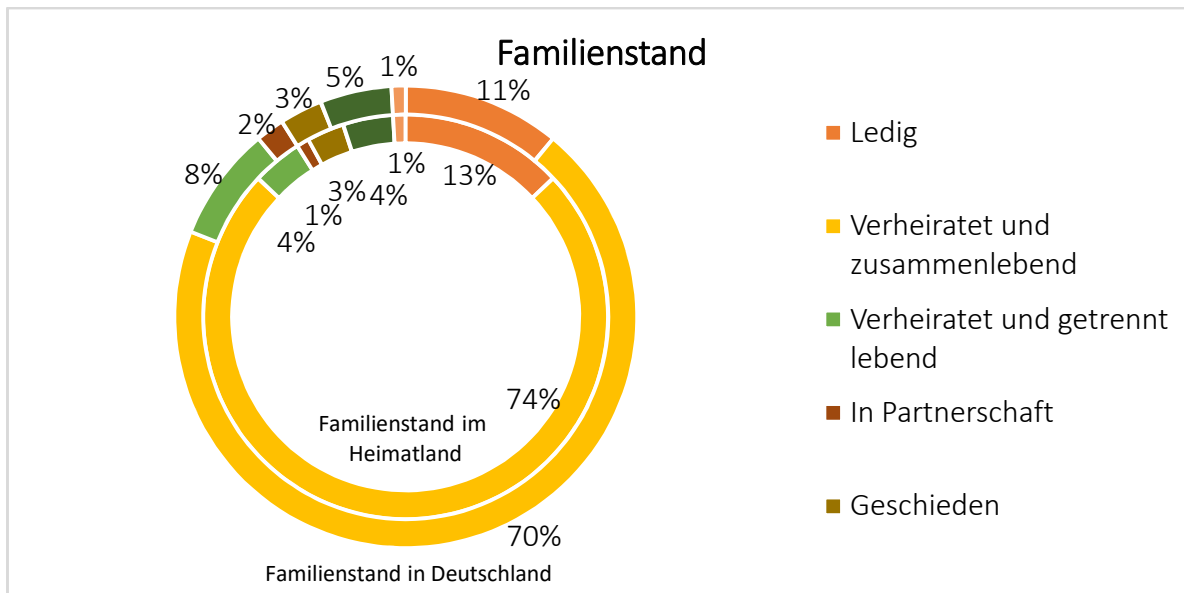


Besondere Aufmerksamkeit gilt weiterhin der Kenntnis der europäischen Sprachen. Insgesamt gaben 156 Frauen an zumindest Grundkenntnisse der englischen Sprache zu besitzen. 10 % der Befragten schätzten ihre Englischkenntnisse als „fließend“ ein, 13 % als „Grundkenntnisse“. Deutschkenntnisse gaben 116 (18 %) Befragte an; 2 % der Frauen schätzten hierbei ihr Deutsch sogar als „Muttersprache“ ein, 5% als „fließend“ und 11% als „Grundkenntnisse“ ein.

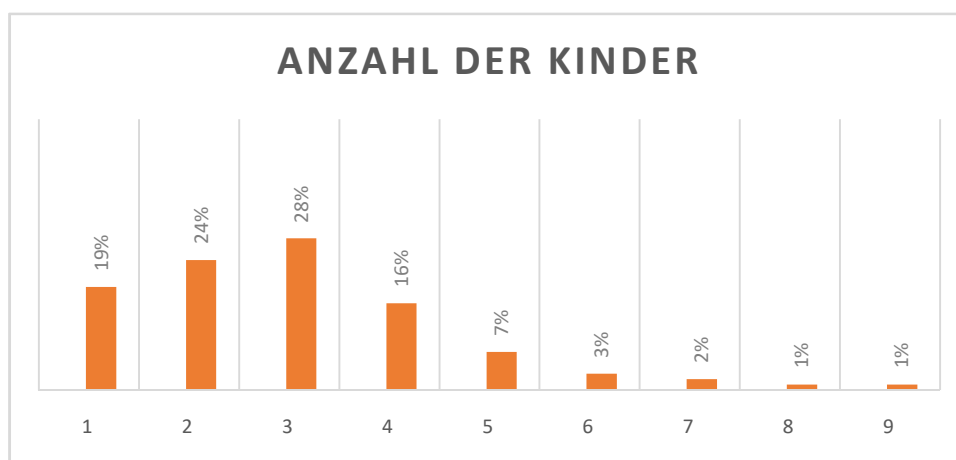


3.1.3 Familienstand

Der Familienstand der Frauen unterscheidet sich in Deutschland nur gering im Vergleich zum Herkunftsland. Die Zahl der ledigen Frauen hat leicht abgenommen (von 13 % auf 11 %), ebenso die der verheirateten und zusammenlebenden Frauen (74 % auf 70 %). Dies geht einher mit der Zunahme der verheirateten und getrenntlebenden (4 % auf 8 %).



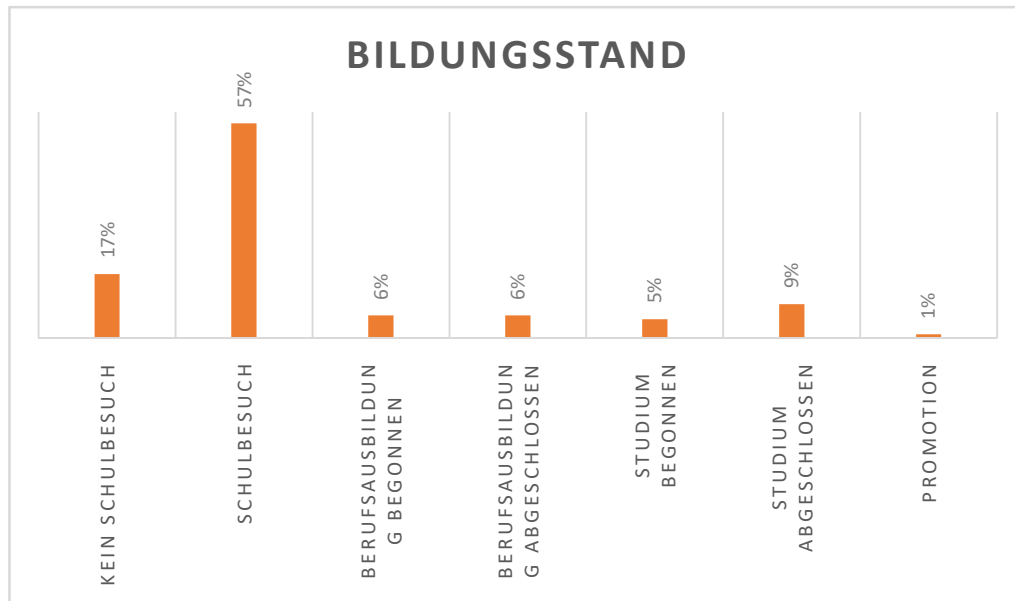
81 % der Frauen geben an Kinder zu haben. Frauen aus Somalia, Iran und Eritrea/Äthiopien berichten weniger häufig Kinder zu haben (31 %, 42 % und 40 %) als Frauen aus Afghanistan und Syrien (14 % und 16 %). Das Alter der Kinder variiert zwischen unter einem Jahr und dem Erwachsenenalter. Ebenfalls schwankt die Anzahl der Kinder zwischen einem und neun Kinder, am häufigsten sind zwei (24 %) oder drei (28 %).



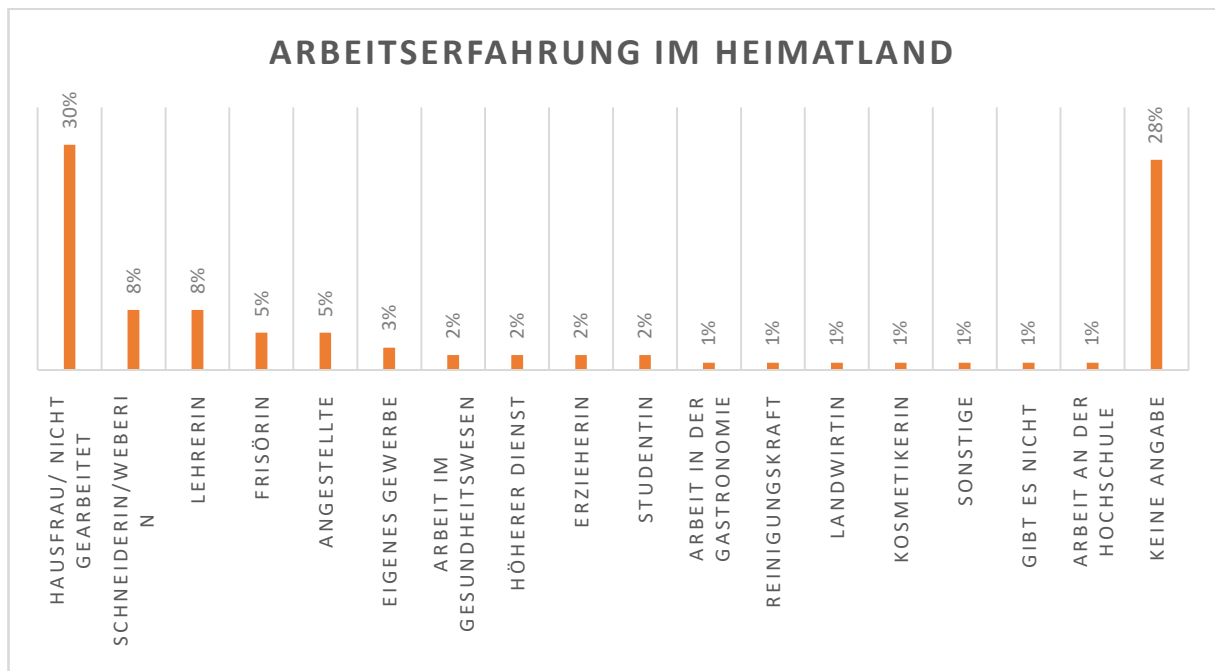
423 (66 %) Frauen berichten mit ihren Kindern in Deutschland zu leben. 40 Kinder wurden auf der Flucht geboren. Aufgrund der langen Fluchtzeiten haben diese zum Teil zum aktuellen Zeitpunkt bereits ein Alter von 2 bis 3 Jahren. Sechs Frauen berichteten, dass sie Kinder auf der Flucht verloren haben, in einem besonders tragischen Fall sind drei Kinder einer befragten Frau im Meer ertrunken. Zwei Frauen berichteten von vermissten Kindern auf der Flucht, von denen sie keine Nachrichten mehr erhalten haben.

3.1.4 Bildung und Arbeit

83 % der Frauen geben mindestens eine elementare Schulbildung an. 6 % haben eine Berufsausbildung begonnen, 6 % haben sie bereits abgeschlossen zum Zeitpunkt der Flucht. 5 % der Befragten sind Studentinnen, 9 % hatten ihre Hochschulausbildung bereits abgeschlossen. 4 (1 %) der befragten Frauen sind promoviert.

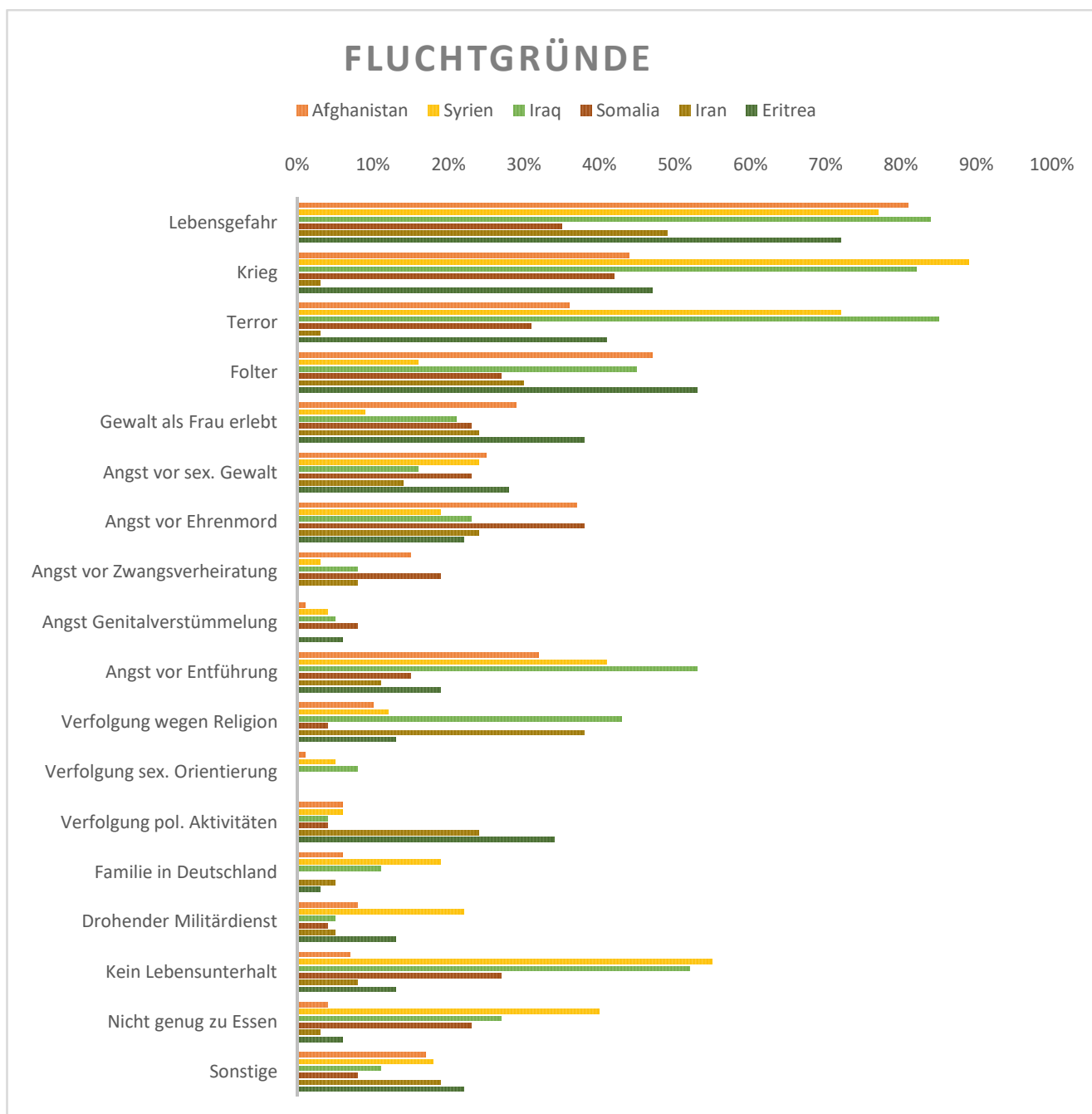


72 % der Frauen machten Angaben zu ihrer beruflichen Erfahrung im Heimatland oder auch auf der Flucht. 30 % gaben an, niemals gearbeitet zu haben bzw. als Hausfrau tätig gewesen zu sein. Die am häufigsten genannten Berufe waren die der Schneiderin, Weberin und der Lehrerin (jeweils 8 %) sowie der Friseurin und der Angestellten in einem Betrieb (jeweils 5 %). 2 % gaben Arbeiten im höheren Dienst an (Journalistin, Rechtsanwältin, Führungskraft in einer Firma usw.). 1 % der Frauen spezifizierten, dass es ihre berufliche Qualifikation im deutschen System nicht gäbe.



3.1.5 Fluchtgründe

Wir haben die Frauen aufgefordert alle zutreffenden Gründe zu nennen, die sie bewegt haben Zuflucht in Deutschland zu suchen. Hierbei waren Mehrfachnennungen möglich. Neben einer unterschiedlichen Häufigkeit der Nennung insgesamt sind auch Besonderheiten aufgrund der Herkunftsländer zu identifizieren.

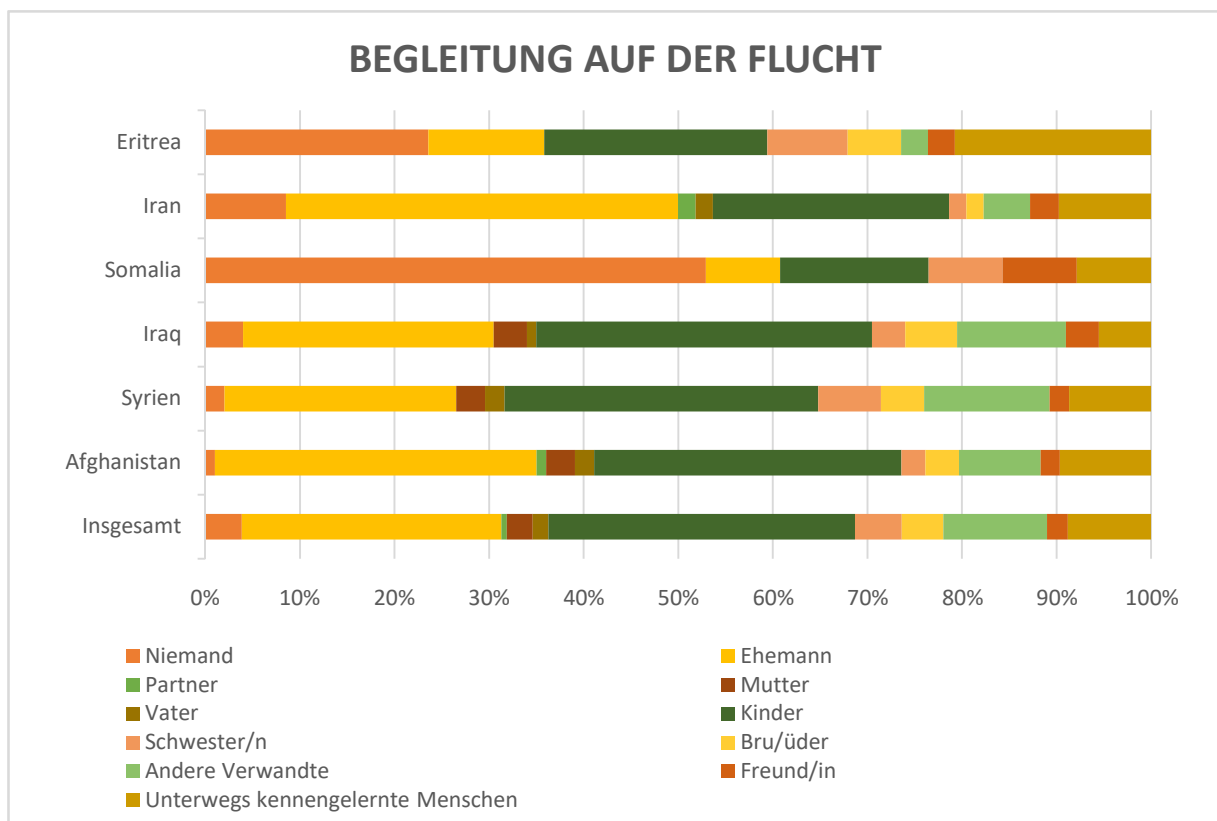


Lebensgefahr, Krieg und Terror werden insgesamt am häufigsten genannt. Besonders relevant sind diese Gründe für die Frauen aus Afghanistan (jeweils 81 %, 44 %, 36 %), Syrien (77 %, 89 % 72 %) und dem Irak (84 %, 82 %, 85 %), weniger zutreffend sind sie für Frauen aus dem Iran (49 %, 3 %, 3 %). Häufig wird auch Angst vor Entführung und Folter genannt, ebenso wie die Unfähigkeit, den Lebensunterhalt zu bestreiten, und Hunger.

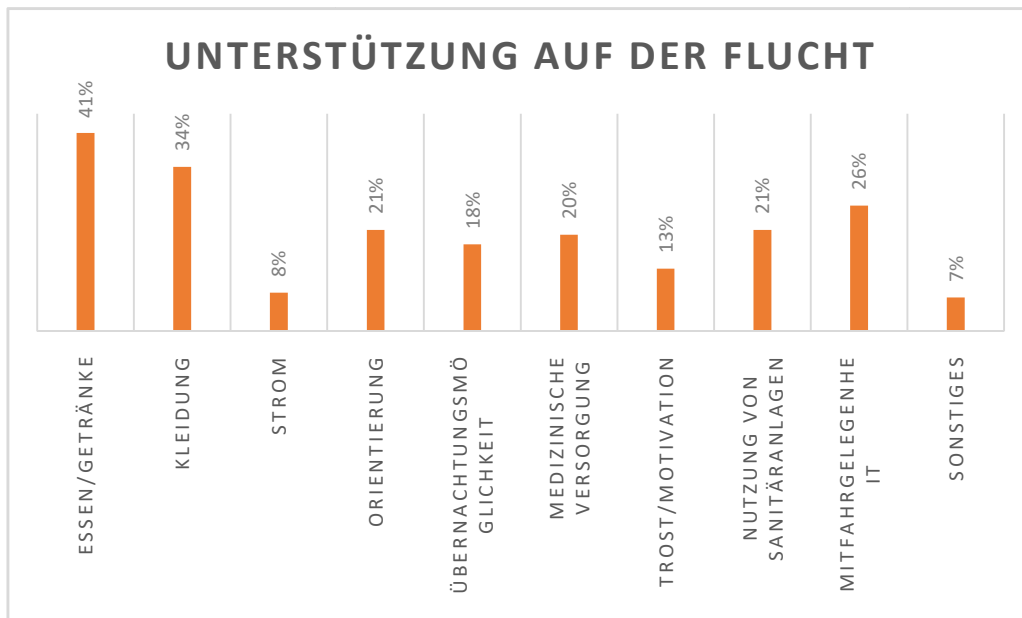
Neben den häufigsten Gründen zeichnen sich jedoch ebenfalls spezifische Gründe basierend auf den Herkunftsländern ab. Frauen aus Somalia gaben häufiger als andere den Grund Angst vor Ehrenmord an (38 %), während Frauen aus Eritrea/Äthiopien häufig Gründe wie Folter (53 %), erlebte Gewalt als Frau (38 %) und Verfolgung wegen politischer Aktivitäten (34 %) nannten. Frauen aus dem Irak erwähnten häufiger als andere die Angst vor Entführung (53 %) und Verfolgung aufgrund ihrer Religion (43 %).

3.1.6 Fluchtumstände

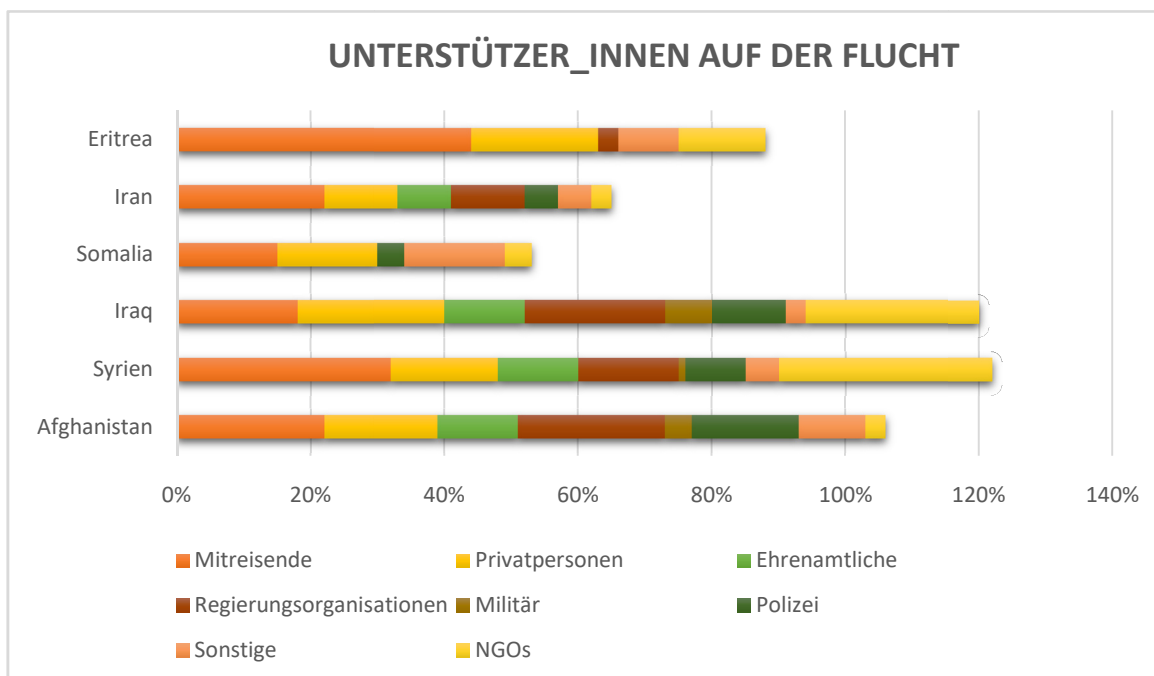
Bei der Befragung nach den Fluchtbedingungen wurden die Frauen nach den Begleitpersonen, der Unterstützung und den UnterstützerInnen gefragt. Bei den Begleitpersonen unterscheiden sich besonders die Frauen aus den afrikanischen Ländern von den Frauen aus dem Mittleren Osten, was womöglich auf die unterschiedlichen Fluchtumstände und Bedingungen in den Heimatländern zurückzuführen ist. Während Erstere signifikant häufiger alleine nach Deutschland gereist sind (Somalia – 27 %, Eritrea/Äthiopien – 25 %), ist dies bei Frauen aus Syrien und Afghanistan eher eine Ausnahme (jeweils 4 % bzw. 2 %). Während jedoch über 60 % der Syrerinnen und Afghaninnen auf der Flucht von ihren Kindern begleitet wurden, wurden nur 48 % der syrischen Frauen von ihrem Ehemann begleitet im Vergleich zu 67 % der afghanischen Frauen. Prinzipiell ist die Begleitung durch mehrere Verwandte am häufigsten bei Frauen aus Syrien, Afghanistan und dem Irak.



55 % der Frauen gaben an, Unterstützung auf der Flucht erlebt zu haben. Die Formen der Unterstützung gestalten sich unterschiedlich; am häufigsten wurden den flüchtenden Frauen Essen und Trinken zur Verfügung gestellt (41 %), sowie Kleidung (34 %) und Mitfahrgelegenheiten (26 %). Orientierungshilfe (21 %), medizinische Versorgung (20 %) und Zurverfügungstellung von Übernachtungsmöglichkeiten (18 %) wurden ebenfalls erwähnt.



Die geflüchteten Frauen haben Unterstützung von unterschiedlichen Quellen erfahren; Mitreisenden, Privatpersonen, staatlichen und nicht-staatlichen Organisationen. Die Frauen aus Syrien, dem Afghanistan und dem Irak berichten von der Begegnung mit den meisten UnterstützerInnen. Insbesondere werden hier auch alle Gruppen von potenziellen UnterstützerInnen erwähnt.



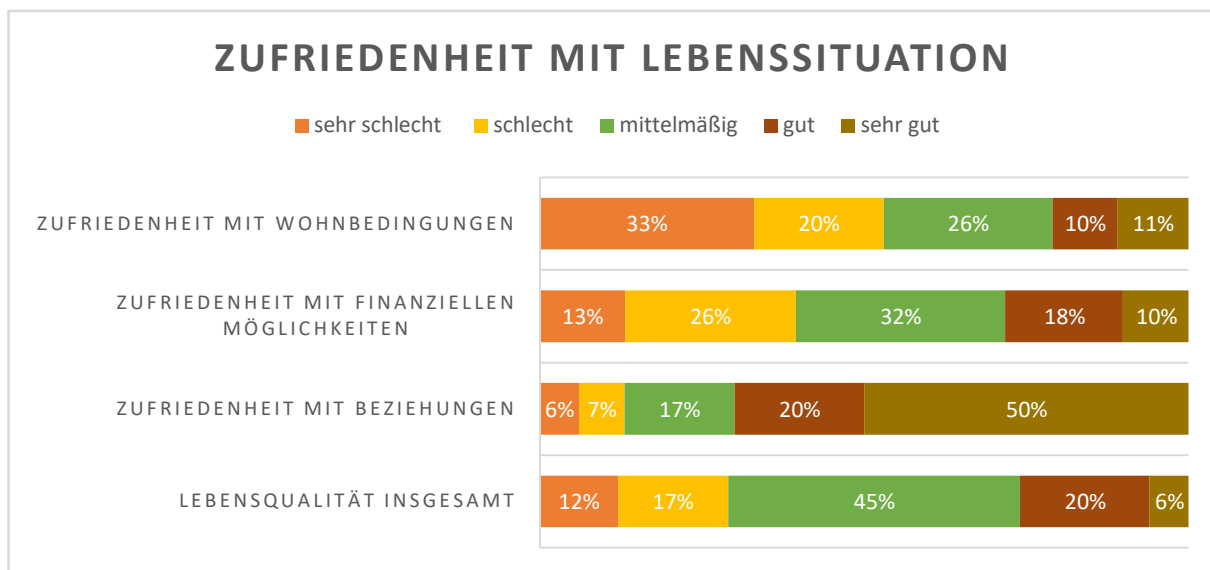
Im Unterschied dazu fällt auf, dass die Unterstützung durch Regierungsorganisationen und Militär bei Flucht aus Somalia und Eritrea/Äthiopien selten oder gar nicht genannt wird. Die Unterstützung durch Mitreisende ist jedoch besonders bei Frauen aus Eritrea/Äthiopien besonders relevant (44 %).

87 % der Frauen berichten für ihre Flucht Schlepperdienste genutzt zu haben. Die bezahlten Summen variieren in den Angaben sehr stark basierend auf Herkunftsland, Anzahl der Mitreisenden und Möglichkeiten und bewegen sich somit in einem Rahmen zwischen 250 und 10.000 US Dollar.

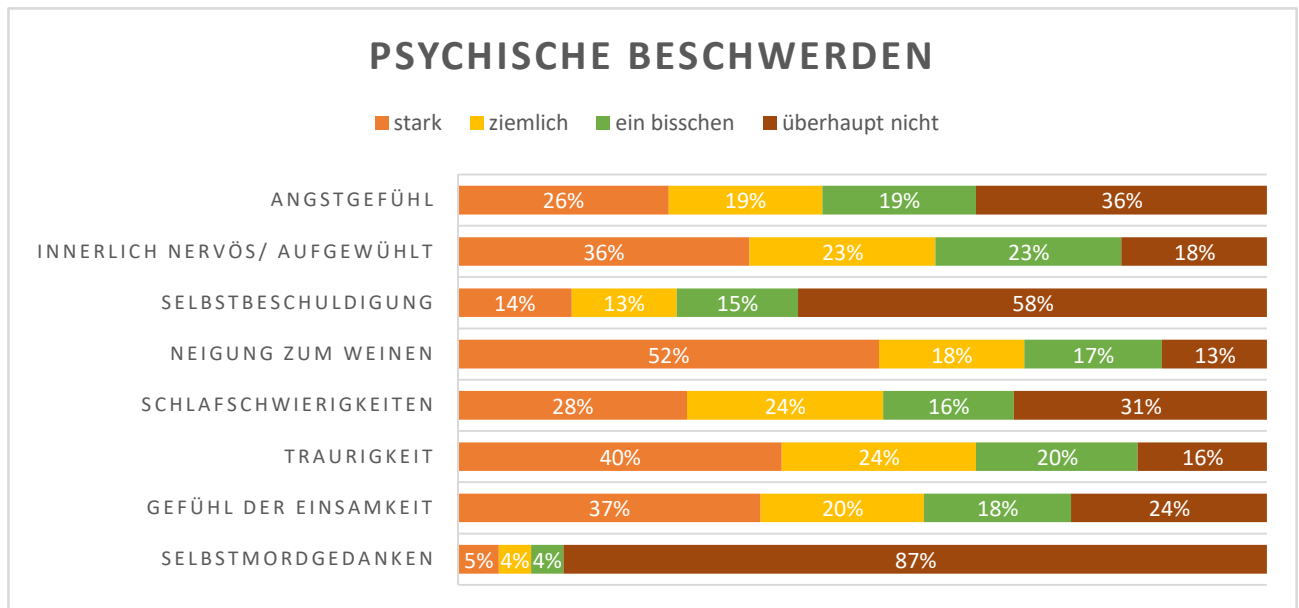
3.1.7 Körperliches und psychisches Wohlbefinden

Weiterhin wurden die Frauen nach ihrer allgemeinen Zufriedenheit mit ihrer Lebenssituation und besonderen Aspekten ihres Alltags gefragt. Generell schätzen die Frauen ihre aktuelle Lebensqualität als mittelmäßig ein (45 %). Die Einschätzung der eigenen Lebensqualität als eher gut oder eher schlecht hielt sich in der untersuchten Gruppe die Waage, 26% der Frauen sind eher zufrieden mit ihrer Lebensqualität, 29 % sind eher unzufrieden.

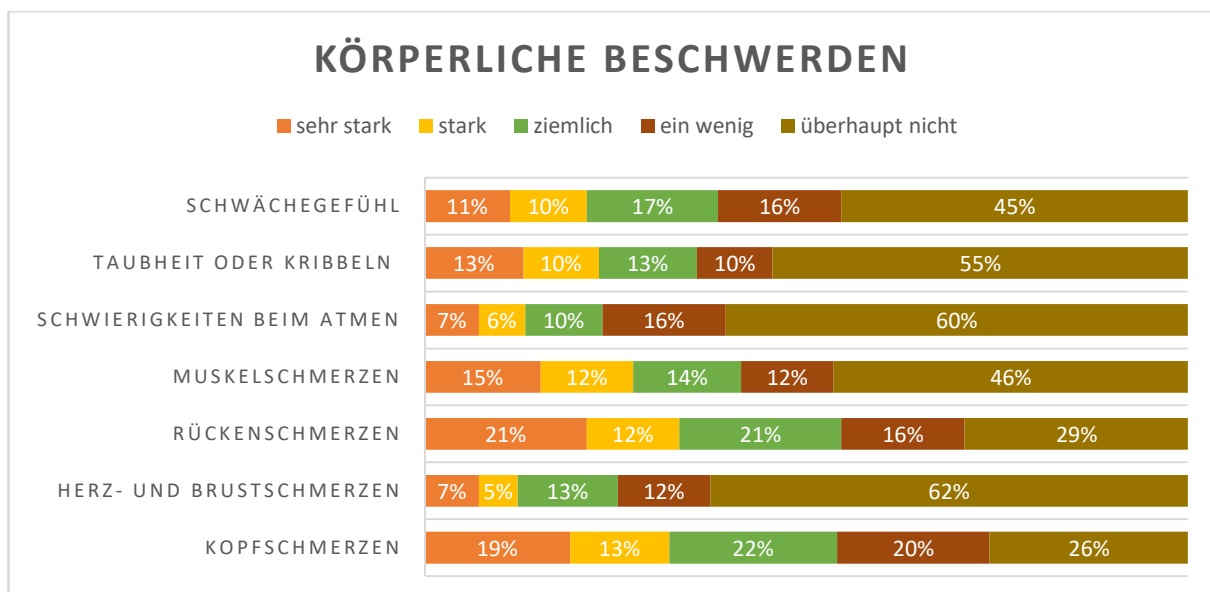
Wenn allerdings besondere Bereiche der Zufriedenheit abgefragt werden, so stellt sich heraus, dass 70 % der Frauen die Zufriedenheit mit ihrer Beziehungssituation als gut oder sehr gut einschätzen. 39 % der Frauen sind unzufrieden mit den allgemeinen finanziellen Bedingungen, unter denen sie aktuell leben, 28% sind jedoch zufrieden oder sehr zufrieden damit. Die größte Unzufriedenheit löst die Wohnsituation der Befragten aus, die über 50% als schlecht oder sehr schlecht bezeichnen. Nur 21 % sind zufrieden oder sehr zufrieden mit ihren aktuellen Wohnbedingungen.



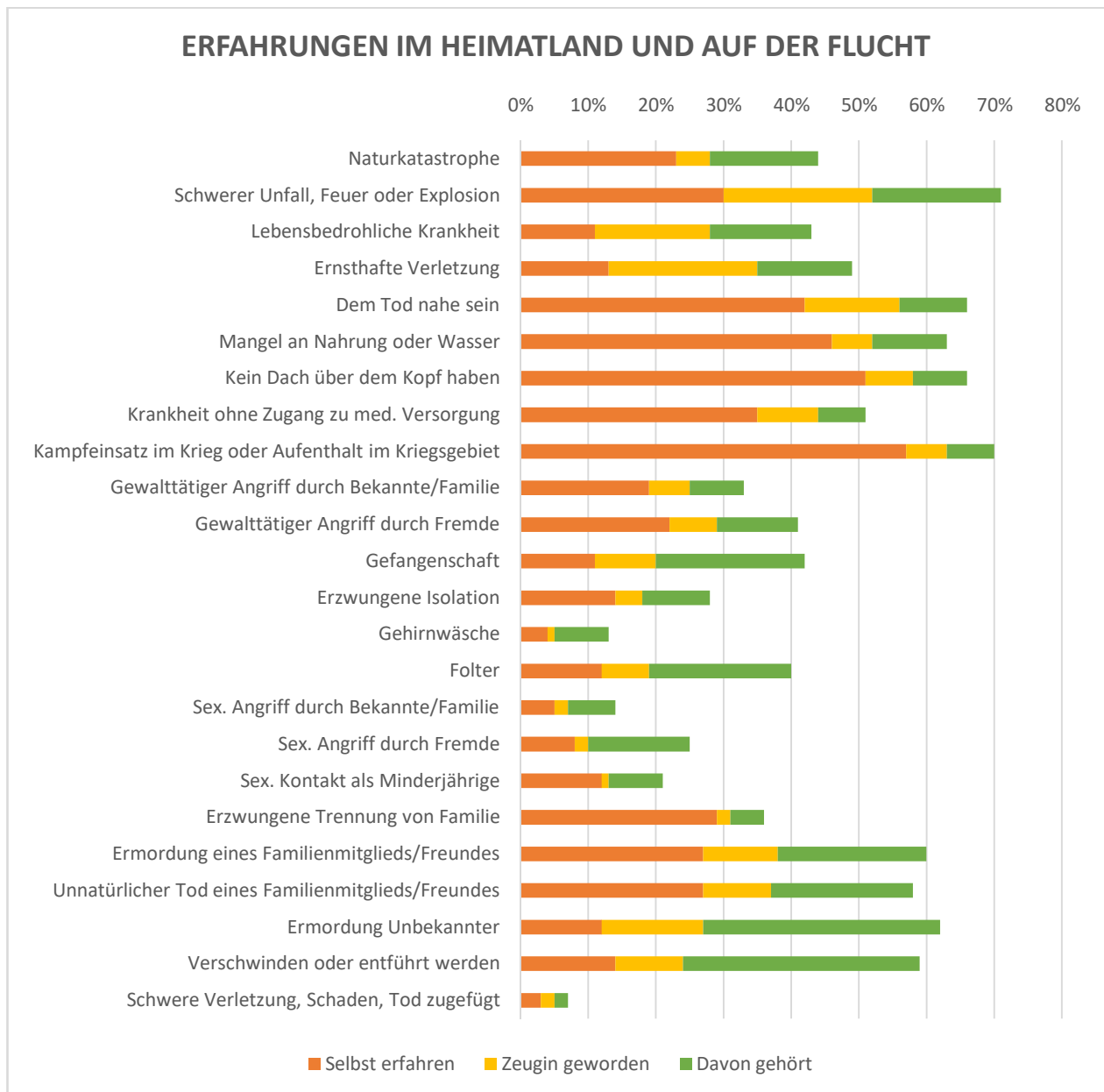
Weiterhin berichten die Frauen über eine große Breite von Symptomen sowohl körperlicher als auch psychischer Natur. Bei den psychischen Beschwerden überwog eine stark ausgeprägte Traurigkeit (40 %) und eine Neigung zum Weinen (52 %). Schlafschwierigkeiten wurden häufig berichtet, ebenso wie Nervosität und Angstgefühle. 5 % der Frauen berichteten über stark ausgeprägte Selbstmordgedanken, 8 % über seltenere Selbstmordüberlegungen.



Als Beschwerden körperlicher Natur wurden vor allem Rückenschmerzen (21 % sehr stark und 12 % stark) und Kopfschmerzen (19 % sehr stark und 13 % stark) beschrieben. Ebenfalls Muskelschmerzen, Taubheit und Schwächegefühle. Weniger häufig, aber trotzdem präsent waren Herz- und Brustschmerzen (7 bis 12 % je nach Ausprägung).

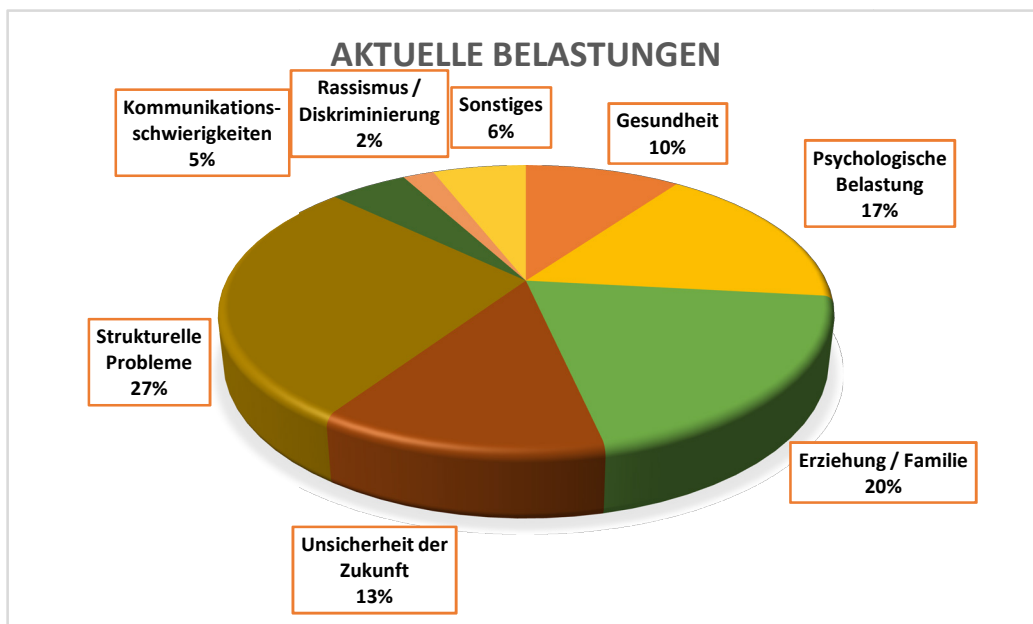


Die Frauen wurden nach traumatischen Erfahrungen in ihren Heimatländern oder nach Erfahrungen auf der Flucht befragt. Der Aufenthalt in Kriegsgebieten und der damit verbundene Mangel an Nahrung, Wasser und eines Daches über dem Kopf waren sehr häufig Thema. Ebenso Todesfälle von Familienmitgliedern, schwere Unfälle oder Explosionen. Weniger häufig, aber in signifikanter Ausprägung wurden schwere Traumata wie Gefangenschaft, Folter, Entführungen und sexualisierte Gewalt genannt.

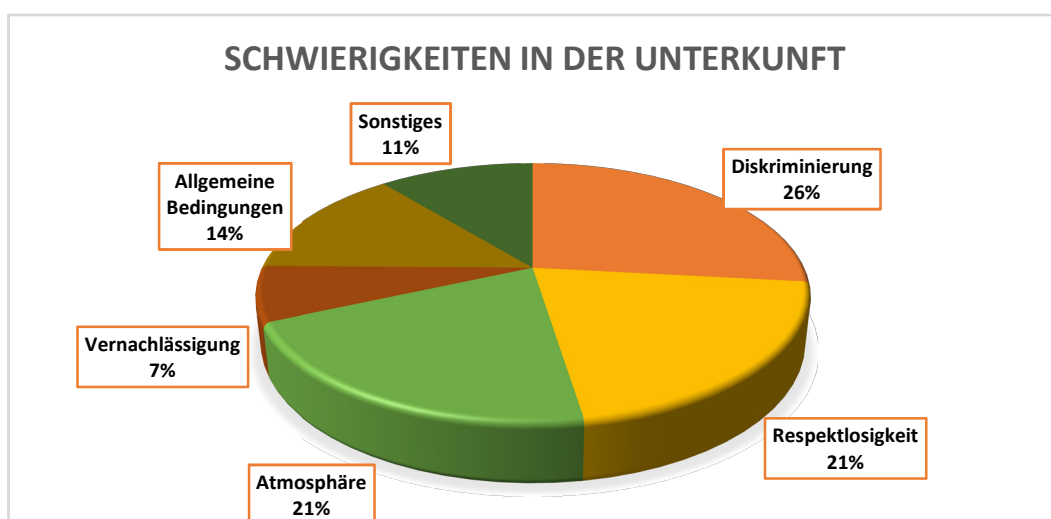


3.1.8 Lebensumstände in Deutschland

Die Frauen wurden ebenfalls zu den Belastungen, die sie aktuell in Deutschland erleben, befragt. Am häufigsten wurden hierbei strukturelle Probleme genannt, wie z. B. mangelnde finanzielle Mittel, mangelnde Privatsphäre, bürokratische Hürden und Schwierigkeiten bei der Wohnungssuche (27 %), gefolgt von Unsicherheiten in der Erziehung und Traurigkeit aufgrund von Trennung von Familienmitgliedern (20 %). Psychische (17 %) und gesundheitliche Belastungen (10 %) wurden ebenso genannt. Die Unsicherheit der Zukunft stellt ebenfalls eine signifikante Belastung dar (13 %). Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund von Sprachbarrieren wurden aufgeführt (5 %) wie Rassismus bzw. Diskriminierungserfahrungen (2 %).

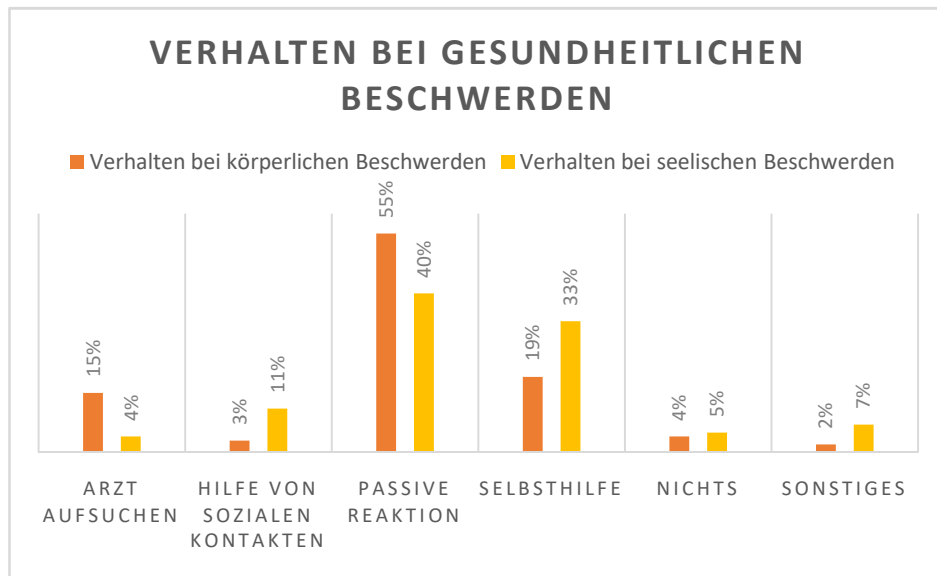


Von spezifischen Schwierigkeiten in der Unterkunft wurde von 19 % der Frauen berichtet. Am häufigsten wurden Diskriminierungen wegen Sprache, Äußerlichkeit, Religion u. Ä. (26 %) berichtet. Weiterhin wurde im Allgemeinen ein respektloses Klima häufig erwähnt (21 %).

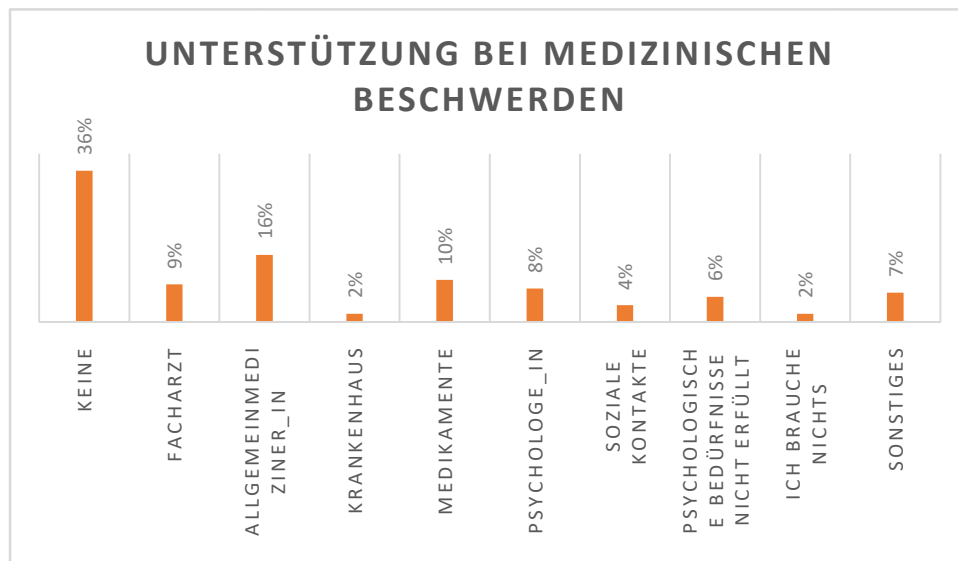


Insbesondere wurden weiterhin Probleme der Atmosphäre in der Unterkunft genannt (21 %). Dies beinhaltete sowohl Probleme wie Lärmbelastung als auch Gewalterfahrungen. Die strukturellen Bedingungen in der Unterkunft wurden ebenfalls teilweise bemängelt (14 %). Hierbei spielten mangelnde Privatsphäre, mangelnde Hygiene ebenso wie mangelndes Essen und mangelndes Vorhandensein von Dolmetschern eine relevante Rolle.

Wir haben die Frauen weiterhin zu ihren Möglichkeiten und ihrem Verhalten beim Auftreten von körperlichen oder seelischen Beschwerden befragt. Die häufigste Reaktion, die beschrieben wurde, war passiv, z. B. weinen, schlafen, Isolation usw. (55 % bei körperlichen und 40 % bei seelischen Beschwerden). Ebenfalls wurde Selbsthilfe im Sinne von Bewegung, Selbstmedikation, Entspannung besonders bei seelischen Problemen genannt (33 % und 19 % bei körperlichen Beschwerden). Die Unterstützung durch soziale Kontakte wurde vor allem bei seelischen Beschwerden erwähnt (11 %). Die Option einen Arzt oder eine Ärztin bei körperlichen Beschwerden aufzusuchen, wurde nur von 15% der Frauen erwähnt und nur von 4 % bei seelischen Beschwerden.

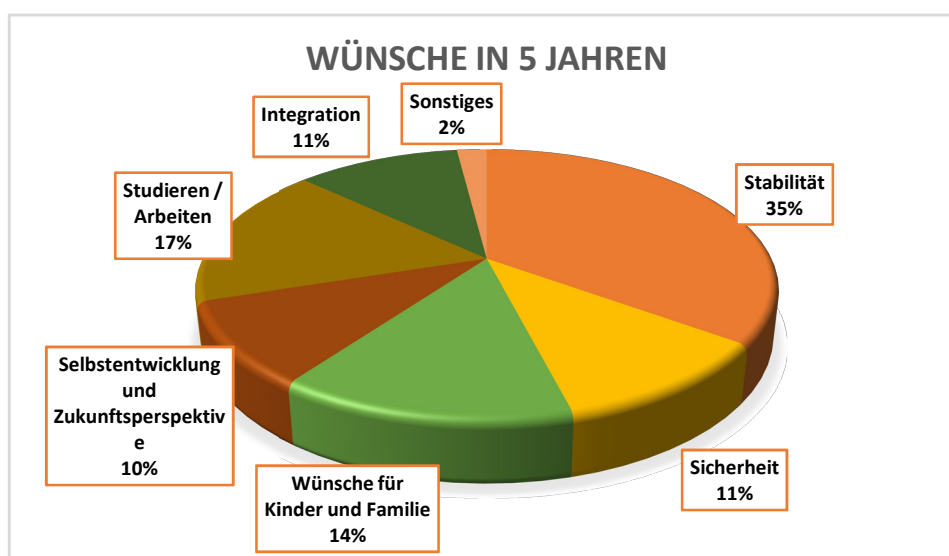


Die Frauen wurden ebenfalls gefragt, welche Unterstützung sie bei medizinischen Beschwerden zur Verfügung gestellt bekommen. 36 % der Frauen beschrieben den Mangel an jegliche professionelle Unterstützung. 16 % haben Zugang zu einer/m AllgemeinmedizinerIn, 10 % Zugriff auf Medikamente. Die Möglichkeit mit PsychologInnen zu kommunizieren, ist in 8 % der Fälle vorhanden. 6 % der Frauen beschreiben den subjektiven Bedarf einer psychologischen Unterstützung, dem aber formell nicht nachgekommen wird oder nicht nachgekommen werden kann.

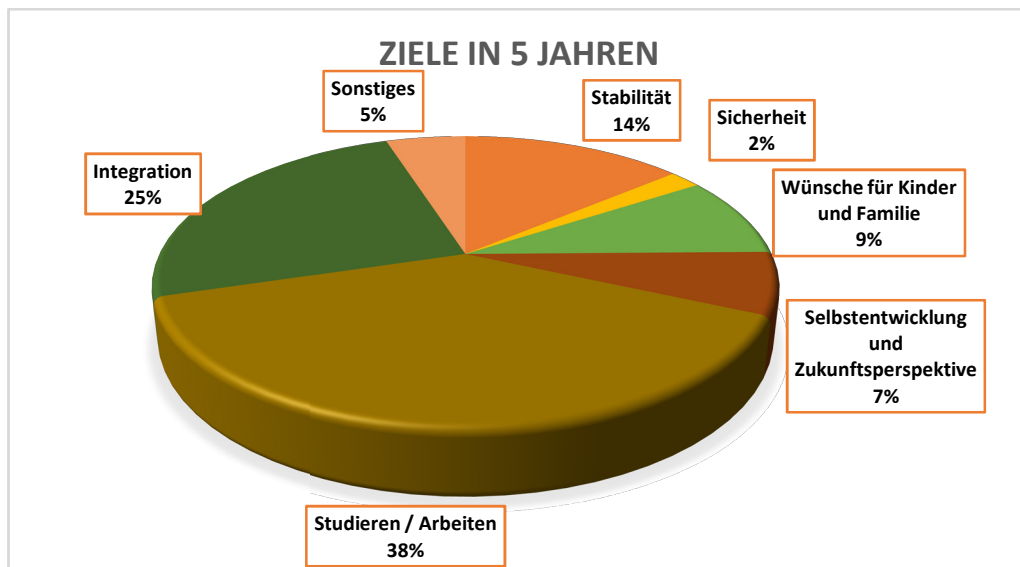


3.1.9 Zukunftsperspektiven

Abschließend haben wir die Frauen zu ihren Wünschen und Zielen in fünf Jahren befragt. Bei der Frage nach den Wünschen standen an erster Stelle die Stabilität im Leben (35 %), gefolgt von Optionen für Arbeit und Studium (17 %). Bei der Stabilität stellen ein bewilligter Asylantrag, das Vorhandensein einer Wohnung, finanzielle und seelische Stabilität die Hauptthemen dar. Wünsche für Kinder und Familie wurden ebenfalls häufig geäußert (14 %). Sicherheit (11 %), d. h. ein Ende des Konflikts im Heimatland und ein sicheres Leben in Deutschland, Integration (11 %) und allgemeine Aspekte der Selbstentwicklung (10 %) wurden ebenfalls häufig genannt.



Die Befragung nach den subjektiven Zielen in fünf Jahren fokussierte stärker auf Handlungsoptionen. Tatsächlich stellt hier das Studieren und Arbeiten (38 %) zusammen mit einer geglückten Integration (25 %) den Hauptwunsch dar und veranschaulicht somit auch das große Interesse der Frauen an einer aktiven Integration. Stabilität ist immer noch eine relevante Priorität (14 %), allerdings stellen nun Themen der Familienzusammenführung oder des Wiedersehens der Familie im Vordergrund. Wünsche für Familie und Kinder, vor allem in Deutschland und weniger im Heimatland, sind immer noch relevant (9 %). Das Thema der Sicherheit, welches von den Frauen nicht persönlich beeinflusst werden kann, stellt bei den Zielen nur noch einen geringen Aspekt dar (2 %).



3.2 Qualitative Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Fokusgruppen kurz dargestellt:

3.2.1 ROSTOCK: Fokusgruppe mit Frauen aus Syrien

Folgende Schwerpunkte bildeten die Inhalte der Fokusgruppendifkussion mit neun syrischen Frauen in Rostock: Die Mehrheit der Frauen brachte zum Ausdruck, dass die Unterbringung in einem Flüchtlingsheim als belastend empfunden wird. Zu den thematisierten Belastungen zählten folgende Benennungen: die fehlende Privatsphäre, Spannungen zwischen BewohnerInnen, häufige Umzüge zwischen den Unterkünften, die Beengtheit der Zimmer, Ungleichbehandlung der Bewohner durch SozialarbeiterInnen, das Angebot von Drogen sowie die belastende Situation vor allem für Kinder.

Als weiterer psychisch stark belastender Faktor wurde die Trennung von der Familie thematisiert. Hier sprachen die Frauen vor allem zwei konkrete Ursachen an: auf ein Jahr befristete Aufenthaltstitel verhindern einen zeitigen Familiennachzug und zusätzlich wird in einigen Fällen das Zusammenleben der Familie am gleichen Ort in Deutschland durch das neue Integrationsgesetz unterbunden.

Die Themen Diskriminierung und Benachteiligung bildeten einen weiteren Schwerpunkt der Diskussion. Die Frauen gaben an, dass sie sich in Deutschland nicht erwünscht fühlten. Sie

empfanden das schlechte Image des Islam/der Muslime sowie ihr äußeres Erscheinungsbild, insbesondere das Kopftuch, als ursächlich hierfür. Darüber hinaus äußerten einige Frauen, Angst um ihre **Sicherheit** und die der Kinder zu haben. So berichteten sie über gewalttätige **Übergriffe** in Rostock. Dies reiche von bösen Blicken auf der Straße, über Beschimpfungen und Drohungen bis hin zu tätlichen Angriffen, wie das Schubsen vor einen Bus. Die Frauen waren der Ansicht, dass ein Verzicht auf das Kopftuch vermutlich zu einer Verbesserung ihrer Situation führen könnte, aber trotz des Drucks wollten sie auf das Kopftuch nicht verzichten. Sie wünschten sich hingegen Religionsfreiheit und Akzeptanz durch die Aufnahmegesellschaft. Aus der Diskussion ging auch hervor, dass es der Mehrheit der teilnehmenden Frauen wichtig erscheint, sich in den **Arbeitsmarkt** in Deutschland zu integrieren. Einige von ihnen hätten bereits in Syrien gearbeitet und für sie stelle eine sinnvolle Beschäftigung ein zentrales Bedürfnis dar.

Bezüglich des **Spracherwerbs** bemängelten die Diskutantinnen, dass zum einen nicht genügend qualifiziertes Lehrpersonal vorhanden sei, und zum anderen veraltete Lehrmethoden angewandt würden.

Ein weiteres Thema war die **Gesundheitsversorgung** in Deutschland. Diese wird von den Frauen stark kritisiert. Besonders wird das lange Warten auf einen Termin bemängelt sowie die Behandlung durch den Arzt. Sie fühlten sich nicht richtig untersucht und behandelt. Einige Frauen vermuteten, dass beidseitige Verständnisprobleme die Behandlung erschwerten. Im Vergleich zu Syrien wird lediglich die bessere Technik in Deutschland gelobt.

Die Frauen äußerten **Bedenken bzw. Ängste hinsichtlich der Entwicklung des Familienzusammenhalts** durch die zunehmende Unabhängigkeit der Frauen in Deutschland. Sie merkten an, dass im Unterschied zu Syrien die Frau in Deutschland nicht vom Mann abhängig sei, und einige diese veränderte Situation nutzen würden, sich gegen ihren Mann aufzulehnen, was vereinzelt bis hin zu einer Scheidung reiche. Dies sei in Syrien undenkbar gewesen. Diese Entwicklung wird von einigen Frauen als kritisch beurteilt, da sie fürchten, dass die Institution der Familie an Bedeutung verliert.

Ein weiteres für die Frauen wichtiges Thema waren **Kinder**. Die Sicherheit und Zukunft ihrer Kinder sei das wesentliche Motiv für ihre Flucht nach Deutschland gewesen. In Bezug auf die Kindererziehung äußerten einige Frauen jedoch nun Ängste, dass ihnen die Kontrolle über die Erziehung der Kinder gemäß ihren Vorstellungen hier in Deutschland entgleite. Die Kinder seien in Kindergarten, Schule und im Heim einer anderen Erziehung ausgesetzt, die aus deutscher Sicht vielleicht eher weniger autoritär ist, als die der Eltern.

Grundsätzlich lässt sich erkennen, dass viele Frauen mit hohen Erwartungen nach Deutschland gekommen sind, die sich nach Ankunft jedoch nicht (sofort) erfüllen. Die Frauen stehen hier vor zahlreichen Problemen, die unter anderem Verständigungsprobleme, Fremdheit, Überforderung mit behördlichen Auflagen, **Angst vor Kulturverlust**, Diskriminierung und fehlende Akzeptanz in der Aufnahmegesellschaft. Hieraus entsteht ein Gefühl der Enttäuschung, Machtlosigkeit, des **Unterdrücktseins und Hoffnungslosigkeit**. Diese **Belastungen und Enttäuschungen** haben, laut der Frauen, schon einige Menschen dazu bewogen, trotz des Krieges, wieder in ihr Heimatland zurückzukehren.

3.2.2 FRANKFURT: Fokusgruppe mit Frauen aus Syrien

Die Akquirierung für die Fokusgruppe mit acht Frauen aus Syrien erfolgte in verschiedenen Unterkünften im Raum Frankfurt sowie über geflüchtete Frauen selbst. Drei der teilnehmenden Frauen standen in einem verwandtschaftlichen Verhältnis zueinander.

Es zeigte sich insgesamt, dass die Teilnehmerinnen eine Dankbarkeit Deutschland gegenüber verspürten. Inhaltlich äußerten die Frauen deutliche Ängste bezüglich des Verlustes ihrer

Kultur. So berichteten sie, dass ihre Kinder, die bereits in Deutschland zur Schule gehen, **Desinteresse an der Religion** und der Herkunftskultur zeigten. Eine Teilnehmerin berichtete beispielsweise davon, dass ihre 16 Jahre alte Tochter, die ein **Kopftuch** trägt, davon spreche, ohne Kopftuch in die Schule gehen zu wollen. Die Frauen schilderten damit einhergehend die Umgebung außerhalb der Unterkunft als sehr westlich und berichteten, ihre Kinder seien interessiert an diesem modernen Lebensstil, wobei dies vor allem bei den Jugendlichen auffällig sei.

Auf die Frage nach Unterschieden zwischen Männern und Frauen wurden verschiedene Bedenken geäußert. So gefiel den Teilnehmerinnen die **Gleichbehandlung von Frauen und Männern** zwar einerseits, andererseits merkten sie jedoch an, dass sie, seitdem sie in Deutschland seien, auch mehr Aufgaben haben als in ihrer Heimat. Sie schilderten, dass sich Frauen in ihrer Heimat zu Hause um die Kinder kümmern, das Haus sauber halten und für die Familie kochen, wobei sie sich häufig auch eine Putzfrau leisten können. Männer seien verantwortlich dafür, Geld zu verdienen, Lebensmittel zu kaufen, die Kinder zum Arzt zu bringen und weitere Dinge.

In Deutschland sei dies ganz anders. Hier würden Männer ihre Frauen einkaufen lassen, weil es normal sei, Frauen in Supermärkten zu sehen. Außerdem würden Frauen hier ihre Kinder zur Schule bringen, sie seien gefragt für Elterngespräche, falls es **Schwierigkeiten mit den Kindern** gäbe. Frauen in Deutschland würden auch ihre Kinder zum Arzt bringen. Insgesamt berichteten die Frauen, dass sich Männer in Deutschland viel mehr auf ihre Frauen verlassen würden. Dies führe dazu, dass Frauen überlastet seien. Dies beschrieben die Teilnehmerinnen so, dass in ihrem Erleben ihre Männer diese Gelegenheit ausnutzen würden.

Auf die Frage danach, in welchen Bereichen es eine Verbesserung in Deutschland geben könne, wurden verschiedene Aspekte genannt. Es kamen Themen wie das Finden von Wohnungen, dem **Abbau von Vorurteilen** gegenüber dem Islam sowie die **Integration zur Sprache**.

Viele Frauen berichteten davon, ein angenehmes Leben in ihrer Heimat gehabt zu haben. Sie schilderten zum Beispiel in großen Wohnungen oder Häusern gewohnt zu haben, ein oder zwei Haushaltsangestellte gehabt zu haben. Nun befinden sich alle zusammen in einer Unterkunft, was einem **Statusverlust** gleichkommt, der sehr schwierig zu bewältigen sei.

Zum Ende der Gruppe bedankten sich die Teilnehmerinnen für die Gelegenheit teilzunehmen. Sie berichteten, sich solche Treffen gewünscht zu haben mit der Möglichkeit aus dem Alltag herauszukommen.

3.2.3 BERLIN: Fokusgruppe mit Frauen aus Afghanistan

An der Fokusgruppe nahmen fünf Frauen aus Afghanistan teil, die somatische Beschwerden wie Nervosität, Zittern, Alpträume und Kopfschmerzen, aber auch psychische Beschwerden wie Gefühle der Hoffnungslosigkeit schilderten, die sie auch als Depression bezeichnen wie auch Angst. Weiterhin drängen sich Erinnerungen an die vergangenen Ereignisse im Krieg auf, ebenso wie an die Flucht und die Überfahrt auf dem Meer. Als größtes Problem erscheint für die Frauen aus Afghanistan die Angst vor Abschiebung. Für alle erscheint es ungerecht und intransparent, dass Menschen aus Syrien in Deutschland bleiben dürfen und Afghanistan als sicheres Herkunftsland angesehen wird. In Syrien gäbe es seit ein paar Monaten Krieg, in **Afghanistan sei immer Krieg**. Diese Normalisierung des Krieges in Afghanistan erscheint ihnen als sehr ungerecht. Dementsprechend wünschen sich die Frauen Sicherheit, Ruhe, Freiheit und Entspannung sowie keine Zukunftssorgen mehr haben zu müssen. Alle Frauen haben traumatische Erlebnisse wie Vergewaltigung, Verbrechen oder

Zerstörung gesehen oder selbst seit frühestem Kindesalter erlebt. Auf der Flucht kamen weitere traumatische Erlebnisse wie die Angst vor dem Ertrinken hinzu.

Neben den Wünschen nach Sicherheit in Deutschland werden vor allem **Wünsche für die Zukunft der eigenen Kinder** genannt. Entscheidend erscheint ihnen hier, dass die eigenen Kinder lernen dürfen und studieren und sich ihnen so Chancen für ein besseres Leben bieten. Eine Frau äußert die Sorge, dass der Sohn nicht richtig diagnostiziert wurde und die Krankenversorgung nicht ausreicht. Die Frauen wünschen sich vor allem, dass die Kinder Bildung erhalten, einen Kitaplatz bekommen, studieren können und einen guten Beruf wie z. B. Ärztin erlernen können. Die Kinder können hilfreich für beide Länder sein, wenn sie hier die Möglichkeiten bekommen zu lernen, könnten sie Ärzte oder Ingenieure werden. Werden sie abgeschoben, besteht das Risiko, dass sie Krieger in Afghanistan werden.

Eine Frau berichtet, dass es für alleinlebende Frauen schwerer ist als für Frauen, die einen Mann haben. Die Wünsche für sich selbst beziehen sich ebenfalls auf das Erlernen der deutschen Sprache, die Möglichkeit zu studieren und eine Arbeit zu finden. In diesem Zusammenhang wird ein **starker Wunsch nach Unabhängigkeit** formuliert, Deutsch zu sprechen und eine **eigene Arbeit** zu haben, würde die Frauen unabhängig machen, auch von den Ehemännern. Die Frauen möchten auf eigenen Beinen stehen. Auch in einer Wohnung zu leben und nicht auf so beengtem Raum sind weitere Bedürfnisse der Frauen. Außerdem gibt es den Wunsch, die Familie wiederzusehen, die man auf der Flucht zurücklassen musste.

Ein großer Wunsch zur Unterstützung in Deutschland ist, die **Gesundheit der Seele** in den Mittelpunkt zu stellen. Als positiv wird bewertet, dass psychische Erkrankungen in Deutschland ernst genommen werden und es möglich ist, sie zu behandeln. In Afghanistan würde eine Frau, die seelisch krank ist, als verrückt abgetan. Hier wünschen sich die Frauen für ihr seelisches Leiden Unterstützung, genannt werden hier Depressionen. **Depressionen bringen die Frauen mit der Angst vor Abschiebung in Zusammenhang** oder mit den Gefühlen, die eine Ablehnung des Asylantrags auslösen. Sie wünschen sich auch, dass die Depressionen der Kinder behandelt werden. Erneut erscheint es den Frauen als nicht verständlich, warum Afghanistan als sicheres Herkunftsland eingestuft wird. Eine Frau traut sich nicht, ihrer 8-jährigen Tochter zu sagen, dass ihr Asylantrag abgelehnt wurde, denn sie weiß nicht, wie sie ihr erklären soll, dass sie bald nicht mehr in die Schule gehen kann.

3.2.4 BERLIN: Fokusgruppe mit Frauen aus Somalia

An der Fokusgruppe nahmen fünf Frauen teil. Als wichtigstes Thema in der Fokusgruppe erscheint die Sprachbarriere, konkret der Umstand, dass **DolmetscherInnen fehlen**. Ohne professionelle Sprachmittlung fühlen sich die Frauen orientierungslos, können sich nicht in der Stadt orientieren, können keine medizinischen Angebote wahrnehmen und Arztkontakte werden verhindert. Es wird von zum Teil **lebensgefährlichen Fehldiagnosen deutscher Ärzte** berichtet, die aus der Sprachbarriere entstanden seien. Auch besteht Scham gegenüber männlichen Übersetzern. **Laien-DolmetscherInnen wird nicht vertraut** und sie werden als unprofessionell wahrgenommen, die falsch übersetzen und unzuverlässig sind. Oft helfen Somalis aus, die selbst nur wenige Jahre länger als sie selbst in Deutschland sind und die nicht korrekt übersetzen können. Teilweise verlangen sie Geld dafür, dass die Frauen nicht aufbringen können.

Alle Frauen berichten über **Rassismus**. Eine Frau erwähnt in diesem Zusammenhang das Kopftuch. Und dass sie rassistischen Anfeindungen wegen der Sprachbarriere nichts entgegensetzen können. Die meisten Frauen berichten wiederholt, dass sie Deutsch lernen wollen und sich dies oft schwer realisieren lässt. Der **Spracherwerb** ist ihnen wichtig, um

möglichst bald arbeiten zu können. Das hier übergeordnete Ziel scheint die **Unabhängigkeit** zu sein. Auch für ihre Kinder wünschen die Frauen sich, dass diese möglichst schnell lernen können, um ein besseres Leben zu haben als sie selbst.

Einige Frauen berichten von deutschen ÄrztInnen, die sich weigern Geflüchtete zu behandeln. Auch im Rahmen des Asylverfahrens fühlen sich die Frauen aufgrund der Sprachbarriere nahezu orientierungslos, sie **verstehen nicht, was von ihnen auf den Ämtern erwartet wird**, zum Teil sind die Frauen auch **Analphabetinnen**, was die Kommunikation weiter erschwert.

Die Wohnbedingungen schildern die Frauen als zu eng. Mit bis hin zu sechs Personen auf einem Zimmer lasse sich kein Familienleben herstellen. Eine Frau berichtet, dass sie bereits **seit dreijahren in einem Wohnheim** lebt. Die hygienischen Verhältnisse in den Unterkünften werden auch als sehr schlecht bewertet. Frauen und Männer wohnen in der **Unterkunft nicht getrennt**, zum Teil sind nicht einmal die sanitären Anlagen geschlechterspezifisch getrennt. Hier werden Sorgen der Gefährdung in Bezug auf die Töchter geäußert. Es besteht deshalb ein großer Wunsch nach einer eigenen Wohnung oder einer getrennten Unterbringung.

Viele Frauen fühlen sich einsam, was zu einer **starken psychischen Belastung** führt, weil ihre Familien entweder tot sind oder noch in Somalia, die Kinder beispielsweise dort zurückgelassen wurden. Aus diesem Grund gibt es einen **großen Wunsch nach Familiennachzug**. Viele Frauen wollen auch deswegen möglichst bald arbeiten, um ihren Familien Geld schicken zu können, die alles in Somalia verkauft haben, um den Frauen die Flucht zu ermöglichen.

Es wird wiederholt thematisiert, dass eine Aufenthaltsgenehmigung für ein Jahr es verhindert irgendeine Perspektive für sich und die eigenen Kinder in Deutschland zu entwickeln. Es wird als **ungerecht empfunden, dass andere Geflüchtete einen längeren Aufenthaltstitel bekommen**. Hier wird gesagt, dass die Not Somalia schon viel länger ereilt habe. Eine Frau berichtet, dass ihr Kind in Deutschland geboren und als deutsch bezeichnet wird, aber keinen deutschen Pass erhalte. Eine Frau wünscht sich den deutschen Pass für ihre Tochter, damit diese nicht in Somalia die Erfahrung machen muss, als Frau weniger wert zu sein und festgehalten oder beschnitten zu werden.

Für die Flucht durchquerten die Frauen die Sahara und kamen durch Länder wie Äthiopien, Sudan, Libyen und Malta. Viele der teilnehmenden Frauen berichten von **zum Teil schweren Traumatisierungen vor und auf der Flucht** wie Beschuss, Verletzungen, Vergewaltigungen, Fehlgeburten etc. Sie wurden Zeuginnen von der Ermordung der Familie und des eigenen Ehemanns, etc. Einige Frauen berichten vor Al Shabaab Milizen geflohen zu sein.

Alle Frauen berichten sehr stark unter den Folgen **genitaler Beschneidung** zu leiden. Es handelt sich in diesem Zusammenhang unter anderem um sehr **starke Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Schmerzen bei der Menstruation und Komplikationen bei der Geburt**. Hierfür wird dringend gynäkologische Hilfe benötigt, die allerdings für die Frauen wegen der Sprachbarriere fast unmöglich zu bekommen ist. Auch muss für sie die gynäkologische Behandlung durch eine Frau erfolgen, weil es sonst zu schwer ist, über dieses sehr schambesetzte Thema zu sprechen. Medikamente zur Behandlung der Schmerzen im Zusammenhang mit den Folgen genitaler Beschneidung sind für die Frauen zu teuer. Eine Frau berichtet, dass sie sich die Pille nicht leisten kann, sie aber verhüten möchte. Auch die sozialen Folgen der Beschneidung belasten einige der Frauen. Eine Frau berichtet, dass ihr Mann sich eine unbeschnittene Frau suchen möchte, da sie den Sex nicht genießen könne.

Die Frauen zeigen eine **starke Orientierung an freiheitlichen Werten wie Toleranz** auch anderen Lebensentwürfen gegenüber, auch wenn dies zum Teil nicht mit ihrer Religion vereinbar ist. Im Kontext der Flucht werden insbesondere die **Zustände in Italien als negativ** hervorgehoben. **Dort herrsche für Geflüchtete stärkerer Hunger als in Somalia**.

3.2.5 BERLIN: Fokusgruppe mit Frauen aus Eritrea

An der Fokusgruppe mit eritreischen Frauen nahmen zehn Betroffene teil. Insgesamt lässt sich bei der Kodierung des Textes der Tigrinya-Fokusgruppe festhalten, dass sich bei den befragten Frauen aus Eritrea vor allem die **Sprachproblematik** als zentralstes Problem darstellt. Durch fehlende DolmetscherInnen und SprachmittlerInnen für Tigrinya bekommen die Frauen zu wenig bis gar **keine Informationen über Sprachkurse, Veranstaltungen, Angebote** (medizinische, psychosoziale etc.) und können sich daher sehr schlecht in Deutschland zurechtfinden. Die Sprachproblematik findet sich wiederholt verknüpft mit dem „Bedürfnis zu lernen“ und auch der „Vision“ „Unabhängigkeit“. Das Bedürfnis zu lernen (Deutsch, Integrationskurse, etc.) entsteht, um sich in Deutschland besser zurechtzufinden und perspektivisch auf eigenen Beinen stehen zu können und wird von verschiedenen Frauen wiederholt genannt. Zum Teil ist dies verknüpft mit der Hoffnung, dann die Schulden, die durch die eigene Flucht bei der Familie im Herkunftsland entstanden sind, bezahlen zu können. Viele Frauen nehmen es so wahr, dass sie daran gehindert werden zu lernen. Die zum Teil **traumatischen Erlebnisse auf der Flucht**, ebenso wie der Fakt, dass sich die **Kinder oft noch im Herkunftsland befinden**, sind oft mit einer **starken psychischen Belastung** verknüpft, die von den Betroffenen zum Teil als Depression bezeichnet werden. Hilfe hierfür scheint für die Frauen schwer zu organisieren, weil die Sprachproblematik sich als starke Barriere erweist. Die Frauen nehmen dabei eine **Diskriminierung durch muslimische Geflüchtete innerhalb der Unterkünfte** wahr. Sie berichten von **Beschimpfungen, weil sie ChristInnen** sind. Aufgrund der relativ häufigen arabischen SprachmittlerInnen fühlen die Frauen aus Eritrea sich **stark vernachlässigt**. Die Frauen berichten, aus Eritrea zu stammen und schildern, dass die dortige Erziehung dazu geführt habe, viel **Scham und wenig Selbstbewusstsein** zu haben. Es fällt ihnen daher sowieso schon schwer, ihre Bedürfnisse zu artikulieren, wenn dann auch noch die DolmetscherInnen fehlen, wird es unmöglich. Wie alle anderen Nationalitäten wünschen sich die Frauen **sehr dringend auch eine eigene Wohnung**, um Privatsphäre herstellen und selber kochen zu können. Die Äußerungen decken sich mit den Erfahrungen der StudienmitarbeiterInnen im Kontakt mit Frauen aus Eritrea und Somalia. Aufgrund ihrer relativ kleinen Größe ist die Gruppe dieser Frauen schwer zu erreichen, was vor allem an der Sprachbarriere liegt und dem Fakt, dass es so wenig SprachmittlerInnen in diesen Sprachen gibt.

Im Anschluss an die Fokusgruppe half die Moderatorin zwei Frauen, sich in die Psychiatrische Institutsambulanz der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus zu begeben, und begleitete eine Frau in die Notaufnahme der Charité Campus Mitte zu begeben.

3.2.6 MAINZ: Fokusgruppe mit Frauen aus Eritrea

An der Fokusgruppendifkussion nahmen vier Frauen teil. Während des Gesprächs herrschte eine freundliche und verständnisvolle Atmosphäre. Da die Frauen einige, sie sehr belastende Themen besprochen haben, wurde auch immer wieder geweint und Pausen gemacht. Dennoch waren die Frauen mit dem Gespräch sehr zufrieden und baten darum, solche muttersprachlich moderierten Austauschrunden für eritreische Frauen wiederholen zu können.

Das dominierende Thema der Fokusgruppendifkussion waren **Versorgungsprobleme und Rassismuserfahrungen** in der Erstaufnahmeeinrichtung, die für die Frauen schwer zu ertragen waren. Dabei kamen die Frauen überein, dass Deutschland prinzipiell alles zur Verfügung

stelle, jedoch die zumeist arabisch stämmigen MitarbeiterInnen Dinge und Aufmerksamkeit ungerecht verteilen.

Als sehr problematisch erleben die Frauen, dass sie **kaum genügend Geld** hätten, um die durch diese Benachteiligung nicht verfügbaren Gegenstände zu kaufen. Hier werden am häufigsten Binden genannt, aber auch Kleider, Handtücher, Seife und Fahrkarten. Diese Situation ist für die Teilnehmerinnen sehr frustrierend. Sie möchten nicht streiten und haben das Gefühl, sich nicht wehren zu können.

Unabhängig von den beschriebenen **diskriminierenden Erlebnissen** berichten zwei Frauen, dass sie bei ihrer Ankunft im Herbst in unzureichend ausgestatteten, kalten und nassen Zelten untergebracht waren. Eine davon litt zu dieser Zeit unter einem Infekt, der erst einer ärztlichen Behandlung zugeführt wurde, nachdem sie bereits mehrere Tage nicht mehr essen konnte. Dennoch finden drei der vier Frauen, dass Deutschland im Vergleich zu dem, was sie unterwegs und **in Italien erlebt** hätten, ein sehr gutes Land sei – hier **in Deutschland sei es „wie im Himmel“**.

Viel Raum nahmen auch Berichte über die Fluchterfahrungen, die die Frauen selbst oder EritreerInnen im Allgemeinen machten, ein und mit denen die Frauen ihre Situation und ihr Verhalten bei der Ankunft in Deutschland erklären. Hierbei berichteten die beiden Frauen, die von ihrer eigenen Flucht erzählten, über potenziell **traumatisierende Erlebnisse**, wie Gefangennahme, Erpressung, Hunger und Durst sowie den vielen Flüchtenden, die es nicht schaffen. Eine Frau berichtet, wie sie in Libyen nur sehr knapp einer Enthauptung entging.

Drei Frauen benennen im Verlauf des Gesprächs auch **Symptome, die sich einer PTBS** zuordnen lassen würden, wie Angst, Schreckhaftigkeit, Albträume, sich aufdrängende Erinnerungen, Schweißausbrüche, Rückzug und Vermeidung von Situationen, die die Erinnerung hochbringen könnten.

Als weitere große Belastung wird das **Zurücklassen der eigenen Kinder und anderer Familienmitglieder in Eritrea** benannt. Dieses Thema haben die Frauen von **sich aus gar nicht angesprochen**, erst auf die Frage nach den Wünschen für sich und ihre Familien, berichteten die Frauen weinend von ihren Kindern, Geschwistern oder Eltern.

In dieser Situation der Trennung und Angst um ihre Angehörigen suchen die Frauen **Halt bei Gott**, auf den drei der Frauen immer wieder verweisen.

Aus dem Gespräch ergeben sich verschiedene Wünsche und Bedürfnisse für das Leben in Deutschland. Am häufigsten wird dabei über die besondere **Hilfe, die die Frauen direkt bei der Ankunft benötigen**, gesprochen. Zwei Frauen finden es am Wichtigsten, dass direkt nach der Ankunft eine **ausführliche medizinische Untersuchung**, insbesondere für Frauen durchgeführt wird. Dabei wird von beiden explizit auf die Notwendigkeit hingewiesen, auch auf „**die Seele**“ zu achten. Gerade in der Erstaufnahme brauche man besonderen Schutz. Dazu kommen praktische Anforderungen, wie die **Versorgung mit Alltagsgegenständen**, aber auch eine **angemessene Schlafstätte**, die die Gesundheit nicht weiter gefährdet (z. B. kaltes Zelt). Hier berichten zwei Frauen von Stürzen aus dem (Hoch-)Bett aufgrund des Hochschreckens aus nächtlichen Albträumen. **ÜbersetzerInnen, die vor allem auf dem Land** fehlen sowie **Bildung und Sprachkurse** finden die Frauen ebenfalls wichtig. Sprachkenntnisse ermöglichen es eine Arbeit zu finden und damit die **Unabhängigkeit von staatlichen Hilfen und Männern**. In diesem Zusammenhang wird auch benannt, dass **Rücksicht auf den psychischen Zustand** genommen werden muss, der das Lernen erschwert, aber auch das Darlegen der Fluchtgründe bei der Anhörung für das Asylverfahren. Alle Frauen wünschen sich und den anderen Geflüchteten ein Angebot von **Gesprächsrunden oder Psychotherapie**. Sie empfinden schon die Fokusgruppendifkussion als Hilfe und Erleichterung. Erst als auf das vermiedene Thema der Familie angesprochen wird, berichten die vier Frauen über ihre Wünsche nach dem

Wiedersehen der Kinder, die hierhergeholt werden sollen, der Eltern und der Geschwister, die zumindest Hilfe und Sicherheit irgendwo erhalten sollen. Hier wird auch von einer Frau die Bitte formuliert, das Asylverfahren zu beschleunigen, damit die Kinder schnell geholt werden können.

3.2.7 NÜRNBERG: Fokusgruppe mit Frauen

Von den acht Teilnehmerinnen kamen vier aus dem Irak, zwei aus Syrien sowie jeweils eine aus dem Iran und eine kurdischstämmige Frau. Die Frauen berichteten, sich gefreut zu haben, sich gegenseitig kennenzulernen, da sie aus unterschiedlichen Unterkünften zu uns kamen. Die Vorstellungsrunde dauerte länger als geplant, da die Frauen großen Redebedarf über das im Heimatland Erlebte zeigten. Bereits hier zeigten sich alle Frauen als sehr belastet von dem, was sie in ihrer Heimat erleben mussten. Unter anderem wurden Gefangenschaft und Folter, selbst oder von Verwandten erlebt, beschrieben.

Es wurde viel **Dankbarkeit** für die Anwesenheit in Deutschland geäußert. Die Frauen seien froh darüber, dass ihre Kinder eine bessere Zukunft haben werden. Auf die Frage, wie sie ihre Rolle als Frauen in Deutschland wahrnehmen würden, antworteten die Teilnehmerinnen, sie fühlten sich **befreit von der „unterwürfigen“ Rolle**, die sie in ihrer Heimat innehatten. Eine Frau berichtete etwa, sie habe einen gewalttätigen Ehemann, der sich am Anfang ihres Aufenthaltes in Deutschland ähnlich wie in ihrer Heimat verhalten habe. Seit einem Eingriff durch die Polizei habe der Ehemann sich nun besser unter Kontrolle. Von den Frauen geäußerte Wünsche bezogen sich vor allem auf mehr **Information seitens der Behörden**. Hier bezogen sich Fragen zu einem großen Teil auf die **Suche nach Wohnungen**. Diese sei sehr schwer, weil viele Eigentümer sich nicht mit dem Job Center auseinandersetzen möchten. Ein weiteres Problem seien **hohe Maklergebühren**, die die Frauen nicht aufbringen könnten.

Beim Thema Kindererziehung wünschten sich die Teilnehmerinnen allem voran **Entlastung und Hilfe im Umgang mit den seelischen Schwierigkeiten und Auffälligkeiten**, die ihre Kinder zeigten. Eine Teilnehmerin berichtete, gefangen genommen und von ihrer Tochter getrennt worden zu sein. Die Tochter leide bis heute stark unter diesem traumatischen Erlebnis, obwohl ihre Mutter nach einigen Tagen zu ihr zurückkehren durfte. Das Mädchen zeige depressive Symptome und Angstzustände. Momentan besuche sie die Schule, sei aber in ihrem Verhalten auffällig. Ebenfalls thematisiert wurden der **Familiennachzug** und wie sehr die Frauen und ihre Angehörigen unter der Trennung der Familien leiden. Eine der Frauen etwa sei mit ihrem Ehemann nach Deutschland geflohen, habe aber ihre beiden Söhne in der Heimat zurücklassen müssen. Sie wünsche sich nichts mehr, als Hilfe zu erhalten, um ihre Söhne nach Deutschland holen zu können. Sie komme ohne ihre Kinder nicht zur Ruhe.

Ein weiteres Thema war die **Erwerbstätigkeit**. Vor allem die jüngeren Teilnehmerinnen äußerten den **Wunsch zu arbeiten bzw. eine Arbeitserlaubnis** zu bekommen. Die Frauen hatten in der Heimat verschiedene Berufe, wie etwa Fernsehmoderatorin oder Besitzerin eines Friseursalons, und möchten **wieder aktiv und finanziell unabhängig** sein. Schließlich wurde auch über die **medizinische und psychiatrische Versorgung** gesprochen. Hier wurde von fast allen Teilnehmerinnen **großer Bedarf an psychologischer Unterstützung** geäußert. Leider gebe es in ihrer Umgebung keine arabisch - sprechenden Psychotherapeuten. Am Ende wünschten sich alle Teilnehmerinnen weitere ähnliche Gelegenheiten, um über belastende Themen sprechen zu können und zeigten große Dankbarkeit für das Gespräch.

4. Diskussion und Schlussfolgerungen

4.1 Quantitative Ergebnisse

An dieser Stelle sollen die Ergebnisse der repräsentativen Befragung kurz zusammengefasst werden: Die statistische Auswertung unserer Befragung ergab, dass Dreiviertel der geflüchteten Frauen zwischen 17 und 39 Jahre alt war und zu mehr als 80 % aus den drei Ländern Syrien, Afghanistan und Irak stammten. Diese Daten entsprechen weitestgehend den Daten des BAMF (2016b). Zu den Sprachkompetenzen der Frauen war zu erfahren, dass knapp die Hälfte (46 %) Arabisch gefolgt von Farsi (16 %), Dari (12 %) und Kurdisch (11 %) angaben, so dass für diese Sprachen die meisten Dolmetscher benötigt werden. In diesem Kontext dominiert Arabisch zusätzlich auch deshalb, weil 15 % der anderen Frauen Arabisch als eine zweite Sprache außer der Muttersprache angeben zu beherrschen. Knapp ein Fünftel der befragten Frauen (18 %) teilen mit, zudem Englisch zu beherrschen. Mehr als zwei Drittel der Frauen (70 %) sind verheiratet und zusammenlebend. Offenbar befindet sich der überwiegende Teil der Frauen in Partnerschaften. 81 % der Frauen geben an Kinder zu haben, wobei Frauen aus Somalia, dem Iran und Eritrea/Äthiopien berichten weniger häufig von Kindern im Vergleich zu Frauen aus Afghanistan und Syrien. Dabei variiert das Alter der Kinder, deren Anzahl liegt zwischeneins und neun, wobei am häufigsten zwei (24 %) oder drei (28 %) vorhanden sind. Zwei Drittel der Frauen (66 %) berichten mit ihren Kindern in Deutschland zu leben, sodass die überwiegende Zahl der Frauen ihre Kinder bei sich haben. Von diesen sind wohl 40 Kinder auf der Flucht geboren. Während 17 % von ihnen keine Schulbildung haben, teilen die restlichen Frauen mit, mindestens eine Schulbildung oder eine andere Bildung zu haben. Es ist also davon auszugehen, dass offenbar knapp jede sechste geflüchtete Frau Analphabetin ist, für die Alphabetisierungsmaßnahmen erforderlich sind. Eine berufliche Erfahrung in der Heimat geben 72 % an, während 30% der Frauen Hausfrauen waren. Unter den Gründen für die Flucht sind Lebensgefahr, Krieg und Terror am häufigsten relevant für die Frauen aus Afghanistan (jeweils 81 %, 44 %, 36 %), Syrien (77 %, 89 % 72 %) und dem Irak (84 %, 82 %, 85 %), Länder, in denen aktuell kriegерische Auseinandersetzungen stattfinden. Während über 60 % der Syrerinnen und Afghaninnen von ihren Kindern begleitet wurden, wurden 48 % der syrischen Frauen von ihren Ehemännern begleitet im Vergleich zu 67 % der afghanischen Frauen. Offenbar sind Frauen aus Syrien, Afghanistan und Irak am häufigsten von Verwandten auf der Flucht begleitet worden. Mehr als die Hälfte der Frauen (55 %) erhielten Unterstützung bei der Flucht wie Essen und Trinken (41 %), Kleidung (34 %) und Mitfahrgelegenheiten (26 %) sowie Orientierungshilfe (21 %), medizinische Versorgung (20 %) und Zurverfügungstellung von Übernachtungsmöglichkeiten (18 %). Unterstützer waren insbesondere Mitreisende, Privatpersonen, staatliche und nicht-staatliche Organisationen. Offenbar erfuhren Frauen aus Syrien, dem Afghanistan und dem Irak mehr Unterstützung auf der Flucht. Hervorzuheben ist, dass Unterstützung durch Regierungsorganisationen und Militär bei Flucht aus Somalia und Eritrea/Äthiopien kaum aufgeführt wurde, während gerade diese (44 %) vorwiegend Unterstützung durch Mitreisende erlebten. Interessanterweise berichten 87 % der Frauen, für ihre Flucht Schlepperdienste genutzt und für diese je nach Herkunftsland, Anzahl der Mitreisenden und finanziellen Möglichkeiten stark differierende Summen gezahlt zu haben.

Ein weiteres interessantes Ergebnis der Studie ist, dass die Frauen ihre aktuelle Lebensqualität als mittelmäßig (45 %) einschätzen. Entgegen den bisherigen Eindrücken konnte überraschenderweise festgehalten werden, dass 70 % der Frauen ihre Beziehungssituation gut oder sehr gut einschätzen. Während 39 % der Frauen unzufrieden mit den aktuellen allgemeinen finanziellen Bedingungen sind, sind dagegen 28% zufrieden

oder sehr zufrieden damit. Erwartungsgemäß ist die größte Unzufriedenheit in der Wohnsituation der Befragten festzustellen, diese wird von über 50 % als schlecht oder sehr schlecht bezeichnet. Demgegenüber sind mit ihren aktuellen Wohnbedingungen 21 % der Frauen zufrieden oder sehr zufrieden.

Als wesentliche psychische Beschwerden wurden stark ausgeprägte Traurigkeit (40 %) und eine Neigung zum Weinen (52 %), Schlafschwierigkeiten, Nervosität und Angstgefühle geschildert. Überraschenderweise berichteten 5 % der Frauen über stark ausgeprägte Selbstmordgedanken, 8 % über seltenere Selbstmordüberlegungen. In einer niederländischen Studie wird zwar berichtet, dass bei geflüchteten Frauen die Suizidversuchsrate nicht signifikant höher liegt als bei einheimischen Frauen, doch diese Studie erfasste nicht die Suizidgedanken (Goosen et al., 2011). Es ist bekannt, dass mit Länge des Asylverfahrens signifikant psychische Störungen zunehmen (Laban et al., 2004). Daher sollten zur Vorbeugung von suizidalen Handlungen und dem Leid der Betroffenen und ihrer Angehörigen Präventionsmaßnahmen im Sinne von Suizidprävention ergriffen werden. Bei körperlichen Beschwerden wurden vor allem Rückenschmerzen (21 % sehr stark und 12 % stark) und Kopfschmerzen (19 % sehr stark und 13 % stark) beschrieben, gefolgt von Muskelschmerzen, Taubheit und Schwächegefühle. Ähnliche Befunde wurden auch in der Literatur berichtet (Olsen et al., 2007; Frommberger et al., 2014; Gerritsen et al., 2006; Gupta, 2013).

Als traumatisierende Erlebnisse bzw. Erfahrungen wurden der Aufenthalt im Kriegsgebiet, Mangel an Nahrung oder Wasser und eines Daches über dem Kopf sehr häufig benannt. Diese und andere traumatisierende Ereignisse werden von Flüchtlingen und Asylbewerber immer wieder berichtet und durchlaufen (Rasmussen et al., 2010; Neuner et al., 2004; Roberts & Browne, 2011; Mazur et al., 2015). Der Tod von Familienmitgliedern, ebenso wie schwere Unfälle oder Explosionen wurden ebenfalls häufig berichtet. Weniger häufig, aber in signifikanter Ausprägung wurden schwere Traumata wie Gefangenschaft, Folter, Entführungen und sexualisierte Gewalt genannt. Es handelt sich hier um sogenannte „man-made disaster“, also von Menschen handgemachten Traumatisierungen, bei denen schwerste Folgestörungen verzeichnet werden können (Flatten et al., 2001; Kessler et al., 1995).

Im Rahmen der Lebensumstände in Deutschland stehen strukturelle Probleme wie z. B. mangelnde finanzielle Mittel, mangelnde Privatsphäre, bürokratische Hürden und Schwierigkeiten bei der Wohnungssuche im Vordergrund. Hierbei handelt es sich um Postmigrationsstressfaktoren, die die Vulnerabilität der geflüchteten Frauen verstärken (Laban et al., 2004). Es überraschte, dass nur 5 % Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund von Sprachbarrieren berichteten, obwohl sprachgebundene Inanspruchnahmebarrieren zum Gesundheitssystem hoch eingestuft werden. Rassismus bzw. Diskriminierungserfahrungen wurden von 2 % aufgeführt. Doch spezifische Schwierigkeiten in der Unterkunft wurden von 19 % der Frauen berichtet, darunter am häufigsten Diskriminierung aufgrund von Sprache, äußerem Erscheinungsbild, Religion u. Ä. (26 %). Rose et al. (2007) und Küey (2015) berichten, dass wahrgenommener Diskriminierung und Stigmatisierungen mit negativem Einfluss auf die Gesundheit der Betroffenen einhergehen. Damit wird die psychische Belastung der geflüchteten Frauen verstärkt. Wahrgenommene Diskriminierung gilt auch als eine Determinante der gesundheitlichen Ungleichheit (Schunck, Reiss & Razum, 2014; Gil-González et al., 2014).

Des Weiteren geben ein Fünftel der Frauen allgemein ein respektloses Klima (21 %) und Probleme der Atmosphäre in der Unterkunft (21 %) an, worunter auch Probleme wie der Lärmbelastung als auch Gewalterfahrungen subsumiert werden. Auch diese können als

Einflussfaktoren die psychische Befindlichkeit deutlich verschlechtern bzw. Verbesserungen verzögern.

Nach den eigenen Reaktionen auf Belastungen befragt, geben die Frauen häufig z. B. weinen, schlafen, Isolation usw. (55 % bei körperlichen und 40 % bei seelischen Beschwerden) an. Damit zeigt sich, dass die Frauen sich in Situationen, in denen es ihnen schlecht geht, offenbar zurückziehen und nicht aktiv Hilfe suchen. Wenn sie Hilfe suchen, dann im Sinne von Bewegung, Selbstmedikation und Entspannung besonders bei seelischen Problemen (33 % und 19 % bei körperlichen Beschwerden). Bei seelischen Problemen wird auch Unterstützung durch soziale Kontakte in Erwägung gezogen (11 %). Überraschenderweise wird die Option, einen Arzt oder eine Ärztin bei körperlichen Beschwerden aufzusuchen nur von 15 % der Frauen und bei seelischen Beschwerden nur von 4 % erwähnt, auch wenn 36 % der Frauen den Mangel an jeglicher professioneller Unterstützung beschrieben. Offenbar werden medizinische Behandlungsoptionen von der großen Mehrheit der Frauen bei körperlichen Beschwerden nicht in Erwägung gezogen, bei seelischen Beschwerden noch weniger. Hier müssen weitere Untersuchungen die Beweggründe dafür eruieren und Zugangswege zu den Frauen erschließen. Eventuell könnte es sich hier um fehlendes Wissen um körperlich-psychische Störungen und ihre Behandelbarkeiten (health literacy) handeln, wie auch in der Literatur beschrieben (Laban et al., 2004, 2005, 2007, 2008).

Ein weiteres interessantes Ergebnis der Studie ist auch, dass von den befragten Frauen nur 16 % einen Zugang zu einer/m AllgemeinmedizinerIn, 10 % Zugriff auf Medikamente, 8 % die Möglichkeit mit PsychologInnen zu kommunizieren, wobei weitere 8 % der Frauen subjektiven Bedarf einer psychologischen Unterstützung angaben, hatten. Offenbar wird die gesundheitliche Versorgung der geflüchteten Frauen durch erhebliche Zugangsbarrieren verstärkt. Diese Daten bestätigen die große Versorgungslücke in der gesundheitlichen Versorgung der Zielgruppe und offenbaren einen damit verbunden dringenden Handlungsbedarf.

Ein weiterer Schwerpunkt der Studie bestand in der Erfassung der Wünsche und Ziele der Zielgruppe in fünf Jahren. Bei den Wünschen standen an erster Stelle die Stabilität im Leben (35 %), wobei ein bewilligter Asylantrag, das Vorhandensein einer Wohnung, finanzielle und seelische Stabilität hierunter subsumiert wurden, gefolgt von Optionen für Arbeit und Studium (17 %). Bei all diesen Wünschen geht es in erster Linie um Faktoren, die Postmigrationsstressfaktoren betreffen. Laban et al. (2004, 2008) berichten, dass mit der Länge des Asylverfahrens und dem Verbleib in Aufnahmeeinrichtungen gerade diese Faktoren im Verlaufe eines Asylverfahrens deutlichen Einfluss auf die Prävalenz von psychischen Störungen, Lebensqualität, Zufriedenheit und auf die körperliche Gesundheit von Geflüchteten haben (Laban et al., 2004, 2008; Hallas et al., 2007). Durch die Erfüllung der Wünsche der Frauen könnte psychischen Störungen vorgebeugt und die Lebensqualität und die Zufriedenheit der Frauen verbessert werden. Wünsche für Kinder und Familie (14 %), Sicherheit (11 %), d. h. ein Ende des Konflikts im Heimatland und ein sicheres Leben in Deutschland, Integration (11 %) und allgemeine Aspekte der Selbstentwicklung (10 %) wurden ebenfalls häufig genannt. Das Studieren und Arbeiten (38 %) zusammen mit einer geglückten Integration (25 %) waren die am häufigsten genannten Ziele. Eine sinnstiftende Beschäftigung wie Studieren und Arbeiten würde die Resilienz der geflüchteten Frauen stärken und zur Gesundung beitragen. Denn Arnetz et al. (2013) fanden heraus, dass der Aufbau der Resilienz einhergeht mit geringerem posttraumatischem Stress und damit die Ausbildung von Traumafolgestörungen reduziert. Aus diesen Gründen erscheint es von großer Bedeutung, die Resilienzfaktoren von geflüchteten Menschen herauszufinden und zu stärken. Dies ist mit einem resilienzorientierten Vorgehen möglich, wie auch von Laban (2015) vorgeschlagen

wird. Zugleich unterstreichen diese Daten deutlich das große Interesse der Frauen an einer aktiven Integration. Auch Stabilität hat unter den Zielen immer noch eine relevante Priorität (14 %), wobei Themen der Familienzusammenführung oder Wiedersehen der Familie im Vordergrund stehen. Die Wünsche für Familie und Kinder, mit Blick auf Deutschland und weniger auf das Heimatland, sind immer noch relevant (9 %). Das Thema Familie scheint eine wesentliche Ressource für die befragten Frauen zu sein.

4.2 Qualitative Ergebnisse

Neben den repräsentativen quantitativen Daten haben wir auch in standortübergreifend Fokusgruppen qualitative Daten erhoben, die eine Ergänzung zu den repräsentativen Daten darstellen. Bei diesen kristallisierten sich u. a. folgende Themen heraus:

Durchgehend wurde in fast allen Fokusgruppen die Unterbringung in den Unterkünften als schlecht beschrieben, ohne Privatsphäre, ohne Rückzugsmöglichkeiten und damit auch keine Möglichkeiten für sich und ihre Kinder Hausaufgaben zu machen und zu lernen. Darüber hinaus werden zum Teil die hygienischen Verhältnisse als sehr schlecht beschrieben. Es werden auch Zustände beschrieben, in denen keine gendergemäße Trennung besteht, was den Frauen erhebliche Probleme und Sorgen bereitet. In den Unterkünften, in denen unterschiedliche Gruppierungen untergebracht sind, werden untereinander Diskriminierungen, Beschimpfungen und andere Konflikte beschrieben. Auch wird die unterschiedliche Behandlung der Gruppen durch das Rechtssystem (der Eindruck der Einstufung Afghanistans als sicheres Land) kritisiert. Afghanische Frauen haben Angst, dass sie wieder zurück müssen, obwohl sich Afghanistan im Krieg befinde, und können dies nicht nachvollziehen. Sie fühlen sich ungerecht gegenüber den anderen Gruppen behandelt. Diese Themen sind Postmigrationsstressfaktoren, die zu den oben aufgeführten Folgen führen können.

Unsichere Zukunftsperspektiven und Angst vor Abschiebung werden ebenfalls mehrfach geäußert, kurze Aufenthaltstitel und die unsicheren Zukunftsperspektiven werden als zermürend bezeichnet. Diese sind ebenfalls Postmigrationsstressfaktoren.

Ein anderes standortübergreifendes Thema stellt auch die Trennung von der Familie dar. Es wird Sorge darüber geäußert, dass in Deutschland die Familie nicht so geschätzt wird wie in der Herkunftsregion. Häufig wird beschrieben, dass die Trennung von den Kindern, die sich oft noch im Herkunftsland befinden, zu einer starken psychischen Belastung führt. Die Familienzusammenführung ist Diskussionsthema in allen Gruppen und wird als sehr wichtig erachtet. Gleichzeitig besteht allerdings die Sorge, die Kontrolle über ihre Kinder und deren Erziehung zu verlieren. Zudem wird über enttäuschte Erwartungen an Deutschland berichtet. Des Weiteren wird die Entwicklung des Familienzusammenhalts, die Rolle von Mann und Frau, Rollenverlust und -veränderung mit Sorge verfolgt. Zugleich wird in einer Fokusgruppe auch von Statusverlust berichtet (zu Hause Bedienstete gehabt, hier in engen Unterkünften lebend). Wie oben beschrieben, bildet Familie mit etablierten Rollen, Wertvorstellungen, Umgangsweisen miteinander eine wesentliche Ressource und ist Haltgebend. Die befragten Frauen suchen diese Ressource und streben danach den Halt zurückzugewinnen.

Das Thema Diskriminierung ist ein gruppenübergreifendes Thema. Wiederholt berichten die Frauen über diskriminierende Erlebnisse in den Unterkünften, aber auch außerhalb. Zudem schildern einige auch rassistische Übergriffe auf verbaler und tätlicher Ebene. In diesem Zusammenhang wird das Thema Sicherheit mehrfach angesprochen. Oftmals fühlen sich die Frauen in den Unterkünften nicht sicher. Auch auf dieser Thematik wurde zuvor vertieft eingegangen.

Immer wieder wird der Wunsch nach Spracherwerb geäußert. Dies bezüglich wird mehrfach bemängelt, dass der Zugang durch fehlende Informationen über Sprachkurse, Veranstaltungen und Angebote erschwert ist. Hier handelt es sich um Zugangsbarrieren, die dringend behoben werden müssen. Auch sie zählen zu den Postmigrationsstressfaktoren.

Es wird auch darauf hingewiesen, dass sogar bei der für sie doch sehr wichtigen Anhörung nicht die interkulturelle Kommunikation gewährleistet wird. Oftmals verstehen die Frauen nicht, was von ihnen auf den Ämtern erwartet wird. Insbesondere Frauen aus Eritrea und Somalia beklagen, dass für sie kaum Dolmetscher zur Verfügung stehen. Daher können sie sich kaum verständlich machen oder verstehen und fühlen sich dadurch zusätzlich ausgegrenzt.

Besonders Frauen aus Somalia und Eritrea, die, wie zuvor beschrieben, zu den Frauen zählen, die schwere traumatisierende Erfahrungen machen mussten, berichten, dass sie aufgrund der Sprachschwierigkeiten schlechten Zugang zum Gesundheitssystem haben. Insbesondere die medizinische Behandlung der Folgestörungen bzw. Komplikationen der genitalen Beschneidung (starke Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Schmerzen bei der Menstruation und Komplikationen bei der Geburt) scheinen unzureichend erfasst und behandelt zu werden. Hierbei handelt es sich um nicht tolerierbare Zustände, die schnell beseitigt werden sollten. Neben Sprachproblemen fehlt es auch an genderspezifischen Behandlungsmöglichkeiten (schambesetzte Themen und wenig Selbstbewusstsein). Aufgrund der Verständigungsprobleme werden im Einzelfall auch lebensgefährlichen Fehldiagnosen deutscher Ärzte beschrieben. Dies ist ein unzumutbarer Zustand, der schnell beseitigt werden sollte. Auch in der Literatur wird von erheblichen Fehldiagnosen berichtet. In einer 2014 erschienenen schwedischen Studie wurden Immigranten und Flüchtlinge hinsichtlich ihrer zuvor gestellten psychiatrischen Diagnosen im Rahmen eines den kulturellen Kontext des Patienten berücksichtigenden Interviews untersucht. In über 80 % der Fälle kam es zu einer Revision der zuvor gestellten psychiatrischen Diagnose. Dabei handelte sich in über 50 % der Fälle um eine Berichtigung hinsichtlich der gesamten Krankheitskategorie (nach DSM-IV). Die Fehldiagnosen betrafen insbesondere Angsterkrankungen und Posttraumatische Belastungsstörungen (Bäärnhielm et al., 2014). Ähnliche Ergebnisse ergaben Studien, die im Rahmen eines interkulturellen Konsultationsservice Patienten mit einer im Vorfeld diagnostizierten Psychose untersucht haben. In 49 % der Fälle kam es zu einer Berichtigung der Diagnose, wobei Fehldiagnosen insbesondere kürzlich eingewanderte Immigranten und Flüchtlinge betrafen (Adeponle et al., 2012). In diesem Kontext könnten systematische Schulungen aller Mitarbeiter im Gesundheitssektor in der interkulturellen Kompetenz die Fehlerquoten senken (Schouler-Ocak et al., 2015). Auch die WPA (World Psychiatric Association) empfiehlt hier die Verbesserung der psychiatrischen - psychotherapeutischen Versorgung auch von geflüchteten Menschen in ihrem Aktionsplan (Schouler-Ocak et al., 2016a, 2016b).

Darüber hinaus gaben mehrere Frauen starke psychische Belastungen an und äußerten einen großen Bedarf an psychologischer Unterstützung, Unterstützung „der Seele“, im Sinne von Gesundheit für die Seele. In diesem Kontext wurde sogar von einigen Frauen der Wunsch geäußert, dass Frauen die Hilfe, die sie benötigen, am besten direkt nach der Ankunft erhalten sollten. Dies ist ein Vorschlag, den wir sehr unterstützen. Eine Untersuchung direkt nach der Ankunft könnte zumindest Schutzbedürftige und sehr belastete Frauen erkennen und gegebenenfalls helfen, sie einer notwendigen Therapie zuzuführen und ihnen besondere Schutzräume zu gewähren. Hier ist das Screening besonders wichtig. Diese Frauen äußerten

mehrheitlich, dass sie Gesprächsrunden oder Psychotherapie, Entlastung und Hilfe im Umgang mit den seelischen Schwierigkeiten und Auffälligkeiten benötigen. Damit ist die aktuelle EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU angesprochen, die besagt, dass die besondere Schutzbedürftigkeit antragsstellender Asylbewerber zu erkennen ist. Dazu zählt auch das Diagnostizieren psychiatrischer Trauma - Folgestörungen. Diese Richtlinie gibt auch vor, dass insbesondere der Zugang zu einer adäquaten medizinischen und psychologischen Behandlung für Folteropfer und traumatisierte Flüchtlinge und Asylbewerber sichergestellt werden soll (Richtlinie 2013/33/EU). Allerdings sollte hier unterstrichen werden, dass zudem Vorkehrungen umgesetzt werden sollten, um die bereits mehrfach erwähnten Postmigrationsstressfaktoren vorzubeugen bzw. zu minimieren.

Hinsichtlich der medizinischen Versorgung nach der Ankunft in Deutschland sieht das Asylbewerberleistungsgesetz eine medizinische Behandlung in der Regel nur bei akuten Beschwerden oder Schmerzen vor. Darüber hinausgehenden Leistungen, die etwa für Opfer von Folter, Vergewaltigung oder anderer schwerer psychischer, physischer oder sexueller Gewalt müssen gesondert beantragt, begründet und genehmigt werden, was eine zusätzliche Hürde und Verunsicherung darstellt (Wirtgen, 2009; Frisch, 2015). Die Formalitäten zur Wahrnehmung medizinischer Versorgungsmaßnahmen und der Leistungserstattung sind dabei zurzeit uneinheitlich. In manchen Bundesländern wird ein für die Inanspruchnahme einer medizinischen Hilfe notwendiger Behandlungsschein (Krankenschein) nicht zu Beginn des Quartals verteilt, sondern nur auf Antrag ausgehändigt. Im System mit Krankenschein entscheidet häufig das nicht-medizinische Personal auf dem Sozialamt darüber, ob Behandlungen beim Facharzt/Fachärztin oder eine Psychotherapie stattfinden dürfen oder nicht (Frisch, 2015). Um in psychiatrischen Notfallsituationen frühzeitig reagieren zu können, empfehlen Richter et al. (2015) sogar eine niederschwellige psychiatrische Notfallversorgung von Geflüchteten in der zentralen Aufnahmeeinrichtung. Diese solle gesetzlich geregelt werden. Eine flächendeckende Versorgung durch niedergelassene ÄrztInnen setzt allerdings in diesem Zusammenhang voraus, dass das seit 1993 bestehende Asylbewerberleistungsgesetz verändert werden müsste.

Ein anderes Schwerpunktthema, das die geflüchteten Frauen standortübergreifend einbrachten, ist der Wunsch nach Integration in den Arbeitsmarkt. Damit verbinden sie auch die Unabhängigkeit von staatlichen Hilfen und Männern sowie eine Befreiung von der „unterwürfigen“ Rolle. Zudem verbinden sie damit den Wunsch, aus der finanziellen Not herauszukommen. Sie wünschen sich wieder aktiv und finanziell unabhängig zu sein. Hier werden die Ressourcenaktivierung und Resilienzförderung adressiert, die nach Arnetz et al. (2013) stressinduzierte Störungen vorbeugen. Somit sind die Wünsche der Frauen als Präventionsmaßnahmen einzustufen, die zugleich die vielfach zitierten Postmigrationsstressfaktoren helfen zu reduzieren. Dieser Prozess hätte auch einen positiven Einfluss auf die Prävalenz stressinduzierter Folgekrankheiten, die Lebensqualität und die Zufriedenheit der geflüchteten Frauen (Laban et al., 2004, 2008).

4.3 Herausforderungen der Studie

Durch die extrem kurze Projektlaufzeit waren qualitative Pretests des Fragebogens nicht möglich. Obwohl die Fragebögen in allen Sprachen übersetzt und mehrfach geprüft wurden, war die Prüfung der kulturspezifischen Eignung der Fragebögen in allen hier einbezogenen kulturellen Kontexten (Syrien, Irak, Iran, Afghanistan, Eritrea und Somalia) nur eingeschränkt möglich.

Beispiele: Es gibt zwei Wörter für den Begriff „Partner“ auf Arabisch, von denen einer despektierlich konnotiert ist, einige Frauen äußerten deshalb Hemmungen dies anzukreuzen. Den meisten syrischen Frauen war der Begriff „Genitalverstümmelung“ nicht bekannt. Weiterhin war es für viele Frauen schwierig die Frage nach „Libidoverlust“ zu verstehen, auch gab es gerade bei Analphabetinnen häufiges Unverständnis von Begrifflichkeiten. Es wurde festgestellt, dass die Farsi-Fassung des Fragebogens von Dari-Sprecherinnen nicht ohne Weiteres verstanden wurde, weil sie zum Teil sehr anspruchsvolle Formulierungen enthielt, beispielsweise wurde das Wort „Minderheit“ wurde von Frauen aus Afghanistan nicht verstanden.

Darüber hinaus ist von einer Selektion der Frauen, die sich an der Studie beteiligt haben, auszugehen, da möglicherweise besonders kranke oder belastete Frauen sich für eine Teilnahme nicht meldeten. Zum Teil wurden solche Frauen von SozialarbeiterInnen nicht zu den Informationsveranstaltungen eingeladen, um weitere Belastungen zu vermeiden. Dies geschah beispielsweise in einer Berliner Unterkunft für besonders schutzbedürftige Geflüchtete. In anderen Einrichtungen dagegen wurden gerade besonders belastete Frauen mit deutlichen Symptomen von SozialarbeiterInnen motiviert, an der Studie teilzunehmen, um eine Möglichkeit herzustellen, über das Erlebte zu sprechen. Auch eine Selbstselektion der Frauen hat vermutlich stattgefunden. Es ist denkbar, dass besonders stark belastete Frauen aus Selbstschutz nicht teilgenommen haben oder über bestimmte Erlebnisse nicht berichten. So gaben einige Frauen in Fragen nach Erlebnissen an, dass sie darüber nicht sprechen können. Frauen, die bereits einen Integrationskurs besuchen, waren darüber hinaus schwerer zu erreichen, da sie tagsüber häufig nicht in der Unterkunft waren. Wie bereits oben beschrieben, gestaltete sich in einigen Unterkünften die Rekrutierung der Teilnehmerinnen sehr schwierig. Nach Einschätzung aller Standorte lag dies meist an einem weniger vertrauensvollen und engen Kontakt, den die SozialarbeiterInnen zu den Frauen hatten. In Unterkünften mit engem Kontakt waren in der Regel sehr viele Frauen bereit an der Untersuchung zu partizipieren. Da die Studie die Sprachen Arabisch, Farsi/Dari, Tigrinya und Somali einschloss, konnten andere Sprachen der Herkunftsländer wie kurdische Dialekte, Amharisch oder Paschto nicht abgedeckt werden, sodass bestimmte Bevölkerungsgruppen aus den oben genannten Zielländern keine Möglichkeit zur Teilnahme hatten.

Diese unvermeidlichen Prozesse der Selektion schränken die Repräsentativität der Ergebnisse ein. Dies muss bei der Interpretation stets bedacht und berücksichtigt werden. Dennoch ist es hier gelungen, in kürzester Zeit sehr viele Frauen aus verschiedenen Bundesländern, Unterkünften, Lebenssituationen und Herkunftsländern ausführlich zu befragen.

4.4 Belastung der Mitarbeiterinnen

Die muttersprachlichen Projektmitarbeiterinnen aller Standorte standen im direkten persönlichen Kontakt zu Frauen, die zum Teil in hohem Ausmaß traumatische Erfahrungen gemacht hatten. Trotz Schulung im Umgang mit traumatisierenden Inhalten erlebten einige Mitarbeiterinnen (insbesondere ohne psychiatrisch, psychotherapeutischen Hintergrund) zum Teil erhebliche Belastungen im Kontakt mit Frauen, die von schwer traumatisierenden Erfahrungen berichteten. Insbesondere Mitarbeiterinnen mit einer geografischen oder kulturellen Nähe zu den befragten geflüchteten Frauen fiel es schwer, sich abzugrenzen und sie zeigten infolgedessen Belastungen wie Albträume, zum Teil starke Angstsymptome, Zittern, Kopfschmerzen etc. nach Befragungen, in denen von schwersten Traumatisierungen berichtet wurde. Dies wurde in der Studie an allen Standorten durch Gruppen- und

Einzelsupervision sowie psychotherapeutischen Frühinterventionen aufgefangen. Zur Entlastung wurden betroffene Mitarbeiterinnen von weiteren Befragungen befreit. Mitarbeiterinnen aus einem anderen Herkunftsland als das der Befragten, konnten sich in der Regel besser abgrenzen und das Gehörte loslassen. Eine enge supervisorische und zum Teil auch psychotherapeutische Betreuung und Begleitung der Mitarbeiterinnen und eine ständige Erreichbarkeit waren daher notwendig. Dies führte zu einer erhöhten Arbeitsdichte für ProjektmitarbeiterInnen, um den Bedarf an Fallbesprechungen, entlastenden Gesprächen und Supervisionen zu gewährleisten. Oberstes Ziel war dabei, gesundheitliche Belastungen bei Mitarbeiterinnen vorzubeugen. Wenn Belastungen auftraten, setzen die gerade beschriebenen Frühinterventionen unmittelbar ein, um die Belastungen zu reduzieren bzw. zu minimieren und insbesondere Folgestörungen vorzubeugen. Aufgrund dieser Erfahrungen in der Arbeit mit und Forschung zu Geflüchteten empfehlen wir besondere Maßnahmen zum Schutz der Mitarbeiterinnen im Umgang mit traumatisierenden Inhalten:

- MitarbeiterInnen sollten ein Mindestalter für die Arbeit mit Geflüchteten haben (Reife).
- Mitarbeiterinnen haben idealerweise selbst keine Traumatisierung erlebt oder die eigenen Traumatisierungen oder Traumatisierungen in der eigenen Familie aufgearbeitet. Dies muss bereits im Auswahlverfahren berücksichtigt werden.
- Mitarbeiterinnen sollten keine zu große emotionale Nähe zu Geflüchteten aufgrund ihrer eigenen Herkunft und Geschichte haben, oder Menschen, mit denen sie arbeiten.
- Die Teilnahme an Intervention und Supervision sind verpflichtend; es werden verbindliche transparente Interventions- und Supervisionsfahrpläne zur Verfügung gestellt.
- Kompetente Ansprechpartner für Frühinterventionen bei belastenden Situationen müssen kurzfristig zur Verfügung stehen, damit sie bei Bedarf für supportive – entlastende und klärende psychotherapeutische Gespräche unmittelbare Ansprechpartner sind.
- Die MitarbeiterInnen müssen eine ausführliche Schulung zum Thema Umgang mit traumatisierenden Inhalten, Traumatisierungen, Traumafolgestörung, sekundäre Traumatisierung bzw. indirekte Traumatisierung absolvieren. Inhalte der Schulung sind:
 - Das Erlernen von Techniken zu Psychohygiene, Selbstschutz- und Abgrenzungsfähigkeit. Zugleich sollte Resilienzförderung bzw. -stärkung erfolgen.
 - Wiederholtes Training dieser Skills: durch Rollenspiel, Einzel- und Gruppenübungen muss dieses Abgrenzen und nein sagen geübt und inkorporiert werden.
 - Interkulturelles Kompetenztraining (Schouler-Ocak et al., 2015)

Trotz der sehr kurzen Laufzeit, den Schwierigkeiten muttersprachliche Studienmitarbeiterinnen an allen Standort zu rekrutieren und den Belastungen der Mitarbeiterinnen konnten die Studienziele erreicht werden. Es wurden über 660 Interviews im gesamten Bundesgebiet durchgeführt, wobei aufgrund der sehr knappen Zeitressourcen 639 Interviews in die vorliegende Auswertung einfließen. Zudem wurden sieben anstelle von sechs Fokusgruppen durchgeführt. Die hohe Zahl der Teilnehmerinnen spiegelt das große Bedürfnis der Frauen wider ihre Geschichte mitzuteilen und über ihre Situation zu sprechen.

4.5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Viele der interviewten geflüchteten Frauen äußern sich dankbar über die Hilfe in Deutschland. Dennoch äußern sie große Belastungen, die entweder aus Erlebnissen im Heimatland oder auf der Flucht nachwirken oder durch die Situation in Deutschland entstehen und fortwähren. Sowohl die quantitativen als auch die qualitativen Daten zeigen, dass folgende Punkte in künftigen gesundheits- und gesellschaftlichen Entscheidungsprozessen zu geflüchteten Frauen berücksichtigt werden sollten:

4.5.1 Sprachbarrieren

Notwendig erscheint insbesondere den Bedarf an muttersprachlichem Personal bzw. Übersetzerinnen wie auch Sprach- und Kulturmittlerinnen in Unterkünften, Behörden und Beratungsstellen abzudecken. Dies gilt für alle Sprachen, aber insbesondere für seltenere Sprachgruppen wie Somali und Tigrinya. Fast alle interviewten Frauen aus Eritrea und Somalia berichten über erhebliche Kommunikationsprobleme. Es müssen Lösungen für die sprachliche Verständigung in medizinischen, psychosozialen und rechtlichen Fragen gefunden werden. Eine Möglichkeit wäre für seltene Sprachen wie Somali und Tigrinya spezifische Pools an Übersetzerinnen und Sprach- und Kulturmittlerinnen einzurichten, auf die Unterkünfte, Beratungsstellen und Initiativen bei Bedarf zugreifen können. Die Einführung von Telefon- und Videodolmetschen könnte eine Erleichterung sein. In der Flüchtlingssechstunde in der Turmstraße in Berlin beispielsweise, aber auch in anderen Regionen Deutschlands und in anderen Ländern zeigt, dass diese Maßnahmen sehr gut in der Lage sind, sprachgebundenen Barrieren schnell und effizient zu reduzieren. Es ermöglicht, innerhalb von wenigen Minuten einen qualifizierten Dolmetscher per Video zuzuschalten. Damit können vorhandene sprachliche und kulturelle Barrieren in Echtzeit überwunden werden. Das vorgeschlagene System könnte besonders in den ländlichen Gebieten, in denen häufig keine Dolmetscher zu finden sind, ein geeigneter Lösungsansatz sein. Zugleich müsste eine finanzielle Regelung durchgesetzt werden, damit diese Dienste in Anspruch genommen werden können.

4.5.2 Gesundheit

Die zuvor näher beschriebenen Daten zu psychischen und körperlichen Symptombelastungen zeigen, dass die Verbesserung der medizinischen und psychologischen Versorgung der geflüchteten Frauen gezielt gefördert werden sollte. Hierfür scheinen spezifische Schulungen des Personals in den Unterkünften zur Erkennung von belasteten Frauen (health literacy) sinnvoll, ebenso wie die Etablierung eines Netzwerks an ÄrztInnen, Kontakten in Krankenhäusern, PsychologInnen und TraumatherapeutInnen. Diese Initiativen sollten möglichst kultursensibel gestaltet sein, die MitarbeiterInnen darin sollten möglichst muttersprachlich sein bzw. über Erfahrung in der Arbeit mit DolmetscherInnen und über interkulturelle Kompetenz verfügen.

Zurzeit müssen im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes fachärztliche und psychotherapeutische Behandlungen jeglicher Arten komplizierten und langwierigen Verfahren vor der Leistungserbringung beantragt werden. Solche Anträge werden zunächst von Laien in den Sozialleistungsbehörden bearbeitet. Wir empfehlen das Recht auf umfassende bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung. In diesem Zusammenhang unterstützen wir die Forderung der Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer (<http://www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/psychotherapie-und-dolmetscher-fuer-psychisch-krank-fluechtlinge/>)

nach Psychotherapie und zu psychiatrischer Versorgung für Geflüchtete. Solange Psychotherapie nicht im Katalog der Regelversorgung für Geflüchtete gelistet wird, ist insbesondere bei der von uns untersuchten äußerst vulnerablen Gruppe der geflüchteten Frauen von erheblichen Folgen bei Nichtbehandlung auszugehen.

Es erscheint essenziell, eine besondere Schutzbedürftigkeit² (z. B. von alleinerziehenden Müttern, Folteropfern, Betroffene mit Traumafolgestörungen) bereits bei der Ankunft in Deutschland besser zu erkennen bzw. im weiteren Verlauf darauf zu achten. Insbesondere Frauen erscheinen in dieser Hinsicht besonders vulnerabel und gleichzeitig ist es essenziell, für den Kinderschutz eine besondere Schutzbedürftigkeit der Mütter frühzeitig zu erkennen. Zum Erkennen von besonderer Schutzbedürftigkeit sind die Befähigung der Mitarbeiter in Unterkünften, ausreichend DolmetscherInnen und deren Finanzierung unerlässlich. Wird eine besondere Schutzbedürftigkeit erkannt, sollte der Zugang zu erforderlichen Schutzräumen sowie zu angemessener ambulanter und stationärer medizinischer und psychologisch/psychotherapeutischer Versorgung sichergestellt sein.

Insbesondere bei Frauen aus Somalia und Eritrea ist von häufiger weiblicher Genitalbeschneidung und den psychischen und physischen Folgen auszugehen. Wir empfehlen daher Initiativen und Projekte, die dieses Thema adressieren, verstärkt zu fördern. Idealerweise verfügen diese Projekte über mobile Teams, die über medizinische und psychotherapeutische Behandlung in Deutschland in den jeweiligen Muttersprachen, ggf. mit Dolmetscherinnen aufklären und auf Hilfsmöglichkeiten hinweisen.

In der Fokusgruppe wurde thematisiert, dass Frauen bei ihrer Asylverfahrensanhörung kaum in der Lage waren, über ihre Situation zu sprechen. Gerade hier ist es wichtig, dass das BAMF über den Bedarf an speziell für die Anhörung von Menschen mit Traumafolgestörungen geschulten MitarbeiterInnen in jedem Einzelfall informiert wird. Dazu ist aber die Erkennung möglicher Belastungen und Erkrankungen notwendig. Hierfür empfehlen wir die Schaffung geeigneter Strukturen, um vor der Anhörung mit ausreichend Zeit starke psychische Symptombelastungen wie bei einer PTBS zu erkennen.

Wir plädieren für die Entwicklung von kultursensiblen Gewaltschutzkonzepten in Unterkünften und Beratungsangeboten für Frauen und Männer. Frauen an unterschiedlichen Standorten haben von starker Misshandlung durch ihre Ehemänner in der Unterkunft in Deutschland berichtet. Die Polizei wurde nur zum Teil eingeschaltet. Frauenhausmitarbeiterinnen sagten, dass ihnen Zwischenangebote fehlen, da die Unterbringung vor Ort oft keine Option für die Frauen ist. Beratungsgespräche werden tendenziell weniger nachgefragt und es existieren Probleme mit den Sprachmittlungen. Es bräuchte also hierzu idealerweise ebenfalls mobile Teams, die in den Unterkünften und in den Sprachen der Frauen über Gewaltschutz in Deutschland aufklären. Um psychische Belastungen zu adressieren, scheint sich unserer Ansicht nach insgesamt ein Mischkonzept aus niedrigschwelliger Peer-basierter Beratung (auch digital, beispielsweise Ipso Ecare) und psychiatrisch-psychotherapeutischer ExpertInnenversorgung für gravierendere Fälle anzubieten. In diesem Zusammenhang scheint auch der Zugang zu Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen aufgrund stark belasteter Kinder von großer Bedeutung zu sein und sollte in die Regelversorgung geflüchteter Kinder aufgenommen werden.

² EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU, Art. 21: wie Minderjährige, unbegleitete Minderjährige, Behinderte, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Opfer des Menschenhandels, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wie z. B. Opfer der Verstümmelung weiblicher Genitalien.

4.5.3 Wohnbedingungen

Wir empfehlen eine separate Unterbringung allein reisender Frauen, mehr Kontingente im kommunalen oder städtischen Wohnbau; einen leichteren Zugang zu Wohnberechtigungsscheinen und zu Maßnahmen der Wohnungslosenhilfe und Beratung bei der Wohnungssuche, insbesondere für besonders schutzbedürftige geflüchtete Frauen. Ebenso braucht es geeignete und geschützte Rückzugsorte insbesondere für Frauen und Kinder sowie getrennte Sanitärräume für Männer und Frauen, denn viele Frauen sorgen sich um die hygienischen Bedingungen in den Unterkünften. Empfehlenswert wären Spielmöglichkeiten für Kinder außerhalb des Wohnraums, in denen es auch eine geeignete Lernumgebung gibt.

4.5.4 Asylverfahren und Familienzusammenführung

Die befragten Frauen wünschen sich eine Beschleunigung des Asylverfahrens sowie eine bessere Aufklärung und Transparenz über das Asylverfahren (wie beispielsweise eine gute Vorbereitung auf die Interviews). Auch hier sind Informationsangebote mit Sprachmittlung, Dokumente in allen Sprachen oder auch Apps und digitale Instrumente in den Sprachen der Geflüchteten zu empfehlen, um eine solche Transparenz über Rechte, Pflichten, Abläufe und Dokumente herzustellen. Die Wartezeit bis zur Familienzusammenführung sollte verkürzt werden, denn die Trennung von Familienmitgliedern, insbesondere von Kindern und die Sorge um sie führen zu starker psychischer Belastung. Auch wird immer wieder von Ehepartnern, Kindern oder Verwandten in anderen EU- oder Bundesländern berichtet. Hier wäre eine schnelle Prüfung und Umsetzung der Zusammenführung sinnvoll.

Die Beschleunigung des Asylverfahrens ist von so großer Bedeutung, weil dadurch der Einfluss der Postmigrationsstressfaktoren und in der Folge die Prävalenz von psychischen Folgestörungen reduziert werden.

4.5.5 Bildung

Eine Mehrheit der Frauen hat zumindest eine elementare Schulbildung erhalten, einige haben eine abgeschlossene Berufsausbildung und eine abgeschlossene Hochschulbildung. Es ist festzuhalten, dass Frauen aller Nationalitäten sehr oft betonen, dass sie in Deutschland lernen wollen, insbesondere Deutsch lernen wollen. So formulieren 38 % der Befragten das Arbeiten und Studieren als zentrale Ziele. Die Frauen berichten zum Teil sehr lange auf Zugang zu einem Sprach-/Integrationskurs warten zu müssen. Darunter sind auch Frauen aus Ländern mit einer hohen Bleibereichtsperspektive, die bereits während des laufenden Asylverfahrens an den Angeboten teilnehmen dürfen. Afghaninnen dürfen erst nach einem positiven Entscheid über das Asylverfahren am Integrationskurs teilnehmen. Die Wartezeit ist für die Frauen sehr schwer zu ertragen, weil sie sich von der Teilnahme am Sprachkurs Ablenkung, Zugang zum Arbeitsmarkt und Selbstständigkeit versprechen. Konkret bedeutet dies einen hohen Bedarf an Alphabetisierungskursen sowie Deutschkursen in Zusammenhang mit einer organisierten Kinderbetreuung sowie einer Aufklärung über den Zugang zu diesen Kursen. Zusätzlich zur Aufstockung der bestehenden Angebote ließe sich über digitale Lernmedien (Apps, Online-Kurse) nachdenken. Allerdings muss ebenfalls berücksichtigt werden, dass psychische Symptombelastungen wie Albträume, Schlafstörungen die erfolgreiche Teilnahme am Sprachkurs schmälern können und hier eine besondere Rücksichtnahme notwendig ist. SozialarbeiterInnen berichteten auch von fehlenden Lernräumen in den Unterkünften, wo KursteilnehmerInnen aber auch Schulkinder in Ruhe und an Tischen ihre Hausaufgaben machen können.

4.5.6 Zugang zum Arbeitsmarkt

38 % der Frauen geben an, in den nächsten fünf Jahren ein Studium oder Arbeit aufzunehmen zu wollen. Die Frauen zeigen den Wunsch nach Integration in den Arbeitsmarkt, damit verbinden sie auch die Unabhängigkeit von staatlichen Hilfen und Männern sowie eine Befreiung von der "unterwürfigen" Rolle. Zudem verbinden sie damit den Wunsch, aus der finanziellen Not herauszukommen. Sie wünschen sich wieder aktiv und finanziell unabhängig zu sein.

Hilfreich wären flexible, modulare Systeme, um die Frauen mit ihren Bildungs- und Berufserfahrungen für äquivalente Berufe weiter zu qualifizieren. Weiterhin braucht es schnelle und unbürokratische Anerkennung gleichwertiger Abschlüsse. Unqualifizierte Frauen brauchen Unterstützung für das Erlangen von Ausbildungsplätzen. Weiterhin braucht es Informationen und Empowerment für Frauen, auch Zugang zu Ausbildungen und Berufen zu finden, die technisch oder naturwissenschaftlich sind. Speziell in der interkulturellen Kompetenz geschulte MitarbeiterInnen z. B. in den Jobcentern könnten in die Integration behilflich sein. Spezielle Coaching- und Mentoring-Programme könnten dafür etabliert werden.

4.5.7 Diskriminierung

26 % der Frauen geben an, Diskriminierung in den Unterkünften erlebt zu haben. Wir plädieren dafür ein Bewusstsein für Diskriminierung durch MitarbeiterInnen (beispielsweise auch die Security-MitarbeiterInnen), BewohnerInnen und Ehrenamtliche aufgrund ihrer Herkunft oder ihrer religiösen Hintergründe in Unterkünften und dem Umfeld von Geflüchteten zu schaffen und zu fördern. Die Daten zeigen, dass viele Frauen Diskriminierungserfahrungen durch MitbewohnerInnen und SozialarbeiterInnen gesammelt haben. Auch die mangelnden Kommunikationsmöglichkeiten aufgrund der fehlenden DolmetscherInnen verstärken diesen Effekt, weil sich die betroffenen Frauen so nicht wehren und eventuelle Missverständnisse nicht aufgeklärt werden können. Diskriminierung wird ebenfalls im Umgang mit Behörden beschrieben. Wir empfehlen unabhängige Ombuds- und Beschwerdestellen einzurichten, beispielsweise angesiedelt beim bezirklichen Migrationsbeirat, damit geflüchtete Frauen sich bei solchen Ereignissen dorthin wenden können.

Die Frauen beschreiben aus fremdenfeindlichen Motiven heraus verbal und tätlich angegriffen worden zu sein. Auch hier empfehlen wir bestehende Beschwerde- und Beratungsstrukturen zu stärken und spezifische sprachliche Angebote auszubauen, damit geflüchtete Frauen über solche Verletzungen, Kränkungen und Erniedrigungen berichten können und sich nicht ausgeliefert, ohnmächtig und hilflos fühlen müssen (beispielsweise bei den Opferhilfen oder der Antidiskriminierungsstelle des Bundes).

Es sollte aber auch nicht verschwiegen werden, dass Vorurteile auch unter den verschiedenen Flüchtlingsgruppen bestehen, die zeigen, dass auch hier einen Bedarf für Sensibilisierung existiert.

4.5.8 Fremdenfeindlichkeit

In diesem Zusammenhang wurde auch Unbehagen bis hin zu Unruhe von geflüchteten Frauen geschildert, die sich wegen ihres Aussehens (Hautfarbe), ihrer Kleidung (Kopftuch) oder Religion (Christ, Moslem) Diskriminierungen verbaler und tätlicher Natur aus fremdenfeindlichen Motiven heraus ausgesetzt sahen. Auch hier empfehlen wir eine Beschwerdestelle in den Unterkünften und den Behörden einzurichten, damit geflüchtete

Frauen über solche Verletzungen, Kränkungen und Erniedrigungen berichten können und sich nicht ausgeliefert, ohnmächtig und hilflos fühlen.

4.5.9 Sichere Herkunftsregion

Zahlreiche Afghaninnen berichteten mit Unverständnis, dass Afghanistan, welches sie nur im Kriegszustand kennen, zu einer sicheren Herkunftsregion gerechnet werde, obwohl es dort alles andere als sicher sei. In der vorgelegten Studie zeigte sich, dass gerade geflüchtete Frauen neben Eritrea und Somalia insbesondere Frauen aus Afghanistan sehr stark belastet waren und zu einem großen Teil über schwerste Traumatisierungen berichten. Die Angst vor Abschiebungen erzeugt sehr starke psychische Belastungen. Auch wenn aus Deutschland bisher keine Frauen nach Afghanistan abgeschoben werden, besteht eine ernstzunehmende Verunsicherung der Frauen, die Angst vor der eigenen Abschiebung und auch der ihrer erwachsenen Söhne oder anderer Verwandter haben. Das Flüchtlingswerk der Vereinten Nationen unterstreicht den Schutzbedarf von Menschen aus Afghanistan in den UNHCR Richtlinien zur Feststellung des internationalen Schutzbedarfes afghanischer Asylsuchender (UNHCR, 2017).

4.6 Zusammenfassung der Empfehlungen

1. Wir empfehlen dringen, **Lösungen für die sprachliche Verständigung in medizinischen, psychosozialen und rechtlichen Fragen** zu finden. Eine Möglichkeit wäre für seltene Sprachen wie Somali und Tigrinya spezifische Pools an DolmetscherInnen (Übersetzerinnen und Sprach- und Kulturmittlerinnen) einzurichten, auf die Unterkünfte, Beratungsstellen und Initiativen bei Bedarf zugreifen können. Die Einführung von Telefon- und Videodolmetschen als Standard für medizinische Behandlungen, in Behörden, in Beratungsstellen erscheint sehr sinnvoll, um vorhandene sprach- und kulturgebundene Barrieren in Echtzeit zu überwinden. Dieser Ansatz hat sich in der Flüchtlingsversorgung bereits z. B. in Hamburg als sehr erfolgreich herausgestellt.
2. Wir empfehlen das **Recht auf umfassende Gesundheitsversorgung**, insbesondere im Hinblick auf psychosoziale, psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung für Geflüchtete standardmäßig zu etablieren. Solange Psychotherapie nicht im Katalog der Regelversorgung für Geflüchtete auftaucht, ist insbesondere bei der von uns untersuchten äußerst vulnerablen Gruppe der geflüchteten Frauen von erheblichen Folgen bei Nichtbehandlung auszugehen.
3. Wir empfehlen, schutzbedürftige geflüchtete Frauen frühzeitig zu erkennen. Zur **Erkennung von besonderer Schutzbedürftigkeit** sind ausreichend geschultes Personal, DolmetscherInnen und ihre Finanzierung unerlässlich. Wird eine besondere Schutzbedürftigkeit erkannt, sollte der Zugang zu erforderlichen Schutzräumen sowie zu angemessener ambulanter und stationärer medizinischer und psychologischer/psychotherapeutischer Versorgung sichergestellt sein.
4. Wir empfehlen Initiativen und Projekte, die **frauenspezifische Themen** wie weibliche Genitalbeschneidung und häusliche Gewalt adressieren, vermehrt zu fördern, idealerweise in mobilen aufsuchenden Teams, die über Hilfsmöglichkeiten in Deutschland in den Muttersprachen aufklären.

5. Außerdem empfehlen wir eine separate **Unterbringung** allein reisender Frauen, mehr Kontingente im kommunalen oder städtischen Wohnbau einen leichteren Zugang zu Wohnberechtigungsscheinen und zu Maßnahmen der Wohnungslosenhilfe, insbesondere für besonders schutzbedürftige geflüchtete Frauen. Ebenso braucht es geeignete und geschützte Rückzugsorte insbesondere für Frauen und Kinder sowie getrennte Sanitärräume für Männer und Frauen.
6. Wir plädieren für die Entwicklung von **kultursensiblen Gewaltschutzkonzepten** in Unterkünften und Beratungsangeboten für Frauen und Männer.
7. Die Wartezeit bis zur **Familienzusammenführung**, wo immer möglich, sollte beschleunigt werden, denn die Trennung von Familienmitgliedern, insbesondere von Kindern und die Sorge um sie führt zu starker psychischer Belastung.
8. Weiterhin gibt es einen hohen Bedarf an **Alphabetisierungskursen** sowie Deutschkursen in Zusammenhang mit einer organisierten Kinderbetreuung sowie einer Aufklärung über den Zugang zu diesen Kursen. Zusätzlich zur Aufstockung der bestehenden Angebote ließe sich über digitale Lernmedien (Apps, Online-Kurse) nachdenken.
9. Des Weiteren empfehlen wir geeignete Maßnahmen zu entwickeln z. B. Job-Coaching und Mentoring, um die schnelle Anerkennung der Abschlüsse und die Schaffung von Lehrgängen zur Vorbereitung auf die **Integration in die Arbeitswelt** zu unterstützen.
10. Darüber hinaus empfehlen wir **unabhängige Ombuds- und Beschwerdestellen**, an die sich die geflüchteten Frauen ohne Angst und Sorgen bei Überfällen, Diskriminierungserfahrungen, aber auch Fehlbehandlungen wenden können.

Abschließend möchten wir noch einmal unterstreichen, dass die Beseitigung der wiederholt aufgeführten Stressfaktoren und Belastungen nach der Ankunft in Deutschland maßgeblich dazu beitragen werden, die Prävalenz von stressinduzierten Folgestörungen zu reduzieren und die Lebensqualität und die Zufriedenheit der geflüchteten Frauen verbessern werden.

5. Literaturverzeichnis

- Adeponle AB, Thombs BD, Groleau D, Jarvis E, Kirmayer LJ (2012). Using the cultural formulation to resolve uncertainty in diagnoses of psychosis among ethnoculturally diverse patients. *Psychiatr Serv. United States*; 63(2):147–53.
- Arnetz J, Rofa Y, Arnetz B, Ventimiglia M, Jamil H (2013). Resilience as a protective factor against the development of psychopathology among refugees. ;201(3):167-72.
- Bäärnhielm S, Aberg Wistedt a., Rosso MS (2014). Revising psychiatric diagnostic categorisation of immigrant patients after using the Cultural Formulation in DSM-IV. *Transcult Psychiatry [Internet]*;52(3):287–310.
- Binder S, Tosic J (2003). Flüchtlingsforschung: sozialanthropologische Ansätze und genderspezifische Aspekte. *SWS-Rundschau*;43(4):450-472.
- Bohnsack R, Przyborski A, Schäffer B (2006). Einleitung: Gruppendiskussionen als Methode rekonstruktiver Sozialforschung. In: Bohnsack R, Przyborski A, Schäffer B (Hrsg.). *Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis*. Opladen: Barbara Budrich.
- Bohnsack R. Gruppendiskussion (2000). In: Flick U, Kardorff E von, Steinke I (Hrsg). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek: Rowohlt;369-384.
- Brähler E, Mühlhan H, Albani C, Schmidt S (2007). Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Version des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica*; 53(2):83-96.
- Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland (2015). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Cornelia Möhring, Sigrid Hupach, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE: Situation von geflüchteten Frauen in Deutschland. BT-Drs; 18/6693.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2016a): Aktuelle Zahlen zu Asyl. Dezember 2016.
http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-dezember-2016.pdf?__blob=publicationFile
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2016b). 476.649 Asylanträge im Jahr 2015 Aktuelle Zahlen zu Asyl.
<http://www.bamf.de/SharedDocs/Meldungen/DE/2016/201610106-asylgeschaeftsstatistik-dezember.html>; Zugriff am 12.01.2016.
- Europäisches Parlament, Europäischer Rat (2013): Richtlinie 2013/33/EU zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung).
- Flatten G, Hofmann A, Liebermann P, Wöller W, Siol T & Petzhold E (2001). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Stuttgart: Schattauer.

Flick U (2000). Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. 5. Aufl. Reinbek: Rowohlt.

Frisch J (2015). Zwischen Humanität und Bürokratie. Die schwierige medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Migranten ohne Krankenversicherung. Berliner Ärzteblatt; 6:14-20

Frommberger U, Angenendt J, Berger M (2014). Posttraumatische Belastungsstörung – eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. Deutsches Ärzteblatt;11 (5):59–66.

Gerritsen AAM, Bramsen I, Devillé W, Van Willigen LHM, Hovens JE Van der Ploeg HM (2006). Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in The Netherlands. European Journal of Public Health;16(4):394-399.

Gil-González D, Vives-Cases C, Borrell C, Agudelo-Suárez AA, Davó-Blanes MC, Miralles J, Álvarez-Dardet C (2014). Racism, other discriminations and effects on health. J Immigr Minor Health;16(2):301-9.

Gläser J, Laudel G (2006). Experteninterviews und qualitativen Inhaltsanalyse. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Goosen S, Kunst AE, Stronks K, van Oostrum IE, Uitenbroek DG, Kerkhof AJ (2011). Suicide death and hospital-treated suicidal behaviour in asylum seekers in the Netherlands: a national registry-based study. BMC Public Health;21;11:484.

Gupta M (2013). Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. International Review of psychiatry;25(1):86-99

Hallas P, Hansen AR, Staehr MA, Munk-Andersen E, Jorgensen HL. Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: a retrospective study from Denmark. BMC Public Health. 2007 Oct 11;7:288.

Harfst T, Koch U, Kurtz von Aschoff C, Nutzinger DO, Rüddel H, Schulz H (2002). Entwicklung und Validierung einer Kurzform der Symptom Checklist-90-R. DRV-Schriften; 33:71-73.

Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry; 52(12):1048-60.

Küey L (2015). Trauma and Migration: The Role of Stigma. In: Schouler-Ocak M (ed) Trauma and Migration. Cultural Factors in the Diagnosis and Treatments of Traumatised Immigrants. Springer ;Pp 57-68.

Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, Schreuders GA, De Jong JTVM (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. J Nerv Ment Dis;192:843-852.

Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, Van Tweel I, De Jong JTVM (2005). Post migration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. J Nerv Ment Dis;193:825-832.

Laban CJ, Gernaat HB, Komproe IH, De Jong JT. Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 2007 Oct; 42(10):837-44.

Laban CJ, Komproe IH, Gernaat HB, De Jong JTVM (2008). Impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 43:507-515.

Laban C. Good news for the traumatized and their helpers. Incorporating resilience in the treatment of asylum seekers and refugees. *Parctical Papers. MT Bulletin of NVTG* 2015. June 02.; 9-11. (https://issuu.com/nvtg_mt/docs/nvtg_mt_2015_2_web)

Lamnek S (2009). Gruppendiskussion. Theorie und Praxis. Weinheim und Basel: Beltz 2005.
Lindert J, Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Brähler E. Depression and anxiety in labour migrants and refugees. *Soc Sci Med*; 2; 69: 246-257.

Maercker A & Bromberger F (2005). Checklisten und Fragebogen zur Erfassung traumatischer Ereignisse in deutscher Sprache. *Trierer Psychologische Berichte*; 32, Heft 2.

Mazur VM, Chahraoui K, Bissler L (2015). [Psychopathology of asylum seekers in Europe, trauma and defensive functioning]. [Article in French] *Encephale*; 41(3):221-8.

Mayring P (2000). Qualitative Inhaltsanalyse – ein Überblick. In: Flick U, Kardorff E von, Steinke I (Hrsg). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek: Rowohlt; 468-475.

Miles MB, Huberman AM (1995). *Qualitative data analysis. An expanded sourcebook*. London: Sage.

Müller A (2013). Die Organisation der Aufnahme und Unterbringung von Asylbewerbern in Deutschland: Fokus-Studie der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN).

http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/EMN/Nationale-Studien-WorkingPaper/emn-wp55-organisation-und-aufnahme-asylbewerber.pdf?__blob=publicationFile; Zugriff am 12.01.2016.

Neuner F, Kurreck S, Ruf M, Odenwald M, Elbert T & Schauer M (2009). Can Asylum-Seekers with Posttraumatic Stress Disorder Be Successfully Treated? A Randomized Controlled Pilot Study. *Cognitive Behaviour*; 38, 4, 1–11.

Olsen DR, Montgomery E, Bojholm S, Foldspang A (2007). Prevalence of pain in the head, back and feet in refugees previously exposed to torture: A ten-year follow-up study. *Disability and Rehabilitation*; Vol 29 Issue 2; pp. 163-171.

Petermann F, Brähler E (2013). HSCL-25 Hopkins-Symptom-Checkliste-25 - Deutsche Version. Hogrefe.

Rabe H (2015). Effektiver Schutz vor geschlechtsspezifischer Gewalt – auch in Flüchtlingsunterkünften. Policy Paper Nr. 32. Deutsches Institut für Menschenrechte

Rasmussen A, Nguyen L, Wilkinson J, Raghavan S, Vundla S, Miller KE. et al. (2010). Rates and impact of trauma and current stressors among Darfuri refugees in eastern Chad. *Am J Orthopsychiatry*;80(2):227–236.

Richter K, Lehfeld H, Niklewski G. Warten auf Asyl: Psychiatrische Diagnosen in der zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern. *Gesundheitswesen*. 2015;77(11):834-8.

Roberts B, Browne J (2011). A systematic review of factors influencing the psychological health of conflict-affected populations in low- and middle-income countries. *Glob Public Health*;6(8):814-29.

Rose D, Thornicroft G, Pinfold V, Kassam A (2007). 250 labels used to stigmatise people with mental illness. *BMC Health Serv Res*; 7:97.

Schouler-Ocak M, Graef-Calliess IT, Tarricone I, Qureshi A, Kastrup M, Bhugra D (2015). EPA Guidance on Cultural Competence Training. *Eur Psychiatry*;30(3):431-40.

Schouler-Ocak M, Wintrob R, Moussaoui D, Villaseñor Bayardo S, Zhao X-D, Kastrup C (2016a). Background Paper on the Needs of Migrant, Refugee and Asylum Seeker Patients Around the Globe. *International Journal of Culture and Mental Health*; 9(3):216-232.

Schouler-Ocak M, Wintrob R, Moussaoui D, Villaseñor Bayardo S, Zhao X-D, Kastrup C (2016b). Part of the World Psychiatric Association action plan for the triennium 2014–2017. *International Journal of Culture and Mental Health*; 9(3): 209-215.

Schunck, Reiss & Razum (2014). Pathways between perceived discrimination and health among immigrants: evidence from a large national panel survey in Germany. *Ethn Health*;3:1-18

Statistisches Bundesamt (2016): Empfängerinnen und Empfänger nach Bundesländern. Regelleistungen insgesamt nach Bundesländern und Art der Unterbringung am 31.12.2015. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Asylbewerberleistungen/Tabellen/Tabellen_EmpfaengerBL.html.

UNHCR 2016: <http://www.unhcr.de/service/zahlen-und-statistiken.html>

UNHCR 2017: <https://www.proasyl.de/wp-content/uploads/2015/12/2017-Bericht-UNHCR-Afghanistan.pdf>

Wirtgen W (2009). Traumatisierte Flüchtlinge: Psychische Probleme bleiben meist unerkannt. *Dtsch Arztebl.*; 106(49): A-2463 / B-2115 / C-2055.

Wollny A, Marx G (2009). Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. Teil 2: Qualitative Inhaltsanalyse vs. Grounded Theory. *Z Allg Med*; 85: 467–476.

Women's Refugee Commission (2016): <https://www.womensrefugeecommission.org/>

6. Projektteams an den einzelnen Standorten

BERLIN



Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus,
Große Hamburger Straße 5-11, 10115 Berlin
Tel.: 030/2311 2123
Fax: 030/2311 2787

Projektleitung

PD Dr. med. Meryam Schouler-Ocak
Dr. Christine Kurmeyer

Wissenschaftliche Mitarbeiter

Dipl.- Psych. Jenny Jesuthasan
Dr. Ingar Abels
Dr. Racha Nassar
Dr. Ekin Sönmez
PD Dr. Sabine Oertelt-Prigione
Dr. Joachim Bretz

Projektmitarbeiter:

Rawan Massood
Zahra Sabet
Elham M.
Freweyni Habtemariam
Fatemeh Sabet
Azar Pajuhandeh
Lina Akope
Nahid Haghighi
Dipl.- Wirtschaftsjuristin (FH) Xandra Herrmann
Rana Alshika

Sarah Hamadeh
Simonetta Giuliano
Zara Witte
Khulud Sharif-Ali
Alham Quadri
Salo Tober-Lau
Pinkus Tober-Lau
R & L Webdesign

FRANKFURT

Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie
Institut für Psychologie
J.W. Goethe-Universität
Varrentrappstr. 40-42
60486 Frankfurt am Main
Sekretariat:
Tel: 069/798-23842, -22848
Fax: 069/798-28110



<http://www.psychologie.uni-frankfurt.de/50043096>

http://www.psychologie.uni-frankfurt.de/62374449/95_psychosoz_beratung_fluechtlinge

Projektleitung:

Prof. Dr. Ulrich Stangier
Dr. Jana Gutermann

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen:

Dr. Dorothea Isele
MSc. Psych. Schahryar Kananian
MSc. Psych. Annabelle Starck
Dipl.Psych. Assia Boukacem

ProjektmitarbeiterInnen:

Hourvash Nadimi Farrokh
Hanieh Kharghanian
Layla Fandi
Morssal Dasthi
Yohana Arefaine
Suad Mahir
Manar Fandi
Stephanie Neutzner

MAINZ

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Tel: 06131/179213
Fax: 06131/179045



UNIVERSITÄTSmedizin.
MAINZ

www.unimedizin-mainz.de/asu/

Projektleitung

Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Stephan Letzel
Dr. med. Renate Kimbel
Dipl.-Soz. Ulrike Zier

ProjektmitarbeiterInnen:

Shila Ahmadi
Yara Al-Zamel
Rima Al-Sadeh
Teklemicael Fecadu
Basel Halabi
Fadumo Hassan
Amal Ahmedahir Mahdi
Kristina Maier
Jamila Niko
Samira Rasuli
Hannah Taubitz
Ukbamariam Tewelde
Helena Gretschrnann

NÜRNBERG

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum Nürnberg Nord
Universitätsklinik der Paracelsus
Medizinische Privatuniversität
Tel: 0911/398-3964
Fax: 0911/398-3965



Projektleitung:

Univ.-Prof. Dr. Dr. med. G. Niklewski
Prof. Dr.med. Kneginja Richter

Wissenschaftliche MitarbeiterInnen

Dipl. Psychologin Kateryna Shyshko
Lukas Peter

ROSTOCK

Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Rostock
Doberaner Straße 142
18057 Rostock
Tel: 0381/494-2484
Fax: 0381/494-2482



Universitätsmedizin Rostock: <https://www.med.uni-rostock.de/>

Institut für Allgemeinmedizin: <https://allgemeinmedizin.med.uni-rostock.de/>

Projektleitung:

Prof. Dr. med. Attila Altiner

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen:

Dr. phil. Anja Wollny, M.Sc.
Antje Krüger, M.A.

Projektmitarbeiterinnen:

Safa Hmimda
Reem Alabdalah
Rawia Al-Obadi
Rueida Ali Qasem Ghalab
Maryam Fathollah Gol
Ahd Ali Ali Al-Dhabi

Wir sind's! 
Die Einwanderungsgesellschaft gestalten

