

Psychische Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Frauen mit Zuwanderungsgeschichte und Flüchtlingshintergrund in Nordrhein-Westfalen - Faktenblatt

Christiane Ernst, Ivonne Wattenberg, Claudia Hornberg; Bochum, 09/2018

Inhalt

1. Einleitung	1
2. Zuwanderungs- und Flüchtlingsbewegungen	2
3. Einflüsse der Migration/Flucht auf die psychische Gesundheit	3
4. Was wird bereits getan? – Auf politischer Ebene und in der Forschung	8
5. Beispiele Guter Praxis	9
6. Weiterführende Informationen, Initiativen und Projekte (Auswahl).....	12
7. Literatur	12

1. Einleitung

Eingewanderte Frauen (und auch Männer) sind aufgrund verschiedener Faktoren einer erhöhten psychischen Vulnerabilität, also Verwundbarkeit ausgesetzt. Diese Verwundbarkeit kann aus der lebenslangen und generationsübergreifenden Auseinandersetzung mit den kulturellen Überzeugungen des Herkunftslandes und des Aufnahmelandes resultieren (Machleidt, 2007). Insbesondere die derzeitige Fluchtsituation bietet noch andere Hürden.

Dieses Faktenblatt gibt einen Überblick über das Thema „Psychische Gesundheit von Frauen mit Zuwanderungsgeschichte und Flüchtlingshintergrund in Nordrhein-Westfalen“¹. Aufgrund der derzeitigen Flüchtlingssituation wird der Blick dabei speziell auf die Versorgungssituation und die gesundheitlichen Bedarfe und Bedürfnisse von Frauen mit Flüchtlingshintergrund gerichtet. Aufgezeigt werden weiterhin Ergebnisse des Netzwerks „Frauengesundheit NRW im Kontext von Zuwanderungsgeschichte“, dass das Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW im Jahr 2015 etabliert hat, sowie Good-Practice-Beispiele und weitere Informationsquellen zum Thema Frauengesundheit im Kontext von Flucht und Migration.

¹ Die Begriffe „Zuwanderungsgeschichte“ und „Migrationshintergrund“ sowie „Personen mit Zuwanderungsgeschichte“ und „Migranten und Migrantinnen“ werden synonym und gleichwertig verwendet.

2. Zuwanderungs- und Flüchtlingsbewegungen

Migrationen sind einerseits Kennzeichen einer modernen, globalisierten Welt und stellen gleichzeitig eine historische Konstante dar. Personen mit Zuwanderungsgeschichte sind sehr heterogen. Sie unterscheiden sich beispielsweise hinsichtlich ihres Einreisemotivs, ihres Aufenthaltsstatus und ihrer Aufenthaltsdauer, der ethnischen Zugehörigkeit sowie ihrer individuellen Bildung. Menschen können aufgrund belastender Hintergründe migrieren oder flüchten, wie in der derzeitigen Situation, um Terror und Krieg im Herkunftsland zu entkommen, aufgrund klimatischer Veränderungen, aber auch bewusst und nach langfristiger Planung, zum Beispiel um eine Arbeitsstelle oder ein Studium aufzunehmen. In den letzten Jahren sind insbesondere die Flüchtlingszahlen kontinuierlich gestiegen. Die derzeitigen Flüchtlingszahlen gehen vor allem auf den 2011 ausgebrochenen Krieg in Syrien zurück, schließen aber auch etwa 15 Konflikte in den letzten fünf Jahren insbesondere in Afrika, im Nahen Osten, in Asien und Europa, der Ukraine, sowie eine andauernde Instabilität in Afghanistan und Somalia ein (vgl. The UN Refugee Agency 2015, Schmiege 2017).

Von Januar bis zum November 2016 wurden dem Land Nordrhein-Westfalen rund 67.327 Asylsuchende gemäß Königsteiner Schlüssel, der die Verteilung der Flüchtlinge auf die Bundesländer regelt, zugewiesen (Stand: 01.12.16) (Landesregierung Nordrhein-Westfalen 2016).² Ankommende Flüchtlinge werden zunächst im sogenannten EASY-System³ registriert. Da nicht jede(r) Ankommende einen Asylantrag stellt, können die folgenden Zahlen nur eine grobe Einschätzung dazu liefern, wie viele Flüchtlinge sich derzeit in Deutschland aufhalten. Im Jahr 2015 stellten 66.758 Menschen in Nordrhein-Westfalen einen Erstantrag auf Asyl, im Jahr 2016 stiegen die Zahlen stark an (196.734 Anträge) und gingen 2017 auf 53.343 Anträge zurück. Im Jahr 2018 sanken die Zahlen erneut auf 19.166 Erstanträge in NRW. Im Jahr 2018 sanken die Zahlen erneut auf 19.166 Erstanträge in NRW. In Nordrhein-Westfalen wurden von allen Bundesländern 2016 und 2017 die meisten Asylanträge gestellt, wobei ca. ein Drittel der Asylantragsteller/-innen weiblich, zwei Drittel männlich waren. Die Zahl der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge ist in Nordrhein-Westfalen leicht rückläufig (Landesregierung Nordrhein-Westfalen 2017). Insbesondere junge Menschen verlassen ihr Heimatland, wie die Altersverteilung der Asylbewerber/-innen in Deutschland zeigt:

2 Da zwischen der Ankunft in Deutschland und dem Stellen eines Asylantrags teilweise Monate vergehen, entspricht die Zahl der gestellten Asylanträge nicht den tatsächlich in Deutschland ankommenden Asylsuchenden.

3 Es handelt sich um eine Software, die die Verteilung der Asylsuchenden auf Erstaufnahmeeinrichtungen nach Bundesländern regelt.

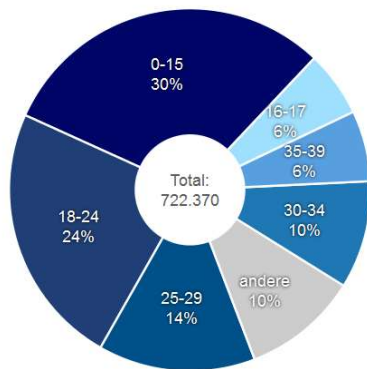


Abbildung 1: Antragsteller/-innen auf Asyl in Deutschland (Erstanträge) für das Jahr 2016 nach Altersgruppen, in Prozent (gerundet) (Bundeszentrale für politische Bildung 2017)

Insgesamt stellten im Jahr 2016 bundesweit 247.804 geflüchtete Frauen einen Erstantrag auf Asyl, im Jahr 2017 waren es 78.413 und im Zeitraum von Januar bis Juni 2018 nur noch 34.712 Frauen (vgl. BAMF, 2016, 2017, 2018).

Hier ist also ein starker Rückgang zu beobachten.

In den amtlichen Statistiken des BAMF für die einzelnen Bundesländer wird (noch) nicht nach Geschlecht oder anderen Diversity-Gesichtspunkten, z.B. wie viele Personen mit einer Behinderung zugewiesen werden, differenziert.

3. Einflüsse der Migration/Flucht auf die psychische Gesundheit

Für die aus- und eingewanderten Personen, für Frauen wie für Männer, sind nicht nur die Veränderungen des Wohnorts und des Heimatlands teils eklatant, sie betreffen die gesamten Lebensbedingungen und erfordern eine psychische Anpassungsleistung, die mit einer gesteigerten Vulnerabilität sowohl für körperliche als auch psychische Erkrankungen einhergehen kann. So ist das Risiko für psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten gerade nach Ankunft im Aufnahmeland erhöht, da sich die Migrantinnen und Migranten an fremde Normen anpassen und die Trennung und Trauer über die/das Zurückgelassene(n) bewältigen müssen (vgl. Weilandt, Rommel, Raven, 2003). Personen mit Zuwanderungsgeschichte sind andererseits jedoch häufig besonders junge, aktive und gesunde Menschen, die ihr Leben selbst bestimmen möchten, was in der wissenschaftlichen Literatur als „Healthy Migrant Effect“ beschrieben wird. Da sie häufig aus ärmeren Ländern stammen, profitieren sie nach der Einwanderung in ein wohlhabenderes Industrieland von besseren hygienischen Verhältnissen und einer besseren Gesundheitsversorgung (vgl. Razum et al., 2009). Ein kausaler Zusammenhang zwischen Migration und psychischer Erkrankung besteht also nicht (vgl. van Keuk, 2013a).

Eine gute Integration und ein funktionierendes soziales Netzwerk helfen den migrierten bzw. geflüchteten Personen dabei, Belastungen zu verarbeiten. Eine gelungene Integration von geflüchteten Frauen, z.B. die Aufnahme einer Berufstätigkeit und soziale Kontakte auch zu einheimischen Personen, hat ebenfalls einen positiven Einfluss auf die sozio-ökonomische Lage. Verbesserte soziale und wirtschaftliche Bedingungen, unter denen geflüchtete Frauen leben (u.a. höheres Einkommen, Wohnsituation, verbesserte Vernetzungs- und Kommunikationsstrukturen) haben wiederum positive Auswirkungen auf die psychische und

körperliche Gesundheit, da zentrale Risikofaktoren verringert werden (z.B. Stress, Unsicherheit, Zugangsbarrieren, schlechte oder unzureichende Ernährung). Erfahrungen von sozialer Ausgrenzung und Isolation im Aufnahmeland, Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit, fehlende soziale Netzwerke und Sprachbarrieren wirken sich demgegenüber negativ auf die psychische Gesundheit und eine gelingende gesellschaftliche Integration aus (vgl. Landtag Nordrhein-Westfalen, 2004). Die Prozesse der Integration verlaufen mutmaßlich individuell sehr verschieden. Wie sie sich auf die Gesundheit auswirken, wird sich erst in der Zukunft zeigen. In den derzeitigen Fluchtsituationen, sind es insbesondere auch körperliche und sexuelle Gewalterfahrungen, die die psychische Stabilität der geflüchteten Frauen ins Wanken geraten lassen.

Gewalterfahrungen

Geflüchtete Frauen haben häufig gravierende Gewalterfahrungen in ihrem Herkunftsland, auf der Flucht oder auch bei ihrer Ankunft im Aufnahmeland gemacht und müssen diese Gewalterfahrung(en) neben ihren veränderten Lebensbedingungen verarbeiten. Sie können auch in der Aufnahmesituation bzw. in Sammelunterkünften dem Risiko von sexualisierter Gewalt ohne Schutz und Rückzugsmöglichkeiten ausgesetzt sein. Für viele Frauen bedeutet die Flucht aus Kriegsgebieten somit nicht das Ende von Gewalt (vgl. Buckley-Zistel et al., 2014). Im Nachkriegskontext sind es vielfach auch Personen aus dem eigenen sozialen Umfeld, die körperliche, psychische und sexualisierte Gewalt ausüben.⁴ Infolgedessen besteht das Risiko, dass Frauen mit Flüchtlings- und Gewalthintergrund nach Ankunft im Aufnahmeland psychische Symptome oder eine psychische Erkrankung, wie eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), eine Depression oder Angststörung⁵ entwickeln. In der aktuellen Leitlinie der deutschsprachigen Fachgesellschaften für Psychotraumatologie wird von einer PTBS-Prävalenzrate von 50% bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern berichtet (vgl. Flatten et al., 2011). Es liegen jedoch keine geschlechterdifferenzierten Daten zur PTBS bei geflüchteten oder migrierten Personen vor. Insbesondere von Frauenberatungsstellen werden zunehmend geschützte Räume für geflüchtete Frauen und eine geschlechtergetrennte Unterbringung gefordert (vgl. Rabe, 2015).

4 Veränderte sozioökonomische Situationen können beispielsweise zu einem Anstieg der Aggressionen bei geflüchteten Männern führen, die sich in sexueller Gewalt an Frauen in ihrer eigenen Gemeinschaft zeigen kann (vgl. Buckley-Zistel et al., 2014, Hamber, 2007, Schäfer, 2005).

5 Traumatisierende Belastungen können immer wiederkehrende Störungen und Symptome wie Angstreaktionen, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Aufmerksamkeitsstörungen und schwer kontrollierbare Affektschübe nach sich ziehen. Eine Gefahr der Re-Traumatisierung von Flüchtlingsfrauen, also einer Wiederbelebung des Traumas, besteht insbesondere, wenn Frauen im Einreiseland erneut Gewalt und sexuellen Übergriffe ausgesetzt sind (vgl. Linke et al., 2016). Nachgewiesenen Behandlungserfolg bei Traumaopfern, wie es häufig gewaltbetroffene geflüchtete Frauen sind, weist die traumaspezifische Psychotherapie auf – dies auch ggf. mit unterstützender Psychopharmakotherapie (van Keuk, 2013b).

Handlungsansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgungssituation

Zur Verbesserung der psychologischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Frauen mit Zuwanderungsgeschichte und Flüchtlingshintergrund hat das Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW im Jahr 2015 das Netzwerk „Frauengesundheit NRW im Kontext von Zuwanderungsgeschichte“⁶ etabliert. Das Netzwerk möchte Bedarfe und Bedürfnisse von Frauen mit Zuwanderungsgeschichte identifizieren, um diese mit verschiedenen Akteurinnen und Akteuren aus (Gesundheits-)Versorgung, Beratung und Politik auszuarbeiten und zur Verbesserung der psychischen Gesundheit zu diskutieren. Zudem sollen bestehende Good-Practice-Beispiele in die weitere Praxis übertragen sowie die Vernetzung und der interdisziplinäre Austausch der beteiligten Netzwerkpartnerinnen und -partner gefördert werden.

Als Handlungsansätze zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Frauen mit Zuwanderungsgeschichte wurden im Netzwerk insbesondere die

- Verstetigung der Finanzierung von lokalen Initiativen und Einrichtungen
- Notwendigkeit eines Einbezugs von Dolmetscherinnen und Dolmetschern/ Kulturmittlerinnen und Kulturmittlern in die Regelversorgung
- Notwendigkeit neuer Versorgungsformen
- Förderung von Sprachkompetenz, Arbeitsaufnahme & Integration sowie die
- Verbesserung der (bundesweiten) Studienlage herausgestellt.

Verstetigung der Finanzierung von lokalen Initiativen und Einrichtungen

Die Anpassung der Strukturen der Regelversorgung an die Bedarfe von geflüchteten Frauen und Männern, Kindern und Jugendlichen befindet sich zurzeit noch in der schrittweisen Umsetzung. Daher ist das Engagement gemeinnütziger Organisationen und kleinerer drittmittelgeförderter, zeitlich begrenzt laufender Projekte eine wertvolle Ergänzung in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung von Personen mit Zuwanderungsgeschichte. Die Verstetigung der Finanzierung von lokalen Initiativen und Einrichtungen ist damit ein wichtiger Baustein zur Verbesserung der Versorgungssituation von Migrantinnen mit psychischen Erkrankungen. Um den Verstetigungsprozess erschließen zu können, geht es - neben der Finanzierungsfrage – aber auch darum, zwischen kommunalen und allen anderen beteiligten Akteuren und Akteurinnen strategische Partnerschaften aufzubauen.

⁶ Informationen zum Netzwerk „Frauengesundheit NRW im Kontext von Zuwanderungsgeschichte“ finden Sie unter: <http://frauenundgesundheit-nrw.de/netzwerk/>

Notwendigkeit eines Einbezugs von Dolmetscherinnen und Dolmetschern/ Kulturmittlerinnen und Kulturmittlern in die Regelversorgung

Sprache und sprachliche Verständigung stellen die zentralen Grundlagen für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und eine bedarfsgerechte Versorgung dar. Eine wichtige Aufgabe besteht darin, Dolmetscherinnen und Dolmetscher sowie Kulturmittlerinnen und Kulturmittler in die gesundheitliche Versorgungssituation einzubeziehen, die besonders in den soziokulturellen Unterschieden zwischen den betreffenden Kulturkreisen und der interkulturellen Kommunikation geschult sind. Ihre Tätigkeit beinhaltet Elemente der Mediation und des Konfliktmanagements.

Notwendigkeit neuer Versorgungsformen

Da die gesetzlichen Grundlagen, insbesondere das Asylbewerberleistungsgesetz, keine angemessene und ausreichende psychotherapeutische sowie ärztliche Versorgung für psychisch kranke Geflüchtete ermöglichen und z.B. traumatherapeutische Angebote nicht ausreichend verfügbar sind, besteht Bedarf an einer Weiterentwicklung der bestehenden Versorgungsstrukturen. In diesem Zusammenhang sind auch innovative Versorgungsformen zu prüfen, die Versorgungslücken auffangen und bestenfalls schließen können. Hierzu gehören etwa niedrigschwellige und online-basierte Hilfsangebote, psychoedukative Gruppen in Erstaufnahmeeinrichtungen, Akutprogramme, Projekte zur Orientierung und Psychoedukation für traumatisierte Flüchtlinge sowie Projekte, die Laienhelferinnen und -helfer qualifizieren oder eine psychotherapeutische Versorgung anbieten. Initiativen zur Koordination und Vernetzung, die Einbindung von Sprachmittlerinnen und Sprachmittlern sowie muttersprachlichen Therapeutinnen und Therapeuten bieten hier wichtige Ansatzmöglichkeiten. Da Fluchttraumata und Kriegserlebnisse auch psychosomatische Auswirkungen haben können, sollten die Erkrankungen aus diesem Formenkreis ebenfalls berücksichtigt werden. Ärztinnen und Ärzte aller Fachdisziplinen sollten bei Patientinnen mit Fluchtgeschichtete darauf achten, dass beispielsweise Beschwerden wie Schlafstörungen, Herzrasen, Konzentrationsstörungen, Appetitlosigkeit, aber auch generalisierte Schmerzen und weitere Symptome auf zugrundeliegende psychische Beschwerden und Traumatisierungen hindeuten können. Besteht der Verdacht auf solche Traumatisierungen, sollte die behandelnde Ärztin/ der behandelnde Arzt mit der Patientin auch hierauf bezogen das Gespräch suchen und gegebenenfalls Kontakt zu spezialisierten Therapeutinnen und Therapeuten herstellen (vgl. Schellong et al. 2016).

Förderung von Sprachkompetenz, Arbeitsaufnahme und Integration

Bedarf besteht auch darin, die Sprachkompetenzen und die Arbeitsaufnahme von Frauen mit Zuwanderungsgeschichte und Flüchtlingshintergrund zu fördern und ihnen spezifische

Angebote zur Integration zu unterbreiten, die niedrigschwellig angesetzt sind. Angebote müssen des Weiteren auch auf vulnerable Gruppen wie geflüchtete Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen, u.a. gehörlose Flüchtlinge und Flüchtlinge mit Sprachstörungen, ausgerichtet sein. Zudem sollte die Peer-to-Peer-Arbeit⁷ gefördert und etabliert werden. Ehrenamtliche können durch eine professionelle Begleitung, wie z.B. Supervision, unterstützt werden. Eine bessere Vernetzung von Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten mit anderen Berufsgruppen, wie Sozialarbeiterinnen / Sozialarbeitern, Beratungsstellen und Rechtsanwältinnen / Rechtsanwälten ist notwendig, um Schnittstellenprobleme zu überwinden. Über die Entwicklung und den Zugang zu mehrsprachigen Informationsangeboten zum Gesundheitssystem kann ein Verständnis über das Gesundheitssystem gefördert und damit der Weg zur gesundheitlichen Versorgung geebnet werden.

Verbesserung der (bundesweiten) Studienlage

Zur gesundheitlichen Lage von Frauen mit Zuwanderungsgeschichte in Deutschland und Nordrhein-Westfalen finden sich bisher nur wenige Informationen. Es liegen Ergebnisse zur psychischen Gesundheit von Frauen und Mädchen mit türkischem Migrationshintergrund vor, während die Situation von Frauen und Mädchen aus anderen Herkunftsländern und mit anderen Staatsangehörigkeiten in empirischen Studien unterrepräsentiert ist (BMFSFJ, 2007). Zukünftige Studien stehen vor der Herausforderung, den Zusammenhang von Zuwanderungsgeschichte/ Flüchtlingshintergrund, staatlichem und kulturellem Hintergrund, Gender und psychischer Gesundheit differenziert zu analysieren. Auch ist eine Unterscheidung zwischen Frauen, die freiwillig ihr Herkunftsland verlassen haben, und denjenigen, die aufgrund von Kriegsbedingungen ihr Land verlassen haben, notwendig.

Vermittlung gendersensibler interkultureller Kompetenzen

In einigen Herkunftsländern der geflüchteten Frauen werden psychische Erkrankungen anders konzeptualisiert als in westlichen Ländern und in der Folge stärker stigmatisiert, so dass die eigenen Barrieren, eine psychische Beeinträchtigung zu erkennen und zu benennen, sehr hoch sein können. Daraus entstehen für das gesundheitliche Personal (z.B. Ärztinnen und Ärzte, Pflegende, Therapeutinnen und Therapeuten) besondere Herausforderungen bei der Identifikation und Behandlung psychischer Erkrankungen bei Frauen mit Zuwanderungsgeschichte und Flüchtlingshintergrund. Für die besondere Lebenslage und die

7 „Peer-to-Peer-Ansätze gehen von informellen Lernprozessen und der zentralen Bedeutung der Peergroup aus“ (Demmler et al., 2012). In diesem Kontext heißt es, dass Flüchtlingsfrauen als Mentorinnen/Lehrerinnen für andere Flüchtlingsfrauen fungieren, also eine unterstützende Funktion im Integrationsprozess einnehmen.

kulturellen Unterschiede von Frauen mit Zuwanderungsgeschichte und Fluchthintergrund muss das Gesundheitspersonal (z.B. Ärztinnen und Ärzte, aber auch Therapeutinnen und Therapeuten anderer Berufsgruppen sowie alle Gesundheitsfachberufe) zunächst dahingehend sensibilisiert werden, dass interkulturelle Kompetenzen sich insbesondere auf kulturelle Differenzen beziehen sollten. Das bedeutet, dass Kulturen nicht in sich geschlossen und statisch sind, sondern dass innerhalb eines sogenannten Kulturraumes bereits eine hohe Diversität hinsichtlich kultureller Merkmale wie beispielsweise Normen, Werten, Sprache, Religion oder Brauchtum bestehen kann. Dies gilt auch für intrapersonale Merkmale, wie z.B. Alter und Geschlecht, die gleichermaßen berücksichtigt werden müssen. Dies erfordert daher insgesamt eine flexible und sensible Herangehensweise und einen entsprechenden Umgang mit den individuellen Problemen und Bedürfnissen betroffener Patientinnen.

4. Was wird bereits getan? – Auf politischer Ebene und in der Forschung

Landesregierung Nordrhein-Westfalen

Im Jahr 2015 hat der Landtag Nordrhein-Westfalen erstmals zusätzliche Haushaltsmittel speziell für die Zielgruppe „traumatisierte geflüchtete Frauen“ bewilligt, welche für Beratung und Unterstützung von Gewalt betroffenen traumatisierten weiblichen Flüchtlingen bestimmt sind. Das Förderprogramm soll 2018 fortgesetzt werden und beinhaltet:

- „Sensibilisierung und Schulung von Personen, die im professionellen Kontext mit Flüchtlingsfrauen befasst sind
- Sensibilisierung und Schulung von Ehrenamtlichen und Supervision
- Niedrigschwellige Begleitung und Betreuung von traumatisierten geflüchteten Frauen“ (MHKBG 2018)

Zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Flüchtlingen und zur Entlastung der Kommunen haben einige Bundesländer eine Gesundheitskarte für Flüchtlinge eingeführt. In Nordrhein-Westfalen besteht seit August 2015 die Möglichkeit, die Gesundheitskarte (G-Karte NRW), die identisch mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für gesetzlich Krankenversicherte ist, zu beziehen (MGEPA, 2016). Die Gemeinden entscheiden dabei selbst, ob sie sich an der Einführung einer Gesundheitskarte für Flüchtlinge beteiligen. Zudem bietet die App „RefuShe“ – *APP for female refugees* in Nordrhein-Westfalen spezifische Informationen für geflüchtete Frauen über ihre grundlegenden Rechte wie Gewaltfreiheit und Gleichberechtigung sowie über Hilfemöglichkeiten und Notfallnummern. Sie ist in den Sprachen Deutsch, Englisch, Arabisch, Kurdisch und Paschtu verfügbar und kann kostenlos heruntergeladen werden (vgl. MGEPA, 2017, heute MAGS).

Die Gesundheitsversorgung und die Arbeitsmarktintegration von geflüchteten Menschen in Pflege- und Gesundheitsberufe waren Hauptthemen der 25. Landesgesundheitskonferenz

(LGK) im Jahr 2016. Die LGK-Entscheidung „Ankommen in Nordrhein-Westfalen: Flüchtlinge im Gesundheitswesen“ konkretisiert die geplanten Schritte zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von geflüchteten Menschen (LGK 2016).

Das für Gesundheit zuständige Ministerium fördert seit 2015 verschiedene Projekte und Programme für geflüchtete Frauen, Männer, Kinder und Jugendliche mit psychischen Belastungen. Dazu gehören unter anderem Screening-Projekte zur frühzeitigen Identifikation von psychischen Belastungen, das Förderprogramm „Psychosoziale Beratung und Unterstützung von psychisch belasteten geflüchteten Menschen“, das niedrigschwellige Hilfen realisiert, das Modellprojekt „in2balance“, in dem Peers zu Laienhelferinnen und -helfern ausgebildet wurden, um psychisch belastete geflüchtete Menschen zu unterstützen, und die Anschubförderung von akutpsychotherapeutischen Maßnahmen für geflüchtete Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Forschung

Im Fortschrittskolleg „FlüGe – Herausforderungen und Chancen globaler Flüchtlingsmigration für die Gesundheitsversorgung in Deutschland“ an der Universität Bielefeld werden durch ein interdisziplinäres Forschungsteam die kurz-, mittel- und langfristigen gesellschaftlichen Herausforderungen in Bezug auf Gesundheit und Wohlergehen von geflüchteten Personen herausgestellt. Im Anschluss werden praxisnahe Lösungsmöglichkeiten erarbeitet. Das Projekt beschäftigt sich dabei mit der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen, Barrieren bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen sowie beim Zugang zum sozialen Versorgungssystem und zur Erwerbstätigkeit. Das Projekt hat keine dezidiert geschlechtsspezifische Perspektive inne, der Fokus liegt zunächst auf der allgemeinen Grundlagenforschung (vgl. Universität Bielefeld, 2017).

5. Beispiele Guter Praxis

Gute-Praxis-Projekte im Bereich der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung von Frauen mit Zuwanderungsgeschichte zeichnen sich dadurch aus, dass die sprachliche, kulturelle und religiöse Herkunft von Patientinnen und Klientinnen nicht als Hürde, sondern als positiver Anknüpfungspunkt für die Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung angesehen wird. Projekte und Institutionen, die ausschließlich die Frauengesundheit zum Thema haben, sind jedoch selten. Einige Beispiele guter Praxis auf Landes- und Bundesebene sollen hier abgebildet werden:

agisra e.V.

agisra e.V. (Arbeitsgemeinschaft gegen internationale sexuelle und rassistische Ausbeutung) in Köln beschäftigt sich mit der Menschenrechtstärkung und psychosozialen Versorgung von

Frauen mit Zuwanderungsgeschichte und Flüchtlingsfrauen. Hilfesuchende Frauen werden hier unabhängig von sozialer und ethnischer Herkunft, Religion und Alter, sexueller Orientierung, Sprachkenntnisse und Aufenthaltsstatus beraten. Das transkulturelle Team setzt sich aus Muttersprachlerinnen verschiedener Nationen zusammen. Beratungen in weiteren Sprachen werden mit Dolmetscherinnen durchgeführt. Das Arbeitsgebiet umfasst die persönliche und die telefonische Beratung sowie die Begleitung und rechtliche Unterstützung bei Behördengängen. Einzel-, Paar- und Familientherapie findet in deutscher und koreanischer Sprache sowie – mit Unterstützung von Dolmetscherinnen – in weiteren Sprachen statt.

Weitere Informationen: http://www.agisra.org/index.php?de_home

DaMigra e.V.

DaMigra e.V. – der Dachverband der Migrantinnenorganisationen - agiert als bundesweiter herkunftsunabhängiger und frauenspezifischer Dachverband von Selbstorganisationen der Migrantinnen. Das Leitziel ist Empowerment, also individuelle Selbstermächtigung, und die Gleichstellung von Migrantinnen und ihren Selbstorganisationen. Themen sind dabei u.a. Arbeit und Migration, politische Partizipation, Gesundheit und Gesundheitsversorgung, Frauen und Flucht, Antidiskriminierung und Gewalt gegen Frauen. Weitere Informationen: <https://www.damigra.de/themen/menschenrechte/>

ViBB Essen e.V.

Der ViBB Essen e.V. (Verein zur interkulturellen Beratung und Betreuung im Gesundheitsbereich von Essen und dem Ruhrgebiet e.V.) ist eine Mitgliedsorganisation des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Deutschland (Kreisgruppe Essen, Landesverband Nordrhein-Westfalen) mit dem Ziel, Menschen mit Zuwanderungsgeschichte einen besseren Zugang zu Angeboten des Gesundheits- und Sozialsystems zu ermöglichen. Die Arbeitsschwerpunkte liegen in der Einzelberatung zur Nutzung des Gesundheits- und Sozialsystems und der Vermittlung von Hilfsangeboten („Lotsendienst“), der Informationsarbeit zur Struktur und den Versorgungsangeboten des Gesundheits- und Sozialsystems, der Beratung und ambulanten Unterstützung von Menschen mit psychischen Belastungen und (chronischen) Erkrankungen sowie der Förderung der Selbsthilfe von Personen mit Zuwanderungsgeschichte. Weitere Informationen: <http://www.vibb-essen.de/>

Frauen helfen Frauen - Oberhausen

Die Beratungsstelle *Frauen helfen Frauen - Oberhausen* bietet Unterstützung für geflüchtete Frauen in der Frauenberatungsstelle u.a. durch Information, Beratungsgespräche, Einzeltherapie, Prozessbegleitung und Begleitung zu Rechtsanwältinnen, Polizei, Ärztinnen

nach sexuellen Gewalterfahrungen sowie Beratung nach dem Gewaltschutzgesetz an. Dolmetscherinnen stehen hierbei zur Verfügung. Weitere Informationen:

http://www.frauenhelfenfrauen-oberhausen.de/cms/front_content.php?idcat=18&lang=1

Psychosoziale Zentren in Nordrhein-Westfalen

Das Netzwerk der Psychosozialen Zentren „Trauma und Asyl in NRW“ in NRW bietet Beratung, Psychotherapien und Sozialarbeit für Geflüchtete und Folteropfer an, die durch die Erlebnisse im Herkunftsland oder auf der Flucht traumatisiert oder psychisch erkrankt sind. Zudem werden Fortbildungen und Beratungen, sowie Supervision für haupt- und ehrenamtliche Helfende der Geflüchtetenhilfe angeboten. Weitere Informationen:

<http://www.psz-nrw.de>

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF)

Dachverband der Behandlungszentren für Opfer von Menschenrechtsverletzungen und politischer Gewalt

Mit den zentralen Themen der Behandlungszentren für Folteropfer beschäftigt sich die BAfF. Im Vordergrund stehen u.a. die Veranstaltung von Tagungen und Seminare. „Neben direkten Projekten der Koordinationsstelle sind ihre Mitglieder in Arbeitsgruppen zu bestimmten Themen aktiv“ (BAfF, 2017). Weitere Informationen: <http://www.baff-zentren.org/>

„pro familia – Flüchtlinge im Blick“

Das Projekt „pro familia – Flüchtlinge im Blick“ vom pro familia Landesverband NRW in Kooperation mit der Beratungsstelle Bonn verbindet u.a. aufsuchende Arbeit mit einer Vermittlung in Angebote des Gesundheitssystems. Eine breite Versorgung von geflüchteten Menschen wird durch die Kooperationen und Vernetzungen mit anderen Institutionen und Organisationen, die mit geflüchteten Menschen arbeiten, möglich. Weitere Informationen:

<https://www.profamilia.de/angebote-vor-ort/nordrhein-westfalen/bonn/migrantinnen-und-migranten/pro-familia-fluechtlinge-im-blick.html>

Gesundheitszentrum für Migrantinnen und Migranten in Köln

Mit spezifischen Angeboten für Menschen mit Migrationshintergrund setzt sich das Gesundheitszentrum für Migrantinnen und Migranten das Ziel, die gesundheitliche und psychosoziale Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Köln zu verbessern. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Unterstützung von Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens in Köln bei der Entwicklung von interkultureller Kompetenz.

Weitere Informationen: http://www.gfm-koeln.de/content/index_ger.html

6. Weiterführende Informationen, Initiativen und Projekte (Auswahl)

- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: <http://www.bamf.de/DE/Startseite/startseite-node.html>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Frauengesundheitsportal/ Migration: <https://www.frauengesundheitsportal.de/themen/migration/>
- Dachverband der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V. (DTPPP e.V.): <https://www.dtppp.com/>
- Flüchtlingsrat NRW e.V.: <http://www.frnw.de/>
- Referat für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie, Migration der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN): <https://dgppn.de/die-dgppn/referate/interkulturelle-psychiatrie-und-psychotherapie-migration.html>
- Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum e.V. (MFH): <https://mfh-bochum.de/>
- Projekt „MiMi – Gesundheit mit Migranten für Migranten“: http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/index.php?option=com_content&view=article&id=29
- Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration – SPKoM: http://www.lvr.de/de/nav_main/kliniken/verbundzentrale/frderundmodellprojekte/frderpogramme/sozialpsychiatrischekompetenzzentrenmigrationspikom/sozialpsychiatrischekompetenzzentrenmigrationspikom_2.jsp

7. Literatur

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.) (2016, 2017, 2018):

Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgaben Dezember 2016, 2017, 2018. URL:

<http://www.bamf.de/DE/Infothek/Statistiken/Asylzahlen/AktuelleZahlen/aktuelle-zahlen-asyl-node.html> [Letzter Zugriff am 20.07.2018].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2007):

Gesundheit – Gewalt – Migration. Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland. URL:

<https://www.bmfsfj.de/blob/93964/588d6d5da075d2803f8696dfbbe3d35c/gesundheits-gewalt-migration-langfassung-studie-data.pdf> [letzter Zugriff am 13.07.2018].

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) (2017): Projekte & Kampagnen. URL: <http://www.baff-zentren.org/ueber-die-baff/aktivitaeten-und-projekte/>

[letzter Zugriff am 13.05.2018].

- Bundeszentrale für politische Bildung (2017):** Zahlen zu Asyl in Deutschland. URL: <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/flucht/218788/zahlen-zu-asyl-in-deutschland> [letzter Zugriff am 17.08.2018].
- Buckley-Zistel, S.; Krause, U.; Loeper, L. (2014):** Sexuelle und geschlechterbasierte Gewalt an Frauen in kriegsbedingten Flüchtlingslagern – ein Literaturüberblick. PERIPHERIE, Nr. 133, 34, Jg. 2014. 133(34), S. 71 – 89.
- Flatten G.; Gast, U.; Hofmann, A.; Knaevelsrud, C.; Lampe, A.; Liebermann, P.; Maercker, A.; Reddemann, L.; Wöller, W. (2011):** S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD 10: F 43.1“ in: Trauma und Gewalt, Jahrgang 5, Heft 3, August 2011.
- Hamber, B. (2007):** Masculinity and Transitional Justice: An Exploratory Essay. The International Journal of Transitional Justice, 1, S. 375-390.
- Landesregierung Nordrhein-Westfalen (2016):** Easy-Zuweisungen von Flüchtlingen nach NRW nach Monat und Herkunftsland seit Januar 2016. URL: <https://www.mkffi.nrw/zahlen-zur-aufnahme-von-fluechtlingen-nordrhein-westfalen> [letzter Zugriff: 23.09.2018].
- Landtag Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2004):** Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquetekommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Machleidt, W. (2007):** Die „kulturelle Adoleszenz“ als Integrationsleistung im Migrationsprozess. Psychotherapie und Sozialwissenschaft 9 (2), 13-23.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEP.NRW) (2016):** 25. Landesgesundheitskonferenz NRW "Angewandte in Nordrhein-Westfalen: Flüchtlinge im Gesundheitswesen". http://frauenundgesundheit-nrw.de/wp-content/uploads/2016/07/LGK_Entschliessung_2016_m_Deckblatt.pdf [letzter Zugriff am 13.08.2018].
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEP.NRW) (2016):** Gesundheitskarte für Flüchtlinge. URL: <http://www.mgepa.nrw.de/gesundheitsversorgung/Gesundheitskarte-fuer-Fluechtlinge/index.php>, [letzter Zugriff am 13.08.2018].
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEP.NRW) (2017):** Pressemitteilung 19.12.2016, Emanzipation: Ministerin Steffens: Bundesweit einzigartige App „RefuShe“ unterstützt Integration geflüchteter Frauen und bietet Hilfe bei Gewalt. URL:

<http://www.mgepa.nrw.de/ministerium/presse/pressemitteilungsarchiv/pm2016/pm20161219a/index.php>, [letzter Zugriff am 13.08.2018].

Ministerium für Heimat, Kommunales, Bau und Gleichstellung des Landes Nordrhein-Westfalen (2018): Traumatisierte geflüchtete Frauen. URL:

https://www.mhkgb.nrw/gleichstellung/frauen/gewalt_gegen_frauen/Gewalt-traumatisierte-Fluechtlingsfrauen/index.php [letzter Zugriff am 26.08.2018].

Rabe, H. (2015): Effektiver Schutz vor geschlechtsspezifischer Gewalt – auch in Flüchtlingsunterkünften. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte. URL:

https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Policy_Paper/Policy_Paper_3_2_Effektiver_Schutz_vor_geschlechtsspezifischer_Gewalt.pdf
[letzter Zugriff am 20.08.2018]

Razum, O.; Spallek, J. (2009): Wie gesund sind Migranten? Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland. Kurzdossier, Focus Migration Nr. 12, URL: http://www.focus-migration.de/Wie_gesund_sind_Migr.6027.0.html, [letzter Zugriff am 15.09.2018]

Schäfer, R. (2005): Im Schatten der Apartheid. Frauen-Rechtsorganisationen und geschlechtsspezifische Gewalt in Südafrika. Münster: LIT-Verlag.

Schellong, J., Eppe, F., Weidner, K. (2016): Psychosomatik und Psychotraumatologie bei Geflüchteten und Migranten. Herausforderungen für den Internisten. Heidelberg: Springer-Verlag.

Schmieg, A.-K. (2017): Hintergrundwissen – Zahlen und Fakten. In: U. Imm-Bazlen & A.-K. Schmieg (Hrsg.): Begleitung von Flüchtlingen mit traumatischen Erfahrungen (S. 3-24). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

The UN Refugee Agency - UNHCR (2015): UNHCR-Bericht: Syrische Flüchtlingsfrauen tragen Hauptlast des Konflikts.

www.unhcr.de/home/artikel/34fbc430982d670df23e954408906e6/unhcr-bericht-syrische-fluechtlingsfrauen-tragen-hauptlast-des.html, [letzter Zugriff am 15.08.2017].

Universität Bielefeld (2017): Herausforderungen und Chancen globaler Flüchtlingsmigration für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. URL:

http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag2/fluege_nrw/, [letzter Zugriff am 20.08.2017]

Van Keuk, E. (2013a): Was wissen wir über Migration und psychische Gesundheit bzw. Störung? In: ViBB-Schriftenreihe: Kultursensible psychosoziale Arbeit. Themenheft 1: Kultursensible Eingliederungshilfe und gesetzliche Betreuung: Merkmale, Herausforderungen, Arbeitsweisen, Dokumentation der Fachtagung am 23.01.2013 in

Essen, URL: http://www.vibb-essen.de/images/public/pdf/dokumente/vibb-reihe-1_tagung-23jan2013.pdf, [letzter Zugriff am 20.08.2018].

Van Keuk, E. (2013b): Stellungnahme des BDP – Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologe. URL: http://www.bdp-verband.org/bdp/politik/2013/130408_fluechtlinge.pdf, [letzter Zugriff am 20.08.2018].

Weilandt, C.; Rommel, A.; Raven, U. (2003): Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW, Enquêtékommision "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW", Bonn. URL: https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_II.1/EK/EKALT/13_EK2/Gutachten_Migrantinnen.pdf [letzter Zugriff am 20.06.2018].

Impressum:

Herausgegeben vom

Kompetenzzentrum Frauen & Gesundheit NRW
Gesundheitscampus-Süd 9
44801 Bochum

Kontakt:

Tel.: 0234-97888367

Fax: 0234-97888369

Email: info@frauenundgesundheit-nrw.de

Gefördert vom

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

